

ПСИХОЛОГІЯ



Стаття та будь-який пов'язаний з нею опублікований матеріал поширюється за ліцензією Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0).
The article and any related published material are licensed under the Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0).

УДК 159.9

DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2026.65.20-25>

Олена КОЖЕДУБ, канд. соц. наук, доц.

ORCID ID: 0000-0001-7332-1727

e-mail: olenakozhedub@knu.ua

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Ольга СОКОЛІНА, канд. філос. наук

ORCID ID: 0000-0003-0566-8467

e-mail: olha.sokolina@knu.ua

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Людмила БЕЛІЧЕНКО, д-р філософії

ORCID ID: 0000-0002-3918-3831

e-mail: ludaua28@ukr.net

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

ОЗНАКИ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Вступ. З початком повномасштабного вторгнення РФ на територію України спостерігається активне використання зброї великої вибухової сили, яка сильно впливає на організм людини. Під дію такої зброї потрапляють як військовослужбовці, які здійснюють виконання завдань за призначенням, так і цивільні громадяни, які перебувають далеко від лінії бойового зіткнення. Одним із наслідків впливу такої потужної зброї є черепно-мозкова травма різного ступеня тяжкості. Така травма сприяє виникненню порушень емоційно-вольової, когнітивної та поведінкової сфери. У медичній науковій літературі існує достатня кількість публікацій, які присвячено діагностиці, лікуванню та реабілітації пацієнтів із черепно-мозковими травмами. Проте у психологічній науковій літературі спостерігається певний дефіцит таких наукових розвідок. Виняткової актуальності набувають дослідження, які пов'язані з особливостями прояву наслідків черепно-мозкової травми військовослужбовців, які отримали її під час виконання бойових завдань. Отже, мета статті полягає у психологічному аналізі ознак когнітивного дефіциту у військовослужбовців із черепно-мозковими травмами.

Методи. Для досягнення мети було використано теоретичні методи дослідження: аналіз, синтез, узагальнення, які дали змогу здійснити теоретичне дослідження особливостей прояву наслідків черепно-мозкової травми, отриманої військовослужбовцями під час виконання бойових завдань.

Результати. Узагальнено дані щодо особливостей прояву наслідків черепно-мозкової травми залежно від місця ураження та сили впливу вибухової хвилі. Автори наукової статті описують особливості прояву когнітивного дефіциту – порушення процесів пам'яті, мислення, уваги та сприйняття.

Висновки. Здійснено аналіз наукової медико-психологічної літератури, яка дала змогу з'ясувати природу черепно-мозкової травми військовослужбовців, що виконують завдання за призначенням і зазнають вибухової дії сучасної зброї; описано різновиди черепно-мозкової травми залежно від типу, ступеня тяжкості, характеру, а також наслідки черепно-мозкової травми на когнітивну сферу військовослужбовців, які спричиняють когнітивний дефіцит.

Ключові слова: когнітивний дефіцит, когнітивна сфера, порушення когнітивної сфери, черепно-мозкова травма, наслідки черепно-мозкової травми.

Вступ

Черепно-мозкова травма належить до актуальних медичних, соціальних і психологічних проблем сучасного суспільства. Починаючи з 2014 року, на території України ведуться активні бойові дії, під час яких використовується зброя великої вибухової сили. З березня 2014 по лютий 2022 року така зброя використовувалась переважно на сході України в районі бойових дій, а з початком повномасштабного вторгнення РФ активно обстрілює мирні українські міста та села, які розташовані на значній відстані від району бойових дій. У результаті таких обстрілів страждають і військові, і цивільні громадяни України. Одним із наслідків впливу такої зброї є черепно-мозкова травма – пошкодження мозку людини внаслідок удару, струсу, вибуху, проникаючого поранення або іншого механічного впливу, що істотно впливає на психіку людини, адже мозок є центром, який здійснює контроль емоцій, поведінки, мислення, пам'яті, уваги.

Ступінь і характер психічних змін залежить від тяжкості травми, локалізації ушкодження та індивідуальних особливостей постраждалого. Спостерігаються зміни в емоційно-вольовій (зміни настрою, депресія, тривожність, панічні напади, зниження вольових якостей), пізнавальній (порушення пам'яті, мислення, зниження інтелектуальної продуктивності), поведінковій сфері (імпульсивність, агресивність, дезінгібіція, регрес особистості та психічна інфантильність). Часто черепно-мозкова травма супроводжується психопатологічними проявами – невротичними симптомами (тривога, нав'язливі думки, фобії), психотичними проявами (галюцинації, марення), емоційним вигоранням і посттравматичними розладами. Частими наслідками черепно-мозкової травми є соціальна ізоляція, втрата працездатності, труднощі у спілкуванні, проблеми в сімейних стосунках, зниження самооцінки, почуття неповноцінності.

