ゲシュタルト療法

ゲイリー・ヨンテフとリン・ジェイコブス

概要

ゲシュタルト療法は、フレデリック・「フリッツ」・パールズと共同研究者のローラ・パールズ、ポール・グッドマンによって創始されました。彼らは、1940 年代と 1950 年代のさまざまな文化的、知的傾向を新しいゲシュタルトに統合しました。これは、当時の他の 2 つの主要理論である行動主義と古典的な精神分析に代わる、洗練された臨床的、理論的代替案でした。

ゲシュタルト療法は精神分析の改訂版として始まり (F. Perls, 1942/1992)、すぐに完全に独立した統合システムとして発展しました (F. Perls, Hefferline, & Goodman, 1951/1994)。ゲシュタルト療法は経験的かつ人間主義的なアプローチであるため、分析者の無意識の解釈に依存する古典的な精神分析ではなく、患者の認識と認識スキルに作用します。また、ゲシュタルト療法では、セラピストは中立の分析的役割にとどまって転移を促進するのではなく、患者と積極的かつ個人的に関わります。ゲシュタルト療法の理論では、プロセスに基づくポストモダンの場の理論が、古典的な精神分析の機械的で単純なニュートンのシステムに取って代わりました。

ゲシュタルト療法士は、患者の意識だけでなく、意識と行動ツールのレパートリーも発達させる能動的な方法を使用します。ゲシュタルト療法の能動的な方法と能動的な個人的関与は、行動療法やエンカウンター グループのように患者を事前に設定された目標に向かわせるのではなく、患者の意識、自由、自己指向を高めるために使用されます。

ゲシュタルト療法システムは、感情、感覚、認知、対人関係、行動の要素を含む、真に統合的なシステムです (Joyce & Sills、2009)。ゲシュタルト療法では、セラピストと患者は、意識を高める作業を行う際に創造性を発揮することが奨励されます。ゲシュタルト療法には、規定された手法や禁止された手法はありません。

基本概念

全体論と場の理論

人格に関する人間主義的理論のほとんどは全体論的である。全体論は、人間は本質的に自己調整的であり、成長志向であり、個人とその症状は環境から切り離して理解することはできないと主張する。全体論と場の理論はゲシュタルト理論において相互に関連している。場の理論は、状況が個人の経験にどのように影響するかを理解する方法である。アインシュタインの相対性理論によって簡潔に説明される場の理論は、現実の性質および現実と私たちの関係についての理論である。それは、現実の文脈主義的見解を明確に表現する最初の試みの 1 つである (Philippson, 2001)。科学の中で生まれた場の理論は、今日のほぼすべての心理学理論に影響を与えている現在のポストモダン感覚に早くから貢献した。状況への依存性を強調する学派は、アインシュタインや他の場の理論家の研究に基づいている。場理論、全体論、ゲシュタルト心理学の組み合わせが、ゲシュタルト人格理論の基礎を形成します。

フィールドには、特定の文脈理論につながる特定の特性があります。すべての文脈理論と同様に、フィールドは相互に依存する要素で構成されていると理解されています。しかし、他の特性もあります。1 つには、人の行動や経験の形成に寄与する変数は、その人の現在のフィールドに存在すると言われており、したがって、人が生きているフィールドまたは文脈を理解しなければ、その人を理解することはできません。患者の人生の物語は、実際に過去に何が起こったかを伝えることはできませんが、患者が現在ここで自分の歴史をどのように経験しているかを伝えることはできます。その歴史の表現は、患者の現在のフィールド条件によってある程度形作られます。

3 年前に起こったことは現在のフィールドの一部ではないため、人の経験に影響を与えることはできません。人の経験を形作るのは、その出来事の記憶をどのように保持しているか、また 3 年前の出来事がフィールド内での人の認識をどのように組織化するかを変えたという事実です。フィールドのもう 1 つの特性は、人の経験の組織化が今ここで発生し、継続的であり、フィールドの状態に基づいて変化する可能性があることです。また、誰もフィールドへの埋め込みを超越することはできません。したがって、現実の性質に関するすべての帰属は、フィールド内での被験者の立場に相対的です。フィールド理論は、セラピストを含む誰もが現実に対して客観的な視点を持つことができるという考えを否定しています。

逆説的変化理論は、ゲシュタルト療法のアプローチの核心です (Beisser、1970)。逆説とは、自分が本来の自分ではない人になろうとすればするほど、自分は変わらないということです。健康とは、主に完全であることの問題であり、治癒は再び完全になったときに起こります。適合しない型に自分を無理やり押し込もうとすればするほど、完全ではなく断片化が進みます。

有機体の自己制御には、認識と所有、つまり、自分が感知し、感情的に感じ、観察し、必要とし、望んでおり、信じていることと一体化することが必要です。成長は、自分がどのように影響を受け、他者にどのように影響を与えているかを含め、現在の自分の存在で何が起こっているかを意識的に認識することから始まります。進行中の経験と一体化し、実際に起こっていることに触れ、自分が心から感じ、望んでいることを特定して信頼し、自分が実際にできることとやりたいこと、あるいはやりたくないことについて自分自身と他者に正直になることで、人は完全性に向かって進みます。

変化の可能性を含め、今ここにいる自分自身を知り、感じ、感じたとき、人は完全に存在することができ、満足できないものを受け入れたり変えたりすることができます。

過去に生き、未来を心配し、自分がどうあるべきか、どうなっていたかという幻想に執着することは、有機体としての生活と成長の鍵となる感情的、意識的な認識と経験の即時性を低下させます。

ゲシュタルト療法は、現在の存在に没頭し、接触、認識、実験を現在実際に起こっていることと一致させることによって、自己認識、受容、成長を目指します。ゲシュタルト療法は、あるべき姿、あり得る姿、過去ではなく、今ここにあることに焦点を当てます。この現在中心の焦点から、人は自分のニーズ、希望、目標、価値観を明確にすることができます。

ゲシュタルト療法で重視される概念は、接触、意識的認識、実験です。それぞれの概念について以下に説明します。

接触とは、今ここで瞬間的に生じているものと接触していることを意味します。意識的な気づきとは、そのような注意を必要とする状況で、自分が接触しているものに注意を集中することです。気づき、つまり集中した注意は、より高い接触能力を必要とする状況、複雑性や葛藤を伴う状況、習慣的な思考や行動様式が機能せず、経験から学ばない状況で必要です。たとえば、無感覚を生み出す状況では、無感覚の経験に集中することで、認知の明晰さが生まれます。

実験とは、理解を深めるために何か新しいことを試す行為です。実験によって感情が高まったり、これまで気づかなかったことが実現したりすることがあります。実験、つまり何か新しいことを試すことは、精神分析の純粋に言葉による方法や行動療法の行動制御技術に代わるものです。

現状維持や新しいパターンの採用にこだわらず、何か新しいことに挑戦することは、有機体の成長を促すことができます。たとえば、患者は、より明確になったり、安心したりしたという証拠を示さずに、不幸な出来事の話を繰り返します。このような状況では、ゲシュタルト療法士は、患者が関係者に直接感情を表現するよう提案することがあります (対面またはロールプレイングを通じて)。患者は、多くの場合、安心感や悲しみや感謝などの他の感情の出現を経験します。

接触、認識、実験には専門的な意味がありますが、これらの用語は口語的にも使われます。ゲシュタルト療法士は、専門的な定義を知ることで、自分の実践を向上させます。しかし、この入門章では、これらの用語の口語的な形式を使用するように努めます。ゲシュタルト療法は、患者とセラピストが経験し、行っていることに触れて、セラピストが患者と接触することから始まります。セラピストは、患者が接触しているものに集中して明確にするのを助け、患者の認識を集中させることで探究を深めます。

認識プロセス

ゲシュタルト療法は、気づきのプロセス、つまり、意識の流れの連続性に焦点を当てています。人にはパターン化された気づきのプロセスがあり、それが療法の焦点になります。この焦点により、患者は自分が今この瞬間に何を考え、感じ、決断しているのか、またそれをどのように行っているのかを明確にすることができます。これには、意識されていないことへの焦点も含まれます。患者の意識の連続性の順序に注意を払い、非言語的行動を観察することで、患者は接触の中断を認識し、意識されていないことに気づくことができます。たとえば、ジルが悲しそうに見え始めたときはいつでも、彼女は悲しいと報告せず、すぐに怒りに移ります。怒りは、ジルの悲しみと脆弱性をブロックする機能を果たす限り、終わることはありません。この状況では、ジルは悲しみに気づくだけでなく、悲しみをブロックする傾向があることに気づくことで、自己監視のスキルも身に付けることができます。

転移の解釈は焦点を「今ここ」に戻すのに役立ちましたが、残念ながら、焦点が実際の同時関係から逸れ、患者の感情が無意識の衝動と未解決の葛藤の結果として解釈されるため、古典的な精神分析では「今ここ」の関係の可能性は実現されません。精神分析における議論は通常、過去に焦点が当てられ、その瞬間に分析者と患者の間で実際に何が起こっているかには焦点が当てられません。

精神分析に関するこの簡単な要約は、完全に正確というわけではありません。なぜなら、アドラー、ランク、ユング、ライヒ、ホーニー、フロム、サリバン、その他の分析家は、多くの点でフロイトの中核的な前提から逸脱し、ゲシュタルト療法システムが生じる土壌を提供したからです。これらの派生システムでは、ゲシュタルト療法と同様に、患者は無意識の力に動かされているというフロイトの悲観的な見方が、人間の成長の可能性を信じ、関係性と意識の力を評価することに置き換えられました。これらのアプローチは、データを自由連想に限定しませんでした。代わりに、セラピストの明確な思いやりのある態度を評価し、より幅広い介入を許可しました。しかし、これらのアプローチは、精神分析の伝統にとどまるという束縛がまだありました。ゲシュタルト療法は、より急進的な立場をとったのです。

行動修正は、単純な代替手段を提供しました。行動を観察し、患者の主観的な報告を無視し、刺激と反応の関係を操作するために古典的条件付けまたはオペラント条件付けを使用して問題のある行動を制御します。行動的アプローチでは、測定でき、数えられ、「科学的に」証明できることに重点が置かれました。

行動アプローチは、フロイト派の精神分析の精神内的アプローチの逆でした。今ここでの行動は観察され、それ自体が重要なデータとして扱われましたが、患者の主観的、意識的な経験は信頼できるデータとはみなされませんでした。

3 番目の選択肢はゲシュタルト療法によって提供されました。ゲシュタルト療法では、患者の意識は、他のより深い動機の単なる隠れ蓑であるとは想定されません。精神分析とは異なり、ゲシュタルト療法は利用可能なあらゆるデータを使用します。行動修正と同様に、ゲシュタルト療法は、身体の観察を含む行動を注意深く観察し、今ここに焦点を合わせ、能動的な方法を使用します。患者の自己報告は実際のデータと見なされます。そして、行動修正や精神分析とは異なり、セラピストと患者が治療の作業を共同で指揮します。

クライエント中心療法、理性感情行動療法、ゲシュタルト療法

ゲシュタルト療法とクライアント中心療法は、共通のルーツと哲学を持っています。どちらも人間の成長の可能性を信じており、セラピストが温かく本物（一致）として経験される関係から成長が生まれると信じています。クライアント中心療法とゲシュタルト療法はどちらも、患者の主観的認識を扱う現象学的療法です。ただし、ゲシュタルト療法はより積極的な現象学的アプローチを採用しています。ゲシュタルト療法の現象学は実験的現象学です。患者の主観的経験は、認識実験を使用することでより明確になります。これらの実験は行動療法に似ていることが多いですが、患者の行動を制御するのではなく、患者の認識を明確にするように設計されています。

もう一つの違いは、ゲシュタルト療法士は患者と療法士の両方の主観性が尊重される出会いという観点から考える傾向があることです。ゲシュタルト療法士は、人間中心療法士よりも、患者自身の感情や経験について患者に話す可能性がはるかに高くなります。

ゲシュタルト療法は、理性感情行動療法 (REBT) の対決的アプローチとカール ロジャースの非指示的アプローチの両方に代わるものです。人間中心療法士は患者の主観的な報告を完全に信頼しますが、REBT の施術者は、患者の非合理的または機能不全な考え方について、しばしばかなり積極的に患者と対決します。ゲシュタルト療法では、患者の認識を広げるために、集中的な意識実験と個人的な開示を使用します。(1960 年代から 1970 年代にかけて、フリッツ パールズは回避に対処するための非常に対決的なモデルを普及させましたが、このモデルは今日実践されているゲシュタルト療法を代表するものではありません。)

ゲシュタルト療法は、2 つの重要な点で、人間中心のアプローチに近づいてきました。まず、ゲシュタルト療法士は、より支援的で、思いやりがあり、親切になりました。さらに、療法士は、患者が経験する真実よりも正確な「客観的な」真実を持っていないことが明らかになりました。

精神分析と関係ゲシュタルト療法の新しいモデル

ゲシュタルト療法と精神分析は並行して発展してきました。ゲシュタルト療法における関係性の概念は、マルティン・ブーバーの「我と汝」の関係をモデルにしていますが、1980 年代後半まで十分に説明されていませんでした (Hycner、1985 年、Jacobs、1989 年、Yontef、1993 年)。関係性に焦点が当てられるようになったゲシュタルト療法は、古典的な精神分析や欲動理論から離れ、望ましい治療手段としての対決から離れ、セラピストが健康で患者が病気であるという信念からも離れてきました。

精神分析も同様のパラダイムシフトを経験し、2 つのシステムはある程度収束しました。これは、現代の精神分析理論 (特に関係理論と間主観理論) が古典的なフロイト精神分析の限界を否定したことにより可能になりました。新しい理論は還元主義と決定論を避け、患者自身の視点を最小化する傾向を否定します。この動きにより、精神分析はゲシュタルト療法の理論と実践に近づきました。ゲシュタルト療法は、現代の精神分析が現在否定している精神分析の同じ側面に反応して形成されました。

現代の精神分析とゲシュタルト療法が現在共有している基本的信条には、次のようなものがあります。人格全体と自己意識の重視、プロセス思考の重視、主観性と感情の重視、人生における出来事 (幼少期の性的虐待など) が人格の発達に与える影響の認識、人間は退行ではなく成長と発達に動機づけられるという信念、乳児は個人的な交流、愛着、満足に対する基本的な動機と能力を持って生まれるという信念、「他者」なしに「自己」は存在しないという信念、心の構造と内容は本能的な衝動ではなく他者との交流によって形成されるという信念。その人の人生を形作り定義する関係から切り離して人について語ることは無意味です。

認知行動療法、REBT、ゲシュタルト療法

ゲシュタルト療法は患者の思考プロセスに関与しないという仮定は正確ではありません。ゲシュタルト療法は常に患者の思考に注意を払ってきました。ゲシュタルト療法士は、認知療法士の同僚と同様に、不安を生み出す「未来化」の役割を強調し、REBT 療法士と同様に、道徳的な思考や不合理な価値条件 (「べき」) の考えによる罪悪感の創出について論じます。REBT または認知行動療法で非合理的と分類される思考の多くは、伝統的にゲシュタルト療法の重要な焦点でもありました。

現代のゲシュタルト療法と REBT または認知行動療法の間には、大きな違いが 1 つあります。現代のゲシュタルト療法では、セラピストは非合理的なことについて真実を知っているふりをしません。ゲシュタルト療法士はプロセスを観察し、患者に自分の考えを観察するように指示し、患者が経験して信じるようになったことを評価して尊重する方法で、別の考え方を探ります。

歴史

先駆者

ゲシュタルト療法は、実質的な独自の「発見」の源泉というよりは、豊富で多様な情報源の苗床から発展した、人格と療法を理解するための画期的な統合システムでした。フリッツとローラ・パールズ、そして 1940 年代から 1960 年代にかけて彼らとともに執筆、指導、実践したアメリカ人の協力者 (イザドア・フロム、ポール・グッドマンなど) は、20 世紀の科学、哲学、宗教、心理学、芸術、文学、政治の革命の荒波の中を泳ぎました。この時期には、あらゆる分野の知識人の間で大きな交流がありました。

1920 年代のフランクフルト アム マインでは、フリッツ パールズが医学博士号を取得し、ローラ パールズが理学博士号を取得しました。この地は心理学の知的活気の中心地でした。彼らは、ゲシュタルト心理学者、実存哲学者、現象哲学者、自由主義神学者、精神分析思想家などの著名な人々に直接的または間接的に接していました。

