



ДИПЛОМНА РОБОТА

**ПОРІВНЯННЯ ІНТЕРВЕНЦІЙ У КПТ ТА ГЕШТАЛЬТ-
ТЕРАПІЇ**

Олександра Кузьо

Львів – 2015

ЗМІСТ

ВСТУП	3
УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ	5
ПОНЯТТЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У РОБОТІ	5
1. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ: СПІЛЬНЕ ТА ВІДМІННЕ	7
2. ВІД МЕТОДУ ДО ТЕХНІКИ: КПТ ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ	12
3. ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТУ В КПТ ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ	18
Опис випадку 1	19
Опис випадку 2	22
4. ІНТЕГРАТИВНІ ПЕРСПЕКТИВИ КПТ З ПОЗИЦІЇ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ	30
ПІДСУМКОВІ РЕФЛЕКСІЇ	33
БІБЛІОГРАФІЯ	35

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку методи психотерапії стають все відкритішими до нового досвіду: не так вже важливо відстоювати власну професійну ідентичність через тотожність єдиним правилам; все більше з'являється діалогів та інтегративних поглядів (Г. Маскольє, 2010). Стає очевидним, що здобуток у професійний розвиток від цього лише примножується («Якщо я скористався новими (іншими) знаннями, то це не означає, що я не КПТ (чи будь-якого іншого напрямку) терапевт). Подібно до того, як чим впевненішим у своїх силах стає клієнт, тим менше у нього потреб триматися за єдині правила та «чорно-білі» переконання. Психотерапія у пошуках найоптимальнішого шляху допомоги, не втрачаючи власної професійної ідентичності, на сучасному етапі розвитку може собі це дозволити.

У цій роботі мова йтиме про порівняння моделей надання психотерапевтичної допомоги методом КПТ та гештальт-терапії, а також можливу інтеграцію інтервенцій гештальт-терапії у КПТ.

Передумовами для обрання саме цієї теми дипломної роботи стали наступні аспекти:

- часом легше пізнати та відчувати глибше суть 1-го напрямку, коли є з чим порівняти (в процесі написання роботи багато нюансів для мене відкрилося як з позиції КПТ терапевта, так і гештальт терапевта);
- щоб пройти ініціацію інтеграції 2-х напрямків, коли «ситуативні конфлікти» перетворюються на усвідомлення можливостей та обмежень, взаємодоповнення, розуміння доречності використання у тих чи інших випадках;
- щоб через інтеграцію знань розширити можливості допомоги КПТ своїм клієнтам;
- для того, щоб, можливо, в майбутньому створити ґрунт для подальших цікавих досліджень КПТ в «інтегративному полі».

Такі роздуми скоріше є «контекстом» роботи, аніж «текстом», однак, сподіваюся, зможуть допомогти легшому її зрозумінню. Можливо, в цій роботі доведеться дещо гіперболізувати чи поляризувати ті чи інші поняття, але це буде здійснено для того, щоб легше було відчуті особливості кожного напрямку окремо.

У Розділі 1 «Когнітивно-поведінкова терапія та гештальт-терапія: спільне та відмінне» мова йде про загальне порівняння двох напрямків за найрізноманітнішими критеріями, таким як: мета, модель порушень, позиція психотерапевта, основні інструменти та ін.

У Розділі 2 «Від методу до техніки: КПТ та гештальт-терапія» подано класифікацію психотерапевтичних втручань, що допомагає порівняти технічний бік представлених методів.

Розділ 3 «Порівняння експерименту в КПТ та гештальт-терапії» містить опис випадків з позиції КПТ та гештальт-терапії, що краще допомагає зрозуміти спільне та відмінне в експериментах представлених методів.

У Розділі 4 «Інтегративні перспективи КПТ з позиції гештальт-терапії» йдеться про можливості збагачення КПТ, потенційне використання тих чи інших нюансів гештальт-терапії для розширення можливостей у роботі когнітивно-поведінкових терапевтів.

Сподіваємося, що інтеграція певних аспектів гештальт-терапії в КПТ-підхід зможе збагатити процес роботи з клієнтами.

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія;

ГТ – гештальт-терапія.

Для кращого розуміння фрагментарно згаданої в даній роботі теорії гештальт-терапії, що використовується в контексті порівняння з КПТ, нижче подаємо перелік гештальт-понять.

ПОНЯТТЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У РОБОТІ:

- *Контакт* – центральна ідея в гештальт-терапії. Нормальний цикл задоволення потреб часто називають циклом контакту. Контакт може виникати між мною та іншими, а також між різними сферами себе (думками, почуттями, відчуттями).
- *Межа-контакту* – фундаментальне поняття в ГТ. Терапія протікає на межі-контакту між клієнтом і його оточенням (терапевтом чи групою): саме тут можна виявити дисфункційності (чи механізми переривання) контакту та нормального циклу задоволення потреб.
- *Незавершений гештальт* – накопичення незавершених гештальтів, згідно Ф. Перлза, може бути однією з причин неврозу. Терапія полягає в тому, щоб виявити та спробувати закрити незавершені чи паралізовані гештальти, тобто виявити актуальні проблеми (н-д: почуття некомпетентності, «гештальт незавершеної втрати» та ін.) та працювати з ними.
- *Парадоксальна теорія змін* – говорить про те, що перш ніж стати кимось іншим, треба стати собою (зміни настають через усвідомлення клієнтом власної точки знаходження).

- *Творче пристосування* – характеризує активну і персоналізовану взаємодію (а не пасивну адаптацію); воно відбувається на межі-контакту між здоровою людиною та її оточенням. Кожен живе в своєму власному стилі, беручи до уваги оточення.
- *Фігура-фон*: основне поняття гештальт-психології, запозичене гештальт-терапією. Здорова особистість повинна вміти чітко розпізнавати домінуючу фігуру в даний момент (або гештальт), яка має зміст лише по відношенню до фону на задньому плані: н-д: крик під-час розваг це щось зовсім інакше у порівнянні з криком у темному нічному під'їзді¹.

¹ С. Гингер Двадцать основных понятий Гештальта // Гештальт : искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям . – М. : ПЕР СЭ, 2002. – с. 215 - 250.

I. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ: СПІЛЬНЕ ТА ВІДМІННЕ

У цьому розділі спробуємо зайняти нейтральну позицію для об'єктивного порівняння двох доволі різних психотерапевтичних напрямків. Плануємо здійснювати дане порівняння за доволі різними критеріями, такими як: мета, базова модель, позиція психотерапевта, очікування від клієнта та ін. Сподіваємося, що вдасться витворити фундамент, який допоможе зрозуміти підґрунтя використання інтервенцій згаданих методів.

Когнітивно-поведінкова терапія, як і гештальт-терапія, в своїй основі мають феноменологічні принципи та толерантно ставляться до інтеграції інших терапевтичних та наукових напрямків (якщо вони не суперечать їх базовим положенням). Обидва напрямки значну увагу приділяють наданим (суб'єктивним) значенням, досвіду взаємодії та засадничо стоять на принципі «тут і тепер», минуле має зміст лише в стосунку до теперішнього. Більше цікавляться питаннями Що? і Як? замість Чому? (А. Бек, 2006; С. Гінгер, 2002). Основний акцент стоїть на самоусвідомленні, а не на дослідженні несвідомого (S. Lockhart). Однак, існують і суттєві відмінності, що стосуються поглядів на людську природу, психічне здоров'я та методологію.

