

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра на тему:
«РОЛЬ МЕТАКОГНІТИВНИХ НАВИЧОК У ЗАПОБІГАННІ
ВИНИКНЕННЯ ПТСР»

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМПс-21
спеціальності 053 «Психологія»

Гуцалюк Тетяна Володимирівна

Керівник – доктор психологічних наук, професор
Балашов Едуард Михайлович

Рецензент – доктор психологічних наук, професор
Савелюк Наталія Михайлівна

Допущено до захисту:

Завідувач кафедри: _____

Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2025 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТАКОГНІТИВНИХ НАВИЧОК У ЗАПОБІГАННІ ВИНИКНЕННЯ ПТСР	13
1.1 Посттравматичний стресовий розлад як психічний феномен	13
1.2 Метакогнітивні навички як ресурс саморегуляції у стресогенних ситуаціях: понятійна природа, структура, функції	18
1.3 Аналіз зарубіжних і вітчизняних досліджень теоретичних моделей взаємозв'язку між метакогнітивною регуляцією та симптомами ПТСР	24
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2 КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МЕТАКОГНІТИВНИХ НАВИЧОК І ПРОЯВІВ ПТСР	29
2.1 Організація та методологічне забезпечення емпіричного дослідження: опис вибірки респондентів, методи, інструментарій	29
2.2 Рівень сформованості метакогнітивних навичок та його взаємозв'язок із симптомами посттравматичного стресового розладу	39
2.3 Аналіз емпіричних даних, статистичне опрацювання та інтерпретація результатів	50
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3 ФОРМУВАЛЬНИЙ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК МЕТАКОГНІТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНОГО РЕСУРСУ В ПОДОЛАННІ ПТСР	57
3.1 Теоретичне обґрунтування та принципи побудови психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок	57
3.2 Зміст, структура та реалізація формувального впливу	62

3.3 Порівняльний аналіз результатів до та після впровадження психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок	67
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	86
Додаток А Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ)	86
Додаток А1 Опитувальник впливу події (IES-R)	87
Додаток А2 Шкала сприйняття стресу Ш. Коена (PSS)	88
Додаток Б Інформована згода на участь у психопрофілактичній програмі з розвитку метакогнітивних навичок «МетаКогніТренінг»	89
Додаток В План заняття № 5 «Метакогнітивне дистанціювання»	90
Додаток Г Кореляційна матриця основних показників дослідження	93

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- Гіп – гіперактивація
 ЕР – емоційна регуляція
 ЗІ – звинувачення інших
 ЗСУ – Збройні Сили України
 Інт – інтрузії
 ІС – інфернальні стратегії
 КАТ – катастрофізація
 КР – комунікативна регуляція
 КС – когнітивне самоусвідомлення
 МКХ – Міжнародна класифікація хвороб
 НКВ – нестача когнітивної впевненості
 НКД – необхідність контролювати думки
 НПН – негативні переконання щодо неконтрольованості та небезпеки думок
 ОДЕС – опитувальник діагностики есенційної саморегуляції
 ППЕ – позитивна переоцінка
 ППЗ – позитивні переконання щодо занепокоєння
 ППФ – позитивне перефокусування
 ПР – поведінкова регуляція
 ПРЙ – прийняття
 ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
 ПТСР-заг. – загальний показник ПТСР
 РУМ – румінації
 РУП – розгляд у перспективі
 САО – самообвинувачення
 СБ – соціальна бажаність
 Ун – уникання
 ФПЛ – фокусування на плануванні
 PSS-заг. – загальний рівень суб’єктивного стресу

ВСТУП

У дослідницькому просторі останні роки позначені значним зростанням наукового інтересу до проблеми посттравматичного стресового розладу, що пов'язано зі збільшенням кількості збройних конфліктів у світі, зокрема, й повномасштабною війною в Україні. Згідно досліджень М. Брюїна, Б. Ендрюса, Дж. Валентайна, О. Михайлової, військовослужбовці, перебуваючи в умовах активних бойових дій стали вразливою групою щодо розвитку ПТСР [56]. Водночас, це не лише погіршує якість їхнього життя, але й суттєво ускладнює професійне функціонування, адаптацію до мирного життя після демобілізації, а в окремих випадках може призводити навіть до суїцидальної поведінки.

Саме тому **актуальність теми нашого дослідження** зумовлена нагальною потребою пошуку ефективних способів первинної психологічної профілактики ПТСР серед діючих військовослужбовців. У цьому контексті дедалі більшої уваги набуває вивчення метакогнітивних навичок як ресурсу для підтримання психічної стійкості, формування адекватних стратегій саморегуляції, а також зниження вразливості до травматичних подій [26, с. 43].

Науковці Дж. Флевелл, А. Веллс вказували, що метакогніція розглядається як здатність особистості усвідомлювати, контролювати й регулювати власні когнітивні процеси. Вона включає такі компоненти, як метакогнітивні знання, метакогнітивний моніторинг та саморегуляцію [34, с. 75]. У дослідженні С. Сембі в контексті психотравми метакогнітивні переконання (зокрема, надмірна увага до негативних думок, катастрофізація, переконання про неконтрольованість мислення) відіграють важливу роль у формуванні дезадаптивних емоційних реакцій та, відповідно, можуть бути предикторами розвитку ПТСР.

За результатами досліджень А. Веллса, П. Фішера, П. Георгіоса саме дезадаптивні метакогнітивні переконання сприяють формуванню, так званих, «порочних кіл мислення», які посилюють симптоматику ПТСР. Водночас, на

думку Г. Нурдааль, В. Гульбрандсен, інтервенції, що спрямовані на розвиток адаптивних метакогнітивних навичок, зокрема в межах метакогнітивної терапії, демонструють позитивні результати в запобіганні та зменшенні симптомів посттравматичних стресових розладів.

В українському науковому дискурсі питання впливу метакогніції на психічне здоров'я військових також привертає все більше уваги. Зокрема, у роботах Т. Титаренко, С. Максименка, О. Бондарчук, Л. Карамушки досліджуються ресурси стресостійкості та психологічного відновлення в умовах військового конфлікту. Актуальними залишаються також праці О. Сніцар, де метакогнітивна гнучкість розглядається як чинник профілактики травматизації.

Сучасні міждисциплінарні дослідження Т. Ерінга, А. Елерса, А. Веллса вказують, що здатність військовослужбовця усвідомлено аналізувати власний стан, розпізнавати деструктивні автоматизовані думки та впроваджувати конструктивні способи реагування є критично важливою умовою адаптації в бойових умовах. Саме тому розвиток метакогнітивних навичок може виступати як превентивна стратегія, що дозволяє своєчасно нейтралізувати потенційні психотравматичні наслідки.

Таким чином, дослідження ролі метакогнітивних навичок у запобіганні посттравматичних стресових розладів є науково обґрунтованим і соціально значущим завданням, що поєднує теоретичну новизну з практичною доцільністю. Результати нашого дослідження можуть бути інтегровані у програми підготовки та психологічної підтримки військовослужбовців Збройних Сил України з метою формування психоемоційної стійкості та зниження ризиків розвитку посттравматичних розладів.

Об'єкт дослідження – метакогнітивні навички.

Предмет дослідження – роль метакогнітивних навичок у процесі запобігання виникненню ПТСР у військовослужбовців.

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати метакогнітивні навички військовослужбовців у контексті запобігання виникненню посттравматичного стресового розладу; визначити взаємозв'язок між рівнем сформованості

метакогнітивних навичок і схильністю до ПТСР, а також експериментально перевірити ефективність психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок у межах формувального етапу дослідження.

Досягнення мети дослідження передбачало розв'язання таких **завдань**:

- 1) ознайомитися з теоретичними підходами до вивчення концепції метакогнітивних навичок у сучасній психології, розкрити сутність, структуру та функції метакогнітивних навичок;
- 2) проаналізувати науково-теоретичні підходи до вивчення поняття посттравматичного стресового розладу, зокрема у військовослужбовців, та визначити психологічні чинники, що впливають на його виникнення;
- 3) емпірично визначити взаємозв'язок між рівнем розвитку метакогнітивних навичок та індикаторами ПТСР;
- 4) розробити, апробувати та оцінити ефективність психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок «МетаКогніТренінг» як ресурсу запобігання ПТСР.

Гіпотеза дослідження: припускається, що метакогнітивні навички виступають значущим психологічним ресурсом у запобіганні виникненню посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Відповідно, високий рівень їхньої сформованості (усвідомлення, контроль та регуляція власного мислення) асоціюється з нижчим рівнем симптоматики ПТСР, а цілеспрямований розвиток метакогнітивних навичок у межах формувального впливу сприятиме зниженню психотравматичних проявів та підвищенню стресостійкості у військовослужбовців.

Для досягнення мети дослідження, розв'язання поставлених завдань, перевірки гіпотези та реалізації експериментальної частини роботи нами було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних **методів дослідження**, які взаємодоповнювали один одного:

1. *теоретичні методи*: аналіз та синтез наукової літератури з проблематики ПТСР, метакогнітивних процесів та психології військовослужбовців; порівняння вітчизняних та зарубіжних підходів до

профілактики ПТСР; узагальнення емпіричних досліджень, що стосуються метакогнітивної терапії та метакогнітивної регуляції; моделювання структури впливу метакогнітивних навичок на розвиток симптоматики ПТСР.

2. *емпіричні методи*: спостереження за поведінкою та емоційним станом учасників у процесі діагностики та формувального впливу; бесіда та анкетування з метою збору додаткової якісної інформації про внутрішні переживання військовослужбовців; психодіагностичні методики:

метакогнітивний опитувальник-30 (MCQ-30) А. Веллса (адаптація О. Савченко, Д. Лавриненко) з метою визначення рівня метакогнітивних переконань;

опитувальник впливу події (IES-R) для оцінки симптомів ПТСР;

опитувальник діагностики есенційної саморегуляції І. Кочарян, В. Сервінського, спрямований на діагностику психічних ресурсів есенційної саморегуляції людини – системи психічної саморегуляції, що забезпечує реалізацію тенденції до само актуалізації [31];

опитувальник когнітивної регуляції емоцій (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ) призначений для виявлення та діагностування частоти використання виділених стратегій регуляції емоцій в певних стресових ситуаціях;

шкала сприйняття стресу Ш. Коена (PSS) для оцінки суб'єктивного сприйняття рівня стресу протягом останнього місяця [64].

Констатувальний експеримент з метою виявлення наявного рівня метакогнітивних навичок і симптоматики ПТСР у вибірці військовослужбовців. Формувальний експеримент полягав у реалізації програми розвитку метакогнітивних навичок із подальшою перевіркою змін за допомогою повторного тестування.

3. *Методи математичної та статистичної обробки даних*: кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона) для виявлення взаємозв'язку між рівнем метакогнітивних навичок і показниками ПТСР; t-критерій Стюдента для порівняння результатів до і після формувального впливу; дескриптивна

статистика – для обробки даних анкетування та психодіагностичних методик (середні значення, відхилення, відсотки) [27].

У межах проведеного дослідження отримано результати, що мають **наукову новизну** теоретико-емпіричного та прикладного характеру. Уточнено та поглиблено наукові уявлення про метакогнітивні навички як інтегральний психічний конструкт, що охоплює процеси усвідомлення, моніторингу й регуляції когнітивної діяльності, й водночас виконує адаптивно-захисну функцію в умовах психотравмувальних ситуацій. Вперше у вітчизняній психології вивчено взаємозв'язок між рівнем розвитку метакогнітивних навичок і ступенем прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців на етапі активного виконання службових обов'язків. Експериментально підтверджено, що високий рівень сформованості метакогнітивних навичок корелює зі зниженими показниками дезадаптивної румінації, тривожності переживань травматичного досвіду, що свідчить про їхній захисний потенціал у профілактиці ПТСР. Розроблено та апробовано психопрофілактичну програму формування метакогнітивних навичок, адаптовану до особливостей діяльності військовослужбовців, результати якої демонструють позитивну динаміку психоемоційного стану учасників. Здійснено комплексний підхід до вивчення ролі метакогнітивних процесів у контексті травматичного досвіду, що поєднує аналіз когнітивних, емоційних та регуляторних механізмів постстресової адаптації.

Теоретичне значення дослідження. Робота демонструє положення когнітивно-поведінкової та метакогнітивної парадигм сучасної психології, конкретизуючи роль метакогнітивної регуляції у подоланні психотравматичних наслідків серед осіб, які перебувають у хронічно небезпечних або стресогенних умовах. У системному теоретичному аспекті обґрунтовано концептуальні підходи до розуміння ПТСР як результату дисфункцій не лише емоційної регуляції, а й вищого рівня когнітивного моніторингу, зокрема румінаційного мислення, негативних метакогнітивних переконань і метакогнітивної негнучкості. Здійснено узагальнення наукових джерел щодо інтервенційних

можливостей метакогнітивної терапії, з акцентом на попередження ПТСР серед військовослужбовців. Одержані результати слугують підґрунтям для поглиблення наукового розуміння когнітивно-регуляторного компоненту стресостійкості та обґрунтування доцільності розвитку метакогнітивних навичок як цілеспрямованої превентивної стратегії у військовій психології.

Практична значущість роботи полягає в тому, що результати емпіричного етапу дослідження можуть бути безпосередньо використані у діяльності військових психологів, фахівців з психологічної реабілітації, психотерапевтів та інструкторів з морально-психологічного забезпечення. У межах дослідження обґрунтовано та апробовано комплексну систему психодіагностики рівня розвитку метакогнітивних навичок і симптомів ПТСР, яка включає валідні методики, адаптовані до контексту військової служби. Розроблено та емпірично перевірено ефективність програми формувального впливу, спрямованої на розвиток метакогнітивних навичок як механізму підвищення психологічної стійкості й профілактики посттравматичних розладів у військовослужбовців. Програма включає практичні техніки самоспостереження, когнітивної переоцінки, керування румінаціями та метакогнітивного дистанціювання, які можуть бути адаптовані до групових або індивідуальних форматів психологічної підтримки в умовах військової служби. Запропоновано практичні рекомендації щодо впровадження метакогнітивного тренінгу у систему професійної психологічної підготовки та супроводу військовослужбовців, особливо в умовах участі в бойових діях, проходження реабілітації або після повернення з передової. Матеріали дослідження можуть бути використані для підвищення психологічної компетентності командного складу, а також при підготовці освітніх і просвітницьких заходів із психопрофілактики у ЗСУ та інших силових структурах. Отримані результати також можуть бути корисними у діяльності фахівців кризових центрів, закладів роботи з ветеранами, закладів медико-психологічної допомоги, які працюють з особами, що зазнали бойової психотравми або мають високий ризик ПТСР.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження здійснювалося впродовж 2024-2025 навчального року на базі військових частин, дислокованих у місті Києві, за погодженням з керівництвом відповідних підрозділів та за участю фахівців психологічної служби. До вибірки було включено 60 діючих військовослужбовців, які проходили службу на момент проведення дослідження, що дозволило забезпечити репрезентативність і прикладну релевантність отриманих результатів.

До вибірки увійшли військовослужбовці обох статей (53 чоловіки та 7 жінок) віком від 22 до 47 років (середній вік – 32,5 роки), з різним терміном проходження служби (від 1 року до понад 10 років), які виконували завдання в умовах бойового чергування, оперативного реагування, логістичного та тилового забезпечення, а також мали бойовий досвід участі в зоні активних бойових дій у межах Операції об'єднаних сил або Сил оборони України.

Критерії включення до вибірки: офіційний статус діючого військовослужбовця Збройних Сил України; наявність бойового або стресогенного професійного досвіду (мінімум 6 місяців участі в бойових або прифронтових завданнях); відсутність офіційно підтвердженого діагнозу тяжких психічних розладів на момент дослідження; письмова згода на участь у дослідженні, забезпечення анонімності та конфіденційності результатів.

Усі учасники мали середню спеціальну або вищу освіту, позитивний статус за психологічним відбором та перебували на активному етапі служби. З метою дотримання етичних принципів, дослідження проводилося добровільно, без впливу на службову діяльність учасників, з дотриманням норм Етичного кодексу психолога та принципів проведення психологічних досліджень, визначених Міжнародною декларацією з етики у психології.

Апробація результатів дослідження. Основні положення, результати та висновки дослідження пройшли апробацію у процесі їх представлення на наукових, науково-практичних та освітньо-методичних заходах, що підтверджує їхню актуальність, теоретичну та практичну цінність, а також можливість застосування у психологічній практиці. Матеріали дослідження були висвітлені

у виступах на таких науково-практичних заходах: II Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми сучасної психології: теорія і практика» (м. Київ, 2025), де авторкою була виголошена доповідь на тему: «Метакогнітивна регуляція як чинник подолання психотравматичного досвіду у військовослужбовців»; міжвузівський круглий стіл молодих науковців «Психологія в умовах викликів сьогодення» (м. Львів, 2025), на якому було презентовано результати емпіричної частини дослідження у доповіді: «Взаємозв'язок метакогнітивних навичок та симптомів ПТСР у військовослужбовців: констатувальний аналіз».

Результати дослідження відображено у фахових публікаціях:

1. Балашов Е., Гуцалюк Т.. Психодіагностичне вивчення зв'язку між метакогнітивною регуляцією та симптомами посттравматичного стресового розладу. *Науковий вісник психології і педагогіки: теорія, практика, досвід*. 2025. № 4 (22). С. 71–78 [9].

2. Балашов Е., Гуцалюк Т. Метакогнітивні навички як чинник запобігання ПТСР у військовослужбовців: теоретичний аналіз. *Габітус*. 2025. № 1 (37). С. 102–110 [10].

Структура й обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (74 найменування) та 6 додатків. Загальний обсяг роботи становить 94 сторінки друкованого тексту. Робота ілюстрована 8 таблицями та 8 рисунками, що сприяють наочному відображенню результатів теоретичного аналізу та емпіричних досліджень.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ МЕТАКОГНІТИВНИХ НАВИЧОК У ЗАПОБІГАННІ ВИНИКНЕННЯ ПТСР

У розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз посттравматичного стресового розладу як психічного феномена, що виникає унаслідок тривалого або одноразового впливу екстремальних, травмувальних подій. Також проаналізовано понятійну природу метакогнітивних процесів, охарактеризовано їхню структуру, функції та регуляторну роль у процесах осмислення, управління емоційними станами та стресовою реактивністю. Розглядаються сучасні підходи до розуміння метакогнітивної регуляції та її впливу на формування або подолання симптомів ПТСР. Проведено порівняльний аналіз зарубіжних і вітчизняних досліджень, що висвітлюють різні теоретичні моделі взаємозв'язку між особливостями метакогнітивної діяльності, стресовими переживаннями та резильєнтністю особистості. Теоретичний аналіз ґрунтується на розумінні специфіки психічного реагування військовослужбовців, які постійно зазнають дії стресогенних чинників, зокрема бойового характеру.

1.1 Посттравматичний стресовий розлад як психічний феномен

Поняття посттравматичного стресового розладу формувалося поступово в історії клінічної психології та психіатрії як відповідь на потребу пояснення патологічних реакцій на суттєві травмувальні події [2, с. 78]. Ще в XIX столітті Ж.-М. Шарко описував феномени, пов'язані з «істеричним шоком», а З. Фройд у своїй концепції «неврозу страху» звертав увагу на роль надмірного психотравматичного досвіду. Під час Першої та Другої світових воєн фіксували численні випадки так званого «*shell shock*» (артилерійського шоку), який набув медичного визнання як реакція на надмірне нервово-психічне перенапруження.

Формалізоване поняття ПТСР увійшло до діагностичних класифікацій з 1980 року, коли в третьому виданні *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) Американської психіатричної асоціації цей розлад був офіційно визнаний як окрема нозологічна одиниця [12, с. 44]. Відтоді розуміння ПТСР суттєво поглибилося та деталізувалося завдяки міждисциплінарним дослідженням у клінічній психології, нейробіології, соціальній психіатрії [11].

На сьогодні, відповідно до DSM-5, ПТСР визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок переживання або свідкування травматичних подій, які пов'язані з реальною або загрозливою смертю, серйозним тілесним ушкодженням або сексуальним насильством. Його симптоматика охоплює чотири основні кластери: повторне переживання (флешбеки, нав'язливі спогади), уникнення тригерів, негативні зміни в когніціях та настрої, а також підвищене фізіологічне збудження (гіперзбудження) [41].

Представимо науковий огляд внесків зарубіжних дослідників у вивченні ПТСР. Нідерландський психіатр Б. ван дер Колк, автор бестселеру «Тіло пам'ятає все», вніс революційне уявлення про травму як порушення інтеграції психофізіологічного досвіду й тілесної саморегуляції [44]. У ранній роботі він описав механізм збереження травматичних спогадів у тілі, незалежно від свідомого усвідомлення, що створює перманентний психофізіологічний дисонанс [67].

Німецька психологиня А. Елерс та британський психолог Д. М. Кларк, співавтори когнітивної моделі ПТСР, встановили, що дисфункціональні когнітивні оцінки, непродуктивні способи додання травми (уникнення), а також «розрізнені спогади» сприяють хронізації симптомів ПТСР. В одному зі своїх головних досліджень вони продемонстрували, що негативні оцінки травми та рутинні когнітивні стратегії формують близько 52 % варіацій симптомів через 6 місяців після травми. Модель А. Елерс і Д. Кларк стала теоретичною основою розвитку когнітивно-поведінкової терапії з фокусом на ПТСР [13, с. 123].

Американська практична дослідниця Р. Єхуда працює у сфері нейроендокринології ПТСР і її спадкової передачі. Здійснила дослідження, що

пов'язують біологічні та епігенетичні маркери з ризиком розвитку ПТСР і відповіддю на терапію [65]. Відомим внеском її напрацювань є розробка діагностичних біомаркерів для прогнозування терапевтичної відповіді.

Американська психотерапевта П. Різк, розробниця когнітивної терапії травми, з 1988 року систематизувала лікування ПТСР через процес переоцінки травматичних переконань. Її методика стала стандартом терапії ПТСР в американських клініках та ознаменована великою кількістю клінічних випробувань і довготривалим впровадженням [14].

Австралійський психолог Р. Браянт, провідний експерт з гострого стресового розладу, підтвердив вагомість ранньої діагностики проявів гострої реакції для запобігання хронічної симптоматики [16, с. 98]. Р. Браянт також проводив нейровізуалізаційні дослідження реакцій мозку на когнітивно-поведінкову терапію у пацієнтів із ПТСР.

