

بررسی تجارب هیجانی درمانگران بالینی و خانواده در جلسات درمان بالینی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵

خلاصه

مقدمه

درمانگران بالینی گروهی از جامعه هستند که به دلیل مواجهه با مشکلات روان‌شناختی، خانوادگی و هیجانی افراد، در معرض آسیب‌های روانی هستند. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر ارائه الگوی تجربیات هیجانی درمانگران بالینی و خانواده در جلسات درمان بالینی بود.

روش کار

روش پژوهش رویکرد پژوهش استقرائی بود که روش‌شناسی آن کیفی و استراتژی پژوهش بر اساس نظریه‌پردازی داده‌بنیاد انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل درمانگران بالینی و خانواده شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس استفاده شد. تعداد نمونه نیز بر اساس روند مصاحبه و اشباع نظری ادامه یافت که طی این روند تعداد نمونه حاضر در پژوهش ۲۰ درمانگر بالینی و خانواده بود. جهت تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها حاکی از این بود که فرسودگی شغلی درمانگران، روابط خانوادگی و اجتماعی، متأثر شدن زندگی شخصی، احساسات ماندگار از جلسات و تغییرات و اثرات بلندمدت شغلی بود. نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان نیز شامل موفقیت طی درمان، صادق بودن با مراجع، بهبود ارتباط با مراجع، حس دور شدن از مراجع، واکنش به شکست‌های مراجع، تمجید شدن توسط مراجع، برخورد با مراجع منتقد و ارتباط با مراجع قوی بود. چالش‌های شغلی نیز شامل مراجع با مشکلات مشابه درمانگر، راهکار کنار آمدن با احساسات اتاق درمان، هیجان‌ات تجربه شده دشوار در اتاق درمان، تکنیک‌افشاسازی، اشتباه در درمان، کنترل هیجان، احساس شکست، مراجعان سخت و هزینه درمان بود. هیجان‌ها نیز شامل: هیجان ثانویه و هیجان اولیه، هیجان تجربه شده معطوف به مراجع و هیجان تجربه شده معطوف به خود بود و هیجان‌های ثانویه شامل: ترس، تعجب، غم، خشم و شرم و هیجان اولیه شامل ترس و شادی بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر ضروری است، درمانگران حوزه بالینی و خانواده به فرایندهای روانی و هیجانی خود نیز توجه کافی داشته تا از این طریق در معرض آسیب‌های روانی، هیجانی و خانوادگی قرار نگیرند.

کلمات کلیدی

ارائه الگو، تجربیات هیجانی، درمانگران بالینی و خانواده، جلسه درمان
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

آناهید دلاور^۱

فهیمة نامدارپور^{۲*}

مهدی تبریزی^۳

^۱دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.
^۲استادیار گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
^۳استادیار گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

Email: namdarpour@iaukhsh.ac.ir

مقدمه

درمانگر فردی است که از الگوهای بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به یکدیگر حمایت می‌کند. با انجام این روش افراد می‌توانند توسعه و مرزهای امن‌تری در روابط بین فردی و سایر روابطشان خلق کنند. سپس این مرزها، تطابقی انعطاف‌پذیر و ارتجاعی با موضوعات مختلف مثل دوره‌های گذر را فراهم آورده و در نهایت برخی مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی و بحران‌های عاطفی مثل اختلال استرس پس از سانحه را بهبود می‌بخشد. فرایند درمان، درنه گام و سه مرحله می‌باشد که می‌توان روی هر فردی از ۸ تا ۱۰ جلسه صورت پذیرد (۱). بیشترین تمرکز درمانگر روی هیجان است. به گونه‌ای که از هیجان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده می‌کند. درمانگر با استفاده از انعکاس و شدت هیجان، حرکت فرد از تاثیر هیجان‌های ثانویه از قبیل تحریک عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه از قبیل ترس و ناراحتی را مد نظر قرار می‌دهد. اگر افراد این گام‌ها و مراحل را با موفقیت مورد بحث قرار دهند توانایی حل تعارضات خود را کسب می‌نمایند (۲). این مدل به درمانگر اجازه می‌دهد که اهداف را تعیین و فرایندهای کلیدی را هدف‌گیری کند و برای سیر فرد در این مسیر مقصدی را تعیین سازد.

یکی از فرایندهای مهم در روند درمانی درمانگران، هیجان است. هیجان‌ها چند بعدی هستند، آنها به صورت پدیده ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی وجود دارند (۳). هر یک از این چهار بعد، فقط بر ویژگی متفاوت هیجان تأکید دارند. هیجان نوعی ساختار روان‌شناختی است که این چهار جنبه تجربه را در یک الگوی هم‌زمان، هماهنگ می‌کند. هیجان همان چیزی است که عناصر احساس، انگیزتگی، هدفمندی و بیانگری را در واکنشی منسجم به رویداد فراخوان تنظیم

می‌کند (۴). بنابراین هیجان‌ها سیستم‌های هم‌زمانی هستند که احساس، انگیزتگی، هدف و بیان را هماهنگ می‌کنند تا ما را برای سازگار شدن با شرایط محیطی آماده کنند. هیجان واژه‌ای است که روان‌شناسان برای نامیدن این فرآیند هماهنگ شده و هم‌زمان، به کار می‌برند (۵). حداقل پنج مجموعه هیجان اصلی خشم، ترس، نفرت، غم و لذت وجود دارد (۶). مجموعه هیجان‌ها را می‌توان از دیدگاه شناختی هم در نظر گرفت. دانش هیجان، پنج هیجان اصلی را در بر دارد: خشم، ترس، غم، شادی و عشق (۷) و تجربیات هیجانی که درمانگران حوزه بالینی و خانواده در طی جلسات درمان می‌توانند تجربه کنند شامل همین شش هیجان اصلی است که در پژوهش حال حاضر می‌خواهیم بررسی کنیم در چه مواقعی خانواده درمانگران یکی از این شش هیجان اصلی را به چه سان (مثبت یا منفی) تجربه می‌کنند.