В КПТ можна відчутти 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 передати через конкретні моделі розуміння розладів, на протилежність тому, як в гештальт-терапії, процес навчання може містити левову частку ідентифікації з тренером чи терапевтом та опиратися на інтуїцію (В деяких навчальних програмах, зокрема Франції 3 роки виділяється лише для того, щоб виробити індивідуальний стиль терапевта).

Тоді як КПТ підхід має в своїй основі медичну модель (конкретні діагнози, відповідність критеріям DSM, зорієнтованість на симптом та ін..).

Ф. Перлз (автор гештальт-терапії) вважав, що його метод: «надто добрий, щоб до нього звертатися лише у випадках хворіб чи відхилень» та провокаційно називав його «терапією нормальних» (є більше можливостей для вирішення питань екзистенційного характеру). Досить складно здійснити аналіз цілісно не представивши теорію ГТ, однак нижче ми спробуємо виокремити пункти для фокусованішого порівняння.

1) *Мета*: в КПТ важливо допомогти клієнту реалістичніше мислити, навчитися усвідомлювати зв'язки між когніціями, емоціями, фізіологічними проявами та поведінкою для того, щоб знизити тривожні (депресивні та ін..) симптоми (А. Бек, 2006; Д. Вестбрук, 2014). Тоді, як в гештальт-терапії основною ціллю є допомогти клієнту прийняти себе та довіряти власному досвіду через усвідомлення того, що відбувається в даний момент на різних але 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) (С. Гінгер, 2002).

2) *Несвідоме*: в КПТ поняття несвідомого не концептуалізовано, однак, як і в ГТ мова йде скоріше про передсвідоме (при певних зусиллях може стати усвідомленим). В ГТ основна робота спрямована на розширення усвідомлення.

3) *Позиція психотерапевта*: когнітивно-поведінкові терапевти подібні до вчителів, котрі «навчають» (хоча в основі є партнерські стосунки та сократівські запитання), намагаються дотримуватися визначеної структури. Гештальт-терапевти дозволяють собі більше спонтанності, залучені в безпосередній стосунок з клієнтом та опираються на свої внутрішні реакції і переживання. В КПТ терапевт дає певні знання та завдання (н-д: визначати частоту ситуацій в яких дана поведінка повторюється), в ГТ терапевт повинен 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). Локус контролю в КПТ можна вважати більше зовнішнім, аніж в ГТ.

4) *Перенос*: якщо в КПТ поняття переносу не концептуалізовано, то в ГТ перенос розглядається як порушення межі-контакту, оскільки клієнт будує стосунки не з реальним терапевтом, а з тим образом, який на нього проектує.

5) *Вимоги і очікування від клієнта*: як в КПТ, так і ГТ, важливою умовою праці є мотивація клієнта, можливість усвідомлювати та говорити про свої думки та емоції, а також відрізняти одні від інших (Д. Вестбрук, 2014). Передбачається, що в ГТ клієнт повинен «перемкнутися» з раціоналізації на переживання, не настільки важливою є вербалізація переживань як готовність прийняти сам процес актуального переживання (А. Осіпова, 2001), а в КПТ навчитися відслідковувати та ставити під сумнів свої автоматичні думки (що могло б назватися в ГТ раціоналізацією).

6) *Процес змін*: в КПТ зміни настають в процесі керованого відкриття, тоді, як в ГТ парадоксальна теорія змін говорить, що зміни можуть відбутися автоматично за умови, що наступить момент усвідомлення «ким я є насправді».

Детальніше критерії порівняння подано в табл. 1.

Табл.1

Порівняння особливостей когнітивно-поведінкової терапії та гештальт-терапії

Критерії	КПТ	ГТ
<i>Мета</i>	Знизити тривожні/депресивні симптоми	Довіряти власному досвіду (розширення зони самоусвідомлення), приймати себе, інтеграція
<i>Модель</i>	Медична	Стосунків
<i>В основі порушень</i>	Неадаптивні когніції	Обмежена здатність індивіда до підтримки оптимальної рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції

<i>Несвідоме</i>	Розглядається скоріше як передсвідоме	
<i>Процес сесії/терапії</i>	Структурований	Не структурований
<i>Основні принципи</i>	Феноменологічні, «тут і тепер», клінічні	Феноменологічні, «тут і тепер», спосіб побудови контакту
<i>Позиція психотерапевта</i>	Партнерські стосунки: але як вчитель	Горизонтальні стосунки: створює необхідні умови для зростання, каталізатор
<i>Перенос</i>	Не концептуалізується	Розглядається як порушення межі-контакту
<i>Локус контролю</i>	Більше зовнішній	Більше внутрішній
<i>Очікування від клієнта</i>	Мотивація клієнта, можливість переживання	говорити про свої думки та
	Готовність відслідковувати НАДи	Готовність прийняти актуальні переживання
<i>Процес змін</i>	Кероване відкриття	Парадоксальна теорія змін
<i>Основні інструменти</i>	Техніки	Стратегії (процес), особистість психотерапевта
<i>Вимоги до підготовки фахівців</i>	Семінари: теорія та практичні навички, інтервізії, супервізії	Семінари: теорія та практичні навички, інтервізії, супервізії + особистий досвід психотерапії

В таблиці 1 подано спроби порівняння класичної КПТ та ГТ. На перший погляд, КПТ легше віднести до «раціональних» терапій, тоді як ГТ до «емоційних», «психотілесних». Насправді, як КПТ, так і ГТ намагаються підійти до досвіду клієнта у всій його цілісності, з урахуванням емоційних, когнітивних, поведінкових, тілесних та соціальних вимірів. На сьогоднішній день 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 (Hayes&Feldman 2004, Linehan 1993, Prasko 2009).

Однак, підсумовуючи та узагальнюючи усе вищесказане (в значній мірі спрощено) можна сказати, що якщо КІТ це більше аналіз, логіка та структурованість, то ГТ – це синтез, творче пристосування (термін в ГТ) та спонтанність.

II. ВІД МЕТОДУ ДО ТЕХНІКИ: КПТ та гештальт-терапія.

Зазвичай техніки розглядають як прийоми, що дозволяють реалізувати фундаментальний метод (Ж.-М.Робін, 2007) і тому, кожен з підходів має свої техніки. Але якщо в КПТ мова йде скоріше саме про техніки, то в ГТ частіше про основні стратегії роботи (це не означає, що в ГТ немає окремих вправ-технік чи що в КПТ є лише техніки і більше нічого, але це те, що допомагає диференціювати доволі різні психотерапевтичні підходи – КПТ та ГТ).

В КПТ втручання в основному поділяються на (Д. Вестбрук, 2014):

1) когнітивні: психоедукація, аналіз НАДів, поведінкові експерименти та ін.;

2) емоційні («експірієнтальні» - дають новий емоційний досвід, трансформують емоційний стан та змінюють тілесно-рухові патерни): імагінативні техніки, техніка крісел та ін.;

3) поведінкові – зміна поведінкових патернів, моделей стосунків;

4) тілесні техніки – релаксація, контрольоване дихання, фізичні вправи, напруження м'язів...

В КПТ існують протоколи, що допомагають реалізувати послідовність втручань.

Як розглядаються та інтерпретуються втручання в гештальт-терапії?

Нагадаємо, що гештальт метод організований навколо роботи по усвідомленню («awareness») явищ, котрі відбуваються на межі-контакту, щоб відновити творче пристосування при контакті з навколишнім середовищем. ГТ вважає, що було б несправедливо, якби ціллю було віднайдення пластичності в побудові гештальтів, а терапевтична ситуація визначалася б незмінними правилами. Ж.-М. Робін, як яскравий сучасний представник ГТ наголошує: «...з деякими пацієнтами зв'язок буде, в основному, словесний, до інших можна звертатися через експресивні форми та невербальне спілкування, н-д: малюнок, рухи, ліплення, звук і т.д. Техніки – не є самоціллю...».² Тому, форма,

² Ж.-М. Робін. Гештальт-терапія. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – С. 55.

