

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології

На правах рукопису

Гончаренко Дар'я Сергіївна
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ
ВНАСЛІДОК ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:

Шевчук Ольга Петрівна,

кандидат психологічних наук, доцент

кафедри загальної та клінічної психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри загальної та клінічної психології

від _____ 2025 р

Завідувач кафедри

Журавльова Олена Володимірівна

ЛУЦЬК 2025

АНОТАЦІЯ

Гончаренко Дар'я Сергіївна. Психологічні особливості когнітивних процесів внаслідок переживання травматичних подій. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія, освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025.

Магістерська робота присвячена дослідженню впливу пережитих травматичних подій на когнітивні процеси особистості. У теоретичній частині проаналізовано сучасні підходи до розуміння когнітивних змін після психотравми, зокрема моделі когнітивної перебудови, механізми порушення уваги, пам'яті та мислення, а також нейропсихологічні основи посттравматичних змін.

Емпіричне дослідження проведено на базі реабілітаційного центру мережі *RECOVERY* у м. Луцьку з використанням комплексу психодіагностичних методик: опитувальника *PCL-5*, коректурної проби Бурдона–Анфімова, методики «10 слів» А. Лурії та методики «Виключення зайвого».

У ході аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що:

1. Увага осіб із пережитою травмою характеризується зниженими показниками концентрації, стійкості та продуктивності. Виявлено швидшу виснажуваність та більшу кількість помилок у порівнянні з особами без травматичного досвіду.
2. Пам'ять демонструє порушення на етапах кодування та відтворення інформації. Для учасників із вираженими посттравматичними симптомами характерне фрагментарне відтворення матеріалу, зниження обсягу запам'ятовування та більші труднощі у відтворенні через інтервал часу.
3. Мислення осіб із травматичним досвідом стає менш гнучким, із тенденцією до ригідності та переважанням негативно орієнтованих

когнітивних схем. Учасники частіше демонстрували труднощі з узагальненням, гірше виконували завдання на переключення мислення та легше фіксувалися на загрозованих або емоційно насичених елементах.

4. Виявлено взаємозв'язок між рівнем посттравматичних симптомів і зниженням когнітивної ефективності. Чим вищий рівень симптоматики за *PCL-5*, тим нижчими були показники уваги, короткочасної пам'яті та когнітивної гнучкості.
5. Когнітивні порушення мають системний характер і охоплюють кілька функціональних сфер одночасно. Результати підтверджують модель когнітивної перебудови після травматичної події, за якої емоційна домінанта порушує роботу систем контекстуалізації та когнітивного контролю.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання результатів для удосконалення системи психологічної допомоги, розроблення програм когнітивної реабілітації та покращення психодіагностики посттравматичних станів. Матеріали можуть бути застосовані в роботі психологів, психотерапевтів та фахівців реабілітаційних центрів.

Магістерська робота має подальші перспективи дослідження, зокрема у напрямі розширення вибірки, поглибленого аналізу механізмів когнітивної перебудови та впровадження інтегрованих програм відновлення когнітивної сфери після психотравми.

Ключові слова: психологічна травма, пам'ять, увага, мислення, посттравматичні зміни, когнітивні процеси, ПТСР, когнітивна гнучкість, реабілітація.

SUMMARY

Honcharenko Daria Serhiivna. Psychological Characteristics of Cognitive Processes as a Result of Experiencing Traumatic Events. Manuscript.

Master's qualification thesis submitted for the degree of Master in the specialty 053 Psychology, educational and professional program Clinical Psychology. Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The scientific research is devoted to the study of psychological characteristics of cognitive processes (attention, memory, and thinking) in individuals who have experienced traumatic events. In the theoretical part, the mechanisms of the impact of psychological trauma on cognitive functioning are revealed; contemporary cognitive, neuropsychological, and clinical concepts are analyzed, including the dual representation model of trauma, schema-based and neurocognitive approaches, as well as neurobiological changes accompanying PTSD.

The empirical study was conducted at the RECOVERY Rehabilitation Center (Lutsk) with the participation of adult individuals who had experienced psychotraumatic events. The following methods were used in the study: PCL-5, the Bourdon–Anfimov proofreading test, A. Luria's "10 Words" method, and the "Odd One Out" technique. The research was aimed at comparing cognitive indicators among individuals with different levels of severity of post-traumatic symptoms.

During the analysis of the empirical research results, it was established that:

1. Attention of individuals with experienced trauma is characterized by reduced indicators of concentration, stability, and productivity. Faster exhaustion and a greater number of errors were identified in comparison with individuals without traumatic experience.
2. Memory demonstrates impairments at the stages of information encoding and retrieval. Participants with pronounced post-traumatic symptoms are

characterized by fragmented reproduction of material, reduced memory span, and greater difficulties in delayed recall.

3. Thinking of individuals with traumatic experience becomes less flexible, with a tendency toward rigidity and the predominance of negatively oriented cognitive schemas. Participants more often demonstrated difficulties with generalization, performed worse on tasks requiring cognitive shifting, and were more likely to fixate on threatening or emotionally intense elements.
4. A relationship was identified between the level of post-traumatic symptoms and a decrease in cognitive efficiency. The higher the level of symptom severity according to PCL-5, the lower the indicators of attention, short-term memory, and cognitive flexibility.
5. Cognitive impairments are systemic in nature and simultaneously encompass several functional domains. The results confirm the model of cognitive restructuring after a traumatic event, in which emotional dominance disrupts the functioning of contextualization systems and cognitive control.
6. The practical significance of the study lies in the possibility of using the obtained results for psychodiagnostics, the development of cognitive rehabilitation programs, psychological support for individuals who have experienced trauma, as well as in the training of specialists in the field of clinical and rehabilitation psychology.
7. The master's thesis has prospects for further research in the direction of studying long-term cognitive consequences of trauma, developing interventions aimed at restoring cognitive functions, and expanding the sample for conducting deeper statistical generalizations.

Keywords: cognitive processes, traumatic experience, memory, attention, thinking, PTSD, cognitive flexibility, neuropsychological changes, rehabilitation.

ЗМІСТ

| | |
|---|-----------|
| ВСТУП..... | 7 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В УМОВАХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ | 12 |
| 1.1 Теоретичні підходи до вивчення когнітивних процесів у психології | 12 |
| 1.2. Психологічна травма як фактор змін у когнітивній сфері особистості | 18 |
| 1.3. Особливості порушень пам'яті, уваги й мислення при переживанні травматичних подій | 25 |
| Висновки до розділу 1..... | 30 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ПІСЛЯ ПЕРЕЖИТИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ | 33 |
| 2.1 Програма, організація та методи емпіричного дослідження | 33 |
| 2.2. Аналіз і інтерпретація результатів емпіричного дослідження ... | 37 |
| Висновки до розділу 2..... | 56 |
| ВИСНОВКИ | 60 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 64 |
| ДОДАТКИ | 71 |
| Додаток А..... | 71 |

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена глибокими змінами у сучасному суспільстві, де кількість людей, які стикаються з психотравмуючими обставинами, постійно зростає. Війна, вимушене переселення, втрата близьких, руйнування звичного способу життя, а також інші форми життєвих криз спричиняють значний психологічний тиск, який впливає не лише на емоційний стан людини, але й на її когнітивне функціонування.

Сьогодні, в умовах воєнних дій в Україні, тема наслідків психологічної травми набуває особливого значення. Багато людей переживають події, що залишають глибокий слід у свідомості, порушуючи здатність сприймати інформацію, концентруватися, запам'ятовувати, мислити логічно та приймати рішення. Когнітивні процеси, які є основою людської діяльності, стають уразливими під впливом травматичного досвіду. Це не лише ускладнює процес адаптації до нових умов життя, але й може призводити до тривалих труднощів у навчанні, роботі та міжособистісному спілкуванні.

Дослідження цієї проблеми має велике практичне значення, адже розуміння того, як саме травма змінює когнітивні процеси, дозволяє створювати більш ефективні методики психологічної підтримки та реабілітації. Вивчення психологічних механізмів впливу травматичних подій допомагає глибше усвідомити природу посттравматичних змін і знайти способи їх подолання. У сучасних умовах це не лише наукове завдання, а й соціальна потреба, оскільки відновлення когнітивного потенціалу особистості є важливою умовою її нормального функціонування в суспільстві.

Значний внесок у дослідження психологічних особливостей когнітивних та травматичних процесів зробили наступні вчені: Л. Засекіна [49], С. Засекін [48], С. Кузікова [22], О. Шевчук [42], П. Жане [13], О. Фільц [5], Н. Паніна [2] та інші.

Отже, дана тема є надзвичайно важливою і своєчасною, адже дослідження впливу травматичних подій на когнітивну сферу людини дає змогу краще

зрозуміти складні процеси відновлення психіки після травми та сприяє розвитку системи психологічної допомоги тим, хто пережив глибокі життєві потрясіння.

Об'єкт дослідження - когнітивні процеси особистості.

Предмет дослідження - психологічні особливості когнітивних процесів внаслідок переживання травматичних подій.

Мета дослідження полягає в теоретичному та емпіричному вивченні психологічних особливостей когнітивних процесів унаслідок переживання травматичних подій, обґрунтуванні можливих шляхів психологічної підтримки та відновлення когнітивної сфери після психотравми.

Відповідно до мети було поставлено наступні **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення когнітивних процесів у психології;
2. Розкрити вплив психологічної травми на когнітивну сферу особистості;
3. Визначити особливості порушень пам'яті, уваги та мислення при переживанні травматичних подій;
4. Розробити програму, організацію та методи емпіричного дослідження;
5. Провести емпіричне дослідження когнітивних процесів у осіб, які пережили травматичні події;
6. Проаналізувати та інтерпретувати результати емпіричного дослідження.
7. Розробити шляхи психологічної підтримки та відновлення когнітивної сфери після психотравми.

Методологічна і теоретична основа дослідження. Методологічною основою дослідження є сучасна когнітивна парадигма психології, що розглядає психіку як систему обробки інформації, у якій пізнавальні процеси забезпечують адаптивну взаємодію людини із зовнішнім середовищем. Дослідження ґрунтується на інформаційно-обробному, схемно-структурному, процесно-модельному та нейрокогнітивному підходах, що забезпечують комплексне вивчення когнітивних функцій у контексті переживання травматичних подій. У роботі використано

положення когнітивної психології (Дж. Бродбент, Д. Норман, У. Найссер, Г. Саймон), які розглядають пізнання як послідовність етапів прийому, зберігання й відтворення інформації. Теоретичну основу також складає модель подвійного представлення травми (Dual Representation Theory) К. Брюїна, Т. Далгліша та С. Джозефа, яка пояснює феномен фрагментарності пам'яті після травматичних подій. Для аналізу змін у когнітивній сфері залучено схемно-структурний підхід (А. Бек, Д. Янг, О. Манюк), що дозволяє пояснити вплив травми на ментальні схеми безпеки й контролю. Нейропсихологічні концепції (А. Лурія, Б. ван дер Колк, І. Ліберзон, С. Папанас) стали теоретичним підґрунтям для аналізу структурно-функціональних змін мозку, що лежать в основі когнітивних порушень після психотравм.

Методи дослідження. У процесі роботи застосовано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів, спрямованих на глибоке вивчення психологічних особливостей когнітивних процесів після травматичних подій. Теоретичний етап включав аналіз, порівняння, узагальнення та систематизацію наукових джерел, що дозволило сформувати науково-методологічну базу дослідження. Організаційна частина дослідження мала порівняльний характер і передбачала зіставлення результатів двох груп: осіб, які пережили травматичні події, та осіб без такого досвіду. Емпіричне вивчення здійснювалося з використанням опитувальника *PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)*, який дозволяє кількісно оцінити рівень посттравматичних симптомів відповідно до *DSM-5* і має високі психометричні показники надійності ($\alpha = 0,91-0,94$). Для дослідження уваги застосовувалася коректурна проба Бурдона-Анфімова, що дала можливість оцінити концентрацію, обсяг і стійкість уваги. Пам'ять досліджувалася за методикою «10 слів» А. Р. Лурії, яка дозволяє виявити особливості короткочасного і довготривалого запам'ятовування. Для вивчення мислення використовувалася методика «Виключення зайвого», спрямована на аналіз процесів узагальнення та когнітивної гнучкості. Отримані результати

оброблялися за допомогою кількісних і якісних методів математичної статистики, зокрема кореляційного аналізу Пірсона. Дизайн дослідження мав порівняльний, квазіекспериментальний характер, що забезпечило можливість перевірки гіпотези про наявність відмінностей у когнітивному функціонуванні між особами, які пережили травму, та тими, хто не мав такого досвіду.

База дослідження. Дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру мережі *RECOVERY* у місті Луцьк у період вересень-жовтень 2025 року. Загальна вибірка становила 14 осіб віком від 20 до 45 років.

Наукова новизна. Уперше на основі комплексного підходу (когнітивного, нейропсихологічного та клінічного) визначено особливості змін уваги, пам'яті та мислення у людей, які пережили травматичні події. Виявлено взаємозв'язок між рівнем вираженості посттравматичних симптомів та показниками когнітивної ефективності. Уточнено структуру когнітивних порушень у посттравматичних станах та розроблено узагальнену модель когнітивної перебудови після травми. Результати розширюють уявлення про психологічні механізми впливу травми на когнітивну сферу та доповнюють існуючі теоретичні моделі посттравматичних розладів.

Практична значущість одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності психологів, психотерапевтів і фахівців реабілітаційних центрів для створення програм когнітивної реабілітації осіб, які пережили психотравмуючі події. Отримані дані мають прикладне значення для удосконалення діагностики когнітивних порушень, розроблення психокорекційних програм, підвищення психологічної стійкості та адаптаційних можливостей людини. Матеріали роботи можуть бути використані у навчальному процесі закладів вищої освіти під час викладання курсів із клінічної психології, психодіагностики, психології травми та реабілітаційної психології. Результати сприяють подальшому розвитку системи психологічної допомоги в Україні,

особливо у контексті підтримки військовослужбовців, переселенців та цивільного населення, яке зазнало наслідків воєнних подій.

Апробація роботи. Основні положення та результати дослідження доповідалися на XII міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві» 8-12 грудня 2025.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 1 рисунок та 1 таблицю. Список використаних джерел налічує 50 найменувань. Повний обсяг роботи - 72 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В УМОВАХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1 Теоретичні підходи до вивчення когнітивних процесів у психології

Когнітивні процеси, що включають сприймання, увагу, пам'ять, мислення та прийняття рішень, є фундаментальними складовими психічної діяльності людини та визначають ефективність її адаптації до соціального середовища. У клінічній психології дослідження когнітивних процесів набуває особливого значення в умовах психотравматичного впливу, оскільки психологічна травма здатна істотно модифікувати функціонування когнітивної сфери. Порушення можуть проявлятися на рівні механізмів обробки інформації, зміни ментальних схем, порушень пам'яті та уваги, а також у спотворенні процесів мислення. Вивчення когнітивних процесів у цих умовах дозволяє не лише описати симптоми, але й визначити механізми їх формування, що є важливим для розробки психокорекційних заходів.

