

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вплив релігійності та гештальт-терапії на страх смерті у дорослих людей

Здобувача (ки) 2 курсу КП-243 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Андрія ЛОХМАТОВА
(прізвище та ініціали)

Керівники
Катерина МІЛЮТИНА, д.психол.н., проф.,
Анна КРАЙЛЮК, к.психол.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 11 від « 22 » червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2026

АНОТАЦІЯ

В умовах тривалого воєнного стану в Україні проблематика страху смерті як форми екзистенційної тривоги набуває особливої соціальної та клінічної значущості. Дорослі люди дедалі частіше звертаються як до традиційних релігійних практик, так і до сучасної психотерапії, зокрема гештальт-підходу, у пошуках засобів подолання екзистенційної тривоги. Метою представленої роботи стало теоретичне обґрунтування та емпіричне виявлення і порівняння характеру впливу релігійної залученості та гештальт-терапії на рівень страху смерті дорослих людей.

Дослідження реалізовувалось у два послідовні емпіричні етапи. На першому етапі було застосовано кросс-секційний порівняльний дизайн на вибірці українських респондентів ($N=78$, вік від 18 років), розподілених на групи за частотою відвідування церкви та психотерапевта. Вимірювання здійснювалося за допомогою комплексу валідизованих методик: опитувальника інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона (IUS-12), шкали резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-10), опитувальника світоглядної пластичності К. М. Грузиної та опитувальника екзистенційної тривоги В. Ван Брюггена (ECQ). Результати засвідчили, що релігійні респонденти демонструють значуще нижчий страх смерті ($t = 3.003$, $p = 0.004$, $d = 0.72$) порівняно з групою психотерапії, а також вищі показники прогностичної тривоги ($t = -2.412$, $p = 0.019$), світоглядного ідеалізму ($t = -2.234$, $p = 0.029$) та песимізму ($t = -2.197$, $p = 0.031$). На другому етапі було проведено ретроспективне дослідження на вибірці клієнтів тривалої гештальт-терапії ($N=16$), які порівнювали свій актуальний стан зі станом до початку терапії за допомогою опитувальника екзистенційної тривоги (ECQ), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та Шкали саморефлексії та інсайту Е. Гранта (SRIS). Результати показали, що тривала гештальт-терапія асоціюється зі зниженням

страху смерті, страху самотності та тривоги, а також із розвитком саморефлексії та інсайту, тоді як рівень депресії залишався відносно стійким.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному двоетапному дослідженні впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті, що дозволило встановити принципово різні механізми їхнього впливу: релігія знижує страх смерті через надання метафізичних смислових рамок, тоді як гештальт-терапія може тимчасово актуалізовувати екзистенційні переживання в процесі терапевтичної роботи, однак у довгостроковій перспективі також сприяє їхньому зниженню. Виявлено, що розвиток інсайту є ключовим механізмом зниження страху самотності в процесі гештальт-терапії, а вищий вихідний рівень екзистенційної тривоги до початку терапії пов'язаний із більш вираженою позитивною динамікою за роки терапевтичної роботи.

Ключові слова: релігійність, церква, гештальт-терапія, страх смерті, страх самотності, екзистенційна тривога, саморефлексія, інсайт, світоглядна пластичність, резильєнтність, інтолерантність до невизначеності.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РЕЛІГІЙНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ НА ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....	12
1.1. Психологічна природа релігійності та її роль у формуванні особистості.....	12
1.2. Психотерапевтичний процес та гештальт-терапія: вплив на особистісний розвиток та екзистенційне функціонування.....	19
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РЕЛІГІЙНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ НА ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ.....	33
2.1. Організація вибірки та опис психодіагностичного інструментарію дослідження.....	33
2.2. Відмінності особистісних характеристик прихильників психотерапії від прихильників релігії.....	36
2.3. Особливості особистісних характеристик дорослих осіб в залежності від частоти відвідування психотерапії та церковної служби.....	52
Висновки до розділу 2.....	69
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ НА СТРАХ СМЕРТІ, САМОТНОСТІ, ДЕПРЕСІЮ, ТРИВОГУ ТА САМОРЕФЛЕКСІЮ.....	73

3.1. Організація вибірки, опис психодіагностичного інструментарію дослідження та аналіз надійності отриманих даних.....	73
3.2. Результати емпіричного ретроспективного дослідження та їх обговорення.....	77
3.3. Результати дослідження кореляцій між шкалами обраних методик та їх обговорення	87
Висновки до розділу 3.....	101
ВИСНОВКИ.....	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	110

ВСТУП

Динамічні зміни соціального ландшафту та множинність стресогенних факторів сучасності, особливо в умовах тривалого воєнного стану в Україні, актуалізують проблематику ментального благополуччя та пошуку ефективних механізмів подолання екзистенційної тривоги. Дорослі люди все частіше звертаються до різних форм підтримки — від традиційних релігійних практик до сучасної психотерапії, зокрема гештальт-підходу, — у пошуках смислу, опори та засобів подолання страху перед скінченністю власного існування. Однак питання про те, як саме ці два різні шляхи впливають на один із найбільш фундаментальних аспектів людського досвіду — страх смерті, — залишається недостатньо вивченим у вітчизняній психологічній науці.

Історично релігійні практики та інтеграція в конфесійні спільноти виконували функцію формування ціннісно-смилових координат існування та надання відповіді на питання скінченності людського буття через наративи безсмертя, трансценденції та духовного продовження після фізичної смерті. Чисельні дослідження західних науковців (Pargament, 1997; Tillich, 1952) демонструють зв'язок між релігійністю та зниженням екзистенційної тривоги, проте ці зв'язки є неоднозначними та потребують контекстуального емпіричного вивчення. В українському суспільстві, що під час війни переживає період постійного зіткнення з реальністю втрат та загрозою фізичному існуванню, люди дедалі частіше звертаються до релігії як ресурсу опору страху смерті, що робить її вивчення в цьому контексті особливо важливим.

Паралельно спостерігається інтенсивний розвиток професійних психотерапевтичних практик, зокрема гештальт-терапії — підходу, що ґрунтується на принципах усвідомленості, контакту з теперішнім моментом та інтеграції цілісного досвіду особистості. На відміну від релігійних систем, що пропонують метафізичні відповіді на питання смерті, гештальт-терапія орієнтована на розвиток

здатності особистості зустрічатися з власними екзистенційними страхами у безпечному терапевтичному просторі, не уникаючи їх, а усвідомлено опрацьовуючи. Це принципово відрізняє механізм впливу гештальт-підходу від релігійного копінгу та передбачає відмінні траєкторії змін у переживанні страху смерті, що потребує окремого емпіричного дослідження як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

Страх смерті є однією з чотирьох фундаментальних екзистенційних даностей людського існування, описаних І. Яломом (Yalom, 1980), і виступає центральним чинником, що формує загальний рівень екзистенційної тривоги особистості. Усвідомлення власної скінченності, хоча й викликає тривогу, водночас може ставати каталізатором для більш автентичного проживання життя за умови його конструктивного психологічного опрацювання. Порівняння впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті може пролити світло на механізми екзистенційної адаптації людини та на специфічні шляхи, якими різні системи підтримки допомагають особистості інтегрувати досвід скінченності.

Новизна даного дослідження полягає у комплексному двоетапному емпіричному вивченні впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті дорослих людей: порівняльне кросс-секційне дослідження дозволяє виявити відмінності між особами з різним типом залученості до релігійних та психотерапевтичних практик у певний момент часу, тоді як додаткове ретроспективне дослідження клієнтів тривалої гештальт-терапії дозволяє простежити динаміку страху смерті, страху самотності, тривоги, депресії та саморефлексії впродовж терапевтичного шляху. Поєднання цих двох дослідницьких перспектив дає змогу глибше зрозуміти не лише статичні відмінності між групами, але й процесуальний характер змін страху смерті в умовах тривалої психотерапевтичної роботи, що раніше не розглядалося в єдиному дослідницькому дизайні.

Практична значущість даного дослідження визначається зростаючою потребою в науково обґрунтованих рекомендаціях щодо вибору та поєднання форм психологічної підтримки для дорослого населення, яке переживає підвищену екзистенційну тривогу в умовах війни. Розуміння специфічного впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті може допомогти практикуючим психологам у роботі з клієнтами різного світоглядного спрямування, у підготовці клієнтів до можливих етапів актуалізації екзистенційних страхів у процесі терапії, а також у прийнятті обґрунтованих рішень щодо інтеграції духовних ресурсів у психотерапевтичний процес. Особливо це актуально в сучасній Україні, де населення потребує ефективних та перевірених шляхів подолання страху смерті, спричиненого тривалим перебуванням в умовах загрози життю.

Саме тому обрана проблематика дослідження є вельми актуальною на даний момент як у загальнопсихологічному аспекті — для розуміння механізмів екзистенційної адаптації та психологічної роботи зі страхом смерті, так і у прикладному — для оптимізації практики психологічної допомоги населенню в умовах тривалого воєнного стану.

Теоретико-методологічну основу даного дослідження становлять фундаментальні положення екзистенційної, гуманістичної та гештальт-психології, а також сучасні концепції психології релігії та клінічної психології.

Вивчення впливу релігійності на особистість спирається на класичні роботи В. Джеймса (James, 1902), який заклав основи психологічного аналізу релігійних феноменів через призму індивідуального досвіду, а також на праці Г. Олпорта (Allport, 1950), що запропонував диференціацію внутрішньої та зовнішньої релігійної орієнтації. Концептуальне розуміння ролі релігії у подоланні екзистенційної тривоги ґрунтується на роботах П. Тілліха (Tillich, 1952), який описував віру як стан граничної зацікавленості, що допомагає долати страх

небуття, а також на дослідженнях К. Паргамента (Pargament, 1997), присвячених релігійному копіngu як ресурсу психологічної стійкості.

Розуміння механізмів психотерапевтичного впливу на особистість ґрунтується на гуманістичній традиції К. Роджерса (Rogers, 1951), згідно з якою якість терапевтичних відносин є основою для змін, а також на засадах гештальт-підходу, орієнтованого на роботу з контактом, усвідомленням теперішнього моменту та інтеграцію цілісного досвіду особистості. Центральне теоретичне підґрунтя для вивчення страху смерті становить екзистенційно-гуманістичний напрямок, розроблений І. Яломом (Yalom, 1980), який розглядає смерть як одну з фундаментальних екзистенційних даностей, конфронтація з якою в безпечному терапевтичному просторі може ставати каталізатором особистісних трансформацій.

Об'єкт дослідження: страх смерті як форма екзистенційної тривоги дорослих людей.

Предмет дослідження: вплив релігійності та гештальт-терапії на рівень страху смерті дорослих людей.

Метою дослідження є теоретично обґрунтувати та емпірично виявити і порівняти характер впливу релігійної залученості та гештальт-терапії на рівень страху смерті дорослих людей.

Завдання:

1.1. Розглянути основні теоретичні підходи до вивчення релігійності, психотерапії, гештальт-підходу та страху смерті як форми екзистенційної тривоги.

1.2. Проаналізувати сучасні наукові дослідження впливу релігійності та психотерапії на екзистенційну тривогу та особистісні характеристики дорослих людей.

2.1. Провести емпіричне порівняльне дослідження впливу релігійної залученості та психотерапії на страх смерті та суміжні особистісні характеристики дорослих людей, охарактеризувавши особливості впливу регулярного та нерегулярного відвідування церкви та психотерапевта.

3.1. Провести емпіричне ретроспективне дослідження динаміки страху смерті, страху самотності, тривоги, депресії та саморефлексії у клієнтів тривалої гештальт-терапії, порівнявши їхній актуальний стан зі станом до початку терапії.

Методи дослідження:

— Для визначення різних форм екзистенційних переживань, зокрема страху смерті та страху самотності, використовувався опитувальник «Види екзистенційної тривоги» (ECQ) авторства В. Ван Брюггена, адаптований для української вибірки В. Кучиною.

— Діагностика дискомфорту в ситуаціях невизначеності проводилась із використанням скороченого дванадцятипунктового варіанту методики Н. Карлетона (IUS-12) в українській адаптації Г. Громової.

— Для вимірювання психологічної стійкості застосовувалась десятипунктова версія методики Коннора-Девідсона (CD-RISC-10), валідизована О. Кокуном та Т. Мельничук для україномовної популяції.

— Оцінка світоглядних орієнтацій здійснювалась за допомогою опитувальника К.М. Грузиної, що дозволяє діагностувати ступінь пластичності світоглядних установок особистості.

— Для вимірювання рівня тривоги та депресії використовувалась Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

— Для діагностики здатності до саморефлексії та інсайту застосовувалась двадцятипунктова Шкала саморефлексії та інсайту (SRIS) Ентоні Гранта в українській адаптації О. Мацьопи.

Характеристика вибірки:

Дослідження складалося з двох емпіричних етапів з відмінними вибірками. У порівняльному кросс-секційному дослідженні взяли участь 78 дорослих людей віком від 18 років, що мешкають в Україні, 36 з яких мають регулярну чи нерегулярну психотерапію, а 33 — регулярно чи нерегулярно відвідують службу в церкві. У ретроспективному дослідженні взяли участь 16 клієнтів гештальт-терапії, що регулярно раз на тиждень відвідують гештальт-терапевта, з яких 12 — жінки та 4 — чоловіки, переважна більшість яких має досвід індивідуальної терапії понад п'ять років.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури.

Дослідницькі питання:

— Чи існують статистично значущі відмінності у рівні страху смерті між дорослими людьми, які регулярно залучені до церкви, та тими, хто має досвід регулярної психотерапії?

— Чи відрізняється вплив регулярного та нерегулярного відвідування церкви та психотерапевта на страх смерті та суміжні особистісні характеристики дорослих людей?

— Якою є динаміка страху смерті, страху самотності, тривоги, депресії та саморефлексії у клієнтів гештальт-терапії впродовж тривалого терапевтичного шляху.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РЕЛІГІЙНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ НА ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ

1.1. Психологічна природа релігійності та її роль у формуванні особистості

Релігійність як психологічний феномен протягом останнього століття привертає увагу дослідників різних психологічних шкіл та напрямків. Наукове осмислення релігійного досвіду в психології розпочалося на межі XIX-XX століть і продовжує активно розвиватися в сучасних дослідженнях, охоплюючи різноманітні аспекти впливу релігії на особистість людини.

Фундаторські роботи В. Джеймса заклали основи психологічного вивчення релігії як суб'єктивного досвіду особистості. У своїй класичній праці "Різнорманітність релігійного досвіду" Джеймс (James, 1902) запропонував розглядати релігійність не як інституційний феномен, а як індивідуальні почуття, вчинки та переживання людини у стосунках з тим, що вона вважає божественним. Цей підхід дозволив звернути увагу на психологічні наслідки релігійності, зокрема на її роль у формуванні життєстійкості, оптимізму та здатності долати кризові ситуації. Джеймс виокремив два типи релігійності – здорову та хвору, що стало підґрунтям для подальшої диференціації різних форм релігійного досвіду та їхнього впливу на психічне здоров'я [1].

Психоаналітичний напрямок психології запропонував власне бачення релігійності через призму несвідомих психічних процесів. З. Фрейд (Freud, 1927) розглядав релігію як ілюзію, що виникає з інфантильних бажань захисту та потреби в батьківській фігурі [2]. Проте його послідовники, зокрема К. Г. Юнг, запропонували більш нюансоване розуміння релігійності. Юнг (Jung, 1938) вважав релігійний досвід невід'ємною частиною психічного життя людини, пов'язаною з архетипами колективного несвідомого. На його думку, релігійні символи та

практики сприяють процесу індивідуації – інтеграції різних аспектів особистості в цілісне Я. Цей підхід розкриває потенціал релігійності як ресурсу для особистісного розвитку та психологічної цілісності [3].

Гуманістична психологія відкрила нові перспективи розуміння зв'язку між релігійністю та особистісним зростанням. А. Маслоу описував так звані пікові переживання – інтенсивні моменти щастя, розуміння та самоактуалізації, які часто мають релігійний або духовний характер (Maslow, 1964). Він стверджував, що такі переживання є природними для людини і сприяють розвитку вищих потреб особистості. Маслоу не ототожнював духовність з традиційною релігійністю, але визнавав, що релігійні практики можуть створювати умови для трансцендентних переживань, які є важливими для самоактуалізації [4]. Цей підхід підкреслює потенційно позитивний вплив релігійності на особистісне функціонування та психологічне благополуччя.

Вагомий внесок у розуміння психологічних аспектів релігійності зробив Г. Олпорт, запропонувавши диференціацію внутрішньої та зовнішньої релігійної орієнтації (Allport & Ross, 1967). Внутрішня релігійність характеризується щирою відданістю релігійним цінностям та їх інтерналізацією, тоді як зовнішня релігійність виявляється у використанні релігії для досягнення інших цілей – соціального визнання, емоційного комфорту чи безпеки. Олпорт та Росс виявили, що ці два типи релігійності по-різному корелюють з особистісними характеристиками: внутрішня релігійність асоціюється з нижчим рівнем упередженості, вищою самооцінкою та психологічним благополуччям, тоді як зовнішня релігійність може супроводжуватися підвищеною тривожністю та догматизмом [6]. Ця диференціація стала фундаментальною для подальших досліджень психології релігії.

Когнітивний підхід до вивчення релігійності зосереджується на тому, як релігійні переконання впливають на когнітивні процеси та структури особистості. Сучасні

дослідники когнітивної психології релігії досліджують, як релігійні схеми впливають на обробку інформації, прийняття рішень та світоглядну гнучкість. Деякі дослідження вказують на те, що релігійні переконання можуть створювати стабільні когнітивні рамки, що допомагають людині орієнтуватися в складному світі, але водночас можуть обмежувати когнітивну пластичність [6].

Екзистенційний напрямок психології пропонує розглядати релігійність через призму пошуку сенсу та подолання екзистенційної тривоги. П. Тілліх (Tillich, 1952) описував віру як стан граничної зацікавленості, що допомагає людині долати екзистенційну тривогу, пов'язану з усвідомленням власної скінченності та безсенсовності [7]. В. Франкл (Frankl, 1959), розробляючи логотерапію, підкреслював важливість духовного виміру людського існування та роль релігійних переконань у знаходженні сенсу життя. Він стверджував, що релігійність може служити потужним ресурсом для формування смисложиттєвих орієнтацій та подолання екзистенційного вакууму. Дослідження показують, що особи з вираженою релігійністю часто демонструють вищі показники осмисленості життя та нижчі рівні екзистенційної тривоги [8].

Сучасна психологія релігії характеризується інтегративними підходами, що поєднують різні теоретичні перспективи. К. Паргамент (Pargament, 1997) розробив комплексну модель релігійного копіngu, яка описує різноманітні способи використання релігійних ресурсів для подолання стресових ситуацій [9]. Він виокремив позитивний релігійний копінг, що включає пошук духовної підтримки, доброзичливе релігійне переосмислення подій та духовну інтеграцію, а також негативний релігійний копінг, пов'язаний з відчуттям покарання Богом, духовним незадоволенням та міжконфесійними конфліктами. Дослідження показують, що позитивний релігійний копінг асоціюється з кращим психологічним благополуччям, вищою резильєнтністю та успішнішою адаптацією до складних

життєвих обставин, тоді як негативний релігійний копінг може посилювати психологічний дистрес [10].

Важливим напрямком сучасних досліджень є вивчення зв'язку релігійності з психологічним здоров'ям та благополуччям. Мета-аналітичні дослідження демонструють переважно позитивні кореляції між релігійністю та показниками психічного здоров'я, хоча ці зв'язки є складними та опосередкованими багатьма факторами. Релігійна залученість асоціюється з нижчими показниками депресії, тривожності та суїцидальної поведінки, вищим рівнем життєвої задоволеності та суб'єктивного благополуччя [11]. Механізми цього впливу включають соціальну підтримку релігійної спільноти, формування стабільних ціннісних орієнтацій, розвиток здорових копінг-стратегій та надання екзистенційних смислів.

Емпіричне дослідження Панока та Предко (Панок & Предко, 2024), проведене в умовах постпандемічного українського суспільства під час війни, виявило релігійність як значущий предиктор життєстійкості особистості. Статистичний аналіз показав, що особи з вищими показниками релігійності демонструють стабільніший емоційний стан, нижчі рівні стресу та вищу задоволеність життям порівняно з нерелігійними респондентами. Автори підкреслюють, що релігія функціонує як внутрішній ресурс, необхідний для підтримки психологічної стійкості в ситуаціях постійної загрози та невизначеності майбутнього, що особливо актуально для сучасного українського контексту.

Дослідження також розкрило механізми впливу релігійності на емоційну сферу особистості. Респонденти з високими показниками релігійності частіше переживали емоційний підйом, відчуття надії, позитивну життєву перспективу та загальне задоволення життям, водночас демонструючи знижені рівні тривоги, депресії, страху та безнадійності. Важливим висновком є виявлення непрямого впливу релігійності на життєстійкість через опосередковані психологічні фактори: впевненість у власних силах, готовність допомагати іншим та активну роботу над

собою, які посилюються релігійними переконаннями і, в свою чергу, підвищують загальний рівень психологічної стійкості.

Дослідники встановили, що персональна релігійність особливо тісно пов'язана з залученістю – одним із структурних компонентів життєстійкості за концепцією С. Мадді. Релігійні особи виявляли активну життєву позицію, зацікавленість у навколишньому світі, емпатійність та доброзичливість, що допомагало їм долати труднощі в екстремальних ситуаціях. Дослідники ідентифікували ключові внутрішні ресурси, обумовлені релігійністю: усвідомлення власних психологічних можливостей, здатність до швидкого відновлення внутрішньої рівноваги та вміння знижувати психічну напругу [41].

Соціально-психологічні дослідження релігійності зосереджуються на ролі релігійних спільнот у формуванні ідентичності, соціальної підтримки та особистісного розвитку. Участь у релігійних практиках створює почуття приналежності, надає соціальну мережу підтримки та сприяє формуванню просоціальної поведінки. Дослідження показують, що регулярна участь у релігійних зібраннях корелює з вищими показниками соціального капіталу, альтруїзму та громадянської активності [12].

Водночас релігійність може також сприяти міжгруповій упередженості та ворожості до представників інших релігійних груп, що підкреслює амбівалентність релігійного впливу на соціальну поведінку. Як зазначав Г. Олпорт (Allport, 1954), релігія має парадоксальний зв'язок з упередженістю: вона і “створює, і руйнує упередженість” [13]. Численні дослідження демонструють, що релігійний фундаменталізм – войовнича система переконань, що характеризується вірою в абсолютну істину – стійко корелює з расовими, етнічними та сексуальними упередженнями [14].

Нейропсихологічні дослідження останніх десятиліть відкривають нові можливості для розуміння біологічних основ релігійного досвіду. Дослідження мозкової активності під час медитації, молитви та інших релігійних практик виявляють специфічні паттерни активації певних ділянок мозку, зокрема префронтальної кори та лімбічної системи. Ці відкриття свідчать про те, що релігійні переживання мають нейробіологічне підґрунтя і можуть впливати на емоційну регуляцію, когнітивну гнучкість та стресостійкість через зміни в функціонуванні мозку [15].

Однак, критичні підходи до вивчення релігійності звертають увагу на потенційні негативні наслідки релігійної залученості. Дослідження показують, що певні форми релігійності можуть асоціюватися з підвищеною провиною, соромом, сексуальною дисфункцією та обмеженням особистісної автономії. Релігійний травматизм, пов'язаний з авторитарними релігійними структурами, може призводити до посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем [16]. Ці дослідження підкреслюють важливість диференційованого підходу до розуміння впливу релігійності на особистість, який враховує як потенційні переваги, так і ризики релігійної залученості.

Окремо потрібно наголосити на тому, що може суттєво відрізнитись вплив релігійності на особистість людини в залежності від залученості людини до традиційних та нетрадиційних релігійних течій. Також існує явище множинної релігійної ідентичності та синкретизму релігійних практик, коли люди поєднують елементи традиційної релігійності з нетрадиційними духовними практиками, езотеричними віруваннями або секулярними світоглядними системами [17]. Це вказує на необхідність врахування культурної специфічності при вивченні впливу релігійності на особистість.

Сучасні дослідження продовжують виявляти складні взаємозв'язки між релігійністю та особистісними характеристиками. Дослідження індійських науковців А.Махапатри та М.Махапатри (Mahapatra & Mahapatra, 2024), проведене

серед молодих дорослих, виявило слабку, але негативну кореляцію між релігійністю та екзистенційною тривогою, а також значну позитивну асоціацію між релігійністю та рівнями надії. Регресійний аналіз показав, що релігійність має слабкий, але значущий вплив на зниження екзистенційної тривоги [31]. Автори пояснюють це тим, що переконання, практики та переживання, пов'язані з трансценденцією, допомагають бути більш оптимістичними щодо майбутнього та полегшують фундаментальні занепокоєння про власне існування.