яку набуває терапія може змінюватися в залежності як від клієнта, так і від чутливості та власного досвіду терапевта. У цьому плані техніки розглядаються як різні варіанти експериментування (Ж.-М. Робін, 2007).

Щоб краще зрозуміти ГТ, важливо описати не класифікацію технік, а основні стратегії роботи. Для цього скористаємося статтю Д. Хломова та Е. Калітієвської «Основные стратегии работы гештальт-терапевта».

І. Робота з внутрішньою феноменологією клієнта (техніки: порожній стілець, діалог крісел).

Терапевт знаходиться не в діалозі з клієнтом, а в позиції фасилітатора діалогу клієнта з невідредагованими важкими елементами його внутрішнього досвіду. Ця робота технічно структурована і переживання самого терапевта не потрапляють на межу-контакту. В ГТ вважається, що такий спосіб роботи є добрим для психотерапевтів початківців. Дана стратегія в свій час повністю підміняла собою поняття гештальт-терапії. В Схема-терапії часто використовуються дані техніки для роботи з частками зраненої дитини, дисфункційними батьківськими частками та ін. (А. Арнц, Г. Якоб, 2014).

Вважається, що будь-яке внутрішнє переживання колись було досвідом зовнішнього контакту з референтними фігурами. Неможливість продуктивного розв'язання цього діалогу в минулому приводить до формування хронічного переживання незавершеної ситуації. Внутрішні феномени підмінюють реальність зовнішнього світу. Викривлення картини внутрішньої феноменології порушує поведінку в зовнішньому середовищі. Завдання терапії – допомогти клієнту «розгорнути» внутрішнє переживання в діалог, зробити 2 сторони діалогу живими і досягнути нової, більш продуктивної інтеграції. Термін внутрішня феноменологія означає, що працюємо не з реальною «мамою», а з «образом мами». Для терапевта важливим є уникати прямого діалогу з клієнтом, що могло би розцінюватися як прояв дефлексії (уникнення) клієнта (Д. Хломов, Е. Калітієвська, 2000).

Конкретні кроки роботи:

- 1) Прояснення теми;

- 2) Виокремлення протилежностей (н-д: «контролюючий батько – безпомічна залежна донька»);
- 3) Точний опис позицій з використанням образів та деталей (оживити позиції). Терапевту важливо однаково підтримувати дві позиції;
- 4) Фасилітація діалогу;
- 5) Інтеграція. Клієнт виходить за межі позицій, дивиться на ситуацію зі сторони, описує свій стан.

Якщо робота переривається, важливо вивести клієнта за межі діалогу для здійснення проміжної інтеграції. Коли на сесії клієнт говорить про багато різних речей, важливо перетворити їх в одну тему (виділити пару, яка утворює фігуру проблеми). Якщо клієнт має гострий запит на підтримку – тоді доречнішим стає діалог з терапевтом, а робота з внутрішньою феноменологією (техніка «Два стільці» та ін.) відходять на задній план (Д. Хломов, Е. Калітієвська, 2000).

II. Робота на межі-контакту (границі-контакту);

Для ілюстрації цієї роботи використовують метафору, як маленький пінгвін хоче з'їсти сиру рибу, пожує і відригне дорослому пінгвіну. Той пожує, пожує і тоді їжа стає придатною для споживання. Так і терапевт повертає клієнту інформацію в придатному вигляді. У цьому варіанті роботи важливо мати натренований «терапевтичний шлунок», щоб не отруїтися інформацією клієнта. Для цього необхідним є особистісне пропрацювання терапевта. Часто це своєрідний діалог в якому підтримується процес задоволення міжособистісних потреб клієнта в розмові з терапевтом.

Фігурою діалогу є спосіб клієнта організувати свій контакт. Якщо є схема розмови – цей діалог перестає бути відкритим. Тому при роботі на межі-контакту терапевт завжди знаходиться в ситуації невизначеності та змушений творчо пристосовуватися. Робота на межі-контакту – це постійна робота з проєкціями клієнта, його фантазіями, переносом в сторону терапевта та співставлення цих фантазій з реальністю. З часом важливим стає звільнення діалогу від проєкцій клієнта. Навчання гештальт-психотерапії – це в значній

мірі навчання тому, як поводитися зі своїми реакціями і як вбудовувати їх в терапевтичний діалог з користю для клієнта (і тут дуже мало від технік). Терапевту важливо розуміти як організовується життя «тут і тепер» в контакті з клієнтом. Змінюючи якість переживання в точці теперішнього, змінюється і сприйняття минулого досвіду і уявлення про майбутнє.

2 етапи роботи:

1) Діагностичний (бачити, чути, відчувати очевидні речі) – терапевт зауважує феномени: зміна пози, тону голосу, дистанції.

2) Експериментальний. Експеримент передбачає, що проблема клієнта може бути представлена як дія, що розгортається «тут і тепер» на терапевтичній сесії. Зона експерименту – це зона пошуку, зона інтересу. Це деяка творча пауза, де клієнт, знаходячись в безпечних умовах, відпускає стандарти. Основна ціль експерименту – заставити рухатись застиглий досвід клієнта, щоб здатність до творчого пристосування змогла відновитися (ризикувати стосунками в «малих дозах» перевіряючи реальність). До терапевтичних експериментів не відносяться наперед продумані вправи, що пропонуються всім в однаковій формі. Основою гештальт-експерименту є індивідуальна інтерпретація та висунута на її основі терапевтична гіпотеза (хоча дана гіпотеза не прописується і може бути доволі «гнучкою»).

Н-д: катастрофічні проєкції в адресу учасників групи, котрі, як здається клієнту його відторгують, можуть бути перевірені реальним зворотнім зв'язком. В кінці терапевтичної сесії терапевт прояснює стан клієнта та якість інтеграції отриманого досвіду. Дуже важливо залишати час на інтеграцію.

Про гештальт часто говорять як про спосіб буття, що центрований на процесі, і будь-яка зосередженість на техніках позбавляє цей процес оригінальності. Тому, навіть якщо в літературі і описуються ті чи інші техніки, зазвичай вони не мають чіткої інструкції (монодрама, постановка дій, робота зі снами та ін..).

На рис. 1 схематично зображено класифікацію психотерапевтичних втручань в КПТ та ГТ.

