

УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет наук про здоров'я
Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота
"ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО
АЛЬЯНСУ У КОНТЕКСТІ ОСОБИСТІСНИХ ТА ПРОФЕСІЙ-
НИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОТЕРАПЕВТІВ"

Студентки 6 курсу
магістерської програми з
клінічної психології з основами пси-
ходинамічної терапії
Зуб Вероніки Євгенівни

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології та психо-
терапії
Миколайчук Мар'яна Ігорівна

Львів – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА РОЛІ В НЬОМУ ОСОБИСТОСТІ ТЕРАПЕВТА	
1.1. Огляд наукових досліджень поняття терапевтичного альянсу у психотерапії.....	6
1.2. Роль терапевтичного альянсу в успішності та ефективності проходження індивідуальної психотерапії	9
1.3. Особистісна роль терапевта у побудові та функціонуванні терапевтичного альянсу	14
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЛІ В ЙОГО ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОСТІ ТЕРАПЕВТА	
2.1. Характеристика методичної бази та процедури дослідження феномену терапевтичного альянсу та особливостей особистості психотерапевтів.....	20
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	29
ВИСНОВКИ	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ	65

ВСТУП

Вибір та актуальність даної теми дослідження зумовлений винятковою важливістю особливого типу стосунку, що формується між клієнтом та терапевтом в процесі психокорекційної роботи, що й має назву «терапевтичний альянс». Даний термін дещо по-різному використовується в різних напрямках психотерапії, тож ми будемо відштовхуватись від класичної концепції терапевтичного союзу (Фрейд, 1912; Грінсон, 1967; Стерба, 1934; Зетцель, 1956), що пізніше знайшла своє відображення в сучасному розумінні важливості побудови особливого стосунку «клієнт-терапевт» (Бордін, 1976; Боулбі, 1988; Люборський, 1976; Роджерс, 1957; Стронг, 1968).

Під особливими фундаментальними факторами формування та функціонування терапевтичного альянсу, ми маємо на увазі довготривалість терапевтичного стосунку, емоційну довіру між клієнтом та терапевтом, суб'єктивне відчуття близькості та розуміння клієнта з боку самого терапевта, що оцінює постфактум даний стосунок.

Так, серед останніх досліджень цього питання можна згадати огляд АРА (American Psychotherapeutic Association) 1990 року щодо ефективних методів психотерапії було виявлено 89 транстеоретичних загальних факторів, серед яких був відзначений і терапевтичний альянс.

Власне необхідність аналізу побудови стосунків між терапевтом та клієнтом викликана тенденцією до збільшення популярності звертання за психологічною допомогою на теренах України та усьому пострадянському просторі, що безумовно є позитивною та вказує на розвиток самосвідомості суспільства, прийняття особистої відповідальності за власне психологічне здоров'я та благополуччя.

Проте, поруч із цим очікувано зростає явище некваліфікованої та неефективної психологічної допомоги, що ймовірно є чинником зменшення довіри до спеціалістів в даній галузі та психологічної науки загалом. Тому вкрай важливим, на нашу думку, є аналіз факторів впливу на становлення та функціонування

терапевтичного альянсу в процесі психотерапії як запоруки підвищення якості надавання психологічної допомоги. Таке доповнення сприяло б перш за все, зростанню ефективності надання допомоги у конкретних кейсах і, як наслідок, міжособистісної ретрансляції щодо позитивного досвіду психотерапевтичної співпраці. Це, у подальшому, реалізовувало б додаткову просвітницьку функцію у галузі психології й сприяло підвищенню рівня довіри до психотерапії серед населення.

Також, охоплюючи сучасні українські наукові статі та дослідження, варто згадати про статті Миколайчук М., Добродняк О. «Терапевтичний альянс та труднощі в терапії у контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів», «Дослідження особливостей формування взаємовідносин між психотерапевтом і клієнтом» Бургонської С.В. та монографію «Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі» за редакцією З.Г. Кісарчук.

Об’єкт дослідження: терапевтичний альянс у психотерапії.

Предмет дослідження: особливості терапевтичного альянсу залежно від особистісних та професійних характеристик психотерапевтів.

Мета дослідження: теоретичне вивчення та емпіричне дослідження особливостей терапевтичного альянсу залежно від характеристик психотерапевтів.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових джерел досліджень терапевтичного альянсу в психотерапії і основних чинників його формування та функціонування.
2. Здійснити підбір та апробацію методичного інструментарію для дослідження характерологічних особливостей психотерапевта та вивчення встановлюваного ним терапевтичного альянсу.
3. Провести емпіричне дослідження взаємозв’язку характерологічних та професійних особливостей терапевта та якісних і кількісних характеристик встановлюваного ним терапевтичного альянсу.

4. Сформулювати висновки, що можуть мати вплив на процес професійної підготовки чи підвищення кваліфікації психотерапевтів.

Гіпотези дослідження:

- Ймовірно, існує взаємозв'язок між типом прив'язаності, характерологічними особливостями психотерапевта, особливостями професійної підготовки та характеристиками його терапевтичного альянсу із клієнтом, зокрема міцності, довготривалості та ступеню довірливості даного зв'язку. Терапевти із вищими показниками рівня безпеки типу прив'язаності здатні сформувати більш міцний та довготривалий альянс.
- Припускаємо, що особистісна схильність до тривожності та уникання при формуванні близьких стосунків у терапевта може створювати труднощі при формуванні терапевтичного альянсу з клієнтом у психотерапії.
- Ймовірно існування залежності наявності у терапевта таких особистісних характеристик як емоційна стійкість, самоконтроль, та формування ним стійкого та довготривалого терапевтичного альянсу.

Методики, які ми обрали задля дослідження характерологічних особливостей терапевта:

- «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» RelationshipQuality (RO) K.Bartolomew, L.Horowitz (адаптація Т.В.Казанцевої);
- П'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКас, П.Коста (адаптація Л.Бурлачука, Д.Корольова);
- Опитувальник "Досвід близьких відносин" К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої).

Методики, що ми обрали для дослідження особливостей терапевтичного альянсу:

- Методика «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM), в перекладі та адаптації Миколайчук М.
- Авторська анкета дослідження суб'єктивної оцінки терапевтом довготривалості та ефективності терапевтичних альянсів в своїй практиці;

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА РОЛІ В НЬОМУ ОСОБИСТОСТІ ТЕРАПЕВТА

1. Основні наукові дослідження поняття терапевтичного альянсу в психотерапії

Терапевтичний альянс (франц. *alliance*, від *allier* - з'єднувати) - контракт між психотерапевтом і клієнтом щодо того, яку саме проблему буде розв'язано в процесі терапії і який результат за спільною згодою можна вважати задовільним. Поняття "терапевтичний альянс" у психоаналізі використовують на позначення раціонального, нетрансферентного ставлення пацієнта до процесу лікування і постаті аналітика.

Велику увагу у дослідницькій літературі з психотерапії – присвячено тому, який вимірюваний терапевтичний ефект мають конкретні інтервенції терапевта та яким є їх те результативність залежно від того, наскільки добре включені клієнти в процес психотерапії. Незважаючи на те, що терапевтичні спеціалізовані інтервенції є основним напрямком дослідження практиків і теоретиків, наразі вони не змогли знайти вичерпно послідовних та значущих зв'язків між тим, що говорить терапевт, і кінцевим результатом терапії [14].

У багатьох дослідженнях, деякі з котрих розглянемо нижче, було розглянуто взаємозв'язок між частотою терапевтичних зустрічей і кінцевим результатом терапії, що, можливо, затьмарює ефективні терапевтичні кейси, порівнюючи їх з невдалими. Хоч дані дослідження і не встановили кореляційно значимих зв'язків між частотою зустрічей з терапевтом та їх результатами, останнім часом збільшується кількість наукової літератури, яка пов'язує феномен терапевтичного альянсу з ймовірністю ефективності терапії [20].

Ймовірно, що альянс виступає якості модерування відносин між психотерапевтом та клієнтом в процесі терапевтичних зустрічей та прогресу клієнта.

Терапевтичний альянс став важливою змінною для психотерапевтичного процесу та ймовірним чинником психологічних змін в різних школах психотерапії [26].

Спочатку вважалося, що терапевтичний альянс є позитивним перенесенням клієнта на терапевта [16; 18].

Згодом розуміння терапевтичного альянсу переросло у «свідому та активну співпрацю між пацієнтом та терапевтом». У сьогоденні більшість концептуалізацій терапевтичного альянсу частково базуються на роботі Бордіна (1979), який визначив альянс як таку взаємодію, що включає "три особливості: домовленість про цілі, вирішення завдання або ряду завдань, а також розвиток стосунку" [9; стор. 253]. Акцент, який сучасні психотерапевтичні дослідження зробили на вивченні технічних та міжособистісних аспектів альянсу, зробили його важливою складовою у розумінні процесу психотерапії.

Протягом двох останніх десятиліть технічні та міжособистісні аспекти альянсу, а саме особистісні характеристики пацієнта та діяльність самого терапевта, були в центрі уваги багатьох емпіричних досліджень, що вивчають взаємозв'язок між альянсом та результатами терапії (Barber et al., 1999; Blatt et al., 1996; Frieswyk et al., 1986; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Hillard, Henry, & Strupp, 2000; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998).

Проте, сфера досліджень, яка є менш розвиненою - це внесок психотерапевтів у розвиток альянсу. Хоч останніми роками проводились деякі дослідження, цілково присвячені саме активності терапевта під час сеансу, яка могла б мати вплив на терапевтичний альянс [21; 25], здебільшого внесок терапевта не отримував достатньої уваги. Що ще важливіше, результати цих досліджень не були достатньо теоретично проаналізовані таким чином, щоб з'ясувати взаємозв'язок між специфічним вкладом терапевта (наприклад, його особистими характеристиками та психотерапевтичними техніками, які він використовує) та розвитком терапевтичного альянсу.

У одному із оглядів літератури про роль терапевтичного альянсу в короткотерміновій психодинамічній терапії Крітс-Крістоф і Конноллі (1999) виділили лише чотири дослідження, які безпосередньо розглядали взаємозв'язок між ро-

ботою самого терапевта і альянсом. Хоча огляд Критса-Крістофа та Конноллі мав вузьку спрямованість і базувався лише на опитуванні, використовуючи короткотермінові психодинамічні методи, вони дійшли висновку, що наразі існує недостатньо доказів для встановлення зв'язку між психотерапевтичними техніками терапевта та ефективністю побудованого альянсу [12].

Про подібні висновки повідомив Вісман (1993) в огляді теоретичної та емпіричної літератури, пов'язаної з терапевтичним середовищем когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), що працює з проблематикою депресії.

Терапевтичне середовище, як поняття, поєднало терапевтичний альянс, прихильність терапевта до клієнта та його компетенції, а також особистісні характеристики клієнта. Вісман зробив висновок, що попередні наукові дослідження, які вивчали основні компоненти КПТ, присвятили "мало часу для обговорення важливості терапевтичних взаємозв'язків" [36, стор. 253] і висунув думку, що майбутні дослідження повинні зосередитись на цій взаємодії між пацієнтом і терапевтом.

Отже, для подальших наукових досліджень у галузі психотерапії буде корисним глибше та детальніше вивчення взаємозв'язку між вкладом у альянс терапевта (включаючи особистісні особливості та обраний ним для роботи терапевтичний підхід) та самим терапевтичним альянсом, що утворився.

Як зазначає Сакетопулу Т. Е. (1999), дослідники повинні прагнути краще зрозуміти "розвиток стосунку в процесі терапії" [31, стор. 338]. З метою виявлення специфічних елементів вкладу в альянс терапевта, які впливають на його розвиток і підтримку, необхідний огляд існуючих емпіричних досліджень різних психотерапевтичних шкіл (тобто психодинамічної, когнітивної, когнітивно-поведінкової, сімейної терапії тощо).

Звертаючись до вітчизняних досліджень явища терапевтичного альянсу, хочемо згадати статтю Миколайчук М., Добродняк О. «Терапевтичний альянс та труднощі в терапії у контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів» з подібним до запланованого нами дизайном дослідження, що проводилось відносно вибірки системних психотерапевтів та було нам помічним у побу-

дові стратегії проведення нашого дослідження[5].

На нашу думку, акцентування уваги на позитивному вкладі терапевта у альянс не тільки вдосконалить і покращить наше розуміння та оцінку побудови альянсу, але й може спрямувати майбутні дослідження до відкриття більш ефективних та доказових методів терапії.

Що важливіше, аналіз даної проблематики може допомогти терапевтам з різноманітним досвідом у різних напрямках психотерапії досягти більшого успіху, розвиваючи міцніші та терапевтичні зв'язки зі своїми пацієнтами.

1.2 Роль довготривалого терапевтичного альянсу в успішності та ефективності проходження індивідуальної психотерапії

Поняття терапевтичного альянсу та його значення для терапевтичного процесу можна простежити в психоаналітичних працях З. Фрейда. У своїх роботах про феномен «перенесення» він відзначив роль спільної роботи зі своїми клієнтами, намагаючись допомогти їм зіткнутися з підсвідомими психічними феноменами та працювати через їх біль [17]. Ця концепція співпраці, яку також називають «необґрунтованим, або позитивним перенесенням» [17; стор. 105], виникла у Фрейда, піддаючи сумніву іронію того, що деякі клієнти продовжують лікування і після того, як їх захисні механізми були активовані, коли набагато логічніше з їхнього боку було б відчуття, що слід припинити лікування.

Перенесення було процесом, у якому зв'язок між терапевтом і клієнтом розвивався, дозволяючи їм спільно працювати над усуненням симптомів клієнта, і Фрейд вважав цей феномен ключовим аспектом змін [15; 17]. Інші психоаналітики, такі як Стерба (1934), Зетцель (1956) та Грінсон (1965, 1967), докладно проаналізували та розвинули цю концепцію.

Багато дослідників визнали Зетцеля (1956) теоретиком, який офіційно ввів термін терапевтичний [20]. Проте, Бібрінг також заслуговує уваги як знаковий дослідник даного явища з огляду на те, що дослідниця використала термін аль-

янс у своїй статті 1956 року, де висунула ідею про те, що сильний терапевтичний альянс був важливим для того, щоб психоаналітичний процес був ефективним для клієнта [30].

Дискутуючи про феномен «перенесення» Грінсон (1965, 1967) вжив термін «робочий альянс» і підкреслив різницю між робочим та терапевтичним альянсом [3]. Він писав, що робочий альянс посилався на здатність клієнта виконувати необхідну для терапії внутрішню роботу, тоді як терапевтичний альянс розглядався як міцний особистісний взаємозв'язок, що розвивається між терапевтом і клієнтом.

Приблизно в той же час починають формулюватись засадові поняття терапевтичного союзу поза контекстом психоаналітичної традиції. Окремі основні аспекти союзу, такі як безумовне позитивне самооцінювання, акцент на емпатичній ідентифікації та спілкування з використанням емпатичного розуміння терапевтом, з'явилися у роботах Роджерса [15; 29]. У огляді Елвінс та Грін зазначили, що Андерсон (1962) був першим, хто оперував концепціями емпатії та терапевтичного зближення. Орлінський та Говард (1975) дали детально розробили ці концепції та почали піддавати їх емпіричному дослідженню.

Включивши свої результати в попередню теорію, вони висунули трьохвимірне розуміння терапевтичного союзу: робочий альянс (співпраця терапевта і клієнта, що працюють разом), емпатичний резонанс і взаємне прийняття (що дуже схоже на концепцію безумовного позитивного Я-прийняття) [21; 25].

Хоча терапевтичний альянс методологічно присутній у всіх підходах до психотерапії, існує низка помітних відмінностей щодо концептуалізації альянсу. Розглядаючи три найбільш поширених підходи до терапії (тобто психодинамічну, когнітивно-поведінкову та гуманістичну терапію), Муран та Барбер (2010) відзначили, що кожен напрямок вважає альянс важливою змінною терапії та що різниця між підходами полягає в тому, які аспекти альянсу підкреслюються та використовуються в терапевтичному процесі [11].

Психодинамічна терапія. Як було сказано раніше, концепція альянсу виникла в рамках даного психотерапевтичного підходу. Із початковою концеп-

туалізацією корінням у перехідних аспектах терапії поняття альянсу зростало та розширювалося.

Ранні концептуалізації описували альянс як такий, що відбувається між інтерпретаціями аналітика та здатністю і готовністю клієнта прийняти ці інтерпретації та розмірковувати над ними (Messer & Wolizky, 2010). Очікувалося, що обидва учасники залишаться гнучкими та матимуть можливість перемикатися вперед та назад між відображенням досвіду і реальним переживанням. Більше того, даний феномен визнавався необхідним для того, щоб зміни відбулися [23].

Найбільшою концептуальною зміною щодо функції альянсу було посилення акценту на його терапевтичних аспектах. Ці терапевтичні властивості самі по собі розглядаються як механізм змін, а не лише необхідна умова встановлення контакту.

Як інтерпретували Мессер і Волизький (2010), більшість сучасних психодинамічних теоретиків не відкидають значення інсайту, а натомість бачать переваги, отримані завдяки інсайту, нарівні з вигодами, отриманими завдяки «достатньо хорошим» стосункам з терапевтом. «Достатньо хороший» терапевт був описаний як той, хто більш турботливий і розуміючий, ніж батьки клієнта. Саме від роботи з «достатньо хорошим» терапевтом клієнт буде більш сприйнятливим до отримання розуміння при перенесенні; а також досвід переживання нових, «достатньо хороших» відносин сам по собі є терапевтичними [23].

На думку деяких дослідників, є дані, які підтверджують думку про те, що більш позитивні відносини мають терапевтичні переваги самі по собі [33; 38] і, отже, інсайт може бути не єдиною терапевтичною дією, яка включена в психодинамічну терапію [23].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ-терапевти мають довгу історію визнання того, що терапевтичний стосунок має істотний внесок у процес психологічних змін. Проте, лише недавно феномен терапевтичного альянсу отримав значну увагу в якості операціоналізованої дослідницької змінної [11].