フリッツ・パールズは精神分析に精通しており、実際、訓練中の分析医でもありました。しかし、パールズは古典的な精神分析の独断主義に苛立ちを感じていました。パールズにとって、フロイトが西洋文化にもたらした革命的な基本概念、つまり意識の外にある動機の存在は、他の思想の流れ、特に全体論、ゲシュタルト心理学、場の理論、現象学、実存主義に織り込まれなければなりませんでした。

これらの知的分野は、それぞれ独自の方法で、人間とは何かという新しいビジョンを創造しようとしていました。彼らのビジョンは「人間主義的」ビジョンと呼ばれるようになり、ゲシュタルト療法はそのビジョンを心理療法の世界に導入した。フロイト派の分析家は、人間の生活は生物学的に決定され、葛藤し、制約を必要とするという本質的な真実を主張した。実存主義者は、存在が本質よりも優先されること、人々は自分の人生の方向を選択するという信念、そして人間の生活は生物学的に決定されていないという議論を主張した。精神分析学において、パールズはより反逆的な分析家、特にオットー・ランクとヴィルヘルム・ライヒの影響を受けた。ランクとライヒはどちらも、意識的な経験、感情的な知恵と葛藤の担い手としての身体、そして今ここでセラピストと患者が関与する積極的なプロセスを強調した。ライヒは「性格の鎧」という重要な概念を導入した。これは、個人を社会的に決定された固定された役割に留めておく、経験、行動、および体の姿勢の反復的なパターンである。ライヒはまた、患者がどのように話すか、または動くかが、患者が何を言うかよりも重要であると考えた。

ランクは、個人の創造力と独自性を強調し、クライアント自身が最良のセラピストであると主張しました。フリッツ・パールズと同様に、ランクは、今ここでの治療関係の経験の重要性を強調しました。

フリッツとローラ・パールズに大きなインスピレーションを与えたのは、デカルトの二元論から脱却し、主観と客観、自己と世界の分離は幻想であると主張していたヨーロッパ大陸の哲学者たちでした。これには実存主義者、現象学者、ルートヴィヒ・ヴィトゲンシュタインなどの哲学者が含まれていました。

この新しいアプローチは、場理論、ゲシュタルト心理学者、ヤン・スマッツの全体論、禅の思想と実践の影響を受けています。この考え方は、フリッツ・パールズによって、図地知覚のゲシュタルト心理学と、ゲシュタルト心理学の影響を強く受けた心理学者クルト・ゴールドシュタインとクルト・ルーヴィンの研究と融合されました (Wulf、1998)。

パールズは最初の著書『自我、飢餓、そして攻撃性』（1942/1992）で、人間は人間環境場の中に埋め込まれていると説明しました。この場は、知覚を組織化するニーズが意識に現れて発達しました。パールズはまた、「創造的無関心」についても書いています。これは、特定の状況で本当に必要なものに応じて人間が差別化できるようにするものです。差別化によって、対照の経験と、自分たちを別個のものとして経験する極性の認識が生まれます。パールズはこれを、東洋の禅の実践の西洋版だと考えました（Wulf、1998）。

フリッツとローラはナチス時代にドイツを離れ、後にナチス占領下のオランダから逃れました。彼らは南アフリカに行き、そこで精神分析の訓練センターを開設しました。同じ時期に、1940 年代の南アフリカ首相ヤン・スマッツがホリスティックという言葉を考案し、それについて著述しました。やがて、フリッツとローラ・パールズは、ヤン・スマッツが主導したアパルトヘイト政策の始まりにより南アフリカを去りました。

全体論の基本的な教えは、有機体は自己制御する存在であるということです。フリッツ・パールズにとって、ゲシュタルト心理学、有機体理論、場理論、全体論は幸福な融合を形成しました。ゲシュタルト心理学は、パールズにゲシュタルト療法の組織原理と、彼の人生におけるさまざまな影響を統合する認知体系を提供しました。

ゲシュタルトという言葉には、英語の直訳はありません。これは、知覚の全体または経験の構成を指します。人々は断片的に知覚し、それを足し合わせて組織化された知覚を形成するのではなく、パターン化された全体として知覚します。パターンは要素間の相互関係を反映しているため、全体を理解するためには構成要素を研究するのではなく、部分同士の関係、および部分と全体の関係を研究する必要があります。ゲシュタルト心理学の発展を主導したのは、マックス・ヴェルトハイマー、クルト・コフカ、ヴォルフガング・ケーラーです。

クルト・レヴィンは、ゲシュタルト原理を単純な知覚心理学以外の分野に適用し、ゲシュタルト心理学の理論的含意を解明することで、この研究を拡張しました。彼は、ゲシュタルト心理学の場の理論哲学を解明したことで特によく知られていますが、この概念は彼が考案したものではありません。レヴィン (1938) は、場の理論がニュートンや実証主義の考え方と異なる原理について論じました。場の理論では、世界は、離散的または二分的な粒子としてではなく、時間的に連続した体系的な関係の網として研究されます。この見方では、すべてのものは生成の過程にあり、静止したものは何もありません。この場の見方における現実は、観察者と観察対象との関係によって構成されます。したがって、「現実」は視点の機能であり、真の実証主義的事実ではありません。同等の正当性を持つ複数の現実が存在する可能性があります。現実の本質に関するこのような見方は、女性、同性愛者、非ヨーロッパ人など、以前は権利を奪われていたさまざまな声をゲ​​シュタルト理論に取り入れることにつながります。

ルウィンは、ゲシュタルト心理学者の研究を引き継ぎ、ゲシュタルトは環境の可能性と有機体の欲求の相互作用によって形成されるという仮説を立て、研究しました。欲求は知覚と行動を組織化します。知覚は、関係にある人の状態と周囲の環境によって組織化されます。有機体の機能に関するゲシュタルト療法の理論は、知覚と全体論に関するゲシュタルト心理学の原則に基づいています。有機体の自己制御の理論は、ゲシュタルト療法の人格理論の基礎となりました。

現象学と実存主義の哲学的教義は、パールズ夫妻がドイツと米国にいた時代に人気がありました。ゲシュタルト療法は、対話的実存主義思想家、特にローラ・パールズが直接学んだマルティン・ブーバーの著作に深く影響を受けました。自己は常に他者とともにある自己であるという、切り離すことのできない実存的事実に対するブーバーの信念は、ゲシュタルト思考と自然に一致し、彼の「私と汝」関係の理論は、ローラ・パールズの教えを通じて、ゲシュタルト療法における患者とセラピストの関係の基礎となりました。

始まり

フリッツ・パールズの最も初期の出版物は『自我、飢餓、そして攻撃性』（1942/1992）であるが、ゲシュタルト療法システムの最初の包括的な統合は『ゲシュタルト療法』（F.パールズ他、1951/1994）に見られる。この独創的な出版物は、著者らが知的時代精神に触れて形成された統合、統合、そして新しいゲシュタルトを表している。

ゲシュタルト療法 327

ゲシュタルト療法は、ニューヨークで初めて開始されました。ニューヨーク ゲシュタルト療法研究所がすぐに設立され、初期のセミナー参加者は教師となり、ニューヨーク、クリーブランド、マイアミ、ロサンゼルスを中心に、定期的なトレーニング ワークショップを開催して他の都市に広めていきました。各都市で集中的な研究グループが結成されました。学習は、元の研究グループ メンバーによる定期的なワークショップによって補完され、最終的に、これらの都市はすべて独自のゲシュタルト トレーニング インスティテュートを設立しました。クリーブランド ゲシュタルト研究所は、さまざまな背景を持つ研修生を受け入れ、多様性に富んだ教員を育成するために特別な努力を払ってきました。

ゲシュタルト療法は、人間性心理療法に影響を与えた多くのアイデアの先駆者です。たとえば、ゲシュタルト療法には、経験を現象学的に考慮し、治療関係においてセラピストと患者がお互いをどのように経験するかを考慮するための高度に発達した方法論があります。現象学では、現実は観察対象と観察者との関係で形成されると想定しています。つまり、現実は解釈されるのです。

ゲシュタルト療法における対話的関係は、マルティン・ブーバーの思想 (Jacobs, 1989) から 3 つの重要な原則を導き出しました。第一に、対話的治療関係において、セラピストは共感的関与に似たインクルージョンを実践します。この場合、セラピストは患者の経験の中に自分自身を置き、他者の存在を想像し、それを自分の身体の中の感覚であるかのように感じ、同時に自己意識を維持します。インクルージョンは、患者の経験との融合ではなく、発達した接触形式です。このように患者の経験を想像することで、対話的セラピストは患者の存在と可能性を確認します。第二に、セラピストは、本物で一貫性のある人物であり、透明性と自己開示に努めている人物として自分自身を開示します。第三に、対話的療法におけるセラピストは対話に専念し、参加者間で起こることに身を委ね、したがって結果をコントロールしません。このような関係では、患者だけでなくセラピストも変化します。

ほとんどの実存的思想の根底には、実存的現象学的方法があります。ゲシュタルト療法の現象学は、エドムンド・フッサールの実存的現象学とゲシュタルト心理学の現象学が融合したものです。

現象学的理解は、最初の知覚を取り上げ、その瞬間に実際に経験されたものを、予想されたものや単に論理的に導き出されたものと区別することによって達成されます。現象学的方法は、認識のプロセスを記述的に研究することによって、認識の明瞭性を高めます。これを行うために、現象学者は仮定、特に有効なデータを構成するものに関する仮定を脇に置きます。すべてのデータは最初は有効であると見なされますが、現象学的探究を継続することで洗練される可能性があります。これは、患者の認識は有効であり、無意識の動機で説明するのではなく探究すべきであるというゲシュタルト療法の見解と非常に一致しています。

他の理論は「我と汝」関係や体系的現象学的フォーカシングを完全には取り入れていないが、セラピストと患者との直接接触の興奮と活力、直接的な経験の重視、実験の使用、今ここ、感情のプロセス、および認識の重視、有機体の自己制御への信頼、選択の重視、および患者の状況と内面世界への注意によって影響を受けている。

現在のステータス

過去 55 年間で、ゲシュタルト研究所、文献、およびジャーナルが世界中で急増しました。米国の主要都市にはそれぞれ少なくとも 1 つのゲシュタルト療法トレーニング センターがあり、ヨーロッパ、北米、南米、オーストラリア、およびアジアのほとんどの国にも多数のゲシュタルト療法トレーニング研究所があります。ゲシュタルト療法士は世界中で活動しています。

さまざまな国や地域で、専門家の会議を後援し、基準を設定し、研究と公教育を支援する統括組織が結成され始めています。ゲシュタルト療法推進協会は国際的な会員組織です。この組織は専門家に限定されていません。この協会は、組織レベルで施行されたゲシュタルト療法の原則を遵守することで自らを統治する目的で結成されました。地域会議は、ヨーロッパのゲシュタルト療法協会であるヨーロッパゲシュタルト療法協会、およびオーストラリアとニュージーランドの協会である GANZ によっても後援されています。

ゲシュタルト療法は、豊かな口承の伝統で知られていますが、歴史的に、ゲシュタルトに関する文献は、その理論と実践の深みを完全に反映してきませんでした。ゲシュタルト療法は、経験的アプローチを好むセラピストを惹きつける傾向があります。ゲシュタルト療法のアプローチは、強い経験的要素なしに教えることはほぼ不可能です。

ポルスター夫妻による画期的な書籍 (Polster & Polster、1973) の出版以来、ゲシュタルト療法の口頭伝承と文書伝承の間の溝は埋まりました。現在、ゲシュタルト療法に関する文献は膨大で、ゲシュタルト療法の理論と実践のさまざまな側面を扱った書籍の数も増えています。現在、英語のゲシュタルトジャーナルは 5 つあります。International Gestalt Journal (旧 The Gestalt Journal)、British Gestalt Journal、Gestalt Review、Studies in Gestalt Therapy-Dialogical Bridges、Gestalt Journal of Australia and New Zealand です。Gestalt Journal Press には、ゲシュタルトに関する書籍、記事、ビデオテープ、オーディオテープの包括的な書誌も掲載されています。このリストは、インターネットの www.gestalt.org からアクセスできます。別のインターネット サイト Gestalt! (www.g-gej.org) では、記事や研究のためのリソースを提供しており、オンライン ジャーナルでもあります。ゲシュタルト療法の文献も世界中で盛んに出版されています。ヨーロッパ、北米、南米、オーストラリアのほとんどの言語で少なくとも 1 冊の雑誌が出版されています。英語で書かれ、翻訳され、他の国々で広く読まれている書籍に加えて、フランス語、ドイツ語、イタリア語、ポルトガル語、デンマーク語、韓国語、スペイン語で出版された重要なオリジナルの理論書もあります。

過去 10 年間で、ゲシュタルト療法における人格と療法の理解は大きく変化しました。一般的にも、特に治療関係においても、成長のための関係条件の理解は、時には議論を呼ぶものの、大きく変化してきました。相互依存への認識が高まり、自立に重きを置く文化的価値の羞恥心効果への理解が深まり、幼少期に羞恥心が生み出され、対人関係で引き起こされる仕組みへの認識が深まりました (Fairfield & O'Shea, 2008; Jacobs, 2005b; Lee, 2004; Lee & Wheeler, 1996; Yontef, 1993)。ゲシュタルト療法士は、羞恥心とその引き金についてより深く理解するようになったため、以前よりも対立的ではなく、受け入れて支援するようになりました (Jacobs, 1996)。

人格

人格理論

ゲシュタルト療法の理論は、高度に発達した、いくぶん複雑な性格理論です。健康な機能と神経症的な機能という概念は、実際には非常に単純で明確ですが、直線的な因果関係の考え方から、プロセス、場の理論の世界観への、必ずしも理解しやすいとは言えないパラダイムシフトの上に成り立っています。

ゲシュタルト療法は、環境との相互作用、つまりそれが属する生物環境フィールドを離れて生物を考察する意味のある方法はないと主張する急進的な生態学的理論です (F. Perls 他、1951/1994)。心理学的には、誰かの視点を通してでなければ環境を知覚する意味のある方法がないのと同様に、対人関係を離れて人を考察する意味のある方法は存在しません。ゲシュタルト療法のフィールド理論によれば、知覚が完全に「客観的」になることは不可能です。

人間が住む「フィールド」には、他の人間が満ち溢れています。ゲシュタルト理論では、自分の有機体/環境フィールドから切り離された自己は存在しません。より具体的には、自己は他者なしには存在しません。自己とは、関係にある自己を意味します。接触はすべての経験の不可欠な側面です。実際、経験は接触なしには存在しませんが、私たちの人格の形成と機能を支配するのは人間同士の接触です。

フィールドは境界によって区別されます。接触境界には二重の機能があります。それは、人々を互いに結びつけると同時に、分離を維持することです。他者との感情的なつながりがなければ、人は飢えてしまいます。感情的な分離がなければ、独立した自律的なアイデンティティを維持できません。つながることで、生物学的、社会的、心理的なニーズが満たされます。分離することで、自律性が生まれ、維持され、有害な侵入や過負荷から保護されます。

他者との接触や離脱を通じて、人はニーズを満たし、成長します。分離とつながりによって、人は境界とアイデンティティを確立します。効果的な自己制御には、新たに現れているもののうち、栄養になるか有害になるかに気付く接触が含まれます。人は栄養になるものを認識し、有害になるものを拒否します。このような差別化された接触が成長につながります (Polster & Polster、1973)。この区別を制御する重要なプロセスは、認識と接触です。

心理的成長にとって最も重要なプロセスは、2 人の人間がそれぞれ相手の経験を認識し、相手のニーズ、感情、信念、習慣を認識し、尊重する相互作用です。この形式の対話的な接触は、セラピーに不可欠です。

生物の自己制御

ゲシュタルト療法の理論では、人間は本質的に自己制御的で、状況に敏感で、自分の問題を解決しようとする意欲があると考えられています。ニーズと欲求は階層的に整理されており、最も緊急のニーズが優先され、それが満たされるまでは注意を向けられます。このニーズが満たされると、次のニーズまたは関心が注目の中心になります。

ゲシュタルト（図/地）形成

有機体の自己制御の概念の帰結として、ゲシュタルト形成と呼ばれるものがあります。ゲシュタルト心理学は、私たちが統一された全体として知覚すること、またコントラストの現象を通して知覚することを教えてくれました。興味のある図は、比較的単調な背景とのコントラストで形成されます。たとえば、このページの文字は読者にとって視覚的な図ですが、部屋の他の部分は視覚的にそれほど明確で鮮明ではありませんが、この参照によって読者がページ上の文字を背景に溶け込ませると、テーブル、椅子、本、またはソーダの図が浮かび上がります。図と背景は非常に急速に変化する場合もありますが、一度に認識できる明確な図は 1 つだけです。