Британська клінічна психологиня і нейронауковиця Е. Голмс займається дослідженням ролі ментальних образів у формуванні емоційної реактивності після травми, розробляючи інтервенції на основі уявного тренування. У її дослідженнях показано значущість обробки травматичного досвіду на рівні уяви для зниження емоційної інтенсивності симптомів ПТСР [70, с. 88].

Вагомий внесок здійснюють сучасні українські науковці у дослідження посттравматичного стресового розладу. Так, З. Крижановська та А. Мудрик у статті «Посттравматичний стресовий розлад як наслідок пережитого травматичного досвіду особистості» проводять глибокий теоретичний аналіз механізмів виникнення ПТСР як процесу, що запускається травматичною подією [36, с. 76]. У науковій публікації вказується на необхідність врахування психологічної травми як основного чинника ризику для подальшої психічної дезадаптації [74].

К. Возніцина та О. Олійник Олена у публікації «Посттравматичний стресовий розлад і нейрофідбек: оцінка ефективності терапії серед українських військовослужбовців» аналізують застосування нейрофідбек-тренінгів для зниження тривожності, поліпшення емоційної регуляції та зменшення

симптоматики ПТСР у військових. Виявлено, що нейрофідбек в поєднанні з медикаментозною терапією підвищує якість життя та ефективність реабілітації [15, с. 19].

Стаття А. Зимянського та В. Скоропада «Науково-психологічний аналіз дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу в Україні» узагальнює результати вітчизняних досліджень (2013-2023), виокремлюючи закономірності поширення ПТСР в умовах війни, головні симптомокомплекси та діагностичні підходи [63]. Акцентується увага на зростанні кількості випадків хронізації стресу в ПТСР, необхідності нових методів діагностики і міждисциплінарних стратегій психологічної підтримки.

Монографія В. Чорної, О. Серебреннікової, В. Коломійця на тему: «Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців» представляє синтез міжнародних і вітчизняних джерел щодо поширеності й стратегії подолання ПТСР. Автори визначили, що частота розладу серед військових за весь період становить 11-20%, а також окреслили шляхи впровадження психологічної підтримки в умовах бойових дій [17, с.175].

К. Аймедов Ю. Асєєва у статті «Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року» представили системний аналіз психічних наслідків війни серед дорослого населення України: поширеність ПТСР, чинники ризику (внутрішнє переміщення, втрата, тривалий стрес) [62, с. 89]. Автори наголошують на комплексності підходу щодо терапії ПТСР (телемедицина, десенсибілізація та переробка рухом очей, когнітивно-поведінкові інтервенції).

О. Чабан та О. Хаустова у публікації в «Українському Медичному Часописі» здійснили аналіз динаміки реєстрації ПТСР (зростання з 3167 пацієнтів у 2021 до 12494 у 2023 році). Зокрема, зазначається, що субдіагностичні рівні ПТСР ($PCL-C \geq 34$) значно підвищують ризик депресії та потребують своєчасного втручання [61, с. 54].

В. Степаненко, О. Злобіна, Є. Головаха та С. Дембіцький у статті «Стрес, спричинений війною, та ресурси соціально-психологічної стійкості: огляд

теоретичних концептуалізацій» представили різні концептуальні підходи соціальної стійкості до ПТСР [18]. Автори вказали на роль соціальної підтримки, культурних стратегій відновлення і колективної адаптації як чинники захисту психічного здоров'я населення.

Таким чином, українські дослідження підтверджують, що ПТСР має як індивідуально-психологічну, так і соціальну природу. Значущими чинниками ризику є бойові дії, внутрішнє переміщення, втрата близьких, тривалий хронічний стрес [60, с. 118]. Результати останніх досліджень демонструють ефективність методів, таких як нейрофідбек, когнітивно-поведінкова терапія, телемедицина та eHealth-технології у профілактиці й реабілітації ПТСР в Україні [51]. Ці наукові напрацювання створюють базу для подальшого теоретичного поглиблення, а також практичної інкорпорації інноваційних методів психологічної підтримки в системи охорони психічного здоров'я, зокрема й серед військовослужбовців та цивільного населення в умовах сучасного конфлікту.

Водночас слід зазначити, що ПТСР не є виключно результатом бойових або воєнних подій. У світовій практиці встановлено, що ПТСР також може виникати у жертв домашнього насильства, сексуального насильства, ДТП, стихійних лих, медичних травм (наприклад, у онкохворих або пацієнтів після інтенсивної терапії), а також у дітей, які стали свідками або жертвами травмувальних подій [20].

Значну увагу сучасні дослідники приділяють вивченню невидимих проявів ПТСР, зокрема «комплексного ПТСР», який притаманний особам, що тривалий час перебували в умовах хронічної травматизації (наприклад, емоційне насильство в дитинстві, ситуації воєнного полону тощо). Цей термін активно розробляється у працях Дж. Герман, а також у новітніх редакціях МКХ-11, де ПТСР представлений як окремий діагноз [41].

Отже, посттравматичний стресовий розлад сьогодні розглядається як багатовимірний психічний феномен, що має складну етіопатогенетичну структуру, в якій поєднуються біологічні, психологічні та соціальні чинники [22,

с. 90]. Його діагностика, профілактика та психокорекція потребують комплексного міждисциплінарного підходу, заснованого як на клінічній діагностиці, так і на гуманістичних засадах підтримки особистості, яка пережила травму. У цьому контексті особливої уваги потребує вивчення метакогнітивних навичок як потенційного ресурсу саморегуляції у стресогенних ситуаціях, що представлено у наступному пункті теоретичного аналізу нашої роботи.

1.2 Метакогнітивні навички як ресурс саморегуляції у стресогенних ситуаціях: понятійна природа, структура, функції

У контексті сучасних психологічних досліджень, спрямованих на вивчення адаптаційних механізмів особистості, яка перебуває в умовах психотравмувальних обставин, дедалі більше уваги приділяється метакогнітивним процесам. Метакогніція, як вищий рівень когнітивної регуляції, виступає основою усвідомленого керування власними пізнавальними процесами, мисленням, пам'яттю, увагою, а також емоційними та поведінковими реакціями. У стресогенних ситуаціях, зокрема в умовах тривалого або надмірного стресу, саме метакогнітивні навички можуть відігравати роль буфера, який посилює здатність особистості до саморегуляції, зменшуючи вразливість до дезадаптивних реакцій, таких як тривожність, паніка, уникнення або румінація [1, с. 67].

Термін «метакогніція» був уперше введений американським психологом Дж. Флейвеллом у 1976 році для визначення знань про власні когнітивні процеси, а також здатності до моніторингу та регуляції цих процесів. Відтоді концепція набула значного розвитку у працях зарубіжних дослідників, зокрема А. Брауна, А. Кемплера, Д. Бейкера, Е. Стіла, Е. Веллса, який у своїй метакогнітивній моделі емоційних розладів довів важливість метакогнітивних переконань та стилів мислення у формуванні та підтримці патологічної тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу [4, с. 66].

Згідно з Е. Веллсом, метакогнітивна система включає такі компоненти: метакогнітивні знання (усвідомлення власних стратегій мислення і переконань щодо мислення), метакогнітивні процеси (моніторинг та контроль мислення), метакогнітивні переконання (вірування про важливість або небезпеку певних думок), а також саморефлексія як здатність критично осмислювати внутрішній когнітивно-емоційний досвід [71]. Взаємодія цих компонентів формує метакогнітивні навички, які, у свою чергу, забезпечують ефективну саморегуляцію в умовах високого стресу.

Метакогнітивні навички тісно пов'язані з такими психічними функціями, як усвідомлення емоцій, контроль імпульсів, розпізнавання когнітивних викривлень, здатність до рефлексії та планування адаптивної поведінки. У межах саморегуляції ці навички виступають як внутрішній ресурс, що дає змогу особистості вчасно виявляти дисфункціональні думки, регулювати афективну напругу, обирати ефективні копінг-стратегії, уникати автоматичного реагування на тригери та сприяти відновленню після психотравмувальних подій [66, с. 287].

Вітчизняні дослідники також підтримують і розвивають ідеї про значущість метакогніції в саморегуляції. Так, у роботах І. Беха, О. Скрипченка, Т. Яценко, Л. Кондратьєвої наголошується на провідній ролі усвідомлення та регуляції внутрішніх психічних станів у процесі особистісного зростання, подолання стресу та формування психоемоційної стійкості [10; 37]. Низка сучасних емпіричних досліджень, зокрема, З. Курак, Ю. Пастухової, М. Папучи, підтверджують зв'язок високорозвинених метакогнітивних навичок із зниженою симптоматикою ПТСР, вищим рівнем резильєнтності та емоційної регуляції у посттравматичних умовах [45, с. 85]. Метакогнітивні навички, як зазначають І. Скрипченко, Н. Пов'якель, К. Баррі, Л. Джонсон, виступають не лише інструментами пізнавального контролю, а й проявляються у здатності особистості управляти власним психічним станом у стресогенних умовах [23, с. 44; 38; 47]. Вони забезпечують когнітивну гнучкість, стресостійкість, а також слугують механізмом інтеграції досвіду, у тому числі травматичного. У працях Е. Балашова досліджено роль метакогнітивного моніторингу у процесі

саморегуляції навчальної діяльності студентів. Також у спільній роботі з іншими авторами науковець досліджує, як різні стилі подолання стресу та рівень саморегуляції впливають на рівень тривожності у студентів [5].

У межах структурного аналізу метакогнітивних навичок обґрунтовано доцільність розподілу їх на три взаємопов'язані рівні, кожен із яких виконує специфічну функцію в архітектоніці саморегулятивної поведінки:

1. Інформативно-когнітивний рівень. Цей рівень охоплює знання особистості про власну пізнавальну діяльність та її процеси. У науковій літературі він розглядається як фундаментальний компонент метакогніції, що містить у собі декларативні знання про функціонування когнітивних процесів (увага, пам'ять, уява, мислення); когнітивне усвідомлення, як здатність розпізнавати перебіг власної думки; метапізнавальні судження, зокрема феномени «почуття знання», «впевненості у відповіді», які, як наголошував Е. Анастасіос, відіграють роль у прогнозуванні власної ефективності. Дж. Флавелл підкреслював, що знання про мислення формує основу для самокорекції та розвитку стратегічного мислення. Саме на цьому рівні відбувається ідентифікація потреби у пізнавальній саморегуляції.

2. Операційно-регуляторний рівень. Цей рівень визначається як функціональний механізм реалізації метакогнітивної діяльності. Він включає планування пізнавальної діяльності (вибір стратегії, прогнозування); моніторинг, тобто процес відслідковування ефективності дій у реальному часі; контроль та корекцію, зокрема виявлення помилок і внесення змін до стратегії мислення та усвідомлену зміну переконань, які сприяють або, навпаки, перешкоджають адаптивному мисленню [6].

Операційно-регуляторний рівень є головним у контексті стресостійкості. Саме тут активізуються механізми когнітивної реінтерпретації, які, як показали дослідження Дж. Гросса, мають безпосередній вплив на зменшення інтенсивності негативних емоцій [57, с. 98].

3. Рефлексивно-оцінний рівень. Цей рівень є найвищим у структурі метакогнітивних навичок і передбачає рефлексивну інтеграцію досвіду

(осмислення переживань і власної поведінки); ціннісну оцінку прийнятих рішень і дій; екзистенціальне переосмислення травматичного досвіду у контексті власного «Я»; формування мета переконань, тобто системи уявлень про те, як слід мислити і що означає «правильно» або «продуктивно» мислити [7, с. 75].

На цьому рівні метакогнітивна регуляція набуває ознак особистісної інтеграції: особа не лише контролює пізнавальну активність, але й формує мета свідомість – стійку здатність рефлексувати над власним мисленням і досвідом [8]. Як зазначала Н. Пов'якель, саме рефлексивно-оцінний рівень відіграє головну роль у профілактиці посттравматичних розладів, адже забезпечує осмислення та адаптивну трансформацію психотравматичного досвіду [19, с. 56].

Таким чином, структура метакогнітивних навичок представляє цілісну систему, що складається з трьох ієрархічно організованих рівнів: інформативно-когнітивного (усвідомлення), операційно-регуляторного (контроль і корекція) та рефлексивно-оцінного (оцінка, інтеграція, метапереконання). Кожен із рівнів виконує автономні, але взаємозалежні функції у процесі саморегуляції особистості в умовах стресу та посттравматичного навантаження. Саме така структура забезпечує психологічну гнучкість, адаптивність та внутрішню стійкість, що особливо важливо для військовослужбовців, які перебувають у хронічно травматичних умовах.

Варто також зауважити, що у функціональному аспекті метакогнітивні навички відіграють вагомий роль у забезпеченні психологічної стійкості особистості, особливо в умовах дії інтенсивних або хронічних стресогенних чинників. Як свідчать сучасні теоретико-емпіричні дослідження А. Веллса, Н. Пов'якель, І. Скрипченко, Дж. Гросса, метакогніція є не лише вищим рівнем регуляції пізнавальної активності, а й інтегративним механізмом, що поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти в системі саморегуляції [21].

Метакогнітивні навички формують підґрунтя внутрішньої стійкості до негативного впливу зовнішніх і внутрішніх дестабілізуючих чинників. Вони сприяють швидшому відновленню після психотравмуючих подій завдяки

активізації внутрішніх ресурсів особистості, таких як когнітивна гнучкість, стратегічне мислення, антиципація ризиків, реінтерпретація ситуації. Згідно з дослідженнями Дж. Бонанно, Дж. Блока, здатність особистості до «метаусвідомлення» подій та переживань прямо корелює з вищими показниками психологічної витривалості в екстремальних обставинах [69, с.28].

Метакогнітивна регуляція забезпечує усвідомлену модифікацію дисфункціональних мисленнєвих патернів, що є центральною умовою адаптивного когнітивного функціонування. Як зазначав А. Веллс, саме змінені мета переконання, наприклад, віра в неконтрольованість думок чи їхню небезпечність, є ключовими в механізмах розвитку посттравматичного стресового розладу. Та, навпаки, наявність сформованих метакогнітивних стратегій (наприклад, когнітивний рефреймінг, самоспостереження, критичний аналіз думок) знижує інтенсивність стресових реакцій і сприяє позитивній когнітивній трансформації досвіду.

Метакогнітивні навички підвищують рівень інтроспективної активності особистості. Вони дозволяють не лише ідентифікувати та аналізувати зміст власного мислення, але й усвідомлювати приховані автоматизми мислення, джерела емоційних реакцій та поведінкові тенденції. За висновками досліджень Т. Яценко, Н. Пов'якель та Р. Штернберга, така рефлексивна здатність є необхідною умовою особистісної інтеграції та формування цілісного образу «Я» після травмувального досвіду [23, с. 55].

Метакогнітивна система забезпечує модулювання емоційної сфери шляхом когнітивного перетворення емоційно значущої інформації. За моделлю Дж. Гросса, саме ранні етапи когнітивного оцінювання ситуації визначають тип та інтенсивність емоційної відповіді [13]. Метакогнітивна регуляція дає змогу здійснювати проактивний контроль над емоціями: шляхом зміни інтерпретації, переоцінки значущості подій, зменшення катастрофізації та зниження тривожності. Це особливо важливо у випадках посттравматичного реагування, де домінують автоматичні й неусвідомлені емоційні реакції.

Розвинені метакогнітивні навички виступають буфером проти формування вторинних травматичних реакцій, зокрема рецидивів ПТСР, деперсоналізації, хронічної тривожності чи когнітивного вигорання. Завдяки рефлексивному рівню метакогнітивної системи особистість набуває здатності усвідомлювати межі впливу травмувального досвіду, інтегрувати його в наративну структуру життєвої історії без домінування над «Я-концепцією» [36]. За висновками українських дослідників І. Скрипченко, Л. Ткач, О. Бондаренко, саме усвідомлене проживання досвіду за допомогою метакогнітивної рефлексії знижує ризики затяжного ПТСР та психосоматичних ускладнень [42, с. 11].

Отже, у функціональному вимірі метакогнітивні навички виступають мультикомпонентним механізмом психічної саморегуляції, який забезпечує стійкість до стресу, адаптивну переробку досвіду, усвідомлення внутрішніх процесів, опосередкований контроль емоцій та превенцію вторинної травматизації. Їхня цілісна дія є необхідною умовою психологічного відновлення особистості після пережитих критичних життєвих подій, зокрема у сфері військової діяльності, де ризик травматичних реакцій особливо високий.

Таким чином, метакогнітивні навички виступають як головний механізм саморегуляції особистості в умовах дії стресових та травмувальних чинників. Їхній розвиток є важливим напрямом психологічної допомоги та реабілітації осіб із посттравматичними розладами, що буде розглянуто в наступних розділах нашої роботи.

1.3 Аналіз зарубіжних і вітчизняних досліджень теоретичних моделей взаємозв'язку між метакогнітивною регуляцією та симптомами ПТСР

Огляд зарубіжних досліджень, присвячених теоретичному обґрунтуванню взаємозв'язку між метакогнітивною регуляцією та симптомами посттравматичного стресового розладу, виявляє широкий спектр концептуальних моделей, які розкривають роль метакогнітивних процесів у виникненні, супроводі та подоланні травматичних реакцій. Особлива увага в

сучасній науці приділяється метакогнітивним детермінантам дисфункціонального реагування на травму, які опосередковують інтерпретацію подій, емоційну реактивність і стратегії подолання [53].

Однією з найвпливовіших теоретичних парадигм є метакогнітивна модель ПТСР, запропонована А. Веллсом. Модель є складовою Метакогнітивної теорії емоційних розладів, яка наголошує на провідній ролі дисфункціональних метапереконань та когнітивного моніторингу у формуванні і підтриманні симптомів ПТСР [28, с. 219]. А. Веллс підкреслював, що не сам зміст травматичного досвіду є головним чинником формування розладу, а те, як індивід спостерігає, оцінює та регулює власні думки, емоції та спогади після травми. Особливе значення мають позитивні метапереконання («якщо я постійно думаю про подію, то я контролюю її») та негативні метапереконання («мої думки неконтрольовані й небезпечні»). Внаслідок цього формується синдром когнітивної самозаглибленості, що проявляється у румінаціях, загостреному самоспостереженні, униканні та тривожному моніторингу, які інтенсифікують симптоми ПТСР, зокрема гіперзбудження, флешбеки, уникання нагадувань про травму [3, с. 217].

У рамках інтегративної когнітивної теорії саморегуляції Дж. Тісдейл запропонував модель, де метакогніція виконує функцію переключення між режимами обробки інформації: концептуальним (аналітичним) та досвідним (переживання) [46]. У контексті ПТСР особистості із дефіцитами метакогнітивного перемикавання застрягають у концептуальному режимі, що сприяє надмірній розумовій переробці травми, румінації, тривожному антиципуванню загроз, тоді як досвідний режим (який є більш адаптивним) блокується [38]. Модель акцентує увагу на тому, що розвиток метакогнітивної гнучкості дозволяє особистості переходити до режимів адаптивної емоційної переробки, знижуючи прояви симптомів ПТСР [25, с. 89].

Модель саморефлексивного регулювання П. Маркова та Р. Фруїта аналізує роль метарефлексії, як здатності особистості не лише усвідомлювати свої думки, але й оцінювати власну систему саморефлексії. У контексті ПТСР, порушення

метарефлексії проявляється у дефіциті розуміння причин власних реакцій, неадекватному поясненні емоційних станів та поведінки, що унеможливорює формування інтегрованого наративу травматичного досвіду [35].

Наступна когнітивно-біхевіоральна модель ПТСР Е. Нафса передбачає, що когнітивні та метакогнітивні процеси впливають на відтворення, закріплення та інтерпретацію травматичних спогадів. Особливу увагу дослідники приділяють негативним метапереконанням (наприклад, переконання в нездатності контролювати спогади), внутрішнім атрибуціям (переоцінка власної провини) та дисфункціональній пам'яті (фрагментарні, дезорганізовані спогади, що легко активуються) [59]. Метакогнітивне перефокусування уваги, розвиток наративної цілісності та рефреймінг у межах когнітивно-поведінкової терапії знижують інтенсивність симптомів ПТСР [39].

Модель експліцитної метапам'яті та інтрузивних спогадів Дж. Вільямса показала, що індивідуальні переконання щодо функціонування пам'яті (наприклад, думки: «я не зможу забути» або «я повинен пам'ятати все, щоб не повторити помилок») значною мірою визначають інтенсивність та тривалість інтрузивних спогадів у осіб з ПТСР [24, с. 267].

Модель стресу, травми та регуляції емоцій Дж. Гроса, А. Алдао демонструють, що регуляція емоцій опосередкована метакогнітивними процесами, зокрема, усвідомленням емоцій, їхньою вербальною обробкою, когнітивною переоцінкою та метакогнітивною інгібіцією емоційного реагування. Невміння використовувати ефективні метакогнітивні стратегії пов'язане з ризиком хроніфікації ПТСР, тоді як розвинені навички емоційно-когнітивної саморегуляції знижують ризик рецидиву симптоматики [68, с. 38].

Вітчизняна психологічна наука в умовах війни та загальної соціальної турбулентності посилено зосереджується на вивченні механізмів стресостійкості, адаптації та саморегуляції, особливо серед представників ризикових професій, зокрема військовослужбовців. Так, наприклад, Н. Савелюк у цьому контексті посттравматичний стресовий розлад розглядає не лише як

клінічне утворення, але й як динамічну систему порушень у сфері емоційної, когнітивної та метакогнітивної регуляції [51; 52].

Однією з основних праць у напрямку когнітивної регуляції в умовах тривалого травматичного стресу є дослідження Т. Федотової, в якому розглянуто особливості когнітивної регуляції емоцій в умовах тривалого травматичного стресу серед військовослужбовців. Авторка зазначає, що в екстремальних умовах бойових дій значущим адаптаційним чинником є не стільки емоційна стабільність, скільки рівень когнітивного контролю за емоціями, думками і поведінкою [45]. Механізми когнітивної переоцінки, планування та переключення уваги виступають в якості функціональних складових метакогнітивної регуляції, що знижує ризики розвитку дезадаптивних реакцій.

