

**Заклад вищої освіти
«Український католицький університет»
Факультет наук про здоров'я
Кафедра психології та психотерапії**

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**Особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті
переживання психологами-консультантами стресу в умовах війни**

**Виконав: студент 6 курсу,
групи ЗПС21Б
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми
«Клінічна психологія з основами
психодинамічної терапії»**

**(підпис)
(дата)**

Матвіїв Н.Б.

**Керівник, посада, науковий
ступінь, вчене звання**

**(підпис)
(дата)**

Кечур Р.В.

**Рецензент, посада, науковий
ступінь, вчене звання**

**(підпис)
(дата)**

(прізвище та ініціали)

Львів – 2023

РЕФЕРАТ

Назва роботи: Особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті переживання терапевтами стресу в умовах війни

Обсяг роботи: 57 с., 3 ч., 12 рис., 2 дод., 74 джерела.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: травма, війна, терапевтичний альянс, стрес, вигорання, суїцид, ПТСР, довіра,

Достатньо наукових досліджень описують вплив стресу на встановлення довірливих зв'язків, втім, зовсім небагато досліджень звертають увагу та особу психолога-консультанта як однієї з діючих фігур, які можуть зазнавати деструктивного стресового впливу, що, відтак може негативно відобразитися на терапевтичному альянсі із клієнтом. Мета цього дослідження є визначення особливостей терапевтичного альянсу з клієнтами у зв'язку з переживаннями психологами-консультантами стресу війни.

Це дослідження триангулярного дизайну. Дослідження проведено в онлайн форматі через Google-forms, опитування пройшли вісімдесят респондентів, критерієм відбору стала професійна зайнятість. В результаті дослідження було виявлено зв'язок між переживаннями психологами-консультантами стресу війни й феноменом терапевтичного альянсу, а саме було виявлено стійкі зв'язки між шкалами опитувальників Кеслера, ARM та WAIT.

Дане дослідження підтверджує й доповнює висновки попередніх досліджень зокрема про те, що через ряд чинників існує зв'язок між рівнем стресу терапевта та його здатністю встановлювати й підтримувати терапевтичний альянс з клієнтами. Дане дослідження є оглядовим і одним з перших в Україні, яке досліджує феномен терапевтичного альянсу в умовах війни.

Зміст	
ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ	8
1.1 Особливості переживання стресу в умовах війни	8
1.1.1 Стресогенні чинники в житті людини	8
1.1.2 Стресогенні чинники в житті психолога.....	9
1.2 Терапевтичний альянс, та чинники котрі на нього впливають	12
1.3 Особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті переживання терапевтами стресу в умовах війни	15
1.4 Теоретична модель та гіпотези дослідження	17
Висновки до першого розділу	18
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ	20
2.1 Етапи дослідження	20
2.1. Характеристика групи досліджуваних	20
2.2 Характеристика методик дослідження	21
РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ	25
3.1. Існує обернений зв'язок між стресом, який психологи-консультанти переживають в умовах війни, та їхньою здатністю підтримувати терапевтичний альянс	25
3. 2. Існує прямий зв'язок між здатністю психологів-консультантів підтримувати терапевтичний альянс в умовах війни та їх досвідом навчання та роботи.	33
3.3. Психологи-консультанти з більшим досвідом навчання та роботи оцінюють вплив війни нижче, ніж психологи-консультанти з меншим практичним досвідом.	36
3.4. Переживання психологами-консультантами стресу війни та професійний досвід є детермінантами якості побудови терапевтичного альянсу	39
Дискусія результатів	40
Обмеження та перспективи дослідження	43
ВИСНОВОК	45
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	46
ДОДАТКИ	53

ВСТУП

Від початку повномасштабного вторгнення на територію України 24 лютого 2022 року, кожен українець був вимушений переживати різноманітні стресори, що виникли в результаті тривалого проживання в стресовому середовищі. Для формування стабільного психологічного стану українців в часі війни, сформувалася велика кількість психологічних служб, кризових та консультаційних центрів (KMU.GOV.UA 2019) Чим далі триває війна, тим більшим є попит на різні форми психологічної допомоги. При цьому від початку війни найчастішими запитами до психологів-консультантів є втрати дому та відчуття безпеки, досвід насильства, робота з горем та втратою через війну, та інші реакції на травматичні події.

В цій роботі поняття психолог, психолог-консультант вживаються як синоніми та означають – фахівців, що надають психологічний супровід та допомогу постраждалим. Проживання психологів в умовах війни, а також робота з значною кількістю запитів, пов'язаних з травмами спричиненими війною, ймовірно, мають вплив і на терапевтичний альянс, а відтак і на ефективність психологічних послуг. Поняття терапевтичного альянсу було введене в 1979-му році, та означає взаємне розуміння та співдії між терапевтом та клієнтом засновані на міжособистісній довірі в процесі встановлення і досягнення цілей терапії (Horvath & Luborsky, 1993), (Bordin, 1979).

З попередніх досліджень відомо, що досвід переживання травматичних подій може по-різному позначатися на психічному здоров'ї терапевтів. Зокрема, відомо, що психотерапевти, які працювали в умовах війни, можуть відчувати симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і професійного вигорання, що може призвести до зниження задоволеності роботою та ефективності. Відповідно до дослідження, опублікованого в Journal of Traumatic Stress у 2020 році, психотерапевти, які працюють у постраждалих від конфлікту районах, повідомили про високий рівень вторинної травми та вигорання. Дослідження, проведене під час боснійської війни, показало, що

психологи, які надавали прямі послуги особам, постраждалим від війни, повідомляли про вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ніж психологи, які не надавали таких послуг. Дослідження показало, що вплив травматичних подій може мати значний вплив на психічне здоров'я навіть для спеціалістів із психічного здоров'я (Їегаїї-Clancy, Нуніе, & Kolenović-Ђаро, 2010).

Інше дослідження, проведене під час війни в Перській затоці, показало, що психологи, які надавали послуги з психічного здоров'я солдатам, повідомляли про вищий рівень вигорання, ніж психологи, які не надавали таких послуг. Дослідження показало, що надання психологічних послуг у зоні бойових дій може бути емоційно виснажливим і призвести до вигорання. (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997). Дослідження, проведене під час Громадянської війни в Сирії, показало, що психологи, які надавали послуги психічного здоров'я біженцям, повідомляли про високий рівень емоційного виснаження та вторинного травматичного стресу. (Talmon et al., 2019).

Натомість, з іншого боку, відомо, що хоч стрес, пов'язаний з війною, і може мати негативний вплив на психотерапевтів, він також може призвести до підвищення стійкості та співчуття. Дослідження, опубліковане в тому самому *Journal of Traumatic Stress* у 2019 році, показало, що психотерапевти, які працюють у постраждалих від конфлікту районах, повідомили про підвищення рівня емпатії та співчуття. Дослідження також виявило, що переживання стресу, пов'язаного з війною, було пов'язане з підвищенням стійкості психотерапевтів. В свою чергу, підвищення стресостійкості та резильєнтності психологів в умовах роботи з клієнтами, так само може позначатися на їхній здатності до терапевтичного альянсу.

Також, схожі результати було виявлено в роботі з дослідження роботи психолога в досвіді ірано-іракської війни. Дослідження показало, що надання психологічних послуг у зоні бойових дій може мати і позитивний вплив на психічне здоров'я, наприклад, підвищення задоволеності роботою та почуття

особистого досягнення (Mohammadi & Khodayarifard, 2008). А результати вищезгаданого дослідження війни в Боснії показало також, що психологи, які надавали послуги з психічного здоров'я в травмуючих ситуаціях, повідомили про підвищення емпатії та співчуття до своїх клієнтів. (Čehajić-Clancy, Kolenović-Đapo, & Hynie, 2015).

Між проблемами психолога-консультанта з психічним здоров'ям та терапевтичним альянсом існує прямий зв'язок, так дослідження Трайнома і Вінограда (2011) демонструє що особисті психологічні проблеми психолога прямо впливають на його здатність до побудови й збереження сталості терапевтичного альянсу. Емоційне виснаження, стрес негативно впливають на терапевтичний альянс. Не суперечить цьому висновку й інше дослідження проведене Flückiger et al. (2018) яке показало, що вищий рівень вигорання прямо впливає на зниження рівня альянсу, а відтак, негативно впливає на результати терапії. З оцінок клієнтів, стає зрозумілим, що й тривожність терапевта також відображається на терапевтичному альянсі (Zilcha-Mano та Errázuriz (2017); Hajek et al., 2010). В контексті психотерапевтичних досліджень більше відомо про зв'язок стресу та проблем у стосунках клієнтів, але не психотерапевтів.

Дослідження того, як дистрес війни позначається на якості терапевтичного альянсу є важливим, оскільки допомагає опосередковано зрозуміти якість психологічної допомоги, яку отримують клієнти. Незважаючи на існування досліджень про те, що психічне здоров'я терапевтів залежить від травматичних подій, зокрема пов'язаних з війною; між ТА та психічним здоров'ям терапевта є зв'язок, втім досліджень про особливості власне терапевтичного альянсу в умовах війни недостатньо, а таких які би вивчали ТА в умовах війни в Україні взагалі немає. Відтак, **метою цієї роботи** є визначення особливостей терапевтичного альянсу з клієнтами у зв'язку з переживаннями психологами-консультантами стресу війни.

Таким чином, **об'єктом** дослідження виступатиме феномен стресу у його широкому значенні відповіді психіки на непропорційно сильний зовнішній подразник. Вплив стресового чинника на особливості терапевтичного альянсу, виступатиме **предметом** дослідження, який ми розглядатимемо на прикладі соціально-психологічних викликів війни.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз досліджень впливу стресогенних чинників на формування та функціонування терапевтичного альянсу.
2. Визначити індивідуальні детермінанти вразливості терапевта до стресогенних чинників.
3. Здійснити аналіз основних факторів стресу, які негативно впливають на встановлення терапевтичного альянсу.
4. Провести емпіричне дослідження впливу війни на особистість терапевта і його здатність встановлювати й підтримувати альянс із клієнтом.
5. Сформулювати висновок.

Гіпотези дослідження:

1. Існує обернений зв'язок між стресом, який психологи-консультанти переживають в умовах війни, та їхньою здатністю підтримувати терапевтичний альянс.
2. Існує прямий зв'язок між здатністю психологів-консультантів підтримувати терапевтичний альянс в умовах війни та їх досвідом навчання та роботи.
3. Психологи-консультанти з більшим досвідом навчання та роботи оцінюють вплив війни нижче, ніж психологи-консультанти з меншим практичним досвідом.

4. Переживання психологами-консультантами стресу війни та професійний досвід є детермінантами якості побудови терапевтичного альянсу.

Методи дослідження:

- «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM). Переклад та адаптація – Миколайчук М.
- «Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу» Working Alliance Inventory (WAI-T). Переклад та адаптація – Миколайчук М.
- «Опитувальник Кеслера» Kessler Psychological Distress Scale (K6) – модифікація для оцінки дистресу від початку війни – Широка А.

Результати цього дослідження ймовірно будуть корисними для розуміння і профілактики професійного вигорання практикуючих консультантів, для кращого розуміння феномену, основних перешкод й шляхів встановлення терапевтичного альянсу, а також у супервізійній практиці. Отримані результати потенційно можуть стати основою для подальших досліджень ролі психоемоційного стану психолога-консультанта у процесі встановлення терапевтичного альянсу й для дослідження альянсу загалом.

Дослідження проводилося в 2022-2023 році, до опитування було запрошено практикуючих психологів-консультантів незалежно від освітнього рівня, віку та місця проживання, таким чином група досліджуваних складається із 80 осіб двох статей (88,6% жіночої та 11,4% чоловічої), віком від 18 до 65 років. Більшість 73,4% після початку повномасштабної війни не змінили місця проживання.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ

1.1 Особливості переживання стресу в умовах війни

1.1.1 Стресогенні чинники в житті людини

Оскільки дослідження, що стосуються прямого впливу бойових дій на суб'єкт та його здатності вибудувувати міцні соціальні зв'язки лише набирають популярності у вітчизняній психології, ми у великій мірі опиратимемось на праці зарубіжних авторів, які досліджували це питання до нас. У нашому ж дослідженні, ми виходимо із тієї апостеріорної позиції, яку особисто й досвідчуємо – такий глобальний феномен як війна необхідно впливає на безліч сфер людської екзистенції: економічну, соціальну, політичну, культурну і т. д., однак, ми звернемо нашу увагу на військовий конфлікт як форму впливу стресу на особу терапевта, а відтак й на терапевтичний альянс.

Інтегральний підхід до вивчення стресу був і залишається популярним в науковому дискурсі завдяки можливості дослідження більшої кількості шкал, які уможливають більш детальний огляд стресу самого по собі. Терапевтичний альянс, як спосіб кооперації з іншим (в особі терапевта) є явищем, яке потребує більш конкретизованого підходу, оскільки сам феномен (стресу) взятий тут за даність, яка досліджується безпосередньо через принциповий зв'язок із альянсом. Здатність людини до продуктивної кооперації, як можна судити із наведених нижче досліджень - корелює із рівнем стресу. Одним із акцентів є те, що з огляду на особливості реальності, ми безпосередньо торкаємося макрофеномену війни як центру походження більшості стресорів, які в той чи інший спосіб чинять вплив на терапевтичний альянс.

Стресори можуть бути пов'язані з різноманітними чинниками, та, відповідно, викликати різні реакції. В нашій роботі ми виділяємо три види

стресорів: пов'язані з суспільством, пов'язані з людиною, та пов'язані з відчуттям безпеки:

Перший фактор - *стресори, пов'язані з суспільством*, складається з елементів, пов'язаних з функціонуванням країни (управління економічна та міграційна криза, достатність джерел енергії тощо). Другий фактор, *пов'язані з людиною стресори*, охоплює речі, безпосередньо пов'язані з життям людини (наприклад, занепокоєння про майбутнє, особисте функціонування, соціальні стосунки та якість життя). Третій фактор, *пов'язаний з безпекою*, містить елементи, що стосуються питань безпеки (наприклад, особиста безпека, потенційна ескалація конфлікту або ядерна загроза) (L. Vargová, 2022).

