

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи



Попенко Наталья Валерьевна

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Логинова Ирина Олеговна

Красноярск – 2016

Оглавление

Введение.....	4
1 Теоретические аспекты изучения возможностей медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	11
1.1 Клинико-психологические характеристики пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.....	11
1.2 Представления о жизнеизменяющих процессах, их проявлениях и особенностях у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	24
1.3 Возможности медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	38
2 Организация, методы исследования медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	49
2.1 Организация и методы исследования	49
2.2 Общая характеристика выборки.....	58
2.3 Программа медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями..... артерий нижних конечностей	60 60 60
3 Результаты медико-психологического исследования пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	69
3.1 Психологические особенности пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.....	69
3.2 Факторная модель жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	102

3.3 Соотношение ценности и доступности в различных жизненных сферах у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	121
4 Медико-психологическое сопровождение пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	127
4.1 Анализ результатов медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.....	127
4.2 Оценка эффективности программы медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей	137
Заключение	143
Список использованной литературы.....	147
Приложение А	170

Введение

Актуальность исследования. В течение нескольких десятилетий сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной в структуре смертности, обуславливая 49% всех смертей и 30% смертей лиц в возрасте моложе 65 лет.

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей является одним из частных проявлений генерализованного атеросклероза, встречается у 2–3% населения.

Особенностями атеросклероза, в частности облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, является тенденция к постоянному прогрессированию процесса. По результатам национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, выявлено 400 больных на 1 млн населения в год. 5% населения страдает перемежающейся хромотой, в течение 5 лет у 3% из них развивается критическая ишемия. Примерно 90% всех ампутаций выполняется по поводу выраженной ишемии нижних конечностей, у 25% пациентов требуется ампутация голени или бедра, частота критической ишемии равна 500-1000 пациентов на 1млн населения в год (А.В. Гавриленко, А.Э. Котов, С.В. Кочетов).

Факторами риска хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей являются наследственность, возраст, пол, сопутствующие заболевания (А.В. Гавриленко, С.И. Скрылев, А.В. Покровский).

В 2013 году Российским обществом ангиологов и сосудистых хирургов, Ассоциацией сердечно-сосудистых хирургов России, Российским научным обществом рентгенэндоваскулярных радиологов, Всероссийским научным обществом кардиологов и Ассоциацией флебологов России совместно разработаны национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеванием артерий нижних конечностей.

Несмотря на очевидный прогресс сосудистой хирургии в лечении больных с хроническими заболеваниями артерий нижних конечностей, эта проблема остается весьма важной, поскольку до сих пор при достаточно широком

диапазоне мнений по вопросам реабилитации и повышения качества жизни пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей медицинские стандарты не включают оказание психологической помощи таким пациентам.

В этой связи изучение возможностей медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей является на сегодняшний день актуальной проблемой.

Современные исследования показывают, что после ампутации нижних конечностей ухудшается качество жизни, что влечет за собой изменения психологического благополучия, жизнестойкости, возникают тревога и депрессия, эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражимость, изменение отношения к телу, которые оказывают негативное влияние на пациентов в период подготовки к реабилитационным мероприятиям и по сути своей выступают показателем новой жизненной ситуации (К.А. Миняхина).

Выраженные психологические нарушения в течение длительного промежутка времени являются одной из причин высокой смертности. Вот поэтому достижения оптимального уровня качества жизни и реабилитации таких больных возможны при медико-психологическом сопровождении пациентов, основанием которого выступают жизнеизменяющие процессы.

Объект исследования: медико-психологическое сопровождение.

Предмет исследования: возможности медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Цель работы: оценка возможностей медико-психологического сопровождения с учетом жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Гипотеза исследования:

Реализация программы медико-психологического сопровождения обеспечивает положительную динамику показателей жизнестойкости, качества

жизни, тревоги и депрессии, соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Задачи:

1. Провести теоретический обзор работ, посвященных изучению возможностей медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

2. Изучить психологические характеристики пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и на основе полученных результатов выявить факторную модель, описывающую специфику жизнеизменяющих процессов.

3. Исследовать соотношение ценности и доступности в различных жизненных сферах у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

4. Составить и апробировать программу медико-психологического сопровождения для пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

5. Оценить эффективность программы медико-психологического сопровождения и разработать практические рекомендации.

Теоретико-методологические основания:

1. Клинико-психологический подход к исследованию хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (А.В. Покровский, В.С. Савельев, В.М. Кошкин, А.В. Гавриленко, С.И. Скрылев, Р. Brosi, F. Dick).

2. Философские (А. Бергсон, Ф. Ницше, Л.А. Суркова), общепсихологические (С.А. Братченко, И.О. Логинова) и клинико-психологические подходы к изучению жизнеизменяющих процессов пациентов (В.А. Ананьев, Л.Е. Балашов, Т.Д. Василенко, В.А. Васильева, О.С. Васильева, А.И. Лактионова, Г.С. Никифоров, Ф.Р. Филатов).

3. Научные подходы к организации и реализации медико-психологического сопровождения (Е.Р. Исаева, Е.Л. Николаев).

Методы исследования:

1. Методы анализа теоретических источников по проблеме исследования;
2. Эмпирические методы: Тест жизнестойкости С. Мадди, который характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность не снижая успешность деятельности (в адаптации Д.А. Леонтьева);
2. Неспецифический опросник SF-36 для оценки качества жизни (КЖ) (перевод на русский язык и апробация методики «Институтом клинико-фармакологических исследований г. Санкт-Петербург);
3. Методика исследования ригидности (Д.Я. Райгородский);
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond и R.P. Snaith);
5. Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) (Е.Б. Фанталова).
3. Методы математической статистики (критерий Шапиро-Уилкса; t-критерий Стьюдента; критерий Манна-Уитни; критерий Фишера).

Материал эмпирического исследования:

Была отобрана выборка на основе анализа 120 историй болезни. В зависимости от вида хирургического лечения больные были распределены по трем группам, в каждой группе по 30 человек. В I группу исследования вошли пациенты перенесшие ампутацию на уровне бедра; во II группу - ампутация на уровне голени и стопы; в III группу - пациенты после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей – аорто-бедренное шунтирование (протезирование). Также было отобрано 15 пациентов для оценки различий в специфике и содержании психологических особенностей пациентов с критической ишемией нижних конечностей с давностью ампутации (не менее полугода назад) и 15 пациентов, не относящихся к категории больных с

критической ишемией нижних конечностей, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому).

Достоверность и надежность полученных результатов определяется методологическими принципами, положенными в основу исследования, теоретическим анализом обозначенных проблем, адекватностью методов и методик исследования целям и задачам работы, обеспечением репрезентативности выборки, применением методов количественного и качественного анализа результатов исследования.

Научная новизна исследования:

Впервые проведен анализ психологических особенностей пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в послеоперационном периоде.

Полученные эмпирические материалы по особенностям жизнестойкости, качества жизни, тревоги, депрессии дали возможность выявить и описать факторную модель жизнеизменяющих процессов пациентов с критической ишемией артерий нижних конечностей.

Впервые на основании полученных данных была разработана и апробирована программа медико-психологического сопровождения и предложены практические рекомендации психологической помощи пациентам с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в условиях стационара.

Теоретическая значимость исследования:

Результаты исследования расширяют современные научные представления о психологических особенностях пациентов с сосудистыми заболеваниями. Представлена и теоретически обоснована модель жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в послеоперационный период, выступающая основой при разработке программы медико-психологического сопровождения пациентов.

Практическая значимость работы:

Результаты диссертационного исследования помогают решать вопросы диагностики и целенаправленного психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в послеоперационный период в условиях стационара. Материалы диссертации включены в лекционные курсы и практические занятия по дисциплинам учебного плана специальности «Клиническая психология»: «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»; «Психологическое сопровождение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Результаты исследования используются в циклах повышения квалификации медицинских психологов, психотерапевтов. На основании полученных данных разработаны практические рекомендации психологического сопровождения пациентов сосудистого профиля.

Положения, выносимые на защиту:

1. Основанием медико-психологического сопровождения могут выступать жизнеизменяющие процессы пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в зависимости от степени тяжести и вида хирургического вмешательства.
2. Структура жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей может быть представлена в виде факторной модели, в которой выделены ролевое функционирование, жизнестойкость, тяжесть функционирования, группы, что определяет способ реагирования на болезнь и адаптационные возможности пациентов.
3. Внедрение в послеоперационный период программы медико-психологического сопровождения, способствует снижению уровня тревоги и депрессии, активизации адаптационных возможностей посредством внутренних ресурсов с учетом психологических характеристик личности и тяжести заболевания.

Апробация и внедрение результатов исследования:

Материалы исследования были представлены на межкафедральном семинаре кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО, кафедры хирургических болезней имени профессора А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО; на Всероссийской научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск 2012, 2013, 2014, 2015).

По материалам диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них 3 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объем работы:

Диссертационная работа изложена на 169 страницах основного текста, состоит из введения, четырех разделов, состоящих из одиннадцати параграфов, заключения, списка литературы, который включает 226 источников, на русском языке – 192 и иностранных языках – 34, приложения. В диссертации представлено 16 таблиц и 29 рисунков, отражающих основное содержание работы.

1 Теоретические аспекты изучения возможностей медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

1.1 Клинико-психологические характеристики пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают I место среди причин летальности. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний поражения артерий нижних конечностей занимают второе место. Около 10% пациентов страдают атеросклерозом сосудов нижних конечностей [52; 59].

В настоящее время облитерирующие заболевания сосудов выходят на первое место по частоте проявлений и клиническому значению [207]. В течение нескольких десятилетий отмечается увеличение пациентов с данной патологией, в связи с ухудшением экологической обстановки, урбанизацией общества, снижением качества продуктов. Особенностью облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей является постоянное прогрессирование процесса [64; 77; 151].

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) встречается у 2-3% населения, что составляет 20% от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В течение 3-5 лет у 10-40% пациентов развивается гангрена, что приводит к ампутации конечности [32; 65].

По результатам многочисленных исследований, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей имеет тенденцию к омоложению. Это заболевание все чаще выявляют у лиц трудоспособного возраста [43]. В России пик этого заболевания приходится на пожилой и старческий возраст (от 60 и старше 70 лет) [34].

При анализе всех возрастных групп, авторы отмечают преобладание мужского пола [151; 159]. По результатам проведенных исследований мужчин с атеросклеротическим поражением нижних в возрасте до 65 лет в три раза больше,

чем женщин. По данным В.М. Кошкина, С.Х. Хаева, при анализе историй болезни в г. Москве больницы им. Н.И. Пирогова, выяснилось, что 90% пациентов с облитерирующим атеросклерозом - мужчины. По показателям стран Европы, так же лидируют мужчины с данным заболеванием. В Италии в 4,7 раз больше мужчин в возрасте от 40-49 лет, и в 9,2 раза в возрасте от 50-59 лет [34; 151].

В 1904г. F. Marchand впервые ввел термин «атеросклероз». На данный момент определились две ведущие теории развития атеросклероза. 1) Теория ответа на повреждение R. Ross, согласно которой, атеросклероз является активным воспалительным фибропролиферативным процессом, развивающимся в артериальном русле в ответ на повреждение эндотелия. 2) Теория липидной инфильтрации сосудистой стенки (Н.Н. Аничков), согласно которой, ведущая роль отводится нарушениям липидного обмена. Некоторые исследователи считают, что поражение сосудов является следствием сочетания обоих механизмов повреждения сосудистой стенки [183; 213].

Атеросклероз, заболевание мультифокальное, в первую очередь поражаются коронарные, церебральные, почечные артериальные бассейны, артерии нижних конечностей. Диагноз «облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей» выявляется поздно, обычно при ишемии IIб, III и IV степени по А.В. Покровскому [120].

Клиническая картина ишемии зависит от степени тяжести нарушения кровообращения. Основное клиническое проявление - болевой синдром.

В соответствии с классификацией А.В. Покровского-Фонтейна выделяют четыре степени хронической артериальной ишемии:

1 стадия: боли в ноге появляются только после ходьбы (более 1 км). Зябкость нижних конечностей. Замедление роста метаболических процессов.

2а стадия: пациент проходит (средним шагом) более 200 метров.

2б стадия: пациент проходит менее 200 метров.

Кожа стоп и голеней теряет присущую ей эластичность, становится сухой, шелушащейся, на подошвенной поверхности выявляется гиперкератоз. Замедляется рост ногтей, они утолщаются, становятся ломкими, тусклыми,

приобретают матовую или бурую окраску. Нарушается и рост на пораженной конечности, что приводит к появлению участков облысения. Начинает развиваться атрофия подкожной жировой клетчатки и мелких мышц стопы.

3а стадия: характерно появление «боли покоя», то есть боли, возникающей в горизонтальном положении, что вынуждает больного периодически опускать ногу вниз (до 3-4 раз за ночь).

3б стадия (критическая ишемия): появляется ишемический отек голени и стопы. Пациент вынужден опускать ногу более 3-4 раз за ночь.

4а стадия (критическая ишемия): развиваются некротические изменения в пальцах стопы.

4б стадия: гангрена стопы или голени.

Основным клиническим проявлением является боль, которая возникает внезапно при ходьбе и длительное время не проходит. При увеличении нагрузки на ноги, боль возникает быстрее, пациент вынужден останавливаться. При ходьбе больные отмечают онемение и похолодание ишемизированной конечности, выпадение волос и медленный рост ногтей на пальцах ног [223]. У многих больных наблюдается изменение окраски кожных покровов, преимущественно в области стопы, гипотрофичность мышц нижних конечностей. При тяжелых стадиях наблюдается отечность стопы и голени. Кожа имеет мраморный оттенок. Нарастают трофические изменения кожи [193;202]. Даже при незначительном повреждении (механическом или физическом) на коже стопы появляются трещины. Появляются некротические изменения пальцев, затем стопы, которые часто осложняются инфекцией, что приводит к быстрому прогрессированию гангренозного процесса [22; 77].

Пациентам со степенью ишемии I, IIА проводят консервативную сосудистую терапию амбулаторно два раза в год. Для больных со степенью ишемии IIБ, III, IV показано стационарное лечение с решением вопроса о реконструктивной операции. Все пациенты находятся на диспансерном учете у сосудистого хирурга поликлиники. Именно такой подход является в наше время наиболее эффективным, основной задачей лечения является сохранение

конечности [43; 52; 63; 78]. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей выполнимы у 60—70% пациентов, что обусловлено поражением дистального сосудистого русла, при этом у 30% больных проводятся повторные реконструктивные вмешательства [1; 66].

Анализ литературы показывает, что любые оперативные вмешательства на сосудах технически сложны из-за выраженности окклюзирующих процессов [52; 207].

Повсеместное внедрение реконструктивных операций и использование большого количества новых методов привели к положительному результату в их применении [155; 159; 218]. В настоящее время существуют прямые и не прямые методы реваскуляризации пораженных конечностей, которые восстанавливают магистральный кровоток и улучшают коллатеральное кровообращение [62].

Нужно отметить, что, несмотря на проведение реконструктивных операций, не всегда удается восстановить кровоток, и в 6-15% случаев выполняется ампутация по вторичным показаниям [78]. Также проводятся ампутации по первичным показаниям, в случае неэффективности консервативной терапии и невозможности проведения реконструктивной операции (отсутствие дистального русла, тяжелая сопутствующая патология) [137; 144; 203].

В последние несколько лет появились перспективные направления в лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей, такие как генная инженерия и клеточные технологии [33; 208]. Статистические данные по применению этих методов свидетельствуют о значительном улучшении результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей [198]. У пациентов отмечается увеличение дистанции безболевого ходьбы, заживление трофических дефектов и увеличение перфузии тканей конечности по данным ультразвуковых и радиоизотопных исследований [47; 84; 209]. В литературе на сегодняшний день немало работ посвящено клеточной терапии. Многие авторы отмечают эффективность лечения у большей части пациентов [189; 220]. На фоне эффективности данных методик, авторы отмечают, что механизм их действия

изучен не полностью, что затрудняет разработку показаний и противопоказаний к использованию при других заболеваниях [84; 221].

На данный момент в России недостаточно сведений об эпидемиологии КИНК. Критическая ишемия развивается у 28 - 44% больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей. У 20 - 40% пациентов выполняют высокие ампутации с летальностью 19 - 37% и отдаленной выживаемостью не выше 60% [71]. По мнению ряда авторов, у 20 - 30% больных через 5—7 лет после начала заболевания развивается критическая ишемия нижних конечностей (КИНК), прогноз при которой в течение года после установления диагноза неблагоприятен [207; 212]. В нашей стране выполняют около 35—40 тыс. ампутаций в год. Ближайшая послеоперационная летальность при ампутациях ниже коленного сустава варьирует от 5 до 15% и увеличивается до 11 — 39% после высокой ампутации. Через год после высоких ампутаций выживают 76%, через 3 года - 51—56%, а через 5 лет - 34—36% больных. По данным городского бюро нетрудоспособности г. Москвы ежегодно около 4500 пациентов проходят освидетельствование после ампутаций нижних конечностей, что составляет более 500 ампутаций на 1 млн населения [1; 34; 116; 140].

Исследуя проблему, большинство отечественных и зарубежных авторов выделяют факторы риска, которые определяют частоту и вероятность развития критической ишемии нижних конечностей.

В настоящий момент атеросклероз рассматривается как мультифокальное заболевание. Тяжесть сопутствующей патологии напрямую зависит от степени тяжести облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей [194;195]. По имеющимся в литературе сведениям, основной причиной развития ишемической болезни сердца является атеросклероз. У 63,6% пациентов с критической ишемией нижних конечностей выявляется ишемическая болезнь сердца. Процесс длительное время протекает практически бессимптомно, но впоследствии приводит к таким осложнениям как инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, внезапная смерть. У 10,7% больных с КИНК выявлено нарушение ритма сердца, хроническая цереброваскулярная

недостаточность. В результате атеросклероза сосудов происходит стенозирование коронарных, мозговых и других артерий [11; 34]. Сопутствующая патология у пациентов (ИБС) влияет на отдаленные результаты после проведения реконструктивных операций [197].

У 47,7% пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выявляют гипертоническую болезнь. Исследователями было установлено, что критическая ишемия развивается в 2,5 раза чаще у мужчин с артериальной гипертензией и в 3,9 раза у женщин [32; 34; 151].

Большое внимание уделяется сахарному диабету (СД), как фактору риска, который способствует развитию облитерирующего атеросклероза и усугубляет его течение [151, 168]. В мире насчитывается около 120 млн. человек страдающих СД [34] и распространенность СД в различных странах составляет от 1,5 до 6,0%. Статистика последних лет показывает, что увеличивается рост числа больных с синдромом диабетической стопы, количество которых в США 3-8%, в России 4-10% от числа всех больных сахарным диабетом [42; 217]. На настоящий момент идет увеличение количества числа пациентов, страдающих СД, как I, так и II типа. Данная сопутствующая патология значительно увеличивает риск ампутаций, от 40 до 70% у больных сахарным диабетом [200]. У 2-3% населения выявляется атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей в возрасте до 50 лет и более 7% в возрасте более 70 лет [132]. Другие авторы выделяют особенности у пациентов с СД при поражении артерий нижних конечностей: молодой возраст, чаще возникает у женщин, дистальная локализация [107; 167].

Частота заболеваний в анамнезе отражала в будущем заболевания сосудов нижних конечностей аутоиммунного генеза [47; 97; 151].

По данным литературных источников, основной фактор риска – гиперхолестеринемия. При нарушении липидного обмена повышается уровень холестерина в крови, который способствует развитию атеросклероза [41]. Выделяют низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). Одной из точек зрения является объяснение обратного соотношения

между концентрацией ХС ЛПВП и развитием атеросклероза является участие ЛПВП в обратном транспорте холестерина [76;90].

К причинам развития атеросклероза относят ожирение, которое усугубляет клиническое течение заболевания [205]. В эпидемиологических исследованиях было установлено, что от характера питания зависят клинические проявления атеросклероза [28]. Ожирение существенно влияет на исход проводимых операций при критической ишемии нижних конечностей. Летальность у больных с ожирением достигает 30-45% [33]. В этом контексте, важное значение приобретает снижение избыточной массы тела, по средствам комплекса диетических рекомендаций с использованием психотерапевтического подхода [153].

По мнению многих исследователей, курение является фактором развития хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. В России постоянно курят 40–45 миллионов человек. Среди взрослых курят 63,2% мужчин и 9,7% женщин. Курение вызывает около 30% сердечно-сосудистых заболеваний [34; 167]. Угроза развития критической ишемии нижних конечностей напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет в день и от стажа курильщика. Было установлено, что у 96% некурящих пациентов с данной патологией после проведенных реконструктивных операций конечность оставалась сохранной еще в течение 5 лет и у 61% пациентов курящих.

Большое внимание авторы уделяют такому фактору риска как алкоголь. В России 2,6 млн. человек активно употребляют алкогольную продукцию, что составляет 1,8% населения страны. В 2003 г. число больных алкоголизмом и алкогольными психозами составило 2 миллиона 364 тысячи человек. По данным ВОЗ, каждый лишний выпитый литр алкоголя сокращает продолжительность жизни у мужчин на 11 месяцев, у женщин на 4 месяца. На данный момент в литературе нет четких сведений о конкретном влиянии данного фактора на развитие облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Но исследователями было выявлено, что 10% пациентов с данной нозологией злоупотребляли алкоголем [28; 34; 151; 170].

Что касается психологических характеристик пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, то в литературе отсутствует их описание в силу неразработанности проблематики. Однако, по содержанию эти пациенты очень похожи на пациентов сердечно-сосудистого профиля.

М.Г. Киселева отмечает психологические особенности пациентов. Наивысшие показатели уровня депрессии до- и после хирургического лечения зафиксированы в группе больных с врожденными пороками сердца; наиболее низкий уровень – в группе больных аритмиями и ППС. Наиболее эмоционально комфортно перед хирургическим лечением чувствовали себя больные из группы с аритмиями, наименее комфортно – из группы с ВПС и ИБС. Уровни депрессии, ситуативной тревожности, уровень самооценки эмоционального состояния обнаружил устойчивую зависимость послеоперационного психоэмоционального состояния от предоперационного. При этом уровень дооперационной депрессии ниже, а уровень дооперационной тревоги выше, чем соответствующие показатели после хирургической операции [74].

Автором выделены типы пациентов:

Первый тип – пессимистический – отношение к лечению, как к угрозе, лишению, потере. Пациенты сосредоточены на возможных негативных последствиях и осложнениях оперативного лечения, испытывают сильный страх перед хирургическим вмешательством. Словарь больных богат такими словами, как: «угроза», «смерть», «конец», «ужас», «вскроют», «остановка сердца», «осложнения», «невозможно», «кошмар», «не поможет», «реанимация», «морг», «боль».

Обсуждение предстоящего лечения у таких пациентов происходит в бинарных категориях: «все – ничего», «жизнь – смерть». Перспектива будущего сужена, пациентам сложно говорить на темы, не касающиеся хирургического лечения («тоннельное мышление»). Эмоции имеют бурное выражение – от агрессии и дисфории, до повышенной тревоги и приступов паники.

Демонстрируют ярко выраженный страх смерти. Пациенты уверены, что от них ничего не зависит в ситуации лечения и болезни в целом [75].

Медицинский персонал часто воспринимается как враждебный, посягающий на здоровье, жизнь. Пациенты плохо переносят боль, предъявляют много соматических жалоб. В беседе с психологом выражают переполняющие их негативные чувства.

Второй тип – оптимистично нереалистичный – отношение к лечению как к решению всех проблем. Пациенты верят во всемогущество хирургического лечения, которое, как по волшебству, решит все проблемы в жизни пациента, уходящие далеко за пределы компетенции хирургического лечения: поможет найти работу, создать семью, родить детей, найти друзей. В словаре преобладают слова: «радость», «счастье», «хорошо», «успешно», «смогу», «все получится», «гений», «оптимизм», «свобода», «победа», «шанс», «польза», «новая жизнь», «супер», «отлично», «лучше всех». Пациенты демонстрируют, что рады и счастливы подвергнуться хирургическому лечению, находятся в приподнятом настроении, с удовольствием отдаются в руки хирурга, которого наделяют всемогуществом. Часть пациентов отрицает наличие каких-либо страхов, возможность смерти. К психологу относятся либо с недоумением (демонстрируют, что не нуждаются в помощи), либо как к хорошему другу (шутят, бравируют). Склонны нарушать предписания медицинского персонала.

Третий тип отношения – безразличный – отношение к лечению как к бессмысленности. Пациенты демонстрируют, что не имеют влияния на текущую ситуацию, жизнь в целом. Словарь беден, включает в себя слова: «все равно», «не знаю», «может быть», «какая разница», «мне так сказали», «нет смысла», «ну и что». Речь наполнена длинными паузами, могут подолгу молчать, но контакт не разрывают. Пациенты апатичны, не эмоциональны, имеют мало интересов в жизни, скудную мотивационную сферу. Часто их можно увидеть лежащими в «позе эмбриона», отвернувшись к стене. Благодарны доверительному контакту с психологом, так как больше ни с кем в стационаре не общаются. К предписаниям врачей равнодушны, не спешат выписываться из стационара.

Четвертый тип – оптимистично реалистичный – отношение к лечению как к возможности поправить здоровье. В нем большая доля реальности, настолько, насколько об этом можно говорить: есть опасения, понимание возможности осложнений и негативных последствий хирургического вмешательства, но есть надежда и вера в улучшение состояния здоровья после лечения, в возможность повышения качества жизни в пределах разумного. Осведомлены как о положительных, так и об отрицательных последствиях лечения, имеют адекватную модель ожидаемых результатов лечения. Словарь богат, включает слова разной эмоциональной окраски, но без крайних оценок: «волнуюсь», «беспокойство», «хорошо», «получится», «возможность», «шанс», «здоровье», «вина», «успешно». Пациенты не скрывают тревоги, но самостоятельно с ней справляются; по необходимости обращаются за помощью и принимают ее, выполняют предписания врачей, стараются быстрее выписаться из стационара. Сотрудничают с психологом. Берут на себя необходимую долю ответственности [75].

Е.Р. Исаева отмечает психологические особенности пациентов кардиологического профиля в предоперационный период. Она указывает, что при исследовании ценностно-смысловой сферы личности больных в период ожидания операции выявлено снижение показателей уровня осмысленности жизни. Полученные данные позволяют говорить о том, что обследованные пациенты плохо представляют себе свое будущее, их цели довольно расплывчаты, а сами больные не могут четко увидеть те ориентиры, к которым нужно стремиться. В исследовании было установлено, что у кардиохирургических пациентов с приобретенными пороками сердца в предоперационном периоде отмечается снижение уровня выраженности некоторых личностных характеристик, в частности: организованности, что означает достаточно низкую осознанность своих чувств, мыслей и действий; эмоциональной стабильности, что свидетельствует о наличии повышенной раздражительности, тревожности, обидчивости; личностных ресурсов, отражающее заниженную оценку своих интеллектуальных и личностных качеств [60].

Таким образом, полученные данные позволяют предполагать, что эмоциональная стабильность и высокий уровень самосознания и организованности формируют, наряду с другими качествами, личностный потенциал больного, который определяет его возможности по преодолению болезни и восстановлению после операции.

Е.Л. Николаев утверждает, что негативные эмоциональные состояния больных связаны с более тяжелым соматическим состоянием и худшим прогнозом заболевания. Но и здесь есть свои особенности. При хронической сердечной недостаточности состояние декомпенсации больше связано с эмоциональным балансом, чем просто с уровнем негативных эмоций: тревогой, депрессией и враждебностью [123].

Результаты исследований показывают, что тревожные и депрессивные состояния при сердечно-сосудистой патологии способствуют повышению частоты сердечно - сосудистых осложнений. Пациенты с тревожными и депрессивными состояниями имеют сниженную приверженность к лечению и выполнению врачебных рекомендаций [124].

В работе Н.Ю. Кувшиновой определены особенности психологического статуса пациентов с различными клиническими формами ишемической болезни сердца. Для большинства больных характерны сниженная эмоциональная устойчивость, подозрительность, фрустрированность, склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность с преобладанием реакций тревожной оценки перспективы и эмоционального дискомфорта, симптомы депрессивного спектра, дисгармоничные типы отношения к болезни [89]. Автор В.Я. Варлакова выделяет два типа больных ишемической болезнью сердца. У больных ишемической болезнью сердца стенического типа отмечаются следующие психологические и психофизиологические факторы: высокий уровень сенситивной ригидности, высокий уровень невротической астении, склонность к накоплению аффекта, возбудимость личности, личностная склонность к сверхконтролю. Астенический тип больных ишемической болезнью сердца включает в себя следующие психологические и психофизиологические факторы:

ригидность личностной позиции, которая проявляется в широком спектре ситуаций, средний уровень невротической астении, личностная пассивность, демонстративность, высокая индивидуалистичность [23].

В диссертационном исследовании А.А. Меркурьевой уточняются характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения. Установлено, что больных ишемической болезнью сердца по сравнению со здоровыми лицами характеризуют: повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта. В структуре личности и эмоциональной сфере больных ишемической болезнью сердца с болевым вариантом течения отмечаются: целеустремленность, властность, склонность к доминированию, эмоциональная неустойчивость, лабильность, а также о склонность к «уходу» в болезнь, ипохондричность. Больные ишемической болезнью сердца характеризуются повышенным уровнем дефицитарной агрессии, т.е. склонны подавлять свои агрессивные побуждения, либо недостаточно их реализовать в связи с отсутствием соответствующих поведенческих навыков. Склонность к подавлению агрессии сочетается с повышенным контролем агрессивного поведения [110].

В работе Т.В. Чапалы установлено, что такие психологические особенности, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, у большинства пациентов с ишемической болезнью сердца возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы болезни, одновременно являясь следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики заболевания (психосоматические влияния) [179].

Чешскими учеными в качестве важных факторов риска артериальной гипертензии, в дополнение к нарастающей сложности социальной жизни добавлены особенности поведенческой активности и психофизиологической реактивности. Личность больного с артериальной гипертензией наделяется ими

следующими чертами: тревожностью в социальных контактах, подавленной враждебностью, проявлениями перфекционизма, подавлением эмоций, избыточной поведенческой приспособляемостью, оборонительными реакциями на стрессовые стимулы [210].

В исследовании, проведенном в университете Осаки, определено, что депрессия и подавление гнева являются факторами риска ССЗ для японцев, так же как и для жителей западных стран [214].

В связи с этим, по мнению Н. Ю. Кувшиновой [89], психологическая работа с больными ИБС должна быть направлена на снижение уровня тревоги, депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического объяснительного стиля, являющегося фактором, поддерживающим депрессивное состояние, коррекцию межличностных отношений с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании.

Таким образом, пациенты сосудистого профиля характеризуются психоэмоциональными нарушениями, тяжелым переживанием стрессов, тревогой и депрессией, они ригидны, не владеют навыками совладания с заболеванием, имеют затруднения в межличностных отношениях, что, с одной стороны, выступает фактором риска возникновения сосудистых нарушений, с другой, - может выступать предметом психологического сопровождения, обеспечивая жизненные изменения, которые, по мнению Е.Л. Николаева, могут быть ориентированы на мотивацию к восстановлению утраченных навыков и саморегуляцию, осмысление роли болезни в жизни пациента, раскрытие его личностного потенциала и внутренних ресурсов пациента [124].

1.2 Представления о жизнеизменяющих процессах, их проявлениях и особенностях у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Термины «жизнь», «жизнеизменяющий», «жизненное самосуществование» как категории психологии становятся все более активно используемыми в научном лексиконе, все чаще предметом психологического исследования выступают «жизнестойкость» [96], «стратегии жизненного самоосуществования» [101; 138], «активность жизненного самоосуществования» [152], «представления о свободе жизненного самоосуществования» [101], «устойчивость жизненного мира как характеристика жизненного самоосуществования» [51], «жизнеспособность человека» [150].

В декларации ЮНЕСКО «Образование XXI века» говорится о том, что главной ценностью новой культуры должна стать ценность устойчивого стабильного развития человека и общества, а главной целью образования – формирование жизнеспособной личности.

Повышение интереса к само- и жизнеизменению, обнаруживаемое в психологических исследованиях, указывает на доминирование постнеклассических идей, в контексте которых содержание понятия «жизнь» носит полидисциплинарный характер и может быть рассмотрено в качестве такого явления, сущностные характеристики которого могут быть осмыслены только в рамках исследований, учитывающих тенденцию развития психологической науки.

Данная тенденция определяет качественно иной уровень разработки идей, теорий, поскольку «порождает новое отношение к миру в форме экзистенциального знания, развитие возможностей человека к самопреобразованию» [182].

В. М. Бехтерев признавал, «что вопрос о жизни поставлен таким образом, что обыкновенными механическими условиями объяснить ее проявления нельзя» [19] и ссылаясь на профессора Бородина (1895), ученый указывает, что жизнь – это величайшая из тайн, разгадать которую имеющимися средствами не

представляется возможным, обозначив тем самым необходимость выхода за пределы имеющихся в распоряжении науки классических представлений [18].

Ф. Ницше рассматривал под термином жизнь именно начало, из которого все происходит. По его мнению, из жизни возникает материя, живые организмы, сознание, и всё окружающее. Жизнь не исчезает, она присуща всем живым организмам, которые ее ощущают [127].

Так же как и Ф. Ницше, О. Шпенглер, считал, что жизнь – это первичное начало, которое лежит в основе бытия. В основе развития понятия жизни, по его мнению, лежит судьба. Жизнь может, превращаться в мир, и судьба превращается в причинно-следственную связь [184].

Вопросам жизни много внимания уделял А. Бергсон, который в своих работах указывал, что жизнь – это некоторая целостность, отличающаяся от материи и духа, которые являются продуктами ее распада. По мнению автора, жизнь является таким результатом, который изменяется под влиянием каждый раз новых приобретенных форм этой жизни. Он определял сущность «жизни» такими понятиями как «длительность», «творческая эволюция» и «жизненный порыв» [15].

Обращаясь к проблеме эволюционного движения, А. Бергсон в работе «Творческая эволюция» отмечал, что жизнь характеризуется возможностью самосозидания, результатом творения себя непрерывно (на этом свойстве ученый особым образом акцентирует внимание, поскольку прогресс, продолжающийся бесконечно, остается невидимым в каждый отдельный промежуток времени, но обнаруживается, когда «прошлое напирает на настоящее и выдавливает из него новую форму, несоизмеримую с предшествующими»). По мнению автора, жизнь является таким результатом, который изменяется под влиянием каждый раз новых приобретенных форм этой жизни. «Жизнь - это тенденция, сущность же тенденции есть развитие в форме пучка: одним фактом своего роста она создает расходящиеся линии, между которыми разделяется жизненный порыв», именно «на расходящихся линиях» возникают «новые формы», дающие «свободу великому дыханию жизни». Тем не менее, «нет необходимости в том, чтобы все

элементы, на которые разделяется тенденция, имели равное значение и, в особенности, одинаковую способность к эволюции», в силу чего свобода получает ограничение. Жизненный порыв, о котором говорит автор, заключается в потребности творчества в ситуациях, где переживается сопротивление материи, характеризующей движение, обратное движению человека. В этих ситуациях, овладевая материей, человек «стремится ввести в нее возможно большую сумму неопределенности и свободы» [15]. В таком контексте жизнь выступает усилием «подняться по тому склону, по которому спускается материя», благодаря чему можно предвидеть возможность, и даже необходимость, то, что обратно материальности, но именно то, что творит материю силой духа человека: «жизнь начинается в тот момент, когда под действием обратного движения возникает материальная туманность» [15].

А. Бергсон по поводу понимания жизни как тенденции развития человека в его индивидуальном проявлении писал: «если жизнь в соприкосновении с материей можно сравнить с импульсом или порывом, - рассматриваемая в самой себе, она есть безграничность возможностей, взаимодействие тысяч и тысяч тенденций, которые, впрочем, являются «тысячами и тысячами» лишь тогда, когда они оказываются внешними друг другу, то есть опространствованными. Соприкосновение с материей определяет эту диссоциацию. Материя разделяет в реальности то, что было множественным только в возможности, и в этом смысле индивидуализация является отчасти делом материи, отчасти следствием того, что несет в себе жизнь» [15]. Данные идеи легли в основу сформулированного А. Бергсона закона: «когда тенденция, развиваясь, делится, то каждая рождающаяся при этом частная тенденция стремится сохранить и развить все то, от первоначальной тенденции, что не является несовместимым с работой, на которой она специализировалась». Такая упорядоченность проявляется в согласии человека с миром: если он (человек) следует «своему естественному направлению – тогда это будет развитие в форме напряжения, непрерывное творчество, свободная деятельность» (автор называет эту упорядоченность жизненной), а если

же он поворачивает назад, то возникает другая форма порядка – инерция и автоматизм.

Именно эта точка зрения автора как нельзя точно отражает логику развития человека в ситуации болезни. Первый вариант позволяет человеку приспособиться к новым условиям, проявить тем самым жизненность. Второй вариант не является продуктивным, удерживая человека в прошлом (в прежних способах взаимодействия с миром и т.д.).