Актуальним є також дослідження О. Іщук, присвячене аналізу проявів ПТСР у ветеранів бойових дій. У рамках цього аналізу виокремлюються порушення у сфері метакогнітивного моніторингу, такі як: тенденції до румінацій, зниження усвідомлення думок і автоматизація реакцій уникнення. О. Іщук підкреслює, що неадекватні метакогнітивні переконання про неконтрольованість думок і спогадів, що характерні для ПТСР, можуть підтримувати патологічний цикл повторної травматизації, емоційного пригнічення та соціального відчуження [40].

У дослідженні К. Вознічиної та О. Олійник здійснено спробу емпірично перевірити ефективність методу нейрофідбек для розвитку навичок когнітивної саморегуляції. Дослідниці показали, що тренування мозкової активності у зоні префронтальної кори позитивно впливає на контроль мислення, знижує рівень тривожності та інтенсивність симптомів ПТСР. Отримані результати дозволяють говорити про перспективність застосування нейрокогнітивних технологій для корекції порушень у метакогнітивній сфері та підвищення психологічної стійкості [43, с. 31].

Цінним є внесок О. Напрєєнка та Н. Напрєєнко, які розглядали когнітивні порушення у пацієнтів із ПТСР у поєднанні з депресивною симптоматикою [47]. Автори виявили систематичне зниження швидкості когнітивної обробки

інформації, порушення виконавчих функцій та дефіцити в робочій пам'яті, що негативно позначаються на можливостях метакогнітивної регуляції. Відповідно, зниження рівня когнітивної ефективності обмежує здатність осіб з ПТСР до рефлексивного аналізу власних переживань і опанування травматичних досвідів [52, с. 34].

У міждисциплінарному дослідженні В. Сергієнка та колег розглядаються взаємозв'язки між нейроендокринними процесами, метаболічними порушеннями та когнітивною регуляцією при ПТСР. Авторами окреслено механізми, за допомогою яких гіперкортизолемія та порушення циркадних ритмів опосередковано впливають на когнітивну гнучкість і здатність до рефлексії. Це відкриває нові горизонти для осмислення метакогніції не лише як психічного, але й психофізіологічного конструкту [37, с. 62].

Таким чином, сучасні українські дослідження демонструють поступовий зсув фокусу з традиційного клінічного розуміння ПТСР до комплексного аналізу психічної саморегуляції, в центрі якої знаходиться метакогнітивна компетентність особистості. Дослідники узгоджено підкреслюють, що саме розвиток і підтримка метакогнітивних навичок, таких як усвідомлення думок, управління увагою, когнітивна переоцінка, може бути критичним чинником у профілактиці, терапії та рецидивній профілактиці ПТСР серед осіб, які зазнали травматичного досвіду [48]. Розглянуті положення формують наукову основу для психодіагностики метакогнітивних дисфункцій та цільової психологічної допомоги, орієнтованої на зміцнення метакогнітивних стратегій у осіб з ПТСР, зокрема у сфері військової психології, де ризик травматизації вкрай високий.

Висновки до розділу 1

У першому розділі роботи було здійснено ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз основних аспектів досліджуваної проблематики, а саме ролі метакогнітивних навичок у запобіганні виникнення посттравматичного стресового розладу. У межах розділу детально розглянуто ПТСР як складний

психічний феномен, що проявляється через сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових порушень, пов'язаних із травматичним досвідом. Акцентовано увагу на сучасних наукових підходах до розуміння ПТСР, його патогенетичних механізмах, а також психологічних чинниках, які впливають на формування і стійкість цього розладу.

Наступним важливим етапом теоретичного дослідження стало вивчення метакогнітивних навичок як суттєвого ресурсу саморегуляції в стресогенних та травматичних ситуаціях. Описано їхню понятійну природу, структурну організацію, що включає інформативно-когнітивний, операційно-регуляторний та рефлексивно-оцінний рівні, а також функціональне значення у забезпеченні психологічної стійкості, адаптивного мислення, контролю емоцій та запобігання повторній травматизації. Зазначено, що метакогнітивні навички виступають важливим механізмом, що сприяє ефективному усвідомленню власних психічних процесів і регулюванню реакцій у відповідь на травматичні події.

Узагальнюючи проведений аналіз, було здійснено порівняльний огляд і систематизацію зарубіжних та вітчизняних наукових досліджень теоретичних моделей, які розкривають взаємозв'язок між метакогнітивною регуляцією та проявами симптоматики ПТСР. Зокрема, розглянуто моделі, що висвітлюють роль метапереконань, румінацій, когнітивної дефузії, психологічної гнучкості та нейрокогнітивних механізмів у підтримці чи зниженні рівня симптомів травматичного стресу. Відмічено, що українські науковці також активно розвивають цю проблематику, адаптуючи міжнародні теоретичні напрацювання до національного контексту, а також досліджуючи особливості метакогнітивної регуляції серед військовослужбовців, що має важливе практичне значення для розробки профілактичних та корекційних програм.

Таким чином, теоретико-методологічний розділ створює міцний фундамент для подальших емпіричних досліджень, підтверджуючи актуальність і необхідність вивчення метакогнітивних навичок як ресурсу, здатного суттєво впливати на процеси запобігання і корекції ПТСР у цільовій групі дослідження діючих військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2

КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МЕТАКОГНІТИВНИХ НАВИЧОК І ПРОЯВІВ ПТСР

Розділ присвячений констатувальному етапу емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей взаємозв'язку між рівнем сформованості метакогнітивних навичок та інтенсивністю проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. У межах цього розділу послідовно представлено організацію та методологічне забезпечення дослідження, описано характеристику вибірки респондентів та використаних психодіагностичних методик. Також здійснено аналіз рівня розвитку метакогнітивних навичок респондентів, визначено його кореляційний зв'язок із симптомокомплексом ПТСР та проведено статистичне опрацювання отриманих показників із подальшою інтерпретацією результатів у контексті сучасних психологічних теорій і прикладних завдань психопрофілактики.

2.1 Організація та методологічне забезпечення емпіричного дослідження: опис вибірки респондентів, методи, інструментарій

Емпіричний етап дослідження взаємозв'язку метакогнітивних навичок і проявів посттравматичного стресового розладу здійснювався упродовж 2024-2025 навчального року на базі військових частин, дислокованих у місті Києві. Проведення дослідження відбувалося за попереднім погодженням з командуванням відповідних підрозділів та у тісній взаємодії з фахівцями психологічної служби, що забезпечувало дотримання організаційних, етичних та правових норм.

До вибірки було включено 60 діючих військовослужбовців Збройних Сил України, що дозволило нам отримати репрезентативні та релевантні результати. Серед них: 53 чоловіки та 7 жінок віком від 22 до 47 років (середній вік – 32,5

роки). Респонденти мали різний термін проходження військової служби (від одного року до понад десяти років). Учасники виконували завдання у різних підрозділах: бойового чергування, оперативного реагування, логістичного та тилового забезпечення, а також мали бойовий досвід участі у зоні активних бойових дій у межах Операції об'єднаних сил та Сил оборони України.

Критеріями включення до вибірки були:

офіційний статус діючого військовослужбовця Збройних Сил України;

наявність бойового або стресогенного професійного досвіду (не менше 6 місяців участі у бойових або прифронтових завданнях);

відсутність офіційно підтвердженого діагнозу тяжких психічних розладів на момент дослідження;

добровільна письмова згода на участь у дослідженні;

гарантія анонімності та конфіденційності результатів.

Усі учасники мали середню спеціальну або вищу освіту, позитивний статус за результатами психологічного відбору та перебували на активному етапі виконання службових обов'язків.

Етичні аспекти дослідження були суворо дотримані: участь мала виключно добровільний характер, без жодного впливу на службову діяльність чи кар'єрні перспективи респондентів. Процедури дослідження здійснювалися відповідно до Етичного кодексу психолога та принципів, визначених у Європейському кодексі психологічної етики та Міжнародної федерації психологів.

Методологічне забезпечення включало комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вимірювання рівня та специфіки метакогнітивних навичок, а також на оцінку інтенсивності симптоматики ПТСР [50]. До інструментарію увійшли стандартизовані, валідизовані та надійні методики, адаптовані до українського контексту, що дозволило отримати достовірні кількісні та якісні показники для подальшого статистичного аналізу.

Після визначення організаційних і методологічних засад констатувального етапу, доцільним був детальний аналіз психодіагностичного інструментарію, який забезпечив об'єктивне вимірювання досліджуваних конструктів [29].

Першою методикою, що була використана в рамках нашого емпіричного дослідження – метакогнітивний опитувальник-30 (MCQ-30) А. Веллса в адаптації О. Савченко та Д. Лавриненко.

Вказаний опитувальник є стандартизованим психодіагностичним інструментом, розроблений А. Веллсом з метою кількісної оцінки індивідуальних відмінностей у системі метакогнітивних переконань, стратегій та тенденцій моніторингу, які, згідно з метакогнітивною моделлю, відіграють головну роль у виникненні та підтриманні різних психічних розладів, зокрема тривожних, депресивних і посттравматичних станів [49]. Адаптація українською мовою була виконана О. Савченко та Д. Лавриненко, з урахуванням лінгвістичної, семантичної та культурної еквівалентності тестових тверджень. Під час адаптації було дотримано процедури прямого та зворотного перекладу, експертної оцінки відповідності змісту та проведення апробаційного дослідження для перевірки психометричних характеристик інструменту (надійність, валідність, внутрішня узгодженість). Адаптована версія MCQ-30 показала високу внутрішню узгодженість (α Кронбаха для субшкал у діапазоні 0,72-0,88), конструктну валідність, підтверджену кореляціями з показниками тривожності, депресії та стресу та стабільність результатів у тест-ретест дослідженнях ($r > 0,80$ протягом 4 тижнів).

MCQ-30 містить 30 тверджень, які згруповані у п'ять субшкал, кожна з яких відображає окремий вимір метакогнітивних переконань:

1. нестача когнітивної впевненості. Відображає рівень довіри респондента до власних когнітивних процесів, таких як пам'ять, увага, здатність приймати рішення. Високі показники можуть свідчити про схильність сумніватися у власних інтелектуальних можливостях та результатах мисленнєвої діяльності;

2. позитивні переконання щодо занепокоєння. Фіксує ступінь переконаності в тому, що занепокоєння виконує адаптивні або захисні функції, допомагає передбачити небезпеку, стимулює мобілізацію ресурсів;

3. когнітивне самоусвідомлення. Вимірює схильність до фокусування уваги на власних думках, відстеження їхнього перебігу та аналізу внутрішнього мисленнєвого процесу

4. негативні переконання щодо неконтрольованості та небезпеки думок. Відображає віру в те, що певні думки неможливо контролювати і вони можуть становити загрозу для психічного благополуччя чи фізичного стану;

5. необхідність контролювати думки. Оцінює переконаність у тому, що будь-які небажані або негативні думки потрібно негайно пригнічувати або регулювати.

Процедура проведення передбачає наступне: респонденту пропонують уважно прочитати кожне з 30 тверджень та оцінити ступінь своєї згоди за 4-бальною шкалою (1 – «Повністю не погоджуюся», 2 – «Швидше не погоджуюся», 3 – «Швидше погоджуюся», 4 – «Повністю погоджуюся»). Час виконання зазвичай не перевищує 10-15 хвилин. Під час інструктажу особливо наголошується на відсутності «правильних» чи «неправильних» відповідей та необхідності відображення суб'єктивної, індивідуальної оцінки.

Далі для кожної з п'яти субшкал підраховується сумарний бал (сума відповідей на відповідні пункти), а також визначається загальний рівень метакогнітивних переконань (сумарний бал усіх пунктів). Вищі бали вказують на більший прояв відповідного типу метакогнітивних переконань.

Для комплексного аналізу взаємозв'язку метакогнітивних навичок та проявів посттравматичного стресового розладу важливо застосовувати інструменти, що здатні об'єктивно вимірювати інтенсивність та структуру симптоматики ПТСР [54]. З цією метою у дослідженні було використано шкалу оцінки впливу травматичної події, яка зарекомендувала себе як високонадійний та валідний інструмент у клінічних та наукових контекстах. Методика розроблена для кількісної оцінки прояву симптомів посттравматичного стресового розладу, що виникають унаслідок впливу психотравмувальних подій. Методика ґрунтується на концептуальній моделі ПТСР [55], виділеній у DSM-IV та подальших редакціях і охоплює три основні кластери симптомів:

інтрузії (вторгнення) – нав'язливі спогади, сни, флешбеки, пов'язані з травматичною подією;

уникання – свідоме або несвідоме уникання думок, почуттів, місць чи людей, що нагадують про травму;

гіперактивність (збудження) – підвищена настороженість, дратівливість, проблеми зі сном, надмірна реакція на подразники.

Використання шкали оцінки впливу травматичної події у дослідженні передбачає вирішення двох основних завдань: діагностичне (визначення рівня та профілю симптомів ПТСР у досліджуваних осіб) та моніторингове (відстеження динаміки змін у симптоматиці під впливом психотерапевтичних інтервенцій, а також під час спостереження в контрольних умовах) (див. додаток А1).

Опитувальник містить 22 твердження, які відображають суб'єктивні переживання респондента протягом останніх 7 днів, що пов'язані з конкретною травматичною подією. Оцінювання здійснюється за 5-бальною шкалою: 0 – «ніколи», 1 – «рідко», 2 – «іноді», 3 – «часто», 4 – «дуже часто». Пункти згруповано у три субшкали:

1. інтрузії (наприклад, нав'язливі образи, сни, емоційні реакції на нагадування);
2. уникнення (наприклад, спроби не думати про подію, уникання місць і людей);
3. гіперактивність (наприклад, дратівливість, проблеми з концентрацією, гіперпильність).

Відповідно процедури дослідження, респондент отримує інструкцію з проханням пригадати конкретну травматичну подію та оцінити, як часто за останній тиждень він відчував чи переживав описані у пунктах явища. Заповнення триває 5-10 хвилин, не потребує спеціальної підготовки. Наголошується на конфіденційності відповідей та їх використанні виключно в наукових або клінічних цілях.

Обробка та інтерпретація результатів відбувається шляхом підрахунку сумарного балу за кожною з трьох субшкал та рахується загальний інтегральний

показник посттравматичної симптоматики. Вищі значення свідчать про більшу інтенсивність симптомів. У дослідницьких умовах можливе використання помежових значень для скринінгової діагностики ймовірного ПТСР [57].

Застосування IES-R у поєднанні з MCQ-30 дозволяє отримати комплексне уявлення про взаємозв'язок метакогнітивної регуляції та вираженості симптомів ПТСР. Шкала дає змогу кількісно зафіксувати як загальний рівень посттравматичної симптоматики, так і її структурний профіль, що забезпечує глибший аналіз механізмів взаємодії між когнітивними та емоційними процесами в осіб, які пережили травматичний досвід

У межах нашого дослідження також використано опитувальник діагностики есенційної саморегуляції, розроблений І. Кочаряном та В. Сервінським, який спрямований на виявлення психічних ресурсів есенційної саморегуляції – інтегрованої системи самоконтролю, що забезпечує реалізацію тенденції особистості до само актуалізації [33]. Повна версія методики налічує 217 тверджень, на які респонденти відповідають у форматі згоди або незгоди. Оцінювання здійснюється за бінарним принципом: 1 бал нараховується за позитивну відповідь, 0 балів – за негативну.

Структурно ОДЕС включає три основні шкали: «Емоції», «Комунікація» та «Поведінка» і дві додаткові: «Соціальна бажаність» та «Інфернальні стратегії». У нашій роботі аналіз проводився лише за 20 основними під шкалами [30].

Шкала «Емоції» відображає рівень емоційного ресурсу психічної саморегуляції та поділяється на чотири підшкали:

афективність (E+) – інтенсивні емоційні реакції, які можуть виступати як ресурсом при адекватному вираженні, так і чинником неадаптивної поведінки у випадку надмірної збудливості;

амбівалентність (E±) – нестійкість емоцій, що свідчить про наявність внутрішніх суперечностей та конфліктних переживань.

емоційний баланс (E=) – оптимальний стан регуляції, що забезпечує ефективне керування емоційними станами;

апатія (Е-) – низький рівень емоційного відгуку, який може вказувати на виснаження емоційних ресурсів.

Шкала «Комунікація» охоплює чотири форми взаємодії:

монолог (К+) – ресурсна форма, що дозволяє чітко виразити власні ідеї, але в надмірному прояві знижує ефективність діалогу;

нерівноправний діалог (К±) – домінування однієї сторони, що потенційно призводить до конфліктів;

діалогічність (К=) – збалансована комунікація з рівними можливостями для обміну думками;

хаотична комунікація (К-) – відсутність структурованості у взаємодії, що спричиняє непорозуміння.

Шкала «Поведінка» структурована у чотири блоки, кожен з яких включає по три підшкали:

1. П1: марнославство (П1+) – завищена самооцінка та ігнорування критики; гідність (П1=) – адекватне самосприйняття; самоприниження (П1-) – занижена самооцінка;

2. П2: нетерпіння (П2+) – імпульсивність у прийнятті рішень; результативність (П2=) – організованість і досягнення мети; віктимність (П2-) – установка на роль жертви;

3. П3: жадібність (П3+) – надмірне прагнення отримувати; вдячність (П3=) – визнання цінності наявного та внеску інших; самодеструкція (П3-) – поведінка, що шкодить собі;

4. П4: упертість (П4+) – негнучке дотримання намірів; наполегливість (П4=) – цілеспрямованість із адаптивною гнучкістю; безвольність (П4-) – відсутність мотивації до дії.

У сукупності основні шкали охоплюють 179 завдань, які відображають повсякденну активність особистості у основних сферах життєдіяльності: сімейній (С), професійній (Р) та соціальній (М). Для зручності обробки результатів кожна підшкала має унікальний шифр, наприклад: «ЕМ-» – схильність до апатії в соціальній сфері.

Наступна методика – опитувальник когнітивної регуляції емоцій (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ*), призначена для діагностики стратегій когнітивного регулювання (див. додаток А). Когнітивна регуляція емоцій відбувається за допомогою когніцій, що дозволяє людині утримувати контроль над своїми емоціями під впливом, а також після загрози чи стресових ситуацій. Відповідно до запропонованої моделі, авторами було виділено 9 основних когнітивних стратегій регулювання емоцій, які можуть бути віднесені до двох різних категорій:

I. ті, що сприяють успішній адаптації («ефективні») стратегії: 1) ухвалення того, що трапилося; 2) позитивне перефокусування; 3) фокусування на плануванні; 4) позитивна переоцінка; 5) розгляд у перспективі.

II. ті, що перешкоджають адаптації та посилюють дезадаптаційні ефекти («деструктивні») стратегії: 6) самозвинувачення; 7) румінації / нав'язливі думки про подію; 8) катастрофізація; 9) звинувачення інших.

Методика складається із 36 тверджень (по 4 пункти на кожному шкалу). Досліджуваного просять звернутися до свого досвіду переживання важких ситуацій та оцінити, наскільки часто він використовує певні способи подолання труднощів, давши відповідь на кожний пункт опитувальника за 5-бальною шкалою: від 1 бала («ніколи») до 5 балів («майже завжди»). Можливі два способи проведення опитування. У першому випадку респондента просять оцінити, які думки для нього типові при переживанні різних складних життєвих ситуацій. У другому випадку в інструкції уточнюється, що він повинен давати відповіді стосовно якоїсь конкретної події (наприклад, у разі хвороби або переживання тієї чи іншої стресогенної події).

До структури оригінального варіанта опитувальника входить 9 шкал:

I. «Самообвинувачення» – думки, в яких людина звинувачує себе за те, що сталося (наприклад: «Я відчуваю, що саме я відповідаю за це»);

II. «Прийняття» – думки про прийняття того, що трапилося («Я думаю, що повинен прийняти те, що сталося»);

III. «Румінації» – постійні роздуми про думки і почуття, що пов'язані з пережитою важкою ситуацією («Я розмірковую про свої почуття стосовно того, що мені довелося пережити»);

IV. «Позитивне перефокусування» – відволікання на думки про інші, приємні події і ситуації замість роздумів про пережиті труднощі («Я думаю про більш приємні речі, ніж те, що я пережив»);

V. «Фокусування на плануванні» – роздуми про те, які наступні кроки краще зробити стосовно того, що трапилося («Я думаю про те, як мені найкраще впоратися із цією ситуацією»);

VI. «Позитивна переоцінка» – пошук позитивного сенсу у переживанні події з метою особистісного зростання або набуття нового досвіду («Я думаю, що я можу винести щось корисне із цієї ситуації»);

VII. «Розгляд у перспективі» – зниження виняткової значимості події за рахунок її порівняння з іншими ситуаціями («Я думаю, все могло бути набагато гірше»);

VIII. «Катастрофізація» – думки про глобальні розміри події та її негативні наслідки («Мені здається, що те, що пережив я, набагато гірше від того, що довелося пережити іншим»);

IX. «Звинувачення інших» – перекладання вини за пережите людиною на оточуючих (наприклад: «Я вважаю, що винні інші»).

У різних ситуаціях можуть використовувати різні способи когнітивної регуляції емоцій, однак деякі з цих способів людина використовує частіше, формуючи таким чином індивідуальний стиль когнітивної регуляції емоцій.

На завершення ми використали методику «Шкала сприйняття стресу» (*Perceived Stress Scale, PSS*), розроблену Ш. Коеном, яка є ефективним інструментом для оцінки суб'єктивного рівня стресового навантаження, що переживає індивід протягом останніх чотирьох тижнів (додаток А2). Ця методика дозволяє виявити особистісне сприйняття стресу як складного багатокомпонентного психічного явища, що включає оцінку ситуацій як непередбачуваних, неконтрольованих і перевантажених вимогами. Мета

застосування PSS полягає у визначенні індивідуальних особливостей суб'єктивного реагування на стресогенні чинники життєвого середовища; оцінці здатності особистості здійснювати ефективний емоційний і когнітивний контроль у стресових ситуаціях; забезпеченні надійного інструменту для використання у клінічних, психологічних і дослідницьких практиках, спрямованих на вивчення впливу стресу на психічне здоров'я.

Структурно шкала складається з 10 пунктів, кожен із яких оцінює частоту переживань певних станів або реакцій, пов'язаних зі стресом, за допомогою п'ятибальної шкали (від 0 – «ніколи» до 4 – «дуже часто»). Важливою особливістю методики є наявність інверсійних пунктів, що дозволяє знизити ризик відповідей за шаблоном і підвищити валідність отриманих даних.

