

## تأثیر جنسیت درمانگر بر موفقیت درمانگری مراجعان

طیبه فردوسی\*

### چکیده

مقاله حاضر به بررسی دیدگاه‌ها موجود در باره تأثیر جنسیت بر موفقیت درمان می‌پردازد. ابتدا تحقیقات انجام شده در سایر کشورها در سه گروه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. گروه اول کار درمانگران زن را با هر دو جنس مراجعه کننده، مؤثر از مردان می‌دانند. گروه دوم اعتقاد دارند درمان هنگامی موفقیت آمیز است که هر درمانگر به مشاوره مراجعه کننده هم جنس خود پردازد بالاخره دسته سوم جنسیت درمانگر را عامل ضعیفی در درمان می‌دانند. (بومن، ۱۹۹۳). پس از آن نتایج جانبی به دست آمده از دو پژوهش انجام شده در داخل کشور - که هر یک به نوعی نظریات بالا را مورد تأیید قرار می‌دهد - ارائه خواهد شد. در پایان مقاله خلاصه‌های اساسی موجود با توجه به جنبه‌های خاص فرهنگی و علمی بر شمرده می‌شود، رهنمودهایی برای پژوهش‌های بعدی ارائه می‌گردد.

### مقدمه:

افزایش آگاهی‌های مردم نسبت به خدمات مشاوره و روان‌درمانی موجب گردیده تا تأسیس مراکزی که این خدمات را به عهده دارند بیش از پیش گسترش یابد، چنان‌که روند رو به رشدی را در این جهت مشاهده می‌کنیم. مطلب مهمی که در ارائه این قبیل خدمات باید رعایت گردد، توجه به ابعاد تخصصی و همچنین مسائل فرهنگی و ارزشی جامعه اسلامی است. به عبارت دیگر باید هم‌زمان با رشد کمی این مراکز ارتقاء کیفی آن نیز مورد نظر قرار گیرد، زیرا در غیر اینصورت نتیجه مطلوب حاصل نخواهد شد. به عنوان مثال یکی از عوامل مهم و مؤثری که در فرهنگ جامعه ریشه دارد و در روان‌درمانی نیز حائز اهمیت است، تأثیر جنسیت درمانگر بر درمان

مراجعه کننده است چنان که این مسأله در جوامع دیگر حتی از حیث تخصصی و کاربردی مورد توجه قرار گرفته است و درباره تأثیرات جنسیت درمانگر بر فرایند درمان پژوهش و بررسی‌های زیادی انجام شده است.

با توجه به موارد مذکور، هدف از تنظیم و ارائه این مقاله، انعکاس اهمیت و نقش جنسیت درمانگر در روان‌درمانی است. بنابراین لازم است همان‌طور که جنبه‌های مختلف درمان مورد بحث و پژوهش قرار می‌گیرد، عامل جنسیت نیز مدنظر قرار گیرد و مراکز مشاوره و روان‌درمانی در نحوه ارائه خدمات خود به آن توجه نمایند.

قابل ذکر است که علیرغم انجام تحقیقات مختلف، هنوز هم نقاط تاریک در این باره بیش از نکات روشن بوده، پژوهش‌های دیگری را می‌طلبید زیرا از یک طرف پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها علاوه بر نکات مبهم به دلیل اختلاف اهداف فرهنگی دارای خلاهایی است که می‌تواند در تمام مراحل کار پژوهش تأثیر گذاشته و نتایج آن را تغییر دهد و از طرف دیگر مرور بر تحقیقات انجام شده در همین کشورها حاکی از آن است که هر چند نااهمخوانی پژوهش‌هایی که اهمیت جنسیت درمانگر را در بازدهی درمان مورد ارزیابی قرار می‌دهد رو به کاهش است (بوتلر<sup>۱</sup>، کارگو<sup>۲</sup> و آریزمندی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶)، لکن افرادی که ادبیات موضوع را گزارش می‌دهند در مورد این یافته‌ها اختلاف نظر دارند (بومن، ۱۹۹۳، به نقل از جونز<sup>۴</sup>، کروپ‌نیک<sup>۵</sup> و کریج<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷). زیرا پژوهشی که در این زمینه به خوبی طراحی و کنترل شده باشد کمتر وجود دارد (بومن، ۱۹۹۳، به نقل از بوتلر و دیگران، ۱۹۸۶). بنابراین ابعاد مختلف چنین موضوعی به تحقیقات بیشتر و عمیقتری نیاز دارد لذا محقق و مؤسین مراکز مشاوره و پژوهشی باید طرح‌های پژوهشی متعددی را در این راستا آغاز کنند و با طرح مسائل فرهنگی و اعتقادی اقشای دیگری را بگشایند.

1- Beutler

2- Cargo

3- Arizmendi

4- Jones

5- Krupnick

6- Kerig

7- Beutler et al. 1986

در این مقاله ابتدا تحقیقات انجام شده در سایر کشورها را در سه گروه مورد بررسی قرار می‌دهیم، سپس به بررسی پژوهشهای انجام شده در داخل کشور پرداخته و در انتها جمع‌بندی کلی می‌پردازیم.

### تحقیقات انجام شده در سایر کشورها (تحقیقات خارجی)

به طور کلی مطالعات و تحقیقات انجام شده در کشورهای خارجی در خصوص تاثیر جنسیت درمانگر بر روی نتایج درمان، یکی از سه نقطه نظر زیر را مورد حمایت و تاکید قرار می‌دهد.

۱- گروه اول، کار درمانگران زن را با هر دو جنس مراجعه کننده مؤثرتر از مردان می‌داند، مثل فیشر<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) و دیگران.

۲- گروه دوم، معتقدند هنگامی که درمانگران زن، مراجعین زن و درمانگران مرد، مراجعین همجنس خود را درمان نمایند، نتیجه موفقیت آمیزتر خواهد بود، مثل بلیس<sup>۲</sup> (۱۹۷۹).

۳- گروه سوم مثل شر<sup>۳</sup> (۱۹۷۶) معتقدند که جنسیت درمانگر عامل ضعیفی در درمان مراجعین از هر دو جنس به شمار می‌رود. (بومن، ۱۹۹۳).

برای هر یک از موقعیت‌های مذکور شواهدی ارائه خواهد. هنگام بحث و بررسی هر یک از نظریه‌ها، نقاط ضعف و قوت بارز آنها نیز مورد توجه قرار خواهد گرفت. سپس پیشنهاداتی جهت تحقیقات بعدی ارائه خواهد شد. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

### بررسی دیدگاهها

۱- زنان در درمان مؤثرتر از مردان عمل می‌کنند.

