

Психологическая помощь лицам, пережившим травму функциональной утраты

И.О. Логинова^{1,2✉}, И.О. Кононенко¹

¹ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

² Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Красноярск, Россия

✉ loginova70_70@mail.ru

Аннотация

Введение. Важность рассмотрения вопросов организации психологической помощи лицам, пережившим травму функциональной утраты, связана с рядом позиций. Во-первых, функциональная утрата рассматривается как травмирующий фактор стресса и может привести к серьезным нарушениям в жизни и психологическом благополучии. Во-вторых, способность выполнять различные действия вследствие функциональной утраты может быть поставлена под сомнение или стать невозможной. В-третьих, возможности адекватного переживания травмы функциональной утраты зависят от особенностей устойчивости жизненного мира, сформированной еще до ампутации.

Цель. Выявить специфику оказания психологической помощи с учетом особенностей переживания травмы функциональной утраты лицами с различным характером устойчивости жизненного мира.

Материалы и методы. В основу данной статьи положены материалы психологического сопровождения трех пациенток на этапе переживания травмы функциональной утраты в период с 2018 по 2021 годы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: аналитический метод (анализ ситуации переживания травмы функциональной утраты пациентом, клинико-психологические методы (наблюдение, структурированное клиническое интервью, психодиагностическое тестирование с использованием авторской методики И.О. Логиновой «Изучение устойчивости жизненного мира человека»). **Результаты.** По результатам исследования были выделены инвариантные проявления переживания травмы функциональной утраты: пациентки отмечали, что не удовлетворены своим эмоциональным состоянием, но не находят ресурса «взять себя в руки», отмечалось резкое падение факторов физической активности, ролевого функционирования, болевого, эмоционального, жизненной активности, что свидетельствовало о кризисе качества жизни. Вариативные переживания проявлялись с зависимости от стадии переживания горя, связанного с функциональной утратой. Данные результаты легли в основу разработки индивидуальных мишеней психологической помощи, благодаря чему жизнеизменение произошло как в оценке сложившейся ситуации, влекущей изменение (благоприятное или неблагоприятное), так и способности адекватно оценивать это изменение и включать его в собственный жизненный сценарий. **Заключение.** Отмечается различная динамика восстановления идентичности после перенесенной ампутации с учетом специфики устойчивости жизненного мира, позволяющая адаптироваться в условиях болезни, справляться с возможными проблемами в будущем и предотвращать их. Психологический результат переживаний травмы функциональной утраты пациентками указывает на экзистенциальный вывод о том, что до ампутации их тело было более совершенным, однако в процессе адаптации после ампутации они открыли в себе больше психологических возможностей в обмен на функциональную утрату.

Ключевые слова: психологическая помощь, травма утраты, функциональная утрата, устойчивость жизненного мира человека

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Логинова И.О., Кононенко И.О. Психологическая помощь лицам, пережившим травму функциональной утраты // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 1. С. 61–71. DOI: 10.14529/jpps220106

Psychological care for persons after functional loss

I.O. Loginova^{1,2✉}, I.O. Kononenko¹

¹ Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

² Federal Center for Cardiovascular Surgery, Krasnoyarsk, Russia

✉ loginova70_70@mail.ru

Abstract

Introduction. The importance of psychological care for persons with functional loss is based on a number of reasons. Functional loss is considered as traumatic stress and can lead to serious changes in ordinary life and psychological well-being. Moreover, the ability to perform various activities may be questioned or become impossible as a result of functional loss. An adequate perception of functional loss depends on the characteristics of world perception formed before amputation. **Aim.** The paper aims to identify the specifics of psychological care with respect to the features of functional loss perception in persons with different world perception. **Materials and methods.** This article is based on case studies of three patients experiencing functional loss from 2018 to 2021. The following methods were used for the purpose of the study: analytical (analysis of the situation of experiencing functional loss), clinical and psychological methods (observation, structured clinical interview, psychodiagnostic testing with the I.O. Loginova “Human life-world stability” test). **Results.** According to the results of the study, regular manifestations of functional loss were identified: patients were dissatisfied with their emotional state and had no resource to cope with the problem; significantly reduced levels of physical activity, role functioning, pain-related and emotional components, vital activity, which indicated worsening in the quality of life. Variable experiences were manifested depending on the stage of experiencing functional loss. These results allowed to develop individual targets of psychological intervention, change patients’ life perception in new circumstances (favorable or unfavorable), adequately assess these circumstances and include them in future life events. **Conclusion.** A different dynamics of self-identity changes after amputation was recorded with respect to world perception, which facilitated adaptation to the disease and possible disease-related problems. The results obtained indicate that patients perceive their body as more perfect before amputation, however, they discover new psychological resources to compensate their functional loss.

