

العلاج الجشتالتي

(قراءة تقييمية في ضوء محكات الفعالية).

د/ يوسف عدوان

جامعة باتنة (الجزائر)

ملخص:

في هذه المساهمة حاول الباحث أن يقدم تعريفاً وجيزاً عن تخصص حديث نسبياً من تخصصات العلاج النفسي يعرف باسم العلاج النفسي الجشتالتي. هذا العلاج الذي لبث مغموراً في غيابات الفلسفة الطواهرية، ثم سرعان ما انبثق من تلك الأعماق على أيدي بعض رواد الفلسفة الوجودية، و من ثم حاول أن يدعيه بعض المحللين النفسانيين المحدثين، ثم هو أخيراً قد أصبح اليوم أكثر تحديداً و انتظاماً من بين كثير من أشكال العلاج النفسي الأخرى.

لقد كان نمو وتطور هذا التخصص العلاجي في بداياته على يد أطباء عقليين ثم شهد اهتماماً متزايداً بعد ذلك من طرف بعض علماء النفس، وكل ذلك مما ساعده على أن يتخلص من كثير من الغموض الذي ظلّ يكتنفه. وفي السنوات الأخيرة تميّز هذا الميدان العلاجي بانتصارات مذهلة في مجالات علم النفس المرضي وعلم نفس الشخصية، و أصبح مشهوداً له بالنجاعة والفعالية والقدرة على تجاوز كثير من العراقيل التي واجهته، و هو ما أهله لئن يتبوأ مكانة مرموقة عن جدارة واستحقاق.

ومن جهة أخرى، لقد أصبح لهذا التخصص العلاجي النفسي أخلاقيات مهنية دقيقة أرسى قواعدها (نارنجو)، وهو مجهز بأليات عمل أبدعت في تقديمها (ج. فاجان)، كما أن (لفيتسكي) قد استوعب؛ إذ قام بتحديد مبادئ و قواعد وتقنيات الممارسة المتضمنة فيه، كلّ ذلك يوجب على كلّ المختصين والمهتمين سواء على مستوى الممارسة المهنية أم التكوين والتأهيل أن يستفيدوا منه و ألا يستغنوا عنه في أيّ حال من الأحوال.

إنّ العلاج النفسي الجشتالتي أصبح اليوم أكثر شعبية، و هو ما فتىّ يزداد انتشاراً وما فتئت مصداقيته تتأكد يوماً بعد يوم. و لعلّ هذه المساهمة أن تدفع نحو الاهتمام به أكثر.

Sommaire:

Dans la présente contribution, l'auteur tente de dévoiler et de cerner un domaine d'une nouvelle discipline psychothérapeutique fascinante et en pleine progression baptisée et nommée gestalt-psychothérapie. Submergée dans les gouffres de la phénoménologie, élevée par des pionniers de l'existentialisme, revendiquée par des fondateurs de la néo-psychanalyse, cette discipline devient désormais plus organisée dans l'amalgame d'un monde extravagant de la psychothérapie.

Enfin, adoptée par un père encore modeste mais ambitieux; la psychologie, une mère vieille mais encore brillante; la psychiatrie, la gestalt-psychothérapie a pu faire dissiper l'ambiguïté dont elle été longtemps lutter pour se libérer. Depuis les dernières décennies, cette discipline a été témoinnée par des succès excentriques, car elle a abouti à conquérir des méandres abrupts de la psychopathologie, et elle a encore pu bien s'orienter dans des sentiers sans issus de la science de la personnalité.

Actuellement, dotée d'un arsenal immense de techniques thérapeutiques individuelles et de groupes, tout les professionnels trébuchants en plein tohu-bohu doivent en y avoir inspirer dans leurs pratiques, toute formation ébranlée de repères doit en s'y pencher, et cela d'emblée est devenu une nécessité extrême.

Fournie d'une déontologie bien entamée de (Narango), munie de taches bien précises de (Fagan. J), siégée de règles et de jeux pittoresques de (Levitsky), la gestalt-psychothérapie est aujourd'hui incontestablement crédible.

مقدمة: من المعروف أنّ أي نشاط في مجال العلاج النفسي ينطلق من فلسفة نظرية عن الشخصية وطبيعة مكوناتها وطرق اعتلالها واضطرابها (القذافي، 1997، ص 141). و كما هو معلوم، فإنّ كل نظرية تنطلق من معطيات تنظر إليها على أنّها أولى. و هكذا نجد علم النفس الكلاسيكي قد انطلق من الإحساسات الأولية أو من استعادتها، من أجل أن

يقيم منها، سواء عن طريق آلية الترابط أم عن طريق عمليات العقل التأليفية، أشياء أو وقائع منتظمة بدرجة أو أخرى. كما نجد أن نظرية الجشتالت تنطلق من الجشلتات أو البنيات بوصفها معطيات أولى، فهي لا تعترف بمادة خالية من الصيغة؛ أي أنه لا توجد مادة من غير صيغة (جيبوم، 1963، ص34). وترتبط كلمة جشنتالت (Gestalt) (الشكل أو الصيغة) بذلك المبدأ العام الذي أعلنت عنه المدرسة الجشنتالية الألمانية، تلك المدرسة التي يتزعمها (كوفكا) (Koffka) و (كوهرلر) و (فرتهايمر) (Wertheimer) (1912)، هذا المبدأ الذي ينص على أن "الوحدة الكلية للسلوك البشري هي شيء أكبر من مجرد مجموع جميع أجزاء السلوك"، و تذكرنا فكرة العلاج الجشنتالي، في هذا الإطار، بذلك المبدأ العام لدى هذه المدرسة (خير الزرّاد، 1984، ص54).

و استنادا إلى ذلك، يجب على المعالج أن يعتمد في ممارساته المهنية على أسس وأفكار عن الشخصية، وأنماط السلوك، ومظاهر السواء وعدم السواء، وكيفية حدوث التوافق أو عدم التوافق، والصحة النفسية، وغيرها. غير أنه من الملاحظ في هذا المجال، أنه غالبا ما تركّز نظريات الشخصية على الجوانب السلبية بسبب أن المهتمين بهذا المجال والرواد الذين اشتغلوا فيه كانوا، في معظم الأحوال، من الأطباء الذين اتجهوا، بحكم عملهم وخبرتهم المهنية، إلى التركيز على الجوانب المرضية، وعلى العلل والأمراض المختلفة. وقد نتج عن ذلك ظهور قوتين في مجال علم النفس العلاجي كانتا تمثلان مركز الثقل، رغم اختلافهما في النظرة إلى الإنسان وطبيعته، وفي أسباب اعتلال صحته النفسية، وفي أساليب ووسائل العلاج لدى كل منهما، وهما مدرسة التحليل النفسي، والمدرسة السلوكية. ونتيجة لعدم رضى فئة من المشغولين في مجال علم النفس العلاجي عن اتجاهات المدرستين سالفتي الذكر، فقد ظهر في ميدان علم النفس ما سمي "القوة الثالثة" أو المذهب الإنساني ليقيف بين مذهب التحليل النفسي من جهة، والنظرية السلوكية من جهة أخرى، ثمّمن أجل الاهتمام بالإنسان كإنسان، وعدم النظر إليه على أنه جملة من الأعراض، أو مجرد آلة معرضة لوسائل الاستثارة والانطفاء (القذافي، 1997، ص141-142).

وتعتبر النظرية التي تتخذ من "الهيئة" أو الشكل (Gestalten) (باللغة الألمانية) محورا لفلسفتها (الدباغ، 1980، ص58)، من جملة الاتجاهات داخل هذه القوة الثالثة (القذافي، 1997، ص142). و تعود جذور نظرية الجشنتالت إلى عام (1890) حين نشر (فون إهرنفلز) (Von Ehrenfels)، وهو عالم نفس من فيينا، مقالا عن سيكولوجية خصائص الجشنتالت، ولكنه لم يسترع الانتباه أول الأمر، إلا أن رواد نظرية الجشنتالت كشفوا عنه فيما بعد و تبّوه (جيبوم، 1963، ص27).

