



Research Article

Constructing and Validating the Therapists' Emotional Experiences in Treatment Sessions Questionnaire in Isfahan

Anahid Delavar¹, Fahimeh Namdarpour², and Mehdi Tabrizi³

Abstract

This article is derived from research in the field of therapists' emotional experiences in the treatment session, with a mixed-methods and sequential exploratory approach (qualitative-quantitative), that is related to the quantitative phase of this study. This article reports the construction and validation of a relevant questionnaire. The primary purpose of this article was to create and validate a questionnaire on the emotional experiences of therapists, based on the five main factors identified in the qualitative phase (emotional abilities, emotions related to job burnout, emotions related to job challenges, emotions caused by the type of communication with clients, and the type of emotions experienced). The statistical population was all psychotherapists working in Isfahan City in 2022-2023. The sample size consisted of 235 psychotherapists. Data collection was done using the quota sampling method. Data analysis was carried out by the two methods of exploratory factor analysis and structural equation modeling with a partial least squares approach. The software used for data analysis was R 4.3.0, SPSS Statistics 26, and SmartPLS. The initially designed questionnaire consisted of 54 items. After performing preliminary data analysis, preliminary data verification, and exploratory factor analysis on the final data, the items reduced from 54 to 35. Based on univariate, bivariate, and multivariate outlier data analysis, six people were excluded from the samples. The final factorial structure included six factors of emotions related to job burnout (8 items), emotions related to job challenges (7 items), emotional abilities (5 items), type of emotions experienced (5 items), emotions caused by the type of communication with clients (7 items), and emotions caused by doubt and uncertainty (3 items). The analysis results of the variance-based structural equation modeling confirmed the hierarchical nature of the obtained factor structure. The distribution of scores for all factors was almost normal. The convergent validity, based on the correlation of scores from the therapists' emotional experiences, was 0.739 ($P < 0.001$). Additionally, the reliability coefficients using the test-retest method were calculated for 32 therapists across two sessions with a two-week interval. These coefficients were above 0.70 for all subscales. Clinics and psychotherapy centers can use the validated questionnaire to diagnose the emotional experiences of therapists and their possible injuries.

Keywords: Emotional Experiences, Therapists, Construction And Validation

¹ Ph. D. Candidate, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

² Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran. Email: namdarpour@iaukhsh.ac.ir.

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



Introduction

The emotional experiences of therapists are crucial for analyzing the quality of patient care. If therapists cannot manage their emotional reactions effectively, they are more likely to fail in providing effective services to their clients. It is generally believed that uncontrolled emotional behavior in therapists can negatively impact treatment outcomes (Gelso et al., 2002; Rossberg et al., 2008; Rossberg et al., 2010). A review of the literature shows that, among domestic studies, there is no one specifically focused on identifying the emotional experiences of therapists. In international studies, the topic of therapists' emotional reactions and the extraction of related factors have been analyzed using quantitative tools, such as emotional word checklists (Dahl et al., 2012; Lindqvist et al., 2017; Ulberg et al., 2013; Whyte et al., 1982). Since each society has unique cultural and social conditions that can lead therapists to different emotional experiences, it is essential to address this issue in the Iranian context. This article is derived from a mixed-methods study on the emotional experiences of therapists in Isfahan. Conducted using a mixed-methods approach and a sequential exploratory design, it focuses on the quantitative phase of the study. The qualitative phase, using thematic analysis, identified five main factors contributing to the emotional experiences of therapists in Isfahan. These five factors include emotional abilities, emotions related to job burnout, emotions related to job challenges, emotions caused by the type of communication with clients, and the type of emotions experienced. In the quantitative phase, efforts were made to validate the identified factor structure through the development of a questionnaire and the collection of quantitative data.

Method

The study employed a correlational and factor analysis method. The statistical population included all counselors and therapists working in licensed psychology centers in Isfahan, who were active between 2022-2023 and had a minimum of two-year work experience. Data were collected from winter 2022 to spring 2023. The sample size was determined to be at least 235 participants, based on the perspective of Hair et al. (2021). Statistical analyses were conducted at both descriptive and inferential levels. To test the hierarchical nature of the final factor model (the possibility of defining a second-order factor), confirmatory factor analysis (CFA) and partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) were employed. Cronbach's alpha coefficients, Composite reliability coefficients, and the Fornell-Larcker matrix were used to assess the validity and reliability of the factor measurements. Convergent validity was also assessed and confirmed using the anxiety scale. Reliability coefficients were estimated using the test-retest method and were found to be satisfactory for all factors.

Findings

The results of the exploratory factor analysis led to the identification of six main factors. These six extracted factors, based on the content and semantic similarity of the items, were as follows: emotions related to job burnout (Factor 1), emotions related to job challenges (Factor 2), emotional abilities (Factor 3), type of emotions experienced (Factor 4), emotions caused by the type of communication with clients (Factor 5), and emotions caused by doubt and uncertainty (Factor 6). Consequently, the final scale was defined with 35 items (after removing 19) and six factors. The factor loadings for all items were within an acceptable range and were statistically significant. Convergent validity was also confirmed, with the correlation between the scores from the therapist's emotional experiences scale and the anxiety scale calculated at 0.739. Furthermore, the reliability coefficient, calculated using the test-retest method, was found to be 0.878 for job burnout, 0.908 for job challenges, 0.769 for emotional abilities, 0.867 for experienced emotions, 0.917 for type of

communication, 0.795 for doubt and uncertainty, and 0.922 for the overall therapist's emotional experiences scale.

Discussion and Conclusion

This study presents the first localized tool designed to measure therapists' emotional experiences. The identified factors for therapists' emotional experiences differ from the findings of previous studies. This tool is beneficial for identifying potential emotional vulnerabilities in therapists and can help prevent many negative outcomes in the therapeutic process. Additionally, the tool is useful for identifying necessary training areas for therapists. Moreover, it can aid in planning related to education, human resource development, and the formulation of relevant strategies by clinic and counseling center managers. It is also advisable for future research to analyze the results based on the therapeutic approach, therapist's work experience, field of activity, and type of client. To further validate the findings of this study, it is recommended that future researchers explore therapists' emotional experiences using qualitative methods in a larger sample. Additionally, conducting studies to identify therapists' emotional experiences from the client's perspective can further validate the results of this study.





