

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНІ СТРАТЕГІЇ КОМПЕНСАЦІЇ
КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

на здобуття освітнього ступеня «Магістр»
з напрямку 053 «Психологія»

студента 2 курсу спеціальності 053

«Психологія» **Сеника Миколи
Ярославовича**

Науковий керівник:

к. філософ. н., доцент кафедри
експериментальної та прикладної
психології

Кондратьєва Вероніка Ігорівна

Допустити до захисту в ЕК

кафедра експериментальної та прикладної психології

Протокол №від

Завідувач кафедри:

кандидат психологічних наук, доцент

Малишева Каріне Олегівна

_____ (підпис)

КИЇВ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ .7	
1.1 Когнітивні та екзекутивні дефіцити: поняття, класифікація та механізми	7
1.2 Психологічні та нейропсихологічні аспекти обсесивно-компульсивної поведінки.....	19
1.3 Взаємозв'язок когнітивних та екзекутивних дефіцитів з обсесивно-компульсивною поведінкою у військовослужбовців	27
РОЗДІЛ 2. ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	34
2.1 Методологія дослідження	34
2.2 Опис вибірки та критерії відбору учасників.....	35
2.3 Інструменти та методи оцінки когнітивних та екзекутивних функцій.. ..	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	39
3.1 Результати емпіричного фрагменту дослідження стратегії компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців	39
3.2 Практичні рекомендації щодо корекції та профілактики ОК-поведінки як дезадаптивної стратегії в умовах бойового стресу	60
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ.....	81

АНОТАЦІЯ

У сучасних умовах тривалих військових дій проблема психічного здоров'я військовослужбовців набуває особливої актуальності. Дослідження, присвячене obsесивно-компульсивним стратегіям компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військовослужбовців, спрямоване на виявлення психологічних механізмів, які формуються внаслідок хронічного стресу, травматизації та перевантаження когнітивної системи.

У першому розділі роботи розглянуто теоретичні засади дослідження. Проаналізовано поняття когнітивного та ексекутивного дефіциту, їх класифікації та прояви у військовій діяльності, висвітлено психологічні й нейропсихологічні аспекти obsесивно-компульсивної поведінки. Окрема увага приділена аналізу взаємозв'язку між зазначеними дефіцитами та формуванням ОКП-стратегій у військовослужбовців.

Наступний розділ присвячено методам дослідження стратегій компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військовослужбовців, що перебувають в умовах бойового стресу. У ньому описано методологію дослідження, подано опис вибірки та критерії відбору учасників, означені діагностичні інструменти та методи оцінки когнітивних та ексекутивних функцій.

У заключному розділі дослідження представлено результати емпіричного фрагменту дослідження стратегії компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військово службовців, зокрема аналізу особливостей компенсаторної поведінки у відповідь на когнітивні та виконавчі порушення, а також виявлено специфіку прояву obsесивно-компульсивних стратегій. Подані практичні рекомендації щодо корекції та профілактики ОК-поведінки як дезадаптивної стратегії в умовах бойового стресу.

Дослідження має як теоретичну, так і практичну цінність для психологів, які працюють у військовій сфері, та створює основу для подальших міждисциплінарних вивчень порушень виконавчих функцій у стресових умовах.

Ключові слова: військовослужбовці, когнітивний дефіцит, ексекутивний

дефіцит, obsесивно-компульсивна поведінка, компенсаторні стратегії, психологічна корекція, стрес, виконавчі функції, бойовий досвід, ПТСР.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Когнітивні порушення та дефіцити виконавчих функцій (екзекутивних функцій) є розповсюдженим явищем, що суттєво впливає на здатність людини до адаптації, саморегуляції та ефективної взаємодії з навколишнім середовищем. Особливо критичними ці дефіцити стають у високостресових або екстремальних умовах, таких як бойові дії. У таких умовах від функціонування когнітивної системи залежить здатність військовослужбовця зберігати внутрішню рівновагу, оперативно приймати рішення та справлятися з психоемоційними навантаженнями.

Однією з форм психологічної адаптації до когнітивних порушень, яка проявляється у військовому контексті, є obsесивно-компульсивна поведінка. Вона часто слугує компенсаторним механізмом у відповідь на дефіцити інгібаторного контролю, зниження когнітивної гнучкості, порушення пам'яті, уваги та планування. За умов бойового стресу або посттравматичних змін у функціонуванні мозку, такі компенсаторні стратегії можуть набувати патологічного характеру, перетворюючись на нав'язливі думки (obsесії) та ритуалізовану поведінку (компульсії).

Військовослужбовці, які пережили інтенсивні бойові дії або тривалий психотравматичний вплив, часто демонструють порушення саме у виконавчих функціях: зниження здатності до когнітивного контролю, труднощі в регуляції емоцій, проблеми з гнучкістю мислення. У таких випадках obsесивно-компульсивна поведінка виконує своєрідну захисну функцію — вона структурує реальність, знижує рівень тривоги та створює ілюзію контролю над непередбачуваними подіями. Проте, у разі стійкості таких проявів, поведінка стає дисфункціональною, ускладнюючи адаптацію та знижуючи ефективність діяльності.

Таким чином, вивчення obsесивно-компульсивних стратегій як способів компенсації когнітивного та ексекютивного дефіциту у військовослужбовців є важливим завданням сучасної психології, що дозволяє не лише глибше зрозуміти природу постстресових поведінкових розладів, а й сформувані ефективні напрямки психокорекції, орієнтовані на зменшення проявів ОК-поведінки та відновлення виконавчих функцій.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити обсесивно-компульсивні стратегії як способи компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців; окреслити психологічні рекомендації щодо корекції та профілактики ОК-поведінки як дезадаптивної стратегії в умовах бойового стресу.

Об'єкт дослідження: військовослужбовці з когнітивним та екзекутивним дефіцитом.

Предмет дослідження: обсесивно-компульсивні стратегії компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців.

Основні дослідницькі питання:

1. Які когнітивні та екзекутивні дефіцити є характерними для військовослужбовців із обсесивно-компульсивною поведінкою?
2. Яким чином обсесивно-компульсивна поведінка виконує компенсаторну функцію при когнітивних порушеннях у військовослужбовців?
3. Чи існує взаємозв'язок між рівнем когнітивної гнучкості та інтенсивністю проявів обсесивно-компульсивної поведінки у військовослужбовців після бойового стресу?

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1. Когнітивні та екзекутивні дефіцити: поняття, класифікація та механізми

У контексті психології та нейронауки когнітивна сфера і когнітивні функції постають як тісно взаємопов'язані компоненти, що визначають процеси пізнання. Когнітивна сфера охоплює всі аспекти пізнавальної діяльності людини, включаючи методи сприймання, обробки та інтерпретації інформації, отриманої як із зовнішнього середовища, так і з внутрішнього стану особистості. Здійснення цих процесів забезпечується ефективним функціонуванням когнітивних функцій, які є основними пізнавальними процесами, що сприяють розумінню навколишнього світу та адаптації до нього. Когнітивні функції можна визначити як конкретні процеси та операції, здійснювані в межах когнітивної сфери. Вони являють собою складні пізнавальні процеси, що виникають у головному мозку і забезпечують здатність людини раціонально взаємодіяти з навколишнім світом. Саме ці функції дозволяють ефективно обробляти інформацію, запам'ятовувати й зберігати дані, а також планувати й реалізовувати дії. Когнітивна сфера і когнітивні функції є взаємопов'язаними елементами, де кожна функція є складовою частиною загального механізму пізнання. Взаємодія таких функцій, як увага, пам'ять та мислення, дозволяє людині сприймати навколишній світ, вирішувати завдання та взаємодіяти з іншими людьми, що забезпечує адаптацію до змінних умов середовища [20].

Коли когнітивні функції працюють ефективно, людина здатна адаптуватися до змін середовища, вирішувати завдання та взаємодіяти з іншими людьми. Однак, порушення цих функцій призводить до розвитку когнітивних дефіцитів, які ускладнюють процеси пізнання та адаптації. Когнітивні дефіцити визначаються як порушення когнітивних функцій, що ускладнюють виконання повсякденних завдань і знижують здатність до адаптації у середовищі, охоплюючи різні аспекти когнітивної діяльності

людини. Порушення когнітивних функцій, зокрема пам'яті, уваги та виконавчих процесів, часто призводять до підвищеної тривожності, емоційної нестабільності та схильності до депресивних реакцій. Тривожність виникає через усвідомлення власної когнітивної дисфункції та страх перед її прогресуванням. Депресивні стани можуть розвиватися як реакція на втрату когнітивного контролю та зниження автономії. Емоційна лабільність проявляється у частих перепадах настрою, підвищеній дратівливості та труднощах у регулюванні емоцій. Людина може відчувати фрустрацію через зниження продуктивності, труднощі у виконанні звичних завдань та невпевненість у власних можливостях. Зміни в когнітивному функціонуванні можуть призводити до проблем у міжособистісних відносинах, зниження соціальної активності та відчуття ізоляції, а також можуть викликати значні зміни в поведінкових реакціях і стилі життя людини. Вони безпосередньо впливають на здатність особистості ефективно виконувати складні когнітивні завдання, що є особливо важливим в умовах, які вимагають швидкої реакції та високого рівня адаптації. Важливо зазначити, що когнітивні порушення не є універсальними для всіх людей, однак різні типи таких порушень можуть спостерігатися у кожній людині в різній мірі. Як природне явище, ці порушення зумовлені особливостями еволюційного розвитку людського мислення [58].

Згідно зі статистичними даними, когнітивні порушення є настільки поширеними, що торкаються всіх верств населення, незалежно від соціального статусу та роду діяльності. Останні можуть проявлятися на різних рівнях і впливати на різноманітні аспекти когнітивних функцій. Дослідження вказують на те, що когнітивні дефіцити можуть варіювати від незначних труднощів з увагою до серйозних проблем із пам'яттю та виконавчими функціями. Вони не лише обмежують здатність виконувати щоденні завдання, але й суттєво ускладнюють взаємодію з іншими людьми, що є особливо важливим у професійній діяльності, де точність і своєчасність виконання завдань є критичними. Згідно з сучасними теоріями, когнітивні порушення можуть бути зумовлені різними нейропсихологічними розладами, а також зовнішніми факторами, такими як стрес, травма або хронічне перевантаження, які

погіршують функціонування когнітивних систем [39; 40].

Когнітивні порушення можна розглядати як «помилки» у роботі мозку, що виникають через шаблонне мислення, яке ускладнює раціональну обробку інформації. Такі порушення можуть виконувати захисну функцію, знижуючи навантаження на мозок, допомагаючи зосередитися на важливих аспектах і прискорюючи прийняття рішень. Однак одночасно вони можуть призводити до спотвореного сприйняття реальності, неправильних інтерпретацій подій, ігнорування раціональних міркувань та піддавання ірраціональним страхам. Важливою характеристикою когнітивних порушень є те, що людина часто не усвідомлює цих змін, оскільки мозок маскує їх, переконуючи в правильності власних рішень [12].

Класифікуються когнітивні порушення за ступенем вираженості, враховуючи здатність людини до самостійного життя та виконання повсякденних завдань. Відповідно, виділяють три основні рівні когнітивних порушень:

1. Легкі когнітивні порушення - характеризуються незначним зниженням пам'яті, уваги та швидкості мислення, проте людина зберігає здатність до самостійного життя та професійної діяльності. Такі порушення можуть виявлятися в епізодах забудькуватості, труднощах з концентрацією уваги або уповільненому прийнятті рішень, але ці зміни незначно впливають на якість життя.

2. Помірні когнітивні порушення - більш виражена дисфункція пам'яті, мислення та уваги, що ускладнює виконання повсякденних справ. Людині важко орієнтуватися в нових або складних ситуаціях, з'являються труднощі у плануванні та організації діяльності. В такому стані може знадобитися допомога близьких або нагляд у певних аспектах життя, таких як контроль за прийомом ліків, фінансовими операціями або виконанням складних побутових завдань.

3. Виражені когнітивні порушення (деменція) - серйозне погіршення когнітивних функцій, яке позбавляє людину можливості самостійно виконувати навіть базові завдання, такі як особиста гігієна, приготування їжі або орієнтація в просторі. Виражені когнітивні порушення призводять до

значних змін у здатності до самостійного функціонування або до втрати кількох когнітивних здібностей [29].

Термін «когнітивні порушення» має свою історію в наукових працях, проте не всі дані про його введення є точними. Концепції, пов'язані з цим терміном, широко обговорювались у психології та нейропсихології, розвиваючись у різних наукових традиціях, і не мають конкретного автора, який вперше ввів цей термін. Однак важливо зазначити, що розвиток цих концепцій тісно пов'язаний з нейропсихологією, психіатрією та когнітивною психологією. Термін «когнітивні порушення» активно використовувався в нейропсихології ХХ століття для позначення різних розладів, пов'язаних з ушкодженнями мозку. Неврологи та психіатри того часу застосовували цей термін у контексті результатів пошкоджень кори головного мозку, особливо після Другої світової війни, коли стало очевидно, що пошкодження мозку можуть призводити до порушень вищих психічних функцій, таких як пам'ять, увага, мовлення та мислення. Важливим етапом у розвитку цього терміна стали дослідження, які вивчали різні типи когнітивних порушень, пов'язаних з деменцією, інсультами, травмами головного мозку та іншими неврологічними захворюваннями. У медичній практиці термін «когнітивні порушення» активно використовувався для позначення розладів, які супроводжують різноманітні психічні та нейропсихічні захворювання [20; 71].

Сьогодні цей термін широко використовується в сучасних класифікаціях психічних розладів (МКХ-10 та МКХ-11), де він охоплює порушення пам'яті, уваги, виконавчих функцій та інших когнітивних процесів, що виникають унаслідок різноманітних психологічних або фізичних захворювань. Більш структурований і сучасний підхід до оцінки когнітивних порушень, що відповідає сучасним науковим уявленням про нейрокогнітивні процеси та механізми їх порушення надає МКХ-11. Класифікація когнітивних порушень у МКХ-11 зазнала певних змін у порівнянні з МКХ-10. Основна відмінність полягає в уточненні критеріїв та запровадженні нових діагностичних категорій, які більш точно відображають спектр когнітивних розладів. У новій редакції класифікації МКХ-11 поняття «помірні когнітивні порушення» (Mild

Neurocognitive Disorder, код 6D83) визначається як стан, що містить:

- виражене зниження когнітивних функцій у порівнянні з попереднім рівнем, яке стосується пам'яті, уваги, виконавчих функцій, мовлення чи інших когнітивних навичок;
- збереження незалежності у повсякденному житті, тобто пацієнт може самостійно виконувати основні завдання, хоча певні когнітивні труднощі можуть вимагати додаткових зусиль або адаптаційних стратегій;
- відсутність деменції або тяжкого когнітивного дефіциту.

Дана категорія значною мірою відповідає концепції Mild Cognitive Impairment (MCI), яка широко використовується в нейропсихології та неврології для позначення проміжного стану між віковими когнітивними змінами та деменцією. У чому ж полягають відмінності між МКХ-10 і МКХ-11 у визначенні когнітивних порушень? По-перше, натомість терміна «органічні когнітивні розлади» (МКХ-10) у МКХ-11 введено поняття «нейрокогнітивні розлади», що підкреслює їхній зв'язок з ураженням нервової системи. По-друге, чітко визначені два рівні порушень: помірні нейрокогнітивні розлади (Mild Neurocognitive Disorder, 6D83) - когнітивні труднощі, які не призводять до повної втрати самостійності; тяжкі нейрокогнітивні розлади (Major Neurocognitive Disorder, 6D84) - стан, що відповідає деменції, коли людина не може самостійно функціонувати у повсякденному житті. І, по-третє, вказано можливі етіологічні причини когнітивних порушень, такі як нейродегенеративні захворювання (хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона), судинні патології, черепно-мозкові травми, інфекційні процеси та інші фактори [8].

Помірні когнітивні порушення часто розглядаються як проміжний етап між віковими змінами когнітивних функцій та деменцією. Вони можуть бути оборотними за умови своєчасної діагностики та лікування, особливо якщо їхньою причиною є стрес, депресія, дефіцит вітамінів або інші кориговані фактори. Однак у деяких випадках ПКП можуть слугувати предиктором нейродегенеративних захворювань, таких як хвороба Альцгеймера або судинна деменція, що потребує динамічного спостереження та профілактичних заходів. Клінічна картина синдрому когнітивних порушень

значною мірою визначається нозологічною формою, що є його основною причиною. Тобто, тип і ступінь вираженості когнітивних порушень будуть залежати від характеру та локалізації патологічного процесу в головному мозку [29].

Когнітивні дефіцити традиційно класифікують за порушеннями основних вищих психічних функцій, таких як увага, пам'ять, виконавчі функції, а також процеси планування та прийняття рішень. Пам'ять є ключовою когнітивною функцією, що забезпечує збереження, відновлення та маніпулювання інформацією. Порушення пам'яті можуть бути пов'язані як із короткочасним, так і з довготривалим запам'ятовуванням, що суттєво впливає на здатність до навчання, прийняття рішень і адаптацію в мінливих умовах. Як зазначають дослідники П. О'Коннор і К. Нейлор, порушення робочої пам'яті значною мірою обмежують можливість обробки нової інформації під час виконання складних завдань. Увага відіграє критичну роль у когнітивній діяльності, забезпечуючи здатність до концентрації, утримання та переключення між завданнями. Дефіцити уваги можуть проявлятися у труднощах із фокусуванням, уповільненні когнітивної обробки інформації та зниженні здатності до відновлення уваги після відволікань, що особливо важливо в екстремальних ситуаціях, де швидкість реакції та точність сприйняття можуть бути життєво важливими. Як наголошують автори, зниження стійко стійкої уваги у військово службовців з постратравматичним стресовим розладом (ПТСР) безпосередньо впливає на оперативність прийняття рішень і ефективність дій в умовах стресу. Відсутність достатньої концентрації або недооцінка важливих деталей може призводити до помилкових рішень із серйозними наслідками. Мислення у когнітивному контексті охоплює процеси абстрагування, аналізу, планування та прогнозування. Порушення мислення можуть виражатися у зниженій здатності до швидкої оцінки ситуації, формуванні альтернативних рішень та критичному аналізу інформації. Як зауважують П. О'Коннор і К. Нейлор, обмеження когнітивної гнучкості підвищують ризик використання стереотипних або ригідних моделей поведінки в складних ситуаціях. Особливо важливим є збереження цих функцій у стресових умовах, де необхідно оперативно ухвалювати рішення,

що безпосередньо впливають на успішність виконання поставлених завдань. Виконавчі функції, до яких належать планування, організація, самоконтроль і вирішення проблем, відіграють центральну роль у когнітивній регуляції поведінки. Їхній дефіцит може проявлятися у труднощах із адаптацією до нових або стресових ситуацій, порушенні гнучкості мислення та прийнятті рішень. Одним із проявів дисфункції виконавчих процесів є розвиток obsесивно-компульсивної поведінки, коли суб'єкт використовує повторювані дії або ритуали як механізм компенсації внутрішнього напруження та контролю над невизначеністю. На думку П. О'Коннора і К. Нейлора, когнітивні обмеження в сфері виконавчих функцій можуть сприяти формуванню компульсивних моделей поведінки як стратегії мінімізації тривоги в умовах високої невизначеності [62].

Таким чином, когнітивні порушення охоплюють широкий спектр дисфункцій, що впливають на здатність до адаптації, саморегуляції та ефективної взаємодії з навколишнім середовищем. Їхній вплив може бути особливо критичним у контексті екстремальних або високостресових ситуацій, де збереження когнітивних ресурсів є визначальним чинником виживання та успішності діяльності.

Когнітивні дефіцити можуть бути спричинені як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками. До зовнішніх чинників відносяться стресові ситуації, травма, хронічне перевантаження, а також соматичні проблеми, які можуть мати серйозний вплив на когнітивні функції. Особливо значний вплив на нейропсихологічні процеси, зокрема на пам'ять та увагу, має психологічний стрес. Як зазначає американський фахівець у галузі військової психології та нейропсихології, який до сліджує вплив хронічного стресу та посттравматичних розладів на когнітивне функціонування ветеранів бойових дій Дж. Крамер, хронічний стрес здатний змінювати нейрональну активність у префронтальній корі та гіпокампі, що прямо впливає на процеси запам'ятовування та відновлення інформації. Психологічний стрес, що супроводжується посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), часто призводить до погіршення когнітивних функцій, зокрема у здатності до концентрації уваги та збереження інформації. За даними автора, ветерани

бойових дій із ПТСР демонструють значно гірші показники робочої пам'яті й стійкості уваги порівняно з контрольними групами, що свідчить про тісний зв'язок між пережитими стресовими подіями та когнітивними порушеннями [52].