Ці три чинники є фактичною основою виникнення й тривання стресу в громадян України в умовах російсько-української війни. Головно, варто відмітити, що потреба в безпеці є однією із провідних для ефективного функціонування людської психіки, внаслідок втрати безпечного середовища ментальне благополуччя українців у великій мірі зазнало кардинальних змін, як і когнітивні здібності, мотиваційна сфера тощо. Велике число осіб змушені були змінити не лише місце, але й спосіб життя, що унеможливило збереження життєвої стабільності приводячи до соціальної та психічної дезадаптації. Репрезентативність цих факторів стала очевидною по мірі ескалації конфлікту, наслідки і тривання якого є ілюстративним підсумком вищесказаного.

1.1.2 Стресогенні чинники в житті психолога

Крім звичних видів стресорів, яким піддається психотерапевт, психолог чи консультант, як звичайна людина, є також велика кількість стресорів, котрі впливають з огляду на діяльність та професію, яка є основною для психолога. Так у дослідженні стресу у стажерів клінічних психологів, що проводилося на вибірці 287 осіб, оцінена поширеність психологічних розладів на GHQ-28 (General Health Questionnaire) становила 59%, і 75% вибірки стажерів

повідомили про помірний або сильний стрес як результат клінічної підготовки Cushway D. (1992).

У дослідженні на тему “Stress and coping in clinical psychologists” було виявлено, що ступінь стресу за власними оцінками негативно корелює з віком ($r = -0,2920$, $p < 0,001$) і кількістю років практики ($r = -0,2087$, $p < 0,05$). Також, було проведено дисперсійний аналіз рівня стресу та статі, та виявлено, що жінки мали вищі загальні бали GHQ ($F(1,98) = 6,1185$, $p < 0,05$), і отримали вищі бали за показником тілесних реакцій (підшкала дисфункції GHQ ($F(1,99) = 4,5896$, $p < 0,05$), підшкали тривожності та безсоння ($F(1,99) = 4,1121$, $p < 0,05$), та вищий ризик рецидиву ($F(1,95) = 4,204$, $p < 0,05$).

В результатах дослідження, опублікованих на конференції New Savoу Partnership (2015) констатували що 70% психотерапевтів вважають свою роботу стресовою, а чверті, враховуючи, що вони мають тривале хронічне захворювання, 46% повідомили про депресію.

Найбільше до категорій шкідливого впливу стресу відносяться професійне вигорання, зниження почуття досягнень, виснаження та психічні розлади. Так в своєму дослідженні Ben-Zur, H. and Michael K. (2007) виявили позитивну кореляцію між високим вигоранням і оцінкою стресу/навантаження, сприяючи позиції, що оцінка робочого навантаження є настільки ж впливовий, як і фактичне навантаження на людину. Rosenberg, E., & Pace, T. (2006) виявили, що ті, хто працював у приватному секторі, мали більше почуття особистого досягнення в порівнянні з тими, які працювали в медичній сфері та тими, що працювали в академічних колах. Також було виявлено, що ті, хто працює в приватній практиці, почуваються краще ніж їхні однолітки за рівнем вигорання. (Rosenberg and Pace (2006)

Наприклад, Ballenger-Browning et al. (2011), у дослідженні військових постачальників психіатричних послуг, повідомляється що психологи, які мали більшу кількість пацієнтів на тиждень, переживали зниження почуття особистого досягнення. Збільшення часу, витраченого на адміністративну або

паперову роботу також може призвести до посилення емоційного виснаження та відчуття зниження особистих досягнень (Rupert and Kent, 2007).

Дослідження показали, що надмірна залученість в роботі з клієнтами безпосередньо пов'язана як з емоційним виснаженням, так і з деперсоналізацією (Raquero J. M. and Miller G. V. 1989; Huebner, 1994)

Психологи молодшого віку в дослідженні Акерлі та ін. (1988), повідомили про вищий рівень вигорання, ніж їхні старші колеги. Вони стверджували, що з віком психологи навчаються економити свою емоційну енергію, щоб вона не виснажилась. Ідея про те, що молоді люди більш сприйнятливі до вигорання є підтримані в наступних дослідженнях.(Maslach та ін., 2001).

Вигорання серед фахівців у сфері психічного здоров'я стало глобальною проблемою, з сфери постачальників психіатричних послуг 21-67% повідомляють про високий рівень (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2012).

Вигорання та стрес, пов'язаний з роботою, поширені серед психологів психотерапевтів, з показниками поширеності в межах 44,1% (Rupert & Kent, 2007; Rupert & Morgan, 2005) і 59% (Cushway & Tyler, 1994). Вигорання було також пов'язане зі зниженою здатністю виконувати свою професійну роль і забезпечувати адекватний догляд клієнтів (Baker, 2003; Barnett & Hillard, 2001; Maslach, 1982; Morse et al., 2012)

Згідно з результатами дослідження Кушвей в 1997 році, на психологічний стан психологів найбільше впливають наступні стресори: велика кількість роботи, про це повідомило 56 % респондентів, погана якість управління, про що відмітило рівно 50 % респондентів, вимушена потреба в мультифункціональності (41%), нестача ресурсу (39%), конфліктні стосунки з іншими (35%), низька оплата праці (30%), невизначеність стосовно майбутнього (25%) та інше. (Cushway, D., 1997)

1.2 Терапевтичний альянс, та чинники котрі на нього впливають

У широкому сенсі терапевтичний альянс демонструє сприйняття розвитку робочих відносин між клієнтом і терапевтом широкий спектр клінічних взаємодій, включаючи психологічну розмову терапії. Альянс, як його сприймають і терапевти, і клієнти, визнається ключовим для позитивного результату психотерапії (Flückiger та ін., 2018).

Процеси міжособистісної комунікації ведуть до встановлення міцного, довірливого контакту, який є передумовою динамічної та продуктивної взаємодії, відсутність довірливого зв'язку між клієнтом та терапевтом не передбачає ефективного досягнення цілей терапії - індивідуального зросту. Відсутність довірливого контакту часто можна розглядати як особливу форму опору, який не будучи опрацьованим є фактором терапевтичної рецесії й унеможлиблює досягнення цілей терапії.

Інший погляд на роботу терапевтичного альянсу був запропонований в 2017 році Нова модель була запропонована терапевтом Сігаль Зільха. для кращого розуміння можливого характеру альянсу, який постулював, що клієнт «*подібний до рис*» client 'trait-like' (e.g. patterns of relating, expectations of relationships and appraisals of themselves and interactions with others) (наприклад, моделі стосунків, очікування стосунків оцінки себе та взаємодії з іншими) і союз «*подібний до стану*» (наприклад, «*в даний момент*» динамічний і терапевтичний характер самого альянсу) компоненти сприяють терапевтичним змінам. За терміном «*риса*» означає, що характеристики, які клієнти привносять у терапевтичну ситуацію, не можуть змінитися, тоді як фундаментальною метою терапії є внесення змін. Дослідження впливу війни на терапевтичний альянс виходить за межі розуміння моменту «тут і зараз» і дозволяє провести аналіз із можливістю відслідковування динаміки терапії в горизонталі «до – після», з урахуванням впливу непересічного стресора війни. (Zilcha-Mano, 2017)

Взаємозв'язок між результатом терапії та рівнем терапевтичного альянсу є добре встановленим. Якісно побудований терапевтичний альянс може впливати на позитивний результат, покращення в терапії, та знизити рівень психологічного дистресу в часі терапії. (Flückiger та ін., 2018),

Результати дослідження Данстер в 2017-му році показали, що більш міцний терапевтичний альянс впливає також на зменшення суїцидальних думок і випадків самоушкодження. Що стосується випадків пов'язаних зі спробами самогубства, точно дослідити це питання автору не вдалось, оскільки терапевтичний альянс впливає на кількість суїцидальних думок, а отже, не маючи достатньої вибірки для виміру кількості суїцидальних спроб, визначити кореляцію не є можливим. (Dunster-Page et al., 2017).

Натомість Флюкігер в 2018 році в своїй роботі “Розлади що пов'язані з вживанням речовин та терапевтичний альянс” вказує, що чим міцнішим є терапевтичний альянс, тим меншою є кількість спроб суїциду впродовж 7-12 місяців роботи. (Flückiger et al., 2018). Ці висновки узгоджуються з більш широким аналізом літератури спрямованої на дослідження «*альянс–результат*», який виявив, що сила терапевтичного альянсу пов'язана з позитивними клінічними результатами після припинення терапії.

Хоча існують суперечливі висновки щодо того, чи впливав суїцидальний досвід до психотерапії на сприйняття клієнтом терапевтичного альянсу, терапевтам важливо пам'ятати про ймовірність того, що суїцидальний досвід до психотерапії може подіяти як перешкода для клієнтів у побудові терапевтичного альянсу в рамках першої сесії (Gysin-Maillart et al., 2017; Plöderl et al., 2017). Такі труднощі у формуванні терапевтичного альянсу можуть бути наслідком занепокоєння клієнта стосовно процесу побудови довірливого стосунку, збереження конфіденційності, динаміки переміни тем влади та збереження контролю та ін. (Awenat et al., 2018; Blanchard & Farber, 2020; Jobes & Ballard, 2011). Крім того, очікування клієнта стосовно сесій, та побудови стосунків також мають високий рівень впливу на терапевтичний альянс та

процес його побудови. (Zilcha Mano, 2017). Необхідно також враховувати ряд ключових аспектів характеристик клієнта, а саме вік, гендерна ідентичність, сексуальна орієнтація, етнічна приналежність, статус зайнятості та освіта. Ці фактори можуть впливати на мотивацію до участі та завершення психотерапії й формування значущості терапевтичного стосунку (Behn et al., 2018; Chang & Yoon, 2011; Меєр та ін., 2005; Шарф та ін., 2010; Wintersteen та ін., 2005). Тому вкрай важливо, щоб терапевти навчалися не лише взаємодії клієнтів і створення терапевтичного альянсу, а також налаштуватися на клієнта сприйняття відносин і занепокоєння щодо обговорення суїциду переживання під час терапії.

Терапевтичний альянс представляє собою сферу міжособистісної атракції, на яку в процесі становлення та опісля чинять вплив різноманітні чинники починаючи від соціального статусу, рівня освіти та спеціальності психолога, та закінчуючи психологічним станом терапевта, здатністю клієнта формувати довірливий стосунок, та рядом зовнішніх чинників, включно з культурним аспектом.

Особливо слід зосередитися на пом'якшенні потенційного впливу відмінностей в етнічній приналежності, сексуальній орієнтації, гендерної ідентичності та соціально-економічного статусу між терапевтом і клієнт може мати на створення терапевтичного альянсу та терапевтичних змін (Behn et al., 2018; Cardemil & Battle, 2003; Chang & Юн, 2011; Васкес, 2007)

Терапевтичний альянс часто визнається нелінійним коливанням, під час курсу психотерапії. Такі події, як розрив альянсу (наприклад, порушення зв'язку та погане розуміння) і вирішення таких розривів можуть відбуватися між клієнтом і терапевтом (Safran et al., 1990; Safran & Muran, 2006).

Дослідження показали, що міцність терапевтичного альянсу впливає також на досвід розриву та поновлення роботи клієнта (Muran та ін., 2009), та значно покращує психічне здоров'я порівняно з відсутністю досвіду завершення

роботи (Стайлз та ін., 2004). Це може бути пов'язано з тим, що клієнти навчаються на міжособистісному спілкуванні, та навчаються завершувати етапи та стосунки в житті (Safran та ін., 1990; Safran & Muran, 2000).

1.3 Особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті переживання терапевтами стресу в умовах війни

За твердженнями психотерапевтів, терапевтичний альянс, особливо в контексті війни в Україні може бути особливо результативним методом для терапії наслідків травми та створення умов для виникнення психічного імунітету, який підтримує людину перед лицем реалій війни (Cloitre, 2015). Зцілюючого потенціалу йому надає саме стосунок, який утворюється на початку і розвивається впродовж терапевтичного процесу. Терапевтичний альянс, має прямий девальвуючий вплив на отриманий травмівний досвід (Najavits et al., 2014), відтак, є цінним надбанням для травмованої особистості, оскільки, найчастіше зміна способу і місця життя веде до втрати надійних соціальних контактів, а отже стимулює виникнення недовіри, замкнутості, відчуженості; в таких умовах відновлення довірливого зв'язку уможливорює скорочення соціальної дистанції і подальшої культурної адаптації індивіда.

В цьому певен і Lyon, який вказує на те, що терапевтичний альянс є однією із важливих складових ефективної терапії клієнтів, які звертаються із запитом терапії травмуючого досвіду (Lyon, 2015). Суголосним, хоч і більш радикальним є Бессел Ван дер Колк, який констатує думку про визначальний, критично важливий вплив терапевтичного альянсу для терапії травм (Van der Kolk, 2014). З огляду на чисельні дослідження, на цьому етапі переоцінити альянс в контексті терапії травм важко і хоч ми доволі точно розглянули важливість і фундаментальну цінність самого феномену, втім, слід визнати, те що терапевтичний альянс є явищем, куди більш комплементарним ніж це могла б описати одна академічна праця. З урахуванням цього аспекту особливу увагу

необхідно варто звернути на якість терапевтичного альянсу, яка репрезентує рівень довіри, комунікації та готовності до ефективної кооперації в цілях терапії. За твердженням Норкросса альянс є одним із центральних предикторів наслідків терапевтичного процесу (Норкросс, 2011), його ж якість є основоположною, за визначенням.

Соціальна співдія передбачає присутність бодай двох суб'єктів такої співдії, оскільки терапевтичний альянс, як соціальна дійсність передбачає наявність міжособового обміну, то ми не могли б, в силу специфіки цієї праці, оминати питання, яке стосується визначення терапевта у цій співдії, адже як суб'єкт комунікації терапевт відчуває емоційну напругу, часто не меншу ніж клієнт, відтак альянс, як справа міжособова залежить також від особливостей функціонування особи терапевта. Часто встановлення довірливого зв'язку унеможливлене рядом перешкод, які утворені напругою, особистими переживанням, емоційним виснаженням, травмою самого терапевта. В умовах розгортання активних бойових дій утворення альянсу ускладнене стресогенним середовищем у якому перебувають як клієнт, так і терапевт (Nakamura et al., 2013), що ставить під питання існування безпечного та сприятливого середовища (Ford & Courtois, 2014).

