

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я**

**Кафедра психології та психотерапії**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**Суб'єктивно значущі характеристики терапевтичного альянсу у клієнтів  
з різними особистісними особливостями**

**Виконала студентка 6 курсу,  
групи ЗПП 21/М спеціальності 053**

**Психологія освітньої програми  
«Клінічна психологія з основами  
психодинамічної терапії»**

**(підпис)  
(дата)**

**Палій О.В.**

**Керівник: к.пс.н, доцент, доцент  
кафедри клінічної психології УКУ**

**(підпис)  
(дата)**

**Миколайчук М.І.**

**Рецензент: к.пс.н., доцент, доцент  
кафедри клінічної психології УКУ**

**(підпис)  
(дата)**

**Ніздрень О.А.**

**Львів – 2023**

## РЕФЕРАТ

Суб'єктивно значущі характеристики терапевтичного альянсу у клієнтів з різними особистісними особливостями: 86 с. (з них 69 с. основного тексту), 3 ч., 19 табл., 23 рис., 8 дод., 59 джерел.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ, ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛЬЯНС, ТЕРАПЕВТИЧНІ СТОСУНКИ,  
ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ.

Терапевтичний альянс це стосунок двох людей. Втім, у сучасному українському науковому просторі є досить обмежена кількість досліджень того, чим саме відрізняються вимоги до характеристик терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями. Метою цієї магістерської роботи було визначення відмінностей та зв'язку між особистісними особливостями клієнта та суб'єктивно значущими характеристиками терапевтичного альянсу. Дослідження є кількісним крос-секційним з елементами якісного. Група досліджуваних: 110 осіб, серед яких значно переважали жінки (83,6%). В рамках дослідження було виявлено, що особи, в яких домінує амбівалентний тип прив'язаності, вважають, що напрямок терапії, власне лідерство у терапевтичному процесі та стать терапевта є більш важливими, ніж особи в яких домінує унікаючий та безпечний тип прив'язаності. Особи, які мають вищі показники нейротизму, обирають безумовне прийняття, тепло та простір для власних емоцій, як більш важливі параметри у терапевтичному альянсі, натомість такі особи надають меншого значення власній ініціативності, партнерству та впевненості в терапевтичному альянсі. У осіб, які залишились незадоволені терапевтичним процесом, домінує унікаючий тип прив'язаності. Маючи ці знання, терапевт може отримати цінний інструмент для ведення більш персоналізованого терапевтичного процесу, а клієнт краще розуміння, що саме зцілює в терапії.

## ЗМІСТ

ЗМІСТ.....	2
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1.....	8
ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ.....	8
1.1 Роль терапевтичного альянсу у процесі психотерапії.....	8
1.1.1 Терапевтичний альянс як інтерперсональний процес у історичній перспективі.....	8
1.1.2 Терапевтичний альянс як чинник ефективності психотерапії.....	11
1.2 Роль особистісних особливостей клієнтів у побудові терапевтичного альянсу.....	17
1.2.1 Особистісні риси і терапевтичний альянс.....	17
1.2.2 Тип прив'язаності та здатність до побудови об'єктних стосунків і терапевтичний альянс.....	19
1.2.3 Суб'єктивні характеристики терапевтичного альянсу.....	22
1.3 Теоретична модель дослідження.....	25
1.4. Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2.....	27
МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	27
2.1 Етапи дослідження.....	27
2.2 Методи дослідження та показники адаптації.....	28
2.3 Група досліджуваних.....	31
2.4 Аналіз даних.....	32
2.5 Висновки до другого розділу.....	37
РОЗДІЛ 3.....	38
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ.....	38
3.1 Результати емпіричного дослідження.....	38
3.1.1 Результати дослідження відмінностей у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.....	38
3.1.2 Результати дослідження відмінностей у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії.....	49
3.1.3 Результати дослідження зв'язку особистісних рис осіб та	

характеристик терапевтичного альянсу.....	51
3.1.4 Результати контент аналізу.....	54
3.2 Дискусія результатів.....	55
3.3 Обмеження та перспективи дослідження.....	59
3.4 Висновки до третього розділу.....	59
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	70
Додаток А.....	70
Додаток Б.....	73
Додаток В.....	76
Додаток Г.....	78
Додаток Д.....	80
Додаток Е.....	84
Додаток Ж.....	85
Додаток З.....	86

## ВСТУП

У терапевтичному альянсі зустрічаються дві особистості, кожна з власними особливостями, кожна з власним розумінням терапевтичного процесу. Доведено, що врахування вимог клієнта, позитивно впливає на процес терапії (Swift, Callahan, Cooper & Parkin, 2018). Однак досить обмеженими є знання про те, чим відрізняються вимоги до характеристик терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями. Особистісні особливості у цій магістерській роботі це характеристики особистості, які погруповані за допомогою факторного аналізу згідно з типом прив'язаності, здатністю до побудови об'єктних стосунків, якістю тестування реальності та особистісними рисами.

Попередні іноземні дослідження на цю тему показали, що особи з певними особистісними рисами надають перевагу терапевтам з аналогічними особистісними рисами (Anestis, Rodriguez, Preston, Harrop, Arnau & Finn (2020), тип прив'язаності клієнта та особистісні риси впливають на побажання у напрямку терапії (Petronzi & Masciale, 2015), а особи із попереднім терапевтичним досвідом надають перевагу більш емоційно насиченій терапії, в порівнянні з людьми без попереднього терапевтичного досвіду (Heinze, Weck & Kühne, 2022). Проте цих досліджень є недостатньо, щоб сповна стверджувати, які саме особистісні особливості відіграють визначальну роль у вимогах до характеристик терапевтичного альянсу. Також немає відомостей про такі дослідження на вітчизняній вибірці.

В сучасному українському науковому просторі конструкт терапевтичного альянсу розглядається в контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів та труднощів у терапії (Миколайчук та Добродняк, 2020), особливостей надання психологічної допомоги військовим (Лебедев та Чернов, 2023) та гендерного аспекту у психотерапевтичній практиці (Кальба, 2020).

**Метою** даного дослідження стало встановлення зв'язку особистісних особливостей клієнта та суб'єктивно значущих характеристик терапевтичного альянсу. Результати дослідження дадуть змогу виявити закономірності у стосунку клієнта з терапевтом в залежності від особистісних особливостей клієнта та протестувати попередні результати досліджень на вітчизняній вибірці.

Відтак, **об'єктом дослідження** є терапевтичний альянс, **предмет дослідження** - суб'єктивно значущі характеристики терапевтичного альянсу.

#### **Завдання дослідження:**

1. Визначити зміст поняття терапевтичний альянс, окреслити поняття особистісних особливостей та проаналізувати дослідження про зв'язок між характеристиками терапевтичного альянсу та особистісними особливостями клієнтів.
2. Обґрунтувати методологічні інструменти для вимірювання характеристик терапевтичного альянсу та особистісних особливостей.
3. Проаналізувати відмінності у характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями, проаналізувати зв'язок між особистісними рисами клієнтів та характеристиками терапевтичного альянсу. Проаналізувати відмінності у характеристиках терапевтичного альянсу для осіб, які мають психотерапевтичний досвід, та для осіб, які не мають психотерапевтичного досвіду.
4. Окреслити практичні рекомендації за результатами проведеного дослідження.

#### **Гіпотези дослідження:**

1. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.

2. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії.
3. Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу.

Методи дослідження. Теоретичні – аналіз літератури та актуальних досліджень. Емпіричні - “Опитувальник стосунків Ен’ю» (Agnew Relationship Measure ARM) (Agnew-Davies, Stiles, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998), “Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії” (Cooper–Norcross Inventory of Preferences C-NIP) (Cooper & Norcross, 2016), опитувальник “Велика П’ятірка” (Big Five)(Costa & McCrae, 1992; адаптація Бурлачук & Корольов, 2000), “Опитувальник на визначення типу прив’язаності” (Measure of Attachment Qualities MAQ) (Carver, 1997; переклад Вонс, 2019) та “Тест на визначення якості об’єктних стосунків і тестування реальності BORRTI” (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory)(Bell,2007; адаптація Козак, 2021). Статистичні – факторний аналіз, кластерний аналіз, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз.

Теоретична значущість роботи – отримані результати дадуть розуміння, чи дійсно особистісні особливості відіграють роль при виборі характеристик терапевтичного альянсу і чи отриманий психотерапевтичний досвід впливає на оцінку характеристик терапевтичного альянсу.

Практична значущість роботи – результати можуть бути використані клієнтами для кращого розуміння, які саме характеристики терапевта та терапевтичного процесу їм більше імпонують, а також терапевтами для попередження чи усунення розривів у терапевтичному альянсі, та для більш персоналізованого процесу терапії.

Група досліджуваних – дослідження проводилось протягом грудня 2022-квітня 2023 року, опитування проводилося протягом січня - лютого 2023

року. У дослідженні взяло участь 110 респондентів (92 жінки та 18 чоловіків) від 19 до 68 років.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

#### 1.1 Роль терапевтичного альянсу у процесі психотерапії

##### 1.1.1 Терапевтичний альянс як інтерперсональний процес у історичній перспективі

Терапевтичний альянс був і залишається предметом для активного дискутування, і більшість авторів сходяться у тому, що це стосунок між двома людьми.

До поняття терапевтичного альянсу близько і вперше підходить Freud (2021) в рамках своїх досліджень перенесення. Розглядаючи аналіз позитивного і негативного перенесення, як центральної техніки в процесі терапії, він припустив, що здатність тієї частини его, яка спирається на реальність, побудувати зв'язок із реальною особою терапевта, робить процес одужання можливим (Фройд, 2021).

Дослідники зазначають, що у 50-60-тих роках ХХ ст можна зустріти визначення, як терапевтичного, так і робочого альянсу, що в цілому описували ті самі поняття. Так, Zetzel (2003) озвучила різницю між перенесенням та терапевтичним альянсом, відзначаючи, що альянс це простір, вільний від невроту і перенесення, який дозволяє клієнту відійти в сторону та використати інтерпретації терапевта для кращого розуміння, де є залишки впливу попередніх стосунків, а де актуальні стосунки з терапевтом. Greenson (2008) ввів поняття робочого альянсу - співпраці між терапевтом та клієнтом, що має за свою основу реальні відносини. Він запропонував модель, яка складалася із

трьох компонентів: перенесення, робочий альянс і справжні відносини (Ardito & Rebellino, 2011).

Якщо вищезгадані автори розмежовували поняття перенесення та терапевтичного альянсу, були і інші, котрі вважали, що всі аспекти стосунку терапевт-клієнт є маніфестом перенесення і повинні бути тлумачені відповідно. Такий погляд передбачав, що всі емоції та думки, пов'язані із нерозв'язаними труднощами у стосунках із значущими людьми обов'язково перейдуть у стосунки з терапевтом. Відповідно, матиме місце викривлене сприйняття та тлумачення терапевтом, що не є стосунком, який спирається на реальність. Зокрема Hatcher (1990) додавав, що будь-які стосунки, у своєму найширшому розумінні, є під впливом попередніх міжособистісних досвідів, а сам альянс є нічим іншим, як позитивним перенесенням, а не окремою чи іншою змінною.

Раніше ніж перейти до пан-теоретичного поняття терапевтичного альянсу, варто зупинитись на його визначенні у різних психодинамічних напрямках.

Horvath та Luborsky (1993) зазначають, що Vibring (1937), прирівнявши терапевтичний альянс із репрезентацією стосунків із новим об'єктом, дав простір для розширення цього визначення у подальших працях інших авторів. Так, наприклад, Bowlby (1988) розглядав терапевтичний альянс, як основний фактор для позитивних змін у психотерапевтичному процесі. Він стверджував, що терапевт, отримавши інформацію від клієнта, має змогу проаналізувати природу його робочих моделей. Відтак, терапевтичний альянс дозволяє не лише зрозуміти та дослідити, як клієнт будує зв'язки, які має цінності та переконання, а і дає простір для розвитку здатності до побудови позитивного, задовільняючого потреби зв'язку із терапевтом, відмінного від того, який був у попередньому досвіді. Отже, саме завдяки терапевтичному альянсу клієнти можуть змінювати їхнє бачення інших людей, себе та загалом стосунків (Horvath & Luborsky, 1993).

Rogers (1951) стверджував, що для терапевтичного альянсу важлива емпатія, конгруентність та безумовне прийняття зі сторони терапевта, а всі інші

складові, необхідні для зцілення, має сам клієнт. Це визначення стало основним для клієнт-центрованої терапії і згодом було підтверджено дослідженнями, але з вагомим уточненням. Сприйняття альянсу саме клієнтом, а не спостерігачем чи терапевтом, було вирішальним для результату терапії (Horvath & Symonds, 1991). В продовження теорії Rogers з'явилися також наукові гіпотези, що такі якості терапевта як професійність, привабливість та здатність викликати довіру дають терапевту інструменти для того, щоб відбулися зміни у клієнта. За результатами клінічних досліджень вплив цих змінних на якість терапії може бути досить незначним та непостійним у різних терапевтичних напрямках. (Greenberg & Adler, цитується за Horvath 2000 ).

Якщо терапевтичний альянс розглядався як визначальний фактор у психоаналітичному та гуманістичному напрямку, спочатку його роль у поведінковій терапії була значно меншою. Прихильники цього напрямку терапії наголошували на ролі терапевтичних технік на противагу важливості стосунку у терапії. Так, наприклад, Ellis застерігав терапевтів від того, щоб покладатися на стосунок із клієнтом, натомість займати більш віддалену позицію (Goldfried & Lazarus цитується за Horvath, 2000). Інші поведінкові терапевти все ж стверджували, що позитивні зміни у клієнтів відбуваються у міжособистісному терапевтичному просторі.

Щоб підсумувати усі вищевказані визначення та погляди, варто зупинитися на пан-теоретичному понятті терапевтичного альянсу.

Відтак, у 1952 році гучна заява Eysenck про те, що психоаналіз має не більше ефекту ніж плацебо, сколихнула усю психотерапевтичну спільноту та стала поштовхом до визначення стандартів для досліджень у психології. Отже, виникла потреба у єдиному визначенні терапевтичного альянсу, як однієї з основних складових терапії у всіх терапевтичних напрямках. У 1975 році Bordin у своїй президентській промові на Annual Conference of the Society for Psychotherapy Research представив пан-теоретичне формулювання терапевтичного альянсу (Horvath, 2000).

За визначенням Bordin, терапевтичний альянс це свідомий стосунок “тут-і-тепер”, який на перших фазах може бути під впливом попередніх стосунків та нерозв’язаних проблем. Це стосунок-співпраця терапевта і клієнта, який складається із трьох взаємодоповнюючих складових: зв’язок, завдання та цілі терапії. Зв’язки формуються ставленням клієнта до терапевта та стилем спілкування терапевта з клієнтом, довірою; цілі - домовленістю про короткострокові та довгострокові результати; завдання - домовленістю про дії, які виконуються як клієнтом, так і терапевтом для того, щоб вирішити запит клієнта. Врешті терапевтичний альянс це одночасно і сприятлива умова для виконання поставлених терапевтичних цілей, і сам по собі корисний терапевтичний засіб (Horvath, 2000).

Таким чином, спочатку отримавши своє визнання у психоаналізі, і далі доповнивши своє значення у інших напрямках, терапевтичний альянс став частим предметом досліджень.

### **1.1.2 Терапевтичний альянс як чинник ефективності психотерапії**

Терапевтичний альянс має вагомий зв’язок із результатами терапії. Сучасні автори досліджень задаються питаннями, яка саме є залежність між успіхом терапії та якістю терапевтичного альянсу, що впливає на терапевтичний альянс та які фактори, крім терапевтичного альянсу, є важливими у процесі терапії.

На підтвердження того, що якість терапевтичного альянсу є предиктором результатів терапії, є цілий ряд досліджень. Зокрема мета-аналіз, який провели Flückiger, Del Re, Wampold та Horvath (2018), показав кореляцію між якістю терапевтичного альянсу та очною терапією та між якістю терапевтичного альянсу та онлайн терапією. Загалом у цьому дослідженні було опрацьовано 295 незалежних наукових праць (близько 30 000 пацієнтів), опублікованих у 1978-2017 роках. Показники кореляції для онлайн терапії ( $r = .275$ ) та для очної терапії ( $r = .278$ ) підтверджують наявність зв’язків між терапевтичним альянсом та результатами терапії. Тут також варто зазначити, що кореляція зберігалася

для різних терапевтичних підходів, для різних шкал вимірювання терапевтичного альянсу та результату терапії, характеристик пацієнтів та місця їхнього проживання.

Kaiser, Hanschmidt та Kersting (2021) також провівши мета-аналіз (опрацьовано 20 наукових праць), наводять дані, що показники терапевтичного альянсу та результати психологічних онлайн-інтервенцій корелюють між собою деякою мірою ( $r=0.20$ ), кореляція була вищою, якщо альянс вимірювався наприкінці терапевтичного процесу. Також, за результатами рандомізованого експериментального дослідження Luo, Bugatti, Molina, Tilley, Mahaffey та Gonzalez (2022), дослідники дійшли висновків, що при використанні програми “MyCompass” (програма, розроблена для психологічної допомоги онлайн) вища оцінка показників терапевтичного альянсу була предиктором кращих результатів терапії у онлайн інтервенціях з відеозв’язком ( $P=.04$ ), натомість не було впливу показників терапевтичного альянсу на результати терапії у тих групах досліджуваних, які отримували ще додаткову текстову підтримку від консультанта, чи не отримували жодної додаткової підтримки.

Спираючись на вищезгадані дослідження, можна зробити висновки, що терапевтичний альянс має статистично значущий зв’язок із результатами терапії. Для повноти цього твердження варто зупинитися на складових терапевтичного альянсу. За їхньою оцінкою клієнти, терапевти та спостерігачі складають своє враження про якість терапевтичного альянсу.

Дослідники розробили достатню кількість опитувальників для оцінювання терапевтичного альянсу. Згідно з результатами мета-аналізу Martin, Garske та Davis (2000), де було опрацьовано 79 досліджень, найчастіше у дослідженнях використовувались: Working Alliance Inventory- WAI ( $n = 22$ ), California Psychotherapy Alliance Scales - CALPAS ( $n = 16$ ), Pennsylvania scales - Penn Scales ( $n = 12$ ), Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale - VTAS ( $n = 9$ ), Therapeutic Alliance Rating Scale - TARS ( $n = 5$ ), та Therapeutic Bond Scales - TBS ( $n = 3$ ).

Той факт, що загальний коефіцієнт надійності їхніх шкал = (0.79), підтверджує, що всі вони складені відповідно до якостей конструкту, який вимірюють.