مقاله پژوهشی

ساخت و هنجاریابی پرسشنامه تجربه‌های هیجانی درمانگران در جلسه‌های درمان (مطالعه موردی: درمانگران اصفهان)

آناهید دلاور^۱، فهیمه نامدارپور^۲، مهدی تبریزی^۳

چکیده

این مقاله برگرفته از پژوهشی ترکیبی در زمینه تجربه‌های هیجانی درمانگران در جلسه‌های درمان، با روش ترکیبی و رویکرد اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) است و به مرحله کمی این پژوهش مربوط می‌شود. هدف اصلی این پژوهش ساخت و اعتباریابی پرسشنامه تجربه‌های هیجانی درمانگران بر اساس ۵ عامل شناسایی شده در مرحله کیفی (توانایی‌های هیجانی، هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان و نوع هیجان‌های تجربه‌شده) است. از جامعه روان‌درمانگران شاغل در شهر اصفهان، ۲۳۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای بر اساس دو متغیر جنس درمانگر و دارابودن/نبودن سابقه تدریس دانشگاهی انجام شد. داده‌ها با دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS 26 و SmartPLS تحلیل شدند. پرسشنامه اولیه طراحی شده مشتمل بر ۵۴ گویه بود. انجام تحلیل مقدماتی، واریانس مقدماتی داده‌ها و تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌های نهایی، به کاهش گویه‌ها از ۵۴ به ۳۵ گویه شد. همچنین، ساختار عاملی نهایی شامل شش عامل هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی (شامل ۸ گویه)، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی (۷ گویه)، توانایی‌های هیجانی (۵ گویه)، نوع هیجان‌های تجربه‌شده (۵ گویه)، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان (۷ گویه) و هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی (۳ گویه) بود. روایی همگرا بر مبنای همبستگی نمره‌های حاصل از مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگران با مقیاس اضطراب به مقدار 0.739 ($P < 0.001$) بود. همچنین، مقادیر ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای ۳۲ نفر از درمانگران در دو نوبت و با فاصله زمانی دو هفته محاسبه شدند و این مقادیر برای همه خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از 0.70 به دست آمدند. پرسشنامه نهایی برای تشخیص تجربه‌های هیجانی درمانگران و آسیب‌های احتمالی آن‌ها توسط مراکز ذی‌ربط کاربرد دارد.

واژه‌های کلیدی: تجربه‌های هیجانی، درمانگران، ساخت و اعتباریابی، پرسشنامه تجربه‌های هیجانی درمانگران.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران. رایانامه: namdarpour@iaukhsh.ac.ir

^۳ استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.



مقدمه

هیجان، پدیده‌ای است که هر روز در برخورد تن و روان ملاحظه می‌شود. کوشش در راه مهار کردن واکنش‌های هیجانی عملی ارزشمند، انسانی و اجتماعی است (پارسا، ۱۳۹۱، ص. ۴۷۱). پاسخ‌های هیجانی درمانگر نسبت به بیمار و مشارکت شخصی درمانگر با بیماران در درمان بالینی برای اولین بار توسط فروید^۱ شناسایی شدند و اهمیت آن‌ها مورد تأکید قرار گرفت (Alcaro et al., 2020). هیجان‌های درمانگر در طول درمان منعکس‌کننده حالت‌های احساسی و پویایی روابط درونی درمانگر هستند (Nissen-Lie et al., 2022). بیشتر رویکردهای روان‌درمانی امروزی ارتباط بالینی واکنش‌های هیجانی درمانگر را تشخیص و نقش اصلی در تعیین مسیر پیامدهای بالینی را به محیط بین‌الذاتی هیجانی درمانگر و بیمار نسبت می‌دهند (Heinonen & Nissen-Lie, Flückiger et al., 2018; 2020). در برخی از مواقع، واکنش هیجانی روان‌درمانگر مهم‌ترین ابزار او برای درک بیمار و ایجاد رابطه دوسویه بین آن‌ها محسوب می‌شود (Ulberg et al., 2013). شخصیت درمانگر، تاریخچه شخصی، پیشینه فرهنگی و اجتماعی و باورهای مذهبی یا سیاسی درمانگر، ناگزیر ماهیت و محتوای واکنش‌های هیجانی او نسبت به ارتباطات و رفتار بیمار را شکل می‌دهند. علاوه بر این، باورها و طرحواره‌های بیماری‌زای خود درمانگر نیز ممکن است بر پاسخ‌های هیجانی او تأثیر بگذارند. این عوامل می‌توانند شدت و فراوانی برخی از هیجان‌ها را افزایش دهند و جلوی ظهور برخی دیگر را بگیرند (Gazzillo et al., 2022). همچنین، ماهیت حرفه درمانگری نیز بر پیچیدگی این فرایند می‌افزاید. روان‌درمانگران در فرایند کار درمان با مراجعان، معمولاً درگیر نقش‌هایی پیچیده و متنوع هستند. یک روان‌درمانگر ممکن است در طول یک روز، در نقش‌های مختلف، از جمله معلم، مدیر، پژوهشگر، درمانگر، میانجی، کارآفرین و مشاور بحران، ایفای نقش کند و گاهی اوقات، هر ساعت نقش خود را تغییر دهد. بسیاری از روان‌درمانگران، پس از جلسه‌ای همراه با هیجان شدید یا طاقت‌فرسا، بلافاصله در جلسه‌ای دیگر و با بیماری دیگر کار خود را ادامه می‌دهند؛ بدون اینکه زمان لازم برای پردازش یا بازیابی قوای تحلیل‌رفته ناشی از تأثیر جلسه قبل را داشته باشند. از یک روان‌درمانگر انتظار می‌رود نسبت به افراد و محیط حساسیت شدید داشته باد، برآوردن نیازهای دیگران را در اولویت بالاتر نسبت به نیازهای خود قرار دهد و همچنین، توانایی خودداری از پاسخ‌های هیجانی در مواجهه با آسیب‌های گزارش شده را داشته باشد (O'Connor, 2001).

با وجود آنکه اثرات مثبت روان‌درمانگری توسط پژوهش‌هایی بسیار مطالعه و تأیید شده است، تعدادی جالب توجه از بیماران نیز وجود دارند که پیامدهایی منفی را برای درمانگری گزارش می‌کنند که نشانه‌هایی از بدتر شدن سلامت روان آن‌ها پس از پایان درمان بوده‌اند (Flemotomos et al., 2021). استدلال شده است که جدای از ویژگی‌های بیمار (Lambert et al., 1994)، عوامل مربوط به درمانگر (Saxon et al., 2017) نیز نقشی مهم در نتایج منفی ایفا می‌کنند. یکی از این عوامل پاسخ‌های هیجانی درمانگر است.

مدیریت هیجان‌های درمانگران، به ویژه در پاسخ به بیمار، از ابتدای روان‌درمانی یک نگرانی بوده است (Gazzillo et al., 2022). هیجان‌های مثبت و منفی که درمانگر در مواجهه با مراجعان خود تجربه می‌کند، بر روند درمان تأثیرگذار هستند (Kaplowitz et al., 2011). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند مدیریت هیجان‌های خود توسط درمانگر به شدت با نتیجه درمان مرتبط است (Lindqvist et al., 2017). هیجان‌های کنترل‌نشده درمانگر ممکن است پی‌گیری مشکلات مراجع را مختل کند و اولویت‌بندی رسیدگی به آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند (Kaplowitz et al., 2011). عدم توانایی روان‌درمانگران در مدیریت هیجان‌های خود ممکن است به تخلیه هیجانی آن‌ها منجر شود و در نهایت، به بدتر شدن خدمات ارائه شده به مراجع بینجامد (Jordaan et al., 2007). در صورتی که درمانگران در مدیریت واکنش‌های هیجانی خود توانمند نباشند، در معرض خطر ایجاد تعارض‌های حل‌نشده در طول کار درمانی قرار می‌گیرند و به احتمال زیاد، در ارائه خدمات مؤثر به مراجع شکست می‌خورند. عموماً، اعتقاد بر این است که رفتار هیجانی کنترل‌نشده