Звідси впливає простий умовивід, який варто розуміти наступним чином - терапевт, який не зумів ефективно подолати стрес війни, не зуміє створити для клієнта необхідні умови для подолання травматичного досвіду. Терапевти повинні розуміти вразливість до стресу і піклуватися про власне емоційне благополуччя, щоб підтримувати рівень терапевтичного альянсу (Кук та ін., 2012). Вимагаючи постійних зусиль альянс, є енерговитратним процесом, який вимагає постійних ресурсних інвестицій з боку терапевта (Wampold, 2015), тому виснажений і втомлений стресом терапевт малоімовірно буде ефективним в процесі створення й підтримки альянсу.

Неординарні питання вимагають неординарної відповіді, реалії війни, поставили перед практичними психологами конкретні вимоги стресостійкості.

Зазнав змін і процес утворення і збереження терапевтичного альянсу, оскільки базові установки безпеки були зруйновані перманентною загрозою (Lambert, 2013) як в клієнтському так і терапевтичному просторі. Пускаючи в сферу свідомості травмівний досвід терапевти навчалися відповідати на травму і в умовах загрози відновлювати втрачені зв'язки довіри, встановлення нових рамок безпеки (Pearlman & Saakvitne, 2013). Терапевти, які продовжують працювати з клієнтами повинні зважати також на деякі культурні відмінності, що стосується, зокрема, ВПО (внутрішньо переміщені особи) (Haas & Iwamasa, 2014).

1.4 Теоретична модель та гіпотези дослідження

Після проведення аналізу теоретичних праць на тему Особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті переживання терапевтами стресу в умовах війни, було сформовано наступну теоретичну модель:

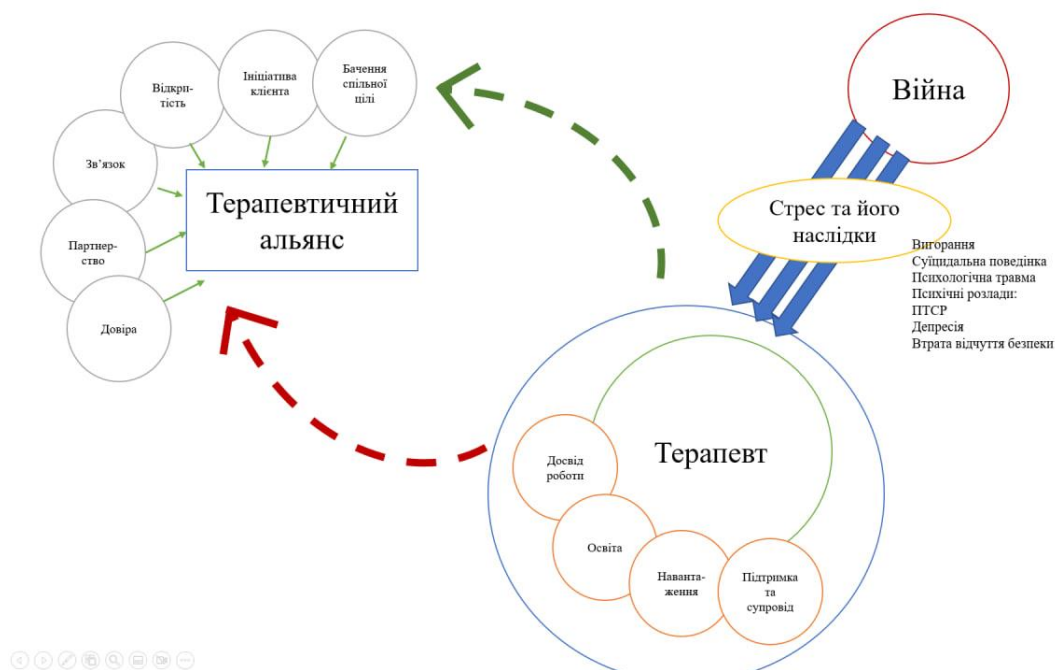


Рис. 2.1. Теоретична модель дослідження

Теоретична модель відтворює схему впливів реальності на суб'єктивний світ\стан терапевта і встановлює взаємовплив терапевта на процес встановлення і підтримки терапевтичного альянсу.

Модель представляє конструктивну цілісність саме завдяки можливості дослідження декількох соціокультурних та психічних явищ водночас. Каузальний принцип, який лежить в основі схеми своїм першоджерелом має глобальний феномен війни, як психологічний фактор вплив війни супроводжується стресом, який впливає безпосередньо на особу терапевта, його професійні та особистісні компетенції, викликаючи вигорання, суїцидальну поведінку, травми, психологічні розлади, депресію, втрату відчуття безпеки; аналогічно, вплив вчинений на терапевта, необхідно впливає на його здатність до комунікації - побудови надійних, довірливих зв'язків та до кооперації - здатності бути ефективним в процесі прийняття та досягнення цілей, впливає на довіру у стосунках, партнерство, утворення сталого зв'язку, відкритість тощо.

Висновки до першого розділу

Пріоритетність досліджень терапевтичного альянсу виходить із розуміння його як необхідної соціальної складової співдії між психологом-консультантом та клієнтом, яке, згідно проаналізованих наукових висновків та джерел є одним із чинників впливу на результат терапевтичного процесу. З огляду на важливість цієї тематики, багато наукових досліджень стосуються саме процесу створення й підтримки альянсу.

Вплив війни - стрес та його наслідки впливають на психічний стан психолога, а відтак, й на здатність підтримувати терапевтичний альянс - утворювати сталі партнерські стосунки на основі довіри, відкритості, здатності декларувати спільну ціль. Наслідки війни в однаковий спосіб, але з різною силою впливають на особу психолога-консультанта порушуючи його здатність

до створення сприятливої для терапії атмосфери та побудови терапевтичного альянсу. В перспективі емоційне вигорання може перерости у професійне, призвести до депресії, втрати мотивації, емоційної напруги в терапевта та втрати результативності терапії загалом.

Таким чином, важливим є дослідити вплив стресорів війни, зокрема суб'єктивне відчуття переживання впливу досвіду консультування в умовах війни на здатність до формування терапевтичного альянсу в психологів-консультантів.

Гіпотези дослідження:

1. Існує обернений зв'язок між стресом, який психологи-консультанти переживають в умовах війни, та їхньою здатністю підтримувати терапевтичний альянс.
2. Існує прямий зв'язок між здатністю психологів-консультантів підтримувати терапевтичний альянс в умовах війни та їх досвідом навчання та роботи.
3. Психологи-консультанти з більшим досвідом навчання та роботи оцінюють вплив війни нижче, ніж психологи з меншим практичним досвідом.
4. Переживання психологами-консультантами стресу війни та професійний досвід є детермінантами якості побудови терапевтичного альянсу.

РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Етапи дослідження

Дослідження проводилося в 2022-2023 році, участь взяло 80 осіб двох статей, віком від 18 до 65 років. Було проведено збір даних за допомогою онлайн опитування (Google-Form), де досліджувані мали оцінити вплив стресогенних чинників на формування та функціонування терапевтичного альянсу. В дослідженні було використано наступні опитувальники: «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM), переклад та адаптація – Миколайчук М., «Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу» Working Alliance Inventory (WAI-T). Переклад та адаптація – Миколайчук М., для вимірювання якісних показників терапевтичного альянсу. Для вимірювання показників дистресу від початку війни було використано модифіковану версію «Опитувальник Кеслера» Kessler Psychological Distress Scale (K6), Широка А., та авторський опитувальник для визначення основних характеристик психотерапевта. Також було додано 2 запитання, для дослідження побічних факторів впливу війни на психотерапевтів та їх якості формування терапевтичного альянсу: *“Як, на вашу думку, війна вплинула на ваше життя?”* та *“Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни”*.

2.1. Характеристика групи досліджуваних

Група досліджуваних складається з 80 осіб обидвох статей (88,6% жіночої та 11,4% чоловічої), віком від 18-65 років (27,8% - віком 18-25 років), (27,8% віком 26-35 років), (27,8% - віком 36-45 років), (12,6% - віком 46-55 років), (4% -56-65 років). Більшість 73,4% після початку повномасштабної війни не змінили місця проживання.

Для проведення опитування було практикуючих психологів-консультантів незалежно від віку та місця проживання. Розподіл освітньо-кваліфікаційних рівнів виглядає наступним чином: 65,8% респондентів мають базову психологічну освіту, 22,8% не мають базової психологічної освіти, 11,4% здобувають психологічну освіту, 54,4% здобувають освіту в одному із терапевтичних проєктів (рис 2.2). (Додаток А)

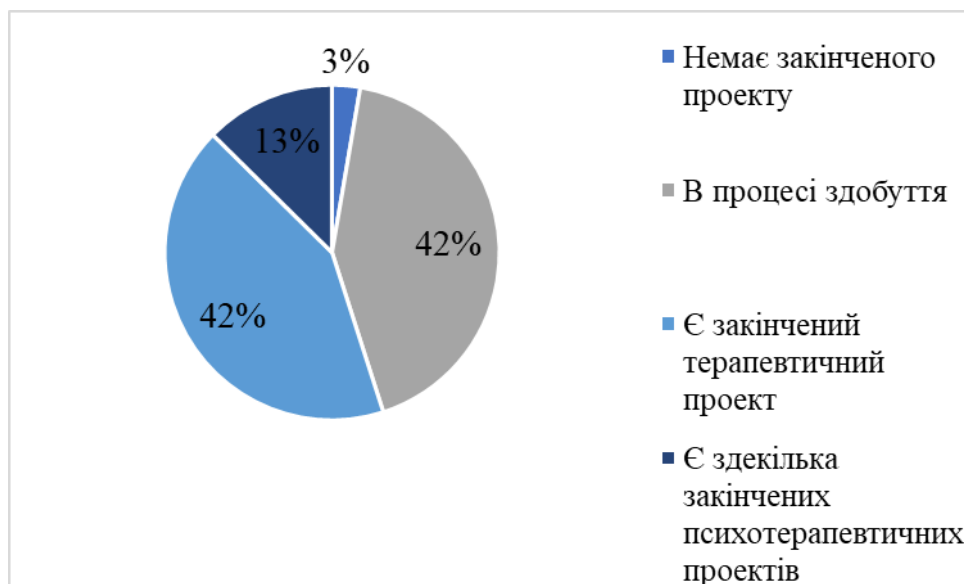


Рис. 2.2. Розподіл учасників за досвідом навчання на психотерапевтичному проєкті

Професійно займаються консультуванням 67,1%, 32, 9% - не вважають консультації основним джерелом своїх доходів. Більшість 45,6% займаються як дистанційними так і очними консультаціями, Найнижчий показник кількості очних консультацій 15,2%. Абсолютна більшість 93,7% регулярно відвідує супервізійні чи інтервізійні групи. Переважаючим напрямком є психодинамічна терапія.

2.2 Характеристика методик дослідження

Для аналізу групи досліджуваних було створено та використано опитувальник, котрий складається з 12 кількісних запитань, котрі мали на меті описати основну вибірку досліджуваних, зокрема їх місце проживання,

наявність базової освіти з психології, досвід роботи, досвід навчання психотерапевтичного, середня завантаженість, формат роботи (онлайн/офлайн), напрям роботи, наявність супервізійних та інтервізійних груп, кількість консультацій на тиждень, та приблизна оцінка наслідків впливу воєнних дій на психіку.

Для дослідження предмету роботи використовували опитувальник «Опитувальник Кеслера» Kessler Psychological Distress Scale (К6). Для аналізу об'єкту дослідження було використано опитувальник «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM) та додатково «Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу» Working Alliance Inventory (WAI-T). Додатково в кінці опитувальника було розміщено два відкриті питання: «Як, на вашу думку, війна вплинула на ваше життя?» та «Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни?».

«Опитувальник Кеслера» (Kessler Psychological Distress Scale) – тест, який дає можливість оцінити емоційний стан людини впродовж певного часу. Шкала вимірювання визначає, з якою частотою респондент впродовж останніх 30-ти днів відчував знервованість, безнадію, неспокій, пригнічення, безсилля, безвартісність (знецінення). Кожне питання оцінюється за шкалою Лейкерта, де 1 - жодного разу, а 4 - увесь час. У нашому дослідженні було використано скорочену версію опитувальника, К6. Сума усіх балів по 6-ти запитанням визначає результат опитування конкретного респондента в якому: високі бали позначають високий рівень дистресу, низькі бали – низький рівень дистресу. При адаптації опитувальника К6 показник внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха становить 0.798.

Методика «Опитувальник стосунків Ен'ю» Agnew Relationship Measure (ARM) – тест метою якого було виміряти якісні показники терапевтичного альянсу. При перекладі та адаптації цієї методики показник внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха становив 0,6 при мінімальному 0,5. У опитувальнику міститься 28 тверджень, які передбачають сім варіантів

відповідей (7-бальною шкалою Лайкерта) : від «Цілком згідний/а» до «Цілком не згідний/а» за п'ятьма шкалами:

1. Шкала «Зв'язок»: стосується доброзичливості, прийняття, розуміння та підтримки у стосунках з клієнтом (2, 13, 15 (reversed), 16, 19 and 22 (reversed)).
2. Шкала «Партнерство» відноситься до готовності спільної роботи над терапевтичними завданнями (20 (reversed), 24, 26 and 27 (reversed)).
3. Шкала «Довіра» показує результати вимірювання рівня сприйняття та довіри (6, 7, 9 (reversed), 12, 14 (reversed), 17 (reversed) and 21).
4. Шкала «Відкритість» стосується того наскільки, на думку терапевта, клієнти відчувають свободу розкривати особисті проблеми без страху чи збентеження (1, 3 (reversed), 5 (reversed), 8 and 10).
5. Шкала «Ініціатива клієнтів» відповідає за показник прийняття клієнтом відповідальності за напрямки й результати терапії (4, 11 (reversed), 23, and 25).

Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу (Working Alliance Inventory, WAI) є інструментом для вимірювання якості взаємодії між пацієнтом та терапевтом. Українською назва методики звучить як «Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу» (WAI-T). Опитувальник розроблений та опублікований в оригіналі англійською мовою в 1979 році авторами Н. Weiss, J. P. Davis та L. S. Mendelson.