و تجدر الإشارة في هذا الصدد، إلى أن علم نفس الجشنتالت كان في أصله رد فعل ضدّ تصوّر السلوكيين للسلوك، وخصوصا السلوك الإدراكي، باعتباره يتكوّن من قطعات ذرّاتية (خير الزرّاد، 1984، ص54). و عندما ظهرت الجشنتالت في ألمانيا ثمّ انتقل مؤسسوها بعد ذلك إلى أمريكا، في ثلاثينات القرن الماضي كانت نظرية في علم النفس، و لم يقصد مؤسسوها في حينها التطرّق إلى المرض النفسي و علاجه، بل كانوا منهمكين في دراسة كيفية إدراك الإنسان للمواقف و الأشياء و تعلّمها كمجموعة و شكل و خلفية و ليس كأجزاء متفرقة؛ أي عكس النظرية التركيبية - الجزيئية - عند (فوننت) (Wundt) (الدباغ، 1980، ص58). و لقد بدأ الطبيب و المحلّل النفسي الألماني (فريدريك سالومون بيرلز) (Friedrich Salomon Perls) الذي اشتهر باسم (فريتز بيرلز) (Fritz Perls) (زهران، 2016، ص01)، العلاج الجشنتالي مستندا في ذلك إلى نظرية الجشنتالت في علم النفس (الدباغ، 1980، ص58).

و قد ساهم كل من (لورا) (Laura) زوجة (بيرلز) و (بول جودمان) (Paul Goodman) و (رالف هيفرلاين) (Ralph Hefferline) و غيرهم في نموّ هذا النوع من العلاج النفسي (زهران، 2016، ص01). و يعود ظهور تعبير العلاج الجشنتالي تحديدا، و لأول مرة، إلى عنوان كتاب ألفه كل من (فريدريك بيرلز) و (رالف هيفرلاين) و (بول جودمان) و الذي نشر عام (1951) (فطيم، 1993، ص145) و هو أشهر الكتب في هذا المجال. ومهما يكن

الأمر، فإنّ فضل التأسيس الأول لهذه الطريقة من العلاج يعود إلى (فريدريك بيرلز) الذي درس في معهدي (فيينا) و (برلين) للتحليل النفسي، ثمّ هاجر عام (1940) إلى جنوب إفريقيا، وبدأ في مراجعة أفكار (فرويد) وتعديلها وتطويرها. وبعد الحرب العالمية الثانية انتقل (بيرلز) إلى نيويورك، و أنشأ عيادته الخاصة هناك. وقبيل وفاته عام (1970) كان قد انتقل إلى كندا لإدارة حلقة المناقشات في طريقته (خير الزرّاد، 1984، ب، ص 200).

و الملاحظ أنّه طالما اعتقد الباحثون أنّ هذا العلاج يعتمد على نظرية الجشالت في الإدراك و الإستبصار، إلا أنّه عندما اطلع هؤلاء الباحثون و المنتبّهون من أهل الاختصاص على هذا الأسلوب الجديد في العلاج النفسي اتّضح أنّه اعتمد على عدد من الروافد، و ليس على نظرية الجشالت وحدها، و من ذلك بعض الديانات، و بعض الطرق العلاجية الأخرى كالتحليل النفسي، و بعض الفلسفات السائدة في ذلك العصر مثل الفلسفة الوجودية و الفلسفة الجدلية، و علم النفس الإنساني. و هذا ما يميّز العلاج الجشالت عن غيره من الطرق العلاجية الأخرى؛ إذ أنّه علاج منفتح يجمع بين الكثير من الطرق العلاجية المختلفة (زهران، 2016، ص 01). و في هذا الخصوص، يمكن ملاحظة أنّ جذور العلاج الجشالت في الأصل إلى عدّة مصادر تتمثّل في:

1- نظرية التحليل النفسي؛ حيث كان (بيرلز) في الأصل تحليلي التدرّيب ثمّ تنكّر له بعد ذلك، و عمل على تخطّي التحليل النفسي وإلغائه.

2- الفينومولوجية و الوجودية و علم الطباع التحليلي.

3- علم نفس الشكل (الجشالت)، ولكن هنا، في حين يركّز العلم على الإدراك و المعرفة، فإنّ العلاج يركّز على الحياة العاطفية لكل فرد.

4- التحليل الطباعي الذي أسّسه (رايخ) ثمّ تحوّل عنه إلى العلاج الحيوي الوظيفي فيما بعد، وهنا نلاحظ أنّ المنهج العضوي الوظيفي الذي طمس الهوة بين العقل و الجسم يتجلّى بوضوح في التفكير الجشالت، و خصوصا في بعض المفاهيم الأساسية مثل: الاحتكاك بين العضوية و المحيط.

5- علم النفس التحليلي الذي أسّسه (يونج)، و خصوصا فيما يتعلّق بتفسير الأحلام (أسعد، 1991، ص 154).

و لئن كان العلاج الجشالت يستمدّ أصوله من كلّ تلك المصادر، فإنّه علاوة على ذلك، يرتبط أيضا بحركة جماعة المواجهة Encouter Group التي تعود إلى فترة الستينيات حتى أوائل السبعينيات من القرن الماضي (كولز، 2011، ص 531). كما تجدر الإشارة على وجه الخصوص، إلى أنّ الأسلوب المجازي التأويلي الشخصي أو الإغرائي أو أسلوب الأعراض و المظاهر المرضية المدركة من قبل المريض، كان قد انبثق عن النظرية الظاهرياتيّة أو نظرية الحدث أو الموضوع المدرك (بيرمان، 2004، ص 21)، و منه أيضا، تطوّرت طريقة العلاج الجشالت.

و لقد أوجز (رابستوف) (Rapstoff) كلامه عن العلاج الجشالت في أنّه اتّجاه تتبّع نحو الحياة يهتمّ بـ (أنا و أنت) و (نحن) من خلال خبرات (هنا) و (الآن) مع الأخذ في الاعتبار عمليّة النضج، و التأكيد على حقيقة الأشياء من خلال الإدراك و الوعي (Rapstoff, 2006, p17). كما أشار (ستريومفل) (Struempfel) و (جولدمان) (Gold Man) من جهة أخرى، إلى أنّ العلاج الجشالت يتعامل مع الاضطرابات المختلفة عند الأشخاص من خلال السلوكات المضطربة لديهم (زهران، 2016، ص 01). و يوضّح بعض آخر أنّ العلاج الجشالت يركّز على عملية الاتّصال الإنساني، ووعي الفرد؛ حيث يوكّد (بيرلز) أنّ أهمّ فنيّة تستخدم في العلاج الجشالت هي إقامة متّصل ووعي؛ حيث يكون الشخص المضطرب مدركا لكلّ ما يدور حوله حتى يستطيع أن يعدّل من سلوكياته المضطربة من خلال مساعدة الشخص المعالج (الطيب، 1989، ص 60). وكذلك أوضّح (أنسل) (Ansel. L) من جهته، أنّ العلاج الجشالت يهدف إلى تسهيل تحرّك المتعالج من الاعتماد على البيئة إلى الاعتماد على الذات، و مساعدته على النموّ و تحقيق الذات، و تفاعل الشخصية، و تحمّل مسؤولية أفعاله (Ansel, 2005, p17).

و هكذا يمكن القول، إن التركيز في العلاج الجشتالتي ينصبّ على الخبرة الراهنة وعلى الوعي الحالي بالمشاعر والسلوك حيث يحلّ "اتصال" being in touch الفرد بمشاعره ووعيه بها محلّ البحث عن أصل السلوك؛ إذ تظهر المشكلات الوجودية من خلال الفشل في إيجاد معنى للحياة الأمر الذي نشأ نتيجة إطار الواقع التكنولوجي الذي يفصل الناس عن أنفسهم وعن بعضهم بعضاً فقد طغت الحواسيب و بطاقات الائتمان "اللاواقعية" على المعنى الحقيقي للحياة، والذي لا يمكن إيجاده إلا من خلال الإحساس المباشر بالمشاعر، ومن هنا يحاول العلاج الجشتالتي إعادة إحياء التوازن الملائم لدى الفرد (ترول، 2007، ص 601).

