

Отримано: 4 травня 2026

Прорецензовано: 8 травня 2026

Прийнято до друку: 8 травня 2026

email: oap@ukr.net

DOI: <http://doi.org/10.25264/2415-7384-2026-21-20-29>Панченко О. А. Психо-вісцеральне переживання травми війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія» : серія «Психологія»*. Острог : Вид-во НаУОА, травень 2026. № 21. С. 20–29.

УДК: 159.93:616-001

Панченко Олег Анатолійович,

почесний академік НАПН України,

доктор медичних наук, доктор наук з державного управління,

професор, заслужений лікар України, генеральний директор

ДНП «Науково-практичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»,

ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0000-0001-9673-6685>

ПСИХО-ВІСЦЕРАЛЬНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ ВІЙНИ

Сьогодні світ перебуває в точці історичної біфуркації, коли світова соціально-економічна і політична система дестабілізована, розгортаються «гібридні війни» та всесвітня торгова війна, людство стає свідком сьогодинського глобального травматичного процесу, коли одна полікриза змінює іншу. Руйнування геополітичного співробітництва в середньостроковій перспективі матиме ланцюгову реакцію в царині глобальних криз, які переростають навіть у відкриті збройні конфлікти, бойові дії на значних територіях, від чого страждають як збройні сили протидіючих сторін (регулярні армії держав, а також недержавні збройні групи, такі як повстанці або бунтівники), так і мирне населення, яке зазнає травми війни.

За даними літературних джерел і систематичних оглядів було проведено теоретичний аналіз та узагальнено інформацію про види травм війни, а також методи консультування й подолання наслідків травми. Збір та обробка наукової інформації здійснювалися із застосуванням класичного інструментарію систематизації. Доказову базу дослідження сформовано шляхом аналізу публікацій у таких авторитетних цифрових репозиторіях та базах даних, як ScienceDirect, Scopus і PubMed.

Із 2 травня 2014 року фахівцями ДНП «Науково-практичний медичний центр МОЗ України» проводилося скрипінгове дослідження емоційних реакцій на стресові події; психоемоційного та соматичного стану; актуальних ситуацій часу турбулентних змін, що викликали занепокоєність чи хвилювання; потреби в отриманні інформації; стану актуального функціонування; проявів тривоги, депресії, агресії. Особлива увага в межах цієї роботи приділялася впливу травматичних подій, пов'язаних із початком АТО, викликами пандемії коронавірусу та наслідками повномасштабного вторгнення в Україну. Станом на 1 січня 2025 року у дослідженні взяло участь 7328 дорослих, 3178 дітей.

Представлено авторську Октагон-систему «Психо-вісцеральне переживання травми війни». Модель спрямована на виявлення та подолання проявів травми війни, а також на формування цілісного розуміння психосоматичних реакцій людини на стресові фактори травми війни. Метод заснований на мисленнєвій переробці реакцій організму на травму та визначенні можливості їхнього нівелювання задля зменшення негативних наслідків травми. На відміну від підходів, які зосереджуються переважно на когнітивних і емоційних аспектах, психо-вісцеральне переживання акцентує увагу на тілесних відчуттях, що виникають у відповідь на травматичну подію.

Ключові слова: травма, психотравма, октагон система, стрес, посттравматичний стресовий розлад.

Oleg Panchenko,

Honorary Academician National Academy of Educational Sciences of Ukraine,

Doctor of Medical Sciences, Doctor of Science in Public Administration,

Professor, Honored Doctor of Ukraine General Director

State Non-Profit Enterprise «Scientific and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Centre
of the Ministry of Health of Ukraine»,ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0001-9673-6685>

PSYCHO-VISCERAL EXPERIENCE OF WAR TRAUMA

Today, the world is at a historic fork in the road, with the global socio-economic and political system destabilized, hybrid wars and a global trade war unfolding. We are witnessing a traumatic global process, with one multi-crisis replacing another. The destruction of geopolitical cooperation in the medium term will have a chain reaction in the realm of global crises. These crises are even escalating into open armed conflicts and combat operations across large territories, affecting both the armed forces of the opposing sides (regular armies of states, as well as non-state armed groups such as insurgents or rebels) and the civilian population, which is suffering the trauma of war.

Based on data from the literature and systematic reviews, a theoretical analysis was conducted and information was summarised regarding the types of war-related trauma, as well as methods of counselling and coping with the consequences of trauma. The collection and processing of scientific information were carried out using classical systematisation tools. The evidence base for the study was formed by analysing publications in such authoritative digital repositories and databases as ScienceDirect, Scopus and PubMed.

From 2 May 2014, specialists from the State Non-Profit Enterprise «Scientific and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Centre of the Ministry of Health of Ukraine» conducted a screening study of emotional reactions to stressful events; psychological and physical well-being; current situations during a period of turbulent change that caused anxiety or concern; the need for information; current functioning; and manifestations of anxiety, depression and aggression. Particular attention within this study is paid to the impact of traumatic events associated with the start of the ATO, the challenges of the coronavirus pandemic, and the consequences of the full-scale invasion of Ukraine. As of 1 January 2025, 7,328 adults and 3,178 children had taken part in the study.

An author's octagon system called "Psycho-visceral experience of war trauma" was created. The Octagon System is designed to identify and address the manifestations of war trauma, as well as to foster a holistic understanding of a person's psychosomatic reactions to the stressors of war trauma. The method is based on the cognitive processing of the body's reactions to trauma and the identification of ways to mitigate them in order to reduce the negative consequences of trauma. Unlike approaches that focus primarily on cognitive and emotional aspects, psycho-visceral experience emphasises the bodily sensations that arise in response to a traumatic event.

