



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ**

Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до більш здорового та гармонійного суспільства...

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

пр. Червоної Калини 86а, Львів, 70049, e-mail: i.cbt.org.ua@gmail.com, веб-сайт: www.i-cbt-org.ua

ДИПЛОМНА РОБОТА

«Вплив розладів прив'язаності на терапевтичний стосунок в КПТ»

Юлія Стадницька

Львів-2016

ЗМІСТ

Вступ.....	3
1. Огляд теорій розладу прив'язаності.....	4
2. Відображення розладів прив'язаності у концепції схема-терапії.....	11
3. Терапевтичні стосунки як основа зцілення розладів прив'язаності.....	16
4. Труднощі побудови терапевтичного альянсу з людьми з різними типами прив'язаності.....	24
Клінічний приклад 1.....	25
Клінічний приклад 2.....	32
Клінічний приклад 3.....	41
Висновки.....	50
Список використаної літератури.....	56

Вступ

Сьогодні в психологічних дослідженнях часто лунають концепції теорії прив'язаності. Теорія прив'язаності — це психологічна еволюційна та етологічна теорія про взаємовідносини між людьми. Основне положення теорії полягає в тому, що для нормального емоційного і соціального розвитку дитині необхідно встановити взаємини хоча б з однією людиною, яка б про неї турбувалася («вихователем» чи «опікуном»). Ці стосунки між двома людьми визначають духовну і психологічну будову особистості: ставлення людини до себе, до світу, різноманітні переживання, пізнавальні і творчі здібності. За умови, коли базові потреби дитини у прив'язаності задоволені, формується особистість, котра вміє встановлювати та розвивати здорові стосунки. Проте не усім дітям щастить мати безпечну прив'язаність. І це зумовлює для таких людей труднощі в особистому житті в дорослому віці.

Часто цілями психотерапевтичної роботи стає пошук себе, вміння будувати стосунки, зростати у своїх компетенціях. Серед неймовірної кількості корисних терапевтичних технік та методів допомоги чи не найважливіше місце, на нашу думку, посідає терапевтичний стосунок. Міцний терапевтичний стосунок – це основа вдалої терапії, це те, що допомагає особистості зцілюватись та виробляти корисні навички для життя.

Терапевтичному стосунку присвячено чимало праць, проте на разі немає дослідження, яке б давало комплексну відповідь на питання: як утримувати терапевтичний альянс з людьми, котрі мають різні типи розладів прив'язаності. Наше невелике дослідження, котре базується на теоретичних джерелах та власному клінічному досвіді, - це коротка спроба розкрити труднощі в роботі КПТ-терапевта, які пов'язані з намаганням утримувати терапевтичний стосунок тоді, коли деструктивні частки клієнтів, сформовані внаслідок незадоволених потреб у стосунку та прив'язаності, намагаються руйнувати та випробовувати цей зв'язок.

1. Огляд теорій розладу прив'язаності

У 40-і рр. психіатр і психоаналітик Джон Боулбі почав цікавитися порушеннями дітей, які виховувались у дитячих будинках. Він виявив, що діти, котрі ростуть у дитячих будинках та сирітських притулках, часто страждають від різних емоційних проблем, включаючи нездатність установлювати близькі тривалі стосунки з оточуючими. Боулбі здалося, що такі діти не можуть любити тому, що на ранньому етапі життя не відчували прив'язаності до матері. Боулбі спостерігав подібні симптоми у дітей, які протягом деякого часу росли в нормальних сім'ях, але згодом були надовго розлучені з батьками. Здавалося, ці діти були такі приголомшені, що назавжди відмовилися від близьких людських зв'язків. Подібні спостереження переконали Боулбі, що неможливо зрозуміти психологічний розвиток, не приділивши пильної уваги зв'язку в діаді «мати — дитина» [2].

Боулбі стверджував, що ми можемо зрозуміти поведінку людини, тільки розглянувши *середовище її адаптації* (*environment of adaptedness*) — основне середовище, в якому вона формується. У період розвитку дітям необхідно знаходитися поряд із дорослими, щоб забезпечити собі захист. Якщо дитина втрачає з ними контакт, вона може загинути. Отже, у дітей повинні сформуватися «*”прив'язані“ моделі поведінки*» (*attachment behaviors*) — жести й сигнали, що забезпечують і підтримують близькість з опікунами [9].

Хоча Боулбі й цікавився «нездатністю формувати імпринтинг», ще більше його цікавили випадки, коли у малюка формувалася прив'язаність, а потім він страждав від розлуки. Якщо розлука тривала, і дитина втратила інших опікунів, наприклад, медсестер, вона може втратити довіру до всіх людей. Результатом у цьому випадку стає «особистість, позбавлена любові», людина, яка перестає по-справжньому піклуватися про оточуючих [3].

Тобто існує набір стереотипних поведінкових реакцій чи послідовних дій, що свідчать про особливості прив'язаності.

Основоположні дослідження з цього питання здійснила Мері Д. Ейнсворт. На неї справила велике враження теорія Вільяма Блатца, котрий зауважив, як батьки створюють (чи не створюють) своїм дітям безпечні умови. Ейнсворт у Балтиморі почала дослідження, об'єктом якого були 23 малюки з родин середнього класу та їхні матері. Ця робота дала змогу виділити *патерни* прив'язаності, що сприяли подальшим дослідженням: Інге Бретертон, Еверет Уотерс, Алан Сроуфе, Мері Мейн та ін.

В поведінковій терапії не було сформульовано певного погляду на розвиток поведінки прив'язаності, а також на наступні поведінкові проблеми і розлади. Проте з точки зору теорії наuczіння легко пояснити те, що діти з народження регулюють свою близькість і дистанцію з референтними особами через процес навчання, а також підкріплення чи негативні наслідки. Знайомство з цими процесами відбуваються через епізоди соціальної взаємодії між мамою та дитиною, в яких мама точно сигналізує про ступінь дистанціювання з дитиною, якого вона прагне, і це, швидше за все, відкладається у пам'яті дитини як афективно-когнітивна схема. Дитина, орієнтуючись на поведінку мами, дізнається з її моделей поведінки, на скільки важливі для неї стосунки прив'язаності, близькості та дистанціювання [4].

Сьогодні дослідження порушень прив'язаності також активно проваджуються. В МКХ-10 представлено *Реактивний розлад прив'язаності*. Наразі у ДСМ-5 знаходимо *Реактивний розлад прив'язаності (Reactive Attachment Disorder 313.89 (F94.1))* в дітей [13]. Проте, вивчаючи діагностичні керівництва – від МКХ-10 до ДСМ-4 і ДСМ-5, звертаємо увагу на те, що неможливо знайти повну діагностичну відповідність для всієї різноманітності і ступень тяжкості порушень прив'язаності в тому вигляді, як вони трапляються у клінічній практиці.

1. *Діти з надійною прив'язаністю (securely attached infants)*. У чутливих і турботливих матерів виростають упевнені в собі діти, з відчуттям власної безпеки та надійною прив'язаністю. При виконанні когнітивних завдань такі діти відрізнялися великою впевненістю та опорою на власні сили. У соціальній

ситуації (наприклад, у літніх таборах) вони отримували високі бали за такі якості, як дружелюбність і лідерство. Ці дані підтверджують точку зору Ейнсворт про те, що вони демонструють найбільш здоровий паттерн розвитку.

2. Діти з ненадійною прив'язаністю та поведінкою уникнення (*insecure-avoidant infants*). Матері, у котрих є тенденція до обмежень і нехтувань, втручаються у все, їхні діти невпевнені, з ненадійною прив'язаністю, що супроводжується почуттям небезпеки. Ці малюки здавалися досить незалежними під час дослідження в «незнайомій ситуації». Зайшовши до ігрової кімнати, вони одразу ж починали вивчати іграшки. До матері не підходили, вони її просто не помічали. Коли мати покидала кімнату, діти не проявляли занепокоєння, і не шукали близькості з нею, коли та поверталася. Якщо мати робила спробу взяти їх на руки, малята намагалися цього уникнути, вириваючись із обіймів чи відводячи погляд. Інтерпретація Ейнсворт зводиться до такого твердження: коли ці немовлята потрапляли в «незнайому ситуацію», вони побоювалися, що не зможуть знайти у своєї матері підтримки, і тому починали захищатися. Діти вибирали байдужу, стриману манеру поведінки. Оскільки ними так часто нехтували в минулому, малюки намагалися витіснити свою потребу в матері, аби уникнути нових розчарувань. А коли мати поверталася після епізодів розлуки, вони відмовлялися на неї дивитися, заперечуючи будь-які почуття до неї. Боулбі вважав, що така оборонна поведінка може стати фіксованою й основною частиною особистості. Дитина виростає і стає самонадіяною та відчуженою людиною, яка не може ніколи повірити іншим настільки, щоб установити з ними тісні стосунки.

3. Діти з ненадійно-амбівалентною прив'язаністю (*insecure-ambivalent infants*). У дітей матерів із непослідовним і непередбачуваним типом реагування формується нестійке, напружене ставлення до матері; така прив'язаність була названа тривожно-амбівалентною. Ці матері, як правило, спілкувалися зі своїми дітьми в непослідовній манері. Іноді вони були ласкавими і чуйними, а іноді ні. Така непослідовність викликає у малюків

невпевненість у тому, чи буде їхня мама поряд, коли вони потребуватимуть її. У результаті малята зазвичай хотіли, щоб мати була поблизу — бажання, яке різко зростало в незнайомій ситуації. Ці малюки дуже переживали, коли мати покидала ігрову кімнату, і наполегливо намагалися відновити контакт із нею, коли вона поверталася, при цьому також виливали на неї свій гнів. Амбівалентний паттерн іноді називають «спротивом», оскільки діти не тільки відчайдушно домагаються контакту, але й одночасно чинять опір.

Також важливим фактором є темперамент самої дитини. Деякі дані вказують на те, що темперамент може побічно сприяти прив'язаності. Наприклад, коли в матері і дитини дуже несхожі темпераменти, матері важко чутливо реагувати на малюка, в результаті чого тому важче сформувати надійну прив'язаність до неї. [3]

4. **Діти з дезорганізованою прив'язаністю** – цей тип прив'язаності вже додали на основі пізніших досліджень. Вона присутня у дітей, які хочуть притиснутись до мами, але лякаються її, тягнуться до неї і відштовхують водночас. Таке відбувається, коли батьки наводять страх на дітей [12; с. 211]

Отже, базовою потребою кожної дитини є надійна безпечна прив'язаність. Це потреба в безпечному світі, щоб цей світ і люди в ньому були стабільними, щоб в цьому середовищі про дитину турбувалися, щоб дитина була безумовно прийнятою, могла висловлювати свої думки, емоції і її приймали безумовно, цінували та визнавали.

Надійна прив'язаність є основою здорового психологічного розвитку дитини у перші роки життя. Коли ми говоримо про турботу про дитину, то йдеться не лише про її фізіологічні потреби. Прив'язаність так само є міцним емоційним зв'язком, який встановлюється між дитиною і її батьками (або особами, що турбуються про неї) у перші роки життя. Велика кількість досліджень свідчать, що потреба емоційної близькості є не менш важливою, аніж базові біологічні потреби, і що без неї серйозно порушується увесь психосоціальний розвиток дитини [11]

Після того, як було розроблено методики класифікації типів прив'язаності в дітей, вчені замислились про можливість діагностування типів прив'язаності в дорослих. Мері Мейн розробила напівструктуроване інтерв'ю про прив'язаність в дорослих (Main, 1985). Це інтерв'ю має активувати спогади на рівні репрезентації. Результати оцінюють за допомогою особливого лінгвістичного аналізу. Отримані за цією методикою оцінку дорослих можна поділити на 4 категорії, які відображають їх репрезентацію прив'язаності:

1) надійна внутрішня репрезентація із високим показником до прив'язаності (free autonomous) – дорослі згадують про позитивні переживання, пов'язані з батьками, характеризуються високою здатністю до саморефлексії, до аналізу свого життя і ситуацій. Внаслідок життєвих обставин чи психотерапії деякі дорослі можуть здобути цей тип репрезентації прив'язаності (Pearson, 1994).

2) ненадійно-уникаюча організація внутрішньої репрезентації із низьким показником до прив'язаності (dismissing) – дорослі мають мало спогадів про батьків, або спостерігається ідеалізація цих спогадів. Не надають прив'язаності великого значення.

3) ненадійно-амбівалентна організація внутрішньої репрезентації із суперечливим показником до прив'язаності (enmeshed, preoccupied) – дорослі безконечно і суперечливо згадують своє дитинство із плутаними подробицями.

4) ненадійна організація внутрішньої репрезентації прив'язаності із невирішеною травмою і/чи втратою (unresolved trauma of loss) – дорослі в дитинстві пережили травми чи насильство, які залишилися непропрацьованими [4].