بومن (۱۹۹۳) تکیه‌گاه اصلی این دیدگاه را یک مطالعه دو قسمتی می‌داند که توسط جونز<sup>۴</sup> و زوپل<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) صورت گرفته است. در بخش اول این مطالعه ۱۴۰ نفر درمانگر، ۱۶۰ نفر مراجع (از هر دو جنس) را مورد مشاوره قرار دادند. در این مرحله درمانگران بهبودی مراجعان را مورد

1- Fisher

2- Blase

3- scher

4- Jones

5- Zoppel

ارزیابی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که زنان درمانگر نسبت به درمانگران مرد، کار خود را موثرتر ارزیابی کرده بودند. در بخش دوم این مطالعه ۹۹ نفر مراجع که قریب نیمی از آنان را زنان تشکیل می دادند، تاثیر کار ۴۹ نفر درمانگر زن و ۵۰ نفر درمانگر مرد را مورد ارزیابی قرار دادند (۴۰ نفر از این ۹۹ نفر از بخش اول مطالعه بودند). جونز و زوپل توافق بین ارزیابی درمانگران، در بخش اول مطالعه و ۴۰ نفر مراجع را که در بخش دوم مطالعه شرکت داشتند، مورد پژوهش قرار دادند و به همبستگی متوسط ۰/۲۶ رسیدند.

در بخش دوم مطالعه، مراجعان به بیش از ۱۲ مورد مقیاس های اندازه گیری مختلف پاسخ دادند. تنها معیار بازدهی که به طور قابل ملاحظه ای به نفع درمانگران زن گزارش شده بود این بود که مراجعان هر دو جنس، اظهار کرده بودند که پس از دریافت درمان از یک درمانگر زن، سطح انرژی بالاتری را کسب کرده اند.

لکن بومن (۱۹۹۳) اظهار می دارد هر چند بوتلر و دیگران (۱۹۸۶) مطالعه جونز و زوپل (۱۹۸۲) را به عنوان یکی از بهترین پژوهش های عملی کنترل شده موجود (صفحه ۲۶۳) که تأثیرات جنسیت درمانگران را بر روی نتایج روان درمانی بررسی کرده است، توصیف می کنند؛ ولیکن بنا به اظهار آنها اشکالاتی هم به این پژوهش وارد است. اولین اشکال این است که نتیجه موفق تر بودن زنان درمانگر، از ارزیابی خود آنها به دست آمده است. به همین دلیل نیز لوبوراسکای<sup>۱</sup> و دیگران (۱۹۷۱) بر علیه این دیدگاه نظر داده اند. همچنین در بخش دوم مطالعه، ارزیابی نتایج فقط براساس بررسی یک چهارم از مراجعینی است که در بخش اول مطالعه شرکت کرده بودند و به صورت تصادفی نیز انتخاب نشده بودند. بنابراین، همین مسأله، صحت امتیازبندی درمانگران را در قسمت اول مطالعه را زیر سوال می برد. بعلاوه همبستگی بین ۴۰ مراجع تحقیق اولیه و درمانگران ایشان، بسیار کم بوده است. و نکته آخر اینکه افزایش انرژی گزارش شده توسط مراجعین، در ارتباط با زنان درمانگر، معیار مهمی در درمان به شمار نمی رود.

پژوهش هیل<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) نیز مؤید آن است که درمانگران زن موفق تر عمل می کنند. وی ضمن بررسی دریافت که ۲۴ مراجع مرد و ۲۴ مراجع زن با ۱۲ مشاور زن، راضی تر از همین تعداد مشاور مرد بودند. در مطالعه او یکی از معیارها، تجربه بود. یعنی هنگامی که نیمی از مشاوران به عنوان باتجربه طبقه بندی شدند، مراجعین رضایت یکسانی را نسبت به مشاوران بی تجربه زن و مرد نشان دادند؛ اما در میزان رضایت آنها نسبت به مشاوران باتجربه تفاوت زیادی وجود داشت. یکی از پیشنهاداتی که هیل برای توضیح یافته هایش ارائه می داد این بود که مشاوران مرد با تجربه، ممکن است علاقه خود را در مهارت های مشاوره از دست بدهند. آنچه که هیل از تفاوت میزان رضایت مراجعین از مشاورین زن و مرد دریافت، این بود که فقط در هنگام مقایسه مشاورین با تجربه با یکدیگر، تفاوت به سادگی قابل مشاهده است.

در تعمیم نتایج پژوهش هیل بایستی محتاطانه عمل کرد؛ زیرا مطالعه وی ممکن است بیشتر اطلاعاتی را درباره کیفیت کار ۶ نفر مشاور باتجربه مردی که در مطالعه او شرکت داشتند، بیان کند و نه تفاوت هایی را که بین تأثیرکار مشاوران مرد و زن وجود دارد. علاوه بر این در بررسی وی میزان رضایت مراجع فقط به دومین جلسه مشاوره اش مربوط می شود. در نتیجه ممکن است یافته های هیل به مراحل مقدماتی مشاوره که مورد استفاده قرار گرفته، مربوط گردد.

فیشر (۱۹۸۹) سعی می کند که حمایت غیر مستقیمی برای این نظریه که - زنان مشاور مؤثرتر هستند - پیشنهاد نماید. او دریافته است که درمانگر مرد تمایل دارند در صورتی که در طول درمان مشکلات ارتباطی با بیماران شان داشته باشند، آنها را مقصر بدانند، در حالی که درمانگران زن اگر در طول درمان با چنین مشکلاتی مواجه باشند، خودشان را مقصر می دانند. فیشر نتیجه گرفته است که چون زنان درمانگر خودشان را در مشکلات، بیش از بیماران مقصر می دانند، در درمان موفق تر عمل می کنند.

باید در پذیرش فرضیه فیشر با هوشیاری برخورد کرد؛ زیرا فیشر ترتیبی داد که کلیه مراجعین و درمانگران شرکت کننده در مطالعه، علل مشکلات را در حین درمان مورد ارزیابی قرار دهند.

امام معلوم نیست که آیا مراجعین در واقع می‌دانستند که درمانگر مرد آنها را در مشکلات درمان، بیشتر مقصر می‌دانند یا نه؟ همچنین روشن نشده است که اگر درمانگری خود را در مسائل مقصر بدانند، الزاما درمانگر بهتری خواهد بود؛ زیرا همانطور که فیشر می‌گوید افرادی که اغلب خود را مقصر می‌شمارند، در معرض خطر افسردگی قرار دارند. بنابراین چنین درمانگرانی به همین علت ممکن است تأثیر کمی داشته باشند.

بررسی‌های دکی<sup>۱</sup> و بروداسکای<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) و نیز زیگلر کراتز<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) به طور غیرمستقیم این نظر را تأیید می‌کند. تحقیقات جداگانه آنها بر روی دانشجویان شاغل به تحصیل دوره کارشناسی، نشان می‌داد که این دانشجویان، زنان درمانگر را ترجیح می‌دادند و فکر می‌کردند که آنها ماهرتر و قابل اعتمادتر هستند.

بدیهی است چنانچه مراجعین در ابتدای ورود توقع بیشتری از درمانگران زن داشته باشند، همین مسأله می‌تواند در نتیجه درمان اثر مثبت بگذارد. شاهد این موضوع آن است که اغلب گزارش شده که انتظارات بیماران اثر بسیار معجزه‌آسایی بر روی نتیجه درمان داشته است (بولوار<sup>۴</sup>، هولز<sup>۵</sup>، ۱۹۷۰، دکی و بروداسکای، ۱۹۹۲).

