

رقم:

## المقاربات الإنسانية للعلاج النفسي: عرض مقارن

الصفحة	المحتوى
1	ملخص
2	تمهيد
2	المشترك بين مقاربات العلاج الانساني
2	المنابع الفلسفية
2	المبادئ الاساسية المشتركة
4	المقاربات الاساسية في العلاج الانساني
4	- المقاربة التي تركز على العميل
7	- مقارنة الجشطات
9	- المقاربات الوجودية
10	العمليات العلاجية
10	- الظاهرية
14	- ميل تحقيق الذات
17	- بناء معنى جديد
18	- مركزية الشخص: العلاقة العلاجية

## ملخص:

تتناول المادة العلمية الحالية جميعا لعدد من المعلومات حول المقاربات الانسانية للعلاج. والميزة الاساسية لها انها تتيح فرصة مقارنة تصور وتوظيف العديد من المبادئ المشتركة بين هذه المقاربات بالإضافة الى مقارنة جوانب العملية العلاجية وموقف المعالج ومحاور تركيزه لدى العميل وما هو متوقع من كل طرف القيام به والوصول اليه. انها تعرض بداية المبادئ الاساسية المشتركة ثم تعرض كل مقارنة على حدى بداية باستعراض مختصر لسيرة رائد او رواد كل مقارنة واهم مصادر التأثير والتطور في تفكيرهم. بالإضافة الى ذلك هناك تركيز على العمليات العلاجية بشكل مقارن بين مختلف المقاربات مما يتيح امتلاك صورة شاملة عنها.

وتسهيلا للاستيعاب تم وضع عناوين مناسبة بجانب الفقرات التي تحتوي افكارا مفتاحية، كما تم وضع سطر تحت العبارات المهمة وذات الدلالة. وسيتم ارفاق المادة بمسرد يتناول شرحا للمفاهيم الاساسية في كل مقارنة. وكذا اقتراح مجموعة من الاسئلة التي تفيد في تقييم الاستيعاب والفهم.

**تمهيد:**

تتشارك نظريات العلاج النفسي المصنفة على أنها إنسانية معتقدات ومبادئ تميزها بشكل واضح عن التوجهات الرئيسية الأخرى مثل السلوكية-المعرفية والسيكو ديناميكية. [لكن]، الطرق التي يتم بها تنفيذ هذه المبادئ في جلسات العلاج الفعلية تختلف اختلافاً كبيراً في المقاربات /الأساليب الإنسانية المختلفة.

**المشترك بين مقاربات العلاج الانساني:**

[تتشارك جميع المقاربات] لأجل فهم السلوك، في التركيز على الذاتية subjectivity والوعي awareness ومناهضة النظرة الى الشخص كشيء ورؤيته بشكل موضوعي من وجهة نظر خارجية تتجاهل الواقع الوجودي للفرد.

نقاط الاشتراك  
بين المقاربات  
العلاجية  
الانسانية

**المنابع الفلسفية:**

لقد كان موقف كيركيغارد Kierkegaard (1843/1954) ، وكذلك موقف سارتر Sartre (1956/1943)، هو أنه يجب احترام كل من الواقع الموضوعي والواقع الذاتي البشري الفريد من أجل فهم الواقع الأكثر اكتمالاً الذي يقوم عليه كل من الذاتي والموضوعي.

الفلاسفة  
المؤثرون في  
الأفكار الانسانية

كان الفلاسفة الأوروبيين: هوسرل Husserl (1977/1925)، وهايدجر Heidegger (1962/1949)، وجاسبر Jaspers (1963)، ومارسيل Marcel (1951) مؤثرين في شرح/ توضيح وتوسيع هذا الموقف. وقد كتب المنظرون الإنسانيون، الذين غالباً ما يتم التحدث عنهم على أنهم "القوة الثالثة" في علم النفس، على نطاق واسع عن طبيعة الوجود البشري، وعن الأساليب التي يمكن من خلالها دراسة أنماط الاشتغال الوظيفي البشرية functioning الفريدة وفهمها، وحول تداعيات/انعكاسات الافتراضات الإنسانية على أهداف وعمليات العلاج النفسي (بوجانتل Bugental، 1967؛ بوهلر Buhler، 1967؛ جورارد Jourard، 1968؛ ليفين Lewin، 1951؛ ماسلو Maslow، 1968؛ ماي May، 1961).

اهتمامات  
المنظرين  
الانسانيين

**المبادئ الاساسية المشتركة:**

حاول عدد من المؤلفين وصف المعتقدات الأساسية لعلم النفس الإنساني (على سبيل المثال، ماك واترس McWaters، 1977، وفيتش وسوتيتش Vich & Sutich، 1969) ركزت المحاولة الحديثة الاكثر شمولاً (تاغسون Tageson، 1982) بالتفصيل على عدد من الموضوعات الرئيسية لعلم النفس الإنساني. يمكن اعتبار أربعة منها ذات أهمية أساسية في جميع مقاربات العلاج النفسي الإنساني.

1- إن السمة الأولى والأكثر مركزية لعلم النفس والعلاج النفسي الإنساني هي الالتزام بالمقاربة الظاهرانية phenomenological approach ، حيث تقوم هذه المقاربة على الإيمان بالقدرة البشرية الفريدة على الوعي الانعكاسي reflective consciousness ، والاعتقاد بأن هذه القدرة هي التي يمكن أن تؤدي إلى التحكم بالذات / تقرير مصير الذات self-determination والحرية. ويذكر Tageson (1982) الافتراض الأساسي ذو الصلة خاصة بالعلاج النفسي المتمثل في اتفاق الجميع -مهما كانت المصطلحات المستعملة- على تفرد uniqueness الوعي البشري، الذي لا مفر منه، وعلى أهمية فهم تصور الشخص للواقع، إذا أردنا أن نفهم تمامًا سلوكه.

المقاربة  
الظاهرانية  
وقيمة الوعي  
الذاتي

2- يعد العمل على تشغيل البعض من أشكال التحقيق [الذاتي] actualizing أو ميول النمو growth قضية ثانية ذات أهمية كبيرة للمعالجين الإنسانيين، على الرغم من أنها قضية يتخذون فيها مواقف مختلفة إلى حد ما. يتفق الجميع على أهمية النظرة المعادية للتوازن الداخلي antihomeostatic للكائنات البشرية على أنها تسعى نحو النمو والارتقاء بدلاً من مجرد الحفاظ على الاستقرار (ماسلو، 1970). يتفق الجميع على أن اختيارات المرء تسترشد/ موجهة بالوعي بالمستقبل والحاضر المباشر بدلاً من الماضي فقط. أكد تاغسون (1982) على النقطة التي مفادها أن ميل تحقيق الذات هذا هو أكثر من مجرد مفهوم بيولوجي، ويعلق بأنه مقتنع بأن خاصية الوعي تحول الميل للتحقيق [الذاتي] في الكائن الحي إلى ميل ذو اتجاه له علاقة أكثر بفكرة الذات كمركز للقصدية intentionality في بحث ثابت تقريباً عن المعنى.