Keywords: psychological care, traumatic loss, functional loss, human life-world stability

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Loginova I.O., Kononenko I.O. Psychological care for persons after functional loss. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology.* 2022;15(1):61–71 (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps220106

Введение

Функциональная потеря из-за физического нарушения и связанной с этим инвалидностью может произойти в любой момент на протяжении жизни, и во многих случаях она связана с проблемами, которые кардинально меняют жизнь человека. Ампутация – это операция, при которой врач отсекает пораженную конечность (всю или ее часть) для спасения жизни человека. С одной стороны, это выбор в пользу жизни, с другой – это переживание функциональной потери, которое сопряжено с проявлением тревоги, депрессии, потерей смысла жизни.

Ампутация нижних конечностей (АНК) нередко оказывается единственным шансом,

позволяющим сохранить жизнь пациентов с выраженными изменениями в сосудах нижних конечностей [1, 2]. В США ежегодно выполняется 60–70 тысяч АНК [3]. В Скандинавских странах большие по объему АНК проводятся в течение года почти у 250 человек на один миллион населения [4–6]. В Москве ежегодно частота высоких АНК составляет около 500 операций на 1 миллион населения [7]. Согласно исследованию С.А. Kalbaugh et al. (2020), с 2000 по 2016 год доля ампутаций, выполненных только по поводу хронической ишемии, снизилась с 60 до 40 % ($p < 0,001$), в то время как доля ампутаций, которые включали инфекцию при наличии хронической ишемии, почти удвоилась с 20 до 40 %

($p < 0,001$). Ампутации, обусловленные онкологическими заболеваниями или травмой, были стабильны на протяжении всего периода исследования [8].

Тяжелая травма, например приобретенная инвалидность, может рассматриваться как травмирующий фактор стресса и может привести к серьезным нарушениям в жизни и психологическом благополучии [9]. Впоследствии человек должен иметь дело с изменениями в функциональности своего физического «я» или даже с потерей части (частей) тела, что может привести к изменениям в его теле и самооценке, также могут произойти различные другие телесные изменения, такие как потеря физического комфорта, изменения подвижности и недостаток жизненных сил. Кроме того, способность выполнять различные действия может быть поставлена под сомнение или стать невозможной [10].

Поскольку такого рода ампутации могут иметь изнурительные и изменяющие жизнь результаты, крайне важно, чтобы был известен масштаб исходов и объяснены любые вариации в распространенности, чтобы можно было принять подходящие и целенаправленные профилактические меры [11], хотя в реальности это возможно в ограниченном количестве случаев, а в остальных – ампутации случаются внезапно, не позволяя психологически подготовить пациента к оперативному жизнеизменяющему вмешательству.

Ампутация конечности ставит перед пациентом ряд физических, психических и социальных проблем:

- в жизни человека происходят изменения, обусловленные нарушением соматических и телесных функций;
- появляется боль, протезирование становится проблемой для человека;
- перемены ждут его на работе и/или в семье;
- возникает необходимость адаптации к изменениям в образе тела, самооценке [12].

Эти факторы стресса представляют собой серьезную проблему для человека, есть большая разница в том, кто в процессе адаптации после ампутации может восстановить свое эмоциональное, душевное равновесие, а кто демонстрирует просто неадаптивный ответ или более низкое качество адаптации, которые существенным образом зависят от особенностей устойчивости жизненного мира, сформированной еще до ампутации.

Современное состояние проблемы и степень разработанности проблемы исследования. Теоретический анализ проблемы функциональной утраты позволяет выделить несколько направлений исследований в психологической науке.

Первое направление – исследования идентичности. В ходе функциональной утраты, обусловленной ампутацией конечности, человек теряет идентичность (жизнь его «расслаивается» на до и после, утрачивая непрерывность и целостность) и базовое доверие к миру, поскольку ампутация представляет собой необратимый хирургический вариант, который приводит к потере восприятия целостности, физическим недостаткам и даже физическому уродству, многие из которых обычно приравниваются к потере супруга [13].