В диссертационном исследовании И.О. Логиновой анализируется работа А. Бергсона «Творческая эволюция», в которой отмечается, что фактически системы, с которыми имеет дело наука, всегда существуют в мгновенном, постоянно возобновляющемся настоящем, а не в реальной конкретной длительности, где прошлое неотделимо от настоящего» [101]. Таким образом, эволюция предполагает реальное продолжение прошлого в настоящем, предполагает длительность, которая, по мнению А. Бергсона, является связующей нитью.

Речь идет не о «раздельно существующих» процессе жизненного самоосуществления человека и самой жизни, а о включенности человека в эволюционные процессы (онто- и филогенетического порядка, характеризующиеся все большим освобождением человека «от диктата нормирующей его жизнь потребностной детерминации» и все большим подчинением «сверхнормативной по своей природе детерминации возможностями» [79], открывающего в этой включенности возможности для собственного становления.

Можно сказать, что жизнь человека выступает как траектория движения самоорганизующейся системы во времени [17], в процессе которого изменяется и самоизменяется и мир, и человек, находящиеся в процессе самотворения, характеризующегося непредрешимостью, непредсказуемостью, незавершенностью.

Жизнь – это пространство совмещенных субъектно-объектных систем,двигающихся в едином эволюционном потоке. Такое понимание движения, в

котором человек как субъект, то есть существующий, «постоянно превосходит условия своего существования, постоянно раскрывает и определяет ситуацию, выходя за ее рамки, чтобы объективировать через труд, действие или поступок», Л. А. Суркова называет современным пониманием диалектики движения, адекватным неклассической рациональности [165].

Для постнеклассических исследований особое значение приобретает принцип соответствия, поскольку раскрывает механизм усложнения системной организации. Если бы не было такого «устройства» как соответствие, то наша жизнь была бы хаосом, а нашу психику можно было бы охарактеризовать как распад и патологию [106]. Благодаря соответствиям человек увеличивает свой порядок, системность, целостность, расширяя собственное жизненное пространство. Так происходит непрерывное «саморождение» человека [106]. Через принцип соответствия получает объяснение то, каким образом и почему психика (сознание) выступают в качестве «органа отбора» «решета, процеживающего мир» [31]. Становится понятным, что человек обеспечивает устойчивость своего бытия, расширяя собственное жизненное пространство за счет динамики ценностно-смысловых измерений, позволяющей намечать «пространство свободного движения» [93] и действовать в нем, осуществляя себя и свою человеческую миссию как сознательного существа (сверхнормативно, инициативно).

Автор синергийной антропологии С.С. Хоружий, выступая на научном семинаре философского факультета Новгородского ГУ в апреле 2006 года, отметил, что центральным понятием разрабатываемого им подхода выступает термин «предельное антропологическое проявление», в которое вкладывается возможность определяющих свойств, предикатов антропологической реальности испытывать изменения. Особо ученый акцентирует внимание на предельности – ключевой дефиниции человека как целостного явления, благодаря которой человек в своих проявлениях выходит к «пределу горизонта своего существования» [177]. Предельность мира человека располагается в пространстве «беспорядок – порядок», а «дело жизни» человека состоит в том, чтобы мир

приобрел упорядоченность и устойчивость, которые возникают благодаря следующей жизненной логике: «от «действовать, чтобы поддерживать свою жизнь» до «жить для того, чтобы делать дело своей жизни» [95].

Об этом же писал С.Л. Рубинштейн, указывая, что термин «жизнь» характеризует диалектику внешнего и внутреннего, изменение и сохранение, ориентированное на существование: «внешние причины действуют через внутренние условия, формирующиеся в зависимости от внешних воздействий» [146]. Взаимодействие, которое определяет возможность реализации такого принципа, подразумевает включенность человека как субъекта в ситуацию, задающую линию становления того «внутреннего» в человеке, что «соотносится с чем-то внешним по отношению к ситуации, выходящим и выводящим за ее пределы» [146]. Выход за пределы ситуации обусловлен тем, что различные явления по своей природе выступают как обуславливающие и обусловленные – будучи обусловленными объективным действием условий жизни, они обуславливают жизнедеятельность человека [92].

С.Л. Рубинштейн отмечает, что именно включенность человека в бытие определяет два модуля его жизни: страдательный – способность подвергаться воздействиям внешнего мира и деятельностный – способность воздействовать на внешний мир. Единство этих модулей определяет способность человека к саморегуляции, самоопределению, саморазвитию, раскрывающихся в процессе самореализации таким образом, что позволяет субъекту при взаимодействии с миром сохранять свою сущность, изменяя и совершенствуя ее.

М. Хайдеггер писал механизм работы желания, направленного на утерянный объект: объект ускользает при достижении или утеря в прошлом, которое в настоящий момент недоступно. Желание, это не что иное, как вовлеченность. Быть вовлеченным, значит, в ситуации обладать значимостью для себя, защищать себя от боли и изменений. Данные подходы соотносятся с современными представлениями об участии человека в процессах восстановления и реабилитации.

Ампутация – это операция, при которой врач отсекает пораженную конечность (всю или ее часть) для спасения жизни человека. И с одной стороны, это выбор в пользу жизни, с другой – это переживание потери, которое сопряжено с проявлением тревоги, депрессии, потерей смысла жизни.

Жизненное изменение А.В. Паукова определяет как существенный сдвиг в жизненном мире личности, представляющих собой комплекс внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) условий и обстоятельств [134].

Следовательно, триггером изменений может выступить любая внешняя ситуация, которая оказывает ограничивающее или стимулирующее влияние на человека, либо человек определяет существенные аспекты своего существования [133].

Автор приводит типологию жизненных изменений:

Таблица 1.2.1 - Виды жизненных изменений

Жизненное изменение					
Благоприятное			Неблагоприятное		
внешнее	внутреннее		внешнее	внутреннее	
	конкретное	абстрактное		конкретное	абстрактное
	воплощение в определенную цель	интенция что-либо изменить		воплощение в определенную цель	интенция что-либо изменить

Таким образом, жизнеизменяющие процессы выступают показателем новой жизненной ситуации, развивающейся в условии болезни. Вследствие этого, пациент начинает испытывать проблемы либо дефицитарного уровня (когда ему требуется помощь в устранении (уменьшении) негативных переживаний из-за нехватки чего-либо, на корректировке условий, от которых человек страдает), либо бытийного (когда смысл не в том, чтобы вернуть человека к неким предполагаемым «хорошим условиям», которые были раньше, а в том, чтобы человек двинулся дальше – «к богатству и осмысленности жизни, значительно большей, чем он знал до сих пор») [21].

Жизнеизменяющие процессы могут иметь различные основания:

- планируемые изменения – пациент четко представляет, что он хочет изменить, но не понимает как это сделать, или затрудняется осуществить план (для этого ему возможно нужна помощь психолога/психотерапевта).
- неожиданное изменение – возникает в виде ситуации, когда перед пациентом возникает необходимость адаптации к новым жизненным обстоятельствам, которые противоречат его ожиданиям.
- желаемое изменение – возникает, когда пациент неудовлетворен актуальной ситуацией, но не представляет, что и в каком направлении он хотел бы изменить [133].

Таким образом, жизнеизменяющая работа с пациентом после ампутации может основываться на трех сценариях:

1. неблагоприятное + инициируемое средой = неожиданное жизненное изменение (переживание ситуации травмы, потери, изменение статуса, качества жизни, нарушение образа жизни).
2. благоприятное + инициируемое пациентом + конкретное = планируемое жизненное изменение (изменение образа жизни, отказ от привычки, переживание новых ценностей).
3. благоприятное + инициируемое пациентом + абстрактное = ожидаемое жизненное изменение (пациент «застревает» в том, что случилось – стало определенным и стабильным, затрудняется обнаружить ресурсы в настоящем, чтобы двигаться дальше).

Жизнеизменяющие процессы начинаются с осознания себя и способа жизни. Жизнеизменяющие процессы такая жизненная динамика, которая позволяет отвечать на вопросы жизни так, чтобы сделать жизнь более аутентичной и, таким образом, более реализованной, исходя из возможностей человека [174].

На современном этапе развития науки существует мнение, что здоровье и болезнь, это не противоположные состояния, а два взаимосвязанных процесса индивидуального развития [67].

Здоровье характеризуется слаженной работой всех систем организма в их качественных и количественных определенностях. Гармония внутренней жизни, взаимозаменяемости и согласованной работе органов, дана природой [116]. При сбалансированном преодолении внешних факторов, с имеющейся внутренней мотивацией, индивид оказывает иммунологическое сопротивление инфекциям, поддерживает физическую форму, эмоционально стабилен, эффективно преодолевает стрессовые ситуации [111]. Рассогласованность совместной деятельности, биологические нарушения, приводят к болезни [13].

В научной литературе выделяют субъективную теорию возникновения заболевания. Она опирается на представление об общественных или социальных конфликтах. В случае нарушения мировоззрения у субъекта, начинается болезнь [135]. Считается, что источником любого заболевания служит «несогласованное» поведение отдельного элемента, входящего в одну из систем организма или психики. Нарушение внутреннего равновесия зависит от самого субъекта, ведущего беспорядочную жизнь, либо от факторов извне. Проблема болезни разрешается, но не только благодаря внешнему медицинскому вмешательству, но и если человек индивидуально упорядочивает собственную жизнь. Согласно этой концепции заболевание можно избежать или приостановить, если индивид сохраняет активную жизненную позицию и несет ответственность за свою жизнь [4]. В связи с этим необходимо упорядочивание восприятий у человека. Полученный опыт во время болезни сделать доступным пониманию, что в свою очередь будет способствовать контролировать жизненную ситуацию в настоящем [135].

Т.Д. Василенко отмечает, что жизненные ситуации, связанные с внутренним телесным опытом классифицируются по:

- влиянию на здоровье — свидетельствующие о нарушении здоровья (соматические заболевания) и соответствующие состоянию здоровья;
- длительности — ограниченные по времени (состояние беременности), неопределенные по длительности (хроническое соматическое заболевание)

длительного течения) и заболевания неизлечимые, с которыми человек проживает всю жизнь;

- степени тяжести течения;
- степени ограничения социального взаимодействия (совместимые с продолжением профессиональной деятельности и предполагающие инвалидность);
- социальному стереотипу, связанному с заболеванием (например, угрожающие жизни заболевания) [24].

Автор предлагает модель, отражающую закономерности и факторы влияния телесного опыта на субъективную картину жизненного пути (рис. 1). Кроме того, Т.Д. Василенко выделяет временные и смысловые аспекты, которые качественно различаются при адаптивном и дезадаптивном включении в нее нового телесного опыта. В случае дезадаптивного варианта автор говорит о трансформации субъективной картины жизненного пути, выражающейся в следующем: преобладании временной ориентации на прошлое, сужении временной перспективы, негативном характере временной установки и оценки настоящего, снижении осмысленности жизни и событийной насыщенности, а также преобладании негативных событий.

В контексте нашего исследования данная модель также может быть применена, поскольку хронические облецирирующие заболевания артерий нижних конечностей возникают не одномоментно, возникают, развиваются постепенно, обретая хроническую форму. Ряд критериев данной модели подтверждают данные о значимых психологических особенностях пациентов с данными заболеваниями.

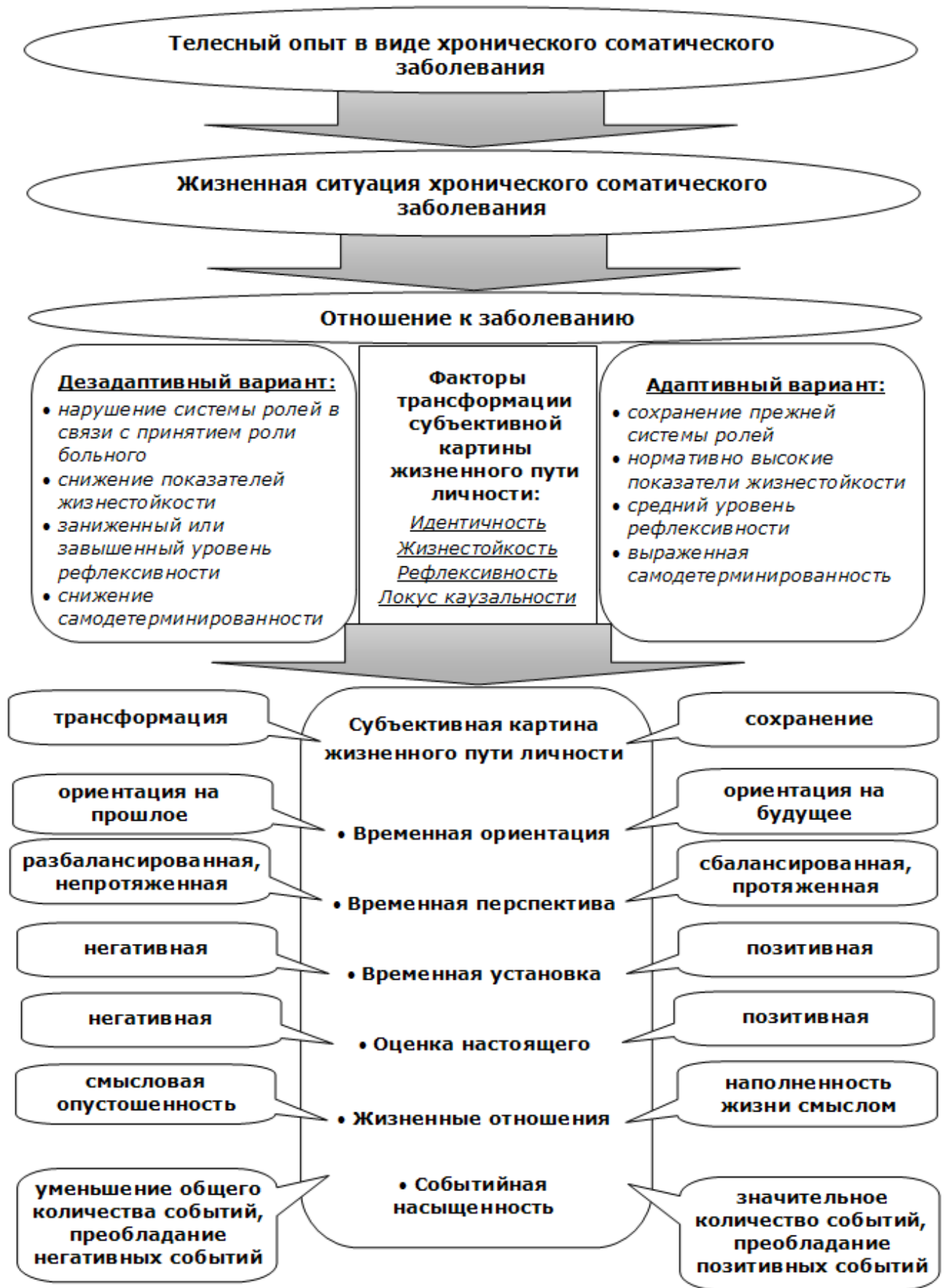


Рисунок 1. Влияние телесного опыта на субъективную картину жизненного пути личности (на примере хронического соматического заболевания), по Т.Д. Василенко

О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов обсуждают здоровье, как интегративную характеристику личности, охватывающую самые различные уровни и измерения индивидуального бытия. Рассматривая здоровье как системное качество, характеризующего личность в ее целостности, они учитывали многоаспектный феномен трактовки этого явления [25].

Рядом авторов, изучаются интегральные показатели здоровья: жизнеспособность, жизнестойкость, как системные черты личности, ответственные за успешность преодоления жизненных трудностей, включающие вовлеченность в процесс жизни, субъективную готовность к любым внешним переменам, способность человека строить полноценную жизнь в трудных условиях. Эти личностные ресурсы и есть основание здоровья личности [3; 45; 87; 92].

А.В. Махнач определяет жизнеспособность как способность человека к определению неблагоприятных жизненных обстоятельств с возможностью восстанавливаться и использовать для этого все возможные внутренние и внешние ресурсы, способность существовать и развиваться.

Представления о жизнеизменяющих процессах, происходящих с человеком при переходе от здоровья к болезни и от болезни к здоровью, легли в основу разработанной нами модели жизнеизменяющих процессов. Она включает в себя ряд психологических характеристик человека, играющих определенную роль как в оценке сложившейся ситуации, влекущей изменение (благоприятное или неблагоприятное), способность адекватно оценивать это изменение и включать его в собственный жизненный сценарий.

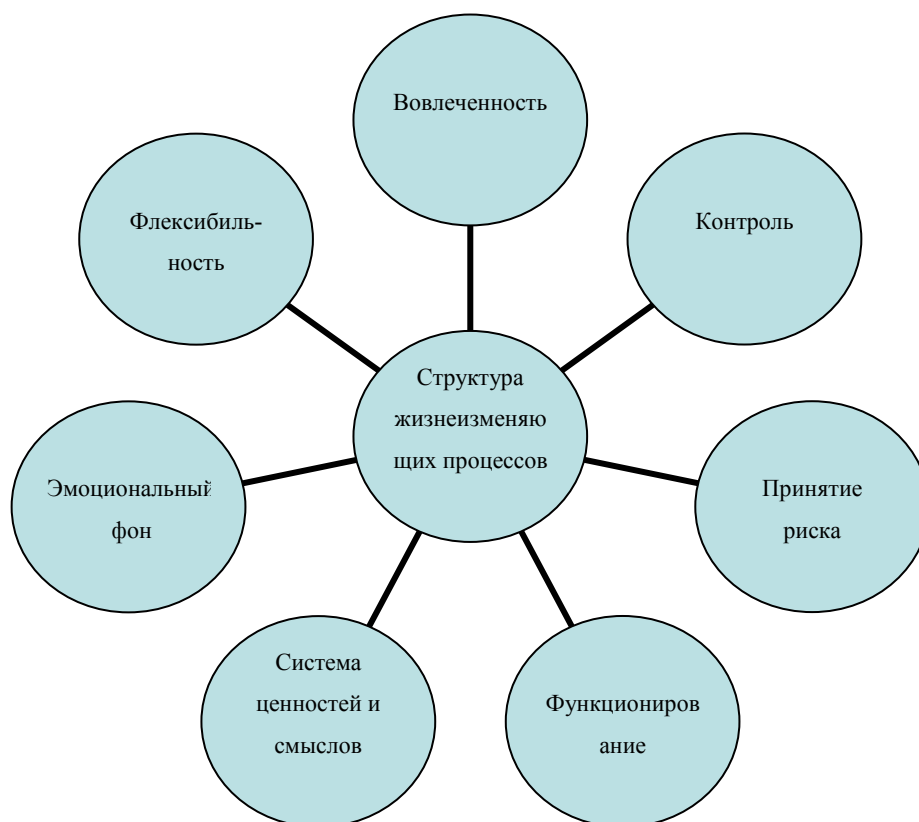


Рисунок 2. Модель структуры жизнеизменяющих процессов

В структуру жизнеизменяющих процессов, представленной в виде модели входят:

1. Вовлеченность, которая определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности»
2. Контроль представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован.
3. Принятие риска — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, неважно, позитивного или негативного.
4. Функционирование — возможности, что человек может сделать, в определенных жизненных условиях.
5. Система ценностей и смыслов включает в себя ценность здоровья, активность.

6. Эмоциональный фон предполагает позитивное или негативное отношение к изменениям.

7. Флексибельность, отступление от стереотипов, выработка новых форм поведения.

Представленная модель жизнеизменяющих процессов для пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей соотносится с точкой зрения Х. Плеснера о возможностях человека, с одной стороны, ограниченного в теле, с другой, - имеющим возможность переходить эту границу.

Ученый рассматривает два возможных случая:

1. Граница есть лишь виртуальное «между» телом и примыкающей средой, то, «где» оно начинается (прекращается), поскольку иное в нем прекращается (начинается). Тогда граница не принадлежит ни только телу, ни только примыкающей среде, но принадлежит обоим, поскольку прекращение одного есть начало другого. Она есть чистый переход от одного к другому, от другого к одному и действительна лишь как «поскольку» именно этой обоюдной определенности. В этом случае граница есть нечто отличное от реального ограничения, принадлежащего телу как его контур, и хотя и не проходит, собственно, «рядом» с ним, но все же есть нечто внешнее для него самого, ибо переход к другому хотя и обеспечивается ограничением, но не принадлежит к его сущности как осуществление, т. е. не необходим для бытия тела.

2. Граница реально принадлежит телу, которое тем самым не только обеспечивает в качестве ограниченного своими контурами переход к примыкающей среде, но в своем ограничении осуществляет переход и является этим самым переходом, поэтому граница здесь становится сущей, ибо она не есть больше (представленное в качестве линии или плоскости и в этом, собственно, фальсифицированное) «поскольку» обоюдной определенности, ничего не означающий сам для себя пустой переход, но сама по себе принципиально отличает ограниченное ею образование от иного как иного [136].

Даная точка зрения соотносится с формирующейся в современном мире со «здоровьесцентрической» парадигмой в рамках «субъект - субъектного» подхода в медицине, предполагающего возрастание активности и передачу ответственности за переход от здоровья к болезни и обратно самому человеку.

Подводя итог, мы можем говорить о том, что жизнеизменяющие процессы – это такая жизненная динамика, которая позволяет отвечать на вызовы жизни так, чтобы сделать жизнь более аутентичной (реализованной, исходя из возможностей человека, ориентированной на осознание себя и своего способа жизни), поэтому изучение имеет принципиальное значение для оказания психологической помощи пациентам с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

1.3 Возможности медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Первоначально психологические концепции и технические приемы и методы развивались в рамках философских, религиозных, медицинских взглядов. К лечению любого заболевания подходили с позиции души и тела. Гиппократ говорил, что лечить нужно не болезнь, а больного, учитывая индивидуальные особенности пациента [129].

На современном этапе развития медико-психологическое сопровождение больных должно осуществляться в зависимости от психологических особенностей личности, реакции на болезнь, от стадии заболевания и проводимого лечения [148; 175].

Под психологическим сопровождением понимается действие, при котором должны наступить конструктивные изменения в поведении человека, социальных отношениях, установках на жизненную ситуацию. Психологическое сопровождение отличается от других методов помощи тем, что при ее проведении применяются психологические методы, направленные на изменения личности человека [204].

Анализируя научные подходы к сущности медико-психологического сопровождения можно выделить два направления: клинико-ориентированное и личностно-ориентированное. Первое направлено на облегчение, либо исчезновение уже имеющейся симптоматики, где основными методами являются гипноз, аутогенная тренировка, внушение. Второе направлено на решение задач по изменению личности человека, помощи пациентам адаптироваться в новой жизненной ситуации, мотивировать больного на положительный исход. Оно представляет собой систему методов индивидуальной, групповой терапии, под влиянием которых достигаются изменения в системе отношений к социуму и окружающему миру, коррекция когнитивных, эмоциональных, поведенческих нарушений [98; 160; 186].

Медико-психологическое сопровождение может реализовываться в групповой и индивидуальной формах.

Групповое сопровождение - это специфический метод, где основная роль отводится групповой динамике, то есть совокупность внутригрупповых процессов и явлений [27]. Группа рассматривается как общность людей, участвующих в межличностном общении состав которой не должен меняться [192].

Групповая терапия основывается на трех подходах:

- Теории социального научения, согласно которой человек при рождении не имеет сущности, все приобретается под влиянием внешних факторов;
- Психоаналитическом подходе, который рассматривает человека как управляющего своими инстинктами;
- Клиентоцентрированном подходе, где человек от рождения является «хорошим». Психические изменения происходят под влиянием, с чрезмерными стараниями, соответствовать требованиям и нормам.

Групповая терапия, может быть краткосрочной, но также и долгосрочной, длиться от одного месяца до нескольких лет [163].

Существуют критерии показаний к групповым занятиям. С точки зрения некоторых авторов групповые занятия особенно подходят пациентам, внутренние

конфликты которых проявляются в интерперсональных конфликтах. В ситуации группы эффективно прорабатывать нарциссическую манеру поведения. Для больных с невротическими навязчивыми состояниями, необходима обратная связь, это становится возможным при работе в группе [83; 161]. Так же терапия показана тем больным, которые боятся отношений в диаде (психотерапевт-пациент). При психоаналитических групповых занятиях, направленных на взаимодействие, могут находиться шизоидные пациенты [39], больные с пограничными расстройствами, психосоматические пациенты с недостаточной дифференцированностью аффектов [12].

В литературе упоминается о противопоказаниях к групповым занятиям. Это низкий интеллект, психозы, тяжелые формы психопатий. С большой осторожностью нужно включать в группу людей с выраженными физическими недостатками. Вот поэтому для пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей этот вид поддержки не рекомендуется.

Индивидуальные занятия, наряду с групповыми, относятся к числу основных форм психологического сопровождения. Различия между групповой и индивидуальной психотерапией существуют в виде «контура взаимодействия». Если в групповой терапии инструментом взаимодействия является психотерапевтическая группа, то в индивидуальной терапии инструментом воздействия выступает психотерапевт (психолог) [2].

Индивидуальное сопровождение особый сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социальные, культурные, межличностные факторы, профессиональные качества и личностные характеристики, как пациента, так и психотерапевта (психолога), помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации [117].

Все современные методики психотерапии (телесно-ориентированная, гештальт-терапия, когнитивно-поведенческая психотерапия и др.) располагают индивидуальными формами работы с людьми. В стационаре

психотерапевтические (психологические) интервенции входят в комплекс наряду с другими видами терапии: фармакотерапия, физиотерапия.

По срокам проведения индивидуальное сопровождение может условно делиться на краткосрочное и долгосрочное [206]. Граница обычно определяется числом встреч и временем пребывания пациента в стационаре (до 20, реже до 40 встреч). В современном представлении краткосрочные программы базируются на стремлении к кратности занятий, основываясь на повышении интенсивности, эффективности, интегративности, в снижении материальных затрат [37; 114; 211]. Также краткосрочные программы сопровождения могут быть одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта [44; 117; 211], что очень важно для пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, переживших ампутацию.

Основные задачи (А.А. Александров, 2006) индивидуальных программ психотерапии или медико-психологического сопровождения:

I. Когнитивный аспект. На основании анализа прожитой жизни пациент может осознать:

1. мотивационные аспекты своего поведения, особенности эмоциональных и поведенческих реакций в зависимости от сложившейся ситуации;
2. наличие эмоциональных и поведенческих стереотипов;
3. связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами;
4. оценку своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуациях;
5. основные причины своих переживаний и способов реагирования, а также условия формирования межличностных отношений.

II. Задачи в эмоциональной сфере также связаны с осознанием. Пациент может:

1. получить эмоциональную поддержку от психотерапевта (психолога), способствующую ослаблению защитных механизмов;
2. научиться понимать и вербализировать свои чувства;
3. научиться испытывать положительные чувства к самому себе;
4. понять свои проблемы с соответствующими им переживаниями
5. произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, изменить способ переживаний, эмоциональных реакций.

III. Поведенческая сфера:

Пациент может корректировать свои неадекватные реакции и формы поведения после приобретения новых знаний.

Основные методы психотерапии, отвечающие требованиям краткосрочных программ сопровождения:

- Когнитивно-поведенческая психотерапия.

Данный вид психотерапии базируется на том, что только совместно психотерапевт (психолог) - пациент могут понять механизм формирования проблемного состояния или психического расстройства [176].

Существует достаточно методов когнитивно-поведенческой терапии, которые позволяют оценить личность и ее реакции (С.В. Харитонов, 2009).

- АВС – анализ. Техника состоит из восьми последовательных шагов:
 - Демонстрация связи между событиями, мыслями и реакциями
 - Указание на мгновенность появления мыслей
 - Мотивация человека к контролю над своими мыслями
 - Отслеживание момента возникновения нежелательной реакции
 - Совместный с психотерапевтом (психологом) анализ его переживаний
 - Самостоятельная работа над жизненными случаями
 - Мотивация к самостоятельной работе
 - Самостоятельная активность человека

Градиентные изменения. Суть техники заключается в том, что проблемное переживание не всегда можно изменить, но изменить чувствительность к этому состоянию можно. Постепенно негативное чувство угасает.

Когнитивная модификация через поведенческие изменения. Взгляды на жизнь, мнения на ситуации, могут меняться не только через осмысление, но и через новый поведенческий опыт.

При любой технике когнитивно-поведенческой терапии решается задача максимального вовлечения пациента во все этапы анализа, планирования и решения. Пациент должен осознавать, что происходит при психотерапевтическом обучении, затем самостоятельно принимать верные решения.

К.А. Мелкумова рассматривала в своей работе изменение поведения у пациента, страдающего хроническими болями, после сеансов терапии. Боль представлена сенсорно-дискриминативным, когнитивным и эмоционально-мотивационным компонентами. В ходе применения методики БОС (биологической обратной связи) пациент обучается произвольному влиянию на параметры физиологических процессов в организме. За счет этого происходит снижение интенсивности боли, уменьшение неприятных ощущений [108].

Телесно-ориентированная терапия может применяться в индивидуальном порядке и непродолжительное количество времени. Эта терапия, ориентированная на тело. По мнению исследователей, если пациент намеренно и сознательно не борется со стрессовой ситуацией, на нее все же отреагирует тело. Переживания отражаются в том, как люди двигаются, дышат, управляют своими мышцами, а также в болезнях, которыми они страдают [81].

В настоящее время терапевты, работающие с данным методом, разделяют взгляды Эпикура, суть которых сводится к следующему: «Поражение плоти влечет за собой расстройство души, а кризисное состояние души влечет за собой болезни тела».

Телесно-ориентированная терапия является способом работы через душу с телом, в котором отражены переживания и психологические проблемы. Через тело можно перейти от внешних проблем к поиску ответа внутри себя, найти глубинные личностные конфликты [147].

Целью терапии является высвобождение энергии скрытой в психосоматических симптомах, но и открытие новых потенциалов для познания собственной реальности и интеграции личности [104].

Данная терапия особенно эффективна для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (травмы развития, шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний [149; 190]. Кроме того, данный метод является инструментом личностного роста, позволяющим добиться более полного раскрытия личностного потенциала, увеличения числа способов самовыражения, улучшения физического самочувствия [104; 191].

Анализ литературы показал, что арт-терапия, как один из методов психотерапии, является эффективной психологической коррекцией для пациентов с различными заболеваниями. В настоящее время используются все виды искусства. Принципиальное значение отдается символу. Символы выступают в качестве соединения между сознательным и бессознательным клиента. В результате больной может не только осознать причины своих переживаний, но и за счет внутренних ресурсов изменить отношение к себе и окружающим. Арт-терапевтический процесс основан на том, что наиболее существенные для человека представления и переживания, являются порождением его бессознательного и могут находить свое выражение в виде образов [85].

Основная цель этого метода заключается в восстановлении и гармонизации внутреннего состояния человека, что позволит найти ему оптимальную жизненную позицию в определенных условиях [73].

Задачи арт-терапии следующие:

1. акцентировать внимание индивида на его ощущениях и чувствах;
2. создать оптимальные для пациента условия, способствующие наиболее четкой вербализации и проработке тех мыслей и чувств, которые он привык подавлять;
3. помочь пациенту найти социально приемлемый выход как позитивным, так и негативным чувствам.

Т.Ф. Мурзина описывает пациентов, у которых в результате физического дефекта (ампутации конечности), существенно меняется личность, нарушается обычный жизненный уклад, возникает социально-психологическая дезадаптация. При работе с этими пациентами был применен метод арт-терапии, который оказался высокоэффективным в системе комплексной реабилитации [113].

Основной задачей психотерапии является активизация внутренних ресурсов, за счет которой, происходят позитивные изменения в жизни и достижения психологического комфорта. Одной из характерных особенностей эриксоновского подхода является стремление избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта [46; 186].

При эриксоновском гипнозе внушения носят недирективный характер, порой незаметны для больного, скрыты от его внимания. Недирективные техники работают очень эффективно, и индукция транса происходит легко, без напряжения [40; 83].

В основе метода лежат две предпосылки:

1. бессознательная часть психики пациента, в принципе, готова работать в интересах пациента и искать пути к здоровью;
2. в бессознательном содержатся ресурсы, необходимые для решения практически любых человеческих проблем, и психотерапия позволяет получить к ним доступ [44].

Существуют показания к гипнотерапии: эффективно применяется при неврозах и невротических состояниях, при тревогах, психопатиях, стрессовых состояниях, депрессивных расстройствах, при болевом синдроме выясненной этиологии, ожирении, бессоннице. Также терапия показана пациентам с психосоматическими заболеваниями: бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальной гипертензией. Исследователи отмечают эффективность при лечении кожных заболеваний, таких как дерматиты, псориаз.

Гипноз противопоказан при психозах, шизофрении с бредом отношения и воздействия, при возникновении эротического переноса (сексуальное влечение пациента или пациентки к психотерапевту), при нарушении сознания и сниженном интеллекте, при тяжелых соматических состояниях [125].

В.А. Доморацкий к краткосрочной терапии относит эриксоновский гипноз. Эриксоновская психотерапия – метод доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических проблем или устранения (снижения) болезненных симптомов. Ее составной частью является эриксоновский гипноз, основанный на межличностном взаимодействии психотерапевта и пациента [44].

Таким образом, психотерапия, как один из видов лечебного процесса, направлена на решение задач, связанных с происходящими изменениями личности в условиях болезни. Роль психологического фактора в возникновении и течении заболевания определяет необходимость коррекции психотерапевтическими методами.

Приоритетную значимость приобретает развитие реабилитационных мероприятий, связанных с проблемой инвалидизации в нашей стране [154; 188].

В России общее число инвалидов в следствии облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей составляет 182,517 человек [80].

В связи с длительной и стойкой инвалидизацией больных, которые постоянно нуждаются в посторонней помощи, многие авторы рассматривают вопрос о реабилитации пациентов после реконструктивных операций и ампутации.

По мнению А.В. Риффель, реабилитация должна начинаться впервые сутки после проведенной ампутации и включать в себя комплекс лечебной физкультуры в двигательном режиме. Автор обозначил два этапа: 1. От момента операции, до момента использования вспомогательных средств. 2. От начала использования вспомогательных средств до выписки из стационара. Эффективность наступает при адекватной и дозированной нагрузки, системности и длительности во времени (на протяжении всей жизни) [145].

При изучении различных программ медико-социальной реабилитации, авторы Ю.А. Кошарь, Т.П. Епихина, пришли к выводу о составлении индивидуальных реабилитационных программ с учетом особенностей профилактики и восстановительной терапии для пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Важнейшим фактором является ограничение в передвижении и самообслуживании, с учетом этого, большое внимание уделено восстановительной терапии (физиотерапевтическое лечение, ЛФК, санаторно-курортное лечение, при болях проведение новокаиновых блокад и т.д.). Для пациентов с ампутационными культями проводят протезирование, как средство для восстановления функций передвижения и самообслуживания [48].

Потребность проведения психологической помощи и психотерапии пациентам с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей является неотъемлемой частью на этапе медико-социальной реабилитации. Ключевым моментом психотерапии является адаптация пациента к новым жизненным условиям и активная социальная позиция [80; 119].

Отдельно выделяют трудовую реабилитацию, которая должна проводиться с учетом группы инвалидности, рекомендованных физических нагрузок для физической деятельности. Инвалиды I группы могут быть трудоустроены по индивидуальным показаниям в специализированном месте [159]. Социальная реабилитация, включает в себя общественную и семейную деятельность.

При проведении реабилитационных мероприятий, необходимо учитывать все факторы жизнедеятельности пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

В настоящий момент исследователями уделяется особое внимание эффективности результатов применения различных методов психологической помощи. Они развиваются в двух направлениях:

- Оценка результатов (эффективность);
- Выявление факторов влияющих на эффективность психологической помощи.

Понятие «эффективность» подразумевает ориентированность психотерапии и психологической коррекции на определенную цель и конкретный результат [35].

Индивидуальные изменения квалифицируются в двух аспектах: социальной валидности и клинической значимости. Социальная валидность связана с оценкой изменений личности самого пациента и окружающих его людей. Клиническая значимость рассматривает, насколько статистически подтверждены произошедшие изменения и о нормализации показателей. При серьезных нарушениях улучшение может быть подтверждено клинически, но быть без нормативных изменений. Исследователями доказано, что люди, которые проходили курс психотерапии, значительно реже обращаются в медицинские учреждения, чем те, которые не проходили [115].

Подводя итог, можно утверждать, что все виды медико-психологической помощи дают значимый положительный эффект в реабилитации пациента. Их подбор необходимо осуществлять с учетом психологических особенностей пациентов и их способности противостоять болезни, что позволит обеспечить положительную динамику жизнеизменяющих процессов.

2 Организация, методы исследования медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

2.1 Организация и методы исследования

В период с 2011 по 2012гг. было проведено клинико-психологическое обследование больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, которое включало клинический опрос пациентов, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациента. Исследование проводилось в ГКБУЗ «Краевая клиническая больница» в отделениях гнойной хирургии и хирургии сосудов, МУЗ «Городская клиническая больница №7» в отделении гнойной хирургии, МУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича» в отделении хирургии сосудов. В исследование включены больные с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с III-IV степенью ишемии по классификации А.В. Покровскому.

В настоящее время в клинической психологии и медицине активно изучается вопрос об отношении пациента к своему состоянию здоровья в ситуации болезни. Любая болезнь, независимо от ее происхождения, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Трудная жизненная ситуация, а это ни что иное как болезнь, отражает психическую деятельность больного, которая изменяется под влиянием тяжелого заболевания. Факторы, при которых происходят изменения личности и среды, повышают риск заболеваний и частоту осложнений.