Крім того, хронічні перевантаження створюють додатковий стрес, що погіршує когнітивні здібності. Дослідники в галузі нейронаук Wang, Xie та Zhang (2020) зазначають, що хронічний стрес спричиняє структурні й функціональні зміни в префронтальній корі та гіпокампі, що веде до дефіцитів пам'яті, уваги та виконавчих функцій. Вказане підтверджує, що фізичні травми й хронічний біль суттєво ускладнюють здатність до планування, розв'язання проблем і адаптації до повсякденного життя [50].

Когнітивні дефіцити є результатом складної взаємодії біологічних та психологічних детермінант, кожна з яких відіграє важливу роль у їхньому розвитку та прояві. Біологічні фактори, зокрема органічні ушкодження мозку, такі як нейродегенеративні захворювання (наприклад, хвороба Альцгеймера, Паркінсона), інсульты, черепно-мозкові травми, а також генетична схильність, є одними з основних детермінант когнітивних порушень. Як зазначають американські нейробіологи Е. Кендел, Дж. Шварц та Т. Джессел, пошкодження або дегенерація нейрональних структур мозку порушує складні когнітивні процеси, включаючи пам'ять, увагу та виконавчі функції, що особливо помітно при прогресуванні нейродегенеративних хвороб. Генетичні дослідження свідчать, що наявність певних генетичних варіантів може значно підвищити вразливість до когнітивних дефіцитів, особливо у зрілому віці або внаслідок хронічних захворювань. Зокрема, за даними Е. Кендела та співавторів, генетичні аномалії, що впливають на функціонування нейрональних мереж, можуть виступати ключовими факторами у виникненні когнітивних розладів навіть за відсутності очевидних ушкоджень мозку. Біологічні зміни, як правило, безпосередньо впливають на структуру та функціонування мозку, що в свою чергу призводить до порушень когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага, виконавчі функції та здатність до прийняття рішень. Відповідно до підходу, запропонованого Кенделом і його колегами, усі когнітивні процеси мають біологічну основу, а порушення нейрональної

пластичності або міжнейрональної комунікації лежать в основі більшості когнітивних дисфункцій [50].

Однак, не менш важливими є психологічні детермінанти, які можуть як погіршувати, так і модулювати прояви когнітивних дефіцитів. Зокрема, стрес є одним з найбільш значущих психологічних факторів, що має безпосередній вплив на когнітивні функції [20]. На думку американського нейроендокринолога, відомого своєю роботою щодо стресу і його впливу на здоров'я, зокрема на когнітивні функції R. Sapolsky, хронічний стрес може призводити до змін у структурі мозку, зокрема в гіпокампі — ділянці, відповідальній за обробку та збереження пам'яті. Такі зміни можуть значно знижувати когнітивні функції, погіршуючи пам'ять, увагу та здатність до концентрації. Додатково, стресові ситуації можуть призводити до розвитку психічних розладів, що посилює порушення когнітивних функцій [64].

Емоційні розлади, такі як депресія та тривожні стани, також мають вагомий вплив на когнітивні функції. Депресія, зокрема, пов'язана із зниженням когнітивних функцій, таких як порушення уваги, сповільнене мислення та погіршення здатності до прийняття рішень. Зазначене зумовлено дисфункцією нейротрансмітерів, які підтримують когнітивні процеси. Тривожні розлади, в свою чергу, можуть спричиняти труднощі з концентрацією уваги, знижуючи здатність до виконання складних завдань і впливаючи на здатність до навчання. Соціальна ізоляція є ще одним важливим психологічним фактором, що має значення для розвитку когнітивних порушень. Люди, які зазнають соціальної ізоляції, можуть страждати від недостатньої когнітивної стимуляції, що призводить до зниження когнітивних резервів. Крім того, відсутність соціальної підтримки може погіршувати емоційний стан індивіда, що додатково сприяє зниженню когнітивної активності [71].

Таким чином, психологічні фактори, зокрема стрес, емоційні порушення та соціальна ізоляція, мають важливе значення у розвитку когнітивних дефіцитів. Вони не лише посилюють прояви порушень когнітивних функцій, але й можуть виступати як модулюючі механізми, що визначають адаптацію особистості до когнітивних змін.

Узагальнюючи питання когнітивних дефіцитів у психологічному контексті, можна зробити висновок, що когнітивні порушення охоплюють широкий спектр функціональних змін, які впливають на здатність індивіда до сприйняття, обробки та збереження інформації. Вони можуть бути пов'язаними з різними когнітивними функціями, таких як пам'ять, увага, виконавчі функції та мислення, і мати значний вплив на поведінку та психологічний стан особистості. Когнітивні дефіцити є результатом складної взаємодії генетичних, біологічних, соціальних та психологічних детермінант, що вимагає комплексного підходу до їх розуміння та корекції. Основними функціональними аспектами когнітивних дефіцитів є їх вплив на здатність до адаптації у повсякденному житті, виконання складних завдань, прийняття рішень та самоконтролю. Порушення уваги можуть призводити до проблем у фокусуванні на важливих завданнях, що знижує ефективність реагування в стресових ситуаціях, а порушення пам'яті ускладнюють запам'ятовування та відтворення необхідної інформації [28]. Щодо детермінант когнітивних дефіцитів, важливими є як біологічні фактори (наприклад, органічні ушкодження мозку або генетична схильність), так і психологічні аспекти, зокрема стрес, емоційні порушення та соціальна ізоляція. Психологічні чинники можуть як посилювати, так і модулювати прояви когнітивних порушень, визначаючи рівень адаптації особистості до змін.

У сучасній нейропсихології езекутивні (виконавчі) функції розглядаються як система вищих когнітивних процесів, що відповідають за цілеспрямовану діяльність людини, контроль поведінки та емоцій, адаптацію до нових ситуацій і прийняття рішень [44]. Вони забезпечують планування, ініціацію, моніторинг, гнучкість і регуляцію дій. Найбільш тісно ці процеси пов'язані з діяльністю префронтальної кори головного мозку, особливо її дорсолатеральної та орбітофронтальної ділянок [55].

Езекутивні дефіцити — це порушення виконавчих функцій, що проявляються у вигляді когнітивної негнучкості, імпульсивності, труднощів у плануванні, контролі власної діяльності та емоцій, а також нездатності змінювати стратегії поведінки відповідно до умов [11; 55].

До основних форм езекутивних порушень належать: дефіцит інгібіції

(нездатність пригнічувати автоматичні або неактуальні реакції); дефіцит когнітивної гнучкості (ригідність мислення); дефіцит ініціації дій (інерція, пасивність); порушення планування та стратегічного мислення; знижена здатність до самомоніторингу та корекції помилок [57; 67].

Механізми виникнення екзекутивних дефіцитів мають складну та багатоаспектну природу, що зумовлює їх розгляд у межах міждисциплінарного підходу, з урахуванням нейрпсихологічних, нейрохімічних, психофізіологічних і когнітивних детермінант.

По-перше, важливу роль у порушенні виконавчих функцій відіграє нейрпсихологічний механізм, що полягає у дисфункції префронтальної кори головного мозку, зокрема її дорсолатеральної ділянки, яка забезпечує планування, самоконтроль, інгібіцію та гнучкість мислення. Зниження функціональної активності або структурні пошкодження у цій ділянці порушують здатність суб'єкта до регуляції поведінки, прийняття рішень і переключення уваги. Цей механізм часто опосередковується порушенням взаємодії префронтальної кори з підкірковими структурами, такими як базальні ганглії, таламус і лімбічна система, що забезпечують інтеграцію емоційної та когнітивної інформації [44; 55].

По-друге, важливим чинником у розвитку екзекутивних порушень є нейрохімічний дисбаланс, насамперед у дофамінергічних, серотонінергічних і норадреналінергічних системах. Дофамін, зокрема, відіграє ключову роль у формуванні мотиваційної активності, виборі стратегій дій і оцінці наслідків поведінки. Зниження або надмірна активація дофамінової передачі призводить до імпульсивності, труднощів у фокусуванні уваги й дефіциту самоконтролю. У свою чергу, порушення серотонінової регуляції впливає на емоційну стабільність і сприяє розвитку тривожних або нав'язливих симптомів. Норадреналінові порушення корелюють зі зниженням стійкості уваги та загальною гіперактивацією стресових реакцій, що є типовим для осіб із посттравматичним стресовим розладом або obsесивно-компульсивною симптоматикою [7; 41].

По-третє, психофізіологічні наслідки психотравм відіграють не менш

значущу роль у формуванні ексекутивних порушень. У контексті хронічного стресу або го строї травматизації спостерігається пригнічення активності префронтальної кори та одночасне посилення реактивності мигдалеподібного тіла, яке відповідає за швидку оцінку загрози та ініціювання емоційної реакції страху. Така нейрофізіологічна переорієнтація знижує здатність до когнітивної інгібіції, зумовлює зростання імпульсивності, підвищену емоційну збудливість, а також сприяє формуванню ригідної або ритуалізованої поведінки [11].

По-четверте, у тривалому часовому вимірі значний вплив справляє феномен когнітивного виснаження. Постійна мобілізація ресурсів для підтримки бойової або адаптивної готовності в умовах стресу призводить до зниження ефективності функціонування механізмів саморегуляції, стратегічного мислення, ініціації та підтримки складних ментальних дій. Унаслідок цього особа втрачає здатність до гнучкої адаптації в нових обставинах, а її поведінка набуває фрагментарного, імпульсивного або автоматизованого характеру [57].

Взаємозв'язок когнітивних і ексекутивних дефіцитів полягає у їхній функціональній залежності та нейропсихологічній взаємообумовленості. Когнітивні процеси (пам'ять, увага, сприйняття) створюють основу для реалізації ексекутивних функцій — планування, контролю, регуляції поведінки. Як зазначає у своїй праці американська нейропсихолог М. Lezak (у співавторстві), ефективне виконання виконавчих функцій є неможливим без інтактного рівня базових когнітивних процесів, таких як увага і робоча пам'ять [55]. Аналогічно, зарубіжні дослідники М. Jurado, М. Rosselli підкреслюють, що ексекутивні функції є складною інтеграцією численних когнітивних процесів, що здійснюється через контроль лобних ділянок мозку [75].

Порушення базових когнітивних функцій знижує ефективність виконавчих процесів, тоді як дисфункція ексекутивних механізмів призводить до неадекватного використання наявних когнітивних ресурсів. Як вказує американська дослідниця А. Diamond, без належного функціонування ексекутивних процесів індивід не може належним чином спрямувати, координувати та контролювати свої когнітивні ресурси [44].

Накладання когнітивних та езекутивних дефіцитів пояснюється спільністю нейробіологічних основ, оскільки езекутивні функції є розширенням базових когнітивних операцій через механізми регуляції, що забезпечуються префронтальними зонами мозку; інтегративним характером психічної діяльності, який, на думку австралійської дослідниці нейропсихології V. Anderson, вимагає тісної координації між когнітивними процесами і виконавчими механізмами для забезпечення адаптивної поведінки в умовах зміни середовища; високими вимогами до когнітивно- езекутивної взаємодії в умовах стресу, характерних для військової діяльності [39]. Військові ситуації ставлять надзвичайно високі вимоги до гнучкості мислення, здатності до інгібіції автоматичних реакцій та адаптивного планування, що особливо уразливе при порушенні езекутивних функцій [41].

Ураження префронтальної кори, хронічний стрес чи черепно-мозкові травми часто одночасно впливають на когнітивну сферу та езекутивний контроль, що особливо актуально для військовослужбовців, які перебувають у тривалих екстремальних умовах.

1.2 Психологічні та нейропсихологічні аспекти обесивно-компульсивної поведінки

Обесивно-компульсивний розлад (ОКР), згідно з даними American Psychiatric Association (2022) є хронічним психічним станом, що характеризується наявністю нав'язливих думок (обесій) та повторюваних ритуальних дій (компульсій), які спрямовані на зниження рівня тривожності [37].

Як серйозний психічний розлад, ОКР вражає приблизно 1 зі 100 % населення світу, тобто кожен соту людину. Даний розлад носить егодистонний характер, окреслюючись тим, що людина часто сприймає свої нав'язливі думки і компульсії як чужі і неприємні до її бажань. Зазвичай симптоми цього розладу проявляються в дитячому чи підлітковому віці, і за різними оцінками до 50% усіх випадків починаються саме в цей період [21].

Згідно з діагностичними критеріями DSM-5, для встановлення діагнозу ОКР мають бути виконані наступні умови:

- ✓ присутність обесій (нав'язливих думок), компульсій (ритуалів) або

обох симптомів одночасно;

- ✓ симптоми є настільки інтенсивними, що займають понад 1 годину на день;
- ✓ симптоми не викликані вживанням медикаментів або іншими медичними станами;
- ✓ симптоми відповідають критеріям ОКР краще, ніж критеріям будь-якого іншого психічного розладу, що дозволяє проводити диференційну діагностику [37].

Означені вище критерії допомагають точно визначити наявність ОКР і виключити інші можливі стани, що можуть мати схожі симптоми. І хоча він не має відмінностей за статтю чи віковою категорією, дослідження показують, що жінки дещо частіше страждають від цього розладу, ніж чоловіки. Поясненням цього можуть бути біологічні, психологічні та соціальні чинники, що впливають на розвиток та прояви цього розладу у осіб різної статі. У жінок з ОКР часто спостерігаються компульсії, пов'язані з моральними переживаннями, наприклад, надмірне вибачення або пошук підтвердження своїх вчинків, що часто пов'язано з побоюванням бути «поганою» людиною. Чоловіки ж можуть мати обсесії, пов'язані з агресією чи моральністю, що може впливати на методи їх лікування [63].

Крім того, ОКР є розладом, який не залежить від культурного чи соціального фону, що підкреслює його універсальність. Дослідження констатують, що рівень поширеності ОКР в різних соціальних та культурних групах, зокрема серед афроамериканців, є схожим на загальний рівень у популяції [66].

Для кращого розуміння обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) важливо розглядати два основні аспекти: нав'язливі думки та компульсивну поведінку. Нав'язливі думки представляють собою небажані, повторювані думки або образи, які зазвичай викликають тривогу або дискомфорт. Такого виду думки можуть стосуватися різних аспектів, таких як страх перед брудом чи зараженням, можливими травмами, хворобами, агресією, сексуальними питаннями або бажанням досягти ідеального порядку. Зміст таких думок у людей із ОКР може бути схожим на ті, що виникають у здорових осіб. Проте

вони виникають значно частіше у осіб, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) і отримують значно більше уваги, що сприяє підвищеному рівню стресу та тривоги. Комппульсивна поведінка (ритуали) є відповіддю на нав'язливі думки і виконується для зниження рівня тривоги або уникнення потенційної небезпеки, яку ці думки породжують. Комппульсивні дії можуть мати різні форми, серед яких найбільш поширеними є перевірка різних речей (наприклад, чи закриті двері), надмірне прибирання, повторне виконання певних дій, а також впорядкування предметів. Важливо зазначити, що ці ритуали можуть стати настільки звичними, що людина, навіть усвідомлюючи їх надмірність, вважає їх необхідними для зменшення тривоги або забезпечення безпеки. Особи, які страждають на обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), можуть проявляти як обсесії, так і компульсії, або ж обидва симптоми одночасно [61].

Таким чином, нав'язливі думки та компульсивні дії є основними компонентами ОКР, і їх наявність суттєво впливає на якість життя людини, викликаючи значний стрес і труднощі у виконанні повсякденних обов'язків.

Специфічність симптоматики обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) полягає у тому, що людина часто сприймає нав'язливі думки як ознаки своєї «ненормальності», що поглиблює тривогу і страждання. Останнє призводить до формування страху, що інші можуть сприйняти її як «божевільну» або психічно хвору, якщо дізнаються про ці думки та дії. В результаті люди, що страждають від ОКР, часто переживають сором і соромляться звертатися за допомогою, побоюючись, що це може призвести до стигматизації або діагнозу психічного захворювання. Згідно проведеним дослідженням, такі переживання сорому можуть бути основним бар'єром на шляху до лікування. Хоча розлад часто є хронічним і може значно знижувати якість життя, багато людей приховують симптоми, не бажаючи виглядати «неадекватними» або «незвичайними». Увагу дослідників привертає зв'язок між ОКР та соціальною ізоляцією, оскільки страх бути незрозумілим чи неприязно сприйнятим відштовхує хворих від соціальних контактів. Особи з ОКР часто уникають відкритих дискусій про свої симптоми через переживання, що ці думки

можуть виглядати абсурдними або навіть неприязними для оточуючих. Сором і стигма, що супроводжують ОКР, можуть не лише затримувати діагностику, а й погіршувати самопочуття та підвищувати рівень тривожності [45].

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним із найбільш поширених психічних розладів у сучасному світі. Раніше наукові дослідження, орієнтовані на вивчення нейроанатомічних аспектів цього розладу, часто містили помилкові інтерпретації через кілька факторів. По-перше, порушення в роботі нейромедіаторних систем, зокрема серотоніну, дофаміну та глутамату, часто трактувалися як основні причини, тоді як сучасні уявлення більше схиляються до того, що це є наслідками ОКР. На даний момент акцент робиться на функціональних порушеннях зв'язку між конкретними анатомічними структурами, що виникають через збої в формуванні нейронних мереж. По-друге, до публікації п'ятого видання «Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів» (DSM-5) в 2013 році ОКР класифікувався як тривожний розлад. Перенесення його в окрему категорію сприяло значному зростанню досліджень цієї теми та перегляду попередніх висновків [21].

Класифікаційні зміни в діагностиці обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) були зумовлені виявленням суттєвих нейроанатомічних відмінностей між ОКР та тривожними розладами. Дослідження показали, що при ОКР спостерігається дисфункція кортикостріато-таламо-кортикальних (КСТК) петель, які беруть участь у регуляції повторюваної поведінки та імпульсного контролю. На відміну від цього, тривожні розлади здебільшого асоціюються із порушеннями у вентролатеральній префронтальній корі та мигдалеподібному тілі, які відіграють основну роль у виникненні страху та емоційної реактивності. Хоча симптоми страху та тривожності можуть бути присутніми при ОКР, вони є менш стабільними та мають більш різномірний характер порівняно з класичними тривожними розладами [72].

Таким чином, відмінності у нейробіологічних механізмах підтверджують доцільність виділення ОКР в окрему діагностичну категорію, що сприяє точнішому підходу до розуміння патофізіологічних механізмів.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) має низку відмінностей в етіології порівняно з тривожними розладами, хоча на поверхневому рівні його симптоми можуть здаватися схожими. ОКР є самостійною групою розладів, яка охоплює такі стани, як дисморфофобія, синдром патологічного накопичення, трихотіломанія, екскоріація, обсесивно-компульсивний розлад, що індуковані медикаментозними препаратами, а також невизначений обсесивно-компульсивний розлад. Вони об'єднуються спільними характеристиками, зокрема нав'язливими думками та діями [21].

Особливістю ОКР є чітко визначений нейроанатомічний субстрат, до якого входять орбітофронтальна кора, передня поясна кора та базальні ганглії. Останні є частинами кортико-стріато-таламо-кортикальних петель, і їхній патологічний функціональний зв'язок є ключовим у розвитку цього розладу. Результати нейровізуалізаційних досліджень засвідчують дисфункцію низки мозкових структур у пацієнтів з ОКР. Зокрема, зміни спостерігаються у наступних ділянках:

- Орбітофронтальна кора (ОФК) - підвищена активність цієї структури корелює з надмірною тривожністю та порушенням механізмів гальмування думок, що впливають на тривожність та нав'язливе мислення .
- Базальні ганглії (хвостате ядро, стріатум) - патологічні зміни у функціонуванні цієї системи можуть спричиняти труднощі в контролі імпульсів та формуванні компульсивних дій.
- Передня поясна кора (ППК) - відіграє важливу роль у процесах моніторингу помилок, її гіперактивність пов'язана з надмірним фокусуванням на можливих загрозах.
- Таламус - взаємодія таламічних структур із кортико-стріато-таламо-кортикальними (КСТК) ланцюгами сприяє розвитку ригідності мислення та поведінкових патернів [53; 69] .

Симптоми ОКР часто виникають через дисбаланс між прямим і непрямим шляхами базальних гангліїв. Наприклад, передню поясну кору пов'язують із компульсивним перевірянням, тоді як ділянки префронтальної та скроневої кори, разом із зв'язками з мозочком, часто асоціюють із компульсивним миттям рук. Окреслені нейробіологічні процеси взаємодіють із

психологічними симптомами, утворюючи замкнене коло, де obsесивно-компульсивна поведінка та неврологічні порушення постійно взаємно підсилюють одне одного [21].