Відтак, у вищезгаданих дослідженнях клієнти терапевти та спостерігачі оцінювали терапевтичний альянс з різних перспектив. Зокрема WAI був складений таким чином, щоб виміряти три складові альянсу (за Bordin) у будь-якому терапевтичному напрямку: зв'язок, домовленість про цілі, домовленість про завдання. Запитання для CALPAS охоплюють 4 складові альянсу: готовність пацієнта до роботи, виконання пацієнтом зобов'язань, розуміння та залученість терапевта, домовленість між пацієнтом та терапевтом про цілі та стратегії. Опитувальник Penn Scales був розроблений для того, щоб емпірично перевірити психодинамічне визначення терапевтичного альянсу, яке передбачало оцінку 2 типів: досвід клієнта з терапевтом, який надає необхідну допомогу, та досвід клієнта у процесі співпраці із терапевтом для досягнення цілей терапії. У VTAS спостерігач оцінює загальне враження про стосунок терапевта з клієнтом, про продуктивність сесії, рівень функціонування пацієнта, поведінку терапевта і клієнта та їхні інтеракції. TARS вимірює класичне психодинамічне визначення терапевтичного альянсу, який був запропонований Bordin - зв'язок, завдання, цілі. Врешті TBS визначає три виміри терапевтичного зв'язку: робочий альянс, емпатія та спільні переконання (Martin et.al, 2000).

У своєму дослідженні Horvath та Luborsky (1993) зробили висновок, що є два основних критерії альянсу, які вимірюються більшістю опитувальників про якість терапевтичного альянсу: зв'язок між терапевтом та клієнтом та готовність вкладатися в терапевтичний процес.

Будь-яка спроба поррахувати такий складний конструкт, як терапевтичний альянс, завжди передбачає цілий ряд концептуальних та методологічних обмежень. Так, наприклад, кожен окремий аспект терапевтичного альянсу може дуже по-різному сприйматися терапевтом, пацієнтом і клінічним спостерігачем, що викликає питання об'єктивності. Також до обмежень можна додати і

необхідність достатньої кількості повторних вимірювань та можливості узагальнення результатів (Ardito & Rabellino 2011).

Варто зупинитися і на суб'єктивності оцінювання, і на необхідності повторних вимірювань для розуміння усього конструкту терапевтичного альянсу.

Якщо розглядати повторні вимірювання, то вони необхідні для того, щоб покрити всі фази терапевтичного альянсу, охопити його розвиток у часі, адже в більшості дослідники сходяться у тому, що альянс має свої періоди.

Як зазначає Kalogerakos (2009), Mann (1973) запропонував три фази розвитку терапевтичного альянсу, ґрунтуючись на своїй теорії 12-сеансової психотерапії з обмеженим часом. Перший етап характеризується зростаючим міцним альянсом, другий - опором чи незадоволенням клієнта, третій - подальшим поверненням до більш стабільного і сильного альянсу. Хоча теорія Mann (1973) мала за свою основу специфічні терапевтичні техніки, пізніші автори також розділяли подібні думки. Відтак, Bordin (1979) запропонував свій погляд, що терапевтичний альянс рухається циклічно через розвиток, занепад та відновлення. Пізніше Gelso та Carter (1994) стверджували що спочатку альянс проходить через міцну фазу, потім спадаючу, і, якщо терапія успішна, повертається до міцної наприкінці терапевтичного процесу. На додаток, Horvath та Luborsky (1993) теж запропонували подібну модель терапевтичного альянсу, яка характеризується розвитком альянсу на перших п'яти сесіях та подальшими коливаннями у показниках альянсу. Вони стверджували, що ці коливання можуть бути обґрунтовані теорією “розрив і відновлення” (“rupture and repair”) в циклі терапевтичного альянсу. (Kalogerakos, 2009).

Теорія “розрив і відновлення” стала поштовхом до досліджень про природу “розривів” у терапевтичному альянсі та про необхідні терапевтичні навички для відновлення. У своїй праці Eubanks, Muran та Safran (2019) стверджують, що розриви в альянсі неминучі і їх можна трансформувати у розвиток. Відтак, Safran та Kraus (2014) виділили два види розривів: “розрив уникненням” та

“розрив конфронтацією”. “Розрив уникненням” - клієнт, маючи труднощі із терапевтичним стосунком чи його розумінням, замовкає, дає обмежені і короткі відповіді на запитання, раптом змінює тему на іншу або багато жаліється на рекомендації терапевта. “Розрив конфронтацією” - клієнт може прямо висловлювати агресію, образу чи незадоволення терапевтом або окремим аспектом терапевтичного лікування, зазвичай у формі звинувачення та вимагання (Safran & Kraus, 2014).

Підсумовуючи, можна стверджувати, що фаза терапевтичного альянсу та розриви в терапевтичному альянсі можуть мати вплив на його якість. Однак доцільно також було би зупинитися і на огляді інших чинників, які можуть впливати на терапевтичний альянс.

Серед інших тем у дослідженнях останнього десятиліття автори розглядали особистісні особливості клієнтів та терапевтів в контексті їхнього значення для терапевтичного альянсу (Marmarosh, Schmidt, Pembleton, Rotbart, Muzyk, Liner та Salmen, 2015), професійний досвід терапевтів (Goldberg, Rousmaniere, Miller, Whipple, Nielsen, Hoyt та Wampold (2016), інтерперсональні особливості терапевтів та клієнтів в контексті вербальних можливостей (Wampold, Baldwin та Imel (2017), особистісні риси терапевта за оцінкою клієнтів (Russell, Swift, Penix та Whipple (2022).

Зокрема Marmarosh та ін. (2015) у висновках до свого пілотного дослідження (кількість учасників 22) зазначають кореляцію ( $r=.53$ ) між тривожним стилем прив'язаності терапевта та зусиллями, направленими на розрішення розривів у терапевтичному альянсі. В той час, як кореляція між самим фактом розрішення тих розривів і тривожним стилем прив'язаності відсутня. Також згідно з цим дослідженням, унікаючий стиль прив'язаності терапевта не має кореляції ні з зусиллями, направленими на розрішення розривів, ні із самим фактом розрішення розривів.

Goldberg та ін (2016), досліджуючи професійність психотерапевтів та їхню ефективність за допомогою лонгітюдного дослідження (170 терапевтів, 6 500



клієнтів, середня тривалість терапії 5 років, збір даних тривав 18.5 років) у своїх результатах дійшли висновків, що в загальному ефективність терапевтів не зростає з часом чи кількістю проведених терапевтичних сесій. Цікавим фактом є те, що результати дослідження не збігаються із попередніми лонгітюдним клінічним мультинаціональним дослідженням Orlinsky та Rønnestad (кількість терапевтів - 4000, тривалість дослідження - 15 років). У ньому терапевти самі оцінювали власну професійність протягом власної кар'єри. Відтак терапевти із більше ніж 15-тирічним досвідом оцінювали свою терапевтичну практику як ефективну, менше відчували незалученості і лиш зрідка відчували себе у стресі під час роботи в порівнянні із своїми молодшими колегами (Orlinsky & Rønnestad, цитується за Goldberg та ін., 2016).

Насамкінець варто також розглянути риси терапевта, які виділяють клієнти, як важливі, для терапевтичного альянсу. Зокрема за результатами кросс секційного кореляційного дослідження, проведеного на двох групах досліджуваних (у першій групі опитано 235 осіб, у другій - 100), Russell та ін. (2022) доходять висновку, що клієнти, серед інших якостей терапевта, найбільше виділяють емоційну стабільність та сумлінність.

Як підсумок варто зазначити, що якість терапевтичного альянсу має статистично значущий зв'язок із результатами терапії, фаза терапевтичного альянсу, зв'язок між терапевтом та клієнтом, а також готовність вкладатися в терапевтичний процес є основними шкалами, за допомогою яких вимірюється сам конструкт альянсу, особистісні особливості терапевтів корелюють із їхньою можливістю справлятися з труднощами у терапевтичному процесі, дослідження по ефективності терапевта з набутим досвідом мають суперечливі результати.

## **1.2 Роль особистісних особливостей клієнтів у побудові терапевтичного альянсу**

Особистісні особливості у цій магістерській роботі це характеристики особистості, які погруповані за допомогою факторного аналізу згідно з типом прив'язаності, здатністю до побудови об'єктних стосунків, якістю тестування реальності та особистісними рисами.

### **1.2.1 Особистісні риси і терапевтичний альянс**

Особистісні риси - відносно стабільні, постійні внутрішні характеристики, які впливають з моделі поведінки, ставлення, почуттів і звичок індивіда (American Psychological Association [APA]).

Як вже було зазначено раніше у цій роботі, терапевтичний альянс це, насамперед, про стосунки двох людей, отже можна стверджувати, що їхні особистісні риси мали би грати неабияку роль і для побудови альянсу, і для результату терапії, як наслідок.

Однією з домінуючих методик, якою визначають особистісні риси є п'ятифакторна модель “Велика П'ятірка” (Big Five Model) . За допомогою даної методики оцінюються такі характеристики: “відкритість до досвіду/закритість до досвіду”, “сумлінність/несумлінність”, “екстраверсія/інтроверсія”, “згідливість/незгідливість” та “нейротизм/емоційна стійкість”.

Знання про особистісні риси клієнта можуть дати терапевту цінний інструмент для терапевтичного процесу. Зокрема, якщо брати до уваги оцінку індивідуального способу мислення та поведінки клієнта, цілі терапії можуть виходити далі за межі зменшення симптомів страждання. Widiger та Presnall (2013) стверджують, що включення оцінки особистісних рис може бути помічним у складанні більш індивідуального плану лікування, а це може призвести до підвищення якості лікування, покращення терапевтичних

стосунків, зменшення вигорання терапевта, а також до меншої кількості дострокових припинень терапії. Bagby, Gralnick, Al-Dajani та Uliaszek (2016) також зауважили, що особистісні риси можуть допомогти терапевту висувати реалістичні очікування від можливостей клієнтів, включаючи їхню мотивацію.

Зважаючи на вплив особистісних рис на моделі поведінки, ставлення, почуття та звички, можна припустити, що вони мають вплив і на терапевтичний альянс.

Так, наприклад, екстраверсія та згідливість часто асоціюються із легшою побудовою терапевтичного альянсу. Зокрема Hirsh, Quilty, Bagby та McMain (2012). у своєму рандомізованому експериментальному дослідженні серед пацієнтів із межовим розладом особистості (кількість учасників - 87), отримали позитивну кореляцію між згідливістю клієнта та терапевтичним альянсом (лише для групи, яка працювала у діалектично-поведінковому напрямку). Натомість, за результатами експериментального дослідження Denhag, Ybrandt та Sundström (2017) кореляція між екстравертністю клієнта та терапевтичним альянсом перед початком терапевтичного лікування відсутня (кількість учасників - 138). Цікавим є той факт, що за результатами цього ж дослідження, зниження показників нейротизму та підвищення екстраверсії під час терапевтичного лікування призводить до 20% змін у симптомах після терапії.

Підсумовуючи про зв'язок особистісних рис та терапевтичного альянсу, варто зупинитися на мета-дослідженні Bucher, Suzuki та Samuel (2019). Згідно з результатами дослідження, шкала згідливості показала найбільшу кореляцію із терапевтичним альянсом ( $r = .20$ ), що означає, чим вищі показники згідливості тим вища оцінка альянсу. Наступними ішли відкритість до досвіду ( $r = .15$ ), сумлінність ( $r = .14$ ) та нейротизм ( $r = -.13$ ). Екстраверсія, відкритість до досвіду та згідливість мали вищі показники кореляції із загальним результатом терапії, якщо вона тривала довше ніж 1 рік.

Відтак, можна стверджувати, особистісні риси клієнтів, визначені за допомогою “Велика П’ятірка”, мають зв’язок із терапевтичним альянсом, але вони не є визначальними.

### **1.2.2 Тип прив'язаності та здатність до побудови об'єктних стосунків і терапевтичний альянс**

Для того, аби сповна охопити конструкт особистісних особливостей в контексті терапевтичного альянсу, варто також детальніше розглянути зв'язок між типом прив'язаності клієнтів, їхньою здатністю до побудови об'єктних стосунків та терапевтичним альянсом.

Зокрема John Bowlby стверджував, що здатність людини до побудови і утримання близьких емоційних зв'язків з іншими є основною ознакою ефективного функціонування особистості та загалом психічного здоров'я. Він також зазначав, що важливим завданням психотерапії є перебудова стилю прив'язаності клієнта, а самі процеси перебудови є результатом нового досвіду розуміння та стосунку з терапевтом. Відтак, припущення, що терапевтичний альянс буде частково відображати репрезентації об'єктних стосунків, надало поштовх до багатьох досліджень (Kalogerakos, 2009).

Та перш ніж звернутися до огляду досліджень, розглянемо типи прив'язаності та їхні особливості. У результаті експерименту “дивна ситуація” (“The Strange Situation”) Mary Ainsworth з колегами виділила 3 типи прив'язаності: безпечний, тривожно-амбівалентний та уникаючий. Пізніше Main та Solomon додали ще дезорганізований тип прив'язаності.

John Bowlby стверджував, що через прямі інтеракції з дорослими, які доглядають за дитиною, діти вибудовують внутрішні робочі моделі середовища, яке включає об'єкт прив'язаності, уяву про себе та зв'язок між цими двома уявленнями. Люди будь-якого віку використовують ці когнітивні та афективні репрезентації для теперішньої ситуації, для планування майбутнього та у відношенні до світу.(Kalogerakos, 2009) Так, наприклад, за результатами дослідження типу прив'язаності в контексті романтичних стосунків, Hazan та Shaver (1987) дослідили, що люди із безпечним типом прив'язаності відзначали

відчуття щастя, дружелюбності, довіри, любові та впевненості, що вони можуть подобатись. Згідно з Mikulincer та Shaver (2019), люди, які мають більш безпечний тип прив'язаності, є більш оптимістичні щодо життя та роблять менш катастрофічні припущення про небезпеки та загрози. На противагу, люди із унікаючим та тривожно-амбівалентним типом прив'язаності були схильні відчувати ревність, розглядали любов як одержимість, і не відчували себе у безпеці в стосунках.

Для людей із безпечним типом прив'язаності уявлення, які стосуються їхніх робочих моделей, відображають довіру до доброзичливості інших, відповідність та цінність себе а також бажання будувати міжособистісні зв'язки. У роботі разом зі своїми терапевтами такі люди більш ймовірно, що здатні побудувати емоційний зв'язок, домовитися про цілі терапії та погодити завдання, щоб досягти ці цілі. На противагу безпечному типу прив'язаності, для людей з більш небезпечним типом прив'язаності, уявлення, пов'язані із їхніми внутрішніми моделями, відображають недовіру до мотивів інших людей, більш негативну думку про себе, тривогу при близькому спілкуванні з іншими та потребу у підтвердженні любові. Отже під час роботи з терапевтом, такі люди мають більше труднощів у побудові емоційного зв'язку, у домовленостях із терапевтом про цілі терапії та про завдання, щоб досягти ці цілі (Bordin цитується за Diener & Monroe, 2011).

В продовження теорії Bowlby, Kernberg (2016) стверджував, що інтрапсихічний рівень функціонування особистості організовує задовільне вираження основних інстинктивних потреб - автономії та самоствердження, так само як і зв'язок надійних та ефективних стосунків із соціальним світом. Це включає в себе сексуальну та романтичну близькість, дружбу та зобов'язання, ефективність і задоволення від роботи та особистої творчості.

Відтак, припущення, що терапевтичний альянс буде частково відображати репрезентації об'єктних стосунків, надало поштовх до багатьох досліджень. Зокрема у мета-дослідженні Diener та Monroe (2011) результати показали (к-сть

опрацьованих наукових праць - 17), що вищий показник надійної прив'язаності корелює із міцнішим терапевтичним альянсом, і навпаки вищий показник ненадійної прив'язаності корелює із слабшим терапевтичним альянсом ( $r=.17$ ). Ці результати також були підтвержені ще одним мета-аналітичним дослідженням Vernecker, Levy та Ellison (2014), де коефіцієнт кореляції між унікаючим типом прив'язаності та альянсом  $r= -.137$ , а між тривожним типом прив'язаності та альянсом  $r=-.121$  (к-сть опрацьованих наукових праць - 24). Низькі показники кореляції вказують на те, що альянс та тип прив'язаності є досить віддаленими конструктами. Наостанок, у експериментальному дослідженні Mallinckrodt, Porter та Kivlighan (2005) про прив'язаність до терапевта, здатність до дослідження та об'єктні стосунки, автори також отримали обернену кореляцію між загальним показником якості терапевтичного альянсу і показником труднощів у побудові соціальних зв'язків ( $r=-0,32$ ).

Підсумовуючи результати досліджень, знання про тип прив'язаності та про якість побудови об'єктних стосунків клієнта дає терапевту цінний інструмент для вибудовування стосунків і розуміння особливостей побудови терапевтичного альянсу, але так само, як і особистісні риси клієнтів, їхній тип прив'язаності чи якість побудови об'єктних стосунків не є визначальним фактором для терапевтичного альянсу.

### **1.2.3 Суб'єктивні характеристики терапевтичного альянсу.**

На додачу до вищезгаданих у цьому розділі особливостей особистості, які несуть досвід попередніх значимих стосунків у терапевтичний альянс, варто зупинитися і на уподобаннях клієнтів щодо ідеального стосунку у терапії.

Уподобання клієнтів у психотерапії - специфічні умови та діяльність, яку клієнти хочуть бачити у терапевтичному процесі. Розділяють уподобання щодо активностей (наприклад, індивідуальна чи групова терапія, надання переваги конфронтаціям під час терапевтичних сесій з боку терапевта), уподобання щодо лікування (наприклад, медикаментозне чи лише психотерапевтичне, напрямок

терапії), уподобання щодо особистості терапевта (інколи стосуються лише демографічних показників, але часто і інших особистісних характеристик)(Swift, Callahan та Vollmer, B. M. (2011).

Уподобання клієнтів відіграють значну роль у доказовій психотерапевтичній практиці. Доказова психотерапевтична практика - інтеграція найкращих досліджень з клінічною експертизою в контексті культурної приналежності пацієнта, його характеристик та уподобань щодо терапевтичного процесу (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Можна припустити, що клієнти з меншою ймовірністю кинуть терапію та будуть показувати кращі результати терапії, якщо врахувати їхні уподобання. Проте у сучасному експериментальному дослідженні Cooper, Van Rijn, Chryssafidou та Stiles (2022) не отримали підтвердження гіпотези про те, що врахування побажань клієнта корелює із результатом терапії та терапевтичним альянсом (кількість учасників - 470). Як зазначають самі автори дослідження, з огляду на перелік обмежень до методологій у дослідженні, висновки є передчасними. Натомість у мета дослідженні Swift, Callahan, Cooper та Parkin (2018), опрацювавши 53 наукові праці (16 000 пацієнтів), отримали позитивні результати кореляції між результатом терапії та врахуванням уподобань клієнтів ( $d = 0.28$ ). Також врахування уподобань клієнтів корелювало із меншою кількістю дострокового припинення терапії клієнтами ( $OR = 1.79$ ). Ці результати підтверджені і іншими мета-дослідженнями. Так, наприклад, врахування побажань клієнтів корелює із кращими результатами терапії у дослідженні Lindhiem, Bennett, Trentacosta та McLearn (2014) (опрацьовано 35 емпіричних досліджень), міцнішим альянсом у дослідженні Windle, Tee, Sabitova, Jovanovic, Priebe та Carr (2020) (опрацьовано 29 статей) та меншою кількістю дострокового припинення терапії в обох дослідженнях.

