

Отримано: 26 травня 2025 р.

Прорецензовано: 27 травня 2025 р.

Прийнято до друку: 28 травня 2025 р.

e-mail: vadyim.liubomyrskyi@oa.edu.ua

DOI: <http://doi.org/10.25264/2415-7384-2025-18-58-67>

Любомирський В. О., Лис І. А. Роль метакогнітивних переконань у формуванні симптомів ПТСР: емпіричне дослідження військовослужбовців. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 58–67.

УДК: 159.9.072:355.233

Любомирський Вадим Олександрович,
викладач, здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти
спеціальності «Психологія»

Національного університету «Острозька академія»
ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0000-0002-6658-0795>

Лис Ірина Анатоліївна,
студентка
Національного університету «Острозька академія»
ORCID-ідентифікатор: <https://orcid.org/0009-0003-2618-2439>

РОЛЬ МЕТАКОГНІТИВНИХ ПЕРЕКОНАНЬ У ФОРМУВАННІ СИМПТОМІВ ПТСР: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У цій статті проаналізовано сучасні дослідження, в яких висвітлюється явище метакогніції, метакогнітивних переконань, ПТСР, копінг-стратегій, метатривоги, проаналізовано актуальні дослідження з цієї тематики та взаємозв'язок метакогніції, його вплив на симптоматику ПТСР. Також висловлено пропозиції щодо подальшого дослідження цієї тематики та використання отриманих даних для розробки реабілітаційних, профілактичних програм орієнтованих на переоцінку метакогнітивних переконань з метою розвитку здатності до адаптації.

Представлено результати нашого дослідження на основі «PCL-M», «MCQ-30», «MWQ», «копінг-тест» Лазаруса вибірки зі 100 респондентів віком від 22 до 58 років, які є військовослужбовцями, мають бойовий досвід. Опитування тривало впродовж квітня 2025 року за допомогою програмного забезпечення для опитувань Google Форма.

Ключові слова: ПТСР, Метакогнітивні переконання, копінг-стратегії, метатривога.

Vadym Lyubomyrskyi,
Lecturer, PhD Student of Psychology,
The National University of Ostroh Academy
ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0002-6658-0795>

Iryna Lys,
Student,
The National University of Ostroh Academy
ORCID-ID: <https://orcid.org/0009-0003-2618-2439>

THE ROLE OF METACOGNITIVE BELIEFS IN THE FORMATION OF PTSD SYMPTOMS: AN EMPIRICAL STUDY OF MILITARY SERVANTS

In this article, we analyzed contemporary studies highlighting the phenomena of metacognition, metacognitive beliefs, PTSD, coping strategies, and meta-anxiety. We analyzed current research on this topic and the relationship between metacognition and its impact on PTSD symptoms. We also made suggestions for further research on this topic and the use of the data obtained to develop rehabilitation and prevention programs aimed at reevaluating metacognitive beliefs in order to develop the ability to adapt.

The results of our study are based on the PCL-M, MCQ-30, MWQ, and Lazarus Coping Test of a sample of 100 respondents aged 22 to 58 who are military personnel with combat experience. The survey was conducted throughout April 2025 using Google Forms survey software.

Keywords: PTSD, metacognitive beliefs, coping strategies, meta-anxiety.

Постановка проблеми. Протягом останніх двох років спостерігається значне збільшення кількості пацієнтів із діагнозом посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ). У 2023 році кількість таких пацієнтів майже чотириразово зросла порівняно з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року кількість встановлених діагнозів практично дорівнює загальній кількості за весь 2021 рік [7]. У зв'язку з російсько-українською війною очікується подальше збільшення кількості пацієнтів з ПТСР, що підкреслює важливість подальших досліджень у цьому напрямку.

Необхідність дослідження базується на потребі в глибокому аналізі теоретичних підходів до врахування ролі метакогніції у процесі реабілітації пацієнтів з ПТСР, оскільки однозначних даних щодо цього у психологічній науці немає. У нашому дослідженні ми акцентуємо увагу на вивченні особливостей

взаємозв'язку окремих характеристик метакогнітивної сфери осіб з ПТСР (метакогнітивних вірувань, метатривоги), копінг-стратегій як компонентів саморегуляції та симптомів ПТСР у військовослужбовців, які мають бойовий досвід. Науковий аналіз психологічної літератури засвідчує, що належно організований та точний метакогнітивний моніторинг може позитивно впливати на когнітивний адаптаційний потенціал, сприяючи застосуванню ефективних стратегій для вирішення ключових проблем, що стосуються психосоціального відновлення [33, 34, 43].

Незважаючи на певні успіхи у лікуванні ПТСР, залишаються відкритими значущі питання стосовно оцінки ефективності різних психологічних методів лікування, зокрема, військовослужбовців.

Метою цієї статті є здійснити теоретико-методологічний аналіз поняття метакогніції, метатривоги, копінг-стратегій у контексті реабілітації осіб з ПТСР, висвітлити результати емпіричного дослідження згаданих явищ з використанням психодіагностичних методик: “PCL-M”, “MCQ-30”, “MWQ”, “Копінг-тест” (Р. Лазаруса).

Виклад основного матеріалу. ПТСР має низку симптомів, у тому числі невротичних і патохарактерологічних синдромів, що проявляються на різних рівнях функціонування людини. Це охоплює фізіологічні, особистісні, міжособистісні та соціальні аспекти, що порушуються внаслідок травматичного досвіду. ПТСР важко піддається лікуванню і може мати значний вплив на якість життя і психологічний стан тих, хто стикається з цим станом.