Obsесивно-компульсивний розлад характеризується високою коморбідністю з іншими психічними станами (депресія, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія та розлади з імпульсивною поведінкою). Зокрема, дослідження австралійських вчених вказує на загальні та специфічні особливості функціонування мозку при цих розладах [54].

Результати аналізу нейробиологічних механізмів коморбідності ОКР та синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) вказує на те, що в осіб з ОКР рівень коморбідного СДУГ становить 11,8%, а серед дітей цей показник сягає 25,5%. При цьому виявлено, що спільною нейробиологічною основою цих розладів є зміни в роботі фронто-стріатальних ланцюгів мозку, хоча їхні патофізіологічні механізми відрізняються: при ОКР спостерігається гіперактивність цих структур, а при СДУГ - гіпофункція. Це може пояснювати високий рівень коморбідності, оскільки порушення в тих самих нейронних мережах можуть спричиняти різні клінічні прояви залежно від специфіки розладу. Крім того, ОКР часто супроводжується іншими психіатричними розладами, зокрема депресією, генералізованим тривожним розладом, панічним розладом та біполярним розладом. Такий рівень коморбідності перевищує показники, характерні для тривожних розладів, що може бути наслідком більш складної дисрегуляції нейромедіаторних систем, особливо серотонінергічної та допамінергічної. Також дослідження демонструють, що ОКР має унікальні патофізіологічні особливості, які відрізняють його від інших тривожних розладів [59].

Таким чином, дослідження підтверджують, що коморбідність при ОКР є значно вищою, ніж при традиційних тривожних розладах, що може бути пов'язано з відмінностями у нейробиологічних механізмах цих станів.

Перегляд існуючих теоретичних моделей obsесивно-компульсивного розладу спричинили зміни в розумінні його патофізіології. Традиційні концепції, які пояснювали ОКР через механізм страху, де obsесивні думки сприймалися як провокатори тривоги, а компульсії - як спосіб її зниження,

поступово поступилися місцем підходам, які зосереджуються на дисфункції базальних гангліїв. Останні, як відповідні структури, відіграють важливу роль у регуляції рухової активності, когнітивного контролю та механізмів підкріплення, що пояснює труднощі у придушенні нав'язливих думок і дій у пацієнтів з ОКР. Сучасні нейровізуалізаційні дослідження підтверджують гіперактивність у кортикостріато-таламо - кортикальних петлях, що призводить до недостатньої когнітивної гнучкості та надмірного фіксування на певних думках або діях та підкреслюють важливість перегляду підходів до діагностики ОКР, акцентуючи увагу на його відмінності від тривожних розладів і враховуючи складні нейробіологічні механізми його розвитку [21].

Обсесивно-компульсивний розлад є складним психічним станом, що не зводиться лише до біологічних або психологічних чинників. Його прояви є результатом багаторівневої взаємодії нейропсихологічних, когнітивних та поведінкових механізмів, що дозволяє розглядати ОКР як багатокомпонентний, складний психічний феномен. Розуміння ОКР потребує аналізу того, як його компоненти (нейропсихологічний, когнітивний і поведінковий) взаємодіють між собою для формування характерних симптомів, таких як нав'язливі думки і ритуали. З нейропсихологічної точки зору ОКР часто асоціюється з порушеннями в кортико-стріатально-таламо-кортикальних контурів мозку, відіграючи важливу роль у регулюванні когнітивного контролю та імпульсивності. При ОКР спостерігається дизрегуляція в цих структурах, що веде до зменшення здатно сті контролювати нав'язливі думки та дії. Наприклад, дослідження показують, що дисфункція в лобно-стріатальній частині мозку впливає на здатність розпізнавати й оцінювати загрози адекватно, що сприяє надмірному фокусуванню на уявних чи незначних небезпеках [45; 53].

Згідно з результатами досліджень, порушення в цих нейропсихологічних механізмах може пояснити, чому особи з ОКР мають труднощі з гнучкістю мислення та управлінням емоціями, що, в свою чергу, підтримує їх обсесії та компульсії [69].

Когнітивні особливості людей з ОКР містять порушення у сприйнятті та оцінці ризиків, що проявляється в надмірній відповідальності за негативні

наслідки і катастрофізації думок. Вони часто сприймають власні думки як небезпечні, що призводить до емоційної напруги та стимулює ритуали для зниження тривожності. За механізмом когнітивної дефузії, ці ритуали дають тимчасове полегшення, але вони тільки закріплюють патологічну поведінку, що сприяє розвитку і підтримці симптомів розладу [66].

Схильність до специфічних когнітивних помилок (гіпервідповідальність - переконаність у власній відповідальності за можливі негативні наслідки; катастрофізація - перебільшення загрозовості ситуацій; магічне мислення - віра в можливість запобігання подіям через ритуали) є основою розвитку ритуальної поведінки та нав'язливих думок. З поведінкової точки зору, obsesивно-компульсивний розлад розглядається через призму негативного підкріплення. Людина виконує компульсії, щоб зменшити тривожність, що виникає через obsesії, хоча насправді ці ритуали тільки посилюють проблему, закріплюючи патологічну поведінку. Означене є класичним прикладом умовного навчання, де підкріплення (тимчасове полегшення) зміцнює поведінкові звички, незважаючи на їх деструктивність [56].

Таким чином, obsesивно-компульсивний розлад є результатом інтеграції кількох чинників - нейропсихологічних, когнітивних та поведінкових. Obsesивно-компульсивний розлад (ОКР) — це складне психопатологічне явище, яке характеризується нав'язливими думками (obsesіями) та повторюваними діями (компульсіями), що суттєво впливають на емоційний стан і повсякденне функціонування індивіда. Поява та закріплення obsesивно-компульсивної поведінки є результатом взаємодії ряду механізмів — нейропсихологічних, когнітивних і поведінкових, кожен із яких виконує певну роль у патогенезі розладу. З боку нейропсихологічних механізмів, дослідження останніх десятиліть вказують на дисфункції в роботі лобно-стріатально-таламо-кортикальних ланцюгів, зокрема порушення активності префронтальної кори, стріатума та базальних гангліїв (Kandel et al.) [50]. Саме ці ділянки мозку відповідальні за контроль імпульсів, прийняття рішень, планування та саморегуляцію. Нейрофізіологічні порушення, пов'язані з надмірною збудливістю або дефіцитом гальмівних процесів у цих структурах, можуть спричинити зниження когнітивної гнучкості, надмірне фокусування на

загрозах та посилення ритуальної поведінки. Когнітивні механізми ОКР пояснюють виникнення нав'язливих думок через специфічні когнітивні викривлення — зокрема, перебільшене відчуття відповідальності, гіперконтроль, нетерпимість до невизначеності та катастрофізацію думок (Rachman, S., Salkovskis, P.). Людина сприймає нав'язливу думку як значущу, небезпечну або морально неприпустиму, що викликає тривогу. З метою зниження тривоги виникає компульсивна дія — наприклад, перевірка чи очищення, — яка тимчасово знижує напругу, але водночас підкріплює патологічне мислення. Так формується стійке когнітивно-поведінкове коло. Поведінкові механізми формуються на основі оперантного навчання: компульсивні дії закріплюються як ефективний спосіб зниження тривоги, хоча й не усувають її причини. Така модель добре пояснює розвиток ритуалів, унікальної поведінки та тенденції до повторюваних дій як форм адаптації до внутрішнього дистресу. З часом ці дії автоматизуються та стають частиною поведінкової стратегії особистості [48; 56].

Таким чином, нейропсихологічні дисфункції створюють підґрунтя для порушень регуляції поведінки, когнітивні викривлення формують інтерпретацію думок як загрозливих, а поведінкові механізми фіксують патологічні стратегії уникнення. Сукупність цих процесів лежить в основі формування obsesивно-компульсивної поведінки, яка виконує функцію зниження тривоги, проте водночас підтримує та поглиблює патологію.

1.3 Взаємозв'язок когнітивних та екзекутивних дефіцитів з obsesивно-компульсивною поведінкою у військовослужбовців

У межах нашого дослідження особливу увагу приділено аналізу взаємозв'язку когнітивних порушень із розвитком obsesивно-компульсивних симптомів, зокрема виконавчим дисфункціям, проблемам пам'яті, уваги та когнітивним спотворенням.

Одним із ключових аспектів такого зв'язку є дефіцит виконавчих функцій, що, згідно з даними численних досліджень, є типовим для осіб із obsesивно-компульсивним розладом (ОКР) і відіграє значну роль у підтриманні патологічної поведінки. Роль виконавчих функцій у регуляції поведінки

полягає у тому, що вони дозволяють людині формувати структури, вибудовувати послідовності дій і контролювати виконання завдань. Виконавчі функції - це комплекс когнітивних процесів, які забезпечують цілеспрямовану поведінку, включаючи планування, організацію, контроль дій, визначення пріоритетів і прийняття рішень. У осіб із виконавчою дисфункцією, зокрема при ОКР, спостерігаються труднощі з організацією діяльності, дотриманням послідовності, завершенням завдань у належні терміни, а також з гнучкістю мислення [36].

Крім того, однією з проблем у пацієнтів із ОКР є зниження когнітивної гнучкості, тобто здатності змінювати мисленнєві стратегії або поведінкові патерни у відповідь на зміну ситуації, що ускладнює адаптацію до нових умов та сприяє фіксації на нав'язливих думках і ритуалах. Дослідження з використанням завдань на зворотне навчання демонструють, що такі пацієнти мають труднощі у відмові від неефективних стратегій, навіть якщо вони вже не працюють. Ригідність мислення підтримує стійкість obsесивно-компульсивних патернів [66].

Попри поширене уявлення, що ОКР пов'язаний із надмірним контролем, у деяких випадках спостерігається імпульсивність - тенденція до прийняття рішень без достатнього обмірковування або нездатність стримати нав'язливі імпульси. Причиною цього є дисбаланс у функціонуванні префронтальної кори та базальних гангліїв, які відіграють провідну роль у регуляції як нав'язливих думок, так і реакцій. Водночас для ОКР є характерним гіперконтроль - посилений моніторинг власних дій, що проявляється у постійних сумнівах і потребі перевірки, навіть за відсутності об'єктивної потреби, призводячи до виснаження когнітивних ресурсів і зміцнює obsесивно-компульсивну поведінку. Нейровізуалізаційні дослідження свідчать про гіперактивність передньої поясної кори, яка відповідає за моніторинг помилок. Її надмірна активність сприяє постійному фокусуванню на ймовірних помилках, потребі у повторних перевірках і почутті «незавершеності», що створює замкнене коло obsесивно-компульсивної поведінки, в якому когнітивні порушення відіграють ключову роль [39].

Аналіз впливу виконавчих функцій на формування ригідних патернів мислення та поведінки свідчить про наступне:

1. Виконавчі функції інтегрують низку когнітивних процесів, зокрема: когнітивну гнучкість як здатність змінювати стратегії мислення та поведінки у відповідь на зміну обставин; інгібіторний контроль як здатність гальмувати автоматичні або імпульсивні реакції; робочу пам'ять - утримання та обробка інформації, необхідної для складних когнітивних операцій. Окреслені компоненти взаємопов'язані і забезпечують адаптивну поведінку. Їх дисфункція може призводити до ригідності мислення та поведінки, що спостерігається при низці психічних та неврологічних розладів.

2. Когнітивна ригідність передбачає труднощі у зміні мислення та пристосуванні до нових умов. Найчастіше вона проявляється у формі: персеверативного мислення - повторюваного використання неефективних стратегій; схильності до буквального сприйняття інформації - неспроможності інтерпретувати нову інформацію в контексті змінної ситуації. Порушення виконавчих функцій може спричиняти надмірну фіксацію на невизначеності, що характерно для обсесивно-компульсивного розладу.

3. Ригідна поведінка часто проявляється у вигляді повторюваних ритуалів та дій (наприклад, при ОКР, де особа відчуває потребу постійно перевіряти або впорядковувати об'єкти) та стереотипної поведінки (наприклад, у розладах аутистичного спектра). Означені прояви можуть бути пов'язані з гіперактивністю орбітофронтальної кори, що контролює поведінкову адаптацію.

4. Ригідність мислення та поведінки пов'язана з порушеннями функціонування наступних мозкових структур: префронтальна кора, яка відповідає за контроль виконавчих функцій; орбітофронтальна кора, що пов'язана з інгібіторним контролем та гнучкістю мислення; базальні ганглії, які регулюють автоматичні патерни поведінки. Порушення роботи цих структур може призводити до закріплення ригідних патернів поведінки та нав'язливих думок [61; 63].

Таким чином, виконавчі функції відіграють важливу роль у забезпеченні когнітивної гнучкості та адаптивної поведінки. Їх порушення може

призводити до формування ригідних патернів мислення та поведінки, що є характерним для багатьох психічних розладів. Нейропсихологічні дослідження вказують на ключову роль префронтальної кори, базальних гангліїв та орбітофронтальної кори у цьому процесі.

Порушення у когнітивних процесах, зокрема в робочій пам'яті, увазі та довготривалій пам'яті, є характерними для осіб з obsесивно-компульсивним розладом (ОКР). Дефіцит у цих когнітивних функціях суттєво впливає на здатність ефективно адаптуватися до змін і може сприяти розвитку obsесивно-компульсивної поведінки.

Робоча пам'ять відповідає за тимчасове збереження і обробку інформації, що є необхідним для виконання завдань у реальному часі. У людей з ОКР спостерігається знижена здатність до оновлення інформації в робочій пам'яті, що ускладнює прийняття рішень та коригування поведінки в умовах змін. Це може призводити до підвищеної невпевненості в діях і зростання тривожності, оскільки людина не може адекватно оцінити, чи була дія виконана правильно. Робоча пам'ять також має велике значення для когнітивної гнучкості, яка є порушеною в осіб з ОКР, через що вони частіше зациклюються на нав'язливих думках і ритуалах. Селективна увага у пацієнтів з ОКР часто спрямована на загрозові стимули, що посилює фокусування на потенційних небезпеках і викликає підвищену тривожність. Здатність відволікатися від незначних або неактуальних загроз є порушеною, що робить людину надмірно чутливою до таких подразників, навіть якщо вони не становлять реальної загрози. Означене посилює нав'язливі думки та викликає повторювані перевірки та компульсії, що є характерними для цього розладу. Люди з ОКР часто виявляють недовіру до власної пам'яті, що приводить до необхідності повторно перевірити виконані дії. Це може включати компульсії, пов'язані з переконанням у тому, що певна дія не була виконана належним чином або що результат може бути небезпечним. Такі повторні перевірки є спробою зменшити тривогу, однак вони лише підтримують і посилюють патологічне замкнуте коло поведінки. Порушення в когнітивних функціях сприяють посиленню нав'язливих і компульсивних симптомів, оскільки людина відчуває потребу в постійному перевірці, контролюванні або обробці інформації для зниження

тривожності, що викликається їх відсутністю впевненості в правильності своїх дій або пам'яті [60].

Таким чином, когнітивні порушення відіграють важливу роль у схильності до obsесивно-компульсивних симптомів, зумовлюючи труднощі у когнітивній гнучкості, пам'яті та увазі.

Як уже зазначалося вище, когнітивні порушення, зокрема пов'язані з дефіцитом контролю над нав'язливими думками та поведінковими патернами, значно сприяють розвитку obsесивно-компульсивних симптомів. Визначальну роль у цьому процесі відіграють виконавчі функції, які відповідають за когнітивну гнучкість, інгібіторний контроль і здатність адаптуватися до змін. Порушення цих функцій призводять до формування ригідних патернів мислення та поведінки, що ускладнює подолання нав'язливих симптомів і сприяє їх стійкості. У свою чергу, певні чинники зовнішнього середовища можуть суттєво вплинути на інтенсивність цих порушень. Військовий контекст, зокрема, має досить значний вплив на розвиток когнітивних порушень та obsесивно-компульсивних симптомів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресивних станів серед військовослужбовців. Стрес, який виникає внаслідок участі в бойових діях, а також вимоги військової дисципліни можуть суттєво загострити або навіть спровокувати ці порушення [26].

Постійний стрес у бойових умовах є потужним фактором, що впливає на когнітивні функції, зокрема пам'ять, увагу та когнітивну гнучкість. Дослідження свідчать, що тривалий вплив стресу може спричинити дисфункцію префронтальної кори головного мозку, що є критично важливим для виконавчих функцій, планування та адаптивного мислення [40].

Бойовий стрес може впливати як на робочу, так і на довготривалу пам'ять. Надмірне вивільнення кортизолу в умовах загрози порушує функціонування гіпокампу - структури, що відповідає за формування спогадів, що слугує появі ретроспективних прогадин у пам'яті або до гіпермнезії, коли певні травматичні події закарбовуються надмірно яскраво [65]. Військовослужбовці, які перебувають під впливом бойового стресу, демонструють труднощі у концентрації уваги, особливо у безпечних умовах. Це пов'язано з тим, що

постійний стан підвищеної пильності (hypervigilance)

стає звичним, а перехід до спокійного режиму діяльності є ускладненим [30; 35; 51]. .

Дефіцит когнітивної гнучкості виявляється у труднощах з перемиканням між різними завданнями або адаптацією до нових умов. Під час бойових дій військові розвивають автоматизовані реакції на загрозу, що є корисним у ситуаціях виживання, але може заважати в цивільному житті, коли необхідно використовувати більш гнучкі стратегії поведінки [42].

Накопичення когнітивних порушень підвищує ризик розвитку obsесивно-компульсивних симптомів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресивних станів. Нейровізуалізаційні дослідження підтверджують, що у ветеранів бойових дій спостерігається гіперактивність мигдалеподібного тіла та порушена взаємодія між префронтальною корою та лімбічною системою, що знижує здатність контролювати стресові реакції [70].

Відчуття постійної небезпеки та психоемоційне напруження можуть посилювати порушення адаптаційних механізмів, що, у свою чергу, веде до розвитку нав'язливих думок або ритуалів. Стрес може погіршити здатність до прийняття рішень, що є однією з основних виконавчих функцій. Військові, що пережили бойові дії як травматичні події, часто відчують значні труднощі в адаптації до мирного життя, що може викликати або посилити obsесивно-компульсивні симптоми. У них часто розвивається ПТСР, що безпосередньо впливає на когнітивні процеси. ПТСР пов'язаний із порушеннями в пам'яті, концентрації уваги, а також з високим рівнем тривожності, що може стимулювати формування компульсивних ритуалів. Симптоми ПТСР, такі як флешбеки або повторне переживання травматичних подій, можуть викликати повторювані думки, що є характерними для obsесивно-компульсивного розладу [35].

Військові, підпорядковані строгим дисциплінарним вимогам, можуть відчувати труднощі в управлінні своїми емоціями та поведінкою в умовах постійного контролю, слугуючи посиленню схильності до ригідних патернів мислення та поведінки, що є типовими для ОКР. Військова дисципліна, яка вимагає точності та повторюваних перевірок, може стати основою для

розвитку компульсивних дій. Когнітивні порушення, такі як зниження гнучкості мислення та схильність до надмірного контролю, можуть також стати частиною адаптації до цієї суворої системи вимог [14; 16; 18; 31].

Таким чином, взаємозв'язок когнітивних та езекутивних дефіцитів з обсесивно-компульсивною поведінкою у військовослужбовців є важливим аспектом нейропсихології, який вимагає глибокого дослідження. Когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, мислення та виконавчі функції, відіграють ключову роль у регуляції поведінки та прийнятті рішень, що особливо важливо для військовослужбовців, які часто перебувають у стресових і екстремальних умовах. Ускладнення в роботі цих функцій може призводити до труднощів у адаптації до змін, зниження здатності до планування та самоконтролю, що, в свою чергу, може сприяти розвитку обсесивно-компульсивної поведінки. Дефіцити в езекутивних функціях, таких як планування, організація та контроль імпульсів, можуть призводити до повторюваних дій або ритуалів, що використовуються як механізми для зменшення внутрішнього напруження та боротьби з непевністю. Це часто зустрічається у військовослужбовців, які пережили бойовий стрес або травматичні події. Психологічний стрес і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що супроводжуються порушеннями когнітивних функцій, погіршують здатність до концентрації, пам'яті та прийняття рішень, що може поглиблювати вираженість обсесивно-компульсивної поведінки.

РОЗДІЛ 2. ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Методологія дослідження

Емпіричне дослідження спрямоване на виявлення особливостей реалізації стратегій компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців, що перебували в умовах бойового стресу. Організація дослідження ґрунтується на принципах наукової обґрунтованості, валідності методичного інструментарію, етичної відповідальності та добровільної участі респондентів.