Диагноз ишемии нижних конечностей устанавливался в соответствии с общепринятыми критериями на основании данных клинического обследования, УЗДГ артерий нижних конечностей. У части больных выполнена инвазивная ангиография или МСКТ-ангиография.

Критерии исключения:

- ОНМК в анамнезе;

- наличие тяжелых психических заболеваний;
- острая артериальная ишемия;
- ранний послеоперационный период;
- тяжелые осложнения в послеоперационном периоде (инфицирование и некрозы после операционных ран, тромбозы протезов).

Этапы исследования:

Первый этап – отбор по анализу 180 историй болезни пациентов, удовлетворяющих критериям включения в данную выборку с учетом тяжести заболевания (по А.В. Покровскому).

Второй этап – подбор методов исследования, отвечающих цели и задачам исследования, логике теоретического анализа, возможности применения в послеоперационном периоде в условиях стационара. Выбор методик определялся основными задачами исследовательской работы: изучение возможностей медико-психологического сопровождения пациентов с критической ишемией нижних конечностей и обусловлен причинами:

- информативность данных методик (все методики и тесты являются апробированными);

- методики соотносятся с теоретическими положениями данной работы и позволяют получить объективные данные общего состояния здоровья пациентов, жизненной активности, жизнестойкости, эмоционального состояния здоровья, что позволяет описать жизнеизменяющие процессы.

Третий этап – реализация эмпирического исследования, обработка полученных данных, эмпирическая проверка факторной модели жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Четвертый этап – разработка программы медико-психологического сопровождения для пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Пятый этап – оценка эффективности программы медико-психологического сопровождения пациентов с критической ишемией нижних конечностей в стационаре.

Характеристика методов исследования:

При обследовании больных с ХОЗАНК были использованы анамнестические, клинические и психодиагностические методы и методики исследования, а именно:

1. Тест жизнестойкости, который характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности [96]. С 2002 года авторами данного руководства с разрешения С. Мадди ведется работа по разработке и апробации русскоязычной версии теста жизнестойкости; на сегодняшний день ее можно считать завершенной. Поскольку англоязычный вариант теста жизнестойкости состоит всего из 18 пунктов, и при прямом переводе опросника не было уверенности, что число пунктов не сократится, то при русификации исходя из теоретической структуры конструкта жизнестойкости, были предложены дополнительные пункты. Первая русская версия представляла собой опросник, по структуре аналогичный оригиналу, но содержащий 119 утверждений. Третья, окончательная версия, полученная в результате апробации, включает 45 пунктов, содержащих прямые и обратные вопросы всех трех шкал опросника (вовлеченность, контроль и принятие риска). Результаты апробации теста жизнестойкости и приведенных исследований позволяют утверждать, что тест жизнестойкости является надежным и валидным инструментом психологической диагностики, результаты которого не зависят от пола, образования и, по всей вероятности, региона проживания человека. Результаты теста жизнестойкости позволяют оценить способность и готовность человека активно и гибко действовать в ситуации стресса и трудностей или его уязвимость к переживаниям стресса. При этом жизнестойкость является фактором профилактики риска нарушения работоспособности и развития соматических и психических заболеваний в условиях стресса, и одновременно способствует оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги. Жизнестойкие убеждения создают своего рода «иммунитет» к действительно тяжелым переживаниям. Важно, что жизнестойкость влияет не только на оценку

ситуации, но и на активность человека в преодолении этой ситуации (выбор копинг-стратегий). Эта особенность позволяет нам предположить, что тест жизнестойкости можно использовать и в случае психической травмы — когда ситуация действительно является угрожающей и тяжело преодолимой, хотя эта гипотеза требует дополнительных исследований.

2. Неспецифический опросник SF-36 для оценки качества жизни (КЖ). Понятие «качество жизни» определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанное на его субъективном восприятии [128]. Опросник SF-36 (автор – J.E. Ware, 1992) [224] был создан для того, чтобы использоваться в клинической практике и для научных исследований, где необходимы групповые сравнения. Он измеряет общую оценку здоровья и составляющие, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Его методика предназначена для изучения всех компонентов качества жизни. Российскими исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. была создана русскоязычная версия опросника SF-36, которая была апробирована на жителях Санкт-Петербурга. Опросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий КЖ. Ответы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому качеству жизни. Шкалы соответствуют следующим характеристикам:

2.1. Физическое функционирование (Physical Functioning - PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2.2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) – влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных

обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

2.3. Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

2.4. Общее состояние здоровья (General Health - GH) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

2.5. Жизненная активность (Vitality - VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

2.6. Социальное функционирование (Social Functioning - SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

2.7. Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).

2.8. Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

3. Методика исследования ригидности. Ригидность является чертой личности. Она представляет собой затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной человеком программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Ригидность - тенденция к

сохранению своих установок, стереотипов, способов мышления, неспособность изменить личную точку зрения [142].

4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Направлена на выявление эмоциональных расстройств в общеймедицинской практике [226]. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) была разработана с целью: обеспечить врачей приемлемым и простым в использовании практическим инструментом для выявления и количественной оценки депрессии и тревоги (Zigmond et al.,1983) [226]. Применение данного опросника служит не для постановки психиатрического диагноза, а для выявления симптомов депрессии и тревожности с целью их дальнейшей психокоррекции (Y. Bjelland, 2002) [222]. Депрессия и тревога среди пациентов встречается гораздо чаще, чем считается, что усугубляет прогноз основного заболевания. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общеймедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9,11,13;
- подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя

чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяются 3 области значений:

- 0-7 баллов — норма;
- 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

5. Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой. Впервые методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) в развернутом варианте и с конкретными иллюстрациями была опубликована Е.Б. Фанталовой [172] в 1992 году. Целью создания методики было выявление степени диссоциации (расхождения) между «ценным» и «доступным» в мотивационно-личностной сфере с помощью нахождения общего показателя методики, который позволил бы измерить эту диссоциацию, став ее индикатором. Данной методикой исследуется диагностика рассогласования, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, внутренней конфликтности, блокады основных потребностей, а также уровня самореализации, интегрированности, гармонии. Были выделены такие показатели, как «внутренний конфликт» (ВК) и «внутренний вакуум» (ВВ).

Отмечалось, что состояние ВК – это, прежде всего, состояние «разрыва» в системе «сознание – бытие», а именно, состояние между потребностью в достижении внутренне значимых ценностей и возможностью такого достижения в реальности. Согласно терминологии параметров методики УСЦД, значительное превышение «ценности» над «доступностью» указывало на наличие ВК в той или иной жизненной сфере, а превышение «доступности» над «ценностью» - на наличие ВВ, то есть на «избыточность» присутствия чего-либо при отсутствии интереса к этому в жизни, в конкретной ситуации. В целом динамика мотивационной сферы личности рассматривалась в связи с состоянием между

двумя плоскостями сознания. А именно: между плоскостью, вмещающей в себя осознание ведущих жизненных ценностей, личностных смыслов, дальних жизненных целей, и плоскостью всего, что является непосредственно доступным, связанным с осуществлением конкретных, легко достижимых целей, находящихся в «обозримом психологическом поле», в зоне «легкой досягаемости».

Отметим, что «Тест жизнестойкости», методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах»; «Методика исследования ригидности» не являются специфическим инструментарием клинической (медицинской) психологии, они вошли в программу данного исследования, поскольку позволяют получить информацию о жизнеизменяющих процессах и дополняют клиническую картину с точки зрения оценки психологических ресурсов человека.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 19.0.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде средних арифметических (M) и стандартных отклонений (σ). Значения средних арифметических имеют вид $M \pm \sigma$. В случаях отсутствия нормального распределения переменных, в описательной статистике использовались медиана (Me) и перцентили (P_{25} , P_{75}). Значения средних величин отображались, в этом случае, как $Me (P_{25}; P_{75})$.

Проверка нормальности распределения значений переменных в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилкса.

При подтверждении нормального распределения значений переменных в исследуемых группах, проверку статистической значимости различий проводили при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Для оценки значимости статистических различий между исследуемыми группами при отсутствии нормального распределения, проводили сравнение групп по непараметрическому ранговому критерию Манна-Уитни.

Значимость различий качественных и порядковых признаков в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность. При частоте встречаемости признака 5 и менее использовался точный критерий Фишера.

Различия во всех случаях оценивали, как статистически значимые при $p < 0,05$.

Для анализа корреляционной связи между исследуемыми признакам применялся коэффициент корреляции Пирсона (для нормально распределенных переменных) и коэффициент корреляции Ч. Спирмена (для оценки силы и направленности связи порядковых признаков и переменных, распределение которых отличалось от нормального).

Сила корреляционной связи между признаками оценивалась по коэффициенту r , согласно таблице 2.1.3. Сила корреляции оценивалась, как статистически значимая, при $p < 0,05$.

Таблица 2.1.1 - Распределение значений коэффициента корреляции

Характеристики связи	Прямая	Обратная
Связи нет	0	0
Слабая	от 0 до 0,3	от 0 до -0,3
Средняя	от 0,3 до 0,7	от - 0,3 до -0,7
Сильная	от 0,7 до 1	от - 0,7 до - 1
Полная (функциональная)	+ 1	-1

Критерий Вилкоксона – при распределениях, отличавшихся от нормального. При сравнении порядковых признаков в связанных группах использовались критерий Мак-Немара, для бинарных переменных, и критерий маргинальной однородности для переменных с количеством категорий более двух.

Таким образом, выбор данных психологических методов, методов статистического анализа полученных эмпирических данных, объединенных в

исследовательскую программу, обусловлен их надежностью и соответствием гипотезе и задачам нашего исследования.

2.2 Общая характеристика выборки

В соответствии с целью и задачами исследования из генеральной совокупности (180 историй болезни) была отобрана выборка 120 историй болезни. В зависимости от вида хирургического лечения больные были распределены по трем группам, в каждой группе по 30 человек:

- в I группу исследования вошли пациенты перенесшие ампутацию на уровне бедра;
- во II группу - ампутация на уровне голени и стопы;
- в III группу - пациенты после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей – аорто-бедренное шунтирование.

Также было отобрано 15 пациентов, для сопоставительного анализа оценки различий в специфике и содержании психологических характеристик пациентов с критической ишемией нижних конечностей с различной давностью ампутации (не менее полугода назад) и 15 пациентов, не относящихся к категории больных с КИНК, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому).

Сравнительный анализ показателей проводился между основными группами (I, II, III), а также между группами I и V; III и IV.

Распределение по полу и возрасту основных групп (ишемия III-IV степени по А.В. Покровскому) и групп клинического сравнения (ампутация на уровне бедра более полугода назад; больные, не относящиеся к категории с КИНК, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому) представлено в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1 - Распределение больных трех основных групп по возрасту и полу

	Муж.	Жен.
Пол	68,9%	31,1%
Возраст	62,6 $\pm$ 6,6	65,1 $\pm$ 9,8

Из таблицы 2.1.1 следует, что у больных трех основных групп, отмечается преобладание мужчин 68,9%. Средний возраст пациентов обеих полов составил $63,3 \pm 8,0$ 9; медиана 62 (58,7;68).

Распределение больных по полу и возрасту в каждой группе представлено в таблице 2.2.2.

Таблица 2.2.2 - Распределение больных по возрасту и полу в каждой группе

	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа
	Среднее $\pm$ стандартное отклонение				
Возраст	$67,5 \pm 9,3$	$59,4 \pm 5,7$	$62,9 \pm 6,5$	$61,5 \pm 5,5$	$65,2 \pm 7,9$
Пол					
мужской	73,3%	66,7%	66,7%	86,7%	73,3%
женский	26,7%	33,3%	33,3%	13,3%	26,7%

Средний возраст больных I группы (ампутация на уровне бедра) составил $67,5 \pm 9,3$ лет; медиана 69 (59; 74); 73,3% мужчин в данной группе и 26,7% женщин.

У больных II группы (ампутации на уровне голени и стопы) средний показатель возраста составил $59,4 \pm 5,7$; медиана 59 (56; 62); 66,7% мужчин и 33,3% женщин.

Пациенты III группы (реконструктивные операции - аорто-бедренное протезирование) – $62,9 \pm 6,5$; медиана 62 (59; 67); 66,7% мужчин и 33,3% женщин.

Пациенты IV группы (ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому)) – $61,5 \pm 5,5$; медиана 62 (58; 64); 86,7% мужчин и 13,3% женщин.

Пациенты V группы (ампутация на уровне бедра более полугода назад) – $65,2 \pm 7,9$; медиана 67 (61; 70), 73,3% мужчин и 26,7% женщин.

Выявлено, что пациенты с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в основном пожилого и старческого возраста. Подтверждено в ходе анализа эмпирических данных, что представители мужского пола чаще подвержены данному заболеванию. Эти данные были учтены при разработке программы медико-психологического сопровождения пациентов.

2.3 Программа медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

На современном этапе науки достаточно разработано методик психологического сопровождения для пациентов с различными заболеваниями, однако проблема медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, находящихся на стационарном лечении, а также отдельных ее аспектов находится на стадии накопления эмпирического материала. В связи с этим актуальной задачей стала разработка программы медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в условиях стационара. Согласно полученным результатам исследования возникла необходимость разработки программы медико-психологического сопровождения для пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей после оперативного вмешательства (реконструктивные операции). Позитивный подход позволит пациентам фиксировать свое внимание не на проблеме (болезни), а на своих внутренних ресурсах, актуализирующих жизнеизменяющие процессы.

Медико-психологическое сопровождение в стационаре складывается из комплекса проводимых мер: непосредственно хирургическое или консервативное лечение, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и психологической поддержки.

Психологическое сопровождение лечебного процесса пациентов хирургического профиля, в частности больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, - это система мер, направленных на поддержание и оптимизацию внутренних личностных ресурсов пациента в ситуации тяжелой болезни.

Психологическая помощь в хирургической практике направлена на решение конкретных проблемных ситуаций, для активизации внутренних психологических

ресурсов с учетом клинических, психофизиологических, социальных механизмов заболевания на разных его этапах [204].

В настоящем диссертационном исследовании при разработке программы медико-психологического сопровождения, мы придерживались следующих критериев:

1. Учет тяжести заболевания (в зависимости от объема хирургического вмешательства) и сроки пребывания больных в стационаре с диагнозом i70.2 по классификации МКБ-10, МЭС 022601;

2. Возрастные особенности пациентов;

3. Особенности психологических проблем у пациентов.

Абсолютными противопоказаниями являлись:

1. Ранний послеоперационный период;

2. Прием сильнодействующих и наркотических препаратов;

3. Общее неудовлетворительное состояние, сопровождающееся клинической симптоматикой;

4. Отсутствие мотивации к занятиям.

Цель медико-психологического сопровождения в нашем исследовании – активизация жизненных ресурсов пациентов, что может выражаться в снижении уровня тревоги и депрессии, изменении параметров жизнестойкости и качества жизни.

Задачи медико-психологического сопровождения:

1. Активизировать внутренние психологические ресурсы пациентов, которые будут направлены на поиск продуктивных решений в ситуации болезни.

2. Снизить уровень тревоги и депрессии;

3. Ориентировать на расширение жизненных целей и осознание принятия нового в ситуации болезни.

Принципы медико-психологического сопровождения:

– Принцип конфиденциальности (в ситуациях передачи информации третьим лицам, информация должна быть предоставлена в форме, исключающее ее использование против интересов пациента).

- Принцип компетентности (психолог несет ответственность за выбор методов).
- Принцип этической и юридической правомочности (все действия должны соответствовать нормативным правовым документам, регламентирующим деятельность медицинского психолога).
- Принцип коллегиальности и диалогового взаимодействия обуславливают совместную деятельность субъектов медико-психологического сопровождения в рамках единой системы ценностей на основе взаимного уважения и коллегиального обсуждения проблем, возникающих в ходе реализации программ.
- Принцип системности предполагает, что медико-психологическое сопровождение носит непрерывный характер и выстраивается как системная деятельность, в основе которой лежит внутренняя непротиворечивость, опора на современные достижения в области медицинских и психологических наук, взаимосвязь и взаимообусловленность отдельных компонентов.
- Принцип рациональности лежит в основе использования форм и методов психологического взаимодействия и обуславливает необходимость их отбора с учетом оптимальной сложности, информативности и пользы для пациента.
- Принцип добровольного участия в психологических процедурах. Психолог исходит из уважения личного достоинства, прав и свобод, провозглашенных и гарантированных Конституцией РФ. Работа допускается только после получения согласия пациента в ней участвовать.

Выбор конкретных форм психотерапевтической работы определялся личностными особенностями пациентов, этапом проводимого лечения и осуществляется с учетом актуального психологического статуса пациентов, оперированных по поводу критической ишемии нижних конечностей.

При разработке оптимального для этой категории пациентов психотерапевтического подхода учитывалось, что основными психологическими симптомокомплексами у пациентов, оперированных по поводу атеросклероза

нижних конечностей, являются: ригидность поведения, низкая жизнестойкость, высокий уровень тревоги и депрессии, снижение параметров качества жизни, наличие конфликта между ценностью и доступностью жизненных сфер.

Вслед за С.А. Игумновым и др. (2014) мы удерживали два направления работы:

1) симптоматическое — способствуя снижению тревожно-депрессивных проявлений, отвлечению внимания от болезненных переживаний;

2) патогенетическое — обеспечивающему доступ к внутренним ресурсам личности, переработку психотравмирующего опыта, изменение ригидной неадекватной когнитивной структуры, формирующей искаженные представления о своем заболевании и перспективах его излечения [57].

Вся программа делится на инвариантный и вариативный блоки.

Инвариантный блок программы медико-психологического сопровождения включал 3 этапа работы: организационный этап, этап реализации программы, этап оценки эффективности работы. Данный блок нашел отражение в представленном ниже тематическом плане программы.

В основу программы легли полученные результаты проведенного нами психологического исследования, которое позволило выявить клинко-психологические характеристики больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Медико-психологическое сопровождение состояло из трех этапов: подготовительного, основного, заключительного.

Подготовительный этап включал в себя сбор анамнеза, клиническую беседу, клиническое наблюдение, психологическую диагностику, создание мотивации к проведению психологических сеансов.

В основной этап входит непосредственное проведение психологической помощи по средствам выбранных приемов и методов, что позволяет разрушить ранее созданные негативные стереотипы и достичь более высокого эмоционального комфорта и уровня адаптации.

Заключительный этап состоял в оценке результатов медико-психологического сопровождения.

Программа медико-психологического сопровождения проводилась в сосудистом отделении, где пациенты проходили оперативное лечение. В связи с тем, что пациенты в стационаре находятся определенное количество дней, длительность программы была рассчитана на определенный срок - до 18-ого дня пребывания пациента в отделении.

Программа занятий разработана совместно врачом - сосудистым хирургом и медицинским психологом. Программа медико-психологического сопровождения включала 7 занятий (по 1 занятию в два дня). Реализация программы осуществляется медицинским психологом со специальной подготовкой в области немедикаментозной психотерапии.

Мы соблюдали следующие основные принципы построения занятий с пациентами:

1. Сообщение знаний, т.е. обучение, является основой для выработки у пациента сознательного отношения к своему здоровью в условии болезни. Знания помогают разорвать «порочный круг» страх – напряжение – боль.
2. Системность и последовательность: наши занятия расположены в такой последовательности, которая помогает усвоению новых знаний, умений и навыков на основе знаний из предыдущего занятия.
3. Регулярность посещения всех занятий: нерегулярность не обеспечивает последовательности в занятиях.
4. Доступность в усвоении информации – информация, получаемая пациентами, должна быть изложена понятным языком без сложных медицинских терминов, но язык должен быть профессиональным. Важное условие – соблюдение врачебной этики и деонтологии.
5. Эмоциональность занятий – они должны доставлять удовольствие, запоминаться.
6. Обязательная практическая отработка полученных знаний и навыков.

Согласно цели и поставленным задачам, рассматривая человека как единое целое, нами была составлена программа медико-психологического сопровождения, где были использованы: метод аутогенной тренировки И.Г. Шульца, методы краткосрочной позитивной психотерапии А.М. Ялова, один из методов релаксационной терапии Я.П. Гирича.

В основе метода И.Г. Шульца «Аутогенная тренировка» лежит воздействие на адаптационные возможности по средствам внутренних психологических ресурсов пациента, что проявляется в повышении жизненного тонуса, способствует укреплению здоровья и улучшению самочувствия. При этом учитываются общепатологические положения: нарушение кровотока в пораженных органах и системах. Релаксационный метод Я.П. Гирича, разработан с учетом психотравмирующих факторов, которые вызывают эмоциональные отклонения, вследствие чего возникает ряд психосоматических болезней. Краткосрочная позитивная психотерапия А.М. Ялова основана на позитивном подходе, т.е. опоре на ресурсы. Целью работы являлась мобилизация имеющихся внутренних ресурсов пациентов на преодоление болезни.

Вариативный блок программы медико-психологического сопровождения реализовывался индивидуально и включал четыре основных этапа [57], представленных ниже.

1 этап: информационно-мотивирующий (установление психотерапевтического контакта; ознакомление пациента с возможными психологическими механизмами, способствовавшими развитию у них заболевания; знакомство с методом индивидуальной психотерапии; оформление информированного согласия на участие в программе медико-психологического сопровождения). Этот этап вариативной части был частью организационного этапа инвариантной части программы. На основании работы на данном этапе осуществлялся подбор пациентов для контрольной и экспериментальной групп.

2 этап: эмоциональное отреагирование и изменение отношения к психотравмирующему опыту, обусловленному оперативным вмешательством.

Этот этап вариативной части был частью основного этапа реализации программы инвариантной части программы.

3 этап: активизация личностных и других возможных ресурсов; расширение спектра «доступности» различных жизненных сфер, создание адекватных жизненных установок и выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Этот этап вариативной части был частью основного этапа реализации программы инвариантной части программы.

4 этап: закрепление сформированных навыков использования собственных ресурсов и новых адаптивных механизмов самопомощи; активное сотрудничество в процессе комплексного поддерживающего лечения. Этот этап вариативной части был частью этапа оценки эффективности программы инвариантной части.

Таким образом, логика программы ориентирована на достижение положительных результатов жизнеизменяющего характера за счет воздействия на повышение жизнестойкости, снижение тревоги/депрессии, снижение ригидных установок и повышение адаптационных ресурсов человека посредством сочетания двух параллельно реализуемых частей программы инвариантного и вариативного содержания.

Таблица 2.3.1 - Тематическое планирование программы медико-психологического сопровождения пациентов с критической ишемией нижних конечностей

Этап	Содержание	Задачи	Методы	Ожидаемый результат
1. Организационный	Формирование контрольной и экспериментальной групп пациентов, оформление информированного согласия, определение цели и задач программы.	1. Сформировать группы пациентов на основе информированного согласия. 2. Определить цель и задачи программы медико-психологического сопровождения. 3. Согласовать со всеми субъектами процесса (врачом, пациентами) регулярность занятий.	1. Информирования 2. Разъяснения 3. Прогнозирования 4. Планирования	Сформировать группы. План работы с каждым пациентом.
2. Реализация программы	Проведение занятий. Занятие 1. «Ставим свои собственные цели» Занятие 2. «Релаксационный тренинг» Занятие 3. «Контролирующее поведение» Занятие 4. «Самопознание» Занятие 5. «Аутогенный тренинг» Занятие 6. «Релаксационный тренинг» Занятие 7. «Аутотренинг»	1. Активизировать адаптационные возможности. 2. Преодоление стереотипного поведения. 3. Снижение уровня негативных эмоциональных переживаний 4. Повышение жизненного тонуса.	1. Метод аутогенной тренировки (И.Г. Шульц) 2. Релаксационный тренинг (Я.П. Гирич) 3. Тренинг опора на ресурсы человека (А.М. Ялов)	1. Повышение жизнестойкости 2. Снижение уровня тревоги/депрессии 3. Снижение ригидных установок

Продолжение таблицы 2.3.1

3. Оценка эффективности программы	1. Повторная диагностика пациентов контрольной и экспериментальной групп. 2. Статистическая оценка различий.	1. Провести повторно диагностику жизнестойкости, уровня тревоги/ депрессии, качества жизни, ригидности, уровня соотношения ценности и доступности в жизненных сферах. 2. Оценить с помощью критерия Стьюдента и критерия Вилкоксона достоверность различий по исследуемым параметрам в контрольной и экспериментальной группах.	1. Тест Жизнестойкости 2. SF-36 3. Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах. 4. Тест на ригидность 5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS	Повышение адаптационных возможностей пациентов, которые свидетельствуют об эффективности программы медико-психологического сопровождения.
--	--	---	---	--

3 Результаты медико-психологического исследования пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

3.1 Психологические особенности пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

С 2011 по 2012 год было проведено психологическое исследование. При обследовании больных были использованы анамнестические и медико-психологические методики. Результаты проведенного исследования приведены ниже.

Результаты исследования жизнестойкости

При исследовании жизнестойкости в текущий момент (момент обследования) у пациентов I группы показатели распределились следующим образом (рис.3)

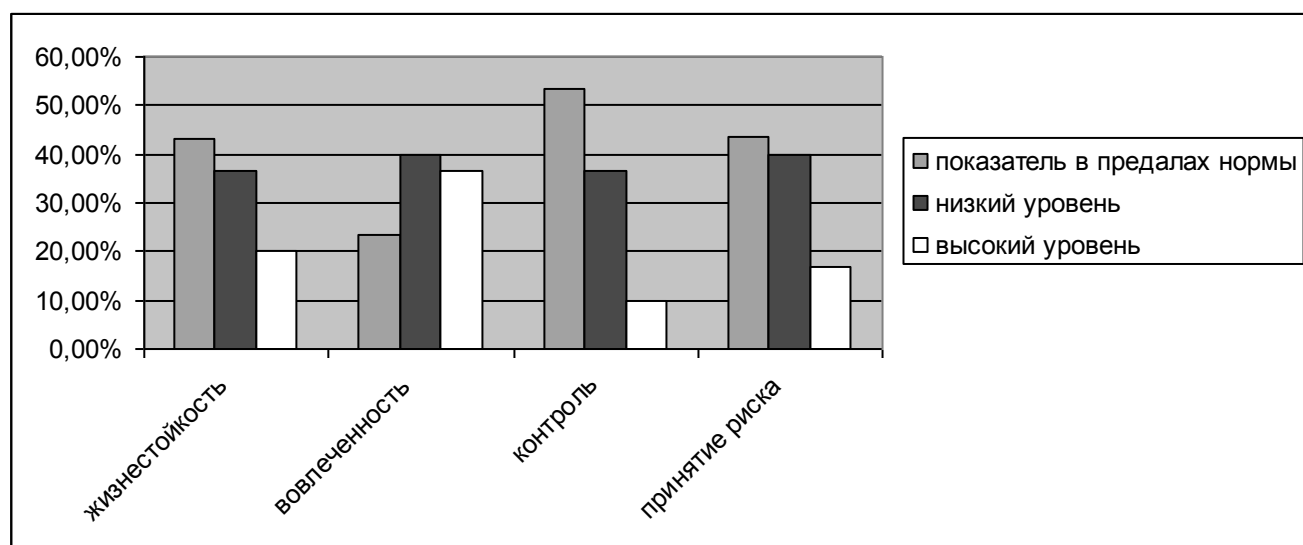


Рисунок 3. Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов

У 36,7% обнаружен низкий уровень, который позволяет сделать суждение о том, что личностный ресурс пациентов снижен, это отражается в низком уровне психологической защиты и проявляется в неспособности адекватно реагировать в стрессовой ситуации, т.е. в ситуации болезни. 20% больных имеют высокий

уровень жизнестойкости, что свидетельствует о стремлении преодоления стресса и достижения оптимального уровня физического и психического здоровья.

Данные результаты представлены составляющими компонентами жизнестойкости:

«Вовлеченность»

У 40% пациентов выявлен низкий уровень, дает возможность говорить об отсутствии мотивации в достижении определенных целей, в том числе и в лечении основного заболевания. Больные ощущают себя «вне жизни». У 36,7% пациентов показатель превышает норму, что соответствует высокой мотивации в выздоровлении (насколько это возможно при данном заболевании) и в потребности взаимодействия с окружающим миром.

«Контроль»

36,7% больных характеризуются низким уровнем контроля, очевидно, что проявлением данного свойства является состояние беспомощности, нежелания изменить данную жизненную ситуацию по средствам внутреннего личностного ресурса, в контексте заболевания. У 10% больных отмечается высокий уровень, больные принимают ответственность за все, что с ними происходит, и считают себя способными «управлять» своей жизнью.

«Принятие риска»

У 40% больных выявлен низкий уровень. Для данных больных принятие решений становится сложной психологической проблемой и в ситуации болезни возникают различного рода трудности, больные не осознают степень риска, как того требует жизненная ситуация. 16,7% больных с высоким уровнем, который проявляется в активном усвоении знаний для повышения эффективности выздоровления (с учетом инвалидизации) в процессе восстановления и реабилитации.

Общий показатель жизнестойкости 73,6 (в пределах нормы); вовлеченности 36,1 (в пределах нормы); контроля 26,0 (в пределах нормы); риска 11,5 (в пределах нормы). Общие показатели жизнестойкости, вовлеченности, контроля и риска в пределах нормы. Пациенты данной группы участвуют в происходящих

вокруг них событиях, приобретают важный опыт в новой жизненной ситуации и стремятся к инициативе личного выбора.

По данным II группы результаты исследования жизнестойкости показывают (рис.4):

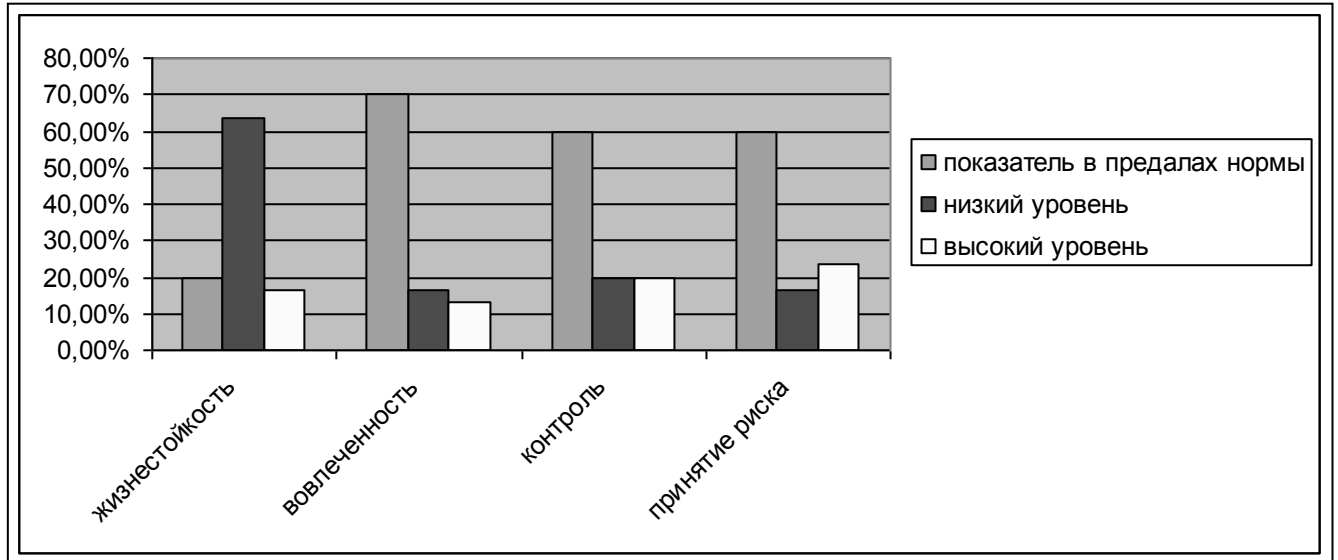


Рисунок 4. Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов

У 63,3% пациентов обнаружен низкий уровень жизнестойкости, что свидетельствует о неудовлетворительной способности противостоянию стресса и приводит к ухудшению психического здоровья. 20% больных со средним уровнем (в пределах нормы) показателя, это указывает на способность противостоять стрессовым обстоятельствам и предотвращать развитие психологической дезадаптации. 16,7% пациентов с высоким уровнем, который характеризует больных, как убежденных выдерживать тревогу за неопределенность перед будущим и найти выход из сложившейся ситуации болезни.

Компоненты жизнестойкости представлены следующим образом:

1. «Вовлеченность»

16,7% пациентов имеют низкий показатель, который указывает на ощущение своей незначительности, приводит к стойкой неудовлетворенности своей жизнедеятельности и выражается в эмоциональном неблагополучии. У 70% больных выявлен нормативный уровень, что свидетельствует о вовлеченности в

процесс лечения. 13,3% больных продемонстрировали высокий уровень, это говорит о психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы, связанные с состоянием их здоровья.

2. «Контроль»

У 20% пациентов контроль находится на достаточно низком уровне, который проявляется в ощущении собственной беспомощности. У 60% больных средний уровень (в пределах нормы) показателя, что указывает на наличие сопротивления к происходящему, независимо какой будет конечный результат. 20% пациентов с высоким уровнем контроля. Результаты свидетельствуют о том, что пациенты данной группы считают, что выбор будущего за ними и более активно участвуют в жизненных процессах происходящих вокруг них.

3. «Принятие риска»

16,7% пациентов с низким уровнем, который указывает на то, что больные не способны принимать риск в условиях неопределенности (в связи с тяжестью заболевания). 60% больных со средним уровнем принятия риска. Они позитивно настроены на лечение и готовы участвовать в этом процессе на свой страх и риск, даже если им не гарантирован успех. 23,3% имеют высокий уровень принятия риска, который указывает, что пациенты могут перенимать и приобретать жизненно важный опыт в сложившейся ситуации и эффективно его использовать.

Общий показатель жизнестойкости в норме 81,3 (в пределах нормы), вовлеченности 37,7 (в пределах нормы), контроля 28,5 (в пределах нормы), риска 15,1 (в пределах нормы). Пациенты данной группы, благодаря своей жизнестойкости, воспринимают сложившуюся проблему, связанную со здоровьем, менее угрожающе (возможно с минимальной инвалидизацией на момент обследования) и максимально вовлечены в социальную жизнь общества.

В III группе показатели жизнестойкости распределились таким образом (рис. 5):

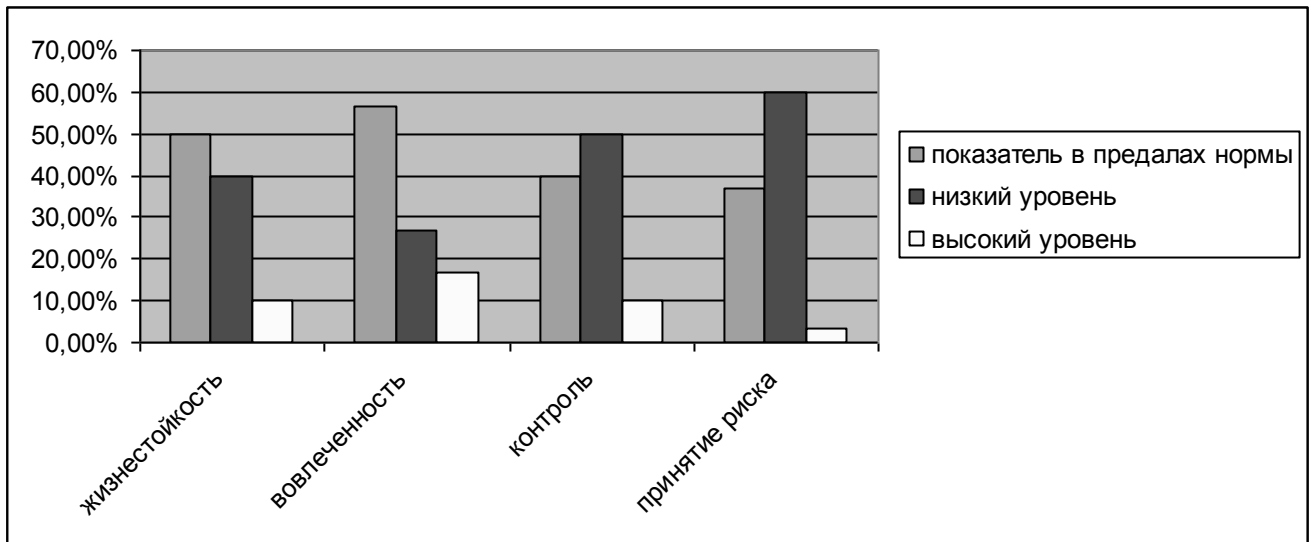


Рисунок 5. Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов

У 50% пациентов выявлен низкий показатель, который позволяет сделать вывод о неспособности приспосабливаться к изменяющимся условиям жизни на фоне основного заболевания, что пагубно влияет на психическое здоровье больных.

У 40% больных выявлен средний уровень жизнестойкости (в пределах нормы), что может свидетельствовать о готовности пациентов выбирать и принимать новую для них жизненную ситуацию, в контексте основного заболевания. 10% пациентов продемонстрировали высокий уровень жизнестойкости, который проявляется в осознании собственных ошибок и в приобретении новых знаний, в условии болезни, и извлекать из этого позитивный опыт.