إشكالية الفعالية في العلاج الجشتالتي: يكتنف موضوع تحديد فعالية العلاج الجشتالتي تعقيدات كثيرة ترتبط بمختلف جوانب هذا العلاج. و من تلك الجوانب طبيعة هذا العلاج في حدّ ذاتها؛ حيث يعتبر بعض المختصين أنّ العلاج الجشتالتي يمثلّ منحى إنسانياً يؤكّد على الطبيعة الكلية للفرد، لا على التجزئة التحليلية للعلاجات النفسية التحليلية (كولز، 2011، ص 531). و معنى هذا، أنّ العلاج الجشتالتي ينظر إلى النفس البشرية أو الشخصية الإنسانية الواحدة على اعتبار أنّها كلّ مكونات تلك الشخصية متفاعلة، و على أنّ الكلّ لا يساوي مجموع الأجزاء حسابياً، و أنّ دراسة هذه الشخصية و سلوكها يتمّ بصورة أدقّ لو محصناها بمنظور خلفيتها و مجموعتها التي تنتمي إليها؛ إذ لا يمكن فصل الإنسان عن خلفياته، كما أنّ نظرتنا إليه و تعاملنا معه يجب أن يكون على أساس الإنسان المتكامل و ليس على أساس الإنسان مجموع كذا و كذا من الأجزاء و التراكيب (الدباغ، 1980، ص 59).

و من تلك الجوانب أيضاً، الطريقة العلاجية؛ إذ يحدث خلال العلاج الجشتالتي أن يقوم العملاء بتوضيح فكرهم، يكتشفون معتقداتهم، و يضعون معنى للخبرات التي يعيدونها في حياتهم الحاضرة مرّة أخرى أثناء العلاج. و عن طريق المقابلة تبدو الأساليب التي يتبعها العميل، والتي تؤدّي إلى تجميد حركته و إلى إصابته بالإحباط واضحة، ممّا يؤدّي إلى مساعدته مرّة أخرى في اكتشاف الخبرات التي لم يستطع التعبير عنها من قبل و تشجيعه على استخدام وسائل أخرى للتعبير عنها (القذافي، 1997، ص 142). و يعتمد ذلك على مبدأ أنّ التعامل الإنساني، و اعتبار المريض وحدة و مجموعاً Whole، يمهدّ للمعالج الجشتالتي حلّ مشاكل هذا المريض الآنية الواقعية من خلال السماح له بالتعبير عنها، ليس بالكلام وحده، بل بالحركة و الفعالية و الحماس و بأيّ تعبير انفعالي قد يقرب من حالة الهستيريا، و هو ضمن الجماعة و أمام المعالج. فالعلاج الجشتالتي جماعي لوجود بضعة أفراد مشتركين في الجلسات. و لكنّه يختلف عن العلاج الجماعي الاعتيادي من حيث أنّ المعالج يتفرّغ لكلّ مريض في المجموعة على حدة و يوزّع وقته عليهم في الجلسة المشتركة الواحدة، و لا يعلّق المعالج على أقوال و أفعال المريض بما يدلّ على اللوم أو إدخال الشعور بالإثم، كما أنّ التحويل النفسي في العلاج الجشتالتي يكون ضئيلاً؛ إذ أنّ عنصر الكلام محدود و عنصر الوعي و الإدراك و الإنتباه أكثر منه، و في نفس السياق، يعتبر الكبت بالنسبة للجشتالت مغالطة؛ و قد قال (أليس) في هذا الخصوص: "نحن لا نكبت الحاجة بل التعبير عن الحاجة" (الدباغ، 1980، ص 59-60). و يهتمّ العلاج وفق هذا المبدأ، علاوة على ذلك، بالتأكيد على الاتجاهات الإيجابية و أهداف الحياة من خلال مساعدة العميل على التعبير عن مشاعره الحاضرة لشخص آخر هو المعالج (القذافي، 1997، ص 142)، إلّا أنّ الجشتالتيون لا يضعون أهمية على دور المعالج كمعلّم؛ و إنّما يكون التركيز على تسهيل عملية اكتشاف العميل لذاته، و على عملية التعلّم. و يبدو أنّ العملاء قادرين على اكتشاف الذات، و بنفس الوقت يستفيدون من التعليم المناسب الذي يقوم به المعالج. و الممارسة الجشتالتيّة المعاصرة تضع قيمة عالية على الاتّصال و على الحوار بين المعالج و العميل.

و حتى تكون الجشتالتيّة فعّالة، على المعالج أن يتمتّع بمستوى عال من النموّ الشخصي (كوراي، 2011، ص 300)، كما عليه أن يلزم بالمهامّ المنوطة به في هذا الخصوص. و قد قامت (جين فاجان) (Fagan.J) بوصف هذه المهامّ في عدّة خطوات على المعالج النفسي الجشتالتي أن يقوم أو أن يتحلّى بها، وهي على العموم تتمثّل في:

- 1- التصنيف أو التشخيص، من خلال جمع كل المعلومات والأدلة على أعراض المريض وظروفه وتاريخه المرضي وظروفه الراهنة من أجل تصنيف أو تشخيص حالته.
- 2- الضبط أو التحكم، وإقناع المريض بوجوب إتباع طريقة العلاج. يقول(Whitaker): "إنّ العلاج بداية معركة حول من يتولّى السيطرة".
- 3- الكفاءة و القدرة على تغيير السلوك المرضي، و التعجيل في سرعة العلاج و تقديم المساعدات اللازمة للمريض، و تحديد الوظائف الإيجابية المتوقعة، و إيجاد أفضل الوسائل للاتصال، و الحدّ من عوامل التشتت إلى أقصى حدّ ممكن.
- 4- إنسانية المعالج؛ حيث على المعالج أن يشارك المريض مشاركة وجدانية، و أن يكون مثالا يقتدي به المريض، فإذا لاحظ المعالج أنّ المريض يفترق إلى أب حنون، فعليه أن يلعب دور الأب الحنون.
- 5- و أخير، على المعالج أن يكرّس حياته للعلاج و للمرض و للبحث العلمي في البحث و العلاج(الغيسوي، 1984، ص268-269).

ومن ذلك كذلك، موضوع التركيز في العلاج الجشالتني؛ حيث نجد أنّ هذا العلاج يركّز على أربعة جوانب هي: الوعي، و الإدراك، و خبرات، و حاجات الشخص المضطرب، و ذلك لإعادة بدء العملية الطبيعية في الوعي و الشعور (Ansel, 2005, p17). فهذا الاتجاه العلاجي يركّز على الفرد بخبراته، و هو يسعى، استنادا إلى هذا، نحو تحقيق متّصل و عي Continuum Of Awareness لدى الشخص المضطرب عن طريق التركيز على مساعدته لينمو و ينضج عبر تنمية المسؤولية الشخصية، و الإحساس بالوجود الحقيقي، انطلاقا من معاشته جميع خبراته و انفعالاته، حتى يصبح واعيا بما يمكن تجنّبه و كبتّه(زهران، 2016، ص01). و يولي العلاج الجشالتني مسألة التركيز على الوعي و الشعور أهميّة خاصة، و لا يعني الوعي هنا مجرد التفكير على المستوى العقلي أو الذهني فقط، ولكن يتّسع ليشمل الشعور و الإحساس، و الانفعالات، و الحركات، و هيئة الجسم، و توتر العضلات، و تعبيرات الوجه، كما يشمل أيضا تقبّل الوسط البيئي المحيط بالعمل؛ ذلك أنّه لا أحد يستطيع أن يعمل بشكل جيّد دون أن يلمّ بما يدور حوله، و يعرف ما يريد، و بماذا يشعر، و ماذا يفعل في اللحظة الحاضرة؟ و لا يحدث ذلك إلا في حالة تمتّعه بحريّة الاختيار. أمّا في حالة عدم قدرته على ممارسة حريّة الاختيار، فعادة ما يلجأ إلى استخدام عاداته القديمة و أساليب كفّ السلوك التي تعيق تقدّمه. ووفقا لهذا الاتجاه، فإنّ الوعي يعني الصّحة النفسية و الشخصية الفاعلة، و في هذا المعنى يقول(بيرلز): " إذا ما استطاع الإنسان أن يصبح واعيا بنفسه في كلّ لحظة بشكل فعلي، و واعيا بأفعاله على أيّ مستوى كان(خياليا أم لغويا أم عضويا)، فسوف يكتشف أنّه هو نفسه مصدر المشاكل التي يعاني منها. و على ذلك يتمكّن من إيجاد حلول لها في الوقت الحاضر؛ أي في الزمان و المكان الحاليين. و يتّضح من ذلك أنّ الوعي هو مفتاح الصّحة النفسية، وأنّ مساعدة العميل على الوصول إليه و تحقيقه هو أهمّ عامل في العلاج(القدافي، 1997، ص142-143).

