# گشتالت درمانی

مقدمه

# 2-1-1 ریشه های فلسفی و تجربی گشتالت درمانی

به طور کلی می توان گفت که تقریباً تمام مفاهیم گشتالت درمانی از فلسفه شرق و عرفان مطالعه شده است. بویژه تائوئیسم (پیروی از طریقت چینی) و بودائیسم (آئین بودا). تائوئیسم، روش فکری منسوب به لائو تسه[[1]](#footnote-1) فیلسوف چینی است که متبنی است بر اداره مملکت بدون وجود دولت و بدون اعمال فرم ها و اشکال خاص حکومت. بودائیسم، مذهبی که معتقد می باشد باید تلاش کنیم برای روشن فکری (هوشیاری معنوی) از طریق غلبه کردن بر تمام نفس ها و امیال دنیوی(الیس[[2]](#footnote-2)، 2000).

در تاریخ روانشناسی جدید اگر مروری بیندازیم صاحب نظران مختلفی بر گشتالت درمانی تأثیر گذار بوده اند. ویلهلم وونت[[3]](#footnote-3)، بعنوان بنیان گذار علم جدید روانشناسی، از جمله افرادی است که می توان گفت بر گشتالت درمانی بی تأثیر نبوده است(نویس[[4]](#footnote-4)، 2000). موضوع روانشناسی وونت، در یک کلمه، هشیاری بود. دیدگاه او در مورد هشیاری این گونه بود که هشیاری از بخش های مختلفی تشکیل یافته است و می توان آن را با روش تجزیه یا کاهش مطالعه کرد. هر چند که وونت بر قدرت ذهن هشیار در ترکیب عناصر برای ایجاد فرآیندهای شناختی سطح عالی‌تر تأکید داشت، با وجود این متوجه بود که عناصر هشیاری امور اساسی هستند و بدون این عناصر چیزی برای ذهن وجود ندارد که آن را سازمان بدهند. این مطلبی بود که روانشناسان گشتالت به آن حمله کردند؛ یعنی بر نهضت ذره نگری و کاهش گری؛ ولی در عین حال ارزش هشیاری را پذیرفتند. اما در عین حال وونت بر خلاف علاقه اش به عناصر تجربه هشیار، متوجه شد که وقتی به اشیاء در دنیای واقعی نگاه می کنیم، وحدت یا کلیتی از ادراکها را می بینیم. برای مثال، درخت را به صورت واحد می بینیم. وونت برای تبیین آن نظریه اندریافت را مطرح کرد. او این فرآیند واقعی سازمان یابی عناصر در یک کل را ترکیب خلاق نامید، این فرآیند ترکیب خلاق از ترکیب عناصر، ویژگی  های جدیدی را به وجود می آورد. وونت (1986) هر ترکیب روانی ویژگیهایی دارد که به هیچ وجه با مجموع صرف ویژگی های عناصر برابر نیست.

همانطور که روانشناسان گشتالت در 1912 اعلام داشتند، می توانیم بگوییم که کل با مجموع اجزاء آن فرق دارد. امانوئل کانت[[5]](#footnote-5)، فیلسوف آلمانی، مفهوم تمرکز به وحدت ادراک را عنوان کرد. طبق گفته کانت، ادراک، یک برداشت و ترکیب غیر فعال حسی نیست، بلکه سازمان دادن فعال این عناصر در یک تجربه به هم پیوسته است. بنابراین مواد خام ادراک بوسیله ذهن شکل و سازمان می یابد. فرانتس برنتانو[[6]](#footnote-6)، روانشناس، در دانشگاه وین، با تمرکز وونت بر عناصر یا محتوای هشیاری مخالف بود و به جان آن پیشنهاد کرد که روانشناسی به مطالعه فرآیند یا عمل تجربه کردن بپردازد. او درون نگری وونتی را مصنوعی دانست و طرفدار مشاهده مستقیم و انعطاف پذیرتر تجربه در حال وقوع بود. بنابراین رویکرد برنتانو بیشتر به روش گشتالت شباهت داشت(هلر[[7]](#footnote-7)، 1991).

ارنست ماخ[[8]](#footnote-8)، استاد فیزیک در دانشگاه پراگ، با کتابش به نام تحلیل احساس ها، تأثیر مستقیمی بر انقلاب گشتالتی گذاشت. در آن کتاب او الگوهای فضایی مثل اشکال هندسی و الگوهای زمانی مثل آهنگها را مورد بحث قرار داد و آنها را جزء احساسها به حساب آورد. این احساسهای شکل فضایی و شکل زمانی از عناصر خود مستقل بودند. برای مثال، شکل فضایی دایره ممکن است سفید یا سیاه و کوچک یا بزرگ باشد و از کیفیت دایره شکل بودن چیزی را از دست ندهد. ماخ می گفت ادراک ما از یک شیء تغییر نمی کند، حتی هنگامیکه ما موقعیت فضایی خود را نسبت به شیء تغییر می‌دهیم(یونتف[[9]](#footnote-9)، 1993).

اندیشه های ماخ توسط کریستین فون اهرنفلس[[10]](#footnote-10) توسعه یافت که پیشنهاد می کرد کیفیت‌هایی از تجربه وجود دارند که نمی توان آنها را برحسب ترکیبی از احساسهای ابتدایی تبیین کرد. او این کیفیت ها را کیفیت های گشتالتی[[11]](#footnote-11) (کیفیت های شکلی) نامید، ادراک هایی که بر پایه چیزی فراتر از احساس های فردی قرار دارند(اهرنفلس، 2000).

کار ویلیام جیمز[[12]](#footnote-12)، یعنی مخالفت با عنصرنگری روانشناسی، نیز صورت ابتدایی روانشناسی گشتالت است. جیمز عناصر هشیاری را انتزاعهایی مصنوعی می‌دانست. او بر این تأکید داشت که ما اشیاء را به صورت کل می بینیم نه دسته هایی از احساسها(جیکوب و هیسنر[[13]](#footnote-13)، 2009).

پدیدارشناسی[[14]](#footnote-14) مورد نظر هوسرل[[15]](#footnote-15) جزیی از سیر تحولی رواندرمانی گشتالتی بوده است. پدیدارشناسی مورد نظر هوسرل عبارت بود از بررسی موضوعات آنگونه که در هشیاری انسانها تجربه می شوند. روش شناسی پدیدارشناسی عبارت است از شهود یا تمرکز بر پدیده یا موضوع، تحلیل جنبه های مختلف پدیده و آزاد کردن خویش از پیش پندارها به گونه ای که مشاهده گر بتواند پدیده مورد نظر را به دیگران بفهماند(جیکوب و هیسر، 2009).

روانشناسی گشتالت اصولاً بر این دیدگاه مبتنی است که پدیده های روانشناسی یک کلیت هستند نه مجموعه از اجزا. در روانشناسی گشتالت، میدان بر مبنای شکل[[16]](#footnote-16) و زمینه[[17]](#footnote-17) قابل بررسی است. شکل می تواند برجسته و زمینه در حاشیه باشد. با این حال دو مفهوم شکل و زمینه نقش مهمی در منطق نظری گشتالت درمانی دارند. وقتی شکل ها ناقص یا مبهم هستند به حاشیه رانده می شوند و حواس شخص را پرت می کنند. برای نمونه، پسری که از مار می ترسد نمی‌تواند مفهوم مار را به طور کامل وارد ذهن خویش کند یا از آن یک شکل کامل بسازد. وقتی این پسر بتواند مارها را لمس کند و از آنها نترسد، شکل کامل می شود(شارف[[18]](#footnote-18)، 2000).

بنیانگذار نظریه میدانی[[19]](#footnote-19)، کورت لوین[[20]](#footnote-20)، کارهایش در جهت گشتالت بود. در نظریه میدانی نیز مثل روانشناسی گشتالت، هر رویداد جزیی از یک میدان است. موضوع مطالعه این نظریه نیز بررسی رابطه اجزا با یکدیگر و کل می باشد. نظریه میدانی یک رویکرد پدیدارشناختی است که در آن، میدان با مشاهده کننده رابطه دارد. برای درک هر واقعه باید نگرش مشاهده کننده نسبت به آن واقعه را بشناسیم. براساس نظریه میدانی، فعالیتهای روانی در نوعی زمینه به نام فضای زندگی[[21]](#footnote-21) روی میدهد، فضای زندگی تمام رویدادهای گذشته، حال و آینده را در بر می گیرد. هر کدام از این رویدادها در یک موقعیت مشخص رفتار را تعیین می کنند. فضای زندگی مربوط به نیازهای فرد است. درمانگران گشتالتی نیز به آنچه در مرز بین انسان و محیط است توجه می کنند. درمان گشتالتی بر این اصل استوار است که هر چیزی ارتباطی در تغییر دائمی و بهم پیوسته و در جریان است(مک کانویل[[22]](#footnote-22)، 2003).

پرلز[[23]](#footnote-23) زمانیکه بعنوان یک هنرپیشه در تئاتر کار می کرد با مکس رینهارد آشنا شد و او را اولین نابغه ای که تاکنون دیده بود نام برد. مفهوم ارتباط غیر کلامی[[24]](#footnote-24) را پرلز از او اقتباس کرده است.

در سال 1947 پرلز با مورنو در آمریکا ملاقات کرد. بین سایکودرام[[25]](#footnote-25) و گشتالت درمانی اشتراکاتی مثل خودبخودی، خلاقیت و درک شهودی وجود دارد. مفاهیم نقش بازی کردن[[26]](#footnote-26) و فن صندلی خالی[[27]](#footnote-27) پرلز متأثر از  او می باشد.