Дослідження, проведене під час пандемії COVID-19 серед студентів університету в Сінгапурі, виявило медіаторну роль релігійності між теїзмом та психологічним благополуччям. Релігійність виступала медіаторним фактором, надаючи когнітивні та емоційні ресурси для управління невизначеністю та подолання труднощів. Важливо, що теїзм сам по собі не мав прямого впливу на благополуччя – цей ефект опосередковувався саме через релігійність як практичну залученість [32]. Це вказує на те, що не просто віра, а активна релігійна практика є ключовим фактором психологічної підтримки.

Таким чином, психологічні підходи до вивчення релігійності представляють багатогранну картину її впливу на особистість. Релігійність може виступати як ресурс для психологічного благополуччя, формування смисложиттєвих орієнтацій, розвитку соціальної підтримки та подолання екзистенційної тривоги. Водночас її вплив залежить від типу релігійної орієнтації, характеру релігійних практик, соціокультурного контексту та індивідуальних особливостей особистості. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність інтегративного підходу, який враховує біологічні, психологічні, соціальні та культурні виміри релігійності для повноцінного розуміння її ролі в особистісному функціонуванні.

1.2. Психотерапевтичний процес та гештальт-терапія: вплив на особистісний розвиток та екзистенційне функціонування

Психотерапія як професійна практика психологічної допомоги являє собою складний процес цілеспрямованих змін особистості через терапевтичні відносини, рефлексію та опрацювання психологічних проблем. На відміну від медикаментозного лікування чи спонтанних життєвих змін, психотерапевтичний процес створює структуроване середовище для усвідомленої трансформації особистісних патернів, переконань та способів взаємодії зі світом.

Фундаментальне дослідження механізмів психотерапевтичних змін розпочалося з робіт К. Роджерса (Rogers, 1951), який у своїй праці «Клієнт-центрована терапія» обґрунтував, що основою терапевтичного процесу є якість відносин між терапевтом та клієнтом, а не техніки чи інтерпретації. Роджерс виокремив три необхідні та достатні умови для терапевтичних змін: конгруентність (автентичність) терапевта, безумовне позитивне ставлення до клієнта та емпатійне розуміння внутрішньої системи переживань клієнта [18].

Наукові дослідження ефективності різних психотерапевтичних напрямів демонструють те, що психотерапія є дієвим інструментом впливу на особистісні зміни. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) пропонує структурований підхід до зміни дисфункціональних когнітивних схем та поведінкових патернів. А. Бек (Beck, 1979), засновник когнітивної терапії, постулював, що психологічні проблеми значною мірою обумовлені систематичними помилками в обробці інформації та негативними автоматичними думками. Терапевтична робота в КПТ спрямована на ідентифікацію та модифікацію цих когнітивних спотворень через сократівський діалог, поведінкові експерименти та домашні завдання [20]. Дослідження демонструють, що КПТ є високоефективною у лікуванні депресії, тривожних розладів та інших психологічних проблем, причому її ефекти зберігаються протягом тривалого часу

після завершення терапії [21]. Hofmann та співавтори (2012) виявили середній розмір ефекту $d = 0.75$ для КПТ при депресії та $d = 0.80$ при тривожних розладах, а також встановили, що навички, набуті в КПТ, продовжують захищати клієнтів від рецидивів навіть через рік після завершення терапії, що вказує на трансформацію базових когнітивних структур особистості.

До тих же висновків щодо того, що досвід психотерапії залишає по собі фундаментальні особистісні зміни, дійшла і українська дослідниця Т. Яценко (Яценко, 2015), яка розробила глибинну психокорекцію як специфічний психотерапевтичний метод, орієнтований на роботу з несвідомими аспектами психіки через аналіз символічної продукції (малюнків, образів, асоціацій) клієнта. Цей метод показав ефективність у роботі з глибинними особистісними конфліктами, травматичним досвідом та порушеннями самоідентичності. Яценко емпірично продемонструвала, що глибинна психокорекція сприяє підвищенню самоприйняття, зниженню внутрішньої конфліктності та розвитку автентичності особистості, причому ці зміни зберігаються у віддаленій перспективі, що вказує на структурні трансформації особистості, а не лише симптоматичне полегшення [42].

Вагомий внесок в питання впливу психотерапії на особистісні зміни вніс засновник екзистенційної психотерапії І. Ялом (Yalom, 1980). У своїй фундаментальній праці «Екзистенційна психотерапія» він описує, як робота з фундаментальними питаннями людського існування – свободи, відповідальності, ізоляції, безсенсовності та смерті – може призводити до глибоких особистісних трансформацій. Центальною ідеєю його роботи є те, що усвідомлення власної смертності, хоча і викликає тривогу, може стати каталізатором для більш автентичного життя, переоцінки пріоритетів та пошуку особистісного сенсу. Ялом наводить численні клінічні випадки, які демонструють, як конфронтація з екзистенційною тривогою в безпечному терапевтичному просторі призводить до

зниження уникаючої поведінки, підвищення життєвої активності та формування більш зрілого ставлення до власного існування [22].

Важливим аспектом психотерапевтичного процесу є розвиток психологічної гнучкості – здатності усвідомлено перебувати в контакті з теперішнім моментом та діяти відповідно до власних цінностей навіть за наявності неприємних думок або почуттів. С. Хайес (Hayes et al., 2006), розробник терапії прийняття та відданості (АСТ), концептуалізує психологічну гнучкість як метанавичку, що включає шість взаємопов'язаних процесів: прийняття, когнітивну дефузію, контакт з теперішнім моментом, «Я» як контекст, цінності та віддану дію. Мета-аналіз 66 досліджень показав, що АСТ ефективно підвищує психологічну гнучкість, що в свою чергу призводить до зменшення тривожності, депресії та стресу, а також до покращення якості життя. Особливо важливо, що збільшення психологічної гнучкості корелює зі зростанням світоглядної пластичності та здатності адаптуватися до нових обставин без втрати внутрішньої цілісності [23].

Психотерапія також суттєво впливає на розвиток резильєнтності – здатності долати труднощі та відновлюватися після стресових подій. Р. Тедескі та Л. Калхун (Tedeschi & Calhoun, 2004) виявили, що люди, які пройшли через травматичні події та отримали психотерапевтичну підтримку, часто повідомляють про п'ять основних сфер позитивних змін: більш глибокі стосунки з іншими, нові можливості у житті, відчуття власної сили, духовні зміни та підвищену цінність життя. Важливою є роль рефлексивного опрацювання травматичного досвіду в терапії як ключового механізму, що трансформує біль у зростання – процес, який Р. Тедескі та Л. Калхун називають “deliberate rumination” (цілеспрямована румінація), на відміну від автоматичної негативної румінації, яка підтримує страждання [24].

Федорчук, Гапоненко та Савчин (Савчин et al., 2023; Федорчук & Комарніцька, 2024) розглядають резильєнтність як потенціал відновлення особистості у

складних життєвих ситуаціях, концептуалізуючи її як багатогранну систему, що включає ефективну емоційну регуляцію, відчуття контролю, навички вирішення проблем, співчуття до себе та соціальну підтримку [37]. В свою чергу Лазос (Лазос, 2018) провела ґрунтовну концептуалізацію поняття резильєнтності та огляд сучасних досліджень у контексті консультативної психології і психотерапії, виділивши провідні фактори, що впливають на розвиток цієї характеристики: ефективна підтримка в дитинстві, доброзичливі стосунки з дорослими, вміння налагоджувати ефективну взаємодію з близькими, навички розв'язання конфліктних ситуацій, інтелектуальний розвиток, оптимізм, емоційний інтелект, самоконтроль та саморегуляція [38].

Резильєнтність особистості може зростати не тільки в результаті особистих офлайн-зустрічей з психотерапевтом, але і в результаті онлайн-консультування. Результати дослідження українських дослідників (Афузова et al., 2023) ефективності дистанційного психологічного консультування як інтервенції, що сприяє зростанню резильєнтності у прифронтових регіонах, підтвердили ефективність онлайн-консультування у підтримці життєстійкості, суб'єктності та професійної функціональності освітян, що особливо важливо в контексті обмеженого доступу до очної психологічної допомоги [39]. Ці результати узгоджуються з сучасними міжнародними науковими дослідженнями в галузі психічного здоров'я та онлайн-консультування, підкреслюючи важливість впровадження системної дистанційної психологічної підтримки як форми психотерапевтичної інтервенції у критичних умовах [40].

Нейробіологічні дослідження останніх років розкривають фізіологічні механізми психотерапевтичних змін. Дослідження з використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) показують, що успішна психотерапія призводить до змін у функціонуванні та структурі мозку, зокрема в префронтальній корі,

амігдалі та гіпокампі – структурах, відповідальних за емоційну регуляцію, прийняття рішень та пам'ять [25].

Х. Карлссон (Karlsson, 2011) у своєму огляді нейробіологічних досліджень психотерапії виявив, що когнітивно-поведінкова терапія призводить до нормалізації активності амігдали у відповідь на емоційні стимули та посилення активації префронтальної кори, що відображає розвиток кращого когнітивного контролю над емоціями. Ці знахідки вказують на те, що психотерапія не просто змінює думки чи поведінку на поверхневому рівні, а впливає на фундаментальні нейробіологічні процеси, що лежать в основі емоційної регуляції та особистісного функціонування.

Дослідження динамічних змін рис особистості у процесі психотерапії виявляє складні патерни. Лонгітюдне дослідження 91 дорослого клієнта громадської клініки психічного здоров'я показало позитивні зміни в емоційній стабільності, надії, вдячності та мотивації протягом психотерапії. Важливо, що динамічний підхід, у якому особистість та ставлення розглядаються як мінливі, виявився більш ефективним для прогнозування прогресу в лікуванні, ніж статичний підхід, що розглядає базові характеристики як незмінні предиктори. Прогрес у лікуванні корелював зі зростанням емоційної стабільності, а позитивні зміни в загальних життєвих ставленнях (надія, вдячність, якість життя) виявилися кращими предикторами редукції симптомів, ніж зміни в терапевтично-специфічних ставленнях [33].

Психотерапія також відіграє важливу роль у розвитку толерантності до невизначеності. Дослідження показують, що клієнти, які проходять довготривалу психотерапію, демонструють значне підвищення здатності толерувати невизначеність, відкладати судження та функціонувати в ситуаціях неоднозначності. Таубнер та колеги (Taubner et al., 2013) виявили, що збільшення толерантності до невизначеності в процесі терапії корелює зі зниженням

тривожності, покращенням міжособистісних стосунків та підвищенням загального психологічного благополуччя, що вказує на центральну роль цієї здатності в особистісному розвитку [26].

В той же час, систематичний огляд та мета-аналіз Неслінга та співавторів (Näsling et al., 2024) охопив 22 дослідження (1491 учасник) і виявив великий об'єднаний ефект психотерапії на інтолерантність до невизначеності при порівнянні з пасивним контролем ($g = -0.94$, 95% CI -1.25 до -0.62), хоча зі значною гетерогенністю. Водночас, об'єднані ефекти при порівнянні з активним контролем виявилися незначущими, що вказує на складність досягнення надійних змін інтолерантності до невизначеності у психотерапії [34].

Мета-аналіз Wilson, Abbott та Norton (Wilson et al., 2023) виявив великі значущі розміри ефекту для психологічного лікування генералізованого тривожного розладу: від початку до завершення лікування та від початку до катамнезу для інтолерантності до невизначеності ($g = 0.88$; $g = 1.05$), а також супутніх симптомів, включаючи занепокоєння ($g = 1.32$; $g = 1.45$), тривожність ($g = 0.94$; $g = 1.04$) та депресію ($g = 0.96$; $g = 1.00$). Важливо, що аналіз підгруп виявив: КПТ, яка безпосередньо націлена на інтолерантність до невизначеності (CBT-IU) протягом усього лікування, була значно ефективнішою, ніж загальна КПТ, у зниженні інтолерантності до невизначеності ($p < 0.01$) та занепокоєння ($p < 0.01$) від початку до завершення лікування, хоча цей результат не зберігався при катамнезі [35].

Мета-регресійний аналіз Міллера та Макгуайр (Miller & McGuire, 2023) підтримав ці висновки: збільшення кількості часу, безпосередньо спрямованого на роботу з інтолерантністю до невизначеності, значуще збільшувало розмір ефекту як для інтолерантності до невизначеності, так і для симптоматичної тяжкості. Дослідження охопило 28 рандомізованих контрольованих досліджень і виявило, що інтервенції мали великі терапевтичні ефекти на тяжкість симптомів ($g = 2.30$ після корекції на можливу упередженість публікацій). Ці результати вказують на

те, що інтолерантність до невизначеності є важливим трансдіагностичним фактором, який може бути успішно змінений через цілеспрямовані психотерапевтичні інтервенції [36].

Однак, слід розрізняти вплив регулярної та нерегулярної психотерапії на особистісні характеристики. Дослідження показують, що регулярність сесій є критичним фактором ефективності терапії. Масштабне натуралістичне дослідження Д. Ерексона та співавторів (Erekson et al., 2015), що охопило 21 488 клієнтів університетського консультаційного центру протягом 17 років, виявило значущий зв'язок між частотою сесій та швидкістю одужання. Результати багаторівневого моделювання показали, що більш висока частота терапії асоціювалася з крутішими кривими одужання (розмір ефекту Cohen's $f^2 = 0.07$, що є ефектом між малим та середнім). Особливо важливим є те, що при порівнянні груп з щотижневими та двотижневими сесіями, клінічно значущі покращення досягалися швидше для тих, хто відвідував щотижневі сесії, хоча загальна кількість змін до кінця терапії істотно не відрізнялася між групами [27].

Регулярна психотерапія створює умови для формування стабільного терапевтичного альянсу, послідовної роботи з психологічними проблемами та інтеграції терапевтичних інсайтів у повсякденне життя. На противагу цьому, епізодична або нерегулярна терапія може надавати кризову підтримку та полегшення гострої симптоматики, але рідко призводить до глибоких структурних змін особистості.

Попри загальну ефективність психотерапії, важливо визнати, що вона не є безризиковою інтервенцією і також може мати і негативні наслідки для деяких клієнтів. Дослідження, проведене у 2016 році групою дослідників на чолі з Майком Дж. Кроуфордом, показують, що приблизно 40-60% пацієнтів не досягають критерію одужання, а від 5% до 8.2% демонструють негативний результат, з гіршим психічним станом наприкінці терапії, ніж на початку [28].

В той же час слід розрізняти не успішну психотерапію та шкідливу психотерапію, так як неотримання користі від терапії не обов'язково означає завдання шкоди. Репрезентативне національне дослідження, проведене в Швейцарії у 2018 році, надає емпіричні дані про поширеність негативних ефектів психотерапії серед загальної популяції. З початкової репрезентативної вибірки 5562 осіб, 244 повідомили про психотерапію протягом останніх шести років. Показники позитивних змін, пов'язаних з терапією, варіювалися від 26.6% (покращення стосунків з батьками) до 67.7% (покращення депресивного настрою). Водночас дослідження виявило, що 14.9% учасників повідомили про стійке погіршення стану після терапії, а 43.4% відзначили принаймні один негативний ефект або небажану подію під час лікування. Найчастіше згадуваними негативними ефектами були: погіршення симптомів (8.6%), виникнення нових симптомів (5.3%), стигматизація через участь у терапії (4.9%) та погіршення стосунків з близькими (4.1%) [29].

Одним з найбільш документованих ятрогенних ефектів є розвиток залежності від терапії або терапевта, коли клієнти можуть навчитися покладатися на психотерапевта для свого емоційного благополуччя, що парадоксально підриває автономію та самоефективність – ті самі якості, які терапія має розвивати [30]. Клієнт може вірити, що терапевт має особливі цілющі здібності, і замість того, щоб відчувати більшу автономію в житті, може стати все більш залежним від терапевта для навігації навіть у повсякденних життєвих рішеннях. Берк і Паркер (Berk & Parker, 2009) описують це як “дилему Сцілли та Харибди” – певний ступінь залежності необхідний у психотерапевтичних відносинах для того, щоб цілющі фактори могли діяти, але потенціал підриву самовладання є суттєвим, може виникнути рано та ризикує зростати протягом терапії. В той же час окремо слід наголосити на тому, що систематичне вивчення та моніторинг негативних ефектів психотерапії залишається недостатнім у психотерапевтичних дослідженнях та клінічній практиці.

Гештальт-терапія як самостійний психотерапевтичний підхід була розроблена Ф. Перлзом у співавторстві з Р. Хефферлін та П. Гудменом (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) на перетині гештальт-психології, екзистенційної філософії та психоаналітичної традиції. Засадничим принципом підходу є розуміння людини як цілісного організму, що перебуває в постійному контакті із середовищем, а психологічні труднощі трактуються як порушення цього контакту — переривання природного циклу досвіду, що заважає особистості повноцінно усвідомлювати власні потреби та задовольняти їх. Центральною категорією гештальт-підходу виступає усвідомлення (awareness) — здатність перебувати в безпосередньому контакті з власним досвідом у теперішньому моменті, що, на відміну від інтерпретативних методів психоаналізу, не потребує опосередкованого тлумачення несвідомого, а спирається на пряме феноменологічне дослідження актуального переживання [45].

Дж. Зінкер (Zinker, 1977) у своїй роботі «Творчий процес у гештальт-терапії» описує терапевтичний процес як творчу взаємодію між терапевтом і клієнтом, спрямовану не лише на усунення симптомів, а на розширення можливостей контакту, експериментування з новими способами буття та інтеграцію відчужених частин досвіду особистості. Зінкер підкреслює, що гештальт-терапія орієнтована на процес, а не на зміст: важливим є не стільки те, про що говорить клієнт, скільки те, як він це переживає тут і тепер, у безпосередньому контакті з терапевтом [46].

Важливим теоретичним внеском у розуміння механізмів гештальт-терапевтичних змін є парадоксальна теорія змін Е. Бейссер (Beisser, 1970), згідно з якою справжня особистісна трансформація відбувається не через форсовану спробу стати іншим, а через повне усвідомлення та прийняття себе таким, яким є в теперішній момент [47]. Цей принцип має особливе значення для роботи з екзистенційною тривогою: замість уникання чи витіснення страху смерті, гештальт-підхід пропонує клієнту усвідомлено зустрітися з цим переживанням, що, за парадоксальною логікою змін,

і створює умови для його трансформації. Це принципово відрізняє механізм впливу гештальт-терапії від релігійного копінгу, який, за К. Паргаментом (Pargament, 1997), переважно спрямований на надання смислової опори та зниження тривоги через метафізичну інтерпретацію скінченності, а не на безпосередню конфронтацію з нею.

Л. Перлз (Perls, 1992), співзасновниця гештальт-підходу, наголошувала на ролі діалогічного контакту між терапевтом і клієнтом як основного терапевтичного інструменту [48], що перегукується з ідеями М. Бубера про стосунки «Я-Ти» як простір справжньої зустрічі. У контексті роботи з екзистенційними темами діалогічний контакт набуває особливого значення: спільне перебування терапевта і клієнта в моменті усвідомлення скінченності людського існування створює досвід, що, на відміну від ізольованого внутрішнього переживання страху смерті, дозволяє клієнту відчувати присутність іншого в найбільш екзистенційно вразливих моменти.

Сучасні дослідження ефективності гештальт-терапії підтверджують її клінічну результативність. Систематичний огляд та мета-аналіз Ставемана, Освальд та колег (Strümpfel, 2004) узагальнив дані численних досліджень ефективності гештальт-терапії та експериментальних емоційно-фокусованих підходів, виявивши стійкі позитивні ефекти щодо зниження тривоги, депресії та покращення міжособистісного функціонування, які зберігаються у тривалій перспективі після завершення терапії [49]. Це узгоджується з більш широкими даними щодо ефективності емпірично-орієнтованих гуманістичних підходів у психотерапії.

Вагомий внесок у питання впливу психотерапії на особистісні зміни, зокрема в контексті роботи з екзистенційною тривогою, вніс засновник екзистенційної психотерапії І. Ялом (Yalom, 1980). У своїй фундаментальній праці «Екзистенційна психотерапія» він описує, як робота з фундаментальними питаннями людського існування — свободи, відповідальності, ізоляції,

безсенсовності та смерті — може призводити до глибоких особистісних трансформацій. Центральною ідеєю його роботи є те, що усвідомлення власної смертності, хоча і викликає тривогу, може стати каталізатором для більш автентичного життя, переоцінки пріоритетів та пошуку особистісного сенсу. Ялом наводить численні клінічні випадки, які демонструють, як конфронтація з екзистенційною тривогою в безпечному терапевтичному просторі призводить до зниження унікаючої поведінки, підвищення життєвої активності та формування більш зрілого ставлення до власного існування [22]. Принципи екзистенційної психотерапії Ялома мають значну спорідненість із гештальт-підходом саме завдяки спільному акценту на феноменологічному, а не інтерпретативному дослідженні досвіду клієнта, що робить поєднання цих двох традицій теоретично узгодженим підґрунтям для дослідження впливу гештальт-терапії на страх смерті.

Важливим аспектом психотерапевтичного процесу є розвиток психологічної гнучкості — здатності усвідомлено перебувати в контакті з теперішнім моментом та діяти відповідно до власних цінностей навіть за наявності неприємних думок або почуттів. С. Хайес (Hayes et al., 2006), розробник терапії прийняття та відданості (АСТ), концептуалізує психологічну гнучкість як метанавичку, що включає шість взаємопов'язаних процесів: прийняття, когнітивну дефузію, контакт з теперішнім моментом, «Я» як контекст, цінності та віддану дію [23]. Принцип контакту з теперішнім моментом, центральний для АСТ, має пряму концептуальну спорідненість із гештальтистським розумінням усвідомлення (awareness) як основи терапевтичних змін. Мета-аналіз 66 досліджень показав, що АСТ ефективно підвищує психологічну гнучкість, що, у свою чергу, призводить до зменшення тривожності, депресії та стресу.

Окрему увагу в контексті дослідження заслуговує розвиток здатності до саморефлексії та інсайту як одного з механізмів терапевтичних змін у гештальт-підході. Е. Грант із колегами (Grant, Franklin, & Langford, 2002) розрізняють

саморефлексію як процес уваги до власних думок, почуттів та поведінки, та інсайт як результат цього процесу — глибоке розуміння природи й причин власних переживань [50]. У гештальт-терапії, орієнтованій на розвиток усвідомлення, ці два компоненти є тісно пов'язаними з ключовим терапевтичним механізмом: систематична практика усвідомленої уваги до актуального досвіду в терапевтичному контакті поступово трансформується у глибше розуміння власних патернів контакту з собою, іншими та екзистенційними даностями існування, включно зі смертю.

Дослідження показують, що клієнти, які проходять довготривалу психотерапію, демонструють значне підвищення здатності толерувати невизначеність, відкладати судження та функціонувати в ситуаціях неоднозначності. Водночас дослідження ефектів психотерапії, зокрема тривалої та глибинної роботи з екзистенційними темами, вказують на складність та неоднозначність цих процесів. Крафорд та колеги (Crawford et al., 2016), а також Шермулі-Гаупт та колеги (Schermuly-Haupt, Linden, & Rush, 2018) виявили, що значна частка клієнтів психотерапії повідомляє про тимчасове погіршення самопочуття чи актуалізацію раніше уникнених переживань на певних етапах терапії, що в контексті роботи з екзистенційною тривогою може проявлятися як зростання усвідомлюваного страху смерті перш ніж відбудеться його зниження [28, 29]. М. Берк та Г. Паркер (Berk & Parker, 2009) описують подібні феномени як «побічні ефекти психотерапії», що не обов'язково свідчать про її неефективність, а можуть відображати закономірний етап глибокої терапевтичної роботи з раніше витісненим матеріалом [30].

Таким чином, теоретичний аналіз засвідчує, що гештальт-терапія, спираючись на принципи усвідомлення, діалогічного контакту та парадоксальної теорії змін, пропонує специфічний, відмінний від релігійного копінгу механізм роботи з екзистенційною тривогою, зокрема страхом смерті: не через надання метафізичних відповідей на питання скінченності, а через розвиток здатності усвідомлено

перебувати в контакті з цим переживанням. Це теоретичне підґрунтя обґрунтовує доцільність емпіричного порівняння впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті дорослих людей, а також дослідження динаміки цього впливу в процесі тривалої терапевтичної роботи.

Висновки до розділу I. Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що релігійність та психотерапія є принципово різними за своєю природою та механізмами системами психологічної підтримки, що по-різному впливають на особистісне функціонування дорослої людини, зокрема на переживання страху смерті як форми екзистенційної тривоги.

Релігійність постає як багатовимірний психологічний феномен, вплив якого на особистість визначається передусім типом релігійної орієнтації, характером релігійних практик та ступенем залученості до релігійної спільноти. Внутрішня релігійність, пов'язана зі щирою інтерналізацією релігійних цінностей, асоціюється з вищим психологічним благополуччям, нижчим рівнем екзистенційної тривоги та розвиненішими копінг-стратегіями, тоді як зовнішня релігійність може супроводжуватися підвищеною тривожністю та догматизмом. Ключовим механізмом захисного впливу релігії на страх смерті є надання метафізичних смислових рамок, що інтерпретують скінченність людського існування через наративи безсмертя та трансценденції, тим самим знижуючи суб'єктивне переживання страху смерті. Водночас вплив релігійності на особистість є амбівалентним і не зводиться до однозначного покращення психологічного стану — він залежить від культурного контексту, індивідуальних особливостей особистості та специфіки конкретної релігійної традиції.