Сучасні нейробіологічні дослідження теж підтверджують теорію Боулбі та показують, на скільки важливим є стосунок з близькими людьми в дитинстві для розвитку нашого мозку [5]. Дослідники вважають, що нервова система людини формується в ранньому дитинстві. В житті маленької дитини багато стрес-факторів: почуття голоду, бажання заснути, мокрі підгузки, різкі

звуки, які сигналізують про дискомфорт чи небезпеку і збуджують симпатичну нервову систему. В ідеалі, коли дитина плаче – його близькі реагують на це турботою про нього. Під впливом такого ставлення мозок дитини виробляє такі нейрохімічні речовини як серотонін, ендогенні опіати, котрі послаблюють відчуття загрози, допомагають заспокоїтись і подолати страх. Такий досвід допомагає малюку асоціювати людину, котра про нього піклується, з безпекою, а також допомагає формувати більш стійкий зв'язок розумного вагусу зі структурами мозку, які відповідають за розпізнавання безпечних облич, запахів, звуків тощо. Всі відчуття дитини, які асоціюються зі здоровими стосунками, з часом кодуються в її нервовій системі, тому висновком є те, що зв'язки між людьми можуть зменшувати стресову реакцію дитини. Симпатичну і парасимпатичну нервові системи можна заспокоїти, коли дитина знаходиться серед люблячих рідних чи друзів. У дитини формується і розвивається здатність розрізняти небезпеку та безпеку і встановлювати здорові стосунки з іншими людьми.

Якщо дитина знаходиться весь час в стані психологічного стресу і її ніхто не заспокоює, її симпатична система постійно стимулюється. Розумний блукаючий нерв дитини не вчиться асоціювати людські стосунки з безпекою і комфортом, і її мозок не знає, що бувають випадки, коли стресову реакцію можна відімкнути. Якщо дитина живе в стані підвищеної готовності до небезпеки, вона не спроможна розслабитись навіть тоді, коли їй нічого не загрожує, і не буде отримувати задоволення від взаємодії з оточенням, навіть якщо у нього добрі наміри.

Практично, постійна активація стресової реакції – своєрідне тренування для нейронних шляхів, що відповідають за реакцію “нападай, втікай, замри”: вони стають більш стійкими та легко збудливими. Але розумний вагус не отримує можливості добре натренуватися і з часом втрачає свій тонус і слабшає, залишаючи людину з активним і гіперчутливим набором стресових реакцій, через що людина буде сприймати оточуючих як небезпечних і злих, якою б не була реальність.

Це створює особливо великі проблеми, коли люди зіштовхуються з неприйняттям і насильством в дитинстві, в той період, коли мозок формує перші нейронні зв'язки, котрі відповідають за побудову стосунків. Нейронний шлях, який має допомагати підтримувати зв'язки з іншими, навпаки перетворюється на нейронний шлях, котрий тримає в страху та ізоляції. Тобто, якщо дитину виховують байдужі дорослі, мозок дитини формується з моделями поведінки, що відображають почуття безвиході та відчаю [5 ; с. 44-78].

Та, незважаючи на те, що у мозку дитини можуть бути сформовані зв'язки, котрі віддаляють людину від стосунків, добрий та надійний стосунок у будь-якому віці може допомогти “переформатувати” нейронні шляхи на такі, котрі дозволять встановлювати та підтримувати ресурсні й такі необхідні людині для розвитку соціальні взаємовідносини. Про це свідчать нещодавно проведені дослідження мозку людей [5].

2. Відображення розладів прив'язаності у концепції схема-терапії

Незадоволення потреб дитини впливає на формування порушень прив'язаності, що, в свою чергу, веде до розвитку та закріплення ранніх дисфункційних схем, які впливають на когніції, спогади, емоції, поведінку, особливості сприйняття соціальних ситуацій та стосунків із іншими людьми. Янг і співавтори (2003) визначили 18 схем, об'єднаних у 5 груп. Дисфункційні схеми розвиваються тоді, коли не задоволені базові потреби дитини в міжособистісній близькості та безпечній прив'язаності, або коли дітей недостатньо рамкують та блокують їх дослідницький інтерес [1].

Сучасні дослідники напрямку схема-терапії викристалізували зв'язок між незадоволенням базових потреб дитини (що також деформує стосунок прив'язаності) та дисфункційними схемами [1]:

Класифікація дисфункційних схем за Д.Янгом:

Перша група: схеми, пов'язані з порушенням прив'язаності

1. Схема емоційної депривації - незадоволена потреба в теплі, турботі, любові та піклуванні.
2. Схема покинення/нестабільності стосунків - активує відчуття тривоги, страху покинення. Незадоволена потреба в стабільних стосунках.
3. Схема недовіри/скривдження - відчуття тривоги і загрози. Розвивається через скривдження і жорстоке ставлення в дитинстві. Незадоволена потреба в безпечному середовищі.
4. Схема дефективності / сорому - незадоволена потреба у безумовному прийнятті, цінуванні, визнанні, повазі.
5. Схема соціальної ізоляції/ відчуженості – почуття ізольованості та самотності. Незадоволена потреба у спілкуванні.

Друга група: схеми пов'язані з формуванням незалежності та компетентності

6. Залежності/ безпорадності - незадоволена потреба у підтримці на шляху до поступової самостійності, відповідальності.

7. Схема злиття/ невідокремленості власної ідентичності – людина не має відокремленого відчуття себе, їй важко прийняти самостійне рішення. Незадоволена потреба в автономії.

8. Схема некомпетентності/ неминучих невдач - незадоволена потреба у всебічному розвитку, підтримці на шляху реалізації здібностей.

9. Схема очікування на катастрофу – формується внаслідок надмірно обережної і застережливої щодо різних небезпек моделі виховання. Або ж внаслідок важких, неконтрольованих життєвих подій, таких як важкі хвороби, стихійні лиха.

Третя група: зі сфери порушення меж

10. Схема недостатнього самоконтролю/ самодисципліни

11. Схема особливого статусу та прав

В цій групі схем незадоволена потреба в адекватних межах та скеруванні. Межі або були зведені до мінімуму, або ж надмірно суворими.

Четверта група: спрямованості на інших.

Ці схеми є вторинними, вони утворилися для того, щоб впоратися з первинними схемами.

12. Схема підкорення (брак асертивності) – пов'язані зі страхом втрати/ відкинення та з метою уникнення злості чи помсти з боку важливих осіб.

13. Схема самопожертви - потреба бути потрібним, заслужити любов.

14. Схема пошуку визнання - потреба подобатися, мати соціальний статус).

П'ята група: пригнічення спонтанності та інші.

15. Схема негативізму/ песимізму – зосередженість на негативному, очікування найгіршого, нарікання, песимізм. Утворюється внаслідок моделювання близькими людьми песимістичного бачення всього.

16. Схема емоційної інгібіції - придушення, стримування спонтанних дій, почуттів, спілкування. Незадоволені потреби у вираженні емоцій, спонтанності.

17. Схема надвисоких стандартів/ гіперкритичності – потреба бути досконалим, суворо дотримуватися певних високих стандартів та правил, щоб уникнути критики. Утворюється внаслідок ігнорування таких аспектів життя як розваги і спонтанність, і надмірній акцентуації на досягненнях та успіху, високих вимог щодо досягнень.

18. Схема покарання – очікування або ініціювання покарання, якщо зроблено щось не так. Як правило, такі моделі поведінки переважали в їхньому дитинстві.

Врахування функціонування згаданих схем, вивчення тих потреб, які не були задоволені в клієнта в дитинстві, зважання на паттерни прив'язаності, яким користується клієнт – все це варто робити в процесі як побудови терапевтичного стосунку, так і терапевтичних втручань.

Дж. Янг впровадив поняття часток або “сторін” особистості. І цей стан пов'язаний з певними емоціями, думками і способом поведінки. Частки є двох видів: частки, пов'язані з найбільш негативними емоціями, і частки, що використовуються для коупінгу з цими емоціями. І є кілька груп таких часток.

Перша група – це дитячі частки. Вони пов'язані із сильними негативними емоціями, такими як смуток, самотність, тривога, безнадія, відкинення, відчуття загрози. Так само злість, впертість можуть бути частиною дитячих часток. Дитячі частки поділяють на дві основні групи: частки зраненої дитини, яким притаманне відчуття смутку, відчаю, покинення/самотності, та частки розлюченої дитини та імпульсивної дитини, які характеризуються емоціями злості, гніву, відсутністю дисципліни і впертістю.

До них належать:

- частка зраненої дитини - несе у собі весь біль, пов'язаний з минулим досвідом. Притаманні відчуття смутку, відчаю, покинення, самотності. Коли людина є в цій частці, то в ній вона відчувається вразливою і слабкою, оскільки ця частка емоційно пов'язана з дитинством, то в ній людина відчувається внутрішньо, як маленька дитина.

- злої дитини (яка відчуває несправедливість, що її потреби не задоволені).

Ця частка сердиться, коли хтось ставиться несправедливо.

- розлюченої дитини (яка не навчилася контролювати злості);

- імпульсивної дитини (яка хоче надто багато);

- недисциплінованої дитини (яка не може організувати себе робити те, що є не цікавим);

- частка щасливої дитини – пов'язана з веселощами, радіощами та грою.

Друга група часток – це група так званих батьківських часток (караючо-осудлива та вимоглива). Ці частки несуть в собі негативні, дисфункційні послання (самоосудження, ненависть до себе), які залишилися в пам'яті людини, які вона чула коли її виховували. Вимоглива батьківська частка характеризується наявністю надмірно високих вимог та тиску щодо себе. Перебуваючи в дисфункційних батьківських частках, люди чинять тиск на себе або ненавидять себе.

Третя група – це коупінг-частки. Коупінг-частки є способом впоратися з емоційним стресом, який викликають частки зраненої дитини та батьківські. Коупінг-частка це стан, з допомогою якого, людина компенсує певні негативні емоційні стани, що пов'язані з батьківськими та дитячими частками, уникають їх або ж віддаються їм. Так само, як і у випадку схем, людина може вибрати три стилі коупінг-стратегій: підкоритися, уникнути або гіперкомпенсація. При уникненні люди тікають від своїх емоцій або соціальних контактів. При гіперкомпенсації особи возвеличують себе для того, щоб відчути й пережити емоції, протилежні до наявної схеми. При підкоренні – люди гублять свою ідентичність.

Так само є ще здорова доросла частка – яка допомагає жити людині у здоровий спосіб. У стані здорової дорослої частки люди спроможні реалістично дивитися на себе та на своє життя, здатні виконувати свої обов'язки і не забувати про власні потреби.

3. Терапевтичні стосунки як основа зцілення розладів прив'язаності

Ефективні стосунки між терапевтом і клієнтом мають важливе значення для лікування. Є докази, що якість цих взаємин впливає на результат терапії (Orlinsky, 1994). Терапевтичні стосунки можна розглядати як сприятливий робочий простір для праці над проблемами, який дає можливість здобути нові навички для реального життя. Сафран і Маран (1995) пропонують, щоб терапевт співпрацював із клієнтом у такий спосіб, аби клієнт міг здобути новий досвід стосунку. І тоді регулярно терапевт і клієнт можуть зупинитися і аналізувати власне те, що відбувається між ними. Реакції клієнта на терапевта можуть впливати з наявних у нього переконань, що розвинулись у дитинстві, а також із якостей та поведінки терапевта.

Важливим є дослідження Бордіна (1979), який розглядає терапевтичні стосунки як робочий альянс. Він висловлює думку, що для успішного робочого альянсу необхідні три компоненти: узгодження завдань, узгодження цілей терапії та позитивний зв'язок між терапевтом і клієнтом, якому характерна взаємна симпатія, повага, довіра [6].

Хороший робочий альянс необхідний для позитивного результату (Krupnick, Sotsky, Elkin, Simmens, Moyer, Watkins, Pulkonis, 1996). Неможливо ефективно здійснювати втручання, якщо клієнт вважає терапевта холодним і відстороненим. Терапевтичний альянс має бути встановлений впродовж перших 3-4 сесій (Horvarth, 1995), але це не означає, що якість цього стосунку залишиться постійною. Вона змінюється у процесі терапії, і тому може виникати необхідність приділяти увагу порушенням альянсу задля успішної терапії.

Хоча до кінця не відомо чи ефективність КПТ визначається конкретним видом терапевтичного альянсу, проте численні дослідження (наприклад, Raue, Goldfried, 1994), свідчать, що незалежно від типу терапевтичної модальності клієнти вважають важливими такі характеристики терапевтичного альянсу:

- допомога клієнтові в розумінні власних проблем;

- підтримка у складних ситуаціях;
- можливість говорити з людиною, яка тебе розуміє;
- можливість почуватись невимушено, вільно у стосунку з терапевтом.

Деякі з цих характеристик відображені в основних характеристиках КПТ – наприклад, представлення формулювання проблем клієнтові й узгодження з ним спільного розуміння проблеми; розроблення поведінкових експериментів для перевірки негативних переконань. Деякі з цих чинників стосуються рис терапевта [6; с. 52-55].

Один з основних принципів КПТ – залучити клієнта до процесу терапії, відкривати йому нові можливості для досліджень, ставити йому запитання та надавати інформацію, яка допоможе клієнтові вивчити недосліджені території. Для цього слід добре розуміти теперішній стан клієнта, бути відкритим і намагатися зрозуміти переконання, емоції та поведінку клієнта. Роль психотерапевта як провідника першочергова, але він може займати час від часу виховну і просвітницьку позицію. Інша важлива роль – вчений-практик, який представляє клієнтові модель, яку він може застосувати щодо поточних та майбутніх проблем. Він висуває та перевіряє гіпотези про проблеми та досвід клієнта, а якщо потрібно, робить нові висновки. Неупереджений, відкритий підхід до клієнта важливий впродовж усієї терапії.

Колаборативний характер терапевтичних стосунків виявляється у тому, що терапевт максимально можливо взаємодіє з клієнтом на рівні дорослий-дорослий. Таким чином, формулювання мають залишатись відкритими, щоб клієнт мав змогу дати зворотній зв'язок щодо їх точності та актуальності. Також можна використовувати саморозкриття, якщо це допоможе клієнтові та в його інтересах.