Багато вчених, які займалися дослідженням ПТСР, виділяють три категорії симптомів :

- психомоторне збудження (враховуючи порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення місць, що викликають асоціації про травматичну подію) [25, 39];
- періодичні депресивні епізоди (притупленість почуттів, емоційна заціпеність, відчай, почуття безвиході) [19, 22];
- істеричні реакції (паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння) [14].

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділяють характерні для ПТСР стани: провина віцілого, флешбек синдром (нав'язливі образи, спогади про травматичний досвід), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (набута інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв, перехід до пасивної життєвої позиції)[32, 36].

Дослідженням метакогніції займалися Августюк М.М., Балашов Е.М., Пасічник І.Д., Каламаж Р.В., Ткачук О.В., Ardite H., P. Winnie, Cook S., D. Dunlosky, A. Wells. Вони запропонували різні підходи до визначення метакогнітивного моніторингу. Наприклад, О. Ткачук визначає його як навичку відслідковування процесу та результату вирішення пізнавальних задач [9]. І. Пасічник, Р. Каламаж, М. Августюк розглядають метакогнітивний моніторинг як здатність оцінювати поточний стан когнітивної активності та відстежувати правильність рішень, рівень розуміння матеріалу, охоплюючи метакогнітивні стратегії контролю [1,2,3,6]. Основними процедурами в метакогнітивному моніторингу виділяють планування, моніторинг процесу, оцінку результатів, адаптацію до вимог завдань і регуляцію несподіваних труднощів. О. Ткачук узагальнює, що метакогнітивні процеси одночасно є когнітивними та регулятивними, спрямованими на здобуття інформації про власну пізнавальну діяльність та здійснення свідомого внутрішнього контролю [10].

Д. Данлоскі та Дж. Меткалф розрізняють метакогнітивний моніторинг як оцінку поточної пізнавальної діяльності та метакогнітивний контроль, як регуляцію цієї діяльності, підкреслюючи важливість взаємодії цих двох аспектів [24].

Також варто зазначити, що А. Коріат вивчає природу суб'єктивного моніторингу як оцінки власного знання, що є ключовим аспектом свідомості, оскільки охоплює інформацію не лише про те, що ми знаємо, а й про те, що ми усвідомлюємо, що не знаємо [28].

Метакогнітивний моніторинг спрямований на здобуття інформації про власну когнітивну діяльність і контроль цих процесів. Основні процедури метакогнітивного моніторингу містять:

- планування: визначення стратегій і підходів до вирішення завдань на основі метапізнання про власні знання та навички;
- моніторинг процесу діяльності: спостереження за виконанням завдань і контроль за тим, як ефективно вони виконуються;
- оцінка результатів діяльності: аналіз отриманих результатів порівняно з планами та очікуваннями;
- адаптація до вимог задач та неочікуваних труднощів: здатність адаптуватися до змін у завданнях або несподіваних ситуаціях шляхом перегляду стратегій та підходів.

Метакогнітивний моніторинг є ключовим для підтримки когнітивної ефективності та точності. Він дозволяє особі свідомо контролювати та управляти своїми пізнавальними процесами, уникати помилок

і покращувати рішення. Цей процес є особливо важливим в умовах складних завдань або умов, коли потрібно швидко адаптуватися до нових обставин.

Метакогнітивний моніторинг також забезпечує особі знання про те, які інформаційні ресурси є необхідними для досягнення мети, і чи потрібно переглянути або доповнити свої знання. Він сприяє усвідомленню помилок і стає основою для виправлення недоліків у метапізнанні та оптимізації когнітивних стратегій.

Отже, метакогнітивний моніторинг відіграє важливу роль у регулюванні і покращенні пізнавальних процесів людини, що робить його ключовим об'єктом вивчення в сучасній психології.

ПТСР досліджували Самойлова В., Atchley R., Brown L., Bryant R., Dekel, S., Pugh, L., Roussis, P. Зв'язок метакогніцій та ПТСР вивчали такі вчені: Agnoli S., Bennett H., & Wells A., Meiser-Stedman R., Smith P., McKinnon, Nordahl J., Johnson S., Pietrzak, R. H. та інші.

Метакогнітивний моніторинг є складним процесом, що поєднує в собі когнітивні та регулятивні аспекти, які спрямовані на оптимізацію пізнавальних процесів і стратегій, зокрема в контексті реабілітації осіб з ПТСР.

Метакогнітивні стратегії контролю, такі як уникнення досвіду та придушення думок, були пов'язані з симптомами ПТСР, про що свідчать чисельні дослідження [15; 21; 4; 5]. Метааналіз Селіговські з спів-авторами показав, що уникнення досвіду суттєво впливає на симптоми ПТСР, незалежно від вибірки або типу травми. Крім того, дослідники зазначили, що придушення думок має найбільший вплив на симптоми ПТСР у порівнянні з іншими стратегіями регулювання емоцій [38]. Дослідження Беннет і Велс [15] виявило, що румінації значно пов'язані з симптомами ПТСР і є кращим предиктором цих симптомів, ніж інші фактори. Селіговські та ін. [38; 11] підтвердили, що румінація має значний вплив на симптоми ПТСР. Багато досліджень, незалежно від метакогнітивної моделі ПТСР, виявили, що румінація послідовно пов'язана з більшою вираженістю симптомів ПТСР [40]. Окрім того, жертви злочинів з ПТСР значно частіше вдаються до румінацій, порівняно з тими, хто не має ПТСР [8; 4; 5; 20], при цьому румінація є прогностичним фактором діагнозу ПТСР через 6 місяців після травматичної події [31].