یکی دیگر از مهم‌ترین موضوعاتی که درمانگران حوزه بالینی و خانواده باید در آن مهارت ویژه داشته باشد و از عناصر تشکیل دهنده این موضوع علمی به طور مطلق آگاه باشد و در زمینه درمان از آن استفاده‌های شایان ببرد، علوم وابسته به ارتباط است (۸). ارتباط یک کلمه است، ولی تحقیقات و مکاتب مختلف از گذشته‌های دور و اکنون در زمینه خانواده درمانی و زوج درمانی نقش بسیار مهم آن را در نظر داشته است. بنابراین چگونگی برقراری ارتباط خانواده درمانگران با زوجین بسیار دارای اهمیت است و یکی از بُعدهای مؤثر در برقراری ارتباط تجربیات هیجانی است. ارتباط درمانی یکی از مهم‌ترین عامل‌های مشترکی است که کلیه مکاتب درمانی در اثربخشی بالینی آن وفاق نظر دارند؛ گویی که سقف درمان را بر ستون ارتباط میان درمانگر و بیمار بنا نهاده‌اند (۹) که یک سوی آن فرا دست و سوی دیگر آن فرودستی است، بالقوه در خطر استبداد قرار دارد. بازخوانی واقع‌گرایانه نقش

². Therapeutic communication

³. Common factor

¹. Therapist

هستند را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر علامت نشینی، تظاهرات بالینی، انتظار از درمان، سازگاری با بیماری و پاسخ درمانی تأثیر می‌گذارد (۱۴). اگر چه گروه مطالعاتی نسخه‌های جدید کتابچه راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی و همچنین عوامل دخیل در روان‌درمانی که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا هدایت می‌شود هیچ اشاره‌ای به تجربیات هیجانی به خصوص در مورد درمانگران حوزه بالینی و خانواده نکرده‌اند، ولی شمار زیادی از مطالعات نشان داده‌اند که تجربیات هیجانی هم روی درمان، هم روی اضطراب، افسردگی و اختلالات سایکوتیک درمانگران حوزه بالینی و خانواده تأثیر دارد (۱۶).

به نظر می‌رسد درمانگر وابسته به شرایطی که یک هیجان در یک فرهنگ، قواعد ابرازی را به خود اختصاص می‌دهد، تجربه‌ی عاطفه‌ی مثبت یا منفی را بر این اساس به فرد نسبت می‌دهد. به این معنا که جدا از مسئله‌ی تنش فیزیولوژیکی که هیجانی چون خشم به خود نسبت می‌دهد، بسته به این که قواعد ابراز هیجان آشکار یا سرکوب کننده را دربر می‌گیرد، تجربه عاطفی فرد را رقم می‌زند (۱۷). همچنین نتایج فتحی و همکاران (۱۸) به درمانگران توصیه می‌کند که اگر ارتباط و تعامل میان زوجین و خانواده‌های اصلی منجر به آسیب به منظومه زوجی نگردد و زوجین با اولویت دادن منظومه زوجی خود بتوانند علیرغم استفاده از منابع حمایتی خانواده‌های اصلی، حریم سازی مناسبی با خانواده‌ها داشته باشند، رضایتمندی بالاتری را در ازدواج تجربه خواهند کرد. همچنین تحقیقات فیروزی، گلپرور و آقایی (۱۹) به درمانگران توصیه می‌کنند که بنابر پیش بینی مدل آشفتگی زناشویی در افسردگی، زوج درمانی با بهبود کیفیت زناشویی، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود و توصیه می‌شود این مدل به کار گرفته شود. با توجه به مطالب مذکور، در داخل کشور تاکنون پژوهشی به بررسی، شناخت و واکاوی تجربیات هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان نپرداخته است که این روند خلا پژوهشی را نشان می‌دهد. بر

درمانگر در اتاق درمان، رویه‌ای از سکه ارتباط درمانی را باز می‌تاباند که به موجب آن درمانگر نیز انسانی است که طی فرآیند التیام آلام روحی درمانجوی خویش، مصون از غفلت و بّری از اشتباه نخواهد بود (۱۰). نیاز به حریم خصوصی به عنوان یک نیاز زیستی و تکاملی، از مفاهیم عمده در اخلاق مراقبت و درمان است (۱۱). ارتباط درمانی در روان‌درمانی کلاف در هم تنیده‌ای است که تارها و رشته‌های متعدد آن همچون انتقال (۱۲)، ضد انتقال (۱۳)، خودافشایی (۸) و صمیمیت (۱۴) با ارتباط درمانگر و بیمار به هم پیچیده‌اند. مطابق با چهارچوب پیشنهادی کلارک، باران و هایفایلد (۱۵) با توجه به نقش درمانگران در تقلیل آلام روحی و مشکلات زناشویی در سه قالب درون مایه‌های سایبانی، درون مایه‌ها، درون مایه‌های فرعی^۳ را می‌توان طبقه‌بندی کرد. کاربست درون مایه‌های سایبانی در یک تحلیل درون مایه‌ای، سازمان‌بندی و نظم بخشی به تحلیل‌ها است. این درون مایه‌ها، بازتابنده باور زیربنایی مستور در پس پشت مجموعه‌ای از درون مایه‌ها است. لایه زیرین درون مایه‌های سایبانی یا غلب نیز درون مایه‌هایی را شامل می‌گردد که کارکرد آنها توصیف و گزارش مبسوط معنای مرتبط با یک مفهوم سازمان دهنده مرکزی است. پایین‌ترین سطح از الگوی مزبور نیز به درون مایه‌های فرعی تخصیص می‌یابد؛ درون مایه‌هایی که در ایجاد بُعدی ویژه از یک مفهوم سازمان دهنده مرکزی مشارکت می‌جویند (۱۵).