أهمية ميول التحقيق  
الذاتي والنمو  
بدل الاستقرار  
الداخلي  
وقيمة الوعي  
بالمستقبل في  
توجيه الخيارات

3- إن الإيمان بالقدرة البشرية على التحكم / تقرير مصير الذات هو تركيز مهم ومثير للجدل في بعض الأحيان من قبل المنظرين الإنسانيين، وتعد الطرق التي يتم من خلالها تنمية هذه القدرة أو تيسيرها أو اعاققتها blocked قضية رئيسية. إن الاختيار والإرادة هي الجوانب المركزية للاشتغال الوظيفي البشري. ولا يتم تحكم الأفراد في ذواتهم من خلال ماضيهم فقط أو من خلال بيئاتهم ولكنهم وكلاء agents في بناء عالمهم. [إشارة إلى التحليل النفسي والسلوكية]

4- المبدأ الأساسي المشترك الرابع هو مبدأ التركيز على الشخص أو مركزية الشخص person-centeredness ، وهذا ينطوي على الاهتمام والاحترام الحقيقي لكل شخص ، سواء كانوا موضوعاً للدراسة في البحث أو مشاركين في عملية العلاج النفسي. إن التجربة الذاتية لكل شخص لها أهمية مركزية [بالنسبة للمختص] الإنساني، وفي محاولة لفهم هذه التجربة، يحاول [المختص] مشاركة عالم الشخص الآخر بطريقة خاصة تتجاوز الثنائية التفرعية dichotomy: فاحص-موضوع/ مفحوص. يُنظر إلى امكانية مشاركة عالم شخص آخر، على أنه امتياز خاص يتطلب نوعاً خاصاً من العلاقة.

مركزية الشخص  
في المقاربات  
العلاجية الإنسانية  
أهمية التجربة  
الذاتية  
مشاركة عالم الآخر  
وأهمية العلاقة

### المقاربات الاساسية في العلاج الانساني:

سيركز هذا [المقطع] على [تناول] ظهور وتطور ثلاثة مقاربات إنسانية للعلاج النفسي التي كانت أكثر تأثيراً وهي: مقارنة كارل روجرز التي تركز على العميل/ الزبون/ الشخص (person-centered)، و مقارنة الجشطالت لفريتز بيرلز Fritz Perls، والمقاربة الوجودية. وعلى الرغم من وجود تباين كبير في العمليات التي ينخرط فيها المعالجون الوجوديون، إلا [أنه سيتم التركيز] في المقام الأول على المواقف التي يتقاسمها كل من رولو ماي Rollo May وإرفين يالوم Irvin Yalom، وبدرجة أقل ، على الوجوديين الأوروبيين : بينسونغر Binswanger ، بوس Boss وفرانكل Frankl .

### أصول المقاربات الانسانية:

يبدو واضحاً، عند فحص الأصول التاريخية والجغرافية والمهنية للمعالجين الإنسانيين، أنه على الرغم من ظهورهم من بيئات مختلفة تماماً، إلا أنهم تأثروا بشكل مباشر أو غير مباشر بالفلاسفة الإنسانيين. وقد كان الجميع يبحثون عن فهم ومقاربات من شأنها أن تبني على القدرة البشرية الفريدة للوعي الانعكاسي على الذات / التأملي الذاتي وعلى البحث عن المعاني والاختيارات والنمو. وكان الجميع يحاولون تجاوز ما اعتبروه وجهات النظر المقيدة للأداء البشري، الممثلة في التوجهين الرئيسيين الآخرين للتحليل النفسي والعلاج السلوكي. وعلى الرغم من أن جميع النظريات الإنسانية توضح وجهات نظر حول الأداء المرضي، إلا أن التركيز الأساسي للمعالجين الإنسانيين كان على فهم الطرق التي يمكن من خلالها مساعدة الناس على التحرك نحو الأداء الصحي أو حتى الأداء المثالي.

### المقاربة التي تركز على العميل (كارل روجرز):

ملاحظة: تستهدف هذه النبذة الى تلمح بعض مصادر افكار روجرز وعوامل التأثير في بلورة مقاربتة العلاجية.

ولد كارل روجرز في إلينوي Illinois عام 1902. بدأ دراسات الدكتوراه في كلية الاتحاد اللاهوتي في نيويورك، لكنه انتقل إلى كلية المعلمين بجامعة كولومبيا لتدريب الخريجين في علم النفس الإكلينيكي. كان مشرف أطروحته جودوين واتسون Goodwin Watson ، الذي كان خبيراً معروفاً في تدريب القيادة الجماعية. تأثر روجرز أيضاً بشكل غير مباشر بأفكار جون ديوي John Dewey من خلال أحد معلميه، و. ه. كيلباتريك W. H. Kilpatrick. تلقى تدريباً مكثفاً في التقييم النفسي، ومن خلال التدريب لمدة عام في معهد توجيه الطفل، تلقى تدريباً على مقارنة التحليل النفسي. كانت هويته المهنية واضحة على انها

مسار  
الكوئين

هوية اخصائي علم النفس، المشبعة بقوة بالأساليب العلمية التي ميزت علم النفس الأمريكي. كان رئيساً لجمعية علم النفس الأمريكية عام 1946.

بعد الانتهاء من كلية الدراسات العليا، انضم روجرز إلى قسم دراسة الطفل التابع لوكالة اجتماعية في روتشستر Rochester. خلال سنواته الـ12 في روتشستر، عرّفه الأخصائيون الاجتماعيون على بعض أفكار وأساليب المحلل النفسي أوتو رانك Otto Rank. أثر اعتقاد رانك في القوى البناءة للشخص، بما في ذلك إرادة الصحة، والاعتقاد بالأهمية الحاسمة للعلاقة الإنسانية العفوية في العلاج النفسي، وأكدت الآراء التي بدأ روجرز في تطويرها بالفعل.

خلال الفترة التي كان فيها عضواً في هيئة التدريس في جامعة ولاية أوهايو Ohio (1940-1944)، بدأ روجرز وزملائه والطلاب ممارسة دراسة النسخ الكاملة لمقابلات العلاج المسجلة بواسطة الصوت في محاولة لتحقيق فهم أكمل للعمليات المعنية. (كانت ممارسة تسجيل جلسات العلاج غير معروفة تقريباً في بيئات إكلينيكية أخرى). تم وصف بعض الأفكار التي انبثقت من هذا الجهد الاستقرائي المكثف للوعي وفهم بعض عمليات التغيير الأساسية في العلاج النفسي في كتابه، الاستشارة والعلاج النفسي counseling and psychotherapy (روجرز، 1942)، والذي يحتوي أيضاً على نسخة كاملة من علاج فعلي... بعد انتقال روجرز إلى جامعة شيكاغو في عام 1945، استمرت عملية الاستماع المكثفة. ومن خلال الاستماع لجلسات العلاج الخاصة بهم أو مناقشة بعضهم البعض، حاول روجرز وزملائه تحديد بعض عمليات التغيير الحاسمة التي حدثت، والتفكير فيها، وكيف تم تسهيل هذه التغييرات من قبل المعالج (روجرز، 1957).

لم يكن التركيز عادة على محتوى معين ولا على رؤى insights معينة تم التوصل إليها، ولكن على تغييرات العملية process changes في العميل التي يبدو أنها تحدث في العلاجات ذات النتائج الناجحة. ثم تم صياغة الفرضيات الناشئة عن هذا الفهم الخبراتي وإختبارها عن طريق دراسات التحقق verification التي أجريت بالطرق العلمية المعتادة. لاحقاً في شيكاغو، كان هناك تركيز قوي على إجراء البحوث التجريبية في مركز الإرشاد (روجرز وديموند Rogers & Dymond، 1954). تم تخصيص عدد كامل من مجلة علم النفس الإرشادي للبحوث التي أجراها طلاب روجرز للدراسات العليا، بما في ذلك هاي Haigh (1949)، راسكين Raskin (1949)، وسيمان Seeman (1949).

بني كتاب روجرز، العلاج المتمحور حول العميل Client-Centered Therapy (1951)، على الصياغات السابقة ووضع بعض أهم الأسس لعمله اللاحق.

كان هناك تأثيران غير مباشرين لكن قيمين على تفكير روجرز.

