

Супервізія у різних вимірах резильєнтності фахівців сфери психічного здоров'я: результати емпіричного дослідження

<https://doi.org/10.67242/conference-2026-51>

Лазос Гелена, кандидатка психологічних наук, декан факультету психології

Зігмунд Фройд Університет Україна, Київ, Україна

ORCID ID: 0000 0002 8935 2664

Вступ. У сучасних умовах професійної діяльності фахівців сфери ментального здоров'я, що відбувається на тлі російської агресії проти України, високого емоційного навантаження та постійного контакту з травматичним досвідом, набуває особливого значення питання підтримки професійної резильєнтності (Лазос, 2022). У класичних дослідженнях резильєнтність розглядається як багатовимірний конструкт, що формується у взаємодії індивідуальних, міжособистісних та організаційних ресурсів (Luthar et al., 2000; Windle, 2011). Окремі напрями досліджень акцентують увагу на професійній якості життя та ризиках виснаження (Stamm, 2010), вторинній травматизації (Bride et al., 2004; Figley, 1995), посттравматичному зростанні (Tedeschi & Calhoun, 2004), а також ролі організаційних ресурсів у підтримці професійної стійкості (McEwen & Boyd, 2018). У науковому дискурсі супервізія розглядається як ключовий компонент професійного розвитку та підтримки фахівців допомагаючих професій (Hess, 1987; Watkins, 2014; Falender & Shafranske, 2004). Дослідження, присвячені вивченню професійного розвитку психотерапевтів, підкреслюють роль супервізії у формуванні професійної ідентичності та інтеграції досвіду (Rønnestad & Skovholt, 2013), а у контексті роботи з травмою супервізія постає як важливий ресурс профілактики вторинної травматизації та професійного виснаження (Newell & MacNeil, 2010). Дослідження, проведені на вибірках українських психологів і психотерапевтів, підкреслюють значення супервізії як ресурсу підтримки та чинника впровадження доказових практик (Velykodna et al., 2026; Drozd et al., 2025). Водночас більшість робіт аналізує супервізію переважно як форму професійної підтримки або навчання. Оскільки, резильєнтність фахівця розглядається в даному дослідженні як інтегративна метакомпетентність, що проявляється у різних контекстах професійного функціонування та операціоналізується через три виміри: загальну резильєнтність, посттравматичну резильєнтність та резильєнтність на робочому місці, в цій доповіді супервізія розглядається як чинник, пов'язаний із різними вимірами професійної резильєнтності фахівця сфери ментального здоров'я. У даному дослідженні резильєнтність фахівця розглядається як інтегративна метакомпетентність, що проявляється у різних контекстах професійного функціонування та операціоналізується через три виміри: загальну резильєнтність, посттравматичну резильєнтність та резильєнтність на робочому місці. Мета дослідження. Аналіз зв'язків між супервізією та різними вимірами резильєнтності фахівців сфери ментального здоров'я. Методи. У дослідженні взяли участь 445 фахівців у сфері ментального здоров'я. Збір даних здійснювався за допомогою онлайн-опитування; усі учасники були поінформовані про мету дослідження та надали інформовану згоду. Вибірка є репрезентативною для фахівців сфери ментального здоров'я та характеризується гендерною нерівномірністю з переважанням жінок, що відповідає загальній ситуації у професії. За стажем професійної діяльності учасники представлені різними групами:

від початківців до досвідчених практиків, що дозволяє аналізувати резильєнтність у контексті професійного розвитку. Для оцінки різних вимірів резильєнтності було використано наступні методики: для загальної резильєнтності Шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), для резильєнтності після травми - Інструмент дослідження резильєнтності (ІДР-14) (Фан-Вень Ху, Чен-Хан Лін, Фан-Пу Юе, Ю-Тай Ло та Чун-Ін Лін; адаптація Л. Колесніченко, О. Береженна), а також Шкалу «Резильєнтність на роботі» Р. С. Winwood, R. Colon, & K. McEwen (адаптація О. Креденцер, П. Черний, 2024) для визначення рівня професійної резильєнтності. Статистичний аналіз включав описову статистику, кореляційний аналіз Пірсона для виявлення зв'язків між показниками супервізії та різними вимірами резильєнтності, а також t-критерій Стьюдента для порівняння груп фахівців з наявністю та відсутністю супервізії. За даними авторської анкети, 47.2% респондентів не мають індивідуальної супервізії, 32.6% мають її час від часу, 9.0% працюють постійно з одним супервізором і 11.2% - постійно з різними супервізорами. Для групової супервізії відповідні показники становлять 47.6%, 27.6%, 11.7% та 13.0%. Це дає підстави враховувати не лише сам факт наявності супервізії, а й різний ступінь залученості фахівців до різних форм супервізійної практики. Результати. Кореляційний аналіз даних показав, що загальна резильєнтність (CD-RISC-10) демонструє статистично значущі, але слабкі позитивні зв'язки з індивідуальною супервізією ($r = 0.106$; $p \leq 0.05$), груповою супервізією ($r = 0.111$; $p \leq 0.05$) та груповою інтервізією ($r = 0.104$; $p \leq 0.05$). Це свідчить про зв'язок супервізійних практик з базовими професійними та організаційними ресурсами фахівця, однак сила цього зв'язку залишається невисокою. Щодо посттравматичної резильєнтності (ІДР-14), інтегральний показник резильєнтності не демонструє статистично значущих зв'язків із супервізією (для індивідуальної супервізії $r = 0.089$; $p = 0.061$; для групової супервізії $r = 0.050$; $p = 0.294$; для інтервізії $r = 0.044$; $p = 0.357$). Водночас на рівні окремих компонентів резильєнтності після травми, виявлено більш диференційовану картину: показник «мислення, орієнтоване на віру та надію» має слабкий позитивний зв'язок з індивідуальною супервізією ($r = 0.117$; $p \leq 0.05$), тоді як інші компоненти посттравматичної резильєнтності статистично значущих зв'язків із супервізією не виявляють. Найбільш виразні зв'язки зафіксовано для резильєнтності на робочому місці. Інтегральний показник цієї методики позитивно корелює з індивідуальною супервізією ($r = 0.237$; $p \leq 0.01$), груповою супервізією ($r = 0.171$; $p \leq 0.01$) та груповою інтервізією ($r = 0.176$; $p \leq 0.01$). Окремі складові резильєнтності на робочому місці також демонструють значущі зв'язки з супервізією: зокрема, «автентичне життя» - з індивідуальною супервізією ($r = 0.111$; $p \leq 0.05$) та інтервізією ($r = 0.132$; $p \leq 0.01$), «знаходження свого покликання» - з індивідуальною супервізією ($r = 0.115$; $p \leq 0.05$), «побудова соціального оточення» - з індивідуальною ($r = 0.266$; $p \leq 0.01$), груповою супервізією ($r = 0.192$; $p \leq 0.01$) та інтервізією ($r = 0.161$; $p \leq 0.01$). Таким чином, супервізія виявляє найбільш виразний зв'язок саме з професійним, робочим виміром резильєнтності. Додатково виявлено тісні взаємозв'язки між самими формами професійної підтримки. Наприклад, наявність власної терапії пов'язана з індивідуальною супервізією ($r = 0.478$; $p \leq 0.01$), груповою супервізією ($r = 0.374$; $p \leq 0.01$) та груповою інтервізією ($r = 0.322$; $p \leq 0.01$). Між різними формами супервізії також зафіксовано виразні зв'язки: між індивідуальною та груповою супервізією ($r = 0.655$; $p \leq 0.01$), між індивідуальною супервізією та інтервізією ($r = 0.524$; $p \leq 0.01$), між груповою супервізією та інтервізією ($r = 0.614$; $p \leq 0.01$). Ці результати показують, що ймовірно, супервізія не існує ізольовано, а включена у ширшу систему професійної та організаційної підтримки, різні форми якої доповнюють одна одну. Середні значення показників резильєнтності обчислювалися як арифметичні середні (M) для відповідних груп респондентів залежно від наявності та регулярності супервізії. Порівняння середніх значень для загальної резильєнтності показало, що наявність супервізії

пов'язана з вищими показниками психологічної стійкості: у фахівців, які мають супервізію, середній показник резильєнтності становить $M = 2.65$, тоді як за її відсутності - $M = 2.54$. Більш показовою виявилася регулярність супервізії. За відсутності індивідуальної супервізії середній показник резильєнтності становив $M = 2.54$; за наявності супервізії час від часу - $M = 2.60$; за постійної супервізії з різними супервізорами - $M = 2.71$; за постійної супервізії з одним супервізором - $M = 2.72$. Така послідовність вказує на градієнтний характер змін. Для перевірки відмінностей між групами було застосовано t-критерій Ст'юдента. Отримані результати підтвердили статистично значущі відмінності між фахівцями, які мають супервізію, та тими, хто її не має ($p \leq 0.05$), що узгоджується з виявленими відмінностями середніх значень та підтверджує роль супервізії як чинника, пов'язаного з вищими показниками загальної резильєнтності. Водночас розмір ефекту залишається помірним, що ймовірно вказує на багатофакторний характер резильєнтності.