تجربیات هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده، بر مرز بین‌هنجاری و آسیب‌پذیری، رنج بردن، جست‌وجو برای کمک گرفتن، پایبندی به درمان، داغ‌دیدگی، تبیین‌های فرهنگی از تظاهرات بالینی و استنباط درباره سبب‌شناسی تأثیرگذار است. تجربیات هیجانی همچنین شیوه‌های توصیف و فهم تجارب بیماری که در برخوردهای بالینی قابل مشاهده

1. Overarching Themes

2. Themes

3. Sub Themes

این اساس مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی الگوی تجربیات هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان است.

روش کار

روش پژوهش حاضر به دلیل بررسی تجارب هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده، رویکرد پژوهش استقرائی بود که روش شناسی آن کیفی و استراتژی پژوهش بر اساس نظریه پردازی داده بنیاد انجام شد. در پژوهش حاضر ابتدا بر مبنای نکات کلیدی مرتبط با موضوع پژوهش مفاهیم اولیه استخراج و در ادامه با استفاده از عمل تلخیص و فروگاهی مفاهیم مضامین پایه پژوهش شناسایی و از تلخیص و ترکیب مضامین پایه مضامین سازمان دهنده و در ادامه از طریق ترکیب مضامین سازمان دهنده و همچنین کشف اصول حاکم بر داده-های پژوهش مضامین فراگیر مرتبط با پدیده مورد مطالعه استخراج و در نهایت شبکه مضامین مربوط هر یک از این مضامین فراگیر ترسیم شد. جامعه آماری پژوهش شامل درمانگران بالینی و خانواده شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. تعداد نمونه نیز بر اساس روند مصاحبه و اشباع نظری ادامه یافت که طی این روند تعداد نمونه حاضر در پژوهش ۲۰ درمانگر بالینی و خانواده بود. پس از تعیین موضوع و روش پژوهش، گام دوم شامل گردآوری داده‌ها بود. داده‌های کیفی می‌تواند از روش‌های مختلفی از قبیل اسناد، مصاحبه و گفت و شنود به دست آید. کرسول هنگام توصیف جمع آوری داده‌ها در یک مطالعه مربوط به داده بنیاد، تصویری از یک فرآیند زیگزاگ مانند ارائه می‌دهد. ابتدا یک محقق برای جمع‌آوری اطلاعاتی به این حوزه می‌رود، سپس برای تجزیه و تحلیل برمی‌گردد، سپس برای اطلاعات بیشتر به این حوزه برمی‌گردد، و برای تجزیه و تحلیل دوباره برمی‌گردد. داده‌های جمع‌آوری شده تجزیه و تحلیل و کدگذاری می‌شود. این، به نوبه خود، اطلاع می‌دهد

که چه داده‌های اضافی باید جمع آوری شود. این نمونه گیری و تجزیه و تحلیل تکراری تا زمانی که دسته‌های اطلاعات اشباع شده و نظریه با تمام پیچیدگی‌های آن شرح داده شود، انجام می‌شود. جمع آوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از روش میدانی و مصاحبه انجام شد. در این روش ابتدا یک یا چند مصاحبه مرتبط پرسیده می‌شود. اگر نمونه اولیه مصاحبه شوندگان برای تکمیل فرآیند جمع آوری اطلاعات کافی نباشد، نمونه گیری بیشتری انجام می‌شود. مصاحبه شوندگان اضافی در هر سازمان که می‌توانند دیدگاه‌های مختلف و یا تأییدی ارائه دهند، توسط افرادی که در ابتدا در نمونه گنجانده شده‌اند، شناسایی می‌شوند. به این ترتیب زنجیره‌ای از مصاحبه‌ها بر اساس افرادی ایجاد می‌شود که افراد دیگری را که با توجه به تمرکز در این پژوهش منبع خوبی باشند، می‌شناسند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و یکپارچه انجام می‌شود، که شامل مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و بدون ساختار خواهد بود. قسمت نیمه ساختار یافته مصاحبه شامل سؤالاتی در مورد تجربه تجارت هیجانی است که شکل کلی برنامه مصاحبه است اما ممکن است ترتیب سؤالات متفاوت باشد و تغییر کند و سؤالات دیگری پرسیده شود که شامل سؤالات بازتر خواهند بود و از آنها برای کسب بینش در مورد تجربیات هیجانی اصلی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان استفاده شد. بخش بدون ساختار مصاحبه به شرکت کنندگان این امکان را می‌دهد تا آزادانه با آنها مشارکت کرده و تجربیات و تفکر خود را در مورد تجربیات هیجانی به اشتراک بگذارند و به آنها اجازه می‌دهد هرگونه اطلاعات مرتبط را که هنوز مورد بحث قرار نگرفته است، اضافه کنند. مصاحبه‌ها به صورت تلفنی یا ارسال ایمیل انجام شد که طی آن پس از معرفی خود و علت مصاحبه و ارائه اطلاعاتی در مورد تجربیات هیجانی، سؤالاتی که برای پژوهش طراحی شده بود از مصاحبه شوندگان پرسیده شد. جهت تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و با مدنظر قرار دادن ساختار اصلی تحلیل داده‌ها در روش تحلیل مضمون از

این اساس مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی الگوی تجربیات هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان است.