Результати, отримані за шкалою PSS, інтерпретуються шляхом підсумовування балів, які відображають суб'єктивний рівень стресу, пережитого респондентом протягом останнього місяця. Максимальний можливий бал складає 40, що характеризує максимально виражене відчуття стресу, тоді як мінімальний – 0, що свідчить про повну відсутність сприйняття стресових чинників. За загальноприйнятими нормами, отримані бали розподіляються на три рівні:

низький рівень сприйняття стресу (0-13 балів) – свідчить про задовільну адаптацію особистості до життєвих подій і достатній рівень психоемоційної стабільності;

середній рівень стресу (14-26 балів) – вказує на помірне навантаження, що може бути чинником тимчасового дискомфорту та потребує посиленої уваги до стратегій емоційної регуляції;

високий рівень сприйняття стресу (27-40 балів) – сигналізує про високий ступінь психоемоційного напруження, який може призводити до розвитку патологічних реакцій, зниження функціональних можливостей та підвищення ризику психосоматичних розладів.

Особливо важливо аналізувати відповіді на окремі пункти, що стосуються почуття контролю над подіями, спроможності впливати на власне життя та

відчуття безпорадності. Відхилення у цих параметрах вказують на порушення адаптивних механізмів і можуть бути індикаторами ризику формування посттравматичного стресового розладу.

Інтеграція результатів PSS із іншими показниками дослідження, зокрема метакогнітивними навичками, дозволяє виявити специфіку взаємозв'язку між суб'єктивним сприйняттям стресу та здатністю до когнітивної регуляції в умовах тривалого стресового впливу. Це дає змогу визначити, які компоненти метакогнітивних навичок найбільш ефективні у зниженні психоемоційного навантаження та запобіганні симптомам ПТСР [85]. Таким чином, інтерпретація шкали PSS у контексті дослідження дає змогу комплексно оцінити рівень стресової реактивності військовослужбовців, визначити зони психологічної вразливості та спланувати цілеспрямовані заходи психопрофілактики.

У наступному пункті роботи буде здійснено опис рівнів сформованості метакогнітивних навичок у військовослужбовців та проведено аналіз їхнього взаємозв'язку із симптомами посттравматичного стресового розладу на основі емпіричних даних, які отримані у процесі дослідження.

2.2 Рівень сформованості метакогнітивних навичок та його взаємозв'язок із симптомами посттравматичного стресового розладу

Розглядаючи значущість метакогнітивних навичок у запобіганні та регуляції психоемоційних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу, наступний пункт дослідження зосереджується на вивченні рівня їхньої сформованості у військовослужбовців та аналізі взаємозв'язку цих навичок із симптоматикою ПТСР, що є надзвичайно актуальним для розуміння механізмів психологічної стійкості в умовах бойового стресу.

Психодіагностичне обстеження усієї вибірки (60 військовослужбовців) за методикою «Метакогнітивний опитувальник-30» (MCQ-30) А. Веллса було проведено у штатних умовах психологічної служби військових частин міста Києва. Респонденти індивідуально заповнювали опитувальник у спокійному

середовищі, що забезпечувало мінімізацію чинників зовнішнього стресу, з дотриманням інструкцій щодо щирості відповідей та відсутності «правильних» чи «неправильних» варіантів. Загальний час заповнення не перевищував 15 хвилин. У таблиці 2.1 наведено описові статистики за кожною субшкалою MCQ-30 у вибірці з 60 військовослужбовців, а також загальний сумарний бал.

Таблиця 2.1

Рівні сформованості метакогнітивних навичок у військовослужбовців

Субшкала	Середній бал (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Нестача когнітивної впевненості	23,5	5,1	12	34
Позитивні переконання щодо занепокоєння	18,7	4,3	10	28
Когнітивне самоусвідомлення	20,9	3,8	13	28
Негативні переконання щодо неконтрольованості та небезпеки думок	22,1	4,6	14	33
Необхідність контролювати думки	21,4	4,7	11	33
Загальний сумарний бал	106,6	15,4	78	134

Рівень сформованості метакогнітивних навичок у військовослужбовців показав суттєві відмінності за окремими субшкалами. Так, за шкалою «Нестача когнітивної впевненості» середній бал склав 23,5 (SD=5,1), що відповідає приблизно 58% від максимально можливого значення (максимум 40 балів). Це свідчить про помірний рівень невпевненості у власних когнітивних здібностях у 60% учасників, що може ускладнювати адекватне прийняття рішень в стресових умовах.

За шкалою «Позитивні переконання щодо занепокоєння» середній бал 18,7 (SD=4,3), що становить близько 47% від максимально можливого (40 балів).

Менше, ніж половина потенційного ресурсу адаптивного сприйняття тривоги реалізована у респондентів, що свідчить про недостатній розвиток позитивних стратегій мобілізації при небезпеці.

Шкала «Когнітивне самоусвідомлення» – середній бал 20,9 ($SD=3,8$), або 52% від максимуму, що демонструє помірну здатність до фокусування на власних думках та усвідомлення внутрішніх когнітивних процесів.

Негативні переконання щодо неконтрольованості думок: середній показник становить 22,1 ($SD=4,6$), що дорівнює 55% від максимального. Це вказує, що понад половина військовослужбовців має високий рівень тривоги через віру в неможливість контролювати небажані думки, що може провокувати психоемоційний дистрес.

За шкалою «Необхідність контролювати думки» середнє значення становить 21,4 ($SD=4,7$), що відповідає приблизно 53% від максимуму та демонструє тенденцію до надмірного регулювання та придушення думок, що ускладнює ефективну метакогнітивну регуляцію.

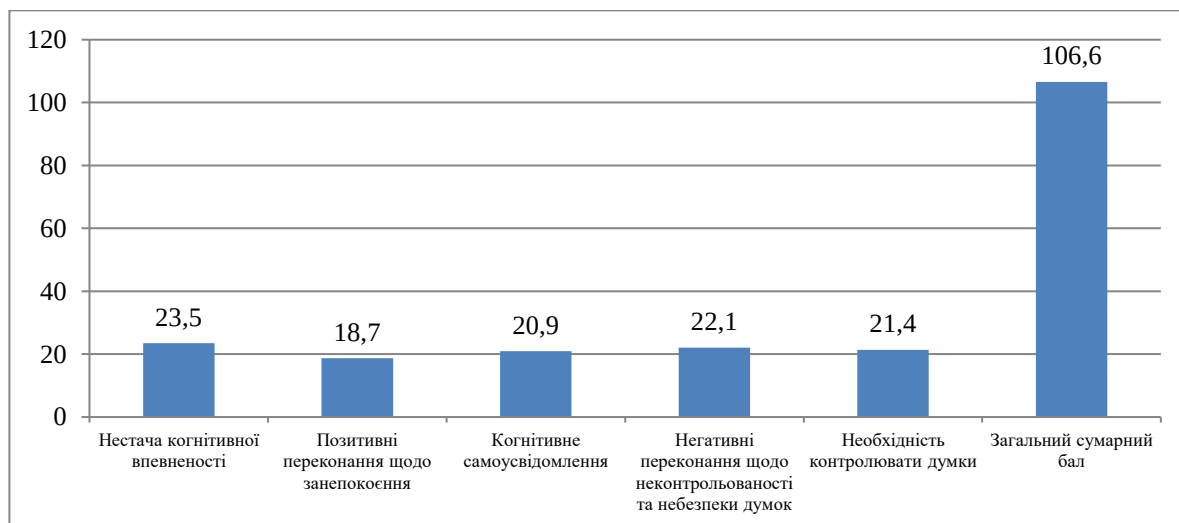


Рис. 2.1 – Середні значення субшкал сформованості метакогнітивних навичок у військовослужбовців

Відповідно, загальний сумарний бал становив 106,6 ($SD=15,4$) із максимально можливих 120, що свідчить про середній рівень розвитку метакогнітивних переконань у вибірці досліджуваних. Отримані результати показали, що понад половина респондентів (близько 55-60%) виявляють

підвищену схильність до дезадаптивних метакогнітивних переконань, таких як нестача когнітивної впевненості, негативні переконання про неконтрольованість думок та необхідність їхнього постійного контролю. Це може негативно впливати на психологічну стійкість військовослужбовців, ускладнюючи адаптивне подолання стресогенних чинників бойових дій.

Водночас, менш ніж 50% респондентів проявляють позитивні переконання щодо функціональної ролі тривоги, що є головним ресурсом для мобілізації адаптивних механізмів у складних психоемоційних станах. Отже, констатовано, що існують значущі розбіжності у рівні метакогнітивних навичок, які корелюють із потенційним ризиком формування або загострення симптомів посттравматичного стресового розладу.

Діагностика симптомів посттравматичного стресового розладу у повній вибірці проводилась за допомогою Шкали оцінки впливу травматичної події. Опитувальник дозволив оцінити інтенсивність трьох основних груп симптомів: інтрузії (вторгнення), уникнення та гіперактивності (збудження). Учасники оцінювали прояви цих симптомів за останній тиждень, відповідаючи на 22 питання за п'ятибальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Для кожного учасника розраховувалися індивідуальні показники за трьома субшкалами та інтегральний сумарний бал загальної посттравматичної симптоматики, які потім були згруповані у загальну таблицю 2.2.

Таблиця 2.2

Показники симптомів ПТСР за шкалою оцінки впливу травматичної події

Симптоми	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум	Відсоток від макс. (%)
Інтрузії (вторгнення)	15,4	4,9	4	23	62,5
Уникнення	13,1	5,2	3	22	54,6
Гіперактивність (збудження)	16,7	5,7	5	24	55,6
Інтегральний бал	45,2	13,8	15	69	56,5

Отримані дані демонструють, що середній рівень інтрузивних симптомів серед військовослужбовців досягає 62,5% від максимально можливих, що свідчить про помірний ступінь частоти небажаних нав'язливих спогадів, флешбеків та інших форм психічного вторгнення. Ці прояви можуть суттєво впливати на якість життя, порушувати концентрацію та викликати психоемоційне напруження (див. рис. 2.2).

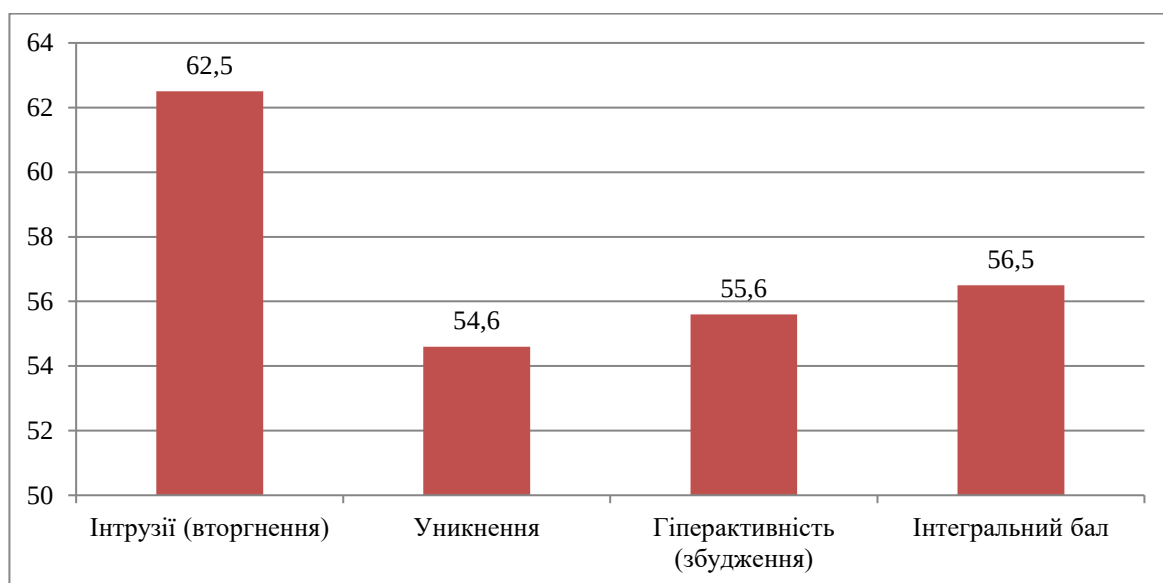


Рис. 2.2 – Середні рівні симптомів ПТСР за шкалою оцінки впливу травматичної події

Показник уникнення, який включає ухилення від думок, почуттів чи ситуацій, пов'язаних із травмою, становить близько 54,6%, що вказує на помірний рівень поведінкових та когнітивних стратегій дистанціювання. Хоч уникнення є адаптивним на ранніх стадіях травми, його тривале збереження підсилює симптоматику ПТСР.

Гіперактивність (збудження) в середньому досягла 55,6%, що свідчить про постійний підвищений рівень тривоги, роздратованість, порушення сну та концентрації. Цей симптомокомплекс характеризує посилене збудження нервової системи, що також негативно впливає на адаптацію у військовому середовищі.

Інтегральний показник загальної посттравматичної симптоматики 45,2 балів (56,5% від максимуму) демонструє, що респонденти переважно

перебувають у стані помірного стресового навантаження, що може потребувати психологічної підтримки.

Діагностика психічних ресурсів есенційної саморегуляції у всій вибірці військовослужбовців проводилась за допомогою стандартизованого опитувальника, розробленого І. Кочаряном і В. Сервінським [32]. Цей інструмент дозволив оцінити три основні компоненти психічної саморегуляції: емоційний, комунікативний та поведінковий ресурси, а також додаткові шкали соціальної бажаності та інфернальних стратегій. На питання опитувальника респонденти відповідали за бінарною схемою. Для дослідження ми використовували 20 основних підшкал, що відображають різноманітні аспекти саморегуляції, розподілені між трьома головними шкалами (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати оцінки психічних ресурсів есенційної саморегуляції

Основна шкала	Підшкала	Середній бал (М)	Стандартне відхилення (SD)	% від макс. балу
Емоції (Е)	Афективність (Е+)	12,8	3,6	64,0
	Амбівалентність (Е±)	8,1	2,8	40,5
	Емоційний баланс (Е=)	14,5	3,9	72,5
	Апатія (Е-)	6,3	2,5	31,5
Комунікація (К)	Монолог (К+)	10,9	3,2	54,5
	Нерівноправний діалог (К±)	7,6	2,7	38,0
	Діалогічність (К=)	15,1	3,5	75,5
	Хаотична комунікація (К-)	5,9	2,3	29,5
Поведінка (П)	Марнославство (П1+)	7,7	2,9	38,5
	Гідність (П1=)	13,9	3,6	69,5
	Самоприпинення (П1-)	5,5	2,4	27,5
	Нетерпіння (П2+)	8,3	3,0	41,5
	Результативність (П2=)	14,7	3,7	73,5
	Віктимність (П2-)	6,1	2,5	30,5
	Жадібність (П3+)	7,0	2,8	35,0
	Вдячність (П3=)	13,4	3,4	67,0
	Самодеструкція (П3-)	5,2	2,2	26,0
	Упертість (П4+)	9,1	3,1	45,5
	Наполегливість (П4=)	15,3	3,8	76,5
	Безвольність (П4-)	5,7	2,3	28,5

Середній показник емоційного балансу ($E=$) становить 72,5% від максимуму, що свідчить про достатній рівень адаптивної емоційної регуляції серед військовослужбовців. Водночас, значний рівень афективності (64%) відображає інтенсивність емоційних реакцій, що може виступати як ресурсом, так і чинником підвищеної збудливості. Натомість, показники амбівалентності (40,5%) і апатії (31,5%) свідчать про певний рівень нестабільності емоційного стану та наявність деяких емоційних труднощів у частини респондентів.

Високий рівень діалогічності ($K=$, 75,5%) свідчить про здатність респондентів підтримувати здорові міжособистісні взаємодії, що є важливим для соціальної підтримки та ефективної комунікації у військовому колективі. Водночас, середні значення таких підшкал як монолог ($K+$) 54,5% і нерівноправний діалог ($K\pm$) 38,0% можуть вказувати на окремі труднощі в балансі комунікації. Низький рівень хаотичної комунікації ($K-$): 29,5% є позитивним показником, що свідчить про відносну структурованість спілкування.

Високі середні показники таких адаптивних рис, як гідність ($П1=$, 69,5%), результативність ($П2=$, 73,5%), вдячність ($П3=$, 67,0%) та наполегливість ($П4=$, 76,5%) демонструють сформованість основних компонентів ефективної поведінки, що підтримують саморегуляцію. Натомість, помірні значення таких менш адаптивних рис, як марнославство ($П1+$, 38,5%), самоприпинення ($П1-$, 27,5%), віктимність ($П2-$, 30,5%), самодеструкція ($П3-$, 26,0%) та безвольність ($П4-$, 28,5%), вказують на окремі потенційні проблемні сфери, що можуть вимагати уваги в процесі психологічної підтримки (рис. 2.3).

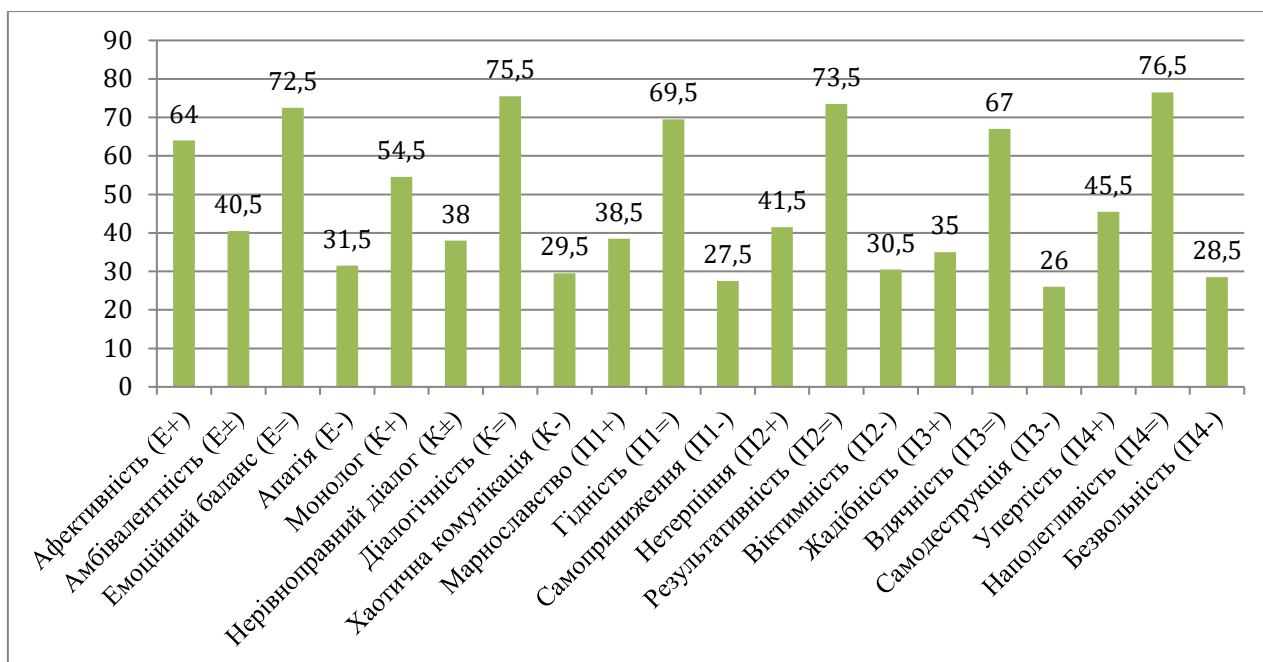


Рис. 2.3 – Показники психічних ресурсів есенційної саморегуляції
військовослужбовців

Таким чином, військовослужбовці демонструють досить високий рівень психічних ресурсів у сферах емоційної регуляції, комунікації та поведінкової саморегуляції, що свідчить про їхню загальну стійкість та адаптивність до стресогенних умов служби. Позитивні показники діалогічності та наполегливості свідчать про наявність соціальної підтримки та мотивації до досягнення цілей, що є надзвичайно важливими чинниками збереження психічного здоров'я. Загальний аналіз результатів показав важливість комплексного підходу до оцінки психічних ресурсів військовослужбовців із урахуванням емоційного, комунікативного та поведінкового аспектів есенційної саморегуляції.

Наступною частиною констатувального етапу була діагностика вибірки респондентів за допомогою опитувальника когнітивної регуляції емоцій. Цей інструмент дозволив нам кількісно та якісно оцінити специфіку когнітивних способів управління військовослужбовцями власними емоційними станами, що мають критичне значення для адаптивності у стресогенних умовах (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати діагностики когнітивної регуляції емоцій

Шкала	Середній бал (M)	Стандартне відхилення (SD)	Відсоток від макс. балу (%)
Самообвинувачення	7,8	3,0	39,0
Прийняття	13,4	3,7	67,0
Румінації	9,5	3,2	47,5
Позитивне перефокусування	14,0	3,9	70,0
Фокусування на плануванні	14,5	3,8	72,5
Позитивна переоцінка	13,8	3,6	69,0
Розгляд у перспективі	12,9	3,3	64,5
Катастрофізація	6,9	2,7	34,5
Звинувачення інших	6,2	2,5	31,0

Результати демонструють переважання адаптивних когнітивних стратегій серед військовослужбовців, що відображається у високих середніх балах за шкалами фокусування на плануванні (72,5%), позитивного перефокусування (70,0%), прийняття (67,0%) та позитивної переоцінки (69,0%). Ці показники свідчать про активне використання конструктивних механізмів регуляції емоцій, що дозволяють ефективно справлятися зі стресом і мінімізувати негативний вплив травматичних подій. Середні бали за шкалами розгляду у перспективі (64,5%) також підтверджують здатність військовослужбовців мислити у довготривалій перспективі, що є важливим ресурсом для підтримки психологічної стійкості.

Водночас, більш помірні рівні за шкалами румінації (47,5%) і самообвинувачення (39,0%) свідчать про існування певної вразливості до нав'язливого та негативного мислення, яке може провокувати або підтримувати симптоматику посттравматичного стресового розладу.

Найнижчі показники за шкалами катастрофізації (34,5%) і звинувачення інших (31,0%) свідчать про відносно низький рівень цих дезадаптивних когнітивних патернів у вибірці, що є позитивним чинником у контексті психологічного здоров'я.

