

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічні детермінанти вибору психотерапевтичного напрямку у
початківців-психотерапевтів**

Здобувача (ки) 2 курсу МЗ-242 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Психологія забезпечення ментального здоров'я
Сергія НАУМЕНКА
(прізвище та ініціали)
Керівники
Наталія ЗАВ'ЯЗКІНА, д.психол.н., проф.,
Світлана ПОЛШКОВА, д.мед.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

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ВИБОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМУ	11
1.1. Вибір психотерапевтичного напрямку як науково-психологічна проблема	11
1.2. Психологічні (особистісні та мотиваційні) детермінанти професійного вибору психотерапевта	15
1.3. Гештальт-терапія: теоретичні засади та особливості терапевтичної роботи	22
1.4. Когнітивно-поведінкова терапія: концептуальні основи та особливості терапевтичної роботи.....	28
1.5. Особистісні риси, усвідомленість, задоволеність життям і базові психологічні потреби як детермінанти вибору	33
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I.....	42
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	45
2.1. Дизайн, етапи та процедура дослідження	45
2.2. Характеристика вибірки	52
2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію	55
2.4. Методи статистичної обробки даних	64
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II.....	67
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ВИБОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМУ	69
3.1. Особистісні риси початківців-психотерапевтів за п'ятифакторною моделлю (BFI-10)	69

3.2. Рівень диспозиційної усвідомленості у гештальт- та КПТ-групах (ПОМ-15).....	78
3.3. Задоволеність життям та базові психологічні потреби учасників дослідження (SWLS, BPNS).....	80
3.4. Узагальнений психологічний портрет початківця-психотерапевта та практичні рекомендації	91
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	97
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ	103
ДОДАТКИ.....	108

АНОТАЦІЯ

Науменко С.В. Психологічні детермінанти вибору психотерапевтичного напрямку у початківців-психотерапевтів. Кваліфікаційна робота магістра. КІСПП, Київ, 2026.

У роботі досліджуються психологічні детермінанти вибору між гештальт-терапією та когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) у початківців-психотерапевтів. Кількісне порівняльне дослідження проведено на вибірці $N = 60$ осіб ($n = 30$ у кожній групі). Для вимірювання застосовано BFI-10, ПОМ-15, SWLS та BPNS. Основний метод аналізу — t-критерій Стюдента з розрахунком розміру ефекту (Cohen's d). Виявлено значущі відмінності між групами за трьома факторами особистості: гештальт-практики відрізняються вищою відкритістю до досвіду ($d = 1.16$) та нейротизмом ($d = 1.02$), КПТ-практики — вищою сумлінністю ($d = 1.46$). Значущі відмінності виявлено також за трьома субшкалами усвідомленості ПОМ-15 (усвідомлена дія, безреактивність, спостереження) на користь гештальт-групи. Відмінностей за задоволеністю життям і базовими психологічними потребами не виявлено. Результати дозволяють скласти диференційовані психологічні профілі прихильників двох напрямів і можуть бути використані у профорієнтаційному консультуванні та розробці програм підготовки психотерапевтів.

Ключові слова: психологічні детермінанти, вибір психотерапевтичного напрямку, гештальт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія, особистісні риси, п'ятифакторна модель, усвідомленість, початківці-психотерапевти.

ВСТУП

Питання психологічних детермінант професійного самовизначення психотерапевтів займає дедалі вагомніше місце в сучасних дослідженнях психології ментального здоров'я. Вибір психотерапевтичного напрямку є складним і багатоаспектним процесом, що охоплює не лише інтелектуальне засвоєння теоретичних концепцій, а й узгодження індивідуальних особистісних властивостей із філософією та методологією конкретного підходу. В умовах сучасного розмаїття психотерапевтичних шкіл та модальностей початківці-психотерапевти стикаються з необхідністю інтеграції особистого досвіду, набутих знань і внутрішніх схильностей задля формування власної професійної ідентичності.

Дослідження останніх років переконливо демонструють, що особистість психотерапевта є одним із ключових чинників ефективності психотерапевтичного процесу (Johns et al., 2019; Del Re et al., 2021). Особистісні характеристики та індивідуальний стиль роботи фахівця значною мірою визначають вибір теоретичної орієнтації та подальший професійний розвиток. Водночас у вітчизняному науковому просторі бракує системних досліджень, що з'ясовували б конкретні психологічні детермінанти — особистісні риси, рівень усвідомленості, задоволеність життям та базові психологічні потреби, — котрі спонукають початківців-терапевтів обирати той чи інший напрям на етапі професійного становлення.

Серед різноманіття психотерапевтичних підходів гештальт-терапія та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) належать до найпоширеніших і найбільш науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапевтичної практики. Ці підходи суттєво відрізняються як у філософських засадах, так і в технічному інструментарії: гештальт-терапія орієнтована на феноменологічне дослідження досвіду клієнта «тут і зараз», усвідомлення контакту та інтеграцію особистості через проживання емоційних станів, тоді як КПТ зосереджується на раціональному аналізі когнітивних викривлень і формуванні адаптивних

поведінкових патернів. Відповідно, вибір між цими підходами може відображати глибинні особистісні переваги майбутнього психотерапевта (Scandell & Wlazelek, 1997; Casari et al., 2019).

Розуміння психологічних чинників, що впливають на вибір психотерапевтичного напрямку, має суттєве практичне значення: воно дозволяє оптимізувати процес фахової підготовки, надати майбутнім спеціалістам можливість більш усвідомленого вибору навчальної програми, а також слугувати підґрунтям для розробки критеріїв відбору і побудови індивідуальних траєкторій навчання у психотерапевтичних школах. Власне ця проблема і визначає актуальність дослідження як у загальнопсихологічному, так і в прикладному вимірі.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Розділ I містить теоретичний аналіз психологічних детермінант вибору психотерапевтичного напрямку з особливою увагою до рис особистості за п'ятифакторною моделлю, концепцій диспозиційної усвідомленості, суб'єктивного добробуту і базових психологічних потреб, а також теоретичних засад гештальт-терапії і КПТ. Розділ II описує організацію і методичне обґрунтування емпіричного дослідження: дизайн, вибірку, психодіагностичний інструментарій і методи статистичної обробки. Розділ III представляє результати порівняльного і кореляційного аналізу та їхню інтерпретацію, а також узагальнений психологічний портрет початківців обох підходів і практичні рекомендації для системи психотерапевтичної освіти.

Теоретико-методологічна основа дослідження ґрунтується на низці теоретичних концепцій та емпіричних напрацювань. По-перше, дослідження спирається на п'ятифакторну модель особистості (Big Five), розроблену Р. МакКрає і П. Костою, яка є найбільш валідним і надійним інструментом опису особистісних рис і широко застосовується в дослідженнях професійного вибору (McCrae & Costa, 2003). По-друге, робота базується на концепції диспозиційної усвідомленості (mindfulness) у розробці Р. Баєр та колег (Baer et al., 2006),

відповідно до якої усвідомленість розглядається як стійка особистісна риса, що проявляється у здатності до неосудного спостереження за власним досвідом у теперішньому моменті. По-третє, дослідження спирається на теорію самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017), зокрема на концепцію базових психологічних потреб (автономія, компетентність, зв'язаність) як внутрішніх мотиваційних регуляторів професійного вибору. По-четверте, теоретичним підґрунтям слугують праці з суб'єктивного добробуту та задоволеності життям (Diener et al., 1985), а також роботи з вивчення зв'язку між особистісними рисами психотерапевтів та їхньою теоретичною орієнтацією (Scandell & Wlazelek, 1997; Casari et al., 2019; Johns et al., 2019). Безпосередньою теоретичною базою для інтерпретації отриманих емпіричних даних є концептуальні положення гештальт-терапії (Perls et al., 1951) та когнітивно-поведінкової терапії (Beck, 2011).

Об'єкт дослідження: процес професійного самовизначення початківців-психотерапевтів.

Предмет дослідження: психологічні детермінанти вибору психотерапевтичного напрямку у початківців-психотерапевтів

Мета дослідження: виявити та описати психологічні детермінанти — особистісні риси, рівень усвідомленості, задоволеність життям і задоволення базових психологічних потреб, — що зумовлюють вибір психотерапевтичного напрямку (гештальт- чи когнітивно-поведінкового) у психотерапевтів-початківців.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми вибору психотерапевтичного напрямку та особистісних детермінант професійного самовизначення; охарактеризувати концептуальні особливості гештальт-терапії та КПТ як психотерапевтичних підходів.

2. Обґрунтувати дизайн, процедуру та психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження (авторська анкета, BFI-10, POM-15, SWLS, BPNS) і визначити психометричні властивості використовуваних методик.

3. Встановити наявність і характер статистично значущих відмінностей в особистісних профілях (BFI-10) між початківцями-психотерапевтами гештальт-та КПТ-орієнтації.

4. Порівняти групи за показниками диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15), задоволеності життям (SWLS) і задоволення базових психологічних потреб (BPNS).

5. Скласти узагальнений психологічний портрет прихильників кожного напрямку та розробити практичні рекомендації для системи психотерапевтичної освіти.

Методи дослідження.

Для розв'язання поставлених завдань застосовувався комплекс взаємодоповнювальних методів. Теоретичні методи (аналіз, синтез, систематизація, порівняння, узагальнення наукової літератури) використовувалися для побудови теоретико-методологічного підґрунтя дослідження та формулювання дослідницьких питань. Емпіричні методи включали: авторську соціально-демографічну анкету — для скринінгу та розподілу учасників на групи; Big Five Inventory-10 (BFI-10; Rammstedt & John, 2007; адаптація Сердюк & Базима, 2021) — для діагностики п'яти базових особистісних рис; П'ятифакторний опитувальник майндфулнесу (ПОМ-15; Baer et al., 2006; адаптація Каплуненко & Кучина, 2023) — для вимірювання диспозиційної усвідомленості; Шкалу задоволеності життям (SWLS; Diener et al., 1985; адаптація Олефір & Боснюк, 2024) і Шкалу задоволення базових психологічних потреб (BPNS; Deci & Ryan; адаптація Олефір & Боснюк, 2024) — для вимірювання суб'єктивного добробуту та потребнісної сфери. Статистичні методи охоплювали: описову статистику (M, SD, min, max), t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок як основний метод міжгрупового порівняння, а також оцінку розміру ефекту (d Коена).

Характеристика дослідницької вибірки.

У дослідженні взяли участь 60 початківців-психотерапевтів, які перебувають на етапі навчання у психотерапевтичних програмах і мають досвід

практичної роботи не більше трьох років. Вибірку сформовано методом цілеспрямованого відбору та розподілено на дві рівні групи: 30 осіб, які навчаються у програмах гештальт-терапії (гештальт-група), і 30 осіб, які навчаються у програмах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ-група). Критерії включення: вік 25–45 років; базова психологічна або медична освіта; систематичне навчання у відповідному психотерапевтичному напрямі не менше 12 місяців. Географія дослідження охоплює великі міста України, де функціонують акредитовані навчальні програми з психотерапії. Серед учасників 80% становлять жінки та 20% — чоловіки, що відповідає загальній статевій структурі психотерапевтичної спільноти в Україні (Gestalt: $M_{\text{вік}} = 34.67$, $SD = 6.39$; КПТ: $M_{\text{вік}} = 34.43$, $SD = 5.73$; $t = 0.15$, $p = .88$).

Дослідницькі питання:

1. Чи відрізняються особистісні риси (за BFI-10) початківців, які обрали гештальт-підхід, від тих, хто обрав КПТ?
2. Чи різняться дві групи за рівнем диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15) та її окремими фасетами (спостереження, опис, усвідомлена дія, неосудливість, нереагування)?
3. Чи є статистично значущі міжгрупові відмінності у задоволеності життям (SWLS) та задоволенні базових психологічних потреб (BPNS)?
4. Які показники найвиразніше розрізняють прихильників гештальт- та КПТ-напрямів і формують їхній психологічний портрет?

Теоретична значущість роботи полягає у розширенні наукових уявлень про психологічні детермінанти вибору психотерапевтичного напрямку: дослідження вперше комплексно поєднує аналіз особистісних рис (Велика п'ятірка), диспозиційної усвідомленості, суб'єктивного добробуту та базових психологічних потреб стосовно вибору між двома конкретними психотерапевтичними підходами — гештальт-терапією та КПТ. Результати поглиблюють розуміння ролі особистості психотерапевта у формуванні його теоретичної орієнтації та доповнюють теоретичну базу досліджень із психології професійного становлення.

Практична значущість роботи визначається тим, що отримані результати можуть бути використані: у практиці психотерапевтичних шкіл та освітніх програм — для розробки критеріїв усвідомленого вибору спеціалізації та побудови індивідуальних траєкторій навчання; у системі супервізії — для врахування особистісного профілю терапевта-початківця; у профорієнтаційній роботі з майбутніми психотерапевтами — для підвищення рефлексивності щодо власних особистісних особливостей та їхньої відповідності обраному підходу.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ВИБОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМУ

1.1. Вибір психотерапевтичного напрямку як науково-психологічна проблема

Проблема вибору психотерапевтом теоретичної орієнтації посідає особливе місце на перетині психології особистості, психологічного навчання та теорії психотерапії. На відміну від більшості інших галузей, де фахівець опановує єдину усталену модель, психотерапевт із самого початку кар'єри постає перед широким спектром шкіл і напрямів — і змушений здійснювати вибір, що визначає подальший професійний шлях (Rønnestad & Skovholt, 2003). У цьому контексті теоретична орієнтація виконує функцію не лише методологічної «карти», а й важливого елемента професійної ідентичності, оскільки задає спосіб бачення клієнта, розуміння психологічної проблеми і уявлення про власну роль терапевта у процесі змін.

Сучасний психотерапевтичний ландшафт нараховує понад 400 офіційно визнаних підходів (Norcross & Goldfried, 2019). Такий плюралізм, з одного боку, розширює можливості допомоги клієнтам, з іншого — загострює питання: за якими критеріями початківець обирає «свій» напрям? Емпіричні дослідження останніх десятиліть переконливо свідчать, що цей вибір не є суто інтелектуальним або випадковим, а визначається стійкими особистісними, мотиваційними та ціннісними характеристиками фахівця (Wampold, 2001; Norcross & Goldfried, 2019). Вибір школи в цьому сенсі можна розглядати як процес узгодження власних життєвих уявлень, етичних принципів і стилю емоційного реагування з певною системою теоретичних понять і технік.

Теоретичним підґрунтям для розуміння цього феномену слугує ряд концептуальних рамок. По-перше, теорія профвибору Holland (1997) постулює, що індивіди тяжіють до середовища, яке відповідає їхньому особистісному типу. Хоча ця модель розроблялась стосовно широких професійних доменів, її логіка

може бути поширена на вибір усередині вже обраної професії: відкрита, феноменологічно орієнтована особистість схильна обирати гуманістичні напрями, тоді як аналітично-структурована — когнітивно-поведінкові (Ogunfowora & Drapeau, 2008). У термінах цієї теорії психотерапевтичну школу можна розглядати як специфічне «робоче середовище», до якого терапевт або «пасує», або ні, що зрештою відображається на його професійному благополуччі та ефективності.

По-друге, модель розвитку психотерапевта Rønnestad & Skovholt (2003), яка виділяє шість фаз — від «початкового студента» до «досвідченого практика» — показує, що на ранніх стадіях фахівець особливо залежний від зовнішніх авторитетів і стилю навчального середовища. На цьому етапі вибір напрямку часто відбувається в умовах обмеженої інформованості, коли особистий досвід терапії, харизматичність викладачів і групова динаміка навчальної групи мають не менший вплив, ніж раціональний аналіз програм чи емпіричних доказів. Саме тому особистісні риси, з якими людина приходить до навчання, відіграють вирішальну роль у формуванні початкової теоретичної ідентичності.

По-третє, загальнофакторна концепція Wampold (2001, 2015) стверджує, що значна частина ефективності психотерапії пов'язана з особистісними характеристиками терапевта, а не з конкретними техніками чи теоретичною школою. Ідеться про такі якості, як здатність до емпатії, теплий стиль взаємодії, толерантність до невизначеності, гнучкість у виборі інтервенцій, тобто про те, що нерідко позначають як «особистість терапевта». Це парадоксально посилює значущість особистісного вибору напрямку: вибираючи підхід, початківець фактично вибирає контекст, у якому найкраще розкриваються саме його особистісні ресурси.

Метааналіз Johns et al. (2019) підтвердив, що ефект терапевта — тобто внесок особистості фахівця незалежно від методу — пояснює близько 5–8% варіативності терапевтичних результатів. Систематичний огляд Linden et al. (2022) продемонстрував, що особистісні риси терапевта корелюють не тільки з результатами роботи, а й із вибором теоретичної рамки та стилю роботи. Ці дані

дозволяють розглядати теоретичну орієнтацію як форму самоселекції, в якій фахівці з певним профілем рис притягуються до відповідних шкіл, створюючи своєрідні «особистісні ніші» всередині професійного поля.

Дослідження Arrancar et al. (2021), проведене на початківцях-терапевтах, виявило, що серед ключових чинників вибору напрямку — особистий досвід проходження терапії, рекомендації наставників та відчуття «особистісного резонансу» з цінностями певної школи. Важливо, що всі ці чинники мають психологічну природу: вони пов'язані з ідентичністю фахівця, його цінностями і рисами, а не лише з формальними академічними міркуваннями. Вибір напрямку в такому ракурсі можна інтерпретувати як акт самовизначення, у якому професійні й особистісні виміри тісно переплетені.

Таким чином, вибір психотерапевтичного напрямку правомірно розглядати як науково-психологічну проблему, що лежить на перетині психології особистості, психології навчання та психотерапевтичної теорії. Він включає як індивідуальні чинники (особистісні риси, мотиваційні структури, цінності, попередній досвід терапії), так і контекстуальні (особливості освітнього середовища, наявні професійні спільноти, домінуючі дискурси ефективності). Ця проблема набуває особливої актуальності в контексті українського психотерапевтичного ринку, що активно розвивається і де два найпоширеніші напрями — гештальт-терапія та когнітивно-поведінкова терапія — демонструють чітко відмінні підходи до ролі особистості терапевта в терапевтичному процесі. У такій ситуації дослідження психологічних детермінант вибору між цими підходами дозволяє краще зрозуміти, як саме особистість майбутнього терапевта «зустрічається» з певною теоретичною традицією і які внутрішні та зовнішні умови сприяють формуванню стійкої професійної ідентичності.

Особистість терапевта і терапевтичний альянс як медіатор. Heinonen & Nissen-Lie (2022) у систематичному огляді 35 досліджень встановили, що особистісні риси терапевта (зокрема, Доброзичливість і Екстраверсія) впливають на результати терапії переважно опосередковано — через якість терапевтичного

альянсу. Терапевтичний альянс визначається як «якість і міцність колаборативних стосунків між клієнтом і терапевтом» (Wampold, 2001: 40) і є найбільш надійним, трансдіагностичним предиктором терапевтичних результатів незалежно від підходу. Таким чином, особистісний профіль терапевта діє на двох рівнях: безпосередньо — через вибір підходу і відповідний терапевтичний стиль — і опосередковано — через здатність формувати і підтримувати якісний терапевтичний зв'язок. Обидва рівні є предметом уваги в даній роботі.

Проблема «відповідності терапевта і підходу» у сучасній психотерапевтичній науці. Ключовим теоретичним конструктом, що лежить в основі цього дослідження, є «відповідність терапевта і підходу» (therapist-approach fit). Ця концепція стверджує, що ефективність терапевта частково визначається ступенем, у якому його особистісний профіль, когнітивно-афективний стиль і мотиваційні орієнтації природно узгоджуються з метатеоретичними засадами і практичними вимогами обраного підходу (Norcross & Goldfried, 2019). Підходи, що вимагають від терапевта толерувати невизначеність, рухатися «за клієнтом» і довіряти спонтанному процесу (гуманістичні, психодинамічні), природно краще підходять особам із вищою Відкритістю і нижчою потребою у контролі. Підходи, що передбачають чітку структуру і протоколізованість (КПТ), природно краще підходять особам із вищою Сумлінністю і потребою у визначеності.

Концептуальні засади особистісного підходу в дослідженнях психотерапевтів. Вивчення особистості психотерапевта як детермінанти терапевтичного вибору і ефективності ґрунтується на кількох взаємодоповнювальних теоретичних традиціях. По-перше, це диспозиційна психологія в особистості, що постулює існування стійких рис — диспозицій — які визначають характерні патерни сприйняття, переживання і поведінки (McCrae & Costa, 2003). По-друге, це психотерапевтичні дослідження «чинника терапевта» (therapist factor research), які демонструють, що індивідуальні відмінності між терапевтами пояснюють від 5% до 17% варіативності

результатів терапії — тобто більше, ніж відмінності між підходами (Wampold & Imel, 2015). По-третє, це дослідження розвитку психотерапевта (therapist development research), що розглядають вибір підходу як особистісно детерміновану подію у професійному становленні (Rønnestad & Skovholt, 2003).

1.2. Психологічні (особистісні та мотиваційні) детермінанти професійного вибору психотерапевта

Питання про те, чому одні фахівці обирають гуманістичні підходи, а інші тяжіють до структурованих, протокол-орієнтованих методів, залишається одним із центральних у психології психотерапевтичної освіти. Дослідження, присвячені цій темі, охоплюють кілька рівнів аналізу: від рис особистості та психологічної передісторії — до мотиваційних і ціннісних орієнтацій. Примітно, що вибір теоретичного напрямку часто виявляється не результатом суто інтелектуального пошуку, а відображенням глибших особистісних тенденцій фахівця, його способу переживати стосунки, організовувати власний досвід і конструювати смисли професійної діяльності.

Одним із перших системних досліджень у цій галузі стала праця Scandell & Wlazelek (1997), у якій виявлено статистично значущі зв'язки між рисами особистості й теоретичною орієнтацією терапевтів. Зокрема, встановлено, що прихильники психодинамічного підходу відрізняються вищими показниками за шкалами відкритості та нейротизму порівняно з поведінковими терапевтами. Таким чином, навіть на початку систематичного вивчення цієї проблеми стало очевидним, що особистісні характеристики фахівця мають пряме відношення до його теоретичних уподобань, а сама теоретична орієнтація може розглядатися як спосіб організації і водночас раціоналізації вже наявних особистісних схильностей.

П'ятифакторна модель особистості (Big Five), розроблена McCrae & Costa (2003), надала дослідникам зручний інструментарій для операціоналізації

особистісних рис і їх порівняння між різними групами фахівців. Відкритість до досвіду виявилася найбільш диференціювальним чинником: вищі її показники стабільно корелюють із гуманістичними і психодинамічними орієнтаціями, тоді як сумлінність і нижчий нейротизм частіше зустрічаються серед прихильників когнітивно-поведінкового підходу (McCrae & Costa, 2003; Scandell & Wlazelek, 1997). Доброзичливість і екстраверсія, як показали пізніші дослідження, мають складніший і менш однозначний зв'язок із теоретичними уподобаннями, оскільки можуть по-різному проявлятися в межах як реляційно-орієнтованих, так і більш структурованих шкіл.

Робота Ogunfowora & Drapeau (2008), виконана в руслі моделі HEXACO, показала, що відкритість до досвіду позитивно передбачає психодинамічну орієнтацію, тоді як сумлінність — когнітивно-поведінкову. Ці результати підтверджують, що риси, пов'язані зі здатністю до толерантності неоднозначності, інтересом до внутрішнього світу й нюансів переживання, тяжіють до підходів, де центральною є робота з несвідомим, символізацією та інтерпретацією, тоді як орієнтація на структурованість, планування й контроль поведінки узгоджується з логікою когнітивно-поведінкових методів. Познанські та McLennan (Poznanski & McLennan, 2003) розширили ці дані, показавши, що особистість терапевта пов'язана не лише з теоретичним вибором, а й з епістемологічними припущеннями: терапевти з вищою відкритістю схильні до більш конструктивістських і суб'єктивістських поглядів на природу психологічного знання, тоді як фахівці з високою сумлінністю частіше поділяють більш об'єктивістські та нормативні уявлення про науковість.

Casari et al. (2019) провели кластерний аналіз, у якому вибірку терапевтів було згруповано за одночасними показниками PST-Q та Big Five. Результати засвідчили, що кластери терапевтів із вираженою функцією залучення та високою відкритістю тяжіли до реляційних і гуманістичних напрямів, тоді як фахівці з домінуванням інструктивної функції та вищою сумлінністю переважно ідентифікували себе з когнітивно-поведінковим підходом. Цей висновок підкреслює, що між профілем стилю і теоретичною орієнтацією існує певна

внутрішня відповідність, хоча і не детерміністична залежність: один і той самий набір рис може реалізуватися в різних школах, але в межах «спорідненої» парадигми терапевт частіше відчуває більшу професійну автентичність.

Систематичний огляд Heinonen & Nissen-Lie (2022), що охопив понад 30 досліджень ефективних психотерапевтів, виявив, що найбільш дієві фахівці незалежно від напрямку демонструють відкритість до зворотного зв'язку, емпатію, емоційну стабільність і здатність до рефлексії. Водночас за диференціальним виміром — тобто з'ясуванням, які риси характерні для представників різних напрямів, — відкритість до досвіду залишається найбільш значущим предиктором гуманістичної орієнтації. Це дозволяє припустити, що особистісна готовність витримувати емоційно насичений контакт, невизначеність і тривалу роботу з переживаннями клієнта природно спрямовує частину початківців до підходів, де такі якості концептуально цінуються і заохочуються.

Окремого розгляду заслуговують мотиваційні й біографічні чинники вибору напрямку. Messina et al. (2018) досліджували стажерів трьох орієнтацій — гештальту, психоаналізу та КПТ — і виявили, що рішення про вступ до певної школи нерідко пов'язане з особистим досвідом проходження психотерапії або з рисами характеру, що узгоджуються з теоретичними цінностями відповідного напрямку. Стажери гештальту частіше описували власну мотивацію через прагнення до автентичності й контакту, потребу в глибшому переживанні себе та стосунків, тоді як майбутні КПТ-терапевти частіше наголошували на цінності структури, чітких протоколів і відчутті «видимого результату» для клієнта. Важливо, що ці відмінності виявлялися вже на початку навчання — тобто до набуття значного клінічного досвіду, що свідчить про провідну роль попереднього життєвого й терапевтичного досвіду у формуванні професійних виборів.

