

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного та дистанційного навчання

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт

з Клінічної психології

053 «Психологія»

на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ
ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ»**

Виконала: здобувач 2 курсу, 1 групи

галузь знань: 05 «Соціальні та

поведінкові науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Малиновська Марія Дмитрівна

Керівник: д. мед. н.

проф. В. О. Ульянов

Рецензент: к. мед. н.

доц. Т.Ю.Кравченко

Одеса – 2025

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
Центр заочного та дистанційного навчання
 Кафедра **психології**
 Рівень вищої освіти **магістерський**
 Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**
 Спеціальність **053 «Психологія»**

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Завідувач кафедри психології
 д.ю.н., проф. О.М. Цільмак
 «__» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ
 (магістерський дослідницький проект)

Малиновської Марії Дмитрівни

1. Тема роботи «Особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями»

Керівник роботи Ульянов Вадим Олексійович

затверджений наказом НУ «ОЮА» від «__» _____ 20__ року № __

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів бакалаврської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IV 2025	
2	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	V 2025	
3	Написання Вступу	VI 2025	
4	Написання 1 розділу К.Р.	VII 2025	
5	Написання 2 розділу К.Р.	VIII - IX 2025	
6	Написання Висновків	X 2025	
7	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
8	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
9	Захист К.Р. в ЕК	XII 2025	

Здобувач _____ Малиновська М. Д.

Керівник роботи _____ Ульянов В.О.

АНОТАЦІЯ

Малиновська Марія Дмитрівна. *Особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями.*

Кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю 053 психологія. Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2025 рік.

Магістерська робота присвячена дослідженню особливостей когнітивних функцій у пацієнтів із різними психічними захворюваннями. У роботі розглянуто методико-теоретичні підходи до вивчення когнітивної сфери, обґрунтовано методологічну базу, визначено етичні засади дослідження, охарактеризовано вибірку респондентів та описано процедуру проведення емпіричного дослідження із застосуванням сучасних психодіагностичних методик.

Мета магістерського проєкту – дослідити особливості когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями.

Актуальність цього дослідження полягає у високій поширеності психічних розладів у сучасному суспільстві та їх значному впливі на якість життя, соціальну інтеграцію та працевлаштування постраждалих. Одним із найбільш проблемних аспектів цих розладів є когнітивні порушення, які включають дефіцит уваги, пам'яті та міркування. Це ускладнює процес лікування, призводить до рецидивів та знижує ефективність реабілітаційних заходів. Збереження симптомів когнітивної дисфункції навіть після стабілізації психічного стану підкреслює необхідність ретельного аналізу основних механізмів та розробки ефективних діагностичних та терапевтичних підходів. Тому обрані теми є актуальними для сучасної клінічної психології, нейропсихології та психіатрії.

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів клінічної практики, розподілених на три групи по 20 осіб відповідно до діагнозу: розлад особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) із проявами тривожно-депресивного синдрому та

стійкої інсомнії, посттравматичний стресовий розлад та параноїдальна шизофренія.

Для оцінки когнітивних функцій застосовано комплекс психодіагностичних методик, зокрема: таблиці Шульте для визначення концентрації та швидкості переробки інформації, методику «Виключення предметів» для аналізу абстрактного мислення та узагальнення, методику «Класифікація» для оцінки логічної систематизації понять, завдання «Пояснення прислів'їв» для виявлення рівня абстракції та критичного мислення, методику «Складання сюжету за картинками» для аналізу зв'язного мовлення та послідовності думок, а також тест «Запам'ятовування 10 слів» Лурії для вимірювання пам'яті та стомлюваності. Такий інструментарій забезпечив можливість комплексного вивчення характеристик когнітивних процесів у пацієнтів різних клінічних груп.

Емпіричне дослідження показало, що пацієнти з різними психічними розладами мають гетерогенні профілі когнітивних порушень. Найбільш виражені труднощі спостерігалися в групі пацієнтів з параноїдною шизофренією, у яких спостерігався значний дефіцит мислення, пам'яті та уваги. Дефіцит уваги та часткові порушення пам'яті переважають у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, тоді як формальні розлади мислення менш виражені. Особи з органічними розладами демонструють задовільну, хоча й знижену, когнітивну діяльність порівняно з нормою, що проявляється уповільненням мислення та зниженням концентрації уваги у 80% вибірки.

Дана кваліфікаційна робота підкреслює необхідність диференційованих стратегій лікування для кожної групи пацієнтів, враховуючи специфічні характеристики когнітивних дефіцитів. Рекомендується когнітивна та психосоціальна реабілітація, метакогнітивні втручання та тренувальні програми для розвитку пам'яті, уваги та виконавчих функцій, а також поступова інтеграція цих навичок у повсякденне життя пацієнтів. Важливими є міждисциплінарний підхід, коригування

медикаментозного лікування та індивідуалізовані тренувальні навантаження, що враховують психофізіологічні здібності пацієнта.

Таким чином, дослідження підтверджує, що психічні захворювання значно погіршують когнітивні функції, а характер цих порушень залежить від конкретного діагнозу. Найбільш важкі та складні дефіцити спостерігаються при шизофренії; при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) переважають дефіцити виконавчих функцій та уваги; органічні розлади спричиняють уповільнення процесів мислення та труднощі з концентрацією уваги. Отримані дані підкреслюють важливість ранньої діагностики когнітивних симптомів та впровадження спеціальних програм підтримки, які сприяють підвищенню ефективності лікування, реабілітації та соціальної інтеграції пацієнтів.

Ключові слова: когнітивні функції, психічні захворювання, розлад особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку, перинатальна патологія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), параноїдальна шизофренія, увага, пам'ять, мислення.

ANOTATION

Malynovska Mariia Dmytrivna. *Features of Cognitive Functions in Patients with Various Mental Disorders.*

Master's qualification thesis in specialty 053 Psychology. Odesa National Academy of Law. Odesa, 2025.

The master's thesis is devoted to the study of cognitive functions in patients with various mental disorders. The paper examines methodological and theoretical approaches to the investigation of the cognitive sphere, substantiates the methodological framework, defines ethical principles of the research, characterizes the sample, and describes the empirical procedure using modern psychodiagnostic techniques.

The **aim** of the master's project is to investigate the features of cognitive functions in patients with various mental illnesses.

The relevance of this study lies in the high prevalence of mental disorders in modern society and their significant impact on the quality of life, social integration and employment of those affected. One of the most problematic aspects of these disorders is cognitive impairment, which includes deficits in attention, memory and reasoning. This complicates the treatment process, leads to relapses and reduces the effectiveness of rehabilitation measures. The persistence of symptoms of cognitive dysfunction even after stabilization of the mental state emphasizes the need for a thorough analysis of the underlying mechanisms and the development of effective diagnostic and therapeutic approaches. Therefore, the selected topics are relevant for modern clinical psychology, neuropsychology and psychiatry.

The study involved 60 patients from clinical practice, divided into three groups of 20 people according to the diagnosis: personality and behavioral disorder due to organic brain damage (perinatal pathology) with manifestations of anxiety-depressive syndrome and persistent insomnia, post-traumatic stress disorder and paranoid schizophrenia.

To assess cognitive functions, a set of psychodiagnostic methods was used, in particular: Schulte tables to determine concentration and speed of information

processing, the «Exclusion of objects» method to analyze abstract thinking and generalization, the «Classification» method to assess logical systematization of concepts, the «Explanation of proverbs» task to identify the level of abstraction and critical thinking, the «Composing a plot from pictures» method to analyze coherent speech and sequence of thoughts, as well as Luria's «Memorizing 10 words» test to measure memory and fatigue. Such a toolkit provided the opportunity for a comprehensive study of the characteristics of cognitive processes in patients of different clinical groups.

The empirical study showed that patients with different mental disorders have heterogeneous profiles of cognitive impairments. The most pronounced difficulties were observed in the group of patients with paranoid schizophrenia, in whom significant deficits in thinking, memory and attention were observed. Attention deficit and partial memory impairments prevail in patients with post-traumatic stress disorder, while formal thinking disorders are less pronounced. Individuals with organic disorders demonstrate satisfactory, albeit reduced, cognitive activity compared to the norm, which is manifested by a slowdown in thinking and a decrease in concentration of attention in 80% of the sample.

This qualification work emphasizes the need for differentiated treatment strategies for each group of patients, taking into account the specific characteristics of cognitive deficits. Cognitive and psychosocial rehabilitation, metacognitive interventions and training programs for the development of memory, attention and executive functions, as well as the gradual integration of these skills into the daily life of patients are recommended. An interdisciplinary approach, adjustment of drug treatment and individualized training loads that take into account the psychophysiological abilities of the patient are important.

Thus, the study confirms that mental illnesses significantly impair cognitive functions, and the nature of these disorders depends on the specific diagnosis. The most severe and complex deficits are observed in schizophrenia; in post-traumatic stress disorder (PTSD), deficits in executive functions and attention predominate; organic disorders cause slowing of thinking processes and difficulties with

concentration of attention. The obtained data emphasize the importance of early diagnosis of cognitive symptoms and the implementation of special support programs that contribute to increasing the effectiveness of treatment, rehabilitation and social integration of patients.

Keywords: *cognitive functions, mental disorders, personality and behavioral disorder due to organic brain damage, perinatal pathology, post-traumatic stress disorder (PTSD, paranoid schizophrenia, attention, memory, thinking.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	10
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	18
1.1. Обґрунтування методологічної бази та характеристика цільової групи дослідження.....	18
1.1.1. Етичні засади дослідження.....	18
1.2. Характеристика вибірки дослідження.....	19
1.3. Опис процедури дослідження.....	22
1.4. Опис методик дослідження.....	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	30
2.1. Описовий аналіз результатів дослідження когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями.....	30
2.2. Якісний аналіз емпіричних даних та результатів дослідження впливу різних психічних захворювань на когнітивні функції пацієнтів.....	40
2.3. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями.....	48
2.3.1. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку.....	48
2.3.2. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом.....	55
2.3.3. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з параноїдальною шизофренією.....	63
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психічні захворювання є однією з основних медико-соціальних проблем сучасного суспільства, оскільки вони надають значного впливу на якість життя пацієнтів, їхню соціальну адаптацію та працездатність. Одним із ключових аспектів таких розладів є когнітивні порушення, які проявляються у вигляді дефіциту уваги, пам'яті, виконавчих функцій, мислення та інших когнітивних процесів.

Когнітивна дисфункція характерна для широкого спектра психічних розладів, зокрема шизофренії, депресії, біполярного афективного розладу та деменції, ПТСР. Вона не лише ускладнює соціальну інтеграцію пацієнтів, а й впливає на ефективність лікування, оскільки зниження когнітивних здібностей може призводити до низького комплаєнсу до лікування та погіршення прогнозу.

Сучасні дослідження в галузі психіатрії та нейропсихології зосереджені на виявленні закономірностей розвитку когнітивного дефіциту при різних психічних захворюваннях, що дозволяє розробляти ефективніші методи діагностики, терапії та реабілітації. Вивчення особливостей когнітивних функцій у таких пацієнтів має важливе значення для покращення їхньої якості життя та соціальної адаптації.

Отже, актуальність дослідження пояснюється тим, що психічні захворювання є однією з найпоширеніших проблем сучасності, що суттєво впливає як на психоемоційну та емоційно-вольову сферу пацієнтів, так і спричиняє значний вплив на когнітивні процеси особистості, зокрема уваги, пам'яті та мислення, що призводить до їх порушень. Особливо важливо проаналізувати вплив психічних реакцій пацієнтів з клінічними розладами на особливості когнітивних функцій. Ці функції складають основу інтелектуальної діяльності людини і є механізмом функціонування її процесів сприйняття, обробки та запам'ятовування інформації, а також здатністю приймати рішення та адаптуватися до соціального середовища [16, с. 189].

Когнітивні функції – це складна система, яка забезпечує здатність зосереджувати і підтримувати увагу, обробляти вербальну та невербальну інформацію, вирішувати нові завдання та застосовувати попередньо набутий досвід у різних ситуативних моделях та життєвих випадках. Недостатність уваги, пам'яті чи мислення може суттєво погіршити соціальну та професійну діяльність людини та негативно вплинути на стан її психіки та повноцінність їх життєдіяльності [21, с. 109].

Вивчення когнітивних процесів у контексті психічних захворювань має особливе значення, оскільки проблеми функціонування психіки та когнітивних функцій у взаємодії можуть призводити до хронізації психічних захворювань, ускладнювати терапевтичні заходи, провокувати рецидиви, а також зменшують вірогідність успішної реабілітації та соціальної інтеграції пацієнтів [39].

Отже, особливості функціонування когнітивних процесів функції, а особливо у контексті наявності психічних захворювань у пацієнтів є однією з провідних проблематик наукового дискурсу клінічної психології, нейропсихології та психіатрії, а також інших суміжних та міждисциплінарних наук, тому що вони є невід'ємною частиною генезу захворювань психіки, а також значно впливають на доцільність методів та ефективність засобів психотерапії або психотерапевтичних втручань у процесі лікування пацієнтів.

Актуальність цього питання у сучасній клінічній психології зумовлюється збільшенням кількості клінічних випадків, коли у пацієнтів зберігається симптоматика порушень когнітивних функцій навіть після стабілізації психічного стану, зберігаючи негативний вплив на повноцінність життєвих процесів та соціальну адаптацію і поведінку цих пацієнтів [39; 21, с. 111].

Психічні захворювання не мають вираженості негативного впливу на когнітивні процеси пацієнтів (мислення, пам'ять, увагу) з тієї причини, що ці

процеси більше залежать від зовнішніх психотравмуючих факторів, ніж від глибоких біологічних змін [39].

Це означає, що ендogenous психічні розлади охоплюють низку психічних захворювань, таких як шизофренія та біполярний розлад. У цих випадках когнітивний дефіцит є стійким та прогресуючим через нейробіологічні зміни. У той же час, при психогенних/реактивних розладах (наприклад, ПТСР, невротичних розладах) когнітивні порушення є вторинними, пов'язаними зі стресом, тривогою та дисоціацією, і потенційно оборотними.

Вважається, що ендogenous психічні захворювання пов'язані зі значними нейробіологічними порушеннями, дисфункціями нейромедіаторних систем та органічними змінами в структурах мозку, які значною мірою відповідають за хронічні та ускладнені когнітивні порушення [16, с. 191].

Психогенні захворювання, з іншого боку, які в першу чергу спричинені психологічними та соціальними факторами, зазвичай характеризуються більш мінливими та потенційно оборотними змінами в когнітивній сфері, тісно пов'язаними з характером та терміном впродовж якого здійснювався тиск від стресових переживань [23].

Ступінь складності, своєчасне діагностування та необхідність індивідуалізованої психотерапевтичної та реабілітаційної роботи вимагають більш поглибленого вивчення специфічних характеристик когнітивних розладів залежно від типу психічного захворювання.

Огляд основних даних літератури по сучасному стану досліджуваного питання. Вивчення індивідуального когнітивного розвитку викликало жваві дискусії в наукових колах у різних галузях: психології, нейропсихології, медицині, соціології та педагогіці. Це дослідження розглядало не лише когнітивні процеси, а й специфіку моделей та проблем у сфері пізнання, інтегруючи когнітивну психологію в історичний та тематичний дискурс. Зокрема, Карл Бюлер вивчав стадії розвитку когнітивних функцій; Анрі Валлон та П'єр-Марі-Фелікс Жане досліджували характеристики перехідних когнітивних стадій; Вільям Стерн досліджував

взаємозв'язок між когнітивним та лінгвістичним розвитком; а Буррус Скіннер та інші досліджували взаємозв'язок між мисленням та когнітивним розвитком.