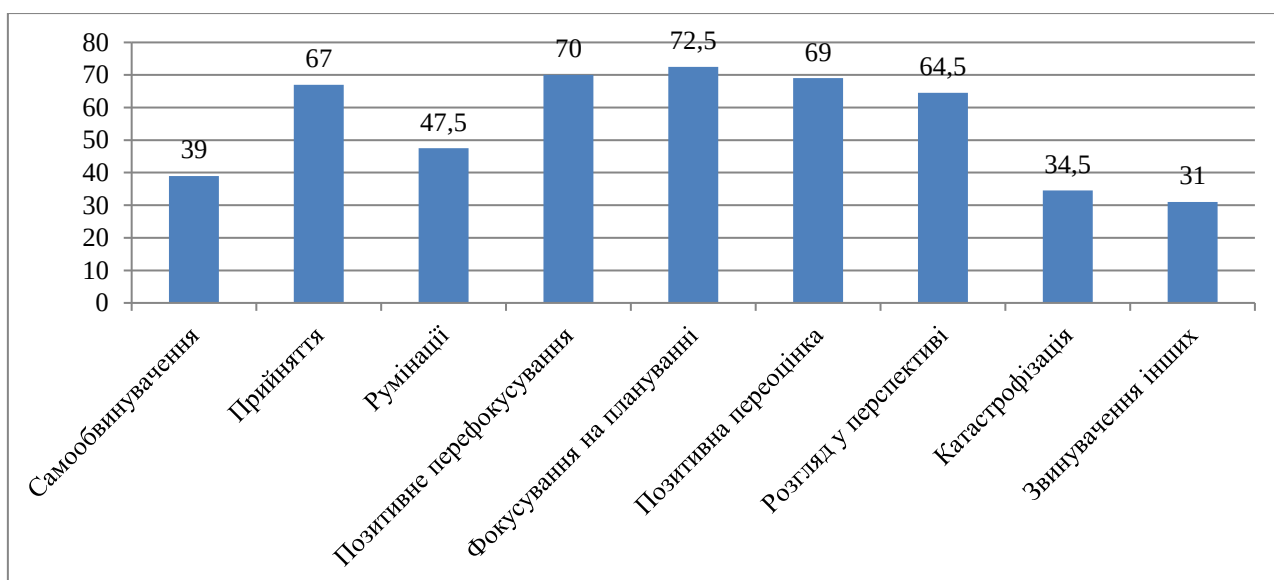


Рис. 2.4 – Результати діагностики когнітивної регуляції емоцій, %

Профіль когнітивної регуляції емоцій у досліджуваній вибірці свідчить про достатній рівень розвитку стратегій, що сприяють адаптації до стресових ситуацій і травматичного досвіду. Високі значення за такими шкалами, як планування, перефокусування та прийняття, демонструють активне залучення військовослужбовцями ресурсів для подолання стресу, пошуку виходу зі складних ситуацій та збереження емоційної рівноваги.

Натомість, наявність помірних показників за румінаціями і самообвинуваченням вказує на можливу схильність частини респондентів до повторного переживання негативних думок і емоцій, що потенційно може ускладнювати психологічне відновлення. Низькі рівні катастрофізації і звинувачення інших свідчать про відносну стійкість у протидії деструктивним когнітивним патернам, що сприяє кращій емоційній регуляції і зменшує ризик загострення посттравматичних симптомів.

Виявлений когнітивний профіль дав нам підстави рекомендувати впровадження програм психологічної корекції, спрямованих на посилення позитивних стратегій і мінімізацію деструктивних мисленнєвих патернів, що можуть впливати на розвиток та перебіг посттравматичного стресового розладу.

Для оцінки суб'єктивного сприйняття рівня стресу у військовослужбовців у рамках дослідження була застосована «Шкала сприйняття стресу», розроблена Ш. Коеном. Цей інструмент є загальновизнаним і широко використовується у

психологічних дослідженнях для вимірювання ступеня, у якому особистість оцінює ситуації свого життя як стресогенні протягом останнього місяця.

В результаті аналізу отриманих даних середній показник сприйняття стресу в досліджуваних вибірці склав 19,7 бала ($SD=5,3$), що відповідає середньому рівню стресу. Для подальшої інтерпретації результати розподілено за категоріями: низький рівень стресу: 0-13 балів, середній рівень стресу: 14-26 балів, високий рівень стресу: 27-40 балів. Розподіл учасників за цими категоріями представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Рівні сприйняття стресу військовослужбовцями

Рівень стресу	Кількість осіб	Відсоток від вибірки (%)
Низький	12	20,0
Середній	38	63,3
Високий	10	16,7

Переважає більшість військовослужбовців (63,3%) відчують середній рівень стресу, що є очікуваним результатом для осіб, які перебувають у постійному стресогенному середовищі та мають бойовий досвід. Цей рівень свідчить про помірну напругу, яка, з однієї сторони, може мобілізувати ресурси для адаптації, а з іншої – при тривалому впливі без адекватної підтримки здатна призводити до втоми і зниження функціональної спроможності.

Частина респондентів (16,7%) показала високий рівень стресу, що є сигналом для потенційних ризиків розвитку посттравматичних та інших психічних розладів. Для цих військовослужбовців необхідне більш інтенсивне психологічне супроводження, спрямоване на зниження стресового навантаження та профілактику хронізації симптоматики.

Натомість 20% учасників характеризуються низьким рівнем сприйнятого стресу, що може свідчити про більш ефективні адаптивні механізми регуляції емоцій або про позитивні особистісні й соціальні ресурси, які захищають від надмірного стресового впливу (див. рис. 2.5).

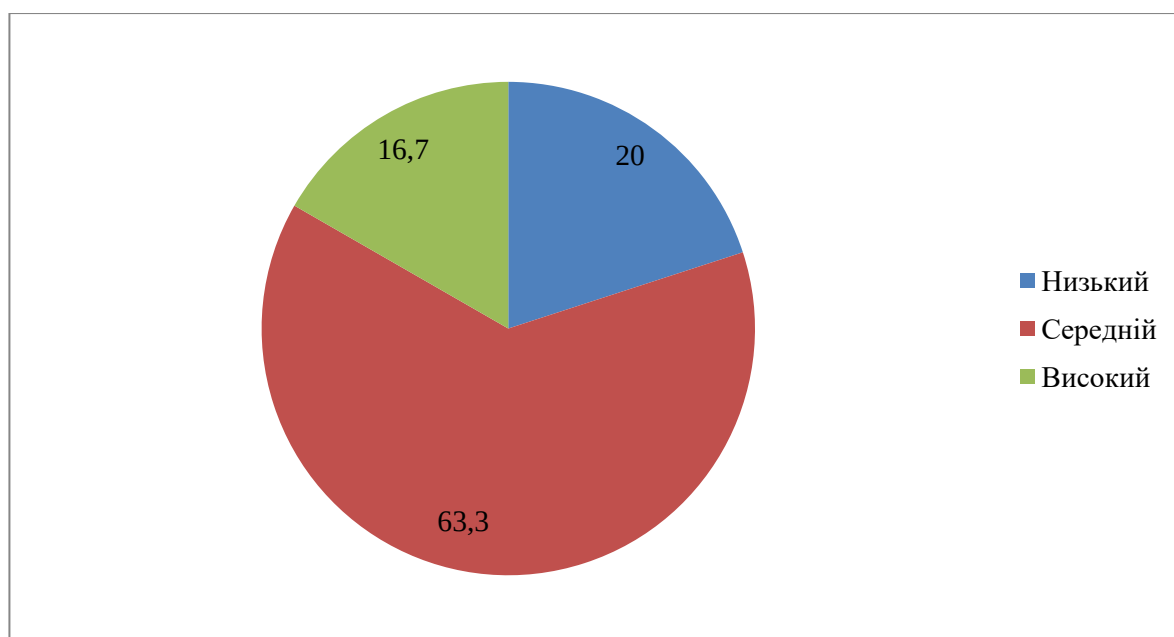


Рис. 2.5 – Рівні сприйняття стресу військовослужбовцями, %

Таким чином, результати шкали PSS підтверджують наявність різнорівневих проявів суб'єктивного стресового навантаження у вибірці військовослужбовців, що корелює із загальними характеристиками їхнього бойового і професійного досвіду. Переважна більшість військовослужбовців перебувають у стані помірному стресу, що є типовим для осіб, які виконують завдання в умовах підвищеної психоемоційної напруги. Виділення групи з високим рівнем стресу підкреслює необхідність цілеспрямованих інтервенцій, спрямованих на підвищення психологічної стійкості та запобігання розвитку посттравматичних реакцій. Відповідно, результати дослідження свідчать про різний рівень сформованості метакогнітивних навичок у військовослужбовців. У наступному пункті роботи проведено детальний аналіз емпіричних даних із застосуванням статистичних методів, що дозволило глибше інтерпретувати отримані результати та підтвердити їхню значущість.

2.3 Аналіз емпіричних даних, статистичне опрацювання та інтерпретація результатів

Важливим етапом нашого дослідження є аналіз емпіричних даних із застосуванням статистичних методів, що дозволяє обробити отримані результати та здійснити їхню інтерпретацію. Такий підхід сприяє виявленню

значущих зв'язків між метакогнітивними навичками та проявами посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Тому наступним кроком нашого дослідження було виконання кореляційного аналізу, оскільки він дозволив виявити силу та напрямки взаємозв'язків між досліджуваними психологічними показниками. Це дало змогу не лише описати структуру отриманих емпіричних даних, але й визначити потенційні предиктори та захисні чинники, які впливають на розвиток і перебіг посттравматичної симптоматики.

Відповідно до кореляційної матриці, найвищі позитивні кореляції виявлені між загальним показником ПТСР та нестачею когнітивної впевненості ($r=0,61$, $p<0,01$), негативними переконаннями щодо неконтрольованості думок ($r=0,67$, $p<0,01$) та катастрофізацією ($r=0,62$, $p<0,01$). Це підтверджує головну роль дисфункціональних метакогнітивних установок і деструктивних когнітивних стратегій у підтриманні симптоматики ПТСР.

Показник PSS-заг. має помірні й сильні позитивні зв'язки з усіма трьома кластерами симптомів ПТСР (0,57-0,66) та з головними дисфункціональними стратегіями емоційної регуляції, зокрема самообвинуваченням ($r=0,47$) і румінаціями ($r=0,45$). Регуляційні компоненти есенційної саморегуляції (емоційна, комунікативна, поведінкова) мають значущі негативні кореляції з рівнем ПТСР та стресу, що вказує на їхній захисний потенціал. Адаптивні стратегії (позитивне перефокусування, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка) демонструють обернені зв'язки із симптомами ПТСР, тоді як дезадаптивні (катастрофізація, звинувачення інших) мають прямі зв'язки (див. Додаток Г, табл. 2.6 та корелограми на рис. 2.6, 2.7).

ПТСР-заг. має дуже сильні позитивні кореляції з інтрузіями ($r=0,89$), гіперактивацією ($r=0,85$) та уникненням ($r=0,81$). Це очікуваний патерн, оскільки інтегральний індекс консолидує три кластери симптомів; високі значення r підтверджують внутрішню когерентність IES-R у нашій вибірці.

Негативні переконання щодо неконтрольованості думок мають сильну позитивну кореляцію з ПТСР ($r=0,67$). Нестача когнітивної впевненості

продемонструвала помірно-сильний зв'язок ($r=0,61$). Необхідність контролювати думки має помірний зв'язок ($r=0,54$). Відповідно, отримані дані вказують на те, що дисфункціональні метапереконання (особливо переконання про неконтрольованість думок) тісно пов'язані з інтенсивністю посттравматичної симптоматики, що узгоджується з метакогнітивною теорією А. Веллса.

PSS-заг. корелює з ПТСР помірно-сильно ($r=0,72$) і також пов'язаний з метакогнітивними показниками (наприклад, НКВ $r=0,55$; НПН $r=0,50$). Вищі оцінки суб'єктивного стресу супроводжуються сильнішими метакогнітивними проблемами і ПТСР; PSS може виступати як проміжна змінна або співдетермінанта.

Проаналізуємо роль когнітивних стратегій регуляції емоцій (CERQ-шкали). Так, катастрофізація має сильну позитивну кореляцію з ПТСР ($r=0,62$). Румінації також помірно-сильно корелює з ПТСР ($r=0,55$), самообвинувачення ($r=0,53$). У вибірці дезадаптивні когнітивні стратегії (особливо катастрофізація і румінація) тісно пов'язані з вираженістю посттравматичних симптомів. Вони, імовірно, підтримують персистенцію симптомів та емоційний дистрес.

Позитивне перефокусування ($r=-0,49$), фокусування на плануванні ($r=-0,50$), позитивна переоцінка ($r=-0,46$) мають помірні обернені кореляції з ПТСР. Це свідчить про те, що використання конструктивних когнітивних стратегій захищає від симптомів ПТСР або принаймні асоціюється із їхнім меншим рівнем.

Розглянемо значення показників есенційної саморегуляції. Так, шкали есенційної саморегуляції (емоційна (ЕР), комунікативна (КР), поведінкова (ПР)) мають статистично значущі негативні зв'язки з ПТСР (ЕР $r=-0,58$; ПР $r=-0,51$; КР $r=-0,46$). Тобто, сильніші внутрішні ресурси саморегуляції асоціюються з нижчими показниками посттравматичної симптоматики і саморегуляція виступає як захисний ресурс. Наші дані узгоджуються з моделлю, у якій дисфункціональні метапереконання (особливо НПН) підсилюють румінації і катастрофізацію, що, у свою чергу, підтримує симптоми ПТСР.

PSS пов'язаний і з метапереконаннями, і з ПТСР; можлива роль PSS як частково медіатора між метакогніцією і симптомами, або як змінної, що підсилює вплив дезадаптивних переконань. Сильні негативні кореляції між ресурсними змінними (ЕР, ПР, ППФ, ФПЛ) і ПТСР вказують на потенційну модераційну роль: при високих ресурсах вплив дезадаптивних стратегій на симптоми може бути слабшим.

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити системні взаємозв'язки між рівнем сформованості метакогнітивних навичок, характеристиками есенційної саморегуляції, особливостями когнітивної регуляції емоцій, рівнем суб'єктивного стресу та проявами симптоматики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Отримана кореляційна матриця продемонструвала як прямі, так і обернені статистично значущі зв'язки, що підтверджує багатовимірний характер досліджуваних феноменів.

По-перше, загальний інтегральний показник метакогнітивних переконань виявив значущу позитивну кореляцію із загальним рівнем ПТСР ($r=0,62$, $p<0,01$), а також із усіма трьома його кластерами: інтрузіями, униканням та гіперактивацією. Це вказує на те, що підвищений рівень дисфункціональних метакогнітивних переконань може бути важливим чинником збереження та інтенсифікації посттравматичної симптоматики.

По-друге, окремі шкали есенційної саморегуляції продемонстрували як захисний, так і ризиковий потенціал. Так, шкали «емоційна регуляція» та «поведінкова регуляція» мали обернені кореляції з рівнем інтрузій ($r=-0,41$ та $r=-0,38$ відповідно, $p<0,05$), що свідчить про їхню роль у зниженні інтенсивності мимовільних спогадів. Водночас, високі показники за підшкалою «інфернальні стратегії» були прямо пов'язані з усіма компонентами ПТСР (r від $0,35$ до $0,47$, $p<0,05$), що може інтерпретуватися як використання неадаптивних копінг-стратегій у стресових ситуаціях.

По-третє, в структурі когнітивної регуляції емоцій особливу увагу привертає значущий позитивний зв'язок між «катастрофізацією» та рівнем гіперактивації ($r=0,53$, $p<0,01$), а також інтрузіями ($r=0,49$, $p<0,01$). Натомість

шкали «позитивна переоцінка» та «розгляд у перспективі» продемонстрували обернені кореляції з загальним рівнем ПТСР ($r=-0,44$ та $r=-0,39$ відповідно, $p<0,05$), що підкреслює їхню адаптивну роль у посттравматичній адаптації.

По-четверте, рівень суб'єктивного сприйняття стресу за шкалою PSS мав тісний позитивний зв'язок із загальною посттравматичною симптоматикою ($r=0,58$, $p<0,01$) та дисфункційними стратегіями когнітивної регуляції (зокрема, румінаціями та самообвинуваченням). Це вказує на те, що суб'єктивно високий стрес не лише є наслідком, а й потенційним чинником підтримання симптомів ПТСР.

Таким чином, кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу про наявність тісних взаємозв'язків між метакогнітивними, регуляторними та емоційними характеристиками особистості військовослужбовців та інтенсивністю проявів ПТСР. Найбільш виразними виявилися зв'язки між дисфункційними метакогнітивними переконаннями, неадаптивними стратегіями регуляції емоцій і високими рівнями посттравматичної симптоматики. Водночас адаптивні регуляторні стратегії демонструють потенціал зниження інтенсивності ПТСР, що підтверджує доцільність їхнього розвитку у формувальному етапі інтервенційної програми.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було здійснено комплексний аналіз констатувального етапу емпіричного дослідження взаємозв'язку рівня сформованості метакогнітивних навичок та проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців.

На першому етапі було проведено організацію та методологічне забезпечення дослідження, що включало визначення вибірки респондентів, розробку процедури збору даних та обґрунтування використаних психодіагностичних інструментів. У дослідженні взяла участь репрезентативна

група військовослужбовців у кількості 60 осіб, відібраних за визначеними критеріями, що забезпечило валідність та надійність отриманих результатів.

Методичний інструментарій охоплював стандартизовані та адаптовані для української вибірки методики: метакогнітивний опитувальник-30 (MCQ-30), шкалу оцінки впливу травматичної події, опитувальник есенційної саморегуляції (І. Кочарян, В. Сервінський), опитувальник когнітивної регуляції емоцій, а також шкалу сприйняття стресу (PSS) Ш. Коена. Кожен інструмент дозволив виміряти окремі аспекти метакогнітивних процесів, регуляторних стратегій, емоційного реагування та суб'єктивного сприйняття стресу.

На основі отриманих емпіричних даних було здійснено оцінку рівня сформованості метакогнітивних навичок, що показала наявність значної варіативності у досліджуваній вибірці та виявила групи з різним ступенем проявів дисфункційних та адаптивних переконань. Було визначено, що підвищений рівень дисфункційних метакогнітивних переконань має прямий зв'язок із більш високими показниками посттравматичної симптоматики.

Проведений кількісний та якісний аналіз результатів за шкалами ПТСР, есенційної саморегуляції, когнітивної регуляції емоцій та рівня сприйняття стресу дозволив виявити як адаптивні, так і неадаптивні психологічні патерни, притаманні досліджуваним військовослужбовцям.

Завершальним етапом цього розділу стало статистичне опрацювання даних та інтерпретація результатів із використанням кореляційного аналізу, що дало змогу встановити значущі прямі та обернені зв'язки між досліджуваними показниками. Виявлено, що дисфункційні метакогнітивні переконання, неадаптивні стратегії регуляції емоцій та високий рівень суб'єктивного стресу асоціюються з інтенсивнішими проявами ПТСР, тоді як розвинені навички саморегуляції та позитивна когнітивна переоцінка мають позитивний ефект.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження підтвердили наявність тісного взаємозв'язку між метакогнітивними процесами, регуляторними стратегіями та проявами симптомів ПТСР, що створює підґрунтя для подальшої розробки та впровадження інтервенційних програм, спрямованих

на оптимізацію метакогнітивних та регуляторних навичок у
військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАЛЬНИЙ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК МЕТАКОГНІТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНОГО РЕСУРСУ В ПОДОЛАННІ ПТСР

У третьому розділі представлено результати формувального етапу дослідження, спрямованого на підвищення рівня метакогнітивних навичок як основного профілактичного ресурсу у подоланні симптомів посттравматичного стресового розладу. На основі попередніх теоретичних та емпіричних висновків було здійснено обґрунтування концептуальних засад та принципів побудови психопрофілактичної програми, спрямованої на розвиток метакогнітивної регуляції.

У межах розділу розкрито зміст, структуру та послідовність реалізації розробленого формувального впливу, що включав комплекс психоосвітніх, когнітивно-поведінкових та тренінгових методів, спрямованих на оптимізацію когнітивної регуляції емоцій, підвищення усвідомленості мисленнєвих процесів та формування адаптивних стратегій подолання стресу.

Окрему увагу приділено порівняльному аналізу результатів, отриманих до та після впровадження програми. Проведене дослідження дозволило оцінити ефективність запропонованого формувального впливу та виявити динаміку змін у рівні сформованості метакогнітивних навичок та інтенсивності симптомів ПТСР серед учасників експериментальної групи.

3.1 Теоретичне обґрунтування та принципи побудови психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок

Формування та розвиток метакогнітивних навичок у військовослужбовців розглядається як головний профілактичний ресурс у подоланні та зниженні інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу. Метакогнітивна модель психічного функціонування А. Веллса підкреслює, що

не стільки зміст думок, скільки переконання щодо власних когнітивних процесів і способів їхньої регуляції визначають стійкість або вразливість особистості до психотравмувальних чинників.

В умовах військової служби, особливо під час участі у бойових діях або перебування у зоні підвищеної небезпеки, військовослужбовці зіштовхуються з екстремальними навантаженнями, що провокують інтенсивні емоційні реакції та стрес. У таких обставинах актуалізується значення наступних навичок:

самоспостереження – здатності усвідомлювати власні думки, емоції та тілесні реакції у режимі «тут і тепер»;

когнітивної переоцінки – переосмислення подій з метою зниження їхньої емоційної інтенсивності;

керування румінаціями – зменшення нав'язливого повторного переживання травматичних подій;

метакогнітивного дистанціювання – здатності сприймати думки як психічні явища, а не як безумовну реальність.

Розвиток зазначених компонентів метакогнітивної регуляції сприяє підвищенню психологічної стійкості, адаптаційних можливостей та профілактиці хроніфікації ПТСР. Це робить впровадження цілеспрямованих програм у систему психологічної підтримки військовослужбовців науково та практично обґрунтованим кроком.

Опишемо детальніше принципи, на яких побудована наша програма.