Второе направление – исследование психоэмоционального состояния после ампутации. В исследованиях указывается, что потеря конечности может вызвать дистресс не только из-за потери части тела, но также из-за ограничения ролей и необходимости адаптации к изменившимся вариантам образа жизни. Человек, перенесший ампутацию, может подвергаться риску развития депрессивного расстройства из-за множества факторов, таких как чувство потери, самостигма и трудности с преодолением нарушения [12]. Так, в исследовании A. Sahu et al. (2016) показано, что в выборке мужчин с ампутацией нижних конечностей, вызванной в первую очередь травматическим фактором (автомобильные, железнодорожные аварии взрывы и т. п.), распространенность психических расстройств находится в диапазоне от 32 до 84 %, включая уровень депрессии от 10,4 до 63 %, посттравматическое стрессовое расстройство 3,3–56,3 % и феномен фантомной конечности 14–92 %. Хотя исследования показали, что симптомы тревожности и депрессии со временем улучшаются, тем не менее специалистам по хирургическому лечению необходимо поддерживать связь с психиатрами и психологами для совместных реабилитационных действий [14].

Сообщается также, что ампутация конечностей является серьезным стрессовым событием для человека: депрессия и тревожность относительно высоки в течение двух лет после ампутации, после этого они имеют тенденцию к снижению до обычных популяционных норм. Тем не менее социальный дис-

комфорт и беспокойство по поводу образа тела также были обнаружены у некоторых людей с ампутациями, и они были связаны с повышенным ограничением активности, депрессией и тревогой.

Факторы, связанные с положительной адаптацией к потере конечности, включали более длительное время с момента ампутации, большую социальную поддержку, большее удовлетворение протезом, активные попытки выживания, оптимистичный настрой личности [15]. Это подтверждается исследованиями, в которых отмечается, что более высокий уровень тревожных симптомов и функциональных возможностей перед операцией был связан с более низкой социальной адаптацией к ампутации и с более высокой адаптацией к ограничениям соответственно; симптомы травматического стресса были отрицательно связаны с общей и социальной адаптацией, а также с приспособлением к ограничениям [16].

Третье направление – исследования качества жизни. Известно, что ампутация может привести к ухудшению качества жизни пациента [17]. В исследовании P.St.L. Cox et al. (2011) проведено сравнение качества жизни пациентов в зависимости от высоты ампутации [18]. Так, пациенты с ампутированными конечностями ниже колена имели более высокие баллы по качеству жизни ($p < 0,05$) и функциональной независимости ($p < 0,0001$) по сравнению с лицами с ампутированными конечностями выше колена. Результат также показал, что женщины имели значительно более высокий средний балл, чем мужчины, по четырем областям качества жизни ($p < 0,0001$). Большинство женщин во всех возрастных группах сообщили о среднем или высоком КЖ ($p < 0,0001$) по сравнению с мужчинами. Положительная корреляция ($r = 0,5999$, $p < 0,0001$) была обнаружена между функциональной независимостью и качеством жизни всех участников [18].

Известны случаи, когда пациенты достигали по истечении 2 месяцев после операции значительного функционального улучшения и уменьшения боли, несмотря на их социальную дисфункцию, отсутствие социально-медицинской поддержки в виде специальных реабилитационных мероприятий [19].

В целом, анализ ситуации, сложившейся вокруг проблемы функциональной утраты человеком, указывает на необходимость учета особенностей личности пациента в плане его

способности/неспособности противостоять стрессовым факторам, принять жизненный вызов и адаптироваться к произошедшим изменениям, наличия/отсутствия устойчивости жизненного мира, готовности/неготовности принять психологическую помощь ради поддержания качества жизни.

Целью настоящего исследования стало выявление специфики оказания психологической помощи с учетом особенностей переживания травмы функциональной утраты лицами с различным характером устойчивости жизненного мира.

Методы и материалы. В основу данной статьи положены материалы психологического сопровождения пациентов на этапе переживания травмы функциональной утраты в период с 2018 по 2021 годы. Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» с поправками 2013 г. и Приказом Минздрава РФ от 01.04.2016 г. № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики». У всех лиц, участвующих в исследовании, получено информированное согласие на участие в нем.

В выборку исследования включены три пациентки, переживающие травму функциональной утраты и обратившиеся за психологической помощью в период с 2018 по 2021 г. Проведенный анализ опыта оказания психологической помощи вышеуказанным пациентам носит описательный характер и выполнен в жанре научного описания клинического случая, реализованного в реальных условиях клинической практики. Известно, что публикации такого рода «вносят заметный вклад в медицинскую науку и практику, формируют опыт и структурируют знания медицинских специалистов» [20].

Для реализации поставленной цели были использованы следующие *методы*:

1) аналитический метод: анализ ситуации переживания травмы функциональной утраты пациентом;

2) клинико-психологические методы: наблюдение, структурированное клиническое интервью;

3) психодиагностическое тестирование с использованием авторской методики И.О. Логиновой «Изучение устойчивости жизненного мира человека» [21].

Результаты и их обсуждение

На первом этапе были проанализированы ситуации переживания травмы функциональной утраты пациентом.

