

УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

*“Ефективність терапевтичного
альянсу у зв’язку з різними типами
прив’язаності клієнтів”*

Виконав: здобувач 2 курсу,
групи ПС-23-1м
Спеціальності 053 «Психологія»
Зубко А.С.
Керівник: Байєр О.О.
канд. псих. наук, доцент

м. Дніпро
2025

АНОТАЦІЯ
кваліфікаційної роботи
Зубко Ассоль Сергіївни
на тему:
“Ефективність терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами
прив'язаності клієнтів ”

Кваліфікаційна робота здобувача 2-го курсу, спеціальності “Психологія” (у форматі Магістр) (Університет імені Альфреда Нобеля, м.Дніпро, кафедра психології та педагогіки) присвячена проблемі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності клієнтів.

Останні події, що мають місце в країні, такі як тривалий військовий конфлікт, значні втрати серед військових і мирних мешканців, внутрішні міграційні процеси, створюють гостру потребу в соціально-психологічній підтримці і супроводі різних соціальних груп. У контексті надання психічної допомоги особливу увагу приділяють факторам, які впливають на формування, збереження та ефективність зв'язку між психологом і клієнтом. Ці взаємини визнаються як ключові для ефективності психологічної допомоги в теорії і практиці психотерапії.

Зазначено, що довірливі стосунки між клієнтом і терапевтом формують основу для терапевтичного альянсу — взаємодії, в якій клієнт відкривається, усвідомлює свої переживання та просувається в терапії. Без цього альянсу ефективна психотерапія неможлива.

Розкрито, що сильний терапевтичний альянс сприяє глибшому розумінню клієнтами себе, своїх проблем і симптомів, заохочує до самодослідження та розвитку навичок їх подолання. Це допомагає зміцнювати відповідальність за психічне здоров'я, стійкість до стресу та здатність справлятися з викликами.

Обґрунтовано, що адаптація терапевтичного підходу до особливостей кожного типу прив'язаності здатна підвищити ефективність терапії та зміцнити терапевтичний альянс.

З'ясовано, що пацієнти з труднощами у соціальній взаємодії часто не мають безпечних і незалежних стратегій прив'язаності, що змушує терапевта виступати в ролі надійної опори. Це вимагає від фахівця високого рівня емпатії, чутливості та здатності розпізнавати викривлені потреби в прив'язаності, а також відповідати належним чином на поведінкові прояви клієнта.

Акцентується, що першочерговим терапевтичним завданням є забезпечення емоційної безпеки та надійної бази для клієнта з самого початку. Теорія прив'язаності забезпечує лінзу, через яку можна зрозуміти терапевтичний альянс. Якщо терапевти визначають потреби клієнта в прив'язаності та емпатично реагують на них, клієнт за таких умов, скоріш за все, відчує безпекову основу для самодослідження та самопізнання.

Розглядаючи концепцію прив'язаності виокремили важливість використання внутрішніх робочих моделей, які формують неусвідомлені припущення про себе та інших, що впливають на міжособистісні стосунки. Лише надійний тип прив'язаності сприяє здоровим, близьким і стабільним відносинам, бо зазвичай вірять у доброзичливість оточуючих і цінність міжособистісного зв'язку. Натомість унікаючий, тривожний і дезорганізований типи порушують відчуття безпеки у стосунках, спотворюють сприйняття поведінки інших через припущення, які ґрунтуються на недовірі, негативному сприйнятті себе та обережності в стосунках, що ускладнює співпрацю з терапевтом і призводять до деструктивних взаємодій, що впливає на ефективність терапевтичного альянсу в цілому.

Зазначено, що терапевти повинні звертати увагу на якість альянсу з такими пацієнтами, проактивно запобігаючи можливим розривам і використовуючи терапевтичний потенціал роботи з ненадійною прив'язаністю.

За результатами емпіричного дослідження у роботі встановлено, що клієнти з надійним типом прив'язаності вирізняються статистично вищими показниками за всіма субшкалами терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) порівняно з іншими типами прив'язаності.

Щодо клієнтів з тривожним типом прив'язаності, вони мають вищий рівень емоційного зв'язку як параметра терапевтичного альянсу на відміну від клієнтів з унікаючим та дезорієнтованим типами.

Клієнти з унікаючим типом показують найнижчі показники «узгодженості цілей» та «розвитку емоційного зв'язку» як параметрів терапевтичного альянсу у порівнянні з надійним типом прив'язаності, а клієнти з дезорганізованим типом прив'язаності демонструють нижчі показники «узгодженості завдань» та «розвитку емоційного зв'язку» порівняно з клієнтами з тривожним типом.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) виявив статистично значущі відмінності між типами прив'язаності за всіма трьома параметрами терапевтичного альянсу: узгодженістю завдань ($F = 48.57, p < 0.001$), узгодженістю цілей ($F = 108.31, p < 0.001$) та розвитком емоційного зв'язку ($F = 166.17, p < 0.001$).

Результати пост-хок аналізу Тьюкі підтвердили, що тип прив'язаності має значний вплив на всі аспекти терапевтичного альянсу: узгодженість завдань, узгодженість цілей та розвиток емоційного зв'язку. Надійний тип прив'язаності демонструє найвищі показники за всіма параметрами, тоді як Дезорганізований і Унікаючий типи мають найнижчі показники. Статистично значущі відмінності були виявлені між більшістю типів прив'язаності, особливо у порівнянні Надійного типу з іншими. Водночас деякі пари, зокрема Тривожний та Унікаючий у контексті узгодженості завдань та узгодженості цілей, не показали статистично значущих відмінностей. Це вказує на необхідність індивідуального підходу в терапевтичній роботі з клієнтами різних типів прив'язаності для покращення ефективності терапевтичного альянсу.

Можемо зробити висновок, що тип прив'язаності клієнта суттєво впливає на сприйняття та побудову терапевтичного альянсу, зокрема на ефективність узгодження завдань і цілей терапії, а також на формування емоційного зв'язку між терапевтом і клієнтом.

Практична значущість полягає в тому, що отримані дані можуть допомогти психологам і психотерапевтам більш ефективно встановлювати терапевтичний альянс, враховуючи тип прив'язаності клієнта, а також розробляти

індивідуалізовані підходи для кожного випадку та можуть бути використані на практиці для підвищення ефективності терапевтичного альянсу.

Перелік ключових слів: *терапевтичний альянс, типи прив'язаності, надійний тип, уникаючий тип, тривожний тип, дезорганізований тип, ефективність, емоційний зв'язок, довіра, співпраця.*

SUMMARY

qualification work

Zubko Assol

on the topic:

"The effectiveness of the therapeutic alliance with different types of client attachment"

The qualification work of the 2nd year applicant, speciality "Psychology" (in Master format) (Alfred Nobel University, Dnipro, Department of Psychology and Pedagogy) is devoted to the problem of theoretical substantiation and empirical study of the effectiveness of the therapeutic alliance in relation to different types of attachment.

Recent events in the country, such as the ongoing military conflict, significant losses among military and civilians, and internal migration processes, create an urgent need for social and psychological support and guidance for various social groups. In the context of providing mental health care, special attention is paid to the factors that influence the formation, maintenance and effectiveness of the relationship between a psychologist and a client. These relationships are recognised as key to the effectiveness of psychological assistance in the theory and practice of psychotherapy.

It is noted that a trusting relationship between the client and the therapist forms the basis for a therapeutic alliance - an interaction in which the client opens up, realises his or her experiences and progresses in therapy. Without this alliance, effective psychotherapy is impossible.

It has been shown that a strong therapeutic alliance promotes a deeper understanding of clients' self, their problems and symptoms, encourages self-exploration and the development of coping skills. This helps to strengthen responsibility for mental health, stress resistance and the ability to cope with challenges.

It is substantiated that the adaptation of the therapeutic approach to the characteristics of each type of attachment can increase the effectiveness of therapy and strengthen the therapeutic alliance.

It has been found that patients with difficulties in social interaction often do not have safe and independent attachment strategies, which makes the therapist act as a reliable support. This requires a high level of empathy, sensitivity, and the ability to recognise distorted attachment needs, as well as to respond appropriately to the client's behavioural manifestations.

It is emphasised that the primary therapeutic task is to provide emotional safety and a secure base for the client from the very beginning. Attachment theory provides a lens through which to understand the therapeutic alliance. If therapists identify the client's attachment needs and respond to them empathically, the client is likely to feel a safe basis for self-exploration and self-discovery.

When considering the concept of attachment, we highlighted the importance of using internal working models that form unconscious assumptions about oneself and others that affect interpersonal relationships. Only a secure type of attachment fosters healthy, close and stable relationships, as it usually believes in the goodness of others and the value of interpersonal connection. In contrast, avoidant, anxious, and disorganised types disrupt the sense of security in relationships, distort the perception of others' behaviour through assumptions based on distrust, negative self-perception, and cautiousness in relationships, which makes it difficult to cooperate with the therapist and leads to destructive interactions, which affects the effectiveness of the therapeutic alliance as a whole.

It is noted that therapists should pay attention to the quality of the alliance with such patients, proactively preventing possible breaks and using the therapeutic potential of working with insecure attachment.

Based on the results of the empirical study, the paper found that clients with a secure type of attachment have statistically higher scores on all subscales of the therapeutic alliance (task coherence, goal coherence, development of emotional connection) compared to other types of attachment.

As for clients with anxious attachment, they have a higher level of emotional connection as a parameter of the therapeutic alliance, in contrast to clients with avoidant and disoriented types.

Clients with an avoidant type of attachment show the lowest scores on "goal coherence" and "emotional bonding" as parameters of the therapeutic alliance compared to clients with a secure type of attachment, and clients with a disorganised type of attachment show lower scores on "task coherence" and "emotional bonding" compared to clients with an anxious type of attachment.

A one-way analysis of variance (ANOVA) revealed statistically significant differences between attachment types in all three dimensions of the therapeutic alliance: task alignment ($F = 48.57, p < 0.001$), goal alignment ($F = 108.31, p < 0.001$), and emotional bonding ($F = 166.17, p < 0.001$).

The results of Tukey's post-hoc analysis confirmed that attachment type has a significant impact on all aspects of the therapeutic alliance: task alignment, goal alignment, and emotional connection. The Secure type of attachment demonstrates the highest scores on all dimensions, while the Disorganised and Avoidant types have the lowest scores. Statistically significant differences were found between most attachment types, especially when comparing the Secure type to the others. At the same time, some pairs, such as Anxious and Avoidant in the context of task coherence and goal coherence, did not show statistically significant differences. This indicates the need for an individual approach in therapeutic work with clients of different attachment types to improve the effectiveness of the therapeutic alliance.

We can conclude that the type of client's attachment significantly affects the perception and construction of the therapeutic alliance, in particular, the effectiveness of agreeing on the tasks and goals of therapy, as well as the formation of an emotional connection between the therapist and the client.

The practical significance is that the data obtained can help psychologists and psychotherapists to establish a therapeutic alliance more effectively, taking into account the type of client's attachment, as well as to develop individualised approaches for each case and can be used in practice to increase the effectiveness of the therapeutic alliance.

Key words: *therapeutic alliance, types of attachment, reliable type, avoidant type, anxious type, disorganised type, effectiveness, emotional connection, trust, cooperation.*

ЗМІСТ

ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЗВ'ЯЗКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ КЛІЄНТІВ	17
1.1. Еволюція та сучасні дослідження терапевтичного альянсу в психотерапії і консультуванні	17
1.2. Терапевтичний альянс: поняття, компоненти та стратегії побудови терапевтичного альянсу	20
1.3. Теорія прив'язаності: основи і типи прив'язаності	26
1.4. Взаємозв'язок між різними типами прив'язаності та стратегіями побудови терапевтичного альянсу в різних терапевтичних напрямках	32
Висновки до першого розділу	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЗВ'ЯЗКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ КЛІЄНТІВ	45
2.1. Описання вибірки, психодіагностичного інструментарію та методів статистичного аналізу	45
2.2. Результати емпіричного дослідження, аналіз та інтерпретація отриманих результатів	47
2.3. Пропозиції щодо покращення терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності клієнтів	64
Висновки до другого розділу	67
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	73
ДОДАТКИ	80

ВСТУП

Часто основними цілями психотерапії стають пошук власної ідентичності, розвиток навичок побудови стосунків та зростання особистісних компетенцій. Серед численних ефективних терапевтичних методів і технік особливе значення, на нашу думку, має терапевтичний альянс. Саме міцний терапевтичний альянс є фундаментом успішної терапії, допомагаючи клієнту зцілюватися та опановувати життєво важливі навички.

Попри велику кількість досліджень, присвячених терапевтичному альянсу, наразі відсутнє комплексне дослідження, яке б детально відповіло на питання: як ефективно підтримувати терапевтичний альянс із клієнтами, які мають різні типи розладів прив'язаності.

Актуальність цього дослідження обумовлена важливістю терапевтичного альянсу — особливого типу стосунків між клієнтом і терапевтом, що визначає ефективність психокорекційної роботи. Терапевтичний альянс має різні трактування в різних напрямках психотерапії, але в основі дослідження лежить його класичне розуміння, розроблене в роботах Фрейда, Бодіна, Боулбі, Люборського, Роджерса, Юнга та інших.

Терапевтичний альянс є центральним елементом терапевтичного процесу та суттєво впливає на результати лікування. Його формування передбачає пацієнтоцентричний підхід, за якого терапевт підтримує клієнта у досягненні його цілей, виступаючи не як авторитарна фігура, а як фасилітатор. Попередні дослідження підтвердили важливість орієнтації на пацієнта не лише в психотерапії, але й у медичних та реабілітаційних практиках.

Зростання попиту на психологічну допомогу в Україні супроводжується збільшенням випадків некваліфікованого консультування, що підриває довіру до професії. Тому аналіз чинників, які впливають на формування терапевтичного альянсу, є важливим для підвищення якості психологічної допомоги. Це сприятиме ефективності роботи з клієнтами, популяризації психотерапії та зростанню довіри до психологічної науки в суспільстві.

У сучасній психотерапевтичній практиці взаємодія між терапевтом та клієнтом є одним з найважливіших факторів, що впливає на успішність лікування та досягнення позитивних результатів. Побудова та підтримання терапевтичного альянсу визначаються рядом складних факторів, серед яких особливе місце займає тип прив'язаності як у терапевта, так і в клієнта.

На думку Л. Люборського, А. Т. МакЛеллана та Г. Е. Вуді, на початкових етапах терапії або психокорекції важливу роль відіграє привабливість терапевта та його позитивне ставлення до клієнта.

Е. С. Бордін висловлює інший підхід у порівнянні з Л. Люборським, А. Т. МакЛелланом та Г. Е. Вуді, які вважають, що позитивне ставлення терапевта до клієнта є ключем до успіху психотерапії. Бордін наголошує, що ефективність терапії визначається взаємною відповідальністю сторін і відповідністю втручань до запиту клієнта. Тобто, позитивного ставлення терапевта недостатньо — необхідно також зважати на реалістичність запитів клієнта і обговорювати це на початку терапії, а не в її процесі [10].

Формування терапевтичних стосунків тісно пов'язане з прив'язаністю, яка може відігравати ключову роль у терапевтичному процесі. Пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями часто позбавлені безпечних і автономних стратегій прив'язаності, що вимагає від терапевта виконання ролі надійної підтримки. Для цього потрібні висока емпатія, чутливість і здатність розпізнавати викривлені потреби в прив'язаності, а також адекватно реагувати на поведінкові прояви клієнта.

Науковим підґрунтям для розгляду означеної проблеми є праці зарубіжних та вітчизняних науковців. Значну цінність для вивчення феномену прив'язаності мають праці Дж. Боулбі, М. Ейнсворт, М. Мейн, К. Бріш, С. Хазан та Ф. Шейвер, З. Крижановської та ін.

Ця робота спрямована на вивчення ефективності терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності. Зважаючи на різноманіття теорій, які аналізують розвиток особистості та взаємин, дослідження має на меті виявити

особливості взаємодії між терапевтом і клієнтом залежно від типу їхньої прив'язаності.

Отже, теоретичний та практичний аналіз, ставить своєю метою розкрити ключові аспекти взаємодії між терапевтом та клієнтом з урахуванням їхніх типів прив'язаності, а також надати практичні рекомендації для психотерапевтичної практики.

Мета дослідження: на основі теоретичного аналізу проблеми та її емпіричного дослідження обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність побудови терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності.

Об'єкт дослідження – терапевтичний альянс.

Предмет дослідження - ефективність терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності.

Концептуальна гіпотеза – ефективність терапевтичного альянсу залежить від типу прив'язаності клієнта.

Емпіричні гіпотези:

1. Клієнти з надійним типом прив'язаності вирізняються статистично вищими показниками за всіма субшкалами терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) порівняно з іншими типами прив'язаності.
2. Клієнти з тривожним типом прив'язаності мають вищий рівень емоційного зв'язку як параметра терапевтичного альянсу на відміну від клієнтів з унікаючим та дезорієнтованим типами.
3. Клієнти з унікаючим типом показують найнижчі показники «узгодженості цілей» та «розвитку емоційного зв'язку» як параметрів терапевтичного альянсу.
4. Клієнти з дезорганізованим типом прив'язаності демонструють нижчі показники «узгодженості завдань» та «розвитку емоційного зв'язку» порівняно з клієнтами з тривожним типом.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз основ терапевтичного альянсу.
2. Визначити особливості різних типів прив'язаності та їх роль у міжособистісних стосунках.
3. Дослідити зв'язок між типом прив'язаності та ефективністю терапевтичного альянсу.
4. Емпірична перевірка гіпотез та аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження.
5. Розробити практичні рекомендації для покращення терапевтичного альянсу з урахуванням типу прив'язаності клієнта.

Методики.

У роботі використано систему загальнонаукових методів:

- Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, інтерпретація;
- Емпіричні: психодіагностичні методики;

Для проведення емпіричного дослідження були обрані саме такі психодіагностичні методики:

Анкета-знайомство та інтерв'ю-опитувальник прив'язаності Мері Мейн; методика «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К. Бартоломью (RelationshipQuality (RQ), К. Bartholomew, адаптація К.В. Казанцевої); для вимірювання якісних характеристик терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності була обрана методика «Опитувальник стосунків Ен'ю»; адаптований опитувальник для оцінки типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу ECR (Experiences in Close Relationships); опитувальник робочого (терапевтичного) альянсу (Working Alliance Inventory – Short Revised, WAI-SR).

- Методи обробки даних: статистичні методи аналізу отриманих даних, дисперсійний аналіз (ANOVA), що дозволяє перевірити, чи існують статистично значущі відмінності між середніми значеннями субшкал терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) залежно

від типу прив'язаності (надійний, тривожний, уникаючий, дезорганізований) та Пост-хок аналіз Тьюкі, що порівнює середні значення між групами після проведення дисперсійного аналізу (ANOVA).