Дослідження має комбінований (змішаний) квазіекспериментальний та кореляційний дизайн, поєднуючи порівняльний аналіз між двома підгрупами (військовослужбовці з бойовим досвідом та без нього) та вивчення зв'язків між рівнем когнітивного/екзекутивного дефіциту і obsesивно-компульсивними (ОК) стратегіями як формами вторинної адаптації до бойового стресу.

Мета дослідження полягає у виявленні та аналізі особливостей obsesивно-компульсивної поведінки як стратегії компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців з різним бойовим досвідом. Зокрема, дослідження передбачає визначення характерних патернів порушень виконавчих функцій і когнітивних процесів та аналіз взаємозв'язків між рівнем когнітивного функціонування, виконавчим контролем та інтенсивністю ОК-реакцій у контексті бойового стресу.

Для досягнення поставленої мети було сформовано вибірку військовослужбовців, що проходять службу в різних умовах. Базами емпіричного дослідження стали заклади охорони здоров'я, до яких звернулися військовослужбовці за психологічною допомогою після участі у бойових діях

(КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради», КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради») та Навчальний центр підготовки підрозділів Національної гвардії України (в/ч 3072), де проходять базову підготовку курсанти. У дослідженні взяли участь 50 військовослужбовців, чоловічої статі, віком від 19 до 43 років. Наповнення вибірки військовими з бойовим досвідом, так і тими, хто не брав участі в бойових діях дозволило провести порівняльний аналіз між двома підгрупами та виявити відмінності у стратегіях компенсації когнітивного дефіциту.

У ході дослідження був використаний комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку когнітивного функціонування та obsесивно-компульсивної симптоматики серед військовослужбовців, зокрема:

- для оцінки когнітивних процесів: Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA), Тест на вербальну пам'ять (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT), Тест Струпа;
- для оцінки вираженості obsесивно-компульсивної симптоматики: Єль-Браунська шкала obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS) та Шкала когнітивної гнучкості (CFI);
- авторський опитувальник «Функціональний аналіз ОК-поведінки», спрямований на виявлення суб'єктивного сприйняття військовими своєї ОК-поведінки як можливої адаптивної/компенсаторної реакції на дефіцити уваги, пам'яті, планування тощо.

Для встановлення взаємозв'язку між когнітивними дефіцитами та obsесивно-компульсивною поведінкою було проведено кореляційний аналіз за критерієм рангової кореляції Спірмена (Spearman's rank correlation), за допомогою програм Excel та SPSS 17.0.

У дослідженні дотримано принципи анонімності та добровільної участі. Усі учасники були ознайомлені з метою дослідження, а також надали свою згоду на участь. Дотримано всіх етичних стандартів, які регулюють психологічні дослідження.

2.2 Опис вибірки та критерії відбору учасників

Для досягнення поставленої мети дослідження була сформована вибірка

військовослужбовців, що проходять службу в різних умовах. Емпіричне дослідження проводилося на базах закладів охорони здоров'я, до яких звернулися військовослужбовці за психологічною допомогою після участі у бойових діях (КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради», КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради») та на базі Навчального центру підготовки підрозділів Національної гвардії України (в/ч 3072), де проходять базову підготовку курсанти. У дослідженні взяли участь 50 військовослужбовців чоловічої статі віком від 19 до 43 років. Вибірка включала військових із бойовим досвідом і тих, хто не брав участі в бойових діях, що дозволяє провести порівняльний аналіз.

Процес формування вибірки здійснювався методом цілеспрямованого відбору, що є виправданим для вивчення когнітивних особливостей військовослужбовців із різним бойовим досвідом. Репрезентативність вибірки обґрунтовується наступним:

1. Вибірка складається з двох груп респондентів — військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів, що проходять базову підготовку. Обидві групи представлені рівною кількістю учасників (по 25 осіб), що забезпечує коректність порівняння результатів.
2. Вибірка охоплює вікову групу військовослужбовців від 19 до 43 років, що дозволяє оцінити когнітивні порушення та obsesивно-компульсивну поведінку в найбільш критичний для цього віковий період, особливо після тривалого впливу стресових факторів.
3. Включення до дослідження групи військовослужбовців із бойовим досвідом дає змогу оцінити вплив бойових стресорів на когнітивні функції. Курсантська група виступає контрольною і дозволяє порівняти когнітивні порушення у військових до впливу бойових умов.
4. Залучення військовослужбовців різних категорій (досвідчених і новобранців) є адекватним для аналізу чинників розвитку obsesивно-компульсивної поведінки, що дозволяє виявити роль когнітивних дефіцитів у формуванні симптоматики.
5. Дослідження проводилось в реальних умовах, зокрема в закладах охорони

здоров'я та навчальних центрах для військовослужбовців, що підвищує екологічну валідність отриманих результатів, оскільки всі учасники мають військовий статус.

2.3 Інструменти та методи оцінки когнітивних та екзекутивних функцій

Для проведення емпіричного дослідження стратегій компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців було застосовано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити різні аспекти когнітивного функціонування та obsесивно-компульсивної симптоматики.

Для оцінки когнітивних процесів були використані такі методики:

- Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA) — для загальної оцінки когнітивних функцій, що дозволяє виявити порушення в різних когнітивних сферах, зокрема пам'яті, увазі, мові та виконанні завдань.
- Тест на вербальну пам'ять (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) — для оцінки короткочасної та довготривалої вербальної пам'яті, що є важливим компонентом когнітивної діяльності.
- Тест Струпа — для оцінки когнітивної гнучкості, здатності швидко переключатися між різними завданнями та умовами.

Для оцінки вираженості obsесивно-компульсивної симптоматики були застосовані: - Єль-Браунська шкала obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS) — для визначення рівня вираженості obsесивно-компульсивних симптомів у військовослужбовців.

- Шкала когнітивної гнучкості (CFI) — для оцінки здатності до адаптації та гнучкості в умовах стресу, що є важливою складовою частиною когнітивної функціональності.

Для встановлення взаємозв'язку між когнітивними дефіцитами та obsесивно-компульсивною поведінкою було проведено кореляційний аналіз за критерієм рангової кореляції Спірмена, що дозволяє виявити статистично значущі зв'язки між рівнями когнітивних порушень та вираженістю obsесивно-компульсивної симптоматики. Для цього використовувалися статистичні програми Excel та SPSS 17.0.

Додатково, для дослідження стратегій компенсації когнітивних дефіцитів, у тому числі через obsесивно-компульсивну поведінку, було застосовано авторський опитувальник «Функціональний аналіз ОК - поведінки». Опитувальник заповнювали 25 військовослужбовців, які після участі у бойових діях звернулися по психологічну допомогу до медичних закладів. Застосування даного інструменту дозволяє поглибити розуміння ролі ОК-поведінки як потенційного механізму саморегуляції в умовах посттравматичних когнітивних змін.

Мета опитувальника «Функціональний аналіз ОК-поведінки» - виявлення суб'єктивного ставлення військовослужбовців до власних obsесивно-компульсивних проявів як до можливої адаптивної або компенсаторної реакції на когнітивні труднощі.

Структура: опитувальник складається з 20 тверджень, що оцінюються за 5-бальною шкалою (від «повністю не згоден» до «повністю згоден»).

Основні блоки питань стосуються: сприйняття власної нав'язливої поведінки; зв'язку нав'язливих думок і дій з рівнем контролю уваги та пам'яті; впливу ОК-поведінки на здатність до планування, прийняття рішень і адаптацію до змін; емоційних наслідків виконання ритуалів чи дій.

Інтерпретація: високі бали в окремих блоках можуть свідчати про те, що військовослужбовець усвідомлює компенсаторну роль своєї ОК-поведінки для зниження напруги, організації поведінки або подолання когнітивних труднощів.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ КОМПЕНСАЦІЇ КОГНІТИВНОГО ТА ЕКЗЕКУТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Результати емпіричного дослідження стратегій компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців

У цьому розділі представлені результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення стратегій компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців. Здійснюючи дослідження, було вивчено, як військовослужбовці адаптуються до когнітивних труднощів, зокрема, з урахуванням можливих порушень пам'яті, уваги, планування та прийняття рішень, що виникають після пережитих бойових стресів. Особливу увагу було приділено виявленню компенсаційних стратегій, які застосовуються для подолання цих труднощів в повсякденному житті та професійній діяльності.

Для цього було використано низку психологічних методик та тестів, спрямованих на оцінку рівня когнітивного функціонування, екзекутивних функцій і стратегій компенсації у військовослужбовців. До вибірки дослідження увійшло 25 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, а також 25 курсантів без бойового досвіду. Результати порівнюються за різними параметрами, що дозволяє виявити основні чинники, які сприяють або заважають ефективній компенсації когнітивних дефіцитів у цих двох групах.

Аналіз когнітивних функцій розпочався з порівняння двох груп учасників: 1-ша група - військовослужбовці із бойовим досвідом ($n = 25$) та 2-га група курсанти, які не мають бойового досвіду ($n = 25$). Групування дозволило оцінити вплив бойового досвіду на когнітивні функції.

Отже, для оцінки рівня когнітивного функціонування у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду

було використано було Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA) [58]. Результати дослідження наочно представлені у Табл. 1, де наведено середні значення балів за шкалою MoCA для кожної групи, а також показники змін когнітивних функцій у групі військовослужбовців із бойовим досвідом (у порівнянні з курсантами), що свідчать про різницю між групами.

Таблиця 1.

**Порівняльний аналіз когнітивних функцій за шкалою MoCA у
військовослужбовців та курсантів**

Когнітивна функція	Макс. бал	Курсанти (M ± SD)	Військовослужбовці з бойовим досвідом (M ± SD)	Зміни у військовослужбовців (%)
--------------------	--------------	----------------------	--	---------------------------------

Зорово-просторові навички та виконавчі функції	5	4,3 ± 0,6	2,9 ± 0,8	;32,6%
Повторення рядів цифр (увага та концентрація)	2	1,9 ± 0,3	1,2 ± 0,5	;36,8%
Увага (віднімання 7 від 100)	3	2,7 ± 0,5	1 1,8 ± 0,6	;33,3%
Мовлення	3	2,6 ± 0,4	2,1 ± 0,5	Ц9,2%
Абстрактне мислення (аналогії між словами)	2	1,7 ± 0,4	1,1 ± 0,6	;35,3%
Затримана пам'ять (пригадування 5 слів)	5	4,2 ± 0,7	2,8 ± 0,9	;33,3%
Орієнтація (час, місце, дата, рік, день)	6	5,8 ± 0,4	5,2 ± 0,6	110,3%
Загальний бал (сумарний результат)	30	26,1 ± 2,4	22,4 ± 3,1	Ц4,2%

Згідно з отриманими результатами, середній бал за шкалою MoCA в групі військовослужбовців із бойовим досвідом склав 22,4 бали, тоді як у групі курсантів цей показник становив 26,1 балів, що вказує на значні когнітивні відмінності між цими групами. Різниця в середніх балах на 3,7 бали підтверджує зниження когнітивного функціонування у військовослужбовців, які мали бойовий досвід, порівняно з курсантами, що не брали участі у бойових діях.

Загальне зниження на 14,2% за шкалою MoCA вказує на помірне когнітивне виснаження, яке може бути результатом хронічного стресу, посттравматичних змін або нейрофізіологічних порушень, спричинених бойовим досвідом. Окремі аспекти когнітивних функцій продемонстрували значні відмінності, зокрема у таких сферах:

1. Увага та концентрація (повторення рядів цифр): Зниження на 36,8% свідчить про виражене погіршення здатності до фокусування уваги та концентрації, що є характерним для посттравматичного стресу.

2. Абстрактне мислення: Зниження на 35,3% вказує на проблеми з виконанням завдань, що вимагають абстрактного мислення, а також здатності до логічного аналізу та планування.
3. Зорово-просторові навички та виконавчі функції: Зниження на 32,6% вказує на труднощі в орієнтації в просторі та виконанні багатозадачних завдань.
4. Затримана пам'ять: Зниження на 33,3% вказує на проблеми з запам'ятовуванням нової інформації, що є типовим для когнітивного виснаження.
5. Увага (віднімання 7 від 100): Зниження на 33,3% в цій частині тесту підтверджує труднощі в виконанні завдань, що вимагають одночасної концентрації уваги та виконання ментальних операцій.

Менше зниження спостерігається у показниках мовлення (ф19,2%) та орієнтації (ф10,3%), що свідчить про більшу стійкість цих автоматизованих когнітивних функцій до впливу бойового стресу. Інтерпретацією до виявлених результатів виступає ознака того, що менш ресурсоємні когнітивні процеси (як мовлення та орієнтація) менш вразливі до стресових впливів, що дозволяє компенсувати інші дефіцити через збереження цих базових функцій.

Таким чином, результати за шкалою MoSA вказують на значне зниження когнітивних функцій у військовослужбовців із бойовим досвідом, особливо в аспектах, які пов'язані з увагою, пам'яттю, абстрактним мисленням та виконавчими функціями, що вимагає застосування різноманітних стратегій компенсації для збереження когнітивної ефективності в умовах стресу. Техніки, такі як структуровані підходи до роботи, використання нагадувань та технологій, а також спрощення завдань можуть бути ефективними засобами для подолання когнітивних дефіцитів у військовослужбовців.

Згідно з результатами тесту на вербальну пам'ять (RAVLT), військовослужбовці з бойовим досвідом демонструють значні відмінності у порівнянні з курсантами за кількома ключовими параметрами вербальної пам'яті. Зниження ефективності запам'ятовування та утримання вербальної інформації може бути обумовлене впливом бойового стресу, який, ймовірно, спричиняє когнітивні дефіцити, що потребують використання компенсаторних

стратегій. Розглянемо детальніше отримані дані та їхнє психологічне значення:

1. Початкове запам'ятовування інформації: різниця в кількості запам'ятованих слів після першого пред'явлення між групами (курсанти: $3,2 \pm 1,0$; військовослужбовці: $2,1 \pm 0,9$) вказує на початкові труднощі з усвідомленням та засвоєнням нової інформації у військовослужбовців. Отримані дані свідчать про порушення процесу когнітивного фільтрування і організації нової інформації, що може бути компенсовано за допомогою методик структуризації матеріалу, додаткових повторів та використання асоціативних технік.

2. Приріст запам'ятовування: різниця в прирості запам'ятованих слів (курсанти: $7,2 \pm 1,5$; військовослужбовці: $5,7 \pm 1,4$) вказує на труднощі у військовослужбовців з ефективним нарощуванням обсягу запам'ятованої інформації після кількох повторень. Отримані дані свідчать про необхідність більш систематичного підходу до навчання, включаючи методи адаптації когнітивної навантаженості та створення більш структурованих і простих для засвоєння навчальних матеріалів.

3. Збереження інформації в довготривалій пам'яті: значна різниця в кількості слів, які курсанти змогли відтворити через 20 хвилин ($7,6 \pm 2,0$) порівняно з військовослужбовцями ($5,1 \pm 1,7$), вказує на порушення процесів консолідації пам'яті у військових як результату стресових факторів, що впливають на здатність утримувати та зберігати інформацію в довготривалій пам'яті. У цьому контексті, військовослужбовці можуть компенсувати ці дефіцити за допомогою стратегій, таких як активне повторення інформації, використання зовнішніх нагадувань або записів.

4. Завдання на впізнавання: військово службовці з бойовим до свідом продемонстрували знижену ефективність розпізнавання слів ($10,8 \pm 1,5$) порівняно з курсантами ($12,9 \pm 1,2$). Отримані дані свідчать про порушення процесу впізнавання та селективного відтворення вербальної інформації. Стратегії компенсації, у даному випадку, можуть вміщувати використання спеціалізованих вправ для розвитку навичок впізнавання та ідентифікації інформації через звукові або візуальні підказки.

5. Сумарний показник тесту: загальне зниження результату (курсанти: $41,3 \pm 6,8$; військовослужбовці: $31,5 \pm 7,2$) вказує на значні труднощі у військовослужбовців з ефективним запам'ятовуванням, збереженням і відтворенням вербальної інформації. Зниження результату на 23,7% підтверджує загальний когнітивний дефіцит, який може бути наслідком не тільки стресових факторів, але й посттравматичних змін, що негативно впливають на вербальну пам'ять.

Аналітичне узагальнення результатів припускає необхідність застосування інтервенцій, орієнтованих на покращення процесів запам'ятовування та утримання інформації, зокрема через використання спеціалізованих когнітивно-поведінкових підходів. Військовослужбовці з бойовим досвідом можуть виграти від впровадження структурованих програм навчання з метою повторного та поступового освоєння інформації, використання технологій для збереження та організації даних, а також практики, що стимулюють нейропластичність та відновлення когнітивних функцій.

Результати дослідження тесту на вербальну пам'ять (RAVLT) наочно представлені у Табл. 2, де зазначено середні значення балів за тестом RAVLT для кожної групи, що відображають різницю між групами за цим показником. Таблиця 2.

Порівняльний аналіз показників рівня вербальної пам'яті за результатами тесту RAVLT у військовослужбовців та курсантів

Показник	Макс . бал	Курсанти (M ± SD)	Військово-службовці з бойовим досвідом (M ± SD)	Зміни у військовослужбовців (%)
Загальна кількість правильно відтворених слів після 5 пред'явлень	15	10,4 ± 2,1	7,8 ± 1,9	125,0%
Кількість слів, відтворених після першого пред'явлення	15	3,2 ± 1,0	2,1 ± 0,9	134,4%
Приріст слів між 1-м і 5-м пред'явленням	15	7,2 ± 1,5	5,7 ± 1,4	120,8%
Довготривале відтворення (через 20 хвилин)	15	7,6 ± 2,0	5,1 ± 1,7	132,9%
Кількість правильно впізнаних слів	15	12,9 ± 1,2	10,8 ± 1,5	116,3%
Загальний бал за тестом RAVLT	75	41,3 ± 6,8	31,5 ± 7,2	123,7%

Результати тесту Струпа (Strup_time) показують значні відмінності між військовослужбовцями з бойовим досвідом і курсантами, що може бути пов'язано з когнітивними та екзекутивними дефіцитами, спричиненими бойовим стресом. З метою осмислення отриманих емпіричних даних здійснено аналіз показників за тестом Струпа:

1. Інтерференція: військовослужбовці з бойовим досвідом мають значно більший час виконання завдання в умовах інтерференції ($51,3 \pm 6,8$ с порівняно з $42,7 \pm 5,2$ с у курсантів), що вказує на їх більшу вразливість до когнітивного перевантаження та труднощі з управлінням увагою в умовах стресу і може виступати ознакою зниженої когнітивної гнучкості, а також наслідків бойового досвіду, що впливає на здатність швидко адаптуватися до змінюваних умов.

2. Помилки в завданні: кількість помилок у військовослужбовців значно вища, ніж у курсантів ($4,2 \pm 1,5$ проти $2,7 \pm 1,3$), що вказує на знижену

здатність до точного виконання завдань, підвищену імпульсивність та недостатній контроль уваги і свідчить про зниження ефективності когнітивних процесів, які допомагають військовим фокусуватися на важливих завданнях і фільтрувати відволікаючі сигнали.

3. Індекс інтерференції: військовослужбовці мають вищий індекс інтерференції ($22,5 \pm 4,1$ с проти $16,2 \pm 3,7$ с у курсантів), що свідчить про складнощі у подоланні когнітивних конфліктів. Отриманий результат може бути пов'язаний з порушеннями в управлінні увагою і намаганням відфільтрувати важливу інформацію від несуттєвої.

4. Швидкість обробки стимулів: у військовослужбовців спостерігається уповільнена обробка кольорових і вербальних стимулів ($27,6 \pm 4,2$ с проти $24,1 \pm 3,5$ с для кольорових і $24,8 \pm 3,6$ с проти $21,5 \pm 2,9$ с для вербальних), що може свідчити про зниження швидкості когнітивної обробки та зорово-моторної координації, що також є проявом когнітивного дефіциту через стрес і виснаження.

5. Загальний бал: вищий загальний бал у військових ($107,9 \pm 12,7$ проти $88,3 \pm 10,4$ у курсантів) підкреслює загальне зниження когнітивної ефективності, що вказує на більшу затримку в обробці та використанні інформації, а також на труднощі в управлінні когнітивними ресурсами.

Результати дослідження за тестом Струпа наочно представлені у таблиці.

Таблиця 3.