На жаль, у відкритих джерелах немає статистичних даних щодо кількості українців (і цивільних, і військових),

© Кожедуб Олена, Соколіна Ольга, Беліченко Людмила, 2026

які отримали черепно-мозкові травми внаслідок дій РФ. Однак за даними U.S. Department of Defense (DoD), за період із 2000 по серпень 2022 року було зафіксовано 463392 випадки черепно-мозкової травми у військово-службовців усіх родів військ армії США. Так, легка черепно-мозкова травма була виявлена у 381226 випадках (Brain Injury Association, n/d). На жаль, конкретних даних у відкритих інформаційних джерелах щодо таких травм серед військовослужбовців Збройних сил України немає.

Огляд літератури. Проблематика діагностики, лікування та мінімізації наслідків черепно-мозкової травми в різних категорій громадян активно досліджувалась і досліджується українськими вченими. Хоча треба зазначити, що досліджень на стику медицини та психології за останні десять років знайдено нами не так багато. Це, зокрема, дослідження О. Солоновича, який вивчав когнітивні функції у пацієнтів у проміжному та віддаленому періодах легкої черепно-мозкової травми (Солонович, 2017), Ю. Ячніка, який вивчав черепно-мозкову травму та психічні розлади, що стали наслідком уживання психоактивних речовин (Ячнік, & Пінчук, 2025). Проблеми гострої бойової контузійної черепно-мозкової травми було досліджено в монографії за загальною редакцією В. Коршняка (Коршняк, 2018), а особливості діагностики та лікування акубаротравми в умовах повномасштабної війни було описано К. Гуменюком (Гуменюк, 2024).

Методи

Автори використали комплекс методів теоретичного дослідження, як-от *аналіз, синтез та узагальнення*, що дали змогу здійснити теоретичне дослідження особливостей прояву наслідків черепно-мозкової травми, отриманої військовослужбовцями під час виконання бойових завдань.

Результати

Війна за незалежність України загострила проблему наслідків черепно-мозкової травми. Сьогодні ми обґрунтовано можемо стверджувати, що від таких наслідків страждає і цивільне населення у мирних містах, які зазнають комбінованих атак противника, і військово-службовці, які перебувають на лінії бойового зіткнення.

Як зазначають Т. Літовченко та інші, черепно-мозкова травма є актуальною проблемою охорони здоров'я громадян у багатьох країнах світу та однією з найпоширеніших причин смерті людей, які належать до різних вікових категорій (Літовченко та ін., 2024). Авторський колектив цієї публікації з посиланням на (Taylor et al., 2017) наголошує, що від наслідків черепно-мозкової травми, за даними американського центра з профілактики та контролю захворювань, страждає близько 3 мільйонів американців і більше 50 тисяч помирають щороку. Науковці наголошують, що наслідки черепно-мозкової травми є найрізноманітнішими – головний біль, погіршення зору, шум у вухах, труднощі з концентрацією уваги, втрата зорово-моторної координації, когнітивні порушення та афективні розлади тощо (Літовченко та ін., 2024).

Черепно-мозкова травма – це порушення функцій головного мозку, яке детерміноване травмою голови. До причин, які викликають черепно-мозкову травму, відносять найрізноманітніші травматичні події, такі як падіння, удар тупим або гострим предметом, вогнепальне поранення, вибух та інші зовнішні чинники (Потапова, 2024).

Як зазначає К. Потапова, черепно-мозкову травму класифікують таким чином:

- за типом – *відкриті* (виникають унаслідок пробиття черепа і захисних бар'єрів мозку, летальність від 70 до 90 %, процес лікування та відновлення складний і тривалий) та *закриті* (виникають без пошкодження ціліс-

ності черепа; різновиди – струс мозку, забій, дифузне аксональне ураження);

- за ступенем тяжкості травми. Для визначення ступеня тяжкості використовується шкала ком Глазго. Її показники: відкриття очей (1–4 бали); мовна реакція (1–5 балів); рухова реакція (1–6 балів). Більша сума балів указує на менший ступінь пригнічення свідомості, тому розрізняють: *легку черепно-мозкову травму* (13–15 балів) – свідомість ясна або помірно приглушена; *середню черепно-мозкову травму* (9–12 балів) – свідомість глибоко порушена, ступор; *тяжку* (3–8 балів); *кому*;
- за характером травми – *струс, забій, здавлювання, аксональне дифузне пошкодження головного мозку*;
- за типом отриманої травми – *ізолювана, поєднана, комбінована* (Потапова, 2024).

Легка черепно-мозкова травма зазвичай буває викликана ударом, падінням, різким поштовхом або зміною тиску від вибухової хвилі, що рухає мозок усередині черепної коробки. Така травма у багатьох випадках не є значною. За таких обставин втрата свідомості відсутня, амнезія після події спостерігається впродовж 10 хвилин. Може спостерігатись помірна нудота або блювання. Однак, на думку К. Потапової, терміни "м'який", "помірний", "важкий" використовуються для опису впливу травми на роботу мозку. Зазначимо, що *легка черепно-мозкова травма* – це серйозна травма, яка вимагає уваги. Наслідками легкої черепно-мозкової травми є: головний біль, сплутаність свідомості, шум у вухах, втома, порушення сну, зміни настрою, порушення поведінки, проблеми з концентрацією уваги й пам'яттю.