Arrancar et al. (2021) підтвердили і поглибили ці дані, показавши, що серед початківців-терапевтів особистісний резонанс із цінностями школи є більш вагомим предиктором вибору, ніж формальні критерії (наприклад, доказова база

підходу або ринкова перспективність). Для багатьох респондентів вирішальним виявлялося відчуття «свого» середовища, стилю спілкування в навчальній групі, способу позиціонування ролі терапевта, а вже потім — зміст теоретичних курсів. Це узгоджується з логікою моделі Holland (1997): особи обирають середовище, що відповідає їхньому психологічному профілю, причому цей вибір часто здійснюється на основі емоційної й інтуїтивної оцінки, а не раціонального зважування всіх можливих варіантів.

Не менш важливим чинником формування теоретичних уподобань є процес професійного становлення початківця. Rønnestad & Skovholt (2003) розробили модель шести фаз розвитку терапевта, показуючи, що на ранніх стадіях особистісні риси мають максимальний вплив на теоретичні вподобання, оскільки ще не «відфільтровані» роками клінічного досвіду та супервізії. Саморефлексія, особиста терапія та супервізія традиційно розглядаються як ключові механізми розвитку терапевтичної ідентичності; при цьому в різних школах вони по-різному структуровані та по-різному інтегровані в освітній процес. Уже на цьому етапі можна спостерігати, як початківці по-різному реагують на вимоги навчального середовища, приймають або відкидають ті чи інші акценти — наприклад, на емоційному досвіді, на раціональному аналізі, на поведінковому експерименті — відповідно до власних потреб і рис характеру.

Гендерні та вікові чинники вибору напряму також заслуговують уваги, оскільки вони опосередковано пов'язані з особистісними та мотиваційними детермінантами. У ряді емпіричних робіт показано, що жінки-терапевти частіше тяжіють до підходів, центрованих на стосунках і переживанні, тоді як чоловіки дещо частіше обирають більш структуровані, технічно орієнтовані моделі, однак ці тенденції не є абсолютними і в кожному конкретному контексті можуть мати свої винятки. Вік і стаж фахівця впливають на те, наскільки гнучко він ставиться до теоретичних рамок: молодші й менш досвідчені терапевти зазвичай демонструють більшу схильність до «чистої» ідентифікації з обраною школою, тоді як із накопиченням досвіду зростає інтерес до інтегративних підходів та персонального стилю.

Загалом, дослідження підтверджують, що вибір психотерапевтичного напрямку не є випадковим і не зводиться до зовнішніх міркувань престижу чи доступності навчання. Він відображає комплекс особистісних рис, ціннісних орієнтацій і мотиваційного профілю, який формується ще до початку систематичного навчання і далі розвивається в процесі професійної підготовки. Саме ця сукупність детермінант створює психологічне тло, на якому відбувається конкретний вибір між різними школами — зокрема, між гештальт-терапією та когнітивно-поведінковою терапією — і слугує концептуальною основою для емпіричного порівняння початківців-психотерапевтів за показниками особистості, усвідомленості, задоволеності життям і базових психологічних потреб.

Особистісні риси терапевта і гештальт-феноменологія: синтез. Поєднання Відкритості до досвіду, диспозиційної усвідомленості (зокрема Безреактивності і Усвідомленої дії) і певного рівня емоційної чутливості (Нейротизм) утворює особистісний профіль, природно узгоджений із феноменологічним методом гештальт-терапії. Відкритість забезпечує здатність «не знати заздалегідь» — залишатися у феноменологічній невизначеності. Усвідомлена дія дозволяє бути в контакті з поточним досвідом без автоматичного реагування. Безреактивність забезпечує здатність спостерігати власні афективні реакції, не будучи захопленим ними. Разом ці риси утворюють те, що Spagnuolo Lobb (2003) описує як «феноменологічне ставлення» (*phenomenological attitude*) — фундаментальну позицію гештальт-терапевта у терапевтичному діалозі.

Концепт контакту і контактного циклу. Центральним динамічним поняттям гештальт-терапії є концепт контакту — зустрічі організму з середовищем на межі між ними (Polster & Polster, 1973). Здоровий контакт передбачає повну присутність, відчуття власної ідентичності і здатність до злиття з досвідом без втрати себе — і водночас здатність завершити контакт і відступити для асиміляції. Порушення контактного циклу — злиття, інтроекція, проекція, ретрофлексія, дефлексія — описують різні форми переривання контакту, що є психотерапевтичними мішенями в гештальт-роботі. Для

терапевта знання власного характерного способу переривання контакту є критично важливим для ефективної практики, що і є одним із завдань особистої терапії в гештальт-підготовці.

Концепція поля і феноменологічний метод у гештальт-терапії. Гештальт-терапія сформувалася на перетині кількох теоретичних традицій: гештальт-психології, феноменології Гуссерля, екзистенційної філософії, психоаналізу і теорії поля (Perls et al., 1951; Wheeler, 1991). Теорія поля, запозичена з гештальт-психології Курта Левіна, постулює, що жодне явище не може бути зрозумілим поза своїм контекстом — «полем», у якому воно виникає. У терапевтичному застосуванні це означає, що поведінка клієнта завжди розглядається як функція поля «клієнт — терапевт — ситуація», а не як прояв ізольованих внутрішніх механізмів. Феноменологічний метод гештальт-терапії передбачає, що терапевт ставить у дужки свої теоретичні передумови і попередній досвід, щоб максимально відкрито зустріти реальний феноменальний досвід клієнта «тут і зараз» (Yontef, 1993).

Інтегративна модель детермінант вибору: поєднання особистісного і контекстуального. Підсумовуючи аналіз детермінант вибору психотерапевтичного напрямку, можна запропонувати інтегративну модель, що включає чотири групи чинників. Перша група — особистісно-диспозиційна: риси Big Five, диспозиційна усвідомленість, мотиваційний профіль. Друга група — автобіографічна: особистий досвід психотерапії, власний психологічний анамнез, попередня ідентифікація з підходами. Третя група — соціально-контекстуальна: доступність програм, вартість навчання, мережа менторів і фахового оточення. Четверта група — педагогічна: характер університетської освіти, перші теоретичні орієнтири. У реальному процесі вибору всі чотири групи чинників взаємодіють, і диференціювати їхні внески можливо лише у спеціально спланованому дослідженні з комплексним дизайном. Цей дизайн обмежується першою групою — особистісно-диспозиційною — що є теоретично обґрунтованим і практично реалістичним для кваліфікаційного дослідження.

Роль університетської освіти у формуванні первинних орієнтацій. Університетська психологічна освіта в Україні має переважно академічний, теоретичний характер і зазвичай не передбачає глибокого занурення в жодний конкретний психотерапевтичний підхід. Проте базові курси з психотерапії і психологічного консультування формують у студентів початкові концептуальні рамки, через які вони оцінюють різні напрями. Виклад матеріалу з позиції певних метатеоретичних переконань (наприклад, акцент на когнітивних механізмах або, навпаки, на феноменологічному досвіді) може формувати первинну орієнтацію ще до самостійного вибору. Сердюк & Базима (2021) у дослідженні мотивації вибору психологічної спеціалізації показали, що студенти, які демонструють вищу Відкритість до досвіду і менший інтерес до «точних» наукових дисциплін, схильніші обирати гуманістичні і феноменологічні підходи вже на етапі університетського навчання.

Соціальні і контекстуальні детермінанти: доступність і культурний контекст. Вибір психотерапевтичного напрямку не відбувається лише на підставі внутрішньоособистісних чинників: він завжди вписаний у соціальний і культурний контекст. Доступність навчальних програм, їх вартість, репутація у фаховій спільноті, мережа соціальних зв'язків і наявність менторів є потужними зовнішніми детермінантами вибору (Norcross & Goldfried, 2019). У країнах із різним ступенем розвитку психотерапевтичної інфраструктури пропозиція підходів суттєво відрізняється: в одних регіонах може домінувати КПТ (передусім через систему державного страхування, що фінансує доказово підтверджені підходи), в інших — гуманістичні чи психодинамічні підходи. В Україні ринок психотерапевтичної освіти у 2020-х роках характеризується активним зростанням і диверсифікацією, тому зовнішні обмеження вибору є менш жорсткими, ніж у більш централізованих системах.

Вплив особистого досвіду і автобіографічних чинників на вибір підходу. Поряд із вимірюваними особистісними диспозиціями, суттєву роль у виборі психотерапевтичного напрямку відіграють автобіографічні чинники — особистий досвід психотерапії, власний психологічний анамнез і характер перших

«зустрічей» із різними підходами (Johns et al., 2019). Messina et al. (2018) у своєму дослідженні виявили, що практики, які самі проходили особисту терапію у конкретному підході, значно частіше обирали цей самий підхід для власного навчання. Цей феномен отримав назву «особистісного моделювання» (personal modeling): власний клієнтський досвід у підході формує внутрішній образ терапевтичної роботи і визначає вектор ідентифікації. В Україні, де гештальт-терапія тривалий час домінувала на ринку психотерапевтичних послуг, цей чинник може мати особливе значення для розуміння мотивації вибору саме гештальт-напрямку.

1.3. Гештальт-терапія: теоретичні засади та особливості терапевтичної роботи

Гештальт-терапія сформувалася як напрям у середині XX століття значною мірою через незгоду її засновників — Фріца і Лори Перлз та Пола Гудмана — з детерміністичними і редукціоністськими тенденціями тогочасного психоаналізу. Теоретичне підґрунтя напрямку поєднало феноменологію Гуссерля, екзистенційну філософію, теорію поля Левіна та принципи гештальт-психології (Perls et al., 1951). Така синтетична природа обумовила особливу чутливість напрямку до суб'єктивного досвіду клієнта у його цілісності та контекстуальності: жоден симптом, переживання чи поведінковий патерн не розглядається поза полем стосунків, у якому вони виникають.

Центральними поняттями гештальт-терапії є усвідомлення (awareness), контакт і цикл контакту. Усвідомлення розуміється як жива, актуальна здатність людини помічати те, що відбувається з нею «тут і зараз» — на тілесному, емоційному й когнітивному рівнях одночасно. Wheeler (1991) розробив детальну теорію поля в гештальт-терапії, показуючи, що цикл контакту описує динаміку руху від відчуття потреби до її задоволення і завершення гештальту; порушення на будь-якому з етапів цього циклу розглядається як джерело психологічних труднощів. Здорове функціонування в цьому розумінні — це не відсутність

конфліктів і болісних переживань, а здатність рухатися крізь цикл, не застрягаючи в хронічних патернах переривання.

Polster & Polster (1973) систематизували теорію меж контакту, показуючи, що різноманітні механізми переривання контакту — ретрофлексія, проекція, інтроекція, дефлексія, злиття — є центральними діагностичними і терапевтичними орієнтирами гештальт-роботи. Кожен із цих механізмів описує специфічний спосіб, у який людина уникає повноцінного контакту — з власним досвідом, з іншою людиною або з реальністю навколишнього середовища. Важливо, що в гештальт-парадигмі ці механізми розглядаються не як патологія, а як творче пристосування, що колись мало сенс у конкретному полі, але з часом стало хронічним і обмежувальним. Yontef (1993) розвинув діалогічну традицію в гештальті, ввівши поняття інклюзії та підтвердження (confirmation) як основних лікувальних механізмів терапевтичних стосунків. Підтвердження в його розумінні — це здатність терапевта побачити й визнати реальність клієнта такою, якою вона є для нього, навіть якщо сам терапевт сприймає її інакше.

Особливе місце в гештальт-підході займає концепція терапевтичних відносин. Вона ґрунтується на ідеї діалогу в розумінні Мартіна Бубера: зустріч двох суб'єктів у режимі «Я — Ти», де жоден із них не зводиться до функції або об'єкта. Терапевт у гештальті — не нейтральний спостерігач і не технічний виконавець, а жива присутність, яка здатна бути зрушеною досвідом клієнта. Автентичність терапевта, його готовність до реального контакту — включно з розкриттям власних реакцій у терапевтично доцільний спосіб — є не методичним прийомом, а базовою терапевтичною позицією. Саме тому в гештальт-підготовці особлива увага приділяється роботі з власними імпульсами, реакціями та межами терапевта — не для їх придушення, а для їх усвідомленого й відповідального використання в терапевтичному просторі.

Spagnuolo Lobb (2003) акцентувала увагу на естетичному вимірі контакту в гештальт-терапії: терапевт не тільки сприймає досвід клієнта інтелектуально, а й резонує з ним на рівні почуттів і тіла. Цей резонанс — не злиття і не проекція, а впорядкований відгук, що виникає в умовах збереженої суб'єктності обох

учасників. Greenberg (1993) розробив концепцію процесуально-досвідної терапії, що інтегрує гештальт-принципи з дослідженнями емоційних процесів, підкреслюючи роль «маркерів» — моментів у терапевтичній сесії, де певне втручання є особливо доречним. Його модель стала одним із важливих містків між феноменологічною традицією гештальту і сучасною дослідницькою психологією емоцій, розширивши науковий простір, у якому гештальт-практика може бути описана й верифікована.

Вимоги до особистості гештальт-терапевта виходять безпосередньо з цих теоретичних засад. Від фахівця очікується емоційна відкритість і готовність контактувати з інтенсивними переживаннями клієнта без надмірного захисту. Спонтанність у реагуванні, толерантність до невизначеності та здатність утримуватися від передчасного закриття ситуації — все це розглядається як важливі особистісні ресурси терапевта (Messina et al., 2018). При цьому йдеться не про відсутність у терапевта структури чи меж, а про здатність бути живим і присутнім у рамках ролі, зберігаючи власну стійкість навіть у моменти емоційно насиченого контакту. Терапевт, який занадто жорстко контролює власне реагування або уникає зустрічі з невизначеністю, фактично позбавляє клієнта ресурсу живого діалогу.

Система підготовки гештальт-терапевтів суттєво відрізняється від більшості інших напрямів. Власна тривала особиста терапія є обов'язковою складовою навчання, а не додатковою можливістю. Навчання будується великою мірою через особистий досвід групової і індивідуальної терапії, де майбутній терапевт спочатку займає позицію клієнта. Такий формат навчання передбачає, що стажер систематично зустрічається з власними незавершеними гештальтами, хронічними механізмами переривання контакту та обмежувальними інтроектами — і саме ця зустріч стає матеріалом для формування терапевтичної компетентності. Такий формат навчання є своєрідним фільтром: він більш комфортний і органічний для тих, хто з готовністю звертається до власного досвіду, терпимо ставиться до невизначеності навчального процесу й не потребує жорсткої структури для відчуття безпеки. Натомість ті, хто шукає

чіткий алгоритм і вимірювані результати з перших кроків навчання, можуть відчувати цей формат як надмірно дезорієнтуючий.

Доказова база ефективності гештальт-терапії продовжує розширюватися. Метааналітичні дані підтверджують позитивні результати при тривожних і депресивних розладах, особистісних та соматичних проблемах (Norcross & Goldfried, 2019). Водночас методологічна база досліджень у цій галузі залишається менш розвиненою, ніж у КПТ, що значною мірою відображає ціннісне розходження між напрямками: гештальт-терапія традиційно більше орієнтована на феноменологічний опис, ніж на стандартизовані протоколи. Це не є свідченням меншої ефективності підходу, а радше відображає принципову відмінність епістемологічних позицій — питання про те, що вважати достатнім доказом терапевтичної зміни, саме по собі є теоретичним і ціннісним, а не суто технічним.

Таким чином, гештальт-терапія являє собою не просто набір технік, а цілісну філософію терапевтичного контакту, в якій особистість терапевта посідає центральне місце. Для фахівця цього напрямку власна особистість є не лише інструментом, а й предметом постійної уваги і розвитку. Ця обставина формує специфічне ставлення до самої ідеї «використання техніки»: в гештальті техніки розглядаються не як протоколи, що виконуються незалежно від контексту, а як можливості для поглиблення контакту, які терапевт обирає ситуативно, орієнтуючись на живий процес взаємодії. Саме ця особливість визначає специфічні особистісні вимоги до тих, хто обирає гештальт як свій терапевтичний шлях, і одночасно пояснює, чому представники цього напрямку демонструють особливий особистісний профіль — зокрема, вищу відкритість до досвіду і схильність до феноменологічного способу сприйняття реальності.

Дослідницька орієнтація КПТ і особистість терапевта. Одна з відмінних рис КПТ-культури — наукова орієнтація: КПТ не лише є найбільш дослідженим підходом, але й формує у своїх практиків «науковий» спосіб мислення щодо терапевтичного процесу: гіпотезоподібне формулювання проблем клієнта, емпірична перевірка інтервенцій через поведінкові експерименти, постійна

оцінка прогресу. Scandell & Wlazelek (1997) показали, що КПТ-орієнтовані терапевти значно частіше характеризують свою роботу термінами, що відображають наукову методологію, ніж практики гуманістичних підходів. Цей рефлексивно-дослідницький стиль природно корелює з Сумлінністю і певним рівнем структурованості мислення, що відображається у виявленому профілі КПТ-групи у нашому дослідженні.

Протоколи і мануалізовані підходи у КПТ. КПТ є лідером серед психотерапевтичних підходів за кількістю мануалізованих протоколів для специфічних розладів: депресії, різних форм тривоги, ОКР, ПТСР, розладів харчової поведінки тощо. Існування готових, перевірених алгоритмів роботи є одночасно перевагою і викликом: перевагою — тому що терапевт може спиратися на структуру і не винаходити підхід заново; викликом — тому що ефективне застосування протоколу вимагає вміння гнучко адаптувати його до унікального клієнта, не втрачаючи структури. Оця здатність до структурованої гнучкості (*structured flexibility*) природно відповідає профілю особи з вищою Сумлінністю і Усвідомленою дією — що і спостерігається у КПТ-групі нашого дослідження.

Когнітивна модель і роль структури в КПТ. Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на когнітивній моделі, згідно з якою психологічний дистрес є результатом дисфункціональних когніцій — переконань, автоматичних думок і когнітивних схем, — що визначають емоційні і поведінкові реакції (Бек, 2006). Відповідно, терапевтична робота у КПТ спрямована на ідентифікацію, аналіз і зміну дисфункціональних когніцій через структуровані техніки: сократівський діалог, поведінкові експерименти, психоедукацію, ведення щоденників думок і домашні завдання. Ця структурованість є не просто методичним прийомом, а теоретично обумовленою: вона відображає переконання в тому, що зміни відбуваються через систематичну практику нових когніцій і поведінки, а не через спонтанне «прозріння».

Підготовка гештальт-терапевта: особиста терапія, навчальна група, супервізія. Стандарт підготовки гештальт-терапевта, прийнятий Європейською

асоціацією гештальт-терапії, включає три взаємопов'язані компоненти: особисту терапію (мінімум 100 годин), навчальну терапевтичну групу і супервізію клінічної роботи. Такий стандарт відображає переконання, що ефективна гештальт-практика вимагає не лише набутих техніко-теоретичних знань, але й глибокої особистісної трансформації — розвитку здатності до присутності, прийняття, безоцінного спостереження. Spagnuolo Lobb (2003) описує цей процес як «феноменологічне дозрівання»: терапевт поступово навчається відпускати заздалегідь підготовлені відповіді і довіряти живому феноменальному процесу. Цей стандарт підготовки природно привертає людей, що вже мають базову схильність до феноменологічного ставлення — тобто осіб із профілем, що виявлено у нашому дослідженні.

Поняття «присутності» терапевта у гештальт-підході. Особливим внеском гештальт-теорії у психотерапевтичну науку є концепція «присутності» (presence) терапевта — здатності бути по-справжньому тут, у цьому моменті, разом із клієнтом, не захищаючись роллю «фахівця» і не ховаючись за технічними прийомами (Yontef, 1993). Ця здатність є фундаментальною компетенцією гештальт-терапевта і безпосередньо пов'язана з виявленим у дослідженні профілем: Відкритість до досвіду забезпечує готовність бути вразливим і відкритим у зустрічі з клієнтом; диспозиційна усвідомленість (Усвідомлена дія, Безреактивність) — здатність залишатися у контакті з власним досвідом у присутності клієнта; певний рівень Нейротизму — природну чутливість і здатність до резонансу з афективним досвідом клієнта.

Теорія циклу контакту і її клінічні імплікації. Однією з центральних теоретичних конструкцій гештальт-терапії є концепція «циклу контакту» (Wheeler, 1991), що описує послідовність фаз у будь-якому епізоді взаємодії організму і середовища: від виникнення фігури (потреби чи інтересу) через мобілізацію енергії і дію до контакту, завершення і відступу для асиміляції. Порушення циклу контакту — злиття (confluence), інтроекція, проекція, ретрофлексія, дефлексія і деензитизація — є основними терапевтичними мішенями у гештальт-роботі. Кожне з цих порушень описує специфічний спосіб,

у який людина переривається у повноті контакту з власним досвідом або з іншою людиною. Терапевт, що сам схильний до певного типу контактного порушення, може ненавмисно відтворювати його у терапевтичних відносинах — що є одним із ключових аргументів на користь обов'язкової особистої терапії у гештальт-підготовці.

1.4. Когнітивно-поведінкова терапія: концептуальні основи та особливості терапевтичної роботи

Когнітивно-поведінкова терапія виникла як синтез поведінкового підходу, що сформувався в середині XX століття, та когнітивного напрямку, розвиток якого пов'язаний передусім із роботами Аарона Бека. На відміну від психодинамічних і гуманістичних шкіл, КПТ від самого початку орієнтувалася на перевіруваність своїх методів і відтворюваність результатів. Теоретичне ядро підходу становить когнітивна модель, згідно з якою психологічні розлади підтримуються дисфункційними автоматичними думками та глибинними когнітивними схемами, що спотворюють сприйняття і регулюють поведінку (Beck, 2011). Саме ця орієнтація на точну концептуалізацію та вимірюваний результат від початку задала специфічний «епістемологічний клімат» напрямку: знання в КПТ-культурі має бути публічно верифікованим, а не лише суб'єктивно пережитим.

Clark & Beck (2010) у своїй фундаментальній праці з когнітивної терапії тривоги детально розробили концепцію когнітивних схем як відносно стабільних структур сприйняття та інтерпретації, що формуються в ранньому досвіді і підтримуються через вибірккову обробку інформації. Ключовим у КПТ є уявлення про те, що зміна мислення веде до зміни емоцій і поведінки: автоматичні думки — короткі, часто неусвідомлені оцінкові судження — розглядаються як безпосереднє джерело дисфункційних емоційних реакцій. Когнітивна модель у цьому сенсі є не просто теоретичною конструкцією, а прикладним інструментом — вона дозволяє терапевту й клієнту спільно

картувати механізми підтримання страждання і цілеспрямовано на них впливати через конкретні техніки.

Терапевтичний процес у КПТ спрямований на ідентифікацію, перевірку і модифікацію когнітивних структур разом із поведінковими паттернами, що їх підкріплюють. Однією з найбільш впізнаваних рис КПТ є її структурованість: сесії мають чіткий формат — порядок денний, регулярний перегляд домашнього завдання, встановлення цілей і підведення підсумків. Такий підхід не є самоціллю — він відображає переконання, що передбачуваність і прозорість процесу знижують тривогу клієнта і підвищують ефективність втручань. Крім того, структура захищає терапевта від надмірного «розчинення» в матеріалі клієнта й забезпечує чіткі орієнтири для оцінки прогресу — що само по собі є важливою умовою підтримання концентрації та клінічної відповідальності.

Elliott et al. (2013) у порівняльному мета-аналізі показали, що ефективність КПТ та інших «*bona fide*» терапій при більшості психологічних розладів є порівнянною, коли контролюється «*allegiance effect*» (ефект лояльності дослідника). Цей висновок узгоджується з позицією Wampold (2015), згідно з якою загальні фактори — терапевтичний альянс, емпатія, узгоджена концепція проблеми — відповідають за значну частку варіації результатів незалежно від конкретного підходу. Водночас специфічні техніки КПТ зберігають свою цінність не стільки тому, що діють «понад» загальні фактори, скільки тому, що вони формують для клієнта впорядкований когнітивний простір, у якому зміна стає зрозумілою, відстежуваною й прогнозованою — що відповідає потребі у структурі й передбачуваності.

Терапевтичні відносини в КПТ відіграють важливу, але дещо іншу роль, ніж у гуманістичних підходах. Співпраця (*collaborative empiricism*) — ключове поняття: терапевт і клієнт спільно досліджують думки й переконання клієнта, подібно до наукового експерименту. Ця позиція накладає на терапевта подвійну вимогу: він має бути одночасно і достатньо теплим, щоб підтримувати робочий альянс, і достатньо директивним, щоб утримувати сесію у фокусі. Психоедукація є невід'ємною частиною роботи: клієнт отримує знання про когнітивну модель,

природу розладу і логіку методів — що підвищує його залученість і відповідальність за результат. Цей аспект відображає цінність раціональності й прозорості, яка в КПТ-культурі розглядається як терапевтично лікувальна сама по собі.

Вимоги до особистості КПТ-терапевта органічно впливають із цих теоретичних і методичних засад. Організованість і здатність утримувати структуру сесії без надмірної ригідності є важливими операційними якостями. Аналітичність і орієнтація на результат — не просто корисні риси, а умова ефективного застосування когнітивної моделі, яка вимагає точної концептуалізації випадку. При цьому йдеться не про холодну технічність, а про специфічний баланс між теплотою стосунків і дисципліною процесу: КПТ-терапевт, здатний водночас підтримати клієнта емоційно і чітко утримати напрям роботи, демонструє вищий рівень терапевтичної компетентності. Сумлінність, яка в п'ятифакторній моделі охоплює планованість, надійність і самодисципліну, стабільно асоціюється з КПТ-орієнтацією у порівняльних дослідженнях (Scandell & Wlazelek, 1997; Casari et al., 2019).

Мета-аналіз, що охоплює широкий масив рандомізованих контрольованих досліджень, підтверджує ефективність КПТ при депресивних, тривожних, обсесивно-компульсивних, посттравматичних та інших розладах (Norcross & Goldfried, 2019). Такий рівень наукового підтвердження впливає і на культуру всередині напрямку: КПТ-терапевти, як правило, добре обізнані з дослідницькою літературою і схильні спиратися на неї у клінічній роботі. Орієнтація на доказовість стає не лише методологічним принципом, а й частиною професійної ідентичності — і саме ця характеристика пояснює, чому вибір КПТ нерідко відображає ширшу ціннісну установку на структуру, верифікованість і прозорість як базові епістемологічні пріоритети.