Досліджувані (вибірка). У дослідженні взяли участь 60 респондентів віком від 22 до 55 років, що проходили терапевтичні сесії з професійними терапевтами, і які є українцями та проживають наразі в Україні. З 60 респондентів були 45 осіб жіночої статі та 15 осіб чоловічої статі. Дослідження проводилось з 04.11.2024р. по 24.11.2024р.

Теоретична значущість та наукова новизна нашого дослідження полягає у вивченні ефективності терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності клієнтів. Дослідження розширює наукові уявлення про роль надійного, тривожного, уникаючого та дезорганізованого типів прив'язаності у формуванні та підтримці терапевтичного альянсу, виявляє ключові чинники, які сприяють або перешкоджають ефективній співпраці у терапевтичному процесі, а також робить внесок у розвиток теорії прив'язаності, доповнюючи сучасні уявлення про її вплив на якість терапевтичних стосунків.

Практична значущість полягає:

1. Результати дослідження можуть бути використані для підвищення ефективності психотерапії та консультування, допомагаючи терапевтам краще розуміти вплив типів прив'язаності клієнтів на формування терапевтичного альянсу і відповідно адаптувати підходи.
2. Застосування у психологічній практиці. Отримані дані можуть бути використані для розробки спеціалізованих терапевтичних програм, що враховують індивідуальні особливості клієнтів.
3. Результати дослідження можуть стати основою для навчальних програм, спрямованих на розвиток у майбутніх спеціалістів навичок ідентифікації типів прив'язаності та формування стійкого терапевтичного альянсу.

Апробація роботи. Основні ідеї дослідження представлені у формі тез на тему “Феномен прив'язаності як предмет дослідження” та надруковані у збірнику

тез доповідей “Практична психологія у сучасному вимірі: XV міжнародній науково-практичній конференції науковців та студентів, Дніпро, 26 березня 2024 р., с. 126.

Структура магістерської роботи: титульний аркуш, зміст, вступ, основна частину з розділами та підрозділами, висновки, список використаних джерел, додатки. Зміст роботи висвітлено на 72 сторінках основного тексту і містить 7 таблиць і 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЗВ'ЯЗКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ

1. Еволюція та сучасні дослідження альянсу в психотерапії і консультуванні

Теоретичним дослідженням характеристик особистості терапевта, параметрів терапевтичного альянсу вчені займались ще з кінця 50-х рр. 20 ст.

Розгляд питання терапевтичного альянсу стосується як клієнта, так і терапевта, при цьому об'єктивні принципи альянсу мають бути закріплені в межах однієї сесії. Історію поняття «альянс» можна поділити на два етапи: ранній, коли різні психологічні школи трактували альянс по-своєму, і пізніший, коли альянс об'єднався в загальний конструктивний підхід. На ранньому етапі свою концептуалізацію пропонували психоаналіз, клієнт-центрована терапія, когнітивно-поведінкова терапія, а також спеціалісти з консультування, які спиралися на теорію соціального впливу С. Р. Стронга.

Терапевтичний, або робочий альянс передбачає раціональні стосунки клієнтів і фахівців (у тому числі психологів), дає можливість клієнтам цілеспрямовано працювати в ситуації корекційної взаємодії, а фахівцям – домагатися терапевтичного успіху. Поняття терапевтичний, робочий та допомагаючий альянс тривалий час вважалися синонімічними і в психокорекції позначалися скорочено – «альянс».

Ранні роботи З. Фрейда розглядали альянс як зв'язок між пацієнтом і його перенесенням на терапевта. Фрейд зазначав, що альянс є нереальною, невротичною прив'язкою, побудованою на проекції попередніх відносин клієнта на терапевта. Вперше важливість позитивного ставлення клієнта до психотерапевта акцентовано у праці З. Фрейда «Динаміка переносу», однак впродовж своєї терапевтичної практики він визначив три, доволі різні погляди на стосунки клієнта і психотерапевта: прихильність клієнта до терапевта як форма

позитивного переносу; контакт лише на основі комунікації та інтерпретації; взаємодія на основі проєкцій клієнта із врахуванням реальних умов терапії. Ця концепція співпраці, яку також називають «необґрунтованим, або позитивним перенесенням» [58], Фройд висловив іронічний сумнів щодо того, чому деякі клієнти продовжують терапію навіть після активації їхніх захисних механізмів, адже з їхньої точки зору логічніше було б відчувати необхідність завершити лікування. Перенесення було процесом, у якому зв'язок між терапевтом і клієнтом розвивався, дозволяючи їм спільно працювати над усуненням симптомів клієнта, і Фройд вважав цей феномен ключовим аспектом змін [40].

Однак у пізніших роботах Фрейда з'явилася ідея про реальний зв'язок із раціональним Его клієнта. Це поняття розвивав Р. Стерба, який підкреслював здатність раціонального Его допомагати терапевту встановлювати реальний контакт [57].

Ранні концепції описували альянс як процес, що відбувається між інтерпретаціями аналітика і здатністю та готовністю клієнта приймати і обдумувати ці інтерпретації. Очікувалося, що обидва учасники терапії будуть гнучкими і зможуть перемикатися між відображенням досвіду і реальним переживанням. Більше того, цей феномен визнавався як необхідний для того, щоб відбулися зміни [52].

Найзначнішою концептуальною зміною щодо функції альянсу стало посилення акценту на його терапевтичних аспектах. Тепер ці терапевтичні властивості розглядаються не лише як необхідна умова для встановлення контакту, а як самостійний механізм, що сприяє змінам.

К. Юнг бачив альянс терапевта та клієнта (або аналітика й аналізанта) як найважливіший елемент терапії: саме він є джерелом ефективності аналізу, і саме він є результатом, на який- свідомо чи несвідомо -розраховують обидві сторони [54].

Паралельно з розвитком психоаналітичної концепції в 1950-х роках ідея про важливість прийняття з боку терапевта почала з'являтися і в клієнт-центрованому

підході. На відміну від психоаналізу, у клієнт-центрованій терапії відносини між терапевтом і клієнтом сприймалися як реалістичні та такі, що відбуваються «тут і зараз». К. Роджерс, засновник цього підходу, підкреслював безумовне позитивне прийняття, конгруентність та емпатичне розуміння як ключові характеристики з терапевта. Створювані в результаті таких допомагаючих і автентичних стосунків у підході Роджерса часто пов'язують з альянсом [57].

Попри відмінності, сама ідея автентичних стосунків співзвучна з концепцією формування не невротичного, реального зв'язку в психоаналізі. Таким чином, для психоаналізу альянс є результатом опрацьованого перенесення клієнта, тоді як у клієнт-центрованому підході — це наслідок реальних приймаючих відносин, що виступають основним інструментом втручання.

Е. Бібринг також підкреслювала, що окрім перенесення, клієнт і терапевт, керуючись потребою в близькості, можуть створювати нові «об'єктні відносини», які формують терапевтичний альянс [27]. Е. Зетцель, продовжуючи ідеї Бібринг і Стерба, вперше ввела термін «терапевтичний альянс» у 1956 році, виділяючи не невротичний компонент, яким стає проопрацьоване перенесення [62]. Потім, у 1965 році, Р. Грінсон запровадив термін «робочий альянс», акцентуючи увагу на важливості сприймання відносин терапевта [51] та наголосив на важливості трьох його складових: переносу, співпраці та реальних стосунків, тобто робочий альянс є взаємодією терапевта і клієнта у певних реальних умовах де визначну роль грає перенос. Альянс не тотожний переносу, оскільки його основу складає не невротичний (так званий «здоровий») компонент стосунків клієнта і терапевта. Обговорюючи феномен «перенесення», Грінсон акцентував різницю між «робочий альянс» і терапевтичним альянсом [51]. Він зазначав, що робочий альянс відноситься до здатності клієнта виконувати необхідну для терапії внутрішню роботу, в той час як терапевтичний альянс розглядається як глибокий особистісний взаємозв'язок, що формується між терапевтом і клієнтом.

Також розглянемо теорію Л. Люборського за якою альянс є динамічним, а не статичним, таким, що реагує на зміни вимог різних фаз терапії, зокрема базуючись

на емпатії у першій фазі, до спільної відповідальності на фазі останній. Дослідник виділив два основні види альянсів: альянс «А» – актуальний для початку терапії, коли фахівець сприймається як значуща, «корисна» фігура, що обнадіює та може надати реальну допомогу, та альянс «В» – актуалізується на завершальних етапах, передбачає спільну роботу над досягненням цілей і спільну відповідальність фахівця і клієнта [56].

1.2. Терапевтичний альянс: поняття, компоненти та стратегії побудови терапевтичного альянсу

Коли клієнт і терапевт встановлюють довірливі стосунки, згодом виникає терапевтичний альянс — продуктивна взаємодія, в якій клієнт відкривається і усвідомлює свої переживання, що є необхідним для просування в терапії. Без цього альянсу психотерапія просто неможлива.

Терапевтичний альянс є ключовим елементом процесу терапії і може суттєво впливати на результати лікування. Установлюючи цей альянс, терапевт намагається запропонувати пацієнтоцентричну допомогу, в якій терапевт виступає як фасилітатор, що підтримує пацієнта у досягненні його цілей, а не як авторитарна фігура. Раніші дослідження підкреслили важливість пацієнтоорієнтованого підходу не лише у фізичній терапії, а й у інших медичних і реабілітаційних сферах.

Основний процес терапії починається після встановлення психотерапевтичного альянсу. На цьому етапі відбувається ключова трансформація клієнта, а також опрацювання травматичних і конфліктних ситуацій.

У ході терапії терапевт і клієнт визначають фокус — основну проблему, над якою працюють у даний момент. Якщо терапія триває довше, терапевтичний фокус може змінюватись відповідно до нових запитів.

Роль терапевта полягає у тому, щоб сприяти клієнтам у глибшому усвідомленні всього їхнього досвіду і допомогти їм знайти ефективні способи

вираження та врівноваження своїх потреб і почуттів так, щоб вони могли повністю ними володіти і приймати їх. Цікаво, що в цьому процесі терапевт розрізняє як робочі аспекти альянсу, що стосуються виконання терапевтичних завдань, так і особистісні аспекти стосунків, які формуються в процесі терапії [23]. Перші стосуються спільного аспекту альянсу, що відображає зусилля обох сторін у досягненні узгоджених цілей і виконанні терапевтичних завдань. Натомість другі акцентують увагу на міжособистісному зв'язку між клієнтом і терапевтом в рамках альянсу. Тут важливо зосередитися на емпатії, автентичності та відкритості до аналізу досвіду клієнта, щоб створити безпечне середовище, яке сприятиме ефективним змінам клієнта [27].

Е.С. Бордін описує 3 компоненти [28], які допомагають терапевту в побудові міцного терапевтичного альянсу.

1. Угода щодо мети (спільна постановка мети)

Постановка мети є ключовою для ефективної реабілітації, адже допомагає досягти конкретних результатів. Використання методу SMART (специфічна, вимірювальна, досяжна, відповідна та обмежена в часі) забезпечує досягнення завдань. Узгодження мети між пацієнтом і терапевтом підвищує прихильність до неї, що в свою чергу покращує результати, задоволеність і мотивацію пацієнтів, позитивно впливаючи на терапевтичний альянс [28].

2. Угода про втручання (спільне прийняття рішень)

Спільні рішення сприяють зміцненню терапевтичного альянсу. Це процес надання пацієнту інформації та підтримки під час ухвалення рішень. Процес спільного прийняття рішень, описаний Елвін та іншими[53], передбачає триетапний підхід.

1. Обговорення вибору
2. Обговорення варіантів
3. Обговорення рішень

3. Ефективний зв'язок між пацієнтом і терапевтом (терапевтичні відносини)

Терапевтичні стосунки визначаються професійним зв'язком між терапевтом і пацієнтом і є основним елементом ефективного терапевтичного альянсу.

Наступні компоненти сприяють розвитку міцних терапевтичних стосунків [28]:

- ❖ Навички спілкування
- ❖ Активне слухання
- ❖ Емпатія
- ❖ Дружелюбність
- ❖ Заохочення
- ❖ Впевненість
- ❖ Невербальне спілкування
- ❖ Практичні навички
- ❖ Просте та зрозуміле навчання пацієнтів
- ❖ Експертиза та навчання терапевта
- ❖ Догляд, орієнтований на пацієнта
- ❖ Індивідуальна терапія
- ❖ Врахування думки та переваг пацієнтів
- ❖ Організаційні фактори та фактори середовища
- ❖ Надання пацієнтам достатньо часу для ретельного оцінювання та менеджменту
- ❖ Гнучкість у призначенні пацієнтів та догляді

Раніше ми визначили поняття терапевтичного альянсу на основі наукових досліджень і розглянули цей феномен. Тепер ми бажаємо детальніше розглянути ключовий аспект формування терапевтичного альянсу — самого терапевта. Зокрема, нас цікавлять його особистісні та професійні характеристики, а також його індивідуальний внесок у процес терапії.

На думку Л. Люборського, А. Т. МакЛеллана та Г. Е. Вуді, на початкових етапах терапії або психокорекції важливу роль відіграє привабливість терапевта та його позитивне ставлення до клієнта. Це суттєво впливає на мотивацію клієнта звертатися за допомогою та формує його оцінку терапевта як «хорошого» чи

«поганого». Однак у процесі терапії все більше значення набуває когнітивна оцінка проведених втручань, їх відповідність очікуванням клієнта та перспективність подальшої допомоги [56].

Позиція Е. С. Бордіна [31] контрастує із твердженням Л. Люборського, А. Т. МакЛеллана та Г. Е. Вуді, що позитивне ставлення терапевта до клієнта є запорукою успішної психотерапії, натомість стверджує, що ефективність терапії зумовлена взаємною відповідальністю і релевантністю втручань відповідному запиту. Тобто, для ефективної допомоги одного лише позитивного ставлення і бажання допомогти клієнту недостатньо, важливо також враховувати запити клієнта та обговорювати їх реалістичність чи нереалістичність на початку, а не в процесі терапії.

Теоретично передбачається, що впевненість терапевта у своїй здатності сприяти позитивним змінам у процесі роботи з клієнтами безпосередньо корелює з якістю сформованого терапевтичного альянсу.

Дослідження показують, що такі риси, як емпатія, відкритість і самосвідомість терапевта, можуть значно впливати на здатність налагоджувати довірчі стосунки з клієнтами [58]. Важливо також відзначити, що особистісні властивості терапевта можуть впливати на його комунікаційні навички, що, в свою чергу, сприяє формуванню продуктивного терапевтичного середовища.

Вивчення цих аспектів дозволяє глибше зрозуміти механізми формування альянсу і його вплив на ефективність психотерапії.

Бути психотерапевтом означає бути символом надії. Для цього необхідно розвивати в собі здатність діяти відповідно до своїх цінностей, а також виконувати корисні та важливі дії, що ведуть до позитивних результатів. Серед безлічі ефективних терапевтичних технік і методів важливе значення має терапевтичний альянс. Наявність безпечного зв'язку є критично важливою для кожної людини. Досвід теплих і емпатичних відносин у психотерапії створює для пацієнта відчуття безпеки.

Розглянемо декілька стратегій побудови терапевтичного альянсу [61].

Основними психоаналітичними стратегіями побудови терапевтичного альянсу є:

- Емпатія: Здатність психотерапевта розуміти й співпереживати емоціям та переживанням клієнта. Це засноване на щирому бажанні зрозуміти внутрішній світ клієнта, а не на спробах переконати чи порадити.
- Нейтральність: Психотерапевт уникає будь-яких суджень, ціннісних установок або особистого ставлення до клієнта. Цей принцип допомагає клієнту відчувати себе безпечно та відкрито говорити про свої емоції та думки.
- Перенос: Психотерапевт усвідомлює, що в процесі терапії клієнт може проєктувати на нього свої минулі емоційні зв'язки (з батьками, партнерами тощо). Цей перенос використовується як терапевтичний інструмент для вивчення та розуміння нерозв'язаних конфліктів клієнта.
- Конфронтація: Психотерапевт може вказувати клієнту на суперечності в його поведінці, висловлюваннях, емоціях. Це допомагає клієнту усвідомити свої власні механізми захисту та їх вплив на його життя.

Важливо пам'ятати, що ці стратегії є лише частиною процесу терапії. Ефективність психоаналітичної терапії залежить від здібностей та досвіду психотерапевта, а також від готовності клієнта до змін та відкритості в процесі терапії.

Проаналізуємо сучасну когнітивно-поведінкова терапію (КПТ), яка є наслідком взаємодії поведінкової терапії, створеної Вольпе та іншими у 1950-1960-х роках, і когнітивного підходу, розробленого А. Беком у 1960-х. Вона базується на науково обґрунтованих теоріях, які пояснюють механізми виникнення та підтримки психічних розладів, і пропонує емпірично перевірені методи лікування.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ґрунтується на партнерській співпраці між клієнтом і терапевтом. Під час спільного аналізу проблем терапевт і клієнт формують спільне розуміння розладу, визначають цілі та працюють над їх досягненням. КПТ заохочує активну участь клієнта, стимулюючи його до самостійної роботи між сесіями. Це включає виконання домашніх завдань та

розвиток навичок, щоб зрештою стати власним «психотерапевтом». Основною рисою КПТ є командна робота терапевта та клієнта, які разом приймають рішення щодо структури сесій, тем обговорення та виконуваних завдань. У процесі КПТ клієнт набуває пізнавальних, поведінкових та емоційно-регулюючих навичок [29].

Терапевтичні відносини в КПТ слугують простором для роботи над проблемами, де клієнт набуває нових навичок, які можна застосовувати в реальному житті. Наприклад, клієнт може навчитися оцінювати «гарячі» думки під час сеансу і переносити цей навик у повсякденність. Взаємовідносини між клієнтом і терапевтом формуються під впливом ранніх переконань, які активізуються відповідно до поведінки терапевта. Успішний терапевтичний альянс є ключовим для ефективності когнітивно-поведінкових інтервенцій. Співпраця та активна участь допомагають розвивати якісні стосунки. Терапевт виконує роль наставника, відносячись до пацієнта з повагою та цікавістю, щоб розширити його можливості. Важливо мати безпечний альянс, що сприяє ефективності терапії.

Хоча терапевтичні стосунки можна вважати загальним фактором у всіх методах лікування, їх характер і значення для здійснення бажаних змін оцінюються по-різному в різних психотерапевтичних підходах.

Не менш важливим є терапевтичний зв'язок у логотерапії. У цій моделі відносини між терапевтом і клієнтом також створюють простір для дослідження особистісних сенсів та цінностей, що дозволяє клієнту глибше зрозуміти себе і свою мету в житті. Логотерапевтичний альянс сприяє не лише емоційній підтримці, але й активному пошуку сенсу, що є суттєвим для досягнення терапевтичних результатів.

