

СОЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ; ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 159.955

DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.1/09>**Августюк М.М.**

Національний університет «Острозька академія»

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ: МЕТАКОГНІТИВНА ПРОЄКЦІЯ

У статті проаналізовані основні науково-психологічні підходи до характеристики психосоціальної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій. Зокрема, ми виокремили основні постулати тлумачення психосоціальної реабілітації, проаналізували основні завдання та принципи, встановили видо-родові відносини з категоріями психосоціальної підтримки, відновлення та благополуччя.

Необхідність дослідження основних теоретичних та методологічних підходів до метакогнітивної проєкції психосоціальної реабілітації зумовлена впливом неоднозначності ролі цього явища в психологічній науці. Відповідно до цього, ми зосередили увагу на врахуванні у процесі ефективної психосоціальної реабілітації особливостей метапізнання, а саме – навичок метакогнітивного моніторингу та метакогнітивного контролю, що в процес свідомого керування своїми пізнавальними процесами включають ідентифікацію проблеми, її розуміння, а також причинно-наслідкову атрибуцію. Аналіз наукової психологічної літератури показав, що, на рівні припущення, правильно організований і точний метакогнітивний моніторинг має сприятливий вплив на тренування когнітивного потенціалу отримання знань на метакогнітивному рівні, оскільки допомагає використовувати відповідні стратегії для вирішення проблем, що лежать в основі психосоціального відновлення. Досягнення терапевтичних цілей залежить від встановлення ефективного контролю над когнітивно-атенційним синдромом.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо, зокрема, у вивченні особливостей структури психосоціального реабілітаційного процесу військовослужбовців, ветеранів та осіб, які постраждали внаслідок військових дій, шляхом формування метакогнітивного моніторингу.

Ключові слова: метакогнітивний контроль; метакогнітивний моніторинг; психосоціальне благополуччя; психосоціальне відновлення; психосоціальна підтримка; психосоціальна реабілітація; метакогнітивна терапія.

Постановка проблеми. Сучасні наукові пошуки актуалізують розробку цілеспрямованого формування ефективної психосоціальної реабілітації військовослужбовців, ветеранів та осіб, постраждалих від військових дій (далі – осіб, які постраждали від травматичних подій).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз психологічних та методологічних наукових джерел з проблеми вивчення психосоціальної реабілітації дозволяє констатувати різноаспектну зацікавленість дослідників до вирішення даного питання. Зокрема, наразі в рамках українського наукового дискурсу активно досліджують психолого-соціальні особливості сучасного українського

мілітарного дискурсу (О. Зеленько), психологічне забезпечення як елемент сектору національної безпеки та оборони України (К. Кравченко, О. Соколіна), морально-психологічне забезпечення збройних сил України (А. Романишин, А. Неурова), психологічні умови розвитку психологічної стійкості (резилієнсу) у військовослужбовців (С. Васильєв), психоосвіту (психоедукацію) й елементи НЛП для профілактики та подолання ПТСР у військових і ветеранів (О. Древіцька, В. Самусєва, О. Павлюк), психоемоційний стан і поведінку військовослужбовців у бойових умовах (Р. Поляков), психологічні чинники запобігання та подолання емоційного вигорання військовослужбовців в умовах

довготривалих збройних конфліктів (В. Демидюк, М. Пілат). Вивчають також соціально-психологічні аспекти відновлення психологічного здоров'я (М. Краснокутський, С. Чижевський), постдосвідне зростання у військовослужбовців (В. Олійник), проблеми адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя (З. Гаркавенко, С. Гриллон), соціально-психологічну адаптацію внутрішньо переміщених осіб (С. Дудецька, І. Клименко, Д. Товстенко) тощо. Необхідність дослідження основних теоретичних та методологічних аспектів психосоціальної реабілітації зумовлена вдосконаленням основних положень, пов'язаних, зокрема, із вивченням метакогнітивних аспектів цього поняття.