Keywords: *trauma, psychological trauma, actogonic system, stress, post-traumatic stress disorder.*

Постановка проблеми. Сьогодні світ перебуває в точці історичної біфуркації, коли світова соціально-економічна і політична система дестабілізована, відбувається руйнування геополітичного співробітництва, що в середньостроковій перспективі матиме ланцюгову реакцію в царині глобальних криз. Останні переростають у гібридні війни і навіть у відкриті збройні конфлікти та бойові дії на значних територіях, від чого страждають як збройні сили протидіючих сторін, так і мирне населення. Цей феномен отримав назву «травма війни». У сучасній психології він окреслюється узагальнювальними термінами «травма» або «психотравма» та охоплює надзвичайно широкий спектр подій, що несуть загрозу психічному та фізичному благополуччю людини. До категорії потенційно травмуючих інцидентів належать як катастрофи (природні лиха, техногенні аварії, ДТП чи критичні захворювання), так і цілеспрямовані акти агресії. Зокрема, йдеться про різні форми насильства – від фізичного та сексуального, до викрадень, катувань, терористичних актів та тривалого перебування у зоні воєнних дій. Попри те, що кожна з цих ситуацій має свою унікальну природу, специфічну мову опису та власну етіологію страждань, їх об'єднує спільний деструктивний вплив на особистість. Травматичний досвід не є статичним: він змінюється залежно від характеру загрози, її інтенсивності, частоти повторення та тривалості. При цьому важливим є чинник суб'єктивної значущості: сприйняття події конкретним індивідом є унікальним і може суттєво трансформуватися з плином часу, визначаючи глибину та тривалість подальших психологічних переживань. У разі міжособистісного насильства травмувальна подія набуває різних колективних значень і соціальних відгуків, різної соціальної інтерпретації, що містить у собі як реакцію жертви, так і реагування сім'ї, спільноти та широкої громадськості загалом на цю подію. Проте травма, травматичний стрес (traumatic stress), як і будь-який інший вид стресу, крім складних і витончених різноманітних психологічних проявів, на нейробіологічному рівні являє собою неспецифічну реакцію нашого організму на різні травмувальні події. Ця загальна відповідна реакція зумовлена залученням переважно примітивних структур нашої центральної нервової системи, і підпорядковується певній закономірності. Отже, дослідження наслідків травмувальних подій для особистості є надзвичайно актуальним напрямом сучасної психологічної науки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Слово «травматичний» (traumatic) уперше трапляється у виданні Оксфордського словника 1656 року, де травму визначають як термін, що «стосується ран та їх загоєння» (pertaining to wounds or the cure of wounds). Лише наприкінці XIX століття цей термін почали використовувати для позначення психологічного стресу та шкоди, що розвинулися внаслідок насильства та втрат [20].

Травма, згідно з Г. Фішером, це панцир, що заковує душу і тіло в заморожені сльози, демобілізація, зрив захисних механізмів індивіда, зниження чутливості, переживання дисбалансу між небезпечними ситуаціями та особистісними можливостями їх подолання [12].

Картина переживання травмованого індивіда: почуття безпорадності, незахищеності, тривале потрясіння в розумінні себе та світу, відчуття покинутості, відкинутості, втрати та тривоги, нереалізованості потреб незавершених почуттів та емоцій на основі незавершених дій [15].

Мета статті полягає у дослідженні особливостей психо-вісцерального переживання травми війни, розроблення моделі системи «Психо-вісцеральне переживання травми війни».

За даними літературних джерел і систематичних оглядів було проведено теоретичний аналіз та узагальнено інформацію про види травм війни, а також методи консультування й подолання наслідків травми. Збір та обробка наукової інформації здійснювалися із застосуванням класичного інструментарію систематизації. Доказову базу дослідження сформовано шляхом аналізу публікацій у таких авторитетних цифрових репозиторіях та базах даних, як ScienceDirect, Scopus і PubMed.

Виклад основного матеріалу. Травматичний досвід формується під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників, що порушують психоемоційну рівновагу особистості та зумовлюють різні види

психотравматизації залежно від характеру їх впливу. Види травм: соціогенна (воєнні конфлікти та війни, тероризм, екстремізм, техногенні катастрофи, соціальні трансформації, міграції, релігійні конфлікти, втрата ідентичності, модусу існування особистості); біогенна (трансгенераційна, симбіотична карма роду, преморбідна диспозиція, архетипічні несвідомі моделі, рефлекс покірності, дисонанс палео, – і нових секретних територій мозку); психогенна (внутрішньоособистісна конфліктність, образа, розлука, насильство, аб'юз, деривація, зрада, втрата, суб'єктність, безпорадність, тривожність, тривале потрясіння).

У структурі біогенних травм особливо слід відзначити трансгенераційну (симбіотичну) травму, що характеризується повторенням родових помилок, «карми роду», перейнятої травми батьків. «Карма роду» представляє несвідому програму роду. Трансгенераційна травма може проходити через кілька поколінь однієї сім'ї. За наявності травми в поколіннях, діти, які народжуються, вже вплетені в травму своїх батьків. Тоді в сім'ї можуть спостерігатися повторювані сценарії життя. На думку авторів S. Dekel, T. Ein-Dor, Z. Solomon: «Кожен із нас є ланкою в ланцюзі поколінь, і часом нам доводиться, на власний подив, «оплачувати борги» наших предків. Ця своєрідна «невидима відданість родині» підштовхує нас до неусвідомленого повторення приємних ситуацій або сумних подій (синдром предків). Якщо мати чи батько травмовані, вони не можуть повністю емоційно відкритися дитині, оскільки їх лякає контакт із травмованими частинами себе. Дитина, емоційно тісно пов'язана зі своїми батьками, також стає залученою до переживання цієї травми, і згодом у своїх стосунках повторюватиме рано засвоєні патерни переплетення» [10]. Програма долі – це несвідомий план, що поступово розгортається, який отримано з генами від батьків і постійно підкріплюється інформацією з раннього дитинства, в основному під впливом способу життя батьків [24].

Згідно з психоаналітичним підходом Н. Абрахама та М. Тьорьока «впровадження» феноменів «склепу» і «привидів» у нащадків відбувається внаслідок травми [6]. Етіологічно ці прояви провокуються несправедливими подіями (смертю родича в полоні, загибеллю під час бойових дій, зникненню безвісті, відсутності можливості поховання, перебуванню у місцях позбавлення волі, тяжкими соматичними захворюваннями) або сімейними таємницями, що розглядаються як ганебні (вбивство, інцест, ув'язнення, поміщення до психіатричної клініки, банкрутство, позашлюбні діти, СНІД, наркоманія, ігрова залежність, втрата родинних статків). Такі патерни можуть передаватися з покоління в покоління, несучи з собою приховану небезпеку повторної травматизації в майбутніх поколіннях. Травматичний досвід може спричиняти серйозні порушення прив'язаності, які, своєю чергою, збільшують імовірність травматизації в житті кожного окремого члена системи.