意識と無意識

ゲシュタルト心理学を人格機能理論に適応させた最も重要な結果は、意識と無意識についての考え方がフロイトのそれとは根本的に異なることです。フロイトは、無意識は非人格的で生物学的な衝動で満たされ、常に解放を求めていると信じていました。適切に機能するには、無意識の内容を隠しておくための抑圧と昇華をうまく利用することが必要であり、これらの衝動は象徴的な形でのみ経験されるものでした。

ゲシュタルト療法の「無意識」はまったく異なります。ゲシュタルト療法の理論では、無意識の代わりに意識と無意識の概念が使われます。ゲシュタルト療法士は、意識/無意識の概念を使用して、瞬間的に意識内にあるものと瞬間的に意識外にあるものとの間の流動性に対する信念を反映します。重要で、力強く、関連性のあるものが前面に出てくることを許されない場合、人は無意識です。背景にあるものは、瞬間的には意識外にありますが、瞬時に意識内の人物になることができます。これは、背景に対する人物の形成である、ゲシュタルト心理学の知覚の理解と一致しています。

神経症患者の場合、現象場のある側面は意図的に、そして定期的に背景に追いやられます。この概念は、フロイトの動的無意識とほぼ同じです。しかし、ゲシュタルト療法士は、患者が理解できるようになる前に療法士によって翻訳される必要がある「一次プロセス」の無意識を信じていません。

ゲシュタルト療法士は、永続的な背景に追いやられているものは、患者の現在の葛藤と、現在の現場の状況に対する患者の見方を反映していると主張しています。患者が治療関係の状況が十分に安全であると認識すると、以前は隔離されていた主観的状態のより多くの側面が、治療対話を通じて認識されるようになります。

健康

ゲシュタルト療法における健康の概念は、実は非常に単純です。健康な有機体の自己制御では、人は変化する欲求状態に気づきます。つまり、最も重要なことは、自分の意識の姿になります。つまり、完全であるということは、単に自分の進行中の瞬間ごとの経験と同一視し、この同一視によって自分の行動を組織化できるようにすることです。

健全な有機体意識には、人間と非人間環境に対する意識が含まれており、他者のニーズについて無思慮であったり配慮がなかったりするものではありません。たとえば、思いやり、愛、環境への配慮はすべて有機体機能の一部です。

健全に機能するには、人間と環境のフィールドで実際に起こっていることと接触している必要があります。接触とは、フィールドとの関係において自分の経験と接触しているという性質です。何が出現しているかを認識し、それが行動を組織化できるようにすることで、人々は世界と関わり、経験から学びます。何か新しいことに挑戦することで、さまざまな状況で何が機能し、何が機能しないかを学びます。人物が出現できないとき、何らかの理由でそれが中断されたり誤った方向に導かれたりすると、認識と接触に乱れが生じます。

成長への傾向

ゲシュタルト療法士は、人間は成長する傾向があり、条件が許す限り十分に発達すると信じています。ゲシュタルト療法は全体論的であり、人間は本質的に自己制御的で成長志向であり、症状を含む人間とその行動は環境から切り離して理解することはできないと主張しています。

ゲシュタルト療法は、存在のつながりと分離、生と死、選択と責任、真実性と自由といった実存的テーマに関心を持っています。ゲシュタルト療法の認識理論は、実存的かつ人間主義的な精神から生まれた経験に対する根底にある現象学的志向です。ゲシュタルト療法は、経験の研究によって人間を理解しようとします。意味は、経験される内容と経験される方法の観点から理解されます。

人生は関係性である

ゲシュタルト療法では、意識と人間関係は切り離せないものとみなします。意識は幼少期に生涯にわたって続く人間関係のマトリックスを通じて発達します。

人間関係は、人々がそれをどう経験するかによって決まります。人々は、他者との関係において自分自身をどう経験するかによって自分自身を定義します。これは、他者から自分がどう見られているのか、他者に対してどう考え、どう行動するのかに由来します。マーティン・ブーバーに由来するゲシュタルト療法理論では、他者との関係における自己以外に「私」や自己意識は存在しません。あるのは、「私-汝」の「私」、または「私-[私]t」の「私」だけです。ブーバーが言ったように、「本当の生活とは、出会うことである」のです (1923/1970、p. 11)。

生きることは、満たされるニーズと満たされないニーズの連続です。人は恒常性のバランスを保ち、次に現れるニーズへと進んでいきます。健康においては、境界は健康を促進するものとの交換（つながり）を許すほどに浸透性があり、自律性を維持し不健康なものを排除（分離）するほどに堅固です。そのためには、特定の時間と特定の環境において最も切迫したニーズを特定する必要があります。

多様なコンセプト

境界における混乱

最適な状況では、つながりと引き離しの間で動きが続いています。一緒になるという経験が繰り返し妨げられると、人は孤立した状態に置かれ、それが境界の乱れとなります。それが乱れとなるのは、それが固定されていて、あらゆるニーズに応えられず、密接な接触が生まれないからです。同様に、引き離したいというニーズが妨げられると、それに対応する境界の乱れが生じ、それが合流と呼ばれます。合流とは、分離したアイデンティティの経験が失われることです。

最適な機能では、何かが取り入れられるとき（それがアイデア、食べ物、愛など）、接触と認識があります。人は、何を取り入れるか、取り入れたものにどのような意味を付与するかについて識別します。物事（アイデア、アイデンティティ、信念など）が認識なしに取り入れられると、取り入れの境界障害が生じます。取り入れられたものは、有機体機能に完全に統合されません。

統合して全体性を持つためには、取り入れたものを同化する必要があります。同化とは、取り入れるものを経験し、それを分解し、有用なものを残し、そうでないものを捨てるプロセスです。たとえば、同化のプロセスにより、聞き手は出席した講義から有用なものだけを選択して保持することができます。

自分自身の経験に気づくのを避けるために、自分自身に起こる現象を誤って別の人物に帰属させると、投影の境界障害が発生します。衝動や欲求が二人の出来事ではなく一人の出来事に変わると（例えば、他の人に[愛撫]してもらいたいのに自分自身を愛撫するなど）、反射の境界障害が発生します。これらのプロセスのそれぞれにおいて、その人の一部が否定され、象徴的になることや行動を組織化して活性化することが許されません。

クリエイティブ調整

すべての要素が組み合わさると、人間は創造的調整と呼ばれる包括的な原則に従って機能します。「すべての接触は、生物と環境の創造的調整です」（F. Perls 他、1951/1994、p. 230/6）。すべての生物は、適応しなければならない環境に住んでいます。しかし、人間は環境を人間のニーズと価値観に適合するように形作る必要もあります。

創造的調整の概念は、人間は成長志向であり、生活の中で問題を可能な限り最善の方法で解決しようとするという考えから生まれます。これは、自分自身のリソースと環境のリソースを最大限に活用する方法で問題を解決することを意味します。意識は一度に 1 つの人物にしか集中できないため、創造的認識の対象ではないプロセスは、完全に認識される番になるまで、調整の習慣的なモードで機能します。

創造的調整という用語は、環境を変えることと現在の状況に適応することとの間の創造的なバランスを反映しています。人々は関係性の中でのみ生きているので、状況の要求（社会の要求や他人のニーズなど）に適応することと、自分自身の個人的な利益に従って何か新しいものを生み出すことのバランスを取らなければなりません。これは、自分自身と環境との間の継続的な相互交渉です。

欲求が形象化され、行動に移され、そして新しい形象が出現するにつれて消えていく過程は、ゲシュタルト形成サイクルと呼ばれます。ゲシュタルト形成サイクルには必ず創造的な調整が必要です。欲求の状態を解決するには、両極性が必要です。空腹であれば、環境から新しい食べ物を摂取しなければなりません。すでに食べた食べ物では問題は解決しません。新しい行動が起こらなければならず、環境は個人のニーズを満たすように接触し、適応されなければなりません。

一方、新しい経験を生み出すという点では、過去の学習や経験、確立された知恵、社会慣習を利用しないほどバランスが取れているわけにはいきません。たとえば、昨日の学習を活用して、食料源として利用できる可能性のある環境の側面を認識すると同時に、新しい食料の可能性を創造的に実験する必要があります。

成熟

健康は、良好なゲシュタルトの特徴を備えています。良好なゲシュタルトは、明瞭で良好な形態に組織化された知覚領域で構成されます。よく形成された図は、より広く、あまり明確でない背景に対して明確に際立っています。目立つもの (図) とコンテキスト (背景) の関係が意味です。良好なゲシュタルトでは、意味は明確です。

健康と成熟は、環境の可能性という文脈で生じる創造的な適応から生まれます。健康と成熟の両方には、ゲシュタルト形成プロセスが自由に機能し、接触と認識のプロセスが過度の不安、抑制、または習慣的な選択的注意から比較的自由な人が必要です。

健康では、図は必要に応じて変化します。つまり、ニーズが満たされるか、より緊急のニーズに取って代わられると、別の焦点に移ります。満足を妨げるほど急速に変化することはなく (ヒステリーの場合のように)、新しい図が優位になる余地がないほどゆっくりと変化することもありません (強迫性の場合のように)。図と地が二分されると、文脈から外れた図や焦点のない文脈が残ります (衝動性の場合のように) (F. Perls 他、1951/1994)。

健全な人は環境と創造的に適応しています。人は環境のニーズに適応し、環境を自分のニーズに合わせて調整します。適応だけでは従順になり、停滞を生み出します。一方、孤立した個人のために抑制されない創造性を発揮すると、病的なナルシシズムにつながります。

人格機能の障害

精神疾患とは、単に、明確な関心の対象を形づくることができず、瞬間瞬間の経験に共感できず、気づいたことに反応できない状態です。接触や認識のプロセスが妨げられている人は、慢性的に貧困な環境によって形成された人であることが多いです。貧困な環境は、創造的適応能力を低下させます。

しかし、神経症的な自己制御でさえも創造的適応とみなされる。ゲシュタルト療法士は、神経症的調節は、過去の困難な状況でなされた創造的適応の結果であり、その後、現場の状況が変化しても再調整されなかったと想定する。たとえば、ある患者の父親は、彼女が 8 歳のときに亡くなった。患者はひどく悲しみ、怯え、孤独だった。彼女の人生で唯一の大人であった母親は、父親の死に対する彼女の苦痛と恐怖の反応を吸収するのを手伝うことができなかった。患者は、気が散るほど忙しくすることで、耐え難い状況から逃れた。これは、限られたリソースしかない現場でのニーズに対する創造的適応だった。しかし、成人になっても、現場の状況が変わっても、彼女は同じ適応手段を使い続けている。この患者の最初の創造的適応は、反復的な性格パターンに固まっていった。これは、当初の解決策が緊急事態で十分に機能し、当初の緊急事態を模倣した現在の経験が、緊急時の適応を引き起こすためによく起こる。

神経症的自己制御は、有機体的自己制御に取って代わる傾向がある。患者は、以前の解決策を繰り返し使用すると、現在の自己現場問題に意識を持って対応する能力が損なわれるため、しばしば自分の自己制御を信頼できない。有機体的自己制御は、「すべきこと」に置き換えられる。つまり、自分の経験を受け入れるのではなく、自分の経験を制御および管理しようとする試みに置き換えられる。治療の課題の一部は、治療状況において、新しい「緊急事態」を作り出すことである。ただし、それは「安全な緊急事態」であり、古い状況を思い起こさせる要素（感情の激しさの高まりなど）を含み、また、利用できる健康促進要素（セラピストの肯定的で落ち着かせる存在など）も含む。新しい状況が十分に安全であれば、より柔軟で反応性の高い新しい創造的調整を促進することができる。

極性

経験はゲシュタルト、つまり地に対する図として形成されます。図と地は互いに対極関係にあります。健全な機能では、図と地は変化するニーズとフィールド条件に応じて変化します。以前は地の側面であったものが、ほぼ瞬時に次の図として現れることがあります。

人生は、生と死、強さと弱さ、つながりと分離など、両極性によって支配されています。創造的な調整が流れ、現在の現場の状況に反応しているとき、これらの両極性の相互作用と絶え間ない再調整のバランスが、存在の豊かなタペストリーを構成します。

神経症的調節では、自分の基盤のいくつかの側面（例えば、患者の耐え難い孤独）を意識から遠ざける必要があり、両極性は流動性を失い、二分法に固まります。神経症的調節では、患者は自分の強さを容易に認識するかもしれませんが、むしろ、脆弱性の経験を無視したり否認したりすることがあります。このような選択的な意識は、解決できない葛藤に満ちた人生、危機に悩まされた人生、または受動性によって鈍くなった人生をもたらします。

抵抗

全体論と有機体の自己制御の考え方は、抵抗の理論をひっくり返しました。精神分析における抵抗の本来の意味は、自分自身についての苦痛な真実に直面することへの抵抗を指していました。しかし、自己制御の理論は、すべての現象、抵抗さえも、文脈の中で捉えれば有機体の助けとなると示せると主張しています。

目的。

ゲシュタルト理論では、抵抗は、生物の完全性を表す厄介だが極めて重要な表現である。抵抗とは、危険と判断される状況で出現する恐れのある人物像（思考、感情、衝動、または必要性）の形成、またはセラピストの人物像（または計画）の押し付けに反対するプロセスである。たとえば、涙は患者よりもセラピストに向けられると考えたり、泣くと嘲笑の対象になると考え、涙をこらえる人がいるかもしれない。また、過去に弱さを見せたことで嘲笑されたことがある人は、現在の環境が厳しく容赦がないと想定するかもしれない。抑制された経験は、通常は意識せずに抵抗される。たとえば、患者はすべての弱さの経験を意識から押しのけているかもしれないが、弱さの経験は依然として背景に存在し、人物像形成プロセスを静かに形作り、影を落としている。流動的な両極関係ではなく、患者は強さと弱さの二分法を固め、弱さを感じるたびに必然的に不安を経験する。その結果、大きな肉体的勇気を示して危険を冒す男性になるかもしれないが、愛する女性に身を捧げるという考えに怯える。セラピーでこの葛藤を探るうちに、患者は自分の弱い感情をひどく恐れていることに気づき、その感情を活性化させて気づかせるのを拒むようになる。この抵抗は、彼の習慣的な自己制御モードが損なわれないようにすることで患者を守る。最初の創造的な調整が起こったとき、彼の強さとの同一化と弱さの追放は適応的だった。ゲシュタルト理論は、患者はそのような調整をしたことを「忘れて」おり、そのため、現在の関心事であるコミットメントを支持する決定を下す能力を妨げる可能性のある弱さがあることさえも認識していないと仮定している。

患者が漠然と認識したとしても、現在の状況が十分に異なっており、二分化された適応をあえて変えることができるかどうか確信が持てない場合があります。治療関係の比較的安全な範囲内で繰り返し実験を行うことで、患者は自分の脆弱な側面と十分に接触し、強さと脆弱性の極性を再び活性化して、より瞬間瞬間の創造的な適応プロセスを再開できるようになります。

感情は、現在のフィールドとの関係を方向づけ、出現する人物の相対的な緊急性を確立するのに役立つため、健全な機能にとって中心的な役割を果たします。感情のプロセスはゲシュタルト形成プロセスに不可欠であり、健全な個人における「シグナル」として機能します。たとえば、突然恥ずかしさを感じた場合、健全な人はそれを、自分がやっていることは何でも続けるべきではないというサインと受け止めます。残念ながら、自己制御が乱れた人は、恥ずかしさをシグナルとして感じることができず、むしろそれに圧倒されがちです。

お問い合わせとサポート

「接触は、それに対するサポートが利用できる範囲でのみ可能です。サポートとは、個人、関係、または社会の経験の継続的な同化と統合を促進するすべてのものです」（L. Perls、1992 年）。適切なサポートは、フィールド全体の機能です。自己サポートと環境サポートの両方が必要です。人は呼吸によって自分自身をサポートする必要がありますが、環境は空気を提供しなければなりません。健康であれば、人は現在の自己と環境のニーズから切り離されることはなく、過去（未完の仕事）や未来（破滅的思考）に生きることもありません。個人が自分自身をサポートし、自分自身を守ることができるのは現在だけです。

不安

ゲシュタルト療法は、不安の内容（不安の原因）ではなく、不安のプロセスに関係しています。フリッツ・パールズは、不安を興奮からサポートを引いたものと初めて定義しました（F. パールズ、1942/1992; F. パールズ他、1951/1994）。不安は認知的に、またはサポートのない呼吸習慣によって生み出されます。不安の認知的創造は、「未来を想像する」ことと現在に集中できないことから生じます。否定的な予測、誤解、および不合理な信念はすべて不安を引き起こす可能性があります。人々が未来を想像すると、彼らはまだ存在していない何かに意識を集中します。たとえば、スピーチをしようとしている人は、聴衆の潜在的な否定的な反応に気を取られているかもしれません。将来の失敗に対する恐怖は、現在のパフォーマンスに非常に悪い影響を与える可能性があります。舞台恐怖症は、身体的興奮が誤って分類され、誤った帰属がパニック発作を引き起こす典型的な例です。