مفهوم قطب های[[28]](#footnote-28) پرلز نیز متأثر از آثار زیگموند فرید لندر فیلسوف بود. فرید لندر مفهومی به نام اختلاف نظر خلاق را عنوان کرد. هر رویدادی با یک نقطه صفر در ارتباط است که قطبهای متضاد را براساس آن می‌توان تمییز داد. نقطه صفر یک نقطه تعادل است که شخص از آنجا می تواند حرکت خلاقانه به طرف هر دو جهت را شروع کند. پرلز می گوید: با هوشیار ماندن در مرکز می توانیم به هر دو سوی واقعه نگاه خلاقی داشته باشیم و نیمه ناقص را تکمیل کنیم. وقتی انسان از یک نیاز درونی یا بیرونی خیلی دور می شود، باید دوباره تعادل ایجاد کند یا به طرف مرکز حرکت نماید. پرلز غالباً به اشخاص کمک می‌کرد حس تعادل، ماندن در مرکز یا کنترل بر نیازهای خویش را پرورش دهند(لانتر[[29]](#footnote-29)، 2000).

پرلز پس از اخذ مدرک پزشکی خویش در سال 1920، در مؤسسه سربازانی که آسیب مغزی دیده بودند، دستیار کورت گلدشتاین شد. پرلز تحت تأثیر افکار گلدشتاین[[30]](#footnote-30) قرار گرفت. گلدشتاین اعتقاد داشت رفتار از عملکردها (فعالیتهای ارادی، نگرشها و احساسات) و فرآیندها (کارکردهای بدنی) تشکیل می شود. گلدشتاین مثل فریدلندر معتقد بود ارگانیسم در جهت ایجاد تعادل بین نیازها حرکت می کند. در این راه با فشارهای محیطی مواجه می شوند و دنبال خودشکوفایی می روند. پرلز در گشتالت درمانی از این دیدگاه گلدشتاین که اضطراب محصول ترس از عواقب رویدادهای آتی است استفاده کرد. کمک دیگر گلدشتاین این بود که بر کاربرد دقیق زبان در درمان تأکید می کند. گلدشتاین در کارهایی که روی سربازان دچار صدمه مغزی انجام میداد دریافت آنها نمی توانند به طور انتزاعی فکر کنند و در نتیجه نمی توانند بطور کامل از زبان استفاده کنند(شفیع آبادی، 1382).

پرلز در آفریقای جنوبی با یان اسماتس مؤلف کتاب کل نگر و تکامل ملاقات کرد، کسی که روی رواندرمانی گشتالت پرلز تأثیر گذاشت. اسماتس ارگانیسم را یک موجود خودتنظیم گر در نظر می گرفت. ارگانیسم کل نگر گذشته و آینده آن در حال شامل می شود.

# 2-1-2 گشتالت درمانی و روان تحلیل گری

با اینکه پرلز روانکاو و تحت تأثیر کارهای فروید بود، ولی در دوران دانشجویی خود و وقتی روانپزشک شد از جو فکری شهر فرانکفورت خیلی تأثیر پذیرفت. پرلز تحت تأثیر افکار ویلهلم رایش[[31]](#footnote-31) قرار گرفت. رايش توجه خاصي به زبان ، حالات چهره و حركات بدني بيمارانش مي كرد . رايش ليبيدو[[32]](#footnote-32) را تهييجي در نظر مي گرفت كه در انسان مشهود است. وي از دفاعهاي افراد در برابر ليبيدو تحت عنوان زره بدن[[33]](#footnote-33) ياد مي كرد . از نظر رايش در درمان بايد به مراجعان كمك شود از طريق توجه كردن به تنش هاي موجود در زبانشان و آگاهي بدني، انعطاف پذيرتر شوند. تمركز بر آگاهي و افزايش آگاهي يكي از جنبه هاي مهم رويكرد درماني پرلز بود كه پرلز آن را مرهون رايش بود (کوری، 1385، ترجمه دانشوریان)

از دیگر روانکاوانی که بر پرلز تأثیر گذاشتند، اتو رنک[[34]](#footnote-34) بود. رنک درمان را دوباره بازسازی[[35]](#footnote-35) معنی در اینجا و اکنون[[36]](#footnote-36) می‌دانست نه یادآوری معنی. او معتقد به دوباره تجربه کردن در محیط درمان بود.  
از نوفرویدین ها که بر پرلز تأثیر گذاشتند، می توان به کارن هورنای[[37]](#footnote-37) اشاره کرد. کارن هورنای از جمله کسانیکه بود که معتقد بود فرهنگ و جامعه و بطورکلی محیط بر تشکیل نوروز و اختلال در فرد تأثیر می گذارد.

اثر زایگارنیک[[38]](#footnote-38)، یعنی هنگامیکه تکلیفی کامل نمی شود حضور مداوم این تنش این احتمال را که تکلیف زودتر به یادآورده شود را افزایش می‌دهد. در درمان گشتالت این مفهوم با نام غائله ناتمام[[39]](#footnote-39) عنوان می شود، یعنی احساس بیان نشده ای که هم اکنون منشأ تأثیر است. این احساس می تواند ترس، نفرت، احساس گناه، عصبانیت و غیره یا خاطرات و تخیلی باشد که هنوز درون فرد است. انسانها با کارکردن روی غائله ناتمام می توانند گشتالت مورد نظر را کامل کنند. پس از تکمیل گشتالت، اشتغال ذهنی با گذشته خاتمه می یابد(شاپوریان، 1386).

# 2-1-3 گشتالت درمانی و وجودگرایی

در روانشناسي وجود گرایی[[40]](#footnote-40) تاكيد بر آنست كه فرد در زمان حال چه تجربه اي دارد، در حاليكه در گشتالت درماني، ضمن پذيرش اهميت تجربه ، تاكيد بر آنست كه فرد در زمان حال هستيش را چگونه درك مي كند. تاكيد بر ارگانيزم به مثابه يك كل و همينطور تاكيد بر ارتباط ارگانيزم با محيط و فرآيند تجربه خود از مفاهيم اساسي تفكر گشتالتي و مكتب اصالت وجود است. وجودگرايان بر تجربه بي واسطه وجود، وجد و رنج و رابطه با ديگران تمركز مي كنند. مفهوم وجودگرايانه اصالت تا حدودي شبيه مفهوم گشتالتي آگاهي است زيرا در هر دو بحث، ارزيابي و درك صادقانه خويش مطرح است. تاكيد وجودگرايانه بر مسئوليت پذيري فرد در قبال اعمال، احساسات و افكارش با گشتالت درماني هماهنگي داشت. وجودگرايي مثل گشتالت درماني روي زمان حال متمركز بود تا روي گذشته يا آينده (شیلینگ، 1388؛ ترجمه آرین).

هایدگر[[41]](#footnote-41) از جمله وجود گرایانی است که بر گشتالت درمانی تأثیر گذاشته است. هایدگر عنوان می کند که ما در این دنیا افکنده شده ایم و نباید خود را مجزا بدانیم. جهان بدون خود وجود ندارد. این مفهوم نزدیک مفهوم کل نگری گشتالت می باشد که فرد و محیط آن یک کل هستند. کیرکگارد[[42]](#footnote-42) پدربزرگ وجود گرایی عنوان می کند که اضطراب و تردید برای انسان شدن ضروری است. این مفهوم مشابه نظر گشتالت درمانی برای رشد فرد می باشد، برای اینکه فرد رشد کند لازم است تنشهای حاصل از نیازهای شخصی وی تا اندازه ای در او وجود داشته باشد. لازم است تا حدودی احساس ناکامی را تجربه کند و برای رفع این تنش یا در جهت ارضای این نیازها به کوشش و فعالیت بپردازد. مارتین بابر[[43]](#footnote-43) یکی دیگر از وجود گرایانی است که بر گشتالت درمانی تأثیر گذار بوده است. او گفت ما انسانها در حالتی بینابین زندگی می کنیم. یعنی هرگز فقط من وجود ندارد بلکه همیشه دیگری هم وجود دارد. من کسی که عامل است بسته به اینکه آیا دیگری آن یا تو است تغییر می کند. این مفهوم در گشتالت درمانی درباره رابطه درمانگر- مراجع[[44]](#footnote-44) مطرح می شود. رابطه  من / تو رابطه کاملاً دو جانبه است، رابطه ای گفت و شنودی، متمرکز بر زمان حال و به دور از قضاوت می باشد(نوابی‌نژاد، 1387).

گودمن و لندر[[45]](#footnote-45) نیز مفهومی را مطرح کردند که در فرایند درمان گشتالتی نقش دارد. رهاسازی طرز فکر [[46]](#footnote-46) به این معنی است که بیمار وادار می شود که واقعاً بفهمد چگونه احساس می کند و یک موقعیت را تفسیر می‌کند و واکنش هایش را به موقعیت بهتر درک می‌کند و از طریق این شناخت فرد گزینه های دیگری را برای تغییر رفتاری انتخاب می‌کند(نوابی‌نژاد، 1387).