Як і інші орієнтації в процесі терапії, альянс розглядається як важлива змінна, однак, існують деякі чіткі відмінності в теоретичній концепції альянсу в

психодинамічній та КПТ-орієнтації. Стверджувалося, що основною відмінністю між КПТ та іншими підходами полягає в тому, що КПТ приділяє більше уваги співпраці та командній роботі [28; 11].

Ця співпраця між клієнтом-терапевтом відома як колаборація емпіризму. Концепція емпіризму спільної роботи передбачає, що терапевт і клієнт працюють разом, як команда, для виявлення проблем клієнта, а також для вирішення цих проблем. Це здійснюється шляхом спільного дослідження і розробки плану терапії, шляхом процесу відкриття та експериментального аналізу аспектів функціонування психічної реальності клієнтів, які сприяють їх труднощам [13].

Традиційно орієнтовані на КПТ теоретики акцентують більше уваги на конкретних техніках, аніж на міжособистісній чутливості, необхідній для залучення клієнта до процесу терапії [37]. Цей акцент на техніках можна побачити і в концепції колаборації емпіризму. Саме завдяки спільному емпіризму клієнт в перспективі розробить цілий ряд поведінкових та когнітивних стратегій, які допоможуть йому кинути виклик думкам та ситуаціям, що викликають у нього дистрес [13].

Ще одна причина емпіричної колаборації - це те, що вона керує концептуалізацією випадку терапевтом. Це допомагає мінімізувати припущення, які терапевти повинні робити щодо клієнтів, привести до кращого розуміння ними переконань клієнтів та зміцнити терапевтичні відносини [13].

Подальше розмежування між КПТ та іншими підходами полягає в тому, як концептуалізується альянс у своїй ролі в процесі змін. Теоретики КПТ визнають альянс фактором, що посилює прихильність до психотерапевтичних технік, але припускають, що це не є механізмом, за допомогою якого відбуваються психологічні зміни. Іншими словами, відносини сприяють створенню середовища, яке заохочує зміни та підтримує мотивацію клієнтів до змін, щоб клієнти брали участь у методах лікування, необхідних для отримання змін [7; 11; 13].

Гуманістична терапія. Для гуманістичних підходів (наприклад, гештальт-, раціонально-емоційно-орієнтована- та клієнтцетрована терапія) терапевтичні

стосунки розглядаються як об'єднуючі та центральні в процесі терапії (Елліот, Уотсон, Голдман і Грінберг, 2004; Роджерс, 1951; Watson & Kalogerakos, 2010). Дослідники акцентують увагу на тому, що без співпраці не існує альянсу [1; 8].

У цих підходах альянс визначався як «домовленість між клієнтом і терапевтом про цілі, а також зв'язок, що розвивається між діадою» [35]. Проте, для гуманістичних підходів ефективний терапевтичний взаємозв'язок осмислюється насамперед як емоційний зв'язок, який відбувається між клієнтом і терапевтом; цей зв'язок вважається найважливішим аспектом альянсу і розглядається як необхідний для змін клієнта [8;35].

Такий погляд на альянс виник із теорії Роджерса, що патологія виникає через невідповідність між внутрішнім досвідом клієнта свого справжнього «я» та його інтерналізованим почуттям власної гідності, засвоєним у ранньому дитинстві.

Саме цей конфлікт, як вважав Роджерс, призводить до тривоги і тенденції клієнтів заперечувати як конфліктні почуття, так і власний досвід. Він припустив, що необхідно створити тепле, сприятливе, емпатичне оточення та заохотити позитивну самоповагу клієнта, щоб допомогти йому підвищити відчуття самоцінності та самовизнання.

Конкретизуючи, він висунув гіпотезу, що саме відносини забезпечують клієнтів безпечним і незагрозливим середовищем, в якому вони можуть досліджувати свій внутрішній світ, вносити міжособистісні та внутрішньоособистісні зміни, необхідні для адаптивного функціонування: саме завдяки цьому реляційному процесу клієнт спробує розвивати у собі більшу обізнаність, відповідальність та самоактуалізацію [35].

У цих підходах до психотерапії терапевт врівноважує власне управління процесом терапії та прийняття, роблячи спостереження та пропозиції щодо феноменів психічної реальності клієнта, що має стати помічним до зміни життєвих переживань у процесі сеансу.

Роль терапевта полягає у тому, щоб допомогти клієнтам стати усвідомленими відносно усього їх досвіду та допомогти їм розробити способи вираження та врівноваження потреб та почуттів таким чином, яким вони повністю ними володіють та приймають. Тут терапевт розрізняє робочі аспекти альянсу та аспекти стосунку у терапії [34].

Перші стосуються спільного аспекту альянсу, який відображає спільну роботу над узгодженими цілями та терапевтичними завданнями. Другі ж посиляються на міжособистісний взаємозв'язок клієнта та терапевта між собою всередині альянсу. Акцент робиться на емпатійному, автентичному та відкритому до аналізу досвіду клієнта, щоб забезпечити безпечне середовище для полегшення змін клієнта [8].

На наш погляд, важливість побудови особливого терапевтичного стосунку та його вплив на процес терапії важко переоцінити, тому саме точка зору гуманістичних підходів в психотерапії викликає найбільшу цікавість як така, що намагається охопити широкий полюс сенсів в координатах «людина-особистість-психотерапевт – людина-особистість-клієнт».

Саме такий вид терапевтичного стосунку, як міцної та безпечної основи для розкриття та вираження психічної реальності клієнта хотілось би проаналізувати та емпірично дослідити в другій частині нашої наукової роботи – а саме значущу роль в його побудові терапевта, його особистісних та професійних характеристик, які очевидним чином проявляються в ході нашої міжособистісної взаємодії, в тому числі і в ході формування психотерапевтичного альянсу.

3. Особистісна роль терапевта в побудові та функціонуванні терапевтичного альянсу

Отже, у попередні підрозділах ми окреслили поняття терапевтичного альянсу в наукових дослідженнях та розуміння даного феномену з точки зору різних психотерапевтичних шкіл. Зараз хотілось би детальніше заглибитись у вивчення такого суттєво важливого на наш погляд чинника формування терапевтичного альянсу як сам терапевт, його особистісні та професійні характеристики, а отже і

його особистісний вклад в процес терапії – наскільки він масштабний та потужний, в яких вимірюваних рамках мав би віднаходитись та функціонувати.

Здатність терапевта вселяти довіру та віру в конфіденційність в межах процесу терапії є однією з найбільш важливих для терапевтичного успіху [32].

З розвитком цих ідей пов'язана здатність терапевта до побудови стосунку з клієнтом та наявність належного рівня компетентності для ефективної допомоги клієнтам, які переживають страждання [2]. Крім того, гіпотетично передбачається, як ми вже згадували в гіпотезі нашого дослідження, що особистісні характеристики терапевта, такі як надійність, доброзичливість та чуйність пов'язані з розвитком і підтримкою позитивного альянсу.

Теоретично також передбачається, що впевненість терапевта у своїй здатності сприяти позитивним змінам у реалізації запиту клієнтами буде пов'язана із якісно сформованим терапевтичним союзом. Прагнучи досягнути та зрозуміти роль особистісних властивостей терапевта в розвитку альянсу, у цьому підрозділі розглянемо дослідження, що пов'язують особистісні ознаки терапевта з його здатністю формувати союз із пацієнтами (клієнтами).

Під час розробки та валідації дослідження альянсу Горват і Грінберг (1989) порівнювали суб'єктивні рейтинги самооцінювання терапевтів за шкалою рейтингів радників (CRF) та шкалою Аналізу робочого альянсу (WAI). WAI - це опитувальник із 36 пунктів, який складається з трьох підрозрядів (Цілі, Стосунок та Завдання), що базуються на тристоронній концептуалізації альянсу Бордіна (1975).

Використовуючи рейтинги третьої сесії психотерапії, вони виявили, що шкала стосунку WAI суттєво пов'язана з надійністю та експертністю шкали CRF. Почуття позитивного взаємозв'язку на початку терапевтичних взаємин було пов'язане із поведінкою терапевта, його послідовністю, невербальними жестами (наприклад, зоровим контактом, нахилом тіла вперед), вербальною поведінкою (наприклад, інтерпретацією сказаного, саморозкриттям) та підтримкою терапевтичних рамок.

Це дослідження також висвітлило виразну кореляцію між шкалою стосунку WAI та шкалою емпатії Аналізу відносин (RI; Barrett-Lennard, 1962), яка вимірює демонстрацію терапевтом емпатії, конгруентності та вираження вербально та невербально позитивного «зворотнього зв'язку» до клієнта. Ці висновки дозволяють стверджувати, що здатність терапевта виявляти розуміння та близькість досвіду пацієнта може бути важливою складовою у побудові міцного терапевтичного союзу.

Про подібні результати також повідомляли у інших наукових дослідженнях [24; 19; 20; 27].

Коадіта Марціалі (1994) досліджували взаємозв'язок між конкретними та глобальними оцінками альянсу на сесіях 3, 5 та 15 короткотермінової психодинамічної психотерапії з використанням рейтингової системи терапевтичного альянсу (TARS; Marmar, Horowitz, Weiss, & Marziali, 1986).) та структурного аналізу соціальної поведінки (SASB; Benjamin, 1984).

TARS - це 42-бальна шкала, яка фокусується на стосунках терапевта та пацієнта та індивідуальних внесках, які кожен привносить у ці взаємини.

Автори встановили, що відсоток суб'єктивно відзначених терапевтом думок про «відчуття об'єднання та спорідненості, спільного контексту» SASB співставлявся із рейтингом оцінювання пацієнтів щодо внеску терапевта в альянс на 3-му сеансі та рейтингами зовнішніх суддів щодо внеску терапевта в альянс на етапі сесії 15. Значна позитивна кореляція була також виявлена між помічною та захисною поведінкою терапевта та його суб'єктивного рейтингового оцінювання щодо власного внеску в альянс на сесії 15.

Для оцінки взаємозв'язку між альянсом і терапевтичним процесом, Прайс та Джонс (1998) порівняли результати рейтингової оцінки експертів в напрямку психодинамічної психотерапії на етапі сесій 5 та 14 за Каліфорнійською шкалою оцінки психотерапевтичного альянсу (CALPAS) та опитувальником оцінювання процесу психотерапії Q-Sort (PQS).

CALPAS складається з 24 ознак, які розбиваються на чотири шкали (включеність в терапію клієнта, виконання зобов'язань клієнта, консенсус робочої

стратегії, включеність і розуміння терапевта), що призначені для відображення різних компонентів альянсу і, як вважається, відображають загальний стан терапевтичного стосунку. Автори повідомили, що рейтинг глобального альянсу був суттєво співвіднесений з підсумковою шкалою розуміння та залученості терапевтів.

Була виявлена значна позитивна кореляція між терапевтичним альянсом та досліджуваними ознаками в PQS, пов'язаними з афіліативною поведінкою терапевта ("Терапевт приймає підтримуючу позицію" та "Терапевт чутливий до почуттів клієнта, емпатично налаштований до клієнта").

Була також виявлена значна позитивна кореляція між альянсом та фактором взаємодії «пацієнт-терапевт» PQS, який представляє терапевта як розуміючого та підтримуючого. Крім того, було виявлено, що фактор взаємодії «пацієнт-терапевт» є достатньо прогностичним для формування терапевтичного альянсу.

Автори припустили, що взаємодія в цьому контексті являє собою продуктивне спілкування між пацієнтом та терапевтом, включаючи як афективні (тобто емпатичні), так і робочі (тобто розуміння) аспекти альянсу. Припускається, що спроможність терапевта доступно висловлюватись та сприйматись клієнтом досвідченим фахівцем в застосуванні терапевтичних стратегій, може призвести до підвищення загальних рейтингів оцінки терапевтичного альянсу.

У дослідженні, зосередженому на вивченні якості терапевтичного альянсу, Hersoug та ін. (2001 р.) оцінював особистісні змінні терапевта на початку та у подальшому перебігу психодинамічної терапії. WAI був використаний для оцінки альянсу на сесіях 3 та 12. Також для оцінки особистих змінних терапевта на цих ж сеансах були використані опитувальник аналізу міжособистісних проблем (ІП; Горовіц, Розенберг, Баур, 1988), SASB та дослідження батьківської прив'язаності (РВІ; Parker, Tuplin, & Brown, 1979).

Позитивні (теплі) ранні спогади про турботу корелювали з вищими рівнем включеності терапевта та клієнта відповідно до рейтингової оцінки альянсу. Більший терапевтичний досвід був пов'язаний з вищими рейтинговими оцінками включеності терапевта на пізніх етапах альянсу. А також, домінуючий міжосо-

бистісний стиль мав передбачувано високий вплив на рейтингову оцінку альянсу клієнтом на пізніших етапах, що підтверджує гіпотезу, що пацієнти можуть почувати себе більш комфортно у взаємодії із впевненим та залученим терапевтом [19].

У сукупності результати цих досліджень свідчать про те, що взаємодія «пацієнт-терапевт» відіграє ключову роль у формуванні та підтримці альянсу.

Це питання також розглядали в своїх дослідженнях Маллінкродт та Нельсон (1991), де використовували WAI, щоб вивчити взаємозв'язок між рівнем підготовки терапевта та рівнем утворення робочого альянсу на сесії 3. Вони психодіагностували діади «клієнт-терапевт» з трьох окремих вибірок, які включали початківців (у першій вибірці), досвідчених спеціалістів (у другій вибірці, де були кандидати в доктори наук) та досвідчених терапевтів (докторів наук).

Автори повідомили, що і пацієнти, і терапевти оцінювали терапевтів з більш високим рівнем підготовки вище за пунктами «Постановка завдань» та «Постановка цілей» ВАІ. Однак, не було виявлено жодних суттєвих відмінностей по рівню підготовки за пунктами утворення довірливого стосунку WAI за оцінкою клієнта чи терапевта. Отримані дані свідчать про те, що менш досвідчені терапевти здатні налагоджувати зв'язок із пацієнтом, але можуть бути менш ефективними у встановленні цілей терапії та виконанні завдань, необхідних для досягнення цих цілей на початку терапії [22].

Використовуючи діаграми клієнтів та терапевтів з університетського середовища, Аль-Дармакі та Ківлінгхан (1993) порівняли оцінювання альянсу клієнтів та терапевтів у ВАІ з рейтингами оцінювання зовнішніх експертів у переглянутому аналізі очікувань від психотерапії (PEI-R; Verzins, 1971) з сесії 3 формальної психотерапії. Терапевти проходили різні рівні підготовки: від початківців студентів-терапевтів до супервізорів.

Вони повідомили, що якщо терапевт очікував, що відносини будуть позитивними (тобто, довірливими та близькими), це сприятиме виробленню кращого терапевтичного союзу (більш високі рейтинги оцінювання WAI, пунктів формулювання завдання та цілей). Ці висновки підтримують думку Маллінкродта та

Нельсона (1991), що рівень підготовки не обов'язково впливає на розвиток терапевтичної зв'язку на початку терапії [6].

Використовуючи WAI із вибіркою студентів, які подались для участі в дослідженні у якості пацієнтів, Ківліган, Кліментс, Блейк, Арнцен та Брейді (1993) вивчили вплив статі на особистість терапевта, його гнучкість та формування терапевтичного союзу протягом чотирьох сесій. Очікувалося, що вибрані клієнти будуть представляти до обговорення з терапевтом особисті проблеми з їхнього поточного життя та оцінювати альянс після кожного сеансу.

Автори повідомляють про відсутність значного взаємозв'язку між статевою рольовою орієнтацією та оцінюванням клієнтами терапевтичного союзу у середньому на усіх сесіях. Проте, виявлена значна залежність між високою гнучкістю терапевта та вищим рейтингом оцінювання клієнтами терапевтичного альянсу за середнім показником WAI протягом усіх сесій.

Моль, Мартінес, Тіхнор, Хуан та Корделл (1991) попросили клієнтів оцінити свого терапевта, використовуючи Опитувальник ефективності альянсу (NAq; Люборський, Мінце, Ауербах та ін., 1980) та семантичну диференціацію Осгуда (OSD; Осгуд, Сучі), Та Tannenbaum, 1975) після початкового скринінг-інтерв'ю. Вони повідомили, що ті пацієнти, які відчували сильніше бажання отримати допомогу, відчували, що вони набули нового розуміння, сподобалися терапевту та відзначили відчуття, що терапевт проявляє до них значну міру симпатії та поваги.

Узагальнюючи, терапевти, яких визнавали теплими, доброзичливими та розуміючими, мали більш високу оцінку здатності допомогти у альянсі вже на початку процесу терапії.

Отже, у попередніх трьох підпунктах даного теоретичного розділу ми розглянули засадові аспекти поняття терапевтичного альянсу – його основні згадки та аналіз впливу даного феномену на процес терапії в наукових дослідженнях; інтерпретації ролі побудови та якості терапевтичного стосунку в психотерапевтичному процесі з точки зору психодинамічного, когнітивно-

поведінкового та гуманістичних підходів; особливий вклад та особистісну роль терапевта, яку він вкладає в процес терапії клієнта.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЛІ В ЙОГО ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОСТІ ТЕРАПЕВТА

2.1. Характеристика методичної бази та процедури дослідження феномену терапевтичного альянсу та особливостей особистості терапевта

Дослідження проводилось протягом лютого-квітня другого навчального семестру 2020 року.

Групою досліджуваних ми обрали практикуючих психологів та психотерапевтів психодинамічного, когнітивно-поведінкового та клієнтцентованого напрямків, що у своїй професійній діяльності протягом останніх півроку були залучені до формування терапевтичного альянсу із клієнтом. Група досліджуваних складала 57 опитуваних чоловіків та жінок віком 25-59 р. Середній вік досліджуваних складав 37 років, а відсоткове співвідношення за віком та статтю було наступним:

Таблиця 2.1

	25-30 років	30-40 років	40-59 років
Чоловіки	1	2	1
Жінки	12	21	20

Вибірка дослідження була випадковим чином зібрана за допомогою соціальних мереж, а саме професійного кола знайомих, а також у тематичних професійних групах, сторінках та інтернет-ресурсах. Формальне дослідження з метою економії часу та зручності респондентів проводилось за допомогою онлайн гугл-форм.

