



УДК 159.98

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ТЕРАПЕВТА ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТА

Кузьо О.Б., к. психол. н.,
доцент кафедри психології

Львівський державний університет внутрішніх справ

У статті виокремлено основні критерії, що допомагають дослідити спільне та відмінне в професійній діяльності когнітивно-поведінкового психотерапевта та гештальт-терапевта. Здійснено порівняльний аналіз моделей надання психотерапевтичної допомоги методом когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова психотерапія, гештальт-терапія, психокорекція, модель психотерапевтичної допомоги, професійна діяльність психотерапевта.

В статье выделены основные критерии, помогающие исследовать общее и отличное в профессиональной деятельности когнитивно-поведенческого психотерапевта и гештальт-терапевта. Осуществлен сравнительный анализ моделей оказания психотерапевтической помощи методом когнитивно-поведенческой терапии и гештальт-терапии.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, гештальт-терапия, психокоррекция, модель психотерапевтической помощи, профессиональная деятельность психотерапевта.

Kuzo O.B. COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPIST VS. GESTALT THERAPIST, COMPARATIVE ANALYSIS OF THEIR PROFESSIONAL ACTIVITY

The article outlines the main criteria that help to explore the differences and similarities in the professional activity of the cognitive-behavioural therapist and gestalt therapist. The comparative analysis of the models that provide psychotherapeutic assistance by means of cognitive-behavioural therapy and gestalt therapy is accomplished.

Key words: cognitive-behavioural therapy, gestalt therapy, psychocorrection, model of psychotherapeutic assistance, professional activity of the therapist.

Постановка проблеми. На сучасному етапі реформування системи охорони психічного здоров'я, коли багато важливих запитань постає довкола проблеми стандартів підготовки психотерапевтів та можливих їх регуляторів [12], а також у контексті вибору молодими фахівцями того чи іншого психотерапевтичного шляху, цікавою може видатися спроба порівняння професійної діяльності когнітивно-поведінкового психотерапевта та гештальт-терапевта. Хочемо зазначити наперед, що в цій статті поняття «психотерапія» розглядається, з огляду на західну модель його розуміння, що є тотожним вітчизняним «психокорекційним процесам».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасну епоху стрімких змін та розвитку у найрізноманітніших сферах життя психотерапія динамічно розвивається. Існує понад 300 психотерапевтичних методів [12]. Разом із тим методологічні дослідження в психотерапевтичній сфері засвідчують, що в процесі надання допомоги клієнту терапевти дедалі частіше використовують знання і навички різних напрямів, а не лише одного. Такі знання терапевти намагаються інтегрувати у свою модель професійної діяльності. Чимало спеціалістів нині отри-

мують освіту за кількома напрямками психотерапії. Г. Маскольє стверджує: «Догматичні протиріччя між різними течіями бліднуть <...>» [5, с. 98], однак кожен із напрямів водночас зберігає свою ідентичність (не вкрай важливо відстоювати її тотожність єдиним правилам, дедалі більше з'являється діалогів та інтегративних поглядів). За змістом, сесії спеціалістів різних напрямів часто є дуже схожими. Відмінності з'являються в тому місці, коли справа стосується розуміння теоретичних моделей, на які вони спираються. «І хоча психотерапевтичні напрями мають низку спільних факторів впливу, вони різняться моделями пояснення психічних порушень та відповідними шляхами і прийомами терапії», – зазначається в інтерв'ю з лікарем-психотерапевтом О. Романчуком [12]. Кожен із напрямів може мати свої привілеї під час роботи з певними труднощами. Однак наша ідентичність має бути ширшою, ніж приналежність до того чи іншого напрямку. Багато фахівців мають по кілька терапевтичних освіт, та завдання полягає в тому, щоб перетворити набір знань на інтегративну модель власної професійної ідентичності.

Дослідження, які б висвітлювали тему порівняння цих двох психотерапевтичних

напрямів, зустрічаються у науковій літературі вкрай рідно. Можливо, це зумовлено і темою «розщеплення» академічної та практичної психології [7, с. 90–92]: фахівці, які працюють із реальними проблемами, не завжди готові до публікацій у наукових виданнях, в той час, коли науковці бачать проблему виключно з теоретичного боку. Деякі спроби порівняння гештальт-терапії та когнітивно-поведінкової терапії здійснила С. Локхарт [17]. Публікації про методологію окремого психотерапевтичного напрямку є доволі багато (А. Бек, Дж. Бек, Д. Вестбрук тощо в когнітивно-поведінковій терапії [1–3] та Ф. Перлз, С. Гінгер, М. Гонзаг, Ж.-М. Робін, Ф. Джойс, Д. Хломов, Л. Калітієвська в гештальт-терапії) [4–6; 10; 11; 13]. Пошук спільного та відмінного власне в цих психотерапевтичних напрямках зумовлений особистісною професійною приналежністю до них та бажанням інтегрувати доволі різні теоретичні моделі в єдину модель власної професійної ідентичності.