Метою використання опитувальника є оцінка якості терапевтичного альянсу, який визначається як спільна робота між пацієнтом та терапевтом з метою досягнення спільної мети. Опитувальник може бути використаний у дослідженнях, пов'язаних з психотерапією та іншими формами лікування, а також у практиці психотерапевтів для оцінки терапевтичного процесу.

Опитувальник WAI-T складається з 36 питань, які оцінюють три аспекти терапевтичного альянсу: розуміння (TASK), згоду (GOAL) і співпрацю (BOND). Відповіді на питання надаються на 7-бальній шкалі, де 1 - абсолютно

не погоджуюся, 4 - не визначено, 7 - абсолютно погоджуюся. Кінцевий бал складається з суми балів, поділеної на кількість питань. Максимально можливий бал на опитувальнику - 84 бали.

Коефіцієнт альфа-Кронбаха для загального балу складає 0,96, а для кожної з підшкал - від 0,89 до 0,93. Водночас, дослідники з Бразилії при дослідженні опитувальників WAI-C та WAI-T для сфери реабілітації відзначили прийнятну надійність, проблеми з внутрішньою узгодженістю (α -Кронбаха $< 0,70$ для всіх підшкал). З іншої сторони, дослідники з Японії встановили адекватну внутрішню узгодженість опитувальника WAI-S-C у сфері фізичної терапії (α -Кронбаха = 0,88), чудову надійність для кожного пункту і високий коефіцієнт внутрішньокласної кореляції [40].

Якісну частину опитувальника, зокрема запитання: *“Як, на вашу думку, війна повпливала на ваше життя?”* та *“Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни”* було використано в кінці опитувальника.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

Для перевірки гіпотез дослідження використовувалася програма Statistica 8.0.

Першим етапом було проведено аналіз розподілу шкал. Оскільки більшість шкал не мають розподілу, узгодженого з нормальним, в подальшому було вирішено використовувати непараметричний критерій.

3.1. Існує обернений зв'язок між стресом, який психологи-консультанти переживають в умовах війни, та їхньою здатністю підтримувати терапевтичний альянс

Для аналізу першої гіпотези, було проведено кореляційний аналіз за методом Spearman's correlation між результатами шкал Кеслера та результатами опитувальника оцінки якості побудови терапевтичного альянсу ARM та WAIT. Згідно з результатами аналізу існує обернений взаємозв'язок між результатами опитувальника Кеслера та шкалами опитувальника ARM зв'язок ($R=-0,29$; $p=0,00$). Також, існує обернений взаємозв'язок між результатами опитувальника Кеслера та шкалами опитувальника ARM довіра ($R=-0,23$; $p=0,03$). Між іншими шкалами взаємозв'язку не було виявлено.



Рис 3.1. Кореляційна матриця між шкалами показнику стресу та якості побудови терапевтичного альянсу

Виявлено, що існує обернений зв'язок між відповідями опитування та шкалою ARM «Зв'язок».

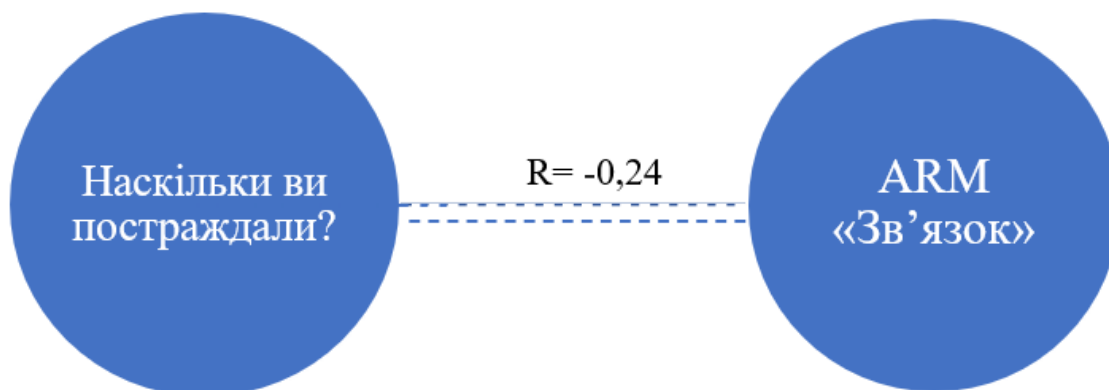


Рис 3.2. Кореляційна матриця між переживанням досвіду війни та здатністю до побудови терапевтичного альянсу

Наступним етапом дослідження було проведено якісний аналіз відповідей учасників на запитання: *“Як, на вашу думку, війна повпливала на ваше життя?”*

Відповіді учасників було поділено на наступні категорії:

1 - “Погіршення емоційного стану”. До цієї категорії увійшли учасники, котрі відмічали вплив війни на емоційний стан, підвищення тривожності, депресивності, та ін. Наприклад, до цієї категорії було віднесено наступні відповіді: *“Зробила мене більш тривожною, заставила боятись кожного наступного дня повітряних тривог.”* *“Збільшила рівень тривожності, зменшила концентрацію увагу, погіршила сон, повпливало на рівень стресу та втомлюваність”*. До цієї категорії увійшло 24 особи.

2 - “Зміни в соціумі чи стилі життя” (Переміщення, розлука з рідними). До цієї категорії було віднесено учасників, що відмітили різкі зміни в побуті чи стосунках з близькими, наприклад: *“Вибила з колії. Я втратила роботу. Живу не вдома”*, *“Сильно впали доходи. Десь в два-три рази. Я кардинально змінила*

місце проживання, виїхала одна з дітьми, буквально в нікуди. Війна вплинула негативно і стала величезним стресом.”

3 - Позитивно повпливала. Учасники цієї категорії відмічали вплив війни як “в більшості позитивний”, зокрема переоцінка цінностей, життя, пріоритетів в житті. Наприклад: “Життя стало кращим, я частіше роблю те, що хочу.”, “Змусила сильно переглянути свої цінності і деякі погляди на життя. Вимагає дуже багато стресостійкості і довелось прийняти те, що на переживання війни треба виділяти теж свій ресурс і брати до уваги те, що в будь-який день я можу бути не здатна займатись запланованими справами через болючі новини, переживання за близьких, певні страхи перед майбутнім. Але в той же час посилила толерантність до життя загалом, знизила рівень важливості щодо деяких речей, які раніше здавались терміновими і пріоритетними.”

4 - Негативний вплив. Зокрема, до цієї категорії було віднесено учасників, котрі повідомляли про перегляд цінностей в категорії страху за життя, екзистенційної кризи та ін. Наприклад: “Додала невизначеності, забрала стабільність, змусила жити в режимі, коли невідомо, що буде втрачено чи зруйновано завтра. Додалось напруження і змінилася радість життя.”, “З’явилися сумніви, що моє життя має об’єктивну таку високу цінність, як це було до війни”.

5 - “Інше”. До цієї категорії було віднесено учасників, котрі не дали відповіді, або ж відповідь не можливо було віднести до попередніх категорій, наприклад: “Кардинально на всі сфери життя”, “Так”, “Негативно/позитивно”, “Кардинально змінила”.

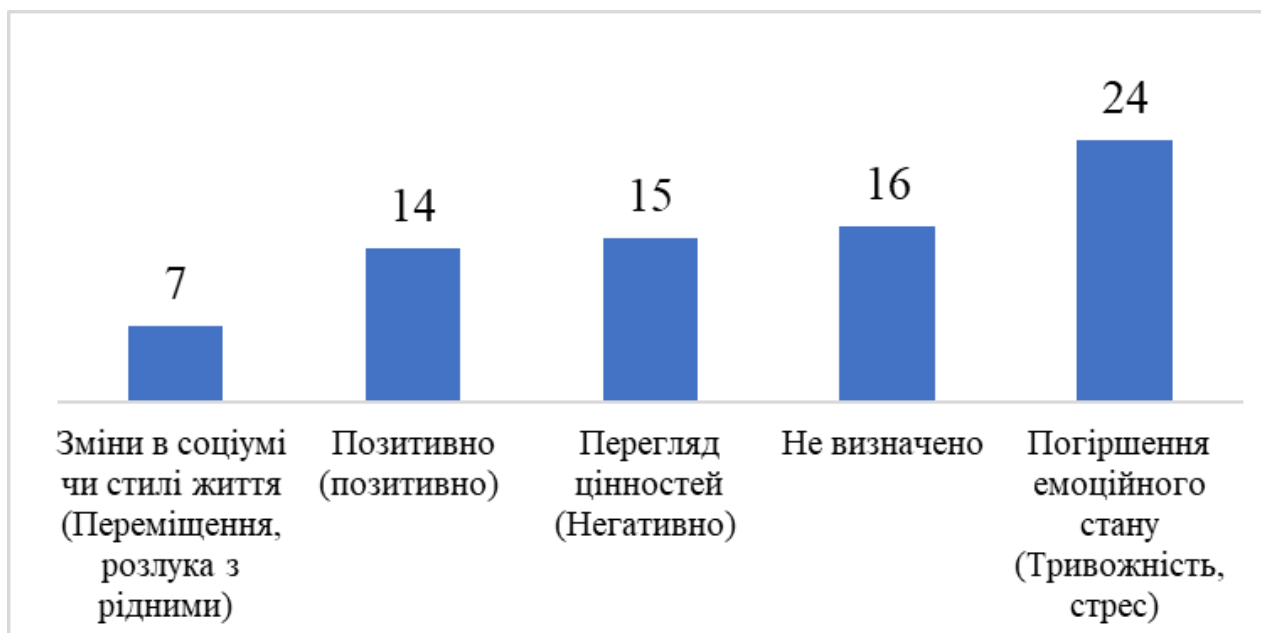


Рис 3.3. Розподіл учасників за відповідями на питання “Як, на вашу думку, війна повпливала на ваше життя?”

“На цьому етапі дослідження було проаналізовано відповіді учасників: “Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни?”

1. *Страх втрати близьких.* До цієї вибірки увійшли респонденти, які вважали основним тригером стресу страх втрати близьких, до цієї категорії було віднесено такі відповіді: “Постійна нестабільність, страх за близьких”, “Страх за власних дітей і чоловіка”, “Страх за добробут рідних”. До цієї категорії було віднесено 11 осіб.
2. *Безпорадність.* До цієї категорії віднесені ті респонденти, які вважали безпорадність головним тригером від моменту повномасштабної війни. Наприклад: “Неможливість впливати на ситуацію”, “Я не знаю що робити далі і розучилася приймати рішення”, “[...] Дуже стресовим був період весни 2022 року, коли спостерігаєш за всіма жахіттями, коли стикаєшся з власним безсиллям і розумієш, що війна буде довго [...]”. До цієї категорії увійшло 15 осіб.
3. *Пряма загроза життю.* До цієї групи зараховувалися респонденти, відповіді

яких визначають основним тригером загрозу життю: *“Проліт ракети над будинком”*, *“Ракети, що летіли над головою, блекаут”*, *“Загроза життю. Загроза життю близьких. Нові задачі, в яких немає гарних рішень”*, *“Найстресовішою була гостра і реальна загроза смерті мені і близьким. Потім якийсь час було загалом важко просто жити і робити звичайні повсякденні речі”*, *“10 жовтня ракета впала недалеко від нашого дому в Києві. Це був перший тиждень після повернення з більш безпечних регіонів. Дуже злякалась у той день”*, *“Страх окупації”*. В цю категорію включені 17 респондентів.

4. *Травма свідка*. До цієї групи увійшли особи, які визнали найбільш стресовим чинником руйнівні події війни. До цієї категорії включали за критерієм відбору таких відповідей як: *“Масова загибель громадянського населення, особливо дітей, руйнування ракетами житлових будинків”*, *“Маріуполь”*, *“Втрати знайомих, геноцид моєї нації”*, *“Новини про злочини в Бучі та Ірпені, Маріуполі”*. До цієї категорії зараховано 23 особи.

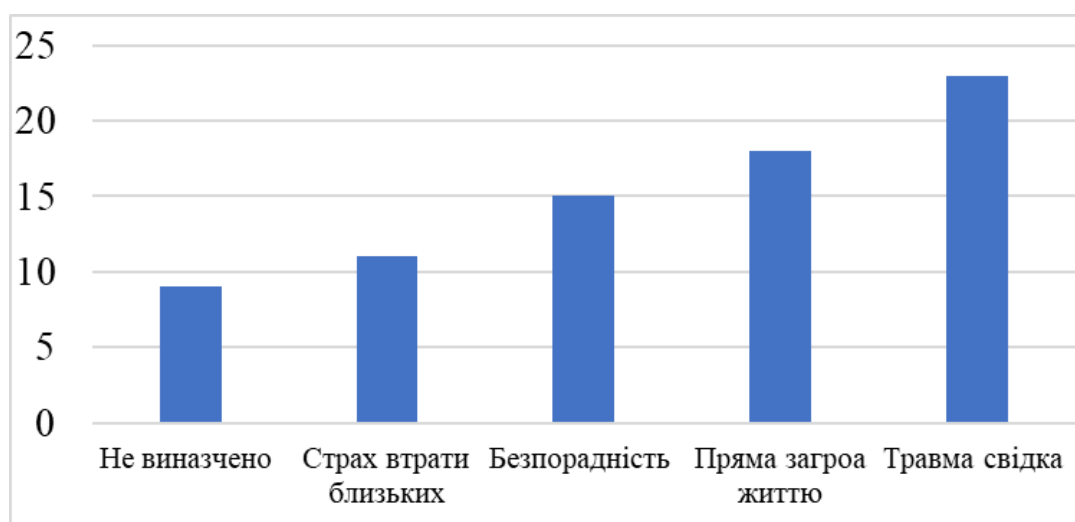


Рис. 3.4. Розподіл учасників за відповідями на питання *“Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни”*

5. *Не визначено*. До цієї категорії віднесені відповіді, які не підпадають під критерії жодної з попередніх шкал, чи стосуються більшості їх, наприклад:

“Важко відповісти та виділити, щось одне”, “Кількість фахівців, які виїхали за кордон і працюють з представниками ворожої країни”, “Онкології рідних”. До цієї категорії увійшли 9 осіб.

Для перевірки гіпотези було проведено перевірку наявності зв'язку за методом Спірмена, використовуючи шкали: “На вашу думку, наскільки Ви постраждали від наслідків воєнних дій?”, та опитувальників оцінки якості побудови терапевтичного альянсу ARM та WAIT.