Порівняльний аналіз когнітивного контролю за результатами тесту Струпа (Strup_time) у військовослужбовців та курсантів

Показник	Одиниці виміру	Курсанти (M ± SD)	Військово-службовці з бойовим досвідом (M ± SD)	Зміни у військовослужбовців (%)

Час виконання завдання (умови інтерференції)	секунд	42,7 ± 5,2	51,3 ± 6,8	t 20,1% (уповільнення)
Кількість допущених помилок	кількість	2,7 ± 1,3	4,2 ± 1,5	t55,6%
Індекс інтерференції (різниця часу між нейтральним і конфліктним)	секунд	16,2 ± 3,7	22,5 ± 4,1	t38,9%
Швидкість обробки кольорових стимулів (нейтральне завдання)	секунд	24,1 ± 3,5	27,6 ± 4,2	t14,5%
Швидкість обробки вербальних стимулів (завдання на читання слів)	секунд	21,5 ± 2,9	24,8 ± 3,6	t15,3%
Загальний бал за тестом Струпа (сума всіх часів та помилок)	бали	88,3±10,4	107,9 ± 12,7	t22,2%

Таким чином, представлені результати за тестом Струпа демонструють знижену здатність військовослужбовців з бойовим досвідом до ефективного виконання завдань. Останні вимагають гнучкості уваги, швидкості обробки інформації та контролю над поведінкою. Вони можуть бути пов'язані з наслідками когнітивного виснаження, стресу та психотравматичного досвіду, що потребує спеціальних компенсаторних стратегій. Для компенсації таких дефіцитів можна використовувати методи когнітивно-поведінкової терапії, тренування уваги та когнітивної гнучкості, а також адаптацію психологічних технік, які сприяють полегшенню стресових реакцій і покращенню когнітивних функцій у стресових ситуаціях.

Отримані результати оцінки когнітивних процесів у двох досліджуваних групах (n=50) за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (MoCA), тестом на вербальну пам'ять (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) та тестом Струпа дозволяють провести порівняльний аналіз і сформулювати відповідні висновки:

1. Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA):

- Військовослужбовці з бойовим досвідом мають середній бал $22,4 \pm 3,1$, що є значно нижчим, ніж у курсантів, які показали середній бал $26,1 \pm 2,4$. Різниця у результатах свідчить про зниження когнітивних функцій у військовослужбовців з бойовим досвідом як наслідок постійного стресу, когнітивного виснаження та психологічного навантаження, пов'язаного з їх участю в бойових діях. Така різниця в результатах також може вказувати на зниження гнучкості мислення та здатності до швидкої адаптації у військових.

2. Тест на вербальну пам'ять (RAVLT) - кількість слів після 5 пред'явлень:

- Військовослужбовці запам'ятовували в середньому $7,8 \pm 1,9$ слів, в той час як курсанти - $10,4 \pm 2,1$ слів. Різниця у результатах вказує на знижені можливості вербальної пам'яті у військовослужбовців з бойовим досвідом та зумовлює висновок про наслідок впливу стресових чинників, що призводять до порушень у процесах кодування та збереження інформації. Труднощі з вербальною пам'яттю можуть також бути пов'язані з когнітивним виснаженням після тривалих стресових навантажень.

3. RAVLT - відтворення після 20 хвилин:

- Військовослужбовці змогли відтворити $5,1 \pm 1,7$ слів, в той час як курсанти - $7,6 \pm 2,0$. Різниця у результатах вказує на порушення здатності до довготривалого збереження інформації у військовослужбовців, що може бути зумовлено зниженим рівнем концентрації та порушеннями процесів утримання інформації в пам'яті через стресові фактори та виснаження. Відсутність ефективних компенсаторних механізмів може значно обмежувати когнітивні ресурси для подолання труднощів з довготривалим запам'ятовуванням.

4. Тест Струпа - час виконання (секунди):

- Військовослужбовці витратили в середньому $51,3 \pm 6,8$ секунди на виконання тесту, тоді як курсанти - $42,7 \pm 5,2$ секунди. Результати свідчать про знижену швидкість когнітивної обробки та управління увагою у військовослужбовців з бойовим досвідом. Виявлений результат може бути наслідком підвищеної тривожності, стресу або когнітивного виснаження, що перешкоджає ефективному виконанню завдань, які вимагають швидкої реакції

та гнучкості у відповідях на інтерференцію.

Таким чином, результати порівняльного аналізу демонструють значні відмінності в когнітивних процесах між військовослужбовцями з бойовим досвідом та курсантами. Військові мають знижені показники з вербальної пам'яті, довготривалого запам'ятовування та швидкості виконання завдань, що вказує на ймовірні когнітивні та екзекутивні дефіцити, спричинені тривалим стресом та бойовим досвідом. Означене підкреслює потребу у розробці та впровадженні стратегій компенсації для покращення когнітивних функцій у військовослужбовців.

З метою чіткої демонстрації відмінностей між групами ми представили результати порівняльного аналізу у вигляді наступної таблиці.

Таблиця 4.

Порівняльний аналіз оцінки когнітивних процесів у досліджуваних групах вибірки n=50

Методика	Група 1 військовослужбовці із бойовим досвідом (n = 25)	Група 2 курсанти без бойового досвіду (n = 25)	Зниження показника у військовослужбовців (%)
Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA) (середній бал)	22,4 ± 3,1	26,1 ± 2,4	14,2%
Тест на вербальну пам'ять (RAVLT) - кількість слів після 5 пред'явлень	7,8 ± 1,9	10,4 ± 2,1	25%
RAVLT - відтворення після 20 хвилин	5,1 ± 1,7	7,6 ± 2,0	32,9%
Тест Струпа - час виконання (секунди)	51,3 ± 6,8	42,7 ± 5,2	20,1% (уповільнення)

Тест Струпа - кількість помилок	4,2 ± 1,5	2,7 ± 1,3	t55,6% (більше помилок)
---------------------------------	-----------	-----------	-------------------------

Для оцінки рівня вираженості obsесивно-компульсивних симптомів у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду було використано Єль-Браунську шкалу obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS). Єль-Браунська шкала obsесивно-компульсивного розладу є одним із найбільш валідних та надійних інструментів для оцінки вираженості obsесивно-компульсивних симптомів. Вона дозволяє кількісно виміряти інтенсивність нав'язливих думок (obsесій) і примусових дій (компульсій)[47].

Порівняльні результати оцінки obsесивно-компульсивних проявів у досліджуваних групах (n=50) наочно представлені у Таблиці 5.

Таблиця 5.

Порівняльні результати оцінки obsесивно-компульсивних проявів у досліджуваних групах вибірки (n=50)

Показник (Y-BOCS)	Макс. бал	Військово - службовці з бойовим досвідом (n=25)	Курсанти без бойового досвіду (n=25)	Зміни у військовослужбовців (%)
Загальний бал	40	18,7±4,3	12,5 ± 3,8	t49,6%
Obsесії	20	9,6±2,2	6,8 ± 2,0	t41,2%
Компульсії	20	9,1 ± 2,5	5,7 ± 2,1	t59,6%

Інтерпретація результатів Єль-Браунської шкали obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS) у контексті дослідження стратегій компенсації когнітивного та ексективного дефіциту у військовослужбовців відображає кілька важливих аспектів:

1. Загальний бал за шкалою Y-BOCS: військовослужбовці з бойовим досвідом мають значно вищий загальний бал (18,7 ± 4,3) порівняно з курсантами (12,5 ± 3,8), що вказує на сильніше виражені obsесивно-компульсивні симптоми і може бути пов'язано з тим, що тривалий бойовий стрес і травматичні

переживання можуть сприяти розвитку когнітивних та екзекутивних дефіцитів у військовослужбовців, таких як зниження когнітивної гнучкості та порушення вищих психічних функцій (наприклад, контролю уваги і імпульсів).

2. Обсесії (нав'язливі думки): підвищення балу за компонент обсесій у військових на 41,2% порівняно з курсантами вказує на вищий рівень тривожності, що може бути наслідком посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Нав'язливі думки зазвичай виникають як частина стратегії компенсації стресу, коли військовослужбовці намагаються «переробити» свої травматичні спогади чи адаптуватися до стресових ситуацій через повторення думок або страхів, що свідчить про недостатність когнітивних стратегій подолання стресу, потребуючи корекції.

3. Компульсії (нав'язливі дії): військовослужбовці з бойовим досвідом демонструють значно більшу вираженість компульсій (на 59,6%) порівняно з курсантами, що зумовлює висновок про спробу «зниження тривожності» за допомогою повторюваних ритуалів або дій, що є характерним для компенсаторних стратегій. Однак, надмірна залежність від компульсій може свідчити про порушення екзекутивних функцій, зокрема, проблеми з самоконтролем та здатністю регулювати власні імпульси. Такі компенсаторні стратегії можуть бути недостатньо ефективними в умовах високого стресу, що потребує розвитку альтернативних способів подолання тривожності і поліпшення когнітивної гнучкості.

Таким чином, отримані результати за шкалою Y-BOCS вказують на значні відмінності між військовослужбовцями з бойовим досвідом та курсантами в контексті обсесивно-компульсивних симптомів. Військовослужбовці показали вищий загальний бал, що свідчить про більш виражені обсесивно-компульсивні прояви, зокрема, вищий рівень нав'язливих думок та дій як наслідок хронічного стресу, травматичних переживань і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Останні є характерними для осіб, що пережили бойовий досвід. Зокрема, виявлене значне підвищення показників за компонентами обсесій та компульсій (на 41,2% та 59,6% відповідно) вказує на використання військовими компенсаторних стратегій для зниження

тривожності та психологічної напруги, що може свідчити про порушення екзекутивних функцій, таких як самоконтроль та когнітивна гнучкість.

Для оцінки когнітивної гнучкості у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду було використано шкалою когнітивної гнучкості (CFI) [43]. Результати оцінки когнітивної гнучкості за шкалою CFI у досліджуваних групах (n=50) наочно представлені у таблиці.

Таблиця 6.

Результати оцінки когнітивної гнучкості за шкалою CFI у досліджуваних групах (n=50)

Показник (CFI)	Макс. бал	Військово - службовці з бойовим досвідом (n=25)	Курсанти без бойового досвіду (n=25)	Зниження показника у військовослужбовців (%)
Загальний бал когнітивної	100	54,2 ± 9,5	72,6 ± 8,7	;25,3%
Гнучкість мислення	50	27,1 ± 5,2	38,4 ± 4,8	;29,4%
Адаптивність до змін	50	27,1 ± 4,9	34,2 ± 5,1	;20,8%

Інтерпретацією результатів за шкалою когнітивної гнучкості (CFI) слугує наступне:

1. Загальний бал когнітивної гнучкості у військовослужбовців (54,2 ± 9,5) значно нижчий порівняно з курсантами (72,6 ± 8,7), що свідчить про наявність значних труднощів у військових з бойовим досвідом в процесах переключення між різними завданнями та адаптації до нових умов. Зниження показника на 25,3% може бути пов'язане з когнітивним і екзекутивним дефіцитом, що часто спостерігається у осіб, які пережили стресові ситуації, зокрема бойові умови, вказуючи на труднощі в ефективному прийнятті рішень у швидких і непередбачуваних ситуаціях, що є наслідком бойового стресу та психологічних переживань.

2. Гнучкість мислення у військових також значно знижена (27,1 ± 5,2 проти 38,4 ± 4,8 у курсантів), що вказує на 29,4% погіршення цього показника. Така

ригідність когнітивних процесів може бути спричинена тривалим стресом і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що часто супроводжує військовослужбовців з бойовим досвідом. Військові мають труднощі в зміні когнітивних стратегій, що вказує на схильність до фіксації на певних шаблонах мислення і може бути компенсаторною стратегією, яка дозволяє контролювати ситуації через звичні та перевірені способи, навіть якщо ці способи виявляються менш ефективними в нових умовах.

3. Адаптивність до змін також знижена у військових ($27,1 \pm 4,9$) порівняно з курсантами ($34,2 \pm 5,1$), що свідчить про 20,8% зниження цього показника. Така знижена адаптивність може бути пов'язана з необхідністю військових постійно знаходитися в структурованих умовах і відчувати постійну потребу в передбачуваності навколишнього середовища як результат пережитого бойового стресу, коли будь-яка зміна умов або непередбачуваність ситуації створює додаткову напругу і тривожність.

Виявлені результати за шкалою когнітивної гнучкості вказують на значні труднощі у військовослужбовців з бойовим досвідом у когнітивній адаптації до змін та переключенні між завданнями. Зниження когнітивної гнучкості, гнучкості мислення та адаптивності до нових умов може бути частиною компенсаторних стратегій, які формуються у відповідь на хронічний стрес і бойовий досвід, призводячи до стійкої ригідності в когнітивних процесах, що зменшує ефективність адаптації та прийняття рішень у складних ситуаціях. Для покращення когнітивної гнучкості та зменшення когнітивних і еگزективних дефіцитів у військових необхідні спеціалізовані програми, що включають тренування когнітивної гнучкості та розвиток стратегій адаптації до змін.

Порівняльний аналіз результатів, отриманих за Єль-Браунською шкалою обсессивно-компульсивного розладу (Y-BOCS) та Шкалою когнітивної гнучкості (CFI), свідчить про те, що військовослужбовці з бойовим досвідом демонструють значно вищі показники за шкалою Y-BOCS, що вказує на вираженіші симптоми обсессивно-компульсивних розладів, включаючи нав'язливі думки та дії. Це може бути пов'язано з високим рівнем тривожності та потребою у контролюванні стресових ситуацій через повторювані ритуали,

що є компенсацією для зниженого рівня когнітивної гнучкості. Одночасно, зниження результатів за шкалою когнітивної гнучкості (CFI) у військовослужбовців на 25,3% порівняно з курсантами свідчить про значні труднощі в адаптації до змін, переключенні між завданнями та зміні когнітивних стратегій, вказуючи на когнітивну ригідність, яка посилюється через хронічний стрес, що є характерним для військових з бойовим досвідом. Комбінація високих показників за шкалою Y-BOCS і знижених показників за шкалою CFI демонструє те, що військовослужбовці, ймовірно, використовують менш гнучкі когнітивні стратегії, аби впоратися з нав'язливими думками та діями, що є частиною їхнього пострауматичного стресового досвіду. Результати вказують на потребу в спеціалізованих психологічних інтервенціях, спрямованих на розвиток когнітивної гнучкості, зниження obsесивних симптомів та поліпшення адаптивності до змін в умовах бойового стресу.

З метою виявлення статистично значущих взаємозв'язків між рівнем когнітивного функціонування (MoCA, RAVLT, тест Струпа), показниками obsесивно-компульсивної поведінки (Y-BOCS) та когнітивною гнучкістю (CFI) у військовослужбовців з бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду, було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена. Такий підхід є доцільним з огляду на невеликі обсяги вибірки (по 25 осіб у кожній групі), що не дозволяє робити припущення про нормальний розподіл досліджуваних змінних. Окрім того, більшість інструментів, застосованих у дослідженні, мають порядкову або змішану шкалу вимірювання, що також обґрунтовує вибір непараметричного методу. Аналіз за коефіцієнтом Спірмена дає змогу виявити монотонні (нелінійні) взаємозв'язки, які часто характерні для психологічних змінних, і є стійким до впливу викидів, що особливо важливо при роботі з клінічними та стресованими вибірками, зокрема військовослужбовцями з бойовим досвідом.

Результати аналізу дають змогу глибше зрозуміти потенційні механізми компенсації когнітивних та ексекютивних порушень, а також функціональну роль ОК-поведінки в умовах хронічного бойового стресу. У таблицях нижче представлено отримані статистичні показники для обох вибірок.

Кореляційний аналіз у військовослужбовців із бойовим досвідом (n=25)

Показники	MoCA	RAVLT (5 пред'явлень)	RAVLT (20 хв)	Струп (час)	Y- BOCS	CFI
MoCA	1	0,62**	0,58**	-0,54*	-0,65**	0,68**
RAVLT (5 пред'явлень)	0,62**	1	0,71**	-0,48*	-0,60**	0,64**
RAVLT (20 хв)	0,58**	0,71**	1	-0,52*	-0,57**	0,61**
Струп (час)	-0,54*	-0,48*	-0,52*	1	0,59**	-0,56**
Y-BOCS	-0,65**	-0,60**	-0,57**	0,59**	1	-0,70**
CFI	0,68**	0,64**	0,61**	-0,56**	-0,70**	1

Примітки: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Отримані результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена (див. Табл. 7) у групі військовослужбовців із бойовим досвідом (n=25) демонструють низку статистично значущих зв'язків між досліджуваними когнітивними показниками, рівнем обсесивно-компульсивної поведінки та когнітивною гнучкістю. Зокрема, виявлено високий позитивний кореляційний зв'язок між загальним когнітивним функціонуванням (MoCA) та когнітивною гнучкістю (CFI) ($r = 0,68$; $p < 0,01$), що свідчить про те, що вищий рівень загальних когнітивних здібностей супроводжується більшою здатністю до гнучкого переключення між завданнями, адаптації та прийняття рішень. Також позитивні зв'язки спостерігаються між показниками пам'яті за методикою RAVLT (5 пред'явлень: $r = 0,64$; $p < 0,01$; 20-хвилинна затримка: $r = 0,61$; $p < 0,01$) та рівнем когнітивної гнучкості, що вказує на роль збереженості пам'яті як ресурсу підтримки когнітивної адаптації. Натомість негативний зв'язок між тривалістю виконання тесту Струпа та когнітивною гнучкістю ($r = -0,56$; $p < 0,01$) підкреслює, що уповільнення когнітивного контролю супроводжується зниженням здатності до адаптивного мислення. Значущими є й помірні до сильних негативних кореляції між рівнем обсесивно-компульсивних симптомів (Y-BOCS) та когнітивною гнучкістю ($r = -0,70$; $p < 0,01$), а також загальним когнітивним функціонуванням ($r = -0,65$; $p < 0,01$),

< 0,01), показниками пам'яті ($r = -0,60$; $p < 0,01$ і $r = -0,57$; $p < 0,01$ відповідно) та швидкістю когнітивного контролю ($r = 0,59$; $p < 0,01$). Аналіз результатів дозволяє припустити, що зро стання obsесивно-компульсивної симптоматики є реакцією на фрустровану когнітивну діяльність, яка не забезпечує ефективної адаптації в умовах високих вимог до саморегуляції у бойовій ситуації.

У цілому, результати свідчать про те, що в умовах когнітивного та ексективного виснаження військовослужбовці з підвищеним рівнем ОК-поведінки демонструють гірші показники гнучкості, пам'яті, когнітивного контролю та загальної інтегрованості когнітивних процесів.

Таблиця 8.

Кореляційний аналіз у курсантів без бойового досвіду (n=25)

Показники	MoCA	RAVLT (5 пред'явлень)	RAVLT (20 хв)	Струп (час)	Y-BOCS	CFI
MoCA	1	0,54*	0,49*	-0,41*	-0,45*	0,53*
RAVLT (5 пред'явлень)	0,54*	1	0,62**	-0,36	-0,39	0,50*
RAVLT (20 хв)	0,49*	0,62**	1	-0,40*	-0,42*	0,48*
Струп (час)	-0,41*	-0,36	-0,40*	1	0,43*	-0,46*
Y-BOCS	-0,45*	-0,39	-0,42*	0,43*	1	-0,49*
CFI	0,53*	0,50*	0,48*	-0,46*	-0,49*	1

Примітки: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

У групі курсантів, які не мають досвіду перебування у зоні бойових дій, результати кореляційного аналізу виявили значущі, проте загалом слабші за силою зв'язки між досліджуваними когнітивними параметрами, показниками obsесивно-компульсивної поведінки (Y-BOCS) та когнітивної гнучкості (CFI), порівняно з військовослужбовцями з бойовим досвідом. Зокрема, встановлено позитивний кореляційний зв'язок між загальним когнітивним функціонуванням (MoCA) та когнітивною гнучкістю (CFI) ($r = 0,53$; $p < 0,05$), що підтверджує загальну тенденцію: кращий когнітивний стан супроводжується вищими показниками адаптивності та ментальної гнучкості.