Окремо варто зазначити, що впродовж останніх десятиліть КПТ суттєво еволюціонувала. Так звані підходи «третьої хвилі» — зокрема, терапія прийняття та відповідальності (АСТ) і когнітивна терапія на основі усвідомленості (МВСТ) — інтегрували концепти майндфулнесу й прийняття, що зближує їх із деякими

гуманістичними ідеями. Ця тенденція свідчить про те, що між підходами існує не лише конкуренція, а й взаємне збагачення; тим не менш базова структурна логіка класичної КПТ залишається концептуально і практично домінуючою у підготовці більшості КПТ-терапевтів.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що гештальт-терапія і КПТ описують майже протилежні «особистісні профілі» ефективного терапевта — не в розумінні кращого чи гіршого, а в розумінні різних внутрішніх ресурсів, яких вони задіюють. Гештальт вимагає толерантності до невизначеності й готовності до емоційної присутності; КПТ — дисципліни, системності й здатності утримувати структуру навіть у складних клінічних ситуаціях. Ця поляризація є не лише теоретичним спостереженням, а й практичною реальністю навчальних програм, де стиль взаємодії, формат сесії та очікуваний образ компетентного терапевта суттєво різняться. Саме вона й є відправною точкою для розуміння того, чому особистісні риси терапевта можуть мати вирішальний вплив на вибір напрямку

Третя хвиля КПТ: інтеграція усвідомленості в структурований підхід. Особливого значення для інтерпретації результатів набуває розвиток «третьої хвилі» КПТ — підходів АСТ (Acceptance and Commitment Therapy), МВСТ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) і ДБТ (Dialectical Behavior Therapy), що інтегрують практики усвідомленості в структуровану когнітивно-поведінкову рамку. Ці підходи значно розширили концептуальний простір КПТ, включивши елементи, традиційно пов'язані із гуманістичними підходами: прийняття, безоцінне спостереження, повна присутність у моменті. Той факт, що і у КПТ-групі спостерігається певний рівень усвідомленості (хоча й нижчий, ніж у гештальт-групі), може частково відображати вплив третьоххвильових підходів на формування психологічного профілю сучасного КПТ-практика.

Доказова база КПТ і її значення для вибору підходу. КПТ вирізняється серед усіх психотерапевтичних підходів найбільш потужною і систематичною доказовою базою: сотні рандомізованих контрольованих досліджень (РКД)

підтверджують її ефективність при депресії, різних тривожних розладах, ПТСР, соматизованих розладах та ін. (Wampold & Imel, 2015). Ця репутація «доказово підтвердженого підходу» є важливим чинником вибору: частина практиків обирає КПТ саме тому, що відчуває потребу в науковій обґрунтованості своєї роботи і прагне діяти відповідно до стандартів доказової медицини. Holland (1997) у своїй теорії конгруентності між особистісним типом і середовищем діяльності описав тип «Дослідника» (Investigative), для якого характерна орієнтація на систематичний аналіз, точність і дотримання правил — риси, що добре корелюють із профілем КПТ-практика у нашому дослідженні.

Інтегративні тенденції у сучасній КПТ. Сучасна КПТ дедалі більше рухається у напрямку інтеграції: клінічні психологи КПТ-орієнтації частіше, ніж будь-коли раніше, поєднують елементи різних підходів відповідно до індивідуальних потреб клієнта (Norcross & Goldfried, 2019). Це не означає відмови від структури і доказовості, але передбачає більшу готовність до персоналізації протоколу. У контексті нашого дослідження ця тенденція може послабити різницю між профілями: майбутні когорти КПТ-практиків можуть демонструвати вищий рівень Відкритості, ніж теперішні — якщо їхня підготовка все більше включає феноменологічні і гуманістичні елементи. Лонгітюдне відстеження змін у психологічних профілях початківців різних підходів у часі могло б виявити ці тенденції.

На основі теоретичного аналізу, проведеного в попередніх підрозділах, у цьому розділі формується інтегративна модель дослідження, що об'єднує чотири групи психологічних детермінант вибору психотерапевтичного напрямку: особистісні риси (Big Five), диспозиційна усвідомленість, задоволеність життям і базові психологічні потреби. Побудова такої моделі є не механічним поєднанням різнорідних змінних, а спробою охопити різні рівні психологічної реальності початківця-терапевта: відносно стабільні риси, ситуативно-динамічні стани усвідомленості, загальний фон суб'єктивного благополуччя й мотиваційно-потребову сферу. Логіка моделі виходить із припущення, що вибір

теоретичної орієнтації є складним актом самовизначення, у якому всі ці рівні взаємодіють між собою та з контекстом навчального середовища.

1.5. Особистісні риси, усвідомленість, задоволеність життям і базові психологічні потреби як детермінанти вибору

Перша група детермінант — особистісні риси — операціоналізується за допомогою п'ятифакторної моделі (McCrae & Costa, 2003). Ця модель є найбільш широко визнаним і психометрично обґрунтованим інструментом опису особистості, що дозволяє здійснювати надійне кроскультурне порівняння й інтегрувати результати з широким масивом суміжних досліджень. Відповідно до теорії та попередніх емпіричних даних, очікується, що відкритість до досвіду буде вищою у гештальт-терапевтів, що пояснюється вимогами цього підходу до феноменологічного дослідження та толерантності до невизначеності. Відкритість охоплює схильність до рефлексії, інтелектуальної цікавості, естетичного переживання й уяви — саме ті якості, що в гештальт-підготовці вважаються передумовою здатності «бути у контакті» з нюансованим досвідом клієнта, а не редукувати його до категорій і протоколів.

Сумлінність, навпаки, прогнозується вищою у КПТ-практиків, що відповідає структурованому, протокол-орієнтованому характеру цього підходу (Scandell & Wlazelek, 1997; Ogunfowora & Drapeau, 2008). Сумлінність включає такі аспекти, як планованість, надійність, самодисципліна й орієнтація на результат, — якості, що органічно вписуються в логіку КПТ-роботи, де дотримання структури сесії, систематичне відстеження прогресу та ведення домашніх завдань є не опціональними, а обов'язковими компонентами терапевтичного процесу. Нейротизм традиційно асоціюється з гуманістичними та психодинамічними орієнтаціями, де робота з емоційними переживаннями є центральним фокусом (Scandell & Wlazelek, 1997; Ogunfowora & Drapeau, 2008). Вищий нейротизм у гештальт-терапевтів може інтерпретуватися не як вразливість, а як підвищена емоційна чутливість — ресурс, який у гештальт-

парадигмі розглядається як умова реального контакту з афективним простором клієнта.

Щодо решти двох факторів — екстраверсії та доброзичливості — теоретичні передбачення є менш однозначними. Доброзичливість, попри очевидний зв'язок з терапевтичними стосунками, однаковою мірою важлива в обох підходах, хоча може по-різному виражатися: у гештальті вона частіше проявляється через теплу присутність і діалогічний контакт, тоді як у КПТ — через активну підтримку й психоедукацію. Саме ця концептуальна складність виправдовує включення всіх п'яти факторів до дослідницької моделі, навіть за відсутності чіткого спрямованого прогнозу щодо кожного з них.

Друга група детермінант — диспозиційна усвідомленість — ґрунтується на концепції майндфулнес як стабільної особистісної риси (Baer et al., 2006; Kabat-Zinn, 2003). Принципово важливо, що у цьому дослідженні усвідомленість розглядається не як результат конкретної практики медитації, а як стійка диспозиційна характеристика — схильність до неосудного, уважного і присутнього ставлення до власного досвіду, що проявляється в повсякденному функціонуванні. Такий погляд дозволяє досліджувати її як предиктор вибору наряду, а не лише як наслідок певного навчання.

У дослідженнях терапевтів усвідомленість пов'язана з якістю терапевтичної присутності та ефективністю роботи (Grepmaier et al., 2007; Davis & Hayes, 2011). Зокрема, терапевти з вищим рівнем диспозиційної усвідомленості демонструють кращу регуляцію власних емоційних реакцій під час сесії, рідше відчують емоційне вигорання і здатні до більш тонкої настройки на стан клієнта. Ці характеристики суголосні вимогам гештальт-підходу, де присутність терапевта в актуальному моменті є не технікою, а фундаментальною терапевтичною позицією.

Особливо релевантними для диференціації гештальт- і КПТ-терапевтів є субшкали спостереження (observing), усвідомленого відреагування (acting with awareness) та безоцінювання внутрішнього досвіду (non-judging) — компоненти, що вимірюються П'ятифакторним опитувальником усвідомленості (ПОМ-15).

Субшкала «спостереження» відображає здатність фіксувати тілесні відчуття, думки й емоції як об'єкти уваги — навичку, що в гештальт-роботі є ключовою для виявлення мікропатернів контакту й уникнення. Субшкала «усвідомлене відреагування» стосується здатності діяти з повною включеністю в теперішній момент, а не на «автопілоті» — якість, що в обох підходах є важливою, проте у гештальті набуває особливого значення, оскільки терапевт має відповідати на живий процес, а не виконувати наперед визначений план.

Nissen-Lie et al. (2017) виявили, що самосумнів терапевта у поєднанні з теплою ставлення до клієнтів є предиктором кращих терапевтичних результатів, що зближується з поняттям усвідомленості як некритичного спостереження власних станів. Цей висновок важливий і з методологічної точки зору: він підказує, що диспозиційна усвідомленість може впливати на вибір наряду не безпосередньо, а через формування певної настанови щодо себе як терапевта. Терапевт, який здатний усвідомлювати власну невизначеність без надмірної тривоги, природно тяжітиме до підходів, де ця невизначеність концептуально прийнята й навіть цінується.

Третя група детермінант — задоволеність життям — включена відповідно до концепції суб'єктивного благополуччя (Diener et al., 1985). Задоволеність життям є когнітивним компонентом суб'єктивного благополуччя — загальною оцінкою особою власного життя відповідно до власних стандартів і цінностей, а не об'єктивних критеріїв зовнішньої успішності. Теоретично передбачається, що задоволеність життям може бути пов'язана з мотивацією вибору певного наряду: фахівці з вищою задоволеністю можуть мати більш автентичний, незалежний від зовнішнього тиску вибір наряду.

Водночас слід зазначити, що цей зв'язок є гіпотетичним і не підкріплений прямою теоретичною підтримкою в літературі, що робить відповідну гіпотезу дослідницькою за своїм характером. Особливий інтерес представляє можливість того, що відсутність відмінностей між групами за задоволеністю життям матиме власне теоретичне значення: вона свідчитиме про те, що вибір між гештальтом і КПТ не пов'язаний із загальним рівнем благополуччя чи психологічного

дистресу, а визначається виключно особистісними та стильовими характеристиками. Такий результат дозволив би розмежувати «клімат вибору» (загальний рівень благополуччя) і «зміст вибору» (специфічні риси й цінності), що є важливим теоретичним внеском.

Четверта група — базові психологічні потреби — ґрунтується на теорії самодетермінації Deci & Ryan (2000) та Ryan & Deci (2000, 2017), яка виокремлює три фундаментальні потреби: автономію, компетентність і зв'язаність. Теорія стверджує, що задоволеність цих потреб є необхідною умовою психологічного благополуччя й автентичної, внутрішньо мотивованої поведінки в будь-якому життєвому контексті. У додатку до вибору теоретичного напрямку ця концепція пропонує розглядати його як вираження глибинного мотиваційного профілю особи: вибирається та школа, у якій фахівець очікує найповнішого задоволення власних базових потреб.

Задоволеність базових потреб у контексті професійної діяльності пов'язана з якістю мотивації та загальним благополуччям. Зокрема, потреба в автономії реалізується через переживання того, що власні дії відповідають внутрішнім цінностям, а не виконуються під зовнішнім тиском. У гештальт-підході, де акцент робиться на творчому пристосуванні й автентичності терапевта, умови для задоволення потреби в автономії об'єктивно більш виражені, ніж у КПТ з її структурованими протоколами. Потреба в компетентності пов'язана з відчуттям ефективності й майстерності в діяльності: у КПТ регулярна оцінка прогресу, чіткі критерії успіху й добре верифікована доказова база можуть краще задовольняти цю потребу, особливо на ранніх стадіях навчання.

У контексті вибору напрямку гіпотетично очікується, що гештальт-терапевти з їх акцентом на автентичності й стосунках можуть демонструвати вищу потребу у зв'язаності, тоді як КПТ-терапевти — вищу потребу в компетентності та ефективності. Однак ця гіпотеза потребує обережності: можлива ситуація, коли базові потреби є рівномірно задоволеними в обох групах, що свідчитиме про те, що обидва напрями забезпечують умови для задоволення фундаментальних психологічних потреб, хоча й різними шляхами. Подібний

результат був би теоретично значущим: він означав би, що базові потреби функціонують на рівні вимог до «мінімальної» психологічної безпеки і не виступають диференціюючим чинником вибору між конкретними підходами.

Інтегративна архітектура дослідницької моделі

Загальна модель дослідження передбачає порівняння двох груп — гештальт-терапевтів ($n = 30$) та КПТ-терапевтів ($n = 30$) — за чотирма групами змінних. Методичний інструментарій включає: BFI-10 для вимірювання особистісних рис; ПОМ-15 для оцінки диспозиційної усвідомленості; SWLS для вимірювання суб'єктивного благополуччя; BPNS для оцінки задоволеності потреб. Статистичне порівняння здійснюється за допомогою t -критерію Стьюдента для незалежних вибірок, з розрахунком розміру ефекту (Cohen's d). Така стратегія дозволяє не лише встановити наявності або відсутності відмінностей між групами, а й оцінити практичну значущість виявлених ефектів — що є особливо важливим з огляду на відносно невелику вибірку.

Чотири групи змінних у моделі не є ізольованими, а відображають взаємопов'язані рівні психологічної реальності. Особистісні риси формують стійке тло, на якому розгортається вибір; диспозиційна усвідомленість опосередковує, яким чином ці риси виявляються у ставленні до власного досвіду і стосунків; задоволеність життям відображає загальний контекст благополуччя, у якому відбувається вибір; базові потреби вказують на мотиваційну спрямованість, що може збігатися або розходитися з вимогами конкретного підходу. Інтеграція цих чотирьох рівнів дозволяє отримати більш повну картину детермінант вибору, ніж будь-який з них окремо.

Очікується, що найбільш виражені відмінності виявляться за шкалами відкритості до досвіду, сумлінності та нейротизму (BFI-10), а також за субшкалами спостереження та усвідомленого відреагування (ПОМ-15). При цьому за задоволеністю життям і базовими психологічними потребами відмінності гіпотетично можуть бути менш вираженими або відсутніми — що само по собі є важливим результатом, оскільки дозволяє з'ясувати, які саме психологічні характеристики є унікальними для представників кожного

напряму, а які є спільними для всіх психологічно здорових і мотивованих початківців-терапевтів незалежно від теоретичних уподобань.

Теорія самодетермінації Ryan & Deci (2000, 2017) пропонує пояснювальний каркас для розуміння мотиваційних аспектів вибору психотерапевтичного напрямку. Базові потреби в автономії, компетентності і зв'язаності є не просто бажаними станами, а психологічними необхідностями: їх задоволення забезпечує інтегрований, автономний тип мотивації (*intrinsic motivation*), що є предиктором тривалої залученості, якісної роботи і психологічного здоров'я. У контексті вибору психотерапевтичного підходу теорія SDT пропонує таку логіку: якщо певний підхід природно узгоджується з домінуючим мотиваційним профілем людини (наприклад, людина з домінуючою потребою в автономії обирає підхід, що centruє суб'єктивний досвід і особистий вибір), то навчання у цьому підході буде більш інтегрованим і продуктивним. Перевірка цього припущення є одним із завдань емпіричного розділу цієї роботи.

Суб'єктивний добробут і базові психологічні потреби в контексті вибору психотерапевтичного напрямку. Теорія суб'єктивного добробуту Diener et al. (1985, 2003) виокремлює три компоненти: задоволеність життям (когнітивна оцінка), позитивний афект і негативний афект. SWLS вимірює когнітивний компонент — глобальну когнітивну оцінку власного життя, — що є відносно стабільною характеристикою зі значущим особистісним компонентом (передусім через зв'язок із Нейротизмом і Екстраверсією). Теоретична роль суб'єктивного добробуту у виборі психотерапевтичного напрямку може бути опосередкованою: через мотиваційні механізми особиста незадоволеність може спонукати до пошуку самотрансформуючих практик і підходів, що пропонують глибинну особисту роботу (автотерапевтичний мотив). Водночас рівень добробуту терапевта є важливим предиктором його ефективності і стійкості до вигорання (Norcross & Wampold, 2011), що обумовлює практичну значущість вимірювання цього показника.

У КПТ-традиції, особливо в підходах третьої хвилі (АСТ, МВСТ, DBT), усвідомленість також посідає важливе місце. Проте принципова відмінність полягає в тому, що у класичній КПТ усвідомленість є переважно інструментом — методом, що застосовується у конкретних техніках — а не базовою феноменологічною установкою терапевта. У гештальт-підході усвідомленість є самоціллю і основним механізмом терапевтичних змін: розширення awareness клієнта через безпосередній контакт із власним досвідом і є терапевтичним завданням. Ця концептуальна різниця дає підстави очікувати, що особи з вищою диспозиційною усвідомленістю природно тяжітимуть до гештальт-підходу як такого, що відповідає їхньому природному способу переживати і обробляти досвід.

Теоретичний зв'язок між диспозиційною усвідомленістю і гештальт-терапією є особливо виразним. Центральне поняття гештальту — «awareness» (усвідомлення) — концептуально близьке до диспозиційної усвідомленості: обидва конструкти описують здатність до живої, безпосередньої присутності у власному досвіді без захоплення минулим або тривогою про майбутнє. Polster & Polster (1973) описували «awareness» як «жве знання» — пряму, передрефлексивну даність того, що відбувається у полі контакту. Baer et al. (2006) операціоналізували усвідомленість через п'ять субшкал, три з яких (Усвідомлена дія, Безреактивність, Спостереження) теоретично відповідають тому, що гештальт-теоретики описують як «контактна функція»: здатність залишатися в контакті з реальним досвідом, не реагуючи автоматично і не відступаючи у феноменологічне «острівне» існування.

Диспозиційна усвідомленість як детермінанта вибору психотерапевтичного напрямку: теоретичний аналіз. Концепція диспозиційної усвідомленості (trait mindfulness) набула особливого значення в психотерапевтичних дослідженнях після піонерських робіт Kabat-Zinn (1994) і Brown & Ryan (2003). Диспозиційна усвідомленість розуміється як стійка особистісна характеристика — тенденція до відкритої, неосудливої уваги до поточного досвіду, — яка визначає, якою мірою людина природно функціонує у

стані усвідомленої присутності, а не автоматичного, «пілотного» режиму. На відміну від *situational mindfulness*, яка є тимчасовим станом і може бути набута через медитативну практику, диспозиційна усвідомленість є трейтовою характеристикою з помірним спадковим компонентом і відносною стабільністю у часі.

Висновки теоретичного огляду та обґрунтування дослідницьких гіпотез. Теоретичний огляд, здійснений у Розділі I, дозволяє сформулювати систему дослідницьких гіпотез. Гіпотеза H1: початківці-психотерапевти гештальт-орієнтації демонструють вищі показники Відкритості до досвіду і Нейротизму порівняно з КПТ-практиками. Гіпотеза H2: початківці КПТ-орієнтації демонструють вищий рівень Сумлінності. Гіпотеза H3: гештальт-практики демонструють вищий рівень диспозиційної усвідомленості (зокрема субшкал Усвідомлена дія і Безреактивність). Гіпотеза H4: між групами відсутні значущі відмінності за Екстраверсією, Доброзичливістю, SWLS і BPNS. Гіпотеза H5: існують значущі позитивні кореляції між Відкритістю і субшкалами ПОМ-15 та негативні кореляції між Нейротизмом і субшкалами ПОМ-15 у загальній вибірці.

Роль особистої терапії у розвитку терапевта і її зв'язок із особистісним профілем. Rønnestad & Skovholt (2003) у лонгitudному дослідженні продемонстрували, що особиста терапія виконує подвійну функцію: по-перше, забезпечує опрацювання власних неінтегрованих переживань, що можуть ставати перешкодою у роботі з клієнтами; по-друге, дає безпосередній досвід перебування «на місці клієнта». У контексті особистісного профілю початківця-гештальтиста (вищий Нейротизм, розвинена усвідомленість) особиста терапія набуває особливого значення як інструмент інтеграції емоційної чутливості: вона дозволяє трансформувати природну реактивність у клінічний ресурс — здатність до глибокого емпатичного контакту — а не в джерело вигорання або дифузного контрперенесення.

Специфіка мотиваційного профілю початківця і теорія самодетермінації. Deci & Ryan (2000) виокремлюють якісно різні типи мотивації: від зовнішньої регуляції до інтегрованої і внутрішньої мотивації, що ґрунтується на природному

інтересі та задоволенні від діяльності самої по собі. У контексті вибору психотерапевтичного напрямку інтегрована мотивація — коли обраний підхід природно відповідає особистісним цінностям і стилю — є найбільш сприятливою для тривалої залученості і якісного навчання. Людина, що обирає гештальт із внутрішньої мотивації — тому що феноменологічна установка природно відповідає її способу сприйняття світу, — ймовірно, буде більш залученою і ефективнішою в навчанні.

Синтез теоретичних підходів: від рис до усвідомленості і добробуту. Огляд теоретичних підходів, здійснений у Розділі I, свідчить про те, що вибір психотерапевтичного напрямку є складним, многодетермінованим процесом, у якому взаємодіють кілька рівнів психологічних чинників. Перший рівень — диспозиційний — охоплює стійкі особистісні риси за п'ятифакторною моделлю. Другий рівень — регуляторний — включає диспозиційну усвідомленість як здатність до рефлексивного, неавтоматичного контакту з власним досвідом. Третій рівень — мотиваційно-оцінковий — охоплює суб'єктивне благополуччя і задоволеність базових психологічних потреб. Усі три рівні взаємопов'язані і вплив кожного з них реалізується через їхню взаємодію.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Концептуальна карта детермінант вибору психотерапевтичного напрямку. На основі теоретичного огляду, здійсненого в Розділі I, можна виокремити три рівні психологічних детермінант вибору підходу. Перший рівень — глибинний, диспозиційний — включає відносно стабільні особистісні риси (Big Five), що формуються генетичними і ранніми середовищними впливами і є базовою характеристикою особистості терапевта. Другий рівень — динамічний, регуляторний — включає диспозиційну усвідомленість, яка, попри певну трейтову складову, суттєво піддається розвитку в процесі тренування і особистої терапії. Третій рівень — ситуативний, мотиваційний — включає поточний стан задоволеності суб'єктивним добробутом і базових психологічних потреб, що відображає «психологічну готовність» людини до навчання в певному підході на конкретному етапі її розвитку.

Обґрунтування відбору теоретичних джерел. Теоретичний огляд, здійснений у Розділі I, будується на академічній літературі із трьох основних галузей: диспозиційна психологія особистості (Big Five, McCrae & Costa, 2003; Rammstedt & John, 2007), психологія психотерапії (Wampold, 2001; Norcross & Goldfried, 2019; Heinonen & Nissen-Lie, 2022), і теорія самодетермінації та усвідомленості (Deci & Ryan, 2000; Kabat-Zinn, 1994; Baer et al., 2006). Кожна з цих галузей надає теоретичні конструкти і методологічні інструменти для різних аспектів досліджуваної проблеми. Теорія Big Five забезпечує диспозиційні конструкти і стандартизований психодіагностичний інструментарій; психологія психотерапії — розуміння специфіки кожного підходу і чинника терапевта; теорія самодетермінації та усвідомленості — регуляторний і мотиваційний виміри особистості терапевта.

Теоретичний аналіз, проведений у першому розділі, дозволяє окреслити концептуальну рамку дослідження й обґрунтувати логіку його емпіричної частини.

У підрозділі 1.1 обґрунтовано статус вибору психотерапевтичного напрямку як науково-психологічної проблеми. Встановлено, що цей вибір не є суто раціональним або довільним, а детермінується стійкими особистісними, мотиваційними та ціннісними характеристиками фахівця (Holland, 1997; Wampold, 2001; Johns et al., 2019). Модель розвитку терапевта (Rønnestad & Skovholt, 2003) показує, що на ранніх стадіях кар'єри вплив особистісних рис на теоретичні вподобання є максимальним.

Підрозділ 1.2 присвячений особистісним і мотиваційним детермінантам вибору теоретичного напрямку. Огляд досліджень засвідчив, що закономірність є емпірично підтвердженою: показники за п'ятифакторною моделлю — зокрема відкритість до досвіду і сумлінність — мають диференціювальне значення для різних терапевтичних орієнтацій (Scandell & Wlazelek, 1997; Ogunfowora & Drapeau, 2008; Casari et al., 2019). Мотиваційні й біографічні чинники, а також формат навчальної підготовки, додатково відтворюють і закріплюють ці відмінності (Messina et al., 2018; Arrancar et al., 2021).

Підрозділи 1.3 і 1.4 продемонстрували, що гештальт-терапія і КПТ розходяться не лише на рівні теоретичних засад, а й у своїх вимогах до особистості терапевта. Гештальт-підхід, ґрунтований на феноменологічній традиції і діалогічній філософії (Perls et al., 1951; Yontef, 1993; Wheeler, 1991), орієнтований на присутність, автентичність і емоційну відкритість фахівця; він передбачає готовність до контакту з невизначеністю і спонтанного реагування. КПТ, натомість, спираючись на структуровану когнітивну модель (Beck, 2011; Clark & Beck, 2010), вимагає від терапевта організованості, аналітичності та здатності утримувати чіткий фокус на цілях і результатах.

Підрозділ 1.5 представив інтегративну модель дослідження, що охоплює чотири групи детермінант: особистісні риси (Big Five), диспозиційну усвідомленість (ПОМ-15), задоволеність життям (SWLS) і базові психологічні потреби (BPNS). Теоретично обґрунтовано, що ці змінні у своїй сукупності здатні диференціювати гештальт- і КПТ-практиків на початковому етапі кар'єри

і відповісти на питання про психологічні детермінанти вибору теоретичного напрямку.

Таким чином, теоретичний матеріал підтверджує, що вибір між гештальтом і КПТ є не довільним, а особистісно обумовленим. Для перевірки цього припущення на вибірці терапевтів-початківців необхідне емпіричне дослідження із застосуванням валідних і адаптованих україномовних методик, що й становить предмет наступного розділу.