Пациент 1: Женщина, возраст 43 года, была проведена ампутация на уровне верхней трети голени вследствие перенесенного краш-синдрома в результате автомобильной аварии. На момент встречи с психологом находилась на первой стадии переживания горя с отрицанием факта потери конечности. Состояние ее можно охарактеризовать как «онемение», распространившееся на весь организм и психику: пациентка утратила аппетит, были искажены вкусовые ощущения, тактильные ощущения, восприятие времени и реально происходящих событий.

Пациент 2: Женщина, возраст 41 год, утрата конечности на уровне нижней трети бедра произошла вследствие возникших осложнений в ходе планового лечения (синдром Байуотерса). На момент встречи с психологом находилась на переходе от первой стадии переживания горя ко второй, который характеризовался «размораживанием» эмоций, возникновением острых переживаний злости, тревоги, сомнения в собственной нужности близким, переживанием беспомощности и одиночества, разочарований, связанных с ожиданием от лечения.

Пациент 3: Женщина, возраст 45 лет, утрата конечности на уровне верхней трети бедра вследствие ампутации (критическая ишемия нижней конечности). На момент встречи с психологом находилась на второй стадии переживания горя, с характерным для этого периода высоким уровнем тревоги и депрессии, обусловленными восприятием болезни как «краха» жизни, с тенденцией к «застреиванию» в роли жертвы.

На втором этапе были проведены клинические интервью с пациентками и наблюдение за их реакциями, в ходе которого было выяснено их отношение к случившимся в их жизни событиям и особенностям переживаний.

Общими (инвариантными) для пациенток явились следующие переживания, возникшие в раннем послеоперационном периоде (на третьи сутки) и длящиеся до 14-го дня после операции:

- ожидание негативных последствий ампутации, пессимистический взгляд на будущее;
- ощущение неопределенности;
- сниженное настроение, негативное суждение по поводу происходящего, безрадостность;
- бессонница;
- снижение аппетита.

Пациентки отмечали, что не удовлетворены своим эмоциональным состоянием, но не находят ресурса «взять себя в руки». В этот же период отмечалось резкое падение факторов физической активности, ролевого функционирования, болевого, эмоционального, жизненной активности, что свидетельствовало о кризисе качества жизни.

Вариативные переживания проявлялись с зависимости от стадии переживания горя, связанного с функциональной утратой, и выглядели следующим образом:

Пациент 1: переживание времени как остановившегося, замершего; происходящие события воспринимались как наблюдаемые со стороны, как не имеющие отношения к самой пациентке; производимые с ней медицинские манипуляции (перевязки, осмотры и т. д.) были сюрреалистичны («это не может быть со мной», «это не мое тело»), вызывали состояние фрустрации.

Пациент 2: переживание беспомощности («я сама не могу...» что-то сделать); переживание амбивалентного чувств – с одной стороны, стремление к одиночеству («побывать одной», «осмыслить произошедшее»), а с другой, – невозможность самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию («я без помощи другого даже до туалета доехать не могу: пересечь на каталку, с каталки на унитаз...»), «не могу с каталки привстать, чтоб достать зубную щетку и почистить зубы»), собственной ненужности близким («как другие воспримут известие об утрате конечности»; «они все своим делом заняты – учатся, работают, а надо будет мною заниматься»).

Пациент 3: переживание ситуации как окончания жизни («жизнь в таком виде жизнью и назвать нельзя»; «моя жизнь на этом и закончится...»), переживание «я – жертва» («почему это со мной?», «как я теперь буду?», «я теперь могу быть только смиренной, молчать, выслушивать упреки, я ведь буду в тягость»).

Третьим этапом исследовательской программы была произведена оценка устойчиво-

сти жизненного мира пациенток. Результаты представлены в табл. 1.

У Пациентки 1 (30 баллов) и Пациентки 3 (28 баллов) выявлена стагнационная устойчивость, которая характеризует таким образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, который ориентирован на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Обычно при стагнационной устойчивости жизненного мира наблюдается снижение рефлексивной способности, доминирование стереотипных продуктов жизнедеятельности, неспособность к решению творческих задач, невозможность адекватно оценить собственные жизненные дефициты.

Пациентка 2 (51 балл) демонстрирует неконструктивную устойчивость, которая характеризует таким образом организованный

человеком процесс жизнедеятельности, который не способствует сохранению здоровья, личностному росту и творчеству. Неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира снижает продуктивность и оптимальность жизнедеятельности человека за счет потери самоидентичности, недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречия между образом мира и образом жизни, нарушения непрерывности личностной истории, утраты целей и смыслов жизнедеятельности, отсутствия равновесия между реальностью и желаемой гармонией.