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз основних положень організаційних підходів до характеристики психосоціальної реабілітації осіб, які постраждали від травматичних подій, з урахуванням особливостей метапізнання, а саме – навичок метакогнітивного моніторингу та метакогнітивного контролю.

Виклад основного матеріалу. Термін «психосоціальна реабілітація» (з *англ.* – *psychosocial rehabilitation*) (інші назви – психологічна, рідше – психіатрична) є динамічним комплексним процесом, що спрямований на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини шляхом її повернення в суспільство (з *англ.* – *psychosocial reintegration*) [11; 6; 8; 9; 14]. Першочерговими завданнями психосоціальної реабілітації є: збір інформації для визначення потреби в спеціалістах або службах, ідентифікація необхідних потреб і переживань, планування подальших соціально-психологічних інтервенцій; діагностика наявності, виду та рівня психічного розладу; розробка систематичного шляху вирішення проблем для сприяння відновленню відчуття контролю та підвищення самоефективності; нормалізація психічного стану; відновлення порушених (втрачених) психічних функцій; сприяння корекції само-свідомості, самооцінки, самопочуття і мотивації; гармонізація «Я-образу» осіб зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо); надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними [3; 5; 8]. Діапазон форм психологічної допомоги широкий і включає: просту співучасть, що породжує ефект фасилітації (полегшення), повідомлення корисної інформації, психічне зараження, демонстрацію ефективних моделей поведінки, навчання, стимуляцію, консультування, психотерапію тощо [5].

Основні принципи психосоціальної реабілітації полягають у стимулюванні мотивації до досягнення незалежності та впевненості в собі через майстерність і компетентність, а також у забезпеченні адаптаційних здібностей для задоволення потреб і досягнення цілей у процесі відновлення [11; 9; 14]. Сюди входять: недостатньо розвинений потенціал, навички (соціальні, професійні, освітні, міжособистісні тощо), право і відповідальність за самовизначення, надання послуг в максимально нормалізованих умовах, індивідуальний підхід до оцінювання потреб і надання допомоги, глибока відданість справі відповідних спеціалістів, інтимність реабілітаційного відновлення, здібність інтервенції в кризові ситуації, готовність відповідних структур надавати підтримку, зміна середовища (научіння та реструктуризація середовища для догляду за людьми, які постраждали внаслідок травматичних подій), можливість вільного отримання реабілітаційної допомоги, повсякчасне залучення діяльнісного підходу, акцентуація на соціальній моделі (на відміну від медичної, акцентуація на сильних сторонах клієнта (а не на патологіях чи симптомах), акцентуація на теперішньому (а не на проблемах, що мали місце в минулому) [11; 13; 12].

Видами психосоціальної реабілітації є медична допомога, психологічна підтримка, сімейне консультування, навчання професійному та самостійному життю, робота по дому, інструктаж з пошуку роботи або перекваліфікація, допомога з навчанням, соціальна підтримка. Відповідно до цього, методологічно важливим є встановлення видо-родових відносин між поняттями психосоціальної реабілітації з такими категоріями:

1) психосоціальна (психологічна) підтримка (з *англ.* – *support*) – направлена на відновлення внутрішньоособистісної та міжособистісної гармонії, реалізації своїх можливостей та особистісного розвитку. Може бути як профілактичною (з *англ.* – *preventive*) (інша назва – превентивна) (знижує ризик розвитку проблем із психічним здоров'ям), так і лікувальною (з *англ.* – *curative*) (допомагає впоратися з психосоціальними проблемами, які могли виникнути внаслідок шоку або наслідків травматичних подій, криз);

2) психосоціальне відновлення (з *англ.* – *recovery*), що, як основна концепція практики психічного здоров'я [11], поєднує в собі три виміри – об'єктивний (передбачає зменшення об'єктивних показників хвороби та недієздатності завдяки ефективному оцінюванню за стандартизованими показниками симптомів, соціального функціону-