أولاً، تبنى مفهوم كورت غولدشتاين Kurt Goldstein حول الميل للتحقيق [الذاتي] actualizing في البشر (غولدشتاين، 1939)، وكان غولدشتاين عالم نفس-عصبي neuropsychologist بارزاً في معهد الجنود المتضررين/ المصابين في الدماغ في ألمانيا، الذي تأثر بقدرة الجنود الذين يعانون من إصابات في الدماغ على اعادة تنظيم حياتهم طرق الاداء الوظيفي الخاصة بهم. أكدت ملاحظات غولدشتاين حول الأشخاص الذين أعادوا تنظيم ادائهم بطرق بناءة وجهة نظر روجرز للدوافع الإنسانية الأساسية تجاه النمو growth والكلينية wholeness، الميل للتحقيق [الذاتي] actualizing tendency، الذي أصبح المفهوم المركزي الدافعي الوحيد في نظامه (أي روجرز) النظري.

مصادر

التأثير

في فكر

كارل روجرز

جاء التأثير غير المباشر الثاني من كتابات مارتن بوبر Martin Buber (1957)، الذي لفت انتباه روجرز من خلال طلاب علم اللاهوت الخريجين في جامعة شيكاغو. أدرك روجرز أن علاقة أنا-أنت (I-Thou) التي اعتبرها بوبر لها تأثير شافي كانت بالضبط التجربة التي ظهرت في ساعات العلاج الجيدة بشكل خاص.

في سرد أهم مصادر أفكاره، أعطى روجرز (1980) قيمة كبيرة لما تعلمه من طلاب الدراسات العليا وزملائه.

على سبيل المثال، صاغ يوجين جندلين Eugene Gendlin ، وهو طالب دراسات عليا وزميل في وقت لاحق ، مفهوم "الاختبار" / "الخبر" "experiencing" (جندلين ، 1962) ، استناداً إلى الرأي القائل بأنه ، داخل البشر، هناك تدفق مستمر للخبرة يمكن للشخص أن يلجأ إليه ، في ظل الظروف المناسبة ، من أجل اكتشاف "المعاني المستشعرة" "felt meanings" للخبرات/التجارب. شعر روجرز أن مفهوم التجربة experiencing قد أثر على رؤيته لتعاطف empathy المعالج بالإضافة إلى عدد من القضايا الهامة الأخرى.

في عام 1957، انتقل روجرز إلى الكلية في جامعة ويسكونسن Wisconsin وبدأ مشروعاً بحثياً شاملاً حول عمليات وآثار العلاج الذي يركز على العميل مع مرضى الفصام في المستشفيات (روجرز، جندلين، كيسلر وترواكس، 1967). في عام 1964 انتقل إلى كاليفورنيا، أولاً إلى المعهد الغربي للعلوم السلوكية ثم إلى مركز دراسات الشخص. خلال هذه السنوات أصبح مهتماً بشكل متزايد بالعمل مع المجموعات وعلى مجموعة واسعة من القضايا، بما في ذلك العلاقات الدولية ومنع الحرب النووية. كما قرر خلال هذه الفترة أنه يجب إعادة تسمية العلاج الذي يركز على العميل ليصبح "العلاج الذي يركز على الشخص".

مسار

التكوين:

تكلمة

... يعد كتاب روجرز: حول ان تصبح شخصاً، (1961) On Becoming a person، مصدرًا مفيدًا للحصول على "الإحساس الداخلي" للعلاج الذي يركز على العميل. بعد ذلك، بعد الحصول على خلفية أساسية في تفكيره، سيكون كتابه "طريقة الكينونة" (1980) A Way of Being، الذي ناقش فيه مجموعة متنوعة من الأفكار ونقاط التحول بالإضافة إلى التعلم من حياته الشخصية والمهنية، ستكون ذات مغزى ومؤثرة بشكل خاص.

### مقاربة الجشطالت:

ولد فريدريك بيرلز Frederick Perls في ألمانيا عام 1893. بعد حصوله على تدريب طبي، عمل كمساعد لكورت غولدشتاين وتأثر بشدة بأفكاره حول الكائن الحي organism وميل تحقيق الذات. في ألمانيا التقى بـ لورا بيرلز Laura Perls، التي أصبحت زوجته ومعاونة في تطوير مقاربة الجشطالت للعلاج النفسي.

قامت لورا بيرلز بتقديمه لعلماء النفس الجشطالت، كوفكا Koflka (1935) و كوهلر Kohler (1959) و فيرثايمر Wertheimer (1945). وتأثرت هي نفسها بالكتابات الوجودية لبوبر وتيليش Tillich. أصبح بيرلز محللاً نفسياً وتأثر بشكل خاص بمحلله الخاص فيلهيلم رايخ Wilhelm Reich كما تم اطلاعه على أعمال المحللين النفسيين: كارين هورني Karen Homey وأوتو رانك. ولكونه غير راضٍ عن العقائدية dogmatism التحليلية النفسية، ورغبة منه العمل داخل روح العصر zeitgeist في أوروبا التي تأثرت بشدة بوجهات النظر الظاهرة والوجودية، بدأ بيرلز في عمل مراجعات نظرية التحليل النفسي (Perls 1947). في نهاية المطاف، في عام 1951، اقترح بيرلز، وحفلاين Hefferline، وجودمان Goodman تكاملاً جديداً بين المقاربات الجشطالتية والوجودية والتحليلية في شكل علاج الجشطالت، والذي كان يسمى في الأصل "علاج التركيز" "concentration therapy".

هناك تأثيران مهمان إضافيان على تفكير بيرلز هما تأثير الفيلسوف فريدلاندر Friedlander ورجل الدولة الجنوب أفريقي ورئيس الوزراء جان سموتس Jan Smuts. أعجب بيرلز بعمل فريدلاندر (1918) حول طبيعة الاستقطابات polarities وأهمية التوازن بينهما في الأداء البشري. دمج بيرلز عمل سموتس (1926) على الشمولية holism مع نظرية المجال field theory لكيرت ليفين (1951)، مما دفعه إلى رؤية الشخص كجزء من مجال البيئة والعضوية organis/environment field وعرض العقل والجسم بشكل كلي.

مصادر  
التأثير في  
فكر  
فريدريك  
بيرلز

كان للزن Zen أيضًا تأثير مهم على تطوير علاج الجشطالت، خاصة في سنواته الأخيرة، وقد تمت الإشارة إليه باسم الزن الغربي "western Zen" أو كشكل من أشكال العلاج الوجودي. عندما وصل بيرلز إلى الولايات المتحدة بعد إقامته في جنوب إفريقيا، حيث كان قد فر مع اقتراب الحرب في أوروبا، بدأ الترويج للنشط للعلاج الجشطالتي. وتم تشكيل معهد نيويورك للعلاج الجشطالتي في الخمسينات، وتم إنشاء ورش العمل ومجموعات الدراسة في جميع أنحاء البلاد. انتقل بيرلز إلى الساحل الغربي في الستينيات واستقر لفترة في معهد Esalen في كاليفورنيا لإنشاء ورش عمل تدريبية. في وقت لاحق انتقل إلى كندا لتأسيس معهد جديد. وطوال هذه الفترة، تم تدريب العديد من الأشخاص على مقاربات الجشطالت.

طور بيرلز العديد من الأفكار التي تم دمجها لاحقًا في الممارسة العامة للعلاج النفسي الإنساني والانتقائي eclectic psychotherapy. أصبح التركيز على الوعي بالجسد، والخبرة المباشرة، وأهمية اللقاءات، واستخدام التجريب النشط، واستخدام تمارين الوعي كلها مدمجة في العلاجات الإنسانية في الستينيات والسبعينيات.

ووفق ما تم تطبيقه في الأصل من قبل بيرلز، تضمنت مقاربة الجشطالت بعض التقنيات الفظة abrasive techniques ، بما في ذلك إحباط العميل، عند العمل مع العملاء الذين يُنظر إليهم على أنهم متلاعبون manipulative. منذ وفاة بيرلز في عام 1970، تحولت حركة [العلاج] الجشطالتي نحو شكل أكثر نعومة / لطافة softer من العلاج، مع استخدام أقل لأنماط إحباط العملاء والمزيد من التركيز على حوار أنا-أنت.