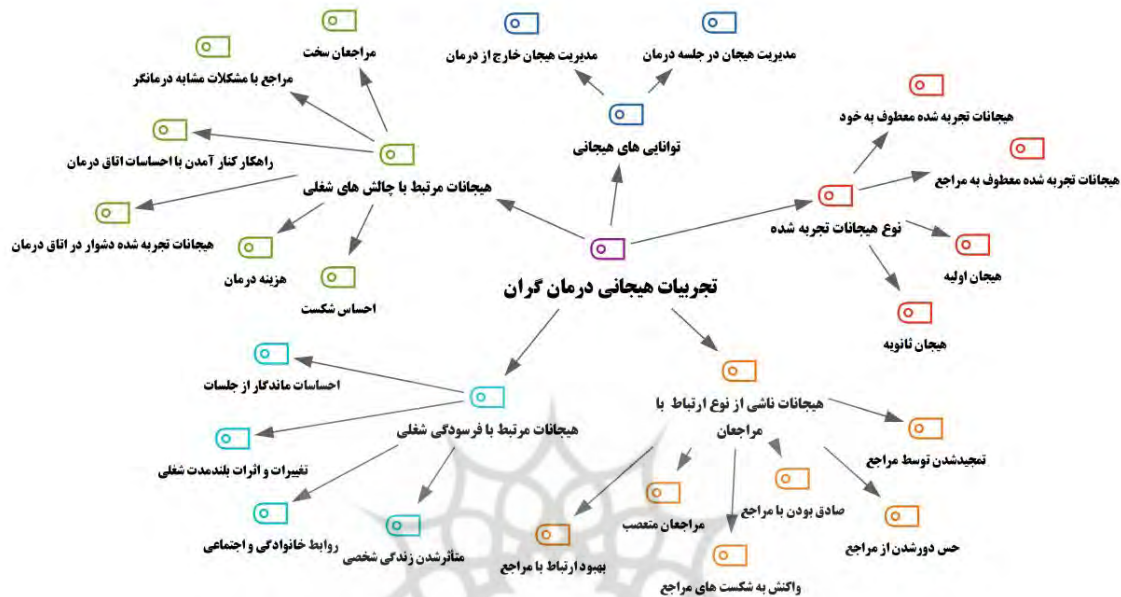
¹ Freud

درمانگر ممکن است نتایج درمان را تحت تأثیر قرار دهد (Gelso et al., 2002; Rossberg et al., 2010; Rossberg et al., 2008). هیجان‌های منفی تحلیل‌نشده درمانگران با اجتناب بالینی یا پرخاشگری آن‌ها مرتبط هستند که به کنار گذاشتن مراقبت، شکست همدلی و انحلال یا تکه‌تکه شدن اتحاد درمانی با مراجعان منجر می‌شوند (Alfonso, 2023). به طور کلی، هیجانی که زندگی عادی فرد را مختل کند، نابه‌هنجار تلقی می‌شود (خداپناهی، ۱۳۸۹، ص. ۳۱۵). ابراز واکنش‌های هیجانی، به صورت مدیریت‌نشده، علاوه بر آنکه کارکرد زیستی و اجتماعی ندارد، آسیب‌زننده نیز هست. عدم مدیریت صحیح هیجان‌ها، ضمن آنکه ممکن است بر روابط اجتماعی افراد اثرات منفی بگذارد، همچنین، ممکن است سلامت جسمی و روانی آن‌ها را نیز دچار اختلال کند و به رفتارهای نابه‌هنجار و اختلالات روانی منجر شود (جلالی و همکاران، ۱۴۰۱). عدم کنترل هیجان‌های درمانگران ممکن است با ایجاد سطوح بالای استرس و فرسودگی شغلی بر خود درمانگر تأثیر منفی بگذارد؛ در نتیجه، درمانگران ممکن است به مرخصی از کار نیاز داشته باشند و توانایی درمانی آن‌ها کاهش یابد. هیجان‌های مدیریت‌نشده، علاوه بر به همراه داشتن نتایج منفی برای روان‌درمانگری، ممکن است باعث غم و اندوه، عصبانیت، بی‌خوابی و خستگی در درمانگران شوند و در صورت عدم مدیریت مؤثر، بر روابط شخصی آن‌ها نیز تأثیر بگذارند (Scott, 2022).

با وجود آنکه درمانگران بالینی در موقعیت‌های درمان با عواملی متعدد مواجه می‌شوند که ممکن است تنظیم هیجان‌های آن‌ها را مختل و واکنش‌های هیجانی نامناسب را ایجاد کنند، از آن‌ها انتظار می‌رود علاوه بر داشتن همدلی مناسب با مراجع، توانایی مهار پاسخ‌های هیجانی خود در مواجهه با آسیب‌های گزارش‌شده و موقعیت‌های هیجانی قوی را داشته باشند (Jordaan et al., 2007). اگرچه اهمیت شایستگی درمانگر در کنترل هیجان‌ها به طور گسترده شناخته شده است، پژوهش‌های تجربی نظام‌مند در مقایسه با حجم عظیم ادبیات نظری در رابطه با این موضوع کم بوده‌اند؛ در نتیجه، ویژگی‌هایی که ممکن است زمینه‌ساز اثربخشی متفاوت درمانگر در کنترل هیجان‌های او باشند، عمدتاً ناشناخته هستند (Alcaro et al., 2020).

مطالعه پیشینه پژوهش مرتبط با موضوع نشان می‌دهد برخی از پژوهش‌ها (Lindqvist et al., 2017; Ulberg Dahl et al., 2012; Whyte et al., 1982; et al., 2013) تلاش کرده‌اند پاسخ‌های هیجانی درمانگران نسبت به بیماران را با استفاده از چک‌لیست‌های واژه‌های احساسی ۳۰، ۲۴، ۴۸ و ۵۸ گویه‌ای تحلیل و ارزیابی و عامل‌های مرتبط با پاسخ‌های احساسی و هیجانی آن‌ها را شناسایی کنند. مطالعه‌هایی دیگر نیز (Berg & Lundh, 2022; Berg et al., 2019; Betan et al., 2005) پرسشنامه پاسخ درمانگر برای این منظور استفاده کرده‌اند. پیشینه پژوهش مرتبط با موضوع نشان می‌دهد در پژوهش‌های خارجی، شناسایی تجربه‌های هیجانی درمانگران با انجام تحلیل عاملی بر روی ابزارهای کمی متداول (چک‌لیست‌های واژه‌های احساسی و پرسشنامه پاسخ هیجانی درمانگر) انجام شده است؛ این درحالی است که تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف بر ضرورت طراحی ابزار ویژه بومی شده برای هر جامعه تأکید می‌کنند. این مقاله برگرفته از پژوهشی ترکیبی در زمینه تجربه‌های هیجانی درمانگران شهر اصفهان است که با روش ترکیبی و رویکرد اکتشافی متوالی انجام شده است و به مرحله کمی این پژوهش مربوط می‌شود. نتایج مرحله کیفی انجام‌شده با روش تحلیل مضمون به شناسایی پنج عامل اصلی برای تجربه‌های هیجانی درمانگران در شهر اصفهان منجر شده است. این پنج عامل شامل توانایی‌های هیجانی، هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان و هیجان‌های تجربه‌شده بوده‌اند (نمودار ۱). منظور از توانایی‌های هیجانی مهارت درمانگران در کنترل هیجان‌های خود در اتاق درمان و همچنین، خارج از اتاق درمان است. هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی به معنای حالتی از خستگی جسمی، عاطفی و روانی درمانگر ناشی از شرایط طاقت‌فرسای هیجانی تجربه‌شده بوده‌اند. منظور از هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی موقعیت‌های هیجانی دشوار در حرفه درمانگری هستند که درمانگران