و لعلّ من الجوانب الكبرى التي تزيد قضيّة تحديد فعالية العلاج الجشالتني، ما يعرف في هذا الخصوص باسم: الأحكام الأخلاقية(أي قواعد حياة المريض). و يعتبر عالم النفس الجشالتني(نارانجو)(Naranjo)أول من كتب في هذا الموضوع و قام بوصف تلك القواعد أو الأخلاقيات؛ حيث حدّد لها(20) بندا، و يفضلّ هو شخصيا تلخيصها في ثلاث مبادئ رئيسية هي:

المبدأ الأول: إعطاء قيمة للواقعية أو العملية Actuality.

المبدأ الثاني: إعطاء قيمة للإدراك و الوعي و لقبول الخبرة الحيّة المباشرة.

المبدأ الثالث: إعطاء قيمة لفكرة الكليّة و تحمّل المسؤولية(غانم، د.س، ص120).

و يبدو أنّ أعقد ما يمكن مواجهته في تحديد فعالية العلاج الجشالتني هو التقنيات العلاجية التي يتّخدمها؛ و لما كان موضوع التركيز في هذا العلاج هو الوعي، و أنّ كلّ شخص من العاديين يعاني من بعض القصور في الوعي،

فإنّ النصف الأول من العلاج الجشثالتي يتكوّن من تدريبات تساعد على تنمية الوعي بوظيفة الشخص ككائن حيّ والوعي بوظيفته كإنسان. والمجموعة الأولى من التدريبات موجّهة لجميع الناس وتهدف إلى تحقيق التواصل مع البيئة؛ وذلك بأن يصبح الشخص واعيا بالمشاعر الحالية وبالقوى المعارضة للإحساسات، وبأن يكون منبهاً ومهتمّاً، وبأن يكون قادراً على التفرقة والتمييز، وعلى الضمّ أو التصنيف. ثمّ تنمية الوعي بالذات من خلال التذكّر وشحذ الحسّ البدني، وأن يخبر أو يجرب استمرارية الانفعال، والاستماع لحديث النفس أو الكلام الذاتي، وأن يقيم تكاملاً للوعي. وأخيراً، توجيه الوعي، وذلك بتغيير حالة الاندماج مع البيئة، وعدم وجود حدود فاصلة بين الذات وبينها إلى حالة اتّصال واضحة الحدود، وتغيير القلق إلى لون من الإثارة. وهناك مجموعة أخرى من التدريبات تتعامل مع العمليّات المزمّنة من الاضطرابات لدى الكائن، وهي موجّهة نحو تغيير عمليّات الاضطراب من خلال تغيير عمليّة الانكفاء على الذات Retroflection، وذلك بالبحث عن السلوك الموجّه توجيهها خاطئاً وتحريك العضلات وإدارة السلوك المعاكس للسلوك الخاطئ. وبعده تغيير عمليّة الإسقاط الداخلي بإسقاط داخلي Introjection آخر يأكل ويطرد أو يزيح ويهضم الأشياء المسقطة على الذات، وفي الأخير، تغيير الإسقاط الخارجي Projection باكتشاف هذه الإسقاطات وتمثّلها واستيعابها، وهذه التدريبات هي مظاهر العلاج. وأحد الأسباب لغياب المناقشة المنظّمة للتقنيات العلاجية هنا، هو بلا شكّ التأكيد على الطرق المتفرّدة التي يحاول بها مختلف المرضى تناول البيئة أو التعامل بها معها (والتعامل بها كذلك مع المعالج) للحصول على دعم بيئي، ونتيجة لذلك، فإنّ العلاج عملية ارتجالية تتطور حسب الحاجة، وتتوّج الطرق مع كلّ حالة، وقد تختلف التقنيات التي تبتكر لمواجهة كلّ موقف في كلّ جلسة؛ فأيّ شيء يصلح طالما يساعد على تنمية وعي الحالة. ولا يزال هناك بعض الاتّساق بين المعالجين مع اختلافهم في الطرق وفي النمط، فالعلاج الجشثالتي يؤدّى بطرق كثيرة بعدد المعالجين الجشثالتيين. ومع ذلك فلا يزال هناك بعض الاتّساق العامّ في التقنيات، وإن كانت ليست معايير عامّة؛ فالتركيز هو على تنمية وعي الحالة بالآن وهنا. و التقنيات يشار إليها في الغالب كتجارب في الوعي الموجّه. ومعظم- إن لم يكن كلّ- العلاج الجشثالتي يحدث في جماعة سواء أكانت على صورة ورشة العمل التي طورها (بيرلز)، والتي يعمل فيها المعالج عادة مع فرد في جلسة جماعية، أو على الصورة التقليدية للعلاج الجمعي والذي فيه يركّز المعالج على فرد واحد في الجلسة أو المرّة الواحدة ضمن مجموعة. وفي مقدّمة كتابه لسنة (1969) (الأنا، الجوع، العدوان) أوضح (بيرلز) رأيه في أنّ العلاج الفردي الذي يستغرق زمناً طويلاً قد هجر وأهمل فيما عدا بعض الجلسات الفردية التي تعتبر استثناء لا قاعدة؛ فالصورة الجماعية للعلاج أدّت إلى تطوير التقنيات التي تسمّى بالمباريات (باترسون، 1990، ص348-349). وتشمل هذه المباريات جملة من القواعد والألعاب في العلاج الجشثالتي جمعت ونظّمت من طرف (ليفيتسكي) (Levitsky) و (بيرلز)، وتتضمّن القواعد المبدأ الخاصّ بالآن (مع استخدام الفعل المضارع)، و (الضمير أنا) و (الضمير أنت)، مخاطباً الشخص الآخر مباشرة بدلاً من الحديث عنه إلى المعالج)، و (يستخدم الضمير "هو" بدلاً من الضمير "أنا" عند الحديث عن البدن والأعمال البدنية والسلوك البدني)، و يستخدم الوعي (مع التركيز على كيف؟ وما؟ الخاصّة بالخبرة أكثر من التركيز على لماذا؟) فلا اغتياح للأشخاص (فيخاطب الشخص مواجهة حينما يكون حاضراً بدلاً من الخوض في الكلام عنه وهو غائب). ويطلب من المريض أن يحوّل الأسئلة إلى عبارات توضيحية. والألعاب بصفة رئيسية هي تقنيات تستخدم في جماعات، وهي محدّدة أو موضوع لها تعريفات خاصّة، كما هو معروف في هذا المجال (باترسون، 1990، ص359-360).

و بناء على ما سبق، يتّضح مدى صعوبة تناول مختلف مفاهيم العلاج الجشثالتي و معالجتها عمليّاً من أجل التحقّق الإجرائي من منطلقاتها، سواء من حيث التنظير أم من حيث المفاهيم التي ترتبط به أم من حيث دعائم تفسير السلوك المضطرب أم من حيث التقنيات العلاجية المعتمدة، وهكذا. و هنا يتبادر إلى الذهن سؤال وجيه تجدر الإجابة عليه بشكل دقيق، و هو: هل يمكن فعلاً اعتبار العلاج الجشثالتي علاجاً فعّالاً و ناجحاً؟ و هل تلك الفعالية يمكن تبريرها

علميا وفق ضوابط محددة؟ إنه حتى يتم توضيح مثل تلك الفعالية، ينبغي تناولها في ضوء مجموعة من المحكّات المعتمدة في هذا الخصوص.

