

ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:355.01-056.266

DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2025.63.11-15>

Катерина КРАВЧЕНКО, канд. психол. наук

ORCID ID: 0000-0002-8140-1759

e-mail: kravchenkoea250388@gmail.com

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Лілія ЖАЛЕНКО, магістрант

ORCID ID: 0009-0002-1276-0966

e-mail: liliazhalenko@gmail.com

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

**ПСИХІЧНІ СТАНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК
НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД**

Вступ. Статтю присвячено аналізу психічних станів військовослужбовців, які перенесли ампутацію кінцівок унаслідок бойових дій і перебувають на госпітальному етапі відновлення. Актуальність теми зумовлена необхідністю цілісного підходу до реабілітації, де психічні стани не лише відображають реакцію на травму, а й впливають на подальшу адаптацію, мотивацію та якість життя поранених. У науковому дискурсі недостатньо уваги приділено саме ранньому етапу переживання ампутації, що ускладнює побудову ефективної системи психологічного супроводу.

Методи. Для досягнення мети було використано теоретичні методи дослідження: аналіз, синтез, порівняння, систематизацію та узагальнення. Здійснено огляд вітчизняної та зарубіжної наукової літератури англійською та українською мовами щодо психічних станів осіб з ампутацією кінцівок з особливою увагою до військовослужбовців.

Результати. Визначено, що госпітальний етап відновлення є критичним періодом формування психічних станів, що потенційно можуть трансформуватися у клінічні розлади: депресію, тривожний розлад, ПТСР. Виявлено найпоширеніші психічні стани військовослужбовців з ампутацією: гостра реакція на стрес, дистрес, емоційний шок, тривожні стани, початкові прояви депресії та ПТСР, самотетастигматизація, екзистенційна криза, фантомні болі. Узагальнено теоретичні позиції згідно з МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5 щодо продромальних психічних станів.

Висновки. Госпітальний етап відновлення є ключовим для своєчасного виявлення та психопрофілактики розладів, що формуються на тлі ампутаційної травми. Рання психологічна допомога дає змогу знизити ризик хронізації негативних психічних станів і підвищити ефективність реабілітації. Результати дослідження мають прикладне значення для організації психолого-медичної підтримки військовослужбовців. Отримані висновки мають гіпотетичний характер і потребують подальшої емпіричної перевірки.

Ключові слова: ампутація кінцівок, військовослужбовці, психічні стани, госпітальний етап, психологічна реабілітація.

Вступ

Сучасна війна створює надзвичайно жорсткі виклики не лише перед силовими структурами, які боронять нашу країну від російської агресії, а й перед системою медичної, психологічної та соціальної допомоги. Однією з найскладніших категорій поранених військовослужбовців є особи, які зазнали ампутації кінцівок. Ці травми спричиняють не лише глибокий фізичний, а й потужний психогенний вплив, що змінює життєвий світ людини, її уявлення про себе, стосунки з іншими та перспективи майбутнього.

У такому контексті особливої ваги потребує вивчення психічних станів, які переживають військовослужбовці після ампутації. Актуальність цього напряму дослідження обумовлена не лише поширеністю зазначених травм унаслідок сучасних бойових дій, але й потребою цілісного підходу до реабілітації та відновлення. Психічні стани є не пасивною реакцією на фізичну втрату, а активним чинником, що впливає на перебіг відновлення, соціальну адаптацію, мотивацію до життя та подальшу бойову або цивільну активність.

Попри зростаючий інтерес до тематики негативних психічних наслідків участі у бойових діях у вітчизняній і зарубіжній науці, саме психічні стани військових з ампутацією досі лишаються фрагментарно дослідженими. Більшість підходів орієнтуються на клінічну симптоматику, не охоплюючи динаміку внутрішнього переживання, зміну особистісної ідентичності, пошук нового сенсу життя тощо. Вивчення цих станів має не лише наукову, а й прикладну значущість: воно дає змогу будувати ефективні програми психологічної підтримки,

формувати нові протоколи реабілітації та поліпшувати якість допомоги тим, хто зазнав тяжких втрат.

Першим і найбільш критичним етапом у цьому процесі є госпітальний. Саме тут, у тісному перетині фізичного болю, невизначеності й емоційної нестабільності, формується внутрішній вектор: або занурення у безнадію, або – прагнення адаптуватися, віднайти себе у новій реальності, не впасти у відчай. Тому дослідження психічних станів у цей період є не просто діагностичним завданням, а передумовою для ефективного супроводу особистості на шляху до відновлення.