вання чи якості життя, змін у статусі зайнятості або інших об'єктивних показників соціального функціонування. Метапізнання набуває вигляду несвідомих процесів моніторингу та контролю [11; 7; 1; 2]), суб'єктивний (передбачає відновлення самовідчуття, яке може перебувати в певній невідповідності щодо тих чи тих симптомів або показників хвороби, коли показники симптомів покращуються, однак самовідчуття залишається слабким [11; 10; 15]. На метакогнітивному рівні відбувається усвідомлення або не усвідомлення змісту власної свідомості, здійснення моніторингу та контролю пізнання [1; 2]), а також сервісний (соціальний) (визнає важливість суб'єктивних елементів відновлення та віру в можливість такого відновлення [11; 16]. Метакогнітивні аспекти цього виміру забезпечують появу соціальних наслідків для індивідуальної регуляції пізнання через процес відновлення [1; 2]);

3) психосоціальне благополуччя (здоров'я) (з *англ.* – *well-being*), що є станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутністю хвороби чи фізичної вади. Найкраще визначається по відношенню до трьох основних областей: медичної (медико-психологічна реабілітація або медико-соціальний напрям передбачає надання кваліфікованої лікувальної (з *англ.* – *curable*) допомоги постраждалим внаслідок травматичних подій у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації, купірування больових відчуттів, психологічну підготовку постраждалих до хірургічної операції та в післяопераційний період [5; 8]), соціальної (соціально-психологічна реабілітація / реадаптація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення сприятливих реабілітаційних умов соціального середовища з метою сприяння організованому, поступовому психологічному поверненню осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій, до активної участі в житті, відновлення їхнього соціального статусу та здібностей до самостійної суспільної (зокрема, професійно-психологічної реабілітації) та родинно-побутової діяльності, а також безконфліктного, нетравмуючого «вбудовування» їх у систему соціальних зв'язків, профілактики розвитку посттравматичних стресових розладів, дезадаптації, конфліктів з оточуючими [5; 6]) та психологічної (опанування досвіду переживання власне психотравми як такої, а також труднощів повернення до нормальної життєдіяльності, що виникають як наслідок, за допомогою пропрацювання внутрішніх, емоційних та мисленнєвих процесів, почуттів та реакцій [14; 9; 3; 5]), які утворюють так званий

«трикутник допомоги», ефективність якого визначають самоусвідомленням повноцінності активної участі в соціумі [8; 14].

Контроверсійність поняття психосоціальної реабілітації також полягає в розрізненні найменувань учасників реабілітаційного процесу – надавачів та одержувачів послуг. Так, зокрема, варіативними термінами є «практик» (з *англ.* – *practitioner*) (хто фактично надає практичну допомогу), «клініцист» (з *англ.* – *clinician*) (лікар-психіатр або спеціаліст із психосоціальної реабілітації), «кейс-менеджер» (з *англ.* – *case-manager*) (стосується як клінічних, так і неклінічних ролей, однак, доречність повсякчасного вживання цього поняття у психосоціальної реабілітації може бути висловлена словами постраждалого: «Я не випадок і не хочу, щоб мною керували!»), «координатор за доглядом» (з *англ.* – *care coordinator*) (дещо менш безособове поняття), «спеціаліст із психічного здоров'я» (з *англ.* – *mental health professional*) (ширший термін, ніж лікар або кейс-менеджер, але дещо вужчий, ніж практик, і передбачає обов'язкове членство у відповідній професійній асоціації) [11]. Найпоширенішими варіантами одержувачів послуг є «клієнт» (з *англ.* – *client*) (пасивний одержувач інформації або порад від немедичних фахівців у сфері психічного здоров'я) і «пацієнт» (з *англ.* – *patient*) (відбувається актуалізація медичної моделі догляду з акцентом на фізичних, на відміну від соціальних чи психологічних, аспектах психічної хвороби), «споживач» (з *англ.* – *consumer*) або «користувач послуг» (з *англ.* – *service user*) (наявність прав та розумних очікувань щодо якості послуг), «той, хто вижив» (з *англ.* – *survivor*) (означає певну стійкість перед основними викликами хвороби і є найбільш популярним серед людей, які були незадоволені реабілітаційними послугами, оскільки вони часто вважають себе такими, що пережили не тільки руйнівну дію хвороби, але й вижили у недосконалій і навіть шкідливій системі психічного здоров'я). Однак твердження «Я не пацієнт, клієнт, споживач, чи той, хто вижив, – я особистість!» свідчить про те, що жодна з наявних назв не є задовільною і за кожним поняттям стоїть ризик знеособлення стосунків, оскільки психосоціальна реабілітація передбачає специфічність стосунків і термін «особа» (з *англ.* – *person*) не є адекватним для передачі якостей такої взаємодії. Таким чином, термін «клієнт», з певним варіюванням основних ознак відповідно до ситуації, є найбільш придатним для вживання у контексті психосоціальної реабілітації [11].