Виходячи з обґрунтування, представленого у теоретичній частині дослідження, особливу увагу в аналізі феномену терапевтичного альянсу ми сфокусували на особистості терапевта як важливої, ба навіть фундаментальної змінної, що впливає на його формування та функціонування. Отже, задля дослідження характерологічних особливостей терапевта нами були обрані методики, детальніше описані у цьому розділі.

Згідно мети та завдань емпіричне дослідження планувалось у п'ять етапів, які наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Номер етапу	Назва етапу	Характеристика етапу	Методи та методики, які використовували

1	Підбір методів та методик	<p>Цей етап був спрямований на відбір ряду методів та методик, які дають можливість дослідити особливості терапевтичного альянсу та ролі в ньому особистості терапевта.</p> <p>У подальшому із них були обрані найбільш відповідні до мети та завдання дослідження.</p>	
----------	----------------------------------	---	--

2	<p>Проведення основного дослідження</p>	<p>Цей етап включав в себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заповнення анкетних даних; - проведення тестових завдань, досліджуваними. 	<ul style="list-style-type: none"> - «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» Relationship Quality (RO) K.Bartolomew, L.Horowitz (адаптація Т.В.Казанцевої); - П'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКас, П.Коста (адаптація Л.Бурлачука, Д.Корольова); - Опитувальник "Досвід близьких відносин"К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої). - Авторська анкета дослідження суб'єктивної оцінки терапевтом довготривалості та ефективності терапевтичних альянсів в своїй практиці; - Методика «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM)
---	--	--	---

3	Первинне опрацювання даних	Дані, отримані за допомогою стандартизованих методик та сконструйованих шкал, підраховувалися згідно ключів і вводилися в електронну таблицю програми SPSS.	-
4	Вторинне опрацювання даних	Опрацювання кількісних даних відбувалося за допомогою методів статистичного аналізу.	Методи статистичного аналізу: непараметричний критерій Краскелла-Уолліса, параметричний критерій Пірсона та непараметричний критерій Спірмана
5	Опис результатів дослідження	Результати дослідження склали інтерпретації, отримані на перетині опрацьованих кількісних та якісних даних.	-

1. «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» RelationshipQuality (RO) K.Bartolomew, L.Horowitz (адаптація Т.В.Казанцевої)

Дана методика побудована на цілісному відтворенні чотирьох стилів взаємин, з яких досліджуваний обирає один, що на його думку є найближчим до його стилю вибудовування стосунків, а потім оцінює за 12-бальною шкалою ступінь вираженості у себе кожного із них.

В основу прототипів лягли два параметри, зазначених ще М.Ейнсворт - міжособистісна тривога (з приводу припинення стосунків, відкидання або недостатньої любові) і уникнення (близькості, залежності, емоційності). В інтерпретації Кім Бартолом'ю ці параметри являють собою внутрішні робочі моделі себе та іншого. Вона запропонувала розглядати вимір тривоги як модель себе (негативну чи позитивну), а вимір уникнення - як модель іншого (так само, негативну або позитивну).

У результаті дослідник отримує якісні і кількісні показники типу прихильності. Короткий опис цих основних чотирьох стилів:

- Тип А – «автономний», або «безпечний» - характеризується позитивним поглядом на себе і інших (вважає себе гідним любові, а партнерів - чуйними і надійними);
- Тип В - «надзалежний», або «тривожно-суперечливий» - володіє негативним уявленням про себе і позитивним - про інших;
- Тип С – «псевдоавтономний», або «відсторонено-уникаючий» - демонструє позитивну модель себе і негативну модель іншого;
- Тип D - «дезорієнтований», або «обережний» - негативно ставиться і до себе, і до інших.

Бартолом'ю передбачала, що, оскільки люди схильні до узгодженого уявлення про себе і про інших, тип А і тип D повинні бути переважаючими.

Переклад і апробація методики виконані Т.В.Казанцевой [4].

2. П'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКас, П.Коста (адаптація Л.Бурлачука, Д.Корольова)

Даний опитувальник був залучений до інструментарію дослідження з метою багатостороннього вичерпного аналізу особистості терапевта та виокремлення ключових її особливостей, що доволі ймовірно будуть важливими факторами впливу на подальше формування терапевтичного альянсу з клієнтом.

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест Велика п'ятірка (Big five) був розроблений американськими психологами Р. МакКрае і П. Коста в 1983-1985 рр. Згодо методику доопрацьовували, і в остаточному вигляді він був

представлений NEO-особистісним опитувальником або NEO-PI-R (від англ. нейротизм, екстраверсія, відкритість). У нашому дослідженні використаний вказаний опитувальник у модифікації А.Г. Грецова.

Автори опитувальника Р. МакКрає і П. Коста переконані, що виділених п'яти незалежних змінних, точніше особистісних факторів темпераменту і характеру (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) достатньо для об'єктивного опису психологічного портрету – моделі особистості.

П'ятифакторний тест-опитувальник складається із 25 парних, протилежних за своїм значенням, стимульних висловлювань, що характеризують поведінку людини. Стимульний матеріал має п'ятибальну оціночну шкалу (-2; -1; 0; 1; 2) для діагностики ступеня вираженості кожного з п'яти факторів:

- 1) екстраверсія - інтроверсія;
- 2) прихильність - відособленість;
- 3) самоконтроль - імпульсивність;
- 4) емоційна стійкість - емоційна нестійкість;
- 5) експресивність - практичність.

3. Опитувальник "Досвід близьких відносин" К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої)

Дана методика розроблена для вимірювання суб'єктивних відмінностей дорослих щодо міжособистісної прихильності. Методика створена К. Бреннан, Ц. Кларком і П. Шейвер у 1998 році.

Складається із 36 висловлювань, що становлять дві шкали:

- 1) Anxiety (тривога в аспекті прихильності);
- 2) Avoidance (уникнення близькості в аспекті прихильності).

Перша шкала демонструє наскільки суб'єкт відчуває довіру, впевненість, відчуває безпеку / сумнівається, відчуває надійність / крихкість у відносинах зі значущим близьким. Друга шкала відображає страх розвитку залежності від значущого іншого, тобто при високій значущості близької людини, зазначається уникнення близьких стосунків, дискомфорт при зближенні із близькою людиною, внаслідок страху контролю і «поглинання» цією людиною.

Ґрунтуючись на цих двох вимірах, К. Бреннан та співавтори виділяють чотири типи міжособистісної прихильності: надійний, амбівалентний, замкнутий і боязкий:

- Надійний стиль (низький рівень прояву стратегії уникнення і низька тривога у близьких відносинах) забезпечує, що міжособистісні відносини сприяють усвідомленню власної самоцінності особистостю, формують комфорт в близьких відносинах.
- Замкнутий стиль (низька тривожність при великому рівні уникання) пов'язаний з запереченням потреби у прихильності, емоційного дистанціювання з важливими близькими людьми, невмінням виявляти почуття.
- Амбівалентний (висока тривожність, низький рівень стратегії уникання) характеризується надмірним занепокоєнням щодо передбачуваної втрати близької людини, боязною припинення стосунку, що може проявлятися в роздратуванні, протесті, ревнощах, страху і надмірній залежності.
- Боязкий стиль міжособистісної прихильності (високий рівень уникнення і висока тривожність) призводить до відчуття низької самооцінки, уникнення міжособистісних взаємодій, страхом близьких відносин.

4. Авторська анкета дослідження самоефективності терапевта в альянсі.

Складена нами анкета спрямована здійснювати скрінінг-опитування суб'єктивної оцінки терапевтом довготривалості та ефективності терапевтичних альянсів у своїй практиці. Задля загального аналізу психотерапевтичної вибірки на початку ми з'ясовували академічну та психотерапевтичну освітою терапевта, кількість годин його теоретичної підготовки та особистого досвіду психотерапії, інтенсивність практичної діяльності – середню кількість клієнтів на тиждень, а також труднощі, із якими доводиться стикатись у процесі практики.

Також до анкети увійшло 6 профільних запитань, відповіді на які висвітлюють суб'єктивне оцінювання терапевтом власної терапевтичної практики за наступними шкалами:

- «Відчуття власної автентичності у роботі з клієнтами»;
- «Компетентність в роботі з емоційними реакціями клієнтів»;
- «Рівень вміння терапевтом концептуалізації запиту»;
- «Залучення клієнта до процесу терапії»;
- «Ефективність робочого альянсу з клієнтом»;
- «Ефективність вираження клієнту турботи та підтримки».

Усі ці фактори, ми вважаємо, важливими складовими формування та функціонування терапевтичного альянсу, проте найбільш цільовими є шкали «Залучення клієнта до процесу терапії» та «Ефективність робочого альянсу»

5. Методика «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM)

Для вимірювання якісних характеристик терапевтичного альянсу було обрано методику «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM; Agnew-Davies et al., 1998) [5].

Ця методика продемонструвала хороші показники надійності та валідності в англomовному варіанті. При перекладі та адаптації цієї методики показник внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха становив 0,6 при мінімальному 0,5.

Ця методика містить 28 тверджень і має 2 паралельні форми для терапевтів та пацієнтів. В нашому дослідженні ми використали її модифікований варіант, описаний у Black S., 2000 [6] з метою вимірювання показника терапевтичного альянсу терапевта не з конкретним клієнтом, а загалом («Мої клієнти можуть вільно виражати те, що їх турбує», « Мої клієнти доброзичливі до мене», « Мої клієнти переживають, що будуть почувати себе незручно через мене (принижено)», «Мої клієнти в стосунках зі мною беруть на себе ініціативу» тощо).

Терапевт повинен був, згідно інструкції («Думаючи про вашу терапевтичну роботу, будь ласка, вкажіть наскільки ви погоджуєтесь, чи не погоджуєтесь з

кожним твердженням») оцінити міру згоди з кожним твердженням за 7-бальною шкалою Лайкерта.

Дану методику було обрано з огляду на її вимірювані показники, характерні, на наш погляд, для терапевтичних стосунків в різних терапевтичних модальностях, зокрема для системної сімейної терапії.

Шкала «Зв'язок» вимірює рівень привітності терапевта по відношенні до клієнтів, прийняття, розуміння та підтримки у стосунках.

Шкала «Партнерство» вимірює міру узгодженості терапевтичних завдань та цілей між терапевтом та клієнтом.

Шкала «Довіра» вимірює міру впевненості клієнта в терапевтичних інтервенціях та оптимістичність оцінювання ним результатів терапії.

Шкала «Відкритість» стосується того, наскільки, на думку терапевта, клієнти почувають себе у стосунках з ним безпечно, можуть відкривати свої проблеми без страху або збентеження.

Шкала «Ініціатива клієнтів» стосується того, наскільки клієнти беруть на себе ініціативу та відповідальність за перебіг терапії.

Підсумовуючи підготовчий етап нашого емпіричного дослідження, наведемо просторово-графічну теоретичну модель прогнозованих зв'язків між шкалами опитувальників.

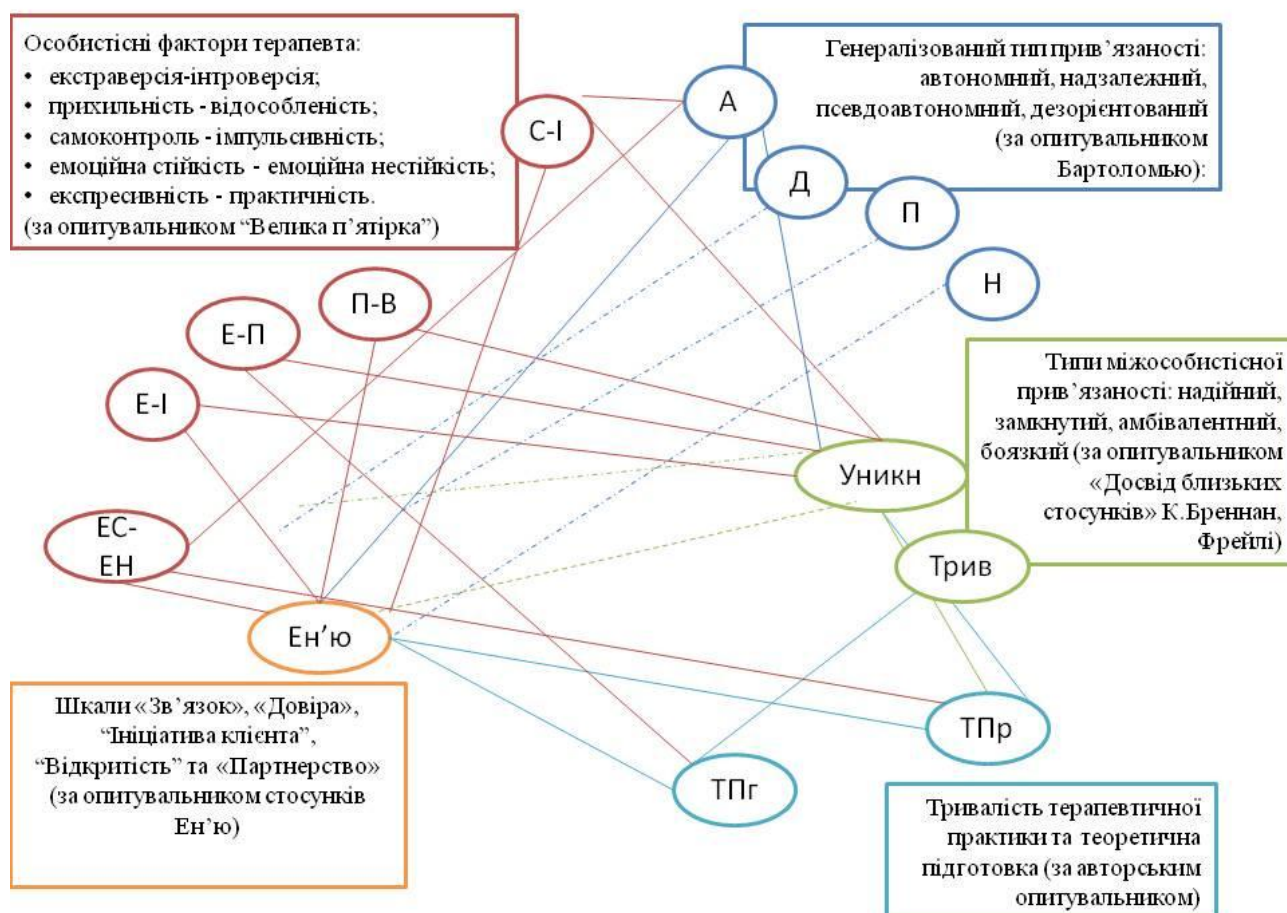


Рис.2.1 Теоретична модель прогнозованих кореляцій між шкалами опитувальника

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Групою досліджуваних ми обрали практикуючих психологів та психотерапевтів психодинамічного, когнітивно-поведінкового та клієнтцентованого напрямків, що у своїй професійній діяльності протягом останніх півроку були залучені до формування терапевтичного альянсу із клієнтом.

Група досліджуваних складала 57 опитуваних чоловіків та жінок віком 25-55р. В розділі 2.1 (див. Таблицю 2.1) приводили відсоткове співвідношення статі та віку опитаних респондентів, нижче наведемо даний розподіл у графічному вигляді:

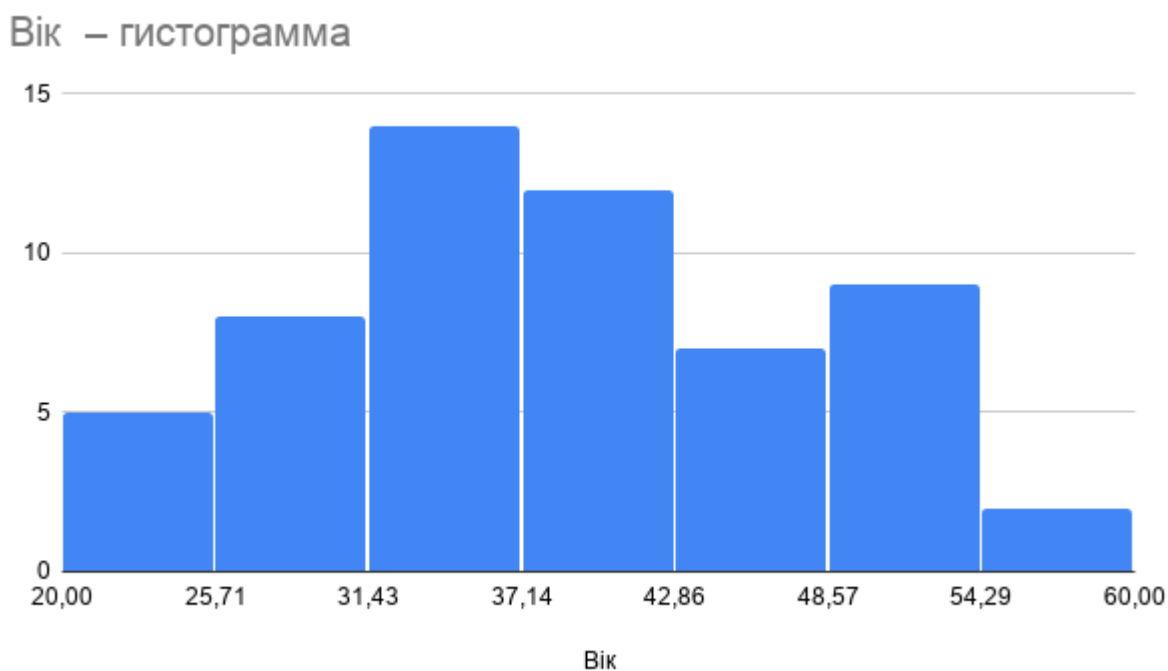


Рис. 2.2 Розподіл вибірки респондентів за віком

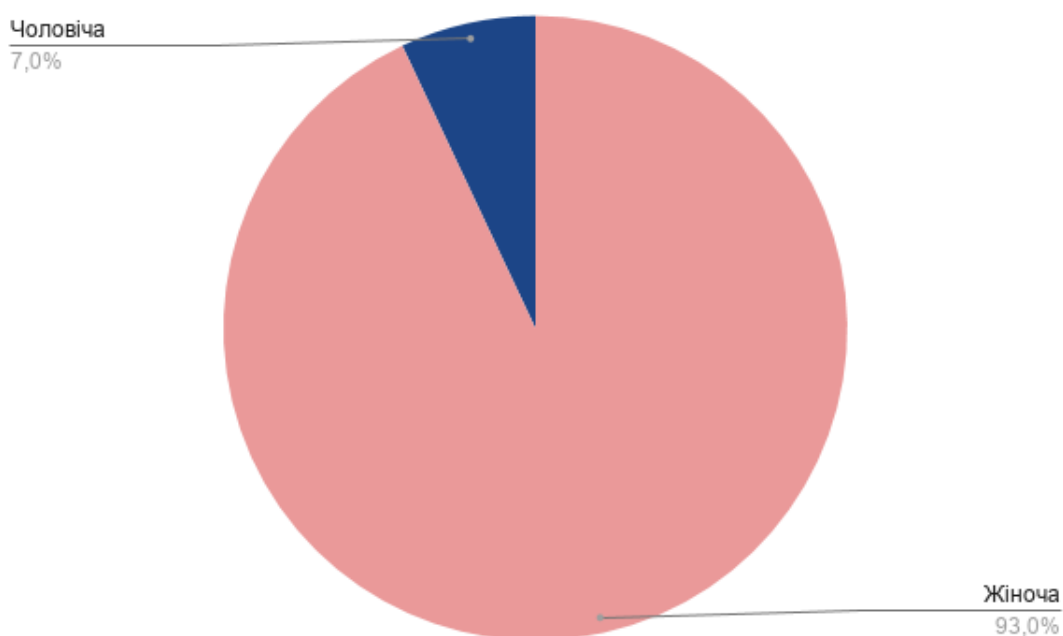


Рис. 2.3 Розподіл вибірки респондентів за ознакою статі

Одже, здебільшого опитані що взяли участь у дослідженні це - фахівчині-жінки. Середній вік респондентів 30-40 років.