1. наукова обґрунтованість. Програма ґрунтується на доказових підходах сучасної когнітивно-поведінкової та метакогнітивної терапії, результатах емпіричних досліджень щодо впливу метакогнітивних навичок на подолання ПТСР;

2. адаптація до умов військової служби. Техніки і вправи адаптовані до специфіки діяльності військовослужбовців, враховують обмеження часу, особливості дисциплінарної структури, високий рівень стресу та обмеженість ресурсів у бойових умовах;

3. модульність та гнучкість. Структура програми передбачає окремі модулі, які можуть реалізовуватись у повному обсязі або частково, залежно від умов (груповий або індивідуальний формат, очний або дистанційний режим);

4. практична спрямованість. Основний акцент зроблено на відпрацюванні практичних навичок самоспостереження, переоцінки, контролю румінацій та метакогнітивного дистанціювання через вправи, рольові сценарії та тренінги;

5. поетапність розвитку навичок. Формування метакогнітивної регуляції здійснюється поступово: від усвідомлення автоматичних думок і тригерів емоцій до засвоєння та автоматизації навичок дистанціювання і переоцінки;

6. інтеграція у систему професійної підготовки. Програма розроблена так, щоб її елементи могли бути включені до обов'язкових курсів психологічної підготовки, системи супроводу під час бойових дій, а також програм реабілітації після повернення з передової [56];

7. підкріплення навичок у реальному середовищі. Закріплення ефекту забезпечується виконанням завдань та технік безпосередньо в умовах служби, з урахуванням поточних бойових чи навчальних завдань.

Психопрофілактична програма розвитку метакогнітивних навичок у військовослужбовців під назвою «МетаКогніТренінг» спрямована на формування та вдосконалення здатності особистості до самоспостереження, когнітивної переоцінки, регуляції румінацій та метакогнітивного дистанціювання як основних ресурсів профілактики та подолання симптомів посттравматичного стресового розладу. Її розробка ґрунтується на сучасних теоретичних підходах метакогнітивної терапії та когнітивно-поведінкових методів, адаптованих до специфічних умов військової служби, з урахуванням високої стресогенності професійного середовища, необхідності швидкої адаптації, а також особливостей виконання бойових завдань.

Програма має чітко визначену мету: підвищити рівень усвідомленості власних когнітивних процесів та емоційних станів у військовослужбовців, навчити їх ефективно перетворювати деструктивні інтерпретації травматичних подій, знижувати інтенсивність нав'язливих думок та зберігати психологічну

стабільність навіть в екстремальних умовах. Її завданням є не лише розвиток окремих технік саморегуляції, але й формування цілісної системи метакогнітивного самоконтролю, інтегрованої у професійну діяльність та повсякденну поведінку.

Зміст програми охоплює 8 послідовних модулів, що проводяться протягом восьми занять тривалістю 90 хвилин кожне (за стандартним двотижневим форматом або у вигляді інтенсивного чотириденного курсу). Початкові заняття мають психоедукаційний характер і спрямовані на ознайомлення військовослужбовців із поняттям метакогнітивних навичок, механізмами їхнього впливу на емоційний стан та розвиток ПТСР. Учасники опановують базові техніки моніторингу думок та емоцій, створюють індивідуальні «карти тригерів» та навчаються своєчасно ідентифікувати ознаки стресової реакції (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Зміст психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок у військовослужбовців «МетаКогніТренінг»

№	Тема	Основні завдання	Приклади вправ та технік
1	Вступ та психоедукація	Ознайомлення з поняттям метакогнітивних навичок; формування розуміння їхньої ролі у подоланні ПТСР; мотивація до участі	Міні-лекція «Метакогніція та стрес»; вправа «Мій ресурс у стресі»; групове обговорення досвіду подолання труднощів
2	Самоспостереження та моніторинг думок	Розвиток вміння відстежувати власні думки, емоції та тілесні реакції; ідентифікація тригерів	Техніка «Щоденник думок»; вправа «Сканування тіла»; складання індивідуальної «карти тригерів»
3	Керування румінаціями	Зниження інтенсивності нав'язливих думок та зменшення фіксації на травматичних спогадах	Техніка «Стоп-думка»; вправа «Зміна фокусу уваги»; короткі релаксаційні практики
4	Когнітивна переоцінка	Формування навички знаходження альтернативних інтерпретацій подій; зменшення впливу деструктивних переконань	Вправа «Три інші пояснення»; аналіз ситуацій за АВС; метод позитивної переоцінки

Продовження таблиці 3.1

5	Метакогнітивне дистанціювання	Навчання сприймати думки як окремі події, а не як факти; зменшення емоційного залучення	Вправа «Думки як хмари»; техніка «Я – спостерігач»; робота з метафорами
6	Інтеграція навичок у службову діяльність	Адаптація технік до бойових і польових умов; тренування у симуляційних сценаріях	Рольові ігри «Ситуація під час завдання»; моделювання стресових епізодів та їх опрацювання
7	Підтримання та розвиток навичок	Створення індивідуального плану саморегуляції; визначення ресурсів підтримки	Вправа «Мій план стресостійкості»; техніка SMART-цілей; обмін досвідом у групі
8	Підсумки та оцінка ефективності	Рефлексія результатів, самооцінка прогресу; планування подальшого розвитку	Тестування (до/після); вправа «Мій шлях змін»; групове коло зворотного зв'язку

Наступні етапи програми зосереджені на розвитку практичних умінь керування румінаціями, що дозволяє зменшити надмірну фіксацію на травматичних спогадах та нав'язливих думках. Учасники засвоюють техніки когнітивної переоцінки, вчаться знаходити альтернативні інтерпретації подій та формувати ресурсне мислення. Особливу увагу приділено навичкам метакогнітивного дистанціювання, які допомагають сприймати думки як окремі психічні події, а не як безумовні факти, що значно зменшує емоційне залучення та сприяє збереженню психологічної рівноваги.

Заключні модулі присвячені інтеграції сформованих умінь у бойову та повсякденну діяльність. Розглядаються способи адаптації технік до польових умов, поєднання їх із військовими тренуваннями, а також методи підтримання і розвитку навичок після завершення програми. Кожен учасник формує власний план подальшої саморегуляції та отримує набір інструментів для самостійної роботи.

Програма може реалізовуватись у груповому, індивідуальному або змішаному форматі, що забезпечує її гнучкість та адаптивність до різних етапів військової служби: від підготовки до виконання бойових завдань і періоду реабілітації. Очікуваними результатами впровадження є підвищення

усвідомленості та контролю над власними когнітивними процесами, зниження рівня ПТСР за стандартизованими шкалами, підвищення стресостійкості та здатності до конструктивного подолання психологічних наслідків бойового досвіду.

Таким чином, «МетаКогніТренінг» є комплексною, науково обґрунтованою і практично орієнтованою психопрофілактичною програмою, яка здатна стати важливим компонентом системи професійної психологічної підготовки та супроводу військовослужбовців, особливо в умовах бойових дій, проходження реабілітації або повернення з передової. У наступному пункті роботи розглянуто зміст, структуру та особливості реалізації формувального впливу, спрямованого на розвиток мета когнітивних навичок у військовослужбовців.

3.2 Зміст, структура та реалізація формувального впливу

У формувальному етапі дослідження взяли участь 60 військовослужбовців, які становили репрезентативну вибірку осіб, залучених до виконання службово-бойових завдань у різних умовах: від безпосередньої участі у бойових діях до проходження відновлювально-реабілітаційних заходів. Відбір респондентів здійснювався із дотриманням принципів добровільності участі, поінформованої згоди та етичних стандартів психологічних досліджень, що забезпечувало високу внутрішню валідність експерименту. Під час формування вибірки враховувалися критерії психологічної та фізичної готовності до участі у тренінгових заняттях, відсутність тяжких психічних розладів у стадії декомпенсації та наявність актуального досвіду взаємодії з потенційно травматичними подіями.

Після проведення констатувального зрізу та попереднього аналізу рівня метакогнітивних навичок і проявів посттравматичної симптоматики, уся вибірка була рандомізована на дві рівні за кількістю та основними соціально-демографічними характеристиками групи: експериментальну та контрольну (по 30 осіб у кожній). Експериментальна група була розділена на тренінгові підгрупи

А і В по 15 осіб у кожній. Розподіл здійснювався з урахуванням принципу еквівалентності груп, що передбачав вирівнювання середніх значень основних діагностичних показників на початковому етапі дослідження.

Експериментальна група брала участь у впровадженні психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок, яка була інтегрована в структуру психологічного супроводу військовослужбовців. Контрольна група протягом цього ж періоду отримувала лише стандартну психологічну підтримку, без застосування спеціалізованих методів метакогнітивного тренінгу. Такий дизайн дозволив оцінити не лише ефективність формувального впливу, а й виокремити його специфічний внесок у динаміку досліджуваних показників.

Структура формувального впливу у межах розробленої психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок для військовослужбовців була вибудована з урахуванням сучасних науково-методичних підходів до організації психологічної інтервенції у контексті посттравматичної симптоматики та специфіки військової діяльності. Концептуально програма ґрунтувалася на інтеграції положень метакогнітивної теорії А. Веллса, когнітивно-поведінкової терапії, підходів позитивної психології та елементів психоосвіти, адаптованих до умов служби та реалій бойового досвіду.

Зміст і структурна організація формувального впливу передбачали багаторівневу, поетапну модель, у якій кожен етап виконував чітко окреслену функцію у процесі формування, розвитку та закріплення метакогнітивних навичок як профілактичного ресурсу подолання проявів посттравматичного стресового розладу.

1. Орієнтаційно-мотиваційний блок

Метою цього блоку було формування у військовослужбовців усвідомленої мотивації до участі у програмі, підвищення готовності до особистісних змін та розвиток позитивного ставлення до психологічної роботи. Учасники отримували психоосвітню інформацію про природу ПТСР, роль когнітивної та

метакогнітивної регуляції у процесі відновлення, а також про специфіку впливу думок і переконань на емоційний стан. Паралельно здійснювався початковий тренінг самоспостереження, спрямований на підвищення чутливості до власних когнітивних процесів.

2. Тренінгово-навчальний блок

Цей етап складався з циклу структурованих занять, спрямованих на опанування основних метакогнітивних навичок, включно з метакогнітивним дистанціюванням (здатністю відокремлювати себе від змісту думок, сприймати їх як ментальні події, а не як об'єктивну реальність); когнітивною переоцінкою (зміною інтерпретації подій з метою зниження емоційної інтенсивності); регуляцією румінацій (навчанням ефективних стратегій припинення нав'язливого повторного обдумування травматичних подій); самоспостереженням (усвідомленим відстеженням зміни власного мислення, емоцій та поведінки у реальному часі). Кожне заняття включало міні-лекційну частину, практичні вправи, групові обговорення та індивідуальні завдання для самостійного опрацювання.

3. Інтеграційно-практичний блок

На цьому етапі учасники відпрацьовували здобуті навички у змодельованих ситуаціях, максимально наближених до реалій військової служби та бойової обстановки. Використовувалися методи рольових ігор, стрес-моделювання у безпечних умовах, вправи на переключення уваги та формування стійкості до тригерних стимулів. Акцент робився на поєднанні когнітивних та поведінкових стратегій, що забезпечувало трансфер навичок у реальні життєві ситуації.

4. Підсумково-рефлексивний блок

Цей компонент програми був спрямований на консолідацію сформованих метакогнітивних навичок і розвиток здатності до їхнього самостійного застосування у повсякденній службі. Учасники вели «метакогнітивні щоденники», здійснювали групову рефлексію досвіду, а також створювали індивідуальні плани підтримки психологічної стійкості. Окремий акцент робився

на навичках самопідтримки, розпізнавання ознак підвищеного стресу та своєчасного застосування профілактичних технік.

5. Супровідно-моніторинговий блок

З метою забезпечення тривалої ефективності впливу передбачалася система післяпрограмного супроводу, що включала контрольні зустрічі, дистанційні консультації та повторне тестування для оцінки стабільності змін. Це дозволяло своєчасно виявляти ознаки регресу та проводити корекційні втручання.

Структурна модель формувального впливу відзначалася логічною послідовністю, змістовною цілісністю та спрямованістю на інтеграцію метакогнітивних стратегій у щоденну діяльність військовослужбовців, що забезпечувало стійкий профілактичний ефект у подоланні проявів ПТСР.

Реалізація формувального впливу здійснювалася упродовж чотирьох тижнів інтенсивної психологічної роботи з учасниками експериментальної групи, яка була поділена на дві підгрупи по 15 осіб для забезпечення оптимальної динаміки взаємодії, можливості індивідуалізованого підходу та підвищення ефективності групової роботи. Заняття проводилися двічі на тиждень, кожне тривалістю 90 хвилин, у спеціально обладнаному приміщенні, що забезпечувало комфортні умови, конфіденційність та психологічну безпеку.

Процес реалізації формувального впливу був структурованим та включав чітку послідовність етапів, описаних у концепції програми. Заняття мали комбінований формат, що поєднував елементи психоедукації, інтерактивних тренінгів, рольового моделювання, групових дискусій, а також індивідуальних рефлексивних завдань. У перший тиждень особливу увагу приділяли створенню атмосфери довіри та згуртованості, що в умовах військової служби має вагомe значення для відкритості учасників та їхньої готовності ділитися власним досвідом.

Спостереження за динамікою поведінкових та емоційних реакцій учасників засвідчили, що на початкових етапах роботи деякі військовослужбовці проявляли стриманість, обмеженість у висловлюваннях і помітне емоційне

напруження, що зумовлювалося як природною захисною реакцією на обговорення особистісно-значущих тем, так і впливом попереднього травматичного досвіду. Проте вже після кількох занять фіксувалося поступове зростання рівня залучення, активності в обговореннях та готовності експериментувати з новими способами мислення і поведінки.

За результатами групових рефлексій та індивідуальних зворотних зв'язків, учасники відзначали, що техніки метакогнітивного дистанціювання дозволяли їм краще контролювати інтенсивність негативних емоцій у стресових ситуаціях, а вправи з когнітивної переоцінки допомагали змінювати деструктивні інтерпретації травматичних подій на більш адаптивні. Значна частина військовослужбовців підкреслювала корисність навичок регуляції румінацій, оскільки саме повторне нав'язливе прокручування бойових епізодів вони вважали одним із найбільш виснажливих психічних станів.

Важливим елементом реалізації програми стала індивідуальна робота над «метакогнітивними щоденниками», у яких учасники фіксували приклади застосування отриманих навичок у реальних умовах служби та побуту. Аналіз цих записів показав, що до завершення програми більшість респондентів навчилася своєчасно розпізнавати тригерні ситуації та свідомо застосовувати профілактичні стратегії.

У заключних заняттях, які мали інтеграційний характер, спостерігалось помітне підвищення групової згуртованості, зростання впевненості учасників у власних ресурсах, а також більш відкрите та конструктивне ставлення до теми психологічної підтримки. Багато військовослужбовців відзначали, що отримані знання та навички вони готові не лише використовувати особисто, але й передавати побратимам, що свідчить про стійкий трансформаційний ефект програми.

У наступному пункті нашої роботи представлено порівняльний аналіз результатів, отриманих до та після впровадження психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок та обґрунтовано ефективність запропонованого формульовального впливу.

3.3 Порівняльний аналіз результатів до та після впровадження психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок

Для проведення порівняльного аналізу результатів формувального експерименту було обрано інтегральні показники за кожною з використаних психодіагностичних методик, що забезпечило узагальнену та водночас репрезентативну оцінку змін у досліджуваних параметрах. До таких показників увійшли: загальний рівень метакогнітивних переконань («Метакогнітивний опитувальник-30» А. Веллса в адаптації О. Савченко та Д. Лавриненко), інтегральний індекс посттравматичної симптоматики («Шкала оцінки впливу травматичної події»), сумарний показник рівня есенційної саморегуляції («Опитувальник діагностики есенційної саморегуляції» І. Кочаряна та В. Сервінського), інтегральний індекс когнітивної регуляції емоцій («Опитувальник когнітивної регуляції емоцій»), а також сумарний рівень сприйняття стресу («Шкала сприйняття стресу» Ш. Коена).

Для кожної методики були розраховані середні значення інтегральних показників у експериментальній та контрольній групах як до початку впровадження психопрофілактичної програми, так і після її завершення. Такий підхід дав змогу визначити не лише абсолютні зміни в кожній групі, а й порівняти динаміку між ними, що дозволило об'єктивно оцінити ефективність формувального впливу.

Водночас, з метою виявлення структурних взаємозв'язків між досліджуваними змінними на етапі порівняльного аналізу було застосовано кореляційний аналіз (метод Пірсона). Це дозволило оцінити, як зміни у рівні метакогнітивних навичок корелюють із трансформацією показників посттравматичної симптоматики, когнітивної регуляції емоцій, саморегуляції та сприйняття стресу, що є важливим для комплексного розуміння механізмів впливу програми на психологічний стан військовослужбовців (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз інтегральних показників у контрольній та експериментальній групах до і після формувального впливу

Показник	Група	До (M±SD)	Після (M±SD)	t	p
Метакогнітивні навички	Експериментальна	67,43 ± 8,12	81,26 ± 7,54	-8,21	<0,001
	Контрольна	66,85 ± 8,47	67,24 ± 8,33	-0,29	>0,05
Посттравматична симптоматика	Експериментальна	58,72 ± 9,15	43,11 ± 8,07	7,43	<0,001
	Контрольна	59,14 ± 8,96	58,45 ± 9,03	0,38	>0,05
Есенційна саморегуляція	Експериментальна	71,36 ± 7,88	82,59 ± 6,94	-7,02	<0,001
	Контрольна	72,01 ± 7,54	72,35 ± 7,49	-0,21	>0,05
Когнітивна регуляція емоцій	Експериментальна	76,42 ± 6,85	85,78 ± 5,97	-6,44	<0,001
	Контрольна	75,88 ± 6,94	76,05 ± 6,91	-0,11	>0,05
Рівень сприйняття стресу	Експериментальна	28,11 ± 4,56	20,47 ± 4,02	8,02	<0,001
	Контрольна	27,96 ± 4,61	27,88 ± 4,58	0,09	>0,05

Аналіз даних чітко продемонстрував, що в експериментальній групі після проходження психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок відбулися статистично значущі позитивні зміни за всіма досліджуваними показниками ($p < 0,001$).

Результати свідчать, що після впровадження психопрофілактичної програми в експериментальній групі відбулося суттєве зростання рівня метакогнітивних навичок з $67,43 \pm 8,12$ до $81,26 \pm 7,54$ бала. Це підвищення на 13,83 бала (приблизно +20,5 %) є статистично значущим ($t = -8,21$, $p < 0,001$), що вказує на високу ефективність застосованого формувального впливу. Таке зростання може бути пояснене впровадженням тренінгових технік, спрямованих на розвиток усвідомленого контролю за власними когнітивними процесами,

включно з плануванням, моніторингом та корекцією мисленнєвої діяльності. У контрольній групі рівень метакогнітивних навичок залишився практично незмінним ($66,85 \pm 8,47$ до $67,24 \pm 8,33$; $p > 0,05$), що підтверджує специфічність ефекту, пов'язаного саме з програмою, а не із зовнішніми чинниками.

Також в експериментальній групі зафіксовано значне зниження рівня посттравматичної симптоматики з $58,72 \pm 9,15$ до $43,11 \pm 8,07$ бала, що становить $-15,61$ бала або $-26,6 \%$ від початкового значення. Високе значення t ($7,43$, $p < 0,001$) свідчить про статистичну значущість зменшення проявів ПТСР, що є наслідком розвитку здатності до когнітивної переоцінки травматичних переживань, зниження румінацій та посилення емоційного дистанціювання. У контрольній групі зміни відсутні ($59,14 \pm 8,96$ до $58,45 \pm 9,03$; $p > 0,05$), що вказує на те, що без цілеспрямованого психологічного впливу рівень ПТСР симптоматики залишається стабільно високим.

Показник есенційної саморегуляції в експериментальній групі зріс із $71,36 \pm 7,88$ до $82,59 \pm 6,94$ бала ($+11,23$ бала; $+15,7 \%$), при цьому $t = -7,02$ ($p < 0,001$), що підтверджує статистично значущий ефект. Підвищення цього показника свідчить про покращення здатності військовослужбовців керувати власною поведінкою, емоціями та мисленням у складних умовах. Зростання есенційної саморегуляції може бути пов'язане із систематичним відпрацюванням технік самоспостереження та внутрішнього діалогу, що дозволило учасникам більш ефективно протистояти стресу та уникати імпульсивних реакцій. У контрольній групі показники залишилися практично незмінними ($72,01 \pm 7,54$ до $72,35 \pm 7,49$, $p > 0,05$).

Варто відзначити, що в експериментальній групі рівень когнітивної регуляції емоцій зріс з $76,42 \pm 6,85$ до $85,78 \pm 6,21$ бала ($+9,36$ бала; $+12,2 \%$, $p < 0,001$). Таке зростання є свідченням підвищення здатності застосовувати конструктивні стратегії емоційної регуляції, зокрема позитивну переоцінку, планування дій та когнітивне переосмислення ситуацій. Отримані результати вказують на те, що «МетаКогніТренінг» ефективно формує навички адаптивного керування емоційними станами, що особливо актуально для

військовослужбовців у бойових умовах та під час реабілітації. У контрольній групі зміни були мінімальними ($75,88 \pm 6,94$ до $76,05 \pm 6,91$, $p > 0,05$), що знову ж підтверджує ефективність формувального впливу.

Показник сприйняття стресу в експериментальній групі знизився з $28,11 \pm 4,56$ до $20,47 \pm 4,02$ бала ($-7,64$ бала; $-27,2\%$, $p < 0,001$), що є ознакою суттєвого зменшення суб'єктивного відчуття стресового навантаження. Це може свідчити про те, що сформовані навички метакогнітивного контролю допомогли учасникам переосмислювати складні ситуації та знижувати їхній емоційний вплив. Військовослужбовці відзначали більшу впевненість у власних силах, здатність швидше відновлювати психологічну рівновагу та спокійніше реагувати на потенційно стресогенні події. У контрольній групі зміни практично відсутні ($27,96 \pm 4,61$ до $27,88 \pm 4,58$, $p > 0,05$), що підтверджує важливу роль психопрофілактичної програми у зменшенні рівня стресу (див. рис. 3.1).