در نهایت لورا پوسنر پرلز، نقش مهمی در رواندرمانی گشتالت داشت. او را یکی از بنیانگذاران گشتالت درمانی می دانند. او در سال 1930 با فریتز پرلز ازدواج کرد. لورا نه تنها در انتشار نخستن کتاب پرلز به نام ایگو، گرسنگی و پرخاشگری[[47]](#footnote-47) به شوهرش کمک کرد بلکه در مجموعه بحث هایی که زمینه ساز انتشار کتاب دومش به نام گشتالت درمانی شدند نیز مشارکت داشت(شفیع ابادی، 1385)

آنچه به­ نام گشتالت­درمانی معروف شده است، سازماندهی جدیدی است از افکاری که از دوران‌های گذشته در زمینه­های مختلف وجود داشته است. گرچه فریتز پرلز به منزله­ی موسس و نشردهنده­ی مکتب گشتالت‌درمانی شناخته شده است، ولی خود او ظاهرا به این قضاوت اعتراض دارد و می­گوید: "اغلب مرا موسس و به وجودآورنده­ی گشتالت­درمانی نامیده­اند. این قضاوت بی­معنی است. اگر مرا یابنده­ی گشتالت­درمانی بنامند و یا کسی بدانند که آن را دومرتبه بازیافته است، صحیح‌تر خواهد بود. گشتالت، به قدمت و پیری جهان است(ساعتچی، 1386).

# 2-1-4 مفاهیم اساسی گشتالت‌درمانی

1. **نظریه­ی شخصیت**

پرلز، انسان را موجودی وحدت‌یافته، خودنظم، کل­نگر، وابسته به محیط و تجربه­گر می­انگارد که شخصیتی با ابعاد اجتماعی، روانی – جسمانی و روحی دارد. این سه بعد، به هنگام تولد، به‌طور بالقوه در فرد وجود دارند و در امتداد یک پیوستار قرار می­گیرند.

  مرحله­ی اجتماعی، که به فاصله­ی بسیار کمی پس از تولد آغاز می­شود، به وسیله آگاهی و توجه به دیگران خصوصا به والدین، مشخص می­شود. البته جنبه جسمانی نیز در این مرحله وجود دارد ولی بدون آگاهی و شعور انجام می‌پذیرد. در خلال مدت زمانی که تعامل با دیگران ضرورت می­یابد و مرحله­ی اجتماعی[[48]](#footnote-48) نامیده می­شود، کودک به ارتباط با دیگران اقدام می­کند. سطح اول بدان دلیل مرحله­ی اجتماعی نامیده می­شود که در آن به ارتباط با دیگران شدیدا احساس نیاز می­شود. در این مرحله، دیگران باید به منزله منبع و مرجع مورد استفاده قرار گیرند(میزیاک و استاوت، 1386؛ ترجمه رضوانی)

مرحله­ی بعدی، یعنی مرحله­ی جسمانی – روانی، به وسیله آگاهی فرد از خصوصیات شخصی خودش مشخص می­شود. در این مرحله، کودک به عوامل جهان خارج با معیارهای گسترده­تر روانی پاسخ می­دهد و این پاسخ با آگاهی و وجه تمایز بیشتری همراه است. در خلال این مرحله است که اکثریت مردم اوقات زیادی از زندگیشان را به مفهوم­سازی[[49]](#footnote-49) و ایجاد ارتباط با عوامل مادی و مکانیکی سپری می­کنند(میزیاک و استاوت، 1386؛ ترجمه رضوانی).

در آخرین مرحله­ی آگاهی، انسان از وجود مادیش فراتر رفته، هستی خویش را به طریق دیگری تجربه می‌کند و آگاهیش تغییر می­یابد. برای مثال، از حالت احساس حسی به آن چیزی که احساس ماوراء حسی نامیده می­شود، تغییر جهت می‌دهد. مرحله سوم دارای منبع درونی و قائم به ذات است و پس از تشکیل، به صورت ارتباطی با اولوهیت درمی‌آید(میزیاک و استاوت، 1386؛ ترجمه رضوانی)

در نظریه­ی شخصیت از دیدگاه گشتالتی، گفته می­شود که آدمی به دلیل کوشش و تقلای مداوم خود در جهت تعادل حیاتی، انگیخته می­شود. این‌گونه تلاش و کوشش برای ایجاد تعادل حیاتی، دارای اساس و پایه غریزی است و معنی آن این است که این تعادل و توازن در نتیجه­ی نواخت طبیعی و خودگردان موجود زنده یا جاندار – در بین حالت‌های تعادل و عدم تعادل یا توازن – به جریان افتد. اصل تعادل حیاتی[[50]](#footnote-50)، موجب پیدایی ساخت ادراک‌های فرد و به نظم درآوردن این ادراک‌ها می­گردد. این ادراک‌ها نیز به نوبه خود به صورت تجربه­ی اصلی ادراک شکل در مقابل یک زمینه، سازمان داده می­شوند. وقتی شخص یک نیاز مثل گرسنگی یا تشنگی را احساس می­کند، گفته می­شود که جاندار در حالت عدم موازنه قرار گرفته است. ضمنا همگامی تعادل و توازن مجدد برقرار می­شود که شخص بتواند چیزی را از محیط جذب کرده و نیاز خود را برآورده سازد. پس از آنکه جاندار در حالت موازنه یا تعادل قرار گرفت، پیش­نما برای ظهور یک شکل در آگاهی او، صاف و روشن و به عبارت دیگر، آماده خواهد شد. بدین ترتیب، شخص در حالت نسبتا ثابت جریانی قرار می­گیرد که طی آن، یک شکل در زمینه ظاهر می­شود، راهی نیز برای ارضای نیاز انتخاب می­گردد، شکل از زمینه دور می‌شود و مجددا یک شکل در زمینه ظاهر می­شود. برای توصیف نظریه­ی گشتالت در زمینه شخصیت، باید هم با اصل تعادل حیاتی و هم با اصل کل­نگری آشنا باشیم. در توضیح اصل کل­نگری باید گفت: در این اصل، دو نوع رابطه تعریف می­شود. در اولین رابطه که اصطلاحا به آن ماهیت کل­نگر آدمی[[51]](#footnote-51) گفته می­شود، این اعتقاد وجود دارد که بدن و روح آدمی، نوعی ذات وابسته به هم و غیرقابل‌ تفکیک را تشکیل می­دهند. معنی این جمله آن است که آدمی موجودی اصطلاحا یکی‌شده و کل است و شامل کلیت روانی و جسمانی می­باشد.

  دومین رابطه، اصل کل‌نگر است که انسان و محیط او، تشکیل نوعی وحدت ارگانیسمی – محیطی را می دهند؛ یعنی آدمی و محیط او به هم بسته می‌باشند(برونر[[52]](#footnote-52)، 2010).

1. **ماهیت انسان**

پرلز، معتقد بود که هر شخصی استعداد آن را دارد که آزادانه انتخاب کند و مسئول رفتار خود باشد. خود­شکوفایی[[53]](#footnote-53) دیدگاه خوش­بینانه پرلز در مورد انسان بر این فرضیه او استوار است که همه موجودات زنده ذاتا به سوی خود­شکوفایی کشیده می­شوند. البته او این کار را به عنوان فرایندی ناتمام می­نگرد: ما به‌طور دائم در حال شدن هستیم، ما هرگز به‌طور کامل "شکوفا نمی‌شویم". این تمایل به خودشکوفایی فطری، انگیزش برای کلیه رفتارهای انسان است(برونر، 2010).

1. **خودگردانی**

هر ارگانیسمی سعی دارد که به وسیله کامرواسازی یا حذف نیازهای به وجود آمده که تعادل فرد را به هم زده­اند، به تعادل حیاتی دست یابد. آنها به این فرایند تعادل حیاتی "خودگردانی ارگانیسمی[[54]](#footnote-54)" نام نهاده‌اند. زمانی که ارگانیسم نوعی درد را تجربه می­کند(عدم تعادل)، او می­تواند خودگردانی را از طریق تخلیه تنش به وسیله تجربه هیجانی شدید یا برآوردن آن نیاز انجام دهد(ساعتچی، 1386).

1. **آگاهی**

آگاهی[[55]](#footnote-55)، کلید گشتالت‌درمانی است. تمام این رویکرد براساس کمیت آگاهی مراجع است. اجتناب از آگاهی، مشکل را تشدید می­کند؛ زیرا به جای هدایت انرژی به سوی برآوردن نیاز، این انرژی صرف بازداشتن نیاز یا هیجانی می­شود که نیاز را اعلان کرده و خبر داده است(پرلز، 1993).

  پرلز، بیشتر به عمل و تجربه علاقه­مند بود تا به فلسفه. او به اهمیت فلسفه گشتالت‌درمانی پی‌برد، اما در امور به وجود آوردن یک فلسفه منظم گشتالت‌درمانی مردد بود. با این حال، این فلسفه­ها روشن باشند یا پنهان، فرضیاتی در مورد ماهیت انسان و تجربه در گشتالت‌درمانی وجود دارد(لوین[[56]](#footnote-56)، 2010). چندین فرضیه­ی اصلی در مورد ماهیت انسان وجود دارد که اساس گشتالت‌درمانی را تشکیل می­دهند:

انسان، یک کل است شامل جسم، هیجانات، افکار، احساسات و ادراکات که همه اینها در ارتباط با یکدیگر عمل می­کنند.

انسان، بخشی از محیطش است و نمی­تواند بدون آن درک شود.

انسان، موجودی فعال است نه موجودی واکنشی. او پاسخ‌های خود را به محرک‌های برونی و درونی تعیین می­کند.

انسان، قادر است از احساسات، افکار، هیجانات و ادراکات خود آگاه شود.

انسان، از طریق آگاهی قادر به انتخاب بوده و بنابراین مسئول رفتار آشکار و نهان خود است(پرلز، 1993).