Доведено, що психопатології найчастіше виникають через порушення в процесах регуляції формування та динаміки змісту когнітивної сфери (сприймання, увага, обробка інформації). Усуненням дисфункціональних режимів обробки тієї чи тієї інформації займається метакогнітивна терапія як доказова психотерапія, що знаходить ефективне застосування у лікуванні соціально-тривожного розладу, генералізованого тривожного розладу, ПТСР або навіть депресії [4; 17].

Метакогнітивна терапія (МКТ) (з англ. – *metacognitive therapy, MCT*) направлена на виявлення малоадаптивних метакогнітивних переконань і надання клієнту альтернативних шляхів та способів реагування на симптоматику тривоги, переживань, румінації (нав'язливий тип мислення, коли виникають ті самі думки (здебільшого негативні), які витісняють іншу психічну діяльність) тощо. Намагання змінити спосіб своїх реакцій на думки має сприятливий вплив на глибше осмислення проблеми, на відміну від традиційної когнітивної терапії, оскільки відбувається зміна не лише змісту думок, але й способу мислення [4; 17].

При врахуванні важливості метакогнітивних умов психосоціальної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій, варто взяти до уваги виокремлені постулати ефективності будь-якої діяльності, що направлена на вирішення тих чи тих завдань. До складу свідомого керування своїми пізнавальними процесами входять [1; 2]: 1) ідентифікація проблеми – умови формування знання про проблему та зовнішні стимули (експліцитні та імпліцитні вірування щодо своїх думок, що за змістом можуть бути як позитивними (пов'язані з перевагами стилів мислення), так і негативними (можуть бути неконтрольованими або небезпечними); 2) розуміння проблеми – здібність розуміти, яким чином (як) відбувається процес формування метакогнітивних суджень про природу проблеми, яку необхідно вирішити, що представлена оцінюванням власного психічного стану. Відповідно до цього, основними стратегіями метакогнітивного моніторингу є самоспостереження у процесі пошуку та прийняття рішень, в тому числі в ситуаціях морального вибору, направлених на ефективне вирішення тих чи тих проблем. Іншими словами, це відслідковування прогресу та дієвості застосованих стратегій [1; 2]; 3) причинно-наслідкова атрибуція – здібність усвідомлювати причини виникнення тієї чи тієї проблемної ситуації (чому така ситуація виникла), а також можливі наслідки (врахування мети та просторово-часових показників). Необхідними кроками є застосування метаког-

нітивних стратегій, які відображають емоційну та когнітивну саморегуляцію, ідентифікація можливих стратегій поведінки, що має на меті здійснення керування власними пізнавальними процесами, і, нарешті, сприяння саморегуляції та самокорекції. Основною функцією метакогнітивного контролю є здійснення ефективного керування у процесі вирішення тих чи тих проблем [1; 2].