Аналогічно, вищі результати за шкалами короткочасної пам'яті (RAVLT - 5 пред'явлень: $r = 0,50$; $p < 0,05$) та відстроченого відтворення ($r = 0,48$; $p < 0,05$) також корелюють із вищим рівнем когнітивної гнучкості. Негативні зв'язки виявлені між швидкістю когнітивного контролю (тест Струпа) та когнітивною гнучкістю ($r = -0,46$; $p < 0,05$), а також між рівнем obsесивно-компульсивної симптоматики та когнітивною гнучкістю ($r = -0,49$; $p < 0,05$). Поясненням цього виступає те, що навіть за відсутності прямої бойової загрози, схильність до нав'язливих дій та мислення пов'язана з меншою когнітивною пластичністю. Також виявлено слабкі негативні кореляції між obsесивно-компульсивною симптоматикою (Y-BOCS) та загальним когнітивним функціонуванням (MoCA) ($r = -0,45$; $p < 0,05$), а також показниками пам'яті (RAVLT, 20 хв: $r = -0,42$; $p < 0,05$). Тобто навіть у відносно «безпечних» умовах навчання підвищений рівень ОК-поведінки може бути асоційований із деяким зниженням когнітивної продуктивності.

Загалом результати свідчать, що у курсантів obsесивно-компульсивна поведінка менш виражена, однак за схожими когнітивними патернами: зниження функцій пам'яті, контролю та гнучкості корелює зі зростанням ОК-симптомів. Проте, відсутність бойового стресу, ймовірно, зменшує інтенсивність цих зв'язків, знижуючи роль ОК-поведінки як компенсаторної стратегії.

Проведене кореляційне дослідження дозволило виявити низку спільних і відмінних тенденцій у двох вибірках — військовослужбовців з бойовим досвідом та курсантів без нього. У групі військовослужбовців спостерігаються тісніші та більш виразні кореляційні зв'язки між когнітивним функціонуванням (MoCA), показниками пам'яті (RAVLT), швидкістю когнітивного контролю (тест Струпа), рівнем obsесивно-компульсивної симптоматики (Y-BOCS) та когнітивною гнучкістю (CFI). Наприклад, коефіцієнт кореляції між MoCA та Y-BOCS становить $r = -0,65$ ($p < 0,01$), що свідчить про сильну зворотну залежність: зниження когнітивного рівня супроводжується зростанням obsесивно-компульсивних проявів. Подібним чином, спостерігається сильний позитивний зв'язок між MoCA та когнітивною гнучкістю ($r = 0,68$; $p < 0,01$). У групі курсантів виявлені подібні,

проте слабші за силою зв'язки. Наприклад, кореляція між МоСА та Y-BOCS становить лише $r = -0,45$ ($p < 0,05$), а між МоСА та CFI — $r = 0,53$ ($p < 0,05$). Це може свідчити про те, що за умов відсутності бойового стресу обсессивно-компульсивна поведінка має менш виражений компенсаторний характер і менш тісно пов'язана з когнітивною сферою.

У обох групах зберігається спільна тенденція: чим вищий рівень загального когнітивного функціонування та гнучкості, тим нижчий рівень обсессивно-компульсивних проявів. Також підтверджується зв'язок між слабшими результатами за тестами на пам'ять і вищими показниками ОК-поведінки, що підтверджує припущення про дезадаптивний характер нав'язливих дій і думок у контексті порушень когнітивної регуляції.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що в умовах бойового стресу обсессивно-компульсивна поведінка може мати яскравіший компенсаторний характер — бути спробою підтримати відчуття порядку, контролю, структурованості та подолати відчуття внутрішньої дезорганізації. У курсантів же ОК-поведінка менш пов'язана з когнітивними порушеннями, що свідчить про її менш адаптивну роль.

У рамках дослідження стратегій компенсації когнітивного та екзекутивного дефіциту у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, було розроблено авторський опитувальник «Функціональний аналіз ОК-поведінки». Результати рівнів суб'єктивної компенсаторної установки ОК-поведінки занесені у таблицю.

Таблиця 9

Розподіл військовослужбовців за рівнями суб'єктивної компенсаторної установки ОК-поведінки

Рівень компенсаторної установки	Діапазон балів	Кількість військовослужбовців (П) ^В	Відсоток (%)
Низький	20-39	2	6%
Помірний	40-59	6	25%
Високий	60-79	13	50%

Дуже високий	80-100	4	12%
Разом	-	25	100%

Примітка: Середній бал за опитувальником становить $65,4 \pm 8,7$

Отримані результати свідчать про те, що більшість військовослужбовців із бойовим досвідом (62%) демонструють високий або дуже високий рівень компенсаторної установки. Тобто, у переважної частини досліджуваних осіб обсессивно-компульсивна поведінка (ОК-поведінка) виконує адаптивну функцію, спрямовану на компенсацію дефіцитів когнітивної діяльності — таких як труднощі концентрації уваги, порушення оперативної пам'яті, зниження планувальної функції.

Значний середній бал (65,4) підтверджує, що ОК-поведінка сприймається військовими не як суто патологічне явище, а як своєрідна стратегія психологічної адаптації до наслідків бойового стресу, що збігається з результатами, отриманими за шкалами когнітивної гнучкості (CFI), обсессивно-компульсивного розладу (Y-BOCS), а також когнітивного функціонування (MoCA, RAVLT, тест Струпа).

Невелика кількість осіб з групи військовослужбовців з низьким рівнем компенсаторної установки свідчить про те, що феномен компенсації когнітивних дефіцитів через нав'язливі думки або ритуали є типовим для вибірки. Респонденти з високими показниками, виявляють найбільшу залежність від подібної поведінки, що може вказувати на ризик формування вторинних обсессивно-компульсивних розладів.

Таким чином, отримані показники за допомогою опитувальника «Функціональний аналіз ОК-поведінки» виявляють наявність компенсаторної ролі ОК-поведінки у військовослужбовців із бойовим досвідом, зумовленої необхідністю відновлення чи підтримки контролю над когнітивними та екзекутивними функціями в умовах хронічного стресу та травматизації.

З огляду на ці результати, по стає потреба у формуванні практичних рекомендацій, спрямованих на корекцію та профілактику обсессивно-компульсивної поведінки як дезадаптивної стратегії реагування в умовах

бойового стресу.

3.2 Практичні рекомендації щодо корекції та профілактики ОК-поведінки як дезадаптивної стратегії в умовах бойового стресу

На основі отриманих результатів емпіричного дослідження, що засвідчили наявність компенсаторного характеру obsесивно-компульсивної поведінки (ОКП) у військовослужбовців із бойовим досвідом, постає актуальність розробки практичних рекомендацій, спрямованих на зниження її дезадаптивного потенціалу, підвищення психологічної стійкості та адаптивності в умовах бойового стресу.

На сьогодні, у контексті дослідження бойового стресу у військовослужбовців, особливу цінність становлять результати численних наукових доробків, які за останні два десятиліття провели американські науковці J. C. Bradley, C. A. Castro, J. Carlton, M. A. Cooper, B. E. Crow, V. T. Deal, F. Del Jones, C. R. Figley, L. M. French, G. A. Gahm, E. G. Howe, B. Litz, G. H. Manos, J. E. McCarroll, W. P. Nash, A. L. Peterson, B. J. Schneider, E. B. Schoemaker, H. J. Wain та інші. На основі узагальнених висновків цих авторів, бойовий стрес розглядається як багатоаспектне явище, що включає як емоційні, так і когнітивні складові дезадаптації. Він виникає як наслідок прямої загрози життю чи здоров'ю, а також у процесі тривалого перебування в умовах надвисокої відповідальності, втрат і моральних дилем. Зокрема, C. R. Figley та W. P. Nash інтерпретують бойовий стрес у межах транзакційної моделі, де ключовою ланкою є психологічна напруга, яка порушує гомеостаз особистості військовослужбовця внаслідок дисбалансу між вимогами ситуації та наявними ресурсами її подолання. При цьому прояви obsесивно-компульсивної поведінки можуть виступати дезадаптивними формами психологічного самозахисту, що вимагають комплексного психотерапевтичного супроводу [25].

Під час підготовки даного розділу було використано сучасні наукові джерела, присвячені вивченню obsесивно-компульсивної поведінки, когнітивно-поведінкової терапії та психологічної допомоги військовослужбовцям, які перебувають у стані бойового стресу. Для

обґрунтування функціонального значення obsесивно-компульсивної поведінки як компенсаторного механізму в умовах бойової психотравматизації було проаналізовано праці, що описують механізми розвитку ОК-поведінки у зв'язку з тривожністю, контролем і виконавчими дисфункціями. Методологічною основою для опису психокорекційних інтервенцій стали положення когнітивно-поведінкової терапії, зокрема її специфічних форм: експозиційної терапії з запобіганням реакції (ERP), а також концепція дисфункціональних переконань і когнітивних викривлень. Для розробки нейропсихологічних рекомендацій, спрямованих на розвиток когнітивної гнучкості та саморегуляції, використано сучасні дослідження виконавчих функцій у структурі ОКП. Психосвітній компонент рекомендацій базується на принципах, адаптованих для військових контингентів, зокрема видань НАТО з ментального здоров'я та психологічної підтримки. Методи стрес-менеджменту та релаксаційні техніки (mindfulness, дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація) ґрунтуються на практиках, розроблених зарубіжними фахівцями та адаптованих українськими. Елементи психотерапевтичної підтримки й особливо травмофокусованої терапії (EMDR, наративна експозиція) розглянуто на основі праць та відповідних клінічних настанов, рекомендованих ВООЗ і Американською психіатричною асоціацією [38; 46; 49; 59; 73; 74].

Таким чином, розділ ґрунтується на міждисциплінарному підході, що інтегрує когнітивно-поведінкову, нейропсихологічну та психотерапевтичну парадигми з урахуванням специфіки бойового досвіду.

ОКП у контексті бойового досвіду часто виконує функцію стабілізації внутрішнього стану за рахунок створення ілюзії контролю, зниження тривожності, впорядкування поведінки. Проте за умов хронічного стресу та порушень когнітивного функціонування ця стратегія може набувати дезадаптивного характеру, перешкоджаючи ефективній адаптації та знижуючи загальний рівень функціонування. У зв'язку з цим доцільним є впровадження системи цілісної психологічної допомоги, що передбачає поєднання когнітивно-поведінкових, нейропсихологічних та психосвітніх інтервенцій.

До основних напрямів психокорекційної та профілактичної роботи

належать:

1. Психоосвітня підтримка.

Необхідним є інформування військовослужбовців про природу ОК-поведінки як реакції на стрес, її можливі наслідки та способи подолання. Знання про механізми виникнення симптомів, їх взаємозв'язок із когнітивними функціями та емоційною регуляцією сприяє формуванню більш усвідомленого ставлення до власного психічного стану.

2. Застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Доцільним є використання технік експозиції з запобіганням ритуальній реакції (ERP), а також робота з дисфункціональними переконаннями, які підтримують компульсивну поведінку з метою зменшення інтенсивності обсесій і компульсій та поступового розширення репертуару адаптивних стратегій подолання.

3. Розвиток когнітивної гнучкості та функцій саморегуляції.

Для покращення виконавчих функцій доцільно застосовувати тренінги, спрямовані на розвиток робочої пам'яті, гальмування імпульсивних реакцій, уваги та когнітивного перемикавання. Ефективними є вправи на зміну шаблонних дій, пошук альтернатив у стресових ситуаціях.

4. Опрацювання тривоги та стресу.

Доцільним є впровадження технік саморегуляції: дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації, майндфулнес-практик, візуалізації безпечного місця. Окреслені методи сприяють зниженню загального рівня психофізіологічного напруження як провокуючого чинника ОКП.

5. Формування адаптивних копінг-стратегій.

Рекомендується сприяти переходу від емоційно-реактивного до проблемно-орієнтованого стилю. Підвищення здатності до планування, аналізу ситуацій та прийняття рішень знижує потребу в ритуалах як способі контролю невизначеності.

6. Групова психологічна підтримка.

Участь у групових тренінгах або групах взаємопідтримки сприяє зменшенню ізоляції, розвитку соціальних навичок, моделюванню конструктивних поведінкових патернів.

7. Психотерапевтичний супровід.

У разі вираженої симптоматики рекомендовано індивідуальну терапію з фахівцем, зокрема з використанням травмофокусованих методів (EMDR, наративна експозиція), що дозволяють інтегрувати бойовий досвід та знизити інтенсивність нав'язливих станів.

8. Профілактика рецидивів.

Необхідне регулярне психологічне супроводження військовослужбовців у фазах переходу до мирного життя або під час службового навантаження. Важливо закріпити набуті у процесі корекції навички самоспостереження та емоційної регуляції.

У межах реалізації зазначених напрямів ми пропонуємо до розгляду програму, яка об'єднує психоосвітній, когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований та підтримувальний підходи. Мета програми - зниження проявів ОКП шляхом розвитку когнітивної гнучкості, навичок емоційної регуляції та формування адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації.

Цільова аудиторія: військовослужбовці з бойовим досвідом, які демонструють виражені ОК-симптоми.

Тривалість: 8 тижнів, 2 заняття на тиждень (по 90 хвилин).

Форми роботи:

- Індивідуальні та групові сесії
- Робота з МАК (метафоричними асоціативними картами)
- КПТ-техніки (ERP, реконструкція дисфункціональних думок)
- Дихальні вправи, релаксація, майндфулнес Очікувані результати:
- Зменшення obsesивно-компульсивної симптоматики (за шкалою Y-BOCS)
- Підвищення когнітивної гнучкості
- Поліпшення навичок саморегуляції та зниження тривожності

Структура програми

Тиждень	Тема	Основні техніки
1	Психоосвіта	«Порочне коло», інформування про ОКП
2	Розпізнавання тригерів	Щоденник думок, когнітивна реструктуризація

3	Робота з тривогою	Дихальні техніки, релаксація
4	ERP (базовий рівень)	Планування експозицій
5	Когнітивна гнучкість	Альтернативне мислення, МАК
6	Розвиток саморегуляції	Журнал емоцій, майндфулнес
7	Ритуали й стрес	Переосмислення поведінки
8	Завершення	Оцінка змін, закріплення навичок

Методи оцінки ефективності програми:

- Y-BOCS, CFI, трекінг емоцій;
- Кваліфіковане спостереження;
- Зворотний зв'язок учасників програми.

Таким чином, запропонована програма може бути інструментом цілісного психологічного впливу, спрямованого на зниження дезадаптивних проявів ОКП, підвищення психологічної стійкості та оптимізацію адаптаційних ресурсів військовослужбовців у постстресовий період.

ВИСНОВКИ

У першому розділі «Теоретичні основи вивчення obsесивно-компульсивних стратегій компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військовослужбовців» здійснено теоретичний аналіз когнітивних та ексекутивних дефіцитів, їх класифікації та основних механізмів формування. З'ясовано, що когнітивні дефіцити включають порушення пам'яті, уваги, мислення, сприйняття, тоді як ексекутивні дефіцити стосуються порушення процесів планування, контролю, регулювання поведінки та гнучко сті мислення. Окрему увагу приділено вивченню психологічних і нейропсихологічних аспектів obsесивно-компульсивної поведінки як особливої форми компенсаторних стратегій при порушеннях вищих психічних функцій.

Аналіз літературних джерел показав, що obsесивно-компульсивна поведінка часто виступає механізмом компенсації когнітивної нестабільності та дефіциту ексекутивного контролю. Особливо актуальним це явище є у військовослужбовців, для яких характерний високий рівень стресових навантажень, ризик розвитку травматичних порушень мозкової діяльності та посттравматичних розладів. Встановлено, що взаємозв'язок між когнітивними та ексекутивними порушеннями і obsесивно-компульсивною поведінкою у військовослужбовців має складний і поліфакторний характер, о бумовлений як нейробіологічними змінами, так і психологічними механізмами адаптації.

Таким чином, отримані теоретичні дані створили підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження специфіки obsесивно-компульсивних стратегій компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військовослужбовців.

Емпіричне дослідження спрямоване на вивчення особливостей obsесивно-компульсивної поведінки як можливої стратегії компенсації когнітивного та ексекутивного дефіциту у військовослужбовців з різним бойовим досвідом. Дослідження мало комбінований дизайн і базувалося на порівнянні двох підгруп - військових, які брали участь у бойових діях, та тих, хто не мав бойового досвіду. Для реалізації мети дослідження було сформовано вибірку з 50 чоловіків віком 19-43 років, які проходили службу в різних умовах. У

роботі застосовано комплекс валідних психодіагностичних методик, що дозволив

виявити особливості когнітивного функціонування, виконавчих функцій та інтенсивність ОК-реакцій. Зокрема, використовувалися шкали MoCA, Y-BOCS, CFI, тест Струпа, RAVLT та авторський опитувальник функціонального аналізу ОК-поведінки. Аналіз отриманих даних, зокрема результати кореляційного аналізу за критерієм Спірмена, дозволив встановити статистично значущі взаємозв'язки між рівнем когнітивного дефіциту та вираженістю obsесивно-компульсивних проявів, що дало підстави розглядати ОК-поведінку як форму вторинної адаптації до бойового стресу. Дослідження проведено з дотриманням етичних норм, анонімності та добровільної участі респондентів.

У ході дослідження було вивчено, як військовослужбовці адаптуються до когнітивних труднощів, зокрема, з урахуванням можливих порушень пам'яті, уваги, планування та прийняття рішень, що виникають після пережитих бойових стресів. Особлива увага приділялась виявленню компенсаційних стратегій, які застосовуються для подолання цих труднощів в повсякденному житті та професійній діяльності. Результати порівнюються за різними параметрами, що дозволяє виявити основні чинники, які сприяють або заважають ефективній компенсації когнітивних дефіцитів у цих двох групах. Для порівняння результатів було сформовано дві групи учасників: 1-ша група - військовослужбовці із бойовим досвідом ($n = 25$) та 2-га група курсанти, які не мають бойового досвіду ($n = 25$).

Отож, для оцінки рівня когнітивного функціонування у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду було використано Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA). Отримані результати вказують на значне зниження когнітивних функцій у військовослужбовців із бойовим досвідом, особливо в аспектах, які пов'язані з увагою, пам'яттю, абстрактним мисленням та виконавчими функціями.

Згідно з результатами тесту на вербальну пам'ять (RAVLT), військовослужбовці з бойовим досвідом демонструють значні відмінності у порівнянні з курсантами за кількома ключовими параметрами вербальної

пам'яті. Зниження ефективності запам'ятовування та утримання вербальної інформації може бути обумовлене впливом бойового стресу, який, ймовірно, спричиняє когнітивні дефіцити, що потребують використання компенсаторних стратегій.

Результати дослідження тесту на вербальну пам'ять (RAVLT) показують значні відмінності між військово службовцями з бойовим досвідом і курсантами, що може бути пов'язано з когнітивними та екзекутивними дефіцитами, спричиненими бойовим стресом. Зокрема, демонструють знижену здатність військовослужбовців з бойовим досвідом до ефективного виконання завдань.

Представлені результати за тестом Струпа демонструють знижену здатність військовослужбовців з бойовим досвідом до ефективного виконання завдань. Останні вимагають гнучкості уваги, швидкості обробки інформації та контролю над поведінкою. Вони можуть бути пов'язані з наслідками когнітивного виснаження, стресу та психотравматичного досвіду, що потребує спеціальних компенсаторних стратегій. Для компенсації таких дефіцитів можна використовувати методи когнітивно-поведінкової терапії, тренування уваги та когнітивної гнучкості, а також адаптацію психологічних технік, які сприяють полегшенню стресових реакцій і покращенню когнітивних функцій у стресових ситуаціях.

Отримані результати оцінки когнітивних процесів у двох досліджуваних групах (n=50) за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (MoCA), тестом на вербальну пам'ять (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT) та тестом Струпа дозволяють провести порівняльний аналіз і сформулювати відповідні висновки:

1. Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA):

- Військовослужбовці з бойовим досвідом мають середній бал $22,4 \pm 3,1$, що є значно нижчим, ніж у курсантів, які показали середній бал $26,1 \pm 2,4$. Різниця у результатах свідчить про зниження когнітивних функцій у військовослужбовців з бойовим досвідом як наслідок постійного стресу, когнітивного виснаження та психологічного навантаження, пов'язаного з їх участю в бойових діях. Така різниця в результатах також може вказувати на

зниження гнучкості мислення та здатності до швидкої адаптації у військових.

2. Тест на вербальну пам'ять (RAVLT) - кількість слів після 5 пред'явлень:

- Військовослужбовці запам'ятовували в середньому $7,8 \pm 1,9$ слів, в той час як курсанти - $10,4 \pm 2,1$ слів. Різниця у результатах вказує на знижені можливості вербальної пам'яті у військовослужбовців з бойовим досвідом та зумовлює висновок про наслідок впливу стресових чинників, що призводять до порушень у процесах кодування та збереження інформації. Труднощі з вербальною пам'яттю можуть також бути пов'язані з когнітивним виснаженням після тривалих стресових навантажень.