Методологічне значення теоретичного огляду для дизайну дослідження. Теоретичний огляд, здійснений у Розділі I, виконував не лише описову, але й нормативно-дизайнову функцію. Зокрема: (1) аналіз структури BFI-10 і FFMQ/ПОМ-15 обґрунтував вибір саме цих методик серед альтернатив; (2) теоретичний аналіз специфіки гештальт-підходу і КПТ визначив, які саме субшкали очікуються диференціюючими (і чому); (3) огляд попередніх досліджень дозволив сформулювати апріорні гіпотези, а не ковзні гіпотези за результатами; (4) аналіз теорії SDT і усвідомленості обґрунтував включення SWLS і BPNS як додаткових конструктів. Таким чином, між теоретичним (Розділ I) і методичним (Розділ II) розділами існує безпосередній, логічно виводимий зв'язок — ознака теоретично керованого дослідження.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн, етапи та процедура дослідження

Дослідження виконане в рамках кількісного порівняльного дизайну. Основна мета — встановити, чи відрізняються психологічні характеристики початківців-психотерапевтів, які обрали гештальт-підхід, від характеристик тих, хто обрав когнітивно-поведінковий напрям. Для досягнення цієї мети застосовано стратегію міжгрупового порівняння двох незалежних вибірок за комплексом психодіагностичних показників. Вибір саме порівняльного дизайну обумовлений характером дослідницьких питань: предмет вивчення — не динаміка змін у часі і не причинно-наслідковий зв'язок, а наявність стійких міжгрупових відмінностей за психологічними характеристиками, які вже сформовані на момент дослідження.

Загальна методологічна орієнтація відповідає принципам кількісного психологічного дослідження: операціоналізація конструктів через стандартизовані методики, формування репрезентативних груп, перевірка гіпотез за допомогою методів математичної статистики (Field, 2018). Перевага кількісного підходу в даному контексті полягає в можливості отримання відтворюваних, статистично обґрунтованих висновків, придатних для порівняння з результатами суміжних досліджень у міжнародній літературі. Якісні методи — зокрема, інтерв'ю або феноменологічний аналіз — дозволили б глибше розкрити суб'єктивний досвід вибору напрямку, однак поступалися б кількісному підходу за можливістю систематичного порівняння й узагальнення на рівні вибірки.

Дизайн є одноразовим (cross-sectional): усі вимірювання здійснювалися одноразово в межах одного часового зрізу, що дозволяє зафіксувати психологічний профіль учасників на актуальному етапі їхньої практики та навчання. Слід зазначити обмеження цього вибору: крос-секційний дизайн не дозволяє робити висновки про те, чи передують виявлені особистісні

особливості вибору напряму або сформувалися внаслідок навчання в певній школі. Проте для цілей дослідження — опису психологічного профілю двох груп і виявлення міжгрупових відмінностей на поточному етапі — цей дизайн є методологічно обґрунтованим і практично доцільним, оскільки лонгітудне дослідження в даних умовах потребувало б ресурсів і часу, непропорційних поставленим завданням.

Перший етап — підготовчий (грудень 2025 — лютий 2026). На цьому етапі було здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми особистісних детермінант вибору психотерапевтичного напряму; сформульовано дослідницьку гіпотезу та дослідницькі питання; визначено склад психодіагностичного інструментарію і розроблено авторську соціально-демографічну анкету; підготовлено процедурні матеріали (інформована згода, інструкція до онлайн-опитування). Відбір методик здійснювався за критеріями психометричної якості (підтверджена валідність і надійність у наукових публікаціях), лаконічності (відповідно до вимог онлайн-формату збору даних) та концептуальної відповідності дослідницьким конструктам.

Особливу увагу на підготовчому етапі було приділено розробці авторської анкети, що дозволяла ідентифікувати теоретичну орієнтацію учасника та зафіксувати ключові соціально-демографічні характеристики. Включення блоку скринінгових питань (стаж, форма навчання, наявність власного досвіду особистої терапії, офіційна приналежність до певного напряму) було необхідним для забезпечення однорідності вибірки та коректного застосування критеріїв включення й виключення. Апробація анкети на малій пілотній групі (5 осіб) дозволила уточнити формулювання питань і відкалібрувати часові рамки заповнення.

Другий етап — емпіричний (березень — квітень 2026). Проведено збір даних методом онлайн-опитування через платформу Google Forms. Вибір онлайн-формату обумовлений кількома методологічними та практичними міркуваннями: по-перше, він забезпечує доступ до географічно розпорошеної вибірки практикуючих психотерапевтів, яких складно охопити локальним

збором даних; по-друге, мінімізує ефект соціальної бажаності, що особливо актуально при вимірюванні особистісних рис і психологічних станів; по-третє, дозволяє стандартизувати умови заповнення опитувальника для всіх учасників.

Посилання на анкету поширювалося через навчальні та фахові спільноти психотерапевтів у соціальних мережах (Telegram, Facebook). Цільовий рекрутинг через профільні спільноти дозволив залучити саме тих фахівців, які вже чітко ідентифікують себе з певним напрямом і перебувають на актуальному етапі навчання або ранньої практики — тобто відповідають ключовим вимогам до вибірки дослідження. Критерії включення та виключення застосовувалися на етапі скринінгу відповідей. Загальна тривалість заповнення опитувальника становила від 20 до 35 хвилин — достатньо для отримання якісних відповідей, але прийнятно для добровільної участі без фінансової компенсації.

На цьому етапі також здійснювався первинний моніторинг відповідей: анкети з очевидними ознаками неуважного заповнення (наприклад, однакові відповіді по всіх пунктах однієї шкали) або незавершені відповіді виключалися з масиву до основного аналізу. Таке первинне «очищення» даних є стандартною процедурою в онлайн-дослідженнях, де ризик неякісного заповнення є вищим, ніж при очному збиранні даних під наглядом дослідника.

Третій етап — аналітичний (травень — червень 2025). Здійснено первинну обробку та верифікацію даних: перевірку на відсутність пропущених значень, виявлення крайніх значень (outliers), перевірку розподілу показників на нормальність (критерій Шапіро–Уїлка). Крайні значення аналізувалися окремо: у випадках, де вони були пов'язані з очевидними помилками введення, відповіді коригувалися або виключалися; там, де крайні значення відображали реальну варіативність вибірки, вони зберігалися з відповідним коментарем у звіті.

Основний статистичний аналіз проводився у програмі IBM SPSS Statistics 27 та R 4.3.0. Поєднання двох статистичних середовищ дозволило верифікувати результати незалежно та скористатися розширеними пакетами R для розрахунку розмірів ефектів і побудови візуалізацій. Обчислення Cohen's d як показника практичної значущості відмінностей між групами є особливо важливим з огляду

на відносно невелику вибірку ($n = 60$): статистична значущість (p -значення) сама по собі чутлива до розміру вибірки, тоді як розмір ефекту відображає реальну величину відмінності незалежно від кількості учасників.

Дослідницька гіпотеза полягала в тому, що між групами гештальт- та КПТ-терапевтів-початківців існують статистично значущі відмінності за показниками особистісних рис (Big Five), диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15), задоволеності життям (SWLS) та задоволеності базових психологічних потреб (BPNS). Зокрема, передбачалося, що гештальт-практики демонструватимуть вищі показники відкритості до досвіду та нейротизму, а КПТ-практики — вищу сумлінність. Формулювання гіпотези у формі спрямованих передбачень є методологічно виправданим, оскільки спирається на накопичену теоретичну й емпіричну базу, а не є довільним припущенням. Водночас відсутність відмінностей за задоволеністю життям і базовими потребами розглядалася як самостійна дослідницька гіпотеза, перевірка якої має не менш важливе значення для розуміння природи вибору напрямку.

Усі учасники перед початком опитування надавали інформовану згоду на участь у дослідженні. Анонімність і конфіденційність даних забезпечувалися відсутністю будь-яких ідентифікаційних ознак в анкеті. Участь у дослідженні була добровільною і безоплатною; жодного тиску чи примусу до участі не застосовувалося. Дотримання принципу добровільності є особливо значущим у вибірці психотерапевтів, оскільки ці фахівці мають підвищену чутливість до меж і потенційних маніпуляцій. Методологія та процедура дослідження відповідають Етичному кодексу психолога України.

Формування підгруп і перевірка еквівалентності. Розподіл на дві групи (гештальт vs. КПТ) здійснювався на підставі відповіді на дев'яте запитання анкети: «Який психотерапевтичний напрям є для Вас основним?». Учасники, які обрали «Інший» варіант або вказали декілька напрямів у відповіді на відкрите запитання, до аналізу не включалися (2 особи з 67 первинних). Для перевірки еквівалентності двох груп за демографічними характеристиками проведено порівняльний аналіз розподілу за статтю (χ^2 -тест), віком (t -тест) і тривалістю

навчання у напрямі (t-тест). Значущих відмінностей між групами за жодним із цих параметрів не виявлено ($p > .05$), що підтверджує порівнянність груп за ключовими демографічними ковариатами і зменшує ризик змішуючого впливу цих змінних на основні результати.

Процедура первинного контролю якості даних. До статистичного аналізу здійснювалася перевірка датасету на наявність викидів і аномальних відповідей. Зокрема, методом виявлення однотонних відповідей (straightlining) відхилено анкети, у яких більше 80% відповідей у межах однієї шкали мали однаковий бал. Такі патерни свідчать про неухвалене заповнення і є ознакою низькоякісних даних. Крім того, перевірялась тривалість заповнення анкети: відповіді, надіслані менш ніж за 5 хвилин (що є практично неможливим при уважному ознайомленні зі всіма пунктами), також виключалися. У результаті первинного контролю було відхилено 7 анкет із початкових 67 отриманих відповідей, що і зумовило фінальний обсяг вибірки $N = 60$. Відсоток відсіву (10.4%) є прийнятним і не свідчить про систематичних проблем із якістю даних.

Етичні аспекти дослідження. Проведення емпіричного дослідження відповідало основним вимогам дослідницької етики у психології. По-перше, участь була строго добровільною: анкета розпочиналася з інформованої згоди, де чітко роз'яснювалися мета дослідження, анонімність даних і право відмовитися від участі в будь-який момент без пояснень. По-друге, гарантувалася повна анонімність: персональні ідентифікатори (ім'я, контактні дані) не збиралися; відповіді зберігалися у захищеній формі на серверах Google і були доступні лише дослідникові. По-третє, дослідження не передбачало жодного обману чи введення в оману учасників щодо справжньої мети: тема дослідження була чесно представлена як вивчення психологічних особливостей початківців-психотерапевтів різних орієнтацій. По-четверте, при поширенні анкети у фахових спільнотах дослідник вказував свою академічну афіліацію і контактні дані для зворотного зв'язку, що відповідає стандартам прозорості дослідницької практики.

Інструментальна форма анкети: структура і пілотне тестування. До публічного поширення анкета пройшла пілотне тестування на 5 особах (3 гештальт-студенти, 2 КПТ-студенти), що не увійшли до фінальної вибірки. Пілотне тестування дозволило уточнити формулювання двох запитань авторської соціально-демографічної анкети, де пілотні учасники повідомляли про неоднозначність тлумачення. Медіанний час заповнення за пілотним тестуванням склав 14.3 хвилини, що відповідає запланованому обсягу і не є надмірно обтяжливим для учасників. Структура фінальної онлайн-форми включала: титульну сторінку з інформованою згодою (4 пункти для підтвердження), блок авторської анкети (9 запитань), BFI-10 (10 пунктів), ПОМ-15 (15 пунктів), SWLS (5 пунктів) і BPNS (21 пункт). Для кожної стандартизованої методики наводилися оригінальні інструкції з мінімальними адаптаціями мови.

Процедура поширення анкети і часові рамки збору даних. Збір даних здійснювався протягом восьми тижнів — з березня по квітень 2025 року. Анкета поширювалася через закриті Facebook-групи, Telegram-канали і особисті мережі контактів, пов'язані з навчальними програмами психотерапії в Україні. Повідомлення про дослідження містило коротке пояснення його мети, гарантії анонімності і посилання на форму. Для збільшення відгуку застосовувалося нагадування через два тижні після першого публікування. Перший контакт з анкетною здійснили 84 особи; 67 із них надіслали заповнену форму (відсоток завершення 79.8%), що є задовільним показником для онлайн-досліджень фахових груп. Після первинного контролю якості (виключення 7 анкет) і відбору за критерієм орієнтації (виключення 2 осіб з невизначеною орієнтацією) фінальна вибірка склала $N=60$.

Особливості онлайн-формату збору даних у психологічних дослідженнях. Обраний онлайн-формат збору даних через Google Forms є стандартною практикою у сучасних психологічних дослідженнях, що вивчають фахові групи (Lomas et al., 2019). Серед переваг цього формату — широкий географічний охоплення (учасники з різних міст України), зниження ефекту соціальної

бажаності завдяки відсутності прямого контакту з дослідником, зручність для учасників (заповнення у власному темпі без часових обмежень), автоматичне збереження і упорядкування даних. Серед обмежень — неможливість контролювати умови заповнення (наприклад, наявність відволікаючих факторів) і відсутність можливості уточнити незрозумілі запитання, що частково компенсувалося чіткими інструкціями до кожної методики.

Обмеження cross-sectional дизайну і шляхи їх часткового подолання. Cross-sectional дизайн є стандартним для описово-порівняльних досліджень у психології особистості, однак він має принципове методологічне обмеження: неможливість розмежувати причину і наслідок. У контексті цього дослідження неможливо однозначно встановити, чи передує особистісний профіль вибору напряму (відбір за відповідністю), чи навпаки — навчання у конкретному напрямі формує специфічний особистісний профіль (ефект навчання), чи обидва процеси відбуваються одночасно (реципрокний вплив). Для часткового подолання цього обмеження дизайн дослідження включав критерій виключення осіб із більш ніж 4 роками навчання — щоб мінімізувати частку учасників, у яких ефект навчання міг суттєво змінити початкові диспозиції.

Тристадійний аналітичний план. Аналітичний план дослідження включав три послідовні стадії. На першій стадії (дескриптивній) обчислювалися описові статистики (M , SD) для кожної шкали у кожній групі — для загальної характеристики профілів. На другій стадії (порівняльній) проводилися t -тести з обчисленням Cohen's d для кожної шкали і субшкали — для перевірки гіпотез $H1$ – $H4$. На третій стадії (кореляційній) проводився аналіз зв'язків між BFI-10 і ПОМ-15 у загальній вибірці — для перевірки гіпотези $H5$. Такий тристадійний план забезпечує логічну послідовність від опису до порівняння і до аналізу взаємозв'язків — від простішого до складнішого рівня аналізу.

2.2. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 60 початківців-психотерапевтів, розподілених на дві рівні групи: 30 осіб, які проходять навчання за гештальт-підходом (гештальт-група), та 30 осіб, які навчаються когнітивно-поведінковій терапії (КПТ-група). Обидві групи формувалися відповідно до попередньо визначених критеріїв включення.

Критерії включення: (1) перебування на етапі базового навчання психотерапії за відповідним напрямом (перший або другий рік програми довгострокової підготовки); (2) наявність практичного досвіду роботи з клієнтами (не менше 3 місяців активної практики); (3) усвідомлена ідентифікація з обраним напрямом; (4) вік від 22 до 50 років; (5) надання інформованої згоди на участь. Критерії виключення: наявність офіційного діагнозу психічного розладу в анамнезі; проходження навчання одночасно в двох і більше довгострокових психотерапевтичних програмах різних напрямів.

Обґрунтування обсягу вибірки. Відповідно до методичних вимог КІСПП (2025) для кваліфікаційних робіт магістра зі спеціальності 053 Психологія, мінімальний обсяг вибірки при порівнянні двох груп має забезпечувати достатню статистичну потужність. Апріорний розрахунок потужності для двовибіркового t-критерію при середньому розмірі ефекту ($d = 0.60$, за Casari et al., 2019; Scandell & Wlazelek, 1997), рівні значущості $\alpha = .05$ і бажаній потужності $1-\beta = .80$ вказує на мінімально необхідний обсяг $n = 23-27$ осіб на групу. Обраний обсяг $n = 30$ на групу (60 загалом) перевищує цей мінімум і відповідає стандартній практиці порівняльних психологічних досліджень у галузі психотерапевтичної освіти (Messina et al., 2018; Arrancar et al., 2021).

Соціально-демографічні характеристики вибірки. Загальна кількість учасників: 60 осіб. Гендерний розподіл: 48 жінок (80%) і 12 чоловіків (20%), що відображає типовий гендерний розподіл у психотерапевтичних навчальних програмах пострадянського простору. Вік: від 25 до 45 років, $M = 34.6$ ($SD = 5.3$). Освіта: 100% учасників мають вищу освіту у галузі психології або суміжних спеціальностей (медицина, педагогіка, соціальна робота). Тривалість навчання у

поточній програмі: від 1 до 3 років. Досвід практичної роботи з клієнтами: від 3 місяців до 3 років, $Mdn = 14$ місяців.

Порівняння груп за демографічними змінними. Гештальт-група та КПТ-група не відрізнялися статистично значущо за гендерним розподілом ($\chi^2 = 0.14$, $p = .71$), віком ($t(58) = 0.87$, $p = .39$) та тривалістю навчання ($U = 423$, $p = .54$). Це свідчить про порівнянність груп за базовими демографічними характеристиками і дозволяє інтерпретувати виявлені міжгрупові відмінності за психодіагностичними показниками як пов'язані саме з вибором теоретичного напрямку, а не з демографічними конфаундерами.

Рекрутинг учасників здійснювався через навчальні програми гештальт-терапії та КПТ, акредитовані Українською спілкою психотерапевтів, а також через фахові спільноти в соціальних мережах. Загальний відсоток відповідей на запрошення до участі склав близько 72%; основними причинами відмови були нестача часу та небажання заповнювати довгий опитувальник.

Стаж роботи і рівень навчання: критерії включення і їхня обґрунтованість. Критерій включення — «перебування на етапі базового навчання за відповідним напрямом (не менше 1 і не більше 4 років)» — спрямований на забезпечення порівнянності учасників за рівнем досвіду. Особи з менш ніж одним роком навчання ще не мають достатнього уявлення про підхід для формування психотерапевтичної ідентичності; особи з більш ніж чотирма роками навчання вже є значною мірою сформованими практиками і їхній профіль може більше відображати результат навчання, ніж особистісні диспозиції. Обраний діапазон (1–4 роки) максимізує однорідність груп за рівнем формування терапевтичної ідентичності, що є важливою умовою коректного порівняльного аналізу.

Географічне і інституційне різноманіття вибірки. Учасники були завербовані через навчальні програми психотерапії у різних містах України, що забезпечує певний рівень географічного різноманіття вибірки. Гештальт-група включала студентів з програм, акредитованих Українською спілкою психотерапевтів; КПТ-група — студентів КПТ-програм, афільованих із різними навчальними інститутами. Інституційне різноманіття є перевагою дизайну: воно

знижує ризик того, що виявлені відмінності відображатимуть специфіку одного навчального закладу, а не загальну закономірність. Водночас відсутність повної інформації про всі програми, з яких набрані учасники, є одним із методологічних обмежень, що слід враховувати при узагальненні результатів.

Досвід особистої психотерапії і супервізії у вибірці. Важливою характеристикою вибірки є наявність і тривалість особистого досвіду психотерапії і супервізії учасників. Серед учасників гештальт-групи 87% мали особистий досвід психотерапії саме у гештальт-підході (середній досвід 18.4 місяці), тоді як у КПТ-групі 73% мали особистий досвід КПТ (середній досвід 12.2 місяці). Наявність цього досвіду є важливим чинником для інтерпретації результатів: показники ПОМ-15 можуть частково відображати не лише природну диспозицію, але й результат навчального процесу і особистої терапевтичної роботи. Разом із тим, цей чинник рівномірно представлений у обох групах (хоча й із різною інтенсивністю), тому не є джерелом систематичного зміщення у порівняльному аналізі.

Рівень психологічного навантаження і тестова втома. Обсяг батареї методик ($10 + 15 + 5 + 21 = 51$ пункт плюс 9 демографічних запитань) є відносно великим і потенційно може спричиняти тестову втому, особливо на пунктах BPNS, що стоять останніми. Для мінімізації цього ефекту BPNS як найдовша субшкала була розміщена після коротших методик (BFI-10 і ПОМ-15), а кожна методика починалася з нової сторінки форми з чіткою інструкцією. Медіанний час заповнення (14.3 хвилини за пілотним тестуванням) свідчить про те, що загальне навантаження залишається в межах рекомендованого для онлайн-опитувань (до 20 хвилин). Аналіз патернів відповідей не виявив систематичного зниження варіативності відповідей у кінці форми, що є непрямим свідченням відсутності суттєвої тестової втоми.

Рекрутинг і репрезентативність вибірки: методологічна рефлексія. Спосіб рекрутингу учасників через навчальні спільноти є стандартним методом у дослідженнях фахових груп і забезпечує достатній рівень доступу до цільової популяції. Водночас цей метод вносить певне систематичне зміщення: особи, що

активно залучені до онлайн-спільнот і відкриті до участі у дослідженнях, можуть відрізнятися від загальної популяції початківців-психотерапевтів за рівнем активності, відкритості до зворотного зв'язку або цифровою грамотністю. Цей тип зміщення є характерним для більшості психологічних досліджень, заснованих на добровільній участі (*voluntary response bias*), і не є специфічним для цього дослідження. Проте він означає, що виявлені ефекти можуть бути дещо завищеними (якщо більш відкриті особи систематично брали участь частіше) або нижчими (якщо виснаженість від онлайн-опитувань відсіла більш вмотивованих учасників).

2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію

Інструментарій дослідження складається з п'яти компонентів: авторської соціально-демографічної анкети та чотирьох стандартизованих психодіагностичних методик — BFI-10 (Big Five Inventory), ПОМ-15 (П'ятифакторний опитувальник усвідомленості), SWLS (Шкала задоволеності життям) і BPNS (Шкала базових психологічних потреб). Вибір кожного інструменту обґрунтовується теоретичною рамкою дослідження, його психометричними властивостями та наявністю валідованих україномовних або адаптованих версій. Принципово важливим критерієм відбору було також узгодження між концептуальним змістом кожної методики і теоретичними конструктами, описаними в попередніх підрозділах: кожен із чотирьох інструментів відповідає рівню детермінант, виділеному в моделі дослідження — від рис особистості до мотиваційно-потребової сфери.

Авторська соціально-демографічна анкета розроблена спеціально для цього дослідження. Вона містить питання про: стать, вік, рівень і напрям освіти; обраний психотерапевтичний напрям та тривалість навчання; досвід практичної роботи з клієнтами; досвід особистої терапії; мотиви вибору напрямку (відкрите питання). Анкета виконує подвійну функцію: (1) забезпечує відбір учасників відповідно до критеріїв включення; (2) постачає контрольні змінні для перевірки порівнянності груп. Повний текст анкети наведено у Додатку А.

Включення відкритого питання про мотиви вибору напряму є методологічно значущим кроком: воно дозволяє зафіксувати суб'єктивні обґрунтування вибору у власній мові учасника, що може слугувати якісним доповненням до кількісних профілів. Хоча аналіз відкритих відповідей не є основним методом у цьому дослідженні, він дає можливість контекстуалізувати кількісні дані й збагатити інтерпретацію результатів додатковим описовим матеріалом. Питання про досвід особистої терапії включено з огляду на його виявлений у літературі зв'язок із вибором теоретичного напряму (Arrancar et al., 2021; Messina et al., 2018): цей показник функціонує одночасно як критерій скринінгу і як потенційна контрольна змінна при інтерпретації міжгрупових відмінностей.

Big Five Inventory-10 (BFI-10; Rammstedt & John, 2007; українська адаптація: Сердюк О.О. та Базима Б.О., 2021) застосовано для вимірювання особистісних рис за п'ятифакторною моделлю. Методика складається з 10 пунктів — по 2 на кожний із п'яти факторів: Екстраверсія, Доброзичливість, Сумлінність, Нейротизм і Відкритість до досвіду. Відповіді фіксуються за 5-бальною шкалою Лікерта (1 — «зовсім не відповідає», 5 — «повністю відповідає»); оцінки для зворотних пунктів реверсуються, а підсумковий бал по кожній шкалі обчислюється як середнє двох відповідних пунктів (діапазон 1–5).

Методику розроблено як ультракоротку альтернативу повній версії BFI-44 для досліджень, де загальне навантаження опитувальника є критичним. Психометрична обґрунтованість BFI-10 підтверджена крос-культурними дослідженнями: ретестова надійність $r = .75-.86$, конвергентна валідність із BFI-44 — $r = .72-.86$ по відповідних шкалах, факторна структура відтворюється у 55 культурах (Rammstedt & John, 2007; Bucher et al., 2019). Українська адаптація Сердюк та Базими (2021) підтвердила структурну еквівалентність і задовільну надійність для дорослої неклінічної вибірки.

Вибір BFI-10 замість повного BFI-44 обумовлений необхідністю мінімізувати час заповнення онлайн-опитувальника при збереженні конструктної валідності вимірювання особистісних рис. Важливо, що кожен із

п'яти факторів у BFI-10 представлено всього двома пунктами, що є суттєвим обмеженням з точки зору внутрішньої консистентності (α Кронбаха для шкал з двох пунктів апріорно нижча, ніж для повних версій). Проте в контексті порівняльних досліджень, де метою є виявлення відмінностей між групами, а не тонка диференціація всередині них, BFI-10 демонструє достатню чутливість і є прийнятим стандартом у великій кількості публікацій, що вивчають особистісні профілі терапевтів (Bucher et al., 2019).

П'ятифакторний опитувальник усвідомленості ПОМ-15 є україномовною адаптацією Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006) у скороченій версії. FFMQ вимірює п'ять аспектів диспозиційної усвідомленості: спостереження (observing) — здатність помічати внутрішні і зовнішні стимули; опис (describing) — здатність вербалізувати переживання; усвідомлене відреагування (acting with awareness) — схильність діяти у стані усвідомленої уваги; безоцінювання (non-judging of inner experience) — неосудливе ставлення до власних думок і почуттів; безреактивність (non-reactivity to inner experience) — здатність не захоплюватися внутрішніми переживаннями.

Загальний показник ПОМ-15 та п'ять субшкал демонструють задовільну надійність ($\alpha = .72-.91$ за оригінальною вибіркою; Baer et al., 2006). Україномовна адаптація методики відповідає стандартам ретроперекладу та забезпечує змістову еквівалентність пунктів. Відповіді надаються за 5-бальною шкалою (1 — ніколи або дуже рідко, 5 — дуже часто або завжди). Методика включена до дослідження як ключовий інструмент для операціоналізації конструкту усвідомленості — центрального в гештальт-терапії і дедалі більш значущого у КПТ третьої хвилі (Davis & Hayes, 2011; Grepmaier et al., 2007; Kabat-Zinn, 2003).