Мета дослідження: визначити особливості психічних станів військовослужбовців з ампутацією кінцівок на госпітальному етапі відновлення.

Огляд літератури. У зв'язку з явною обмеженістю наукових досліджень за визначеною тематикою було прийнято рішення спочатку провести загальний огляд психічних станів осіб після ампутації (сподіваючись на те, що в цивільних медичних закладах такі дослідження провести легше, ніж у військових), а потім уже перейти до вивчення специфіки військовослужбовців.

С. Сінгх, Р. Сайні, С. Ганді, Р. Матхур, С. Саркар, спираючись на результати систематичного огляду, стверджують, що в середньому 33,9 % ампутантів мають клінічні симптоми депресії (діапазон від 27 до 40 %) (Singh et al., 2024). Також автори у своїх дослідженнях звернули увагу на деякі цікаві особливості:

- поширеність депресії серед ампутантів значно вища у країнах із середнім рівнем достатку порівняно з країнами з високим рівнем – на нашу думку, тут ідеться

© Кравченко Катерина, Жаленко Лілія, 2025

саме про страхи, які пов'язані зі змогою ампутанта забезпечити собі (та своїм близьким) необхідний і достойний рівень існування;

- фактори ризику, що призводять до поширеності депресії серед ампутантів – це обмеження активності, порушення сприйняття тіла, соціальний дискомфорт, уявлення про вразливість щодо інвалідності й унікаючий стиль подолання;

- необхідність інформування медичних працівників, які надають допомогу людям після ампутації кінцівок, щодо важливості періодичного скринінгу цієї вразливої групи пацієнтів на депресію та, за необхідності, – подальшої взаємодії з психіатрами;

- усунення факторів ризику, які наведені вище, може допомогти знизити рівень депресії після ампутації.

С. Х. Джо, С. Х. Канг, В. С. Сео, Б. Х. Ку, Х. Г. Кім, С. Х. Юн визначають поширеність депресії, тривоги та симптомів ПТСР і зазначають таке (Jo et al., 2021):

- найближче оточення ампутанта (родичі, близькі, лікарі та інші) сприймають його стан як нормальний для переживання таких обставин, тому часто психологічні проблеми ампутанта залишаються поза увагою, що надалі може заважати реабілітації пацієнта та створювати додаткові психосоціальні проблеми;

- мультидисциплінарний командний підхід, що включає фахівців із психічного здоров'я, ідеально підходить для комплексного та біопсихосоціального ведення пацієнтів: фахівці з психічного здоров'я можуть допомогти пацієнтам ставити реалістичні цілі та використовувати адаптивні копінг-стратегії; психіатричні підходи мають урахувати фізичні, когнітивні, психологічні, соціальні й духовні функції та системи соціальної підтримки до та після ампутації;

- серед основних скарг спостерігаються: порушення фізичних функцій, відчуттів і сприйняття тіла людини, а також інтенсивні й різноманітні емоційні реакції (пацієнти можуть відчувати, ніби вони пережили смерть, що виходить за межі фізичної втрати; ті, хто пережив ампутацію, пов'язану з травмою, можуть бути сильно шоковані непередбаченою втраченою та відчувати більші труднощі в адаптації);

- для покращення адаптації пацієнта можуть бути корисними психологічні втручання, такі як короткострокова психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, медитація усвідомленості, біологічний зворотний зв'язок і групова психотерапія.

З. Перкінс, Г. Де'Ат, Г. Шарп, Н. Тай, досліджуючи фактори, що впливають на результат після травматичної ампутації кінцівки, спостерігають прояви самостигматизації у пацієнтів і визначають її як основну причину подальшого розвитку депресії (Perkins et al., 2012).

О. Хорган, М. Маклахлан, Р. Сінгх, Д. Ріплі, Б. Пентленд та інші спостерігали посилення симптоматики тривоги та депресії під час адаптації до повсякденного життя після виписки з медичного закладу, а також їхні прояви протягом наступних двох років (Horgan, & MacLachlan, 2004; Singh et al., 2009).

Цікавими є дослідження Е. Чунга, Р. Альвара, В. Колотла, у результаті яких автори дійшли висновку, що ампутація верхніх кінцівок частіше призводить до ПТСР та депресії, ніж ампутація нижніх кінцівок (Cheung, Alvaro, & Colotla, 2003). На думку авторів, такі результати можна пояснити тим, що верхня кінцівка відіграє більшу роль у самовираженні, самообслуговуванні та спілкуванні, тому її ампутація призводить до більшої функціональної втрати, ніж ампутація нижніх кінцівок.