На основе совокупности данных были выделены мишени психологической помощи (табл. 2).

Выделение мишеней психологической помощи и ее организация для пациентов данного профиля важно потому, что травматиче-

Таблица 1
Table 1

Результаты сравнительного анализа устойчивости жизненного мира пациенток
Comparative analysis of human life-world stability assessment

| Исследуемый параметр Parameter | Первая пациентка First patient | Вторая пациентка Second patient | Третья пациентка Third patient |
|---|---|---|---|
| Временной модус событий Time perception | Прошлое / past | Прошлое / past Настоящее / resent Будущее / future | Прошлое / past Настоящее / present |
| Соотношение глаголов Verb tenses and their ratio | Настоящее / present – 10 % прошлое / past – 90 % | Прошлое / past – настоящее / present – будущее / future – в равных долях / equally | Настоящее / present – 30 % прошлое / past – 70 % |
| Критерий выбора содержания описываемых событий Choice of content for described events | Топологический Topological | Биографический Biographical | Биографический Biographical |
| Общий эмоциональный фон событий Emotional background | Нейтральный Neutral | Отрицательный Negative | Отрицательный Negative |
| Значение описываемых событий в жизни Significance of described events | Завершение линии развития Finishing the develop- ment line | Удержание общей направленности линии развития Maintaining the general line | Завершение линии развития Finishing the develop- ment line |
| Отношение к событиям Event perception | Рациональное Rational | Ответственное Responsible | Рациональное Rational |
| Непрерывность личностной истории Continuity of a personal history | Отсутствует Absent | Проявляется на отдельных этапах Present at certain stages | Отсутствует Absent |
| Рефлексивная позиция автора Reflective thinking | Отсутствие рефлексивного отношения Absent | Рефлексивное отношение ситуативно Present in certain situa- tions | Отсутствие рефлексивного отношения Absent |

Таблица 2
Table 2Мишени психологической помощи пациенткам
Targets of psychological care

| Мишени психологической помощи Target | Первая пациентка First patient | Вторая пациентка Second patient | Третья пациентка Third patient |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Рефлексивная позиция Reflective thinking | + | | + |
| Эмоциональный фон Emotional background | + | + | + |
| Восстановление самоидентификации Self-identity reintegration | | + | |
| Адекватная оценка собственных жизненных дефицитов Adequate perception of deficiency | + | | + |
| Восполнение ресурсов Resource replenishment | + | + | + |
| Восстановление непрерывности личностной истории Continuity of a personal history | | + | |
| Способность к решению творческих задач Creative problem solving | + | + | + |

ское событие может не только спровоцировать формирование длительных неблагоприятных изменений в структуре личности, но также способствовать личностному росту и переходу на иной, качественно новый уровень развития. В своем формировании психологические последствия негативного опыта проходят ряд последовательных стадий, характер которых определяется особенностями деятельности комплекса психологических факторов и механизмов разной степени обобщенности, характеризующихся неоднородностью и разноуровневостью.

В наших случаях в зависимости от тех или иных мишеней психологической помощи, включенных последовательно в работу с пациентками, жизнеизменение произошло как в оценке сложившейся ситуации, влекущей изменение (благоприятное или неблагоприятное), так и в возможности включить его в собственный жизненный сценарий. При этом информативным показателем явился не сам факт обнаружения мишеней психологической помощи, а его жизнеизменяющий потенциал, определяющий способность модифицировать свои возможности в условиях функциональной утраты.

Ранее в проведенных под нашим руководством исследованиях была выделена факторная структура, описывающая специфиче-

ские психологические характеристики пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Наиболее значимыми в системе жизнеизменяющих процессов являются жизненная активность, снижение которой происходит под влиянием тяжести протекания заболевания, жизнестойкость как показатель способности пациента противостоять стрессовой ситуации, обусловленной болезнью. Значительную роль в жизнеизменяющих процессах играют ролевое, социальное и возрастное функционирование, которые осложняют течение болезни, выделенное в отдельный фактор [22].

В процессе работы с психологом пациентки осознавали свой способ жизни, степень вовлеченности в процесс излечения или уменьшения влияния клинической симптоматики на жизнь, сопровождающуюся переживанием принятия ограничений и потерь.

Задача, которую для себя решала каждая пациентка, – ответить на экзистенциальные вопросы своей жизни и пересмотреть некоторые из ответов таким образом, чтобы сделать жизнь более аутентичной и полноценной.