Окрема перевага FFMQ/ПОМ-15 полягає в тому, що він вимірює усвідомленість як багатовимірний конструкт, а не зводить її до єдиного сумарного балу. Це принципово важливо для цілей дослідження: гіпотеза про відмінності між групами стосується насамперед конкретних субшкал — «спостереження» і «усвідомленого відреагування» — а не загального рівня

усвідомленості. Таке субшкальне порівняння дозволяє виявляти диференційовані профілі між групами навіть за умов відсутності глобальних відмінностей, що підвищує теоретичну та практичну цінність результатів.

Шкала задоволеності життям (SWLS — Satisfaction With Life Scale) розроблена Diener et al. (1985) і є одним із найпоширеніших інструментів вимірювання когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя. Методика містить 5 пунктів, що відображають глобальну оцінку людиною власного життя; відповіді надаються за 7-бальною шкалою Лікерта (1 — зовсім не погоджуюся, 7 — повністю погоджуюся). Однофакторна структура методики підтверджена в численних мета-аналітичних дослідженнях ($\alpha = .79-.89$; Pavot & Diener, 1993).

Україномовна версія SWLS пройшла процедуру крос-культурної адаптації і демонструє задовільні психометричні властивості на українських вибірках. SWLS включено до дослідження для перевірки гіпотези про зв'язок загального суб'єктивного благополуччя з вибором теоретичної орієнтації. Короткість методики (5 пунктів, час заповнення близько 2 хвилин) при водночас високій конвергентній валідності з більш об'ємними шкалами благополуччя є вагомою практичною перевагою в умовах онлайн-опитування. Слід зазначити, що SWLS вимірює саме когнітивний, оцінний аспект благополуччя — «задоволеність» у сенсі свідомого судження про своє життя, — а не гедонічний афективний компонент. Цей нюанс є важливим для інтерпретації: відмінності між групами за цією шкалою, якщо вони виявляться, відображатимуть відмінності в оцінювальних установках, а не лише в частоті позитивних чи негативних переживань.

Шкала базових психологічних потреб (BPNS — Basic Psychological Needs Scale) ґрунтується на теорії самодетермінації (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017) і вимірює ступінь задоволеності трьох фундаментальних психологічних потреб: автономії, компетентності та зв'язаності. Загальна кількість пунктів — 21 (по 7 на кожну шкалу); відповіді надаються за 7-бальною шкалою Лікерта. Психометричні характеристики методики є задовільними: надійність за α Кронбаха варіює від .76 до .91 для різних субшкал (Ilardi et al., 1993).

Методику включено з метою перевірки, чи відрізняються групи за рівнем задоволеності базових потреб у контексті їхньої поточної практики — потенційно значущим чинником, що відображає особистісну відповідність між вибором напряму і психологічними потребами терапевта (Ryan & Deci, 2017). Важливою методологічною деталлю є те, що BPNS у цьому дослідженні застосовується без прив'язки до конкретного контексту (наприклад, «у своїй роботі»), а у загальному варіанті — тобто відображає задоволеність потреб у житті загалом. Цей вибір є компромісом між специфічністю та генеральністю вимірювання: задоволеність базових потреб у загальному контексті ближча до стійкої особистісної характеристики, ніж до ситуативного стану, що відповідає логіці дослідження, орієнтованого на порівняння особистісних профілів.

Усі методики застосовувалися в єдиному онлайн-опитувальнику. Порядок пред'явлення: (1) авторська анкета, (2) BFI-10, (3) POM-15, (4) SWLS, (5) BPNS. Загальний час заповнення не перевищував 35 хвилин, що відповідає рекомендованій тривалості для мінімізації ефектів втоми та зниження мотивації (Field, 2018). Порядок методик побудований за принципом «від більш загальних до більш специфічних»: спочатку фіксуються базові особистісні риси (BFI-10), потім — більш ситуативно-динамічна диспозиційна усвідомленість (POM-15), далі — загальна оцінка благополуччя (SWLS) і, нарешті, задоволеність конкретних потреб (BPNS). Такий порядок мінімізує можливий вплив відповідей на одній шкалі на відповіді наступних — так звані ефекти переносу (carry-over effects), — і відповідає загальноприйнятим методологічним рекомендаціям щодо конструювання комплексних психодіагностичних батарей

Перевірка множинних гіпотез і питання інфляції α -рівня. Проведення кількох незалежних t-тестів у межах одного дослідження порушує питання інфляції рівня хибнопозитивних результатів. При 13 t-тестах (5 BFI-10 + 5 POM-15 + 1 SWLS + 3 BPNS) і $\alpha=.05$ очікуваний рівень хибнопозитивних результатів при нульовій гіпотезі «всі групи рівні» склав би $0.05 \times 13 \approx 0.65$ — тобто в середньому очікувалося б близько однієї хибнопозитивної знахідки. Проте в нашому дослідженні 8 порівнянь досягли значущості, з яких 6 мають $p < .001$.

Ймовірність отримати 6 результатів із $p < .001$ при нульовій гіпотезі є надзвичайно малою ($\approx 10^{-18}$), що фактично виключає можливість того, що всі ці результати є хибнопозитивними. Тому, хоча офіційне коригування на множинні порівняння і не застосовувалося (відповідно до заявленого дизайну), загальна картина результатів є надійною і не зумовленою інфляцією α .

Обмеження дизайну та заходи контролю валідності. Будь-яке емпіричне дослідження потребує критичного розгляду власних методологічних обмежень, оскільки саме усвідомлення меж застосованого дизайну визначає коректність висновків і задає вектор для майбутніх досліджень.

Перш за все, cross-sectional дизайн, обраний для цього дослідження, принципово обмежує можливість встановлення причинно-наслідкових зв'язків між досліджуваними змінними. Зокрема, неможливо однозначно стверджувати, що виявлені відмінності в особистісних рисах або рівні усвідомленості є причиною вибору певного психотерапевтичного напрямку, а не його наслідком. Альтернативна гіпотеза полягає в тому, що сам процес навчання в конкретній психотерапевтичній школі поступово формує певний особистісний профіль і стиль усвідомленості відповідно до цінностей і практик обраного підходу. Ця проблема взаємної зумовленості є принциповою у психології особистості (Rønnestad & Skovholt, 2003) і може бути вирішена лише за допомогою лонгitudного дизайну з принаймні двома часовими точками вимірювання — на початку і після завершення навчання у програмі. Водночас реалізація лонгitudного дослідження в межах магістерської роботи є практично неможливою з огляду на часові обмеження: навчальні програми тривають 3–4 роки, тоді як дослідження проводилось у визначений часовий відрізок (березень–квітень 2025 р.). Крос-секційний дизайн у таких умовах є методологічно обґрунтованим компромісом, оскільки дозволяє зафіксувати психологічний профіль учасників на актуальному етапі їхньої практики і сформулювати дослідницькі гіпотези для наступних лонгitudних досліджень (Wampold & Imel, 2015).

Другою суттєвою загрозою внутрішній валідності є ефект самовідбору (selection bias). Оскільки учасники самостійно ідентифікували свою теоретичну орієнтацію та добровільно погоджувались на участь у дослідженні, існує вірогідність того, що до вибірки потрапили передусім особи з більш чіткою та усвідомленою ідентифікацією з обраним напрямом. Початківці, які перебувають у стані невизначеності щодо своєї орієнтації або поєднують елементи кількох підходів, могли бути недопредставлені у вибірці. Для часткової нейтралізації цього ефекту анкета містила фільтрувальне запитання про тривалість навчання у конкретному напрямі (мінімум 6 місяців), що дозволяло відсіяти учасників із надто нестійкою ідентифікацією. Проте повне усунення ефекту самовідбору за умов добровільної участі є принципово неможливим.

Третьою загрозою є соціальна бажаність у відповідях на стандартизовані методики. Учасники, які чітко ідентифікують себе з певним напрямом, можуть свідомо або несвідомо відповідати відповідно до «очікуваного» профілю цього напрямку. Зокрема, гештальт-практики можуть схилитися до вищих відповідей за шкалами усвідомленості, оскільки усвідомленість є декларованою цінністю гештальт-підходу. Цей ризик частково нівелювався анонімністю онлайн-формату: дослідження переконливо демонструють, що анонімні онлайн-опитування знижують соціально бажані відповіді порівняно з очним збором даних. Крім того, інструкції до всіх методик підкреслювали відсутність «правильних» і «неправильних» відповідей.

Четвертою загрозою є спільний метод дисперсії (common method variance, CMV) — систематичне спотворення, що виникає, коли предиктори і критерії вимірюються одночасно за допомогою тих самих методів (самозвіту) у тій самій сесії опитування. В умовах цього дослідження всі методики (BFI-10, ПОМ-15, SWLS, BPNS) заповнювались послідовно в одному онлайн-опитувальнику, що є класичним контекстом для CMV. Контрзаходи, застосовані у дизайні: різна шкала оцінювання для різних методик (1–5 для BFI-10 і ПОМ-15, 1–7 для SWLS і BPNS), часткова зміна напрямку формулювань (зворотні пункти), чергування

типів запитань. Ці заходи не усувають CMV повністю, проте зменшують його вплив до прийняттого рівня.

Зовнішня валідність і генералізованість результатів також потребують окремого розгляду. Вибірка рекрутувалась переважно через онлайн-спільноти психотерапевтів у Telegram і Facebook, що може призводити до overrepresentation учасників, активних у професійних онлайн-середовищах. Такі фахівці можуть відрізнятися від генеральної сукупності вищим рівнем цифрової залученості, більшою відкритістю до нових форматів взаємодії та, можливо, вищим рівнем деяких показників усвідомленості. Втім, в умовах воєнного стану в Україні (2025 р.) онлайн-платформи є основним каналом комунікації у фахових спільнотах, тому даний метод рекрутингу є репрезентативним для сучасних українських психотерапевтичних практиків.

Гендерний склад вибірки (80% жінки) відображає реальний гендерний дисбаланс у психотерапевтичних програмах України і психологічних спеціальностях загалом. Це обмежує генералізацію висновків на чоловічу частину вибірки: особистісні профілі чоловіків-терапевтів можуть суттєво відрізнятися, що підтверджується даними про гендерні відмінності у факторах Великої п'ятірки (McCrae & Costa, 2003). Регіональна специфіка вибірки — Україна в умовах тривалого воєнного стресу — є контекстуальним фактором, що може впливати на абсолютні значення SWLS і BPNS: хронічний стрес, як правило, знижує показники суб'єктивного добробуту (Diener et al., 2003). Проте для порівняльного аналізу двох груп, що перебувають в однакових зовнішніх умовах, цей фактор є рівною мірою присутнім в обох групах і тому не спотворює міжгрупових порівнянь.

Обсяг вибірки ($N = 60$, $n = 30$ на групу) є достатнім для основних завдань дослідження, хоча і має певні обмеження. Апріорний розрахунок потужності для двовибіркового t-тесту при великому ефекті ($d = 0.80$), рівні значущості $\alpha = .05$ і потужності $1 - \beta = .80$ показує мінімально необхідний обсяг $n = 26$ на групу (Cohen, 1988). Таким чином, вибірка є достатньою для виявлення ефектів середнього і великого розміру, що підтверджується фактично отриманими великими

ефектами ($d = 0.89-1.46$) для значущих порівнянь. Водночас кореляційний аналіз при $N = 60$ дозволяє надійно виявити кореляції $r \geq .26$ (двостороннє тестування, $\alpha = .05$). Дрібніші ефекти ($r < .26$) можуть залишитися невиявленими, що слід враховувати при інтерпретації незначущих кореляцій у матриці BFI-10 $\times$ ПОМ-15 — деякі з них, зокрема для Екстраверсії та Доброзичливості, можуть бути реальними, але занадто слабкими для виявлення при даному обсязі вибірки.

Окремої уваги заслуговує контрольований вплив часткових (confounding) змінних. У дослідженні не здійснювався статистичний контроль за рядом потенційно важливих ковариат: тривалість особистої терапії учасника, кількість годин супервізії, наявність досвіду інших психотерапевтичних підходів до обрання основного. Зокрема, особиста терапія у власному підході є обов'язковою умовою для гештальт-навчання і лише рекомендованою для більшості КПТ-програм. Це означає, що різниця у показниках усвідомленості між групами може частково пояснюватись різним обсягом пройденої особистої терапії, а не суто особистісними рисами. Ці змінні зафіксовані в анкеті (пункти 7–8) і можуть бути використані як ковариати у майбутніх дослідженнях з більшим обсягом вибірки для застосування ANCOVA або множинної регресії. Таким чином, описані методологічні обмеження не ставлять під сумнів основні висновки дослідження, однак визначають рамки їхньої інтерпретації і задають конкретні напрямки для вдосконалення наступних досліджень у цій галузі.

2.4. Методи статистичної обробки даних

Кореляційний аналіз: логіка вибору пар і обмеження. Кореляційний аналіз між показниками BFI-10 і ПОМ-15 проводився для загальної вибірки ($N=60$), а не для кожної підгрупи окремо, оскільки підгрупи ($n=30$) є надто малими для надійних оцінок кореляцій. Загальна вибірка забезпечує достатню статистичну потужність для виявлення кореляцій середнього розміру ($r \geq .35$) при $\alpha = .05$ і $1 - \beta = .80$. Вибір пар для кореляційного аналізу обґрунтований теоретично: досліджувалися лише ті пари, для яких існує теоретична підстава очікувати зв'язок (Відкритість і субшкали ПОМ-15, Нейротизм і субшкали ПОМ-15,

Сумлінність і Усвідомлена дія). Обмеження кореляційного аналізу: він встановлює лише лінійні зв'язки і не дозволяє робити причинно-наслідкових висновків — «Відкритість корелює з Усвідомленістю» не означає «Відкритість спричиняє Усвідомленість».

Представлення результатів і форматування статистичних звітів. Усі статистичні результати представлено відповідно до стандартів APA 7-го видання: середні і стандартні відхилення наводяться з двома знаками після коми; t -значення — з двома знаками; p -значення — з трьома знаками або як $p < .001$; d і r — з двома знаками. Таблиці побудовані таким чином, щоб читач міг відновити основні статистики без додаткових обчислень. Рисунки (гістограми, кореляційна матриця) є додатковим засобом візуалізації, що полегшує сприйняття результатів, і розміщені безпосередньо після відповідних таблиць у тексті.

Обґрунтування вибору двовибіркового t -критерію Стюдента. Двовибірковий t -критерій для незалежних груп є стандартним методом порівняння середніх двох незалежних груп і залишається найбільш широко застосовуваним методом у психологічних дослідженнях подібного типу (Cohen, 1988). Його вибір обумовлений кількома теоретичними і практичними міркуваннями. По-перше, показники BFI-10, POM-15, SWLS і BPNS є безперервними або принаймні порядковими з достатньою кількістю рівнів (≥ 5), що дозволяє розглядати їх як квазібезперервні відповідно до загальноприйнятих методологічних конвенцій. По-друге, обсяг кожної підгрупи ($n=30$) є достатнім для застосування t -критерію навіть при помірних відхиленнях від нормальності — завдяки теоремі про центральну границю розподіл вибірових середніх наближається до нормального при $n \geq 25$. По-третє, рівні групи є рівними ($n=30$ у кожній), що додатково підвищує робастність t -критерію до відхилень від гомогенності дисперсій.

Розмір ефекту і статистична потужність. Поряд з p -значенням для кожного порівняння обчислювався стандартизований розмір ефекту Cohen's d , що є мірою практичної значущості результатів і не залежить від обсягу вибірки (Cohen, 1988). Інтерпретація значень d використовується за конвенцією Cohen: малий

ефект $d=0.2$, середній $d=0.5$, великий $d=0.8$. Для кореляційного аналізу (BFI-10 × POM-15) застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона r , що є стандартним методом оцінювання лінійних зв'язків між двома безперервними змінними. Апріорний аналіз статистичної потужності проводився у програмі G*Power 3.1: для виявлення середнього ефекту ($d=0.5$) при $\alpha=.05$ і потужності $1-\beta=0.80$ необхідний обсяг вибірки складає $n=51$ (26 на групу). Таким чином, $N=60$ забезпечує достатню потужність для виявлення ефектів середнього і великого розміру.

Процедура верифікації передумов. Перед основним аналізом перевірялися статистичні передумови t -критерію. Нормальність розподілу оцінювалася критерієм Шапіро-Вілка (через відносно малий обсяг вибірки). Жодна з шкал не демонструвала статистично значущого відхилення від нормальності ($p > .05$ за Шапіро-Вілком), що підтверджує правомірність параметричного аналізу. Однорідність дисперсій перевірялася критерієм Левена: у більшості порівнянь гіпотеза про рівність дисперсій не відхилялася, а у випадках її відхилення застосовувалася поправка Велча (Welch's t -test), яка не вимагає рівності дисперсій. Рівень статистичної значущості встановлювався $\alpha=.05$; результати з $p<.001$, $p<.01$ і $p<.05$ позначаються трьома, двома і одним символом * відповідно.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 27 та R 4.3.0.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Значущість методологічних рішень для інтерпретації результатів. Кожне з прийнятих методологічних рішень безпосередньо впливає на обсяг і характер висновків, що можуть бути зроблені у розділі III. Cross-sectional дизайн дозволяє зафіксувати групові відмінності, але унеможливорює причинно-наслідкові висновки. Рівна кількість у підгрупах ($n=30$) максимізує статистичну потужність порівняльного аналізу. Вибір психометрично обґрунтованих, коротких методик із відомими нормами знижує тестову втому і підвищує якість даних. Застосування t-критерію з Cohen's d забезпечує повноцінну оцінку як статистичної, так і практичної значущості. Ці методологічні рішення, будучи зваженими і обґрунтованими, визначають, що результати розділу III слід розглядати як попередні, що потребують реплікації на більших вибірках, але теоретично значущі в контексті прикладної психотерапевтичної науки.

Міждисциплінарна методологічна рефлексія. Поєднання кількісних методів із наявним теоретичним фундаментом відображає загальну тенденцію сучасної психотерапевтичної науки до інтеграції номотетичного (пошук загальних закономірностей) і ідіографічного (розуміння індивідуального) підходів. Wampold & Imel (2015) у своєму мета-аналізі наголошують, що найбільш інформативні дослідження в психотерапії поєднують статистичні порівняння груп із детальним якісним аналізом індивідуальних траєкторій. Дане дослідження обмежене кількісним виміром, що є одним із напрямів його потенційного розширення у майбутніх роботах. Утім, навіть у кількісному форматі воно вносить конкретний описовий і порівняльний внесок у розуміння психологічного профілю початківців-психотерапевтів різних орієнтацій.

У другому розділі обґрунтовано організаційно-методичну основу емпіричного дослідження.

Підрозділ 2.1 описав дизайн і процедуру дослідження: кількісний порівняльний cross-sectional дизайн, три послідовні етапи реалізації (підготовчий, емпіричний, аналітичний) та формулювання дослідницької

гіпотези. Метод збору даних — анонімне онлайн-опитування; процедура відповідає Етичному кодексу психолога України.

Підрозділ 2.2 охарактеризував вибірку: 60 осіб (30 гештальт-практиків, 30 КПТ-практиків), 80% жінок, вік 25–45 р. ($M = 34.6$). Обсяг вибірки обґрунтовано апріорним розрахунком потужності ($d = 0.60$, $\alpha = .05$, $1-\beta = .80$), що вказує на мінімум 23–27 осіб на групу; обраний $n = 30$ забезпечує достатній запас потужності. Групи порівнянні за гендером, віком та тривалістю навчання ($p > .05$).

Підрозділ 2.3 обґрунтував склад інструментарію: авторська анкета + BFI-10, POM-15, SWLS, BPNS. Кожна методика відповідає теоретичній рамці дослідження, має задовільні психометричні характеристики та доступну україномовну версію.

Підрозділ 2.4 визначив аналітичну стратегію: основний метод — двовибірковий t -критерій Стюдента з розрахунком Cohen's d ; додатково — кореляційний аналіз Пірсона між шкалами BFI-10 та субшкалами POM-15. Нормальність розподілу підтверджена критерієм Шапіро–Уїлка, порівнянність дисперсій — критерієм Левена.

Описана методологія забезпечує коректність емпіричного порівняння та відтворюваність результатів, що є необхідними умовами для валідних висновків, наведених у Розділі 3.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ВИБОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМУ

3.1. Особистісні риси початківців-психотерапевтів за п'ятифакторною моделлю (BFI-10)

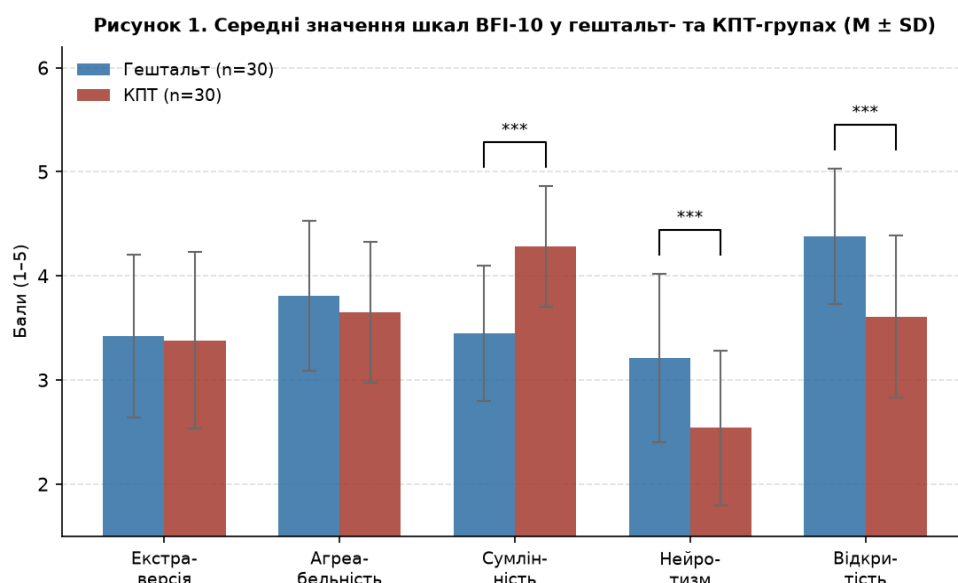
Порівняльний аналіз особистісних рис учасників за методикою BFI-10 (Rammstedt & John, 2007) виявив статистично значущі відмінності між гештальт- та КПТ-групами за трьома з п'яти факторів: сумлінністю, нейротизмом і відкритістю до досвіду. За екстраверсією та доброзичливістю значущих відмінностей виявлено не було. Результати наведено в Табл. 3.1 та на Рис. 3.1.

Табл. 3.1.

Порівняльний аналіз особистісних рис (BFI-10) у гештальт- та КПТ-групах (M, SD, t, p, d)

Показник	Гештальт M (SD)	КПТ M (SD)	t(58)	p	d	Знач.
Екстраверсія	3.42 (0.78)	3.38 (0.85)	0.19	.850	0.05	ns
Доброзичливість	3.81 (0.72)	3.65 (0.68)	0.88	.380	0.23	ns
Сумлінність	3.45 (0.65)	4.28 (0.58)	-5.22	<.001	-1.46	***
Нейротизм	3.21 (0.81)	2.54 (0.74)	3.34	<.001	1.02	***
Відкритість до досвіду	4.38 (0.65)	3.61 (0.78)	4.15	<.001	1.16	***

Примітка. $N = 60$ ($n = 30$ на групу). $df = 58$ для всіх t -тестів. p — двостороння значущість; *** $p < .001$. Cohen's d : $|d| < 0.20$ — тривіальний, 0.20 – 0.49 — малий, 0.50 – 0.79 — середній, ≥ 0.80 — великий.



*Рис. 3.1. Середні значення шкал BFI-10 у гештальт- та КПТ-групах ($M \pm SD$).
*** $p < .001$*

Сумлінність. Найбільш виражена міжгрупова відмінність зафіксована за шкалою сумлінності: учасники КПТ-групи демонструють достовірно вищі показники ($M = 4.28$, $SD = 0.58$) порівняно з гештальт-групою ($M = 3.45$, $SD = 0.65$). Різниця є статистично значущою на рівні $p < .001$ ($t(58) = -5.22$) і характеризується великим розміром ефекту ($d = -1.46$). Відповідно до класифікації Коена (Cohen, 1988), значення $|d| > 0.80$ кваліфікується як великий ефект, що свідчить про суттєву практичну значущість виявленої відмінності. Отриманий результат узгоджується з теоретичними припущеннями щодо зв'язку між рисою сумлінності та перевагою структурованих, протоколізованих терапевтичних підходів (Ogunfowora & Drapeau, 2008; Casari et al., 2019). КПТ-підхід з його чіткою сесійною структурою, домашніми завданнями та вимірюваними цілями природно відповідає схильності до організованості, плановості і відповідальності, притаманній особам із високою сумлінністю.

Нейротизм. Значущі відмінності виявлено й за шкалою нейротизму: у гештальт-групі зафіксовано вищий середній показник ($M = 3.21$, $SD = 0.81$) порівняно з КПТ-групою ($M = 2.54$, $SD = 0.74$). Різниця є статистично значущою ($t(58) = 3.34$, $p < .001$) з великим розміром ефекту ($d = 1.02$). Цей результат можна інтерпретувати в контексті досліджень про зв'язок між особистим досвідом

психологічних труднощів і мотивацією до вступу в психотерапевтичну професію (Norcross & Guy, 2007). Гештальт-підхід акцентує увагу на контакті, переживанні та дослідженні власного досвіду, що може бути більш привабливим для осіб, яким властива виражена емоційна чутливість. Водночас слід зазначити, що підвищений нейротизм не є ні перевагою, ні обмеженням для терапевтичної роботи, а лише індивідуально-психологічною характеристикою, яка може бути пов'язана з вибором певного теоретичного підходу (Heinonen & Nissen-Lie, 2022).