Психогенні травми являють собою проєкцію кризи екзистенції суб'єкта: звістка про наявність важкого захворювання або необхідність проведення складної операції, втрата близької людини, релігійні конфлікти. Найяскравішими прикладами психотравм є приниження, загроза життю та здоров'ю. Як зазначають дослідники, травма зачіпає досить глибокі душевні переживання особистості, відображає внутрішньоособистісний психічний конфлікт, що формується на фоні соматичного виснаження, насамперед у осіб з преморбідною схильністю до психогенних реакцій [19]. Симптоматика відрізняється гострим перебігом та афективною насиченістю суб'єктивних страждань. Клінічну структуру визначає поєднання інтенсивного образного мислення з іпохондричною фіксацією на змінах соматичного та психічного самопочуття. Внутрішня дезорганізація та відчуття дискомфорту стають об'єктом постійного хворобливого аналізу, що підсилюється стійким занепокоєнням і страхом перед майбутнім.

Соціогенні травми. Нормою життя стали регулярні звістки про технічні катастрофи, соціальні загрози, воєнні конфлікти. Стихійні лиха, що існували завжди, тепер більшою мірою, ніж колись, провокують відчуття самотності та безвиході, відсутність підтримки, зумовлюючи зростання тяжкості психологічної травми.

Наслідки травми охоплюють глибинні рівні психіки та чинять тривалий вплив на соматичний стан, когнітивні процеси, емоційну сферу та життєдіяльність людини загалом [8]. Мобінг супроводжується стійким почуттям провини. Людина-жертва парадоксальним чином занурює себе у стресовий контекст. Наслідком фізичного чи емоційного аб'юзу є посттравматичний стресовий розлад, уповільнення розвитку, поведінкові проблеми жертви та формування залежностей.

Болісні переживання можуть активувати психотравматичну алекситимію, тобто «витіснення» почуттів високої інтенсивності зі сфери усвідомлення та неможливість їхнього подальшого вербального опису і вираження. Алекситимія може бути і результатом «соціальної заборони» на прояви почуттів, коли вмикаються механізми психологічного захисту та установки повсякденної свідомості, «що сльози – ознака слабкості», «сильна особистість має бути непроникною» [18].

Парадоксально, але процес переживання травмувальної події має цілком певну фазову динаміку і є нормальним елементом психологічного розвитку людини. Боротьба руйнівних сил часто народжує нові форми усвідомлення, пробудження і свободи. Більше того, саме засвоєння досвіду переживання травми веде людину до якісних змін у житті, відкриває нестандартні можливості.

Але іноді незавершене переживання в минулому блокує доступ до почуттів і не дає можливості безпосередньо адекватно реагувати в сьогоденні. А. Waddington зі співавторами зазначає, що «людина, яка пережила травматичну подію, але не відреагувала на неї, ніби залишається в минулому. Травматична подія притягує до себе людину і не відпускає її. З цієї причини існує досить велика ймовірність для таких людей повторення травмуючої ситуації в майбутньому. Вони прагнуть пережити травматичну подію заново, щоб відреагувати на неї» [22]. Приклад: ветерани війни їдуть воювати в нові «гарячі точки». Наслідки психологічної травматизації часто виражаються в аутоагресивній поведінці та схильності до адикцій. У порівнянні з загальною популяцією, такі індивіди частіше стають жертвами нещасних випадків, мають вищий суїцидальний ризик та вдаються до вживання стимулюючих речовин (алкоголю, наркотиків) як засобів дезадаптивної саморегуляції.

Травма війни є одним із найпотужніших стресогенних чинників, що запускає каскад адаптаційних і дезадаптаційних процесів в організмі. Звичайною реакцією ендокринної системи на психотравму є активація більшості її ланок, насамперед гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-вісь). Під впливом травматичної події спостерігається посилене виділення кортикотропін-рилізінг-гормону гіпоталамусом, що стимулює секрецію адренкортикотропного гормону (АКТГ) гіпофізом, який, своєю чергою, активує наднирники до синтезу глюкокортикоїдів, зокрема кортизолу [25].

Гострий стрес зазвичай виникає у відповідь на раптову травматичну подію та характеризується інтенсивними емоційними реакціями [1]. Наслідки гострого стресу можуть проявлятися вже протягом перших хвилин або годин після впливу стресора, викликаючи адаптивні фізіологічні зміни в організмі. Зокрема, спостерігається активація симпатичної нервової системи, що супроводжується підвищенням частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, частоти дихання, розширенням зіниць, мобілізацією енергетичних резервів і зростанням рівня глюкози в крові [5]. Одночасно активується ГГН-вісь, що призводить до підвищеного вивільнення гормонів – адреналіну, норадреналіну та кортизолу. Зростання рівня кортизолу в сироватці крові може спостерігатися навіть у перші хвилини після психотравми, як частина захисної адаптаційної реакції, що мобілізує організм до дії [14].

Хронічний стрес, на відміну від гострого, чинить тривалий і часто кумулятивний вплив. За результатами досліджень [7, 13, 17] довготривалий стрес суттєво змінює функціонування імунної системи, сприяє формуванню посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також викликає нейроендокринні порушення. Під впливом тривалого стресу рівень кортизолу може підвищуватися або знижуватися залежно від характеру стресора, інтенсивності впливу та тривалості його дії. Зниження кортизолу пов'язане з дезадаптацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та пригніченням її функціонування [21]. Engel S. зі співавторами вважають, що «знижений, так само як і підвищений рівень кортизолу, є прогностичними біомаркерами підвищеного ризику ПТСР» [11]. Кореляційні зв'язки ПТСР із показниками кортизолу слугують відображенням специфіки адаптивних можливостей організму. Вони ілюструють складну архітектуру стресових реакцій, що формуються у відповідь на критичні події, та вказують на особливості гормонального супроводу патологічних станів. Порушення гормональної регуляції при цьому є не лише наслідком травми, а й чинником, що впливає на клінічний перебіг психічних розладів. Як зазначають деякі автори, «ці зміни можуть проявлятися вже на етапі гострого стресового розладу (ГСР), який часто передує ПТСР. ГСР описує важкі гострі посттравматичні стресові реакції, що розвиваються протягом перших днів або тижнів після травматичної події та супроводжується інтенсивними тривожними реакціями, дисоціативними симптомами, порушенням сну, гіперзбудженням» [16, 23]. У цей проміжок часу спостерігається інтенсивна мобілізація ендокринних ресурсів, де концентрація кортизолу виступає ключовим індикатором біологічної відповіді на стрес. Критичним моментом є динаміка ГСР: якщо симптоматика не зникає природним шляхом протягом місяця, а вчасна психотерапевтична чи медикаментозна підтримка відсутня, ймовірність трансформації стану в хронічну форму ПТСР значно зростає.