Численні вчені у галузях нейропсихології та медицини досліджували взаємодію між нервовою системою та психічними процесами, включаючи когнітивний розвиток. Зокрема, Лев Виготський, який зробив значний внесок у розвиток теорії соціокультурної взаємодії та зони найближчого розвитку, та британський нейрофізіолог і нейропсихолог Ульф Фріт, відомий своїми дослідженнями в галузі розвитку та порушень сприйняття соціальної інформації [5, с. 4].

Всі зазначені вище автори – всього лише кілька прикладів серед числа усіх досліджень, які розширили межі вивчення взаємодії між мозком і когнітивними процесами, що безпосередньо впливають на розвиток людини та навчання протягом усього життя.

У 20-му та 21-му століттях дослідження в галузі когнітивного розвитку охоплювали різноманітні області, зокрема: контекст пам'яті та уваги; принципи та механізми, що регулюють людське пізнання; когнітивні процеси, такі як сприйняття, мислення, пам'ять, оцінка, планування та організація; роль когнітивних процесів у формуванні самоконтролю в процесі розумового розвитку; розробку нейропсихологічних моделей тощо [5, с. 5].

У XX сторіччі домінування когнітивної сфери над емоційними проявами у науковому дискурсі стали відправною точкою для початку розвитку «когнітивістики» (А., Лазарус, Н. Левенталь та інші) і призвели до початку досліджень подолання стресу та травматичних переживань у людей (Р. Лазарус, С. Фолкман).

Останніми десятиріччями в центрі уваги теоретиків когнітивної теорії 21-го століття була саме проблематика взаємозв'язку когнітивних процесів зі станом психіки. Зберігаються відмінності в тому, як люди сприймають, розуміють, організовують та оцінюють свій досвід, як когнітивна сфера

індивіда динамічно відображає реальність та її трансформацію, генерує досвід, конструює модель світу та регулює свою діяльність. Вчені погоджуються, що психічні процеси в когнітивній сфері взаємодіють специфічним чином, забезпечуючи унікальний потік цілісної, свідомої, рефлексивної та трансформаційної продуктивної діяльності [5, с. 6].

Результати останніх досліджень багатьох вчених стали приводом для проведення більш детального емпіричного дослідження серед пацієнтів трьох конкретних груп захворювань психіки із визначенням залежності когнітивних функцій пацієнтів від різних типів психічних захворювань у сферах активності, поведінки, адаптації в суспільстві тощо, які потребують наукового обґрунтування та побудови нових моделей когнітивного розвитку.

Таким чином, у пацієнтів з органічним розладом особистості після черепно-мозкової травми виявляють підвищений рівень невротизму та зниження екстраверсії, що корелює зі ступенем тяжкості ураження мозку [26, с. 3]. Дослідження показали, що інцидентність OPD сягає від 18 % при легкій травмі до понад 40 % при середніх і тяжких формах, особливо за ураження лобних і скроневих ділянок [26, с. 4]. Хоча явних відмінностей у загальній когнітивній продуктивності між групами з OPD та без OPD не виявлено, саме пацієнти з OPD мають виражені порушення виконавчих функцій – організації, планування, гнучкості мислення та контролю імпульсів [33, с. 7]. Це підтверджує концепцію, що ключові когнітивні розлади при OPD пов'язані з дисфункцією лобових часток, тобто з феноменом «дисекзекутивного синдрому» [29, с. 5].

У пацієнтів із ПТСР нейропсихологічні порушення охоплюють дефіцити уваги, робочої пам'яті та логічного мислення, що прямо корелює з функціональною недостатністю дорсолатеральної префронтальної кори (DLPFC) та орбітофронтальної кори (OFC) [10, с. 2]. Порушення цих областей призводить до труднощів у регуляції емоцій, контролі агресивності та абстрактному мисленні [10, с. 3]. Окрім того, підвищений рівень стресових гормонів та цитокінів у пацієнтів із хронічним ПТСР негативно впливає на

зв'язки між гіпокампом і префронтальною корою, що зумовлює погіршення виконавчих функцій, зниження швидкості прийняття рішень і когнітивний дефіцит типу «мозкового туману» [40, с. 6].

При параноїдальній шизофренії широко розповсюджені когнітивні дефіцити, що мають різну природу. Так, порушення виконавчих функцій асоціюються з сімейним анамнезом психічних розладів, робоча пам'ять – з віком дебюту, а візуальна пам'ять – із тяжкістю клінічної симптоматики [38, с. 9]. Дослідження показують, що застосування антипсихотиків другого покоління корелює з кращими результатами у завданнях на точність, робочу пам'ять і мовну продуктивність, ніж використання препаратів першого покоління [28, с. 4]. Крім того, підвищені біомаркери запалення (CRP, S100B, NSE) та зміни рівня нейротрофічного фактора BDNF пов'язані зі зниженням швидкості обробки інформації [28, с. 6]. Важливо, що когнітивні розлади напряду визначають рівень інвалідизації у сфері міжособистісної взаємодії, праці й самообслуговування [36, с. 12].

Мета даної кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні впливу різних психічних захворювань на особливості когнітивних функцій пацієнтів.

Згідно із визначеною метою роботи окреслено наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати наукову літературу, теоретичні дані та посібники із медичної психології з питання когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями для подальшої обробки та систематизації даних.
2. Обґрунтувати методологічну базу та інструментарій дослідження когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями.
3. Дослідити особливості когнітивних функцій у пацієнтів з різними типами психічних захворювань та визначити залежність когнітивних змін з типом розладу з метою аналізу факторів, що впливають на функції когнітивних процесів.

4. Інтерпретувати отримані результати та розробити практичні рекомендації для психологів щодо підвищення ефективності діагностики, терапії та реабілітації когнітивних розладів у пацієнтів з різними типами психічних захворювань.

Об'єкт дослідження – когнітивні функції особистості.

Предмет дослідження – особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями.

Методологічна база дослідження. У процесі підготовки даного магістерського дослідження роботі були використані такі методи дослідження:

1. **Теоретичні методи:** аналіз наукових статей та літератури, джерел інформації медичної та клінічної спрямованості, систематизація та узагальнення отриманих даних з метою визначення основних концепцій та підходів до вивчення особливостей когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними розладами.
2. **Емпіричні методи** – тестування, анкетування та опитування за позначеними нижче методиками для діагностування різних типів психічних захворювань у пацієнтів та дослідження їх впливу на когнітивні функції особистості.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні психологічних знань про особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями.

Елементи наукової новизни дослідження. Дослідження допоможе розширити уявлення про специфіку когнітивних порушень при різних психічних розладах, що може сприяти покращенню діагностики та розробці ефективних програм реабілітації.

Практичне значення одержаних результатів дослідження можуть бути використані у клінічній психіатрії, психологічному консультуванні та реабілітаційній роботі з пацієнтами для підвищення ефективності лікування та соціальної адаптації осіб із психічними розладами, а також можуть бути

використані у роботі з студентами, при написанні наукових, курсових, дипломних та інших робіт, пов'язаних з даною проблематикою.

Публікації автора за темою дослідження: Малиновська М. Д., Ульянов В.О. Особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями. Сучасна психологія: виклики та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Одеса, 10 жовтня 2025 року. / за заг. ред. проф. Аракеляна М.Р. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2025.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів – методично-теоретичного та аналітично, висновків, списку використаних джерел, що складається з 40 найменувань та додатків на сторінках 74-82, що містять 9 найменувань. Основний зміст дослідження викладено на 56 сторінках. Повний обсяг роботи – 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Обґрунтування методологічної бази та характеристика цільової групи дослідження

Магістерський проєкт, присвячений темі: *«Особливості когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями»* проводився на базі Національного університету «Одеська юридична академія» та на базі Чернігівської психіатричної лікарні. Окрему вдячність за допомогу у проведенні психіатричного діагностування пацієнтів, а також за допомогу у проведенні дослідження, аналізі результатів та їх інтерпретації ми виказуємо лікарю-психологу Ковалю Костянтину Олександровичу.

1.1.1. Етичні засади дослідження

Дослідження здійснювалося з дотриманням основних принципів біоетики та положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964 р., з поправками 2013 р.), а також чинного законодавства України щодо захисту прав людини в галузі медико-психологічних досліджень.

Перед початком обстеження кожен учасник:

- отримував інформаційний лист з детальним описом мети, завдань, процедури та тривалості дослідження;
- був поінформований про можливі психологічні навантаження та гарантії безпеки;
- надавав інформовану згоду на участь у дослідженні;
- отримував підтвердження права відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків для себе.

Конфіденційність та анонімність результатів забезпечувалася таким чином:

- використання шифрів замість персональних даних;
- зберігання інформації у захищеному вигляді;
- використання отриманих даних виключно в наукових цілях.

Психодіагностичні методики підбиралися з урахуванням:

- вікових, когнітивних та психоемоційних особливостей учасників;
- недопущення надмірного емоційного навантаження;
- забезпечення безпечних і комфортних умов обстеження.

Особлива увага приділялася дотриманню психологічної безпеки під час роботи з пацієнтами, які мають тривожні, депресивні або психотичні симптоми. У разі виявлення вираженого погіршення стану під час тестування процедура припинялася, а учаснику надавалася психологічна підтримка або скеровування до профільного спеціаліста.

1.2. Характеристика вибірки дослідження

В рамках нашого дослідження було сформовано вибірку з 60 пацієнтів клінічної практики з трьома різними типами психічних захворювань – 20 осіб із виявленням розладу особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) у вигляді тривожно-депресивного синдрому та стійкою інсомнією; 20 осіб із наявним посттравматичним стресовим розладом і ще 20 пацієнтів із захворюванням параноїдальна шизофренія.

1-ша група ($n = 20$) – пацієнти з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія), у яких клінічно виявлено тривожно-депресивний синдром та стійку інсомнію. Розподіл пацієнтів даної групи досліджуваних за статевою ознакою здійснено наступним чином: серед усіх респондентів взяли участь 2 жінки і 18 чоловіків; віковий діапазон досліджуваних – від 29 до 64 років.

Особливості: переважають скарги на хронічну втому, емоційну лабільність, зниження працездатності та труднощі соціальної адаптації.

Ця група представлена особами, у яких патологія має органічне походження, сформоване ще на ранніх етапах розвитку (перинатальний період). Клінічна картина характеризується зниженням когнітивної продуктивності, емоційною нестійкістю, підвищеною втомлюваністю та труднощами у встановленні соціальних контактів. Тривожно-депресивний

синдром проявляється хронічним почуттям тривоги, зниженим настроєм та вираженим песимізмом. Стійка інсомнія поглиблює симптоматику, сприяючи виснаженню нервової системи та підвищенню дратівливості.

2-га група ($n = 20$) – пацієнти з діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У цій групі досліджуваних брали участь 20 чоловіків віком від 29 до 57 років.

Особливості: у клінічній картині домінують повторні інвазивні спогади травматичних подій, підвищена тривожність, порушення сну, підвищена збудливість та уникнення нагадувань про травму.

Характерною є наявність психотравмуючого досвіду, який став тригером розвитку розладу. У клінічній картині домінують повторювані нав'язливі спогади (флешбеки), нічні кошмари, підвищена настороженість і схильність до уникання стимулів, пов'язаних із травмою. Пацієнти відзначають труднощі з концентрацією уваги, емоційне виснаження та соціальну ізоляцію. ПТСР у багатьох випадках супроводжується підвищеною тривожністю, соматичними симптомами (тахікардія, пітливість) та розладами сну.

3-тя група ($n = 20$) – пацієнти з діагнозом параноїдальна шизофренія (F20.0), з яких 7 жінок і 13 чоловіків. Віковий діапазон досліджуваних – від 20 до 46 років.

Особливості: переважають продуктивні симптоми (параноїдний марення, галюцинаторні переживання), з періодами емоційного відчуження та когнітивного зниження.

Для цієї групи характерна наявність виражених продуктивних симптомів: систематизовані марення переслідування або впливу, слухові галюцинації, інтерпретаційні та маячні ідеї. На початкових етапах зберігається відносно висока когнітивна активність, однак з часом наростає емоційне збіднення, зниження ініціативи та соціальної активності. Періоди загострення супроводжуються інтенсивним психотичним переживанням, у ремісії – домінує дефіцитарна симптоматика (апатія, алогія, зниження волі).

Таблиця 1.2. Порівняльна характеристика вибірок у контексті особливостей захворювань

Група	К л і н і к о - п с и х о л о г і ч н а характеристика
1-ша група	Пацієнти з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) у поєднанні з тривожно-депресивним синдромом та стійкою інсомнією. Клінічна картина: зниження когнітивної продуктивності, емоційна нестійкість, хронічна втома, труднощі у соціальних контактах, стійкі порушення сну, що посилюють симптоматику.
2-га група	Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Клінічна картина: нав'язливі спогади (флешбеки), нічні кошмари, підвищена настороженість, уникання нагадувань про травму, труднощі з концентрацією уваги, емоційне виснаження, розлади сну.

3-тя група	Пацієнти з параноїдальною шизофренією. Клінічна картина: систематизовані марення переслідування або впливу, слухові галюцинації, інтерпретаційні та маячні ідеї. Перебігає з чергуванням фаз загострення (психотична симптоматика) та ремісії (дефіцитарні розлади – апатія, зниження волі).
------------	--

1.3. Опис процедури дослідження

Дослідження проводилося в індивідуальній формі у тихому, добре освітленому приміщенні, що забезпечувало мінімальний рівень зовнішніх відволікаючих факторів. Кожний учасник попередньо був ознайомлений із метою дослідження, надав інформовану згоду на участь та отримав стандартизовані інструкції до виконання кожної методики.

Обстеження здійснювалося у наступній послідовності:

1. Таблиця Шульте

Мета – оцінка швидкості сенсомоторних реакцій, концентрації та стійкості уваги.

Процедура: досліджуваному пропонувалася таблиця з випадковим розташуванням чисел від 1 до 25. Завдання – якомога швидше знаходити числа у зростаючому порядку. Фіксувався загальний час виконання та характер помилок.

2. Методика «Виключення предметів»

Мета – дослідження логічного мислення, здатності до абстрагування та аналізу.

Процедура: випробуваному демонструвався набір із 4–5 предметних зображень або слів, об'єднаних певною ознакою, при цьому один елемент не

відповідав загальній категорії. Завдання – визначити «зайвий» предмет і пояснити свій вибір.

3. Методика «Класифікація»

Мета – оцінка рівня узагальнення та систематизації інформації.

Процедура: досліджуваному пропонувалася серія слів або зображень, які необхідно було розподілити на групи за спільними ознаками. Фіксувався принцип класифікації, логічність та швидкість виконання.

4. Методика «Пояснення прислів'їв»

Мета – вивчення рівня абстрактного мислення та інтерпретаційних здібностей.

Процедура: випробуваному зачитували серію прислів'їв. Завдання – пояснити їхній прихований зміст власними словами. Оцінювався рівень розуміння метафоричного змісту, здатність до узагальнення та адекватність тлумачення.

5. Методика «Складання сюжету за картинками»

Мета – дослідження послідовності мислення, креативності та логічної організації оповіді.