Оскільки фокусною темою нашого дослідження є характерологічні особливості саме практикуючих психологів та психотерапевтів, наступні цільові запитання авторського опитувальника стосувались тривалості та інтенсивності

практичної діяльності, а також профільної освіти задля виявлення можливих взаємозв'язків даних факторів з якісними показниками формування терапевтичного альянсу:

Таблиця 2.3

Розподіл вибірки за видом психотерапевтичної освіти

Травмо-орієнтована терапія	Клієнт-центрована терапія	ПТ	Психодинамічний напрямок (символдрама, психодрама, психоаналіз)	Гештальт	Інше (емоційно-фокусована, системна сімейна, аналітична, позитивна)	Відсутня
2	12	1	8	4	7	3

Відповідно до вищенаведених результатів, бачимо що в нашому дослідженні переважаюча кількість досліджуваних терапевтів є фахівцями саме з когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії.



Рис. 2.4 Кількість теоретичних годин в навчальному

психотерапевтичному проєкті

На графіку проілюстровано що більшість респондентів здобула близько 500 навчальних годин у психотерапевтичних проєктах.

Таблиця 2.4

Кількість годин власного терапевтичного досвіду

До 100	Від 100 до 200	Від 200 до 300	Від 300 до 500	Від 500 до 1000	Від 1000
20	8	5	14	3	4

Відповідно до представлених даних, бачимо що серед досліджуваних нами фахівців значна частина відзначили тривалість власного психотерапевтичного досвіду до 200 год, та переважаюча кількість опитаних - у діапазоні до 500 год. Узагальнюючи, можемо зробити висновок, що більшість учасників нашого дослідження мають (а також перебувають у процесі здобуття) власного терапевтичного досвіду, що теж є безсумнівно важливим чинником зростання професійності психотерапевтів та має вплив на якість формування психотерапевтичного альянсу.

Таблиця 2.5

Тривалість власної психотерапевтичної практики

До 1 року	1-3 роки	4-5 років	6-8 років	8-10 років	Більше 10 років	Більше 20 років
6	12	10	9	4	8	5

Що ж до тривалості психотерапевтичної практики досліджуваних, переважуюча кількість відповідей перебуває у межах 1-5 років, наступною за популярністю відповідей є категорія 6-8 років. Також у дослідженні взяли участь фахівці із тривалішим досвідом роботи - 10 і більше років. Загалом це демонструє надійність результатів досліджуваної нами вибірки терапевтів як дійсно практикуючих у галузі психології.



**Рис. 2.5 Тип психотерапевтичної роботи респондентів
(вид зайнятості)**

Діаграма відображає, що здебільшого доучасті у дослідженні вдалося залучити фахівців психології та психотерапевтів що здійснюють приватну практику, проте певна частина учасників провадить діяльність у межах державної зайнятості, що позитивним чином мало б відобразитись на рандомізації та природньому розподілі даних у нашій досліджуваній вибірці.



Рис. 2.6 Середня кількість проведени консультувань на тиждень респондентами

На графіку бачимо, що середня інтенсивність психотерапевтичної практики наших досліджуваних перебуває у діапазоні 15-20 консультацій на тиждень, що є підтвердженням їхньої активної практичної діяльності у психологічній галузі.

Подальше опрацювання результатів дослідження здійснюється за допомогою графічного опису результатів опитування за спеціалізованими методиками, що описані в розділі 2.1.

У результаті дослідження за методикою «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К. Bartolomew, L. Horowitz (адаптація Т. В. Казанцевої) було виявлено переважаючий тип прив'язаності респондентів А (автономний, або «безпечний» тип), що графічно відображено у наступних гістограмах:

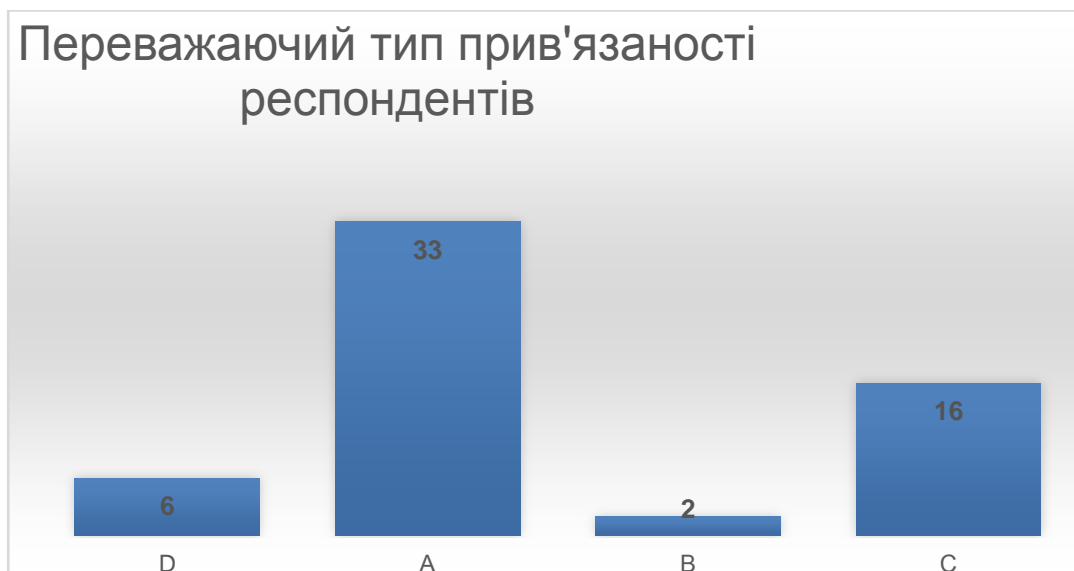


Рис. 2.7 Розподіл результатів щодо генералізованого типу прив'язаності

Отже, на цій гістограмі відображено, що переважаючим типом прив'язаності є А (автономний, або ж «безпечна прив'язаність») – 33 респондентів демонструють домінуючим саме вказаний тип прив'язаності, що акцентує нашу увагу на особливій значущості (та, ймовірно, ефективності) у формуванні професійної ідентичності та особистості психотерапевта.

Наступним за частотою поширеності виявлено тип прив'язаності С (псевдоавтономний), що теж є вагомим феноменом з огляду на контекст дослідження психотерапевтичного альянсу, адже, припускаємо, що психотерапевт привносить таку модель стосунку у процес психотерапії. А також цікавою є гіпотеза, що саме такий сформований тип прив'язаності є підґрунтям для його психологічного опрацювання та надкомпенсації особистістю в процесі становлення професійної ідентичності як фахівця у галузі психології.



* де 1-57 – це респонденти та їх результати

** чим вищий результат за шкалою 0-10 – тим більше респондент тяжіє до даного типу прив'язаності.

Рис. 2.8 Суб'єктивна оцінка вираженості типу прив'язаності А серед респондентів

На цьому графіку спостерігаємо, що переважна більшість опитуваних зазначили притаманною для себе схильність до вказаного виду прив'язаності на середньому та вище середнього рівні, що також вказує на його виразну значущість як частини особистості психотерапевта, його уявлення про формування довірливого стосунку, зокрема й пситерапевтичного.



* де 1-57 – це респонденти та їх результати

** чим вищий результат за шкалою 0-10 – тим більше респондент тяжіє до даного типу прив'язаності.

Рис. 2.9 Суб'єктивна оцінка вираженості типу прив'язаності В серед респондентів

- Бачимо, що переважна більшість мають нижче середнього та низькі результати, що може свідчити про даний вид прив'язаності як менш поширений серед психотерапевтів.



* де 1-57 – це респонденти та їх результати

** чим вищий результат за шкалою 0-10 – тим більше респондент тяжіє до даного типу прив'язаності.

Рис. 2.10 Суб'єктивна оцінка вираженості типу прив'язаності С серед респондентів

- Бачимо, що розкид даних є доволі різноманітним, проте переважна більшість тяжіє до середніх результатів. Цікавим, як ми вже згадували, є той факт, що даний тип прив'язаності є другим за частотою виявлення серед досліджуваної вибірки. Ймовірно, це може мати статистичного значимі взаємозв'язки із деякими особливостями побудови терапевтичного альянсу між клієнтом та терапевтом.



* де 1-57 – це респонденти та їх результати

** чим вищий результат за шкалою 0-10 – тим більше респондент тяжіє до даного типу прив'язаності.

Рис. 2.11 Суб'єктивна оцінка вираженості типу прив'язаності D серед респондентів

Опираючись на результати проілюстровані у поданих вище графіках, можемо константувати наявність доволі високої кількості осіб в групі досліджуваних із виявленим безпечним типом прив'язаності А (автономний), що ймовірно пов'язано із професійними компетенціями та є важливим чинником формування терапевтичного альянсу. Наступним за частотою поширення є тип прив'язаності С (псевдоавтономний), найменше ж серед досліджуваних виявлено осіб із типом прив'язаності В (тривожно-суперечливий), що теж видається нам цікавим феноменом у рамках даного дослідження особистості терапевтів, становлення їх професійної ідентичності та зростання, і, як наслідок, формування терапевтичних альянсів із клієнтами.

Розглянемо особливості розподілу відповідей на запитання авторського опитувальника самооцінювання власної психотерапевтичної практики, а саме ключових на наш погляд особливостей терапевтичного альянсу між клієнтом та психотерапевтом.

Представляємо їх у вигляді горизонтальних гістограм нижче:

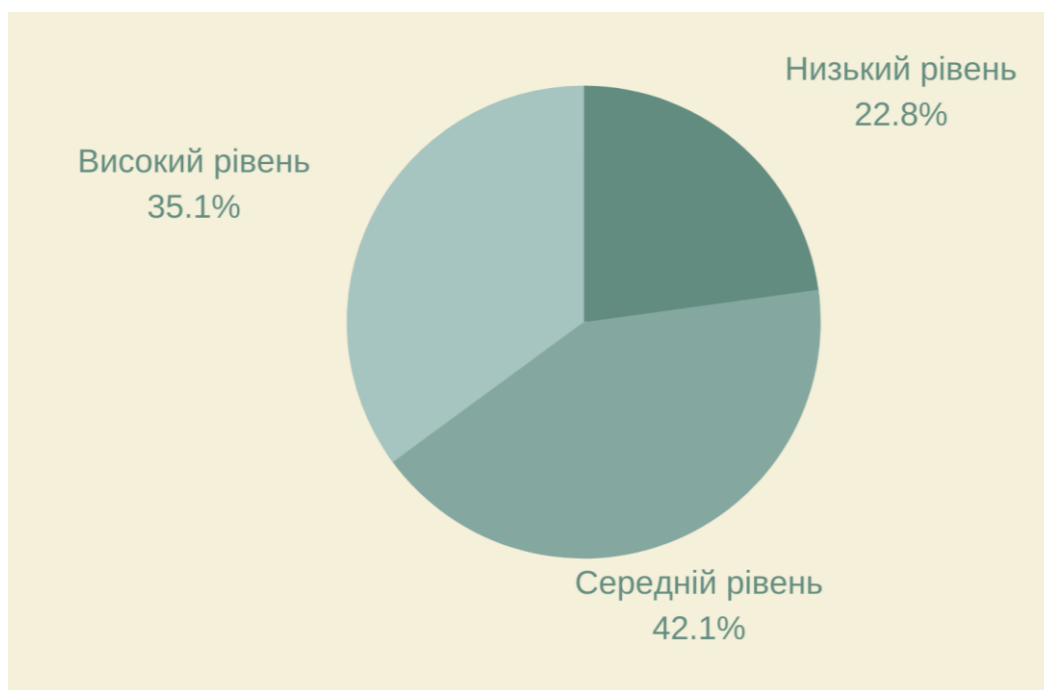


Рис. 2.12 Розподіл результатів щодо шкали «Відчуття власної автентичності в роботі з клієнтами» авторського опитувальника

- Виявлено, що більшість респондентів оцінили вказану якість на рівні високому та вище середнього (в цілому 44), що підкреслює її вагомість у контексті нашого дослідження;

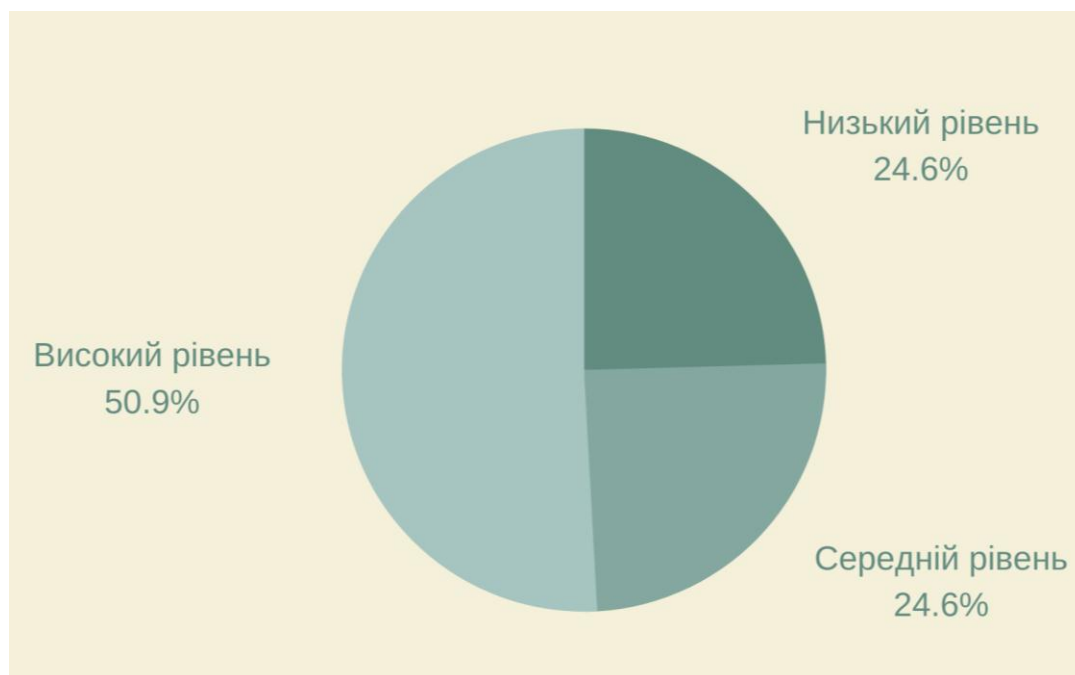


Рис. 2.13 Розподіл результатів щодо шкали «Компетентність в роботі з емоційними реакціями клієнтів» авторського опитувальника

- Виявлено, що переважна більшість респондентів зазначили вказану якість на середньому (14) та вище середнього рівні (29), що ймовірно може бути пов'язано із недостатньою впевненістю у теоретичному та практичному досвіді деяких опитаних нами психотерапевтів, а також – із самокритичністю та високим рівнем вимог та очікувань щодо власної діяльності;

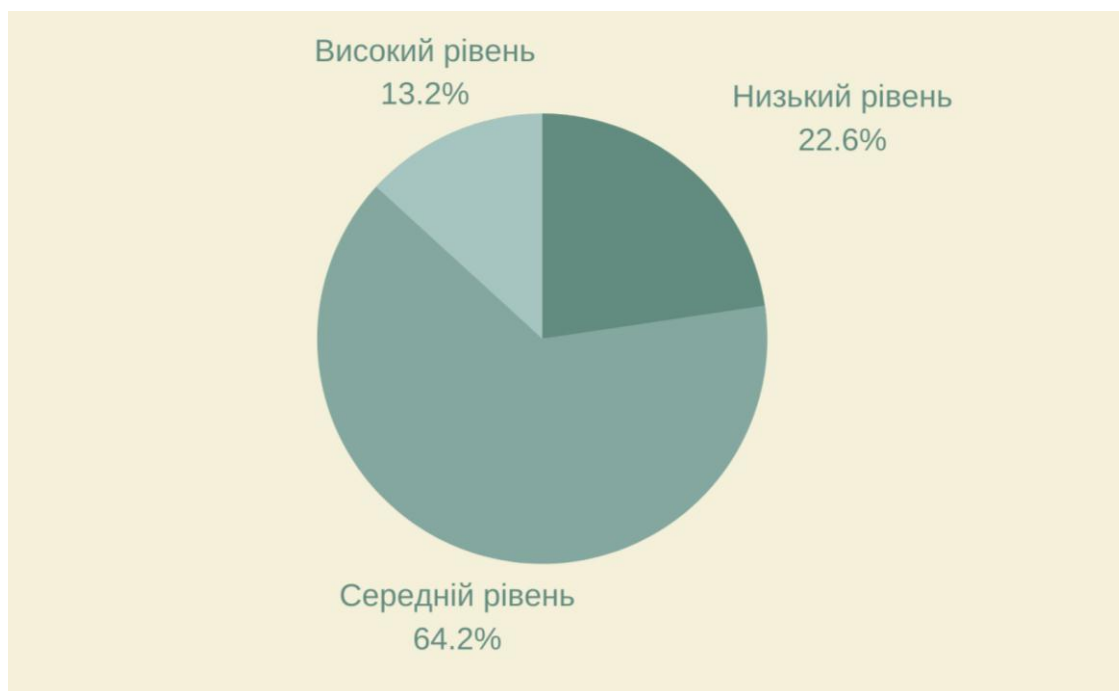


Рис. 2.14 Розподіл результатів щодо шкали «Концептуалізація запиту» авторського опитувальника