“Двоє клієнтів одного віку, які відвідують одну клініку, страждають на подібні розлади, але все ж існує величезна різниця в тому, чого вони хочуть від психотерапії та що виявляється корисним для них. Майже всі спеціалісти з

психічного здоров'я визнають цю фундаментальну істину: те, що працює для однієї людини, може не працювати для іншої. Дослідження та досвід говорять про ймовірність загального успіху — наприклад, 80% пацієнтів відчують покращення під час психотерапії, — але не про обіцянку індивідуального успіху. Як логічний наслідок, ми, фахівці з психічного здоров'я, шукаємо «різні підходи для різних людей» або персоналізуємо психотерапію.» (Norcross & Cooper (2021).

Відтак врахування уподобань клієнта в процесі терапії може слугувати ще одним вагомим інструментом для терапевта під час планування терапевтичного процесу. Зокрема, уподобання щодо активностей під час терапії, процесу лікування та особистості терапевта роблять підхід більш персоналізованим.

Отже зупинімося на уподобаннях щодо особистості терапевта. У вже згаданому раніше експериментальному дослідженні, Russell та ін. (2022) досліджували характеристики ідеального терапевта на думку клієнтів. За його результатами, характеристики ідеального терапевта найбільше корелювали із задоволенням від стосунків, а найменше із характеристиками батьків учасників і власними характеристиками. Особистісні характеристики ідеального терапевта були дуже схожі на характеристики реальних терапевтів учасників. Оцінки ідеальних терапевтів залежали від рейтингу терапевтичного альянсу і не залежали від кількості сесій. Результати також показали, що учасники найбільше хочуть бачити у терапевта емоційну стабільність, сумлінність та згідливість, відкритість та екстравертованість були менш значущими для клієнтів. Наостанок, особистість терапевта була найближчою до особистостей близьких друзів.

Натомість ще одне вищезгадане у цій роботі експериментальне дослідження Соорег та ін. (2021), попри деякі свої обмеження, показало вагомі результати щодо уподобань клієнтів у типах активностей під час терапії. Зокрема клієнти, які надали перевагу більш активним діям терапевта (наприклад, вимогливості),



отримали кращі результати у терапії в порівнянні з клієнтами, які обрали м'яку підтримку терапевта. Надання переваги вимогливості чи конфронтуванню терапевта, може говорити про більш ймовірну готовність до особистих трансформацій клієнта, в той час як м'яка підтримка - про надію на співчуття від терапевта або залежність від нього (Cooper et al., 2021).

Наостанок варто зупинитися на результатах дослідження про уподобання клієнтів щодо процесу лікування. Результати кросс-секційного дослідження Williams, Farquharson, Palmer, Bassett, Clarke, Clark та Crawford (2016), в якому взяло участь 14 587 респондентів, показали, що більшість з них надали перевагу хоча би одному аспекту лікування. Люди, чий уподобання не були враховані, показали гірші результати терапевтичного лікування, в порівнянні з людьми, чий уподобання були враховані.

Отже, спираючись на результати досліджень, врахування побажань клієнтів має позитивну кореляцію із результатами терапії та робить терапевтичний процес більш індивідуальним.

### 1.3 Теоретична модель дослідження

Проаналізувавши теоретичний матеріал про зв'язок між особистісними особливостями клієнта та терапевтичним альянсом, ми припускаємо, що існують суб'єктивно значущі характеристики терапевтичного альянсу для осіб з різними особистісними особливостями (рис 1.1).



Рис. 1.1 Теоретична модель дослідження

Теоретична модель зображає зв'язок між особистісними особливостями клієнтів та характеристиками терапевтичного альянсу. Як показали попередні дослідження, існує зв'язок між типом прив'язаності, особистісними рисами клієнта і якістю терапевтичного альянсу (Diener та ін. (2011), Bucher та ін. (2019)). В рамках нашого дослідження планується підтвердити і розширити результати попередніх досліджень, припустивши, що існують відмінності у вимогах до характеристик терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями (перша гіпотеза). Натомість, мало відомо про відмінність у вимогах до характеристик терапевтичного альянсу у людей, які мали досвід терапії, та у людей, які не мали досвіду терапії. Тож у другій

гіпотезі ми висуваємо припущення, що присутня статистично значуща відмінність для цих двох груп людей. У третій гіпотезі ми припускаємо, що існує зв'язок між окремими особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу.

#### **1.4. Висновки до першого розділу**

На запит “характеристики терапевтичного альянсу в психотерапії” (“characteristics of therapeutic alliance in psychotherapy”) Google Академія (Google Scholar) видає 17 800 результатів за період 2018-2023 років. Отже можна стверджувати, що характеристики терапевтичного альянсу є конструктом для активного дискурсу в сучасному науковому середовищі.

Для оцінки характеристик терапевтичного альянсу розроблено достатню кількість методик, дизайн досліджень в більшості є кроссекційний та експериментальний. Проте за великою кількістю досліджень прослідковуються і деякі спільні обмеження, зокрема присутня суб'єктивність оцінювання характеристик терапевтичного альянсу. Отже, досліджуючи суб'єктивні характеристики терапевтичного альянсу у даній магістерській роботі, ми маємо за мету зробити внесок у краще розуміння індивідуального підходу у терапії загалом.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Етапи дослідження

Дослідження відбувалось у декілька етапів. Першим етапом була підбірка методик дослідження і затвердження їх науковим керівником. Наступним етапом був проведений переклад опитувальника “Опитувальник стосунків Ен’ю» (Agnew Relationship Measure ARM) (Agnew-Davies et al., 1998), “Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії” (Cooper–Norcross Inventory of Preferences C-NIP) (Cooper et al, 2016), методики пройшли двосторонній переклад з залученням двох професійних перекладачів та перевірку валідності шляхом підрахунку показника Альфа Кронбаха. Наступний етап передбачав розробку загального опитувальника та поширення його в соцмережах протягом січня-лютого 2023 року. Далі відбувався збір первинних даних та їх опрацювання. Кінцевий етап - статистичне опрацювання даних та їх інтерпретація.

## 2.2 Методи дослідження та показники адаптації

У даній магістерській роботі використовувались методики для визначення якості показників терапевтичного альянсу та методики для визначення особистісних характеристик клієнтів. Для визначення терапевтичного альянсу був використаний перекладений на українську мову «Опитувальник стосунків Ен'ю» (Agnew Relationship Measure (ARM) (Agnew-Davies et al., 1998), та «Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії» (Cooper–Norcross Inventory of Preferences C-NIP) (Cooper et.al, 2016). Для визначення особистісних характеристик був обраний опитувальник опитувальник «Велика П'ятірка» (Big Five)(Costa & McCrae, 1992; адаптація Бурлачук & Корольов, 2000), «Опитувальник на визначення типу прив'язаності» (Measure of Attachment Qualities MAQ) (Carver, 1997; переклад Вонс, 2019) та «Тест на визначення якості об'єктних стосунків і тестування реальності BORRTI» (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory)(Bell,2007; адаптація Козак, 2021).

1. *«Опитувальник стосунків Ен'ю ARM» (Agnew Relationship Measure (ARM)(Agnew-Davies et al., 1998).*

Дана методика була обрана з огляду на те, що її шкали добре покривають конструкт терапевтичного альянсу з позиції клієнта. Показник Альфа-Кронбаха у перекладеному опитувальнику (0.82) говорить про добру надійність україномовної версії.

Опитувальник складається і 28 тверджень, які охоплюють п'ять шкал: «зв'язок» (6 запитань), «партнерство» (4 запитання), «впевненість» (7 запитань), «відкритість» (5 запитань) та «ініціативність клієнта» (4 запитання). 10 запитань - обернені (3, 5, 9, 11, 14, 17, 15, 20, 22, 27). Результати двох тверджень (18 та 28) не беруться до уваги, оскільки вони відносяться до різних шкал, в залежності від того, хто заповнює - клієнт чи терапевт.

В опитувальнику учасникам дослідження пропонується оцінити, наскільки важливе для них те чи інше твердження (в межах від 1 до 7 балів), коли вони думають про власні сесії психотерапії. Результат розраховується, як сумарне значення тверджень по кожній шкалі. Високі чи низькі показники вказують на бажану вираженість характеристик терапевтичного альянсу.

2. “Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії” (The Cooper-Norcros Inventory of Preferences C-NIP)(Cooper et.al, 2016). Опитувальник C-NIP був розроблений для визначення характеристик процесу терапії і почерку терапевта, яким надає перевагу клієнт. Цей інструмент складається із 18-ти тверджень, які визначаються 4-ма шкалами: лідерство терапевта/лідерство клієнта, емоційна насиченість/емоційна закритість, орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє, м'яка підтримка/вимогливість терапевта.

Показники Альфа-Кронбаха перекладеного опитувальника окремо по шкалах (0,32-0,61) вказують на те, що усі шкали мають менш ніж прийнятну надійність. Автори оригінального опитувальника відносять цей факт до його недоліків. Проте на підтримку надійності, варто зазначити, що опитувальник був розроблений для швидкої діагностики бажаних характеристик терапевтичного альянсу, а не як класичний психологічний тест. У даній магістерській роботі ця методика використовувалася, як анкета.

Високі чи низькі показники по шкалах вказують на бажану вираженість характеристик терапевтичного альянсу.

3. *Опитувальник “Велика П’ятірка” (Big Five)*(Costa & McCrae, 1992; адаптація Бурлачук & Корольов, 2000) вимірює п’ять факторів особистості, розподілених згідно з п’ятьма шкалами: нейротизм – емоційна стійкість, екстраверсія – інтроверсія, відкритість до досвіду – закритість до досвіду, згідливість – незгідливість, сумлінність – несумлінність.

Як вже зазначалось раніше у даній роботі, оцінка особистісних рис за допомогою “Великої п’ятірки” є одним із стандартів для опису моделі

поведінки, ставлення, почуттів і звичок індивіда.

4. “Опитувальник на визначення типу прив’язаності MAQ” (*Measure of Attachment Qualities MAQ*)(Carver, 1997; переклад Вонс, 2019).

У даній роботі використовувалась перекладена на українську мову версія опитувальника.

MAQ визначає дорослі стилі прив’язаності та представлений 4-ма шкалами: безпека (1, 7 і 14 питання), уникнення (4, 6, 8, 11 і 13 питання), амбівалентність занепокоєння (2, 5 і 9 питання) та амбівалентність заглиблення у себе (3,10 і 12 питання). Питання 4, 8 і 9 є оберненими.

5. Тест на визначення якості об’єктних стосунків і тестування реальності BORRTI (*Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*)(Bell,2007; адаптація Козак, 2021). Цей інструмент часто використовується у клінічній практиці для виявлення патологій. У даній роботі використовувалась адаптована Козак (2021) україномовна версія опитувальника.

Опитувальник складається із 34-ох питань, розподілених між двох шкал: “тестування реальності” (10 питань) та “об’єктні стосунки” (24 питання), які, в свою чергу, містять власні підшкали. Результат тесту підраховується, як сума балів (0 балів за відповідь “неправильно”, та 1 бал за “правильно”). Питання 2, 5, 18, 24, 28-обернені.

### 2.3 Група досліджуваних

Опитування проводилося протягом січня - лютого 2023 року. У дослідженні взяло участь 110 респондентів.

Таблиця 2.1

Характеристика групи досліджуваних

Група	N	Стать		Вік	
		Чоловіки (N%)	Жінки (N%)	Діапазон	Сер.зн (ст.відх)
Дорослі особи	110	16,4%	83,6%	19-68	33 (12)

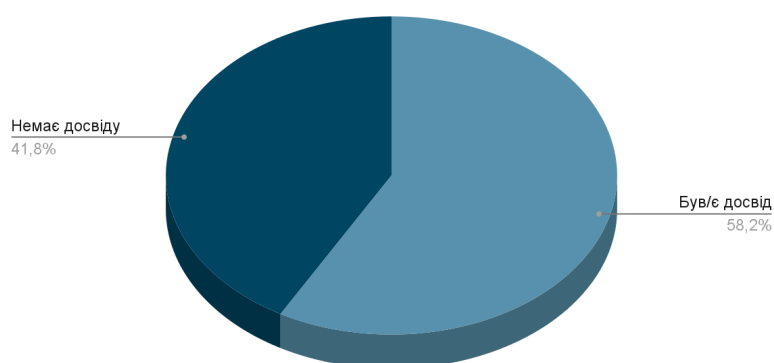


Рис 2.1 Розподіл досліджуваних за наявністю досвіду терапії

Отже, як видно з таблиці (табл.2.1) та діаграми (рис.2.1), більшість досліджуваних - жінки, які мають досвід терапії та задоволені її результатами.



## 2.4 Аналіз даних

У цій магістерській роботі проводилась перевірка трьох основних гіпотез:

1. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.
2. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії.
3. Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу.

Для опрацювання статистичних даних використовувалась програма Statistica 8.0. Першим етапом була перевірка даних на узгодженість розподілу з нормальним.

Згідно з результатами, були обрані параметричні статистичні методи для подальшої роботи з тими шкалами, які показали нормальний розподіл даних, та непараметричні статистичні методи для тих шкал, розподіл даних яких не узгоджується з нормальним (Додаток В).

Перевірка першої гіпотези “Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями ” проводилася у декілька етапів.

Шкали, які аналізувались в межах цієї гіпотези: “BORRTI тестування реальності”, ”BORRTI об'єктні стосунки”, “MAQ безпека”, “MAQ уникнення”, “MAQ амбівалентність занепокоєння”, “MAQ амбівалентність заглиблення в себе”, “BF нейротизм – емоційна стійкість”, “BF екстраверсія – інтроверсія”, “BF відкритість – закритість до досвіду”, “BF згідливість – незгідливість”, “BF сумлінність – несумлінність” та “Чи важливі релігійні цінності терапевта?”, “Чи важлива стать терапевта?”, “Чи важлива орієнтація терапевта?”, “Чи важливий напрямок терапії?”, “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”,

“НС емоційна насиченість/емоційна закритість”, “НС орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “НС м'яка підтримка/вимогливість терапевта”.

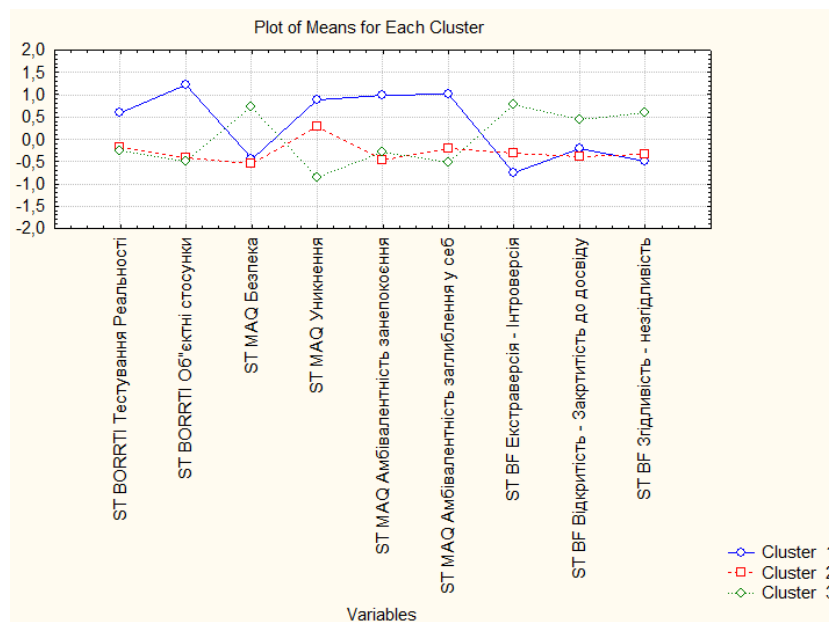
Спочатку був проведений факторний аналіз для визначення загальних зв'язків між шкалами особистісних характеристик для виділення їх у загальні об'єднуючі фактори. За його результатами було виділено 2 фактори (табл.2.2). (Додаток Г)

Таблиця 2.2

## Факторні навантаження

Змінні	Фактор 1	Фактор 2
BORRTI Тестування Реальності	0,01	0,68
BORRTI Об'єктні стосунки	0,31	0,81
MAQ Безпека	-0,73	0,06
MAQ Уникнення	0,73	0,37
MAQ Амбівалентність занепокоєння	0,12	0,67
MAQ Амбівалентність заглиблення у себе	0,24	0,74
BF Нейротизм - Емоційна стійкість	-0,11	0,30
BF Екстраверсія - Інтроверсія	-0,84	-0,13
BF Відкритість - Закритість до досвіду	-0,50	-0,06
BF Згідливість - Незгідливість	-0,53	-0,19
BF Сумлінність-Несумлінність	-0,44	0,06

Після цього був використаний кластерний аналіз для виділення груп за результатами проведеного факторного аналізу. Оскільки для групування використовувались шкали з різних опитувальників, в процесі кластерного аналізу була проведена стандартизація даних. За результатами кластерного аналізу було виділено 3 кластери: “більш адаптовані особи”, “особи із середньою адаптованістю”, “менш адаптовані особи” (рис.2.2). (Додаток Д)



Примітка.\* Кластер 1 - “менш адаптовані особи”, Кластер 2 - “особи із середньою адаптованістю”, Кластер 3 - “більш адаптовані особи”

Рис.2.2

#### Розподіл особистісних особливостей на кластери

Наступним етапом перевірки гіпотези була перевірка за допомогою тесту Лівена гомогенності дисперсії для шкал, які вимірюють характеристики терапевтичного альянсу. Результати перевірки (Додаток Д) показали, що всі шкали, крім однієї (“Чи важлива для вас стать терапевта?”), мають показники значущості суттєво вищі за допустимий ( $p > 0,05$ ), а отже при роботі з ними використовувався параметричний критерій.