محكّات الفعالية العلاجية: يشير (كازدين) (Kazdin) إلى أنه يمكننا في الواقع، أن نحدّد أكثر من مائتي تقنية علاجية مختلفة تستخدم في الممارسات الإكلينيكية. و يمكن استخدام هذه العلاجات ككلّ بشكل جيّد، كما يمكن أن تأتي بنتائج طيبة، إلا أنّ بعضها فقط هو الذي تكون نتائجه معقولة. كما أنّ العديد منها يحتكم إلى الفطرة السليمة أو الحكم على الأمور بصورة صائبة؛ إذ نجد مثلا أنّ الأفراد ذوي المشكلات السلوكية يتسمون بالغضب و يحتاجون إلى التحدّث عن مشاعرهم. و لكنّ الحقيقة المؤكّدة هي أنه لا توجد نتائج أو أدلة كافية تؤكّد فعالية معظم أنواع العلاجات المستخدمة. و بذلك نلاحظ أن السؤال الأساسي الذي يتعلّق بذلك العدد الهائل من العلاجات المتاحة يتمثّل في أساليب تحديد أيّ نوع من هذه العلاجات يعتبر على أنه هو الذي سيعطي النتائج المرجوة (كازدين، 2000، ص1156-157). و لكي يتمّ التمييز بين هذا العدد من الأساليب العلاجية من المفيد أن نستند إلى محكّات معيّنة يتمّ في ضوئها تحديد أيّ أسلوب من هذه الأساليب العلاجية يمكن أن يأتي بالنتائج المرجوة، و من ثمّ يعدّ على أنه أسلوب واعد و فعّال في هذا المجال. و في هذا الإطار يتمّ الاحتكام إلى العديد من المحكّات لتعيين أو تحديد، و من ثمّ اختيار تلك الأساليب العلاجية (كازدين، 2000، ص157).

1- المحكّ المفاهيمي: يحتكم هذا المحكّ إلى إطار نظري يتعلّق بالآلية أو الآليات التي تسهم من الناحية الإكلينيكية في حدوث اختلال الأداء الوظيفي كآليات النفسية الداخلية أو تلك المكتوبات التي توجد داخل الأسرة (كازدين، 2000، ص161). و معنى ذلك أنّ هذا المحكّ يتطلّب أن يكون للعلاج منطق نظري معيّن يستند عليه و يحدّد من خلاله كيف يحدث اختلال الأداء الوظيفي، و الذي يتمثّل هنا في الاضطراب النفسي أو السلوكي، و كيف يتناول الأسلوب العلاجي هذا الاختلال في الأداء الوظيفي. و هنا نجد الميكانيزمات التي تؤدّي إلى الاضطراب السلوكي و تلك التي تؤدّي إلى التغيّر الناتج عن العلاج تعدّ مطلوبة و ذات أهمية في ضوء هذا المحكّ (كازدين، 2000، ص162).

و عند النظر إلى العلاج الجشّالتي في ضوء هذا المحكّ، نجده ينظر إلى الشخصية على أنها نتاج عملية من التكوين و التدمير المتصلين للوحدات الكلية المدركة. و نجد أنّ نظرية العلاج الجشّالتي تسلّم بأنّ إدراكات الفرد هي التي تحكم سلوكه، أو بالأحرى إنّ الفرد يحكم سلوكه استنادا إلى إدراكاته. وهي تضيف إلى هذا المفهوم مفهوما آخر هو انتظام هذه الإدراكات، و وحدتها الكلية، أو بمعنى آخر تجشّتها Gestaltness؛ حيث إنّ هذه النظرية تذهب إلى أنّ هدف الكائن البشري هو أن يضطلع بشكل مكتمل و دقيق بتنظيم جشّتالته، و لكي يبلغ إلى ذلك، فإنّه يحتاج إلى أن يكون على اكتمال من الوعي بذاته و بالآخرين ما أمكن. و الوعي بالآخرين و بالبيئة هو تماما كالوعي المليء و غير المحدود بالذات، الحياة تعاش في الحاضر، و اللحظة الحاضرة هي مركز الوجود. و (بيرلز) يميّز بين مفهومه عن الحياة و بين آراء بعض الفلاسفات من قبيل ما يسمّيه هو بالعنبة Aboutism؛ فالعني يتحدّث عن نفسه و عن الآخرين، و عن الطبيعة الفكرية للأشياء، أو من قبيل فلسفة الينبغية Shouldism أيضا، وهذه الفلسفة تقوم على عدم الرضى على ما هو كائن و التركيز على ما ينبغي أن يكون. و (بيرلز) يشعر أنّ كثيرا من أصحاب الطريقة الوجودية أو الكينونية Isism تتقصم التلقائية، و ذلك على الرغم من أنّ اهتمامهم ينصبّ على الوجود، إلا أنّهم يهتمّون بالعوامل السابقة على النحو الذي عليه الأشياء. و أمّا بالنسبة للجشّالتي، فالحاضر وحده هو الذي يهمّ، و لا يكون الماضي و المستقبل موضع اهتمام إلا بقدر ما يشكّلان جانبا من الخبرة الحاضرة المعيشة.

و أمّا بخصوص الاضطراب النفسي، فنجدّه ينظر إلى القلق و العصاب كدليل على تبدّد و تفتّت الأجزاء، و على أنّه من خلال الوعي يعيد المريض تلك الأجزاء إلى الكلّ المتناسق و الموائم للمجموع (الدباغ، 1980، ص60). و تفصيل ذلك أنّ هذا الاتجاه يرى أنّه في حالات العصاب تتعطّل عملية تكوين و تدمير الجشّتالتات المنتظمة، و هذا القصور

الجزئي في انتظام الشخصية يؤدي إلى إتلاف الإتصال العضوي المليء مع الذات ومع البيئة، و عليه يحول هذا التصور دون الوعي المليء والتلقائية في عيش اللحظة الحاضرة. فالعصابي لا يدرك العالم الخارجي بشكل دقيق، بل وغالبا ما يكون غير واع حتى بعمليات بدنه، إنه غير قادر على التعبير عن حاجاته بشكل صريح، وعلى أن يعمل وفقا لها، إنه مقيد مع نفسه، وكتبه للخبرات ذات الدلالة يمكن أن يحول دون تكوين جشنتات قوية. إن العصابي قد فقد، أو قد حيل بينه وبين أن تكون له القدرة على الإتصال المليء بحاضره (خير الزرّاد، 1984ب، ص200-202). وهنا يتحدث (بيرلز) عن خمس مراحل يجتازها المريض هي بمثابة أسباب للعصاب هي: مرحلة (الخداع) أو ما يسميه هو طبقة الخداع؛ حيث يعيش المريض من أجل تصوّره عن ذاته أكثر ممّا يعيش من أجل ذاته الحقيقية، مثلما يكون شيئا من الهروب من الواقع، أو مثلما يكون شيئا ليس عليه في الواقع، لذلك فإن المريض يقوم بالأدوار ويلعب الألاعيب من أجل ذلك، والمعالج يقتفي أثر هذه المرحلة من الخداع. والمرحلة الثانية هي المرحلة الرهابية The phobic أو ما يسميه هو الطبقة الرهابية. والمرحلة الثالثة هي مرحلة الطريق المسدود The impassive، أو ما يسميه هو طبقة الطريق المسدود. والمرحلة الرابعة هي مرحلة التفجّر الداخلي The implosive، أو ما يسميه هو طبقة التفجّر الداخلي. والمرحلة الخامسة هي مرحلة التفجّر الخارجي The explosive، أو ما يسميه هو طبقة التفجّر الخارجي. وعندما يتخلّى العصابي عن الخداع، فإنه يكتشف الوضع الرهابي من خلال ممانعته لأن يكون ما هو عليه، وسخطه على إخفاقاته (خير الزرّاد، 1984أ، ص55)، ومن خلال لاينبغياته Shouldn'ts. والعصابي يشعر بعدم الرضا ويشعر أيضا بمقاومته للتغيّر، فإذا ما مضى العصابي إلى ما وراء هذه المرحلة، فإنه يصل إلى الطريق المسدود؛ حيث يشعر بأنه خاو عديم الدلالة. وعلى حسب رأي (بيرلز)، فإنّ هذا الشعور بتدفّق الخواء وعدم الدلالة تعقبه مرحلة التفجّر الداخلي؛ حيث يحول العصابي مشاعره إلى الداخل أكثر منه إلى الخارج؛ حيث تكون طاقاته سلبية متجمّدة. وعلى حسب رأي (بيرلز) أيضا، فإنّ هذا التفجّر الداخلي يعقبه تفجّر خارجي يؤدي إلى بلوغ المريض الحياة الحسنة المجشنتة (خير الزرّاد، 1984ب، ص201-202).