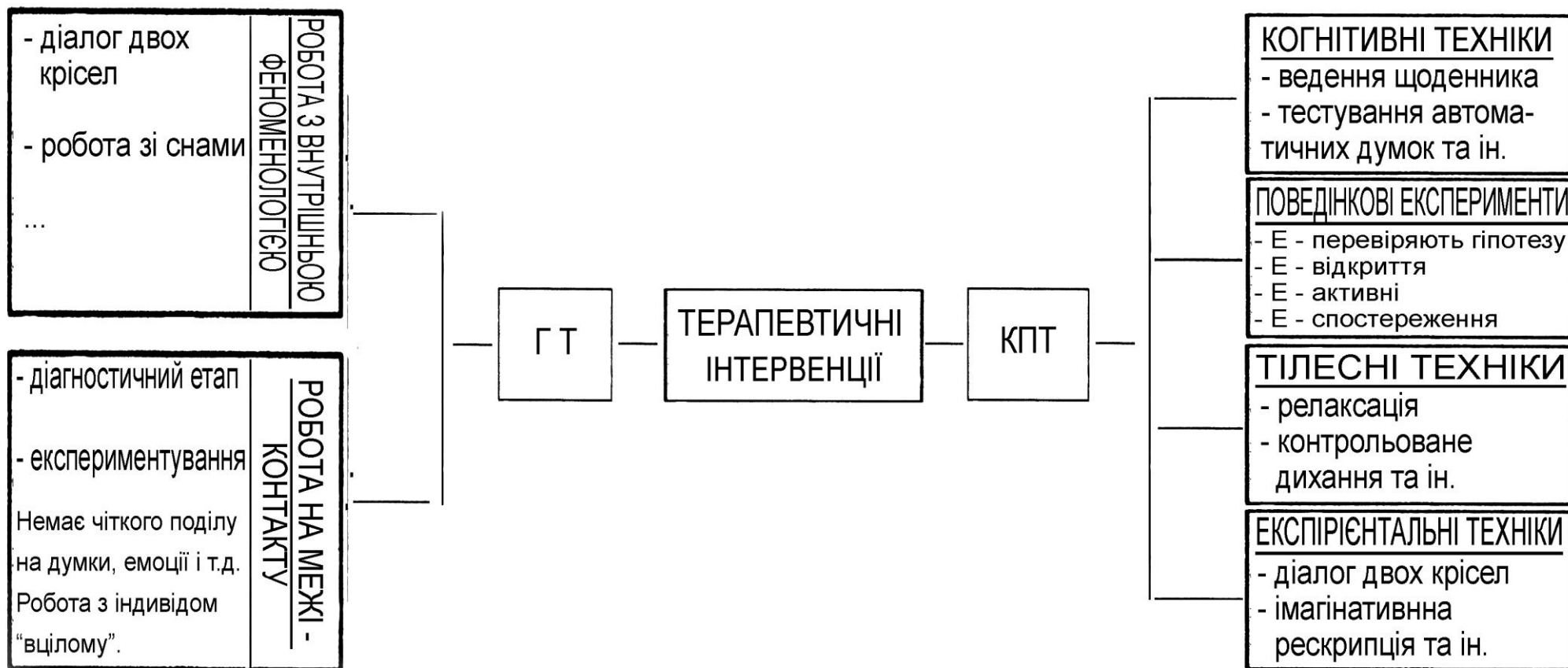


Рис. 1
Класифікація психотерапевтичних втручань в КПТ та ГТ.

Хочемо заакцентувати увагу на тому, що як КПТ, так і ГТ покликані допомогти людині зарадити зі своїми проблемами, підвищити якість її життя. Для цього кожен із напрямків має свої знаряддя, які, з одного боку, виокремлюють ідентичність того чи іншого напрямку, а з іншого, мають точки перетину, діалогу, через який можливе взаємозбагачення. Обидва підходи прагнуть до цілісного розуміння природи людини та інтеграції присутнього досвіду.

Цікаво зауважити, що як в КПТ, так і в ГТ, «експеримент» та «експірієнтальні техніки» є важливими інтервенціями у допомозі клієнтам. І якщо використання експірієнтальних технік доволі подібне як в ГТ, так і КПТ (особливо, що стосується 3-ї хвилі КПТ), то розуміння експерименту з позиції цих напрямків має свої особливості. В наступному розділі спробуємо їх зрозуміти.

III. ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТУ В КПТ ТА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ.

Цікаво, що експеримент використовують як одну з центральних технік як в КПТ, так і ГТ. У цьому розділі спробуємо дослідити особливості даної техніки та проілюструвати нюанси її реалізації з позиції двох напрямків. Можна зауважити, що якщо в когнітивно-поведінковій літературі зустрічається слово «експеримент» (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackmann, Mueller & Westbrook, 2004), то в гештальт-літературі частіше «експериментування» (Ф. Перлз, Ж-М. Робін, 2007). Яким змістом наповнені ці слова?

Почнемо з КПТ... Робоче визначення ПЕ, яке дає Беннетт-Леві дослівно звучить наступним чином:

«Поведінкові експерименти – це заплановані емпіричні заходи, які ґрунтуються на експерименті або спостереженні, що виконують пацієнти під час терапевтичних сесій або поміж ними. Їхня конструкція безпосередньо впливає з когнітивного формулювання проблеми, а їх основна мета – отримати нову інформацію, яка може допомогти: перевірити валідність наявних у пацієнта переконань щодо себе, інших та світу; побудувати і/або перевірити нові, більш адаптивні переконання; зробити внесок у розвиток і перевірку когнітивного формулювання»³ (Беннетт-Леві і співавт., 2004, с.8) .

Це своєрідний спосіб дослідити думки через дію та спостереження, зібрати більш переконливі докази того, яке переконання (початкове чи альтернативне) є кращим (точнішим чи кориснішим) поглядом на ситуацію (Д. Вестбрук, 2014, с. 205). Для ілюстрації використання поведінкового експерименту в КПТ подаємо опис випадку.

³ Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M., Hackmann A., Mueller M. & Westbrook D. (2004) The Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy. Oxford : Oxford University Press, с. 8

ОПИС ВИПАДКУ 1

Вікторія, 24р., не одружена, має хлопця з яким спілкується рідко по скапу, живе з батьками, працює. Звернулася на терапію з наступними скаргами: «Боюся людей, себе не люблю, боюся виступів та ненавиджу хлопців». Вікторія жила в повній сім'ї, в дитинстві батьки ставили до неї високі вимоги; в школі відчувала себе «ніякою, сірою мишкою», хлопець який їй подобався насміхався, бо дізнався від однокласниці про те, що він їй подобається. Була дуже чутлива до коментарів та реплік оточуючих. В процесі ретельного обстеження було діагностовано соціальну фобію (ГП «Я ніяка», «Я дика»).

Цілі терапії:

1. Подолати соціальну тривогу.
2. Підвищити самооцінку.

Вікторія часто червоніла на людях, довго думала чи варто їй зараз підтримувати розмову, переживала тривогу в тілі. Коли хтось говорив на незручні для неї теми відразу ніяковіла, вважала, що інші завжди оцінюють зовнішність та осуджують інших. «Таких людей як я більше не має: інші люди червоніють трошки, а я сильно». Не було жодного дня, щоб Вікторія не вийшла на вулицю без тонального крему. Сильний страх почервоніти посилював тривогу, що, навпаки, сприяло більшій ймовірності почервоніти, спітніти і т.д. Вікторія ненавиділа запитання інших людей «А чому ти так почервоніла?». Їй здавалося, що таке запитання задають лише їй і то дуже часто (згодом виявилось, що не так вже й часто). З часом з'ясувалося, що почервоніти є небезпечно, бо інші люди подумують, «Що я страшна, дурна, невпевнена в собі, слабка». І хоча робота була спрямована на різні аспекти соціальної фобій, самооцінки та стосунки, однак спробуємо тут проілюструвати один з поведінкових експериментів КПТ.