Репродуктивна система також зазнає впливу стресу. Психоемоційний стрес порушує роботу гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі, що призводить до змін у рівнях андрогенів і естрогенів. Стрес може порушувати синтез і секрецію гонадотропінів, впливаючи на функціонування репродуктивної системи та формування структури мозку. Водночас інші дослідження виявили підвищення рівня тестостерону під час потенційно стресових подій [9], що, ймовірно, має адаптивний захисний ефект. Припускають, що тестостерон чинить анксиолітичну та антидепресивну дію шляхом взаємодії з рецепторами кортикотропін-рилізінг-гормону та андрогеновими рецепторами [2], що відкриває перспективи для подальшого вивчення гендерних особливостей стресової реакції та вдосконалення підходів до лікування ПТСР.

Не менш небезпечним видається розвиток віддалених психічних розладів, ступінь тяжкості яких може бути пов'язана з несвоєчасним наданням допомоги в гострому періоді травми. У разі збільшення часового інтервалу між моментом отримання психічної травми та початком надання допомоги, а також у випадках недостатньої допомоги частина постраждалих виходить із поля зору психологів і соціальних працівників, і ці обставини збільшують у 3-4 рази ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу.



У гострому періоді яскраво виражені емоційні деформації, фобії, реактивна депресія, адаптивні складнощі, психосоматичні порушення, що проявляються в соматичних відчуттях, таких як «грудки в горлі», біль у грудній клітці, скутості дихання, тяжкості в руках і ногах.

Хронічна форма проєкції травматичного досвіду вирізняється «ефектом» пролонгованості кризових станів, довготривалими наслідками травматичного стресу. Вона виникає через певний період часу і триває від шести місяців і більше. Учасники бойових дій згадують пережите та відтворюють травматичний досвід через перегляд відеоматеріалів, пов'язаних із воєнними подіями. Чіткий запит «відео травми» характеризується високою частотністю актуалізації емоційної пам'яті.

Феномен ретравматизації веде людину до спогадів, коли їй загрожувала смертельна небезпека та вона втратила близьких. Типовими є постійне відчуття страху, жаху і безпорадності та стани, пов'язані з нав'язливим, мимовільним виникненням небажаних вражень. Непрожита й погано інкапсульована психологічна травма за певних обставин знову дає про себе знати, повертається й, мов нав'язлива сила, невідступно веде до травматичної події.

Психологічні наслідки травматичного досвіду не є рівнозначними. Переживання на суб'єктивному рівні залежать від стадії процесу і специфіки психотипу [8]. Воно може мати лабільну, гостру, хронічну та пролонговану форму перебігу. Лабільна модель, яку називають резистентною, характеризується доволі швидким виходом з-під влади шоку, стійкістю до впливу різних чинників загроз, актуалізацією бар'єрних функцій.

Сучасні підходи до психологічної допомоги та психотерапії все більше орієнтуються на глибинне опрацювання травматичного досвіду особистості та переосмислення життєвих подій.

Наразі соціального резонансу набули психотехнології, засновані на ретроспективній роботі. Це робота особистості з усвідомлення ставлення до себе і свого життя, що охоплює ретроспективну роботу, під час якої людина «переміщається» у своє минуле, згадує своє життя, переживає життєві події, які вже відбулися та переосмислює їх. У досвіді особистості існують певні вихідні основи, з яких беруть початок лінії трансформації психічних змістів, розгортання яких людина переживає в актуальний момент.

Така логіка міркувань дає змогу виокремити різні види ретроспективної роботи. Перший – передбачає рух процесів від актуального моменту («тут і тепер», сьогодення) до попереднього, тобто до минулого. Психоаналітична практика побудована головним чином, відповідно до цієї форми руху роботи. У другому підвиді ретроспективна робота відбувається як рух від передбачуваного, уявлюваного, сфантазованого майбутнього до сьогодення. Йдеться про психологічне розроблення актуальної життєвої ситуації у контексті очікуваного уявного майбутнього.

У контексті викладеного слід зазначити, що активні бойові дії на території України є визначальним фактором погіршення психосоматичного статусу населення, провокуючи тривалі негативні зміни у сфері ментального та фізичного здоров'я населення [4]. Із 2 травня 2014 року фахівцями ДНП «Науково-практичний медичний центр МОЗ України» проводилося скринінгове дослідження емоційних реакцій на стресові події; психоемоційного та соматичного стану; актуальних ситуацій часу турбулентних змін, що викликали занепокоєність чи хвилювання; потреби в отриманні інформації; стану актуального функціонування; проявів тривоги, депресії, агресії [3]. Особлива увага в межах цієї роботи приділялася впливу травматичних подій, пов'язаних із початком АТО, викликами пандемії коронавірусу та наслідками повномасштабного вторгнення в Україну. Станом на 1 січня 2025 року у дослідженні взяли участь 7328 дорослих, 3178 дітей. Усі учасники дослідження були поінформовані про мету та завдання роботи, надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Скринінг проводився із дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

За результатами проведеного скринінгу відзначається суттєве зростання негативних емоцій серед населення. Протягом усього періоду дослідження під час різних стресових подій, провідне місце серед емоцій населення займає тривога (рис. 1).

