

*В. В. Стеблюк, К. В. Проноза-Стеблюк*  
**ТРАВМА ТА ТРАВМАТЕРАПІЯ: ІСТОРІЯ ТА СЬОГОДЕННЯ**

*В. В. Стеблюк, К. В. Проноза-Стеблюк*  
**Травма и травматерапия: история и современность**

*V. V. Stebliuk, K. V. Pronoza-Stebliuk*  
**Trauma and traumatherapy: history and modernity**

Стаття присвячена історії розвитку вчення про психотравму та поєднані з нею розлади здоров'я, а також сучасним методам психотерапії, що застосовують для лікування та реабілітації пацієнтів з наслідками психотравматичних подій.

Вчення про травму бере свій початок з робіт німецького невролога Альберта Ойленбурга, а сам термін і одна з перших теорій травматичного неврозу належать Герману Оппенгейму. Чималий внесок у розвиток наукових теорій та практики психотерапії привнесли роботи Жан-Мартена Шарко, П'єра Жане. Еміль Вільгельм Магнус Георг Крепелін дав опис неврозу переляку (гострого стресового розладу) і травматичного неврозу. Зигмунд Фрейд взяв в фокус уваги власне процес травматизації, а також умови, при яких вона відбувається. Девід Ідер 1916 року першим адаптував до воєнних розладів теорію Фрейда про неврози, Рой Грінкер і Джон Шпігель досліджували «військовий невроз» під час Другої світової війни. Уолтер Меннінгер в США, Уілфред Біон і його колеги в Англії виявили важливість групової психотерапії і лікування в «терапевтичних спільнотах» пацієнтів, травмованих війною.

На сьогодні найбільш ефективно використовують такі методики травматерапії: CBT — Cognitive Behavioral Therapy — Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), різновид КПТ — Травма-фокусована КПТ (ТФ КПТ), яку найчастіше використовують у роботі з посттравматичним стресовим розладом. У ТФ КПТ є багато різних підвидів (Імагінативна експозиція, Когнітивна процесуалізація тощо). Також доведено ефективними є Модель лікування травми SEE FAR CBT, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Триступенева модель лікування психотравм за JANET.

**Ключові слова:** психотравма, травматичний невроз, травма-фокусована психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія

Стаття посвящена истории развития учения о психотравме и сочетанных с ней расстройствах здоровья, а также современным методам психотерапии, применяемым для лечения и реабилитации пациентов с последствиями психотравмирующих событий.

Учение о травме берет свое начало с работ немецкого невролога Альберта Ойленбурга, а сам термин и одна из первых теорий травматического невроза принадлежат Герману Оппенгейму. Значительный вклад в развитие научных теорий и практики психотерапии привнесли работы Жан-Мартена Шарко, Пьера Жане. Эмил Вильгельм Магнус Георг Крепелин дал описание невроза испуга (острого стрессового расстройства) и травматического невроза. Зигмунд Фрейд взял в фокус внимания собственно процесс травматизации, а также условия, при которых она происходит. Дэвид Идер в 1916 году первым адаптировал к военным расстройствам теорию Фрейда о неврозах, Рой Гринкер и Джон Шпигель продолжали исследования «военного невроза» во время Второй мировой войны. Уолтер Меннингер в США, Уилфред Бион и его коллеги в Англии доказали важность групповой психотерапии и лечения в «терапевтических сообществах» пациентов, травмированных войной.

На сегодня наиболее эффективно используют следующие методики травматерапии: CBT — Cognitive Behavioral Therapy — когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), разновидность КПТ — Травма-фокусированная КПТ (ТФ КПТ), которую чаще всего используют в работе с посттравматическим стрессовым расстройством. В ТФ КПТ — много разных подвидов (Имагинативная экспозиция, Когнитивная процессуализация и т. п.). Также доказанно эффективны модель лечения травмы SEE FAR CBT; EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); Трехступенчатая модель лечения психотравм по JANET.

**Ключевые слова:** психотравма, травматический невроз, травма-фокусированная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия

The article is devoted to the history of the development of the knowledges of psychotrauma and combined with it health disorders, and modern methods of psychotherapy, that used to rehabilitation of patients with the consequences of psychotraumatic events.