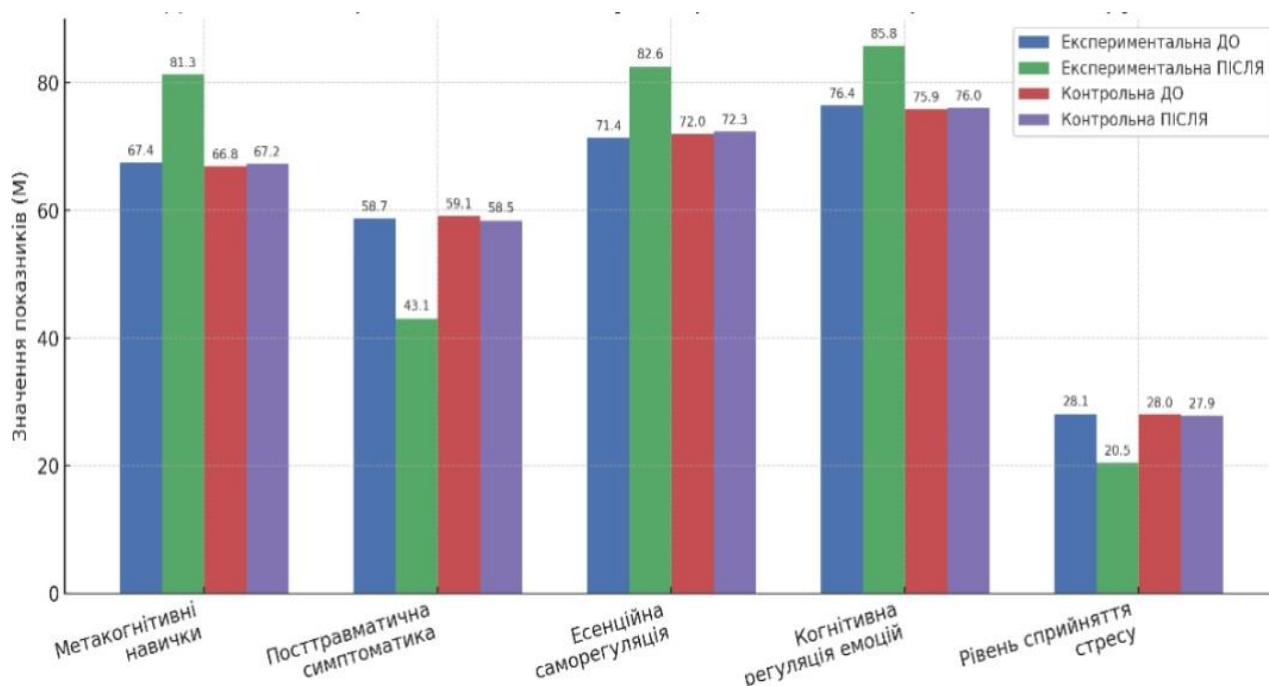


Рис. 3.1 – Динаміка інтегральних показників у контрольній та експериментальній групах

Отримані результати формувального експерименту свідчать про високу ефективність розробленої та впровадженої психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок «МетаКогніТренінг» серед військовослужбовців. Усі інтегральні показники, що відображають основні

аспекти когнітивної регуляції та психологічного благополуччя, продемонстрували статистично значущу позитивну динаміку в експериментальній групі, на відміну від контрольної, де зміни були несуттєвими та статистично незначущими.

Зокрема, у військовослужбовців, які проходили програму, відзначено істотне зростання рівня метакогнітивних навичок, що свідчить про розвиток здатності до усвідомленого планування, моніторингу та корекції власної пізнавальної діяльності. Паралельно з цим відбулося помітне зниження показників посттравматичної симптоматики, що підтверджує потенціал метакогнітивного тренінгу як засобу психологічної реабілітації. Підвищення рівня есенційної саморегуляції та когнітивної регуляції емоцій демонструє зростання здатності військовослужбовців до адаптивного емоційного реагування та конструктивного вирішення стресових ситуацій. Водночас, зменшення рівня суб'єктивного сприйняття стресу вказує на підвищення психологічної стійкості та здатності до ефективного подолання навантажень.

Таким чином, за результатами аналізу можна зробити висновок, що запропонована психопрофілактична програма чинить комплексний позитивний вплив на основні параметри психологічної готовності та стійкості військовослужбовців, сприяючи як зниженню негативних наслідків бойового стресу, так і формуванню ресурсних механізмів саморегуляції. Отримані дані підтверджують доцільність її впровадження в систему психологічного супроводу особового складу, особливо в умовах участі у бойових діях, проходження реабілітації та адаптації до мирного життя після повернення з передової.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі дослідження було здійснено комплексний аналіз теоретичних положень та практичних аспектів психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок у військовослужбовців. Теоретичне

обґрунтування програми спиралося на сучасні концепції метакогніції, психічної стійкості та психологічної підготовки військових, що підтверджує доцільність систематичного розвитку навичок самоконтролю, самоспостереження та рефлексивного мислення в умовах професійної діяльності.

Програма була побудована на принципах послідовності, комплексності та індивідуалізації, що дозволяє враховувати специфіку психологічного стану кожного учасника та створювати умови для ефективного формування метакогнітивних умінь. Зміст програми включав блоки теоретичного навчання, практичних тренінгів, психоформувань вправ та рефлексивних обговорень, а структура реалізації передбачала чергування навчальних та практичних компонентів з регулярним контролем прогресу учасників.

Результати порівняльного аналізу показали, що після впровадження психопрофілактичної програми у військовослужбовців відбулися суттєві позитивні зміни у рівні метакогнітивних навичок: підвищилася здатність до самоспостереження, оцінки власних когнітивних процесів та регуляції поведінки в стресових умовах. Порівняння інтегральних показників до і після формувань впливу свідчить про ефективність програми та її практичну значущість для психологічного забезпечення професійної діяльності військовослужбовців.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що цільова психопрофілактична програма розвитку метакогнітивних навичок є ефективним інструментом підвищення психологічної стійкості та професійної компетентності військових, а її впровадження може стати основою для подальших досліджень та практичних програм у сфері військової психології.

ВИСНОВКИ

Проблема психологічної стійкості військовослужбовців, особливо в умовах збройних конфліктів та бойових дій залишається на сьогодні надзвичайно актуальною, адже наслідки екстремальних подій часто виходять за межі суто фізичних травм, зачіпаючи глибинні механізми емоційної та когнітивної регуляції. Одним із головних чинників, що визначає здатність особистості ефективно адаптуватися, знижувати інтенсивність психотравматичних переживань і запобігати формуванню посттравматичного стресового розладу, є рівень розвитку метакогнітивних навичок. Саме вони забезпечують усвідомлений контроль над власними пізнавальними процесами, здатність своєчасно виявляти та коригувати деструктивні мисленнєві патерни, підтримувати психологічний баланс у критичних ситуаціях.

Сучасні наукові дослідження підтверджують, що метакогнітивна регуляція виступає не лише інструментом внутрішньої самодопомоги, а й важливим профілактичним ресурсом, який здатен істотно знизити ймовірність розвитку ПТСР. Вона охоплює комплекс умінь: від самоспостереження й аналізу власних думок до цілеспрямованої когнітивної переоцінки та гнучкого управління емоційними реакціями. Розуміння цих механізмів та їхні цілеспрямовані тренування відкривають нові можливості для підвищення бойової готовності та збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Проведене нами дослідження стало спробою комплексно оцінити місце і значення метакогнітивних навичок у системі психологічного забезпечення військової служби. Воно охоплювало як теоретичний аналіз наукових джерел, так і практичний експеримент із впровадження спеціально розробленої психопрофілактичної програми. Такий підхід дав змогу не лише підтвердити важливість метакогнітивної регуляції для профілактики ПТСР, але й запропонувати ефективний інструментарій для її розвитку в умовах реальної військової практики.

У ході проведеного дослідження було реалізовано комплексний підхід до вивчення та аналізу метакогнітивних навичок військовослужбовців у контексті запобігання виникненню посттравматичного стресового розладу. Відповідно до поставленої мети, а саме вивчити та проаналізувати метакогнітивні навички військовослужбовців, визначити взаємозв'язок між рівнем їх сформованості та схильністю до ПТСР, а також експериментально перевірити ефективність психопрофілактичної програми розвитку метакогнітивних навичок, дослідження пройшло всі необхідні теоретичні та емпіричні етапи, що дало змогу отримати валідні, статистично обґрунтовані результати.

На теоретичному рівні здійснено глибокий аналіз сучасних наукових підходів до проблеми метакогнітивних навичок, визначено їхню сутність, функціональні характеристики та структуру. Було встановлено, що метакогнітивні навички виконують головну регулятивну роль у процесах самоконтролю, планування, когнітивної переоцінки та адаптивного подолання стресових ситуацій, а їхній високий рівень є вагомим ресурсом у профілактиці дезадаптивних станів. Окрему увагу приділено феномену ПТСР, зокрема його специфічним проявам у військовослужбовців, що виконували завдання в умовах бойових дій. На основі аналізу наукових джерел визначено провідні психологічні чинники, які впливають на розвиток симптоматики ПТСР та обґрунтовано доцільність формування і розвитку метакогнітивних навичок як одного з найефективніших превентивних засобів.

На емпіричному етапі проведено діагностику рівня розвитку метакогнітивних навичок, інтенсивності посттравматичної симптоматики, особливостей есенційної саморегуляції, когнітивної регуляції емоцій та рівня сприйняття стресу у військовослужбовців. Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між високим рівнем метакогнітивних навичок та зниженням показників ПТСР, підвищенням ефективності саморегуляційних і когнітивно-емоційних процесів. Результати підтвердили гіпотезу про те, що розвиток метакогнітивних навичок має прямий профілактичний ефект щодо виникнення та поглиблення симптоматики ПТСР.

На формувальному етапі дослідження було розроблено, впроваджено та апробовано психопрофілактичну програму «МетаКогніТренінг», спрямовану на розвиток метакогнітивних навичок у військовослужбовців. Програма включала техніки самоспостереження, когнітивної переоцінки, керування румінаціями та метакогнітивного дистанціювання, що були адаптовані до умов військової служби та могли застосовуватися як у груповому, так і в індивідуальному форматі. Порівняльний аналіз інтегральних показників у контрольній та експериментальній групах до та після формувального впливу показав статистично значущі позитивні зміни в експериментальній групі: підвищення рівня метакогнітивних навичок, покращення показників есенційної саморегуляції та когнітивної регуляції емоцій, зниження рівня посттравматичної симптоматики та сприйняття стресу. У контрольній групі таких змін зафіксовано не було, що підтверджує ефективність розробленої програми.

Отже, проведене дослідження дозволило всебічно розкрити роль метакогнітивних навичок як важливого психологічного ресурсу у запобіганні виникненню посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Поєднання теоретичного аналізу, емпіричного вивчення та формувального експерименту дало змогу виявити закономірності взаємозв'язку між рівнем сформованості метакогнітивної регуляції та інтенсивністю симптоматики ПТСР, визначити специфіку проявів цих навичок у військовому середовищі та окреслити найбільш ефективні підходи до їх розвитку. Результати впровадження психопрофілактичної програми «МетаКогніТренінг» засвідчили її ефективність у зниженні проявів посттравматичної симптоматики, підвищенні рівня емоційної стійкості, покращенні когнітивної регуляції емоцій та загального сприйняття стресу.

Таким чином, отримані дані не лише підтвердили наукову гіпотезу дослідження, але й мають практичне значення для системи психологічного супроводу військовослужбовців. Розроблена програма може бути інтегрована у процес професійної підготовки та реабілітації, забезпечуючи ефективну профілактику психотравматичних наслідків та сприяючи збереженню

психічного здоров'я особового складу в умовах підвищеного стресу та бойових дій.

Перспективи подальших наукових розвідок у даній проблематиці вбачаються у поглибленому вивченні механізмів впливу окремих компонентів метакогнітивних навичок на різні аспекти психологічної стійкості військовослужбовців у довгостроковій перспективі. Доцільним є проведення лонгитюдних досліджень для відстеження динаміки змін цих навичок під впливом різних умов служби, а також розробка й апробація спеціалізованих модифікацій психопрофілактичних програм для окремих категорій військовослужбовців (наприклад, учасників бойових дій, ветеранів, осіб, що перебувають на етапі демобілізації). Перспективним напрямом також є інтеграція метакогнітивних тренінгів у комплексні програми психологічної підтримки, поєднання їх із сучасними методами психотерапії та цифровими інструментами дистанційної психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августюк М. Румінація та занепокоєння і посттравматичний стресовий розлад: основні аспекти зв'язку. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 2024. № 22, С. 3 DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2024.22.1>.
2. Аймедов К., Асєєва Ю. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 4 С. 3–8 DOI:<https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-1>.
3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*, 2020. № 3. С. 1–15 URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/195935>.
4. Байбакова І., Гасько О. Метакогнітивні стратегії та їх застосування при вивченні англійської мови фахового спрямування у контексті дистанційного навчання. *Наукові записки. Серія: Філологічні науки*, 2023. № 193. С. 333–337. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/philology/article/view/108>.
5. Балашов Е. М. Метакогнітивна усвідомленість та навчальна мотивація студентів. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2020. № 1 (76). С. 31–38.
6. Балашов Е. М. Метакогнітивний моніторинг саморегульованого навчання студентів: автореф. дис. доктора психол. наук. Національний університет «Острозька академія». Острог, 2020. 40 с. URL: https://www.oa.edu.ua/doc/dis/balashov_avto.pdf.
7. Балашов Е. М. Психологічні особливості метакогнітивного моніторингу в навчальній діяльності студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. № 4. С. 44–48 DOI:<https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-4-8>.
8. Балашов Е. М., Каламаж В. О. Діагностика рефлексивних умінь студентів на метакогнітивному рівні. *Науковий вісник Херсонського державного*

університету, Серія «Психологічні науки». 2020. № 2. С. 94–103 DOI:<https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-2-13>.

9. Балашов Е. П., Гуцалюк Т. В. Психодіагностичне вивчення зв'язку між метакогнітивною регуляцією та симптомами посттравматичного стресового розладу. *Психологія і сучасність: науково-практичний журнал*. 2025. № 1 (37). С. 102–110 DOI:

10. Балашов Е. П., Гуцалюк Т. В. Метакогнітивні навички як чинник запобігання ПТСР у військовослужбовців: теоретичний аналіз. *Габітус*. 2025. № 4 (22). С. 71–78 DOI: <file:///D:/Users/user/Downloads/35.pdf>.

11. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. Т. 22, № 3 (80), 2014. С. 42–47 URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2014_22_3_10.

12. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал: збірник наукових праць Київського національного університету імені Тараса Шевченка*, 2016. № 1. С. 6–16 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2016_1_3.

13. Вільямс М. Б., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 528 с.

14. Возніцина К., Олійник, О. Посттравматичний стресовий розлад і нейрофідбек: оцінка ефективності терапії серед українських військовослужбовців. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2024. № 9(3). С. 1–6 DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgr.v9i3.533>.

15. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 19–24 DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>.

16.Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

17.Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розклад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *European Science*. № 2. 2022. С. 50–66 DOI:<https://doi.org/10.30890/2709-2313.2022-14-02-017>.

18.Глушук А., Кандибал А., Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*, 2024. № 82 (6). С. 19–25 <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>.

19.Гриньків А. Метакогнітивні дослідження в контексті освітніх інновацій. *Вища освіта України*. 2016. № 2. С. 37–43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vou_2016_2_8.

20.Гулько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2015. №1, Т.19. С. 216–219 URL: <file:///C:/Вчитель/Downloads/209-Article%20Text-401-1-10-20180517.pdf>.

21.Демидович О. М. Особливості формування метакогнітивної компетентності і студентів немовних спеціальностей у процесі вивчення іноземної мови. *Психологічний часопис*, 2019. № 8. С. 220–231 DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.8>.

22.Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_12.

23.Доцевич Т. І. Метакогнітивна компетентність суб'єкта педагогічної діяльності у вищій школі : автореф. дис. д-ра психол. наук. : 19.00.07. Київ, 2016. 42 с.

24.Журавльова Н. Ю., Гурлева Т. С. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. *Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні: Збірник*

тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21–22 лютого 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113–117 URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/4_2022.pdf.

25.Зимянський А., Скоропад В. Науково-психологічний аналіз дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету, Серія: Психологія*, 2025. № 1. С. 83–86 DOI:<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.15>.

26.Кириченко Т. В. Аналіз проблеми розвитку механізмів саморегуляції поведінки підлітків. *ScienceRise*, 2018. № 9. С. 16–19. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/texc_2018_9_5.

27.Климчук В.О. Математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. Київ: Освіта України. 2009. 288 с.

28.Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. № 20. С. 84–93. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2015_3_23.

29.Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

30.Кочарян І. О. Валідізація шкали Есенціальності/Інфернальності (Е/І) Опитувальника діагностики есенціальної саморегуляції (ОДЕС). *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 2023. № 19. С. 12–20 DOI: <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-19-02>.

31.Кочарян І. О. Есенціальність як самоактуалізаційний ресурс особливості. *Матеріали конференцій МЦНД*. № 9. С. 242–247. URL: <https://archive.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/view/624>

32.Кочарян І. О. Система радості: есенційна саморегуляція психіки та її психологічна корекція : монографія, Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2016. 288 с.

33.Кочарян І. О., Сервінський В. В. Опитувальник для діагностики есенційної саморегуляції та психометрична оцінка його завдань. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, Психологія*, 2019, № 60. С. 210–230 DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2019.60.12>.

34.Кочарян І., Шкарупа Т. Особливості психічної саморегуляції у ІТ спеціалістів з токсичною поведінкою. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди, Психологія*. № 62. 2020. С. 181–199 DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.62.10>.

35.Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432 с.

36.Крижановська З. Ю., Мудрик А. Б. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок пережитого травматичного досвіду особистості. *Психологічні студії*, 2024. №3, С. 32–38 DOI: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.3.5>.

37.Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. № 28. С. 176–185. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2016_28_18.

38.Михайлов Б. В. Посттравматичні стресові розлади. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина». 2025. 246 с.

39.Михайлова О. І. Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 249 с.

40.Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. Проблеми сучасної психології. 2011. № 12. С. 687–697 DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2011-12.%25p>.

41. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. В-во: Моріон. 2024. 300 с.

42. Муқан Н., Чубінська Н., Стасишин Р. Роль і значення когнітивних та метакогнітивних навичок у професійній діяльності правника. *Академічні візії*. 2023. № 22. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/477>.

43. Напрєєнко О. К., Марценковський Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *НЕЙРОNEWS. Практика*. 2019. С. 20–28 URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/2\(103\)/nn19_2_20-28be5f7f69f2ad3e09ff7b39187e3c7d7e.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/2(103)/nn19_2_20-28be5f7f69f2ad3e09ff7b39187e3c7d7e.pdf).

44. Олефір В. О. Психологія саморегуляції суб'єкта діяльності : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01. Південноукраїнський національний педагогічний ун-т імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2016. 41 с.

45. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 14. С. 243–253 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14%281%29__33.

46. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1 (3). С. 63–79 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2017_1_8.

47. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. № 10. С. 86–98 URL: <https://surl.li/lqqeaw>.

48. Пінчук І. Я., Петриченко О. О., Колодежний О. В. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_3_5.

49. Платинюк О. Б. Діагностика, корекція та профілактика неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які отримали поранення : дис. ... д-ра філ. н. Харків, 2021. С. 158.

50.Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НЕЙРОNEWS. Семінар*. 2019. С. 30–36 URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf/.

51.Савелюк Н. М. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи*, 2019. № 18. С. 141–152. URL:<http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/27108/1/Savel.pdf>.

52.Савелюк Н. Психологічне благополуччя студентської молоді: порівняльний аналіз у ковідному та воєнному контекстах. *Психологічні перспективи*, 2022. № 39. С. 322–340. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-sav>.

53.Сафін О. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. *Наука і оборона*, 2016. № 1. С. 24–30 URL:<https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/01/Збірник-XI-тої-Всеукраїнської-наукової-Інтернет-конференції.pdf>.

54.Сидорчук Н. Г. Розвиток метакогнітивних умінь як перспективний напрям професійного самовдосконалення. *Проблеми освіти: зб. наук. праць*. Житомир: Вид. О. О. Євенок, 2017. № 87. С. 242–246 URI: <https://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/28929>.

55. Сігінішина А. С. Метакогнітивні судження як засіб моніторингу пам'яті. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Психологія і педагогіка*. 2012. № 20. С. 254–263. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2012_20_29.

56. Соломон К. У мене ПТСР. Переорієнтування після травми. Видавець: Тюльпан. 2024. 162 с.

57. Степаненко В., Злобіна О., Головаха Є., Дембіцький С., Найдьонова Л. Стрес, спричинений війною, та ресурси соціально-психологічної стійкості: огляд теоретичних концептуалізацій. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2023. № 4. С. 22–39. URL: <http://jnas.nbuv.gov.ua/article/UJRN-0001449697>.

58. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

59. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ. 2000. 268 с.

60. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП Вид. дім «Персонал». 2017. 160 с.

61. Фролова М., Дроздова Є., Козел В. Розвиток метакогнітивних навичок як чинник ефективного навчання програмуванню у здобувачів освіти. *Psychology Travelogs*, 2025. № 2. С. 80–91 DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2025-2-8>.

62. Хміляр О. Ф., Зубовський Д. С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. №3 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6.

63. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.

64. Чорна В., Серебреннікова О, Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Ангельська В., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*, 2023. №12 (124). С. 28–39 DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>.

65. Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В., Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Рибінський М. В., Ангельська В. Ю., Павленко Н. П. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28–39. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>.

66. Avhustiuk, M., Pasichnyk, I., Balashov, E., & Kalamazh, R. (2025). Ruminative Thinking among Military Personnel of the Armed Forces of Ukraine. *Insight: the*

psychological dimensions of society, 13, 431–459. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-13-18>

67.Cohen, S., Janicki-Deverts, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42 (6), 1320–1334 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>.

68.Copeland, L. A., Finley, E. P., Rubin, M. L. et al (2023). Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15 (4), 697–704. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>.

69.Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6 (4), 307–324 DOI: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>.

70.Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, № 6 (4), 121–127 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>

71.Lyons, K. E. & Zelazo, P. D. (2011). Monitoring, metacognition, and executive function. *Advances in Child Development and Behavior*, 40, 379–412 DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386491-8.00010-4>.