Особливість логотерапії полягає в тому, що її мета не лише полегшити або усунути страждання клієнта, а й знайти цінний сенс у цих стражданнях. Логотерапевтичні відносини також мають свої специфічні аспекти. Логотерапевтичний підхід враховує, що різні клієнти можуть отримати користь від різних форм взаємодії. Більш того, одному й тому ж клієнту може знадобитися

різна форма співпраці з терапевтом на різних етапах лікування. Тому терапевтичні стосунки повинні бути адаптовані до кожного пацієнта індивідуально.

Це означає, що, по-перше, терапевт виступає як дослідник і впливає на свідомість клієнта. По-друге, дослідницький підхід передбачає, що терапевт постійно цікавиться новими ідеями та переглядає свої попередні припущення про те, як найкраще допомогти кожному клієнту. Це вимагає від терапевта гнучкості — якщо один метод не спрацьовує, потрібно спробувати інший. Отже, терапевт повинен мати широкий арсенал підходів, які може адаптувати відповідно до ситуації та потреб клієнта.

З точки зору логотерапії, терапевт не може бути жорстко прив'язаним до визначених процедур. Він повинен постійно шукати баланс між індивідуальними потребами клієнта та підходами, які відповідають його особистості, яку слід також розвивати. Розглядаючи різні форми взаємодії, логотерапевти повинні враховувати їхню сумісність з власною особистістю та концепцією людини, яку вони мають інтерналізувати. Вони не повинні піддаватися зовнішнім або примусовим методам; натомість, важливо проявляти гнучкість. Найголовніше, щоб терапевти були щирими з собою і послідовними в своїй концепції людини, що дозволяє їм мати автентичний спосіб взаємодії в терапевтичних стосунках [19].

1.3. Теорія прив'язаності: основи і типи прив'язаності

В психології та психотерапії такі дослідники як Дж. Боулбі, С. Сайберг і багато інших, широко обговорювали концепції теорії прив'язаності, яка є еволюційною та етологічною теорією стосунків між людьми. Основна ідея цієї теорії полягає в тому, що для нормального емоційного та соціального розвитку дитині необхідно встановити зв'язок з принаймні однією особою, яка про неї дбає, — вихователем або опікуном. Такі стосунки формують психологічну і духовну структуру особистості, впливають на самооцінку, світосприйняття, емоційні переживання та творчі здібності. Якщо базові потреби дитини в прив'язаності

задовольняються, вона розвивається в особистість, здатну встановлювати та підтримувати здорові стосунки. Однак не всім дітям щастить мати безпечну прив'язаність, що може призводити до труднощів у дорослому житті [3].

У психотерапії часто ставляться цілі, пов'язані з пошуком себе, вмінням будувати стосунки та розвитком особистих навичок. Серед численних терапевтичних методів і технік особливе місце займає терапевтичний стосунок. Сильний терапевтичний зв'язок є основою успішної терапії, він допомагає людині зцілюватись і набувати корисних життєвих навичок.

Термін «прив'язаність» був введений англійським психіатром Дж. Боулбі в середині ХХ століття. Його ранні роботи, які стали основою класичної теорії прив'язаності, досліджували тісний і тривалий емоційний зв'язок між дітьми та батьками. Автор, розробляючи свою теорію, особливу увагу приділяв першим рокам життя, коли мати і дитина знаходяться в тісній взаємодії, що значною мірою впливає на подальший розвиток дитини [32].

Теорія прихильності має важливе значення не лише в психології, але й у багатьох інших галузях, зокрема в психіатрії. Тому її засновник, Дж. Боулбі, підкреслював, що його теоретична основа спирається на роботи З. Фрейда. Проте зв'язок між психоаналізом і теорією прихильності залишається дискусійним серед дослідників.

З точки зору З. Фрейда, немовля орієнтується на матір як на джерело задоволення своїх потреб. Натомість Дж. Боулбі вважав, що навіть у такому ранньому віці діти мають всі умови для вступу в соціальне життя. Однак, на його думку, діти сильно залежать від дорослих, тому вони повинні мати особливі поведінкові механізми, які забезпечують присутність опікуна.

Теорія прихильності, визнана однією з найзначніших концепцій у психології ХХ століття, зосереджується на міжособистісних стосунках, особливо на поведінці в умовах загрози чи розлуки з близькими. Простота і в той же час глибина концепції Боулбі — твердження, що розлука з основним опікуном у дитинстві може мати тривалий негативний вплив, стала сенсацією в середині ХХ

століття. Ця теорія не лише теоретично значима, але й практично важлива, оскільки згодом стала основою для клінічної практики в лікуванні проблем, пов'язаних зі скорботою. Її основна привабливість полягає в здатності пояснювати проблеми зі здоров'ям, не пов'язані безпосередньо з фізичними чи медичними чинниками. Вона демонструє, що навіть прості втрати чи розлуки можуть призвести до серйозних психічних і фізичних наслідків, іноді навіть до смертельних випадків через так зване "розбите серце".

Боулбі досліджував, як тривала розлука дитини з основним доглядачем може вплинути на психічний розвиток. Він акцентував увагу на тому, що порушення в зв'язках між дитиною і опікуном можуть призвести до патологічного розвитку. Згідно з Боулбі, розлука, яка триває кілька тижнів або більше (але не менше двох місяців), може спричинити психічну депривацію. Якщо дитина не має можливості знову з'єднатися з опікуном протягом цього часу, це може призвести до серйозних проблем у розвитку. Навіть якщо возз'єднання відбувається раніше, можуть виникнути ризики розладів, які виявляються лише в пізнішому віці, такі як підвищена схильність до депресії або інші психологічні труднощі [32].

Однак Боулбі також зазначав, що у деяких випадках навіть короткочасна розлука може мати значний негативний вплив, що може проявлятися як у дитинстві, так і в пізнішому віці. Це підкреслює важливість стабільних і надійних емоційних зв'язків у ранньому віці для здорового розвитку дитини.

Теорія прив'язаності ґрунтується на визначенні прив'язаності та описує, як формуються безпечні й комфортні стосунки між батьками і дітьми, що сприяють здоровому розвитку малюка та його становленню як незалежної особистості. Вона не має на меті створення «зручної» дитини, а допомагає їй стати автономною.

Дитина народжується незрілою і беззахисною. Завдання батьків — забезпечити їй захист до повноцінного розвитку, що дозволить їй жити самотійно. Вміння наслідувати дорослих є ключовим інструментом для навчання та здобуття незалежності.

Особливості розвитку прив'язаності дитини аналізуються за допомогою розробленої М. Ейнсворт методики “Незнайома ситуація”. Учасники методики: мати, дитина та стороння людина — це чітко регламентована послідовність епізодів під час яких мати двічі розлучається зі своєю дитиною, а через кілька хвилин знову зустрічається з нею. В цій ситуації повинна активуватися система прив'язаності дитина, та на підставі спостереження за поведінкою мати та дитини стає можливим дати надійну оцінку якості дитячої прив'язаності [22]. Дослідження в даній методиці проводять для дітей віком від 12м та 19м місяцем народження в спеціально обладнаній для цього ігровою кімнатою, з якою незнайомі ні мати ні дитина, тобто представляє реально незнайому ситуацію. Увесь хід експерименту розділяється на 8 епізодів по 3 хвилини кожний та для подальшої оцінки знімається на відео.

Методика "Незнайома ситуація" стала важливим інструментом для дослідження та вивчення прив'язаності у дітей. Цей стандартизований метод має лонгітюдні доказові дослідження та дозволяє спостерігати, як дитина взаємодіє з батьком чи матір'ю або опікуном у незвичайній та стресовій ситуації. Цей експеримент дозволяє виявити, наскільки дитина прагне до близькості з одним з батьків у стані стресу і як вона реагує на його повернення.

Для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку розроблений тест, який визначає тип прив'язаності дитини за допомогою заданих історій, доповнених у грі. Інтерв'ю про дитячу прив'язаність (CAI) було розроблено для дітей у віці від восьми до тринадцяти років. Дорослих оцінюють за допомогою “Інтерв'ю про прив'язаність для дорослих” [22] або “Проектні тести на прив'язаність дорослих” [61]. Обидві ці методики перевіряють репрезентації прив'язаності у дорослих і дозволяють віднести їх до категорій надійної, надійно-амбівалентної, надійно-унікаючої прив'язаності.

Класифікація типів прив'язаності дитини.

Діти з надійною прив'язаністю — чітко демонструють поведінку прив'язаності як після першого так і після другого розставання з матір'ю. Вони

відчувають стрес , кричать , плачуть , але після повернення мати — вони радіють , тягнуться та знаходячи тілесний контакт, втішання , заспокоюється та повертаються до гри .

Діти з ненадійною прив'язаністю та з унікаючою поведінкою -реагують на розлучення невеликим протестом та не проявляють явної поведінки прив'язаності. На повернення матері реагують неприйняттям , не бажають на руки та втішання.

Діти з ненадійно-амбівалентною прив'язаністю -демонструють потужний стрес , гірко плачуть. При поверненні матері не мають змоги заспокоїтись . Потрібно багато часу для того щоб вони здобули стан емоційної стабільності. Коли мати бере на руки вони виражають бажання тілесного контакту, але при цьому ведуть себе агресивно , дригають ногами , штовхаються.

Патерни з ненадійно організованою прив'язаністю- деяких дітей не вдалось віднести до перелічених категорій. Надалі в них були ідентифіковані особливості поведінки, описані як дезорганізовані/дезорієнтовані. Вони можуть проявлятись у всіх типів у вигляді коротких епізодів. Наприклад , коли дитина біжить до матері потім розвертається і починає віддалятись, або їх жести можуть зупинитись - застить на половині путі . Патерн дезорганізації часто виявляється у дітей з клінічних груп ризику, також у дітей тих батьків , котрі привносили свій травматичний досвід (жорстоке звернення, переживання втрат та розлук, насилля) в розвиток та відносини з дитиною [1].

Після того як була створена класифікація типів прив'язаності дитини, вчені замислились, наскільки репрезентація батьків може вносити свій вклад в якість прив'язаності дітей.

Висновок Боулбі, прив'язаність -емоційні узи , які формуються в дитячим віці, але їх вплив не обмежується ранніми стадіями розвитку, а поширюється також на всі інші етапи життя. Таким чином , прив'язаність є емоційною основою всього життя до глибокої старості [36]. Теорія прив'язаності показала вплив на розуміння важливості розлук та втрат у літньому віці.

У кінці 1980-х років дослідники К. Бартоломью та Л. Горовітц, виходячи з теорії прив'язаності Д. Боулбі та М. Ейнсворт, запропонували чотиричленну модель індивідуальних відмінностей прив'язаності у дорослих. Вчені виходять з параметрів ставлення до себе (modelofself) і ставлення до інших (modelofothers). Безпечний тип лише один, три небезпечних. Перші три типа мають організовану реакцію у відповідь на подразник, а останній тип відрізняється розгубленістю.

1. При позитивному ставленні до себе і позитивному відношенні до інших у людини формується надійна прив'язаність, або тип А (secure attachment): упевнений стиль прив'язаності пов'язаний з переживанням щастя, дружби і довіри у взаєминах з іншими людьми. Такій людині приємно відчувати близькість, легко зближатися з іншими людьми, вона рідко турбується про те, що її можуть покинути або про те, що хтось може занадто сильно зблизитися з нею [22].

Ці дорослі більш спокійні, врівноважені та соціально адаптовані до спілкування, вони мають позитивні погляди на себе, вони вміють довіряти, як результат більш успішні у житті.

2. При негативному ставленні до себе і позитивному відношенні до інших розвивається тривожно-амбівалентна, або тип В (preoccupied) прив'язаність: цей стиль характеризується сильним прагненням до близькості, але така людина часто виявляє, що інші недостатньо сильно зближуються з нею, як того хотілося б; вона боїться бути покинутою.

Ці дорослі з непередбачуваною поведінкою, примхливі, їх самооцінка менш позитивна.

3. При негативному ставленні до інших і позитивному до себе формується уникаючий, або тип С (dismissing) тип прив'язаності. Людина відчуває себе комфортно без близьких стосунків, їй важливо відчувати свою незалежність.

Ці дорослі приховують свої почуття та емоції, тому важко будувати відносини, самооцінка достатньо негативна.

4. При негативному ставленні і до інших, і до себе виникає дезорганізований, або тип D (disorganised) прив'язаності: людина хотіла б близьких стосунків, але боїться, що якщо вона відкриється занадто сильно, то партнер заподіє їй біль [63].

Ці дорослі вважають себе негідними кохання, самооцінка негативна.

Як видно, дані чотири типи можна помістити у простір двох вимірювань, який визначається валентністю репрезентативною моделі «Я» та інших (табл.1.1).

На основі концепції прив'язаності, розробленої Ейнсворт, М. Мейн продовжила це дослідження і розробила "Інтерв'ю про прив'язаності для дорослих". Ця методика була спрямована на дослідження того, як ранній досвід прив'язаності у дитинстві впливає на поведінку та взаємовідносини у дорослому житті.

Таблиця 1.1

Типи прив'язаності за К. Бартоломью та Л. Горовіц [24]

Робочі моделі		Репрезентативна модель «Я» (залежність, тривога)	
Валентність		Позитивність (низька тривога)	Негативність (висока тривога)
Репрезентативна модель іншого (уникання)	Позитивна (уникання низьке)	А Надійна	В Тривожно-амбівалентна
	Негативна (уникання високе)	С Уникаюча	Д Дезорганізована

Дорослих питають про їх дитинство, про відносини з батьками, про спогади. Далі питання о значенні прив'язаності, розлуки та втрати, ще питання про відносини з батьками тоді та зараз, відношення до цього самого дорослого, як він зараз це бачить, та питання як зараз дорослий переживає розлучення вже зі своїми реальними або уявними дітьми. Інтерв'ю дозволяє дослідникам детально аналізувати спосіб, як люди зберігають та відтворюють свої ранні емоційні досвіди прив'язаності у взаємодії з іншими людьми.

Такі дослідження стали важливим кроком у розвитку теорії прив'язаності та розумінні того, як ранні взаємини впливають на психологічний розвиток та поведінку людини протягом усього життя.

Ці дані дають можливість розглянути тип прив'язаності не тільки по відношенню до дітей чи взаємодію з ними, а про те як будуються стосунки з дорослими у коханні, бізнесі, терапії та соціальній адаптації.

1.4. Взаємозв'язок між типами прив'язаності та терапевтичним альянсом в різних терапевтичних напрямках

Встановлення терапевтичних стосунків тісно пов'язане з прив'язаністю, яка може бути критично важливою для терапевтичного процесу. Пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями часто не мають безпечних автономних стратегій прив'язаності, тому головним завданням терапевта є стати надійною підтримкою. Для цього потрібні висока чутливість і емпатія, а також вміння розуміти викривлені потреби в прив'язаності та відповідну поведінку пацієнта.

У роботі з пацієнтами, які мають проблеми з прив'язаністю, важливо звертати увагу на їх незадоволені потреби. Терапевт має враховувати фактори, які вплинули на патерни прив'язаності. Розлади, пов'язані з уникненням прив'язаності, висувають підвищені вимоги до терапевта, оскільки потрібно задовольнити потреби пацієнта, інтерпретувати їх і враховувати потребу в дистанціюванні, що може ускладнити задоволення потреб у прив'язаності.

Проаналізувавши основні стратегії побудови терапевтичного альянсу, ми зосередимося на їхньому застосуванні з урахуванням різних типів прив'язаності. Це дозволить нам зрозуміти, які підходи можуть бути найбільш ефективними в конкретних ситуаціях та з певними клієнтами, та як можна оптимізувати процес побудови терапевтичного альянсу для досягнення найкращих результатів.

Психотерапія є тривалим, інтенсивним і дуже особистісним процесом, що вимагає значних зусиль як від терапевта, так і від клієнта. Обидві сторони повинні

проявити відвагу, витривалість і терпіння, а також здатність долати розчарування. Однак, найважливішим аспектом є віра у спільну можливість побудувати альянс, який зможе витримати всі випробування психоаналітичного процесу.

Взаємозв'язок між типами прив'язаності та терапевтичним альянсом є критично важливим у психотерапії. Типи прив'язаності, сформовані в дитинстві, впливають на взаємодію клієнтів з терапевтом. Основні труднощі для терапевта при роботі з людьми різних типів прив'язаності полягають у необхідності мотивувати їх здорову частку до формування якісних стосунків, а також емпатично конфронтувати захисні механізми, які блокують емоції та потреби.

1. Безпечна прив'язаність: Клієнти, які мають цей тип прив'язаності, зазвичай довіряють терапевту, відчують себе комфортно у спілкуванні та активно залучені в терапевтичний процес. Це веде до зміцнення терапевтичного альянсу.

2. Небезпечна прив'язаність (уникаюча): Клієнти з цим типом прив'язаності можуть уникати близькості, що ускладнює створення довіри. Терапевту важко допомогти клієнту виразити емоції та зменшити захисні стратегії. Необхідно використовувати емпатію та гнучкість для адаптації стосунків до потреб клієнта, знижуючи його коупінги, тому це буде потребувати більше часу і зусиль для формування альянсу.

3. Небезпечна прив'язаність (тривожна): Такі клієнти можуть бути схильні до надмірної залежності від терапевта і мати страхи покинутості. Терапевт повинен бути чутливим до цих переживань, щоб забезпечити стабільність і підтримку. Клієнти часто блокують власні потреби та схильні до залежності від терапевта. Терапевт має підтримувати автономність клієнта, заохочуючи його до самостійних рішень і відповідальності, одночасно моніторячи свої власні схеми.

4. Дезорганізована прив'язаність (змішана): Клієнти з ознаками різних типів прив'язаності можуть демонструвати суперечливу поведінку, що вимагає особливої уваги з боку терапевта. Терапевт має бути готовим до довготривалої роботи, враховуючи складність взаємодії з двома типами коупінгів клієнта [6].

Розуміння прив'язаності клієнта допомагає терапевту адаптувати свій підхід, що може зміцнити терапевтичний альянс і покращити результати терапії. Це веде до більш ефективної роботи та глибшого розуміння потреб клієнта.

Під впливом колеги Паркеса Дж.Боулбі загалом почав досліджувати феномен прив'язаності впродовж всього життя людини. Останні роки життя Боулбі інтенсивно застосовував свою теорію в терапевтичній практиці з дорослими пацієнтами [32]. Це дало поштовх до розвитку терапії, що базується на прив'язаності (attachment based psychotherapy).