Психотерапія, і зокрема гештальт-терапія, пропонує принципово інший механізм роботи з екзистенційною тривогою. На відміну від релігійного копіngu, орієнтованого на зниження страху через надання зовнішніх смислових структур, гештальт-підхід спрямований на розвиток здатності особистості усвідомлено

перебувати в безпосередньому контакті з власними переживаннями, включно зі страхом смерті. Засновані на принципах усвідомлення, діалогічного контакту та парадоксальної теорії змін, гештальт-терапевтичні інтервенції не прагнуть усунути екзистенційну тривогу через її метафізичну інтерпретацію, а сприяють її усвідомленій інтеграції в цілісний досвід особистості. Це може пояснювати парадоксальний ефект, задокументований у дослідженнях: тимчасову актуалізацію страху смерті на певних етапах глибокої терапевтичної роботи, яка в довгостроковій перспективі поступається місцем більш зрілому та автентичному ставленню до власної скінченності.

Теоретичний аналіз також виявив, що розвиток саморефлексії та інсайту, резильєнтності та толерантності до невизначеності є спільними механізмами особистісних змін у процесі психотерапії, що мають особливе значення для роботи з екзистенційною тривогою. Регулярність психотерапевтичної практики виступає критичним фактором глибини та стійкості цих змін, аналогічно до того, як систематична, а не епізодична релігійна залученість є необхідною умовою захисного ефекту релігії щодо страху смерті.

Таким чином, теоретичне підґрунтя дослідження обґрунтовує доцільність емпіричного вивчення порівняльного впливу релігійності та гештальт-терапії на страх смерті дорослих людей, а також дослідження динаміки цього впливу в процесі тривалої терапевтичної роботи, що й визначає завдання наступних розділів кваліфікаційної магістерської роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РЕЛІГІЙНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ НА ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ

2.1. Організація вибірки та опис психодіагностичного інструментарію дослідження

Дослідження впливу релігійності та психотерапії на особистісні характеристики дорослих людей було проведено у методі порівняльного крос-секційного дослідження. Вибірка дослідження склалась з 78 досліджуваних, більшість з яких становлять жінки (78,2 %).

При заповненні анкети досліджувані відмічали частоту, з якою вони відвідують терапевта, а також частоту, з якою відвідують церкву. Розподіл частот представлено на рис.1 та рис.2 відповідно.

Відвідують терапевта

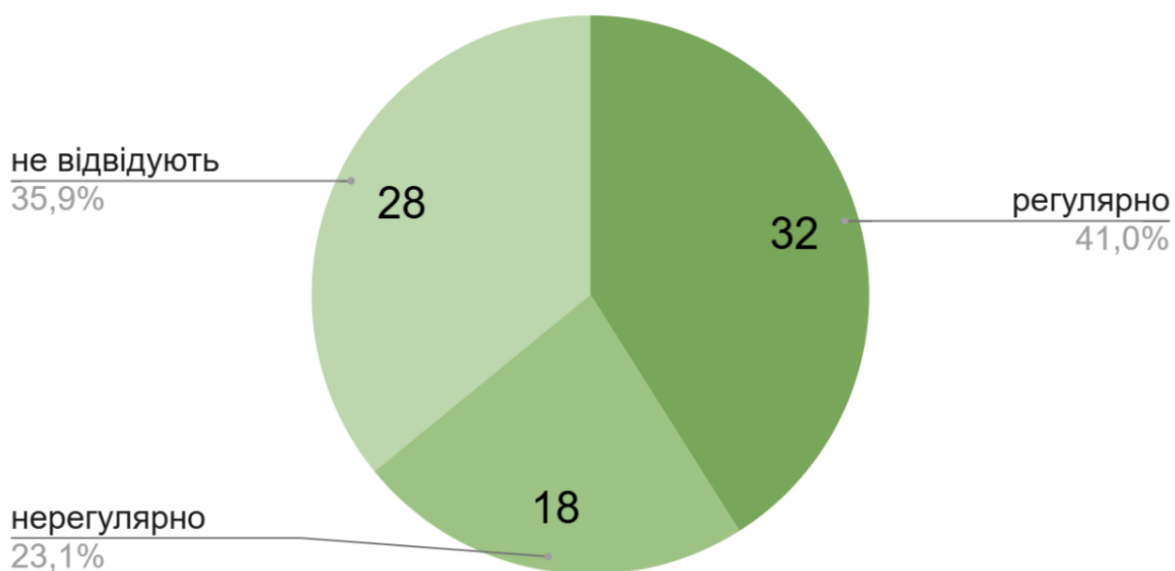


Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за частотою відвідування терапевта

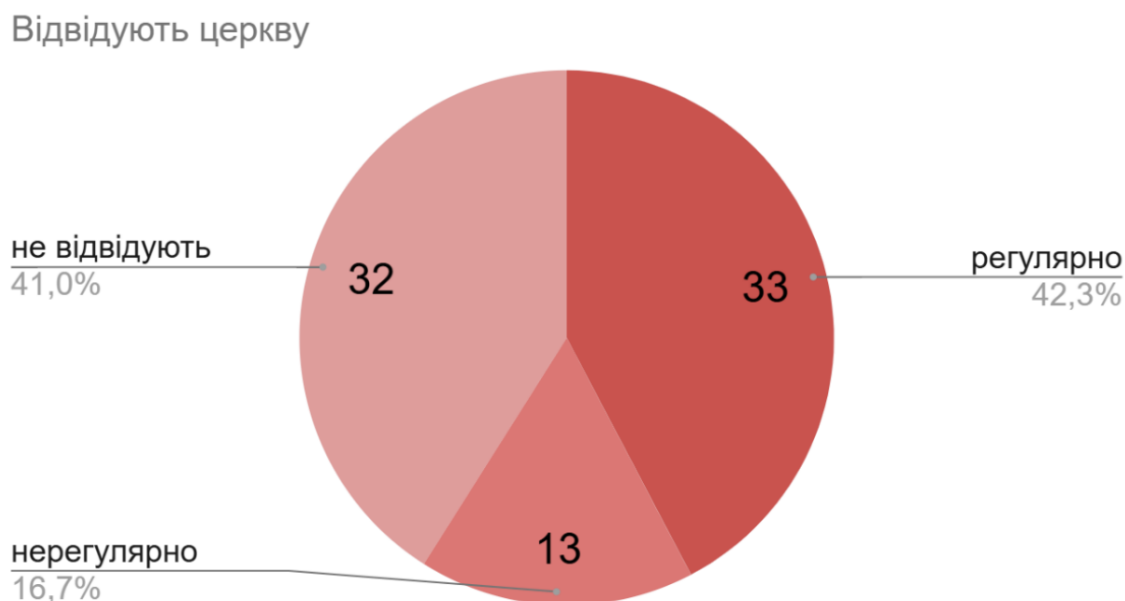


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за частотою відвідування церкви

Оскільки кожен досліджуваний давав відповіді стосовно частоти відвідування як терапевта, так і церкви, було встановлено розподіл кількості досліджуваних, що потрапила в кожну з дев'яти категорій.

Табл.2.1.

Розподіл кількості досліджуваних в групах, утворених за частотою відвідування терапевта та церкви

терапевт/ церква	регулярно	нерегулярно	не відвідують	Сума
регулярно	4	4	24	32
нерегулярно	5	5	8	18
не відвідують	24	4	0	28

Сума	33	13	32	78
------	----	----	----	----

Задля подальшого порівняння досліджуваних, які обирають психотерапію, з тими, які обирають релігію, необхідно було визначити, до якої з двох груп буде віднесено кожен з дев'яти категорій. Було вирішено, що найоптимальнішим буде наступний поділ: до групи «відвідують терапевта» входять досліджувані, які регулярно відвідують психотерапевта, а до церкви не ходять, або ходять нерегулярно, а також досліджувані, які нерегулярно ходять до психотерапевта та не ходять до церкви. Тобто частота відвідування терапевта має бути вищою за частоту відвідування церкви.

Групу досліджуваних, які відвідують церкву, було утворено за аналогічним принципом: до неї увійшли ті, хто регулярно ходять до церкви та не ходять чи нерегулярно ходять до психотерапевта, а також ті, хто нерегулярно ходять до церкви та не мають психотерапії в принципі.

Досліджуваних, які регулярно відвідують як психотерапевта, так і церкву, або нерегулярно відвідують і одне, і інше, не було віднесено до жодної з груп, адже видається складним в такому разі зрозуміти, що для такої людини є визначальним – психотерапія чи релігійність. Досліджуваних, які не відвідують ані терапевта, ані церкву, у вибірці не виявилось.

Отже було утворено дві групи досліджуваних: ті, що відвідують психотерапевта (36 осіб) та ті, що відвідують церкву (33 особи).

З метою порівняння рівнів показників у групах прихильників терапії та прихильників релігії застосовувалися методи аналізу для незалежних вибірок – t-критерій Стьюдента та U-критерій Манна–Уїтні.

Для аналізу відмінностей між групами, сформованими за частотою відвідування психотерапії або церкви, використовувався однофакторний дисперсійний аналіз із застосуванням критеріїв Фішера та Крускала–Волліса.

2.2. Відмінності особистісних характеристик прихильників психотерапії від прихильників релігії

Порівнюючи досліджуваних, які відвідують психотерапевта, з тими, які відвідують церкву, по шкалі інтолерантності до невизначеності, було встановлено відмінність за підшкалою прогностичної тривоги. В той же час не було встановлено відмінності між вказаними групами за підшкалою стресостійкості (див. табл. 2).

Табл.2.2.

Порівняння досліджуваних, які відвідують психотерапевта з тими, які відвідують церкву, за шкалою інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона та шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона

		Статистика	С т . св.	р	Різниця середніх		Величина ефекту
Ш к а л а прогностичної тривоги	t - критерій Стьюдента	-2.412	67.0	0.019	-3.8182	d Коена	-0.5813

Ш к а л а г н і т ю ч о ї тривоги	t - критерій Стьюден а	-1.349	67.0	0.182	-1.4949	d Коена	-0.3250
Стресостійкіс ть	t - критерій Стьюден а	0.427	67.0	0.671	0.6010	d Коена	0.1030

Результати порівняльного аналізу виявили статистично значущу відмінність між досліджуваними, які відвідують психотерапевта, та тими, які відвідують церкву, за підшкалою прогностичної тривоги ($t(67) = -2.412$, $p = 0.019$, d Коена = -0.5813). Величина ефекту середнього розміру ($d = -0.58$) вказує на практично значущу різницю між групами: досліджувані, які відвідують церкву, демонструють вищий рівень прогностичної тривоги порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта, що видно на рис.2.3.

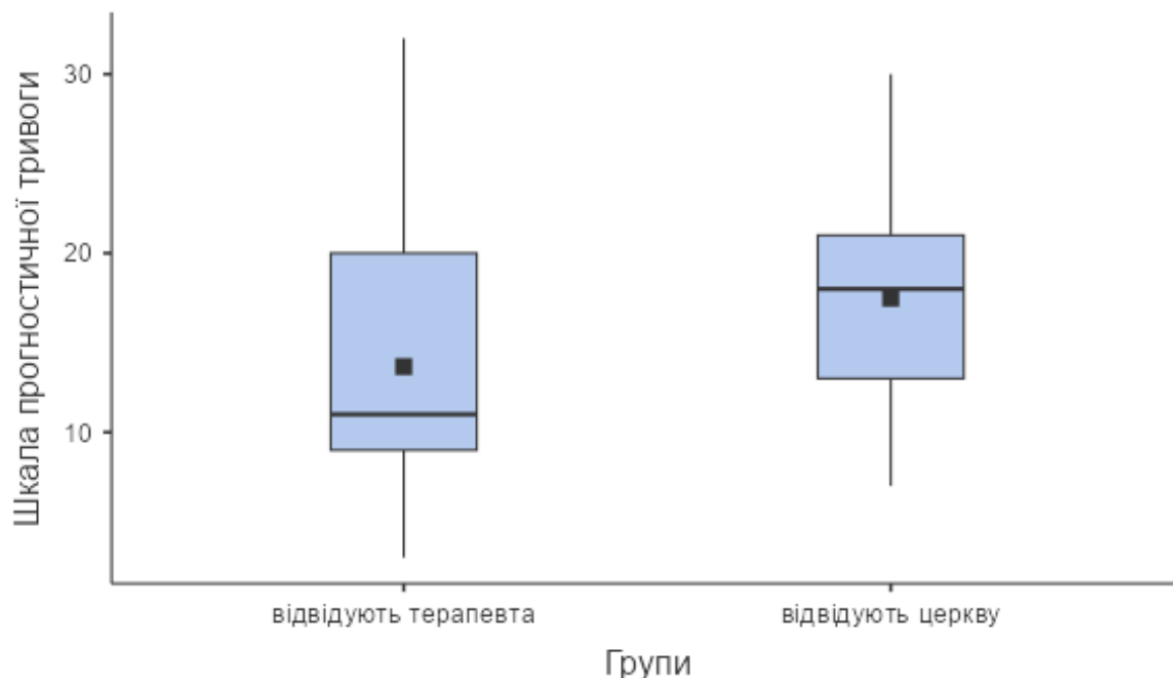


Рис.2.3. Коробкові діаграми за шкалою прогностичної тривоги в групах тих, хто відвідують психотерапевта та тих, хто відвідують церкву

Прогностична тривога відображає дискомфорт, пов'язаний з невизначеністю майбутнього та неможливістю передбачити наслідки подій. Вищі показники прогностичної тривоги у групі релігійних осіб можуть здаватися парадоксальними, враховуючи, що релігія традиційно розглядається як джерело екзистенційної впевненості та зниження тривоги (Pargament, 1997). Проте ці результати узгоджуються з деякими емпіричними даними, що вказують на неоднозначність впливу релігійності на тривожність.

Дослідження показують, що вплив релігійності на тривожність залежить від типу релігійної орієнтації. Олпорт та Росс (Allport & Ross, 1967) виявили, що зовнішня релігійність – використання релігії для досягнення інших цілей, таких як емоційний комфорт чи соціальне визнання – може асоціюватися з підвищеною тривожністю та невротизмом. Якщо в досліджуваній вибірці переважають особи із

зовнішньою релігійною орієнтацією, це може пояснювати вищі показники прогностичної тривоги.

Альтернативне пояснення полягає в ефекті селекції – в тому, що особи з підвищеною прогностичною тривогою можуть активніше звертатися до релігії як копінг-стратегії для подолання дискомфорту, пов'язаного з невизначеністю. Корнілова (2010) підкреслює, що інтолерантність до невизначеності позитивно корелює з тривожністю та потребою в передбачуваності. Релігія може надавати таким особам стабільні когнітивні рамки та ілюзію контролю над майбутнім через віру в присутність бога, що робить її привабливою для осіб з високою прогностичною тривогою.

Водночас нижчі показники прогностичної тривоги у групі, що відвідує психотерапевта, узгоджуються з емпіричними даними про ефективність психотерапії у зниженні інтолерантності до невизначеності. Мета-аналіз Wilson, Abbott та Norton (2023) виявив великі розміри ефекту для психологічного лікування у зниженні інтолерантності до невизначеності ($g = 0.88$ від початку до завершення лікування), особливо коли терапія безпосередньо фокусується на цьому конструкті. Психотерапевтичний процес, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, систематично працює з когнітивними спотвореннями, пов'язаними з катастрофізацією майбутнього та потребою в абсолютній визначеності (Beck, 1979), що може пояснювати нижчі показники прогностичної тривоги у цій групі.

Важливо також враховувати можливість самовідбору у групи: особи, які обирають психотерапію, можуть спочатку мати інші особистісні характеристики порівняно з тими, хто обирає релігійну практику. Дослідження показують, що відкритість досвіду та готовність до рефлексії є предикторами звернення до психотерапії (McCrae, 1996), тоді як потреба в структурованості та традиційних цінностях частіше асоціюється зі зверненням до релігії.

Виявлена різниця в прогностичній тривозі має важливі практичні імплікації для психологічного консультування та психотерапевтичної роботи. Для осіб з високою прогностичною тривогою, які обирають релігійну практику як основну копінг-стратегію, може бути корисним додатково інтегрувати психотерапевтичні методи, спрямовані на роботу з катастрофічними прогнозами майбутнього та розвиток толерантності до невизначеності.

Водночас результати підкреслюють необхідність диференційованого підходу до розуміння впливу релігійності на особистісне функціонування. Як зазначає Паргамент (Pargament, 1997), важливо враховувати не просто факт релігійної приналежності, а якість та тип релігійного досвіду. Майбутні дослідження мають розрізняти внутрішню та зовнішню релігійність, позитивний та негативний релігійний копінг, щоб краще зрозуміти механізми впливу релігійності на інтолерантність до невизначеності.

Далі, порівнюючи досліджуваних, які відвідують психотерапевта, з тими, які відвідують церкву, за шкалою Світоглядна пластичність, було встановлено відмінності за субшкалами Світоглядний ідеалізм ($t(67) = -2.234$, $p = 0.029$) та Світоглядний песимізм ($t(67) = -2.197$, $p = 0.031$).

Табл.2.3.

Порівняння досліджуваних, які відвідують терапевта з тими, які відвідують церкву, за шкалами опитувальника світоглядної пластичності особистості

		Статистика	С т . св.	р	Різниця середніх	Величина ефекту

Світоглядна пластичність	t - критерій Стьюдена	0.939	67.0	0.351	0.5253	d Коена	0.2262
Світоглядна критичність	t - критерій Стьюдена	-1.178	67.0	0.243	-0.6288	d Коена	-0.2838
Світоглядний ідеалізм	t - критерій Стьюдена	-2.234	67.0	0.029	-1.4495	d Коена	-0.5383
Світоглядний песимізм	t - критерій Стьюдена	-2.197	67.0	0.031	-1.0808	d Коена	-0.5295
Світоглядна принциповість	U - критерій Манна-Уїтні	439		0.060	-1.000	Ранго в о - бісер. ко еф. кор.	0.2609

Результати порівняльного аналізу виявили статистично значущі відмінності між досліджуваними, які відвідують психотерапевта, та тими, які відвідують церкву, за двома субшкалами опитувальника світоглядної пластичності особистості: світоглядний ідеалізм ($t(67) = -2.234$, $p = 0.029$, d Коена = -0.5383) та світоглядний песимізм ($t(67) = -2.197$, $p = 0.031$, d Коена = -0.5295). Обидві величини ефекту середнього розміру ($d \approx -0.53$) вказують на практично значущі різниці між групами.

Досліджувані, які відвідують церкву, демонструють значуще вищий рівень світоглядного ідеалізму порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта, як видно на рис.2.4.

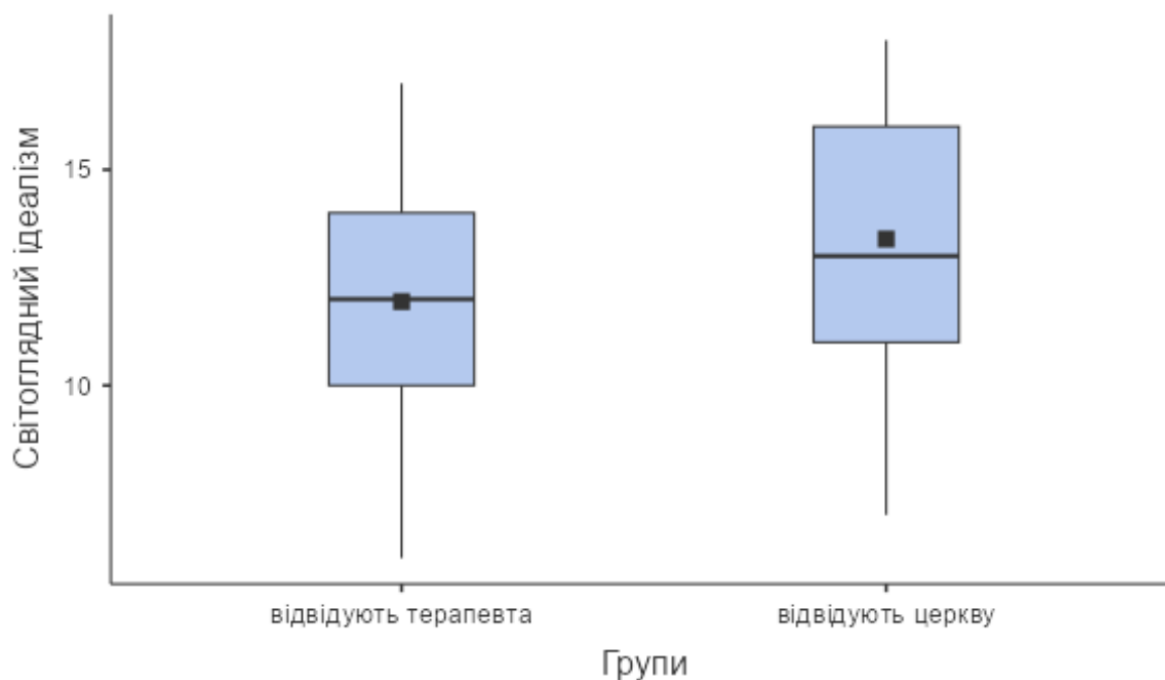


Рис.2.4. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядний ідеалізм в групах тих, хто відвідують психотерапевта та тих, хто відвідують церкву

Світоглядний ідеалізм відображає тенденцію до ідеалізованого, оптимістичного сприйняття світу, віру в існування абсолютних моральних цінностей та ідеальних станів буття. Цей результат добре узгоджується з теоретичними уявленнями про роль релігії у формуванні світоглядних орієнтацій.

Релігійні системи традиційно пропонують ідеалізовані моделі реальності, що включають уявлення про досконалість божественного порядку, абсолютні моральні стандарти та есхатологічні обіцянки ідеального майбутнього (Tillich, 1952). Як зазначає Балл (2006), світогляд формується через взаємодію особистості з культурним контекстом, і релігійний дискурс, будучи насиченим ідеалістичними

нарративами, може сприяти розвитку ідеалізованого бачення світу. Регулярна участь у релігійних практиках та експозиція до релігійних текстів, які часто оперують категоріями абсолютного добра, досконалості та трансцендентних ідеалів, може підсилювати тенденцію до світоглядного ідеалізму.

З іншого боку, нижчі показники світоглядного ідеалізму у групі, що відвідує психотерапевта, можуть відображати результат психотерапевтичної роботи, яка часто фокусується на розвитку реалістичного мислення та відмові від ідеалізованих уявлень. Зокрема, гештальт-терапія працює над відходом особистості від полярних уявлень про світ та розвитком навички вітальності, тобто виборі різних стратегій життя, експериментуванні. Когнітивно-поведінкова терапія, в свою чергу, також працює з когнітивними спотвореннями, включаючи дихотомічне мислення та ідеалізацію, допомагаючи клієнтам формувати більш нюансоване та реалістичне бачення себе, інших людей та світу (Beck, 1979).

Таким чином, регулярна психотерапія може сприяти зниженню світоглядного ідеалізму через розвиток більш реалістичного, хоча й не обов'язково песимістичного, світосприйняття.

Однак, особливо цікавим і на перший погляд парадоксальним є результат, що досліджувані, які відвідують церкву, також демонструють значуще вищий рівень світоглядного песимізму порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта (див. рис.2.5).