Постановка завдання. На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає у порівнянні моделей надання психотерапевтичної допомоги методом когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії.

Виклад основного матеріалу дослідження. З метою об'єктивного порівняння двох доволі різних психотерапевтичних напрямків спробуємо зайняти нейтральну позицію. Плануємо здійснювати це порівняння за різними критеріями: мета, базова модель, позиція психотерапевта, очікування від клієнта, основні принципи, ставлення до несвідомого та переносу, психотерапевтичні втручання, результат терапії, моменти критики та ін. Сподіваємося, що вдасться витворити фундамент, який допоможе зрозуміти підґрунтя використання інтенсивних згаданих методів.

Когнітивно-поведінкова терапія, як і гештальт-терапія, в своїй основі мають феноменологічні принципи та толерантно ставляться до інтеграції інших терапевтичних та наукових напрямів (якщо вони не суперечать їх базовим положенням). Обидва напрями значну увагу приділяють наданим значенням, досвіду взаємодії та засадничо стоять на принципі «тут і тепер», минуле має зміст лише стосовно теперішнього. Більше цікавляться питаннями «Що?» і «Як?» замість «Чому?» [1; 4]. Основний акцент ставиться на самоусвідомленні, а не на дослідженні несвідомого [17]. Однак існують і суттєві відмінності, що стосуються поглядів на людську природу, психічне здоров'я та методологію.

Нижче виокремлено пункти для фокусованішого порівняння когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії (див. табл. 1). Для зручності введемо умовні скорочення: КПТ – когнітивно-поведінкова психотерапія та ГТ – гештальт-терапія.

1) *Мета.* Як засвідчує А. Бек, Д. Вестбрук та ін., у КПТ важливо сприяти розвитку реалістичного мислення, навчити клієнта усвідомлювати зв'язки між когніціями, емоціями, фізіологічними проявами та поведінкою для того, щоб знизити тривожні, депресивні та інші симптоми [1; 3]. Підхід КПТ зорієнтований на саму проблему, тоді як основною ціллю в гештальт-терапії є надання допомоги клієнту стосовно самоприйняття та довіри власному досвіду через усвідомлення того, що відбувається нині на різних, але водночас тісно пов'язаних між собою рівнях: тілесному, емоційному, когнітивному, соціальному та духовному (з акцентом на перші 2 рівні, а часом і без чіткого їх розмежування) [4].

2) *Модель надання психотерапевтичної допомоги* також є доволі різною. Клінічний варіант характерний для КПТ, де прописано конкретні діагнози та протоколи лікування тих чи інших розладів. Натомість, гештальт-терапія характеризується діалого-феноменологічною моделлю, де відсутні чіткі розмежування «хворий – здоровий», а поняття «норми» є доволі розмитим [3; 4].

3) *Несвідоме.* У КПТ поняття «несвідоме» не концептуалізовано, однак, як і в ГТ, йдеться, швидше, про передсвідоме (за певних зусиль може стати усвідомленим). У ГТ основна робота спрямована на розширення усвідомлення.

4) *Основні принципи.* Зупинимося більш детально на принципах, що використовуються в КПТ та ГТ. Д. Вестбрук наводить трактування основних принципів, на які у своїй роботі спираються когнітивно-поведінкові терапевти [3, с. 15–20]:

– *когнітивний принцип:* важливим у реакції на ситуацію є те значення, яке людина їй надає;

– *поведінковий принцип:* поведінка відіграє ключову роль у підтримці або у зміні психологічних станів;

– *принцип «тут і тепер»:* зосередженість на тому, що підтримує нині проблему, а не на тому, що могло б призвести до її виникнення багато років тому;

– *принцип інтерактивної системи:* проблеми треба розглядати як взаємодію між різними «системами» всередині людини (когніції, емоції, поведінка, фізіологія) та взаємодію з навколишнім середовищем;

– *принцип континууму психічної патології:* проблеми є перебільшеним або крайнім варіантом нормальних процесів;



– *емпіричний принцип*: наукові дослідження під час оцінювання теорії і методів лікування.