Наступним етапом було проведено порівняльний аналіз взаємозв'язку шкал запитань *“Як, на вашу думку, війна вплинула на ваше життя?”* та *“Що стало для вас найбільш стресовим чинником від початку повномасштабної війни”* та шкалами ARM та WAIT.

Згідно з результатами тесту Лівена, групи не є гомогенними, тому для аналізу відмінностей між групами використовувався непараметричний критерій. Тому наступним кроком було проведено порівняльний багатофакторний тест. Згідно з результатами порівняльного тесту Краскера-Уолліса, бачимо статистично значущі відмінності в наступних шкалах: шкала Кеслера та шкала “Зв'язок” опитувальника ARM.

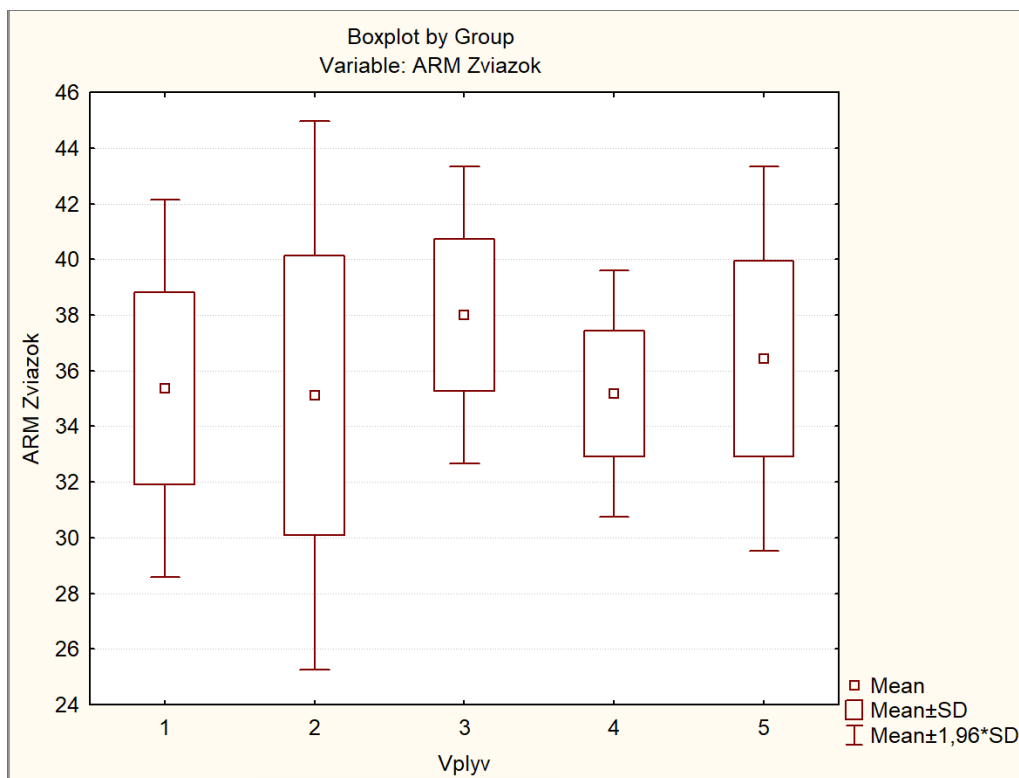


Рис. 3.5. Результати порівняльного аналізу за шкалами ARM зв'язок та оцінкою впливу війни

У всіх інших шкалах відмінності не були статистично значущими.

Оцінки впливу війни на показник зв'язку опитувальника ARM було категоризовано по шкалах (див. рис. 3.3). Перша категорія - середній показник впливу війни на здатність створювати й підтримувати довірливий зв'язок = 35.2; більшість відповідей розміщені в межах 32-38.8; поляризація відповідей відповідна 28.5-42.

Друга категорія - середній показник = 35; більшість відповідей знаходяться в межах показників 30-40, що є найбільшим діапазоном; поляризація відповідна показникам 25-45, що є найбільшим показником також.

Третя категорія - середній показник = 38; більшість відповідей рівні значенням 35.2-40.8; показник поляризації відповідей становить 32.7-43.5. Четверта категорія - показник середніх значень = 35.3, найбільше відповідей в межах 33-37.2; найбільший показник поляризації між 30.7-39.7. П'ята категорія - середній показник = 36.3; більшість відповідей дорівнюють значенням 33-40; показник поляризації відповідей між 29.3-43.3.

Оцінки впливу війни на загальний показник стресу (опитувальник Кеслера) респондентів згідно їх відповідей на якісні запитання було категоризовано по шкалах (див. рис. 3.3). Перша категорія - середній показник стресу = 16; більшість відповідей розміщені між показниками 12.2-20; поляризація відповідей, що є найбільша в цій категорії відповідна показникам 8.3-23.9.

Друга категорія - середнє значення = 13.3; більшість відповідей між показниками 11.3-15.9; поляризація між показниками 8.3-18.

Третя категорія - середній показник = 13; більшість відповідей в межах 9.1-16.9; максимальна поляризація відповідна 5.8-20.1.

Четверта категорія - середній показник = 16, що тотожне першій категорії відповідей; найбільша кількість відповідей рівні значенням 13.3-18.2; рівень поляризації відповідний значенням 11-21. П'ята категорія - середній показник = 13.8; більша кількість відповідей зосереджені в межах 10.8-17; поляризація відповідей рівна значенням 7.3-20.

Оцінки впливу війни на життя респондентів згідно їх відповідей на якісні запитання було категоризовано по шкалах (див. рис. 3.1). Перша категорія - особи, які зазнали помітних змін в житті, зокрема розлуку з рідними, зміну місця проживання і т.д. - середній показник оцінки = 2.2 - що не є найвищим, але доволі високим показником; більшість відповідей розміщені між показниками 1.5-2.9; найбільш поляризованими показниками є 0.8-3.6.

Друга категорія - респонденти, які оцінили вплив війни на власне життя позитивно, себто після початку війни стали більш організованими, наполегливими, переглянули цінності в позитивному ключі і т. д. Середній показник постраждалості = 2.8 - що є найвищим із усіх наявних; більшість відповідей рівні значенням від 2.3 до 3.2; поляризація відповідей 1.7-3.6.

Третя категорія - респонденти, які на відміну від другої групи переглянули цінності в негативному ключі: розчарувалися в людях, в

міжнародній політиці і т. д. Середнє значення тут = 2.0; більшість відповідей в межах 1.2-2.7; наявна поляризація між 0.5-3.5. Четверта категорія - це опитані, чий відповіді неможливо віднести до жодної з наявних в дослідженні категорій, відтак їх розміщено в шкалі “Невизначено”. Середній показник постраждалості = 2.5; межі більшості відповідей 1.7-3.2; поляризація відповідей 1.3-3.7. П’ята категорія - респонденти, які у відповідях висловили скаргу на погіршення емоційного стану. Середнє значення = 2.2; більшість відповідей в межах 1.2-3.1.

3. 2. Існує прямий зв'язок між здатністю психологів підтримувати терапевтичний альянс в умовах війни та їх досвідом навчання та роботи.

Для перевірки другої гіпотези було проведено кореляційний аналіз за методом Спірмена, за шкалами рівня освіти терапевта, зокрема досвіду навчання на бакалаврській програмі з психології, та шкалами ARM та WAI.

Результати проведеного аналізу показали, що існує взаємозв'язок між рівнем освіти психолога та WAIT GOAL ($R=0,22$; $p=0,04$).

Наступним етапом аналізу було провести кореляційний аналіз за методом Спірмена, за показниками консультування як основного місця роботи та шкалами опитувальника ARM та WAIT. Виявлено, що існує взаємозв'язок між сприйняттям консультування головним джерелом доходів та показником ARM довіра ($R=0,34$; $p=0,00$). Існує взаємозв'язок між шкалами основне джерело доходів та ARM партнерство ($r=0,27$; $p=0,01$).

Існує взаємозв'язок між шкалою основне джерело доходів та шкалою ARM відкритість ($R=0,26$; $p=0,01$). Існує взаємозв'язок між шкалою основне джерело доходів та WAIT BOND ($R=0,24$; $p=0,02$). Існує взаємозв'язок між шкалами основне джерело доходів та очікування результату ($R=0,38$; $p=0,00$). Існує взаємозв'язок між шкалами основне джерело доходів та WAIT TASK ($R=0,32$; $p=0,00$).

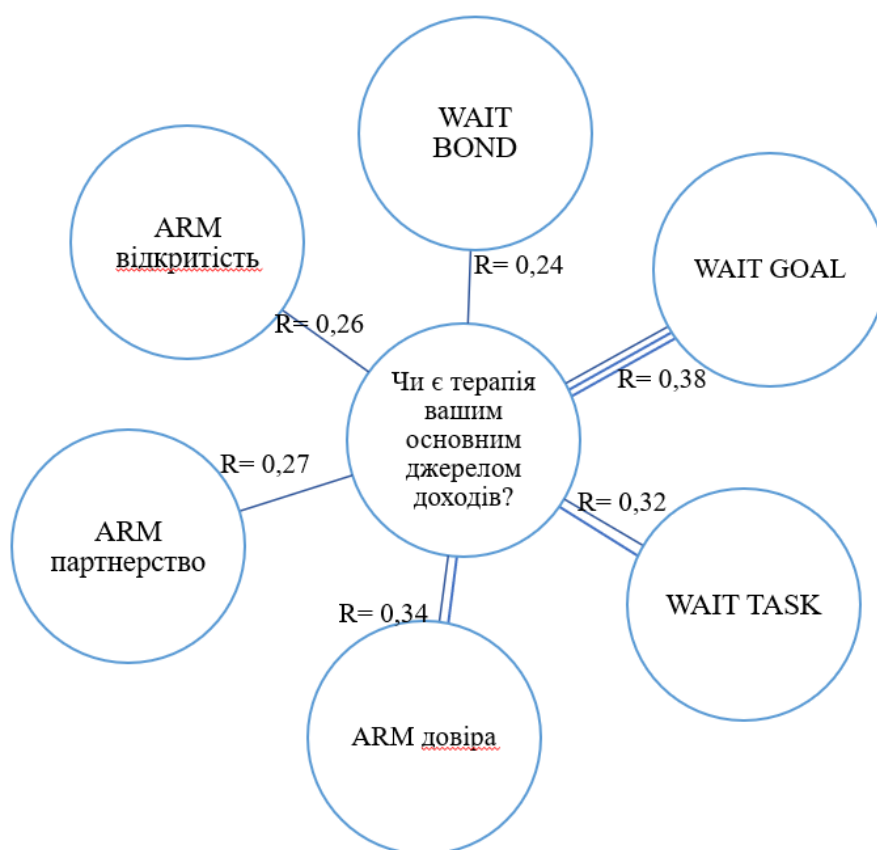


Рис. 3.6. Кореляційна матриця між шкалами якості побудови терапевтичного альянсу та використанням терапії як основного джерела доходів.

Також було проведено кореляційний аналіз за методом Спірмена, за критерієм кількості консультацій та шкалами ARM та WAIT. Існує прямий взаємозв'язок між шкалами кількість консультацій та ARM довіра ($R=0,28$; $p=0,01$). Існує зв'язок між кількістю консультацій та шкалою ARM відкритість

($R=0,28$; $p=0,01$). Існує зв'язок між кількістю консультацій та шкалою WAIT GOAL ($R=0,23$; $p=0,03$).

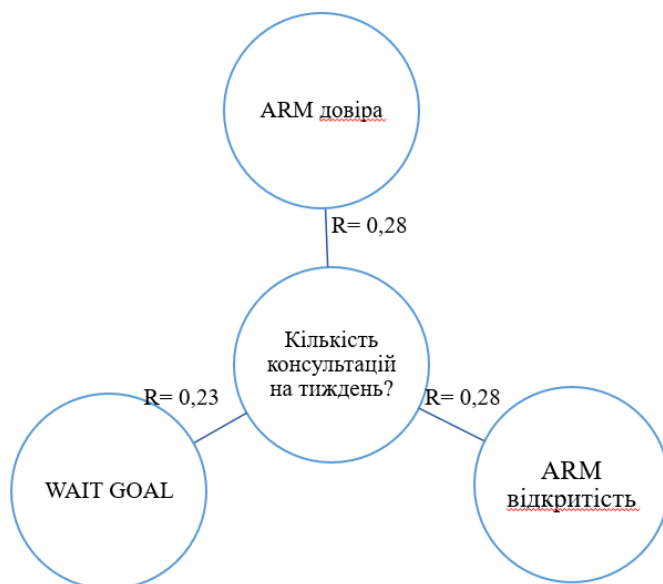


Рис. 3.7. Кореляційна матриця між шкалами якості побудови терапевтичного альянсу та кількістю консультацій на тиждень

На цьому етапі було проведено кореляційний аналіз за методом Спірмена, за показниками наявності психотерапевтичного проекту та шкалами опитувальників ARM та WAIT Існує обернений взаємозв'язок між наявністю терапевтичного проекту та шкалою ARM ініціатива ($R=-0,22$; $p=0,04$).

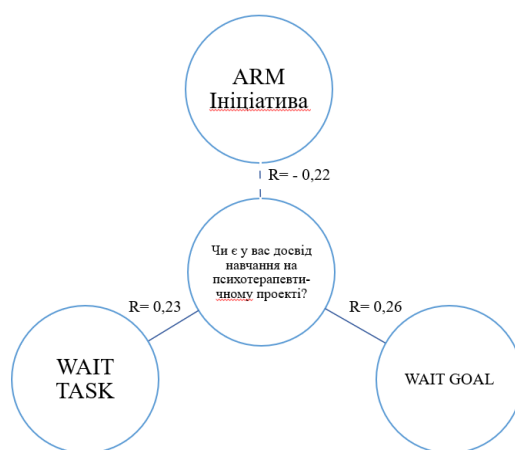


Рис. 3.8. Кореляційна матриця між шкалами якості побудови терапевтичного альянсу та досвідом участі в психотерапевтичному проекті.

Існує взаємозв'язок між наявністю проекту та шкалою WAIT GOAL ($R=0,26$; $p=0,01$). Існує взаємозв'язок між проектом та показником WAIT TASK ($R=0,23$; $p=0,03$).