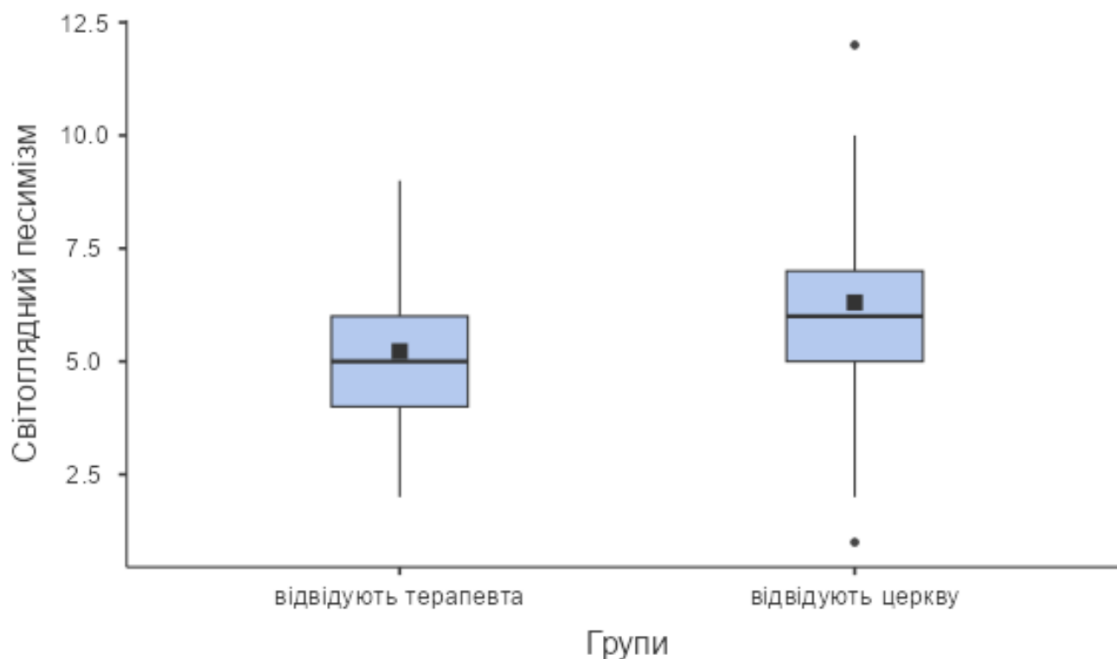


Рис.2.5. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядний песимізм в групах тих, хто відвідують терапевта та тих, хто відвідують церкву

Ця знахідка здається суперечливою. Світоглядний песимізм відображає тенденцію до негативного оцінювання світу, очікування несприятливих результатів та загального невір'я в позитивні можливості життя. Однак, ця ж група тих, хто відвідує церкву, демонструє і вищий рівень світоглядного ідеалізму, про що вже було сказано вище.

Такі результати дослідження можна пояснити тим, що високі очікування та ідеалізовані стандарти, властиві світоглядному ідеалізму, можуть призводити до песимізму через постійне розчарування у невідповідності реальності цим ідеалам. З іншого боку, деякі релігійні течії самі по собі містять парадоксальне поєднання ідеалістичних уявлень про трансцендентну реальність з песимістичним баченням матеріального світу. В християнській теології, зокрема, існує концепція “падшого світу” – уявлення про те, що земне існування є недосконалим, гріховним та приреченим на страждання, на протизагони досконалості небесного царства. Така дуалістична картина світу може одночасно жити як ідеалізм (віра в існування

досконалої трансцендентної реальності), так і песимізм (негативна оцінка земного існування та відсутність очікувань чогось гарного від нього).

Хоча різниця за шкалою світоглядної принциповості не досягла рівня статистичної значущості ($U = 439$, $p = 0.060$), величина ефекту ($r = 0.26$) вказує на помірну асоціацію. Цей результат перебуває на межі статистичної значущості і може відображати справжню тенденцію, яка могла б досягти значущості у більшій або більш гомогенній вибірці. Досліджувані, які відвідують церкву, мали б у такому разі вищий рівень світоглядної принциповості ніж досліджувані, які відвідують терапевта (див. рис.2.6).

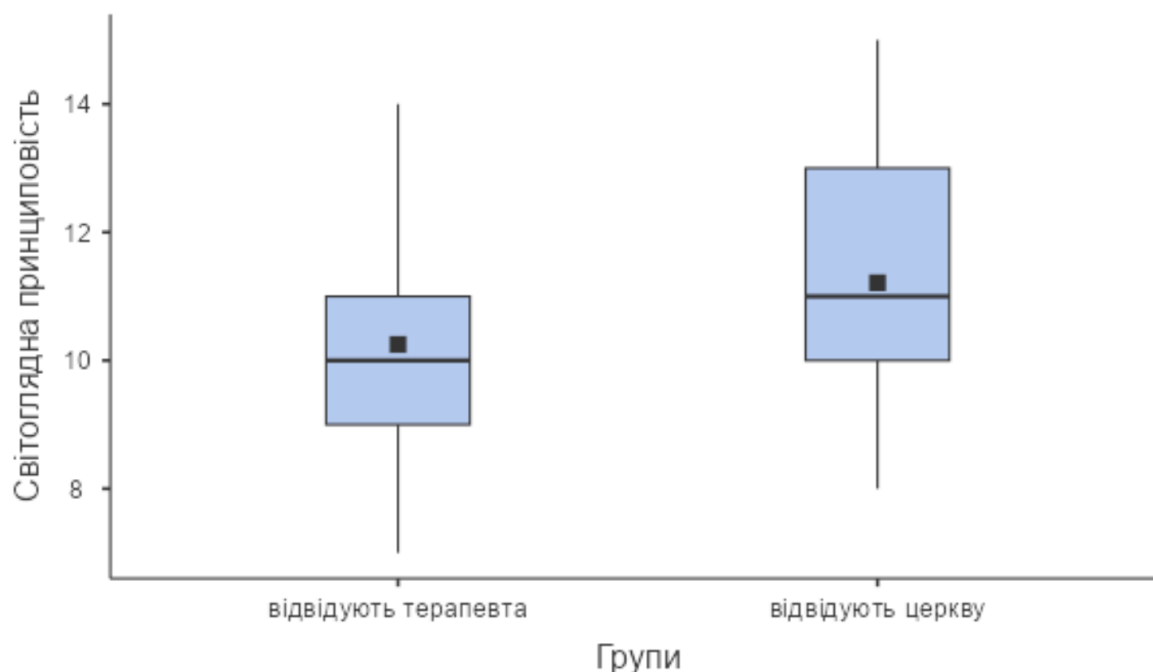


Рис.2.6. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядна принциповість в групах тих, хто відвідують терапевта та тих, хто відвідують церкву

Світоглядна принциповість відображає тенденцію до чіткої, непохитної прихильності певним принципам та переконанням, небажання йти на компроміси у питаннях світоглядних цінностей. Вищі показники світоглядної принциповості у групі релігійних осіб були б теоретично очікуваними, оскільки релігійна віра часто

передбачає прихильність до визначених доктринальних положень та моральних абсолютів. З іншого боку, психотерапія часто заохочує гнучкість переконань, відкритість до різних перспектив та здатність переглядати власні принципи у світлі нового досвіду.

Порівнюючи досліджуваних, які відвідують терапевта, з тими, які відвідують церкву, за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги», було встановлено відмінність лише за підшкалою Страх смерті ($t(67) = 3.003$, $p = 0.004$), а також можна зробити припущення про відмінність за шкалою Страх самотності ($U = 437$, $p = 0.056$).

Табл.2.4.

Порівняння досліджуваних, які відвідують терапевта з тими, які відвідують церкву, за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» (ECQ)

		Статистика	С т . св.	p	Різниця середніх		Величина ефекту
С т р а х смерті	t-критерій Стьюдена	3.003	67.0	0.004	4.5253	d Коена	0.7238
С т р а х втрати сенсу життя	t-критерій Стьюдена	0.692	67.0	0.492	0.4697	d Коена	0.1667
С т р а х ідентичності	U-критерій М а н н а - Уїтні	546		0.562	8.15e-6	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.0816

Страх самотності	U-критерій М а н н а - Уїтні	437		0.056	1.000	Рангово- б і с е р . к о е ф . кор.	-0.2652
Провина	U-критерій М а н н а - Уїтні	584		0.901	1.72e-5	Рангово- б і с е р . к о е ф . кор.	-0.0168

Результати порівняльного аналізу за опитувальником Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» (ECQ) виявили статистично значущу відмінність між досліджуваними, які відвідують психотерапевта, та тими, які відвідують церкву, за шкалою страху смерті ($t(67) = 3.003$, $p = 0.004$, d Коена = 0.7238). Величина ефекту ($d = 0.72$) вказує на практично значущу та стійку різницю між групами. Додатково виявлено тенденцію до відмінності за шкалою страху самотності ($U = 437$, $p = 0.056$, $r = -0.27$), що перебуває на межі статистичної значущості.

Досліджувані, які відвідують церкву, демонструють значуще нижчий рівень страху смерті порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта. Цей результат є одним з найбільш теоретично очікуваних та узгоджується з фундаментальними уявленнями про роль релігії у подоланні екзистенційної тривоги, пов'язаної зі смертністю.

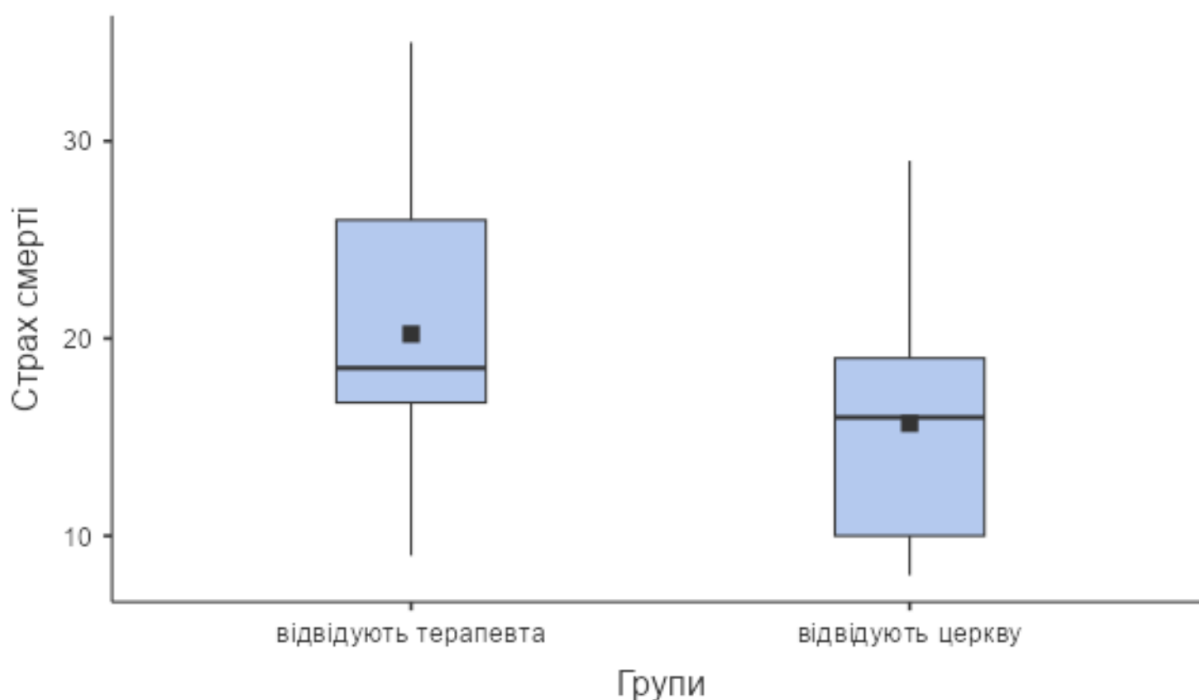


Рис.2.7. Коробкові діаграми за шкалою Страх смерті в групах тих, хто відвідують терапевта та тих, хто відвідують церкву

Тілліх (Tillich, 1952) описував релігійну віру як відповідь на екзистенційну тривогу, що допомагає людині долати страх небуття та смерті. Релігійні системи традиційно пропонують наративи безсмертя – концепції загробного життя, воскресіння, реінкарнації чи духовної трансценденції – які надають смислову рамку для осмислення смерті не як абсолютного кінця, а як переходу до іншої форми існування. Як зазначає Ялом (Yalom, 1980), смерть є однією з чотирьох фундаментальних екзистенційних даностей, що породжують тривогу, і релігія історично виконувала функцію буферу проти цієї тривоги через обіцянку продовження існування після фізичної смерті.

Емпіричні дослідження послідовно підтверджують негативний зв'язок між релігійністю та страхом смерті. Мета-аналітичні дослідження показують, що особи з вираженою релігійною вірою та високою релігійною залученістю демонструють

нижчі рівні страху смерті порівняно з нерелігійними особами (Mahapatra & Mahapatra, 2024).

Механізми цього впливу включають віру в загробне життя, яка надає відчуття безперервності існування; відчуття зв'язку з трансцендентною реальністю, що виходить за межі фізичного існування; соціальну підтримку релігійної спільноти, яка допомагає справлятися з екзистенційними страхами; та ритуальні практики, які символічно опрацьовують тему смерті та перетворюють її на частину осмисленого життєвого циклу.

Водночас вищі показники страху смерті у групі, що відвідує психотерапевта, можуть відображати кілька процесів. По-перше, особи, які звертаються до психотерапії, можуть робити це саме тому, що переживають підвищену екзистенційну тривогу, включаючи страх смерті, і шукають професійної допомоги у її опрацюванні. По-друге, психотерапевтичний процес може сприяти більшій відкритості до усвідомлення та вербалізації екзистенційних страхів, які раніше могли бути витіснені чи заперечені. Як підкреслює Яценко (1996) у контексті глибинної психокорекції, робота з несвідомими страхами передбачає їхню актуалізацію у свідомості, що може тимчасово проявлятися у підвищених показниках страху [43]. Таким чином, вищі показники страху смерті у психотерапевтичній групі можуть відображати не обов'язково гірше психологічне функціонування, а швидше більшу готовність до усвідомлення та визнання екзистенційних страхів.

Окремо потрібно наголосити на тому, що різниця між групами за субшкалою Страху самотності хоч і не досягла рівня статистичної значущості ($U = 437$, $p = 0.056$), величина ефекту ($r = -0.27$) все ж вказує на помірну асоціацію, що може відображати справжню тенденцію. Згідно з даними, досліджувані, які відвідують церкву, мають тенденцію до нижчого рівня страху самотності порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта.

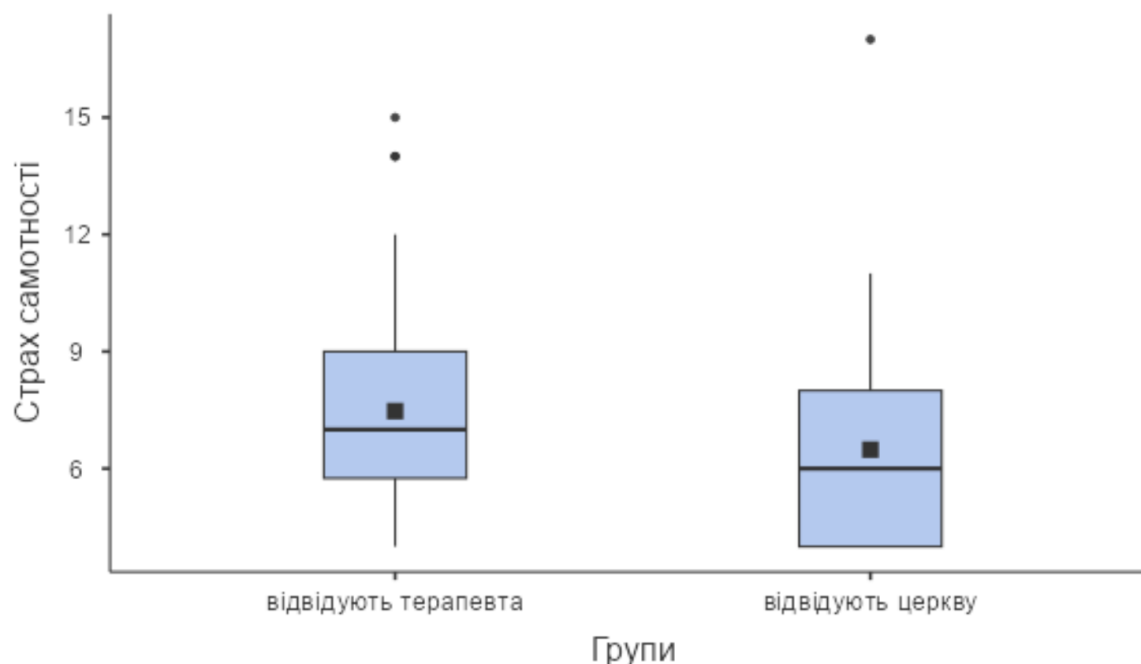


Рис.2.8. Коробкові діаграми за шкалою Страх самотності в групах тих, хто відвідують терапевта та тих, хто відвідують церкву

Страх самотності або екзистенційної ізоляції є ще однією фундаментальною екзистенційною даністю, описаною Яломом (Yalom, 1980). Екзистенційна ізоляція відображує усвідомлення того, що кожна людина є фундаментально самотньою – ніхто не може повністю розділити наш суб'єктивний досвід, і кожен з нас зрештою зустрічає найважливіші життєві виклики наодинці з собою.

Тенденція до нижчого страху самотності у релігійних осіб може пояснюватися кількома механізмами. По-перше, релігійні спільноти надають потужну соціальну підтримку та відчуття приналежності. Дослідження показують, що регулярна участь у релігійних зібраннях корелює з вищими показниками соціального капіталу, ширшими соціальними мережами та глибшими міжособистісними зв'язками. Релігійна спільнота створює специфічний тип соціальної близькості,

заснованої на спільних цінностях, ритуалах та світоглядних орієнтаціях, що може буферувати проти відчуття самотності.

По-друге, релігійна віра пропонує відчуття постійного зв'язку з трансцендентною реальністю – Богом, вищою силою чи духовним виміром існування. Це відчуття присутності “значущого іншого”, який завжди доступний, може суттєво знижувати екзистенційну самотність. Як зазначав Тілліх (Tillich, 1952), релігійний досвід включає відчуття подолання ізоляції через зв'язок з божественним, що надає глибоке почуття “неможливості бути залишеним на самоті”.

По-третє, релігійні практики, такі як молитва та медитація, створюють досвід інтимності з божественним, який може переживатися як глибоко особистісний та інтимний зв'язок, що компенсує відчуття екзистенційної ізоляції. Юнг (Jung, 1938) описував релігійний досвід як зустріч з архетипами колективного несвідомого, яка долає межі індивідуального Его та створює відчуття зв'язку з чимось більшим, ніж індивідуальне існування.

Водночас відсутність статистичної значущості цієї різниці може вказувати на те, що психотерапія також надає певні механізми подолання екзистенційної самотності, хоча й інші. Терапевтичні відносини самі по собі є досвідом глибокого міжособистісного зв'язку, де клієнт може бути почутим та зрозумілим на глибинному рівні. Роджерс (Rogers, 1951) підкреслював, що досвід емпатійного розуміння у терапії може бути цілющим саме через подолання екзистенційної самотності – відчуття “нарешті хтось мене розуміє”. Ялом (Yalom, 1980) описував терапевтичні відносини як простір, де екзистенційна ізоляція може бути частково подолана через автентичну зустріч двох людей.

2.3. Особливості особистісних характеристик дорослих осіб в залежності від частоти відвідування психотерапії та церковної служби

Відповідаючи на третє дослідницьке питання, чи відрізняється вплив регулярного та нерегулярного відвідування церкви та психотерапевта на світоглядну пластичність, резильєнтність, толерантність до невизначеності та рівень екзистенційної тривоги дорослих людей та яким чином, було проведено порівняння груп, утворених за частотою відвідування психотерапевта та церкви, за допомогою критерію Фішера.

В результаті порівняння груп, утворених за частотою відвідування психотерапевта, було встановлено відмінності за шкалою Прогностичної тривоги ($F = 3.8547$, $p = 0.025$), Світоглядної принциповості ($F = 4.0762$, $p = 0.021$) та Страху смерті ($F = 6.4391$, $p = 0.003$).

Табл.2.5.

Порівняння груп, утворених за частотою відвідування терапевта, за шкалами обраних методик (критерій Фішера)

	F	df1	df2	p
Шкала прогностичної тривоги	3.8547	2	75	0.025
Шкала гнітючої тривоги	1.2305	2	75	0.298
Стресостійкість	0.5730	2	75	0.566
Світоглядна пластичність	0.0457	2	75	0.955

Світоглядна критичність	0.8345	2	75	0.438
Світоглядний ідеалізм	1.0651	2	75	0.350
Світоглядний песимізм	1.6408	2	75	0.201
Світоглядна принциповість	4.0762	2	75	0.021
Страх смерті	6.4391	2	75	0.003
Страх втрати сенсу життя	0.1507	2	75	0.860

З попарних порівнянь за шкалою шкалою Прогностичної тривоги бачимо, що найсуттєвіші відмінності встановлено між досліджуваними, які не відвідують психотерапевта, та тими, які відвідують психотерапевта хоча б нерегулярно.

Табл.2.6.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування психотерапевта, за шкалою прогностичної тривоги

		не відвідують	нерегулярно	регулярно
не відвідують	Р і з н и ц я середніх	—	4.70	3.987
	p	—	0.051	0.054
нерегулярно	Р і з н и ц я середніх		—	-0.712

	p		—	0.927
регулярно	Р і з н и ц я середніх			—
	p			—

Досліджувані, які не відвідують психотерапевта, демонструють значуще вищі показники прогностичної тривоги порівняно з тими, хто відвідує терапію як регулярно, так і нерегулярно ($p = 0.051$ та $p = 0.054$ відповідно). Водночас різниця між регулярним та нерегулярним відвідуванням є незначущою ($p = 0.927$).

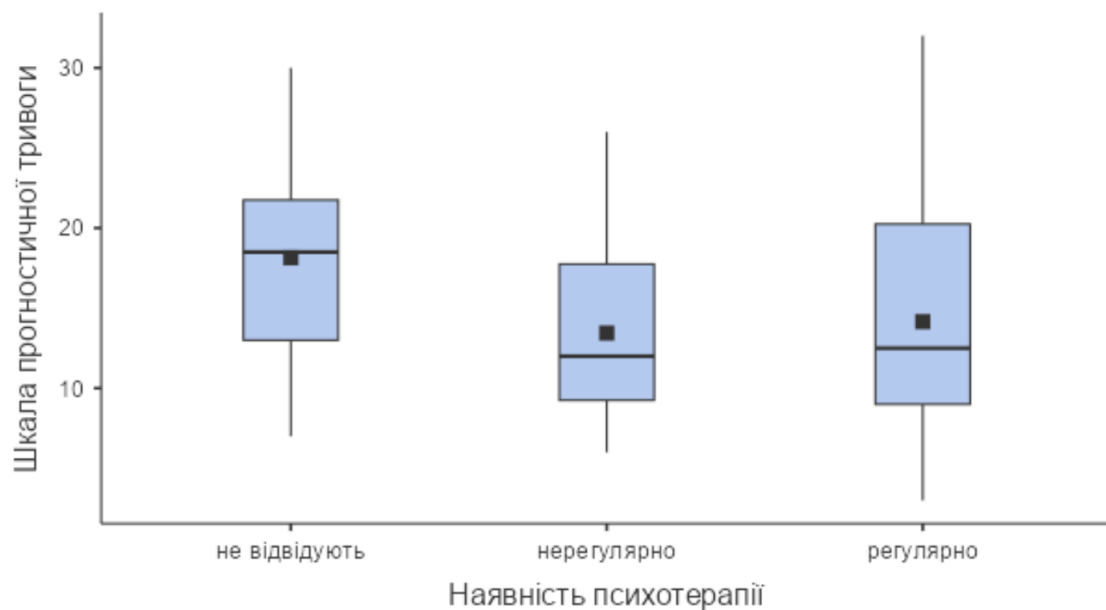


Рис.2.9. Коробкові діаграми за шкалою прогностичної тривоги в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування терапевта

Однак, враховуючи, що в даному дизайні дослідження неможливо достеменно зрозуміти, чи дійсно психотерапія вплинула на зниження прогностичної тривоги,

чи це ми маємо ефект селекції, коли люди з нижчим рівнем прогностичної тривоги обирають психотерапію, ці результати можуть свідчити як про одне, так і про інше.

Хоча, варіант, що психотерапія має пороговий ефект на прогностичну тривогу і що навіть нерегулярні сесії надають достатню підтримку для зниження тривоги щодо майбутнього, може пояснюватися тим, що навіть епізодичний психотерапевтичний досвід надає клієнтам когнітивні інструменти для роботи з катастрофічними прогнозами та розвиває базову здатність до толерування невизначеності (Beck, 1979; Wilson et al., 2023).

Тим не менш, дані про те, що немає значущої різниці між регулярним та нерегулярним відвідуванням терапевта, дещо суперечать дослідженню Ерексона та співавторів (Erekson et al., 2015), які виявили, що регулярність терапії значуще впливає на швидкість одужання. Вірогідно, дані результати потребують подальшого дослідження.

За шкалою Світоглядна принципівість є відмінності між групою тих, хто не відвідує психотерапевта та тими, хто його відвідує регулярно – раз на тиждень чи раз на два тижні.

Табл. 2.7.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування терапевта, за шкалою Світоглядна принципівість

		не відвідують	нерегулярно	регулярно
не відвідують	Р і з н и ц я середніх	—	0.853	1.371

	p	—	0.289	0.016
нерегулярно	Р і з н и ц я середніх		—	0.517
	p		—	0.615
регулярно	Р і з н и ц я середніх			—
	p			—

У досліджуваних, які не відвідують психотерапевта, вищий рівень Світоглядної принциповості ніж у досліджуваних, які відвідують психотерапевта регулярно.