У складній мережі взаємин терапевта з клієнтом стає очевидно, що хороший когнітивний терапевт має мати риси, визначені Роджерсом [3]: доброзичливість, співчуття, щирість і безумовне прийняття клієнта. Багато досліджень показало, що терапевти, які діють таким чином, досягають кращих результатів (Lambert, Bergin, 1994, Orlinsky та ін., 1994).

Крім того, дослідження Райта і Девіса (Wright, Davis, 1994) свідчать, що клієнти хочуть, щоб їхні терапевти:

- створили в умовах терапевтичного кабінету середовище, яке забезпечує приватність, конфіденційність, захист від відволікань та «стороннього ока», загалом відчуття безпеки і комфорту;
- виявляли повагу;
- ставились серйозно до проблем своїх клієнтів;
- ставили інтереси клієнта понад власні;
- були компетентними;
- надавали практичну інформацію про покращення якості життя;
- давали клієнтові змогу ухвалювати власні рішення на основі інформації та пропозицій терапевта;
- були гнучкими в оцінюванні клієнта – не «допасовували» клієнта до теорії і не думали, що вони все знають про клієнта;
- спостерігали за тим, що здобуває клієнт, якого результату досягає, коли дотримується рекомендацій терапевта;
- були присутніми під час терапії, не поспішали і не відволікались, не переносили/скасовували часто сесій.

Важлива роль у встановленні терапевтичних стосунків належить прив'язаності, яка може бути визначальною у терапевтичному процесі. Оскільки пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями не приносять у стосунки з терапевтом безпечних автономних стратегій прив'язаності, центральним завданням терапевта – стати надійною опорою. Для цього потрібні висока чутливість та емпатія, а також необхідність налаштуватись на викривлені потреби в прив'язаності і на пов'язану із ними особливості поведінки пацієнта. [4; с. 114-115].

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

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

У лікуванні пацієнтів з амбівалентним порушенням прив'язаності поряд із надійною емоційною присутністю терапевта, особливого значення слід надавати структуруванню та чітким рамкам. Тому терапевту не варто переносити зустрічі з такими пацієнтами і змінювати часові рамки.

Особливу увагу слід приділяти таким моментам сесій, як зустріч і прощання, перерви в лікуванні через вихідні чи хвороби. Оскільки у цих ситуаціях активується потреба пацієнтів у прив'язаності, то викликані у цих ситуаціях афекти доступні для опрацювання.

Поряд із фокусуванням на переживаннях, важливих для прив'язаності, в центрі уваги перебуває також дослідницька поведінка. Ранні потреби дитини в дослідженні навколишнього середовища теж могли бути обмежені чи спотворені референтними особами. Наприклад, батьківські страхи не дають дитині ставати автономною. Потреба в дослідженні теж може активуватись у терапії. Терапевт активує дослідницьку поведінку та аналізує реакції пацієнта, залишаючись надійною базою.

Розриви та порушення меж терапевтичного альянсу. Розриви терапевтичного альянсу трапляються часто, оскільки проблеми клієнта бувають так міцно вкорінені, що він не може впоратись з ними самостійно. В результаті у нього можуть виникати негативні думки та емоції. Розрив терапевтичного альянсу можна ідентифікувати за невербальними сигналами (пов'язаними з такими емоційними станами як гнів, недовіра), або за власними почуттями терапевта. Також можуть бути присутні зовнішні ознаки: невиконання домашніх завдань, висловлення скептичних думок про роботу або високий рівень вираження емоцій. Важливо бути уважним до якості

зв'язку, щоб приділяти цьому належну увагу. Розриви можуть бути пов'язані [4]:

- з цілями або завданнями терапії (наприклад, клієнт не розуміє або не погоджується з цілями чи стратегіями терапії);
- зі стосунками між клієнтом і терапевтом (наприклад, клієнт не готовий до співпраці, не довіряє терапевтові або не поважає його).

Стосунки між терапевтом і клієнтом відрізняються від інших соціальних стосунків, тому питання меж цих стосунків потребує особливої уваги у КПТ, як і в інших підходах. Межі терапії – основа для відповідної ролі психотерапевта та клієнта, і містять структурні компоненти, такі як де, коли і за якою ціною відбуваються зустрічі, а також те, що відбувається під час терапії між терапевтом і клієнтом. Основні керівні принципи загальні для всіх терапевтичних зустрічей:

- потреби клієнта повинні бути на першому місці;
- терапевт не повинен використовувати терапії, щоб задовольнити власні потреби (окрім задоволення від професійної самореалізації).

Межі терапії встановлюють так, щоб клієнт міг:

- почуватись у безпеці;
- бути впевненим, що терапевт діє в його інтересах;
- не соромитись розкривати про себе інформацію, яка є особистою;
- бути впевненим, що він розуміє терапевта.

Керівні принципи для встановлення відповідних терапевтичних меж у КПТ такі:

- терапевт має утримуватись від задоволення власних інтересів за рахунок клієнта;
- дотримуватись конфіденційності, за винятком ,коли існує значний ризик небезпеки для клієнта чи інших людей;
- оцінювати як встановлення меж впливає на клієнта;
- не висловлювати своєї думки чи жодним чином не впливати на аспекти життя клієнта, крім тих, які стосуються цілей терапії;

- намагатись розвивати незалежність та автономність клієнта, результатом чого стане збільшення свободи до пошуку можливостей, доступних йому.

Важливо зазначити, що утримання терапевтичних меж – обов'язок терапевта, незалежно від поведінки клієнта. Загалом, основними типами порушення меж терапевтичного стосунку є: подвійні стосунки; саморозкриття терапевта, зроблене не для інтересів клієнта; сексуальні стосунки.

Клаус Граве у своїй теорії психологічної терапії (1998) також опирається на Боулбі і описує потребу в прив'язаності як детермінанту переживання і поведінки, важливу для розуміння причин дієвості терапії. Він приймає зроблене Боулбі пояснення агорафобії як психічного розладу з ненадійно-амбівалентною прив'язаністю і описує підхід лікування цих пацієнтів, що базується на прив'язаності.

Під впливом колеги Паркеса Дж.Боулбі загалом почав досліджувати феномен прив'язаності впродовж всього життя людини. Останні роки життя Боулбі інтенсивно застосовував свою теорію в терапевтичній практиці з дорослими пацієнтами [4; с.36]. Це дало поштовх до розвитку терапії, що базується на прив'язаності (attachment based psychotherapy).

Дослідження, присвячені процесу психотерапії (Orlinsky, 1994) виявили, що стосунок прив'язаності між пацієнтом і терапевтом може впливати на результат терапії, має вирішальне значення для терапевтичного альянсу та прогнозу лікування.

Факторами, що запускають встановлення та збереження терапевтичної прив'язаності між пацієнтом і терапевтом: «невисловлене афективне узгодження» та емоційний клімат. Формування прив'язаності є принциповою умовою для ефективного використання терапевтичних технік та втручань. Встановлення та підтримання прив'язаності особливо цінне при лікуванні пацієнтів с розладами особистості при довготривалій терапії. [4; с. 112].

Для опрацювання психологічних проблем можна використовувати теорію прив'язаності, особливо такі теми як прив'язаність, розлука і втрата,

дослідницька поведінка. Фактор прив'язаності може бути ключовим у різних напрямках психотерапії [4; с. 113], оскільки терапевт являє собою надійну базу та моделює надійні стосунки з пацієнтом для боротьби зі страхами та формування надійної емоційної опори.

Отже, коли пацієнт приходить на прийом до терапевта, він занепокоєний своїми страхами та переживаннями. Терапевт має розуміти, що система прив'язаності пацієнта більше чи менше активована. Усіма можливими способами він буде шукати людину, до якої можна відчувати прив'язаність, залучаючи до цього і поведінку, викривлену відповідними розладами чи порушеннями. Терапевту, який розуміє теорію Боулбі, слід:

- у своєму ставленні терапевт дає можливість пацієнту з активованою системою прив'язаності звернутись до себе і бути доступним для нього у часовому, просторовому та емоційному вимірі;
- бути надійною базою, на яку можна покладатись і спираючись на яку пацієнт може пропрацювати свої проблеми в умовах емоційної безпеки;
- беручи до уваги різні патерни прив'язаності, терапевт має бути гнучким у близькості та дистанціюванні з пацієнтом – в реальній взаємодії та на сесіях;
- заохочувати розуміння в пацієнта, які стратегії прив'язаності той використовує зараз в стосунках з референтними особами;
- заохочувати до аналізу терапевтичних стосунків, оскільки у них виявляються порушення прив'язаності та схеми;
- просити порівнювати почуття, які пацієнт переживає зараз, із тими, які він переживав у дитинстві;
- допомагати усвідомити, що болючий досвід прив'язаності та відносин пацієнта, який впливає на теперішні моделі стосунків, вже не добре впливають на життя пацієнта;
- обережно розриваючи терапевтичний альянс, заохочувати пацієнта до активної участі в процесі прощання і до самостійності у житті без терапії. Фізичне розставання не передбачає для пацієнта втрати

«надійної бази», оскільки терапевт може бути доступний до контакту згодом;

- пам'ятати про тип прив'язаності пацієнта та бути обережним та чутливим у емоційному супроводі.

3. Труднощі побудови терапевтичного альянсу з людьми з різними типами прив'язаності

Ці аспекти терапевтичної практики перегукуються із основними положеннями схема-терапії, в яких йдеться про те, що незадоволення базових потреб у дитинстві, деструктивні стосунки з батьками у дитинстві накладають відбиток на сучасні патерни у соціальних взаємодіях. Окрім того, незадоволення базових потреб у дитинстві веде до формування ненадійної прив'язаності. Клієнти з ненадійною прив'язаністю часто потребують від терапевта пильної уваги та зусиль для побудови терапевтичного альянсу. Тому ми розглядаємо порушення прив'язаності з позицій моделі часток Дж.Янга.

У схема-терапевтичній роботі існує кілька важливих помічних стратегій, які допомагають створити, зберегти, відновити терапевтичний стосунок:

1. *Обмежене повторне батьківство* – терапевт задовольняє (у певних межах) ті потреби клієнта, які не були задоволені батьками або референтними особами у дитинстві та підлітковому віці. Щоб стати для клієнта турботливою батьківською фігурою, терапевти повинні представити себе у терапії як «реальну особу». Такий підхід скерований на створення надійної бази для клієнта
2. *Емпатична конфронтація* – терапевт конфронтує клієнта щодо його міжособистісних моделей поведінки, які виявляються у терапевтичних стосунках. Така конфронтація – емпатична, оскільки терапевт валідизує біографічне походження моделей поведінки пацієнта й інтерпретує їх як (дисфункційний) спосіб задоволення власних потреб. Згодом пацієнти вчаться більш здорових способів висловлення власних потреб
3. *Встановлення меж* – батьківська турбота також передбачає певні межі. Часто в роботі з пацієнтами встановлення меж є необхідністю. Наприклад, терапевти повинні обмежувати недисципліновану чи іншу невідповідну поведінку клієнта. За потреби терапевт пояснює цей аспект терапевтичних стосунків. Важливо, щоб клієнт розумів, чому терапевт встановлює межі [1].

Важливим моментом, який варто враховувати при побудові терапевтичного альянсу, є самомоніторинг терапевта, щоб відстежити активацію власних схем, які можуть «співпрацювати» із схемами клієнта, але й робити процес терапії неефективним.

Клінічний випадок 1.

Представлення випадку. Олена, 21 рік, навчається у вищому навчальному закладі на четвертому курсі, живе в гуртожитку, батьки розлучені, живуть в іншому місті.

Основний діагноз: розлад соціальної тривоги. **Супутній діагноз:** низька самооцінка.

Пацієнтка звернулась із проханням допомогти їй подолати страх соціальних ситуацій, позбутись страху людей та труднощів у спілкуванні, подолати свій сумний настрій. Поведінка уникнення контакту з людьми і підвищення рівня тривоги для неї була характерна в різних ситуаціях:

- вона не могла нормально купити в магазині товари (наприклад, якщо продавці запитували в неї, чи їй потрібна допомога, в неї зростала тривога, вона витискала з себе: «нічого» і виходила з магазину; основна думка – «Я займаю чужий час»). В результаті хапала, що потрапляло під руку і виходила незадоволена покупкою;
- не вміла контактувати з викладачами в процесі навчання – що впливало на її успішність у навчанні (могла підготувати завдання до пари, але соромилась відповідати) – недобирала потрібних для доброї оцінки балів, "хвості" росли (що посилювало глибинне переконання «Я невдаха»);
- відчувала себе осторонь студентського життя – не мала широкого кола спілкування, але підтримувала зв'язок із 2 дівчатами з групи і однокласницею, яка мешкала з нею в кімнаті гуртожитку. Мала непорозуміння з цією дівчинкою, бо часто не підтримувала з нею

розмови, не ходила на різні розважальні заходи (згодом її перестали запрошувати, вважаючи її зверхньою);

- хотіла ходити в спортзал, щоб підтримувати добру фізичну форму, але боялась туди піти і записатись (бо там ходить багато людей, і всі будуть на неї дивитись, як погано у неї виходить займатись), відповідно не йшла і не мала адекватного досвіду та результату, від чого рівень тривоги зростав і настрій погіршувався;

- прагнула мати добрі стосунки та зустрічатись із хлопцями, але не вміла з ними розмовляти і підтримувати контакт, розбудовувати стосунки, уникала зустрічей (невдалі спроби зав'язування стосунків призводили до страждань, раптового покинення партнера без пояснення, вибору не тих партнерів, розчарування в собі та заниження самооцінки – «Я невдаха», «Я невезуча», "Я буду жити все життя сама з одними котами", підтримували поведінкові стратегії уникнення та приводили до емоції суму, а також підкріплювали переконання, що ні з ким не можна зближуватися і не варто нікому довіряти).