3.3. Психологи-консультанти з більшим досвідом навчання та роботи оцінюють вплив війни нижче, ніж психологи з меншим практичним досвідом.

Для перевірки третьої гіпотези учасників було поділено на дві групи за методом K-means clustering. До першої групи увійшло 30 осіб, до другої групи 50 учасників. Після цього було зроблено порівняльний аналіз за методом Мана-Уїтні.

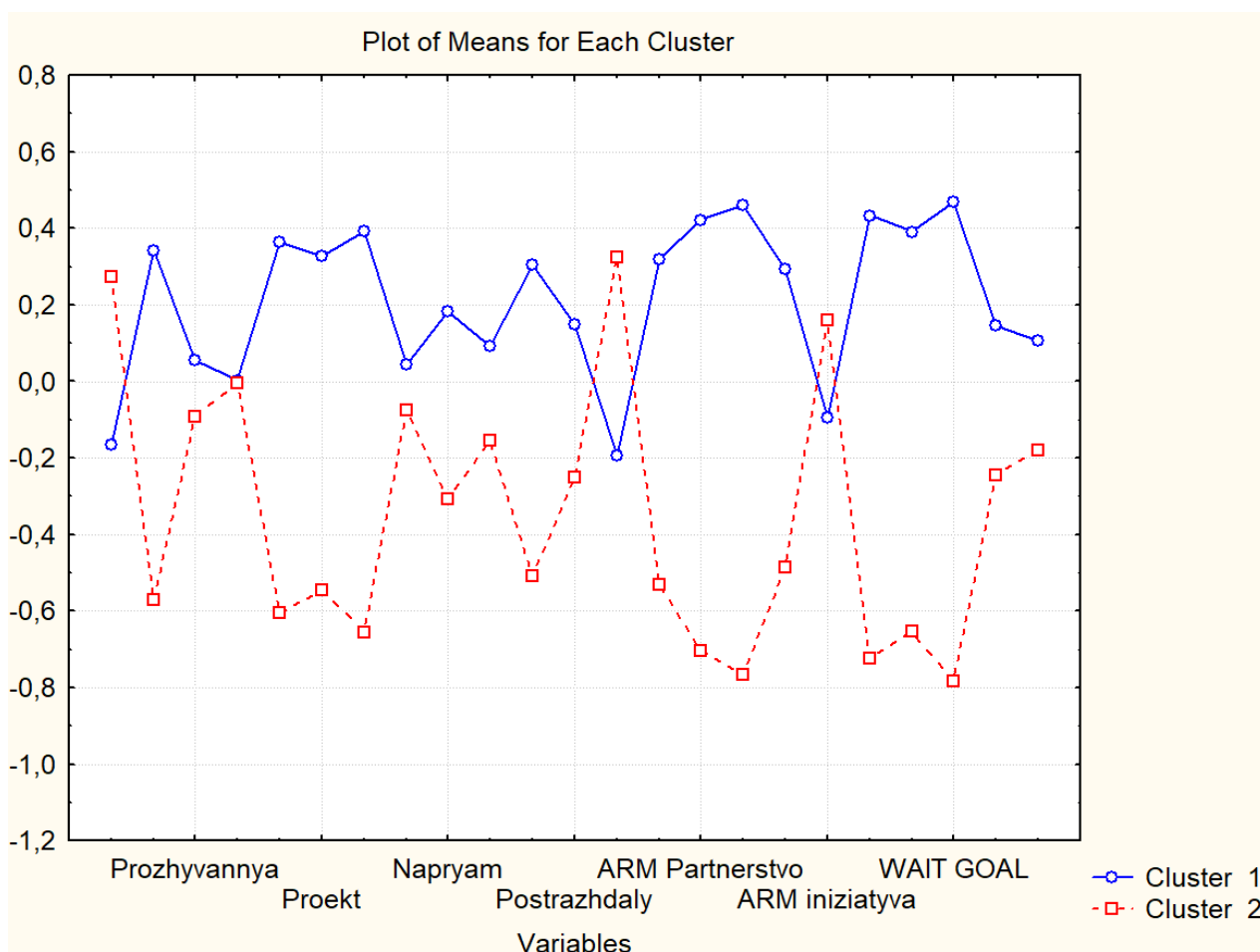


Рис. 3.9. Результати кластерного аналізу

Згідно з результатами порівняльного аналізу, було виявлено статистично значущі відмінності за шкалами: вік, досвід роботи, напрям, кількість консультацій, шкалами ARM та WAIT.

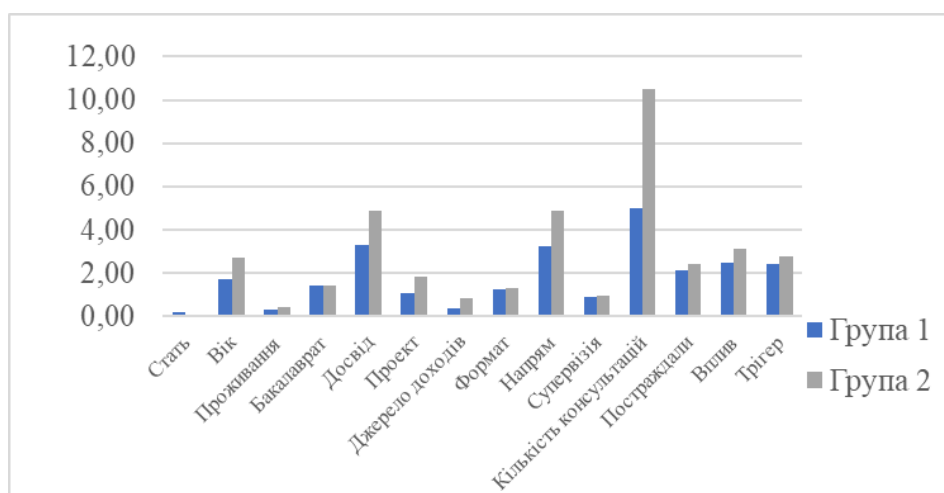


Рис. 3.10. Порівняльний аналіз груп учасників за критеріями досвіду роботи та впливу війни

Група 1: Відрізняється за шкалою вік (середнє значення 26-35 років), досліджувані є молодшими, менш схильні були з початком війни змінити місце проживання, мають менший досвід практичної роботи (середнє значення - менше півроку практики), в більшості є в процесі навчання на психотерапевтичному проекті, не займаються терапією чи консультуванням як основним джерелом доходів, та мають значно менше консультацій в середньому (середній показник 5). Також вони нижче оцінюють вплив війни на себе, та мають нижчі показники за шкалами якості побудови терапевтичного альянсу.

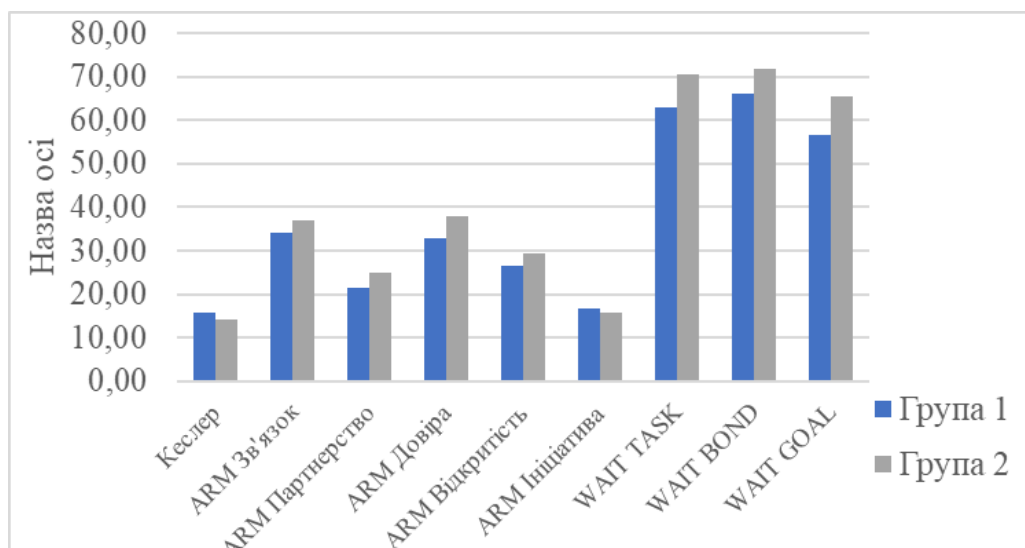


Рис. 3.11. Порівняльний аналіз груп учасників за критеріями якості побудови терапевтичного альянсу

Учасники другого кластеру (група 2), є старші за віком, мають більше досвіду консультування (середній показник більше 1 року), мають досвід завершеного психотерапевтичного проекту, більш негативно оцінюють вплив війни на своє життя, та мають набагато вищі показники якості побудови терапевтичного альянсу.

Якщо проаналізувати відповіді учасників в категорії “Як війна повпливала на ваше життя?”, бачимо, що учасники 1-ї групи більш схильні повідомляти про вплив війни на емоційний стан, натомість учасники групи 2 частіше не можуть чітко описати вплив війни на своє життя.

Аналізуючи відповіді на запитання “Що стало найбільшим тригером війни?” бачимо, що учасники першої групи розподілили відповіді між категоріями “травма свідка” та “пряма загроза життю”, натомість, учасники групи 2 набагато більше повідомляють про тригери від спостереження новин чи повідомлень про жорстокість, вбивства та насильство.

Таким чином, можемо зробити висновок, що гіпотеза 3 підтвердилася частково. Учасники з меншим рівнем досвіду оцінюють вплив війни на своє життя гірше, ніж учасники з більшим рівнем досвіду.

3.4. Переживання психологами-консультантами стресу війни та професійний досвід є детермінантами якості побудови терапевтичного альянсу.

Для перевірки четвертої гіпотези було проведено регресійний аналіз. Як залежну змінну було виведено показники результатів опитувальників WAIT та ARM за всіма шкалами. Як незалежну змінну ми використали при першому аналізі показники досвіду (вік, наявність бакалаврської освіти, терапевтичного проекту, досвід роботи, напрям, формат роботи та визначення діяльності психолога як основну зайнятість). В другому аналізі ми використали показники рівня стресу за шкалою Кеслера, та відповіді на відкриті питання і питання: “Наскільки ви постраждали від війни”.

Результати демонструють нам, що фактор досвіду роботи виступає предиктором якості побудови терапевтичного альянсу ($p < ,001$), показник $R^2 = 33\%$. Якість побудови терапевтичного альянсу найбільше детермінують такі показники як: досвід роботи, ($\beta = -0,42$) наявність терапевтичного проекту ($\beta = 0,36$), напрям роботи ($\beta = -0,29$), та заняття психотерапією як основне джерело доходів ($\beta = 0,27$).

Натомість, при аналізі фактору переживання стресу війни як предиктора якості побудови терапевтичного альянсу, бачимо, що цей показник визначає лише 7% досліджуваних ($p < ,04$).

Отже, гіпотеза підтвердилася лише частково, оскільки якість побудови терапевтичного альянсу визначає на 33% рівень освіти та досвіду консультантів-психологів, та лише на 7% переживання стресу війни.

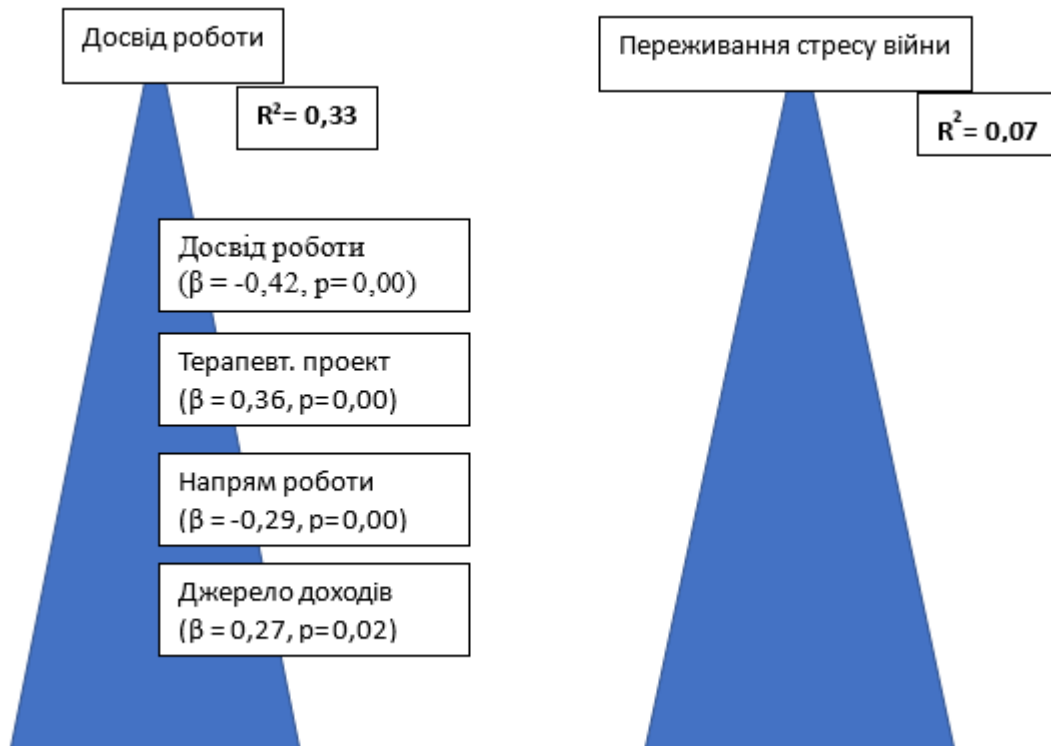


Рис. 3.12. Результати регресійного аналізу

Дискусія результатів

У цьому дослідженні було проведено аналіз гіпотез для оцінки впливу стресу на здатність психолога-консультанта встановлювати й підтримувати терапевтичний альянс. В результаті статистичного аналізу було виявлено, що існують певні закономірності, які підтверджують встановлені нами гіпотези.

З кореляційного аналізу першої гіпотези взаємозв'язок між рівнем стресу і довірою та терапевтичним зв'язком являється достовірним припущенням, яке стосується терапевтичного ефекту альянсу. Таку точку зору ми зустрічали й раніше (Baker, 2003; Barnett & Hillard, 2001; Maslach, 1982; Morse et al., 2012; Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds та ін.), кожне з цих досліджень у той чи інший спосіб звертає увагу на те, що існує взаємозв'язок між факторами терапевтичного альянсу, самим альянсом і рівнем стресу. В доведенні цієї гіпотези, статистично апробовані результати попередніх наукових досліджень даної проблематики.