Зазначені підходи беруть початок із моделі саморегуляції виконавчих функцій (з англ. – *Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF*): 1) початковий (низький) рівень обробки автоматичної інформації, 2) рівень свідомої обробки інформації (когнітивний стиль) і 3) рівень контролю за метакогнітивними знаннями (мета-система) [4; 17]. Основними компонентами моделі *S-REF* є: 1) когнітивно-атенційний синдром (з англ. – *Cognitive Attention Syndrome, CAS*) – основний чинник психологічних розладів (увага зосереджується на загрозах та невдалих наслідках поведінки, продиктованої здійсненням контролю над можливими небезпечними варіантами та намаганням уникати їх, що, однак, призводить до зворотного ефекту – збереження негативних емоцій і посилення негативних почуттів). Складовими когнітивно-атенційного синдрому є румінації (занепокоєння), моніторинг загроз та неефективні спроби виправити ситуацію, що ведуть до зворотного; 2) метакогнітивні вірування (з англ. – *metacognitive beliefs*) – стосуються лише значення та важливості пізнавальних процесів, а не їх змісту. Метакогнітивні вірування відповідають за вибір та актуалізацію стилів мислення, а також за когнітивно-атенційний синдром. Доведено, що найстійкішими є негативні вірування, оскільки вони збільшують чутливість до загроз, безнадійність та неефективність, актуалізуючи таким чином так званий «емоційний дистрес» [4; 17]; 3) увага, контроль за виконанням (з англ. – *attention, executive control*) – неадаптивний спосіб контролю уваги, що виникає внаслідок постійного, неконтрольованого розумового переосмислення (румінації). Основними завданнями метакогнівної терапії є зміщення процесів уваги [4; 17]; 4) психічні режими (з англ. – *mental models*) – структури, що визначають взаємозв'язки людини з власними когнітивними процесами. Сприймання думок відбувається в рамках об'єктного (актуалізація когнітивно-атенційного синдрому) та метакогнітивного режимів (перспектива інтерпретації клієнтом подій через встановлення відстані між думками, самим собою та зовнішнім світом [4; 17; 16].

Таким чином, за допомогою метакогніцій можливе здійснення рефлексії мислення, цінностей та характерних рис (функція метакогнітивного моні-

торингу), а також виправлення того, що заважає ефективному керуванню щасливим індивідуальним буттям [2]. Метакогнітивний моніторинг може сприяти особам, які постраждали внаслідок травматичних подій, контролювати власний когнітивний потенціал і оцінювати його результати в процесі відновлення. Як наслідок, можна припустити, що правильно організований і точний метакогнітивний моніторинг сприятливо впливає на тренування когнітивного потенціалу отримання знань на метакогнітивному рівні та допомагає використовувати відповідні стратегії для вирішення проблем, що лежать в основі психосоціального відновлення [1; 2]. Досягненням терапевтичних цілей є встановлення ефективного контролю над когнітивно-атенційним синдромом [4; та ін.].

Висновки. Отже, ми здійснили теоретичний аналіз основних положень організаційних підходів до характеристики психосоціальної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій, з виокремленням основних постулатів тлумачення цього поняття у науковій психологічній літературі, аналізом завдань та принципів, встановленням видородових відносин із категоріями психосоціальної

підтримки, відновлення та благополуччя тощо. Крім того, ми зосередили увагу на врахуванні у процесі ефективної психосоціальної реабілітації особливостей метапізнання, а саме – навичок метакогнітивного моніторингу та метакогнітивного контролю, що в процес свідомого керування своїми пізнавальними процесами включають ідентифікацію проблеми, її розуміння, а також причинно-наслідкову атрибуцію. На рівні припущення узагальнено, що правильно організований і точний метакогнітивний моніторинг має сприятливий вплив на тренування когнітивного потенціалу отримання знань на метакогнітивному рівні, допомагаючи таким чином у використанні відповідних стратегій для вирішення проблем, що лежать в основі психосоціального відновлення. Досягнення терапевтичних цілей залежить від встановлення ефективного контролю над когнітивно-атенційним синдромом. Перспективу подальших досліджень вбачаємо, зокрема, у вивченні особливостей структури психосоціального реабілітаційного процесу військовослужбовців, ветеранів та осіб, які постраждали внаслідок військових дій, шляхом формування метакогнітивного моніторингу.