1. **مفهوم اضطراب**

اضطراب، فاصله و شکاف میان حال و آینده است. انسان بدان دلیل مضطرب می­شود که وضعیت موجود را رها کرده و درباره­ی آینده و نقش‌های احتمالی که ایفا خواهد کرد، به تفکر می­پردازد. دلهره و مشغولیت در زمینه فعالیت‌های آینده باعث "ترس صحنه­ای[[57]](#footnote-57)" می­شود. ترس صحنه­ای، از توقع و انتظار فرد از اتفاقات بد و ناگوار در رفتار و نقش‌های آینده­ی او به وجود می­آید. فرد با تشخیص اینکه این اضطراب از چه منبعی حاصل می­شود، باید به خود آید و در زمان حال زندگی کند. اگر فرد در زمان حال به سر برد، مضطرب نخواهد شد؛ زیرا هیجان و تحریک به فوریت در فعالیت خودبه‌خودی او جریان یافته و خلاق و مبدع می‌شود.

نوروز[[58]](#footnote-58)، توقف و یا رکود رشد است. واکنش فرد روان­نژند، به جای آنکه تعامل با محیط و جذب آن باشد، کنترل محیط و ایفای نقش‌های معین است. انرژی، به جای آنکه صرف رشد و تکامل شود، مصروف ایفای نقش می­شود.

خودنظمی[[59]](#footnote-59) فرد روان­نژند به طریق متعددی سد می­شود و نیروهای مشخص نمی­توانند بر تماس ارگانیسمی با محیط تأثیر کاملی داشته باشند. این نوع ممانعت‌ها سه نوع هستند: یکی آنکه در فرد روان­نژند تماس ادراکی ضعیفی با دنیای خارج و با خود بدن وجود دارد. دیگر آنکه ابراز آشکار نیازها سد می­شود. سوم آنکه سرکوبی، از شکل­بندی هیئت‌های خوب جلوگیری می­کند(من[[60]](#footnote-60)، 2010)  
**گشتالت­درمانی یا تمرکز­درمانی**

معمولا گشتالت­درمانی به تمركزدرمانی نیز معروف است. زیرا هدفش آن است كه به فرد كمك كند تا به تجربه­اش از طریق آگاهیش بیفزاید و تجارب و تلاش‌های ناكام­كننده­ای كه این آگاهی را سد و متوقف می‌كنند، واقف شود. جنبه دیگر تمركز آن است كه فرد روابط بین شكل و زمینه را توسعه می­دهد، به‌طوری كه بتواند توجه كاملش را به شكل یا هیئت اصلی معطوف دارد و هر چیز دیگری را در زمینه رها کند. در شیوه درمان گشتالتی، با آوردن رفتارهای اجتنابی به آگاهی، سعی می­شود حالت عدم تعادل به تعادل برگردانده شود. هدف آن است كه فرد هر چه بیشتر با محیط خود در تماس و تعامل طبیعی قرار گیرد، از عواطف و تحریك‌های ناخواسته خویش آگاهی یابد، با خود و با محیط واقعی كاملا در تماس قرار گیرد و كلیت ارگانیزم او حفظ شود. اساس درمان گشتالتی توجه به زمان و موقعیت موجود و كسب حداكثر آگاهی است. در سایه وجود آگاهی، فرد می­تواند براساس اصل سالم گشتالت عمل كند، یعنی مهمترین موقعیت یا كار ناتمام را تشخیص دهد و با آن برخورد اصلاحی داشته باشد. موقعیت ناتمام یا كار و امر ناتمام، همان نیازهای ارضانشده­ای هستند كه گشتالت‌های ناقص را تشكیل می­دهند. موقعیت‌ها و امور ناتمام معمولا نیرو و فشار زیادی وارد آورده و رفتار خود را شدیدا تحت­تاثیر قرار می­دهند(مولر[[61]](#footnote-61)، 2003).

# 2-1-5 فرآیند روان درمانی گشتالتی

كل فرآیند روان­درمانی مركب از سه فرآیند جزئی تر است. یكی خود فرآیند درمان است كه همان رابطه مراجع و درمانگر می­باشد؛ دیگری فرآیند درون بیمار است كه به­وسیله علامت و نشانه های مرضی نشان داده می شود و سومی فرآیند درون درمانگر است كه به فرآیند مرضی بیمار پاسخ می دهد. فرآیند درمان یا رابطه مراجع و درمانگر تنها فرآیندی است كه نمی تواند وجود نداشته باشد، بنابراین از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است(استاملر[[62]](#footnote-62)، 2000).

به نظر یونتف[[63]](#footnote-63) (2000) اگرچه درمانگر در فرآیند مشاوره به راهنمایی مراجع، ارائه تجربه و مشاهده می پردازد ولی فعالیت اصلی مشاوره به عهدة مراجع است. یونتف تأكید دار دوظیفة درمانگر ایجاد فضایی مناسب است كه شیوهای جدید «بودن »را به مراجع بشناساند. درمانگرگشتالتی باید توجه زیادی به حركات بدنی مراجع داشته باشد، زیر انشانه های غیركلامی اطلاعات بسیاری را در زمینة احساسات مراجع ابراز می دارد. صدا، حركات، ژستها و سایر نشانه ها بیانگراحساسات واقعی مراجع هستند. علاوه براین، مشاوة گشتالتی بر رابطه بین الگوهای زبانی و شخصیت نیز تأكید بسیار می شود. الگوهای زبانی مراجع اغلب بیانگراحساسات، تفكرات و نگرشهای اوهستند. درواقع یك مشاورخوب در سخنان بی معنای مراجع دقت نمی كند، بلكه به شكل ظاهری كلمات مراجع می نگرد.

مشاور در جریان درمان كاملاً فعال است و با قدرت و اعتماد به نفس عمل می كند، ولی از قدرت به منظور رضای خاطرخویش استفاده نمی كند. روی این اصل اشخاص محتاط ، محافظه كار و كسانی كه ترجیح می‌دهند رفتارشان فقط مبتنی بر انعكاس مطلبی باشد كه مراجع اظهار داشته است و همینطور افرادی كه به تجربیات خودشان آگاه نیستند، نمی توانند به شیوه گشتالتی انجام وظیفه كنند. درگشتالت درمانی از تشخیص و برچسب زدن استفاده نمی شود زیرا تشخیص فرار از مشاركت در فرآیند فعال ارتباط مشاور و مراجع محسوب می شود(مک کوین[[64]](#footnote-64)، 1997).

مشاور گشتالتی همه آن چیزهایی را كه در شخص جریان دارد دقیقاً مورد توجه قرارمی دهد، یعنی هرآنچه راكه مراجع فكرمی كند، احساس می كند، انجام می دهد، بخاطر می آورد و یا با اعضای حسی خود دریافت می كند و تمام اینها را به منزلة داده های رفتاری درنظر می گیرد تا بتواند به رویدادهای تجربی برحسب واژهای كاربردی اشاره بكند و اصولی را برای تغییر آنه اپیشنهاد كند. درگشتالت درمانی مشاور از واژه«چرا» احتراز می‌كند. به این دلیل كه فقط موجب دلیل تراشی می شود و به فهم و درك مشكل اصلی نمی انجامد، درصورتی كه استفاده از واژ ه«چگونه» موجب شناسایی رفتار و تمام وقایع جریان درمان می شود. سئوالاتی ازقبیل«اكنون چگونه نشسته ای؟» و «اكنون چگونه حرف می زنی؟» و «داری بادست راستت چه می كنی؟» و یا «اكنون صدایت چگونه است؟» به مراجع كمك می كند كه آن چیزی بشود كه هست نه آنكه چیزی بشود كه نیست ولی آرزو دارد باشد(کری، 2000).

مشاورگشتالتی درصدد ایجاد آرامش خاطر، حس آزادی، انعطاف پذیری در ارتباط بادیگران كمك گرفتن از نیروهای درونی برای حل مشكلات و خلاقیت درمراجع است. فردی كه به عنوان مراجع به مشاور مراجعه می‌كند درصدد تعالی بخشیدن ارزشهای خود است و به بهبود كیفیت ارتباطی خود با دیگران می اندیشد. بدین منظور مراجع باید رفتارها و اعمالی راكه درصدد تغییر آن است مشخص كند، سپس با كمك مشاور به آزمودن تجارب مختلف بپردازدو نسبت به نادرستی رفتار خودآگاهی كسب كند. درطی فرآیند مشاوره ، مراجع باید بتواند توجه خود را ازحمایتهای محیطی به سوی حمایتهای شخصی معطوف دارد و زمینة بلوغ فكری را برای خود مهیا سازد. تعامل با محیط، آزمایش تجربه و آگاهی از اصول مهم گشتالت درمانی هستند(الیس و لوری- لویس، 2000).

به نظرپرلز در برخورد با مراجع باید تلاش كرد تا فهمید او از چه چیز اجتناب می ورزد. پس موقعیتی فراهم كردكه مراجع بتواند احساسات و عواطف خود ر اتجربه كند و از اجتناب بپرهیزد. مراجع باید به آنچه درزمان حال تجربه می كند و چگونگی وقوع اجتناب درتجارب اینجا و اكنون آگاهی یابد. بنابراین درمانگرباید مراجع را وادار كند كه ازحالت تنگنا و معذوریت بگذرد،یعنی كاملاً با آن درگیر شود به طوری كه بتواند استعدادهای بالقوة خودش را رشد و توسعه دهد، این كار از طریق فراهم آوردن موقعیتهایی كه مراجع ازطریق آن بتواند حالت تنگنا راتجربه كند. سپس از طریق ناكام كردن اوانجام می گیرد، یعنی بعد از فراهم آوردن موقعیتها بیمار را ناكام می كنیم تا با سدها و موانع خودش و با شیوه اجتناب خویش رودررو قرار گیرد(شیلینگ، 1388، ترجمه آرین).