- відгородження від людей впливало і на її зовнішній вигляд – Олена соромилась гарно вдягатись: «щоб не привертати уваги», волосся зачісувала так, що воно сильно закривало обличчя і погляд ніби ховався за волоссям, дивилась на людей з-під лоба, схиливши голову донизу;

- маючи талант до малювання і створюючи гарні ескізи, Олена побоялась вступати на навчання до академії мистецтв, бо була переконана, що її відкинуть, висміють авторитетні художники, боялась піти на навчання до художньої майстерні, щоб розвивати свій талант;

- відсутність контактів з однолітками і дорослими призводила до браку інформації щодо того, як вона могла б розвивати свої таланти та зростати, це приводило до все більшої ізоляції в житті, що провокувало зростання тривоги щодо свого майбутнього;

- Олена хотіла знайти собі роботу, але розглядала тільки пропозиції на посади, де непотрібно було контактувати з людьми. Окрім

того, уникання співбесід не сприяло пошуку роботи, відповідно в неї погіршувався настрій і не було досвіду подолання тривоги в соціальних ситуаціях.

Очікування від терапії: Олена хотіла розібратись у своїх страхах, пов'язаних із спілкуванням та контактуванням з людьми, навчитись зав'язувати та підтримувати стосунки на різних рівнях (побутовому, дружньому, робочому, особистому), зрозуміти причини своєї тривоги та поганого настрою.

Фактори схильності:

- Розлучення батьків, страх залишатись із мамою без тата
- Мамина критика, крик, звинувачення без причини
- Звичка відмовчуватися, бо діалог не призводив до вирішення конфліктів
- Відсутність підтримки від рідних і близьких
- Критика рідних і порівняння з ідеальною сестрою
- Низька самооцінка - Я невдаха (100%) і як захисна стратегія - уникати людей і активних дій, щоб не побачили, яка я насправді.

Критичний випадок: розрив стосунків із хлопцем. Накопичення страждань від критики і байдужості рідних.

Тип прив'язаності – ненадійний із поведінкою уникнення.

Основні частки: Зранена та покинута дитина, Караюча та Вимоглива батьківські частки, Уникаючо-захисна та Відсторонено-захисна.

Найяскравіше виражені схеми:

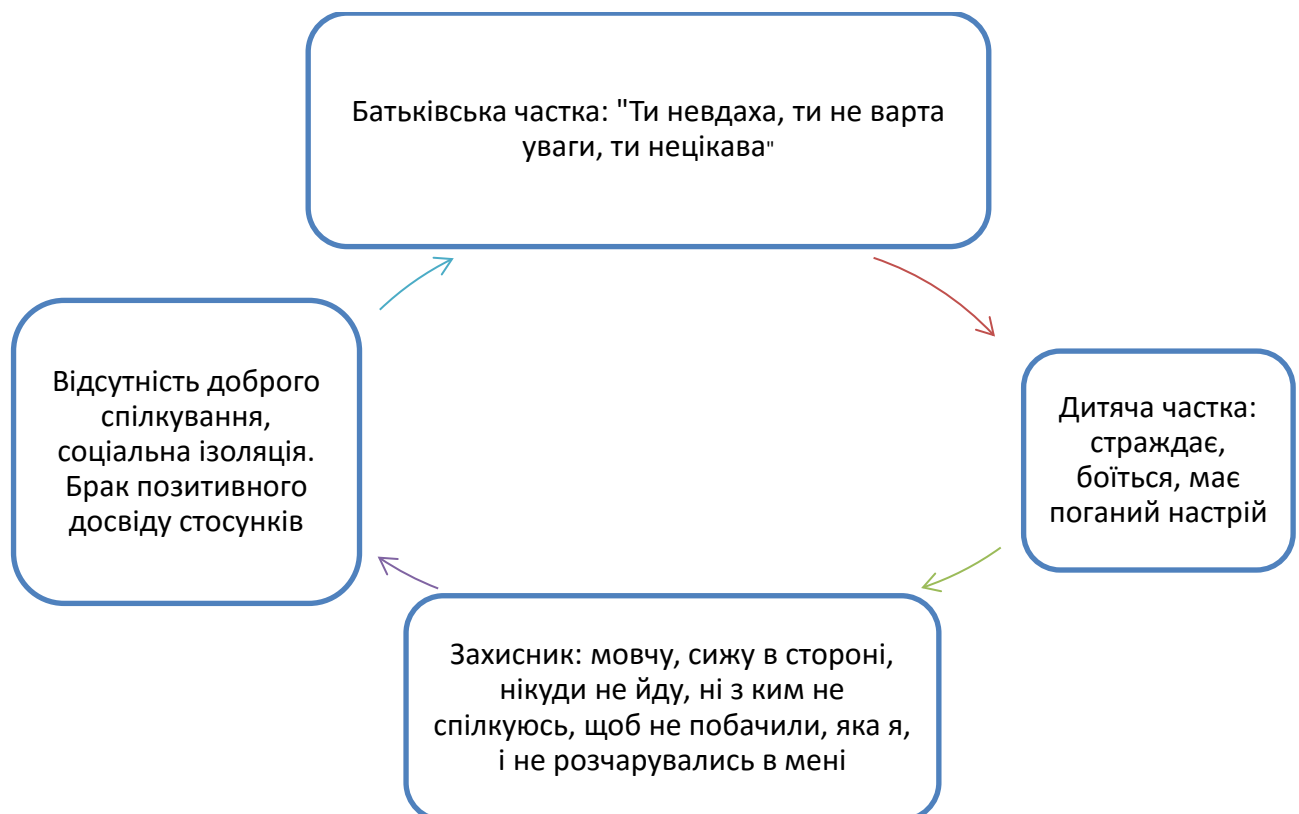
- Схема емоційної депривації - незадоволена потреба в теплі, турботі, любові та піклуванні;
- Схема покинення/нестабільності стосунків - активує відчуття тривоги, страху покинення. Незадоволена потреба в стабільних стосунках.
- Схема недовіри/скривдження - відчуття тривоги і загрози. Розвивається через скривдження і жорстоке ставлення в дитинстві. Незадоволена потреба в безпечному середовищі.

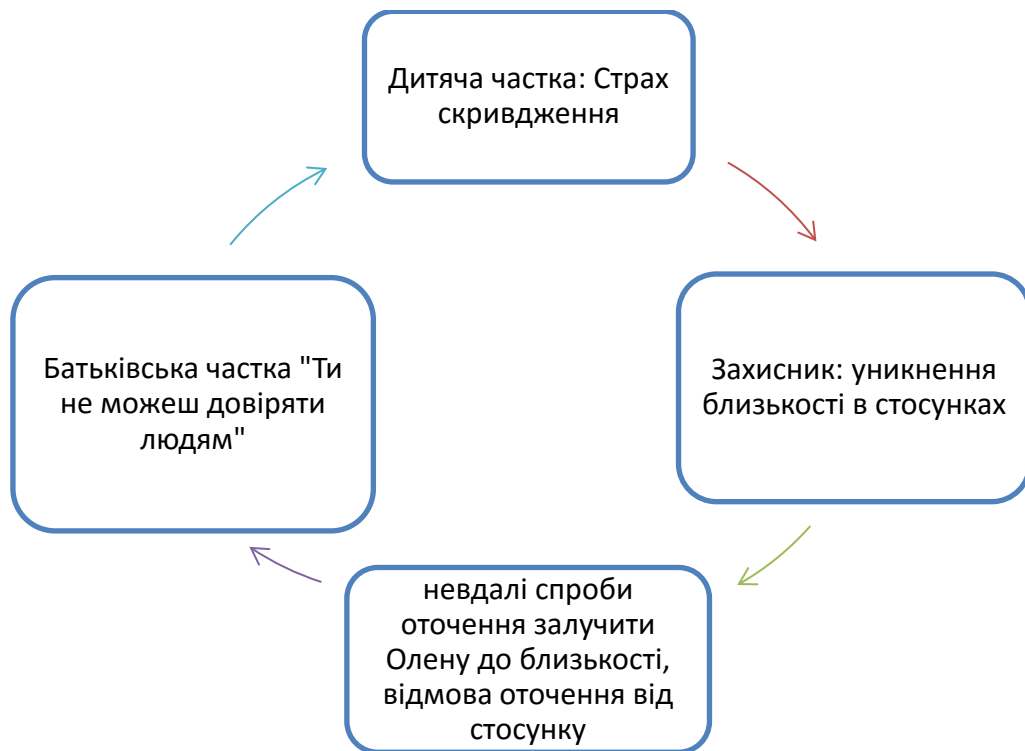
- Схема дефективності / сорому - незадоволена потреба у безумовному прийнятті, цінуванні, визнанні, повазі.

- Схема соціальної ізоляції/ відчуженості – почуття ізольованості та самотності. Незадоволена потреба у спілкуванні. Схема некомпетентності/ неминучих невдач - незадоволена потреба у всебічному розвитку, підтримці на шляху реалізації здібностей.

- Схема емоційної інгібіції - придушення, стримування спонтанних дій, почуттів, спілкування. Незадоволені потреби у вираженні емоцій, спонтанності.

Особливості побудови терапевтичного стосунку: поведінка уникнення впливала на труднощі у побудові альянсу. Створити середовище безпеки для Олени було складно і на це треба було більше часу, оскільки була сильна недовіра до людей, страх бути скривдженою та відкинутою. Типовими циклами Олени при контактах та побудові стосунку були наступні





Власне тому пацієнтка поволі входила в терапевтичний стосунок, впродовж перших 7 сесій доводилось основну увагу приділяти питанню довіри, безпеки, глибинне переконання впливало на виявлення пацієнткою типового стилю коупінгу - уникнення. Активована була частка Унікаючо-захисна. Окрім того, часто було складно спочатку побудувати діалог, оскільки Олена рідко висловлювала свою думку і зазвичай відповідала коротко і нечітко, уникаючи конкретики. За допомогою психоедукації, соціалізації пацієнтки в модель КПТ, зворотнього зв'язку, принципу керованого відкриття, обмеженого повторного батьківства вдалось Олену залучити до співпраці впродовж 1-7 сесій. За допомогою емпатії, обмеженого повторного батьківства вдалось створити атмосферу довіри та безпеки, надійну базу для стосунку, проте підтримувати добрий стосунок і приділяти цьому пильну увагу треба було впродовж усієї терапії.

Основним інтересом, який з'явився у мене впродовж терапії щодо терапевтичного альянсу – це питання встановлення та підтримання якісного, довірливого, безпечного терапевтичного стосунку із пацієнтом, основний поведінковий стиль якого є уникнення.

Вочевидь стиль уникнення був сформований внаслідок порушення стосунку прив'язаності в дитинстві. У розумінні цього питання мені допомогла праця К. Х. Бріша «Терапія порушень прив'язаності» та теорія схема-терапії (Дж.Йонг). Підтримувати контакт із пацієнткою допомагало повторне обмежене батьківство, застосовуване у схема-терапії.

Внаслідок терапії та залучення Олени у терапевтичний альянс вдалось розірвати підтримуючі цикли





Виформувався новий цикл побудови стосунків з оточенням внаслідок досвіду стосунку з терапевтом



Отримавши новий досвід побудови стосунку в терапії, Олена позбулась соціальної тривоги і дещо зміцнила свою самооцінку. На час завершення терапії клієнтка була активною в спілкуванні і сама прагнула підтримувати стосунок довіри. Бустерні сесії допомогли закріпити результат терапії. Сьогодні Олена пробує себе в дизайнерському бізнесі, отримала цікаву роботу за своїм фахом та інтересами, активно спілкується з друзями, будує особисті стосунки.

Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми з унікаючим типом прив'язаності є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто такі люди блокують емоції та не можуть їх висловити, типова відповідь є: «Нормально» (тобто терапевту важко зрозуміти це нормально). Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію унікаючої частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. На цьому шляху терапевту будуть помічними власні ресурси та навички побудови стосунку, оскільки робота з такими клієнтами емоційно виснажлива і на початках мало результативна через міцну броню коупінгів.

Клінічний випадок 2.

Представлення випадку. Оля, 30 років, не працює, живе з батьками, з 14 років має діагноз – епілепсія (на момент звернення вже два роки судом не було).

Основний діагноз: ОКР. **Супутній діагноз:** низька самооцінка.

Пацієнтка звернулась із проханням допомогти їй подолати ОКР, позбутись труднощів у спілкуванні, подолати свій пригнічений настрій. Пацієнтка, починаючи з 15 років мала складну форму ОКР. В терапію прийшла після успішного лікування ОКР в КПТ. Залишились у неї лише прояви ОКР в релігійному житті: надане значення обсесям – Бог мене покарає; компульсії – ритуал молитви, відвідування сповіді щоразу, коли закрадався сумнів, чи вона правильно подумала, сказала чи зробила. ОКР тісно переплетене із низькою

самооцінкою, сумнівами «Чи я правильно зробила» та порушенням стосунку прив'язаності.