روش کار

روش پژوهش حاضر به دلیل بررسی تجارب هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده، رویکرد پژوهش استقرائی بود که روش شناسی آن کیفی و استراتژی پژوهش بر اساس نظریه پردازی داده بنیاد انجام شد. در پژوهش حاضر ابتدا بر مبنای نکات کلیدی مرتبط با موضوع پژوهش مفاهیم اولیه استخراج و در ادامه با استفاده از عمل تلخیص و فروگاهی مفاهیم مضامین پایه پژوهش شناسایی و از تلخیص و ترکیب مضامین پایه مضامین سازمان دهنده و در ادامه از طریق ترکیب مضامین سازمان دهنده و همچنین کشف اصول حاکم بر داده-های پژوهش مضامین فراگیر مرتبط با پدیده مورد مطالعه استخراج و در نهایت شبکه مضامین مربوط هر یک از این مضامین فراگیر ترسیم شد. جامعه آماری پژوهش شامل درمانگران بالینی و خانواده شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. تعداد نمونه نیز بر اساس روند مصاحبه و اشباع نظری ادامه یافت که طی این روند تعداد نمونه حاضر در پژوهش ۲۰ درمانگر بالینی و خانواده بود. پس از تعیین موضوع و روش پژوهش، گام دوم شامل گردآوری داده‌ها بود. داده‌های کیفی می‌تواند از روش‌های مختلفی از قبیل اسناد، مصاحبه و گفت و شنود به دست آید. کرسول هنگام توصیف جمع آوری داده‌ها در یک مطالعه مربوط به داده بنیاد، تصویری از یک فرآیند زیگزاگ مانند ارائه می‌دهد. ابتدا یک محقق برای جمع‌آوری اطلاعاتی به این حوزه می‌رود، سپس برای تجزیه و تحلیل برمی‌گردد، سپس برای اطلاعات بیشتر به این حوزه برمی‌گردد، و برای تجزیه و تحلیل دوباره برمی‌گردد. داده‌های جمع‌آوری شده تجزیه و تحلیل و کدگذاری می‌شود. این، به نوبه خود، اطلاع می‌دهد

مربوط هر یک از این مضامین ترسیم و در نهایت شبکه مضامین مربوط به مضامین فراگیر توضیح و تفسیر شد. در پایان از آنجا که رعایت حقوق انسانی آزمودنی‌ها یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های پژوهش در علوم رفتاری و رشته‌های وابسته است، بنابراین در این پژوهش به منظور جانب‌داری از حقوق آزمودنی‌ها و حفظ حریم خصوصی و انسانی آنها ملاحظات زیر صورت گرفت که شامل: کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش، ضبط صوتی مصاحبه‌ها با رعایت بی‌نام ماندن مصاحبه‌ها و رازداری، اعلام واگذاری اختیار به آنها برای ترک پژوهش، پاسخگویی به سوالات شرکت‌کنندگان، ثبت محرمانه پرسشنامه‌ها و ارائه توضیح پیرامون نتایج مطالعه بود.

نتایج

افراد حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال بودند. همچنین تعداد زنان درمانگر بیشتر از مردان بود. پس از کدگذاری باز، کدها در تم‌های فرعی و سپس تم‌های اصلی دسته‌بندی گردید. هدف از این مرحله برقراری رابطه بین مفاهیم تولید شده در مرحله کدگذاری باز است. اساس فرایند ارتباط‌دهی در کدگذاری اصلی، در تمرکز و تعیین یک تم به عنوان تم اصلی و سپس قرار دادن سایر تم‌ها هم‌جنس فرعی ذیل تم اصلی است. در ادامه با بررسی مفاهیم و قرارگیری مفاهیم نزدیک و هم‌جنس حول در یک طبقه تم اصلی آن استخراج می‌شود.

روش شبکه مضامین مدنظر استرلینگ استفاده شد. شبکه مضامین مدنظر استرلینگ بر اساس روندی مشخص، مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (مضامین به دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه) و مضامین فراگیر (مضامین عالی دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به مثابه کل) را نظام‌مند می‌کند؛ سپس این مضامین به صورت نقشه‌های شبکه تارنما، رسم و مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آنها نشان داده می‌شود. به عبارت دیگر در این نوع تحلیل سعی بر این است که از مضامین پایه‌ای که آشکار و صریح هستند، به سوی مضامین انتزاعی‌تر و کلی‌تر حرکت شود تا به مضمون یا مضامین اصلی متن دست پیدا کنیم. استرلینگ (۲۰۰۱) شش مرحله یا گام را برای تحلیل داده‌ها مطرح می‌کند: ۱. کدگذاری داده‌ها ۲. تشخیص مضامین ۳. ساخت شبکه مضامین ۴. توصیف و تشریح شبکه مضامین ۵. تلخیص شبکه مضامین ۶. تفسیر الگوها. در پژوهش حاضر نیز ابتدا متون حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان پژوهش کدگذاری، مضامین پایه بر مبنای نکات کلیدی مرتبط با موضوع پژوهش استخراج و از تلخیص و ترکیب مضامین پایه مضامین سازمان‌دهنده و در ادامه از طریق ترکیب مضامین سازمان‌دهنده و همچنین کشف اصول حاکم بر متون مورد بررسی مضامین فراگیر مرتبط با تجربیات هیجانی استخراج، شبکه مضامین