أفضل مقدمة للعلاج الجشطالتي هو الفصل الذي كتبه يونتاف Yontef وسيمكين Simkin (1989)، تليه محاضرات بيرلز الأربعة (فاجان وشبرد Fagan & Shepherd ، 1970 ، بيرلز ، 1969) ، والتي يمكن أن تليها قراءة في العلاج الجشطالتي a reading of Gestalt Therapy والإثارة والنمو في الشخصية Excitement and Growth in the Personality (Perls ، Hefferline ، & Goodman، 1951).

يجمع عمل بيرلز بعد وفاته: نهج الجشطالت وشهود العيان للعلاج The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy (بيرلز، 1973)، وصفًا للمقاربة العامة غير المتوفرة في مكان آخر، مع نسخ من ممارسة بيرلز. علاج الجشطالت المتكامل Gestalt Therapy Integrated (Polster & Polster، 1973) يوفر جهدًا مبتكرًا لتوسيع حدود مقاربة الجشطالت وهو مطلوب القراءة للطلاب الجاد الذي يرغب في فهم مقاربة الجشطالت.





شامل بعنوان: العلاج النفسي الوجودي Existential Psychotherapy. ربما كانت مقدمة العلاج الوجودي الأكثر فائدة هي الفصل الذي كتبه ماي وبالوم (1989) وكتب ماي (1977) وبالوم (1981) وبوجاننل (1967).

### العمليات العلاجية:

في هذا القسم [محاولة لنقل بعض من ميزة] مركزية المبادئ الإنسانية الأربعة الموصوفة [من قبل] التي توجه العمليات الفعلية التي يقوم بها المعالجون الإنسانيون. على الرغم من أن المقاربات المختلفة تتفد المبادئ بطرق مختلفة، فإن المواضيع ذات أهمية مركزية في جميع التوجهات الإنسانية.

1- المقاربة الظاهرية the phenomenological approach : موجهة نحو الاكتشاف  
مع العميل الذي ينظر إليه على أنه الخبير بتجربته الخاصة. ويعطى موضوع الظاهرية في علم النفس الإنساني سمتين مرتبطتين لكن مميزتين للعلاج الإنساني. أولاً، ينصب التركيز على عملية الاكتشاف لدى العميل بدلاً من التركيز التفسيري. وبعبارة أخرى، يتم تشجيع العملاء على التعرف / تحديد وترميز symbolize خبرتهم الداخلية بأنفسهم (أي أنهم وكلاء عن أنفسهم)، بدلاً من أن يقدم المعالج رموزاً لمساعدتهم على فهم تجربتهم. (لا ينوبون عنهم) ثانياً، يُنظر إلى العملاء على أنهم يتمتعون بإمكانية دخول / وصول access مميز إلى وعيهم الداخلي الفريد، وبالتالي يُنظر إليهم كخبراء في تجربتهم الخاصة؛ لا تُبذل محاولات لمناقضة محتوى التجربة أو معارضته أو بصورة أخرى، تشكيله (من قبل المعالج).

العميل يمكنه الوصول الى خبرته وهو وكيل عن ذاته والمعالج لا ينوب عنه.

يعتقد روجرز أن البشر لديهم "موهبة الوعي" "gift of awareness" (روجرز وسكنر، 1956)، وإذا تمكن المعالج من توفير الظروف المناسبة، يمكن للعملاء أن يعوا ادراكاتهم للواقع الداخلي والخارجي وبالتالي يمكن أن يوجهوا بشكل متزايد خيارات حياتهم الخاصة في اتجاهات مرضية fulfilling، وينصب التركيز على محاولة تهيئة الظروف المثلى للاستكشاف الداخلي، بدلاً من تقديم الاستبصار insight، أو محاولة فهم الاختيارات التي يحتاج العميل إليها، أو دفعه لأجل الاختيار.

يُنظر إلى الانعكاس التعاطفي Empathic reflection لوعي العميل الداخلي لحظة بلحظة (الفوري/المباشر) على أنه الطريقة الأكثر فعالية لتمكين العملاء من اكتشاف الوعي بأنفسهم الذي يحفز ويوجه خياراتهم.

يعتبر النظر إلى العملاء كخبراء في تجربتهم الخاصة جانباً أساسياً في العملية التي تتمحور حول العميل، حيث تحمل تأملات / تفكير المعالج رسالة الفهم التعاطفي [من طرفه] وكذلك التوقعات الصريحة أو الضمنية أن العميل سوف يصحح هذا الفهم المنعكس وسيحمله أكثر من ذلك. والافتراض هو أن المعنى الشخصي لتجربة العميل هو [متضمن] في التجربة نفسها، وفي ظل الظروف المثلى، يمكن للعملاء فهم هذه المعاني بأنفسهم، وبالتالي، يعمل المعالج باستمرار ضمن الإطار المرجعي للعميل، مما يعكس كيف يكون الشخص في تلك اللحظة والتأكد من عدم تولي موقع أنه (المعالج) أكثر خبرة حول تجربة العميل من العميل نفسه، وينقل المعالج للعملاء أنهم أفضل الحكام على واقعهم الخاص.

يعد هذا مكوناً نشطاً مهم جداً في العلاج الذي يركز على العميل، لأن العملية توفر تجربة يُنظر إليها على أنها ترياق لإحدى المشاكل النفسية الرئيسية للعملاء وهي عدم الثقة في خبرتهم الخاصة بسبب شروط القيمة المكتسبة.

العلاج الجشطالتي هو أيضاً موجه نحو الاكتشاف، مع الاعتقاد بأن الاكتشافات الخاصة بالعميل فقط هي التي تؤدي إلى تغييرات في رؤيتهم لأنفسهم أو للعالم. في العلاج الذي يركز على العميل، مع التركيز بشكل أكبر على اتباع المسار الداخلي للعميل، يحدث الاكتشاف في سياق البحث الموجه ذاتياً. ومع ذلك، في المقاربة الجشطالتي، فإن المعالج يقود ويتابع، وبالتالي فإن المعالج يكون أكثر توجيهاً وتأثيراً، ويخلق تجارب/ [مواقف] من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف جوانب من تجربتهم، ومشاركة الشعور حول ما قد يحدث، وتعليم العميل حول عمليات مقاطعة وتجنب محددة. يقوم معالجو الجشطالت بتدريب العملاء ليصبحوا على دراية بتجربتهم وكيف يتدخلون في تجربتهم، ويوجههم المعالجون لشهود الأحاسيس والتعبيرات غير اللفظية والعمليات المقاطعة interruptive. بالإضافة إلى ذلك، قد يقوم العديد من معالجي الجشطالت في بعض الأحيان، بمجابهة أو إحباط أو تحدي أو مقاطعات للخبرة. ومع ذلك، ينصب تركيزهم الأساسي على دعم العملاء في اكتشاف ما يشعرون به بأنفسهم والتواصل مع ما يشعرون به ويحتاجون إليه. المعتقد النهائي في علاج الجشطالت هو أنه يجب على العملاء اكتشاف الحقيقة بأنفسهم من خبرتهم الداخلية، وأنه لا يمكن للمعالج تقديم الحقيقة والاستبصار، إلا أن المعالج يسهل العملية من خلال وضع التجارب/ المواقف التي تمكن العملاء من اكتشاف حقائقهم الخاصة.