На етапі планування експерименту разом з клієнткою розроблялося питання щодо реакції людей на почервоніння так, щоб воно не несло упередження і було максимально відкритим/нейтральним. Було сформовано гіпотезу А: «Якщо я почервонію, то інші обов'язково подумують, що я страшна,

дурна, невпевнена в собі, слабка» (90 %) та гіпотезу Б: «Люди можуть думати щось зовсім інакше». Сформульоване запитання («Якщо людина червоніє, чи це буде мати вплив на вашу думку про неї? Як саме?»): а) Буде, така людина слабка, невпевнена в собі – тому не хочу мати з нею справу; б) Така людина слабка, невпевнена – але це не вплине на моє ставлення до неї; в) Можливо їй важко спілкуватися – намагатимуся підтримати, допомогти; г) Можливо їй важко спілкуватися – але це не вплине на моє ставлення до неї; д) Ваш варіант відповіді...) терапевт разом з клієнткою задавали перехожим на вулиці. З'ясувалося, що більшості людей не надають почервонінню жодного значення або вважають його досить милим, а людину чуттєвою. По завершенню експерименту Вікторія переживала здивування, що допомогло їй переглянути власні переконання та почати формувати нові.

І хоча умовно було визначено 2 гіпотези, однак друга гіпотеза була дуже загальною, а тому у питаннях анкети ми її конкретизували. Даний експеримент можна розглядати як експеримент-дослідження, експеримент-спостереження.

У книзі «Вступ у когнітивно-поведінкову терапію» Д. Вестбрука гарно поданий бланк реєстрації поведінкового експерименту, що відображає основні етапи реалізації експерименту в КПТ (див. табл. 2).

Табл. 2

Бланк реєстрації поведінкового експерименту

Дата	Цільові когніції	Експеримент	Прогноз (-и)	Результат	Чого я навчився? Що це означає для вашого первинного припущення / переконання? Наскільки ви зараз в нього вірите (0 – 100 %)? Чи його потрібно змінити? Яким чином?
	Яку думку, припущення чи переконання ви перевіряєте? Оцініть віру в когніцію (0 – 100 %)	Розробіть експеримент, щоб перевірити когніцію (наприклад, опинитися у ситуації, якої ви зазвичай уникаєте, відмовляючись від запобіжних засобів, поводячись по-новому).	Що на вашу думку станеться?	Що насправді сталося? Якими є результати порівняно з вашими прогнозами?	

Експеримент є серцевиною методу і в гештальт-терапії (Ж.-М. Робін, 2007). Його гаслом є «не знати чому», а «експериментувати як» (Ф. Перлз, 2001; С. Гінгер, 2002). Клієнту пропонується не обмежуватися розповіддю, а перетворити свої слова в дію, що розгортається «тут і тепер». Це має зміст лише тоді, коли співвідноситься з досвідом, який відтворює клієнт. За допомогою експерименту в гештальт-терапії клієнт може відчувати певні проблеми «тут і тепер» у стосунках з терапевтом. Основною метою є розширення усвідомлення, знайдення в контакті новизни та творчого пристосування. В гештальт-терапії часто про експеримент говорять як про експериментування і до нього не відносяться справи сплановані наперед, але він тісно пов'язаний з «гострими» та «незавершеними ситуаціями» кожного клієнта.

Експерименти можуть бути різного порядку:

А) сфокусовані на рості усвідомлення («awareness») коли терапевт пропонує усвідомити своє дихання або ту чи іншу частину тіла;

Б) дослідження теми про яку говорить клієнт в скритій формі (н-д: привести в дію щойно згадану клієнтом метафору: «Я почуваюся так, ніби несучи на спині 5 мішків»).

В гештальт-терапії експериментування надає можливість для дослідження меж власного «Я» та способів побудови контакту (Ж.-М. Робін). З'являється можливість «перше ніж щось проковтнути, випробувати на смак», перевірити інтроекти що паралізують нашу спонтанність. В ГТ відмова від експерименту це теж своєрідний експеримент, що допомагає усвідомити ті чи інші переживання та дії.

Терапевтична ситуація повинна відтворити багато параметрів гострої ситуації, що стала хронічною, але в новому безпечному та експериментальному контексті. Це мало би позбавити клієнта застарілих відповідей та сприяти створенню нових відповідей, що були би пристосованими до актуальної

ситуації (Ж. -М. Робін с.114). Відтак, робота в більшій мірі пов'язана з включеністю в ситуацію, аніж з експертизою однією людиною психічного життя іншої.

Гарним прикладом експерименту, який показує як терапевт може використовувати ситуацію, є випадок згаданий в книзі Жан-Марі Робіна (2008) «Быть в присутвии другого: этюды по психотерапии». Одна пацієнтка скаржилася на те, що вона втомилася від надокучливості своїх дітей та внуків, котрі заволоділи її життям та заганяють її в могилу. Терапевт використовуючи те, що є в ситуації допоміг клієнтці усвідомити наступне: палюче сонце впало на обличчя жінки і осліпило її. Але жінка цього не помітила... Достатньо було відсунути крісло на кілька сантиметрів в сторону, щоб позбутися сонця, яке створювало багато незручностей («Від поля до ситуації»). Усвідомлення того, яким чином ми можемо створювати чи брати участь у створенні ситуації «тут і тепер», веде до укріплення наших здібностей до творчого пристосування. (Ж. - М. Робін, с.110).

Щоб легше було порівняти розуміння експерименту в КПТ та ГТ спробуємо описати в діалозі і приклад сесії проведеної в рамках групової гештальт-терапії Ж.-М. Робіном. Для цього «скористаємося» клієнткою, проблеми якої на перший погляд подібні до проблем Вікторії, про яку йшлося вище. Даний приклад наведений з книги «Быть в присутвии другого: этюды по психотерапии», 2008.

ОПИС ВИПАДКУ 2

Катерина, 22 р. Її заявлена проблема полягала в тому, що вона боялася виглядати дурую.

Т. : Добре. З чим Ти зараз?

Кл. : У мене трусяться коліна, потіють руки; почуваюся так, ніби бракує повітря.

Т. : Для Тебе це ознака чого? Про що це говорить?

Кл. : Що я хвилююся, мабуть це тривога.

Т. : Що може бути для Тебе небезпечним у цій ситуації?

Кл. : Не знаю що буде зараз відбуватися... Страшно бути смішною, сказати щось не те, виглядати дурою.

Т. : Як часто у Тебе бувають такі ситуації? Що ти в таких випадках робиш?

Кл. : Я стараюся все робити добре, а якщо відчуваю, що мені це не вдасться, то хочеться уникнути.

Т. : Тобто, є сторона, яку Ти хочеш показати і є сторона, яку Ти показувати не хочеш: розумна і смішна.

Кл. : Так.

Т. : Як Ти дізналася, що існує такий поділ?

Кл. : Часто в сім'ї я відчувала спокій, коли грала роль клоуна, а на мене дивилися як на дурочку.

Т. : Тобто були певні переваги.

Кл. : Так.

Т. : Але тут Тобі страшно бути дурою.

Кл. : Так.

Т. : І тоді Твій вибір полягає в тому, щоб не бути спокійною.

Кл. : Так (сміється).

Т. : Я бачу, що Ти реагуєш з полегшенням.

Кл. : Так, це тому, що Ти дозволяєш мені робити те, що я хочу.

Т. : І тобі важливо мати такий дозвіл?

Кл. : Так.

Т. : Цікаво знати, що Ти робиш, коли ніхто не дає Тобі дозволу?

Кл. : Я це «ковтаю».

Т. : Але чи Ти щось показуєш (виявляєш)?

Кл. : Я хвилююся, як сьогодні, але зазвичай ніхто цього не бачить... Я потію... Я багато думаю про це, тому і потію.

Т. : Тобто Ти ховаєшся, не можеш показати себе ні в тій, ні в іншій формі?

Кл. : Так.

Т. : Але одночасно Ти стверджуєш, що відчувати, що Тебе заставляють щось робити, для Тебе зручніше.