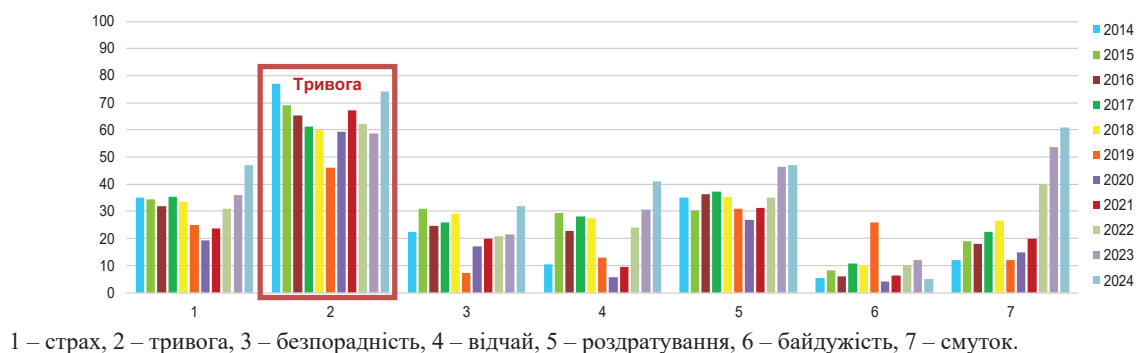
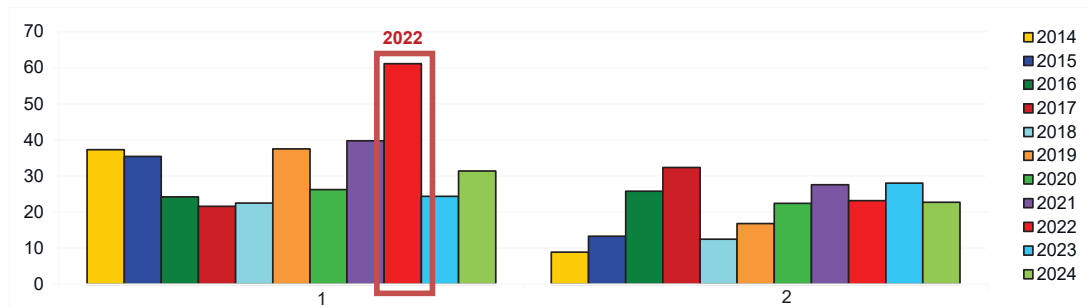


Рис. 1. Емоції, виявлені у населення в зоні воєнного конфлікту.

Як емоційна реакція на небезпеку, тривога відображає хронічне психоемоційне напруження та високий рівень психологічного дискомфорту й може сприяти розвитку психічних та психосоматичних розладів.

Друге місце за поширеністю займає почуття смутку, яке характеризується тенденцією зростання, з 12% у 2014 році до 60,7% у 2024 році, що свідчить про накопичення емоційного виснаження населення. Такі емоції, як страх, відчай, роздратування і безпорадність зберігаються на стабільно високому рівні, демонструючи помірні коливання у динаміці. Водночас показники байдужості залишаються найнижчими, що може свідчити про збереження емоційної залученості населення до подій, незважаючи на тривалий вплив стресових чинників і накопичену втому.

Дослідження особливостей проявів постстресових психічних розладів здійснювалося із застосуванням Міссісіпської шкали (рис. 2).



1 – окремі ознаки ПТСР, 2 – ПТСР

Рис. 2. Результати діагностики посттравматичного розладу за допомогою Міссісіпської шкали

За результатами дослідження (рис. 2) у 2024 році було виявлено ПТСР у 22,7% осіб, окремі його прояви зафіксовано у 31,4%, тоді як у 45,7% не виявлено ознак психопатологічних порушень. Спостерігається зростання частки осіб із окремими ознаками ПТСР до рівня показників 2014 року, тоді як поширеність ПТСР зросла приблизно втричі порівняно з початковим етапом дослідження.

Слід підкреслити, що в умовах воєнного конфлікту, інформаційне середовище відіграє суттєву роль, значною мірою впливаючи на психічний стан і психологічне благополуччя населення. Пережитий досвід перебування в зоні бойових дій має тривалий вплив і не минає безслідно, що відображається на емоційному стані людей, спричиняючи зростання тривоги, страху, агресії, панічних реакцій, а також почуття відчаю та приреченості. Формуються групи населення, які зазнають впливу інтенсивних стресогенних чинників та можуть належати до груп підвищеного ризику розвитку психічних і поведінкових розладів. Одним із завдань дослідження було вивчення ставлення респондентів до інформаційного простору, в якому вони перебувають (рис. 3).



Рис. 3. Результати дослідження сприйняття інформації населенням, яке мешкає в регіоні бойових дій

Аналіз результатів дослідження (рис. 3) свідчив, що на початку воєнних дій потреба в новій інформації досягала максимального значення в 77,6% опитаних, тоді як у 2019 році вона знизилася до 18,25%, а у 2022 року знову зросла до 68,5%, і у 2024 році залишається на високому рівні 65,5%. Водночас спостерігається значне коливання показника кількості осіб, які не виявляють інтересу до інформації: з 2,7% у 2014 році цей показник зріс до 46,5% у 2019 році, після чого різко зменшився у 2020 році та знову демонструє тенденцію до зростання у 2024 році.

Результати багаторічних скринінгових досліджень стали підґрунтям для розробки авторської Октагон-системи «Психо-вісцеральне переживання травми війни (ПВПТВ)» (рис. 4) при консультуванні осіб з травмою війни. Це система організації досвіду (психологічного переживання, яке складається з окремих взаємопов'язаних елементів) встановлення контакту з навколишнім середовищем, а також спосіб організації реакцій (переживань) індивіда на те, що відбувається.

Мета терапії травми полягає в опрацюванні травматичного зчеплення і відновленні гнучких взаємозв'язків в системі функціонування людини.