- Проілюстровано, що значна кількість респондентів відзначило вказану якість на середньому та вище середнього рівні (в цілому 46), щодо високих результатів (7), такі закономірності також можуть бути пов'язані із високим рівнем вимог до власної психотерапевтичної діяльності, та ймовірно зумовлені меншою тривалістю професійного досвіду у окремих респондентів;

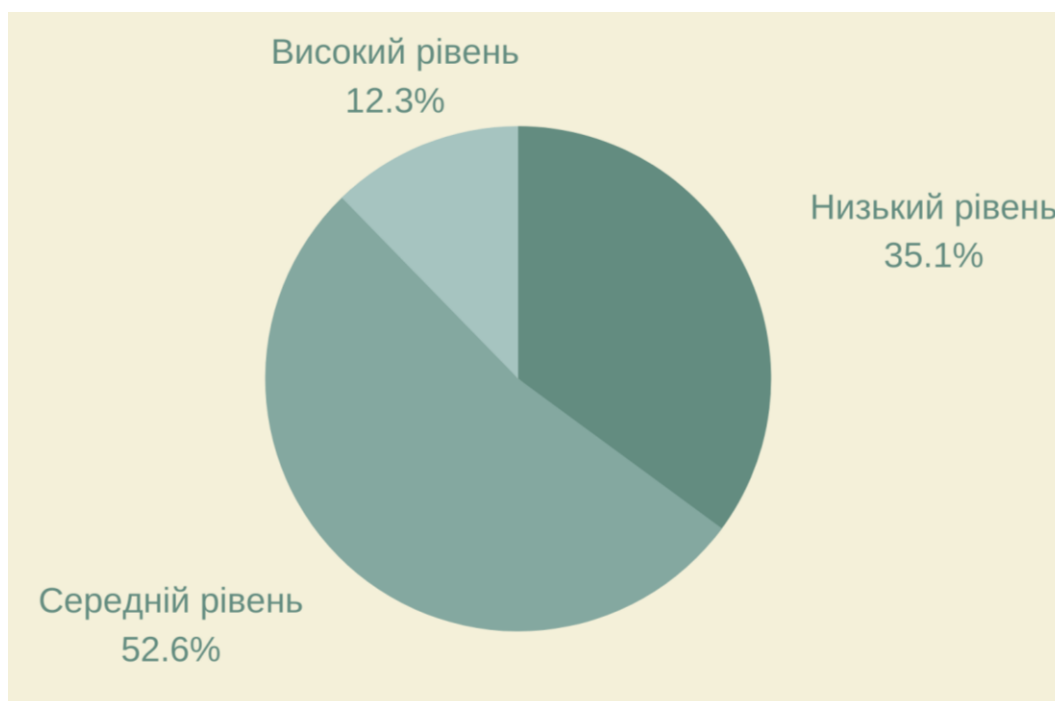


Рис. 2.15 Розподіл результатів щодо шкали «Залучення клієнта до процесу терапії» авторського опитувальника

- Відображено, що переважна більшість респондентів оцінюють вказану якість на середньому та нижче середнього рівні (в цілому 30), та відносно мало високих результатів (7). *Ймовірно, ця якість розглядається досліджуваними нами психотерапевтами як доволі важкодосяжна, проте безумовно є значимою в процесі терапії та формування альянсу;*

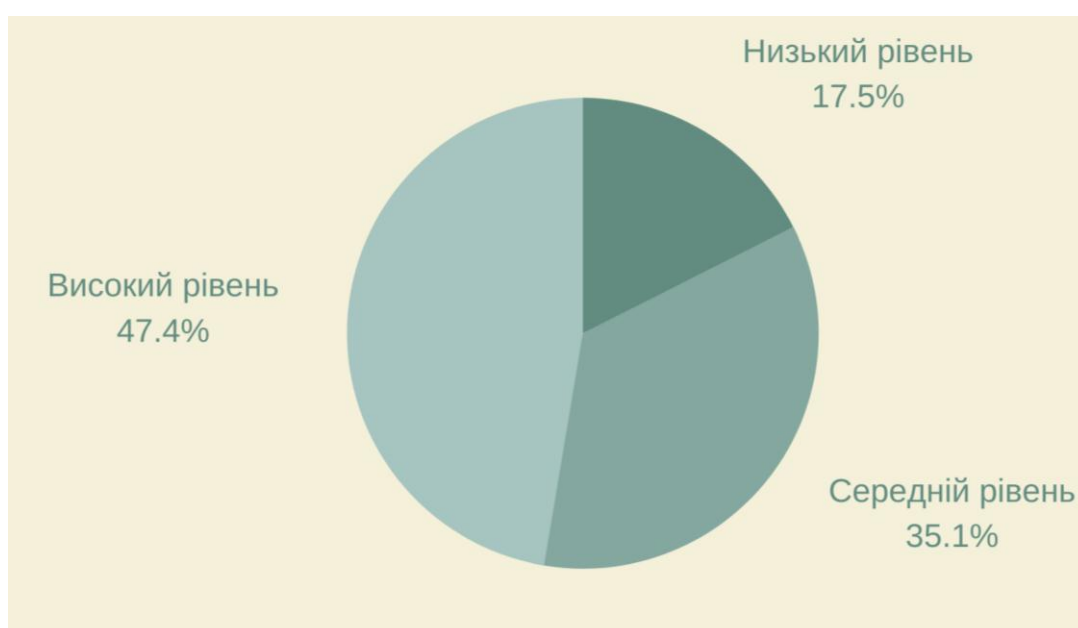


Рис. 2.16 Розподіл результатів щодо шкали «Ефективність робочого альянсу з клієнтом» авторського опитувальника

- Бачимо, що переважаюча більшість респондентів оцінили вказану якість на середньому та вище середнього рівні (в цілому 40), що відображає позитивне самооцінювання себе як пситерапевта у процесі формування терапевтичного альянсу, що об'єктивно (завдяки обраній чутливій методиці та репрезентативній вибірці) для проведення нашого дослідження;



Рис. 2.17 Розподіл результатів щодо шкали «Ефективність вираження клієнту турботи та підтримки» авторського опитувальника

- Бачимо, що переважна більшість респондентів оцінили вказану якість на середньому та вище середнього рівні (в цілому 47), що може свідчити про виключну важливість характеристик які відображені у шкалі у процесі формування психотерапевтичного альянсу;

Узагальнюючи результати дослідження за даною методикою, бачимо що найвищі результати серед респондентів здобули шкали «Ефективність вираження розуміння та турботи клієнтам» та «Відчуття власної автентичності у роботі із клієнтом».

У результаті дослідження за методикою «Опитувальник стосунків Ен'ю» **Agnew Relationship Measure (ARM)** було виявлено якісні показники характеристик терапевтичного альянсу відповідно до шкал:

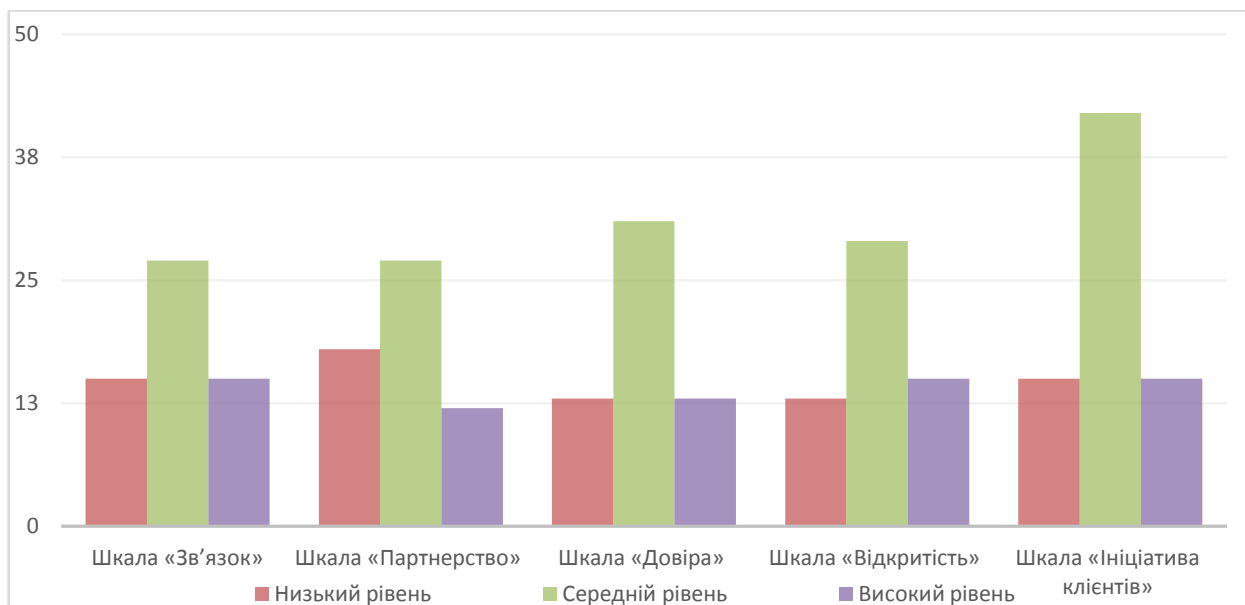
- «Зв'язок» (вимірює рівень привітності терапевта щодо клієнтів, прийняття, розуміння та підтримки у стосунках);
- «Партнерство» (вимірює міру узгодженості терапевтичних завдань та цілей між терапевтом та клієнтом);
- «Довіра» (вимірює міру впевненості клієнта у психотерапевтичних інтервенціях та оптимістичність оцінювання ним результатів терапії);
- «Відкритість» (стосується того, наскільки, на думку терапевта, клієнти почувають себе у стосунках з ним безпечно, можуть відкривати свої проблеми без страху або збентеження);
- «Ініціатива клієнтів» (стосується того, наскільки клієнти беруть на себе ініціативу та відповідальність за перебіг терапії).

Результати розподілу відповідей респондентів зображено нижче у вигляді таблиці та гістограми:

Таблиця 2.6

Результати респондентів за методикою «Опитувальник стосунків Ен'ю»

	Шкала «Зв'язок»	Шкала «Партнерство»	Шкала «Довіра»	Шкала «Відкритість»	Шкала «Ініціатива клієнтів»
Низький рівень	15	18	13	13	15
Середній рівень	27	27	31	29	42
Високий рівень	15	12	13	15	15



**Рис. 2.18 Розподіл результатів методики по шкалах
«Опитувальник стосунків Ен'ю»**

Опираючись на отримані та проілюстровані дані, можна стверджувати про відносне переважання високих та середніх результатів серед опитуваних, особливо за шкалами «Довіра» (31 мають середні та 13-ро високі результати) та «Ініціатива клієнтів» (42-є мають середні та 15 високі результати). Це може свідчити визначальну важливість вказаних якісних характеристик психотерапевтичного альянсу у досвіді його формування респондентами.

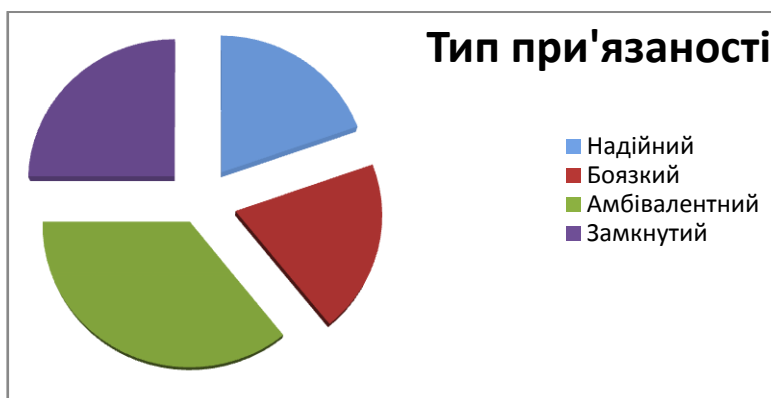
У результаті дослідження за опитувальником "**Досвід близьких відносин**" К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої) було виявлено домінуючий тип міжособистісної прихильності. Переважаючими серед досліджуваних були такі: надійний (низька тривога, низьке уникнення), амбівалентний (висока тривога, низьке уникнення), замкнутий (низька тривога, високе уникнення) і боязкий (високий рівень уникнення і висока тривожність).

Результати розподілу відповідей респондентів зображено нижче у вигляді таблиці та гістограми:

Таблиця 2.7

**Домінуючий стиль прив'язаності за опитувальником
«Досвід близьких відносин»**

Надійний стиль прив'язаності (низька тривога, низьке уникнення)	Боязкий стиль прив'язаності (висока тривога, високе уникнення)	Амбівалентний стиль прив'язаності (висока тривога, низьке уникнення)	Замкнутий стиль прив'язаності (низька тривога, високе уникнення)
11	11	20	14



**Рис. 2.19 Розподіл результатів методики по шкалах за опитувальником
«Досвід близьких відносин»**

Виходячи із результатів дослідження за даним опитувальником, можемо відзначити переважаючим амбівалентний стиль прив'язаності, що дещо неспіввідноситься із результатами дослідження за методикою «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К. Bartolomew, L. Horowitz (адаптація Т. В. Казанцевої). Проте, досліджувані типи не є тотожними та кожна із вказаних методик вивчає специфічні аспекти вказаної характерологічної особливості особистості, що доповнює результати нашого дослідження.

Також варто наголосити, що в цілому, статистично значущого розкиду даних між різними дослідженими типів прив'язаності у результатах не виявлено, що може вказувати на близькість до природнього рандомізованого розподілу.

У результаті дослідження за методикою п'ятифакторного особистісного опитувальника «Велика п'ятірка» Р.МакКас, П.Коста (адаптація Л.Бурлачука, Д.Корольова) були отримані наступні результати за основними 5 шкалами:

Таблиця 2.8

Розподіл результатів респондентів за опитувальником «Велика п'ятірка»

	Шкала «екстра- версія/ інтро- версія»	Шкала «прихиль- ність/відособл еність» (схиль ність до зго- ди)	Шкала «самокон- троль/імпульс ивність»;	Шкала «емоційна нестійкість/ емоційна стійкість»; (нейротизм)	Шкала «експресив- ність/практич ність» (відкритість досвіду)
Високий рівень	20	26	27	17	20
Середній рівень	23	22	18	31	27
Низький рівень	14	9	12	9	10



* чим вище бал – тим ближче респондент до першої з характеристик

Рис. 2.20 Розподіл результатів методики по шкалах за опитувальником «Велика п'ятірка»

Оцінюючи результати, проілюстровані вище, можна константувати переважання таких шкал особистісних якостей як «Самоконтроль/ імпульсивність» (в україномовному перекладі «добросовісність»), «Прихильність/ відособленість» (в україномовному перекладі «схильність до згоди») та «Емоційна стійкість/нестійкість» (в україномовному перекладі «нейротизм»). Отже, припускаємо що саме вказані особистісні якості можуть бути визначальними у процесі формування якісного психотерапевтичного альянсу із клієнтом.

Нижче представлено опрацювання кількісного та якісного результатів нашого дослідження за допомогою засобів та методів математичної статистики.

Метою є встановлення кореляцій між дослідженими професійними та особистісними характеристиками терапевтів і їх суб'єктивному оцінюванню самоєфективності побудови психотерапевтичного альянсу із клієнтами, а також специфічних особливостей альянсу (відчуття власної автентичності, вміння до концептуалізації запиту, компетентності в роботі з емоційними відреагуваннями, вираженні турботи та розуміння, і власне залучення клієнта до процесу терапії).

Спершу нами був проведений аналіз вибірки на нормативність розподілу за допомогою непараметричного критерію Краскелла-Уолліса (див. Додаток Б).

Виходячи з даних про результати розподілу, оскільки практично щодо всіх змінних нульова гіпотеза про нормативність розподілу підтвердилась, для

провення кореляційного аналізу нами використовувався параметричний критерій Пірсона.

Проте, оскільки, як ми дізнались за допомогою критерію Краскелла-Уоліса, змінна «Терапевтичний альянс» з авторського опитувальника розподілена не нормативно, для аналізу її кореляцій з іншими змінними додатково ми використали непараметричний критерій Спірмена.