في علاج الجشطالت، يُنظر إلى الوعي على أنه الطريق الملكي للشفاء/ العلاج cure، بواسطة الوعي القابل لان يعرف/ يدرك knowable فقط من قبل العميل. في هذا الصدد، يُنظر إلى العملاء بوضوح على أنهم خبراء فيما يخص تجربتهم الخاصة. ومع ذلك، يقوم معالج الجشطالت بإبداء ملاحظات حول عمليات العملاء (العمليات النفسية)، خاصةً حول الجوانب غير اللفظية من تعبير العميل، وبالتالي، يرى

معالج الجشطات العملاء إلى حد ما على أنهم لا يتمتعون بإمكانية الوصول الكامل إلى خبرتهم ولا يكونون خبراء فيها تماماً. على الرغم من أن معالجي الجشطات يشددون على أن الوعي علاجي curative في حد ذاته، إلا أنهم يعتقدون أيضاً أن الصراع بين جوانب الخبرة يمكن أن يتداخل مع الأداء الوظيفي وأن المواجهة بين هذه الجوانب المختلفة من الخبرة، إذا تم تيسيرها بشكل مناسب، مهمة في العملية العلاجية. من أجل حل الصراع، لا يبقى معالج الجشطات دائماً غير توجيهي، ولكن قد يشجع أو يوجه العملاء مباشرة للتعبير بنشاط عن انفعالات أو مواقف معينة وقد يقدم آراء أو حدس حول ما يعانیه العميل.

الموقف الوجودي أقل وضوحاً في موقفه فيما يتعلق بالاكشاف في عملية العلاج، فالقاعدة النظرية للوجوديين الأوروبيين مثل بوس (1963) وبينسفانغر (1963) دفعتهم إلى التأكيد على أن المعنى يكمن في الظواهر نفسها وأنه حتى لو كان المعنى لا يمكن رؤيته في البداية، يمكن اكتشافه وإلقاء الضوء عليه. وبالتالي، فإن وجهة نظرهم في اللاوعي unconscious هي أنه من المحتمل أن يكون الوصول إليه متاحاً للوعي دون الحاجة إلى تفسيره من قبل وكيل أو وجهة نظر خارجيين.

في عملية العلاج، يستخدم الوجوديون مزيجاً من الاكشاف والتفسير والمواجهة confrontation. إنهم يتحدون ويفسرون العقبات التي تعترض الاختيار والفعل، وكثيراً ما يجابهون ويتحدون الأشخاص لتحويل رغباتهم إلى فعل مطلوب. إنهم يواجهون العقبات، لكنهم يقدرّون أن يجد العملاء اتجاهاتهم الخاصة ويحددون أهدافهم الخاصة. إنهم يرون بوضوح أن الأفراد كائنات واعية ومتأملة للذات ويحترمون الوعي على اعتباره في قمة الإنسانية.

لا يبحث المعالجون الوجوديون عن النوايا الكامنة، ولكنهم يؤمنون بمركزية الفهم الظاهري. إنهم يحاولون تجنب فرض الفرضيات أو الاستدلالات ومحاولة السماح للظواهر بتقديم نفسها بشروطها الخاصة (بوس، 1963).

في السير الفعلي للعلاج، يكون الوضع أكثر تعقيداً. من ناحية، يفترض المعالجون الوجوديون أن تجربة كل شخص لذاته والعالم فريدة من نوعها، وبالتالي فإن معرفة أي تجربة، ذات الميزة الخاصة، يجب أن تأتي من العميل بدلاً من أن يفرضها المعالج. انها أهداف وخيارات العميل الخاصة التي يتم تناولها. بمعنى آخر، يرى المعالجون الوجوديون أن القلق ناجم عن الوعي بـ "الاهتمامات النهائية" مثل الموت، والحرية، والعزلة، وعدم المعنى، على أنها تؤدي إلى آليات الدفاع مثل القمع repression، والتشويه distortion، أو التجنب avoidance. هذه الأنواع من "التجنبات" هي التي غالباً ما يتم تحديدها مباشرة من قبل المعالج.

غالبًا ما يتم انتقاد النظرية الإنسانية للأشخاص بأنهم قادرون على اكتشاف خبرتهم الداخلية الأصيلة بأنفسهم، والتي أيدتها المقاربات الثلاثة بالطريقة الموضحة من قبل، من طرف عدة جهات نظر. ويرى النقاد فكرة أنه يمكن للمرء أن يعرف تجربته الخاصة، والتخلي بالشفافية تجاه نفسه باعتبارها (الفكرة) تضع بقوة كبيرة قيمة للتفرد الداخلي لكل شخص وكذلك وضع الكثير من الثقة في صحة الوعي الذاتي للشخص. يعتقد المعالجون ذوو التوجه الديناميكي أن الوعي يكشف فقط قمة جبل الجليد وأن الكثير من السلوك يكون محددًا دون وعي، وبالتالي قد يلزم تفسير الوعي (الخاص بالشخص) من طرف إطار مرجعي خارجي بالنسبة للعميل. من ناحية أخرى، يعتقد التأويليون Hermeneuticists أن بناء المعنى كله هو عملية تفسيرية، وبالتالي لا توجد حقيقة أساسية يكتشفها العميل (ساس Sass، 1988).

ردا على نقد الدافع اللاوعي، لا يدعي الموقف الإنساني أنه لا توجد معالجة غير واعية للمعلومات، ولكنه يؤيد وجهة نظر اللاوعي المعرفي cognitive unconscious بدلاً من اللاوعي الديناميكي. والفرق الرئيسي هو أنه في وجهة نظر المعالجة المعرفية-الانفعالية cognitive-affective processing schematic، اللاوعي لا يحفز السلوك بشكل مباشر، بل يؤثر على الإدراك perception والتفسير construal. فالكثير من اللاوعي هو ببساطة ليس في الوعي حاليًا ويمكن إدراكه من خلال تركيز مقصود. فيما يتعلق بالقضية المعقدة المتمثلة في إمكانية معرفة الشخص لذاته، فعلى الرغم من أن الإنسانيين لن ينكروا التعقيد والطبيعة البناءة لخلق المعنى، فإنهم يعتقدون أن هناك واقع تجريبي/خبراتي experiential reality لكل شخص، وأن الوعي بهذا الواقع يمكن تقريبه تدريجيًا. على الرغم من أنه قد لا تكون هناك حقيقة واحدة يمكن الوصول إليها، سيكون هناك العديد من وجهات النظر التي لا تتناسب مع البيانات التجريبية، وقليل فقط، وربما واحد فقط، سيوفر ملاءمة جيدة.

نحن نعرف عالمنا من خلال تجربتنا الجسدية (Gendlin، 1962، Lakoff، 1987، Johnson، 1987). بمجرد أن يقوم المرء بالترميز الدقيق للتجربة الجسدية (على سبيل المثال، أن يشعر المرء بالتوتر أو الخوف أو الغضب)، يمكن للمرء بناء مجموعة متنوعة من المعاني من هذا. لكن ترميز التوتر المرء على أنه الهدوء، وتجربة الخوف على أنه حزن، أو غضب المرء على أنه فرح سيكون غير دقيق بطبيعته. يُنظر إلى الأشخاص على أنهم قادرون على تحديد المسارات الصحيحة لأنفسهم من خلال عملية اكتشاف مكثفة، مما يؤدي إلى شعور داخلي باليقين. وبالتالي، على الرغم من أن الشخص دائمًا ما يبني معنى الخبرة من خلال عملية توليف، فإن عناصر التوليف لها صلاحية تجريبية، ويمكن ترميزها بشكل أكثر أو أقل دقة.