Тому важливість формування терапевтичного альянсу, особливо з урахуванням різних типів прив'язаності, є надзвичайно суттєвою і не підлягає переоцінці. Важливо враховувати, як різні типи прив'язаності клієнта можуть впливати на створення терапевтичного альянсу і його ефективність.

Розглянемо побудову терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності через призму декількох різних підходів до психологічного лікування, кожен з яких має свої специфічні теоретичні основи, техніки та методи роботи з клієнтами. Для аналізу були обрані, на нашу думку, найбільш класичні, різнопланові, популярні, а також сучасні напрями терапії, які різняться своїми уявленнями про людину, антропологію особистості.

Точка зору психоаналітичного підходу в цьому контексті є особливо цікавою, оскільки вона дозволяє глибше зрозуміти взаємодію між терапевтом і клієнтом в межах цього альянсу, враховуючи індивідуальні відмінності у стилях прив'язаності.

Психоаналітичні стратегії побудови терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності - це комплексна тема, що вимагає глибокого розуміння як психоаналізу, так і теорії прив'язаності. Важливо розуміти, що кожен тип прив'язаності (безпечний, тривожний, уникливий, дезорганізований) вимагає своєї стратегії, щоб створити міцний терапевтичний альянс.

Відповідно до психоаналітичних концепцій, тип прив'язаності формується на ранніх стадіях розвитку особистості і має значний вплив на взаємодію та

стосунки у подальшому житті. Тому розуміння цих типів прив'язаності та їх впливу на процес терапії важливо для ефективної роботи терапевта.

У терапії важливо відмовитися від прагнення виховувати клієнта, сприймаючи його як вільну особистість, яка однак обмежена власним неврозом. Психоаналітик стикається з об'єктивними обмеженнями, які є необхідними, але також має і багато суб'єктивних, індивідуальних обмежень, що виникають внаслідок власного неврозу та ускладнюють життя. Психоаналіз фокусується на необов'язкових стражданнях, оскільки страждання — це невід'ємна частина людського існування, але є страждання, які можна уникнути. Психоаналітична терапія прагне працювати саме з цими необов'язковими стражданнями.

Виходить, що з одного боку, сприйняття терапевта як теплих, доброзичливих та розуміючих позитивно впливає на формування терапевтичного альянсу. Це підтверджує, що особистісні якості терапевта можуть створювати безпечне середовище для пацієнта, що є критично важливим для розвитку довірливих стосунків, особливо у випадках, коли пацієнт має травматичний досвід у дитинстві, пов'язаний із втратою чи розлукою[14].

З іншого боку, нейтральність, що є ключовим елементом психоаналітичної техніки, може бути сприйнята як певна форма емоційної депривації. Вона може знижувати можливість формування близьких стосунків, оскільки терапевт не висловлює емоційної підтримки, що може бути складним для пацієнтів, які потребують безумовного прийняття.

Отже, з урахуванням теорії прив'язаності, можна зробити висновок, що ефективність терапії може залежати від балансу між теплом і підтримкою, які створює терапевт, і нейтральністю, яка дозволяє пацієнту працювати з власними переживаннями. Цей баланс є критично важливим для успішного формування альянсу, оскільки він забезпечує як безпечне середовище для емоційного самовираження, так і простір для самостійного дослідження внутрішнього світу пацієнта.

Висновок, який можна зробити з точки зору психоаналітичного альянсу в контексті теорії прив'язаності Дж. Боулбі, полягає в тому, що якість ранніх емоційних зв'язків між дитиною та основними опікунами безпосередньо впливає на формування терапевтичного альянсу в дорослому віці.

1. **Фундаментальність ранніх прив'язок:** Якщо в дитинстві відносини з батьками були безпечними і підтримуючими, це може сприяти більшій відкритості та довірі в терапевтичному процесі. У протилежному випадку, якщо зв'язки були травматичними або непослідовними, клієнти можуть відчувати труднощі в встановленні довіри до терапевта.
2. **Вплив на перенос:** Ранні прив'язки формують моделі прив'язаності, які впливають на реакції переносу в терапії. Клієнти можуть проектувати свої переживання та очікування з дитинства на терапевта, що створює як можливості, так і виклики для психоаналітичного процесу.
3. **Регресія в терапії:** Теорія прив'язаності підкреслює важливість регресії в контексті психоаналітичного лікування. Клієнти, які регресують до ранніх емоційних станів, можуть активізувати старі моделі поведінки, що дозволяє терапевту краще зрозуміти їхні внутрішні конфлікти.
4. **Необхідність безпечного простору:** Психоаналітичний альянс, заснований на нейтральності і підтримці, може створити безпечний простір, в якому клієнт зможе досліджувати свої емоції і прив'язки, а також вирішувати внутрішні конфлікти.

Таким чином, психоаналітичний альянс і теорія прив'язаності взаємопов'язані, оскільки обидва підходи акцентують увагу на важливості емоційних зв'язків і їхньому впливі на психічне здоров'я.

Важлива роль у встановленні терапевтичних стосунків належить прив'язаності і у КПТ, яка може бути визначальною у терапевтичному процесі.

Оскільки пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями не приносять у стосунки з терапевтом безпечних автономних стратегій прив'язаності, центральним завданням терапевта – стати надійною опорою. Для цього потрібні

висока чутливість та емпатія, а також необхідність налаштуватись на викривлені потреби в прив'язаності і на пов'язану із ними особливості поведінки пацієнта [4].

В роботі з пацієнтами з порушенням прив'язаності важливо йти назустріч незадоволеним потребам у прив'язаності. Необхідно враховувати, що зробило відбиток на патерні прив'язаності пацієнта.

Розлади з уникненням прив'язаності висувають високі вимоги до терапевта, бо він має задовольнити потреби та інтерпретувати їх, а також враховувати потребу пацієнта у дистанціюванні, через що задоволення його потреб у прив'язаності може нести велику емоційну близькість, що може утруднити терапію.

Для пацієнтів, наприклад, з амбівалентним порушенням прив'язаності важливою є не лише надійна емоційна присутність терапевта, а й чітка структура терапевтичного процесу. Терапевт не повинен переносити сесії або змінювати їхній графік, оскільки це може активувати потреби пацієнтів у прив'язаності. Особливо важливі моменти зустрічей і прощань, а також перерви у лікуванні через вихідні чи хворобу, оскільки в ці моменти стають доступними для опрацювання емоції пацієнтів [15].

Крім зосередження на переживаннях, важливо також досліджувати дослідницьку поведінку. Ранні потреби дитини в дослідженні навколишнього світу могли бути обмежені чи спотворені референтними особами, такими як батьки. Терапевт може активувати цю дослідницьку поведінку та аналізувати реакції пацієнта, залишаючись надійною базою.

Кожен тип прив'язаності має свої патерни побудови стосунків з оточенням в дорослому віці. Лише надійний тип прив'язаності дозволяє особистості встановлювати якісні близькі стосунки, формувати конструктивні зв'язки, розвивати стабільні контакти. Усі інші типи прив'язаності впливають на стосунки особистості в такий спосіб, що не дають людині відчувати себе в повній безпеці в стосунках, викривляють сприйняття поведінки оточення, ведуть до розвитку деструктивних стосунків.

Щодо найсучаснішого напрямку екзистенційного аналізу, ми можемо зазначити, що логотерапевтичний альянс та типи прив'язаності також тісно пов'язані, оскільки обидва стосуються глибоких емоційних і когнітивних процесів у контексті особистих відносин та пошуку сенсу життя.

Безпечна прив'язаність сприяє формуванню міцного логотерапевтичного альянсу, оскільки клієнт відкритий до співпраці та готовий до глибокої роботи. Тривожний стиль прив'язаності може ускладнити альянс через потребу в постійному підтвердженні та страх відкидання, але логотерапія допомагає адаптувати ці переживання. Уникливий стиль може викликати емоційну дистанцію, проте логотерапія дає можливість поступового відкриття через створення безпечної атмосфери.

Типи прив'язаності можуть визначати, як клієнт взаємодіє з терапевтом у процесі логотерапії. Терапевти, які усвідомлюють ці динаміки, можуть ефективніше працювати з клієнтами, адаптуючи підхід до особливостей їх емоційних потреб і стилів прив'язаності.

Висновки до першого розділу

У цьому розділі було розглянуто ключові аспекти поняття терапевтичного альянсу, включаючи його основні характеристики та аналіз впливу цього феномену на терапевтичний процес в наукових дослідженнях. Проаналізовано роль побудови та якості терапевтичних стосунків у психотерапевтичному процесі, а також підкреслили значення особистісних якостей терапевта.

Найзначнішою концептуальною зміною щодо функції альянсу стало посилення акценту на його терапевтичних аспектах. Тепер ці терапевтичні властивості розглядаються не лише як необхідна умова для встановлення контакту, а як самостійний механізм, що сприяє змінам.

Довірливий зв'язок між клієнтом і терапевтом формує терапевтичний альянс — основу успішної терапії, яка дозволяє клієнту відкриватися та усвідомлювати

свої переживання. Терапевт, застосовуючи пацієнтоорієнтований підхід, виступає як фасилітатор, підтримуючи клієнта у досягненні його цілей.

Після встановлення альянсу починається основний терапевтичний процес, у межах якого клієнт і терапевт визначають фокус роботи, що може змінюватися відповідно до нових запитів. Саме на цьому етапі відбувається трансформація клієнта та опрацювання травматичного досвіду.

Ефективні стосунки між терапевтом і клієнтом є критично важливими для лікування, і дослідження підтверджують, що терапевтичний альянс є ключовим елементом успішної психотерапії, незалежно від підходу, і залежить від взаємної довіри, співпраці та відкритості між клієнтом і терапевтом. Емпатія, самосвідомість, нейтральність та гнучкість терапевта сприяють створенню безпечного середовища для трансформації клієнта.

У розглянутих сучасних та провідних психоаналітичних, когнітивно-поведінкових та логотерапевтичних підходах альянс виконує центральну роль у досягненні терапевтичних цілей. Особистісні та професійні якості терапевта, разом із його здатністю адаптуватися до індивідуальних потреб клієнта, значно впливають на ефективність втручань.

Успішний альянс створює простір для дослідження сенсів, вирішення конфліктів і розвитку навичок, необхідних для змін у житті клієнта.

Прив'язаність грає важливу роль у формуванні терапевтичних стосунків і може бути вирішальною для ефективності терапевтичного процесу. Теорія прив'язаності ґрунтується на визначенні прив'язаності та описує, як формуються безпечні й комфортні стосунки між батьками і дітьми, що сприяють здоровому розвитку малюка та його становленню як незалежної особистості. Вона не має на меті створення «зручної» дитини, а допомагає їй стати автономною. Пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями часто не приносять у стосунки з терапевтом безпечних автономних стратегій прив'язаності, тому основним завданням терапевта є стати надійною підтримкою. Це вимагає високої чутливості

та емпатії, а також здатності реагувати на викривлені потреби в прив'язаності та специфічну поведінку пацієнта.

В роботі з пацієнтами, які мають порушення прив'язаності, важливо задовольняти їх незадоволені потреби. Терапевту слід враховувати, які фактори вплинули на формування патернів прив'язаності пацієнта.

Розуміння прив'язаності клієнта допомагає терапевту адаптувати свій підхід, що може зміцнити терапевтичний альянс і покращити результати терапії. Це веде до більш ефективної роботи та глибшого розуміння потреб клієнта.

Кожен тип прив'язаності має свої патерни побудови стосунків з оточенням в дорослому віці. Лише надійний тип прив'язаності дозволяє особистості встановлювати якісні близькі стосунки, формувати конструктивні зв'язки, розвивати стабільні контакти. Усі інші типи прив'язаності: уникаючий, тривожний та дезорганізований, впливають на стосунки особистості в такий спосіб, що не дають людині відчувати себе в повній безпеці в стосунках, викривляють сприйняття поведінки оточення, ведуть до розвитку деструктивних стосунків.

Психотерапія є тривалим, інтенсивним і дуже особистісним процесом, що вимагає значних зусиль як від терапевта, так і від клієнта. Обидві сторони повинні проявити відвагу, витривалість і терпіння, а також здатність долати розчарування. Однак, найважливішим аспектом є віра у спільну можливість побудувати альянс, який зможе витримати всі випробування процесу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ЗВ'ЯЗКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ КЛІЄНТІВ

2.1. Організація та методи дослідження ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності клієнтів

Емпіричне дослідження було спрямоване на визначення ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності клієнтів.

На початку організації дослідження було визначено мету, об'єкт, предмет, основні дослідницькі завдання та контингент респондентів.

Спираючись на проаналізовані теоретичні положення щодо обраної теми, були зроблені узагальнення та визначена актуальність проблеми, та побудовані наступні гіпотези:

1. Клієнти з надійним типом прив'язаності вирізняються статистично вищими показниками за всіма субшкалами терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) порівняно з іншими типами прив'язаності.

2. Клієнти з тривожним типом прив'язаності мають вищий рівень емоційного зв'язку як параметра терапевтичного альянсу на відміну від клієнтів з унікаючим та дезорієнтованим типами.

3. Клієнти з унікаючим типом показують найнижчі показники «узгодженості цілей» та «розвитку емоційного зв'язку» як параметрів терапевтичного альянсу.

4. Клієнти з дезорганізованим типом прив'язаності демонструють нижчі показники «узгодженості завдань» та «розвитку емоційного зв'язку» порівняно з клієнтами з тривожним типом.

Для проведення емпіричного дослідження перед нами було поставлено низку завдань:

1. Здійснити теоретичний аналіз основ терапевтичного альянсу.

2. Визначити особливості різних типів прив'язаності та їх вплив на побудову міжособистісних стосунків.

3. Дослідити взаємозв'язок між типом прив'язаності та ефективністю терапевтичного альянсу.

4. Емпірична перевірка гіпотез та аналіз отриманих результатів емпіричного дослідження.

5. Розробити практичні рекомендації для покращення терапевтичного альянсу з урахуванням типу прив'язаності клієнта.

Для проведення емпіричного дослідження ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності використовувалися такі психодіагностичні методики:

Анкета-знайомство та інтерв'ю-опитувальник прив'язаності Мері Мейн; методика «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К. Бартоломью (Relationship Quality (RQ), K. Bartholomew, адаптація К.В. Казанцевої); для вимірювання якісних характеристик терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності була обрана методика «Опитувальник стосунків Ен'ю»; адаптований опитувальник для оцінки типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу ECR (Experiences in Close Relationships); опитувальник робочого (терапевтичного) альянсу (Working Alliance Inventory – Short Revised, WAI-SR); також однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), що дозволяє перевірити, чи існують статистично значущі відмінності між середніми значеннями субшкал терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) залежно від типу прив'язаності (надійний, тривожний, уникаючий, дезорганізований) та Пост-хок аналіз Тьюкі, що порівнює середні значення між групами після проведення дисперсійного аналізу (ANOVA).

Детально розглянемо обраний нами методичний інструментарій психодіагностичного дослідження:

1. Анкета-знайомство та інтерв'ю-опитувальник прив'язаності.

Опитувальник розроблений Мері Мейн, включає запитання, які спрямовані на визначення стилів прив'язаності дорослих до інших людей. Він складається з 17 питань, тільки питання 15-17 різні для людей з дітьми та для тих у кого нема дітей. Дорослих запитували про їхнє дитинство і про стосунки з батьками, наприклад про спогади, що стосуються конкретних подій і переживань, насамперед, стосовно оцінки ситуації, коли батьки втішали дитину в її горі та розбиралися з подробицями того, що сталося з нею. Потім ставили запитання про значення прив'язаностей, розставань і втрат, про які дорослі згадали під час опитування, щоб можна було оцінити вплив батьків на їхній особистісний розвиток, запитання про зміни у ставленні до батьків для порівняння того, що було раніше, з тим, що є зараз, а також запитання про те, як людина сьогодні переживає розставання з власними реальними або уявними дітьми (докладно запитання "Інтерв'ю про прив'язаність для дорослих" наведено в додатку А). Інтерв'ю дозволяє оцінити, як люди взаємодіють у відносинах, їхню упевненість у себе та здатність розвивати і підтримувати близькі стосунки. Воно має активувати спогади на рівні репрезентації. При цьому враховується, що на відтворення у формі мовленнєвого діалогу впливають психологічні захисти інтерв'ююваного, це призводить до некогерентностей в описах. Щоб отримати правдиві результати, необхідно, щоб досвідчені інтерв'юєри оцінили тестову ситуацію: це робить тест досить складним порівняно зі стандартними інтерв'ю, які оцінюються лише за кількістю отриманих вимірів. Це також займає багато часу, що теж ускладнює процес. Тому він використовується виключно для досліджень, а не для діагностики в психотерапевтичній у практиці (Додаток А).

2. Методика «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К. Бартоломью (Relationship Quality (RQ), К. Bartholomew, адаптація К.В. Казанцевої). Дана методика дозволяє визначити тип прив'язаності дорослої людини, або глобальний, тип прив'язаності – це стиль значущих стосунків, який зазвичай встановлюється у індивіда, незалежно від їх видоспецифічності (батьківсько-дитячі, дружні, романтичні (подружні). Досліджуваним

пропонується співвіднести свій звичний тип стосунків з чотирма прототипами (вибрати один, найбільш повно відповідний, а потім оцінити за 12-бальною шкалою ступінь вираженості у себе кожного з них): тип А – «надійний», або «безпечний» характеризується позитивним поглядом на себе та інших (вважає себе гідним для близьких взаємин, а партнерів чуйними і надійними); тип В – «надто залучений», або «тривожно-залежний – володіє негативним уявленням про себе і позитивним про інших; тип С – «уникаючо-відсторонений» – має позитивну модель себе і негативну модель іншого; тип D- «уникаючо-боязкий» – негативно ставиться і до себе, і до інших (Додаток Б).

3. Для вимірювання якісних характеристик терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності була обрана методика «Опитувальник стосунків Ен'ю». Опитувальник складається з 28 тверджень, які охоплюють п'ять шкал: "зв'язок" (6 запитань), "партнерство" (4 запитання), "впевненість" (7 запитань), "відкритість" (5 запитань) та "ініціативність клієнта" (4 запитання). 10 запитань- обернені (3, 5, 9, 11, 14, 17, 15, 20, 22, 27). Результати двох тверджень (18 та 28) не беруться до уваги, оскільки вони відносяться до різних шкал, в залежності від того, хто заповнює - клієнт чи терапевт. В опитувальнику учасникам дослідження пропонується оцінити, наскільки важливе для них те чи інше твердження (в межах від 1 до 7 балів), коли вони думають про власні сесії психотерапії. Результат розраховується, як сумарне значення тверджень по кожній шкалі. Високі чи низькі показники вказують на бажану вираженість характеристик терапевтичного альянсу (Додаток В).