Составляющие компоненты жизнестойкости распределились следующим образом:

1. «Вовлеченность»

У 26,7% низкий уровень вовлеченности, проявляется отсутствием интереса к проводимому лечению, неудовлетворительному эмоциональному настрою и ограничением социальных контактов. 56,7% больных имеют нормативный показатель, который проявляется в мотивации выздоровления. У 16,7% пациентов высокий уровень, что указывает на психологическую готовность,

эмоциональную вовлеченность в проблемы, связанные с состоянием их здоровьем.

2. «Контроль»

У 50% больных уровень показателя ниже нормы, это свидетельствует о состоянии беспомощности, нежелания изменить данную жизненную ситуацию по средствам внутреннего личностного ресурса, в контексте заболевания. 40% больных со средним уровнем показателя, т.е. в пределах нормативных единиц и выражается активизацией внутренних ресурсов, которые позволяют влиять на результат происходящего. У 10% больных высокий уровень контроля, это указывает на психологические особенности пациентов. Они считают, что выбор будущего за ними и более активно участвуют в жизненных процессах происходящих вокруг них.

3. «Принятие риска»

У 60% пациентов выявлен низкий уровень, при котором принятие решений становится сложной психологической проблемой и в ситуации болезни возникают различного рода трудности, больные не осознают степень риска, как того требует жизненная ситуация. 36,7% больных со средним уровнем принятия риска, что свидетельствует о готовности участвовать в лечебном процессе, даже если нет надежных гарантий. 3,3% пациентов обнаружен высокий уровень, это проявляется в способности перенимать и приобретать жизненно важный опыт в сложившейся ситуации и эффективно его использовать.

Общий показатель жизнестойкости 66,4 (в пределах нормы), вовлеченности 34,2 (низкий уровень), контроля 22,3 (в пределах нормы), принятия риска 9,9 (в пределах нормы). Мы считаем, что низкий уровень вовлеченности в этой группе связан со стрессогенным фактором (болезнь и как следствие, большое оперативное вмешательство), при котором возникает внутреннее напряжение, неопределенность перед будущим.

В IV группе выявлены показатели жизнестойкости, которые определяют психологические черты пациентов и распределились они следующим образом (рис. 6):

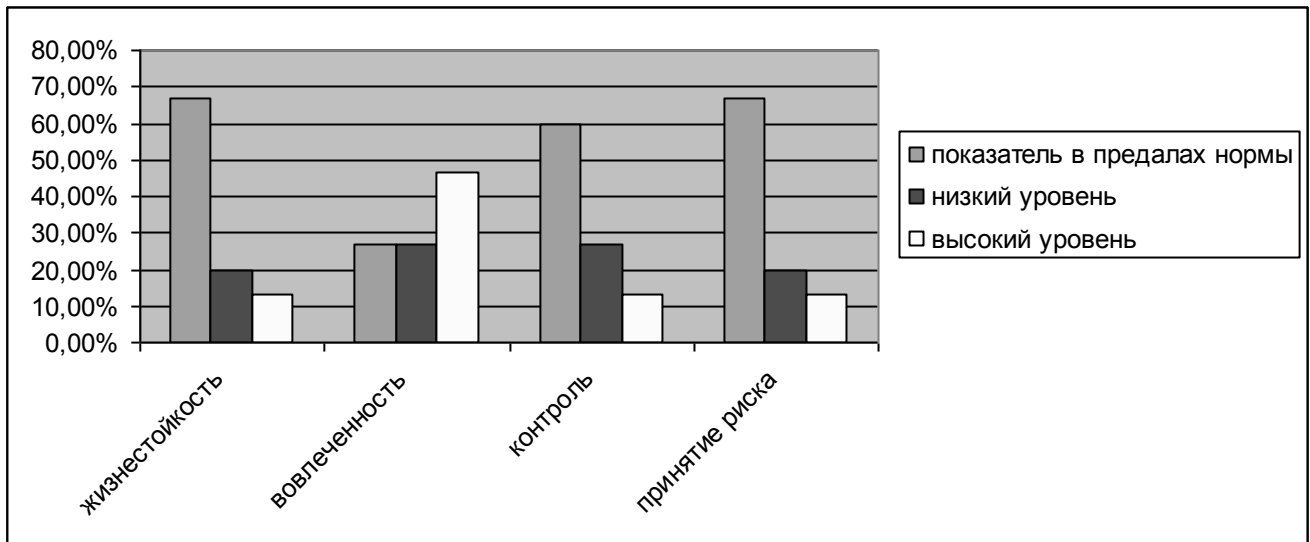


Рисунок 6. Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов

У 20% больных выявлен низкий уровень жизнестойкости, что позволяет сделать вывод о неудовлетворительной способности противостоянию стресса, что приводит к ухудшению психического здоровья. У 66,7% пациентов обнаружен средний нормативный показатель, это указывает на способность противостоять стрессовым обстоятельствам и предотвращать развитие психологической дезадаптации. 13,3% с высоким уровнем жизнестойкости, который характеризует больных, как убежденных выдерживать тревогу за неопределенность перед будущим и найти выход из сложившейся ситуации болезни.

Показатели, входящие в компонент жизнестойкости выглядят таким образом:

1. «Вовлеченность»

У 26,7% больных выявлен низкий уровень, это свидетельствует о том, данные больные ощущают свою незначительность в обществе и перед болезнью, что приводит к стойкой неудовлетворенности своей жизнедеятельности и выражается в эмоциональном неблагополучии. 26,7% пациентов выявлен нормативный показатель, что выражается в способности чувствовать себя значимым среди окружающих и мотивировать себя на максимальную реабилитацию в определенных условиях протекания болезни. 46,7% больных с высоким уровнем, что позволяет говорить о высокой мотивации в выздоровлении

(насколько это возможно при данном заболевании) и в потребности взаимодействия с окружающим миром.

2. «Контроль»

26,7% больных характеризуются низким уровнем контроля, очевидно, что проявлением данного свойства является состояние беспомощности, нежелания изменить данную жизненную ситуацию по средствам внутреннего личностного ресурса, в контексте заболевания. У 60% больных средний уровень (в пределах нормы), что является свидетельством наличия личностного сопротивления к происходящему, независимо какой будет конечный результат. 13,3% больных с высоким уровнем, это указывает на то, что пациенты данной категории принимают ответственность за все, что с ними происходит, и считают себя способными «управлять» своей жизнью.

3. «Принятие риска»

20% пациентов с низким уровнем, что позволяет судить о следующих психологических характеристиках: больные не способны принимать риск в условиях неопределенности (в связи с тяжестью заболевания) и как следствие, не могут жизненные позиции в данной ситуации. 66,7% больных со средним уровнем принятия риска. Они позитивно настроены на лечение и готовы участвовать в этом процессе на свой страх и риск, даже если им не гарантирован успех. 13,3% имеют высокий уровень принятия риска, который указывает, что пациенты могут перенимать и приобретать жизненно важный опыт в сложившейся ситуации и эффективно его использовать.

Общий показатель жизнестойкости ниже нормы и составил (77,0); показатель вовлеченности находится в пределах нормы (38,4); остальные показатели также ниже уровня нормы и равны (26,2) – показатель контроля, (12,3) – показатель принятия риска. В основном пациенты данной группы имеют низкую направленность на преодоление жизненных трудностей. Низкий уровень жизнестойкости является показателем низкого уровня психологического здоровья, что приводит к неудовлетворению жизненных потребностей и ограничению социальной активности. Но стоит отметить, по результатам

обследования, пациенты вовлечены в лечебный процесс, это является положительной характеристикой для дальнейшего выздоровления и пересмотра своего отношения к ситуации болезни.

Результаты V группы показателя жизнестойкости и компонентов, входящих в ее состав, представлены следующим образом (рис. 7):

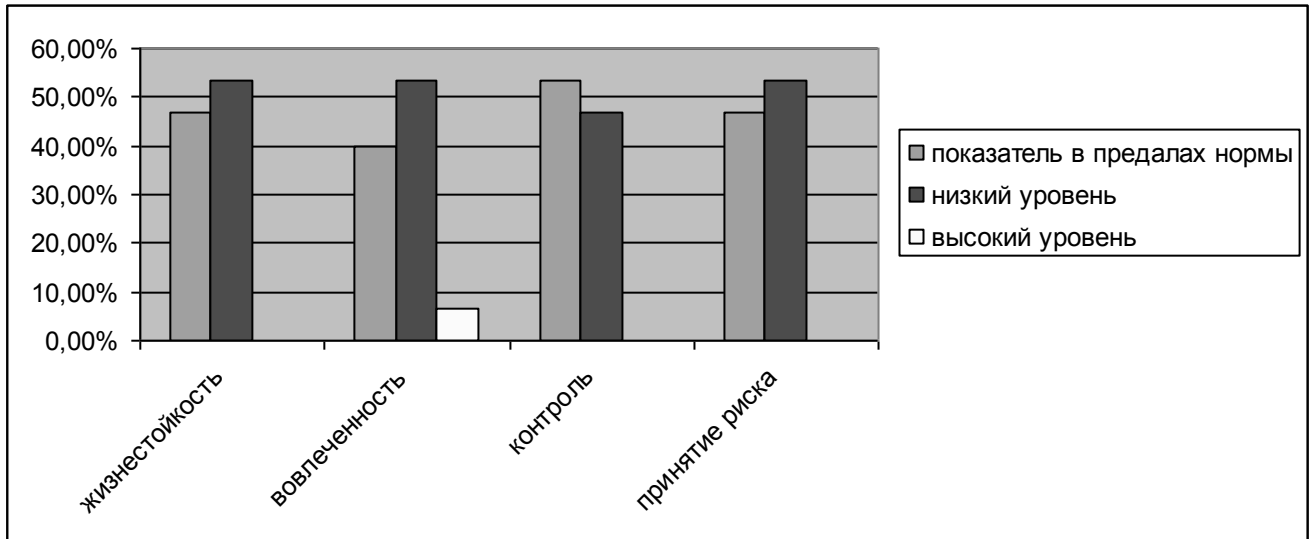


Рисунок 7. Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов

У 53,3% больных обнаружен низкий уровень жизнестойкости, который указывает на сниженный личностный ресурс пациентов, и отражается в низком уровне психологической защиты, проявляясь в неспособности адекватно реагировать в стрессовой ситуации, т.е. в ситуации болезни. У 46,7% пациентов выявлен средний уровень (в пределах нормы) и позволяет констатировать наличие психологических факторов, которые способствуют совладанию со стрессом и снижают внутреннюю напряженность.

По результатам проведенного обследования, в этой группе пациентов с высоким уровнем показателя жизнестойкости нет.

1. «Вовлеченность»

53,3% больных имеют низкий уровень вовлеченности, что свидетельствует об отсутствии мотивации в достижении определенных целей, в том числе и в лечении основного заболевания. Больные ощущают себя «вне жизни». У 40% пациентов нормативный уровень показателя, что позволяет констатировать

способность чувствовать себя значимым среди окружающих и мотивировать себя на максимальную реабилитацию в определенных условиях протекания болезни.

6,7% больных имеют высокий уровень жизнестойкости, что свидетельствует о стремлении преодолеть стресс, адаптироваться в ситуации болезни, все это способствует достижению значимых целей.

2. «Контроль»

У 46,7% пациентов уровень контроля находится на низком уровне, который проявляется в ощущении собственной беспомощности. У 53,3% больных средний уровень (в пределах нормы) показателя, что указывает на наличие сопротивления к происходящему, независимо какой будет конечный результат. Высоких показателей не выявлено у пациентов этой группы.

3. «Принятие риска»

У 53,3% пациентов выявлен низкий уровень показателя, при котором принятие решений становится сложной психологической проблемой и в ситуации болезни возникают различного рода трудности, больные не осознают степень риска, как того требует жизненная ситуация. 46,7% больных со средним уровнем принятия риска, что свидетельствует о готовности участвовать в лечебном процессе, даже если нет надежных гарантий. Высокий уровень принятия риска не выявлен.

В соответствии с данными, представленными в таблице 3.1.1, общий показатель жизнестойкости в V группе значительно ниже нормы (61,4) и составляет расшифрованные показатели вовлеченность (30,1), контроль (22,3), принятие риска (8,9) ниже нормативного уровня. У пациентов данной группы увеличивается вероятность дезадаптации, которая приводит к негативному результату, так как болезнь протекает длительно и может прогрессировать, что является серьезным фактором риска для преодоления жизненной ситуации.

Таблица 3.1.1 - Среднее значение показателей жизнестойкости по группам

Показатели	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа
Жизнестойкость	73,6	81,3	66,4	77,0	61,4
Вовлеченность	36,1	37,7	34,2	38,4	30,1
Контроль	26,0	28,5	22,3	26,2	22,3
Принятие риска	11,5	15,1	9,9	12,3	8,9

При сравнительном анализе (рис. 8) в группах I, II общий показатель жизнестойкости остался в пределах нормы в отличие от III, IV, V групп, где общий уровень ниже нормы. Достоверные различия были определены ($p < 0,05$) компонента принятия риска между I и II группами (приложение таблица 1).

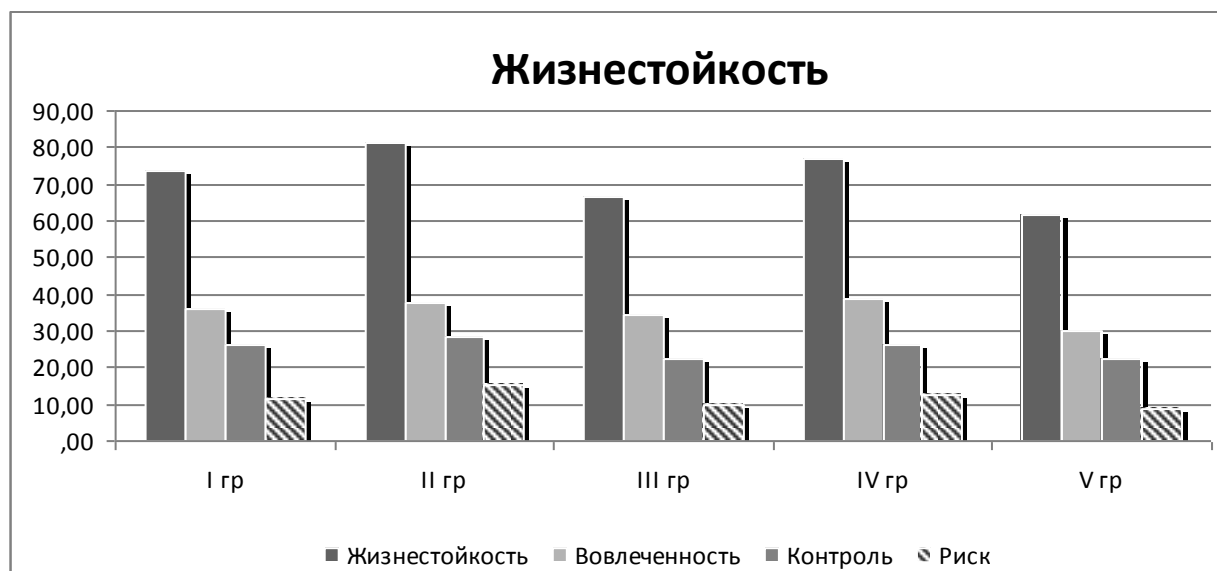


Рисунок 8. Сравнительный анализ показателей жизнестойкости по группам пациентов

Таким образом, у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей общий показатель жизнестойкости характеризует способность противостоять (или не противостоять) стрессу в условиях длительности заболевания, его прогрессирования, степени тяжести, определяя возможность развертки одного из вариантов: сохранения внутренней

сбалансированности и устойчивости в стрессовой ситуации, либо проявления реакции дистресса, что отражается на общем психическом состоянии больного.

Общая характеристика качества жизни пациентов

При исследовании показателей качества жизни у пациентов I группы были выявлены следующие данные:

1. PF (физическое функционирование) У 93,3 % пациентов низкая степень, что отражается в значительном затруднении при выполнении физических нагрузок (самообслуживание, подъем по лестнице и т.д.). 6,7% больных со средней степенью физического функционирования, т.е. пациенты, могут самостоятельно себя обслуживать и передвигаться, но затруднительно для них подъем тяжестей.

2. RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование)

У 96,7% больных выявлен низкий уровень, что отражается в повседневной деятельности, которая значительно ограничена физическим состоянием пациента. 3,3% больных с высоким уровнем, т.е. нет ограничений в повседневной жизнедеятельности.

3. BP (выраженность болевого синдрома)

У 100% пациентов низкий уровень, что свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. GH (общее состояние здоровья)

40% больных с низким уровнем общего здоровья: на момент обследования больные оценивают свое состояние здоровья как неудовлетворительное и не видят перспективы от лечения. 26,7% пациентов со средним уровнем, что выявляет удовлетворительное отношение к общему своему состоянию здоровья. 33,3% больных имеют высокий уровень, что позволяет сделать вывод о том, что на момент обследования больные были полностью удовлетворены общим здоровьем, активно участвуют в лечении, что позволит в дальнейшем улучшить качество жизни.

5. VT (жизненная активность)

У 10% пациентов обнаружен низкий уровень, который свидетельствует, что на фоне основного заболевания у пациентов проявляется значительное утомление и это приводит к снижению жизненной активности. 90% больных со средним уровнем, это говорит о том, что пациенты данной группы смогли использовать свой внутренний психологический потенциал, и это привело к положительному результату.

6. SF (социальное функционирование)

40% больных с низким уровнем социального функционирования, что позволяет сделать суждение о значительном ограничении социальных контактов, снижения уровня обобщения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У 43,3% больных обнаружен средний уровень, что определяется незначительным затруднением в социальной активности данной категории больных. 16,7% больных имеют высокий уровень, и мы можем констатировать факт, об удовлетворительном эмоциональном состоянии и физическом, которые положительно влияют на социальную активность пациентов.

7. RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)

У 70% больных низкий уровень, что указывает на сниженный фон эмоционального настроения, который значительно мешает в выполнении какой-либо работы в повседневной жизни, снижает качество ее выполнения. 30% больных имеют средний уровень, это проявляется удовлетворительным эмоциональным состоянием, которое положительно влияет на повседневную жизнь данных больных.

8. MN (психическое здоровье)

93,3% больных обнаружен низкий уровень, что свидетельствует о наличии депрессии, тревоги. Общий фон настроения снижен. У 6,7% больных средний уровень психического здоровья, который характеризуется наличием удовлетворительных положительных эмоций.

Общие данные о качестве жизни больных представлены в таблице 3.1.2, где указывается, что у пациентов I группы очень низкие уровни RP (13,0), BP (5,6),

это свидетельствует о том, что боль и общее физическое состояние значительно влияет на повседневную жизнь человека. Низкий уровень PF (5,0) и VT (17,5). Вследствие тяжелой основной патологии у больных отмечается повышенная утомляемость, что снижает жизненную активность пациентов. Пациенты I группы, после проведенной операции, удовлетворены общим состоянием своего здоровья в актуальном настоящем и видят перспективу в лечении основного заболевания, что определяется незначительным ограничением социальных контактов, в связи с инвалидизацией. На это же указывают средний уровень GH (53,0) и SF (46,9).

При обследовании больных II группы показатели качества жизни распределились следующим образом:

1. PF (физическое функционирование)

90% пациентов с низким уровнем, что отражается значительным затруднением в выполнении физических нагрузок. У 10% больных средний уровень и можно констатировать незначительные затруднения в выполнении каких-либо физических нагрузок (перенос тяжестей, подъем по лестнице и т.д.). Высокий уровень физического функционирования не выявлен.

2. RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием)

У 56,7% низкий уровень, что позволяет констатировать о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациентов.

6,7% имеют средний уровень, проявляется в незначительном ограничении повседневной работы, связанной с физическим состоянием пациентов.

У 36,7% обнаружен высокий уровень, это свидетельствует о том, что пациенты не считают себя ограниченными в выполнении какой-либо повседневной работы из-за инвалидизации.

3. ВР (интенсивность боли)

56,7% имеют низкий уровень, и это свидетельствует о значительном ограничении пациентов в активности в связи с болевым синдромом. У 20%

больных обнаружен средний уровень, пациенты испытывают слабую интенсивность боли, что незначительно ограничивает их активность. 23,3% пациентов выявлен высокий уровень, что указывает об отсутствии болевого синдрома и удовлетворительной социальной активности.

4. GH (общее состояние здоровья)

33,3% больных имеют низкий уровень общего здоровья, что свидетельствует о неудовлетворительном состоянии здоровья в момент обследования. У 20% больных средний уровень, что выявляет удовлетворительное отношение к общему своему состоянию здоровья. 46,7% больных имеют высокий уровень, что позволяет сделать вывод о том, что на момент обследования больные были полностью удовлетворены общим здоровьем, активно участвуют в лечении, что позволит в дальнейшем улучшить качество жизни.

5. VT (жизненная активность)

У 33,3% пациентов обнаружен низкий уровень, это указывает на обессиленность, повышенную утомляемость пациентов, в связи с тяжестью основного заболевания. 30% больных со средним уровнем, что является свидетельством повышенного жизненного тонуса пациентов. У 36,7% выявлен высокий уровень, данные больные полны сил и энергии для дальнейшей жизнедеятельности.

6. SF (социальное функционирование)

13,3% больных имеют низкий уровень, что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня обобщения, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У 60% больных выявлен средний уровень, что выражается в более удовлетворительном социальном общении на фоне основного заболевания. 26,7% пациентов с высоким уровнем, данные больные не испытывают ограничения в социальном отношении вне зависимости от степени заболевания.

7. RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)

У 40% больных обнаружен низкий уровень, это говорит о сниженном эмоциональном настроении, которое влияет на удовлетворительное функционирование в повседневной жизни, т.е. уменьшает объем выполненной работы, снижает ее качество, увеличивает время на работу. У 60% пациентов на высоком уровне, что свидетельствует о нормальной работоспособности в повседневной жизни на фоне основного заболевания.

8. MN (психическое здоровье)

53,3% больных имеют низкий уровень, это свидетельствует о наличии депрессии, тревоги, которое отражается в деятельности, поступках и поведении человека.

У 10% больных средний уровень, что выражается в некоторой эмоциональной стабильности, в осознании общего состояния здоровья, что дает стимул на преодоление трудной жизненной ситуации. 36,7% больных имеют высокий уровень психического здоровья, им не свойственны высокие показатели уровня депрессии, тревоги, общий фон эмоционального настроения находится на удовлетворительном уровне.

Полученные данные по II группе (ампутации на уровне голени и бедра) убеждают в том, что КЖ пациентов является низким по показателям шкал PF (34,8), RP (39,1), BP (38,4); средним VT (50,3), SF (50,2), MN (52,0); по шкалам RE (61,1) и GH (59,1) выше среднего. Физическое состояние ограничивает пациентов в выполнении физических нагрузок, что неудовлетворительно отражается на их общем эмоциональном состоянии. После оперативного вмешательства больные отмечают улучшение общего состояния здоровья и поднятия позитивного настроения.

Анализ результатов КЖ в III группе:

1. PF (физическое функционирование)

У 90% пациентов выявлен низкий уровень, в результате больные данной категории значительно ограничены в выполнении физических нагрузок (перенос тяжестей, подъем по лестнице, прохождение даже незначительного расстояния).

У 10% больных обнаружен средний уровень, что отражает незначительные затруднения в выполнении физических нагрузок. Высокий уровень не выявлен.

2. RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием)

83,3% пациентов имеют низкий уровень, это свидетельствует о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием больных. У 10% больных обнаружен нормативный уровень, что позволяет констатировать незначительные ограничения в выполнении повседневных обязанностей, в связи с физическим состоянием здоровья. 6,7 больных имеют высокий уровень, который указывает на отсутствие ограничений в выполнении какой-либо повседневной работы.

3. BP (интенсивность боли)

73,3% пациентов низкий уровень, боль значительно ограничивает активность пациентов. У 10% выявлен средний уровень, данные позволяют сделать вывод о том, что больные незначительно ограничены в жизненной активности, из-за слабости болевого синдрома. У 16,7% больных выявлен высокий уровень, что удовлетворительно сказывается на активности пациента, так как болевого синдрома у данной категории нет.

4. GH (общее состояние здоровья)

43,3% больных с низким уровнем по этой шкале. На момент обследования данные пациенты не были удовлетворены состоянием своего физического здоровья.

У 46,7% пациентов выявлен средний уровень, что свидетельствует об удовлетворительном отношении к своему здоровью. 46,7% больных имеют высокий уровень, это указывает на полную удовлетворенность общим состоянием здоровья данных пациентов.

5. VT (жизненная активность)

У 63,3% пациентов определен низкий уровень, который позволяет сделать вывод о снижении жизненной активности, утомлении больных, в связи с тяжестью заболевания. У 10% больных выявлен средний уровень, что является

свидетельством повышенного жизненного тонуса пациентов. 20% пациентов имеют высокий уровень, это проявляется в мобилизации психических резервов, что позволяет пациентам достигать намеченных целей.

6. SF (социальное функционирование)

У 26,7% больных выявлен низкий уровень, что характеризуется значительным ограничением социальных контактов, снижением уровня обобщения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У 53,3% пациентов обнаружен средний уровень, в связи с удовлетворительным физическим и эмоциональным состоянием, у данной категории больных социальная активность незначительно затруднена. У 26,7% пациентов достаточно высокий уровень, им свойственно активное социальное общение.

7. RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)

70% больных имеют низкий уровень, это свидетельствует о неудовлетворительном состоянии эмоционального фона, который мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности.

У 30% пациентов обнаружен высокий уровень, что свидетельствует об эмоциональной устойчивости больных, которая позитивно влияет на повседневную деятельность. Нормативных показателей по данной шкале не выявлено.

8. MN (психическое здоровье)

60% больных обнаружен низкий уровень, что свидетельствует о наличии депрессии, тревоги; общий фон настроения снижен. У 13,3% больных средний уровень, что характеризуется наличием удовлетворительных положительных эмоций. 26,7% имеют высокий уровень, что указывает на общее состояние благополучия, при котором больные могут реализовывать свой собственный потенциал и справляться с трудной жизненной ситуацией.

По данным общего обследования пациентов III группы выявлено, что из-за сильнейшего болевого синдрома больные обессилены, имеют значительное снижение физической активности, что в свою очередь приводит к снижению жизненной активности и подавленному настроению (низкий уровень по шкалам

PR (26,0), RP (14,1), BP (28,4), VT (35,3), RE (36,8), MH (43,0)). Но социальное функционирование SF (46,9) у них в пределах нормы. После проведенной реконструктивной операции пациенты отмечают общее состояние здоровья как удовлетворительное, чему свидетельствует показатель GH (54,4).

Индивидуальный внутригрупповой анализ в IV группе по шкалам качества жизни показал:

1. PF (физическое функционирование)

У 33,3% больных обнаружен низкий уровень, что свидетельствует об ограничении в выполнении физических нагрузок в связи с физическим состоянием пациентов. У 13,3% больных средний уровень, это предполагает у пациентов данной категории незначительные ограничения в выполнении физических нагрузок. У 53,3% больных выявлен высокий уровень, это говорит об отсутствии ограничений в выполнении физических нагрузок.

2. RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием)

46,7% пациентов имеют низкий уровень, что свидетельствует о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациентов. У 46,7% больных высокий уровень по данной шкале, что указывает на отсутствие в ограничении выполнения повседневной работы, с учетом физического состояния. По данной шкале средний уровень не был выявлен.

3. BP (интенсивность боли)

40% пациентов с низким уровнем, который позволяет сделать суждение о том, что боль значительно ограничивает активность пациентов. У 60% больных высокий уровень, пациенты данной группы не ограничены в активности, в связи с отсутствием болевого синдрома. Средних значений по данной шкале не выявлено.

4. GH (общее состояние здоровья)

40% больных имеют низкий уровень общего здоровья, что свидетельствует о неудовлетворительном состоянии здоровья в момент обследования. У 20% больных средний уровень, что выявляет удовлетворительное отношение к общему своему состоянию здоровья. 40% больных имеют высокий уровень, что позволяет

сделать вывод о том, что на момент обследования больные были полностью удовлетворены общим здоровьем, активно участвуют в лечении, что позволит в дальнейшем улучшить качество жизни.

5. VT (жизненная активность)

У 33,3% пациентов обнаружен низкий уровень, это указывает на обессиленность, повышенную утомляемость пациентов, в связи с тяжестью основного заболевания. 26,7% больных со средним уровнем, что является свидетельством повышенного жизненного тонуса пациентов. У 40% выявлен высокий уровень, данные больные полны сил и энергии для дальнейшей жизнедеятельности.

6. SF (социальное функционирование)

6,7% больных имеют низкий уровень, что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня обобщения, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У 80% больных выявлен средний уровень, что выражается в более удовлетворительном социальном общении на фоне основного заболевания. 13,3% пациентов с высоким уровнем, данные больные не испытывают ограничения в социальном отношении вне зависимости от степени заболевания.

7. RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)

У 40% больных обнаружен низкий уровень, это говорит о сниженном эмоциональном настроении, которое влияет на удовлетворительное функционирование в повседневной жизни, т.е. уменьшает объем выполненной работы, снижает ее качество, увеличивает время на работу. У 60% пациентов высокий уровень, что свидетельствует о нормальной работоспособности в повседневной жизни на фоне основного заболевания. Средних значений по данной шкале не выявлено.

8. MN (психическое здоровье)

53,3% больных имеют низкий уровень, это свидетельствует о наличии депрессии, тревоги, которое отражается в деятельности, поступках и поведении человека.

У 6,7% больных средний уровень, что выражается в некоторой эмоциональной стабильности, в осознании общего состояния здоровья, что дает стимул на преодоление трудной жизненной ситуации. У 40% больных высокий уровень, это указывает на высокий показатель положительных эмоций.

В IV группе достаточно высокий уровень RE (56,4), отсутствие дискомфорта в эмоциональном состоянии в повседневной жизни. По всем остальным шкалам средний уровень.

При исследовании показателя КЖ в V группе были обнаружены следующие особенности:

1. PF (физическое функционирование)

У 100% больных по этой шкале имеют низкий уровень, что отражает степень ограничения выполнения физических нагрузок. Средний и высокий уровень не выявлен у больных

2. RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием)

У 93,3% больных низкий уровень, что отражает значительные ограничения в повседневной жизни, связанные с физическим состоянием пациентов. 6,7% больных имеют средний уровень и можно констатировать наличие незначительного ограничения в выполнении повседневных обязанностей с учетом физического состояния. Высокого уровня по этой шкале нет.

3. BP (интенсивность боли)

У 53,3% пациентов низкий уровень, что свидетельствует о значительном ограничении активности пациентов из-за боли. В этой группе это проявляется интенсивностью фантомной боли. 46,7% пациентов со средним уровнем, что проявляется в незначительном ограничении повседневных обязанностей, из-за слабости болевого синдрома. Это связано с фантомными болями данных больных. Высокий уровень по этой шкале не был выявлен, что свидетельствует о наличии фантомной боли у всех пациентов.

4. GH (общее состояние здоровья)

У 66,7% пациентов обнаружен низкий уровень, данные пациенты оценивают свое здоровье как неудовлетворительное и не видят выхода из сложившейся стрессовой ситуации. У 26,7% пациентов средний уровень, что выявляет удовлетворительное отношение к общему своему состоянию здоровья. 6,7% больных имеют высокий уровень, что позволяет сделать вывод о том, что на момент обследования больные были полностью удовлетворены общим здоровьем, активно участвуют в лечении, что позволит в дальнейшем улучшить качество жизни.

5. VT (жизненная активность)

У 93,3% пациентов обнаружен низкий уровень, это указывает на обессиленность, повышенную утомляемость пациентов, в связи с тяжестью основного заболевания. 6,7% больных со средним уровнем, что является свидетельством повышенного жизненного тонуса пациентов. Высоких значений не выявлено.

6. SF (социальное функционирование)

40% больных имеют низкий уровень, что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня обобщения, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У 53,3% больных выявлен средний уровень, что выражается в более удовлетворительном социальном общении на фоне основного заболевания. 6,7% пациентов с высоким уровнем, данные больные не испытывают ограничения в социальном отношении вне зависимости от степени заболевания.

7. RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)

У 73,3% больных обнаружен низкий уровень, это говорит о сниженном эмоциональном настроении, которое влияет на удовлетворительное функционирование в повседневной жизни, т.е. уменьшает объем выполненной работы, снижает ее качество, увеличивает время на работу. У 26,7% пациентов на высоком уровне, что свидетельствует о нормальной работоспособности в повседневной жизни на фоне основного заболевания. Средних значений не выявлено.

8. MN (психическое здоровье)

80% больных имеют низкий уровень, это свидетельствует о наличии депрессии, тревоги, которое отражается в деятельности, поступках и поведении человека.

У 13,3% больных средний уровень, что выражается в некоторой эмоциональной стабильности, в осознании общего состояния здоровья, что дает стимул на преодоление трудной жизненной ситуации. У 6,7% больных обнаружен высокий уровень, это указывает на высокий показатель положительных эмоций.

Общие показатели уровня качества жизни больных V группы низкие. Крайне низкий показатель шкалы RP (11,5). Повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациентов. Основное заболевание пациентов ведет к снижению жизненной активности, они чувствуют себя утомленными, что приводит к ограничению социальных контактов и снижению положительных эмоций. Так как данная группа больных обследовалась через полгода после оперативного вмешательства, то показатель по интенсивности боли имеет среднее значение (53,4).

Таблица 3.1.2 - Распределение показателей КЖ по группам

Шкала	Средние показатели				
Группы	I (n=30)	II (n=30)	III (n=30)	IV (n=15)	V (n=15)
Физическое функционирование	13,0	34,8	26,0	61,3	11,5
Ролевое функционирование	5,0	39,1	14,1	56,4	5,0
Интенсивность боли	5,6	38,4	28,4	55,2	53,4
Общее состояние здоровья	53,0	59,1	54,4	55,1	38,6
Жизненная активность	17,5	50,3	35,3	48,3	23,6
Социальное функционирование	46,9	50,2	46,9	52,2	43,5
Эмоциональное функционирование	31,1	61,1	36,8	69,4	33,5
Психическое здоровье	27,8	52,0	43,0	48,0	32,8

По данным общей диаграммы (рис. 9), низкие показатели по ролевому функционированию, обусловленному физическим состоянием в группах I, III, V. Также низкие показатели в группах I и V по физическому состоянию, которое зависит от степени тяжести заболевания. В группах II, III, IV, V интенсивность боли незначительная по сравнению с I группой, где боль значительно ограничивает активность пациента. Общее состояние здоровья, после проведения хирургических операций, характеризуется как удовлетворительное, за исключением V группы. Это, скорее всего, связано с ухудшением состояния здоровья за последние полгода, после проведенной операции. Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование имеет наиболее высокий показатель в группах II и IV, во всех остальных группах преобладает среднее значение. Более высокая жизненная активность наблюдается у пациентов после ампутации на уровне голени и стопы II группа, реконструктивных операций с различной степенью ишемии III и IV группы.

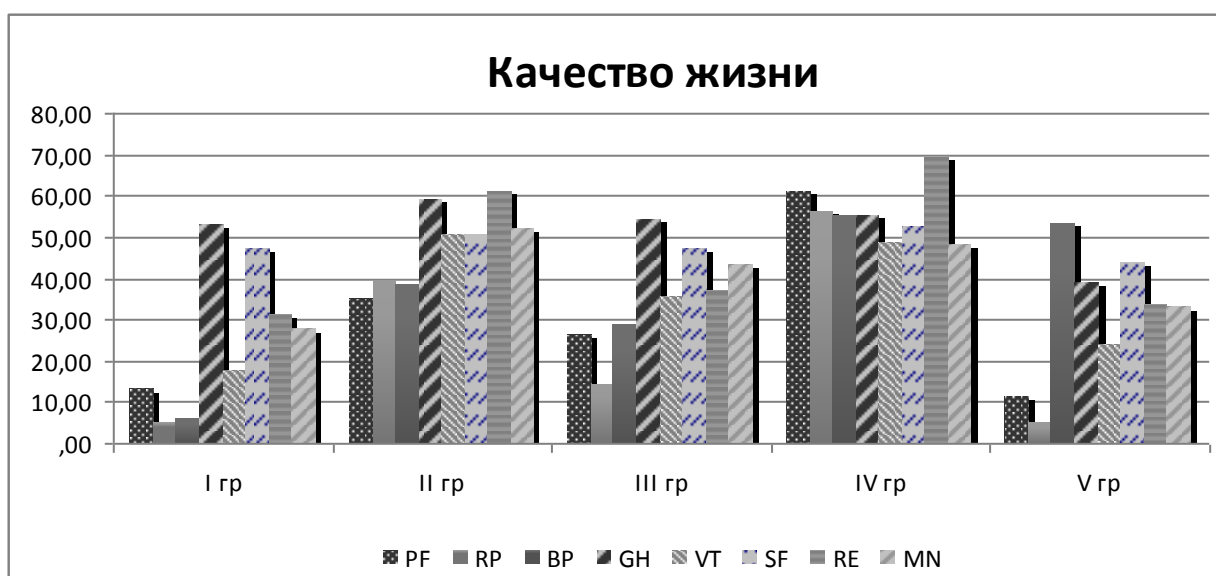


Рисунок 9. Сравнительная характеристика параметров качества жизни пациентов после хирургических вмешательств

Достоверные различия выявлены между I и II; I и III; III и IV по параметру физическое функционирование ($p < 0,001$); достоверные различия не выявлены между I и V группами ($p > 0,05$). Ролевое функционирование достоверные

различия между группами I и II; I и III ($p < 0,05$), III и IV ($p < 0,001$); между I и V группой различий не выявлено ($p > 0,05$). По параметру интенсивность боли обнаружены достоверные различия между группами I и II; I и III; I и V ($p < 0,001$), III и IV ($p < 0,05$). По параметру общее состояние здоровья достоверных различий не было выявлено, за исключением I и V группы, где $p < 0,05$. Показатель жизненная активность выявлены достоверные различия между I и II группой ($p < 0,001$); I и III группами ($p < 0,05$). По показателю социальное функционирование достоверных данных нет. Достоверные различия по параметру эмоциональное функционирование выявлены между группами I и II, III и IV ($p < 0,05$). По параметру психическое здоровье достоверное различие только между группами I и II ($p < 0,001$) (приложение таблица 2).

