ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА
Факультет психології та соціальної роботи
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Психологічні особливості подолання травми ветеранами із ампутацією кінцівок»**

«Psychological features of trauma recovery in veterans with limb amputations»

Виконала: студентка денної форми навчання
Ковальчук Катерина Сергіївна
спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія
Керівник: д. психол. н., професор
Родіна Наталія Володимирівна
Рецензент: к. психол. наук, доцент Національного університету «Одеська морська академія»
Кернас Андрій В'ячеславович

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ _____від _____2025р.

Завідувач кафедри
_____ _____
(підпис) (ПІП)

Захищено на засіданні ЕК №___
протокол № ____ від _____2025р.
Оцінка_____/___ ___/_____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ЕК
_____ _____
(підпис) (ПІП)

Одеса – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП……3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ТРАВМИ ВЕТЕРАНАМИ ІЗ АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК……..…7
1.1 Теоретичний аналіз психологічної травми в умовах війни в Україні…..…7
1.2. Психологічні механізми подолання травми особистістю……..…12
1.3 Вплив психічного здоров'я на подолання травми ветеранами із ампутацією кінцівок…….……17
Висновки до І розділу..……..21
РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.……23
2.1 Опис вибірки……23
2.2 Методи дослідження ……30
Висновки до ІІ розділу.……35
РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ……..37
3.1. Описова статистика результатів дослідження…….37
3.2. Порівняння незалежних вибірок.……...…54
3.3. Кореляційний та регресійний аналіз……67
Висновки до ІІІ розділу ……75
ВИСНОВКИ.……..……75
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.……..…….80

ВСТУП

Актуальність теми тим, що в Україні триває війна з 2014 року та набуває небувалого масштабу після повномасштабного вторгнення у 2022 році, зумовила безпрецедентний рівень психотравматичних наслідків для військовослужбовців. Однією з найуразливіших категорій серед них є ветерани, які пережили бойові поранення з подальшою ампутацією кінцівок. Поєднання тілесної травми та бойового досвіду формує складний комплексний психологічний стан, що охоплює глибокі зміни у сфері емоційної регуляції, самоідентичності, соціального функціонування та ментального здоров'я. Після ампутації ветерани стикаються не лише з фізичними обмеженнями, а й зі зміною життєвого сценарію, переосмисленням соціальних ролей, переживанням втрати автономності та тілесної цілісності. Наукові дослідження свідчать, що бойова травма істотно підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних і тривожних розладів, що ускладнює процес адаптації та реабілітації. У цьому контексті психічне здоров'я виступає ключовим чинником відновлення, а емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, збереження соціальних зв'язків і здатність до переосмислення травматичного досвіду безпосередньо впливають на динаміку адаптації та якість життя ветеранів, що зумовлює зростаючу наукову потребу у поглибленому вивченні психологічних механізмів подолання наслідків бойової травми.

У теоретичному вимірі проблема подолання травми особистістю досліджується такими українськими вченими як Т. П. Березюк, С. В. Болтоносов, Ю. Гуменюк, О. Олексюк, Н. Гаркавенко, О. О. Іллюк, Н. В. Родіна, О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, Олійник В. О., Хоружий С., О. П. Лящ, М. В. Яцюк, А. О. Міщенко, С. О. Пантась, О. О. Шугалій, О. Ю. Овчаренко, В. В. Предко, О. О. Сомова, Н. Є. Гоцуляк, Є. Сурело, Н. Г. Іванова, Л. В. Ваврик. Серед зарубіжних дослідників слід виділити A. Adler, I. Gutierrez, P. Brough, S. Drummond, I. Cernak, L. Noble-Haeusslein, A. Ehlers, D. Clark, S. Folkman, J. Moskowitz, B. Fredrickson, J. Gross, S. Halligan, D.

Harcourt, P. White, S. Evans, V. Williams, J. Kiff, H. Williamson, Y. Levin, A. Maercker , R. Goodwin, E. Leshem, R. Bachem.

Попри значну кількість праць, наукові дослідження, присвячені саме українським ветеранам із ампутацією кінцівок, залишаються обмеженими. Потребує уточнення, які саме психологічні чинники визначають їхню стійкість або вразливість, а також які емоційні та когнітивні механізми лежать в основі ефективного подолання травми.

У цьому контексті магістерська робота спрямована на заповнення наукової прогалини, поєднуючи теоретичний аналіз і емпіричне дослідження психоемоційного стану ветеранів з ампутованими кінцівками. Важливість вивчення цієї теми визначається також практичними потребами у розробці психологічних програм підтримки, реабілітації та інтеграції ветеранів у суспільство. Виявлення специфічних емоційних та когнітивних патернів дозволить оптимізувати психологічну допомогу, підвищити ефективність реабілітаційних заходів і сприяти поверненню ветеранів до активного життя.

Метою дослідження є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості подолання травми ветеранами із ампутованими кінцівками.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння психологічних наслідків бойової травми та ампутації.
2. Описати психоемоційний стан ветеранів за результатами застосованих методик.
3. Виявити відмінності у психологічних показниках залежно від соціально-психологічних чинників.
4. Визначити предиктори ментального здоров’я, афективних станів та ПТСР.

Об’єктом дослідження є психологічні механізми подолання психотравмуючого досвіду особистістю.

Предметом дослідження є психологічні особливості подолання травми ветеранами із ампутацією кінцівок.

Методи дослідження: з метою вирішення поставлених задач було використано сукупність наукових методів, таких як:

- теоретичні: аналіз сучасної наукової психологічної літератури, систематизація, узагальнення та порівняння інформації;
- емпіричні: анкетування та психодіагностичні методики, що включають в себе: ІМЗ-38 «Індекс ментального здоров'я» (в адаптації Фокіна А.С.), методику ОПАНА «опитувальник позитивного і негативного афекту», PCL-5 «шкала для оцінки посттравматичного стресового розладу». А також математико-статистичні: було здійснено порівняльний аналіз незалежних вибірок за допомогою критерію Краскела-Уолліса; кореляційний та регресійний аналіз — із метою виявлення системних зв'язків між ключовими психологічними показниками ветеранів з ампутацією кінцівок.

Організація і база проведення емпіричного дослідження. Дослідження проводилося за допомогою онлайн ресурсу Google Forms серед вибірки з 38 ветеранів з ампутованими кінцівками, віком від 21 до 51 року.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування результатів: у програмах психологічної підтримки та реабілітації ветеранів; у підготовці фахівців, що працюють з ветеранами; у розробці протоколів раннього виявлення ризику ПТСР, депресії та емоційного виснаження; отримані статистичні дані та аналітичні висновки можуть слугувати підґрунтям для подальших наукових досліджень українського контексту військової травми.

Апробація. Ковальчук К. С., Родіна Н. В. Особливості подолання травми ветеранами із ампутацією кінцівок. Матеріали до 81-ї звітної студентської наукової конференції. Секція«Психології та соціальної роботи»[Електронний ресурс] :Підсекції:«Соціальна робота»,«Освітні, педагогічні науки», «Психологія» (Одеса, 22–24 квіт. 2025 р.). – Електронні текстові дані (1 файл : 2,1 МБ). –Одеса :Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2025. С. 130-132.

Структура роботи. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 88 сторінок, з них основного тексту — 78 сторінок, 16 таблиць, 3 рисунка. Містить вступ, три розділи, загальні висновки, список використаної літератури, який складається з 73 джерел.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ТРАВМИ ВЕТЕРАНАМИ ІЗ АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК

1.1 Теоретичний аналіз психологічної травми в умовах війни в Україні

В Україні з 2014 року, а особливо після повномасштабного вторгнення в 2022 р., війна стала тривалим контекстом існування для великої частини населення. Це означає, що травма тут не поодинокий інцидент, а феномен, що може насичуватися повторними стресорами - обстрілами, бомбардуваннями, переміщенням, втратою домівок і близьких, переживанням невизначеності.

Вивчення взаємозв'язку між психічними порушеннями та травматичними подіями має тривалу історію, що охоплює понад двісті років. Медичні спостереження свідчать про те, що вже у XIX столітті лікарі звернули увагу на появу гострих психічних синдромів у людей, які зазнали серйозних стресових впливів. Перші задокументовані описи цих явищ належать до періоду після Громадянської війни у США. Саме тоді медики почали систематично описувати симптоми, що виникали у ветеранів після пережитих бойових дій та травм. Ці клінічні спостереження стали важливою основою для подальших досліджень у галузі психіатрії та психології [29].

Значний внесок у розуміння природи травматичних розладів зробили й ранні представники психоаналізу. Зокрема, Зиґмунд Фройд відзначав тісний зв'язок між невротичними проявами та досвідом психічної травми. Його ідеї сприяли формуванню нового бачення психічних порушень як реакцій на пережите потрясіння.

У XX столітті проблема психотравматичних станів стала особливо актуальною в умовах глобальних військових конфліктів. Під час Першої та Другої світових воєн подібні розлади описували під різними назвами, що відображали спроби пояснити їхню природу. Серед найвідоміших термінів того часу - «бойова втома» (battle fatigue), «обстріляний шок» (shell shock) та

«солдатське серце» (soldier’s heart). Ці визначення віддзеркалювали як клінічні спостереження, так і намагання суспільства зрозуміти психічні наслідки військових дій.

Травма (від грецьк. «τράυμα» - «рана») - емоційна та психофізіологічна реакція на події або обставини, які виходять за межі звичайного стресу і здатні суттєво порушити психічне здоров’я, соціальну функціональність та якість життя людини [5]. Особи, які стикаються з травматичними або надзвичайно стресовими обставинами, нерідко розвивають емоційні й поведінкові симптоми, що суттєво впливають на їхнє повсякденне життя та психічне здоров’я [64].

Травматичні фактори, здатні спровокувати розвиток цих станів, є досить різноманітними. Вони охоплюють як безпосереднє зіткнення з фізичною загрозою так і спостереженням, тобто бути свідком події. До прикладів таких подій належать військові дії, зокрема бомбардування, втрата близьких, руйнування домівок, переміщення, насильство та інші надзвичайні обставини. Війна є потужним психотравмуючим чинником, що порушує базові уявлення людини про безпеку, стабільність, справедливість, контроль і довіру до світу, викликають відчуття катастрофи та«інтенсивного страху, безпорадності, втрати контролю та загрози знищення» [29].

В усіх цих випадках ключовою характеристикою події є здатність викликати відчуття безпорадності та жаху. В таких ситуаціях мозок людини реагує на небезпеку надзвичайно швидко, активуючи так званий режим «виживання». Центральною структурою у цьому процесі є амигдала - частина мозку, яка відповідає за оцінку потенційної загрози та формування емоційних реакцій. При фіксації небезпеки амигдала генерує тривожний сигнал, що запускає захисну систему організму, відому як реакція «бий або біжи» (fight-or-flight) [26]. Ця комплексна реакція дозволяє миттєво мобілізувати фізичні та психічні ресурси для протидії загрозі або уникнення небезпеки, забезпечуючи максимальні шанси на виживання. Активація механізмів «бий або біжи» супроводжується біохімічними процесами, зокрема вивільненням

гормонів стресу - адреналіну та норадреналіну, які прискорюють серцевий ритм і дихання, забезпечують швидке перенесення збагаченої киснем крові до основних груп м’язів, особливо рук і ніг, і одночасно активують потові залози. Організм отримує тимчасову фізіологічну перевагу - підвищену силу та швидкість, які часто перевищують звичний рівень можливостей людини.

Особливо яскраво ці механізми проявляються у людей, які перебувають у зоні бойових дій. Тривалий вплив загрози призводить до того, що механізм виживання залишається активним протягом тривалого часу [56]. Це супроводжується постійною настороженістю, підвищеною пильністю та очікуванням небезпеки, а нервова система перебуває у стані постійного збудження з високим рівнем адреналіну. В такому стані людина не звертає увагу на втому, біль чи фізіологічні потреби, тому що мозок автоматично обирає стратегію виживання без свідомого обдумування. Цей процес є природнім та адаптивним до небезпеки, він дозволяє людині вижити у критичних ситуаціях [24].

У більшості людей після завершення дії травмувальної ситуації фізіологічне збудження поступово спадає. Навіть коли подія вже минула, рівень гормонів стресу ще певний час залишається підвищеним - протягом кількох днів він може викликати нічні жахіття або інші неприємні симптоми. Згодом гормональний баланс вирівнюється, і протягом наступних днів чи тижнів ознаки напруження поступово зникають.

Поступово нервова система та організм у цілому повертаються до звичного ритму функціонування. Коли людина опиняється в безпечному, спокійному середовищі, вона отримує можливість осмислити пережиту подію - переоцінити власні емоції, думки й почуття, пов’язані з нею.

У більшості випадків уже через кілька тижнів або місяців настає помітне полегшення. Проте невелика частина людей, які пережили травмувальний досвід, продовжують відчувати труднощі - їхні симптоми можуть то слабшати, то знову повертатися з часом [11].

Але коли психіка стикається з подіями, що перевантажують та виснажують механізми самозахисту, це призводить до розвитку гострих стресових реакцій або формування посттравматичних розладів [27, 64].

Близько трьох чвертей осіб (приблизно 75–80 %), які зіткнулися з подіями, що становили безпосередню небезпеку для їхнього життя чи фізичної цілісності, у подальшому не розвивають посттравматичних розладів. Навпаки, у більшості з них спостерігається успішна психологічна адаптація та здатність ефективно долати наслідки пережитої травми [52].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є комплексним порушенням психічної діяльності, що виникає як результат впливу травматичних подій надзвичайного характеру. Його можна розглядати як стійку дезадаптивну реакцію організму на стресор, який перевищує межі звичних механізмів психологічного захисту та адаптації. ПТСР охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних і поведінкових змін, які істотно впливають на соціальне функціонування особистості, обмежують її здатність до продуктивної діяльності й порушують психоемоційний баланс.

Симптоматика цього розладу є багатокомпонентною. До неї належать явища повторного переживання травматичної події у вигляді нав’язливих спогадів, флешбеків, нічних кошмарів або різких емоційних реакцій на зовнішні подразники, що нагадують про травму. Водночас у постраждалого формується тенденція до уникання всього, що асоціюється з травматичним досвідом, що може виявлятися у звуженні кола соціальних контактів і зниженні активності. Характерними є також негативні когнітивно-емоційні зміни: відчуття провини, емоційна відчуженість, апатія, зниження інтересу до життя та втрата здатності переживати позитивні емоції. На тлі цих порушень зазвичай спостерігається підвищена тривожність, дратівливість, гіпернастороженість, розлади сну та труднощі з концентрацією уваги [37, 73].

Якщо сукупність подібних симптомів зберігається понад один місяць після травматичної події, залишається інтенсивною та істотно впливає на соціальне, професійне чи особистісне функціонування, можна констатувати

розвиток посттравматичного стресового розладу. Однак ПТСР не є ізольованим явищем: часто він супроводжується іншими психічними або неврологічними розладами [50]. До найпоширеніших супутніх проявів належать депресія, панічні атаки, тривожні стани, а також розлади, пов’язані зі зловживанням психоактивними речовинами, такими як алкоголь або наркотики. Це свідчить про те, що травматичний досвід може мати системний характер впливу на психіку людини.

Реакції, які спостерігаються при ПТСР, у своїй основі є природною захисною відповіддю психіки на екстремальні обставини. Людині не властиво постійно відчувати небезпеку, споглядати людські страждання, втрачати близьких або перебувати у стані постійного страху. Саме тому такі реакції не можна розглядати як прояв психічної слабкості; вони є результатом дії надмірного стресу, який перевищує фізіологічні й психологічні можливості саморегуляції. У цьому контексті ПТСР розглядається не лише як клінічний синдром, але й як наслідок порушення цілісної взаємодії між емоційною, когнітивною та соматичною сферами людини [69, 73].

Психологічна травма є складним феноменом, який відображає глибокий вплив екстремальних подій на психіку людини. В умовах війни, що триває в Україні з 2014 року та особливо загострилася після повномасштабного вторгнення у 2022-му, травматичний досвід набув масового характеру. Це зумовлює не лише індивідуальні, а й соціально-психологічні наслідки, що впливають на ціле покоління. Історичний розвиток уявлень про травму — від перших медичних спостережень у XIX столітті до сучасних психіатричних і психологічних підходів — демонструє еволюцію розуміння зв’язку між пережитими стресовими подіями та психічними порушеннями.

Сучасна наука розглядає травму як результат дії подій, що виходять за межі звичайного досвіду, активуючи біологічні механізми «виживання» та змінюючи функціонування нервової системи. У більшості людей ці процеси є адаптивними, але за надмірного чи тривалого впливу стресорів можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР

— це не прояв слабкості, а природна реакція організму на ситуації, які перевищують його можливості саморегуляції.

Таким чином, розуміння природи психічної травми й ПТСР має не лише клінічне, а й гуманістичне значення: воно допомагає суспільству усвідомити масштаб психологічних наслідків війни та необхідність створення системи підтримки, спрямованої на відновлення психічного здоров'я, стійкості та гідності людини.

1.2. Психологічні механізми подолання травми особистістю

Психологічні механізми подолання травми є складною системою взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових процесів, які забезпечують зменшення дистресу та відновлення внутрішнього балансу особистості після переживання екстремальної події. У випадку ветеранів із ампутацією кінцівок ці процеси набувають особливої глибини, оскільки поєднують травму бойового досвіду з радикальною зміною тілесності, соціального статусу та життєвих перспектив. Подолання такої травми не зводиться до фізичного відновлення, а передбачає масштабні когнітивні перебудови, трансформацію емоційних реакцій і формування нових адаптивних смислів. Найбільш інформативними для розуміння цих процесів є транзакційна модель стресу Р. Лазаруса і С. Фолкман, теорія емоційної регуляції Дж. Гросса та концепція афективного звуження і розширення Б. Фредріксон, які у сукупності дозволяють описати психологічне функціонування ветеранів після ампутації на різних рівнях — когнітивному, емоційному та поведінковому.

У межах транзакційної моделі Лазаруса і Фолкман травматичний досвід постає не як разова подія, а як динамічний процес постійної взаємодії особистості зі стресогенним середовищем. Центральним елементом цієї взаємодії є когнітивна оцінка, за допомогою якої людина визначає значущість події та власні ресурси для реагування на неї. У випадку ветеранів із ампутованими кінцівками первинна оцінка події часто має екзистенційний

характер, оскільки бойове поранення й сама ампутація сприймаються як такі, що руйнують не лише фізичну цілісність тіла, а й глибинні смисли самості, автономності та життєвої безпеки. Ампутація в цьому контексті переживається як втрата частини власного «Я», порушення безперервності життєвого сценарію та радикальна зміна можливостей взаємодії зі світом. Тому первинна оцінка майже завжди забарвлена високим рівнем загрози, безпорадності та вразливості [28].