Процедура: досліджуваному пропонували серію сюжетних картинок у розрізненому порядку. Завдання – розташувати їх логічно та скласти усну розповідь за отриманою послідовністю. Оцінювалися цілісність сюжету, зв'язність та повнота викладу.

6. Методика «Запам'ятовування 10 слів» (за А. Р. Лурією)

Мета – дослідження обсягу та міцності вербальної пам'яті.

Процедура: досліджуваному зачитували список із 10 слів. Завдання – відтворити їх одразу після пред'явлення. Процедуру повторювали кілька разів (до 5), фіксуючи кількість правильно відтворених слів у кожній спробі. Через 20-30 хв проводилася відстрочена репродукція для оцінки збереженості матеріалу.

Загальна тривалість обстеження кожного респондента становила близько 45-60 хвилин, залежно від темпу роботи та особливостей психічного

стану. Порядок методик був уніфікований для всіх учасників, щоб зменшити вплив зовнішніх змінних на результати.

1.4. Характеристика методик дослідження

1. **Таблиці Шульте** – застосовують для вимірювання показників уваги: швидкості пошуку, концентрації, переключення, витривалості та стомлюваності. Ця методика підтверджує свою ефективність як скринінговий інструмент у діагностиці легкої когнітивної дисфункції, наприклад у пацієнтів з розсіяним склерозом [1].

У тесті випробуваному пропонується у таблиці з хаотично розміщеними числами (наприклад, від 1 до 25 або більше) якомога швидше знайти та послідовно назвати їх у порядку зростання або спадання. Фіксується час виконання і помилки. Методика дозволяє оцінити концентрацію, стійкість, швидкість обробки інформації та периферійне сприйняття [1].

У таблиці Шульте найважливішими параметрами оцінювання є час, необхідний для впорядкування чисел від найменшого до найбільшого, та кількість помилок. Нормативне значення від 35 до 50 секунд для таблиці 5×5 вказує на стійку концентрацію та високу швидкість обробки інформації. Значення від 50 до 60 секунд інтерпретуються як незначне уповільнення, тоді як результати понад 60 секунд вказують на значне зниження концентрації, зміни уваги та зниження відволікання. Три або більше помилок свідчать про нестабільність уваги та підвищену відволікання.

2. **Методика «Виключення предметів (понять)»** – представлена у формі серій слів або предметів – три з чотирьох слів узгоджені за означеною ознакою, одне зайве, яке випробуваний повинен виключити та пояснити свою логіку. Досліджує можливості абстракції, аналізу, узагальнення [6]. Методика використовується для оцінки аналітико-синтетичних здібностей, абстрактного мислення, формування узагальнень, а також виявлення стійкості мисленнєвої активності [6].

Ця методика оцінює здатність до абстрактного мислення, аналізу та узагальнення: досліджувані знаходять зайвий елемент у серії понять або предметів [6].

Оцінювання цієї методики базується на здатності випробуваного визначати ключову ознаку та робити точні узагальнення. Правильне виконання 8-10 завдань з логічними поясненнями вважається нормою. 6-7 правильних відповідей свідчать про схильність до конкретного мислення, тоді як менше 6 правильних відповідей відображають зниження аналітико-синтетичних здібностей, труднощі з абстракцією та стереотипне мислення. Відсутність пояснення або визначення випадкової ознаки вважаються показниками поганої організації логічних операцій.

3. Методика Класифікація – випробуваним пропонуються множини предметів або понять, які необхідно згрупувати за спільними ознаками – це дозволяє оцінити логічне мислення, здатність систематизації, абстрагування, послідовність і критичність дій [9, с. 32]. Методика використовується в сучасних когнітивних оцінюваннях, схожих із класифікаційними тестами PASS або CAS, що базуються на луріанській теорії когнітивних процесів.

Дана методика спрямована на виявлення здатності систематизувати інформацію, встановлювати логічні категорії та класифікувати об'єкти (опис у джерелах щодо мислення та логічних операцій) [9, с. 32].

Оцінювання результатів аналізує здатність суб'єкта розрізняти суттєві та родові характеристики та формувати логічно структуровані групи понять. Класифікація, заснована на об'єктивно значущих характеристиках, а також демонстрація зв'язності та критичної релевантності, вважається нормою. Групування за повсякденними, другорядними або випадковими характеристиками інтерпретується як конкретний вираз думки. Виражені труднощі в побудові логічних категорій, нестійка аргументація та плутанина критеріїв вважаються показниками зниженої керованості процесів мислення.

4. Методика «Пояснення прислів'їв» – діагностує рівень абстрактного, критичного мислення, глибину та цілеспрямованість мислення через тлумачення переносного значення висловів [3, с. 240]. Випробуваний пояснює значення українських або інших прислів'їв – завдання тестує абстрактне, критичне мислення, здатність до символічного сприйняття, глибину розуміння [3, с. 240]. Метод часто застосовується в психологічних дослідженнях особистісної когнітивної сфери для виявлення рівня абстрактного мислення у дорослих.

Найважливішими критеріями оцінювання є здатність абстрагувати, мислити символічно та узагальнювати повсякденні ситуації. Узагальнені та метафоричні пояснення, що передають імпліцитні значення, вважаються нормою. Буквальні або аргументовані інтерпретації свідчать про конкретне мислення. Нечіткі або фрагментарні відповіді свідчать про нижчий рівень критичного мислення, а нелогічні узагальнення – про порушення формального операційного мислення.

5. Методика «Складання сюжету за картинками» – використовується для оцінки мовного мислення, здатності до логічного зв'язного викладу, творчого уявлення та смислової пам'яті (в урізаному описі в джерелах [7]). Це типова дескриптивна психодіагностика (автори не згадані). Випробуваному пропонується серія картинок, за якими потрібно скласти осмислений сюжет – оцінюються творчість, послідовність, зв'язність викладу, мовні здібності, уява і пам'ять [7]. Використовується в комплексних когнітивних оцінюваннях як завдання для аналізу зв'язного мовлення, творче вирішення завдань і логічного мислення.

Оцінювання ґрунтується на зв'язності та послідовності аргументації, наявності причинно-наслідкових зв'язків та здатності логічно структурувати твердження. Нормальні показники характеризуються логічним, структурованим викладом з достатнім змістом. Відхилення, такі як пропуск важливих елементів сюжету, надмірна деталізація або повторення, свідчать

про громіздкість міркувань, відсутність гнучкості та погану організацію. Хаотичний виклад або невиправдана зміна теми можуть бути ознаками патологічних розладів.

6. Методика «Запам'ятовування 10 слів» (за Лурієм). Автор: Олександр Романович Лурія. Класичний нейропсихологічний тест: випробуваному читають список із 10 нерелевантних слів, які треба запам'ятати через декілька повторів та відтворити одразу й через затримку. Аналізується кількість правильних спроб, пам'ять, крива запам'ятовування, стомлюваність [3, с. 255]. Методика призначена для оцінки короточасної пам'яті, уваги, навчальної стійкості; включає серію повторень, а також відстрочене відтворення слів [3, с. 255].

Основними критеріями є кількість слів, що згадуються після кожного повторення, форма кривої згадування та здатність згадувати після відволікання уваги. Запам'ятовування 8-10 слів після п'яти повторень вважається нормальним і відображає збереження обробки та зберігання інформації. Запам'ятовування 6-7 слів інтерпретується як помірне зниження пам'яті, а менше 5 слів свідчить про значне порушення процесів кодування та підвищену стомлюваність. Різке падіння кількості слів, згаданих після перерви, інтерпретується як відсутність довготривалого запам'ятовування.

Для оцінки результатів емпіричного дослідження було застосовано комплексний метод описової та порівняльної статистики, що дозволило провести комплексний аналіз характеристик когнітивних функцій пацієнтів у встановлених клінічних групах. Спочатку було розраховано абсолютну та відносну частоти (%) для визначення поширеності різних типів когнітивних порушень у досліджуваній вибірці. Це дозволило порівняти тяжкість симптомів між групами стосовно пам'яті, уваги та міркування. Такий підхід дозволив кількісно оцінити найбільш характерні клінічні прояви.

Крім того, були застосовані методи варіаційної статистики, включаючи оцінку ступеня змін когнітивних функцій, аналіз розподілу показників та визначення тенденцій зниження інтелектуально-операційного компонента

розумової діяльності. Було проведено групове порівняння для виявлення відмінностей за нозологічною класифікацією. Це дозволило виявити специфічні закономірності порушень у пацієнтів з органічними, травматичними та ендогенними психічними розладами.

Для візуального представлення результатів використовувалися графічні статистичні інструменти (діаграми, таблиці), що підвищило пояснювальну силу інтерпретації та дозволило візуалізувати динаміку проявів когнітивної дисфункції у вибірці. Візуально-структурний аналіз сприяв виявленню кореляцій між типом розладу та тяжкістю когнітивного дефіциту.

У психологічних дослідженнях когнітивних функцій застосовується широкий спектр методик, спрямованих на вивчення пам'яті, мислення та уваги. Для оцінки пам'яті традиційно використовуються таблиці Шульте, тест пам'яті на фігури Рея, методика опосередкованого запам'ятовування; для дослідження мислення – тест «Виключення предметів», класифікація понять, інтерпретація прислів'їв; для уваги – коректурні проби, тест «Числовий квадрат», тест Бурдона-Анфімова [8, с. 11].

Окрім зазначених, існує ряд інших валідних психодіагностичних інструментів. Наприклад, для скринінгу когнітивних порушень використовуються MMSE (Mini-Mental State Examination) та MoCA (Montreal Cognitive Assessment), які охоплюють пам'ять, увагу, виконавські функції, оптико-просторові та мовні навички й показують високу чутливість у виявленні легких порушень пам'яті [8, с. 12]. Також активне використання набуває SLUMS (Saint Louis University Mental Status Examination) – інструмент з доведеною надійністю для оцінки когнітивного статусу [34, с. 528].

Для більш динамічної оцінки уваги, пам'яті та інших когнітивних функцій застосовується ANAM (Automated Neuropsychological Assessment Metrics) – комп'ютеризована методика, що охоплює концентрацію, реакцію, обробку інформації та пам'ять [11].

Сучасні парадигми включають і методики з екологічною валідністю –наприклад, оцінювання пам'яті майбутнього (prospective memory) за допомогою імерсивних VR-систем, зокрема VR-EAL, що відповідають критеріям NAN та AACN і забезпечують високу реалізмність у тестах пам'яті майбутнього й виконавчих функцій [22, с. 6]. Також цифрові версії класичних тестів (наприклад, комп'ютеризований Trail Making Test, що аналізує рухові та поглядиві траєкторії для деталізації робочої пам'яті та інгібаторного контролю) дедалі частіше використовуються у сучасних дослідженнях [25, с. 3].

У нашому дослідженні було обрано саме ті методики (таблиці Шульте, тест «Виключення предметів», класифікація, інтерпретація прислів'їв), що поєднують високу діагностичну цінність, простоту застосування та достатню валідність, підтверджену нормативною базою та наказами МОЗ України щодо стандартизованих психодіагностичних методик [4]. Ці методи не вимагають надмірного часу й не перевантажують пацієнта, що важливо під час роботи з особами із психічними розладами.

Крім того, ми керувалися необхідністю комплексної оцінки – ці інструменти дозволяють дослідити кілька когнітивних процесів одночасно, забезпечуючи цілісне уявлення про когнітивний профіль пацієнтів. Також поєднання цих статистичних підходів з обраними методиками діагностування пацієнтів не лише дозволило узагальнити емпіричні дані, а й виявити відмінності, закономірності та домінуючі симптомокомплекси, що забезпечило обґрунтованість зроблених висновків та підтримало практичні рекомендації щодо роботи у в'язницях та реабілітації.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

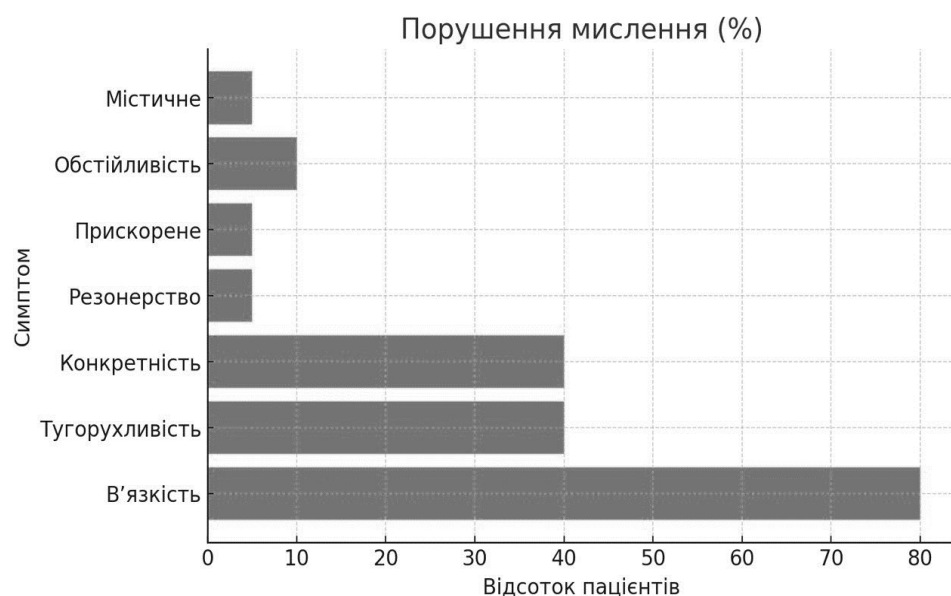
2.1. Описовий аналіз результатів дослідження когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями

У результаті проведеного дослідження було виявлено особливості когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями. Отримані дані свідчать про значну поширеність порушень мислення, пам'яті та уваги серед досліджуваної вибірки (20 осіб).

Статистичний опис результатів представлений нижче у диференційованих таблицях (за типом когнітивної функції – логічне мислення, пам'ять і увага).

Перші результати викладено для групи 1. – пацієнти з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) у вигляді тривожно-депресивного синдрому та стійкою інсомнією. Наочні результати у вигляді таблиці наведено у Додатку А та нижче на рисунку 2.1.

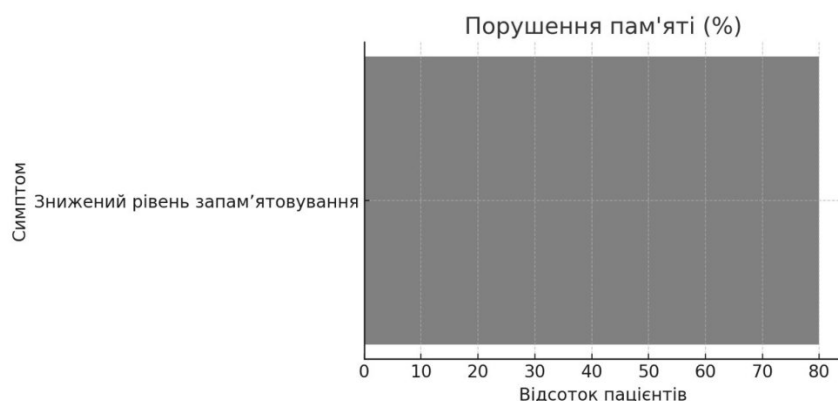
Рис. 2.1. Кількісні результати дослідження логічного мислення у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку



На підставі проведеного дослідження логічного мислення за методиками «Класифікація» та «Виключення предметів (понять)», а також мисленнєвих процесів та абстрактного або творчого мислення за методиками «Складання сюжету за картинками» і «Пояснення прислів'їв» найчастіше у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальної патології) у вигляді тривожно-депресивного синдрому та стійкою інсомнією найчастіше зустрічається в'язкість мислення – 80%. Тугорухливість та конкретність мислення були зафіксовані у 40% випадків. Рідше спостерігалось резонерство (5%), прискорене мислення (5%), обстійливість (10%) та містичне мислення (5%). Отримані результати свідчать про значні порушення гнучкості мисленнєвих процесів та тенденцію до уповільнення їх динаміки.

