

Ерік Верметтен: «Посттравматичний стресовий розлад»

Дуже вдячний за вашу присутність на цій лекції. Я говоритиму з вами про траєкторію ПТСР після війни. Мене звати професор Ерік Верметтен, я – психіатр Медичного центру Лейденського університету. І в наступні 45 хвилин або, можливо, трохи більше я розповім вам про тему, якою я професійно займаюся, – про посттравматичний стресовий розлад. І фокусом цієї лекції буде, здебільшого, траєкторії розвитку симптомів після травматичних подій, наприклад, таких як війна, конфлікт чи катастрофа.

На першому слайді ви бачите зображення університету, в якому я зараз працюю. Це – Медичний центр Лейденського університету. Лейден – це маленьке місто в Нідерландах між Гаагою й Амстердамом. У нашій розмові про посттравматичний стресовий розлад повернімося на століття назад, щоб подивитися на назви, які давали тому, що ми всі зараз знаємо як «посттравматичний стресовий розлад». Тому що в часи окопної війни – Першої світової війни – приблизно сто років тому, не існувало назви для ПТСР. Назвою того, що ми зараз ретроспективно називаємо ПТСР, було **«серце солдата»**. На цьому слайді ви можете бачити слова, виділені синім кольором, – це назви того, що ми зараз би визначили як ПТСР. Англійці називали це **«контузія»**, симптоми приписувалися обстрілам під час окопної війни в Першій світовій війні.

Пізніше ПТСР називали **«травматичною істерією»** та **«травматичним неврозом»**. Німці називали те, що ми зараз вважаємо ПТСР, **«тремтячим неврозом»**. І ось на цьому відео ви можете побачити, як виглядає **контузія**

або **тремтячий невроз** у часи Першої світової війни. Це був невербальний розлад у тому сенсі, що вам потрібно було почути певний опис від постраждалої особи. Це, швидше за все, був розлад, що проявлявся нервовою системою. І ви можете побачити ці прояви з 1917 року у відео тих часів. Французи називали це «**страхом смерті**».

Тож «тремтячий невроз», «страх смерті» та «контузія» – це назви того, що ми зараз назвали б «посттравматичним стресовим розладом». Але з часів Першої світової війни, Другої світової війни та до 1980-го року були також такі назви, як «**синдром концентраційного табору**» або «**бойова втома**», «**поств'єтнамський синдром**».

Й іноді, коли я говорю про це зі студентами, я питаю: який «період напіврозпаду» назви ПТСР? Якщо було так багато назв у минулому, чи залишиться ця назва, чи буде інша, що ще з'явиться та буде конкурувати з ПТСР? І знизу ви бачите, що вже є певні спроби та намагання: це – «синдром війни в Затоці», «черепно-мозкова травма» або «помірна черепно-мозкова травма». Або ще одна, до якої зараз достатньо багато уваги – «моральна травма».

«Моральна травма» – це, поки що, не розлад, який був класифікований власне як «розлад» у нашому діагностичному керівництві. І це – справа наступних кількох років, коли визначиться, чи буде він так класифікований і в чому його суть.

Я із Нідерландів, тут народився та виріс. Я народився в 1961 році та вважаю важливим згадати про те, що країна, у якій я виріс, була окупована протягом

5 років у часи Другої світової війни. І ми були звільнені канадцями та поляками, які прийшли, щоб звільнити нас від окупації. І це фото відображає часи до мого народження. Це часи, які добре пам'ятають мої батьки, вони народилися у 1931 та 1930 роках, тож вони були підлітками. І тут ви бачите канадського солдата та тюльпани. І це те, на що ми можемо сподіватися, і я маю надію, що і для вас прийде час, коли буде мир, перемога та кінець нинішньої війни. Це було у травні 1945 року, дуже давно, але це призвело до часів, коли я жив у мирі. І, на щастя, з того часу в нашій країні не було війни.

Зараз ви бачите дуже навантажений слайд, але ми заглиблюємося в тему ПТСР, і я хотів би познайомити вас із певними поняттями, які є важливими для розуміння подальшої інформації. 1980 був роком, коли ПТСР ввели або визнали в переліку психічних розладів. Це був третій діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів. Тож, якщо ми починаємо з 1980 року, а зараз ми у 2023, ми можемо розбити цей період і траєкторію розвитку ПТСР на декади. І тут ми можемо побачити **ці декади – першу, другу, третю та четверту – і те, що відбувалося в ті часи та як розглядали цей розлад**. У першій декаді, як ви можете побачити на слайді, була «необроблена» розповсюдженість розладу. Дослідники хотіли зрозуміти, як часто він зустрічається, у кого він є, у кого його немає. І потрібно було підтвердити розлад, подивитися, який був зв'язок з експериментальним стимулюванням стресу. І в той час концептуально ми, здебільшого, фокусувалися на зниженні стресу. У нас була класична психотерапія з абреакцією та катарсисом, що були домінантними моделями психотерапії того часу. І ще не було справжнього психофармакологічного лікування тоді.

Коли ми дивимося на другу декаду, коли розлад був із нами в лапках «уже 10 років», ви бачите, то вже були певні новітні епідеміологічні дослідження, і ми могли подивитися, яка розповсюдженість цього розладу. Це – 8%, залежно від того, яку стратифікацію населення ми розглядаємо. У той час ви б побачили підвищення міждисциплінарного інтересу. Проводилися перехресні дослідження й певні ранні дослідження з МРТ – структурна магнітно-резонансна томографія. Дослідники вивчали мозок людей, що страждали від ПТСР, і вони виявили, що гіпокамп у пацієнтів із ПТСР був меншим ніж у пацієнтів без ПТСР. І насправді є шквал досліджень гіпокампа, тому можна сказати, що друга декада цілком характеризувалася як «декада гіпокампа». Це був розлад, що базувався в гіпокампі, з точки зору того часу. КПТ – когнітивно-поведінкова терапія – була на підйомі. І тоді ж з'являлися перші СИЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – і з ними проводилися дослідження.

У третій декаді відбувся певний зсув. Це – час нейронних мереж, генетики, збільшених зображень у дослідженнях. Ми бачимо зростання функціональної нейровізуалізації, ми могли зробити відео того, що насправді відбувається в мозку під час пригадування травми. Побачити місцеперебування кошмару в мозку. І ми бачимо тепер уже шквал уваги зсувається з дослідження гіпокампа, на те, що знаходиться вище структури гіпокампа, – на мигдалеподібне тіло. Як ви бачите, це була «декада мигдалеподібного тіла». Йому було присвячено багато досліджень. І якщо гіпокамп був більше пов'язаний із навчанням, пам'яттю та регуляцією стресу, то мигдалеподібне тіло було пов'язано з емоційною регуляцією. Тому концепція розладу зсунулася від орієнтації на гіпокамп до орієнтації на мигдалеподібне тіло. І можна було побачити більше видів психотерапії, що були більше, ніж раніше, налаштовані на емоційне регулювання. Ми бачимо підйом ДРРО (десенсибілізація та

репроцесуалізація рухом очей) та нові речовини, такі як антипсихотичні препарати, які використовувалися для лікування ПТСР. Також використовували празозин і бета-блокатори, наприклад, пропранолол.