## 2- ميل تحقيق [الذات] الذي ينطوي على النمو والتحكم/تقرير المصير الذاتي والاختيار:

The actualizing tendency involving growth, self-determination, and choice

إن إيمان روجرز بدافع إنساني أساسي نحو النمو -نحو تطوير الاستقلالية والبحث عن خبرة جديدة وتطوير إمكانات المرء -أمر أساسي في فهم العملية في العلاج الوجودي (المتمركز حول العميل/الشخص). اتخذ روجرز، مثل غيره من المنظرين الإنسانيين، موقفاً غائياً teleological، حيث نظر إلى البشر على أنهم متأثرون برؤية المستقبل بدلاً من أن يتم توجيههم بالكامل من خلال تجارب الماضي. من المفترض أن يكون هناك دافع قوي نحو أن يصبح ما يمكن للمرء أن يصبحه حقاً، لكنه لا يقود (اتباع روجرز) إلى دفع العميل لمواجهة المستقبل واتخاذ الخيارات. بدلاً من ذلك، ينصب تركيز المعالج على تمكين العملاء من التحول إلى الداخل، والتواصل مع خبرتهم العضوية organismic الحالية / الحاضرة، وتقييمها كدليل جدير بالثقة، بدلاً من فحص تصوراتهم ومشاعرهم وفقاً لمعاييرهم المستفادة. في ظل هذه الظروف، يمكن للشخص أن يتخذ خيارات تؤدي إلى النمو. هذا المفهوم يعطي عملية العلاج بأكملها نكهة/ميزة معينة. ينصب التركيز على العملية بدلاً من اختيار الأهداف، ولا يُنظر إليها في المقام الأول على أنها صراع ضد القوى المتعارضة، ولكن كشيء يمكن تحقيقه في ظل الظروف المناسبة. يُنظر إلى الشروط العلاجية للتعاطف empathy، والتقدير/المكافأة prizing غير المشروط، والاتصال genuineness على أنها كافية للإفراج وتعزيز ميل التحقيق [الذاتي] actualizing .

المعالج المتمحور حول العميل لا يكون في مواجهة confrontative أبداً. الافتراض هو أن القوة الكامنة لميل تحقيق الذات، إذا استطاع الشخص تعلم الثقة به، سيؤدي إلى اتجاهات من شأنها أن تنتج النمو وترضي الفرد بطبيعته. المعالج نشط جداً في تعزيز البحث الخبراتي الداخلي، ولكن ليس في الحكم على ما هو الأفضل لهذا الشخص.

هناك مسألة عملية أخرى تتعلق بالنمو تحتاج إلى المناقشة، وهي مقارنة التعامل مع الصراع في العلاج. في البيان الرسمي لنظريته في العلاج والشخصية والعلاقات بين الأشخاص (1959)، قدم روجرز نموذجاً يوجد فيه تضارب شبه محتوم بين ميل الشخص المتأصل للتحرك نحو النمو والاستقلالية وتنمية إمكاناته الكاملة والحاجة المتعارضة للحفاظ على مفهوم الذات، الاستفادة من التجربة المبكرة مع الآباء والآخرين. يُفترض أن الشعور أو التصرف بطرق غير متسقة مع مفهوم المرء الذاتي المتعلم يولد القلق، وبالتالي يحد من المدى الذي يمكن أن يتبعه الشخص لاتجاه تحقيق حقيقي. ولكن من الناحية العملية، لا يركز روجرز والمعالجون الآخرون الذين يركزون على العميل على هذا الصراع. الافتراض هو أنه في جو من التعاطف

المعالج لا يكون في  
مواجهة-يعزز  
البحث الخبراتي  
الداخلي-لا يحكم

التغيرات الحاصلة  
في جو التعاطف  
والتقدير  
ع

الحقيقي والتقدير غير المحاكم nonjudgmental، سيكون العملاء قادرين على التخلي عن شروط القيمة المكتسبة والاسترشاد بميلهم لتحقيق [الذاتي] نحو النمو والاستقلالية.

يومن بيرلز أيضاً بميل تحقيق الذات، بالاعتماد على وجهة نظر غولدشتاين (1939) بأن بحث الفرد عن طرق للحفاظ على الذات وتعزيزها لا ينتهي أبداً. بالنسبة لمعالج الجشطات، يصبح تحقيق الذات ممكناً عندما يتعرف الناس تماماً على أنفسهم على أنهم كائنات متنامية ومتغيرة، ويميزون بوضوح مشاعرهم واحتياجاتهم. شدد بيرلز بشكل خاص على التنظيم الذاتي self-regulation، والذي يُنظر إليه على أنه ميل طبيعي أو عضواني organismic . يعتمد التنظيم الذاتي الفعال على التمييز بين المشاعر والاحتياجات عن طريق الوعي الحسي sensory. هذا يؤدي إلى الوعي بالتقييمات البديهية إما ما هو جيد للشخص وما يجب استيعابه، أو ما هو سيئ ويجب رفضه. الافتراض هو أن الكائن الصحي healthy organism "يعرف" ما هو جيد له. تعمل هذه الحكمة العضوية من خلال ظهور عفوي للاحتياجات لتوجيه الفعل.

الظروف النفسية  
والمعرفية لتحقيق  
الذات عند بيرلز

الحياة هي عملية من نشوء الحاجة واشباعها، ونشوء حاجة أخرى واشباعها. يتم استخدام عملية تشكيل وهدم / تفكيك جشطات الخلفية - الشكل figure-background Gestalt لوصف العملية، فالحاجة السائدة / المسيطرة تظهر كشكل من خلفية تستدعي الانتباه، يتم ارضائها، وتتلاشى في الخلفية مرة أخرى، وتظهر حاجة جديدة ملحة في المقدمة.

دورة

نشوء الحاجة  
واشباعها

يحدث المرض Pathology أو الخلل الوظيفي عند انقطاع عملية تلبية الحاجات، وينظر إلى الدورة على أنها تتكون من أربع مراحل رئيسية هي: الوعي awareness، والإثارة excitement، والفعل action، والاتصال contact .

مراحل الدورة

في الدورة، يؤدي الوعي بالمتغيرات الداخلية أو الخارجية إلى تعبئة الإثارة التي توفر ميلاً للفعل. أخيراً، يؤدي الفعل إلى الاتصال ويحتاج إلى الاشباع. ينصب معظم التركيز في العلاج على إدراك النقاط المختلفة التي تنقطع فيها الدورة. وبالتالي يمكن منع ظهور حاجة واضحة في مراحل الإحساس الأولية عن طريق الإحساس الباهت وضعف الوعي بالمحفزات الداخلية أو الخارجية. ينطوي العمل العلاجي، إذن، على مساعدة الناس على أن يصبحوا أكثر وعياً بالإحساس أو الخبرة. ينتج المنع Blocking في مرحلة الإثارة أو التحفز عن تثبيط أو التنصل من التجربة الانفعالية.

العمليات الضمنية

يركز العمل العلاجي في هذه المرحلة على زيادة الوعي بالانقباض العضلي والأساليب الأخرى للعملاء لقمع الخبرة الانفعالية. في مرحلة الفعل، يُنظر إلى اشباع الحاجة على أنه تم قطعها بسبب الاتجاهات والقيم المستدخلة introjected والتي تخلق انقساماً بين المطلوبات/ المرغوبات wants و "الملزومات" shoulds

في الشخصية. يتم استخدام حوارات الكرسيين Two-chair dialogues في هذه المرحلة لحل الانقسام (جرينبرج ، 1979) . أخيرًا، يمكن أن يحدث انقطاع في مرحلة الإكمال من قبل الشخص الذي لا يشعر بإشباع الحاجة وإكمال الدورة. في هذه المرحلة، يتم تنفيذ الوعي مرة أخرى لمساعدة الشخص على إدراك خبرة الرضا وكيف يمكن للمرء منعها.

وبالتالي، فإن منظور الجشطالت يركز اهتمام العملاء على جوانب أي موقف يشاركون فيه، وفي النهاية، يساعدهم المعالجون على التعرف على اختيارهم في المشاركة في الموقف. أي أن الوعي يُنظر إليه على أنه يؤدي إلى الاختيار، وبالتالي السماح للشخص باختيار كيفية التصرف. وقد أدى التركيز في علاج الجشطالت على التحكم/ تقرير المصير الذاتي والاستقلال في البداية إلى الإفراط في التركيز على الاكتفاء الذاتي self-sufficiency وقلة التركيز على الاعتماد المتبادل Interdependence .

في الآونة الأخيرة، اقترح معالجو الجشطالت "الدعم الذاتي" self-support مرغوبًا أكثر من "الاكتفاء الذاتي". إذا كان الشخص يدعم نفسه، يمكن للمرء أن يسأل عما يحتاجه المرء وبالتالي الحفاظ على الشعور بالاستقلالية والترابط.

