

УДК 616.89:159.922.4(575.2)

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПОСТСТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов

В процессе реабилитации лиц с постстрессовыми расстройствами изучены клинико-психологические особенности аффективного спектра посттравматического стрессового расстройства. В результате выделена наиболее эффективная модель психокоррекции с учетом этнокультуральных особенностей в условиях Кыргызстана.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; тревога; депрессия; когнитивно-поведенческая терапия; этнокультуральные факторы; модель психокоррекции.

КЫРГЫЗСТАНДА СТЕССТЕН КИЙИНКИ БУЗУУЛУЛАР МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДЫ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮДӨ ПСИХОЛОГИЯЛЫК КОРРЕКЦИЯНЫН АКТУАЛДУУ ЫКМАЛАРЫ

Стресстен кийинки оорулар менен ооруган адамдарды калыбына келтирүү процессинде стресстик бузулуудан жабыркагандан кийинки аффективдүү спектрдин клиникалык-психологиялык өзгөчөлүктөрү изилденди. Анын жыйынтыгында Кыргызстандын шартында этномаданий өзгөчөлүктөрдү эске алуу менен психологиялык коррекциялоонун бир кыйла натыйжалуу модели бөлүнүп чыкты.

Түйүндүү сөздөр: жаракат алуудан кийинки стресстик бузулуу; кооптонуу; депрессия; когнитивдик жүрүм-турум терапиясы; этномаданий факторлор; психокоррекциянын модели.

ACTUAL APPROACHES OF PSYCHOCORRECTION IN REHABILITATION OF PERSONS WITH POSTSTRESS DISORDERS IN KYRGYZSTAN

M.R. Suiaimanova, R.B. Sulaimanov

In the process of rehabilitation of people with poststress disorders, clinical and psychological features of the affective spectrum of posttraumatic stress disorder were studied. As a result, the most effective model of psychocorrection has been singled out, taking into account ethno-cultural peculiarities in the conditions of Kyrgyzstan.

Keywords: posttraumatic stress disorder; anxiety; depression; cognitive-behavioral therapy; ethnocultural factors; psychocorrection model.

Выраженное стигматизированное отношение к психическими нарушениям затрудняет процесс своевременного обращения к специалистам в области психического здоровья в Кыргызской Республике [1–3]. Доминирующая соматоцентрированная модель болезни у врачей-интернистов и соматизация аффекта у пациентов с так называемыми амбулаторными психическими расстройствами [1–4] создают предпосылки для многочисленных, часто нецелесообразных, назначений медицинских обследований и препаратов, а также к стагнации или прогрессированию аффекта, резистентности к проводимой терапии и кумуляции данных пациентов в общей соматической сети

[1, 3, 4]. При неэффективности традиционной терапии или появлении выраженных психических проявлений, противоречащих социальным нормативам, пациенты предпочитают посещение народных целителей и “молдо” (в переводе с кыргызского и других тюркских языков – “священнослужители”) [3, 4]. Дефицит квалифицированных специалистов и условий для проведения современных видов исследований и терапии в области психического здоровья усугубляет трудности в реформах по улучшению качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами.

При нарушениях, возникших в результате дистресса, используются методы когнитивно-

поведенческого направления [4–7], наиболее разработанные для военнослужащих, принимавших участие в военных действиях во Вьетнаме (“вьетнамский синдром”), Афганистане (“афганский синдром”) и других “горячих точках” планеты [8–11]. Вместе с тем, классические психотерапевтические техники, успешно применяемые для лечения лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в США и странах Европейского региона, недостаточно эффективны применительно к культуральным особенностям населения Кыргызстана.

Адаптированных методов психокоррекционного воздействия на ПТСР и хроническое изменение личности после переживания катастрофы (МКБ 10: F62.0) [12], с учетом этнокультуральных особенностей в условиях КР, в литературе не описано.

В связи с этим изучение клинико-психологических особенностей аффективных нарушений в процессе развития постстрессовых расстройств и поиск наиболее оптимальных моделей психокоррекционного вмешательства в условиях исследуемого региона являются актуальной задачей в области развития здравоохранения КР.