سرانجام کارتر<sup>۶</sup> و چسler<sup>۷</sup> (۱۹۷۱) یک حمایت نظری را برای این دیدگاه که درمانگران زن مؤثرتر می‌باشند، مطرح نمودند. کارتر معتقد است که «درمانگر بودن» برای زن طبیعی تر می‌باشد و درمانگران مرد باید زمان زیادی را صرف این مسأله کنند که «زنانه بودن بیشتر» را تمرین کنند (صفحه ۲۹۷). کارتر می‌پندارد که برای بسیاری از مراجعان (روان‌پزش و هیستریک) زنها مؤثرتر اند اما او مطالعاتی را برای حمایت از نظریاتش ذکر نمی‌کند و در حقیقت مقاله او هیچ منبع ارجاعی ندارد. همچنین چسler نظریات حمایت نشده‌ای را در مورد درمانگران مرد عرضه می‌کند. او عقیده دارد که عموماً درمانگران مرد و به طور کلی مردها اینگونه تربیت شده‌اند که

1- Dacy

2- Brodsky

3- Zieglerkratz

4- Boutware

5- Holmes

6- carter

7-Chesler

رفتار پرخاشگرانه و یا جنایی داشته باشند (صفحه ۷۵۱). اما باید ذکر کرد که این نظریه‌ها پشتوانه تجربی نداشته و قابل بررسی می‌باشند (بومن، ۱۹۹۳، به نقل از هیل، ۱۹۷۵، فیشر، ۱۹۸۹، کارتر و چسلا، ۱۹۷۱).

به طور خلاصه، مطالعات مورد بحث تأثیر بیشتر درمانگران زن را نسبت به مران، در فرایند درمان، مورد حمایت قرار دهد، لیکن این موضوع با توجه به برخی ویژگیهای شخصیتی زنان (مثلا عاطفی بودن و دلسوز بودن و...) و یا بررسی تأثیرات مثبت و منفی نقش درمانگری با توجه به نوع مشکل و اختلال روانی مراجع (اینکه در درمان برخی از انواع اختلالات موفق و در برخی دیگر ناموفق باشند) و یا حتی تأثیر شایستگی‌های جنسیتی در انجام برخی از مشاغل، باید مورد پژوهش دقیق‌تر پژوهشگران علاقمند قرار گیرد.

## ۲- یکسان بودن جنسیت درمانگر و مراجع به عنوان بهترین شکل روان‌درمانی:

در این قسمت ابتدا مطالعاتی که از نظریه یکسان بودن جنسیت درمانگر و مراجع حمایت می‌کند مورد بحث قرار می‌گیرد. سپس یک بررسی که بیانگر ثمربخش بودن نتیجه درمان درمانگران مرد با مراجعین مرد، و دو بررسی که نشان دهنده مؤثرتر بودن نتیجه درمانگران زن با مراجعین زن است، نقد می‌شود و در پایان برخی از عناوین اضافی مانند ارتباطات جنسی بین درمانگران و مراجعین، بررسی می‌شود. گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

بومن (۱۹۹۳) در طرح محورهای فوق، پژوهش‌های انجام شده زیر را مورد استفاده قرار می‌دهد.

الف: نتایج مطالعه‌ای که به وسیله بلیس (۱۹۷۹) انجام شد، نشان می‌دهد که ۱۸ نفر مراجع مرد و ۳۳ نفر مراجع زن، پس از دومین و دهمین جلسه درمانی خودشان، هنگامی که به وسیله یک درمانگر همجنس خود مورد مشاوره قرار گرفتند، راضی‌تر بودند. اگر چه مراجعین با درمانگران همجنس خود احساس رضایت بیشتری داشتند؛ ولیکن اشتراک جنسیت درمانگر و مراجع، با استفاده از آزمون MMPI، تفاوت معناداری را در بهبودی علائم نشان نداد. بنابراین مطالعه بلیس به مقدار کمی از این دیدگاه حمایت می‌کند.

پارسونز<sup>۱</sup> پارسونز و نیومارک<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) دریافتند، مراجعین مردی که توسط درمانگران مرد مشاوره شدند، نسبت به مراجعینی که به وسیله درمانگران زن مورد مشاوره قرار گرفتند، بهبودی بیشتری را نشان دادند. آنها همچنین دریافتند که مراجعان زن، پس از این که به وسیله درمانگران زن مورد مشاوره قرار گرفتند، از زنهایی که با درمانگران مرد مشاوره شدند، بهبودی بیشتری را گزارش کردند. توجه به این نکته مهم لازم است که در این مطالعه درمانگران، کارورزان دوره کارشناسی بودند، بنابراین تعمیم یافته‌ها قابل اعتماد نیستند.

ب: کالونا (۱۹۸۹) تریبی داد تا ۱۵۶ آزمودنی مرد که بزهکاران جنسی بودند، درمانگران زن و مرد خودشان را بر روی فهرست ارتباطی بارت - لنارد و فرم ارزشیابی مشاور، مورد ارزیابی قرار بدهند. فرم ارزشیابی مشاور نشان می‌داد که درمانگران مرد، متخصصانه‌تر و قابل اعتمادتر عمل کرده بودند. این یافته‌ها به میزان کمی از این نظریه حمایت می‌کند که ممکن است لاقبل درمانگران مرد با بعضی از مراجعین مؤثرتر عمل کنند.

ج: اورلینزکی<sup>۳</sup> و هاوارد<sup>۴</sup> (۱۹۷۶)، جونز<sup>۵</sup> و دیگران (۱۹۸۷) پیشنهاد می‌کنند که ممکن است مشاوره درمانگران زن با مراجعین زن، ثمربخش‌تر باشد. در مطالعه اورلینزکی و هاوارد (۱۹۷۶) ۷۸ نفر مراجع زن توسط ۱۸ درمانگر مرد و ۴۰ نفر مراجع زن به وسیله ۹ درمانگر زن مشاوره شدند. اورلینزکی و هاوارد دریافتند که زنها از تشویقی که از درمانگران زن دریافت می‌کنند خشنودتر می‌شوند. همچنین هنگامی که مراجعین در یکی از شش گروهی که بر اساس سن و تاهل طبقه‌بندی شده بود، قرار گرفتند، نتیجه چنین بود که یکی از این شش گروه مراجع، بهبودی بیشتری را در مورد درمانگران زن گزارش کرده بودند. این مطالعه پشوانه‌ای قوی (به عنوان مثال فیشر ۱۹۸۹ را ملاحظه نمایید) برای این نظریه به شمار می‌آید.

آنچه اغلب در مطالعه اورلینزکی و هاوارد (۱۹۷۶) نادیده گرفته می‌شود، این است که زنان هیچگونه تفاوت اساسی را (در ۵ مورد از ۶ گروه) از لحاظ پیشرفت درمان دریافتی از

1- Parsons

2- Newmark

3- Orliinsky

4- Howard

5- Jones



درمانگران زن و مرد گزارش نکرده‌اند. هر چند زنان مراجع به خاطر تشویقی که از درمانگران زن دریافت می‌کردند، رضایت بیشتری داشتند، لکن از لحاظ تخلیه هیجانی و یا مهارت و بینشی که از آنها کسب می‌کردند، به طور معنادار راضی نبودند.