و (بيرلز) في حديثه عن العصاب يشير إلى دور العمليات البيولوجية الكامنة وراء هذه الظاهرة التي تحدّثنا عنها، و يشير كذلك إلى دور عملية التعلّم، وذلك على أساس أنّ السلوك البشري في معظمه يعود إلى دور عملية التعلّم. ولكن الذي يهمّ فعلا في العلاج، وفي الحياة هو ما يعيشه الفرد في الحاضر، وليس الطريقة التي يمكن أن يكون السلوك قد تولّد بها في الأصل (خير الزرّاد. ب، 1984، ص56).

و مجمل القول، فإنه يتّضح من خلال ما سبق، صعوبة إخضاع تلك المفاهيم للفحص العلمي من أجل التأكّد من حقيقتها، و لذلك نجد هناك اتجاها نقديا شديدا يؤكّد على رفض العلاج الجشنتي على اعتبار أنه غير محدّد بشكل جيّد، كما يفتقر إلى الصياغة الواضحة للأهداف العلاجية (كولز، 2011، ص533). و لكن معظم هذه الانتقادات لها علاقة بالنسخة الأولى لهذا العلاج في بداية نشوئه، عندما ركّز (بيرلز) على المواجهة و التحدي للتعامل و عدم اعترافه بالعوامل المعرفية في الشخصية؛ حيث كان أسلوب العلاج الجشنتي يهتمّ باستعمال تقنيات عديدة لمواجهة العملاء و الطلب منهم ليعيشوا و يخبروا مشاعرهم. إلا أنّ الجشنتية المعاصرة و بعد مسيرة طويلة، أصبحت تهتمّ أكثر بالمبادئ النظرية، و العوامل المعرفية بشكل عام (كوراوي، 2011، ص299).

2- محكّ البحوث و الدراسات : يعتمد هذا المحكّ على وجود نتائج و أدلّة تؤكّد أنّ هذه الآلية أو تلك يمكن قياسها، كما يمكن ربطها باختلال الأداء الوظيفي، و ذلك بمعزل عن نتائج العلاج التي كشفت عنها الدراسات (كازدين، 2000، ص161). و معنى ذلك أنّ هذا المحكّ ينظر إلى ما إذا كانت هناك أيّ بحوث أو دراسات أساسية تؤيّد الأساس المفاهيمي. و تشير البحوث الأساسية في هذا الإطار إلى تلك الدراسات التي تقوم بفحص المشكلات السلوكية و العوامل التي تؤدي إلى ظهور هذه المشكلات، و بداياتها، أو استمرارها، أو تفاقمها، أو تحسّن الحالة، أو التخفيف من حدّة هذه

المشكلات، أو القضاء عليها. و من أمثلة هذه الدراسات تلك التي تتناول الأسر و التي تؤكد أنّ أنماطا معينة للعلاقة بين الوالدين و الأطفال تؤدي إلى تفاقم أو تزايد العدوان داخل المنزل. و تقدّم مثل هذه الدراسات وجهة نظر مفاهيمية توضّح أهمية و مغزى تلك الأنماط، و تقدّم أساسا مفاهيميا ونظريا لتطوير أساليب علاجية يتم توجيهها إلى أنماط تلك العلاقات (كازدين، 2000، ص161).

وعند النظر إلى العلاج الجشثالتي في ضوء هذا المحكّ، نجد أنه على الرغم من قلة الدراسات حول فعاليتها إلا أنّ بعض المختصّين يرجّح التأثير الإيجابي له، ولعلّ سبب ذلك يرجع إلى وجود نتائج من دراسات غير مضبوطة حول الصيرورة والنتيجة، تشير إلى طاقة عالية للتأثير المرتبط بطرق جشثالتي معينة، مثل "المواجهة التجريبية". وهناك ما يؤيد بأنّ الأساليب العلاجية المطوّرة ضمن العلاج الجشثالتي يمكنها أن تكون جزءا من العلاج النفسي العامّ، وبطريقة أخرى يطمح المعالجون الجشثالتيون أنفسهم نحو التكامل مع مبادئ علاجية أخرى، على نحو (بيتسولد) (Pezold) بشكل خاصّ. غير أنّ مثل هذا الانفتاح نحو الخارج لا بدّ و أن يترافق مع استعداد أكبر نحو تقبل المعلومات غير المتطابقة مع المنظومة Not-Systemconform، سواء فيما يتعلّق بالإرجاعات الموضوعية حول تأثيرات الأساليب العلاجية الجشثالتيّة أم فيما يتعلّق بطرق تأثيرها بناء على المعرفة التي تمّ تحقيقها في علوم الأسس (غراوه، وآخرون 1999، ص151-152).

3- محكّ الأدلّة التي تستند إلى النتائج التمهيدية : يعتمد هذا المحكّ على التوضيحات التي تأتي بها الأدلّة في البحوث المماثلة أو تلك التي تكشف عنها الدراسات الإكلينيكية، و التي تتضمن أنّ هذا الاتجاه العلاجي أو ذلك يؤدي إلى حدوث تغييرات على المقاييس المرتبطة من الناحية الإكلينيكية (كازدين، 2000، ص162). و معنى ذلك أنّ هذا المحكّ يتناول ما إذا كان هناك أيّ دليل قائم على نتيجة، يبرهن على أنّ هذا الأسلوب العلاجي أو ذلك يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغيير من أيّ نوع. و من الواضح أنّ المحاولات الإكلينيكية العشوائية يفضل أن يتمّ إجراؤها في هذا الإطار. و مع ذلك، فإنّه نظرا لأنّ معظم الأساليب العلاجية التي تمّ استخدامها مع حالات محدّدة لم يتمّ اختبارها في دراسات محكمة يصبح من المهمّ أن لا نشدّد في تطبيق هذا المحكّ. و إذا ما وجدت هناك أيّ نتائج حول تطبيق تقنية علاجية معينة تدلّ على أنّ استخدام مثل هذه التقنية يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغيير، فإنّ مثل هذه المعلومات يجب أن تعمل على عزل هذا الأسلوب العلاجي الذي استخدمت فيه تلك التقنية عن غيره من الأساليب العلاجية الأخرى التي لم تتوفر عنها بيانات أو نتائج (كازدين، 2000، ص163).

و بالنسبة للعلاج الجشثالتي في هذا الخصوص، فقد أشار (سميث) (Smith) و رفاقه، و انطلاقا من دراسة لهم، إلى أنّ حجم أثر العلاج الجشثالتي بلغ مقدار (0.64)، و ذلك بناء على التحليل البعدي لعدد من الدراسات المتعلّقة بهذا الموضوع. و معنى ذلك أنّ العميل العادي الذي يتلقّى العلاج الجشثالتي، يكون أدائه أفضل من (74%) من أولئك الذين لم يتلقوا أيّة معالجة.