Наявність депресії у пацієнтів з ампутацією впливає на подальше їхнє працевлаштування: як зазначає

П. Догерті, більшість із них залишаються безробітними порівняно з пацієнтами без депресії (Dougherty, 2003).

На прояви депресії після ампутації, як зазначають К. Бхуванешвар, Л. Епштейн, Т. Стерн, впливають рівень психологічного, когнітивного, соціального та (або) фізичного функціонування людини до ампутації, а також почуття безпорадності (Bhuvaneshwar, Epstein, & Stern, 2007).

Тривожні стани й подальший розвиток тривожного розладу серед ампутантів Г. Шукла, С. Саху, Р. Тріпаті, Д. Гупта розглядають як норму після проведеної операції (особливо на госпітальному етапі) (Shukla et al., 1982; Marshall, Helmes, & Deathe, 1992). К. Фіцпатрік зазначає, що саме усвідомлення втрати кінцівки й реальна оцінка наслідків ампутації спричиняють виникнення та розвиток тривожних станів (Fitzpatrick, 1999). К. Керролл, Дж. Едельштейн визначають також інші причини, які сприяють формуванню тривожних станів, а саме: незнайоме лікування середовище, часті контакти з медичним персоналом, болісні процеси лікування, відчуття втрати контролю та невпевненість у майбутньому (Carroll, & Edelstein, 2006).

Розглянемо ПТСР як наслідок ампутації. С. Кавана, Л. Шин, Н. Карамуз, С. Раух зазначають, що коли причиною ампутації є хронічна хвороба, то ПТСР зустрічається у пацієнтів достатньо рідко (приблизно у 5 % випадків) (Cavanagh et al., 2006), але якщо ампутація трапилась у результаті травматичної події, то показник прояву ПТСР зростає в 4–5 разів (Breslau, 2001). На нашу думку, тут складно сказати, чи то травматична подія призвела до ПТСР, чи подальша ампутація, хоча існують поодинокі дослідження, які все ж таки підтверджують той факт, що особи, які внаслідок травматичної ситуації отримали ампутації кінцівок, мають більший прояв ПТСР, ніж особи, які були в аналогічній (тієї самій) ситуації, але не отримали травми, які би призвели до ампутації (Margoob et al., 2008).

Перейдемо до стану вивченості психічних станів саме військовослужбовців, які зазнали ампутації.

Психологічне та фізичне здоров'я військовослужбовців з ампутуваними кінцівками під час реабілітації досліджували Л. Талбот, Е. Бреде, Е. Джеффри Меттер. Незважаючи на те, що зазначені дослідження проводились на більш пізньому етапі реабілітації військовослужбовців з ампутацією (а саме під час адаптації до отриманих протезів), науковці зробили дуже важливий висновок – якщо не приділяти цілеспрямованої уваги психічному здоров'ю, то воно має тенденцію до погіршення під час заходів реабілітації, на відміну від фізичного (Talbot, Brede, & Metter, 2017). Таких самих висновків дійшли й інші науковці, акцентуючи увагу на ранній діагностиці та попередженні розвитку депресії, тривоги та ПТСР, оскільки депресивні симптоми були виявлені у 40,0 % військовослужбовців з ампутацією, причому у 12,3 % скринінг мав позитивний результат на можливу або ймовірну клінічну депресію, а у 19,4 % було визначено прояви ПТСР (Mitchell et al., 2019).

Е. Фараджі, М. Аллами, Н. Фейзоллахі досліджували проблеми зі здоров'ям військовослужбовців (у т. ч. психічним) з ампутацією нижніх кінцівок і дійшли таких висновків: соматизація, депресія і тривога були найпоширенішими розладами; 11,6 % респондентів проходили лікування у психіатричному відділенні, а 53,2 % – звертались за психіатричною допомогою; поширеність фантомного болю під час оцінювання болю становила 81 %; когнітивні розлади були у 1,2 % ампутантів, залежність від психоактивних речовин – у 1,2 %, розлади настрою – у 12,9 %, тривожний розлад – у 54,5 %, соматоформний розлад – 3,8 % військовослужбовців. Отже, дослідники встановили, що тривожний розлад був

найпоширенішим серед військовослужбовців з ампутацією, за ним ішли розлади настрою (Faraji et al., 2018).

Люди з ампутаціями мають особливі фізичні, психічні та соціальні стани не лише після самої ампутації, але й протягом усього життя. Як зазначають Р. Рамчанд, Р. Рудавський, С. Грант, Т. Таніеліан, Л. Джейкоккс, ця ситуація є більш серйозною у військовослужбовців і може впливати на їхню реакцію на лікування (Ramchand et al., 2015).

Отже, ми можемо побачити, що більшість наукових джерел присвячені саме сформованим клінічним симптомам депресії, тривоги та ПТСР ампутантів. На нашу думку, це пов'язано з тим, що зазначені дослідження проводили на більш пізніх етапах їхньої реабілітації. Незважаючи на зазначене вище та спираючись на висновки К. Керролл та Дж. Едельштейн (Carroll, & Edelstein, 2006), психологічне втручання слід проводити якомога раніше, щоб мінімізувати негативні постампутаційні стани, корегувати фізичне, когнітивне, психологічне, соціальне та духовне функціонування, оптимізувати поточну систему соціальної підтримки, а також виявити поточні можливості й обмеження, пов'язані з ампутацією.

Методи

На цьому етапі досліджень були використані теоретичні методи, а саме: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація. Була проаналізована література, написана англійською та українською мовами,

що містить суто наукову й актуальну на сьогоднішній день інформацію.

Результати

Загалом госпітальний етап відновлення після ампутації характеризується як найбільш складний. Так, 23 % пацієнтів з ампутаціями повідомляють про найбільшій час від кількох годин до кількох днів після ампутації (MacBride et al., 1980). У цей період відчуття тривоги та страху можуть виникати через побоювання щодо власної безпеки, больових відчуттів або можливих ускладнень. Н. Сіландер зазначає, що деякі пацієнти у цей період переживають горе (травму втрати) (Silander, 2018). Вона рекомендує фахівцям із психічного здоров'я оцінювати різні емоційні реакції ампутанта та підтримувати його у вираженні власних емоцій і думок.

Отже, спираючись на проведений теоретичний огляд, розуміючи віддалені психічні наслідки, які виникають після ампутації кінцівок (клінічна депресія, тривожний розлад, ПТСР), а також на МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5, ми можемо зробити припущення щодо психічних станів, які виникають у військовослужбовців на госпітальному етапі відновлення.

Психічні стани, що можуть передувати депресії, тривожному розладу та ПТСР, наведені в табл. 1, 2 та 3, відповідно.

Таблиця 1

Психічні стани, що можуть передувати депресії

Згідно з МКХ-10	Згідно з МКХ-11	Згідно з DSM-5
Субдепресивний стан (не входить до чіткої нозології) – характерні знижений настрій, анедонія, але без порушення функціональності	Реакція на стрес (Distress reaction) – неспецифічна реакція на втрату, стрес чи кризу, може мати депресивні прояви (пригнічення, безнадійність, сльозливість)	Постійний депресивний розлад (Persistent Depressive Disorder (dysthymia)) – тривалий період пригніченого настрою, який може бути продромальним етапом
Реакція на стрес (F43) – тимчасові емоційні порушення, які можуть мати депресивну тональність		Розлад адаптації з пригніченим настроєм (Adjustment disorder with depressed mood) – реакція на подію із симптомами смутку, втрати інтересу, що можуть перейти в клінічну депресію
Адаптаційний розлад (F43.2) – помірно виражені депресивні симптоми, зниження настрою, тривожність, дратівливість, що виникають у відповідь на стресову подію		

Таблиця 2

Психічні стани, що можуть передувати тривожному розладу

Згідно з МКХ-10	Згідно з МКХ-11	Згідно з DSM-5
F41.0 – панічні атаки (ізолювані) без чіткої тривожної патології можуть бути продромальними	Реакція на стрес або страх (Distress or Fear Response) – стан гіпервразливості, емоційної напруженості, очікування загрози	Специфічні страхи або поведінка уникнення без клінічного рівня порушень
F43.0 – гостра реакція на стрес (емоційна збудженість, вегетативні прояви, страх) – якщо триває понад 48–72 год, то може прогресувати	Підвищена пильність без порушень – не є розладом, але може перерости у генералізований тривожний або панічний розлад	Гостра ситуативна тривожність – підвищена чутливість до невизначеності, яка не відповідає критеріям генералізованого тривожного розладу
		Соматичні тривожні симптоми без когнітивного складника (напр. напруга, серцебиття, пітливість)

