

<https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.9>

УДК 159.9:316.6:316.4

Наталія Довгань

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ГРОМАДЯН ДО КОНСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Довгань Наталія. Технологія розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях.

Вступ. У стресових умовах психічне (не) благополуччя людини вибудовується відповідно до суб'єктивного оцінювання стресорів, сприйняття ситуації, дій.

Мета. Висвітлити зміст та основні етапи технології розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях.

Методи. Для досягнення мети використано теоретичні методи аналізу, синтезу, узагальнення; систематизовано інтерактивні техніки подолання стресу й попередження дестабілізації психосоціального благополуччя.

Результати. Розроблено технологію розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях, яка включає три етапи реалізації: «Превентивний вплив», «Інокуляційний вплив», «Постфактум вплив». Передбачається, що технологія конструюється в процесі її реалізації психологом у відповідності до поставленої мети – формування психологічної готовності; зміст психологічного впливу, перелік прийомів, що використовуються у роботі, комплекс різнопланових процедур оформлюється згідно до актуальних запитів. Підкреслено, що запропонована психологічна інтервенція може реалізовуватися в індивідуальній і груповій роботі як у профілактичних цілях попередження дистресу, так і у наданні психологічної допомоги особам, що знаходяться у стресовому стані. Аргументовано, що в індивідуальній роботі психологічна тактика допомоги вибудовується відповідно до стану клієнта й результативності втручання, у групі – згідно отриманих діагностичних результатів (враховуються виявлені диспозиційні показники та актуальні контекстуальні проблеми).

Висновки. У надзвичайних ситуаціях люди, чутливі до зовнішнього впливу, наражаються на підвищений ризик погіршення психічного і фізичного здоров'я, тому потребують психологічної підготовки до переживання важких часів.

Ключові слова: надзвичайні ситуації, технологія розвитку психологічної готовності, конструктивна поведінка, щеплення стресу.

Dovgan, Nataliia. A technology of developing individuals' psychological readiness for constructive behavior in emergency situations.

Introduction. In stressful conditions, a person's mental (un)well-being is built according to their subjective assessment of stressors, perception of the situation, and actions.

Aim. To highlight the content and main stages of the technology of development of individuals' psychological readiness for constructive behavior in emergency situations.

Methods. Theoretical methods of analysis, synthesis, and generalization; systematized interactive techniques for overcoming stress and preventing destabilization of psychosocial well-being.

Results. A technology for developing individuals' psychological readiness for constructive behavior in emergency situations has been developed, which includes three stages of implementation: "Preventive impact", "Inoculation impact", and "Post factum impact". The technology is designed in the process of its implementation by a psychologist in accordance with the set goal, i.e. the formation of psychological readiness. The content of the psychological impact, the list of techniques used, and a complex of multi-faceted procedures are chosen according to clients' requests. The proposed psychological intervention can be used in individual and group work both for preventing distress and providing psychological help to individuals under stress. In individual work, the psychological tactics of help are built according to the client's condition and the intervention effectiveness, while in group work according to the received diagnostic results including the client's dispositional indicators and actual contextual problems.

Conclusions. In emergency situations, people who are sensitive to external influences are subject to high mental and physical risks, therefore they need special psychological training to face difficult times.

Key words: emergency situations, psychological readiness development technology, constructive behavior, stress inoculation.

Вступ. У стресових умовах стан психічного (не) благополуччя людини вибудовується відповідно до суб'єктивного сприйняття нею ситуації, оцінювання загроз / наслідків / результатів, стратегії дії, усвідомлення стресорів. Водночас умовне «щеплення стресу» – досвід переживання (у помірній формі) короточасних і нетривалих складних життєвих ситуацій – й утворення «імунітету» до руйнівних впливів (1) розвиває майстерність подолання психофізичного навантаження; (2) попереджає виникнення тяжких психофізичних реакцій; (3) активізує механізми відновлення й захисту від стресорів, (4) підвищує довіру до опрацьованого копінг-репертуару виходу із дистресу (Lazarus & Folkman, 1986; Meichenbaum, 2008; Calabrese & Baldwin, 2002).