Додаткові труднощі, які були в житті пацієнтки:

- відсутність кола спілкування: колишні друзі зі шкільних часів віддалились – бо працюють, формують сім'ї; основна думка, яка пов'язана із цим – «Я нікому не цікава» подразнювала глибинне переконання про себе «Я гірша за інших»;
- не вмiла самостійно себе обслуговувати вдома: мама і сестра готували, прасували одяг тощо, і це тривало від підліткового віку, коли в Олі виявили епілепсію і розвинулось ОКР – вона була інвалідизована на стільки, що потребувала їхньої опіки. Такий стиль життя в теперішньому часі, коли стан Олі вже був стабільний і вона могла б мати більше обов'язків, лише підкріплював переконання про себе «Я хвора» і формував правило – «Щоб отримати привілей, треба бути хворою»;
- складність у прийнятті самостійних рішень, обговорення будь-якого рішення з мамою, сестрою і перекладання відповідальності за вибір на них. Це позбавляло Олю автономії, робило її залежною від думки іншої людини та не давало шансів на утвердження адекватної самооцінки. Глибинне переконання – «Я погана» призводило до страху брати на себе відповідальність, щоб не бути покараною за свої помилки.
- відчувала себе нездарою, невпевненою, оскільки не мала роботи і стосунків з протилежною статтю. Відсутність досвіду та фінансова залежність від батьків підточила самооцінку: «Я ні на що не здатна» і сформувала страх йти на роботу, спричинила до того, що Оля спала до другої години дня і мало куди виходила з дому – втрата соціальних активностей.
- відсутність якісного спілкування призводила до браку інформації щодо того, як Оля могла б розвиватись та зростати, це призводило до все більшої ізоляції в житті, що провокувало зростання тривоги щодо свого майбутнього та пригніченого настрою.

Очікування від терапії: Оля хотіла розібратись із залишками ОКР, подолати труднощі, пов'язані зі спілкуванням та контактуванням з людьми, навчитись зав'язувати та підтримувати стосунки на різних рівнях (побутовому, дружньому, робочому, особистому), підвищити свою самооцінку, стати більш самостійною в житті.

Фактори схильності:

- нейробіологічна схильність до ОКР;
- тато мав вибуховий характер і не вмів регулювати своїх емоцій – часто карав у дитинстві;
- мама сильно опікувалась дітьми;
- часто мама залучала дітей до конфліктів з чоловіком, щоб вони її пожаліли;
- коли батько кричав, мама могла казати: «навіщо ви його розізлили, треба думати, як його не роздратувати», перекладаючи тим відповідальність за неврівноваженість тата на дітей і формуючи у них сприйняття спонтанних дій як катастрофи і відповідальності за цю катастрофу;
- інвалідизація в підлітковому віці від ОКР, епізод депресії, втрата навичок самообслуговування;
- неадекватна катехизація, яка залишила викривлене сприйняття Бога (акцент на покаранні за гріхи).

Критичний випадок: операція на молочній залозі за три місяці до звернення в терапію.

Тип прив'язаності – тривожно-амбівалентний (з поведінкою залежності).

Основні частки: Зранена, підкорена, залежна дитина, Караюча та Вимоглива батьківські частки, Поступливо-покірنا, Перфекціоністично-контролююча, Захисник, що прагне схвалення.

Найяскравіше виражені схеми:

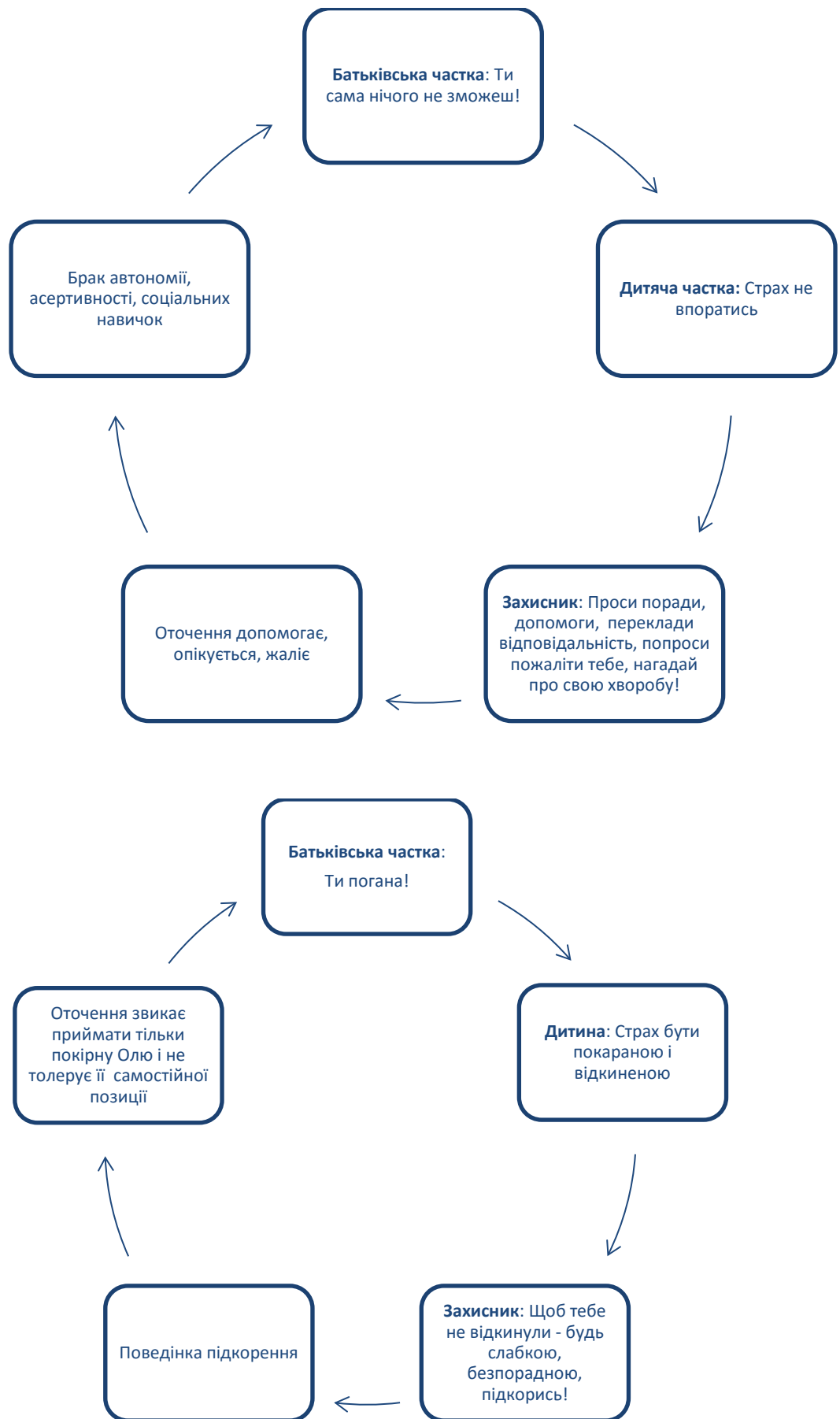
1. Схема недовіри/скривдження - відчуття тривоги і загрози. Розвинулася через скривдження і покарання в дитинстві. Незадоволена потреба в безпечному середовищі.
2. Схема дефективності / сорому - незадоволена потреба у безумовному прийнятті, цінуванні, визнанні, повазі.
3. Схема соціальної ізоляції/ відчуженості – почуття ізольованості та самотності. Незадоволена потреба у спілкуванні через 15 років ізоляції вдома через хвороби.
4. Схема залежності/ безпорадності - незадоволена потреба у підтримці на шляху до поступової самостійності, відповідальності, розвинулась через вимогливість батьків та втрату навичок самообслуговування.
5. Схема злиття/ невідокремленості власної ідентичності – не має відокремленого відчуття себе, їй важко прийняти самостійне рішення. Незадоволена потреба в автономії.
6. Схема некомпетентності/ неминучих невдач - незадоволена потреба у всебічному розвитку, підтримці на шляху реалізації здібностей.
7. Схема очікування на катастрофу – сформована внаслідок поведінки батька та важкої, неконтрольованої хвороби.
8. Схема підкорення (брак асертивності) – пов'язана зі страхом покарання від тата, пов'язана з метою уникнення покарання з боку тата і Бога (як сприймає його Оля).
9. Схема негативізму/ песимізму – зосередженість на негативному, очікування найгіршого, нарікання, песимізм, ниття.
10. Схема емоційної інгібіції - придушення, стримування спонтанних дій, почуттів, спілкування. Незадоволені потреби у вираженні емоцій, спонтанності.
11. Схема надвисоких стандартів/ гіперкритичності – потреба бути досконалим, суворо дотримуватися певних високих стандартів та

правил, щоб уникнути покарання: зовнішній вигляд, релігійне життя, робота.

12.Схема покарання – очікування покарання від тата, з яким далі живе під одним дахом, або від керівників на роботі.

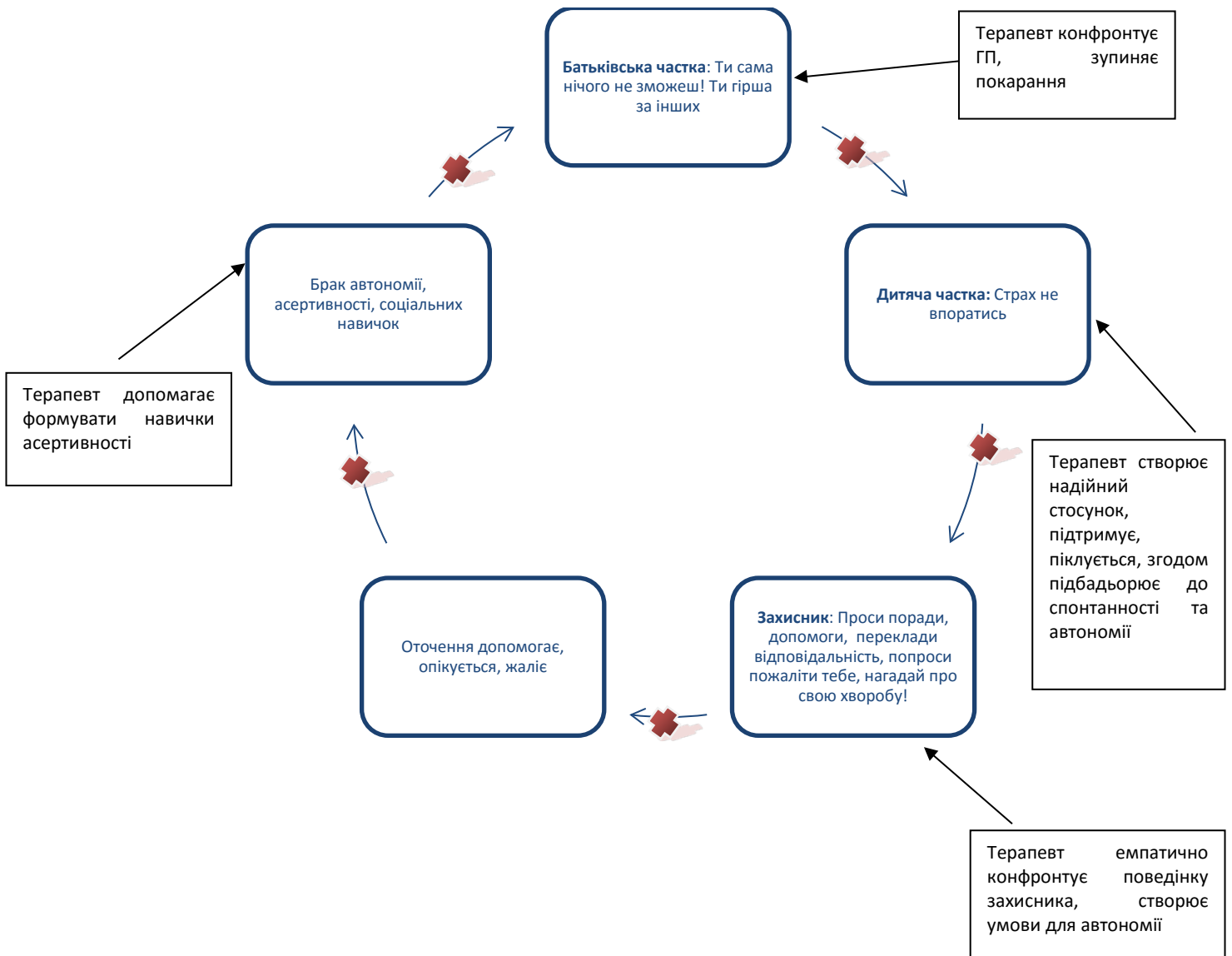
Особливості побудови терапевтичного стосунку: поведінка поступливості, залежності, злиття та безпорадності впливала на труднощі у побудові альянсу. Сесії було складно на початках структурувати, оскільки пацієнтка обрала першу стратегію – багато жалілась про свої хвороби, виставляючи на перший план фасад «Я хвора і потребую опіки – пожалійте мене і прийміть мою слабкість через хворобу». Через цю стратегію намагалась отримати для себе привілеї: післяобідній час для консультацій, бо їй «тяжко рано вставати з ліжка, добиратись», хоч знала, що прийом ведеться до 14 години; телефонувала кілька разів на тиждень в будь-який час дня, щоб запитати поради як їй вчинити, хоч терапевт озвучив час для дзвінків; відміняла консультації, коли дощило чи ставало холодніше на вулиці. Коли терапевт окреслював межі, в пацієнтки була образа, і це утруднювало роботу на сесіях. Окрім того, на початку терапії пацієнтка намагалась зробити з терапевта «учителя, гуру», який не так навчить нових стратегій, як візьме на себе відповідальність за життя пацієнтки. Окрім того трудність була із виконанням домашніх завдань, оскільки у пацієнтки з одного боку були завищені стандарти до виконання завдань, а з іншого – брак навичок самоорганізації та звичка перекладати досягнення своїх життєвих цілей на інших. Хоча за півроку терапії спостерігались і позитивні зміни: активізація пацієнтки, вихід на роботу два дні на тиждень, зменшення кількості сповідей через сумніви щодо думок і слів.