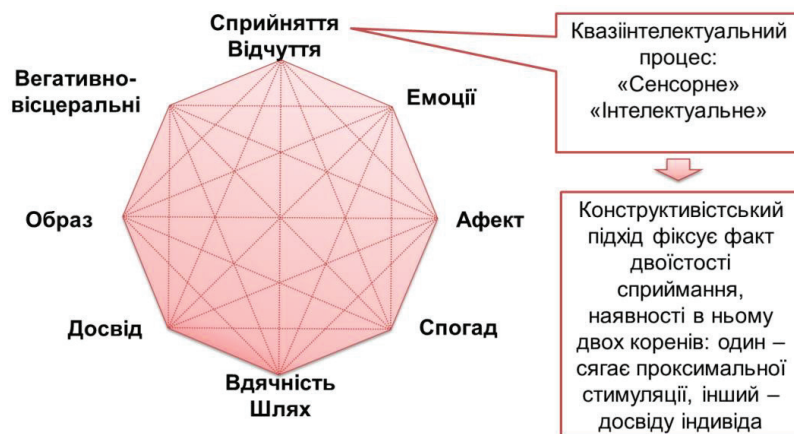


Рис. 4. Октагон система «Психо-вісцеральне переживання травми війни»

На першому ступені зцілення «завершуються» травматичні реакції та активуються ресурси організму, що були заблоковані травмувальним впливом. Переживання – це суб'єктивний процес усвідомлення людиною значущих для неї явищ, подій, відносин, що супроводжується певними емоційними реакціями і відображенням у свідомості. Це не просто зовнішня подія, а те, як людина сприймає, оцінює та інтегрує її у власний життєвий досвід. У роботі з травмою необхідно віддавати «належне тілу». Травма формується на тілесному рівні, і саме через тіло можливе її зцілення. Концепцію ресурсів визначають як позитивне самовідчуття, відчуття свого Я – своєї сили та життєвості, що супроводжується позитивними переживаннями на рівні тіла. Це те, що допомагає людині зберігати й підтримувати стійке відчуття себе та власної внутрішньої цілісності перед обличчям можливого руйнування під час травми, яке виникає насамперед через знижену активацію індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмувальної події. До утворення травматичних симптомів призводять такі чинники, як нездатність ефективно протидіяти стресогенному фактору, відсутність можливості опору або втечі, неможливість розрядити енергію, заблоковану в стані заціпеніння. Ці ресурси вбудовані в інстинктивне реагування, що проявляється в мимовільних тілесних реакціях людини.

Сприйняття не є пасивним процесом: воно формується під впливом попереднього досвіду, знань, інтересів і мотивацій людини. Таке явище називають апперцепцією. Саме завдяки їй ми осмислюємо побачене, почуте й відчуте, спираючись на вже наявний досвід і знання.

Важливо розрізнати відчуття як початковий етап обробки сенсорної інформації та сприйняття, яке є більш складним процесом, що включає організацію та інтерпретацію відчуттів.

Водночас сприйняття тісно пов'язане з емоційною сферою. Те, що ми бачимо чи чуємо, може викликати певні почуття, а емоції, у свою чергу, впливають на те, як ми інтерпретуємо навколишню дійсність.

У психології травми війни емоції відіграють ключову роль, часто проявляючись у вигляді гострого стресу, тривоги, депресії, гніву, страху, а також уникнення травматичних подій. Важливо розуміти, що переживання травматичного досвіду війни має етапи, включаючи заперечення, агресію, пошук пояснень, горе та прийняття.

Вегетативно-вісцеральні переживання травми війни стосуються тілесних, фізіологічних проявів психологічної травми, що виникають внаслідок дисрегуляції вегетативної нервової системи та інших внутрішніх систем організму. У контексті травми війни це означає, що пережитий досвід впливає не лише на психіку – проявляючись через тривогу, депресію чи флешбеки, – а й на тіло: через тілесний дискомфорт, напруження, порушення роботи внутрішніх органів і фізіологічних функцій.

Тривалий і інтенсивний стрес, викликаний війною (загроза життю, втрати, руйнування, невизначеність), призводить до хронічного перезбудження симпатичної нервової системи та виснаження її ресурсів.

Наступний крок спрямований на переосмислення свого образу, іміджевого стилю, зміну субмодальностей стресорного образу, характеристик сприйняття навколишнього світу, зміну масштабу травматичних подій. Використовуються позитивні, візуалізовані образи, притчі, казки, метафори, елементи провокативної терапії Ф. Фареллі. Доцільним є звернення до таких напрямів, як логотерапія В. Франкла, екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженталя, гештальт-терапія Ф. Перлза. У межах екзистенційної парадигми, репрезентованої І. Яломом, травматичний досвід розглядається як зіткнення індивіда з неминучими умовами існування, відомими як «даності буття». Смерть, свобода, відчуженість та відсутність очевидного сенсу стають тими векторами, навколо яких вибудовується хвороблива реакція суб'єкта. Трансформація травми передбачає не лише симптоматичне полегшення, а й радикальну зміну Я-концепції через пізнання прихованого потенціалу. Завершення психологічної роботи над травмою неможливе без проживання складних етичних та емоційних станів, зокрема подяки та вибачення, які дозволяють змінити ставлення до пережитої ситуації та інтегрувати її в життєвий досвід.

Афект – процес емоційної стабілізації особистості, який потребує зміщення фокуса з деструктивних переживань на конструктивні стани. Замість концентрації на проблематиці, індивіду варто зосередитися на пошуку стратегій подолання стресу. Традиційно першим етапом такої роботи вважається формування вербальних конструктів (афірмацій), що репрезентують бажану мету – від лаконічних понять («стійкість», «здоров'я») до розгорнутих цільових установок. Проте ефективність суто словесних формул часто є обмеженою. Це пояснюється специфікою підсвідомості, яка виявляє низьку сензитивність до абстрактних слів, натомість демонструючи високу сприйнятливості до сенсорних та чуттєвих образів, що моделюються у внутрішньому просторі свідомості. У разі травматичних станів використовується парадоксальна інтенція. Її завдання полягає в тому, щоб зламати, розірвати кругові механізми та патерни реагування фобій і нав'язливих станів. Від людини вимагається, щоб вона захотіла здійснення того (при фобії) або відповідно сама здійснила те, чого вона так побоюється, подолання захисних механізмів проєкції, ретрофлексії, інтроєкції, злиття.

Спогад – це процес запам'ятовування, збереження та відтворення минулого досвіду, який може містити факти, події, емоції та інші аспекти життя.

Досвід впливає на те, як людина сприймає світ, як поводить в різних ситуаціях, та які рішення приймає. Метод включає когнітивно-поведінкову терапію, травмофокусовану когнітивну терапію, експозиційну терапію та інші підходи, спрямовані на зниження симптомів ПТСР та покращення психологічного стану.