Замечено, что в интересах адаптации к жизни после ампутации пациенты должны справляться с возникающими изменениями и трудностями, а также с проблемами психологического функционирования. Для них важно

принять изменения в своем теле и личности и интегрировать их в новую самооценку, в которой мотивация процесса является фундаментальной проблемой [13]. Отмечается, что пациенты с более высокой устойчивостью к адаптации более успешны, чем пациенты, которые используют негативные стратегии адаптации.

Путь, который проходили данные пациентки, по переоценке роли тела в своей идентичности был различным. У Пациентки 1 это заняло шесть месяцев, у Пациентки 2 – 3,5 месяца, у Пациентки 3 – 8,5 месяца. На этом пути было много разочарований, они касались несовершенства тела и той функциональной утраты, которую они пережили. Все пациентки сходились в одном – до ампутации их тело было более совершенным, однако в процессе адаптации после ампутации они открыли в себе больше психологических возможностей в обмен на функциональную утрату.

Несмотря на довольно подробное описание работы с данными пациентками, наше исследование имеет несколько ограничений, в основном относящихся к вопросам выборки, которые заслуживают упоминания:

1) описательный характер представленных клинических случаев, невозможность доказательности выводов;

2) трудность получения информации о психологических особенностях пациенток до оперативного вмешательства, что затрудняет оценку динамических изменений, обусловленных ампутацией нижних конечностей. Тем не менее полученные данные позволяют обозначить перспективы и возможности психологической работы с пациентами данного профиля.

Заключение

В целом, обобщая результаты исследования, связанные с организацией и реализацией психологической помощи с учетом особенностей переживания травмы функциональной утраты лицами с различным характером устойчивости жизненного мира, можно сделать следующие выводы.

Функциональная утрата из-за физического нарушения и связанной с этим инвалидности существенно меняет жизнь человека, представляя собой серьезную проблему для человека, справиться с которой он может в зависимости от особенностей устойчивости жизненного мира.

Динамика жизнеизменяющих процессов пациентов с функциональной утратой зависит от учета особенностей личности пациента в плане его способности/неспособности противостоять стрессовым факторам, принять жизненный вызов и адаптироваться к произошедшим изменениям, наличия/отсутствия устойчивости жизненного мира, готовности/неготовности принять психологическую помощь ради поддержания качества жизни.

Выделение мишеней психологической помощи и ее организация для пациенток данного профиля с различной устойчивостью жизненного мира позволило повысить степень вовлеченности в процесс излечения, уменьшения влияния клинической симптоматики на жизнь, сопровождающуюся переживанием принятия ограничений и потерь.

Отмечается различная динамика восстановления идентичности после перенесенной ампутации с учетом специфики устойчивости жизненного мира, позволяющая адаптироваться в условиях болезни, справляться с возможными проблемами в будущем и предотвращать их.

Список источников

1. Абышов Н.С., Закирджаяв Э.Д. Ближайшие результаты «больших» ампутаций у больных с окклюзивными заболеваниями артерий нижних конечностей // Хирургия. 2005. № 11. С. 15–19.
2. Васильченко Е.М. Динамика частоты ампутаций нижней конечности в городе Новокузнецке. Ретроспективное исследование // Медицина в Кузбассе. 2018. Т. 17. № 4. С. 5–10.
3. Wrobel J.S., Mayfield J.A., Reiber G.E. Geographic variation of lower extremity major amputation in individuals with and without diabetes in the medicare population // Diabetes Care. 2005. Vol. 24(5). P. 860–864.
4. Eskelinen E., Luther M., Eskelinen A. Infrapopliteal bypass reduces amputation incidence in elderly patients: a population-based study // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2003. Vol. 26, № 1. P. 65–68.
5. Eskelinen E., Lepantalo M., Hietala E.M. Lower limb amputation in Southern Finland in 2000 and Trends up to 2001 // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2004. Vol. 27, № 2. P. 193–200.