У четвертій декаді бачимо ще один зсув в орієнтації щодо розладу. Ми бачимо довготривалі дослідження, стежимо за людьми протягом певного часу та дивимося на траєкторію розвитку відстроченого початку, про який ми поговоримо пізніше. Бачимо дослідження травм раннього дитинства, оскільки це сприяє подальшому розвитку ПТСР. Ми бачимо конкретність у діагностиці, первинне запобігання, підхід із точки зору того, якби було можливо провести перевірку та вибрати конкретних людей, із якими треба працювати. Ми бачимо терапевтичне використання інтернету з появою Айфона, комп'ютеризовані технології, генетику. Також бачимо перехід від фокуса на гіпокампі, потім – на мигдалеподібному тілі до фокуса на префронтальній корі, яка виконує певну виконавчу та контрольну роль, з чого з'явилося багато поведінкових терапій. Ми наразі у 2023-ому році та можемо поставити собі питання: в чому буде фокус наступної декади? Можливо, наше лікування зсунеться з когнітивно підходу на більш досвідний підхід. Ми будемо дивитися на реконсолідацію як стратегію, на якій будуть зосереджені методи лікування. Зараз бачимо, що психоделіки дуже популярні в сенсі уваги, яку їм приділяють дослідники. Ми бачимо роль морального впливу та моральної травми, вини та сорому як концептів, що є збудниками ПТСР.

Всю свою кар'єру я досліджую **уявлення про мозок**. І перша книга, з якою я зіткнувся та яка привернула мою увагу, була книга Дугласа Бремнера, який був моїм наставником у Йелі. Вона називається «Чи травмує мозок стрес?». Інша книга, яка вийшла пізніше, написана Джозефом ЛеДу – дослідником нейровізуалізації Рокфеллерівського університету Нью-Йорка. Він написав чудову книгу про емоційний мозок, і в ній як раз описано цей зсув, про який

ми говорили трохи раніше – **зсув фокуса з гіпокампа на мигдалеподібне тіло, тому що мигдалеподібне тіло, по суті, і є емоційним мозком.** Більш пізня книга була написана Бесселем ван дер Колком – нідерландським психіатром, який переїхав і побудував свою кар'єру в Бостоні. Вона називається «Тіло веде лік». Це – дуже популярна книга, яку приємно читати як професіоналам, так і звичайним читачам. Вона була на першому місці в списку науково-популярних бестселерів «Нью-Йорк Таймс» протягом трьох років, тож це – дуже рекомендована для ознайомлення книга, перекладена багатьма мовами - «Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому».

Це - зображення, про яке я говорив раніше. Воно зроблене приблизно 25-30 років тому. Тут представлені зображення здорового контрольного пацієнта та пацієнта з ПТСР. І ми бачимо, що у пацієнта з ПТСР гіпокамп менший ніж у контрольного пацієнта. Було проведено багато досліджень, і зараз ми вже можемо подивитися, яка частина гіпокампа більш вражена в порівнянні з іншими. Також дослідження показали те, що ми називаємо «надмірне узагальнення негативного контексту» в осіб із ПТСР. Тут йдеться про те, що гіпокамп не здатний утримати конкретність своєї пам'яті про певну подію, і як висновок виходить, що нікому не можна вірити або всі є небезпечними. І це узагальнення конкретного стимулу робить вплив травми на порядок важчим.

Це зображення стосується другої декади. Ми бачимо пацієнта в ПЕТ-сканері та дослідника, що читає пацієнту, якого попросили так би мовити «пережити травму», розшифровку індексу травми. Пацієнту у вену ввели радіофармпрепарати, за допомогою яких можливо потім побачити на

зображенні, де це пережиття відбувається в мозку. І як раз тут на зображенні ми бачимо, що це відбувається в префронтальній корі. Ось ця біла зона з червоним контуром і навколо неї зелена зона – це і є префронтальна кора, де існує це пережиття. І це означає, що у той момент префронтальна кора не здатна пригнітити регульовані або умовні реакції страху в мигдалеподібному тілі та лімбічній структурі. Тож саме так ми дізналися, що насправді відбувається з пацієнтами з ПТСР як реакція на пережиття травмуючої події. І це – не просто одне дослідження, це – численні дослідження, які дали нам біологічне розуміння того, що відбувається з людиною, коли ми маємо справу з ПТСР.

Я працюю у військовій сфері вже двадцять років. І ми бачимо, що останні конфлікти, місії, на які ми відправляємо військових, та війни, у яких ми беремо участь, стають дедалі складнішими, неоднозначнішими та жорстокішими. Зображення у лівому верхньому кутку – це малюнок мого пацієнта. Він намалював кошмар, який часто бачить уві сні. Це – хлопчик, який намагається знайти прихисток у солдатів ООН і якого не вдається рятувати. Ця рука намагається вхопити його, і це описує те, що він відчуває, що відчували люди в Сребрениці, цю неспроможність інших врятувати їх від геноциду, який відбувався. Нижче ви бачите місію Міжнародних сил сприяння безпеці. Багато країн брали участь у театрі воєнних дій в Афганістані, де насправді стояло питання, що є нашою ціллю: ліквідування Талібану чи намагання завоювати серця афганського народу? Нижнє середнє фото зроблено в Україні. Це – дуже зворушлива фотографія, особливо зважаючи на те, що я зараз розмовляю з вами, українцями, і це – фото молодого хлопця, який втратив свої нижні кінцівки в результаті обстрілу та бомбардування. Це - фізичні пошкодження, які можуть статися,

але, звісно, є також і психологічний вплив від такої травмуючої події. Зображення в правому нижньому куті показує загиблих у бою, з чим нам довелося зіштовхнутися, коли ми відправили солдат в Афганістан. 26 наших військовослужбовців було вбито в бою, і наразі кількість загиблих в українській війні набагато більша.