بالنسبة للمعالجين الوجوديين، على الرغم من أنهم ينظرون إلى الحياة على أنها هادفة والكائن الحي نشط في اختيار مصيره، إلا أنهم لا يطرحون بوضوح اتجاهًا/ ميلًا للنمو. لا يوجد جوهر يسبق الوجود. بدلا من ذلك، يحدد الناس أنفسهم. ومع ذلك، يمكن تمييز نوع من مبدأ النمو في كتابات المعالجين الوجوديين. فعلى سبيل المثال يقترح فرانكل (1963) ، "إرادة المعنى" "will to meaning"، ويقترح كل من ماي ويالوم (1984) أن المعالج لا يستطيع أن يخلق انخراطا / التزاما engagement أو رغبة ، ولكن الرغبة في الانخراط في الحياة موجودة دائمًا.

يميل الوجوديون إلى أن يكونوا أكثر توجهاً نحو المستقبل، حيث ينظرون إلى الشخص على أنه يسعى نحو الأهداف والمثل ويتحفظ بها. انهم يؤمنون بالامكانية possibility بمعنى الفاعلية potentiality أو القدرة ability أو الطاقة capacity ، ويوجد الشخص كحزمة من الامكانيات المتعلقة بالعالم ، وفي أي وقت ، يتم تنفيذ إمكانية معينة ، بالإضافة إلى أن البشر لديهم الطاقة لفهم أن لديهم إمكانيات ، وبالتالي ، يدركون أيضًا ما إذا فشلوا في تنفيذها. يجب على كل فرد اختيار الإمكانيات التي سيتم تنفيذها والتي لن يتم تنفيذها، ويُنظر إلى الشخص على أنه مسؤول عن هذا الاختيار، وبهذه الطريقة، يركز العلاج على جعل الناس يختارون الإمكانيات التي يمكنهم تنفيذها.

في فهم كيفية مواجهة الناس للخيارات في حياتهم، فإن الصراع هو المفهوم الأساسي للمعالجين الوجوديين. هناك صراع لا مناص منه بين الفرد و "معطيات" الوجود، الاهتمامات القصوى /النهائية مثل المحدودية



finiteness، والحرية، والعزلة، وعدم المعنى (مايو، 1977؛ يالوم، 1981). القلق الذي يولد عن وعي الشخص بهذه الاهتمامات القصوى ultimate هو الذي يؤدي إلى آليات الدفاع التي تعوق قدرة الشخص على اتخاذ خيارات حقيقية.

الفرق بين

النموذج الوجودي  
للصراع ونموذج  
فرويد

الفرق بين نموذج الصراع هذا ونموذج فرويد هو أنه في النموذج الفرويدي يتم قمع الدوافع الغريزية التي تؤدي إلى القلق وبالتالي إلى آليات الدفاع؛ بينما بالنسبة للوجوديين، فإن الوعي بالاهتمامات النهائية هو الذي يؤدي إلى القلق والدفاع (ماي ويالوم، 1989؛ يالوم 1981). ويركز العلاج في الغالب على التعامل مع الاهتمامات النهائية.

في المقاربة الوجودية، فإن الحرية هي القضية المركزية، مع كل من الإرادة والاختيار، كونهما المكونات الرئيسية للحرية. الهدف من العلاج هو زيادة حرية الأشخاص في ملاحظة أين وفي أي مجالات يكونون فيها غير متحررين ومن ثم مواجهة عقبات الحرية. يعمل المعالجون على تحرير الأشخاص لأجل الانخراط، والانفتاح، والحرية في الارتباط بكل ما يحدث لهم. وبدلاً من سؤال "لماذا" "why"، يسأل المعالج الوجودي "لم لا" "why not"، وبالتالي يتم تشجيع العملاء على مواجهة اعبائهم blocks الخاصة وتمكينهم من تحويل الرغبة إلى ارادة .

القضايا

المركزية

والهدف من

العلاج في

المقاربة

الوجودية

### 3- تعزيز بناء معنى جديد Fostering the construction of new meaning :

يعمل العلاج المتمحور حول العميل، مع تركيزه على انعكاس المشاعر والمعاني الداخلية، على إشراك العميل في عملية بحث خبراتي تتضمن الاهتمام بمرجع داخلي وتمييزه ودمجه من أجل بناء معاني جديدة. يعد الرمز الخبراتي، الذي ينتقل فيه المرء من مرجع محسوس داخلي إلى ترميز الخبرة في الكلمات، عملية رئيسية في العلاج الذي يركز على العميل والخبرة (Gendlin، 1962؛ 1984). تتضمن العملية، التي أكدها كل من روجرز وجيندلين، على العميل شرح الفروق الدقيقة المرتبطة بالمعنى الضمني. ينخرط العملاء بذلك في البحث الخبراتي/الخبروي، وهو نوع من عملية "التذوق الداخلي"، من أجل ترميز ردود أفعالهم ومشاعرهم بدقة.

عملية بناء

المعنى في

المقاربة

المتمحورة

حول العميل

في عملية [العلاج] الجشطالتي، ينصب التركيز بشكل أكبر على تكثيف الخبرة أو زيادة الوعي بحيث يظهر انفعال واضح وحاجة مصاحبة.

هناك تركيز أقل بكثير في العلاج على قيام [الشخص] بترميز مفاهيمي لمعنى الخبرة والمزيد من التركيز على امتلاك/حصول خبرة مكثفة لما يتحدث عنه المرء. في الواقع، يقترح بولستر Polsters (1973) أن المعنى انعكاسي reflexive وأنه إذا كان لدى المرء تجربة حية، فإن المعنى يتدفق تلقائياً من التجربة.

عملية بناء

المعنى في

المقاربة

الجشطالتي

وهكذا، في مقارنة الجشطالت، يُنظر إلى بناء المعنى على أنه عملية وعي إدراكي perceptual awareness وليس عملية مفاهيمية conceptual process.

يتم تنظيم العالم في تكوينات خلفية-شكل figure- background configurations معينة وتنظيم الشكل فيما يتعلق بالأرضية يوفر معنى. غالبًا ما يُطلب من العملاء، بعد تجربة حية، الجلوس بهدوء مع أنفسهم بدلاً من الانخراط مع الآخرين أو التحدث عن تجربتهم. تم اقتراح العزلة من أجل السماح للعملاء باستيعاب الخبرة وخلق معانيهم الخاصة منها، من أجل عدم فرض معنى على العميل.

في العلاج الوجودي، المعنى وخلق هو الهدف الرئيسي للعلاج. غالبًا ما يكون نوع المعنى الذي يتم السعي إليه يتعلق باهتمامات أكثر أهمية، [وتكون] حتى فلسفية، حول الحياة. في نهاية المطاف، يتم استكشاف معنى كون [الشخص] إنسانًا في العلاج، وهذا يؤدي إلى هموم بشأن العالم في قلب الوجود، مثل الزمن والموت والقلق بشأن الوفاة والوعي بالمستقبل والذنب لعدم تحقيق إمكانيات المرء. الإنسان، كما قال سارتر، محكوم عليه بالحرية (سارتر، 1956/1943)، وعلى كل فرد أن يواجه حريته ومسؤوليته. بالإضافة إلى ذلك، يحتاج الأفراد في العلاج إلى التعامل مع العزلة والرغبة في الانتماء وكيفية العثور على معنى في عالم لا معنى له (بالوم ، 1981). في العلاج الوجودي، يعد لقلق بشأن هموم نهائية / قصوى في مركز الشخصية والعلاج النفسي.

عملية بناء  
المعنى في  
المقاربة  
الجشطالتية  
الوجودية

#### 4- مركزية الشخص: العلاقة العلاجية. Person-centeredness: The therapeutic relationship

إن بعد العملية في العلاج الذي يتضمن بشكل أوضح المبدأ الإنساني مركزية الشخص هو العلاقة القائمة بين المشاركين الاثنين (في العلاقة).