6. Improved amputation-free survival in unreconstructable critical limb ischemia and its implications for clinical trial design and quality measurement / E. Benoit, T.F. Jr O'Donnell, G.D. Kitsios et al. // *Journal of Vascular Surgery*. 2012. Vol. 55, № 3. P. 781–789.
7. Савельев В.С., Кошкин В.М., Каралкин А.В. Патогенез и консервативное лечение тяжелых стадий облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. М.: МИА. 2010. 214 с.
8. Trends in Surgical Indications for Major Lower Limb Amputation in the USA from 2000 to 2016 / C.A. Kalbaugh, P.D. Strassle, N.J. Paul et al. // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2020. № 6 (60). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.03.018>
9. Limb amputation / D. M. Desmond, L. Coffey, P. Gallagher et al. / Ed. P. Kennedy // *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*. Oxford University Press. 2012. P. 351–367. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.0020>
10. Marini I., Stebnicki M.A. (Eds.). *The psychological and social impact of illness and disability* (6th ed.). Springer Publishing Company. 2012.
11. Epidemiology of major lower limb amputation using routinely collected electronic health data in the UK: a systematic review protocol / A. Meffern, C.J. Pepper, R.D. Sayers, L.J. Gray // *Epidemiology Protocol*. 2020. № 6. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037053>
12. Panyi L.K., Lábadı B. Pszichológiai alkalmazkodás alsóvégtag-amputációt követően // *Orvosi Hetilap*. 2015. Vol. 156(39). P. 1563–1568. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2015.30257>
13. Parkes C.M. Components of the reaction to loss of a lamb, spouse or home // *Journal of Psychosomatic Research*. 1972. Vol. 16(5). P. 343–349. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90087-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90087-6).
14. Psychological effects of amputation: A review of studies from India / A. Sahu, R. Sagar, S. Sarkar, S. Sagar // *Industrial Psychiatry Journal*. 2016. Vol. 25(1). P. 4–10. DOI: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196041>
15. Horgan O., MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review // *Disability and Rehabilitation*. 2004. Vol. 26. P. 837–850. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>
16. Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery / S. Pedras, E. Vilhena, R. Carvalho, M.G. Pereira // *Rehabilitation Psychology*. 2018. Vol. 63(3). P. 418–430. DOI: <https://doi.org/10.1037/rep0000189>
17. Szkody E., McKinney C. Appraisal and social support as moderators between stress and physical and psychological quality of life // *Stress and Health*. 2020. Vol. 36 (5). P. 586–595.
18. Cox P.St.L., Williams S.K.P., Weaver S.R. Life after lower extremity amputation in diabetics // *West Indian Medical Journal*. 2011. Vol. 60(5). P. 536–540.
19. Pain, functional status, social function and conditions of habitation in elderly unilaterally lower limb amputees / A. Durović, D. Ilić, Z. Brdareski, A. Plavsić, S. Durdević // *Vojnosanitetski pregled*. 2007. Vol. 64(12). P. 837–843. DOI: <https://doi.org/10.2298/vsp0712837d>.
20. Кекелидзе З.И., Трушелёв С.А. Формат представления клинического случая в научном журнале. Методические рекомендации // *Российский психиатрический журнал*. 2017. № 2. С. 54–58.
21. Логинава И.О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики // *Психологическая наука и образование*. 2012. Т. 17. № 3. С. 18–28.
22. Попенко Н.В., Логинава И.О., Черданцев Д.В. Исследование факторов, определяющих жизнеизменяющие процессы пациентов с критической ишемией нижних конечностей // *Сибирское медицинское обозрение*. 2012. № 4. С. 72–75.

Поступила 04.11.2021; одобрена после рецензирования 14.01.2022; принята к публикации 01.02.2022.

Об авторах:

Логинава Ирина Олеговна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом последипломного образования, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого (Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1); консультант по психологии, Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Россия, 660020, г. Красноярск, ул. Караульная, д. 45), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9551-1457>, loginova70_70@mail.ru

Кононенко Ирина Олеговна, кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом последипломного образования, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого (Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9416-3040>, kio62@mail.ru

Заявленный вклад авторов:

Логинова И.О. – методологические основания статьи, постановка исследовательской задачи, разработка концепции статьи, сбор данных, анализ эмпирических материалов, визуализация/представление данных в тексте, формулировка выводов, подготовка окончательной редакции текста.

Кононенко И.О. – сбор материалов по отечественным и зарубежным практикам, обзор соответствующей литературы, исправление и форматирование.