У контексті метакогнітивних процесів, зазначають, що негативні метакогнітивні переконання стосовно неконтрольованості та небезпеки власних думок корелюють з симптомами ПТСР. Це підкріплено результатами кількох досліджень [23,15,37], які демонструють, що індивіди з високим рівнем таких переконань частіше проявляють симптоми ПТСР.

Наприклад, індивіди, які мають переконання в неконтрольованості своїх думок або відчувають, що їх думки є небезпечними можуть виявляти більшу тривожність, уникати нав'язливих спогадів або мати складнощі із сном. Ці метакогнітивні переконання можуть поглиблювати внутрішньо психічне напруження та стимулювати механізми самозбереження, що, своєю чергою, сприяє розвитку та підтримці симптомів ПТСР.

Метакогнітивні переконання можуть бути як важливий фактор у формуванні та підтримці психічних реакцій на травматичні події, що зумовлюють ПТСР. Їхнє вивчення дозволяє глибше зрозуміти, як індивідуальні переконання впливають на когнітивні та емоційні процеси, пов'язані з цим психічним розладом.

Взаємозв'язок метакогнітивних процесів у контексті ПТСР полягає в таких явищах:

- когнітивно-атенційний синдром, який містить у собі увагу, моніторинг загроз та румінацію. Особи з ПТСР часто мають підвищену чутливість до потенційних загроз, що веде до постійного моніторингу навколишнього середовища на предмет потенційних небезпек. Румінація відображає нездатність зосередитися на інших речах, оскільки увага постійно повернута до травматичних думок і спогадів [38,8];

- метакогнітивні вірування, що відіграють важливу роль у виборі та актуалізації стилів мислення. Негативні метакогнітивні вірування, такі як переконання у власній безнадійності або неефективності, можуть підсилювати емоційний дистрес та загострювати симптоми ПТСР [12,21,40];

- увага, контроль за виконанням. Це стосується способів контролю уваги, які можуть бути неадаптивними через надмірну румінацію та постійне переосмислення травматичних подій. Метакогнітивна терапія спрямована на зміну цих атенційних процесів для полегшення симптомів ПТСР [15].

- психічні режими, що описують способи сприйняття думок. Об'єктивний і метакогнітивний режими допомагають інтерпретувати та дистанціюватися від власних думок і подій, що може бути корисним для зменшення впливу когнітивно-атенційного синдрому.

Усі ці аспекти демонструють важливу роль метакогнітивних процесів у формуванні та підтримці симптомів ПТСР, а також в терапевтичних стратегіях для їх лікування.

Усвідомлення метакогнітивних переконань можуть сприяти виявленню недоліків своїх суджень та недоцільності обраних стратегій подолання симптомів ПТСР. Це може спричиняти небажані наслідки та циклічно повторюватися через унікаючу поведінку. В основі сукупності методів реабілітації ПТСР основну увагу приділяють аспекту зниження чутливості до образів та думок, що підтримують румінації та викликають афективні стани. Переосмислення власних когнітивних стратегій відбувається поступово.

Розвиток навичок метакогнітивного моніторингу потенційно може прискорити цей процес, формуючи безпосередньо усвідомлену позицію щодо вибору нових, гнучких когнітивних стратегій і забезпечити більш стабільні результати [12,31,13].

Розробка програм психосоціальної реабілітації для пацієнтів з ПТСР, що акцентується на розвитку метакогнітивного моніторингу, має потенціал позитивно впливати на їх здатність обирати ефективніші стратегії подолання негативних симптомів. Одночасно подальше дослідження розвитку метакогнітивного контролю та гнучкості у використанні метакогнітивних стратегій, як методу профілактики ПТСР, може виявитися актуальною темою для майбутніх досліджень.

У межах цього дослідження копінг-стратегії розглядають як ключові поведінкові й когнітивні механізми подолання психотравматичних наслідків бойового досвіду. Ми опираємось на транзакційну модель стресу та копіngu Р. Лазаруса і С. Фолкмана [29], у якій копінг трактується як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на регуляцію внутрішніх або зовнішніх вимог, що перевищують адаптаційні ресурси особистості.

У контексті вивчення психологічних механізмів формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дедалі більше уваги приділяється ролі копінг-поведінки, саморегуляційних здібностей і метакогнітивних переконань. Емпіричне дослідження, проведене Р. Каламаж, В. Волошиною-Нарожною зі співавторами на вибірці українських студентів підтверджує, що стилі подолання (coping styles), визначені в рамках моделі BASIC Ph (Lahad, 2017), є суттєвими предикторами як ситуативної, так і особистісної тривожності. Зокрема, стратегія "Віра" (Belief), що передбачає опору на стабільну систему цінностей, була пов'язана зі зниженням рівня як Т-тривожності, так і S-тривожності, на відміну від стратегій "Афект", "Уява" та "Втеча-уникнення", які асоціювались з підвищеними рівнями тривожності [26]. Ці результати вказують на важливість змісту метакогнітивних установок, що лежать в основі вибору стратегії подолання. Особи з домінуванням уявних або емоційно-орієнтованих копінгів схильні до неадаптивних схем обробки стресу.