Вдячність, як психологічний феномен, є глибоким і важливим аспектом особистісного розвитку та добробуту. Вона містить визнання та оцінку цінності того, що людина має, відчуття подяки за позитивні речі в житті, а також вираження цієї вдячності іншим. Практика вдячності допомагає краще справлятися зі стресом та життєвими труднощами, збільшуючи психологічну стійкість. Важливо не лише відчувати вдячність, але й висловлювати її словами або діями на адресу тих, хто допоміг або був поруч.

Висновки. У сучасному житті травма зустрічається на кожному кроці, наш світ буквально наповнений нею. Не тільки військові та жертви нападу або насильства, а й більшість із нас колись зазнали травматичного впливу. Як джерела травми, так і їхні наслідки можуть бути вкрай різноманітними та часто прихованими від нашого усвідомлення.

Октагон-система «Психо-вісцеральне переживання травми війни» спрямована на визначення та подолання проявів травми війни та сприяє розумінню психосоматичного реагування людини на стресові фактори травми війни. Метод заснований на мисленнєвій переробці того, як тіло реагує на травму і як ці реакції можна нівелювати, щоб зменшити негативні наслідки травми. Замість того, щоб зосереджуватися виключно на думках та емоціях, психо-вісцеральне переживання спрямовує увагу на тілесні відчуття, що виникають у відповідь на травматичну подію. У процесі реабілітації пацієнт разом із терапевтом досліджують тілесні відчуття, пов'язані з психотравмою. Усвідомлення та завершення травматичних реакцій особистості відбувається через різноманітні психотерапевтичні техніки та засоби.

Механізми реагування на ситуації загрози життю та проживання травматичних епізодів вбудовані в біоінфопсихосоціальну модель відновлення здоров'я людини. Концентрація та подальше конструктивне вивільнення мобілізованих захисних сил є ключем до збереження психічної цілісності під час загрози. Завершення реакції на стресор через зниження накопиченого напруження виступає механізмом переходу від патологічного стресового стану до нормативного функціонування особистості.

Література:

1. Лурін І.А., Селюкова Н.Ю., Коренева Є.М., Бойко М.О., Місюра К.В., Негодуйко В.В. Зміни в ендокринній системі чоловіків з посттравматичним стресовим розладом, отриманим внаслідок бойової травми. *Проблеми ендокринної патології*. 2023. Том 80. № 4. С. 66–76. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2023.4.08>
2. Лурін І.А., Хорошун Е.М., Селюкова Н.Ю., Рехвіашвілі М.А., Макаров В.В., Бойко М.О., Негодуйко В.В., Місюра К.В. Гормональний стан чоловіків-комбатантів залежно від обсягу ранового ушкодження тіла.

International Journal of Endocrinology. 2024. Том 20. № 5. С. 349–356. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.20.5.2024.1419>

3. Панченко О.А. Державне управління інформаційною безпекою в епоху турбулентності: дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.05/ Нац. ун-т цивільного захисту України. Харків, 2020. 521 с.

4. Панченко О.А., Кабанцева А.В., Жогіна О.О., Сердюк І.А. Комплексна медико-психологічна реабілітація при травмі війни (клінічний випадок). *Медичні перспективи*. 2024. Том 29. № 3. С. 235–44. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.3.313425>

5. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с. <https://doi.org/10.36994/978-966-388-665-7-2023-266>

6. Abraham N., Torok M. L'Ecorce et le noyau. Paris: Aubier-Flammarion. 1978. 482 p.

7. Alotiby A. Immunology of Stress: A Review Article. *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 13. Issue 21. 6394. <https://doi.org/10.3390/jcm13216394>

8. Bugental J.F.T. The Art of the Psychotherapist: How to develop the skills that take psychotherapy beyond science. New York: W. W. Norton & Company, 1992. 336 p.

9. Choi S.Y. Synaptic and circuit development of the primary sensory cortex. *Experimental & Molecular Medicine*. 2018. Vol. 50. № 4. P. 1–9. <https://doi.org/10.1038/s12276-018-0029-x>

10. Dekel S., Ein-Dor T., Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012. Vol. 4. Issue 1. P. 1–8. <https://doi.org/10.1037/a0021865>

11. Engel S., Laufer S., Klusmann H., Schulze L., Schumacher S., Knaevelsrud C. Cortisol response to traumatic stress to predict PTSD symptom development – a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023. Vol. 14. № 2. 2225153. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2225153>

12. Fischer G. Methodological Issues in Psychotraumatology – Qualitative and Quantitative Strategies of Research. In: Stiftung für Kinder (Ed.). *Children – War and Persecution*. Osnabrück: secolo Verlag. 1995. P. 49–55.

13. Ishikawa Y., Furuyashiki T. The impact of stress on immune systems and its relevance to mental illness. *Neuroscience Research*. 2022. Vol. 175. P. 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.neures.2021.09.005>

14. Kalaitzaki A.E., Tamiolaki A. Russia-Ukraine War: Jeopardizing the mental health gains already been obtained globally. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 78. 103285. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103285>

15. Kalsched D. The Inner World of Trauma. Archetypal Defenses of the Personal Spirit. London, New York: Routledge, 1996. 240 p.

16. Kassam-Adams N., Palmieri P.A., Rork K., Delahanty D.L., Kenardy J., Kohser K.L. et al. Acute Stress Symptoms in Children: Results From an International Data Archive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012. Vol. 51. Issue 8. P. 812–820. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.013>

17. Kuzmenko A., Makarenko S. Influence of Stress Factors on the Development of Post-Traumatic Stress Disorder in Children: Risk Factors. *International Journal of Statistics in Medical Research*. 2024. Vol. 13. P. 166–180. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2024.13.15>

18. Leroy A., Beigne M., Petyt G., Derambure P., Vaiva G., & Amad A. Psychogenic non-epileptic seizures treated with guided transcranial direct current stimulation: A case report. *Brain Stimulation*. 2019. Vol. 12. Issue 3. P. 794–796. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2019.01.019>

19. Payne P., Levine P.A., & Crane-Godreau M.A. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychol*. 2015. Vol. 6. 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>

20. Pedersen D. Rethinking Trauma as a Global Challenge. In: Schouler-Ocak, M. (eds) *Trauma and Migration*. Springer, Cham, 2015. P. 9–31. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17335-1_2

21. Segerstrom S.C., Miller G.E. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130. Issue 4. P. 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>

22. Waddington A., Ampelas J.F., Mauriac F., Bronchard M., Zeltner L., Mallat V. Etat de stress post-traumatique: le syndrome aux différents visages. *Encephale*. 2003. Vol. 29. 1. P. 20–27.

