

УДК 159.9

Катерина КРАВЧЕНКО

кандидат психологічних наук,

Військовий інститут Київського національного університету імені Тараса Шевченка

<https://orcid.org/0000-0002-8140-1759>

e-mail: kravchenkoea250388@gmail.com

Лілія ЛІЩУК

Військовий інститут Київського національного університету імені Тараса Шевченка

<https://orcid.org/0009-0002-1276-0966>

e-mail: liliazhalenko@gmail.com

Ольга СОКОЛІНА

кандидат філософських наук,

Військовий інститут Київського національного університету імені Тараса Шевченка

<https://orcid.org/0000-0003-0566-8467>

e-mail: olha.sokolina@knu.ua

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

У статті здійснено комплексне емпіричне дослідження психологічних особливостей військовослужбовців, які перенесли ампутацію кінцівок. До психодіагностичного інструментарію, який був покладений в основу емпіричної частини дослідження належать: 1) Опитувальник визначення рівня прояву реакцій бойового стресу (К. Возніцина, Т. Сіренко, М. Грудій, модифіковано К. Кравченко); 2) Методика «Тест життєстійкості» С. Мадді (модифікація Д. Осина та Є. Рассказовой); 3) Методика «Тест смисложиттєвих орієнтацій» (Д. Леонтьєв); 4) Методика «Опитувальник рівня суб'єктивного контролю» (Дж. Роттер); 5) Методика «Копінг-тест» (Р. Лазарус). Виявлено системні, багатовимірні та статистично достовірні відмінності між досліджуваними групами, серед яких: група 1 – військовослужбовці з ампутацією кінцівок; група 2 – військовослужбовці, які отримали поранення без ампутації. Отримані результати свідчать про те, що ампутаційна травма виступає сильним детермінуючим фактором, який комплексно впливає на смислову сферу особистості, структуру суб'єктивного контролю, рівень життєстійкості та домінуючі копінг-стратегії.

Ключові слова: військовослужбовці – учасники бойових дій; ампутація кінцівок; відновлення військовослужбовців; госпітальний етап; психодіагностичне дослідження

Kateryna KRAVCHENKO, Liliia LISHCHUK, Olha SOKOLINA

Military Institute of Taras Shevchenko National University of Kyiv

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MILITARY PERSONNEL WITH LIMB AMPUTATIONS: FINDINGS FROM AN EMPIRICAL STUDY

The article presents a comprehensive empirical study of the psychological characteristics of military personnel who have undergone limb amputation. The findings reveal systematic, multidimensional, and statistically significant differences between the study groups.

An optimal battery of psychodiagnostic instruments was developed for assessing military personnel with limb amputation during the hospital stage of rehabilitation: 1) the Combat Stress Response Questionnaire (K. Voznitsyna, T. Sirenko, M. Hrudii, modified by K. Kravchenko); 2) the Hardiness Test by S. Maddi (adapted by D. Osin and E. Rasskazova); 3) the Purpose-in-Life Orientations Test (D. Leontiev); 4) the Subjective Control Level Questionnaire (J. Rotter); and 5) the Ways of Coping Questionnaire (R. Lazarus). The selected psychodiagnostic instruments provide a comprehensive assessment of the psychological state of military personnel with limb amputation, enable the identification of risks of maladjustment and retraumatization, facilitate the development of individualized psychological support plans, and substantiate recommendations for further rehabilitation interventions.

The findings indicate that limb amputation during the hospital stage of recovery constitutes a powerful determining factor that exerts a complex influence on the individual's system of life meanings, the structure of subjective control, psychological hardiness, and dominant coping strategies.

The results of the study may be applied to improve the quality of psychological support provided to military personnel with limb amputation during the hospital stage of rehabilitation.

Keywords: military personnel participating in combat operations; limb amputation; rehabilitation of military personnel; hospital stage; psychodiagnostic assessment.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-3-30>

Стаття надійшла до редакції / Received 16.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 22.05.2026

Опубліковано / Published 27.08.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Катерина КРАВЧЕНКО, Лілія ЛІЩУК, Ольга СОКОЛІНА

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Втрата кінцівки є потужною травмою, яка впливає на психічний стан військовослужбовців, ставить під загрозу їхню самооцінку, змінює сприйняття свого тіла, порушує життєві плани та змушує приймати нову реальність. Усе це формує потребу в якісному психологічному супроводі. Особливої уваги, на нашу думку, потребує саме початковий етап надання психологічної допомоги, а саме під час їхнього перебування на госпітальному етапі відновлення.

На госпітальному етапі відновлення військовослужбовці стикаються з численними емоційними труднощами, які потребують комплексного підходу з боку фахівців. Зокрема, вони можуть відчувати глибокі переживання втрати, страхи щодо свого майбутнього, зниження самооцінки, відчуття безпорадності та навіть депресію. Крім того, процес адаптації до нових фізичних обмежень та опанування протезування є надзвичайно важливим і часто психологічно виснажливим етапом відновлення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Згідно з узагальненням сучасних досліджень (табл. 1), ампутація кінцівок у військовослужбовців супроводжується складним комплексом психічних реакцій, які охоплюють як первинні емоційні відповіді на втрату, так і формування стійких патологічних станів.

Таблиця 1

Узагальнені результати досліджень щодо психічних станів осіб з ампутаціями кінцівок

Автор(и)	Основні результати дослідження
Mitchell S.L., Hayda R., Chen A.T., Carlini A.R., Ficke J.R., MacKenzie E.J. [9]	У 40% військовослужбовців з ампутаціями виявлено депресивну симптоматику; 12,3% мали клінічно значущу депресію, 19,4% – прояви ПТСР. Підкреслено важливість раннього виявлення тривоги, депресії та ПТСР на госпітальному етапі.
Faraji E., Allami M., Feizollahi N. та ін. [7]	Найпоширенішими розладами були тривожний (54,5%), депресивний (12,9%) і соматоформний (1,2%). Понад половина респондентів звертались по психіатричну допомогу. Високий рівень фантомного болю (81%) асоційований із підвищеною тривогою.
Dougherty P.J. [6]	Депресія після ампутації суттєво ускладнює соціальну реінтеграцію; пацієнти з депресією рідше повертаються до роботи порівняно з тими, хто не мав депресивних проявів.
Bhuvaneswar C.G., Epstein L.A., Stern T.A. [4]	Глибина депресивних переживань пов'язана з рівнем попереднього психологічного функціонування, соціальною підтримкою та відчуттям безпорадності після втрати кінцівки.
Shukla G.D., Sahu S.C., Tripathi R.P., Gupta D.K. [10]	Тривожність у перші дні після операції є типовою реакцією на ампутацію, але без психологічного супроводу може трансформуватись у хронічний розлад.
Fitzpatrick M.C. [8]	Усвідомлення фізичної втрати та реалістичне оцінювання її наслідків посилює тривожність; потребує цілеспрямованої психотерапевтичної підтримки.
Carroll K., Edelstein J. [5]	Джерелом тривоги є лікування середовище, часті контакти з медичним персоналом, болісні процедури, почуття втрати контролю й невпевненість у майбутньому.
Singh S., Saini R., Gandhi S., Mathur R., Sarkar S. [11]	Систематичний огляд показав, що у середньому третина військовослужбовців з ампутацією кінцівок має клінічні прояви депресії (~33,9%). Автори акцентують увагу на важливості психологічної реабілітації для профілактики ПТСР.