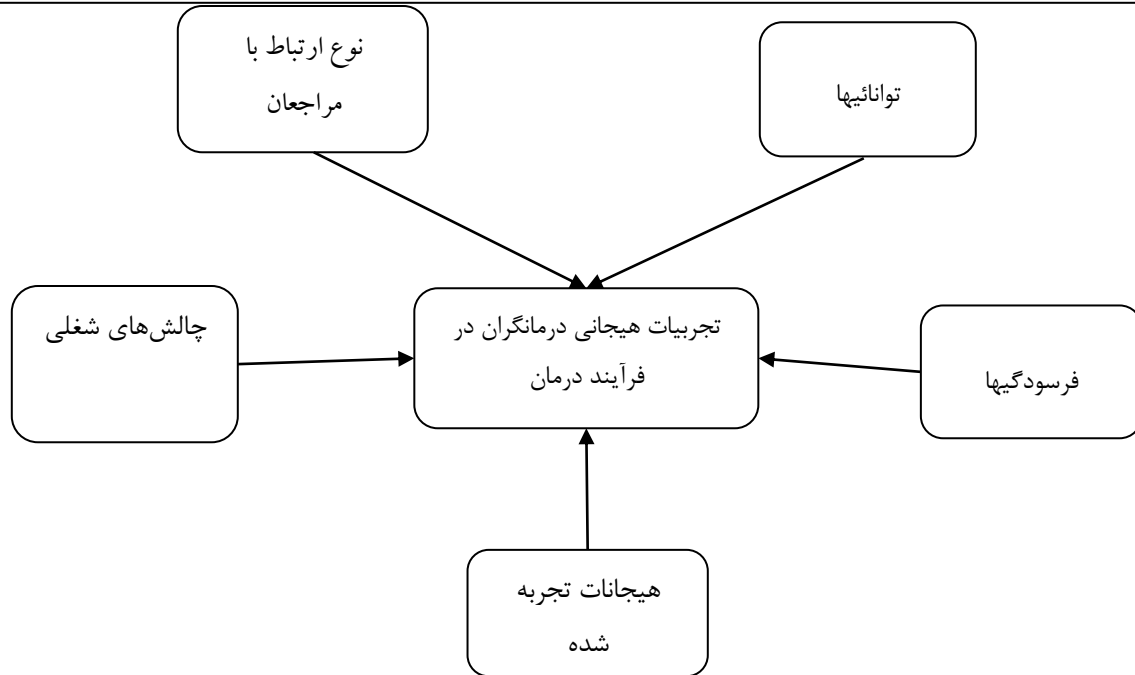
جدول ۱. تم‌های استخراج شده نهایی

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی
تجربیات هیجانی درمانگران در فرآیند درمان	مدیریت هیجان خارج از درمان
	مدیریت هیجان در جلسه
فردان خانواده	روابط خانوادگی و اجتماعی
	متاثر شدن زندگی شخصی

احساسات ماندگار از جلسات		
تغییرات و اثرات بلند مدت شغلی		
نادانی مراجع		
مراجعات متعصب		
موفقیت طی درمان		نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان
صادق بودن با مراجع		
بهبود ارتباط با مراجع		
حس دور شدن از مراجع		
واکنش به شکست‌های مراجع		
تمجید شدن توسط مراجع		
برخورد با مراجع منتقد		
ارتباط با مراجع قوی		
مراجعات با مشکلات مشابه درمانگر		
راهکار کنار آمدن با احساسات اتاق درمان		
هیجان‌ات تجربه شده دشوار در اتاق درمان		چالش‌های شغلی
تکنیک افشاسازی		
اشتباه در درمان		
کنترل هیجان		
احساس شکست		
مراجعات سخت		
هزینه درمان		
ترس		
تعجب		
غم	هیجان ثانویه	
خشم		نوع هیجان
شرم		
ترس		
شادی	هیجان اولیه	
		هیجان‌ها تجربه شده
هیجان تجربه شده معطوف به مراجع		
هیجان تجربه شده معطوف به خود		

اما معنایی و مفهومی ترسیم کرد. نمودار ۱ مدل برگرفته از نتایج پژوهش، جهت مطالعه کیفی تجارب هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در اتاق درمان را نشان می‌دهد.

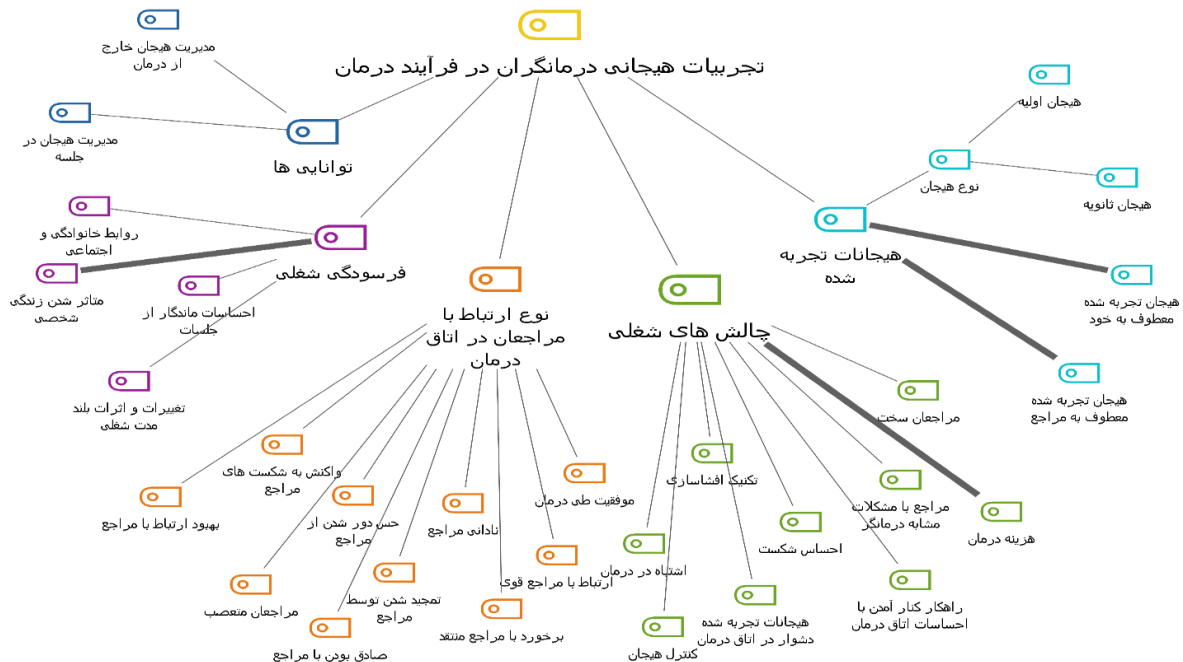
در ادامه، مقوله‌های عمده در قالب یک مدل مفهومی حول مقوله هسته به یکدیگر ارتباط داده شدند. در واقع، مدل ترسیم شده به توصیف صوری تم‌ها و تحلیل و تبیین آن می‌پردازد. مدل مذکور را می‌توان به صورت یک مدل یا نمودار صوری،