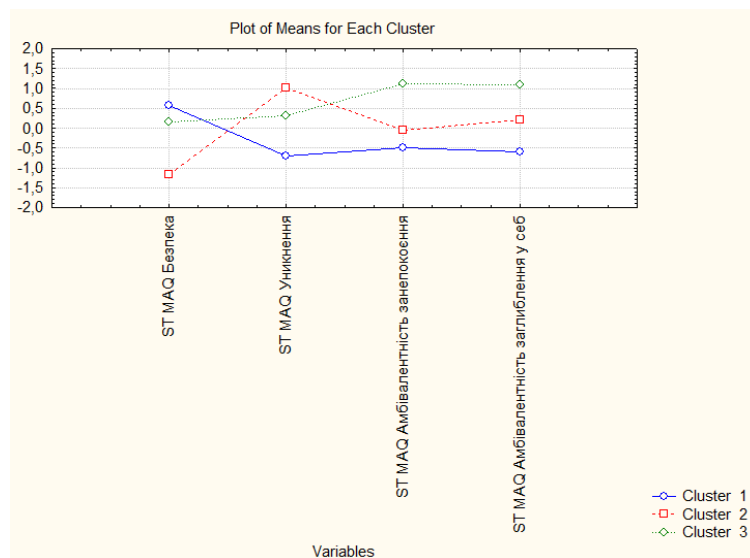
Показник значущості для шкали “Чи важлива для вас стать терапевта?” ( $p=0,02$ ) вказує на те, що не спостерігається гомогенності дисперсії, а отже для

роботи з цією шкалою був використаний непараметричний критерій Краскела-Уолліса, для всіх решта шкал - однофакторний дисперсійний аналіз (Додаток Д).

Наступним етапом перевірки гіпотези було проведення тесту Шеффе для трьох кластерів особистісних особливостей та шкали “Чи важливий напрямок терапії?” (Додаток Д).

Отримавши статистично значущі результати при порівнянні трьох кластерів особистісних особливостей лише для шкали “Чи важливий напрямок терапії?”, було прийнято рішення повести додаткові порівняльні аналізи оцінки характеристик терапевтичного альянсу для осіб з різним типом прив’язаності та різним типом показників нейротизму.

Отже, за типом прив’язаності було виділено три кластери (рис. 2.3).



Примітка.\* Кластер 1 - “більш безпечний тип прив’язаності”, Кластер 2 - “більш уникаючий тип прив’язаності”, Кластер 3 - “більш амбівалентний тип прив’язаності”

Рис.2.3

Далі був проведений порівняльний аналіз трьох кластерів типів прив’язаності, показників нейротизму та усіх шкал на вимірювання терапевтичного альянсу. Аналіз проводився за непараметричним критерієм Краскела-Уолліса для шкали “Чи важлива для вас стать терапевта?” та

однофакторним дисперсійним аналізом і тесту Шеффе для всіх решта шкал, що вимірюють терапевтичний альянс.

Для перевірки гіпотези “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії” використовувався порівняльний аналіз для двох груп за критерієм Манна-Уїтні. У рамках перевірки основної гіпотези проводився також якісний аналіз даних (визначення середніх значень та стандартного відхилення), які зазначали особи, що мали негативний терапевтичний досвід.

Під час проведення порівняльного аналізу аналізувались наступні шкали: “Досвід терапії” із “Чи важливі релігійні цінності терапевта?”, “Чи важлива стать терапевта?”, “Чи важлива орієнтація терапевта?”, “Чи важливий напрямок терапії?”, “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”, “NC емоційна насиченість/емоційна закритість”, “NC орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “NC м'яка підтримка/вимогливість терапевта”. В межах цього порівняльного аналізу використовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні. (Додаток Е)

Для перевірки третьої гіпотези “Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу” був проведений кореляційний аналіз (непараметричним критерієм Спірмена) для наступних шкал: “Чи важливі релігійні цінності терапевта?”, “Чи важлива стать терапевта?”, “Чи важлива орієнтація терапевта?”, “Чи важливий напрямок терапії?”, “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”, “NC емоційна насиченість/емоційна закритість”, “NC орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “NC м'яка підтримка/вимогливість терапевта”, “BORRTI тестування реальності”, “BORRTI об’єктні стосунки”, “MAQ безпека”, “MAQ уникнення”, “MAQ амбівалентність занепокоєння”, “MAQ амбівалентність заглиблення в

себе”, “BF нейротизм – емоційна стійкість”, “BF екстраверсія – інтроверсія”, “BF відкритість – закритість до досвіду”, “BF згідливість – незгідливість”, “BF сумлінність – несумлінність” ( Додаток Ж).

Окремим етапом досліджень у рамках цієї магістерської роботи було проведення контент аналізу для шкали “Що розчарувало (би) вас у терапії?”. Відповіді групи досліджуваних були погруповані відповідно до частоти використання ключових слів.

## **2.5 Висновки до другого розділу**

Дослідження, яке проводиться в рамках даної магістерської роботи, є кількісним крос-секційним з елементами якісного. Першим кроком була підбірка методик, їхній переклад (за відсутності україномовного варіанту), створення опитувальника та поширення його у соцмережах. Тривалість збору даних - два місяці. Наступним етапом було опрацювання даних для завантаження їх у програму Statistica 8.0 та проведення статистичного опрацювання. Для цього були використані такі статистичні процедури: факторний аналіз, кластерний аналіз, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз, якісний аналіз та контент-аналіз.

Група досліджуваних налічує 110 осіб, серед яких значно переважають жінки (83,6%). Також у дослідженні переважають особи, які мали досвід терапії та задоволені її результатами.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

#### 3.1 Результати емпіричного дослідження

Дослідження здійснювалося для трьох висунутих гіпотез:

1. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.
2. Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії.
3. Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу.

#### **3.1.1 Результати дослідження відмінностей у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.**

В межах перевірки цієї гіпотези аналізувались наступні шкали: “BORRTI тестування реальності”, “BORRTI об'єктні стосунки”, “MAQ безпека”, “MAQ уникнення”, “MAQ амбівалентність занепокоєння”, “MAQ амбівалентність заглиблення у себе”, “BF екстраверсія-інтроверсія”, “BF відкритість-закритість до досвіду”, “BF згідливість-незгідливість”, “BF сумлінність – несумлінність”, “BF згідливість – незгідливість та “Чи важливі релігійні цінності терапевта?”, “Чи важлива стать терапевта?”, “Чи важлива орієнтація терапевта?”, “Чи важливий напрямок терапії?”, “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”, “NC емоційна насиченість/емоційна закритість”,

“НС орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “НС м'яка підтримка/вимогливість терапевта”.

Перевірка гіпотези проходила у декілька етапів. Спочатку за результатами факторного аналізу, згідно з критеріями Кеттела та Кайзера (сукупна дисперсія = 47), було прийняте рішення для виділення 2-ох факторів (рис 3.1 та рис.3.2) (Додаток Г).

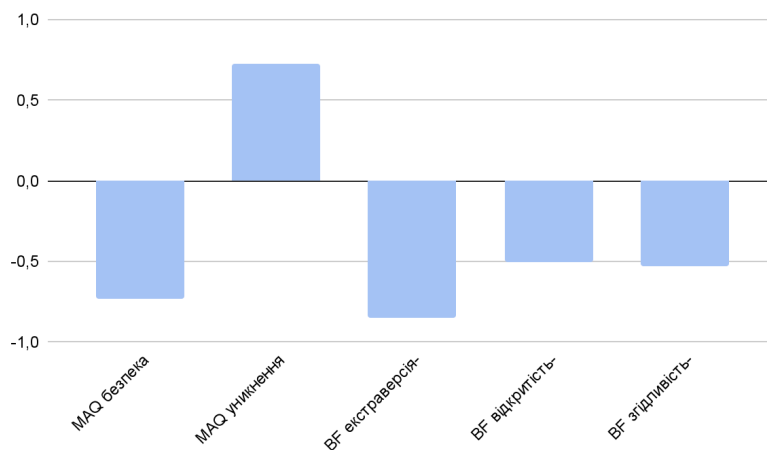


Рис 3.1 Фактор 1

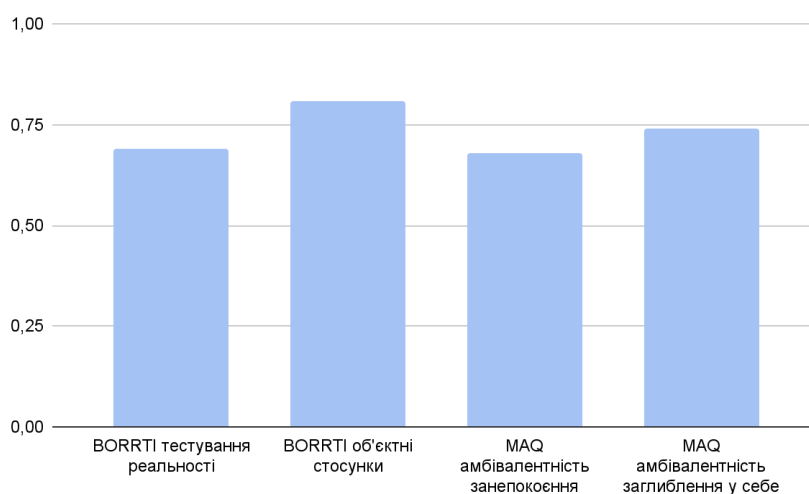


Рис 3.2 Фактор 2



Як видно з діаграм, шкали “MAQ безпека”, “MAQ уникнення”, “BF екстраверсія-інтроверсія”, “BF відкритість-закритість до досвіду”, “BF згідливість-незгідливість” увійшли до фактору 1, а “BORRTI тестування реальності”, “BORRTI об'єктні стосунки”, “MAQ амбівалентність занепокоєння”, “MAQ амбівалентність заглиблення у себе” до фактору 2. Ці результати говорять про те, що вищезазначені шкали в межах першого чи другого фактору мають латентну спільну причину сумісної мінливості. Відтак їх можна використовувати спільно для подальшого аналізу.

Наступним кроком було проведення кластерного аналізу для шкал двох факторів. За його результатами (Додаток Д) були виділені кластери, які показують міру адаптивності досліджуваної групи.

До першого кластеру (рис.3.3) увійшли ті досліджувані, які мають безпечніший тип прив'язаності, краще тестування реальності та побудову об'єктних стосунків, а також є більш екстравертованими та згідливими у порівнянні з іншими двома кластерами досліджуваних. Відтак, можна припустити, що до цього кластеру відносяться більш адаптовані особи. У цій магістерській роботі буде використовуватися термін “більш адаптовані особи” для першого кластеру.

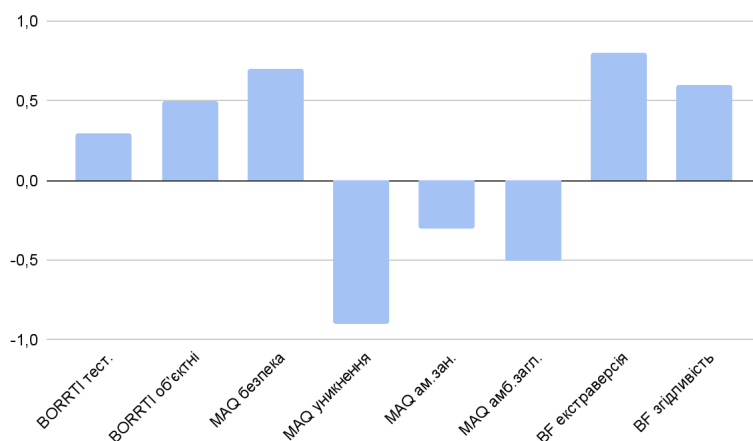


Рис 3.3 “Більш адаптовані особи”. N=44

До другого кластеру увійшли досліджувані, у котрих переважає більш унікаючий тип прив'язаності та котрі мають середні значення для тестування реальності та побудови об'єктних стосунків. Цікавим є те, що показники амбівалентності занепокоєння та заглиблення є оберненими до показників уникнення (рис. 3.4). Представники цього кластеру є більш інтровертованими та більш незгідливими у порівнянні з більш адаптованими особами. У цій магістерській роботі буде використовуватися термін “особи із середньою адаптованістю” для досліджуваних, котрі увійшли у цей кластер.

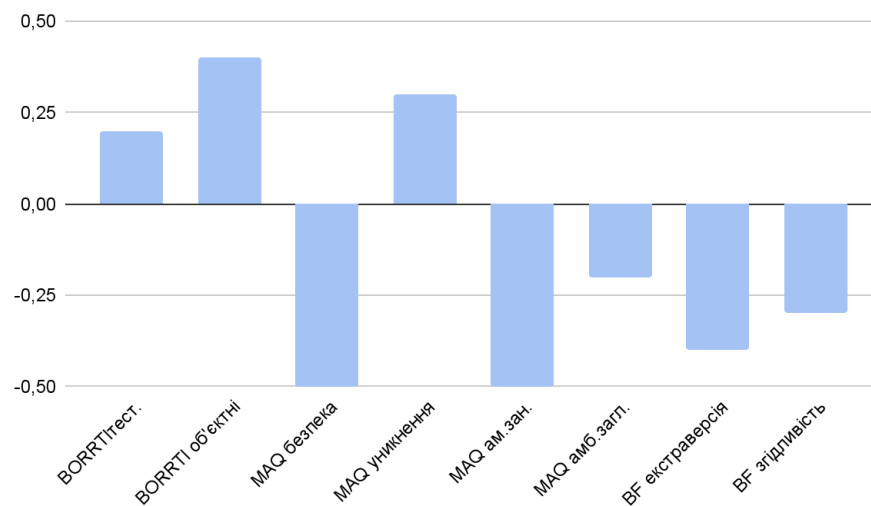


Рис 3.4 Особи із середньою адаптованістю. N=36

До третього кластеру увійшли особи, котрі мають найменш безпечний тип прив'язаності, найгірше тестують реальність, мають найбільше труднощів у об'єктних стосунках та є найбільш інтровертованими та незгідливими у порівнянні з іншими досліджуваними (рис 3.5). Відтак, до цієї групи входять найменш адаптовані особи. Надалі у цій магістерській роботі буде використовуватися термін “менш адаптовані особи” для третього кластеру.

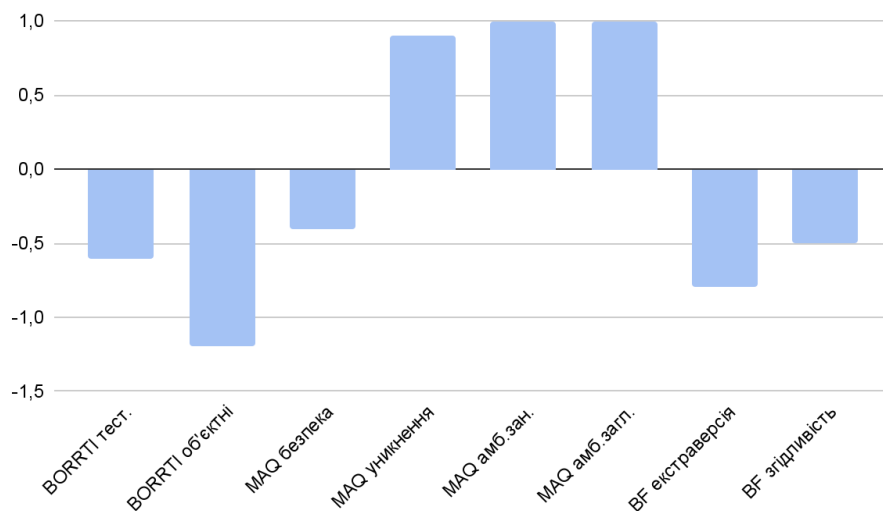


Рис.3.5 Менш адаптовані особи. N=30

Наступним етапом перевірки гіпотези була перевірка за допомогою тесту Лівена гомогенності дисперсії для шкал, які вимірюють характеристики терапевтичного альянсу та терапевта. Результати перевірки (Додаток Д) показали, що всі шкали, крім однієї (“Чи важлива для вас стать терапевта?”), мають показники значущості суттєво вищі за допустимий ( $p > 0,05$ ), а отже при роботі з ними використовувався параметричний критерій. Показник значущості для шкали “Чи важлива для вас стать терапевта?” ( $p=0,02$ ) вказує на те, що не спостерігається гомогенності дисперсії, а отже для роботи з цією шкалою був використаний непараметричний критерій Крассела-Уолліса, для всіх решта шкал-однофакторний дисперсійний аналіз. (Додаток Д)

Відтак за результатами аналізу внутрішньо групової та міжгрупової дисперсії, рівень значущості для усіх шкал (окрім “Чи важливий напрямок терапії?”) є значно вищим, ніж допустимий ( $p = 0,06 - 0,85, p > 0,05$ ). (Додатки). Ці результати а також результати тесту Крассела Уолліса для шкали “Чи важлива для вас стать терапевта?” ( $p=0,14, p>0,05$ ) вказують на те, що різниця в оцінці характеристик терапевтичного альянсу та характеристик терапевта для трьох кластерів не є статистично суттєвою (табл.3.1).

Таблиця 3.1

Аналіз відмінностей (Analysis of variance) при порівнянні 3-ох кластерів особистісних особливостей та характеристик терапевтичного альянсу ( $p < 0,05$ )

	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	p
Релігійні цінності терапевта?	0,80	2	0,40	33,05	0,28
Орієнтація терапевта?	0,59	2	0,29	34,18	0,40
Напрямок терапії?	5,99	2	2,99	79,87	0,02
AD Зв'язок	112,26	2	56,12	2978,29	0,14
Партнерство	13,12	2	6,56	772,33	0,40
Впевненість	100,39	2	50,19	3405,10	0,21
Відкритість	66,37	2	33,18	1753,08	0,13
Ініціативність	16,61	2	8,30	1393,61	0,53
Лідерство терапевта/клієнта	18,74	2	9,37	3059,63	0,72
Емоційна насиченість/закритість	9,30	2	4,65	2966,65	0,84
Орієнтація на минуле/теперішнє	68,58	2	34,29	1256,91	0,58
М'яка підтримка/вимогливість	6,44	2	3,22	2123,52	0,85

Статистично суттєвою різницею можна вважати лише різницю для шкали “Чи важливий напрямок терапії?” ( $p = 0,02$ ,  $p < 0,05$ ). Проведений тест Шеффе для цієї шкали показав результати, зображені на діаграмі (рис.3.6) нижче.