Черепно-мозкова травма середнього ступеня тяжкості зазвичай викликає втрату свідомості, яка може тривати більше 30 хвилин. Сплутаність свідомості, сильний головний біль, судоми, нудота (блювота), млявість, порушення координації рухів – усе це фізичні ознаки черепно-мозкової травми середнього ступеня тяжкості. Такий вид травм потребує своєчасного лікування. Без лікування стан може погіршитись.

Основною ознакою *важкої черепно-мозкової травми* є перебування без свідомості впродовж 24 годин і більше. Часто важка черепно-мозкова травма супроводжується серйозними ушкодженнями голови, переломами черепа. Також спостерігаються порушення психіки, амнезія, неможливість виконувати прості команди, розлади мовлення, парез кінцівок, підвищення артеріального тиску й серцевого ритму тощо (Потапова, 2024).

К. Потапова описує типи черепно-мозкової травми залежно від характеру. *Струс* – це легка черепно-мозкова травма, яка призводить до тимчасового пригнічення функцій мозку, менших змін рівня свідомості або психічного стану. Наслідками струсу мозку є порушення рівноваги та координації, погіршення пам'яті та рефлексів. *Забій* – тяжка форма черепно-мозкової травми. Основною ознакою такої травми є порушення структури тканин головного мозку, що супроводжується виникненням крововиливів. Ураження різних ділянок мозку можуть мати наслідки. Наприклад, ураження мозочка викликає головокружіння та блювоту, передцентральної звивини – порушення руху, ураження постцентральної звивини – порушення чутливості. *Здавлювання або стиснення* пов'язане з утворенням внутрішньомозкових гематом, набряком головного мозку або присутністю у ньому кісткових уламків. Такий вид травм може виникати також на тлі забою мозку. Така травма небезпечна вклиненням головного мозку, яке виникає внаслідок наростання внутрішньочерепного тиску. У тих, хто отримав здавлювання (стиснення) головного мозку, спостерігається

наростання неврологічних симптомів. Наслідками такої черепно-мозкової травми є інвалідність або навіть смерть (Потапова, 2024).

Ізольована травма характеризується механічним пошкодженням черепа й головного мозку. *Поєднана травма* характеризується ушкодженням органів і систем організму, наприклад щелепно-лицьовою, торакальною, абдомінальною, хребетно-спинномозковою травмою. *Комбінована черепно-мозкова травма* виникає внаслідок поєднання кількох видів енергії – механічної, термічної, променевої, хімічної, електричної тощо (Потапова, 2024).

Описані нами вище види черепно-мозкової травми проявляються по-різному. Наприклад, її *фізичними* симптомами можуть бути слабкість або труднощі з рухом рук, ніг, тіла, голови. Людини з такою травмою може бути важко сидіти, стояти, тримати рівновагу. Їй може бути важко пересуватись і змінювати положення тіла в ліжку. *Когнітивні* симптоми виявляються у труднощах із пам'яттю, увагою, розв'язанням проблем. *Сенсорні* проблеми – зміни у зорових, слухових, дотикових відчуттях. Спостерігаються порушення відчуття рівноваги, адже аналізатор таких відчуттів розташований у середньому вусі. *Емоційні й поведінкові* симптоми проявляються у труднощах із контролем емоцій і зміні особистості. Як зазначає К. Потапова, після отримання черепно-мозкової травми існує ризик *зміни свідомості* (кома, вегетативний стан, стан мінімальної свідомості, смерть мозку), *фізичних порушень* (судоми, запаморочення, головні болі, пошкодження кровоносних судин, інфекція мозкових оболонок, посттравматична епілепсія тощо), *когнітивних порушень* (порушення пам'яті, труднощі з навчанням, міркуванням, увагою або концентрацією, розв'язанням проблем, плануванням, прийняттям рішень), *емоційних змін* (безсоння, гнів, агресія, дратівливість, перепади настрою, тривога, депресія), *сенсорних порушень* (дзвін у вухах, труднощі з розпізнаванням предметів, порушення координації, сліпі плями, двоїння в очах, поколювання шкіри, біль або свербіж, запаморочення), *змін поведінки* (проблеми із самоконтролем, ризикована поведінка, труднощі у спілкуванні та інших соціальних ситуаціях) (Потапова, 2024).

З початком повномасштабного вторгнення РФ на територію України актуалізувалась проблема подолання наслідків черепно-мозкової травми як у військовослужбовців, так і у представників цивільного населення, які майже щодня піддаються впливу засобів вогневого ураження (дронові й ракетні атаки). Як зазначає К. Возніцина, пошкодження мозку вибуховою хвилею – найпоширеніша проблема від останнього століття, це свого роду "автограф війни" (Возніцина, 2023).

Попри те, що людський мозок зазнавав впливу зброї під час війн уже давно, тільки останнім часом проблема пошкодження мозку вибуховою хвилею стала центром наукових досліджень представників різних наук. Фундаторами таких досліджень стали Сполучені Штати Америки, які були активними учасниками майже всіх війн ХХ–ХХІ століть. Ґрунтовні дослідження розпочали американські університети, учені й лікарі. Серед цих поважних інституцій – Міністерство у справах ветеранів США, Науково-дослідний центр травматичних ушкоджень мозку і стресових розладів, Центр передового досвіду в галузі реабілітації травматичного ураження мозку ветеранів, Банк мозку. Починаючи з 2010 року у США, зокрема у Бостонському університеті, відкрита програма дослідження травм мозку.

