

اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر کاهش تهاجم و کینه‌توزی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی

محسن محمدی^۱، ریحانه طالبی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

چکیده

پرخاشگری یکی از مشکلات مهم دوره نوجوانی است که همه‌ی ابعاد رشد و سلامت نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای منفی همچون تصویر ذهنی منفی در میان همسالان و آموزگاران، طرد از سوی همسالان، افت تحصیلی، مصرف مواد، مشکلات ارتباطی با خانواده و بزهکاری را در پی دارد. لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه‌ی گشتالت‌درمانی بر کاهش تهاجم و کینه‌توزی دانش‌آموزان پسر دوره دبیرستان صورت گرفت. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. از میان مدارس پسرانه دوره دبیرستان از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مدرسه انتخاب و با اجرای پرسشنامه پرخاشگری AGQ، ۲۴ نفر از دانش‌آموزان انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ۸ جلسه گشتالت‌درمانی گروهی با فاصله زمانی یک هفته برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پردازش داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس انجام گرفت که نتایج نشان داد بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.5$). در نتیجه مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی گشتالت‌درمانی بر کاهش تهاجم و کینه‌توزی مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: گشتالت‌درمانی گروهی، تهاجم، کینه‌توزی

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) ایمیل: mohamadi009@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

نوجوانی سال‌های تغییر و تحول در همه جنبه‌های رشد جسمی، ذهنی، عاطفی، روانی و اجتماعی است. نوجوانان سرمایه‌های آینده، هر جامعه هستند و هر اندازه که از سلامت کافی برخوردار باشند، رشد و پیشرفت جامعه را تضمین خواهند کرد. یکی از اولین گام‌ها در راه حفظ سلامت نوجوانان می‌تواند شناخت عوامل مؤثر در خشونت به صورت مثبت یا منفی و یا تقویت‌کننده و بازدارنده، در این زمینه باشد و یکی از عوامل مهمی که به عنوان عامل بازدارنده در ارتباط با سلامت نوجوانان نقش مؤثر دارد، پرخاشگری^۱ است. پرخاشگری همه‌ی ابعاد رشد و سلامت نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اشرفی، نشیبی، قاسم‌زاده، ۱۳۹۳). در بین مراحل رشد انسان از کودکی تا سالمندی بیشترین رفتار پرخاشگرانه در مرحله نوجوانی دیده می‌شود پرخاشگری ارتکاب هرگونه رفتار کلامی و غیر کلامی است که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به قصد آزار جسمی و روانی دیگران صورت می‌گیرد. پرخاشگری می‌تواند به صورت ناسزاگویی، تهدید کلامی و دادو فریاد، رقابت بین فردی و طرد و منزوی کردن دیگران نشان داده شود (صداقت، مرادی، احمدیان، ۱۳۹۳). از یک سو خشم در دوران نوجوانی در بسیاری موارد منجر به رفتارهای تهاجمی^۲ و ضداجتماعی می‌شود که در نهایت خسارت‌های فراوانی را موجب می‌گردد. همچنین خشم با افسردگی، مصرف کوکائین، مصرف الکل، اقدام به خودکشی و بیماری‌هایی چون آرترو اسکلروزوز قلبی عروقی، افزایش فشارخون، همبستگی دارد (حاج حسینی، لواسانی، شاهی، ۱۳۹۳).

از سوی دیگر کینه‌توزی ترکیبی است از هیجانات مرتبط به هم شامل رنجش، ناخوشایندی، نفرت، خصومت، خشم درون مانده و ترس است که این حالات هیجانی پس از توجه به یک تخطی حاصل می‌آید. کینه‌توزی هنگامی رخ می‌دهد که افراد یک واقعه، پیامدهای آن، واکنش‌هایشان نسبت به آن، انگیزه‌های فرد خطا کار و واکنش‌های بالقوه خود یا فرد خطا کار را نشخوار ذهنی می‌کنند (ورثینگتون، اورت، جک، ۲۰۰۱).