جميع المقاربات الإنسانية تحالف الادعاء القائل بأن العلاقة بين العميل والمعالج يمكن اختزالها إلى تكرار غير واعى للارتباطات / التعلقات السابقة unconscious repetition of previous attachments. وبدلاً من ذلك، يقترحون أن هناك علاقة حقيقية يتم تطويرها بين المشاركين، وأن هذه العلاقة (الحقيقية) توفر تجربة شخصية جديدة للعميل.

العلاقة من منظور  
المقاربة الإنسانية  
علاقة حقيقية  
وليس تكرار ا  
غير واعى لعلاقات  
تعلق سابقة

لطالما نظر روجرز إلى العلاقة في العلاج كعامل أساسي للتغيير، وتعتبر تجربة العملاء لأصالة المعالج والتقدير التعاطفي غير المشروط للمعالج على أنها تحررهم من "شروط القيمة" التي تم استيعابها من التجارب المبكرة مع الآباء والآخرين (روجرز، 1959)، و افترض روجرز أنه، في جو من الرعاية غير المشروطة non contingent ، يمكن للعميل التواصل مع المشاعر والخبرات الداخلية الأخرى التي تمت تجربتها عضوياً والاعتراف بها حتى وان كانت تتعارض مع مفهوم الذات المكتسب. وقد تغيرت وجهة نظر روجرز

حول مشاركة المعالج في هذه العلاقة إلى حد ما على مر السنين، وهو وصف المعالجين بأنهم أكثر حرية للتعبير عن بعض مشاعرهم في كتاباته اللاحقة. ومع ذلك، كان التركيز دائماً على الإيمان بمركزية علاقة واقعية/حقيقية على عكس علاقة التحويل transference relationship. ولا توجد محاولة لاستخدام المجابهة confrontation كأداة علاجية.

إن ظروف العلاقة بين الأصالة الشخصية والتقدير التعاطفي تمكن العملاء من التعبير عن تجربتهم واستكشافها لحظة بلحظة وهم يصفون القضايا والأحداث والإحباطات في حياتهم اليومية.

إن الانعكاسات التعاطفية empathic reflections للمعالج لأكثر المشاعر المؤثرة والتجارب الداخلية الأخرى تمكن العميل من استكشاف هذه التجارب الداخلية بشكل أعمق والتواصل مع الجوانب التي لم يتم التعبير عنها بشكل كامل من قبل للآخرين أو حتى لأنفسهم. إن العناية الواضحة للمعالج، والتي لا تتضمن أحكاماً، تقلل من القلق بينشخصي لدى العملاء، وتمكنهم من تحمل قلقهم البين-شخصي أثناء استكشافهم العميق أكثر فأكثر.

وبالتالي فإن العلاقة ليست فقط عامل تغيير أساسي في حد ذاته، ولكنها تهيئ مناخاً يسمح بالوعي الداخلي الذي يمكن للعملاء من خلاله المشاركة في العملية الاستكشافية من البحث الخبراتي.

لم يؤكد بيرلز نفسه على دور العلاقة في العلاج، على الرغم من أن علاقة بوبر (انا-انت) قدمت كنموذج علائقي للعلاج الجشطالتي. من وجهة نظر بوبر، يرتبط المعالج بالفورية immediacy وهو حاضر تماماً للآخر، ويسمح للآخر بالدخول في خبرته الداخلية. الحوار الحقيقي متبادل وغير استغلالي حيث يهتم كل من المشاركين بالجانب الآخر من الحوار. ويرى بوبر (1957) أن علاقة (أنا-أنت) هي لقاء حقيقي بين شخصين يحترم كلاهما علانية جوهر الإنسانية الأساسي للآخر.

الدور العلاجي  
للعلاقة من منظور  
المقاربة  
الجشطالية

يعتبر الشفاء على أنه يحدث في الاجتماع/ اللقاء. لذلك، فإن العلاقة هي عامل تغيير نشط في علاج الجشطالت. من الناحية العملية، كان بيرلز أكثر مشاركة في إظهار مبادئ الجشطالت الأساسية من خلال التدخلات النشطة أكثر من ارتباطه مع مرور الوقت بمخاوف عميله. وهكذا اختلفت ممارسته إلى حد ما عن نظريته. ومع ذلك، فإن بعض فروع مقاربة الجشطالت (يونتاف Yontef ، 1969) ، تعمل في الغالب مع (انا-انت) ، هنا والآن ، والاتصال بين العميل والمعالج.

إن الاتصال الحقيقي هو المبدأ الرئيسي للارتباط في مقاربة الجشطالت.

ويعنى الاتصال بشكل أساسي أن العميل حاضر تمامًا ومنخرط بطريقة متطابقة في كل ما يحدث في الوقت الحالي. عندما يتم قطع هذا الاتصال مع الذات أو المعالج من قبل العميل، يحاول المعالج إيصال [حدث] فك الارتباط هذا إلى وعي العميل من خلال الاستفسار عما حدث عند نقطة الانقطاع. يعتقد معالجو الجشطالت أنه في نهاية المطاف لا يمكن [للشخص] التعرف على تفرد حقا إلا في سياق علاقة حقيقية. لذا يسعى المعالج إلى الاتصال الحقيقي للقاء حقيقي. لا يتم وصف كيفية القيام بذلك تقنياً بشكل كامل بخلاف التأكيد على أن المعالج يحتاج إلى أن يكون أصلياً authentic. ومع ذلك، لا تعني الأصالة المبالغة مع العملاء بالكشف عن الذات self-disclosure أو الأمانة دون مراعاة احتياجاتهم أو استعدادهم الشخصي.

يعتبر الوجوديون أن علاقة حقيقية بين العميل والمعالج هي عنصر حاسم في العلاج. ومن الصعب تعريف / تحديد العلاقة لأنها نوع أساسي من الوجود being في العلاج. وقد شدد ماي على "الحضور" من جانب المعالج، الذي يجب أن يكون حاضراً بشكل كامل والسعي من أجل لقاء انساني حقيقي authentic مع العميل.

العلاقة من منظور  
المقاربة الوجودية  
عنصر حاسم في  
العلاج

إذن، فالعلاج النفسي هو أولاً وقبل كل شيء شكل فريد من أشكال التواجد معاً، حيث يكون "التواجد مع العميل" مكوناً أساسياً (كرايغ Craig، 1986، موستاكاس Moustakas 1986). بالنسبة إلى ماي وبالوم، فهي علاقة مباشرة وغير رسمية [بين طرفين] متساويين يتم فيها استخدام الأسماء الأولى (إشارة إلى التكافؤ الانساني في العلاقة)، وللمعالجين الحرية في مشاركة مشاعرهم. إنهم ينظرون إلى هذا اللقاء الحقيقي الأصيل كعامل تغيير في حد ذاته. تجربة العلاقة هي مثال على نوع من الحميمية التي يمكن للعميل أن يتعلم من خلالها كيف يتم الوفاء بها (بالوم، 1981).

ومع ذلك، فإن طبيعة العلاقة الحقيقية تختلف تماماً عن العلاقة التي تركز على العميل. غالباً ما يكون المعالج مواجهاً confrontational وأحياناً تفسيرياً، ولكن من المهم ملاحظة أنه ليست الأهداف الأساسية للشخص هي المقصودة بالمواجهة. فهذه معترف بها ومحترمة. إنها الاعباء blocks وتجنبها والعقبات الأخرى التي يدركها العميل تجاه هذه الأهداف هي التي يتم تحديدها وتفسيرها. ينصب تركيز المعالج على ما يمنع الشخص من تحقيق هذه الأهداف. لكن فرانكل (1963) والمعالجين الوجوديين الآخرين، يتحدون أحياناً حتى أهداف العميل المعلنة من موقع الخبير.