Ось декілька прикладів того, що зробила мережа спеціалістів від початку війни в Україні. Ці приклади взяті з Мережі травматичного стресу ЄКНП – Європейського коледжу нейропсихофармакології. Разом з Іриною Франковою, яка зараз працює в Медичному центрі Лейденського університету та в Утрехтському університеті, Джозефом Зохаром, колишнім президентом ЄКНП, та Ульріком Шмідтом, моїм поважним колегою, який раніше працював в Університеті Макса Планка, а зараз працює в Боннському університеті, ми четверо запустили серію вебінарів для українських спеціалістів в області психічного здоров'я, яка називається «Гарячі теми в темні часи». Тут ви бачите один із вебінарів, який відбувся 23 червня, за участю одного експерта з так званого «західного світу» та експерта з України, які обговорювали в цьому конкретному випадку тему підтримки дітей у часи війни та розгортання клінічних аспектів. Вони проходили кожні два тижні протягом останнього року, тож таких вебінарів зараз вже 25, і вони є у вільному доступі на сайті ЄКНП та на YouTube.

Якщо коротко, я був головою досліджень у Військовому центрі психічного здоров'я Міністерства оборони Нідерландів протягом 20 років і вийшов на пенсію у 2021 році. Вже протягом декількох років, а точніше – із 2013 і дотепер, я професор психіатрії в Медичному центрі Лейденського університету та ад'юнкт-професор у Медичній школі Нью-Йоркського

університету. І я також – консультант по психічному здоров'ю в ООН. На фото ви бачите мене у формі, і це відображає мій фокус, на якому я зосередив свою кар'єру, мій фокус на військовослужбовцях.

А тут зображений результат, над яким я так багато працював. Це – роботи, але це ще й люди, з якими я працював, студенти, дослідники, аспіранти, з якими ми вивчали глюкокортикоїдні рецептори, неврологічні та зворотні наслідки на рівні мозку, сенсibiliзація стресу, бойові травми, проводили повздовжні дослідження епігенетичних змін, вироблення цитокінів. Все це було спрямовано на підтвердження впливу війни на мозок й організм та їхні кореляції з посттравматичним стресовим розладом.

Що таке ПТСР у 2023-ому році? Що ж, це більше не тривожний розлад. Він перейшов із переліку тривожних розладів у розлади, пов'язані з травмою та стресом. Саме так він зараз кваліфікується в DSM-5. Це – етіологічний розлад, тобто відрізняється від шизофренії та біполярних розладів, адже етіологія закладена в його назві. Інші розлади – описові, а ПТСР – це розлад, у якому етіологія виражена у назві – «травматичний стресовий розлад». Він має суб'єктивні симптоми й оцінку симптомів через нав'язливі спогади та пережиття, уникання й оніміння, когнітивну діяльність і гіперзбудження та дратівливість. І після певної кількості лекцій, які ви раніше прослухали, пов'язаних із темою цієї презентації, ви, напевно, вже знайомі з клінічним впливом цих чотирьох оцінок симптомів.

Функціональні області, на які приходить вплив розладу, включають регуляцію стресу, пам'ять і когнітивні здібності, емоційне регулювання та дисоціація, яку можна розуміти як дереалізацію та деперсоналізацію.

Це – старе зображення, створене Бобом Постом, який у той час працював у Національному інституті психічного здоров'я. Тут ви можете побачити цю чорну вісь, яка є віссю розвитку протягом часу того, що може статися після переживання травми. Бачите первинну подію, що відбувається до травматичної події, яка тут трапляється. Це може бути травматичне збудження, що сталося до травми, можуть бути негативні впливи. А потім тут йде розрив, що є, по суті, потенційним травматичним стресором. Далі може відбутися травматичне збудження, і можлива дисоціація. І відбуваються певні зміни в мозку, які ви можете побачити тут, на цьому спуску. Із часом ви можете побачити позитивні та негативні симптоми, що також були поширені в часи концептуалізації шизофренії, яку теж характеризували через позитивні та негативні симптоми.

Позитивними вважаються кошмари, проблеми з пам'яттю, вибухова злість, яка може виникнути з плином часу. А з негативного боку – уникання, оніміння, депресія, ізоляція і, пізніше, самопошкодження та соматизація. І вони обидва можуть існувати одночасно з вибуховою злістю на позитивній довгостроковій траєкторії. Ось такий шквал усього, що може відбуватися по довгостроковій траєкторії з особою з ПТСР. Тут знизу можете побачити, що може відбуватися в мозку, і ми більше детально про це поговоримо на наступних слайдах.

Це - цитата двох людей, моїх дорогих колег і друзів, які працюють у цій галузі – Рейчел Єхуди та Джозефа ЛеДу, ім'я якого ви вже чули: «ПТСР представляє специфічний фенотип, пов'язаний із нездатністю видужати від нормальних ефектів травми». Вони тут мають на увазі, що ми як індивіди дуже стійкі до потенційних травматичних подій. Ми оговтуємося,

приходимо в норму. Ми бачимо, що тут маятник відхилений вправо, але з плином часу більшість із нас здатна повернутися до норми. Тобто вони мають на увазі, що ПТСР – це відносна нездатність досягти тієї рівноваги, яка була раніше. Ви або не можете туди повернутися, або вам потрібен поштовх у вигляді лікування або інших факторів, щоб повернути рівновагу. І ви бачите, що це – нездатність повернутися до норми як у когнітивній діяльності, так і у психофізіології. І ми можемо виміряти, який вплив цього неповернення до норми.

А тут ви можете побачити ГГА-вісь. Щодо неї було проведено багато досліджень у роботах Рейчал Єхуди, щодо того як ГГА-вісь - гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь – **відображає в пацієнтів із ПТСР цю неможливість повернутися в стан рівноваги на біологічному рівні.**

Тут ви бачите фото чудової групи людей, що були в Одесі у 2018 році. Я мав честь попрацювати з Іриною Франковою, тоді вона працювала в Києві в Національному медичному університеті ім. О. О. Богомольця. Разом із Джозефом Зохаром ми організували панель НАТО на тему «Ризик-менеджмент стресу, викликаного тероризмом». У той час було багато терористичної активності та багато терористичних атак у різних містах Європи. І нас у НАТО цікавило, чи можемо ми запобігти цьому, та чи можемо передбачити, хто постраждає від цих терористичних атак? Тож це все – експерти в області гострих травм, які займалися питанням того, як пом'якшити їхні наслідки та ідентифікувати тих, хто знаходиться в групі ризику. І тут також ви бачите імена всіх цих людей, які допомагали нам знайти це розуміння. І ми зовсім не могли передбачити та зрозуміти, що мало статися через п'ять років і наскільки важливим будуть знання, які ми

сформулювали в цій книзі, у контексті того, що відбувається в Україні зараз. І ті вебінари, про які я вам розказував, які ми організували, вони як раз здебільшого проводяться експертами з цієї події.

Однією з розробок, що з'явилися на самому початку війни, був чатбот, створений Іриною Франковою та Софією Лаутіною разом із групою спеціалістів. **Метою цього чатботу було допомогти людям у паніці, які не знали, що робити.** Дати їм рекомендації, наприклад, що робити, коли твоя дитина не може заснути, коли ви в притулку, або допомогти розв'язати інші проблеми за допомогою простих функцій чатбота.