The doctrine of trauma originates from the publications of the German neurologist Albert Oylenburg, and the term and one of the first theories of traumatic neurosis belong to Hermann Oppenheim. A significant contribution to the development of scientific theories and practice of psychotherapy brought the work of Jean-Martin Charcot, Pierre Janet. Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin described the neurosis of fright (acute stress disorder) and traumatic neurosis. Sigmund Freud took into focus the actual process of traumatization, as well as the conditions under which it occurs. David Ider in 1916 was the first to adapt Freud's theory of neuroses to military disorders, Roy Grinker and John Spiegel continued the studies of the "military neurosis" during World War II. Walter Menninger in the USA, Wilfred Bion and his colleagues in England have proved the importance of group psychotherapy and treatment in the "therapeutic communities" of patients traumatized by the war.

To date, the following methods of traumatherapy are most effectively used: CBT — Cognitive Behavioral Therapy, a type of CBT is Trauma-focused CBT (TF CBT), which is most often used in the work with PTSD. In TF CBT, there are many different subspecies (imaginary exposure, cognitive process, etc.). Also have been shown for the treatment of SEE FAR CBT; EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); Three-stage model of treatment of psycho-trauma by JANET.

**Key words:** psychotrauma, traumatic neurosis, Trauma-focused psychotherapy, Cognitive Behavioral therapy

Події останніх чотирьох-п'яти років в українській історії стали надзвичайно насиченими на різного роду соціальні потрясіння, які, безумовно, стають психотравмуючими чинниками як для окремих осіб, так і для цілих груп людей, дотичних до цих подій. Революція гідності з першими жертвами — Героями Небесної сотні, перші загиблі на Сході України, трагічні події в Одесі травня 2014, сотні тисяч внутрішньо переміщених осіб, що залишали

свої домівки під вибухи обстрілів (неважливо з чієї сторони) — таким був початок періоду новітньої історії України, в якій фактично заново довелось створюватись та швидко навчатись професійній психотерапевтичній спільноті.

На сьогодні — п'ятий рік неоголошеної війни, близько десяти тисяч загиблих (кожен з яких був для когось рідним та близьким), десятки тисяч поранених, сотні тисяч жертв воєнної психічної травми. Відповідно українська психіатрія, психологія, психотерапія всі ці роки розвивалась день від дня, інтегруючи світовий досвід, накопичуючи

чи власний. Настане час, і наші здобутки, досвід складуть підґрунтя нових шкіл, напрямків, увійдуть у золотий фонд психотерапевтичної науково-практичної спадщини, так само як увійшли здобутки класиків та корифеїв-дослідників психічної травми та травматерапії.

Поняття психічної травми в практику психіатрії запровадив Альберт Ойленбург (Albert Eulenburg — німецький лікар, психіатр і фармаколог) 1878 року, зокрема в друкованому вигляді вперше використано в монографії "Physiology and pathology of the sympathetic system of nerves" видавництва J. & A. Churchill (1879), а сам термін і одна з перших теорій травматичного неврозу належать Герману Оппенгейму (H. Oppenheim (1858—1919), який вперше сформулював її в 1880-х роках. Ґрунтуючись на спостереженнях 1883—1888 рр., молодий невролог помітив, що жінки і чоловіки страждали від нервової і психічної симптоматики внаслідок пережитих нещасних випадків. 1889 року Оппенгейм опублікував монографію з травматичного неврозу. Матеріали цієї монографії також увійшли до підручника з нервових хвороб [1].

В подальшому теорію травми розвивав відомий невролог та психіатр Жан-Мартен Шарко (1825—1893), що знайшло своє відображення у збірнику «Клінічні лекції з нервових хвороб» (1885), а також не менш відомий його учень П'єр Жане [2] Розвиваючи теорію та переходячи все більше до клінічної практики, П'єр Жане бачив своїм завданням допомогти людині асимілювати хвилююче переживання, зробити його доступним рефлексії, пам'яті, відновити психічну рівновагу, стабілізувати загальну динамічну картину організму. Жане розробив фазово-орієнтовану терапію, що включала три стадії роботи: стабілізація, або зняття гострої симптоматики; робота з травматичними спогадами; реінтеграція та реабілітація особистості [3].