Вывод: у большинства пациентов, перенесших различного вида операции, качество жизни в послеоперационном периоде остается не высоким. Это связано с основным заболеванием. Пациенты II группы (ампутации на уровне голени и стопы) имеют более высокие показатели КЖ, чем пациенты III группы (аорто-бедренное протезирование). Возможно, это обусловлено тем, что срабатывает защитный психологический механизм, связанный с минимальной инвалидизацией.

Результаты исследования ригидности

При исследовании показателя ригидности по группам полученные данные распределились следующим образом:

I группа:

У 73,3% пациентов были выявлены признаки ригидности, что свидетельствует о том, что у пациентов незначительно нарушена способность адекватно воспринимать предъявляемые требования в ситуации болезни. Им возможно (при мобилизации психических ресурсов) изменить привычные способы удовлетворения своих потребностей в связи с трудной жизненной ситуацией.

У 26,7% больных обнаружены четкие проявления ригидности, это указывает на неготовность к изменениям способа мышления в соответствии с

новыми ситуационными требованиями. Больные значительно фиксированы на основном заболевании, что мешает им в получении необходимой дополнительной информации о возможности изменения сформированных ранее потребностей и способов их удовлетворения, с учетом сложившейся ситуации болезни.

В соответствии с данными, представленными в таблице 2.2.2 в I группе (ампутация на уровне бедра) общий показатель ригидности равен (25,2) выявлены признаки ригидных установок.

II группа:

У 90% больных выявлены признаки ригидности. Больные в силу своих компенсаторных возможностей, пытаются изменить способы удовлетворения основных жизненных потребностей, в условиях данного заболевания.

У 10% пациентов обнаружены четкие ригидные установки, которые свидетельствуют о неспособности изменять способ поведения и мышления в ситуации болезни.

Во II группе (ампутации на уровне голени и стопы) общий показатель (22,4) – выявлены признаки ригидных установок.

В III группе выявлены следующие показатели ригидности:

У 73,3% выявлены признаки ригидности, которые проявляются в затрудненности в изменении намеченной больными программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. У 26,7% больных выявлены ригидные установки, что указывает на неспособность, в условиях новых обстоятельств, изменить отношение к болезни, как того требует ситуация.

Общий показатель ригидности в II группе (реконструктивные операции – аорто-бедренное протезирование) (25,0) – выявлены признаки ригидных установок.

В IV группе показатели распределились следующим образом:

У 86,7 больных имеются признаки ригидности. Больные в силу своих компенсаторных возможностей, пытаются изменить способы удовлетворения основных жизненных потребностей, в условиях данного заболевания. 13,3% больных имеют низкий уровень, пациенты трудно приспосабливаются к новым

жизненным обстоятельствам и испытывают трудности общения в новой жизненной ситуации.

Общий показатель ригидности в IV группе (Атеросклероз. Ишемия Пб по А.В. Покровскому) равен (23,0) – выявлены признаки ригидных установок.

На момент обследования в V группе обнаружены следующие данные: 46,7% больных выявлены незначительные признаки ригидности. В условиях объективно требующих перестройки (т.е. в ситуации болезни), стереотипа поведения у данных больных не возникает, они достаточно быстро находят правильный способ взаимодействия с окружающими. У 53,3% пациентов выявлены ригидные установи, которые свидетельствуют о неспособности изменять способ поведения и мышления в ситуации болезни.

Общий показатель ригидности в V группе (ампутация на уровне бедра более полугода назад) (27,0) – высокий уровень проявления ригидности.

Пациенты всех групп проявляют черты ригидности, сопоставительные результаты представлены в таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3 - Распределение показателей ригидности в каждой группе

Группы	Ригидность
I (n=30)	25,2
II (n=30)	22,4
III (n=30)	25,0
IV (n=15)	23,0
V (n=15)	27,0

На диаграмме (рис. 10) отображена сравнительная характеристика показателей ригидности, где средний уровень ригидности наблюдается в I, II, III, IV группах. И ригидность выше среднего уровня демонстрируют пациенты V группы.

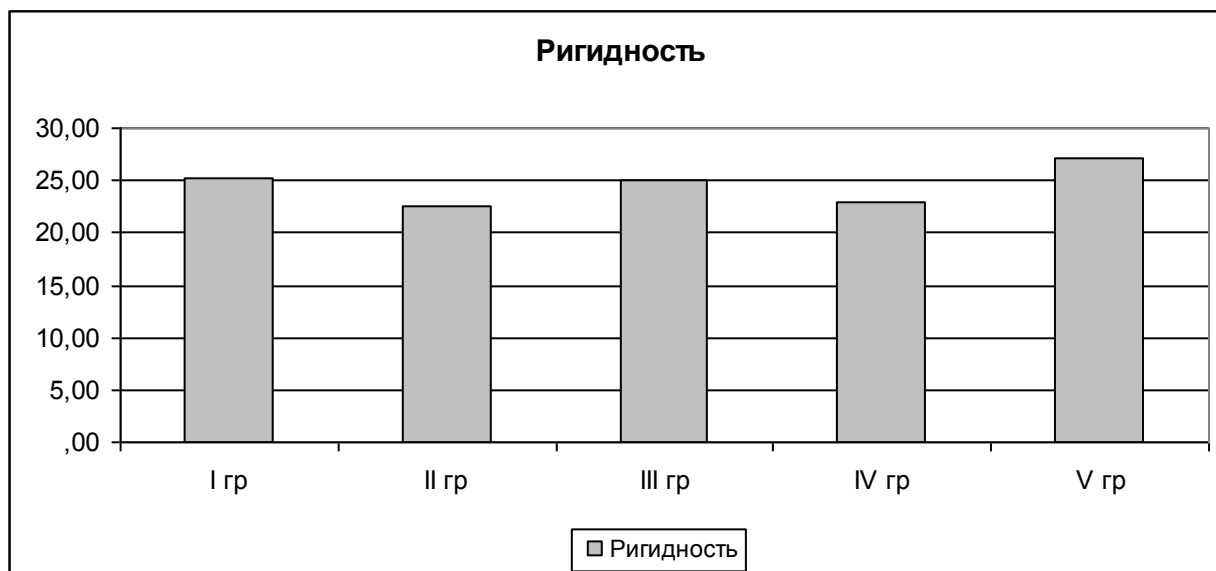


Рисунок 10. Сравнительная характеристика уровня ригидности по группам

Достоверные значения выявлены между группами I и II ($p < 0,05$) (приложение таблица 3).

Вывод: таким образом, исследование особенностей ригидности больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выявило, что все пациенты проявляют черты ригидности, но в целом адекватно эмоционально реагируют. Из-за тяжести основного заболевания больным затруднительно выбрать способ изменения собственного поведения в ситуации болезни. Учитывая важность прогрессирования заболевания, мы можем говорить об ухудшении проявлений черт ригидности: неудовлетворенность прожитой жизнью, утомления, плохого настроения, страха и в наименьшем желании изменить себя в соответствии со сложившейся жизненной ситуацией.

3.1.4 Результаты исследования тревоги/депрессии

В ходе эмпирического исследования нами были получены следующие результаты по уровню показателей тревога/депрессия в I группе:

1. Тревога

У 53,3% пациентов выявлен клинический уровень тревоги, что свидетельствует о реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Данные пациенты внутренне напряжены, это связано с ожиданием тяжелых последствий после перенесенной операции. Страх перед инвалидностью. У 36,6% больных

наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется раздражительностью, беспокойством, опасением за исход заболевания. 10% больных имеют нормативный уровень тревоги, они быстро адаптируются с учетом трудных жизненных ситуаций

2. Депрессия

У 53,3% больных обнаружена клинический уровень депрессии, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Так же отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 26,6% больных характеризуются субклиническими проявлениями депрессии. Пациентов серьезно беспокоят бессонница, повышенная утомляемость, чувство вины, чувство безнадежности, заниженная самооценка. Все эти симптомы значительно нарушают повседневную жизнь пациента. У 20% пациентов не выявлено признаков депрессии.

Общие показатели по I группе (таблице 3.1.4): повышенный уровень тревоги (10,6) и депрессии (10,1). Данная группа характеризуется преобладанием усталости, расстройством сна, вялости, пассивности, быстрой утомляемостью, испытывают страх за будущее на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Во II группе показатель уровня тревоги/депрессии распределился следующим образом:

1. Тревога

У 13,3% выявлены клинические признаки тревоги, им свойственна эмоциональная лабильность, раздражительность. 26,7% больных с субклиническими признаками тревоги, это указывает на симптомы раздражительности, плохое настроение

У 60% пациентов уровень тревоги соответствует нормативному показателю.

2. Депрессия:

У 3,3% больных выявлены клинические признаки депрессии, которые свидетельствуют о наличии у больных тягостного чувства внутренней пустоты,

оценивают происходящее вокруг себя как неинтересное и малозначимое, не видят выхода из сложившейся ситуации. 26,7% больных с субклиническими проявлениями депрессии. Им свойственны преобладание тревоги в мыслях, чувство вины, снижение чувствительности к юмористическим ситуациям. Больные уходят в себя и заторможены. У 70% больных признаков депрессии не выявлено.

Во II группе общий показатель составил: тревога (5,8), депрессия (6,9), уровень тревоги/депрессии в норме. Таким образом, пациенты данной группы имеют общий благоприятный эмоциональный фон, что позволяет им адаптироваться в новой жизненной ситуации.

Данные результаты тревоги/депрессии представлены по III группе следующим образом:

1. Тревога:

У 33,3% больных выявлены клинические признаки тревоги, к которым относятся реакции на тяжелый стресс и нарушения дезадаптации. Данные пациенты внутренне напряжены, это связано с ожиданием тяжелых последствий после перенесенной операции и страхом перед инвалидизацией. У 30% больных наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется раздражительностью, беспокойством, опасением за исход заболевания.

36,7% больных имеют нормативный уровень, они быстро адаптируются под возникшие трудные жизненные ситуации.

2. Депрессия:

У 13,3% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Так же отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 30% пациентов имеют субклиническую симптоматику, которая существенно не нарушает жизнедеятельность и социальное функционирование данной категории больных. У 56,7% пациентов не выявлено наличие признаков, указывающее на депрессивное состояние.

В III группе: тревога (8,53), депрессия (7,3). Это свидетельствует о том, что у пациентов этой группы субклинически выражена тревога, а уровень депрессии находится в норме. Для пациентов характерны незначительные затруднения в психологической и физической адаптации, в связи с основным заболеванием, но в последующем при мобилизации психологических ресурсов их жизнедеятельность особо не нарушена.

Результаты исследования в IV группе показали:

1. Тревога:

У 40% пациентов клинически выражена тревога, которая проявляется в эмоциональной лабильность, раздражительности. 33,3% больных с субклиническими признаками тревоги, это указывает на симптомы раздражительности, плохое настроение. У 26,7% пациентов уровень показателя тревоги соответствует норме.

2. Депрессия:

У 6,7% больных выявлены клинические признаки депрессии, которые свидетельствуют о наличии у больных тягостного чувства внутренней пустоты, оценивают происходящее вокруг себя как неинтересное и малозначимое, не видят выхода из сложившейся ситуации. 33,3% больных с субклиническими проявлениями депрессии. Им свойственны: тревога, чувство вины, не принятие юмористических ситуаций. Больные уходят в себя и заторможены. У 60% больных признаки депрессии не выявлены.

В IV группе общий показатель тревоги равен (9,8), депрессии (6,3). Можно говорить о наличии субклинических признаков тревоги при норме показателя уровня депрессии. Пациентам присуща раздражительность, возникают идеи малоценности и самообвинения.

При исследовании показателей тревоги/депрессии у пациентов V группы были выявлены следующие данные:

1. Тревога:

У 53,3% больных выявлены клинические признаки тревоги. Данные пациенты внутренне напряжены, возможны проявления дезадаптации, страх

перед новыми обстоятельствами, связанными с основным заболеванием. У 26,7% больных наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется в раздражительности, беспокойстве, опасении за исход заболевания. 20% больных имеют нормативный уровень, они быстро адаптируются под возникшие трудные жизненные ситуации.

2. Депрессия

У 60% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Так же отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 26,7% больных с субклиническими проявлениями депрессии. Пациентов серьезно беспокоят бессонница, повышенная утомляемость, чувство вины, чувство безнадежности, заниженная самооценка. Все эти симптомы значительно нарушают повседневную жизнь пациента. У 13,3% пациентов не выявлено признаков депрессии.

В V группе общий показатель тревоги (10,0); депрессии (11,6). У больных данной группы клинически выражена депрессия и субклинически выражена тревога, что подтверждается также клиническим интервьюированием больного. Отмечают чувство тоски, считают себя виновными в создавшейся ситуации, безнадежно больными.

Таблица 3.1.5 - Распределение средних показателей тревоги/депрессии по группам

Группы	HADS	
	А (тревога)	Д (депрессия)
I (n=30)	10,6	10,1
II (n=30)	5,8	6,9
III (n=30)	8,53	7,3
IV (n=15)	9,8	6,3
V (n=15)	10,0	11,6

Данные сравнительного результата приведены в диаграмме (рис. 11). Мы можем отметить, что во II, III, и IV группах не выражены признаки депрессии, повышение показателя уровня депрессии отмечается в I, V группах. Уровень показателя тревоги в норме у пациентов II группы, во всех остальных группах показатель превышает норму.

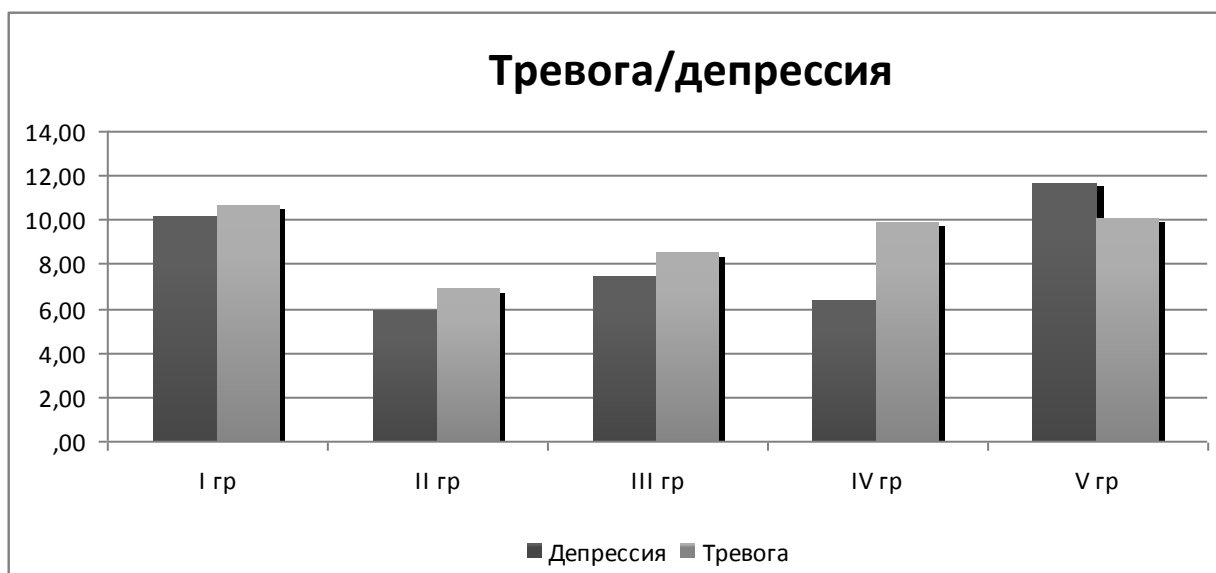


Рисунок 11. Сравнительная характеристика параметров тревоги/депрессии по группам

Достоверные различия выявлены между группами I и II ($p < 0,001$), I и III ($p < 0,05$) по параметрам тревога и депрессия. Между остальными группами значимых различий нет (приложение таблица 4).

Авторы И.М. Никольская и Р.М. Грановская отмечают, что кризисное состояние, возникающие при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, сопровождается ростом напряжения и тревоги и ведет к активизации всех уровней его защитной системы. При благоприятном исходе кризиса человек обретает новый жизненный опыт, расширяет диапазон адаптивных стратегий совладания, укрепляет и расширяет личностные и социальные ресурсы. Если преодолеть кризис не удастся — происходит фиксация на неадекватных способах решения проблем: депрессия, регрессия, болезни, суицид и смерть[127].

Эта точка зрения соотносится с полученными нами данными о том, что в послеоперационный период пациенты, не имея возможности осуществления

целенаправленной жизнедеятельности, отмечают повышение уровня тревоги и депрессии.

Вывод: на основании проведенного обследования, подтвержденного статистическими данными, мы можем говорить о повышении уровня тревоги и депрессии при полной инвалидизации (потери конечности). При сохранении конечности после проведения хирургической операции у пациентов повышается уровень тревоги в связи с создавшейся психотравмирующей жизненной ситуацией (болезнь) и неопределенностью в исходе лечения.

3.2 Факторная модель жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Данный этап работы состоял в анализе корреляционных связей между исследуемыми параметрами по каждой из выделенных выше групп пациентов и в целом по выборке.

Корреляционный анализ позволил нам выявить, что в I группе показатель депрессии имеет обратную взаимосвязь с показателем вовлеченности ($r = -0,36$ $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что пациенты данной группы ощущают себя отвергнутыми и «вне» жизни. Также прослеживается связь показателя тревоги с показателем жизнеспособности пациента ($r = -0,40$ $p < 0,05$), самооценкой психического здоровья ($r = -0,61$ $p < 0,01$), вовлеченностью ($r = -0,36$ $p < 0,05$), риском ($r = -0,36$ $p < 0,05$). То есть, при высоком показателе тревоги, снижается жизненная активность пациента, они не готовы рисковать, так как гарантии на успех нет. Кроме того, прослеживается прямая связь влияния ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием на физическое функционирование, отражающее степень состояния ($r = 0,52$ $p < 0,01$), жизнеспособность пациента ($r = 0,52$ $p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,49$ $p < 0,01$), психическое здоровье ($r = 0,47$ $p < 0,01$). Значительное ограничение повседневной деятельности пациента (выполнение повседневных обязанностей) в связи с физическим состоянием,

отражается в снижении положительной жизненной позиции, что обуславливает ухудшение эмоционального состояния, то есть наблюдается психическое неблагополучие. Было выявлено, что физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) коррелирует с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r=0,52$ $p<0,01$), интенсивностью боли ($r=0,42$ $p<0,05$), общим состоянием здоровья ($r=0,79$ $p<0,01$), жизненной активностью ($r=0,62$ $p<0,01$), ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием ($r=0,62$ $p<0,01$), психическим здоровьем ($r=0,57$ $p<0,01$). Из-за постоянного болевого синдрома у больных этой группы снижена физическая активность, это дает ограничение в выполнении повседневной работы, в том числе и из-за ухудшения эмоционального состояния. Пациенты оценивают общее состояние своего здоровья (до операции) как низкое. Положительная взаимосвязь показателя интенсивности боли и физического функционирования ($r=0,42$ $p<0,05$). Прямая взаимосвязь показателя общего состояния здоровья и физического функционирования ($r=0,79$ $p<0,01$), жизненной активности ($r=0,66$ $p<0,01$), ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием ($r=0,58$ $p<0,01$), психическим здоровьем ($r=0,57$ $p<0,01$). Так как общее физическое состояние низкое, можно говорить о психическом неблагополучии и низкой жизненной позиции. Обратную связь имеет показатель жизненной активности и показатели тревоги ($r= -0,40$ $p<0,05$), ригидности ($r= -0,42$ $p<0,05$). Чем ниже жизненная активность больного, тем сильнее выражена тревога и отчетливее проявляются черты ригидности. Прямая связь показателя жизненной активности наблюдается с показателями физическим функционированием ($r=0,62$ $p<0,01$), общим состоянием здоровья ($r= 0,66$ $p<0,01$), ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием ($r= 0,71$ $p<0,01$), психическим здоровьем ($r=0,72$ $p<0,01$). Достоверная связь между показателем ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и физическим функционированием ($r= 0,62$ $p<0,01$), ролевым

функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r=0,49$ $p<0,01$), общим состоянием здоровья ($r=0,58$ $p<0,01$), жизненной активностью ($r=0,71$ $p<0,01$), психическим здоровьем ($r=0,49$ $p<0,01$). Прослеживается обратная связь показателя психическое здоровье и показателя тревога ($r= -0,61$ $p<0,01$), ригидность ($r= -0,52$ $p<0,01$), прямая связь с показателем физическое функционирование ($r=0,57$ $p<0,01$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($r=0,47$ $p<0,01$), общее состояние здоровья ($r=0,57$ $p<0,01$), жизненной активностью ($r=0,72$ $p<0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r=0,48$ $p<0,01$).

Таблица 3.2.1 - Интеркорреляционная матрица (I группа)

	Депре- ссия	Трево- га	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригид- ность	Жизне- стойкость	Вовле- ченность	Конт- роль	Риск
Депрессия															
Тревога	,318														
PF	-,327	-,244													
RP	,132	,026	,526**												
BP	,129	,045	,422*	,338											
GH	-,330	-,251	,792**	,355	,074										
VT	-,193	-,403*	,628**	,527**	,226	,660**									
SF	-,020	,242	-,129	,143	,214	-,260	-,051								
RE	-,258	-,143	,621**	,491**	,300	,584**	,711**	,134							
MN	-,137	-,614**	,579**	,474**	,194	,574**	,726**	-,178	,489**						
Ригидность	-,257	,223	-,297	-,237	-,308	-,185	-,427*	,093	-,264	-,520**					
Жизнестойкость	-,296	-,336	,119	-,029	,008	,249	-,037	-,126	,172	,143	,312				
Вовлеченность	-,363*	-,367*	,107	-,125	-,036	,240	-,074	-,148	,160	,142	,315	,976**			
Контроль	-,071	-,232	,131	,234	,241	,159	,079	-,036	,207	,137	,212	,830**	,736**		
Риск	-,287	-,368*	,181	-,002	-,092	,336	,028	-,179	,177	,212	,200	,805**	,795**	,497**	

Анализ взаимосвязи для II группы показывает, что показатель депрессия имеет отрицательную связь с показателями интенсивность боли ($r = -0,40$ $p < 0,05$), общее состояние здоровья ($r = -0,42$ $p < 0,05$), жизненная активность ($r = -0,41$ $p < 0,05$), социальное функционирование ($r = -0,41$ $p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = -0,42$ $p < 0,05$), психическое здоровье ($r = -0,50$ $p < 0,01$). В этой группе не характерны сильные эмоциональные переживания и социальная активность пациентов значительно не ограничена. Больные оценивают свое состояние здоровья как хорошее, видят перспективу в лечении. Показатель тревога так же имеет обратную связь с показателями интенсивность боли ($r = -0,47$ $p < 0,01$), общее состояние здоровья ($r = -0,38$ $p < 0,05$), жизнестойкость ($r = -0,42$ $p < 0,05$), вовлеченность ($r = -0,50$ $p < 0,01$), риск ($r = -0,37$ $p < 0,05$). Возможно, у больных в силу защитных компонентов, не возникает сильного внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях, что позволяет получать удовлетворение от собственной деятельности и позитивно относиться к будущему. Четкая взаимосвязь прослеживается между физическим функционированием, отражающим степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r = 0,52$ $p < 0,01$), ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием ($r = 0,52$ $p < 0,01$). Состояние физического и эмоционального состояния пациентов не влияет на их повседневную деятельность, вызывая лишь незначительные затруднения. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, имеет достоверную прямую связь с показателем ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,51$ $p < 0,01$) и отрицательную с показателем риск ($r = -0,40$ $p < 0,05$). Так как физическое и эмоциональное состояние определяется у пациентов II группы как удовлетворительное, в соответствии с этим они охотнее идут на риск, связанный с лечением, даже если при этом не гарантирован успех. Корреляционный анализ показывает, что показатель интенсивность боли имеет положительную связь с показателями общее состояние здоровья ($r = 0,68$ $p < 0,01$),

жизненная активность ($r = 0,58$ $p < 0,01$), социальное функционирование ($r = 0,51$ $p < 0,01$), психическое здоровье ($r = 0,79$ $p < 0,01$). При незначительной боли у больных более активная жизненная позиция. Показатель общее состояние здоровья имеет взаимосвязь с показателями ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,40$ $p < 0,05$), психическое здоровье ($r = 0,51$ $p < 0,01$). При удовлетворительном общем состоянии здоровья отмечается наличие положительных эмоций. Положительная связь прослеживается показателя жизненная активность с социальным функционированием ($r = 0,51$ $p < 0,01$), психическим здоровьем ($r = 0,91$ $p < 0,01$). При высокой жизненной активности социальные контакты так же находятся на высоком уровне. Показатель социальное функционирование коррелирует с показателем психическое здоровье ($r = 0,60$ $p < 0,01$). Достоверную положительную связь имеет показатель жизнестойкость с показателями вовлеченность ($r = 0,80$ $p < 0,01$), контроль ($r = 0,89$ $p < 0,01$), риск ($r = 0,67$ $p < 0,01$). Пациенты стремятся максимально сохранить свое здоровье и работоспособность, что позволит им, находится в активном социальном контакте.

Таблица 3.2.2 - Интеркорреляционная матрица (II группа)

	Депрессия	Тревога	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригидность	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Риск
Депрессия															
Тревога	,628**														
PF	-,359	,023													
RP	-,008	,269	,529**												
BP	-,407*	-,472**	-,047	-,344											
GH	-,429*	-,387*	-,143	-,266	,684**										
VT	-,416*	-,219	,279	-,246	,580**	,357									
SF	-,410*	-,323	,075	-,334	,513**	,313	,518**								
RE	-,424*	-,115	,524**	,514**	,267	,408*	,359	,306							
MN	-,501**	-,337	,184	-,287	,791**	,511**	,917**	,609**	,283						
Ригидность	,257	,134	-,112	,064	-,080	-,166	-,121	,228	,181	-,164					
Жизнестойкость	,044	-,427*	-,358	-,279	,254	,153	,137	-,027	-,117	,134	,047				
Вовлеченность	-,190	-,509**	-,247	-,184	,283	,212	,203	,125	,020	,214	-,032	,800**			
Контроль	,130	-,274	-,303	-,106	,203	,180	,131	-,127	-,014	,117	,064	,899**	,640**		
Риск	,062	-,373*	-,279	-,402*	,122	-,030	,068	,089	-,272	,058	,025	,674**	,286	,485**	

В III группе у пациентов, после реконструктивной операции, наблюдается обратная связь между показателем тревога и показателями жизненная активность ($r = -0,43$ $p < 0,05$) и жизнестойкость ($r = -0,36$ $p < 0,05$). Оказалось, что у больных этой группы повышен уровень тревоги, отмечается низкая жизненная активность, которая снижает их успешную деятельность. Прямая взаимосвязь между показателем физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок и показателей ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($r = 0,52$ $p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,50$ $p < 0,01$), ригидность ($r = 0,42$ $p < 0,05$). Активность пациентов ограничена состоянием здоровья, в том числе болевым синдромом, что ухудшает их эмоциональное состояние. Больные не в состоянии изменить свой образ жизни, в связи с новыми ситуационными требованиями. Показатель интенсивность боли тесно связан с показателями общее состояние здоровья ($r = 0,46$ $p < 0,01$), жизненная активность ($r = 0,75$ $p < 0,01$), психическое здоровье ($r = 0,62$ $p < 0,01$). Чем интенсивней боль, тем ниже жизненная активность. Зависимость показателя общее состояние здоровья и жизненной активности ($r = 0,71$ $p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,44$ $p < 0,05$), психическое здоровье ($r = 0,58$ $p < 0,01$), контроль ($r = 0,41$ $p < 0,05$). Кроме этого, прослеживается влияние показателя жизненной активности на социальное функционирование ($r = 0,49$ $p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,46$ $p < 0,05$), психическое здоровье ($r = 0,87$ $p < 0,01$). Положительная связь между показателем социальное функционирование и психическое здоровье ($r = 0,66$ $p < 0,01$).

Таблица 3.2.3 - Интеркорреляционная матрица (III группа)

	Депрессия	Тревога	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригидность	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Риск
Депрессия															
Тревога	,353														
PF	-,242	-,229													
RP	-,131	-,220	,523^{***}												
BP	-,148	-,204	-,291	-,339											
GH	-,128	-,298	,305	-,233	,467^{***}										
VT	-,164	-,439[*]	,143	,002	,757^{***}	,716^{***}									
SF	-,258	-,221	,221	-,027	,334	,267	,498^{***}								
RE	-,155	-,300	,503^{***}	,065	,135	,446[*]	,460[*]	,276							
MN	-,111	-,361	,274	-,026	,628^{***}	,586^{***}	,873^{***}	,668^{***}	,385[*]						
Ригидность	,058	-,151	,423[*]	,137	-,348	-,125	-,145	,285	,208	,119					
Жизнестойкость	-,314	-,369[*]	,019	-,160	-,003	,292	,138	,189	,001	,177	,036				
Вовлеченность	-,340	-,352	,043	-,136	-,011	,278	,116	,215	-,024	,190	,056	,971^{***}			
Контроль	-,233	-,305	-,070	-,261	,065	,418[*]	,229	,100	,054	,195	-,071	,924^{***}	,877^{***}		
Риск	-,346	-,123	,073	-,120	,023	,106	-,047	,191	-,074	,024	,120	,605^{***}	,543^{***}	,452[*]	

В IV группе (Атеросклероз. Ишемия II б по А.В. Покровскому) корреляционный анализ показал, что существует обратная связь между показателем депрессия и показателем вовлеченность ($r = -0,51$ $p < 0,05$). Сильная отрицательная связь между показателями тревога и общее состояние здоровья ($r = -0,82$ $p < 0,01$) и обратная связь между показателями тревога и жизненная активность. Таким образом, мы можем констатировать, что больным данной группы присуща уверенность в себе и вовлеченность в исход лечения, чем выше общее состояние здоровья и активная жизненная позиция, тем меньше проявляются признаки тревоги и депрессии. Прямая связь прослеживается между показателем качества жизни RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) и показателем ригидность ($r = 0,53$ $p < 0,05$), отрицательная связь с показателем принятие риска ($r = -0,56$ $p < 0,05$). Изменение поведения, убежденность в способе приобретения нового опыта, в контексте болезни, все это влияет на повседневную деятельность пациента. Прямая средняя связь между показателем качества жизни MN (психическое здоровье) и показателем вовлеченность ($r = 0,52$ $p < 0,05$). Общая вовлеченность в процесс выздоровления положительно сказывается на эмоциональном состоянии пациента.

Таблица 3.2.4 - Интеркорреляционная матрица (IV группа)

	Депрессия	Тревога	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригидность	Жизнестой кость	Вовлече нность	Контроль	Риск
Депрессия															
Тревога	,194														
PF	-,165	-,060													
RP	-,188	,055	,674**												
BP	-,138	-,034	,543*	,574*											
GH	,088	-,826**	,001	-,110	,064										
VT	-,283	-,558*	,354	,358	,610*	,606*									
SF	-,069	,447	,419	,019	,107	-,405	-,306								
RE	-,032	-,434	,339	,607*	,455	,513	,791**	-,350							
MN	-,156	-,442	,172	,332	,512	,476	,911**	-,418	,785**						
Ригидность	-,501	-,331	,239	,531*	,017	,036	,198	-,200	,443	,070					
Жизнестойкость	-,487	-,256	,133	,061	-,137	,141	,463	-,146	,374	,491	,353				
Вовлеченность	-,515*	-,234	,257	,176	-,072	,100	,497	-,113	,403	,524*	,370	,975**			
Контроль	-,411	-,398	-,032	,094	-,099	,241	,366	-,353	,312	,357	,502	,783**	,696**		
Риск	-,374	-,136	-,383	-,561*	-,371	,065	,072	-,065	-,235	,194	-,213	,563*	,537*	,322	

При исследовании взаимосвязей в V группе показатель депрессия имеет среднюю отрицательную связь с показателями качества жизни GH (общее состояние здоровья) ($r=-0,62$ $p<0,05$) и вовлеченность ($r=-0,60$ $p<0,05$). Чем ниже уровень общего состояния здоровья и вовлеченности в процесс лечения, тем выраженнее становятся признаки депрессии. Прямая связь влияния прослеживается между показателем качества жизни BP (интенсивность боли) и показателями жизнестойкости ($r=0,56$ $p<0,05$) и вовлеченность ($r=0,72$ $p<0,01$). Так как пациенты в данной группе были прооперированы более полугода назад (ампутация на уровне бедра), то болевого синдрома на момент обследования не было, за исключением фантомных болей. При низких показателях жизнестойкости и вовлеченности, показатель интенсивность боли тоже низкий. Зачастую фантомные боли бывают очень сильными и пациенты, и без того, испытывающие сильный психологический стресс, вследствие ампутации и инвалидности, очень страдают. Выявлено наличие обратной связи между показателями качества жизни VT (жизненная активность) и ригидность ($r=-0,55$ $p<0,05$); RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) и ригидность ($r=-0,74$ $p<0,01$). Чем менее пациент способен изменить свое поведение, способ мышления в условиях болезни, тем более ухудшается его эмоциональное состояние, что в свою очередь приводит к снижению жизненной активности пациента.

Таблица 3.2.5 - Интеркорреляционная матрица (V группа)

	Депрессия	Тревога	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригидность	Жизнестой кость	Вовлече нность	Контроль	Риск
Депрессия															
Тревога	,332														
PF	-,476	-,391													
RP	-,302	,444	-,232												
BP	-,237	-,390	,197	-,043											
GH	-,628*	-,460	,467	-,098	-,066										
VT	-,285	-,436	,361	,037	,597*	,171									
SF	-,376	,018	-,086	-,054	,220	,078	,022								
RE	-,230	-,021	,286	,378	,248	,129	,529*	-,416							
MN	-,204	-,151	,171	,122	,655**	,099	,854**	,054	,554*						
Ригидность	,329	,048	-,428	-,046	-,003	-,274	-,553*	,207	-,742**	-,447					
Жизнестойкость	-,404	-,248	,205	-,085	,565*	,081	,395	,252	,091	,307	-,274				
Вовлеченность	-,606*	-,381	,366	-,061	,723**	,126	,455	,409	,091	,363	-,213	,903**			
Контроль	-,053	-,110	-,003	-,230	,268	-,016	,184	-,097	,047	,119	-,287	,843**	,585*		
Риск	-,245	,154	,199	,214	,155	,049	,171	,092	,286	,105	-,382	,696**	,497	,590*	

Особый интерес вызывало исследование корреляционных связей на совокупной выборке пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.

Корреляционный анализ (таблица 3.2.6) позволил нам выявить, что клинические признаки депрессии/тревоги напрямую зависят от степени тяжести заболевания ($r = 0,29$ $p < 0,01$), ($r = 0,23$ $p < 0,05$). Прослеживается отрицательная связь показателя физическое функционирование, отражающего ограничение выполнения физических нагрузок, со степенью тяжести заболевания ($r = -0,35$ $p < 0,01$); показателя интенсивность боли и степени тяжести заболевания ($r = -0,36$ $p < 0,01$); показателя жизненная активность и степени тяжести заболевания ($r = -0,25$ $p < 0,05$). Чем тяжелее степень заболевания, интенсивней болевой синдром, тем выраженнее становятся признаки депрессии/тревоги, что приводит к значительному физическому ограничению и снижению жизненной активности. Прямую среднюю взаимосвязь имеет показатель возраст и показатель депрессия ($r = 0,36$ $p < 0,01$) и слабая взаимосвязь между показателем возраст и интенсивность боли ($r = -0,26$ $p < 0,05$).

Прослеживается обратная связь между показателем депрессии и показателями физического функционирования ($r = -0,51$ $p < 0,01$), интенсивности боли ($r = -0,4$ $p < 0,01$), общего состояния здоровья ($r = -0,33$ $p < 0,01$), жизненной активности ($r = -0,34$ $p < 0,01$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r = -0,35$ $p < 0,01$), психического здоровья ($r = -0,39$ $p < 0,01$), принятия риска ($r = -0,32$ $p < 0,01$) и слабая отрицательная связь с показателями жизнестойкости ($r = -0,24$ $p < 0,05$), вовлеченности ($r = -0,29$ $p < 0,01$). То есть, на фоне неудовлетворительного состояния общего здоровья, выраженного болевого синдрома, сниженного физического функционирования у пациентов выявляются признаки депрессии, что отражается на их эмоциональном состоянии и жизненной активности. Больные не способны изменить свою личную точку зрения, способ мышления в условии болезни, хотя события жизни процессы требуют их пересмотра.