پولسترسه مرحله رادر فرآیند مشاوره مشخص كرده است:

.مرحلة اكتشاف: مراجع بینش واقع گرایانه وجدیددربارةخودو موقعیت خودكسب می كند.

.مرحلة انطباق:این مرحله مستلزم شناخت مراجع نسبت به قدرت انتخاب خود است. مراجع رفتارهای جدیدی را در محیط حمایتی نشان می دهد و سپس این رفتارهارا به تمام موقعیتهای دیگرگسترش می دهد، درابتدا انتخاب مناسب از جانب مراجع ممكن است ناشیانه صورت گیرد، ولی حمایت مشاور به تدریج مهارتهای لازم رادر انطباق با مسائل و مشكلات در موقعیتهای مختلف كسب می كند. درفرآیندمشاوره، مشاور در یك سیستم حمایتی، مراجع را به عمل و كسب تجربه با شیوهای جایگزینی و مناسب تشویق می كند.

.مرحلةجذب: این مرحله مستلزم این است كه مراجع چگونگی تأثرگذاری بر محیط را یاد بگیرد. دراین صورت مراجع احساس می كند ظرفیت و توانایی مواجه شدن بامسائل ومشكلات زندگی رادارد. دراین مرحله مراجع یاد می گیرد كه چگونه شانس دریافت آنچه را كه از محیط نیاز دارد به حداكثر برساند(به نقل از کوری، 2000).

# 2-1-6 دفاع ها در گشتالت درمانی

گشتالت درمانی به لزوم وجود مرز مناسبی بین فرد و دیگران برای آگاهی و پیشگیری از اختلال روانی معتقد می باشد. رشد در این رویکرد درمانی به معناری حرکت از حمایت های محیطی به سمت حمایت های شخصی می باشد. مراجعان به واسطه آگاهی لحظه به لحظه تجارب خود، به تعبیر و تفسیر تجارب وضعیت خود می پردازند. مراجعهن با دوباره تجربه کردن مشکلات و موقعیت های دردناک گذشته، کارهای ناتمام گذشته خود را که کارکرد زمان حال انان را مختل کرده است، به اتمام می رسانند(نوابی نژاد، 1388).

درمانگر گشتالتی روی مقاومت ها در برابر تماس نیز تمرکز می کند . این مقاومت ها دفاع هایی هستند که انها را برای جلوگیری از تجربه کردن زمان حال به صورت کامل و واقعی پرورش می دهیم. پنج نوع مقاومت که در گشتالت درمانی به چالش کشیده می شوند عبارت اند از:

1. درون فکنی[[65]](#footnote-65): عبارت است از گرایش به پذیرفتن بی چون و چرای عقاید و معیارهای دیگران بدن جذب کردن آنها برای هماهنگ کردن با آنچه هستیم
2. فرافکنی[[66]](#footnote-66): در فرافکنی ما جنبه هایی از خود را با محیط نسبت دادن به محیط رها می کنیم. در واقع در فرافکنی، ما آن دسته از ویژگی های شخصی که با خود انگاشت مان هماهنگ نیست را رها می کنیم و به دیگران نسبت می دهیم
3. معطوف کردن به خود[[67]](#footnote-67): عبارت است از برگرداندن چیزی که دوست داریم در حق دیگران انجام دهیم به خودمان یا انجام دادن چیزی که دوست داریم دیگران در حق ما ناجام دهند. برای مثال اگر به خودمان ناسزا بگوییم و صدمه بزنیم معمولا پرخاشگری را که می ترسیم به دیگران معطوف کنیم به خودمان معطوف می کنیم.
4. انحراف[[68]](#footnote-68): فرایند حواس پرتی است به طوری که به سختی می توان احساس تماس را نگه داشت. کسانی که منحرف می شوند می کوشند از طریق استفاده از شوخی، تعمیم های انتزاعی و سوال کردن به جای اظهرا نظر، تماس را مبهم نمایند
5. هم آمیزی[[69]](#footnote-69): عبارت است از مبهم کردن تمایز بین خود و محیط. برای کسی که به هم آمیزی گرایش دارد، بین تجربه درونی و واقعیت بیرونی مرزبندی روشنی وجود ندارد. هم آمیزی در روابط، فقدان و تعارض ها را شامل می شود، یا اعتقاد به اینکه تمام افرادی که با فرد طرف هستند احساس ها و افکار یکسانی دارند(کری، 1388).

# 2-1-7 تكنيك هايي كه در گشتالت درماني بكار گرفته مي شود :

1. افزايش آگاهي : به فرد كمك ميشود آنچه را در اين زمان احساس مي كند بيان كند.
2. - بكار بردن ضمير شخصي من : بخاطر اينكه تجربيات خويش را جزاي از خود احساس كند .
3. جملات خبري بجاي جملات سئوالي ، كه خود را بيان كند.
4. بكار بردن لغت نمي خواهم بجاي لغت نمي دانم براي پذيرفتن مسئوليت و غالب آمدن بر ترس خويش .
5. پرسش از چگونگي و چه خبر بجاي چرائي رفتار بخاطر تجربه و حس كردن رفتار خويش .
6. تشريك مساعي كردن در پيش بيني و اظهار نظر ها بصورت بيان كردن نظرات خود با جملات ؛به نظر من ، فكر مي كنم ...
7. گذشته را به حال آوردن براي دريافتن وضعيت فعلي رفتار.
8. بيان تنفر ها و قدرداني ها
9. تاكيد درمانگر به رفتار ظاهري مراجع(شولتز و شولتز[[70]](#footnote-70)، 1386، ترجمه سیف و علی آبادی) .

# 2-1-8 شش قانون برای هدایت درمانگران گشتالتی

1. در اینجا و حالا بمان.
2. بر تجربه مستقیم تاکید کن.
3. به فعالیت‌هایی مانند صحبت کردن در مورد چیزی، تحلیل کردن و حدس زدن و غیره نپرداز.
4. سعی کن مراجع، خود را کشف کند.
5. از ناکامی استفاده مفید بکن.
6. بر مسئولیت و انتخاب تاکید کن(کوری، 1388، ترجمه شهیدی)

# 2-1-9 قواعد گشتالتی

اگرچه پرلز نظر چندان مساعدی نسبت به تکنیک ندارد ولی می­توان تکنیک‌های گشتالت­درمانی را تا حدودی حول دو محور رفتاری یعنی "قواعد" و "طرح‌ها" تشریح کرد. قواعد، وسیله موثری برای وحدت­بخشی به فکر و احساس به مراجع ارائه می­دهند. قواعد، برای کمک به مشاور تدوین شده­اند تا با استفاده از آنها مقاومت‌ها را از بین ببرد و فرایند بلوغ شخصی را تسهیل کند. قواعد، معمولا ارزش شوک­دهی قابل‌ملاحظه­ای دارند و راه‌های ممانعت مراجع را از به تجربه درآوردن خود و محیط به او نشان می­دهند. قواعد مورد نظر در گشتالت­درمانی به این شرح‌اند:

1. . قاعده زمان حال: رفتار و احساسات مراجع در زمان حال و موقعیت جاری مورد تاکید قرار می­گیرد.
2. . قاعده من و تو: سعی می­شود مراجع به وجود دو قطب فرستنده و گیرنده پیام توجه کند و در تماس و گفتگوی رسا و بی­واسطه­ای قرار گیرد و به جای آنکه درباره فرد دیگری با درمانگر گفتگو کند، آن فرد را مستقیما مخاطب قرار دهد.
3. . قاعده ممنوعیت شایعات بی­اساس و بدگویی: این قاعده، موجب بالا بردن سطح احساسات و جلوگیری از اجتناب می­شود. در این قاعده، مراجع وادار می‌شود تا به جای آنکه درباره فردی که در جلسه حاضر است اظهاراتی بکند، او را مستقیما مخاطب قرار دهد
4. آگاهی مستقیم: به‌طور ساده می­توان گفت که سوالات مستقیم، بر آگاهی مراجع از حالا و چگونگی تاکید می­کند: چگونه از وضعیت خود آگاهی داری؟ چگونه عصبانی هستی؟ دستان شما چه می­کنند؟
5. شخصی کردن ضمایر: تو، حرف می­زنی یا او، حرف می­زند. از جمله راه‌هایی است که مردم بدان وسیله خود را از تجاربشان مجزا می­سازند. مثلا ممکن است کسی بگوید "مطمئنا اینجا گرم است." یا "تو می­توانستی بفهمی که او واقعا عصبانی بود". مشاور گشتالتی از مراجع می­خواهد که جملات خود را دوباره بسازد؛ "من خیلی گرمم است." "من می­توانستم بفهمم که او واقعا عصبانی بود." در این صورت، مراجع آگاهی بیشتری از تجربیات خود کسب می‌کند و بهتر قادر خواهد بود که آنها را در تجربیات کلی خود یکپارچه نماید.
6. سوال نشود: با دقت گوش دادن باعث می­شود بفهمیم که سوال­کننده به دنبال کسب اطلاعات نیست بلکه از بیان مطالب اجتناب می­کند. مشاور به مراجع پیشنهاد می­کند "جمله­ای را که در پشت آن سوال است" بیان کند. بنابراین مجددا مراجع را رو در روی بخش انکار­شده قرار می­دهد
7. رویا: براساس نظر پرلز، رویا نوعی فرافکنی شخص است و بخش‌های مختلف رویا نیز نشان­دهنده جنبه­های گوناگون وجود شخص هستند. درمانگر در هنگام کار با رویاها، از مددجو می­خواهد تا رویای خود یا بخشی از آن را با استفاده از افعال زمان حال و آن‌چنانکه گویی هم‌اکنون اتفاق افتاده است، بازگو کند. بعد از آنکه رویا یا بخشی از آن به وسیله مددجو بازگو شد، درمانگر از وی می­خواهد تا بخش‌هایی از آن را به نمایش درآورد و این عمل را با گفتگو بین این بخش‌ها انجام دهد. بعضی از درمانگران هنگام کار با رویاها، از فنون نقش­گذاری روانی (روان­نمایشی) استفاده می­کنند و طی آن، اعضای گروه(متشکل از مددجویان دیگر) مطابق با آنچه مددجویی که رویا دیده می­گوید، رویای وی را به نمایش می‌گذارند(کری، 1389، ترجمه سیدمحمدی).