-
1. Aggression
 2. Invasion

کینه‌توزی^۱ و پرخاشگری ناشی از خشم یکی از دلایل ارجاع کودکان و نوجوانان برای مشاوره و روان‌درمانی است (صداقت، ۱۳۹۳). بیشترین دستگیرشدگان مربوط به جرائم (ضرب و جرح و صدمه، ارعاب، قتل عمد و غیر عمد، تهدید و چاقوکشی) مربوط به رده سنی زیر ۲۴ سال هستند. ۴۲ درصد معاینات پزشکی قانونی مربوط به صدمات جراحات ناشی از نزاع است که ۷۶/۲ درصد آنان را پسران نوجوان و جوان تشکیل می‌دهند (ملکی، فلاحی، ره‌گوی، ۱۳۹۰). همچنین بررسی آمار و اطلاعات نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر خشم و پرخاشگری افزایش یافته است و شواهد تجربی زیادی آثار مخرب خشم را در روابط انسانی نشان داده‌اند (واسکز، لیکل، هنیگان، ۲۰۱۰). پژوهش‌های ترشیزی و سعادت‌جو (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که ۵۴/۱ درصد از دانش‌آموزان پسر و ۵۲/۸ درصد از دانشجویان دختر پرخاشگر هستند (به نقل از فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۳). به همین دلیل این مسئله توجه متخصصان به‌ویژه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است (کرمی بلداجی، بهارلو، زارعی، ۱۳۹۲).

از میان رویکردهای گوناگون روان‌شناسی، «گشتالت‌درمانی^۲» به علت پافشاری بر مسئولیت‌پذیری افراد، کنش‌گر بودن آن‌ها در رویدادهای زندگی، بهره‌گیری از فنون آسان‌سازی احساسات در کار با گروه‌ها، تشویق به جستجوی پشتیبانی درونی به جای پشتیبانی بیرونی و تشویق برای رسیدن به خودمختاری شخصی موردتوجه پژوهشگران قرار گرفته است (برونل، ۲۰۱۰). آدام ریتا (۲۰۱۰) معتقد است که هدف از رویکردهای تجربی همانند گشتالت‌درمانی گروهی توسعه یک رشد واقعی و متمرکز بر زمان حال از خود و نیز قدرتمند کردن اعضای گروه جهت تغییر و بر عهده گرفتن مسئولیت زندگی‌شان است.

گشتالت‌درمانی درصدد است که به افراد در ارائه و بیان سالم میزان تهاجم و خشونتشان کمک کند، زیرا کشش‌های تهاجمی اگر به‌طور مناسب و درستی بیان و ارائه نشوند، به‌طور نادرستی به کار گرفته خواهند شد (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۰). وقتی که شکلی از

1. Malice
2. Gestalt Therapy

زمینه آشکار می‌شوند ولی کامل و حل شده نیستند افراد در حالت تکلیف ناتمام قرار می‌گیرند که می‌تواند به صورت احساسات ابراز نشده‌ای چون رنجش، خشم، نفرت، درد، اضطراب، اندوه، گناه و بی‌قیدی آشکار شوند چون این احساس‌ها به‌طور کامل در آگاهی تجربه نشده‌اند و در زمینه می‌مانند، به نحوی به زندگی زمان حال انتقال می‌یابند که ارتباط مؤثر با خود و دیگران را مختل می‌کند (کوری، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

گشتالت‌درمانی بر جنبه‌های مختلف رفتار تأکید می‌کند و به آگاهی افراد در مورد رفتار و احساسات خودش تأکید می‌کند (شیچتر، ۲۰۰۸). اگر اجازه دهیم افراد با هیجانات‌شان روبه‌رو شوند و روی آن‌ها کار کنند، نسبت به رفتارهای خود، آگاهی بیشتری خواهند یافت. گشتالت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا از سطح بازی‌های خودفریب، دفاع‌ها و لایه‌های شناخته‌شده فراتر روند و به نشان دادن احساساتی که هرگز به‌گونه‌ای مستقیم تجربه نشده است تشویق شوند (حاجی‌حسینی، سعدی پور، جعفری نژاد، ۱۳۹۱).

