

ДО ПРОБЛЕМИ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

Г. П. Лазос,

кандидат психологічних наук,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Ефективність подолання психотравми постраждалими великою мірою залежить від їх професійного супроводу психологами / психотерапевтами, які можуть адекватно справлятися із труднощами такої роботи і витримувати інтенсивний травмівний матеріал клієнтів. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів). Фахівець не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданню, а це, в свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів (наприклад, вторинний травматичний стрес (ВТС), синдром вигорання (СВ)).

Останні чотири роки ми досліджували емоційні стани волонтерів психологів/психотерапевтів, які працюють із різними категоріями постраждалих. Важливими результатами цих досліджень виявились наступні [1]: (1). Більшість фахівців з досліджуваної вибірки отримують задоволення від своєї роботи, при цьому одночасно вони мають ознаки вторинного травматичного стресу (середній ступінь прояву), а також прояви синдрому вигорання (середній рівень). Варто зазначити також, що 20% респондентів, зіткнувшись із власними станами вторинної травматизації, зупинили своє волонтерство, з них – 7% змінили сферу своєї діяльності. Порівняно з 2015 роком, у 2018 році відсоток та рівень інтенсивності ВТС та СВ у фахівців зменшився, а рівень ЗВС збільшився. (2). Травматичні події, які мали місце у власному досвіді психологів/психотерапевтів помірно вплинули на їхнє актуальне життя і впливають на підвищення показників ВТС та СВ в цілому. В той же час результати дослідження показують, що особиста історія насильства («кримінальні події» та «ситуації фізичного і сексуального насильства») підвищує сприйнятливність до розвитку ВТС та СВ, а при додатковому навантаженні, зокрема роботі з травмами клієнтів, потребує обов'язкового психотерапевтичного опрацювання. Важливо, що при цьому фахівці не

мають, або мають незначний досвід опрацювання власних життєвих труднощів. Зазначимо, що показники якості професійного життя психолога/психотерапевта (ВТС, СВ) корелюють лише у випадку, якщо фахівець має 100 і більше годин власного досвіду ($r = - ,282$; $p \leq 0,05$), і це означає, що в такому випадку рівень ВТС знижується. У фахівців, власний досвід яких є меншим – кореляційних зв'язків не виявлено. (3) Встановлено, що більшість фахівців мають середній і низький рівень алекситимії. Показано, що існує прямий зв'язок між алекситимією та ВТС, СВ і наявністю травматичних ситуацій у досвіді психолога/психотерапевта – чим вищий рівень останніх, тим серйознішими є прояви алекситимії у фахівців. Підвищення рівня алекситимії впливає на ефективність роботи з постраждалими.

Отже, на основі отриманих даних перед науковцями актуалізується потреба в глибокому, цілеспрямованому вивченні умов збереження психологічної стабільності та резильєнтності фахівців допомагаючих професій. Дослідження резильєнтності та створення її відповідної моделі є актуальним і суспільно значущим для психологічної науки і практики. Це потребує інноваційних підходів і сформованої теоретико-методологічної бази, яка дасть змогу суттєво розширити розуміння цього феномену і розробити алгоритм формальних заходів з розвитку резильєнтності.

Загалом усі визначення резильєнтності вказують на здатність особистості відновлюватися після несприятливих подій у житті. Зазначимо, що найпоширенішим і найуживанішим наразі є визначення резильєнтності, схвалене Американською психологічною асоціацією (АРА), в якому резильєнтність розуміється як «процес позитивної адаптації в умовах негараздів, травм, трагедій або значного стресу» [8]. При цьому багато дослідників визначають резильєнтність як певну характеристику особистості, що притаманна тій або тій людині (наприклад, J. R. T. Davidson, V. M. Payne, K. M. Connor) [4]. Інші дослідники розглядають резильєнтність як динамічний процес, якій змінюється («змінний процес») (D. Cicchetti, N. Garnezy, S. S. Luthar, A. Masten) [6; 7].

У наших попередніх статтях ми достатньо детально проаналізували як безпосередньо поняття резильєнтності, так і наявні в науці концепції її визначення та категоризації [2]. У межах цієї статті лише зазначимо, що спираючись на описані положення і теоретичні міркування резильєнтність — це біопсихосоціальне явище, яке охоплює особистісні, міжособистісні та суспільні переживання і є природним результатом різних процесів розвитку протягом певного часу. Вона загалом пов'язана зі здатністю

психіки відновлюватися після несприятливих умов і залежно від фокусу та предмету дослідження може розглядатися і як певна характеристика особистості, притаманна тій або тій людині, і як динамічний процес. Резильєнтність залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Важливо, що резильєнтність відіграє першочергову роль у здатності та формуванні посттравматичного стресового зростання особистості.

Аналіз сучасних теоретичних досліджень показує, що науковці пропонують розглядати теоретичну модель резильєнтності за допомогою трьох центральних її конструкцій: фактори ризику; захисні фактори; фактори вразливості [3]. Модель резильєнтності, прийнята в нашому дослідженні, складається з чотирьох окремих фаз: конфронтація з факторами ризику (з травмівними подіями); активація захисних факторів та факторів вразливості; взаємодія між захисними факторами та факторами вразливості; створення резильєнтності або вихід у дезадаптацію.

Наразі існує багато досліджень щодо захисних факторів, які формують індивідуальну резильєнтність. Достеменно вивченими з них є наступні: емоційний інтелект, наявність позитивних стосунків з оточенням, адекватна самооцінка, впевненість у своїй ефективності, характер ранніх дитячо-батьківських стосунків і тип прив'язаності [3; 4; 5].

Звертаючись до захисних факторів, які притаманні резильєнтному фахівцю – психологу, психотерапевту, то існує декілька досліджень, на основі яких створений так званий “портрет резильєнтного клініциста”. За А. Masten, такий фахівець має наступні ознаки: сформована безпечна/автономна прив'язаність; здорові стосунки (наявність близьких друзів, партнерів, колег); інтелектуальний розвиток, навички вирішення проблем; навички самоконтролю та регулювання емоцій; мотивація до успіху; можливість мріяти, вірити; відчуття сенсу життя; професійна компетентність, постійний професійний розвиток [7]. Науковці D. Nemeth та T. Olivier на основі своїх досліджень пропонують наступний погляд на резильєнтного психолога/ психотерапевта [9, с.121]: (1) По-перше, він живе у теперішньому і чітко його усвідомлює: розпізнає свої почуття і переживання, диференціює їх, вміє їх переживати та справлятися з ними; дбає про своє внутрішнє і зовнішнє “Я”, свої потреби; створює, розвиває і береже свої стосунки, як особистісні, так і професійні; формує свої цінності, етичний кодекс; при необхідності – звертається до психотерапевта або супервізора за допомогою. (2) По-друге, він спирається на своє минуле, як на власне підґрунтя: для вирішення питань, які тягнуться з минулого; для мудрого вирішення нагальних питань; він

використовує спогади для створення балансу чи ресурсу та підтримання власної перспективи. (3) По-третє, він бачить себе у завтрашньому: створюючи або плануючи досвід, який стимулює подальший розвиток; залучає себе до різної перспективної діяльності; продовжує постійно розвиватися і зростати як духовно, так і в професії; зберігає стосунки і залишається залученим (до родини, громади, професійних спільнот тощо); знає як і зберігає здоров'я свого тіла та розуму.

У цьому контексті наступним важливим питанням унаочнюється питання створення специфічних психотехнологій з розвитку резильєнтності та профілактики негативних станів у фахівців допомагаючих професій. На нашу думку, психотехнологія як алгоритм роботи надання психологічної /психотерапевтичної допомоги розробляється на основі теоретико-методологічної моделі, в яку закладено феноменологію явищ, що мають піддаватися впливу (корекції) і включає в себе наступні етапи: діагностика, інтерпретація даних з метою формулювання цілей та мішеней психологічного/психотерапевтичного втручання; визначення відповідних психотерапевтичних кроків (методів, психотехнік тощо); апробація психотехнології на практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій з даної тематики показує, що переважна більшість науковців зосереджується на діагностиці як загального рівня резильєнтності, так і специфічного набору захисних (резильєнтних) факторів, ресурсів, компетенцій, адаптивних систем тощо, котрі є мішенями втручання і для впливу на які формується спеціальний набір психотехнік. Більшість розроблених психотехнологій побудовані на еклектичних засадах комбінації різних психотерапевтичних методів і методик. З метою впливу на ресурсну складову психіки особистості та корекції її раннього травматичного досвіду, досвіду прив'язаності застосовуються принципи і техніки психодинамічного підходу. Сучасні психотехнології резильєнтності також містять духовні практики, медичні і фізичні процедури, рекомендації щодо здоров'я та харчування.

Отже, створення ефективних психотехнологій розвитку резильєнтності психологів, психотерапевтів є наразі одним з першочергових завдань для науки і практики. Сучасні психотехнології мають будуватись на основі теоретико-методологічної моделі резильєнтності з урахуванням основних її етапів (діагностика, інтерпретація даних, визначення відповідних психотерапевтичних кроків, апробація на практиці). Ознаками резильєнтного фахівця можна вважати: сформовані навички самоконтролю та регулювання емоцій, здатність

створювати та зберігати перспективу у власному житті, можливість дбати про здорові стосунки, піклування про себе і про інших, усвідомлення власної компетентності, безперервний процес розвитку (особистісний, професійний).

Література

1. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів – психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими // Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія. За ред. З. Г. Кісарчук. К.: Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 154-176.
2. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. 2018. Вип. 14. С. 26-64.
3. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis / Kristin Whitehall Bolton. University of Texas at Arlington, 2013. 118 p.
4. Davidson J., Payne V., Connor K. Trauma, resilience, and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder // *International Clinical Psychopharmacology*. 2005. № 20. pp. 43-48.
5. Lepore S. J., Revenson T. A. Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration // In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth, research and practice*. Mahwah, NJ: Routledge, 2006. pp. 24-46.
6. Luthar S.S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work / S.S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker // *Child development*. 2000. №71. p.543-562
7. Masten A. *Ordinary magic: resilience in development* / Ann Masten. — New York: The Guilford press, 2014. — p.308
8. Neman R. APA's resilience initiative. // *Professional psychology : research and practice*. 2005. №36. p. 227.
9. Nemeth D., Olivier T. *Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice* / Darlyne G. Nemeth and Tracy W. Olivier. Academic Press, 2018. 167 p.