Результати регресійного аналізу доводять, що навіть після урахування копінг-стратегій, показники саморегуляції, зокрема орієнтація на дію під час прийняття рішень (AOD, Action-Oriented Decision-Making), залишаються значущими предикторами тривожності [26]. Це узгоджується з положеннями моделі вольової регуляції Kuhl (1994), де акцент зроблено на здатності підтримувати функціонування в умовах емоційного тиску. Отже, низький рівень AOD може бути маркером вразливості до формування симптомів ПТСР на когнітивно-метакогнітивному рівні.

Копінг-стратегії, засновані на уникненні чи самозвинуваченні, продемонстрували позитивний зв'язок із підвищеним рівнем тривожності. Це підтверджує гіпотезу про те, що метакогнітивні уявлення про неконтрольованість власних думок і переживань (характерні для осіб із ПТСР) опосередковано сприяють формуванню неефективних патернів подолання. Водночас активна стратегія планування вирішення проблем виявилася негативним предиктором тривожності, що дозволяє розглядати її як потенційно захисний фактор.

Отже, наявність певних метакогнітивних установок, зокрема віри в небезпечність або неконтрольованість власного мислення, опосередковує вибір копінг-стратегій, які можуть як посилювати, так і знижувати ризики розвитку симптоматики ПТСР. Це узгоджується з метакогнітивною моделлю ПТСР, де саме система переконань щодо думок, а не самі думки, запускає патологічний цикл переживань [41].

Актуальність аналізу копінг-стратегій у контексті посттравматичного стресового розладу зумовлена тим, що саме вибір способу реагування на травматичний досвід значною мірою визначає клінічну картину ПТСР, його інтенсивність і тривалість.

Отже, аналіз копінг-стратегій у поєднанні з метакогнітивними переконаннями дозволяє поглибити розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі формування та підтримання симптомів ПТСР у військовослужбовців. Це, своєю чергою, створює теоретичне підґрунтя для ефективного психокорекційного втручання.

Дані емпіричного дослідження R. Pietrzak та співавторів, проведеного на вибірці ветеранів Операцій "Свобода Іраку" та "Свобода в Афганістані", демонструють, що симптоматика ПТСР позитивно корелює з частотою застосування таких копінг-стратегій, як тривожне обмірковування (worry), самопокарання (self-punishment), уникнення (behavioral and cognitive avoidance), а також соціальна ізоляція [35]. Зокрема, стратегія "тривожного мислення", що передбачає постійне фокусування уваги на потенційній загрозі, виявилася значущим предиктором інтенсивності симптомів ПТСР [35]. При цьому метакогнітивні переконання про необхідність контролю над думками сприяли зростанню використання зазначених неадаптивних копінгів. Аналогічні результати були отримані у дослідженні Biero, яке показало, що ветерани з клінічно діагнованим ПТСР статистично частіше, ніж контрольна група, використовують такі дезадаптивні копінг-стратегії, як уникнення, фантазування, депресивна поведінка, емоційне реагування (зокрема агресія та самозвинувачення) [16]. Автори звертають увагу на те, що саме уникнення та внутрішнє утримання від емоційної обробки травматичного досвіду є фундаментальними механізмами, які

підтримують хронічний перебіг розладу. Крім того, результати дослідження Кнежевіч, Крупиц і Šućurović підтверджують, що через 20 років після участі у бойових діях ветерани, які демонструють домінування копінг-стратегій “escape-avoidance”, мають значно вищий рівень симптомів дисфорії – одного з основних факторів у чотирьохфакторній моделі ПТСР [27]. Натомість використання активного переосмислення пов’язане з нижчим рівнем дисфоричних симптомів, що свідчить на користь гіпотези про роль активного метакогнітивного залучення в модулюванні симптоматики розладу.

У емпіричній частині нашого дослідження було використано чотири психологічні опитувальники. Для виявлення симптомів ПТСР серед респондентів ми використали один із стандартних опитувальників діагностики ПТСР у військовослужбовців за DSM-IV, в тексті ми позначили його як PCL-M. Згаданий опитувальник містить 17 запитань, відповіді надаються з використанням шкали Лайкерта. Кожне питання опитувальника стосується того, наскільки досліджуваний переживав труднощі у зв’язку зі згаданою проблемою впродовж останнього місяця, від 1 (“не було зовсім”) до 5 (“дуже часто”). Загальна кількість балів за шкалою PCL-M може варіюватися від 17 до 85, де вищий показник балів відповідає за вищу тяжкість симптомів ПТСР.

PCL-M продемонстрував вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 та .97 [42]. Про надійність випробувального ретестування повідомили як .96 за 2-3 дні, і .88 за 1 тиждень. PCL-M позитивно корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$. Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86). Зменшення балів до 44 показало кращу чутливість (.94), специфічність (.86) і повну діагностичну ефективність (.90) с жертвами автомобільних аварій. Поріг балів за шкалою PCL-M для виявлення можливого ПТСР становить 50 балів.

Другий опитувальник використовувався для оцінки метакогнітивних переконань, він позначений в тексті як MSQ-30 [42]. Опитувальник містить 30 тверджень, що охоплюють п’ять шкал: негативні переконання щодо неконтрольованості тривоги, позитивні переконання щодо тривоги, потреба у контролі над думками, когнітивна впевненість, когнітивна самосвідомість. Оцінювання здійснюється за шкалою Лайкерта від 1 (“не погоджуюсь”) до 4 (“повністю згоден”) балів.