نمودار ۱. مدل برگرفته از نتایج پژوهش، جهت مطالعه کیفی تجارب هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در اتاق درمان

حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان با استفاده از نرم افزار MAXQDA را نشان می‌دهد.

نمودار ۲ مدل زمینه ای استخراج شده از نظرات متخصصان پیرامون ارائه تجربیات هیجانی درمانگران



نمودار ۲. مدل زمینه ای استخراج شده از نظرات متخصصان پیرامون ارائه تجربیات هیجانی درمانگران حوزه بالینی و خانواده در جلسه درمان با استفاده از نرم افزار

MAXQDA

کنترل هیجان، احساس شکست، مراجعان سخت و هزینه درمان بود. هیجان‌ها نیز شامل: هیجان ثانویه و هیجان اولیه، هیجان تجربه شده معطوف به مراجع و هیجان تجربه شده معطوف به خود بود و هیجان‌های ثانویه شامل: ترس، تعجب، غم، خشم و شرم و هیجان اولیه شامل ترس و شادی بود. در تبیین یافته حاضر باید گفت مشاوره و روان درمانی جزء مشاغل دشوار است که مخاطرات بالقوه و پیچیده‌ای دارد و می‌تواند مشکلات شخصی و حرفه ای درمانگر را تشدید کند. روان‌درمانگران باید بدانند که همدلی مداوم، حساسیت بین فردی و مراقبت یک جانبه آنان نسبت به مراجعان، مستلزم تلاش و صرف انرژی هیجانی بی وقفه است و با این که ارتباط با درمانجو مستلزم تشریک مساعی است، اما متقابل نیست. بنابراین، بسیاری از اوقات زندگی برای درمانگران طاقت‌فرسا می‌شود. زیرا باید از افکار، احساسات و تجارب زندگی مراجعان

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی تجربیات هیجانی درمانگران بالینی و خانواده در جلسات درمان بالینی انجام شد. یافته‌ها حاکی از این بود که فرسودگی شغلی درمانگران، روابط خانوادگی و اجتماعی، مآثر شدن زندگی شخصی، احساسات ماندگار از جلسات و تغییرات و اثرات بلندمدت شغلی بود. نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان نیز شامل موفقیت طی درمان، صادق بودن با مراجع، بهبود ارتباط با مراجع، حس دور شدن از مراجع، واکنش به شکست‌های مراجع، تمجید شدن توسط مراجع، برخورد با مراجع منتقد و ارتباط با مراجع قوی بود. چالش‌های شغلی نیز شامل مراجع با مشکلات مشابه درمانگر، راهکار کنار آمدن با احساسات اتاق درمان، هیجانان تجربه شده دشوار در اتاق درمان، تکنیک افشاسازی، اشتباه در درمان،

سبب شکل‌گیری خودپنداره منفی، نگرش ضعیف به توانایی‌ها، اختلال عملکرد و ضعف در مسئولیت‌پذیری شغلی می‌شود. رضایت شغلی به معنای عاطفه مثبت از تجارب کاری و ارزیابی مفید از عملکرد شغلی است. به عبارت دیگر میزانی که فرد مایل به انجام کار است و این که چه میزانی از نیازهای عاطفی و روانی اجتماعی خود را از طریق آن برطرف می‌کنند. گفته می‌شود درمانگران در برابر فرسودگی شغلی بسیار شکننده هستند. این داده‌ها از این جهات مهم هستند که اکثر مراجعہ کنندگان به کلینیک‌های توان بخشی از ناتوانی جسمی و روانی رنج می‌برند، گاهی پیش می‌آید کار درمانگران در جهت استقلال هر چه بیشتر مراجعان خود بار عاطفی و جسمی زیادی را متحمل می‌شوند و از این رو بیشتر در معرض خطر فرسودگی و نارضایتی شغلی قرار می‌گیرند. این سندرم با تظاهرات خستگی زودرس، ناامیدی، کاهش بهره‌وری نمایان می‌شود به طوری که اکثر درمانگران فرسوده تصور می‌کنند خدمات ارائه شده ارزش درمانی ندارد و برای رسیدن به نتایج موفقیت آمیز تلاشی نمی‌کنند این امر به طور طبیعی پاسخ‌های عاطفی را برمی‌انگیزاند و ممکن است درمانگران را به سمت فاصله گرفتن از وظایف عملکردی شغلی خود، عدم تمرکز، افزایش افسردگی و... می‌شود تعامل‌های نامناسب می‌تواند در درمانگران اختلال‌های هیجانی و رفتاری ایجاد کند و بسیاری از استعداد‌های فطری و هیجانی درمانگران را از بین ببرد. فرسودگی شغلی درمانگران از: روابط خانوادگی و اجتماعی، متاثر شدن زندگی شخصی، احساسات ماندگار از جلسات و تغییرات و اثرات بلند مدت شغلی است.