Це – приклад роботи чатбота, тут вказана його назва «PFA-чатбот». Тут є приклади повідомлень, які люди відправляли, та негайного зворотного зв'язку, який вони отримували. І в перші декілька тижнів завантаження цього додатку наближалися до сорока-п'ятдесяти тисяч. Наразі більше ніж сімдесят тисяч людей в Україні завантажили та мали змогу використати цей чатбот.

У Нідерландах ми використовували аналог такого додатка, який мав за мету допомогти людям, що перебувають у стресі. Ми всі зіштовхнулися з ковідом, весь світ переживав ці «ковідні часи». І тут ви бачите додаток під назвою «Стрес Бадді». Цей додаток ми запустили для працівників сфери охорони здоров'я, які займалися лікуванням пацієнтів у медичному центрі Лейденського університету. Метою було зрозуміти, як вони дають собі раду зі страхом перед інфекцією, і при цьому продовжують виконувати свою роботу. І тут, як ви бачите, є декілька опитувальників : «Копенгагенський опис вигорання», «Шкала впливу події», «Шкала оцінювання стійкості»,

«Шкала депресії, тривожності та стресу», «Шкала стресового навантаження», «Підтримувальні фактори». Ці опитувальники допомагали працівникам відстежувати свій стан. І питання полягало в тому, як це стан корелюватиме зі станом людей, які потрапляють у лікарню, або людей, які померли від ковіду. І можна побачити, як на довготривалому проміжку часу ваш так би мовити «заряд» або ваша стійкість може знижуватися або підвищуватися, у залежності від складнощів, із якими ви стикаєтеся.

Додаток «Стрес Бадді» буде доступним для українських ветеранів, щоб допомогти їм відстежувати й оцінювати, у якому вони стані перебувають та як це змінюється з часом. ЕКНП надав нам стартовий капітал, що запустити його, і ми сподіваємося, що цей сервіс буде застосовуватися для допомоги ветеранам в Україні. Його, звісно, треба перекласти, і зараз над цим працюють.

На цьому слайді зображені певні типові траєкторії розвитку симптомів ПТСР після травми або потенційних травмуючих подій. І ви можете побачити, що домінантною симптомною траєкторією є саме **стійкість**. Це – перша траєкторія. Друга – це коли люди підходять до травматичної події, вже маючи симптоми ПТСР, і після травмуючої події ці симптоми в них залишаються. Це – хронічна траєкторія. І є ще дві інші траєкторії, які я б хотів вам пояснити. Перша – це коли після посттравматичного стресора є реакція, яка проявляється через симптоми ПТСР. Якщо ми простежимо за цими пацієнтами, з часом вони можуть одужати. Через рік, два, три, чотири роки вони можуть одужати та повернутися до норми Але є ще цікава четверта категорія, яку ми називаємо «відкладений тип ПТСР». У таких людей або немає симптомів, або вони ними нехтують, або приховують, або уникають

розмов про них, або відкладають надалі й ігнорують. І в них відбувається відкладена поява ПТСР. Їх перший епізод ПТСР може трапитися через два або чотири роки, або навіть пізніше, наприклад, коли помре один із батьків, або відбудеться розлучення, або інша не травмуюча, але важлива подія, яка запустить симптоми ПТСР.

Існує багато різних траєкторій, але це – чотири класичні траєкторії. Якщо ж ми зменшимо масштаб, подивимося ближче, то можна побачити рецидиви, збільшення або зменшення симптомів. Також може бути рання відкладена траєкторія та пізня відкладена траєкторія. Може бути швидке повернення до норми, а може бути відкладене повернення до норми. Тобто, коли ми придивляємося ближче, змінюємо часові проміжки, обираємо різні межі, ми можемо побачити чотири, п'ять та більше різних траєкторій, які існують у великих групах.

Тут йдеться про катастрофу у Фукусімі. Ця катастрофа відбулася у 2011 році на північно-східному узбережжі Японії. Там одночасно сталися землетрус, цунамі та радіаційна аварія. Туди відправили п'ятдесят тисяч рятувальників, щоб розібратися з наслідками цієї катастрофи, врятувати людей і відбудувати регіон. Це дослідження було проведене японцями, які фактично протягом 8 років спостерігали за тим, у якому стані знаходяться ці рятувальники, як вони себе відчують, що відбувається з їхнім психічним здоров'ям. І тут ви можете бачити, що проявляються ті самі траєкторії. Є стійка група, яка, до речі, найчисельніша з усіх. Є група пізнього початку, в якій у людей начебто немає симптомів на початку, але вони проявляються та накопичуються пізніше протягом восьми років спостереження. Є група одужання, в якій симптоми є одразу, й вони з часом зменшуються. Є група

неповного одужання, яка починається високо й не повертається повністю до вихідного стану. І є ще хронічна група, яка починається високо й так і залишається протягом усього часу.

Тут знизу ви бачите відсотки для кожної з груп. П'ятдесят чотири відсотки плюс друга група – двадцять чотири, плюс третя – десять відсотків, плюс четверта – п'ять і хронічна група – це чотири відсотки.

Якщо на графік нанести кожну особу, то, звісно, вони всі проходять траєкторію по-різному, але середній показник цієї групи утворить цю середню лінію. Тож люди можуть демонструвати різноманіття різних реакцій, але якщо їх усереднити як групу, то можна отримати сигнал.

Ми виконували це при дослідженні солдат, яких відправляли в Афганістан. Почали дослідження у 2003 та завершили у 2008 роках. Ми спостерігали солдат, яких відправляли в Афганістан у Кандагар і Тарінкот провінції Урузган, щоб зрозуміти, як вони себе відчують після повернення додому.

Тут ви бачите серед солдатів, яких ми спостерігали, зелена лінія представляє 85% всієї вибірки, а вся вибірка складала тисячу солдат, яких обрали для дослідження. Ця лінія представляє групу стійкості, можна сказати, представляє фенотип стійкості. Червона лінія – це група одужання, 5%. І синя лінія – це група пізнього початку, яка в нашій вибірці складала 10% від загальної кількості солдат.

Я хочу звернути вашу увагу на це коло та ось це коло. Як лікар ви можете сказати, що це цікаво, але який я можу зробити з цього висновок? Що тут

такого? Ви можете зрозуміти, що коли приходять лікуватися люди з цього першого кола, їм, можливо, буде потрібен не такий підхід, як людям іншого кола, які приходять лікуватися через п'ять років. Підходи, які ми використовуємо безпосередньо на ранній стадії, можуть бути значно зосереджені на перепроживанні травми засобами ДРРО, когнітивно-поведінкових терапій. Але тут у другому колі більш актуальними можуть бути питання вини та сорому. Це – гіпотеза, емпіричне питання, що, можливо, тому такі види терапії можуть не допомогти на етапі другого кола, і що, можливо, варто спробувати інші інтервенції, такі як усвідомленість або терапія прийняття та рішучості.