جونز و دیگران (۱۹۸۷) ۶۰ نفر مراجع زن را - که فهرست علائم بالینی را قبل و بعد از ۱۲ جلسه درمان روان‌پویشی<sup>۱</sup> تکمیل کردند - مورد مطالعه قرار دادند. آنها کسانی بودند که دچار اختلال سازگاری و یا اختلال فشار روانی پس آسیمی (P.T.S.D)<sup>۲</sup> بودند. زنانی که به وسیله درمانگران زن مشاوره می‌شدند، تغییرات مثبت‌تری را بر روی ۴۰ مقیاس از BSI<sup>۳</sup> گزارش می‌کردند. لازم به ذکر است که این پژوهش یکی از مؤثرین پژوهش‌هایی است که نشان داده است درمانگران زن موجب بهبودی بیشتری در مراجعین زن می‌گردند. نکات برجسته این مطالعه بدین شرح است: درمانگران از نظر سبک درمان و میزان تجربه از شرایط مشابهی برخوردار بودند، ابزار معتبری برای اندازه‌گیری جریان روان‌درمانی مورد استفاده قرار گرفته بود، تجزیه و تحلیل آماری به کار رفته بسیار هوشمندانه بود، در جایگزینی افراد از روش تصادفی استفاده شده بود و هر یک از مراجعین هم با یک اختلال قابل تشخیص بودند.

به خاطر اینکه در مطالعه جونز و دیگران (۱۹۸۷) میزان همبستگی کمی بین جنسیت درمانگر و نتیجه درمان وجود دارد، نمی‌توان نتایج این مطالعه را عمومیت داد و دیگران می‌توانند با انجام تحقیقات بعدی، نتایج این چنین پژوهشی را تایید یا رد نمایند.

این بحث با توجه به مطالب عرضه شده توسط لوبور اسکای و دیگران (۱۹۷۱) و چسلر (۱۹۷۱) نتیجه‌گیری خواهد شد. همچنین با مطالب مربوط به ارتباط جنسی بین درمانگر و مراجعین دامه خواهد یافت.

لوبور اسکای و دیگران (۱۹۷۱) و چسلر (۱۹۷۱) نتیجه‌گیری خواهد شد. همچنین با مطالب مربوط به ارتباط جنسی بین درمانگر و مراجعین دامه خواهد یافت. لوبور اسکای و دیگران (۱۹۷۱) در مطالعه جامعی که به منظور بررسی عوامل مؤثر در نتیجه روان‌درمانی صورت

1- Psychodynamic

2- Post-traumatic stress disorder

3- Brief symptom inventory

گرفت، دریافتند که به دلیل تشابه زیاد میان درمانگران و مراجعین، ۹ مطلب از ۱۴ عنوانی را که مورد مطالعه قرار دادند حاکی از پیشرفت درمان بودند، به دلیل آنکه درمانگر، همجنس مراجع بود. کار لوپوراسکای و دیگران می‌تواند به عنوان پشتوانه این عقیده که همجنس بودن درمانگر و مراجع منجر به پیشرفت درمان می‌شود، تلقی گردد.

چسلر (۱۹۷۱) معتقد بود که درمانگران مرد باید کاملاً از درمان مراجعین زن خودداری نمایند. او اظهار می‌کرد که درمانگران مرد، نیازهای خودشان را از طریق کنترل کردن مراجعین زن ارضاء می‌کنند و زنان مراجع نیز ممکن است روان‌درمانی را به عنوان «شیوه‌ای در همسرگزینی» مورد استفاده قرار دهند.

گرچه نظریه چسلر افراطی است؛ لیکن بعضی واقعا به این اصل اعتقاد دارند که درمانگران مرد ممکن است سوءاستفاده‌هایی از ارتباط با مراجعین زن خود داشته باشند (بومن، ۱۹۹۳).<sup>۱</sup> به هر ترتیب سوء استفاده جنسی عاملی است که معمولاً به جنسیت بیمار - درمانگر ارتباط داده می‌شود. بیشتر قربانیان، بیمارانی هستند که به طور کامل به درمانگر اعتماد دارند. این رابطه جنسی از ابعاد مختلفی مثل خود بزرگ‌بینی درمانگر و یا سلب قدرت شخصی بیمار (سلب اختیار و اراده از مراجع)، ناشی می‌شود. درباره چنین مراجعینی درمان هنگامی آغاز می‌شود که ضربه (بیماری) شناسایی شده باشد. به دنبال تشخیص، فرایند درمان شروع می‌شود که معمولاً ۳ الی ۵ سال طول می‌کشد و نسبت به نیروهای خارجی بسیار حساس است. قربانیان از درمانگران بعدی طلب یک مرز ایمنی می‌کنند (ولبرگ، ۱۹۹۷).<sup>۲</sup>

به هر حال در سایر کشورها در خصوص درگیریه‌های جنسی بیمار و درمانگر، تحقیقات مختلفی صورت گرفته و قوانین جدی پیش‌بینی گردیده است. موضوع مورد بحث، امتناع‌های اخلاقی و قانونی است. نتایج این مطالعات برای درمانگرانی که بیماران آنها با درمانگران قبلی خود رابطه جنسی داشته‌اند، می‌تواند مفید باشد (پاپ و کنت، ۱۹۸۶).<sup>۳</sup>

اعتقاد عمومی این است که اکثر ارتباط‌های جنسی که بین درمانگران و مراجعین رخ می‌دهد،

1- Bowman 1993

2- Wohlberg 1997

3- Pope-Kenneth-S 1983

بین مردان درمانگر با مراجعین زن اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد که نتایج منفی درگیریهای جنسی بین درمانگران و مراجعین، بیشتر برای مراجعه کنندگان است. اگر چه در مورد درصد تعداد درمانگرانی که درگیر رفتارهای جنسی با مراجعین شده‌اند توافقی وجود ندارد، ولیکن بیشتر مطالعات تقریباً بین ۲ تا ۱۲ درصد از درمانگران مرد و ۳ تا ۵/۰ درصد از درمانگران زن را دارای ارتباط جنسی با مراجعین خود گزارش نموده‌اند. به طور کلی به نظر می‌رسد که روند درمانگرانی که خلاف کاریهای جنسی داشتند، رو به کاهش است (پاپ، ۱۹۹۰، استیک و اولیور، ۱۹۹۱). هر چند ممکن است این کاهش بیانگر کم شدن واقعی این گونه رفتارها باشد؛ اما این امکان نیز وجود دارد که علت آن، عدم تمایل درمانگران برای گزارش کردن این قبیل اطلاعات باشد. به طور خلاصه تعداد معناداری از درمانگران درگیر رفتارهای جنسی با مراجعین خود شده‌اند، گر چه رفتارهای جنسی بین افراد همجنس نیز ممکن است رخ بدهد (بومن، ۱۹۹۳).<sup>۱</sup>

به دلیل بروز چنین مشکلاتی در سایر کشورها، کتب و مقالات متعددی درباره روشهای جلوگیری از سوءاستفاده جنسی توسط درمانگران به چاپ رسیده است. سامرال (۱۹۹۶)<sup>۲</sup>، لافونتن (۱۹۸۹)<sup>۳</sup>، ولبرگ (۱۹۹۷)<sup>۴</sup>، اولارت (۱۹۹۷)<sup>۵</sup>. در این منابع شیوع، انواع، عوامل مؤثر و نتایج مضر و شیوه‌های درمان این درمانگران و این که حتی خود این معضل به عنوان یک بیماری مجزا تلقی گردد، مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. لکن همانگونه که در ابتدا بیان شد، اکثر پژوهشهایی که از این عقیده حمایت می‌کند نیز دارای محدودیتهای و نقایص مهمی است. علاوه بر این، پشتوانه نظری برای این موقعیت، کمتر متقاعدکننده است.