4. Адаптований опитувальник для оцінки типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу ECR (Experiences in Close Relationships). Використовується даний опитувальник для вимірювання двох основних вимірів прив'язаності: тривожності та уникання, що дозволяє виявити, як типи прив'язаності клієнта впливають на сприйняття і побудову терапевтичного альянсу. Складається з 20 тверджень: 10 для вимірювання тривожності і 10 для уникання. Учасники дослідження оцінюють твердження за шкалою від 1 («зовсім не згоден») до 7

(«повністю згоден»). Надалі проводиться підрахунок середніх балів для кожної шкали (тривожність та уникання). Якщо виявлена висока тривожність у клієнта, то він може бути надмірно залежним від схвалення терапевта та мати труднощі із довірою. Високе уникання: клієнт може уникати близького зв'язку, що ускладнює встановлення терапевтичного альянсу. Низькі показники тривожності та уникання вказують на безпечну прив'язаність та потенційно сильний альянс (Додаток Г).

5. Опитувальник робочого (терапевтичного) альянсу (Working Alliance Inventory – Short Revised, WAI-SR) використовується для вимірювання якості терапевтичного альянсу. Складається з 12 питань, які респонденти оцінюють від «ніколи» до «завжди» (1-5 балів), визначаючи три ключові аспекти терапевтичного альянсу: (1) узгодженість завдань терапії, (2) узгодженість цілей терапії та (3) розвиток емоційного зв'язку. У рамках дослідження типів прив'язаності, його використання дозволяє оцінити, як стиль прив'язаності клієнта впливає на побудову довіри, співпрацю, терапевтичного зв'язку та готовність до відкритості (Додаток Г).

6. Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), що дозволяє перевірити, чи існують статистично значущі відмінності між середніми значеннями субшкал терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) залежно від типу прив'язаності (надійний, тривожний, уникаючий, дезорганізований) та Пост-хок аналіз Тьюкі, що порівнює середні значення між групами після проведення дисперсійного аналізу (ANOVA).

Базу емпіричного дослідження склали 60 респондентів віком від 22 до 55 років, які проходили терапевтичні сесії з професійними терапевтами, які є українцями та проживають наразі в Україні. З 60 респондентів були 45 осіб жіночої статі, та 15 осіб чоловічої статі.

Організаційно емпіричне дослідження проводилось у три етапи:

1 етап – теоретичний: був спрямований на вивчення та теоретичний аналіз проблеми дослідження, вибір психодіагностичних методів. Вибрані методи, критерії математичної обробки даних.

2 етап – організаційно-емпіричний: для респондентів був проведений короткий інструктаж, після чого респонденти отримали на пошту або Messenger документ Microsoft Word з техніками та інструкціями для них, кожна техніка була описана в документі. Не потрібно було вказувати конфіденційні дані у файлі, тому що методи цього не вимагають.

3 етап – підсумковий: обробка результатів дослідження передбачала первинну обробку вихідних даних для кожного методу, складу матеріалу, введення даних у таблиці та графічне представлення результатів. Далі проводились розрахунки для знаходження кореляційних зв'язків між шкалами за критеріями математичної обробки даних, результати записувалися в таблицю. Також на цьому етапі дані були структуровані та інтерпретовані відповідно до кожного з обраних методів. Усі статистично значущі показники інтерпретували відповідно до опису шкал, наведених у використаних методиках.

На основі відповідей респондентів визначався тип прив'язаності, якісні характеристики терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності, ефективність робочого альянсу, які дозволили визначити ефективність терапевтичного альянсу у зв'язку з типами прив'язаності. Результати тестування можуть бути корисними для психологічної практики.

2.2.Результати, аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Почнемо аналіз та інтерпретацію отриманих результатів дослідження. Першим етапом проведення нашого емпіричного дослідження стало визначення типу прив'язаності клієнтів за допомогою інтерв'ю – опитування.

Здійснивши наше інтерв'ю згідно методики опитувальника прив'язаності за М. Мейн ми отримали наступні показники, які наочно продемонстрували нижче (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Тип прив'язаності за методикою М. Мейн

(n= 60; %)

Тип прив'язаності	Показники
A) Надійний	45%
B) Тривожно-амбівалентний	25%
C) Уникаючий	20%
D) Дезорганізований	10%

Результати дослідження показують, що більшість респондентів (45%), а саме 27 клієнтів, мають надійний тип прив'язаності. Клієнти розповіли про позитивні переживання, пов'язані з їхніми батьками, про ситуації прив'язаності, в яких вони отримували розраду, ласку і ніжну турботу. Якщо дитячі переживання у деяких були позначені болем, розлукою і втратами, в дорослому віці вони описували ці події більш структуровано й усвідомлено, демонструючи здатність до узгодженого ведення діалогу. Респонденти з надійною внутрішньою репрезентацією характеризуються високою здатністю до саморефлексії, до аналізу власної долі та власних описів.

25 % респондентів (15 клієнтів) виявилось з тривожно- амбівалентним типом прив'язаності. Інтерв'ю з такими учасниками дослідження здавались "нескінченними". Вони вирізнялися масою подробиць і заплутаним змістом, а також суперечливими висловлюваннями. Прикладом була історія клієнта, який описував свої стосунки з батьками. Спочатку він зазначив, що вони були люблячими й підтримували його у всьому, але згодом згадував моменти, коли відчував брак уваги та емоційної близькості. Наприклад, він сказав: "Моя мама завжди була поруч, коли я потребував допомоги", а потім додав: "Але часто вона могла просто ігнорувати мене, бо була зайнята роботою". Його розповідь була

сповнена деталей, що суперечать одна одній, і часто поверталася до тих самих подій, але з різних точок зору, що ускладнювало цілісне сприйняття історії.

Ще 20% мають унікаючий тип прив'язаності, їх інтерв'ю відрізнялися тим, що в дорослих залишилося мало спогадів про власне дитинство, вони не надавали прив'язаності великого значення у своїй біографії. Часто виявлялася ідеалізація стосунків із батьками. Наприклад, клієнти говорили, що вони мали «ідеальних батьків», «дуже турботливих та люблячих», але в описах це не було підтверджено прикладами, жодних деталей чи ситуацій.

Клієнтів з дезорганізованим типом прив'язаності було виявлено лише 10% (6 клієнтів). При проведенні інтерв'ю пацієнти перестрибували між темами та губилися в деталях. Відповіді містили протиріччя, які важко пояснити логічно. Історії не мали чіткого початку, середини та кінця. Наприклад, історія клієнта починалась про маму, про її піклування та любов, але водночас зазначалось, що її часто не було поряд і опис вже був далі про бабусю, яка допомагала йому. Потім історія обривалась і продовжувалась зовсім про інше. Під час обговорення травматичних подій виникали сильні емоційні реакції. Отримані показники показані на Рис. 2.1.

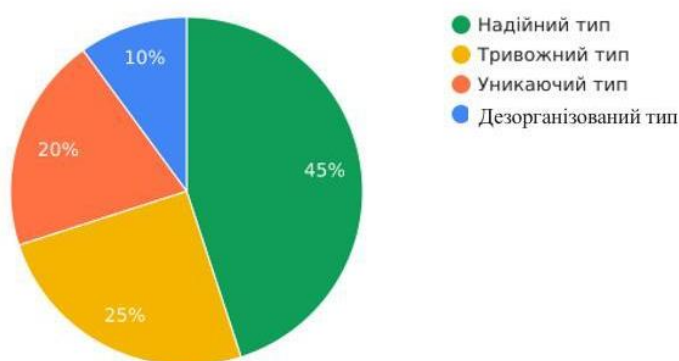


Рис.2.1. Розподіл типів прив'язаності за методикою М. Мейн

Наступною методикою нашого дослідження для визначення типу прив'язаності клієнтів був опитувальник «Самооцінка генералізованого типу

прив'язаності» К. Бартоломью (Relationship Quality (RQ), К. Bartholomew, адаптація К.В. Казанцевої).

Таблиця 2.2

Тип прив'язаності за методикою К. Бартоломью

(n = 60; %)

Тип прив'язаності	Показники
Надійний	45%
Тривожно- залежний	30%
Унікаючий- відсторонений	20%
Унікаючий- боязкий ((дезорганізований)	5%

З таблиці видно, що як і за попереднім опитуванням найбільша частка респондентів (45%) демонструє надійний тип прив'язаності. Такі люди комфортно сприймають близькість та взаємозалежність у стосунках. Вони легко зближуються з іншими, приймають свою залежність від близьких і взаємну підтримку. Їх рідко турбує страх бути залишеними чи надмірної близькості з боку інших.

Тривожно-залежний тип прив'язаності виявлено у дещо більшого відсотка клієнтів - 30%, що перевищує показники, отримані за методом Мері Мейн, через емоційні коливання та схильності до пошуку схвалення. Вони характеризуються надмірною зацікавленістю іншою людиною та прагненням до надмірної близькості. Ці люди часто переживають емоційні крайнощі, включаючи ревності, і можуть відчувати труднощі з контролем своїх емоцій. Вони сильно потребують близьких стосунків, однак нерідко стикаються з відчуттям, що інші не готові до такого рівня зближення.

20% респондентів мають унікаючо-відсторонений тип прив'язаності, які характеризуються страхом близькості, емоційною стриманістю та схильністю до скептицизму щодо близьких стосунків. Вони зазвичай уникають залежності від інших і віддають перевагу самостійності. Їм важливо зберігати свободу та

незалежність, що може проявлятися у холодності та дистанційності. Низька самооцінка, невпевненість у собі й страх не отримати підтримки у складних ситуаціях часто змушують їх уникати глибоких емоційних зв'язків.

Лише 5% респондентів демонструють унікаючо-боязкий (дезорганізований) тип прив'язаності, який поєднує бажання близькості зі страхом довірити іншим. Вони часто мають негативне ставлення як до себе, так і до партнера, що ускладнює задоволення від стосунків. Такі люди прагнуть зближення, але бояться, що відкритість може призвести до болю. У складних ситуаціях вони зазвичай відчують незадоволення взаємодією з партнером і важко покладаються на інших. Отримані показники для всіх типів продемонстровано на Рис. 2.2.

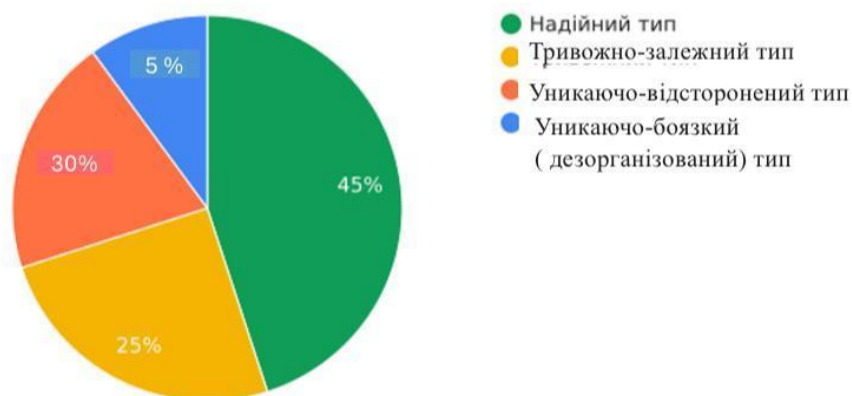


Рис. 2.2. Діаграма типів прив'язаності за методикою К. Бартоломью «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» (n = 60; %)

Обравши фрагмент, який найбільше підходить по опису, учасники дослідження продовжили виставляти оцінки за 12-бальною шкалою про ступінь вираженості у себе кожного з типів прив'язаності. За результатами даного опитування 40%, з загальної кількості опитаних, співвідносять себе не лише до одного стилю прив'язаності, а мають домінуючий та додатковий тип.

Таблиця 2.3

Домінуючі та додаткові типи прив'язаності

Типи прив'язаності (домінуючий)	Поєднання з іншими типами
Надійний(безпечний) тип прив'язаності	Тимчасові ознаки <i>тривожно-амбівалентного типу</i> в стресових ситуаціях.
Тривожно- амбівалентний тип	Присутні ознаки <i>уникаючого типу</i> (одночасно прагнуть до близькості та відчувають недовіру)
Уникаючий тип	Поєднання з <i>дезорганізованим типом</i> (через відчуття страху та заплутаності)
Дезорганізований тип	Відчуття ознак <i>тривожного чи уникаючого типів</i> через травматичні переживання.

Проаналізувавши дані з таблиці, ми можемо сказати, що по відчуттям клієнти не завжди можуть віднести себе до одного з типів прив'язаності. Люди з надійним стилем мають емоційну стабільність і відкриті до близькості, але у стресових ситуаціях можуть переживати тривогу.

Клієнти з тривожно-амбівалентним стилем прив'язаності часто переживають тривогу через можливе відкидання. Цей стиль може поєднуватися з уникаючим стилем, коли один партнер прагне до емоційної близькості, а інший відштовхує його через емоційну віддаленість. Респонденти з уникаючим стилем прив'язаності намагаються уникати глибокої емоційної близькості та прагнуть незалежності. Вони мають труднощі з вираженням своїх почуттів. Поєднання цього стилю з дезорганізованим через страх, травму чи емоційну нестабільність. Клієнти з дезорганізованим стилем прив'язаності можуть поєднувати свої реакції з тривожно-амбівалентним або уникаючим типами через травматичні переживання.

Типи прив'язаності (безпечний, тривожний, уникаючий, дезорганізований) часто не є чіткими категоріями. Як ми виявили, люди можуть мати риси кількох типів, і їх сприйняття може змінюватися залежно від обставин. У процесі проходження опитування респонденти можуть переосмислювати свої стосунки та почуття, що призводить до змін у відповідях, а також можливе небажання давати точні відповіді через страх або невпевненість у правильності своїх суджень.

У рамках подальшого етапу дослідження було проведено оцінку якісних характеристик терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності. За допомогою адаптованого «Опитувальника стосунків Ен'ю», який охоплює 5 шкал: «зв'язок», «партнерство», «впевненість», «відкритість» та «ініціативність клієнта», ми оцінили як типи прив'язаності клієнта впливають на взаємодію та ефективність терапевтичного процесу. Шкала «зв'язок» показала нам налаштованість клієнта на емоційну близькість і взаєморозуміння; «партнерство» - здатність співпрацювати з терапевтом для досягнення цілей; «впевненість» - впевненість у роботі з терапевтом; «відкритість» - готовність ділитися своїми переживаннями, думками; «ініціативність» - здатність проявляти ініціативу.

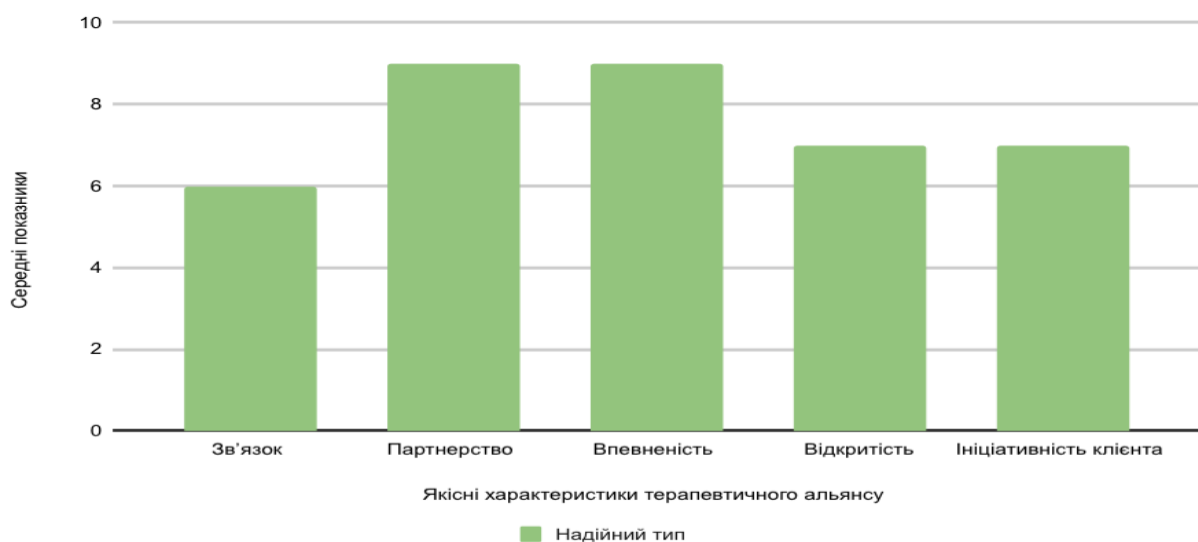


Рис. 2.3. Середні показники якісних характеристик терапевтичного альянсу для надійного типу прив'язаності.

Аналізуючи дані на Рис.2.3., слід зазначити, що в опитуванні учасників дослідження, у яких було визначено надійний тип прив'язаності переважають високі бали у шкалі «партнерство» та «впевненість» та середні бали за «зв'язок», «відкритість» та «ініціативність клієнта».

Розглянемо отримані дані клієнтів на Рис. 2.4, які мають тривожний тип прив'язаності. Згідно результатів ми можемо виділити, що у відповідях респондентів переважають низькі оцінки по шкалам «впевненість», «відкритість» та «ініціативність» та високі за шкалами «зв'язок», «партнерство».



Рис. 2.4. Середні показники якісних характеристик терапевтичного альянсу для тривожно-амбівалентного типу.

Учасники дослідження з унікаючим типом прив'язаності оцінили «зв'язок», «партнерство» та «ініціативність клієнта» доволі низькими балами, натомість «впевненість» та «відкритість» оцінили середніми через уникання емоційного контакту. Наочно з даними можна ознайомитися на Рис.2.5.

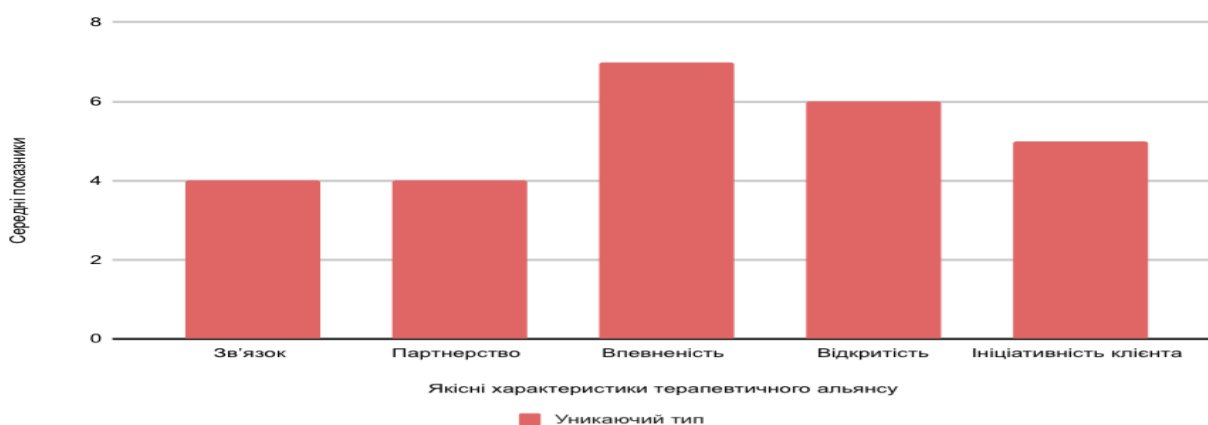


Рис. 2.5. Середні показники якісних характеристик терапевтичного альянсу для унікаючого типу.