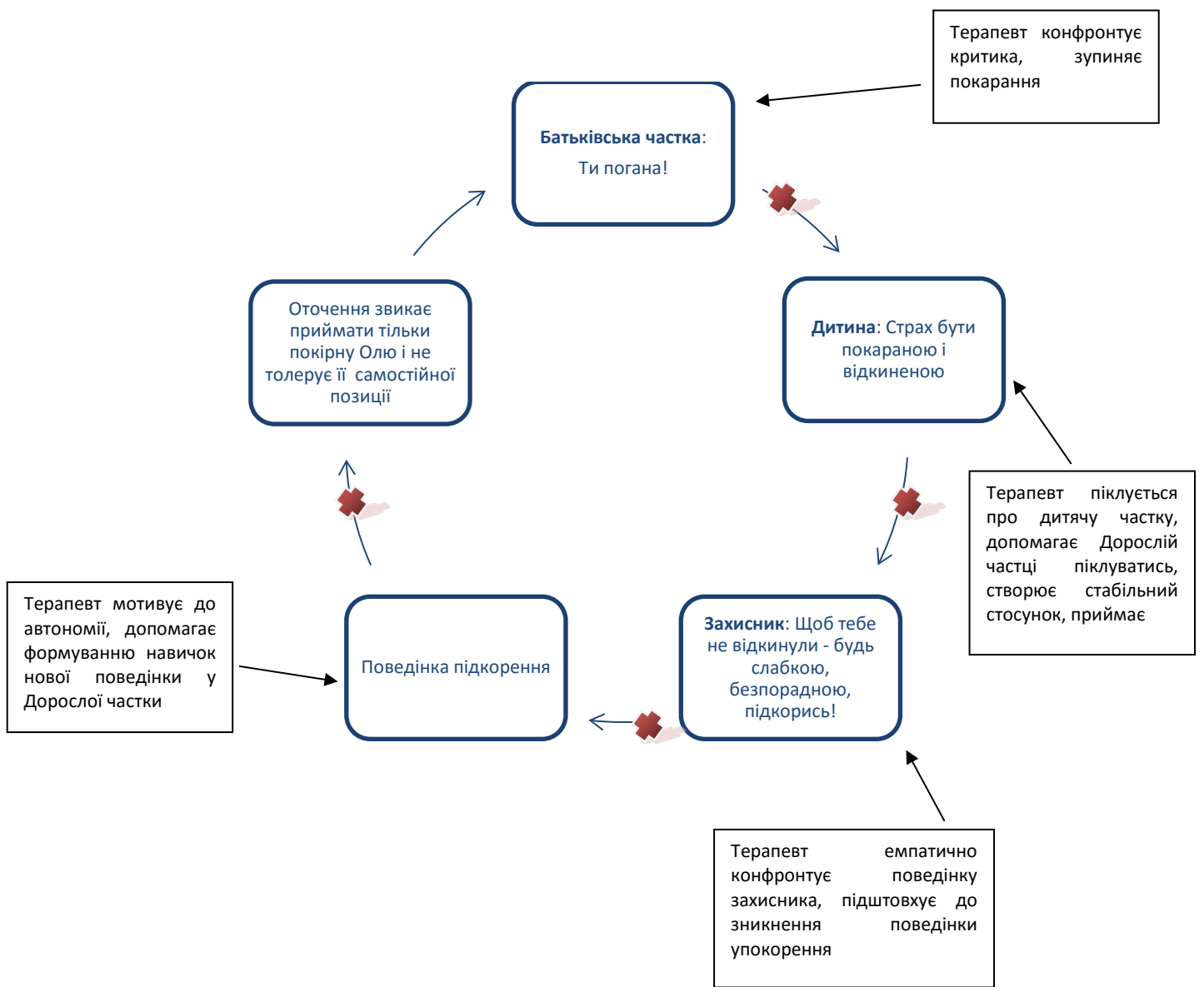
Такі труднощі в побудові стосунку гальмували процес терапії загалом. Типовими циклами Олі в *соціальних контактах* та намагання їх відтворити в контакті з терапевтом при побудові терапевтичного стосунку були наступні:



Власне через такі підтримуючі цикли, Оля мала труднощі в побудові стосунку з оточенням. При побудові терапевтичного альянсу було важливо зробити

кілька важливих кроків: насамперед створити надійну безпечну основу стосунку, а згодом мотивувати пацієнтку до автономії та зростання





Виформувався новий цикл побудови стосунків з оточенням внаслідок досвіду стосунку з терапевтом



Отримавши новий досвід побудови стосунку в терапії, Оля почала ставати автономною, приймати самостійні рішення і дещо зміцнила свою самооцінку. На час опису цього випадку, клієнтка стала активнішою в спілкуванні, перестала в усьому покладатись на терапевта. Сьогодні Оля знайшла роботу з неповною зайнятістю, пробує самостійно розвиватись, менше використовує маску «хвороби», яка дає привілей.

Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми із тривожно-амбівалентним типом прив'язаності є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, плекання автономії та самостійності; емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто такі люди блокують свої потреби та не можуть їх висловити, типова відповідь є: «Як скажете; Вам видніше; Порадьте» (тобто терапевту складно мотивувати клієнта до самостійних суджень та висновків; нелегко активувати самостійність та автономну поведінку; залучити до колаборативного підходу та розділення відповідальності за результат терапії). Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію залежної частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. На цьому шляху терапевту будуть помічними стратегії здорового батьківства, коли батьки поступово, по мірі дорослішання дитини, розширюють межі її автономної поведінки, делегують повноваження, плекають самостійність у прийнятті рішень, допомагають аналізувати наслідки поведінки та вчать брати відповідальність за вчинки.

В роботі з такими клієнтами є високий ризик для терапевта, якщо терапевт забуватиме моніторити власні схеми. Наприклад, ставлення до терапевта як гуру та пошук від терапевта допомоги і порад, може бути приємним для терапевта, тішити його, а також активувати в терапевта схеми пошуку визнання, самопожертви та ін., що може негативно вплинути на терапію. Тоді терапевт може стати заручником часток клієнта і сліпо задовольняти їх, не вирощуючи Здорової дорослої частки. Тому, роблячи клієнтів більш самостійними, треба зважати на ризик і не перебрати на себе одноосібну відповідальність за життя клієнта.

Клінічний випадок 3.

Представлення випадку. Анна, 54 роки, заміжня, не працює, має трьох дітей.

Основний діагноз: Інтерперсональні проблеми, брак асертивності, порушення емоційної регуляції.

Пацієнтка звернулась із проханням допомогти налагодити і підтримувати стосунок і спілкування з дітьми – 35, 26, 10 років, позбутись труднощів у спілкуванні, а також навчитись відстоювати свої межі.

Труднощі, які були в житті пацієнтки:

- Контакт із донькою 35 років порушений, будь-які спроби порозумітись завершувались криком доньки та відчуттям роздратування та вини в Анни. Внаслідок цього виникали думки – «Я погана мама, якщо вона мене відштовхує», «Я пошкодила своїй доньці і тепер винна в тому, що в неї неорганізоване життя» подразнювали глибинне переконання про себе «Я гірша за інших»; Анна має свій погляд на те, як мало би складатись життя доньки: кар'єра, родина та доглянута зовнішність. Будучи вимогливою до себе, намагалась донести доньці, що прагне для неї кращого життя – донька у відповідь, захищаючи свої межі, реагувала криком;

- Своєрідне «розчинення» в житті дітей, самопожертва, вирішення проблем дітей. Анна намагалась керувати долею дорослих дітей, бо на її думку, вони недостатньо успішні. Вона намагалась ставити вимоги до дорослого сина, бо він веде спокійний і розмірений спосіб життя, а не підкорює високі вершини кар'єри чи успіху;

- Труднощі контакту з дітьми полягали в тому, що Анна довго мовчала, збирала незадоволення їхніми діями чи поведінкою, чи стилем життя, які не відповідали її очікуванням від дітей, її бажанням бачити дітей «кращими ніж вони є». Але невербально багатозначно і часто повідомляла дітям про своє невдоволення, що трігерувало дорослих дітей

і відштовхувало їх від неї. І час від часу Анну проривало і вона згадувала всі свої «прохання» і образи до них;

- Не могла налагодити контакт із молодшою донькою, яка мала поведінкові проблеми, порушену емоційну регуляцію. Анна втомлювалась від вимогливості та «капризів» дитини, але попри все задовольняла більшість її бажань;

- Анна мріяла про міцні родинні зв'язки і дружні стосунки із дітьми, але не вміла бути в якісному стосунку, приймати дітей такими, якими вони є, ставила вербально свої очікування, а невербально повідомляла про своє розчарування ними – що руйнувало стосунки і спілкування

- Однією з труднощів Анни була відсутність асертивності у спілкуванні з чоловіком та друзями. Коли вона відчувала «натяки на свою недосконалість» вона мовчала, довго з тим ходила, могла невербально повідомляти про своє роздратування, мовчки гніватись, але не вміла вибудувати своїх меж і в асертивний спосіб повідомити про свої потреби. Це призводило до думок: «Мене всі хочуть образити і зачепити», «Мною нехтують», «Я на таке не заслуговую» - і це подразнювало глибинне переконання «Я не варта любові» і призводило до того, що Анна, щоб бути цінною намагалась уникнути прямої конфронтації;

- Надвисока вимогливість до себе – все, починаючи від зовнішності, завершуючи власним духовним розвитком, мало бути максимально досягнутим. Щоб не чутись гіршою – треба все робити якнайкраще, мати успішних дітей та ін. Намагання досягати результатів призводило до розчарування своїм життям і подразнювало переконання «Я гірша». Щоб не чутись гіршою, в Анни сформувався захисний коупінг: демонструвати свій особливий статус і свою успішність усіма можливими способами.

Очікування від терапії: пацієнтка прагнула знайти порозуміння з дітьми, мати з ними гарний стосунок, навчитись із ними розмовляти, навчитись асертивності, навчитись не вибухати в гніві.

Фактори схильності:

- тато зловживав спиртним, мав вибуховий характер і не вмів регулювати своїх емоцій, часто кричав на дружину, але доньки не зачіпав. Проте завжди очікував від доньки дій та результатів на “відмінно”;

- мама була вимогливою, контролюючою, критичною та підозріливою;

- часто мама залучала дитину до конфліктів з чоловіком, щоб вона йшла до нетверезого батька і з’ясовувала, чому він не любить мами, бо тато не кричав на доньку;

- мама створювала фасад сім’ї, щоб на людях все виглядало ідеально і вимагала цього від доньки;

- добре вчилась, завжди гарно виглядала, була успішною в досягненнях – дівчина в підлітковому і юнацькому віці часто викликала одночасно і захоплення і відштовхування. І мріяла часто в студентські роки бути прийнятою до колективу;

- в дитинстві не мала доброго стабільного стосунку, безумовного прийняття, свободи самовираження і автономії.

Критичний випадок: збільшення сварок з дітьми, виснаження від скандалів.

Тип прив’язаності – дезорганізований тип прив’язаності.

Основні частки: Зранена, Імпульсивна, Зла дитина, Вимоглива батьківська частка, Відсторонено-самозаспокоююча, Самовозвеличуюча, Агресивно-нападаюча, Здорова доросла частка.