در این زمینه، اعتمادی و همکاران (۱۳۹۳)، اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی را بر کاهش میزان اضطراب و عزت‌نفس دانش‌آموزان شهرستان شهریار مورد بررسی قرار دادند، بدین صورت که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ دانش‌آموز طلاق را انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین کردند. پس از انجام مداخله درمانی، نتایج نشان داد که گشتالت‌درمانی گروهی در کاهش میزان اضطراب و عزت‌نفس دانش‌آموزان طلاق مؤثر بوده است. حاجی‌حسینی (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود دریافت که گشتالت‌درمانی گروهی در افزایش جرأت‌ورزی دانش‌آموزان تأثیر معنادار داشته است.

همچنین نتایج پژوهش سعادت‌ی و لاشانی (۲۰۱۳)، نشان داد که گشتالت‌درمانی گروهی منجر به افزایش احساس خودکارآمدی زنان مطلقه شده است. نتایج پژوهش فرحزادی و مصافی (۲۰۱۳) نیز که باهدف بررسی و مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر اختلال افسرده‌خویی صورت گرفته بود نشان داد که هر دو مداخله در درمان این اختلال مؤثر بوده و تفاوتی در میزان اثربخشی مشاهده نشده است. ملکی و همکاران (۱۳۹۰) دریافتند آموزش گروهی مهارت کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۲ ساله مؤثر بوده است. گنجی

و همکاران (۱۳۹۲) نیز دریافتند که آموزش مهارت حل مسئله و هوش هیجانی در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مؤثر بوده است.

بنابراین با توجه به عواقب رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان که نیروی فعال هر کشوری محسوب می‌شوند، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. لذا پژوهش حاضر باهدف اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر کاهش خشم و کینه‌توزی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه انجام شد.

فرضیه‌های تحقیق

- گروه‌درمانی بر مبنای رویکرد گشتالتی بر کاهش تهاجم مؤثر است.
- گروه‌درمانی بر مبنای رویکرد گشتالتی بر کاهش کینه‌توزی مؤثر است.

روش

نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دبیرستان شهر قدس یوده است. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای بود. بدین صورت که از بین مدارس دبیرستان پسرانه شهر قدس به روش تصادفی یک مدرسه انتخاب شد. سپس پرسشنامه پرخاشگری در این مدرسه اجرا و بر اساس نتایج، ۲۴ دانش‌آموزی که نمره پرخاشگری بالایی داشتند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. سپس ۸ جلسه گشتالت‌درمانی گروهی با فاصله زمانی یک هفته برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار گردآوری اطلاعات و داده‌ها

به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی پرخاشگری^۱ AGQ استفاده شد که این پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ ماده است که ۱۴ ماده‌ی آن عامل خشم و ۸ ماده‌ی آن عامل تهاجم و ۸ ماده‌ی دیگر عامل کینه‌توزی را می‌سنجد. مقیاس AGQ یک مقیاس

1. Aggressive Questionnaire

خود گزارش دهی مداد کاغذی است که آزمودنی به یکی از چهار گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و همیشه پاسخ گفته و برای هر یک از چهار گزینه مذکور به ترتیب مقادیر ۳، ۲، ۱، ۰ در نظر گرفته می شود به جز ماده ۱۸ که بار عاملی منفی دارد و جهت نمره گذاری در آن معکوس است. نمره کلی این پرسشنامه از صفر تا ۹۰ با جمع نمرات سؤال ها به دست می آید. افرادی که در این مقیاس نمره آنان از میانگین کمتر است، پرخاشگری پایین خواهند داشت.