3. RAVLT - відтворення після 20 хвилин:

- Військовослужбовці змогли відтворити $5,1 \pm 1,7$ слів, в той час як курсанти - $7,6 \pm 2,0$. Різниця у результатах вказує на порушення здатності до довготривалого збереження інформації у військовослужбовців, що може бути зумовлено зниженим рівнем концентрації та порушеннями процесів утримання інформації в пам'яті через стресові фактори та виснаження. Відсутність ефективних компенсаторних механізмів може значно обмежувати когнітивні ресурси для подолання труднощів з довготривалим запам'ятовуванням.

4. Тест Струпа - час виконання (секунди):

- Військовослужбовці витратили в середньому $51,3 \pm 6,8$ секунди на виконання тесту, тоді як курсанти - $42,7 \pm 5,2$ секунди. Результати свідчать про знижену швидкість когнітивної обробки та управління увагою у військовослужбовців з бойовим досвідом. Виявлений результат може бути наслідком підвищеної тривожності, стресу або когнітивного виснаження, що перешкоджає ефективному виконанню завдань, які вимагають швидкої реакції та гнучкості у відповідях на інтерференцію.

Для оцінки рівня вираженості obsесивно-компульсивних симптомів у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду використовувалась Єль-Браунська шкала obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS). Отримані результати за шкалою Y-BOCS вказують на значні відмінності між військовослужбовцями з бойовим досвідом та курсантами в контексті obsесивно-компульсивних симптомів. Військовослужбовці

показали вищий загальний бал, що свідчить про більш виражені obsесивно-компульсивні прояви, зокрема, вищий рівень нав'язливих думок та дій як наслідок хронічного стресу, травматичних переживань і постратравматичного стресового розладу (ПТСР). Останні є характерними для осіб, що пережили бойовий досвід. Зокрема, виявлене значне підвищення показників за компонентами obsесій та компульсій (на 41,2% та 59,6% відповідно) вказує на використання військовими компенсаторних стратегій для зниження тривожності та психологічної напруги, що може свідчити про порушення езекутивних функцій, таких як самоконтроль та когнітивна гнучкість.

Оцінка когнітивної гнучкості у військовослужбовців із бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду відбувалася за шкалою когнітивної гнучкості (CFI). Виявлені результати вказують на значні труднощі у військовослужбовців з бойовим досвідом у когнітивній адаптації до змін та переключенні між завданнями. Зниження когнітивної гнучкості, гнучкості мислення та адаптивності до нових умов може бути частиною компенсаторних стратегій, які формуються у відповідь на хронічний стрес і бойовий досвід, призводячи до стійкої ригідності в когнітивних процесах, що зменшує ефективність адаптації та прийняття рішень у складних ситуаціях. Для покращення когнітивної гнучкості та зменшення когнітивних і езекутивних дефіцитів у військових необхідні спеціалізовані програми, що включають тренування когнітивної гнучкості та розвиток стратегій адаптації до змін.

Порівняльний аналіз результатів, отриманих за Єль-Браунською шкалою obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS) та Шкалою когнітивної гнучкості (CFI), свідчить про те, що військовослужбовці з бойовим досвідом демонструють значно вищі показники за шкалою Y-BOCS, демонструючи вираженіші симптоми obsесивно-компульсивних розладів, включаючи нав'язливі думки та дії. Це може бути пов'язано з високим рівнем тривожності та потребою у контролюванні стресових ситуацій через повторювані ритуали, що є компенсацією для зниженого рівня когнітивної гнучкості. Одночасно, зниження результатів за шкалою когнітивної гнучкості (CFI) у військовослужбовців на 25,3% порівняно з курсантами свідчить про значні

труднощі в адаптації до змін, переключенні між завданнями та зміні когнітивних стратегій, вказуючи на когнітивну ригідність, яка посилюється через хронічний стрес, що є характерним для військових з бойовим досвідом. Комбінація високих показників за шкалою Y-BOCS і знижених показників за шкалою CFI демонструє те, що військовослужбовці, ймовірно, використовують менш гнучкі когнітивні стратегії, аби впоратися з нав'язливими думками та діями, що є частиною їхнього посттравматичного стресового досвіду.

З метою виявлення статистично значущих взаємозв'язків між рівнем когнітивного функціонування (MoCA, RAVLT, тест Струпа), показниками obsесивно-компульсивної поведінки (Y-BOCS) та когнітивною гнучкістю (CFI) у військовослужбовців з бойовим досвідом та курсантів без бойового досвіду, було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена. Проведене кореляційне дослідження дозволило виявити низку спільних і відмінних тенденцій у двох вибірках — військовослужбовців з бойовим досвідом та курсантів без нього. У групі військовослужбовців спостерігаються тісніші та більш виразні кореляційні зв'язки між когнітивним функціонуванням (MoCA), показниками пам'яті (RAVLT), швидкістю когнітивного контролю (тест Струпа), рівнем obsесивно-компульсивної симптоматики (Y-BOCS) та когнітивною гнучкістю (CFI). Наприклад, коефіцієнт кореляції між MoCA та Y-BOCS становить $r = -0,65$ ($p < 0,01$), що свідчить про сильну зворотну залежність: зниження когнітивного рівня супроводжується зростанням obsесивно-компульсивних проявів. Подібним чином, спостерігається сильний позитивний зв'язок між MoCA та когнітивною гнучкістю ($r = 0,68$; $p < 0,01$). У групі курсантів виявлені подібні, проте слабші за силою зв'язки. Наприклад, кореляція між MoCA та Y-BOCS становить лише $r = -0,45$ ($p < 0,05$), а між MoCA та CFI — $r = 0,53$ ($p < 0,05$). Це може свідчити про те, що за умов відсутності бойового стресу obsесивно-компульсивна поведінка має менш виражений компенсаторний характер і менш тісно пов'язана з когнітивною сферою.

У обох групах зберігається спільна тенденція: чим вищий рівень

загального когнітивного функціонування та гнучкості, тим нижчий рівень obsесивно-компульсивних проявів. Також підтверджується зв'язок між слабшими результатами за тестами на пам'ять і вищими показниками ОК-поведінки, що підтверджує припущення про дезадаптивний характер нав'язливих дій і думок у контексті порушень когнітивної регуляції.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що в умовах бойового стресу obsесивно-компульсивна поведінка може мати яскравіший компенсаторний характер — бути спробою підтримати відчуття порядку, контролю, структурованості та подолати відчуття внутрішньої дезорганізації. У курсантів же ОК-поведінка менш пов'язана з когнітивними порушеннями, що свідчить про її менш адаптивну роль.

У рамках дослідження стратегій компенсації когнітивного та ексекютивного дефіциту у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, було розроблено авторський опитувальник «Функціональний аналіз ОК-поведінки». Отримані результати свідчать про те, що більшість військовослужбовців із бойовим досвідом (62%) демонструють високий або дуже високий рівень компенсаторної установки. Тобто, у переважної частини досліджуваних осіб obsесивно-компульсивна поведінка (ОК-поведінка) виконує адаптивну функцію, спрямовану на компенсацію дефіцитів когнітивної діяльності — таких як труднощі концентрації уваги, порушення оперативної пам'яті, зниження планувальної функції. Значний середній бал (65,4) підтверджує, що ОК-поведінка сприймається військовими не як суто патологічне явище, а як своєрідна стратегія психологічної адаптації до наслідків бойового стресу, що збігається з результатами, отриманими за шкалами когнітивної гнучкості (CFI), obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS), а також когнітивного функціонування (MoCA, RAVLT, тест Струпа).

Невелика кількість осіб з групи військовослужбовців з низьким рівнем компенсаторної установки свідчить про те, що феномен компенсації когнітивних дефіцитів через нав'язливі думки або ритуали є типовим для вибірки. Респонденти з дуже високими показниками (12%), виявляють найбільшу залежність від подібної поведінки, що може вказувати на ризик

формування вторинних obsесивно-компульсивних розладів.

Таким чином, отримані показники за допомогою опитувальника «Функціональний аналіз ОК-поведінки» виявляють наявність компенсаторної ролі ОК-поведінки у військовослужбовців із бойовим досвідом, зумовленої необхідністю відновлення чи підтримки контролю над когнітивними та езекутивними функціями в умовах хронічного стресу та травматизації.

З огляду на результати емпіричного фрагменту дослідження, постала потреба у формуванні практичних рекомендацій, спрямованих на корекцію та профілактику obsесивно-компульсивної поведінки як дезадаптивної стратегії реагування в умовах бойового стресу. Психологічні рекомендації щодо корекції obsесивно-компульсивної поведінки (ОКП) у військовослужбовців ґрунтуються на міждисциплінарному підході, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію, нейропсихологічні тренінги, психоосвіту та техніки емоційної саморегуляції. ОКП у контексті бойового стресу виконує функцію псевдоконтролю над тривожністю, але з часом набуває дезадаптивного характеру, ускладнюючи повсякденне функціонування. Для ефективної корекції запропоновано цілісну програму психологічного впливу, яка включає психоосвітні модулі, когнітивні інтервенції, вправи на розвиток гнучкості мислення, техніки управління тривогою, формування адаптивного копінгу та психотерапевтичну підтримку. Акцент зроблено на профілактиці рецидивів та підтримці в процесі адаптації до мирного життя. Запропонована система психологічної допомоги є ефективною моделлю корекції ОК-поведінки у військовослужбовців, оскільки поєднує науково обґрунтовані підходи, адаптовані до специфіки бойового досвіду. Її реалізація сприяє зменшенню симптомів ОКП, покращенню когнітивного функціонування, підвищенню рівня емоційної регуляції та формуванню стійких адаптивних стратегій у постстресовий період.

Таким чином, мета нашого дослідження досягнута, завдання виконані уповні.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Абрамовіц Дж.С., Джейкобі Р Дж. Обсесивно-компульсивний розлад у дорослих. Львів: Свічадо, 2018. 156с.
2. Бакаев С.Д. Клінічна нейропсихологія: навч. посібник. Київ : Вища школа, 2022. 220с.
3. Балецька Л. Когнітивна гнучкість особистості: діагностична репрезентативність. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологія». 2016. Вип. 3. [Електронний ресурс].
4. Блінов О. А. Психологічні особливості прояву бойового стресу військовослужбовців - учасників бойових дій. Матеріали наукового семінару «Шляхи трансформації системи морально-психологічного забезпечення у Збройних силах України», 27 листопада 2019 року. Київ: НУОУ, 2019. С. 21- 23
5. Бондарев Г. В. Основи військової психології: навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272с.
6. Вестбрук Д., Моррісон Н. Подолати обсесивно-компульсивний розлад. Львів: Свічадо, 2016. 80 с.
7. Войтенко, Т.В. Особливості прояву обсесивно-компульсивних розладів у військовослужбовців із ПТСР. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2020. № 3. С. 1217
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та 11-го перегляду (МКХ-11) [Електронний ресурс]. ВООЗ. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2019. - Режим доступу: <https://icd.who.int>
9. Галецька І.І. Основи нейропсихології. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2003. 317 с.

- 10.Гоффман С. Г., Смірнов В. О. Психосоціальна реабілітація при ПТСР і obsесивно-компульсивному розладі: роль когнітивної реструктуризації [Електронний ресурс]. Журнал когнітивної терапії. 2019. Т. 12, № 3. С. 45-59
- 11.Гуревич К. Г., Малахова Н. Г. Когнітивні порушення як наслідок бойових психотравм. Психологія і суспільство. 2018. № 1. С. 111-120
- 12.Долинський Р., Напреєнко О. Когнітивні порушення у постраждалих від агресії РФ, на тлі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). PMGP [інтернет].
- 13.Заболотна А.В. Нейропсихологія. Київ : Вища школа. 2022. 398с.
- 14.Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
- 15.Косенко К. А., Колодяжна А. В., Худавердова А. О. Роль когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні obsесивно-компульсивного розладу. Наукові перспективи. № 2(56). 2025.
- 16.Кравченко К. О. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції : монографія. Держ. служба з надзвичайних ситуацій. Національний університет цивільного захисту України. Харків : НУЦЗУ, 2017. 186 с.
- 17.Лямець А. М. Класифікація obsесивно-компульсивного розладу у XXI ст. PSYCHOLOGICAL JOURNAL. № 1 (21). Київ. 2019. С. 215-232
- 18.Ломакін Г Соціально-психологічні особливості процесу ресоціалізації учасників бойових дій. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 2014. Вип. 2. С. 49-52
- 19.Лящ О. П. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. Психологічні перспективи. 2021. Вип. 37. С. 128-140. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2021_37_12.
- 20.Максименко С., Деркач Л., Кіричевська Е., Касинець М. Психологія когнітивних процесів: науковий посібник. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка.

Київ. 2022. 420 с.

21. Малишева К. О., Келлер В. В. Нейропсихологічні кореляти мозкових дисфункцій у осіб з obsесивно-компульсивним розладом. PSYCHOLOGICAL JOURNAL. № 1 (21). 2019. С. 78-89
22. Матейко Н.М. Нейропсихологічний підхід до проблеми діагностики вищих психічних функцій. розділ колективної монографії «НУШ у гірському регіоні України: теорія, практика, досвід / За наук. ред. д. п. н. Оліяр М.П.; ДВНЗ ПНУ ім. В. Стефаника. Івано-Франківськ: Супрун В. П., 2020. 400-420 с.
23. Османова А. М., Хоруженко Г.В. Клінічна психологія [Текст] : навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 183 с.
24. Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). Американська психіатрична асоціація. - Режим доступу: URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/obsessive-compulsive-disorder>
25. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військово службовців . Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія. №1, 2018. С. 78-86
26. Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 1. 2023. С.203-209
27. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії obsесивно-компульсивного розладу. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. 2017. - Режим доступу: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk OCD2.pdf>
28. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. Нейронews: Психоневрологія і нейропсихіатрія. № 1 (36). - Режим доступу: [<http://neuro.health-ua.com/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-j-suchasnipidhodi-do-terapiyi>]
29. Свиридова Н. К., Парнікоза Т. П., Чуприна Г. М., Сулік Р В., Лубенець

Г.

С. , Інгула Н. І., Кравчук Н. О. Алгоритм прогнозування розвитку когнітивних порушень. Східно-європейський журнал по неврології. 2015. №3. С. 28-38

30. Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки по стравматичного стресового розладу. Журнал неврології та психіатрії. 2020. № 120 (9). С. 19-27

31.Трінька І. С. Особливості впливу чинників бойового середовища на військовослужбовців. Військова медицина України. 2016. Т. 16, № 2. С. 84-94

32.Усик Д. Б. Психологічні особливості дезадаптації військово-службовців - учасників бойових дій. Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія, випуск 1, 2024. С. 183-189

33.Цукор Т. Сучасні дослідження когнітивної психології. Актуальні проблеми сучасної іноземної філології : матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. здобувачів вищ. освіти та молодих вчених (м. Рівне, 20 трав. 2024 р.). Рівне : РДГУ, 2024. С. 90-92

34.Чабан О.С., Гуменюк М.М., Вербенко В.А. Нейропсихологія. Тернопіль : Укрмедкнига, 2008. 92 с.

35.Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. Перспективи та інновації науки. 2022. № 1 (6). С. 476-486

36.Abramovitch, A., McCormack, B., Brunner, D., Johnson, M., & Wofford, N. (2019). The impact of obsessive-compulsive disorder on executive function: A meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 29(1), 56-82.

37.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1125 p.

38.American Psychiatric Association. (2017). Clinical Practice Guidelines for the Treatment of PTSD. Arlington: APA Publishing.

39.Anderson, J., & Spellman, S. (2012). Cognitive impairments in clinical neuropsychology. *Neuropsychological Review*, 22(3), 255-269

40.Arnsten, A. F. T. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex

- structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 2009, vol. 10, no. 6, pp.410-422
41. Barch, D.M. The cognitive neuroscience of schizophrenia *Annual Review of Clinical Psychology* 2005. Vol. 1. P 321-353
 42. DeGutis, J. M., Chiu, C., Thai, M., Esterman, M. Attentional control and the veterans with PTSD. *Neuropsychologia*, 2010, vol. 48, no. 10, pp. 2860-2869.
 43. Dennis J. P., Vander Wal J. S. The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity *Cognitive Therapy and Research*. 2010. T. 34, № 3. C. 241-253.
 44. Diamond, A. Executive functions. *Annual Review of Psychology*. 2013. Vol. 64. P 135-168
 45. Dold, M., Kasper, S. (2015). The neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Functional neuroimaging studies. *Neuropsychobiology*, 72(4), 189-196
 46. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
 47. Goodman W. K., Price L. H., Rasmussen S. A. та ін. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Validity and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989. T. 46, № 11. C. 1008-1016
 48. Harkin, B., & Yates, A. (2024). From Cognitive Function to Treatment Efficacy in Obsessive-Compulsive Disorder: Insights from a Multidimensional Meta-Analytic Approach. *Neuropsychology Review*, 34(2), 215-235.
 49. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144—156.
 50. Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2013). *Principles of Neural Science* (5th ed.). McGraw-Hill. Pp. 1236-1289
 51. Kimble, M. O., Fleming, K., Bennion, K. A. Contributors to hypervigilance in a military population. *Clinical Psychology Review*, 2014, vol. 34, no. 8, pp.635-647
 52. Kramer, J. (2018). The effects of chronic stress on memory and attention in

- combat veterans. *Journal of Military Psychology*, 25(4), 215-230
53. Kuelz, A. K., Hohagen, F., Voderholzer, U. (2014). Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder: A review. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 33-37.
54. Levy, F. (2009). Dopamine vs noradrenaline: inverted-U effects and ADHD theories. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 101-108
55. Lezak, M.D. *Neuropsychological Assessment* / M.D. Lezak, D.B. Howieson, E.D. Bigler, D. Tranel. 5th ed. New York : Oxford University Press, 2012. 1161 p.
56. Mataix-Cols, D., Marks, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Efficacy and mechanisms. *The Lancet*, 364(9434), 1459-1466.
57. McTeague, L.M. Transdiagnostic impairment of cognitive control in mental illness. *Journal of Psychiatric Research*. 2016. Vol. 83. P 37-46
58. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Collin I, Cummings JL, et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
59. NATO. (2008). *Psychosocial care for military personnel: Guidelines and practices*. Brussels: NATO Joint Medical Committee
60. *Neuropsychological Research in Obsessive-Compulsive Disorder: Current Status and Future Directions*. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.721601/full>
61. *Obsessive Compulsive Disorder: When Unwanted Thoughts or Repetitive Behaviors Take Over*. National Institutes of Health. NIH Publication № 23-MH-4676. Revised 2023. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/obsessive-compulsive-disorder-when-unwanted-thoughts-or-repetitive-behaviors-take-over>
62. O'Connor, P., & Naylor, K. (2017). Executive functions in military personnel with PTSD: Implications for rehabilitation. *Journal of Military Psychology*, 19(2), 101-115.

63. Psyhc Care. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): GenderSpecific Symptoms and Treatments. Available from: <https://psyhccare.com/2024/12/20/obsessive-compulsive-disorder-ocd-gender-specific-symptoms-and-treatments/>
64. Sapolsky, R. M. (2004). Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping. Henry Holt and Company. 528p.
65. Sapolsky, R. M. Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Current Directions in Psychological Science*, 2015, vol. 24 (3), pp. 148-153
66. Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, G. (2009). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review of research and current treatment approaches. *Behavioral Research and Therapy*, 47(11), 881-887
67. Snyder, H.R. Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. Article 328.
68. Total Care ABA. (n.d.). OCD Statistics, Prevalence and Facts. Available from: <https://www.totalcareaba.com/statistics/ocd-statistics>
69. Van den Heuvel, O. A., van Wingen, G., Soriano-Mas, C., Veltman, D. J. (2009). Neurobiological substrates of obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 19(7), 414-424
70. Van Wingen, G. A., Geuze, E., Vermetten, E., Fernandez, G. The neural consequences of combat stress: Long-term follow-up. *Molecular Psychiatry*, 2011, vol. 16, no. 6, pp. 532-538
71. Wang, Q., Xie, W., & Zhang, S. (2020). Chronic stress and cognitive deficits: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 138-150
72. Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383-395
73. Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
74. World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of*

conditions specifically related to stress. Geneva: WHO.

75. Jurado, M. B., Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions:

A review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17(3), 213-233

1. Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA).

MoCA - це скринінговий тест для оцінки когнітивних функцій, що використовується для виявлення легких когнітивних порушень.

Структура: Тест містить завдання для оцінки наступних когнітивних функцій:

- Пам'ять - завдання на запам'ятовування слів.
- Візуально-просторові здібності - копіювання фігур, з'єднання точок у логічному порядку.
- Увага та концентрація - повторення чисел у прямому та зворотному порядку, завдання на віднімання.
- Мовлення - повторення складних речень, називання об'єктів.
- Абстрактне мислення - виявлення зв'язку між поняттями.
- Орієнтація - запитання щодо дати, місця тощо.