不安は、サポートされていない呼吸によっても生じます。覚醒すると、生物は酸素を必要とします。 「健康で自己調節能力のある人は、動員や接触に伴う酸素需要の増加に対応するために、自動的により深く呼吸する」（Clarkson & Mackewn, 1993, p. 81）。十分に呼吸し、エネルギー動員の増加に耐え、現在に集中し、認知的に柔軟で、エネルギーを行動に移すと、不安ではなく興奮を感じる。呼吸をサポートするには、十分な吸気と呼気、および速すぎず遅すぎない呼吸速度が必要である。十分に吐き出さずに急速に呼吸すると、二酸化炭素を多く含む古い空気が完全に排出されないため、酸素を豊富に含んだ新鮮な血液が肺胞に到達できない。すると、人は不安のよく知られた感覚、すなわち脈拍数の増加、十分な空気を吸えないこと、過呼吸を感じる（Acierno, Hersen, & Van Hasselt, 1993; F. Perls, 1942/1992; F. Perls et al., 1951/1994）。

ゲシュタルト療法は、身体指向と性格的問題の両方に焦点を当てており、不安症の治療に最適です。患者は、認知的および身体指向的な意識の作業を通じて、不安症を認知的および身体的に克服することを学びます (Yontef、1993)。

行き詰まり

行き詰まりは、人が慣れ親しんだ支えが利用できず、新しい支えがまだ動員されていないときに経験されます。この経験は実存的な恐怖です。人は後戻りできず、前進して生き残れるかどうかわかりません。行き詰まりに陥った人々は麻痺し、前進するエネルギーと後退するエネルギーが互いに戦っています。この経験は、空虚、虚ろ、暗闇、崖から落ちる、溺れる、渦に巻き込まれるなどの比喩的な言葉で表現されることがよくあります。

行き詰まりの体験にとどまる患者は、本物の存在、つまり、最小限の幻想、良好な自己サポート、活力、創造性、人間および非人間の環境との良好な接触を伴う存在を体験する可能性があります。このモードでは、ゲシュタルト形成は明確かつ活発であり、重要なことに最大限の努力が払われます。行き詰まりを打開するためのサポートが動員されない場合、その人は古い不適応行動を繰り返し続けます。

発達

ゲシュタルト療法は最近まで、十分に発達した児童発達理論を持っていませんでしたが、現在の精神分析研究と理論は、ゲシュタルト療法士がかなり長い間抱いてきた見解を支持しています。この理論は、乳児は自己制御能力を持って生まれ、自己制御スキルの発達と洗練は養育者と乳児の相互制御に依存し、自己制御が最もよく発達するためには養育者と乳児の接触が子どもの感情状態に同調していなければならず、子どもは感情的に同調した相互制御を通じて関係性を求めると主張しています (Stern、1985)。ゲシュタルト療法士の Frank (2001) は、Stern らの研究を利用して、身体化と関係性に基づく包括的なゲシュタルト発達理論を策定しました。McConville と Wheeler (2003) は、子どもと青年の発達理論を明確に表現するために、場の理論と関係性を使用しました。

心理療法

心理療法の理論

人は生涯を通じて成長し、変化します。ゲシュタルト療法士は、接触がある限り成長は避けられないと考えています。通常、人は感情的、知覚的、認知的、運動的、有機的な自己調整能力を高めていきます。しかし、時には、発達のプロセスが損なわれたり、脱線したりすることがあります。人が間違いから学んで成長する限り、心理療法は必要ありません。心理療法は、人が経験から学ぶことにいつも失敗する場合に適応します。自己調整能力が、困難な状況での創造的な調整として発達したが、今では本人や周囲の人を不幸にしている不適応の反復パターンから抜け出せない場合に、心理療法が必要です。また、危機に適切に対処できない患者、人生で他人に対処する準備が整っていないと感じている患者、個人的または精神的な成長のための指導を必要としている患者にも心理療法が適応します。

ゲシュタルト療法は、患者が経験から学ぶことをいかに避けているか、自己制御プロセスがオープンエンドではなくクローズドエンドになっている可能性があるか、そして接触領域における抑制が認識を広げるために必要な経験へのアクセスをいかに制限しているかに患者が気づくのを助けることに重点を置いています。もちろん、認識は他の人との交流を通じて発達します。人の人生の最も初期の瞬間から、機能的パターンと機能不全パターンの両方が関係のマトリックスから現れます。

心理療法は、基本的に患者とセラピストの関係であり、患者がもう一度学び、忘れ、学び続ける方法を学ぶ機会となる関係です。患者とセラピストは、心理療法の状況で現れる思考と行動のパターンを明確にします。ゲシュタルト療法士は、療法で現れるパターンは患者の生活で現れるパターンを再現すると考えています。

治療の目的

ゲシュタルト療法の唯一の目標は、気づきです。これには、特定の領域でより深い気づきを達成することと、必要に応じて自動的な習慣を意識化する能力を向上させることが含まれます。前者の意味では、気づきは内容を指し、後者の意味でそれはプロセス、特に「気づきの気づき」と呼ばれる種類の自己反省的な気づきを指します。気づきの気づきとは、患者が気づきのスキルを使用して、自分の気づきのプロセスにおける障害を修正する能力です。療法が進むにつれて、内容としての気づきとプロセスとしての気づきの両方が広がり、深まります。気づきには、自己認識、環境に関する知識、選択に対する責任、自己受容、および接触する能力が必要です。

治療を始めたばかりの患者は、主に問題の解決に関心があり、医師が病気を治すのと同じように、セラピストが自分を「治してくれる」と考えることが多い。しかし、ゲシュタルト療法は病気の治療に重点を置くものではなく、問題について話すことにも限定されない。ゲシュタルト療法は、患者が問題解決に必要な自己支援を得られるよう、積極的な関係と積極的な方法を用いる。ゲシュタルト療法士は治療関係を通じて支援を提供し、患者が自分の認識と機能をどのように妨げているかを示す。治療が進むにつれて、患者とセラピストは一般的な性格の問題にもっと注意を向けるようになる。ゲシュタルト療法が成功すると、患者は作業の多くを主導し、問題解決、性格的テーマ、セラピストとの関係の問題、および自分自身の認識の調整を統合できるようになる。

治療はどのように行われますか?

ゲシュタルト療法は、行動を直接的に変える試みではなく、探求です。目標は、意識の向上による成長と自立です。その方法は、セラピストと患者の出会いであれ、患者の接触と認識のプロセスの問題のある側面への関与であれ、直接的な関与です。関与のモデルは、接触というゲシュタルトの概念から直接来ています。接触は、生活と成長が起こる手段であるため、説明よりも生きた経験が常に優先されます。ゲシュタルト療法士は、非個人的な専門家としての距離を保ち、解釈を行うのではなく、生き生きとした、興奮した、温かく、直接的な存在感で患者と関わります。

このオープンで積極的な関係の中で、患者は正直なフィードバックを得られるだけでなく、本物の接触の中で、セラピストが患者をどのように体験しているかを見て、聞いて、伝えられ、セラピストにどのような影響を与えているかを知ることができ、（興味があれば）セラピストについて何かを学ぶことができます。患者は、自分の視点、感情、考えを深く気遣ってくれる人に話を聞いてもらうという癒しの体験をします。

何を、どのように、今ここに

ゲシュタルト療法では、患者が何をどのように行うかを常に注意深く重視することと、セラピストと患者の間のやりとりに同様に重点を置くことの 2 つの点に焦点が当てられています。患者は、セラピストとの関係において、またその後の人生において、治療時間中に自分自身をサポートするために何をするのでしょうか。

ゲシュタルト療法では直接体験が主な手段であり、常に「今ここ」に焦点が当てられます。現在は過去と未来の間の遷移です。主に現在中心ではないことは時間の乱れを反映していますが、関連する過去と接触できないことや将来の計画を立てないことも同様です。患者は現在との接触を失い、過去に生きてしまうことがよくあります。場合によっては、患者は過去がないかのように現在を生き、過去から学ぶことができないという残念な結果になります。最も一般的な時間の乱れは、未来が今であるかのように、将来に何が起こるかを予想して生きることです。

今は、患者の現在の認識から始まります。ゲシュタルト療法セッションでは、最初に起こるのは幼少期ではなく、現在経験していることです。認識は今起こります。以前の出来事は現在の認識の対象になるかもしれませんが、認識のプロセスは今です。

今、私は自分の周りの世界とコンタクトできるし、今、私は記憶や期待とコンタクトできる。「今」とは、この瞬間のことを指す。患者が治療時間外、あるいは治療時間より前の時間に自分の生活について話すとき、その内容は今ではなく、話すという行為が今である。ゲシュタルト療法では、他のどの心理療法よりも今を重視している。この「何を、どのように、今ここで」という方法は、性格や発達のテーマに取り組むためによく使われる。過去の経験の探究は、現在に根ざしている（たとえば、現在のフィールドで何がこの特定の古い記憶を引き起こすのかを判断する）。可能な限り、過去のことを単に語るのではなく、古い経験を現在の経験に直接持ち込む方法が使われる。

ゲシュタルト療法では、最良の療法には両眼的な視点が必要であるという認識が広まりつつあります。ゲシュタルト療法では、患者の意識プロセスに関する技術的な作業が必要ですが、同時に、セラピストと患者との接触で起こっていることのニュアンスに細心の注意を払う個人的な関係も必要です。

意識

ゲシュタルト療法の柱の 1 つは、気づきのプロセスに対する気づきを育むことです。気づきは深まり、完全に発達するのでしょうか、それとも途中で途切れてしまうのでしょうか。特定の気づきの形が心から消えて、他の気づきのための場所が作られるのでしょうか。

それとも、一人の人物が繰り返し心を捕らえ、他の意識の発達を遮断するのでしょうか?

理想的には、意識する必要のあるプロセスは、生活の進行中に、必要なときに必要なだけ意識されるようになります。取引が複雑になると、より意識的な自己規制が必要になります。これが発達し、人が注意深く行動すれば、その人は経験から学ぶ可能性が高くなります。

意識の概念は連続体として存在します。例えば、ゲシュタルト療法では、単に何かについて知っていることと、自分が何をしているかを所有していることを区別します。単に何かについて知っているということは、その何かが完全に意識の外にある状態と、焦点意識にある状態との間の移行を示します。人々が何かに気づいていると報告し、

それでも、望む変化を起こすには全く無力だと主張する人は、通常、何かについて知っているが、それを十分に感じておらず、それがどのように機能するかの詳細を知らず、それを真に統合して自分のものにしていない状況を指しています。さらに、代替案を想像したり、代替案が達成可能であると信じたり、代替案の実験をサポートする方法を知ることが困難な場合がよくあります。

完全に気づくということは、その人や環境にとって最も重要なプロセスに注意を向けることを意味します。これは、健全な自己制御において自然に起こることです。何が起こっているのか、それがどのように起こっているのかを知らなければなりません。自分には何が必要で、何をしているのか。他の人は何を必要としているのか。誰が何をしているのか。誰が何を必要としているのか。完全に気づくためには、このより詳細な記述的な気づきが患者に影響を与えるようにしなければなりません。そして患者はそれを自分のものにし、適切に対応できなければなりません。

接触

患者とセラピストの関係である接触は、ゲシュタルト療法のもう一つの柱です。関係とは、時間とともに続く接触です。関係の中で何が起こるかが重要です。これは、セラピストが患者に何を言うか、どのようなテクニックを使うか以上のものです。最も重要なのは、セラピストが患者をどう見ているか、何が重要か、そしてセラピーがどのように機能するかについて、膨大な量の情報を患者に伝える非言語的サブテキスト（姿勢、声の調子、構文、関心の度合い）です。

良好な治療関係では、セラピストは患者が瞬間瞬間に何をしているか、セラピストと患者の間で何が起きているかに細心の注意を払います。セラピストは患者の経験に細心の注意を払うだけでなく、患者の主観的な経験がセラピストの「現実」と同じくらい現実的で有効であると深く信じています。

セラピストは患者との関係において力強い立場にあります。セラピストが患者を誠実、愛情、同情、親切、尊敬の念を持って見れば、患者がこれまで気づかなかったことをより深く認識できるような雰囲気が作り出されます。これにより、患者は普段は安心して話せなかった考えや感情を経験し、表現できるようになります。セラピストは患者の経験に深く完全に入り込むことで、気づきの作業を導く立場にあります。マーティン・ブーバーは「インクルージョン」を、自分の体の中で何かを感じるのと同じように、同時に自分自身に気づきながら、他者の経験を感じることと呼んでいます。

患者の痛みを和らげたいというセラピストの人間的な衝動と、患者が自分の主観的な痛みに進んで入り込んで理解してくれる誰かを求めるという患者にとって不可欠な欲求との間には、ある程度の緊張関係があります。セラピストが患者の痛みを共感的に体験することで、患者は人間との接触の領域に入ります。しかし、患者に気分を良くさせようとする試みは、患者が気分が良くなる程度までしか受け入れられないという証拠として患者に経験されることがよくあります。セラピストはこのようなメッセージを伝えるつもりはないかもしれませんが、セラピストが逆説的な変化の理論に従わないときに、この反応が引き起こされることがよくあります。

実験

来談者中心療法では、セラピストによる現象学的作業は、患者が主観的に体験していることを反映することに限られます。現代の精神分析的作業では、セラピストは解釈または反映に限定されます。これらの介入は両方ともゲシュタルト療法のレパートリーの一部ですが、ゲシュタルト療法には追加の実験的現象学的手法があります。簡単に言えば、患者とセラピストは、単なる行動の変化ではなく、真の理解を達成するために、さまざまな考え方や行動を試すことができます。あらゆる研究と同様に、実験はより多くのデータを取得するように設計されています。ゲシュタルト療法では、データは患者の現象学的体験です。

実験に伴う最大のリスクは、脆弱な患者が変化が義務付けられたと信じる可能性があることです。セラピストの自己認識が曇ったり、逆説的な変化理論へのコミットメントから逸脱したりすると、この危険は増大します。ゲシュタルト療法では、変化のモードは患者が自己を認識し、受け入れること、つまり同時経験で生じるものを知り、それをサポートすることであるということをセラピストが明確にしておくことが極めて重要です。実験は認識の実験であり、観察されたものに対する批判ではないことをセラピストが明確にすれば、患者の自己拒絶を助長するリスクは最小限に抑えられます。

自己開示

ゲシュタルト療法の強力かつ際立った特徴の 1 つは、セラピストが、その瞬間と人生の両方で、個人的な経験を開示することが許可され、奨励されていることです。古典的な精神分析とは異なり、ゲシュタルト療法では、患者とセラピストの両方がデータを提供し、患者とセラピストの両方が相互の現象学的探究のプロセスを通じて療法の指導に参加します。

こうした治療関係では、セラピストは自分と患者の違いを受け入れなければなりません。さらに、セラピストは患者の主観的現実感覚が自分のものと同じくらい正当であると心から信じています。主観の相対性を理解していれば、セラピストは患者に変化を求めることなく自分の反応を患者に明らかにすることができます。注意と感受性をもって始められるこうした会話は、一般的に非常に興味深く刺激的であり、患者の効力感や価値感を高めることがよくあります。

対話はゲシュタルト療法関係の基礎です。対話では、セラピストは包括、共感的関与、個人的な存在（自己開示など）を実践します。セラピストは患者の経験の現実を想像し、そうすることで患者の存在と可能性を確認します。しかし、これでは相互作用を本当の対話にするのに十分ではありません。

セラピストと患者の間の真の対話には、セラピストが相互作用と、その相互作用から生じるものに身を委ねることも含まれなければなりません。セラピストは、相互作用によって変化することを受け入れなければなりません。そのためには、セラピストが間違っていたこと、人を傷つけたこと、傲慢だったこと、あるいは間違いを犯したことを認める必要がある場合もあります。このような認め方によって、セラピストと患者は対等な立場に立つことができます。このようなオープンな開示には、セラピストが防御的になったり、自分の個人的な自己イメージを誇り高く維持する必要性を減じたりするための個人療法が必要です。