خصوصیات روان سنجی مقیاس که به وسیله ی تحلیل عوامل ساخته شده است بدین شرح است:

ضریب باز آزمایی به دست آمده بین نمره های آزمودنی ها در دو نوبت (آزمون و آزمودن مجدد) برای کل آزمودنی ها ($N=91$)، آزمودنی های دختر ($N=48$) و آزمودنی های پسر ($N=38$) به ترتیب $r=0/70$ ، $r=0/64$ ، $r=0/79$ بوده است.

همچنین در مقیاس AGQ ضرایب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل آزمودنی $0/876$ و برای آزمودنی های دختر $0/86$ و برای آزمودنی های پسر $0/89$ بوده است. ضرایب همبستگی توسط زاهدی فر (۱۳۸۵) بین خرده مقیاس pd (یکی از خرده مقیاس های MMPI) و مقیاس AGQ برای کل آزمودنی ها ($N=105$)، $r=0/58$ ($p=0/001$) است و ضرایب همبستگی میان کل (همبستگی BDVIT پرسشنامه خصوصیت گناه باس و دور کی ۱۹۵۷) و مقیاس AGQ برای کل آزمودنی ها ($N=215$)، $r=0/56$ ($p=0/001$) گزارش شده است (زاهدی فر، ۱۳۸۵).

نتایج

به منظور بررسی یافته های توصیفی، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های گروه های آزمایش و گواه (در مقیاس کلی پرسشنامه پرخاشگری و خرده مقیاس های آن) محاسبه شد که در جداول مربوط به هر فرضیه، آورده شده است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی مربوط پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

کل	کینه‌توزی	تهاجم		
۵۵/۵۸	۱۶/۳۳	۱۲/۸۳	میانگین	پیش‌آزمون
۸/۵۹	۲/۱۴	۱/۴	انحراف استاندارد	آزمایش
۴۲	۱۱/۰۸	۹/۵	میانگین	پس‌آزمون
۶/۵۷	۲/۶۷	۴/۶۸	انحراف استاندارد	آزمایش
۵۴/۸۳	۱۴/۹۱	۱۳/۲۵	میانگین	پیش‌آزمون
۸/۶۱	۲/۶	۴/۰۲	انحراف استاندارد	کنترل
۵۵/۱۶	۱۵	۱۳/۷۵	میانگین	پس‌آزمون
۱۰/۳۵	۲/۷۹	۴/۲۲	انحراف استاندارد	کنترل

در بخش یافته‌های استنباطی، به‌منظور کسب اطمینان از معنادار بودن تفاوت‌های مشاهده‌شده بین میانگین‌ها از آزمون F (تحلیل واریانس) استفاده شده است. نتایج آزمون F در پاسخ به فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

جدول ۲. نتایج F برای مقایسه میانگین (نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون) دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاس تهاجم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروه‌ها	۸۸/۱۶۷	۱	۸۸/۱۶۷	۱۱/۵۶۹	۰/۰۵	۰/۳۴۵

با توجه به اینکه F مشاهده‌شده (۱۱/۵۶۹) با درجه آزادی صورت ۱ و درجات آزادی مخرج ۲۲ و سطح معناداری (۰/۰۵) از مقدار F جدول بیشتر است، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که سطح تهاجم دانش‌آموزانی که در جلسات گشتالت‌درمانی شرکت کرده‌اند، به‌طور معناداری کمتر از دانش‌آموزانی است که در این جلسات در شرکت نکرده‌اند.

جدول ۳. نتایج f برای مقایسه میانگین (نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون) دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاس کینه‌توزی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروه‌ها	۱۷۰/۶۶۷	۱	۱۷۰/۶۶۷	۳۷/۸۶۲	۰/۰۵	۰/۶۳۲