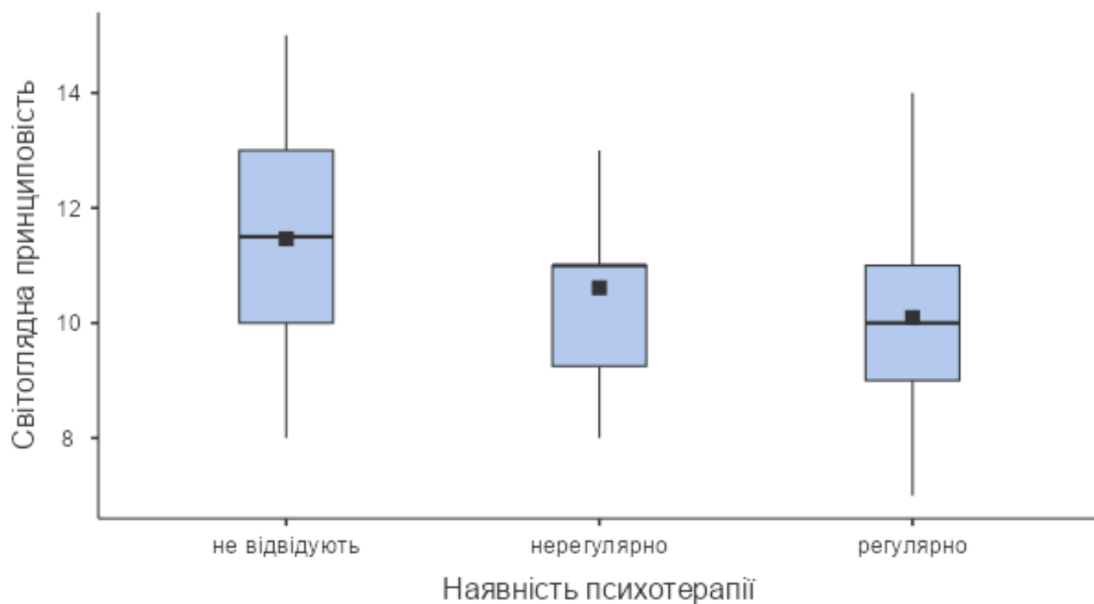


Рис.2.10. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядна принциповість в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування терапевта

Це може відображати результат систематичної психотерапевтичної роботи з розвитком когнітивної гнучкості (Hayes et al., 2006), однак альтернативно це може

бути ефектом селекції – особи з меншою принциповістю можуть бути більш відкритими до регулярної психотерапії.

За шкалою Страх смерті досліджувані, які відвідують психотерапевта регулярно, відрізняються від тих, які його не відвідують взагалі чи відвідують його нерегулярно.

Табл.2.8.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування психотерапевта, за шкалою Страх смерті

		не відвідують	нерегулярно	регулярно
не відвідують	Р і з н и ц я середніх	—	0.766	-4.71
	p	—	0.909	0.011
нерегулярно	Р і з н и ц я середніх		—	-5.48
	p		—	0.009
регулярно	Р і з н и ц я середніх			—
	p			—

Досліджувані, які відвідують психотерапевта регулярно, мають вищий рівень страху смерті ніж досліджувані, які його не відвідують взагалі чи відвідують нерегулярно.

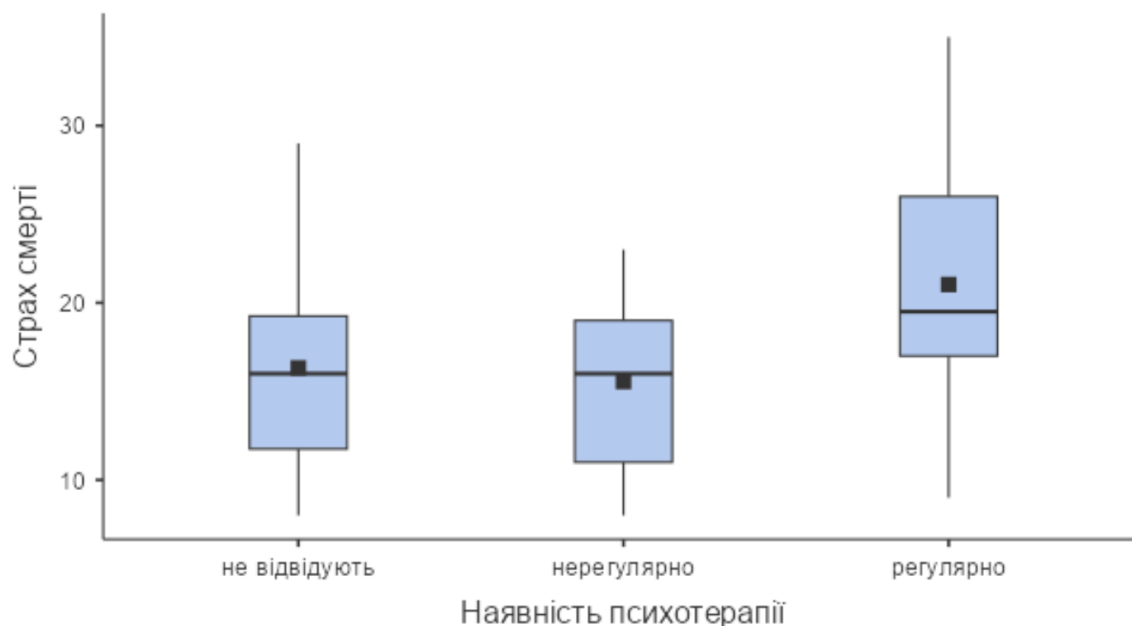


Рис.2.11. Коробкові діаграми за шкалою Страх смерті в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування терапевта

Тобто регулярне відвідування психотерапевта асоціюється з вищим страхом смерті порівняно як з відсутністю терапії ($p = 0.011$), так і з нерегулярним відвідуванням ($p = 0.009$). Це може відображати актуалізацію екзистенційних страхів у процесі глибокої терапевтичної роботи (Yalom, 1980), або більшу готовність усвідомлювати та вербалізувати свої страхи чи самоселекцію – особи з вищим страхом смерті можуть інтенсивніше шукати регулярної терапевтичної підтримки.

При порівнянні груп, утворених за частотою відвідування психотерапевта, за допомогою критерію Крускала-Волліса встановлено відмінність за шкалою Страх самотності ($F = 7.651$, $p = 0.022$).

Табл.2.9.

Порівняння груп, утворених за частотою відвідування терапевта, за шкалами обраних методик (критерій Крускала-Волліса)

	χ^2	df	p
Страх ідентичності	2.494	2	0.287
Страх самотності	7.651	2	0.022
Провина	0.122	2	0.941

Досліджувані, які відвідують психотерапевта регулярно, відрізняються від тих, які відвідують його нерегулярно за шкалою Страх самотності.

Табл.2.10.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування терапевта, за шкалою Страх самотності

		W	p
не відвідують	нерегулярно	-0.766	0.851
не відвідують	регулярно	2.949	0.093
нерегулярно	регулярно	3.562	0.032

Виявлено, що досліджувані, які відвідують психотерапевта регулярно (раз на тиждень чи раз на два тижні), демонструють значуще вищі показники страху самотності порівняно з тими, хто відвідує психотерапію нерегулярно ($p = 0.032$).

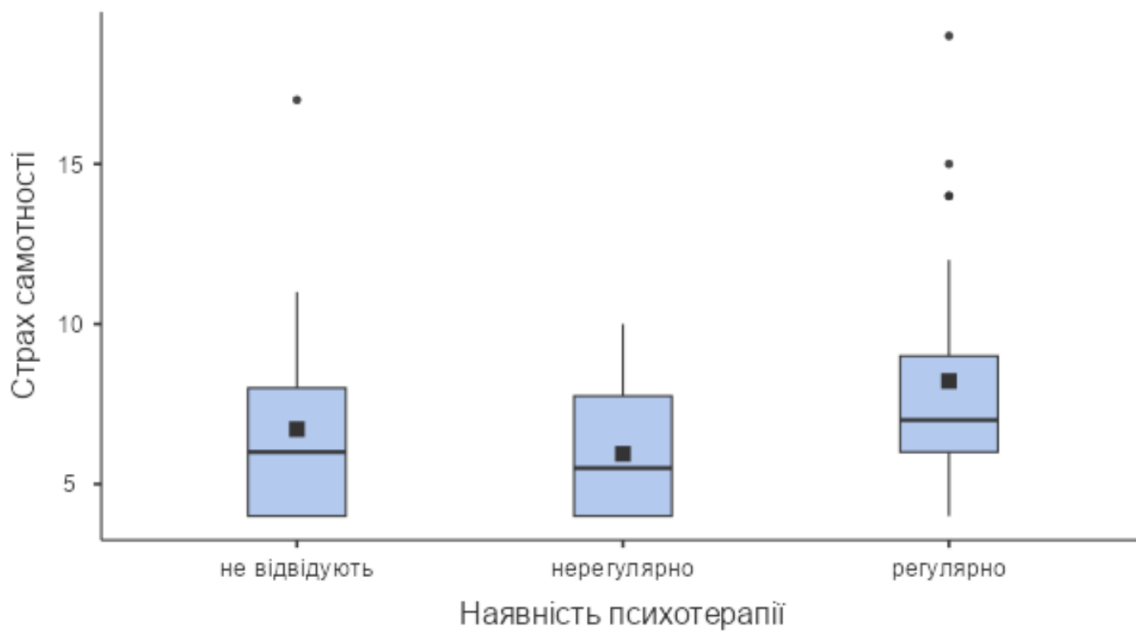


Рис.2.12. Коробкові діаграми за шкалою Страх самотності в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування терапевта

Ця знахідка є парадоксальною, оскільки інтуїтивно можна було б очікувати протилежного результату: регулярна психотерапія, яка надає стабільну підтримку та допомагає розвивати навички міжособистісної взаємодії, мала б знижувати, а не підвищувати страх самотності.

Однак, з іншого боку, як вже згадувалось раніше, науці відомий феномен терапевтичної залежності, який Берк та Паркер (Berk & Parker, 2009) назвали “дилемою Сцілли та Харибди”, коли формування емоційної прив’язаності до

терапевта є необхідною передумовою для глибини та ефективності терапевтичного процесу, однак її надмірна інтенсивність може деструктивно впливати на розвиток самостійності та віри клієнта у власні можливості – тих самих характеристик, культивування яких становить мету терапії.

Клієнти, які відвідують терапію щотижнево протягом тривалого часу, формують глибокий емоційний зв'язок з терапевтом та починають розглядати терапевтичні сесії як джерело емоційної підтримки, розуміння та валідації. Як зазначає Роджерс (Rogers, 1951), досвід безумовного позитивного ставлення та емпатійного розуміння у терапії може бути глибоко цілющим, особливо для осіб, які не отримували такого досвіду в інших стосунках. Тож саме ця глибина терапевтичних відносин може і породжувати тривогу про їхню втрату.

Альтернативне пояснення полягає у тому, що особи з підвищеним страхом самотності можуть більш активно шукати та підтримувати регулярні терапевтичні відносини як спосіб справлятися з цим страхом. З цієї перспективи, не терапія підвищує страх самотності, а навпаки – страх самотності мотивує людину до регулярного відвідування терапії. Для більш точно визначення необхідне проведення подальших досліджень, зокрема, лонгітюдних, з вимірюванням рівня страху самотності у людей, що регулярно відвідують психотерапевта на початку їх терапії та через деякий проміжок часу.

При порівнянні груп, утворених за частотою відвідування церкви, за допомогою критерію Фішера встановлено відмінності за шкалами Світоглядний ідеалізм ($F = 5.19427$, $p = 0.008$) та Світоглядний песимізм ($F = 4.01239$, $p = 0.022$).

Табл.2.11.

Порівняння груп, утворених за частотою відвідування церкви, за шкалами обраних методик (критерій Фішера)

	F	df1	df2	p
Стресостійкість	0.00176	2	75	0.998
Світоглядна пластичність	1.11071	2	75	0.335
Світоглядний ідеалізм	5.19427	2	75	0.008
Світоглядний песимізм	4.01239	2	75	0.022

З попарних порівнянь за шкалою Світоглядний ідеалізм стає зрозуміло, що є відмінність між досліджуваними, які не відвідують церкву, та тими, які відвідують її регулярно.

Табл.2.12.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування терапевта, за шкалою Світоглядний ідеалізм

		не відвідують	нерегулярно	регулярно
не відвідують	Р і з н и ц я середніх	—	-1.77	-2.040
	p	—	0.113	0.008
нерегулярно	Р і з н и ц я середніх		—	-0.266

	p		—	0.950
регулярно	Р і з н и ц я середніх			—
	p			—

У досліджуваних, які регулярно відвідують церкву, вищий рівень Світоглядного ідеалізму ніж у досліджуваних, які не відвідують її.

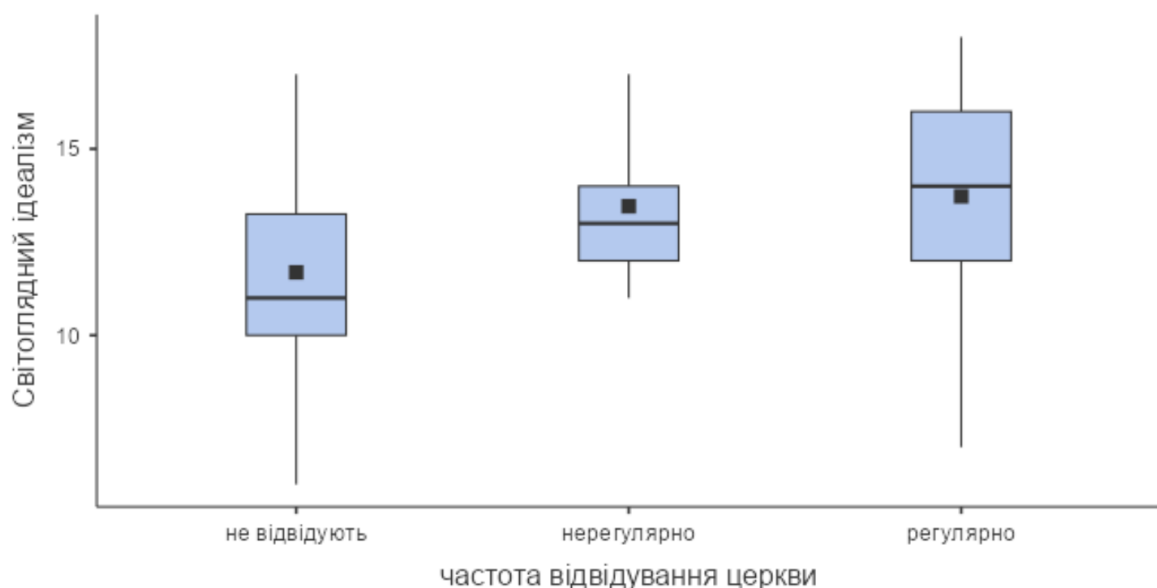


Рис.2.13. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядний ідеалізм в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування церкви

З одного боку регулярна експозиція до релігійного дискурсу, насиченого ідеалістичними наративами про досконалість божественного порядку та абсолютні моральні стандарти, може формувати тенденцію до ідеалізованого сприйняття світу (Tillich, 1952; Балл, 2006). Релігійні тексти та проповіді систематично представляють ідеальні моделі поведінки, трансцендентні цілі та есхатологічні обіцянки досконалого майбутнього, що може підсилювати світоглядний ідеалізм.

З іншого боку неможливо виключити ефект селекції – особи з вже наявною схильністю до ідеалістичного світосприйняття можуть активніше залучатися до регулярних релігійних практик, оскільки релігійний світогляд резонує з їхніми внутрішніми схильностями. Крім того, особи з ідеалістичними установками можуть легше інтегруватися у релігійні спільноти та підтримувати регулярну участь.

За шкалою Світоглядний песимізм досліджувані, які нерегулярно відвідують церкву, відрізняються від досліджуваних, які відвідують її регулярно.

Табл.2.13.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування церкви, за шкалою Світоглядний песимізм

		не відвідують	нерегулярно	регулярно
не відвідують	Р і з н и ц я середніх	—	0.529	-1.05
	p	—	0.685	0.081
нерегулярно	Р і з н и ц я середніх		—	-1.58
	p		—	0.039
регулярно	Р і з н и ц я середніх			—
	p			—

Регулярне відвідування церкви асоціюється з вищим світоглядним песимізмом порівняно з нерегулярним відвідуванням ($p = 0.039$).

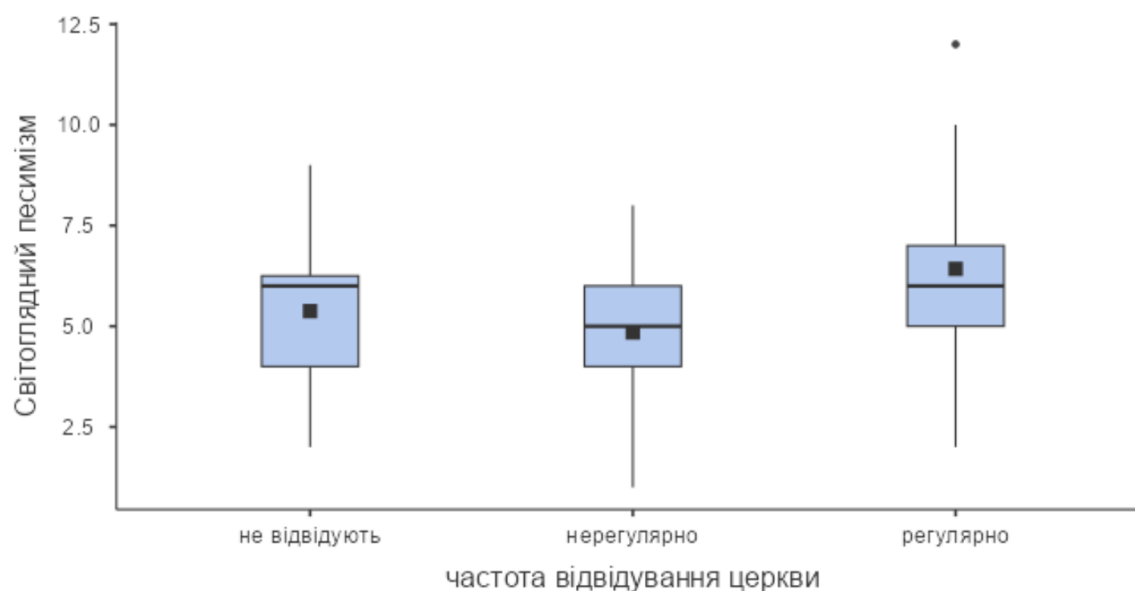


Рис.2.14. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядний песимізм в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування церкви

Ці дані, як вже зазначалось вище, можуть свідчити про те, що високі ідеалістичні очікування залучених до церкви людей можуть призводити до їхнього песимізму через постійне розчарування у невідповідності реальності цим ідеалам, або ж просто про наділення “земного життя” тими якостями, що не прогнозують нічого гарного в майбутньому на відміну від “позаземного”.

Однак, можливий і зворотний зв'язок, в якому особи з песимістичним світоглядом шукають релігійної підтримки та регулярно відвідують церкву в якості копінг-стратегії для подолання негативного світосприйняття.

При порівнянні груп, утворених за частотою відвідування церкви, за допомогою критерія Крускала-Волліса було встановлено відмінності за шкалами Світоглядна критичність ($\chi^2 = 8.662$, $p = 0.013$) та Страх смерті ($\chi^2 = 8.658$, $p = 0.013$).

Порівняння груп, утворених за частотою відвідування церкви, за шкалами обраних методик (критерій Крускала-Волліса)

	χ^2	df	p
Шкала прогностичної тривоги	4.012	2	0.135
Шкала гнітючої тривоги	1.295	2	0.523
Світоглядна критичність	8.662	2	0.013
Світоглядна принциповість	4.917	2	0.086
Страх смерті	8.658	2	0.013
Страх втрати сенсу життя	0.826	2	0.662
Страх ідентичності	0.482	2	0.786
Страх самотності	2.236	2	0.327
Провина	1.042	2	0.594

Досліджувані, які не відвідують церкву, відрізняються від тих, які її відвідують нерегулярно, за шкалою Світоглядна критичність.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування церкви, за шкалою Світоглядна критичність

		W	p
не відвідують	нерегулярно	3.70	0.024
не відвідують	регулярно	3.19	0.062
нерегулярно	регулярно	-1.21	0.671

Досліджувані, які нерегулярно відвідують церкву, мають вищий рівень Світоглядної критичності ніж ті, які її не відвідують.

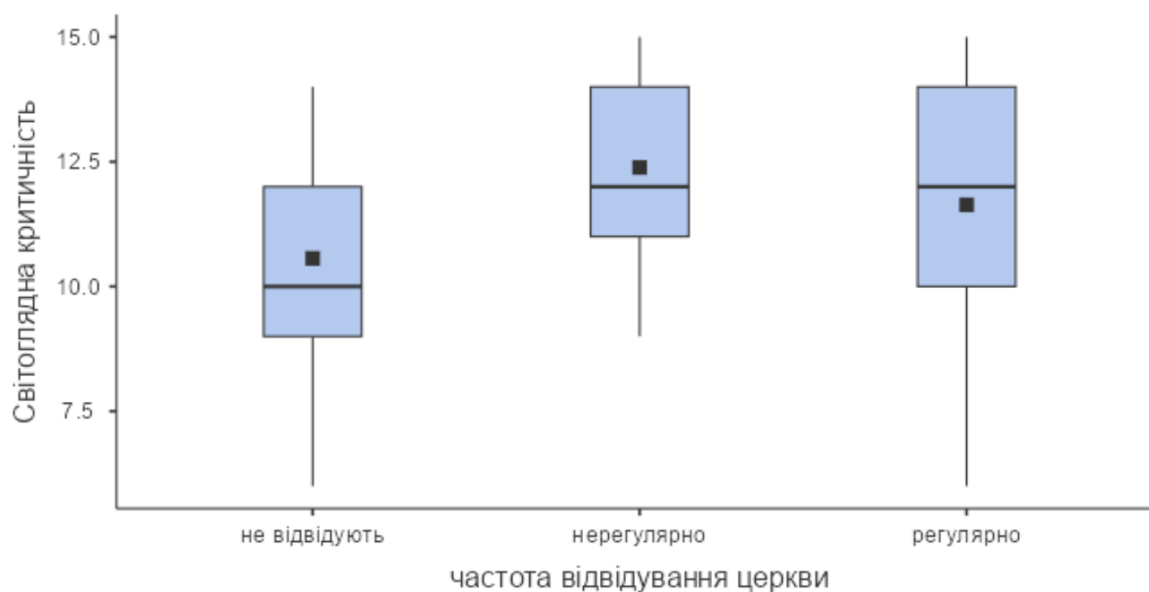


Рис.2.15. Коробкові діаграми за шкалою Світоглядна критичність в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування церкви

Особи з критичним мисленням можуть підтримувати епізодичний контакт з релігійною традицією (наприклад, відвідування церкви на великі свята), але не інтегруватися повністю у релігійну систему через критичне ставлення до догматичних положень. Вони можуть цінувати окремі аспекти релігійної традиції (ритуали, спільноту, культурну спадщину), але зберігати здатність до критичної оцінки релігійних доктрин.

Однак, ймовіріше, що тут працює саме ефект селекції: особи з високою світоглядною критичністю свідомо обирають нерегулярну участь, уникаючи повної інтеграції у релігійну спільноту. Навряд чи епізодичне відвідування церкви може підвищити критичність мислення – скоріше, вже наявна критичність обмежує глибину релігійної залученості.

Досліджувані, які не відвідують церкву, відрізняються за шкалою Страх смерті від тих, які відвідують її регулярно.

Табл. 2.16.

Попарні порівняння груп, утворених за частотою відвідування церкви, за шкалою Страх смерті

		W	p
не відвідують	нерегулярно	-3.072	0.076
не відвідують	регулярно	-3.757	0.022
нерегулярно	регулярно	0.277	0.979

Регулярне відвідування церкви асоціюється зі значуще нижчим страхом смерті порівняно з невідвідуванням ($p = 0.022$), що є очікуваним результатом, що узгоджується з класичними уявленнями про буферну функцію релігії проти екзистенційної тривоги.