Історично вивчення когнітивних процесів ґрунтувалося на інформаційно-обробному підході, що сформувався у другій половині ХХ століття в працях Дж. Бродбента, Г. Саймона, Д. Нормана та У. Найссера. Вони розглядали пізнавальну діяльність як послідовність етапів - сенсорне введення, кодування, зберігання і вилучення інформації, тобто як упорядкований процес переробки даних. Цей підхід дав змогу створити стандартизовані методи вимірювання когнітивних функцій, серед яких - тести на швидкість реакції, експериментальні завдання на пам'ять і концентрацію уваги [8, 37]. Проте сучасні дослідження показують, що в умовах психотравматичного досвіду така модель стає недостатньою, оскільки вона є занадто лінійною та не враховує контекстуальних і емоційних компонентів мислення.

Емпіричні дослідження показують, що пережиті травматичні події суттєво впливають на роботу уваги, пам'яті та здатність людини контролювати власні когнітивні процеси. У метааналізі, який провів Р. Мейсер разом із колегами, було

доведено, що в осіб, які пережили травму, спостерігаються стійкі порушення робочої пам'яті, уповільнення обробки інформації та зниження концентрації уваги [30, с. 884]. Схожі результати отримала й група дослідників під керівництвом М. Майер: вони виявили, що у дорослих, котрі в дитинстві пережили психотравмувальні події, знижуються показники просторової пам'яті та когнітивної гнучкості [27].

Ці дані свідчать не лише про зменшення продуктивності пам'яті, а й про зміну її функціонування загалом. Травматичний досвід впливає на всі етапи роботи пам'яті - від кодування й консолідації до подальшого вилучення інформації. Через це спогади можуть ставати уривчастими, фрагментарними, насиченими сильним емоційним забарвленням. Іншими словами, травма створює своєрідні «вузькі місця» в системі обробки інформації, які порушують її природний перебіг і цілісність.

Дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) свідчать, що вплив травми не обмежується лише окремими когнітивними процесами - він зачіпає вищі рівні організації мислення, такі як когнітивні схеми та стратегії. У дітей і підлітків, які пережили психотравму, нерідко формуються узагальнені уявлення про небезпеку, що породжує постійне відчуття загрози й підвищену тривожність.

Як зазначає А. Ехлерс з колегами, індивідуальні відмінності у способі когнітивної переробки травматичної події можуть пояснювати феномен мимовільних повторних переживань - коли фрагменти травматичного досвіду спливають у свідомості без контролю людини [15, с. 414]. Також з'ясовано, що для посттравматичних розладів характерна активація певних когнітивних стратегій - уникання, румінації, фрагментованого мислення. Ці стратегії підтримують патологічні переживання й заважають інтегрувати травматичний досвід у цілісну систему пам'яті.

На нейробіологічному рівні доведено, що травматичний досвід здатний викликати як структурні, так і функціональні зміни в мозку. За словами С. Папанас, тривалий стрес пригнічує процес утворення нових нейронів у гіпокампі, знижує активність префронтальної кори та підвищує реактивність мигдалеподібного тіла. Усе це порушує баланс між когнітивним контролем і емоційними реакціями [33]. Подібні результати підтверджують і дослідження Б. ван дер Колка, проведені за допомогою методів нейровізуалізації. Учений виявив зменшення об'єму гіпокампа та розрив зв'язків між префронтальною корою й системами пам'яті [18]. Отже, травма не просто послаблює здатність до мислення та запам'ятовування, а й безпосередньо змінює нейронні механізми, які лежать в основі цих процесів.

Попри значний науковий прогрес, інформаційно-обробний підхід, який залишається основним у когнітивній психології, має свої межі, коли йдеться про психотравматичні розлади. Як наголошує К. Брюїн, у стані травми когнітивна діяльність визначається не лише обробкою інформації, а й емоційним контекстом, оцінкою небезпеки, метакогнітивними установками та часовими чинниками [10, с. 232]. У цьому контексті особливо важливою є модель подвійного представлення травми (*Dual Representation Theory*), розроблена Крисом Бруїном, Тімом Далглішем і Стівеном Джозефом у 1996 році. Вона пояснює, що травматичні спогади існують у двох паралельних формах: словесно-декларативній та сенсорно-емоційній [9, с. 686].

Словесно-декларативна пам'ять (*verbally accessible memory, VAM*) забезпечує можливість свідомо пригадати події, описати їх словами й пов'язати з певним часом і місцем. Сенсорно-емоційна пам'ять (*situationally accessible memory, SAM*), навпаки, складається переважно із сенсорних і емоційних фрагментів події, які не підлягають вербальній обробці. Саме ця форма пам'яті активується автоматично й проявляється у вигляді флешбеків, нічних кошмарів або відчуття, ніби подія відбувається «тут і тепер», хоча насправді належить до минулого [11].

У звичайних умовах ці дві системи працюють разом, формуючи цілісну, узгоджену пам'ять. Проте під час травми вербальна обробка часто порушується через надмірний стрес, стан дисоціації чи сильне емоційне напруження. У результаті сенсорно-емоційні представлення починають домінувати. Це призводить до того, що спогади залишаються розірваними, неінтегрованими та можуть мимовільно активуватися під дією певних тригерів, змушуючи людину знову переживати подію, ніби вона відбувається зараз.

Клінічні наслідки такої організації пам'яті чітко проявляються у симптомах посттравматичного стресового розладу. Такі явища, як флешбеки, нав'язливі спогади та труднощі з вербалізацією подій, можна пояснити тим, що сенсорно-емоційна пам'ять домінує над словесно-декларативною. Наукові дослідження підтверджують, що терапевтичні втручання, спрямовані на поєднання сенсорних і вербальних уявлень, допомагають зменшити частоту флешбеків і покращити усвідомлене відтворення травматичних спогадів [24, с. 82].

У подальших роботах, зокрема у дослідженнях Брюїна та Бургесса, цю концепцію уточнили: модель VAM була перетворена у так звані контекстуальні репрезентації (*C-reps*), тоді як сенсорні представлення отримали позначення *S-reps* [10]. Таке уточнення дало змогу більш точно узгодити модель із нейронауковими даними, пояснюючи, як травматичний досвід впливає на роботу гіпокампу та мигдалеподібного тіла, а також на взаємодію між сенсорними та контекстуальними системами пам'яті.

Теорія подвійного представлення травми не лише описує характерні симптоми ПТСР, а й задає орієнтири для терапевтичної роботи. Головним завданням стає зміцнення зв'язків між сенсорними й вербальними компонентами пам'яті, інтеграція флешбеків у цілісне усвідомлене переживання події та зменшення автоматичної активації сенсорних слідів. Водночас ця теорія потребує подальшого уточнення, зокрема щодо механізмів взаємодії систем *SAM* і *VAM* та їх

впливу на різні клінічні групи. Це сьогодні розглядається як перспективний напрям сучасних досліджень.

Щоб краще зрозуміти, як психотравма впливає на когнітивну сферу, важливо звернутися до схемно-структурного підходу. Він розглядає когнітивні процеси як функціонування ментальних схем, що формуються під впливом попереднього досвіду та соціокультурного контексту. Українські дослідники О. Манюк і Е. Балашов показали, що руйнування базових схем безпеки та контролю у людей, які пережили травматичні події, призводить до порушень уваги, зниження ефективності пам'яті та появи нав'язливих спогадів [4, с. 72]. Аналіз наукових джерел свідчить, що когнітивні схеми визначають не лише стратегії обробки інформації, але й спосіб, у який людина інтерпретує події та реагує на них емоційно. У випадку психотравми зміна цих схем може викликати глибші порушення мислення, які не завжди виявляються через стандартні психологічні тести.

Сучасні дослідження також звертають увагу на процесно-модельний підхід, що дозволяє більш детально розглянути внутрішні етапи когнітивної діяльності - від сенсорного сприйняття до збереження та відтворення інформації. Завдяки цьому підходу можна визначити, на якому саме рівні виникають порушення. Наприклад, роботи П. Майя та Дж. Н. Куца показують, що після психотравматичних подій часто спостерігається уповільнення перемикавання уваги, дефіцит робочої пам'яті та порушення цілісності інформаційних блоків [26, с. 347]. Такий підхід відкриває можливості для більш точного визначення особливостей когнітивних дисфункцій і створення ефективних методів психологічної корекції.

Новіші теоретичні підходи все частіше спираються на нейропсихологічні та нейронаукові дані, щоб пояснити, як саме працюють когнітивні процеси. Дослідники розглядають не лише окремі функції мозку, а цілі мережі його взаємодій, принципи прогностичного кодування та багаторівневу інтеграцію різних

систем. Зокрема, наукові роботи показують, що після пережитої травми когнітивні порушення часто пов'язані зі зниженням активності гіпокампу, порушенням роботи префронтальної кори та підвищеною реактивністю мигдалеподібного ядра.

Українські науковці Р. Долинський та О. Напрєєнко також відзначають подібні зміни. У своїй статті «Когнітивні порушення у постраждалих від агресії РФ, на тлі посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» вони зазначають, що когнітивні розлади значно частіше спостерігаються у пацієнтів із ПТСР (ВШ 4,0), особливо серед жінок старше 41 року [3].

Поєднання нейрокогнітивних даних із класичними когнітивними моделями є надзвичайно важливим кроком, адже воно дозволяє глибше зрозуміти, як саме формується і проявляється травматичне ураження психіки, а також визначити потенційні точки втручання - наприклад, через механізми нейропластичності чи методи когнітивної реабілітації. Українські дослідження Долинського та Вовк, які аналізують вплив травматичних подій на когнітивні процеси у дорослому віці з використанням тестів і стандартизованих анкет [1], підтверджують, що такі зміни часто проявляються у вигляді порушень пам'яті, уваги та мислення, а також відображаються на емоційному стані людини. Таким чином, інтеграція нейрокогнітивних і класичних підходів допомагає створити цілісну картину цих порушень і визначити можливі напрями психокорекції.

Після аналізу сучасних наукових джерел можна зробити висновок, що для вивчення когнітивних процесів у контексті психологічної травми найефективнішим є мультипідходовий формат дослідження. Він поєднує інформаційно-обробний, схемно-структурний, процесно-модельний і нейрокогнітивний підходи. Така інтеграція дає змогу не лише кількісно оцінити дефіцит певних когнітивних функцій, а й зрозуміти механізми їх формування та розробити науково обґрунтовані стратегії психологічного втручання.

Отже, сучасна теоретико-методологічна база дослідження когнітивних процесів підтверджує необхідність комплексного підходу, що враховує різні рівні

обробки інформації, зміни когнітивних схем і нейропсихологічні особливості посттравматичних станів. Такий підхід дає змогу глибше пояснити природу когнітивних порушень і визначити напрямки подальших емпіричних досліджень у галузі клінічної психології.

1.2. Психологічна травма як фактор змін у когнітивній сфері особистості

Психологічна травма сьогодні розглядається як одна з найсерйозніших проблем у сфері сучасної психіатрії та психології. Вона не лише змінює емоційний стан людини, але й глибоко впливає на її мислення, сприйняття, здатність концентрувати увагу, запам'ятовувати інформацію та приймати рішення. По суті, травма може порушити ті базові когнітивні процеси, які забезпечують ефективну взаємодію з навколишнім світом і дозволяють людині навчатися та адаптуватися до соціальних умов.

Під психологічною травмою розуміють подію або низку подій, що викликають тривалі емоційні та психічні порушення. Такі переживання можуть стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), комплексного посттравматичного стресового розладу (*cPTSD*) або призводити до хронічних посттравматичних станів. Наукові дослідження останніх років переконливо демонструють: наслідки травми не обмежуються лише емоційними проявами - тривогою, депресією чи страхом. Вони зачіпають і ширшу сферу когнітивного функціонування, впливаючи на увагу, робочу й епізодичну пам'ять, виконавчі функції та швидкість обробки інформації. Усвідомлення характеру цих когнітивних змін є вкрай важливим не лише для психіатричної практики, але й для створення ефективних програм психологічної реабілітації.

Травматичний досвід може мати найрізноманітніші джерела - від участі у бойових діях чи переживання масових катастроф до випадків сексуального насильства, дитячих зловживань або тривалого побутового стресу. У сучасній науковій літературі прийнято виділяти три основні типи травматичних станів.

Перший - гостра травма, яка виникає внаслідок одноразового епізоду і зазвичай супроводжується вираженою стресовою реакцією. Другий - комплексна травма, що формується через повторювані або тривалі психотравмуючі події, часто у дитячому віці, і спричиняє глибші та стійкі когнітивні порушення. Третій тип - хронічні посттравматичні стани, які розвиваються під впливом постійного психоемоційного навантаження та проявляються у вигляді довготривалих змін у когнітивній сфері. Як показують дослідження З. Шендорф, саме комплексна травма найчастіше асоціюється з більш вираженими когнітивними дефіцитами, ніж наслідки одноразових травматичних подій. Це підтверджує важливість урахування типу пережитої травми при оцінці її впливу на когнітивне функціонування людини [40, с. 10].

Увага та концентрація належать до найчутливіших когнітивних сфер, які першими реагують на наслідки психологічної травми. Дослідження, проведене С. Пріето та колегами, показало, що люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) постійно стикаються з труднощами у підтриманні уваги та вибіркового фокусуванні [35, с. 4]. Ці порушення не є лише суб'єктивними - вони підтверджуються результатами нейропсихологічних тестів, зокрема *Stroop Test* та *Continuous Performance Test*. Вчені наголошують, що ступінь вираженості симптомів ПТСР прямо корелює з прискореним зниженням когнітивних показників уваги з віком, що свідчить про довготривалі наслідки впливу травматичного стресу.

Робоча пам'ять також виявляється особливо вразливою до травматичних впливів. У дослідженні М. Розі та співавторів було виявлено, що в осіб із ПТСР спостерігається зниження ефективності при виконанні складних завдань, погіршення вербальної та візуально-просторової робочої пам'яті, а також труднощі з оновленням інформації й пригніченням непотрібних уявлень [37, с. 25]. Такі порушення формують когнітивну ригідність, зменшують гнучкість мислення та негативно впливають на здатність до навчання і вирішення нових завдань. Крім

того, стан робочої пам'яті виступає важливим предиктором довготривалого когнітивного спаду у людей із хронічними формами ПТСР.