Інші шкали опитувальника ARM: партнерство, відкритість, ініціатива не резонували до рівня необхідної статистичної значущості. Ймовірно, причиною тому є вища цінність саме зв'язку та довіри в умовах травмуючого чинника війни, через що інші критерії не здаються такими вагомими, так один із респондентів каже: *“Суб’єктивно дуже вплинула на почуття довіри до всесвіту і почуття безпеки. Завжди фоном страх смерті чоловіка на фронті. Змінилися цінності. Змінилися стосунки з друзями, є розчарування у виборах друзів”*. В доказ цього можна навести також виявлений обернений зв'язок між відповідями відкритих питань опитування та шкалою ARM “Зв'язок”.

В результаті аналізу другої гіпотези бачимо, що перший показник декларує зв'язок між критерієм віку та наявністю терапевтичного проекту ($p = 0,00$), такий же показник у результаті аналізу зв'язку між шкалами проект - досвід. Терапевтичний проект здебільшого визначає майбутній напрямок роботи психолога-консультанта.

Важливим є також зв'язок між наявністю досвіду навчання на психотерапевтичному проекті і тим як психологи-консультанти оцінюють вплив війни на себе (постраждалість) ($R=0,27$; $p=0,01$), що стає більш зрозумілим через показник рівня оберненого зв'язку загального стресу (Кеслера) та наявністю досвіду навчання на психотерапевтичному проекті ($R=-0,26$; $p=0,01$). Показник загального стресу є меншим для осіб з проектом та більшим досвідом роботи, відтак їхні оцінки впливу війни мають тенденцію бути нижчими чи навіть оцінюватися в шкалі “позитивно”.

Третя гіпотеза, яка розглядає вплив досвіду навчання та роботи на самооцінку консультанта за критерієм “вплив війни” підтверджена частково. Результати порівняльного аналізу продемонстрували очевидні відмінності між двома групами: більш і менш досвідчених консультантів. Так особи віком 26-35, які мають менший досвід роботи, близько півроку, мають менше консультацій на тиждень (середній показник не перевищує 5-ти), й не розглядають консультаційну практику основним джерелом доходів, нижче

оцінюють вплив війни на себе, однак, мають також помітно нижчі показники якості побудови терапевтичного альянсу.

Ймовірно до збільшення кількості стресорів війни нестабільну фінансове становище, про що доволі часто повідомляли психологи-консультанти: *“Довелось забезпечувати себе повністю самій, хоча роботи в компанії поменшало і гнітила не можливість підняття зарплати, хоча ціни зросли”*, *“Вибила з колії. Я втратила роботу. Живу не вдома, постійно переживаю що не вистачить грошей на основні потреби”*.

Натомість друга група досліджуваних - консультанти з більшим досвідом роботи повідомили про вищі показники впливу війни на власне життя, але їх якість побудови альянсу помітно вища ніж у першої групи. Не очевидним залишається такий результат, але розумним припущенням буде вважати, що вищий показник впливу війни прямо пов'язаний із досвідом консультаційної практики.

Так, одна з учасниць дослідження в запитанні: *“Як, на вашу думку, війна повпливала на ваше життя”*, пише: *“Війна принесла мені відчуття небезпеки. Мені здається, я теж почала менше довіряти людям, навіть близьким, а більше покладатись на саму себе. Моя безпечна прив'язаність похитнулась.”*

Бачимо, що учасники також підтверджують втрату відчуття довіри до оточуючих, що, відповідно, позначається на результатах їх практики, і на якості побудови терапевтичного альянсу. *“Суб'єктивно дуже вплинула на почуття довіри до всесвіту і почуття безпеки. Завжди фоном страх смерті чоловіка на фронті. Змінилися цінності. Змінилися стосунки з друзями, є розчарування у виборах друзів.”*

Ймовірно, такий зв'язок існує, оскільки терапевти з більшим досвідом роботи більш схильні до самоаналізу, як постійної практики, натомість консультанти з меншим досвідом роботи легше відволікаються від власних переживань й більш схильні проявляти ініціативу. Попередній результат,

гіпотетично може підтверджуватися й тим, що молодші та менш досвідчені психологи консультанти більш відповідально ставляться до бюрократичних вимог ніж їхні старші колеги, що дозволяє знизити тривогу внаслідок текстуалізації перенесення та контрперенесення й отримання сталої структури. А також, менш досвідчені терапевти часто є більш схильними до переживання тривоги, провини та сорому, про що вони повідомляли в відповідях: *“Посилилась фонова тривога, з’явився страх за майбутнє, почуття провини перед тими, які зазнали більшого впливу війни, ніж я.”* *“Відчуваю, що не можу працювати з клієнтом на “рівних”, бо він переживає більше поганого ніж я.”*

Аналізуючи результати четвертої гіпотези, яка припускає, що професійний досвід і переживання стресу є детермінантами якості побудови терапевтичного альянсу, ми можемо стверджувати, що вплив стресу має доволі низький показник 7%, тоді як досвід є набагато вищим предиктором - 33%, що варто підкреслити - досвід та напрям роботи мають від’ємні показники, себто впливають на терапевтичний альянс в більшій мірі негативно, пояснити це важко, однак, такий результат можна пов’язати із шкалою ініціатива, показники якої у менш досвідчених консультантів вищі, ніж у більш досвідчених.

Обмеження та перспективи дослідження

Основним обмеженням цієї наукової роботи є кількість та різноманітність респондентів - вісімдесят опитаних, з яких абсолютна більшість жінки. Друге, на що слід звернути увагу - це не лише нерівномірний розподіл опитаних за статтю, але й нерівномірний розподіл за методом роботи, внаслідок чого більшість людей, які пройшли дослідження - представники психодинамічного методу, а отже й висновки роботи у більшій мірі стосуватимуться саме цього напрямку.

Дослідження терапевтичного альянсу в умовах війни потенційно підлягає більш широкому опрацюванню, відтак цікавим залишається, наприклад,

питання причини зв'язку між факторами терапевтичного альянсу і фінансовою складовою роботи психологів-консультантів.

ВИСНОВОК

Основною метою нашої роботи було визначити, які є особливості терапевтичного альянсу з клієнтами в контексті переживання психологами-консультантами стресу в умовах війни. Підсумовуючи результати розробки гіпотез дослідження, ми з певністю можемо сказати, що такий зв'язок є, більш того він визначений і в більшій мірі чіткий. Вибірка з 80-ти консультантів дозволила артикулювати впливи стресу війни на процес встановлення й підтримки терапевтичного альянсу. Як і звичайні люди психологи піддатливі деструктивному впливу стресу й це, за визначенням, впливає на їх здатність встановлювати довірливі зв'язки. Отримані результати дають нам необхідну інформацію, яка є не лише теоретично спрямованою, а й містить відповідну практичну цінність для психологічного процесу. Не існує сталого патерну дослідження терапевтичного альянсу, який би зумів з потрібною мірою врахувати всі культурні, економічні, політичні і т. д. змінні, які впливають на встановлення зв'язку між психологом-консультантом та клієнтом.

Оскільки дані, отримані з цієї роботи, є статистичним матеріалом, вони не вповні пояснюють зв'язки між окремими досліджуваними феноменами, як наприклад, ініціатива й наявність терапевтичного проекту, було б цікаво детальніше дослідити, чому люди з наявністю терапевтичного проекту мають обернені результати кореляції, себто, менш ініціативні в терапевтичному контакті, або навпаки. Іншим шляхом поглиблення результатів цього дослідження була б вужча вибірка, себто проведення тотожного дослідження на консультантах одного терапевтичного напрямку з можливістю порівняти їх з представниками іншого напрямку.

На даному етапі, отримані результати можуть бути корисними для розуміння терапевтами власної вразливості до стресових факторів, для усвідомлення нюансів терапевтичного альянсу з клієнтами в умовах війни та для покращення розуміння важливості навчання на психотерапевтичному проекті показники чого статистично підтверджені.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
2. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
3. The Journal of Traumatic Stress. (n.d.). International Society for Traumatic Stress Studies. Wiley. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15732620>
4. Čehajić-Clancy, S., Hynie, M., & Kolenović-Đapo, D. (2010). Psychologists in Bosnia and Herzegovina: Exposure to trauma and PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 92-95. <https://doi.org/10.1002/jts.20499>
5. Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The war at home: Stress reactions of spouses of deployed soldiers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(6), 357-364. <https://doi.org/10.1097/00005053-199706000-00001>
6. The Journal of Traumatic Stress. (n.d.). International Society for Traumatic Stress Studies. Wiley. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15732620>
7. Mohammadi, M., & Khodayarifard, M. (2008). Positive aspects of psychological consequences of the Iran-Iraq War. *Journal of Military Psychology*, 20(4), 305-314. doi: 10.1080/08995600802595687
8. Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal orientation, therapist self-disclosure, and the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 21(3), 302-311. doi: 10.1080/10503307.2011.573462
9. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2018). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 351-364. doi: 10.1037/cou0000242
10. Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2017). The association between therapist anxiety and psychotherapy outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1796-1809. doi: 10.1002/jclp.22468
11. Hajek, T., König, J., & Kordy, H. (2010). Therapists' anxiety and self-disclosure: The mediating role of clients' perception of the therapist's disclosure. *Psychotherapy Research*, 20(2), 209-219. doi: 10.1080/10503300903121067

12. War-related stress scale L. Vargová, B. Jozefiakova, M. Adamkovič, 2022. DOI:10.31234/osf.io/f3c98.
13. Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 251-261. doi: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb00906.x
14. New Savoy Partnership. (2015). New Savoy Partnership Annual Wellbeing Survey. Retrieved from <http://www.newsavoypartnership.org/wp-content/uploads/2015/02/New-Savoy-Annual-Wellbeing-Survey-Report-2015.pdf> (p. 13)
15. Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Journal of Social Work*, 7(1), 65-83. doi: 10.1177/1468017307073643
16. Rosenberg, E. L., & Pace, T. W. W. (2006). Emotional schemas, coping, and PTSD: A review of the literature. *Journal of Emergency Medical Services*, 31(6), 58-64.
17. Ballenger-Browning, K. K., Schumacher, E. B., Wolff, C. S., & White, G. L. (2011). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for clients with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(3), 225-238. doi: 10.1007/s10882-011-9233-9
18. Raquepaw, J. M., & Miller, G. V. (1989). A comparison of client-centered and psychoanalytic therapies. *Journal of Humanistic Psychology*, 29(3), 303-310.
19. Maslach, K., Jackson, S. E., & LeZotte, L. A. (2001). Maslach Burnout Inventory: Уточнена версія. Інструментарій для дослідження стресу в роботі. Київ: Консалтингова фірма "Довіра".
20. Morse, G. A., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. doi: 10.1007/s10488-011-0352-1
21. Baker, R. (2003). Emotional labor as a threat to caring: Nurses' experiences of stress and anger. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), 259-266. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02820.x>
22. Barnett, J. E., & Hillard, J. R. (2001). The impact of managed care on mental health professionals' job satisfaction. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(4), 321-335. <https://doi.org/10.17744/mehc.23.4.6nlel6duemq3qxcq>

23. Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall.
24. Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
25. Cushway, D., & Tyler, P. A. (1997). Stress and coping in clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 283-289. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01277.x
26. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., Horvath, A. O., & Ackert, M. (2018). Substance use disorders and the working alliance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 345-358. doi: 10.1037/cou0000257
27. Zilcha-Mano, S. (2017). Is it time to move on? The relationship between the length of psychotherapy and its outcome. *Psychotherapy*, 54(1), 1-8. doi: 10.1037/pst0000105
28. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., Horvath, A. O., & Ackert, M. (2018). Substance use disorders and the working alliance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 345-358. doi: 10.1037/cou0000257
29. Dunster-Page, C., Harris, J., Friedberg, J., & Bohnen, J. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and the United States: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of Health Psychology*, 22(10), 1343-1354. doi: 10.1177/1359105315609092
30. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., Horvath, A. O., & Ackert, M. (2018). Substance use disorders and the working alliance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 345-358. doi: 10.1037/cou0000257
31. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., Michel, K., & Aminian, K. (2017). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-month follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 14(11), e1002410. doi: 10.1371/journal.pmed.1002410
32. Plöderl, M., Wagenmakers, E. J., Tremblay, P., Ramsay, R., & Kralovec, K. (2017). Suicide risk and sexual orientation: A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 1641-1661. doi: 10.1007/s10508-017-1013-3

33. Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Núñez, E., Gooding, P. A., Haddock, G., & Tarrier, N. (2018). A qualitative analysis of the perspectives of relatives, supporters and patients about the mode of delivery of post-suicide and related support. *BMC Psychiatry*, 18, 57. doi: 10.1186/s12888-018-1642-2
34. Blanchard, E. B., & Farber, B. A. (2020). The impact of suicide on the survivors. In R. C. Kessler (Ed.), *Handbook of complex occupational disability claims: Early risk identification, intervention and prevention* (pp. 405-416). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-030-45161-3_28
35. Jobes, D. A., & Ballard, E. D. (2011). Clinical practice and research directions in the study of suicide prevention. In D. A. Jobes & E. D. Ballard (Eds.), *The CAMS approach: A manual for suicide prevention specialists* (pp. 23-31). Routledge.
36. Jobes, D. A., & Ballard, E. D. (2011). Clinical practice and research directions in the study of suicide prevention. In D. A. Jobes & E. D. Ballard (Eds.), *The CAMS approach: A manual for suicide prevention specialists* (pp. 23-31). Routledge.
37. Zilcha-Mano, S. (2017). Is it time to move beyond symptom-based outcome measures to understand the impact of psychotherapy on complex mental health conditions? *World Psychiatry*, 16(1), 34-35. doi: 10.1002/wps.20379
38. Behn, J. M., Haeger, J. A., Kettler, K. A., & Parent, M. C. (2018). An evaluation of a brief parent training intervention for young children with disruptive behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 110-119. doi: 10.1007/s10826-017-0877-3
39. Chang, J. W., & Yoon, H. J. (2011). Comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive psychotherapy for the treatment of depression following traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Journal of Korean Medical Science*, 26(3), 386-392. doi: 10.3346/jkms.2011.26.3.386
40. Меєр, Е., Хаулі, К., Танненбаум, Р., Годфредсон, Д., Філдс, Б., & Метцлер, С. (2005). Робота з дітьми, які пережили насильство: програма для роботи з батьками. (А. Стефанишин, пер.) Львів: Видавництво «Свічадо».
41. Шарф, Д., Барбер, Дж., & Фарбер, Б. (2010). Терапевтические отношения и техника в клинической работе. (Ю. В. Зинченко, пер.) Санкт-Петербург: Питер.
42. Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400-408. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.400