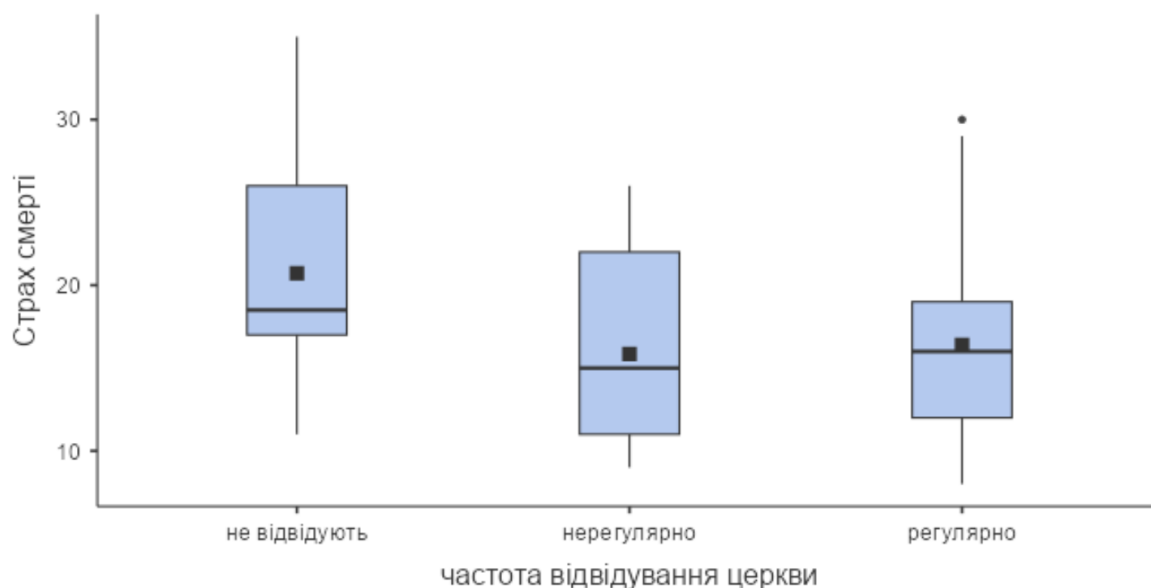


Рис.2.16. Коробкові діаграми за шкалою Страх смерті в групах досліджуваних, утворених за частотою відвідування церкви

З іншого боку релігія може змушувати людину уникати зустріч зі своїм страхом смерті. Ефект селекції в даному випадку виглядає нелогічним, адже навряд чи люди з нижчим страхом смерті звертаються до релігії – незрозумілими залишаються причини такого звернення.

Висновки до розділу II. У другому розділі кваліфікаційної роботи магістра представлено результати емпіричного дослідження впливу релігійності та психотерапії на особистісні характеристики дорослих людей. Дослідження проведено методом порівняльного кросс-секційного дизайну із залученням 78

досліджуваних віком від 18 до 60 років, які заповнили батарею психодіагностичних методик, включаючи опитувальник інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона, шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона, опитувальник світоглядної пластичності особистості та опитувальник екзистенційної тривоги В. Ван Брюггена.

Порівняння прихильників психотерапії (36 осіб) та прихильників релігії (33 особи) виявило специфічні відмінності в особистісних характеристиках. Досліджувані, які відвідують церкву, демонструють значуще вищі показники прогностичної тривоги, світоглядного ідеалізму та світоглядного песимізму порівняно з тими, хто відвідує психотерапевта. Водночас релігійні особи характеризуються значуще нижчим страхом смерті та тенденцією до нижчого страху самотності. Ці результати узгоджуються з теоретичними уявленнями про буферну функцію релігії проти екзистенційної тривоги смерті, проте парадоксальне поєднання високого ідеалізму з високим песимізмом може відображати дуалістичне світобачення, характерне для окремих релігійних традицій.

Аналіз впливу регулярності відвідування виявив диференційовані ефекти для психотерапії та релігії. Щодо психотерапії, встановлено пороговий ефект для прогностичної тривоги: сам факт відвідування терапевта (як регулярного, так і нерегулярного) асоціюється з нижчою прогностичною тривогою порівняно з відсутністю терапії, проте різниці між регулярним та нерегулярним відвідуванням не виявлено. Регулярне відвідування психотерапевта корелює з нижчою світоглядною принциповістю, але парадоксально асоціюється з вищим страхом смерті та страхом самотності, що може відображати актуалізацію екзистенційних тем у глибокій терапевтичній роботі або феномен терапевтичної залежності.

В той же час регулярне відвідування церкви асоціюється з вищим світоглядним ідеалізмом та песимізмом порівняно з невідвідуванням чи епізодичною участю, а також зі значуще нижчим страхом смерті. Нерегулярне відвідування церкви

корелює з вищою світоглядною критичністю, що може вказувати на селективне залучення осіб з критичним мисленням до релігійної традиції без повної інтеграції у релігійну систему.

Критичним методологічним обмеженням дослідження є неможливість встановлення каузальних зв'язків через кросс-секційний дизайн. Виявлені асоціації можуть відображати як вплив релігійних/психотерапевтичних практик на особистісні характеристики, так і ефект селекції, коли особи з певними характеристиками обирають певний рівень залученості до цих практик. Лонгітюдні дослідження необхідні для розмежування цих механізмів та встановлення темпоральних зв'язків між практиками та особистісними змінами.

Однак, результати дослідження мають важливе практичне значення для психологічного консультування та психотерапевтичної практики. Вони підкреслюють необхідність диференційованого підходу до розуміння впливу релігійності на особистісне функціонування, респекту до релігійних переконань клієнтів та визнання потенційних ресурсів, які релігійність може надавати у подоланні екзистенційної тривоги. Водночас результати вказують на можливі специфічні ризики як релігійної залученості (підвищена прогностична тривога, дуалістичне світобачення), так і інтенсивної психотерапії (актуалізація екзистенційних страхів, можлива терапевтична залежність), що потребує ретельного моніторингу у клінічній практиці, а також активної роботи психотерапевта над балансом між наданням підтримки та розвитком автономії клієнта.

Подальші дослідження мають включати лонгітюдний дизайн з контролем базових рівнів особистісних характеристик, диференціацію типів релігійності (внутрішня/зовнішня орієнтація) та психотерапевтичних модальностей, а також вивчення медіаторних механізмів впливу релігійності та психотерапії на особистісне функціонування в українському соціокультурному контексті.

Особливої уваги заслуговує виявлений парадоксальний результат щодо страху смерті: особи, які регулярно відвідують психотерапевта, демонструють значуще вищий рівень страху смерті порівняно як з тими, хто не має терапевтичного досвіду, так і з тими, хто практикує релігійну залученість. Цей результат допускає щонайменше три конкурентні пояснення, розмежувати які в рамках кросс-секційного дизайну неможливо. Перше — ефект селекції: особи з вищим страхом смерті частіше звертаються до психотерапії як форми підтримки. Друге — ефект терапевтичного процесу: глибока регулярна психотерапія актуалізує раніше витіснені екзистенційні переживання, що проявляється як підвищений усвідомлюваний страх смерті. Третє — психотерапія не підвищує страх смерті, а також знижує його, але робить це набагато слабше, ніж релігійність. Перевірка, яке з цих пояснень є правдивим, вимагає вимірювання динаміки страху смерті до та після психотерапії, що неможливо здійснити в рамках порівняльного кросс-секційного дослідження.

Саме ця теоретична невизначеність обумовила необхідність проведення додаткового ретроспективного дослідження, представленого у третьому розділі роботи. Якщо психотерапія дійсно є чинником підвищення страху смерті, то клієнти тривалої гештальт-терапії мали б демонструвати вищий рівень страху смерті порівняно зі своїм власним станом до початку терапії. Якщо ж виявлений у другому розділі результат відображає ефект селекції або тимчасову актуалізацію екзистенційних тем на певному етапі терапевтичного процесу, то в довгостроковій ретроспективній перспективі ми очікуємо зниження страху смерті відносно вихідного рівня. Таким чином, третій розділ роботи є логічним продовженням та поглибленням другого, спрямованим на уточнення причинно-наслідкового характеру виявлених асоціацій між психотерапією та страхом смерті.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ НА СТРАХ СМЕРТІ, САМОТНОСТІ, ДЕПРЕСІЮ, ТРИВОГУ ТА САМОРЕФЛЕКСІЮ

3.1. Організація вибірки, опис психодіагностичного інструментарію дослідження та аналіз надійності отриманих даних

Враховуючи отримані у розділі 2 дані про те, що люди, що відвідують церкву, мають значно менший страх смерті, ніж ті, хто відвідує психотерапевта, нами було вирішено провести додаткове емпіричне ретроспективне дослідження впливу гештальт-терапії на страх смерті, аби перевірити думку, чи дійсно психотерапія підвищує страх смерті, чи вона просто гірше справляється зі страхом смерті, ніж релігійність та відвідування церкви.

Вибірка дослідження склалась з 16 клієнтів гештальт-терапії старше 18 років, що регулярно раз на тиждень відвідують гештальт-терапевта, з яких 12 — жінки та 4 — чоловіки. При заповненні анкети досліджувані відмічали, як довго вони мають індивідуальну гештальт-терапію. Двоє відповіли, що мають терапію від 1 до 3 років, троє — від 3 до 5 років, а більшість — 11 досліджуваних — вказали, що мають індивідуальну гештальт-терапію більше 5 років.

Як довго ви маєте свою індивідуальну гештальт-терапію?

16 відповідей

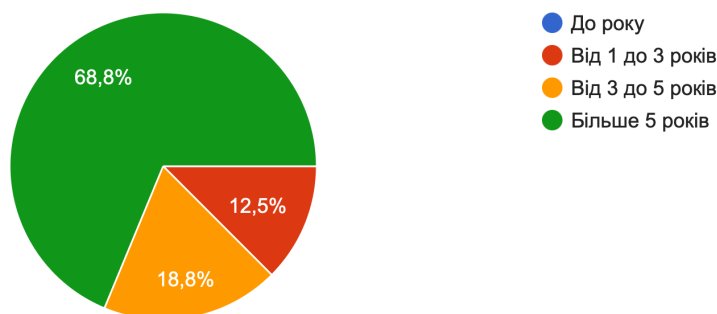


Рис. 3.1. Діаграма розподілу вибірки за строком індивідуальної гештальт-терапії

В рамках ретроспективного дослідження учасників було опитано двічі — станом на сьогодні та станом на час в минулому до того, як вони розпочали свою індивідуальну гештальт-терапію, для чого їм пропонувалось згадати себе в той час та відповісти на поставлені питання від особи тієї людини, що ще не мала досвіду гештальт-терапії.

Важливо враховувати принципові методологічні обмеження обраного ретроспективного дизайну. Основним із них є ризик спотворення пам'яті: просячи досліджуваних відтворити власний психологічний стан до початку терапії, ми фактично покладаємось на суб'єктивну реконструкцію минулого досвіду, а не на його безпосереднє вимірювання. Численні дослідження в галузі когнітивної психології демонструють, що людська пам'ять є реконструктивною за своєю природою і схильна до систематичних спотворень: поточний стан, переконання та самосприйняття людини неминуче впливають на те, яким вона бачить своє минуле «Я». Цей феномен, відомий як «телескопічний ефект» та «упередженість узгодженості», може призводити до того, що досліджувані несвідомо перебільшують відмінність між своїм теперішнім та минулим станом, прагнучи побудувати внутрішньо узгоджену наративну лінію власного розвитку.

Додатковим ризиком є так зване упередження приписування успіху терапії: оскільки всі учасники дослідження є активними клієнтами гештальт-терапії та, очевидно, вбачають у ній цінність, вони можуть мимовільно оцінювати свій до-терапевтичний стан як гірший, ніж він був насправді, аби підтвердити власне рішення про звернення до терапії та виправдати тривалі інвестиції в неї. Цей ефект, споріднений із когнітивним дисонансом та самовиправданням, є добре задокументованим у психологічній літературі і становить серйозне джерело систематичної похибки у ретроспективних дослідженнях терапевтичної ефективності. Зважаючи на зазначені обмеження, отримані результати слід інтерпретувати з належною обережністю, розглядаючи їх як попередні та такі, що потребують подальшої перевірки за допомогою проспективних лонгітюдних досліджень із вимірюванням рівня страху смерті до початку та в процесі гештальт-терапії.

Водночас обраний ретроспективний дизайн має і суттєві практичні переваги, які обґрунтовують доцільність його застосування у даному дослідженні. Насамперед, він дозволяє отримати дані про динаміку психологічних змін у природних умовах реальної терапевтичної практики, на відміну від штучно організованих експериментальних досліджень, які часто мають обмежену екологічну валідність. Усі учасники дослідження мають тривалий — від одного до більш ніж п'яти років — досвід регулярної індивідуальної гештальт-терапії, що дозволяє вивчати ефекти глибокої та систематичної терапевтичної роботи, які практично неможливо дослідити в рамках короткострокових проспективних досліджень через значні часові та організаційні обмеження. Крім того, ретроспективний підхід є етично прийнятним, оскільки не передбачає маніпулювання терапевтичним процесом, формування контрольних груп без доступу до терапії або втручання в природний хід терапевтичних відносин. Таким чином, незважаючи на зазначені методологічні обмеження, ретроспективний дизайн у поєднанні з даними, отриманими у розділі

2, дозволяє сформуванню більш повне та багатовимірне розуміння характеру взаємозв'язку між досвідом гештальт-терапії та рівнем страху смерті.

Для вимірювання були обрані субшкали «Страх смерті» та «Страх самотності» опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» (ECQ), адаптований для української вибірки В. Кучиною, Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та двадцятипунктова Шкала саморефлексії та інсайту (SRIS) Ентоні Гранта в українській адаптації О.Мацьопи.

Для перевірки внутрішньої узгодженості та надійності субшкал обраних в дослідженні методик було застосовано коефіцієнт альфа Кронбаха. За результатами аналізу надійності для опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» було отримано неоднорідні показники для субшкал методики. Субшкала «Страх смерті» виявила достатній рівень внутрішньої надійності (0.754), що свідчить про високий ступінь взаємозв'язку між її твердженнями та дозволяє повноцінно використовувати її у подальшому статистичному аналізі. Натомість шкала «Страх самотності» продемонструвала незадовільний рівень внутрішньої узгодженості (0.435).

Табл. 3.1.

Аналіз надійності для шкал опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги»

Шкала	Альфа Кронбаха
Страх смерті	0.754
Страх самотності	0.435

Для субшкал Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) показники альфа Кронбаха виявилися помірними, проте прийнятними для подальшого аналізу.

Зокрема, шкала «Тривога» продемонструвала задовільну надійність на рівні 0.690, що вказує на достатню однорідність пунктів, а субшкала «Депресія» отримала дещо нижчий, проте допустимий рівень надійності (0.622).

Табл. 3.2.

Аналіз надійності для шкал Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

Шкала	Альфа Кронбаха
Тривога	0.690
Депресія	0.622

За результатами аналізу надійності для опитувальника «Шкала саморефлексії та інсайту» було отримано неоднорідні показники для її субшкал. Субшкала «Рівень залученості до саморефлексії» виявила високий рівень внутрішньої надійності (0.804), субшкала «Рівень відчуття потреби в самоаналізі» продемонструвала достатній рівень надійності (0.723), що свідчить про високий ступінь взаємозв'язку між їх твердженнями та дозволяє повноцінно використовувати їх у подальшому статистичному аналізі. Натомість шкала «Інсайт» отримала дещо нижчий, проте допустимий рівень надійності (0.615).

Табл. 3.3.

Аналіз надійності для шкали саморефлексії та інсайту

Шкала	Альфа Кронбаха
Рівень залученості до саморефлексії	0.804
Рівень відчуття потреби в самоаналізі	0.723

Інсайт	0.615
--------	-------

3.2. Результати емпіричного ретроспективного дослідження та їх обговорення

Для початку ми порівняли актуальні («на сьогодні») та ретроспективні («в минулому») показники досліджуваних за шкалами обраних методик за допомогою тестів для незалежних вибірок. Із застосуванням порівняльного аналізу (t-критерій Стюдена) було встановлено статистично достовірні відмінності між актуальними та ретроспективними показниками за обома субшкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» та всіма шкалами Шкали саморефлексії та інсайту, проте поміж шкал Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) було встановлено відмінність лише за шкалою «Тривога» ($t = 1.66$, $p < .001$) та не було встановлено відмінності за шкалою «Депресія» ($t = 1.66$, $p = 0.118$).

Табл. 3.4.

Порівняльний аналіз актуальних та ретроспективних показників за шкалами обраних методик

			Статистика	Ст. св.	p
Страх смерті (в минулому)	Страх смерті (на сьогодні)	t-критерій Стюдена	3.88	15.0	0.001
Страх самотності (в минулому)	Страх самотності (на сьогодні)	t-критерій Стюдена	5.37	15.0	<.001
Тривога (в минулому)	Тривога (на сьогодні)	t-критерій Стюдена	5.05	15.0	<.001
Депресія (в минулому)	Депресія (на сьогодні)	t-критерій Стюдена	1.66	15.0	0.118

Рівень залученості до саморефлексії (в минулому)	Рівень залученості до саморефлексії (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	-6.02	15.0	<.001
Рівень відчуття потреби в самоаналізі (в минулому)	Рівень відчуття потреби в самоаналізі (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	-4.01	15.0	0.001
Інсайт (в минулому)	Інсайт (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	-6.82	15.0	<.001

Порівнюючи між собою показники за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги», з діаграм середніх бачимо, що в минулому досліджувані мали вищі рівні як Страху смерті, так і Страху самотності ніж сьогодні.

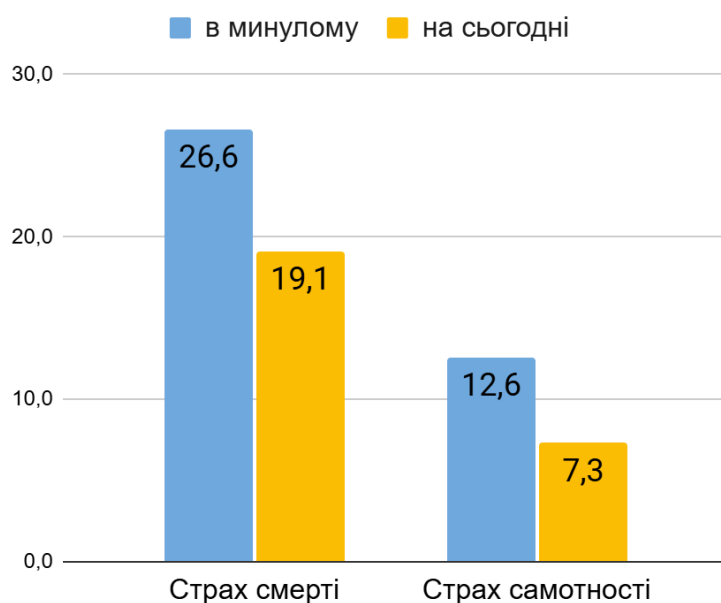


Рис. 3.2. Діаграми середніх за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги»

Порівнюючи між собою показники за шкалою тривоги Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), з діаграм середніх бачимо, що в минулому досліджувані мали вищий рівень тривоги ніж сьогодні.

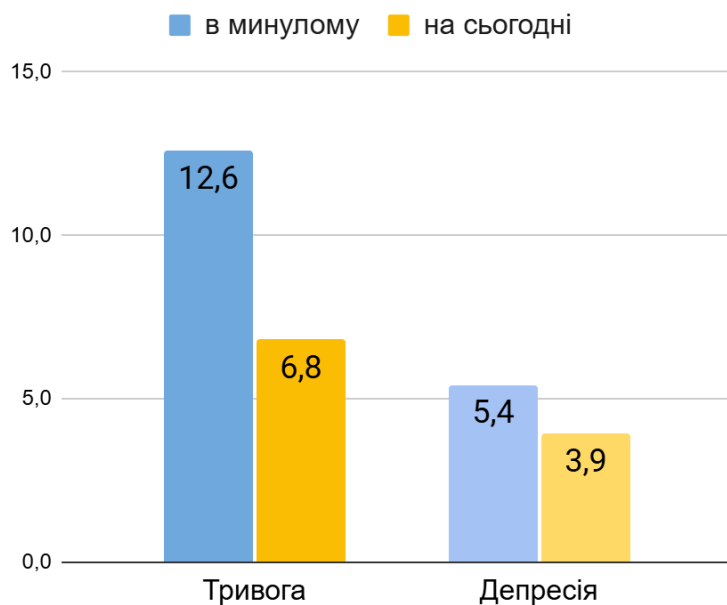


Рис.3.3. Діаграми середніх за шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

Порівнюючи між собою показники за шкалою саморефлексії та інсайту, з діаграм середніх бачимо, що в минулому досліджувані мали нижчі рівні за кожною з субшкал, ніж сьогодні.

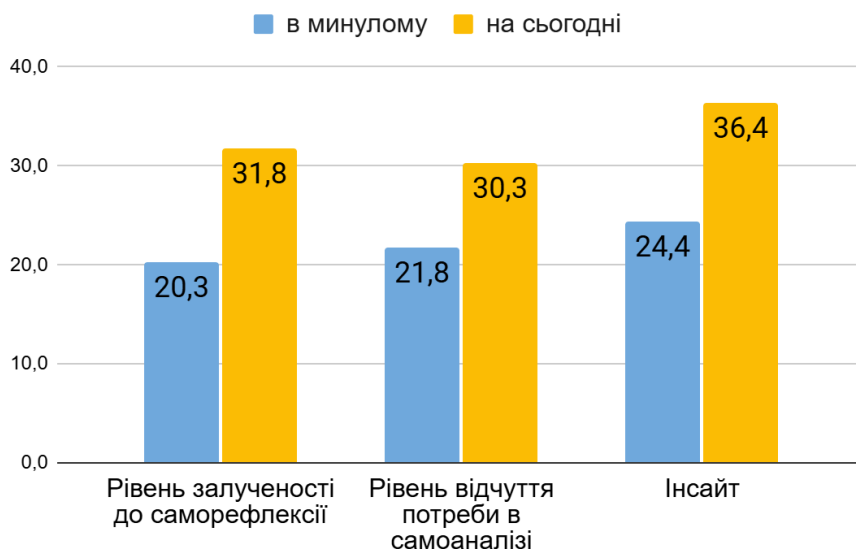


Рис.3.4. Діаграми середніх за шкалою саморефлексії та інсайту

Отримані результати порівняльного аналізу актуальних та ретроспективних показників формують узгоджену та змістовну картину змін, що відбулися у досліджуваних за роки гештальт-терапії. Зниження рівнів страху смерті та страху самотності порівняно зі станом до початку терапії є, мабуть, найважливішим результатом ретроспективного дослідження, оскільки він дозволяє відповісти на центральне питання, поставлене за підсумками другого розділу: чи дійсно психотерапія підвищує страх смерті, чи просто гірше справляється з ним, ніж релігійна залученість. Отримані дані свідчать на користь другого пояснення — у довгостроковій перспективі тривала гештальт-терапія асоціюється зі зниженням обох форм екзистенційної тривоги, а вищий актуальний рівень страху смерті у психотерапевтичній групі, виявлений у другому розділі, найімовірніше, відображає певний проміжний етап терапевтичного процесу або ефект селекції, а не кінцевий результат терапевтичної роботи.

Зниження тривоги за шкалою HADS паралельно зі зниженням екзистенційних страхів вказує на те, що терапевтичні зміни охоплюють як екзистенційний, так і клінічний виміри психологічного функціонування. Це узгоджується з теоретичними уявленнями про взаємозв'язок між екзистенційною тривогою та

загальним рівнем тривожності: опрацювання страху смерті та страху самотності у терапевтичному просторі сприяє не лише зниженню специфічних екзистенційних переживань, але й загального рівня тривожного збудження. Водночас відсутність значущої динаміки за шкалою депресії вказує на те, що депресивна симптоматика є відносно незалежним від екзистенційної тривоги конструктом, що реагує на гештальт-терапію іншим чином і, можливо, потребує більш цілеспрямованих інтервенцій.

Підвищення показників саморефлексії та інсайту є логічним і теоретично очікуваним результатом тривалої гештальт-терапії, в основі якої лежить розвиток усвідомлення як центрального терапевтичного механізму. Важливо, що зростання рефлексивних здібностей відбувається паралельно зі зниженням екзистенційної тривоги, а не всупереч йому — тобто більша здатність усвідомлювати власні переживання, включно зі страхом смерті та самотності, не призводить до їхнього посилення, а, навпаки, супроводжується їхнім зниженням. Це підтверджує центральне положення гештальт-підходу про те, що усвідомлення є не джерелом тривоги, а умовою її трансформації: людина, яка навчилась перебувати в контакті з власними екзистенційними переживаннями, поступово стає менш вразливою до їхнього дезорганізуючого впливу.

В подальшому ми порівнювали групи досліджуваних, утворених за тривалістю індивідуальної гештальт-терапії за показниками кожної зі шкал обраних методик на сьогодні, в минулому та за різницею цих показників.

Порівнюючи досліджуваних, які знаходяться в терапії більше п'яти років (11 досліджуваних) з тими, хто менше п'яти років (5 досліджуваних), не було встановлено статистично достовірних відмінностей між цими групами за жодною зі субшкал Шкали саморефлексії та інсайту.