Таблица 3.2.6 - Интеркорреляционная матрица (совокупная выборка)

	Группы по тяжести	Депрессия	Тревога	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN	Ригидность	Жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль
Депрессия	,298**														
Тревога	,106	,510**													
PF	-,480**	-,548**	-,318**												
RP	-,309**	-,255**	-,046	,635**											
BP	-,447**	-,283**	-,257**	,298**	,133										
GH	-,031	-,380**	-,435**	,381**	,002	,209*									
VT	-,298**	-,458**	-,467**	,561**	,300**	,663**	,580**								
SF	-,104	-,300**	-,064	,218*	,028	,269**	,079	,303**							
RE	-,191	-,368**	-,226*	,597**	,469**	,364**	,471**	,615**	,196*						
MN	-,189	-,400**	-,446**	,457**	,186*	,592**	,522**	,875**	,357**	,547**					
Ригидность	,039	,212*	,176	-,162	-,076	-,184*	-,249**	-,291**	,070	-,119	-,223*				
Жизнестойкость	,072	-,335**	-,343**	,115	-,018	,089	,311**	,250**	,075	,116	,226*	-,030			
Вовлеченность	,014	-,396**	-,362**	,143	,012	,110	,302**	,261**	,123	,156	,272**	,013	,938**		
Контроль	,115	-,133	-,237**	,044	-,001	,077	,262**	,227*	-,028	,114	,163	-,018	,883**	,741**	
Риск	,058	-,375**	-,324**	,145	-,064	,042	,274**	,165	,125	,065	,173	-,120	,755**	,622**	,562**

На следующем этапе исследования эмпирический материал был подвергнут факторизации, в результате чего методом главных компонент при повороте Varimax Raw (Варимакс исходных) были выявлены 4 фактора, объясняющих жизнеизменяющие процессы: «Ролевое функционирование», «Жизнестойкость», «Депрессия», «Группы» (таблица 3.2.7). Общий уровень дисперсии составил 74,55%.

Таблица 3.2.7 - Результаты факторного анализа

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Возраст	-0,80	0,14	-0,04	-0,04
Пол	-0,61	0,14	0,25	0,31
Группы	0,14	-0,25	-0,09	0,80
Депрессия	-0,28	-0,33	-0,68	-0,01
Тревога	-0,43	-0,38	-0,63	-0,07
PF	0,74	0,02	0,32	0,01
RP	0,91	-0,05	0,06	-0,02
BP	0,67	0,04	0,05	0,50
GH	0,73	0,24	0,01	-0,34
VT	0,87	0,18	0,25	0,07
SF	0,83	0,06	0,14	0,06
RE	0,61	0,05	0,57	-0,11
MN	0,86	0,18	0,07	0,11
Ригидность	-0,38	0,09	0,04	0,57
Жизнестойкость	0,13	0,97	0,01	-0,05
Вовлеченность	0,12	0,91	0,06	0,02
Контроль	0,16	0,87	-0,01	-0,06
Риск	0,05	0,78	-0,10	-0,16
Дисперсия, %	38,43	18,37	10,12	7,63
Общий % дисперсии	74,55			

Анализ полученных данных показывает, что фактор 1, дисперсия которого 38,43%, является доминирующим для исследуемой выборки с данной нозологией и может именоваться как «Ролевое функционирование». В силу того, что он

объединяет в себе показатели «Общее состояния здоровья» GH (0,73), «Жизненная активность» VT (0,87), «Психическое здоровье» MN (0,86), «Физическое функционирование» PF (0,74), «Интенсивность боли» BP (0,67), SF (0,83), «Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» RE (0,61), «Возраст» (-0,80), «Пол» (-0,80) его можно считать ответственным за влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей), за возможность чувствовать себя полным сил, энергии, жизненной силы, реализовывать запланированное, испытывать по этому поводу положительные эмоции. Показатель «Ролевое функционирование» имеет самую большую факторную нагрузку в пределах фактора.

Второй фактор, именуемый нами как «Жизнестойкость», имеет меньшую дисперсию (18,37%) и представлен показателями: «Жизнестойкость» (0,97), «Вовлеченность» (0,91), «Контроль» (0,87), «Риск» (0,78). Данный фактор показал, что пациенты с критической ишемией нижних конечностей характеризуются выраженностью этих компонентов, что указывает на контроль над внутренним напряжением в стрессовых ситуациях за счет устойчивого совладающего поведения по отношению к болезни и ее проявлениям. Вовлеченность данной группы пациентов проявляется в том, что происходящее дает максимальный шанс участвовать в борьбе с недугом. Контроль представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет средство повлиять на результат происходящего. Склонность к риску проявляется через убежденность в том, что все то, что случается, способствует развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Третий фактор, имеющий дисперсию 10,12%, объединяет показатели «Депрессия» (-0,68), «Тревога» (-0,63). Анализ составляющих данного фактора позволяет предположить, специфика протекания болезни и ее выраженность (тяжесть) является значимым параметром в факторной структуре. В силу факторной нагрузки депрессии, обусловленной физическим состоянием, 3 фактор можно обозначить как «Депрессия».

Четвертый фактор имеет дисперсию 7,63%. Фактор, именуемый нами как «Группы», представлен показателем «Ригидность», который имеет факторную нагрузку 0,57. Анализ данного фактора показал, что специфика протекания болезни и ее выраженность (тяжесть) представляет собой затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной человеком программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Выводы:

Проведенное нами исследование позволяет выявить значимые психологические черты пациентов с критической ишемией нижних конечностей. В зависимости от степени тяжести заболевания (I, III и V групп) наблюдается клинически выраженная депрессия. Основным фоном являлось сниженное, подавленное настроение. Отмечалось ухудшение сна, нередко больным снились «страшные» сны. Больные испытывают неудовлетворенность от жизненной ситуации, что приводит к мрачным и пессимистическим мыслям о будущем. Отмечается утрата интересов и удовлетворений от тех занятий, которые до хирургического лечения были им приятны. Обследованные больные показывают низкую жизнестойкость, что является серьезным ограничением психологического и физического ресурсов, а так же невозможность справиться с отчаянием и потерей смысла жизни. Вследствие тяжелого заболевания у больных отмечается повышенная утомляемость, что снижает жизненную активность пациентов, отмечается ограничение социальных контактов, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Удовлетворительный уровень психологического состояния наблюдается у пациентов II группы. Больные оценивают свое состояние здоровья как

удовлетворительное, видят перспективу в лечении. Возможно, позитивное отношение к жизни – это следствие защитных механизмов, которые направлены на преодоление стрессовой ситуации и негативных впечатлений. Пациенты данной группы не ограничены в социальных контактах, что положительно влияет на их эмоциональную сферу, и они получают удовлетворение от собственной деятельности.

Для пациентов IV характерно наличие признаков тревоги, это связано с переживаниями о результатах проведенной реконструктивной операции (аорто-бедренное протезирование), где не исключены осложнения, которые могут привести к инвалидизации. В основном данная группа характеризуется низкой жизнестойкостью, что отражается на их общем психологическом здоровье.

1. При сравнительной оценке медико-психологических характеристик у пациентов I, III, IV и V групп мы можем констатировать снижение уровня показателей по всем проведенным методикам, что является критерием общего неудовлетворительного состояния здоровья на фоне основного заболевания, низкой психологической сопротивляемостью.

2. Как показывает система корреляционных связей между исследуемыми параметрами в группах пациентов и в целом по выборке на фоне тяжело протекающего прогрессирующего заболевания значимым параметром является депрессивное состояние пациентов, которое сказывается на социальной активности больных, ограничивает способность к формированию новых интересов. Показатели качества жизни зависят от степени тяжести заболевания и наличия признаков депрессии. Так же обнаружено, что КЖ пациентов и жизнестойкость являются взаимозависимыми параметрами.

3. Факторная структура жизнеизменяющих процессов пациентов с критической ишемией нижних конечностей представлена четырьмя факторами: «Ролевое функционирование», «Жизнестойкость», «Депрессия», «Группы». Выделенная нами факторная структура описывает ресурсные возможности жизнеизменяющих процессов пациентов с критической ишемией нижних конечностей, указывая на возможную специфику организации медико-

психологического сопровождения, которое должно строиться с учетом выделенных значимых факторов, а значит быть ориентированными на повышение жизненной активности, способности противостоять стрессам, расширение возможностей ролевого функционирования.

3.3 Соотношение ценности и доступности в различных жизненных сферах у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Наличие тяжелого хронического заболевания артерий нижних конечностей у человека означает утрату здоровья (инвалидизацию). Особенности "ценности" и "доступности" в различных жизненных сферах можно рассматривать с точки зрения осмысления жизни, при которых важно физическое и психическое благополучие человека.

Сравнительная характеристика показателей «Ценности» и «Доступности» по группам.

Анализируя представленные показатели, мы можем констатировать, что наиболее ценными для пациентов I группы являлись такие ценностные предпочтения как «Здоровье», «Счастливая семейная жизнь»; менее ценными – «Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)», «Наличие хороших и верных друзей» и не представляющими ценности для пациентов данной группы «Интересная работа»; «Красота природы и искусство»; «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)»; «Познание (возможность расширения своего образования, общей культуры, кругозора, также интеллектуальное развитие)»; «Творчество (возможность творческой деятельности)».

Анализируя показатели ценностных предпочтений по «доступности», мы можем отметить тот факт, что в рейтинге наиболее доступных выступают такие сферы как: «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)», «Счастливая семейная жизнь», «Красота природы и искусства», «Познание», «Интересная работа»; наименее - «Материально обеспеченная жизнь», «Наличие хороших и

верных друзей», «Творчество». И совсем не доступна такая сфера как «здоровье». Следует отметить, что соотношение между показателями «ценность» и «доступность» одинаково в сферах «Уверенность в себе» и «Свобода как независимость в поступках и действиях».

На рисунке 12 отражены данные по соотношению состояний внутреннего конфликта (ВК), внутреннего вакуума (ВВ), нейтральной зоны (НЗ) у пациентов после ампутации на уровне бедра.

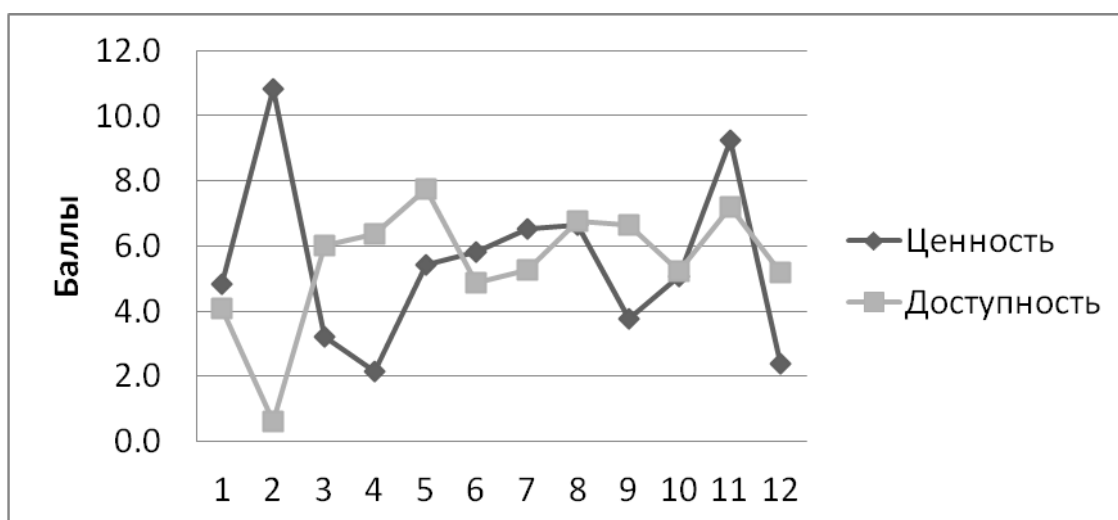


Рисунок 12. Соотношение "ценности" и "доступности" в I группе

Результаты свидетельствуют о том, что ВК у больных наблюдается в такой ценности, как «Здоровье». Учитывая степень тяжести заболевания, ограничения физической активности, то мы можем говорить о блокаде одной из жизненно важных потребностей, «желаемое» пациентов не совпадает с «действительным». Обнаружен разрыв между показателями «ценности» и «доступности» ($D > Ц$), в сфере «Красота природы и искусства». Это указывает на наличие состояния внутреннего вакуума, которое характеризуется доступностью, но при этом не представляет ценности и сопровождается ощущением ненужности.

Все остальные показатели относятся к нейтральной зоне, т.е. значимые потребности в основном удовлетворены, а ценности реализуются.

Представленные показатели для II группы пациентов, показывают, что наиболее ценными являлись такие ценностные предпочтения как «Здоровье

(физическое и психическое здоровье)), «Счастливая семейная жизнь»; менее ценными - «Активная, деятельная жизнь (активные социальные контакты; полнота и эмоциональная насыщенность жизни)», «Материально-обеспеченная жизнь», «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)», «Наличие хороших и верных друзей», «Уверенность в себе». Не представляют ценности такие показатели как «Красота природы и искусство», «Творчество», «Познание», «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Интересная работа».

Анализируя показатели ценностных предпочтений по "доступности", мы можем говорить, что наиболее доступная такая сфера как: «Счастливая семейная жизнь». Средней доступности выступают сферы «Активная, деятельная жизнь (активные социальные контакты; полнота и эмоциональная насыщенность жизни)», «Интересная работа», «Красота природы и искусства», «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)», «Материально-обеспеченная жизнь», «Наличие хороших и верных друзей», «Уверенность в себе», «Познание (возможность расширения своего образования, общей культуры, кругозора, также интеллектуальное развитие)», «Свобода как независимость в поступках и действиях». Не доступна сфера «Здоровье».

На рисунке 13 показаны данные по соотношению состояний внутреннего конфликта (ВК), внутреннего вакуума (ВВ), нейтральной зоны (НЗ) у пациентов после ампутации на уровне голени и стопы.

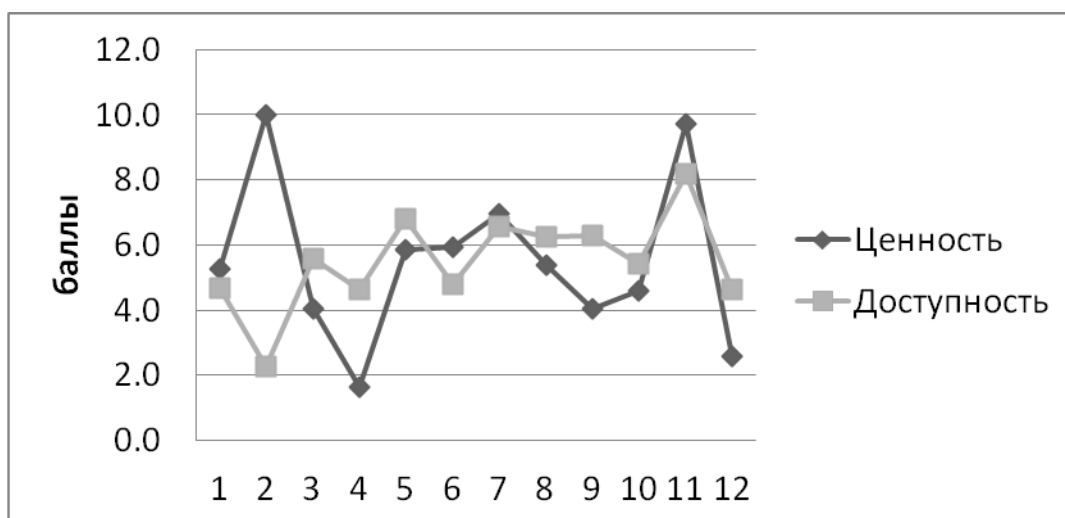


Рисунок 13. Соотношение «ценности» и «доступности» во II группе

Выявлено что у данной категории больных нет рассогласования между «ценностью» и «доступностью», в основном «желаемое» и «реальное» гармонично уравновешены, за исключением сферы «Здоровья», где «желаемое» не совпадает с «реальным». Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта, когда ценный объект им совсем не доступен.

Наиболее значимыми для пациентов III группы (после реконструктивных операций) выступают «ценности» такие, как: «Здоровье», «Счастливая семейная жизнь», «Материально обеспеченная жизнь». Менее – «Наличие хороших и верных друзей», «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)», «Уверенность в себе», «Свобода как независимость в поступках и действиях». Низкая значимость ценности «Красота природы и искусства». Низкий показатель ценности «Творчество», «Познание».

Анализируя высокие показатели «ценностей» по степени их «доступности» отметим, что наиболее доступными для пациентов является: «Счастливая семейная жизнь», наименее - «Творчество», «Материально-обеспеченная жизнь». Средние показатели по доступность имеют ценности «Здоровье», «Красота природы и искусства», «Наличие хороших и верных друзей», «Познание», «Свобода». Не выявлено различий между «ценностью» и «доступностью» таких сфер, как «Активная, деятельная жизнь», «Интересная работа».

На рисунке 14 показаны данные по соотношению состояний внутреннего конфликта (ВК), внутреннего вакуума (ВВ), нейтральной зоны (НЗ) у пациентов после реконструктивных операций (аорто-бедренное протезирование).

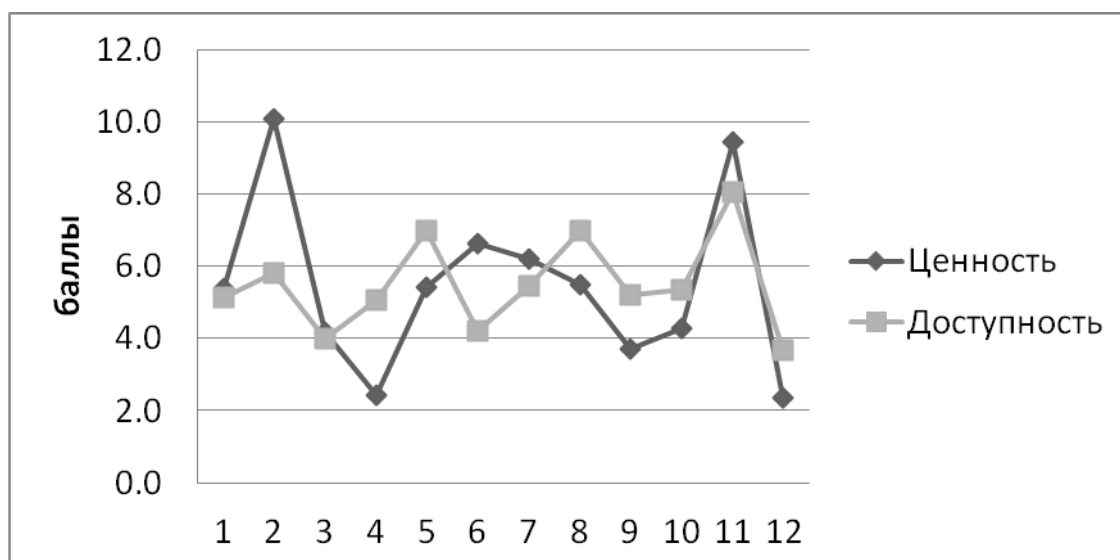


Рисунок 14. Соотношение "ценности" и "доступности" в III группе

Мы можем сделать вывод о том, что, как и у пациентов двух других групп, состояние внутреннего конфликта (ВК) наблюдается в сфере «Здоровья». Однако в данной группе этот факт может быть связан с тревожностью о прогрессировании заболевания и возможностью дальнейшей инвалидизации. В остальных показателях рассогласование между значимостью и достижимостью не выражено.

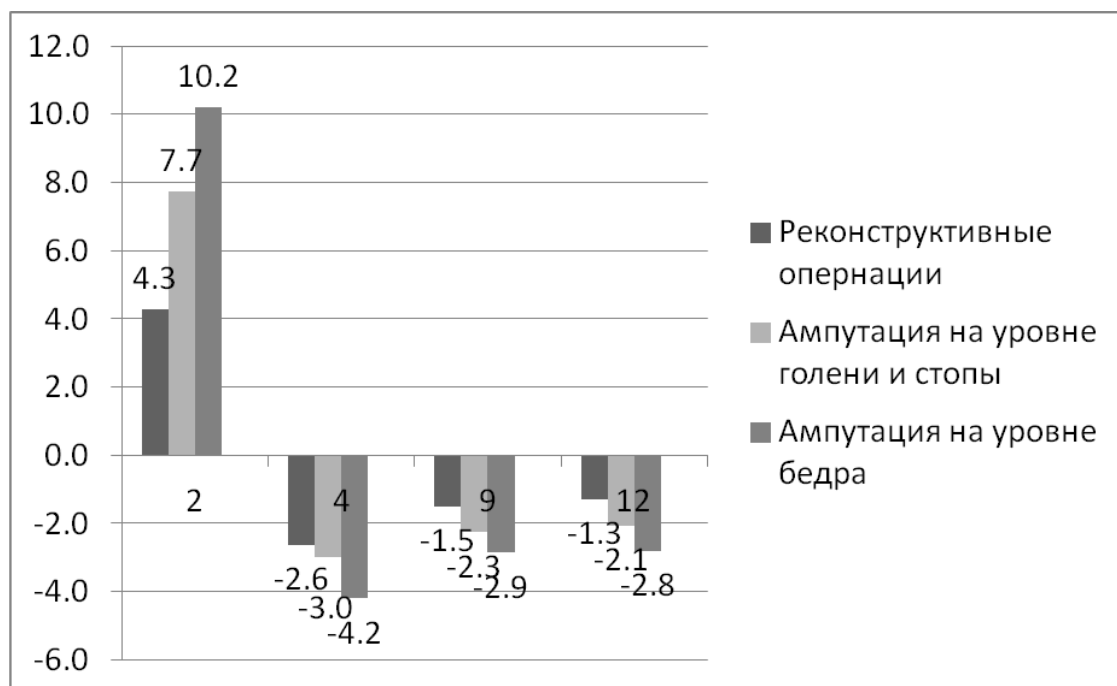


Рисунок 15. Сравнительный анализ соотношения "ценности" и "доступности" жизненных сфер 2, 4, 9, 12

В результате проведенного сравнительного анализа показатель «ценности» по рейтингу «Здоровье» наиболее выражен в группе I (ампутация на уровне бедра), наименее в III группе. Также было выявлено, что наиболее высокий балл показателя «ценности» по «доступности» в сферах «Красота природы и искусство», «Познание (возможность расширения своего кругозора, общей культуры)», «Творчество (возможность творческой деятельности)» у пациентов I группы, низкий балл у пациентов III группы.

Вывод:

В целом, результаты нашего исследования показывают, что у пациентов I, II, III групп отмечаются явления социально-психологической дезадаптации, так как для них характерна внутренняя неудовлетворенность своим здоровьем. Наличие внутриличностного конфликта в этой сфере объясняется тяжелым течением болезни, которое может привести к инвалидизации. Более благоприятная картина складывается у пациентов в остальных мотивационно-личностных сферах. Мы полагаем, что это происходит из-за того, что после хирургического лечения мучительные симптомы болезни постепенно уменьшаются и со временем больные адаптируются к факту болезни. Происходит переосмысление ценностей в зависимости от внешних и внутренних задач.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что наиболее информативным показателем является не сам факт наличия противоречия, а его жизнеизменяющий потенциал, определяющий способность изменять свои возможности в условиях болезни, тем самым усиливая потребность общения в личной и общественной жизни, что позитивно сказывается на всех психологических характеристиках больных.

4 Медико-психологическое сопровождение пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

4.1 Анализ результатов медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Психологическое сопровождение проводилось индивидуально, во время прохождения пациентами лечения в стационаре. Больные, перенесшие реконструктивную операцию, находились на лечении в среднем 18 дней, количество проведенных встреч – 7. Перед выпиской, по окончании программы медико-психологического сопровождения, пациенты повторно проходили психодиагностику.

В программе медико-психологического сопровождения участвовало 15 человек, которые составили экспериментальную группу.

Данный этап исследования был направлен на определение изменений в показателях жизнестойкости и входящих в нее компонентов, депрессии и тревоги, соотношения «ценности» и «доступности».

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты:

На рисунке 16 приведены показатели жизнестойкости по выборке из 15 человек, участвовавших в программе медико-психологического сопровождения.

Согласно результатам, это может свидетельствовать о том, что показатель жизнестойкости у пациентов определяется изменением представлений о жизненной ситуации, в условиях болезни.

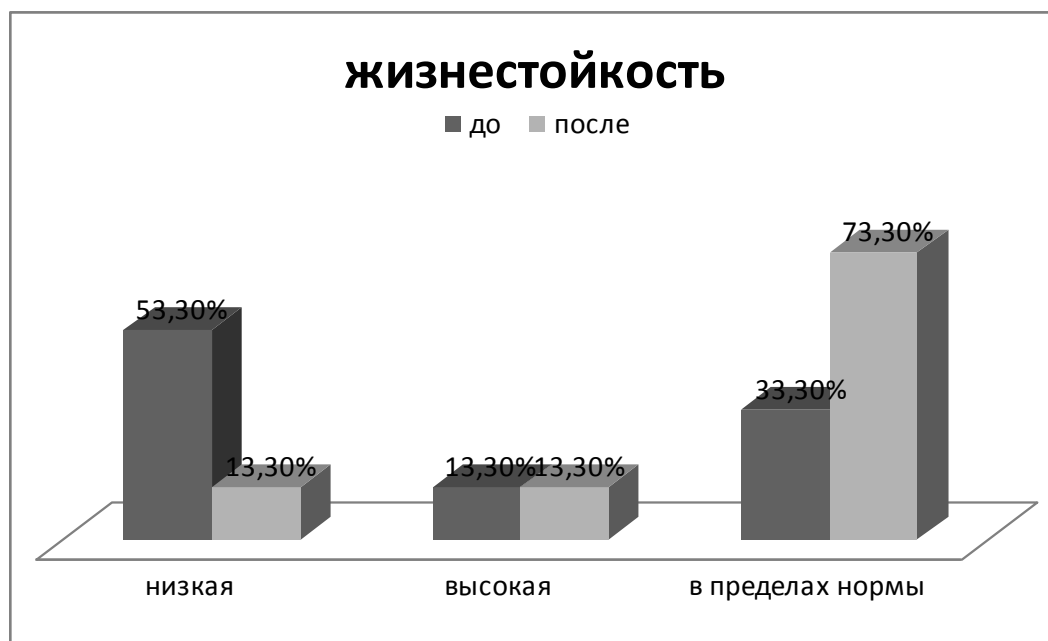


Рисунок 16. Показатели жизнестойкости у пациентов до и после программы

До программы медико-психологического сопровождения больные не могли сохранять внутреннюю сбалансированность в стрессовой ситуации, личностные ресурсы были снижены. После применения программы пациенты адекватно стали воспринимать ситуацию болезни, что выражалось в стремлении достижения оптимального способа адаптации в новых жизненных условиях на уровне достоверных различий ($p \leq 0,05$).

Изменения данного показателя свидетельствуют о том, что формирование готовности к оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги характеризуется способностью человека активно и гибко действовать в ситуации болезни и в большей степени должен полагаться на свои силы, а не на внешние обстоятельства, это характеризует целостность и зрелость личности.

Показатель вовлеченности, входящий в жизнестойкость, выглядит таким образом (рисунок 17):

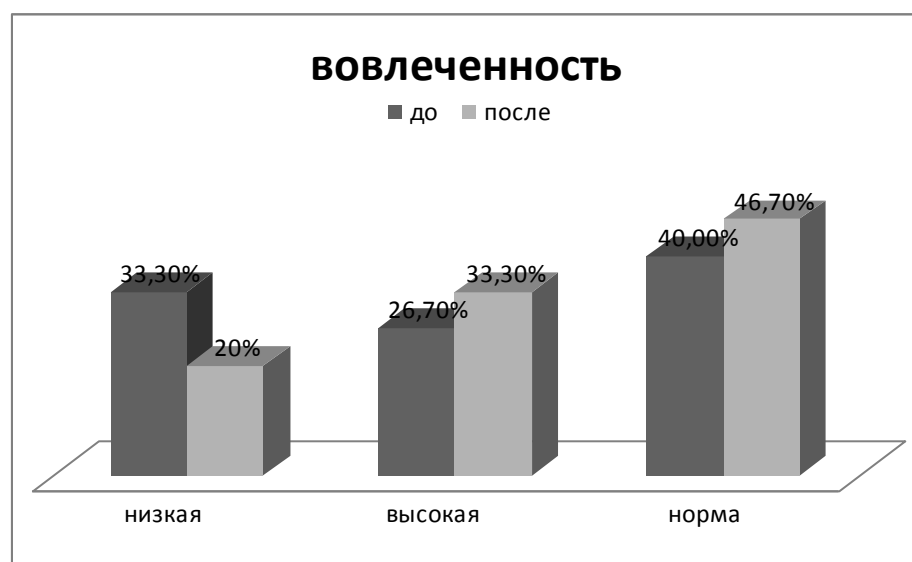


Рисунок 17. Показатель вовлеченности у пациентов до и после программы психологического сопровождения

До участия в программе медико-психологического сопровождения пациенты считали, от них мало что зависит, менее вовлечены в процесс изменений, происходящих в их жизни, тяжело воспринимали свое болезненное состояние.

После полученной психологической помощи пациенты ситуацию безличного выбора стали рассматривать иначе: отмечается более активное участие в выборе жизненной позиции в состоянии стресса. Достоверных различий не выявлено, ($p=0,16$). Это указывает на то, что в непривычной для них ситуации они могут вовлекаться в свой выбор будущего. Отмечается тенденция к способности мотивировать себя на реабилитацию.

В ходе анализа результатов по показателю жизнестойкости «Контроля» (рисунок 18) «до и после» программы медико-психологического сопровождения наблюдается тенденция уменьшения количества пациентов с низким уровнем и увеличение количества пациентов с нормативными показателями.

До программы у пациентов наблюдалось нежелание изменить жизненную позицию в условиях болезни посредством внутренних ресурсов, что является свидетельством состояния собственной беспомощности. После программы среди больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних

конечностей (после реконструктивных операций) наблюдается снижение количества пациентов с низким уровнем. Это может характеризовать тенденцию к оптимизации внутренних ресурсов: пациенты начинают более активно участвовать в жизненных процессах, происходящих вокруг них. Достоверных различий не выявлено $p=0,39$.

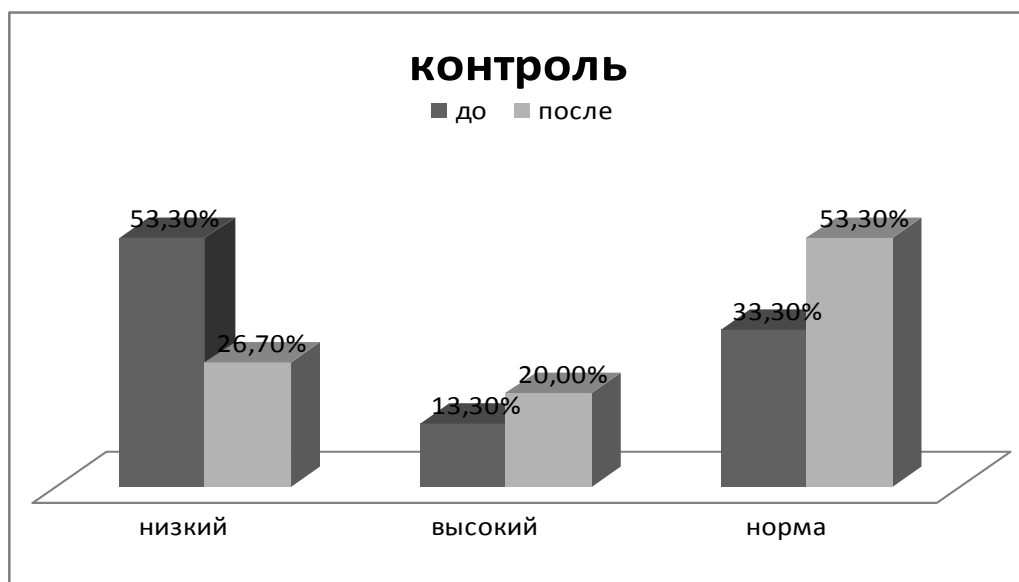


Рисунок 18. Показатель «Контроль» до и после программы

Согласно результатам проведенного анализа по параметру «Принятия риска» (рисунок 19) в группе больных после реконструктивных операций обнаружена тенденция уменьшения количества числа пациентов с низким уровнем «Принятия риска» и увеличения количества пациентов с нормативными границами и высокими показателями. Выявлены достоверно значимые различия $p \leq 0,001$.

До проведения программы больные характеризовались низкой способностью принятия решений, не осознанием степени риска, как того требует жизненная ситуация. В условиях болезни, все эти характеристики являются сложной психологической проблемой. В ходе проведенных психологических мероприятий пациенты данную жизненную ситуацию стали воспринимать по-иному. Выбор был направлен на приобретение нового жизненного опыта в сложившейся ситуации.

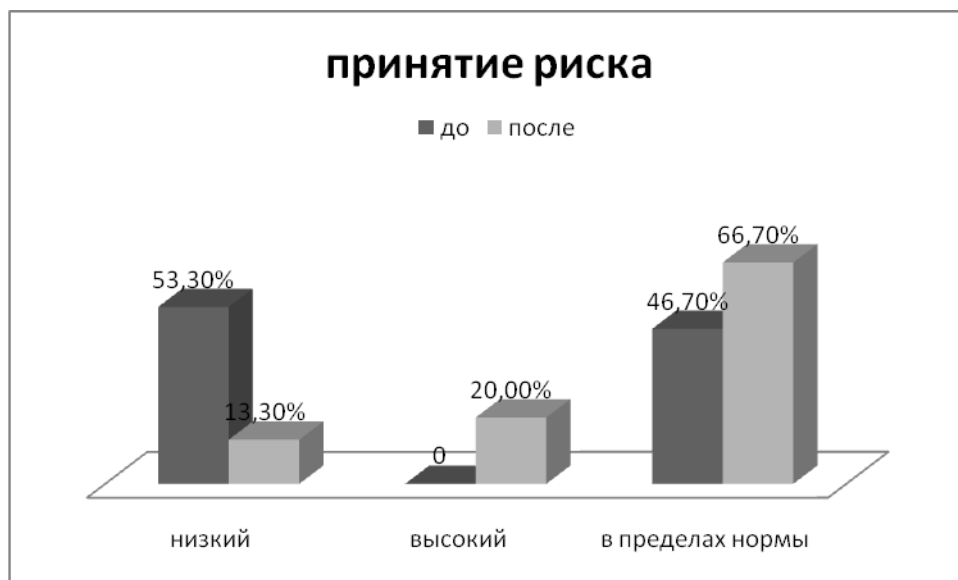


Рисунок 19. Показатель «Принятие риска» до и после программы

Следующий этап исследования был направлен на определение изменений в показателях депрессии и тревоги.

Результаты исследования тревоги/депрессии.

Уровень тревоги и депрессии. По результатам исследования наиболее заметные изменения произошли (рисунок 20) в сторону увеличения числа больных с отсутствием выраженных симптомов на уровне достоверных различий ($p \leq 0,05$).

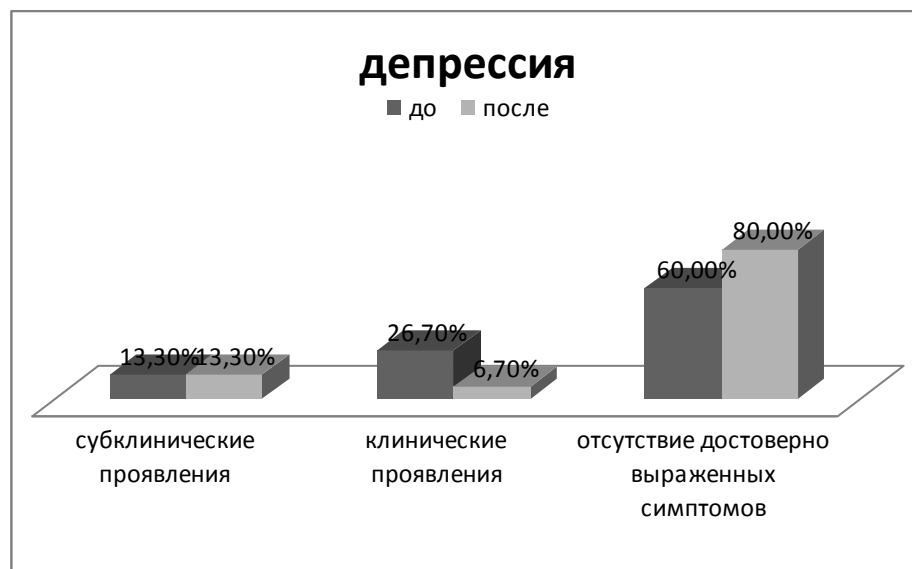


Рисунок 20. Показатели депрессии до и после программы

До проведения программы у пациентов были выявлены следующие признаки: сниженное настроение, негативное суждение по поводу происходящего, пессимистический взгляд на будущее. Больные отмечали такие нарушения как безрадостность, бессонница, снижение аппетита. После программы медико-психологического сопровождения у пациентов наблюдается улучшение в эмоциональной сфере, многие отмечают, что нормализовался сон.