Таким чином, результати аналізу літератури, які представлені в таблиці 1, свідчать про необхідність поглибленого вивчення психологічних особливостей військовослужбовців з ампутаціями як наукової основи для вдосконалення психодіагностики, прогнозування психологічного відновлення та розроблення ефективних програм психологічного супроводу і реабілітації.

Формулювання цілей статті

Мета дослідження: визначити психологічні особливості військовослужбовців з ампутацією кінцівок.

Виклад основного матеріалу

Дослідження проводилось протягом 2023-2025 років в декількох військових частинах ЗС України, одному з реабілітаційних центрів м. Києва, а також в індивідуальному порядку. Дослідженням було охоплено 182 військовослужбовці, по 91 у кожній групі.

У дослідженні взяли участь військовослужбовці, які мають поранення без ампутацій (група 2, контрольна група) та військовослужбовці й ветерани, які мають ампутацію кінцівок (група 1). Варто зауважити, що при формуванні вибірки респондентів для групи 1, ми не розділяли їх за видом ампутації, тобто до неї увійшли респонденти, які мали ампутації як верхніх, так і нижніх кінцівок.

Слід зазначити, що дослідників цікавили психологічні особливості військовослужбовців саме на госпітальному етапі відновлення, але враховуючи, що у тих умовах психологічне дослідження провести неможливо, військовослужбовців просили при заповненні психодіагностичних методик пригадати саме ті стани, які їх супроводжували одразу після ампутації.

Дослідження проводилось із дотриманням всіх етичних норм.

Щодо вибору психодіагностичних методик для військовослужбовців із ампутацією кінцівок, авторами був запропонований та обґрунтований власний перелік психодіагностичних методик, які вони вважають доцільним для використання із зазначеною категорією осіб у визначених умовах [1], а саме: 1) Опитувальник визначення рівня прояву реакцій бойового стресу (К. Возніцина, Т. Сіренко, М. Грудій, модифіковано К. Кравченко) – 48 питань [3]; 2) Методика «Тест життєстійкості» С. Мадді (модифікація Д. Осина та Є. Рассказової) – 24 питання [2]; 3) Методика «Тест смисложиттєвих орієнтацій» (Д. Леонтьєв) – 20 питань; 4) Методика «Опитувальник рівня суб'єктивного контролю» (Дж. Роттер) – 44 питання; 5) Методика «Копінг-тест» (Р. Лазарус) – 50 питань.

Питанню обґрунтування вибору саме цих психодіагностичних методик для дослідження психічних станів та інших психологічних характеристик військовослужбовців із ампутацією кінцівок (у т. ч. на госпітальному етапі відновлення) було присвячено окрему статтю авторів [1].

Результати дослідження.

Розглянемо результати дослідження за методикою Опитувальник визначення рівня прояву реакцій бойового стресу (К. Возніцина, Т. Сіренко, М. Грудій, модифіковано К. Кравченко) представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати дослідження за методикою Опитувальник визначення рівня прояву реакцій бойового стресу

(К. Возніцина, Т. Сіренко, М. Грудій, модифіковано К. Кравченко)

	Показники	Група 1	Група 2	Критерій Ст'юдента
		$\bar{X}_1 \pm \delta_1$	$\bar{X}_2 \pm \delta_2$	
1. Тілесні прояви				
1.	головні болі	3,28±1,17	2,92±1,03	1,582
2.	посилене серцебиття	3,45±1,04	3,14±1,12	1,604
3.	підвищений та понижений артеріальний тиск	3,15±1,15	2,87±1,21	1,425
4.	потіння	2,98±1,22	2,62±1,09	1,136
5.	судоми	3,44±1,19	1,88±1,03	2,383**
6.	нудота	3,62±1,03	2,14±1,06	1,724*
7.	запаморочення, непритомність	3,78±1,07	2,08±0,96	1,736*
8.	тремтіння, поколювання	3,81±1,03	2,23±1,03	1,987**
9.	відчуття напруги м'язів	4,13±0,94	2,58±1,13	1,888*
10.	підвищена втомлюваність	4,31±0,84	2,94±1,08	2,349**
11.	відчуття слабкості	4,25±0,98	2,61±1,13	3,003***
12.	неспроможність розслабитися	4,01±1,02	2,45±1,09	2,717***
2. Поведінкові прояви				
1.	втрата апетиту, переїдання	3,34±1,15	2,57±1,16	1,221
2.	порушення сну, кошмари	3,94±1,04	3,43±1,04	1,302
3.	уповільнена/прискорена мова	3,04±1,17	2,35±1,08	1,507
4.	труднощі у спілкуванні	3,32±1,05	2,42±1,12	1,474
5.	конфліктність/імпульсивність	3,64±1,13	2,16±0,97	2,423**
6.	уникнення думок/почуттів	4,06±1,18	2,08±1,04	2,567**
7.	уникнення нагадувань про травму	4,18±0,96	2,14±1,09	1,904*
8.	проблеми в сім'ї	3,93±1,04	2,34±1,14	2,098**
9.	соціальна самоізоляція	4,28±0,99	2,57±1,06	2,136**
10.	низька продуктивність діяльності	4,44±0,86	2,85±1,12	2,149**
11.	сексуальна дисфункція	4,84±1,03	2,03±1,06	2,833***

12.	зловживання алкоголем, наркотиків	3,05±1,18	2,76±1,14	1,127
3. Емоційні прояви				
1.	підвищена тривожність, страх	4,34±0,83	3,13±1,05	1,773*
2.	дратівливість, гнів, агресія	3,63±1,15	2,83±1,07	1,587
3.	немотивована пильність	3,36±1,18	2,76±1,04	1,537
4.	надмірні полохливі реакції	3,45±1,07	2,94±1,36	1,315
5.	апатія, байдужість	3,93±1,04	2,48±1,15	1,943*
6.	відчуття туги, смутку, депресія	4,15±0,96	2,66±1,23	2,538**
7.	втрата інтересу до життя	4,08±1,07	2,35±1,07	2,685**
8.	відчуття самотності	4,25±0,96	2,58±1,05	1,869*
9.	відчуженість	4,13±0,95	2,47±1,18	1,913*
10.	почуття провини	4,08±1,09	2,34±1,24	1,685*
11.	почуття образи	3,16±1,04	2,57±1,09	1,472
12.	власна неспроможність	4,26±0,96	2,46±1,15	2,996***
4. Когнітивні прояви				
1.	проблеми з пам'яттю	3,74±1,06	2,26±1,08	1,954*
2.	повторне переживання подій	3,46±1,15	3,05±1,08	1,058
3.	нав'язливі думки, флешбеки	3,48±1,19	2,86±1,05	1,338
4.	перевага негативних думок	4,14±0,94	2,58±1,06	1,735*
5.	порушення логіки	2,82±1,07	2,04±0,97	1,422
6.	порушення абстрактного мислення	2,75±1,03	1,96±0,83	1,512
7.	часті помилки, неуважність	3,08±1,05	2,38±1,06	1,674*
8.	труднощі з концентрацією уваги	4,14±0,97	2,44±1,15	1,712*
9.	самозвинувачення або звинувачення інших	4,08±1,06	2,59±1,03	2,187**
10.	роздуми про помсту	2,73±1,16	2,55±1,15	1,124
11.	думки відновити справедливість	2,99±1,07	2,68±1,03	1,379
12.	втрата сенсу життя	4,12±1,06	2,33±1,07	2,584**

Примітка: $t \geq 1,655^*$ при $p=0,1$; $t \geq 1,972^{**}$ при $p=0,05$; $t \geq 2,601^{***}$ при $p=0,01$.