Деякі з цих принципів збігаються з положеннями, на яких базується гештальт-підхід. Наприклад: принцип «тут і тепер», суб'єктивного трактування ситуації, розглядання організму як цілісної системи тощо [9]. Однак у ГТ акцент зміщується в бік таких понять, як усвідомлення, переживань, власна відповідальність та спосіб побудови контакту.

– *Принцип «тут і тепер»*: акцент потрібно робити на теперішніх відчуттях, а не на минулому чи майбутньому;

– *принцип «Я – Ти»*: контакт з іншими дає змогу не лише пізнати Я іншого, але й зцілитися, що є природним прагненням особистості;

– *принцип суб'єктивності висловлювань*: клієнта заохочують говорити більше від себе, що дає йому змогу відчути себе у ролі активного суб'єкта;

– *принцип повної усвідомленості ситуації*: постійний самозвіт та усвідомлення того, що відбувається «тут і тепер».

5) *Позиція психотерапевта*. Когнітивно-поведінкові терапевти часто займають позицію «вчителів», намагаючись дотримуватись визначеної структури, хоча в основі лежать положення партнерських стосунків та використання сократівських запитань. Натомість, гештальт-терапевти залучені в безпосередні відносини з клієнтом та спираються на свої внутрішні реакції і переживання, дозволяють собі більше спонтанності. У КПТ терапевт дає певні знання та завдання (н-д: визначати частоту ситуацій, в яких ця поведінка повторюється), натомість, у ГТ терапевт має створити умови для усвідомлення клієнтом власних потреб через аналіз стосунків, повернення до тілесних проявів, емоцій. На відміну від КПТ, особистісне пропрацювання (власний досвід терапії) є обов'язковою умовою становлення фахівця в гештальт-терапії (важливо диференціювати внутрішні реакції, пов'язані з власними проблемами та переживання, які викликає кожен окремий клієнт).

6) *Перенос*. Якщо в КПТ поняття «перенос» не концептуалізовано, в ГТ перенос розглядається як порушення межі контакту, оскільки клієнт будує стосунки не з реальним терапевтом, а з тим образом, який на нього проектує [4–6].

7) *Вимоги і очікування від клієнта*. Як у КПТ, так і ГТ, важливою умовою праці є мотивація клієнта, можливість усвідомлювати та говорити про свої думки та емоції, а також їх розрізняти [3; 9]. Передбачається, що в ГТ клієнт має «перемкнутися» з раціоналізації на переживання: не настільки важливою

є вербалізація переживань, як готовність прийняти сам процес актуального переживання [8]. Натомість, у КПТ акцент ставиться на формуванні навичок відстежити та ставити під сумнів свої автоматичні думки (що могло б назватися в ГТ раціоналізацією).

8) *Процес змін*. У КПТ зміни відбуваються у процесі керованого відкриття [2; 3], тоді як у ГТ парадоксальна теорія змін говорить, що зміни можуть відбутися автоматично за умови, якщо настане момент усвідомлення, «ким я є насправді» [6; с. 61–62]. Теорію парадоксальних змін А.Р. Бейссер розумів таким чином: «Зміни відбуваються, коли людина стає тим, ким вона є, а не тоді, коли вона намагається стати тим, ким вона не є» [14, с. 70].

9) *Психотерапевтичні втручання*. У КПТ важливим інструментом роботи є доречне використання технік, що можуть стати у нагоді і по завершенню терапії [1–3]. У ГТ велике значення надається особистості психотерапевта та досвіду контактування з ним [4–6; 9–11; 13; 15], їх подальшій інтерналізації.

10) *Результатом психотерапії* в КПТ можна вважати те, що клієнт за допомогою психотерапевта вчиться долати труднощі та впоратися з «неправильним» сприйняттям себе та реальності [2; 3]. Тоді як у ГТ вирішальними є внутрішня свобода клієнта та усвідомлення відповідальності за власне життя [4; 9].

11) *Наукова доказовість*. КПТ славиться багаточисленними науковими дослідженнями, проведеними з метою перевірки власної ефективності [3]. Натомість, ГТ, швидше за все, є не менш ефективним методом, однак валідні наукові дослідження зустрічаються вкрай рідко.

12) *Моменти критики*. Незважаючи на багато міфів, які існують як довкола КПТ, так і ГТ, КПТ звинувачують у надмірній структурованості та проблемоорієнтованості (одні симптоми можуть змінюватися іншими). Тоді як ГТ у надмірній неструктурованості, залежності його ефективності від особистості психотерапевта.