Найяскравіше виражені схеми:

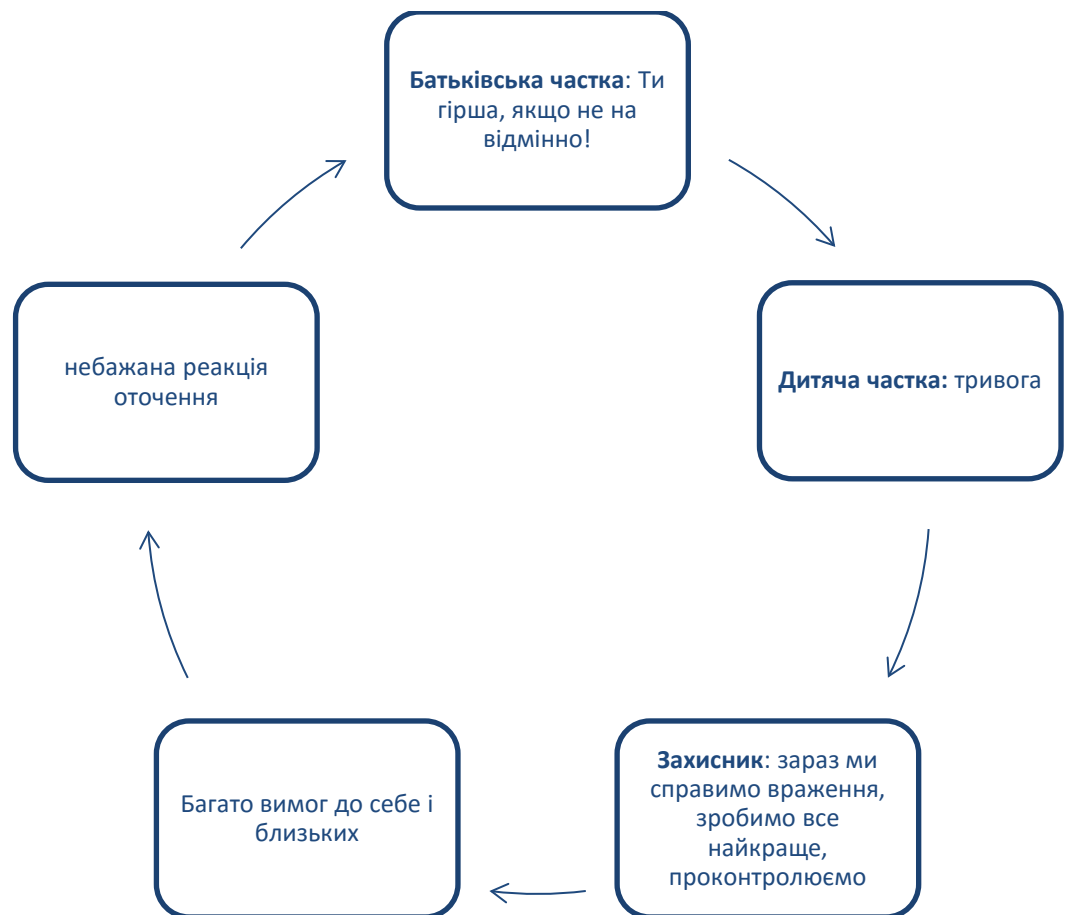
1. Схема недовіри/скривдження - відчуття тривоги і загрози. Розвинулася через скривдження і контроль в дитинстві. Незадоволена потреба в безпечному середовищі.

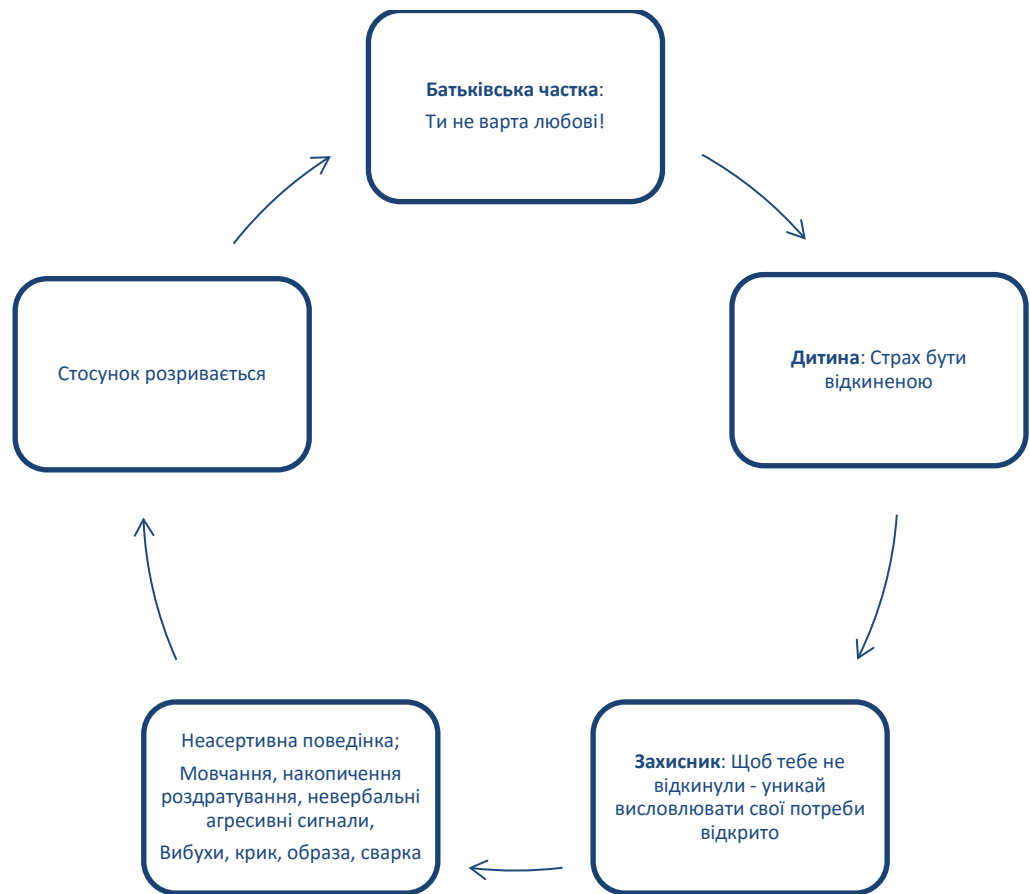
2. Схема соціальної ізоляції/ відчуженості – почуття ізольованості та самотності. Незадоволена потреба у якісному спілкуванні.
3. Схема негативізму/ песимізму – зосередженість на негативному, очікування найгіршого, нарікання, песимізм.
4. Схема емоційної інгібіції - придушення, стримування спонтанних дій, почуттів, спілкування. Незадоволені потреби у вираженні емоцій, спонтанності.
5. Схема надвисоких стандартів/ гіперкритичності – потреба бути досконалим, суворо дотримуватися певних високих стандартів та правил, щоб не чутись гіршою: зовнішній вигляд, родинне життя, саморозвиток.
6. Схема покарання – очікування покарання, контролю, критики, засудження.
7. Схема емоційної деривації (“Мої емоційні потреби не є важливі, я не можу очікувати, що моя потреба у любові, турботі, підтримці буде задоволена”). Незадоволена потреба в теплі, турботі, любові та піклуванні.
8. Схема особливого статусу та прав (“Я особливий, я маю особливий статус, я особливий, тому можу робити що хочу”).
9. Схема самопожертви (потреба бути потрібним, заслужити любов).

Особливості побудови терапевтичного стосунку: з початку терапії пацієнтка намагалась керувати процесом роботи, справляти враження на терапевта своєю обізнаністю в психологічній літературі, різних теоріях. Були труднощі із встановленням порядку денного, вибору найгарячіших питань для роботи, бо пацієнтка ігнорувала правила, встановлені протоколом сесій. Переривала терапевта, перебивала тоді, коли терапевт висловлював свою позицію, невербально сигналізувала, що їй щось може бути не цікавим, або розходиться з її переконаннями чи знаннями. Хоч вербально уникала конфронтувати і говорити про свої потреби.

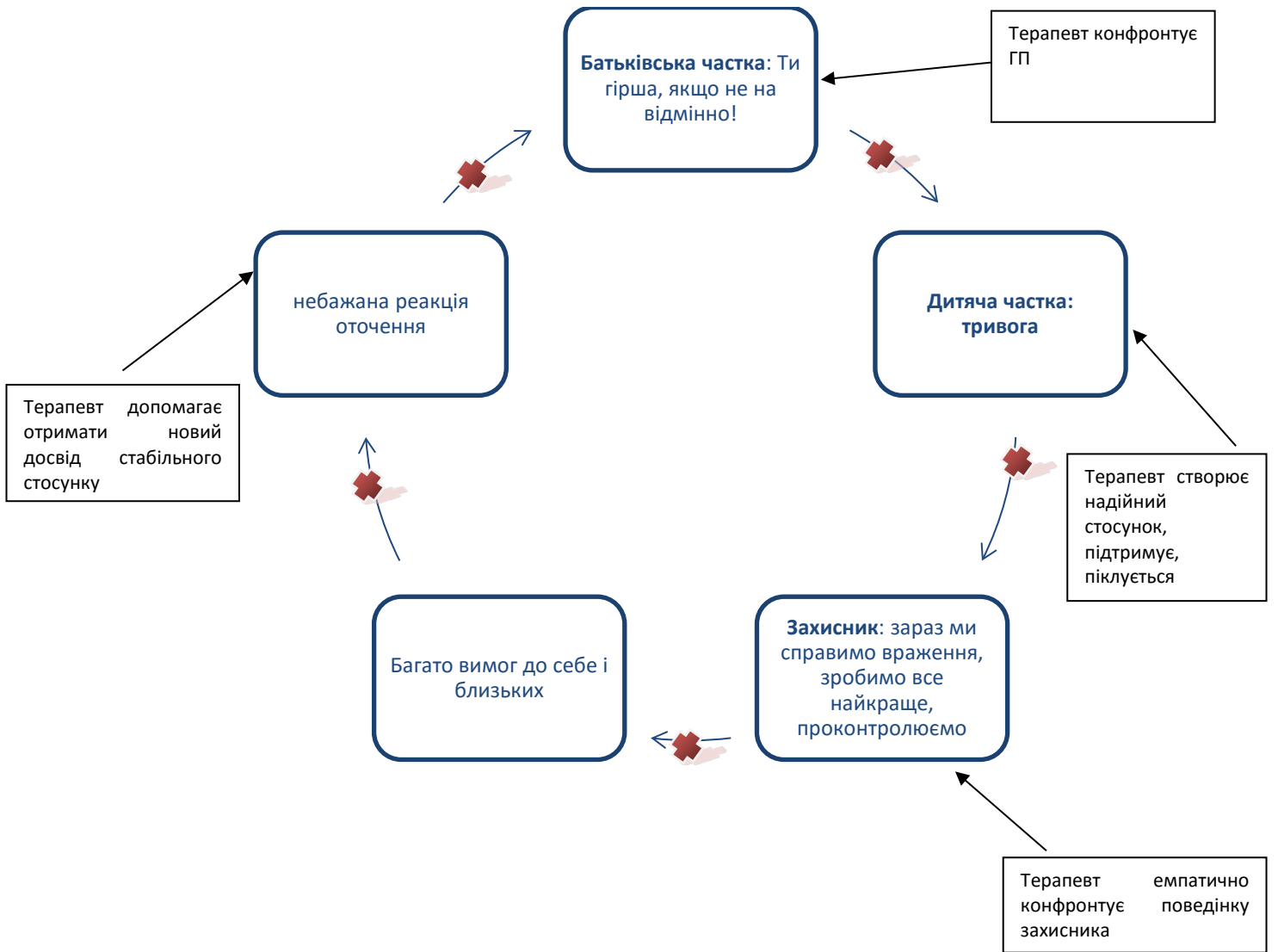
Робота на встановлення надійного довірливого стосунку, безпечної бази тривала близько шести сесій. Лише коли пацієнтка відчула прийняття, відвертість, відкритість терапевта, побачила, що немає критичної чи засудливої позиції, почала зменшувати захисні стратегії на сесіях. З того моменту терапевтичний альянс почав міцнішати, що благотворно впливало на динаміку роботи.

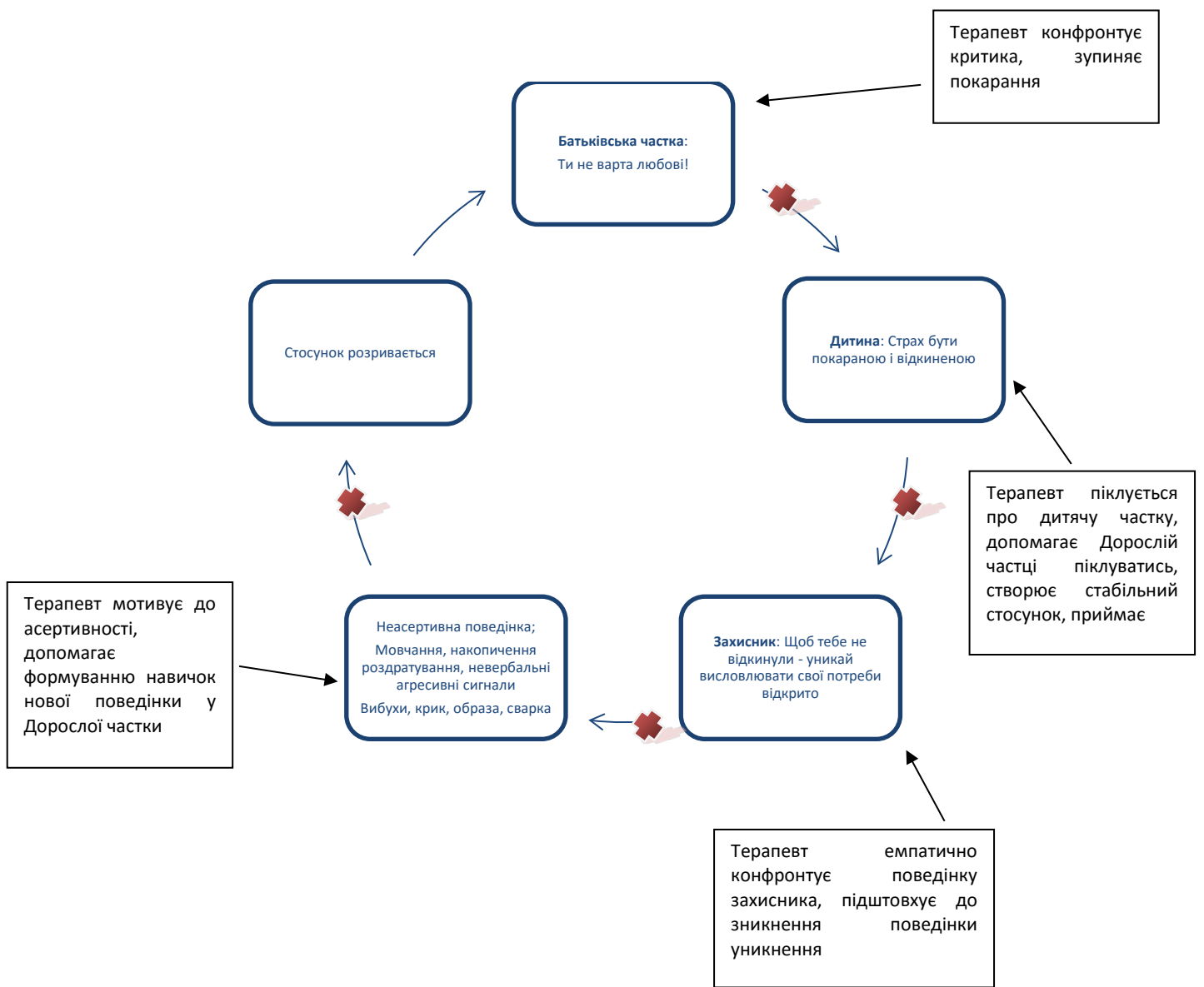
Типовими циклами Анни в *побудові стосунку* та намагання їх відтворити в контакті з терапевтом при побудові терапевтичного стосунку були наступні:





Власне через такі підтримуючі цикли, Анна мала труднощі в побудові стосунку з дітьми та чоловіком. При побудові терапевтичного альянсу було важливо зробити кілька важливих кроків: насамперед створити надійну безпечну основу стосунку, а згодом мотивувати пацієнтку до асертивності





Виформувався новий цикл побудови стосунків з оточенням внаслідок досвіду стосунку з терапевтом



Отримавши новий досвід побудови стосунку в терапії, пацієнтка позбулась деяких труднощів у формуванні стосунків, дещо зміцнила свою самооцінку, навчилась говорити про свої потреби в асертивний спосіб. На час представлення результатів опису цього випадку, пацієнтка була асертивною в спілкуванні і сама прагнула підтримувати стосунок довіри. Навички спілкування допомогли Анні відновити зв'язок із дітьми, навички асертивності допомогли висловлювати свої потреби, робота з глибинним переконанням вплинула на зменшення вимогливості до себе і близьких та послаблення контролю свого самовираження. Анна докладє зусиль для підтримання стосунку з близькими.

Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми з *дезорганізованим типом прив'язаності* є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто захисною поведінкою є уникнення прямого вираження своїх потреб, а також активний чи пасивний напад і руйнування стосунку. Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію захисної частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. А також терапевту доводиться немало зусиль витратити на другий коупінг – гіперкомпенсацію. На цьому шляху терапевту будуть помічними власні ресурси, навички побудови стосунку, асертивність, оскільки робота з такими клієнтами є довготривала і на початках мало результативна через два різні стилі коупінгів.

Особливо продуктивним і переломним моментом в цьому випадку стала емпатична конфронтація нападаючої захисної частки, яка зазвичай утруднювала клієнтці стосунок з оточенням: їй важливо було доводити свою правоту або невербально знецінювати думку співрозмовника. Після конфронтації клієнтка мала новий досвід побудови стосунку, використовуючи асертивність чітко повідомляла про свої потреби, навчилась спокійно реагувати на відмінну думку співрозмовника, поважаючи іншу позицію, а не знецінюючи.

Висновки

Дослідивши теорії розладів прив'язаності, проаналізувавши основні характеристики та умови створення терапевтичного альянсу, розглянувши клінічні приклади, можна дійти наступних висновків:

1. Для нормального емоційного і соціального розвитку дитині необхідно встановити взаємини хоча б з однією людиною, яка б про неї турбувалася («вихователем» чи «опікуном»). Дослідники Джон Боулбі, Мері Д. Ейнсворт, Вільям Блатц, Інге Бретертон, Еверет Уотерс, Алан Сроуфе, Мері Мейн та ін. виявили набір стереотипних поведінкових реакцій чи послідовних дій, що свідчать про особливості прив'язаності. З точки зору теорії наочіння легко пояснити те, що діти з народження регулюють свою близькість і дистанцію з референтними особами через процес навчання, а також підкріплення чи негативні наслідки. Знайомство з цими процесами відбуваються через епізоди соціальної взаємодії між мамою та дитиною, в яких мама точно сигналізує про ступінь дистанціювання з дитиною, якого вона прагне, і це, швидше за все, відкладається у пам'яті дитини як афективно-когнітивна схема. Дитина, орієнтуючись на поведінку мами, дізнається з її моделей поведінки, на скільки важливі для неї стосунки прив'язаності, близькості та дистанціювання.
2. Типи прив'язаності: надійна, ненадійна з поведінкою уникнення, ненадійно-амбівалентна, дезорганізована. Кожен тип прив'язаності має свої патерни побудови стосунків з оточенням в дорослому віці. Лише надійний тип прив'язаності дозволяє особистості встановлювати якісні близькі стосунки, формувати конструктивні зв'язки, розвивати стабільні контакти. Усі інші типи прив'язаності впливають на стосунки особистості в такий спосіб, що не дають людині відчувати себе в повній безпеці в стосунках, викривляють сприйняття поведінки оточення, ведуть до розвитку деструктивних стосунків.

3. Сучасні нейробіологічні дослідження теж підтверджують теорію Боулбі та показують, на скільки важливим є стосунок з близькими людьми в дитинстві для розвитку нашого мозку. Особливо великі проблеми створює, коли люди зіштовхуються з неприйняттям і насильством в дитинстві, в той період, коли мозок формує перші нейронні зв'язки, котрі відповідають за побудову стосунків. Нейронний шлях, який має допомагати підтримувати зв'язки з іншими, навпаки перетворюється на нейронний шлях, котрий тримає в страху та ізоляції. Тобто, якщо дитину виховують байдужі дорослі, мозок дитини формується з моделями поведінки, що відображають почуття безвиході та відчаю. Та, незважаючи на те, що у мозку дитини можуть бути сформовані зв'язки, котрі віддаляють людину від стосунків, добрий та надійний стосунок у будь-якому віці може допомогти “переформатувати” нейронні шляхи на такі, котрі дозволяють встановлювати та підтримувати ресурсні й такі необхідні людині для розвитку соціальні взаємовідносини. Про це свідчать нещодавно проведені дослідження мозку людей.
4. Незадоволення потреб дитини впливає на формування порушень прив'язаності, що, в свою чергу, веде до розвитку та закріплення ранніх дисфункційних схем, які впливають на когніції, спогади, емоції, поведінку, особливості сприйняття соціальних ситуацій та стосунків із іншими людьми. Янг і співавтори (2003) визначили 18 схем, об'єднаних у 5 груп. Дисфункційні схеми розвиваються тоді, коли не задоволені базові потреби дитини в міжособистісній близькості та безпечній прив'язаності, або коли дітей недостатньо рамкують та блокують їх дослідницький інтерес.
5. Ефективні стосунки між терапевтом і клієнтом мають важливе значення для лікування. Є докази, що якість цих взаємин впливає на результат терапії. У складній мережі взаємин терапевта з клієнтом стає очевидно, що хороший когнітивний терапевт має мати риси, визначені Роджерсом: доброзичливість, співчуття, щирість і безумовне прийняття клієнта.

Багато досліджень показало, що терапевти, які діють таким чином, досягають кращих результатів. Важлива роль у встановленні терапевтичних стосунків належить прив'язаності, яка може бути визначальною у терапевтичному процесі. Оскільки пацієнти з порушеними соціальними взаємодіями не приносять у стосунки з терапевтом безпечних автономних стратегій прив'язаності, центральним завданням терапевта – стати надійною опорою. Для цього потрібні висока чутливість та емпатія, а також необхідність налаштуватись на викривлені потреби в прив'язаності і на пов'язану із ними особливості поведінки пацієнта. В роботі з пацієнтами з порушенням прив'язаності важливо йти назустріч незадоволеним потребам у прив'язаності. Необхідно враховувати, що зробило відбиток на патерні прив'язаності пацієнта.

6. Факторами, що запускають встановлення та збереження терапевтичної прив'язаності між пацієнтом і терапевтом: «невисловлене афективне узгодження» та емоційний клімат. Формування прив'язаності є принциповою умовою для ефективного використання терапевтичних технік та втручань. Встановлення та підтримання прив'язаності особливо цінне при лікуванні пацієнтів с розладами особистості при довготривалій терапії. Для опрацювання психологічних проблем можна використовувати теорію прив'язаності, особливо такі теми як прив'язаність, розлука і втрата, дослідницька поведінка. Фактор прив'язаності може бути ключовим у різних напрямках психотерапії, оскільки терапевт являє собою надійну базу та моделює надійні стосунки з пацієнтом для боротьби зі страхами та формування надійної емоційної опори.
7. У схема-терапевтичній роботі існує кілька важливих помічних стратегій, які допомагають створити, зберегти, відновити терапевтичний стосунок: *Обмежене повторне батьківство; Емпатична конфронтація; Встановлення меж.* Важливим моментом, який варто враховувати при

побудові терапевтичного альянсу, є самомоніторинг терапевта, щоб відстежити активацію власних схем, які можуть «співпрацювати» зі схемами клієнта, але й робити процес терапії неефективним.

8. З клінічних прикладів роботи з клієнтами, в яких є різні типи прив'язаності, впливає, що терапевту слід пам'ятати про певні ризики для альянсу, а також володіти певними навичками та особистими компетенціями для втримування цілющого терапевтичного альянсу.
9. Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми з унікаючим типом прив'язаності є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто такі люди блокують емоції та не можуть їх висловити, типова відповідь є: «Нормально» (тобто терапевту важко зрозуміти це нормально). Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію унікаючої частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. На цьому шляху терапевту будуть помічними власні ресурси та навички побудови стосунку, оскільки робота з такими клієнтами емоційно виснажлива і на початках мало результативна через міцну броню коупінгів.
10. Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми із тривожно-амбівалентним типом прив'язаності є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, плекання автономії та самостійності; емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто такі люди блокують свої потреби та не можуть їх висловити, типова відповідь є: «Як скажете; Вам видніше; Порадьте» (тобто терапевту складно мотивувати клієнта до самостійних суджень та висновків; нелегко активувати самостійність та автономну поведінку; залучити до колаборативного підходу та розділення відповідальності за результат терапії). Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію залежної частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. На цьому шляху терапевту будуть помічними стратегії здорового батьківства, коли

батьки поступово, по мірі дорослішання дитини, розширюють межі її автономної поведінки, делегують повноваження, плекають самостійність у прийнятті рішень, допомагають аналізувати наслідки поведінки та вчать брати відповідальність за вчинки. В роботі з такими клієнтами є високий ризик для терапевта, якщо терапевт забуватиме моніторити власні схеми. Наприклад, ставлення до терапевта як гуру та пошук від терапевта допомоги і порад, може бути приємним для терапевта, тішити його, а також активувати в терапевта схеми пошуку визнання, самопожертви та ін., що може негативно вплинути на терапію. Тоді терапевт може стати заручником часток клієнта і сліпо задовольняти їх, не вирощуючи Здорової дорослої частки. Тому, роблячи клієнтів більш самостійними, треба зважати на ризик і не перебрати на себе одноосібну відповідальність за життя клієнта.

11. Основними труднощами для терапевта при роботі з людьми з *дезорганізованим типом прив'язаності* є мотивування їх здорової частки до якісного стосунку, емпатична конфронтація захисної частки, оскільки часто захисною поведінкою є уникнення прямого вираження своїх потреб, а також активний чи пасивний напад і руйнування стосунку. Терапевту в альянсі варто розуміти стратегію захисної частки і послідовно її зменшувати своїми діями та емпатією до потреб дитячої частки. А також терапевту доводиться немало зусиль витратити на другий коупінг – гіперкомпенсацію. На цьому шляху терапевту будуть помічними власні ресурси, навички побудови стосунку, асертивність, оскільки робота з такими клієнтами є довготривала через два різні стилі коупінгів.

Список використаної літератури

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками. – Львів : Видавництво “Свічадо”, 2014. – 264 с.
2. Боулби Дж. Привязанность. Режим доступа : <http://www.klex.ru/as5>
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М. : Академический Проект, 2006. – 232 с.
4. Бриш К.-Х. Терапия нарушений привязанности : от теории к практике. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.
5. Бэнкс Э., Хиршман Л. На одной волне: нейробиология гармоничных отношений. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2016. – 304 с.
6. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів : Видавництво “Свічадо”, 2014. – 420 с.
7. Деклейн М., Шпельтц М. Привязанность и расстройство поведения // Розлади поведінки дитячого і підліткового віку. – Пер. з англ. / За ред. В. Штенгелова. – К. : Сфера, 2005. – С. 290-313
8. Петрановская Л. Тайная опора: привязанность в жизни ребенка. – М. : АСТ, 2015. – Режим доступа : <https://www.litres.ru/ludmila-petranovskaja/taunaua-opora-privyazannost-v-zhizni-rebenka-2/>
9. Порушення дитячої прив’язаності – нова реальність сьогодні? // Соціальний педагог. – 2012. - № 1 (61). – С. 4-9
10. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1065 с. – 161-174
11. Романчук О. І. Терапевтичне батьківство: роль прийомних батьків у зціленні дітей з розладами прив’язаності // Нейроньюс. - № 6/2. – Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/page/terapevtichne-batkivstvo-rol-prijomnih-batkiv-u-zcilenni-ditej-z-rozladami-privE28099yazanosti>
12. Сигел Д. Майндсайт. Новая наука личной трансформации. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 370 с.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM – V, Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013