Обговорення. Отримані результати дають підстави говорити про диференційовану роль супервізії щодо різних вимірів резильєнтності. Найбільш чутливою до супервізійної підтримки виявилася резильєнтність на робочому місці, де знайдено найбільш виразні позитивні зв'язки як на рівні інтегрального показника, так і на рівні її окремих компонентів. Це логічно узгоджується з тим, що супервізія є важливою практикою професійного контексту і підтримує саме професійне функціонування фахівців. Загальна резильєнтність також демонструє стабільні, але слабкі позитивні зв'язки із супервізією. Це дає підстави розглядати супервізію як чинник, пов'язаний із базовими адаптаційними ресурсами, хоча її вплив не можна вважати визначальним. Водночас для посттравматичної резильєнтності зв'язок виявився значно обмеженішим: інтегральний показник ІДР-14 не пов'язаний із супервізією, тоді як лише окремий компонент «мислення, орієнтоване на віру та надію» виявив слабку позитивну кореляцію з індивідуальною супервізією. Це може свідчити про те, що посттравматична резильєнтність формується через складніші та менш прямі механізми, ніж ті, що забезпечуються професійною супервізійною підтримкою. Тісні зв'язки між різними формами супервізії, інтервізії та власної терапії показують, що супервізія функціонує не як ізольована практика, а як частина ширшого простору професійної підтримки. Саме в такому контексті можна зрозуміти її значення: вона не є єдиним або домінуючим предиктором резильєнтності, проте виступає важливим чинником, що інтегрується у систему ресурсів професійного розвитку.

Обмеження дослідження. Отримані результати слід інтерпретувати з урахуванням певних обмежень. По-перше, нерівномірний розподіл учасників між групами супервізії міг вплинути на статистичну чутливість статистичного аналізу. По-друге, використання самооцінювальних методик підвищує ризик впливу суб'єктивних факторів. По-третє, резильєнтність як складний конструкт не може бути повністю пояснена одним чинником, тому подальші дослідження будуть враховувати ширший спектр внутрішньоособистісних і соціально-професійних змінних.

Висновки. Супервізія статистично значущо пов'язана з різними вимірами резильєнтності фахівців сфери ментального здоров'я, однак сила цих зв'язків є неоднаковою. Для загальної резильєнтності зафіксовано слабкі, але стабільні позитивні зв'язки з індивідуальною, груповою супервізією та інтервізією, а також виявлену тенденцію до зростання показників зі збільшенням включеності у супервізійну практику. Інтегральний показник посттравматичної резильєнтності не демонструє статистично значущих зв'язків із супервізією; водночас окремий компонент «мислення, орієнтоване на віру та надію» пов'язаний з індивідуальною супервізією. Найбільш виразний зв'язок супервізії виявлено з резильєнтністю на робочому місці, що дозволяє розглядати її як чинник, найбільш релевантний саме для професійного виміру резильєнтності - резильєнтність на робочому місці. Супервізію доцільно розглядати як важливий, але не універсальний чинник професійної резильєнтності, включений у ширшу систему професійної підтримки фахівця. Література Лазос, Г. П. (2022). Психологи і війна: зміна парадигми

надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. Організаційна психологія. Економічна психологія, (3 (27)), 37-47. Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. L., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106> Drozd, O., Onufrieva, L., Mykhalchuk, N., Ivashkevych, E., Kharchenko, Y., & Ivanova, T. (2025). The role of supervision for psychologists and psychotherapists in wartime: Social and clinical challenges. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 16, 361. <https://doi.org/10.70594/brain/16.3/27> Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. Brunner/Mazel. Hess, A. K. (1987). *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*. Wiley. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164> McEwen, K., & Boyd, C. M. (2018). A measure of team resilience: Developing the resilience at work team scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), 258-272. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001223> Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68. Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge. Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01 Velykodna, M., Lazos, G., Karamushka, L., Klymenko, I., Deputatov, V., & Pysarenko, T. (2026). Implementation of the evidence-based practice in psychology in Ukraine: Prediction model development. *Europe's Journal of Psychology*, 22(1), 67-88. <https://doi.org/10.5964/ejop.14559> Watkins, C. E. (2014). The supervisory alliance: A half century of theory, practice, and research. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 305-317. [10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.19](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.19) Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>