هنگام بررسی اعتبار دو نظریه اول متوجه می‌شویم که این دو تا حدودی یکدیگر را تایید می‌کنند؛ زیرا مطالعات پیشنهاد شده مبنی بر این که زنان درمانگر با هر دو جنس مراجع، بطور مؤثرتری عمل می‌کنند (به عنوان نمونه فیشر، ۱۹۸۹) به طور وضوح این نظریه را مورد حمایت قرار می‌دهد که تشابه جنسیت برای زنان مراجع بهتر است. به طور مشابه، هدف مطالعاتی که مدعی

1- Bowman 1993

2- Sumerall at all 1996

3- Lafountain 1989

4- Wohlberg 1997

5- Olarte 1997

است زنان درمانگر با مراجعین زن موفق تر عمل می کنند (اورلینزکی، هاوارد، ۱۹۷۶) این است که روی هم رفته کار درمانگران زن را نسبت به مردان درمانگر برتر می داند. چنانچه هر یک از دو نقطه نظر بالا درست باشد، بیشترین جفتی که سوال برانگیز می شود، آنهاست که جفت های درمانی شامل درمانگر مرد و مراجع زن می شود. حال به طرح سومین نظریه قابل ملاحظه در این زمینه می پردازیم.

### ۳- جنسیت عامل مؤثری در درمان نیست.

بومن (۱۹۹۳) نتایج تحقیقات زیر را به عنوان شاهد بر ضعف تاثیر جنسیت درمانگر بر درمان ارائه می دهد:

اسچر (۱۹۷۵) از جمله محققانی است که معتقد است جنسیت درمانگر، از لحاظ تاثیری که برای هر دو جنس درمانجو دارد، نقش تعیین کننده ای ندارد. اسچر در مطالعه ای که بر روی ۲۰ نفر زن و ۱۶ نفر مرد مراجع انجام داد گزارش نمود هنگامی که این تعداد با ۱۸ مشاور مرد و ۵ نفر زن، در بهبودی علائم، تفاوت معناداری را نشان نمی دهند.

گیوری (۱۹۷۷) به طور مشابه دریافت که دو نفر درمانگر مرد و دو نفر زن که هر دو آنها دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بودند، به طور قابل ملاحظه ای از لحاظ کمک به ۲۰ نفر مراجع، مؤثرتر عمل کرده اند. به هر حال به دلیل نوع درمان و درمانگر، عمومیت دادن آن را بسیار مشکل می سازد. مطالعات مالوی در همین زمینه مانند مطالعات گیوری (۱۹۷۷) گرفتار محدودیت بود.

چورون<sup>۱</sup> و دیگران (۱۹۸۳) از سه نفر درمانگر بالینی خواستند که درباره همدلی و توانایی روان درمانی بین فردی، ۲۰ مرد و ۷ زن درمانگر، قضاوت کنند. آنها نتیجه گرفتند که جنسیت درمانگران در پیشگویی همدلی و توانایی روان درمانی بین فردی (IPT)<sup>۲</sup> عامل ضعیفی محسوب می شود. اگر چه ارزیابی قضاوت کننده ها همبستگی بسیار بالایی را نشان می داد، ولیکن تعیین

اعتبار این روش اندازه گیری کار آسانی نیست. همچنین نمونه مورد مطالعه کوچک بوده و ممکن است قضاوت کننده‌ها به دلیل آگاهی از جنسیت درمانگران تحت تاثیر قرار گرفته باشند. کاونر و ورمن (۱۹۸۳) برخی مطالعاتی را که به جهت تعیین تأثیرات جنسیت درمانگر و مراجع بر روی نتیجه درمان پرداخته، جستجو کرده و نتیجه می‌گیرند که جنسیت درمانگر از قدرت کافی برای پیشگویی نتیجه درمان، اعم از زن و مرد مراجع، برخوردار نیست. همچنین آنها ۵ نمونه را ارائه کردند که مراجع ابتدا مشکلات اصلی خود را ناشی از ارتباط با یکی از والدین می‌داند؛ ولیکن در واقع مکانسیمهای دفاعی او روشن می‌سازد که ریشه مشکلاتش از والدین غیر همجنس خودش می‌باشد. بنابراین آنها پیشنهاد می‌کنند که مراجعه نامناسب به یک درمانگر از یک جنس بخصوص، ممکن است بر اساس مسائل سطحی صورت گیرد که در تشخیص اولیه آشکار نشود.

مرور بیشتر در ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که موگال (۱۹۸۲) با نتیجه گیری که کاونر و ورمن (۱۹۸۳) انجام دادند، موافق است. او مدعی است که ما حق نداریم مراجعین را دائماً پیش درمانگر همجنس خودشان به فرستیم. موگال اظهار می‌کند که ویژگیهای از قبیل مهارت و تجربه درمانگران نسبت به جنسیت آنها پیشگویی کننده بهتری برای ارزیابی نتیجه درمان به شمار می‌رود (بومن، ۱۹۹۳).<sup>۱</sup>

سامرال و دیگران (۱۹۹۶)<sup>۲</sup> به منظور تأثیرات جنسیت درمانگر، بیمار و میزان اطلاعات فراهم شده در مورد تصمیمات تشخیصی و درمانی، در یک پژوهش جنسیت بیمار میزان اطلاعات را دستکاری می‌کرده و سپس تشخیص صورت می‌گرفت. با استفاده از تحلیلهای آماری از تحقیق آنها این نتیجه به دست آمد که جنسیت درمانگر و بیمار و تأثیر متقابل آن دو، نقش قابل توجهی در تشخیص ندارد و در فرآیند تصمیم‌گیری، میزان اطلاعات، مهمترین عامل به شمار می‌رود.

بسیاری از محققین (به عنوان نمونه چیورون و دیگران، ۱۹۸۳، لوبوراسکای و دیگران،

۱۹۷۱، اسپر، ۱۹۷۵) با موگال هم عقیده هستند. آنها باور دارند که مهارت و تجربه درمانگر تأثیر مثبتی را در نتیجه درمان نشان می‌دهد و این مسأله ارتباطی به جنسیت درمانگر ندارد (بومن، ۱۹۹۳). به عنوان نمونه در تحقیق بریشتو و ورلازی (۱۹۸۱) مصاحبه‌گران زن و مرد که به عنوان متخصص و غیر متخصص معرفی شده بودند به طور انفرادی با دانشجوی مقطع کارشناسی (به عنوان مراجع) ملاقات کردند. متخصصین مرد از نظر جذابیت اجتماعی نمره کمتری گرفتند؛ اما این معرفی‌ها بر میزان تخصص و میزان قابلیت اعتماد، تأثیری نداشت.