Привертає увагу той факт, що в науковій літературі немає однозначності в термінології, яка б позначала таку

травму. Науковці вживають такі терміни, як *контузія*, *черепно-мозкова травма*, *забій*, *викликаний вибуховою хвилею*, тощо. Як зазначає К. Возніцина, коректна міжнародна назва наслідків струсу від вибухової хвилі – *посткомоційний синдром*. Дослідниця зазначає, що вплив вибухової хвилі на мозок має певні відмінності від ударів, які отримують спортсмени або люди, які потрапили у дорожньо-транспортну пригоду. Військовослужбовці, мозок яких зазнав впливу вибухової хвилі, часто страждають на *акубаротравму*, тобто мають ураження слухового та вестибулярного апаратів.

К. Возніцина у своїй публікації розглядає біофізику вибухової травми мозку. Вона зазначає, що відбувається гідродинамічний удар, під час якого сила вибухової хвилі передається на порожнини й оболонки мозку, які заповнені рідиною. Таким чином утворюються "лікворні хвилі", які спричиняють перепади гідростатичного тиску. Далі відбувається переміщення в замкненій порожнині мозку – перерозподіл цього тиску. Після того як ударна хвиля минає, тиск різко знижується та виникає кавітація, а потім відбувається процес, який схожий на "лопання газових кульок". Погіршує стан ротація (прокручування) півкулі мозку відносно його менш рухливих серединних структур. Часто у військовослужбовців, які зазнали впливу вибухової хвилі, спостерігається "протиудар", у результаті якого пошкоджень зазнають нейрони й судини мозку (Возніцина, 2023).

Досліджуючи структуру когнітивної сфери, Д. Добропольська зазначає, що в педагогічній і психологічній науках таким терміном позначається "сфера психології людини, яка пов'язана з її пізнавальним процесом і свідомістю, яка включає в себе знання людини про світ і саму себе". А елементами такої сфери є відчуття, сприймання, мислення, уява (Добропольська, 2015). Реалізуючи мету нашого дослідження, розглянемо особливості впливу черепно-мозкової травми на когнітивну сферу військовослужбовців.

Прийнято вважати, що небезпечною для здоров'я та нормального функціонування психіки військовослужбовця є легка черепно-мозкова травма, адже зовнішніх ознак травмування часто не видно. Вплив черепно-мозкової травми на *пам'ять* залежить від тяжкості травми, локації ураження та індивідуальних особливостей військовослужбовців (вік, попередній рівень когнітивного розвитку, швидкість надання медичної допомоги). Черепно-мозкова травма зазвичай викликає ретроградну, антероградну амнезію, спричиняє порушення короткочасної та робочої пам'яті й може спричинити порушення тривалої пам'яті.

Ретроградна амнезія – це втрата спогадів військовослужбовців про події, які відбулися до травми. Спостерігається пряма залежність між тяжкістю травми й обсягом інформації, яка втрачена. *Антероградна амнезія* виявляється у нездатності військовослужбовців запам'ятовувати нову інформацію після травми. Такий вид втрати пам'яті пов'язаний із травмуванням гіпокампа або медіальних скроневих структур.

Результатом впливу черепно-мозкової травми є *порушення короткочасної пам'яті* військовослужбовців. Наприклад, їм важко виконати послідовність дій. Зниження тривалої пам'яті військовослужбовців унаслідок впливу черепно-мозкової травми проявляється через часткове стирання вже засвоєних знань, зменшення доступності спогадів або труднощі з їх відтворенням.

Як зазначають Є. Забенько, А. Атамас, Т. Півнева (Забенько, Атамас, & Півнева, 2017), вплив травми буває різним. Так, при пошкодженні гіпокампа у військово-

службовців спостерігається порушення структури, яка відповідає за формування нових спогадів. У разі порушення зв'язків між лобовими та скроневими ділянками спостерігається зниження контролю над процесами запам'ятовування та пригадування. У разі аксіонального ушкодження відбуваються мікроскопічні розриви нервових волокон, які ускладнюють передання сигналів між ділянками мозку. Порушення кровопостачання і набряк мозку тимчасово або постійно знижують когнітивну активність. У табл. 1 наведено приклади наслідків втрати пам'яті відповідно до локалізації черепно-мозкової травми.

Таблиця 1

Порушення пам'яті залежно від ділянки ураження мозку

Ділянка мозку	Тип порушення пам'яті
Гіпокамп	Втрата здатності до запам'ятовування нового (антероградна амнезія)
Скронева частка	Порушення зорово-слухових спогадів
Лобова частка	Проблеми з організацією, відтворенням і контролем пам'яті
Тім'яна частка	Труднощі з просторовою пам'яттю
Таламус і гіпоталамус	Змішана амнезія, дезорієнтація

Відновлення пам'яті може бути частковим або повним, залежно від глибини ураження. Цікавим фактом є те, що найкраще повертаються старі спогади, тоді як формування нових може залишатися проблемним (Забенько, Атамас, & Півнева, 2017).