Канадці, коли вони відправляли свої війська до театрів бойових дій у світі, розробили чудову програму під назвою **«Дорога до психічної готовності»**. І вони зобразили це так, як ви бачите. Я зараз розповім детальніше. Це – часова вісь, і після одного зіткнення, це може бути атака або щось інше, ви можете бути трохи пригніченим, друге зіткнення може збільшити це пригнічення тощо. Але ви бачите, що ви можете переходити від зеленого через жовтий, помаранчевий і до червоного. І червоний – це не добре. І ці кольори ви можете побачити на сусідньому слайді, де вони розділені на чотири різні сфери. Перша називається «континуум алоstaticного навантаження» – біологічний континуум, де зелений означає, що всі біологічні функції – у нормі. Нормальне запалення, нормальний кров'яний тиск, нормально глікемія тощо. Червоне ж відповідає високому запаленню, високому тиску, високій глікемії та високій епігенетиці. Можемо поглянути наступний континуум – це «континуум психічного здоров'я». Зелений відповідає нормальному сну, нормальному настрою, нормальному фізичному стану й енергійності. Тоді як червоний – це надмірна

тривожність, злість, нездатність заснути чи спати, нездатність виконувати роботу. Третій – це «функціональний континуум». У ньому теж є цей перехід від зеленого до червоного. Червоний у даному континуумі означає нездатність функціонувати, соціальну відстороненість, відмову від спілкування, підтримки або ресурсів. Це також можуть бути фіксовані моделі міркування або поведінки.

Четверта категорія дуже цікава, і її додали відносно нещодавно. Це – «континуум духовного здоров'я». Зеленому відповідають стани, коли людина бере участь, має сенс та ціль, має надію на майбутнє, вірить, що «ми збираємося виграти в цій війні, і я відіграю в цьому свою роль», має наполегливість, що зростає з внутрішніх ресурсів. Але якщо цей стан слабшає, то можна буде побачити, що люди можуть відійти від своїх моральних підвалин, головних переконань. Вони не можуть пробачити себе або інших за те, що є розбіжності у їхніх переконаннях та інших людей. Буде відбуватися руйнування відносин, і люди ізолюватимуться або будуть поглинуті внутрішніми конфліктами та боротьбою. Всі ці континууми можуть мати зелену, жовту, помаранчеву та червону стадії. І якщо ви визначите, що стадія вже червона, достатньо рано, то зможете провести лікування за допомогою терапії.

Траєкторії цих реакцій на стрес, які можуть з'явитися та які можуть підірвати здорову реакцію від зеленого до червоного, можна побачити на цих траєкторіях розвитку нижче. Перша – «спротив», що означає, що дисфункція мінімальна, бо є нормальна функція ресурсу подолання, яка заблокувала стресор. Тому й ніякого впливу від стресора немає, і весь графік проходить по зеленому. Може бути «вплив з одужанням», може бути «вплив і

стійкість». Може бути «посттравматичний ріст», коли хтось відчуває гордість за те, що взяв участь у місії або зробив щось для своєї країни або з певних переконань. І тоді буде ріст після повернення додому. Може бути «рецидив», може бути «відкладена дисфункція» та «хронічна дисфункція». Це все – траєкторії, які ми можемо ідентифікувати після переживання воєнних дій, конфліктів або травми.

Тут видно більш детально попередній слайд. Тут у «континуумі психічного здоров'я» це відповідає за добрий стан, а червоне означає, що це – дуже не добре. Або червоне – в «континуумі духовного здоров'я». Це те, що я тільки що вам пояснив.

Я згадував алостаз та алостатичне навантаження. І це слайд хочу присвятити цій темі. Алостаз зображений тут зверху, коли хтось знаходиться на цьому маятнику й існує чудова рівновага. Коли більше ваги потрапляє на одну зі сторін маятника, то на іншій стороні також має бути більше ваги. Але це створює тиск посередині цього балансу. І може відбутися алостатичний злам, якщо є алостатична напруга й цей тиск збільшується. Сила маятника не витримує, і відбувається злам. Насправді алостатичне навантаження або алостатичний злам тут відносяться до певного символічного зображення, яке й показане на цьому слайді.

Це – ще раз ті траєкторії, про які ми говорили раніше. Їх може бути чотири, п'ять, сім. Це залежить тільки від меж, які ви обираєте, і як ви відстежуєте симптоми з плином часу.

Коли ми займаємося запобіганням психотравм при клінічній допомозі та в дослідженнях, маємо визначити три передумови. Перша – це первинне

запобігання, друге – це вторинне запобігання й третє – це третинне запобігання. Це важливо для розуміння траєкторій та знання, коли ми можемо проводити інтервенції. Які це інтервенції? Найперше ми, звісно, усуваємо фактори ризику для хвороби. Не йти на війну, виключити війну як варіант або відсіювати людей, які будь-яким іншим чином зіткнулися з травмою. Це – первинне запобігання. Вторинне запобігання – це раннє виявлення після переживання досвіду війни або іншої травми. Зазвичай, це відбувається ще на доклінічній стадії до появи симптомів, включаючи обстеження. Це – виявлення захворювання на ранній стадії після переживання травми. Третинне запобігання – це управління хворобою після діагнозу, щоб зупинити її або уповільнити процес, це може бути стримування хвороби. Тут ви бачите, що основою буде первинне запобігання. Це – підходи, які мають місце до насильства або для усунення травми загалом. Вторинна – це негайна реакція, а третинна – це довгострокові реакції після того, як відбувся акт насильства, щоб впоратися з довгостроковими наслідками насильства.

Зараз послухаємо цей запис, де солдат розповідає про товариша, якого тільки що втратив, і подивимось, які він використовує стратегії подолання одразу після травматичної втрати.

Відео не вмикається, але я прочитаю вам, що він сказав. У цьому інтерв'ю він сказав: «Тільки що загинув мій товариш солдат». І в цю ж хвилину він каже: «Я ніби не відчуваю нічого з цього приводу, я не особливо відчуваю щось, я молюся за його сім'ю та молюся за його душу, я намагаюся не думати про це, бо коли думаю про це, я стаю таким». І він розридався. Далі він каже: «Я намагаюся сховати це, я мушу залишатися на 100% зібраним, я

намагаюся бути гарним прикладом для інших солдат». І потім він просить вибачення».