Далі, ми дослідили особливості пам'яті у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія), у яких клінічно виявлено тривожно-депресивний синдром та стійку інсомнію. У Додатку Б наведено таблицю з числовими результатами дослідження, а нижче на рисунку 2.1.1 можна побачити графічні результати у вигляді діаграми.

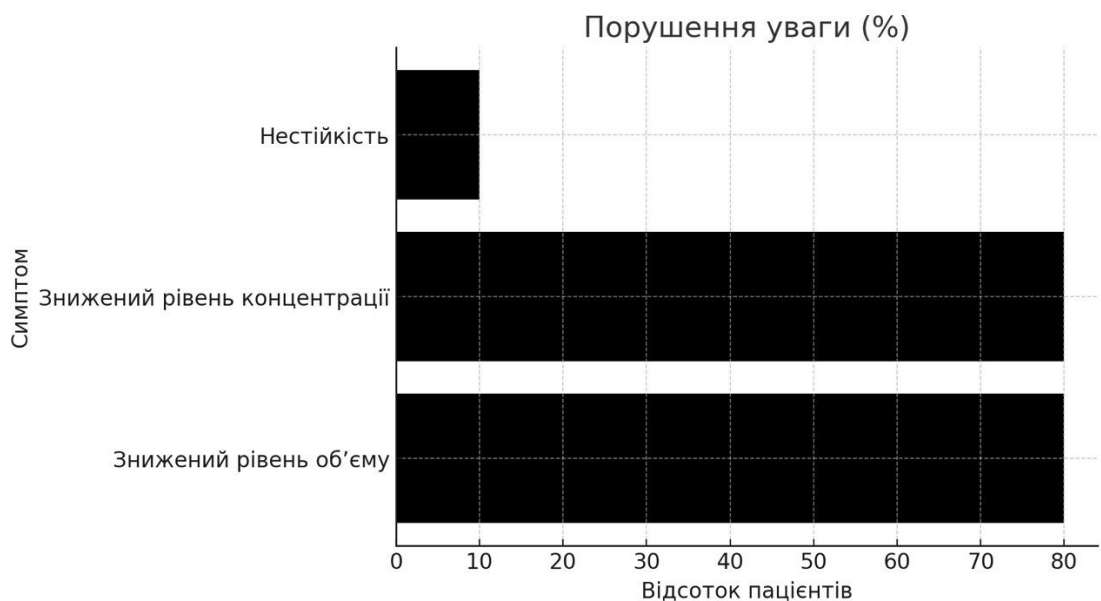
Рис. 2.1.1. Кількісні результати дослідження пам'яті у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку



На підставі проведеного дослідження пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» (Лурія) та опосередкованого вивчення пам'яті за «Складанням сюжету за картинками» у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку, виявлено, що основним проявом є зниження рівня запам'ятовування, яке виявлено у 80% пацієнтів. Це вказує на значні труднощі у процесах короткочасного та довготривалого запам'ятовування інформації.

На наступному етапі ми досліджували особливості уваги у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку за допомогою методики Таблиці Шульте. Кількісні результати дослідження уваги у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку наведено у Додатку В, а також на рисунку 2.1.2.

Рис.2 1.2. Кількісні результати дослідження уваги у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку



Отже, як ми бачимо, у 80% пацієнтів виявлено зниження об'єму та концентрації уваги. Лише у 10% досліджуваних зафіксовано нестійкість

уваги. Отримані дані свідчать про те, що пацієнти мають суттєві труднощі у зосередженні та утриманні уваги на необхідних об'єктах.

Нижче представлено зведені статистичні результати дослідження когнітивних функцій у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) у вигляді тривожно-депресивного синдрому та стійкою інсомнією.

Таблиця 2.1.Зведені результати дослідження когнітивних функцій (загальні) у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку за кількісними показниками

Симптом	Кількість пацієнтів	%
В'язкість	16	80.0
Тугорухливість	8	40.0
Конкретність	8	40.0
Резонерство	1	5.0
Прискорене	1	5.0
Обстійливість	2	10.0
Містичне	1	5.0
Знижений рівень запам'ятовування	16	80.0
Знижений рівень об'єму	16	80.0
Знижений рівень концентрації	16	80.0
Нестійкість	2	10.0

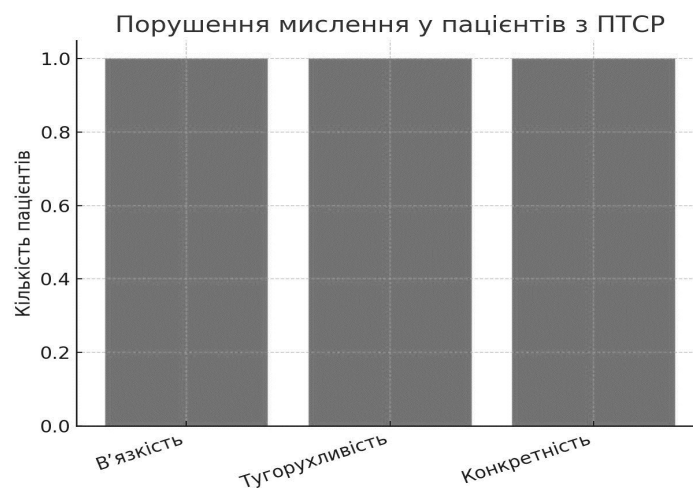
Результати дослідження показали, що найбільш вираженими є порушення мислення та уваги, що підтверджує тенденцію до когнітивного зниження у пацієнтів з психічними захворюваннями. Найчастіше зустрічаються такі прояви як в'язкість мислення, знижений рівень запам'ятовування та зниження об'єму і концентрації уваги. Це потребує врахування у подальшій психокорекційній та реабілітаційній роботі.

Наступний аналіз результатів дослідження особливостей когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями викладено для групи 2. – пацієнти з діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Вибірка включала 20 пацієнтів із діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Нижче наведені результати за трьома когнітивними доменами – мислення, пам'ять та увага – з графічною візуалізацією та інтерпретацією.

Кількісні результати дослідження мислення у пацієнтів з ПТСР за методиками «Класифікація» та «Виключення предметів (понять)», а також мисленнєвих процесів та абстрактного або творчого мислення за методиками «Складання сюжету за картинками» і «Пояснення прислів'їв» наведено у Додатку Г. Графічні результати зображено на рисунку 2.1.3.

Рис. 2.1.3. Кількісні результати дослідження мислення у групі 2. (ПТСР)



1. Порушення мислення

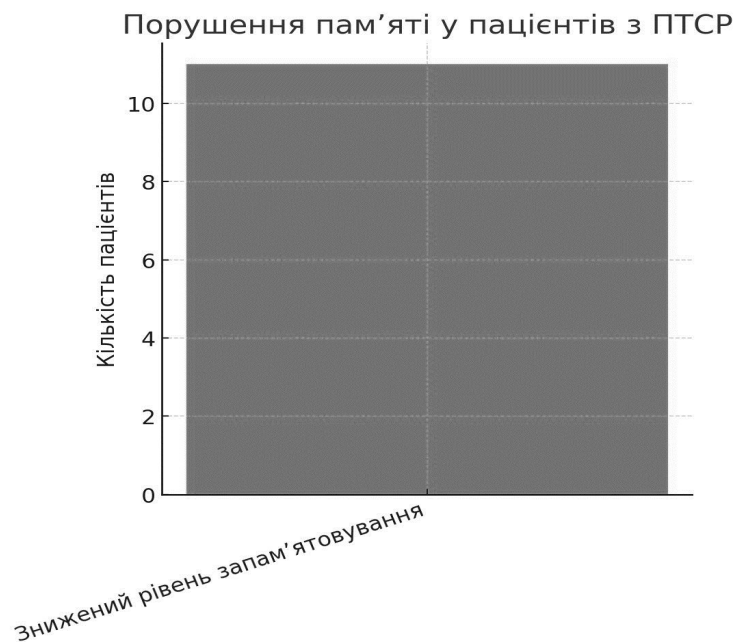
- В'язкість: 1 (5%)
- Тугорухливість: 1 (5%)
- Конкретність: 1 (5%)
- Інші показники (резонерство, паралогічність, зісковзування, розірваність, прискорене, обстійливість, містичне мислення): 0%

У пацієнтів із ПТСР відсутні виражені формальні порушення мислення. Зафіксовано лише поодинокі випадки помірних зрушень (в'язкість,

тугорухливість, конкретність). Це свідчить про те, що у ПТСР домінують емоційні та регуляторні труднощі, а не глибокі когнітивні дезорганізації.

Далі, ми дослідили особливості пам'яті у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Кількісні результати дослідження когнітивних функцій у групі 2. (ПТСР) на виявлення порушень пам'яті показано у Додатку І та на рисунку 2.1.4.

Рис. 2.1.4. Кількісні результати дослідження когнітивних функцій у групі 2. (ПТСР) на виявлення порушень пам'яті



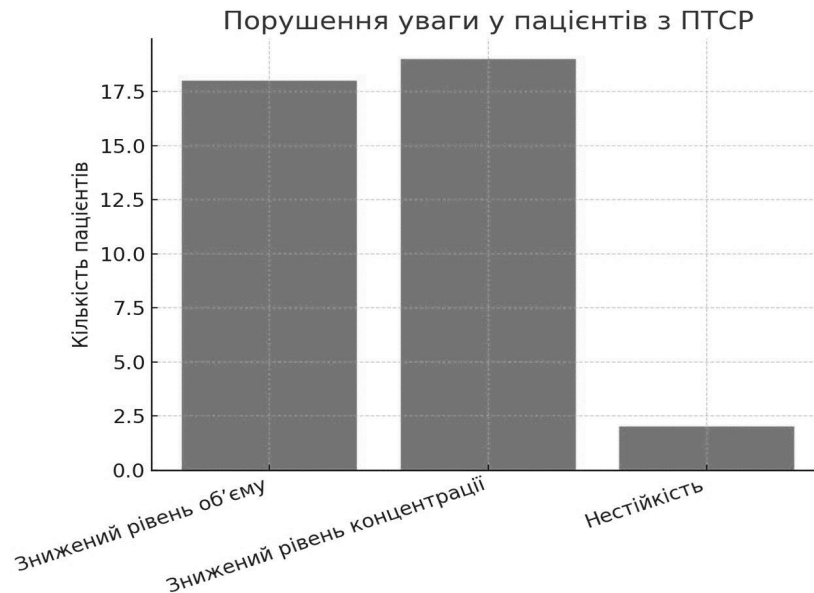
На підставі проведеного дослідження пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» (Лурія) та опосередкованого вивчення пам'яті за «Складанням сюжету за картинками» у пацієнтів з ПТСР виявлено знижений рівень запам'ятовування. Такий результат показали 11 (55% досліджуваних).

Більше половини пацієнтів мали труднощі з кодуванням та утриманням нової інформації. Ці порушення можуть бути наслідком підвищеної тривожності, нав'язливих спогадів та перевантаження робочої пам'яті. Практично це знижує навчальну й професійну ефективність, підвищує кількість помилок у завданнях, що вимагають швидкої обробки інформації.

Також ми дослідили особливості уваги у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом за допомогою методики Таблиці Шульте. Кількісні

результати дослідження уваги у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку наведено у Додатку Д, а також на рисунку 2.1.5.

Рис. 2.1.5. Кількісні результати дослідження когнітивних функцій у групі 2. (ПТСР) на виявлення порушень уваги



На підставі проведеного дослідження уваги у пацієнтів з ПТСР за методикою Таблиці Шульте виявлено такі результати:

- Знижений об'єм уваги: 18 (90%)
- Знижена концентрація уваги: 19 (95%)
- Нестійкість уваги: 2 (10%)

Найбільш виражені зміни спостерігаються в сфері уваги: у переважної більшості пацієнтів значно знижені об'єм і концентрація. Це означає труднощі у тривалому утриманні завдання, відборі релевантної інформації та пригніченні відволікаючих стимулів. Отримані результати наведено графічно нижче.

Таким чином, патерн когнітивних змін у пацієнтів із ПТСР характеризується:

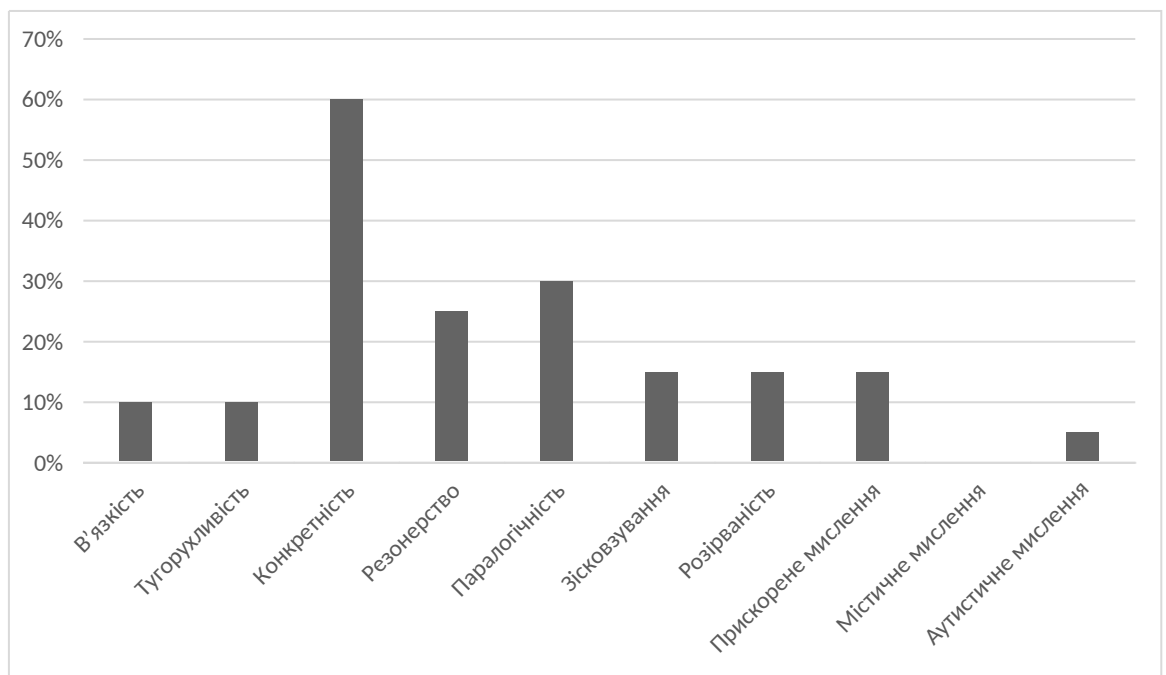
- мінімальними формальними порушеннями мислення,
- помірними розладами пам'яті,
- вираженим дефіцитом уваги.

Отже, це підтверджує нейропсихологічні моделі ПТСР, що акцентують роль дисфункції префронтальних відділів кори у регуляції уваги, робочої пам'яті та емоційного контролю.