心理療法のプロセス

人は幼少期に自己意識や意識、行動様式を形成します。これらは習慣となり、新しい経験によって洗練または修正されることはほとんどありません。人が家族を離れて社会に出ると、新しい状況に遭遇し、古い考え方、感じ方、行動様式はもはや必要なく、新しい状況に適応することもできなくなります。しかし、古いやり方は意識されず、意識的に見直すこともないため、そのまま残ります。

ゲシュタルト療法では、患者は自分の体験を真剣に受け止めてくれる人と出会い、この異なる敬意ある関係を通じて、新しい自己意識が形成されます。ゲシュタルト療法の関係を現象学的フォーカシング技法と組み合わせることで、患者はこれまでは意識外であったために変えることができなかったプロセスに気づくようになります。ゲシュタルト療法士は、療法士と患者との接触が、刻々と変化する関心対象と接触する能力を発達させる土台となると考えています。

ゲシュタルト療法は、おそらく他のどのシステムよりも幅広いスタイルと様式を持っています。療法は短期または長期にわたります。具体的な様式には、個人、カップル、家族、グループ、および大規模システムが含まれます。スタイルは、構造の程度とタイプ、使用されるテクニックの量と質、セッションの頻度、対決と共感的な関係、身体、認知、感情、または対人接触への焦点、精神力学的テーマに関する知識と取り組み、対話と存在感の強調、テクニックの使用などにおいて異なります。

ゲシュタルト療法のすべてのスタイルは、直接的な経験と実験、直接的な接触と個人的な存在の使用、そして今ここでの「何」と「どのように」に焦点を当てることに共通して重点を置いています。療法は、状況やセラピストと患者の両方の性格によって異なります。

ゲシュタルト療法は、セラピストと患者の最初の接触から始まります。セラピストは患者の希望やニーズについて尋ね、セラピーの実践方法を説明します。最初から、現在何が起こっているか、現在何が必要かに焦点が当てられます。セラピストはすぐに、患者の自己と環境に対する認識を明確にする手助けを始めます。この場合、セラピストとの潜在的な関係は環境の一部です。

セラピストとゲシュタルト療法の将来の患者は、患者が何を必要としているか、そしてこの特定のセラピストが適しているかについて明確にするために協力します。両者が適合しているように思われる場合、セラピーは知り合いになることに進みます。患者とセラピストは互いに関係を築き、理解し始め、意識を研ぎ澄ますプロセスが始まります。最初は、セラピーが短期的なものになるか長期的なものか、さらに詳しく調べた結果、患者とセラピストの適合が満足のいくものになるかどうかさえも明らかでないことがよくあります。

治療は通常、患者の当面の感情、患者の現在のニーズ、患者の生活環境や経歴に対する何らかの感覚に注意を払うことから始まり、ゲシュタルト理論ではそれを妨げるものはありませんが、長い社会歴が取られることはめったにありません。通常、病歴は治療の過程で、現在の治療作業に関連するようになったときに、患者にとって快適なペースで収集されます。

患者の中には、自分の人生の物語から始める人もいれば、同時代に焦点を当てる人もいます。セラピストは、患者が自分の物語を語るときに何が浮かび上がってくるか、何を感じ、何を必要としているかを患者が認識できるように支援します。これは、患者の発言や感情に対するセラピストの理解を反映した発言や、認識を集中させる方法に関する提案 (または同じ目標を達成する質問) によって行われます。

たとえば、患者が最近の出来事について語り始めても、その出来事によって自分がどう影響を受けたかを言わない場合があります。セラピストは、報告された出来事が起こったときに患者がどう感じたか、または患者が物語を語るときに何を感じているかを尋ねるかもしれません。セラピストはまた、物語をもう一度読み返し、物語のさまざまな段階に関連する感情を認識し、言葉で表現することに焦点を当てるかもしれません。

セラピストは、患者の長所と短所、性格スタイルも評価します。セラピストは、患者の自立が不安定であるか強固であるかの具体的な方法を探します。ゲシュタルト療法は、心理療法が適応となるほぼすべての患者に適用して実践できます。ただし、実践は各人の特定のニーズに合わせて調整する必要があります。有能なゲシュタルト療法士は、他の種類のセラピストと同様に、この判断を行うための訓練と能力を備えていなければなりません。優れたセラピストは、自分の経験と訓練の限界を知っており、その限界内で実践します。

治療は通常、個人療法またはカップル療法、あるいはその両方で始まります。グループ療法が治療計画に追加されることがあり、グループ療法が唯一の治療方法になることもあります。フリッツ・パールズは、患者はゲシュタルトグループ療法だけで治療できると主張しました。この考えはほとんどのゲシュタルト療法士に受け入れられず、今日では完全に否定されています。ゲシュタルトグループ療法は個人療法やカップル療法を補完しますが、それらに取って代わるものではありません。

ゲシュタルト療法士はあらゆる年齢の人々を対象に活動しますが、幼児を対象に活動するには専門的な訓練が必要です。子どもに対するゲシュタルト療法は、ゲシュタルト家族療法の一環として個別に、また時にはグループで行われます (Lampert、2003 年、Oaklander、1969 年/1988 年)。

心理療法のメカニズム

ゲシュタルト療法のすべてのテクニックは実験とみなされ、患者は繰り返し「これを試してみて、どんな体験をするか見てください」と言われます。「ゲシュタルト療法のテクニック」は数多くありますが、テクニック自体はあまり重要ではありません。ゲシュタルト療法の原則に合致するテクニックであれば、どれでも使用できますし、実際に使用されます。実際、ゲシュタルト療法では、セラピストが介入において創造的になることを明確に奨励しています。

フォーカス

最も一般的な技法は、フォーカシングという単純な介入です。フォーカシングは、単純な包含や共感から、患者と一緒にいる間にセラピストが経験することから主に生じる演習まで多岐にわたります。ゲシュタルト療法のすべては、参加者の実際の直接的な経験に次ぐものです。セラピストは、患者が意識を集中できるように支援することで、何が重要であるかを明確にします。

典型的な実験は、「今ここで、あなたは何に気づいていますか、あるいは何を経験していますか？」という質問の形式です。気づきは瞬間瞬間に継続的に発生し、ゲシュタルト療法士は、ある瞬間から次の瞬間への気づきの流れや順序である、気づきの連続性に特に注意を払います。

ゲシュタルト療法士は、治療における重要な瞬間にも注意を向けます。もちろん、そのためには、セラピストが、その瞬間が起こったときにそれを認識できる感受性と経験を持っている必要があります。セラピストが長時間沈黙していると見捨てられたように感じる患者もいれば、セラピストが活動的であると邪魔だと感じる患者もいます。したがって、セラピストは、ガイドとなる観察や提案をすると患者の意識の連続性が乱れる可能性があることと、集中することで得られる促進効果とを比較検討する必要があります。このバランスは、セラピストと患者との継続的なコミュニケーションを通じてとられ、セラピストだけが指示するものではありません。

重要な瞬間の 1 つは、患者が進行中の意識を、それが完了する前に中断するときに発生します。ゲシュタルト療法士は、緊張状態、筋肉の緊張、および/または興奮レベルの変化に細心の注意を払うことによって、非言語的兆候を含むこの中断の兆候を認識します。患者が確認できない限り、セラピストの瞬間の解釈は関連性や有用性があるとは見なされません。ある患者は、人生で誰かとの出来事についての話をしているときに、重要な瞬間に歯を食いしばり、息を止めて、息を吐き出さないことがあります。これは、意識の中断か怒りの表現のいずれかであることが判明する可能性があります。別の機会に、セラピストは、怒った表情が悲しみの表情に変わり始めていることに気付く場合がありますが、その悲しみは報告されません。患者は別の話題に切り替えるか、理性化を開始する可能性があります。この場合、悲しみは自己認識のレベルまたは感情の表現のレベルのいずれかで中断される可能性があります。

患者が感情を訴える場合、もう 1 つのテクニックは「その感情に留まる」ことです。これにより、患者は訴えられている感情に留まり続けるよう促され、感情を深めて対処する患者の能力が養われます。次の図は、このテクニックを示しています (P = 患者、T = セラピスト)。

P: [悲しそうな表情]

T: 何に気づいていますか?

P: 悲しいです。

T: そのままでいてください。

P: [涙があふれてくる。患者は緊張し、目をそらし、考え込むようになる。] T: 緊張しているのがわかります。何に気づいていますか?

P: 悲しみにとどまりたくないんです。

T: したくないという気持ちにとどまります。したくない気持ちを言葉で表現します。[この介入は、患者の脆弱性に対する抵抗に気付かせる可能性があります。患者は、「ここでは泣けません。安全だとは思えません」または「恥ずかしいです」または「私は怒っていて、悲しいと認めたくないのです」と答えるかもしれません。]

ゲシュタルト療法では、患者が話題を変える瞬間は、セラピストと患者の間のやりとりで起こっていることを反映していることが多いという認識が広まっています。セラピストの発言や非言語的行動が、患者の不安や羞恥心を誘発する場合があります。セラピストが注意を向けて対話で探るまで、患者はこれに気づきません (Jacobs、1996)。

制定

患者は、感情や考えを行動に移す実験をするように求められます。この手法は、患者に「その人に言う」ように促すだけの単純なもの (関係者が同席している場合) もあれば、ロールプレイング、心理劇、またはゲシュタルト療法の有名な空椅子法を使用して実行される場合もあります。

時には、演じさせることは、患者に誇張するように求めるテクニックと組み合わされます。これはカタルシスを得るために行われるのではなく、むしろ、感情に対する認識を高める結果となることがある一種の実験です。

創造的表現は、演技の別の形です。患者によっては、創造的表現によって、話すだけではできない方法で感情を明確にすることができます。表現のテクニックには、日記を書く、詩を書く、芸術を描く、動きをすることなどがあります。創造的表現は、特に子供と接する際に重要です (Oaklander、1969/1988)。

精神的な実験、誘導された空想、そしてイメージ

次の短いエピソード（P = 患者、T = セラピスト）で説明されているように、時には、今ここでの経験を視覚化すると、それを実際に演じるよりも効果的に認識が高まります。

P: 昨夜は彼女と一緒だった。どうしてそうなったのか分からないけど、私は強制的に…

テント。[患者がさらに詳しい内容と病歴を語る]

T: 目を閉じてください。昨夜、彼女と一緒にいるところを想像してください。

各瞬間にあなたが経験していることを大声で伝えます。

P: 私はソファに座っています。友達が隣に座り、私は興奮します。そして私は弱くなります。T: もう一度スローモーションで、より詳細に見てみましょう。すべての思考または感覚の印象に敏感になりましょう。

P: 私はソファに座っています。彼女がやって来て、私の隣に座ります。彼女は私の首に触れます。とても暖かくて柔らかい感触です。私は興奮します。つまり、激しく。彼女は私の腕を撫でます。私はそれが大好きです。[間。驚いたように見えます。]そして、私は、とても緊張した一日だったから、勃起できないかもしれないと思いました。

イメージを使って、単純な直線的な言語表現には適さない感情を探り、表現することができます。たとえば、患者は砂漠に一人でいること、生きたまま虫に食べられること、渦に巻き込まれることなどを想像するかもしれません。夢、現実の空想、空想の創造的な使用から引き出せるイメージは無限にあります。ゲシュタルト療法士は、患者に、単にその体験について話すのではなく、今まさに起こっていることを想像するように提案するかもしれません。「今、実際にその砂漠にいると想像してください。何を体験しますか？」この後には、しばしば「そのままでいてください」という何らかの表現が続きます。

イメージは、患者の意識の中に、今ここでの経験として自然に浮かび上がる場合もあれば、患者やセラピストによって意識的に作り出される場合もあります。患者は突然、「今、寒さを感じます。宇宙空間に一人でいるような感じです」と報告するかもしれません。これは、その瞬間にセラピストと患者の間に何が起こっているかを示している可能性があります。おそらく、患者はセラピストが感情的に存在していないと感じているのでしょう。

イメージ技法は、患者の自己支援技術を拡張するためにも使用できます。たとえば、強い恥の問題を抱える患者を扱う場合、比喩的な良い母親、つまり患者をありのままに受け入れ、愛してくれる存在を想像することが役立つ場合があります (Yontef、1993)。

瞑想のテクニックは、その多くがアジアの心理療法から借用されたものですが、非常に役立つ実験にもなり得ます。

身体意識

身体活動への気づきはゲシュタルト療法の重要な側面であり、身体意識を扱うための特定のゲシュタルト療法の方法論がある (Frank, 2001; Kepner, 1987)。ゲシュタルト療法士は、特に呼吸のパターンに興味を持っている。例えば、集中と感情をサポートしない方法で呼吸している人は、不安を感じることが多い。通常、不安な患者の呼吸では、急速な吸入と、完全に吐き出すことの失敗が伴う。通常の療法セッションの文脈で、呼吸の実験に取り組むことができる。また、徹底的に身体志向のゲシュタルト療法を実践することもできる (Frank, 2001; Kepner, 1987)。

緩めと統合のテクニック

患者の中には、考え方が非常に硬直している人もいます。これは、文化的要因または心理的要因から生じた特性で、別の可能性について考えることすらありません。空想、想像、または信じていることの反対を精神的に実験するなどの緩和テクニックは、この硬直性を打破し、少なくとも代替案を検討できるようにするのに役立ちます。統合テクニックは、患者がまとめようとしないか、または積極的に分離している (分割) プロセスをまとめます。患者に、極性のプラスとマイナスの極を結合するように求めることは、非常に統合的です (「私は彼を愛しているが、彼の軽薄な態度は大嫌いだ」)。感覚を言葉にしたり、言葉に伴う感覚を見つけたり (「自分の体でそれがどこにあるか見てみましょう」) することも、重要な統合テクニックです。

アプリケーション

誰を助けることができますか?

ゲシュタルト療法はプロセス理論であるため、セラピストが理解し、安心できるあらゆる患者層に効果的に使用できます。たとえば、ヨンテフは境界性および自己愛性患者への適用について書いています (1993)。セラピストが患者と関係を築くことができ、ゲシュタルト療法の基本原理と、これらの原理を各新規患者の独自のニーズに合わせて調整する方法を理解している場合は、ゲシュタルト療法の認識 (直接体験)、接触 (関係)、実験 (現象学的焦点合わせと実験) の原理を適用できます。ゲシュタルト療法は、特定の個人グループ向けに規定されたテクニックのレシピ本を推奨していません。自分とは文化的に異なる患者と取り組みたいセラピストは、患者の生活と文化に対する理解に影響を与える現場の状況に注意を払うことでサポートを得ます (たとえば、Jacobs、2000 を参照)。ゲシュタルト療法の対話の姿勢と、複数の有効な現実という現象学的仮定は、セラピストが異文化の患者と取り組むことをサポートし、患者とセラピストが背景や仮定などの違いを相互に理解できるようにします。

ゲシュタルト療法の哲学とゲシュタルト療法の方法論は、一般原則を常にそれぞれの特定の臨床状況に適応させる必要があると規定しています。関係の築き方、技法の選択と実行は、診断カテゴリに一括して合わせるのではなく、新しい患者のニーズに合わせて調整する必要があります。患者がシステムに従わされ、システムが患者に適応しない場合は、療法は効果がない、または有害になります。

1960 年代のフリッツ パールズのワークショップの対決的で演劇的なスタイルのゲシュタルト療法は、この章で説明するゲシュタルト療法よりも適用範囲がはるかに限られていることが長い間認められてきました。常識、専門的背景、柔軟性、創造性は、診断と治療計画において特に重要です。方法、重点、注意事項、制限、コミットメント、補助的サポート (薬物療法、デイ トリートメント、栄養指導など) は、患者の人格構成 (精神病、社会病質、または人格障害の存在など) に応じて、患者ごとに変更する必要があります。

ゲシュタルト療法を適切に実践するには、ゲシュタルト療法以外の分野での強力な臨床的背景とトレーニングが必要です。ゲシュタルト療法士は、ゲシュタルト療法の理論と実践のトレーニングに加えて、人格理論、精神病理学と診断、他の心理療法システムの理論と応用、精神力学の知識、包括的な個人療法、および高度な臨床トレーニング、監督、経験についてしっかりとした基礎知識を持っている必要があります。

この背景はゲシュタルト療法では特に重要です。なぜなら、セラピストと患者はセッションの内外で創造性を発揮し、新しい行動を試すことが奨励されるからです。ゲシュタルト療法では、個々の臨床医にかなりの裁量権があります。個々のセラピストと患者は、治療スタイル、セラピストと患者の性格、診断上の考慮事項に従って修正を行います。セラピストの自発的な創造性を導き、制限するには、研究、他のシステム、および性格構成の原則に関する十分な知識が必要です。ゲシュタルト セラピストは創造的であることが期待されますが、専門的な識別、判断、適切な注意に対する責任を放棄することはできません。

ゲシュタルト療法は、考え得るほぼあらゆる状況で適用されてきました。その適用範囲は、週に複数回行われる集中的な個人療法から危機介入まで多岐にわたります。ゲシュタルト療法士は、組織、学校、グループとも連携し、精神病患者、心身症患者、心的外傷後ストレス障害患者を治療してきました。これらの患者集団に効果的に作用するようにゲシュタルト技法を修正する方法に関する詳細の多くは、監督、相談、トレーニングを通じて口承で伝えられてきました。引用できないほど豊富な文献も入手可能になっています。

治療

患者は多くの場合、同様の問題を抱えていますが、性格構成や治療関係の展開が異なるため、異なる治療が必要です。次の 2 つの例では、2 人の患者はいずれも感情的に見捨てられた親に育てられました。

トムは自分の知性と自立心、独立心を誇りに思う45歳の男性でした。

彼は、満たされていない依存欲求と憤りがあることに気づいていなかった。この男性の自立心と依存の否定は、セラピストが敬意と配慮を持って治療を進めることを要求した。自立心は欲求を満たし、部分的には建設的で、患者の自尊心の基盤となった。セラピストは、患者のプライドを脅かすことなく、患者の根底にある欲求に応えることができた（P = 患者、T = セラピスト）。

P: [誇らしげに] 子供の頃、母はとても忙しくて、私はただ頼りにならざるを得ませんでした

自分自身に。

T: あなたの強さは素晴らしいと思いますが、あなたが自立した子供だと考えると、

あなたを撫でて、子育てをさせてあげるためです。

P: [少し涙を流しながら] 誰も私にそんなことをしてくれなかったわ。

T: 悲しそうですね。

P: 子供の頃を思い出します...