Який це вид поведінки подолання? Адаптивна поведінка подолання, неадаптивна поведінка подолання? Чи може його поведінка подолання спрогнозувати реакцію, яка виникне, коли він повернеться додому? Чи буде це зародженням того, що пізніше виявить себе як ПТСР, чи це – нормальна реакція, бо це впливає на кожного з нас, ми всі – люди, і на всіх нас впливає втрата товариша. І що ми можемо зробити негайно, щоб мінімізувати травму? Щоб запобігти тому, що він зрештою повернеться з ПТСР?

Не жартувати, не сміятися над ним, не говорити, що це – чиясь вина чи хтось винний, ні, тільки підтримка. Колегіальна підтримка, підтримка однолітків, чашка кави разом. Ці фактори соціальної підтримки та згуртованості, які відіграють величезну роль, і є підтримкою для здоров'я в цей вразливий момент одразу після такої жахливої травми.

Це – фактори ризику для ПТСР, і їх можна виявити до, протягом та після зіткнення з травматичною подією. І як я сказав, погані жарти, обвинувачення інших, накладання вини, юридичні процедури – все це може бути факторами ризику після травматичної події. Але протягом травми можуть бути різні рівні зіткнення, рівні впливу. Пережита загроза життю – це, за замовчуванням, фактор ризику для ПТСР. Пері-травматична дисоціація... Я розкажу вам коротку історію про жінку, яка була водієм бушмастера в Афганістані. Вони їхали на бушмастері, попереду неї два авто. Їх атакували, і прямо перед нею, перед її бушмастером падали трупи. І їй треба було вибиратися, бо вона була бойовою рятувальницею. Але вона

цього не зробила, тому що вона завмерла за кермом. Приблизно через годину її знайшли, побачили, що хтось за кермом, їм довелося відривати її руки від керма. Вона була дисоційована. І вона обвинувачувала себе, за те, що дисоціювалася в той момент. Чи могла вона передбачити, що дисоціюється після такої події? Ні, не могла. Вона була бойовою рятувальницею, вона була дуже добре тренована, дуже-дуже добре. Отже, пері-травматична дисоціація може бути фактором ризику можливо для появи горя через нездатність пробачити себе за ненадання допомоги в моменти, до яких готували. І це може бути ускладнюючим фактором. Вона звинувачувала себе, і в неї розвинувся складний ПТСР, коли вона повернулася додому.

Також існують фактори, які можна виявити до переживання травматичної події. Такі фактори включають наявність психіатричної історії, жорстоке поводження в дитинстві, сімейна психіатрична історія, попередні стресові події в житті. Якщо ми візьмемо загалом групу людей, то особи з цими факторами будуть більш вразливі, вони будуть так би мовити вразливого фенотипу для розвитку ПТСР, якщо вони зіткнуться з ПТСР. Чи потрібно їх відсіювати в ситуації війни? Ну, для війни потрібна кількість, щоб воювати, тож це одночасно й етичне питання, із яким треба працювати.

Захисними факторами можуть бути тренування та підготовка, а також – уже наявні особистісні риси, такі як низький невротизм, витривалість. Отримання підтримки від сім'ї та друзів теж можуть бути захисними факторам. Загалом у літературі ці фактори визначені в багатьох дослідженнях.

На цьому фото зображене місце події десь у Нью-Йорку, здається. Ми бачимо неправильно припарковане авто, жінку з двома дітьми, одна дитина на руках, й іншу вона тримає за руку, людину, яка відходить від місця події з криком у паніці, і бачимо когось на землі та людину, яка схилилася, щоб допомогти: перевірити чи хлопець живий, чи ні. Можна подумати, що це ж – не бій, це – цивільна ситуація, яка може трапитися сотні разів на день по всьому світу. Чи зможемо ми ідентифікувати тих, хто матиме складнощі та не зможе просто продовжити своє життя без наслідків, чи зможемо ми зрозуміти, хто не зможе впоратися зі своїм життям після такої події?

Чи зможемо ми запобігти ПТСР, якщо знайдемо тих, хто може бути в зоні ризику? Це – важливе питання для нас і для досліджень. Скажімо, це – жінка, яка тільки-но вийшла зі свого четвертого сеансу, де вона працювала з наслідками комплексної травми, і вона тільки що пройшла четвертий сеанс ДРРО і продовжує працювати тощо. І тут вона бачить таке. Чи це створить для неї загрозу втратити прогрес? Або ні? Це – гіпотетичне питання, але чи зможемо ми щось зробити, щоб запобігти появі ПТСР?

Хочу проілюструвати дві ідеї, крізь які можна розглядати це питання. Перша - «Чи може процес гри у комп'ютерну гру «Тетріс» зменшити накопичення флешбеків до травми?» Емілі Голмс із Каролінска, яка працювала в Лунському університеті у Швеції, провела дослідження, в якому вона дозволяла або просила людей, що пережили травму, грати в «Тетріс» протягом першого тижня тричі на день по двадцять хвилин. Гра в «Тетріс» спрямована на отримання найкращого результату, і таке, по суті, прохання «робити дурницю», щоб запобігти виникненню нав'язливих мисленневих

процесів. І результат полягає в тому, що така гра в «Тетріс» у масштабі великої групи дійсно знижує ймовірність виникненню таких нав'язливих спогадів про травматичну подію, яку людина пережила. Це один підхід для того, щоб пом'якшити ефект травми на ранніх стадіях після переживання події.

Інший підхід – це введення особі кортикостероїдів. У руку чи м'язи або це може бути пероральне прийняття гідрокортизону. Він заснований на біологічній кореляції, щоб зменшити накопичення цих спогадів або флешбеків після переживання травми, щоб запобігти розвитку ПТСР. Це – ранні дослідження, але вони можуть стати основою для подальших досліджень. Та ми можемо зрозуміти, що буде важливим для визначення тих, у кого можуть виникнути складнощі з подоланням наслідків травми, або тих, у кого вразливий фенотип.

Ми всі знаємо, що при гострій травмі активується реакція «битися, бігти або завмерти», як було показано на попередньому слайді. І знаємо, що ми можемо смертельно злякатися, можемо дисоціюватися, як у ситуації з бойовою рятувальницею та водійкою бушмастера, про яку я розповідав. Ми можемо втратити свідомість. Наша мозкова система налаштована на те, щоб давати собі раду з такими ситуаціями, але іноді це закінчується завмиранням і маємо вазовагальну реакцію. І ми мусимо зрозуміти, що бойове тренування може допомогти з тренуванням витривалості, але це не дає нам змогу відсікти всіх або покращити роботу людей, якщо присутня така біологічно обумовлена реакція.