Також у процесі дослідження було проаналізовано когнітивні порушення у пацієнтів із параноїдальною шизофренією. Особливу увагу приділено трьом ключовим сферам: мисленню, пам'яті та увазі. Отримані результати дали змогу виявити специфічні особливості когнітивного функціонування цієї групи пацієнтів, що важливо для клінічної діагностики та подальшої корекційної роботи.

Статистичні дані дослідження когнітивних функцій у пацієнтів групи 3, тобто у пацієнтів із параноїдальною шизофренією представлено у Додатку Е та на рисунку 2.1.6.

Рис. 2.1.6. Кількісні результати дослідження мислення у пацієнтів з параноїдальною шизофренією



На підставі проведеного дослідження за методиками «Класифікація» та «Виключення предметів (понять)», а також мисленнєвих процесів та абстрактного або творчого мислення за методиками «Складання сюжету за картинками» і «Пояснення прислів'їв» виявлено порушення мислення за такими критеріями:

- Найбільш виражене: конкретність (12 випадків) – 60%.
- Середньо виражені: паралогічність (6) – 30%, резонерство (5) – 25%.
- Найменш виражені: аутистичне (1) – 5%, в'язкість (2) – 10%, тугорухливість (2) – 10%, зісковзування мислення (3) – 15%, розірваність (3) – 15%, прискорене мислення (3) – 15%.

У пацієнтів найбільш вираженим симптомом виявилася конкретність мислення (12 випадків), що свідчить про труднощі з абстрагуванням та узагальненням. Пацієнти схильні до буквального розуміння інформації та обмеженості асоціативних процесів.

Часто зустрічаються також паралогічність (6 випадків) та резонерство (5 випадків), які відображають тенденцію до нелогічних побудов суджень, зайвої деталізації та нав'язливих міркувань.

Менш поширені симптоми (розірваність, зісковзування, прискорене мислення) зустрічаються у 3 пацієнтів кожний, що свідчить про епізодичні збої у структурі мислення.

Рідкісними виявилися аутистичні прояви (1 випадок), в'язкість і тугорухливість (по 2 випадки).

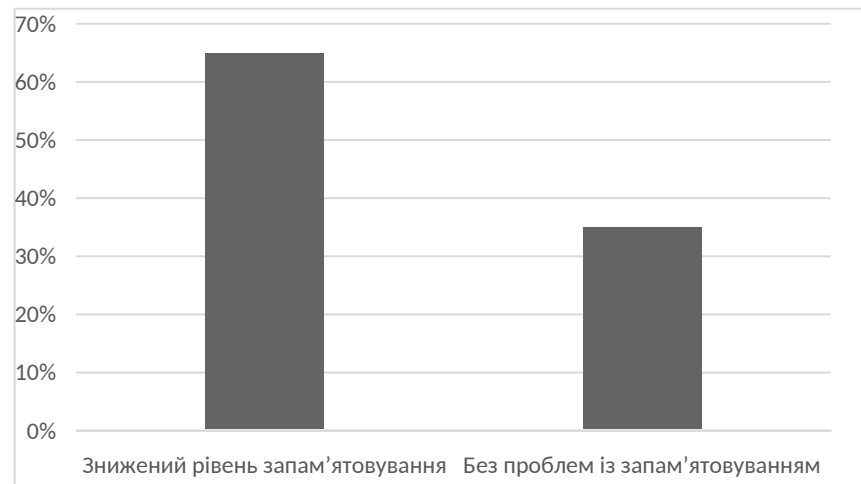
Загалом, профіль мислення демонструє домінування когнітивної конкретності при збереженні інших видів викривлень у меншій мірі.

Далі, ми досліджували виявлення порушень пам'яті у зазначеній групі пацієнтів з параноїдальною шизофренією за допомогою пам'яті з методик «Запам'ятовування 10 слів» (Лурія) та опосередкованого вивчення пам'яті за «Складанням сюжету за картинками».

На підставі проведеного дослідження пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» (Лурія) та опосередкованого вивчення пам'яті за «Складанням сюжету за картинками» у пацієнтів з параноїдальною шизофренією виявлено єдиний показник – знижений рівень запам'ятовування (13 випадків) – 65%. Це свідчить про значні труднощі з фіксацією та відтворенням інформації.

Результати представлені у таблиці в Додатку Є, а також нижче на рисунку 2.1.7.

Рис. 2.1.7. Кількісні результати дослідження пам'яті у пацієнтів з параноїдальною шизофренією



Таким чином, єдиним показником у цій сфері стало зниження рівня запам'ятовування, яке виявлено у 13 пацієнтів. Це свідчить про системні труднощі у засвоєнні нової інформації, її збереженні та відтворенні. Така особливість є типовою для пацієнтів із шизофренією та пов'язана як з порушеннями мислення, так і з дефіцитом уваги.

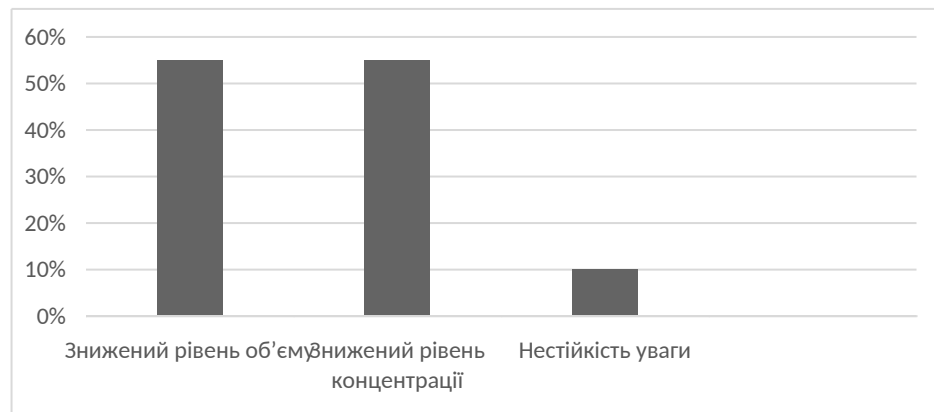
Отже, пам'ять виявляє виражене зниження продуктивності, що впливає на навчання, соціальне функціонування та адаптацію.

І, врешті, дослідження порушень уваги у пацієнтів з параноїдальною шизофренією за методикою Таблиці Шульте показало такі результати:

- Знижений рівень об'єму та концентрації – по 11 випадків.
- Нестійкість уваги – лише 2 випадки.

Це означає, що найбільша проблема полягає саме у зниженні продуктивності уваги, а не у її нестабільності. Графічно це можна побачити нижче на рисунку 2.1.8., а також у Додатку Ж наведено таблицю.

Рис.2.1.8. Кількісні результати дослідження уваги у пацієнтів з параноїдальною шизофренією



Отже, дані показали, що у 11 пацієнтів спостерігається зниження об'єму уваги та стільки ж випадків зниження концентрації уваги. Це вказує на обмежені можливості одночасного утримання кількох об'єктів у полі зору та труднощі з тривалим фокусуванням на завданні.

Менш вираженим виявився симптом нестійкості уваги (2 випадки), що говорить про те, що проблема полягає не стільки у відволіканнях, скільки у загальному зниженні продуктивності уваги.

Таким чином, профіль уваги характеризується зменшенням її обсягу і глибини, що безпосередньо пов'язано зі зниженням здатності до запам'ятовування та ефективної обробки інформації.

2.2. Якісний аналіз емпіричних даних та результатів дослідження впливу різних психічних захворювань на когнітивні функції пацієнтів

В рамках емпіричного дослідження з клінічної психології серед пацієнтів Чернігівської психіатричної лікарні проведено діагностику когнітивних функцій залежно від типу психічного захворювання.

Вибірку даного дослідження, як уже зазначено у магістерській роботі складала 60 пацієнтів, розподілених по трьох групах, відповідно по 20 пацієнтів:

- 1) Розлад особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) – F07.8;
- 2) Посттравматичний стресовий розлад – F43.1;

3) Параноїдальна шизофренія – F20.0.

У дослідженні порівнювалися когнітивні показники трьох груп пацієнтів. Середні значення та стандартні відхилення вказують на значні відмінності між групами. У пацієнтів з органічним ураженням мозку спостерігався помірний дефіцит уваги та пам'яті; у осіб з ПТСР переважно спостерігався помірний дефіцит уваги, виконавчих функцій та пам'яті; тоді як у пацієнтів з параноїдною шизофренією спостерігався найбільш виражений когнітивний дефіцит у всіх сферах.

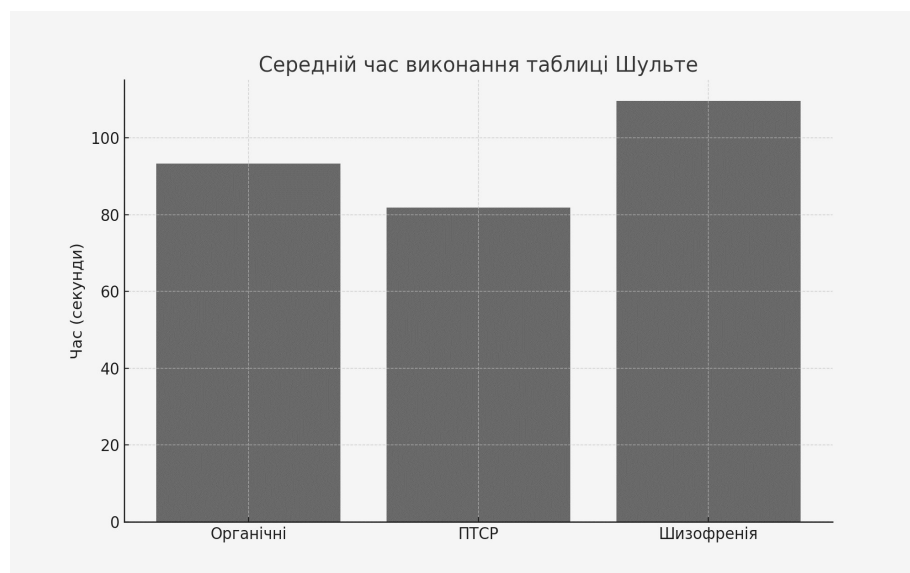
Документація з докладними заключеннями за кожним пацієнтом буде надано додатково з повним описом перебігу кожного захворювання.

Таблиця 2.2. Порівняння якості виконання завдань по групах досліджуваних

Група	Шульте (сек.)	Виключення предметів	Класифікація	Прислів'я	Сюжет	10 слів
Органічні	93.3 ± 9.6	27.9 ± 4.5	25.6 ± 4.3	13.4 ± 2.8	14.4 ± 3.1	7.8 ± 0.8
ПТСР	81.8 ± 11.6	24.9 ± 3.5	23.2 ± 4.5	11.5 ± 3.0	10.8 ± 3.9	6.9 ± 1.3
Шизофренія	109.6 ± 12.3	20.3 ± 6.1	18.1 ± 6.0	9.6 ± 3.5	9.7 ± 3.8	4.7 ± 1.2

Рис. 2.2. Середній час виконання таблиці Шульте у трьох групах.

Пацієнти із шизофренією значно відрізняються від інших груп.



Дані показують, що пацієнти із шизофренією погано виконували всі завдання, тоді як пацієнти з органічними ураженнями та ПТСР виконували їх відносно краще, але все ще нижче норми.

Дисперсійний аналіз (ANOVA)

Для визначення відмінностей між групами було використано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Результати показали статистично значущі відмінності між групами для всіх вимірювань ($p < 0,001$).

Таблиця 2.2.1. Дисперсійний аналіз даних дослідження у трьох групах

Показник	F	p
Шульте (сек.)	F = 30.90	p < 0.001
Виключення предметів	F = 12.71	p < 0.001
Класифікація	F = 11.79	p < 0.001
Прислів'я	F = 9.57	p < 0.001
Сюжет	F = 9.31	p < 0.001
10 слів	F = 43.92	p < 0.001

За даними таблиці:

- **F** – критерій Фішера (F-статистика), показує співвідношення між варіацією всередині груп та між групами. Чим більше значення F, тим суттєвіші відмінності між групами.
- **p** – рівень статистичної значущості (ймовірність того, що відмінності отримані випадково). Якщо **p < 0.05**, то відмінності вважаються статистично значущими. У вашому випадку **p < 0.001**, що свідчить про дуже високу достовірність результатів.

Інтерпретація результатів:

1) Шульте (сек.):

- F = 30.90; p < 0.001 → між групами виявлені суттєві відмінності у швидкості переключення та концентрації уваги.

2) Виключення предметів:

- $F = 12.71$; $p < 0.001$ → групи статистично відрізняються за показниками логічного мислення та вміння знаходити зайве.

3) Класифікація:

- $F = 11.79$; $p < 0.001$ → наявні значущі відмінності в рівні узагальнення та категоризації понять.

4) Прислів'я:

- $F = 9.57$; $p < 0.001$ → існують відмінності у здатності до абстрактного мислення та розуміння переносного значення.

5) Сюжет:

- $F = 9.31$; $p < 0.001$ → групи відрізняються за рівнем зв'язності, логіки та повноти побудови розповіді.

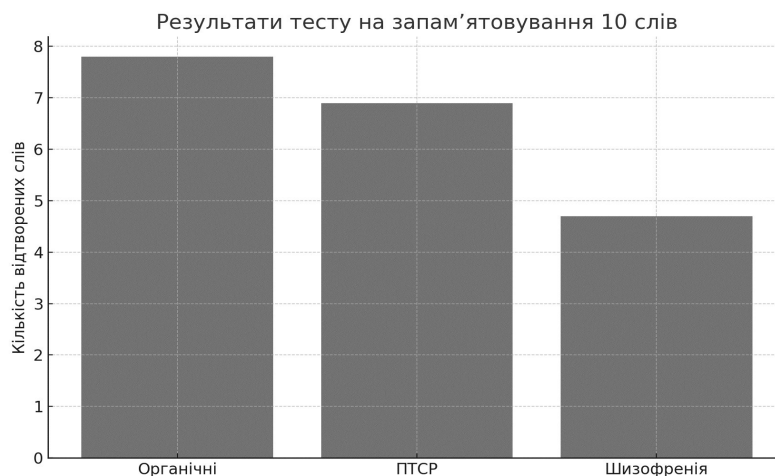
6) 10 слів:

- $F = 43.92$; $p < 0.001$ → найбільш виражені відмінності спостерігаються у короткочасній пам'яті та відтворенні вербального матеріалу.

Усі показники засвідчують статистично значущі відмінності між групами ($p < 0,001$).

Найбільші відмінності спостерігалися в тесті з 10 слів ($F = 43,92$), що вказує на значну різницю в стані пам'яті.

Рис. 2.2.1. Результати тесту на запам'ятовування 10 слів. Найгірші показники продемонстрували пацієнти із шизофренією.



Високі значення F у тестах Шульте та виключення об'єктів також підкреслюють важливі відмінності в увазі та логічному мисленні.

Усі когнітивні функції (увага, пам'ять, логічне мислення та абстрактне мислення) суттєво відрізнялися між досліджуваними групами, що підтверджує ефективність аналізу.

Кореляційний аналіз

Кореляційний аналіз показав, що швидкість виконання завдання, згідно з таблицею Шульте, негативно корелює з показниками пам'яті та мислення ($r = -0,53$ для пам'яті, $r = -0,22$ для інших тестів). Це означає, що повільніше виконання завдання пов'язане з гіршими результатами мислення та пам'яті.