در فرایند درمان با آن‌ها مواجه می‌شوند. هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان به معنای هیجان‌های تجربه‌شده درمانگر در موقعیت‌های دشوار درمانی برای برقراری ارتباط مؤثر درمانگر با مراجع هستند. نوع هیجان‌های تجربه‌شده به هیجان‌های منفی تجربه‌شده درمانگران در ارتباط با مراجع و در مسیر فرایند درمان اشاره دارد. ساخت و اعتباریابی پرسشنامه تجربه‌های هیجانی بر مبنای این پنج عامل در مرحله کمی پژوهش انجام شده است که در این مقاله بررسی می‌شود.



نمودار ۱. تجربه‌های هیجانی درمان‌گران در فرایند درمان

Chart 1. Emotional experiences of therapists in the treatment process

بدون شک، همه مشاوران و درمانگران به طرز اجتناب‌ناپذیر، نسبت به عدم کنترل هیجان‌های خود آسیب‌پذیر هستند (Lee et al., 2023). با توجه به اهمیت آگاهی درمانگران نسبت به هیجان‌های خود (Kaplowitz et al., 2011)، داشتن معیارهای روان‌سنجی قوی و کاربردی از فرایندها و مهارت‌های هیجانی ضروری است (Sloan & Kring, 2007). از طرف دیگر، گام اول در بهبود توانایی درمانگران در کنترل هیجان‌های خود شناسایی این تجربه‌های هیجانی است. آگاهی نسبت به باورها، خواسته‌ها، احساسات و خاطرات و تأمل در حالت‌های ذهنی درمانگران ممکن است در توسعه، تشخیص و مدیریت هیجان‌های آن‌ها نقشی مهم ایفا کند (Bhola & Mehrotra, 2021). در مرحله کیفی پژوهش دلاور و همکاران (۱۴۰۲)، این آگاهی نسبت به تجربه‌های هیجانی درمانگران حاصل شده است. در مرحله کمی، تلاش شده است تا با ساخت پرسشنامه و جمع‌آوری داده‌های کمی، ساختار عاملی شناسایی شده اعتباریابی شود. نتایج این پژوهش می‌تواند برای درمانگران و مدیران مراکز و کلینیک‌های روان‌درمانی، ابزاری معتبر را برای شناسایی آسیب‌پذیری درمانگران از نظر تجربه‌های هیجانی آن‌ها ارائه دهد. بر این اساس، این پژوهش به دنبال پاسخ دادن به پرسش‌های زیر بود:

۱. مقیاس «تجربه‌های هیجانی درمانگران» دارای چه گویه‌هایی است؟
۲. ساختار عاملی «مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگران» چگونه است؟
۳. همبستگی جنس و سابقه تدریس دانشگاهی با نمره‌های عامل‌ها و نمره کل مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگران چقدر است؟
۴. آیا توزیع نمونه مورد مطالعه برحسب عامل‌های استخراج‌شده در نمودارهای ستونی تقریباً نرمال است؟
۵. هنجارهای درصدی و نقاط برش نمره‌های مقیاس سنجش تجربه‌های هیجانی درمانگران چگونه‌اند؟

روش پژوهش

این مقاله برگرفته از بخشی از نتایج پژوهشی است که در زمینه تجربه‌های هیجانی درمانگران به روش ترکیبی با رویکرد اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) انجام شده است. روش پژوهش در مرحله کمی این پژوهش، به لحاظ معیار هدف از نوع کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی و غیرآزمایشی بود. در میان انواع روش‌های توصیفی، این پژوهش در گروه مطالعه‌های همبستگی و تحلیل عاملی قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل کلیه مشاوران و درمانگران شاغلی بود که در مراکز مشاوره و روان‌شناسی دارای مجوز فعالیت از بهزیستی (۱۸۰ مرکز) و نظام روان‌شناسی (۳۸ مرکز) در محدوده شهر اصفهان در بازه زمانی ۲-۱۴۰۱ مشغول به فعالیت و دارای دست‌کم ۲ سال سابقه کار بودند. مدرک تحصیلی آن‌ها دست‌کم در سطح کارشناسی ارشد و در زیرمجموعه‌های روان‌شناسی، مشاوره و روان‌درمانی بوده است و دست‌کم یک دوره کوتاه‌مدت به طول ۲۴ ساعت برای درمان اختلال‌های رفتاری و روان‌شناختی ویژه را گذرانده بودند. داده‌های پژوهش طی زمستان سال ۱۴۰۱ تا بهار ۱۴۰۲ گردآوری شده‌اند. تعداد دقیق اعضای جامعه آماری در دسترس نبوده است؛ اما تعداد آن‌ها، بر اساس نظر کارشناسان سازمان‌های مربوط شامل بهزیستی و نظام روان‌شناسی، بیش از ۱۱۰۰ نفر برآورد می‌شود.

به منظور برآورد حجم نمونه از خطوط راهنمای ارائه‌شده توسط هر^۱ و همکاران (2021) برای تحلیل عاملی استفاده شده است. دو خط راهنمای اصلی برآورد حجم نمونه برای تحلیل عاملی شامل معیارهای مطلق و معیارهای نسبی هستند. بر اساس معیارهای مطلق حجم نمونه در تحلیل عاملی، ضروری است که بیشتر از ۱۰۰ واحد نمونه بر اساس معیار سهل‌گیرانه و بیشتر از ۲۰۰ واحد بر مبنای معیار سخت‌گیرانه مطالعه شوند. همچنین، بر مبنای معیارهای نسبی، خط راهنمای ارائه‌شده بیان می‌کند حداقل حجم نمونه باید نسبت ۵ به ۱ به‌ازای تعداد متغیرها یا گویه‌های شرکت داده‌شده در تحلیل عاملی را رعایت کند. در این پژوهش، با توجه به اینکه ۴۷ گویه در مرحله نهایی پژوهش کمی انتخاب و داده‌ها برای آن‌ها گردآوری شدند، کمترین حجم نمونه برابر ۲۳۵ (۲۳۵ = ۴۷ × ۵) نفر تعیین شد؛ به این ترتیب، حجم نمونه در بخش کمی مطالعه هر دو معیار مطلق (بیشتر از ۲۰۰ واحد) و نسبی (حداقل حجم نمونه مساوی با پنج‌برابر تعداد گویه‌ها) را رعایت کرده است. در گردآوری داده‌ها، تلاش و دقتی زیاد به عمل آمد تا داده‌ها با کیفیت قابل قبول گردآوری شوند و مجموعه داده‌ها با افت حجم نمونه مواجه نشوند.