Епізодична пам'ять також зазнає суттєвих змін у пацієнтів із ПТСР. Згідно з даними З. Шендорфа, травматичні події порушують як процес формування, так і механізми відтворення епізодичних спогадів [40, с. 2]. Такі спогади стають фрагментованими: людина може дуже чітко пам'ятати емоційні деталі, але водночас втрачає контекст подій. Це часто призводить до появи флешбеків і труднощів із контекстуалізацією минулого досвіду. Нейропсихологічні та нейровізуалізаційні дослідження показують, що подібні порушення пов'язані з дисфункцією гіпокампа, який відіграє ключову роль у підтриманні когнітивної цілісності особистості.

Виконавчі функції, до яких належать інгібіторний контроль і когнітивна гнучкість, у людей, що пережили травматичний досвід, зазвичай помітно знижуються. Дослідниця Д. Свік наголошує, що дефіцит інгібіції у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом пояснює труднощі з перемиканням між завданнями, контролем імпульсів і процесом планування [43]. Такі порушення безпосередньо впливають на емоційний стан, сприяючи підвищеній тривожності та закріпленню нав'язливих травматичних думок. Порушення виконавчих функцій можна вважати одним із найвиразніших когнітивних маркерів психологічної травми, адже саме вони визначають здатність людини до саморегуляції, адаптації в нових обставинах і контролю власних реакцій.

Зміни помітні й у швидкості обробки інформації. Часто постраждали стикаються з феноменом, який у літературі описується як «*brain fog*» або «мозковий туман». На це звертає увагу Б. Сангер, зазначаючи, що «затуманення» мислення проявляється не лише у скаргах самих пацієнтів, а й у результатах нейропсихологічних тестів. Вважається, що такі порушення пов'язані з нейровоспаленням, розладом нейротрансмітерних систем і надмірною активацією стресової відповіді організму [39, с. 589]. «*Brain fog*» можна розглядати як

узагальнений прояв когнітивних змін - своєрідний сигнал, який вказує на те, що мозок потребує підтримки й терапевтичного втручання, поки зміни не стали незворотними.

Нейробіологічні механізми цих когнітивних порушень мають як структурний, так і функціональний характер. За даними мультимодальних досліджень Х. Чжана, у пацієнтів із ПТСР спостерігається зменшення об'єму гіпокампа, а також порушення активності префронтальної кори та мигдалеподібного тіла [50, с. 1]. Зменшення об'єму гіпокампа зазвичай пов'язують із розладами епізодичної пам'яті, тоді як дисфункція префронтальної кори безпосередньо впливає на виконавчі функції - планування, контроль і прийняття рішень. Поєднання структурних і функціональних методів нейровізуалізації дозволяє найповніше зрозуміти картину цих змін і навіть прогнозувати їх подальший розвиток.

Не менш важливими є фізіологічні та імунні механізми. Сучасні систематичні огляди наголошують, що нейровоспалення, підвищений рівень цитокінів і порушення роботи осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники мають безпосередній негативний вплив на нейрони гіпокампа та процеси синаптичної пластичності. Хронічна дисрегуляція цієї системи може призвести до поглиблення когнітивних розладів і навіть підвищує ризик розвитку нейродегенеративних захворювань у майбутньому.

У міжнародному науковому просторі результати досліджень, проведених у 2023-2025 роках, переконливо підтверджують описані механізми впливу травматичних подій на когнітивні процеси. Так, С. Прієто разом із колегами з'ясували, що тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу безпосередньо пов'язана з пришвидшеним когнітивним спадом - насамперед у сферах уваги та пам'яті. У свою чергу, Д. Свік звернув увагу на дефіцит інгібіторного контролю як ключовий чинник появи нав'язливих травматичних спогадів. Дослідження М. Розі та його команди підтвердило, що пережиті в

дитинстві травматичні події корелюють із помітним зниженням виконавчих функцій, ослабленням пам'яті та сповільненням обробки інформації вже у дорослому віці. З. Шендорф у своїй роботі довів, що у людей із комплексним ПТСР когнітивні порушення проявляються значно сильніше, ніж у тих, хто пережив одноразову травму. А Б. Сангер детально дослідив феномен так званого «*brain fog*» - або «мозкового туману» - пов'язавши його з процесами нейрозапалення та коморбідними психічними станами. Учений також запропонував клінічні підходи до оцінювання суб'єктивних скарг пацієнтів на зниження когнітивної ясності.

Український контекст є надзвичайно показовим для розуміння масштабних наслідків травматичних подій для когнітивного функціонування. За даними дослідження Д. Мартсенковського та його колег, війна в Україні призвела до того, що значна частина населення страждає від тривоги, депресії та ПТСР. Ці стани безпосередньо впливають на рівень когнітивної продуктивності, знижують академічну успішність і працездатність, а також ускладнюють професійну діяльність [28, с. 1]. У свою чергу, О. Луцак із науковою групою підкреслив, що біженці та внутрішньо переміщені особи мають надзвичайно високі показники стресу, тривожності та симптомів ПТСР. Це створює серйозне навантаження на систему психічного здоров'я країни та вимагає розробки ефективних програм когнітивної реабілітації [25, с. 9]. Додаткові спостереження серед студентів і науковців підтверджують: хронічний стрес і підвищена тривожність знижують концентрацію, швидкість мислення й загальну ефективність навчальної чи наукової діяльності, що свідчить про глибокі когнітивні наслідки масового психотравмування населення.

Нові українські дослідження 2024-2025 років суттєво поглиблюють розуміння наслідків тривалого стресу для психічного здоров'я. У роботі М. Матіаш та її колег, проведеної серед 487 цивільних осіб, встановлено, що тривалий військовий стрес призводить до розвитку синдрому хронічної втоми й поступового

зниження когнітивних функцій. Найчастіше це проявляється у вигляді проблем із пам'яттю, труднощів із концентрацією уваги та сповільнення швидкості мислення. Дослідники зазначають, що найвираженіші порушення спостерігаються серед жінок [29, с. 393].

Клінічне дослідження, проведене Р. Долинським серед мешканців Чернігівської, Сумської, Дніпропетровської та Харківської областей, дало схожі результати. Виявлено, що понад 60 відсотків учасників мають помірні або значні когнітивні порушення. Найчастіше люди скаржилися на проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги та виконанням складних завдань, що нерідко супроводжувалося проявами посттравматичного стресового розладу [14].

Схожі тенденції виявлено і серед студентської молоді. Згідно з дослідженням Ю. Поліванії та співавторів, значна частина студентів стикається з підвищеними рівнями депресії, тривожності, безсоння та симптомів посттравматичного стресу. Такі стани безпосередньо впливають на навчальну успішність, знижують когнітивну гнучкість і загальну мотивацію до навчання. Дослідники підкреслюють, що ризик виникнення цих проблем є вищим серед жінок, а також у тих, хто пережив втрату близьких або кілька травматичних подій [34].

Масштабне міжнародне дослідження Ш. Ванг, у якому взяли участь понад дві тисячі осіб, підтверджує ці спостереження. За його результатами, 14,4 відсотка респондентів мають ознаки посттравматичного стресового розладу, а ще 8,9 відсотка - комплексного ПТСР. Було встановлено чітку закономірність: чим більше травматичних подій пережила людина, тим нижчими виявляються показники її якості життя, працездатності та когнітивної ефективності [46].

Узагальнюючи результати проведених досліджень, можна впевнено сказати, що масова травматизація населення має серйозні наслідки для когнітивного функціонування людини. Найчастіше це проявляється у труднощах із концентрацією уваги, послабленні пам'яті, уповільненні процесів мислення та порушеннях виконавчих функцій. Усе це безпосередньо впливає на якість життя

людини, її здатність навчатися, працювати та залишатися ефективною у професійній діяльності.

Сьогодні, в умовах сучасної України, стає дедалі очевиднішою потреба у створенні національної системи когнітивної реабілітації. Вона має включати раннє виявлення порушень у школах, університетах та медичних закладах, а також запровадження програм психологічної підтримки, онлайн-інтервенцій і спеціальних когнітивних тренінгів. Важливо, щоб підхід до цієї проблеми був комплексним - поєднував когнітивні, емоційні та соціальні складові. Саме такий підхід може стати ключем до зменшення довготривалих наслідків війни для інтелектуального потенціалу нашого суспільства.

Клінічні та реабілітаційні наслідки отриманих даних також мають велике значення. Рання діагностика когнітивних порушень у людей із посттравматичним стресовим розладом, поєднання психотерапії з когнітивною реабілітацією, а за потреби - застосування медикаментозного лікування та соціально-економічних програм для тих, хто пережив масові травми, дозволяють запобігти формуванню стійких когнітивних дефіцитів і сприяють кращій адаптації постраждалих у суспільстві. Мультимодальний підхід, що об'єднує різні методи, виявляється значно ефективнішим, ніж поодинокі інтервенції. Він може включати навіть комп'ютерні когнітивні тренування як додатковий інструмент підтримки.

Отже, психологічна травма - це не лише емоційне переживання, а й потужний чинник, який змінює когнітивну сферу особистості, часто залишаючи тривалі наслідки. Для того щоб ефективно реагувати на цю проблему, необхідні цілісні стратегії, що охоплюють ранню діагностику, нейропсихологічний моніторинг, комбіновані методи терапії та широкі соціальні програми. Особливо важливо, щоб в Україні розвивалися масштабні лонгітюдні дослідження, які б дозволили краще розуміти довготривалі наслідки війни, а також створювалися системи психологічної та когнітивної допомоги для тих, хто пережив бойові дії та інші травматичні події.

1.3. Особливості порушень пам'яті, уваги й мислення при переживанні травматичних подій

Переживання травматичних подій має надзвичайно глибокий і різнобічний вплив на когнітивну сферу людини, зокрема на процеси пам'яті, уваги та мислення. Коли людина переживає психологічну травму, активується система стресу, відбувається гіперактивація мигдалеподібного тіла та порушується взаємодія між гіпокампом і префронтальною корою - саме ці структури мозку відповідають за регуляцію пізнавальної діяльності [7, с. 687]. У результаті змінюються основні механізми кодування, зберігання й відтворення інформації, а також страждає робота уваги та виконавчих функцій.

Порушення пам'яті після пережитої травми може проявлятися в декількох формах. Передусім спостерігається вибіркова перевага пам'яті для інформації, пов'язаної з травматичним досвідом. Наприклад, у дослідженні А. Тудораке, В. Ель-Хаже та Д. Кларіс було виявлено, що у людей із вираженими симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) під час виконання багатозадачних завдань запам'ятовування слів, пов'язаних із травмою, залишалось на стабільному рівні, тоді як нейтральні слова запам'ятовувалися набагато гірше [44, с. 1406]. Такий результат свідчить не просто про підвищену увагу до травматичних стимулів, а про те, що їх кодування в осіб із ПТСР відбувається незалежно від кількості доступних когнітивних ресурсів.

Крім того, травма часто призводить до порушення структури довготривалої пам'яті. Спогади стають фрагментарними - вони не складаються в послідовну оповідь, а радше постають у вигляді розрізнених сенсорних образів, запахів, звуків або коротких сцен. Це робить процес відтворення травматичних подій болісним і хаотичним. Ще один наслідок - ослаблення робочої пам'яті. Згідно з мета-аналізом 60 досліджень ($n = 4\ 108$), середній ефект впливу травматичного досвіду на показники уваги й робочої пам'яті становить $d = -0,50$ [41, с. 105]. Інакше кажучи,

люди, які пережили травму, мають менше когнітивних ресурсів для утримання та одночасної обробки інформації в реальному часі, що негативно позначається на їхній здатності концентруватися, планувати дії й приймати рішення.

Сучасні нейропсихологічні дослідження підтверджують, що наслідки травматичних подій не зводяться лише до окремих порушень пам'яті чи уваги, а зачіпають складні інтегративні функції мозку. За даними Р. Аупперле та співавт., у людей із ПТСР спостерігається помітне зниження когнітивної гнучкості - здатності швидко змінювати хід мислення й адаптуватися до нових умов [6, с. 686]. Через це у них частіше проявляється ригідність мислення, тобто схильність діяти за звичними схемами навіть тоді, коли ситуація потребує нових рішень. Подібні висновки роблять Р. Джансен та інш., які зазначають, що ПТСР пов'язаний із порушеннями функцій дорсолатеральної префронтальної кори - ділянки мозку, відповідальної за виконавчий контроль, саморегуляцію та планування [20, с. 798].

Важливі результати отримали також І. Ліберзон і Ч. Сріпада: їхні дослідження показали, що у людей із ПТСР спостерігається надмірна активність мигдалеподібного тіла у поєднанні зі зниженим рівнем активності гіпокампа [23, с. 151]. Це призводить до того, що процеси контекстуалізації спогадів порушуються, і травматичні події переживаються як такі, що відбуваються тут і тепер, а не в минулому. Через це навіть незначні нагадування про травму можуть викликати надмірну емоційну реакцію, схожу на повторне проживання події.

Науковці також підкреслюють, що реакція на травму значною мірою залежить від індивідуальних особливостей людини та її психологічних ресурсів. Зокрема, лонгітюдне дослідження П. Фузар-Полі показало, що когнітивні порушення, спричинені травмою, можуть бути частково оборотними [17]. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає відновити баланс між емоційними та раціональними механізмами мозку, посилюючи контроль префронтальної кори над емоційними реакціями. Це підтверджують результати нейровізуалізаційних досліджень Е. Фалконер та співавт., де після проходження терапії у пацієнтів

спостерігалось відновлення нормальної активності в гіпокампі та префронтальній корі [16].

Тож, сучасна наукова література переконливо свідчить, що травматичні події мають не лише короткочасний вплив на когнітивні процеси, а й можуть спричиняти глибокі системні зміни у нейронних мережах, які відповідають за пам'ять, увагу та мислення. Водночас наявність пластичності мозку і можливість компенсаційних механізмів дають підстави для оптимізму: за умов належної психотерапевтичної підтримки та цілеспрямованої реабілітації ці порушення можуть поступово зменшуватися, а когнітивне функціонування - відновлюватися.

Функції уваги після пережитої травми зазнають подвійних змін: з одного боку, зростає чутливість до будь-яких загрозливих стимулів, а з іншого - помітно знижується когнітивна стійкість. Дослідження Й. Вастерлінга серед ветеранів показало, що посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується труднощами у підтриманні уваги та зниженим інгібаторним контролем - здатністю відсіювати непотрібну інформацію, яка не стосується основного завдання [45, с. 129]. Схожі результати отримав Б. Рассел у своїй роботі з військовослужбовцями: чим частіше у людей виникали флешбеки та симптоми гіперзбудження, тим гірше вони справлялися із завданнями, що потребували концентрації та роботи пам'яті [38]. Це означає, що увага людини після травми перестає бути просто інструментом виконання завдань - вона постійно спрямована на пошук потенційної небезпеки, навіть якщо загроза давно минула.