У табл. 1 також наведено й інші цікаві критерії порівняння КПТ та ГТ (основна термінологія; базові моменти, що лежать в основі порушень; процес сесії; вимоги до підготовки фахівців).

У таблиці 1 подано спроби порівняння класичної КПТ та ГТ. На перший погляд, КПТ легше віднести до «раціональних» терапій, тоді як ГТ – до «емоційних», «психотілесних». КПТ підхід має в своїй основі медичну модель (конкретні діагнози, відповідність критеріям DSM, зорієнтованість на симптом та ін.). Натомість, Ф. Перлз (автор гештальт-те-

Таблиця 1

Порівняння особливостей когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії

Критерії	КПТ	ГТ
Мета	Знизити тривожні/депресивні симптоми. Психотерапевт вчить клієнта відповідних навичок та вмінь для самостійного подолання труднощів, які можуть виникнути у майбутньому	Довіряти власному досвіду (розширення зони самоусвідомлення), приймати себе, інтеграція. Терапевт допомагає клієнту віднайти своє автентичне Я, покращити стосунки з собою та іншими людьми
Модель	Клінічна/Медична (діагнози, протоколи)	Стосунків (діалого-феноменологічна)
Основна термінологія	«Дезадаптивні автоматичні думки», «когніції», «когнітивні спотворення (фільтри)», «глибинні переконання», «тригери»	«Фігура», «фон», «поле організм-середовище», «творче пристосування», «крива контакту», «механізми переривання контакту», «потреби»
В основі порушень	Неадаптивні когніції (дизфункційні думки)	Обмежена здатність індивіда до підтримки оптимальної рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції
Несвідоме	Розглядається, швидше, як передсвідоме	
Процес сесії/терапії	Структурований	Не структурований
Основні принципи	<ul style="list-style-type: none"> - Когнітивний принцип; - поведінковий принцип; - принцип «тут і тепер»; - принцип інтерактивної системи; - принцип континууму психічної патології; - емпіричний принцип 	<ul style="list-style-type: none"> - Принцип «тут і тепер»; - принцип «Я – Ти»; - принцип суб'єктивізації висловлювань; - принцип повної усвідомленості ситуації
Позиція психотерапевта	Партнерські стосунки: але як вчитель, що пропонує алгоритм «навчання»	Горизонтальні стосунки: терапевт створює необхідні умови для зростання, є каталізатором. Може бути в «незнанні» та не мати чіткого алгоритму дій. Заради цілісного розуміння проблеми клієнта важливо розуміти свої відчуття
Перенос	Не концептуалізується	Розглядається як порушення межі-контакту. Терапевт визнає його наявність, але не підтримує його розвитку, може працювати з ним у міру його виникнення
Очікування від клієнта	Мотивація клієнта, можливість говорити про свої думки та переживання	
	Готовність відстежити НАДи	Готовність прийняти актуальні переживання
Процес змін	Кероване відкриття	Парадоксальна теорія змін
Основні інструменти (психотерапевтичні втручання)	Техніки (когнітивні техніки, поведінкові експерименти, тілесні техніки, експеріментальні техніки).	Стратегії (процес), особистість психотерапевта. Робота з внутрішньою феноменологією та на межі-контакту
Результат терапії	Критичне переосмислення дійсності та сприйняття себе	<ul style="list-style-type: none"> - Внутрішня свобода клієнта; - Сприйняття себе як вирішальної фігури у формуванні та вирішенні власної проблеми; - Усвідомлення особистої відповідальності за власне життя; - Зміна поведінки
Вимоги до підготовки фахівців	Семінари: теорія та практичні навички, інтервізії, супервізії	Семінари: теорія та практичні навички, інтервізії, супервізії + ОСОБИСТИЙ ДОСВІД ПСИХОТЕРАПІЇ
Наукова доказовість методу	Ефективність зумовлена багаточисленними валідними та ґрунтовними науковими дослідженнями	Гештальт-терапія розглядається як творчий метод, мало досліджень ефективності та наукової обґрунтованості
Основні моменти критики	Метод занадто структурований, що не дає місця для творчості; метод є проблемноорієнтованим, а тому тимчасове покращення ситуації не призведе до глибинних змін	Метод занадто неструктурований, що робить його незрозумілим для багатьох клієнтів; терапія в основному залежить від особистості терапевта, а не психотерапевтичних технік; методу гештальт-терапії дуже важко навчитися