Цель исследования – изучить структуру аффективного синдрома у пациентов с ПТСР в процессе психокоррекции для определения наиболее эффективной модели терапии, применительно к этнокультуральным особенностям в условиях Кыргызстана.

Задачи исследования:

1. Идентифицировать уровень ПТСР.
2. Изучить динамику уровня аффекта с учетом уровня агрессивности и одиночества в исследуемых группах пациентов в процессе психокоррекции.
3. Выделить наиболее эффективную модель психокоррекции пациентов с постстрессовыми расстройствами в условиях исследуемого региона.

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 пациентов, в возрасте от 18 до 55 лет с верифицированным диагнозом, соответствующим ИДК МКБ-10: “ПТСР” (F43.1) [12], на базе областных больниц (г. Ош, г. Джалал-Абад), Республиканского центра психического здоровья, Центра реабилитации лиц с ограниченными возможностями при Госагентстве социального обеспечения при правительстве КР, Клинической больницы УДПиП КР. Критериями исключения являлись пациенты с urgentными состояниями, инфекционными и онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга. В процессе КПТ, адаптированной нами для культуральных особенностей исследуемого

региона, в зависимости от подходов психокоррекции выделены следующие исследовательские группы: I (контрольную) составили 32 человека – представители разнородной этнической принадлежности, которым проведено 12 сессий КПТ по 50 минут в индивидуальном порядке. II группа – 36 респондентов, из которых было сформировано 3 гомогенные подгруппы по выбору респондента (по 12 представителей однородного этноса в каждой), которым проводился курс психокоррекции, состоящий из последовательных этапов: *первый этап* включал когнитивное консультирование и индивидуальную психотерапию в технике КПТ по 12 сессий с каждым пациентом, *на втором этапе* – когнитивное консультирование и групповая психотерапия пациентов – в гомогенных группах (10 сессий), *на третьем этапе* – проведение групповой КПТ в гетерогенных группах (10 сессий). Оценка результатов исследования проводилась в начале и по окончании психокоррекции посредством полустандартизованного интервью. Нами применялись стандартизованные шкалы: Миссисипская шкала уровня тяжести ПТСР, шкалы по определению уровня депрессии Цунга, тревожности Спилбергера – Ханина, тревоги-депрессии Гамильтона, агрессивности Басса – Дарка, одиночества UCLA. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Идентификация уровня тяжести ПТСР у исследуемого контингента респондентов перед проведением КПТ выявила средний показатель ПТСР, соответствующий высокому уровню $111 \pm 1,6$, ($p < 0,01$) (таблица 1). Уровень агрессивности соответствовал повышенному ($52,4 \pm 2,4$; $p < 0,05$), уровень одиночества соответствовал уровню между средним и высоким ($38,9 \pm 1,4$; $p < 0,05$) (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Идентификация уровня тяжести ПТСР, агрессивности, одиночества у исследуемого контингента перед проведением КПТ

Шкалы	Уровень тяжести ПТСР, агрессивности, одиночества (M ± m, при p < 0,05)
Миссисипская (ПТСР)	111 ± 1,6
Басса – Дарка (агрессивность)	52,4 ± 2,4
UCLA (одиночество)	38,9 ± 1,4

Таким образом, результаты исследования свидетельствовали о наличии высокого уровня ПТСР ($p < 0,05$), повышенного уровня агрессивности и одиночества ($p < 0,05$) у исследуемого контингента пациентов.

В начале исследования средний уровень ситуативной тревожности составил $48,2 \pm 1,1$ ($p < 0,01$), что соответствовало высокому; уровень личностной тревожности $50,4 \pm 0,7$ ($p < 0,01$) – соответствовал высокому; экспертная оценка уровня тревоги, измеренная шкалой Гамильтона, подтвердила высокий уровень тревоги ($26,1 \pm 0,9$) у исследуемого контингента пациентов ($p < 0,01$). Средние значения субъективно оцениваемой депрессии по шкале Цунга соответствовали уровню депрессии между легкой и умеренной степенью выраженности ($59,5 \pm 1,2$; $p < 0,05$). Экспертная оценка депрессии определила уровень депрессии ($16,4 \pm 0,7$; $p < 0,05$), свидетельствующий о наличии депрессии средней степени тяжести (таблица 2).