# 2-1 -10 طرح‌های رفتاری در گشتالت در مانی

  طرح‌های رفتاری، فعالیت‌هایی هستند که مراجع به توصیه مشاور یا درمانگر برای شناخت احساسات و قطب‌های مختلف شخصیت خویش و چگونگی برخوردش با واقعیات انجام می­دهد. برخی از این طرح‌ها به این شرح‌اند:

1. دور چرخیدن[[71]](#footnote-71): از مراجع خواسته می­شود تا اگر چنانچه گفته یا احساسی دارد، در صورت لزوم، دور بچرخد و آن را به دیگر افراد جلسه بگوید. این تکنیک ممکن است اعمالی مثل لمس کردن، دلجویی، نوازش و مشاهده کردن را نیز دربرداشته باشد.
2. کار یا موضوع ناتمام[[72]](#footnote-72): در اینجا هر موقع که مراجع کار یا موضوع ناتمامی داشته باشد، از او خواسته می­شود آن را به پایان برساند و تمام کند.
3. داشتن یک راز: به مراجع آموخته می­شود رازی را پوشیده نگه دارد و تصور کند دیگران چه واکنشی نسبت به آن خواهند داشت. در این حالت کم­کم دلبستگی او به این راز روشن خواهد شد و احساس گناه و شرمساری او کشف خواهد شد
4. بازی گفتگو: درمانگر از مراجع می­خواهد که بین دو بخش متعارض خود گفتگویی برقرار کند. مثلا از دانش­آموزی که در نوشتن یک مقاله مشکل دارد، خواسته می­شود که با مقاله بحث کند. مراجع(دانش­آموز) هر دو نقش را بازی می­کند؛ نقش خودش و نقش مقاله.
5. بازی فرافکنی: زمانی که مراجعان از فرافکنی­های خود آگاه نباشند، از آنها خواسته می­شود تا رفتار یا نگرشی را که فرافکنی می­کنند، بازی نمایند. مثلا از مراجعی که شخص دیگر را متهم می­کند که او فردی خودخواه است، خواسته می­شود که نقش یک شخص مغرور و خودخواه را تا آنجا که ممکن است بازی کند.
6. تکنیک وارونه: در این تکنیک از مراجعان خواسته می­شود که به شیوه­ای مخالف رفتار خاص خود عمل کنند. مثلا از یک فرد پرخاشگر بددهن خواسته می­شود که نقش آن قسمت دیگر، یعنی آدم فروتن و محترم را بازی کند.
7. فرض مسئولیت: درمانگر از مراجع می­خواهد که عبارت "من مسئولیت آن را می­پذیرم" را بعد از هر جمله­ای که می­گوید، تکرار نماید. هدف این روش این است که به مراجع کمک نماید تا او خود به تنهایی مسئول افکار، احساسات و اعمالش باشد. بنابراین مراجع ممکن است بگوید "من عصبانی هستم و مسئولیت آن را می­پذیرم".
8. حفظ یک احساس: مراجعان اغلب می­خواهند که از احساسات شدید خود اجتناب کنند. این روش، مراجع را مجبور می­کند که احساس خود را حفظ نماید. بنابراین آن احساس محصور می­شود. مشاور، می­تواند از مراجع بخواهد تا آن احساس را به صورت اغراق­آمیزی بیان نماید تا نیاز به اجتناب، اشباع شود.
9. ممکن است جمله­ای به شما بگویم: روشی دیگر برای آگاه نمودن مراجع از احساسات یا افکار شدید قبلی، این است که مشاور عبارتی را به مراجع می­گوید و آن جمله باعث روشن شدن احساس یا نگرش مراجع می­شود؛ احساس یا نگرشی که مراجع از آن اگاهی ندارد.
10. آهنگ تماس و عقب­نشینی: تمایل طبیعی به عقب­نشینی امری شناخته‌شده و مورد قبول است و در درمان، مراجع مجاز است که به تناسب از عقب­نشینی موقتی احساس امنیت کند. تماس و عقب­نشینی، هر دو در درمان معقول به نظر می­رسند و مراجع و درمانگر مطابق یک طرح مناسب و موزون به‌موقع از هر یک استفاده می­کنند، ولی استفاده مداوم و پیوسته از هر یک از آنها به هیچ وجه توصیه نمی­شود؛ چرا که تماس و عقب­نشینی فقط در مواقع مناسب مورد قبول است.
11. تمرین و آزمایش: چون قسمت اعظم تفکر تمرین به منظور آمادگی برای ایفای یک نقش اجتماعی است، اعضای گروه در تمرین‌ها با یکدیگر مشارکت می­کنند.
12. بزرگ­نمایی و اغراق یا تکرار: در این طرح، از مراجع خواسته می‌شود تا رفتار یا بیانی را چندین مرتبه تکرار کند و حتی در برخی موارد رفتار را به رقص تبدیل کند و یا صدا را بلندتر یا موکدتر کند تا بدین وسیله به خودآگاهی برسد.
13. صندلی خالی: زمانی که موضوع ناتمام با فرد دیگری ارتباط دارد، باید مراجع را تشویق کرد تا از طریق گفتگو و بحث با آن فرد موضوع ناتمام را کامل کند. چنانچه فرد دیگر حضور نداشته باشد، توصیه می­شود که مراجع با به‌کارگیری یک صندلی خالی به ایفای نقش با طرف غایب بپردازد و حتی پاسخ‌های احتمالی او را بیان کند. ایفای نقش با طرف غایب این ارزش را دارد که مشاور می­تواند دریابد که به هنگام مواجهه مراجع با دیگران چه اتفاق می­افتد و عکس­العمل‌های مراجع در قبال آنها چیست
14. صندلی داغ: روشی است که بدان وسیله شخصی در گروه داوطلب می‌شود تا با مشاور کار کند و به شناخت احساسات و عواطفش در زمینه موضوعی که در گذشته اتفاق افتاده است، نایل آمده و آن را تجربه کند. در این شیوه، مراجع بر روی یک صندلی که در مرکز گروه قرار داده شده است، می­نشیند و اعضای گروه با طرح سوالاتی از او می­خواهند تا احساسات و عواطفش را بروز دهد(پروچسکا و نورکراس، 1386، ترجمه سیدمحمدی).

# مروری بر تحقیقات انجام شده

**2-3-1 پیشینه داخلی**

بهرامی، سودانی و مهرابی زاده هنرمند(1389) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که گشتالت درمانی به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی، احساس تنهایی و نیز افزایش عزت نفس زنان مطلقه گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه کنترل شده است.

خیاط، پاشا و سودانی(1388) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه گشتالت بر کاهش اضطراب مردان مراجعه کننده به مرکز مشاوهر نفت اهواز به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهي به شيوه گشتالت بر كاهش اضطراب مردان مراجعه كننده به مركز مشاوره نفت گروه آزمايش در مقايسه با گروه كنترل موثر بوده است.

زهراکار(1390) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه زناشویی درمانی گروهی بر افزایش سازگاری زناشویی به این نتیجه رسید که گشتالت درمانی بر سازگاری زناشویی و مولفه های آن اثر بخش بوده است.

حیدری، ثنایی ذاکر، نوابی نژاد و دلاور(1388) در پژوهشی با عنوان اثربخشی گفتگوی موثر بر کاهش تعارضات زناشویی به این نتیجه رسیدند که كه آموزش روش گفتگوي موثر توانسته است ميزان تعارض زناشويي را به طور معناداري كاهش داده و بر متغيرهاي موثر در رضايت زناشويي همانند همكاري، رابطه‌ي جنسي، واكنش هاي هيجاني نسبت به يكديگر و جلب حمايت فرزند يا فرزندان، تاثير بگذارد.

صادقی، قادری و جاهدی(1390) در پژوهشی با عنوان اثربخشی گشتالت درمانی و شناخت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی جانبازان به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روان، محیط زندگی و روابطه اجتماعی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود داشت. این مطالعه نشان داد که اجرای مشاوره گروهی به شیوه گشتالت درمانی و شناخت درمانی بر بهبود و افزایش کیفیت زندگی جانبازات در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روان، محیط زندگی و روابط اجتماعی موثر است.

ویسی(1391) طی پژوهشی با عنوان طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه های قرآنی در کاهش تعارضات زناشویی به این نتیجه رسید که گشتالت های ناتمام تاثیر زیادی بر ایجاد تعارضات زناشویی به عنوان یک فرآیند ارتباطی صمیمانه دارد. لذا راهبردهای درمان روایتی و آموزه های قرآنی برای کاهش تعارضات موثر است.

بخشی پور، اسدی، کیانی، شیرعلی پور و احد دوست(1391) در پژوهشی با عنوان رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوج های در آستانه طلاق به این نتیجه رسیدند که از بين متغيرهاي پيش بين، عملكرد كلي، حل مشكل، نقش ها، همراهي عاطفي وآميزش عاطفي با تعارض زناشویی رابطة معناداري دارند. علاوه بر اين نتايج نشان داد كه در ايجاد اولين همبستگي بنيادي عملكرد كلي از متغيرهاي پیشین و افزايش واكنش هاي هيجاني از متغيرهاي ملاك بيشترين نقش را دارند.