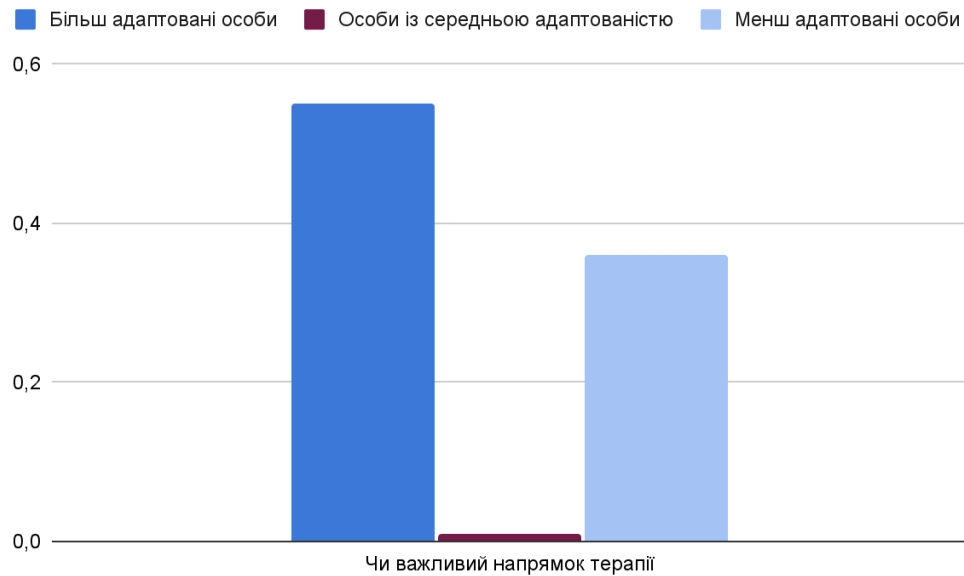
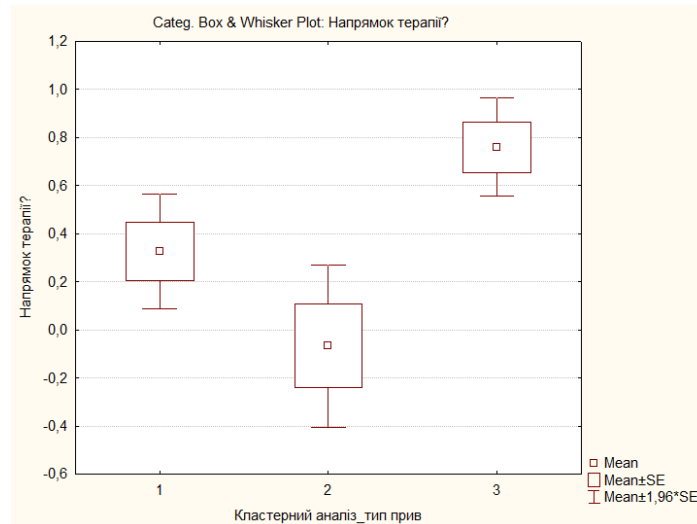


Рис 3.6 Різниця в оцінці важливості напрямку терапії для 3 кластерів осіб, розділених за особистісними особливостями.

Завершальним етапом перевірки гіпотези було проведення додаткового порівняльного аналізу для трьох кластерів (розділених за типами прив'язаності), показників нейротизму та усіх шкал на вимірювання терапевтичного альянсу.

Отже, за результатами кластерного аналізу було виділено три кластери: 1 кластер - "більш безпечний тип прив'язаності", 2 кластер - "більш унікаючий тип прив'язаності", 3 кластер - "більш амбівалентний тип прив'язаності" (рис.2.3).

При порівнянні трьох кластерів проводився порівняльний аналіз за непараметричним критерієм Краскела-Уолліса для шкали "Чи важлива для вас стать терапевта?" та однофакторним дисперсійним аналізом для всіх решта шкал, що вимірюють терапевтичний альянс. Були отримані статистично значущі результати для шкал "Чи важливий напрямок терапії", "Чи важливі релігійні цінності терапевта", "Лідерство терапевта/лідерство клієнта" та "Чи важлива стать терапевта?" (рис.3.7, рис.3.8, рис 3.9, рис.3.10). (Додаток Д)

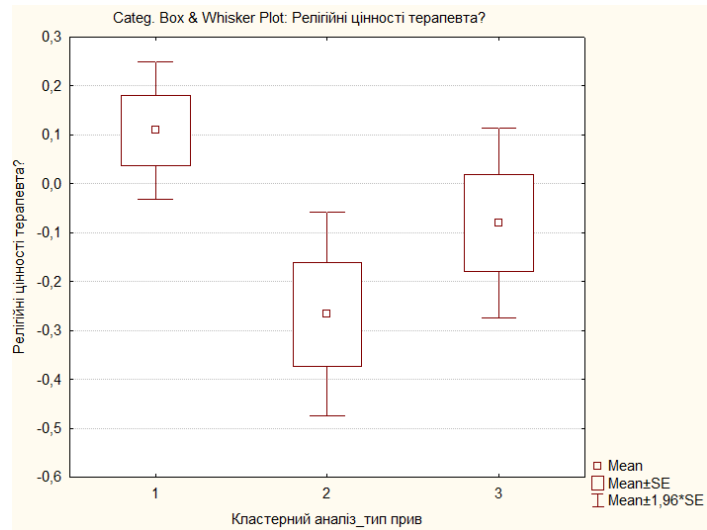


Примітка.\* Кластер 1 - “більш безпечний тип прив’язаності”, Кластер 2 - “більш унікаючий тип прив’язаності”, Кластер 3 - “більш амбівалентний тип прив’язаності”

Рис.3.7 Різниця в оцінці важливості напрямку терапії для 3 кластерів осіб, розділених за типом прив’язаності.

З діаграми (рис.3.7) видно, що особи із “більш амбівалентним типом прив’язаності” ( $M=0,75$ ) вважають, що напрямок терапії є більш важливим, ніж особи із “більш унікаючим типом прив’язаності” ( $M=-0,12$ ) та “більш безпечним типом прив’язаності” ( $M=0,32$ ).

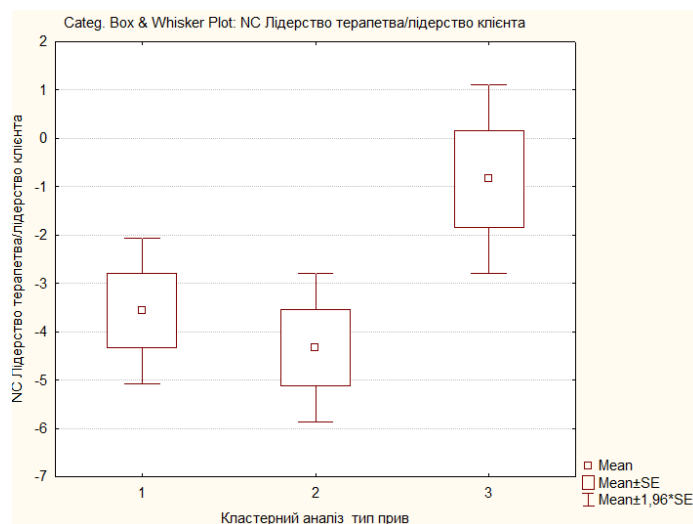
Релігійні цінності терапевта є більш важливі для осіб із “більш безпечним типом прив’язаності” ( $M=0,12$ ) ніж для осіб із “більш унікаючим типом прив’язаності” ( $M=-0,25$ ) та “більш амбівалентним типом прив’язаності” ( $M=-0,75$ ) (рис.3.8).



Примітка.\* Кластер 1 - “більш безпечний тип прив’язаності”, Кластер 2 - “більш унікаючий тип прив’язаності”, Кластер 3 - “більш амбівалентний тип прив’язаності”

Рис.3.8 Різниця в оцінці важливості релігійних цінностей терапевта для 3 кластерів осіб, розділених за типом прив’язаності.

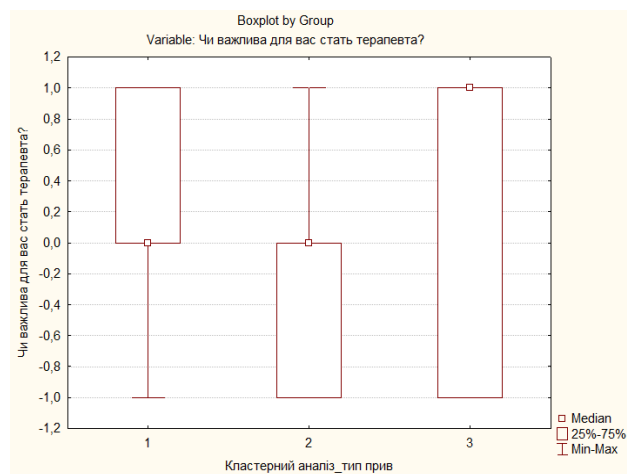
Особи із “більш амбівалентним” типом прив’язаності надають перевагу лідерству терапевта ( $M=-0,84$ ) під час терапевтичного процесу, особи із “більш унікаючим” ( $M=-4,33$ ) та “більш безпечним” типом прив’язаності ( $M=-3,56$ ) - власному лідерству під час терапії. (рис.3.9)



Примітка.\* Кластер 1 - “більш безпечний тип прив’язаності”, Кластер 2 - “більш унікаючий тип прив’язаності”, Кластер 3 - “більш амбівалентний тип прив’язаності”

Рис.3.9 Різниця в оцінці важливості релігійних цінностей терапевта для 3 кластерів осіб, розділених за типом прив'язаності.

Для осіб із “більш амбівалентним типом прив'язаності” стать терапевта є важливішою ( $M=1,00$ ) на противагу особам із “більш безпечним типом прив'язаності” ( $M=0,00$ ) та особам із “більш унікаючим типом прив'язаності” ( $M=0,00$ ) (рис. 3.10).

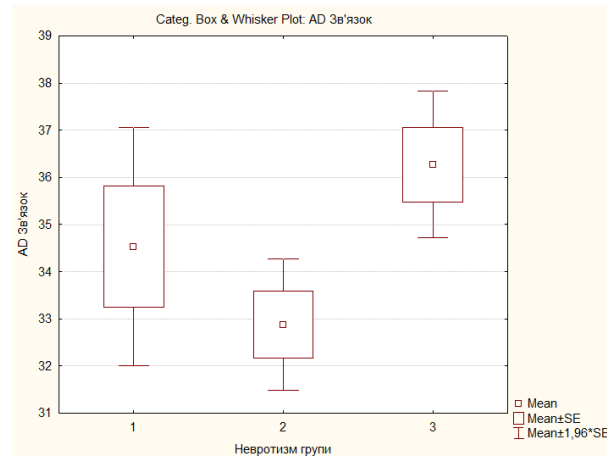


Примітка.\* Кластер 1 - “більш безпечний тип прив'язаності”, Кластер 2 - “більш унікаючий тип прив'язаності”, Кластер 3 - “більш амбівалентний тип прив'язаності”

Рис.3.10 Різниця в оцінці важливості статі терапевта для 3 кластерів осіб, розділених за типом прив'язаності.

Особи, які мають найвищі показники нейротизму у нашій групі досліджуваних, відзначають зв'язок у терапевтичному альянсі, як більш важливу характеристику ( $M=36,27$ ), ніж особи із середніми ( $M=32,87$ ) та низькими показниками нейротизму ( $M=34,53$ ) (рис. 3.11).

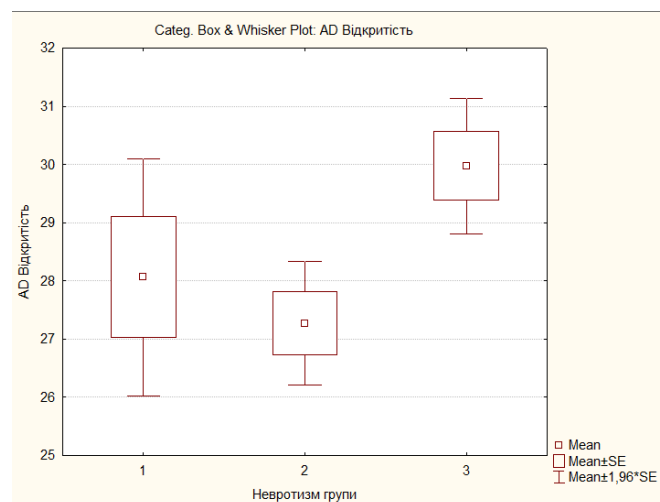




Примітка.\* Група 1 - найнижчий рівень нейротизму, Група 2 - середній рівень нейротизму, Група 3 - високий рівень нейротизму

Рис.3.11 Різниця в оцінці важливості зв'язку в терапевтичному альянсі у людей із різним рівнем “нейротизму”

Наостанок, особи, які мають найвищі показники нейротизму у нашій групі досліджуваних, відзначають відкритість у терапевтичному альянсі, як більш важливу характеристику ( $M=29,98$ ), ніж особи із середніми ( $M=27,27$ ) та низькими показниками нейротизму ( $M=28,07$ ) (рис. 3.11).



Примітка.\* Група 1 - найнижчий рівень нейротизму, Група 2 - середній рівень нейротизму, Група 3 - високий рівень нейротизму

Рис.3.12 Різниця в оцінці важливості відкритості в терапевтичному альянсі у людей із різним рівнем “нейротизму”

Відтак, можна зробити висновки, що гіпотеза про те, що є відмінності у характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями підтверджена частково, зокрема є різниця в оцінці важливості напрямку терапії. Натомість є різниця в тому, яким характеристикам терапевтичного альянсу надають значення люди з різними показниками нейротизму та типу прив'язаності.

### **3.1.2 Результати дослідження відмінностей у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії.**

В межах порівняльного аналізу для перевірки гіпотези “Існують відмінності у вимогах до характеристик терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії” порівнювалися наступні шкали: “Досвід терапії” із “Чи важливі релігійні цінності терапевта?”, “Чи важлива стать терапевта?”, “Чи важлива орієнтація терапевта?”, “Чи важливий напрямок терапії?”, “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”, “NC емоційна насиченість/емоційна закритість”, “NC орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “NC м'яка підтримка/вимогливість терапевта”.

Згідно з результатами порівняльного аналізу, використовуючи непараметричний критерій Манна-Уїтні, були отримані деякі статистично значущі результати (рис.3.13). (Додаток Е)

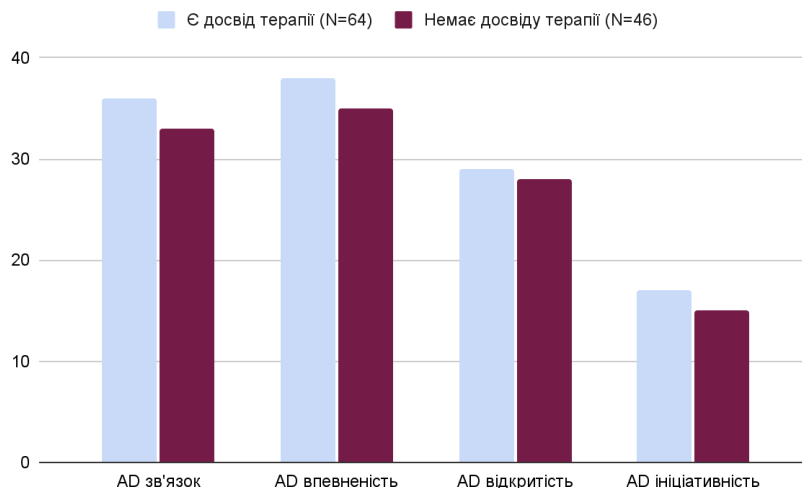


Рис. 3.13 Оцінка характеристик терапевтичного альянсу в залежності від наявності досвіду терапії

Зокрема, та частина групи досліджуваних, що має досвід терапії оцінила “зв’язок”, “впевненість”, “відкритість” та “ініціативність” у терапевтичному альянсі як більш важливі характеристики, ніж ті особи, котрі не мали досвіду терапії.

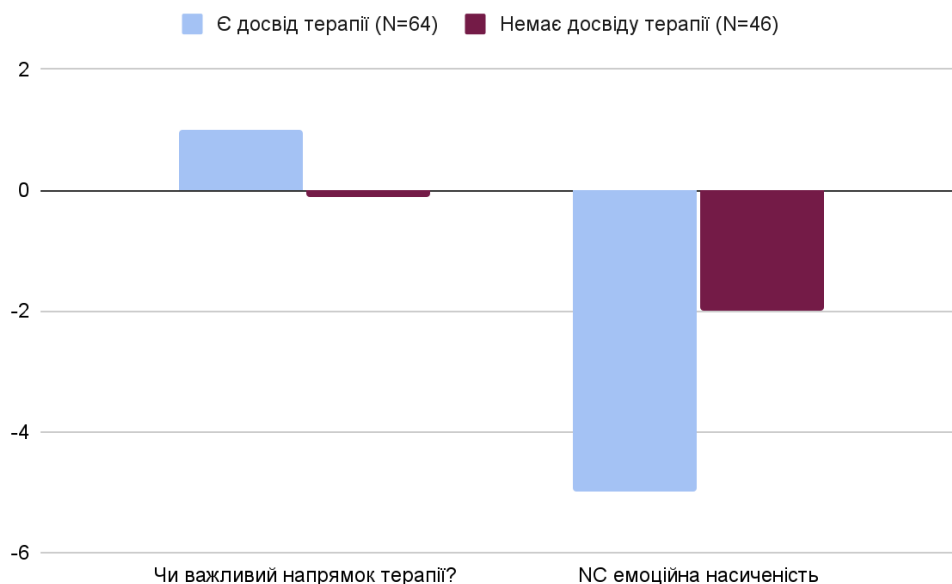


Рис. 3.14 Оцінка характеристик процесу терапії в залежності від наявності досвіду терапії

З діаграми видно, що особи з досвідом терапії вище оцінюють важливість напрямку терапії (рис.3.14). Обидві групи осіб надають перевагу меншій емоційності у процесі терапії.

Якісний аналіз відповідей частини групи досліджуваних, які залишилися незадоволеними результатами терапії ( $N=10$ ), показав, що ця група складається із жінок (100%) з віковим діапазоном 20-53 роки. Переважає більш унікаючий тип прив'язаності ( $Mean=11,70$ ), показники для тестування реальності ( $Mean = 4,80$ ) та об'єктних стосунків ( $Mean=12,00$ ) є середніми в порівнянні зі всією групою досліджуваних, показники особистісних рис (нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, згідливість, сумлінність) не мають вагомих переваг у вираженості. У вимогах до характеристик альянсу переважає “впевненість” ( $Mean=36,40$ ), “лідерство клієнта” ( $Mean=-4,50$ ) та “орієнтація на минуле в терапії” ( $Mean=4,4$ ). ( Додаток 3)

### **3.1.3 Результати дослідження зв'язку особистісних рис осіб та характеристик терапевтичного альянсу.**

В межах перевірки гіпотези “Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу” проводився кореляційний аналіз таких шкал: “AD зв'язок”, “AD партнерство”, “AD впевненість”, “AD відкритість”, “AD ініціативність”, “NC лідерство терапевта/лідерство клієнта”, “NC емоційна насиченість/емоційна закритість”, “NC орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє”, “NC м'яка підтримка/вимогливість терапевта”, “BORRTI тестування реальності”, “BORRTI об'єктні стосунки”, “MAQ безпека”, “MAQ уникнення”, “MAQ амбівалентність занепокоєння”, “MAQ амбівалентність заглиблення в себе”, “BF нейротизм – емоційна стійкість”, “BF екстраверсія – інтроверсія”, “BF відкритість – закритість до досвіду”, “BF згідливість – незгідливість”, “BF сумлінність – несумлінність”.