Подібні висновки підтверджують і сучасні нейровізуалізаційні дослідження. Ю. Крюгер з колегами за допомогою *fMRI* довели, що у ветеранів із ПТСР під час концентрації на нейтральних стимулах надмірно активується передня поясна кора та мигдалеподібне тіло, тобто ті структури мозку, які відповідають за емоційну реакцію на небезпеку [21]. Це призводить до того, що внутрішні емоційні сигнали «перехоплюють» увагу. К. Рабінак з колегами виявили, що при стресі активність дорсолатеральної префронтальної кори - ділянки, яка забезпечує когнітивний

контроль і стійкість уваги, - помітно знижується [36]. Саме тому люди з ПТСР часто залишаються у стані гіперпильності навіть у безпечному середовищі.

Мислення після травми також зазнає істотних змін. Воно стає більш ригідним, менш гнучким, а швидкість обробки інформації - помітно знижується. Метааналіз Дж. Скотта та співавт. показав, що серед когнітивних функцій найбільше страждають вербальне навчання ($d = -0,62$), швидкість обробки інформації ($d = -0,59$) і робоча пам'ять ($d = -0,50$) [41]. Г. Імбріано вказує, що симптоматика ПТСР пов'язана з кращим розпізнаванням негативних стимулів у порівнянні з нейтральними, що свідчить про формування мисленнєвого упередження у напрямку небезпеки [19]. Подібні результати отримали В. Нгуєн та інш., які довели, що люди з ПТСР схильні тлумачити двозначні ситуації як загрозові, часто перебільшуючи потенційну небезпеку [32].

Когнітивна негнучкість призводить до того, що люди після травми рідше шукають нові способи розв'язання проблем і частіше діють за звичними автоматичними схемами. М. Браун і Р. Морей показали, що така ригідність безпосередньо пов'язана зі зниженням функціональної зв'язності між медіальною префронтальною корою та гіпокампом - зонами мозку, які відповідають за оновлення пам'яті та адаптацію до нових обставин [12].

На біологічному рівні ці процеси супроводжуються помітними змінами у структурі мозку. У людей із тривалими проявами ПТСР часто спостерігають зменшення об'єму гіпокампа, дисфункцію префронтальної кори та підвищений рівень нейрозапалення. Дослідження Л. Ксу з колегами доповнює ці дані: у пацієнтів із хронічним ПТСР було виявлено підвищення рівня запальних цитокінів (*IL-6*, *TNF- α*), що корелює з гіршими показниками пам'яті та уваги [47, с. 167].

Таким чином, сучасні наукові дані свідчать: травматичний досвід впливає не лише на емоційний стан, а й кардинально змінює когнітивну архітектуру мозку - від гіперпильності та втрати концентрації до зниження когнітивної гнучкості та довготривалих нейробіологічних наслідків.

Аналіз сучасних наукових досліджень показує, що переживання травматичних подій справляє глибокий та багатовимірний вплив на когнітивну сферу людини, змінюючи базові механізми сприймання, запам'ятовування й мислення. Після травми робота когнітивних процесів зазнає серйозної перебудови: увага людини починає мимоволі фокусуватися на будь-яких потенційно загрозливих сигналах, пам'ять утримує яскраві травматичні образи, а мислення поступово стає менш гнучким і більш схильним до повторення одних і тих самих схем. Такі зміни можна розглядати як своєрідну захисну реакцію організму, спрямовану на виживання. Проте, попри її адаптивну природу, вона часто ускладнює подальшу соціальну взаємодію, навчання та здатність людини приймати зважені рішення в повсякденному житті.

Виявлені порушення когнітивних процесів мають не лише психологічні, а й глибокі нейробіологічні корені. Зміни у взаємодії між гіпокампом, мигдалеподібним тілом і префронтальною корою безпосередньо впливають на здатність мозку контролювати пізнавальні функції. Ці процеси добре підтверджуються сучасними нейропсихологічними дослідженнями, у яких фіксується зменшення об'єму гіпокампа, порушення функціональної зв'язності між окремими структурами мозку та підвищення рівня нейрозапалення. Саме ці зміни найчастіше корелюють із погіршенням пам'яті, зниженням концентрації уваги й труднощами у виконанні складних когнітивних завдань.

Отже, переживання травматичного досвіду запускає складний ланцюг когнітивних змін, що охоплюють як емоційно-поведінковий, так і нейрофізіологічний рівень. Спочатку вони можуть мати адаптивний характер - допомагати людині швидше реагувати на небезпеку та уникати повторних загроз. Проте з часом ці зміни набувають деструктивного впливу: когнітивна гнучкість знижується, мислення стає упередженим, а увага - надмірно чутливою до будь-яких подразників.

Усвідомлення того, як саме травма змінює роботу пам'яті, уваги та мислення, є надзвичайно важливим для розвитку сучасних методів психологічної допомоги. Відновлення нормального когнітивного функціонування вимагає комплексного підходу, який би враховував емоційні, когнітивні й нейробіологічні аспекти травматичного досвіду.

Таким чином, порушення пам'яті, уваги та мислення у людей, які пережили травматичні події, не можна розглядати лише як побічні симптоми - це ціла система когнітивної реорганізації особистості. Пам'ять стає вибірковою й фрагментарною, увага - нестійкою та надмірно пильною, мислення - ригідним і схильним до песимістичних оцінок. Ці зрушення суттєво впливають на якість життя, професійну діяльність і стосунки з оточенням. Ефективна реабілітація вимагає не лише психологічної підтримки, а й роботи з відновлення когнітивних функцій, що дає змогу повернути людині здатність адаптуватися, мислити гнучко й жити повноцінним життям після пережитої травми.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було проведено ґрунтовний теоретичний аналіз проблеми впливу психологічної травми на когнітивну сферу особистості. Розглянуто основні наукові підходи до вивчення когнітивних процесів - інформаційно-обробний, схемно-структурний, процесно-модельний і нейрокогнітивний. З'ясовано, що жоден із цих підходів окремо не може повністю пояснити всі зміни, які відбуваються в когнітивній системі людини після травматичних подій. Проте саме їхнє поєднання дає змогу глибше зрозуміти, як формуються порушення пам'яті, уваги та мислення, а також визначити можливі напрями психокорекційної роботи.

Особливу увагу у дослідженні приділено розкриттю сутності психологічної травми як фактора, що спричиняє глибокі й системні зміни в когнітивній сфері особистості. Встановлено, що наслідки травматичного досвіду охоплюють широкий спектр порушень - від дефіциту уваги й ослаблення робочої пам'яті до

ригідності мислення та зниження виконавчих функцій. Такі зміни впливають не лише на інтелектуальну продуктивність, а й на здатність людини до саморегуляції, ефективної адаптації та підтримання соціальних зв'язків. Важливим є те, що результати сучасних нейропсихологічних і нейробіологічних досліджень підтверджують: після травми спостерігаються структурні зміни в гіпокампі та префронтальній корі, які безпосередньо пов'язані зі зниженням когнітивних можливостей.

Під час теоретичного аналізу було детально розглянуто специфіку змін окремих когнітивних функцій унаслідок переживання травматичних подій. Показано, що пам'ять у таких осіб часто має фрагментарний, розірваний характер - події відтворюються у вигляді яскравих сенсорних образів або окремих епізодів без логічної послідовності. Увага стає нестійкою, часто переключається на потенційно небезпечні стимули, тоді як здатність до тривалого зосередження на завданні помітно знижується. Мислення ж, своєю чергою, набуває ригідності, стає емоційно насиченим і схильним до узагальнень, що відображають травматичний досвід. Такі зміни формують феномен когнітивної перебудови особистості, який значною мірою ускладнює процеси навчання, професійного розвитку та соціальної інтеграції.

Узагальнення наукових джерел дало змогу зробити висновок, що психологічна травма впливає на когнітивну сферу на двох рівнях - психологічному та нейробіологічному. Вона не лише змінює способи обробки інформації та увагові стратегії, а й зачіпає структури мозку, відповідальні за регуляцію пізнавальної діяльності. Такі зміни можуть зберігатися тривалий час, навіть після того, як гострі симптоми посттравматичного стресового розладу зменшуються або зникають.

Отримані теоретичні положення створюють наукову основу для подальшого емпіричного вивчення особливостей когнітивних процесів у людей, які пережили травматичні події. Це відкриває перспективи для розробки нових діагностичних інструментів, програм психологічної підтримки та комплексних стратегій

когнітивної реабілітації, спрямованих на відновлення когнітивного балансу та підвищення психологічної стійкості особистості.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ПІСЛЯ ПЕРЕЖИТИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

2.1 Програма, організація та методи емпіричного дослідження

Метою емпіричного етапу дослідження було уточнення психологічних особливостей когнітивних процесів у дорослих, які пережили різного роду травматичні події, та з'ясування зв'язків між інтенсивністю посттравматичних симптомів і показниками уваги, пам'яті та мислення. На підставі теоретичного аналізу була висунута робоча гіпотеза: у групі осіб із досвідом психотравмуючих подій спостерігаються достовірні зниження показників когнітивного функціонування порівняно з контрольною групою, а ступінь вираженості посттравматичних симптомів корелює з індексами когнітивної дисфункції.

Дослідження виконувалося на базі реабілітаційного центру мережі *RECOVERY*, який надає безоплатні послуги для поранених військових у період із вересня по жовтень 2025 року. Організація дослідження передбачала чотири послідовні етапи. Процедура проводилась відповідно до професійно-етичних норм: кожен учасник отримав усну й письмову інформацію про мету, процедуру і можливі ризики дослідження, письмово засвідчив добровільну згоду, а персональні дані оброблялись анонімно.

Дослідження мало порівняльний характер і проводилося у двох групах: експериментальній та контрольній. Експериментальна група складалася з осіб, які пережили значущі психотравмуючі події - бойові дії, втрату близьких, вимушене переселення чи інші ситуації, що спричинили виражені емоційні наслідки. Контрольну групу становили люди, які не мали досвіду переживання подій такого типу і не демонстрували симптомів посттравматичного стресового розладу. Усі учасники дослідження були віком від 20 до 45 років, загальна вибірка становила 14 осіб, по 7 у кожній групі. Така кількість респондентів забезпечила можливість

глибокого якісного аналізу кожного індивідуального випадку та водночас дала змогу простежити закономірності у порівняльному аспекті.

На початковому етапі дослідження проводилось індивідуальне опитування та коротке клініко-психологічне інтерв'ювання. Воно мало на меті виявити факт переживання травматичної події, її характер, тривалість впливу, а також особистісну реакцію на неї. Особлива увага приділялася тому, як змінювалась поведінка, емоційний стан і соціальні взаємини після травми. Для цього дослідник застосовував напівструктуроване інтерв'ю з відкритими питаннями, які давали змогу з'ясувати, наскільки глибоко подія вплинула на мислення, пам'ять, сон і здатність концентрувати увагу. На підставі цих відповідей і спостережень формувалася остаточний розподіл респондентів на дві групи.

Емпіричне дослідження проводилося в умовах кабінету практичного психолога реабілітаційного центру мережі *RECOVERY*. Це приміщення забезпечувало тишу, стабільне освітлення і відсутність сторонніх подразників, що дозволяло зосередити увагу респондентів і зменшити рівень тривожності. Кожен учасник досліджувався індивідуально, у кілька етапів. Сеанс тривав у середньому від 60 до 90 хвилин, залежно від темпу роботи, емоційного стану та необхідності коротких пауз. Усі процедури відбувалися за попередньою домовленістю, у час, коли учасник почувався спокійно та фізично готовим до співпраці.

Програма емпіричного дослідження включала чотири основні етапи, які послідовно реалізовувалися з кожним респондентом.

Першим етапом було визначення рівня посттравматичних симптомів. З цією метою застосовувався опитувальник *PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist)*, який дозволяв кількісно оцінити вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв *DSM-5* (див. Додаток А). Учасники оцінювали ступінь того, наскільки часто їх турбують певні симптоми (повторне переживання, уникання, емоційне заціпеніння, підвищена тривожність тощо) за п'ятибальною шкалою від 0 до 4 балів. Під час заповнення

опитувальника дослідник уважно спостерігав за поведінковими реакціями учасника, фіксує рівень емоційного напруження, швидкість відповідей та небажання обговорювати окремі питання. Ці спостереження надалі враховувалися під час якісного аналізу результатів.

Другим етапом було дослідження уваги. Для цього застосовувалась коректурна проба Бурдона-Анфімова, яка дозволяє визначити рівень концентрації, обсяг і стійкість уваги, а також швидкість сенсомоторних реакцій. Кожному респондентові пропонувалось протягом устанавленого часу закреслювати певні символи в спеціальному бланку. В експериментальній групі дослідження проводилося після короткої релаксації, щоб знизити вплив тривоги. У контрольній групі тестування проходило в аналогічних умовах, проте без попереднього емоційного навантаження. Під час роботи спостерігалися типові особливості поведінки: представники експериментальної групи частіше допускали пропуски або передчасно зупиняли роботу, тоді як учасники контрольної групи демонстрували більш стабільний темп і рівномірну концентрацію.

Третім етапом було вивчення пам'яті. Для цього застосовувався відомий метод «10 слів» О. Р. Лурії, який дозволяє визначити показники короткочасного й довготривалого запам'ятовування. Дослідник зачитував респонденту 10 простих, нейтральних за змістом слів, після чого учасник мав їх відтворити. Процедура повторювалася п'ять разів, що дозволяло простежити криву запам'ятовування. Через 20-25 хвилин після завершення всіх завдань здійснювалося відстрочене відтворення тих самих слів. Додатково фіксувалося, які слова забувалися частіше, які з'являлися знову після кількох спроб, а які замінювалися помилковими асоціаціями. Це дало змогу оцінити не лише механічний рівень запам'ятовування, а й загальний стан когнітивної організації пам'яті - зокрема, наявність фрагментарності або нестійкості асоціативних зв'язків, характерних для людей із травматичним досвідом.

Четвертий етап стосувався дослідження мислення. Для цього використовувалася методика «Виключення понять» у модифікації Блейхера та Лурії, яка дозволяє оцінити рівень абстрагування, логічного узагальнення та когнітивної гнучкості. Респонденту пропонували групи зі слів або понять, серед яких потрібно було визначити зайве за змістом, а також пояснити мотив свого вибору. Дослідник звертав увагу не лише на правильність відповідей, а й на логіку міркувань, тип аргументації, схильність до конкретності чи формальності мислення. У респондентів, які пережили травматичні події, частіше спостерігалася тенденція до конкретизації та зниження рівня узагальнення, що інтерпретувалося як ознака емоційного звуження мислення та підвищеного рівня психологічного контролю.