рапії) вважав, що його метод надто добрий, щоб до нього звертатися лише у разі хворіби чи відхилень [9], та провокаційно називав його «терапією нормальних» (є більше можливостей для вирішення питань екзистенційного характеру). Насправді, як КПТ, так і ГТ намагаються підійти до досвіду клієнта у всій його цілісності, з урахуванням емоційних, когнітивних, поведінкових, тілесних та соціальних вимірів. Нині багато ідей (значимість досвіду: зауважувати і приймати/бути присутнім, людина – це щось більше, ніж сума її частин, акцент на емоціях та ін.) третьої хвилі КПТ прийшли з екзистенційної терапії, гештальт-терапії, клієнт-центрованого підходу, але були подані відповідно до когнітивно-поведінкових конструктів [16], що свідчить про інтегративні тенденції психотерапевтичної науки.

Висновки з проведеного дослідження.

Отже, підсумовуючи та узагальнюючи усе вищесказане, можна дійти висновку, що якщо КПТ – це більше аналіз, логіка та структурованість, «ліва півкуля головного мозку», то ГТ – це синтез, творче пристосування та спонтанність, «права півкуля головного мозку». У КПТ можна відчути присмак педагогіки (науки), де значне місце відводиться інформуванню та просвіті, тоді як гештальт-терапія є ближчою до філософії. Можна сказати, що КПТ через свою структурованість могла б себе добре почувати в академічних колах, де знання легко передавати через конкретні моделі розуміння розладів, на протиположну тому, як у гештальт-терапії процес навчання може містити левову частку ідентифікації з тренером чи терапевтом та спиратися на інтуїцію (у деяких навчальних програмах, зокрема Франції, 3 роки виділяється лише для того, щоб виробити індивідуальний стиль терапевта). Цікавим для подальших розвідок могли би стати питання порівняння стратегій впливу та конкретних технік, зокрема особливостей використання експерименту в КПТ та гештальт-терапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 49–68.
2. Бек Д. Когнитивная терапия: полное руководство / Д. Бек. – М. : ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
3. Вестбрук Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Дж. Кірк. – Львів : Свічадо, 2014. – 420 с.

4. Гингер С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С. Гингер. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 320 с.
5. Гонзаг М. Гештальт-терапия: вчера, сегодня, завтра. Быть собой / М. Гонзаг. – М. : Боргес, 2010. – 128 с.
6. Джойс Ф. Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии / Ф. Джойс, Ш. Силлс. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2010 – 352 с.
7. Кузьо О. «Розщеплення» практичної та академічної психології в контексті викладацької діяльності / О. Кузьо // Детермінанти професіоналізації як умова розвитку освітнього простору суспільства / Збірник тез міжнародного круглого столу факультету психології ЛьвДУВС: 22 березня 2013 р. – Львів : Ліга Прес, 2013. – С. 90–92.
8. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов / А. Осипова. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. – 512 с.
9. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии / Ф. Перлз, П. Гудмен. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. – 384 с.
10. Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого. Этюды по психотерапии / Ж.-М. Робин. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
11. Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. / Перевод с французского И. Я. Розенталь под ред. Хломова Д., Кедровой Н. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – 64 с.
12. Романчук О. Творцями стандартів психотерапевтичної освіти і практики мають бути фахові асоціації, а не держава / О. Романчук // НейроNEWS 5(89), 2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-1910/Oleg-Romanchuk-Tvorcyami-standartiv-psihoterapevtichnoyi-osviti-i-praktiki-mayut-buti-fahovi-asociaciyi-a-nerderzhava-#gsc.tab=0>.
13. Хломов Д. Основные стратегии работы гештальт-терапевта / Д. Хломов, Е. Калитеевская [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gestalt.dp.ua/index/0-198>.
14. Beisser A. The paradoxical theory of change, in J. P. – gan and I. Shepherd (eds) / A. Beisser // Gestalt Therapy Now. – Palo Alto, CA: Science and Behaviour. – 70 p.
15. Grazebrook K. What are Cognitive and/or Behavioral Psychotherapies?. A Guide to Understanding Cognitive and Behavioral Psychotherapies (2005) / K. Grazebrook, A. Garland [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.babcp.org.uk/babcp/what_is_CBT.htm.
16. Hayes A. Clarifying the construct of mind-fulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy / A. Hayes, G. Feldman // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2004. – № 11. – P. 255–262.
17. Lockhart S. Comparison of the Gestalt Perspective and the Cognitive Behaviour Perspective / S. Lockhart [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.academia.edu/7839247/Theories_of_Counselling-Gestalt_and_CBT_Therapy.