У процесі вторинної оцінки ветеран звертається до усвідомлення власних можливостей долання травми. На цьому етапі вирішальним стає не сам факт втрати кінцівки, а здатність визначити, які внутрішні та зовнішні ресурси доступні. До таких ресурсів належать фізичні можливості, здатність адаптуватися до протезування, емоційна стійкість, наявність довірливих стосунків, підтримка членів родини, цивільного оточення, медичних та реабілітаційних структур, а також попередній досвід успішного подолання складних життєвих ситуацій. Усе це формує суб'єктивне відчуття контролю, що є ключовим чинником адаптації. Якщо ветеран відчуває, що має опору в собі та в соціальному середовищі, вторинна оцінка набуває більш конструктивного характеру: травма сприймається як важке, але потенційно подоланне випробування. У протилежному випадку вона стає джерелом хронічного дистресу.

Взаємодія між первинною та вторинною оцінками визначає, у який спосіб розгортатиметься стратегія подолання. Якщо ампутація інтерпретується як нездолання загроза, яка повністю перевищує ресурси людини, у ветерана зростає ймовірність формування дезадаптивних реакцій: уникання нагадувань про травму, пригнічення емоцій, самозвинувачення, тривалі румінації та посилення фізіологічної напруги. У таких випадках психологічна система функціонує у стані постійного перевантаження, що сприяє збереженню симптомів ПТСР та поглибленню емоційної дезорганізації. І навпаки, якщо вторинна оцінка зумовлює відчуття, що ситуацію можна опанувати, навіть якщо вона є надзвичайно складною, то загальна стратегія подолання стає більш активною та конструктивною.

Ветеран починає залучати доступні ресурси, переосмислювати ситуацію, відкрито виражати емоції, звертатися по допомогу та поступово інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію [40].

У такий спосіб транзакційна модель дозволяє зрозуміти гетерогенність реакцій ветеранів на ампутацію. Не сама подія визначає психологічну траєкторію, а система оцінок, яка формує суб'єктивне значення травми та визначає потенційний шлях адаптації — від дезорганізації та втрати сенсу до поступового прийняття, відновлення й розвитку.

Яким чином ветерани адаптуються до емоційних наслідків бойової травми та ампутації дозволяє глибше зрозуміти теорія емоційної регуляції Дж. Гросса. У цій теорії емоційна регуляція розглядається як процес, що може розгортатися на різних етапах емоційної реакції. Найважливіша відмінність полягає у тому, що людина може впливати на власні емоції до того, як вони повністю сформуються, або вже після їх виникнення. Ці два шляхи — переоцінка та пригнічення — мають глибоко різні наслідки для психологічного функціонування [43].

Переоцінка ситуації передбачає активне осмислення події, здатність змінити власне ставлення до неї та надати іншого смислу тому, що відбулося. Для ветеранів із ампутацією це означає можливість переосмислити не лише саму втрату кінцівки, але й ті зміни, які вона спричинила: від тілесного досвіду до соціальних ролей. Така стратегія дозволяє помістити травматичний досвід у ширший наратив власного життя, зберегти відчуття суб'єктності й контролю та не зводити себе до статусу людини, «визначеної травмою». Переоцінка сприяє зменшенню інтенсивності негативних емоцій, дозволяє формувати більш адаптивні смисли, а з часом — інтегрувати травму у власну ідентичність таким чином, щоб вона перестала домінувати над усіма іншими аспектами переживань. Саме тому ветерани, які схильні до переоцінки, демонструють нижчий рівень тривоги, депресивності та емоційного виснаження — вони не уникають емоцій, а змінюють спосіб їхніх інтерпретацій.

Протилежною є стратегія пригнічення емоцій, яка полягає у стримуванні або відкладанні їхнього прояву вже після того, як емоційний процес запущено. Для ветеранів з ампутацією така стратегія часто стає реакцією на небажання демонструвати вразливість або на переконання у необхідності «тримати себе в руках». Однак пригнічення не зменшує інтенсивності емоцій — воно лише перериває їх зовнішнє вираження. Внутрішня ж емоційна активація продовжує наростати, що призводить до підвищення фізіологічної напруги, порушень сну, труднощів у концентрації та загальної емоційної дезорганізації. У довготривалій перспективі пригнічення емоцій істотно ускладнює процес адаптації, оскільки позбавляє людину можливості пропрацювати травматичний досвід і засвоїти його в конструктивний спосіб. Для ветеранів із ПТСР така стратегія часто веде до посилення симптомів гіпервозбудження, уникання та нав’язливих спогадів [39, 65].

У повсякденності ветерани з ампутацією постійно зіштовхуються з тригерами, які активують емоційні реакції: це больові відчуття, труднощі з протезуванням, погляди й коментарі соціального оточення, зміни у професійній діяльності, відчуття втрати автономності або фізичної спроможності. Саме тому механізми емоційної регуляції стають визначальним чинником психологічної стійкості. Переоцінка дає змогу пом’якшити вплив цих тригерів, тоді як пригнічення накопичує їхній емоційний ефект [43].

Теорія емоційної регуляції Гросса розкриває внутрішню динаміку того, як саме ветерани з ампутацією справляються з емоційними наслідками втрати, і пояснює, чому одні з них демонструють поступове відновлення, а інші — застрягають у хронічному дистресі та травматичних патернах.

Також концепція афективного звуження і розширення Б. Фредріксона надає змогу по-іншому поглянути на емоційне функціонування ветеранів після ампутації, розкриваючи глибинні механізми того, як емоційний тон впливає на їхню здатність адаптуватися до травми. Згідно з цією теорією, негативні й позитивні емоції виконують системно різні функції у психіці.

Негативні емоції, зумовлені загрозою або болем, активують еволюційно давню оборонну систему, яка спрямована на негайне виживання. Така система неминуче звужує коло можливих реакцій: мислення стає ригідним, увага — вибірково спрямованою на потенційну небезпеку, а поведінкові стратегії обмежуються кількома автоматичними варіантами. Для ветеранів з ампутованими кінцівками цей механізм проявляється у зростанні тривожності, пригніченості, агресивності або емоційної притупленості, які утворюють своєрідний афективний коридор, що обмежує їхню здатність бачити альтернативи, приймати рішення та загалом відновлюватися після травми [41, 42].

Такий «афективний тунель» формує небезпечне замкнене коло: домінування негативних переживань звужує можливості для гнучкого реагування, а обмежені реакції у свою чергу підсилюють відчуття безпорадності та відсутності контролю. У ветеранів це може поглиблювати симптоматику ПТСР, призводити до ізоляції, уникання соціальних ситуацій, зниження мотивації до реабілітації, а також до формування переконань про незворотність власного стану. Таким чином, афективне звуження не лише відображає поточний емоційний стан, а й є механізмом, який підтримує дистрес і ускладнює подолання травми.

Позитивні емоції, на відміну від негативних, активують інший психологічний механізм — «розширення» можливостей. За теорією Фредріксон, переживання радості, вдячності, інтересу, надії або навіть спокою розширюють когнітивні та поведінкові рамки людини, стимулюючи гнучкість мислення та активуючи внутрішні ресурси. Для ветеранів із ампутацією це означає, що позитивні емоції не лише покращують настрій, а й сприяють формуванню конструктивних стратегій адаптації: бажанню вчитися користуватися протезом, відкритості до соціальної взаємодії, пошуку підтримки, поверненню до професійних або особистісних ролей [61].

Навіть короткочасні епізоди позитивних емоцій можуть мати кумулятивний ефект. Слова підтримки від близьких, маленькі успіхи у реабілітації, відчуття приналежності до спільноти або участь у

волонтерських, спортивних чи культурних заходах поступово формують нові нейронні та поведінкові патерни. Ці переживання створюють емоційні «мікромоменти», які поступово розширюють можливості для адаптації та зменшують домінування негативного афекту. Завдяки цьому формується своєрідна психологічна інерція позитивних змін, що підтримує здатність ветерана розглядати майбутнє не лише крізь призму втрати, але й крізь можливості.

Таким чином сукупність цих теоретичних підходів дозволяють зрозуміти, що ключем до подолання травми є не лише її інтенсивність, а передусім внутрішні механізми осмислення, емоційної регуляції та здатності відновлювати емоційний баланс. Саме вони визначають, чи стане травма джерелом дезорганізації, чи точкою розвитку й відновлення психологічної стійкості.

1.3 Вплив психічного здоров’я на подолання травми ветеранами із ампутацією кінцівок

Після ампутації кінцівок, спричиненої бойовими діями, ветерани переживають комплексний травматичний досвід, що поєднує фізичні, психологічні та соціальні наслідки. Психічне здоров’я в цьому процесі відіграє не просто допоміжну роль, а формує фундамент, на якому вибудовується здатність людини адаптуватися до нового стану тіла й відновлювати життєдіяльність.

Сучасні метааналітичні дані демонструють, що депресивна симптоматика є одним із найбільш поширених психічних наслідків ампутації: систематичний огляд Singh та співавторів (2024), що охопив вибірки з різних країн і різних типів ампутацій, засвідчив середню поширеність депресії 33,85 %, із варіацією залежно від причин ампутації, рівня травми та рівня підтримки оточення. Це означає, що третина людей після втрати кінцівок перебувають у стані клінічно значущого емоційного виснаження, що

безпосередньо впливає на темп реабілітації, мотивацію до використання протеза та соціальне відновлення [66].

Дані з клінічних оглядів психіатричних станів після ампутації також засвідчують високий рівень ПТСР, тривоги та соматичних проявів стресу. У дослідженні Jo та колег (2021) підкреслюється, що ампутація унаслідок травми — особливо бойової — формує подвійну психотравму, у якій тілесна втрата взаємодіє з інтрузивними спогадами, моральними дилемами, провиною вцілілого та інтенсивною тілесно-емоційною дезінтеграцією. Автори наголошують, що ветерани значно частіше демонструють підвищену фізіологічну реактивність, уникання нагадувань про травму, знижену толерантність до стресу й хронічне відчуття вразливості, що утруднює користування протезами та перехід до активної соціальної ролі [47].

Психічне здоров’я справді може виступати медіатором між травмою та процесом адаптації ветерана до нових умов життя. Один із ключових механізмів - емоційна регуляція та стресостійкість. У ветеранів і людей після ампутації наявність тривоги, депресії чи ПТСР часто пов’язана з порушенням емоційної стабільності, надмірною активацією симпатичної нервової системи, що проявляється в безсонні, підвищеному болю, роздратованості й підвищеній вразливості до внутрішніх та зовнішніх стресорів. У свою чергу, здатність до ефективної емоційної регуляції — тобто контролю над інтенсивністю емоційних реакцій, осмислення їх, переключення уваги — може сприяти зниженню рівня стресу, полегшенню болю та прискоренню реабілітаційних процесів [60, 62].

Дослідження показують, що показники психічного здоров’я тісно пов’язані зі «спроможністю» (capability) після тяжких травм нижніх кінцівок — незалежно від того, чи було проведено ампутацію, чи збереження кінцівки. Це ще раз підкреслює біопсихосоціальну природу відновлення: без роботи з психікою функціональні результати знижуються, навіть за якісної хірургії та фізичної реабілітації. Автори прямо закликають інтегрувати психічне здоров’я як обов’язкову складову маршруту догляду [53].

Ускладненням є вплив військової культури, у межах якої високо цінуються стійкість, самоконтроль і здатність переносити біль. Ці риси, хоча й допомагають вижити у бойових умовах, можуть заважати зверненню по допомогу після поранення. Ветерани часто уникають проявів емоційної вразливості, розглядаючи їх як слабкість, що ускладнює прийняття психологічної підтримки та поглиблює симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії [59].

Порушення психічного здоров'я уповільнює формування рухових навичок, знижує пластичність центральної нервової системи й послаблює готовність до багатоетапного реабілітаційного плану. Оскільки сучасні протези вимагають активної взаємодії, навчання, вольового контролю й тривалої адаптації, психоемоційна вразливість стає суттєвим бар'єром, що визначає успіх чи невдачу всього відновного процесу.

Разом із тим психічне здоров'я впливає не тільки на функціональні, а й на соціально-психологічні аспекти життя ветеранів. Ампутація часто порушує їхню участь у значущих для них ролях — сімейних, професійних, громадських. Втрата попередньої ролі та соціального статусу може супроводжуватися емоційним відчуженням, зміною комунікативних стратегій та униканням соціальних ситуацій, де втрата тіла стає видимою. Подібний досвід описується в метасинтезах якісних досліджень як «соціальна невидимість» або «вимушена ізоляція». Ветерани нерідко уникають контактів через очікувану стигму або через внутрішнє переконання, що їхнє тіло більше «не відповідає» соціальним нормам повноцінності [57, 7].

Соціальна ізоляція в цьому контексті стає не лише наслідком ампутації, а й важливим чинником, що поглиблює психічне неблагополуччя. Обмеження контактів, уникання соціальних ситуацій та зниження самооцінки поступово формують замкнене коло, у якому ветерани відчувають відчуження не лише від інших, а й від власного попереднього «Я». Повернення до повноцінної участі в соціальному житті вимагає не стільки фізичної адаптації, скільки поступового відновлення внутрішньої ідентичності та позитивного образу

тіла, що можливо лише за умови цілеспрямованої психологічної підтримки та інтеграції ветерана в спільноти, де його досвід визнається й приймається.

Психічне здоров'я ветеранів із ампутацією кінцівок значною мірою визначається тим, як вони інтерпретують власну травму. Когнітивні схеми, що формуються після поранення, впливають на процес адаптації: сприйняття ампутації як «незворотної втрати» призводить до емоційного виснаження й соціальної ізоляції, тоді як переосмислення її як випробування або шансу на новий етап життя може стимулювати особистісне зростання. Концепція посттравматичного зростання підтверджує, що навіть унаслідок глибоких втрат особистість може досягати вищого рівня саморозуміння, зміцнення духовних цінностей і переоцінки життєвих пріоритетів. Для ветеранів цей процес часто пов'язаний із формуванням нової ідентичності — не як «пораненого», а як людини, яка змогла вистояти.

Одним із ключових чинників позитивної адаптації є розвиток когнітивної гнучкості — здатності змінювати стратегії мислення та реагування на стресові події. Висока когнітивна ригідність, навпаки, підтримує негативні переконання («я більше не повноцінний», «я не зможу повернутися до нормального життя»), що посилює депресивні симптоми та відчуття безпорадності. Психологічні втручання, спрямовані на реконструкцію цих переконань, допомагають ветеранам перейти від фокусу на втраті до фокусу на можливостях — від прийняття допомоги до самореалізації через нові ролі та види діяльності.

Таким чином психічне здоров'я відіграє центральну роль у процесі адаптації ветеранів, які пережили ампутацію кінцівок, і є ключовим чинником ефективного подолання травматичного досвіду. Ампутація не обмежується фізичною втратою — вона руйнує відчуття тілесної цілісності, змінює образ «Я» та структуру особистісної ідентичності. Дослідження переконливо доводять, що рівень психічного здоров'я прямо корелює зі здатністю ветерана до функціонування, використання протеза, повернення до соціальної активності та збереження мотивації до життя. Порушення емоційної регуляції, депресія, тривога чи ПТСР суттєво сповільнюють

реабілітацію та поглиблюють відчуття ізоляції. Водночас розвиток емоційної стійкості, когнітивної гнучкості та навичок осмислення досвіду дозволяють ветеранам переосмислити травму, перетворивши її на джерело внутрішнього зростання. Також не менш важливою є культурна складова: військова культура, що підкреслює мужність і самоконтроль, може водночас ускладнювати звернення по психологічну допомогу. Тому реабілітаційні програми мають враховувати цей бар'єр, інтегруючи психотерапевтичну роботу, групову підтримку та навчання навичкам саморегуляції.

Висновки до розділу І

Проведений теоретичний аналіз психологічної травми в умовах війни в Україні дозволяє зробити низку узагальнень щодо її природи, механізмів впливу та значення для психічного здоров'я особистості. Війна виступає потужним психотравмуючим чинником, який порушує базові уявлення людини про безпеку, стабільність і контроль над власним життям. Унаслідок тривалого перебування в умовах загрози формується специфічний психофізіологічний стан — хронічна мобілізація системи «бий або біжи», що веде до емоційного виснаження, розладів сну, тривоги й розвитку посттравматичних станів.

Історичний розвиток уявлень про травму — від перших клінічних спостережень до сучасних психотерапевтичних моделей — показує, що психічна травма є не лише патологічною реакцією, а й універсальним механізмом адаптації психіки до екстремальних умов. Сучасна наука трактує її в межах біопсихосоціальної парадигми, де фізіологічні, психологічні й соціальні фактори взаємодіють у процесі формування посттравматичних розладів.

Особистісна реакція на травму виявляється через індивідуальні психологічні механізми подолання, що ґрунтуються на емоційній регуляції, когнітивній переоцінці та мотиваційній спрямованості. Такі ресурси, як

емоційний інтелект, доброзичливість, екстраверсія й сумлінність, сприяють активному копінгу та посттравматичному зростанню, тоді як невротизм, ригідність мислення та низька саморегуляція підвищують ризик розвитку ПТСР і депресивних станів.

Психічне здоров'я, у свою чергу, визначає здатність особистості до ефективного подолання травми. Це особливо помітно на прикладі ветеранів із ампутацією кінцівок, для яких реабілітація включає не лише фізичне, а й глибоке психологічне відновлення. Саме рівень психічного благополуччя, емоційної стійкості та когнітивної гнучкості визначає успішність адаптації, формування нової ідентичності та повернення до соціального життя.

Отже, психологічна травма в умовах війни постає як багатовимірне явище, що поєднує біологічні, емоційні й соціальні аспекти людського існування. Її подолання можливе лише за умови інтеграції клінічної допомоги, психотерапевтичної підтримки й розвитку внутрішніх ресурсів особистості. Усвідомлення цього відкриває перспективи для створення ефективних систем психологічної реабілітації, здатних не лише зменшити дистрес, а й сприяти відновленню цілісності та гідності людини, травмованої війною.

РОЗДІЛ ІІ. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Опис вибірки

Дослідження проводилось серед ветеранів з ампутованими кінцівками, які дали згоду на дослідження. Загальна кількість респондентів становила 38 осіб віком від 21 до 51 року, що вказує на представництво як молодших, так і зрілих дорослих. Середнє значення віку становило 36,16 року, а отримане стандартне відхилення 9,42 демонструє помірну варіативність у віковому складі вибірки.

За рівнем освіти у вибірці, що налічує 38 осіб, найбільшою за чисельністю виявилася група респондентів із повною середньою освітою — таких було 12 осіб. Аналогічну кількість становили й учасники із середньою спеціальною освітою, що також охопило 12 респондентів. Менш чисельною групою були особи з незакінченою вищою освітою: у дослідженні їх було 4. Учасники, які мають завершену вищу освіту- 10 осіб.

Структура сімейного статусу респондентів дозволяє окреслити соціально-демографічний контекст вибірки. Найчисельнішою групою стали респонденти, які перебувають у шлюбі: таких було 18 осіб, що становить 47,4 % вибірки. Другою за чисельністю групою були самотні респонденти, яких у вибірці налічувалося 12 осіб, або 31,6 %. Менш чисельними, але однаково важливими для загального аналізу є дві групи по 4 особи кожна (10,5 %). До першої з них увійшли респонденти, які перебувають у стосунках без офіційної реєстрації.