Використання кореляційного аналізу дозволило виявити ряд залежностей. Були виявлені позитивні кореляції між такими показниками:

Таблиця 2.8

**Кореляції між досліджуваними змінними
за критерієм Пірсона**

Змінні, що корелюють	Кореляція	Значущість кореляції ($p < 0,05$)
Тривалість психотерапевтичної практики та відчуття автентичності терапевтом.	,484 ** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Тривалість психотерапевтичної практики та вміння до концептуалізації запиту.	,285* (помірна)	* (значуща, $p < 0,05$)
Тривалість психотерапевтичної практики та залученість клієнта до терапії.	,425** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Тривалість психотерапевтичної практики та шкала «Довіра» за опитувальником Ен'ю	,387** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)

Відчуття автентичності терапевтом та компетентність в роботі з емоційними реакціями	,463** (помірна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Відчуття автентичності терапевтом та вміння до концептуалізації запиту.	,497** (помірна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Відчуття автентичності терапевтом та залученість клієнта до терапії	,584** (сильна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Відчуття автентичності терапевтом та вміння вираження ним турботи	,409** (помірна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Компетентність в роботі з емоційними реакціями та залученість клієнта до терапії	,500** (сильна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Компетентність в роботі з емоційними реакціями та шкала «Довіра» Ен'ю	,267* (помірна)	* (значуща, p<0,05)
Компетентність в роботі з емоційними реакціями та шкала «Відкритість» Ен'ю	,337* (помірна)	* (значуща, p<0,05)
Компетентність в роботі з емоційними реакціями та експресивність (відкритість до нового) терапевта.	,393** (помірна)	** (дуже значуща, p<0,01)

Залученість клієнта до терапії та вміння до концептуалізації запиту терапевтом	,525** (сильна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Залученість клієнта до терапії та шкала «Довіра» Ен'ю	,420** (помірна)	** (дуже значуща, p<0,01)
Залученість клієнта до терапії та експресивність (відкритість до нового) терапевта	,271* (помірна)	* (значуща, p<0,05)
Шкала «Довіра» Ен'ю та експресивність (відкритість до нового) терапевта.	,336*	* (значуща, p<0,05)
Шкала «Ініціатива клієнта» Ен'ю та експресивність (відкритість до нового) терапевта.	,278*	* (значуща, p<0,05)
Шкала «Самоконтроль» за 5-факторним та шкала «Довіра» Ен'ю	-,265*	* (значуща обернена*, p<0,05)

* під оберненою мається на увазі, що чим вищі показники одєї змінної, тим нижчі у іншої

Також додатково наводимо таблицю кореляцій непараметричного критерію Спірмана:

Таблиця 2.9

**Кореляції між досліджуваними змінними
за критерієм Спірмена**

Змінні, що корелюють	Кореляція	Значущість кореляції ($p < 0,05$)
Ефективність терапевтичного альянсу та тривалість практики терапевта	,365** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Ефективність терапевтичного альянсу та відчуття автентичності терапевтом	,559** (сильна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Ефективність терапевтичного альянсу та компетентність в роботі з емоційними реакціями	,445** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Ефективність терапевтичного альянсу та вміння до концептуалізації запиту терапевтом	,382** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Ефективність терапевтичного альянсу та вміння терапевтом до вираження турботи та підтримки клієнту.	,382** (помірна)	** (дуже значуща, $p < 0,01$)
Ефективність терапевтичного альянсу та шкала «Довіра» Ен'ю	,286*	* (значуща, $p < 0,05$)

Також отримані емпіричні дані були проаналізовані нами шляхом порівняння середніх значень за допомогою t-критерію Ст'юдента для незалежних вибірок (оскільки змінні наші були вище досліджені як параметричні) з ме-

тою перевірки гіпотез про рівність дисперсії та рівність середніх значень, що і вдалось підтвердити (див. Додаток Г).

Також частиною аналізу кількісного та якісного опрацювання результатів нашого дослідження було застосування засобів та методів математичної статистики. Для цього ми використовували непараметричний критерій Краскелла-Уолліса задля перевірки вибірки на нормативність розподілу, та для провєння кореляційного аналізу нами використовувався параметричний критерій Пірсона і непараметричний критерій Спірмена.

Отже, використання кореляційного аналізу дозволило виявити ряд залежностей. Серед найбільш значимих в контексті нашого дослідження кореляцій можемо згадати наступні:

- «Ефективність терапевтичного альянсу та вміння терапевтом до вираження турботи та підтримки клієнту» (,382 на рівні значущості $p<0,01$);

- «Ефективність терапевтичного альянсу та відчуття автентичності терапевтом» (,559 на рівні значущості $p<0,01$);

- «Ефективність терапевтичного альянсу та тривалість практики терапевта» (,365 на рівні значущості $p<0,01$);

- «Ефективність терапевтичного альянсу та компетентність в роботі з емоційними реакціями» (,445 на рівні значущості $p<0,01$);

- «Ефективність терапевтичного альянсу та шкала «Довіра» Ен'ю» (,286 на рівні значущості $p<0,05$).

- «Залученість клієнта до терапії та вміння до концептуалізації запиту терапевтом» (,525 на рівні значущості $p<0,01$);

- «Шкала «Довіра» Ен'ю та експресивність (відкритість до нового) терапевта» (,336 на рівні значущості $p<0,05$).

- «Шкала «Ініціатива клієнта» Ен'ю та експресивність (відкритість до нового) терапевта» (,278 на рівні значущості $p<0,05$).

- «Шкала «Самоконтроль» за 5-факторним та шкала «Довіра» Ен'ю» (-,265, значуща обернена, $p<0,05$);

- «Залученість клієнта до терапії та експресивність (відкритість до нового) терапевта» ($r=0,271$ на рівні значущості $p < 0,05$).

Виходячи з отриманих результатів кореляції, можна побудувати наступну кореляційну плеяду взаємозв'язків досліджуваними факторами:

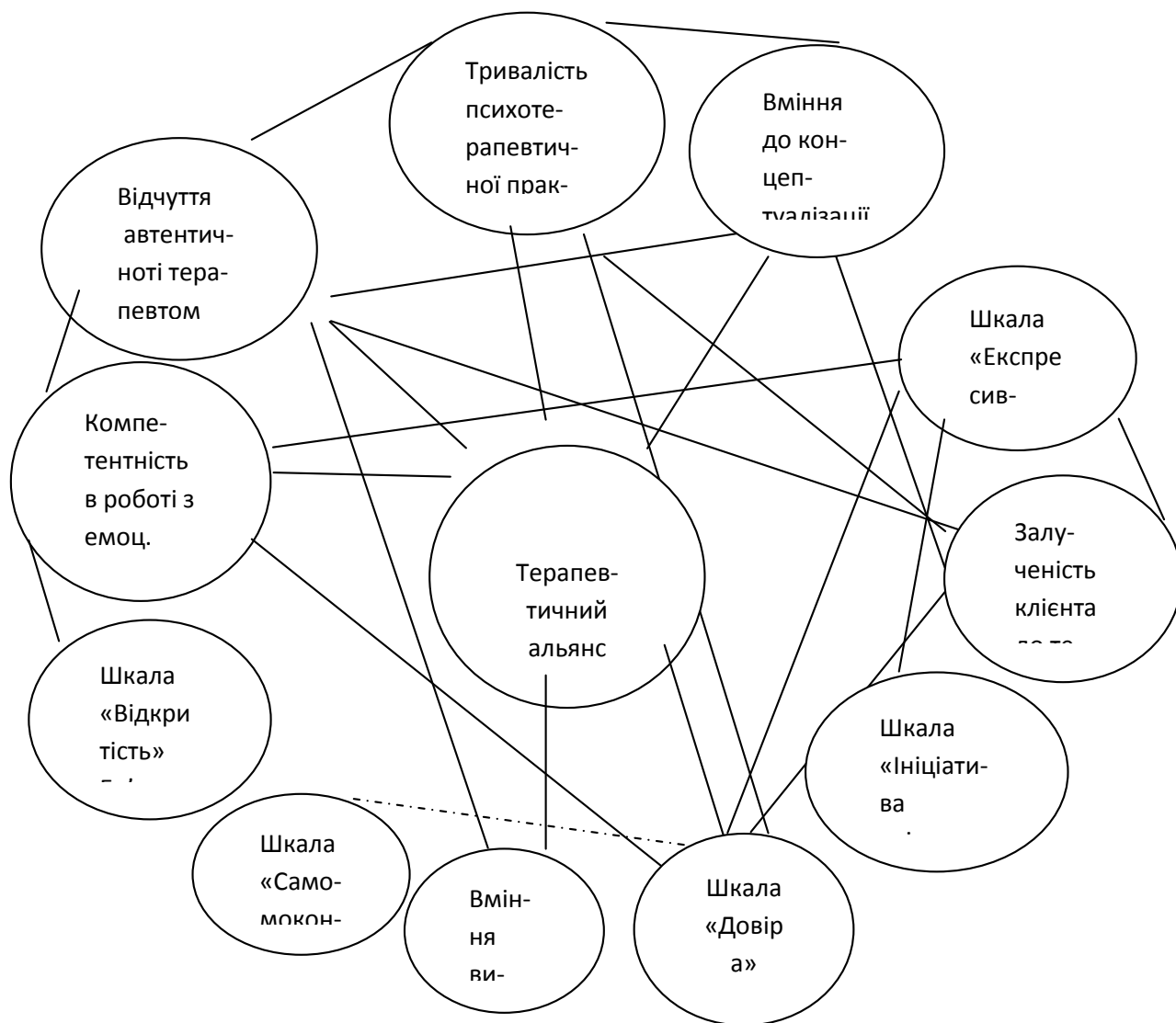


Рис. 2.21 Кореляційна плеяда досліджуваних явищ

ВИСНОВКИ

Дане емпіричне дослідження присвячене вивченню феномену терапевтичного альянсу, що виникає між психотерапевтом (чи психологом) та клієнтом у процесі довготривалого психологічного консультування.

Проаналізувавши як засадові теоретичні джерела різних психотерапевтичних напрямків (психодинамічного, когнітивно-поведінкового, гуманістичних) та їх погляд на взаємостосунок між клієнтом і терапевтом, так і сучасні дослідження даного питання, ми прийшли до наступних висновків.

Фактори впливу на формування та розвиток такого стосунку є доволі численними та пов'язаними як з зовнішніми змінними впливу (до прикладу, терапевтична освіта та практичний досвід терапевта, досвід індивідуальної терапії), так і з внутрішніми (характерологічними особливостями, пережитими психотравмуючими подіями, життєвим досвідом тощо).

У процесі вивчення та аналізу теоретичних джерел було виявлено, що достатньо багато уваги у сучасних дослідженнях феномену терапевтичного альянсу приділяють вивченню впливу контрольованих змінних та пошуку універсальних якісних і кількісних показників, створення стандартизованих скринінгів та протоколів, що могли б оцінювати формування та функціонування альянсу як технологічного способу покращення психотерапії у контексті «швидше, краще, успішніше».

Сама по собі дана тенденція не є негативною та може слугувати задля покращення ефективності терапії, надання фокусу подальшої освіти та розвитку самоефективності терапевтів. Проте, нам у більшій мірі імпонує погляд дослідників гуманістичного підходу на феномен терапевтичного альянсу як, передусім особливого, емоційного довірливого зв'язку, що виникає між двома особистостями [7; 34; 9].

Як і будь-який близький міжособистісний стосунок, він не може і не повинен бути надлишково «механістичним» у сенсі виділення та посилення важливих на думку дослідників технологічних частин і їх конкретизованого формального оцінювання. Утакому разі ми ризикуємо втратити автентичність та самобутність

такого міжособистісного стосунку, який по своїй природі є глибоко індивідуальним – настільки, наскільки індивідуальностями є особистості терапевта та клієнта.

Власне, саме цим і був вмотивований наш вибір фокусними для даного емпіричного дослідження зробити такі характерологічні особливості терапевта:

- Його генералізованого типу прив'язаності (за допомогою методики «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» Relationship Quality (RO) K.Bartolomew, L.Horowitz (адаптація Т.В.Казанцевої) та опитувальником "Досвід близьких відносин"К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої);
- Ключових в процесі міжособистісної взаємодії особистісних рис (за п'ятифакторним особистісним опитувальником «Велика п'ятірка» Р.МакКас, П.Коста (адаптація Л.Бурлачука, Д.Корольова), таких як екстравертивність, відкритість новому досвіду, емоційна стійкість, схильність до згоди та самоконтроль;
- Самооцінювання терапевтом власної ефективності як терапевта в процесі формування та функціонування терапевтичного альянсу з клієнтом (за допомогою методики «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM) та аналогічно цільової авторської анкети).

Надалі підсумуємо власне інтерпретацію результатів нашого емпіричного дослідження, що проводилось протягом лютого-квітня другого навчального семестру 2020 р.

Групою досліджуваних ми обрали практикуючих психологів та психотерапевтів психодинамічного, когнітивно-поведінкового та клієнтцентрованого напрямків, що у своїй професійній діяльності протягом останніх півроку були залучені до формування терапевтичного альянсу із клієнтом. Група досліджуваних складала 57 опитуваних чоловіків та жінок віком 25-59 р.

Виходячи з результатів, описаних в Розділі 2.2 нашого емпіричного дослідження, можемо стверджувати про переважання високих результатів в таких шкалах особистісних якостей як «Самоконтроль/ імпульсивність» (в україномовному перекладі добросовісність), «Прихильність/ відособленість» » (в

україномовному перекладі схильність до згоди) та «Емоційна стійкість/нестійкість» (в українському перекладі нейротизм). Виходячи з цього, припускаємо що саме вказані особистісні якості мають особливо виразний прояв серед фахівців психотерапії і можуть мати суттєвий вплив на формуванні якісного терапевтичного альянсу із клієнтом.

Виходячи із результатів одержаних за методикою «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM), можна стверджувати про відносне переважання високих та середніх результатів в опитуваних, особливо за шкалами «Довіра» (31 мають середні та 13-ро високі результати) та «Ініціатива клієнтів» (42-є мають середні та 15 високі результати). Це може свідчити про визначальну важливість даних якісних характеристик терапевтичного альянсу в досвіді його формування респондентами. Також нижче ми вкажемо детальніше про кореляції даних шкал з такими факторами як «Відкритість терапевта новому досвіду» та «Самоконтроль», що теж вказує на тісний взаємозв'язок даних засадових особливостей побудови терапевтичного альянсу та особистості самого терапевта.

Виходячи із результатів дослідження за опитувальником «Досвід близьких відносин» К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої), можемо відзначити як переважаючий амбівалентний стиль прив'язаності, що дещо розходиться з результатами дослідження за методикою «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності» К.Вartolomew, L.Нorowitz (адаптація Т.В.Казанцевої), де переважаючим є «надійний стиль» прив'язаності.

Також зазначимо, що досліджувані методи не є взаємозамінними та кожна вивчають з дещо іншого аспекту дану характерологічну особливість особистості, що робить дані результати ще більш цікавими з точки зору нашого дослідження.

Звернемо увагу на те, що на відміну від методики «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності», де опитувані суб'єктивно відзначали більш притаманний їм тип прив'язаності, виходячи з його опису, в опитувальнику «Досвід близьких відносин» визначення даного типу є більш об'єктивним в силу більшої завуальованості та кількості запитань.

Тому таке розходження між суб'єктивним оцінюванням власного типу прив'язаності та більш об'єктивним його визначенням за допомогою опитувальника може вказувати на наявність в даній психотерапевтичній вибірці респондентів певних упереджень щодо більш «вдалого» та адаптивного типу прив'язаності в контексті власної професійної діяльності і компетентності (надійного стилю), який вони і схильні були відзначати.

Також варто відзначити, що в цілому серйозного розкиду даних між різними дослідженими типами прив'язаності за методикою «Досвід близьких відносин» К.Бреннан, Фрейлі у нашій вибірці не відбулось, хоч і дещо превалюючим був «амбівалентний стиль», що може вказувати на близькість результатів до природнього рандомізованого розподілу.

Щодо домінування за даною методикою саме «амбівалентного стилю» прив'язаності та вивчення особливостей даного стилю в теоретичних джерелах, можемо припустити що такий стиль може провокувати деякі труднощі у побудові здорових та безпечних міжособистісних стосунків, фасилітувати виникнення деяких психологічних труднощів різної нозології (від тривожно-фобічних неврозів до генералізованих тривожних, депресивних та межових особистісних розладів), і як наслідок спонукати людину до пошуку їх вирішення в царині психології, а в подальшому і професійному виборі та самоідентифікації. Необхідно підкреслити, що вибір даної сфери професійної діяльності далеко не обов'язково пов'язаний із наявністю в особистості певних психологічних труднощів (зрештою, дане питання на пряму не пов'язане з темою нашого дослідження та безумовно потребує додаткового вивчення), проте можемо припустити ймовірність позитивної кореляції даних явищ.

Щодо ж результатів дослідження за авторською методикою, бачимо що найвищі результати серед респондентів набрали шкали «Ефективність вираження розуміння та турботи клієнтам» та «Відчуття власної автентичності в роботі з клієнтом». Це свідчить про високу компетентність та професійність нашої вибірки терапевтів, а отже високу валідність та репрезентативність результатів самого дослідження. Нижче ми також детальніше проаналізуємо кореляції між

шкалами авторського опитувальника та результатами дослідження характерологічних особливостей терапевтичної вибірки.

Підсумовуючи, розглянемо гіпотези даного емпіричного дослідження, які було сформульовано у вступній його частині, та проаналізуємо в якій мірі вони підтвердились.

- Дане емпіричне дослідження виявило значимих кореляцій між типом прив'язаності терапевта та міцністю і довготривалістю його терапевтичного альянсу з клієнтом. Як ми вже зазначали у висновках вище, це дає нам змогу припустити, що тип прив'язаності не є домінуючим фактором впливу на якість формування та функціонування терапевтичного альянсу, хоч і безумовно може чинити певний вплив на побудову міжособистісних стосунків.

- Гіпотеза про взаємозв'язок міжособистісною схильністю до тривожності та уникання у формуванні близьких стосунків терапевтомі можливими труднощами при формуванні терапевтичного альянсу із клієнтом підтвердилась, що ми також можемо стверджувати виходячи із результатів за опитувальником «Досвід близьких відносин» К.Бреннан, Фрейлі (адаптація Т.В. Казанцевої), де основними досліджуваними шкалами є «Тривожність» та «Уникнення». У досліджуваних, в яких за даною методикою був визначений боязкий стиль прив'язаності (високий рівень уникнення і висока тривожність), результати суб'єктивного оцінювання якості терапевтичного альянсу з клієнтами та їх залученості до терапії були значно нижчими, аніж серед респондентів із домінуванням інших досліджуваних стилів.

- Гіпотеза про існування залежності між такими особистісними якостями терапевта як «Емоційна стійкість» і «Самоконтроль» та формування ним стійкого та довготривалого терапевтичного альянсу була частково підтверджена. Мова йде про те, що серед досліджуваної вибірки були відзначені переважно високі та вище середнього результати за шкалою «Емоційна стійкість», хоч значимих кореляцій і не було виявлено. Щодо ж шкали «Самоконтроль», навпаки, була встановлена обернена кореляція зі шкалою «Довіра» «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM).

На нашу думку, це ймовірно може свідчити, що дана якість перешкоджає емоційному контакту та відчуттю довірливої близькості у терапевтичному альянсі.