Порівняння досліджуваних, які знаходяться менше та більше п'яти років в психотерапії за Шкалою саморефлексії та інсайту

		Статисти ка	Ст. св.	p	Різни ця серед ніх		Величин а ефекту
Рівень залученості до саморефлексії (на сьогодні)	U-критерій Манна-Уїтні	14.0		0.136	-3.00	Рангово-бісер. коеф. кор.	0.491
Рівень відчуття потреби в самоаналізі (на сьогодні)	t-критерій Уелча	-0.0574	4.60	0.957	-0.218	d Коена	-0.0349
Інсайт (на сьогодні)	t-критерій Стюдена	1.4963	14.0	0.157	3.745	d Коена	0.8071
Рівень залученості до саморефлексії (в минулому)	t-критерій Стюдена	-0.4321	14.0	0.672	-1.582	d Коена	-0.2331
Рівень відчуття потреби в самоаналізі (в минулому)	t-критерій Стюдена	1.2350	14.0	0.237	5.164	d Коена	0.6661
Інсайт (в минулому)	t-критерій Стюдена	-0.2274	14.0	0.823	-0.909	d Коена	-0.1227
Різниця за Рівнем залученості до саморефлексії	t-критерій Стюдена	0.1706	14.0	0.867	0.727	d Коена	0.0920
Різниця за Рівнем відчуття потреби в самоаналізі	t-критерій Стюдена	-1.1924	14.0	0.253	-5.382	d Коена	-0.6431
Різниця за Інсайтом	t-критерій Стюдена	1.2479	14.0	0.233	4.655	d Коена	0.6731

Порівнюючи досліджуваних, які знаходяться в терапії більше п'яти років з тими, хто в терапії менше п'яти років, не було встановлено статистично достовірних відмінностей між цими групами за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги», втім можемо припустити, що на більшій за обсягом вибірці було б встановлено відмінності за шкалами Страх смерті (на сьогодні) ($t = 1.768$, $p = 0.099$) та Страх смерті (в минулому) ($t = 2.047$, $p = 0.060$).

Табл. 3.6.

Порівняння досліджуваних, які знаходять менше та більше п'яти років в психотерапії за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена “Види екзистенційної тривоги”

		Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх		Величина ефекту
Страх смерті (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	1.768	14.0	0.099	3.964	d Коена	0.9538
Страх самотності (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	0.786	14.0	0.445	1.036	d Коена	0.4237
Страх смерті (в минулому)	t-критерій Стьюдена	2.047	14.0	0.060	6.145	d Коена	1.1038
Страх самотності (в минулому)	t-критерій Стьюдена	0.959	14.0	0.354	2.273	d Коена	0.5173
Різниця за Страхом смерті	t-критерій Стьюдена	-0.510	14.0	0.618	-2.182	d Коена	-0.2753
Різниця за Страхом самотності	t-критерій Стьюдена	-0.573	14.0	0.575	-1.236	d Коена	-0.3093

Зважаючи на коробкові діаграми можемо припустити в такому разі, що досліджувані, які знаходяться більше 5 років в терапії мали б вищий рівень Страху смерті, як на сьогодні, так і в минулому, аніж досліджувані, які знаходяться менше п'яти років в терапії.

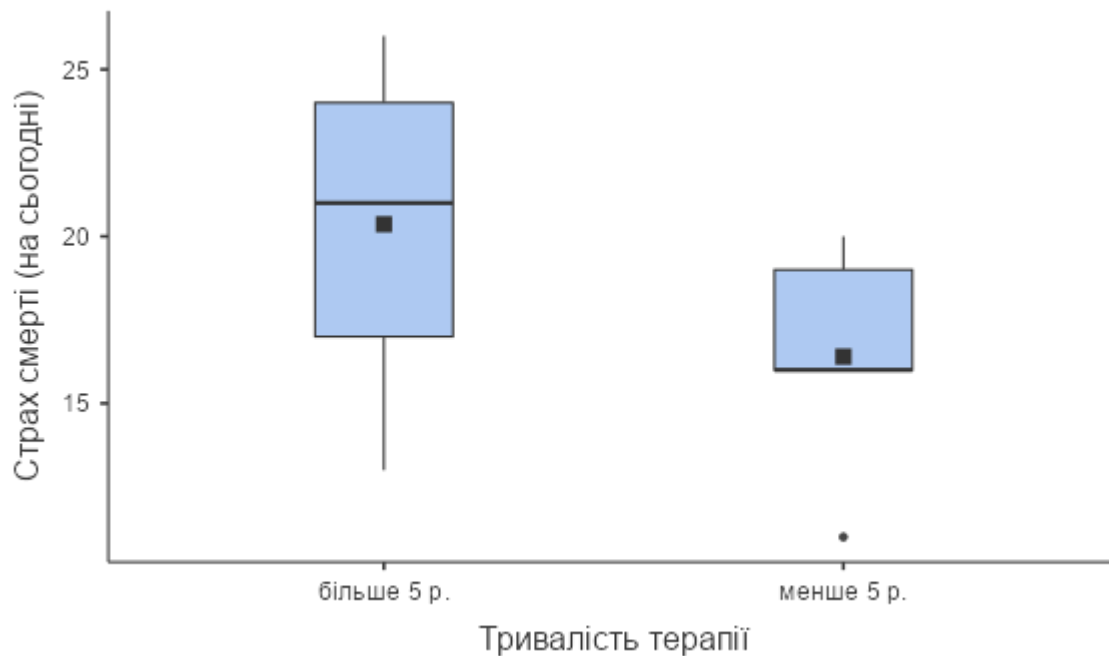


Рис. 3.5. Коробкові діаграми за шкалою Страх смерті на сьогодні в групах досліджуваних, утворених за тривалістю гештальт-терапії

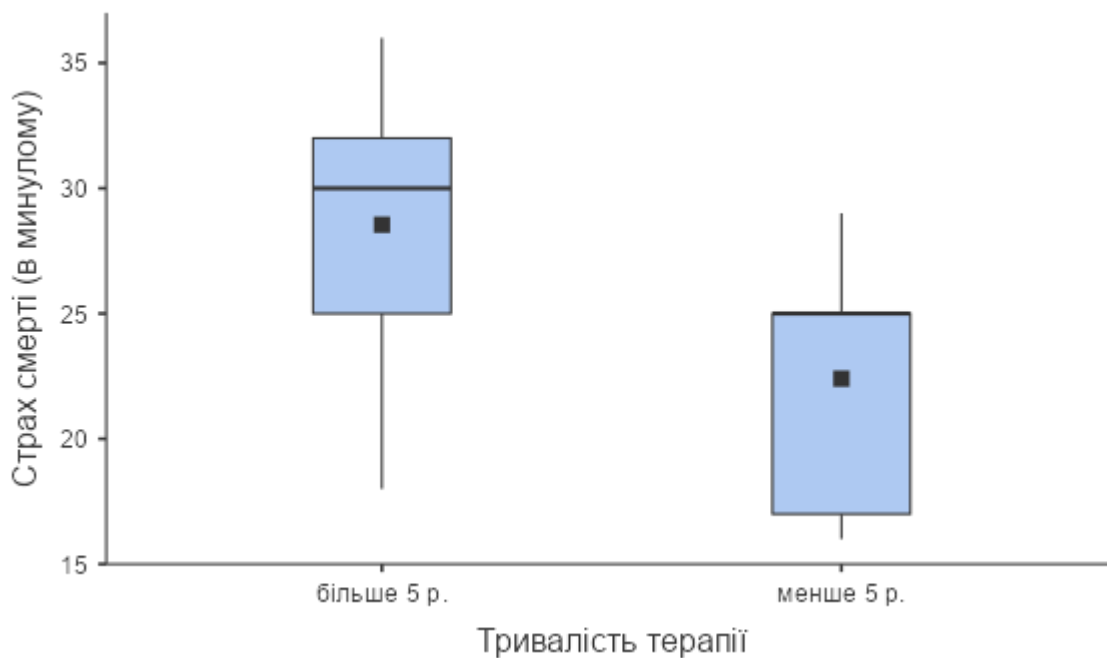


Рис. 3.6. Коробкові діаграми за шкалою Страх смерті в минулому в групах досліджуваних, утворених за тривалістю гештальт-терапії

Не було встановлено статистично достовірних відмінностей між досліджуваними, які знаходяться в терапії більше п'яти років та тими, хто в терапії менше п'яти років, також і за шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), втім можемо припустити, що на більшій за обсягом вибірці було б встановлено відмінність за шкалою Депресія (в минулому) ($t = 2.015$, $p = 0.064$).

Табл. 3.7.

Порівняння досліджуваних, які знаходять менше та більше п'яти років в психотерапії за шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

		Стати стика	Ст. св.	p	Різниця середніх		Величина ефекту
Тривога (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	0.483	14.0	0.637	0.891	d Коена	0.2605

Депресія (на сьогодні)	t-критерій Стьюдена	0.140	14.0	0.891	0.200	d Коєна	0.0753
Тривога (в минулому)	U-критерій Манна-Уїтні	27.0		1.000	7.83e-6	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.0182
Депресія (в минулому)	t-критерій Стьюдена	2.015	14.0	0.064	3.255	d Коєна	1.0869
Різниця за Тривогою	t-критерій Стьюдена	0.106	14.0	0.917	0.273	d Коєна	0.0572
Різниця за Депресією	t-критерій Стьюдена	-1.655	14.0	0.120	-3.055	d Коєна	-0.8927

Зважаючи на коробкові діаграми можемо припустити, що досліджувані, які знаходяться більше 5 років в терапії, мали б вищий рівень Депресії (в минулому), аніж досліджувані, які знаходяться менше п'яти років в терапії.

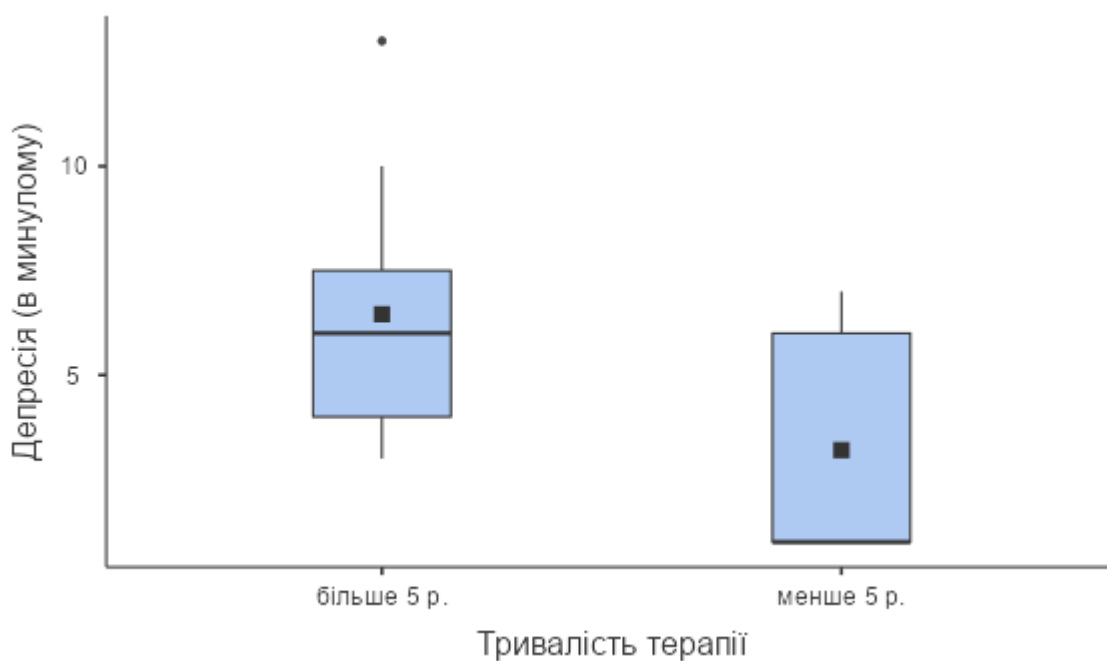


Рис. 3.7. Коробкові діаграми за шкалою Депресія в минулому в групах досліджуваних, утворених за тривалістю гештальт-терапії

3.3. Результати дослідження кореляцій між шкалами обраних методик та їх обговорення

Надалі ми перейшли до пошуку кореляцій саморефлексії зі страхами смерті й самотності, а також з тривогою та депресією. Для кожної зі шкал, в залежності від поставленого нами завдання, ми використовували певні з вимірів: на сьогодні, в минулому, а також різниця (показник за шкалою на сьогодні – показник за шкалою в минулому).

Шкала Рівень залученості до саморефлексії (на сьогодні) не має нормального розподілу, тому при проведенні кореляційного аналізу ми здебільшого використовували коефіцієнт кореляції Спірмена.

В першу чергу ми дослідили взаємозв'язки між шкалами обраних методик, заповнених респондентами станом на сьогодні. Досліджуючи кореляційні зв'язки Шкали саморефлексії та інсайту зі субшкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги», було встановлено єдиний достовірний зв'язок: Інсайт (на сьогодні) негативно корелює зі шкалою Страх самотності (на сьогодні) ($r = -0.507^*$, $p = 0.045$). Тим часом нами не було встановлено достовірних кореляційних зв'язків Шкали саморефлексії та інсайту зі субшкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS).

Табл. 3.7.

Кореляційні зв'язки Шкали саморефлексії та інсайту зі шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» та Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

		Рівень залученості до саморефлексії (на сьогодні)	Рівень відчуття потреби в самоаналізі (на сьогодні)	Інсайт (на сьогодні)
Страх смерті (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.223	-0.302	-0.262
	p	0.407	0.256	0.326
Страх самотності (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.200	-0.290	-0.507*
	p	0.458	0.277	0.045
Тривога (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.294	-0.242	-0.121
	p	0.269	0.367	0.656
Депресія (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.044	-0.177	-0.146
	p	0.871	0.511	0.589

Таким чином було встановлено, що клієнти гештальт-терапії з вищим рівнем інсайту, тобто здатності усвідомлювати свої думки, почуття та поведінку та розуміти їхню природу та значення, демонструють нижчий рівень страху самотності. Цей результат є теоретично узгодженим і може пояснюватись кількома взаємопов'язаними механізмами.

По-перше, розвинена здатність до інсайту передбачає глибше розуміння власного внутрішнього світу, що може сприяти формуванню більш стійкого та автономного відчуття себе. Людина, яка добре розуміє власні переживання, потреби та мотиви, менш залежить від зовнішнього підтвердження та присутності інших для підтримки внутрішньої рівноваги, що природно знижує тривогу щодо можливої самотності. По-друге, у контексті гештальт-терапії інсайт тісно пов'язаний із

розвитком здатності перебувати в контакті з собою — однієї з центральних терапевтичних цілей гештальт-підходу. Ця здатність до аутентичного внутрішнього контакту може виступати своєрідним буфером проти екзистенційної самотності: людина, яка вміє бути з собою, переживає самотність інакше, ніж та, яка уникає внутрішнього контакту. По-третє, глибший інсайт може сприяти більш якісним міжособистісним стосункам, оскільки розуміння власних переживань є необхідною передумовою для автентичного близького контакту з іншими, що також знижує суб'єктивне відчуття ізоляції.

Примітно, що достовірного кореляційного зв'язку між інсайтом та страхом смерті у поточному вимірюванні виявлено не було, що може свідчити про те, що ці два виміри екзистенційної тривоги опосередковуються різними психологічними механізмами та по-різному відгукуються на розвиток рефлексивних здібностей особистості.

Однак, досліджуючи взаємозв'язки різниці за шкалами саморефлексії та інсайту зі шкалами страху смерті та самотності, було встановлено наступні кореляції: Різниця (між минулим та сьогодні) за Інсайтом позитивно корелює зі Страхом смерті (в минулому), Страхом самотності (в минулому), а також негативно корелює з різницею за Страхом самотності.

Табл. 3.8.

Кореляційні зв'язки різниці за шкалами саморефлексії та інсайту зі шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги»

		Різниця за Рівнем залученості до саморефлексії	Різниця за Рівнем відчуття потреби в самоаналізі	Різниця за Інсайтом
Страх смерті (на сьогодні)	коэф. Пірсона	0.198	0.122	0.053

	p	0.461	0.652	0.845
Страх самотності (на сьогодні)	коэф. Пірсона	0.276	0.112	-0.078
	p	0.300	0.679	0.773
Страх смерті (в минулому)	коэф. Пірсона	0.454	0.124	0.517*
	p	0.077	0.646	0.040
Страх самотності (в минулому)	коэф. Пірсона	0.586*	0.397	0.514*
	p	0.017	0.128	0.042
Різниця за Страхом смерті	коэф. Пірсона	-0.246	-0.028	-0.380
	p	0.358	0.917	0.147
Різниця за Страхом самотності	коэф. Пірсона	-0.487	-0.376	-0.625**
	p	0.056	0.151	0.010

Позитивний кореляційний зв'язок між приростом інсайту та рівнем страху смерті в минулому (до початку терапії) може свідчити про те, що саме особи з вищим вихідним рівнем страху смерті отримали більший приріст інсайту в процесі гештальт-терапії. Це може свідчити про те, що висока екзистенційна тривога, пов'язана зі смертю, може виступати потужним мотиватором для глибокої рефлексивної роботи в терапії, спонукаючи людину до серйознішого дослідження власних переживань та їхніх витоків. Аналогічна логіка може бути застосовна і до позитивної кореляції між приростом Інсайту та рівнем страху самотності в минулому: особи, які до початку терапії переживали виражений страх самотності,

могли бути більш мотивованими до глибокої терапевтичної роботи, що й забезпечило більший розвиток здатності до Інсайту.

Особливо значущою з практичної та теоретичної точки зору є негативна кореляція між приростом Інсайту та приростом Страху самотності. Вона має наступний сенс: чим більшою мірою людині вдалось розвинути здатність до глибокого розуміння власних переживань у процесі гештальт-терапії, тим ефективніше їй вдалось знизити страх самотності за роки терапевтичної роботи у гештальт-підході.

Цей результат є важливим свідченням на користь того, що розвиток здатності до інсайту є одним із ключових механізмів терапевтичних змін у гештальт-підході щодо екзистенційної тривоги, пов'язаної із самотністю. Він узгоджується з центральними теоретичними положеннями гештальт-терапії, згідно з якими усвідомлення є основною рушійною силою змін: людина, яка глибше розуміє природу власного страху самотності, його витoki та функції, отримує більше можливостей для його трансформації. Це вказує на те, що розвиток здатності до глибокого саморозуміння є не лише побічним продуктом, але й активним терапевтичним механізмом, через який гештальт-терапія впливає на екзистенційне функціонування особистості.

Досліджуючи взаємозв'язки різниці за Шкалою саморефлексії та інсайту зі субшкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), було встановлено дві кореляції: Різниця за Рівнем залученості до саморефлексії позитивно корелює з Тривогою (в минулому), а Різниця за Інсайтом позитивно корелює з Депресією (в минулому).

Табл. 3.9.

Кореляційні зв'язки різниці за шкалами саморефлексії та інсайту зі шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

		Різниця за Рівнем залученості до саморефлексії	Різниця за Рівнем відчуття потреби в самоаналізі	Різниця за Інсайтом
Тривога (на сьогодні)	коеф. Пірсона	0.216	0.067	0.037
	p	0.422	0.805	0.892
Депресія (на сьогодні)	коеф. Пірсона	0.263	0.213	0.453
	p	0.325	0.429	0.078
Тривога (в минулому)	коеф. Пірсона	0.525*	0.371	0.402
	p	0.037	0.157	0.122
Депресія (в минулому)	коеф. Пірсона	0.025	-0.106	0.605*
	p	0.926	0.695	0.013
Різниця за Тривогою	коеф. Пірсона	-0.179	-0.188	-0.230
	p	0.507	0.485	0.391
Різниця за Депресією	коеф. Пірсона	0.164	0.248	-0.228
	p	0.544	0.355	0.396

Позитивний зв'язок між приростом залученості до саморефлексії та рівнем тривоги в минулому свідчить про те, що особи з вищим вихідним рівнем тривоги до початку гештальт-терапії продемонстрували більший приріст у здатності до саморефлексії за роки терапевтичної роботи. Цей результат також є теоретично обґрунтованим: тривога як стан підвищеної психічної напруги та невизначеності може виступати потужним мотиватором звернення до власного внутрішнього світу. Людина, що переживає виражену тривогу, як правило, більш схильна до

дослідження власних переживань, пошуку їхніх витоків та спроб зрозуміти механізми їхнього виникнення. У контексті гештальт-терапії це може означати, що саме такі клієнти активніше залучаються до рефлексивної роботи в терапевтичному просторі, глибше досліджують власні переживання та більш інтенсивно практикують навички саморефлексії як інструменту роботи з тривогою. Таким чином, вихідний рівень тривоги може розглядатись як своєрідний предиктор глибини рефлексивної залученості клієнта до терапевтичного процесу.

Аналогічна логіка простежується і у позитивній кореляції між приростом інсайту та вихідним рівнем депресії. Особи з вищим рівнем депресивної симптоматики до початку терапії демонстрували більший розвиток здатності до інсайту в процесі гештальт-терапії. Цей результат може пояснюватись тим, що депресія, попри її виснажливий характер, нерідко супроводжується схильністю до поглибленої рефлексії над власним станом, стосунками та життєвими обставинами. У терапевтичному контексті ця схильність може трансформуватись із румінативного самозанурення у продуктивний інсайт за умови належного терапевтичного супроводу.

Важливо також звернути увагу на змістовну відмінність між двома виявленими кореляціями: тривога виявилась пов'язаною саме з приростом залученості до саморефлексії як процесу, тоді як депресія — з приростом інсайту як результату цього процесу. Це може відображати різну природу цих двох емоційних станів у контексті рефлексивної діяльності: тривога спонукає до активного дослідження та пошуку, тобто до самого процесу саморефлексії, тоді як депресія, попри свою виснажливість, може створювати умови для більш глибокого осмислення та інтеграції власного досвіду, тобто безпосередньо сприяти досягненню інсайту. Таким чином, обидва результати вказують на те, що вихідний рівень психологічного дистресу — як тривожного, так і депресивного характеру — може виступати не лише показником страждання, але й ресурсом для глибшої

терапевтичної роботи та більш вираженого розвитку рефлексивних здібностей у процесі гештальт-терапії.

Досліджуючи взаємозв'язки Страху смерті та самотності зі шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), було встановлено єдину кореляцію: Страх самотності (в минулому) позитивно корелює зі шкалою Депресія (на сьогодні).

Табл. 3.10.

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» зі шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

		Страх смерті (на сьогодні)	Страх самотності (на сьогодні)	Страх смерті (в минулому)	Страх самотності (в минулому)
Тривога (на сьогодні)	коеф. Спірмена	0.168	0.340	0.325	0.454
	p	0.534	0.197	0.220	0.077
Депресія (на сьогодні)	коеф. Спірмена	0.060	0.305	0.428	0.614*
	p	0.825	0.251	0.099	0.011
Тривога (в минулому)	коеф. Спірмена	-0.251	0.054	0.046	0.236
	p	0.349	0.842	0.865	0.379
Депресія (в минулому)	коеф. Спірмена	-0.044	-0.097	0.473	0.298
	p	0.870	0.721	0.064	0.262
Різниця за Тривогою	коеф. Спірмена	0.237	0.163	0.107	0.107
	p	0.378	0.547	0.694	0.694

Різниця за Депресією	коэф. Спірмена	0.136	0.293	-0.136	0.137
	p	0.614	0.271	0.617	0.612

Позитивний зв'язок між страхом самотності до початку терапії та рівнем депресії на сьогодні може свідчити про те, що вихідна інтенсивність страху самотності є значущим предиктором залишкового рівня депресивної симптоматики навіть після тривалої гештальт-терапії. Іншими словами, особи, які до початку терапії переживали виражений страх самотності, демонструють вищі показники депресії у поточному вимірюванні, попри роки терапевтичної роботи. Цей результат вказує на те, що страх самотності може бути одним із найбільш стійких та терапевтично резистентних конструктів, глибоко вкорінених у структурі особистості та тісно пов'язаних із хронічними депресивними переживаннями.

З теоретичної точки зору цей зв'язок є добре обґрунтованим. Екзистенційна самотність, описана Яломом як одна з фундаментальних даностей людського існування, та депресія мають спільні психологічні механізми: відчуття відірваності від інших, переживання власної непотрібності та неможливості бути по-справжньому зрозумілим утворюють стійкий емоційний комплекс, що живить як страх самотності, так і депресивну симптоматику.

Примітно, що аналогічної кореляції між страхом смерті в минулому та поточним рівнем депресії виявлено не було, що підкреслює специфічність саме страху самотності як предиктора депресивних переживань. Це узгоджується з уявленнями про те, що страх смерті та страх самотності, попри належність до одного класу екзистенційних переживань, мають різну психологічну природу та по-різному пов'язані з депресивним функціонуванням: якщо страх смерті є більш когнітивним за своєю природою та може бути опрацьований через формування смислових рамок, то страх самотності глибше вкорінений у ранньому досвіді прив'язаності та

міжособистісних стосунків, що робить його більш стійким до терапевтичних змін і тісніше пов'язаним із депресивною симптоматикою в довгостроковій перспективі.

Досліджуючи взаємозв'язки різниць за Страхом смерті та самотності з самими шкалами страху смерті та самотності, було встановлено, що різниця за Страхом смерті позитивно корелює зі Страхом смерті (на сьогодні), а також негативно корелює зі Страхом смерті (в минулому) та Страхом самотності (в минулому). Тим часом різниця за Страхом самотності негативно корелює зі Страхом смерті (в минулому) та Страхом самотності (в минулому).