Основні результати кореляційного аналізу зображені на нижче наведених плеядах та у додатках. (Додаток 3)

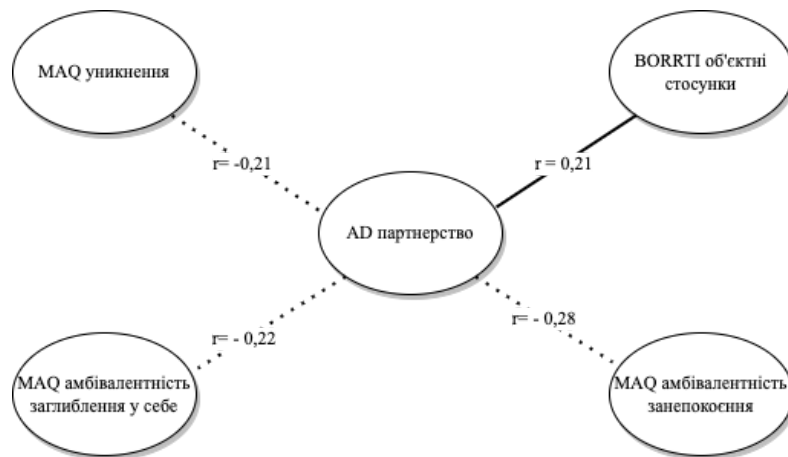


Рис. 3.15 Зв'язок між партнерством в терапевтичному альянсі, типом прив'язаності клієнта та якістю побудови об'єктних стосунків

Відтак, особи, у яких більше виражені такі характеристики типів прив'язаності як “уникнення”, “амбівалентність заглиблення в себе”, “амбівалентність занепокоєння” обирають партнерство як менш важливий параметр терапевтичного альянсу ( $r=-0,21$ ,  $r=-0,22$ ,  $r=-0,28$ ,  $p<0,5$ ). А особи із кращою здатністю до побудови об'єктних стосунків як більш важливий параметр терапевтичного альянсу ( $r=0,21$ ,  $p<0,5$ ). (рис. 3.15)

Також, особи у яких переважають характеристики типу прив'язаності “Амбівалентність заглиблення у себе” обирають партнерство ( $r=-0,22$ ,  $p<0,5$ ), зв'язок ( $r=-0,24$ ,  $p<0,5$ ), відкритість ( $r=-0,21$ ,  $p<0,5$ ) та впевненість ( $r=-0,20$ ,  $p<0,5$ ) як менш важливі характеристики терапевтичного альянсу (рис.3.16)

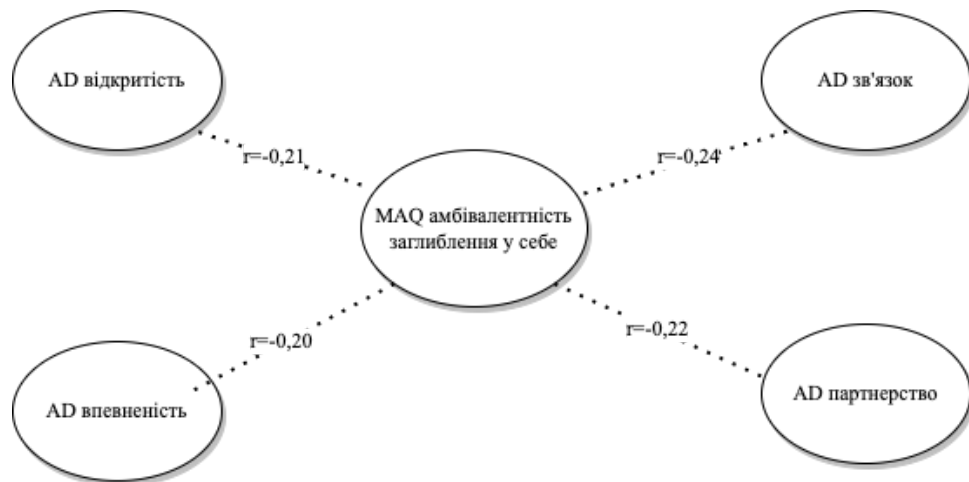


Рис. 3.16 Зв'язок між амбівалентністю заглиблення у клієнта та характеристиками терапевтичного альянсу

Наостанок, особи, які мають вищі показники нейротизму, обирають зв'язок ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,5$ ) та відкритість ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,5$ ), як більш важливий параметр у терапевтичному альянсі. А особи із вищим рівнем екстраверсії обирають більшу емоційність у терапевтичному процесі ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,5$ ) (рис 3.17).



Рис. 3.17 Зв'язок між особистісними рисами та характеристиками терапевтичного альянсу

Отже, можна стверджувати, що існує зв'язок між деякими особистісними рисами групи досліджуваних та характеристиками терапевтичного альянсу.

### 3.1.4 Результати контент аналізу

Контент аналіз проводився для шкали “Що розчарувало (би) вас у терапії?”. За його результатами були виділені основні групи відповідей (рис.3.12).

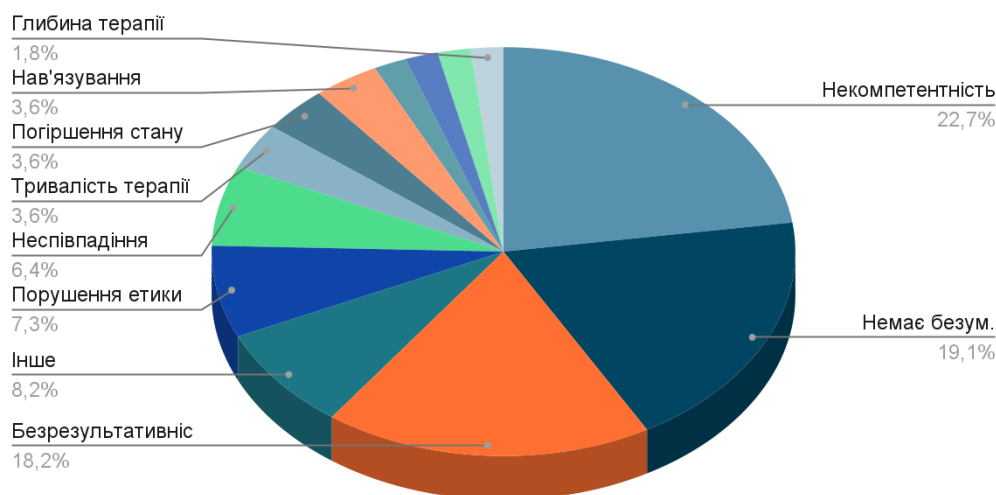


Рис. 3.12 Розчарування у терапевтичному процесі

Інші розчарування, які зазначали досліджувані: “Необхідність працювати і самій також”, “Розбіжність уявлень про терапію та самою терапією”, “Надмірне співчуття і лицемірне намагання показати, як мене розуміють”, “Немає готових відповідей, тільки проживання травм і їх аналіз”, “Бачити, що терапевт тебе не розуміє”, “Шаблонність”, “Я стаю терапевтом”, “Усвідомлення того що терапевт/-ка розглядають мене лише як спосіб доходу (в тому сенсі, що розтягують і повторюють процеси”, “Проекції терапевта”, “Оприсутнення його внутрішніх конфліктів у нашій роботі”, “Брак внутрішньої готовності витримувати повністю моє переживання”

### 3.2 Дискусія результатів

Метою дослідження у цій магістерській роботі було виявлення відмінностей у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями.

За результатами нашого дослідження, між людьми з різними особистісними особливостями загалом немає відмінності у тому, яке значення вони надають різним характеристикам терапевтичного альянсу, окрім важливості напрямку терапії. Проте є зв'язок між особистісними рисами, типом прив'язаності, здатністю будувати якісні об'єктні стосунки, якістю тестування реальності у клієнта та окремими характеристиками терапевтичного альянсу. Також є різниця у оцінці деяких вагомих характеристик терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапію, та у осіб, які не відвідували терапію. У осіб, які відвідували терапію, та залишилися незадовленими, переважає більш унікаючий тип прив'язаності в порівнянні з рештою осіб із групи досліджуваних.

Особистісні особливості у цій магістерській роботі це характеристики особистості, які погруповані за допомогою факторного аналізу згідно з типом прив'язаності, здатністю до побудови об'єктних стосунків, тестуванням реальності та особистісними рисами. Відтак, якщо розділяти людей на основі їхніх особистісних особливостей, то можна виокремити 3 групи людей: “більш адаптовані особи”, “особи із середньою адаптованістю”, “менш адаптовані особи”. Під особистісними рисами маються на увазі відносно стабільні, постійні внутрішні характеристики, які впливають з моделі поведінки, ставлення, почуттів і звичок індивіда (АРА). Також варто звернути увагу, що в даній роботі в рамках характеристик терапевтичного альянсу ми розглядали, як характеристики самого стосунку, так і характеристики терапевта.

Отже, певна особистісна особливість, яка формується довкола типу прив'язаності чи структури особистості, загалом не має значення під час оцінки характеристик терапевтичного альянсу, окрім як під час оцінки важливості



напрямку терапії. Проте окремі особистісні риси, тип прив'язаності, здатність будувати об'єктні стосунки, наявність досвіду терапії у клієнтів мають значення. Результати дослідження частково узгоджуються із експериментальним дослідженням (Mallinckrodt, Porter та Kivligha (2005) про прив'язаність до терапевта, здатність до дослідження та об'єктні стосунки, із результатами кроссекційного дослідження щодо преференцій у напрямку терапії в залежності від типу прив'язаності клієнта (Petronzi та Masciale, 2015) та із висновками мета-аналітичного дослідження зв'язку особистісних рис клієнтів та результатами терапії (Bucher et.al, 2019).

Відтак, у нашому дослідженні були отримані статистично значущі результати. Зокрема “більш адаптовані особи” та “менш адаптовані особи” вважають, що напрямок в терапії є більш важливий, ніж “особи із середньою адаптованістю”. Особи, в яких домінує амбівалентний тип прив'язаності вважають, що напрямок терапії, власне лідерство у терапевтичному процесі та стать терапевта є більш важливими, ніж особи, в яких домінує унікаючий та безпечний тип прив'язаності. Натомість релігійні цінності терапевта є важливіші для осіб із домінуванням безпечного типу прив'язаності, ніж для осіб із домінуванням унікаючого та амбівалентного типу прив'язаності. Люди із останніми двома типами прив'язаності обирають партнерство в терапевтичному альянсі, як менш важливий параметр. А особи із кращою здатністю до побудови об'єктних стосунків - як більш важливий параметр терапевтичного альянсу. Також, особи у яких переважають характеристики типу прив'язаності “амбівалентність заглиблення у себе” обирають партнерство, зв'язок, відкритість та впевненість, як менш важливі характеристики терапевтичного альянсу. Наостанок, особи, які мають вищі показники нейротизму, обирають зв'язок та відкритість, як більш важливі параметри у терапевтичному альянсі. А особи із вищим рівнем екстраверсії обирають більшу емоційність у терапевтичному процесі.

Ми дослідили, що у тих осіб з групи досліджуваних, які залишилися незадоволені терапевтичним процесом, домінує уникаючий тип прив'язаності.

Наведені результати дослідження узгоджуються із результатами психодинамічних теорій. Наприклад, теорія прив'язаності J. Bowlby дозволяє нам припускати, що люди із більш небезпечним типом прив'язаності будуть відрізнятися в своїх очікуваннях щодо терапевтичного альянсу та щодо терапевта, відповідно. На противагу безпечному типу прив'язаності, для людей з більш небезпечним типом прив'язаності, уявлення, пов'язані із їхніми внутрішніми моделями, відображають недовіру до мотивів інших людей, більш негативну думку про себе, тривогу при близькому спілкуванні з іншими та потребу у підтвердженні любові. Отже під час роботи з терапевтом, такі люди мають більше труднощів у побудові емоційного зв'язку, у домовленостях із терапевтом про цілі терапії та про завдання, щоб досягти ці цілі (Diener & Monroe, 2011). Відтак, партнерство в терапевтичному альянсі теж буде сприйматися з недовірою, а надання важливості статі терапевта, напрямку терапії та власне лідерство можуть слугувати для клієнта інструментами для уявного контролю над процесом та зниженням тривоги.

Теорія J. Bowlby добре поєднується із тим, як дивився на зв'язок між структурою психіки та міжособистісними зв'язками O. Kernberg (2016). За його теорією інтрапсихічний рівень функціонування особистості організовує задовільне вираження основних інстинктивних потреб - автономії та самоствердження, так само як і зв'язок надійних та ефективних стосунків із соціальним світом. Це включає в себе сексуальну та романтичну близькість, дружбу та зобов'язання, ефективність і задоволення від роботи та особистої творчості. Відтак, інтрапсихічний рівень, зокрема здатність особи до побудови якісних об'єктних стосунків, мав би відображатися і на стосунку у терапевтичному альянсі також.

Розглядаючи невротизм в психодинамічному дискурсі, можна припустити, що оскільки вищі показники нейротизму передбачають відчуття загальної

небезпеки, страху та роздратування (McCrae & Costa, 1987; Steel et al., 2008), то особи з такими рисами, перш за все, шукають безумовне прийняття, обираючи зв'язок та відкритість у терапевтичному альянсі .

З результатів дослідження видно, хоча зв'язки є статистично значущі між характеристиками терапевтичного альянсу, особистісними рисами, тестуванням реальності та якістю побудови об'єктних стосунків, вони всі є достатньо низькими. Причиною цьому може бути той факт, що є багато інших складових, які можуть мати свій вплив на терапевтичний альянс, в цьому випадку навіть відносно значні фактори будуть мати низькі показники кореляції (Bernecker et al., 2014).

В рамках дослідження також порівнювались оцінка характеристик терапевтичного альянсу осіб, які мали досвід терапевтичних стосунків, та осіб, які не мали досвіду терапевтичних стосунків. Даних про таке порівняння на сьогоднішній день є недостатньо. За результатами нашого порівняльного аналізу, особи із досвідом терапії оцінюють зв'язок, впевненість, відкритість, власну ініціативність та важливість напрямку терапії вище, ніж ті особи, які не мають терапевтичного досвіду. Це можна пояснити тим, що отримання терапевтичного досвіду дає краще усвідомлення важливості основних характеристик стосунків загалом і терапевтичного стосунку зокрема. За Horvath та Luborsky (1993) зв'язок між терапевтом та клієнтом та готовність вкладатися в терапевтичний процес є основними конструктами для вимірювання якості терапевтичного альянсу. Цікавим є те, що особи, які мали терапевтичний досвід, надають переваги більш емоційно закритій терапії, що суперечить результатам дослідження Р. Heinze та ін. (2022).

Також в межах нашого дослідження за результатами контент аналізу було виявлено, що серед найбільш негативно значущих характеристик самого процесу терапії некомпетентність терапевта та безрезультативність терапії, є основними розчаруваннями в терапевтичному процесі. Ці характеристики є очевидними, адже саме за полегшенням стану клієнти ідуть в терапію, і для

цього потрібен компетентний спеціаліст. Серед інших розчарувань у терапії найчастіше зустрічаються: порушення етики, зверхність, засудження, байдужість, знецінення, неспівпадіння цінностей, тривалість терапії, погіршення стану, нав'язування, глибина терапії. Відтак, окрім якості самого терапевтичного процесу, важливість безумовного прийняття, про яку говорив К. Rogers у своєму класичному визначенні, є вагомими характеристиками терапевтичного альянсу на думку респондентів.

Виділяючи практичне значення отриманих результатів, можна стверджувати, що в процесі терапії терапевту важливо звертати увагу не на узагальнені особистісні особливості клієнта, а окремо на тип прив'язаності, на здатність до побудови об'єктних стосунків, на рівень нейротизму та екстраверсії клієнтів, на власну здатність безумовно приймати та на розвиток власних професійних компетенцій. Також важливо відзначити, що особи, які мають досвід терапії та які не мають такого досвіду, це дві різних категорії людей. Потрапляючи в терапію, людина отримує краще розуміння того, що насправді є важливе в терапії. Маючи ці знання, терапевт отримує цінний інструмент для ведення більш персоналізованого терапевтичного процесу, а клієнт краще розуміння, що саме зцілює в терапії.

### **3.3 Обмеження та перспективи дослідження**

До обмежень даного дослідження можна віднести те, що результати можуть поширюватися лише на жінок, адже переважаюча більшість респондентів були жінками (83,6%). Мала вибірка (110 осіб) могла вплинути на результати проведених аналізів. Деякі відповіді контент аналізу потребують поглиблення.

Проаналізувавши обмеження, для подальших досліджень варто розширити вибірку і включити більше осіб чоловічої статі в групу досліджуваних, провести додаткові інтерв'ю для уточнення відповідей у

відкритому питанні. Також варто відійти від узагальнення особистісних особливостей клієнтів, натомість використовувати вужчі поняття.

### **3.4 Висновки до третього розділу**

Гіпотези, які перевірялись в межах даної магістерської роботи, підтвердились частково. Гіпотеза про те, що “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями” підтвердилася щодо важливості напрямку терапії. Натомість були отримані статистично значущі результати при порівнянні окремих особистісних рис та типів прив’язаності клієнтів із характеристиками терапевтичного альянсу. Перевірка гіпотези “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії” також показала статистично значущі відмінності для цих двох груп. Також підтвердилася третя гіпотеза “Існує зв’язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу”. Проведений контент аналіз показав, що найважливіша характеристика терапевтичного процесу - позитивний результат терапії, а професійна компетентність та безумовне прийняття - ті характеристики особистості терапевта, які респонденти хочуть бачити найчастіше.

Отримані результати вписуються в контекст попередніх досліджень про зв’язок між типом прив’язаності, здатністю до побудови об’єктних стосунків, особистісними рисами та характеристиками терапевтичного альянсу. На сьогодні є недостатньо даних в літературних джерелах про різницю в оцінці характеристик терапевтичного альянсу особами, які мали досвід терапевтичних стосунків, та особами, які не мали досвіду терапевтичних стосунків.

Відтак, важливим відкриттям було те, що люди, які мають досвід терапії, та люди, які не мають досвіду терапії, по різному оцінюють важливі складові терапевтичного альянсу. Також вагомим є те, що узагальнення особистісних

особливостей не привело до відмінностей в оцінці терапевтичного альянсу. Новими, але важливими були результати контент аналізу, які показали, що поряд із професійними характеристиками терапевта досліджувані хочуть бачити безумовне прийняття.

## ВИСНОВКИ

Чи дійсно особи з різними особистісними особливостями по різному виділяють значущі характеристики терапевтичного альянсу?

В ході написання цієї магістерської роботи ми провели теоретичне та емпіричне дослідження, щоб відповісти на це запитання.