[トムはセラピストの共感的な反応を引き起こし、それが患者に直接表現されました。トムは他人から何かを必要としていないと否定しましたが、直接は反論されませんでした。探索により、親がいないという恥の反応と、代償的な自立心が認識されました。]

ボブは 45 歳の男性で、完全に肯定的ではない交流に対しては恥ずかしさを感じ、孤立していました。彼は常に自分自身を支えることを嫌がり、完全に他人に従い、他人に依存していました。以前の共感的または同情的な反応は、患者が自分自身の無能さを信じるのを強めるだけでした。

P: [弱々しい声] 今日は何をすればいいのか分からない。

T: [見ているだけで話さない。これまでは、より多くの指示を与える介入を行っていたが、その結果、患者はセラピストのわずかな誘導にも従って、患者自身が感じていない話をするようになった。]

P: 今週の出来事についてお話しできますよ。[セラピストに疑問の目で見る]

T: 今、あなたに引っ張られているような気がします。私に指示してもらいたいと思っているのだと思います。

P: はい、それで何が問題なのですか?

T: 何も。今は指示したくないんです。

P: なぜダメなの？

T: あなたは自分自身を導くことができます。あなたは今、私たちをあなたの内面から遠ざけようとしていると思います

自分。それに協力したくない。[沈黙]

P: 迷った気分です。

T: [注意深く対応しているように見えますが、話しません。]

P: 私に指示するつもりはないですよね？

T: いいえ。

P: では、自分の面倒を見ることができないという思い込みを改めましょう。[患者はこの問題について本当の気持ちを持っており、見捨てられることへの不安や、親がそばにいてくれないことに対する羞恥心への気づきにつながる、実りある取り組みを開始しました。]

グループ

グループ治療は、ゲシュタルト療法全体の治療プログラムの一部であることが多い。ゲシュタルトグループ療法を行うための一般的なモデルは 3 つある (Frew, 1988; Yontef, 1990)。最初のモデルでは、参加者はセラピストと 1 対 1 で作業し、他の参加者は比較的静かにして代理で作業する。作業の後は、他の参加者とのフィードバックと交流が行われ、作業によって人々がどのように影響を受けるかが強調される。2 番目のモデルでは、参加者はグループ メンバー間の直接的な「今ここ」のコミュニケーションを重視して互いに話し合う。このモデルは、存在論的グループ療法の Yalom モデルに似ている。3 番目のモデルでは、これら 2 つの活動を同じグループ内で混合する (Yontef, 1990)。グループとセラピストは、相互作用と 1 対 1 の焦点の間の動きとバランスを創造的に調整する。

この章で説明したすべてのテクニックは、グループで使用できます。さらに、グループ向けに設計された実験的なフォーカスを行うこともできます。ゲシュタルト療法のグループは通常、参加者を「今ここ」に導き、お互いに連絡を取るための何らかの手順から始まります。これは「ラウンド」または「チェックイン」と呼ばれることがよくあります。

ゲシュタルト グループ ワークの単純でわかりやすい例は、セラピストが各グループ メンバーにグループの他のメンバーを見てもらい、今ここで経験していることを表現させるというものです。ゲシュタルト セラピストの中には、参加者が特定の感情を表現する実験 (「... についてあなたを恨んでいます」、「... について感謝しています」など) などの構造化された実験を使用する人もいます。他のゲシュタルト セラピストのスタイルは流動的で、グループ内で浮かび上がるものによって構成されます。

カップルと家族

カップルセラピーと家族セラピーは、セッション中の各人との作業とグループメンバー間の相互作用を伴う作業の組み合わせがあるという点でグループセラピーに似ています。ゲシュタルト療法士は、どこでこのバランスをとるかにばらつきがあります (Lee、2008 を参照)。また、セラピストの介入スタイルがどの程度構造化されているか、セラピストがカップルや家族の自発的な機能にどの程度従い、観察し、焦点を当てるかにもばらつきがあります。

カップルセラピーは、多くの場合、パートナー同士が不満を言い合ったり、相手を責めたりすることから始まります。この時点での作業には、この力学と、相互作用の代替モードに注意を向けることが含まれます。ゲシュタルト療法士は、非難の背後にあるものも探ります。多くの場合、一方が相手を辱めていると感じ、非難の防御機能に気付かずに相手を責めます。

循環的な因果関係は、不幸なカップルによく見られるパターンです。循環的な因果関係では、A が B を引き起こし、B が A を引き起こします。やり取りがどのように始まるかに関係なく、A は B の反応を引き起こし、A は否定的な反応を引き起こした自分の役割に気付かずに、それに対して否定的な反応を示します。B も同様に、否定的な反応を引き起こした自分の役割に気付かずに、A の否定的な反応を引き起こします。循環的な因果関係は、次の例で示されています。

妻は夫が毎晩仕事から遅く帰ってきて、家に帰っても感情的に寄り添ってくれないことに不満をぶちまけます。夫は感謝されていないと感じ、攻撃されていると感じ、無意識のうちに批判されていることを恥ずかしく思っています。夫は怒りで反応し、妻が愛情を持っていないと責めます。妻は夫が防御的、攻撃的、無神経、感情的に寄り添ってくれないと非難します。夫も同じように反応します。この悪循環における反応のたびに状況は悪化します。最悪の場合、この因果律の循環によって関係が完全に崩壊し、飲酒、暴力、性的行動を引き起こす可能性があります。

妻の不満の根底には、夫がいなくて寂しい、夫が一生懸命働いているのが心配、夫と一緒にいたい、自分が魅力的ではなくなったから夫が家にいたくないと思っている、という現実があります。しかし、こうした不安ははっきりと表現されていません。夫は妻と一緒に家にいたいと思っていて、一生懸命働かなければならないことに憤慨しているかもしれませんが、感情的に寄り添う前に仕事のストレスから解放される必要があると感じているのかもしれません。夫婦の互いへの思いやりや関心は、防御と攻撃の堂々巡りの戦いの中で失われてしまうことがよくあります。

非難の発言はしばしば恥を誘発し、恥は防御を誘発します。このような有害な雰囲気の中では、誰も耳を傾けません。真の接触はなく、修復や癒しもありません。判断ではなく実際の経験を表現し、配偶者の経験を本当に聞くことが、癒しへの第一歩です。もちろん、これには両方のパートナーが実際の経験を認識する方法を知っているか、または学ぶことが必要です。

時には構造化された実験が役に立つ。ある実験では、カップルは互いに向かい合って椅子を引いて膝が触れるくらいの距離まで近づき、それからお互いを見て、その瞬間に気づいたことを表現するように指示される。他の実験には、「私はあなたを恨んでいます」などの文章を完成させるものがある。

「...のために」または「...のために感謝しています」または「...のせいであなたを恨んでいます」または「あなたが...すると、私は自分自身について悪い気持ちになります」

カップルセラピーでは、セラピストが、各配偶者の経験を言葉で表現する能力を高めると思われる傾聴スタイルをモデル化し、各パートナーが話すだけでなく聞くことも奨励することが重要です。さまざまな実験は、言葉による発言は不変のものではなく、進行中の対話の一部であることを患者に伝えるのに役立ちます。対話の回復は、セラピーが進んでいることの兆候です。前の心理療法のセクションで説明したように、患者は治療中にさまざまな治療法に移行する場合があります。個人療法、グループ療法、またはカップル療法を受ける場合があり、ワークショップに参加することもあります。患者が継続的な個人療法に従事しながら、補助的なワークショップを時々利用することは珍しいことではありません。

ゲシュタルト療法士は、週に 1 回患者を診察する傾向があります。セラピストと患者の関係に注目が集まるにつれて、患者はより頻繁に通いたがります。そのため、ゲシュタルト療法士の中には、週に 1 回以上患者を診察する人もいます。また、多くのゲシュタルト療法士はグループを運営しており、一般向けに指導やワークショップを行う療法士もいます。また、主にセラピストの指導やトレーニングを行う療法士もいます。療法士の業務形態は、個人の関心と職場環境の緊急性によってのみ制限されます。

エビデンス

ゲシュタルト療法は証拠に基づくものなのでしょうか?

ゲシュタルト療法が効果的であるという研究証拠があります。しかし、適切な「証拠」とは何でしょうか? 1995 年に、APA 臨床心理学部門は「経験的に検証された治療法」のリストを発表しました。タスク フォースは、ランダム化比較試験 (RCT) という 1 種類の証拠のみを規定しました。RCT は、特定の障害の症状を除去するためのさまざまなタイプの療法のテクニックを研究します。このパラダイムでは、実験グループとコントロール グループへの患者のランダム割り当て、評価者の盲検化、テクニックのマニュアル化、「外部」要因 (セラピストの関係や性格特性など) の影響の排除、精神症状の除去への方向付けが必要です。これは、人や治療の全プロセスではなく、障害とテクニックを研究するパラダイムです。

RCT はゲシュタルト療法に適した研究アプローチではありません。ゲシュタルト療法は、セラピストと患者の間の対話の中心性と、特定の状況と瞬間にその個人に役立つ「実験」の共同作成に基づく複雑なシステムです。ゲシュタルトの枠組みでは、療法は進化または出現します。事前に計画されるものではありません。症状の除去のみではなく、患者全体とその生活に向けられています。

もちろん、APA リストは短期行動および認知行動アプローチを支持しました。なぜなら、RCT パラダイムはこれらの療法の哲学的/認識論的アプローチから派生した仮定に基づいて機能するからです (Freire、2006 年、Westen、Novotny、Thompson-Brenner、2004 年)。証拠を RCT に限定することに対する抗議に応えて、この概念は「経験的に裏付けられた治療」に、そして「証拠に基づく実践」に変化しました。「証拠に基づく」はより包括的な用語で、より広範な種類の研究が含まれますが、RCT 証拠を「ゴールド スタンダード」と見なし、他の種類の証拠をあまり信用しない人もいます。定性的研究 (RCT プロトコルによって管理されていない研究) を含めると、ゲシュタルト療法の有効性を示す証拠はかなりあります。

より制御されたデータを得るためにゲシュタルト療法システムを過度に単純化または縮小する研究は、重要な情報をもたらすかもしれませんが、ゲシュタルト療法の実際の実践の有効性を検証または非検証することはできません。治療関係の治療要因を「無関係」な状態に縮小する方法は、ゲシュタルト療法の検証に使用するには不適切です。RCT は測定しやすいものを測定しますが (Fox、2006)、実際の実践の複雑さを十分に反映しません。

マニュアル化により管理されたデータが得られるが、Westen ら (2004) は、これらの特定のデータが療法の有効性の有効な尺度であることを裏付ける根拠は何かと疑問を呈している。実際、一連のメタ分析で、Elliott、Greenberg、および Lietaer (2004) は、人間性療法と行動療法を比較する研究を、研究者が属する療法の流派に基づいて再分析した。研究グループの忠誠という要素は非常に決定的であることが判明したため、計算からそれを除外すると、療法の流派間にそれ以上の違いは見られなかった。研究に含まれる症状テストが多いほど、より全体論的な質問と比較して、研究が行動療法に有利になる可能性が高いようである (Strümpfel、2004、2006)。これは、Luborsky らの研究と一致している。 （2003）によれば、心理療法研究における強力な研究者の忠誠心効果は、結果の92.5％を予測する（Westen、Novotny、Thompson-Brenner、2004、p. 640）。

RCT は行動主義哲学の偏りから始まり、その偏りの中からデータ収集の基準と方法を設計することが明らかになりました。このパラダイムの実証主義的、還元主義的な哲学的仮定は、ゲシュタルト療法、精神分析、および一般的な人間主義的実存主義療法を含む体験療法とは相容れません (Freire、2006)。Fox は、「実証されているのは、マニュアル化された簡潔な治療形態の EBT は、心理学者が広く使用している他のいくつかの治療よりも RCT 方法論で評価しやすいということだけです。そして、これらの「他の」治療のいくつかは、それを裏付ける膨大な科学的証拠があります...」とまで主張しています (Fox、2006)。

この偏りにもかかわらず、ストルンプフェルは、メタ分析と文献レビューに基づいて、ゲシュタルト療法と CBT の臨床比較では、プロセス体験療法/ゲシュタルト療法が認知行動療法よりも対人関係の問題の克服において大きな改善をもたらしたという 1 つの研究を除いて、有意な差はなかったと主張しています (ストルンプフェル、2006)。ゲシュタルト療法は症状に焦点を当てた治療法ではないことを考えると、症状の除去において CBT と同じくらい効果的であることが示されたことは注目に値します (ストルンプフェル、2004)。

RCT 研究は「不純な」治療をコントロールすることで統計的検出力を獲得します。一方、臨床医は「ブランド名」のプロトコルに純粋に固執しないことで臨床検出力を獲得します (Westen ら、2004 年)。実際の診療では、臨床医は別の「ブランド名」に属しているために実験室研究では認められない介入を使用します。研究で認知行動療法を使用することは禁じられていますが、ゲシュタルト療法士と精神力動療法士はこれらの手法を診療所で使用しています (Ablon、Levy、Katzenstein、2006 年、Westen ら、2004 年)。同様に、人格障害の患者に直面した認知行動療法士は、しばしば困難の動的な根源を探ります。

ゲシュタルト療法士は、臨床作業の複雑さに配慮し、特に実践のさまざまな側面の中期的および長期的影響の証拠を得ることができる研究モデルの開発に関心を持っています。これにより、新しい研究が大幅に増加しました (Strümpfel、2006)。活動促進研究は、ゲシュタルト療法のリストサーブやジャーナルにも記載されています。ゲシュタルト療法の実践における研究の実施方法を読者に指導する新しい本さえあります (Barber、2006)。

治療関係と体験的技法の検証

治療関係に関する経験的データを収集することは、治療効果に関する研究の代替アプローチです (Norcross、2001、2002)。このアプローチは、経験的に裏付けられている治療関係の原則を列挙することに重点を置いています。この一連の作業は、治療上の接触と連携の質の重要性に関する数十年にわたる研究をまとめたものであり、効果的であることが証明されている原則を文書化しています。このパラダイムの研究から得られる証拠は、ゲシュタルト療法に適切かつ有用であり、実際、ゲシュタルト療法はこの研究ラインの原則の範囲内で実践されていると言えます。

理想的には、心理療法の実践と理論の有効性の評価は、関係性の要因と技法の要因の両方を強調する必要があります (Goldfried & Davila, 2005; Hill, 2005)。体験的技法と良好な関係を組み合わせることの有効性は、Les Greenberg と共同研究者によって確実に実証されています。彼らは 25 年以上にわたって、プロセスと結果の研究を、状況と技法と関係性の要因の組み合わせに注意しながらまとめた大規模な一連の実験を実施してきました。彼らの研究報告の多くは、特定の介入を 3 種類の結果 (即時、中間、最終) と 3 つのプロセス レベル (言語行為、エピソード、関係) に関連付けています (Greenberg, 1991; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993)。