و لكن على وجه العموم، و لسوء الحظّ، لم تنشر إلا قلة من الدراسات التي تتناول الموضوع بعد نشر المراجعة المذكورة، و لم تدلّ أيّ من الدراسات التي ظهرت حديثا على أنّ العلاج الجشثالتي أفضل من أنواع العلاج الأخرى، بل إنّ بعضها يشير إلى أنه أقلّ فعالية منها. و أحد الأسباب التي تجعلنا لا نعرف إلا القليل نسبيا عن العلاج، هو أنّ معظم المعالجين الجشثالتيين يعارضون فكرة البحث معارضة شديدة. و لأسباب ليست واضحة دائما، ينظر هؤلاء إلى أبحاث التقويم على أنّها أمر لا إنساني تقريبا (نرول، 2007، ص606-607).

4- محكّ العلاقة بين العملية المتضمّنة و النتيجة : يستند هذا المحكّ إلى ما توضّحه الأدلّة التي كشفت عنها الدراسات التي تناولت النتائج التي تمّ التوصل إليها من قبل في هذا الصدد من وجود علاقة بين التغيير الذي يحدث نتيجة للعمليات المتضمّنة في هذا الأسلوب العلاجي أو ذلك، و التي يعدّ لها دورا أساسيا في هذا التغيير، و بين النتائج الإكلينيكية التي

يتمّ التوصل إليها (كازدين، 2000، ص162). و معنى ذلك أنّ هذا المحكّ يعرض للأدلة التي توضح أنّ العمليات الحاسمة تتغير من جرّاء الأسلوب العلاجي المستخدم، و أنّ هذه العمليات ترتبط بالنتائج التي يتمّ التوصل إليها. و يدلّ ذلك في ضوء هذا المحكّ على أنّ هذا الأسلوب العلاجي أو ذلك يعدّ واعدًا و فعّالًا في الواقع. و على سبيل المثال، فقد نجد في هذا الإطار أنّ أسلوبًا علاجيًا معيّنًا، قد يفترض أنّ التغيّرات في المعارف Cognitions تعدّ من الأمور المطلوبة حتى يتمّ حدوث تغيير في المشكلات السلوكية. و توضح دراسة هذا الأسلوب العلاجي أنّ التغيّرات في هذه العمليات تحدث و ترتبط بالتغيّرات في نتائج العلاج (كالسلوك المنحرف في المدرسة مثلا) و يؤدّي ذلك إلى تقدّم لدى الحالة يرجع إلى هذا الأسلوب العلاجي. و لكن هذا المحكّ يعدّ صارمًا أو متشدّدًا، و من ثمّ يجب وضعه فقط في الاعتبار عند الحكم على أيّ أسلوب علاجي (كازدين، 2000، ص162).

كما هو معلوم، فإنّ مختلف أنواع العلاج، تتشابه في صفة واحدة بالرغم من الفروق النظرية العميقة التي توجّه كلّ علاج، وفي مختلف القيم التي تسقط عليه، وتلك الصفة التي اعتمدت عليها تلك العلاجات، هي التواصل اللفظي اللغوي بين المعالج والمريض قصد الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة، وقد وصل بها الأمر إلى أن تضفي بالتالي على الكلمة ما يشبه التقديس. وهنا نوّكد أنّه كلّما أولينا اهتمامًا أكبر للشعور واهتمامًا أقلّ للتفكير، كما هو الأمر مثلا في العلاج الوجودي، أصبحت الكلمة هي الأداة. وكلّ علاج نفسي كان هذا شأنه لابدّ أن يقع في مطبات تلك الأداة. والعلاج الجشتالتي جاء في محاولة لتجاوز تلك المشكلة، وهو، وإن لم يكن يتحاشى اللغة كليًا، إلا أنّه قد اتّجه صوب التجربة غير اللغوية؛ ذلك أنّ إنكار العلاج الجشتالتي للعقل، و اعتباره كلّ اهتمامات النفس ضربًا من العصاب، دفع به إلى إنكار اللغة ذاتها كأداة للتفكير، وهو بهذا يفتح السبيل أمام منهج علاجي عضوي تماما. وهكذا يضع العلاج الجشتالتي الجسم وحركته وإحساساته على ذات المستوى المقابل للعقل وأفكاره المجردة والرموز اللفظية التي يستخدمها (أسعد، 1991، ص153).

إنّ العلاج الجشتالتي مقارنة تجريبية تؤكّد على الوعي الحاضر و على نوع الاتّصال بين الفرد و بين بيئته. و التركيز الأساسي يكمن في مساعدة العميل ليكون على وعي كيف أنّ أنماط السلوك التي كانت في الماضي تعتبر أساليب تكيّفية ناجحة، لم تعد الآن كذلك. و لربّما تتدخّل في المرحلة الحاضرة بشكل سلمي. إنّ هدف هذه المقاربة الجشتالتيّة أوّلا و أخيرا تقوية الوعي. و هدف علاجي آخر هو مساعدة العملاء في الكشف عن كيفية تواصلهم مع عناصر بيئتهم. إنّ التغيير يحدث عندما نرفع الوعي إلى أعلى مستوى، خصوصا الوعي الذي دوما يسأل: "ما هذا؟ أو ما الذي؟". و بسبب أنّ المعالج الجشتالتي ليس لديه "جدول أعمال" أكثر من مساعدة العملاء لزيادة وعيهم، فليس هناك من سبب من تسمية سلوك العميل "بالمقاومة". و بدلا من ذلك يتابع المعالج العملية العلاجية و ما يظهر أثناءها. إنّ المعالج يؤمن أنّ تنظيم الذات عملية تتفتح و تنتشر بشكل طبيعي و ليس هناك من داع أن نضع لها حدودا و قوانين. و مع ازدياد الوعي فإنّ العملاء يصبحون قادرين على أن يتوقّفوا مع الاستقطاب و النزاعات الثنائية داخل أنفسهم؛ و يسعون نحو إعادة إدماج جميع جوانب أنفسهم في وحدة ذاتية نفسية (ترول، 2007، ص607).

و على الرغم ممّا ابتكره هذا العلاج من تقنيات إلا أنّ بعض الممارسين يرى أنّه أقرب ما يكون إلى إطار نظري و اتّجاه عقلي (فطيم، 1993، ص146). وحتى في الاختبار الأمبريقي لفرضياته الأساسية لا يمكن اعتبار العلاج الجشتالتي مبدأ علاجيًا علميًا متقدّمًا. فالنشاطات المتعلقة بذلك مازالت حتى الآن تقتصر على أشخاص منفردين مثل (غرينبيرغ). و من هذا المنظور كذلك توجد مسافة كبيرة تفصل العلاج الجشتالتي عن العلاج التحليلي النفسي والعلاج النفسي بالمحادثة والعلاجات المعرفية السلوكية (غراوه، دوناتي، و بيرنور، 1999، ص152). و على أية حال، فإنّ إمكانية أن يصبح العلاج الجشتالتي أكثر من مجرد حلّ باهر، أو علاج قادر على التصدي لمشكلات الحياة لدى شريحة واسعة من المرضى، ما تزال أمرا نتطلّع إلى حدوثه. و في ظلّ تعامل العلاج الجشتالتي مع الحاضر فقط،

فهناك خطورة بأن يصبح بمثابة حل مؤقت قصير الأجل، يستبدل البحث عن معنى الحياة بمتعة ذاتية جذابة، لأفراد أحبطهم المجتمع التقني، و عانوا من سيطرته عليهم و هيمنته إلى حد بعيد. و في الوقت نفسه، فقد أظهر العلاج الجشثالي بالفعل قوة ثابتة، و ذلك بدرجة أكبر مما تخيلها كثيرون (ترول، 2007، ص607).