Табл. 3.11.

Кореляційні зв'язки різниці за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» з самими шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги»

		Різниця за Страхом смерті	Різниця за Страхом самотності
Страх смерті (на сьогодні)	коеф. Спірмена	0.517*	0.263
	p	0.040	0.325
Страх самотності (на сьогодні)	коеф. Спірмена	0.105	0.097
	p	0.699	0.720
Страх смерті (в минулому)	коеф. Спірмена	-0.785***	-0.734**
	p	<.001	0.001
Страх самотності (в минулому)	коеф. Спірмена	-0.543*	-0.816***
	p	0.030	<.001

Позитивна кореляція між різницею за Страхом смерті та Страхом смерті на сьогодні означає, що чим вищий актуальний рівень страху смерті у досліджуваних, тим більший приріст за цією шкалою вони демонструють — тобто тим менше їм вдалось знизити страх смерті або тим більше він зріс за роки терапії. Цей зв'язок може відображати, що для частини досліджуваних гештальт-терапія не лише не знизила страх смерті, але й сприяла його актуалізації та усвідомленню. Як уже зазначалось вище, психотерапевтичний процес, особливо глибокий та тривалий, може призводити до більшої відкритості до екзистенційних переживань, що суб'єктивно проявляється у підвищенні усвідомлюваного страху смерті.

В той же час була виявлена негативна кореляція між різницею за Страхом самотності та Страхом самотності в минулому. Цей результат є дзеркальним відображенням попередньої кореляції і несе аналогічний зміст: особи з вищим вихідним рівнем страху самотності до початку терапії демонструють більше його зниження за роки гештальт-роботи. Так само, як і у випадку зі страхом смерті, цей результат свідчить про те, що гештальт-терапія є особливо ефективною для осіб із вираженою вихідною екзистенційною тривогою, пов'язаною із самотністю. Чим гострішим був страх самотності на початку терапевтичного шляху, тим більший терапевтичний потенціал для його зниження існував, і тим більших змін вдалось досягти в процесі тривалої гештальт-роботи.

Таким чином, сукупність виявлених кореляцій формує узгоджену картину: вищий вихідний рівень як страху смерті, так і страху самотності до початку терапії є предиктором більш вираженого зниження обох форм екзистенційної тривоги в процесі тривалої гештальт-терапії. Це вказує на те, що гештальт-підхід може бути особливо рекомендованим для осіб із вираженою екзистенційною тривогою, а самі ці страхи слід розглядати не як перешкоду, а як ресурс для глибокої терапевтичної роботи.

Досліджуючи взаємозв'язки різниць за Страхом смерті та самотності з Тривогою та Депресією, було встановлено єдину кореляцію: Різниця за Страхом смерті негативно корелює з Депресією (в минулому).

Табл. 3.12.

Кореляційні зв'язки різниці за шкалами опитувальника Вінцента Ван Бруггена «Види екзистенційної тривоги» зі шкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

		Різниця за Страхом смерті	Різниця за Страхом самотності
Тривога (на сьогодні)	коэф. Спірмена	-0.235	-0.359
	p	0.382	0.172
Депресія (на сьогодні)	коэф. Спірмена	-0.296	-0.453
	p	0.265	0.078
Тривога (в минулому)	коэф. Спірмена	-0.223	-0.112
	p	0.407	0.680
Депресія (в минулому)	коэф. Спірмена	-0.552*	-0.464
	p	0.026	0.070
Різниця за Тривогою	коэф. Спірмена	0.062	-0.116
	p	0.821	0.670
Різниця за Депресією	коэф. Спірмена	0.310	0.103
	p	0.243	0.705

Негативний кореляційний зв'язок між приростом страху смерті та вихідним рівнем депресії до початку терапії означає, що особи з вищим рівнем депресивної симптоматики до початку гештальт-терапії демонструють менший приріст за шкалою страху смерті — або, інакше кажучи, більше зниження страху смерті за роки терапевтичної роботи.

Важливо підкреслити, що йдеться про кореляційний зв'язок, який не дозволяє стверджувати про причинно-наслідкову залежність між змінними. Виявлена асоціація може відображати кілька рівноймовірних пояснень, жодне з яких не можна вважати єдино правильним на підставі наявних даних.

З одного боку, цей результат може вказувати на те, що депресивний стан до початку терапії та страх смерті мають певне спільне психологічне підґрунтя, і що терапевтичні зміни, які відбуваються у осіб із вираженою депресією, охоплюють також екзистенційний вимір, сприяючи зниженню страху смерті. Депресія нерідко супроводжується глибокою рефлексією над темами сенсу, скінченності та цінності власного існування, що може створювати передумови для більш продуктивної екзистенційної роботи в гештальт-терапії та більш вираженої трансформації страху смерті.

З іншого боку, цілком можливим є і зворотній напрямок асоціації: особи, у яких страх смерті знизився більшою мірою, могли водночас мати вищий вихідний рівень депресії з інших, незалежних причин — наприклад, через специфіку особистісної структури або характер життєвих обставин, що спонукали їх до звернення по терапевтичну допомогу. Нарешті, обидві змінні можуть бути пов'язані з третьою, не виміряною змінною — наприклад, загальним рівнем психологічного дистресу до початку терапії або глибиною мотивації до терапевтичної роботи.

Примітно, що аналогічної кореляції між різницею за страхом смерті та вихідним рівнем тривоги, а також між різницею за страхом самотності та показниками тривоги чи депресії в минулому виявлено не було. Це підкреслює специфічність виявленого зв'язку саме між депресивною симптоматикою та динамікою страху смерті, що може вказувати на більш тісний змістовний зв'язок між цими двома конструктами порівняно з тривогою.

Також було встановлено одну достовірну кореляцію під час дослідження зв'язків різниці за Страхом смерті та самотності зі шкалами саморефлексії та інсайту: Різниця за Страхом самотності позитивно корелює з Інсайтом в минулому.

Табл. 3.13.

Кореляційні зв'язки різниці за шкалами опитувальника Вінцента Ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги» зі шкалами саморефлексії та інсайту

		Різниця за Страхом смерті	Різниця за Страхом самотності
Рівень залученості до саморефлексії (на сьогодні)	коеф. Спірмена	0.057	0.057
	p	0.834	0.835
Рівень відчуття потреби в самоаналізі (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.229	-0.257
	p	0.394	0.337
Інсайт (на сьогодні)	коеф. Спірмена	-0.080	-0.095
	p	0.768	0.727
Рівень залученості до саморефлексії (в минулому)	коеф. Спірмена	0.167	0.403
	p	0.536	0.122

Рівень відчуття потреби в самоаналізі (в минулому)	коеф. Спірмена	-0.212	0.119
	p	0.430	0.660
Інсайт (в минулому)	коеф. Спірмена	0.372	0.650**
	p	0.156	0.006

Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між приростом страху самотності та рівнем інсайту до початку терапії. Це означає, що особи з вищим рівнем інсайту ще до початку гештальт-терапії демонструють більший приріст за шкалою страху самотності — тобто менше зниження страху самотності або навіть його зростання за роки терапевтичної роботи.

Як і в усіх попередніх випадках, необхідно наголосити на кореляційній природі зв'язку, що унеможливлює однозначні висновки щодо напрямку залежності між змінними. Цей результат є контрінтуїтивним на перший погляд, але допускає кілька змістовних пояснень.

Одне з можливих пояснень пов'язане з феноменом «ефекту стелі»: особи, які вже до початку терапії мали розвинену здатність до інсайту, могли починати терапевтичний шлях з нижчим вихідним рівнем страху самотності — адже, як виявлено раніше, інсайт негативно корелює з актуальним страхом самотності. Відповідно, у таких осіб просто залишалось менше «простору» для зниження цього показника, що й проявляється як менший або відсутній приріст у бік зниження страху самотності.

Альтернативне пояснення полягає в тому, що особи з вищим вихідним інсайтом могли приходити до терапії з більш складною та глибоко усвідомленою картиною власних труднощів, включно з темою самотності. Розвинена здатність до саморозуміння до початку терапії могла означати, що ці люди вже раніше

усвідомлювали свій страх самотності та зверталися до терапії саме для його опрацювання, що могло уповільнювати темп його зниження через більшу складність цього матеріалу. Нарешті, не виключається і зворотній причинно-наслідковий зв'язок: особи, у яких страх самотності знизився менше, могли продовжувати інтенсивно досліджувати цю тему, що сприяло ретроспективно більш точному відтворенню їхнього до-терапевтичного рівня інсайту.

Висновки до розділу III. У третьому розділі магістерської роботи представлено результати ретроспективного емпіричного дослідження впливу гештальт-терапії на страх смерті, страх самотності, тривогу, депресію та саморефлексію дорослих людей. Дослідження проводилось на вибірці з 16 клієнтів гештальт-терапії, які регулярно раз на тиждень відвідують гештальт-терапевта, більшість з яких мають досвід індивідуальної терапії понад п'ять років. Застосовувались субшкали «Страх смерті» та «Страх самотності» опитувальника Вінцента Ван Брюггена (ECQ), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та Шкала саморефлексії та інсайту Ентоні Гранта (SRIS).

Порівняння актуальних показників із ретроспективними оцінками стану до початку терапії виявило позитивну динаміку за більшістю досліджуваних показників. Зокрема, досліджувані демонструють нижчі рівні страху смерті та страху самотності порівняно зі своїм станом до початку гештальт-терапії, що свідчить про те, що тривала систематична гештальт-терапія асоціюється зі зниженням обох форм екзистенційної тривоги. Аналогічну позитивну динаміку виявлено і за шкалою тривоги: актуальний рівень тривожної симптоматики є нижчим порівняно з вихідним. Водночас за шкалою депресії значущої зміни зафіксовано не було, що може свідчити про більшу резистентність депресивної симптоматики до терапевтичних змін або про те, що механізми впливу гештальт-терапії на депресію є більш складними та опосередкованими. Щодо саморефлексії та інсайту виявлено протилежну, але очікувану динаміку: досліджувані

демонструють вищі показники за обома субшкалами порівняно зі своїм станом до початку терапії, що свідчить про розвиток рефлексивних здібностей у процесі гештальт-роботи.

Кореляційний аналіз виявив низку змістовних асоціацій між досліджуваними показниками. Встановлено, що актуальний рівень інсайту негативно корелює з актуальним рівнем страху самотності, що вказує на зв'язок між здатністю до глибокого саморозуміння та зниженням екзистенційної тривоги, пов'язаної із самотністю. Приріст інсайту за роки терапії виявився пов'язаним із вихідними рівнями страху смерті та страху самотності, а також негативно — з різницею за страхом самотності, що свідчить про те, що більший розвиток інсайту асоціюється з більш вираженим зниженням страху самотності. Це дозволяє розглядати розвиток інсайту як один із ключових механізмів терапевтичних змін у гештальт-підході щодо екзистенційної тривоги.

Виявлено також, що вищі вихідні рівні тривоги та депресії до початку терапії асоціюються з більшим приростом залученості до саморефлексії та інсайту відповідно, що вказує на те, що психологічний дистрес до початку терапії може виступати мотиваційним ресурсом для глибшої рефлексивної роботи. Важливою знахідкою є те, що вищий вихідний рівень страху смерті та страху самотності асоціюється з більшим зниженням обох форм екзистенційної тривоги за роки терапії, що свідчить про особливу ефективність гештальт-підходу саме для осіб із вираженою екзистенційною тривогою.

Водночас необхідно враховувати принципові методологічні обмеження проведеного дослідження. Ретроспективний дизайн не дозволяє встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між змінними, а кореляційний характер аналізу унеможливорює однозначні висновки про напрямок залежності між показниками. Виявлені асоціації можуть відображати як реальний вплив гештальт-терапії на досліджувані характеристики, так і ефект селекції або спотворення пам'яті при

ретроспективному оцінюванні. Невеликий обсяг вибірки також обмежує можливості узагальнення отриманих результатів.

Попри зазначені обмеження, результати третього розділу в цілому узгоджуються з даними, отриманими у другому розділі, та формують більш повне розуміння характеру впливу гештальт-терапії на екзистенційне функціонування особистості. Зокрема, якщо у другому розділі було встановлено, що регулярна психотерапія асоціюється з вищим актуальним рівнем страху смерті порівняно з релігійною залученістю, то дані третього розділу дозволяють припустити, що цей результат може відображати актуалізацію екзистенційних страхів на певному етапі терапевтичного процесу, а не відсутність терапевтичного ефекту: у довгостроковій перспективі тривала гештальт-терапія асоціюється зі зниженням як страху смерті, так і страху самотності порівняно з вихідним станом до початку терапії.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що релігійність та психотерапія є значущими, але принципово різними за механізмами чинниками формування екзистенційного та особистісного функціонування дорослої людини. Релігійність, виступаючи багатогранним психологічним феноменом, впливає на особистість через надання метафізичних смислових рамок, соціальну підтримку релігійної спільноти та позитивний релігійний копінг, тоді як вплив психотерапії опосередковується якістю терапевтичних відносин, розвитком рефлексивних здібностей та опрацюванням психологічних патернів. Встановлено, що ефект обох форм підтримки є неоднозначним і залежить від типу релігійної орієнтації, характеру психотерапевтичних інтервенцій та регулярності практик, що обґрунтувало необхідність емпіричної перевірки їхнього порівняльного впливу.
2. Емпіричне порівняльне дослідження за участю 78 дорослих респондентів виявило статистично значущі відмінності між прихильниками психотерапії та прихильниками релігії за рядом особистісних характеристик. Найбільш

виразним результатом стало значуще нижче переживання страху смерті в осіб, залучених до релігійних практик ($t(67) = 3.003$, $p = 0.004$, $d = 0.72$), що підтверджує буферну функцію релігії щодо екзистенційної тривоги смертності. Водночас релігійні респонденти продемонстрували вищі показники прогностичної тривоги, світоглядного ідеалізму та світоглядного песимізму, що свідчить про складний, неоднозначний характер впливу релігійності на особистісне функціонування, який не зводиться до однозначного зниження психологічного дистресу.

3. Аналіз впливу регулярності практик виявив принципово різні закономірності для психотерапії та релігійності. Для психотерапії встановлено пороговий ефект щодо прогностичної тривоги: сам факт відвідування терапевта, незалежно від регулярності, асоціюється з нижчими показниками порівняно з повною відсутністю терапевтичного досвіду. Водночас регулярна психотерапія парадоксально пов'язана з вищим рівнем страху смерті та страху самотності порівняно з нерегулярною чи відсутньою терапією, що було інтерпретовано як можливу актуалізацію екзистенційних тем у процесі глибокої терапевтичної роботи. Для релігійності, навпаки, встановлено, що захисний ефект щодо страху смерті, ідеалізму та песимізму проявляється переважно за умови систематичної, а не епізодичної залученості.
4. Додаткове ретроспективне дослідження динаміки страху смерті, страху самотності, тривоги, депресії та саморефлексії у 16 клієнтів тривалої гештальт-терапії дозволило поглибити та уточнити інтерпретацію результатів порівняльного етапу дослідження. Встановлено, що в довгостроковій перспективі гештальт-терапія все ж таки асоціюється зі зниженням як страху смерті, так і страху самотності, а також тривоги порівняно з вихідним станом досліджуваних до початку терапії, тоді як рівень депресії залишається відносно стійким. Це дозволяє інтерпретувати вищий актуальний рівень

страху смерті у психотерапевтичній групі (виявлений на порівняльному етапі дослідження) не як свідчення неефективності психотерапії, а як можливий проміжний етап терапевтичного процесу, пов'язаний з усвідомленою конфронтацією з екзистенційною тривогою, що згодом, за умови тривалої терапевтичної роботи, призводить до її зниження.

5. Кореляційний аналіз виявив, що розвиток здатності до інсайту є одним із ключових механізмів терапевтичних змін у гештальт-підході: приріст інсайту негативно корелює з приростом страху самотності, а вищий вихідний рівень страху смерті та страху самотності до початку терапії пов'язаний з більш вираженим зниженням обох форм екзистенційної тривоги, що свідчить про особливу ефективність гештальт-терапії саме для осіб із вираженою екзистенційною тривогою. Водночас встановлені асоціації мають виключно кореляційний характер і не дозволяють робити однозначні висновки про напрямок причинно-наслідкових зв'язків, що є важливим методологічним застереженням для інтерпретації отриманих результатів.
6. Загалом проведене дослідження емпірично підтвердило тезу про нижчий рівень страху смерті у релігійних осіб порівняно з тими, хто проходить психотерапію, проте гіпотеза про нижчий рівень інтолерантності до невизначеності у релігійних осіб не підтвердилась, що вказує на необхідність відмови від спрощених уявлень про релігійність як виключно ресурс психологічного спокою. Релігійність та психотерапія постають як дві принципово відмінні системи психологічної підтримки, що по-різному впливають на екзистенційне функціонування особистості: релігія переважно знижує суб'єктивне переживання страху смерті через надання трансцендентних смислових рамок, тоді як гештальт-терапія сприяє усвідомленому опрацюванню цього страху, що в короткостроковій перспективі може супроводжуватись його тимчасовою актуалізацією, а в

довгостроковій — стійким зниженням у поєднанні з розвитком саморефлексії та інсайту.

На основі отриманих емпіричних даних можна сформулювати такі практичні рекомендації для психологів, психотерапевтів та фахівців психосоціальної підтримки.

По-перше, при роботі з клієнтами, які демонструють виражений страх смерті чи інших форм екзистенційної тривоги, психологу варто враховувати світоглядні орієнтації клієнта, зокрема рівень його релігійної залученості, оскільки релігійні ресурси можуть виступати значущим джерелом психологічної підтримки щодо саме цього аспекту екзистенційного функціонування. Доцільно не протиставляти психотерапевтичну та духовну роботу, а за згодою та запитом клієнта інтегрувати обговорення релігійних переконань і смислів у психотерапевтичний процес, особливо в роботі з клієнтами, для яких релігійна ідентичність є значущою частиною їхньої картини світу.

По-друге, психологам, що практикують гештальт-підхід чи інші глибинні форми психотерапії, варто заздалегідь готувати клієнтів до можливої тимчасової актуалізації страху смерті та інших екзистенційних страхів у процесі регулярної довготривалої терапевтичної роботи. Підвищення усвідомлюваного рівня страху смерті на певному етапі терапії не повинно автоматично трактуватися клієнтом чи терапевтом як ознака погіршення психологічного стану чи неефективності терапії, а радше як прогнозований та потенційно продуктивний етап глибшого контакту з екзистенційною реальністю, що за умови продовження терапії має тенденцію до подальшого зниження.

Доречно використовувати гештальт-техніки: «порожній стілець» для діалогу з образом смерті, експерименти з усвідомленням скінченності та того, що саме страшно втратити найбільше, роботу з тілесними відчуттями тривоги. Сприяйте

переходу від уникання до прийняття та пошуку особистісних смислів, застосовуючи елементи логотерапії Франкла. Для клієнтів з високим страхом самотності поєднуйте індивідуальну терапію з груповою (гештальт-групи) або рекомендаціями щодо релігійних/спільнотних практик як доповнення.

По-третє, з огляду на встановлену роль інсайту як ключового механізму зниження страху самотності, психологам рекомендується цілеспрямовано фокусувати терапевтичну роботу на розвитку здатності клієнта до глибокого розуміння власних переживань, а не обмежуватися лише процесом саморефлексії як такої. Техніки, що сприяють переходу від поверхневого самоаналізу до справжнього інсайту — усвідомлення глибинних патернів, потреб та механізмів функціонування — можуть бути особливо цінними у роботі з екзистенційною самотністю.

По-четверте, виражений вихідний рівень страху смерті чи страху самотності у клієнта не варто розглядати як протипоказання чи ускладнюючий фактор для глибинної психотерапевтичної роботи: отримані дані свідчать, що саме такі клієнти можуть мати найбільший терапевтичний потенціал та найбільш виражену позитивну динаміку за умови тривалої систематичної роботи. Психологам варто з обережним оптимізмом підходити до роботи з клієнтами, що звертаються з вираженою екзистенційною тривогою, та орієнтувати їх на довгострокову, а не короткострокову терапевтичну перспективу.

По-п'яте, з огляду на встановлену відносну резистентність депресивної симптоматики до змін у процесі гештальт-терапії порівняно з тривогою та страхом смерті, психологам варто враховувати, що зниження екзистенційної тривоги не обов'язково супроводжується пропорційним зниженням депресивних переживань, а отже за наявності вираженої депресивної симптоматики може бути доцільним розглянути додаткові або комплементарні інтервенції, спрямовані безпосередньо на депресію.

Нарешті, з огляду на встановлений зв'язок між регулярністю практик та їхнім ефектом, психологам варто заохочувати клієнтів до систематичної, а не епізодичної залученості в обрану форму психологічної підтримки — чи то регулярна психотерапія, чи систематична участь у релігійній практиці, — оскільки саме стабільність та регулярність взаємодії з обраним ресурсом, а не одноразовий чи випадковий контакт із ним, виявляється визначальним фактором досягнення стійких позитивних психологічних змін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Longmans, Green.
2. Freud, S. (1927). *The future of an illusion*. Hogarth Press.
3. Jung, C. G. (1938). *Psychology and religion*. Yale University Press.
4. Maslow, A. H. (1964). *Religions, values, and peak-experiences*. Ohio State University Press.
5. Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443.
6. Barrett, J. L. (2000). Exploring the natural foundations of religion. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 29–34.
7. Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Yale University Press.

8. Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
9. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
10. Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543.
11. Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). Oxford University Press.
12. Saroglou, V. (2011). Believing, bonding, behaving, and belonging: The Big Four religious dimensions and cultural variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1320–1340.
13. Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
14. Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest, and prejudice. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113–133.
15. Newberg, A., & Waldman, M. R. (2009). *How God changes your brain: Breakthrough findings from a leading neuroscientist*. Ballantine Books.
16. Exline, J. J., & Rose, E. D. (2013). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 380–398). Guilford Press.
17. Предко, О. І. (2015). Нетрадиційна релігійність в Україні: соціально-філософський аналіз. *Мультиверсум. Філософський альманах*, 3-4(141-142), 184–194.

18. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
19. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
20. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.
21. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
22. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
23. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
24. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
25. Karlsson, H. (2011). How psychotherapy changes the brain: Understanding the mechanisms. *Psychiatric Times*, 28(8), 21–23.
26. Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2013). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(1), 49–66.
27. Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097–1107.

28. Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265.
29. Schermuly-Haupt, M. L., Linden, M., & Rush, A. J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 219–229.
30. Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794.
31. Mahapatra, A., & Mahapatra, M. (2024). Exploring the impact of religiosity on existential anxiety and hope among young adults. *International Journal of Indian Psychology*, 12(3), 866–875.
32. Gan, S. K.-E., & Wong, S. W.-Y. (2023). Religiosity, theism, perceived social support, resilience, and well-being of university undergraduate students in Singapore during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3620.
33. Chow, C. M., Ruhl, H., & Buhrmester, D. (2020). Personality change and personality as predictor of change in psychotherapy: A longitudinal study in a community mental health clinic. *Journal of Research in Personality*, 86, 103939.
34. Näsling, J. M., Åström, E., Jacobsson, L., & Ljungberg, J. K. (2024). Effect of psychotherapy on intolerance of uncertainty: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4).
35. Wilson, E. J., Abbott, M. J., & Norton, A. R. (2023). The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 97, 102729.

36. Miller, M. L., & McGuire, J. F. (2023). Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *Journal of Affective Disorders*, 341, 283–295.
37. Савчин, М. В., Федорчук, В. М., & Гапоненко, Л. О. (2023). Резильєнтність як потенціал відновлення особистості у складних життєвих ситуаціях. У *Moderní aspekty vědy: XXXI. Díl mezinárodní kolektivní monografie* (с. 445–453). Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut.
38. Лазос, Г. П. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія*, 14, 26–64.
39. Афuzова, Г., Кротенко, В., & Найдьонова, Г. (Укл.). (2023). Розвиток резильєнтності здобувачів першого рівня вищої освіти в умовах воєнного конфлікту на території України: методичні рекомендації. Суми: Університетська книга.
40. Москаленко, О. В. (2024). Психологічна резильєнтність як умова підтримки психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2, 67–70.
41. Панок В., Предко В. (2024). Постковідне суспільство в умовах війни: фактор релігійності у підтримці життєстійкості особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, Том 35 (74) No 4 2024, 17–27.
42. Яценко, Т.С. (2015). *Глибинна психокорекція: теорія і практика*. Київ: Вища школа.
43. Яценко, Т.С. (1996). *Психологічні основи групової психокорекції*. Київ: Либідь.

44. Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.
45. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
46. Zinker, J. (1977). *Creative process in gestalt therapy*. Vintage Books.
47. Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications* (pp. 77–80). Science and Behavior Books.
48. Perls, L. (1992). *Living at the boundary: Collected works of Laura Perls*. The Gestalt Journal Press.
49. Strümpfel, U. (2004). Research on Gestalt therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 8(1), 9–18.
50. Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality*, 30(8), 821–835.