グリーンバーグは、彼がプロセス体験療法と呼ぶものについて、ますます洗練された研究を続けています。これは能動的な体験療法であり、彼はこれをロジャーズ流のクライアント中心の関係とゲシュタルト療法の技法の融合であると説明しています。グリーンバーグは、技法と関係性に焦点を当てることの威力の証拠を示し、ゲシュタルト療法の中心的信条を確認しています。私たちはこれを現代の関係性ゲシュタルト療法の一形態と見なし、ゲシュタルト療法の有効性の証拠に含めています (Strümpfel、2006 年、Strümpfel および Goldman、2001 年)。研究の目的上、関係性ゲシュタルト療法はグリーンバーグのプロセス体験療法と同等であると考えていますが、ゲシュタルト療法の実践では、彼のプログラムでこれまで研究されてきたよりもはるかに幅広い技法が使用されています。マニュアル化されたアプローチ（グリーンバーグの空椅子テクニックの使用など）からの証拠は非常に有用なデータを提供しますが、それはゲシュタルト療法の中心的信条と矛盾するため、ゲシュタルト療法を検証または無効にすることはできません。一方、テクニックと治療関係の側面の有効性の尺度を組み合わせた彼の研究は、ゲシュタルト療法のアプローチと非常に一致しています。

Greenberg、Elliott、Lietaer (1994) は、メタ心理学的統計を用いて体験療法と認知行動療法を比較した 13 件の研究をレビューし、認知行動療法の方がわずかに効果的であることを発見しました。しかし、7 件の研究で指示的体験療法 (プロセス体験療法) と認知療法または行動療法を比較したところ、指示的体験療法に有利な、統計的に有意な小さな差がありました。これは、指示的体験療法が、能動的な現象学的実験を欠いた純粋なクライアント中心のアプローチや認知行動療法よりも効果的であったことを示しています。

グリーンバーグとさまざまな同僚 (Strümpfel、2006 を参照) は、ゲシュタルト療法の 2 椅子法を使用すると、共感的反映のみの場合よりも経験の深さが増し、重要な他者との未解決の感情的問題を解決するのに効果的であるという、多数の実験 (個々に引用するには多すぎる) を実施しました。事前および事後のテストでは、全般的な苦痛が軽減され、未解決の問題が減ったことが示されました。また、経験の深さが増し、「厳しい内なる批評家」が和らぐため、この技法は内部の分裂を癒すのに効果的であることも示しました (Greenberg、1980)。厳しく、批判的、または自己を拒絶することは、癒しと成長を妨げます。グリーンバーグはまた、2 椅子の対話を使用した対立の解決は、以前に拒絶された自己の側面をより深く経験することによって起こることを実証しました。これは、ゲシュタルト療法の逆説的な変化理論を裏付けています。最近の研究では、このアプローチはうつ病の治療と改善の維持に効果的であること（Ellison、Greenberg、Goldman、Angus、2009年）、また重要な他者によって感情的に傷つけられた個人の治療にも効果的であることが示されています（Greenberg、Warwar、Malcom、2008年）。

ゲシュタルト療法に関連し、現実的で、有効な研究は、治療関係の重要性と、ゲシュタルト療法に不可欠な介入の全範囲を考慮する必要があります。科学的精度を達成するためにセラピストの介入を制限すると、研究の統一性は達成されますが、ゲシュタルト療法の方法論を誤って表現することになります。また、人間性心理学の主な教義にも反します (Cain & Seeman、2001)。

空椅子法や 2 椅子法などの特定の技法は、簡単に研究することができます。しかし、これらのツールは、すべての患者やゲシュタルト療法で使用される技法の範囲を代表するものではありません。患者の中には、空椅子を効果的に使用するにはあまりにも抑制が強すぎるか、空椅子を使用するのに十分な感情を生み出せない人もいます。臨床診療では、同じ機能を達成するさまざまな技法を使用できます。ゲシュタルト療法の利点の 1 つは、セラピストが一貫した理論的枠組みのコンテキスト内でさまざまな技法を使用するためのサポートを受けられることです。

神経学、子どもの発達、感情、ゲシュタルト療法

神経学と乳児の発達に関する最近の研究結果は、今ここの重要性と感情と思考の不可分性に関するゲシュタルト療法の観点を支持しています (Damasio、1995、1999; Stern、2004)。さらに、ゲシュタルト療法では心理療法の方法論に身体への働きかけを含めることで、心理療法の有効性の評価に理想的に含まれるべきであるが、ほとんどの心理療法研究には含まれていない追加の力を与えます (Strümpfel、2006)。

レビューとメタ分析

ケインとシーマン (2001) は、ゲシュタルト療法を含む人間性療法の妥当性に関する問題をレビューしています。彼らは関連する研究を引用し、カール ロジャースの「事実は友好的である」(ロジャース、1961/1995、p. 25) という言葉を使って一般的な結果を説明しています。ゲシュタルト療法に関する研究はヨンテフ (1995) によってレビューされています。

Strümpfel は、10 件のメタ分析で再分析された治療プロセスと結果に関する 74 件の公開済み調査研究のデータを確認し、独自の計算を追加しています (Strümpfel、2006 年)。臨床診療で治療を受けた約 4,500 人の患者のデータに対して有効性のテストが行​​われました。これらのうち、約 3,000 人がゲシュタルト療法で治療され、1,500 人が対照群でした。また、単一の症例報告を含む 431 件の証拠ソースも示しています。これらの研究には複数の診断を受けた患者が含まれていました。このような患者を含めることは通常の臨床診療と一致していますが、ほとんどの実験室ベースの研究では、より正確なデータを取得するためにこれらの患者を除外しています (Strümpfel、2006 年、Westen ら、2004 年)。Strümpfel は、Elliott (2001 年) と Elliott らが行った比較について説明しています。 (2004) は、実施された測定の数に比べて、行動療法や (さらに明らかなことですが) 精神力動療法よりも、人間性療法のほうが有意な結果が頻繁に見られたことを指摘しています。このデータの要約は、行動療法の方が優れていることが実証されているという主張と矛盾しています。

これらの研究の多様な患者、診断、および設定は、全体として、重度の障害を持つ患者に対してもゲシュタルト療法が有効であることを示す証拠です。これは、幅広い臨床障害（統合失調症、人格障害、情動障害および不安障害、物質依存、および心身症など）に適応し、精神社会的予防医療の場で実施されるゲシュタルト療法の有効性を裏付けています。治療効果は長期的に安定していることが示されました。さまざまな診断を受けた精神科患者は、ゲシュタルト療法による治療後、主な症状、人格機能障害、自己概念、および対人関係に大幅な改善を示しました。患者自身も、この療法が非常に役立つと評価しました。看護スタッフによる評価では、患者の接触およびコミュニケーション機能に改善が見られました（Strümpfel、2006）。

ゲシュタルト療法の効果は、うつ病、不安、恐怖症の症状に対して最も大きかった。研究によると、薬物依存患者に対するゲシュタルト療法と社会療法の有効性は示されており、長期禁断率は 70% である。また、うつ病の症状が軽減され、人格形成が改善された。研究によると、機能障害による痛みと薬物使用が 55% 減少した。

ゲシュタルト療法は、学業成績に問題のある学童、子どもに問題を抱えていると感じている親、カップル、予防医療、出産準備中の妊婦にも効果があるという証拠もありました (Strümpfel、2006)。

17 件の研究では、治療終了後 1 年半から 3 年にわたる追跡調査データが得られました。治療の効果は、グループで数時間のみ治療が行われた 1 件を除いて、すべてのケースで安定していました。

他の研究では、ゲシュタルト療法を受けた患者は再発する症状にうまく対処する戦略を学んだことが実証されています (Strümpfel、2006)。Schigl (Strümpfel、2004、2006 で引用) は、ゲシュタルト療法と体験療法を受けた数百人の患者を対象に追跡調査を行いました。これらの患者のうち、63% が当初の目標を完全にまたは大幅に達成したと報告しました。向精神薬の使用は半減し、精神安定剤の使用は 75% 減少しました。

Strümpfel (2006) が引用したある研究では、独立した研究グループが特定のクリニックで実施された評価の結果を検証しました。117 のケースの追跡データに基づいて、精神力動的療法とゲシュタルト療法の組み合わせ、精神力動的療法、および/または行動療法で治療された患者を比較しました。著者らは、ゲシュタルト療法ではさまざまな心理社会的および身体的尺度で平均よりも大きな効果サイズで改善が見られたと報告しました。同様に、Strümpfel (2006) は Elliott ら (2004) による 112 件の研究のメタ分析について報告しています。さまざまな人間学的アプローチのうち、プロセス体験療法/ゲシュタルト療法のアプローチは、効果サイズが最も大きくなる傾向がありました。

ストルンプフェルが発見した興味深い結果の 1 つは、認知行動療法を受けている精神科患者はより頻繁に社会的接触を求めるが、ゲシュタルト療法と交流分析を組み合わせて治療を受けると、患者はこうした接触をよりよく維持できるようになったというものである。ストルンプフェルはさらに探索的分析を行い、ゲシュタルト療法の特に有効な効果は社会的/関係的/対人的機能の領域にあるという兆候を発見した。臨床研究は、ゲシュタルト療法が個人的な接触の確立、関係の維持、攻撃性や葛藤の管理において特に顕著な改善をもたらすという発見を裏付けている (ストルンプフェル、2004、2006)。

ゲシュタルト療法で開発された、プロセスの中でクライアントを彼らの直接的な自己体験に導き、感情の活性化を促す治療法は、効果的な治療方法であることが証明されています。Orlinsky、Grawe、Parks (1994) によるメタ分析によると、セッションで直接活性化される患者の体験と行動に注意を向けることとして定義される体験的対決プロセスは、肯定的な治療結果の強力な予測因子です。

ゲシュタルト療法の積極的な介入は、セラピーセッションにおける経験の質を高めるのに適していることが証明されており、今日では葛藤の解決の改善や症状や問題の軽減につながる可能性があります。これらの発見と、その適用範囲と有効性に関するデータを考慮すると、ゲシュタルト療法のこれまでの評価、例えば適用範囲の制限に関する評価は修正される可能性があります。(Strümpfel、2006)

心理療法の比較研究により、ゲシュタルト療法の効果は他の療法の効果と同等か、あるいはそれ以上であるという証拠が得られています (Strümpfel、2006)。

このセクションの結論として、異なるアプローチを比較する場合でも、治療の価値を治癒事業として評価する場合でも、治療効果を理解し評価しようとするときに研究証拠を使用することについて注意を促します。治療の2者間および治療プロセスは、測定可能な範囲よりもはるかに複雑な意味を持っています。さらに、各セラピストはユニークであり、自分の性格に合ったフレームワーク内で作業することによってのみ、うまく実践できるという事実があります。したがって、研究によって、たとえばゲシュタルト療法は患者の永続的な関係への努力をサポートするのに非常に適していることが最も一般的に示唆されているとしても、セラピストが瞬間瞬間の感情体験に細心の注意を払って作業することに魅力を感じていない場合は、患者に役立つためには別のフレームワークで作業する必要があるでしょう。実際、セラピストが自分の方向性に満足していることが、特定の方向性よりも肯定的な結果のより重要な要因であることが判明する可能性があります。私たちの現在の研究結果は、いつものように、私たちが尋ねる質問と私たちが利用できる研究ツールによって制限されています。

多文化世界における心理療法

ゲシュタルト療法の創始者は、すべて文化的/政治的なアウトサイダーでした。ユダヤ人もいれば、ヨーロッパでの迫害から逃れてきた移民もいました。フリッツとローラ・パールズもその一人です。同性愛者もいました。全員が、たとえ既存の文化的価値観にうまく当てはまらない人生の道であっても、人々が自分自身の人生の道を模索できるように支援し、励ましを与えることができるプロセス指向の理論を開発することに興味を持っていました。したがって、彼らは、セラピーを成功させるためのコンテンツ目標 (性器の性的欲求の達成など) を設定する代わりに、プロセス目標、つまり認識を設定しました。

世界中のゲシュタルト療法士は、精神保健サービスの提供、コミュニティ組織、組織コンサルティングなど、多文化間プロジェクトに関わり、その関わりについて執筆してきた (Bar-Yoseph, 2005)。Heiberg (2005) は、ノルウェーの非ヨーロッパ系移民と居住者に彼らの経験についてインタビューし、ノルウェーの支配的文化のメンバーとの交流には、恥と恥辱のプロセスが絶えず浸透していることを発見した。回答者のほぼ全員が白人の療法士によるセラピーを受けたことがあり、ゲシュタルト療法の患者は、分析や解釈されるのではなく、自分の言葉で、特に恥の経験を探究する機会について非常に熱心に語った。Gaffney (2008) は、北アイルランドの分断された社会で監督を行うことの微妙で大きな困難について書いた。Bar-Yoseph (2005) は、さまざまな多文化の取り組みに携わるゲシュタルト療法士による記事集を編集した。アメリカのセラピストによる記事も掲載されています。

ほとんどすべての文献に共通しているのは、効果的な多文化交流にはセラピストが自分の社会的、文化的、政治的立場の意味を認識することが必要であるということです。これには 2 つの理由があります。第一に、そのような認識はセラピストが自分の文化的規範を相対化するのに役立ち、大きく異なり、時には不安を感じる世界観に深く触れたときに生じる避けられない強い感情的反応をうまく乗り切るのに役立ちます。第二に、専門家としての相対的なインサイダーとしての地位と、文化的アウトサイダーとしてのしばしば周縁化された地位の違いを認識することは、クライアントとの有意義な対話を始めるために不可欠です。Billies (2005)、Jacobs (2005a)、および McConville (2005) は、人種的に分断されたアメリカで白人セラピストであることの意味を探る中で、この点を詳しく説明しています。

著者らは全員、フィールド理論がクライアントとの現象学的、経験的探究の強力なサポートであると言及した。また、接触と気づきのプロセス、およびこれらのプロセスがフィールド条件によってどのように形成されるかに注意を払うことで、セラピストとクライアントが共同で創造的な調整を行う能力が向上すると強調した。

ゲシュタルト療法で強く強調されるもう 1 つの側面は、対話的な態度、つまりクライアントの影響を受け、クライアントによって変化することをいとわない謙虚な態度です。対話の中で、セラピストは患者の文化について患者から学びます。この態度により、セラピストは自分の偏見についてより多くを学ぶことができ、また、クライアントがしばしば力を与えると経験する接触を促進します。

事例

背景

ミリアムはしばしば平坦な声で話し、自分の感情や自分の言葉の意味の感覚から切り離されているようでした。彼女は恐ろしく屈辱的な子供時代の虐待を生き延び、家を出てから約 35 年が経った今、虐待がいつ再開されるかわからないと予想している人のような、悩まされたような、苦しそうな表情をしていました。彼女は自分の人生に人は欲しくないし、必要もないと主張していたため、自分自身がセラピーを受けたいとさえ言えませんでした。セラピーを受けることで、コンサルタントとしてのスキルをより完全に伸ばすことができると彼女は考えました。ミリアムはセラピーに対してかなり警戒していましたが、セラピストの講義に出席し、このセラピストなら本当に自分のことを理解してくれるかもしれないというわずかな希望を感じていました。

ミリアムの体験世界は、極度の孤立を特徴としていました。彼女は孤立していることを恥じていましたが、それが彼女に安心感を与えました。人々の世界に入り込むと、彼女は恐怖を感じ、しばしば激怒し、深く恥じました。彼女は容赦なく自己批判的でした。彼女は自分が有害な存在であり、不本意ながら他人を破壊していると信じていました。彼女は自分の欲求やニーズを認めることができませんでした。なぜなら、そのようなことを認めると、彼女は傷つきやすくなり、（彼女の言葉で言えば）屈辱と絶滅の「標的」になるからです。最後に、彼女は非現実感に悩まされました。彼女は自分が考えたり感じたりしていることが「現実」なのか想像なのかを決して知りませんでした。彼女は自分が感じていることを全く知らず、自分には感情がないと信じ、感情が何であるかさえ知りませんでした。時には、これらの確信があまりにも強く、彼女は自分がエイリアンであると空想しました。

ミリアムの根本的な葛藤は、孤立と融合の両極性をめぐって展開した。彼女はたいていの場合、自分の願望を恥ずかしく思い、それを認識することすらできなかったが、他者とつながりたいという願望が形象化されると、恐怖に打ちひしがれた。彼女は、ただ相手の中に「溶け込みたい」だけであり、ほんのわずかな距離にも耐えられないと認識していた。なぜなら、距離は拒絶の合図であり、彼女はそれが耐えられないと信じていたからである。彼女は孤立した世界に頑固にとらわれていた。彼女の頑固さの結果、彼女は接触と離脱のリズムで行ったり来たりすることができなかった。セラピストや他の人たちとの接触に向かってあえて動こうとしたときに生じる緊張と不安の状態を彼女が調整できる唯一の方法は、突然恥ずかしさで身をすくめたり、孤立に退いたり、解離したりすることだったが、それはかなり頻繁に起こった。そして彼女は行き詰まりを感じ、あまりにも恥ずかしく、敗北感で、再び前に進む勇気がなかった。彼女は、接触を望みながらも同時に接触を恐れるという経験のバランスをとったり調整したりすることができませんでした。

治療開始から 4 年ほど経ったころ、次のような一連の出来事が起こりました。この時点で、ミリアムは感情を認識し、表現する能力がかなり向上していましたが、他者との接触の境界をうまく切り抜けるのは依然として困難でした。彼女は、セラピストとの連続性をようやく感じたため、深い喜びを感じながらこのセッションを開始しました。また、人生で初めて、いくつかの記憶とつながったと報告しました。セラピストと患者が、セラピストとのより緊密なつながりを求める彼女の願いと恐怖に苦闘するにつれ、祝福の雰囲気は後に絶望とパニックに変わりました。

何度も繰り返された会話の中で、ミリアムの絶望は増していった。彼女はセラピストに、自分の恐怖を「通り越して」、自分の中に隠れている小さくて、ぼさぼさで、孤独な「洞窟の少女」に触れてほしいと願っていたのだ。ミリアムはセラピストの「忍耐」（ミリアムの言葉）に見捨てられたと感じていた。

P: 君は本当に忍耐強いね！

T: ...これは悪いことですか？[ためらいながら言う]

P: 今はそうです。

T: 必要だからです...