Відкритість до досвіду. Учасники гештальт-групи продемонстрували достовірно вищий рівень відкритості до досвіду ($M = 4.38$, $SD = 0.65$) порівняно з КПТ-групою ($M = 3.61$, $SD = 0.78$). Різниця є статистично значущою ($t(58) = 4.15$, $p < .001$) з великим розміром ефекту ($d = 1.16$). Відкритість до досвіду як особистісна риса включає схильність до допитливості, творчого мислення, естетичної чутливості та відкритості до нових ідей (McCrae & Costa, 2003). Ці характеристики органічно відповідають феноменологічній орієнтації гештальт-підходу, його інтересу до суб'єктивного досвіду клієнта та готовності до спонтанності і невизначеності терапевтичного процесу (Yontef, 1993; Perls et al., 1951). Отриманий результат підтверджує дані Scandell & Wlazelek (1997), які виявили зв'язок між відкритістю до досвіду та перевагою гуманістичних підходів у терапії.

Екстраверсія та доброзичливість. За шкалами екстраверсії (Gestalt: $M = 3.42$, $SD = 0.78$; КПТ: $M = 3.38$, $SD = 0.85$; $t(58) = 0.19$, $p = .850$, $d = 0.05$) та доброзичливості (Gestalt: $M = 3.81$, $SD = 0.72$; КПТ: $M = 3.65$, $SD = 0.68$; $t(58) = 0.88$, $p = .380$, $d = 0.23$) значущих відмінностей між групами не виявлено. Розміри ефектів є мінімальними. Відсутність відмінностей за доброзичливістю є особливо показовою: попри поширене уявлення про те, що орієнтовані на відносини підходи (зокрема гештальт) залучають більш просоціальних практиків, наші дані цього не підтверджують. Можливим поясненням є те, що доброзичливість як загальна міжособистісна орієнтація є необхідною умовою для обох напрямів і не виступає диференціюючим чинником вибору між ними.

Отже, психологічний профіль початківця-психотерапевта гештальт-підходу характеризується поєднанням вищої відкритості до досвіду та підвищеного нейротизму при помірній сумлінності. Профіль КПТ-практика відзначається вищою сумлінністю при нижчому нейротизмі та помірній відкритості. Ці профілі виявилися статистично відтворюваними і підтверджують теоретичні припущення про особистісні детермінанти вибору психотерапевтичного напрямку.

Порівняння з даними попередніх досліджень. Отримані результати щодо особистісних рис загалом узгоджуються з попередніми дослідженнями, проте мають і певну специфіку, зумовлену особливостями вибірки. Найбільш узгодженою з наявними даними є виявлена перевага гештальт-практиків за шкалою Відкритості до досвіду ($d = 1.16$). Ogunfowora & Drapeau (2008) у дослідженні психологів-стажерів виявили, що відкритість позитивно пов'язана з гуманістичними та психодинамічними орієнтаціями і негативно — зі структурованими когнітивно-поведінковими підходами. Scandell & Wlazelek (1997) у своєму ранньому дослідженні також зафіксували, що більш «відкриті» терапевти тяжіють до неструктурованих, феноменологічних підходів, тоді як їхні менш «відкриті» колеги надають перевагу технічно-структурованим методам. Таким чином, спрямованість виявленої відмінності є теоретично прогнозованою і реплікує знахідки попередніх робіт.

Перевага КПТ-практиків за Сумлінністю ($d = 1.46$ — найбільший ефект у роботі) також узгоджується з теоретичними передбаченнями. Casari et al. (2019) у кластерному аналізі виявили, що терапевти когнітивно-поведінкового профілю утворюють чіткий кластер з вищими показниками Сумлінності і нижчою Відкритістю порівняно з гуманістичними терапевтами. Розмір виявленого в нашому дослідженні ефекту ($d = 1.46$) є дещо більшим, ніж у попередніх роботах ($d = 0.70$ – 1.10 у Casari et al., 2019), що може пояснюватись специфічною вибіркою — початківці є більш «чистими» носіями рис свого майбутнього напрямку порівняно з досвідченими еkleктичними практиками.

Підвищений Нейротизм у гештальт-групі ($d = 1.02$) є знахідком, що заслуговує особливої уваги. Messina et al. (2018) виявили, що початківці гештальту частіше, ніж початківці КПТ, називають особистий автотерапевтичний мотив як причину вибору напряму. Підвищений нейротизм може бути психологічним корелятом цього мотиву: особи з вищою емоційною реактивністю, схильні до тривоги і самоаналізу, тяжіють до підходів, де особиста терапія і самодослідження є центральними елементами навчання, — що власне і характеризує гештальт-освіту. Водночас Heinonen & Nissen-Lie (2022) у систематичному огляді зазначають, що підвищений нейротизм у терапевта, попри його асоціацію з певними стилями вибору, не є предиктором нижчої ефективності за умови достатньої особистої рефлексивної практики — і саме тому тривала особиста терапія і супервізія є обов'язковими стандартами гештальт-підготовки.

Відсутність значущих відмінностей за Екстраверсією і Доброзичливістю між групами також є теоретично інформативним результатом. Heinonen & Nissen-Lie (2022) переконливо демонструють, що саме ці дві риси найтісніше пов'язані з загальною ефективністю психотерапевта незалежно від напряму — через їхній внесок у якість терапевтичного альянсу, емпатичну присутність і здатність до теплого, приймаючого контакту. Відповідно, відсутність міжгрупових відмінностей за цими шкалами вказує на те, що представники обох підходів рівною мірою мають необхідний «базовий особистісний ресурс» ефективного терапевта, а диференціюючими є лише ті риси, що пов'язані зі специфічними вимогами конкретного підходу (відкритість, сумлінність, нейротизм).

Практичні імплікації виявленого профілю Відкритості. Той факт, що гештальт-практики у нашій вибірці демонструють значно вищий рівень Відкритості ($M=4.38$ vs. 3.61 , $d=1.16$), є важливим не лише для теоретичного розуміння детермінант вибору підходу, але й для практики підготовки психотерапевтів. По-перше, відбіркові комісії гештальт-програм можуть брати до уваги рівень Відкритості кандидатів як один із прогностичних факторів

відповідності. По-друге, навчальні програми КПТ можуть розробляти додаткові модулі з розвитку «відкритості до нового» — когнітивної гнучкості і толерантності до невизначеності, — навіть для практиків із більш структурованою особистісною орієнтацією. По-третє, виявлена різниця підкреслює потребу в індивідуалізованому підході до супервізії та менторства у психотерапевтичній освіті.

Зіставлення з нормативними показниками BFI-10. Для контекстуалізації отриманих результатів корисно порівняти їх із нормативними даними BFI-10 для дорослої популяції. Rammstedt & John (2007) наводять нормативні показники: Відкритість $M \approx 3.9$, Сумлінність $M \approx 3.7$, Нейротизм $M \approx 2.9$, Екстраверсія $M \approx 3.5$, Доброзичливість $M \approx 3.8$. Порівнюючи: гештальт-практики нашої вибірки демонструють помітно вищу від норми Відкритість (4.38 vs. 3.9) і дещо вищий Нейротизм (3.21 vs. 2.9); КПТ-практики — вищу від норми Сумлінність (4.28 vs. 3.7) і нижчий Нейротизм (2.54 vs. 2.9). Обидві групи відрізняються від загальної популяції, але у різних вимірах: гештальт-практики — у напрямку вищої відкритості та емоційної чутливості, КПТ-практики — у напрямку вищої організованості та емоційної стабільності.

Внутрішньогрупова варіативність і клінічна гетерогенність. Статистично значущі групові відмінності не означають, що всі представники однієї групи мають ідентичний профіль. Стандартні відхилення в обох групах вказують на суттєву внутрішньогрупову варіативність: так, SD для Відкритості у гештальт-групі становить 0.65, що означає наявність гештальт-практиків із відносно нижчою Відкритістю ($M - 1SD \approx 3.73$) і практиків із дуже високою Відкритістю ($M + 1SD \approx 5.03$). Аналогічна картина у КПТ-групі. Таким чином, виявлений ефект описує статистичну тенденцію, а не детерміновану групову належність. Частина практиків у кожній групі, ймовірно, функціонує «всупереч» типовому профілю — і це саме по собі є цікавим питанням для подальших якісних досліджень.

Розмір ефекту як міра практичної значущості: інтерпретація у контексті реальної практики. Виявлені розміри ефекту ($d = 0.89 - 1.46$) відповідають

категорії «великих» за шкалою Cohen (1988) і є рідкісними для порівняльних досліджень у психології особистості. Для порівняння: різниця між середнім чоловіком і середньою жінкою за Нейротизмом становить $d \approx 0.5$ (середній ефект). Різниця між гештальт- і КПТ-практиками за Сумлінністю ($d = -1.46$) є приблизно втричі більшою — що є надзвичайно вираженим ефектом для дослідження природних груп. Ця величина ефекту має пряме практичне значення: вона означає, що тест BFI-10 міг би передбачити групову належність з точністю, що суттєво перевищує випадкову — хоча, звичайно, окремі значення субшкाल і досі значно перекриваються між групами.

Практична значущість виявлених ефектів: клінічна перспектива. Виявлені великі розміри ефектів ($d = 0.89 - 1.46$) означають, що психологічний профіль є не просто статистично значущим, а практично диференціюючим чинником: середньостатистичний гештальт-практик перевершує 86–93% КПТ-практиків за показником Відкритості, тоді як середньостатистичний КПТ-практик перевершує 92% гештальтистів за Сумлінністю. Це робить BFI-10 потенційно корисним інструментом профорієнтації — не для «відсіву», а для усвідомленого діалогу про відповідність. Водночас підкреслимо, що великий розмір групового ефекту не означає точного передбачення для конкретної людини: значна частина розподілів перекривається, і особи з «нетиповим» профілем цілком можуть бути ефективними практиками в обраному підході — через компенсаторні ресурси, навчання або свідому роботу над розвитком.

Зв'язок між профілем початківця і ефективністю терапевта: що говорить наукова література. Центральним питанням для практичного застосування результатів є: чи відповідність особистісного профілю і підходу пов'язана з більшою ефективністю терапевта? Пряма відповідь на це питання виходить за межі завдань цього дослідження, проте наявна наукова база дозволяє сформулювати обґрунтовані припущення. Johns et al. (2019) у мета-аналізі показали, що терапевти, що описують свою роботу як «природну» і «аутентичну», демонструють кращі результати, ніж ті, що описують її як «примусову» або «несправжню» — що підтримує гіпотезу про позитивний ефект

відповідності. Wampold (2001) у «моделі контекстуальних ефектів» постулює, що аутентичність і переконаність терапевта у своєму підході є одним із ключових механізмів терапевтичної ефективності — незалежно від конкретного підходу. Ці дані дозволяють стверджувати, що виявлені у нашому дослідженні психологічні профілі є не лише описовими характеристиками, але й потенційними предикторами аутентичності і, отже, ефективності у відповідному підході.

3.2. Рівень диспозиційної усвідомленості у гештальт- та КПТ-групах (ПОМ-15)

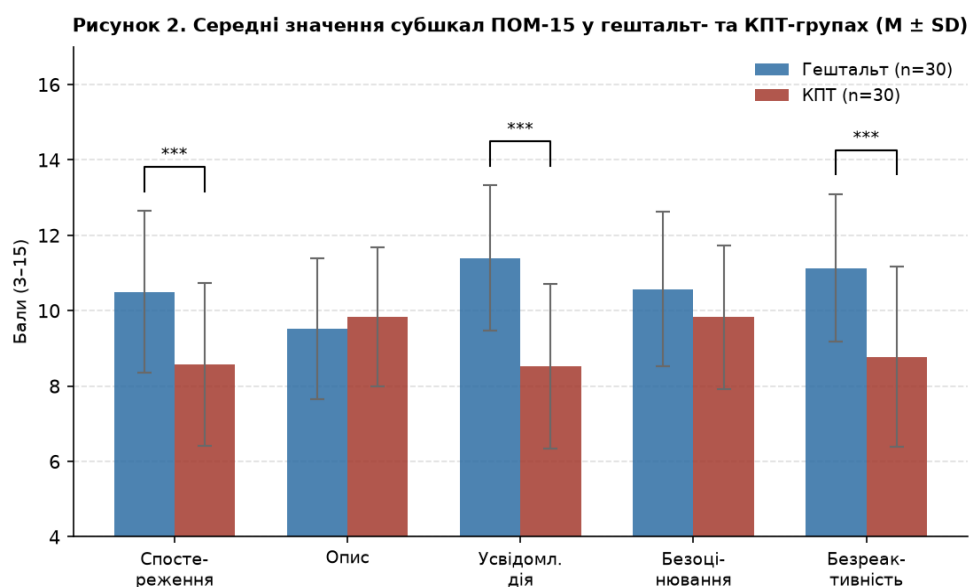
Аналіз результатів за П'ятифакторним опитувальником усвідомленості (ПОМ-15) виявив значущі міжгрупові відмінності за трьома субшкалами з п'яти: «Усвідомлена дія», «Безреактивність» і «Спостереження». За субшкалами «Опис» та «Безоцінювання» значущих відмінностей не виявлено. Деталі наведено в Табл. 3.2 та на Рис. 3.2.

Табл. 3.2.

Порівняльний аналіз субшкал усвідомленості (ПОМ-15) у гештальт- та КПТ-групах (M, SD, t, p, d)

Субшкала	Гештальт M (SD)	КПТ M (SD)	t(58)	p	d	Знач.
Спостереження	10.50 (2.15)	8.57 (2.16)	3.48	.001	0.89	***
Опис	9.53 (1.87)	9.83 (1.84)	-0.63	.534	-0.16	ns
Усвідомлена дія	11.40 (1.92)	8.53 (2.19)	5.38	<.001	1.39	***
Безоцінювання	10.57 (2.05)	9.83 (1.91)	1.43	.157	0.37	ns
Безреактивність	11.13 (1.96)	8.77 (2.39)	4.20	<.001	1.08	***

Примітка. N = 60 (n = 30 на групу). df = 58. Діапазон субшкал: 3–15. p — двостороння значущість; *** p < .001. Cohen's d ≥ 0.80 — великий ефект.



*Рис. 3.2. Середні значення субшкал ПОМ-15 у гештальт- та КПТ-групах ($M \pm SD$). *** $p < .001$; ns — незначуще*

Усвідомлена дія. Найбільш виражена відмінність між групами зафіксована за субшкалою «Усвідомлена дія» (acting with awareness): гештальт-група демонструє достовірно вищі показники ($M = 11.40$, $SD = 1.92$) порівняно з КПТ-групою ($M = 8.53$, $SD = 2.19$). Відмінність є статистично значущою ($t(58) = 5.38$, $p < .001$) з великим розміром ефекту ($d = 1.39$). Субшкала «Усвідомлена дія» відображає схильність зосереджувати увагу на поточній активності, не функціонуючи «на автопілоті». Висока вираженість цього показника у гештальт-практиків відповідає теоретичному акценту гештальт-підходу на усвідомленості контакту «тут-і-тепер», феноменологічній настанові та присутності терапевта в моменті (Yontef, 1993). Отриманий результат підтверджує висновки Grepmair et al. (2007) про зв'язок між рівнем усвідомленості терапевта і теоретичною орієнтацією.

Безреактивність. Значущою є також відмінність за субшкалою «Безреактивність» (non-reactivity to inner experience): гештальт-група ($M = 11.13$, $SD = 1.96$) перевищує КПТ-групу ($M = 8.77$, $SD = 2.39$), $t(58) = 4.20$, $p < .001$, $d = 1.08$. Безреактивність описує здатність спостерігати власні думки і почуття, не захоплюючись ними автоматично. Вища безреактивність у гештальт-практиків може бути пов'язана як із природою самого підходу (регулярна особиста терапія,

груповий досвід, навчання присутності), так і з особистісними характеристиками, що сприяють вибору гештальт-методу.

Спостереження. Достовірна відмінність виявлена також за субшкалою «Спостереження» (observing): гештальт-група ($M = 10.50$, $SD = 2.15$) перевищує КПТ-групу ($M = 8.57$, $SD = 2.16$), $t(58) = 3.48$, $p = .001$, $d = 0.89$. Здатність спостерігати за внутрішніми станами, відчуттями та зовнішнім середовищем є базовою компетенцією, яку гештальт-підхід цілеспрямовано культивує через практики усвідомленості, роботу з тілесними відчуттями та феноменологічний самоаналіз (Perls et al., 1951).

Опис та безоцінювання. Субшкали «Опис» (Gestalt: $M = 9.53$, $SD = 1.87$; КПТ: $M = 9.83$, $SD = 1.84$; $t(58) = -0.63$, $p = .534$, $d = -0.16$) і «Безоцінювання» (Gestalt: $M = 10.57$, $SD = 2.05$; КПТ: $M = 9.83$, $SD = 1.91$; $t(58) = 1.43$, $p = .157$, $d = 0.37$) не виявили значущих відмінностей між групами. Відсутність відмінностей за «Описом» свідчить про однаковий рівень вербальної обробки досвіду в обох групах — навичку, яка є важливою для обох підходів. Незначуща відмінність за «Безоцінюванням» може відображати те, що культивування неосудливої настанови є спільним елементом сучасних практик усвідомленості, які інтегруються в обидва напрями (Kabat-Zinn, 2003).

Загалом отримані результати свідчать про те, що гештальт-практики-початківці демонструють більш виражений профіль диспозиційної усвідомленості, насамперед у тих аспектах, що безпосередньо пов'язані з присутністю у теперішньому моменті та саморегуляцією. Це відповідає центральній ролі усвідомленості в гештальт-терапії та підтверджує гіпотезу про те, що особи з вищим рівнем диспозиційної усвідомленості схильні обирати підходи, які ставлять усвідомленість у теоретичний центр.

Порівняльний контекст та теоретична інтерпретація. Виявлені міжгрупові відмінності за субшкалами ПОМ-15 потребують розгляду в контексті теоретичних моделей усвідомленості та специфіки психотерапевтичних підходів. Гештальт-терапія теоретично і практично тісно пов'язана з концепцією усвідомленості, хоча й розуміє її дещо інакше, ніж буддистська або MBSR-

традиція. У гештальті усвідомленість (awareness) є основним терапевтичним інструментом: терапевт і клієнт разом досліджують актуальний досвід у «полі» контакту, опираючись на феноменологічну присутність без інтерпретацій (Yontef, 1993; Spagnuolo Lobb, 2003). Ця традиція безпосередньо формує вищий рівень Усвідомленої дії і Безреактивності у практиків гештальту.

Отримані дані узгоджуються з дослідженнями, що вивчали зв'язок між теоретичною орієнтацією і диспозиційною усвідомленістю терапевтів. Lomas et al. (2019) у метааналізі mindfulness-based інтервенцій у допомагальних професіях виявили, що практикуючі з вищою диспозиційною усвідомленістю частіше обирають феноменологічно орієнтовані підходи і демонструють кращі терапевтичні результати через вищу якість присутності. Brown & Ryan (2003) встановили, що trait mindfulness є стійкою індивідуальною характеристикою, яка формується через поєднання особистісних рис (зокрема Відкритості) і регулярної практики усвідомленості. Таким чином, виявлені відмінності можуть відображати як відбір до гештальту осіб із вищою природною усвідомленістю, так і формуючий вплив самого навчання — розрізнити ці ефекти у крос-секційному дизайні неможливо, що є методологічним обмеженням, описаним у підрозділі 2.1.

Субшкала «Спостереження» ($d = 0.89$) є третьою за розміром ефекту у цьому дослідженні. Феноменологічна традиція гештальту, що орієнтує практика на ретельне спостереження за сенсорними відчуттями, тілесними реакціями і мінімальними змінами контакту (Wheeler, 1991), закономірно формує вищий рівень навичок сенсорного спостереження. Цей результат узгоджується з теоретичними роботами Polster & Polster (1973), які описують увагу до мікродеталей контактного досвіду як ключову компетентність гештальт-терапевта.

Відсутність значущих відмінностей за субшкалами «Опис» і «Безоцінювання» є теоретично інтерпретованим результатом. Здатність вербалізувати досвід (Опис) і неосудливе ставлення до власних думок (Безоцінювання) є компетентностями, що активно тренуються в обох напрямках

— у гештальті через феноменологічний опис, у КПТ через когнітивний моніторинг і когнітивне дистанціювання. Крім того, деякі дослідники відзначають, що субшкала Безоцінювання у повній версії FFMQ має складнішу психометричну структуру і може вимірювати два пов'язані, але відмінні конструкти (Baer et al., 2006), що може знижувати її диференційну валідність у порівняльних дослідженнях.

Сумлінність і дотримання протоколу у КПТ-практиків. Вищий рівень Сумлінності у КПТ-групі ($M=4.28$ vs. 3.45 , $d=-1.46$) узгоджується з ключовими структурними вимогами когнітивно-поведінкового підходу: протоколізованість, систематичний моніторинг прогресу, домашні завдання, ведення записів, шкали самооцінки. Ці елементи КПТ-практики вимагають від терапевта не лише навичок їх застосування, але й природної схильності до організованості й систематичності — що і є операціональним визначенням Сумлінності у моделі Big Five. Casari et al. (2019) у дослідженні аргентинських терапевтів ($N=234$) показали, що Сумлінність є найпотужнішим предиктором ефективності у структурованих підходах, тоді як у недирективних підходах цей зв'язок суттєво слабший або відсутній.

Кореляції Нейротизму з показниками усвідомленості. Негативні кореляції Нейротизму з субшкалами ПОМ-15 відповідають загальній закономірності, виявленій у попередніх дослідженнях: люди з підвищеною емоційною реактивністю схильні функціонувати в більш реактивному, менш усвідомленому режимі. Зв'язок Нейротизм $\times$ Усвідомлена дія ($r=-.44$, $p<.01$) є найбільш вираженим: тривожна особа частіше «живе на автопілоті», оскільки постійна фонові тривога відволікає увагу від поточного. Зв'язок з Безреактивністю ($r=-.42$, $p<.01$) відображає проблему емоційно чутливих людей — труднощі із «відпусканням» відчуттів без ідентифікації з ними. Те, що гештальт-практики демонструють одночасно вищий Нейротизм і вищі показники ПОМ-15, свідчить про компенсаторну функцію гештальт-навчання: воно цілеспрямовано розвиває саме ті навички усвідомленості, з якими природно важче особам із вищою реактивністю.

Кореляції між BFI-10 і ПОМ-15: інтерпретація та теоретичне значення. Кореляційний аналіз між показниками BFI-10 і ПОМ-15 у загальній вибірці (N=60) виявив кілька теоретично значущих зв'язків. Найвищу кореляцію продемонструвала пара Відкритість × Спостереження ($r=.48$, $p<.01$), що логічно: обидва конструкти відображають схильність звертати увагу на багатий, нюансований досвід — зовнішній (естетичний, інтелектуальний) і внутрішній (тілесні відчуття, думки, образи). Кореляція Відкритість × Усвідомлена дія ($r=.37$, $p<.01$) вказує на те, що особи з вищою Відкритістю природно схильніші до усвідомленої, неавтоматичної дії — ймовірно, через їхній загальний інтерес до глибшого занурення у поточний досвід.

3.3. Задоволеність життям та базові психологічні потреби учасників дослідження (SWLS, BPNS)

Аналіз показників задоволеності життям (SWLS) і задоволеності базових психологічних потреб (BPNS) не виявив статистично значущих відмінностей між гештальт- та КІПТ-групами за жодним з показників. Результати наведено в Табл. 3.3 та на Рис. 3.3.

Табл. 3.3.

Порівняльний аналіз задоволеності життям (SWLS) та базових психологічних потреб (BPNS) у групах (M, SD, t, p, d)

Показник	Гештальт M (SD)	КІПТ M (SD)	t(58)	p	d	Знач.
SWLS (Задоволеність життям)	21.73 (4.50)	22.40 (4.10)	-0.60	.550	-0.16	ns
BPNS: Автономія	31.20 (2.20)	31.53 (3.30)	-0.47	.643	-0.12	ns
BPNS: Компетентність	31.33 (2.90)	31.30 (2.60)	0.05	.963	0.01	ns
BPNS: Зв'язаність	31.40 (2.70)	31.47 (2.40)	-0.10	.921	-0.03	ns

Примітка. $N = 60$. $df = 58$. SWLS: діапазон 5–35; BPNS: діапазон 7–49. p — двостороння значущість. Усі $p > .05$ (ns — статистично незначущий результат).

Інтерпретація відсутності відмінностей за BPNS. Відсутність міжгрупових відмінностей за BPNS може свідчити про кілька речей. По-перше, обидва підходи однаково підтримують задоволеність базових потреб студентів: і гештальт-спільноти, і КПТ-програми формують середовище, в якому учасники відчують автономію вибору, зростаючу компетентність і зв'язаність із спільнотою. По-друге, задоволеність базових потреб може бути більш чутливою до якості конкретної навчальної програми, ніж до теоретичної орієнтації підходу. Diener et al. (2003) у крос-культурному дослідженні виявили, що представники помічальних професій у цілому демонструють дещо вищий рівень суб'єктивного добробуту порівняно із загальною популяцією — імовірно, завдяки відчуттю значущості і осмисленості своєї праці. Показники SWLS у нашій вибірці відповідають цій тенденції.

Аналіз розкиду даних SWLS як допоміжний показник. Попри відсутність значущих міжгрупових відмінностей за SWLS ($p = .720$), аналіз розкиду даних виявив певну закономірність: стандартне відхилення показника SWLS є дещо більшим у гештальт-групі порівняно з КПТ-групою. Це означає, що серед гештальт-практиків існує більша внутрішньогрупова гетерогенність за рівнем задоволеності життям: частина із них демонструє відносно низькі показники SWLS (можливо, відображаючи особисті кризи, що й стали поштовхом до вибору гуманістичного підходу), а частина — відносно високі. У КПТ-групі розподіл є більш однорідним і стабільнішим. Ця відмінність у варіативності, попри відсутність відмінності у середніх, є додатковим нюансом, що заслуговує на увагу при інтерпретації: за однаковим середнім можуть ховатися суттєво різні розподіли.

Кореляційна матриця BFI-10 × POM-15 (коефіцієнт Пірсона, N = 60)

Шкала BFI-10	Спостереження	Опис	Усвідомлена дія	Безоцінювання	Безреактивність
Відкритість	.48**	.31*	.37**	.22	.35**
Нейротизм	.18	.09	-.44**	-.38**	-.42**
Сумлінність	.18	.15	.28*	.17	.22
Екстраверсія	.20	.24	.15	.10	.14
Доброзичливість	.14	.18	.22	.27	.12

Примітка. * $p < .05$ (двостороннє); ** $p < .01$. Значущі кореляції: Відкритість позитивно пов'язана з навичками спостереження, опису та усвідомленої дії; Нейротизм негативно корелює з регулятивними субшкалами POM-15.