В ходе анализа результатов (рисунок 21) «до и после» применения программы медико-психологического сопровождения пациентов (после реконструктивных операций) наблюдаются незначительные изменения по показателю «Тревога» с субклинической симптоматикой в сторону увеличения.

Достоверные изменения ($p \leq 0,05$) произошли в сторону снижения уровня показателя «Тревога» с клиническими проявлениями и увеличения числа пациентов с отсутствием выраженных симптомов тревоги.

До программы у больных отмечалось: ожидание негативных последствий в ситуации болезни, ощущение неопределенности. Пациенты часто из своего опыта прошлого, связанного с различными заболеваниями, переносили неблагоприятные мысли в будущее. Также отмечались такие клинические проявления как сердцебиение, нарушение аппетита, сна. После реализации программы медико-психологического сопровождения наблюдается тенденция к снижению клинических симптомов тревоги, что свидетельствует об адаптации пациентов к новым условиям жизни, отсутствием проекции в будущее «тревожных» мыслей. В данном случае снижение уровня показателя «Тревоги» с проявлениями клинической симптоматики связано с тем, что пациенты перестают рассматривать болезнь как «крах» жизни.

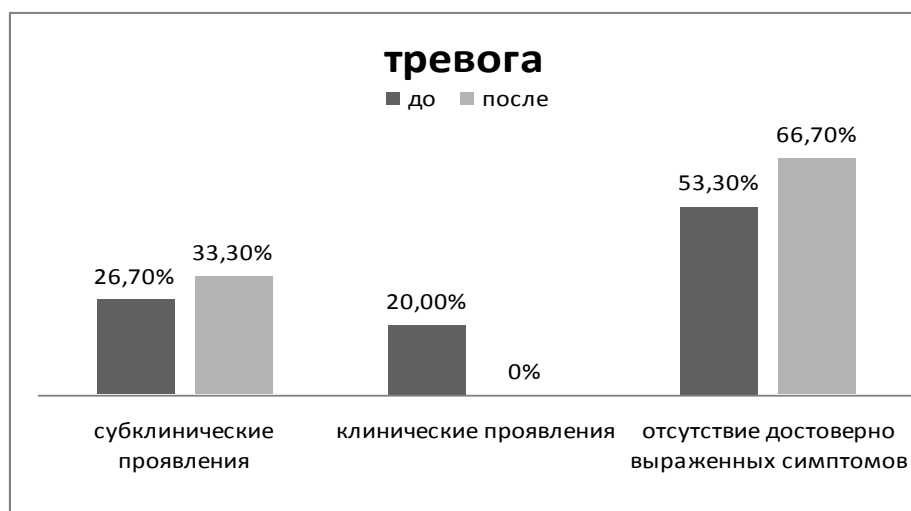


Рисунок 21. Показатели тревоги до и после программы

Проведенное исследование было направлено на изучение снижения уровня депрессии и тревоги после реализации программы медико-психологического сопровождения в послеоперационном периоде у пациентов с ишемией III-IV степени по А.В. Покровскому. Основным клиническим проявлением степеней хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей является болевой синдром. Следует учитывать, что данное заболевание носит прогрессирующий характер, и мы предполагаем, что природа данной депрессии и тревоги является соматогенной. После проведенной реконструктивной операции, болевая симптоматика либо уменьшается, либо отсутствует, поэтому логично считать, что уровень тревоги и депрессии снизится до пределов нормативных показателей. Однако был выявлен достаточно высокий процент больных с клиническими и субклиническими проявлениями депрессии и тревоги.

Следовательно, болевой синдром не является главным фактором в высоких показателях депрессии и тревоги. Мы полагаем, что тяжелое заболевание, которое приводит к инвалидизации и смертности ставит человека в особые жизненные условия. После реализации программы медико-психологического сопровождения уменьшился процент пациентов с клиническими и субклиническими проявлениями депрессии и тревоги. Это может говорить об эффективности предложенной помощи при нарушениях в эмоциональной сфере.

Таким образом, пациенты с высоким уровнем депрессии и тревоги по шкале HADS в послеоперационном периоде показывают положительную динамику после реализации программы медико-психологического сопровождения.

По результатам исследования Качества жизни до программы выявлены у пациентов значительные ограничения физических нагрузок, болевой синдром, что влияет на качество повседневной жизни; больные данной группы отмечают, что социальные контакты у них нарушены незначительно, что тоже не может не сказаться на снижении жизненной активности. Общий фон настроения снижен, что является следствием наличия тревоги или депрессии.

После участия в программе медико-психологического сопровождения пациенты отмечают общее состояние здоровья как удовлетворительное.

При статистическом анализе для оценки КЖ «до и после» психологического сопровождения проверка значимых изменений проверялась с помощью критерия Вилкоксона. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. Сравнение КЖ больных с хроническими облитерирующими заболеваниями (после реконструктивных операций) «до и после» применения программы позволяет охарактеризовать эффективность оказанной психологической помощи в условиях стационара, выявить наиболее проблемные сферы жизни пациентов. В таблице 4.1.1 представлены значения медианы и квартили качества жизни пациентов.

Сравнение показателей качества жизни пациентов после реконструктивных операций до психологической помощи показало, что достоверно страдали все параметры качества жизни. На фоне общего снижения параметров качества жизни, отмечается резкое падение факторов физической активности, ролевого функционирования, болевого, эмоционального, жизненной активности. Возможно в раннем послеоперационном периоде (на 3-и сутки) пациент ограничен в каких-либо жизненных сферах, что выражается в неудовлетворенности своим эмоциональным благополучием. После оказания психологической помощи пациентам, отмечено статистически достоверное повышение по шкалам физическая активность, ролевое функционирование, самооценка психического

здоровья. Может быть, повышение по остальным показателям не произошло из-за сознательного ограничения жизнедеятельности в послеоперационном периоде.

Таблица 4.1.1 - Показатели качества жизни «до и после» медико-психологического сопровождения в сравнении (медианы и квантили)

Показатели	До n=15	После n=15	Достоверность различий
PF	20(15;20)	57(40;68)	$p \leq 0,001$
RP	0(0;0)	50(38;60)	$p \leq 0,01$
BP	22(0;51)	50(25;70)	$p = 0,221$
GH	62(40;67)	67(25;80)	$p = 0,820$
VT	35(10;70)	40(38;53)	$p = 0,233$
SF	50(38;50)	51(41;62)	$p = 0,073$
RE	0(0;100)	55(44;70)	$p = 0,083$
MN	20(12;76)	64(55;75)	$p \leq 0,05$

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что качество жизни 15 пациентов после реконструктивных операций на артериях, участвовавших в программе медико-психологического сопровождения в условиях стационара, повышается, не смотря на то, что статистически значимые результаты получены только по трем из восьми шкал опросника.

Таким образом, удовлетворенность своими физическими возможностями и психическим здоровьем существенно стала выше после оказания психологической помощи, что может также являться свидетельством эффективности программы.

Анализируя показатели ценностных предпочтений до (рисунок 22), и после (рисунок 23) проведения программы медико-психологического сопровождения, мы видим, что ВК (внутренний конфликт), который был обнаружен в такой «ценности» как «Здоровье» и был представлен у пациентов в виде «ценности» и «недоступности» данного показателя. После оказания психологической помощи наблюдается тенденция к сокращению разрыва между «ценностью» здоровья и

«доступностью», что может быть связано с осознанием значимости сохранения здоровья.

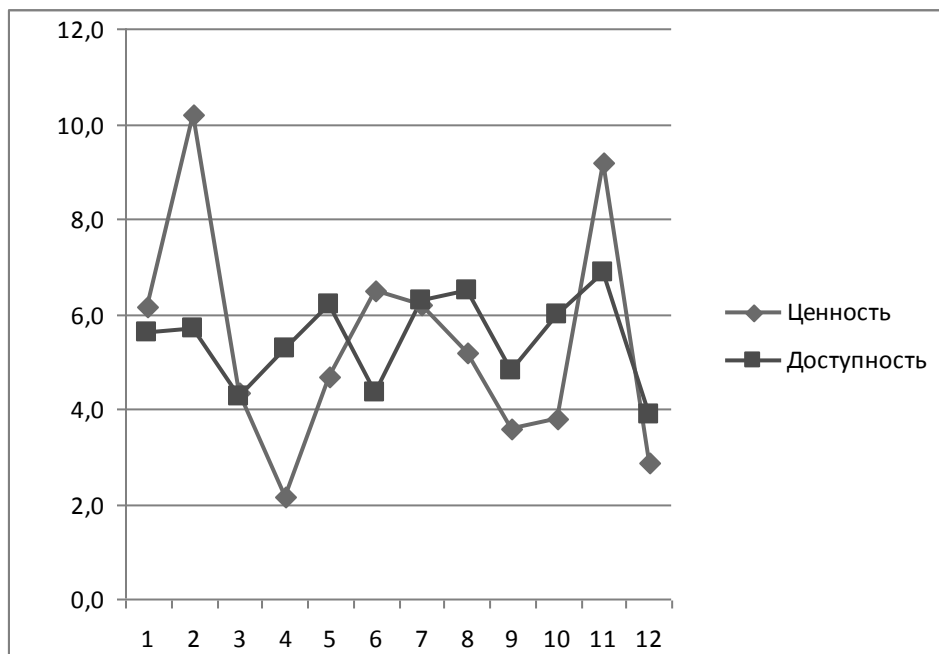


Рисунок 22. Соотношение «ценности» и «доступности» у пациентов до программы

Также произошли изменения параметра «Красота природы и искусства», где был выявлен ВВ (внутренний вакуум), что свидетельствует о доступности, но низкой значимости как ценности.

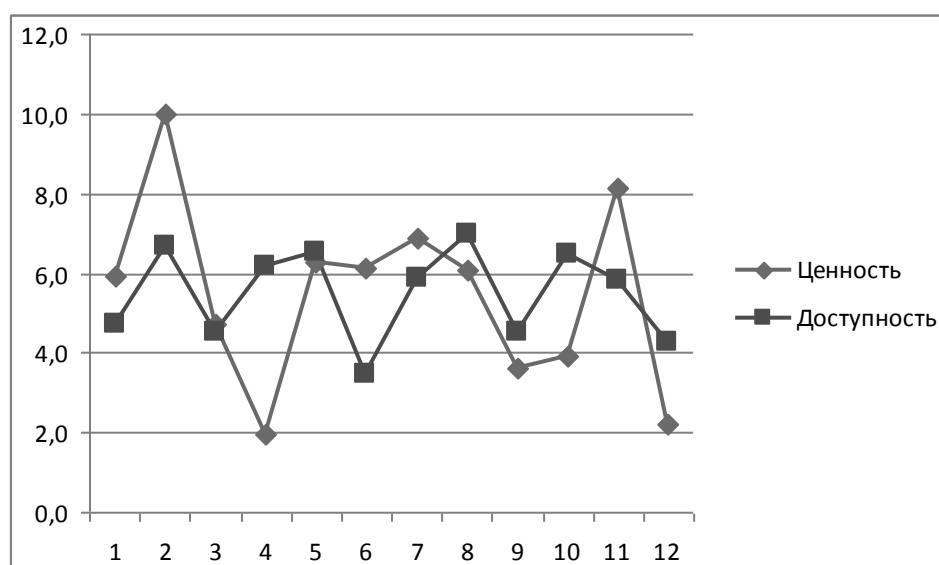


Рисунок 23. Соотношение «ценности» и «доступности» у пациентов после программы

Таким образом, изменения, произошедшие с пациентами с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (после реконструктивных операций) в ходе применения программы медико-психологического сопровождения, свидетельствуют о том, что психологическая помощь является «пусковым механизмом» изменения определенных психических состояний, формирования позитивного отношения, способствует преодолевать недоверие к себе и определяет возможности оптимизации жизненных ресурсов пациентов.

4.2 Оценка эффективности программы медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Психологическое сопровождение проводилось индивидуально, во время стационарного лечения. Полный курс (с первичной и повторной диагностикой) экспериментальной группы прошли 15 пациентов после оперативного лечения (аорто-бедренное протезирование).

В качестве контрольной группы, не участвовавшей в программе психологического сопровождения, обследовано 15 пациентов (аорто-бедренное протезирование).

Повторная диагностика проводилась перед выпиской пациента из стационара, по показателям: общей жизнестойкости, тревоги и депрессии, ригидности, оценки качества жизни, а также по параметрам неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией.

Для оценки эффективности программы медико-психологического сопровождения пациентов мы использовали методы математической статистики – критерий Стьюдента, Вилкоксона, Мак-Немара, для оценки значимости различий для несвязных выборок (контрольная и экспериментальная группы), результаты которых были зафиксированы после реализации программы.

На рисунке 24 представлены изменения показателей в двух группах, зафиксированные после повторной диагностики. Наиболее значимые различия

выявлены по показателю общей жизнестойкости ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о существенном изменении общей жизнеспособности у пациентов, прошедших курс программы медико-психологического сопровождения в условиях стационара после аорто-бедренного протезирования.

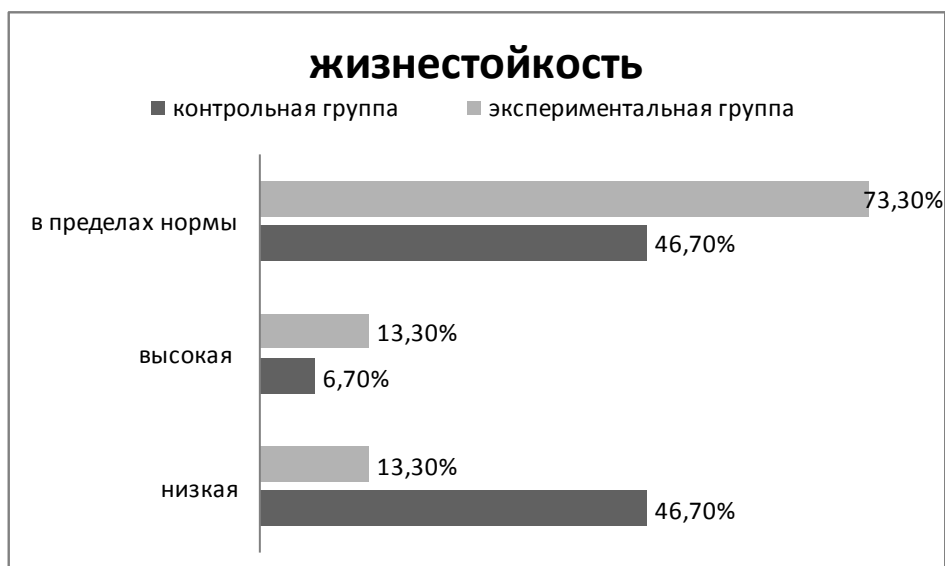


Рисунок 24. Изменение показателя жизнестойкости по группам

Также выявлены значимые различия в показателе «Принятие риска» ($p \leq 0,05$), который является одной из составляющих жизнестойкости. При сравнении по группам обнаружено, что в экспериментальной группе доминирует нормативный показатель, тогда как в контрольной группе доминирующим является низкий уровень принятия риска. Мы можем говорить, о готовности пациентов экспериментальной группы участвовать в лечебном процессе и осознании степени риска.

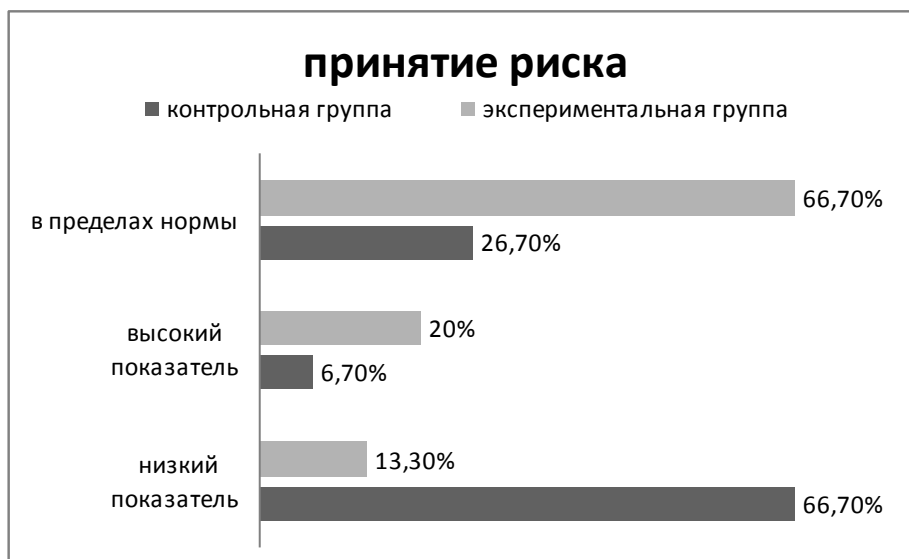


Рисунок 25. Изменение показателя «принятие риска» по группам

Значимым по критерию различий оказался показатель тревоги ($p \leq 0,05$), где видно, что после программы медико-психологического сопровождения вырос процент пациентов с отсутствием достоверно выраженных симптомов, уменьшилась раздражительность, нарушения дезадаптации стали не значительно выраженные (рисунок 26).

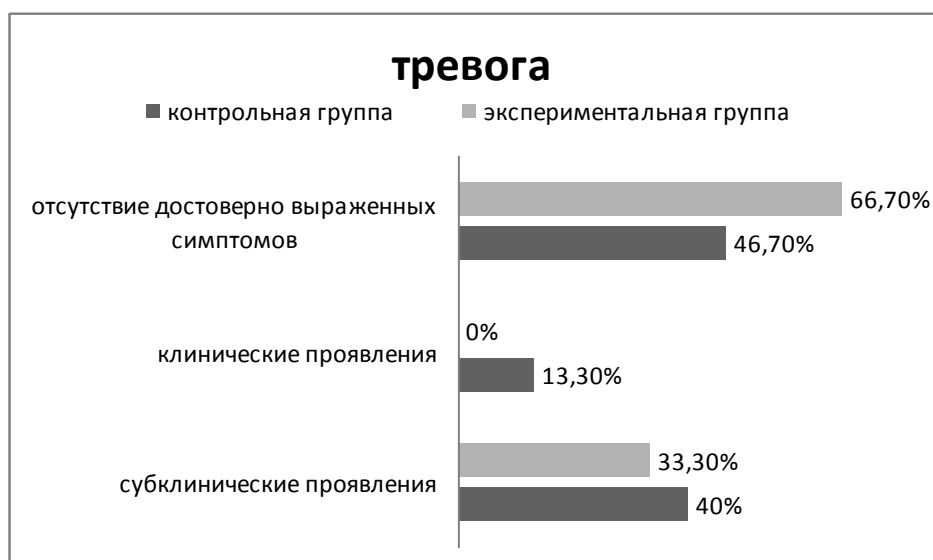


Рисунок 26. Изменение показателя тревоги по группам

По показателю ригидности выявлены достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$). Пациенты в ситуации болезни, находят способ изменения собственного поведения. Уменьшились проявления черт ригидности.

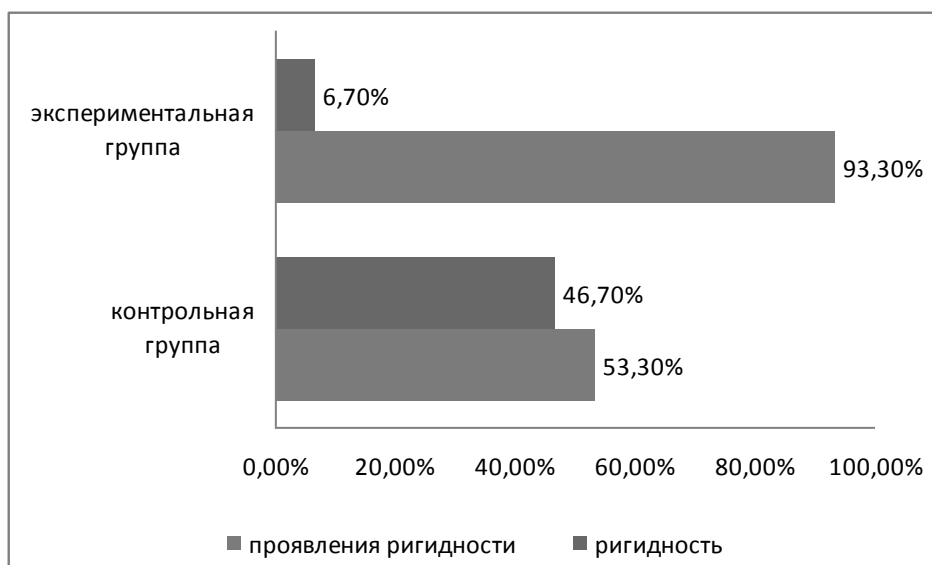


Рисунок 27. Изменения показателя ригидности по группам

Проверка значимых различий по методике «SF-36» с помощью критерия Вилкоксона подтверждает, что обнаружены различия в показателях PF (физическое функционирование) ($p \leq 0,01$); RP (ролевое функционирование) ($p \leq 0,01$); BP (интенсивность боли) ($p \leq 0,05$). Мы можем констатировать улучшение показателей качества жизни пациентов после реализации программы медико-психологического сопровождения.

Результаты по методике «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в разных жизненных сферах» свидетельствуют о том, что образовавшийся внутренний конфликт в сфере «здоровье», после реализации программы медико-психологического сопровождения, приобретает значимую доступность.

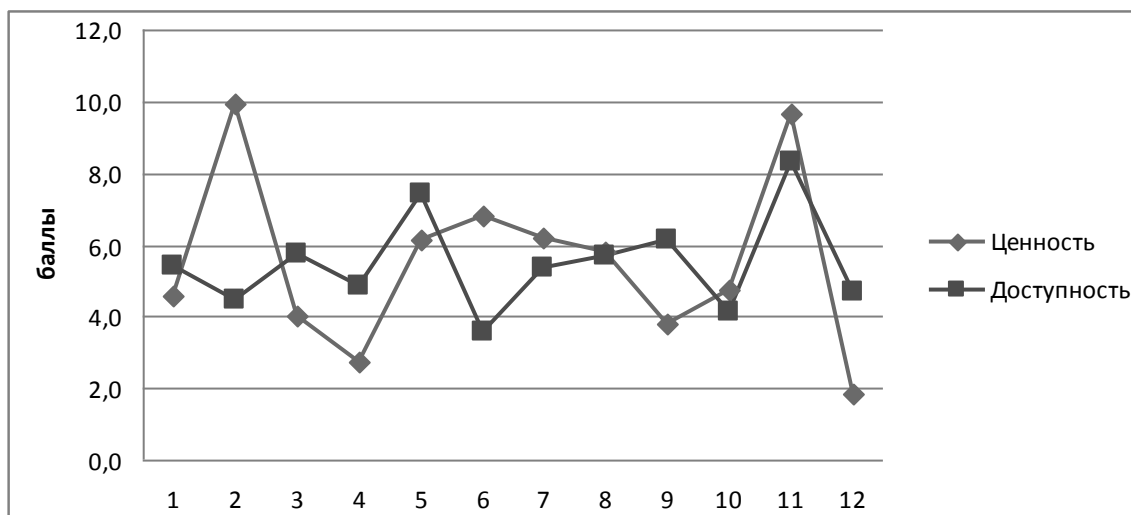


Рисунок 28. Соотношение «ценности» и «доступности» в контрольной группе

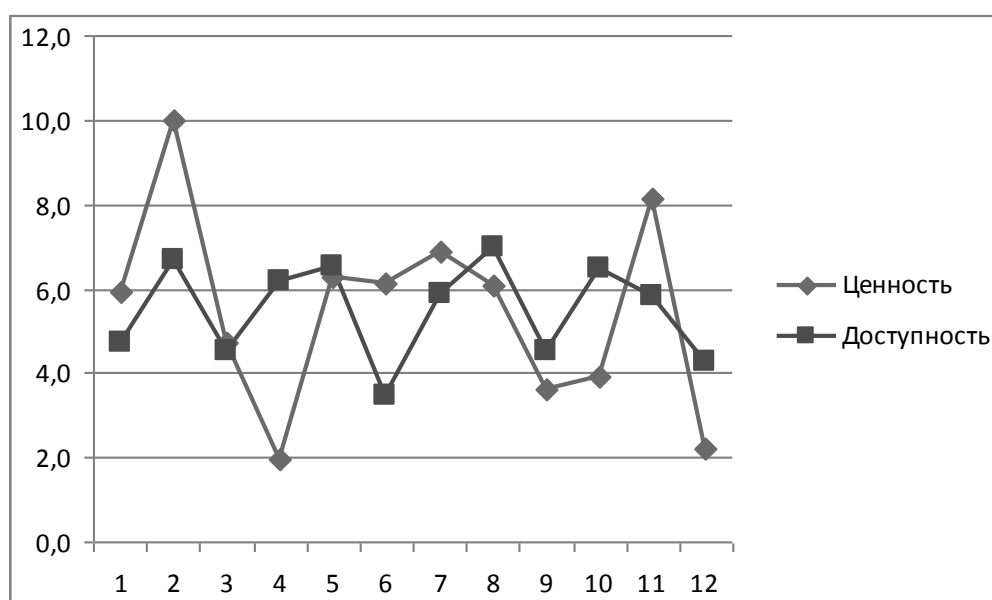


Рисунок 29. Соотношение «ценности» и «доступности» в экспериментальной группе

Таким образом, мы можем сделать вывод, что после оказания психологической помощи пациентам в условиях стационара выявлены достоверные различия по параметрам жизнестойкости, качества жизни, тревоги, депрессии и ценности и доступности жизненных сфер, совокупный эффект от которых обеспечивает пациенту «запуск» жизнеизменяющих процессов. При наличии тяжелого хронического заболевания, инвалидизации, больные меняют

способ поведения, что позволяет им максимально адаптироваться в новых жизненных условиях.

На основе полученных эмпирических данных нами были разработаны практические рекомендации:

1. Учитывая широкую распространенность психоэмоциональных нарушений у пациентов с сосудистой патологией в комплексное клиническое обследование необходимо включение психологических методов диагностики.

2. В стационарах, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, для более эффективного лечебного процесса рекомендуется проведение психологических обучающих программ для врачей-хирургов.

3. Необходимо реализовывать индивидуальный подход к организации психологической помощи с указанным контингентом больных, учитывая психологические характеристики пациентов в зависимости от вида лечения.

4. Психологическое сопровождение больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей должно быть направлено на снижения уровня тревоги, депрессии, на изменение отношения к новой жизненной ситуации в условиях болезни.

5. Медицинским психологам и психотерапевтам рекомендуется внедрять в практику, предложенную и апробированную программу медико-психологического сопровождения.

Заключение

1. Пациенты сосудистого профиля характеризуются рядом психологических особенностей (психоэмоциональные нарушения, тяжелое переживание стресса, тревога, депрессия, ригидность, низкая жизнестойкость и рассогласованность ценного и доступного в различных жизненных сферах), что, с одной стороны, выступает фактором риска возникновения сосудистых нарушений, с другой, - может выступать предметом психологического сопровождения, обеспечивая жизненные изменения, которые требующие осознания своей жизни, понимания ее и осуществления конструктивных изменений.

2. Жизнеизменяющие процессы пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выступают показателем новой жизненной ситуации, влекущей изменение (благоприятное или неблагоприятное), способность адекватно оценивать это изменение и включать его в собственный жизненный сценарий.

3. Выявлены психологические особенности пациентов:

- У большинства пациентов, перенесших различного вида операции, качество жизни в послеоперационном периоде остается не высоким: пациенты II группы (ампутации на уровне голени и стопы) имеют более высокие показатели качества жизни, чем пациенты III группы (аорто-бедренное протезирование), что указывает на наличие защитного психологического механизма, связанного с минимальной инвалидизацией.

- При сравнительном анализе в группах I, II общий показатель жизнестойкости располагается в пределах нормы в отличие от III, IV, V групп, где общий уровень ниже нормы. Общий показатель жизнестойкости характеризует динамический процесс, который зависит от степени тяжести, длительности заболевания и прогрессирования, что определяется способностью человека на разных этапах жизни сохранять внутреннюю сбалансированность и выдерживать стрессовую ситуацию.

- Исследование особенностей ригидности больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выявило, что все пациенты проявляют черты ригидности, проявляющиеся в неудовлетворенности прожитой жизнью, утомления, плохого настроения, страха и в наименьшем желании изменить себя в соответствии со сложившейся жизненной ситуацией.

- Во II, III, и IV группах не выражены признаки депрессии, повышение показателя уровня депрессии отмечается в I, V группах. Уровень показателя тревоги в норме у пациентов II группы, во всех остальных группах показатель превышает норму. Состояние депрессии или проявления тревоги являются вторичными по отношению к основному заболеванию: 1) при полной инвалидизации (потери конечности) нарушаются физическое и социальное функционирование, это приводит к повышению уровня тревоги и депрессии; 2) при сохранении конечности после проведения хирургической операции у пациентов увеличивается уровень тревоги в связи с создавшейся психотравмирующей жизненной ситуацией (болезнь) и неопределенностью в положительном исходе лечения.

4. При сравнительной оценке клинико-психологических показателей у пациентов I, III, IV и V групп мы можем констатировать общее неудовлетворение состоянием здоровья на фоне основного заболевания, низкую психологическую сопротивляемость, что отражается на всех жизнеизменяющих процессах у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

5. Структура жизнеизменяющих процессов пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей представлена в виде факторной модели, в структуру которой вошли: Ролевое функционирование (дисперсия 38,43%), Жизнестойкость (дисперсия 18,37%), Депрессия (дисперсия 10,12%), а также Принадлежность к той или иной группе (по Покровскому) (дисперсия 7,63%), определяющие способ реагирования на болезнь и адаптационные возможности пациентов.

6. Особенности «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах рассмотрены с точки зрения осмысления жизни, при которых важно физическое и психическое благополучие человека. В результате проведенного сравнительного анализа выявлено, что показатель «ценности» по рейтингу «Здоровье» наиболее выражен в группе I (ампутация на уровне бедра), а наименее в III группе. При этом, наиболее высокий балл показателя «доступности» выявлен в сферах «Красота природы и искусство», «Познание (возможность расширения своего кругозора, общей культуры)», «Творчество (возможность творческой деятельности)» у пациентов I группы, а наиболее низкий балл у пациентов III группы.

7. В основу разработки программы медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей после оперативного вмешательства (реконструктивные операции), положена эмпирически подтвержденная модель жизнеизменяющих процессов с учетом степени тяжести заболевания и вида хирургического вмешательства, ориентированная на психологическую помощь пациентам по активизации внутренних ресурсов и позволяющая адаптироваться в условиях болезни, справляться с возможными проблемами в будущем и предотвращать их.

8. Внедрение в послеоперационный период программы медико-психологического сопровождения, способствует снижению уровня тревоги и депрессии, активизации адаптационных возможностей посредством внутренних ресурсов с учетом психологических характеристик пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и тяжести заболевания.

9. После оказания психологической помощи пациентам в условиях стационара выявлены достоверные различия по параметрам жизнестойкости: вовлеченность (уровень достоверных различий $p \leq 0,05$), принятие риска ((уровень достоверных различий $p \leq 0,001$), тревога (уровень достоверных различий $p \leq 0,05$), депрессии (уровень достоверных различий $p \leq 0,05$), показатели качества жизни:

физическая активность, ролевое функционирование, самооценка психического здоровья (уровень достоверных различий $p \leq 0,05$). Анализируя показатели ценностных предпочтений до и после проведения программы медико-психологического сопровождения, обнаружено, что внутренний конфликт между «ценностью» и «доступностью» сферы «Здоровье» снижен, что может быть связано с осознанием значимости сохранения здоровья и обнаружением новых жизненных возможностей.

10. Программа медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей после оперативного лечения (аорто-бедренное протезирование) в условиях стационара отвечает предъявленным задачам, а полученные результаты исследования в экспериментальной группе до и после реализации программы, а также в сравнении с контрольной группой позволяют констатировать эффективность ее применения.

Список использованной литературы

1. Актуальные проблемы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей – пути решения (состояние проблемы) / Л. А. Бокерия [и др.] // Анналы хирургии. – 2011. – № 1. – С. 5-9.
2. Александров А. А. Современное состояние патогенетической психотерапии / А. А. Александров // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 8-16.
3. Александрова Л. А. О составляющих жизнестойкости личности как основе её психологической безопасности в современном мире / Л. А. Александрова // Изв. Таганрогского гос. радиотехн. ун-та. – 2005. – Т. 51, № 7. – С. 83-84.
4. Алексанин С. С. Субъективная теория болезни как предмет проблемно-ориентированных психокоррекционных воздействий / С. С. Алексанин, В. Ю. Рыбников, В. А. Корчмарюк // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та МВД России. – 2010. – № 4. – С. 151-155.
5. Амельков А. А. Основы возрастной психологии / А. А. Амельков. – Минск : БИП-С Плюс, 2006. – 47 с.
6. Ананьев Б. Г. Интеллектуальное развитие взрослых людей как характеристика обучаемости (к постановке вопроса) / Б. Г. Ананьев // Человек и образование. – 2008. – № 1. – С. 45-53.
7. Ананьев В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь , 2006. – 384 с.
8. Ананьева Б. Г. О системе возрастной психологии [дайджест публикаций Б. Г. Ананьева] // Человек и образование. – 2007. – № 3-4. – С. 81-87.
9. Анисимов В. Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения : монография : в 2 т. / В. Н. Анисимов. – СПб. : Наука, 2008. – Т. 2. – 434 с.
10. Антипина И. Ю. Психологический возраст как отображение личностного ресурса / И. Ю. Антипина // Изв. Южного федерального ун-та. Технические науки. – 2006. – № 14. – С. 82-87.

11. Аронов Д. М. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов // Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 1. – С. 48-56.
12. Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс [и др.]. – СПб. : Речь : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001. – 784 с.
13. Балашов Л. Е. Жизнь, смерть, бессмертие / Л. Е. Балашов. – 2-е изд. – М. : Дашков и К, 2005. – 320 с.
14. Бахтояров С. Е. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике / С. Е. Бахтояров, Н. В. Латцердс // Медицина: вызовы сегодняшнего дня : материалы междунар. заочной науч. конф. – Челябинск, 2012. – С. 1-3.
15. Бергсон А. Творческая эволюция [Электронный ресурс] / А. Бергсон. – URL: <http://www.philosophy.ru/berg/5.html> (дата обращения: 15.10.2015).
16. Бердяев Н. О назначении человека. О рабстве и свободе человека / Н. Бердяев. – М. : АСТ : Хранитель, 2006. – 637 с.
17. Берталанфи Л. фон. История и статус общей теории систем / Л. фон Берталанфи // Системные исследования. Ежегодник. – М. : Наука, 1973. – С. 20-37.
18. Бехтерев В. М. Избранные труды по психологии личности : в 2 т. / В. М. Бехтерев. – СПб. : Алетейя, 1999. – Т. 1: Психика и жизнь. – 256 с.
19. Бехтерев В. М. Избранные труды по психологии личности : в 2 т. / В. М. Бехтерев. – СПб. : Алетейя, 1999. – Т. 2: Объективное изучение личности. – 284 с.
20. Биологический энциклопедический словарь / гл. ред. М. С. Гиляров. – 2-е изд. – М. : Сов. энциклопедия, 1986. – 864 с.
21. Братченко С. А. Экзистенциально-гуманистический подход Джеймса Бюджентала: человек в поисках самого себя / С. А. Братченко // Психологические проблемы самореализации личности. – 1998. – Вып. 2. – С. 56-66.
22. Бураковский В. И. Сердечно-сосудистая хирургия : руководство / В. И. Бураковский, Л. А. Бокерия. – М. : Медицина, 1989. – 752 с.

23. Варлакова Я. В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Я. В. Варлакова. – Томск, 2007. – 24 с.
24. Василенко Т. Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ [Электронный ресурс] / Т. Д. Василенко // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 29, № 6. – Электрон. версия печат. публ. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer05.php (дата обращения: 20.07.2015).
25. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : [учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений] / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.
26. Вассерман Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федорова // Сиб. психол. журн. – 2008. – № 27. – С. 67-71.
27. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи / Д. С. Витакер. – М. : Класс, 2000. – 432 с.
28. Волчкова Н. С. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Н. С. Волчкова, С. Ф. Субханкулова // Вестн. современной клинической медицины. – 2009. – № 4. – С. 25-30.
29. Воробьев П. А. Депрессия в пожилом возрасте / П. А. Воробьев, А. В. Власова // Клиническая геронтология. – 2012. – № 3. – С. 22-28.
30. Ворошилова И. И. Возможные направления психологической адаптации лиц пожилого возраста / И. И. Ворошилова, В. Н. Ефанов // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 3. – С. 33-35.
31. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Смысл : Эксмо, 2005. – 1136 с.
32. Гавриленко А. В. Современные возможности и перспективы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей / А. В. Гавриленко, С. И. Скрылев, Е. А. Кузубова // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – № 4. – С. 80-86.