رفتار درمانگران توانمند ممکن است میزان تخصص را خنثی کند. همچنین تخصص ممکن است روی جذابیت اجتماعی یا جذابیت میان فردی تأثیر بگذارد. مثلاً در تحقیق ورلور (۱۹۸۶)<sup>۱</sup> مراجعین زن (۱۵ نفر) که توسط درمانگران همجنس خودشان مورد مشاوره و آزمایش قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش قابل توجهی را در میزان قابل توجهی را در میزان عزت نفس مثبت از خود نشان دادند.

مطالعاتی که این نظریه را مورد تایید قرار می‌دهد، نسبت به مطالعاتی که دو نظریه دیگر را مورد حمایت قرار می‌دهد کیفیت پایین‌تری دارد. این دیدگاه نیز نیازمند بررسی بیشتر است. همچنین بخشی از ابتدای هر دو نقطه نظر مورد بحث با یکدیگر متعارضند. یافته‌های پژوهشی که بر مؤثرتر بودن درمانگران مرد با مراجعان مرد تأکید دارد را که بر توفیق زن با هر دو جنس تأکید می‌ورزد، تضعیف می‌کند. به عنوان نمونه، مطالعاتی که درمانگران زن را با مراجعین مرد مؤثرتر می‌داند مخالف این نظریه است که یکسانی جنسیت بهترین چاره در درمان محسوب می‌گردد. در حالی که این آزمایش و نظریات قبلی یکی از سه نقطه نظر بالا را مورد حمایت قرار داده است، برخی از نظریات احتمالی دیگر را به طور مختصر مورد ملاحظه قرار خواهیم داد.

### سایر دیدگاههای ممکن

همانگونه که ملاحظه شد و بررسی بومن (۱۹۹۳) نیز نشان داد، هیچ یک از مطالعات انجام

شده این دیدگاه را - که مردان درمانگر با هر دو جنس مراجع موفق تر عمل می کنند - پیشنهاد نمی کند (موگان ۱۹۸۲). هر چند بولووار و هولز (۱۹۷۰) دریافتند که مراجعین زن و مرد هر دو مشکلات شغلی شان، درمانگر مرد را ترجیح می دهند. این دو محقق پیشنهاد می کنند که هر دو جنس مراجع باید برای پیشگیری از مشکلات شغلی خود به درمانگران مرد مراجعه کنند، زیرا آنها معتقدند که ترجیحات اولیه در نتیجه درمان مؤثر است، اگرچه این موضوع نیز نیاز به تحقیق دارد.

گیوری یافته غیر معمولی را که در سال ۱۹۷۷ به دست آورد این بود که مراجعین زن و مرد در ابتدا یک درمانگر از جنس مخالف را ترجیح می دهند. اگر چه اطمینان به یافته های غیر معمول نیاز به پژوهش دارد، لکن تحقیقات قبلی نیز تاثیر بیشتری درباره جفت درمانی جنس مخالف نشان نداد. به هر حال حتی در مطالعه گیوری، در حالی که این برتری اولیه به دست آمد، باز هم زنان و مردان درمانگر تاثیر یکسانی داشتند (بومن، ۱۹۹۳).<sup>۱</sup>

این چنین موضوعی در تحقیق کارپویتز و گیوری (۱۹۷۹)<sup>۲</sup> با سنجش رابطه بین تعصب جنسی بیمار، جنسیت بیمار، جنسیت درمانگر و در نتیجه درمان، مورد بررسی قرار گرفت. در این تحقیق ۲۵ بیمار زن و ۲۵ بیمار مرد شرکت داشتند. متغیرهای وابسته شامل یک پرسشنامه نگرش سنج بود که ترجیح بیمار در مورد جنسیت درمانگر را مورد سؤال قرار می داد.

نتایج نشان داد که اگرچه نگرش با نتایج درمان رابطه مستقیم دارد، لکن نگرش بیماران هیچ تعصب جنسی را نشان نمی دهد؛ اما بیماران، درمانگرانی را که دارای جنس مخالف باشند ترجیح می دهند، و لیکن این ترجیح جنس درمانگران، تأثیر معناداری را روی نتیجه درمان نشان نمی دهد.

در پژوهش دیگری وضعیت تاهل و جنسیت درمانگر و مراجع، از لحاظ ادراک و توقعات بیمار مورد بررسی قرار گرفت. در این تحقیق نیز هیچ یک از دو متغیر جنسیت و وضعیت تاهل، تاثیری بر روی ادراک و توقعات درمانی نشان نداد. (کمپل و جانسون، ۱۹۹۱).<sup>۳</sup>

1- Bowman 1993

2- Karpowitz and Gurri 1979

3- Campbell and Johnson 1991

در تحقیق دیگری که به منظور بررسی جنسیت و نژاد مراجع و درمانگر صورت گرفت، ۶۳ نفر مراجع جلسات روان‌درمانی خانواده را ارزیابی می‌کردند. خانواده‌ها متشکل از خانواده‌های سیاه پوست و سفید پوست بودند و جلسات اول و چهارم را مورد ارزیابی قرار می‌دادند. نتایج حاکی از آن بود که نژاد تأثیر بسزایی در درمان دارد چنانکه مراجعین زن سیاه پوست اولین جلسه درمان با یک درمانگر سفید پوست را منفی ارزیابی کردند، اما مراجعین مرد سیاه پوست نسبت به درمانگران سفید پوست پاسخ مثبت‌تری را نشان دادند و به نژاد درمانگر توجهی نداشتند و تأثیر معناداری بر روی ارزیابی جلسات توسط بیمار نداشت و تأثیر نژاد درمانگر در طول زمان کاهش پیدا می‌کرد (گریگوری و لسلی، ۱۹۹۶)<sup>۱</sup>

بالاخره این بحث قابل طرح است که جنسیت درمانگر برای یکی از جنسیت مراجع، پیشگویی‌کننده در بازده درمان بشمار می‌رود و برای جنس دیگر اینگونه نیست. این اعتقاد موجب طرح این نظریه می‌شود که درمانگر زن با مراجعین زن موفق‌تر عمل می‌کنند، و لیکن درمانگران زن و مرد به یک میزان در مورد مراجعین مرد، مؤثر هستند. به هر حال رد این نظریه مستلزم پژوهش‌های بیشتری است.

### تحقیقات انجام شده در داخل کشور

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، تحقیقات انجام شده درباره تأثیر جنسیت درمانگر بر درمان، در داخل کشور بسیار محدود و نادر می‌باشد و به همین دلیل مطالبی که در این باره ارائه شد، مروری بر پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورهاست.

ضمن جستجو در پژوهش مختلف، به دو نمونه تحقیق برخورد شد که به طور جانبی و تکمیلی تأثیر و ترجیح جنسیت مشاور و روان‌درمانگر را مورد بررسی قرار داده‌اند. یکی از آنها پژوهش خاکپور (۱۳۷۵) است که تا حدودی به موضوع حاضر مربوط است. دیگری تحقیق فردوسی (۱۳۷۸) است که در این تحقیق ترجیح مراجعین در رابطه با جنسیت مشاور در متن پرسشنامه



محقق ساخته، مورد پرسش قرار گرفته است. پس از این به نتایج هر دو تحقیق اشاره خواهد شد با توجه به اهمیت موضوع و خلاء تحقیقاتی، انتظار می‌رود که محققین و پژوهشگران تأثیر چنین متغیرهایی را در تشخیص و درمان با در نظر گرفتن ظرافت‌های فرهنگی و اعتقادی و با الهام از اطلاعات محدود به دست آمده از هر دو پژوهش مورد بررسی قرار دهند.

توضیح بیشتر درباره این دو پژوهش.

خاکپور (۱۳۷۵) تحقیقی تحت عنوان «ارزیابی نظرات و ترجیحات دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانشناسی» بر روی ۱۴۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه‌های مختلف شهر تهران که حداقل ۲ جلسه مشاوره و روان درمانی داشته‌اند، انجام داده است. وی نمونه خود را به روش تصادفی انتخاب کرده و از طریق پرسشنامه محقق ساخته‌ای که حاوی ۱۸ سؤال چهار گزینه‌ای است، به سنجش و ارزیابی نظرات دانشجویان نسبت به ویژگیهای مشاور یا روان‌درمانگر خود پرداخته است.

نتایج حاصله نشان می‌دهد که ۲۴٪ از افراد نمونه، مشاورین زن (همجنس) را ترجیح داده، در حالیکه برای ۱۷٪ از آنان جنسیت مشاور مطرح نبوده است. ۵۳٪ ترجیح داده‌اند که مشاورانشان در کار خود مسلط باشند و بیش از ۵۵٪ گروه نمونه، ترجیح می‌دادند که مشاور آنان از لحاظ آموزش و تحصیلات در سطح دکترا باشد. برای ۳۵٪ از مراجعان، ظاهر و لباس مشاور مهم بوده و اکثراً (۶۰/۷ درصد) ترجیح داده‌اند که مشاور در جلسه مشاوره رو به روی آنها بنشیند. ۴۷٪ ترجیح می‌داده‌اند که نگاه مشاور یا درمانگر به آنها، مداوم یا ملایم باشد و بیش از ۵۷٪ از آنان ترجیح داده‌اند که رابطه مشاور با آنها صمیمی و در عین حال رسمی باشد. ۶۰/۷ درصد از مراجعان اعتقاد داشتند که اگر مشاور از لحاظ ویژگیهای شخصیتی، شباهت بیشتری به آنها داشته باشند، در بیان عمیق‌تر حالات و مشکلات خود، آزادتر و راحت‌تر خواهند بود.

دومین نمونه، تحقیق فردوسی (۱۳۷۸) است. این پژوهش بر روی ۱۶۷ نفر از دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های دولتی شهر تهران (به منظور پاسخگویی به اهداف پژوهش به آزمونهای SCL 90 و همچنین پرسشنامه محقق ساخته پاسخ دادند) انجام شده است. از پاسخ دانشجویان به این سؤال که «تمایل دارید مشکلات‌تان را با چه مشاوره‌ای (از لحاظ

جنسیت، زن یا مرد) مطرح سازید؟ نتایج زیر بدست آمده. لازم است ذکر شود که پس از ارائه جدول اطلاعات کلی، جداول خاص تر ارائه خواهد شد.

جدول شماره ۱: توزیع فروانی و درصد دانشجویان مراجعه کننده

به مراکز مشاوره دانشگاههای دولتی شهر تهران

نام دانشگاه	تهران	خواجه نصیر طوسی	تربیت معلم	الزهراء	امیرکبیر	علامه طباطبائی	علم و صنعت	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۴۹	۱۵	۳۱	۲۱	۳۷	۶	۱	۷	۱۶۷
درصد	۲۹/۳	۹	۱۸/۶	۱۲/۶	۲۲/۲	۳/۶	۰/۶	۴/۲	۱۰۰

چنان که ملاحظه می شود، با وجود پراکندگی نمونه ها در تمامی دانشگاههای تحت پوشش، بیشترین تعداد مراجع مربوط به دانشگاه تهران (۴۹ نفر، ۲۹/۳ درصد) و کمترین آن متعلق به علم و صنعت (۱ نفر، ۰/۶ درصد) است. این نکته قابل ذکر است که دانشگاه مذکور تا زمان اختتام این پژوهش، فاقد مرکز مشاوره بود، در ۶ ماه اخیر چنین مرکزی در دانشگاه فوق دایر شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فروانی و درصد جنسیت دانشجویان مراجعه کننده

حضورى به مراکز مشاوره دانشگاههای دولتی شهر تهران

جنسیت	فروانی	درصد
زن	۹۸	۵۸/۷
مرد	۶۷	۴۰/۱
بدون پاسخ	۲	۱/۲
جمع	۱۶۷	۱۰۰

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود، از بین مراجعین، بیشترین فروانی مربوط به دانشجویان دختر (۹۸ نفر، ۵۸/۷ درصد) و کمترین فروانی متعلق به دانشجویان پسر (۶۷ نفر، ۴۰/۱ درصد) بوده است.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و درصد ترجیح جنسیت مشاور در بین دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه های دولتی شهر تهران

جنسیت مشاور	زن	مرد	بدون تفاوت	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۶۶	۱۱	۸۳	۷	۱۶۷
درصد	۳۹/۵	۶/۶	۴۹/۷	۴/۲	۱۰۰

در جدول فوق نیز، همان گونه که در بحث های نظری مطرح شد، بیشترین فراوانی حکایت از آن می کند که جنسیت مشاور برای مراجعین تفاوتی ندارد. پس از آن، بیشترین ترجیح به مشاور زن تعلق دارد و مشاوران مرد نیز در مرتبه آخر قرار می گیرند. اما این مساله که این ترجیحات مربوط به کدامیک از دو جنس مراجع است، موضوع دیگری است که جدول زیر به توضیح آن می پردازد.

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج آزمون خی دو در ارتباط جنسیت دانشجو با جنسیت مشاور

جنسیت دانشجو	جنسیت مشاور	زن	مرد	بدون تفاوت	جمع
زن	فراوانی مشاهده شده	۵۰	۲	۴۰	۹۲
	فراوانی قابل انتظار	۳۷/۶	۶/۴	۴۸	۹۲
مرد	فراوانی مشاهده شده	۱۵	۹	۴۳	۶۷
	فراوانی قابل انتظار	۲۷/۴	۴/۶	۳۵	۶۷
جمع		۶۵	۱۱	۸۳	۱۵۹
		۴۰/۹	۶/۹	۵۲/۲	۱۰۰

$$(x=19/9)$$

$$df=2$$

$$P=0/00005$$

طبق یافته‌های جدول ۴ بین جنسیت مراجع دانشجویان با انتخاب جنسیت مشاور ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری ( $\alpha=0/00005$ ،  $df=2$ ) با  $P=0/00005$  درصد اطمینان وجود دارد. به طوری که دانشجویان زن تمایل خیلی بیشتری به مشاوره با درمانگران زن دارند. این نتیجه تا حدودی با دیدگاه اول یعنی موفق‌تر بودن زنان در مشاوره همخوانی دارد و در نتیجه تحقیق جونز و زوپل (۱۹۸۲)، بوتلر و دیگران را تأیید می‌کند و نیز این نظر را که مشاوران زن برای مراجع مفیدتر است همانند لینزکی و هاوارد (۱۹۷۶) و جونز و دیگران (۱۹۸۷) مورد تأیید قرار می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

همچنان که اشاره شد در سایر کشورها بسیاری از پژوهشگران به دنبال بررسی تأثیر جنسیت درمانگر بر روی نتایج روان‌درمانی - که برای مراجعین از هر دو جنس به کار می‌رود - هستند. تقریباً هر کدام یکی از سه نقطه‌نظر زیر را تأیید کرده‌اند:

- ۱- درمانگران زن با مراجعین از هر دو جنس به طور مؤثرتر از مردان عمل می‌کنند.
- ۲- درمانگران مرد با مراجعین مرد مؤثرتر عمل می‌کنند، در حالی که درمانگران زن با زنان مراجع موفق‌ترند.