Це – фото терористичної атаки у Завентемі, здається, це було чотири роки тому в Бельгії. Ви бачите дві жінки, одна з них – стюардеса, яка як раз збиралася на літак, інша розмовляє по телефону. Ця жінка була в стані шоку, вона дивилася з великою злістю в очах. Що я хочу, щоб ви зрозуміли, то це те, що в цих двох жінок у той момент просто горить мигдалеподібне тіло. Їм страшно, вони – у сильному стресі. Їх фронтальна кора, мигдалеподібне тіло та гіпокамп взаємодіють, щоб допомогти тілу та полегшити подолання стресу. Відбувається активне продукування гормонів на рівні гіпофізу, на рівні наднирників, звідки ллється адреналін і кортизол, щоб зменшити та полегшити кодування та консолідацію пам'яті, регулювати їхнє дихання та вироблення енергії. І це все нормально, нормально в цій ситуації гострого стресу. Зрештою, має бути зворотний зв'язок на подію, і все має нормалізуватися протягом декількох днів після цього.

Це – солдат, який цілиться або вишукує загрозу. Думає: «безпечно чи небезпечно», «безпечно чи небезпечно»? І його мозок теж може бути дуже завантаженим. Усе те саме може відбуватися в його мозку, де фронтальна кора, мигдалеподібне тіло та гіпокамп взаємодіють стосовно того, що треба зробити. І буде відбуватися такий самий біологічний процес вироблення гормонів із такими самими функціями, які необхідні, щоб впоратися із ситуацією.

Синя лінія представляє зворотний зв'язок, коли він знову спить. Коли він спить, ці пов'язані зі стресом біологічні функції мають нормалізуватися. І якщо це не так, то це може призвести до зношування організму та сприяти алостатичному злому. Тому синя лінія дуже важлива. Важливо мати час спокою, мати можливість нормалізувати тілесні реакції.

Можливо, глюкокортикоїди чи пропанолол, можливо, є якісь інші ліки, які можуть допомогти впоратися з травматичною пам'яттю, котра зберігає образи після травми. Ми називаємо це «золоті години». Чи можемо ми запобігти консолідації травматичних спогадів за допомогою «Тетріса» чи глюкокортикоїдів? Існує низка речовин, які в літературі визначають як такі, що можуть мінімізувати накопичення травматичних спогадів. Це – пропанолол, кортикостероїди, кетамін, можливо ендоканабіноїди, окситоцин або ді-циклосерин. І є дуже багато досліджень, які можуть допомогти нам у вторинному запобіганні траєкторії розвитку в бік ПТСР.

Разом із Джозефом Зохаром, його я вже згадував, та Хармом Крюгерсом ми провели дослідження під назвою «Фармакотерапія в наслідку травми: можливості в «золоті години»».

Що відбувається після травми? У роботі з Міріан Найдем та Александром МакФарлейн ми визначили ступеневу модель посттравматичного стресового розладу після травми. Ми опублікували роботу під назвою «В напрямку ступеневої диференціації в лікуванні ПТСР». І ми визначили чотири стадії для проявлення симптомів після переживання травми. На нульовій стадії травма була пережита, але немає симптомів. Ми бачили це у деяких траєкторіях, про які говорили раніше. На стадії «один А» будуть недиференційовані симптоми помірної тривожності. Ми всі люди, на нас усіх впливає травма. Стадія «один Б» - це субсиндромальний дистрес із певним поведінковими та функціональними порушеннями. Так, ми всі люди, і в деякого можуть бути складнощі з подоланням травми.

«Друга стадія» настає трохи пізніше, і це буде перший епізод повноцінних порогових симптомів, що мають різні траєкторії. Як ми вже згадували, проявлятися можуть різні траєкторії. На «третьій стадії» будуть постійні симптоми, які можуть змінюватися, та продовжується порушення. Це може бути неповна ремісія, повтор або рецидив або чисельні рецидиви або погіршення, яке йде після неповної ремісії. «Четверту» стадію ми пропонуємо визначити як тяжку неослабну хворобу із хронічністю, що зростає. Ми ніколи не дивилися на ПТСР під цим кутом, де ми могли подивитися на орієнтацію за стадіями, як ми це робимо в онкології. Там ми говоримо про «першу, другу, третю, четверту стадію» пухлин або онкологічного захворювання. Можливо ми зможемо зробити те саме з ПТСР, щоб краще зрозуміти, де знаходиться людина у своїй реакції на травму. І це, можливо, допоможе нам визначити, яке лікування підійде краще на кожній із цих стадій.

Як і раніше в таблиці, де були зелений, жовтий, помаранчевий та червоний, тут ми додаємо кластери можливих нейробіологічних маркерів для цих чотирьох стадій, систем обробки інформації, оскільки вони могли бути порушені на цих чотирьох стадіях, і психофізіологічні стреси та свідомість. Не буду зосереджуватись на деталях, але це – спроба побачити, як ці зміни відбуваються в різних областях та як вони корелюють із чотирма стадіями, які ми визначили для ПТСР.

Залишилося всього декілька слайдів. Цей слайд – таке собі підбиття підсумків щодо всього, що ми говорили про траєкторії та те, як накопичення в певній траєкторії розвитку може погіршити або сприяти розвитку фенотипу в ПТСР. Це – схема з роботи Агорастоса від 2019 року. Тут у лівому

верхньому блоці ми, звісно, маємо генетичну й епігенетичну схильність до ПТСР. І також тут є програмування плоду, пренатальні стресори. Це – свого роду компонент «природа або виховання» у ПТСР. Далі йде стрес на ранніх етапах життя. Для траєкторії розвитку може бути важливим, коли стався цей стрес. Це могло бути в перші шість років життя, від шести до дванадцяти та від дванадцяти до вісімнадцяти. Мозок більш незрілий у період від народження до шести років, ніж у період із шести до дванадцяти років, тому стрес на ранніх етапах життя може по-іншому вплинути на особу, ніж стрес на більш пізніх етапах життя, але до вісімнадцяти роках. Роль у переживанні травматичної події також впливає на траєкторію, як і тривалість, інтенсивність і вид: чи була це – природна катастрофа, чи катастрофа від людської діяльності?

Це далі призводить нас до алоstaticких процесів, де мають будуватися баланси. Нейроендокринні, імунологічні, розвиток мозку, метаболізм, сон і добовий ритм, епігенетичне програмування. Усі вони роблять свій внесок у ту модель алоstaticкого навантаження, де має бути гомеостаз, але стан може перейти в алостаз, коли система в стані стресу. І потім, коли стресор травматичної природи може знову вдарити симптомами, це може призвести або до адаптації та стійкості, або до дезадаптації та вразливості, які, своєю чергою, можуть призвести до зміненого психологічного функціонування, або до ризику хронічного захворювання, або до фенотипу ПТСР.