Перейдемо до аналізу останнього типу прив'язаності - дезорганізованого типу. Респонденти цього типу мають баланс між середніми оцінками по трьом шкалам: «зв'язок», «впевненість» та «відкритість», і низькими по шкалам «партнерство» та «ініціативність». Результати опитування даного типу зображено на Рис. 2.6.

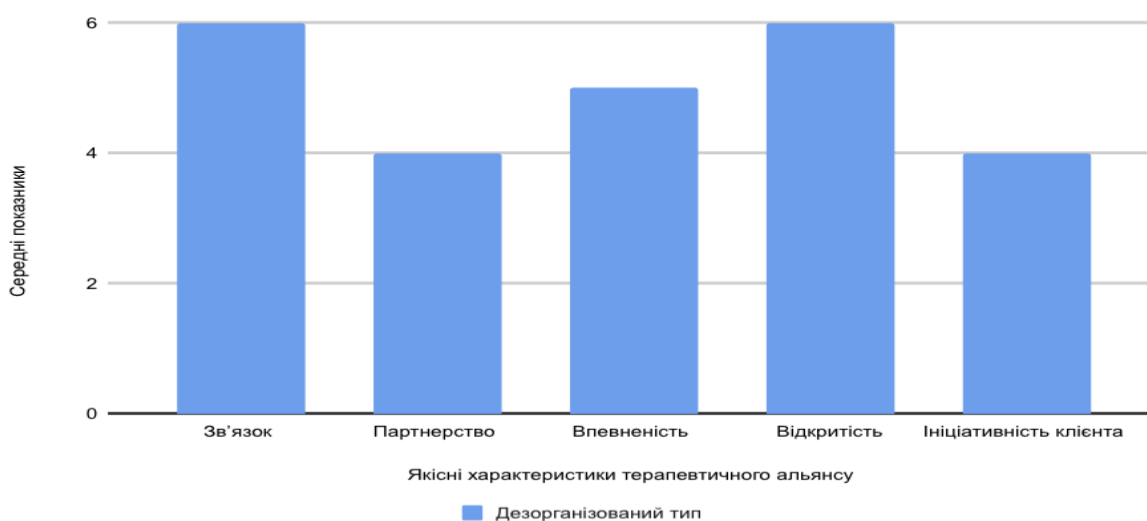


Рис.2.6. Середні показники якісних характеристик терапевтичного альянсу для дезорганізованого типу.

У ході дослідження було здійснено оцінку типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу ECR (Experiences in Close Relationships).

Виміряли два основні виміри прив'язаності: тривожність та уникання, що дозволило виявити, що учасники дослідження з надійним типом прив'язаності показали низькі показники (бали) тривожності та уникнення. Натомість клієнти з дезорганізованим типом прив'язаності мають високі показники і тривожності, і уникання. Уникаючий тип демонструє високі бали за униканням через прагнення емоційної дистанції та низькі бали за тривожністю, тоді як тривожний тип має високі бали за тривожністю, але низькі за униканням. Узагальнені дані дослідження за методикою опитування для оцінки різних типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу продемонстровані на Рис. 2.3.

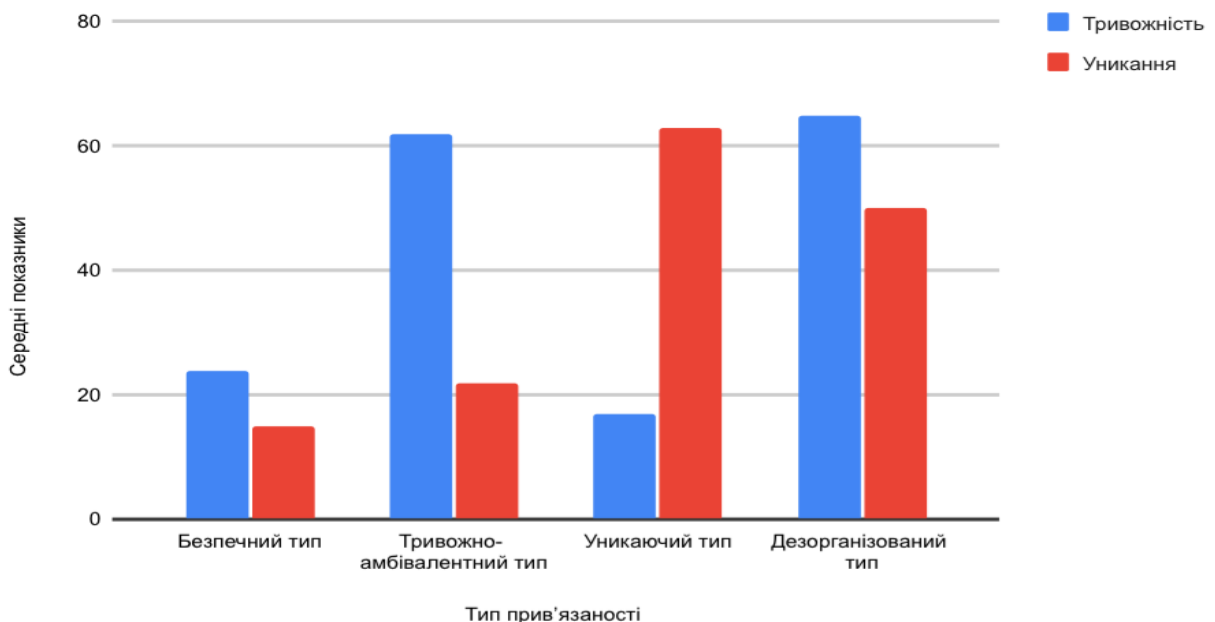


Рис. 2.7. Результати оцінки типів прив'язаності в контексті терапевтичного альянсу

Далі було проведено дослідження якості терапевтичного альянсу за методикою "Опитувальник робочого (терапевтичного) альянсу" за трьома ключовими аспектами терапевтичного альянсу: (1) узгодженість завдань в терапії, (2) узгодженість цілей в терапії та (3) розвиток емоційного зв'язку. Розглянемо наші результати дослідження: респонденти з надійним типом прив'язаності зазначили статистично високі бали за всіма субшкалами терапевтичного альянсу

(«узгодженість завдань в терапії», «узгодженість цілей в терапії » та «розвиток емоційного зв'язку») порівняно з іншими типами прив'язаності.

Учасники дослідження з тривожним типом прив'язаності відзначились високими показниками за шкалою «розвиток емоційного зв'язку», але треба зазначити, що вони мають низькі бали «узгодженість цілей в терапії» та середні «узгодженість завдань в терапії». У клієнтів з унікаючим типом прив'язаності низькі показники за субшкалою «розвиток емоційного зв'язку» та «узгодженість цілей в терапії» у порівнянні з надійним типом прив'язаності. За субшкалою «узгодженість завдань в терапії» бали – середні.

Далі розглянули результати респондентів із дезорганізованим типом прив'язаності. В них спостерігаються середні результати за субшкалою «узгодженість цілей в терапії» та нижчі показники за субшкалами «узгодженість завдань» та «розвиток емоційного зв'язку» порівняно з клієнтами з тривожним типом, ускладнює формування довіри та знижує ефективність терапевтичного альянсу. Результати описано у Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

**Середні показники субшкал терапевтичного альянсу
для різних типів прив'язаності.**

Субшкали альянсу	Узгодженість завдань (М)	Узгодженість цілей (М)	Розвиток емоційного зв'язку (М)
Типи прив'язаності			
Безпечний тип	20	18	20
Тривожно-амбівалентний тип	14	7	18
Унікаючий тип	13	5	4
Дезорганізований тип	7	12	6

Більш наглядно різницю показників за проведеною методикою для різних типів прив'язаності можна розглянути на Рис. 2.4., на якому представлено лінійний графік, що відображає середні показники за субшкалами терапевтичного

альянсу (Узгодженість завдань, Узгодженість цілей, Розвиток емоційного зв'язку) для чотирьох типів прив'язаності (безпечний, тривожно-амбівалентний, уникаючий, дезорганізований). Ці дані узгоджуються з попередніми результатами, поданими у таблиці.

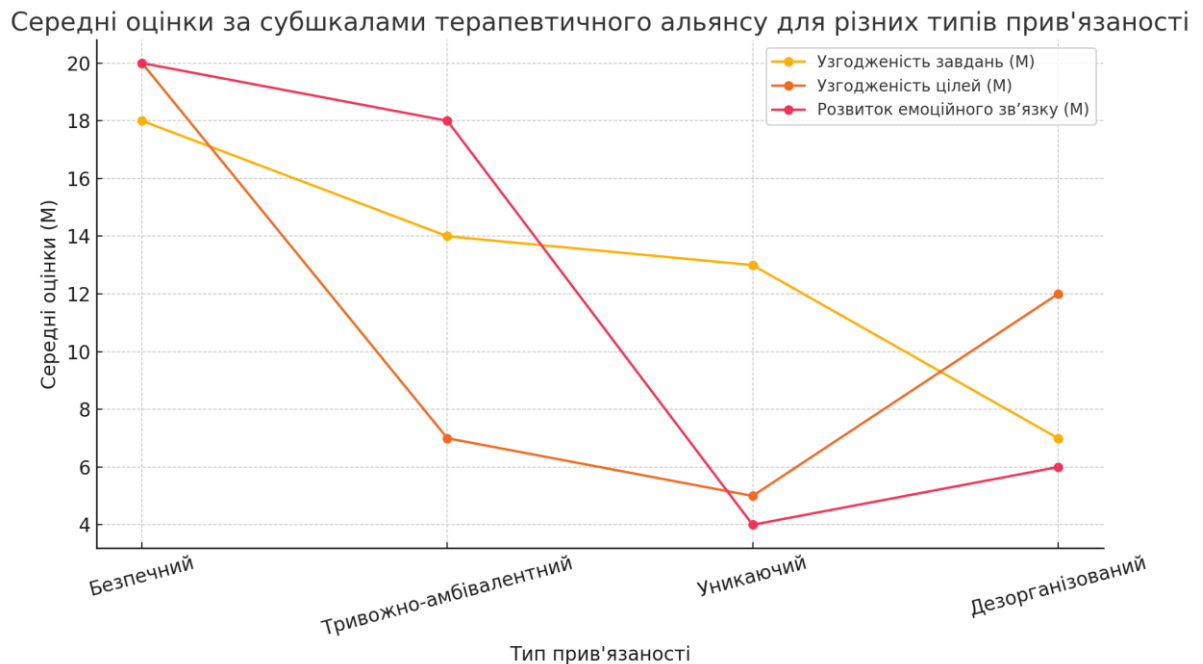


Рис. 2.8. Лінійний графік середніх показників за субшкалами терапевтичного альянсу залежно від типу прив'язаності.

Наступним кроком було проведення дисперсійного аналізу (ANOVA) між середніми значеннями субшкал терапевтичного альянсу (узгодженість завдань, узгодженість цілей, розвиток емоційного зв'язку) залежно від типу прив'язаності (надійний, тривожний, уникаючий, дезорганізований) та Пост-хок аналіз Тьюкі між групами після проведення дисперсійного аналізу (ANOVA).

Це дозволило перевірити і підтвердити наші висунуті гіпотези по субшкалам терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності.

Результати ANOVA допомогли нам підтвердити гіпотези щодо ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності. Дисперсійний аналіз (ANOVA) показав, що за всіма трьома параметрами (Узгодженість завдань, Узгодженість цілей, Розвиток емоційного зв'язку) існують статистично значущі відмінності між групами, залежно від типу прив'язаності клієнтів ($p < 0.001$).

Узгодженість завдань: Результат ANOVA показав статистично значущі відмінності між групами ($F = 48.57, p < 0.001$), що свідчить про значні розбіжності в рівнях узгодженості завдань між різними типами прив'язаності.

Узгодженість цілей: Для узгодженості цілей також були зафіксовані статистично значущі відмінності ($F = 108.31, p < 0.001$), що вказує на те, що тип прив'язаності суттєво впливає на рівень узгодженості цілей у терапевтичному процесі.

Розвиток емоційного зв'язку: ANOVA для розвитку емоційного зв'язку також виявила статистично значущі відмінності між групами ($F = 166.17, p < 0.001$), що підтверджує, що тип прив'язаності має вплив на здатність клієнтів розвивати емоційний зв'язок у терапевтичному процесі. Наглядно можна розглянути отримані результати у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) для показників терапевтичного альянсу залежно від типу прив'язаності

Параметр	F-значення	p-значення	Статистичний висновок
Узгодженість завдань	48.57	$p < 0.001$	Значущі відмінності між групами
Узгодженість цілей	108.31	$p < 0.001$	Значущі відмінності між групами
Розвиток емоційного зв'язку	166.17	$p < 0.001$	Значущі відмінності між групами

Далі було проведення тесту Тьюкі для парних порівнянь між групами. Результати продемонстрували статистично значущі відмінності між типами прив'язаності за трьома параметрами терапевтичного альянсу: Узгодженість завдань, Узгодженість цілей та Розвиток емоційного зв'язку.

Згідно з результатами дослідження за шкалою *Узгодженість завдань* показники надійного типу мають значущі відмінності від тривожного ($p = 0.0024$), унікаючого ($p = 0.0009$) та дезорганізованого ($p < 0.001$) типів. Такі результати

підтверджують, що клієнти з надійним типом прив'язаності значно краще взаємодіють із терапевтом, ніж клієнти з іншими типами прив'язаності. Дезорганізований тип за результатами значно відрізняється від тривожного типу ($p = 0.0009$), що свідчить про значно нижчі показники клієнтів з дезорганізованим типом за цією шкалою терапевтичного альянсу.

А ось різниця за цією шкалою між тривожним і унікаючим типами є незначущою ($p = 0.7924$). Така незначна різниця між тривожним і унікаючим типами прив'язаності за показником узгодженості завдань може бути пов'язана з тим, що обидва ці типи мають труднощі у взаємодії, що впливає на їхню здатність ефективно співпрацювати та погоджуватися із завданнями. Тривожний тип часто характеризується підвищеним рівнем сумнівів, тоді як унікаючий тип проявляє схильність до емоційного дистанціювання. Попри різні прояви, обидва ці стилі можуть мати схожий рівень труднощів у створенні конструктивного зв'язку в рамках терапевтичного процесу, що й відображається у близьких показниках узгодженості завдань.

За шкалою *Узгодженість цілей* надійний тип знов показує значущі відмінності від тривожного ($p < 0.0001$), унікаючого ($p < 0.0001$) та дезорганізованого ($p = 0.005$) типів, що свідчить про вищі показники та більшу ефективність в узгодженні цілей у осіб з надійним типом прив'язаності. Люди з надійним типом, як правило, здатні до ефективнішого досягнення своїх цілей завдяки високому рівню емоційної відкритості, довіри та готовності до співпраці.

Між тривожним і унікаючим типами різниця є статистично незначущою ($p = 0.1442$) і може бути зумовлена спільними труднощами у регуляції емоцій, які впливають на їх здатність досягати цілей. Тривожні люди часто сумніваються в собі, їхня мотивація може бути обмежена страхом відкидання або невдачі. Унікаючі особи, навпаки, схильні уникати емоційних складнощів, що може призводити до меншої участі в досягненні цілей, які потребують емоційної відкритості чи співпраці. Тому обидва типи стикаються з подібними труднощами в досягненні цілей, що пояснює їх схожі результати за цим показником.

За шкалою *Розвиток емоційного зв'язку* тривожний тип показує статистично значущі відмінності від унікаючого ($p < 0.001$) та дезорганізованого ($p < 0.001$) типів, що вказує на більшу здатність до емоційної близькості, відкритості та співпраці в терапевтичному альянсі. Ці результати підтверджують, що тривожні клієнти більш схильні до емоційного зв'язку в терапії порівняно з іншими типами прив'язаності. Тоді як різниця з надійним типом є незначущою ($p = 0,6806$) і може бути пояснена тим, що тривожні клієнти, попри свою схильність до емоційної залежності, можуть виявляти схожий рівень емоційного зв'язку в терапії, що й клієнти з надійним типом. Це може вказувати на те, що навіть з підвищеною тривожністю, вони здатні встановлювати емоційну близькість та співпрацю з терапевтом так само ефективно, як і клієнти з надійним типом прив'язання. Це свідчить, що обидва типи можуть бути здатні до емоційного зв'язку в терапевтичному контексті, але за різними механізмами чи шляхами.

На протипагу унікаючий тип демонструє значущі відмінності від надійного типу ($p < 0.001$), що свідчить про нижчий рівень емоційного зв'язку та співпраці в терапевтичному альянсі. Клієнти з унікаючим типом прив'язаності схильні до емоційного відсторонення, що ускладнює формування близьких емоційних зв'язків і відкритості під час терапії. Це може впливати на ефективність терапевтичного процесу, оскільки емоційна відчуженість обмежує можливості для глибокої роботи над внутрішніми проблемами і адаптацією. Результати представлено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Порівняння показників терапевтичного альянсу за типами прив'язаності:
результати пост-хок аналізу Тьюкі**

Субшкала	Порівняння груп	p-значення
Узгодженість завдань	Дезорганізований vs Надійний	$p < 0.001$
	Дезорганізований vs Тривожний	$p = 0.0009$
	Дезорганізований vs Унікаючий	$p = 0.0024$
	Надійний vs Тривожний	$p = 0.0024$
	Надійний vs Унікаючий	$p = 0.0009$
	Тривожний vs Унікаючий	$p = 0.7924$
Узгодженість цілей	Дезорганізований vs Надійний	$p = 0.0005$
	Дезорганізований vs Тривожний	$p = 0.0005$
	Дезорганізований vs Унікаючий	$p < 0.0001$
	Надійний vs Тривожний	$p < 0.0001$
	Надійний vs Унікаючий	$p < 0.0001$
	Тривожний vs Унікаючий	$p = 0.1442$
Розвиток емоційного зв'язку	Дезорганізований vs Надійний	$p < 0.001$
	Дезорганізований vs Тривожний	$p < 0.001$
	Дезорганізований vs Унікаючий	$p = 0.185$
	Надійний vs Тривожний	$p = 0.6806$
	Надійний vs Унікаючий	$p < 0.001$
	Тривожний vs Унікаючий	$p < 0.001$

Загалом результати підтверджують наші висунуті гіпотези, що надійний тип прив'язаності демонструє найвищі показники за всіма трьома параметрами терапевтичного альянсу, тоді як уникаючий і дезорганізований типи мають найнижчі показники за окремими шкалами. Тривожний тип вирізняється високими показниками у розвитку емоційного зв'язку, проте демонструє нижчі значення за іншими параметрами.