با توجه به اینکه f مشاهده شده (۳۷/۸۶۲) با درجه آزادی صورت ۱ و درجات آزادی مخرج ۲۲ و سطح معناداری (۰/۰۵) از مقدار f جدول بیشتر است، فرضیه تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که سطح کینه‌توزی دانش‌آموزانی که در جلسات گشتالت‌درمانی شرکت کرده‌اند، به‌طور معناداری کمتر از دانش‌آموزانی است که در این جلسات در شرکت نکرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میان تهاجم دانش‌آموزانی که در جلسات مشاوره گروهی به شیوه‌ی گشتالت شرکت کرده‌اند و دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت نکرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان تهاجم دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت کرده‌اند کمتر از دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت نکرده‌اند و این جلسات تأثیر مثبتی بر افراد شرکت‌کننده در این جلسات داشته است. نتایج برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه (جاکوباس و ریلی، ۲۰۰۸؛ غفاری، ۱۳۷۴؛ یوسفی، ۱۳۸۸) نیز این نتایج را تأیید می‌کنند.

درمانگران گشتالتی به درمان‌جویان امکان می‌دهند از چشم و گوش خود به‌عنوان منبع پس‌خوراندی استفاده کنند که اطلاعاتی را درباره خودشان به آن‌ها می‌دهد که در آگاهی آن‌ها نبوده است و به این طریق، هشیاری آن‌ها را افزایش می‌دهند. درمان‌جویان از جمله‌هایی که بر زبان می‌آورند آگاه‌اند، به همین دلیل، درمانگران گشتالتی برخلاف درمانگرانی مانند راجرزی‌ها، کلمه‌های درمان‌جویانشان را منعکس نمی‌کنند. درمانگران گشتالتی بیشتر با بیانگرهای غیر کلامی درمان‌جویان در ارتباط هستند- کیفیت صدا، حالت

بدن و حرکات آن‌ها. همان چیزهای که در یک حالت تهاجمی دیده می‌شود و معمولاً شخص در حالت تهاجمی از آن‌ها آگاهی ندارد.

همچنین درمانگران گشتالتی به پیروی از قاعده‌ی استفاده از ضمیر «من» درمان‌جویان را ترغیب می‌کنند مسیر خود را تغییر دهند و در جهت عاطفی‌تر و مسئول‌تر پیش روند. در گشتالت‌درمانی شخص مسئول دیگران را نمی‌پذیرد و فقط مسئول رفتار خود است بنابراین شخص می‌تواند مسئولیت رفتار تهاجمی خود را بپذیرد و در نتیجه مطابق با نتایج این پژوهش رفتار تهاجمی کمتری از خود نشان خواهد داد.

نیز در گشتالت‌درمانی سعی می‌شود تا تعارض میان قطب‌های شخصیت حل شود و فرد به یکپارچگی برسد که در این مورد فرد میان دو قطب خشم و آرامش یک گفتگو به وجود می‌آورد و به یکپارچگی می‌رسد فرد این قطبیت‌ها را جزئی از شخصیت خود می‌داند شخص احساس ضعف را نیز همانند احساس قدرت خود می‌پذیرد و مسئولیت‌پذیری خود را افزایش می‌دهد. در مورد مواردی که می‌گویند گشتالت‌درمانی برای مداخلات بحرانی و رفتارهای شدید مناسب نیست می‌توان گفت که به این دلیل است که در گشتالت‌درمانی چون از مراجع خواسته می‌شود تا احساسات خود را پنهان نکند و هنگامی که مراجع این رفتارها را انجام می‌دهد ممکن است حالت غیرعادی به خود بگیرد که باگذشت جلسات و با پذیرش مسئولیت رفتار از سوی مراجع این مداخلات می‌تواند مثمر‌تر باشد و این چیزی است که در این پژوهش نیز مشاهده شده است.

بین کینه‌توزی دانش‌آموزانی که در جلسات مشاوره گروهی به شیوه‌ی گشتالت شرکت کرده‌اند و دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت نکرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت کرده‌اند کمتر از دانش‌آموزانی که در این جلسات شرکت نکرده‌اند کینه‌توز هستند و این جلسات تأثیر مثبتی بر افراد شرکت‌کننده در این جلسات داشته است. نتایج برخی از مطالعات انجام‌شده (پست، ۲۰۰۲؛ سلاگرت و جونگسما، ۲۰۰۰؛ دانا، ۲۰۰۸؛ شچر، ۲۰۰۸؛ یوسفی، ۱۳۸۸) در این زمینه نیز این نتایج را تأیید می‌کنند.