روش‌های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شده‌اند. در سطح توصیفی، از شاخص‌های معمول تمایل مرکزی و شاخص‌های پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین، توزیع مطلق و نسبی درمانگران مورد مطالعه استفاده شده است. بیشتر روش‌های آماری استفاده‌شده در سطح استنباطی قرار داشته‌اند. این روش‌ها شامل استفاده از ضرایب همبستگی و معناداری آن‌ها و تحلیل عاملی اکتشافی به منظور استخراج متغیرهای نهفته در گویه‌های تدوین‌شده پژوهش (شامل برآورد بارهای عاملی و معناداری آن‌ها، برآورد ویژه‌مقدارها و ارزیابی آن‌ها بر اساس معیار کیزر^۲ و رسم نمودار سنگریزه) بود. در این قسمت، از ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب قابلیت اعتماد ترکیبی و همچنین، ماتریس فورنل و لارکر برای ارزیابی اعتبار و قابلیت اعتماد اندازه‌گیری عامل‌ها بهره گرفته شد. در ادامه، روایی همگرا با استفاده از مقیاس اضطراب بررسی شد. همچنین، ضریب پایایی با روش بازآزمایی محاسبه شد.

ابزار ساخته‌شده اولیه

ابزار ساخته‌شده اولیه شامل ۵۳ گویه بود. صورت‌بندی جمله‌های آن بر اساس تحلیل مضمون انجام‌شده در مرحله کیفی پژوهش انجام شده است. در مقیاس نهایی، پنج گویه شامل گویه‌های شماره ۲۱ تا ۲۵ به صورت معکوس امتیازدهی می‌شوند. مصاحبه‌ها در مرحله کیفی، از ۲۰ نفر از درمانگران شهر اصفهان انجام شدند. گویه‌های تدوین‌شده در ذیل پنج عامل فرعی یا خرده‌مقیاس اولیه ساخت داده شدند. طیف پاسخگویی پنج‌درجه‌ای (به ترتیب کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بوده است.

¹ Hair

² Kaiser

خرده‌مقیاس هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان شامل ۱۰ گویه، خرده‌مقیاس توانایی‌های هیجانی شامل ۱۰ گویه، خرده‌مقیاس هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی شامل ۱۴ گویه، خرده‌مقیاس هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی شامل ۹ گویه و در نهایت، خرده‌مقیاس نوع هیجان‌های تجربه‌شده شامل ۱۰ گویه بود. گویه‌ها و خرده‌مقیاس‌ها اولیه و مقدماتی بودند و پس از انجام مطالعه مقدماتی، به منظور ارزیابی معیارهای اعتبار و قابلیت اعتماد آن‌ها و در نهایت، پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر روی گویه‌ها و ساختار عاملی نهفته در آن‌ها، نهایی شده‌اند.

به منظور شناسایی دورافتاده‌ها یا پاسخ‌گویانی که به طور غیرطبیعی متفاوت از دیگران پاسخ داده‌اند، بر اساس معیارهای تعریف‌شده توسط هر و همکاران (2021)، این افراد در سه حالت تک‌متغیره، دومتغیره و چندمتغیره شناسایی شدند؛ به این ترتیب، شش داده شامل کدهای ۲۱، ۹۵، ۱۲۰، ۱۴۶، ۱۷۶ و ۲۱۰ به عنوان داده‌هایی دورافتاده که می‌توانند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهند، از مجموعه داده‌ها حذف شدند؛ در نتیجه، در تحلیل نهایی داده‌ها، ۲۲۹ پرسشنامه وارد شدند.

یافته‌ها

تحلیل ماتریس همبستگی

یکی دیگر از نکات مهمی که بر اساس الگوی هر و همکاران (2021) به عنوان مقدمه‌ای بر تحلیل عاملی باید بر آن تمرکز کرد، وجود روابط خطی معنادار بین معرف‌هایی است که برای یک عامل تعریف شده‌اند. هرچند ممکن است روابط غیرخطی نیز در میان این معرف‌ها مشاهده شوند، نباید این روابط آنچنان قوی باشند که پیوند خطی میان معرف‌ها را غیرمعنادار کنند. شکل توزیع منفرد پنج عامل اولیه از تقارنی بالا برخوردار است و داده‌هایی مشاهده نمی‌شوند که به طور غیرعادی شکل توزیع را به سمت راست یا چپ متمایل کنند. همچنین، روابط خطی میان عامل‌ها قوی و معنادار هستند. ضرایب همبستگی به دست‌آمده معنادار هستند ($p < 0.001$)؛ به این ترتیب، معیارهای کمی حداقلی برای تعریف یک مقیاس در سطح انتزاع بالاتر که متشکل از پنج مؤلفه یا خرده‌مقیاس باشد، فراهم هستند. کدهای ZEE_1 تا ZEE_5 به ترتیب نماینده خرده‌مقیاس‌های هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان، توانایی‌های هیجانی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی، هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی و نوع هیجان‌های تجربه‌شده هستند.

عامل‌پذیری گویه‌ها

تحلیل‌های انجام‌شده بر روی ماتریس‌های همبستگی، به عنوان مقدمه‌ای بر تحلیل عاملی اکتشافی، نشان دادند داده‌های گردآوری‌شده برای ۴۷ گویه مورد مطالعه از الگوی پیروی می‌کنند که دست‌کم می‌توان یک عامل را از آن‌ها استخراج کرد. آزمون بارتلت^۱ با مقایسه ماتریس همبستگی برای ۴۷ گویه تدوین‌شده در پرسشنامه حاصل از پژوهش کیفی و بخش مقدماتی کمی با یک ماتریس صفر حاکی از وجود تفاوت معنادار آن‌ها است ($Sig < 0.05$). همچنین، معیار KMO^۲ برابر ۰/۸۵۶، با توجه به نقطه برش ۰/۷۰، حاکی از آن است که دست‌کم یک عامل معنادار به لحاظ آماری در داده‌ها نهفته است.