مقیمیان و امینی (1393) در پژوهش خود به مقایسه تاثیر گشتالت درمانی و درمان شناختی رفتاری الیس بر ابراز وجود دانشجویان پرستاری پرداختند.نتایج پژوهش آنها نشان داد بعد از مداخله گشتالت درمانی و درمان شناختی رفتاری الیس نمرات ابراز وجود به طور معناداری افزایش یافت. تفاوت ابراز وجود بین هر یک از گروههای آزمودنی و کنترل معنادار بود. این افزایش در دو گروه آزمودنی، با هم اختلاف معنادار نداشت.

**2-3-2 پیشینه خارجی**

همینگ[[73]](#footnote-73)(1994) طی پژوهشی اثر بخشی گشتالت درمانی را در کار با زوج ها مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که این درمان در کاهش مشکلات زوج ها موثر است.

گلاسر[[74]](#footnote-74) (2000) طی پژوهشی به این نتیجه رسید که تعارض زناشويي ناشي از ناهماهنگي زن و شوهر در نوع نيازها و روش ارضاي آن، خودمحوري، اختلاف درخواسته ها، طرحواره هاي رفتاري و رفتار غيرمسؤولانه نسبت به ارتباط زناشويي و ازدواج است.

اولیریو و پیج(2000)، به منظور بررسی تاثیر آموزش های گشتالتی بر خشم، مسئولیت پذیری و عزت نفس، 14 نفر آزمودنی را که در زمینه های یاد شده دارای مشکل بودند در دو گروه قرار داند؛ هفت نفر در گروه آزمایش، که به مدت شش هفته تحت درمان به شیوه گشتالتی قرار گرفتند و هفت نفر در گروه کنترل، که هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. سن، جنس و نوع برنامه یی که گروهها گرفتند یکسان بود. نتایج نشان داد که کاهش خشم، افزایش مسئولیت پذیری، و عزت نفس در میان افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار دارد.

پی ویو و گرینبرگ(2000) در پژوهشی افرادی که داراری مشکلات هیجانی حل نشده(مانند آشفتگی های ناشی از پیوندهای بین فردی، کارهای ناتمام، و احساس تنهایی) برای پیوند با دیگران بودند، به دو گروه تقسیم کردند. گروه اول با راه کار صندلی خالی گشتالت، و گروه دوم با دارو نما مورد درمان قرار گرفتند. پس از یک سال گروه درمانی، نتایج نشان داد که درمان گشتالتی برای بیمارات، به گونه شایان توجه، سودمندتر از درمان با دارونما بوده و این تاثیر در طول دوره پیگیری هم پایدار باقی مانده است.

هریس(2004) در بررسی خود دریافت گشتالت درمانی رویکری موثر در کاهش احساس تنهایی افراد دارای HIV مثبت، که از تنهایی و نبود پیوند با دیگران رنج می برند است.

گریش و فینچام[[75]](#footnote-75)(2001) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تعارضات زناشویی با پیامدهای مهم در خانواده همانند فرزندپروری ناکارآمد، سازگاری ضعیف فرزندان، افزایش احتمال تعارضات والد-فرزندی مرتبط است.

گاتمن، لوینسون و وودین[[76]](#footnote-76)(2001) در پژوهشی با عنوان حالات چهره ای در خلال تعارضات زناشویی به این نتیجه رسیدند که حالت چهره ای نقش مهمی در ایجاد و تداوم تعارضات زناشویی دارد

نتایج تحقیق هاکینز و بوث[[77]](#footnote-77) (2005) بر روی زوج هایی که بیش از 12 سال از عمر ازدواج آن ها می گذشت نشان داد که کیفیت روابط زناشویی اثر معنی داری بر بهزیستی زوج دارد. به این صورت که ارتباط زناشویی با کیفیت پایین، شادکامی، عزت نفش و رضایت از زندگی را کاهش می دهد.

برگ[[78]](#footnote-78)(2008) پژوهشی را با دو زوج به منظور بررسی سودمندی زناشویی درمانی گشتالتی انجام داد.پزوهش وی نشان داد اثربخشی زناشویی درمانی گشتالتی به ویژگی های شخصیتی نقش مهمی در سودمندی درمان دارند. ولی به طور کل این درمان می تواند در حد متوسط اثربخش باشد.

وينبرگر[[79]](#footnote-79) و همكاران (2008) در يك بررسي طولي به اين نتيجه رسيدند كه عدم صميمت در زوجين جوان، پيش بيني كننده مهم طلاق در دوران ميانسالي است.

گارفیلد[[80]](#footnote-80) (2010) در پژوهشی دریافت که گروه درمانی با زوجین دارای مشکل در صمیمت عاطفی با استفاده از یادگیری بیان مستقیم عواطف و حمایت از دریافت بازخورد، توسعه مهارت های دوستی (اتصال، ارتباط، تعهد و همکاری) به صمیمت عاطفی در روابط زوج ها منجرمی شود.

اولیور و فایبر[[81]](#footnote-81)(2013) در پژوهشی با عنوان قطب بندی زوج درمانی به شیوه مشاوره گشتالتی به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی گشتالتی که دارای چهار مرحله است منجر به افزایش صمیمت زوجین در طولانی مدت می شود.

منابع:

براتی، طاهره.(1375). تاثیر تعارض های زناشویی بر روابط متقابل زن و وشهور. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

بخشی پور، بابا الله. اسدی، مسعود. کیانی، احمدرضا. یرعلی پور، اصغرو احمد دوست، حسین.(1391. رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوج های در آستانه طلاق. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال سیزدهم، شماره 2.

بهرامی، فرحناز، سودانی، منصور و مهرابی زاده هنرمند، مهناز.(1389). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه. مظالعات اجتماعی روانشناختی زنان، شال 8، 1، 129-135

ثنایی ذاکر، باقر.(1378). نقش خانواده اصلی در ازدواج فرزندان. فصلنامه تازه ها و پژوهشهای مشاوره. فصلنامه علمی پژوهشی انجمن مشاوره ایران، 1(2)، 21-46

زهراکار، کیانوش.(1390). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه زناشویی درمانی گروهی بر افزایش سازگاری زناشویی.مجله پژوهشهای مشاوره.شماره 40.ص59-72.

شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا(1392). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ 13، ص 182

كوري، جرالد. (1388) نظريه ها وتمرينهاي مشاوره گروهي انسانگرا. ترجمه كتايون دانشوريان. تهران: نشر پرشكوه.

شيلينگ،‌ لوئيس(1388). نظريه هاي مشاوره. ترجمه: آرين، خديجه. تهران: انتشارات اطلاعات.

صادقی، سپیده، قادری، زهرا و جاهدی، سهیلا. (1390). اثربخشی گشتالت درمانی و شناخت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی جانبازان. ارمغان دانش، دوزه 16(6)، 517-526

حیدری، حسن. ثنایی ذاکر،باقر. نوابی نژاد، شکوه و دلاور، علی. (1390). اثربخشی گفتگوی موثر بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه اندیشه ورفتار. دوره چهارم(14)، 15-24

خیاط، ابراهیم. پاشا، غلامرضا . سودانی، منصور.(1388). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه گشتالت بر کاهش اضطراب مردان مراجعه کننده به مراکز مشاوره نفت اهواز. اولین همایش ملی یافته های نوین در روانشناسی.

مقیمیان و امینی. (1393) در پژوهش خود به مقایسه تاثیر گشتالت درمانی و درمان شناختی رفتاری الیس بر ابراز وجود دانشجویان پرستاری . مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران. دوره 77(89)، 11-1

میزیاک هنریک، سکستون ویرجینیا استاوت؛ تاریخچه و مکاتب روان‌شناسی، احمد رضوانی، انتشارات آستان قدس رضوی، 1386، چاپ دوم، ص 528 ،533.

ویسی، اسدا... . (1391). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه زناشویی درمانی گروهی بر افزایش سازگاری زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال دوم، شماره 3.357-340.

Barnett, R. C., Steptoe, A., & Gareis, K. C. (2005). Marital-role quality and stress-related psychobiological indicators. Annals of Behavioral Medicine, 30, 36–43. doi:10.1207/s15324796abm3001\_5.

Bernd Bocian (2010). Fritz Perls in Berlin 1893 - 1933. Expressionism - Psychoanalysis - Judaism. EHP Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach

Brownell, P. (2010) Gestalt Therapy: A Guide to Contemporary Practice. New York, NY: Springer Publishing. p. 174.

Brownell, P., ed.(2008) Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy, Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. Lancet, 359, 1331–1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Claire M. K. D & Miles G. Taylor. (2011). Trajectories of Marital Conflict Across the Life Course: Predictors and Interactions With Marital Happiness Trajectories. Journal of Family Issues 33(3)341– 368.

Corey, Gerald.(2000) "Gestalt Therapy." In Theory and Practice of counseling and Psychotherapy. 6th ed. [California](http://www.encyclopedia.com/topic/California.aspx): Wadsworth and Thomson Learning.

Davies, P. T., Sturge- Apple, M. L., Winter, M. A., Cummings, E. M., & Farrell, D. (2006). Child adaptational development in contexts of interparental conflict over time. Child Development, 77, 218-233.

Dunbar, R. I. M., and Machin, A. J. (2014). Sex differences in relationship conflict and reconciliation. Journal of Evolutionary Psychology, 12, 109-133.