23. Walker J.R., Teague B., Memarzia J., Meiser-Stedman R. Acute stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevalence following exposure to a traumatic event. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2020. Vol. 2. 100041. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100041>

24. Yalom I.D. Existential psychotherapy. New York: Basic Books, 1980. 460 p.

25. Yehuda R., Halligan S. L., Grossman R., Golier J.A., Wong C. The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 2002. Vol. 52. Issue 5. P. 393–403. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01357-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01357-4)

References:

1. Lurin, I. A., Seliukova, N. Yu., Koreneva, E. M., Boiko, M. O., Misyura, K. V., & Negoduyko, V. V. (2023). *Zminy v endokrynnyy systemi cholovikiv z posttravmatychnym stresovym rozladom, otrymanym vnaslidok boyovoyi travmy* [Changes in the endocrine system of men with post-traumatic stress disorder resulting from combat trauma]. *Problems of Endocrine Pathology*, 80(4), 66–76. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2023.4.08> [in Ukrainian].

2. Lurin, I. A., Khoroshun, E. M., Seliukova, N. Yu., Rekhviashvili, M. A., Makarov, V. V., Boiko, M. O., Negoduiko, V. V., & Misyura, K. V. (2024). *Hormonalnyy stan cholovikiv-kombatantiv zalezno vid obsyahu ranovoho ushkodzhennya tila* [Hormonal status of male combatants depending on the extent of wound damage to the body]. *International Journal of Endocrinology*, 20(5), 349–356. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.20.5.2024.1419> [in Ukrainian].
3. Panchenko, O. A. (2020). *Derzhavne upravlinnya informatsiynoyu bezpekoyu v epokhu turbulentnosti* [State management of information security in an era of turbulence]. diss. ... Doctor of Science in Public Administration: 25.00.05/ National University of Civil Defense of Ukraine. Kharkiv, 521 p. [in Ukrainian].
4. Panchenko, O. A., Kabantseva, A. V., Zhogina, O. O., & Serdyuk, I. A. (2024). *Kompleksna medyko-psykholohichna reabilitatsiya pry travmi viyny (klinichnyy vypadok)* [Comprehensive Medical and Psychological Rehabilitation in War Trauma (clinical case)]. *Medicni Perspektivi*, 29(3), 235–244. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.3.313425> [in Ukrainian].
5. *Psykhohihiya stresu ta stresovykh rozladiv*. [Psychology of stress and stress disorders]. (2023). Textbook. / Compiled by O. Yu. Ovcharenko. Kyiv: University "Ukraine", 266 p. <https://doi.org/10.36994/978-966-388-665-7-2023-266> [in Ukrainian].
6. Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'Ecorce et le noyau*. Paris : Aubier-Flammarion, 482 p.
7. Alotiby, A. (2024). Immunology of Stress: A Review Article. *Journal of Clinical Medicine*, 13(21), 6394. <https://doi.org/10.3390/jcm13216394>
8. Bugental, J. F. T. (1992). *The Art of the Psychotherapist: How to develop the skills that take psychotherapy beyond science*. New York : W. W. Norton & Company, 336 p.
9. Choi, S. Y. (2018). Synaptic and circuit development of the primary sensory cortex. *Experimental & Molecular Medicine*, 50(4), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s12276-018-0029-x>.
10. Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/a0021865>
11. Engel, S., Laufer, S., Klusmann, H., Schulze, L., Schumacher, S., & Knaevelsrud, C. (2023). Cortisol response to traumatic stress to predict PTSD symptom development – a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2225153. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2225153>
12. Fischer, G. (1995). Methodological Issues in Psychotraumatology – Qualitative and Quantitative Strategies of Research. In: Stiftung für Kinder (Ed.). *Children – War and Persecution*. Osnabrück: secolo Verlag, 49–55.
13. Ishikawa, Y., & Furuyashiki, T. (2022). The impact of stress on immune systems and its relevance to mental illness. *Neuroscience Research*, 175, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.neures.2021.09.005>
14. Kalaitzaki, A. E., Tamiolaki, A. (2022). Russia-Ukraine War: Jeopardizing the mental health gains already been obtained globally. *Asian Journal of Psychiatry*, 78, 103285. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103285>
15. Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma. Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. London, New York : Routledge. 240 p.
16. Kassam-Adams, N., Palmieri, P. A., Rork, K., Delahanty, D. L., Kenardy, J., Kohser, K. L. et al. (2012). Acute Stress Symptoms in Children: Results From an International Data Archive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 812–820. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.05.013>
17. Kuzmenko, A., & Makarenko, S. (2024). Influence of Stress Factors on the Development of Post-Traumatic Stress Disorder in Children: Risk Factors. *International Journal of Statistics in Medical Research*, 13, 166–180. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2024.13.15>
18. Leroy, A., Beigne, M., Petyt, G., Derambure, P., Vaiva, G., & Amad, A. (2019). Psychogenic non-epileptic seizures treated with guided transcranial direct current stimulation: A case report. *Brain Stimulation*, 12(3), 794–796. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2019.01.019>
19. Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychol*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
20. Pedersen, D. (2015). Rethinking Trauma as a Global Challenge. In: Schouler-Ocak, M. (eds) *Trauma and Migration*. Springer, Cham., 9–31 https://doi.org/10.1007/978-3-319-17335-1_2
21. Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
22. Waddington, A., Ampelas, J. F., Mauriac, F., Bronchard, M., Zeltner, L., & Mallat, V. (2003). Etat de stress post-traumatique: le syndrome aux différents visages. *Encephale*, 29(1), 20–27.
23. Walker, J. R., Teague, B., Memarzia, J., & Meiser-Stedman, R. (2020). Acute stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevalence following exposure to a traumatic event. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2, 100041. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100041>
24. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York : Basic Books. 460 p.
25. Yehuda, R., Halligan, S. L., Grossman, R., Golier, J. A., Wong, C. (2002). The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(5), 393–403. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01357-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01357-4)