Отже, тип прив'язаності має значний вплив на всі аспекти терапевтичного альянсу, зокрема на узгодженість завдань, цілей та розвиток емоційного зв'язку. Ці результати підтверджують необхідність врахування типу прив'язаності клієнта для оптимізації терапевтичного процесу, оскільки він може істотно впливати на ефективність терапії та взаємодію між клієнтом і терапевтом.

2.3. Пропозиції щодо покращення терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності клієнтів.

Сильний терапевтичний альянс сприяє глибокому усвідомленню клієнтами себе та своїх проблем. Він заохочує до самодослідження, допомагаючи клієнтам зануритися у свої думки, почуття та мотивації. Це дозволяє краще зрозуміти природу симптомів і, у співпраці з терапевтом, розвивати навички для їх подолання. Такий підхід допомагає клієнтам брати відповідальність за власне психічне здоров'я, зміцнювати навички подолання труднощів, підвищувати стійкість до стресу та краще справлятися з життєвими викликами як у теперішньому, так і в майбутньому.

Завдання терапії полягає у глибокому розумінні клієнта для забезпечення максимально ефективною підтримки протягом усього терапевтичного процесу. Важливо враховувати, як він сприймає ваші взаємини та реагує на сесії. Це допоможе оцінити його здатність до довіри та відкритого спілкування, а також

чіткіше визначити його потреби, адаптуючи лікування до індивідуальних особливостей.

Проаналізувавши отримані результати дослідження щодо ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності ми довели, що визначення типу прив'язаності має важливе значення для адаптації терапії до конкретних потреб клієнта, розуміння автоматизованих патернів та ефективності стосунків.

Результати дослідження підтвердили, що тип прив'язаності є ключовим фактором ефективності терапевтичного альянсу. Клієнти з надійним типом прив'язаності демонструють найкращі результати завдяки низькому рівню тривожності та уникання, що сприяє довірливим, відкритим і співпрацюючим стосункам. Вони виявляють високу готовність працювати над терапевтичними цілями, що позитивно позначається на всіх показниках WAI.

Клієнти з тривожним типом прив'язаності потребують значної емоційної підтримки через страх відкидання. Їхня схильність до близькості сприяє залученню до терапевтичного процесу, хоча високий рівень тривожності може сповільнювати встановлення довіри.

Клієнти з уникаючим типом прив'язаності, маючи високу схильність до уникання, зберігають емоційну дистанцію, що ускладнює залучення в терапію. Проте їхня низька тривожність дозволяє підтримувати формальну співпрацю, за умови адаптивного підходу терапевта.

Клієнти з дезорганізованим типом прив'язаності, які одночасно відчують високий рівень тривожності та уникання, стикаються зі складнощами через суперечливу поведінку. Хоча вони можуть прагнути підтримки, емоційна нестабільність перешкоджає побудові стабільних стосунків. Для цієї групи необхідно створити безпечне терапевтичне середовище та поступово зміцнювати зв'язок.

На основі даного дослідження ми хочемо представити пропозиції щодо покращення ефективності терапевтичного альянсу.

Люди, які уникають прив'язаності, схильні зберігати емоційну дистанцію і можуть боротися з близькістю та вразливістю. З такими клієнтами терапевти можуть працювати над поступовою розбудовою довіри та створенням безпечної бази, з якої вони можуть досліджувати свої емоції та стосунки. Але на початковому етапі таким клієнтам може бути кориснішою певна дистанція в терапевтичних стосунках - твердий, справедливий і дружній стиль, більше професійний, ніж теплий, з меншим акцентом на дослідженні емоцій і більшим - на психоосвіті та стратегіях. Це допоможе клієнту, який уникає спілкування, відчутти, що він отримує цінну допомогу, не будучи перевантаженим емоційним змістом на початковій фазі лікування.

Тобто стратегії роботи психолога з уникаючим типом прив'язаності включають створення безпечного терапевтичного простору, поступове встановлення довіри та емоційного контакту, розвиток навичок усвідомлення та вираження емоцій, роботу з негативними переконаннями щодо близькості, а також формування навичок емоційної саморегуляції. Важливо підтримувати автономію клієнта, поважати його межі та фокусуватися на поточному досвіді взаємодії в терапії. Основна мета – допомогти клієнту поступово навчитися довіряти як собі, так і іншим.

Для забезпечення емоційного та психологічного комфорту і зниження неконструктивної тривожності в роботі та підвищення ефективності альянсу з клієнтами з тривожно-амбівалентним типом прив'язаності психологам рекомендовано:

- підвищувати самооцінку клієнтів через створення ситуацій успіху та акцентування на їхніх сильних якостях;
- розвивати впевненість у собі та здатність відстоювати власну думку через підтримку ініціативи;
- формувати навички мобілізації внутрішніх ресурсів у стресових ситуаціях;
- проводити індивідуальні та групові бесіди для покращення емоційного стану та соціального статусу;
- організовувати тренінги та корекційну роботу для розвитку навичок емоційної саморегуляції та контролю стресу.

Техніки емоційної саморегуляції відіграють важливу роль у подоланні тривоги, оскільки майже кожна людина може навчитися керувати своїм емоційним станом, незалежно від причин його виникнення. Формування навичок емоційно-вольового самоконтролю спирається на такі методи, як релаксація (медитація, йога), візуалізація (керована візуалізація) та самонавіювання. Діяльність психолога має бути спрямована не лише на швидке вирішення окремих проблем, а й на формування у клієнта стійких навичок самостійного подолання труднощів у різних життєвих ситуаціях. Зниження тривожності в межах конкретного випадку не забезпечить довготривалого ефекту, якщо не буде проведено аналізу глибинних причин, які часто кореняться у дитячому досвіді. Важливо також навчити клієнта навичкам емоційно-вольового самоконтролю для ефективного управління своїм емоційним станом. Лише такий підхід дозволить досягти справжніх змін та забезпечити стійке зниження рівня тривожності з урахуванням особливостей особистості та її стилю прив'язаності.

Підходи роботи психолога з дезорганізованим типом прив'язаності включають створення стабільного та безпечного терапевтичного простору, поступове формування довіри, опрацювання страхів і суперечливих емоцій у стосунках, а також роботу з травматичним досвідом. Важливо розвивати навички

емоційної саморегуляції, підвищувати самооцінку, формувати здорові межі та фокусуватися на поточному досвіді взаємодії. Мета – допомогти клієнту подолати страх відторгнення та будувати стабільні, довірливі стосунки.

Висновки до другого розділу

В другому розділі магістерської роботи представлено аналіз методологічної організації та представлено аналіз і інтерпретацію результатів проведеного емпіричного дослідження ефективності терапевтичного альянсу у зв'язку з різними типами прив'язаності клієнтів. Представлено мету, завдання та загальну організацію емпіричного дослідження. Визначено науковий апарат, сформульовані гіпотези, поставлені цілі і завдання роботи, які стосувалися для вирішення теоретичних питань та реалізації низки дослідницьких процедур. Підібрано психодіагностичний інструментарій для емпіричної частини дослідження. Описано обґрунтування вибору кожної методики та наведено описання процедури проведення дослідження та обробки результатів, запропоновані рекомендації для покращення терапевтичного альянсу з урахуванням різних типів прив'язаності. У дослідженні взяли участь 60 респондентів, які проходили терапевтичні сесії з професійними терапевтами, які є українцями та проживають наразі в Україні. В результаті здійснення зазначеної роботи було отримано наступні висновки.

Результати дослідження підтверджують висунуті гіпотези про зв'язок між типом прив'язаності та якістю терапевтичного альянсу.

1. Клієнти з надійним типом прив'язаності демонструють найвищі показники за всіма субшкалами («узгодженість завдань», «узгодженість цілей», «розвиток емоційного зв'язку»), що сприяє ефективній співпраці з терапевтом.

Надійний тип прив'язаності сприяє високій готовності до співпраці та розвитку емоційної близькості в терапії. Ці клієнти активно працюють над завданнями та досягненням цілей, не маючи значних труднощів у побудові довіри.

2. Клієнти з тривожним типом прив'язаності відзначаються вищими показниками за «розвитком емоційного зв'язку», але середніми та низькими показниками за «узгодженістю завдань» і «цілей». Це вказує на їхню потребу в емоційній підтримці та чутливому підході терапевта.

Тривожний тип прив'язаності демонструє готовність працювати над терапевтичними цілями та шукати емоційну підтримку, проте високий рівень тривожності та страх відкидання можуть ускладнювати стабільну довіру, що потребує особливої уваги терапевта.

3. У клієнтів з унікаючим типом прив'язаності найнижчі показники за субшкалами «розвиток емоційного зв'язку» та «узгодженість цілей в терапії» порівняно з надійним типом, що вказує на їхню схильність до емоційного дистанціювання та уникнення глибоких особистісних тем. Незважаючи на це, середні показники за «узгодженістю завдань» свідчать про їхню готовність до структурованої та формальної співпраці в терапії. Однак така взаємодія часто обмежується поверхневим виконанням завдань без глибокого емоційного залучення. Для ефективного терапевтичного альянсу важливо поступово формувати безпечне середовище, що сприятиме відкритості та довірі.

4. У респондентів із дезорганізаційним типом прив'язаності через неоднозначну поведінку та одночасну тривожність і уникання спостерігаються низькі за субшкалами «узгодженість цілей в терапії» та «узгодженість завдань в терапії» та середні за субшкалою «розвиток емоційного зв'язку», що трохи ускладнює формування довіри та знижує ефективність терапевтичного альянсу.

Отримані значення F-критерію та низькі p-значення ($p < 0.001$) для всіх трьох параметрів свідчать про те, що тип прив'язаності є вагомим фактором, який впливає на узгодженість завдань, узгодженість цілей та розвиток емоційного зв'язку у терапевтичному альянсі. Подальший пост-хок аналіз (Тест Тьюкі) дозволив детальніше розкрити відмінності між окремими групами прив'язаності. Надійний тип прив'язаності демонструє найвищі показники за всіма параметрами, тоді як Дезорганізований і Унікаючий типи мають найнижчі показники.

Статистично значущі відмінності були виявлені між більшістю типів прив'язаності, особливо у порівнянні Надійного типу з іншими. Водночас деякі пари, зокрема Тривожний та Уникаючий у контексті узгодженості завдань та узгодженості цілей, не показали статистично значущих відмінностей. Це вказує на необхідність індивідуального підходу в терапевтичній роботі з клієнтами різних типів прив'язаності для покращення ефективності терапевтичного альянсу.

Терапевтичний альянс є важливим для ефективної роботи з клієнтами, оскільки він сприяє глибшому усвідомленню себе та своїх проблем. Тип прив'язаності пацієнта визначає підхід до терапії: клієнти з надійним типом прив'язаності демонструють високий рівень довіри та співпраці, в той час як ті з тривожним типом потребують більше емоційної підтримки, а уникаючі – поступового встановлення довіри. Дезорганізовані клієнти стикаються з суперечливими емоціями, що ускладнює їхній процес терапії. Для покращення ефективності альянсу важливо враховувати ці особливості, створюючи безпечне середовище, розвиваючи емоційну саморегуляцію і допомагаючи клієнтам розвивати навички подолання труднощів.

ВИСНОВОК

У цьому дослідженні ми розглянули та теоретично проаналізували важливі аспекти терапевтичного альянсу, його характеристики та вплив на терапевтичний процес. В умовах зростаючої потреби в індивідуалізованих підходах до лікування психічних розладів, тема терапевтичного альянсу набуває значної важливості, оскільки ефективність терапії значною мірою залежить від якості взаємодії між клієнтом і терапевтом. Концептуальна гіпотеза дослідження полягала в тому, що ефективність терапевтичного альянсу залежить від типу прив'язаності клієнтів.

Особлива увага приділена ролі довірчих стосунків між клієнтом і терапевтом, які є основою для успішної терапії та змін. Альянс тепер розглядається не тільки як умова встановлення контакту, але й як активний механізм, що сприяє терапевтичним трансформаціям. Терапевт, застосовуючи пацієнтоорієнтований підхід, підтримує клієнта в досягненні цілей, сприяючи опрацюванню травматичного досвіду. Дослідження підтверджують, що ефективні стосунки та взаємна довіра є критичними для успішного лікування, а емпатія, самосвідомість і гнучкість терапевта сприяють створенню безпечного середовища для змін.

У процесі аналізу ми визначили особливості різних типів прив'язаності, оскільки типи прив'язаності відіграють значну роль в терапевтичному альянсі, оскільки визначають, як клієнт взаємодіє з терапевтом. Клієнти з безпечною прив'язаністю зазвичай довіряють терапевту та активно залучаються до терапії, що зміцнює альянс. Унікаючі клієнти, схильні до емоційної дистанції, можуть мати труднощі у створенні довіри, тому терапевт повинен застосовувати емпатію та гнучкість, щоб зменшити їхні захисні механізми. Тривожно прив'язані клієнти можуть бути залежними від терапевта і потребують стабільної підтримки для збереження автономії. Клієнти з дезорганізованою прив'язаністю, які демонструють суперечливу поведінку, потребують особливої уваги і довготривалої роботи для подолання їхніх емоційних конфліктів. Розуміння типу

прив'язаності клієнта дозволяє терапевту адаптувати свій підхід, що зміцнює альянс і покращує ефективність терапії.

Результати дослідження підтвердили усі чотири емпіричні гіпотези щодо ефективності терапевтичного альянсу в контексті різних типів прив'язаності клієнтів. Клієнти з надійним типом прив'язаності демонструють високу готовність до співпраці та емоційної близькості, що сприяє успішній терапії. Тривожні клієнти, хоча й готові працювати над цілями, мають труднощі з довірою через високий рівень тривожності, що потребує додаткової підтримки. Уникаючі клієнти, попри емоційну дистанцію, готові до роботи над структурованими завданнями, що свідчить про все ж можливість ефективної співпраці. Дезорганізовані клієнти стикаються з суперечливими емоціями, що ускладнює встановлення стабільної довіри, однак їхня мотивація досягти терапевтичних цілей залишається високою. Терапевтичний альянс є ключовим елементом успіху психотерапії, і врахування типу прив'язаності клієнта дозволяє ефективно адаптувати підхід до терапії, створюючи безпечне середовище для розвитку емоційної саморегуляції та подолання труднощів.

У межах отриманих результатів можна намітити перспективу подальшого дослідження в цьому напрямі, а саме дослідити як власний тип прив'язаності терапевта впливає на формування терапевтичного альянсу та взаємодію з клієнтами та з'ясувати, які підходи (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія чи емоційно-фокусована терапія) є найбільш ефективними для клієнтів із різними типами прив'язаності. Це дозволить поглибити розуміння взаємозв'язків між типами прив'язаності та ефективністю терапевтичного альянсу, сприяючи розвитку індивідуалізованих і більш ефективних підходів у психотерапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балецька Л. М. Особливості дослідження феномену прив'язаності батьків та дітей. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія: Психологія*. Острог, 2016. Вип. 3. С. 18–26.
2. Бахрушин В. *Методи аналізу даних: навчальний посібник для студентів Запоріжжя, КПУ*, 2011. 268 с.
3. Боулбі Д. (1982). Прив'язаність і втрата: ретроспектива і перспектива. *Американський журнал ортопсихіатрії*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
4. Бріш К.Г. (2012). *Розлади прив'язаності від теорії до терапії*. Посібник, Львів, 2012. С 12.
5. Бріш К. Г. Теорія прив'язаності від витоків до сучасності. Найновіші відкриття. Доповідь на теоретико-практичному семінарі. 6-8 червня 2016 р. Львів, 2016. С. 16-32.
6. Галушко С. М. "Прив'язаність" як науковий психологічний термін та особистісна характеристика. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 2. С. 21–28.
7. Ганошина А. І. Прив'язаність до батьків як чинник подружніх стосунків. *Актуальні проблеми особистісного зростання : зб. наук. пр. / редкол.: Л. П. Журавльова, Л. О. Котлова, К. А. Марчук*. М-во освіти і науки України, Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка, Житомир, 2019. С. 221–224.
8. Григоращенко А. В. Прив'язаність як основа ефективного функціонування та психічного здоров'я дитини із неповних сімей. XII *Междунар. науч.-практ. конф. "SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS OF MODERN SOCIETY"*, 22–24 июля 2020 р. Ливерпуль, Великобритания, 2020. С. 176–180.
9. Дем'яненко Б. Т. *Порушення прихильності і механізми формування емоційних і поведінкових проблем в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги* / Б. Т. Дем'яненко, Н. В. Бойко, Л. Ю. Качур. *Науковий часопис*

- Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ, 2017. Вип. 33. С. 141–148.
10. Ейнсворт М., Боулбі Дж. Догляд за дітьми та зростання любові. Лондон, 1965.
 11. Крижановська З., Бабак, К. Емоційна прив'язаність дитини до матері як предиктор її соціальної адаптації до шкільного життя. Психологічні перспективи, (38), 2021. С.138 -150.
 12. Максименко С.Д. Загальна психологія. Видання 3-є, перероблене та доповнене. Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
 13. Миколайчук, М. Я. І., & Добродняк, О. А.. Терапевтичний альянс та труднощі в терапії в контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», (1),2022, С. 195-202.
 14. Лебедєв, В. А., & Чернов, А. А. (2023). Терапевтичний альянс з пацієнтом військовим для надання психологічної допомоги. Досвід центру реабілітаційної медицини. Редакційна колегія: Ждан ВМ, Лисак ВП, Голованова ІА,
 15. Крижановська З. Надійний тип прив'язаності як основа розвитку психічного здоров'я дитини. Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : тези доп. II міжнар. міждисциплінар. конференції, 24–25 верес. 2021 р., м. Харків. Харків,10. 2021. С. 52–54.
 16. Литвинова Н. А. Формування прив'язаності та її роль як вітальної потреби. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. Луганськ, 2021. № 1, ч. 2. С. 36–44.
 17. Норинчак А. М. Особливості формування прив'язаності матері до дитини у пренатальному періоді Актуальні проблеми особистісного зростання : зб. наук. пр. / редкол.: Л. П. Журавльова, Л. О. Котлова, К. А. Марчук. М-во освіти і науки України, Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2019. С. 102–103.