У світовій практиці щеплення стресу (Stress Inoculation Therapy – SIT) використовується для розвитку готовності до переживання складних подій та збільшення життєстійкості (Mental Help.net). У процесі інокуляції (лат. *inoculatio* – щеплення) змінюється трактування пережитої ситуації та смисл пережитого; вибудовуються нові «власні історії», в яких враховується травматичний досвід, змінюється позиція «жертви» на роль «того, хто живе і є успішним» та демонструє конструктивну поведінку у разі потрапляння у стресове середовище. У практичному використанні загальна схема SIT змістовно адаптується до потреб клієнта чи цільової групи, контекстуальних обставин та актуальних задач. Так, наприклад, у соціально-психологічній роботі стрес-інокуляційна терапія (далі SIT) використовується як засіб зміни ставлення людини до стрес-факторів; у когнітивній терапії SIT вбачається додатковим інструментом допомоги, який дозволяє конкретизувати попереджувальні знаки або тригери стресу, формувати *навички самоконтролю*, корегувати стресові стани. Звернемо увагу, що робота методами SIT не має часових обмежень. Так, для підготовки до травмуючої процедури, хірургічного втручання SIT займає 20 хвилин; у випадку лікування ПТСР зустрічі із постраждалими відбуваються один раз на тиждень протягом багатьох місяців, із їх поновленням через певний термін, за необхідністю (Meichenbaum, 2001; Lazarus & Folkman, 1984; Brewin & Holmes, 2003; Ehlers Clark, 2000; Harvey, 2000; McAdams & Reynolds & Lewis, 2001; Smucker & Grunet & Weis, 2003; Meichenbaum, 2007 b).

Відтак, враховуючи науково підтверджену ефективність практик подолання стресу шляхом щеплення й результати емпіричних досліджень, проведених співробітниками лабораторії психології політико-правових відносин ІСПП НАПН України, розгортання психологічної технології готовності до надзвичайних ситуацій було визначено за доцільне здійснювати в інокуляційному форматі.

Мета дослідження: висвітлити зміст та основні етапи технології розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях.

Завдання дослідження:

1. Представити загальну структуру психологічної технології розвитку готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.

2. Описати зміст етапів інокуляційної форми психологічного втручання.

Методи та організація дослідження. Для досягнення мети використано теоретичні методи аналізу, синтезу, узагальнення; систематизовано інтерактивні техніки подолання стресу й попередження дестабілізації психосоціального благополуччя.

Вибірка дослідження. Опрацювання розробленої психологічної технології подолання стресу реалізується у межах експерименту всеукраїнського рівня щодо розробки системи підвищення психологічної готовності учасників освітнього процесу до дій у разі загрози, виникнення і подолання наслідків надзвичайної ситуації, який розпочався у 2019 році й закінчується, за планом, у 2024 році. З метою мінімізації негативних психологічних наслідків надзвичайних ситуацій на територіях окремих громад Полтавської області (ковід-19, війна) використовувалася розроблена психологічна технологія з вибіркою загальною чисельністю 17 осіб, з них жінки складають 70%, чоловіки – 30%.

Результати дослідження та їх обговорення. Психологічна технологія подолання стресу представляється сукупністю прийомів і способів попередження дестабілізації життя й руйнації психосоціального благополуччя населення, передбачає придбання клієнтами необхідних для самозбереження у складних умовах знань та навичок.

Психологічна технологія розвитку готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях (далі – психологічна технологія готовності) є теоретично і практично обґрунтованою системою дій, які забезпечують поетапну зміну способів реагування на стресори за допомогою збагачення знань і операціоналізації навичок подолання стресу. Технологія, що пропонується, конструюється у процесі її реалізації психологом у відповідності до поставленої мети – формування психологічної готовності. Засобами досягнення мети вважаються дії психолога і клієнта/групи, що забезпечують необхідний ефект: аналіз соціального і природного контексту життя, артикуляції бажаного результату, конкретизації ходу роботи. Звернемо увагу, що зміст психологічного впливу, перелік прийомів, що використовуються у роботі, комплекс різнопланових процедур оформлюються згідно до актуальних запитів.