Ще раз, він говорить тут про організм і рівновагу, які потрібно регулювати.

Як я казав, ці стадії можуть нам допомогти визначити інтервенції. Наприклад, на «нульовій стадії» ми просто спостерігаємо та чекаємо, ми

нічого не робимо, відстежуємо симптоми з плином часу. Можливо, в людини є підтримка однолітків, як у випадку із солдатом, який втратив товариша. Ми просто спостерігаємо, підтримуємо, виявляємо любов і доброту. На стадії «один А», коли з'являються симптоми помірної тривожності та дистресу, ми можемо подивитися, чи існує потреба в додаванні кортизолу. Можливо, потрібні завдання для робочої пам'яті, такі як «Тетріс». Можливо, інші інтервенції, котрі ми не повністю освітили, але які мають таку саму функцію. Ми досліджуємо. На стадії «один Б» ми можемо провести певну кількість сесій терапії тривалого впливу, можливо, варто провести письмову терапію або нейрофідбек. Або, може, буде корисно провести усвідомлену релаксацію, дихальні вправи. На другій стадії, на якій відбувається перший епізод повноцінних порогових симптомів, ми можемо виконати відносно прямолінійні інтервенції, сфокусовані на симптомах. Це, наприклад, – терапія тривалого впливу, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей, когнітивно-поведінкова терапія. Щодо них є вже усталена література, яка добре себе зарекомендувала.

Коли ми переходимо до «третьої стадії», тут є неповна ремісія, повторення або рецидив або численні рецидиви. На стадії «три А» можна використовувати інші терапії, окрім вже згаданої тривалого впливу. Наприклад, психотерапевтичні інтервенції, що працюють із множинними аспектами травматизації або послідовної травматизації. Це може бути коротка еkleктична психотерапія для ПТСР або нарративна експозиційна терапія. Ми також можемо подивитися на СИЗЗС, СИЗЗСін, стабілізатори настрою, празозин, блокаду зірчастих гангліїв або усвідомленість, медичний канабіс.

Це – мета для «стадії три А» розладу. При неповній ремісії, коли людина не реагує на лікування, ми можемо змінити модальність і перейти до міжособистісної психотерапії або схема-терапії.

Коли ми бачимо неповну ремісію або погіршення стану, можемо перейти до масивних інтервенцій, до вищої інтенсивності. Однотижневих або тритижневих стислих сфокусованих на травмі терапій. Або ми можемо перейти до терапій, у яких є нові дослідження для груп людей, стійких до лікування. Наприклад, новий терапевтичний підхід «Три-Ем-Ді-Ар», терапія з МДМА, глибока стимуляція мозку або повторна Транскраніальна магнітна стимуляція.

На «четвертій стадії», коли в нас вже неослабне захворювання, нам може знадобитися перехід до фізичної орієнтації. Медичне управління супутніми захворюваннями. Це можуть бути специфічні інтервенції та допомога в професійній сфері. Ми можемо сфокусуватися на моральній травмі або на підвиді моральної травми у ПТСР. І також ми можемо використовувати невербальну терапію: можливо, допоможуть службові собаки або інтервенції, сфокусовані на стабілізації. Тож цей підхід зі стадіями може допомогти нам зрозуміти, як підлаштувати наші інтервенції та зробити їх персоналізованими.

Я згадував уже психоделіки, і я хочу присвятити ним один слайд. Це – стаття з «Нью-Йорк Таймс» під назвою «Наближається психоделічна революція. Психіатрія може вже ніколи не бути такою, як раніше». Ми чуємо та читаємо й бачимо, що проводять дослідження, які сприяють тому, що МДМА можуть

бути зареєстровані як спосіб лікування ПТСР. Чи це правда, що психіатрія ніколи не буде такою, як раніше, якщо ми почнемо використовувати такі речовини? Що ж, ці речовини мають потужний сигнал, але ми ще не дійшли до чогось конкретного. Є певний тиск і моральний імператив, щоб визначити, коли та для кого їх варто використовувати. Зараз стоїть це питання. На якій стадії ми можемо пропонувати такі інтервенції – на другій, чи на третій, чи на четвертій стадії? Це те, що ми маємо зрозуміти та дослідити. Якщо ми дамо їх надто рано, вони не спрацюють, якщо дамо надто пізно – може бути вже запізно для людини або навіть її життя, і, можливо, цього можна було запобігти раніше.

Мюррей Стін написав чудову роботу в липні 2022 року, де він сказав, що всі ці речовини, які ми зараз бачимо на сцені, не зсунуть психіатрію на інший бік маятника. Але ми бачимо покрокові інтеграції таких інтервенцій у бік зсуву в психіатричному діагностуванні та лікуванні. Але це відбувається не так бурхливо, як може здатися після прочитання статті в «Нью-Йорк Таймс».

Це – деякі нові підходи лікування. Ми бачимо кінну терапію, технологічні інтервенції, другу версію ДРРО, яка з'являється в літературі. Бачимо блокаду зірчастих гангліїв, статтю «Чи кетаміновий бум виходить з-під контролю?», невербальну терапію, арттерапію, терапію за допомогою технологій. Це все зараз набирає оберти. І, як ми бачимо, війна в Україні призведе до того, що постраждає величезна група людей, вже постраждали, це вплине на великі спільноти, і нам потрібно буде впоратися з наслідками. Ці нові підходи потрібно привносити в спільноту такими освітніми програмами, як ця, щоб навчити терапевтів, ознайомити їх із цими можливостями. І звісно, їм потрібна підтримка інфраструктури для психічного здоров'я, щоб вбудувати

ці підходи. Ці програми можуть бути віртуальними, і, на щастя, в нас є інтернет, що передати ці знання. Є підйом, є потреба шукати підходи. Зазвичай, ми орієнтуємося на рандомізовані контрольовані дослідження, але під таким тиском може бути відчуття, що потрібно проводити більш ранні інтервенції, для яких доказова база ще не така широка, як потрібно. І це може погіршити моральні наслідки для розладів, із якими ми маємо справу.

Канабіс – це ще одна скомпрометована речовина, і чи може вона допомогти? – це інше важливе питання, тому що люди займаються самолікуванням, і на це теж варто звернути нашу увагу.

Отже, я дуже довго з вами розмовляв, і дякую вам за увагу. Я сподіваюся, що ця презентація допомогла вам ознайомитися з, як я говорив на початку, траєкторіями розвитку ПТСР, різними траєкторіями, які можуть бути. І якщо ми дивимося на ці траєкторії, то можемо краще зрозуміти, як проводити лікування, які інтервенції використовувати для найкращого результату. На цьому я завершую, і ще раз дякую за вашу увагу та сподіваюся, що цей внесок буде корисним для вашої професії та лікування тих, хто цього потребує. Дякую.