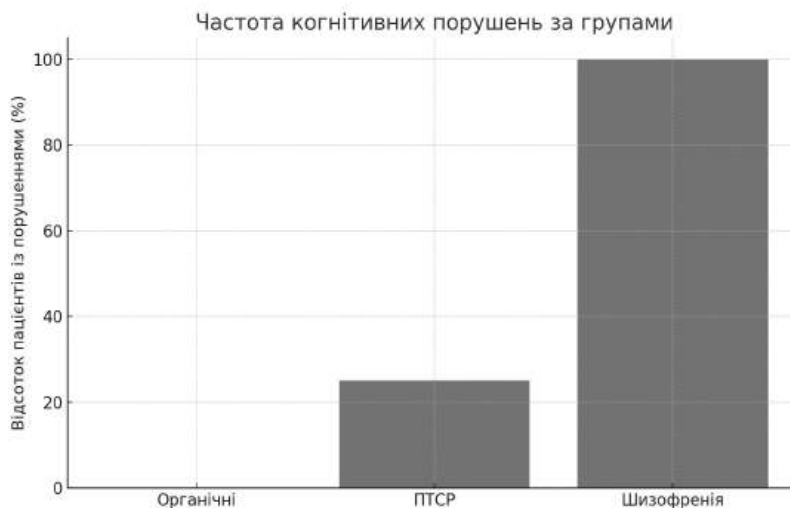
Водночас, існують позитивні кореляції між результатами тестів на мислення (виключення об'єктів, класифікація, прислів'я) ($r = 0,25-0,46$), що вказує на зв'язок між когнітивними функціями.

Аналіз за критерієм χ^2

Аналіз цих когнітивних функцій проводився з використанням критерію χ^2 . Результати показують значні відмінності між групами ($\chi^2 = 60,0$; $p < 0,001$). У всіх пацієнтів із шизофренією спостерігалися виражені когнітивні порушення, включаючи ПТСР у 25% випадків, тоді як у групі з органічним розладом явних порушень не спостерігалось.

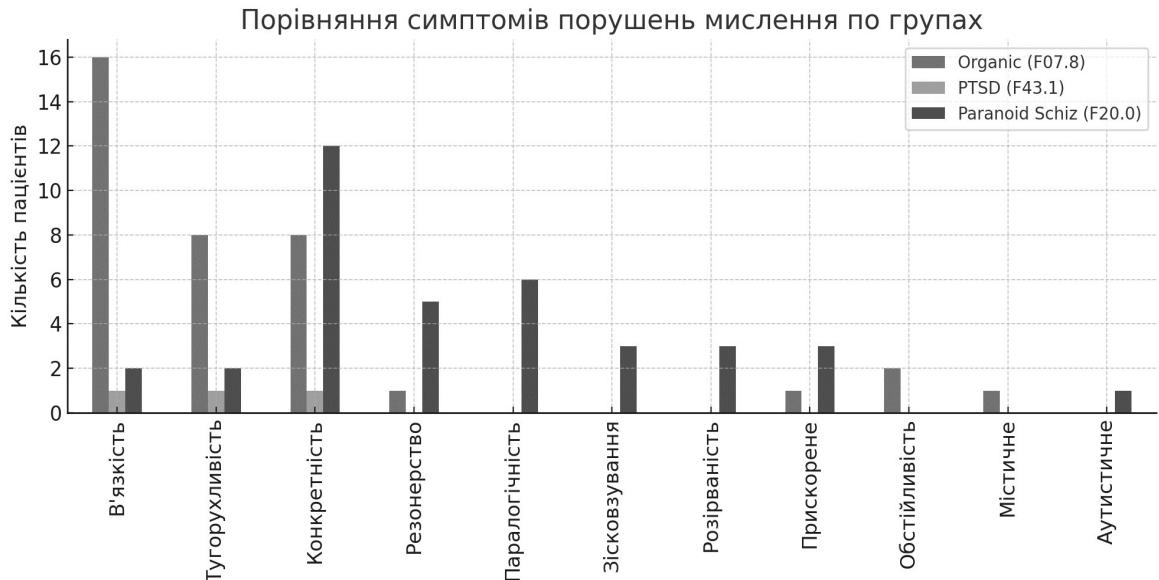
Рис. 2.2.2. Частка пацієнтів із вираженими когнітивними порушеннями.

Усі пацієнти із шизофренією мали значущі порушення.



За даними якісних та категоріальних аспектів дослідження (фіксація наявності/відсутності симптому у кожного пацієнта) було визначено такі зведені показники (кількість пацієнтів із зазначеним симптомом):

Рис. 2.2. Порівняння симптомів порушення мислення по групах



Гістограма показує абсолютну кількість пацієнтів з кожним типом розладу мислення у трьох групах. Вона чітко показує, що певні форми дезорганізації мислення (паралогічність, логічне мислення) значно частіше зустрічаються в групі параноїдальної шизофренії, тоді як ригідність та негнучкість переважають в органічній групі.

Такий розподіл відповідає нейропсихологічній схемі: органічні ураження призводять до більш інертного профілю мислення, тоді як шизофренія призводить до більш дезорганізованого профілю мислення.

Розглянемо докладніше за різними аспектами виявлених порушень.

1. Порушення пам'яті:

Кількість пацієнтів з порушеннями пам'яті: пацієнти з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія) – 16/20; посттравматичний стресовий розлад – 11/20; параноїдальна шизофренія – 13/20. Графічно можна позначити таким чином:

Рис. 2.2.1. Знижений рівень запам'ятовування у пацієнтів – порівняння між трьома групами



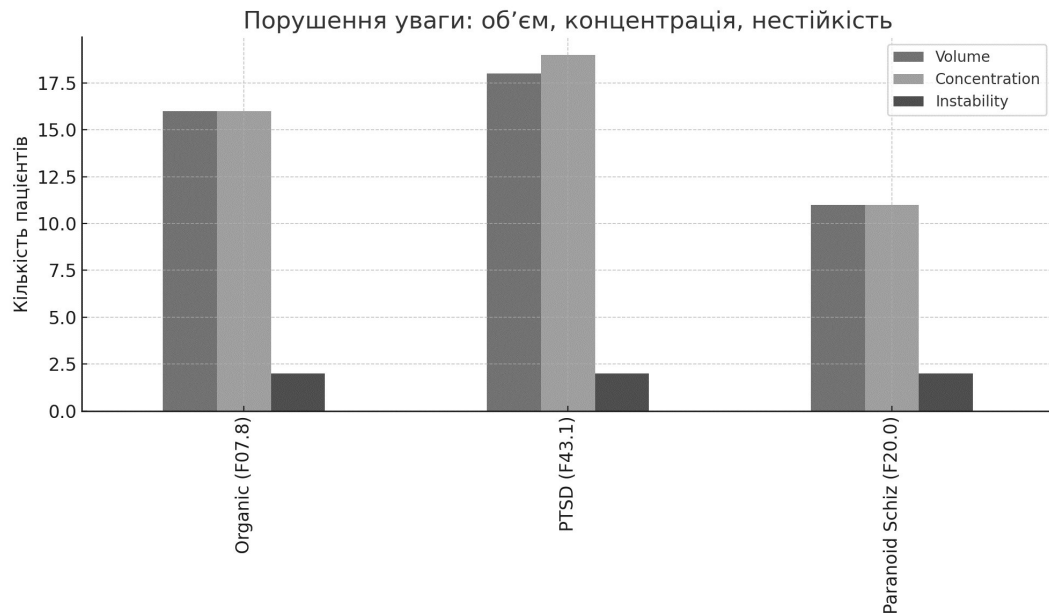
Стовпчаста діаграма показує, що найбільша частка пацієнтів із серйозними проблемами пам'яті виявлена в групі пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія), у якій очікується розвиток стійких порушень кодування та консолідації пам'яті через перинатальне пошкодження нейронної тканини.

Дані результати збігаються з даними останніх досліджень, які вказують на те, що перинатальні та неонатальні травми пов'язані з довгостроковим дефіцитом пам'яті та вербальних функцій [35].

2. Порушення уваги

Ознаки зниженої уваги та концентрації включають: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): діапазон 18/20, порушення концентрації 19/20; органічне ураження головного мозку: діапазон 16/20, порушення концентрації 16/20; параноїдна шизофренія: діапазон 11/20, порушення концентрації 11/20.

Рис. 2.2.2. порушення уваги у пацієнтів – порівняння між трьома групами



При посттравматичному стресовому розладі більшість пацієнтів страждають від дефіциту уваги та концентрації. Ці результати узгоджуються з численними дослідженнями, які вказують на стійкі порушення уваги та робочої пам'яті при посттравматичному стресовому розладі [19, 30].

Дефіцит уваги при посттравматичному стресовому розладі може бути зумовлений гіперчутливістю до тригерів, а також виснаженням ресурсів через такі симптоми, як гіперзбудження та порушення регуляції емоційних процесів.

Нижче наведено основні пункти порівняння з нещодавніми оглядами та метааналізами:

1. Шизофренія: Останні дослідження та систематичні огляди показують, що когнітивні порушення при шизофренії охоплюють кілька сфер: швидкість обробки інформації, вербальна пам'ять, виконавчі функції та увага; середні дефіцити становлять приблизно 1,5-2 стандартних відхилення від нормальних значень [17, 27].

2. ПТСР: Нещодавні дослідження демонструють стійкий дефіцит уваги, робочої пам'яті та обробки інформації. Важливо, що ПТСР пов'язаний з підвищеним ризиком когнітивного зниження з віком (ризик деменції) [19, 31].
3. Перинатальні/органічні травми: Систематичні огляди показують, що перинатальний інсульт, гіпоксія та передчасні пологи пов'язані зі стійким дефіцитом пам'яті, уваги та розвитку виконавчих функцій у дорослому віці [15, 30, 34].

Результати підтверджують, що різні психічні захворювання по-різному впливають на когнітивні функції. У пацієнтів із шизофренією спостерігаються найважчі порушення мислення, пам'яті та уваги. У людей із ПТСР спостерігаються вибіркові когнітивні дефіцити, пов'язані з виконавчими функціями та пам'яттю. Пацієнти з органічними розладами мають порівняно кращі результати, але їхні когнітивні функції також знижені порівняно зі здоровими пацієнтами.

2.3. Практичні щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними захворюваннями

За даними отриманих результатів дослідження особливостей когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями, можна детально розробити практичні рекомендації спеціалістів щодо відновлення та покращення когнітивних функцій у розмежуванні для кожної окремої групи досліджуваних. Потреба у розділенні та диференціації шляхів та методів відновлення когнітивних функцій пацієнтів з різними психічними захворюваннями пояснюється тим, що кожна група досліджуваних продемонструвала результати, що мають розбіжності від найбільших порушень в одній групі з динамікою до найбільш незначних порушень (в контексті даної досліджуваної проблеми).

2.3.1. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку

Пацієнти з органічним ураженням головного мозку (наприклад, внаслідок травми чи проблем із судинами) у клінічній практиці часто мають порушенням когнітивних функцій: логічного мислення та нейронних зв'язків, порушення уваги, концентрації, пам'яті, виконавчих функцій, а також виявляють зміни у особистості та поведінці. Такі порушення мають, безперечно, деструктивний вплив на процеси життєдіяльності пацієнта, його соціальну адаптацію та якість життя загалом. У клінічній психології актуальним є розроблення системних, індивідуалізованих втручань, які базуються на доказовій практиці.

Останні міжнародні настанови INCOG 2.0 (2023) визначають ключові стандарти оцінки і втручання при помірно-важкій та важкій травматичній травмі мозку (TBI). Зокрема, наголошується на оцінці уваги, пам'яті, виконавчих функцій, когнітивної комунікації та самосвідомості [13, с. 7].

Сучасні дослідження демонструють, що найбільше покращення когнітивних функцій відбувається у перший рік від моменту травми; пізніше можлива як стабілізація, так і падіння у деяких доменах (наприклад, складна увага, вербальна пам'ять) [20, с. 25].

У пацієнтів з тривожно-депресивним розладом внаслідок органічного ураження мозку, наприклад, встановлено, що рівень когнітивного функціонування (особливо пам'ять, увага, виконавчі функції) пов'язаний із здатністю адаптуватись до змін й компенсувати наслідки травми. Інтервенції, які підвищують стійкість, можуть сприяти покращенню психологічного стану та поведінкової адаптації [32].

Нижче наведено таблицю з практичними рекомендаціями щодо відновлення та покращення когнітивних функцій для пацієнтів з органічним ураженням мозку.

Таблиця 2.2.1. Практичні рекомендації щодо заходів втручання та покращення когнітивних функцій у пацієнтів з органічним ураженням мозку

Сфера	Рекомендовані втручання	Методи щодо відновлення
Діагностика	• Комплексна нейропсихологічна оцінка невдовзі після стабілізації захворювання; • Виявлення та документування дефіциту уваги, пам'яті, виконавчих функцій, соціального пізнання та комунікації; • Використання стандартизованих тестів та збір інформації з родини/безпосереднього оточення.	Наприклад, використовувати інструменти, рекомендовані INCOG 2.0 [13, с. 7-23], оцінюючи функції пам'яті, виконуючи завдання на увагу з контролем реактивності та оцінюючи виконавчі функції за допомогою тренувань або шкал.
Увага та обробка інформації	• Цілеспрямоване тренування уваги (завдання зростаючої складності); • Використання компенсаторних стратегій (наприклад, зовнішні підказки, перерви, планування робочого навантаження);	Програми, подібні до програм концентрації уваги INCOG 2.0, включаючи завдання для подолання труднощів з концентрацією уваги та вправи на переключення уваги.

	• Впровадження навичок метакогнітивного контролю.	
Пам'ять	• Методи відновлення: мнемоніка, повторення, асоціації; • Стратегії компенсації: використання щоденників, нотаток, спогадів; • Практика в реальних життєвих ситуаціях.	Наприклад, повторення інформації в різних контекстах, використання цифрових помічників та вправи на структуровану пам'ять.
Виконавчі функції	• Метакогнітивні стратегії та тренінг самоконтролю; • Тренінг з планування, постановки цілей та гнучкого мислення; • Групова терапія/коучинг для розвитку функцій саморегуляції.	Приклади: тренінг з управління цілями, відеозворотний зв'язок для самооцінки, групові вправи для вирішення складних проблем.
Корекція поведінки та особистості	• Психотерапевтичні підходи (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія) для лікування емоційного контролю, агресії та імпульсивності;	Робота з родиною, встановлення правил, навчання регулюванню емоцій; використання групових занять та музичних вправ як

	• Психосвіта пацієнта та його родини щодо змін у поведінці; • Музична терапія, арт-терапія та інші творчі втручання для регуляції емоцій.	засобу зниження збудження.
Телереабілітація і технологічні підходи	• Використання дистанційного втручання (телереабілітація, онлайн-навчання); • Віртуальна реальність та інтерфейси, що імітують реальні життєві ситуації; • Мобільні додатки, зовнішні пристрої моніторингу.	Впровадження рекомендацій INCOG щодо використання телереабілітації; віртуальні симуляції виконавчих функцій; технологічні нагадування.
Медикаментозне лікування та нейропротекція	• Розгляд можливості використання ліків, що покращують когнітивні функції або стимулюють нейропластичність; • Виконання фармакологічних втручань після нефармакологічних	Активні інгредієнти можуть включати, наприклад, ноотропи, омега-3 жирні кислоти та ліки, що впливають на настрій і сон і опосередковано погіршують когнітивні здібності.