Третій опитувальник використовувався для оцінки інтенсивності, частоти метатривожних думок та віри у ці думки, в тексті ми позначили його як MWQ [41]. Опитувальник складається з 7 тверджень, респондентам було запропоновано оцінити кожне з них за шкалою Лайкерта від 1 (“ніколи”) до 4 (“майже завжди”), оцінити свою віру цим думкам за шкалою Лайкерта від 0 до 100 балів.

Четвертий діагностичний інструмент це “Копінг-тест” (Р. Лазаруса) [29]. Методика містить 50 тверджень, котрі необхідно оцінити за шкалою Лайкерта де 1 бал (“ніколи”), 4 (“часто”). Методика охоплює вісім копінг-стратегій: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення, планування розв’язання проблеми, позитивна переоцінка.

Емпіричну базу нашого дослідження становила вибірка зі 100 респондентів віком від 22 до 58 років, військовослужбовці, які мають бойовий досвід. Опитування тривало впродовж квітня 2025 року за допомогою програмного забезпечення для опитувань Google Форма.

Для обробки емпіричних даних було використано програмне забезпечення IBM SPSS Statistics, зокрема, застосовано коефіцієнт кореляції r-Пірсона.

Результати проведеного аналізу подано у таблицях 1, 2, 3.

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу між показниками PCL-M та параметрами метакогнітивного моніторингу (POS, NEG, NC, CC, CSC).

	POS	NEG	NC	CC	CSC
PCL-M	гемп. = 0.39664** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між параметрами $p \leq 0,01$.	гемп. = 0.51958** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між параметрами $p \leq 0,01$.	гемп. = 0.45804** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між параметрами $p \leq 0,01$.	гемп. = 0.42761** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між параметрами $p \leq 0,01$.	гемп. = 0.31952** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між параметрами $p \leq 0,01$.

Примітка: ** – для $p \leq 0.01$

За результатами кореляційного аналізу ми виявили, що у всіх 5 випадках коефіцієнт емпіричного рангового зв’язку перевищує критичні значення для рівнів значущості. Описані результати дають змогу

стверджувати, що між метакогнітивними переконаннями та симптомами ПТСР наявний статистично значущий взаємозв'язок. Деталізація за шкалами: POS (позитивні метакогнітивні переконання стосовно тривоги) – вказує на помірний позитивний зв'язок між вірою в корисність переживань і рівнем ПТСР ($r = 0.40$). Люди, які вважають тривогу функціональною, можуть парадоксально переживати її сильніше, що можна пояснити на прикладі “якщо я тривожусь, я зможу добре підготуватись”, таке міркування запускає румінації і збереження уваги на загрозі, що згідно з моделлю S-REF [29] підтримує або навіть посилює симптоми ПТСР. NEG (негативні переконання про неконтрольованість і небезпеку тривожних думок) – сильний позитивний зв'язок ($r = 0.52$). Це означає, що чим більше людина вірить у небезпечність власних думок, тим вищий рівень симптомів ПТСР. NC (потреба контролювати думки) – помірний зв'язок ($r = 0.46$). Постійне прагнення до контролю мислення пов'язане із сильнішою симптоматикою ПТСР, ймовірно, через неможливість задовольнити цю потребу. SC (когнітивна впевненість) – негативна впевненість у власних когнітивних здібностях корелює з вищими балами за PCL-M ($r = 0.43$). Тобто сумніви у власному мисленні можуть бути фактором вразливості. CSC (когнітивна самосвідомість) – найменший, але значущий зв'язок ($r = 0.32$). Часте зосередження на думках несе ризик для формування симптомів ПТСР. Ці дані підтверджують гіпотезу про зв'язок між метакогнітивними переконаннями і вираженістю посттравматичної симптоматики. Найсильніше цей зв'язок простежується через негативні переконання про неконтрольованість думок.

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу між показниками PCL-M та MWQ

	Метатривога	Віра в метатривогу
PCL-M	гемп. = 0.78742** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.01$.	гемп. = 0.72294** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.01$.

Примітка: ** – для $p \leq 0.01$

Отримані результати свідчать про сильний зв'язок між мета-тривогою та симптомами посттравматичного стресового розладу у військових. Мета-тривога ($r = 0.79$): сильний позитивний зв'язок. Це означає, що чим інтенсивніше людина переживає тривогу з приводу власної тривоги (тобто охоплена у “тривожність щодо тривоги”), тим вища ймовірність прояву ПТСР. Така форма тривоги запускає внутрішній цикл занепокоєння, що може підсилювати травматичні симптоми. Віра в мета-тривогу ($r = 0.72$): сильний позитивний зв'язок. Цей показник демонструє, що люди, які переконані в “правдивості” метатривожних думок, мають вищий ризик формування ПТСР, підтримки симптомів. Такі переконання можуть утримувати людину в постійному стані внутрішньої напруги та призводити до психічного виснаження.

Таблиця 3

Результати кореляційного аналізу між показниками PCL-M та копінг-тестом Лазаруса.

	Конфронтативний копінг	Самоконтроль	Прийняття відповідальності	Втеча-уникнення	Дистанціювання	Пошук соціальної підтримки
PCL-M	гемп. = 0.29443** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.01$.	гемп. = 0.20495* r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.05$.	гемп. = 0.25911** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.01$.	гемп. = 0.4395*** r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.001$.	гемп. = -0.02772 r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.	гемп. = 0.18815 r0.01 = 0.25648 r0.05 = 0.19655 Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.