P: [間] 何かを示すもの。[怯え、憤慨し、混乱しているように聞こえる]

T: 私の忍耐は今あなたにとって何を意味しますか?

P: いつまでも取り残されて、取り残されてしまうということ！

T: あなたと一緒にこのことを経験するというよりは、私が遠くから見ているだけのように思えますが、そうでしょうか?

P: そうですね...

T: だから、僕と一緒にこの状況を乗り越えられる、僕が君を溺れさせないということを示す何かが必要なんだね。[静かに、そして真剣に言った。]

[数分後、ミリアムの接触欲求と恐怖の探求は続き、ミリアムは身体的に触れられたいとさえ認めた。これは彼女にとって大きな告白である。ミリアムは再びパニックになり始めている。触れられたいと望んでいることをさらけ出した今、何が起こるかという恐怖でパニックになっている。触れられることを許すことで自分が傷つくことを恐れ、また拒絶されたり残酷に見捨てられたりするのではないかとパニックになっている。セラピストは、ミリアムの接触欲求は葛藤の片側に過ぎず、もう片方の恐怖も尊重する必要があることを強調してきた。患者はセラピストの注意を見捨てられたと感じていたが、セラピストは患者の恐怖を「通り越す」だけで境界侵害が再現され、より大きな解離を引き起こすのではないかと懸念していた。]

T: ...だから、私たちはあなたの恐怖と願いの両方を尊重する必要があります。[ミリアムは怯えているように見え、

解離寸前です。]...今、あなたはパニックに陥っています。私に話してください...

P:[苦悶のささやき声]それはやりすぎだ。

T: [小声で] ええ、やりすぎです... それは何ですか...「やりすぎです」？

P: どういうわけか、あなたが私に触れると消えてしまいます。でも、私は消えたくないんです。消えたいんです。

消えるのではなく、タッチして接続します。

T: そうですね、あなたの恐怖心は、触れると自分が消えてしまうというリスクがあると言っています。では、その恐怖心を考慮しなければなりません。そこで、提案があります。私が動いて、私たちの指先がお互いに 1 インチほど離れるように座り、それがあなたにとってどんな感じか見てみましょう。試してみますか? [セラピストが動き、患者はうなずきます。ミリアムはまだ恐怖と絶望で体をゆがめています。] では、あなたの指の 1 本に触れます。呼吸を続けてください。どうですか?

P: [泣きながら] 私はなんて触られるのが苦手なの！「気持ちいい」と「最悪」の間を行き来しているの！

T: だから、ゆっくりやらないといけないんです...。わかりますか...。ゆっくりやらないと、あなたは消えてしまいます。恐怖で消えてしまいます[ゆっくり、慎重に、静かに話します]...。わかりますか...。だから、ゆっくりやる価値があるんです...。あなたの指は、私には...。感覚に満ちているように感じますか？

P: そうです...まるで私の命のすべてが私の指の中にあるかのように...ここでは消えず、暖かい...

患者は翌週、1 週間のワークショップに参加し、その後、感動しながら、触れられている間も 1 週間ずっと「自分の体の中に」いたと報告しました。このセッション以来、患者は継続性をより強く感じていると報告しており、私たちがそれをさらに構築していくにつれて (「構築」できるという概念自体が新しくて刺激的です)、患者はより脆く、よりオープンになり、より「触れ合っている」と感じています。

時間が経ち、週に数回一緒に作業を続けるうちに、長年の不安であった、自分が異質だと感じることや、ひどく解離し、ばらばらになっていることが解消され始めました。患者はますます人間らしくなり、より自由に他者と親密に参加できるようになりました。

まとめ

ゲシュタルト療法は、哲学的、歴史的にゲシュタルト心理学、場理論、実存主義、現象学と結びついた心理療法のシステムです。フリッツ・パールズ、その妻ローラ・パールズ、そして彼らの協力者であるポール・グッドマンが、ゲシュタルト療法の基本原理を最初に開発し、説明しました。

ゲシュタルト療法士は、接触、意識的認識、実験を重視します。現在の瞬間と、患者の現象的認識の妥当性と現実性に、一貫して重点が置かれます。ゲシュタルト療法で起こる変化のほとんどは、療法士と患者の間の「私とあなた」の対話から生じます。ゲシュタルト療法士は、自分の経歴と療法中の感情の両方について、自己開示と率直さを奨励されます。

ゲシュタルト療法の技法には、集中訓練、演繹、創造的表現、精神的実験、誘導空想、イメージ、身体意識などがあります。ただし、これらの技法自体は比較的重要ではなく、ゲシュタルト療法士が伝統的に使用しているツールにすぎません。ゲシュタルト療法の理論に一致するメカニズムであれば、療法で使用できますし、実際に使用されます。

マネージドケアに伴う制限が臨床診療に侵入し、治療の実践は混乱に陥っています。理論化において人間主義が発展している時代に、臨床診療は狭まりつつあり、特定の症状に重点が置かれ、手順書の指示に従うことで治せる商品としての人間が重視されるようになっています。

ゲシュタルト療法の名声を博しているゲシュタルト由来の素晴らしい技法の数々は、まさにそのような目的に悪用されやすい。症状除去の技法の使用がいかに想像力に富んでいたとしても、ゲシュタルト療法と混同しないよう読者に警告する。逆説的な変化理論を含むゲシュタルト療法の基本原則は、人間の順応性ではなく、人間の自由の発達に完全に向けられており、その意味で、ゲシュタルト療法は、マネージドケアの精神に暗示されている人間の観点を否定する。ゲシュタルト療法は、その原則に忠実である場合、単なる症状の除去と調整の還元主義に対する抗議であり、自分の人生を形作る意識的で情報に基づいた選択を行えるほど十分に発達するクライアントの権利に対する抗議である。

ゲシュタルト療法は柔軟性、創造性、直接性が非常に高いため、短期療法にも長期療法にも非常に適応できます。直接的な接触、集中、実験により、重要な洞察が得られることもあります。この適応性は、マネージドケアやメンタルヘルス治療の資金調達に関する関連問題に対処する上での強みとなります。

1960 年代、フリッツ・パールズは、ゲシュタルト療法が今後 10 年間で独自の地位を確立し、1970 年代には心理療法において大きな力を持つようになると予言しました。彼の予言は、見事に実現しました。

1952 年当時、ゲシュタルト療法運動に積極的に関わっていたのはおそらく 12 人ほどでした。今日では、国内外に何百もの研修機関があり、世界中で何千人ものよく訓練されたゲシュタルト療法士が活動しています。残念ながら、いくつかのワークショップに参加しただけでゲシュタルト療法士を名乗る、十分な学術的準備をしていない、訓練が不十分な療法士も多数います。ゲシュタルト療法に興味がある学生や患者は、ゲシュタルト療法士であると主張する人やゲシュタルト療法のテクニックを使用していると主張する人の訓練と経験について、詳しく調べる必要があります。

ゲシュタルト療法は、心理療法の理論と実践において、多くの有用で独創的な革新をもたらし、それらは一般的な心理療法の分野に取り入れられてきました。現在、ゲシュタルト療法は、これらの革新をさらに詳細化し、洗練させようとしています。実存的対話の原則、患者とセラピストの両方に対する直接的な現象学的経験の使用、有機体の自己制御への信頼、実験と認識の強調、変化の逆説的理論、セラピストと患者との接触への細心の注意はすべて、ゲシュタルト療法士やその他の人々によって今後も使用される優れた心理療法のモデルを形成します。

注釈付き書誌

ケプナー、J. (1993)。『ボディプロセス：心理療法における身体への働きかけ』サンフランシスコ：ジョセイ・バス。

ケプナーの本は、ゲシュタルト療法に特に興味はないが、身体プロセスと言葉によるコミュニケーションに注意しながら患者と効果的に働きかけたいと考えている人なら誰でも読むことができます。これは、ゲシュタルト療法が支持する全体論的アプローチの素晴らしい例です。ケプナーは、観察された身体プロセスと経験された身体プロセスの両方に注意を払う方法、および身体経験の取り組みを進行中の心理療法に組み込む方法を説明しています。読者はまた、セラピストの創造性と患者の準備が相まって、実りあるゲシュタルト意識実験を生み出すことができるというアイデアも得るでしょう。

ポルスター、E.、ポルスター、M. (1973)。統合ゲシュタルト療法。ニューヨーク：ヴィンテージブックス。

これは、最も読みやすく、楽しめるセラピー本の一つです。ゲシュタルト療法の実践がどのようなものかを知りたい人のために、多くの実例が紹介されています。この本は臨床理論のレベルで書かれており、ゲシュタルト療法の基本、つまりプロセス、今ここ、接触、気づき、実験を網羅しています。文章は非常に生き生きとしているので、読者は、ゲシュタルト療法の最も優れた上級実践者によって実践されているゲシュタルト療法の経験を実感できるはずです。ポルスター夫妻による、同様に洞察力に富んだ豊富な朗読集は、A. ロバーツ (編) (1999) にあります。『From the radical center』、クリーブランド、オハイオ州: クリーブランド出版のゲシュタルト研究所。

ウィーラー、G.（2000）「個人主義を超えて：自己、関係性、経験の新たな理解に向けて」ヒルズデール、ニュージャージー：ゲシュタルトプレス/アナリティックプレス。

著者は、ゲシュタルト療法が心理療法の分野にもたらすパラダイムシフトを、簡潔かつ明快で刺激的な方法で読者に伝えています。その過程で、実例となる実験も提供しています。読者は、この本によって人生経験が変わるのを免れません。この本は、ポルスターの著書「ゲシュタルト療法統合」(上記参照) の臨床的な趣と相まって、関心のある臨床医にとって包括的な入門書となっています。

Woldt, A., & Toman, S. (2005). ゲシュタルト療法：歴史、理論、実践。サウザンドオークス、カリフォルニア州：セージ出版。

ゲシュタルト療法では、さまざまなトピックに関する論文の編集集が伝統となっています。たとえば、グループでのゲシュタルト療法の実践、恥、カップル療法、関係性、文化的問題などに関する論文集があります。どの分野の編集集も、品質にばらつきがあり、傑作もあればつまらないものもありますが、関心のある分野に存在するさまざまな視点を読者に知らせてくれるため、読む価値のあるものになる傾向があります。この編集集には、付随する議論、思考の質問、実験が含まれており、ゲシュタルト療法の領域の多くをカバーしているため、教科書として役立ちます。特に学生とその教師にとって有用であり、ゲシュタルト療法の現在の論争や専門的な話題に進む前の良い基礎となります。

ヨンテフ、G. (1993)。『気づき、対話、プロセス：ゲシュタルト療法に関するエッセイ』ハイランド、ニューヨーク：ゲシュタルトジャーナルプレス。

25 年にわたって書かれた記事の集大成です。記事の中にはゲシュタルト療法の初心者向けのものもありますが、ほとんどは上級者向けです。エッセイは、どんな理論でも取り組まなければならない、より厄介な理論的および臨床的問題のいくつかを精巧に探究しています。本書は、ゲシュタルト理論と実践の進化を包括的にたどり、その将来に向けた理論的足場を提供します。

ケースリーディング

Feder, B., & Ronall, R. (1997)。フリッツとローラ・パールズの生きた遺産: 現代のケーススタディ。ニューヨーク: Feder Publishing。

この編集コレクションは、ゲシュタルトの観点からさまざまな臨床医がどのように働いているかを紹介します。さまざまなスタイルが読者に自分自身のスタイルを見つけるきっかけを与えます。

Hycner, R., & Jacobs, L. (1995)。Simone: 実存的不信と信頼。ゲシュタルト療法における治癒関係: 対話的自己心理学的アプローチ (pp. 85-90)。ハイランド、ニューヨーク: Gestalt Journal Press。

Hycner, R., & Jacobs, L. (1995)。転移と対話の出会い。ゲシュタルト療法における治癒関係：対話的自己心理学的アプローチ（pp. 171-195）。ハイランド、ニューヨーク：Gestalt. Journal Press。

最初のケースはイスラエルで行われたワークショップからの例です。2 番目は精神分析志向のゲシュタルト療法士による興味深いケース報告で、3 回のセッションの逐語記録が含まれています。2 番目のケースは Alexander、Brickman、Jacobs、Trop、Yontef の 2 人のゲシュタルト療法士と 2 人の精神分析医によるパネル ディスカッションで分析されています。(1992) Transference meets dialogue. Gestalt Journal、15、61–108。

ランパート、R. (2003)。『子どもの視点：子ども、青少年、およびその家族に対するゲシュタルト療法』ハイランド、ニューヨーク：ゲシュタルトジャーナルプレス。

この本全体を通してケース資料が提供されています。

パールズ、FS（1992）。ジェーンの3つの夢。ゲシュタルト療法逐語訳（pp.284-310）。ハイランド、ニューヨーク：ゲシュタルトジャーナルプレス。

3 つの夢がそのまま提示されています。3 番目の夢の作業は、2 番目の夢の未完成の作業の続きです。このケースの一部は、D. Wedding および RJ Corsini (編) (2005) の「Case studies in psychotherapy」にも記載されています。カリフォルニア州ベルモント: Brooks/Cole。

Perls, LP (1968)。ゲシュタルト療法の 2 つの例。PD Purlsglove (編)、Recognition in Gestalt therapy (pp. 42-68)。ニューヨーク: Funk and Wagnalls。[初版は 1956 年。]

ローラ・パールズは、西インド諸島の下層中流階級出身の25歳の有色人種女性であるクラウディアの事例と、中央ヨーロッパからのユダヤ人難民である47歳のウォルターの事例を紹介します。

Simkin, JS (1967)。個人ゲシュタルト療法 [映画]。フロリダ州オーランド：アメリカ心理療法士アカデミー。50 分。

34 歳の俳優との 11 時間目のセラピーのテープでは、遺伝物質の生成につながる現在の非言語コミュニケーションに重点が置かれています。空想の会話の使用も示されています。

Simkin, JS (1972)。ゲシュタルト療法における夢の利用。CJ Sager および HS Kaplan (編)、Progress in group and family therapy (pp. 95-104)、ニューヨーク: Brunner/Mazel。

逐語的記録では、患者が末娘に関する夢について研究している。

Staemmler, F. (編). (2003). IGJトランスクリプトプロジェクト。国際ゲシュタルトジャーナル、26(1), 9–58。

この興味深いプロジェクトでは、英国のゲシュタルト療法士サリー・デナム・ヴォーンが患者との作業の簡単な概要と、セッションの詳細な記録を提供します。ヨーロッパと米国の 4 人の療法士がセッションについてコメントし、デナム・ヴォーンがそれに応答します。その結果は、ゲシュタルト療法のプロセスの良い例であるだけでなく、ゲシュタルト療法のいくつかの興味深い点と論争についての活発な議論でもあります。[D. Wedding および RJ Corsini (2011) に再掲載。精神療法のケース スタディ。カリフォルニア州ベルモント: Brooks/Cole。]