Таблиця 3

Психічні стани, що можуть передувати ПТСР

Згідно з МКХ-10	Згідно з МКХ-11	Згідно з DSM-5
Гостра реакція на стрес – перші години / дні після психотравми (сплутаність, агресія, знерухоменість)		Гострий стресовий розлад (ГСР) – до 30 днів після травми, наявність дисоціації, інвазивних спогадів, гіперінфекції. У 30–80 % випадків переходить у ПТСР
	Субклінічні флешбеки, гіперзбудливість, емоційна відстороненість.	Адаптація, пов'язана з травмою – труднощі адаптації з елементами уникнення та афективної нестабільності

На основі проведеного теоретичного огляду літератури визначено, що госпітальний етап відновлення після ампутації кінцівок є критичним періодом формування психічних станів, які можуть суттєво вплинути на подальшу реабілітацію військовослужбовця. У цей період формуються не лише первинні емоційні реакції на втрату, але й психічні стани, що здатні трансформуватися у клінічні розлади.

Найпоширеніші психічні стани військовослужбовців з ампутацією на госпітальному етапі містять:

- гостру реакцію на стрес – тривожність, сплутаність, агресивність або емоційне оніміння у перші години й дні після ампутації;
- дистрес та реакції втрати – смуток, шок, страх, безнадія, плаксивість, порушення сну й апетиту;
- психічний стан емоційного шоку – часта реакція на непередбачену травматичну ампутацію;
- тривожні стани – внутрішнє напруження, почуття загрози, відчуття втрати контролю, неспокій, очікування болю або ускладнень;
- початкові прояви депресивного спектру – зниження інтересу до оточення, апатія, думки про безглуздість подальшого життя, самоізоляція;
- початкові прояви ПТСР – флешбеки, порушення сну, гіпернастороженість, емоційне відчуження;
- почуття сорому, провини та самометастигматизації, особливо у випадках втрати функцій, що впливають на самообслуговування або спілкування (ампутація рук);
- екзистенційну кризу – втрату сенсу життя, питання щодо власної ідентичності, страх непотрібності або втрати статусу воїна / захисника;
- соматоформні прояви та фантомні болі, які можуть бути як соматичними, так і психогенними за походженням.

Дискусія і висновки

Отже, психічні стани цього періоду, за відсутності своєчасного виявлення та підтримки, здатні трансформуватися в депресивні розлади, генералізовану тривогу, посттравматичний стресовий розлад та інші порушення психічного здоров'я. Урахування цих станів при плануванні реабілітації та психологічного супроводу військовослужбовців дасть змогу поліпшити якість допомоги та зменшити ризики ускладнень на наступних етапах відновлення.

Слід зазначити, що визначені психічні стани є гіпотетичними та спираються на узагальнення теоретичного огляду наукових джерел, що, безумовно, потребує подальшого емпіричного підтвердження. Головним проблемним питанням залишається можливість проведення зазначених досліджень.

Внесок авторів: Катерина Кравченко – написання (оригінальна чернетка); Лілія Жаленко – написання (перегляд і редагування).

Джерела фінансування. Це дослідження не отримало жодного гранту від фінансової установи в державному, комерційному або некомерційному секторах.

Список використаних джерел

- Bhuvaneshwar, C. G., Epstein, L. A., & Stern, T. A. (2007). Reactions to amputation: recognition and treatment. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 9(4), 303–308. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0408>.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl 17, 16–22. <https://www.psychiatrist.com/pdf/the-epidemiology-of-posttraumatic-stress-disorder-what-is-the-extent-of-the-problem-pdf/>
- Carroll, K., & Edelstein, J. E. (2006). *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003526032>
- Cavanagh, S. R., Shin, L. M., Karamouz, N., & Rauch, S. L. (2006). Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics*, 47, 459–464. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.459>.

Cheung, E., Alvaro, R., & Colotla, V. A. (2003). Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 109–112. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.48.2.109>

Dougherty, P.J. (2003). Long-term follow-up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war. *The Journal of Trauma*, 54, 718–723. doi: 10.1097/01.TA.0000046260.16866.A9

Faraji, E., Allami, M., Feizollahi, N., Karimi, A., Yavari, A., & Soroush, M. (2018). Health concerns of veterans with high-level lower extremity amputations. *Military Medical Research*, 5, 36. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0183-4>

Fitzpatrick, M. C. (1999). The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical orthopaedics and related research*, 361, 98–107. doi: 10.1097/00003086-199904000-00014.

Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26, 837–850. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>.

Jo, S. H., Kang, S. H., Seo, W. S., Koo, B. H., Kim, H. G., & Yun, S. H. (2021). Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University journal of medicine*, 38(3), 194–201. <https://doi.org/10.12701/yujm.2021.00990>

MacBride, A., Rogers, J., Whyllie, B., & Freeman, S. J. (1980). Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. *Psychosomatics*, 21, 258–261. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(80\)73701-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(80)73701-5).

Margoob, M., Khan, A. Y., Gani, N., Majid, A., Mansur, I., Bhat, M. F., Mushtaq, H., Jeelani, H., & Nehra, D. (2008). Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder after Amputation: A Preliminary Study from Kashmir. *JK practitioner: a journal of current clinical medicine & surgery*, 15(1–4), 5–7.

Marshall, M., Helmes, E., & Deathe, A. (1992). A comparison of psychosocial functioning and personality in amputee and chronic pain populations. *The Clinical journal of pain*, 8, 351–357. <https://doi.org/10.1097/00002508-199212000-00010>.

Mitchell, S. L., Hayda, R., Chen, A. T., Carlini, A. R., Ficke, J. R., & MacKenzie, E. J. (2019). The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) Study: Outcomes of Amputation Compared with Limb Salvage Following Major Upper-Extremity Trauma. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 101(16), 1470–478. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.00970>

Perkins, Z., De'Ath, H., Sharp, G., & Tai, N. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery*, 99(1), 75–86. <https://doi.org/10.1002/bjs.7766>.

Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., & Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current psychiatry reports*, 17(5), 37.

Shukla, G. D., Sahu, S. C., Tripathi, R. P., & Gupta, D. K. (1982). A psychiatric study of amputees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 141, 50–53. doi: 10.1192/bjp.141.1.50.

Silander, N. C. (2018). Life-changing injuries: psychological intervention throughout the recovery process following traumatic amputations. *Journal of Health Service Psychology*, 44, 74–78.

Singh, R., Ripley, D., Pentland, B., Todd, I., Hunter, J., Hutton, L., & Philip, A. (2009). Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clinical rehabilitation*, 23, 281–6. <https://doi.org/10.1177/0269215508094710>.

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

Talbot, L. A., Brede, E., & Metter, E. J. (2017). Psychological and Physical Health in Military Amputees During Rehabilitation: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Military Medicine*, 182(5–6), e1619–e1624. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00328>.

References

- Bhuvaneshwar, C. G., Epstein, L. A., & Stern, T. A. (2007). Reactions to amputation: recognition and treatment. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 9(4), 303–308. doi: 10.4088/pcc.v09n0408.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl 17, 16–22. <https://www.psychiatrist.com/pdf/the-epidemiology-of-posttraumatic-stress-disorder-what-is-the-extent-of-the-problem-pdf/>
- Carroll, K., & Edelstein, J. E. (2006). *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003526032>
- Cavanagh, S. R., Shin, L. M., Karamouz, N., & Rauch, S. L. (2006). Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics*, 47, 459–464. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.459>.
- Cheung, E., Alvaro, R., & Colotla, V. A. (2003). Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 109–112. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.48.2.109>
- Dougherty, P.J. (2003). Long-term follow-up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war. *The Journal of Trauma*, 54, 718–723. <https://doi.org/10.1097/01.TA.0000046260.16866.A9>