Еміль Вільгельм Магнус Георг Крепелін (1858—1926) — німецький психіатр, який відомий як основоположник сучасної нозологічної концепції в психіатрії та класифікації психічних захворювань, 1900 року дав опис неврозу переляку (гострого стресового розладу) і травматичного неврозу, які актуальні й досі.

Крепелін дає такий опис «травматичного неврозу»: «... не тільки після важких, але і після зовсім незначних нещасних випадків, іноді навіть без того, щоб трапилося поранення, можуть залишитися постійні, навіть з плином часу все частіші розлади, які, загалом, становлять суміш пригніченості, плаксивості і слабовілля з неприємними відчуттями, болем і розладом рухів. Головний біль, відчуття запаморочення, слабкість, тремтіння, напруженість м'язів, нерозмірність рухів, розлади ходи, незвичайні неприємні відчуття і біль всякого роду заважають йому постійно ... Настрій пригнічений, плаксивий або похмурий, роздратований. До сильного напруження волі хворі не здатні, дуже швидко втомлюються при всякому завданні, малодушно припиняють свої спроби після безуспішних зусиль ...». Часто до картини травматичного неврозу домішують ще іншого роду риси, іноді істеричні симптоми хвороби, навіть явища, що схожі на залишки мозкових уражень (однобічна глухота або атрофія очного нерва, епілептиформні припадки), алкогольні або атеросклеротичні розлади [4].

«Батько психоаналізу» Зигмунд Фрейд взяв в фокус уваги власне процес травматизації, а також умови, при яких вона відбувається, і від яких залежить наявність наслідків. Оригінальним в його ранньому психоаналізі є припущення, що травматичним може бути не тільки реальна, але і фантазійна подія: «Травматичний вплив може

бути наданий будь-якій події, що спричиняє болісне відчуття страху, жаху, сорому, душевного болю; і, зрозуміло, від сприйнятливості (вразливості) потерпілого (так само як і від умов, зазначених нижче) залежить ймовірність того, що ця подія набуде характеру травми». ... «Психічна травма або спогад про неї діє подібно чужорідному тілу, яке після проникнення всередину ще довго залишається чинним ушкоджуючим фактором» [5]. Фрейд наголошує, що зниження гостроти переживань істотно залежить від того, чи відразу після травматичного впливу настала зазначена реакція на нього або ж для такої реакції не було можливості або вона була вимушено пригнічена».

Особливо варто відзначити роботи З. Фрейда з проблеми неврозу воєнного часу. Невроз воєнного часу, як окрема форма психопатології, згадується в двох роботах Фрейда, написаних 1915 року («Своєчасні думки про війну і смерті») і 1919 року (Передмова до збірки «Психоаналіз і військові неврози»). Окремо варто пригадати та відзначити доповідь З. Фрейда на 5-му Міжнародному психоаналітичному конгресі в Будапешті (28—29.09.1918), де на секції «Психоаналіз і неврози воєнного часу» виступили також Карл Абрахам, Ернст Зіммель і Шандор Ференці. Доповідь Фрейда мала більш клінічний напрямок, здебільшого висвітлювала питання терапії неврозів, що потім знайшло своє відображення у спеціальному Меморандумі, підготовленому на замовлення Австрійського військового міністерства.

Для сьогодення української військово-медичної психології надзвичайно сучасною та важливою є думка Фрейда про те, що інтерес до воєнних неврозів з боку офіційних структур згасає після закінчення війни. Справедливість цієї тези підтверджено часом і простором (Перша і Друга Світові війни, локальні військові конфлікти аж до В'єтнамської кампанії США, соціально-психологічні проблеми ветеранів якої стали потужним поштовхом для розвитку психології військово-медичного напрямку).

Що ж стосується послідовників З. Фрейда, то Девід Ідер (David Eder) 1916 року під час першої світової війни першим адаптував до воєнних розладів теорію Фрейда про неврози як результат психічного конфлікту, розглядаючи розлад як конфлікт між почуттям обов'язку і несвідомим бажанням вижити [6].