Кл. : Можливо це не так вже й зручно, але я до цього вже звикла.

Т. : Тобто, Ти хочеш сказати, що переживаєш хронічний дискомфорт, але низької інтенсивності?

Кл. : Так, я відчуваю це тут (*показує на свій шлунок*).

Т. : І що саме Ти відчуваєш?

Кл. : Здавлення.

Т. : Чи є ще щось в тому що відбувається, що Тебе давить?

Кл. : Так, Ти. Це ніби Ти давиш мені на шлунок, мені це не звично.

Т. : Як це розуміти: я йду Тобі на зустріч чи те, що я роблю, я в якійсь мірі насилля та вторгнення в Твої межі?

Кл. : Ти мене давиш своїми словами?

Т. : І які це мої слова?

Кл. : Ти робиш так, що я звертаю увагу на свої відчуття...

Т. : І ?

Кл. : Я свідома того що відбувається, але мені це не подобається.

Т. : Виглядає на те, що я роблю з Тобою щось таке, що Тобі не подобається.

Кл. : Так, мені це не подобається.

Т. : Але Ти мене не зупиняєш ?!

Кл. : Ні, ні. Я усвідомлюю, що я Тебе не зупиняю!

Т. : Ну, і... Я можу продовжувати Тебе мучити?

Кл. : Але я не знаю як Тебе зупинити. Я не знаю, мені треба встати і піти, чи ще щось мені треба зробити?

Т. : Тобто Ти відчуваєш своє безсилля? Що не можеш нічого зробити?

Кл. : (*Мовчання*). Я не відчуваю, що я не можу щось зробити... Але я думаю, що дозволяю Тобі робити те, що Ти хочеш. У мене є ресурси, щоб Тебе зупинити. Але я Тобі це дозволяю!

Т. : Я ще не настільки незносний? Я ще не настільки перейшов Твої межі?

Кл. : Так! Я ще можу терпіти.

Т. : Але якщо Ти дійдеш до якоїсь межі, Ти думаєш, що зможеш мене зупинити?

Кл. : Так, але, мабуть, це буде не скоро.

Т. : Мене зачіпає те, що Ти мені зараз говориш, тому, що Ти мені говориш, що я можу зробити Тобі боляче, навіть, якщо це зовсім не те, що я хочу, але я можу зробити щось, що завдасть Тобі біль, наприклад, у Тебе заболить шлунок, а Ти дуже терпелива. І що Ти можеш погодитися втратити деякий час із-за мене. І це мені не подобається. Мені не приємно знати, що я заставляю Тебе страждати.

Кл. : Я не знала, що це було для Тебе важливо.

Т. : А я не знав, що це для Тебе не було важливим. Не мучитись. Як би Ти могла себе захистити?

Кл. : *(відсуває свій стілець на 20 сантиметрів).*

Т. : Ага! Тобі легше самій відсунутись, чим би відсунувся я? Ти завжди робиш всю роботу сама?

К. : Так!!!

Т. : Я великий і найголовніший, а Ти до мене пристосовуєшся! Ти повинна себе захистити, Ти повинна відсунутись, Ти повинна приблизитись... Ти завжди робиш всю роботу!

Кл. : Це важко, але... Так!

Т. : Але я зауважив і той факт, що і для мене Ти була незнайомою людиною. І Ти сама зробила крок до того, щоб вступити в контакт!

Кл. : Так!

Т. : Тепер, ретроспективно я можу собі уявити, як для Тебе це було сміливо! Ми зупинимось, але перш ніж зупинитися, дай відповідь, чи є щось, що Тобі хотілося б мені сказати?

Кл. : Я почуваю себе дуροю *(голосно сміється)*, тому, що я не знаю, чи все добре я зробила! Але я знаю, що я наважилася це зробити. А сором – це пройде.

Т. : Я відчуваю, що мені трохи сумно це чути. В мої плани не входило дати Тобі почути себе дурую. Але в цей же час... У мене змішані почуття, бо я говорю собі: якщо б Ти почувала себе такою дурую і Тобі було би дуже соромно почувати себе такою, як Ти є...можливо Ти б не сказала про це і не показала цього!

Кл. : Так!

Т. : Тоді...можливо, Ти ще і дура... ЩЕ І...! Але якщо це так, то по крайній мірі, мені здається, Ти приймаєш це значно краще, чим говориш.

Кл. : *(Голосно сміється)*. Дякую за «дуру».

Т. : Я не прагну Тобі сказати, що я вважаю Тебе дурую, а говорю Тобі, що, навіть якщо ТОБІ І хочеться вважати себе дурую, Ти поводиш себе при цьому так, ніби Тобі з цим цілком комфортно; Ти не робиш з цього трагедії.

Кл. : Так, це правда!

Гештальт-терапевт не працює з поведінкою чи симптомом, його буде цікавити як людина взаємодіє з навколишнім середовищем. В даному прикладі можна зауважити кілька особливостей взаємодії з середовищем: «важливо отримати дозвіл від іншого», «труднощі із зупиненням іншого (захист власних меж)» та ін. У терапевтичній сесії важливим є отримання нового досвіду та завершення на «позитивній ноті».

В типовій терапевтичній ситуації, індивідуальній чи груповій, можна виділити наступні складові:

1) Клієнт описує актуальну проблему, а терапевт допомагає йому «включитися» і сфокусуватися на своїх переживаннях «тут і тепер». Терапевт намагається встановити терапевтичний альянс, що базується на Я-Ти стосунку.

2) Терапевт пропонує клієнту експеримент, спрямований на розвиток його креативності, що може допомогти побачити ситуацію по новому, вивільнити подавлені емоції. Експеримент спрямований на те, щоб запропонувати клієнту новий спосіб, відмінний від його «звичного контакту» з середовищем. Не можливо передбачити яка «фігура» виникне в процесі розгортання дії. Терапевт часто стає «акушером емоцій».

3) Асиміляція. Мова йде про формування зв'язку між тим, що було прожито в безпечних рамках терапевтичної сесії та реальним життям. Цей період асиміляції продовжується і поза сесією (М. Гонзаг, 2010).

Коли будемо порівнювати застосування експерименту в КПТ та ГТ, в певних моментах це може видатися досить «грубо», однак деяка гіперболізація чи поляризація можуть допомогти в зауважуванні особливостей про які йтиме мова.

Табл.3

Особливості експерименту в когнітивно-поведінковій терапії та гештальт-терапії

Критерії	КПТ	ГТ
Мета	Тестування гіпотези (отримання інформації)	Усвідомлення способу побудови контакту, мобілізація творчих ресурсів для адаптації до ситуації, новий досвід
Сфера	Когнітивна	Немає чіткого розділення: з акцентом на емоційну + тілесну
Зорієнтованість на (стратегія):	Ціль	Творче пристосування
Процес	Зазвичай добре спланований та структурований на період. Відомі гіпотеза А та гіпотеза Б	Відкритий до нового досвіду, заохочується спонтанність. Відсутність чітко спланованих гіпотез
Локус контролю	Зовнішній: виходячи з формулювання терапевт може бачити план експерименту на період (але планується спільно)	Внутрішній: те, що клієнт приніс на терапію, а не терапевт
Роль терапевтичного стосунку	Поза стосунком «терапевт-клієнт», але з використанням терапевта. Часто між сесіями.	В межах стосунку «клієнт-терапевт», або «клієнт-терапевтична група» (робота на межі-контакту).
Зворотній зв'язок	Клієнт сам зауважує яка гіпотеза є вірною, або в експерименті-опитуванні зворотній зв'язок надається незнайомими людьми	Зворотній зв'язок безпосередньо надається клієнту терапевтом чи групою (н-д: Я зауважую в тобі вчительку, але не жінку.)