زمانی که خاطرات هیجانی فرد از دیگران، تجربه کردن دوباره‌ی واکنش‌های عاطفی حل‌نشده را تحریک می‌کند، می‌توان از تجربه‌ی هیجانی اصلاحی استفاده کرد، با توجه به اینکه کینه‌توزی واکنشی حل‌نشده است می‌توان آن را با پالایش روانی اصلاح کرد و در گشتالت‌درمانی گروهی تمرین‌های متناسب با آن وجود دارد که نتایج پژوهش نیز آن را نشان می‌دهد. در گشتالت‌درمانی کینه‌توزی یک تکلیف ناتمام است که انرژی زیادی از فرد را مسدود می‌کند و در نتیجه فرد نمی‌تواند آن کسی باشد که هست که با انجام تکالیف گشتالتی مانند صندلی خالی فرد خصومت خود را تخلیه می‌کند و در نتیجه به آرامش می‌رسد. هنگامی که در فرد یک نیاز به وجود می‌آید از هنگام شروع تا اتمام آن باید یک چرخه را کامل کند که ماندن در هر مرحله از این چرخه باعث می‌شود تا به صورت یک تکلیف ناتمام باقی بماند، کینه‌توزی که یک تکلیف ناتمام است همانند دیگر تکالیف ناتمام باعث می‌شود تا فرد همیشه در حالت بی‌قراری قرار داشته باشد، این ناتمام بودن ممکن است در مرحله احساس، آگاهی، عمل یا تماس باشد که در جلسات گشتالت‌درمانی فرد احساساتش را وارد آگاهی خود می‌کند و در نتیجه تمام نیروی خود را صرف پاسخ به این تکلیف ناتمام می‌کند و وارد عمل می‌شود و به دنبال دست یافتن به امکانات و راه‌حل‌های جدید است تا فعالیت و رفتار مناسبی انجام دهد. در مرحله تماس فرد فارغ از یک برخورد خوب یا بد تکلیف را تمام می‌کند و از نظر گشتالت چرخه کامل می‌شود. این چرخه در ارتباط با سایر افراد گروه و همچنین تمرینات گروهی به وجود می‌آید.

آوردن تجارب دردناک بیماران در زمان حال موجب کنترل احساسات و عملکردهای آنها می‌شود، زمانی که فرد با تجارب خود در زمان حال برخورد می‌کند مقاومتی را که در مورد رفتارش دارد را کاهش می‌دهد و متوجه می‌شود که انرژی خود را بی‌جهت هدر داده است و در واقع خود را اذیت کرده است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که با توجه به اینکه این جلسات برای دانش‌آموزان پسر اجرا شده است نتایج حاصل تنها قابلیت تعمیم به این جامعه را دارد و باید با حساسیت خاص برای دیگر گروه‌های سنی و جنسیتی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

همچنین محدودیت دیگری که پژوهشگر در طول تحقیق با آن مواجه بود، محدودیت زمان کافی برای کار بادانش‌آموزان در مدرسه و گاهاً تداخل جلسات گروه‌درمانی با سایر برنامه‌های مدرسه بود.

در انتها با توجه به اهمیت انکارناپذیر هیجانات مثبت در سلامت روان، به معلمان، مشاوران مدارس و سایر درمانگران توصیه می‌شود به این مسائل توجه ویژه‌ای داشته باشند و با تقویت مهارت‌های کنترل خشم و پرخاشگری از مشکلاتی که ممکن است در آینده گریبان‌گیر این قبیل افراد شود جلوگیری نمایند. همچنین توصیه می‌شود جهت تعمیم نتایج به جامعه بزرگ‌تر پژوهشگران از هر دو جنس و در موقعیت‌های مختلف به‌عنوان نمونه موردپژوهش خود استفاده نمایند.