Реалізація мети нашого дослідження вимагає від нас характеристики наслідків впливу черепно-мозкової травми на процес мислення військовослужбовців. Так, у результаті черепно-мозкової травми відбувається ураження мозкових структур військовослужбовців, що порушує нормальну роботу їхніх когнітивних процесів. Ступінь змін також залежить від тяжкості травми, локалізації ураження та індивідуальних особливостей постраждалого.

Черепно-мозкова травма суттєво впливає на мислення військовослужбовців, зокрема спостерігається зниження швидкості мислення, вони починають повільніше обробляти інформацію, їм складніше приймати рішення або робити висновки. Також спостерігаються труднощі з мисленевими операціями – аналізом, порівнянням, узагальненням і класифікацією даних. Мислення стає менш гнучким і більш стереотипним. Черепно-мозкова травма, яка є наслідком дії вибухової хвилі й отримана військовослужбовцями під час виконання бойових завдань, зменшує їхню здатність до планування та прогнозування своїх дій. Зокрема, виникають труднощі з послідовністю дій або організацією виконання складних завдань. Також спостерігається порушення абстрактного мислення. Військовослужбовці можуть добре оперувати конкретними фактами, але відчувати труднощі з оперуванням і розумінням символічних, узагальнених чи метафоричних понять. У поведінці військовослужбовців із черепно-мозковою травмою спостерігається зниження самоконтролю. Виявляється це через поспіхом висловлені думки без попереднього обдумування або перевірки. Військовослужбовці з таким ураженням мозку не помічають своїх помилок, часто переоцінюють власні можливості. У деяких випадках спостерігається втрата впевненості у собі та власних силах.

У багатьох військовослужбовців, які зазнали травм мозку, спостерігається порушення мисленевої гнучкості. Їм важко переходити від однієї ідеї до іншої, важко пристосовуватись до нових обставин чи змінювати хід

міркувань. У легких випадках описані нами прояви порушення мислення можуть бути тимчасовими, а при тяжких травмах – зберігатись тривалий час або набувати стійкого характеру (Саржевський, 2019).

Отримані військовослужбовцями черепно-мозкові травми часто призводять до помітних порушень уваги, адже вражаються ділянки мозку, які відповідають за її регуляцію. Це, у першу чергу, лобові, тім'яні частки та ретикулярна формація. Ступінь порушень також залежить від тяжкості травми, локації ураження та часу, що минув після неї.

Характеризуючи наслідки черепно-мозкової травми, зазначимо, що військовослужбовцям із таким видом травми важко тривалий час зосереджуватись на одному завданні або одному об'єкті. Військовослужбовці швидко відволікаються на сторонні подразники. Також спостерігається зменшення обсягу уваги – сприймається та оброблюється значно менша кількість інформації, ніж до травмування. Це, своєю чергою, створює труднощі у виконанні завдань, які потребують одночасного контролю кількох аспектів. Спостерігається порушення переключення уваги. Військовослужбовці мають труднощі з переходом від одного виду діяльності до іншого. Це, у свою чергу, негативно впливає на багатозадачні або змінні умови роботи. У військовослужбовців після травми когнітивні зусилля викликають швидке виснаження, що проявляється у зниженні продуктивності вже за короткий час. Фіксується також нестійкість або фрагментарність уваги, які проявляються у чергуванні періодів зосередженості та розсіяності, а це, своєю чергою, ускладнює виконання військовослужбовцями повсякденних видів діяльності. Одним із наслідків впливу черепно-мозкової травми на процеси уваги військовослужбовця є порушення вибірковості уваги – труднощі з ігноруванням неважливих стимулів. Військовослужбовці реагують на всі подразники, навіть на несуттєві, що створює перевантаження інформацією (Мао, 2025).

Зазначимо, що отримані військовослужбовцями черепно-мозкові травми суттєво впливають на сприйняття (зорові, слухові, нюхові, дотикові, просторові, часові), адже фізичного впливу зазнають ділянки головного мозку, які відповідають за оброблення сенсорної інформації. На ступінь порушення впливає тяжкість черепно-мозкової травми, локалізація впливу та індивідуальні особливості мозку.

Розглянемо порушення сприйняття залежно від аналізатора. Так, *зорові відчуття* – це сприйняття світла та кольору, які виникають у результаті дії світлових променів на сітківку ока. Це один з основних способів отримання інформації про навколишній світ, що дає змогу людині розрізнати освітленість, колір, розміри, форму й розташування предметів у просторі. Порушеннями зорового сприйняття військовослужбовців, які отримали черепно-мозкову травму, є зниження гостроти зору, двоїння в очах, труднощі з упізнанням об'єктів або облич, порушення сприйняття простору (напр. дезорієнтація у просторі, плутанина з напрямками право-ліво, помилки в оцінюванні відстані або розмірів предметів).