Все авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

References

1. Abyshov N.S., Zakirdzhaev E.D. Immediate results of “large” amputations in patients with occlusive diseases of the lower limb arteries. *Khirurgiya = Surgery*. 2005;11:15–19. (in Russ.).
2. Vasil'chenko E.M. Dynamics of the frequency of lower limb amputations in the city of Novokuznetsk. Retrospective study. *Meditsina v Kuzbase = Medicine in Kuzbass*. 2018;17(4):5–10. (in Russ.).
3. Wrobei J.S., Mayfield J.A., Reiber G.E. Geographic variation of lower extremity major amputation in individuals with and without diabetes in the medicare population. *Diabetes Care*. 2005;24(5):860–864.
4. Eskelinen E., Luther M., Eskelinen A. Infrapopliteal bypass reduces amputation incidence in elderly patients: a population-based study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2003;26(1):65–68.
5. Eskelinen E., Lepantalo M., Hietala E.M. Lower limb amputation in Southern Finland in 2000 and Trends up to 2001. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2004;27(2):193–200.
6. Benoit E., O'Donnell T.F.Jr., Kitsios G.D. et al. Improved amputation-free survival in unreconstructable critical limb ischemia and its implications for clinical trial design and quality measurement. *Journal of Vascular Surgery*. 2012;55(3):781–789.
7. Savel'ev B.C., Koshkin V.M., Karalkin A.V. *Patogenez i konservativnoe lechenie tyazhelykh stadii obliteriruyushchego ateroskleroza arterii nizhnikh konechnostei* [Pathogenesis and conservative treatment of severe stages of obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower extremities]. Moscow. MIA. 2010:214 (In Russ.).
8. Kalbaugh C.A., Strassle P.D., Paul N.J. et al. Trends in Surgical Indications for Major Lower Limb Amputation in the USA from 2000 to 2016. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2020;6(60). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.03.018>
9. Desmond D.M., Coffey L., Gallagher P. et al. Limb amputation. Ed. P. Kennedy. The Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford University Press. 2012:351–367. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.0020>
10. Marini I., Stebnicki M.A. (Eds.). The psychological and social impact of illness and disability (6th ed.). Springer Publishing Company. 2012.
11. Meffen A., Pepper C.J., Sayers R.D., Gray L.J. Epidemiology of major lower limb amputation using routinely collected electronic health data in the UK: a systematic review protocol. *Epidemiology Protocol*. 2020;6. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037053>
12. Panyi L.K., Lábadi B. Pszichológiai alkalmazkodás alsóvégtag-amputációt követően. *Orvosi Hetilap*. 2015;156(39):1563–1568. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2015.30257>
13. Parkes C.M. Components of the reaction to loss of a lamb, spouse or home. *Journal of Psychosomatic Research*. 1972;16(5):343–349. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90087-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90087-6).
14. Sahu A., Sagar R., Sarkar S., Sagar S. Psychological effects of amputation: A review of studies from India. *Industrial Psychiatry Journal*. 2016;25(1):4–10. DOI: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196041>

15. Horgan O., MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*. 2004;26:837–850. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>
16. Pedras S., Vilhena E., Carvalho R., Pereira M.G. Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*. 2018;63(3):418–430. DOI: <https://doi.org/10.1037/rep0000189>
17. Szkody E., McKinney C. Appraisal and social support as moderators between stress and physical and psychological quality of life. *Stress and Health*. 2020;36(5):586–595.
18. Cox P.St.L., Williams S.K.P., Weaver S.R. Life after lower extremity amputation in diabetics. *West Indian Medical Journal*. 2011;60(5):536–540.
19. Durović A., Ilić D., Brdareski Z., Plavsić A., Durdević S. Pain, functional status, social function and conditions of habitation in elderly unilaterally lower limb amputees. *Vojnosanitetski pregled*. 2007;64(12):837–843. DOI: <https://doi.org/10.2298/vsp0712837d>.
20. Kekelidze Z.I., Trushchelev S.A. The format for presenting a clinical case in a scientific journal. Guidelines. *Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal = Russian Psychiatric Journal*. 2017;2:54–58. (in Russ.).
21. Loginova I.O. Research of stability of the man's lifeworld: the method and psychometric characteristics. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*. 2012;17(3):18–28. (in Russ.).
22. Popenko N.V., Loginova I.O., Cherdantsev D.V. Investigation of factors that determine life-changing processes in patients with critical ischemia of the lower extremities. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie = Siberian Medical Review*. 2012;4:72–75. (in Russ.).

Submitted 04.11.2021; approved after reviewing 14.01.2022; accepted for publication 01.02.2022.

About the authors:

Irina O. Loginova. Prof., Grand PhD in (Psychological) Sciences, Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy with postgraduate course of the Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University (1, Partizan Zheleznyak str., Krasnoyarsk, 660022, Russia); Consultant in Psychology of the Federal State-Financed Institution Federal Center for Cardiovascular Surgery (Karaulnaya str., 45, Krasnoyarsk, Krasnoyarsk Territory, 660020), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9551-1457>, loginova70_70@mail.ru

Irina O. Kononenko. PhD in (Pedagogical) Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy with postgraduate course of the Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University (1, Partizan Zheleznyak str., Krasnoyarsk, 660022, Russia), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9416-3040>, kio62@mail.ru

Contribution of the authors:

I.O. Loginova – methodological basis of research, research problem statement, development of the research concept, data collection, analysis of empirical materials, visualization/presentation of data in the text, formulation of conclusions, preparation of the final version of the text.

I.O. Kononenko – gathering of information related to local and international practices, reviewing the relevant literature, correction and edition.

All authors have read and approved the final manuscript.