Інструкція:

Тест складається з 30 балів, які нараховуються за виконання різних завдань.

Час проходження: ~10 хвилин.

Мінімальний поріг для нормального когнітивного функціонування - 26 балів.

Завдання MoCA:

1. Візуально-просторові навички (0-5 балів):
 - Копіювання фігури (куб).
 - Завдання "З'єднай точки" (A1-B2-C3...).
2. Найменування (0-3 бали):
 - Респондент повинен назвати три зображення (наприклад, лев, носоріг, верблюд).
3. Увага (0-6 балів):
 - Повторення чисел (прямий/зворотний порядок).
 - Послідовне віднімання 7 від 100 (100-93-86...).
4. Мовлення (0-3 бали):
 - Повторення складного речення.
 - Пошук слів, що починаються на «Ф».

5. Абстрактне мислення (0-2 бали):
 - Пояснення схожості між словами (наприклад, апельсин і банан ^Л фрукти).
6. Запам'ятовування (0-5 балів):
 - Запам'ятати 5 слів, потім відтворити їх після інших завдань.
7. Орієнтація (0-6 балів):
 - Назвати поточний рік, місяць, день, місто, країну.

Стимульний матеріал

1. Візуально-просторові завдання:
 - Зображення куба, який потрібно скопіювати.
 - Завдання «З'єднай точки» (A1-B2-C3-D4-E5).
2. Найменування об'єктів:
 - Три малюнки тварин (наприклад, лев, носоріг, верблюду).
3. Тест на увагу:
 - Числова послідовність для повторення (прямий і зворотний порядок),
наприклад:
 - 2 - 1 - 8 - 5 - 4
 - 7 - 4 - 2 - 9 - 6
 - Послідовне віднімання 7 від 100:
 - 100 - 93 - 86 - 79 - 72 - 65 - 58
4. Мовлення:
 - Повторення фрази: «Я тільки знаю, що Дмитро був там учора».
 - Завдання на пошук слів, що починаються на «Ф» (за 1 хвилину треба назвати якомога більше слів).
5. Абстрактне мислення:
 - Пояснення схожості між поняттями:
 - Апельсин - банан ^Л фрукти
 - Поїзд - велосипед ^Л транспорт
6. Запам'ятовування:
 - Список слів: сіль, церква, тюльпан, зелений, вертоліт.
 - Потрібно запам'ятати та повторити їх через деякий час.
7. Орієнтація у часі та просторі:

- Питання: Який сьогодні день, місяць, рік?
- В якому місті та країні ми знаходимося?

Інтерпретація загального балу:

- 26-30 балів - норма.
- 22-25 балів - легкі когнітивні порушення (зниження уваги, проблеми з пам'яттю та виконавчими функціями).
- 18-21 балів - помірні когнітивні порушення (виражені труднощі у концентрації, запам'ятовуванні, абстрактному мисленні).
- <18 балів - серйозні когнітивні порушення, що можуть вимагати додаткового обстеження.

ПАМ'ЯТЬ	Прочитайте список слів.	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ	1 23
----------------	-------------------------	---------	---------	-------	---------	----------	--------

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:
Освіта:
Стать:
Дата народження
ДАТА:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте куб	Намалюйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцятку) (3 бали)	БАЛИ:
	[]	[]	[] [] []	___/5
			Контур Цифри Стрілки	

НАЗВИ		БАЛИ:
	[] [] []	___/3

Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.

1 спроба						
2 спроба						

УВАГА	Прочитайте список цифр (1 цифра/сек)	Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку	1 2 18 5 4	
		Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку] 7 4 2	___/2

АБСТРАКЦІЯ	Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин -фрукти () 1 поїзд і велосипед () лінійка й годинник						___/2	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ	Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	ОБЛИЧЧЯ []	ОКСАМИТ []	ШКОЛА []	РОМАШКА []	ЧЕРВОНИЙ []	Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок	___/5
ОПЦІЙНО	Категоріальна підказка							
	Список слів для вибору							

(На 11 слів) ___/1

ОРІЄНТАЦІЯ	[] Дата	[] Місяць	[] РІК	[] День тижня	[] Місце	[] Місто	___/6
-------------------	----------	------------	---------	----------------	-----------	-----------	-------

Норма 2 26 / 30

© Z. Nasreddine MD Версія 7.1
Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD Тестування проводив:

Сума балів:
/Лодайт атмікщ хвіт

Тест на вербальну пам'ять (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT).

Мета тесту: Оцінка короткотривалої та довготривалої вербальної пам'яті, процесів навчання, впливу інтерференції та здатності до відтворення інформації після затримки.

Процедура проведення:

1. Стимульний матеріал:

- Досліджуваному зачитують список із 15 слів (список А) із рівними інтервалами між словами.

- Слова можуть бути різними, але повинні бути семантично несхожими.

2. Основні етапи тесту:

- Етап 1: Досліджуваний повинен повторити всі слова, які зміг запам'ятати, у довільному порядку.

- Етапи 2-5: Список А повторюється ще чотири рази, і після кожного повтору випробуваний знову намагається відтворити слова.

- Етап 6 (інтерференція): Читається новий список із 15 слів (список В), після чого випробуваний має повторити слова цього нового списку.

- Етап 7: Після представлення списку В досліджуваний повинен знову пригадати слова зі списку А, не чуючи його повторно.

- Етап 8 (відстрочене відтворення): Через 20-30 хвилин випробуваний знову пригадує слова зі списку А.

- Етап 9 (розпізнавання): Досліджуваному подається список слів, що містить слова зі списку А, зі списку В, а також додаткові слова, і він має визначити, які слова були в першому списку.

Стимульний матеріал

Список А (основний)

1. Стіл
2. Шапка
3. Вода
4. Вікно

5. Лампа
6. Дім
7. Птах
8. Риба
9. Дерево
10. Машина
11. Сонце
12. Дорога
13. Книга
14. Квіти
15. Ніч

Список В (інтерферуючий)

1. Годинник
2. Пес
3. Олівець
4. Камінь
5. Двері
6. Стілець
7. Вітер
8. Річка
9. Зошит
10. Зірка
11. Трава
12. Дощ
13. Дівчина
14. Відро
15. Поле

Система оцінювання: Кожен правильно згаданий елемент списку оцінюється в 1 бал. Загалом тест включає 9 етапів, і на кожному підраховується кількість правильних відповідей.

Основні показники та їх оцінка в балах:

1. Кількість слів, згаданих після кожного з 5 повторень списку А (максимум 15 балів за кожне повторення).
2. Кількість слів, згаданих після списку В (15 балів макс.) - оцінює здатність до запам'ятовування нової інформації.
3. Кількість слів зі списку А, згаданих після інтерференції (15 балів макс.) - вказує на стійкість пам'яті.
4. Кількість слів зі списку А, згаданих після 20-30 хв затримки (15 балів макс.)
- оцінює довготривалу пам'ять.
5. Кількість правильно впізнаних слів у завданні на розпізнавання (15 балів макс.).
6. Помилкові відповіді в розпізнаванні - зараховуються окремо для аналізу.

Інтерпретація результатів:

- Нормальний рівень пам'яті: 50-75 балів у сумі за всі етапи.
- Помірні когнітивні порушення: 30-50 балів.
- Виражені когнітивні порушення (наприклад, деменція): менше 30 балів.

Додаток В

Тест Струпа (оцінка когнітивного контролю та гнучкості мислення).

Адаптований Тест Струпа складається з трьох частин:

1. Пряма відповідність (словесне читання): учасник читає кольорові слова,

написані чорним кольором.

2. Називання кольорів: учасник називає кольори кольорових прямокутників.

3. Інтерференційне завдання: учасник має називати кольори слів, при цьому слова позначають інші кольори (наприклад, слово "синій" написане червоним кольором, і учасник має сказати "червоний").

Стимульний матеріал

(Друкується у трьох варіантах)

1. Читання слів (чорним шрифтом):

- ЧЕРВОНИЙ
- СИНІЙ
- ЗЕЛЕНИЙ
- ЖОВТИЙ

2. Називання кольору чорнила (збігається зі словом):

- ЧЕРВОНИЙ
- СИНІЙ
- ЗЕЛЕНИЙ
- ЖОВТИЙ

3. Конфліктне завдання (слово та колір не збігаються):

- СИНІЙ (написано червоним)
- ЗЕЛЕНИЙ (написано жовтим)
- ЖОВТИЙ (написано синім)
- ЧЕРВОНИЙ (написано зеленим)

Час виконання кожного завдання фіксується, а також реєструється кількість помилок.

Система оцінювання та аналіз показників

1. Час виконання (секунди)

Оцінюється час виконання третього завдання (інтерференція).

Час виконання	Оцінка (бали)	Інтерпретація
<40 сек.	10 балів	Висока когнітивна гнучкість

41-45 сек.	8-9 балів	Нормальний рівень когнітивного контролю
46-50 сек.	6-7 балів	Легке зниження гнучкості мислення
51-55 сек.	4-5 балів	Помірна когнітивна ригідність
>55 сек.	1-3 бали	Виражена когнітивна ригідність, труднощі з гнучкістю мислення

2. Кількість помилок

Фіксується кількість неправильних відповідей у третьому завданні.

Кількість помилок	Оцінка	Інтерпретація
0-1 помилка	10 балів	Висока концентрація та контроль імпульсивності
2-3 помилки	8-9 балів	Нормальний рівень когнітивного контролю
4-5 помилок	6-7 балів	Легке зниження когнітивного контролю
6-7 помилок	4-5 балів	Помірна імпульсивність
>7 помилок	1-3 бали	Виражена імпульсивність та когнітивні труднощі

3. Коефіцієнт інтерференції (КІ)

Розраховується як відношення часу виконання інтерференційного завдання (Т3) до середнього часу виконання перших двох завдань (Т1, Т2).

Коефіцієнт інтерференції	Оцінка (бали)	Інтерпретація
<1,5	10 балів	Відмінна когнітивна гнучкість
1,6-2,0	8-9 балів	Нормальний рівень виконавчих функцій
2,1-2,5	6-7 балів	Легкі порушення контролю
2,6-3,0	4-5 балів	Помірна ригідність та зниження гнучкості

>3,0

1-3 бали

Виражені труднощі в переключенні

Інтерпретація загального результату

Загальна оцінка визначається за сумою балів усіх трьох показників.

Загальна кількість балів	Рівень когнітивної гнучкості
27-30 балів	Висока когнітивна гнучкість
21-26 балів	Нормальний рівень
15-20 балів	Помірна когнітивна ригідність
10-14 балів	Виражена когнітивна ригідність
<10 балів	Значні труднощі у виконавчих функціях

Додаток Д Єль-Браунська шкала obsесивно-компульсивного розладу (Y-BOCS).

Єль-Браунська шкала (Y-BOCS) є стандартним інструментом для оцінки важкості симптомів obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Шкала оцінки важкості перебігу ОКР складається з 10 питань і 2 підшкал «obsесії» та «компульсії», по 5 питань в кожній. Кожне питання оцінюється від 0 до 4 балів, в залежності від вираженості розладу. Для отримання загального показника - підсумовувати бали всіх питань.

Бланк

Підшкала obsesій

1. Загальна тривалість нав'язливих думок (obsesій) протягом доби:

- Відсутні взагалі
- Загалом менше години
- Загалом 1-3 години на день
- Загалом 3-8 годин на день
- Загалом понад 8 годин на день

2. Ступінь порушення повсякденного життя через нав'язливі думки:

- Зовсім не порушене
- Порушене незначною мірою
- Відчувається негативний вплив, але спосіб життя залишається незмінним
- Суттєво порушений повсякденний спосіб життя
- Спосіб життя повністю порушений

3. Рівень психологічного дискомфорту через нав'язливі думки:

- Не відчуваю взагалі
- Відчуваю слабкий дискомфорт
- Відчуваю сильний дискомфорт, але загалом почуваюся добре
- Відчуваю сильний дискомфорт, що впливає на моє самопочуття
- Майже весь день відчуваю дуже сильний дискомфорт

4. Опір obsesіям:

- Практично завжди можу чинити їм опір
- Можу чинити опір більшості obsesій
- Час від часу можу добре їм опиратися
- Найчастіше не можу чинити їм опір
- Не здатен(на) чинити опір obsesіям

5. Ступінь контролю над obsesіями:

- Obsesії повністю під моїм контролем

- У більшості випадків я їх контролюю
- Іноді мені вдається їх контролювати
- Можу контролювати їх лише частково
- Мої обсерсії неконтрольовані

Підшкала компульсій

1. Загальна тривалість нав'язливих дій, ритуалів (компульсій) протягом доби:

- Відсутні взагалі (загалом менше години)
- Загалом 1-3 години на день
- Загалом 3-8 годин на день
- Загалом понад 8 годин на день

2. Ступінь порушення повсякденного життя:

- Зовсім не порушують
- Чинять слабкий вплив
- Відчувається негативний вплив, але спосіб життя залишається незмінним
- Суттєво порушують повсякденний спосіб життя
- Спосіб життя повністю порушений

3. Рівень психологічного дискомфорту:

- Не відчуваю взагалі
- Відчуваю слабкий дискомфорт
- Відчуваю сильний дискомфорт, але загалом почуваюся добре
- Відчуваю сильний дискомфорт, що впливає на моє самопочуття
- Майже весь день відчуваю дуже сильний дискомфорт

4. Опір компульсіям:

- Практично завжди можу чинити їм опір
- Можу чинити опір більшості компульсій
- Час від часу можу добре їм опиратися
- Найчастіше не можу чинити їм опір
- Не здатен(на) чинити опір компульсіям

5. Ступінь контролю над компульсіями:

- Компульсії повністю під моїм контролем
- У більшості випадків я їх контролюю
- Іноді мені вдається їх контролювати
- Можу контролювати їх лише частково
- Мої компульсії неконтрольовані

Інтерпретація загального балу за шкалою Y-BOCS

- До 7 балів - незначний obsесивно-компульсивний розлад
- 8-15 балів - слабка ОКР
- 16-23 бали - середнє ОКР
- 24-31 бал - сильне ОКР
- 32-40 балів - надзвичайно виражене ОКР

Додаток Ж

Оцінка рівня ригідності мислення (Cognitive Flexibility Inventory, CFI).

Методика призначена для оцінки когнітивної гнучкості або ригідності мислення. Вона важлива для розуміння того, наскільки індивід здатний адаптуватися до нових ситуацій і змінювати свої стратегії мислення.

Опис методики:

CFI є інструментом для вимірювання когнітивної гнучкості та ригідності мислення. Це допомагає оцінити здатність людини адаптувати свої думки та поведінку до змінних умов та нової інформації.

Інструкція:

Респондентам надається список тверджень, з якими вони повинні погоджуватися або не погоджуватися, оцінюючи кожне твердження за шкалою від 1 (повністю не погоджуюсь) до 5 (повністю погоджуюсь). Важливо, щоб респондент чесно оцінював свої реакції і поведінку в повсякденних ситуаціях.

Стимульний матеріал:

Список з 5 тверджень, що мають шкалу відповідей від 1 до 5.

1. Я зазвичай можу знайти різні варіанти розв'язання проблеми.
 - 1 = Повністю не погоджуюсь.
 - 2 = Скоріше не погоджуюсь.
 - 3 = Не впевнений(на).
 - 4 = Скоріше погоджуюсь.
 - 5 = Повністю погоджуюсь.
2. Мені важко змінити свою думку, навіть якщо я отримую нову інформацію.
 - 1 = Повністю не погоджуюсь.
 - 2 = Скоріше не погоджуюсь.
 - 3 = Не впевнений(на).
 - 4 = Скоріше погоджуюсь.
 - 5 = Повністю погоджуюсь.
3. Я схильний дотримуватися одного способу виконання завдань, навіть коли існують альтернативи.
 - 1 = Повністю не погоджуюсь.
 - 2 = Скоріше не погоджуюсь.
 - 3 = Не впевнений(на).
 - 4 = Скоріше погоджуюсь.
 - 5 = Повністю погоджуюсь.
4. Я охоче намагаюсь нові підходи до розв'язання проблем.
 - 1 = Повністю не погоджуюсь.
 - 2 = Скоріше не погоджуюсь.
 - 3 = Не впевнений(на).
 - 4 = Скоріше погоджуюсь.
 - 5 = Повністю погоджуюсь.
5. Мені важко адаптувати свої стратегії, якщо результат не відповідає очікуванням.
 - 1 = Повністю не погоджуюсь.
 - 2 = Скоріше не погоджуюсь.
 - 3 = Не впевнений(на).
 - 4 = Скоріше погоджуюсь.

- 5 = Повністю погоджуюсь.

Система оцінювання:

- Загальна оцінка ригідності мислення визначається за сумою балів за всі твердження.
- Високий рівень ригідності мислення: сума 20-25 балів.
- Помірний рівень: сума 10-19 балів.
- Низький рівень (висока когнітивна гнучкість): сума 5-9 балів.

Додаток 3

Опитувальник «Функціональний аналіз ОК-поведінки»

Інструкція: Оцініть, наскільки ви погоджуєтесь з кожним твердженням, використовуючи таку шкалу:

- 1 — зовсім не погоджуюсь
- 2 — радше не погоджуюсь
- 3 — важко сказати
- 4 — радше погоджуюсь
- 5 — повністю погоджуюсь

Твердження:

1. Я використовую повторювані дії для того, щоб краще сконцентрувати увагу.
2. Нав'язливі думки допомагають мені звернути увагу на важливі деталі, які я міг би пропустити.
3. Виконання ритуалів допомагає мені організувати свій день або завдання.
4. Коли я дію за певним ритуалом, мені легше уникнути помилок.
5. Я помічаю, що повторення певних дій допомагає мені краще запам'ятати важливу інформацію.
6. Нав'язливі дії допомагають мені заспокоїтися у ситуаціях, де складно швидко прийняти рішення.
7. Дотримання певних послідовностей у діях допомагає мені відчувати

більший контроль над ситуацією.

8. Після виконання ритуалів я відчуваюся більш зібраним та впевненим.
9. Я використовую нав'язливі перевірки (перевірка дверей, речей тощо), щоб компенсувати забудькуватість.
10. Нав'язливі думки часто підказують мені, як уникнути ризиків чи небезпек.
11. Ритуали допомагають мені краще справлятися зі змінами в оточенні або у завданнях.
12. Під час бойових завдань повторювані дії допомагали мені підтримувати увагу в стресових ситуаціях.
13. Я відчуваю, що ритуали допомагають мені планувати свої дії, коли інше планування стає важким.
14. Виконання однакових дій дає мені відчуття безпеки і передбачуваності.
15. У ситуаціях підвищеного стресу я більше покладаюся на ритуали та повторювану поведінку.
16. Я усвідомлюю, що певні нав'язливі дії допомагають мені компенсувати труднощі у швидкому перемиканні між завданнями.
17. Без виконання ритуалів я відчуваюся більш дезорганізованим або розгубленим.
18. Я вважаю, що моя нав'язлива поведінка частково допомагає мені адаптуватися до вимог служби або побуту.
19. Я вбачаю у своїй нав'язливій поведінці спосіб зберегти стабільність думок і дій у складних обставинах.
20. Я готовий працювати над зміною своєї ОК-поведінки лише за умови, що це не погіршить мої здібності до самоконтролю чи адаптації.

Обробка та інтерпретація результатів опитувальника «Функціональний аналіз ОК-поведінки».

Кожна відповідь оцінюється за шкалою від 1 до 5 балів:

- 1 бал — зовсім не погоджуюсь
- 2 бали — радше не погоджуюсь
- 3 бали — важко сказати
- 4 бали — радше погоджуюсь

- 5 балів — повністю погоджуюсь

Загальний бал обчислюється шляхом підсумовування балів за всіма 20 твердженнями. Максимальний можливий бал: 100 б. Мінімальний можливий бал: 20б.

Інтерпретація загального балу:

- 20-39 балів — низький рівень компенсаторної установки: нав'язлива поведінка не розглядається як засіб компенсації когнітивних труднощів.

- 40-59 балів — помірний рівень компенсаторної установки: часткова усвідомленість компенсаційної функції ОК-поведінки.

- 60-79 балів — високий рівень компенсаторної установки: військовослужбовець активно використовує ОК-поведінку як механізм компенсації дефіцитів уваги, пам'яті, планування тощо.

- 80-100 балів — дуже високий рівень компенсаторної установки: обсессивно-компульсивна поведінка має чітко виражену адаптивну функцію для подолання когнітивних труднощів.