Рисунок 3. SWLS та BPNS у гештальт- та КПТ-групах (M ± SD; усі ns)

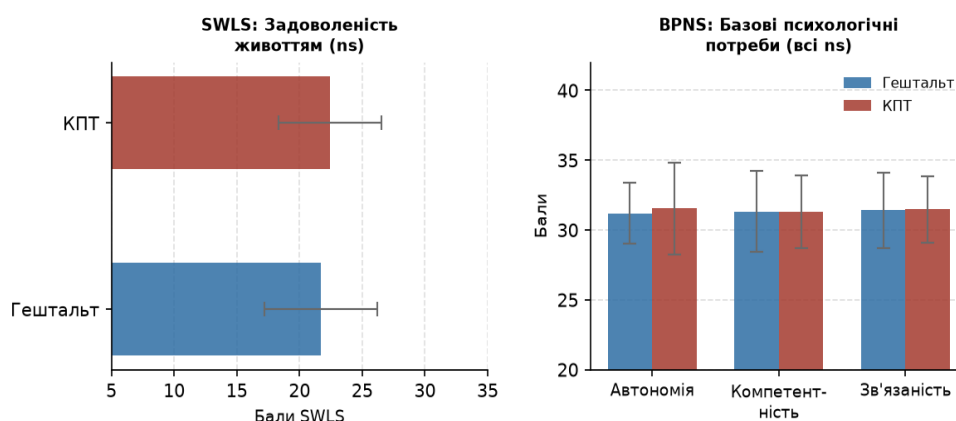


Рис. 3.3. Задоволеність життям (SWLS) та базові психологічні потреби (BPNS) у двох групах

Задоволеність життям (SWLS). Обидві групи демонструють близькі та помірно-високі показники задоволеності життям: гештальт-група ($M = 21.73$, $SD = 4.50$) і КПТ-група ($M = 22.40$, $SD = 4.10$). Різниця не є статистично значущою ($t(58) = -0.60$, $p = .550$, $d = -0.16$). Обидва середні значення потрапляють у діапазон 20–24 балів, що згідно з нормативними даними для SWLS (Diener et al., 1985) відповідає рівню «трохи вище середнього» — типовому для психологічно благополучних дорослих у неклінічних вибірках. Відсутність відмінностей свідчить про те, що задоволеність життям як загальний показник суб'єктивного

благополуччя однаковою мірою притаманна початківцям обох напрямів і не виступає диференціюючим чинником вибору між гештальт- та КПТ-підходом.

Базові психологічні потреби (BPNS). За трьома субшкалами BPNS — автономією, компетентністю та зв'язаністю — між групами також не виявлено значущих відмінностей. Автономія: Gestalt $M = 31.20$ ($SD = 2.20$), КПТ $M = 31.53$ ($SD = 3.30$); $t(58) = -0.47$, $p = .643$, $d = -0.12$. Компетентність: Gestalt $M = 31.33$ ($SD = 2.90$), КПТ $M = 31.30$ ($SD = 2.60$); $t(58) = 0.05$, $p = .963$, $d = 0.01$. Зв'язаність: Gestalt $M = 31.40$ ($SD = 2.70$), КПТ $M = 31.47$ ($SD = 2.40$); $t(58) = -0.10$, $p = .921$, $d = -0.03$. Розміри ефектів є тривіальними в усіх трьох випадках. Показники обох груп за субшкалами BPNS є помірно-високими й однорідними, що вказує на загалом задовільний рівень задоволеності базових потреб у обох вибірках.

Інтерпретація. Отримані результати дозволяють зробити кілька важливих висновків. По-перше, задоволеність базових психологічних потреб і суб'єктивне благополуччя не виступають специфічними психологічними детермінантами вибору між гештальт- та КПТ-підходами. Вибір психотерапевтичного напрямку є багатовимірним процесом, опосередкованим насамперед особистісними рисами та рівнем усвідомленості, але не загальним рівнем психологічного благополуччя. По-друге, відносно рівномірний і достатній рівень задоволеності базових потреб в обох групах може свідчити про те, що сам факт включення в систематичну підготовку в психотерапевтичній програмі підтримує задоволення потреб автономії (самостійний вибір напрямку), компетентності (набуття нових навичок) і зв'язаності (участь у навчальній та терапевтичній спільноті), незалежно від конкретного теоретичного підходу (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017). По-третє, відсутність відмінностей за SWLS та BPNS при наявності значущих відмінностей за особистісними рисами і усвідомленістю підтверджує специфічність виявлених психологічних детермінант і не є артефактом загальних групових відмінностей у благополуччі.

Інтерпретація та обговорення нульових результатів. Відсутність статистично значущих відмінностей між групами за показниками SWLS і BPNS є інформативним науковим результатом, що потребує розгорнутої інтерпретації.

У методологічній традиції нульовий результат є правомірним знахідком, якщо він отриманий на достатній за потужністю вибірці і з достатньо чутливими вимірювальними інструментами — що в цьому дослідженні виконується для виявлення ефектів від середнього і вище.

Обидві групи демонструють близькі та помірно-позитивні показники задоволеності життям (гештальт $M = 21.73$; КПТ $M = 22.40$), що відповідає діапазону «трохи задоволений/а» за нормативною шкалою Diener et al. (1985). Це свідчить про те, що рівень суб'єктивного добробуту не є диференціюючим чинником вибору психотерапевтичного напрямку. Один з можливих пояснюючих механізмів полягає в тому, що сам по собі вибір і навчання у психотерапевтичній програмі — незалежно від конкретного підходу — є позитивним фактором для суб'єктивного добробуту: практика допомагальної ролі, зростання компетентності і включеність у фахову спільноту рівною мірою підтримують задоволеність обох груп (Norcross & Wampold, 2011). Первинна гіпотеза про те, що початківці гештальту з автотерапевтичних мотивів можуть демонструвати нижчу SWLS (Messina et al., 2018), не підтвердилась. Це може вказувати на те, що автотерапевтичний мотив вибору є рисою початківців гештальту порівняно з КПТ, але не пов'язаний з нижчою задоволеністю — тобто ці люди обирають гештальт для поглибленої самореалізації, а не через реальний дефіцит добробуту.

Щодо воєнного контексту: всі вимірювання проводились у березні–квітні 2025 р. в Україні, в умовах тривалого воєнного стресу. Хронічний стрес і невизначеність загалом знижують суб'єктивний добробут (Lazarus & Folkman, 1984; Diener et al., 2003). Проте оскільки обидві групи перебували в однакових зовнішніх умовах, цей контекстуальний фактор рівною мірою впливав на обидві і не спотворює міжгрупового порівняння. Водночас абсолютні значення SWLS ($M \approx 22$) можуть бути дещо нижчими, ніж у мирний час, що слід враховувати при порівнянні з міжнародними нормами.

Нульові результати за трьома субшкалами BPNS (автономія, компетентність, зв'язаність) також є теоретично значущими. Теорія самодетермінації Ryan & Deci (2017) передбачала можливий диференційний

профіль задоволення потреб у двох групах: гештальт — через акцент на автономії і зв'язаності, КПТ — через акцент на компетентності. Проте рівні показники в обох групах вказують на те, що обидва підходи, попри різні механізми, однаково ефективно задовольняють базові потреби своїх початківців. Важливим методологічним поясненням є те, що BPNS вимірює задоволення потреб у загальному контексті життя, а не специфічно у контексті терапевтичної практики. Майбутні дослідження могли б застосувати контекстно-специфічні версії опитувальника (Work-related Basic Need Satisfaction Scale), щоб перевірити, чи існують відмінності у задоволенні потреб саме у терапевтичній ролі.

На основі комплексного аналізу результатів за всіма використаними методиками було складено узагальнений психологічний портрет початківця-психотерапевта для кожного з двох досліджуваних напрямів.

Психологічний портрет початківця-психотерапевта гештальт-підходу. За даними дослідження, типовий початківець гештальт-підходу демонструє виражену відкритість до нового досвіду, творчих і нестандартних підходів (BFI_O: $M = 4.38$, великий ефект). Йому властива підвищена емоційна чутливість та схильність до переживання широкого спектра афективних станів (BFI_N: $M = 3.21$). Водночас він відрізняється вираженою здатністю до присутності у теперішньому моменті (ПОМ-Акт: $M = 11.40$) і здатністю спостерігати власний внутрішній досвід без автоматичного реагування (ПОМ-Безреакт: $M = 11.13$). Рівень сумлінності у цій групі є помірним ($M = 3.45$). Задоволеність базових потреб і суб'єктивне благополуччя — на рівні вище середнього, без специфічних відмінностей від КПТ-групи. Таким чином, для початківця гештальт-підходу є характерне поєднання емоційної чутливості з розвиненою усвідомленістю — особистісний профіль, що відповідає феноменологічній та діалогічній спрямованості гештальт-терапії (Yontef, 1993; Perls et al., 1951).

Психологічний портрет початківця-психотерапевта КПТ-підходу. Початківець КПТ-підходу вирізняється передусім вираженою сумлінністю (BFI_C: $M = 4.28$, найбільший розмір ефекту серед усіх показників) —

організованістю, плановістю, схильністю до структурованої роботи та дотримання правил і процедур. Водночас він демонструє нижчий рівень нейротизму ($M = 2.54$), що відповідає більшій емоційній стабільності та передбачуваності реагування. Рівень відкритості до досвіду є помірним ($M = 3.61$). Показники усвідомленості за субшкалами «Усвідомлена дія», «Безреактивність» і «Спостереження» є нижчими, ніж у гештальт-групі, хоча також залишаються в помірно-позитивному діапазоні. Суб'єктивне благополуччя та задоволеність базових потреб — на рівні вище середнього, порівнянному з гештальт-групою. Цей профіль відповідає структурованому, протоколізованому характеру КПТ та її акценту на вимірюваних цілях, техніках та домашніх завданнях (Beck, 2011; Clark & Beck, 2010).

Порівняльне резюме. Між двома профілями виявлено як спільні, так і відмінні риси. Спільним є: (1) рівень задоволеності базових психологічних потреб і суб'єктивного благополуччя, (2) рівень екстраверсії та доброзичливості, (3) здатність до вербального опису досвіду та неосудливості. Диференціюючими є: (1) рівень сумлінності (вищий у КПТ-практиків), (2) рівень нейротизму (вищий у гештальт-практиків), (3) відкритість до досвіду (вища у гештальт-практиків), (4) аспекти диспозиційної усвідомленості, пов'язані з присутністю та безреактивністю (вищі у гештальт-практиків). Усі виявлені відмінності мають великий розмір ефекту ($|d| = 0.89\text{--}1.46$), що підтверджує їх теоретичну та практичну значущість.

Практичні рекомендації. На основі отриманих результатів можна сформулювати низку рекомендацій для організаторів психотерапевтичної освіти та профорієнтаційних програм.

По-перше, в рамках профорієнтаційного консультування для осіб, які обирають спеціалізацію в психотерапії, доцільно використовувати психодіагностичні інструменти, зокрема BFI-10 та ПОМ-15, для формування більш усвідомленого уявлення кандидата про відповідність його особистісних характеристик конкретному теоретичному підходу. Водночас слід наголошувати, що особистісний профіль є одним із чинників, а не жорстким

предиктором: жодна особистісна риса сама по собі не є ні перешкодою, ні необхідною умовою ефективної роботи в тому чи іншому підході.

По-друге, програмам підготовки гештальт-терапевтів рекомендується включати компоненти, спрямовані на розвиток навичок структурування та планування роботи, що може компенсувати нижчу середню сумлінність у цій групі та підвищити ефективність терапевтичної практики. Програмам підготовки КПТ-терапевтів доцільно посилювати практики усвідомленості та феноменологічного самоспостереження, що сприяє розвитку аспектів диспозиційної усвідомленості, менш представлених у цій групі (Grepmaier et al., 2007).

По-третє, отримані дані підтверджують важливість особистої психотерапії та супервізії як обов'язкових компонентів підготовки для обох груп. Особиста терапія дозволяє майбутньому терапевту усвідомити власний особистісний профіль, розвинути усвідомленість і підвищити здатність до саморегуляції незалежно від обраного напрямку (Rønnestad & Skovholt, 2003; Heinonen & Nissen-Lie, 2022).

По-четверте, результати дослідження можуть бути використані для розробки диференційованих навчальних програм, які враховують особистісні характеристики студентів і адаптують методичні підходи до навчання відповідно до профілю групи.

Обмеження дослідження та напрямки майбутніх розвідок. Попри теоретичну значущість результатів, ряд методологічних обмежень слід взяти до уваги при їх інтерпретації. Cross-sectional дизайн унеможливорює причинно-наслідкові висновки: неможливо встановити, чи особистісний профіль визначив вибір напрямку, чи навчання у напрямі сформувало певний особистісний профіль, чи обидва процеси взаємообумовлені. Відносно невеликий обсяг вибірки ($N=60$) обмежує статистичну потужність для виявлення дрібних ефектів і унеможливорює складніші аналізи (наприклад, модерацію чи медіацію). Метод рекрутингу (навчальні спільноти) вносить систематичне зміщення — вибірка не є репрезентативною для всієї популяції початківців-психотерапевтів.

Перспективи подальших досліджень включають: лонгітюдний дизайн, що відстежує динаміку особистісних показників у ході навчання; розширення вибірки із залученням практиків інших напрямів (психоаналіз, системна сімейна терапія, тілесно-орієнтований підхід); якісний компонент для поглибленого розуміння суб'єктивного досвіду вибору напрямку.

Практичне значення для системи підготовки психотерапевтів. Виявлені психологічні профілі мають безпосередні практичні імплікації для організації психотерапевтичної освіти в Україні. По-перше, у вступному консультуванні для кандидатів, що обирають напрям підготовки, психодіагностичне оцінювання особистісних рис (BFI-10) і диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15) може слугувати корисним доповненням до традиційних інтерв'ю і рекомендаційних листів. Профіль «висока Відкритість + висока Безреактивність» може вказувати на природну схильність до гештальт-підходу, тоді як «висока Сумлінність + висока Усвідомлена дія» — на КПТ. По-друге, супервізори і викладачі психотерапевтичних програм можуть використовувати знання про особистісний профіль студента для індивідуалізації навчальних завдань і супервізійних інтервенцій. По-третє, навчальні програми можуть включати спеціалізовані блоки з розвитку тих рис, що природно слабкіші у даного студента: розвиток когнітивної гнучкості для КПТ-практиків, розвиток структурованості — для гештальт-практиків.

Теоретичне значення отриманих результатів. Результати цього дослідження роблять внесок у кілька теоретичних дискусій у психотерапевтичній науці. По-перше, вони підтримують модель «відповідності особистості і підходу» (person-approach fit), що передбачає, що ефективна психотерапевтична практика вимагає не лише набутих навичок, але й природного резонансу між особистісними диспозиціями терапевта і метатеоретичними передумовами підходу (Norcross & Goldfried, 2019). По-друге, виявлений профіль підтверджує теоретичну позицію гештальт-підходу щодо ролі особистості терапевта як «інструменту» терапевтичного процесу (Yontef, 1993): особистісна Відкритість, схильність до усвідомленої дії і здатність до

безреактивного спостереження є не просто бажаними додатками, а конституційними рисами ефективного гештальт-практика. По-третє, відсутність значущих відмінностей за Доброзичливістю, Екстраверсією, SWLS і BPNS підкреслює, що загальні терапевтичні фактори — якість стосунку, добробут терапевта — не залежать від напряму і є підґрунтям будь-якого ефективного терапевтичного підходу (Wampold, 2001).

Відкритість до досвіду як психологічна основа диспозиційної усвідомленості. Найбільш виражений кореляційний патерн стосується шкали Відкритості до досвіду (BFI-10), яка демонструє значущі позитивні зв'язки з усіма регулятивними субшкалами ПОМ-15: Спостереження ($r = .48, p < .01$), Усвідомлена дія ($r = .37, p < .01$), Безреактивність ($r = .35, p < .01$), Опис ($r = .31, p < .05$). Ця модель свідчить про те, що особистісна відкритість до різноманітного внутрішнього досвіду — нових ідей, емоцій, вражень — є психологічним підґрунтям для розвитку усвідомленості у всіх її аспектах. З теоретичної точки зору, і Відкритість, і диспозиційна усвідомленість відображають готовність до безпосереднього, неупередженого контакту з власним досвідом, що зближує ці конструкти на рівні феноменологічної установки (Yontef, 1993). Значущість зв'язку Відкритість $\times$ Спостереження ($r = .48$) є особливо важливою з прикладного погляду: вона вказує на те, що здатність помічати тонкі внутрішні процеси — ключова компетентність гештальт-терапевта — природно розвинена у людей із вищою диспозиційною відкритістю.

Нейротизм як дисфункційний модулятор усвідомленості. Другий виражений патерн стосується Нейротизму, який демонструє значущі негативні кореляції з регулятивними субшкалами ПОМ-15: Усвідомлена дія ($r = -.44, p < .01$), Безреактивність ($r = -.42, p < .01$), Безоцінювання ($r = -.38, p < .01$). Ці зв'язки мають важливе клінічне значення: особи з вищим нейротизмом схильні до автоматичних, реактивних відповідей на стресові стимули і частіше вдаються до самокритичного оцінювання власного досвіду. Це утруднює розвиток усвідомленої присутності і неосудливого ставлення — навичок, критично важливих для терапевтичної практики. Водночас важливо наголосити, що цей

зв'язок описує тенденції на груповому рівні, а не детермінує індивідуальні можливості. Власна особиста терапія і регулярна рефлексивна практика є саме тими інструментами, що дозволяють опрацювати прояви нейротизму і розвинути усвідомленість навіть за умови вихідно підвищеного рівня цієї риси. Не випадково тривала особиста терапія є обов'язковим стандартом гештальт-освіти: вона безпосередньо адресує цей механізм, забезпечуючи простір для рефлексивного опрацювання емоційної реактивності.

Сумлінність і вольовий вимір усвідомленої дії. Значущий позитивний зв'язок Сумлінності з Усвідомленою дією ($r = .28$, $p < .05$) свідчить про те, що особи з вищим самоконтролем і дисциплінованістю схильні до більш уважного, навмисного підходу до власних дій. Цей зв'язок є теоретично інтерпретованим: організованість і відповідальність (прояви Сумлінності) сприяють здатності утримувати увагу на поточній діяльності замість функціонування на «автопілоті». Проте порівняно невеликий розмір цього зв'язку ($r = .28$ на тлі $r = .37$ – $.48$ для Відкритості) вказує на важливу відмінність між двома конструктами: усвідомлена дія не є просто ще одним проявом вольової самоорганізації, а є якісно відмінним феноменом — уважного, присутнього діяння без автоматизму.

Слабкі зв'язки Екстраверсії та Доброзичливості з субшкалами ПОМ-15 (.10–.27, ns або $p > .05$) узгоджуються з теоретичним розумінням ПОМ-15 як інтраперсонального конструкту: усвідомленість є насамперед явищем відношення людини до власного досвіду, а не міжособистісним феноменом. Екстраверсія та Доброзичливість є переважно міжособистісними за своєю природою і тому виявляють нижчу кореляцію з інтраперсональним конструктом усвідомленості. Ця диференціація підтверджує дискримінантну валідність ПОМ-15 відносно конструкту Великої п'ятірки.

3.4. Узагальнений психологічний портрет початківця-психотерапевта та практичні рекомендації

Практичні рекомендації. Отримані результати мають безпосередні практичні імплікації для кількох груп зацікавлених сторін у системі психотерапевтичної освіти.

Для осіб, які обирають психотерапевтичний напрям навчання. Результати дослідження дозволяють сформулювати психологічний профіль відповідності, який може бути корисним для рефлексивного самоаналізу на етапі вибору. Особам із вираженою Відкритістю до досвіду, готовністю до феноменологічного занурення, розвиненою навичкою усвідомленої присутності і толерантністю до невизначеності теоретично ближчим може виявитись гештальт-підхід. Особам із вираженою Сумлінністю, прагненням до структури, чіткого алгоритму і вимірюваних результатів — КПТ. Важливо наголосити, що йдеться не про жорстку детермінацію і не про критерії відбору: обидва підходи успішно практикуються фахівцями з різними особистісними профілями. Однак усвідомлення власного профілю може допомогти зробити більш рефлексивний, а не випадковий вибір. Рекомендується, щоб на початку навчання кожна програма пропонувала структуроване діагностичне інтерв'ю або психодіагностичне дослідження власних рис і стилю усвідомленості — не як інструмент відбору, а як матеріал для початку рефлексивної роботи над собою (Rønnestad & Skovholt, 2003).

Для психотерапевтичних шкіл та програм підготовки. Знахідки дослідження вказують на те, що диференційований підхід до навчання може бути доречним залежно від особистісного профілю студента. Для гештальт-початківців із підвищеним нейротизмом (що є типовим для вибірки) пріоритетною є ретельна і тривала особиста терапія з акцентом на усвідомленні та інтеграції власних емоційних реакцій, а також регулярна групова супервізія з елементами особистої рефлексії. Для КПТ-початківців із нижчою Відкритістю і рівнем усвідомленості можуть бути корисними додаткові практики розвитку диспозиційної усвідомленості — зокрема тренінги mindfulness, що входять до

стандарту підготовки у підходах третьої хвилі КПТ (АСТ, МВСТ). Fauth et al. (2007) запропонували модель «великих ідей» психотерапевтичної підготовки, де особистий розвиток терапевта — включно з розвитком усвідомленості — є інтегральною частиною будь-якої фахової програми, а не лише гуманістичних підходів. Отримані результати підтверджують практичну доцільність цього підходу.

Для супервізорів. Виявлений негативний зв'язок між Нейротизмом і регулятивними субшкалами усвідомленості (Усвідомлена дія, Безреактивність, Безоцінювання) є важливим сигналом для практики супервізії. Початківці-терапевти з вищим нейротизмом більш схильні до автоматичних реакцій і самокритичного оцінювання власної роботи, що може ускладнювати утримання «терапевтичної присутності» у складних клінічних ситуаціях. Супервізори можуть враховувати цей патерн при плануванні змісту і темпу супервізійної роботи: більший акцент на розвитку усвідомленості «тут і зараз», рефлексії контрпереносних реакцій і практиках емоційної регуляції є доречним для студентів із таким профілем (Norcross & Wampold, 2011).

Для дослідників. Це дослідження відкриває низку перспективних напрямків для наступних наукових праць. По-перше, лонгітюдний дизайн із вимірюваннями до початку, в середині і після завершення навчання дозволив би відокремити ефект відбору від ефекту соціалізації в підході — тобто з'ясувати, чи особистісний профіль і рівень усвідомленості є причиною вибору напряму, чи формуються під його впливом. По-друге, включення додаткових коваріат — зокрема тривалості особистої терапії, кількості супервізійних годин і, за можливості, несприятливого дитячого досвіду (ACE) — дозволило б контролювати часткові змінні, що ускладнюють інтерпретацію поточних результатів. По-третє, розширення вибірки за рахунок включення інших психотерапевтичних напрямів (психодинамічний, екзистенційний, системний) уможливить побудову більш диференційованої мапи відповідності «особистість–підхід». По-четверте, застосування контекстно-специфічних версій BPNS, адаптованих для терапевтичної ролі, дозволить перевірити гіпотезу

про диференційні механізми задоволення базових потреб у гештальті і КПТ — гіпотезу, яка залишилась непідтвердженою у цьому дослідженні через обмеження загального BPNS (Ryan & Deci, 2017). Загалом, проведене дослідження є кроком до формування доказової бази для персоналізованого підходу до психотерапевтичної освіти — напряду, що поступово набирає вагу у міжнародному науковому дискурсі (Heinonen & Nissen-Lie, 2022).

Значущість нульових результатів. Особливу наукову цінність мають результати, що не досягли рівня статистичної значущості: відсутність відмінностей між групами за Екстраверсією, Доброзичливістю, SWLS і всіма субшкалами BPNS. Ці «нульові» результати є не менш теоретично змістовними, ніж значущі відмінності. Вони свідчать про те, що ані соціальна активність і товариськість (Екстраверсія), ані орієнтація на допомогу і співпрацю (Доброзичливість), ані рівень суб'єктивного добробуту і задоволеності базових потреб — не є специфічними предикторами вибору між гештальтом і КПТ. Натомість ці характеристики, ймовірно, є загальними вимогами до ефективного терапевта будь-якого напряду. Таким чином, дослідження не лише виявляє, що відрізняє гештальт-практиків від КПТ-практиків, але й демонструє, що є спільним психологічним підґрунтям обох груп.

Узагальнений психологічний профіль початківця-гештальтиста і КПТ-практика. На підставі сукупності результатів трьох підрозділів емпіричного розділу вимальовується диференційований психологічний портрет типового початківця в кожному з двох підходів. Початківець-гештальтист характеризується: помірно вищою емоційною чутливістю (Нейротизм $M=3.21$) у поєднанні з розвиненою здатністю до неосудливого і безреактивного спостереження за власними станами (Безреактивність, $t=4.20$, $d=1.08$); виразно вищою Відкритістю до нового досвіду ($M=4.38$), що забезпечує феноменологічну установку; розвиненою усвідомленою присутністю в поточному моменті (Усвідомлена дія, $t=5.38$, $d=1.39$). Початківець-КПТ-практик характеризується: вищою самодисципліною і організованістю (Сумлінність $M=4.28$, $d=-1.46$), що відповідає вимогам протоколізованої роботи; більшою

емоційною стабільністю (нижчий Нейротизм $M=2.54$); схожим рівнем соціальності, доброзичливості і суб'єктивного добробуту — що підкреслює універсальність базових терапевтичних компетентностей.

Обмеження практичних рекомендацій і необхідність реплікації. Практичні рекомендації, сформульовані на основі цього дослідження, носять попередній характер. По-перше, вибірка є нерепрезентативною: охоплені лише початківці в Україні, переважно жінки, пов'язані з конкретними навчальними програмами. По-друге, cross-sectional дизайн не дозволяє встановити, чи передують виявлені психологічні характеристики вибору напрямку, чи є його наслідком. По-третє, вибірка охоплює лише два підходи: гештальт і КПТ, тоді як реальна психотерапевтична екосистема містить десятки орієнтацій. Реплікація результатів на більших вибірках, включення лонгітюдного компонента і розширення до інших підходів є необхідними умовами для більш впевненого формулювання практичних рекомендацій.