33. Гавриленко А. В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени / А. В. Гавриленко, А. Э. Котов, С. В. Кочетов // *Анналы хирургии*. – 2010. – № 3. – С. 5-7.
34. Гавриленко А. В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей / А. В. Гавриленко, С. И. Скрылев. – М. : [б. и.], 2005. – 176 с.
35. Гараева В. В. Роль взаимодействия и изменений в исследовании критериев эффективности психотерапии / В. В. Гараева // *Фундам. исслед.* – 2010. – № 2. – С. 31-35.
36. Гарганеева Н. П. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Н. П. Гарганеева, М. Ф. Белокрылов // *Сиб. мед. журн. (Томск)*. – 2009. – № 4. – С. 11-17.
37. Гарфилд, С. Практика краткосрочной психотерапии / С. Гарфилд. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.
38. Гирич Я. П. Унифицированная программа немедикаментозного лечения хронических вербальных галлюцинозов : [учеб.-метод. пособие] / Я. П. Гирич, М. А. Березовская, Т. В. Коробиницина. – Красноярск : ПРИНТ, 2004. – 96 с.
39. Голенищенко А. В. Повышение адаптационных возможностей у больных шизофренией с различной степенью дефицитарных расстройств в результате комплексной психотерапии / А. В. Голенищенко // *Уральский мед. журн.* – 2007. – № 4. – С. 40-46.
40. Гордеев М. Н. Гипноз : практическое руководство / М. Н. Гордеев. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 232 с.
41. Гребенников И. Н. Липопротеины высокой плотности: не только обратный транспорт холестерина / И. Н. Гребенников, В. А. Куликов // *Вестн. Витебского гос. мед. ун-та*. – 2011. – № 2. – С. 12-19.

42. Диагностика и лечение критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом / С. Ю. Даниленко [и др.] // Бюл. Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2010. – № 3. – С. 55-59.
43. Дистальные реконструкции при критической ишемии нижних конечностей у больных старших возрастных групп / М. Д. Дибиридов [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 1. – С. 49.
44. Доморацкий В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2007. – 221 с.
45. Дуганова Ю. К. Жизнестойкость людей с разной психологической безопасностью / Ю. К. Дуганова // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2010. – № 5. – С. 130–133.
46. Евтушенко В. Г. Энциклопедия гипнотических техник / В. Г. Евтушенко. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 400 с.
47. Егоров А. А. Иммунологический статус у больных атеросклерозом до и после операции реваскуляризирующей остеотрепанации (РОТ) / А. А. Егоров, И. А. Сучков // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2007. – № 2. – С. 39-43.
48. Епихина Т. П. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов после реконструктивных операций по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. П. Епихина. – М., 1997. – 28 с.
49. Ермолаева М. В. Проблема социализации и развития личности в старости / М. В. Ермолаева // Современная социальная психология: теоретические подходы и прикладные исследования. – 2012. – № 2. – С. 96-110.
50. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Эксмо-пресс, 2002. – 320 с.
51. Живаева Ю. В. Исследование стратегий жизненного самоосуществления людей с разными социокультурными характеристиками / Ю. В. Живаева // Психология обучения. – 2011. – № 11. – С. 49-58.

52. Живарев Г. А. Факторы риска при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / Г. А. Живарев, Ю. Н. Колбашова, П. Г. Глыбин // Вестн. Ивановской мед. акад. – 2006. – № 3-4. – С. 63-67.
53. Захаров В. В. Когнитивные нарушения. Возрастные нарушения памяти и внимания / В. В. Захаров // Consilium Medicum: Ревматология. Неврология. – 2005. – № 8. – С. 697-701.
54. Захаров В. В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте : [метод. пособие для врачей] / В. Захаров, Н. Яхно. – М. : [б. и.], 2005. – 71 с.
55. Захаров В. В. Нарушения памяти в пожилом возрасте: современные возможности профилактики и терапии / В. В. Захаров // Рус. мед. журн. – 2012. – № 8. – С. 422-426.
56. Захаров В. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте / В. Захаров, Н. Яхно // Врач. – 2008. – № 9. – С. 28-32.
57. Игумнов С. А. Программа психотерапии пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний [Электронный ресурс] / С. А. Игумнов, И. В. Григорьева, Н. М. Курлович // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 28, № 5. – Электрон. версия печат. публ. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_5_28/nomer/nomer07.php (дата обращения 12.02.2015).
58. Изуткин Д. А. Человек в системе взаимосвязи образа жизни и здоровья / Д. А. Изуткин // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2004. – № 2. – С. 90-92.
59. Информация ВОЗ: Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] // Saphia.ru. Агентство медико-социальной информации. – URL: <http://www.saphia.ru/index.php?id=1185> (дата обращения: 16.12.2015).
60. Исаева Е. Р. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения / Е. Р. Исаева // Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. – 2012. – № 45. – С. 83-87.

61. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида / В. Е. Каган // Психогенные и психосоматические расстройства : тез. науч. конф. Тарту, 24-25 дек. 1988 г. – Тарту, 1988. – Т. 1. – С. 201-204.
62. Казаков А. Ю. Диагностика и тактика лечения больных с окклюзирующими поражениями аорты и артерий нижних конечностей при наличии сочетанной ИБС : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Ю. Казаков. – М., 2009. – 46 с.
63. Казанцев А. В. Новый подход к хирургической тактике при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей / А. В. Казанцев, Е. А. Корымасов // Саратовский науч.-мед. журн. – 2010. – № 4. – С. 850-856.
64. Казанцев А. В. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: возможности диагностики прогрессирующего типа течения / А. В. Казанцев, Е. А. Корымасов // Кубанский науч. мед. вестн. – 2010. – № 8. – С. 88-92.
65. Казанцев А. В. Прогнозирование течения и хирургическая тактика при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей / А. В. Казанцев, Е. А. Корымасов // Вестн. экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – № 1. – С. 71-78.
66. Казанчян П. О. Реконструктивная сосудистая хирургия у лиц пожилого и старческого возраста / П. О. Казанчян, В. А. Попов // Альманах клинической медицины. – 1998. – № 1. – С. 241-252.
67. Калинин В. М. Вопросы здоровья человека и его связь с двигательной активностью / В. М. Калинин // Вестн. КемГУ. – 2009. – № 2. – С. 62-65.
68. Капустенская Ж. И. Аффективные и когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста / Ж. И. Капустенская, В. В. Шпрах, О. И. Зайцева // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2010. – № 2. – С. 52-54.
69. Караяни А. Г. Прикладная военная психология / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. – СПб. : Питер, 2006. – 480 с.

70. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
71. Качество медицинской помощи и индустриальные технологии при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / С. Л. Вардасанидзе [и др.] // Кубанский науч. мед. вестн. – 2007. – № 4-5. – С. 39-41.
72. Кашапов Ф. А. Здоровье как ценность: культура и биоэтика / Ф. А. Кашапов, О. В. Терентьев, В. Э. Цейсслер // Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. Сер. Социально-гуманитарные науки. – 2007. – № 24. – С. 107-111.
73. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе / М. В. Киселева. – М. : Речь, 2007. – 336 с.
74. Киселева М. Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний / М. Г. Киселева // Национальный психолог. журн. – 2012. – № 1 (7). – С. 124-131.
75. Киселева М. Г. Психоэмоциональный статус кардиобольных перед операцией и его влияние на течение послеоперационного периода / М. Г. Киселева // Бюл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Тезисы к семнадцатому Всерос. съезду сердечно-сосудистых хирургов. – 2012. – Т. 12, № 6. – С. 257.
76. Клеточная терапия критической ишемии нижних конечностей (проблемы и перспективы) / С. В. Лебедев [и др.] // Вестн. Рос. акад. мед. наук. – 2013. – № 3. – С. 33-44.
77. Клиническая ангиология: [руководство для врачей] : в 2 т. / А. В. Покровский [и др.]. – М. : Медицина, 2004. – Т. 2. – 888 с.
78. Клиническая эффективность нереконструктивных операций у больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне критической ишемии / С. Б. Базлов [и др.] // Кубанский науч. мед. вестн. – 2010. – № 9. – С. 23-26.
79. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в

транссективный анализ) / В. Е. Ключко. – Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2005. – 174 с.

80. Ковшарь Ю. А. Инвалидность вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей в Российской Федерации (социально-гигиенические аспекты). Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. А. Ковшарь. – Рязань, 1997. – 29 с.

81. Козлов В. В. Психотехнологии измененных состояний сознания / В. В. Козлов. – 2-е изд. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 544 с.

82. Колчин А. И. Клинико-динамические закономерности у больных с невротической депрессией в условиях психотерапии / А. И. Колчин, Н. В. Говорин, В. В. Ахметова // Дальневосточный мед. журн. – 2010. – № 2. – С. 74-77.

83. Кондратов В. В. Внушение и гипноз: практическое руководство / В. В. Кондратов. – Ростов н/Д. : Феникс, 2003. – 247 с.

84. Константинов Б. А. Современные технологии в хирургическом лечении больных с критической ишемией и его перспективы / Б. А. Константинов, А. В. Гавриленко // Рос. мед. вести. – 2004. – № 4. – С. 69-70.

85. Копытин А. И. Техники аналитической арт-терапии: исцеляющие путешествия / А. И. Копытин, Б. Корт. – СПб. : Речь, 2007. – 144 с.

86. Корнетов Н. А. Депрессия в пожилом возрасте: диагностика, тактика ведения и терапия / Н. А. Корнетов // Клиническая геронтология. – 2012. – № 11-12. – С. 49-56.

87. Кошелева М. Е. Теоретические аспекты рассмотрения феноменологии здоровья человека / М. Е. Кошелева // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Н. А. Кравцовой. – Владивосток, 2011. – С. 26-33.

88. Крапивина О. В. Особенности самоотношения у женщин, переживающих кризис пожилого возраста / О. В. Крапивина // Вестн. Томского гос. университета. – 2011. – № 1. – С. 389-390.

89. Кувшинова Н. Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Ю. Кувшинова. – СПб., 2011. – 29 с.
90. Лагутчев В. В. Особенности холестерина профиля сыворотки крови у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в сочетании с клинической манифестацией атеросклероза мозговых, коронарных и мезентеральных артерий / В. В. Лагутчев, А. Н. Щупакова // Вестн. Витебского гос. мед. ун-та. – 2010. – № 3. – С. 35.
91. Лакосина Н. Д. Клиническая психология : [учебник] / Н. Д. Лакосина. – 2-е изд. – М. : Медпресс-информ, 2005. – 416 с.
92. Лактионова А. И. «Жизнеспособность» в структуре психологических понятий / А. И. Лактионова // Вестн. МГОУ. – 2010. – № 3. – С. 11–15.
93. Левин К. Динамическая психология / К. Левин. – М. : Смысл, 2001. – 572 с.
94. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 4. – С. 39–45.
95. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии / А. Н. Леонтьев. – М. : Смысл, 2001. – 511 с.
96. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
97. Лесков В. П. Роль иммунной системы в патогенезе атеросклероза / В. П. Лесков, И. И. Затевахин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 9–14.
98. Лилиенталь И. Е. Соотношение психологической поддержки и психотерапии / И. Е. Лилиенталь // Изв. Южного федерального ун-та. Технические науки. – 2006. – № 1. – С. 188–190.
99. Лисковский О. В. Медицинская психология : [учеб.-метод. комплекс] / О. В. Лисковский. – Минск : ФУСТ БГУ, 2003. – 114 с.

100. Личко А. Е. Методика определения типа отношения к болезни / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 8. – С. 1527–1530.
101. Логинова И. О. Жизненное самоосуществление человека: системно-антропологический контекст : автореф. ... д-ра психол. наук / И. О. Логинова. – Томск, 2010. – 42 с.
102. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – 4-е изд. – М. : Медицина, 1977. – 112 с.
103. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 368 с.
104. Малкина-Пых И. Г. Телесная терапия. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 752 с.
105. Малыхин Ф. Т. Проблемы качества жизни у пациентов старших возрастных групп / Ф. Т. Малыхин // Мед. вестн. Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С. 96-101.
106. Мамардашвили М. К. Психологическая топология пути : [М. Пруст «В поисках утраченного времени»] / М. К. Мамардашвили. – СПб. : Изд-во Русского Христианского гуманитарного института, 1997. – 570 с.
107. Международное соглашение по диабетической стопе. – М. : Берег, 2000. – 96 с.
108. Мелкумова К. А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли / К. А. Мелкумова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 1. – С. 9-13.
109. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М. : Медпресс-информ, 2008. – 432 с.
110. Меркурьева А. А. Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантом течения : дис. ...канд. психол. наук / А. А. Меркурьева. – СПб., 2001. – 147 с.

111. Мещерякова Г. П. К вопросу о ценности здоровья / Г. П. Мещерякова // Изв. Южного федерального ун-та. Технические науки. – 2006. – № 13. – С. 227-231.
112. Моисеенко Ю. И. Основы гипнотерапии / Ю. И. Моисеенко. – СПб. : Речь, 2007. – 192 с.
113. Мурзина Т. Ф. Оценка эффективности психотерапии подростков с расстройствами адаптации вследствие ампутации конечностей / Т. Ф. Мурзина // Травматология и ортопедия России. – 2005. – № 1. – С. 25-28.
114. Нардоне Дж. Страх, паника, фобия : краткосрочная психотерапия / Дж. Нардоне. – М. : Психотерапия, 2008. – 352 с.
115. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: Современное состояние проблемы. Ч. 1 / А. Б. Холмогорова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 3. – С. 92-100.
116. Национальные рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Ч. 1 : Периферические артерии. – М. : Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2010. – 176 с.
117. Незнанов Н. Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Н. Г. Незнанов. – СПб. : Питер, 2008. – 528 с.
118. Некрасова Т. А. Социально-психологические факторы отношения человека к своему здоровью / Т. А. Некрасова // Сервис plus. – 2010. – № 1. – С. 84-88.
119. Непомнящая О. В. Показатель качества жизни у инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие хронической ишемии атеросклеротического генеза / О. В. Непомнящая, В. А. Перминов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 1. – С. 51-53.
120. Низамов Ф. Х. Анализ причин малой эффективности амбулаторного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей / Ф. Х. Низамов, Е. В. Иванов, А. А. Речкалов // Уральский мед. журн. – 2006. – № 9. – С. 75-76.

121. Никифоров Г. С. Психология здоровья в России: становление и современное состояние / Г. С. Никифоров // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 16. Психология. Педагогика. – 2012. – № 1. – С. 38-47.
122. Никифоров Г. С. У истоков психологии здоровья / Г. С. Никифоров // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – № 4. – С. 211-220.
123. Николаев Е. Л. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вест. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 12, № 2. – С. 82-105.
124. Николаев Е. Л. Психотерапия и психологическая помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вест. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 57-76.
125. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 167 с.
126. Никольская И. М. Кризисная психологическая помощь и психология веры [Электронный ресурс] / И. М. Никольская, Р. М. Грановская // Медицинская психология в России. – 2015. – Т. 30, № 1. – Электрон. версия печат. публ. – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2015_1_30/nomer06.php (дата обращения: 12.09.2015).
127. Ницше Ф. Новая философская энциклопедия : в 4 т. / Ф. Ницше. – М. : Мысль, 2010. Т 2.
128. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
129. Обухов Я. Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я. Л. Обухов // Школа здоровья. – 1997. – № 3. – С. 43-61.
130. Орлова М. М. Перцепция здоровья и болезни как выражение адаптационных стратегий / М. М. Орлова // Изв. Саратовского ун-та. Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – № 1. – С. 87-91.

131. Орлова М. М. Понятие «ситуация болезни – объективные и субъективные составляющие / М. М. Орлова // Изв. Саратовского ун-та. Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2009. – № 1. – С. 82-87.

132. Особенности окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей при критической ишемии у больных сахарным диабетом / И. А. Ерошкин [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2009. – № 4. – С. 58-62.

133. Паукова А. Б. Динамика отношения к жизни в результате рефлексии жизненных событий / А. Б. Паукова // Мир психологии. – 2011. – № 4. – С. 143-150.

134. Паукова А. Б. Психологическая поддержка в процессе жизненных изменений / А. Б. Паукова // Вест. КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2014. – № 2. – С. 55-60.

135. Пахомов А. А. Патогенетические закономерности формирования внутренней картины болезни при различных вариантах когнитивной переработки соматической патологии / А. А. Пахомов // Ученые записки Санкт-Петербургского гос. ин-та психологии и социальной работы. – 2009. – № 1. – С. 148-153.

136. Плеснер Х. Ступени органического и человек: введение в философскую антропологию / Х. Плеснер. – М. : РОССПЭН, 2004. – 367 с.

137. Повторные реконструктивные операции в лечении критической ишемии нижних конечностей / Ю. С. Малахов [и др.] // Вестн. Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 3. – С. 72-78.

138. Подойница М. А. Интеллектуальное опосредование типологических особенностей жизненного самоосуществления: автореф. ... канд. психол. наук / М. А. Подойница. – Томск, 2015. – 23 с.

139. Применение перфторана в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / В. В. Сорока [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – № 4. – С. 17-27.

140. Прогноз летальных исходов при проведении ампутаций нижней конечности у больных пожилого и старческого возраста / А. Н. Ткаченко [и др.] // Фундам. исслед. – 2011. – №9-2. – С. 304-308.
141. Рагимова О. А. Теоретические основы определения понятия здоровья / О. А. Рагимова // Изв. Саратовского ун-та. Новая серия. Сер. : Философия. Психология. Педагогика. – 2009. – № 2. – С. 41-47.
142. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : [учеб. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАМ-М, 2001. – 672 с.
143. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти / А. А. Реан. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. – 656 с.
144. Реконструктивные операции на артериях берцово-стопного сегмента при критической ишемии / А. В. Покровский [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2005. – № 5. – С. 114.
145. Риффель А. В. «Большие» ампутации нижних конечностей у больных после реконструктивных операций на артериях. Судьба и реабилитация больных / А. В. Риффель // Врач-аспирант. – 2006. – № 1. – С. 72-77.
146. Рубинштейн С. Л. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – М. : Наука, 1997. – 191 с.
147. Русина Н. А. Методологические основы современной клинической психологии / Н. А. Русина // Клиническая психология: теория, практика и обучение : материалы междунар. науч.-практ. конф. – СПб. : Стратегия будущего, 2010. – С. 25-27.
148. Русина Н. А. Телесность психосоматического больного / Н. А. Русина // Сборник статей II междунар. науч.-практ. конф. – Пенза : ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2009. – С. 164-173.
149. Рыбалко М. И. Новый взгляд на телесно-ориентированную терапию сегодня / М. И. Рыбалко, А. Б. Дик, С. Н. Макашов // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 61-64.

150. Рыльская Е. А. К вопросу о психологической жизнеспособности человека: концептуальная модель и эмпирический опыт / Е. А. Рыльская // Психология. Журн. Высш. школы экономики. – 2011. – Т. 8, № 3. – С. 9-38.
151. Савельев В. С. Критическая ишемия нижних конечностей / В. С. Савельев, В. М. Кошкин. – М. : Медицина, 1997. – 160 с.
152. Симачева А. И. Взаимосвязь локуса в континууме «доверие-недоверие» с активностью жизненного самоосуществления : автореф. ... канд. психол. наук / А. И. Симачева. – Томск, 2015. – 23 с.
153. Симонова Г. И. Питание и атеросклероз / Г. И. Симонова, В. А. Тутельян, А. В. Погожева // Бюл. СО РАМН. – 2006. – № 2. – С. 80-85.
154. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов : [учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений] / В. А. Бронников [и др.]. – Пермь : Перм. гос. ун-т, 2010. – 530 с.
155. Смирнов О. А. Нереконструктивные методы хирургического лечения хронической критической ишемии нижних конечностей : дис. ... канд. мед. наук / О. Н. Смирнов. – Екатеринбург, 2004. – 145 с.
156. Смирнова Я. К. Подход к суверенной самодетерминации поведения в контексте временных ориентаций личности / Я. К. Смирнова // Изв. АлтГУ. – 2014. – № 2. – С. 75-78.
157. Соколинская Е. В. Влияние гендерной идентичности на социально-психологическую адаптацию в пожилом и старческом возрасте / Е. В. Соколинская // Изв. РГПУ им. А.И. Герцена. – 2007. – № 44. – С. 457-470.
158. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. – М. : Аргус, 1995. – 360 с.
159. Спиридонова В. С. Модель системы реабилитации инвалидов вследствие окклюзирующих поражений артерий нижних конечностей / В. С. Спиридонова, О. Л. Белянин, В. Г. Емельянов // Травматология и ортопедия России. – 2005. – № 2. – С. 45-48.

160. Справочник практического психолога: психотерапия / сост. С. Л. Соловьева. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2007. – 575 с.
161. Сравнительное изучение состояний тревожности у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии и психокоррекции / Е. О. Бойко [и др.] // Кубанский науч. мед. вестн. – 2010. – № 3-4. – С. 27–29.
162. Старикова М. М. Стереотипы старости и старения / М. М. Старикова // Вестн. Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского. Сер. Социальные науки. – 2011. – № 2. – С. 43-50.
163. Старшенбаум Г. В. Групповой психотерапевт: интерактивный учебник / Г. В. Старшенбаум. – М. : Директ-медиа, 2011. – 175 с.
164. Сумин А. Н. Субклинический периферический атеросклероз у больных с хронической патологией легких: роль предрасположенности к психологическому дистрессу / А. Н. Сумин, Е. В. Недосейкина, О. Г. Архипов // Рос. кардиол. журн. – 2013. – № 3. – С. 18-23.
165. Суркова Л. В. Ценность науки: реальность и иллюзии / Л. В. Суркова // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 7. Философия. – 2002. – № 1. – С. 36-49.
166. Сысоева С. А. Психологическое здоровье, как проблема психолого-акмеологической науки и практики / С. А. Сысоева // Вестн. Тамбов. ун-та. Сер. Гуманитарные науки. – 2008. – № 12. – С. 173-177.
167. Тараканова О. Е. Критическая ишемия конечностей как фактор риска высоких ампутаций при гнойно-некротических формах синдрома диабетической стопы / О. Е. Тараканова, А. С. Мухин, Н. Ф. Смирнов // Казанский мед. журн. – 2011. – № 1. – С. 60-63.
168. Таций Ю. П. Проблема сопутствующей патологии при хирургическом лечении ишемии нижних конечностей на стыке дисциплин / Ю. П. Таций // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2004. – № 4. – С. 60-69.
169. Трифонова Е. А. Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих виртуальную угрозу в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период / Е. А. Трифонова,

А. В. Чернорай, И. О. Чумакова // Психологическая наука и обозрение. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 157-168.

170. Усков В. М. Выбрать жизнь?! Или агрессия против собственного здоровья / В. М. Усков, В. И. Гречкин // Вестн. новых мед. технологий. – 2006. – № 2. – С. 181-182.

171. Усманов И. М. Здоровье как предмет социально-философского анализа / И. М. Усманов // Вестн. Башкирского ун-та. – 2007. – № 4. – С. 177-180.

172. Фанталова Е. Б. Психометрическое исследование показателей методики «Уровень соотношения “ценности” и “доступности”» / Е. Б. Фанталова // Журн. практикующего психолога. – 2010. – № 17. – С. 175-201.

173. Фотекова Т. А. Состояние высших психических функций в ранней, средней и поздней взрослости: нейропсихологический анализ / Т. А. Фотекова, А. О. Кичеева // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 2. – С. 36-44.

174. Хайдеггер М. Что такое метафизика? / М. Хайдеггер ; пер. с нем. В. В. Бибихина. – 2-е изд. – М. : Академический Проект, 2013. – 277 с.

175. Хайкин А. В. К теории и практике психосоматики / А. В. Хайкин // Саратовский науч.-мед. журн. – 2012. – № 1. – С. 193-198.

176. Харитонов С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / С. В. Харитонов. – М. : Психотерапия, 2009. – 173 с.

177. Хоружий С. С. Синергичная антропология. Томские лекции / С. С. Хоружий // Вестн. Том. гос. ун-та. – 2008. – № 1. – С. 54-88.

178. Цветкова И. В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья [Электронный ресурс] / И. В. Цветкова // Психологические исследования. – 2012. – № 1. – Электрон. версия печат. публ. – URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2012n1-21/612-tsvetkova21.html> (дата обращения: 13.07.2014).

179. Чапала Т. В. Дифференциально-диагностические характеристики пациентов с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда / Т. В. Чапала // Невролог. вестн. Журн. им. В. М. Бехтерева. – 2015. – Т. XLVII, № 3. – С. 43-46.

180. Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности / В. Б. Челпанов // Ученые записки. Электрон. науч. журн. Курского гос. ун-та. – 2009. – № 3. – С. 147-155. – URL: <http://www.scientific-notes.ru/pdf/011-20.pdf> (дата обращения: 23.08.2014).

181. Черкозьянова Т. В. К проблеме концептуализации судьбы в контексте понимания смерти / Т. В. Черкозьянова // Вестн. Оренбургского гос. ун-та. – 2010. – № 2. – С. 29-34.

182. Черникова Т. В. Психологическая поддержка специалистов «помогающих» профессий: антропологический подход / Т. В. Черникова // Психология обучения. – 2008. – № 3. – С. 77-90.

183. Шостак Н. А. К вопросу об атеросклерозе как о системном мультифокальном процессе / Н. А. Шостак // Клиницист. – 2008. – № 4. – С. 4-6.

184. Шпенглер О. Человек и техника // Культурология. XX век: Антология / сост. С. Я. Левит. – М. : Юрист, 1995. – С. 454-496.

185. Штрахова А. В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отображения болезни болеющим субъектом / А. В. Штрахова // Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. Сер. Психология. 2008. – № 33. – С. 78-82.

186. Эриксон М. Стратегия психотерапии: избранные работы / М. Эриксон. – СПб. : Речь, 2002. – 542 с.

187. Эстетическая медицина и психология старения / Н. В. Середенко [и др.] // Вестн. эстетической медицины. – 2009. – № 1. – С. 85-88.

188. Этапное лечение пациента с мультифокальным атеросклерозом при ишемии конечности и хирургической инфекции / А. В. Светликов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2014. – Т. 20, № 3. – С. 161-164.

189. Эффективность клеточной терапии у больных с критической ишемией нижних конечностей / В. М. Седов [и др.] // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2011. – № 2. – С. 45-52.

190. Яковлев С. В. Применение интегративной телесно-ориентированной психотерапии при затяжных депрессивных и тревожных расстройствах /

С. В. Яковлев // Современная терапия психических расстройств. – 2010. – № 1. – С. 31-36.

191. Якубанец Б. У. Руководство по телесно-ориентированной терапии / Б. У. Якубанец. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с.

192. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика : пер. с англ. / И. Ялом. – М. : Апрель Пресс : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 368 с.

193. Acute myocardial infarction in patients with critical ischemia underwent lower limb revascularization / E. M. Lins [et al.] // J. Vasc. Brasileiro. – 2013. – Vol. 12, № 4. – P. 284-288.

194. Aggressive arterial reconstruction for critical lower limb ischaemia / N. C. Hickey [et al.] // Br. J. Surg. – 1991. – Vol. 78, № 12. – P. 1476-1478.

195. Annex B. H. Therapeutic angiogenesis for critical limb ischaemia / B. H. Annex // Nat. Rev. Cardiol. – 2013. – Vol. 10, № 7. – P. 387-396.

196. Bruns D. Assessment of biopsychosocial risk factors for medical treatment: a collaborative approach / D. Bruns, J. M. Dicorbio // J. Clin. Psychol. Med. Settings. – 2009. – Vol. 16. – P. 127-147.

197. Comparison of quality of life in patients with peripheral arterial disease caused by atherosclerosis obliterans or Buerger's disease / R. Karakoyun [et al.] // Cardiovasc. J. Africa. – 2014. – Vol. 25, № 3. – P. 124-129.

198. Complex gene-cell therapy in treatment of critical lower limbs ischemia / J. J. Skóra [et al.] // Pol. Merkur. Lekarski. – 2007. – Vol. 22, № 128. – P. 121-125.

199. Correlating clinical indicators of lower-limb ischaemia with quality of life / C. Chetter [et al.] // Cardiovasc. Surg. – 1997. – Vol. 5, № 4. – P. 361-366.

200. Critical limb ischaemia in a diabetic population from an Asian Centre: angiographic pattern of disease and 3-year limb salvage rate with percutaneous angioplasty as first line of treatment / M. Tan [et al.] // Biomed. Imaging Interv. J. – 2010. – Vol. 6, № 4. – P. e33.

201. de Godoy, J. M. P. Hospital mortality after major amputation of the lower limbs for critical ischemia / J. M. P. de Godoy, J. V. Ribeiro, L. A. Caracanhas // Open Atheroscler. Thrombosis J. – 2009. – Vol. 2. – P. 4-5.

202. Dean S. M. Atypical ischemic lower extremity ulcerations: a differential diagnosis / S. M. Dean // *Vasc. Med.* – 2008. – Vol. 13, № 1. – P. 47-54.

203. Defining risks and predicting adverse events after lower extremity bypass for critical limb ischemia / J. J. Siracuse, Z. S. Huang, H. L. Gill [et al.] // *Vasc. Health Risk Manag.* – 2014. – Vol. 23, № 10. – P. 367-374.

204. Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome / P. G. Ulvenes [et al.] // *Psychotherapy.* – 2012. – Vol. 49, № 3. – P. 291-302.

205. Dorner T. E. Obesity paradox in elderly patients with cardiovascular diseases / T. E. Dorner, A. Rieder // *Int. J. Cardiol.* – 2011. – Vol. 155, № 1. – P. 56-65.

206. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders / P. Knekt [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2008. – Vol. 107, №1-3. – P. 95-106.

207. Endovascular management of patients with critical limb ischemia / M. F. Conrad [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2011. – Vol. 53, № 4. – P. 1020-1025.

208. Farber A. The BEST-CLI trial: a multidisciplinary effort to assess which therapy is best for patients with critical limb ischemia / A. Farber, K. Rosenfield, M. Menard // *Techniques in vascular and interventional radiology.* – 2014. – Vol. 17, № 3. – P. 221-224.

209. Gacka M. Chronic lower limb ischemia and advanced renal failure. Do we possess sufficient therapeutic knowledge? / M. Gacka, R. Adamiec // *Int. Angiol.* – 2013. – Vol. 32, № 4. – P. 355-361.

210. Kubej P. Personality characteristics of hypertensive patients / P. Kubej, M. Koran // *Cas. Lek. Cesk.* 1989. – Vol. 128, № 6. – P. 186-188.

211. Leichsenring F. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis / F. Leichsenring, S. Rabung, E. Leibing // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61, № 12. – P. 1208-1216.

212. Mortality in patients with premature lower extremity atherosclerosis / H. Rana, J. S. Andrews, B. G. Chacko [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2013. – Vol. 57, № 1. – P. 28-35.

213. Objective measurement of lower extremity function and quality of life after surgical revascularization for critical lower extremity ischemia / G. J. Landry [et al.] // J. Vasc. Surg. 2014. – Vol. 60, Iss. 1. – P. 136-142.

214. Ohira T. Psychological distress and cardiovascular disease: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS) / T. Ohira // J. Epidemiol. – 2010. – Vol. 20, № 3. – P. 185-191.

215. Pomerantz A. M. Clinical psychology: science, practice, and culture / A. M. Pomerantz. – 2nd ed. – [S. l.] : SAGE Publications, 2011. – 544 p.

216. Psychological characteristics of elderly insomniacs / S. Pallesen [et al.] // Scandinavian J. Psychol. – 2002. – Vol. 43, № 5. – P. 425-432.

217. Ragnerson-Tennvall G. Cost-effective management of diabetic foot ulcers / G. Ragnerson-Tennvall, J. Apelqvist // Pharmacoeconomics. – 1997. – Vol. 12, № 1. – P. 42-53.

218. Revascularization for chronic critical lower limb ischemia in octogenarians is worthwhile / P. Brosi [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2007. – Vol. 46, № 6. – P. 1198-1207.

219. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial / F. Leichsenring [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 166, № 8. – P. 875-881.

220. Sprengers R. W. Stem cell therapy in no-option critical limb ischemia patients / R. W. Sprengers. – Thesis : Utrecht University, 2010. – 184 p.

221. The FReedom from Ischemic Events - new Dimensions for Survival (FRIENDS) registry: design of prospective cohort study of patients with advanced peripheral artery disease / H. H. Keo [et al.] // BMC Cardiovascular Disorders. – 2013. – Vol. 13. – P. 120.

222. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2002. – Vol. 52, № 2. – P. 69-77.

223. Tseng, Yu-Ya Delayed diagnosis in an elderly patient with atypical presentation of peripheral artery occlusion disease / Yu-Ya Tseng, Lee-Ching Hwang, Wen-Han Chang // Int. J. Gerontol. – 2011. – Vol. 5, Iss.1. – P. 59-61.

224. Ware J. E. The MOS 36-Item short-form health survey / J. E. Ware, C. D.Sherbourne // Med. Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473-483.
225. Weiner I. B. Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy / I. B. Weiner, J. E.Exner // J. Pers. Assess. – 1991. – Vol. 56, № 3. – P. 453-465.
226. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.

Приложение А

Таблица 1 - Оценка достоверных различий показателей жизнестойкости

Показатели	МЕ (P ₂₅ P ₇₅)					
	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	P
Жизнестойкость	77,50(45,0;89,0)	84,0(67,75;94,75)	64,0(49,0;85,0)	80,0(71,0;89,0)	61,0(42,0;74,0)	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₁₋₅ >0,05 P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05
Вовлеченность	39,50(22,50;47,0)	39,0(31,50;45,0)	34,0(27,0;42,0)	40,0(27,0;31,0)	31,0(27,0;36,0)	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₁₋₅ >0,05 P ₂₋₃ >0,05 P ₃₋₄ >0,05
Контроль	29,0(15,0;33,0)	29,0(22,0;37,0)	20,50(13,75;29,0)	29,0(20,0;31,0)	27,0(14,0;30,0)	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₁₋₅ >0,05 P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05
Принятие риска	11,0(6,0;14,50)	16,0(10,75;18,25)	9,0(5,0;13,25)	13,0(10,0;16,0)	9,0(5,0;11,0)	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₁₋₅ >0,05 P ₂₋₃ <0,001 P ₃₋₄ >0,05

Таблица 2 - Оценка достоверных показателей качества жизни

Шкала	I группа (n=30)	II группа (n=30)	III группа (n=30)	IV группа (n=15)	V группа (n=15)	P
Физическое функционирование	10,0(3,75;20,0)	75,0(25,0;90,0)	20,0(15,0;36,25)	75(25,0;90,0)	15,0(0,0;20,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}<0,001$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}<0,05$ $P_{3-4}<0,001$
Ролевое функционирование	0,0(0,0;0,0)	0,0(0,0;100,0)	0,0(0,0;25,0)	75,0(0,0;100,0)	0,0(0,0;0,0)	$P_{1-2}<0,05$ $P_{1-3}<0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}<0,05$ $P_{3-4}<0,05$
Интенсивность боли	0,0(0,0;10,0)	41,50(12,0;53,75)	22,0(0,0;51,0)	62,0(12,0;100,0)	41,0(32,0;84,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}<0,001$ $P_{1-5}<0,001$ $P_{2-3}>0,05$ $P_{3-4}<0,05$
Общее состояние здоровья	55,0(38,75;67,0)	55,0(45,0;72,0)	50,0(40,0;67,0)	52,0(40,0;82,0)	35,0(30,0;50,0)	$P_{1-2}>0,05$ $P_{1-3}>0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}>0,05$ $P_{3-4}>0,05$
Жизненная активность	12,50(5,0;21,25)	50,0(35,0;70,0)	35,0(10,0;70,0)	50,0(20,0;75,0)	20,0(10,0;35,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}<0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}<0,05$ $P_{3-4}>0,05$
Социальное функционирование	50,0(38,0;50,0)	50,0(50,0;63,0)	50,0(38,0;50,0)	50,0(50,0;50,0)	50,0(38,0;50,0)	$P_{1-2}>0,05$ $P_{1-3}>0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}>0,05$ $P_{3-4}>0,05$
Эмоциональное функционирование	0,0(0,0;100,0)	100,0(0,0;100,0)	17,0(0,0;00,0)	100,0(34,0;100,0)	34,0(0,0;67,0)	$P_{1-2}<0,05$ $P_{1-3}>0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}>0,05$ $P_{3-4}<0,05$
Психическое здоровье	28,0(16,0;40,0)	40,0(35,0;76,0)	38,0(16,0;76,0)	44,0(24,0;72,0)	28,0(24,0;31,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}>0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}>0,05$ $P_{3-4}>0,05$

Таблица 3 - Оценка достоверных различий показателей тревоги и депрессии

группа	тревога	Р	депрессия	Р
I	10,50 (9,0;14,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}<0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}<0,05$ $P_{3-4}>0,05$	11,0 (8,0; 12,0)	$P_{1-2}<0,001$ $P_{1-3}<0,05$ $P_{1-5}>0,05$ $P_{2-3}<0,05$ $P_{3-4}>0,05$
II	7,0 (4,0; 8,25)		5,0 (3,75; 8,0)	
III	9,0 (5,0; 11,0)		6,0 (10,0; 5,75)	
IV	10,0 (6,0; 12,0)		6,0 (4,0; 9,0)	
V	10,0 (8,0; 12,0)		11,0 (9,0; 16,0)	

Таблица 4 - Оценка достоверных различий показателя ригидности

Группы (n=30)	(n=30)	(n=30)	(n=15)	(n=15)	
I	II	III	IV	V	P
24,0 (22,0;28,0)	22,0 (20,50;24,25)	25,0 (24,0;28,0)	24,0 (19,0;25,0)	28,0 (24,0;31,0)	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$ $P_{1-5} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{3-4} > 0,05$