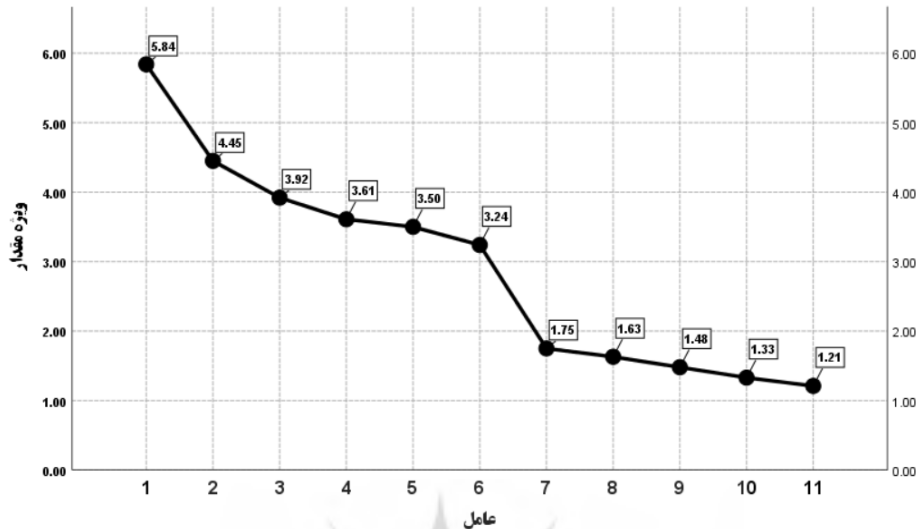
تعداد عامل‌های اولیه

مهم‌ترین نتایج حاصل از اطلاعات ارائه‌شده در نمودار (۲) و جدول (۱) نشان داد بر اساس معیار کیزر، به لحاظ آماری، تا یازده عامل قابل استخراج هستند. به عبارت دیگر، ۱۱ عامل (با ترکیب و وزنی متفاوت از گویه‌ها) توان تبیین بیشتر از ۱ واحد واریانس را دارا هستند. بر اساس معیار شکست در نمودار سنگریزه، نیز شش عامل قابل استخراج هستند. کاهش مقدار ویژه از مقدار ۳/۲۴ در عامل ششم به مقدار ۱/۷۵ در عامل هفتم نشان می‌دهد شش عامل اول توانی بسیار بالا در تبیین واریانس موجود در داده‌ها را دارا هستند؛ به نحوی که ۵۲/۳۰ درصد از کل واریانس موجود در داده‌ها با استفاده از شش عامل اول تبیین می‌شود و پنج عامل بعدی، با

¹ Bartlett

² Kaiser-Meyer-Olkin

ویژه‌مقدارهایی از ۱/۲۱ تا ۱/۷۵، فقط می‌توانند ۱۵/۸۱ درصد (تفاوت دو مقدار ۶۸/۱۱ و ۵۲/۳۰) از واریانس باقیمانده در داده‌ها را تبیین کنند؛ به این ترتیب، شش عامل استخراج شدند.



نمودار ۲. نمودار سنگریزه برای نمایش عامل‌های استخراج‌شده و مقدار ویژه آن‌ها

Chart 2. Scree Plot to show the extracted factors and their eigenvalues

جدول ۱: ویژه‌مقدارها و درصد‌های واریانس تبیین‌شده برای عامل‌های استخراج‌شده پس از چرخش عاملی

Table 1: Eigenvalues and explained variance percentages for extraction factors after factor rotation

مؤلفه	مقدار	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۲/۴۳	۱۲/۴۳	
۲	۴/۴۵	۹/۴۶	۲۱/۹۰
۳	۳/۹۲	۸/۳۵	۳۰/۲۵
۴	۳/۶۱	۷/۶۸	۳۷/۹۳
۵	۳/۵۰	۷/۴۶	۴۵/۳۹
۶	۳/۲۴	۶/۹۰	۵۲/۳۰

ساختار عاملی نهایی

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار عاملی نهایی به شرح جدول (۲) به دست آمد (پاسخ به پرسش‌های دوم و سوم پژوهش). بر این اساس، شش عامل استخراج‌شده بر مبنای محتوا و شباهت معنایی گویه‌ها به ترتیب شامل هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی به عنوان عامل شماره یک، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی به عنوان عامل شماره دو، توانایی‌های هیجانی به عنوان عامل شماره سه، نوع هیجان‌های تجربه‌شده به عنوان عامل شماره چهار، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط به عنوان عامل شماره پنج و هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی به عنوان عامل شماره شش می‌شوند.

به این ترتیب، مقیاس نهایی شامل ۳۵ گویه (پس از حذف ۱۹ گویه) و شش عامل تعریف شده است. بارهای عاملی برای کلیه گویه‌ها در دامنه قابل قبول قرار دارند و به لحاظ آماری معنادار هستند. توزیع نمونه مورد مطالعه نشان داد مجموع نمره حاصل از

مقیاس و خرده‌مقیاس‌های شش‌گانه آن توزیع‌های به‌دست‌آمده نزدیک به توزیع نرمال است؛ هرچند در رابطه با خرده‌مقیاس هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، اندکی کجی مثبت مشاهده می‌شود.

عامل‌های تعریف‌شده در ادامه آورده شده‌اند. نتایج برحسب نمره‌های عاملی (وزن‌دهی بر مبنای بار عاملی) و برحسب مجموع نمره (وزن برابر به هر یک از گویه‌ها) بیان خواهد شد و همبستگی بین دو شیوه نمره‌دهی بررسی خواهد شد. همچنین، مشخص خواهد شد آیا امکان محاسبه نمره عاملی یا مجموع نمره برای یک عامل در مرتبه دوم به عنوان تجربه‌های هیجانی درمانگر وجود خواهد داشت یا خیر.

جدول ۲: ساختار عاملی نهایی برای تحلیل عاملی اکتشافی شامل شش عامل و ۳۵ گویه

Table 2: Final factor structure for exploratory factor analysis including six factors and thirty-five items

عامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶
گویه	هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی	هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی	توانایی‌ها ی هیجانی	نوع هیجان‌های تجربه‌شده	هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط	هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی
۱	۰/۶۳۶					
۲	۰/۸۱۳					
۳	۰/۷۶۰					
۴	۰/۷۵۹					
۵	۰/۶۵۲					
۶	۰/۵۵۳					
۷	۰/۸۱۱					
۸	۰/۸۵۲					
۹		۰/۵۹۳				
۱۰		۰/۶۷۸				
۱۱		۰/۵۸۹				
۱۲		۰/۶۶۵				
۱۳		۰/۶۶۹				
۱۴		۰/۶۶۲				
۱۵		۰/۶۵۰				
۱۶			۰/۶۸۸			
۱۷			۰/۷۷۶			
۱۸			۰/۷۵۷			
۱۹			۰/۷۳۲			
۲۰			۰/۷۴۹			
۲۱				۰/۷۱۳		
۲۲				۰/۵۹۵		
۲۳				۰/۷۸۴		
۲۴				۰/۸۲۶		
۲۵				۰/۷۹۵		

عامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶
گویه	هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی	هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی	توانایی‌های هیجانی	نوع هیجان‌های تجربه‌شده	هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط	هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی
					۰/۶۹۷	
					۰/۵۲۳	
					۰/۶۸۹	
					۰/۶۵۶	
					۰/۷۲۱	
					۰/۵۴۲	
					۰/۶۱۹	
						۰/۷۳۸
						۰/۷۲۸
						۰/۷۴۶

صورت‌بندی خرده‌مقیاس‌ها برای گویه‌هایی که در مرحله نهایی تحلیل عاملی اکتشافی در تعریف عامل‌ها مشارکت داشته‌اند، در جدول (۲) گزارش شده است (پاسخ به پرسش‌های دوم و سوم پژوهش).

به منظور بررسی روایی همگرا از مقیاس اضطراب استفاده شد. بررسی ادبیات پژوهش نظری و تجربی (Hayes & Cohen, 1952; Gelso, 1991; Yulis & Kieser, 1968) نشان می‌دهد اضطراب به عنوان مؤلفه‌ای مهم در عدم توانایی در کنترل هیجان‌های درمانگر محسوب می‌شود. در پژوهش هایس و گسلو^۱ (1991)، ارتباط مثبت بین اضطراب وضعیتی و رفتار انتقال متقابل در میان کارآموزان درمانگر تأیید شده است. تحلیل داده‌ها نشان داد روایی همگرا نیز بر مبنای همبستگی نمره‌های حاصل از مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگران با مقیاس اضطراب به مقدار ۰/۷۳۹ ($P < 0.001$) به دست آمد.

ضریب پایایی با روش بازآزمایی بر اساس داده‌های گردآوری‌شده برای ۳۲ نفر از درمانگران در دو نوبت و با فاصله زمانی دو هفته به دست آمد (در مرحله اول، ۳۵ نفر مطالعه شدند و در مرحله دوم، ۳ نفر از آنان در دسترس نبودند). مقدار ضریب، به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی برابر ۰/۸۷۸، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی برابر ۰/۹۰۸، توانایی‌های هیجانی برابر ۰/۷۶۹، نوع هیجان‌های تجربه‌شده برابر ۰/۸۶۷، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط برابر ۰/۹۱۷، هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی برابر ۰/۷۹۵ و در مجموع، برای مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگران برابر ۰/۹۲۲ به دست آمد.

نمره‌های هنجار و رتبه‌های درصدی

به منظور تدوین نمره‌های هنجار و تعیین رتبه‌های درصدی، در ابتدا، ضرایب همبستگی دونقطه‌ای رشته‌ای بین جنس و سابقه فعالیت دانشگاهی از یک سو و نمره‌های حاصل از مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگر و ابعاد آن از سوی دیگر محاسبه شدند تا مشخص شود آیا همبستگی معناداری بین آن‌ها وجود دارد یا خیر و ضروتی برای تدوین این جدول به تفکیک وجود دارد یا خیر (جدول ۳). در انجام محاسبه‌ها، به دو گروه مرد و زن به ترتیب کد صفر و یک اختصاص یافت. همچنین، به دو گروه بدون سابقه و دارای سابقه فعالیت دانشگاهی کد صفر و یک اختصاص یافت. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد ضرایب همبستگی به دست آمده برای

¹ Hayes & Gelso

تجربه‌های هیجانی درمانگر و مؤلفه‌های آن با جنسیت درمانگر و همچنین، سابقه فعالیت دانشگاهی فاقد تفاوت معنادار هستند؛ به این ترتیب، جدول نمره‌های هنجار برای کل و بدون تفکیک برحسب جنس و سابقه تدوین شد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی دورشته‌ای اسپیرمن بین جنس و سابقه فعالیت دانشگاهی با تجربه‌های هیجانی درمانگر و مؤلفه‌های آن

Table 3: Spearman biserial coefficients between sex and academic work experience with the therapist's emotional experience and its components

هیجان‌های ناشی از تردید و ناطمینانی	هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط	نوع هیجان‌های تجربه شده	توانایی هیجانی	هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی	هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی	تجربه‌های هیجانی درمانگر	
$r_{pb} = -/۰۳۹$ $P = ۰/۵۵۴$	$r_{pb} = -/۰۴۳$ $P = ۰/۵۱۵$	$r_{pb} = -/۰۲۷$ $P = ۰/۰۵۵$	$r_{pb} = ۰/۰۲۱$ $P = ۰/۷۴۸$	$r_{pb} = -/۰۰۸$ $P = ۰/۹۰۴$	$r_{pb} = ۰/۰۷۰$ $P = ۰/۲۹۲$	$r_{pb} = ۰/۰۲۶$ $P = ۰/۷۰۰$	جنس
$r_{pb} = ۰/۰۱۴$ $P = ۰/۸۳۶$	$r_{pb} = -/۰۹۴$ $P = ۰/۱۵۷$	$r_{pb} = ۰/۰۱۰$ $P = ۰/۸۸۶$	$r_{pb} = ۰/۰۶۲$ $P = ۰/۳۵۳$	$r_{pb} = -/۰۰۵$ $P = ۰/۹۴۱$	$r_{pb} = ۰/۱۰۵$ $P = ۰/۱۱۳$	$r_{pb} = ۰/۰۰۰$ $P = ۰/۹۹۹$	سابقه

در جدول (۴)، بر مبنای روش فراوانی تراکمی کمتر از اعداد میانی و تبدیل نمره‌ها به رتبه درصدی و همچنین، محاسبه نمره‌های استاندارد Z (با میانگین صفر و انحراف معیار صفر) و همچنین، نمره‌های استاندارد T (با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰)، اطلاعات لازم برای تفسیر نمره‌های حاصل از مقیاس تجربه‌های هیجانی درمانگر فراهم شد (پاسخ به پرسش ششم پژوهش). لازم است تأکید شود نمره کمتر برای درمانگران از مقیاس تجربه‌های هیجانی مطلوب‌تر تفسیر می‌شود.

جدول ۴: نمره‌های هنجار برای سنجش تجربه‌های هیجانی درمانگر

Table 4: Norm scores for measuring the therapist's emotional experiences

نمره T	نمره Z	رتبه درصدی	فراوانی تراکمی زیر عدد میانی	درصد تراکمی	فراوانی	شاخص آماری طبقات
۲۱/۸	-۲/۸۲	۰/۸۷	۲	۰/۹	۲	۳۵-۴۴
۲۷/۴	-۲/۲۶	۱/۷۵	۴	۲/۶	۴	۴۵-۵۴
۳۳/۴	-۱/۶۶	۳/۰۶	۷	۴/۸	۵	۵۵-۶۴
۳۸/۹	-۱/۱۱	۷/۴۲	۱۷	۱۵/۳	۲۴	۶۵-۷۴
۴۴/۱	-/۵۹	۲۵/۳۳	۵۸	۴۱/۹	۶۱	۷۵-۸۴
۴۸/۹	-/۱۱	۵۳/۲۷	۱۲۲	۶۱/۱	۴۴	۸۵-۹۴
۵۵/۴	۰/۵۴	۶۵/۵۶	۱۵۷	۷۹/۹	۴۳	۹۵-۱۰۴
۶۰/۷	۱/۰۷	۸۶/۰۳	۱۹۷	۹۱/۳	۲۶	۱۰۵-۱۱۴
۶۶/۵	۱/۶۵	۹۳/۰۱	۲۱۳	۹۵/۲	۹	۱۱۵-۱۲۴
۷۲/۱	۲/۲۱	۹۷/۳۸	۲۲۳	۱۰۰	۱۱	۱۲۵-۱۳۵