Примітка: * – для $p \leq 0.05$; ** – для $p \leq 0.01$; *** – для $p \leq 0.001$.

Результати демонструють кореляційні зв'язки з чотирма копінг-стратегіями. “Конфронтативний копінг” ($r = 0.29$), що пов'язаний з активним протистоянням стресору, виявився помірно позитивно пов'язаним із симптомами ПТСР. Можна припустити, що надмірна конфронтація в умовах травмизації може не стільки допомагати, скільки підтримувати реактивність, дратівливість. “Самоконтроль” демонструє слабкий ($r = 0.20$), але значущий позитивний зв'язок. Можна припустити, що прагнення до

самоконтролю в умовах травматичного досвіду може бути пов'язаним з спробами придушення інтрузивних спогадів, думок, емоцій, що зрештою не знижує, а частково посилює симптоматику. “Прийняття відповідальності” демонструє помірний позитивний зв'язок ($r = 0.26$). Самообвинувачення може бути наслідком високого рівня персональної відповідальності, що буде підсилювати симптоматику ПТСР. “Втеча-уникнення” продемонструвала ($r = 0.44$) найвищий коефіцієнт серед усіх досліджуваних копінгів – сильний позитивний зв'язок. Ця стратегія є провідним предиктором симптомів ПТСР. Важливо також відобразити результати “Дистанціювання” ($r = -0.03$), примітно що не всі стратегії уникнення є деструктивними, що помітно в порівнянні результатів “Дистанціювання” та “Втеча-уникнення”. У “Пошук соціальної підтримки” ($r = -0.19$) результат не досягнув межі статистичної значимості, хоча соціальна підтримка традиційно вважається буфером стресу. Можна висунути гіпотезу, що для респондентів важливим є не факт підтримки а її якісні характеристики.

Висновок. Результати нашого дослідження свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між метакогнітивними переконаннями, метатривогою, копінг-стратегіями та симптомами посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців з бойовим досвідом. Статистично значущі кореляції, виявлені між шкалами PCL-M, MCQ-30, MWQ та копінг-стратегіями Лазаруса, вказують на те, що: негативні метакогнітивні переконання (зокрема, щодо неконтрольованості думок) є сильним предиктором вираженості симптомів ПТСР. Метатривога та віра в неї значно корелюють із симптоматикою, вказуючи на роль когнітивно-атенційного синдрому у підтримці ПТСР. Серед копінг-стратегій найбільш виражений позитивний зв'язок із симптомами ПТСР виявлено у “втечі-уникненні”, що узгоджується з попередніми дослідженнями.

Отримані дані підтверджують важливість метакогнітивних факторів у розвитку та підтримці ПТСР. Застосування метакогнітивного моніторингу як компонента психологічної допомоги може сприяти формуванню адаптивніших стратегій подолання травматичного досвіду.

Перспективою майбутніх досліджень убачаємо уточнення стратегії “Самоконтроль”, чи вона не є проявом “витіснення” замість саморегуляції. Також метод якісного інтерв'ювання може бути цінним в процесі дослідження “Пошук соціальної підтримки” уточнень, що саме є тригером у підтримці симптомів ПТСР.

Список використаної літератури:

1. Августюк, М. М., Демидюк, В. М. (2024). Основні психологічні характеристики емоційного вигорання військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів. Наукові записки НаУОА. Серія «Психологія», (17), 14–20.
2. Августюк, М. М., Каламаж, Р. В., Пасічник, І. Д. (2014). Метакогнітивний моніторинг як регулятивний аспект метапізнання. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка», (28), 3–16.
3. Балашов, Е. М. (2018). Метакогнітивний моніторинг і метакогнітивні стратегії в навчальній діяльності студентів. Наукові записки НаУОА. Серія «Психологія», (6), 44–48.
4. Бондарук, О. (2018). Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію. Віртус, (26), 43–47.
5. Галич, М. (2022). Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. Юридична психологія, (17), 22–28.
6. Довгалюк, Т. (2015). Поняття мислення як метакогнітивного процесу у психологічній науці. Молодий вчений, 10(2), 184–188.
7. Електронна система охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protiyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203>
8. Самойлова, В. (2022). Посттравматичний стресовий розлад та гострий стресовий розлад в умовах соціальних потрясінь. Педагогіка та психологія, (2), 88–91.
9. Ткачук, О. В. (2018). Метакогнітивний моніторинг у системі метапізнання. Теорія і практика сучасної психології, (4), 158–162.
10. Ткачук, О. В. (2020). Психолого-педагогічні чинники ілюзії знань студентів ВНЗ у навчальній діяльності (Докторська дисертація). Національний університет «Острозька академія».
11. Туриніна, О. (2017). Психологія травмуючих ситуацій. Київ: Автор.
12. Agnoli, S., Mahncke, H., Grant, S. J., Goodman, Z. T., Milberg, W. P., Esterman, M., & DeGutis, J. (2024). Negative global metacognitive biases are associated with depressive and posttraumatic stress disorder symptoms and improve with targeted or game-based cognitive training. *Neuropsychology*, 38(7), 622–636. <https://doi.org/10.1037/neu0000967>
13. Arditte Hall, K. A., Quinn, M. E., Vanderlind, W. M., & Joormann, J. (2019). Comparing cognitive styles in social anxiety and major depressive disorders: An examination of rumination, worry, and reappraisal. *The British Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 231–244. <https://doi.org/10.1111/bjc.12210>
14. Atchley, R., & Bedford, C. (2021). Dissociative Symptoms In Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 69–88. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760410>

15. Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.004>
16. Biro, M., Novović, Z., & Gavrilov, V. (1997). Coping strategies in PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 365–369.
17. Boden, M. T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M. O., Weaver, C., & Trafton, J. (2014). Coping among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 47(2), 160–167.
18. Britt, T. W., Adler, A. B., Sawhney, G., & Bliese, P. D. (2017). Coping strategies as moderators of the association between combat exposure and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of traumatic stress*, 30(5), 491–501.
19. Brown, L. A., Jerud, A., Asnaani, A., Petersen, J., Zang, Y., & Foa, E. B. (2018). Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(5), 452–463. <https://doi.org/10.1037/ccp0000292>
20. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269.
21. Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(3), 207–215. <https://doi.org/10.1037/hea0000096>
22. Dekel, S., Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2014). Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: joined or independent sequelae of trauma?. *Journal of psychiatric research*, 54, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.003>
23. Donoho, C. J., Bonanno, G. A., Porter, B., Kearney, L., & Powell, T. M. (2017). A decade of war: Prospective trajectories of PTSD symptoms among deployed U.S. military personnel and the influence of combat exposure. *American Journal of Epidemiology*, 186, 1310–1318.
24. Dunlosky, J. (2009). *Metacognition: A Textbook for Cognitive, Educational, Life Span and Applied Psychology*. SAGE Publications Inc.
25. Grossman E.S., Hoffman Y.S.G., Shrira A., Kedar M., Ben-Ezra M., Dinnayi M., Zivotofsky A.Z. Preliminary Evidence Linking Complex-PTSD to Insomnia in a Sample of Yazidi Genocide Survivors. *Psychiatry Res.* 2019;271:161–166. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.044.
26. Kalamazh R., Voloshyna-Narozhna V., Tymoshchuk Y., & Balashov E. (2024). Coping Styles and Self-Regulation Abilities as Predictors of Anxiety. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, (12), 96–114. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-3>
27. Knežević, M., & Krupić, D. (2016). Coping strategies in war veterans 20 years after the exposure to extreme stress. *Društvena istraživanja*, 25(3), 353–370.
28. Koriat, A. (2000). The feeling of knowing: Some metatheoretical implications for consciousness and control. *Consciousness and Cognition*, 9, 149–171.
29. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
30. Macdonald, B., Salomons, T. V., Meteyard, L., & Whalley, M. G. (2018). Prevalence of pain flashbacks in posttraumatic stress disorder arising from exposure to multiple traumas or childhood traumatization. *Canadian journal of pain = Revue canadienne de la douleur*, 2(1), 48–56. <https://doi.org/10.1080/24740527.2018.1435994>
31. Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., & Dalgleish, T. (2017). Cognitive therapy as early treatment for PTSD in children and adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 623–633.
32. Murray H, Pethania Y, Medin E. Survivor guilt: a cognitive approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2021;14:e28. doi:10.1017/S1754470X21000246
33. Nordahl, J., Johnson, S. U., & Hjemdal, O. (2024). Cognitions and Metacognitive Beliefs in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 31(4), e3031. <https://doi.org/10.1002/cpp.3031>
34. Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
35. Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF–OIF veterans. *Psychiatry research*, 189(2), 251–258.
36. Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 182, 138–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.026>
37. Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.019>
38. Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
39. Singareddy R.K., Balon R. Sleep in Posttraumatic Stress Disorder. *Ann. Clin. Psychiatry*. 2002;14:183–190. doi: 10.3109/10401230209147455.

40. Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172–1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
41. Wells, A. (2005). The Meta-Cognitions Questionnaire and Meta-Worry Questionnaire: Development and psychometric properties. In A. Wells (Ed.), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* (pp. 206–208).
42. 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. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
43. Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 68(4), 373–381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20871>

References:

1. Avhustiuk, M. M., Demydiuk, V. M. (2024). Osnovni psykhologichni kharakterystyky emotsiinoho vyhorannia viiskovosluzhbovtiv v umovakh dovhotryvalykh zbroinykh konfliktiv. *Naukovi zapysky NaUOA. Seriya «Psykhologhiia»*, (17), 14–20.
2. Avhustiuk, M. M., Kalamazh, R. V., Pasichnyk, I. D. (2014). Metakohnityvnyi monitorynh yak rehuliatyvnyi aspekt metapiznannia. *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia»*. Seriya «Psykhologhiia i pedahohika», (28), 3–16.
3. Balashov, E. M. (2018). Metakohnityvnyi monitorynh i metakohnityvni stratehii v navchalnii diialnosti studentiv. *Naukovi zapysky NaUOA. Seriya «Psykhologhiia»*, (6), 44–48.
4. Bondaruk, O. (2018). Psykhologichni osoblyvosti posttravmatychnoho stresovoho rozladu yak kompleksu reaktsii liudyny na travmuiuchu sytuatsiiu. *Virtus*, (26), 43–47.
5. Halych, M. (2022). Zahalna kharakterystyka posttravmatychnoho stresovoho rozladu v umovakh voiennoho chasu: diahnozyka ta profilaktyka. *Yurydychna psykhologhiia*, (17), 22–28.
6. Dovhaliuk, T. (2015). Poniattia myslennia yak metakohnityvnogo protsesu u psykhologichnii nautsi. *Molodyi vchenyi*, 10(2), 184–188.
7. Elektronna systema okhorony zdorovia. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203>
8. Samoilova, V. (2022). Posttravmatychnyi stresovy rozlad ta hostryi stresovy rozlad v umovakh sotsialnykh potriasin. *Pedahohika ta psykhologhiia*, (2), 88–91.
9. Tkachuk, O. V. (2018). Metakohnityvnyi monitorynh u systemi metapiznannia. *Teoriia i praktyka suchasnoi psykhologii*, (4), 158–162.
10. Tkachuk, O. V. (2020). Psykhologo-pedahohichni chynnyky iliuzii znan studentiv VNZ u navchalnii diialnosti (Doktorska dysertatsiia). Natsionalnyi universytet «Ostrozka akademiia».
11. Turykina, O. (2017). *Psykhologhiia travmuiuchykh sytuatsii*. Kyiv: Avtor.
12. Agnoli, S., Mahncke, H., Grant, S. J., Goodman, Z. T., Milberg, W. P., Esterman, M., & DeGutis, J. (2024). Negative global metacognitive biases are associated with depressive and posttraumatic stress disorder symptoms and improve with targeted or game-based cognitive training. *Neuropsychology*, 38(7), 622–636. <https://doi.org/10.1037/neu0000967>
13. Arditte Hall, K. A., Quinn, M. E., Vanderlind, W. M., & Joormann, J. (2019). Comparing cognitive styles in social anxiety and major depressive disorders: An examination of rumination, worry, and reappraisal. *The British Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 231–244. <https://doi.org/10.1111/bjc.12210>
14. Atchley, R., & Bedford, C. (2021). Dissociative Symptoms In Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 69–88. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760410>
15. Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.004>
16. Biro, M., Novović, Z., & Gavrilov, V. (1997). Coping strategies in PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 365–369.
17. Boden, M. T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M. O., Weaver, C., & Trafton, J. (2014). Coping among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 47(2), 160–167.
18. Britt, T. W., Adler, A. B., Sawhney, G., & Bliese, P. D. (2017). Coping strategies as moderators of the association between combat exposure and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of traumatic stress*, 30(5), 491–501.
19. Brown, L. A., Jerud, A., Asnaani, A., Petersen, J., Zang, Y., & Foa, E. B. (2018). Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(5), 452–463. <https://doi.org/10.1037/ccp0000292>
20. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269.
21. Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(3), 207–215. <https://doi.org/10.1037/hea0000096>

22. Dekel, S., Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2014). Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: joined or independent sequelae of trauma?. *Journal of psychiatric research*, 54, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.003>
23. Donoho, C. J., Bonanno, G. A., Porter, B., Kearney, L., & Powell, T. M. (2017). A decade of war: Prospective trajectories of PTSD symptoms among deployed U.S. military personnel and the influence of combat exposure. *American Journal of Epidemiology*, 186, 1310–1318.
24. Dunlosky, J. (2009). *Metacognition: A Textbook for Cognitive, Educational, Life Span and Applied Psychology*. SAGE Publications Inc.
25. Grossman E.S., Hoffman Y.S.G., Shrira A., Kedar M., Ben-Ezra M., Dinnayi M., Zivotofsky A.Z. Preliminary Evidence Linking Complex-PTSD to Insomnia in a Sample of Yazidi Genocide Survivors. *Psychiatry Res.* 2019;271:161–166. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.044.
26. Kalamazh R., Voloshyna-Narozhna V., Tymoshchuk Y., & Balashov E. (2024). Coping Styles and Self-Regulation Abilities as Predictors of Anxiety. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, (12), 96–114. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-3>
27. Knežević, M., & Krupić, D. (2016). Coping strategies in war veterans 20 years after the exposure to extreme stress. *Društvena istraživanja*, 25(3), 353–370.
28. Koriat, A. (2000). The feeling of knowing: Some metatheoretical implications for consciousness and control. *Consciousness and Cognition*, 9, 149–171.
29. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
30. Macdonald, B., Salomons, T. V., Meteyard, L., & Whalley, M. G. (2018). Prevalence of pain flashbacks in posttraumatic stress disorder arising from exposure to multiple traumas or childhood traumatization. *Canadian journal of pain = Revue canadienne de la douleur*, 2(1), 48–56. <https://doi.org/10.1080/24740527.2018.1435994>
31. Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., & Dalgleish, T. (2017). Cognitive therapy as early treatment for PTSD in children and adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 623–633.
32. Murray H, Pethania Y, Medin E. Survivor guilt: a cognitive approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2021;14:e28. doi:10.1017/S1754470X21000246
33. Nordahl, J., Johnson, S. U., & Hjemdal, O. (2024). Cognitions and Metacognitive Beliefs in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 31(4), e3031. <https://doi.org/10.1002/cpp.3031>
34. Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
35. Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF–OIF veterans. *Psychiatry research*, 189(2), 251–258.
36. Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 182, 138–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.026>
37. Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.019>
38. Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
39. Singareddy R.K., Balon R. Sleep in Posttraumatic Stress Disorder. *Ann. Clin. Psychiatry*. 2002;14:183–190. doi: 10.3109/10401230209147455.
40. Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172–1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
41. Wells, A. (2005). The Meta-Cognitions Questionnaire and Meta-Worry Questionnaire: Development and psychometric properties. In A. Wells (Ed.), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* (pp. 206–208).
42. 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. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
43. Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 68(4), 373–381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20871>