Опираючись на результати проведеного дослідження, встановлених закономірностей та кореляцій, можемо сформулювати наступні рекомендації щодо успішного формування та функціонування терапевтичного альянсу.

Важливу роль відіграє саме емоційний компонент такого особливого міжособистісного стосунку [1; 9]. Так, серед кореляцій ми бачимо зв'язок між відкритістю до нового досвіду терапевта та його суб'єктивною оцінкою власної компетентності в роботі з емоційними реакціями клієнтів. Ця якість видається особливо важливою для терапевта, адже терапевтичний стосунок бу значній мірі пов'язаний саме із прийняттям особистості клієнта, його світобачення та індивідуальної інтерпретації оточуючої реальності, що часто може доволі відрізнитись від особистісних детермінант та світобачення терапевта, а отже має ризик бути перешкодою в розумінні, прийнятті та, внаслідок, становленні довірливого стосунку між двома особистостями.

Розглядаючи таку характеристику як «Компетентність у роботі з емоційними реакціями клієнтів», також спостерігаємо кореляції цієї змінної зі шкалами «Довіра» та «Відкритість» опитувальника стосунків Ен'ю, що лише підтверджує суттєве значення емоційного компоненту терапевтичної роботи в альянсі. На наш погляд, не лише когнітивні елементи ведення сеансу та терапії в цілому є запорукою терапевтичних змін, а й сам досвід емоційного прийняття, свободи вияву емоційних реакцій, визначення їх легітимного права на існування в психічній реальності клієнта вже саме по собі може бути терапевтичним. Про це свідчить і досліджена кореляція між компетентністю в роботі з емоційними реакціями клієнтів та залученістю клієнтів до терапії (виходячи із результатів авторського опитувальника). Адже вже саме вміння терапевтом до контейнування цих емоцій, а з часом передання даних навичок клієнту може значущим чином поліпшити якість життя людини та сприяти вирішенню її психологічних труднощів.

Узагальнюючи, можемо стверджувати наявність значного впливу особистості терапевта та процес формування та функціонування терапевтичного альянсу з клієнтом – його емоційно-вольової сфери, типу будувannya ним міжособистісних стосунків, та й в цілому відкритості до світу.

Саме тому практикуючим психологам та психотерапевтам потрібне як постійне професійне самовдосконалення шляхом навчань, тренінгів та супервізій, так і усебічний світоглядний розвиток як особистості, опрацювання власних психологічних труднощів та особливостей, і безумовно досвід проходження індивідуальної терапії у якості клієнта.

Явище терапевтичного альянсу виявилось для нас надзвичайно цікавим та багатогранним феноменом, у ході дослідження якого ми виявили спільні та відмінні погляди різних психотерапевтичних шкіл та напрямків, а також різноманітних зовнішніх та внутрішньо особистісних факторів впливу на їх появу, становлення та перебіг взаємодії. Варто згадати, що серед розглянутих нами точок зору найбільш сучасним та прикладним видався саме гуманістичний підхід, тож у значній мірі ми опирались саме на його засадничі основи, обираючи методики та інтерпретуючи отримані результати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боулбі Дж. Створення і руйнування емоційних взаємозв'язків/ Пер. з англ. В.В. Старовойтова – 2-е вид.-М.: Академічний Проект, 2004. – 232 с
2. Бриш К.Х. Терапія порушень прив'язаності: Від теорії до практики. Пер. з нім.-М.: Когіто-Центр, 2012.-316 с. (Клінічна психологія)
3. Грінсон, Р.Р. Техніка і практика психоаналізу: Підр / Р.Р. Грінсон; Пер. с англ. С.О. Баклушинський, І.Ю. Баклушинська. - М.: Когіто-Центр, 2010
4. Казанцева Т.В. Соціально-психологічні детермінанти міжособистісної прив'язаності. Дисертація на захист вченої ступені кандидата психологічних наук. 2011.
5. Миколайчук М.І, Добродняк О.А. (2020) Терапевтичний альянс та труднощі в терапії в контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів. Науковий вісник ХДУ, серія «Психологічні науки», 1 (2020), 195-202
6. Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client–counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40(4), 379–384
7. Beck, A. T., Rush, J. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
8. Berdondini, R. E., & Shearer, J. (2012). Collaboration in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 159-167. doi: 10.1002/jclp.21830
9. Bordin, E. S. (1994). 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* (pp. 13-38). New York: John Wiley.
10. Brennan K., Clark C., Shaver, P. Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview // *Attachment theory and close relationships* / Ed. by Simpson J.A., Rholes W.S. – N.Y.; L., 1998. pp. 46-76
11. Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In Muran, J. C. & Barber, J. P. (Eds). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.150-171).

12. Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 687–704.
13. Dattilio, F. M., & Hanna, M. A. (2012). Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 146-158.
14. Elliott, r., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R., & MARGISON, F. R. (1987). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
15. Elvins, R., and Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychological Review*, 28, 1167–1187.
16. Freud, S. (1913). On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 112-144). London: Hogarth Press. (Original work published 1913)
17. Freud, S. (1971). “The case of Schreber paper on technique and other works.” In James Strachey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: The Hogarth Press. (Original work published in 1911-1913).
18. Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 32–38.
19. Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research*, 10(4), 205–216.
20. Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
21. Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 23, 615-668.

22. Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133–138.
23. Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. In Muran, J. C. & Barber, J. P. (Eds). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.97-122). New York: Guilford Press.
24. Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417–423.
25. Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 233-381). New York: John Wiley.
26. Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch Einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: John Wiley
27. Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy*, 25(3), 392–404.
28. Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 131-152). New York: John Wiley & Sons.
29. Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
30. Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87
31. Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy*, 36(4), 329–342.

32. Steven J. Ackermana, Mark J. Hilsenrothb. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23 (2003) 1–33
33. Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
34. Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 153-172).
35. Watson, J. C., & Kalogerakos, F. (2010). The therapeutic alliance in humanistic psychotherapy.
36. Weisman O, Feldman R, Goldstein A. Parental and romantic attachment shape brain processing of infant cues. *Biol Psychol* 2011 [PubMed]
37. Wright, J. H., & Denise, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 25-4.
38. Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 130–140

Додаток А

Авторська анкета дослідження суб'єктивної оцінки терапевтом довготривалості та ефективності терапевтичних альянсів в своїй практиці

Шановний/-а колего!

Запрошуємо Вас взяти участь у дослідженні особливостей психотерапевтичного альянсу та чинників, які можуть його визначати. Відповіді є конфіденційними та будуть використані в узагальненому вигляді у наукових цілях. Відповідайте швидко, вказуючи першу відповідь яка спадає на думку. Оцініть будь ласка кожне твердження за близькістю вам від 1 до 5, де 5 - найвищий ступінь вияву описаного феномену/якості.

1. Наскільки природно (автентично) ви відчуваєтеся в роботі з клієнтами?
2. Наскільки добре ви в змозі виявити і розібратися з емоційними реакціями ваших клієнтів?
3. Наскільки ви добре розумієте суть проблем ваших клієнтів?
4. Наскільки вправно ви залучаєте клієнтів, щоб вони брали участь в терапії?
5. Наскільки ефективно у вас складається робочий альянс з клієнтами?
6. Наскільки ефективно ви виражаєте розуміння і турботу своїм клієнтам?

Щиро вдячні за увагу!

Додаток Б
**Методика «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship
Measure (ARM)**

Ця методика складається із 28 тверджень. Думаючи про Вашу терапевтичну роботу, будь ласка, вкажіть наскільки Ви погоджуєтесь, чи не погоджуєтесь із кожним твердженням, оцінюючи міру згоди за 7-бальною шкалою, де "1"- зовсім не погоджуюсь - "7" - абсолютно погоджуюсь:

1. Мої клієнти переді мною вільно висловлюють те, що їх турбує
2. Мої клієнти дружньо до мене ставляться
3. Мої клієнти переживають, що будуть почувати себе незручно через мене (принижено).
4. Мої клієнти в стосунках зі мною беруть на себе ініціативу.
5. Мої клієнти приховують деякі важливі речі, не ділячись ними зі мною.
6. Мої клієнти впевнені в мені і в моїх методах роботи.
7. Мої клієнти з оптимізмом ставляться до свого розвитку (вірять в покращення)
8. Мої клієнти відчують, що можуть вільно висловлювати мені свої думки і почуття
9. Мої клієнти критичні до мене чи розчаровані в мені.
10. Мої клієнти можуть обговорювати зі мною особисті питання, яких зазвичай соромляться чи бояться розкрити
11. Мої клієнти очікують від мене вирішення своїх проблем
12. Мої професійні навички вражають моїх клієнтів.

13. Я приймаю своїх клієнтів незалежно від того, як вони поведуться.
14. Я впливаю на моїх клієнтів таким чином, що це не корисно для них.
15. Мені важко розуміти своїх клієнтів
16. Я відчуваю тепло та приязність до своїх клієнтів
17. Я не даю своїм клієнтам вказівок (порад), яких вони хотіли б.
18. Я відчуваю, що вмію переконувати
19. Я відчуваю, що вмію підтримувати інших.
20. Я слідую своїм планам, ігноруючи думки клієнтів про те, як діяти в терапії.
21. Я впевнений/-а в собі та своїх методах
22. Мені нудно та я нетерплячий з моїми клієнтами
23. Я очікую, що мої клієнти візьмуть на себе відповідальність, а не будуть залежати від мене.
24. Мої клієнти і я готові наполегливо співпрацювати разом.
25. Мої клієнти беруть на себе ініціативу в терапії, як я і очікую від них.
26. Мої клієнти і я узгоджуємо те, як працювати разом.
27. Мої клієнти і я маємо труднощі у спільній роботі як партнери по досягненню терапевтичних цілей
28. Мої клієнти і я розуміємо наші ролі і обов'язки під час терапії.

Додаток В
Статистичний аналіз емпіричного дослідження
в програмі SPSS

Таблиця В.1

Первинні описові статистики проведеного
емпіричного дослідження

	N	Среднее значение	Стандартная отклонения
Вік	57	38,46	9,470
Стать	57	1,07	,258
Терапевтична_освіта	57	3,58	1,558
Тривалість_практики	57	3,70	1,842
Автентичність	57	3,98	,855
Компетентність_з_емоціями	57	3,91	,763
Концептуалізація_запиту	57	3,86	,667
Залученість_клієнта_до_терапії	57	3,44	,945
Терапевт_альянс	57	3,86	,743
Вираження_турботи	57	4,05	,718
Шкала_зв'язок_Ен_ю	57	2,00	,732
Шкала_партнерство_Ен_ю	57	1,89	,724
Шкала_довіра_Ен_ю	57	1,98	,694
Шкала_відкритість_Ен_ю	57	2,04	,706
Шкала_ініціатива_кл_Ен_ю	57	2,00	,732
Генераліз_тип_прив'язаності	57	1,91	1,138
Тип_прив'язаності_дбв	57	2,46	1,019
Екстраверсія	57	2,11	,772
Прихильність	57	2,30	,731
Самоконтроль	57	2,14	,667
Емоційна_стійкість	57	2,14	,667
Експресивність	57	2,16	,702
N валидных (по списку)	57		

Таблиця В.2

Аналіз описових статистик вибірки досліджуваних

Сводный отчет по наблюдениям

Терапевт_альянс	Респонденты						
	Допустимо		Пропущенные		Всего		
	N	Проценты	N	Проценты	N	Проценты	
Концептуалізація_запиту	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Вираження_турботи	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Шкала_зв'язок_Ен_ю	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Шкала_партнерство_Ен_ю	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Шкала_довіра_Ен_ю	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Шкала_відкритість_Ен_ю	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Шкала_ініціатива_кл_Ен_ю	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
Генералізація_тип_прив'язаності	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Тип_прив'язаності_дбв	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Компетентність_з_емоціями	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Автентичність	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Тривалість_практики	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Терапевтична_освіта	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
Залученість_клієнта_до_терапії	1	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	3	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	4	33	100,0%	0	0,0%	33	100,0%
	5	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%

Таблица В.3

Перевірка змінних на нормальність розподілу за допомогою

непараметричного критерію Краскелла-Уолліса

Ітоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение Автентичність является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	1,000	Нулевая гипотеза принимается.
2	Распределение Компетентність_з_емоціями является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,205	Нулевая гипотеза принимается.
3	Распределение Концептуалізація_запиту является одинаковым для категорий Стать	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,184	Нулевая гипотеза принимается.
4	Распределение Залученість_клієнта_до_терапії является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,282	Нулевая гипотеза принимается.
5	Распределение Терапевт_альянс является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,039	Нулевая гипотеза отклоняется.
6	Распределение Вираженна_турботи является одинаковым для категорий Стать	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,072	Нулевая гипотеза принимается.
7	Распределение Шкала_зв'язок_Ен_ю является одинаковым для категорий Стать	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,479	Нулевая гипотеза принимается.
8	Распределение Шкала_партнерство_Ен_ю является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,761	Нулевая гипотеза принимается.
9	Распределение Шкала_довіра_Ен_ю является одинаковым для категорий Стать	Критерий Краскала-Уолліса для независимых выборок	,149	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
10	Распределение Шкала_відкритість_Ен_ю является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,918	Нулевая гипотеза принимается.
11	Распределение Шкала_ініціатива_кл_Ен_ю является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,479	Нулевая гипотеза принимается.
12	Распределение Экстраверсія является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,102	Нулевая гипотеза принимается.
13	Распределение Прихильність является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,734	Нулевая гипотеза принимается.
14	Распределение Самоконтроль является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,781	Нулевая гипотеза принимается.
15	Распределение Емоційна_стійкість является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,781	Нулевая гипотеза принимается.
16	Распределение Експресивність является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,056	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
17	Распределение Вік является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,963	Нулевая гипотеза принимается.
18	Распределение Тривалість_практики является одинаковым для категорий Стать.	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	,505	Нулевая гипотеза принимается.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

Додаток В.2

Графічне представлення описової статистики досліджуваних змінних

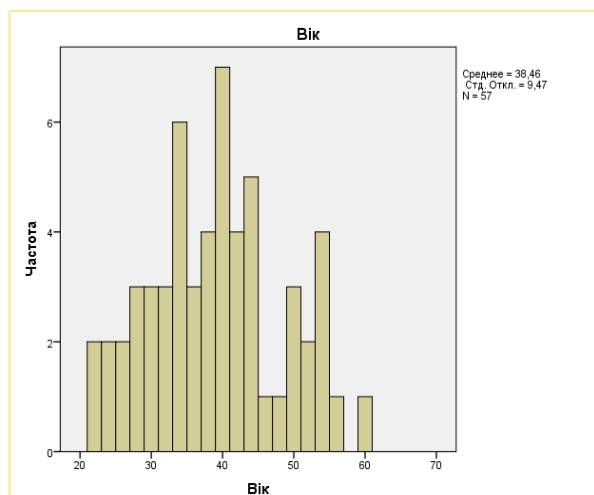


Рис В.1 Розподіл віку

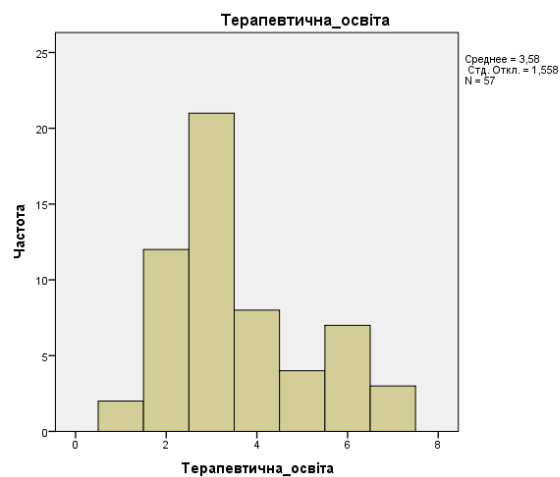


Рис В.2 Терапевт.освіта

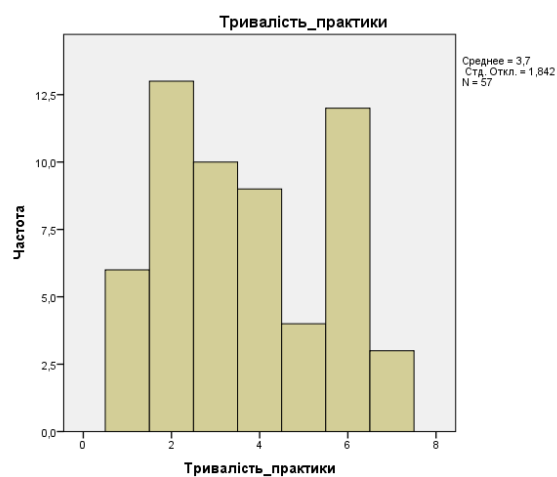


Рис В.3 Тривалість практики

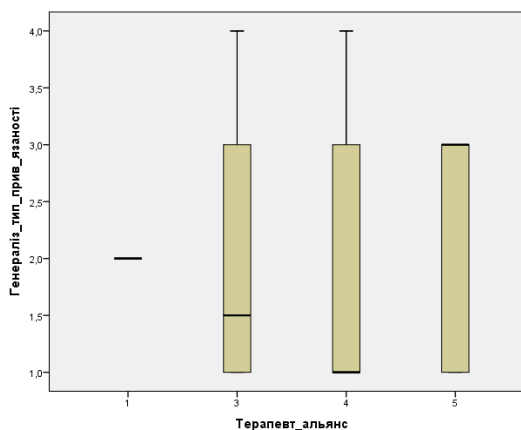


Рис В.4 Тип прив'яз./альянс

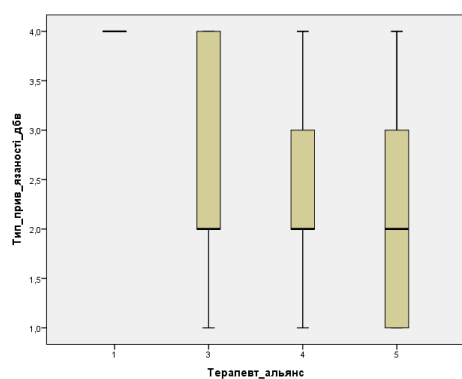


Рис В.5 Генер.тип прив/альянс

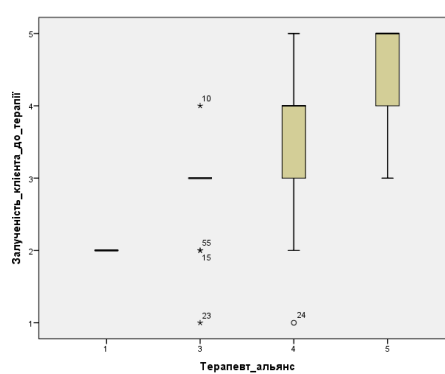


Рис В.6 Залучен.кл/альянс

Додаток Д
Кореляційні зв'язки між змінними, досліджені
за критерієм Пірсона

Таблиця Д.1

Таблиця кореляційних зв'язків за параметричним
критерієм Пірсона

Кореляції

		Тера- ра- пев- тич- на_о світа	Три- валіст ь_прак тики	Вік	Ста ть	Автен- тентич ність	Компе петент ність_ з_емо ціями	Кон- цеп- туаліз ація_з апиту	Залу- ченіст ь_клі нта_д о_тер апії
Терапевтич- на_освіта	Корреля- ція Пир- сона	1	,204	,0 3 9	- 0 5 9	-,059	-,062	-,110	,116
	Знач. (двухсто- роння)		,127	,7 7 5	,6 6 5	,662	,648	,417	,392
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Три- валість_пра ктики	Корреля- ція Пир- сона	,204	1	,2 9 2*	- 0 6 8	,484**	,146	,285*	,425**
	Знач. (двухсто- роння)	,127		,0 2 8	,6 1 5	,000	,277	,031	,001
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Вік	Корреля- ція Пир- сона	,039	,292*	1	,0 0 1	,025	-,019	,073	-,099