18. Палій О. Суб'єктивно значущі характеристики терапевтичного альянсу у клієнтів з різними особистісними особливостями : магістерська робота : (053 «Психологія»). Український католицький університет ; кафедра психології та психотерапії. Львів: УКУ, 2023. 88 с.
19. Пурйо Т. Духовні можливості логотеорії Віктора Франкла. Черкаси: «ІнтролігаТОР», 2023. 248 с.
20. Чайка Г. В. Прив'язаність особистості до інших людей фактори, як впливають на неї). Психологічний часопис / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2021. Т. 7, вип. 4. С. 9–17.
21. Юрков О. С. Феномен прив'язаності в дошкільному віці. Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія: Педагогіка та психологія. Мукачево, 2016. Вип. 2. С. 221–226.
22. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
23. Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270 p.
24. Bartholomew K. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model / K. Bartholomew, L. Horowitz // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1991. – V. 61. – P. 226-244.
25. Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), P. 12-24.
26. Besley J, Kayes N.M, McPherson K.M. (2010) Assessing therapeutic relationships in Physiotherapy: Literature review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 39:81–91.
27. Bibring, E. (1961). The concept of the therapeutic alliance in psychoanalysis. In D. E. Scharff & P. Scharff (Eds.), *The therapeutic alliance*. pp. 45-56

28. Bordin E. S. (1976) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*. Vol. 16. P. 252-260.
29. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
30. Bordin, E. S. (1989, April). Building therapeutic alliances: The base for integration. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Berkeley, CA.
31. Bordin, E. S. (in press). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
32. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge & Kegan Paul.
33. Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, P. 136-158.
34. Crits-Cristoph, P., Barber, J., & Kurcias, J. S. (1991). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. Manuscript submitted for publication.
35. Curtis, H. C. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the "widening of scope." *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, P. 159-192.
36. Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237 p.
37. Eaton, T. T, Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomology. *Psychotherapy: Research and Practice*, 25, P. 536-542.
38. Foreman, S., & Marmar, R. C. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, P. 922-926.

39. Frank, A. E., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
40. Freud S. (1913) On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis I). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works*. P. 121–144.
41. Frieswyk, S. H., Gabbard, G. O., Horwitz, L. Allen, J. G, Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (in press). The role of the working alliance in psychoanalytic therapy with borderline patients. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
42. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, et al. (2012) : How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol*.
43. Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, P. 143-153.
44. Gitleson M. The curative functions in psychotherapy (1962). *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 43. P. 194-205.
45. Greenson R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*. Vol. 34. P. 155-181.
46. Hall AM, Ferreira ML, Clemson L, Ferreira P, Latimer J, Maher CG. (2012). Assessment of the therapeutic alliance in physical rehabilitation: a RASCH analysis. *Disability and rehabilitation*. 34(3):257-66.
47. Hansell, J. (1990, June). The relationship of the California Psychotherapy Alliance Scales to other measures of the alliance. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.
48. Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R.Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
49. Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.),

50. Empirical studies in analytic theories (pp. 1-37). Hillside, NJ: Erlbaum. Hatcher, R. (1990, June). Transference and the therapeutic alliance. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.
51. Henry, W P., & Strupp, H. H. (in press). The therapeutic alliance as 57 interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* New York: Wiley.
52. Hentschel, U, & Bijlaved, C. J. H. (1991). It takes two to therapy: On differential aspects in the formation of therapeutic alliance (*Leiden Psychological Reports: Personality Psychology* No. 03-91). Leiden University, the Netherlands.
53. Horowitz, A. (1974). The process of decision making: A conceptual framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(6), P. 771-779.
54. Jung, C., *Collected Works of C. G. Jung*, Vol. 12. 2nd ed., Princeton University Press, 1968. 571 p.
55. Klee, M. R, Abeles, N., & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy: Research and Practice*, 27, P. 166 -174.
56. Luborsky L. Therapist success and its determinants / L. Luborsky, A. T. McLellan, G. E. Woody, C. P. O'Brien, A. Auerbach. *Archives of General Psychiatry*. 1985. Vol. 42. P. 602-611.
57. Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
58. Rogers C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change / C. R. Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1957. Vol. P. 95-103.
59. Štěrba, R. (2024). The Role of Attachment in Psychotherapy: A Clinical Perspective. *Journal of Humanities and Social Policy*. Vol.10, No.3.
60. Strachey, J. (1912). The Dynamics of Transference. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works*. P. 97-108.
61. West, M. (2006). West Attachment Projective Test: A comprehensive clinical tool for assessing attachment. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1217-1225.

62. Zetsche, H. S. (1984). The therapeutic alliance in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. P. 321-337.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК ПРИВ'ЯЗАНОСТІ

Опитувальник прив'язаності, розроблений Мері Мейн, включає запитання, які спрямовані на визначення стилів прив'язаності дорослих до інших людей. Він дозволяє оцінити, як люди взаємодіють у відносинах, їхню упевненість у себе та здатність розвивати і підтримувати близькі стосунки.

Питання до інтерв'ю о прив'язаності для дорослих :

1. Для початку розкажіть коротко про свою родину. Просто, скажіть , де ви народились, де жили, чи часто міняли місце проживання та чим ваши батьки займались у професійному плані?

Доп питання : Чи померла ваша бабуся(дідусь) з боку матері(батька) ще до вашого народження? Скільки років тоді було вашому батьку (матері) ? Він (вона) часто розповідали про неї (про нього)? Чи є у вас сестри чи брати? Чи ви вирости разом зі своїми братами чи сестрами у своїх батьків? Чи жили у вашому домі інші ще люди крім ваших батьків, сестер та братів?

2. Чи могли ви зараз спробувати описати мені відношення, які у вас були у ранньому дитинстві з мамою та татом? Краще всього було б , якщо б ви почали з ранніх спогадів.

Доп питання: Що ваша мама (тато) робила (робив) з вами? Вони грали з вами? Коли ваша мати (тато) бували удома? Як проходили вихідні? Чи займались ви чимось разом? Чи можете ви згадати якусь певну подію пов'язану з мамою чи батьком?

3. Зараз спробуйте знайти п'ять прикметників , які максимально точно описують ваші стосунки з мамою у вашому дитинстві (та юності). Не поспішайте з відповіддю та спочатку хвилинку поміркуйте. Після чого я спитаю вас, чому ви обрали саме цей прикметник.

Добре, дозвольте мені задати ще кілька питань. Ви описали свої відношення

з мамою як ...Чи пов'язано це з якимось спогадом , чи приходять вам на думку якийсь певний спогад, підтверджуючи це?

4. Зараз поговоримо про вашого батька. Спробуйте п'ять прикметників відображаючи ваші відносини с батьком у дитинстві. Знову не поспішайте з відповіддю , поміркуйте. Після чого я спитаю вас, чому ви обрали саме цей прикметник.

Добре, дозвольте мені задати ще кілька питань. Ви описали свої відношення з татом як ...Чи пов'язано це з якимось спогадом , чи приходять вам на думку якийсь певний спогад, підтверджуючи це?

5. До кого ви відчували себе ближче — до тата чи до мами? З якої причини? (Чому у вас не було таких почуттів до ...?). Якщо ви порівняєте свої відносини з мамою, з однієї сторони, та до батька, з іншої , як вони відрізняються один від одного?

6. Коли ви себе погано почували у дитинстві, що ви робили? (респонденту треба давати власну інтерпретацію “поганого почуття” і тільки після цього продовжувати ставити питання). Коли у вас в дитинстві було якесь горе чи вам було сумно , що ви робили? Чи приходить у голову вам спогад у зв'язку з цим? Чи можете згадати що траплялось , коли ви в дитинстві завдавали собі шкоди або поранилися ? Чи є якась певна ситуація , яка приходить на згадку в цей момент? Як це було , коли ви в дитинстві хворіли? Пов'язані з цими певні спогади? (Якщо повідомляють, що йшли до батьків , треба розпитати детальніше про те, що спонтанно приходить у голову респонденту. Після цього на пряму перепитати, чи брали батьки на руки його(її) та чи бажав (ла) тілесного контакту в той момент сама дитина ? Якщо людина посилається у своїх відповідях тільки на одного з батьків , треба розпитати про іншого).

7. Ви можете згадати , коли у дитинстві вперше розлучились зі своїми батьками? Як це сталось? Скільки років вам було тоді? Що ви тоді відчували та як пережили розлуку? Як ваші батьки реагували на це розтавання? Можете згадати ще якісь переживання розтавання?

8. Відчували ви себе покинутими, будучі маленької дитиною. Тут важливо, що ви відчували в дитинстві, адже будучі дорослим, ви ,можливо, оцінили це зовсім інакше. Скільки років вам було, коли ви вперше так себе відчули? Яка була ваша реакція?

Як ви вважаєте , чому ваші батьки поводити себе так? Чи думаєте ви, що ваші батьки свідомо висловлювали відмовну позицію ?

9. Відчували ви коли-небудь загрозу , що виходила від батьків , можливо, коли вони загрожували вам якимось покаранням заради жарту або з дисциплінарних міркувань?

(Деякі люди, з якими проводили інтерв'ю повідомляли нам , що їм погрожували , що батьки їх покинуть чи що їх (ще тоді дітей) проженуть з дому чи відправлять куди де-небудь). Стикались ви коли-небудь зі схожими погрозами з боку ваших батьків? (Деякі люди розповідали нам, що вони піддавались жорсткому поводженню чи насиллю). Чи пережили ви також щось подібне? Чи було щось схоже у вашій родині? Скільки років вам було в той час? Часто таке відбувалось? Чи у вас є відчуття , що ця подія досі призводить до багатьох неприємностей? Чи ви вважаєте, що це вплинуло на вашу особистість ? Чи вплинуло це на спосіб спілкування з вашими власним дітьми? (Якщо людина відповідає негативно на це питання , то друге питання може бути сформульоване так : Чи наказували у дитинстві батьки вас і як це відбувалось? Чи наказуєте ви власних дітей і яким чином?)

10. Як ви вважаєте , яким чином опит спілкування з вашими батьками вплинув на вашу особистість коли ви стали дорослим? Чи є певні події або аспекти, які, на вашу думку, перешкоджають вашому розвитку ?

11. Чи є у вас пояснення тому, що ваші батьки поводити себе по відношенню до вас саме так , як вони це робили? Чи були, окрім ваших батьків, інші дорослі люди, які були дуже близькі вам або особливо важливі для вас? "Чи був (була) ... для вас якоюсь батьківською фігурою?" (Чи відносини були як батьківські ?(Значення та вид відносин).

12. Переживали ви у дитинстві смерть якогось близького члена сім'ї? Можете розповісти деталі? Скільки вам було тоді років? Як ви відреагували на цю смерть? Чи були ви готові до цієї ситуації, чи вона була неочікуваною? Можете ви згадати, як ви себе тоді почували? Чи змінилися ваші почуття щодо цієї втрати з часом? Які наслідки мала смерть вашої матері/ батька/ брата /сестри для інших членів сім'ї і для вашого власного життя (для іншого батька, для домашнього господарства, для побутових умов)?

Чи змінилася ця ситуація з часом? Чи думаєте ви, що ця втрата вплинула на вашу особистість? Чи вплинуло це на ваші відносини з вашими дітьми?

Доп питання:

а) Чи втратили ви в дитинстві ще одну важливу людину?

б) Чи були близькі люди, яких ви втратили, будучи дорослим?

Чи змінилася ця ситуація з часом? Чи думаєте ви, що ця втрата вплинула на вашу особистість? Чи вплинуло це на ваші відносини з вашими дітьми?

13. Чи сталися значні зміни у вашому відношенні з батьками з часів вашого дитинства? Це охоплює весь період з дитинства до нашого часу? (Включаючи підлітковий період/період бунту і миротворчості.)

14. Як виглядає ваші відносини з батьками сьогодні ?

Питання 15-17 різні для людей з дітьми та для тих у кого нема дітей

З дітьми

Які почуття ви зараз відчуваєте , реагуючи на розлучення зі своєю дитиною? Чи коли-небудь ви переживаєте за свою дитину? Якщо ви мали можливість побажати три бажання для свого сина або доньки, коли їм виповниться 20 років, що б ви побажали для них? Я маю на увазі якого майбутнього ви бажаєте для своєї дитини? Подумайте про це хвилину. Чи є щось конкретне, чого ви навчилися з вашого дитинства? Як вважаєте чому ваша дитина коли-небудь навчиться зі свого досвіду спілкування з батьками?

Якщо нема дітей

Уявіть собі, що у вас є діти...Як ви вважаєте, які почуття виникли б у вас при

розлученні з вашою дитиною? Якщо б у вас були діти і ви мали можливість побажати три бажання для свого сина або доньки, коли їм виповниться 20 років, що б ви побажали для них? Я маю на увазі якого майбутнього ви бажаєте для своєї дитини? Подумайте про це хвилину. Чи є щось конкретне, чого ви навчилися з вашого дитинства? Якщо б у вас були діти, чи хотілось би вам, щоб вони навчилися чомусь певному зі свого досвіду спілкування з батьками?

«ОПИТУВАЛЬНИК СТОСУНКІВ ЕН'Ю»
Agnew Relationship Measure (ARM))

“Думаючи про психотерапію, вкажіть, на скільки ви згодні, що нижче наведені ситуації в процесі терапії будуть позитивно впливати на її перебіг.

1. Я можу вільно висловлювати те, що мене турбує.
2. Я відчуваю доброзичливість до свого терапевта.
3. Я переживаю, що буду почувати себе ніяково з терапевтом
4. Я в стосунках зі своїм терапевтом беру на себе ініціативу.
5. Я приховую деякі важливі речі, не ділячись ними з моїм терапевтом.
6. Я відчуваю впевненість в моєму терапевтові і його/її техніках.
7. Я з оптимізмом ставлюся до своїх результатів в терапії.
8. Я відчуваю, що можу вільно виражати терапевтові свої думки і почуття.
9. Я критично налаштований чи розчарований в моєму терапевтові.
10. Я можу обговорити з моїм терапевтом особисті питання, яких зазвичай соромлюся чи боюся розкрити.
11. Я шукаю вирішення своїх проблем у свого терапевта.
12. Мене позитивно вражають професійні навички мого терапевта.
13. Мій терапевт приймає мене незалежно від того, що я роблю.
14. Мій терапевт намагається впливати на мене так, щоб це не було сприятливо для мене.
15. Моєму терапевтові важко мене розуміти.
16. Мій терапевт теплий і приязний зі мною.
17. Мій терапевт не дає мені вказівок, яких я б хотів.
18. Мій терапевт є переконливою людиною.
19. Мій терапевт є підтримуючим.
20. Мій терапевт слідує своїм планам, ігноруючи мої думки про те, як діяти.
21. Мій терапевт впевнений/-а в собі та своїх методах.
22. Мій терапевт знуджений чи нетерплячий зі мною.

23.Мій терапевт очікує, що я візьму на себе відповідальність, а не буду залежати від нього.

24.Мій терапевт і я готові наполегливо працювати разом.

25.Я беру на себе ініціативу, яку мій терапевт очікує від мене.

26.Мій терапевт і я домовляємося про те, як працювати разом.

27.Мій терапевт і я маємо труднощі у спільній роботі як партнери.

28.Мій терапевт і я розуміємо наші ролі і обов'язки, коли ми зустрічаємось.

**АДАПТОВАНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ТИПІВ
ПРИВ'ЯЗАНОСТІ В КОНТЕКСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ECR**
(Experiences in Close Relationships).

Шкала тривожності (Anxiety)

1. Я хвилююся, що терапевт може не приділяти достатньо уваги моїм проблемам.
2. Я боюся, що терапевт недостатньо зацікавлений у моєму прогресі.
3. Мені потрібне підтвердження від терапевта, що я роблю все правильно.
4. Я переживаю, що терапевт може вважати мої труднощі незначними.
5. Я відчуваю тривогу, коли терапевт реагує не так, як я очікував.
6. Я хвилююся, що терапевт може засуджувати мене.
7. Я боюся, що терапевт може не зрозуміти справжньої суті моїх проблем.
8. Якщо терапевт затримується з відповіддю на мої запитання, я відчуваю дискомфорт.
9. Я боюся, що терапевт може припинити терапію раніше, ніж я буду готовий.
10. Я відчуваю себе вразливим, якщо терапевт не підтримує мене емоційно.

Шкала уникання (Avoidance)

11. Мені складно відкрито обговорювати з терапевтом свої почуття.
12. Я не люблю, коли терапевт задає надто особисті запитання.
13. Я відчуваю дискомфорт, якщо терапевт намагається надто сильно зблизитися зі мною.
14. Я уникаю обговорення емоційних аспектів своїх проблем.
15. Мені важливо зберігати дистанцію в стосунках із терапевтом.
16. Я уникаю звертатися до терапевта, якщо можу вирішити проблему самостійно.
17. Я не люблю, коли терапевт акцентує увагу на моїх слабкостях.
18. Мені важко довіряти терапевту навіть після кількох сесій.
19. Я рідко відчуваю потребу в емоційній підтримці від терапевта.

20. Я відчуваю себе незручно, коли терапевт виявляє занадто багато співчуття.

Підрахунок балів

- Тривожність: Підсумуйте оцінки пунктів 1–10 та обчисліть середнє значення.
- Уникання: Підсумуйте оцінки пунктів 11–20 та обчисліть середнє значення.

Інтерпретація результатів

- Низькі бали (≤ 3): Безпечний стиль прив'язаності, сприятливий для терапевтичного альянсу.
- Високі бали (≥ 5): Ознаки тривожного або уникаючого стилю, які можуть ускладнювати побудову альянсу.
- Середні бали (3–5): Можливі труднощі, що варіюються залежно від контексту терапії.

ОПИТУВАЛЬНИК РОБОЧОГО (ТЕРАПЕВТИЧНОГО) АЛЬЯНСУ
(Working Alliance Inventory – Short Revised, WAI-SR)
Тест

1. Завдяки цим сесіям я знаю, як я можу змінитися.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Частот
 - Завжди
2. Те, що я роблю під час терапії, дає мені новий погляд на мою проблему.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Завжди
3. Я вважаю, що я подобаюся своєму терапевту.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Завжди
4. Ми з терапевтом співпрацюємо над встановленням цілей моєї терапії.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Завжди
5. Ми з моїм терапевтом поважаємо один одного.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Завжди
6. Мій терапевт і я працюємо над досягненням спільно узгоджених цілей.
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Завжди

7. Я відчуваю, що мій терапевт мене цінує.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

8. Ми з терапевтом погоджуємося, над чим мені важливо працювати.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

9. Я відчуваю, що мій терапевт піклується про мене, навіть коли я роблю те, що він/вона не схвалює.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

10. Я відчуваю, що те, що я роблю під час терапії, допоможе мені досягти бажаних змін.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

11. Ми з моїм терапевтом добре усвідомили, які зміни були б для мене корисними.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

12. Я вважаю, що ми працюємо з моєю проблемою правильно.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди