

# CT10 ゲシュタルト療法 2024-8

© 2024.08.29 ↻ 2025.03.22

## 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」・パールズとその協力者であるローラ・パールズとポール・グッドマンによって創設されました。彼らは、1940年代と1950年代のさまざまな文化的および知的傾向を新しいゲシュタルトに統合し、当時の他の2つの主要な理論である行動主義と古典的精神分析に代わる洗練された臨床的および理論的代替物を提供しました。

ゲシュタルト療法は精神分析の改訂として始まり (F. Perls, 1942/1992)、完全に独立した統合システムとして急速に発展しました (F. Perls, Hefferline, および Goodman, 1951/1994)。ゲシュタルト療法は経験的で人文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を使用するのではなく、患者の意識と認識スキルに働きかけます。また、ゲシュタルト療法では、セラピストは中立性の分析的役割を維持することで転移を促進するのではなく、積極的かつ個人的に患者と関わります。ゲシュタルト療法理論では、プロセスに基づいたポストモダンのフィールド理論が、古典的な精神分析の機械的で単純化された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、患者の意識を高めるだけでなく、意識や行動ツールのレパートリーを開発する積極的な方法を使用します。ゲシュタルト療法の積極的な方法と積極的な個人的関与は、行動療法やエンカウンターグループのように事前に設定された目標に向かって患者を導くのではなく、患者の意識、自由、自己方向性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真に統合的であり、感情、感覚、認知、対人関係、および行動の要素が含まれています (Joyce & Sills, 2009)。ゲシュタルト療法では、セラピストと患者は意識向上の作業において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、処方されたテクニックや禁止されているテクニックはありません。

### 基本概念

#### 全体論と場の理論

人間主義的な性格理論のほとんどは総合的です。ホリスティックは、人間には本質的に自己調整機能があり、成長志向であり、人間とその症状は環境を切り離して理解することはできない、と主張します。ゲシュタルト理論では、全体論と場の理論は相互に関連しています。フィールド理論は、人の状況がその人の経験にどのような影響を与えるかを理解する方法です。アインシュタインの相対性理論によってエレガントに説明された場の理論は、現実の性質と現実と私たちの関係についての理論です。これは、現実に対する文脈主義的な見方を

明確にする最初の試みの 1 つを表しています (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の感覚に初期に貢献したものです。文脈への依存を強調する学派は、アインシュタインや他の現場理論家の研究に基づいて構築されています。場の理論、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ると理解されています。しかし、他のプロパティもあります。まず、人の行動や経験の形成に寄与する変数は、その人の現在の分野に存在すると言われており、したがって、その人が住んでいる分野や文脈を理解することなしに、人を理解することはできません。患者の人生の物語は、患者の過去に実際に何が起こったのかを伝えることはできませんが、患者が今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。その歴史の描写は、患者の現在の現場の状況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分野の一部ではないため、自分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するかであり、また、3 年前の出来事が現場での自分の認識をどのように組織するかを変えたという事実でもあります。この分野のもう 1 つの特性は、自分の経験の整理が今ここで行われ、継続的であり、現場の状況に基づいて変更される可能性があることです。また、フィールドへの埋め込みを超えることは誰にもできません。したがって、現実の性質に関するすべての帰属は、その分野における被験者の位置に相対的なものになります。場の理論は、セラピストを含む誰もが現実について客観的な視点を持つことができるという信念を放棄します。

変化の逆説理論は、ゲシュタルト療法アプローチの核心です (Beisser, 1970)。矛盾しているのは、自分ではない自分になろうとすればするほど、自分は同じままになってしまうということです。健康とは主に完全であることの問題であり、治癒は人が再び完全になるときに起こります。自分を合わない型にはめようとするほど、人は全体ではなく断片化していきます。

有機体の自己調整には、知り、所有することが必要です。つまり、自分が感じ、感情的に感じ、観察し、必要としているもの、信じているものと同化する必要があります。成長は、自分がどのように影響を受け、他の人にどのように影響を与えるかを含め、自分の現在の存在で何が起きているかを意識的に認識することから始まります。人は進行中の経験と同化し、実際に起きていることと触れ合い、自分が本当に感じていることや望んでいることを特定して信頼し、自分が実際に何ができ、何をしたいのかについて自分と他人に正直になることによって、全体性に向かって進みます。-またはやる気がありません。

変化の可能性も含めて、今ここで自分自身を知り、感じ、感じる時、人は完全に存在し、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。

過去に生きたり、未来を心配したり、自分はどうあるべきか、あるいはそうなることができたかもしれないという幻想にしがみついていると、感情的および意識的な認識、そして有機的な生活と成長の鍵である経験の即時性が低下します。

ゲシュタルト療法は、現在の存在に没入し、その瞬間に実際に起こっていることとの接触、認識、実験を調整することによって、自己認識、受容、成長を目指します。それは、こうあるべき、そうなる可能性がある、かつてあったものではなく、今ここに焦点を当てます。この現在中心の焦点から、人は自分のニーズ、願望、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強調される概念は、接触、意識的認識、実験です。それぞれの概念を以下に説明します。

接触とは、今、ここで、瞬間瞬間に現れているものと接触することを意味します。意識的な認識とは、そのような注意が必要な状況において、人が触れているものに注意を集中させることです。より高度な接触能力が必要な状況、複雑さや葛藤を伴う状況、習慣的な思考や行動様式が機能していない状況、経験から学ばない状況では、意識、つまり集中した注意が必要となります。たとえば、しびれを引き起こす状況では、しびれの経験に集中することができ、認知の明晰さが現れることがあります。

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。この実験により、感情が高まったり、意識から遠ざけられていた何かが実現したりする可能性があります。何か新しいことを試す実験は、精神分析の純粋に口頭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。

現状に固執したり、新しいパターンを採用したりせずに、何か新しいことを試すと、生物の成長が促進されます。例えば、患者はしばしば、明晰さや安心感が増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、患者の表現が関係者に（直接またはロールプレイングを通じて）直接影響を与えることを提案するかもしれません。患者は多くの場合、安堵感を感じたり、悲しみや感謝などの他の感情が湧き出るのを経験します。

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な意味でも使用されます。ゲシュタルト療法士は、技術的な定義を知ることによって実践を改善します。ただし、この導入章では、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、セラピストが患者とセラピストが経験していることや行っていることに触れることによって患者と接触することから始まります。セラピストは、患者が自分が何に触れているのかに焦点を当てて明確にするのを手助けし、患者の意識を集中させるのを助けることで探求を深めます。

## 認識プロセス

ゲシュタルト療法は、気づきのプロセス、言い換えれば、人の気づきの流れの連続性に焦点を当てます。人々はパターン化された意識のプロセスを持っており、それが治療の焦点となります。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、決定するのか、そしてそれをどのように行うのかを明確にすることができます。これには、意識化されていないものに焦点を当てるが含まれます。患者の一連の意識の連続と非言語的行動の観察に注意深く注意を払うことは、患者が接触の中断を認識し、何が認識されていなかったかに気づくのに役立つ可能性がある。たとえば、ジルが悲しそうな顔をし始めると、彼女は悲しいとは言わず、すぐに怒り始めます。怒りがジルの悲しみと弱さを妨げる機能を果たしている限り、その怒りは終わることはありません。

ません。この状況では、ジルは自分の悲しみに気づくだけでなく、悲しみをブロックしようとする自分の傾向に気づくことで、自己監視のスキルも身につ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、残念なことに、古典的な精神分析では焦点が実際の同時代の関係と患者の関係から遠ざかってしまうため、「今ここ」の関係の可能性は実現されません。感情は無意識の衝動や未解決の葛藤の結果として解釈されます。精神分析における議論は通常、過去に焦点が当てられ、現時点で分析者と患者の間で実際に何が起きているかには焦点が当てられません。

精神分析のこの単純な要約は完全に正確ではありません。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、および他の分析家は、多くの点で中心となるフロイトの仮定から逸脱し、ゲシュタルト療法システムが生まれる土壌を提供したからです。ゲシュタルト療法と同様、これらの派生システムでは、患者は無意識の力によって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への信念と、人間関係と意識の力への感謝に置き換えられました。これらのアプローチは、データを自由結合に限定しませんでした。その代わりに、彼らはセラピストによる明らかに思いやりのある態度を重視し、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依然として精神分析の伝統に留まることによって束縛されていました。ゲシュタルト療法はより過激な立場をとりました。

行動修正は単純な代替手段を提供する。つまり、行動を観察し、患者の主観的な報告を無視し、古典的またはオペラント条件付けを使用して刺激と反応の関係を操作することで問題のある行動を制御する。行動学的アプローチでは、何を測定し、数え、「科学的に」証明できるかに重点が置かれました。

行動的アプローチは、フロイトの精神分析の精神的アプローチの逆でした。「今ここ」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、患者の主観的で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。

第三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ていません。精神分析とは異なり、ゲシュタルト療法では利用可能なあらゆるデータが使用されます。行動修正と同様に、ゲシュタルト療法は身体を観察を含めて行動を注意深く観察し、「今ここ」に焦点を当て、積極的な方法を使用します。患者の自己申告は実際のデータとみなされます。そして、行動修正と精神分析の両方から離れて、セラピストと患者は共同で治療の仕事を指揮します。

## 来談者中心療法、合理的感情行動療法、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共有しています。どちらも人間の成長の可能性を信じており、成長はセラピストが温かく本物である（一致する）と経験される関係から生じると信じています。クライアント中心療法とゲシュタルト療法はどちらも、患者の主観的な認識に作用する現象論的療法です。ただし、ゲシュタルト療法には、より積極的な現象学的アプローチがあります。ゲシュタルト療法現象学は実験現象学です。患者の主観的な経験は、意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

験は多くの場合、行動テクニックに似ていますが、患者の行動を制御するのではなく、患者の意識を明確にすることを目的としています。

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が尊重される出会いの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、个人中心療法士よりも患者に自分の感情や経験について話す可能性はるかに高くなります。

ゲシュタルト療法は、合理的感情行動療法 (REBT) の対立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療法を提供します。人間中心のセラピストは患者の主観的な報告を完全に信頼しますが、REBT の実践者は患者の不合理的または機能不全の考え方について、多くの場合非常に積極的に患者と対峙します。ゲシュタルト療法では、集中的な意識実験と個人情報の開示を使用して、患者の意識を拡大できるようにします。(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立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ような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 つの重要な点で个人中心のアプローチに近づいています。まず、ゲシュタルト療法士はより協力的で、思いやりがあり、親切になりました。さらに、治療者は患者が経験する真実よりも正確な「客観的」真実を持っていないことも明らかになりました。

## 精神分析と関係性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の概念は、マルティン・ブーバーの「私と汝」の関係をモデルにしましたが、1980 年代後半まで十分に解明されませんでした (Hycner, 1985; Jacobs, 1989; Yontef, 1993)。ゲシュタルト療法は、この関係に焦点が当てられるようになりつつあり、古典的な精神分析や衝動理論から離れ、望ましい治療手段としての対立から離れ、セラピストは健康で患者は病気であるという信念から離れています。

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。これが可能なのは、現代の精神分析理論（特に関係論と間主観的理論）が古典的なフロイト精神分析の限界を拒否しているためでもある。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拒否します。この動きは、精神分析をゲシュタルト療法の理論と実践に近づけます。ゲシュタルト療法は、現代の精神分析が現在拒否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。

現在、現代の精神分析とゲシュタルト療法で共有されている基本的な教義には、次のものが含まれます。プロセス思考の重視。主観性と感情の強調。人生の出来事（幼少期の性的虐待など）が人格形成に及ぼす影響の認識。人々は退行ではなく成長と発展に動機づけられているという信念。幼児は、個人的な交流、愛着、満足のための基本的な動機と能力を持って生まれてくるという信念。「他者」がなければ「自己」は存在しないという信念。そして心の構造と内容は本能的な衝動ではなく他者との相互作用によって形作られるという信念。その人の人生を形作り、定義する人間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

ゲシュタルト療法が患者の思考プロセスに関与しないという仮定は不正確です。ゲシュタルト療法では、患者が何を考えているかに常に注意を払ってきました。ゲシュタルト療法士は、認知療法の同僚と同様に、不安を引き起こす「未来化」の役割を強調し、REBT療法士と同様に、道徳主義による罪悪感の創出について議論します。価値の不合理な条件（「べき」）についての考えや考え。REBT や認知行動療法では不合理とみなされる思考の多くも、伝統的にゲシュタルト療法の重要な焦点となってきました。

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、治療者は不合理なことについての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、そのプロセスを観察し、患者が自分の考えを観察するように指示し、患者が経験し信じるようになったものを評価し尊重する方法で、別の考え方を探求します。

## 歴史

### 先駆者

ゲシュタルト療法は、本質的な独自の「発見」というよりも、豊かで多様な情報源の苗床から発展した、個性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年代にかけて彼らが執筆、指導、実践した後のアメリカの共同研究者たち（イサドール・フロム、ポール・グッドマンなど）は、20世紀の科学革命の荒波の中を泳ぎました。哲学、宗教、心理学、芸術、文学、政治。この時期、あらゆる分野の知識人の中で多大な相互交流が行われました。

フリッツ パールズが医学博士号を取得し、ローラ パールズが博士号を取得した 1920 年代のフランクフルト アム マインは、心理学の知的発酵の中心地でした。彼らは、直接的または間接的に、主要なゲシュタルト心理学者、実存哲学および現象学の哲学者、自由主義神学者、精神分析思想家と接触しました。

フリッツ・パールズは精神分析に精通しており、実際に分析家の訓練を受けていました。しかし、パールズは古典的精神分析の独断主義に腹を立てた。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的な考え方、つまり意識の外側にある動機の存在は、他の思考の流れ、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。

これらの知的学問は、それぞれ独自の方法で、人間であることが何を意味するかについての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ました。フロイトの分析家は、人間の人生は生物学的に決定され、矛盾しており、制約が必要であるという本質的な真実を主張しました。実存主義者は、その優位性を主張しました本質よりも存在という考え方、人間は自分の人生の方向性を選択するという信念、そして人間の人生は生物学的に決定されるものではないという主張は、精神分析において、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。そしてライヒは、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、そして今ここでのセラピストと患者の間の積極的な関与のプロセスを強調し、

「キャラクターアーマー」、つまり経験の反復パターンという重要な概念を導入しました。ライヒはまた、患者が何を言ったかよりも、患者がどのように話したり、動いたりするかが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、クライアントこそがその人自身の最高のセラピストであると主張した。フリッツ・パールズと同様に、ランクも、今ここでの治療関係の経験の重要性を強調した。

フリッツとローラ・パールズに主要なインスピレーションの源を提供したのは、デカルト二元論から脱却しつつあったヨーロッパ大陸の哲学者であり、主体と客体、自己と世界の分裂は幻想であると主張した。これらには、実存主義者、現象学者、ルートヴィヒ・ウィトゲンシュタインなどの哲学者が含まれていました。

新しいアプローチは、場の理論、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ました。この考え方は、フリッツ・パールズによって、図形/地面認識のゲシュタルト心理学、およびゲシュタルト心理学の影響を強く受けた心理学者のカート・ゴールドスタインとカート・ルーウ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、人間は人間と環境のフィールドに埋め込まれていると述べました。この分野は、認識を組織化するニーズの意識への出現によって発展しました。パールズはまた、特定の状況で本当に必要なものに応じて人を区別できるようにする「創造的な無関心」についても書いています。差別化によって、コントラストの経験と、分離したものとしての自分自身の経験を形作る両極性の認識が現れます。パールズは、これを東洋の禅実践に相当する西洋のものと考えました (Wulf, 1998)。

フリッツとラウラはナチス時代にドイツを離れ、その後ナチス占領下のオランダから逃亡した。彼らは南アフリカに行き、そこで精神分析訓練センターを設立しました。同じ時期に、1940年代の南アフリカの首相ヤン・スマッツはホリスティックという用語を作り、それについて書いています。やがて、ヤン・スマッツが開始を支援したアパルトヘイト政策が始まったため、フリッツとローラ・パールズは南アフリカを離れた。

ホリスティックの基本的な教訓は、生物は自己調整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、場の理論、そして全体論は幸せな結合を形成しました。ゲシュタルト心理学は、パールズにゲシュタルト療法の体系化原則と、彼の人生におけるさまざまな影響を統合する認知スキームを提供しました。

ゲシュタルトという言葉には、英語の直訳はありません。それは経験の知覚的な全体または構成を指します。人間は断片的に認識し、それらが積み重なって組織的な認識を形成するものではありません。代わりに、彼らはパターン化された全体として認識します。パターンは要素間の相互関係を反映するため、構成要素の部分を研究することによって全体を収集することはできず、部分相互と全体との関係を研究することによってのみ収集できます。ゲシュタルト心理学の発展における主導的人物は、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・ケーラーでした。

Kurt Lewin は、ゲシュタルトの原理を単純な知覚心理学以外の領域に適用し、ゲシュタルト心理学の理論的意味を説明することによって、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の説明で特によく知られていますが、この概念は彼が生み出したものではありません。Lewin (1938) は、場の理論がニュートンや実証主義的思考と異なる原則について議論しました。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、時間的に連続する体系的な関係の網として研究されます。この見方では、すべてのものは変化の過程にあり、静的なものは何ともありません。このフィールドビューにおける現実、観察者と観察されるものの関係によって構成されます。したがって、「現実」は視点の関数であり、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。現実の性質についてのこのような見方は、女性、同性愛者、非ヨーロッパ人の声など、これまで権利を剥奪されていたさまざまな声にゲシュタルト理論を開くものです。

ルーウィン、環境の可能性と生物のニーズとの相互作用によってゲシュタルトが形成されるという考えを仮説化し、研究することで、ゲシュタルト心理学者の研究を引き継ぎました。認識と行動を整理する必要があります。認識は、関係者の状態と周囲の環境によって組織されます。有機体の機能に関するゲシュタルト療法理論は、知覚と全体論のゲシュタルト心理学の原則に基づいていました。有機的自己調整の理論は、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、ペレル夫妻がドイツと米国で過ごした時代に人気がありました。ゲシュタルト療法は、対話型実存思想家、特にローラ・パールズが直接学んだマルティン・ブーバーの研究に大きな影響を受けました。自己は常に自己と他者であるという切り離せ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適合し、彼の私と汝の関係の理論は、ローラ・パールズの教えを通じて、患者の基礎となった。ゲシュタルト療法におけるセラピストとの関係。

## 始まり

フリッツ・パールズの最初の出版物は『自我、飢え、攻撃性』(1942/1992)でしたが、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に見られます (F. Perls et al., 1951/1994)。この独創的な出版物は、著者たちが知的時代精神にさらされることによって形成された統合、統合、そして新しいゲシュタルトを表現しました。

上で説明した。ニューヨークゲシュタルト療法研究所はすぐに設立され、初期のセミナー参加者は教師となり、特にニューヨーク、クリーブランド、マイアミ、ロサンゼルスで定期的なトレーニングワークショップを開催することで他の都市にその言葉を広めました。これらの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、元の研究グループのメンバーによる定期的なワークショップによって補われ、最終的にはこれらすべての都市が独自のゲシュタルト訓練機関を発展させました。クリーブランドの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、非常に多様性のある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、人間主義的心理療法に影響を与えた多くのアイデアの先駆者です。例えば、ゲシュタルト療法には、現象学的に経験することに注意を払い、治療者と患者が治療関係においてどのようにお互いを経

験するかには注意を払うための高度に開発された方法論があります。現象学では、現実には観察されるものと観察者の関係で形成されると想定しています。要するに、現実には解釈されるのです。

ゲシュタルト療法における対話関係は、マルティン ブーバーの思想から 3 つの重要な原則を導き出しました (Jacobs, 1989)。まず、対話的な治療関係では、セラピストは共感的関与に似た包括性を実践します。この場合、治療者は患者の体験の中に自分自身を置き、他者の存在を想像し、あたかも自分の体の感覚であるかのように感じ、同時に自己の感覚を維持します。インクルージョンは、患者の経験と融合するのではなく、接触の発展形です。対話療法士は、このように患者の体験を想像することで、患者の存在と可能性を確認します。第二に、セラピストは自分自身を、本物で調和のとれた人間であり、透明性と自己開示に努めている人間であると明らかにします。第三に、対話療法のセラピストは対話に専念し、参加者の間で起こることに身を任せるため、結果をコントロールすることはありません。このような関係では、患者だけでなく治療者も変化します。

ほとんどの実存的思考の根底にあるのは、実存的現象学的方法です。ゲシュタルト療法の現象学は、エドムント・フッサールの実存現象学とゲシュタルト心理学の現象学を組み合わせたものです。

現象学的理解は、最初の認識を取得し、その瞬間に実際に経験されているものを、予想されたもの、または単に論理的に導出されたものから分離することによって達成されます。現象学的方法は、意識のプロセスを記述的に研究することにより、意識の明瞭さを高めます。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ついての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考えられますが、現象学的探査を続けることで改良される可能性があります。これは、患者の意識は正当であり、無意識の動機の観点から説明するのではなく、探求される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、私と汝の関係や体系的な現象学的焦点を完全には組み込んでいませんが、治療者と患者の間の直接の接触の興奮と活力の影響を受けています。直接の経験を重視する。実験の使用。今ここ、感情のプロセス、認識を重視します。生物の自己調節を信頼する。選択を重視する。そして患者の状況や内なる世界にも注意を払います。

## 現在のステータス

過去 55 年間に、ゲシュタルト研究所、文献、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、南北アメリカ、オーストラリア、アジアのほとんどの国にゲシュタルト療法トレーニング施設が多数あります。ゲシュタルト療法士は世界中で実践しています。

さまざまな国や地域が、専門家会議を主催し、基準を設定し、研究と公教育を支援する包括的な組織を設立し始めています。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ません。この協会は、組織レベルで実施されるゲシュタルト療法の原則の遵守を通じて自らを統治する目的で設立されま

した。地域カンファレンスは、欧州ゲシュタルト療法協会である欧州ゲシュタルト療法協会や、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富な口承伝統で知られていますが、歴史的にはゲシュタルトの著作にはその理論と実践の詳細が完全には反映されていません。ゲシュタルト療法は、経験的な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、強力な経験的要素なしに教えることはほとんど不可能です。

ポルスター夫妻による独創的な本（ポルスター & ポルスター、1973年）の出版以来、ゲシュタルト療法の口承と書面の伝統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広範な文献があり、ゲシュタルト療法の理論と実践のさまざまな側面を取り上げた書籍が増えています。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 (旧名 The Gestalt Journal)、British Gestalt Journal、Gestalt Review、Studys in Gestalt Therapy-Dialogical Bridges、および Gestalt Journal of Australia and New Zealand です。Gestalt Journal Press には、ゲシュタルトの書籍、記事、ビデオテープ、オーディオテープの包括的な参考文献も掲載されています。このリストには、インターネット [www.gestalt.org](http://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、ゲシュタルト! ([www.g-gej.org](http://www.g-gej.org)) は、論文や研究のためのリソースを提供するとともに、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です。ヨーロッパ、南北アメリカ、オーストラリアには、ほとんどの言語で少なくとも 1 つの雑誌があります。英語で書かれ、翻訳され、他国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、スペイン語でも重要なオリジナルの理論書が出版されています。

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に大きな変化が見られました。時には物議を醸すこともありますが、一般的に、そして（特に）治療上の関係において、成長のための関係条件の理解において変化が増えています。相互依存に対する理解が深まり、自給自足に置かれた文化的価値観が恥をかく効果をより深く理解するようになり、恥がどのように幼少期に作られ、対人関係で引き起こされるのかについての認識が深まりました（フェアフィールド & オシア、2008）；ジェイコブス、2005b；リー、ウィーラー、1993）。ゲシュタルト療法士は恥とその引き金をより徹底的に理解するようになり、以前よりも対立的ではなく、より受容的で協力的なものになった(Jacobs, 1996)。

## 人格

### 人格理論

ゲシュタルト療法理論には、高度に発達した、やや複雑な人格理論があります。健康な機能と神経症的な機能の概念は実際には非常に単純かつ明確ですが、線形因果関係の考え方からプロセス、場の理論の世界観へのパラダイム シフトに基づいて構築されており、必ずしも理解しやすいわけではありません。

ゲシュタルト療法は、環境との相互作用を離れて、つまり、生物がその一部である生物と環境の分野を離れて、あらゆる生物を考慮する意味のある方法はないと主張する急進的な生態学理論です（F. Perls et al.、

1951/1994)。心理学的には、誰かの視点を通して以外に環境を認識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える意味のある方法はありません。ゲシュタルト療法の場の理論によれば、知覚が完全に「客観的」であることは不可能です。

人類が住む「場」には、他の人類が溢れている。ゲシュタルト理論では、人の有機体/環境フィールドから切り離された自己は存在しません。より具体的に言うと、自己は他者なしでは存在しません。自己とは、関係におけ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、接触なしでは経験は存在しません - しかし、私たちの人格の形成と機能を支配するのは人間間の接触です。

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。人々を互いに結び付けるだけでなく、分離を維持することもできます。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、人は独立した自律的なアイデンティティを維持できません。つながりは生物学的、社会的、心理的ニーズを満たします。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、ニーズが満たされ、人は成長します。人は分離と結合によって境界とアイデンティティを確立します。効果的な自己規制には、新たに出現した、栄養となるものまたは有害なものを認識する接触が含まれます。人は栄養を与えるものと同一視し、有害なものを拒否します。この種の差別化された接触が成長につながります (Polster & Polster, 1973)。この差別を規制する重要なプロセスは、認識と接触です。

心理的成長のための最も重要なプロセスは、二人の人がそれぞれ相手のニーズ、感情、信念、習慣を認識し尊重しながら相手の経験を認める相互作用です。このような対話形式の接触は、治療において不可欠です。

## 生物の自己調節

ゲシュタルト療法の理論では、人は本質的に自己調整力があり、状況に敏感で、自分自身の問題を解決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組織されているため、最も緊急のニーズが優先され、このニーズが満たされるまで注意を払うこととなります。この欲求が満たされると、次の欲求や興味が人の注意の中心になります。

## ゲシュタルト（図・地）形成

有機体の自己制御の概念の帰結は、ゲシュタルト形成と呼ばれます。ゲシュタルト心理学は、私たちが統一された全体として認識すること、またコントラストの現象を通じて認識することを教えてくれました。比較的鈍い背景とは対照的に、興味深い人物が形成されます。たとえば、このページ上の単語は読者にとって視覚的な図であるが、部屋の他の側面は、それらへの言及によって読者がページ上の単語が背景に紛れてしまうまで、視覚的にあまり鮮明で鮮やかではない。、そのとき、テーブル、椅子、本、またはソーダの図形が現れます。数字や根拠は非常に急速に変化する可能性があります、人は一度に 1 つの明確な数字しか認識できません。

## 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考え方とは根本的に異なるということです。フロイトは、無意識は非個人的で生物学に基づいた衝動で満たされており、常に解放を迫られていると信じていました。有能な機能は、無意識の内容を隠すために抑圧と昇華をうまく利用できるかどうかにかかっていた。これらの衝動は、象徴的な形でのみ経験される可能性があります。

ゲシュタルト療法の「無意識」は全く違います。ゲシュタルト療法理論では、意識と無意識の概念が無意識に置き換わります。ゲシュタルト療法士は、意識/無意識の概念を使用して、瞬間的に意識の中にあるものと瞬間的に意識の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。重要で強力に関連性のあるものが前景に現れることが許されないとき、人は気づきません。背景とは、今のところ意識の外にあります。瞬時に意識の中の姿になる可能性があります。これは、背景に対する図形の形成である知覚についてのゲシュタルト心理学の理解と一致しています。

神経症患者では、現象領域のある側面が意図的かつ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にほぼ似ています。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が翻訳する必要がある、無意識の「一次プロセス」を信じていません。

ゲシュタルト療法士らは、恒久的な背景ステータス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視点を反映していると主張する。患者が治療関係の状態が十分に安全であると認識すると、これまで隔離されていた主観的状态のより多くの側面が、治療上の対話を通じて認識されるようになります。

## 健康

ゲシュタルト療法の健康の概念は、実際には非常にシンプルです。健康な有機体の自己調節では、二ーズの状態の変化に気づきます。つまり、最も重要なのは、その人の意識の姿になります。したがって、全体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化し、この同一化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。

健康な有機体の認識には、人間および人間以外の環境に対する認識が含まれており、他者の二ーズを無反映または無考慮に扱うことはありません。たとえば、思いやり、愛、環境への配慮はすべて有機体の機能の一部です。

健康に機能するには、人間と環境の分野で実際に起こっていることに触れる必要があります。接触とは、その分野に関する自分の経験に触れることの性質です。何が現れているかを認識し、何が現れているかに応じて行動を組織化できるようにすることで、人々は世界で交流し、その経験から学びます。何か新しいことを試してみると、さまざまな状況で何がうまくいき、何がうまくいかないのかがわかります。ある人物が現れることが

許されないとき、それが何らかの形で中断されたり、誤った方向に誘導されたりすると、意識と接触に障害が生じます。

## 成長傾向

ゲシュタルト療法士は、人は成長する傾向があり、条件が許す限り完全に成長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、人は本質的に自己調整性と成長指向性を備えており、症状を含む人々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ます。

ゲシュタルト療法は、存在とのつながりと分離、生と死、選択と責任、真正性と自由といった実存的なテーマに興味を持っています。ゲシュタルト療法の意識理論は、実存主義的かつ人間主義的な精神に由来する、経験に対する現象学的方向性の基盤となっています。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、意味は、何が経験され、どのように経験されるかという観点から理解されます。

## 人生は関係性です

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考えます。意識は、生涯を通じて続く関係のマトリックスを通じて幼児期に発達します。

人間関係は、人々がそれをどのように経験するかによって規定されます。人は、他者との関係において自分自身をどのように経験するかによって自分自身を定義します。これは、人が他人からどのように見られているか、また他人に対してどのように考え、行動しているかに由来します。マルティン・ブーバーから派生した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」や自己感覚は存在しません。あるのは、「I-Thou」の「I」か、「I-[I]t」の「I」だけです。ブーバーが言ったように、「すべての現実の生活は出会いである」(1923/1970、p. 11)。

生きることは、満たされたり満たされなかつたりするニーズの進行です。人はホメオスタシスのバランスを達成し、次に現れる必要に応じて前進します。健康において、境界は健康を促進するものとの交換を可能にするほど透過性があり（接続）、自律性を維持し不健康なものを排除できるほどしっかりしています（分離）。これには、特定の時間および特定の環境において最も差し迫ったニーズを特定する必要があります。

## さまざまなコンセプト

### 境界の混乱

最適な条件下では、接続と撤退の間で継続的な動きがあります。団結するという経験が繰り返し妨げられると、人は孤立状態に取り残され、それが境界障害となります。それは固定的であり、あらゆるニーズに応えず、密接な接触を生じさせることができないため、妨害となります。同様に、撤退の必要性が妨げられると、それに対応して合流として知られる境界障害が発生します。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。

最適に機能している状態では、それがアイデアであれ、食べ物であれ、愛であれ、何かを取り込まれると、接触と認識が生じます。人は何を取り込むか、取り込んだものにどのような意味を持たせるかについて差別をします。物事（アイデア、アイデンティティ、信念など）が意識せずに取り込まれると、導入の境界の乱れが生じます。イントロジェクトは生体機能に完全には統合されていません。

人が統合され、全体となるためには、取り込まれたものが同化されなければなりません。同化とは、取り入れるべきものを経験し、それを解体し、有用なものを保持し、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、聴衆は出席した講義から有益なものだけを選択して保持することができます。

自分自身の経験の認識を避けるために、自分の中で起こった現象が誤って他人のせいだとされると、投影の境界障害が発生します。衝動や欲望が二人の出来事ではなく一人の出来事になったとき（例として、他の人に[愛撫]をしてもらいたいときに自分自身を愛撫するなど）、回想の境界障害が発生します。これらの各プロセスでは、人の一部が否定され、形象化したり、行動を組織したり活性化したりすることができなくなります。

## クリエイティブ調整

すべての要素が組み合わされると、人々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な調整です」（F. Perls et al., 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の中で生きています。それにもかかわらず、人々はまた、人間のニーズと価値観に適合するように環境を形作る必要があります。

創造的調整の概念は、人々は成長志向であり、生活上の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概念に基づいています。これは、自らの資源と環境の資源を最大限に活用して問題を解決することを意味します。認識は一度に1つの人物にのみ集中できるため、創造的な認識の対象ではないプロセスは、完全に認識する順番が来るまで、習慣的な調整モードで動作します。

創造的な調整という用語は、環境の変化と現在の状況への調整の間の創造的なバランスを反映しています。人は関係の中でのみ生きているため、状況の要求（社会の要求や他者の要求など）に適応することと、自分自身の個人的な興味に従って何か新しいものを生み出すことのバランスをとらなければなりません。これは、自分自身と自分の環境との間の継続的、相互的、互恵的な交渉です。

ニーズが形となって行動され、新しい形が現れるにつれて消えていくプロセスは、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ごとに創造的な調整が必要です。必要な状態を解決するには、両極性が必要です。お腹が空いたら、環境から得た新しい食べ物を食べなければなりません。すでに食べてしまった食べ物では問題は解決しません。新しい行動を起こす必要があります。個人のニーズを満たすために環境に連絡して適応させる必要があります。

その一方で、人は、これまでの学習や経験、確立された知恵、社会的慣習を利用しないと、新しい経験を生み出す側でバランスを保つことはできません。たとえば、昨日の学習を利用して、食料源として使用される可能

性のある環境の側面を認識できるようにすると同時に、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

良好な健康には、良好なゲシュタルトの特徴があります。優れたゲシュタルトは、明瞭かつ適切な形で組織化された知覚フィールドで構成されています。整った人物は、より広範囲で明瞭ではない背景に対してはつきりと目立ちます。目立つもの（図）と文脈（地）との関係が意味である。優れたゲシュタルトでは、意味が明確です。

健康と成熟は、環境の可能性の中で起こる創造的な調整から生まれます。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ている人、そして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である人が必要です。

健康状態では、必要に応じて数値が変化します。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ありません（ヒステリーのように）、または新しい人物が支配的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す（強迫性のように）。図と地面が二分化されると、文脈から外れた図、または（衝動性のように）焦点の合っていない文脈が残されます (F. Perls et al., 1951/1994)。

健康な人は環境に対して創造的に適応しています。人は環境のニーズに適応し、また環境を自分のニーズに合わせて調整します。調整だけでは順応となり、停滞を生みます。その一方で、孤立した個人に奉仕する際の制限のない創造性は、病的なナルシズムをもたらすでしょう。

## 人格機能の混乱

精神疾患とは、単純に、関心のある明確な数字を形成することができず、自分の瞬間瞬間の経験と同一化したり、気づいたことに反応したりできないことです。接触や認識のプロセスが中断されている人々は、慢性的に貧困に陥った環境によって形成されていることがよくあります。貧しい環境では創造的に調整する能力が低下します。

しかし、神経症的な自己規制であっても、創造的な調整であると考えられています。ゲシュタルト療法士は、神経症の調節は、過去の困難な状況で創造的な調整が行われ、その後現場の状況が変化しても再調整されなかった結果であると想定しています。たとえば、ある患者の父親は彼女が8歳のときに亡くなりました。患者はひどく取り残され、怯え、孤独でした。彼女の人生で唯一の成人である母親は、悲しみに打ちひしがれていたが、父親の死に対する彼女の痛みと恐怖の反応を吸収するのを助ける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。それは、リソースが限られている分野で彼女のニーズに合わせた創造的な調整でした。しかし、大人になった彼女は、たとえフィールドの状況が変化したとしても、同じ調整手段を使い続けています。この患者の最初の創造的な調整は、反復的な性格パターンに固まってしまいま

した。これは多くの場合、元の解決策が緊急事態において十分に機能し、元の緊急事態を模倣する現在の経験が緊急事態への適応を引き起こすために起こります。

神経症の自己調節は、生物の自己調節に取って代わられる傾向があります。患者は、以前の解決策を繰り返し使用すると、現在の自己内の問題を認識して対応する能力が損なわれるため、自分自身の自己規制を信頼できなくなることがよくあります。有機的な自己規制は、「すべきこと」、つまり、自分の経験を受け入れるのではなく、自分の経験を制御し、管理しようとする試みによって置き換えられます。治療の仕事の一部は、治療状況に新しい「緊急事態」を作り出すことですが、それは「安全な緊急事態」であり、古い状況を思い出させるいくつかの要素（感情の激しさの高まりなど）を含みますが、健康も含まれています。- 活用できる促進要素（たとえば、セラピストの肯定的で落ち着く存在）。新しい状況は、十分に安全であれば、新たな、より柔軟で即応性のある創造的な調整を促進することができます。

## 極性

経験はゲシュタルト、地面に対する図形として形成されます。図形と地面は互いに極の関係にあります。健全に機能している場合、変化するニーズや現場の状況に応じて数値や根拠は変化します。以前は地面の一面であったものが、ほぼ即座に次の姿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の極性に支配されています。人の創造的な調整が流動的で、現在のフィールドの状況に反応しているとき、これらの極性の相互作用と継続的に再調整されるバランスが、豊かな存在のタペストリーを作り上げます。

神経症の調節では、人の立場のいくつかの側面（たとえば、患者の耐えられない孤独）を意識から遠ざけなければならないが、極性は流動性を失い、二分法に固定化されます。神経症の調節では、患者は自分の強さをすぐに認識するかもしれませんが、むしろ弱さ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認識は、解決できない葛藤に満ち、危機に悩まされたり、消極的に鈍くなったりする人生をもたらします。

## 抵抗

全体論と有機体の自己調整という考え方は、抵抗理論をひっくり返しました。精神分析におけるその本来の意味は、自分自身についての痛ましい真実に直面したくないことを指しました。しかし、自己調整理論では、すべての現象は、たとえ抵抗であっても、文脈を考慮すると、生物の利益に役立つことが示されると仮定しています。

## 目的。

ゲシュタルト理論では、抵抗は扱いにくいですが、生物の完全性を表す非常に重要な表現です。抵抗とは、危険であると判断された状況で出現する恐れのあるある像（思考、感情、衝動、または必要性）の形成、またはセラピストの像（または議題）の押し付けに反対するプロセスです。たとえば、患者のためというよりはセラピストのための涙だと信じて涙をこらえたり、泣くと嘲笑されることになると考えたり、過去に弱みを見せて

嘲笑されたことがある人は、次のように考えたりするかもしれません。現在の環境は厳しく、容赦がありません。抑制された経験は抵抗されますが、通常は意識することなく抵抗されます。たとえば、患者は脆弱性のすべての経験を意識から追い出してしまったかもしれません。しかし、弱さの経験は依然として背景にあり、人物形成のプロセスを静かに形作り、影を落としています。流動的な極性関係の代わりに、患者は強さと弱さの間の頑固な二分法を発達させ、自分が弱さを感じるたびに必然的に不安を経験します。その結果、危険を冒して肉体的には大きな勇気を示しても、愛する女性に身を捧げるという考えに恐怖を感じる男性が生まれるかもしれません。この葛藤をセラピーで探求していくうちに、彼は自分の弱い感情をひどく恐れており、それらの感情が活性化されて気づくことに抵抗していることに気づきます。抵抗は、彼の習慣的な自己規制様式がそのまま維持されることを保証することによって、彼を守ります。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彼の弱さの追放は適応的でした。ゲシュタルト理論では、彼はそのような調整を行ったことを「忘れて」おり、そのため、現在の関心のある人物、つまりコミットメントをサポートするための意思決定を行う能力を妨げる可能性のある脆弱性があることさえ気づいていないままであると仮定します。

患者が漠然と気づいたとしても、二分化された調整をあえて変更できるほど現在の状況が十分に異なっているとは確信が持てない可能性があります。治療関係の比較的安全な範囲内で実験を繰り返すことで、彼は自分の弱い側面に十分に触れ、強さと弱さの極性を再び活気づけることができ、より瞬間ごとに創造的な調整プロセスを再開できる可能性があります。

感情は、現在の分野に対する個人の関係を方向づけ、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、健全な機能の中心です。感情プロセスはゲシュタルト形成プロセスに不可欠であり、健康な人では「信号」として機能します。たとえば、健康な人は、突然恥を経験すると、おそらく自分が何をしても固執すべきではないというサインとして受け取ります。残念なことに、自己規制が破壊されている人は、恥を信号として経験することができず、むしろ恥に圧倒される傾向があります。

## 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可能な範囲でのみ可能です。…サポートは、人、関係、または社会に対する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）。適切なサポートはフィールド全体の関数です。それには自助努力と環境支援の両方が必要です。人は呼吸によって自分自身を支えなければなりません、環境は空気を提供しなければなりません。健康であれば、人は現在の一連の自己と環境の二ーズから外れておらず、過去（未完の仕事）や未来（壊滅的な状況）に生きていません。個人が自分を支え、自分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（何に対して不安を抱いているか）ではなく、不安のプロセスに焦点を当てます。フリッツ・パールズは最初、不安を興奮からサポートを差し引いたものと定義しました (F. Perls, 1942/1992; F. Perls et al., 1951/1994)。不安は認知的に、またはサポートされていない呼吸習慣によって引き起こされる可能性があります。認知的に不安が生じるのは、「未来化」し、現在を中心に留まることを怠ることによって起こります。否定的な予測、誤解、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。

す。人々が未来化するとき、彼らはまだ存在していないものに意識を集中させます。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可能性があります。将来の失敗に対する不安は、現在のパフォーマンスに非常に悪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ラベル付けされ、その誤った認識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引き起こされる可能性があります。覚醒すると、生物的に酸素が必要になります。「健康で自己調整力のある人は、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します。」(Clarkson & Mackewn, 1993, p. 81) 人が十分に呼吸すると、エネルギーの動員の増加に耐えることができます。現在中心で認知的に柔軟で、行動にエネルギーを注ぐため、不安ではなく興奮を感じます。呼吸をサポートするには、息を十分に吐き出さずに速く呼吸するときだけでなく、速すぎず遅すぎない速度で呼吸する必要があります。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、酸素を含んだ新鮮な血液が肺胞に到達できなくなり、脈拍数の増加、十分な空気を吸入できなくなる、過呼吸などのよくある不安感が生じます。、ハーセン、ヴァン・ハッセルト、1993年；F. パールズ、1942/1992年；F. パールズら、1951/1994年）。

体の向きと性格の問題の両方に焦点を当てたゲシュタルト療法は、不安症の治療に最適です。患者は、認知的および身体指向の意識向上ワークを通じて、認知的および身体的に不安を克服することを学びます (Yontef, 1993)。

## 行き詰まり

行き詰まりは、個人の通常の支援が利用できず、新たな支援がまだ動員されていないときに経験されます。その経験は実存的には恐怖の一つである。元に戻ることはできず、この先生きていけるかどうか分かりません。袋小路に陥った人々は麻痺しており、前進と後進のエネルギーが互いに争っている。この経験は、虚空、虚ろ、暗闇、崖から落ちる、溺れる、渦に吸い込まれるなど、比喩的な言葉で表現されることがよくあります。

行き詰まりの経験を持ち続けている患者は、本物の存在、つまり、最小限の幻想、適切な自立、活力、創造性、そして人間および人間以外の環境との良好な接触を伴う存在を経験する可能性があります。このモードでは、ゲシュタルト形成が明確かつ活発で、重要なことに最大限の努力が注がれます。行き詰まりを乗り越えるために支援が動員されない場合、その人は古い不適応な行動を繰り返し続けます。

## 発達

ゲシュタルト療法には、最近まで小児期の発達について十分に開発された理論がありませんでしたが、現在の精神分析研究と理論は、ゲシュタルト療法家がかなり長い間保持してきた視点をサポートしています。この理論は、乳児は自己調整能力を持って生まれてくること、自己調整スキルの発達と洗練は養育者と乳児の相互調整に依存すること、養育者と乳児の接触は子供の感情状態に同調する必要があることを主張しています。自己調整が最もよく発達するため、そして子供たちは感情的に同調した相互調整を通じて関係性を求める(Stern, 1985)。ゲシュタルト療法士のフランク (2001) は、スターンらの研究を利用して、具体化と関連性に基づい

た包括的な発達ของゲシュタルト理論を定式化しました。 McConville と Wheeler (2003) は、児童および青少年の発達理論を明確にする際に場の理論と関連性を使用しました。

## 心理療法

### 心理療法の理論

人は生涯を通じて成長し、変化していきます。ゲシュタルト療法士は、接触している限り成長は避けられないと信じています。通常、人々は感情的、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、場合によっては、発達のプロセスが損なわれたり、頓挫したりすることがあります。人が間違いから学び成長する限り、心理療法は必要ありません。日常的に経験から学ぶことができない場合、心理療法が必要となります。自己調整能力が、元々は困難な状況での創造的な調整として発達した非適応的な反復パターンを超えられない場合、人々は心理療法を必要としますが、それが現在では自分自身や周りの人を不幸にしています。心理療法は、危機に適切に対処できない患者、生活の中で他人に対処する能力が不足していると感じている患者、または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適応されます。

ゲシュタルト療法は、患者がどのように経験から学ぶことを避けているか、自己調整プロセスがどのようにオープンエンドではなくクローズエンドである可能性があるか、そして接触領域での抑制がどのように意識を広げるために必要な経験へのアクセスを制限しているかに気づくのを助けることに重点を置いています。もちろん、意識は他者との関わりの中で育まれます。人の人生の最も早い瞬間から、機能的なパターンと機能不全のパターンの両方が関係性のマトリックスから現れます。

心理療法は主に患者とセラピストの関係であり、患者が学び、学びを忘れ、学び続ける方法を学ぶ新たな機会を得る関係です。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、治療中に現れるパターンは、患者の人生に現れるパターンを再現していると考えています。

### 治療の目標

ゲシュタルト療法の唯一の目標は気づきです。これには、特定の領域での意識向上の達成や、必要に応じて自動的な習慣を意識化する能力の向上も含まれます。前者の意味では、認識とは内容を指します。後者の意味では、プロセス、特に「認識の認識」と呼ばれる一種の内省的な認識を指します。認識の認識とは、患者が自分のスキルを認識しながら使用して、認識プロセスの障害を修正する能力です。治療が進むにつれて、内容としての認識とプロセスとしての認識の両方が広がり、深まります。認識するには、自己認識、環境に関する知識、選択に対する責任、自己受容、そして接触する能力が必要です。

初心者の患者は主に問題の解決に関心があり、医師がよく病気を治すのと同じように、セラピストが問題を「解決」してくれると考えることがよくあります。しかし、ゲシュタルト療法は病気を治すことに焦点を当てているわけではなく、問題について話すことに限定されているわけでもありません。ゲシュタルト療法では、患者が問題解決に必要な自助努力を獲得できるよう、積極的な人間関係と積極的な方法を使用します。ゲシュタルト療法士は、治療上の関係を通じてサポートを提供し、患者がどのように意識と機能を妨げているかを示

します。治療が進むにつれて、患者と治療者は一般的な性格の問題にさらに注意を向けるようになります。ゲシュタルト療法が成功するまでに、患者は作業の多くを指揮し、問題解決、特徴的なテーマ、セラピストとの関係の問題、そして自分自身の意識の調整を統合できるようになります。

## 治療はどのように行われるのですか？

ゲシュタルト療法は、行動を変える直接的な試みではなく、探求です。目標は、意識の向上による成長と自律性です。この方法は、セラピストと患者との出会いであるか、患者との接触や気づきのプロセスの問題点への取り組みであるかにかかわらず、直接的な取り組みの1つです。エンゲージメントのモデルは、ゲシュタルトの接触概念から直接生まれています。接触は生きて成長するための手段であるため、ほとんどの場合、生きた経験が説明よりも優先されます。ゲシュタルト療法士は、非個人的な専門的な距離を保ち、解釈を行うのではなく、生き生きとして、興奮し、温かく、直接的な存在感で患者と関わります。

このオープンで熱心な関係において、患者は正直なフィードバックを得ることができるだけでなく、本物の接触の中で、自分がセラピストによってどのように経験されているかを見たり、聞いたり、教えてもらったり、患者がセラピストにどのような影響を与えるかを学ぶことができ、また（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。彼らは、自分の視点、感情、考えを深く気にかけてくれる人に話を聞いてもらうという癒しの経験を持っています。

## 何を、どのように、今ここに

ゲシュタルト療法では、患者が何をするのか、どのように行うのかを常に注意深く強調することと、セラピストと患者の間の相互作用にも同様の焦点を当てることという二重の焦点があります。患者は、セラピストとの関係において治療時間中、そして残りの人生において自分自身をサポートするために何をしますか？

直接の経験はゲシュタルト療法の主要なツールであり、焦点は常に「今ここ」にあります。現在は過去と未来の間の移行期です。主に現在中心ではないということは、時間の乱れを反映していますが、関連する過去に連絡することができない、または将来の計画を立てていないことも同様です。多くの場合、患者は現在とのつながりを失い、過去に生きます。場合によっては、患者は過去がなかったかのように現在を生きており、過去から学ぶことができないという残念な結果が生じます。最も一般的な時間の乱れは、未来に何が起こるかを予期して、あたかも今の未来であるかのように生きることです。

まずは患者さんの現状認識から始めます。ゲシュタルト療法のセッションでは、最初に起こるのは子供時代ではなく、現在経験していることです。気づきが今起きています。以前の出来事が現在の認識の対象であるかもしれませんが、認識のプロセスは現在にあります。

今、私は自分の周りの世界に連絡できるようになりました。また、思い出や期待にも連絡できるようになりました。「今」とはこの瞬間を指します。患者が治療時間外、または治療時間の早い時間に自分の人生について語る時、その内容は考慮されませんが、話すという行為が考慮されます。ゲシュタルト療法では、他のどの心理療法よりも「今」を重視します。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

テーマに取り組む際によく使われます。過去の経験の探求は現在に根付いています（たとえば、現在の分野の何がこの特定の古い記憶を引き起こすかを判断します）。可能な限り、単に過去を語るのではなく、古い経験を現在の経験に直接組み込む方法が使用されます。

ゲシュタルト療法では、最良の療法には両眼視の視点が必要であるという認識が生まれつつあります。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、何が起こっているかの微妙な違いに細心の注意を払う個人的な関係も必要となります。セラピストと患者の間の接触において。

## 意識

ゲシュタルト療法の柱の1つは、認識プロセスの認識を開発することです。認識は完全に深まり、発展するのでしょうか、それとも切り捨てられているのでしょうか？他の認識のためのスペースを作るために、特定の認識の姿を心から遠ざけることは許されますか？

-それとも、ある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、認識する必要があるプロセスは、進行中の生活の流れの中で必要なときに必要に応じて認識されるようになります。取引が複雑になると、より意識的な自主規制が必要になります。これが進行し、人が慎重に行動する場合、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に沿って存在します。たとえば、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、自分がやっていることを自分のものとしていることが区別されます。単に何かについて知っているだけで、その何か完全に意識から外れている状態と、焦点が合った状態にある状態との間の移行が示されます。人々が何かを認識していると報告するとき、

それでも、望ましい変化を起こすにはまったく無力であると主張します。彼らは通常、何かについて知っているがそれを十分に感じていない、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実現していない状況を指します。彼ら自身。さらに、彼らは、代替案を想像すること、代替案が達成できると信じること、および/または代替案の実験をサポートする方法を知ることが困難であることがよくあります。

十分に認識するという事は、人間と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。これは健全な自己調整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。何が必要で、何をしているのでしょうか？他人には何が必要とされているのでしょうか？誰が何をしているのですか？誰が何を必要としているのでしょうか？完全な認識を得るには、このより詳細な説明的な認識が患者に影響を与えることができるようにする必要があり、患者はそれを理解し、適切な方法で反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コンタクトは、ゲシュタルト療法のもう 1 つの柱です。関係は時間をかけて連絡を取り合います。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言うこと以上のものであり、使用されるテクニック以上のものです。最も重要なのは、セラピストが患者をどのように見ているか、何が重要で、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サブテキスト（姿勢、声の調子、構文、関心レベル）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、そして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。セラピストは患者が経験することに細心の注意を払うだけでなく、患者の主観的な経験もセラピストの「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。

治療者は患者に対して強力な立場にあります。セラピストが正直さ、愛情、思いやり、優しさ、敬意を持って患者に接すれば、患者がこれまで意識から遠ざけてきたことをより深く認識するのに比較的安全な雰囲気を作り出すことができます。これにより、患者は、これまで安全に共有でき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、意識の向上を導く立場にあります。マルティン・ブーバーは、「インクルージョン」とは、自分自身を意識しながら同時に自分の体の中で何かを感じるのと同じように、他者の経験を感じることを指します。

患者の痛みを和らげたいという治療者の人道的な衝動と、患者の主観的な痛みに進んで入って理解してくれる人に対する患者の不可欠な必要性との間には、ある程度の緊張関係がある。セラピストが患者の痛みを共感的に体験することで、患者は人間との触れ合いの領域に引き込まれます。しかし、患者を気分良くさせようとするのは、患者が気分が良くなる範囲でのみ患者が受け入れられるという証拠として患者によって経験されることがよくあります。セラピストはこのメッセージを伝えるつもりはないかもしれませんが、この反応はセラピストが変化の逆説理論に従わないときに引き起こされることがよくあります。

## 実験

クライアント中心療法では、セラピストによる現象学的作業は、患者が主観的に経験していることを反映することに限定されます。現代の精神分析の仕事では、セラピストは解釈や考察に限定されています。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。簡単に言うと、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してみることができます。他の研究と同様に、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経験です。

実験に関する最大のリスクは、弱い立場にある患者が変更が義務付けられていると信じてしまう可能性があることだ。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取り組みから逸れたりすると、この危険はさらに大きくなります。ゲシュタルト療法では、変化の様式は患者の自己認識と受容であり、同時代の経験の中で浮かび上がってくるものを知り、それをサポートすることである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ある。セラピストが、この実験は観察されたものに対する批判ではなく、意識の実験であることを明確にすれば、患者の自己拒絶感がさらに高まるリスクは最小限に抑えられる。

## 自己開示

ゲシュタルト療法の強力かつ際立った側面の1つは、セラピストが自分の個人的な経験を、瞬間と人生の両方で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データは患者と療法士の両方によって提供され、患者と療法士の両方が現象学的相互探求のプロセスを通じて療法の方向付けに参加します。

この種の治療関係では、セラピストは自分自身と患者の間の違いを受け入れる必要があります。さらに、セラピストは、患者の主観的現実感が彼ら自身のものと同じくらい正当であると最も心から信じています。自分の主観の相対性を理解することで、治療者は患者に変化を求めることなく、患者に対する自分の反応を明らかにすることが可能になります。注意深く慎重に交わされたこれらの会話は、一般的に非常に興味深く、刺激的であり、多くの場合、患者の有効性や価値観を高めます。

対話はゲシュタルト療法の関係の基礎です。対話において、セラピストは包括性、共感的な関与、個人的な存在（たとえば、自己開示）を実践します。治療者は患者の体験の現実を想像し、そうすることで患者の存在と可能性を確認します。ただし、これだけでは対話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に対してオープンでなければなりません。このため、セラピストは、自分が間違っていたこと、傷つけていたこと、傲慢であったこと、または間違っていたことを認めることが必要になる場合があります。この種の承認は、セラピストと患者を水平面に置きます。この種のオープンな情報開示には、セラピストが防衛心を軽減し、自分の個人的なセルフイメージを誇りを持って維持する必要性を軽減するための個人的なセラピーが必要です。

## 心理療法のプロセス

人は幼少期に自己意識や意識や行動のスタイルを形成します。これらは習慣化してしまい、新しい経験によって洗練されたり修正されたりしないことがよくあります。人が家族から外の世界へ移動すると、新しい状況に遭遇し、古い考え方、感じ方、行動方法はもはや必要とされず、新しい状況に適応することはできません。しかし、古いやり方が存続しているのは、それらが認識されておらず、したがって意識的な見直しの対象になっていないためです。

ゲシュタルト療法では、患者は自分の経験を真剣に受け止める人に出会い、この異なる敬意を持った関係を通じて、新しい自己感覚が形成されます。ゲシュタルト療法の関係と現象学的焦点化技術を組み合わせることで、患者は以前は意識の外にあったために変更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、瞬間ごとに変化する関心のある人物と接触する能力の発達を準備を整えると信じています。

ゲシュタルト療法には、おそらく他のどのシステムよりも幅広いスタイルと手法があります。治療は短期でも長期でも可能です。具体的な方式には、個人、カップル、家族、グループ、大規模システムなどがあります。

スタイルは構造の程度とタイプによって異なります。使用される技術の量と質。セッションの頻度。対立対思いやりのある関係。身体、認知、感情、または対人接触に焦点を当てます。精神力動的なテーマに関する知識とそれに取り組む。対話と存在感を重視する。テクニックの使用。など。

ゲシュタルト療法のすべてのスタイルは、直接の経験と実験、直接の接触と個人的な存在の使用、そして今ここで何をどのように行うかに重点を置くという点で共通しています。治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ファーストコンタクトから始まります。セラピストは患者の希望やニーズについて質問し、どのように治療を実践しているかを説明します。最初から、今何が起きているのか、今何が必要なのかに焦点を当てます。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患者候補は協力して、患者が何を必要としているのか、そしてこのセラピストが適しているのかを明確にします。両者の間に一致があると思われる場合、治療は知り合いになることから進みます。患者とセラピストはお互いに共感し、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、治療が短期なのか長期なのか、あるいはさらに検査を行った結果、患者と治療者の相性が満足できるものであるかどうかさえ、はっきりし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、そして患者の生活状況や過去についての感覚に注意を払うことから始まります。ゲシュタルト理論にはそれを妨げるものは何もありませんが、長い社会史が考慮されることはほとんどありません。通常、病歴は治療の過程で、現在の治療内容に関連するものとなるため、患者にとって快適なペースで収集されます。

自分の人生の物語から始める患者もいれば、同時代のことに焦点を当てる患者もいます。セラピストは、患者が自分のストーリーを語るときに、何が現れているのか、何を感じているのか、何を必要としているのかに気づくよう手助けします。これは、患者が言っていることや感じていることに対するセラピストの理解を反映した発言と、意識を集中させる方法（または同じ目的を達成するための質問）についての提案によって行われます。

たとえば、患者は最近の出来事について話し始めるが、その出来事によって自分がどのような影響を受けたかについては話さ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何を感じたか、または患者が物語を語るときに何を感じたかを尋ねる場合があります。セラピストはまた、物語のさまざまな段階に関連する感情を認識して言語化することに焦点を当てて、物語を遡ることもできます。

セラピストは、性格スタイルなど、患者の長所と短所も評価します。セラピストは、患者の自活が不安定になるか、または確実になる具体的な方法を探します。ゲシュタルト療法は、心理療法が必要なほぼすべての患者に適応して実践することができます。ただし、その実践は各人の特定のニーズに適応する必要があります。有能なゲシュタルト療法士は、他の種類の療法士と同様に、この決定を下すための訓練と能力を持っていないけれ

ばなりません。優れたセラピストは、自分の経験とトレーニング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、あるいはその両方から始まります。グループ療法が治療計画に追加されることもあり、グループが唯一の治療法となる場合もあります。フリッツ・パールズは、ゲシュタルトグループ療法だけでも患者を治療できると主張した。この信念はほとんどのゲシュタルト療法家には決して受け入れられず、今日では完全に拒否されています。ゲシュタルトグループセラピーは、個人やカップルの取り組みを補完しますが、それに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層の人々と仕事をしますが、幼い子供たちと仕事をする場合は専門的な訓練が必要です。子供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行われ、場合によってはグループで行われます (Lampert, 2003; Oaklander, 1969/1988)。

## 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、患者には「これを試してみて、どうなるかを確認してください」と繰り返し言われます。「ゲシュタルト療法の手法」は数多くありますが、手法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と一致するあらゆる技術が使用可能であり、使用される予定です。実際、ゲシュタルト療法は、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。

## フォーカシング

最も一般的なテクニックは、集中するという単純な介入です。フォーカシングは、単純な包摂や共感から、主に患者と一緒にいるときのセラピストの経験から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の経験に基づいて行われます。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、「今ここで何を認識していますか?」という質問の一種です。意識は瞬間から瞬間へと継続的に発生し、ゲシュタルト療法士は意識の連続体、つまりある瞬間から次の瞬間までの意識の流れまたは順序に特に注意を払います。

ゲシュタルト療法士は、療法の重要な瞬間にも注意を向けます。もちろん、これにはセラピストがこれらの瞬間が起こったときにそれを認識するための感受性と経験が必要です。セラピストが長時間沈黙していると、見捨てられたと感じる患者もいます。セラピストが活動しているとき、それが煩わしいと感じる人もいます。したがって、セラピストは、患者が指針となる観察や提案を提供する場合、集中から得られる促進的な利点と照らし合わせて、患者の意識の連続性が途切れる可能性を考慮する必要があります。このバランスは、セラピストと患者の間の継続的なコミュニケーションによって保たれますが、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完了する前に中断したときに発生します。ゲシュタルト療法士は、緊張状態、筋緊張、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り、非言語的兆候を含むこの中断の兆候を認識します。セラピストによる瞬間の解釈は、患者がそれを確認できない限り、関連性がある、または有用であるとは推定されません。ある患者は、人生の誰かとの出来事について話しますが、重要な瞬間に、歯を食いしばって息を止め、息を吐き出さないかもしれません。これは、意識の中断であるか、怒りの表現であることが判明する場合があります。別の機会に、セラピストは、怒りの表情が悲しみの表情に変わり始めていることに気づくかもしれませんが、その悲しみは報告されていません。患者は別の話題に移ったり、知的になり始めたり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で中断される可能性があります。

患者が感情を訴えたときの別のテクニックは、「その感情をそのままにしておく」ことです。これにより、報告された感情を継続するよう患者が励まされ、感情を深め、それを乗り越える患者の能力が構築されます。次のビネットは、このテクニックを示しています (P = 患者、T = セラピスト)。

P: [悲しそうだね。]

T: 何を意識していますか？

P: 悲しいです。

T: そのままにしておいてください。

P: [涙が溢れてくる。患者は体を引き締め、目をそらし、考え込むようになります。] T: 体を引き締めているのですね。何を知っていますか？

P: 悲しみと一緒にいたくない。

T: 望まないものと一緒にいてください。言いたくないことには言葉をかけてください。[この介入は、脆弱性に対する患者の抵抗力を認識させる可能性があります。患者は、「ここでは泣かないよ。安全じゃないから」、「恥ずかしい」、「怒っているから、悲しいことを認めたくない」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相互作用で何かが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生まれつつあります。セラピストの発言や非言語的行動が、患者の不安や恥辱を引き起こす可能性があります。ほとんどの場合、これは、セラピストによって注意が集中され、対話によって探求されるまで、患者の意識にはありません (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求められます。このテクニックは、患者に「その人に言う」ように促すだけの単純なもの (関係者がいる場合)、ロールプレイング、心理劇、またはゲシュタルト療法の

よく知られた空の椅子テクニックを使用して実行される場合もあります。

場合によっては、患者に大げさなことを言ってもらうテクニックと演技が組み合わされることもあります。これはカタルシスを達成するために行われるのではなく、むしろ感情の認識を高めることになる実験の一形態です。

創造的な表現は制定のもう 1 つの形式です。一部の患者にとって、創造的な表現は、話すだけではできない方法で感情を明確にするのに役立ちます。表現技法には、日記の執筆、詩、芸術、運動などが含まれます。創造的な表現は、子供たちとの仕事において特に重要です (オークランダー、1969/1988)。

## 精神実験、誘導空想、イメージ

次の短いエピソードに示されているように、今ここでの経験を視覚化することは、それを実行するよりも効果的に認識を高める場合があります (P = 患者; T = 治療者)。

P: 昨夜はガールフレンドと一緒にいました。どうしてそうなったのか分からないけど、私は無能だった  
テント。 [患者は詳細と病歴を説明します。]

T: 目を閉じてください。昨夜、あなたはガールフレンドと一緒にいると想像してください。言いなさい  
あなたが各瞬間に経験することを大声で伝えます。

P: 私はソファに座っています。友達が私の隣に座って、私は興奮しています。それから私は柔らかくなります。

T: スローモーションでもう一度詳しく見てみましょう。あらゆる思考または感覚の印象に敏感になるりましょう。

P: 私はソファに座っています。彼女は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じがします。とても興奮します。彼女は私の腕を撫でてくれて、私はそれが大好きです。 [一時停止。驚いた様子だ。] それから私は、とても緊張した一日だったので、起き上がることはできないかもしれないと思いました。

単純な直線的な言語化には向かない感情をイメージを使って探求し、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、生きたまま昆虫に食べられること、渦巻きに吸い込まれることなどを想像するかもしれません。夢、目覚めたファンタジー、そしてファンタジーの創造的な使用から引き出すことができ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、単にそれについて話すのではなく、今起こっている経験を想像するよう提案するかもしれません。「あなたが今、実際にその砂漠にいると想像してみてください。何を体験しますか?」多くの場合、この後に「Stay with it」の何らかのバージョンが続きます。

イメージは、今ここの経験として患者の意識の中で自然発生的に生じる場合もあれば、患者および/またはセラピストによって意識的に作成される場合もあります。患者は突然、「今、宇宙に一人にいるような寒さを感じます」と訴えるかもしれません。これは、その瞬間にセラピストと患者の間で何が起きているかについて何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でしょう。

イメージ技術は、患者の自立技術を拡張するためにも使用できます。例えば、強い恥の問題を抱えている患者を扱う場合、比喩的な良き母親、つまり完全に存在し、愛情深く、患者をありのままに受け入れ、愛する人を想像することが役立つことがあります（ヨンテフ、1993年）。

瞑想テクニックの多くはアジアの心理療法から借用したのですが、非常に役立つ実験にもなります。

## 身体意識

身体活動の認識はゲシュタルト療法の重要な側面であり、身体認識に取り組むための特別なゲシュタルト療法方法論があります (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ます。たとえば、集中力や感情をサポートできない方法で呼吸している場合、その人は不安を感じることがよくあります。通常、不安を抱えた患者の呼吸には、息を速く吸い、完全に吐き出すことができないことが含まれます。通常の治療セッションの中で呼吸の実験に取り組むことができます。徹底的に身体指向のゲシュタルト療法を実践することもできます (Frank, 2001; Kepner, 1987)。

## ほぐしと統合のテクニック

患者の中には、文化的または心理的要因に由来する思考が非常に頑固であり、別の可能性を考慮することさえしない人もいます。空想、想像力、または信じられているものの反対を精神的に実験するなどのテクニックを緩めることは、この硬直性を打ち破るのに役立ち、少なくとも代替案を検討できるようになります。統合技術は、患者が単に一緒にしない、または積極的に分離し続けているプロセスを 1 つにまとめます (分割)。患者に、ある極性のプラスとマイナスの両極に加わってもらいと、非常に統合的な効果が得られます（「私は彼を愛していますが、彼の軽薄な態度は大嫌いです」）。感覚に言葉を当てはめること、そして言葉に付随する感覚を見つけること（「自分の体の中にそれを見つけることができるかどうかを確認する」）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るでしょうか？

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、快適に感じられるあらゆる患者集団に対して効果的に使用できます。例えば、ヨンテフは境界線や自己愛性の患者への応用について書いている (1993)。セラピストが患者に共感し、ゲシュタルト療法の基本原則と、新しい患者それぞれの固有のニーズに合わせてこれらの原則を調整する方法を理解している場合、ゲシュタルト療法の原則である認識（直接経験）、接触（関係）、実験（現象学的焦点化と実験）を適用することができます。ゲシュタルト療法は、専門

的な集団向けに処方されたテクニックをまとめた料理本を推奨するものではありません。自分たちとは文化的に異なる患者と協力したいと考える療法士は、患者の生活や文化の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られます（たとえば、Jacobs、2000 年を参照）。対話というゲシュタルト療法の姿勢と複数の有効な現実の現象学的仮定は、セラピストが異文化の患者と協力する際にサポートし、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どちらも、一般原則が常にそれぞれの特定の臨床状況に適応される必要があると規定しています。関連の方法、技術の選択と実行は、診断カテゴリーを一括して行うのではなく、新しい患者のニーズを捉えるように調整する必要があります。システムを患者に合わせるのではなく、患者をシステムに合わせるように作られている場合、治療は効果がないか、有害になります。

1960年代のフリッツ・パールズワークショップの対立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応用がはるかに限定されていることが長い間受け入れられてきました。診断と治療計画では、常識、専門的背景、柔軟性、創造性が特に重要です。方法、重点、注意事項、制限、約束、および補助的なサポート（投薬、日帰り治療、栄養指導など）は、以下の方法で変更する必要があります。人格構造（たとえば、精神病、社会病質、または人格障害の存在）に応じて異なる患者。

ゲシュタルト療法を適切に実践するには、強力な一般臨床背景とゲシュタルト療法以上のトレーニングが必要です。ゲシュタルト療法の理論と実践の訓練に加えて、ゲシュタルト療法士は、人格理論、精神病理学と診断、他の精神療法システムの理論と応用、精神力動学の知識、包括的な個人療法、高度な臨床トレーニング、監督、経験。

ゲシュタルト療法では、セラピストと患者が創造性を発揮し、セッションの内外で新しい行動を試すことが奨励されるため、この背景は特に重要です。ゲシュタルト療法に関しては、個々の臨床医に大きな裁量権があります。修正は、治療スタイル、治療者と患者の性格、診断上の考慮事項に従って、個々の治療者と患者によって行われます。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、人格組織化の原則に関する十分な知識が必要です。ゲシュタルト療法士には創造性が求められますが、職業上の差別、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、考えられるほぼすべての環境で応用されています。用途は、週に複数回の集中的な個別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、グループとも協力してきました。彼らは精神病患者、心身症患者、心的外傷後ストレス障害患者を扱ってきました。これらの人々に効果的に作用するためにゲシュタルト技術を修正する方法に関する詳細の多くは、口頭伝承、つまり監督、相談、訓練を通じて広められてきました。引用するには多すぎる文書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、人格構成や治療関係で展開されるものの違いにより、異なる治療が必要になります。次の2つの例では、2人の患者はそれぞれ、親を感情的に見捨てることによって育てられました。

トムは自分の知性、自給自足、独立心に誇りを持っている 45 歳の男性でした。

彼は、自分が満たされていない依存ニーズと憤りを抱えていることに気づいていませんでした。この男性は自給自足を信じ、依存を否定していたので、セラピストは敬意と配慮を持って治療を進める必要がありました。自給自足への信念はニーズを満たし、部分的には建設的であり、患者の自尊心の基盤でした。セラピストは、患者のプライドを脅かすことなく、患者の根本的なニーズに応えることができました (P = 患者、T = セラピスト)。

P: [誇りを持って] 私が子供の頃、母はとても忙しかったので、頼ることを学ばなければなりませんでした  
自分自身について。

T: あなたの強さはありがたいけど、あなたがとても自立した子供だと思うと、私はそうしたいです。

あなたを撫でたり、子育てをしたりするために。

P: [少し涙ぐんで] 誰も私にそんなことしてくれませんでした。

T: 悲しそうだね。

P: 子供の頃のことを思い出しています…

[トムはセラピストに同情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。他人から何も必要としないという彼の否定は、直接異議を唱えられることはなかった。探求は、親がいないことに対する恥の反応と代償としての自立に気づきました。]

ボブは 45 歳の男性で、完全に肯定的ではないやり取りに対して恥を感じ、孤立してしまいました。彼は一貫して自分自身を養うことに消極的で、他人に順応し、他人に全面的に依存していました。これまでの共感的または同情的な反応は、自分が不十分であるという患者の信念を強化するだけでした。

P: [泣き声] 今日は何をしたらいいのかわかりません。

T: [見ているだけで話さない。より多くの方向性を提供するというこれまでの介入では、セラピストによるわずかな誘導に患者が従うことになり、それが患者には感じられなかった。]

P: 私の一週間について話してもいいよ。[セラピストを疑問の目で見る。]

T: 今、あなたに引っ張られているような気がします。あなたは私に指導してほしいと思っています。

P: はい、その何が問題なのですか?

T: 何もないよ。今はあなたに指示しないほうがいいと思います。

P: なぜそうではないのですか?

T: 自分で監督することもできます。あなたは今私たちを自分の内なる世界から遠ざけようとしていると思います

自己。私はそれに協力したくない。[沈黙。]

P: 迷ったような気がします。

T: [警戒していて対応できるように見えますが、話していません。]

P: あなたは私を監督するつもりはありませんね?

T: いいえ。

P: そうですね、自分のことは自分でできないという思い込みを克服しましょう。[患者はこの問題について本当の感情を抱いており、親がいないことに対する見捨てられ不安や恥の感情を認識させる実りある取り組みを始めました。]

## 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として行われることがよくあります。ゲシュタルトグループ療法を行うには 3 つの一般的なモデルがあります (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 で作業しますが、他の参加者は比較的静かなままで代わりに作業します。作業の後には、作業によって人々がどのような影響を受けるかに重点を置き、他の参加者とのフィードバックや交流が行われます。2 番目のモデルでは、グループメンバー間の直接的なコミュニケーションに重点を置き、参加者同士が会話します。このモデルは、ヤロムの実存的グループ療法のモデルに似ています。3 番目のモデルは、これら 2 つのアクティビティを同じグループ内で混合します (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します。

この章で説明する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シングの可能性もあります。ゲシュタルト療法グループは通常、参加者を「今、ここ」に連れて行き、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 ワークの単純かつ明白な例は、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、今ここで自分が経験していることを表現させるときに発生します。一部のゲシュタルト療法士は、参加者が特定の感情を表現する実験（「私はあなたに憤りを感じています…」、「私はあなたに感謝しています…」）など、構造化された実験を使用しています。そしてグループ内で現れたものによって組織されま

## カップルや家族連れ

カップルセラピーと家族セラピーは、セッション内の各個人とのワークとグループメンバー間の相互作用を伴うワーク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、このバランスをどこで取ることを好むかによって異なります (Lee、2008 を参照)。セラピストの介入スタイルがどのように構築されているか、またセラピストがカップルや家族の自発的な機能をどの程度フォローし、観察し、焦点を当てているかにもばらつきがあります。

パートナーは、お互いに不平を言い、非難し合うことからカップルセラピーを始めることがよくあります。現時点での作業には、このダイナミクスと代替の相互作用モードへの注意を喚起することが含まれます。ゲシュタルト療法士はまた、非難の背後にあるものを探ります。多くの場合、一方は、相手が自分を辱めていると感じ、非難することによる防御機能を認識せずに、相手を非難します。

循環因果関係は、不幸なカップルによく見られるパターンです。循環因果関係では、A は B を引き起こし、B は A を引き起こします。相互作用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 はその否定的な反応を引き起こす自分の役割を認識することなく否定的に反応します。同様に、B も、否定的な反応を引き起こす自分の役割に気づかずに、A による否定的な反応を引き起こします。循環因果関係を次の例で示します。

妻は、夫が毎晩仕事で遅く帰宅し、帰宅しても感情的に対応できないことに不満を表しています。夫は評価されていない、攻撃されていると感じており、また、無意識のレベルで、批判されることを恥ずかしいと感じています。夫は怒りを持って応じ、妻が愛情を注いでいないことを責めました。妻は夫が防御的で攻撃的で無神経で感情的に対応できないと非難している。夫は親切に答えてくれます。この循環の各反応は状況を悪化させます。最悪の場合、この循環因果関係は関係の完全な崩壊につながり、飲酒、暴力、または性的行為を引き起こす可能性があります。

妻のフラストレーションの根底には、夫がいなくて寂しい、寂しい、夫が一生懸命働いているのが心配で、心から夫と一緒にいたいと思っており、夫はもう自分に魅力がないから一緒に家にいたくないのだと思い込んでいるという事実があります。しかし、こうした懸念は明確には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、感情的になれる前に仕事のストレスからリラックスする必要があると感じているかもしれません。それぞれの配偶者の相手に対する思いやりや関心は、防衛と攻撃の循環的な戦いの中で失われることがよくあります。

多くの場合、非難する発言は恥を引き起こし、恥は防御を引き起こします。このような有害な雰囲気では、誰も耳を傾けません。真の接触はなく、修復や治癒ありません。判断ではなく実際の経験を表現し、配偶者の経験を実際に聞くことを許可することが治癒への第一歩です。もちろん、これにはパートナーの両方が自分の実際の経験を認識する方法を知っているか、学んでいる必要があります。

構造化された実験が役に立つ場合もあります。ある実験では、カップルに向かい合って、膝が触れそうな距離まで椅子を引き寄せてもらい、その後、お互いを見つめてその瞬間に気づいていることを表現するように指示した。他の実験には、「あなたに再送しました」のような文を完成させることが含まれます。

「…のために」または「私はあなたに感謝しています…」または「私はあなたに…によって腹を立てます」または「あなたが…されると自分自身が嫌になります」

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語化する能力を高めると考える聞き方の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を奨励することが重要です。さまざまな実験は、口頭での発言が石に書かれたものではなく、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、治療が進んでいる兆候です。心理療法に関する前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可能性があります。個人療法、グループ療法、カップル療法があり、ワークショップに参加することもあります。患者が継続的な個別療法に従事している間に、補助的なワークショップを時折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毎週患者を診察する傾向があります。セラピストと患者の関心に注目が集まるにつれ、患者はより頻繁に来院することを望んでおり、ゲシュタルト療法士の中には週に1回以上の頻度で患者と会う人もいます。ゲシュタルト療法士の多くもグループを運営しており、一般向けに指導したりワークショップを開催したりする療法士もいます。主にセラピストを教え、訓練する人もいます。人の実践の形は、その人の興味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ことができますか？

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、関連する「証拠」とは何でしょうか？ 1995年、APA臨床心理部門は「経験的に検証された治療法」のリストを発表した。特別委員会は、ランダム化比較試験（RCT）という1種類の証拠のみを重視しました。RCTは、特定の疾患の症状を除去するためのさまざまな種類の治療法を研究します。このパラダイムでは、実験グループと対照グループへの患者のランダムな割り当て、盲検評価者、技術のマニュアル化、「外部」要因の影響の排除（セラピストの関係性や性格的性質など）、および再治療への方向付けが必要です。精神症状の移行 これは、個人や治療のプロセス全体ではなく、障害と技術を研究するパラダイムです。

RCTは、ゲシュタルト療法には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、特定の状況や瞬間における個人にとって役立つ「実験」の共同作成に基づいた複雑

なシステムです。ゲシュタルトの枠組みでは、治療法が進化または出現します。事前に計画されているわけではありません。それは、症状の除去のみを目的とするのではなく、その人全体とその人の人生を対象としています。

もちろん、APA リストは、短期行動アプローチと認知行動アプローチを支持しています。なぜなら、RCT パラダイムは、これらの治療法の哲学的/認識論的アプローチから導き出された仮定の観点から機能するからです (Freire, 2006; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004) )。証拠を RCT に限定することに対する抗議に応じて、この概念は「経験的に裏付けられた治療法」、そして「証拠に基づく実践」へと変化しました。「証拠に基づく」は、より幅広い種類の研究を含むより包括的な用語ですが、一部の人は依然として RCT 証拠を「ゴールドスタンダード」と考え、他の種類の証拠の信頼性を低くしています。定性的研究、つまり RCT プロトコルによって管理されていない研究が含まれる場合、ゲシュタルト療法の有効性を示すかなりの証拠が得られます。

より管理されたデータを取得す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可能性がありますが、ゲシュタルト療法の実践の有効性を検証または無効にすることはできません。治療関係の治癒因子を「無関係」な状態に貶めるいかなる方法も、ゲシュタルト療法の検証に使用するのは不適切である。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ていません。

マニュアル化すると管理されたデータが得られますが、Westen ら (2004) は、これらの特定のデータを治療の有効性の有効な尺度として裏付けるものは何かと尋ねています。実際、一連のメタ分析において、Elliott、Greenberg、および Lietaer (2004) は、研究者が所属していた療法学派に基づいて人文療法と行動療法を比較した研究を再分析しました。研究グループの忠誠という要素が非常に決定的であることが判明したため、それを計算から除外すると、治療流派間にそれ以上の違いはなくなりました。より全体的な質問と比較して、より多くの症状検査が研究に含まれるほど、研究が行動療法に有利になる可能性が高くなるようです (Strümpfel, 2004, 2006)。これは、Luborsky らの研究と一致しています。(2003)、心理療法研究における研究者の強力な忠誠効果は結果の 92.5% を予測すると述べています (Westen, Novotny, および Thompson-Brenner, 2004, p. 640)。

RCT は行動主義哲学のバイアスから始まり、そのバイアス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で還元主義的な哲学的仮定は、ゲシュタルト療法、精神分析、および人文主義的実存療法一般を含む経験療法に反しています (Freire, 2006)。フォックスは、「これまでに実証されているのは、マニュアル化された簡単な治療法である EBT は、心理学者によって広く使用されている他のいくつかの治療法よりも、RCT 手法で評価するのが容易であるということだけだ」とまで主張している。これらの「他の」治療法には、それを裏付ける科学的証拠がたくさんあります… (Fox, 2006)。

この偏見にもかかわらず、ストルンブフェルはメタアナリシス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、プロセス経験的/ゲシュタルト療法を用いた 1 つの研究を除いて、有意な差はなかったと主張している。この療法は、認知行動療法よりも対人関係の問題の習得において大きな改善をもたらしまし

た (Strümpfel, 2006)。ゲシュタルト療法が症状に焦点を当てた治療アプローチではないことを考慮すると、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 (Strümpfel, 2004)。

RCT 研究は、「不純な」治療を制御することによって統計的検出力を獲得します。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によって臨床力を獲得します (Westen et al., 2004)。実際の臨床では、臨床医は、別の「ブランド名」に属しているという理由で、臨床検査では許可されない介入を使用します。彼らは研究において認知行動介入を使用することを妨げられているが、ゲシュタルト療法士と精神力動療法士はこれらの技術をオフィスに取り入れている (Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006; Westen et al., 2004)。同様に、パーソナリティ障害を持つ患者に直面する認知行動療法士は、困難の動的な根源を探求することがよくあります。

ゲシュタルト療法士は、臨床業務の複雑さに敏感で、特に実践のさまざまな側面の中長期的な影響に関する証拠を得ることができる研究モデルの開発に興味を持っています。これにより、新しい研究が大幅に増加しました (Strümpfel, 2006)。研究を促進する活動については、ゲシュタルト療法のリストや雑誌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)。

## 治療関係と経験的手法の検証

治療上の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、経験的にサポートされている治療上の関係の原則を列挙することに焦点を当てています。この研究の流れは、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、効果的であることが証明された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た証拠は、ゲシュタルト療法にとってより適切で有用であり、実際、ゲシュタルト療法はこの一連の研究の原則の中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では、人間関係の要素と技術の要素の両方を強調する必要があります (Goldfried & Davila, 2005; Hill, 2005)。経験的手法と良好な関係を組み合わせる有効性は、プロセスと結果の研究を文脈と組み合わせに注意を払いながらまとめた大規模な一連の実験を 25 年以上にわたって実施してきたレス グリーンバーグとその同僚によって確実に証明されています。テクニックと人間関係の要素の違い。彼らの研究報告の多くは、特定の介入を 3 つのタイプの結果 (即時、中間、最終) と 3 つのレベルのプロセス (発話行為、エピソード、関係) に関連付けています (Greenberg, 1991; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, Rice, & エリオット, 1993)。

グリーンバーグ氏は、プロセス体験療法と彼が呼ぶものをさらに洗練させながら研究を続けています。これは積極的な体験療法であり、ロジェリアンのクライアント中心の関係とゲシュタルト療法テクニックの融合であると彼は説明しています。グリーンバーグは、テクニックと関係性の焦点を組み合わせることができるという証拠を示し、ゲシュタルト療法の中心的な教義を裏付けています。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考え、ゲシュタルト療法の有効性の証拠に含めています (Strümpfel, 2006; Strümpfel &

Goldman, 2001)。研究の目的上、ゲシュタルト療法の実践では、これまで彼のプログラムで研究されてきたものよりもはるかに広範囲の技術が使用されることを除いて、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られます。マニュアル化されたアプローチ（グリーンバーグによるエンパティケア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、ゲシュタルト療法の中心的な教義と矛盾しているため、ゲシュタルト療法を検証したり無効にしたりすることはできません。一方で、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、および Lietaer (1994) は、メタ心理学的統計を使用して、経験療法と認知および行動の治療を比較した 13 件の研究をレビューし、認知および行動の介入がわずかに効果的であることを発見しました。しかし、7つの研究が指示的経験的（プロセス経験的）療法と認知的または行動的治療を比較したところ、指示的経験的アプローチを支持する小さな、統計的に有意な差が見られました。これは、積極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的および行動的治療よりも、指示的経験的アプローチが効果的であったことを示しています。

Greenberg とさまざまな同僚 (Strümpfel, 2006 年を参照) は、ゲシュタルト療法の 2 椅子テクニックを使用することで、共感的内省だけよりも深い経験が得られ、個別に引用するには多すぎるため、多くの実験を実施しました。大切な人との未解決の感情的な問題を解決する。前後のテストでは、全体的な苦痛が軽減され、やり残した仕事が減少したことが示されました。彼らはまた、このテクニックが経験の深さを増し、「厳しい内なる批判者」を和らげることによって内なる分裂を癒すのに効果的であることを示した (Greenberg, 1980)。厳しくなったり、批判的になったり、自己否定したりすると、治癒や成長が妨げられます。グリーンバーグはまた、2 人の椅子の対話を使用した対立の解決は、これまで拒否されてい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、このアプローチがうつ病の治療と改善の維持に効果的であること (Ellison, Greenberg, Goldman, および Angus, 2009 年)、また重要な他者によって精神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, および 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、治療上の関係の重要性と、ゲシュタルト療法に不可欠なあらゆる範囲の介入を考慮する必要があります。科学的な精度を達成するためにセラピストの介入を制限すると、ゲシュタルト療法の方法論を誤って伝えるという犠牲を払って、研究の均一性を達成することになります。また、それは人間性心理学の主要な教義にも矛盾します (Cain & Seeman, 2001)。

空椅子テクニックや二椅子テクニックなどの特定のテクニックを簡単に学習できます。ただし、これらのツールはすべての患者を代表するものではなく、またゲシュタルト療法で使用されるさまざまな技術を代表するものでもありません。一部の患者は抑制が強すぎて空の椅子を効果的に使用できないか、使用するのに十分な感情を生み出すことができません。同じ機能を達成する幅広い技術を臨床現場で使用できます。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中で多種多様なテクニック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、小児発達、感情療法、およびゲシュタルト療法

神経学と乳児の発達におけ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裏付けています (Damasio, 1995, 1999; Stern, 2004)。さらに、ゲシュタルト療法には身体への働きかけが心理療法の方法論に組み込まれているため、理想的には心理療法の有効性の評価に含まれるはずのゲシュタルト療法にさらなる力が与えられていますが、ほとんどの心理療法研究には含まれていません (Strümpfel, 2006)。

### レビューとメタ分析

Cain と Seeman (2001) は、ゲシュタルト療法を含む人文療法の検証の問題を検討しています。彼らは関連する研究を引用し、カール・ロジャースの言葉を使って一般的な結果を説明しています:「事実は友好的です。」 (Rogers, 1961/1995, p. 25). ゲシュタルト療法に関する研究は Yontef (1995) によってレビューされました。

Strümpfel は、10 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 件の公表された研究データをレビューし、彼自身の計算を追加しています (Strümpfel, 2006)。有効性のテストは、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実施されました。このうち、約 3,000 人がゲシュタルト療法を受け、1,500 人が対照被験者でした。彼はまた、単一の症例報告を含む 431 の証拠情報源も示しています。研究には複数の診断を受けた患者が含まれていた。そのような患者を含めることは通常の臨床実践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得るためにそれらの患者を除外しています (Strümpfel, 2006; Westen et al., 2004)。Strümpfel は、Elliott (2001) と Elliott et al. によって行われた比較について説明しています。(2004) そして、行われた測定の数と比較して、行動的アプローチや (より明確には) 精神力学的アプローチよりも人文的療法で重要な結果がより頻繁に見つかったと指摘しています。このデータの要約は、行動療法が優れていることが証明されているという主張に矛盾します。

これらの研究のさまざまな患者、診断、状況を総合すると、高度に障害のある患者に対してもゲシュタルト療法が有効であることが証明されています。これは、幅広い臨床障害 (統合失調症、パーソナリティ障害、情動障害、不安障害、物質依存症、心身症など) に適応し、心理社会的な予防医療現場で実施されるゲシュタルト療法の有効性を確認しています。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、対人関係において大幅な改善を示しました。患者自身もこの治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、患者の接触とコミュニケーション機能の改善が示されました (Strümpfel, 2006)。

効果が最も大きかったのは、うつ病、不安、恐怖症の症状を伴うゲシュタルト療法でした。研究では、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が示され、長期断薬率は70%でした。うつ病の症状も軽減され、人格形成も改善されました。研究では、痛みと機能障害に対する薬物使用が 55% 減少することが示されました。

また、ゲシュタルト療法は、学業成績に困難がある学童、子供に問題があると経験している親、カップル、予防医療、出産の準備中の妊婦に効果的であるという証拠もあった(Strümpfel, 2006)。

17件の研究には、治療終了後1/2年から3年後の追跡データがあった。治療の効果は、グループ内で数時間のみの治療が行われた 1 例を除いて、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が再発する症状にうまく対処する戦略を学習したことが実証されました (Strümpfel, 2006)。Schigl (Strümpfel, 2004, 2006 で引用) は、数百人の患者を対象にゲシュタルト療法と体験療法の追跡調査を行いました。このうち 63% が当初の目標を完全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分に減り、精神安定剤の使用は75%減りました。

Strümpfel (2006) によって引用されたある研究では、独立した研究グループが特定の診療所によって実施された評価の結果を評価しました。117例の追跡データに基づいて、精神力動療法とゲシュタルト療法、精神力動療法、および/または行動療法の組み合わせで治療を受けた患者間で比較が行われました。著者らは、ゲシュタルト療法により、さまざまな心理社会的および身体的測定において平均よりも大きな効果量で改善が見られたと報告しました。同様に、Strümpfel (2006) は、Elliott らによるメタ分析について報告しています。(2004) 112 研究のうち、さまざまな人道的アプローチの中で、プロセス体験/ゲシュタルト療法アプローチは、最も大きな効果をもたらす傾向がありました。

Strümpfel 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病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トランザクション分析を組み合わせで治療した場合、患者はこれらの接触をより良く維持できるということです。ストルンプフェルはさらなる探索的分析を実施し、ゲシュタルト療法の特定の有効性が社会的/関係的/対人的機能の領域にあるという兆候を発見しました。臨床研究は、ゲシュタルト療法が個人的な接触の確立、人間関係の維持、攻撃性と対立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ます (Strümpfel, 2004, 2006)。

ゲシュタルト療法で開発された、クライアントをその過程で直接的な自己体験に導き、感情の活性化を促進する治療法は、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、セッション中に直接活性化される患者の経験と行動に注意を向けることとして定義される経験的対立プロセスは、前向きな治療結果の強力な予測因子です。

積極的なゲシュタルト療法介入は、療法セッション中の経験の質を強化するのに適していることが証明されており、今日では対立解決の改善と症状や問題の軽減に関連している可能性があります。これらの発見とその応用範囲と有効性に関するデータを考慮して、例えば限定された適用に関して、ゲシュタルト療法に対するこれまでの多くの評価は修正される可能性がある。(シュトルンプフェル、2006)

心理療法の比較研究により、ゲシュタルト療法の効果が他の療法の効果に匹敵する、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、さまざまなアプローチを比較することによっても、治療事業としての治療の価値を評価することによっても、治療効果を理解して評価しようとする際に、研究証拠を使用する際の注意事項を提案します。いかなる治療の組み合わせや治療プロセスも、測定できる以上にはるかに複雑な意味を持っています。さらに、セラピストはそれぞれ個性があり、その個性に合わせたフレームワーク内でのみ効果的な施術を行うことができるという事実も加わります。したがって、研究が、たとえば、ゲシュタルト療法が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を最も一般的に示唆しているとしても、セラピストが瞬間ごとの感情体験に細心の注意を払って取り組むことに魅力を感じていない場合、そのセラピストは、彼女は患者の役に立つためには、おそらく別の枠組みで働く必要があるでしょう。実際、治療者の特定の方向性よりも、その方向性におけるセラピストの快適さが、ポジティブな結果をもたらす重要な要素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利用可能な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全員、文化的・政治的部外者でした。ユダヤ人もいたし、ヨーロッパでの迫害から逃れてきた移民（フリッツとローラ・パールズを含む）もいた。同性愛者もいました。誰もが、たとえその人生の道が現存する文化的価値観にきちんと適合しない場合でも、人々が自分の人生の道を探求するためのサポートと励ましを提供できる、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、治療を成功させるための内容目標（性器の性的指向の達成など）を設定する代わりに、意識というプロセス目標を設定しました。

世界中のゲシュタルト療法士は、メンタルヘルスサービスの提供であれ、地域組織や組織コンサルティングの提供であれ、多文化的および異文化間プロジェクトに関与し、またその関与について執筆されてきました (Bar-Yoseph, 2005)。Heiberg (2005) は、非ヨーロッパ系移民とノルウェー居住者に彼らの経験についてインタビューし、彼らとノルウェーの支配的な文化のメンバーとの交流に恥と恥をかかせる過程が絶えず吹き込まれていることがわかりました。彼の回答者のほぼ全員が白人のセラピストによる治療を受けており、ゲシュタルト患者たちは、自分の経験、特に恥を、分析され解釈されるのではなく、自分自身の言葉で探求する機会について最も熱心に語った。ガフニー (2008) は、北アイルランドの分断社会で監督を提供することの微妙かつ重大な困難について書いています。Bar-Yoseph (2005) は、さまざまな多文化の取り組みに従事するゲシュタルト療法士による記事のコレクションを編集しました。アメリカのセラピストによる記事も掲載されています。

ほぼすべての文献に共通するのは、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/政治的立場の影響を認識する必要が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、セラピストが自分自身の文化規範を相対化し、大きく異なる、時には心を揺さぶる世界観と親密に接触したときに現れる避けられない強い感情的反応を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立場と、文化的に疎外されがちなアウトサイダーとしての立場との違いを認識することは、クライアントと有意義な対話を開くために極めて重要です。Billies (2005)、Jacobs (2005a)、および McConville (2005) は、人種的に分断されたアメリカにおいて白人セラピストであることが何を意味するかを探求する際に、この点を詳しく説明しています。

著者全員が、クライアントとの現象学的で経験的な探求を強力にサポートするものとして場の理論に言及しました。彼らはまた、接触と認識のプロセス、そしてこれらのプロセスが現場の状況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協力して仕事を創造的に調整する能力が向上することを強調しました。

ゲシュタルト療法でもう 1 つ強く強調されている側面は、対話的な態度、つまりクライアントの影響を受けて変化する意欲を含む謙虚な態度です。対話の中で、セラピストは患者から患者の文化について学びます。この姿勢は、セラピストが自分自身の偏見についてさらに学ぶことを可能にし、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、自分の文章の意味の感覚からさえ切り離されているように見えました。彼女は幼少期に受けた恐ろしく屈辱的な虐待を生き延びてきたが、家を出てから約35年経った今、彼女は、いつまた虐待が始まるのかと予期したような、取り憑かれてつねられたような表情をしていた。彼女は自分の人生に人を必要としない、あるいは人を必要としないと主張したため、自分自身にセラピーが欲しいとさえ言えませんでした。彼女は、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十分に伸ばすことができると考えました。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参加したことがあり、このセラピストなら実際に自分のことを理解してくれるかもしれないというかすかな希望を感じていました。

ミリアムの経験世界は、極度の孤立によって特徴づけられました。彼女は孤立していることを恥ずかしく思いましたが、それが彼女に安心感を与えました。人々の世界を動き回るとき、彼女は恐怖を感じ、しばしば激怒し、そして深く恥じ入りました。彼女は容赦なく自己批判的でした。彼女は自分が有毒な存在であり、望まなくても他者を破壊する存在であると信じていました。彼女は自分自身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、そのように認めることで彼女は弱くなり、（彼女の言葉を借りれば）屈辱と絶滅の「標的」になったからです。ついに彼女は非現実感に悩まされるようになった。彼女は、自分が考えたり認識したりしたものが「現実」なのか、それとも想像上のものなのか、まったく知りませんでした。彼女は自分が何を感じているのか何も知らず、自分には感情がないと信じており、感情が何なのかさえ知りませんでした。時々、その信念があまりにも強かったため、彼女は自分が宇宙人であると空想した。

ミリアムの根本的な葛藤は、孤立と合流という極性を中心に展開していた。彼女は、自分の欲望を恥ずかしくて認識することすらできないこともありましたが、他者とつながりたいという願望が形骸化したとき、彼女は恐怖に襲われました。彼女は、自分が相手の中にただ「溶け込みたい」だけであることを認識しており、ほんの少しの距離にも耐えることができませんでした。なぜなら、その距離は拒絶の合図であり、それは彼女にとって耐えられないと信じていたからです。彼女は自分の孤立した世界にしっかりと固定されていました。彼女の硬直の結果、接触と離脱のリズムで前後に流れることができなくなりました。彼女がセラピストや他の人々との接触に果敢に移行しようとしたときに現れた緊張と不安の状態を制御できる唯一の方法は、突然恥ずかし

さに後ずさりしたり、孤立したり、あるいは解離したりすることでした。かなり頻繁に。そうなると、彼女は立ち往生し、あまりにも恥ずかしく、敗北感を感じて、再び前に進む勇気をもてなくなります。彼女は、接触を望むと同時に接触を恐れるという経験のバランスを取り、調整することができませんでした。

次の一連の経過は、治療開始から約 4 年後に起こりました。ミリアムはこの時点で、感情を共感し、表現することに関してははるかに優れていましたが、他人との接触境界を乗り越えるのは依然として困難でした。彼女は、ついにセラピストとの連続性を感じたので、深い喜びを感じながらこのセッションを始めました。また、人生で初めて、いくつかの思い出ともつながったと報告しました。その後、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共闘する中、祝賀ムードは絶望とパニックに取って代わられた。

何度も繰り返された会話の中で、ミリアムの絶望は増大した。セラピストに自分の恐怖を「ただ乗り越えて」、中に隠れている小さくて乱れた孤独な「洞窟の少女」に触れてほしいと願ったからだ。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た。

P: すごく忍耐強いですね！

T: … それで、これは悪いことですか？ [暫定的に言った。]

P: 今はそうなんです。

T: 必要だから…

P: [一時停止] 何かを示すもの。[怯え、憤慨し、混乱しているようだ。]

T: 私の忍耐は今あなたに何を示していますか？

P: このまま永遠にバタバタしてしまうなんて！

T: 私はあなたと一緒にこれを経験するというよりも、あまりにも遠くから見ているように聞こえますが、そうですか？

P: その通りですね…

T: それで、あなたは私から、私たちが一緒にこれを乗り越える、あなたをただ溺れさせないということを示す何かが必要です。[静かに、そして真剣に言いました。]

[数分後、接触の必要性和恐怖の探求は続き、ミリアムは身体的に触れられたいという願望さえ認めましたが、これは彼女にとって大きな自白です。ミリアムは再びパニックになり始めました。彼女は触れられたいと

いう願望をさらけ出したことで何が起こるかという恐怖でパニックになっています。彼女は、触れられることを許すことの弱さを恐れており、また、拒絶されたり、残酷に見捨てられたりすることに対してパニックを起こしています。セラピストは、ミリアムの接触を望むのは葛藤の一側面にすぎず、もう一方の側面、つまり彼女の恐怖も同様に尊重される必要があると強調している。患者はセラピストの注意を放棄として経験していましたが、セラピストは、患者の恐怖を「通り過ぎるだけで」境界違反が再現され、より大きな解離を引き起こすことを懸念していました。]

T: …ですから、私たちはあなたの恐れとあなたの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だ、

]…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] それは多すぎます。

T: [そっと] はい、多すぎます… あれは何ですか… 「多すぎます」？

P: どういうわけか、あなたが私に触れると、私は消えてしまいます。そして、私はしたくない、私はしたい、私はしたい

消えるのではなく、タッチを使用して接続します。

T: そうです、わかりました。つまり、あなたの恐怖の側面は、触れることのリスクはあなたが消えてしまうということだと言います。今、私たちはその恐怖を考慮に入れなければなりません。それで、提案があります。私が移動して、指先がお互いにわずか 1 インチほど離れるように座って、それがあなたにどう感じられるか見てみましょう。試してみますか? [患者が同意してうなずくと、セラピストが動く。ミリアムはまだ恐怖と絶望で体を歪めています。] さて、今からあなたの指の一本に触れます-呼吸を続けてください-どうですか？

P: [泣きながら] 私はなんて接触恐怖症なんだ! 「気持ちいい!」と「ひどい!」の間を行き来します。

T: だからこそ、私たちはこれをゆっくりと行わなければなりません…。理解していますか…私たちがゆっくりと進めなければ、あなたは消えなければなりません-恐怖のためにあなたは消えなければなりません[すべてゆっくりと慎重に話されました]そして静かに] …それがわかります…だから、ゆっくり進む価値があります…あなたの指が私に感じます…感情でいっぱいですか？

P: はい…私の人生のすべてが私の指の中にあるかのように…ここでは消えませんが、暖かい…。

患者は翌週、1週間にわたるワークショップに参加し、その後、たとえ触れられていたとしても、一週間ずっと「自分の体の中に」いたと畏怖の念を込めて報告した。このセッション以来、この患者は、継続性の感覚が

より強くなったと報告しています。そして、私たちがそれを積み上げ続けるにつれて（「構築できる」という概念さえ新しくて刺激的です）、彼女は脆さがなくなり、よりオープンになったと感じています。もっと「連絡」を。

さらに時間が経ち、私たちが週に数回一緒に仕事をし続けるにつれて、疎外感や深刻な解離や断片化についての長年の懸念が解消され始めています。患者はますます人間的であると感じ、より自由に他者と親密な参加をすることができるようになります。

## まとめ

ゲシュタルト療法は、哲学的および歴史的にゲシュタルト心理学、場の理論、実存主義、現象学に関連する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・グッドマンは、最初にゲシュタルト療法の基本原理を開発し、説明しました。

ゲシュタルト療法士は、接触、意識的な認識、実験に焦点を当てます。現在の瞬間と、患者の現象学的認識の妥当性と現実性が一貫して強調されています。ゲシュタルト療法で起こる変化のほとんどは、セラピストと患者の間の「私と汝」の対話から生じます。ゲシュタルト療法士は、自分の個人的な経歴と治療中の感情の両方について、自己開示して率直になることが奨励されています。

ゲシュタルト療法の技術には、集中力の訓練、演技、創造的表現、精神実験、誘導された空想、イメージ、身体意識が含まれます。ただし、これらのテクニック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と一致するメカニズムはどれも、治療に使用できますし、使用されるでしょう。

管理されたケアに関連する制限が臨床現場に侵入してきた現在、治療現場は混乱に陥っています。理論化における人文主義的な発展の時期に、臨床実践は狭められているように見え、特定の症状にさらに焦点が当てられ、手順書の指示に従うことで解決できる製品としての人々に重点が置かれています。

ゲシュタルト療法で有名なゲシュタルト由来の素晴らしいテクニックの数々は、まさにそのような目的に簡単に悪用される可能性があります。たとえ想像力豊かであっても、症状を除去するためのテクニックの使用とゲシュタルト療法を混同しないように読者に警告します。変化の逆説理論を含むゲシュタルト療法の基本的な教訓は、人間の適合性ではなく、人間の自由の発展に徹底的に向けられており、その意味で、ゲシュタルト療法は、管理されたケアの理念に含まれる個人の見方を拒否します。ゲシュタルトの実践は、その原則に忠実であれば、単なる症状の除去と調整という還元主義に対する抗議です。それは、クライアントが、自分の人生を形作る意識的で十分な情報に基づいた選択を行えるよう十分に成長する権利に対する抗議です。

ゲシュタルト療法は非常に柔軟で創造的かつ直接的なため、短期療法にも長期療法にも非常に適応します。直接接触し、集中し、実験することで、重要な洞察が得られる場合があります。この適応力は、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際の資産となります。

1960年代、フリッツ パールズは、ゲシュタルト療法が今後 10 年間で真価を発揮し、1970 年代の心理療法における重要な力となるだろうと予言しました。彼の預言は十分以上に成就しました。

1952 年には、おそらく十数人がゲシュタルト療法運動に積極的に参加していました。現在、国内外に何百もの訓練機関があり、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練習しています。残念なことに、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セラピストと称し、十分な学術的準備をしていない、十分な訓練を受けていないセラピストも多数います。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、またはゲシュタルト療法の技術を使用していると主張する人のトレーニングと経験について詳しく調べる義務があります。

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創造的な革新をもたらし、一般的な心理療法の分野に組み込まれています。現在、ゲシュタルト療法はこれらの革新をさらに精緻化し、洗練させようとしています。実存的な対話の原則、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、有機的自己調整への信頼、実験と認識の強調、変化の逆説的理論、およびセラピストと治療者の間の接触への細心の注意。患者は全員、ゲシュタルト療法士や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。

## 注釈付き参考文献

ケプナー、J. (1993)。身体プロセス: 心理療法における身体への取り組み。サンフランシスコ: ジョッシー・バス。

ケプナーの本は、ゲシュタルト療法には特に興味はないが、身体のプロセスや口頭でのコミュニケーションに注意を払いながら患者と効果的に協力したいと考えている人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総合的なアプローチの美しい例です。ケプナーは、観察されたものと経験されたものの両方の身体プロセスに注意を払う方法、および継続的な心理療法に身体経験を組み込んだ方法を説明します。読者はまた、セラピストの創造性と患者の準備がどのように結びついて、豊かなゲシュタルト意識の実験を生み出すことができるかについても理解できるでしょう。

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

これは最も読みやすく楽しいセラピー本のひとつです。ゲシュタルト療法が実際にどのようなものかを知りたい人のために、図解的な小ネタがたくさんあります。この本は臨床理論のレベルで書かれており、プロセス、今、ここ、接触、意識、実験といったゲシュタルト療法の基本をカバーしています。文章は非常に生き生きとしており、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ようなゲシュタルト療法の経験を感じられるはずです。ポルスター家による同様に洞察力に富んだ豊富な読書のその後のコレクションは、A. Roberts (編著) から入手できます。(1999年)。ラジカル中枢出身。オハイオ州クリーブランド: 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、人間関係、経験についての新たな理解に向けて。ニュージャージー州ヒルズデール: Gestalt Press/Analytic Press。

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、シンプルかつ明快かつ刺激的な方法で読者に説明します。彼は途中で実例となる実験を提供します。読者はこの本によって自分の人生経験を変えずにはられません。この本は、ポルスター家の本『統合されたゲシュタルト療法』（上記参照）の臨床的趣向と相まって、興味のある臨床医にとってバランスのとれた入門書となります。

ウォルト、A.、トーマン、S. (2005)。ゲシュタルト療法：歴史、理論、実践。カリフォルニア州サウザンドオークス：Sage Publications。

さまざまなトピックに関する記事を編集して集めることは、ゲシュタルト療法の伝統です。たとえば、グループでのゲシュタルト療法の実践、恥、カップルセラピー、人間関係、文化的問題などに関するコレクションがあります。どの分野でも編集されたコレクションのほとんどは品質にばらつきがあり、いくつかの傑作といくつかの精彩を欠いた作品が含まれています。ただし、興味のある分野に存在する複数の視点を読者に知らせるため、読む価値のあるものになる傾向があります。この特別に編集された論文コレクションには、ディスカッション、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。これは特に学生とその教師にとって有用であり、ゲシュタルト療法における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。ニューヨーク州ハイランド: Gestalt Journal Press。

25年以上にわたって書かれた記事をまとめたもの。一部の記事はゲシュタルト療法の初心者向けですが、ほとんどは上級読者向けです。これらのエッセイは、理論が対処しなければならないいくつかの厄介な理論的および臨床的問題を精緻に調査したものである。この本はゲシュタルトの理論と実践の進化を包括的に追跡し、ゲシュタルトの将来への理論的な足場を提供します。

## 事例の読み取り

フェダー B.、ロナル 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: フェダー出版。

この編集されたコレクションでは、さまざまな臨床医がどのように仕事をしているかをゲシュタルトの観点から見ることができます。さまざまなスタイルがあるため、読者は自分のスタイルを見つけることができます。

Hycner, R.、Jacobs, L. (1995)。シモーネ：実存的な不信と信頼。ゲシュタルト療法における癒しの関係：対話的、自己心理学的なアプローチ (pp. 85-90)。ニューヨーク州ハイランド: Gestalt Journal Press。

Hycner, R., Jacobs, L. (1995)。転移と対話が出会う。ゲシュタルト療法における治癒関係: 対話的、自己心理学的なアプローチ (pp. 171-195)。ニューヨーク州ハイランド: ゲシュタルト。ジャーナルプレス。

最初のケースは、イスラエルで実施されたワークショップから抽出された例です。2つ目は、精神分析指向のゲシュタルト療法士による興味深い症例報告で、3つのセッションの逐語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ます。(1992年)。転移と対話が出会う。ゲシュタルト ジャーナル、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。ニューヨーク州ハイランド: Gestalt Journal Press。

本書全体を通して事例資料が提供されます。

パールズ、F.S. (1992)。ジェーンの3つの夢。ゲシュタルト療法ではそのまま (pp. 284-310)。ニューヨーク州ハイランド: Gestalt Journal Press。

3つの夢がそのまま語られます。第三の夢の作品は、第二の夢からの未完の作品の続きです。この事件の一部は、D. Wedding & R. J. Corsini (編) にも記載されています。(2005)。心理療法におけるケーススタディ。カリフォルニア州ベルモント: ブルックス/コール。

パールズ、L.P. (1968)。ゲシュタルト療法の2つの例。P.D. Purlsglove (編)、「ゲシュタルト療法における認識」(pp. 42-68)。ニューヨーク: ファンクとワグナルズ。[初版は1956年に出版されました。]

ローラ・パールズは、西インド諸島の下層中産階級の出身である25歳の有色人種女性クラウディアの事例と、47歳の中欧ユダヤ人難民ウォルターの事例を紹介する。

J.S. シムキン (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歳の俳優による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。空想的な会話の使用も示されています。

J.S. シムキン (1972)。ゲシュタルト療法における夢の利用。C. J. Sager & H. S. Kaplan (編)、グループおよび家族療法の進歩 (95-104 ページ)、ニューヨーク: Brunner/Mazel。

逐語録では、患者が末の娘に関する夢に取り組んでいます。

シュテムラー、F. (編)。 (2003年)。 IGJトランスクリプトプロジェクト。 インターナショナル 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、患者に対する自身の取り組みを簡単に要約し、その後、セッションの詳細な記録を提供します。ヨーロッパと米国からの4人のセラピストがセッションについて解説し、デナム-ヴォーンが返答します。この結果は、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、ゲシュタルト療法におけるいくつかの興味深い点や論争についての活発な議論でもあります。 [D. Wedding & R. J. Corsini に転載。 (2011年)。 心理療法におけるケーススタディ。 カリフォルニア州ベルモント: ブルックス/コール]

PDF ドキュメントを印刷するには、ツールバーの [印刷] ボタンを使用してください。

[Gestalt-Therapy](#) ダウンロード

[別訳Gestald.en.ja - コピー \(2\)](#) ダウンロード