На основі статистичного аналізу показників реакцій бойового стресу встановлено, що між військовослужбовцями з ампутаційними травмами (група 1) та пораненими без ампутації (група 2) існують системні, багатовимірні та обґрунтовані відмінності. На госпітальному етапі відновлення ці відмінності набувають особливої виразності, зумовленої комплексом медичних, психологічних, нейрофізіологічних та соціальних чинників.

Інтерпретація тілесних проявів.

Судоми. Вираженість судом у військовослужбовців з ампутацією є закономірним наслідком структурного й функціонального пошкодження периферичної нервової системи. Травма нервових стовбурів, порушення іннервації та утворення невром спричиняють

підвищену моторну збудливість і нерівномірні тонічні скорочення м'язів. Крім того, у перші тижні після ампутації відбуваються процеси адаптації до зміненого біомеханічного навантаження, що також викликає спазматичні реакції. У поранених без ампутацій цей патерн спостерігається рідше, оскільки нейром'язовий баланс у них збережений або менш порушений.

Нудота. Підвищена інтенсивність нудоти у групі військовослужбовців з ампутацією пов'язана з комплексом медикаментозних та фізіологічних факторів, серед яких: застосування високих доз опіїдних анальгетиків, постанестезіологічні реакції, виражений больовий синдром і підвищена активація симпатoadреналової системи. У військовослужбовців без ампутації потреба в агресивній анальгетичній терапії є меншою, що пояснює нижчий рівень нудоти.

Запаморочення та непритомність. Запаморочення та преднепритомні стани є типовими для раннього постампутаційного періоду, оскільки пацієнти стикаються з наслідками крововтрати, гіпотензії, ортостатичної нестійкості, загального фізичного виснаження та реакціями центральної нервової системи на хірургічний стрес. Ці явища значно рідше виявляються у військовослужбовців без ампутаційних втручань, де фізіологічна адаптація після поранення є менш травматичною.

Тремтіння та поколювання кінцівок. Цей показник безпосередньо відображає наявність фантомних відчуттів та невропатичного болю – феноменів, характерних саме для ампутаційних травм. Пошкодження нервових волокон і формування невром спричиняють спонтанні ектопічні розряди, що суб'єктивно сприймаються як поколювання або тремтіння. Це є патогномонічною ознакою ампутацій і практично не зустрічається у пацієнтів без втрати кінцівки.

Відчуття напруги м'язів. Підвищена м'язова напруга у групі 1 має багатофакторний характер. Постампутаційна зміна центру ваги, порушення кінетичного ланцюга та необхідність компенсаторної стабілізації тіла призводять до перенапруження паравертебральних і проксимальних м'язів. Додаткову роль відіграє больова гіперзбудженість та тривожні реакції, що активують соматичний компонент стресу.

Підвищена втомлюваність і відчуття слабкості. Ці показники демонструють системне зниження енергетичних ресурсів організму, притаманне ранній фазі відновлення після ампутацій. Факторами, що зумовлюють підвищену втомлюваність, є: посттравматична анемія,

запальні процеси, біль, порушення сну, медикаментозні ефекти та психологічне виснаження. У поранених без ампутації енергетичні витрати організму значно нижчі, що обумовлює меншу інтенсивність втомлюваності.

Нездатність розслабитися. Нездатність розслабитися у військовослужбовців з ампутаціями є інтегральним проявом посттравматичної гіперзбудливості нервової системи. Стан постійної готовності до больових імпульсів, біомеханічна нестабільність та емоційно-когнітивний стрес формують хронічний підвищений м'язовий тонус і нездатність переходити у стан відновлення, характерний для парасимпатичної регуляції.

Інтерпретація поведінкових проявів.

Конфліктність та імпульсивність. Підвищена конфліктність у групі 1 зумовлена емоційною дестабілізацією, гострим болем, медикаментозними ефектами та зниженням толерантності до фрустрації. У військовослужбовців з ампутаціями відбувається гостре порушення життєвої автономії, що спричинює афективні реакції, які значно перевищують аналогічні прояви у групі 2.

Уникнення думок і почуттів / Уникнення нагадувань про травму. Ці показники є ключовими симптомами гострого стресового розладу та ранніх форм посттравматичних реакцій. Ампутація створює незворотний образ травми, який військовослужбовець прагне усунути зі свідомості як надмірно болючий. Механізм уникнення виконує тимчасову захисну функцію, допомагаючи зменшити психологічне перевантаження.

Проблеми в сім'ї. Рання постампутаційна фаза часто супроводжується дисфункціональними змінами у сімейному середовищі: зростає усвідомлення щодо залежності від членів родини, як наслідок можуть порушуватись звичні соціальні ролі, посилюється тривога партнерів. На нашу думку, це може створювати комунікативні та емоційні труднощі, нехарактерні для ситуацій без втрати кінцівки.

Соціальна самоізоляція. Самоізоляція у військовослужбовців з ампутаціями пов'язана з переживанням тілесної неповноцінності, втратою попереднього соціального статусу та уникненням ситуацій, що нагадують про зміну фізичної цілісності. У групі 2 ізоляційні тенденції значно слабші, оскільки образ тіла не зазнає таких радикальних трансформацій.

Низька продуктивність діяльності. Цей показник є інтегральною характеристикою фізичного та психічного виснаження. Ампутація різко зменшує функціональну спроможність організму, тоді

як у поранених без ампутацій функціональний дефіцит є менш вираженим.

Сексуальна дисфункція. Сексуальні порушення у групі військовослужбовців з ампутаціями кінцівок пов'язані з порушенням образу тіла, зниженням самооцінки, фізичним болем, побічними ефектами медикаментів, а також переживаннями щодо втрати привабливості чи спроможності виконувати соціально-гендерні ролі. Таким чином, цей симптом є більш характерним саме для групи 1.

Інтерпретація емоційних проявів.

Підвищена тривожність і страх. Тривожні прояви у групі військовослужбовців з ампутаціями є наслідком переживання загрози життєвій цілісності, невизначеності реабілітаційної перспективи, болю та втрати контролю над власним тілом. Ампутація запускає каскад нейробіологічних реакцій, що підвищують рівень стресу сильніше, ніж у разі поранення без втрат кінцівок.

Апатія, депресивні переживання, втрата інтересу до життя. Цей кластер симптомів відображає емоційне виснаження та кризу ідентичності. Ампутація позначає втрату не лише анатомічної цілісності, а й значущих життєвих ролей та компетенцій. Унаслідок цього формується депресивний афект, який є більш інтенсивним, ніж у військових без ампутацій.

Відчуття самотності та відчуження. Ампутація змінює спосіб соціальної взаємодії людини, ускладнює комунікацію та спричиняє досвід соціального відсторонення. Військовослужбовці групи 1 частіше переживають зміну сприйняття себе серед побратимів, що посилює соціальну ізоляцію та емоційний розрив.

Почуття провини та власної неспроможності. Почуття провини у військовослужбовців з ампутаціями має екзистенційний характер і пов'язане з переконаннями про власну відповідальність за травму, зменшення бойової спроможності або створення додаткового тягаря для сім'ї. Власна неспроможність є похідною руйнування тілесної автономії та значущих соціальних ролей.

Інтерпретація когнітивних проявів.

Проблеми з пам'яттю, труднощі концентрації та неуважність. Когнітивні дефіцити у групі військовослужбовців з ампутаціями кінцівок є наслідком поєднання факторів: больового синдрому, медикаментозного впливу, порушення сну та емоційного виснаження. Больові імпульси та тривога споживають значну частину когнітивних ресурсів, що призводить до зниження здатності до концентрації та запам'ятовування.

Негативні думки. Негативні когнітивні схеми формуються як реакція на незворотність травми та порушення життєвих перспектив. У групі військовослужбовців з ампутаціями кінцівок ці процеси значно інтенсивніші, оскільки ампутація спричинює глобальну трансформацію способу життєдіяльності.

Самозвинувачення та втрата сенсу життя. Самозвинувачення є результатом внутрішньої інтерналізації травматичної події, а втрата сенсу життя виникає на тлі екзистенційної кризи, що супроводжує сприйняття себе як інваліда або людини з обмеженою функціональністю. У військовослужбовців без ампутації ці процеси менш виражені, оскільки травма не змінює їх самоідентифікацію настільки радикально.

Таким чином, сукупність достовірних відмінностей між групами 1 і 2 свідчить про те, що *ампутація зумовлює цілісний комплекс специфічних реакцій, які проявляються одночасно на соматичному, емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях.* Ці результати підтверджують теоретичні моделі багатовимірної природи бойової психотравми та підкреслюють необхідність інтегрованої, міждисциплінарної психореабілітації військовослужбовців після ампутаційних втручань.

Результати досліджень за методикою Тест життєстійкості С. Мадді (модифікація Д. Осина та Є. Рассказової) представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Результати досліджень за методикою Тест життєстійкості С. Мадді (модифікація Д. Осина та Є. Рассказової)

Показники	Група 1	Група 2	Критерій Ст'юдента
	$\bar{X}_2 \pm \delta_2$	$\bar{X}_1 \pm \delta_1$	
Загальний рівень життєстійкості	50,23 $\pm$ 8,23	58,06 $\pm$ 9,06	-2,041**
Залученість	22,25 $\pm$ 4,12	24,53 $\pm$ 3,56	-1,863*
Контроль	17,22 $\pm$ 3,21	20,59 $\pm$ 3,03	-1,857*
Прийняття ризику	11,57 $\pm$ 3,05	13,55 $\pm$ 4,14	-2,045**

Примітка 1. Загальний рівень життєстійкості: нижче 39 – низький рівень, 40-62 – середній рівень життєстійкості, вище 62 – високий рівень життєстійкості; Залученість: нижче 17 – низький рівень, 18-27 – середній рівень, вище 27 – високий рівень; Контроль: нижче 12 – низький рівень, 13-21 – середній рівень, вище 21 – високий рівень; Прийняття ризику: нижче 8 – низький рівень, 9-15 – середній рівень, вище 15 – високий рівень.

Примітка 2. $t \geq 1,655^*$ при $p=0,1$; $t \geq 1,972^{**}$ при $p=0,05$; $t \geq 2,601^{***}$ при $p=0,01$.

Аналіз результатів, отриманих за методикою «Тест життєстійкості» (С. Мадді, модифікація Д. Осина, Є. Рассказової), дозволяє виявити системні психологічні відмінності між

військовослужбовцями з пораненнями без ампутацій та військовослужбовцями, які перенесли ампутацію кінцівок. На госпітальному етапі відновлення саме ці відмінності набувають особливої актуальності, оскільки відображають специфічні механізми переживання травми та адаптацію до нових життєвих умов. Усі чотири досліджувані показники – загальний рівень життєстійкості, залученість, контроль та прийняття ризику – виявили статистично достовірні розходження між групами, що дає можливість говорити про характерний психологічний профіль військовослужбовців з ампутацією на ранньому етапі відновлення.

Загальний рівень життєстійкості. Отримані дані продемонстрували, що у групі 2 поранених без ампутацій загальний рівень життєстійкості є вищим (58,06 бали), тоді як у військовослужбовців з ампутаціями він був значно нижчим (50,23 бали), хоча обидва показники формально відповідають межах середнього рівня. Різниця є статистично достовірною ($t = -2,041$), що дозволяє інтерпретувати її як прояв специфічної психологічної реакції на ампутацію.

Ампутація є не лише фізичною, але й глибоко психологічною подією, яка змінює систему уявлень людини про власну цілісність, силу, функціональність та майбутні можливості. Для військовослужбовців втрата кінцівок часто пов'язана з переживанням руйнування професійної ідентичності та бойової спроможності, що підсилює відчуття фрустрації, невизначеності та втрати життєвих орієнтирів. Внаслідок цього інтегральний показник життєстійкості закономірно знижується, відображаючи тимчасове ослаблення внутрішніх механізмів психологічної стійкості.

Залученість. Показник залученості у групі 2 становив 24,53 бали, тоді як у групі 1 – 22,25 бали ($t = -1,863$). Обидві величини належать до середнього рівня, однак різниця у 2,5 бали є достатньою, щоб відобразити реальне зниження відчуття включеності у життєві процеси у військовослужбовців з ампутацією.

Зниження залученості, на нашу думку, пояснюється тим, що на госпітальному етапі військовослужбовець із ампутацією тимчасово «випадає» зі звичного контексту діяльності. Роль, статус, звичні функції, соціальна ідентичність і життєві цілі перестають бути однозначно визначеними. Виникає невизначеність щодо повернення до служби, виконання професійних завдань, підтримання сімейних функцій. Усе це призводить до ослаблення внутрішньої мотивації та зниження відчуття зв'язку з власною діяльністю. Військовослужбовці без ампутаційних травм зберігають значно більше відчуття

перспективи, контролю над майбутнім та можливостей повернення до звичного способу життя, що природним чином підтримує вищу залученість.

Контроль. Показник контролю продемонстрував найбільш виразні та глибокі відмінності між групами: 20,59 балів у групі поранених без ампутацій (група 2) проти 17,22 балів у групі військовослужбовців з ампутаціями (група 1) ($t = -1,857$). Контроль – це переконання у тому, що людина здатна впливати на події власного життя та регулювати їх завдяки власним діям. Саме цей компонент життєстійкості виявився найбільш чутливим до ампутаційних травм. Ампутація неминує формує відчуття втрати контролю над тілом, над звичними можливостями та над життєвими перспективами. Військовослужбовець переходить зі стану повної автономності та активності до ситуації раптової залежності від медичного персоналу, реабілітологів, родини. Неможливість самостійно пересуватися, виконувати побутові дії, обмеження у рухах та необхідність медичних маніпуляцій зумовлюють драматичне зниження відчуття власної дієздатності. Така різка трансформація суб'єктивного контролю є характерною саме для пацієнтів з ампутаціями і значно менш вираженою у тих, хто має поранення без втрати кінцівки.

Таким чином, знижений контроль можна вважати ключовим маркером психологічного стану військовослужбовців з ампутаціями на госпітальному етапі відновлення, що визначає їхню вразливість до дистресу та потребу в спеціальній підтримці.

Прийняття ризику. Показник прийняття ризику також достовірно різниться між групами: 13,55 балів у військовослужбовців без ампутацій (група 2) та 11,57 балів у військовослужбовців з ампутаціями (група 1) ($t = -2,045$). Обидві величини належать до середнього рівня, однак у групі військовослужбовців з ампутаціями демонструють очевидну тенденцію до зниження. Ампутаційна травма різко підвищує обережність у сприйнятті нових ситуацій та викликів. Після втрати кінцівки/ок військовослужбовець переживає стан невизначеності щодо фізичних можливостей, ризику повторного травмування, успішності протезування, здатності витримувати навантаження. Усе це формує унікальний профіль ставлення до ризику, який у перші тижні після ампутації характеризується переважанням захисних, обережних поведінкових стратегій. На противагу цьому, військовослужбовці без ампутацій зберігають більш високу готовність приймати ризики, що ґрунтується на відносній стабільності фізичного стану та відчутті збереженої бойової спроможності.

Таким чином, отримані результати свідчать, що *військовослужбовці з ампутацією кінцівок на госпітальному етапі відновлення демонструють характерне комплексне зниження показників життєстійкості, що включає: помірне зниження залученості; виражене зниження відчуття контролю над життєвими обставинами; зменшення готовності приймати життєві виклики та ризики; зниження інтегрального рівня життєстійкості.*

Ці відмінності не є випадковими, а обумовлені специфікою ампутаційної травми, яка впливає на фізичну самостійність, тілесну ідентичність, соціальні ролі, професійні перспективи та життєві смисли військовослужбовця. Сукупно вони формують особливий психологічний профіль, що потребує цілеспрямованих реабілітаційних і психокорекційних заходів, спрямованих на відновлення контролю, зміцнення активної позиції, переосмислення життєвих цілей та відновлення ресурсів стресостійкості.

Результати за Методикою смисложиттєвих орієнтацій (Д. Леонтьєва) наведені у таблиці 4.

Таблиця 4

Результати за Методикою смисложиттєвих орієнтацій

(Д. Леонтьєва)

Показники	Група 1	Група 2	Критерій Ст'юдента
	$\bar{X}_2 \pm \delta_2$	$\bar{X}_1 \pm \delta_1$	
Цілі в житті	18,05 $\pm$ 5,22	33,11 $\pm$ 5,34	-2,154**
Процес життя, або інтерес і емоційна насиченість життя	16,53 $\pm$ 5,11	32,15 $\pm$ 5,34	-2,533**
Результативність життя, або задоволеність самореалізацією	15,07 $\pm$ 4,18	31,61 $\pm$ 5,76	-2,528**
Локус контролю-Я (Я – хазяїн життя)	12,57 $\pm$ 4,03	28,56 $\pm$ 4,21	-2,795***
Локус контролю-життя, або керованість життям	11,02 $\pm$ 4,53	29,56 $\pm$ 5,23	-2,954***
Загальний показник смисложиттєвих орієнтацій	72,03 $\pm$ 14,08	118,43 $\pm$ 15,21	-2,568**

Примітка 1. $t \geq 1,655^*$ при $p=0,1$; $t \geq 1,972^{**}$ при $p=0,05$; $t \geq 2,601^{***}$ при $p=0,01$.

Примітка 2. Загальний показник смисложиттєвих орієнтацій (20-87 – низький рівень, 88-118 – середній рівень, 119-140 – високий рівень), цілі в житті (до 26 – низький рівень, 27-39 – середній рівень, 40 і вище – високий рівень), процес життя або емоційна насиченість життя (до 26 – низький рівень, 27-36 – середній рівень, 37 і вище – високий рівень), результат життя або задоволеність самореалізацією (до 20 – низький рівень, 21-30 – середній рівень, 31 і вище – високий рівень), локус-контролю Я (до 16 – низький рівень, 17-25 – середній рівень, 26 і вище – високий рівень), локус-контролю життя або керованість життям (до 23 – низький рівень, 24-36 – середній рівень, 37 і вище – високий рівень).

Аналіз результатів дослідження смисложиттєвих орієнтацій показав, що на госпітальному етапі відновлення у військовослужбовців з ампутаціями кінцівок спостерігається комплексне зниження показників, що відображають структуру життєвого смислу, його динамічні та регуляторні аспекти. Отримані відмінності між групами є статистично значущими за всіма шкалами методики, що дає підстави стверджувати про специфічні форми кризових переживань, характерні саме для ампутаційної травми.

Цілі в житті. Показник «цілі в житті» у військовослужбовців з ампутацією виявився достовірно нижчим. Це свідчить про тимчасове ослаблення сформованої системи майбутніх життєвих орієнтирів. Ампутація кардинально змінює систему особистих і професійних перспектив, зокрема ставить під сумнів можливість повернення до військової служби, реалізації професійної ідентичності, виконання соціальних ролей. У результаті значна частина цілей, що раніше визначали життєву стратегію військовослужбовця, втрачають свою актуальність або стають недосяжними, що зумовлює зниження структурованості майбутнього та необхідність переосмислення життєвого шляху.

Процес життя (інтерес, емоційна насиченість). Достовірно нижчі значення цього показника у військовослужбовців з ампутацією відображають зниження суб'єктивної насиченості та емоційної «повнокровності» життя. Госпітальний етап відновлення характеризується обмеженням фізичної мобільності, втратою звичних форм активності, рутинністю та монотонністю лікувальних процедур, що закономірно спричиняє зменшення інтересу до повсякденних подій. Крім того, пацієнт стикається з переживаннями втрати частини тіла, болем, невизначеністю і залежністю, що знижує емоційний тонус та здатність радіти тому, що лишився живим.

Результативність життя (задоволеність самореалізацією). Показник результативності життя у групі 1 значно нижчий, ніж у поранених без ампутації. Це вказує на переживання незавершеності, недореалізованості, відчуття, що життєві досягнення перервані або знецінені. Ампутація травмує не лише тіло, а й життєвий сценарій: військовослужбовець може переживати втрату компетентності, неможливість завершити професійні проекти, порушення звичної кар'єрної траєкторії. У цьому контексті самореалізація сприймається як обмежена, що закономірно знижує результативність життя.

Локус контролю-Я (Я – хазяїн життя). Різниця між групами є однією з найбільш значущих у таблиці 4. Локус контролю-Я відображає віру людини у власну суб'єктність та здатність бути автором свого

життя. Після ампутації військовослужбовець переживає драматичний розрив зв'язку між наміром та дією: тіло перестає відповідати очікуванням, потрібна допомога інших, зникає відчуття фізичної автономії. Ці фактори призводять до тимчасового зниження суб'єктності, відчуття внутрішнього «Я-діяч», що особливо контрастує з попередньою військовою роллю, де контроль і компетентність були ядром професійної ідентичності.

Локус контролю-життя (керованість життям). Цей показник має найвищу статистичну різницю. Це означає, що військовослужбовці з ампутацією на госпітальному етапі значною мірою відчують своє життя як менш передбачуване, менш підконтрольне та менш кероване. Причинами є: залежність від медичного персоналу; відсутність можливості самостійно регулювати повсякденні процеси; невизначеність щодо майбутнього; переживання втрати професійної придатності; відсутність чітких довгострокових життєвих орієнтирів. Таким чином, зниження локусу контролю-життя є ключовим смисловим показником, притаманним саме військовослужбовцям з ампутацією кінцівок.

Загальний показник смисложиттєвих орієнтацій. Загальний інтегральний показник смисложиттєвих орієнтацій демонструє найбільший t-критерій, що підтверджує системне зниження сенсожиттєвої структури у військовослужбовців з ампутацією. Це зниження виникає внаслідок: втрати значущих життєвих цілей; зменшення емоційної насиченості життя; зниження відчуття компетентності та контролю; необхідності радикальної перебудови життєвої траєкторії; переживання незворотності фізичних змін. Отже, ампутація виступає подією, що створює кризу смислової сфери, яка потребує спеціальної психологічної роботи для відновлення ціннісної ієрархії та життєвих орієнтирів.

Таким чином, усі смисложиттєві показники за методикою Д. Леонтьєва достовірно нижчі у військовослужбовців з ампутацією, що свідчить про наявність глибокої екзистенційної кризи, зумовленої втратою тілесної цілісності, зміною соціальної ролі та невизначеністю майбутнього. Найбільш специфічними для ампутацій є зниження: локусу контролю-Я, локусу контролю-життя та загального смислового показника, які відображають фундаментальні порушення смислової структури особистості внаслідок травми.

Результати за методикою Опитувальник рівня суб'єктивного контролю (Дж. Роттера) наведені у таблиці 5.

Таблиця 5

Результати за методикою Опитувальник рівня суб'єктивного контролю (Дж. Роттера)

Показники	Група 1 $\bar{X}_2 \pm \delta_2$	Група 2 $\bar{X}_1 \pm \delta_1$	Критерій Ст'юдента
Шкала загальної інтернальності	31,56 $\pm$ 6,25	43,87 $\pm$ 6,56	-2,435**
шкала інтернальності в області досягнень	5,07 $\pm$ 2,11	7,52 $\pm$ 2,12	-2,078**
Шкала інтернальності в області невдач	5,28 $\pm$ 1,77	6,88 $\pm$ 1,84	-1,954*
Шкала інтернальності в сімейних відносинах	5,17 $\pm$ 2,15	7,95 $\pm$ 2,25	-2,344**
Шкала інтернальності у виробничих відносинах	4,82 $\pm$ 1,89	6,54 $\pm$ 1,98	-1,847*
Шкала інтернальності в області міжособистісних відносин	4,67 $\pm$ 1,83	7,26 $\pm$ 2,02	-1,933*
Шкала інтернальності відносно здоров'я і хвороби	5,35 $\pm$ 1,94	8,26 $\pm$ 2,34	-2,702***

Примітка 1. $\geq 1,655^$ при $p=0,1$; $\geq 1,972^{**}$ при $p=0,05$; $\geq 2,601^{***}$ при $p=0,01$.*

Примітка 2. Норма дорівнює 5,5. Показники більше 5,5 свідчать про інтернальний тип рівня суб'єктивного контролю, менше 5,5 свідчить про екстернальний тип.

Аналіз результатів за опитувальником суб'єктивного контролю (далі - РСК) засвідчує наявність статистично достовірних відмінностей між військовослужбовцями з пораненнями без ампутації та військовослужбовцями, які перенесли ампутацію кінцівки на госпітальному етапі відновлення. За всіма шкалами РСК показники інтернальності у групі військовослужбовців з ампутацією виявилися значно нижчими, що дає змогу стверджувати про глибинне порушення структури суб'єктивності, характерне саме для категорії осіб з радикальною тілесною втратою.

Інтернальність у сфері досягнень. У військовослужбовців з ампутацією (група 1) спостерігається суттєве зниження інтернальності у сфері досягнень. На нашу думку, це свідчить про ослаблення переконання у власній здатності досягати поставлених цілей та впливати на результати діяльності. Втрата кінцівки у воєнних умовах супроводжується різким порушенням професійної ідентичності, втратою можливості продовжувати службу у звичному форматі, а також необхідністю перегляду майбутніх планів. Усе це спричиняє обмеження перспективи самореалізації та посилює тенденцію до зовнішнього обумовленого пояснення успіхів і невдач.

Інтернальність у сфері невдач. Зниження інтернальності у сфері невдач серед військовослужбовців з ампутацією відображає схильність приписувати негативні події зовнішнім обставинам,

фатальним умовам або неконтрольованим чинникам. Ампутація, яка переживається як раптове і незворотне втручання у життєвий та професійний шлях, посилює відчуття залежності від зовнішніх сил та знижує готовність брати відповідальність за події свого життя.

Інтернальність у сімейних стосунках. Показники за шкалою інтернальності у сімейних стосунках у військовослужбовців з ампутацією виявилися достовірно нижчими порівняно з військовослужбовцями, які мають поранення без ампутації. Це свідчить про зниження переконаності у тому, що від якості їхніх дій, поведінки та особистісних зусиль значною мірою залежить емоційний стан родини, стабільність сімейних стосунків та вирішення внутрішньосімейних проблем.

Ампутаційна травма суттєво змінює суб'єктивне сприйняття власної ролі у сімейній системі. Військовослужбовець, який раніше ототожнював себе з позицією захисника і добувача, раптом опиняється у ситуації залежності від допомоги близьких, часткової або повної втрати фізичної спроможності виконувати звичні функції. Це породжує відчуття зниження власної значущості, корисності та впливу на сімейне життя. У такому контексті цілком закономірним є формування у частини військовослужбовців переконання, що перебіг сімейних подій, матеріальне забезпечення, емоційний клімат у родині визначаються переважно зовнішніми обставинами (економічною ситуацією, станом здоров'я, рішеннями інших членів сім'ї, "волею долі" тощо), а їхня власна можливість змінювати ситуацію є обмеженою. Це безпосередньо відображається у знижених показниках інтернальності у сімейній сфері. Зниження інтернальності за шкалою сімейних стосунків також тісно пов'язане з переживанням провини та сорому за свій стан, що нерідко фіксується у комунікації з близькими: військовослужбовець може інтерпретувати себе як «обтяження» для родини, схильний мінімізувати власний вплив і роль у підтриманні сімейної єдності. Усе це послаблює мотивацію до активної участі в сімейній взаємодії та знижує готовність ініціювати зміни у стосунках.

Таким чином, зниження інтернальності у сімейних стосунках у військовослужбовців з ампутацією є не лише показником локальних змін у певній життєвій сфері, а й важливою ознакою більш загальної кризи ролівої ідентичності та суб'єктності у системі «Я – родина». Цей компонент суб'єктивного контролю потребує цілеспрямованої психокорекційної роботи, спрямованої на відновлення відчуття власної значущості у сімейній системі, розширення уявлень про можливі способи впливу на сімейні стосунки попри наявні фізичні обмеження.

Інтернальність у виробничих стосунках. Рівень інтернальності у виробничій сфері у військовослужбовців з ампутацією є достовірно нижчим, ніж у військовослужбовців із пораненнями без втрати кінцівок. Отриманий результат свідчить про зменшення віри у власну здатність впливати на професійне середовище, кар'єрний розвиток і перебіг службових обставин. Ампутація у військових умовах створює ситуацію різкої втрати професійної придатності, що безпосередньо зачіпає базові компоненти службової ідентичності. Військовослужбовець переживає невизначеність щодо подальшого проходження служби, можливості повернення до бойових завдань або переведення на інші посади. Це формує відчуття відчуження від професійного контексту та зниження впевненості у власній здатності впливати на результати службової діяльності.

Таким чином, знижена інтернальність у виробничих стосунках є прямим наслідком переживання порушеної професійної ідентичності та різкого зменшення можливості контролювати власну кар'єрну траєкторію.

Інтернальність у міжособистісних стосунках. Показники інтернальності у міжособистісній сфері у військовослужбовців з ампутацією також є значно нижчими. Це свідчить про зменшення впевненості у власній здатності впливати на якість міжособистісної взаємодії, характер стосунків, соціальне оточення та комунікативні процеси. Ампутація, як травма з високим соціально-психологічним навантаженням, часто супроводжується зміною самооцінки, появою почуття вразливості та очікуванням стигматизації з боку соціуму. У військовослужбовців може формуватися тенденція сприймати себе менш повноцінним у соціальній ролі, що зумовлює зниження активності у побудові міжособистісних контактів та ускладнює відчуття контролю над ними. Тому знижена інтернальність у цій сфері відображає переживання змін у соціальному статусі, зменшення соціальної впевненості та побоювання негативних оцінок з боку інших.

Інтернальність щодо власного здоров'я. Однією з найбільш виражених відмінностей між групами є показник інтернальності у сфері здоров'я. У військовослужбовців з ампутацією значно знижується відчуття власної здатності впливати на стан здоров'я, відновлення та перебіг реабілітаційних процесів. Цей результат є закономірним: ампутація різко збільшує залежність від медичного персоналу, фахівців з протезування, фізичних терапевтів та системи медичного забезпечення. Крім того, військовослужбовець стикається з тим, що навіть докладання зусиль не може відновити фізичну цілісність, що створює переживання обмеженого впливу на власний тілесний стан.

Зниження інтернальності у сфері здоров'я є одним із ключових індикаторів психологічної реакції на незворотну тілесну зміну.

Загальна інтернальність. Інтегральний показник загальної інтернальності виявився найнижчим у групі військовослужбовців з ампутацією та мав найбільшу статистичну різницю. Це свідчить про системне зниження суб'єктивного відчуття контролю над життям, подіями, міжособистісними взаємодіями, професійною сферою та можливістю впливати на життєвий шлях. Такий профіль загальної інтернальності відображає кризу суб'єктності, що виникає унаслідок ампутації. У військовослужбовця порушується здатність сприймати себе як активного ініціатора життєвих подій, оскільки тіло, поведінкові можливості та соціальні функції зазнають різкої зміни. Низький рівень загальної інтернальності є маркером високої вразливості до дистресу, депресивних реакцій, тривалих адаптаційних труднощів та ризику формування почуття безпорадності.

Таким чином, дані за всіма шкалами РСК демонструють глибокі та системні зміни у структурі суб'єктивного контролю у військовослужбовців з ампутацією на госпітальному етапі відновлення. Особливо порушеними виявилися: виробнича сфера (рольова та професійна ідентичність), міжособистісні стосунки (соціальна суб'єктність), сфера здоров'я (тілесна суб'єктність), загальна інтернальність (інтегральне відчуття впливу на життя). Такий профіль свідчить про глибину психологічної кризи, що виникає унаслідок ампутаційної травми, та визначає необхідність цілеспрямованої роботи з відновлення внутрішнього локусу контролю, формування нових стратегій поведінкової саморегуляції та повернення до актуалізованої суб'єктної позиції.

Результати досліджень за методикою Копінг-тест (Р. Лазаруса) представлені у таблиці 6.

Таблиця 6

Результати досліджень за методикою Копінг-тест (Р. Лазаруса)

Показники	Група 1	Група 2	Критерій Ст'юдента
	$\bar{X}_2 \pm \delta_2$	$\bar{X}_1 \pm \delta_1$	
Конфронтація	54,18±11,56	60,58±12,9	-1,734*
Дистанціювання	72,68±9,89	62,26±10,18	2,001**
Самоконтроль	42,54±10,58	53,61±11,07	-1,747*
Пошук соціальної підтримки	53,76±14,57	57,34±13,08	-1,553
Прийняття відповідальності	40,34±9,98	49,04±11,12	-1,657*
Втеча-уникнення	82,41±15,9	72,45±13,59	2,123**
Планування вирішення проблеми	32,54±12,79	32,3±12,87	0,721
Позитивна переоцінка	27,67±13,37	28,01±10,78	-1,087

Примітка 1. Показники мають свій прояв при значенні більше 60.

Примітка 2. $t \geq 1,655^*$ при $p=0,1$; $t \geq 1,972^{**}$ при $p=0,05$; $t \geq 2,601^{***}$ при $p=0,01$.

Розглянемо наявні достовірні відмінності між групами респондентів, які представлені в таблиці 6.

Конфронтаційний копінг. У військовослужбовців з ампутацією (група 1) показник конфронтаційного копіngu достовірно нижчий, що свідчить про ослаблення тенденції активно протистояти стресорам. Ампутація обмежує можливість прямої дії, потребує прийняття залежної ролі, знижує поведінкову ініціативність. На госпітальному етапі переважають реакції травматичного шоку, орієнтація на медичні протоколи та зовнішні рішення, що знижує схильність до конфронтації та активного подолання.

Дистанціювання. Підвищене дистанціювання у групі військовослужбовців з ампутацією (група 1) свідчить про формування захисних механізмів емоційного відмежування від травматичного досвіду. Втрата кінцівки має високий афективний заряд, і дистанціювання дозволяє тимчасово знизити інтенсивність переживань. Ця стратегія є типовою для ранньої фази адаптації, коли травма ще не інтегрована у когнітивну структуру особистості.

Самоконтроль. Показник самоконтролю значно нижчий у військовослужбовців з ампутацією. Він відображає порушення здатності до емоційної саморегуляції, зниження почуття внутрішньої стабільності та контрольованості поведінки. Фізична залежність, зміна тілесної схеми та переживання незворотності травми створюють значне навантаження на системи самоконтролю. На цьому етапі зростає емоційна лабільність, напруження та втома, що безпосередньо знижують ефективність саморегуляції.

Прийняття відповідальності. Зниження показників прийняття відповідальності в групі військовослужбовців з ампутацією кінцівок вказує на тенденцію приписувати події зовнішнім обставинам. Ампутація розцінюється як подія, що сталася незважаючи на особисті зусилля, і це сприяє формуванню зовнішнього локусу контролю. Таким чином, знижується почуття персональної відповідальності за поведінкові та емоційні реакції, що є типовим компонентом вимушеної екстернальності після тяжкої травми.

Уникання / Втеча. Стратегія уникання суттєво домінує у військовослужбовців з ампутацією. Вона відображає тенденцію до відкладання рішень, уникнення емоційно болючих думок, фізичного уникання тригерів та зниження залученості в активну діяльність. У фазі посттравматичного шоку уникання виконує тимчасову захисну функцію, однак зберігання цієї стратегії на довготривалій основі асоціюється з ризиком формування ПТСР.

Загалом, профіль копінг-стратегій військовослужбовців з ампутаціями на госпітальному етапі характеризується: зниженням активних та раціональних стратегій (конфронтація, самоконтроль, планомірне вирішення проблем, позитивна переоцінка, прийняття відповідальності); підвищенням пасивно-захисних стратегій (уникання, дистанціювання); збільшенням потреби у соціальній підтримці. Хоча, як видно з таблиці 6, військовослужбовцям з ампутацією кінцівок у більшій мірі притаманні копінг-стратегії дистанціювання та втеча-уникнення.

Це відображає перехід від активної суб'єктної поведінки військовослужбовця до більш емоційно-захисних, залежних та реактивних форм реагування, що є типовим для раннього періоду адаптації після ампутації та отримання тяжкої травми і дозволяє стверджувати про наявність єдиного системного психологічного феномену – кризи суб'єктності, що виникає у військовослужбовців внаслідок ампутації кінцівок.

Висновки з даного дослідження

і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Загалом результати проведеного дослідження демонструють високий ступінь узгодженості між різними психологічними конструктами. Зниження суб'єктивного контролю супроводжується зменшенням життєстійкості, редукцією смислової наповненості та домінуванням емоційно-захисних копінг-стратегій. Це дозволяє стверджувати про наявність єдиного системного психологічного феномену – кризи суб'єктності, що виникає у військовослужбовців внаслідок ампутації кінцівок.

Отримані результати підкреслюють необхідність комплексних психореабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення структур суб'єктивного контролю, формування нової смислової системи, поступове повернення життєвої активності та розвиток адаптивних, активних копінг-стратегій. Особливої уваги потребують індивідуальні програми, орієнтовані на відновлення професійної ідентичності та довгострокового планування, що є базовими умовами стабільної психологічної адаптації військовослужбовців після ампутаційних травм.

Подальші дослідження будуть спрямовані на розроблення комплексної системи психологічного супроводу військовослужбовців із ампутаціями кінцівок (у т. ч. на госпітальному етапі відновлення).

Література

1. Кравченко К.О., Жаленко Л.С., Соколіна О.В. Обґрунтування вибору психодіагностичних методик для вивчення психічних станів та інші психологічні характеристики військовослужбовців з ампутацією кінцівок на госпітальному етапі відновлення. *Наукові перспективи*, 2025. № 11(65), С. 2350-2376. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11\(65\)-2350-2376](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11(65)-2350-2376)
2. Кравченко К.О., Мась Н.М., Наседкін Д.Б., Соколіна О.В., Скрябін О.Л. Військова публікація ТКП 1-00(160)03.01. Методичні рекомендації «З вивчення психічних станів, процесів та властивостей військовослужбовців із застосуванням програмного забезпечення PSY-D». Затверджена ТВО начальника Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України від 16.03.2021
3. Кравченко К.О., Юркова О.І., Наседкін Д.Б., Самойленко В.І., Соколіна О.В., Безбах В.Г., Лелюк М.Г., Пирогов К.О. Методичні рекомендації «Психологічна діагностика та корекція психічного здоров'я військовослужбовців під час заходів відновлення в стаціонарних умовах». Затверджена начальником Головного управління психологічної підтримки персоналу Збройних Сил України від 25.06.2025
4. Bhuvaneswar C.G., Epstein L.A., Stern T.A. Reactions to amputation: recognition and treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2007. 9(4), 303–8. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0408>
5. Carroll K., Edelstein J.E. *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. SLACK Incorporated, 2006. 266p.
6. Dougherty P.J. Long-term follow-up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war. *J Trauma*. 2003. 54(4), 718–23. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000046260.16866.a9>
7. Faraji E., Allami M., Feizollahi N., Karimi A., Yavari A., Soroush M., Moudi M. Health concerns of veterans with high-level lower extremity amputations. *Military Medical Research*, 2018. Volume 5, article number 36. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0183-4>
8. Fitzpatrick M.C. The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical orthopaedics and related research*. 1999, 361, 98-107. <https://doi.org/10.1097/00003086-199904000-00014>
9. Mitchell S.L., Hayda R., Chen A.T., Carlini A.R., Ficke J.R., MacKenzie E.J. The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) Study: Outcomes of Amputation Compared with Limb Salvage Following Major Upper-Extremity Trauma. *The Journal of bone and joint*

surgery. *American volume*, 2019. 101(16), 1470-1478.
<https://doi.org/10.2106/JBJS.18.00970>

10. Shukla G.D., Sahu S.C., Tripathi R.P., Gupta D.K. A psychiatric study of amputees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1982, 141, 50-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.1.50>

11. Singh S., Saini R., Gandhi S., Mathur R., Sarkar S. The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677>

References

1. Kravchenko K.O., Zhalenko L.Ye., Sokolina O.V. Obruntuvannya vyboru psykhodiahnostychnykh metodyk dlia vyvchennia psykhichnykh staniv ta inshi psykhologichni kharakterystyky viiskovosluzhbovtziv z amputatsiieiu kintsivok na hospitalnomu etapi vidnovlennia. [Justification of the choice of psychodiagnostic methods for studying mental states and other psychological characteristics of military personnel with limb amputations during the hospital stage of recovery]. *Naukovi perspektyvy*, 2025. 11(65), 2350-2376. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11\(65\)-2350-2376](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11(65)-2350-2376) [In Ukrainian]

2. Kravchenko K.O., Mas N.M., Nasiedkin D.B., Sokolina O.V., Skriabin O.L. Viiskova publikatsiia TKP 1-00(160)03.01. Metodychni rekomendatsii «Z vyvchennia psykhichnykh staniv, protsesiv ta vlastyvostei viiskovosluzhbovtziv iz zastosuvanniam prohramnoho zabezpechennia PSY-D». [Methodological recommendations "On the study of mental states, processes and properties of military personnel using PSY-D software"]. Zatverdzhena TVO nachalnyka Holovnoho upravlinnia morально-psykhologichnoho zabezpechennia Zbroinykh Syl Ukrainy vid 16.03.2021 [In Ukrainian]

3. Kravchenko K.O., Yurkova O.I., Nasiedkin D.B., Samoilenko V.I., Sokolina O.V., Bezbakh V.H., Leliuk M.H., Pyrohov K.O. Metodychni rekomendatsii "Psykhologichna diahnostyka ta korektsiia psykhichnoho zdorovia viiskovosluzhbovtziv pid chas zakhodiv vidnovlennia v statsionarnykh umovakh". [Methodological recommendations "Psychological diagnostics and correction of mental health of military personnel during recovery measures in inpatient conditions"]. Zatverdzhena nachalnykom Holovnoho upravlinnia psykhologichnoi pidtrymky personalu Zbroinykh Syl Ukrainy vid 25.06.2025 [In Ukrainian]

4. Bhuvaneshwar C.G., Epstein L.A., Stern T.A. Reactions to amputation: recognition and treatment. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2007. 9(4), 303–8. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0408> [In English]

5. Carroll K., Edelstein J.E. Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach. SLACK Incorporated, 2006. 266p. [In English]

6. Dougherty P.J. Long-term follow-up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war. *J Trauma*. 2003. 54(4), 718–23. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000046260.16866.a9> [In English]

7. Faraji E., Allami M., Feizollahi N., Karimi A., Yavari A., Soroush M., Moudi M. Health concerns of veterans with high-level lower extremity amputations. *Military Medical Research*, 2018. Volume 5, article number 36. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0183-4> [In English]

8. Fitzpatrick M.C. The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical orthopaedics and related research*. 1999, 361, 98-107. <https://doi.org/10.1097/00003086-199904000-00014> [In English]

9. Mitchell S.L., Hayda R., Chen A.T., Carlini A.R., Ficke J.R., MacKenzie E.J. The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) Study: Outcomes of

Amputation Compared with Limb Salvage Following Major Upper-Extremity Trauma. The Journal of bone and joint surgery. American volume, 2019. 101(16), 1470-1478. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.00970> [In English]

10. Shukla G.D., Sahu S.C., Tripathi R.P., Gupta D.K. A psychiatric study of amputees. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1982, 141, 50-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.1.50> [In English]

11. Singh S., Saini R., Gandhi S., Mathur R., Sarkar S. The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. Journal of psychosomatic research, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677> [In English]