Glasser, W. (2000).Counseling With Choice Theory a New Reality Therapy. New York. Harper Collins Publisher.

Hemming , j . (1994). In on intimate Ground: A gestalt approach to working with couples. In wheeler , G & Backman, S. The jooey and Behavioral Sciens. San Francisco: Jossey- Bass.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2010). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. Journal of Social and Personal Relationships. 28(2) 262–277

Dunbar, R. I. M., and Machin, A. J. (2014). Sex differences in relationship conflict and reconciliation. Journal of Evolutionary Psychology, 12, 109-133.

Ellis, Michael and John Leary-Joyce.(2000) "Gestalt Therapy." In Handbook of counseling and Psychotherapy, edited by Colin Feltham and Ian Horton. London: Sage Publications.

Ehrenfels, C. von (2000). On ‘Gestalt Qualities.’ In B. Smith (Ed. & Trans.). Foundations of Gestalt theory (pp. 82-123). Munich: Philosophia Verlag. (Original work published 1890 as Über ‘Gestaltqualitäten,’ in Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Philosophie, 14, 249-292)

Feldman, R. (2010). Conflict resolution in the parent-child, marital, and peer contexts and children’s aggression in the peer group: A process-oriented cultural perspective. Developmental Psychology, 46, 310-325.

Fieber M.S. t.(2012). Stages in a Gestalt therapy session and an examination of counselor interventions Part 1: Conceptual framework Part 2: Workshop, International Review of Social Sciences and Humanities, 2(2), 49-61.

Jacobs, L., & Hycner, R. (Eds.). (2009). Relational approaches in Gestalt therapy. New York: Gestalt Press/Routledge, Taylor & Francis Group.

Henle, M. (1978): Gestalt psychology and Gestalt therapy, in: Journal of the History of the Behavioral Sciences 14 (1), pg. 23-32. Henle, however, restricts herself explicitly to only three of Perls' books from 1969 and 1972, leaving out Perls' earlier work, and Gestalt therapy in general. See Barlow criticizing Henle: Allen R. Barlow: [Gestalt Therapy and Gestalt Psychology. Gestalt – Antecedent Influence or Historical Accident](http://www.gestalt.org/barlow.htm), in: The Gestalt Journal, Volume IV, Number 2, Fall, 1981

Iveniuk j., Waite LJ., Laumann E., McClintock MK. Tiedi AD.(2014). Marital Conflict in Older Couples: Positivity, Personality, and Health.Journal of Marriage and Family. Vol76(1);130-144.

Latner, J. (2010) The Theory of Gestalt Therapy, in *Gestalt therapy: Perspectives and Applications*, Edwin Nevis (ed.) Cambridge, MA: Gestalt Press.

Levine, T.B-Y. (2011) Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice. New York, NY: Routledge.

Mann, D. (2010) Gestalt Therapy: 100 Key Points & Techniques. London & New York: Routledge

McConville, M. (2013). Lewinian field theory, adolescent development, and

psychotherapy. Gestalt Review, 7(3), 213-238.

Melnick, J., March Nevis, S. (2005) Gestalt Therapy Methodology in Gestalt Therapy, History, Theory, and Practice. Ansel Woldt & Sarah Toman (eds). London, UK: Sage Publications

Muller, B. (2003). The total therapeutic context, The craft of Gestalt therapy: Theory and practice. Gestalt Review, 1(2), 94-109.

Nevis, E. (2000) Introduction, in Gestalt therapy: Perspectives and Applications. Edwin Nevis (ed.). Cambridge, MA: Gestalt Press. p. 3.

Olivieri, M., Fiebert, M.S.(2013). Integrating Couple Polarities through Gestalt Counseling. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 5(1), pp. 164-174.

Perls, F. (1969) Ego, Hunger, and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy. New York, NY: Random House. (originally published in 1942, and re-published in 1947)

Perls, F. (1993) The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy. New York, NY: Bantam Books.

Polster, E. & Polster, M. (1973) Gestalt Therapy Integrated: Contours of theory and practice. New York, NY: Brunner-Mazel.

Sharf, Richard S.(2010). "Gestalt Therapy." In Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases. 2nd ed. Stamford: Thomson Learning,

Staemmler, F.-M. (2000). Cultivated uncertainty: An attitude for gestalt therapists. British Gestalt Journal, 6/1, 40-48.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2010). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. Journal of Social and Personal Relationships. 28(2) 262–277

Truscott, D. (2010) Gestalt therapy. In Derek Truscott, *Becoming An Effective Psychotherapist: Adopting a Theory of Psychotherapy That's Right for You and Your Client*, pp. 83–96. Washington, DC, US: American Psychological Association

Yontef, G. (1993) Awareness, Dialogue, and Process, essays on Gestalt therapy. Highland, NY: The Gestalt Journal Press, Inc

Yontef, G. (2005) Gestalt Therapy Theory of Change, in Gestalt Therapy, History, Theory, and Practice. Ansel Woldt & Sarah Toman (eds). London, UK: Sage Publications

Wheeler, G. (1991) Gestalt : A new approach to contact and resistance. New York, NY: Gardner.

*.*

1. Lao-tse [↑](#footnote-ref-1)
2. Ellis [↑](#footnote-ref-2)
3. Wilhelm Wundt [↑](#footnote-ref-3)
4. Nevis [↑](#footnote-ref-4)
5. Immanuel Kant [↑](#footnote-ref-5)
6. Franz Brentano [↑](#footnote-ref-6)
7. Wheeler [↑](#footnote-ref-7)
8. Ernst Mach [↑](#footnote-ref-8)
9. Yontef [↑](#footnote-ref-9)
10. Ehrenfels [↑](#footnote-ref-10)
11. Gestalt Qualities [↑](#footnote-ref-11)
12. William James [↑](#footnote-ref-12)
13. Jacobs& Hycner [↑](#footnote-ref-13)
14. Phenomenolog [↑](#footnote-ref-14)
15. Husserl [↑](#footnote-ref-15)
16. figure [↑](#footnote-ref-16)
17. background [↑](#footnote-ref-17)
18. Sharf [↑](#footnote-ref-18)
19. *Field theory* [↑](#footnote-ref-19)
20. Lewin [↑](#footnote-ref-20)
21. Life spaine [↑](#footnote-ref-21)
22. McConville [↑](#footnote-ref-22)
23. Perls [↑](#footnote-ref-23)
24. Non-verbal communication [↑](#footnote-ref-24)
25. Psychodrama [↑](#footnote-ref-25)
26. Role playe [↑](#footnote-ref-26)
27. **the empaty chair** [↑](#footnote-ref-27)
28. poles [↑](#footnote-ref-28)
29. Latner [↑](#footnote-ref-29)
30. Goldstein [↑](#footnote-ref-30)
31. Wilhelm Reich [↑](#footnote-ref-31)
32. Libido [↑](#footnote-ref-32)
33. Body armor [↑](#footnote-ref-33)
34. Otto **Rank** [↑](#footnote-ref-34)
35. Restored [↑](#footnote-ref-35)
36. Here and now [↑](#footnote-ref-36)
37. **Karen** Horney [↑](#footnote-ref-37)
38. Zeigarnik effect [↑](#footnote-ref-38)
39. Unfinished story [↑](#footnote-ref-39)
40. Existentialisn [↑](#footnote-ref-40)
41. Heidegger [↑](#footnote-ref-41)
42. **Kierkegaard** [↑](#footnote-ref-42)
43. **MARTIN** BUBER [↑](#footnote-ref-43)
44. Relationship therapist - References [↑](#footnote-ref-44)
45. Godman & Lender [↑](#footnote-ref-45)
46. Unfloding [↑](#footnote-ref-46)
47. Ego, Hunger and Aggression [↑](#footnote-ref-47)
48. Social stage [↑](#footnote-ref-48)
49. Conceptualization [↑](#footnote-ref-49)
50. homeostasis principle [↑](#footnote-ref-50)
51. Holistic nature of man [↑](#footnote-ref-51)
52. Brownell [↑](#footnote-ref-52)
53. Self-actualization [↑](#footnote-ref-53)
54. Organismicself–regulation [↑](#footnote-ref-54)
55. awarness [↑](#footnote-ref-55)
56. Levine [↑](#footnote-ref-56)
57. Fear scene [↑](#footnote-ref-57)
58. nervosa [↑](#footnote-ref-58)
59. Self-regulation [↑](#footnote-ref-59)
60. Mann [↑](#footnote-ref-60)
61. Muller [↑](#footnote-ref-61)
62. Staemmler [↑](#footnote-ref-62)
63. Yontef [↑](#footnote-ref-63)
64. MacKewn [↑](#footnote-ref-64)
65. Introjection [↑](#footnote-ref-65)
66. Projection [↑](#footnote-ref-66)
67. retroflection [↑](#footnote-ref-67)
68. confluence [↑](#footnote-ref-68)
69. deflection [↑](#footnote-ref-69)
70. Schulthess [↑](#footnote-ref-70)
71. turning away [↑](#footnote-ref-71)
72. Work with the issue of unfinished [↑](#footnote-ref-72)
73. Hemming [↑](#footnote-ref-73)
74. Glasser [↑](#footnote-ref-74)
75. Grish, & Fincham [↑](#footnote-ref-75)
76. Gottman, . Levenson and . Woodin, [↑](#footnote-ref-76)
77. Howkins & booth [↑](#footnote-ref-77)
78. Berge [↑](#footnote-ref-78)
79. Weinberger [↑](#footnote-ref-79)
80. Garfield [↑](#footnote-ref-80)
81. Olivieri& Fiebert [↑](#footnote-ref-81)