موفقیت طی درمان، صادق بودن با مراجع، بهبود ارتباط با مراجع، حس دور شدن از مراجع، واکنش به شکست‌های مراجع، تمجید شدن توسط مراجع، برخورد با مراجع منتقد و ارتباط با مراجع قوی می‌باشد. بر اساس مطالعه حاضر فرسودگی شغلی اگرچه اغلب به شکل خفیف اما در میان درمانگران ایرانی بسیار شایع است که این وضع به طور جدی تری در میان درمانگرانی که اخیر کار خود را شروع کرده اند دیده می‌شود، این افراد به نوعی جوانترین نیروی این رشته به حساب می‌آیند و

خود آگاهی بالایی داشته باشند (۲۰). کار مشاوره و درمان مراجعان، مسایل عمیق خود درمانگران را آشکار می‌سازد و درمانگر به عنوان کسی که در سفر درمانی شرکت دارد، از دیدن رنج و درد مراجعان عمیقاً متأثر می‌شود. در اثر فعال‌سازی و برانگیختگی خاطرات دردناک، مسایل حل نشده‌ای که درون تجارب زندگی خود مشاور وجود دارد، پدیدار می‌شوند و او احساسات منفی را تجربه می‌کند. کار ناتمام تحریک می‌شود و جراحات‌های کهنه سرباز می‌کنند و تعارض‌هایی که به ضمیر ناخودآگاه واپس رانده شده‌اند به سطح می‌آیند. یک تفسیر از این یافته‌ها آن است که بسیاری از درمانگران استرس و پیامدهای منفی را از شغل خود تجربه می‌کنند. علاوه بر این، استرس با باورهای نامعقولی که بسیاری از درمانگران دارند نیز ارتباط دارد. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که افکار و شناخت‌های تحریف شده و منفی درمانگران مانند (من باید بتوانم به هر مراجعی کمک کنم)، سرخ استرس‌هایی است که آنان تجربه می‌کنند. باورهایی که مشاور را به اثربخش بودن دائمی در بالاترین سطح تحریک می‌کنند، عاقبت موجب ابتلاء او به نشانگان فرسودگی شغلی می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشاوران و روان‌درمانگران در معرض بیشترین خطر فرسودگی شغلی قرار دارند که یکی از علل چندگانه آن این است که این افراد غالباً با نقاط یأس انسانی سروکار دارند و بیشتر مورد انتقاد قرار می‌گیرند و کمتر پاداش دریافت می‌کنند. بنابراین، درمانگرانی که عمده وقت خود را صرف کمک به دیگران می‌کنند، نخستین قربانیان بالقوه استرس هستند. فرسودگی در افراد شاغل در حوزه سلامت روان، در اثر همدلی کردن با مراجعان و گوش دادن مداوم به مسایل و نگرانی‌های آنان درباره بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها، تروما، فقدان و حوادث استرس‌زا؛ تشدید می‌شود. علاوه بر این باید ذکر نمود که این پژوهش هم راستا با پژوهش‌های خاکپور و صدیق، (۲۰) و رضایی و همکاران (۲۱) است. فرسودگی شغلی یکی از چالش‌های نوظهور در بین درمانگران می‌باشد که اهمیت آن به تازگی در میان درمانگران زیاد است. این سندرم یک اختلال روان‌شناختی و شکلی از خستگی جسمی و عاطفی است که

در پایان باید به این نکته توجه داشت که نتایج این پژوهش را باید با احتیاط به همه درمانگران بالینی و خانواده تعمیم داد زیرا علت تجارب هیجانی درمانگران بالینی و خانواده در مناطق مختلف و با سنین و تحصیلات متفاوت، می تواند متغیر باشد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی تجارب هیجانی درمانگران بالینی و خانواده را در فرهنگ های مختلف و با توجه به سن و میزان تحصیلات آنان بصورت جداگانه مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار داده و همچنین از روش کمی همراه با روش کیفی نیز استفاده شود.

به نظر می رسد تاکید بر روی برنامه های آموزشی و آماده کردن افراد جهت شروع فعالیت های شغلی و مقابله با مشکلات احتمالی در آینده کاری بسیار ضروری است. یکی از عوامل موثر بر میزان بالای فرسودگی شغلی طبق مطالعه حاضر رضایت شغلی پایین در میان درمانگران می باشد که مطالعات آینده با تاکید بر بررسی عوامل موثر در میزان رضایت شغلی کاردرمانگران می تواند راهکارهای پیشنهادی جهت افزایش میزان رضایت شغلی و در نتیجه کاهش فرسودگی شغلی در کاردرمانگران را ارائه دهد.