Стать	Знач. (двухсторонняя)	,775	,028		,9 9 2	,852	,888	,592	,466
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляция Пирсона	-,059	-,068	,0 0 1	1	,006	-,150	-,150	-,129
Автентичність	Знач. (двухсторонняя)	,665	,615	,9 9 2		,967	,266	,267	,340
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляция Пирсона	-,059	,484**	,0 2 5	,0 0 6	1	,463**	,497**	,584**
Компетентність_з_емоціями	Знач. (двухсторонняя)	,662	,000	,8 5 2	,9 6 7		,000	,000	,000
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляция Пирсона	-,062	,146	- 0 1 9	- 1 5 0	,463**	1	,608**	,500**
Концептуалізація_з апиту	Знач. (двухсторонняя)	,648	,277	,8 8 8	,2 6 6	,000		,000	,000
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляция Пирсона	-,110	,285*	,0 7 3	- 1 5 0	,497**	,608**	1	,525**
Концептуалізація_з апиту	Знач. (двухсторонняя)	,417	,031	,5 9 2	,2 6 7	,000	,000		,000
	N	57	57	5	5	57	57	57	57

Залу- ченість_кліє нта_до_тер апії	Корреля- ція Пир- сона	,116	,425**	,0 9 9	,1 2 9	,584**	,500**	,525**	1
	Знач. (двухсто- роння)	,392	,001	,4 6 6	,3 4 0	,000	,000	,000	
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Виражен- ня_турботи	Корреля- ція Пир- сона	-,108	-,015	,1 1 4	,3 1 0*	,409**	,400**	,538**	,360**
	Знач. (двухсто- роння)	,426	,912	,3 9 9	,0 1 9	,002	,002	,000	,006
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Шка- ла_зв_язок _Ен_ю	Корреля- ція Пир- сона	-,125	-,106	,1 1 6	,0 9 5	,086	,032	,000	,103
	Знач. (двухсто- роння)	,353	,433	,3 9 0	,4 8 4	,527	,813	1,000	,445
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Шка- ла_партнер ство_Ен_ю	Корреля- ція Пир- сона	-,167	-,064	,1 0 9	,0 4 0	,112	,145	,117	-,062
	Знач. (двухсто- роння)	,215	,636	,4 2 1	,7 6 6	,406	,283	,387	,648
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Шка- ла_довіра_	Корреля- ція Пир-	,059	,387**	,0 6	- 1	,420**	,267*	,381**	,420**

Ен_ю	сона			1	9				
					3				
	Знач.			,6	,1				
	(двухсто-	,662	,003	5	5	,001	,045	,003	,001
	ронняя)			2	1				
	N	57	57	5	5	57	57	57	57
				7	7				
Шка-	Корреля-			,0	-				
ла_відкриті	ція Пир-			3	,0				
сть_Ен_ю	сона	-,116	-,033	8	1	,060	,337*	,200	,030
					4				
	Знач.			,7	,9				
	(двухсто-	,389	,807	8	1	,657	,010	,135	,824
	ронняя)			1	9				
	N	57	57	5	5	57	57	57	57
				7	7				
Шка-	Корреля-			-	-				
ла_ініціатив	ція Пир-			,0	,0				
а_кл_Ен_ю	сона	-,235	-,119	8	9	,200	,256	,293*	,026
				0	5				
	Знач.			,5	,4				
	(двухсто-	,079	,377	5	8	,137	,055	,027	,849
	ронняя)			5	4				
	N	57	57	5	5	57	57	57	57
				7	7				
Гене-	Корреля-			-	-				
раліз_тип_п	ція Пир-			,0	,2				
рив_язанос	сона	-,011	-,158	6	2	-,167	,135	,031	-,047
ті				4	2				
	Знач.			,6	,0				
	(двухсто-	,935	,242	3	9	,215	,317	,821	,731
	ронняя)			5	7				
	N	57	57	5	5	57	57	57	57
				7	7				
Тип_прив_я	Корреля-			,0	-				
заності_дбв	ція Пир-			4	,0				
	сона	-,214	,045	3	5	-,052	,029	-,141	-,156
					6				

Екстра-версія	Знач. (двухстороння)	,109	,738	,7 5 2	,6 7 9	,700	,828	,297	,247
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляція Пирсона	,082	,136	,1 5 0	- 2 1 7	,219	,137	,099	,205
	Знач. (двухстороння)	,544	,315	,2 6 7	,1 0 4	,101	,308	,465	,126
Прихильність	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляція Пирсона	-,123	-,105	,0 9 6	- 0 1 8	,037	,016	,197	,066
	Знач. (двухстороння)	,362	,436	,4 7 7	,8 9 3	,784	,908	,141	,627
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
Самоконтроль	Корреляція Пирсона	-,097	-,256	- 0 8 4	,0 4 6	- 371**	- 327*	- 357**	- 298*
	Знач. (двухстороння)	,474	,054	,5 3 5	,7 3 6	,004	,013	,006	,024
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляція Пирсона	-,097	-,256	- 0 8 4	,0 4 6	- 371**	- 327*	- 357**	- 298*
Емоційна_с_тійкість	Знач. (двухстороння)	,474	,054	,5 3 5	,7 3 6	,004	,013	,006	,024
	N	57	57	5 7	5 7	57	57	57	57
	Корреляція Пирсона	-,097	-,256	- 0 8 4	,0 4 6	- 371**	- 327*	- 357**	- 298*
	Знач. (двухстороння)	,474	,054	,5 3 5	,7 3 6	,004	,013	,006	,024

Вік	Корреляція Пирсона	-,114	-,116	,109	,061	,038	-,080	-,064	,043
	Знач. (двухстороння)	,399	,390	,421	,652	,781	,555	,635	,752
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Стать	Корреляція Пирсона	-,310*	-,095	,040	-,193	-,014	-,095	-,222	-,056
	Знач. (двухстороння)	,019	,484	,766	,151	,919	,484	,097	,679
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Автентичність	Корреляція Пирсона	,409**	,086	,112	,420**	,060	,200	-,167	-,052
	Знач. (двухстороння)	,002	,527	,406	,001	,657	,137	,215	,700
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Компетентність_з_емоціями	Корреляція Пирсона	,400**	,032	,145	,267*	,337*	,256	,135	,029
	Знач. (двухстороння)	,002	,813	,283	,045	,010	,055	,317	,828
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Концептуалізація_з_апиту	Корреляція Пирсона	,538**	,000	,117	,381**	,200	,293*	,031	-,141
	Знач. (двухстороння)	,000	1,000	,387	,003	,135	,027	,821	,297
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Залученість_кліє	Корреляція Пирсона	,360**	,103	-,062	,420**	,030	,026	-,047	-,156

нта_до_терапії	сона								
	Знач. (двухстороння)	,006	,445	,648	,001	,824	,849	,731	,247
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Вираження_турботи	Корреляція Пирсона	1	,170	,080	,217	,137	,272 [*]	,028	-,082
	Знач. (двухстороння)		,206	,556	,105	,309	,041	,838	,543
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Шкала_зв'язок_Ен_ю	Корреляція Пирсона	,170	1	,438 ^{**}	,422 ^{**}	,242	,300 [*]	,021	,072
	Знач. (двухстороння)	,206		,001	,001	,070	,023	,874	,595
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Шкала_партнерство_Ен_ю	Корреляція Пирсона	,080	,438 ^{**}	1	,280 [*]	,322 [*]	,303 [*]	,140	,042
	Знач. (двухстороння)	,556	,001		,035	,015	,022	,298	,756
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Шкала_довіра_Ен_ю	Корреляція Пирсона	,217	,422 ^{**}	,280 [*]	1	,256	,281 [*]	-,160	,138
	Знач. (двухстороння)	,105	,001	,035		,054	,034	,234	,307
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Шкала_відкритість_Ен_ю	Корреляція Пирсона	,137	,242	,322 [*]	,256	1	,415 ^{**}	-,018	,052

	Знач. (двухстороння)	,309	,070	,015	,054		,001	,892	,702
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Шкала_ініціатива_кл_Ен_ю	Корреляція Пирсона	,272*	,300*	,303*	,281*	,415**	1	,150	,072
	Знач. (двухстороння)	,041	,023	,022	,034	,001		,265	,595
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Генералізація_тип_прив'язаності	Корреляція Пирсона	,028	,021	,140	-,160	-,018	,150	1	-,042
	Знач. (двухстороння)	,838	,874	,298	,234	,892	,265		,757
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Тип_прив'язаності_дбв	Корреляція Пирсона	-,082	,072	,042	,138	,052	,072	-,042	1
	Знач. (двухстороння)	,543	,595	,756	,307	,702	,595	,757	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Екстраверсія	Корреляція Пирсона	,151	,126	,244	,203	-,007	,063	-,111	-,062
	Знач. (двухстороння)	,262	,349	,068	,129	,959	,640	,410	,646
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Прихильність	Корреляція Пирсона	,242	,167	,162	-,025	-,090	,200	-,011	,078
	Знач. (двухстороння)	,070	,215	,230	,855	,506	,135	,936	,565

	роння)								
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Самокон-	Корреля-								
троль	ція Пир-	-,090	,110	-,043	-,265 [*]	-,049	-,037	,040	-,070
	сона								
	Знач.								
	(двухсто-	,504	,416	,752	,047	,720	,787	,767	,607
	роння)								
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Емоційна_с	Корреля-								
тійкість	ція Пир-	-,090	,110	-,043	-,265 [*]	-,049	-,037	,040	-,070
	сона								
	Знач.								
	(двухсто-	,504	,416	,752	,047	,720	,787	,767	,607
	роння)								
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
Експресив-	Корреля-								
ність	ція Пир-	,231	,174	,244	,336 [*]	,133	,278 [*]	,152	,247
	сона								
	Знач.								
	(двухсто-	,083	,196	,067	,011	,325	,036	,260	,064
	роння)								
	N	57	57	57	57	57	57	57	57

Терапевтич-					
на_освіта					
Три-					
вапість практики					
Вік					
Стать					
Автентичність					

Компетент- ність з емоціями					
Концеп- туалізація запиту					
Залу- ченість клієнта п					
Виражен- ня турботи					
Шка- ла зв'язок Еч ю					
Шка- ла партнерство Е					
Шка- ла довіра Еч ю					
Шка- ла відкритість Еч					
Шка- ла ініціатива кл					
Гене- раліз тип прив'яз					
Тип_прив_язаності лбв					
Екстраверсія					
Прихильність					
Самоконтроль					
Емоційна_стійкість					
Експресивність					

*. Корреляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

**. Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

Додаток Е
Порівняння середніх в змінних емпіричного дослідження

Таблиця Е.1

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних				
		F	Знач.	t	ст.св.	Знач. (2-х сторон- няя)	Раз- ность средних	Сред- не- квад- ратич- тич- ная ошиб- ка раз- ности
Автентичність	Предполагаются равные дисперсии	9,600	,053	1,549	3	,219	1,333	,861
	Не предполагаются равные дисперсии			2,000	2,000	,184	1,333	,667
Компетентність_з_емоціями	Предполагаются равные дисперсии	2,400	,219	1,342	3	,272	1,000	,745
	Не предполагаются равные дисперсии			1,732	2,000	,225	1,000	,577

Залу- ченість_клієнт а_до_терапії	Предполага- ются равные дисперсии	2,400	,219	,000	3	1,00 0	,000	,745
	Не предполага- ются равные дисперсии			,000	2,000	1,000	,000	,577
Тера- певт_альянс	Предполага- ются равные дисперсии	9,600	,053	-,387	3	,724	-,333	,861
	Не предполага- ются равные дисперсии			-,500	2,000	,667	-,333	,667
Виражен- ня_турботи	Предполага- ются равные дисперсии	9,600	,053	1,549	3	,219	,667	,430
	Не предполага- ются равные дисперсии			2,00 0	2,000	,184	,667	,333
Три- валість_практи ки	Предполага- ются равные дисперсии	6,189	,089	-1,504	3	,230	-2,333	1,55 2
	Не предполага- ются равные дисперсии			- 1,94 1	2,000	,192	-2,333	1,202
Шка- ла_зв'язок_Ен _ю	Предполага- ются равные дисперсии	9,600	,053	3,098	3	,053	1,333	,430
	Не предполага- ются равные дисперсии			4,00 0	2,000	,057	1,333	,333
Шка- ла_партнерств о_Ен_ю	Предполага- ются равные дисперсии	9,600	,053	3,098	3	,053	1,333	,430
	Не предполага- ются равные дисперсии			4,00 0	2,000	,057	1,333	,333
Шка- ла_довіра_Ен_ ю	Предполага- ются равные дисперсии	2,400	,219	,000	3	1,00 0	,000	,745

	Не предполагаются равные дисперсии			,000	2,000	1,000	,000	,577
Генераліз_тип_прив_язаності	Предполагаются равные дисперсии	9,600	,053	1,936	3	,148	1,667	,861
	Не предполагаются равные дисперсии			2,500	2,000	,130	1,667	,667
Тип_прив_язаності_дбв	Предполагаются равные дисперсии	,150	,724	1,171	3	,326	1,333	1,139
	Не предполагаются равные дисперсии			1,109	1,899	,388	1,333	1,202
Екстраверсія	Предполагаются равные дисперсии	9,600	,053	,387	3	,724	,333	,861
	Не предполагаются равные дисперсии			,500	2,000	,667	,333	,667
Прихильність	Предполагаются равные дисперсии	2,400	,219	1,342	3	,272	1,000	,745
	Не предполагаются равные дисперсии			1,732	2,000	,225	1,000	,577
Самоконтроль	Предполагаются равные дисперсии	9,600	,053	-,387	3	,724	-,333	,861
	Не предполагаются равные дисперсии			-,500	2,000	,667	-,333	,667
Емоційна_стійкість	Предполагаются равные дисперсии	9,600	,053	-,387	3	,724	-,333	,861
	Не предполагаются равные дисперсии			-,500	2,000	,667	-,333	,667

Експресивність	Предполагаются равные дисперсии	2,400	,219	1,342	3	,272	1,000	,745
	Не предполагаются равные дисперсии			1,732	2,000	,225	1,000	,577

Критерий для независимых выборок

		t-критерий для равенства средних	
		95% доверительный интервал для разности	
		Нижняя	Верхняя
Автентичність	Предполагаются равные дисперсии	-1,406	4,072
	Не предполагаются равные дисперсии	-1,535	4,202
Компетентність_з_емоціями	Предполагаются равные дисперсии	-1,372	3,372
	Не предполагаются равные дисперсии	-1,484	3,484
Залученість_клієнта_до_терапії	Предполагаются равные дисперсии	-2,372	2,372
	Не предполагаются равные дисперсии	-2,484	2,484
Терапевт_альянс	Предполагаются равные дисперсии	-3,072	2,406
	Не предполагаются равные дисперсии	-3,202	2,535
Вираження_турботи	Предполагаются равные дисперсии	-,703	2,036
	Не предполагаются равные дисперсии	-,768	2,101
Тривалість_практики	Предполагаются равные дисперсии	-7,271	2,604

	Не предполагаются равные дисперсии	-7,504	2,838
Шкала_зв_язок_Ен_ю	Предполагаются равные дисперсии	-,036	2,703
	Не предполагаются равные дисперсии	-,101	2,768
Шкала_партнерство_Ен_ю	Предполагаются равные дисперсии	-,036	2,703
	Не предполагаются равные дисперсии	-,101	2,768
Шкала_довіра_Ен_ю	Предполагаются равные дисперсии	-2,372	2,372
	Не предполагаются равные дисперсии	-2,484	2,484
Генералі́з_тип_прив_язаності	Предполагаются равные дисперсии	-1,072	4,406
	Не предполагаются равные дисперсии	-1,202	4,535
Тип_прив_язаності_дбв	Предполагаются равные дисперсии	-2,290	4,957
	Не предполагаются равные дисперсии	-4,111	6,778
Екстраверсія	Предполагаются равные дисперсии	-2,406	3,072
	Не предполагаются равные дисперсии	-2,535	3,202
Прихильність	Предполагаются равные дисперсии	-1,372	3,372
	Не предполагаются равные дисперсии	-1,484	3,484
Самоконтроль	Предполагаются равные дисперсии	-3,072	2,406
	Не предполагаются равные дисперсии	-3,202	2,535
Емоційна_стійкість	Предполагаются равные дисперсии	-3,072	2,406

Экспрессивность	Не предполагаются равные дисперсии	-3,202	2,535
	Предполагаются равные дисперсии	-1,372	3,372
	Не предполагаются равные дисперсии	-1,484	3,484