Показники кількості дітей демонструють, що найбільшою за чисельністю групою виявилися учасники, які не мають дітей: таких осіб було 18, що становить 47,4 % від загальної кількості опитаних. Дві інші групи респондентів були представлені рівною кількістю учасників. Респонденти, які мають одну дитину, становили 10 осіб, тобто 26,3 % вибірки. Такий самий відсоток — 26,3 % — припадав на батьків, що виховують двох дітей; їхня

чисельність також становила 10 осіб. Наявність двох майже однаково представлених груп батьків відображає збалансовану структуру сімейних ролей серед опитаних.

Данні зайнятості респондентів на момент проведення дослідження показують, що найбільшою групою були учасники, які продовжували працювати в Україні, — їх налічувалося 18 осіб, що становить 47,4 % вибірки. Цей показник демонструє, що майже половина опитаних зберегла свою трудову активність попри соціальні та економічні виклики, зумовлені повномасштабною війною. Значну частку становили респонденти, які втратили роботу після 24 лютого 2022 року і на момент опитування не працювали. Таких осіб у вибірці було 16, що відповідає 42,1 %. Найменшою групою стали респонденти, які не працювали й до початку повномасштабного вторгнення: їх було 4 особи, або 10,5 %.

У вибірці респондентів фінансове становище виявило, що майже третина учасників, а саме 12 осіб (31,6 %), охарактеризували свої фінансові можливості як стабільні й достатні для покриття всіх необхідних витрат. Для більшості респондентів фінансові умови є помірними: 20 осіб, або 52,6 %, зазначили, що їхніх коштів вистачає лише на найнеобхідніше. Найменшою групою виявилися ті, кому не вистачає грошей навіть на базові потреби — таких респондентів було 6, що становить 15,8 % від загальної кількості.

Опитування про рівень впливу стресу на повсякденне життя показала, що частина учасників — 8 осіб, або 21,1 % — оцінила вплив стресу як низький. Порівняно невелика частка респондентів — 4 особи (10,5 %) — зазначила, що вплив стресу на їхнє життя є нижчим за середній. Подібний відсоток отримали й дві інші групи: респонденти, які оцінили вплив як вищий за середній, та ті, хто відчуває високий рівень стресового впливу; у кожній з цих груп також налічувалося по 4 особи (10,5 %). Найчисельнішою стала група учасників, які оцінили рівень впливу стресу як середній. Таких респондентів було 18, що становить 47,4 % вибірки.

Але переважна більшість респондентів повідомила про наявність суттєвих труднощів у своєму житті на момент опитування. Таких учасників

було 24, що становить 63,2 % від загальної кількості опитаних. Разом із тим 14 респондентів, або 36,8 %, зазначили, що не переживають значних труднощів у житті на даний момент.

Серед опитаних 8 осіб (21,1 %) повідомили, що мають офіційно встановлені психічні розлади. Це свідчить про суттєву частку учасників, які вже перебували у сфері психіатричної чи психологічної допомоги та можуть мати тривалий досвід психологічних труднощів. У той же час більшість — 30 респондентів (78,9 %) — зазначили, що таких діагнозів не мають, що підтверджує домінування групи без відомих клінічних психічних розладів.

Щодо розладів особистості, 2 респонденти (5,3 %) повідомили, що їм було встановлено відповідний діагноз. Переважна більшість опитаних — 36 осіб (94,7 %) — не мають офіційно встановлених розладів особистості.

Частина респондентів повідомила про наявність серйозних захворювань, що впливають на нервову систему. Таких осіб було 6, що становить 15,8 % від загальної кількості опитаних. Переважна більшість респондентів — 32 особи, тобто 84,2 %, — зазначили, що подібних захворювань у них немає.

Більшість учасників — 34 респонденти (89,5 %) — повідомили, що не схильні до зловживання психоактивними речовинами. 4 особи (10,5 %) — зазначили, що мають досвід зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами.

Водночас дані щодо прийому антипсихотичних препаратів показують, що 10 опитаних (26,3 %) зазначили, що приймають такі медикаменти. Решта респондентів — 28 осіб (73,7 %) — не використовують антипсихотичні препарати.

У сфері сімейної емоційної підтримки більшість опитаних — 36 осіб, що становить 94,7 % — зазначили, що отримують емоційну підтримку від родини. 2 респонденти (5,3 %) повідомили про відсутність емоційної підтримки з боку родини.

Найбільш значущим джерелом емоційної підтримки виявилися дружні стосунки: понад половина опитаних (63,2 %) зазначили, що регулярно

отримують емоційну допомогу від друзів. Разом із тим 36,8 % учасників не мають подібного ресурсу у своєму соціальному оточенні. Емоційну допомогу з боку колег отримують 52,6 % респондентів, тоді як 47,4 % не відчувають її у робочому контексті. Особливо показовою є висока частка звернень по допомогу до громадських, соціальних, реабілітаційних, медичних та інших організацій. Цей шлях підтримки використовували 84,2 % опитаних. Лише 15,8 % респондентів не зверталися до інституційної допомоги.

20 учасників (52,6 %), зазначили, що отримують психологічну допомогу від фахівця, водночас 18 респондентів (47,4 %) повідомили, що не користуються допомогою психолога.

Аналіз хмари слів, побудованої на основі відповідей респондентів, свідчить про те, що серед найбільш значущих позитивних подій у минулому досвіді переважають події, пов’язані з народженням дітей та формуванням сімейних стосунків. Саме слово «народження» має найбільший розмір, що демонструє його найвищу частотність у відповідях. Значущими виявилися й інші події, пов’язані з дітьми та дитинством, що вказує на цінність сімейного добробуту та емоційно значущих зв’язків.

Помітну роль відіграють також соціальні контакти: у відповідях респондентів часто згадуються друзі, спільна участь у змаганнях, мандрівки, що відображає важливість соціальної підтримки та спільного проведення часу. Частина подій пов’язана з хобі або активним дозвіллям (наприклад, риболовля, паркур, мото), що свідчить про значення самореалізації та можливість повернення до звичних занять. Загалом результати відображають, що позитивні події респондентів найчастіше пов’язані із сім’єю, міжособистісними стосунками, активним способом життя та ключовими моментами особистісного розвитку (рис. 1).



Рис. 2.1 Найбільш важливі позитивні події в житті у минулому

Найбільш значущі негативні події в минулому досвіді респондентів демонструє домінування теми втрат, що є центральною та найчастіше згадуваною категорією. Найбільше слово «втрата» свідчить про її ключову роль у суб'єктивному переживанні травматичних досвідів. У структурі відповідей респонденти часто зазначали втрату побратимів, друзів або близьких людей, а також втрати, пов'язані з війною.

Важливою тематичною групою є події, пов'язані зі смертю та похоронами, що підкреслює високий рівень емоційного навантаження та частоту зіткнення з летальними наслідками бойових ситуацій. Серед відповідей також простежується переживання за власне життя — згадки про те, що респонденти «вижили» або потрапляли у випадки, пов'язані з пораненнями чи загрозою життю. Такі події відображають досвід гострої небезпеки, характерний для ветеранів, і можуть бути пов'язані з формуванням симптомів травматичного стресу (рис. 2.2).



Рис. 2.2 Найбільш важливі негативні події в житті у минулому

Хмара слів, що відображає очікувані респондентами позитивні події в майбутньому, демонструє високий рівень невизначеності та умовності цих очікувань. Найбільш поширеними відповідями стали слова «невідомо» та «залежить», що свідчить про відчуття непередбачуваності майбутнього і про обережність у формулюванні конкретних планів. Такі результати можуть відображати вплив воєнного досвіду, тривалої нестабільності та сформованого у відповідь захисного ставлення до прогнозування власного життя.

Разом із тим, у відповідях простежуються і більш конкретні позитивні очікування. Частина респондентів пов’язує бажані події з покращенням життєвих умов, зокрема придбанням житла, відпочинком, купівлею важливих речей або розвитком особистих шляхів, таких як навчання чи закінчення університету. Такі згадки демонструють орієнтацію на стабільність та прагнення до відновлення життєвого контролю.

У відповідях також фіксуються події, пов’язані із сімейною сферою, зокрема народженням дітей, одруженням чи появою онуків. Це свідчить про те, що попри досвід втрат і невизначеності, респонденти надають вагоме значення можливості створювати та підтримувати сімейні зв’язки.

Узагальнюючи, хмара слів демонструє амбівалентність майбутнього досвіду: поєднання невизначеності та умовності з надіями на особисті, сімейні та суспільні позитивні зміни. Це може свідчити про прагнення респондентів до відновлення життєвої стабільності у рамках реалістичного прогнозування (рис. 2.3).

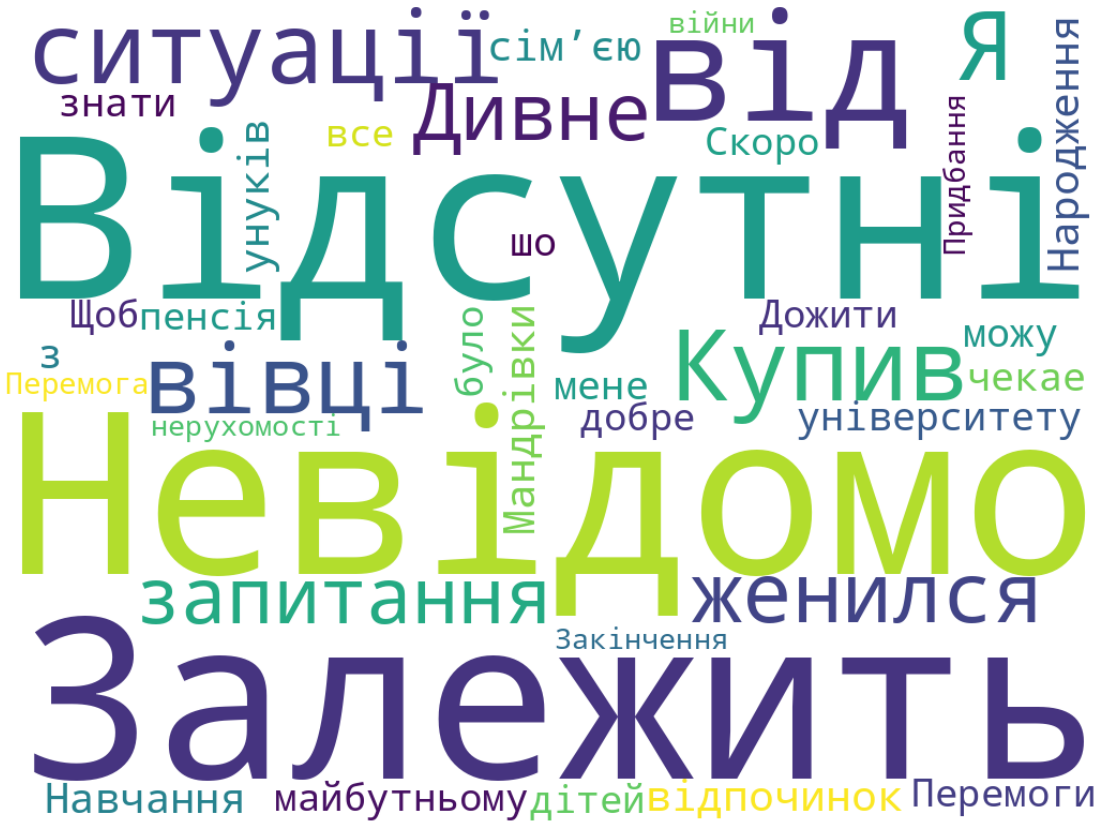


Рис. 2.3 Найбільш важливі позитивні події в житті у майбутньому

У межах дослідження було сформовано вибірку з 38 ветеранів з ампутованими кінцівками, що забезпечило достатню кількість даних для аналізу соціально-демографічних, психологічних і пов’язаних із повсякденним функціонуванням характеристик. Отримані результати дозволяють окреслити цілісний портрет вибірки та визначити значущі

особливості, які слід враховувати у подальшому дослідженні психологічних чинників адаптації та подолання травми. У сукупності результати демонструють, що вибірка характеризується значною психологічною та соціальною вразливістю, але водночас — наявністю широкої мережі підтримки, що формує важливий ресурс для подальшої адаптації ветеранів з ампутованими кінцівками. Встановлені характеристики вибірки створюють підґрунтя для цілісного аналізу механізмів подолання травми та факторів, що визначають ефективність адаптаційних стратегій у даної групи.

2.2 Методи дослідження

Дослідження проводилось за допомогою онлайн ресурсу google forms. Використовувалися скринінгові опитувальники, що включають в себе: ІМЗ-38 (індекс ментального здоров'я), адаптований на українську мову Фокіним А.С. [68], методику ОПАНА (опитувальник позитивного і негативного афекту) [29]; PCL-5 (шкала для оцінки посттравматичного стресового розладу) [3] та контрольні питання.

Під час добору діагностичних інструментів основну увагу було приділено тому, наскільки вони здатні комплексно охоплювати різні прояви стресу та його наслідки для психологічного самопочуття учасників дослідження.

Методика ІМЗ-38 надає можливість отримати інтегральну характеристику ментального здоров'я, що є інформативним показником загальної стресостійкості. У дослідженні було використано адаптований українськомовний психометричний інструмент для оцінювання ментального здоров'я — Індекс ментального здоров'я (ІМЗ-38). Методика створена на основі оригінального опитувальника Mental Health Inventory К. Вайта та Дж.Е. Вейра, який у поєднанні з Positive Mental Health Scale і Basic Beliefs Questionnaire пройшов багаторівневу психометричну перевірку та був адаптований до українського культурного й лінгвістичного контексту. Завдяки

проведеній адаптації було збережено двокомпонентну структуру вимірювання, що охоплює психологічний дистрес і психологічне благополуччя як два базові аспекти конструкту ментального здоров'я.

Процес опрацювання методики передбачав послідовний аналіз її чинників, структури та показників надійності, що дало змогу сформувати фінальну версію інструменту з 38 тверджень. Ці твердження відображають різні прояви емоційного стану особистості, включаючи тривожність, депресивні переживання, поведінкові та емоційні труднощі, а також компоненти позитивного афекту, задоволеності життям, емоційної стійкості та загального психологічного ресурсу. Значущою особливістю даної методики є її здатність одночасно оцінювати як негативні прояви психічного стану, пов'язані зі стресом і дистресом, так і позитивні аспекти психологічного функціонування, що формують загальний індекс ментального здоров'я. Формування шкал базувалося на попередньому факторному аналізі, який підтвердив валідність розмежування двох основних компонентів — дистресу та благополуччя.

Усередині цих компонентів виокремлюються змістові підшкали, що дозволяють деталізувати стан респондента: тривожність, депресивність, поведінкові й емоційні труднощі, загальний позитивний афект та емоційна стійкість. Твердження містять як прямі, так і реверсивні формулювання, що дає змогу урівноважити зміст шкал і уникнути шаблонних відповідей. Процедура проходження методики передбачає індивідуальне оцінювання кожного твердження за шістибальною шкалою Лайкерта, де нижчі значення відповідають менш вираженим ознакам певного психологічного стану, а вищі — інтенсивнішим переживанням або характеристикам. Респонденту пропонується уважно прочитати твердження та обрати відповідь, яка найточніше відображає його самопочуття протягом останнього часу.

У процесі обробки результатів обчислюються суми балів за окремими підшкалами, а також інтегральні показники дистресу, благополуччя та загального індексу ментального здоров'я. Оскільки методика містить реверсивні пункти, на етапі аналізу здійснюється їх перекодування, після чого

розраховуються відносні індекси. Отримані результати дозволяють оцінити рівень психологічного напруження, тенденції до тривожних або депресивних переживань, здатність до емоційної саморегуляції, а також загальну суб'єктивну оцінку власного психічного стану. Позитивні підшкали формують уявлення про внутрішні ресурси респондента, тоді як шкали дистресу відображають навантаження психологічними труднощами.

Метою застосування адаптованого Індексу ментального здоров'я ІМЗ-38 у дослідженні є комплексна кількісна оцінка рівня психологічного дистресу та психологічного благополуччя респондентів, що дозволяє визначити загальний стан їхнього ментального здоров'я.

У свою чергу, застосування опитувальника позитивного та негативного афекту ОПАНА у даному дослідженні зумовлене потребою глибшого розуміння емоційного компонента ментального здоров'я респондентів. Позитивний і негативний афекти є базовими характеристиками емоційної сфери, що відображають як ресурсний потенціал особистості, так і її вразливість до стресу, тому їхнє вимірювання дає змогу оцінити цілісну емоційну картину психічного стану. ОПАНА використовується в сучасних дослідженнях як чутливий інструмент для виявлення емоційної реактивності, емоційної стабільності та схильності до дистресу, а також слугує інформативним показником для аналізу переживання стресу, тривоги та психологічного виснаження.

Вибір цієї методики для даної роботи пов'язаний з необхідністю охопити емоційні аспекти, що безпосередньо впливають на процеси адаптації та відновлення ментального здоров'я. У поєднанні з ІМЗ-38, який вимірює баланс між дистресом і благополуччям, та PCL-5, спрямованою на оцінку інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу, ОПАНА дозволяє побачити, які саме емоційні стани формують фон переживань респондентів, які з них домінують та як вони корелюють із загальним рівнем психологічної стійкості.

Структурно ОПАНА складається з набору тверджень, що описують різні емоційні стани. Вони згруповані у два інтегральні компоненти:

позитивний афект, який включає емоції енергійності, натхненності, зацікавленості та життєрадісності, та негативний афект, що охоплює емоції напруги, тривоги, роздратованості, смутку й внутрішнього дискомфорту. Методика базується на моделі диференціальних емоцій, відповідно до якої емоційний стан особистості може бути репрезентований як динамічне співвідношення цих двох компонентів. Така структура дозволяє створити емоційний профіль респондента та визначити домінуючі тенденції.

Процедура проходження опитувальника є простою та зручною для респондента. Особі пропонується перелік емоційних станів і необхідно оцінити, наскільки кожен із них відповідав її переживанням протягом певного періоду часу. Оцінювання здійснюється за шкалою інтенсивності, що дозволяє кількісно зафіксувати вираженість кожного емоційного стану. Респондент відповідає інтуїтивно, керуючись власним досвідом, що дає можливість отримати природний та достовірний емоційний профіль.

Після обробки відповідей отримуються два кількісні показники — рівень позитивного та рівень негативного афекту. Високий позитивний афект інтерпретується як ознака внутрішніх ресурсів, психологічної стійкості, здатності переживати піднесені емоції та підтримувати оптимістичний настрій. Натомість високий негативний афект може свідчити про підвищену емоційну напруженість, схильність до тривоги, дратівливості, емоційного виснаження або пригніченості. Таке двовимірне оцінювання дає змогу визначити не лише домінуючий емоційний фон, а й виявити ризики, пов’язані зі стресовою реактивністю та зниженими ресурсними можливостями.

Разом з ІМЗ-38 та ОПАНА застосовували опитувальник оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу PCL-5. Застосування цієї методики у дослідженні ветеранів з ампутованими кінцівками має особливу цінність, оскільки саме ця група поєднує два потужних травматичних фактори — бойову психологічну травму та травму тіла. Ампутація, пов’язана з бойовими діями, є не лише фізичною втратою, а й подією, що суттєво змінює самоідентичність, тілесність, соціальні ролі та можливості людини. Таке поєднання бойового досвіду й тілесної травми створює значно вищий

ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, ніж у ветеранів без ампутацій.

Методика PCL-5 дозволяє виявити специфічні патерни ПТСР, що характерні для ветеранів з бойовими травмами тіла. Нав'язливі спогади та флешбеки у таких ветеранів часто запускаються тілесними тригерами — фантомним болем, дискомфортом протеза, фізичними обмеженнями, відчуттями власної вразливості. Симптоми уникання формуються не лише щодо нагадувань про бойові дії, а й щодо ситуацій, у яких тіло виявляє свою втрату — наприклад, соціальна взаємодія, інтимні стосунки, спорт, пересування у громадських місцях. Кластери негативних змін у настрої та когніціях нерідко посилюються почуттям втрати цілісності, зниженням самооцінки, відчуттям залежності від інших або від технічних засобів пересування. Гіперзбудливість у ветеранів з ампутаціями також набуває додаткових форм, пов'язаних із постійним фізичним дискомфортом, болем або труднощами адаптації до протеза, що підтримує стан хронічного напруження. PCL-5 є одним із небагатьох інструментів, який дозволяє кількісно зафіксувати ступінь цих переживань і відрізнити психологічний дистрес, пов'язаний із травмою бою, від емоційних наслідків тілесної втрати.

Структурно методика складається з 20 тверджень, кожне з яких відповідає одному з діагностичних критеріїв DSM-5. Твердження описують типові прояви посттравматичного реагування: яскраві нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційне відчуження, уникання нагадувань про подію, пригніченість, гіпервиявність, порушення сну та інші симптоми. Респондент оцінює, наскільки сильно кожен із цих симптомів турбував його протягом останнього місяця.

Процедура проходження опитувальника передбачає самооцінку вираженості кожного симптома за п'ятибальною шкалою — від «зовсім не турбувало» до «надзвичайно сильно турбувало». Респондент працює індивідуально, спираючись на власний досвід переживання травматичних подій. Така форма дозволяє отримати безпосереднє й достовірне уявлення

про суб’єктивну інтенсивність симптомів, не створюючи додаткового емоційного навантаження на людину.

Використання PCL-5 у такій вибірці дозволяє отримати комплексну картину психологічного стану ветерана, оцінити глибину та структуру його травматичних переживань, а також визначити, які саме симптоми перешкоджають ефективному відновленню. Це робить методику незамінним інструментом у поєднанні з іншими шкалами, спрямованими на оцінку емоційного фону (ОПАНА) та загального рівня ментального здоров’я (ІМЗ-38). Завдяки такому підходу стає можливим виокремити чинники, що посилюють або послаблюють симптоми ПТСР у ветеранів з ампутованими кінцівками, а також розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо психологічної підтримки та реабілітації.

Висновки до ІІ розділу

Методологічна основа дослідження дала змогу сформувати цілісне уявлення про психологічні, соціально-демографічні та емоційні характеристики ветеранів з ампутованими кінцівками, що визначають специфіку їхнього посттравматичного досвіду та адаптаційного потенціалу. Представлена вибірка, яка охоплює 38 учасників різного віку, рівня освіти, соціального становища та життєвих обставин, демонструє значну різноманітність, що забезпечує достатню репрезентативність даних і дозволяє виявити значущі закономірності та взаємозв’язки. Показано, що респонденти поєднують у собі високий рівень психологічної уразливості — зумовлений травмою війни, тілесною втратою, соціальними змінами та тривалим впливом стресу — із наявністю суттєвих ресурсів, насамперед сімейної та соціальної підтримки, доступу до професійної допомоги й участі у реабілітаційних процесах.

Було описано та обгрунтовано застосування комплексу скринінгових методик ІМЗ-38, ОПАНА та PCL-5. А саме: ІМЗ-38 дозволив кількісно

визначити рівень психологічного дистресу й благополуччя, окреслити співвідношення між негативними та ресурсними аспектами ментального здоров’я, а також виявити внутрішні резерви, що підтримують адаптивний потенціал ветеранів. Опитувальник ОПАНА дав змогу деталізувати емоційний фон респондентів, визначити домінування позитивних або негативних афективних станів та оцінити емоційну стабільність, що є критично важливим у процесі подолання стресових наслідків війни й тілесної травми. PCL-5, у свою чергу, забезпечив глибоке розуміння інтенсивності та структури посттравматичних симптомів, дозволивши проаналізувати специфічні патерни ПТСР, характерні саме для ветеранів з ампутаціями, де психологічний і тілесний компоненти травматичного досвіду взаємно підсилюють одне одного.

Узгоджене поєднання цих методик створило умови для комплексного аналізу того, як ментальне здоров’я, емоційний тонус і симптоматика ПТСР формують індивідуальний профіль переживання травми та впливають на перебіг адаптації. Такий підхід дозволяє виокремити фактори, що підтримують або порушують психологічну рівновагу ветеранів, та окреслити потенційні точки психологічного втручання.

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Описова статистика результатів дослідження

Описовий аналіз отриманих даних є ключовим етапом емпіричного дослідження, оскільки дозволяє виявити загальні тенденції, структуру та варіативність психологічних показників у вибірці ветеранів із ампутацією кінцівок. Оскільки дослідження проводилося дистанційно за допомогою Google Forms, усі показники отримані у стандартизованому форматі, що забезпечило єдність процедури, відсутність впливу інтерв'юера та можливість збирання валідних відповідей в умовах підвищеної чутливості тематики. Описова статистика слугує підґрунтям для подальших міжшкальних зіставлень та інтерпретації взаємозв'язків між рівнем ментального здоров'я, афективних реакцій та симптомів посттравматичного стресового розладу.

Аналіз шкал індексу ментального здоров'я (ІМЗ-38), адаптованого українською мовою А. С. Фокіним, дає змогу окреслити загальний рівень психологічного функціонування ветеранів після пережитої травми та ампутації. Окремі шкали ІМЗ відображають різні аспекти ментального благополуччя — від емоційної стабільності й відчуття внутрішнього ресурсу до здатності підтримувати соціальні зв'язки та долати стресові впливи. Первинний описовий аналіз цих показників дозволяє виявити базовий рівень психологічної адаптації учасників та сформувати початкове уявлення про можливі дисбаланси між когнітивним, емоційним і поведінковим вимірами їхнього функціонування.

Таблиця 3.1

Розподіл респондентів за рівнем психологічного дистресу

	Частота	Відсотки
Низький рівень дистресу	32	84,2
Помірний рівень дистресу	4	10,5
Високий рівень дистресу	2	5,3

Отримані результати за шкалою психологічного дистресу демонструють чітко виражену тенденцію до домінування низького рівня дистресу серед ветеранів із ампутацією кінцівок (таблю 3.1). Більшість учасників (84,2 %) продемонстрували показники, що відповідають низькому рівню психологічного виснаження та емоційного напруження. Це може свідчити про наявність у значної частини вибірки достатніх внутрішніх ресурсів або адаптаційних механізмів, що пом’якшують вплив пережитої травми. Водночас 10,5 % респондентів перебувають у зоні помірного дистресу, що потенційно вказує на підвищену вразливість до стресових факторів та потребу в психологічній підтримці. Лише 5,3 % продемонстрували високий рівень дистресу, однак навіть ця невелика частка є клінічно значущою для контексту травматичного досвіду, адже високий дистрес часто пов’язаний із ризиком подальшого поглиблення симптоматики або розвитку супутніх порушень.

Таблиця 3.2

Розподіл респондентів за рівнем психологічного благополуччя

	Частота	Відсотки
Знижене суб’єктивне благополуччя	16	42,1
Помірний рівень благополуччя	14	36,8
Виражене почуття задоволеності життям	8	21,1

Розподіл показників психологічного благополуччя серед ветеранів із ампутацією кінцівок засвідчує неоднорідність переживання власного життєвого стану та рівня задоволеності життям (табл. 3.2). Найчисленніша група — 42,1 % респондентів — характеризується зниженим суб'єктивним благополуччям, що може бути пов'язано із наслідками травми, тривалою реабілітацією, соціальними обмеженнями чи змінами у структурі самооцінки після ампутації. Для цієї частини вибірки притаманне відчуття недостатності життєвих ресурсів, зниження оптимізму та емоційної насиченості повсякденності.

Водночас 36,8 % учасників продемонстрували помірний рівень благополуччя, який може свідчити про часткове відновлення або стабілізацію психологічного функціонування. Ця категорія ветеранів, ймовірно, знаходиться на етапі адаптації та поступового формування нових смислів, що дозволяє підтримувати відносно збалансований емоційний стан.

Лише 21,1 % респондентів повідомили про виражене почуття задоволеності життям. Незважаючи на невисокий відсоток, цей показник має особливу значущість: він демонструє, що частина ветеранів здатна до конструктивного переосмислення травматичного досвіду, інтеграції нових життєвих обставин та збереження або відновлення позитивного ставлення до власного життя.

Таблиця 3.3

Розподіл респондентів за рівнем тривожності

	Частота	Відсотки
емоційна стабільність	20	52,6
адаптивна, ситуаційна тривога	10	26,3
підвищене напруження, ризик тривожного розладу	8	21,1

Розподіл рівнів тривожності серед ветеранів із ампутацією кінцівок демонструє значну диференціацію психоемоційного стану учасників (табл. 3.3). Понад половина вибірки (52,6 %) перебуває у зоні емоційної стабільності, що може вказувати на сформовані адаптивні стратегії подолання стресу, наявність внутрішнього контролю над емоційними реакціями та певну інтегрованість травматичного досвіду у їхній життєвий контекст. Для цих ветеранів характерна відносна врівноваженість, що може бути як наслідком успішної психологічної адаптації, так і результатом зовнішньої підтримки або тривалого реабілітаційного процесу.

Значна частка респондентів (26,3 %) демонструє адаптивну, ситуаційну тривогу — стан, який не є патологічним, але відображає підвищену сенситивність до стресорів, властиву періоду після травми. Такий рівень тривоги сигналізує про збереження нормального емоційного реагування, що корелює з актуальним контекстом життя ветеранів, однак водночас вказує на потребу у подальшій стабілізації психоемоційного стану.

Особливо важливим для клінічного аналізу є те, що 21,1 % учасників потрапляють до категорії підвищеного напруження з ризиком формування тривожного розладу. Цей показник свідчить про наявність вразливості, що може привести до хронізації тривожних симптомів, особливо у випадках недостатньої психологічної підтримки або співіснування посттравматичних проявів. У контексті ампутації та військової травми це може також відображати труднощі у прийнятті змін, соматичні переживання, страх повторної травматизації чи загострення ПТСР.

Таблиця 3.4

Розподіл респондентів за рівнем депресивних проявів

	Частота	Відсотки
відсутність депресивних проявів	18	47,4
тимчасове емоційне зниження	16	42,1
ризик депресії	4	10,5

Результати за шкалою депресії демонструють, що майже половина ветеранів із ампутацією кінцівок (47,4 %) не мають виражених депресивних симптомів (табл 3.4). Цей показник відображає збереження базового рівня емоційної регуляції та здатність підтримувати психоемоційну рівновагу попри значні фізичні, соціальні та екзистенційні зміни, пов’язані з травмою. Для цієї групи характерним може бути використання адаптивних копінг-стратегій або наявність стабільного ресурсу соціальної підтримки.

Разом з тим, 42,1 % учасників демонструють тимчасове емоційне зниження — стан, який не відповідає клінічній депресії, але є індикатором емоційної вразливості. Він може бути пов’язаний із періодами адаптаційного виснаження, змінами самоідентичності, складністю прийняття тілесних трансформацій чи ситуативними стресовими факторами (медичне лікування, реабілітація, соціально-побутові труднощі). Такий рівень емоційного зниження часто відповідає природній реакції на тривалий стрес і потребує подальшого моніторингу, але не обов’язково свідчить про розвиток депресивного розладу.

Особливої уваги вимагає група респондентів із ризиком депресії, яка становить 10,5 %. Хоч частка є відносно невеликою, вона має високу клінічну значущість у контексті військової травми та ампутації. Ризик депресії може бути пов’язаний із переживанням втрати (кінцівки, колишньої тілесності, професійної ролі), зниженням відчуття контролю над життям, хронічним болем або ізоляцією. Для цієї групи необхідним є поглиблений психологічний супровід, оскільки депресивна симптоматика може ускладнювати процес адаптації й підвищувати вірогідність коморбідних проявів, зокрема тривоги та ПТСР.

Таблиця 3.5

Розподіл респондентів за рівнем поведінкових та емоційних труднощів

	Частота	Відсотки
емоційна саморегуляція в нормі	18	47,4
періодичні труднощі, але не патологічні	10	26,3
ризик дезадаптивної поведінки, емоційної нестабільності	10	26,3

Розподіл поведінкових й емоційних труднощів серед ветеранів із ампутацією кінцівок демонструє виразну трикомпонентну структуру реагування, що відображає різні варіанти адаптації до травматичного досвіду (табл. 3.5). Майже половина респондентів (47,4 %) демонструє збережену емоційну саморегуляцію та відсутність патологічних поведінкових проявів. Для цієї групи характерна здатність до конструктивної взаємодії з середовищем, емоційного контролю та опанування поведінкових реакцій, що свідчить про достатній рівень психологічної інтегрованості після ампутації.

Водночас 26,3 % учасників повідомляють про періодичні труднощі емоційного чи поведінкового характеру, які не досягають рівня патології. Такі стани можуть відповідати природнім коливанням у процесі тривалої адаптації: епізодичні спалахи напруги, емоційна лабільність, тимчасова втрата контролю або труднощі у соціальній взаємодії. Часто ці прояви пов’язані з ситуативними факторами — фізичним дискомфортом, болем, стресом під час реабілітації чи соціальними змінами в житті ветерана.

Значущою є й частка респондентів (26,3 %), що демонструють ризик дезадаптивної поведінки та емоційної нестабільності. Цей показник вказує на наявність симптомів, які можуть ускладнювати функціонування, підвищувати ризик імпульсивних реакцій або формування неконструктивних копінг-стратегій. У контексті ампутації такі труднощі можуть бути пов’язані з відчуттям втрати контролю над власним тілом, змінами у професійній та

соціальній ролі, переживанням безпорадності, тривалим болем або посттравматичними проявами.

Таблиця 3.6

Розподіл респондентів за рівнем загального позитивного афекту

	Частота	Відсотки
зниження життєвого тонусу, дефіцит радості	20	52,6
помірна емоційна ресурсність	10	26,3
стійкі позитивні емоції, оптимізм, життєва активність	8	21,1

Результати за шкалою загального позитивного афекту демонструють загалом знижену емоційно-ресурсну забезпеченість у ветеранів із ампутацією кінцівок (табл. 3.6). У 52,6 % респондентів виявлено зниження життєвого тонусу та дефіцит радості — стан, який може бути наслідком пережитої травми, фізичного виснаження, хронічного болю, процесів реабілітації або обмеження соціальної активності. Низький позитивний афект є характерним показником зниження емоційної енергії й часто корелює зі зниженим благополуччям та підвищеним дистресом.

Помірний рівень емоційної ресурсності встановлено у 26,3 % ветеранів. Це свідчить про часткове збереження здатності до переживання позитивних емоцій, хоча вони можуть бути ситуативними й нестійкими. Такі дані зазвичай відповідають адаптаційному періоду, коли людина поступово вчиться вибудовувати нову модель життя, інтегруючи травму й тілесні зміни у щоденний досвід.

Стійкі позитивні емоції, оптимізм та життєва активність характерні для 21,1 % респондентів. Ця група ветеранів демонструє відносно високий рівень психологічної адаптації, що може бути обумовлено як індивідуальними особистісними ресурсами, так і соціальною підтримкою, ефективними копінг-стратегіями або наявністю позитивних життєвих смислів, які допомагають переосмислювати наслідки ампутації.

Таблиця 3.7

Розподіл респондентів за рівнем депресивних проявів

	Частота	Відсотки
функціональна норма	6	15,8
психологічна стійкість, ресурсність	32	84,2

Підсумкова шкала індексу ментального здоров'я, що інтегрує результати всіх попередніх субшкал ІМЗ-38, демонструє високий рівень психологічної адаптивності досліджуваної вибірки (табл. 3.7). У 84,2 % ветеранів виявлено показники, що відповідають психологічній стійкості та ресурсності. Такий результат свідчить про здатність більшості учасників ефективно функціонувати попри тяжкий травматичний досвід, фізичні обмеження та необхідність перебудови життєвих стратегій після ампутації.

Психологічна стійкість у даному контексті може відображати використання адаптивних копінг-механізмів, сформовану стратегію прийняття зміненої тілесності, підтримувальні соціальні зв'язки та здатність до емоційної саморегуляції. Переважання цієї категорії також узгоджується з високими показниками емоційної стабільності та низького рівня дистресу, виявленими на інших субшкалах ІМЗ-38.

Водночас 15,8 % респондентів перебувають на рівні функціональної норми — стані, що не свідчить про патологічні порушення, але характеризується нижчою стійкістю до стресу або менш вираженими ресурсними характеристиками. Для цієї групи можуть бути властиві періодичні емоційні коливання, втома або зниження мотивації, що в контексті втрати кінцівки та пережитої травми є очікуваною й природною адаптивною реакцією.

Загалом інтегральний результат за ІМЗ-38 вказує на те, що незважаючи на значні виклики, пов'язані з бойовою травмою та ампутацією, більшість ветеранів демонструють високий рівень психологічної життєздатності та здатності до відновлення.

Таблиця 3.8

Описові статистики за шкалами ІМЗ-38

	min	max	середне	Среднеквадр. відхилення
Шкала психологічного дистресу	40	94	65,58	14,170
Шкала психологічного благополуччя	16	59	36,74	13,331
Тривожність	10	37	24,05	8,758
Депресія	4	21	8,79	4,703
Поведінкові/емоційні труднощі	24	35	27,79	3,912
Загальний позитивний афект	10	42	24,79	10,627
Шкала індексу ментального здоров’я	126	153	138,37	6,812

Описові статистики шкал ІМЗ-38 дозволяють окреслити кількісні характеристики психологічного стану ветеранів із ампутацією кінцівок та порівняти масштаб варіативності окремих показників (табл. 3.8). Високе середнє значення психологічного дистресу (M = 65,58; SD = 14,17) свідчить про загальну напруженість емоційного стану, але значний розкид значень вказує на гетерогенність вибірки: частина ветеранів переживає стабільний стан, тоді як інші демонструють суттєве емоційне виснаження. Для шкали психологічного благополуччя характерним є нижчий середній показник (M = 36,74), який у поєднанні з широким діапазоном (16–59) відображає як знижені, так і достатньо високі рівні життєвої задоволеності серед респондентів.

Показники тривожності (M = 24,05; SD = 8,76) та депресії (M = 8,79; SD = 4,70) демонструють середній рівень емоційної напруги та депресивної симптоматики, що корелює з попередніми категоріальними розподілами: переважна частина вибірки знаходиться у межах адаптивної норми, але з наявністю групи підвищеного ризику. Порівняно низьке стандартне

відхилення за шкалою поведінкових/емоційних труднощів (SD = 3,91) свідчить про більш однорідний розподіл поведінкових реакцій, що вказує на помірні труднощі в регуляції поведінки та емоцій.

Загальний позитивний афект має середнє значення 24,79 та широкий діапазон (10–42), що підкреслює значну диференціацію у здатності ветеранів переживати позитивні емоції. Інтегральний індекс ментального здоров'я демонструє високий середній рівень (M = 138,37), а порівняно невелике стандартне відхилення (SD = 6,81) вказує на відносну стабільність цього показника у групі, що узгоджується з попередніми результатами щодо домінування психологічної стійкості.

Таким чином, описові статистики підтверджують структурну складність та водночас певну узгодженість психологічного профілю ветеранів: попри наявність емоційних труднощів, значна частина вибірки демонструє адаптивність і ресурсність, що формує потенціал для подолання травматичного досвіду.

Оцінка позитивного та негативного афекту за методикою ОПАНА є важливим елементом дослідження емоційної сфери ветеранів із ампутацією кінцівок, оскільки дозволяє виявити домінантні афективні стани, їхню інтенсивність та варіативність. На відміну від структурованих індикаторів ментального здоров'я (ІМЗ-38), шкали ОПАНА дають змогу оцінити саме ситуативну та загальну емоційну активність — рівень переживання радості, енергії, захоплення, а також тривоги, напруги, роздратування чи смутку. У контексті пережитої бойової травми та ампутації оцінка афекту має особливе значення, адже емоційні реакції часто є чутливими маркерами адаптації, виснаження або внутрішнього ресурсу. Аналіз показників ОПАНА дозволить поглибити розуміння емоційного профілю учасників.

Таблиця 3.9

Розподіл респондентів за рівнем позитивного афекту

	Частота	Відсотки
Зниження життєвого тонусу, інтересу й радості.	16	47,4
Емоційний стан в межах норми	18	42,1
Виражений позитивний тонус, активність	4	10,5

Аналіз рівня позитивного афекту серед ветеранів із ампутацією кінцівок демонструє переважання емоційної нейтральності або зниженого емоційного тонусу (табл. 3.9). У 42,1 % респондентів спостерігається зниження життєвого тонусу, інтересу та здатності переживати позитивні емоції. Така тенденція є характерною для людей, які пережили травматичні події та тривалий період фізичної й психологічної реабілітації. Вона може бути пов’язана з виснаженням, втратою колишніх ресурсів, змінами життєвої перспективи або обмеженнями, зумовленими ампутацією.

Водночас найбільш численною є група респондентів з емоційним станом у межах норми (47,4 %). Це свідчить про те, що значна частина ветеранів зберігає базову здатність до позитивного емоційного реагування, незважаючи на складність їхнього життєвого контексту. Нормативний рівень позитивного афекту може бути показником адаптації, внутрішньої стабілізації або наявності соціальної підтримки.

Лише 10,5 % учасників демонструють виражений позитивний тонус, що проявляється у високій емоційній активності, оптимізмі, відчутті енергії та інтересу до життя. Попри невелику частку, ця група має особливе значення: вона відображає можливість посттравматичного розвитку, формування нових життєвих смислів та відновлення емоційної життєздатності після тяжкої травми.

Таблиця 3.10

Розподіл респондентів за рівнем негативного афекту

	Частота	Відсотки
Відсутність виражених переживань	4	10,5
Наявні окремі епізоди негативних переживань	26	68,4
Виражені негативні емоції	8	21,1

Розподіл негативного афекту у ветеранів із ампутацією кінцівок демонструє домінування помірних, епізодичних негативних переживань (табл. 3.10). У 68,4 % респондентів фіксуються окремі епізоди емоційного напруження, роздратування, тривоги чи смутку, які не формують стійкого негативного емоційного фону. Такий рівень негативного афекту є типовою реакцією на тривалі відновні процеси, фізичний дискомфорт, зміни у соціальних ролях та адаптацію до нових життєвих умов. Епізодичний характер цих переживань свідчить про достатню гнучкість емоційної регуляції та здатність ветеранів повертатися до емоційної рівноваги.

Відсутність виражених негативних переживань виявлена лише у 10,5 % учасників. Цей показник відображає невелику групу ветеранів з високим рівнем емоційної стійкості, які демонструють або ефективні копінг-стратегії, або вже інтегрований досвід травми. У частині випадків цей показник може також свідчити про тенденцію до емоційного пригнічення чи уникнення.

Виражені негативні емоції зафіксовано у 21,1 % респондентів. Для цієї групи характерний підвищений рівень емоційного напруження, тривоги, фрустрації чи смутку, що може свідчити про підвищену вразливість та ризик поглиблення посттравматичних проявів.

Таблиця 3.11

Описові статистики позитивного та негативного афекту (ОПАНА)

	min	max	середнє	Среднеквадрат. відхилення
Позитивний афект	15	47	30,21	9,774
Негативний афект	10	46	22,32	8,975

Отримані описові статистики за методикою ОПАНА демонструють виразну варіативність як позитивного, так і негативного афекту у вибірці ветеранів із ампутацією кінцівок (табл. 3.11). Середній рівень позитивного афекту становить 30,21 бала при досить широкому діапазоні значень (від 15 до 47), що відображає значну індивідуальну різницю у здатності переживати радість, інтерес та життєву енергію. Високе стандартне відхилення (9,77) свідчить про гетерогенність цієї емоційної характеристики: частина ветеранів демонструє достатню емоційну ресурсність, тоді як у інших позитивний емоційний тонус може бути знижений унаслідок травматичного досвіду, больового синдрому чи адаптаційних труднощів.

Негативний афект має нижче середнє значення (22,32), але його діапазон є не менш широким (10–46), що вказує на значні коливання у переживанні напруги, тривоги, роздратування або смутку. Стандартне відхилення 8,98 підтверджує, що негативні емоції розподіляються нерівномірно: для частини респондентів вони є епізодичними й контрольованими, тоді як інша частина може переживати інтенсивніші негативні стани, які впливають на повсякденне функціонування.

Порівняння середніх значень двох афектів дозволяє сформувати загальний емоційний профіль вибірки: для більшості ветеранів характерний помірний рівень позитивного емоційного тонусу у поєднанні з переважно низьким або середнім рівнем негативних переживань. Такий баланс може свідчити про наявність внутрішніх ресурсів та здатність до емоційної регуляції попри складність життєвого та реабілітаційного контексту. Однак висока варіативність обох афектів підкреслює неоднорідність вибірки та

потребу в подальшому аналізі взаємозв’язків між афективними станами, загальним ментальним здоров’ям та симптомами ПТСР.

Таблиця 3.12

Розподіл респондентів за співвідношенням позитивного та негативного афекту (ОПАНА)

	Частота	Відсотки
позитивний афект домінує над негативним	6	15,8
емоційна нейтральність	16	42,1
негативний афект домінує над позитивним	16	42,1

Співвідношення позитивного та негативного афекту є інтегральним показником емоційного стану ветеранів, що дозволяє оцінити загальну спрямованість емоційної реактивності та можливість формування стійкого емоційного фону. Отримані результати демонструють значну диференціацію всередині вибірки.

Лише 15,8 % респондентів мають домінування позитивного афекту над негативним. Це група з вираженішою емоційною ресурсністю, здатністю підтримувати стабільний позитивний емоційний фон і переживати радість, мотивацію та інтерес навіть у складних життєвих обставинах. Подібні результати можуть свідчити про гнучкі копінг-механізми, високий рівень психологічної адаптації або наявність підтримувального соціального оточення.

Найбільшою є група ветеранів з емоційною нейтральністю (42,1 %). Для них характерний збалансований емоційний профіль: позитивні та негативні переживання приблизно врівноважують одне одного. Такий стан часто є ознакою адаптації, коли людина вже не перебуває в гострій фазі емоційної реакції на травму, але водночас ще не сформувала стійко підвищеного позитивного емоційного фону. Емоційна нейтральність може також відображати прагнення до контролю емоцій, економію психічних ресурсів або поступове входження у нові життєві умови після ампутації.

Водночас 42,1 % ветеранів мають домінування негативного афекту, що вказує на підвищений рівень тривоги, смутку, дратівливості або напруги у повсякденному житті. Це значна частина вибірки, що свідчить про високий емоційний тиск, характерний для періоду адаптації до втрати кінцівки та більш загального контексту військової травми. Домінування негативного афекту є важливим маркером ризику розвитку чи ускладнення посттравматичних реакцій, депресивних станів або емоційного виснаження.

Загалом, емпірична картина засвідчує, що емоційний баланс у ветеранів є переважно нестабільним: домінування позитивного афекту трапляється рідше, ніж нейтральні або негативно забарвлені стани.

Після вивчення характеристик афективної сфери за методикою ОПАНА доцільним є перехід до аналізу проявів посттравматичної симптоматики, оціненої за допомогою шкали PCL-5. На відміну від ІМЗ-38 та ОПАНА, які відображають загальні показники благополуччя, емоційного тонусу та афективної реактивності, PCL-5 дозволяє безпосередньо оцінити інтенсивність симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5. Це є особливо важливим у дослідженні ветеранів із ампутацією кінцівок, оскільки поєднання бойової травми, фізичних втрат і адаптаційних труднощів часто формує складний симптомокомплекс ПТСР.

Таблиця 3.13

Розподіл респондентів за наявністю ознак ПТСР

	Частота	Відсотки
Відсутність ознак ПТСР	26	68,4
Наявність ознак ПТСР	12	31,6

Отримані результати за методикою PCL-5 показують, що у більшості ветеранів із ампутацією кінцівок (68,4 %) відсутні виражені ознаки посттравматичного стресового розладу (табл. 3.13). Це свідчить про достатню здатність значної частини респондентів інтегрувати травматичний досвід, опановувати стресові тригери та відновлювати психологічну рівновагу після бойових подій і фізичних втрат. Відсутність симптомів ПТСР

у цієї групи може бути результатом ефективної соціальної підтримки, адаптивних копінг-стратегій, ресурсних особистісних характеристик або відносно тривалого часу, що минув після травматичної події.

Разом із тим, 31,6 % респондентів мають ознаки ПТСР, що є клінічно значущим показником для вибірки ветеранів. Ця група може переживати нав'язливі спогади, уникнення, гіпервозбудження або емоційну дисрегуляцію, які суттєво впливають на якість життя та процес реабілітації.

Таблиця 3.14

Описові статистики за шкалою ПТСР

	min	max	середнє	Среднеквадрат. відхилення
ПТСР	9	62	31,42	12,496

Описові статистики за шкалою PCL-5 демонструють широкий діапазон інтенсивності посттравматичних симптомів у вибірці ветеранів із ампутацією кінцівок (таблю 3.14). Загальний бал коливається від 9 до 62, що свідчить про значну гетерогенність у переживанні травматичного досвіду. Частина респондентів має мінімальний рівень посттравматичних проявів, тоді як інші демонструють високі показники, які можуть відповідати клінічно значущому ПТСР.

Середнє значення 31,42 бала вказує на помірний середній рівень посттравматичної симптоматики у вибірці. Це відповідає тенденції, виявленій у категоріальному аналізі, де третина респондентів показали наявність ознак ПТСР. Помірне середнє значення разом із високим стандартним відхиленням (12,50) відображає значні індивідуальні відмінності у характері та вираженості симптомів — від поодиноких і контрольованих реакцій до інтенсивних переживань, які можуть порушувати функціонування.

Такий профіль симптомів є очікуваним у контексті бойової травми та ампутації, які поєднують одночасно фізичну, психологічну та екзистенційну складові. На інтенсивність посттравматичних реакцій можуть впливати супутні фактори: хронічний біль, обмеження мобільності, зміни ідентичності,

досвід втрати побратимів, якість соціальної підтримки, наявність інших емоційних або поведінкових труднощів.

Таким чином, аналіз описових статистик за методиками ІМЗ-38, ОПАНА та PCL-5 дозволив сформувати цілісне уявлення про психоемоційний стан ветеранів із ампутацією кінцівок та специфіку їхнього функціонування після пережитої травми. Отримані дані свідчать про багатовимірність адаптаційних процесів, у яких поєднуються як стійкі, так і вразливі компоненти.

Результати ІМЗ-38 демонструють, що значна частина вибірки зберігає високий рівень психологічної стійкості та ресурсності, що проявляється у низькому або помірному дистресі, відсутності патологічної тривоги й депресії та достатньо збереженій емоційній саморегуляції. Водночас присутня частка ветеранів із підвищеним напруженням, зниженим суб'єктивним благополуччям, ризиком депресивних або дезадаптивних проявів, що свідчить про потребу в адресній психологічній підтримці.

Афективні показники за ОПАНА розкривають додаткову глибину емоційного реагування. Позитивний афект у більшості респондентів перебуває в межах норми або знижений, тоді як негативний афект частіше проявляється епізодично, а не у вигляді стійкого емоційного напруження. Співвідношення позитивного й негативного афекту вказує на те, що емоційна нейтральність та негативно забарвлені стани переважають над домінуванням позитивного емоційного тонусу. Це свідчить про загальне емоційне виснаження, властиве ветеранам після травми й довготривалої реабілітації.

Оцінка посттравматичних симптомів за PCL-5 засвідчила, що у більшості ветеранів клінічно значущі ознаки ПТСР відсутні, однак третина вибірки демонструє виражені посттравматичні прояви різної інтенсивності. Широкий діапазон загальних балів та висока варіативність симптомів підкреслюють неоднорідність наслідків бойової травми та ампутації.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що психоемоційний стан ветеранів характеризується відносно високим рівнем адаптації за наявності

окремих зон вразливості, що стосуються емоційної сфери, афективної реактивності та посттравматичних симптомів.

3.2. Порівняння незалежних вибірок

Порівняльний аналіз незалежних вибірок дозволяє виявити, чи відрізняються психологічні показники ветеранів із ампутацією кінцівок залежно від певних соціально-демографічних або клінічних характеристик. Такий підхід є важливим для розуміння того, як різні групи ветеранів переживають травму, адаптуються до життєвих змін та відновлюють психічне функціонування. У межах цього підрозділу здійснюється статистичне зіставлення окремих підгруп за ключовими шкалами ІМЗ-38, ОПАНА та PCL-5 з метою виявлення можливих значущих відмінностей у рівнях дистресу, благополуччя, афективних реакцій та посттравматичної симптоматики. Результати такого аналізу дозволять визначити, які фактори можуть підсилювати вразливість або, навпаки, сприяти психологічній стійкості ветеранів, що має важливе практичне значення для побудови індивідуалізованих програм психологічної підтримки та реабілітації.

1) Порівняння двох вікових груп ветеранів виявило низку статистично значущих відмінностей у ключових показниках психоемоційного стану. Найбільш виразні розбіжності спостерігаються за шкалами ІМЗ-38, що характеризують рівень дистресу, тривожності, депресивної симптоматики, емоційно-поведінкових труднощів та загального позитивного афекту. Для цих шкал отримані значення $p < 0,05$, що свідчить про достовірні відмінності між віковими групами. Індексні значення Z (від –2,156 до –2,812) вказують на помірну величину ефекту, що дозволяє припустити систематичні відмінності у переживанні психологічних труднощів залежно від віку.

Зокрема, статистично значущими є відмінності за такими показниками: психологічний дистрес ($p = 0,005$), тривожність ($p = 0,006$), депресія ($p = 0,005$), поведінкові/емоційні труднощі ($p = 0,031$), загальний позитивний

афект (p = 0,006). Це може означати, що одна з вікових груп переживає вищий рівень напруження, емоційної вразливості та нижчу ресурсність порівняно з іншою.

Водночас за такими показниками, як загальний індекс ментального здоров'я, позитивний афект, негативний афект та рівень ПТСР, статистично значущих відмінностей між віковими групами не виявлено (p > 0,05). Значення p у діапазоні від 0,199 до 0,710 свідчать про відсутність впливу віку на інтегральний рівень ментального здоров'я та вираженість посттравматичної симптоматики у даній вибірці. Це означає, що хоча афективні й частково поведінкові реакції можуть варіювати залежно від віку, сам структурний рівень ментального здоров'я та посттравматичні прояви виявляються відносно стабільними у різних вікових групах ветеранів.

2) Результати порівняння незалежних вибірок за рівнем освіти за допомогою критерію Краскела—Уолліса показали відсутність статистично значущих відмінностей між групами за всіма основними психологічними показниками. Значення p для всіх шкал варіюються від 0,298 до 0,998, що суттєво перевищує поріг статистичної значущості (p < 0,05). Таким чином, рівень освіти не виступає диференціювальним фактором у переживанні дистресу, тривожності, депресії, поведінкових труднощів, афективних станів чи посттравматичної симптоматики у ветеранів із ампутацією кінцівок.

Низькі показники H свідчать про те, що медіанні значення психологічних шкал у групах з різним рівнем освіти є відносно близькими. Отже, навчальний і соціально-інтелектуальний досвід не визначає глибину переживання бойової травми чи ступінь адаптації після ампутації. Це узгоджується з попередніми дослідженнями, які показують, що травматичний досвід у контексті війни має тенденцію «зрівнювати» індивідуальні відмінності, пов'язані з освітою, оскільки емоційний вплив екстремальних подій переважає над соціально-культурними факторами.

3) Аналіз відмінностей між групами ветеранів із різним сімейним статусом показав переважну відсутність статистично значущих розбіжностей за основними психологічними показниками. Для більшості шкал ІМЗ-38,

ОПАНА та PCL-5 значення p перевищують поріг статистичної значущості (p > 0,05), що свідчить про відносну однорідність переживання травматичного досвіду незалежно від того, чи перебуває ветеран у шлюбі, чи є самотнім, розлученим або у партнерських стосунках.

Водночас одна шкала — поведінкові/емоційні труднощі — наблизилася до порогового значення значущості (p = 0,048). Це дозволяє припустити, що сімейний статус може частково впливати на регуляцію емоцій та поведінки. Імовірно, ветерани, які мають стабільні партнерські стосунки або підтримку родини, демонструють кращу емоційну саморегуляцію та меншу схильність до дезадаптивних реакцій. Натомість учасники, які не мають достатнього соціально-емоційного ресурсу в сімейному контексті, можуть стикатися з вищим рівнем напруження або емоційної нестабільності. Однак значущість цього результату знаходиться на межі, тому потребує обережної інтерпретації.

Усі інші показники — дистрес, тривожність, депресія, психологічне благополуччя, індекс ментального здоров'я, позитивний та негативний афект, а також рівень ПТСР — не демонструють статистично значущих відмінностей між групами. Це означає, що сімейний статус сам по собі не є визначальним фактором ступеня переживання посттравматичних симптомів чи загального психоемоційного стану ветеранів із ампутацією. Імовірно, вплив сімейної підтримки проявляється більш тонко — не у глобальних показниках, а в окремих аспектах емоційної регуляції.

4) Порівняння психоемоційних показників ветеранів залежно від кількості дітей не виявило статистично значущих розбіжностей за жодною зі шкал ІМЗ-38, ОПАНА чи PCL-5 (усі значення p > 0,05). Це означає, що наявність або кількість дітей не є визначальним фактором у структурі переживання дистресу, тривожності, депресивних проявів, афективного фону чи посттравматичної симптоматики серед ветеранів із ампутацією кінцівок.

Найнижчі значення p спостерігаються за показниками поведінкових/ емоційних труднощів (p = 0,115), дистресу (p = 0,150) та негативного афекту (p = 0,157), однак ці результати не досягають порогового рівня значущості.

Вони лише вказують на тенденцію, яка може полягати в тому, що батьківство частково впливає на емоційно-поведінкову сферу ветеранів, але не настільки сильно, щоб формувати стабільні групові відмінності. Ветерани з більшою кількістю дітей можуть відчувати як додатковий емоційний ресурс через рольову включеність у батьківство, так і додаткове навантаження відповідальності, що іноді впливає на рівень напруги — але у межах даної вибірки ці ефекти не є статистично значущими.

Загалом відсутність виражених відмінностей свідчить про те, що кількість дітей не визначає характер адаптації після травми.

5) Аналіз показників психоемоційного стану залежно від поточного працевлаштування не виявив статистично значущих відмінностей між групами ветеранів (усі значення $p > 0,05$). Це означає, що рівень дистресу, тривожності, депресивних проявів, емоційно-поведінкових труднощів, афективних станів та симптомів ПТСР не залежить від того, чи працює ветеран у даний момент, чи ні.

Хоча деякі шкали (зокрема загальний позитивний афект, $p = 0,219$; дистрес, $p = 0,240$; благополуччя, $p = 0,236$) демонструють помірні тенденції до групових відмінностей, вони не є достатньо вираженими, щоб вважатися статистично значущими. Це вказує на те, що поточне працевлаштування не є ключовим чинником у диференціації психологічного стану ветеранів із ампутацією кінцівок.

Результати можуть свідчити про те, що працевлаштування на момент дослідження не виступає значущим предиктором психологічної адаптації, що підкреслює домінування інших, більш важливих.

6) Порівняння респондентів із різним фінансовим становищем показало низку статистично значущих або майже значущих тенденцій, що відрізняє цю змінну від попередніх соціально-демографічних факторів. Найближче до порогу значущості знаходяться такі показники, як тривожність ($p = 0,049$), депресія ($p = 0,065$) та психологічний дистрес ($p = 0,081$). Це вказує на те, що фінансовий стан може відігравати помітну роль у психоемоційному функціонуванні ветеранів із ампутацією кінцівок.

Ветерани, які оцінюють своє матеріальне становище як гірше, ймовірно, переживають вищий рівень емоційного напруження, невизначеності та психологічної втоми. Фінансові труднощі можуть поглиблювати тривогу, знижувати емоційний тонус та загострювати депресивні прояви — особливо у випадках, коли економічні обмеження накладаються на тривалий процес реабілітації, необхідність медичного догляду та адаптацію до фізичних обмежень.

Разом із тим, жоден показник не перетнув статистичний поріг $p < 0,05$ (за винятком тривожності, яка знаходиться на межі значущості), а отже отримані відмінності мають статус тенденцій, що потребують обережної інтерпретації. Ці дані свідчать про те, що фінансове становище не є абсолютним детермінантом психічного здоров'я, але може модулювати рівень емоційної вразливості та відчуття безпеки.

Інші показники — поведінкові труднощі, індекс ментального здоров'я, позитивний та негативний афект, ПТСР — не продемонстрували статистично значущих відмінностей ($p > 0,15$), що вказує на їхню відносну стабільність незалежно від матеріального стану ветерана. Це підтверджує, що фінансова сфера впливає передусім на емоційно-чутливі індикатори, але не визначає структуру посттравматичної симптоматики або загальний рівень психологічного функціонування.

7) Аналіз показників психічного стану залежно від того, як респонденти суб'єктивно оцінюють вплив стресу на власне життя, виявив низку помітних тенденцій і одну статистично значущу відмінність. Зокрема, шкала депресії показала значущі групові розбіжності ($p = 0,041$), що свідчить про чіткий зв'язок між рівнем суб'єктивно пережитого стресу та інтенсивністю депресивних симптомів. Ветерани, які вказують на високий вплив стресу, ймовірно, переживають більш виражене емоційне виснаження, зниження мотивації та афективну лабільність.

Окрім депресії, низка показників продемонструвала тенденції до статистично значущих відмінностей: тривожність ($p = 0,056$), психологічний дистрес ($p = 0,070$), загальний негативний афект ($p = 0,094$), психологічне

благополуччя (p = 0,105). Ці результати не перетнули формальний поріг значущості, проте свідчать про системну динаміку: чим сильнішим ветерани вважають вплив стресу, тим вищими є їхні рівні тривоги, дистресу та негативних емоцій, а також тим нижче — рівень суб'єктивного благополуччя.

Такі тенденції логічно відображають психологічну реальність ветеранів з ампутацією: високий рівень стресу часто супроводжується порушенням емоційної регуляції, виснаженням та зниженням позитивних емоційних реакцій. При цьому показники, пов'язані з більш стабільними аспектами функціонування — індекс ментального здоров'я, позитивний афект, поведінкові/емоційні труднощі, ПТСР — не продемонстрували статистично значущих відмінностей (p > 0,20), що вказує на їхню відносну незалежність від суб'єктивної оцінки стресу.

Це означає, що навіть у випадку високого стресу загальний рівень ментального здоров'я або посттравматичні симптоми не завжди корелюють із самозвітом про стресовий вплив. Імовірно, стабільніші показники визначаються більш глибинними факторами — особистісними ресурсами, соціальною підтримкою та характером бойового досвіду.

8) Порівняння психологічних показників ветеранів залежно від того, чи переживають вони зараз суттєві труднощі у житті, виявило низку статистично значущих відмінностей. Отримані дані демонструють, що цей фактор є одним із найсильніших у межах аналізованих соціально-психологічних змінних, оскільки впливає на широкий спектр емоційних і стресових реакцій.

Статистично значущі відмінності були виявлені за такими шкалами: психологічний дистрес (p = 0.020), тривожність (p = 0.034), депресія (p = 0.040), індекс ментального здоров'я (p = 0.031), негативний афект (p = 0.031), ПТСР (p = 0.038). У всіх цих випадках значення Z (від –2,049 до –2,328) вказують на помірний ефект, що підкреслює системність впливу життєвих труднощів на психологічний стан ветеранів. Ці результати свідчать, що ветерани, які стикаються з актуальними суттєвими проблемами (фінансовими, сімейними, побутовими, медичними чи соціальними), мають значно вищі показники тривоги, дистресу та депресивних симптомів. У них

також нижчий інтегральний індекс ментального здоров’я та вищий рівень негативного афекту. Крім того, вони демонструють більш виражені симптоми посттравматичного стресового розладу. Це означає, що поточні життєві труднощі не лише погіршують емоційний фон, але й можуть активізувати або посилювати посттравматичні переживання, навіть якщо травма була пережита раніше.

Інші показники — зокрема поведінкові/емоційні труднощі ($p = 0.627$) та позитивний афект ($p = 0.107$) — не виявили значущих відмінностей, що може свідчити про те, що базовий рівень поведінкової регуляції та здатність відчувати позитивні емоції залишаються відносно стабільними незалежно від поточних життєвих викликів. Це можна трактувати як певний прояв адаптаційних ресурсів ветеранів.

Загалом отримані дані показують, що актуальні життєві труднощі є важливим і високочутливим чинником, який суттєво впливає на емоційний стан, психологічне благополуччя та інтенсивність посттравматичних симптомів серед ветеранів із ампутацією кінцівок. Цей фактор має значно більш виражений вплив, ніж інші соціально-демографічні змінні, проаналізовані раніше (вік, освіта, сімейний статус, кількість дітей, працевлаштування).

9) Порівняння психоемоційних показників між ветеранами, яким офіційно діагностовані психічні розлади, та тими, хто таких діагнозів не має, засвідчило загалом відсутність статистично значущих відмінностей за більшістю шкал ІМЗ-38, ОПАНА та PCL-5. Це означає, що формальна наявність діагнозу не є самостійним детермінантом інтенсивності дистресу, тривоги, депресивних проявів або загальних емоційно-поведінкових труднощів у даній вибірці.

Єдиний показник, який продемонстрував статистично значущу різницю — це рівень ПТСР ($p = 0{,}035$). Згідно з індексом Z ($–2{,}104$), ефект є помірним. Це означає, що ветерани з діагностованими психічними розладами демонструють більш виражену посттравматичну симптоматику, ніж ветерани без таких діагнозів. Це є логічним з огляду на те, що ПТСР часто

супроводжує або перетинається з іншими психічними розладами й може бути частиною коморбідної клінічної картини.

Показник негативного афекту наблизився до порогу статистичної значущості (p = 0,063), що може свідчити про тенденцію до інтенсивнішого переживання негативних емоцій у групі з психіатричними діагнозами, проте це не досягає формального рівня значущості. Інші шкали — дистрес, тривожність, депресія, індекс ментального здоров'я, позитивний афект, поведінкові труднощі — мають p-значення у діапазоні 0,24–0,88, що вказує на відсутність статистично значущих групових розбіжностей.

Ці дані дозволяють припустити, що наявність клінічного діагнозу сама по собі не визначає загальної структури психоемоційного функціонування ветеранів, за винятком специфічно посттравматичної симптоматики. Для частини ветеранів діагностовані розлади можуть бути стабілізованими завдяки медикаментозному лікуванню чи терапії; для інших — залишатися нерозпізнаними через недоступність психіатричної допомоги.

10) Порівняння ветеранів, яким діагностовані розлади особистості, з тими, хто не має такого діагнозу, не виявило жодних статистично значущих відмінностей за всіма основними психологічними показниками (усі значення p значно перевищують 0,05).

Отримані p-значення (від 0,234 до 0,842) та низькі значення Z (від –0,277 до –1,191) свідчать про те, що у межах даної вибірки діагностовані розлади особистості не формують відмінного психологічного профілю. Іншими словами, наявність такого діагнозу не призводить до суттєвих змін у переживанні емоційної напруги, стресових реакцій чи посттравматичних симптомів порівняно з ветеранами, які не мають розладів особистості.

Важливим є також те, що симптоми ПТСР не відрізняються між групами (p = 0,410), що підтверджує попередній висновок: наявність розладу особистості не підсилює посттравматичні реакції у межах цієї вибірки.

11) Аналіз показників психоемоційного стану ветеранів залежно від того, чи мають вони серйозні захворювання, що впливають на нервову

систему, не виявив жодних статистично значущих відмінностей за всіма шкалами.

Отримані p-значення (від 0,369 до 1,000) та дуже низькі індекси Z (від –0,056 до –0,898) свідчать, що психологічний стан ветеранів не демонструє суттєвої варіативності залежно від наявності чи відсутності додаткових неврологічних захворювань. Іншими словами, супутні неврологічні хвороби не поглиблюють і не посилюють психоемоційні або посттравматичні симптоми у межах даної вибірки.

12) Порівняння ветеранів, які зловживають психоактивними речовинами, з тими, хто не повідомляє про таке зловживання, не виявило статистично значущих відмінностей за жодною з ключових психологічних шкал (усі значення $p > 0,05$). Хоча окремі показники наблизилися до межі статистичної значущості, жоден не перетнув формальний поріг, що свідчить про відсутність переконливих міжгрупових розбіжностей у межах цієї вибірки. Найнижчі значення p виявлено для таких показників: загальний позитивний афект ($p = 0,062$), негативний афект ($p = 0,096$), ПТСР ($p = 0,072$), депресія ($p = 0,159$). Ці результати дозволяють припустити, що ветерани, які зловживають психоактивними речовинами, можуть мати тенденцію до нижчого позитивного емоційного тонусу, підвищеного негативного афекту чи інтенсивніших проявів ПТСР — однак ці тенденції не є статистично підтвердженими.

Показники дистресу, тривожності, поведінкових труднощів та індексу ментального здоров’я також не продемонстрували достовірних групових відмінностей (p у межах 0,231–0,947). Це свідчить про те, що зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами не є фактором, який однозначно визначає психоемоційний стан ветеранів у межах даної вибірки.

13) Порівняння психологічних показників між ветеранами, які приймають антипсихотики, та тими, хто їх не приймає, показало переважну відсутність статистично значущих відмінностей за більшістю шкал ІМЗ-38, ОПАНА та PCL-5. Це свідчить про те, що факт медикаментозної терапії

антипсихотиками у межах даної вибірки не є визначальним фактором психологічного функціонування.

Найбільш наближеними до статистичної значущості виявилися такі показники: депресія (p = 0,092), позитивний афект (p = 0,078), негативний афект (p = 0,046 — статистично значуще), ПТСР (p = 0,194, тенденція без значущості).

Єдиний показник, який продемонстрував статистично значущу відмінність, — це негативний афект (p = 0,046). Це означає, що ветерани, які приймають антипсихотики, мають вираженіший рівень негативних емоцій, ніж ті, хто таких препаратів не приймає. Значення Z = –1,998 свідчить про помірний ефект. Це закономірно з клінічної точки зору: прийом антипсихотиків часто асоціюється з більш тяжкими або тривалими психічними станами (наприклад, психотичними симптомами, тяжкими афективними порушеннями, біполярним спектром), що може супроводжуватися інтенсивнішим негативним емоційним фоном.

Інші показники — психологічний дистрес, тривожність, поведінкові труднощі, індекс ментального здоров'я, загальний позитивний афект — не показали достовірних міжгрупових відмінностей (p у межах 0,164–0,699). Це може означати, що антипсихотична терапія допомагає стабілізувати частину емоційних та поведінкових проявів, або ж що загальний рівень функціонування вже був компенсований завдяки лікуванню.

Депресія (p = 0,092) та позитивний афект (p = 0,078) демонструють тенденції, які можуть вказувати на зниження позитивного емоційного фону та підвищення депресивної симптоматики у тих, хто приймає антипсихотики, але ці ефекти не є статистично підтвердженими і потребують обережної інтерпретації.

14) Аналіз порівняння психологічних показників між ветеранами, які активно беруть участь у професійній чи соціальній діяльності, та тими, хто не залучений до такої активності, не виявив статистично значущих відмінностей за жодною зі шкал. Це свідчить про те, що сама по собі активність у

соціальній чи професійній сфері не є визначальним фактором варіативності психоемоційного стану ветеранів із ампутацією кінцівок.

Хоча окремі показники демонструють тенденції, вони не є статистично достовірними. Найближче до порогу значущості виявився позитивний афект ($p = 0,078$): ветерани, які залучені до активної діяльності, можуть мати дещо вищий рівень позитивних емоцій, але цей ефект не досягає критерію $p < 0,05$ і потребує обережної інтерпретації.

15) Порівняльний аналіз між ветеранами, які отримують емоційну підтримку від родини, та тими, хто такої підтримки не має, не продемонстрував статистично значущих відмінностей за жодною зі шкал, що оцінюють психоемоційний стан, афективну сферу чи індекс ментального здоров'я (усі $p > 0,05$). Це означає, що за даною вибіркою емоційна підтримка з боку родини не виступає фактором, який би суттєво диференціював рівні тривожності, депресивності, психологічного дистресу, афектів або симптомів ПТСР.

16) Порівняльний аналіз між ветеранами, які отримують емоційну підтримку від друзів, та тими, хто такої підтримки не має, не виявив статистично значущих відмінностей за жодним із психологічних показників (усі $p > 0,05$). Це означає, що за наявним масивом даних дружня підтримка не виступає фактором, який би визначав рівні дистресу, тривожності, депресивних проявів, поведінково-емоційних труднощів, інтенсивність позитивного чи негативного афекту або вираженість симптомів ПТСР.

Найнижче значення p спостерігалося для психологічного дистресу ($p = 0,150$) та депресивних проявів ($p = 0,147$), що може вказувати на певну тенденцію до нижчої симптоматики у тих, хто має соціальну підтримку друзів, однак ці відмінності не досягають рівня статистичної значущості.

17) Аналіз відмінностей між ветеранами, які отримують емоційну підтримку від колег по роботі, та тими, хто такої підтримки не має, показав повну відсутність статистично значущих розбіжностей за всіма досліджуваними психологічними показниками (усі $p > 0,28$). Це свідчить про те, що у даній вибірці підтримка з боку колег не впливає на рівні дистресу,

тривожності, депресивних симптомів, емоційно-поведінкових труднощів, афективних станів, індексу ментального здоров’я чи симптомів ПТСР.

18) Аналіз порівняння ветеранів, які звертаються по допомогу до громадських, соціальних, реабілітаційних та медичних організацій, із тими, хто не звертається, продемонстрував загалом відсутність статистично значущих відмінностей за більшістю психологічних показників (усі $p > 0,10$). Це означає, що сам факт звернення по допомогу не диференціює рівень дистресу, тривожності, депресії, позитивного чи негативного афекту, а також індексу ментального здоров’я у вибірці ветеранів з ампутацією.

Найнижче p-значення отримано для емоційно-поведінкових труднощів ($p = 0,054$), що свідчить про виразну тенденцію, хоча і не досягає статистичного порогу значущості. Ветерани, які звертаються по допомогу, ймовірно, мають трохи вираженіші поведінкові або емоційні труднощі, що може спонукати їх шукати зовнішніх ресурсів підтримки, однак ці відмінності все ж не є достатньо значущими у рамках статистичного аналізу.

19) Порівняння ветеранів, які отримують психологічну допомогу, з тими, хто наразі не перебуває у терапії, показало загалом відсутність значущих статистичних відмінностей за більшістю досліджуваних показників (усі $p > 0,48$). Це свідчить про те, що сам факт перебування у психологічній підтримці не асоціюється зі зниженням чи підвищенням рівнів дистресу, тривожності, депресії, емоційно-поведінкових труднощів, а також не впливає на індекс ментального здоров’я чи афективні показники у межах вибірки.

Водночас один із показників — ПТСР ($p = 0,050$) — знаходиться на межі статистичної значущості, що дозволяє говорити про потенційну тенденцію: ветерани, які отримують психологічну допомогу, можуть мати дещо вищу інтенсивність симптомів посттравматичного стресового розладу, ніж ті, хто не звертається до фахівців. Така закономірність є логічною з клінічної точки зору: особи з більш вираженою симптоматикою частіше шукають терапевтичної підтримки, тому різниця може відображати не вплив терапії, а первинну тяжкість їхнього стану.

Це може означати, що психологічна допомога, яку отримують ветерани, не має негайного й однозначного впливу на всі аспекти психічного функціонування або що учасники перебувають на різних етапах терапевтичного процесу, коли зміни ще не є очевидними. Водночас сам факт звернення до психолога може бути маркером усвідомленості, здатності до саморефлексії та готовності працювати з травмою, що не завжди відображається у кількісних шкалах, але має важливе адаптаційне значення.

Таким чином, порівняльний аналіз незалежних вибірок виявив, що більшість соціально-демографічних та життєвих характеристик ветеранів (освіта, сімейний статус, кількість дітей, працевлаштування, наявність серйозних соматичних захворювань, звернення до організацій, соціальна підтримка від родини, друзів та колег) не мають статистично значущого впливу на рівень психологічного дистресу, тривожності, депресії, афективних станів, індексу ментального здоров’я чи симптомів ПТСР. Це свідчить про відносну однорідність вибірки за ключовими психоемоційними показниками та вказує, що класичні соціальні детермінанти не є провідними чинниками у психологічному функціонуванні ветеранів з ампутацією кінцівок.

Разом із тим, у декількох змінних простежуються тенденції, які не досягають рівня статистичної значущості, але мають потенційну клінічну вагу. Так, ветерани, які переживають актуальні життєві труднощі, характеризуються вищими рівнями дистресу, тривожності, депресії та ПТСР. Особи з діагностованими психічними розладами та ті, хто звертається по психологічну допомогу, демонструють тенденцію до більшої вираженості симптомів ПТСР, що логічно відображає закономірність звернення за підтримкою у стані більшої симптоматичної тяжкості. Фінансові труднощі також пов’язані з помірними зрушеннями у тривожності та депресії, хоча без досягнення статистичного порогу.

У цілому результати свідчать, що найбільш значущими предикторами психоемоційного стану ветеранів виступають не зовнішні соціально-демографічні параметри, а суб'єктивні, переживані ними фактори, такі як рівень актуального стресу, наявність життєвих труднощів, індивідуальна

ресурсність, попередні психіатричні діагнози та потреба в терапевтичній підтримці. Це узгоджується з сучасними моделями подолання травми, які підкреслюють домінування внутрішніх психологічних механізмів над структурними чи соціальними характеристиками.

3.3. Кореляційний та регресійний аналіз

На завершальному етапі емпіричного дослідження було здійснено кореляційний та регресійний аналіз із метою виявлення системних зв’язків між ключовими психологічними показниками ветеранів з ампутацією кінцівок та визначення можливих предикторів їхнього психічного функціонування. Цей етап дозволяє перейти від описових характеристик та групових порівнянь до аналізу внутрішньої структури досліджуваних конструктів, виявити напрям і силу асоціацій між дистресом, тривожністю, депресією, афективними станами, індексом ментального здоров’я та симптомами ПТСР. Використання кореляційного підходу дає змогу оцінити, наскільки узгоджено змінюються різні показники, тоді як регресійний аналіз дозволяє визначити, які змінні виступають статистично значущими предикторами психологічної стійкості або ризику розвитку психопатології. Такий комплексний підхід поглиблює розуміння механізмів подолання травми та дозволяє сформувати більш цілісну модель психологічної адаптації ветеранів (табл. 3.16 – 3.16).

Таблиця 3.15

Кореляційні взаємозв'язкі між афективними показниками та клінічно значущими симптомами

		Позитивний афект	Негативний афект	ПТСР
Шкала психологічного дистресу	Коефіцієнт кореляції	-0,301	,535*	0,400
	знач. (двобічна)	0,210	0,018	0,090
Шкала психологічного благополуччя	Коефіцієнт кореляції	-0,235	,503*	,508*
	знач. (двобічна)	0,333	0,028	0,026
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	-0,355	,599**	0,404
	знач. (двобічна)	0,136	0,007	0,086
Депресія	Коефіцієнт кореляції	-,603**	,748**	0,427
	знач. (двобічна)	0,006	0,000	0,068
Поведінкові/емоційні труднощі	Коефіцієнт кореляції	0,398	-0,178	0,138
	знач. (двобічна)	0,092	0,465	0,574
Загальний позитивний афект	Коефіцієнт кореляції	-0,095	0,400	0,435
	знач. (двобічна)	0,699	0,089	0,063
Шкала індексу ментального здоров'я	Коефіцієнт кореляції	0,313	-,475*	-0,203
	знач. (двобічна)	0,192	0,040	0,404

Позитивний афект загалом демонструє негативні кореляції, однак жодна з них не досягає статистичної значущості. Спостерігається тенденція до зниження позитивного афекту за умов підвищення дистресу (r = –0,301), тривожності (r = –0,355) та депресії (r = –0,603, p = 0,006 — значущий зв'язок). Найбільш виражений та статистично значущий результат — сильний негативний зв'язок між позитивним афектом і депресивною симптоматикою,

що теоретично узгоджується з моделями емоційної регуляції: зростання депресії супроводжується втратою відчуття радості, інтересу і життєвої активності. Ми бачимо, що депресія є ключовим фактором, що гальмує формування позитивних емоцій, тоді як вплив інших показників проявляється на рівні тенденцій.

Негативний афект має найбільшу кількість статистично значущих позитивних кореляцій, а саме: з дистресом ($r = 0,535$, $p = 0,018$), зі суб'єктивним психологічним неблагополуччям ($r = 0,503$, $p = 0,028$), із тривожністю ($r = 0,599$, $p = 0,007$), із депресією ($r = 0,748$, $p = 0,000$), причому також негативно корелює з індексом ментального здоров'я ($r = –0,475$, $p = 0,040$). Такі результати свідчать, що негативний афект є найбільш чутливим емоційним індикатором психопатологічних проявів. Усі значущі кореляції є середніми або високими за силою, що демонструє тісний взаємозв'язок між інтенсивністю негативних переживань та вираженістю тривожних, депресивних і стрес-індукованих симптомів. Фактично негативний афект функціонує як узагальнений маркер емоційного неблагополуччя, який відображає як суб'єктивне самопочуття, так і загальний рівень психічної ресурсності.

Попри відсутність значущих кореляцій (усі $p > 0,06$), ПТСР демонструє стійкі тенденції до позитивних зв'язків із: тривожністю ($r = 0,404$), дистресом ($r = 0,400$), депресією ($r = 0,427$), негативним афектом ($r = 0,435$). Хоча ці значення не досягають статистичної значущості, усі мають однаковий напрямок, що відображає загальну структуру емоційної вразливості: інтенсивні травматичні симптоми супроводжуються зростанням негативних переживань, напруженням і тривожністю. Така конфігурація є типовою для вибірок ветеранів, де ПТСР часто поєднується з емоційними та когнітивними порушеннями, але у даному випадку відсутність значущості може бути пов'язана з розміром вибірки ($n=38$) або гетерогенністю досвіду травми.

Індекс ментального здоров'я продемонстрував значущий негативний зв'язок із негативним афектом ($r = –0,475$, $p = 0,040$), що відображає:

— чим більше негативних емоцій переживає ветеран, тим нижчий рівень його загальної психологічної ресурсності.

Таблиця 3.16

Кореляційні зв'язки психологічних показників із віком, фінансовим становищем, суб'єктивним впливом стресу та актуальними життєвими труднощами

		1*	2*	3*	4*
Шкала психологічного дистресу	Коефіцієнт кореляції	,630**	0,413	,641**	-,549*
	знач. (двобічна)	0,004	0,079	0,003	0,015
Шкала психологічного благополуччя	Коефіцієнт кореляції	,625**	0,369	,554*	-0,438
	знач. (двобічна)	0,004	0,120	0,014	0,061
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	,626**	0,405	,662**	-,499*
	знач. (двобічна)	0,004	0,085	0,002	0,030
Депресія	Коефіцієнт кореляції	,534*	0,439	,720**	-,483*
	знач. (двобічна)	0,018	0,060	0,001	0,036
Поведінкові/ емоційні труднощі	Коефіцієнт кореляції	,517*	0,232	0,089	-0,114
	знач. (двобічна)	0,023	0,339	0,718	0,641
Загальний позитивний афект	Коефіцієнт кореляції	,622**	0,332	,522*	-0,379
	знач. (двобічна)	0,004	0,164	0,022	0,109
Шкала індексу ментального здоров'я	Коефіцієнт кореляції	-0,311	-0,160	-0,392	,510*
	знач. (двобічна)	0,194	0,512	0,097	0,026
Позитивний афект	Коефіцієнт кореляції	-0,211	0,040	-0,365	0,170
	знач. (двобічна)	0,387	0,870	0,125	0,487
Негативний афект	Коефіцієнт кореляції	0,125	0,152	,643**	-,510*
	знач. (двобічна)	0,610	0,536	0,003	0,026
ПТСР	Коефіцієнт кореляції	0,036	-0,080	0,307	-,489*
	знач. (двобічна)	0,883	0,746	0,202	0,034

* Примітка: 1- Вік; 2 - Яке ваше фінансове становище?; 3 - Як Ви оцінюєте рівень впливу стресу на Ваше життя: 4- Чи переживаєте Ви зараз суттєві труднощі у житті?

Вік має стійкі позитивні кореляції з усіма основними показниками психоемоційного неблагополуччя, зокрема: дистресом (r = 0,630, p = 0,004), зниженим благополуччям (r = 0,625, p = 0,004), тривожністю (r = 0,626, p = 0,004), депресією (r = 0,534, p = 0,018), поведінково-емоційними труднощами (r = 0,517, p = 0,023), зниженням загального позитивного афекту (r = 0,622, p = 0,004). Такі результати свідчать, що старші ветерани з ампутаціями переживають суттєво вищий рівень емоційного напруження, що може бути пов’язано зі складнішим процесом фізичної реабілітації, більшим життєвим навантаженням або довшим кумулятивним впливом травматичних подій. Вік також асоціюється з підвищенням негативного афекту (на рівні тенденції), що вказує на зменшення емоційної гнучкості у старших учасників вибірки.

Фінансове становище не продемонструвало статистично значущих кореляцій з жодним із психологічних показників (усі p > 0,12). Тенденції слабкого зв’язку зі стресом, тривожністю та депресією (r у межах 0,332–0,439) свідчать лише про можливий помірний вплив, який не проявився достатньо чітко у межах вибірки. Такий результат узгоджується з дослідженнями, що показують: для ветеранів ключовими є не стільки економічні фактори, скільки психологічні, соціально-підтримувальні та травматичні компоненти досвіду.

Оцінка того, наскільки стрес впливає на життя, виявилася одним із найпотужніших чинників: дистрес (r = 0,641, p = 0,003), благополуччя (r = 0,554, p = 0,014), тривожність (r = 0,662, p = 0,002), депресія (r = 0,720, p = 0,001), зниження позитивного афекту (r = 0,522, p = 0,022), збільшення негативного афекту (r = 0,643, p = 0,003).

Ці результати демонструють надзвичайно чітку закономірність: чим сильніше ветеран відчуває вплив стресу на життя, тим багатовимірнішим і глибшим є його психологічне навантаження. Стрес виступає ключовим інтегральним фактором, який одночасно впливає і на афективну сферу, і на клінічні симптоми, і на загальне психологічне благополуччя.

Поточні труднощі в житті виявили значущі негативні кореляції з більшістю показників психоемоційного функціонування: дистрес (r = –0,549,

p = 0,015), тривожність (r = –0,499, p = 0,030), депресія (r = –0,483, p = 0,036), індекс ментального здоров'я (r = 0,510, p = 0,026), негативний афект (r = –0,510, p = 0,026), ПТСР (r = –0,489, p = 0,034).Негативний знак кореляцій з дистресом, тривожністю та депресією пояснюється тим, що вищі значення змінної відповідають відсутності труднощів, тоді як нижчі — їх наявності. Тобто ветерани, які перебувають у стані актуальних життєвих труднощів, характеризуються суттєво гіршим психічним станом, вищею інтенсивністю симптомів ПТСР та меншою ментальною ресурсністю.

Для визначення предикторів індексу ментального здоров'я (ІМЗ) було проведено лінійну регресію. У фінальну модель увійшла одна змінна — «Чи переживаєте Ви зараз суттєві труднощі у житті?», тоді як вік та суб'єктивна оцінка рівня впливу стресу були виключені через статистичну незначущість.

Отримана модель є статистично значущою, F(1,36) = 4.42, p = .043, і пояснює 10,9% дисперсії індексу ментального здоров'я (R^2 = .109).

Змінна «суттєві труднощі» продемонструвала достовірний позитивний ефект (β = .331, p = .043), що вказує на те, що наявність актуальних життєвих труднощів асоціюється зі зниженням ментального здоров'я респондентів.

Таким чином, переживання стресових життєвих подій виступає значущим фактором ризику для інтегрального показника психічного благополуччя.

Для визначення предикторів позитивного афекту (PA) було застосовано покрокову лінійну регресію (метод Stepwise). У модель було введено всі потенційні предиктори, однак за критеріями включення ($p \leq .050$) та виключення ($p \geq .100$) статистично значущою залишилася лише одна змінна — «Як Ви оцінюєте рівень впливу стресу на Ваше життя?».

Інші змінні (вік, наявність життєвих труднощів, показники психічного стану тощо) були автоматично виключені з моделі, оскільки не продемонстрували достовірного зв'язку з залежною змінною.

Отримана модель є статистично значущою: $F(1,36) = 11.35$, $p = .002$, та пояснює 24% дисперсії позитивного афекту ($R^2 = .240$, скориговане $R^2 = .219$). Стандартизований коефіцієнт регресії для предиктора становить β = –.490, *p*

= .002, що вказує на помірно сильний негативний зв’язок між суб’єктивним сприйняттям стресу та рівнем позитивних емоцій.

Тобто, чим вищим є відчуття стресового навантаження, тим нижчим є рівень позитивного афекту, що відповідає сучасним теоріям емоційної регуляції та стресу.

Для визначення предикторів негативного афекту теж було застосовано покрокову лінійну регресію (метод Stepwise). До початкової моделі було введено декілька потенційних предикторів, однак за критерієм включення ($p \leq .050$) та виключення ($p \geq .100$) статистично значущим залишився лише один — суб’єктивна оцінка рівня впливу стресу на життя. Усі інші змінні (вік, соціально-демографічні характеристики, наявність труднощів, інші психічні показники) були автоматично вилучені з моделі як такі, що не давали достовірного внеску у прогнозування показника негативного афекту.

Отримана модель є високодостовірною, $F(1,36) = 26.69$, $p < .001$, та пояснює 42,6% дисперсії залежної змінної ($R^2 = .426$, скориговане $R^2 = .410$), що вказує на її достатню прогностичну потужність та відсутність перенавчання. Коефіцієнт кореляції $R = .653$ свідчить про сильний лінійний зв’язок між предиктором і рівнем негативного афекту.

Стандартизований коефіцієнт регресії $\beta = .653$ ($p < .001$) демонструє суттєвий позитивний ефект: що вищим є рівень суб’єктивного переживання стресового впливу, то вищими є показники негативного афекту. Тобто зростання інтенсивності стресу прямо асоційоване з посиленням негативних емоцій — тривоги, дратівливості, напруження, почуття пригніченості тощо. Рівняння регресії має вигляд:

NA=8,833+4,833×(рівень впливу стресу)

Це означає, що за умови збільшення оцінки стресового впливу на 1 бал, очікуване значення негативного афекту зростає в середньому на 4,833 бала.

Отриманий результат узгоджується з сучасними теоріями емоційної реактивності на стрес, зокрема транзакційною моделлю Лазаруса і Фолкман, теорією емоційної регуляції Дж. Гросса та концепцією «звуження афективного спектра» за умов стресу у Б. Фредріксон. Відповідно до цих

підходів, негативні емоції є первинною реакцією на сприйняту загрозу та активуються швидше і сильніше, ніж позитивні, що підтверджується високою часткою поясненої дисперсії у даній моделі.

При виявлення предикторів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) із набору потенційних змінних у модель увійшла лише одна — «Чи переживаєте Ви зараз суттєві труднощі у житті?», тоді як інші змінні були виключені SPSS як статистично незначущі.

Модель є достовірною ($F(1,36) = 11.15$, $p = .002$) та пояснює 23,6% дисперсії ПТСР ($R^2 = .236$, скориговане $R^2 = .215$).
Стандартизований коефіцієнт $\beta = –.486$ ($p = .002$) свідчить про помірний зворотний зв’язок між змінною та рівнем ПТСР.

З урахуванням кодування (1 = «так, є труднощі», 2 = «ні, труднощів немає»), негативний напрямок регресії означає, що вищі показники ПТСР спостерігаються серед учасників, які заперечують наявність труднощів у житті.

Такий результат може бути інтерпретований як прояв уникальної копінг-стратегії або психологічного заперечення, що узгоджується з даними про особливості емоційної та когнітивної реакції осіб із ПТСР.

Таким чином, отримані результати підкреслюють, що психологічний стан ветеранів визначається насамперед внутрішніми суб’єктивними переживаннями стресу та особистими труднощами, тоді як соціально-демографічні показники, включно з віком, фінансовим становищем чи умовами життя, не мають достатньої прогностичної сили. Це підтверджує сучасні уявлення про те, що процес подолання травми у ветеранів є багатовимірним, але вирішальними чинниками виступають саме психологічні ресурси, копінг-стратегії та спосіб суб’єктивного інтерпретування стресових подій, а не зовнішні обставини.

Висновки до ІІІ розділу

Емпіричний аналіз психологічного стану ветеранів із ампутацією кінцівок засвідчив складну та багатовимірну структуру переживання травми, у якій поєднуються емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Результати описової статистики продемонстрували, що значна частина респондентів зберігає відносно стабільний рівень функціонування, однак у вибірці наявна суттєва частка осіб із вираженими симптомами психологічного дистресу, тривоги, депресії, емоційної нестабільності та негативного афекту. Показники ПТСР виявилися високими у третини учасників, що підтверджує критичний вплив бойового досвіду та ампутації на психічний стан ветеранів.

Порівняльний аналіз незалежних вибірок показав, що традиційні соціально-демографічні характеристики — освіта, сімейний статус, працевлаштування, фінансове становище — не є визначальними факторами, які диференціюють психологічне функціонування ветеранів. Натомість статистично та клінічно релевантними виявилися суб'єктивні чинники, пов'язані з актуальними життєвими труднощами та сприйняттям стресу. Саме ці змінні найбільш чітко відрізняють ветеранів з високою симптоматикою від тих, у кого психоемоційний стан є більш стабільним. Отримані результати підкреслюють провідну роль внутрішніх, а не зовнішніх детермінант у процесі психологічної адаптації після ампутації.

Кореляційний та регресійний аналізи дозволили виявити центральні механізми психологічної вразливості у ветеранів. Найсильніші зв'язки були встановлені між суб'єктивним відчуттям стресу та ключовими показниками емоційного неблагополуччя: позитивний афект знижувався зі зростанням стресового навантаження, тоді як негативний афект, тривога, депресія та дистрес — навпаки, підвищувалися. Регресійні моделі продемонстрували, що єдиними значущими предикторами індексу ментального здоров'я, афективних показників і симптомів ПТСР є актуальні життєві труднощі та суб'єктивний вплив стресу, тоді як інші змінні не мають суттєвого

пояснювального внеску. Це свідчить про домінування психологічних факторів над соціально-структурними та підтверджує роль суб'єктивної оцінки стресу як ключового механізму формування психологічних наслідків травми.

Узагальнюючи результати всього розділу, можна стверджувати, що психологічне функціонування ветеранів після ампутації визначається передусім індивідуально-психологічними та суб'єктивно переживаними факторами, а не соціальними показниками чи формальними умовами життя. Чинники, пов'язані з актуальними труднощами, високим рівнем внутрішнього напруження й переживаннями стресу, виступають центральними механізмами, що ускладнюють процес адаптації та можуть підтримувати збереження або загострення симптомів ПТСР. Це підкреслює важливість психологічної підтримки, спрямованої на роботу з емоційною реактивністю, способами подолання стресу, розширенням емоційної ресурсності та формуванням конструктивних копінг-стратегій.

Таким чином, результати емпіричного дослідження формують підґрунтя для розроблення цілісної психокорекційної та психотерапевтичної програми, яка має враховувати не лише травматичний досвід ветеранів, але й особливості їхнього суб'єктивного переживання стресу, наявність життєвих труднощів та індивідуальні ресурси, що визначають можливості успішного психологічного відновлення.

ВИСНОВКИ

Аналізуючи теоретичні підходи до вивчення психологічних наслідків стресу та травми, у межах першого завдання було систематизовано ключові сучасні концепції, що пояснюють механізми впливу стресових подій на емоційний та когнітивний стан особистості. Узагальнений теоретичний матеріал сформував основу для інтерпретації емпіричних результатів і підтвердив релевантність транзакційної моделі Лазаруса й Фолкман, теорії емоційної регуляції Дж. Гросса та концепції афективного звуження Б. Фредріксон. Практичні дані дослідження демонструють, що центральним чинником розгортання стресової реакції є не об'єктивна інтенсивність подій, а їх суб'єктивне переживання: саме оцінка життєвих обставин як стресових визначає рівень позитивного й негативного афекту, дистресу та загального психічного благополуччя. Таким чином, теоретична частина роботи була інтегрована з емпіричними показниками, що узгоджено демонструють зниження емоційної гнучкості та зростання внутрішнього напруження за умов підвищеного стресового впливу.

За результатами застосованих методик психоемоційний стан ветеранів виявився багатовимірним і характеризується поєднанням підвищеного психічного напруження та неоднорідними показниками емоційного благополуччя. Дані опитувальників свідчать, що рівень психологічного дистресу та прояви тривоги й депресії демонструють стійкі кореляції як з негативним афектом, так і з інтенсивністю суб'єктивно пережитого стресу. При цьому позитивний афект та індекс ментального здоров'я виявилися більш вразливими до оцінки власних життєвих труднощів і рівня актуального навантаження. Аналіз поведінкових та емоційних труднощів не показав системних асоціацій з основними психопатологічними шкалами, що може свідчити про значну індивідуальну варіативність копінг-стратегій. Отримані результати дозволили виокремити ключові емоційно-поведінкові маркери ризику, притаманні ветеранам, та сформували емпіричну основу для подальших регресійних і групових порівнянь.

Виявлено відмінності у психологічних показниках залежно від соціально-психологічних чинників. Так, було встановлено, що окремі соціально-психологічні характеристики мають статистично значущий зв'язок із психоемоційними показниками. Зокрема, вік виявився стабільним чинником підвищення дистресу, тривожності, депресивності та зниження загального позитивного афекту, що підтверджується послідовними кореляціями (.517–.641). Суб'єктивний вплив стресу продемонстрував системний ефект на більшість показників: його зростання асоціювалося з підвищенням негативного афекту, тривожності та депресії, а також із посиленням ПТСР. Крім того, наявність актуальних життєвих труднощів була пов'язана з більш високими показниками дистресу, тривожності, депресивності та ПТСР (значення Манна–Уітні p = .017–.040). Інші демографічні змінні — освіта, сімейний статус, кількість дітей, зайнятість, матеріальне становище, соціальна підтримка — не продемонстрували статистично значущих відмінностей. Сукупно це підкреслює, що найвагомішу роль у варіаціях психологічного стану відіграють суб'єктивні стресові чинники, тоді як структурні соціально-демографічні характеристики мають обмежений вплив.

Визначено предиктори ментального здоров'я, афективних станів та ПТСР: ключовими предикторами психологічного функціонування виступають саме суб'єктивні стресові чинники. Для індексу ментального здоров'я єдиним значущим предиктором виявилася наявність актуальних життєвих труднощів (β = .331, p = .043), що пояснює 10,9% варіації ІМЗ та вказує на зниження ресурсності за умов підвищеного життєвого навантаження. Позитивний афект прогнозується рівнем суб'єктивного стресового впливу (β = –.490, p = .002), який зумовлює 24% його зниження; негативний афект у ще більшій мірі підсилюється цим предиктором (β = .653, p < .001), що пояснює 42,6% його дисперсії. Для ПТСР значущим виявився чинник «актуальні труднощі» (β = –.486, p = .002), де негативний зв'язок відображає підвищення симптоматики у тих учасників, які заперечують переживання труднощів — що може свідчити про механізми уникнення чи

психологічного заперечення. Загалом отримані моделі демонструють, що саме суб’єктивно сприйнятий стрес, а не демографічні характеристики, є головним системоутворюючим фактором, який визначає якість емоційного стану та рівень психічного благополуччя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Безшейко В. Г. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2016. Т. 1, № 1.
2. Березюк Т. П. Психологія травми: ключові поняття та шляхи адаптації в умовах військового конфлікту. *Освіта України в умовах воєнного стану: управління, цифровізація, євроінтеграційні аспекти*, 2022, С. 224–225.
3. Болтоносов С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*, 2018, т. 24, № 2, с. 77–80.
4. Гуменюк Ю., Олексюк О., Гаркавенко Н. Психокорекція посттравматичних стресових розладів: тривожності та її подолання. *Психологія: реальність і перспективи*, 2023, вип. 20, С. 30–38.
5. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма. *Зб. наук. праць НАДПСУ*, 2015, № 1(74), С. 378–390.
6. Іллюк О. О. Психофізіологічні фактори трансформації травматичної інформації у посттравматичні стресові розлади та психологічного захисту. *Вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди*, 2020, вип. 62, С. 144–161.
7. Карамушка Л. М. Психічне здоров’я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати. *Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка*, 2022. 52 с.
8. Карамушка Т. В., Полівко Л. Ю., Вісіч О. Ю. та ін. Психологічний супровід незламних. *Київ–Львів: Вікторія Кундельська*, 2023. 60 с.
9. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям. *Київ: 7БЦ*, 2023.
10. Лигута Н. О., Бугайова Н. М. Ментальне здоров’я особистості у посттравматичних обставинах життя. *Innovative Solutions*, 2024, с. 234.

11. Литвиненко Л., Возніцина К., Невидимі наслідки війни. *Київ*, 2023. 164 с.

12. Лящ О. П., Яцюк М. В. Деструктивний вплив бойового стресу. *Психологічні перспективи*, 2021, вип. 37, С. 128–140.

13. Міщенко А. О., Пантась С. О., Шугалій О. О. Вплив психологічних факторів на виникнення бойового стресу. *Збірник наук. праць ВІ КНУ*, 2017, вип. 57, С. 215–221.

14. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. *Львів: УКУ, Свічадо*, 2014. 120 с.

15. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів. *Київ: Університет «Україна»*, 2023. 266 с.

16. Предко В. В., Сомова О. О. Вплив війни на зміну рівня стресу. *Вчені записки ТНУ, 2022*, т. 33(72), № 4, С. 89–98.

17. Родіна Н.В., Подшивалкіна В. І., Бефані А. А., Яремчук О. В. та ін. Проактивний копінг як реалізація особистісного потенціалу при подоланні життєвих труднощів: Теоретико-методологічні аспекти. Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: кол. монографія; за наук. ред. В. І. Подшивалкіної. Одеса. Фенікс, 2011. Ч. 8. С. 264–299.

18. Родіна Н.В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: монографія. Одеса: видавець Букаєв В. В., 2011. 364 с.

19. Родіна Н.В., Фокін А.С. Вплив суб'єктивного відчуття безпеки на копінг- стратегії особистості. Intellectual capital is the foundation of innovative development: education, physical education, psychology and sociology, philosophy, philology. Monographic series «European Science». Book 6. Part 6. 2021. Ч. 7. С. 91-100.

20. Сурело Є. Вплив війни на ментальне здоров'я сільських учителів. *Перспективи та інновації науки*, 2024, № 8, 42 с.

21. Терещенко К. В., Лагодзінська В. І., Івкін В. М., Ковальчук О. С. Київ: *Інститут психології ім. Г. С. Костюка*, 2023. 76 с.

22. Утюж І., Спиця Н. Ментальне здоров'я сучасного українського суспільства. *Вісник ЖДУ, 2024*, № 1 (95), С. 140–152.

23. Фокін А. С. Адаптація шкал оцінки ментального здоров'я. *Габітус*, 2024, № 65, С. 202–208.

24. Іванова Н. Г., Ваврик Л. В. Психологічні аспекти подолання психічної травми. *Вісник НУОУ, 2024*, № 6 (82), С. 53–59.

25. Журавльова Н. Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків. у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів. *Київ: Слово*, С. 129–154.

26. AbuHasan Q., Reddy V., Siddiqui W. Neuroanatomy, Amygdala. StatPearls Publishing; 2025. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538190

27. Adler A. B., Gutierrez I. A. Acute stress reaction in combat: emerging evidence and peer-based interventions. Current Psychiatry Reports. 2022. Vol. 24, № 5. P. 277–284. DOI: 10.1007/s11920-022-01335-2.

28. Biggs, A., Brough, P., Drummond, S. Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. The Handbook of Stress and Health. *Wiley.* 2020. P. 349–364.

29. Boland R., Verduin M. L., Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. *12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.* 2022.

30. Bottaccioli, A.G.; Bottaccioli, F.; Minelli, A. Stress and the psyche–brain–immune network in psychiatric diseases based on psycho neuroendocrine immunology: *A concise review. Ann. N. Y. Acad.* Sci. 2019. P. 31–42.

31. Cernak, I., Noble-Haeusslein, L.J. Traumatic brain injury: an overview of pathobiology with emphasis on military populations. *J. Cereb. Blood Flow Metab.* 3. P. 255–266.

32. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. 2004, P. 195–216.

33. Chen Y, Li X, Chen C, et al. Influence of avoidant coping on posttraumatic stress symptoms and job burnout among firefighters: The mediating role of perceived social support. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2021*. № 16(4) P. 1476-1481. DOI: 10.1017/dmp.2021.155.

34. Chung, M. C., Dennis, I., & Rudd, H. Posttraumatic Stress Disorder following Myocardial Infarction: Personality, Coping, and Trauma Exposure Characteristics. *Psychological Reports*. 2019. № 4. URL: https://doi.org/10.2190/PM.42.4.e

35. Cohen-Tanugi, S., Reid, R., Loeffler, B. J., Gaston, R. G. The Prevalence of Depression and PTSD 2024. № 1. P. 169–174. URL: https://doi.org/10.1177/15589447221093671

36. Davis S, Humphrey N. The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. Journal of Adolescence 2012. № 35(5). P. 1369-1379.

37. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther. P.* 319–345.

38. 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. № 36. URL: https://doi.org/10.1186/s40779-018-0183-4

39. Elklit, A., & Dahl, N. H., Emotion regulation difficulties, aggression, and PTSD symptoms in Danish treatment-seeking veterans. *Scandinavian Journal of Military Studies*. 2025. № 1. P. 308–326. URL: https://doi.org/10.31374/sjms.264

40. Folkman, S., Moskowitz, J. T. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 2004. P. 745–774. URL: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

41. Fredrickson, B. L. The broaden-and-build theory of positive emotions. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2004.

№ 1449. P. 1367–1378. – Режим доступу: https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512

42. Fredrickson, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist.* 2001. № 3. P. 218–226.

43. Gross, J. J. Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*. 2013. № 3. P. 359–365. URL: https://doi.org/10.1037/a0032135

44. Gross, J. J., John, O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 85, № 2. P. 348–362.

45. Halligan S, Michael T, Clark DM, Ehlers A. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *J Consult Clin Psychol.* 2003. P. 419–431.

46. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M., Friedman M. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry.* 2007. Vol. 70, No. 4. P. 283–315.

47. Jo, S. H., Kang, S. H., Seo, W. S., Koo, B. H., Kim, H. G., Yun, S. H. Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University Journal of Medicine.* 2021. Vol. 38, № 3. P. 194–201. URL: https://doi.org/10.12701/yujm.2021.00990

48. Keeling, M., Harcourt, D., White, P., Evans, S., Williams, V. S., Kiff, J., Williamson, H. Body image and appearance distress among military veterans and civilians with an injury-related visible difference: A comparison study. *PLOS ONE*. 2025. Vol. 20, № 2. URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305022

49. Khaleghi, A.; Mohammadi, M.R.; Zandifar, A.; Ahmadi, N.; Alavi, S.S.; Ahmadi, A.; Mahmoudi-Gharaei, J.; Hooshyari, Z.; Mostafavi, A.; Fooladi, M.F. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents. *Asian J. Psychiatry.* 2018. Vol. 37. P. 146–153

50. Kinney A. R., Gerber H. R., Hostetter T. A., Brenner L. A., Forster J. E., Stephenson R. O. Morally injurious combat events as an indirect risk factor for postconcussive symptoms among veterans: the mediating role of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15, № 1. P. 144–152. URL: https://doi.org/10.1037/tra0001213

51. Klimanska, M., & Haletska, I. Psychometric characteristics of the questionnaire on positive and negative affects (OPANA), based on the PANAS scales. *Psychological Journal. Vol* 6(4). P. 119–132. URL: https://doi.org/10.31108/1.2020.6.4.10

52. Koch, S. B. J., Klumpers, F., Zhang, W., Hashemi, M. M., Kaldewaij, R., van Ast, V. A., Smit, A. S. & Roelofs, K. The role of automatic defensive responses in the development of posttraumatic stress symptoms in police recruits: protocol of a prospective study. 2017. DOI: https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1412226

53. Krijgh, D. D., Teunis, T., List, E. B., Mureau, M. A. M., Luijsterburg, A. J. M., Maarse, W., Schellekens, P. P. A., Hietbrink, F., de Jong, T., Coert, J. H. Mental health is strongly associated with capability after lower extremity injury treated with free flap limb salvage or amputation. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2024. Vol 50, № 3. P. 755–762. URL: https://doi.org/10.1007/s00068-024-02459-1

54. Ladlow P., Phillip R., Etherington J., Coppack R., Alexander N. Bennett, et al. Functional and Mental Health Status of United Kingdom Military Amputees Postrehabilitation. 2014. Bristol, UK. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999315006486

55. Layne CM, Warren JS, Watson PJ, Shalev A. Risk vulnerability, resistance, and resilience: toward an integrative conceptualization of posttraumatic adaptation. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, eds. *Handbook of PTSD: Scienceand Practice. New York, NY: Guilford Press.* 2007. P. 497–520.

56. Levin Y., Ben-Ezra M., Hamama-Raz Y., Maercker A., Goodwin R., Leshem E., Bachem R. The Ukraine–Russia war: a symptoms network of

complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023. URL: https://doi.org/10.1037/tra0001522.

57. Ligthelm, E. J., Wright, S. C. D. Lived experience of persons with an amputation of the upper limb. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 2014. Vol 18. P. 99–106.

58. McKechnie, P. S., John, A. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. Injury. 2014. Vol 45, № 12. P. 1859–1866. URL: https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.09.015

59. Murray, C. D., Havlin, H., Molyneaux, V. Considering the psychological experience of amputation and rehabilitation for military veterans: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. Disability and Rehabilitation. 2023. Vol. 46, № 3. P. 1–20. URL: https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2182915

60. Phutane, P., Santre, M., Tiwari, K., Rathi, M. Depression, anxiety, coping, and resilience among amputees: A cross-sectional tertiary care hospital-based study. *Industrial Psychiatry Journal*. 2024. Vol 33, № 1. P. 59–63. URL: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_78_24

61. Roth, L. H. O., Bencker, C., Lorenz, J., Laireiter, A.-R. Testing the validity of the broaden-and-build theory of positive emotions: A network analytic approach. Frontiers in Psychology. 2024. Vol. 15. URL: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1405272

62. Roșca, A. C., Baciu, C. C., Burtăverde, V., Mateizer, A. Psychological consequences in patients with amputation of a limb: An interpretative-phenomenological analysis. Frontiers in Psychology. 2021. Vol 12. URL: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493

63. Ryu, J., Horkayne, I., Plenticova, O., Eberhart, C. G., Troncoso, J. C., Koliatsos, V. E. The problem of axonal injury in the brains of veterans with histories of blast exposure. Acta Neuropathologica Communications. 2014. Vol. 2, № 1. URL: https://doi.org/10.1186/s40478-014-0153-1

64. Schnurr P. P., Wachen J. S., Green B. L., Kaltman S. Trauma exposure, PTSD, and physical health. Handbook of PTSD: Science and practice / eds. M. J. Friedman, P. P. Schnurr, T. M. Keane. *New York: The Guilford Press*, 2021. P. 462–479.

65. Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., Orcutt, H. K. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy. 2015. Vol 44, № 2. P. 87–102. URL: https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753

66. Singh, S., Saini, R., Mathur, R., Sarkar, S., Sagar, R. The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2024. Vol 181. URL: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677

67. Spytska, L. Psychological trauma and its impact on a person's life prospects. *Sci. Bull. Mukachevo State Univ. Ser.«Pedagog.Psychol.»* 2023. P. 82–90.

68. Sullivan T, Weiss N, Price C, et al. Strategies for coping with individual PTSD symptoms: Experiences of African American victims of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2018. Vol 10(3). DOI: 10.1037/tra0000283

69. Taghva A., SeyediAsl S. T., Rahnejat A. M., Elikaee M. M. Resilience, emotions, and character strengths as predictors of job stress in military personnel. *Iran Psychiatry Behav Sci*. 2020. Vol. 14, No. 2.

70. Tharaud, J. B., Murphy, J., Smith, D. L., Valdespino-Hayden, Z. E., Held, P. Changes in emotion regulation difficulties and PTSD symptom severity in an intensive treatment program for PTSD. Journal of Affective Disorders. 2024. Vol 361. P. 620–626. URL: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.048

71. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry. 2004. Vol 15, № 1. P. 1–18. URL: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

72. van der Kolk B. A., van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 146, №12. P. 1530.

73. Pfefferbaum, B. Aspects of exposure in childhood trauma: The stressor criterion. Journal of Trauma & Dissociation. 2005. Vol 6, № 2. P. 17–26. URL: https://doi.org/10.1300/J229v06n02_03