Зокрема, у теоретичному розділі роботи було визначено, що терапевтичний альянс це стосунок-співпраця “тут і тепер” терапевта і клієнта, який складається із трьох взаємодоповнюючих складових: зв’язок, завдання та цілі терапії (Bordin, цитується за Horvath 2000). Проаналізувавши сучасні дослідження, було виявлено, що існує прямий зв’язок між якістю терапевтичного альянсу та результатами терапії, а також між особистісними рисами, типом прив’язаності, здатністю до побудови якісних об’єктних стосунків клієнта та якістю терапевтичного альянсу. Ми також визначили, що врахування уподобань клієнта під час терапевтичного процесу є валідним інструментом у доказовій психотерапевтичній практиці.

В методологічному розділі ми проаналізували ті інструменти, які вважали найбільш відповідними до поставленої мети нашого дослідження. Загалом було обрано 5 методик: “Опитувальник стосунків Ен’ю» (Agnew Relationship Measure ARM) (Agnew-Davies et.al, 1998), “Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії” (Cooper–Norcross Inventory of Preferences C-NIP) (Cooper & Norcross, 2016), опитувальник “Велика П’ятірка” (Big Five)(Costa & McCrae, 1992; адаптація Бурлачук & Корольов, 2000), “Опитувальник на визначення типу прив’язаності” (Measure of Attachment Qualities MAQ) (Carver, 1997; переклад Вонс, 2019) та “Тест на визначення якості об’єктних стосунків і тестування реальності BORRTI” (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory)(Bell,2007; адаптація Козак, 2021).

В рамках емпіричного дослідження було проведено декілька типів аналізів: факторний аналіз, кластерний аналіз, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз та контент-аналіз. За їх результатами було визначено, що для гіпотези “Існують

відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями” підтвердилась лише відмінність у важливості напрямку терпії. Для поглиблення цієї гіпотези, були проведені додаткові порівняльні аналізи особистісних рис клієнтів, їхніх типів прив'язаності та характеристик терапевтичного альянсу, за їхніми показниками були отримані статистично значущі результати. Гіпотеза “Існують відмінності у суб'єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії” підтвердилась, третя гіпотеза “Існує зв'язок між особистісними рисами осіб та характеристиками терапевтичного альянсу” також підтвердилась. Ми також побачили, що професійна компетентність терапевта, позитивний результат терапії та безумовне прийняття терапевтом є основними характеристиками терапевтичного процесу, які клієнти хочуть бачити.

Отриманий результат може слугувати доповненням до вже існуючих досліджень щодо зв'язку особистісних особливостей, особистісних рис, типу прив'язаності, якості побудови об'єктних стосунків та характеристик терапевтичного альянсу. Також, розуміння того, що узагальнення особистісних особливостей призводить до втрати інформації про важливі існуючі зв'язки у терапевтичному альянсі, може бути аргументом при прийнятті рішень щодо визначення особистісних особливостей для подальших досліджень. Знання про те, що потрапляючи в терапію, клієнт отримує краще розуміння того, що насправді є важливе загалом стосунках і в терапії, зокрема, є добрим інструментом для промоції ментального здоров'я. Насамкінець, чергове підтвердження того, що безумовне прийняття терапевтом таке саме важливе, як і професійні якості, є важливим ґрунтом для розвитку самих терапевтів.

Результати нашого дослідження дозволяють стверджувати, що загалом немає відмінностей у тому, як особи з різними особистісними особливостями оцінюють характеристики терапевтичного альянсу, окрім важливості напрямку терапії, але є зв'язок між окремими особистісними рисами, типом



прив'язаності, якістю побудови об'єктних стосунків, досвідом терапії та терапевтичним альянсом. В подальшому цікавими можуть виглядати дослідження щодо різниці в оцінці значущих характеристик терапевтичного процесу особами, які мають терапевтичний досвід, та особами, які його не мають. Зокрема, можна би було дослідити, які саме фактори були (були б) основними для покращення стану на думку групи досліджуваних.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурлачук, Л. Ф., & Корольов, Д. К. (2000). Адаптація опросника для діагностики п'яти факторів особистості. *Вопросы психологии*, 1, 126-134.
2. Вонс, О. (2019). Тип прив'язаності як чинник якості романтичних стосунків у різні вікові періоди.
3. Козак, А. (2021). Україномовна адаптація тесту "Bell Object Relations and Reality Testing Inventory" (BORRTI) Morris D. Bell.
4. Миколайчук, М. Я. І., & Добродняк, О. А. (2020). Терапевтичний альянс та труднощі в терапії в контексті особистісних характеристик сімейних терапевтів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (1), 195-202.
5. Лебедєв, В. А., & Чернов, А. А. (2023). Терапевтичний альянс з пацієнтом військовим для надання психологічної допомоги. Досвід центру реабілітаційної медицини. *Редакційна колегія: Ждан ВМ, Лисак ВП, Голованова ІА*, 50.
6. Кальба, Я. Є. (2020). Гендерний аспект у психотерапевтичній практиці: погляди гештальт-терапії.
7. Фройд З. (2021) *Вступ до психоаналізу. Нові висновки*. Богдан
8. American Psychological Organisation. *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
9. Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A. (2021). Personality assessment and psychotherapy preferences: Congruence between client personality and therapist personality preferences. *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 416-426.
10. Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172.

11. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285.
12. Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
13. Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Al-Dajani, N., & Uliaszek, A. A. (2016). The role of the five-factor model in personality assessment and treatment planning. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(4), 365.
14. Bell, M. D. (2007). *Bell object relations and reality testing inventory: BORRTI*. Western Psychological Services.
15. Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12-24.
16. Bibring E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 18, 170–189
17. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
18. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge & Kegan Paul.
19. Bucher, M. A., Suzuki, T., & Samuel, D. B. (2019). A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical psychology review*, 70, 51-63.
20. Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(8), 865-883.
21. Cooper, M., Van Rijn, B., Chryssafidou, E., & Stiles, W. B. (2022). Activity preferences in psychotherapy: What do patients want and how does this relate to outcomes and alliance?. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 503-526.

22. Cooper, M., & Norcross, J. C. Cooper-Norcross Inventory of Preferences. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
23. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13(6), 653-665.
24. Denhag, I., Ybrandt, H., & Sundström, A. (2017). The relationship between clients' personality traits, working alliance and therapy outcome in a training context. *Current Issues in Personality Psychology*, 5(2), 132-142.
25. Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237.
26. Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures.
27. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316.
28. Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of counseling psychology*, 41(3), 296.
29. Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 1.
30. Greenson, R. R. (2008). The working alliance and the transference neurosis. *The psychoanalytic quarterly*, 77(1), 77-102.
31. Hatcher, R. (1990). Transference and the therapeutic alliance. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.
32. Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.

33. Heinze, P. E., Weck, F., & Kühne, F. (2023). Preferences regarding psychotherapist characteristics and their predictors: Results of a German online survey. *Professional Psychology: Research and Practice*.
34. Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 616-627.
35. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561.
36. Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 163-173.
37. Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: a meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 114*, 106512.
38. Kalogerakos, A. F. (2009). *An examination of therapeutic alliance patterns, client attachment, client interpersonal problems, and therapy outcome in process-experiential and cognitive-behavioural treatment for depression*. University of Toronto.
39. Kernberg, O. F. (2016). What is personality?. *Journal of Personality Disorders, 30*(2), 145-156.
40. Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 506-517.
41. Luo, X., Bugatti, M., Molina, L., Tilley, J. L., Mahaffey, B., & Gonzalez, A. (2022). Conceptual Invariance, Trajectories, and Outcome Associations of Working Alliance in Unguided and Guided Internet-Based Psychological Interventions: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health, 9*(6), e35496.

42. Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan Jr, D. M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85.
43. Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Harvard University Press.
44. Marmarosh, C. L., Schmidt, E., Pembleton, J., Rotbart, E., Muzyk, N., Liner, A., ... & Salmen, K. (2015). Novice therapist attachment and perceived ruptures and repairs: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 140.
45. Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
46. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 25, 6-10.
47. Norcross, J. C., & Cooper, M. (2021). A new psychotherapy for each patient. In J. C. Norcross & M. Cooper, *Personalizing psychotherapy: Assessing and accommodating patient preferences* (pp. 3–19). American Psychological Association.
48. Petronzi, G. J., & Masciale, J. N. (2015). Using personality traits and attachment styles to predict people's preference of psychotherapeutic orientation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(4), 298-308.
49. Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
50. Russell, K. A., Swift, J. K., Penix, E. A., & Whipple, J. L. (2022). Client preferences for the personality characteristics of an ideal therapist. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 243-259.
51. Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381.
52. Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138.

53. Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 155-165.
54. Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology, 74*(11), 1924-1937.
55. Wampold, B. E., Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists?.
56. Widiger, T. A., & Presnall, J. R. (2013). Clinical Application of the Five-Factor Model. *Journal of personality, 81*(6), 515-527.
57. Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, J., Clark, D. M., & Crawford, M. J. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC psychiatry, 16*(1), 1-8.
58. Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry, 77*(3), 294-302.
59. Zetzel, E. R. (2003). *Current concepts of transference I*. Routledge.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### «Опитувальник стосунків Ен'ю» (Agnew Relationship Measure (ARM))

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

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



20. Мій терапевт слідує своїм планам, ігноруючи мої думки про те, як діяти.
21. Мій терапевт впевнений/-а в собі та своїх методах.
22. Мій терапевт змуджений чи нетерплячий зі мною.
23. Мій терапевт очікує, що я візьму на себе відповідальність, а не буду залежати від нього.
24. Мій терапевт і я готові наполегливо працювати разом.
25. Я беру на себе ініціативу, яку мій терапевт очікує від мене.
26. Мій терапевт і я домовляємося про те, як працювати разом.
27. Мій терапевт і я маємо труднощі у спільній роботі як партнери.
28. Мій терапевт і я розуміємо наші ролі і обов'язки, коли ми зустрічаємось.

**“Опитувальник Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії” (Cooper–Norcross Inventory of Preferences C-NIP)**

“Оцініть кожне твердження, спираючись на власне бачення того, як би ви хотіли, щоб терапевт/ка працював/ла з вами”

1. Фокусувався/лась на конкретних цілях. Не фокусувався/лась на конкретних цілях.
2. Проводив/ла терапію структуровано. Проводив/ла терапію неструктуровано.
3. Вчив/вчила мене справлятися з моїми проблемами. Не вчив/не вчила мене справлятися з моїми проблемами.
4. Давав/ла мені "домашнє завдання". Не давав/ла мені "домашнє завдання".
5. Давав/ла простір для моєї ініціативи у терапії. Брав/ла ініціативу в терапії на себе.
6. Спонукав/ла мене переживати складні емоції. Не спонукав/ла мене переживати складні емоції.

7. Обговорював/ла зі мною терапевтичні відносини. Не обговорював/ла зі мною терапевтичні відносини.
8. Фокусував/ла увагу на стосунках між нами. Не фокусував/фокусувала увагу на стосунках між нами.
9. Спонукав/ла мене озвучувати сильні почуття. Не спонукав/ла мене озвучувати сильні почуття.
10. Більше звертав/ла увагу на мої думки. Більше звертав/ла увагу на мої почуття.
11. Фокусувався/лась на мому житті у минулому. Фокусувався/лась на моєму теперішньому житті.
12. Допомагав/ла мені рефлексувати про дитинство. Допомагав/ла мені рефлексувати про дорослий вік.
13. Фокусувався/лась на майбутньому. Фокусувався/лась на минулому
14. Був вимогливий/був підтримуючий.
15. Був/була підтримуючим/підтримуючою. Був конфронтуючим/була конфронтуючою.
16. Не перебивав/ла мене. Перебивала мене, спонукаючи до зосередження.
17. Ставив/ла під сумніви мої переконання. Не ставив/ла під сумніви мої переконання.
18. Безумовно підтримував/ла мою поведінку. Ставив/ла під сумніви мою поведінку, якщо вважав/вважала її неправильною.

## Додаток Б

## Результати тестів на надійність методик

Табл Б.1

Показники Альфа Кронбаха для “опитувальника Купер-Норкрос на визначення бажаних характеристик терапевта і процесу терапії С-NIP”

Summary for scale: Mean=14,8636 Std.Dv.=5,40383 Cronbach alpha: ,615794 Standardized alpha: ,61284 Average inter-item corr.: ,248522					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	11,80909	19,31810	4,395236	0,504787	0,495529
2	11,91818	18,38421	4,287682	0,537698	0,472749
3	12,68182	20,59876	4,538586	0,415962	0,540962
4	11,19091	17,15446	4,141795	0,418879	0,538629
5	11,85455	26,03339	5,102293	0,029901	0,705735

Summary for scale: Mean=16,4000 Std.Dv.=5,34017 Cronbach alpha: ,582469 Standardized alpha: ,60137 Average inter-item corr.: ,245061					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
6	13,53636	19,97595	4,469446	0,444453	0,478360
7	13,71818	18,42058	4,291920	0,493029	0,442301
8	12,13636	19,20868	4,382771	0,286888	0,564357
9	13,70000	17,84636	4,224496	0,542826	0,413113
10	12,50909	24,41355	4,941007	0,033829	0,686265

Summary for scale: Mean=11,1182 Std.Dv.=3,23323 Cronbach alpha: ,359356 Standardized alpha: ,350728 Average inter-item corr.: ,184847					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
11	6,809091	4,809008	2,192945	0,357455	0,000000
12	7,118182	4,704215	2,168920	0,457774	0,000000
13	8,309091	8,722644	2,953412	-0,090875	0,762904

Табл Б.2

Показники Альфа Кронбаха для “опитувальника Енью”

Summary for scale: Mean=19,2364 Std.Dv.=4,60340 Cronbach alpha: ,325522 Standardized alpha: ,318010 Average inter-item corr.: ,087349					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
14	14,20909	18,18355	4,264218	-0,003310	0,404483
15	16,32727	14,25653	3,775782	0,278202	0,167478
16	15,59091	14,65992	3,828827	0,274815	0,176475
17	15,44545	17,73793	4,211643	0,031165	0,377917
18	15,37273	13,68835	3,699777	0,226340	0,207516

Табл. Б.2

Показники Альфа Кронбаха для «опитувальника стосунків Ен'ю»

Summary for scale: Mean=150,182 Std.Dv.=17,6958 \					
Cronbach alpha: ,822900 Standardized alpha: ,843756					
Average inter-item corr.: ,171192					
variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Var1	143,7273	294,1983	17,15221	0,394189	0,816575
Var2	143,9909	296,4090	17,21653	0,354042	0,817839
Var3	145,7091	293,7699	17,13972	0,202113	0,824419
Var4	146,5909	309,1327	17,58217	-0,023541	0,831488
Var5	145,2818	282,2024	16,79888	0,385525	0,815862
Var6	144,1000	285,9991	16,91151	0,460849	0,813218
Var7	144,2091	291,9108	17,08540	0,421781	0,815472
Var8	143,8545	294,1243	17,15005	0,446373	0,815715
Var9	145,3091	278,8863	16,69989	0,431806	0,813632
Var10	143,9727	293,8083	17,14084	0,406700	0,816246
<b>NewVar1</b>	147,1000	309,5809	<b>17,59491</b>	-0,036609	0,833303
NewVar2	144,3091	295,0863	17,17808	0,315104	0,818553
NewVar3	143,9909	296,1181	17,20808	0,333774	0,818196
NewVar4	145,1818	274,8215	16,57774	0,474623	0,811467
NewVar5	145,5636	267,7732	16,36378	0,574407	0,806126
NewVar6	144,4182	288,1342	16,97452	0,460998	0,813694
NewVar7	146,2091	309,4017	17,58982	-0,032700	0,832899
NewVar8	145,2091	300,7836	17,34311	0,148479	0,824435
NewVar9	144,1091	288,8972	16,99698	0,498238	0,813162
NewVar10	145,2455	277,2943	16,65216	0,479989	0,811332
NewVar11	144,4727	292,4856	17,10221	0,341794	0,817581
NewVar12	144,6909	277,2318	16,65028	0,503483	0,810359
NewVar13	145,3364	297,8596	17,25861	0,161647	0,825233
NewVar14	143,8273	291,9611	17,08687	0,499214	0,814225
NewVar15	145,0273	292,6629	17,10739	0,320876	0,818285
NewVar16	144,0455	290,5343	17,04507	0,499236	0,813702

## Додаток В

Перевірка узгодженості розподілів шкал із нормальним

Таблиця В.1

Шкала	Рівень значущості р
Досвід терапії	p=,00
Статус терапії	p=,00
Чи задоволені результатами терапії	p=,00
Чи важлива стать терапевта?	p=,00
Чи важливі релігійні цінності терапевта?	p=,00
Чи важлива орієнтація терапевта?	p=,00
Чи важливий напрямок терапії?	p=,00
AD Зв'язок	p=,00
AD Партнерство	p=,02
AD Впевненість	p=,03
AD Відкритість	p=,01
AD Ініціативність	p=,00
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	p=,03
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	p=,16
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	p=,03
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	p=,19

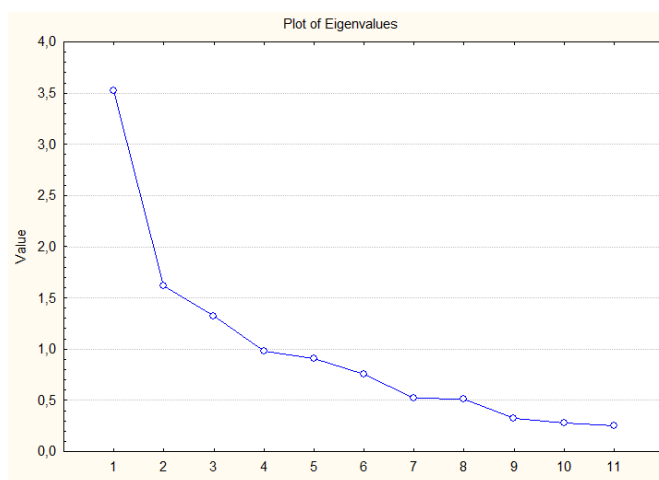
BORRTI Тестування Реальності	p=,015
BORRTI Об'єктні стосунки	p=,00
MAQ Безпека	p=,00
MAQ Уникнення	p=,01
MAQ Амбівалентність занепокоєння	p=,00
MAQ Амбівалентність заглиблення у себе	p=,00
BF Нейротизм - Емоційна стійкість	p=,38
BF Екстраверсія - Інтроверсія	p=,01
BF Відкритість - Закритість до досвіду	p=,21
BF Згідливість - Незгідливість	p=,38
BF Сумлінність-Несумлінність	p=,01

## Додаток Г

Результати факторного аналізу для перевірки гіпотези “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб з різними особистісними особливостями”

Рисунок Г.1

Результати розподілу на фактори за критерієм Кеттела



Таблиця Г.1

Результати розподілу на фактори за критерієм Кайзера

Eigenvalues (Дані_Палій)				
Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,524391	32,03992	3,524391	32,03992
2	1,621697	14,74270	5,146088	46,78262
3	1,324431	12,04028	6,470518	58,82290