Слухові відчуття – це сприйняття звуків навколишнього світу за допомогою органу слуху (вуха), що дає змогу людині орієнтуватися, спілкуватися та отримувати інформацію про події. Це один із базових процесів пізнання, який відбувається завдяки перетворенню звукових коливань на нервові імпульси, що потрапляють до мозку, який їх інтерпретує. У військовослужбовців, які отримали черепно-мозкову травму, спостерігаються такі порушення слухового сприйняття, як зниження слуху або

гіперчутливість до звуків, труднощі в розпізнаванні мовлення (напр. чує, але не розуміє змісту сказаного), дзвін у вухах (тинітус).

Відомо, що значну частину інформації людина отримує через *тактильні відчуття* – відчуття дотику, тиску, температури. Усі ці відчуття виникають від механічного впливу на шкіру. Це ще один зі шляхів взаємодії людини з оточуючим світом. Вони допомагають сприймати найрізноманітніші характеристики оточуючих предметів, формувати уявлення про тіло та впливають на емоційний стан. У військовослужбовців, які мають пошкодження мозку внаслідок участі в бойових діях, спостерігаються порушення тактильного сприйняття – спотворення, а в деяких випадках – і втрата чутливості до дотиків, болю, температури; неможливість розпізнати предмети на дотик (тактильна агнозія).

Смакові відчуття – процес, у якому розчинені в рідині хімічні речовини взаємодіють зі смаковими рецепторами в ротовій порожнині, надсилаючи сигнали у мозок. Людина здатна розрізнати кислий, солодкий, солоний і гіркий смаки. Сприйняття смаку тісно пов'язане з нюховими відчуттями й має захисну функцію – допомагає відрізнити небезпечні речовини. *Нюхові відчуття* – це складний процес сприйняття запахів, який починається з того, що молекули запахових речовин потрапляють до носа, де активують нюхові рецептори. Ці рецептори надсилають сигнали до мозку, де відбувається їх аналіз і формування сприйняття запаху. У військовослужбовців, які отримали черепно-мозкову травму, також спостерігаються порушення смакового й нюхового сприйняття – зниження або втрата нюху (аносмія) чи спотворене сприйняття запахів, порушення смакових відчуттів, коли знайомі смаки здаються "іншими" або неприємними.

Ще одним із видів сприйняття є *сприйняття часу та простору*, які є суб'єктивними пізнавальними процесами, що відображають зовнішній світ. Так, *сприйняття простору* дає змогу орієнтуватись у ньому, сприймати відстань, форму, напрямок руху предметів. *Спри-няття часу* – це відображення послідовності подій, яке залежить від внутрішніх біологічних ритмів і попереднього досвіду. У військовослужбовців, які отримали черепно-мозкову травму, спостерігаються такі порушення просторово-часового сприйняття, як дезорганізація у просторі (важко зрозуміти, де людина знаходиться), порушення сприйняття часу (здається, що події відбуваються або занадто швидко, або занадто повільно). Зазначимо, що після отримання черепно-мозкової травми у військовослужбовців спостерігається спотворене або уповільнене сприйняття загалом – затримка реакцій на зовнішні стимули, перевантаження від надлишку сенсорної інформації; можлива поява галюцинацій або ілюзій при ураженні скроневих і потиличних ділянок мозку. Сприйняття часто стає неточним, уповільненим або спотвореним, що, у свою чергу, ускладнює орієнтацію, спілкування, взаємодію з навколишнім середовищем. Проте реабілітація такої категорії військовослужбовців може допомогти частково або повністю відновити функцію сприйняття інформації (Гавенко та ін., 2015).

Усе вищезазначене дає змогу дати визначення поняттю *когнітивний дефіцит при черепно-мозкових травмах у військовослужбовців – учасників бойових дій* – це зниження або порушення пізнавальних функцій (пам'яті, уваги, мислення, мовлення, сприйняття), яке виникло у військовослужбовців – учасників бойових дій унаслідок отримання ними

черепно-мозкової травми під час бойових дій та обумовлено ступенем і локацією травмування.

Дискусія і висновки

Наслідки впливу черепно-мозкової травми на різні сфери діяльності людини є однією з актуальних проблем сучасної України. Сьогодні ми всі є свідками терористичних атак РФ, яка використовує зброю великої вибухової сили. Впливу останньої зазнають представники всіх верств населення – і військовослужбовці, які виконують завдання за призначенням, і цивільні громадяни, які живуть і працюють у глибокому тилу. Метою цієї публікації був аналіз наукової літератури, яка характеризує природу черепно-мозкової травми, розкидає особливості прояву її наслідків. Так, нами було з'ясовано, що *черепно-мозкова травма* є порушенням функцій головного мозку і класифікується за типом, ступенем тяжкості й характером.

Було встановлено, що черепно-мозкова травма, яку отримали військовослужбовці під час виконання завдань за призначенням, негативно впливає на їхню поведінку, емоційну й когнітивну сфери. Під час роботи з такою категорією військовослужбовців медичні працівники та психологи виявляють когнітивний дефіцит – зниження або порушення таких пізнавальних функцій, як пам'ять, увага, мислення, мовлення, сприйняття. Автори публікації описали порушення зазначених пізнавальних функцій.

У майбутньому ми плануємо здійснити опис особливостей застосування методик, які б мінімізувати наслідки впливу черепно-мозкової травми на когнітивну сферу військовослужбовців.