	методів лише за необхідності; • Контроль над побічними ефектами.	
Роль оточення та підтримки	• Міждисциплінарний підхід: психолог, нейропсихолог, логопед, терапевт; • Навчання родини та близьких; • Розробка індивідуального плану реабілітації з урахуванням життєвих обставин пацієнта.	Регулярні зустрічі команди, сімейні зустрічі, домашні завдання, участь пацієнта у власному плануванні та оцінці прогресу.
Перевірка, оцінка результатів та «профілактика»	• Регулярна повторна діагностика для коригування плану реабілітації; • Використання функціональних показників: здатність виконувати дії самостійно, навички повсякденного життя; • Підтримуючі втручання, так звані «бустери», для підтримки досягнутого	Наприклад, огляди кожні 3-6 місяців, додаткові сеанси за потреби та підтримка соціальної інтеграції.

	рівня.	
--	--------	--

Симптоми розладу поведінки та особистості (агресія, імпульсивність, соціальна дезадаптація) вимагають інтеграції когнітивної реабілітації з психотерапією та поведінковим моделюванням.

Зміни особистості після органічної травми часто супроводжуються зниженням впевненості в собі. Робота з відео та зворотним зв'язком щодо навколишнього середовища сприяє підвищенню самокорекції. (INCOG 2.0 рекомендує) [13, с. 23]

Важливо враховувати мотивацію, емоційний стан та наслідки депресії/тривоги, оскільки вони можуть впливати на процес одужання.

Гетерогенність пацієнтів (різні місця травм, вікові відмінності, передтравматичні характеристики) ускладнює стандартизацію втручань.

У деяких регіонах ресурси, спеціалісти та технології обмежені.

Наявних доказів для певних методик недостатньо; багато рекомендацій все ще належать до рівня С (рекомендації експертів), особливо в галузі зміни особистості.

Для визначення стабільності та перенесення змін у повсякденне життя необхідне довгострокове спостереження.

Таким чином, когнітивне відновлення після органічних травм головного мозку можливе, але значною мірою залежить від раннього втручання, індивідуалізованого догляду, міждисциплінарного підходу та мотивації пацієнта. Розробка плану реабілітації повинна базуватися на стандартизованих методах оцінки, враховувати соціальну ситуацію пацієнта та встановлювати реалістичні життєві цілі. Психотерапія та робота з поведінкою, особистістю та емоціями повинні бути інтегровані в процес когнітивної реабілітації. Використання телереабілітації та технологічних засобів може значно розширити доступність медичної допомоги, за умови їх адаптації до ресурсів та можливостей відповідного регіону.

2.3.2. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом

Травмофокусована психотерапія (ТФП) є одним із найбільш науково обґрунтованих методів лікування ПТСР. Вона має більший розмір ефекту, ніж прийняті на даний момент фармакотерапії, та демонструє вагомі докази довгострокових наслідків. Однак, вона загалом використовується недостатньо [2, с. 25].

Психотерапія – це, певним чином, методика експериментального лікування, спрямованого на викликання коригувальних станів звикання, безпеки, подолання труднощів, самоефективності, співчуття, прийняття та емоційного переживання. Для лікування ПТСР використовувалася як травмоорієнтована, так і нетравмоорієнтована психотерапія.

Окрім неспецифічних терапевтичних інструментів, таких як терапевтичний альянс та зміцнення надії, методи дослідження травматичних станів (TFP) зосереджені на десенсибілізації травматичних спогадів та полегшенні наслідків травми, що узгоджується із сучасними моделями посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методи дослідження травматичних станів, що базуються на доказах, зазвичай включають багато з наступних елементів: психоосвіту з питань травми, розвиток почуття безпеки, протистояння та усунення подразників, пов'язаних з травмою, розвиток навичок, когнітивну реструктуризацію та побудову зв'язного наративу про травму.

Когнітивні та експозиційно-орієнтовані втручання базуються на ідеї, що сприяння регуляції емоцій шляхом зіткнення людини з травматичним спогадом або досвідом призводить до навчання згасання, змін у почутті провини, пов'язаному з травмою, та вирішення проблеми уникнення. Зосередження уваги на травматичних спогадах дозволяє їх включення до робочої пам'яті. Потім вони стають лабільними та вразливими до модифікації, так що нова контекстуальна інформація, включаючи нові

середні значення, може змінити пам'ять під час реконсолідації після сеансу терапії [2, с. 25].

Терапія, не спрямована на травму, не спрямована спеціально на травму чи травматичні спогади, але може вирішувати їхні наслідки, симптоми та поточні життєві проблеми. Вони можуть зосереджуватися на навчанні навичок подолання труднощів, вирішенні проблем, створенні сенсу та прийнятті, вирішенні функціональних проблем та проблем у стосунках, наданні підтримки та зменшенні сорому [2, с. 25].

Зазвичай, дорослим рекомендуються тривалий вплив (ТВ), когнітивно-, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), когнітивна терапія, орієнтована на травму (TF- СBT) та власне когнітивна терапія (СТ) при ПТСР, тоді як дітям та підліткам рекомендується КПТ-Т або ЕМДР [2, с. 25]. Деякі фахівці у сфері психотерапії або психіатрії також рекомендують наративну експозиційну терапію (НЭТ), групову КПТ-Т, коротку еkleктичну психотерапію та КПТ-Т з використанням інтернету, а також наступні методи терапії, не орієнтовані на травму: міжособистісна психотерапія (МПТ), сучасно-орієнтована терапія та тренінг зі стресової інокуляції [2, с. 25], хоча між рекомендаціями існують певні відмінності.

Що стосується конкретної клінічної картини з корекції когнітивних функцій у пацієнтів з ПТСР, тут буде більш доцільним проведення загальних заходів щодо подолання саме зазначеного стану, адже окремо когнітивні функції в контексті даного захворювання психіки не коригуються – з подоланням ПТСР і когнітивні функції приходять до нормалізації та поліпшення відповідно до корекції та подолання загальної діагностичної картини та «відходу» хвороби посттравматичного синдрому. Отже, у таблиці 2.2.2 наведено практичні рекомендації щодо психотерапії, що містяться принаймні в одному клінічному керівництві щодо ПТСР. Терапія, рекомендована в цьому дослідженні саме на травму і її причини, вважається ефективнішою, ніж терапія, не спрямована на травму, у зменшенні симптомів ПТСР [2, с. 25].

Однак, неорієнтовані на травму методи лікування також можуть полегшити симптоми ПТСР, що ставить під сумнів ідею про те, що експозиція завжди необхідна. Ефективність чотирьох основних методів лікування травм, заснованих на доказах (ЕП, КПТ, КПТ-ТФ та ЕМДР), вважається порівнянною, хоча існують суперечки щодо того, чи є один метод більш ефективним, результативним або економічно вигідним, ніж інший. Наративна терапія (НЕТ) та коротка еkleктична психотерапія ПТСР (КЕП), обидва новіші методи лікування, наразі підтверджуються кількома дослідженнями з помірним та значним розміром ефекту. Як правило, планується щотижнева терапія з 8-16 сеансами [2, с. 25].

Таблиця 2.2.2. Практичні рекомендації щодо психотерапії і психокорекції ПТСР у клінічних пацієнтів

Психотерапевтичні заходи	Опис рекомендованої психотерапії та корекції стану орієнтованих на травму	Опис рекомендованої психотерапії та корекції стану неорієнтованих на травму
Тривалий вплив (ТВ)	Мануальна терапія включає психоосвіту травм, дихальні вправи, вплив <i>in vivo</i> , вплив уяви (перегляд травматичних спогадів під час сеансів та прослуховування аудіозаписів цих спогадів) та діалоги про думки та почуття, пов'язані з цими вправами. Вона використовує принципи	

	навчання згасання, звикання та десенсибілізації, щоб зрештою кинути виклик катастрофічним очікуванням.	
Когнітивно-поведінкова терапія	Мануалізована адаптація когнітивно-поведінкової терапії, яка зосереджена на обговоренні та когнітивній обробці ключових посттравматичних когнітивних тем, таких як безпека, довіра, влада, контроль, самооцінка та близькість. Вона також стосується сорому, провини та недовіри.	
Травмо-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія (TF- CBT) та когнітивна терапія (СТ) при ПТСР	Інтегровані принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у поєднанні з обробкою травми, що зазвичай передбачає уявний або поступовий вплив <i>in vivo</i> . У деяких дослідженнях цей термін також включає травмоорієнтовану	

	когнітивну терапію, яка зосереджена на вирішенні надмірно негативних оцінок травми, її наслідків або власних реакцій на неї.	
Десенсибілізація та повторна обробка рухом очей (EMDR)	Поєднує взаємодію зі спогадами та виконання завдання подвійної уваги, такого як чергування рухів очей або двостороннє постукування. Вважається, що завдання подвійної уваги виснажують робочу пам'ять, тим самим знижуючи інтенсивність та емоційність спогаду. Це сприяє обробці та консолідації нової інформації в пам'яті. EMDR включає фазу десенсибілізації, фазу когнітивної реструктуризації та фазу, зосереджену на зменшенні фізичних відчуттів, пов'язаних з	

	травматичними спогадами.	
Наративна експозиційна терапія (NET)	Базуючись на трансформованих гормонозамісної терапії (ГЗТ) та транстравматичної когнітивно-поведінкової терапії (ТКБТ), NET зосереджується на життєвій історії людини, включаючи як пов'язані з травмою, так і позитивні події. Це посилює узгодженість та контекстуалізацію травматичних переживань у рамках загального життя та ідентичності людини. Вона також враховує аспекти впливу травми, включаючи переживання когнітивних, емоційних та сенсорних елементів травматичних реакцій у теперішній момент.	
Коротка еkleктична психотерапія (БЕР)	Мануалізована стратегія, що поєднує елементи	

	когнітивно-поведінкової терапії, терапії уявного впливу, психодинамічної психотерапії та терапії горя. Він наголошує на вираженні горя, пов'язаного з травмою, та звертається до гніву, сорому та провини, а також до змісту травматичних переживань. Він також включає завершальний ритуал (наприклад, написання уявного листа кривднику у випадку сексуальної травми та його спалювання після завершення лікування).	
Міжособистісна психотерапія (IPT)		Обмежене в часі лікування, розроблене для лікування тяжкої депресії та адаптоване для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зосереджується на проблемах стосунків, які сприяють захворюванню, таких як

		складне горе, рольові конфлікти (конфлікти зі значною іншою людиною в житті пацієнта), рольові переходи (значні зміни в житті) та міжособистісні дефіцити.
Сучасна центрована терапія (РСТ)		Обмежене в часі лікування зосереджене на посиленні адаптивних реакцій на поточні життєві стреси та труднощі, які прямо чи опосередковано пов'язані з симптомами травми. Воно включає неспецифічні загальні психотерапевтичні методи, такі як психоосвіта, сприяння безпеці та надії, підтвердження та підтримка, емоційний вираз та вирішення проблем. Щоденники використовуються для запису проблем, що виникли протягом

		тижня.
Тренінг зі стресової інокуляції (SIT)		Заснована на когнітивно-поведінковій терапії і СІТ допомагає людям виявляти та відстежувати свій стрес, а також навчатися навичкам подолання, таким як глибока м'язова релаксація, когнітивна реструктуризація, дихальні вправи, асертивність, зупинка думок та рольові ігри.

Таким чином, психокорекційні заходи щодо подолання ПТСР з подальшим та системним покращенням когнітивних функцій пацієнта носить системний характер і має враховувати усі стани та нюанси захворювання: від причин та проявів – до супутніх психічних розладів за їх наявності. Проте, доцільні методи психотерапевтичного впливу матимуть ефект не лише на відновлення когнітивних процесів пацієнта, а й на подолання стану ПТСР загалом.

2.3.3. Практичні рекомендації щодо відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з параноїдальною шизофренією

Когнітивні порушення при шизофренії (увага, робоча пам'ять, виконавчі функції, соціальна когніція) є ключовим фактором, який визначає функціональний результат і якість життя пацієнта. Інтервенції, що систематично націлені на відновлення або компенсацію цих порушень, показують сталі, хоча помірні, покращення в когнітивних показниках та у реальному функціонуванні, особливо якщо вони поєднуються з «bridging»

(перенесення вмінь у повсякденне життя) та стратегічним коучингом [12, с. 997].

1. Загальні принципи інтервенції

- Індивідуалізація та мультидисциплінарність – план реабілітації повинен враховувати клінічний стан (активність параноїдних симптомів), рівень функціонування, мотивацію та соціальний контекст; підхід має включати психіатра, клінічного психолога, ерготерапевта й соціального працівника [14, с. 1].
- Комбінація підходів – найкращі результати досягаються поєднанням когнітивної (remediation) та психосоціальної реабілітації, фізичної активності та, за потреби, корекції медикаментозного режиму (з урахуванням когнітивного профілю антипсихотиків та мінімізації антимускаринових або надмірних бензодіазепінових навантажень) [14, с. 3].

2. Конкретні методи і рекомендації

1) Когнітивна ремедіація (CR)

- Що: структуровані вправи (комп'ютерні або паперові), тренування пам'яті, уваги, виконавчих функцій з інтеграцією стратегії навчання.
- Як: 2-3 заняття на тиждень по 45-60 хв, курсом 10-20 тижнів; обов'язково додавати сесії «bridging» або практичного застосування навичок у щоденному житті. Програми з елементами стратегії-коучингу показують більший ефект на пам'ять і глобальну когніцію [12, с. 1000].
- **Практичні поради:** починати з помірної інтенсивності, моніторити втому/параноїдні реакції; індивідуально адаптувати складність завдань; поєднувати з мотиваційними інтервенціями (позитивний зворотний зв'язок, поетапні цілі) [12, с.1002].

2) Метакогнітивні інтервенції та робота з когнітивними упередженнями

- Що: метакогнітивний тренінг (МСТ) і програми, спрямовані на корекцію когнітивних упереджень, допомагають зменшувати

помилкові висновки, покращувати реалістичність суджень і соціальну когніцію

[18, с. 5].

- Як використовувати: інтегрувати в групові сесії 1 раз на тиждень + домашні завдання; поєднувати з індивідуальною роботою над висновками пацієнта (параноїдні ідеї потребують делікатного підходу, поступового надання альтернативних гіпотез).

3) Стратегії компенсації (компенсаторні прийоми)

- Приклади: використання зовнішніх опор (планувальники, нагадування в телефоні), розбивка задач на кроки, тренування навичок організації побуту та праці. Компенсаторні стратегії часто краще переносяться в реальне життя при поєднанні з когнітивною ремедіацією [12, с. 1004].

4) Фізична активність і майнд-боді практики

- Помірні аеробні вправи та цілеспрямована фізична активність покращують виконавчі функції і загальну когнітивну продуктивність як доповнення до CR. Впроваджувати 2-3 сесії на тиждень, 30-45 хвилин [14, с. 7].

5) Технології: комп'ютерні та дистанційні формати

- Комп'ютерні програми і мобільні додатки для CR можуть бути ефективними, особливо якщо забезпечено супервізію і «бріджінг» – сесії; для деяких пацієнтів дистанційна форма підвищує доступність, але вимагає перевірки на безпеку (вразливість до параноїдної реакції при використанні техніки) [37, с. 1].

6) Медикаментозні та соматичні доповнення

- Наразі немає «чарівної таблетки» для повного відновлення когніції; при виборі антипсихотика слід враховувати його профіль щодо когніції, мінімізувати антимускаринові препарати і зайві бензодіазепіни. Неінвазивні нейромодуляційні процедури (tDCS, rTMS) розглядаються як ад'ювантні опції в спеціалізованих центрах, але вимагають індивідуальної оцінки [14, с. 4].

3. Впровадження в клінічну практику (алгоритм)

- Оцінка когнітивного профілю (базові нейропсихологічні тести + соціальна когніція) [14, с. 2].
- Формування індивідуального плану: CR ± МСТ ± компенсаторні стратегії ± фізична активність; узгодження цілей з пацієнтом/родиною [12, с. 1005].
- Моніторинг прогресу (через 3 місяці, 6 місяців) за когнітивними тестами та показниками повсякденного функціонування [14, с. 8]

4. Контріндикації та запобіжні заходи

- У пацієнтів із вираженою параноїдною симптоматикою необхідна поступова, терапевтично-обґрунтована інтеграція технічних/комп'ютерних інструментів; важлива координована робота з психіатром щодо стабілізації психозу перед інтенсивними когнітивними інтервенціями [24, с. 2].

Отже, сучасні дані свідчать, що відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з параноїдальною шизофренією є реалістичною метою: оптимальний результат дає мультикомпонентна інтервенція з обов'язковими елементами «bridging», стратегії-коучингу, індивідуалізації та міждисциплінарного супроводу. Для практичного застосування рекомендується поєднувати структуровану когнітивну ремедіацію з компенсаторними стратегіями та програмою фізичної активності, моніторити результати й коригувати план залежно від симптоматики й рівня мотивації пацієнта.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження когнітивних функцій у пацієнтів з різними психічними розладами (параноїдна шизофренія, посттравматичний стресовий розлад, органічні ураження головного мозку) дозволило виявити специфічні закономірності та профілі когнітивних порушень для кожної клінічної групи.

У пацієнтів з органічними змінами головного мозку ($n = 20$) когнітивні порушення мали помірно виражений характер. Зниження об'єму та концентрації уваги виявлено у 80% досліджуваних, нестійкість уваги – у 10%. Найчастіше спостерігалися в'язкість мислення (80%), тугорухливість (40%) та конкретність (40%). Це свідчить про загальне уповільнення темпу мислення, труднощі з переключенням уваги та зниження когнітивної гнучкості. У решти 20% пацієнтів суттєвих когнітивних порушень не виявлено.

У пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) ($n = 20$) виявлено найбільш виражені дефіцити уваги. Знижений об'єм уваги зафіксовано у 90%, знижена концентрація – у 95%, нестійкість уваги – у 10%. Спостерігалися також помірні порушення пам'яті та вибіркові розлади виконавчих функцій. У 25% випадків виявлено супутні емоційно-мотиваційні порушення, що впливали на когнітивну продуктивність. Формальні порушення мислення не виявлені або мали мінімальну вираженість.

У пацієнтів із параноїдальною шизофренією ($n = 20$) зафіксовано найглибші когнітивні розлади. Знижений рівень запам'ятовування за методикою Лурія виявлено у 65% пацієнтів.

Зниження об'єму та концентрації уваги – у 55% (11 осіб), нестійкість уваги – у 10%. Усі обстежені із шизофренією демонстрували порушення мислення різного ступеня (за $\chi^2 = 60,0$; $p < 0,001$). Домінували симптоми когнітивної конкретності, сповільнення мислення, труднощі з узагальненням та абстрагуванням.

Порівняльний аналіз показав, що когнітивні профілі пацієнтів із різними психічними розладами суттєво відрізняються:

- 1) Для шизофренії характерні глибокі, генералізовані когнітивні порушення, що охоплюють мислення, пам'ять і увагу;
- 2) Для ПТСР – вибіркові дефіцити, зокрема у сфері уваги та робочої пам'яті, із відносним збереженням мислення;
- 3) Для органічних розладів – сповільненість, тугорухливість мислення та зниження концентрації уваги без виражених дефектів абстрактного мислення.

Кореляційний аналіз підтвердив взаємозв'язок між увагою, пам'яттю та мисленням ($r = 0,25-0,46$) і показав, що уповільнення виконання когнітивних завдань негативно впливає на пам'ять ($r = -0,53$).

Отже, корекційні заходи і практичні рекомендації щодо покращення і відновлення когнітивних функцій для пацієнтів з різними психічними захворюваннями дещо відрізняються за методиками, це зумовлено різницею перебігу захворювань і порушень, а також тяжкістю психічних захворювань, проте мають спільну рису – в будь-якому випадку, усі рекомендації зводяться до системного підходу – починаючи з регулярних діагностик і різних методів терапії, включаючи когнітивно-поведінкову терапію і закінчуючи медикаментозним втручанням.

Для пацієнтів із органічними розладами доцільно застосовувати програми когнітивної стимуляції, вправи на концентрацію уваги, розвиток виконавчих функцій, а також психотерапевтичну підтримку для зменшення тривожно-депресивної симптоматики.

Для осіб із ПТСР рекомендовано використовувати когнітивно-поведінкову терапію у поєднанні з тренінгами уваги та робочої пам'яті; ефективним є поєднання з релаксаційними техніками та психоедукацією щодо управління стресом.

Для пацієнтів із шизофренією найкращі результати забезпечує мультикомпонентна реабілітація: когнітивна ремедіація, метакогнітивний

тренінг (МСТ), коучинг, «bridging»-сесії, фізична активність і психосоціальна підтримка.

Впровадження системного моніторингу когнітивних функцій (через 3–6 місяців) дозволить своєчасно оцінювати ефективність реабілітаційних програм і коригувати індивідуальні плани відновлення.

Також варто зазначити, що для усіх трьох груп досліджуваних не було знайдено методів корекції, що стосувалися б виключно покращення когнітивних функцій у пацієнтів, всі зазначені методи стосуються загальної психокорекції та подолання зазначених станів і захворювань, адже за допомогою терапії, психокорекції та інших втручань і заходів, когнітивні функції відновлюються синхронно до перебігу лікування даних психічних захворювань.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки пацієнтів, поглибленому аналізі нейропсихологічних механізмів когнітивних порушень та вивченні впливу фармакотерапії й психотерапевтичних втручань на динаміку когнітивного відновлення. Отримані результати мають практичне значення для клінічних психологів, психіатрів та реабілітологів, оскільки дають змогу диференційовано підходити до оцінки когнітивного статусу пацієнтів із різними психічними захворюваннями та оптимізувати програми психологічної допомоги, спрямовані на покращення якості життя і соціальної адаптації таких осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білецька В. В., Пінюгіна К. О. Методика «Таблиці Шульте». Миколаїв: Миколаївський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, 2024. URL: <https://ru.scribd.com/document/>
2. Лікування посттравматичного стресового розладу: сучасний огляд. Bentham Science Publisher, 2023. URL: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>
3. Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарівслухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 328 с.
4. Міністерство охорони здоров'я України. Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги (Наказ № 2118 від 13.12.2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0128-24>
5. Прохоренко Л. Психологія когнітивних порушень у дітей.: монографія. Бориспіль: ФОП «Вигнан О. С.», 2023. 130 с.
6. Психодіагностичні методи дослідження мислення. Вінницький національний медичний університет ім. М. і. Пирогова. 55 с. URL: https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI_metod-dosl_med-ps-2020.pdf
7. Сила Л. В. Розвиток мовлення з використанням методики Тан-Содерберг. Складання Тан-історій. Метод мнемотехніки. Чернігів: КЗ «Чернігівський навчально-реабілітаційний центр» Чернігівської обласної ради, 2023. URL: <https://naurok.com.ua/praktikum-rozvitok-movlennya-z-vikoristannyam-metodiki-tan-soderberg-skladannya-tan-istoriy-metod-mnemotehniki-371814>.

8. Сучасні методи аналізу когнітивних функцій. *Experimental and Clinical Medicine*, 2024. № 93(1). с. 10-15.
9. Чугуєва І. Є., Мухіна Л. М. Психодіагностика. Методичні рекомендації та матеріали для самостійної роботи студентів. Миколаїв: НУК ім. адмірала Макарова, 2022. 52 с.
10. Aliyev, N. Neuropsychological abnormalities in patients diagnosed with PTSD. *Journal of Mental Health Research*, 2021. Allied Academies. URL: alliedacademies.org
11. Automated Neuropsychological Assessment Metrics, 2024. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Automated_Neuropsychological_Assessment_Metrics
12. Barlati S., Deste G., De Peri L., et al. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *European Psychiatry*, 2024. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10990032/?utm_source=chatgpt.com
13. Bayley M. T., Janzen S., Harnett A., Teasell R., Patsakos E., Marshall S., Bragge P., Velikonja D., Kua A., Douglas J., Togher L., Jennie Ponsford McIntyre A. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Methods, Overview, and Principles. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2023. № 1, с. 7-23.
14. Cao J., Zhou C. Effect of computerized cognitive remediation therapy on mental time travel in patients with schizophrenia – a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 2024. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1363290/full>
15. Fernández de Gamarra-Oca L., Long-term cognitive outcomes after preterm birth. *Scientific Reports*, 2024. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-70355-0>

16. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975. Vol. 12, №3. P. 189-198.
17. Gebreegziabhere Y., Cognitive impairment in people with schizophrenia. Systematic review. National library of Medicine, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35633394/>
18. Guaiana G., et al. Meta-cognitive training for psychosis: systematic review // Translational Psychiatry, 2023-2025.
19. Guo J., Biomarkers associated with cognitive impairment in PTSD. National library of Medicine, 2024. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38237700/>
20. Horoshko V. I., Pavlova T. M., Markovska O. V., Samoilova H. P., Cherniaiev M. S., Shapkin A. S. Possibility of rehabilitation of patients with cognitive dysfunction and impairment of critical thinking in mild traumatic brain injuries. International Neurological Journal, 2025. Vol. 21, № 1, c. 24-29.
21. Kendler K. S., Gatz M., Gardner C. O., Pedersen N. L. A Swedish national twin study of lifetime major depression. American Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 163, №1. P. 109-114.
22. Kourtesis P., MacPherson S. Immersive virtual reality methods in cognitive neuroscience and neuropsychology: Meeting the criteria of the National Academy of Neuropsychology and American Academy of Clinical Neuropsychology. arXiv. 2021. 15 p.
23. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth, 1899. 1500 p.
24. Lejeune J. A., Northrop A., Kurtz M. M. A Meta-analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Efficacy and the Role of Participant and Treatment Factors // Schizophrenia Bulletin. 2021. Vol.47, No.4. P.997-1006.
25. Linari I., Juantorena G., Ibañez A., Petroni A., Kamienkowski J. E. Unveiling Trail Making Test: Visual and manual trajectories indexing multiple executive processes. arXiv. 2021. 10 p.

26. Liu X., Chen Y., Zhang L., et al. Personality and behavioral changes after traumatic brain injury: clinical features and risk factors. *Frontiers in Neurology*, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35966473/>
27. McCutcheon RA, et al. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology and treatment. *Nature Reviews Neuroscience*. National library of Medicine, 2023. URL <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36690793/>
28. MacKenzie N.E., Kowalchuk C., Agarwal S.M. et al. Antipsychotics, metabolic adverse effects, and cognitive function in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 2018. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532778/>
29. Organic Personality Disorder. *Neuropsych Today*, 2025. URL: neuropsychtoday.blogspot.com
30. Posttraumatic stress symptom severity predicts cognitive impairment. *Transl Psychiatry*. National library of Medicine, 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10060413/>
31. Prieto S., Posttraumatic stress symptom severity predicts cognitive impairment. *Transl Psychiatry*. National library of Medicine, 2023. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36990983/>
32. Ramos-Galarza C., Obregón J. Neuropsychological Rehabilitation for Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 2025. Vol. 14, № 4.
33. Schönberger M., Ponsford J., Gould K., et al. The temporal relationship between depression, anxiety, and functional status after traumatic brain injury: a cross-lagged analysis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2000. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10834338/>
34. Spencer R. J., Noyes E. T., Major S., Wilson A. M., Campbell E. B., Ratcliffe L. N., Spencer R. J. Reliability and Factor Structure of the Saint Louis University Mental Status (SLUMS) Examination. *Clinical Gerontologist*, 2023. Vol. 46, Issue 4. C. 525-531.

35. Tan S., Commentary: Perinatal brain injury and long-term outcomes. *Frontiers. National library of Medicine*, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36177726/>
36. Tang Y., Zhu Y., Wang F. Cognitive dysfunction and disability in schizophrenia: A systematic review of WAIS-based studies. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9916146/>
37. Vita A., Gaebel W., Mucci A., Sachs G., Barlati S., Giordano G. M., Nibbio G., Nordentoft M., Wykes T., Galderisi S. European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry*, 2022. Vol.65, p. 57.
38. Wang Y., Li M., Chen H. et al. Cognitive impairment in paranoid schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 2017. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28951142/>
39. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2019. URL: <https://icd.who.int/en/> (accessed: 19.05.2025).
40. Yehuda R., Lehrner A. PTSD and stress-related neurocognitive impairments: mechanisms and treatment targets. *Current Psychiatry Reports*, 2020.

ДОДАТКИ

Додаток А

Кількісні результати дослідження когнітивних функцій (логічне мислення) у групі 1. пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного ураження головного мозку

Симпто матика поруше нь мислен ня	Пацієнти																				
	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	2 ж., 18 ч.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Сума
В'язкіс ть	+	+		+	+	+	+	+	+	+		+		+	+		+	+	+	+	16
Тугору хливіс ть										+	+			+	+			+		+	8
Конкр етність	+		+		+		+	+	+				+	+							8
Резоне рство												+									1
Парал огічніс ть																					
Зісковз ування																					
Розірв аність																					
Приск орене			+																		1
Обстій ливіст ь									+							+					2
Містич не																+					1

Додаток Б

Кількісні результати дослідження когнітивних функцій (пам'ять) у групі
1. пацієнтів з розладом особистості та поведінки внаслідок органічного
ураження головного мозку

Симптома тика порушень пам'яті	Пацієнти																				2 ж., 18 ч.
	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Сума
Знижений рівень запам'ятовування	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+		+		+	+	+	+	+		16

[illegible]

[illegible]

Додаток Г

**Кількісні результати дослідження когнітивних функцій у групі 2.
(ПТСР) на виявлення порушень пам'яті**

Симптомати ка порушень пам'яті	Пацієнти																				
	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	20 ч.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Сума
Знижений рівень запам'ятовув ання	+		+						+	+		+	+	+		+	+	+		+	11

(ПТСР) на виявлення порушень уваги

[illegible]

**Кількісні результати дослідження когнітивних функцій у групі 3.
(параноїдальна шизофренія) на виявлення
порушень мислення**

[illegible]

Симптоматика порушень пам'яті	Пацієнти																				
	ч	ч	ж	ч	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ж	ж	ж	ж	ж	ч	ч	7 ж., 13 ч.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Сума
Знижений рівень запам'ятовування	+	+	+		+	+	+	+	+			+					+	+	+	+	13

Додаток Ж

Кількісні результати дослідження уваги у пацієнтів з параноїдальною шизофренією

Симптоматика порушень уваги	Пацієнти																				
	ч	ч	ж	ч	ж	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ж	ж	ж	ж	ж	ч	ч	7 ж., 13 ч.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Сума
Знижений рівень об'єму	+	+	+				+	+	+			+					+	+	+	+	11
Знижений рівень об'єму концентрації	+	+	+				+	+	+			+					+	+	+	+	11
Нестійкість													+							+	2