Кожен з етапів програми проводився у суворо визначеній послідовності, щоб уникнути впливу втоми або попередніх завдань на наступні результати. Між тестами передбачались короткі перерви тривалістю 5-10 хвилин. Загалом програма передбачала два окремих сеанси для кожного учасника: на першому проводилося інтерв'ю та заповнення опитувальника *PCL-5*, на другому - когнітивне тестування. Такий розподіл дав змогу знизити емоційне навантаження і підвищити надійність результатів.

Важливим принципом організації дослідження було забезпечення психологічної безпеки учасників. У разі, якщо в процесі тестування у когось із респондентів проявлялись ознаки емоційного дистресу або підвищеної тривожності, процедура негайно припинялась, і людині пропонувалася коротка релаксаційна пауза чи підтримувальна бесіда. У випадках, коли дослідник помічав ознаки глибокого переживання або симптоми, характерні для ПТСР, респондента спрямовували на додаткову консультацію до клінічного психолога лікарні.

Таким чином, програма емпіричного дослідження була розроблена як комплексна система вивчення впливу травматичного досвіду на когнітивну сферу особистості. Вона поєднувала стандартизовані психодіагностичні методики з

глибоким клініко-психологічним аналізом, що дозволяло отримати не лише статистичні показники, але й цілісне уявлення про специфіку когнітивного функціонування у людей, які пережили травму. Такий підхід забезпечив валідність, надійність і практичну значущість результатів дослідження, а також дозволив побачити реальні механізми змін у когнітивній діяльності під впливом психотравмуючих подій.

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Після завершення емпіричного етапу було здійснено комплексну обробку, аналіз та інтерпретацію результатів, отриманих у ході психодіагностичного дослідження. Усі первинні дані були систематизовані, перевірені на повноту та достовірність, після чого проведено їх кількісний аналіз із використанням методів описової та порівняльної статистики.

На першому етапі статистичної обробки визначалися середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні показники за кожним із досліджуваних параметрів. Далі здійснювалося порівняння результатів двох груп - осіб, які пережили травматичні події (експериментальна група), і осіб без такого досвіду (контрольна група). Це дозволило виявити, у яких саме компонентах когнітивної сфери спостерігаються найпомітніші розбіжності та як вони співвідносяться з вираженістю посттравматичних проявів.

Оцінювання рівня посттравматичних симптомів у досліджуваних здійснювалося за допомогою стандартизованої шкали *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - PCL-5*, розробленої на основі діагностичних критеріїв *DSM-5*. Методика належить до найбільш валідних інструментів скринінгу посттравматичних розладів і широко використовується як у клінічній, так і в науково-дослідницькій практиці.

Шкала складається з двадцяти тверджень, які відображають основні симптоми посттравматичного стресового розладу: повторне переживання

травматичної події, уникання стимулів, що нагадують про травму, негативні зміни у когнітивній сфері та настрої, а також симптоми гіперактивації. Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою інтенсивності, де 0 - «зовсім не турбувало», 1 - «трохи турбувало», 2 - «помірно турбувало», 3 - «сильно турбувало», 4 - «надзвичайно турбувало». Таким чином, сумарний показник може коливатися в межах від 0 до 80 балів, що дає змогу кількісно оцінити ступінь вираженості посттравматичних проявів.

Підрахунок здійснювався шляхом сумування всіх оцінок за двадцятьма пунктами опитувальника. Крім загального показника, додатково обчислювалися бали за чотирма симптоматичними кластерами, що відповідають структурі ПТСР згідно з *DSM-5*:

1. повторне переживання травматичної події (пункти 1-5);
2. уникання (пункти 6-7);
3. негативні зміни у когніціях і настрої (пункти 8-14);
4. гіперактивація (пункти 15-20).

Такий підхід дає змогу простежити не лише загальний рівень посттравматичного навантаження, а й домінування окремих синдромальних компонентів, що відображають специфіку реагування на травматичний досвід.

У процесі обробки даних усі опитувальники перевірялися на повноту заповнення. У разі пропусків відповіді не замінювалися середніми значеннями, а респонденту, за можливості, пропонувалося повторне уточнення позицій. Отримані результати вносилися до електронної бази для подальшого статистичного аналізу.

Для інтерпретації загального балу використовувалася стандартна система порогових значень:

- 0-10 балів - відсутність клінічно значущих симптомів;
- 11-32 бали - субклінічний рівень посттравматичних реакцій

- 33 бали і вище - рівень, який свідчить про ймовірну наявність посттравматичного стресового розладу.

Середній сумарний показник за шкалою *PCL-5* у групі осіб, які пережили травматичні події, становив 48,6 бала, що відповідає вираженому рівню посттравматичних симптомів. Найвищі оцінки були зафіксовані в пунктах, пов'язаних із нав'язливими спогадами (пункт 1), емоційним напруженням у ситуаціях, що нагадують про травму (пункт 3), труднощами концентрації (пункт 15) та підвищеною дратівливістю (пункт 17). Це свідчить про те, що більшість респондентів з експериментальної групи переживають стійке внутрішнє напруження, періодичні спалахи тривоги та епізоди повторного переживання подій минулого.

У контрольній групі середній сумарний показник становив 19,4 бала, що знаходиться в межах норми та свідчить про відсутність клінічно значущих симптомів ПТСР. Лише в окремих респондентів виявлено помірне емоційне напруження, не пов'язане з травматичними факторами.

Статистичне порівняння результатів за допомогою t-критерію Стьюдента підтвердило наявність достовірних відмінностей між групами ($t = 5,73$; $p < 0,01$), що дозволяє зробити висновок про значну різницю у рівнях посттравматичних проявів.

Психологічна інтерпретація результатів свідчить, що високі значення за шкалою *PCL-5* у досліджуваних експериментальної групи відображають хронічну напруженість нервово-психічних процесів, підвищену настороженість, схильність до уникання ситуацій, пов'язаних із травматичним досвідом, а також труднощі в когнітивній регуляції поведінки. Ці прояви зумовлюють надмірне витрачання когнітивних ресурсів на подолання емоційного збудження, що негативно позначається на увазі, пам'яті та мисленні.

Зазначені результати дозволяють констатувати, що у більшості респондентів, які пережили травматичні події, сформувався стійкий посттравматичний

симптомокомплекс. Його інтенсивність виявилася достатньою, аби припускати можливість вторинних змін у когнітивній сфері, що підтверджується даними подальшого аналізу показників уваги, пам'яті та мислення.

Оцінювання функціональних характеристик уваги проводилось із використанням коректурної проби у модифікації Бурдона-Анфімова, яка вважається одним із базових інструментів дослідження динамічних аспектів пізнавальної діяльності. Методика дозволяє визначити рівень концентрації, стійкості, продуктивності та вибірковості уваги, а також здатність до збереження оптимального темпу розумової роботи упродовж певного часу.

Процедура передбачала послідовне виконання завдання протягом п'яти хвилин. Досліджуваним пропонувалося переглядати текст, що складався з довгих рядів літер, і закреслювати визначену комбінацію символів. Психодіагностичний зміст методики полягає у виявленні співвідношення між швидкістю переробки сенсорної інформації та точністю її диференціювання. Аналіз результатів здійснювався за кількісними показниками: загальною кількістю переглянутих символів, числом пропущених цільових елементів, кількістю помилкових закреслень та зміною темпу роботи протягом виконання завдання.

У процесі статистичної обробки було встановлено, що в контрольній групі середнє значення кількості опрацьованих символів становило 435 одиниць, тоді як в експериментальній групі - 368. Різниця між середніми показниками є статистично значущою ($t = 2,94$; $p < 0,05$). Учасники контрольної групи демонстрували стабільний темп діяльності, відсутність виражених коливань працездатності й незначну кількість помилок. Середнє число пропусків цільових літер у цій групі дорівнювало 3,1, а помилкових закреслень - 2,7.

Натомість у представників експериментальної групи результати свідчили про знижену ефективність уваги: кількість пропусків становила в середньому 6,4, а помилкових закреслень - 5,7. У динаміці спостерігалось поступове уповільнення темпу виконання, особливо у другій половині завдання. Досліджувані частіше

припускалися серійних пропусків, коли увага ніби «вимикалася» на певні проміжки часу, або ж повторювали одну й ту саму помилку кілька разів поспіль. Такі феномени вказують на зниження регуляторної функції уваги та ослаблення внутрішнього контролю за потоком дій.

Характерно, що у значної частини респондентів із експериментальної групи під час виконання завдання спостерігалися ознаки психофізіологічного напруження: вони частіше зупинялися, намагалися перевіряти себе, виражали невдоволення або втомленість. Ці поведінкові прояви підтверджують, що труднощі концентрації мали не лише когнітивний, а й емоційно-вегетативний характер.

Отримані результати свідчать, що у досліджуваних, які пережили травматичні події, увага характеризується зниженням її стійкості, концентрації та точності. Такі особливості можуть пояснюватися впливом посттравматичного стресу, який супроводжується постійним внутрішнім напруженням і підвищеною збудливістю нервової системи. Стан гіперактивації, властивий посттравматичному реагуванню, спричиняє надмірне навантаження на механізми селективності уваги. Значна частина психічних ресурсів витрачається на підтримання внутрішнього моніторингу можливих загроз, що знижує можливості для ефективного перероблення зовнішньої інформації.

З психологічного погляду, зниження кількості правильно оброблених символів відображає труднощі з утриманням цілеспрямованої активності та швидке виснаження довільної уваги. Збільшення кількості пропусків і помилкових відміток може свідчити про надмірну емоційну напруженість, підвищену тривожність і нестабільність когнітивного контролю. Такий стан часто описується як «феномен розсіяності під напругою», коли людина прагне сконцентруватися, але внутрішня тривога або збудження постійно перешкоджають зосередженню.

У контрольній групі подібних симптомів не виявлено. Досліджувані демонстрували стабільну увагу, рівномірний темп виконання завдання, невелику кількість випадкових помилок і відсутність динамічного спаду працездатності. Це

дозволяє розглядати отримані відмінності як наслідок не ситуативних факторів (втоми чи неуважності), а системного впливу посттравматичного стану на когнітивну діяльність.

Таким чином, проведене дослідження показало, що в осіб, які пережили психотравмуючі події, спостерігається стійке зниження продуктивності уваги, її концентрації та здатності підтримувати оптимальний темп діяльності. Виявлені закономірності свідчать про наявність зв'язку між посттравматичною гіперактивацією та порушеннями регуляторних механізмів когнітивної сфери. Отримані дані створюють підґрунтя для подальшого аналізу інших компонентів пізнавальної діяльності - передусім процесів пам'яті та мислення, які, як показує практика, є найбільш чутливими до впливу травматичного досвіду.

З метою виявлення особливостей мнемічних процесів у досліджуваних осіб було застосовано методику «10 слів» у модифікації О. Р. Лурії, яка дає змогу оцінити обсяг короткочасної пам'яті, динаміку запам'ятовування, стійкість утримання інформації та рівень довготривалої фіксації матеріалу. Цей метод є одним із базових інструментів у клініко-психологічній діагностиці й дозволяє виявити не лише кількісні параметри пам'яті, а й якісні особливості її функціонування.

Процедура дослідження передбачала послідовне пред'явлення випробуваному десяти слів, не пов'язаних між собою за змістом (наприклад: «стілець», «ліс», «ріка», «дзвінок», «собака», «камінь», «книга», «рука», «хліб», «місто»). Після кожного пред'явлення досліджуваний мав відтворити всі запам'ятовані слова у будь-якому порядку. Таких циклів повторення було п'ять, що дало можливість простежити динаміку формування мнемічного сліду. Після інтервалу тривалістю близько двадцяти хвилин проводилося контрольне відтворення без повторного пред'явлення, а згодом - процедура впізнавання, під час якої респондент визначав знайомі слова серед двадцяти запропонованих.

Оцінювання результатів здійснювалося кількісно за такими основними параметрами:

1. обсяг первинного запам'ятовування - кількість правильно відтворених слів після першого пред'явлення;
2. показник динаміки запам'ятовування - кількість правильно відтворених слів у кожному з п'яти повторів, що відображає криву навчання;
3. довготривала фіксація матеріалу - кількість слів, відтворених після відстрочки;
4. коефіцієнт забування (K_z), який розраховувався за формулою:

$$K_z = (N_5 - N_{затр})/N^5,$$

де N_5 - кількість правильно відтворених слів після п'ятого пред'явлення,
 $N_{затр}$ - кількість слів, відтворених після затримки.

5) показник впізнавання - кількість правильно ідентифікованих слів серед двадцяти.

Максимальний бал за кожне пред'явлення становив десять одиниць. Повне відтворення слова оцінювалося в один бал, а часткове або семантично близьке - у 0,5 бала.

Отримані результати свідчать про наявність виражених відмінностей між експериментальною та контрольною групами. У контрольній групі середній показник первинного запам'ятовування дорівнював 5,6 слова; поступове нарощування кількості відтворених слів спостерігалось вже після другого повтору, досягаючи до п'ятого повтору середнього значення 9,1 слова. Після двадцятихвилинної затримки учасники цієї групи відтворювали в середньому 8,3 слова, що свідчить про добру стійкість пам'яті. Середній коефіцієнт забування становив 0,09, тобто втрати інформації були мінімальними.

У представників експериментальної групи середній результат первинного відтворення становив лише 3,7 слова, а після п'яти повторів - 7,0 слів. Під час контрольного відтворення через певний проміжок часу цей показник знижувався

до 5,2 слова, що засвідчує нестійкість сформованих слідів пам'яті. Середній коефіцієнт забування у даній групі дорівнював 0,26, тобто перевищував показник контрольної групи майже втричі.

Під час виконання завдань на впізнавання респонденти контрольної групи правильно ідентифікували 9,5 слова з десяти, тоді як експериментальна група - лише 7,8 слова. Це свідчить про наявність у осіб, які пережили травматичні події, зниження точності розпізнавання та підвищення схильності до сплутування схожих за звучанням чи змістом одиниць інформації.

Статистична перевірка за допомогою t-критерію Стьюдента виявила достовірні розбіжності між групами: за показником первинного запам'ятовування ($t = 2,63$; $p < 0,05$), за довготривалим відтворенням ($t = 2,91$; $p < 0,05$) і за коефіцієнтом забування ($t = 3,08$; $p < 0,01$). Таким чином, встановлено статистично значуще зниження ефективності пам'яті у досліджуваних, які пережили травматичні події.