Важливі параметри	<ul style="list-style-type: none"> - Відкритість до результатів експерименту - Помірна безпека, щоб не ретравмуватися - Засвоєння інформації на «внутрішньому рівні»
--------------------------	---

Саме звучання слова «експерементування», яке зазвичай використовується в гештальт-літературі, має ніби менш чіткі орієнтири, аніж «експеримент»: менше структури, визначеності та передбачуваності. На сьогоднішній день при підготовці терапевтів у ГТ спонукають до пошуку власного стилю (через експериментальний пошук), який базувався би на фундаментальних принципах методу (С. Гінгер, 2002, с.233).

Якщо в КПТ експеримент це типово когнітивна *стратегія* (перевірка гіпотези), то в ГТ основною метою експерименту є усвідомлення (власних реакцій, переживань, думок, способів побудови стосунків), отримання нового досвіду. В ГТ ні терапевт, ні клієнт не знають, що вийде в результаті експерименту (відсутні переконання що тестуються та їм альтернативні – або, скоріше, вони знаходяться поза фокусом уваги), повністю відкриті до нового досвіду. По суті, такий тип експерименту описується в КПТ як експеримент-відкриття (н-д: «Що станеться якщо я зроблю Х?» - «Що станеться якщо я буду відвертішою у розмовах з іншими людьми? Як я при цьому почуватимуся? Як вони реагуватимуть?»). В КПТ існують такі види експериментів як експерименти-спостереження (н-д: дослідити реакцію людей на почервоніння через опитування їх «Якщо людина почервоніє, то чи буде це мати вплив на вашу думку про неї?»), що практично не трапляється в ГТ. В ГТ під експериментом розуміється, що людина сама «щось виконує», часто навіть без спеціальної мети «щось» виконувати (н-д: Ж.-М. Робін – коли сонце світило в очі).

Виглядає на те, що якщо в КПТ експеримент задіює скоріше когнітивну *сферу*, то в ГТ – і емоційну, часто заторкуючи тілесні патерни та довербальний досвід, коли проблеми клієнта пов'язані з дуже ранніми переживаннями, що сягають того етапу розвитку де мова (слово) ще не могли їх символізувати.

Якщо взяти до уваги роль *терапевтичного стосунку* в експерименті, то в КПТ зазвичай цей стосунок є поза експериментом. Звичайно важливо, щоб клієнт довіряв терапевту, бо від того залежить його ставлення до самої процедури експерименту та сміливість ризикнути. Однак, стосунок «терапевт-клієнт» не буде задіяним в сам експеримент. На відміну від КПТ, в ГТ стосунок «терапевт-клієнт» є центральним в реалізації експерименту. В результаті експерименту, клієнт може мати різні переживання по відношенню до терапевта (вдячності, образи, злості), як і терапевта до клієнта, однак важливо, щоб ці переживання не перекрили канал усвідомлення того, яку частину себе клієнт/терапевт привносить в стосунок, який зв'язок цього експерименту в кабінеті терапевта з реальним життям (для цього необхідне досить сильне спостерігаючи Ego).

На нашу думку, те спільне, що об'єднує експерименти в КПТ та ГТ – це контакт з реальністю, можливість через досвід досягнути змін та легше засвоїти інформацію на «внутрішньому рівні», підвищити якість життя.

IV. ІНТЕГРАТИВНІ ПЕРСПЕКТИВИ КПТ З ПОЗИЦІЇ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ

Незаперечним залишається факт, що КПТ є високоефективним методом психотерапевтичної допомоги, який добре структурований, емпірично обґрунтований та науково підтверджений. Не зважаючи на це, у цьому розділі, мабуть, мова мала би йти про те, що ще корисного для розвитку КПТ можна взяти у ГТ. В роботі ми намагалися порівняти деякі варіанти втручання класичного КПТ та ГТ, хоча на сьогоднішній день існує вже багато еволюційних варіацій КПТ у вигляді схема-терапії, діалектико-поведінкової чи інших різновидів психотерапії.

Перш за все, як неодноразово вже було згадано вище, КПТ вирізняється доброю структурою, тоді як ГТ дозволяє легше розуміти перебіг процесу та вдало використовувати психотерапевтичну (клінічну) інтуїцію. Асоціативно в голові зв'являється метафора про «чоловічий» та «жіночий» спосіб існування.

Хоча існує багато міфів як в бік КПТ, так і в бік ГТ, нам хочеться говорити про «добру» психотерапію і в цьому, мабуть, більше спільного, аніж відмінного. Чим більше досвіду має психотерапевт, тим менш крихкою та ригідною мала би бути межа-розділення (в КПТ-терапевта з'являється більше інтуїції, а в гештальт-терапевта структури), однак, звісно, що теоретичне підґрунтя має вагоме значення та зберігає ідентичність методу.

Отож, що корисного можна взяти від ГТ?

1) Зауважування та коментування того, що дозволяє розширити межі власного усвідомлення як для клієнта, так і для терапевта: і не лише когнітивного, але й емоційного, тілесного, цілісного досвіду. Що я в даний момент відчуваю? Що роблю для того, щоб не отримати бажаного? Як будує стосунки?

Велика увага в гештальт-терапії надається так званій «мові тіла». Вважається, що фізичні симптоми точніше передають відчуття людини, ніж вербальна мова. Доприкладу, техніка «Перебільшення» допомагає усвідомити

як емоційну, так і відчуттєву сторону життя. Ненавмисні рухи жести, пози клієнта іноді є сигналами важливого змісту. Пропонуючи клієнту перебільшити ненавмисний рух або жест, можна зробити важливе відкриття.

Наприклад, стриманий чоловік у психотерапевтичній групі постукує по стільці, в той час як інша учасниця щось довго розповідає вдаючись в деталі. Коли терапевт його запитує, чи не хотів би він щось зараз сказати чи прокоментувати, він відмовляється, стверджуючи, що йому все дуже цікаво. Тоді психотерапевт просить його стукати все сильніше та голосніше, аж поки клієнт не усвідомить, що відбувається. Згодом чоловіка огортає злість, він починає грюкати і усвідомлює, що ця жінка нагадує йому його маму. Також приходить усвідомлення про стримування своїх емоцій та відчуттів, надмірний їх контроль та можливість більш безпосередньо їх проявляти.

Тому важливо бути уважними як до проблем та цілей терапії зазначених у формулюванні, так і до тих проявів, що розгортаються «тут і тепер» у терапевтичній сесії.

2) Чутливість, відкритість та довіру до власного досвіду – можливість відійти при потребі від схем / протоколів та не переживати в даний момент прірву чи надмірну тривогу. Однак, із збереженням усвідомлення ЧОМУ? і ДЛЯ ЧОГО? я це зробив як терапевт.

3) Можуть стати корисними питання, які зазвичай використовуються у діагностиці ГТ:

- Хто перед Вами (маленька дитина, суддя, педагог, спокусник...)?
- В чому потреба клієнта (як терапевту в даний момент здається)?
- Що відбувається між терапевтом та клієнтом в часі сесії?
- В які стосунки «запрошує» клієнт?
- Як Я як терапевт реаую на це?
- Як клієнт організовує свій контакт? Де і яким чином він втрачає енергію?
- Як клієнт сприймає терапевта? (як священика, педагога, мага – може бути своєрідним способом сприймати людей).