Таблиця Г.2

## Факторні навантаження

Variable	Factor Loadings (Varimax normalized) (Дані_Палій) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,500000)	
	Factor 1	Factor 2
BORRTI Тестування Реальності	0,006223	0,689862
BORRTI Об'єктні стосунки	0,319165	0,813051
MAQ Безпека	-0,727748	0,064686
MAQ Уникнення	0,734217	0,366820
MAQ Амбівалентність занепокоєння	0,127472	0,675834
MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	0,243381	0,738049
BF Нейротизм - Емоційна стійкість	-0,118849	0,300616
BF Екстраверсія - Інтроверсія	-0,846230	-0,136797
BF Відкритість - Закритість до досвіду	-0,505333	-0,061844
BF Згідливість - Незгідливість	-0,532689	-0,197858
BF Сумлінність - Несумлінність	-0,444527	0,061881
<b>Expl.Var</b>	2,713033	2,433055
Prp.Totl	0,246639	0,221187

## Додаток Д

Результати кластерних та порівняльних аналізів для перевірки гіпотези  
 “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного  
 альянсу у осіб з різними особистісними особливостями”

Таблиця Д.1

Описова статистика для кластерів особистісних особливостей

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 1 Cluster contains 30 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
<b>ST BORRTI Тестування Реальності</b>	<b>0,600155</b>	1,004398	1,008815
ST BORRTI Об’єктні стосунки	1,225837	0,692685	0,479812
ST MAQ Безпека	-0,429088	1,002201	1,004408
ST MAQ Уникнення	0,887449	0,798204	0,637129
ST MAQ Амбівалентність занепокоєння	0,983293	1,004806	1,009635
ST MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	1,015082	0,710679	0,505065
ST BF Екстраверсія - Інтроверсія	-0,757837	0,980975	0,962313
ST BF Відкритість - Закритість до досвіду	-0,195840	0,990100	0,980299
ST BF Згідливість - незгідливість	-0,487093	0,997728	0,995460

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 2 Cluster contains 36 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
<b>ST BORRTI Тестування Реальності</b>	<b>-0,189638</b>	0,890281	0,792600
ST BORRTI Об’єктні стосунки	-0,409834	0,653200	0,426670
ST MAQ Безпека	-0,541904	0,848420	0,719816
ST MAQ Уникнення	0,294717	0,720592	0,519253
ST MAQ Амбівалентність занепокоєння	-0,464211	0,637518	0,406429
ST MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	-0,205067	0,751668	0,565005
ST BF Екстраверсія - Інтроверсія	-0,321015	0,663991	0,440885
ST BF Відкритість - Закритість до досвіду	-0,384565	1,081560	1,169772
ST BF Згідливість - незгідливість	-0,335164	0,794027	0,630479

Variable	Descriptive Statistics for Cluster 3 Cluster contains 44 cases		
	Mean	Standard Deviation	Variance
<b>ST BORRTI Тестування Реальності</b>	<b>-0,254038</b>	0,928409	0,861944
ST BORRTI Об’єктні стосунки	-0,500479	0,647068	0,418696
ST MAQ Безпека	0,735936	0,585739	0,343090
ST MAQ Уникнення	-0,846211	0,572395	0,327636
ST MAQ Амбівалентність занепокоєння	-0,290618	0,762733	0,581762
ST MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	-0,524319	0,836052	0,698983
ST BF Екстраверсія - Інтроверсія	0,779355	0,646947	0,418541
ST BF Відкритість - Закритість до досвіду	0,448171	0,752004	0,565511
ST BF Згідливість - незгідливість	0,606334	0,845327	0,714578

Таблиця Д.2

## Результати тесту Лівена на гомогенність дисперсії

Variable	Levene Test of Homogeneity of Variances (Factor analysis)							
	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	df Error	MS Error	F	p
Чи важлива для вас стать терапевта?	1,39680	2	0,69840	17,294	107	0,16163	4,321057	0,015679
Релігійні цінності терапевта?	0,43365	2	0,21683	18,184	107	0,16994	1,275861	0,283403
Орієнтація терапевта?	0,33674	2	0,16837	11,908	107	0,11129	1,512937	0,224936
Напрямок терапії?	0,67518	2	0,33759	16,335	107	0,15267	2,211292	0,114542
AD Зв'язок	6,55033	2	3,27516	960,544	107	8,97704	0,364838	0,695170
AD Партнерство	1,23709	2	0,61854	272,471	107	2,54646	0,242904	0,784778
AD Впевненість	7,68902	2	3,84451	1261,185	107	11,78677	0,326172	0,722396
AD Відкритість	14,21749	2	7,10875	528,637	107	4,94054	1,438862	0,241750
AD Ініціативність	29,94873	2	14,97436	543,493	107	5,07938	2,948071	0,056715
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	12,80748	2	6,40374	1020,518	107	9,53755	0,671424	0,513120
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	6,50359	2	3,25179	1059,256	107	9,89959	0,328477	0,720743
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	13,93663	2	6,96831	429,877	107	4,01754	1,734473	0,181418
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	1,42648	2	0,71324	720,903	107	6,73741	0,105863	0,899642

Таблиця Д.3

## Результати однофакторного дисперсійного аналізу при порівнянні трьох кластерів особистісних особливостей

Variable	Analysis of Variance (Factor analysis)							
	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	df Error	MS Error	F	p
Релігійні цінності терапевта?	0,8035	2	0,40177	33,051	107	0,30889	1,300691	0,276614
Орієнтація терапевта?	0,5864	2	0,29318	34,177	107	0,31941	0,917875	0,402488
Чи важливий напрямок терапії?	5,9879	2	2,99394	79,876	107	0,74650	4,010623	0,020912
AD Зв'язок	112,2566	2	56,12828	2978,298	107	27,83456	2,016496	0,138149
AD Партнерство	13,1217	2	6,56086	772,333	107	7,21806	0,908950	0,406035
AD Впевненість	100,3899	2	50,19495	3405,101	107	31,82337	1,577298	0,211296
AD Відкритість	66,3682	2	33,18409	1753,086	107	16,38398	2,025398	0,136969
AD Ініціативність	16,6096	2	8,30480	1393,609	107	13,02438	0,637635	0,530537
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	18,7414	2	9,37071	3059,631	107	28,59469	0,327708	0,721294
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	9,3096	2	4,65480	2966,654	107	27,72574	0,167887	0,845671
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	68,5879	2	34,29394	1256,912	107	11,74684	2,919418	0,058277
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	6,4384	2	3,21919	2123,525	107	19,84603	0,162208	0,850473

Таблиця Д.4

## Результати порівняльного аналізу за непараметричним критерієм Краскелла-Уолліса для шкали “Чи важлива стать терапевта” для трьох кластерів особистісних особливостей

Depend.:	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Чи важлива для вас стать терапевта? (Factor analysis)							
	Code	Valid N	Sum of Ranks					
Чи важлива для вас стать терапевта?								
2	1	36	1742,000					
3	2	44	2716,000					
1	3	30	1647,000					

Таблиця Д.5

Результати тесту Шеффе для шкали “Чи важливий напрямок терапії?” при порівнянні трьох кластерів особистісних особливостей

		Scheffe Test; Variable: Напрямок терапії? (Factor analysis) Marked differences are significant at p < ,05000		
CLUSTER спільний		{1}	{2}	{3}
		M=,0000	M=,54545	M=,36667
2	{1}		0,022216	0,233725
3	{2}	0,022216		0,683485
1	{3}	0,233725	0,683485	

Таблиця Д.6

Аналіз відмінностей ( analysis of variance) для трьох кластерів типів прив’язаності

		Analysis of Variance (Кластерний аналіз за типом прив) Marked effects are significant at p < ,05000						
Variable	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	df Error	MS Error	F	p
Релігійні цінності терапевта?	2,8024	2	1,40121	31,052	107	0,29021	4,828324	0,009826
Орієнтація терапевта?	1,1515	2	0,57576	33,612	107	0,31413	1,832853	0,164943
Напрямок терапії?	9,3279	2	4,66394	76,536	107	0,71529	6,520371	0,002128
AD Зв’язок	49,5873	2	24,79364	3040,967	107	28,42025	0,872393	0,420901
AD Партнерство	25,6006	2	12,80030	759,854	107	7,10144	1,802494	0,169858
AD Впевненість	122,6479	2	61,32394	3382,843	107	31,61536	1,939688	0,148770
AD Відкритість	18,7206	2	9,36030	1800,734	107	16,82929	0,556191	0,575037
AD Ініціативність	5,6152	2	2,80758	1404,603	107	13,12713	0,213876	0,807793
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	184,8188	2	92,40939	2893,554	107	27,04256	3,417184	0,036425
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	26,1364	2	13,06818	2949,827	107	27,56848	0,474026	0,623792
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	10,1933	2	5,09667	1315,307	107	12,29259	0,414613	0,661653
NC М’яка підтримка/вимогливість терапевта	16,6964	2	8,34818	2113,267	107	19,75016	0,422689	0,656372

Таблиця Д.7

Результати порівняльного аналізу непараметричним критерієм Краскелла-Уолліса трьох кластерів типів прив’язаності та шкали “Чи важлива стать терапевта”

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Чи важлива для вас с Independent (grouping) variable: Кластерний аналіз_тип пр Kruskal-Wallis test: H ( 2, N= 110) =5,895036 p =,0525		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Чи важлива для вас стать терапевта?				
1	1	55	3203,500	
2	2	30	1336,000	
3	3	25	1565,500	

Таблиця Д.8.

Аналіз відмінностей (analysis of variance) для шкали нейротизму та усіх шкал на вимірювання терапевтичного альянсу

Variable	Analysis of Variance (Кластерний аналіз за типом прив) Marked effects are significant at $p < ,05000$							
	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	df Error	MS Error	F	p
<b>Релігійні цінності терапевта?</b>	1,3098	2	0,6549	32,545	107	0,30416	2,153251	0,121111
Орієнтація терапевта?	1,0795	2	0,5398	33,684	107	0,31480	1,714628	0,184940
Напрямок терапії?	1,9030	2	0,9515	83,961	107	0,78468	1,212618	0,301472
AD Зв'язок	268,7371	2	134,3686	2821,817	107	26,37213	5,095098	0,007697
AD Партнерство	15,3212	2	7,6606	770,133	107	7,19751	1,064341	0,348578
AD Впевненість	115,3705	2	57,6852	3390,120	107	31,68337	1,820678	0,166896
AD Відкритість	170,6371	2	85,3186	1648,817	107	15,40951	5,536748	0,005151
AD Ініціативність	32,6614	2	16,3307	1377,557	107	12,87436	1,268465	0,285458
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	39,2644	2	19,6322	3039,108	107	28,40288	0,691204	0,503195
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	22,5364	2	11,2682	2953,427	107	27,60212	0,408236	0,665853
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	46,8576	2	23,4288	1278,642	107	11,94993	1,960580	0,145801
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	40,9523	2	20,4761	2089,011	107	19,52347	1,048796	0,353933

## Додаток Е

Результати порівняльного аналізу для гіпотези “Існують відмінності у суб’єктивно значущих характеристиках терапевтичного альянсу у осіб, які відвідували терапевтичні сесії, та у осіб, які не відвідували терапевтичні сесії”

Таблиця Е.1

Результати порівняльного аналізу за непараметричним критерієм Манна-Уїтні двох груп досліджуваних та усіх шкал на вимірювання характеристик терапевтичного альянсу

Mann-Whitney U Test (Factor analysis)										
By variable Досвід терапії										
Marked tests are significant at $p < .05000$										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Чи важлива для вас стать терапевта?	3895,000	2210,000	1129,000	2,07852	0,037662	2,21329	0,026878	64	46	0,037578
Релігійні цінності терапевта?	3523,500	2581,500	1443,500	-0,17271	0,862883	-0,21217	0,831971	64	46	0,863456
Орієнтація терапевта?	3699,000	2406,000	1325,000	0,89079	0,373040	1,05175	0,292917	64	46	0,376176
Напрямок терапії?	4029,000	2076,000	995,000	2,89054	0,003846	3,31561	0,000915	64	46	0,003610
AD Зв'язок	3976,500	2128,500	1047,500	2,57240	0,010100	2,57770	0,009947	64	46	0,009707
AD Партнерство	3511,000	2594,000	1431,000	-0,24845	0,803784	-0,25119	0,801666	64	46	0,806923
AD Впевненість	3896,000	2209,000	1128,000	2,08458	0,037108	2,08921	0,036689	64	46	0,037017
<b>AD Відкритість</b>	<b>3914,500</b>	<b>2190,500</b>	<b>1109,500</b>	<b>2,19669</b>	<b>0,028043</b>	<b>2,20743</b>	<b>0,027285</b>	64	46	0,027628
AD Ініціативність	4011,000	2094,000	1013,000	2,78146	0,005412	2,79515	0,005188	64	46	0,005144
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	3866,000	2239,000	1158,000	1,90279	0,057069	1,90772	0,056428	64	46	0,057246
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	3063,500	3041,500	983,500	-2,96023	0,003074	-2,96648	0,003013	64	46	0,002830
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	3719,500	2385,500	1304,500	1,01502	0,310097	1,02155	0,306993	64	46	0,311459
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	3477,500	2627,500	1397,500	-0,45146	0,651660	-0,45370	0,650049	64	46	0,652954

## Додаток Ж

### Результати кореляційного аналізу особистісних рис та характеристик терапевтичного альянсу

Таблиця Ж.1

#### Результати кореляційного аналізу непараметричним критерієм Спірмена

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet13_(Recovered))									
MD pairwise deleted									
Marked correlations are significant at $p < .05000$									
Variable	BORRTI Тестування Реальності	BORRTI Об'єктивні стосунки	MAQ Безпека	MAQ Уникнення	MAQ Амбівалентність занепокоєння	MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	BF Нейротизм - Емоційна стійкість	BF Екстраверсія - I нтроверсія	BF Відкритість - Закритість до досвіду
Досвід терапії	-0.143051	0.089935	0.048371	0.066847	0.136656	0.014941	0.023891	-0.077665	0.112539
Чи важлива для вас стать терапевта?	-0.047399	-0.044582	<b>0.264821</b>	-0.179027	0.127400	-0.122880	0.067541	0.019987	-0.108395
Релігійні цінності терапевта?	-0.001101	-0.061292	0.093942	<b>-0.269362</b>	-0.159007	<b>-0.187580</b>	0.158901	0.182784	-0.020582
Орієнтація терапевта?	-0.016423	-0.039028	<b>0.206851</b>	-0.120014	-0.085817	-0.084724	-0.033458	<b>0.206274</b>	-0.046314
Напрямок терапії?	-0.134727	-0.130835	0.165246	-0.066748	0.057079	0.017378	-0.123808	-0.007899	<b>0.195140</b>
AD Зв'язок	0.000009	0.008708	0.038194	-0.103643	-0.040216	<b>-0.239296</b>	<b>0.193060</b>	0.039572	0.039917
AD Партнерство	-0.014231	<b>-0.212316</b>	0.062843	<b>-0.210379</b>	<b>-0.276891</b>	<b>-0.218439</b>	0.058572	0.158330	0.134587
AD Впевненість	-0.004193	-0.014083	0.069012	-0.112320	-0.052087	<b>-0.190665</b>	0.108715	0.009854	-0.022512
AD Відкритість	-0.072497	-0.112588	-0.040222	-0.108115	-0.015440	<b>-0.210848</b>	<b>0.209470</b>	0.027056	-0.056915
AD Ініціативність	-0.033734	-0.035265	0.006190	0.088897	-0.068725	0.076896	-0.129862	-0.029316	0.040068
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	-0.097987	0.032905	0.093266	0.166150	0.084084	0.184685	-0.126902	-0.024262	0.114566
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	0.143853	0.006533	-0.107292	0.065114	0.032521	0.013907	-0.004384	<b>0.195648</b>	-0.091791
<b>NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє</b>	0.050216	<b>-0.168351</b>	-0.016750	-0.152112	-0.051527	-0.138427	-0.037863	0.053442	0.087046
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	-0.041179	0.049779	-0.000373	0.119248	0.016631	0.028143	-0.087889	-0.156699	-0.011033

### Додаток 3

Результати якісного аналізу даних осіб, які залишились незадоволені терапією.

Таблиця 3.1

Результати якісного аналізу

Variable	Descriptive Statistics (Якісний аналіз)				
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Статус терапії	10	103,6000	102,0000	104,0000	0,84327
Задоволеність результатами?	10	0,0000	0,0000	0,0000	0,00000
Чи важлива для вас стаття терапевта?	10	0,2000	-1,0000	1,0000	0,78881
Релігійні цінності терапевта?	10	-0,1000	-1,0000	1,0000	0,56765
Орієнтація терапевта?	10	0,4000	-1,0000	1,0000	0,69921
Напрямок терапії?	10	0,3000	-1,0000	1,0000	0,82327
Що вас розчарувало (би) у терапії	10	167,3000	123,0000	202,0000	25,24568
AD Зв'язок		35,0000	30,0000	41,0000	3,74166
AD Партнерство	10	19,4000	15,0000	25,0000	2,98887
AD Впевненість	10	36,4000	23,0000	44,0000	7,24492
<b>AD Відкритість</b>	<b>10</b>	<b>28,3000</b>	<b>24,0000</b>	<b>31,0000</b>	<b>2,40601</b>
AD Ініціативність	10	16,5000	12,0000	21,0000	2,75882
NC Лідерство терапевта/лідерство клієнта	10	-4,5000	-10,0000	4,0000	4,50309
NC Емоційна насиченість/емоційна закритість	10	-2,2000	-10,0000	14,0000	7,81452
NC Орієнтація на минуле/орієнтація на теперішнє	10	4,4000	-1,0000	9,0000	3,80643
NC М'яка підтримка/вимогливість терапевта	10	-2,3000	-7,0000	6,0000	3,97352
BORRTI Тестування Реальності	10	4,8000	0,0000	8,0000	2,20101
BORRTI Об'єктні стосунки	10	12,0000	7,0000	17,0000	4,49691
MAQ Безпека	10	8,9000	6,0000	12,0000	1,91195
MAQ Уникнення	10	11,7000	7,0000	17,0000	3,19896
MAQ Амбівалентність занепокоєння	10	7,1000	5,0000	9,0000	1,52388
MAQ Амбівалентність заглиблення у себ	10	7,0000	3,0000	9,0000	2,00000
BF Нейротизм - Емоційна стійкість	10	16,2000	12,0000	20,0000	2,29976
BF Екстраверсія - Інтроверсія	10	14,0000	7,0000	24,0000	5,55778
BF Відкритість - Закритість до досвіду	10	15,5000	11,0000	22,0000	3,37474
BF Згідливість - Незгідливість	10	16,2000	11,0000	25,0000	4,56557
BF Сумлінність - Несумлінність	10	16,8000	11,0000	21,0000	3,42540