Абрам Кардінер, відомий тим, що був проаналізований (супервізований) самим Фрейдом, 1941 року опублікував книгу, що ґрунтувалася на його досвіді роботи з ветеранами Першої світової війни [7]. Цю книгу майже через 80 років з дня її видання сьогодні багато фахівців розглядають як фундаментальну працю, що визначила погляд другої половини двадцятого століття на посттравматичний стресовий розлад. Саме А. Кардінер вперше описує, серед інших детальних клінічних даних, що пацієнти, які страждають від «травматичних неврозів», розвивають постійну «понаднастороженість» і чутливість перед обличчям зовнішніх загроз, заявивши, що цей комплекс є фізіоневрозом, який формується на полі бою в процесі виживання і зберігається в хронічній формі. Він писав, що «реальний урок Першої світової війни і хронічні випадки вказують на те, що цей синдром треба лікувати негайно, щоб запобігти консолідацію неврозу в його хронічні і часто важковиліковні форми». Він визначив травматичний невроз як «фізіоневроз». Він вперше дав комплексний опис симптоматики й окреслив синдроматику цього явища («Центральний фізіоневроз):

- збудливість і дратівливість;
- нестримний тип реагування на раптові подразники;
- фіксація на обставинах травматичної події;

- відхід від реальності;
- схильність до некерованих агресивних реакцій.

Рой Грінкер і Джон Шпігель досліджували «військовий невроз» під час Другої світової війни. Їхня книга «Чоловіки в стресі» не тільки описує феномени, що спостерігаються у військових, а й містить описи їх психодинаміки [8].

Дуже цікавим, на наш погляд, видається пояснення стану комбатантів після повернення в мирне життя, що виходить за рамки традиційних уявлень про травматичний невроз: надзвичайно пасивні і залежні тенденції часто виявляються в основі багатьох симптомів синдрому «оперативної втоми» — евфемізму, за допомогою якого військові неврози позначають в Військово-повітряних силах країн НАТО. Невротичні симптоми самі по собі не є специфічними і є лише показником стану тривоги, що її спричинили не основні тенденції, а той факт, що вони перебувають в конфлікті з іншими силами. Потреба в любові, необхідність емоційної підтримки та піклування створює сильні стимули для задоволення, які зазвичай піддаються фрустрації, тому що таку величезну кількість пасивного задоволення рідко можна досягти дорослим в реальному житті. Звідси — конфлікт між сильним бажанням і реальністю, що розчаровує. З іншого боку, частини особистості пацієнта не можуть допускати прямого або достатнього задоволення його дитячої потреби в любові і турботі, і в цьому разі розвивається інтрапсихічний конфлікт. Треба наголосити, що в цієї роботі увага надається тому факту, що психічні порушення у ветеранів здебільшого розвиваються вже після повернення, з чим власне ми сьогодні стикаємось у ветеранів російсько-української війни.

Так чи інакше, більшість авторів як психоаналітичного, так і біхевіорального напрямків, описували «військовий синдром» як «фізіоневроз», реакцію на катастрофічні події. На противагу цьому, Грінкер і Шпігель постулюють його належність до категорії психоневрозів в традиційному психоаналітичному сенсі — як невротичного комплексу, що породжений конфліктом та слугує цілям обмеження і контролю потягів. При цьому вони описують двостій характер конфлікту, що лежить в його основі — інтрапсихічний і екстрапсихічний. Грінкер і Шпігель вважали, що зцілення лежить в заспокоєнні. У поєднанні з підтримкою терапевта ця техніка, за спостереженням авторів, дозволяє інтегрувати сильні емоційні переживання пацієнта.

Після закінчення Другої світової війни внесено кілька доповнень до сфери розуміння і лікування травматичних синдромів. Уолтер Меннігер в США, Біон і його колеги в Англії виявили важливість групової психотерапії і лікування в «терапевтичних спільнотах» пацієнтів, травмованих війною.