- Faraji, E., Allami, M., Feizollahi, N., Karimi, A., Yavari, A., & Soroush, M. (2018). Health concerns of veterans with high-level lower extremity amputations. *Military Medical Research*, 5, 36. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0183-4>
- Fitzpatrick, M. C. (1999). The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical orthopaedics and related research*, 361, 98–107. <https://doi.org/10.1097/00003086-199904000-00014>.
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and rehabilitation*, 26, 837–850. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>.
- Jo, S. H., Kang, S. H., Seo, W. S., Koo, B. H., Kim, H. G., & Yun, S. H. (2021). Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University journal of medicine*, 38(3), 194–201. <https://doi.org/10.12701/yujm.2021.00990>
- MacBride, A., Rogers, J., Whyllie B., & Freeman, S. J. (1980). Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. *Psychosomatics*, 21, 258–261. doi: 10.1016/S0033-3182(80)73701-5.
- Margoob, M., Khan, A. Y., Gani, N., Majid, A., Mansur, I., Bhat, M. F., Mushtaq, H., Jeelani, H., & Nehra, D. (2008). Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder after Amputation: A Preliminary Study from Kashmir. *JK practitioner: a journal of current clinical medicine & surgery*, 15(1–4), 5–7.
- Marshall, M., Helmes, E., & Deathe, A. (1992). A comparison of psychosocial functioning and personality in amputee and chronic pain populations. *The Clinical journal of pain*, 8, 351–357. <https://doi.org/10.1097/00002508-199212000-00010>.
- Mitchell, S. L., Hayda, R., Chen, A. T., Carlini, A. R., Ficke, J. R., & MacKenzie, E. J. (2019). The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) Study: Outcomes of Amputation Compared with Limb Salvage Following Major Upper-Extremity Trauma. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 101(16), 1470–1478. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.00970>
- Perkins, Z., De'Ath, H., Sharp, G., & Tai, N. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery*, 99(1), 75–86. <https://doi.org/10.1002/bjs.7766>.
- Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., & Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current psychiatry reports*, 17(5), 37.
- Shukla, G. D., Sahu, S. C., Tripathi, R. P., & Gupta, D. K. (1982). A psychiatric study of amputees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 141, 50–53. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.1.50>.
- Silander, N. C. (2018). Life-changing injuries: psychological intervention throughout the recovery process following traumatic amputations. *Journal of Health Service Psychology*, 44, 74–78.
- Singh, R., Ripley, D., Pentland, B., Todd, I., Hunter, J., Hutton, L., & Philip, A. (2009). Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clinical rehabilitation*, 23, 281–6. <https://doi.org/10.1177/0269215508094710>.
- Singh, S., Saini, R., Gandhi, S., Mathur, R., & Sarkar, S. (2024). The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111677>
- Talbot, L. A., Brede, E., & Metter, E. J. (2017). Psychological and Physical Health in Military Amputees During Rehabilitation: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Military Medicine*, 182(5–6), e1619–e1624. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00328>.

Отримано редакцією журналу / Received: 07.07.25
Прорецензовано / Revised: 11.07.25
Схвалено до друку / Accepted: 15.07.25

Kateryna KRAVCHENKO, PhD (Psychol.)
ORCID ID: 0000-0002-8140-1759
e-mail: katerina.kravchenko@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Liliia ZHALENKO, Master's Student
ORCID ID: 0009-0002-1276-0966
e-mail: liliazhalenko@gmail.com
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

MENTAL STATES OF SERVICEMEN WITH LIMB AMPUTATIONS AT THE HOSPITAL STAGE OF RECOVERY: A THEORETICAL REVIEW

Background. The article is devoted to the analysis of the mental states of military personnel who have undergone limb amputation as a result of combat operations and are currently at the hospital stage of recovery. The relevance of the topic is determined by the necessity of a holistic approach to rehabilitation, in which mental states not only reflect the reaction to physical trauma but also influence further adaptation, motivation, and the quality of life of the wounded. In scientific discourse, insufficient attention has been paid to the early stage of experiencing amputation, which complicates the development of effective psychological support systems.

Methods. To achieve the goal, theoretical research methods were employed: analysis, synthesis, comparison, systematization, and generalization. A review of domestic and foreign scientific literature in Ukrainian and English was conducted, focusing on the mental states of individuals with limb amputations, particularly military personnel.

Results. The hospital stage of recovery was identified as a critical period for the development of mental states that may potentially evolve into clinical disorders such as depression, anxiety disorders, and PTSD. The most common mental states of servicemen with amputations include acute stress reactions, distress and grief responses, emotional shock, anxiety states, early signs of depression and PTSD, self-stigmatization, existential crisis, and phantom pain. Theoretical positions according to ICD-10, ICD-11, and DSM-5 regarding prodromal mental states were systematically reviewed.

Conclusions. The hospital stage of recovery is essential for the early detection and prevention of mental health disorders arising from amputation trauma. Timely psychological support can reduce the risk of chronic psychological conditions and improve rehabilitation outcomes. The findings of the study are of practical value for the development of psycho-medical support systems for servicemen. However, the proposed mental states are theoretical and require further empirical validation.

Keywords: limb amputation, military personnel, mental states, hospital stage, psychological rehabilitation.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.