Внесок авторів: Олена Кожедуб – написання (оригінальна чернетка); Ольга Соколіна – написання (перегляд і редагування); Людмила Беліченко – написання (перегляд і редагування).

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

Список використаних джерел

- Возніцина, К. (2023). *Що таке "контузія"? Міфи та реальність*. <https://tseok.com.ua/veteran/concussion>
- Гавенко, В. Л., Бітенський, В. С., Абрамов, В. А., Влох, І. Й., Кожина, Г. М., Коростій, В. І., Мозгова, Т. П., Напреєнко, О. К., Самардакова, Г. О., Сінайко, В. М., Спіріна, І. Д., & Юр'єва, Л. М. (2015). *Психіатрія і наркологія*. ВСВ "Медицина".
- Гуменюк, К. В. (Ред.). (2024). *Акубаротраума в умовах повномасштабної війни. Лікувально-діагностична тактика на першому та другому рівнях медичного забезпечення*. Командування мед. сил [та ін.]. Вид-во "Людмила".
- Добропольська, Д. О. (2015). Поняття когнітосфери. Когнітосфера термінознавства як фрагмент когніції у науковій картині світу. *Термінологічний вісник*, 3(1), 94–100.
- Забенько, Є. Ю., Атамас, А. В., & Півнева, Т. А. (2017). Легка черепно-мозкова травма: загальна характеристика, нейродегенеративні наслідки та моделювання. *Фізіологічний журнал*, 63(3), 80–86.
- Клініка реабілітації R-Clinic (б/д). Наслідки черепно-мозкових травм. <https://r-medical365.org/neurology/naslidky-cherepno-mozkovykh-travm>
- Коршняк, В. О. (Ред.). (2018). *Гостра бойова контузійна черепно-мозкова травма: патогенез, діагностика, лікування*. ФОП Лібуркіна Л. М.
- Літовченко, Т. А., Мар'єнко, Л. Б., Дубенко, А. Є., Літовченко, А. В., & Мар'єнко, К. М. (2024). Черепно-мозкова травма мирного та воєнного часу. Перспективи протинападкових препаратів у профілактиці та лікування посттравматичної епілепсії. *Медицина невідкладних станів*, 20, 6. http://www.mif-ua.com/archive/article_print/53859
- Мао, Г. (2025). *Черепно-мозкова травма*. <https://www.msmanuals.com/uk/professional/injuries-poisoning/traumatic-brain-injury-tbi/traumatic-brain-injury-tbi>
- Потапова, К. (2024). *Черепно-мозкова травма: реабілітація, симптоми та наслідки*. <https://gmka.org/uk/articles/cherepno-mozkova-travma-reabilitatsiya-symptomy-ta-naslidky>
- Саржевський, С. Н. (2019). *Психологія та патологія мислення*. Запоріжжя.
- Солонович, О. С. (2017). *Когнітивні функції у пацієнтів в проміжному та віддаленому періодах легкої черепно-мозкової травми*

(нейрофізіологічні та нейропсихологічні критерії) [Автореф. дис. канд. мед. наук, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика].

Ячник, Ю. В., & Пінчук, І. Я. (Упоряд.). (2025). *Черепно-мозкова травма та психічні й поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин: установа зв'язків*. ВПЦ "Київський університет".

Brain Injury Association. (n/d). *DOD Numbers for Traumatic Brain Injury Worldwide – Totals*. <https://www.biamo.org/wp-content/uploads/2023/01/Military-Worldwide-TBI-Numbers-2000-2022-Q2.pdf>

Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J., & Xu, L. (2017). Traumatic brain injury-related emergency department visits, hospitalizations, and deaths – United States, 2007 and 2013. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 66, 1–16.

References

Brain Injury Association. (n/d). *DOD Numbers for Traumatic Brain Injury Worldwide – Totals*. <https://www.biamo.org/wp-content/uploads/2023/01/Military-Worldwide-TBI-Numbers-2000-2022-Q2.pdf>

Dobropolska, D.O. (2015). The concept of the cognitosphere. The cognitosphere of terminology as a fragment of cognition in the scientific picture of the world. *Terminological Bulletin*, 3(1), 94–100 [in Ukrainian].

Gavenko, V. L., Bitensky, V. S., Abramov, V. A., Vlokh, I. Y., Kozhina, G. M., Korostii, V. I., Mozgova, T. P., Napreyenko, O. K., Samardakova, G. O., Sinaiko, V. M., Spirina, I. D., & Yuryeva, L. M. (2015). *Psychiatry and narcology*. VSV "Medicine" [in Ukrainian].

Gumenyuk, K. V. (Ed.). (2024). *Acubarotrauma in conditions of full-scale war. Treatment and diagnostic tactics at the first and second levels of medical support*. Command of the medical forces [and others]. Lyudmila Publishing House [in Ukrainian].

Korshniak, V. O. (Ed.). (2018). *Acute combat concussion craniocerebral trauma: pathogenesis, diagnostics, treatment*. FOP Liburkina L. M. [in Ukrainian].