Якісний аналіз результатів показав, що для представників експериментальної групи характерні певні специфічні особливості запам'ятовування. Зокрема, спостерігалася фрагментарність відтворення матеріалу, часті пропуски слів середини списку (ефект «проваленої серії»), а також схильність до заміни окремих слів на семантично близькі. У багатьох випадках процес запам'ятовування супроводжувався вираженим емоційним напруженням, підвищеною тривожністю, нерідко респонденти демонстрували самокритичні висловлювання щодо власних помилок, що відображало низький рівень впевненості у власних когнітивних можливостях.

Крива запам'ятовування у контрольній групі мала типову плавну висхідну форму, що свідчить про поступове засвоєння матеріалу та ефективне використання мнемічних стратегій. У експериментальній групі крива характеризувалася нерівномірністю: у частини респондентів спостерігалось тимчасове покращення

результатів після другого або третього повторення, яке потім змінювалося спадом; така динаміка є ознакою нестабільності уваги й коливань працездатності.

З психологічної точки зору виявлені відмінності можна інтерпретувати як наслідок впливу посттравматичних переживань на когнітивну сферу. Постійне внутрішнє напруження, властиве особам із ПТСР-симптоматикою, призводить до швидкого виснаження психічних ресурсів, порушення процесів довільної концентрації та ослаблення механізмів переробки інформації. Зниження результативності у фазі довготривалого запам'ятовування, найімовірніше, зумовлене порушенням процесів консолідації слідів пам'яті, що у сучасних нейропсихологічних концепціях пов'язується з функціональними змінами в гіпокампальних структурах.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що у респондентів, які пережили травматичні події, пам'ять характеризується зменшенням обсягу запам'ятовування, нестійкістю утримання матеріалу, збільшенням темпу забування та фрагментарністю відтворення. Такі показники відображають емоційно-когнітивний характер порушень, коли травматичний досвід впливає не лише на емоційний стан, а й на базові процеси фіксації та відтворення інформації.

Таким чином, дані, отримані за методикою «10 слів», узгоджуються з результатами попереднього дослідження уваги й підтверджують тенденцію до загального зниження когнітивної продуктивності у осіб з вираженими посттравматичними симптомами. Це дозволяє припустити наявність системного впливу травматичного досвіду на когнітивну сферу, що охоплює взаємопов'язані процеси уваги, пам'яті та мислення.

З метою вивчення особливостей мисленнєвої діяльності осіб, які пережили травматичні події, у межах дослідження було використано методика «Виключення понять» у модифікації А. Лурії та В. Блейхера. Даний інструмент дозволяє визначити рівень сформованості логічних операцій, здатність до узагальнення,

критичності та гнучкості мислення, а також виявити співвідношення між конкретно-ситуативними й абстрактно-логічними формами розумових процесів.

Методика ґрунтується на тому, що правильне виокремлення «зайвого» поняття та логічне пояснення цього вибору відображає вміння суб'єкта оперувати узагальненнями, відокремлювати істотні ознаки предметів від другорядних, а також контролювати процес власного мислення.

Досліджуваним пред'являлося десять серій по чотири слова в кожній, серед яких три слова об'єднані за змістом, а одне не належить до цієї групи (наприклад: собака, кішка, кінь, стілець). Респондент мав визначити, яке слово є «зайвим», і аргументувати свій вибір.

Оцінювання здійснювалося за двома параметрами:

1. правильність виділення зайвого слова;
2. характер пояснення (наскільки воно базується на суттєвих або випадкових ознаках).

За правильне виключення з адекватним абстрактним узагальненням нараховувалося два бали, за правильну відповідь із конкретним поясненням - один бал, за неправильну відповідь або відсутність логічного аргументу - нуль балів. Максимальний сумарний результат становив 20 балів.

У контрольній групі більшість респондентів продемонстрували високий рівень розвитку логічного мислення. Середній показник склав 17,3 бала із 20 можливих. Пояснення, що надавалися учасниками, базувалися переважно на родових та істотних ознаках понять, відображали вміння узагальнювати, виділяти категоріальні зв'язки та оперувати абстракціями. Наприклад, на серію «яблуко - груша - слива - огірок» респонденти відповідали: «Огірок - це овоч, а решта - фрукти», що свідчить про сформовану здатність до логічної класифікації.

Учасники експериментальної групи показали нижчий середній результат - 12,8 бала, що є статистично значущо нижчим порівняно з контрольною групою ($t = 2,87$; $p < 0,05$). У більшості випадків їхні відповіді носили конкретно-ситуативний

або емоційно забарвлений характер. Наприклад, на ту ж серію слів вони відповідали: «Огірок не підходить, бо росте на городі» або «Я не люблю огірки». Такі пояснення відображають опору на безпосередній життєвий досвід та емоційні асоціації замість логічних узагальнень.

В окремих випадках спостерігалася тенденція до змішування різних рівнів узагальнення: респонденти виділяли «зайве» слово не за родовою ознакою, а за випадковою схожістю або особистісною значущістю. Наприклад: «Кішка - бо вона домашня, а інші - дикі», навіть якщо до серії входили лише свійські тварини. Подібні відповіді свідчать про недостатню узгодженість когнітивних операцій і зниження рівня абстрагування.

У процесі тестування деякі респонденти з експериментальної групи демонстрували ознаки психічної втоми вже на середніх етапах завдання. Темп мислення знижувався, спостерігалася зростання кількості неточних або формальних відповідей. Частина учасників прагнула скоротити час виконання, іноді давала відповідь без пояснення або з незначним коментарем: «Так просто», «Бо не підходить».

Під час спостереження за невербальними реакціями помічалася, що респонденти часто супроводжували відповіді мімікою напруження, жестами самоконтролю (зміна пози, глибоке дихання, легке постукування пальцями). Такі невербальні прояви свідчать про високий рівень внутрішньої тривожності та емоційного виснаження, що ускладнює реалізацію аналітичних мисленнєвих операцій.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що в осіб, які пережили травматичні події, спостерігається тенденція до звуження когнітивного поля мислення та переважання конкретно-ситуативних форм аналізу над абстрактно-логічними. Це може бути зумовлено як загальним виснаженням нервово-психічних ресурсів, так і домінуванням емоційного компонента над когнітивним у структурі психічної діяльності.

Зниження рівня узагальнення в осіб з посттравматичними симптомами можна розглядати як прояв когнітивної ригідності - утруднення переходу від конкретних до узагальнених форм мислення. Цей феномен підтверджується сучасними нейропсихологічними дослідженнями, які свідчать, що тривала емоційна напруга негативно впливає на функціонування префронтальної кори, зокрема ділянок, відповідальних за планування, контроль та абстрагування.

Водночас важливо підкреслити, що зниження логічної гнучкості у цих осіб не є ознакою інтелектуального дефіциту. Йдеться про функціональне ослаблення когнітивного контролю, що має реактивний характер і безпосередньо пов'язане з емоційною сферою. У стані постійної напруги та внутрішнього контролю над травматичними спогадами мислення стає більш прагматичним, обмеженим конкретними ситуаціями, а здатність до теоретичного узагальнення знижується.

У контрольній групі таких змін не спостерігалось. Респонденти демонстрували стабільну увагу, послідовність суджень і здатність до гнучкої інтелектуальної діяльності. Їхні відповіді характеризувалися чіткою логічною структурою та відсутністю емоційного забарвлення, що свідчить про оптимальний рівень когнітивного контролю.

Отже, результати аналізу за методикою «Виключення понять» дозволяють констатувати, що переживання травматичних подій супроводжується певними якісними змінами у мисленнєвій діяльності. У таких осіб зменшується рівень абстрагування, послаблюється когнітивна гнучкість, підвищується схильність до конкретно-ситуативного мислення. Це вказує на функціональне звуження когнітивного поля, що є типовим проявом посттравматичних змін у психіці людини.

Такі результати логічно узгоджуються з попередніми даними щодо особливостей уваги та пам'яті: ослаблення концентрації та зниження продуктивності запам'ятовування закономірно відображаються на мисленнєвих процесах, знижуючи їх гнучкість та інтелектуальну продуктивність.

Після завершення всіх етапів емпіричного дослідження було здійснено узагальнення отриманих результатів з метою виявлення системних закономірностей у функціонуванні когнітивних процесів у осіб, які пережили травматичні події. Особливу увагу приділено виявленню зв'язку між рівнем посттравматичних симптомів і якісними характеристиками когнітивної діяльності, що дозволило визначити інтегративні зміни у сфері уваги, пам'яті та мислення.

Для об'єктивного порівняння даних усіх методик було обчислено середні значення показників у двох групах - експериментальній (особи з травматичним досвідом, $n = 7$) та контрольній (особи без травматичного досвіду, $n = 7$). Узагальнені результати наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Узагальнені показники когнітивного функціонування у респондентів експериментальної та контрольної груп

| Показники | Експериментальна група (n=7) | Контрольна група (n=7) | t | p |
|--|------------------------------|------------------------|------|-------|
| Загальний показник за шкалою <i>PCL-5</i> | 48,6 | 19,4 | 5,73 | <0,01 |
| Кількість переглянутих символів (коректурна проба) | 368 | 435 | 2,94 | <0,05 |
| Пропуски цільових елементів | 6,4 | 3,1 | 3,12 | <0,05 |
| Помилкові закреслення | 5,7 | 2,7 | 2,76 | <0,05 |
| Первинне запам'ятовування | 3,7 | 5,6 | 2,63 | <0,05 |

| | | | | |
|---|------|------|------|-------|
| (методика «10 слів») | | | | |
| Відтворення після 5 повторень | 7,0 | 9,1 | 2,91 | <0,05 |
| Відтворення після 20 хвилин | 5,2 | 8,3 | 2,91 | <0,05 |
| Коефіцієнт забування | 0,26 | 0,09 | 3,08 | <0,01 |
| Сумарний бал за методикою «Виключення понять» | 12,8 | 17,3 | 2,87 | <0,05 |

Як свідчать дані таблиці, за всіма досліджуваними параметрами в експериментальній групі зафіксовано нижчі результати, ніж у контрольній. Найбільш виражені розбіжності спостерігаються у показниках довготривалої пам'яті, продуктивності уваги та рівня абстрактно-логічного мислення. Статистичний аналіз підтвердив, що ці відмінності є значущими на рівнях $p < 0,05$ та $p < 0,01$, що дозволяє зробити висновок про наявність достовірних когнітивних змін, пов'язаних із травматичним досвідом.

З метою виявлення взаємозв'язків між інтенсивністю посттравматичних симптомів і станом когнітивних процесів проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона. Результати аналізу показали наявність сильних негативних кореляцій між рівнем посттравматичних проявів (за шкалою *PCL-5*) та показниками продуктивності уваги ($r = -0,68$; $p < 0,01$), обсягом довготривалої пам'яті ($r = -0,72$; $p < 0,01$) і сумарним балом за методикою «Виключення понять» ($r = -0,64$; $p < 0,05$). Таким чином, чим вищим є рівень посттравматичних симптомів, тим нижчими виявляються показники когнітивної ефективності.

Крім того, встановлено позитивні зв'язки між окремими когнітивними показниками. Зокрема, обсяг запам'ятованого матеріалу в тесті «10 слів» прямо корелює з продуктивністю уваги ($r = 0,58$; $p < 0,05$), а рівень узагальнення у методиці «Виключення понять» - з показником довготривалої пам'яті ($r = 0,61$; $p < 0,05$). Це свідчить про інтегративний характер когнітивних процесів, у межах якого ефективність однієї функції підтримує продуктивність інших.

Для кращої візуалізації результатів порівняльного аналізу когнітивних показників між експериментальною та контрольною групами було побудовано графік 2.1, який відображає середні значення за основними параметрами: рівень посттравматичних симптомів (*PCL-5*), продуктивність уваги, обсяг довготривалої пам'яті, коефіцієнт забування та рівень розвитку логічного мислення. Така графічна інтерпретація дозволяє наочно представити співвідношення між групами та підкреслити ключові тенденції, виявлені під час емпіричного дослідження.

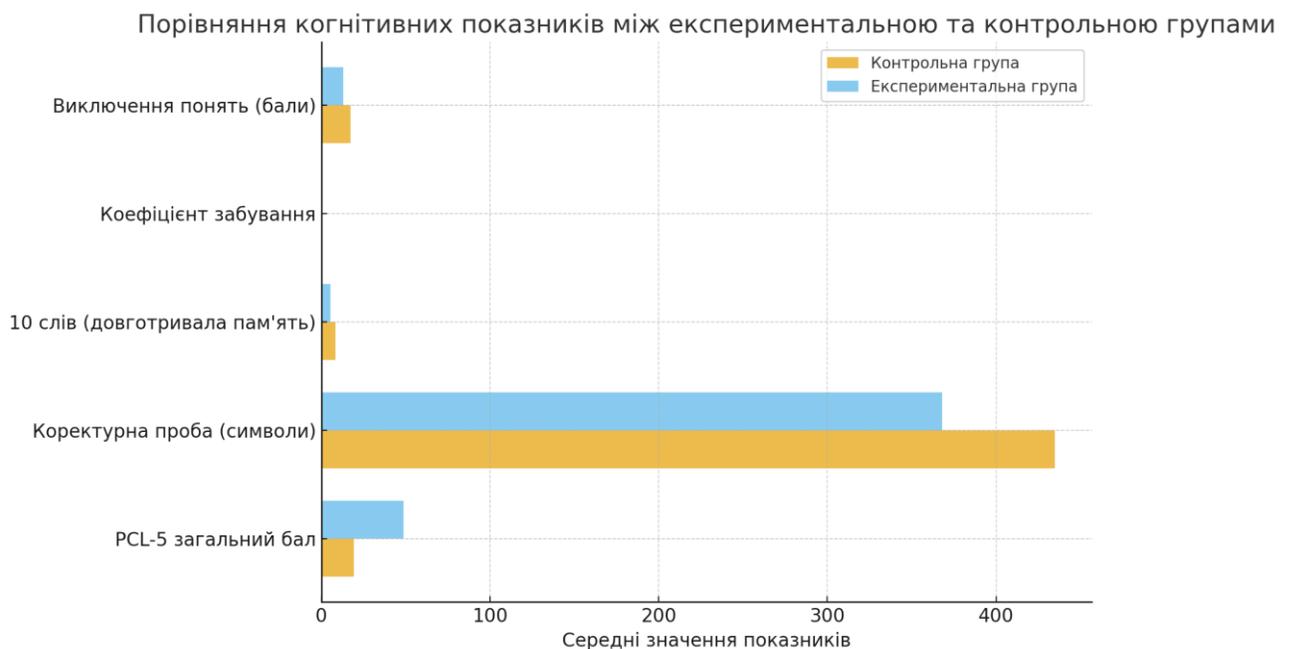


Рис. 2.1. Порівняння середніх значень когнітивних показників у контрольній та експериментальній групах

Як видно з графіка, всі показники в експериментальній групі мають нижчі середні значення, що підтверджує узагальнені висновки статистичного аналізу. Найбільш виражені відмінності спостерігаються у рівні посттравматичних симптомів за шкалою *PCL-5* та показниках довготривалої пам'яті - саме ці сфери демонструють найбільшу чутливість до наслідків пережитої травматичної події. Зниження продуктивності уваги та когнітивної точності, збільшення коефіцієнта забування, а також спрощення логічних операцій мислення відображають загальну тенденцію до зменшення ефективності когнітивного функціонування.