منابع

اشرفی، سحر؛ حدادی، معصومه؛ نشیبا، ناز بانو؛ قاسم‌زاده، عزیز زاده. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی برانگیزش پیشرفت تحصیلی و پرخاشگری دانش‌آموزان. فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی. ۵ (۱): ۵۱-۴۵.

اعتمادی، احمد، حاجی‌حسینی، مهرداد، نادعلی پور ح و نظری ا. (۱۳۹۳). اثربخشی گشتالت‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب و عزت‌نفس دانش‌آموزان طلاق. مجله‌ی روان‌شناسی. ۱۸ (۴): ۴۳۸-۴۵۲.

حاج حسینی، منصوره؛ مسعود لواسانی، غلامعلی؛ شاهی، مصطفی. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان. مقاله منتشر شده در کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری. ۹-۱.

حاجی‌حسینی، مهرداد؛ اعتمادی، احمد؛ آرین، خدیجه. (۱۳۹۱). اثربخشی گشتالت‌درمانی و رویکرد شناختی رفتاری بر میزان ابراز وجود دانش‌آموزان. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲، ۲، ۱-۱۶.

حاجی حسنی، مهرداد؛ سعدی پور، اسماعیل؛ جعفری نژاد، هادی؛ رستمی، کاوه؛ پیرساقی، فهیمه. (۱۳۹۱). اثربخشی موسیقی‌درمانی فعال و گشتالت‌درمانی بر کاهش اضطراب امتحان. *مجله اندیشه و رفتار*. ۶ (۲۳).

شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلام‌رضا. (۱۳۹۰). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی. (کتاب اصلی در سال ۱۳۶۵ منتشر شده است).

صداقت، سمیره؛ مرادی، امید؛ احمدیان، حمزه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۲۴ (۴): ۲۲۰-۲۱۵.

فرامرزی، سالار؛ رجبی، سوران؛ ولد بیگی، پیمان. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. ۱۸ (۸): ۴۶۳-۴۵۲.

کرمی بلداجی، روح‌الله؛ بهارلو، غفار؛ زارعی، اقبال؛ ثابت زاده، ماجده. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رویکرد شناختی- رفتاری عزت‌نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهر کرد. *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، دوره جدید (۹): ۴۲-۳۳.

کوری، جرالدا. (۲۰۱۳). *نظریه و کاربرد مشاوره و روان‌درمانی (ویراست نهم)*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: ارسباران.

ملکی، صدیقه؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ ره‌گوی، ابوالفضل؛ ره‌گذر، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش گروهی کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۲ سال. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*. ۲۴ (۷۹): ۷۶-۳۵.

Adam Rita, C.S. (2010). The effects of gestalt and cognitive-behavioral therapy group intervention on the assertiveness and self-esteem of women with physical disabilities facing abuse. Doctoral dissertation, Wayne State University.

Brownell P. (2010). Gestalt therapy: A guide to contemporary practice. New York: Springer Publishing Company.

- Farahzadi M & Masafi S. Effectiveness of gestalt and cognitive- behavioral play therapy in decreasing dysthymic disorder. (2013). Social and behavioral sciences. (84): 1642- 1645.
- Saadati H & Lashani L. Effectiveness of gestalt therapy on self-efficiency of divorced women. (2013). Social and behavioral sciences. (84): 1171- 1174.
- Schechter G. (2008).toward enhanced self-compassion and awareness of common humanity: an empirical study of experiential l Gestalt work shop. Doctoral thesis, the Wright Institute.
- Vasquez EA, Lickel B, Hennigan K. (2010). Gangs, displaced and group-based aggression. J Aggr Viol Behav. (15): 40-130.
- Worthington, Evert L, Jack JR, Berry W. (2001). “Unforgiveness, Forgiveness, Religion and Health”. In Plante, Tomas G. And Allen C. Shermant (eds.), Faith and Health: Psychological Perspectives. New York and London: The Guilford Press. 107-138.