72.Matook, S., Wang, Y. M., Koepfel, N., & Guerin, S. (2023). Metacognitive skills in low-code app development: Work-integrated learning in information systems development. *Journal of Information Technology*, 39 (1), 41–70 DOI: <https://doi.org/10.1177/02683962231170238>.

73.Taylor, J. M. (2015). Psychometric analysis of the Ten-Item Perceived Stress Scale. *Psychological Assessment*, 27 (1), 90–101 DOI: <https://doi.org/10.1037/a0038100>.

74.Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, №42 (4), 385–396 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5).

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ*)

Методика призначена для діагностики виразності різних способів когнітивного регулювання емоцій.

Інструкція: перед тим, як Ви почнете виконання завдання, згадайте, будь-ласка, кілька стресових, важких для Вас ситуацій. Прочитавши висловлювання, оцініть, наскільки думки такого змісту властиві Вам у скрутній ситуації. При відповіді орієнтуйтеся на ваші думки, почуття, а не на дії. Позначте цифру, що відповідає Вашій відповіді: 1 – ніколи, 2 – іноді, 3 – не знаю, 4 – часто, 5 – завжди

1. Я відчуваю, що я винен(а) у тому, що трапилося.
2. Я думаю, що я повинен визнати, що це вже сталося.
3. Я думаю про свої почуття, переживання, пов'язані з цією
4. Я намагаюся думати про приємніші речі, ніж те, що я відчув(а).
5. Я думаю про те, що в цій ситуації я можу зробити найкраще.
6. Я думаю, що я можу винести якийсь досвід із ситуації.
7. Я думаю, що все це могло бути набагато гіршим.
8. Я часто думаю, що те, що я випробував, набагато гірше, ніж те, що випробували інші.
9. Я відчуваю, що інші винні у цьому.
10. Я відчуваю, що я єдиний, хто відповідальний за те, що трапилося.
11. Я думаю, що я повинен прийняти ситуацію.
12. Я стурбований тим, що я думаю і відчуваю про випробуване.
13. Я думаю про приємні речі, які не мають жодного відношення до цієї ситуації.
14. Я розмірковую, як саме я можу найкраще впоратися із ситуацією.
15. Я думаю, що я можу стати сильнішою людиною внаслідок того, що сталося.
16. Я думаю, що інші люди переживають набагато гірші події.
17. Я продовжую думати про те, наскільки жахливо те, що я відчув(а).
18. Я відчуваю, що інші відповідальні за те, що сталося.
19. Я думаю про помилки, які я здійснив(ла) щодо того, що сталося
20. Я думаю, що я нічого в цьому не можу змінити.
21. Я хочу зрозуміти, чому у мене виникають саме такі почуття щодо пережитого.
22. Я думаю про щось хороше, замість того, щоб думати про те, що трапилося.
23. Я думаю, як змінити ситуацію.
24. Я думаю, що ситуація також має і свої позитивні сторони.
25. Я думаю, що ця ситуація не була такою поганою в порівнянні з іншими речами.
26. Я думаю, що те, що я випробував(а), найгірше, що може статися з людиною.
27. Я думаю про помилки, які зробили інші люди в цій ситуації.
28. Я думаю, що в основному причина безпосередньо в мені самому.
29. Я думаю, що я повинен вчитися жити з цим.
30. Я концентруюсь на почуттях, які ситуація викликала в мені.
31. Я думаю про приємні події.
32. Я намагаюся спланувати те, що найкраще я можу зробити у цій ситуації.
33. Я шукаю позитивні сторони ситуації.
34. Я говорю собі, що в житті є й найгірші речі.
35. Я безперервно думаю, наскільки жахлива ця ситуація.
36. Я відчуваю, що в основному причина проблеми лежить в інших людях.

Додаток А1

Опитувальник впливу події (IES-R)

Протягом останніх 7 днів, як часто вас турбували наступні проблеми?

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувало вас знову переживати все, що сталося.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

2. Мені було важко спати всю ніч.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

3. Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

4. Я відчував дратівливість і гнів.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

6. Проти своєї волі я думав про те, що трапилося

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

7. Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

8. Я уникав нагадувань про це.

Ніколи

Рідко
Іноді
Часто
Весь час

9. Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

10. Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

11. Я намагався не думати про те, що сталося.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

12. Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

13. Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

14. Я помічав, що поведжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

15. Мені було важко заснути.

Ніколи
Рідко

Іноді
Часто
Весь час

16. У мене були хвилі сильних почуттів з цього приводу.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

17. Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

18. Мені було важко зосередитися.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

19. Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

20. Мені про це снилося

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

21. Я почувався пильним і настороженим.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

22. Я намагався не говорити про те, що трапилося.

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Весь час

Шкала сприйняття стресу Ш. Коена (PSS)

Для кожного питання оберіть один із запропонованих варіантів відповіді.

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто

Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто

Інформована згода
на участь у психопрофілактичній програмі з розвитку
метакогнітивних навичок «МетаКогніТренінг»

Я, _____, добровільно погоджуюсь на участь у психопрофілактичній програмі з розвитку метакогнітивних навичок, що реалізується в межах науково-практичного дослідження на тему:

Мета програми: покращення здатності військовослужбовців усвідомлювати та контролювати власні когнітивні процеси, підвищення стресостійкості, ефективності прийняття рішень та адаптації до службових умов.

Зміст участі: програма включає серію індивідуальних та групових психологічних занять, вправ на самоспостереження, аналіз мислення та емоцій.

Тривалість програми: __4__ тижні / __12__ годин (2 заняття в тиждень по 90 хв.)

Учасник може пропускати окремі сесії без негативних наслідків для себе.

Можливі ризики та дискомфорт: під час занять можуть виникати тимчасові емоційні реакції (тривога, роздратування, сум). Усі вправи проводяться під супроводом кваліфікованого психолога, який надасть підтримку у разі емоційного дискомфорту.

Переваги участі: розвиток навичок усвідомлення власних думок і поведінки; підвищення здатності до саморегуляції та управління стресом; покращення психоемоційного стану в умовах служби.

Конфіденційність. Вся інформація, отримана під час програми, зберігатиметься конфіденційною. Результати дослідження будуть представлені у знеособленому вигляді.

Добровільність. Моя участь є добровільною. Я маю право у будь-який час припинити участь без будь-яких негативних наслідків.

Підтвердження. Я прочитав/ла цю інформовану згоду, мені все зрозуміло, і я погоджуюсь на участь у програмі.

Дата: _____

Підпис учасника: _____

Підпис психолога (особи, що проводить програму): _____

План заняття № 5

«Метакогнітивне дистанціювання»

Мета заняття:

- ✓ навчити військовослужбовців сприймати власні думки як тимчасові ментальні події, а не як абсолютні факти;
- ✓ зменшити емоційне залучення до травматичних або тривожних думок;
- ✓ розвинути навички внутрішнього спостерігача та метакогнітивної гнучкості.



Тривалість: 90 хвилин

Цільова група: військовослужбовці (15 осіб)

Необхідні матеріали: картки з метафорами (хмари, потік річки, листи у воді тощо), аудіозапис спокійної інструментальної музики, фліпчарт/дошка та маркери, аркуші А4, ручки для кожного учасника.

Структура заняття

1. Вступна частина (10 хв.)

Мета: створення безпечної атмосфери, актуалізація теми

1. Привітання та налаштування групи (2 хв.)

Коротке представлення теми: «Сьогодні ми поговоримо про те, як можна навчитися дивитися на власні думки збоку, без автоматичного емоційного залучення».

2. Мотиваційний вступ (3 хв.)

Приклад: опис ситуації, коли нав'язлива думка погіршує настрій та як навички дистанціювання можуть допомогти.

3. Огляд цілей заняття (5 хв.)

Що будемо робити: вправи, обговорення, робота з метафорами.

Очікувані результати: зниження інтенсивності емоцій при взаємодії з важкими думками.

2. Міні-лекція «Що таке метакогнітивне дистанціювання?» (15 хв.)

Мета: дати учасникам теоретичну основу

Пояснення поняття «думки – не факти, а події у свідомості». Приклади з військової служби (тривожні спогади, думки про небезпеку). Психофізіологічний механізм: як мозок реагує на думку як на загрозу. Чому дистанціювання знижує емоційний стрес.

Візуальна опора: схема «Ланцюг: думка → емоція → реакція» та спосіб його розриву.

3. Вправа «Думки як хмари» (20 хв.)

Мета: розвинути навичку сприймати думки як тимчасові явища

1. Інструкція (5 хв.)

Закрийте очі, уявіть чисте небо. Кожну думку, що з'являється, уявіть у вигляді хмари, яка повільно пливе повз вас. Не оцінюйте думки, просто спостерігайте за ними.

2. Практика (10 хв.)

Ведучий спокійним голосом проводить групу через візуалізацію під музику.

3. Обговорення (5 хв.)

Що відчували? Чи вдалося відпустити думку, не втягуючись у неї?

4. Техніка «Я – спостерігач» (20 хв.)

Мета: навчитися усвідомлювати, що людина – це більше, ніж її думки

1. Інструкція (5 хв.)

Уявіть, що ви сидите в кінотеатрі та спостерігаєте за екраном, де з'являються ваші думки. Ви – не персонаж фільму, ви – глядач.

2. Практика (10 хв.)

Кожен записує одну нав'язливу або неприємну думку на аркуші. Уявляє, що бачить її на екрані, а потім «віддаляє» кадр, поки думка стає менш яскравою.

3. Обговорення (5 хв.)

Як змінилося емоційне ставлення до цієї думки?

5. Робота з метафорами (15 хв.)

Мета: закріпити концепцію дистанціювання через образи

Ведучий пропонує 3-4 метафори (хмари, листя у річці, потік автомобілів, поїзд на вокзалі). Учасники обирають одну і створюють коротку особисту історію, використовуючи метафору для опису свого досвіду відпускання думок.

Обмін історіями в малих групах по 2-3 особи.

6. Рефлексія та підбиття підсумків (10 хв.)

Що нового дізналися? Як можна застосувати ці техніки у бойових або стресових ситуаціях?

Домашнє завдання: щодня 5 хвилин практикувати техніку «Думки як хмари» та фіксувати спостереження в щоденнику.

7. Завершення (5 хв.)

Позитивне підкріплення учасників за відкритість та підкреслення важливості регулярної практики для стійкого ефекту.

Додаток Г

Таблиця 2.6

Кореляційна матриця основних показників дослідження*

Показник	ПТСР-заг.	Інт	Ун	Гіп	PSS-заг.	НКВ	ППЗ	КС	НПН	НКД	ЕР	КР	ПР	СБ	ІС	САО	ПРІ	РУМ	ППФ	ФПЛ	ППЕ	РУП	КАТ	ЗІ
ПТСР-заг.	1,00	0,89**	0,81**	0,85**	0,72**	0,61**	0,43**	0,21	0,67**	0,54**	-0,58**	-0,46**	-0,51**	0,12	0,49**	0,53**	-0,41**	0,55**	-0,49**	-0,50**	-0,46**	-0,39**	0,62**	0,44**
Інт	0,89**	1,00	0,72**	0,74**	0,66**	0,57**	0,41**	0,19	0,63**	0,49**	-0,54**	-0,42**	-0,46**	0,10	0,45**	0,49**	-0,38**	0,52**	-0,47**	-0,48**	-0,42**	-0,36**	0,58**	0,39**
Ун	0,81**	0,72**	1,00	0,69**	0,57**	0,49**	0,37**	0,16	0,54**	0,46**	-0,48**	-0,38**	-0,44**	0,08	0,42**	0,44**	-0,35**	0,47**	-0,42**	-0,43**	-0,39**	-0,32**	0,50**	0,36**
Гіп	0,85**	0,74**	0,69**	1,00	0,64**	0,54**	0,39**	0,20	0,59**	0,48**	-0,51**	-0,40**	-0,45**	0,09	0,46**	0,48**	-0,36**	0,50**	-0,45**	-0,46**	-0,41**	-0,34**	0,56**	0,38**
PSS-заг.	0,72**	0,66**	0,57**	0,64**	1,00	0,55**	0,33**	0,12	0,50**	0,42**	-0,46**	-0,38**	-0,41**	0,15	0,44**	0,47**	-0,33**	0,45**	-0,42**	-0,43**	-0,39**	-0,30**	0,49**	0,35**
НКВ	0,61**	0,57**	0,49**	0,54**	0,55**	1,00	0,46**	0,28*	0,62**	0,58**	-0,50**	-0,42**	-0,45**	0,19	0,43**	0,49**	-0,35**	0,44**	-0,41**	-0,42**	-0,38**	-0,32**	0,48**	0,33**
ППЗ	0,43**	0,41**	0,37**	0,39**	0,33**	0,46**	1,00	0,31**	0,40**	0,37**	-0,28*	-0,25*	-0,22	0,12	0,26*	0,31**	-0,19	0,28*	-0,25*	-0,26*	-0,23*	-0,20	0,29**	0,22
КС	0,21	0,19	0,16	0,20	0,12	0,28*	0,31**	1,00	0,26*	0,24*	-0,18	-0,14	-0,15	0,10	0,19	0,21	-0,11	0,19	-0,17	-0,18	-0,15	-0,12	0,18	0,16
НПН	0,67**	0,63**	0,54**	0,59**	0,50**	0,62**	0,40**	0,26*	1,00	0,61**	-0,53**	-0,43**	-0,46**	0,14	0,47**	0,50**	-0,38**	0,49**	-0,45**	-0,46**	-0,42**	-0,34**	0,55**	0,37**
НКД	0,54**	0,49**	0,46**	0,48**	0,42**	0,58**	0,37**	0,24*	0,61**	1,00	-0,50**	-0,39**	-0,42**	0,11	0,44**	0,47**	-0,35**	0,46**	-0,42**	-0,43**	-0,39**	-0,32**	0,50**	0,35**
ЕР	-0,58**	-0,54**	-0,48**	-0,51**	-0,46**	-0,50**	-0,28*	-0,18	-0,53**	-0,50**	1,00	0,64**	0,67**	-0,19	-0,41**	-0,39**	0,36**	-0,38**	0,42**	0,44**	0,41**	0,33**	-0,40**	-0,31**
КР	-0,46**	-0,42**	-0,38**	-0,40**	-0,38**	-0,42**	-0,25*	-0,14	-0,43**	-0,39**	0,64**	1,00	0,59**	-0,14	-0,35**	-0,32**	0,30**	-0,31**	0,35**	0,37**	0,34**	0,28*	-0,40**	-0,26*
ПР	-0,51**	-0,46**	-0,44**	-0,45**	-0,41**	-0,45**	-0,22	-0,15	-0,46**	-0,42**	0,67**	0,59**	1,00	-0,16	-0,38**	-0,35**	0,33**	-0,34**	0,38**	0,40**	0,37**	0,29**	-0,35**	-0,28*
СБ	0,12	0,10	0,08	0,09	0,15	0,19	0,12	0,10	0,14	0,11	-0,19	-0,14	-0,16	1,00	0,09	0,15	-0,12	0,13	-0,10	-0,09	-0,08	-0,07	0,12	0,10
ІС	0,49**	0,45**	0,42**	0,46**	0,44**	0,43**	0,26*	0,19	0,47**	0,44**	-0,41**	-0,35**	-0,38**	0,09	1,00	0,46**	-0,33**	0,45**	-0,42**	-0,43**	-0,39**	-0,31**	0,48**	0,34**
САО	0,53**	0,49**	0,44**	0,48**	0,47**	0,49**	0,31**	0,21	0,50**	0,47**	-0,39**	-0,32**	-0,35**	0,15	0,46**	1,00	-0,28*	0,48**	-0,36**	-0,37**	-0,33**	-0,26*	0,44**	0,32**
ПРІ	-0,41**	-0,38**	-0,35**	-0,36**	-0,33**	-0,35**	-0,19	-0,11	-0,38**	-0,35**	0,36**	0,30**	0,33**	-0,12	-0,33**	-0,28*	1,00	-0,29**	0,32**	0,34**	0,31**	0,25*	-0,30**	-0,23*
РУМ	0,55**	0,52**	0,47**	0,50**	0,45**	0,44**	0,28*	0,19	0,49**	0,46**	-0,38**	-0,31**	-0,34**	0,13	0,45**	0,48**	-0,29**	1,00	-0,35**	-0,36**	-0,32**	-0,26*	0,42**	0,31**
ППФ	-0,49**	-0,47**	-0,42**	-0,45**	-0,42**	-0,41**	-0,25*	-0,17	-0,45**	-0,42**	0,42**	0,35**	0,38**	-0,10	-0,42**	-0,36**	0,32**	-0,35**	1,00	0,44**	0,40**	0,33**	-0,38**	-0,29**
ФПЛ	-0,50**	-0,48**	-0,43**	-0,46**	-0,43**	-0,42**	-0,26*	-0,18	-0,46**	-0,43**	0,44**	0,37**	0,40**	-0,09	-0,43**	-0,37**	0,34**	-0,36**	0,44**	1,00	0,41**	0,34**	-0,39**	-0,30**
ППЕ	-0,46**	-0,42**	-0,39**	-0,41**	-0,39**	-0,38**	-0,23*	-0,15	-0,42**	-0,39**	0,41**	0,34**	0,37**	-0,08	-0,39**	-0,33**	0,31**	-0,32**	0,40**	0,41**	1,00	0,32**	-0,35**	-0,27*
РУП	-0,39**	-0,36**	-0,32**	-0,34**	-0,30**	-0,32**	-0,20	-0,12	-0,34**	-0,32**	0,33**	0,28*	0,29**	-0,07	-0,31**	-0,26*	0,25*	-0,26*	0,33**	0,34**	0,32**	1,00	-0,28*	-0,21
КАТ	0,62**	0,58**	0,50**	0,56**	0,49**	0,48**	0,29**	0,18	0,55**	0,50**	-0,40**	-0,32**	-0,35**	0,12	0,48**	0,44**	-0,30**	0,42**	-0,38**	-0,39**	-0,35**	-0,28*	1,00	0,33**
ЗІ	0,44**	0,39**	0,36**	0,38**	0,35**	0,33**	0,22	0,16	0,37**	0,35**	-0,31**	-0,26*	-0,28*	0,10	0,34**	0,32**	-0,23*	0,31**	-0,29**	-0,30**	-0,27*	-0,21	0,33**	1,00

* – коефіцієнт кореляції г-Пірсона; $p < 0,01$; $p < 0,05$.

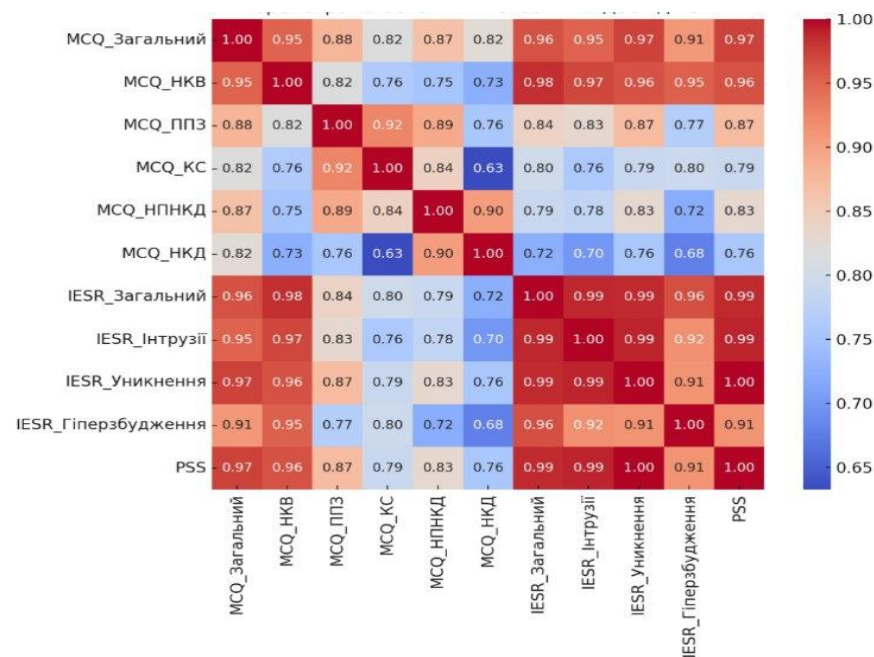


Рис. 2.6 – Корелограма основних показників дослідження

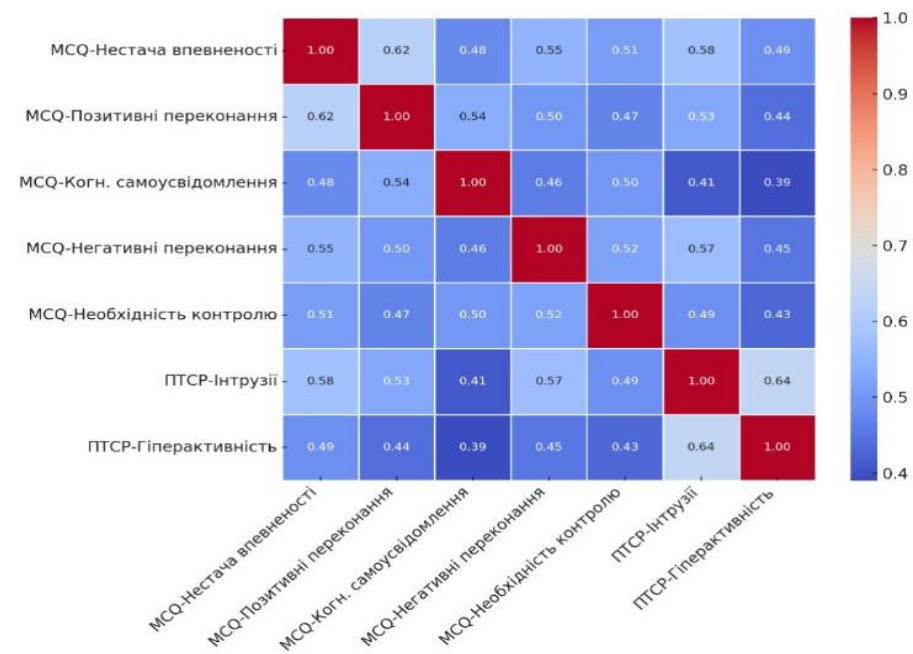


Рис. 2.7 – Корелограма основних результатів діагностик