Отримані дані дають змогу інтерпретувати результати як системне зниження когнітивної активності, пов'язане з дією травматичного стресу. Посттравматичні симптоми (гіпервігілантність, тривожність, нав'язливі спогади, емоційне виснаження) зумовлюють перерозподіл когнітивних ресурсів: значна їх частина витрачається на підтримання емоційної стабільності та контроль над внутрішньою напругою, що призводить до зниження ефективності переробки зовнішньої інформації.

Зниження стійкості уваги проявляється у швидкій втомлюваності та частих помилках вибірки інформації, що, у свою чергу, негативно впливає на якість запам'ятовування. Ослаблення процесів пам'яті виражається у меншій кількості засвоєних одиниць, швидкому згасанні слідів і частковому заміщенні матеріалу, що свідчить про нестійкість когнітивних слідів. Аналогічно, мислення в осіб із травматичним досвідом характеризується зниженням рівня узагальнення, схильністю до конкретизації та емоційного впливу на судження, що вказує на зменшення когнітивного контролю.

Узагальнюючи отримані результати, можна констатувати, що вплив травматичного досвіду на когнітивну сферу є комплексним і проявляється у зниженні концентрації уваги, продуктивності пам'яті та гнучкості мислення. Виявлені відмінності між експериментальною та контрольною групами

відображають загальну тенденцію до зменшення когнітивних ресурсів унаслідок хронічного психоемоційного напруження.

Водночас характер виявлених змін свідчить не про органічне порушення, а про функціональне ослаблення когнітивних механізмів, яке має оборотний характер. Це дає підстави вважати, що при цілеспрямованому психологічному втручанні (зокрема, за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, тренінгів уваги, психоедукаційних програм) можливе поступове відновлення оптимального рівня когнітивного функціонування.

Отже, результати проведеного емпіричного дослідження підтверджують гіпотезу про те, що переживання травматичних подій суттєво впливає на когнітивну сферу особистості, зумовлюючи системне зниження показників уваги, пам'яті та мислення. Виявлені кореляції між рівнем посттравматичних симптомів і когнітивними характеристиками демонструють взаємозалежність емоційно-стресових і пізнавальних процесів, що дозволяє розглядати когнітивні зміни як вторинні наслідки психотравми, інтегровані у загальну структуру посттравматичного синдрому.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження засвідчило наявність системних змін у когнітивній сфері осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій. Найбільш вираженими виявилися порушення стійкості уваги, зниження ефективності короткочасного й довготривалого запам'ятовування, а також ослаблення логічних операцій мислення. Отримані результати свідчать про функціональний характер зазначених відхилень, що зумовлює можливість їх корекції та відновлення за допомогою спеціально організованої психологічної підтримки.

Виходячи з аналізу емпіричних даних та теоретичних положень сучасної психотравматології, можна визначити кілька взаємопов'язаних напрямів психокорекційного впливу, спрямованих на оптимізацію когнітивних процесів у посттравматичний період.

Базовою умовою відновлення когнітивних функцій є стабілізація емоційної сфери, оскільки надмірна афективна напруга призводить до порушення механізмів уваги, сприймання та пам'яті. У цьому контексті ефективними виявляються методи, що зменшують інтенсивність психоемоційних реакцій і сприяють переосмисленню травматичного досвіду. До таких підходів належать когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на усвідомлення і модифікацію дезадаптивних когнітивних схем, метод десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR), а також психоедукаційні заходи, які формують у пацієнта раціональне розуміння природи посттравматичних проявів.

Зниження рівня емоційного напруження є необхідною передумовою для переходу до етапу когнітивної реабілітації, оскільки лише за умов відносної психічної стабільності можливе відновлення довільного контролю та регуляції пізнавальної діяльності.

На наступному етапі психокорекційної роботи доцільним є застосування методів, спрямованих на цілеспрямоване тренування когнітивних процесів. До таких методів належать вправи на розвиток концентрації, розподілу та переключення уваги, мнемічні завдання на поступове збільшення обсягу короткочасної пам'яті, а також спеціально дібрані логіко-аналітичні вправи, що стимулюють формування гнучкості мислення. Застосування зазначених технік сприяє активації механізмів нейропластичності, поліпшенню функціонування префронтальних відділів кори головного мозку, відповідальних за виконавчий контроль, та гіпокампальних структур, які забезпечують консолідацію пам'яті. Таким чином, систематичне тренування когнітивних функцій створює нейрофізіологічну основу для відновлення ефективності пізнавальної діяльності.

Важливою складовою психологічної підтримки є формування в індивіда здатності до саморегуляції психічних станів. Практика показує, що застосування методів тілесно-орієнтованої терапії, дихальних технік, елементів усвідомленості

(mindfulness) та релаксаційних вправ істотно знижує рівень психофізіологічного напруження, стабілізує емоційний фон і підвищує концентрацію уваги. Особливу роль відіграють програми ресоціалізації, які забезпечують відновлення відчуття безпеки, довіри до соціального середовища та включеності у систему міжособистісних взаємин. Соціальна підтримка виконує не лише компенсаторну, але й терапевтичну функцію, зменшуючи рівень тривожності та сприяючи гармонізації когнітивно-емоційної взаємодії.

Найвищу ефективність демонструють інтегративні моделі, у межах яких психотерапевтичні методи поєднуються з когнітивно-тренувальними й саморегуляційними техніками. Такий підхід забезпечує одночасний вплив на емоційну та когнітивну сфери, сприяє формуванню нових адаптивних стратегій мислення, поведінки та самоконтролю.

Інтегративна реабілітація передбачає послідовність етапів: стабілізацію емоційного стану, відновлення когнітивних функцій, розвиток гнучкості мислення, а також закріплення нових навичок у процесі повсякденного функціонування. Її результатом є підвищення психологічної стійкості, відновлення працездатності та зменшення вираженості посттравматичних симптомів.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок, що відновлення когнітивної сфери після психотравми є багаторівневим процесом, який потребує поетапного та комплексного впливу. Психологічна підтримка осіб, які зазнали травматичних подій, має бути спрямована не лише на подолання емоційних наслідків, а й на поступове відновлення когнітивних механізмів саморегуляції, уваги, пам'яті та мислення. Застосування описаних підходів дозволяє підвищити адаптивні можливості особистості, сприяє відновленню ефективності когнітивної діяльності й формуванню стійких навичок самоконтролю. Отже, розробка й упровадження систем психологічної підтримки осіб із посттравматичним досвідом становить

важливе практичне завдання сучасної психології, що має як теоретичне, так і соціально значуще прикладне значення.

Висновки до розділу 2

У другому розділі магістерської роботи здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей когнітивних процесів осіб, які пережили травматичні події. Представлено програму, організацію, методи та результати емпіричного вивчення, що дозволило обґрунтувати психологічні закономірності впливу психотравматичного досвіду на функціонування уваги, пам'яті та мислення.

Дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру мережі RECOVERY, який надає безоплатні послуги для поранених військових, у межах якої було обстежено 14 респондентів, розподілених на дві групи: експериментальну (особи з досвідом психотравми) та контрольну (умовно психічно стабільні особи). Комплекс психодіагностичних методик включав: шкалу оцінки симптомів ПТСР *PCL-5*, методику коректурної проби, методику «10 слів» О. Р. Лурії та методику «Виключення понять».

Аналіз емпіричних результатів засвідчив наявність статистично значущих відмінностей між показниками обох груп. У представників експериментальної групи виявлено зниження рівня концентрації та стійкості уваги, сповільнення темпу психічної діяльності, збільшення кількості помилок і пропусків у завданнях, що потребують довільного контролю. Ці результати інтерпретуються як наслідок виснаження нервово-психічних ресурсів, порушення механізмів довільної регуляції та підвищеного емоційного напруження, характерного для осіб із посттравматичними проявами.

У сфері пам'яті виявлено закономірне зниження показників короткочасного та довготривалого запам'ятовування. Експериментальна група продемонструвала нижчі результати за кількістю відтворених слів, підвищений коефіцієнт забування та нестійкість слідів пам'яті. Отримані дані відображають обмеження процесів

фіксації та консолідації інформації, що може бути зумовлене впливом стресових факторів на гіпокампальні механізми пам'яті, а також порушенням концентрації уваги, необхідної для ефективного запам'ятовування.

Дослідження мислення за методикою «Виключення понять» виявило тенденцію до конкретизації суджень, зменшення здатності до абстрактного узагальнення та порушення когнітивної гнучкості в осіб, які пережили травматичні події. Їхні судження характеризувалися зниженням рівня логічної послідовності, частим опертям на зовнішні, побутові або емоційно забарвлені ознаки. Це свідчить про переважання конкретно-ситуативного типу мислення над абстрактно-логічним, що є типовим для осіб із підвищеним рівнем внутрішнього напруження та емоційного виснаження.

Порівняльний і кореляційний аналіз даних дозволив виявити системні зв'язки між рівнем посттравматичних симптомів і показниками когнітивних процесів. Встановлено негативні кореляції між інтегральним показником PCL-5 та продуктивністю уваги ($r = -0,68$; $p < 0,01$), обсягом довготривалої пам'яті ($r = -0,72$; $p < 0,01$) і сумарним балом за методикою «Виключення понять» ($r = -0,64$; $p < 0,05$). Отже, чим вищим є рівень посттравматичних симптомів, тим нижчими є показники когнітивної продуктивності. Водночас між окремими когнітивними показниками простежується позитивна кореляція, що підтверджує їхню інтегративну взаємозалежність у межах єдиної регуляторної системи.

Узагальнення результатів дозволяє стверджувати, що переживання психотравматичних подій зумовлює комплексне зниження ефективності когнітивного функціонування, яке охоплює процеси сприймання, запам'ятовування, переробки та логічного узагальнення інформації. Ці порушення мають переважно функціонально-психогенний характер, обумовлений дією емоційно-стресових факторів і тривалої психічної напруги.

Водночас встановлено, що когнітивні зміни після психотравми не є незворотними. Їх можливо компенсувати за допомогою комплексних заходів

психологічної підтримки та когнітивної реабілітації, спрямованих на відновлення регуляторних функцій мозку та зниження рівня емоційного виснаження.

З урахуванням результатів дослідження обґрунтовано доцільність застосування таких напрямів психокорекційної роботи:

- когнітивно-поведінкові інтервенції, спрямовані на зменшення тривожності, подолання дезадаптивних установок і відновлення самоконтролю;
- методи десенсибілізації та переробки травматичних спогадів (EMDR), які сприяють інтеграції травматичного досвіду в систему особистісних смислів;
- когнітивні тренінги для розвитку уваги, пам'яті та мислення, що стимулюють нейропластичні процеси та підвищують когнітивну стійкість;
- психотехніки саморегуляції та усвідомленості (mindfulness), які оптимізують баланс між емоційними й когнітивними процесами;
- ресоціалізаційні програми, спрямовані на формування почуття безпеки, підтримку міжособистісних зв'язків та інтеграцію особистості у соціальне середовище.

Отримані результати дають підстави для висновку, що когнітивні наслідки травматичного досвіду можуть бути суттєво зменшені за умови своєчасного впровадження системної психологічної допомоги. Таким чином, проведене дослідження не лише підтверджує наявність взаємозв'язку між переживанням психотравми та порушеннями когнітивної сфери, а й визначає практичні шляхи їх подолання.

У цілому, результати другого розділу емпірично доводять, що ефективність когнітивного функціонування є інтегральним показником психологічного стану особистості, а відновлення когнітивних процесів після психотравми є необхідною

умовою її психологічної стабілізації, адаптації та повноцінної соціальної інтеграції.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретичного та емпіричного дослідження досягнуто мети роботи - з'ясовано психологічні особливості когнітивних процесів внаслідок переживання травматичних подій та визначено шляхи їх психологічної підтримки і відновлення. Усі поставлені завдання були виконані послідовно та комплексно.

1. Проаналізовано теоретичні підходи до вивчення когнітивних процесів у психології. Здійснений аналіз сучасних наукових джерел показав, що когнітивні процеси - пам'ять, увага, мислення, сприймання - є ключовими механізмами психічної діяльності людини. У психології їх вивчення здійснюється в межах кількох основних підходів: інформаційно-обробного, схемно-структурного, процесно-модельного та нейрокогнітивного. Кожен із них розкриває окремі аспекти функціонування когнітивної сфери, однак найбільш ефективним виявився інтегрований підхід, що поєднує когнітивно-психологічний, нейропсихологічний і клінічний рівні аналізу. Це дозволяє не лише описати симптоматику когнітивних порушень, а й зрозуміти їх механізми та шляхи відновлення.
2. Розкрито вплив психологічної травми на когнітивну сферу особистості. Встановлено, що психологічна травма є потужним фактором, який викликає системні зміни у когнітивній діяльності. Травматичний досвід порушує взаємодію між емоційною та когнітивною системами, спричиняє дисбаланс у роботі гіпокампа, префронтальної кори та мигдалеподібного тіла. Це проявляється у зниженні концентрації уваги, ослабленні пам'яті, погіршенні аналітичного мислення, підвищеній емоційній реактивності та схильності до ригідних когнітивних схем. Таким чином, травма впливає не лише на емоційний, а й на інтелектуально-пізнавальний рівень

особистості, ускладнюючи процеси адаптації, навчання та прийняття рішень.

3. Визначено особливості порушень пам'яті, уваги та мислення при переживанні травматичних подій. З'ясовано, що після психотравми пам'ять часто набуває фрагментарного характеру: людина легко пригадує емоційні деталі, але втрачає логічний контекст подій. Увага стає нестійкою, підвищеною до загрозливих стимулів, тоді як здатність до довготривалого зосередження зменшується. Мислення характеризується когнітивною ригідністю, тенденцією до катастрофізації, надмірною оцінкою небезпеки. Подібні зміни свідчать про глибоку когнітивну перебудову особистості, яка має як нейробіологічні, так і психологічні передумови.
4. Розроблено програму, організацію та методи емпіричного дослідження. У роботі створено цілісну програму емпіричного дослідження, що включала визначення рівня посттравматичних симптомів за шкалою *PCL-5*, а також дослідження пам'яті, уваги та мислення за допомогою методики «10 слів» О. Р. Лурії, коректурної проби Бурдона-Анфімова та методики «Виключення понять». Дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру серед осіб, які пережили бойові дії, втрату близьких або інші психотравмуючі події, та контрольної групи осіб без такого досвіду.
5. Проведено емпіричне дослідження когнітивних процесів у осіб, які пережили травматичні події. Результати засвідчили суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами. Особи з досвідом травматичних подій показали нижчі показники обсягу пам'яті, знижену концентрацію та стійкість уваги, а також повільніше логічне мислення. У багатьох випадках спостерігалось підвищення рівня тривожності, емоційна виснаженість і труднощі з переключенням уваги. Це

підтвердило гіпотезу про існування прямого зв'язку між рівнем посттравматичних симптомів та порушеннями когнітивного функціонування.