Reference

1. Abdoljabari M. The Therapy and the Therapist. Journal of Research in Religion Health. 2017; 3(1): 1- 4. (In Persian)
2. Shabib Asl N, Alinghilo, SH. Personality of therapist and seeker in psychotherapy, 8th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies, Tehran. 2019. (In Persian)
3. Kinney, K.L., Burkhouse, K.L., Klumpp, H.(2019). Self-report and neurophysiological indicators of emotion processing and regulation in social anxiety disorder. Biological Psychology, 142, 126-131.
4. Kirwan M, Svenson DW, Pickett SM, Parkhill, MR. Emotion regulation as a mediator between sleep quality and interpersonal aggression. Personality and Individual Differences, 2019; 148: 32-37.
5. Ward-Ciesielski EF, Winer ES, Drapeau CW, Nadorff MR. Examining components of emotion regulation in relation to sleep problems and suicide risk. Journal of Affective Disorders, 2018; 241: 41-48.
6. Kraaij V, Garnefski N The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Personality and Individual Differences, 2019; 137: 56-61.
7. Benfer N, Bardeen JR, Clauss K. Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. Journal of Contextual Behavioral Science, 2018; 10: 108-114.
8. Solomonov N, Barber JP. Patients' perspectives on political self-disclosure, the therapeutic alliance, and the infiltration of politics into the therapy room in the Trump era. Journal of clinical psychology, 2018; 74(5): 779-787.
9. Granados-Gómez G, Sáez-Ruiz IM, Márquez-Hernández VV, Rodríguez-García MC, Aguilera-Manrique G, Cibanal-Juan ML, Gutiérrez-Puertas L. Development and validation of the questionnaire to analyze the communication of nurses in nurse-patient therapeutic communication. Patient Education and Counseling, 2021; 105(1): 145-150.
10. Ruzek N, Woods J. Ethics in Group Psychotherapy. In The College Counselor's Guide to Group Psychotherapy. London: Routledge. 2017.
11. Gifford R. Environmental psychology: Principles and practice. 5th Ed. Colville, WA: Optimal books. 2014.
12. Stern DB, Hirsch I. The Interpersonal Perspective in Psychoanalysis, 1960s-1990s: Rethinking Transference and Countertransference. London: Taylor & Francis. 2017.
13. Dahl HSJ, Høglend P, Ulberg R, Amlo S, Gabbard GO, Perry JC, Christoph PC. Does Therapists' Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. Clinical psychology & psychotherapy, 2017; 24(2): 462-474.
14. Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Peri, T., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). Emotional congruence between clients and therapists and its effect on treatment outcome. Journal of counseling psychology, 65(1), 51-64.

15. Clarke V, Braun V, Hayfield N. Thematic Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage. 2015.
16. Chui H, Liu F. Emotional experience of psychotherapists: A latent profile analysis. *Psychotherapy*, 2021; 58(3): 401-413.
17. Hashemian SS, Shams G, Ashayeri H, Modarres Gharavi M. Investigating the impact of emotional display rules on the positive/negative affect. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2016; 18(6): 238-242. (In Persian)
18. Fathi E, Esmaeily M, Farahbakhsh K, Daneshpour M. Iranian Satisfied Marriage Model: A Qualitative Grounded Theory Study. *Journal of Research in Psychological Health*, 2016; 10(2): 10-27. (In Persian)
19. Firozi M, Golparvar M, Aghaei A. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple's Therapy, Cognitive-Behavioral Couple's Therapy and Gottman Systemic-Cognitive Couple's Therapy on Affect Balance and Inefficient Expectations of Woman with Sexual Dysfunction. *IJPN*, 2022; 10(1): 1-17. (In Persian)
20. Khakpour R, Sediq M. Primary maladaptive schemas and job burnout symptoms in counselors/psychotherapists, 6th Congress of Iranian Psychological Association, Tehran. 2016. (In Persian)
21. Rezaee M, Morayan M, Kalantari M, Tabatabaei SM. A Survey On Burnout And Related Factors Among Occupational Therapists In Iran. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2012; 1(1): 48-55. (In Persian)

Original Article

An Investigation on Emotional Experiences of Clinical and Family Therapists in Clinical Therapy Sessions

Received: 16/09/2022 - Accepted: 16/12/2022

Anahid Delavar¹
Fahimeh Namdarpour^{2*}
Mehdi Tabrizi³

¹ Ph.D. Student of Counseling,
Khomeinishahr Branch, Islamic Azad
University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of
Counseling, Khomeinishahr Branch,
Islamic Azad University,
Khomeinishahr/Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Department of
Counseling, Khomeinishahr Branch,
Islamic Azad University,
Khomeinishahr/Isfahan, Iran

Email: namdarpour@iaukhsh.ac.ir

Abstract

Introduction: Clinical therapists are a group of society who are exposed to psychological injuries due to facing psychological, family and emotional problems of people. according to this the objective of the present study was to offer a model of emotional experiences of clinical and family therapists in clinical therapy sessions.

Method: The research method was inductive study approach the methodology whereof was qualitative and the research strategy was conducted according to data-based theorization. The statistical population of the study included the clinical and family therapists in the city of Isfahan in the spring and summer of 2021. Non-random convenient sampling method was used in the present study. The sample size continued according to the interview and theoretical saturation process during which the sample size was 20 clinical and family therapists. Thematic analysis method was used to analyze the interviews.

Results: The findings implied that the therapists' burnout included familial and social relationships, being influenced by personal life, persistent feelings resulting from sessions and long-term occupational changes and effects. The type of relationship with the clients in therapy room, too, included success during the therapy, being honest with the client, improvement of relationship with the client, feeling of turning away from the client, reaction to the client's failures, being admired by the client, dealing with critical client and powerful relationship with the client. Occupational challenges included the client with the problems similar to the therapist, technique of dealing with the feelings of therapy room, difficult experienced emotions in therapy room, revelation technique, mistake in therapy, controlling emotion, feeling failed, hard clients and therapy costs too. In the same way, emotions included secondary and primary emotions, client-directed experiences emotion and self-directed experiences emotion and secondary emotions included fear, surprise, sadness, anger, shame, and primary emotions included fear and happiness.

Conclusion: According to the results of the study it is necessary for the clinical and family therapists to pay enough attention to their psychological and emotional processes in order not to face psychological, emotional and familial damages through it.

Keywords: Offering model, emotional experiences, clinical and family therapists, therapy session

conflict of interest: There is no conflict of interest.