Таблица 2 – Идентификация среднего уровня аффекта у исследуемого контингента респондентов

Уровень аффекта у пациентов с ПТСР (n = 68)	M ± m	P
Ситуативная тревожность по Спилбергеру –Ханину	$48,2 \pm 1,1$	$< 0,01$
Личностная тревожность по Спилбергеру – Ханину	$50,4 \pm 0,7$	$< 0,01$
Тревога по Гамильтону	$26,1 \pm 0,9$	$< 0,01$
Депрессия по Цунгу	$59,5 \pm 1,2$	$< 0,05$
Депрессия по Гамильтону	$16,4 \pm 0,7$	$< 0,01$

Таким образом, уровень тревоги, измеренный самооценочными и экспертной шкалами, соответствовал высокому, при этом субъективно оценивае-

мая депрессия соответствовала уровню депрессии между легкой и умеренной степенью выраженности, экспертная оценка определила депрессию средней степени тяжести.

В результате психокоррекции у пациентов I группы показатели ситуативной тревожности снизились до $46,1 \pm 2,4$ ($p < 0,01$), уровень личностной тревожности – до $49,4 \pm 1,6$ ($p < 0,01$); по шкале Гамильтона уровень тревоги снизился до среднего ($23,8 \pm 1,9$; $p < 0,05$); пациентов II группы уровень ситуативной тревожности – до $40,5 \pm 1,5$, ($p < 0,01$), уровень личностной тревожности понизился до $47,1 \pm 2,7$ ($p < 0,01$), по шкале Гамильтона – до $19,7 \pm 0,9$ ($p < 0,05$), что соответствует средним показателям. Показатели уровня депрессии по шкале Цунга отражали снижение уровня депрессии у пациентов I группы и соответствовали верхним показателям нормы ($48,8 \pm 3,2$; $p < 0,05$), а также выраженное снижение ($p < 0,05$) у пациентов II группы до нормального уровня ($47,5 \pm 0,65$), причем показатели уровня депрессии у пациентов II группы оказались достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов I группы. Показатели депрессии, измеренные экспертной шкалой Гамильтона, у пациентов I группы соответствовали уровню между нормальными показателями и легкой степенью выраженности ($7,9 \pm 2,14$; $p < 0,05$), при том, что у пациентов II группы показатели соответствовали уровню между нормальным и легко выраженным ($7,7 \pm 0,87$; $p < 0,05$) и были ниже, чем у пациентов I группы. Уровень агрессивности у респондентов I группы снизился до $47,8 \pm 1,34$, у пациентов II группы – до $47,1 \pm 1,9$, ($p < 0,05$), уровень одиночества в I группе снизился до $45,4 \pm 2,4$, у пациентов II группы – до $43,5 \pm 1,8$, ($p < 0,05$) (таблица 3).

Таким образом, снижение уровня аффекта, агрессивности и одиночества в результате

Таблица 3 – Показатели уровня аффекта, агрессивности и одиночества у пациентов I и II групп в результате психокоррекции

Уровень аффекта, агрессивности, одиночества в результате психокоррекции	I группа (n = 32) M ± m	P	II группа (n = 36) M ± m	P
Ситуативная тревожность	$46,1 \pm 2,4$	0,01	$40,5 \pm 1,5$	0,01
Личностная тревожность	$49,4 \pm 1,6$	0,01	$47,1 \pm 2,7$	0,01
Тревога по Гамильтону	$23,8 \pm 1,9$	$< 0,05$	$19,7 \pm 0,9$	$< 0,05$
Депрессия по Цунгу	$48,8 \pm 3,2$	$< 0,05$	$47,5 \pm 0,65$	$< 0,05$
Депрессия по Гамильтону	$7,9 \pm 2,14$	$> 0,05$	$7,7 \pm 0,87$	$< 0,05$
Агрессивность	$47,8 \pm 1,34$	$< 0,05$	$47,1 \pm 1,92$	$< 0,05$
Одиночество	$45,4 \pm 2,48$	$< 0,05$	$43,5 \pm 1,75$	$< 0,05$