6. Проаналізовано та інтерпретовано результати емпіричного дослідження. Аналіз даних показав, що чим вищим є рівень посттравматичного стресу, тим вираженішими виявляються порушення когнітивних функцій. Встановлено статистично значущі кореляції між показниками шкали PCL-5 і результатами тестів пам'яті, уваги та мислення. Отримані результати свідчать про те, що когнітивна дисфункція виступає важливою складовою посттравматичного синдрому і потребує цілеспрямованої психологічної корекції.
7. Розроблено шляхи психологічної підтримки та відновлення когнітивної сфери після психотравми. На основі отриманих результатів запропоновано комплексну програму психологічної підтримки, що передбачає:
 - використання когнітивно-поведінкової терапії для відновлення когнітивного контролю;
 - тренінги пам'яті, уваги та мислення для підвищення нейропластичності;
 - застосування методик майндфулнес-терапії та дихальних практик для зниження рівня гіперзбудження;
 - психоедукаційні заняття, спрямовані на формування стійкості до стресу та розвиток адаптивних когнітивних стратегій.

Запропоновані заходи можуть бути використані у практиці військових психологів, психотерапевтів, а також у реабілітаційних центрах для осіб, які пережили війну чи інші травматичні події.

Отримані результати свідчать про високу результативність проведеного дослідження: завдання виконано повністю, підтверджено гіпотезу про суттєвий

вплив психотравми на когнітивне функціонування особистості. Розроблена програма емпіричного дослідження і практичні рекомендації мають важливе значення для психологічної практики.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розробленої програми діагностики та корекції когнітивних порушень у роботі психологів, психотерапевтів і реабілітологів. Результати можуть бути впроваджені у діяльність психологічних центрів, закладів освіти, реабілітаційних установ для військових і цивільних осіб, які пережили травматичні події.

Подальші перспективи дослідження полягають у розширенні вибірки, порівнянні когнітивних особливостей осіб із різними видами травматичного досвіду (бойовим, побутовим, втратами близьких), а також у вивченні нейрофізіологічних механізмів відновлення когнітивних функцій у процесі психологічної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вовк М. Вплив травматичних подій на когнітивні процеси у дорослому віці. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом. психологія*. 2025. Т. 1, № 66. С. 22-29. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.1.3> (дата звернення: 27.10.2025).
2. Головаха Є. І. Паніна Наталія Вікторівна. *Енциклопедія сучасної України*. Київ, 2023. URL: <https://esu.com.ua/article-879675> (дата звернення: 01.11.2025).
3. Долинський Р., Напрєєнко О. Когнітивні порушення у постраждалих від агресії РФ, на тлі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). 2024. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/531> (дата звернення: 26.10.2025).
4. Манюк О., Балашов Е. Проблеми індивідуалізації когнітивних процесів. *Збірник наукових праць РДГУ*. 2023. Т. 1, № 21. С. 67-74.
5. Фільц О. Комплексний підхід до подолання наслідків важкої психологічної травматизації дорослих. *Психологія і суспільство*. 2024. № 1. С. 177-187.
6. Aupperle R. L., Melrose A. J., Stein M. B. Executive function and PTSD: disengaging from trauma. *Neuropharmacology*. 2012. Т. 62, № 2. С. 686-694. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.02.008> (дата звернення: 07.11.2025).
7. Aupperle R. L., Melrose A. J. Executive function and PTSD: disengaging from trauma. *Neuropharmacology*. 2014. № 3. С. 686-694.
8. Bessel A. Van der Kolk. The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin Books, 2015. 464 с.

9. Brewin C. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*. 1996. Т. 103, № 4. С. 670-686. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670> (дата звернення: 01.11.2025).
10. Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*. 2010. Т. 117, № 1. С. 210-232. URL: <https://doi.org/10.1037/a0018113> (дата звернення: 01.11.2025).
11. Broadbent D. E. Introduction: hearing and behaviour. *Perception and communication*. 1958. С. 1-10. URL: <https://doi.org/10.1016/b978-1-4832-0079-8.50003-7> (дата звернення: 01.11.2025).
12. Brown V. M., Morey R. A. Neural systems for cognitive and emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in psychology*. 2012. Т. 3. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00449> (дата звернення: 07.11.2025).
13. Craparo G., Hart O. V. D., Ortu F. Rediscovering Pierre Janet: trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis. Taylor & Francis Group, 2019. 270 с.
14. Dolynskiy R. Cognitive impairment combined with depression PTSD signs in civilians affected by the Russian Federation aggression. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2024. Т. 9, № 4. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i4.568> (дата звернення: 01.11.2025).
15. Ehlers A., Ehring T., Wittekind C. E. Information processing in posttraumatic stress disorder. *The oxford handbook of traumatic stress disorders*. 2022. Т. 2. С. 367-414.
16. Falconer E., Bryant R., Felmingham K. L. The neural networks of inhibitory control in posttraumatic stress disorder. *Journal of psychiatry and neuroscience*. 2008. Т. 33, № 5. С. 413-422. URL: <https://doi.org/10.1139/jpn.0839> (дата звернення: 07.11.2025).

17. Fusar-Poli P., McGorry P. D., Kane J. M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World psychiatry*. 2017. Т. 16, № 3. С. 251-265. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20446> (дата звернення: 07.11.2025).
18. Guo J., Orgeta V., Olivé I. Biomarkers associated with cognitive impairment in post-traumatic stress disorder: a systematic review of current evidence. *Ageing research reviews*. 2024. С. 10. URL: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102198> (дата звернення: 27.10.2025).
19. Imbriano G., Waszczuk M., Rajaram S. Association of attention and memory biases for negative stimuli with post-traumatic stress disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 2022. Т. 85. С. 102509. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102509> (дата звернення: 27.10.2025).
20. Janssen R. J., Mourão-Miranda J., Schnack H. G. Making individual prognoses in psychiatry using neuroimaging and machine learning. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*. 2018. Т. 3, № 9. С. 798-808. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.04.004> (дата звернення: 07.11.2025).
21. Krüger J., Opfer R., Gessert N. Fully automated longitudinal segmentation of new or enlarged multiple sclerosis lesions using 3D convolutional neural networks. *NeuroImage: clinical*. 2020. Т. 28. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102445> (дата звернення: 07.11.2025).
22. Kuzikova S. B., Zlyvkov V. L., Lukomska S. O. Traumatic experience of residents of the de-occupied territories of Ukraine. *The psychological dimensions of society*. 2023. № 9. С. 228-243.
23. Liberzon I., Sripada C. S. The functional neuroanatomy of PTSD: a critical review. *Progress in brain research*. 2007. С. 151-169. URL: [https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(07\)67011-3](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(07)67011-3) (дата звернення: 07.11.2025).
24. Liu J., Chen X., Wang M. Cognitive intervention on the flashback of traumatic event: based on the dual representation theory of PTSD. *International journal*

- of mental health promotion*. 2018. Т. 20, № 3. С. 75-82. URL: <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2018.010857> (дата звернення: 01.11.2025).
25. Lushchak O., Velykodna M., Bolman S. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The lancet regional health - europe*. 2024. Т. 36. С. 10. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100773> (дата звернення: 27.10.2025).
26. Maia P. D., Kutz J. N. Reaction time impairments in decision-making networks as a diagnostic marker for traumatic brain injuries and neurological diseases. *Journal of computational neuroscience*. 2017. Т. 42, № 3. С. 323-347. URL: <https://doi.org/10.1007/s10827-017-0643-у> (дата звернення: 27.10.2025).
27. Majer M., Nater U. M., Lin J.-M. S. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC neurology*. 2010. Т. 10, № 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-61> (дата звернення: 01.11.2025).
28. Martsenkovskyi D., Shevlin M., Ben-Ezra M. Mental health in ukraine in 2023. *European psychiatry*. 2024. Т. 67, № 1. С. 8. URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12> (дата звернення: 27.10.2025).
29. Matiash M. M., Lunov V. E., Prudka L. M. Neuropsychology of chronic fatigue syndrome in civilian population in war conditions. *International neurological journal*. 2024. Т. 20, № 7. С. 382-393. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.7.2024.1118> (дата звернення: 01.11.2025).
30. Meiser-Stedman R., McKinnon A., Dixon C. A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2019. Т. 60, № 8. С. 875-884. URL: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13054> (дата звернення: 01.11.2025).

31. Neisser U. *Cognitive psychology*. New York : Appleton-Century-Crofts, 1967. 351 с.
32. Nguyen V. V., Zainal N. H., Newman M. G. Why sleep is key: poor sleep quality is a mechanism for the bidirectional relationship between major depressive disorder and generalized anxiety disorder across 18 years. *Journal of anxiety disorders*. 2020. № 90. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618522000743?via=ihub> (дата звернення: 06.11.2025).
33. Papanas S. The impact of stress and trauma on neurocognitive processes in post-traumatic stress disorder. 2023. Т. 26, № 6. С. 2.
34. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. M. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC psychiatry*. 2025. Т. 25, № 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1> (дата звернення: 01.11.2025).
35. Prieto S., Nolan K. E., Moody J. N. Posttraumatic stress symptom severity predicts cognitive decline beyond the effect of Alzheimer's disease biomarkers in Veterans. *Translational psychiatry*. 2023. Т. 13, № 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02354-0> (дата звернення: 27.10.2025).
36. Rabinak C. A., Angstadt M., Welsh R. C. Altered amygdala resting-state functional connectivity in post-traumatic stress disorder. *Frontiers in psychiatry*. 2011. Т. 2. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2011.00062> (дата звернення: 07.11.2025).
37. Rosa M., Scassellati C., Cattaneo A. Association of childhood trauma with cognitive domains in adult patients with mental disorders and in non-clinical populations: a systematic review. *Frontiers in psychology*. 2023. Т. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1156415> (дата звернення: 27.10.2025).

38. Russell B., Mussap A. J. Posttraumatic stress, visual working memory, and visual imagery in military personnel. *Current psychology*. 2023. С. 1-18. URL: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04338-1> (дата звернення: 27.10.2025).
39. Sanger B., Alarachi A., McNeely H. Brain fog and cognitive dysfunction in posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Psychology research and behavior management*. 2025. Т. 18. С. 589-606. URL: <https://doi.org/10.2147/prbm.s461173> (дата звернення: 27.10.2025).
40. Schöndorf Z.-S., Terhoeven V., Jaehn A. Characterization of cognitive functioning in complex PTSD compared to non-complex PTSD. *Frontiers in psychiatry*. 2025. Т. 15. С. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1433614> (дата звернення: 27.10.2025).
41. Scott J. C., Matt G. E., Wrocklage K. M. A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*. 2015. Т. 141, № 1. С. 105-140. URL: <https://doi.org/10.1037/a0038039> (дата звернення: 27.10.2025).
42. Shevchuk O., Zasiékina L. Psycholinguistic means of traumatic memory reorganization. *Psychological prospects journal*. 2015. № 25. С. 54-65.
43. Swick D., Lwi S. J., Larsen J. Executive functioning in posttraumatic stress disorder: understanding how inhibition, switching, and test modality affect reaction times. *Neuropsychology*. 2024. Т. 38, № 6. С. 516-530. URL: <https://doi.org/10.1037/neu0000964> (дата звернення: 27.10.2025).
44. Tudorache A.-C., El-Hage W., Clarys D. Posttraumatic stress symptoms increase the efficiency of memory functioning for trauma-related information. *Journal of the international neuropsychological society*. 2022. Т. 2, № 29. С. 172-181. URL: <https://doi.org/10.1017/s1355617722000042> (дата звернення: 27.10.2025).
45. Vasterling J. J., Brailey K., Constans J. I. Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*. 1998. Т. 12, № 1. С. 125-133.

URL: <https://doi.org/10.1037/0894-4105.12.1.125> (дата звернення: 27.10.2025).

46. Wang S., Barrett E., Hicks M. H.-R. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: a cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry research*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056> (дата звернення: 01.11.2025).
47. Xu L., Pan C.-L., Wu X.-H. Inhibition of Smad3 in macrophages promotes A β efflux from the brain and thereby ameliorates Alzheimer's pathology. *Brain, behavior, and immunity*. 2021. Т. 95. С. 154-167. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.013> (дата звернення: 07.11.2025).
48. Zasiékina L., Kennison S., Zasiékin S. Psycholinguistic markers of autobiographical and traumatic memory. *East european journal of psycholinguistics*. 2019. Т. 6, № 2. С. 119-133. URL: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2019.6.2.zas> (дата звернення: 01.11.2025).
49. Zasiékina L. Psycholinguistic representation of individual traumatic memory in the context of social and political ambiguity. *East european journal of psycholinguistics*. 2014. Т. 1, № 2. С. 118-125. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.45898> (дата звернення: 01.11.2025).
50. Zhang H., Hu Y., Yu Y. The value of multimodal neuroimaging in the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder: a narrative review. *Translational psychiatry*. 2025. Т. 15, № 1. С. 12. URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03416-1> (дата звернення: 27.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооцінки PCL -С (цивільна версія)

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому

Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

| №: | Питання | Не було зовсім (1) | Інколи (2) | Помірно (3) | Часто (4) | Дуже часто (5) |
|----|---|--------------------|------------|-------------|-----------|----------------|
| 1 | Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого? | | | | | |
| 2 | Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого? | | | | | |
| 3 | Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)? | | | | | |
| 4 | Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого? | | | | | |
| 5 | Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого? | | | | | |
| 6 | Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією? | | | | | |
| 7 | Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого? | | | | | |
| 8 | Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого? | | | | | |
| 9 | Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення? | | | | | |
| 10 | Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей? | | | | | |
| 11 | Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей? | | | | | |
| 12 | Відчуття, що ваше майбутнє обрізане? | | | | | |
| 13 | Труднощі із засинанням або переривчастий сон? | | | | | |
| 14 | Відчуття роздратування або вибухи гніву? | | | | | |
| 15 | Труднощі з концентрацією уваги? | | | | | |
| 16 | Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку? | | | | | |
| 17 | Відчуваєте себе засмиканим (ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь? | | | | | |

Опитувальник PCL-5