Щодо оцінювання дієвості технології, то зазначимо, що про її *результативність* свідчить відповідність одержаного ефекту очікуванням клієнта (для чого може використовуватися кількісна шкала, яка пропонується заздалегідь); про ефективність дії технології можна говорити, якщо підбір процедур є конгруентним умовам життя, стану, реакціям, які констатуються у клієнта. В оцінюванні ефективності технології можна використовувати такі опорні показники успішності: (1) досягнення мети, (2) вирішення поставлених завдань, (3) підбір психологічних процедур конгруентно існуючим проблемам (чи тим, виникнення яких необхідно попередити), (4) позитивна оцінка результатів клієнтом і його бажання продовжувати взаємодію.

В якості основи технології використовувалася SIT (D. Meichenbaum), адаптована згідно завдань інокуляційної форми психологічного втручання: зниження ризиків розгортання психічного і фізичного неблагополуччя громадян у стресі та розвитку готовності до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях. Враховувалося, що розширення SIT діагностичними й постстресовими процедурами психологічного впливу не вирішує загальну проблему збереження здоров'я, але набуті клієнтами навички опанування життєвих ускладнень можуть стати їм у пригоді у переосмислюванні власних історій і змісту пережитих стресорів.

Наголосимо, що запропонована психологічна інтервенція може реалізовуватися в індивідуальній і груповій роботі як у профілактичних цілях попередження дистресу надзвичайної ситуації, так і у контексті надання психологічної допомоги особам, що знаходяться у стресовому стані. До того ж в *індивідуальній роботі* психологічна тактика допомоги вибудовується відповідно до стану клієнта й результативності втручання, у *групі* – згідно отриманих діагностичних результатів (враховуються виявлені диспозиційні показники та актуальні контекстуальні проблеми). Щодо часу та змісту психологічної роботи, зазначимо, що зустрічі плануються згідно із завданнями етапів технології (наприклад: по півтори години двічі на тиждень). У разі виявлення у членів групи проблем, які потребують більш детального опрацювання, робота продовжується в індивідуальній формі.

Побудована в інокуляційному форматі технологія має такі **три етапи** реалізації: превентивного впливу, інокуляційного впливу, постфактум впливу (див. таб.1).

Етап превентивного впливу представляє собою комплексний діагностичний процес, спрямований на вивчення психофізичних й поведінкових показників, тривожності й індивідуальної реактивності людини на стресори.

Превентивні дії першого етапу технології поділяються на три типи:

– *первинна превенція* – виявлення диспозиційних показників (копінг-стиль, тип поведінки тощо), що свідчать про те, що людина реагує на стресор сильніше ніж інші; у складних умовах має місце ризик значного погіршення стану здоров'я й розгортання психічного неблагополуччя. Для діагностування стану людини, критичних для неї меж напруження й виснаження, особливостей її стресо- й життєстійкості рекомендується використовувати такий діагностичний інструментарій: Опитувальник М. Friedman «Тип поведінки А», Опитувальник J. Denollet «DS14», Опитувальник J. H. Eysenck «Тип С» тощо (Eysenck, 1991; Friedman & Ghandour, 1993; Friedman, 1996; Denollet, 2005);

– *вторинна превенція* – виявлення негативних змін у стані людини з метою попередження їх подальшого розвитку. Рекомендовано використовувати індикатори станів фізичного та психічного здоров'я, представлені у МКБ-11 (ICD-11): Mood disorders, 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders – Розлади настрою, 06 Розлади психіки,

поведінки або нервового розвитку) (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version: 02/2022);

– *третинна превенція* – включає (1) побудування (психологом) стрес-профілю людини, який буде використовуватися на етапі інокуляційного впливу у роботі щодо формування і збереження психофізичних ресурсів; (2) надання пропозиції суб'єкту ведення ситуативного щоденника, в якому фіксуватимуться тривожні, стресові ситуації, їх оцінювання (від тривожної, що викликає дискомфорт, до надзвичайної, що несе загрозу благополуччю людини); стресор/страх/побоювання, що дестабілізує психофізичний стан організму; існуючі у ситуації очікування / загрози / ризики; відчуття, якими супроводжується вплив стресору; термін реакції на стресор; вплив стресору на стосунки з оточуючими; використані способи / засоби опанування стресором й те, що відбулося в реальності. Опрацьовується інформація, що відображає стресовий досвід.

Таблиця 1

Етапи технології розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях

Етапи	Назва етапу технології		
Перший етап	Превентивний вплив		
	Первинна превенція	Вторинна превенція	Третинна превенція
Другий етап	Інокуляційний вплив		
	Фаза концептуалізації та психоосвіти	Фаза набуття та відпрацювання навичок	Фаза застосування навичок, профілактика рецидивів і подальше лікування
Третій етап	Постфактум вплив		

На етапі інокуляційного впливу чутливі до стресу особи отримують «щеплення стресу» – навчаються психологічним прийомам подолання стресорів. Інокуляційний вплив здійснюється на основі моделі терапії щеплення (SIT) Donald Meichenbaum (Дональд Мейхенбаум) шляхом поступового проходження психокорекційних фаз: (1) концептуалізація та психоосвіта (Conceptualization and Psychoeducation); (2) набуття та відпрацювання навичок (Skills Acquisition and Rehearsal); (3) застосування, профілактика рецидивів і подальше лікування (Application, Relapse Prevention and Follow-through). Зазначимо, що для досягнення мети технології готовності запропоновану Meichenbaum, D. структуру й послідовність інокуляційного впливу було збережено, до того ж інструментальну змістовність психологічної роботи було розширено (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988; Meichenbaum, 2001; Meichenbaum 2005; Meichenbaum, 2007 a; Meichenbaum, 2007 b).

Фаза I. «Концептуалізація та психоосвіта».

Мета: концептуалізувати актуальні психофізичні проблеми суб'єкта і побудувати шляхи їх вирішення.

Завдання:

1. Побудувати зв'язок між психологом і суб'єктом допомоги (за необхідністю вибудовуються контакти із близьким оточенням суб'єкта).
2. Конкретизувати міру вираженості психологічних проблем суб'єкта.
3. Артикулювати альтернативні бачення змісту стресових ситуацій й існуючі ресурси опанування.

Отже, на фазі I встановлюється зв'язок між психологом і суб'єктом допомоги – конкретно людиною або групою осіб, з якими проводиться психологічна робота. Бесіда ведеться в індуктивній манері, згідно якої суб'єкт є експертом в оцінюванні ситуації, трактуванні причин свого реагування на стресори, описі психо-фізичного стану. Зазначимо, що індуктивна манера використовується у психологічній взаємодії для конкретизації розуміння клієнтом власної проблеми: власні «історії», судження суб'єкт результату висновками, які з часом можуть змінюватися за змістом або спростовуватися за наявності

додаткових фактів. У дискусивній формі уточнюються травмуючі події, реакції організму, роз'яснюється природа стресу, розглядаються альтернативні бачення змісту стресових ситуацій й ресурси опанування.

В результаті (ре) концептуалізації проблеми *на фазі I*:

– суб'єкт конкретизує власні реакції на стресори – це допомагає контролювати фізичну та емоційну напругу, сприяє підсиленню його самоконтролю й попереджує протидію альтернативним стратегіям, що обговорюються;

– суб'єкт конкретизує параметри, що опосередковують реакції на стресори (думки, поведінка тощо), дієві способи подолання тривоги – дані беруться за основу у формуванні стратегії опанування на наступних етапах;

– суб'єкт залучається до планування власного майбутнього – це знижує супротив *інокуляційному* впливу і підвищує імовірність досягнення *ефективного результату*;

– суб'єкт із психологом опрацьовує проблемні питання (тривожності, мимовільного реагування на стресори тощо), намагається проаналізувати власні реакції, змінити сприймання стрес-факторів з таких, що є руйнівними, на тих, що можуть контролюватися й вирішуватися.

Фаза II. «Набуття та відпрацювання навичок».

Мета: набуття суб'єктом упевненості, що він самостійно може знайти засоби і використовувати навички подолання стресорів та зменшення тривоги. Наголосимо, що на фазі II кількість підходів до утворення засобів і опрацювання навичок є відповідною кількості піднятих суб'єктом проблемних питань, успішності їх опрацювання й отримання зворотного зв'язку.

Завдання:

1. Розширити репертуар паліативних та інструментальних навичок подолання стресорів та зменшення тривоги.

2. Опрацювати набуті навички подолання стресорів та зменшення тривоги.

На *другій фазі інокуляційного впливу* робота спрямовується на розширення репертуару прийомів самоконтролю, зменшення емоційної напруги та підтримання рівноваги. Фокусується увага на регуляції почуттів і дій, менталізації (розуміння психічних станів, намірів та афектів власних і чужих), когнітивному рефреймінгу (терапевтична техніка допомоги щодо виявлення існуючих когнітивних викривлень, їх спростування та зміни на розумні, адаптовані до ситуацій, що вважаються дестабілізуючими, до можливостей і умов) (APA, Mentalization; APA, Cognitive restructuring.). Для цього вивчаються презентовані реакції, стратегії, що використовує суб'єкт для подолання труднощів. Відповідно до домінуючих емоцій й діагностованих розладів (ПТСР, ГСР тощо) розробляється стратегія втручання, в якій використовуються засоби активізації самоконтролю, опрацьовуються проблемні психологічні питання, негативні асоціації, неадекватні реакції.

Зазначимо, що набуття навичок опанування стресу в індивідуальному й у груповому форматі відбувається відповідно до мети психологічного втручання, яка формулюється за запитом суб'єкта. Час виконання завдань фази II вимірюється відповідно до результатів опрацювання тривожних аспектів й нормалізації стану суб'єкту. У репертуар *інокуляційного* втручання включають такі методи:

– *інструментальні*, які фокусуються саме на вирішенні проблеми. За допомогою цих методів здійснюється збір інформації, конкретизуються шляхи вирішення проблем, засоби ефективної комунікації, взаємодії із середовищем щодо зниження / уникнення впливу стрес-факторів тощо;

– *паліативні*, за допомогою яких покращується якість життя (від фр. *palliatif* та лат. *pallium* «паллій, покривало, грецький плащ, плаття» – невичерпне, тимчасове рішення, захід, що «закриває» проблему, як «плащ»). Використовуються техніки регуляції емоцій, когнітивна реструктуризація, прикладна релаксація, гумор, демонстрація афекту тощо.

У складних випадках, згідно Meichenbaum D., у втручанні використовуються *прикладні навички опанування стресу*: релаксація, когнітивна реструктуризація, проблемно-орієнтоване самонавчання та ефективне самозаохочення тощо.

Навички релаксації (вправи зняття напруги, приємні асоціації, дихальні вправи, когнітивна релаксація тощо) використовуються для зниження тривожного збудження й корегування емоційного стану; засвоюються і опрацьовуються у стабільному емоційному стані, і лише за умовою легкого їх виконання використовуються у випадках складних, стресових ситуацій.

Когнітивна реструктуризація на фазі II застосовується для ідентифікації стресора, переоцінювання його значущості й зміни його впливу (з деструктивного на конструктивний). Процедурами когнітивної реструктуризації вважається: оцінювання існуючих настанов, оцінювання передбачень, вивчення альтернативних трактувань ситуацій тощо.

Наголосимо, що суб'єкт проводить когнітивну реструктуризацію на основі досвіду, у притаманному йому стилі поведінки й мислення. На власний розсуд оцінює міру ефективності запропонованих / обраних стратегій виходу із життєвих ускладнень, (дес-) конструктивність дій.

На кінцевих зустрічах фази II – після опрацювання навичок подолання стресорів та зменшення тривоги – психолог фіксує ключові вислови у щоденниках самоконтроля, у діалогах. Водночас констатація суб'єктом здатності регулювати психофізичний стан і поведінку свідчить про зміни у сприйманні стресорів, загальних настанов, самоставлення тощо – формування власного стилю самоатрибуції у подоланні дистресу.

Для підведення підсумку *фази набуття та відпрацювання навичок* суб'єкту пропонується відповісти на запитання щодо отриманого рефлексивного досвіду, дієвих способів і засобів корегування впливу стрес-факторів, нормалізації психічного стану тощо.

Фаза III. «Застосування навичок, профілактика рецидивів».

Мета: відпрацювання й закріплення навичок опанування тривоги, стресу в різних умовах.

Завдання:

1. Відпрацювати із суб'єктом навички опанування під час зустрічі із психологом.
2. Оцінити виконання домашніх завдань суб'єктом щодо самостійного опанування тривоги, стресу.

На фазі завершення інокуляційного втручання психологічні зусилля спрямовуються на закріплення навичок опанування тривоги, стресу. У межах зустрічей здійснюється контроль над мірою успішності використання навичок у різних ситуаціях (разом із психологом і у вигляді домашнього завдання). Для цього використовуються техніки поведінкові, когнітивні тощо, що дозволяє опрацювати конструктивну поведінку в стресових ситуаціях. Враховується, що пропонувані вправи можуть викликати негативні асоціації, помірне тривожне збудження. Тому заздалегідь із суб'єктом обговорюється імовірність зміни його психофізичного стану, надається попередження про те, що реакції є необхідними для опрацювання дієвих атрибутів подолання стресу. Незалежно від комбінації підібраних методів та технік втручання, метою фази III є перевірка навичок, якими оволодів суб'єкт, й набуття ним впевненості, що у реальному житті він зможе застосовувати ці напрацювання. Зазначимо, що в інокуляційному втручанні сконструйовані патерни сприймання життєвих ускладнень, послідовність дій вважаються власним напрацюванням суб'єкта, а зміни у реагуванні на стресори сприймаються як самонавчання та ефективне самозаохочення до конструктивного розгортання будь-якої ситуації.

В інокуляційному втручанні, згідно Meichenbaum D., для попередження «тривожних рецидивів й потрапляння у дистрес», важливо звертати увагу на інтерпретацію суб'єктом власних невдач. Так, у разі описування складних ситуацій як руйнівних, катастрофічних випробувань, вбачання себе «безнадійним невдахою.., у якого нічого не виходить» варто продовжити психологічне втручання: на прикладах ситуацій, які загрожують емоційним зривом, підготувати суб'єкта до когнітивного переосмислення стресорів і власних невдач. За запитом психологічні зустрічі й далі можуть продовжуватися ще деякий час. Це доцільно в тому випадку, коли суб'єкт, на власну думку, недостатньо операціоналізував навички оволодіння і не сформував стійкого відчуття самоефективності.

Етап постфактум впливу реалізується у разі перебування суб'єкта у негативному психічному стані внаслідок складної / надзвичайної ситуації (психологічна дезадаптація,

деморалізація, психологічний шок, посттравматичний стресовий розлад, афективні реакції, гостра психічна або фізична втома тощо). Зазначимо, що травматичний стрес як особливе переживання є результатом взаємовпливу людини і складних обставин, водночас реакція на стресори, які перевищують минулий досвід, може мати широкий спектр прояву й різноманітні психологічні наслідки. *Метою* третього етапу є запобігання фіксації на пережитому й переходу постстресового стану у хронічну форму. Для чого виконуються такі завдання:

1. Ідентифікація порушень внаслідок травмування (у зв'язку з тим, що стан, який розгортається після травмування, складно однозначно класифікувати, рекомендується спиратися на матеріали із ICD та DSM та діагностичний комплекс першого етапу технології).

2. Проведення психологічних корекційних процедур й навчання психологічним засобам опанування життєвих ускладнень згідно попередньо отриманих діагностичних результатів (використовується інструментарій щодо допомоги у прийнятті реальності такою, якою вона є, екологічному відреагуванні й адаптації до ситуації).

3. Утворення екологічної моделі буття, за якою у (пост-)травмівних умовах відновлюється здатність до конструювання майбутнього. Наголосимо, що супровід, допомога і лікування осіб у негативному психічному стані є рухливим конструктом, який вибудовується безпосередньо у процесі психологічної роботи щодо оцінювання і переоцінювання клієнтом стрес-факторів, «себе» і «середовища», взаємодії зі світом і, головне, підготовки до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.

На завершення опису психологічного втручання зазначимо, що для спрощення процедури систематизації результатів і ефектів технології розвитку готовності, гнучкої за своїм змістом, розроблялася структура методичного упорядкування основних організаційних і практичних елементів / атрибутів (табл. 2): назва психологічної інтервенції; психологічна проблема; мета; завдання, які плануються вирішити; індивідуальна / групова форма роботи (із конкретизацією характеристики цільової групи); перелік проблемних питань, на вирішення яких буде спрямовуватися технологія; орієнтовний перелік дій, психологічних процедур, що планується застосовувати (згідно етапів впливу) й терміни роботи; фахівці, з якими необхідно співпрацювати для вирішення завдань технології або до яких необхідно звернутися клієнту / членам групи; опис бажаних і отриманих результатів роботи, критерії і показники ефективності реалізації технології психологічної готовності (з позиції психолога і з позиції клієнта / групи); орієнтовний план реалізації технології.

Запропонована процедура упорядкування може стати у пригоді практикам у систематизації дій психологічного втручання й оформленні отриманих результатів.

Висновки. У надзвичайних ситуаціях люди, чутливі до зовнішнього впливу, наражаються на підвищений ризик погіршення психічного і фізичного здоров'я й потребують психологічної підготовки до переживання важких часів.

Психологічна технологія розвитку готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях, що пропонується, має три етапи реалізації: превентивного впливу, інокуляційного впливу, постфактум впливу. Етап превентивного впливу представляє собою комплексний діагностичний процес, спрямований на вивчення психофізичних й поведінкових показників, тривожності й індивідуальної реактивності людини на стресори. На етапі інокуляційного впливу навчання основам подолання стресорів проходить у три фази: (1) концептуалізація та психоосвіта; (2) набуття та відпрацювання навичок; (3) застосування, профілактика рецидивів і подальше лікування. Етап постфактум впливу реалізується у разі перебування суб'єкта у негативному психічному стані внаслідок складної / надзвичайної ситуації. На третьому етапі передбачається діагностування психічних порушень внаслідок травмування, проведення психологічних корекційних процедур, утворення екологічної моделі буття, за якою у (пост-)травмівних умовах відновлюється здатність до конструювання майбутнього.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у детальному описі дій, психологічних процедур, що є ефективними у вирішенні завдань технології, згідно етапів впливу.

Таблиця 2

Структура методичного упорядкування основних організаційних і практичних елементів психологічної технології

№	Назва елементу / атрибуту психологічної інтервенції	Зміст	
1	Назва психологічної інтервенції	Психологічна технологія.	
2	Психологічна проблема	Ризик розгортання психологічного неблагополуччя, психічного розладу у громадян в стані дистресу, який виникає у результаті надзвичайної ситуації.	
3	Мета технології	Розвиток готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях.	
4	Завдання технології, які плануються вирішити	1. Виявити нерезистентних до стресу осіб та конкретизувати особливості їх диспозиційних параметрів. 2. Провести комплексний інюкаційний вплив стресу нерезистентним особам для формування готовності до надзвичайної ситуації та покращення адаптації до контекстуальних умов. 3. На основі діагностичних результатів провести психологічні корекційні процедури й навчання психологічним засобам опанування життєвих ускладнень.	
5	Форма роботи	Індивідуальна (вписати «паспортичку» клієнта) / групова форма роботи (вписати характеристики цільової групи).	
6	Проблемні питання	Порушення психо-фізичного благополуччя у нерезистентних до стресу осіб. Нерозуміння природи стресу, реакцій організму та ресурсів подолання. Обмежений репертуар прийомів самоконтролю, зменшення емоційної напруги та підтримання рівноваги у нерезистентних до стресу осіб. Недостатня операціоналізація знань щодо природи стресу, реакцій організму, ресурсів подолання та навичок самоконтролю.	
7	Перелік дій, що плануються, й терміни психологічної роботи згідно етапів впливу	Заплановані дії	Термін виконання (початок і кінець)
		Етап превентивного впливу: 1. Диференціація нерезистентних до стресу осіб за допомогою діагностичного інструментарію. 2. Конкретизація показників диспозиційних параметрів нерезистентних до стресу осіб.	
		Етап інюкаційного впливу: 3. Роз'яснення клієнтам природи стресу, реакцій організму та ресурсів подолання. 4. Навчання прийомів самоконтролю, зменшення емоційної напруги та підтримання рівноваги. 5. Операціоналізація знань і навичок подолання стресорів.	

		<i>Етап постфактум впливу:</i> 6. Діагностика стану, у якому перебуває суб'єкт, та аналіз формату копінг-стратегій, що використовуються для збереження рівноваги. 7. Проведення психологічних корекційних процедур щодо подолання дистресу й продовження операціоналізації знань і навичок самоконтролю, зменшення емоційної напруги тощо.	
8	Психологічні процедури, що планується застосовувати, й терміни роботи	Заплановані психологічні процедури (вказуються заплановані згідно етапів технології діагностичні, корекційні і т.д. процедури) <i>Етап превентивного впливу:</i> <i>Етап інокуляційного впливу:</i> <i>Етап постфактум впливу:</i>	Термін виконання (початок і кінець)
9	Фахівці, з якими необхідно співпрацювати	Перелік фахівців, з якими необхідно співпрацювати для вирішення завдань технології або до яких необхідно звернутися клієнту / членам групи	
10	Бажані результати роботи	Опис бажаних результатів роботи.	
11	Отримані результати роботи	Опис отриманих результатів роботи.	
12	Критерії і показники ефективності	Критерії і показники ефективності реалізації технології психологічної готовності (з позиції психолога і з позиції клієнта / групи).	
13	Можливі ризики і перешкоди реалізації технології	Опис перешкод і ризиків, що можуть виникнути у ході реалізації технології.	

Література

1. American psychological association Dictionary of Psychology. Mentalization. Retrieved from: <https://dictionary.apa.org/mentalization>.
2. American psychological association Dictionary of Psychology. Cognitive restructuring. Retrieved from : <https://dictionary.apa.org/cognitive-restructuring>.
3. Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review*, 23, 339-376.
4. Calabrese, E. J., & Baldwin, L. A. (2002). Hormesis: A dose-response revolution. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 43, 175-197.
5. Denollet, J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67:89-97 (2005) 97
6. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 15(3):249-275.
7. Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, personality, and stress: Psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease*. Springer-Verlag Publishing/Springer Nature.
8. Friedman, M. (1996). *Type A behavior: its diagnosis and treatment*. Prevention in practice library Series editor Thomas P. Gullotta Plenum Press. New York and London
9. Friedman, M., & Ghandour, G. (1993). *The medical diagnosis of type A behavior*. American Heart Journal, 126, 607-618.
10. Harvey, J.H. (2000). Embracing Their Memory: Loss and the Social Psychology of Storytelling. *Needham Heights, MA: Allyn & Bacon*.
11. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022). Mood disorders, 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Retrieved from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f76398729>
12. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In M. H. Appley, & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (pp. 63-80). New York: Plenum.
13. Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
14. McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. V., & Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narratives and their relation to psychological adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 474-285.
15. Meichenbaum, D., Deffenbacher, J. (1988). Stress Inoculation Training. *The counseling psychologist*. Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0011000088161005>
16. Meichenbaum, D. (2007 a). Core tasks of psychotherapy: what «expert» psychotherapists do. *Clarence Center*, New York. Retrieved from: <https://ubmm.med.buffalo.edu/uploads/MMU3/10-02-2015%20meichenbaum%20core%20tasks%20of%20psychotherapy%2015.pdf>
17. Meichenbaum, D. (2005). Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. *Principles and Practice of Stress Management* (3rd Edition). Guilford Press. Retrieved from: https://melissainstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/Stress_Inoculation_052806.pdf
18. Meichenbaum, D. (2007 b). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management*. The Guilford Press, p. 497-516.
19. Meichenbaum, D. (2008). Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. Chapter in P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk & W. S. Sime, *Principles and Practice of Stress Management* (3rd Edition). Guilford Press.
20. Meichenbaum, D. (2001). Treatment of Individuals with Anger - Control Problems and Aggressive Behaviors: A Clinical Handbook. *Institute Press*.
21. Smucker, M. P., Grunet, B. K., & Weis, J. M. (2003). Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (Ed.), *Overcoming roadblocks in cognitive therapy practice*. (pp. 175-194). New York: Guilford Publications.
22. MentalHelp.net. Stress Inoculation Therapy (SIT). Retrieved from: <https://www.mentalhelp.net/stress/inoculation-therapy/>

Відомості про автора

Довгань Наталія Олександрівна, докторка психологічних наук, провідна наукова співробітниця лабораторії психології політико-правових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, м. Київ, Україна.

Dovgan, Nataliia, Dr of Psychology, leading researcher, Laboratory of psychology of political and legal relations, Institute of Social and Political Psychology of the NAES of Ukraine, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-6150-5211

E-mail: 1511ndovgan@gmail.com

Отримано 30 грудня 2022 р.

Рецензовано 20 січня 2023 р.

Прийнято 25 січня 2023 р.