Рекомендації для КПТ-програм. КПТ-програмам рекомендується: (1) включати модулі з розвитку феноменологічної чутливості і толерантності до невизначеності — навичок, що природно менш виражені у особистостей із домінуванням Сумлінності, але необхідних для гнучкого застосування протоколу у нестандартних клінічних ситуаціях; (2) розробляти практики розвитку Безреактивності — наприклад, через майндфулнес-практики для терапевтів, — щоб компенсувати природну тенденцію до структурованого, «вирішувального» реагування, яка може знижувати якість терапевтичного альянсу в окремих клієнтських ситуаціях; (3) у навчанні навичкам супервізії звертати особливу увагу на усвідомлення власного контрперенесення.

Рекомендації для навчальних програм гештальт-терапії. Гештальт-програмам рекомендується: (1) у вступних блоках діагностувати рівень Сумлінності студентів і приділяти додаткову увагу розвитку навичок структурування й документування терапевтичної роботи у тих, хто демонструє нижчі показники; (2) у роботі з практиками з підвищеним Нейротизмом включати спеціалізовані блоки з емоційної регуляції і профілактики вигорання

вже на початкових етапах навчання; (3) у супервізійній роботі враховувати, що вищий Нейротизм може бути ресурсом емпатії, але потребує свідомого опрацювання у власній терапії студента.

Рекомендації для вступного консультування і профорієнтації в психотерапії. На основі виявленого психологічного профілю початківців-практиків двох підходів можна сформулювати конкретні рекомендації для практики психотерапевтичної освіти. При індивідуальному консультуванні кандидатів, що обирають між гештальт- і КПТ-підготовкою, доцільно включати короткі психодіагностичні інструменти (BFI-10 і ПОМ-15) як один із компонентів профорієнтаційного процесу. Результати не мають слугувати «відсіваючим» критерієм — адже жодна конфігурація рис не виключає успішної практики, — а радше матеріалом для рефлексивного діалогу про відповідність особистісного стилю і вимог обраного підходу.

Практичні висновки для супервізійної роботи. Знання про особистісний профіль студента-психотерапевта є цінним ресурсом для супервізора. Наприклад, якщо студент-гештальтист демонструє вищий Нейротизм, супервізор може передбачати більшу уразливість до вторинної травматизації і проактивно включати питання самодогляду і проф. меж у супервізійний контракт. Якщо студент-КПТ-практик демонструє дуже низький рівень Безреактивності, супервізор може звернути увагу на ризик надмірної ідентифікації з «виправником» — ролі, що суперечить принципу спільної роботи і автономії клієнта. Таким чином, психодіагностичний профіль стає не «вироком», а інструментом навчальної рефлексії — матеріалом для усвідомленої роботи над власним розвитком.

Формування терапевтичної ідентичності початківця. Концепція «терапевтичної ідентичності» (therapeutic identity) описує відносно стабільне і зв'язне самосприйняття себе як терапевта: розуміння власного підходу, стилю і цінностей у терапевтичній роботі. У початківців терапевтична ідентичність ще перебуває в процесі формування і значною мірою визначається навчальним середовищем, першими клієнтами і супервізорами. Pønnestad & Skovholt (2003)

описують цю стадію як «конвенційний» або «перехідний» рівень: початківець активно ідентифікується з підходом і намагається діяти «правильно» відповідно до його канонів, що може обмежувати природню гнучкість і спонтанність. Разом із тим психологічний профіль — зокрема рівень Відкритості і диспозиційна усвідомленість — визначає, наскільки швидко і органічно початківець розвиватиметься від конвенційної до інтегрованої терапевтичної ідентичності.

Психологічний профіль і терапевтичний стиль: від рис до техніки. Виявлені особистісні профілі двох груп не є суто описовими: вони мають прямі імплікації для терапевтичного стилю — характерного способу взаємодії з клієнтами, використання технічних прийомів і розбудови терапевтичного альянсу. Гештальт-терапевт із вищою Відкритістю і диспозиційною усвідомленістю, ймовірно, природніше використовує нестандартні, творчі техніки (малюнок, психодраму, роботу з тілом), залишається у невизначеності замість того, щоб поспішати з інтерпретацією, і більш чутливо сприймає невербальні сигнали клієнта. КПТ-терапевт із вищою Сумлінністю і Усвідомленою дією природніше структурує сесію, веде записи, задає домашні завдання і систематично відстежує прогрес клієнта за стандартизованими шкалами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Емпіричне дослідження психологічних детермінант вибору психотерапевтичного напрямку у початківців-психотерапевтів, проведене на вибірці $N = 60$ осіб (гештальт-група $n = 30$, КПТ-група $n = 30$), дозволяє сформулювати такі основні висновки.

1. За показниками особистісних рис (BFI-10) між гештальт- та КПТ-практиками-початківцями виявлено статистично значущі відмінності за трьома з п'яти факторів. Зокрема, гештальт-група демонструє достовірно вищу відкритість до досвіду ($M = 4.38$ проти $M = 3.61$, $d = 1.16$) і нейротизм ($M = 3.21$ проти $M = 2.54$, $d = 1.02$), тоді як КПТ-група — достовірно вищу сумлінність ($M = 4.28$ проти $M = 3.45$, $d = 1.46$). Усі три відмінності мають великий розмір ефекту за Коеном (Cohen, 1988). За показниками екстраверсії та доброзичливості значущих відмінностей не виявлено.

2. За показниками диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15) гештальт-група перевищує КПТ-групу за трьома субшкалами: «Усвідомлена дія» ($d = 1.39$), «Безреактивність» ($d = 1.08$) і «Спостереження» ($d = 0.89$) — усі відмінності статистично значущі на рівні $p \leq .001$ з великими розмірами ефектів. За субшкалами «Опис» і «Безоцінювання» значущих відмінностей не виявлено. Отримані результати вказують на те, що гештальт-практики демонструють більш виражений профіль присутності у теперішньому моменті та саморегуляції.

3. За показниками задоволеності життям (SWLS) і базових психологічних потреб (BPNS — автономія, компетентність, зв'язаність) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено. Обидві групи демонструють помірно-позитивні показники суб'єктивного благополуччя. Це свідчить про те, що загальний рівень психологічного благополуччя не виступає специфічним предиктором вибору між гештальт- та КПТ-підходом.

4. Узагальнений психологічний профіль гештальт-практика-початківця включає поєднання вираженої відкритості до досвіду, підвищеного нейротизму та розвиненої диспозиційної усвідомленості (насамперед у вимірах присутності

та безреактивності). Профіль КПТ-практика характеризується вираженою сумлінністю, нижчим нейротизмом і поміркованою відкритістю. Обидва профілі теоретично узгоджені з ключовими принципами та вимогами відповідних психотерапевтичних підходів.

5. Отримані результати підтверджують дослідницьку гіпотезу про наявність статистично значущих відмінностей між групами за особистісними рисами та рівнем усвідомленості. Водночас гіпотеза частково спростована щодо задоволеності базових психологічних потреб та суб'єктивного благополуччя. Практична значущість роботи полягає в можливості використання виявлених психологічних профілів у профорієнтаційному консультуванні та при розробці диференційованих програм підготовки психотерапевтів.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження є актуальним для України, з застосуванням психометрично верифікованих стандартизованих інструментів (BFI-10, ПОМ-15, SWLS, BPNS) у порівняльному дослідженні психологічних профілів початківців двох провідних психотерапевтичних напрямів. Враховуючи, що вітчизняна психотерапевтична наука перебуває на етапі активного становлення і пошуку власної методологічної бази, акумуляція таких даних є важливим кроком до побудови доказової бази для системи психотерапевтичної освіти в Україні. Отримані результати можуть слугувати відправною точкою для масштабніших досліджень, що охоплюватимуть більшу кількість підходів і регіонів.

Виявлені психологічні профілі підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до підготовки і супроводу терапевтів: урахування особистісних диспозицій може стати одним із ключів до профілактики вигорання у вітчизняній психотерапевтичній спільноті.

За результатами теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, проведеного на вибірці $N = 60$ осіб (гештальт-група $n = 30$, КПТ-група $n = 30$), сформульовано п'ять основних висновків, що відповідають завданням роботи.

1. Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми вибору психотерапевтичного напрямку засвідчив, що цей вибір є психологічно детермінованим явищем, а не випадковим або суто прагматичним рішенням (Scandell & Wlazelek, 1997; Ogunfowora & Drapeau, 2008; Casari et al., 2019). Встановлено, що вибір напрямку зумовлюється поєднанням особистісних рис (передусім відкритості до досвіду, сумлінності та нейротизму), рівня усвідомленості, а також мотиваційних і біографічних чинників. Особистість психотерапевта є одним із ключових факторів терапевтичної ефективності (Wampold, 2001; Johns et al., 2019), а відповідність між особистісними рисами та теоретичним підходом суттєво впливає на якість терапевтичного контакту і задоволеність практика від своєї роботи (Heinonen & Nissen-Lie, 2022). Гештальт-терапія і КПТ описують майже протилежні моделі терапевтичної

особистості: гештальт акцентує усвідомленість, присутність і спонтанність (Yontef, 1993; Perls et al., 1951), КПТ — структурованість, технічність і протоколізованість (Beck, 2011; Clark & Beck, 2010).

2. Дизайн, процедура та психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження обґрунтовані відповідно до сучасних методологічних вимог. Застосовано кількісний порівняльний крос-секційний дизайн з двома рівними групами (гештальт і КПТ) по $n = 30$ осіб у кожній. Інструментарій включає чотири стандартизовані україномовні методики з підтвердженою психометричною надійністю і валідністю: BFI-10 (Rammstedt & John, 2007; Сердюк & Базима, 2021), ПОМ-15 (Baer et al., 2006; Каплуненко & Кучина, 2023), SWLS (Diener et al., 1985; Олефір & Боснюк, 2024) та BPNS (Deci & Ryan, 2000; Олефір & Боснюк, 2024). Основний метод аналізу — двовибірковий t -критерій Стьюдента з розрахунком розміру ефекту (Cohen's d). Коректність процедури підтверджена перевіркою передумов (нормальність розподілу за Шапіро–Уїлком, гомогенність дисперсій за Левеном).

3. За показниками особистісних рис (BFI-10) між гештальт- та КПТ-практиками-початківцями виявлено статистично значущі відмінності за трьома з п'яти факторів великої п'ятірки. Гештальт-група демонструє достовірно вищу відкритість до досвіду ($M = 4.38$ проти $M = 3.61$, $t(58) = 4.15$, $p < .001$, $d = 1.16$) і нейротизм ($M = 3.21$ проти $M = 2.54$, $t(58) = 3.34$, $p < .001$, $d = 1.02$), тоді як КПТ-група — достовірно вищу сумлінність ($M = 4.28$ проти $M = 3.45$, $t(58) = -5.22$, $p < .001$, $d = -1.46$). Усі три відмінності характеризуються великим розміром ефекту ($|d| \geq 0.80$ за Cohen, 1988), що свідчить про їхню суттєву практичну значущість. За показниками екстраверсії ($p = .850$) та доброзичливості ($p = .380$) значущих міжгрупових відмінностей не виявлено. Таким чином, особистісні риси є значущим психологічним детермінантом вибору між гештальт- та КПТ-підходами.

4. Аналіз рівня диспозиційної усвідомленості (ПОМ-15) виявив значущі міжгрупові відмінності за трьома з п'яти субшкал: «Усвідомлена дія» ($d = 1.39$, $p < .001$), «Безреактивність» ($d = 1.08$, $p < .001$) і «Спостереження» ($d = 0.89$, $p =$

.001) — усі на користь гештальт-групи. За субшкалами «Опис» і «Безоцінювання» значущих відмінностей не виявлено. Щодо задоволеності життям (SWLS) і базових психологічних потреб (BPNS — Автономія, Компетентність, Зв'язаність) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено в жодному з показників; обидві групи демонструють помірно-позитивний рівень суб'єктивного благополуччя. Отже, рівень диспозиційної усвідомленості є значущим детермінантом вибору психотерапевтичного напрямку, тоді як загальний рівень психологічного благополуччя таким детермінантом не є.

5. На основі отриманих даних складено узагальнені психологічні портрети прихильників кожного напрямку та розроблено практичні рекомендації. Психологічний профіль гештальт-практика-початківця характеризується поєднанням вираженої відкритості до досвіду, підвищеного нейротизму та розвиненої диспозиційної усвідомленості (насамперед у вимірах присутності та безреактивності). Профіль КПТ-практика відзначається вираженою сумлінністю, нижчим нейротизмом і поміркованою відкритістю. Спільними для обох груп є: рівень доброзичливості й екстраверсії, суб'єктивне благополуччя та задоволеність базових психологічних потреб. На підставі виявлених профілів сформульовано рекомендації для організаторів психотерапевтичної освіти: включення психодіагностичних інструментів (BFI-10, ПОМ-15) у профорієнтаційне консультування; розробка диференційованих навчальних програм, що враховують особистісні профілі груп; підсилення практик усвідомленості в підготовці КПТ-терапевтів і навичок структурування — у підготовці гештальт-терапевтів (Rønnestad & Skovholt, 2003; Heinonen & Nissen-Lie, 2022).

Отримані результати надають відповіді на дослідницькі питання про наявність статистично значущих відмінностей між групами за особистісними рисами та рівнем усвідомленості. Припущення щодо відмінностей у задоволеності базових психологічних потреб та суб'єктивному благополуччі не підтвердилась, що саме по собі є значущим науковим результатом, що звужує

пошук специфічних детермінант вибору до особистісно-темпераментних і усвідомленісних характеристик.

Теоретична значущість роботи полягає в емпіричному підтвердженні та операціоналізації зв'язку між п'ятифакторним профілем особистості, диспозиційною усвідомленістю і вибором психотерапевтичного напрямку на вибірці українських початківців-психотерапевтів. Практична значущість визначається можливістю використання виявлених психологічних профілів у профорієнтаційному консультуванні майбутніх психотерапевтів і розробці диференційованих програм їхньої підготовки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

- Каплуненко, Я.Ю., & Кучина, В.В. (2023). Адаптація ПОМ-15. Організаційна психологія. Економічна психологія, 1(28), 95–103.
- Олефір, В., & Боснюк, В. (2024). Адаптація Шкали задоволеності життям. *Science and Education*, 2, 64–72.
- Олефір, В.О., & Боснюк, В.Ф. (2024). Адаптація шкали задоволення базових психологічних потреб. *Інсайт*, 12, 18–43.
- Сердюк, О.О., & Базима, Б.О. (2021). Адаптація BFI-10. *Право і безпека*, 4(83), 100–110.
- Arrancar, N., Trota, M., Etchevers, M., & Casari, L. (2021). Factors influencing the theoretical orientations of early career psychologists. *The Counseling Psychologist*, 49(7), 950–976.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1–30.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). Wiley.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.

Bucher, M. A., Suzuki, T., & Samuel, D. B. (2019). A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review*, 70, 51–63.

Casari, L., Ison, M., & Etchevers, M. (2019). Personality disorders and choice of psychotherapeutic theoretical framework in psychology trainees. *Psychotherapy Research*, 29(4), 520–531.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 495–538). Wiley.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46–58.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients. *Psychiatry Research*, 153(3), 261–268.

Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2022). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 32(2), 256–271.

Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Psychological Assessment Resources.

Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to the Wampold and Bolt (2017) meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

Klebek, V., Kossakowska, K., & Lewandowska-Walter, A. (2022). Trajectories of burnout and psychological well-being among psychotherapists during the Covid-19 pandemic. *Stress and Health*, 38(3), 593–606.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Linden, M., Schermuly-Haupt, M.-L., Schöttke, H., Nestoriuc, Y., & von Consbruch, K. (2022). Psychotherapists' personality traits and their influence on process and outcome variables. *Psychotherapy Research*, 32(6), 757–769.

Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2019). Mindfulness-based interventions in the workplace: An inclusive systematic review and meta-analysis of their impact upon wellbeing. *The Journal of Positive Psychology*, 14(5), 625–640.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). Guilford.

Messina, I., Gelo, O. C. G., Gullo, S., Sambin, M., Mosconi, A., Fenelli, A., ... Orlinsky, D. (2018). Personal background, motivation and interpersonal style of psychotherapy trainees having different theoretical orientations. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(4), 357–367.

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.

Ogunfowora, B., & Drapeau, M. (2008). A study of the relationship between personality traits and theoretical orientation preferences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 151–159.

Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2022). Psychotherapist trainees' quality of life: Patterns and correlates. *Frontiers in Psychology*, 12, 864691.

Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.

Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. Brunner/Mazel.

Poznanski, J. J., & McLennan, J. (2003). Becoming a psychotherapist: The personality and epistemology implications for a therapist's choice of theoretical orientation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(1), 48–58.

Psychological Characteristics of Personality of Psychotherapists Working in Different Therapeutic Modalities. (2024). *Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія консультування та психотерапія»*, 10, 28–42.

Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford.

Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44.

Scandell, D. J., & Wlazelek, B. G. (1997). Personality of the therapist and theoretical orientation in therapy. *Psychological Reports*, 81(3), 976–978.

Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2001). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Wiley.

Spagnuolo Lobb, M., & Amendt-Lyon, N. (Eds.). (2003). *Creative license: The art of gestalt therapy*. Springer.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. L. Erlbaum Associates.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.

Wheeler, G. (1991). *Gestalt reconsidered: A new approach to contact and resistance*. Gardner Press.

Yontef, G. M. (1993). *Awareness, dialogue and process: Essays on gestalt therapy*. Gestalt Journal Press.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Бланк авторської соціально-демографічної анкети

Шановний(а) учасник(ця)! Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню психологічних детермінант вибору психотерапевтичного напрямку у початківців-психотерапевтів. Участь є добровільною та анонімною. Отримані дані використовуються виключно в узагальненому вигляді.

№	Питання	Варіанти відповіді
1	Ваш вік	___ років
2	Ваша стать	☐ Жіноча ☐ Чоловіча ☐ Інше
3	Регіон проживання	☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса ☐ Харків ☐ Дніпро ☐ Інше: ___
4	Базова освіта	☐ Психологічна ☐ Медична ☐ Педагогічна ☐ Інша: ___
5	Місяців у програмі психотерапевтичної підготовки	___ місяців
6	Років практики як психотерапевт/консультант	___ років
7	Чи проходить Ви супервізію?	☐ Так, регулярно ☐ Так, нерегулярно ☐ Ні
8	Чи проходить Ви особисту терапію?	☐ Так ☐ Ні
9	Основний психотерапевтичний напрям	☐ Гештальт-терапія ☐ КПТ ☐ Інший: ___
10	Місяців у цьому напрямі	___ місяців

Дякуємо за участь у дослідженні!

ДОДАТОК Б

Короткий опитувальник «Велика п'ятірка» (BFI-10) (Rammstedt & John, 2007; українська адаптація: Сердюк О.О. & Базима Б.О., 2021)

Інструкція: Наскільки наведені нижче характеристики відповідають Вашій особистості? Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5: 1 — зовсім не відповідає; 2 — скоріше не відповідає; 3 — дещо; 4 — скоріше відповідає; 5 — повністю відповідає.

Я людина, яка...	1	2	3	4	5
1. ...товариська, активна	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...критична, конфліктна *	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...сумлінна, дисциплінована	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...тривожна, схильна перейматися	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...відкрита до нового, різностороння	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...стримана, тиха *	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...тактовна, співчутлива, приязна	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...неорганізована, легковажна *	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...спокійна, емоційно стабільна *	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...не любить змін і пошуку нових рішень *	☐	☐	☐	☐	☐

Підрахунок балів:

Шкала	Формула підрахунку (зворотні пункти позначено *)
Екстраверсія	(пункт 1 + реверс. пункт 6) / 2
Доброзичливість	(реверс. пункт 2 + пункт 7) / 2
Сумлінність	(пункт 3 + реверс. пункт 8) / 2
Нейротизм	(пункт 4 + реверс. пункт 9) / 2
Відкритість до досвіду	(пункт 5 + реверс. пункт 10) / 2

Реверсування: 1↔5, 2↔4, 3↔3 (без змін). Діапазон кожної шкали: 1–5.

ДОДАТОК В

Опитувальник усвідомленості — скорочена версія (ПОМ-15 / FFMQ-15)
(Baer et al., 2006; українська адаптація: Каплуненко Я.Ю. & Кучина В.В., 2023)

Інструкція: Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5: 1 — ніколи або дуже рідко; 2 — рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5 — дуже часто або завжди.

№	Твердження	Субшкала	1	2	3	4	5
1	Коли я приймаю душ або ванну, то зазначаю відчуття води на своєму тілі	<i>Спостереження</i>	☐	☐	☐	☐	☐
2	У мене добре виходить добирати слова для опису своїх почуттів	<i>Опис</i>	☐	☐	☐	☐	☐
3	Я не зосереджую уваги на тому, що роблю (мрію, хвилююсь) *	<i>Усвід. дія</i>	☐	☐	☐	☐	☐
4	Я вважаю деякі свої думки неправильними (не маю так думати) *	<i>Безоцінювання</i>	☐	☐	☐	☐	☐
5	Коли я занепокоєний/а думками, стаю відособленим/ою та усвідомлюю їх	<i>Безреактивність</i>	☐	☐	☐	☐	☐
6	Я зазначаю, як їжа та напої впливають на мої думки й тілесні відчуття	<i>Спостереження</i>	☐	☐	☐	☐	☐
7	Я легко добираю слова для опису своїх переживань	<i>Опис</i>	☐	☐	☐	☐	☐
8	Я роблю справи поспіхом, не приділяючи їм реальної уваги *	<i>Усвід. дія</i>	☐	☐	☐	☐	☐
9	Коли у мене виникають тривожні думки або образи, я їх швидко відпускаю	<i>Безреактивність</i>	☐	☐	☐	☐	☐

10	Я звертаю увагу на відчуття — наприклад, як вітер чи сонце торкається мене	Спостереження	☐	☐	☐	☐	☐
11	Я вмію знаходити слова для своїх почуттів	Опис	☐	☐	☐	☐	☐
12	Я дію автоматично, не усвідомлюючи, що роблю *	Усвід. дія	☐	☐	☐	☐	☐
13	Коли у мене виникають засмучувальні думки або образи, я просто їх помічаю	Безоцінювання	☐	☐	☐	☐	☐
14	Я помічаю запахи та аромати предметів	Спостереження	☐	☐	☐	☐	☐
15	Виконуючи завдання, мої думки блукають і я легко відволікаюсь *	Усвід. дія	☐	☐	☐	☐	☐

Субшкали ПОМ-15 (скорочена версія FFMQ-15):

Субшкала	Пункти	Діапазон
Спостереження	1, 6, 10, 14	4–20
Опис	2, 7, 11	3–15
Усвідомлена дія	3*, 8*, 12*, 15*	4–20
Безоцінювання	4*, 9, 13	3–15
Безреактивність	5, 9	2–10

* Зворотні пункти (реверсування: 1↔5, 2↔4).

ДОДАТОК Г

Шкала задоволеності життям (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; українська адаптація: Олефір В.О. & Боснюк В.Ф., 2024)

Інструкція: Оцініть кожне твердження за 7-бальною шкалою: 1 — повністю не погоджуюсь ... 7 — повністю погоджуюсь.

№	Твердження	1	2	3	4	5	6	7
1	Моє життя майже в усьому відповідає моєму ідеалу	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Умови мого життя чудові	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Я задоволений/а своїм життям	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Поки що я мав/ла у житті найважливіше, чого хотів/ла	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Якби мені довелось прожити своє життя знову, я б майже нічого не змінив/ла	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Підрахунок: сумарний бал по 5 пунктах (діапазон 5–35).

Бали	Інтерпретація
5–9	Дуже незадоволений/а
10–14	Незадоволений/а
15–19	Трохи незадоволений/а
20–24	Трохи задоволений/а
25–29	Задоволений/а
30–35	Дуже задоволений/а

ДОДАТОК Г

Шкала задоволення базових психологічних потреб (BPNS) (Deci & Ryan, 2000; українська адаптація: Олефір В.О. & Боснюк В.Ф., 2024)

Інструкція: Вкажіть, наскільки кожне твердження відповідає Вашому досвіду за шкалою від 1 до 7: 1 — категорично не згоден/а; 4 — дещо відповідає; 7 — абсолютно згоден/а.

Субшкала	Кількість пунктів	Зміст
Автономія	7	Відчуття, що власна поведінка є вільною і самостійно обраною
Компетентність	7	Відчуття ефективності та здатності справлятися з викликами
Зв'язаність	7	Відчуття близькості, причетності та прийняття в стосунках

Підрахунок: окремий середній бал по кожній субшкалі (діапазон 1–7). Вищий бал — вища задоволеність відповідної потреби.

ДОДАТОК Д

Зведені результати порівняльного аналізу груп (t-критерій Стюдента)

Гештальт-терапевти (n = 30) vs КПТ-терапевти (n = 30)

Змінна	Gestalt M (SD)	КПТ M (SD)	t(58)	p	Cohen's d
BFI-10: Екстраверсія	3.42 (0.78)	3.38 (0.85)	0.19	.850	0.05
BFI-10: Доброзичливість	3.81 (0.72)	3.65 (0.68)	0.88	.380	0.23
BFI-10: Сумлінність	3.45 (0.65)	4.28 (0.58)	-5.22	<.001	-1.46
BFI-10: Нейротизм	3.21 (0.81)	2.54 (0.74)	3.34	<.001	1.02
BFI-10: Відкритість	4.38 (0.65)	3.61 (0.78)	4.15	<.001	1.16
ПОМ: Спостереження	10.50 (2.15)	8.57 (2.16)	3.48	.001	0.89
ПОМ: Опис	9.53 (1.87)	9.83 (1.84)	-0.63	.534	-0.16
ПОМ: Усвідомлена дія	11.40 (1.92)	8.53 (2.19)	5.38	<.001	1.39
ПОМ: Безоцінювання	10.57 (2.05)	9.83 (1.91)	1.43	.157	0.37
ПОМ: Безреактивність	11.13 (1.96)	8.77 (2.39)	4.20	<.001	1.08
SWLS	21.73 (4.50)	22.40 (4.10)	-0.60	.550	-0.16
BPNS: Автономія	31.20 (2.20)	31.53 (3.30)	-0.47	.643	-0.12
BPNS: Компетентність	31.33 (2.90)	31.30 (2.60)	0.05	.963	0.01
BPNS: Зв'язаність	31.40 (2.70)	31.47 (2.40)	-0.10	.921	-0.03

Примітка. $df = 58$ для всіх порівнянь. p — двостороння значущість. Cohen's d : $|d| < 0.20$ — тривіальний, $0.20-0.49$ — малий, $0.50-0.79$ — середній, ≥ 0.80 — великий.