Ці питання більше відносяться до ПРОЦЕСУ, аніж до ЗМІСТУ. Розвиток здатності їх розуміти та відчувати може бути корисними для КПТ-терапевтів.

4) Багато цікавих прийомів КПТ може використовувати із скрині ГТ для роботи з глибинними переконаннями (н-д: техніка 2 стільці, порожній стілець). І схема-терапія це вже робить, активно інтегруючи техніки з ГТ, психодрами для роботи з частками зраненої, злої та імпульсивної дитини, дисфункційними батьківськими частками (А. Арнц, Г. Якоб, 2014).

5) Щоб краще зрозуміти глибинні потреби клієнта, часто не озвучені, а можливо навіть і неусвідомлені, добрим може видатися навик відповіді на питання: «А що об'єднує різні історії про які розповідає клієнт в часі сесії?» чи «Яка спільна тема пронизує «червоною ниткою» кілька сесій?». Бачити за кадром (чи професійна інтуїція) можуть допомогти терапевту бути чутливим та попередити, до прикладу, відігривання сценарію розірвати стосунок з терапевтом (припинити терапію).

6) КПТ вчить адаптовувати протоколи під окремого клієнта і це, на нашу думку, цінний етап зростання фахівців. Цікаво було би розробити типологію такої адаптації залежно від структури особистості (н-д: при роботі з депресією чи ОКР у істероїдної особистості важливо враховувати наступні нюанси... чи в роботі з соціальною фобією у шизоїдної особистості варто вести розмову орієнтуючись на...).

7) Доволі цінним є досвід власної індивідуальної терапії, що є необхідною умовою сертифікації гештальт-терапевта. Цей досвід дозволяє «відчути метод з середини» та в кризові моменти опертися терапевту на нього, а також надає можливість загоїти власні рани, щоб вони не стали на заваді професійності. Приємно спостерігати, що все частіше майбутні КПТ терапевти звертаються за такою допомогою.

Звісно, що і ГТ може багато чим збагатитися зі скрині КПТ, однак, це не є предметом обговорення даної роботи.

ПІДСУМКОВІ РЕФЛЕКСІЇ

Методологічні дослідження в психотерапевтичній сфері засвідчують, що в процесі надання допомоги клієнту терапевти все частіше використовують знання і навички різних напрямків, а не лише одного. Такі знання терапевти намагаються інтегрувати в свою модель професійної діяльності. Багато спеціалістів, на сьогоднішній день, отримують освіту за кількома напрямкам психотерапії. Догматичні протиріччя між різними течіями блідніють, однак, кожен з напрямків водночас зберігає свою ідентичність. По змісту, сесії спеціалістів різних напрямків часто є дуже подібними. Відмінності з'являються в тому місці, коли мова починає йти про розуміння теоретичних моделей, на які вони опираються.

Цікаво, що первинно ми планували писати дану роботу про порівняльний аналіз технік в когнітивно-поведінковій терапії та гештальт-терапії, про інтеграцію технік ГТ в КПТ та ін. Однак, в процесі написання роботи ставало очевидно, що використання поняття «інтервенція» є доречнішим (у порівнянні з поняттям «техніка»), оскільки, є ближчим до точки «діалогу» цих двох психотерапевтичних напрямків. Життя КПТ і так є багатшим на техніки, аніж життя ГТ, однак, добре розуміння «контексту» може допомогти у застосуванні палітри технік, що використовуються у КПТ.

У даній роботі ми спробували здійснити порівняльний аналіз застосовуваних КПТ та ГТ інтервенцій, знайти суттєві розбіжності та точки дотику, можливі місця для діалогу. Цей шлях був, в деяких моментах, не простим, однак, однозначно цікавим. Він дозволив збагатити мої знання як когнітивно-поведінкового терапевта, так і гештальт-терапевта, відчувати особливості та нюанси когнітивно-поведінкової терапії, інтегрувати «назбираний» досвід та перевести «конфліктуючі моменти» на новий рівень розуміння.

Цікаво було усвідомити, що якщо в КПТ ми класифікуємо основні інтервенції як когнітивні, поведінкові, тілесні чи експерієнтальні техніки, то в

ГТ як 2 різновиди стратегій: робота з внутрішньою феноменологією та робота на межі-контакту. Розглядаючи технічний бік справи, точкою дотику в КПТ та ГТ є використання експерименту, що дозволяє засвоїти інформацію на «внутрішньому рівні», однак із своєрідними особливостями реалізації.

Вдалося зауважити, що в ГТ завдання терапевта полягає у підтриманні здатності людини формувати фігури, відділяти фігури від фону, дозволяти їм розгортатися і вступати в контакт, будуватися і руйнуватися і це сприяє пластичності терапевтичного процесу, на відміну від КПТ – де основна увага приділяється структурі та орієнтації на ціль.

Одним із суб'єктивних закидів в сторону КПТ є необґрунтовані та безпідставні звинувачення в поверхневості, механістичності та беземоційності. Однак наш досвід КПТ є суттєво інакшим. Відкритість до діалогів, що базуються на емпіричних підтвердженнях є сильною стороною та доброю моделлю для змін та розвитку клієнтів. Помірна динамічність та гнучкість допомагають залишатися в лідерах на ринку психотерапевтичних послуг. Приємно, що КПТ стрімко розвивається та стає все більш успішною та функціональною у найрізноманітніших сферах її застосування.

Бібліографія

- 1) Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками. – Львів : Свічадо, 2014. – 264 с.
- 2) Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - № 3. С. 49 – 68.
- 3) Бек Д. Когнитивная терапия: полное руководство. – М. : ООО "И.Д. Вильямс", 2006. - 400 с.
- 4) Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів : Свічадо, 2014. – 420 с.
- 5) Гингер С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 320 с.
- 6) Гонзаг М. Гештальт-терапия: вчера, сегодня, завтра. Быть собой. – М. : Боргес, 2010. – 128 с.
- 7) Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ “Сфера”, 2001 – 512 с.
- 8) Перлз Ф. Теория гештальт-терапии / Ф. Перлз, П. Гудмен. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. – 384 с.
- 9) Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого. Этюды по психотерпии / Ж.-М. Робин. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
- 10) Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. / Перевод с французского И. Я. Розенталь под ред. Хломова Д. Н., Кедровой Н. Б. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – 64 с.
- 11) Хломов Д., Калитеевская Е. Основные стратегии работы гештальт-терапевта / Сборник МГ., 2000 // <http://gestalt.dp.ua/index/0-198>
- 12) Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M., Hackmann A., Mueller M. & Westbrook D. (2004) The Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy. Oxford : Oxford University Press
- 13) Grazebrook, K., Garland, A., & the Board of BABCP. (2005). What are Cognitive and/or Behavioral Psychotherapies?. A Guide to Understanding Cognitive and Behavioral Psuchotherapies. Retrieved October 12, 2005, from http://www.babcp.org.uk/babcp/what_is_CBT.htm
- 14) Hayes A. M & Feldman G (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 11: 255-262.
- 15) Samantha Lockhart. Comparison of the Gestalt Perspective and the Cognitive Behaviour Perspective. // https://www.academia.edu/7839247/Theories_of_Counselling-Gestalt_and_CBT_Therapy
- 16) Szymanska, K., & Palmer, S. (2000). Cognitive counselling and psychotherapy. In S.Palmer (Ed.), Counselling and Psychotherapy (pp.56-65).

London: SAGE Publications //
<https://brtulov.wordpress.com/2010/11/25/gestalt-versa-cognitive-behavioral-therapists/>