Дослідник травми Горовіц В. Б. розглядає механізм травми як конфлікт: «Внаслідок травматичного досвіду в індивіда актуалізується конфлікт між старим і новим образами Я, який породжує сильні негативні емоції; щоб позбутися від них, людина намагається не думати про травму і її реальні і можливі наслідки, в результаті чого травматичні сприйняття виявляються недостатньо переробленими. Проте, вся інформація зберігається в пам'яті, причому в досить активному стані, спричиняючи мимовільні спогади; проте як тільки переробка цієї інформації буде завершена, уявлення про травматичну подію з активної пам'яті стираються». Фактор зовнішнього впливу автор визначив як «травматичну стресову подію», що несе абсолютно нову інформацію, яку індивід повинен інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Кристал (John H. Krystal) — професор психіатрії в Єльському університеті, експерт в галузі фармакології та нейробиології) з 1988 розробляє інформаційно-процесуальну модель переробки психічної травми, що включає думку про те, що тривога є сигналом до мобілізації і захисту. Екстремальні умови війни оживляють примітивні форми реагування, відбувається регресія, яка шукає і знаходить той стан, який є найбільш адаптивним в цих умовах. Нівелюється сублімація і символізація, щоб звільнити місце безпосередньому прояву інстинктів, знімаються табу. Паралельно йде засвоєння нових правил, цінностей, навичок. Це лягає в основу формування нової — мілітарної — ідентичності, підтримуване групою динамікою і перебуванням в середовищі підвищеної небезпеки. Докорінно змінюється як сприйняття себе, так і ставлення до навколишнього світу [9].

В останні півстоліття, а особливо в перші десятиліття XXI століття, інтерес до травми як форми психопатології та водночас причини розладів ментального здоров'я підвищується водночас зі збільшенням частоти природних та техногенних катастроф, воєнних конфліктів, терористичних атак. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), як і інші розлади, пов'язані зі стресом, міцно увійшли у повсякдення військових та цивільних медиків, психологів, фахівців соціальної сфери.

Події Революції гідності, а потім агресія Російської Федерації та нав'язана нею війна на Сході України стали, з одного боку, факторами, що спричинили стрімке (майже катастрофічне) збільшення випадків стрес-індукованої патології (зокрема, пов'язаної з істиною травмою), з іншого боку — стали рушієм для медичної, психологічної науки та практики, які об'єдналися в пошуку адекватної відповіді на виклики сьогодення. І саме пошук нових методик лікування, психокорекції, медико-психологічної реабілітації та психосоціальної реадaptaції постраждалих внаслідок травми є актуальним завданням для мультидисциплінарних команд фахівців у галузі ментального здоров'я [10].

Щодо сучасних методів травматерапії, то ще на конференції 2008 р., присвяченій практичним рекомендаціям з лікування ветеранів з контузією, ПТСР та боєм, що була організована Департаментом США у справах ветеранів та Національним Центром ПТСР, основним методом роботи з наслідками контузії визнано когнітивно-поведінкову терапію (КПТ).

*Practice Guideline* для лікування пацієнтів з ПТСР рекомендують як лікування першої лінії когнітивно-поведінковою терапією, включаючи когнітивну обробку, тривалий вплив і десенсибілізацію, враховуючи що значуща ефективність лікування була досягнута в зазначених методах лікування і підтримувалася в кінці п'ятирічного спостереження (Resick P. A., Nishith P., Weaver T. L., 2002) [11].

Вихідні дані двох програм лікування ПТСР (Енн-Арбор і Цинциннаті) забезпечують попередню підтримку рекомендацій консенсусу щодо дотримання наявних методів, що ґрунтуються на фактичних даних.

Ці пілотні дані вказують на те, що ветерани з ПТСР і одночасно з mTBI (*Mild Traumatic Brain Injury* — м'яка травматична травма мозку) виграють від тривалого лікування або когнітивної обробки ніж ветерани з тільки ПТСР. Отже, було досягнуто згоди про те, що ветерани, які відчувають mTBI і/або біль поряд з ПТСР, повинні мати можливість отримати два кращих методи, що ґрунтуються на доказах, в практичних рекомендаціях VA/DoD для ПТСР, тривалої терапії впливу або когнітивної обробки, в разі лікування медикаментами вкрай важливо

забезпечити адекватне дозування. Хоча багато практикуючих лікарів знають, що вони «починають низько і повільно», але часто не дотримуються титрування до повністю корисних доз ліків. Можливо, повинні бути профілі ризику і користі, встановлені до вибору/призначення ліків.

Наприклад, ветерану можна було б сказати, що ліки: «А» — (як-от центральний стимулятор) можуть допомогти вашим симптомам мТБІ у втраті пам'яті або зменшенні концентрації уваги, але можуть не допомогти з симптомами ПТСР;

«В» — або, можливо, можуть погіршити ваш ПТСР.

Антидепресант, який корисний при ПТСР, може бути протипоказаний після мТБІ через наявність антихолінергічних або седативних побічних ефектів. Два селективних інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), сертралін і пароксетин мають схвалення FDA як рекомендовані препарати першої лінії в лікуванні ПТСР. Був досягнутий консенсус щодо того, що обидва вони вказані для ветеранів з ПТСР з або без супутніх мТБІ і/або болю [12, 13, 20, 21].

### CBT — Cognitive Behavioral Therapy Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Когнітивно-поведінкова терапія — метод, зосереджений на відтворенні в уяві, експозиції в реальності (практичний досвід в реальних умовах) та оновленому когнітивному оформленні (нова уявна конструкція).

Різновидом КПТ є ТФ КПТ, що найчастіше використовують у роботі з ПТСР. У ТФ КПТ багато різних підвидів (Імагінативна експозиція; Когнітивна процесуалізація: пролонгована експозиційна терапія — ПЕТ КПТ, когнітивно-процесуальна терапія — СРТ тощо).

У більшості оглянутих статей та *Guides* когнітивно-поведінкову терапію називають методом вибору при роботі із депресією, ПТСР, генералізованим тривожним розладом, розладом адаптації та іншими розладами. Однак, в багатьох оглядах говорять про те, що ефективність КПТ для військових — нижча, ніж для цивільних. Звичайно, *Guidelines* за грифом Департаменту у справах ветеранів є для багатьох розладів. Але вони фактично нічим не відрізняються від цивільних протоколів. Зокрема, у *Guidelines* для лікування депресії є лише один абзац, де описується терапевтичний випадок ветерана, а у *Guidelines* з когнітивно-процесуальної терапії — два [13, 14].

### Модель лікування травми SEE FAR CBT

1. SE — Somatic Experience — техніка ґрунтується на фізичній пам'яті (пам'яті тіла), яка записана в лімбічній системі мозку.

Процес являє собою фокусування (*Focusing*) як на позитивних відчуттях і чуттєвих ресурсах організму, так і на негативних відчуттях, для звільнення (*Discharge*) від напруження, що накопичилося, та стресу.

2. FR — Fantastic Reality — техніка, в основі якої прострір «як ніби» і використання уяви.

Люди, що пережили травматичну подію, користуються виразом: «... якщо б тільки ...» (*If only ...*), тобто шляхом, який не дозволяє їм побудувати нову інтерпретацію події, яку легше було б прийняти, і не дозволяє виробити гнучкий спосіб подолання наслідків травми.

Підхід FR заохочує використання уяви і фантазії, а не тільки реальність. Це являє собою дієвий засіб в побудові альтернативної історії травми (Ця інформація базується на моделі проф. М. Лахад, 2005—2006) [15].

### EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Десенсибілізація і переробка рухом очей (ДПРО) — це високоефективний спосіб лікування психічних розладів, здебільшого, пов'язаних з психотравмою.

1987 року психолог Др. Френсін Шапіро випадково виявила, що рухи очей, в певних умовах, можуть значною мірою знизити інтенсивність тривожних думок. Вона досліджувала це явище на науковому рівні і 1989 року доповіла про ефективність методу в лікуванні постраждалих від психотравми.

Під час сеансу EMDR психотерапевт працює з пацієнтом над визначенням специфічної проблеми, на якій буде зосереджена лікувальна сесія [16, 18].

### Триступенева модель лікування психотравм за JANET

Ця методика лікування ґрунтується на роботах Джанета. Відповідно до цієї моделі, найперша умова для успішного одужання після психотравми — перебування пацієнта у відносній безпеці. Тоді можлива чуттєва свобода. Можливість вільного вираження почуттів дозволяє виникати періодам спонтанних спогадів про пережиті травми, які поперемінно чергуються з періодами заспокоєння і повернення до буденного життя. Так відбувається переробка і зворотний розвиток травматичних почуттів і спогадів, які ми називаємо здорове подолання явищ психотравми [17].

Наведений перелік форм та методів психотерапії, що застосовують для надання допомоги жертвам бойової (чи пов'язаної з наслідками бойових дій) психотравми не може бути остаточним та вичерпним. Практика, накопичення клінічного досвіду є базисом для створення власних варіацій методик, комбінування різних форм психотерапії з психофармакокорекцією, розширення знань та уявлень про психотравму та шляхи подолання її наслідків. На сьогодні перед вітчизняною медичною та психологічною наукою та практикою, окрім суто клінічних, терапевтичних завдань, стоять завдання збереження, опрацювання, осмислення набутого досвіду та пошук нових, ефективних шляхів подолання психогенних наслідків цієї неоголошеної війни [20].

### Список літератури

1. Diseases of the Nervous System. A Text-book for Students and Practitioners of Medicine / By H. Oppenheim, Professor of the University of Berlin // JAMA. 1904; XLII(12): 787. DOI:10.1001/jama.1904.02490570041032.
2. 10 великих учеников Шарко. URL : <https://med-history.livejournal.com/74666.html>.
3. Пьер Жане. Психический автоматизм. Экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека. СПб.: Наука, 2009. 500 с. (Серия «Психология сознания»).
4. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин ; пер. с нем. 3-е изд. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. 493 с. (Серия «Классика и современность. Психиатрия»).
5. Фрейд З. Исследования истерии // Собр. соч. в 26 томах, Т. 1. СПб. : Восточно-европейский институт психоанализа, 2005.
6. Федунина Н. Ю. Бурмистрова Е. В. Психическая травма. К истории вопроса // Журнал практической психологии и психоанализа. 2014. № 1. URL : <http://psyjournal.ru/articles/psicheskaya-travma-k-istorii-voprosa>.
7. Abram Kardiner. The Traumatic Neuroses of War National Academies, 1941. P. 258.
8. Dr. Grinker Roy R., Spiegel John Paul. Men Under Stress. Philadelphia, PA: Blakiston Company, 1945. P. 484.
9. Генри Кристал при содействии Джона Х. Кристала. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2006. 800 с. (Серия: «Теория и практика психоанализа»).
10. PTSD: National Center for PTSD. URL : <https://www.ptsd.va.gov>.

11. Resick P. A., Nishith P., Weaver T. L. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims // *J Consult Clin Psychol*. 2002 Aug; 70(4): 867—79.
12. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів : посібник для ведучих груп / Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. [та ін.]. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B-PggjsiGEgX3A5UGdCenlPekU/view>.
13. Paula Domenici Military Patients: Recommendations for Treating Service Members // *The national register report*. 2016. Retrieved from <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/>.
14. Cognitive-behavioral Therapy for Late-life Anxiety: Similarities and Differences between Veteran and Community Participants / Terri L. Barrera, Jeffrey A. Cully, Amber B. Amspoker [et al.] // *J Anxiety Disorders*. 2015. 33: 72—80. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.04.005.
15. Najavits L. M. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In: *A guide to treatments that work*. New York, NY : Oxford University Press; 2007. P. 513—29.
16. Hundt N. E., Barrera T. L., Robinson A., Cully J. A. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans // *Military Medicine*. 2014. 179, 9: 942. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00128.
17. Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT / Mooli Lahad, Moshe Farhi, Dmitry Leykin, Nira Kaplansky // *The Arts in Psychotherapy*. 2010. 37(5): 391—399. DOI: 10.1016/j.aip.2010.07.003}.
18. Albright D. L., Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? // *Behavioral Interventions*. 2010; 25(1): 1—19. DOI: 10.1002/bin.295.
19. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. : Талком, 2016. 246 с.
20. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / Ursano R. J., Bell C., Eth S. [et al.] // *Am J Psychiatry*. 2004 Nov; 161(11 Suppl): 3—31. Практичне керівництво по лікуванню пацієнтів з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом / пер. з англ. здійснено волонтерами Психологічної служби Майдану, наук. ред. Катерина Явна. 2014. С. 39, 63. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617511>.
21. Guidelines. Summarising clinical guidelines for primary care (PTSD guideline, 2004, 2011, 2014). URL : [www.nice.co.uk](http://www.nice.co.uk).

Надійшла до редакції 27.09.2018 р.

**СТЕБЛЮК Всеволод Володимирович**, доктор медичних наук, професор, заступник начальника Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна

**ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК Катерина Володимирівна**, магістр психології, науковий співробітник Державної установи «Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

**STEBLIUK Vsevolod**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Head of the Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

**PRONOZA-STEBLIUK Kateryna**, Magister of Psychology, Researcher of the State Institution "Academician A. P. Romodanov Institute of Neurosurgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

УДК 616.89-008.9-036

*В. Ю. Федченко*

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ, ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ ДИСТИМІЇ

*В. Ю. Федченко*

### Клинико-психопатологические факторы формирования, течения и исхода дистимии

*V. Fedchenko*

### Clinical-psychopathological factors of formation, course and outcome of dysthymia

В статті викладені результати визначення клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей дистимії, що мають прогностичну значущість для діагностики та терапії цих станів. Встановлені зв'язки між маніфестацією дистимії та віком початку, а також виходом розладу, вплив маніфестації та віку початку розладу на структуру клінічної симптоматики. Виокремлені провідні синдромо-комплекси, які притаманні дистимії з ендогенною та психогенною маніфестацією, що доцільно враховувати для розроблення персоналізованих терапевтичних та реабілітаційних заходів під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

**Ключові слова:** дистимія, фактори формування, перебігу, виходу

В статье изложены результаты определения клинико-психопатологических и анамнестических особенностей дистимии, имеющих прогностическую значимость для диагностики и терапии этих состояний. Установлены связи между манифестацией дистимии и возрастом начала, а также исходом расстройства, влияние манифестации и возраста начала расстройства на структуру клинической симптоматики. Выделены ведущие синдромо-комплексы, присущие дистимии с эндогенной и психогенной манифестацией, что целесообразно учитывать для разработки персонализированных терапевтических и реабилитационных мероприятий при оказании специализированной психиатрической помощи.

**Ключевые слова:** дистимия, факторы формирования, течения, исхода

The article presents the results of the definition of clinical and psychopathological and anamnestic features of dysthymia, which have a prognostic significance for the diagnosis and therapy of these conditions. Relationships between the manifestation of dysthymia and the age of the beginning, as well as the outcome of the disorder, the effect of the manifestation and age of the onset of the disorder on the structure of clinical symptoms were established. Separate leading syndromic complexes, characterized by dysthymia with endogenous and psychogenic manifestations, are appropriate to be taken into account for the development of personified therapeutic and rehabilitation measures in the provision of specialized psychiatric care.

**Key words:** dysthymia, factors of formation, course, outcome

Протягом кількох останніх десятиліть висока поширеність та вираженість медико-соціальних наслідків депресивних розладів у вигляді хронізації, рецидивування, резистентності, порушень соціального функціонування, зниження якості життя та суїцидальної поведінки ставлять проблему в ранг найбільш актуальних, що потребують вивчення в плані ранньої діагностики та адек-

ватної терапії [1—4]. Диференційований підхід в аналізі типологічних особливостей афективного компонента, структурно-синдромологічних і біологічних складових депресивних розладів дозволить точніше визначати взаємозв'язок, психопатологічне і клінічне значення депресивних симптомів, цілеспрямовано удосконалити терапевтичні та реабілітаційні підходи під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги [5—8]. При цьому питання клініко-психопатологічних особливостей