تقييم عام

تعتبر طريقة العلاج النفسي الجشثالي من الطرق ذات النزعة الإنسانية تماما كما في طريقة (كارل روجرز) طريقة العلاج المعقود على العميل)، و الطرائق الإنسانية النزعة هذه، تنظر إلى الإنسان على أنه كائن عضوي يستطيع التحكم، و بدرجة لها قيمتها، في مصيره. و طريقة العلاج النفسي الجشثالي هي من هذه الطرق الإنسانية التي نمت و تطورت بسرعة، و أصبحت عظيمة التأثير (خير الزرّاد، 1984، ب، ص199). و أسلوب العلاج الجشثالي يستند في أسسه إلى الجوانب البيولوجية في ذات الوقت الذي يحافظ على ذاته و طبيعته السيكلوجية (أسعد، 1991، ص159). و هو يقوم على افتراض مؤداه أنّ النموّ السويّ و الوظائف السويّة يعتمدان على الوعي الكامل بالأحاسيس الجسمية و الحاجات النفسية (كولز، 2011، ص532). و يبقى الهدف النهائي من هذا العلاج هو تحقيق التكامل؛ حيث يتعلم الفرد أن يتقبل أنواع سلوكه الغريبة عنه و يدمجها ضمن شخصيته الكلية (فطيم، 1993، ص146).

و لقد شاع هذا الأسلوب العلاجي و انتشر في العقود الأخيرة، و نجح في أن يفرض نفسه كمقاربة علاجية مرجعية. و لذلك نجد أنّ عدد الحالات التي تستفيد من خدماته تتزايد باستمرار، كما نجد أنّ دليل حيويته يبرز في كل ما يظهر عنه من منشورات، و ما يعقد حوله من ندوات تشهد على ما يحظى به من جهود في ميدان البحث، و أخيراً، تتجلى تلك الحيوية في روح الاستمرارية التي تتميز بها جمعياته المهنية. و لا يزال هذا العلاج في تطور دائم، إن على المستوى النظري أم على مستوى الممارسة، و هو يساير في ذلك ما يستجدّ مما تلقى به العلوم العصبية و العلوم الإنسانية من إضاءات جديدة عن فاعليات الإنسان و علاقته مع العالم المحيط (Masquelier, C., Masquelier, G., Descendre, Delacroix, Sauzède-Lagarde, A., (Sauzède-Lagarde, J., 2012, p22).

و يبدو أنّ هناك نقطة قوة رئيسية للعلاج الجشثالي تتمثل في دمج النظرية و الممارسة العملية و البحث. و مع أنّ العلاج الجشثالي كان مقلداً في البحث التجريبي لعدة سنوات، إلا أنّ البحث أصبح الآن شائعاً و راسخاً في الجشثالت. و لقد ساهمت عملية العلاج و نتائج البحث و الدراسات على تطوير و امتداد النظرية و الممارسة للمقاربة الجشثالية، و هناك نتائج هامة استخلصت من البحوث تتضح في ما يلي:

- إنّ نتائج الدراسات قد بينت أنّ العلاج الجشثالي أصبح موازياً و مساوياً في القيمة، إن لم يكن أكثر، من المقاربات الأخرى لعلاج مختلف الاضطرابات النفسية.
- هناك دراسات حديثة قد أشارت إلى أنّ العلاج الجشثالي ترك بصمة قويّة إيجابية لمواجهة الاضطرابات الشخصية، مشاكل الأمراض النفسية الجسمية، و مشاكل المخدرات.
- إنّ تأثير العلاج الجشثالي ظلّ مستقرّاً بعد متابعة العلاج من سنة إلى ثلاث سنوات بعد انتهاء العلاج.
- بينت الدراسات أنّ العلاج الجشثالي ترك أثراً قوياً في علاج العديد من الأمراض النفسية (كوراوي، 2011، ص299). و على العموم يتعامل العلاج الجشثالي مع كلّ الأعراض الجسمية و النفسية، إلا أنّه يشترط في حالة الأعراض الجسمية أن يكون لدى المريض فكرة جيّدة عن هذه الأعراض.
- يمكن تطبيق العلاج الجشثالي في أيّ موقف سواء أكان هذا الموقف موقف اضطراب أم لا و لذلك يصلح للتطبيق في كافة المجالات (غانم، د.س، ص126).

المراجع:

- 1- أسعد (ميخائيل إبراهيم). (1991). المرشد في العلاج النفسي (الطبعة الثانية). بيروت، لبنان: دار الأفاق الجديدة.
- 2- باترسون (س. هـ.). (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (الطبعة الأولى). القسم الثاني. (حامد عبد العزيز الفقي، مترجماً). الكويت: دار القلم.
- 3- بيرمان (بيرل. س. هـ.). (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي (الطبعة الأولى). (محمد نجيب الصبوة و جمعة سيّد يوسف، مترجماً) مصر الجديدة، جمهورية مصر العربية: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع. (نشر العمل الأصلي عام 1997).
- 4- ترول (تيموثي. ج. هـ.). (2007). علم النفس الإكلينيكي (الطبعة الأولى) (فوزي شاكرا طعيمة داود وحنان لطفي زين الدين، مترجمان) عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع. (نشر العمل الأصلي عام 2005).
- 5- جيبوم (بول). (1963). علم النفس الجشطلت (ترجمة صلاح و ميخائيل، مترجماً). القاهرة، جمهورية مصر العربية: مؤسسة سجل العرب.
- 7- خير الزرّاد (محمد فيصل). (1984). الأمراض العصابية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية (الطبعة الأولى). بيروت، لبنان: دار القلم.
- 6- خير الزرّاد (محمد فيصل). (1984ب). علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية (الطبعة الأولى). بيروت، لبنان: العلم للملايين.
- 8- الدبّاغ (فخري). (1980). العلاج النفسي - أنواعه - أساليبه - مدارسه -. وزارة الثقافة و الإعلام، الجمهورية العراقية: منشورات دار الجاحظ للنشر.
- 09- زهران (أيمن رمضان). فاعلية العلاج الجشطلتي في تخفيف حدّة السلوك العدواني لدى عيّنة من الأطفال المعاقين بشلل الأطفال. جامعة الملك عبدالعزيز. كلية التربية. قسم التربية الخاصة. المكتبة الإلكترونية. تمّ الاسترجاع في 2016/12/22 من <http://www.gulfkids.com/ar/book10-2561.htm>
- 10- الطيّب (محمد عبد الظاهر). (1989). تيّارات جديدة في العلاج النفسي. (الطبعة الأولى). الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: دار المعرفة الجامعية.
- 11- عيسوي (محمد عبد الرحمن). (1984). العلاج النفسي. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- 12- غانم (محمد حسن). (دون تاريخ). اتّجاهات حديثة في العلاج النفسي. www.kotobarabia.com.
- 13- غرواه (كلاوس)، دوناتي (روث)، وبيرناور (فريدريكه). (1999). مستقبل العلاج النفسي - معالم علاج نفسي عام - (سامر جميل رضوان، مترجماً). دمشق، سوريا: منشورات وزارة الثقافة. (نشر العمل الأصلي عام 1994).
- 14- فطيم (لطي). (1993). العلاج النفسي الجمعي. القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 15- القذافي (رمضان محمد). (1997). التوجيه والإرشاد النفسي (الطبعة الأولى) بيروت، لبنان: دار الجيل.
- 16- كوراي (جيرالد). (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي (الطبعة الأولى). (ترجمة سامح وديع الخفش، مترجماً). عمّان، الأردن: دار الفكر. (نشر العمل الأصلي عام 2009).
- 17- كازدين (ألان). (2000). الاضطرابات السلوكية للأطفال و المراهقين (عادل، مترجماً). القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار الرشد.
- 18- كولز (إم. هـ.). (2011). المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي (عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ماجدة حامد حمّاد، وحسن علي حسن، مترجمين). الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: دار المعرفة الجامعية. (نشر العمل الأصلي عام 1982).
- 19- Ansel, L. Woldt. & Toman, Sarah. M. (2005). Gestalt therapy, -history, theory, and practice-. Thousand Oaks, CA: sage publications.
- 20- Masquelier, Chantal. Masquelier, Gonzague. Descendre, Daniel. Delacroix, Jean-marie. Sauzède-Lagarde, Anne. Sauzède-Lagarde, Jean-Paul. & De Neuforn, Sylvie Schoch. (2012). Le grand livre de la Gestalt. Pari, FranceM: Eyrolles.
- 21- Rapstoff, Rapheal. (2006). touching the soul in gestalt therapy. Germany: Peter Hammer publisher.