Список літератури:

1. Августюк М. М. Емоційний інтелект у дискурсі точності метакогнітивного моніторингу : монографія. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2023. 374 с.
2. Августюк М. М. Теоретико-методологічні основи метакогнітивного аспекту соціально-психологічної реабілітації ветеранів та осіб, постраждалих від військових дій. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали VII міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 22–23 вересня 2023 р. К. : КНУ імені Тараса Шевченка, 2023. С. 6–11.
3. Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
4. Крупельницька Л. Ф. Психотерапія у постнекласичній парадигмі : посібник. К. : ГО «МНГ», 2023. 176 с.
5. Мельник А. П. Структура реабілітаційного процесу військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні студії*. 2022. № 2. С. 5–8.
6. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
7. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. Київ, 2020. 92 с.
8. Хаустова О. О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *Архів психіатрії*, 2015. Т. 21, № 2. С. 36–42. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2015_21_2_9
9. Cherry K. What Is Psychosocial Rehabilitation? A Holistic, Person-Centered Approach to Mental Health Care. 2023. Режим доступу: <https://www.verywellmind.com/psychosocial-rehabilitation-4589796>
10. Davidson L., Strauss J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 1992. No. 65. Pp. 31–45.
11. King, R., Lloyd, C., Meehan, T. Handbook of psychosocial rehabilitation : Blackwell Publishing, 2007. 225 p.
12. Liberman R. P., Hilty D. M., Drake R. E., Tsang H. W. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 2001. No. 52. Pp. 1331–1342.
13. Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future? *Journal of Mental Health*, 2002. No. 11. Pp. 585–594.
14. Psychosocial interventions. A handbook. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: 2009. Режим доступу: http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook_EN_July10.pdf

15. Schiff A. Recovery and mental illness: Analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004. No. 27. Pp. 212–218.

16. Turner-Crowson J., Wallcraft J. The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002. No. 25. Pp. 245–254.

17. Wells A. Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2013. Vol. 6, No. 2. Pp. 186–201.

Avhustiuk M.M. MAIN APPROACHES TO CHARACTERISTICS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: METACOGNITIVE ASPECTS

The article analyzes the main scientific and psychological approaches to the characteristics of psychosocial rehabilitation of persons who suffered as a result of traumatic events. In particular, we singled out the main postulates of the interpretation of psychosocial rehabilitation, analyzed the main tasks and principles, and established species-generic relations with the categories of psychosocial support, recovery and well-being.

The need to study the main theoretical and methodological approaches to the metacognitive projection of psychosocial rehabilitation is due to the influence of the ambiguity of the role of this phenomenon in psychological science. Accordingly, we focused on taking into account the features of metacognition in the process of effective psychosocial rehabilitation, namely, the skills of metacognitive monitoring and metacognitive control, which include problem identification, understanding, and cause-and-effect attribution in the process of consciously managing one's cognitive processes. The analysis of scientific psychological literature showed that, at the level of assumption, properly organized and accurate metacognitive monitoring has a beneficial effect on training the cognitive potential of acquiring knowledge at the metacognitive level, as it helps to use appropriate strategies to solve problems underlying psychosocial recovery. Achieving therapeutic goals depends on establishing effective control over cognitive-attentional syndrome.

We see the prospect of further research, in particular, in the study of the features of the structure of the psychosocial rehabilitation process of military personnel, veterans and persons injured as a result of military operations, through the formation of metacognitive monitoring.

Key words: *metacognitive control; metacognitive monitoring; psychosocial well-being; psychosocial recovery; psychosocial support; psychosocial rehabilitation; metacognitive therapy.*