Litovchenko, T. A., Mar'enko, L. B., Dubenko, A. E., Litovchenko, A. V., & Mar'enko, K. M. (2024). Traumatic brain injury in peacetime and wartime. Prospects for anticonvulsant drugs in the prevention and treatment of post-

traumatic epilepsy. *Emergency Medicine*, 20, 6 [in Ukrainian]. http://www.mif-ua.com/archive/article_print/53859

Mao, G. (2025). *Traumatic brain injury* [in Ukrainian]. <https://www.msmanuals.com/uk/professional/injuries-poisoning/traumatic-brain-injury-tbi/traumatic-brain-injury-tbi>

Potapova, K. (2024). *Traumatic brain injury: rehabilitation, symptoms and consequences* [in Ukrainian]. <https://gmka.org/uk/articles/cherepno-mozkova-travma-reabilitatsiya-symptomy-ta-naslidky>

R-Clinic Rehabilitation Clinic. (n/d). Consequences of traumatic brain injuries [in Ukrainian]. <https://r-medical365.org/neurology/naslidky-cherepno-mozkovyh-travm>

Sarzhovsky, S. N. (2019). *Psychology and pathology of thinking*. Zaporizhzhia [in Ukrainian].

Solonovych, O. S. (2017). *Cognitive functions in patients in the intermediate and remote periods of mild traumatic brain injury (neurophysiological and neuropsychological criteria)* [Author ref. Dissertation of PhD (Medical), P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education] [in Ukrainian].

Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J., & Xu, L. (2017). Traumatic brain injury-related emergency department visits, hospitalizations, and deaths – United States, 2007 and 2013. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 66, 1–16.

Voznitsyna, K. (2023). *What is "concussion"? Myths and reality* [in Ukrainian]. <https://tseok.com.ua/veteran/concussion>

Yachnik, Y. V., & Pinchuk, I. Ya. (Editor). (2025). *Traumatic brain injury and mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances: establishing connections*. PPC "Kyiv University" [in Ukrainian].

Zabenko, E. Yu., Atamas, A. V., & Pivneva, T. A. (2017). Mild traumatic brain injury: general characteristics, neurodegenerative consequences and modeling. *Physiological Journal*, 63(3), 80–86 [in Ukrainian].

Отримано редакцією журналу / Received: 30.01.26

Прорецензовано / Revised: 09.02.26

Схвалено до друку / Accepted: 19.02.26

Опубліковано / Published: 30.03.26

Olena KOZHEDUB, PhD (Sociol.), Assoc. Prof.

ORCID ID: 0000-0001-7332-1727

e-mail: olenakozhedub@knu.ua

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Olha SOKOLINA, PhD (Philos.)

ORCID ID: 0000-0003-0566-8467

e-mail: olha.sokolina@knu.ua

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Liudmyla BELICHENKO, PhD

ORCID ID: 0000-0002-3918-3831

e-mail: ludaua28@ukr.net

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

SIGNS OF COGNITIVE DEFICIT IN MILITARY PERSONNEL WITH BRAIN INJURY

B a c k g r o u n d . Since the beginning of the full-scale invasion of the Russian Federation into the territory of Ukraine, there has been an extensive use of high-explosive weapons that exert strong impact on the human body. Both military personnel performing assigned tasks and civilians located far from the contact line are exposed to such weapons. One of the consequences of exposure to such powerful weapons is traumatic brain injury of varying severity. Such injury contributes to the emergence of disorders of the emotional-volitional, cognitive and behavioral domains. In the medical scientific literature, there is a sufficient number of publications devoted to the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with traumatic brain injuries. However, in the psychological scientific literature, there is a certain shortage of such scientific research. Of particular relevance are studies related to the features of the manifestation of the consequences of traumatic brain injury in servicemen who received it while executing combat mission. Therefore, the purpose of the article is to psychologically analyze the signs of cognitive deficit in servicemen with traumatic brain injuries.

M e t h o d s . To achieve the objective, theoretical research methods were employed, including analysis, synthesis, generalization, which made it possible to conduct a theoretical examination of the features of the traumatic brain injury consequences sustained by servicemen during combat operations.

R e s u l t s . The data on the characteristics of the manifestation of the traumatic brain injury consequences depending on the site of injury and the intensity of the blast wave impact were systematized. The authors of the scientific article describe the features of the cognitive deficit manifestation: impaired memory, thinking, attention, and perception processes.

C o n c l u s i o n s . An analysis of medical and psychological scientific literature was conducted, enabling clarification of the nature of traumatic brain injury in servicemen who perform assigned tasks and are exposed to the blast effects of modern weapons; types of traumatic brain injury are characterized depending on the type, severity, and nature of injury; the cognitive consequences of traumatic brain injury in military personnel were described, which collectively represent cognitive deficit.

K e y w o r d s : cognitive deficit, cognitive domain, cognitive domain impairments, traumatic brain injury, consequences of traumatic brain injury.

Ольга Соколина є відповідальним редактором видання, тому не брала участі у рецензуванні та прийнятті рішення щодо публікації цієї статті.

Olha Sokolina is the editor-in-chief, therefore did not take part in the peer-review process or in the decision to publish of this article.

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

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