психокоррекции свидетельствует об эффективности когнитивного консультирования и КПТ, адаптированных к этнокультуральным особенностям пациентов с посттравматическим стрессом. Тем не менее, в результате КПТ показатели аффекта, одиночества и агрессии у респондентов I группы в целом оказались относительно выше, чем у респондентов II группы, подвергавшихся трехступенчатой психокоррекции (уровень тревоги снизился до $23,8 \pm 1,9$ (I группа; $p < 0,01$) и до $19,7 \pm 0,9$ (у пациентов II группы; $p < 0,01$); показатели уровня депрессии снизились до $7,9 \pm 2,2$ (I группа; $p < 0,05$) и до $7,7 \pm 0,87$ (II группа; $p < 0,05$), уровень агрессивности снизился до $47,8 \pm 1,34$ (I группа; $p < 0,05$) и до $47,1 \pm 1,9$ (II группа; $p < 0,05$), уровень одиночества в I группе снизился до $45,4 \pm 2,4$ и до $43,5 \pm 1,8$, (III группа; $p < 0,05$).

Выводы

1. Повышенный уровень тревоги и депрессии у исследуемого контингента является фактором, способствующим стагнации ПТСР.
2. Клинико-психологические механизмы – одиночество и агрессивность – являются взаимообуславливающими факторами высокого уровня тревоги и депрессии.
3. Модель психокоррекции, состоящая из следующих последовательных этапов: индивидуальное когнитивное консультирование (I этап) → КПТ в гомогенных группах (II этап) → КПТ в гетерогенной группе (III этап) – наиболее эффективна в процессе реабилитации лиц с ПТСР, развившемся в результате межэтнических противоречий, с учетом культуральных особенностей в условиях КР.

Литература

1. *Краснов В.Н.* Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 4. С. 5–13.
2. *Тен В.И.* Введение в стрессологию: учебное пособие / В.И. Тен, Н.П. Фетисова, М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КPCУ, 2016. 129 с.
3. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КPCУ, 2011. 318 с.
4. *Сулайманова М.Р.* Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КPCУ, 2014. 128 с.
5. *Бек Дж.С.* Когнитивная терапия: полное руководство (Cognitive Therapy: Basics and Beyond). М.: Вильямс, 2006. ISBN 5-8459-1053-6.
6. *Ричард Нельсон-Джоунс.* “Рационально-эмотивное бихевиористское (поведенческое) консультирование” и “Когнитивное консультирование” // Теория и практика консультирования. СПб.: Питер Пресс, 2000.
7. *Солсо Р.* Когнитивная психология / Р. Солсо. 6-е изд. Серия “Мастера психологии”. СПб.: Питер, 2011. 589 с.
8. *Shapiro F* (2001). EMDR: Eye Movement Desensitization of Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 472. ISBN 1-57230-672-6. OCLC 46678584.
9. *Koons C.R., Robins C.J., Tweed J.L., Lynch T.R., Gonzalez A.M., Morse J.Q., Bishop G.K., Butterfield M.I., & Bastian L.A.* (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline Personality Disorder // Behavior Therapy, 32, 371–390.
10. *Eric Kuhn et al.* Telemental Health Approaches for Trauma Survivors / Eric Kuhn, Julia E. Hoffman, Josef I. Ruzek // Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. 2015. P. 461–476.
11. Review of the impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic, by Ruth A. Lanius, Eric Vermetten, & Clare Pain (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2010. xvii+315 pp. ISBN 978-0-52188-026-8. Hardback.
12. МКБ-10 (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб., 1994. 360 с.