۳- جنسیت درمانگر پیشگویی‌کننده ضعیفی برای نتیجه درمان محسوب می‌گردد. درحالی که هر یک از سه نقطه‌نظر رقیب، اشکالات خاص خود را دارند، به نظر می‌رسد که ویژگی‌های اختصاصی درمانگران (مثل مهارت و تجربه) ممکن است پیشگویی‌کننده بهتری برای ارزیابی نتیجه درمان محسوب گردد.

محدودیت تحقیقات داخل کشور فراهم بودن زمینه کاملاً بکری را که مستلزم تلاش بیشتر پژوهشگران است نشان می‌دهد، لذا محققین به منظور پرکردن خلأهای موجود در پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها، لازم است زمینه‌های دیگری را محور فعالیت تحقیقاتی خود قرار دهند.

این که در بررسی تاثیر جنسیت درمانگر، تشخیص بیماریها را از فرایند درمان آن جدا نمایند، به دلیل آن که مراجع ممکن است در بیان برخی از مشکلات و انواع اختلالات، راحت تر مسائل خود را با درمانگر همجنس مطرح نماید. در حالیکه در باره برخی از انواع دیگر، جنسیت درمانگر برای او تفاوتی نداشته باشد. سطوح درمان نیز می تواند جنسیت درمانگر را تحت الشعاع خود قرار دهد. این که مشکل در حد مشاوره باشد یا فعالیتهای بالینی، این که روان درمانی نیمه عمیق و یا عمیقی را بطلبد.

گسترش و استقرار مشاوره و روان درمانی در هر جامعه یا کشوری می تواند یکی دیگر از محورها باشد. در جوامعی که مشاوره دارای قدمت طولانی است با کشورهایی که ارائه چنین خدماتی از تاریخ طولانی برخوردار نیست، تاثیر جنسیت درمانگر می تواند متفاوت باشد.

نگرش، تصورات قالبی و پیشداوریها درباره جنسیت مراجع و درمانگر از جمله مسائلی است که اهمیت تاثیر آن را بر فرایند ارتباط متقابل مراجع و درمانگر و در نتیجه درمان نمی توان نادیده گرفت. این که در فرهنگی زن را موفق تر ببینند یا مردان را، اموری که در درمانهای پزشکی نیز مؤثر بوده است، هر یک به نوعی می تواند نتیجه روان درمانی را متفاوت سازد.

بحث همانندسازی با درمانگر همجنس، انتقال مثبت و منفی نیز از جنبه های دیگری است که می تواند در نحوه تاثیر جنسیت درمانگر مؤثر باشد.

همچنین اطلاعات بیشتر درمانگران هر جنس از مسائل مربوط به جنس خود موجب تسلط بیشتر درمانگر به مشکل مراجع همجنس و همچنین درک و همدلی سریعتر و عمیقتر و تشخیص بهتر و درمان مؤثرتر خواهد شد، مهمتر از همه تأثیری که مسائل فرهنگی و اعتقادی در عملکرد هر یک از دو طیف درمانگر و مراجع خواهد گذاشت ضروری است که از ابعاد مختلف چنین موضوعی مورد پژوهش قرار گیرد. امید است که در آینده شاهد انجام چنین تحقیقاتی باشیم تا بتوانیم به تجزیه و تحلیل جامع تری دست یابیم. تمام نکات این مقاله، ضرورت تربیت مشاوران و روان درمانگران از هر دو جنس را به دلیل اهمیت تأثیری که در فرایند روان درمانی دارد، تاکید می کند که برنامه ریزان باید به آن توجه نمایند.

### فهرست منابع

خاکپور، رضا. «ارزیابی نظرات و ترجیحات دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره کلینیکهای روانشناسی»، ارائه شده در سمینار پژوهشهای کاربردی دانشجویان در زمینه روانشناسی و علوم تربیتی (معاونت پژوهشی و جهاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، اسفند ۱۳۷۵).

فردوسی، طیبه (۱۳۷۸). بررسی انواع مشکلات و اختلالات روانی دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاههای دولتی شهر تهران. شورای عالی انقلاب فرهنگی، شورای فرهنگی - اجتماعی زنان.

Brischotte - Cheryl - M; Verluzzi thomas - V.(1981). Client perceptions in an initial interview as a function of therapist sex and expertness. Journal of - clinical - psychology. V 37 n 1 p 82 - 87.

campbell, - james - L . Johnson - mak - E. (1991). Marital status and gender similarity in marital therapy. Journal - of - counseling - and - development, V. 69 n 4 p.363 - 66.

Gregory - Melissa - A, Leslie, - Leigh - A. (1996). Ti ^ Different lenses. Variations in clients perseption of family therapy by nace gender. Journal - of - marital - and - family - therapy. Vol 22 (2): 239 - 251.

Bowman -G.daniel (1993). university of Alabama. Effects of therapist sex on the outcome of therapy. psychotherapy Vol. 3d n4 678 - 684.

Karpowitz - Dennis - H . Gurri - Irene - M.(1979). Therapy outcome, The influence of the sex of the paticipations 11 p, paper presented at the annual convention of the Rocky mountain psychological association. Las Vegas, Nevada.

Lafountain - Marc - J. (1989). Foucault and ruth. Critical - studies - in - mass - communication, V 6 n 2 p 123 - 37.

- Mckinnon - Dean - G. (1990). Ti - client - preferred therapist sex role orientations. Journal - of - counseling - psychology, V37 n1 p10 - 15.
- Olarte - silvia - W. (1997). sexual boundary violations. Af. Newyork medical coll, dept of psychiatry, Valhala, Ny, USA, BK the hatherleigh guide to ethics in therapy. the hatherleigh guides series, V 10 p 195 - 209. Newyork, Ny, USA: Hatherleigh press. x vii, 262 p book.
- pope - kenneth - S (1986). American - Jornal - of - psychotherapy, 564 - 571.
- Sumerall, - scott - W . Barke, Charles - R ., Henly - George - A. (1996). Level of information in the diagnostic process - psychotherapy - in - private - practice. vol 15 (3) ^ 1 - 13.
- Verleuer, - Donald, and - others (1986). Enhancement of self - Esteem among female adolcent Incest victims: Adolescence: V 21 n 84 p 843 - 54.
- Wohlberg - Janet - W. (1997). sexual abuse in the therapeutic: What do - victims really want? psychoanalytic - inguiry. V17 (3): 329 - 348.



پښتونستان ګاونډي علوم او مطالعات فرېسنس  
پرتال جامع علوم انساني