43. Behn, J., Schueller, S. M., & Cohen, S. (2018). Aligning work and life goals: A randomized controlled trial of a values-affirmation intervention in the domain of work. *Journal of Vocational Behavior*, 107, 169-181. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.05.005>
44. Cardemil, E. V., & Battle, C. L. (2003). Guess who's coming to therapy? Getting comfortable with conversations about race and ethnicity. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 234-242. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80033-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80033-7)
45. Chang, Y., & Yoon, H. (2011). Strengths-based online learning and development: Implications for practice. *Educational Technology Research and Development*, 59(2), 245-264. <https://doi.org/10.1007/s11423-010-9174-7>
46. Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural humility: The foundation for cultural competence in counseling and psychotherapy. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (3rd ed., pp. 237-247). Sage.
47. Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., Murray, P., & Collins, K. A. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
48. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291.
49. Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248.
50. Styles, I. B., Morrow, R., & Janus, M. (2004). Working with children who have been sexually abused: Therapeutic alliance and outcome trends in psychotherapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(4), 67-89.
51. Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., Murray, P., Collins, K., & Yoshida, K. (1990). Therapeutic alliance ruptures and resolution during cognitive therapy for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 167-176.
52. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

53. Cloitre, M. (2015). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. *CNS spectrums*, 20(5), 419-425. doi: 10.1017/S1092852915000276.
54. Najavits, L. M., Krinsley, K., Waring, M. E., Gallagher, M. W., & Skidmore, C. (2014). A randomized controlled trial for veterans with PTSD and substance use disorder: Creating change versus seeking safety. *Substance use & misuse*, 49(5), 523-533. doi: 10.3109/10826084.2013.854065
55. Lyon, A. R. (2015). Research-based implementation of evidence-based practices in routine care settings. *The Psychiatric Clinics of North America*, 38(2), 171-182. doi: 10.1016/j.psc.2015.01.004
56. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
57. Nakamura, J., Csuhaj, R., & King, A. P. (2013). Multimodal assessment of emotion regulation difficulties in trauma-exposed veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20686. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20686
58. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2014). *Treating complex traumatic stress disorders: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.
59. Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
60. Hays, P. A., & Iwamasa, G. Y. (2014). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. American Psychological Association.
61. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.
62. Baker, D. B. (2003). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Thomson/Brooks/Cole.
63. Barnett, J. E., & Hillard, D. (2001). Supershrinks: What is the secret of their success?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(3), 313-318.
64. Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall.
65. Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation.

Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39(5), 341-352.

66.Fisher, C. B., & Wallace, S. A. (2007). Through the eyes of community partners: A qualitative examination of research partnerships. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 2(1), 43-55. doi: 10.1525/jer.2007.2.1.43

67.Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>

68.Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>

69.Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35–42. <https://doi.org/10.1002/smi.2460100107>

70.Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50, 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>

71.Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 28). Routledge.

72.Swanson, W. L. (1979). Effects of two types of individualized instruction on language arts achievement of ninth grade students with varying self concepts. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 39(8-A), 4646–4647.

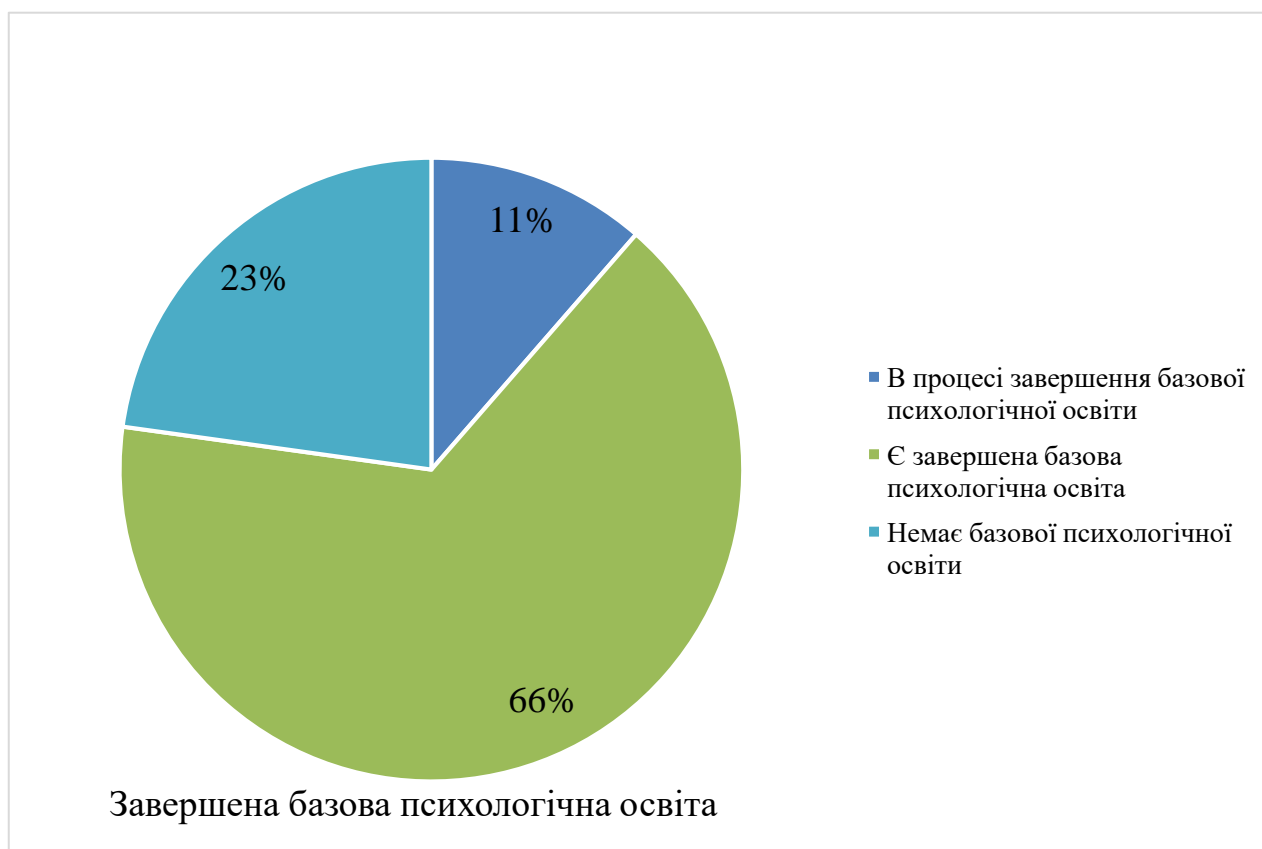
73.Texty.org.ua. (2019, February 20). Як війна відображається на ментальному здоров'ї українців [How war affects the mental health of Ukrainians]. <https://texty.org.ua/articles/108997/jak-vijna-vidobrazhayetsja-na-mentalnomu-zdorovyi-ukrayintsiv/>

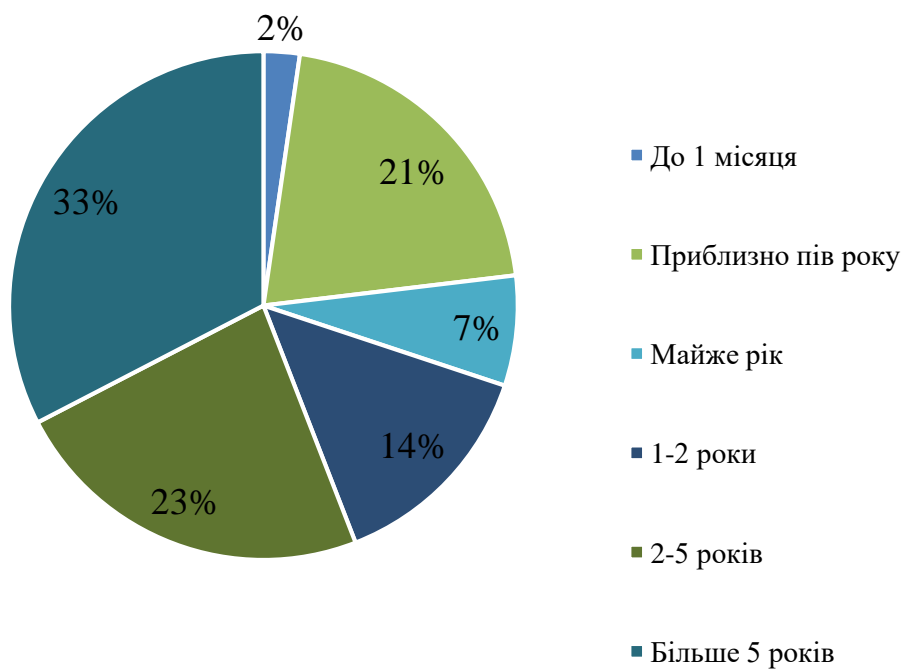
74.KMU.GOV.UA. (2019, March 13). Постраждали від війни українці можуть отримати допомогу у Центрах допомоги вразливим верствам населення. [People affected by war in Ukraine can receive assistance from Centers for assistance to vulnerable groups]. <https://www.kmu.gov.ua/news/postrazhdali-vid-vijni-ukrayinci-mozhut-otrimati-dopomogu-u-centrah-dopomogi-vryatovanim>

ДОДАТКИ

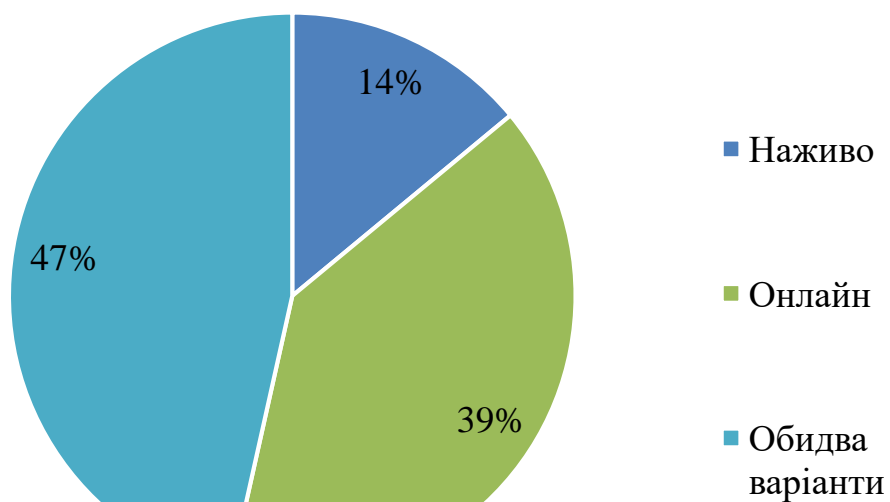
Додаток А

Розподіл вибірки досліджуваних за характеристиками віку, статі, та ін.

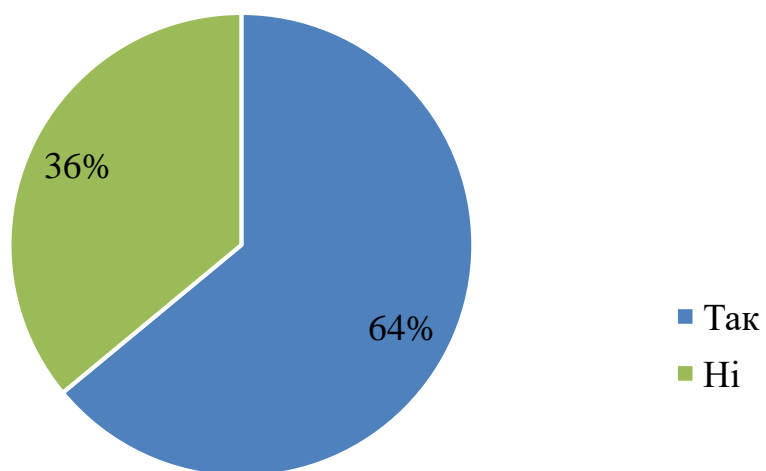




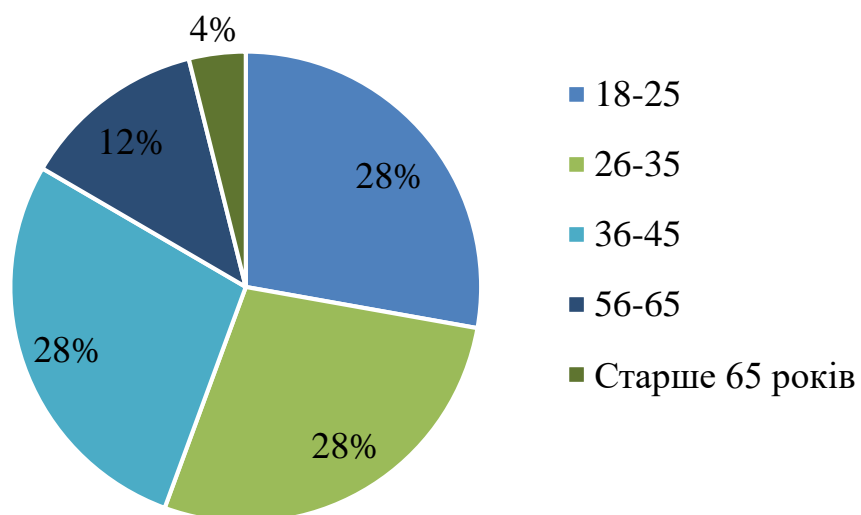
Досвід роботи



Формат роботи



Чи основне джерело доходів?



Розподіл досліджуваних за віком

Додаток Б

Результати порівняльного аналізу відповідей учасників на питання: «Наскільки ви постраждали від війни» та опитувальника Шкали стресу Кеслера за групуванням відповідей на оцінку впливу війни на життя