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله برگرفته از نتایج پژوهش انجام‌شده توسط دلاور و همکاران (۱۴۰۲) است که به روش ترکیبی و با رویکرد اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) انجام شده است. در مرحله اول پژوهش، با روش کیفی تحلیل مضمون، تجربه‌های هیجانی درمانگران در قالب ۵ عامل اصلی مشتمل بر توانایی‌های هیجانی، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان، هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی و نوع هیجان‌های تجربه‌شده، مفهوم‌سازی شده بودند. در مرحله کمی که موضوع مقاله حاضر است، پرسشنامه مبتنی بر این هیجان‌های تجربه‌شده ساخت و اعتباریابی شد. نتایج انجام مطالعه مقدماتی، واری اولیه و کنترل کیفیت داده‌ها (دورافتاده‌ها و تحلیل ماتریس همبستگی) و در نهایت، انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌ها، به پرسشنامه مشتمل بر ۳۵ گویه و شناسایی ساختار عاملی نهایی شامل شش عامل هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی، توانایی‌های هیجانی، نوع هیجان‌های تجربه‌شده، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان و هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی منجر شد. در ادامه، ساختار سلسله‌مراتبی یا مدل عاملی مرتبه دوم برای مقیاس اصلی «تجربه‌های هیجانی درمانگر» که شش عامل فرعی بر روی آن بارگذاری شدند و ۳۵ گویه نیز در مرتبه دوم بر روی شش عامل به عنوان خرده‌مقیاس‌های تجربه‌های هیجانی درمانگر بارگذاری شدند، تأیید شد. گفتنی است، بر اساس تحلیل‌های تک‌متغیره، دو متغیره و چندمتغیره داده‌های دورافتاده در مرحله مقدماتی، شش واحد از نمونه‌های مورد مطالعه حذف شدند. به منظور بررسی روایی ابزار ساخته‌شده، روایی همگرا محاسبه شد و به منظور بررسی پایایی، ضرایب پایایی با روش بازآزمایی محاسبه شدند. با توجه به وجود رابطه مثبت بین اضطراب و عدم کنترل هیجان‌های درمانگران بر اساس ادبیات موضوع، روایی همگرا با مقیاس اضطراب محاسبه و تأیید شد. همچنین، مقادیر ضرایب پایایی با روش بازآزمایی برای همه خرده‌مقیاس‌های تجربه‌های هیجانی درمانگران مطلوب بودند.

به منظور مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین، در میان پژوهش‌های داخلی، مطالعه‌ای وجود ندارد که این موضوع را بررسی کرده باشد. در میان پژوهش‌های خارجی، نیز موضوع واکنش‌های هیجانی درمانگران و استخراج عوامل مرتبط با آن، با استفاده از ابزارهای کمی سنجش شده است. در برخی از پژوهش‌ها، پاسخ‌های هیجانی درمانگران نسبت به بیماران با استفاده از چک‌لیست‌های واژه‌های احساسی ۳۰، ۲۴، ۴۸ و ۵۸ گویه‌ای تحلیل و ارزیابی شده و تلاش شده است تا عوامل‌های مرتبط با پاسخ‌های احساسی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی شناسایی شوند. برای مثال، وایت^۱ و همکاران (1982) با بررسی احساسات درمانگران با استفاده از چک‌لیست ۳۰ واژه و انجام تحلیل عاملی اکتشافی، به عامل‌های پاسخ نقش، پاسخ تشخیصی، پاسخ شخصیت و پاسخ تعارض دست یافتند. دال^۲ و همکاران (2012) با انجام تحلیل عاملی بر روی چک‌لیست ۵۸ واژه احساسی، چهار عامل بالینی معنادار به نام‌های اعتماد به نفس، ناکافی، والدینی و بی تفاوت را شناسایی کرده‌اند. اولبرگ^۳ و همکاران (2013) با استفاده از چک‌لیست ۲۴ واژه، به چهار عامل بالینی معنادار شامل اعتماد به نفس، ناکافی، بی تفاوت و خنثی دست یافتند. لندکوویس^۴ و همکاران (2017) نیز از چک‌لیست ۲۴ واژه به همین منظور استفاده و چهار ساختار عاملی با عناوین درگیر، ناکافی، آرام و جابه‌جاشده را استخراج کرده‌اند. بتان^۵ و همکاران (2005) با تحلیل احساسات روان‌درمانگران با استفاده از پرسشنامه پاسخ درمانگر، هشت عامل مرتبط با واکنش‌های هیجانی درمانگران شامل غرق‌شده/بی‌نظم، درمانده/ناکافی، مثبت، خاص/بیش از حد درگیر، جنسی، بی تفاوت، والدینی/محافظ و مورد

¹ Whyte

² Dahl

³ Ulberg

⁴ Lindqvist

⁵ Betan

انتقاد/مورد بدرفتاری را شناسایی کردند. تنزیلی^۱ و همکاران (2016) با استفاده از همین پرسشنامه، در نهایت، به نه عامل متقابل و متمایز شامل درمانده/ناکافی، غرق‌شده/بی‌نظم، مثبت/رضایت‌بخش، خصمانه/عصبانی، مورد/انتقاد/بی‌ارزش‌شده، والدین/محافظت‌کننده، خاص/بیش‌ازحد درگیر، جنسی و بی‌تفاوت دست یافتند. برگ^۲ و همکاران (2019) نیز با انجام پژوهشی مشابه، در نهایت، به هفت عامل متمایز شامل درمانده/ناکافی، غرق‌شده/بی‌نظم، متخصص/عصبانی، والدینی/محافظت‌کننده، بی‌تفاوت، خاص/بیش‌ازحد درگیر و جنسی دست یافتند. بهولا و مهروترا^۳ (2021)، در پژوهشی مشابه، ابعاد مثبت/راضی‌کننده، والدین/محافظت‌کننده و درمانده/ناکافی را استخراج کرده‌اند. برگ و لوند^۴ (2022) نیز در همین راستا، شش گروه درمانگر متمایز از نظر واکنش‌های هیجانی شامل بیش‌ازحد درگیر، بدون درگیری، شدت کم انتقال متقابل، شدت زیاد در انتقال متقابل، والدینی و انتقال متقابل جنسی را شناسایی کرده‌اند؛ این درحالی است که نتایج پژوهش حاضر شش عامل اصلی برای تجربه‌های هیجانی درمانگران در شهر اصفهان، شامل توانایی‌های هیجانی، هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی، هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی، هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان، نوع هیجان‌های تجربه‌شده و هیجان‌های ناشی از تردید و ناطمینانی را شناسایی کرده است که از نتایج پژوهش‌های بیان‌شده متمایز است.

با توجه به اهمیت تجربه‌های هیجانی درمانگران، به ویژه هنگام درمان مراجعان، نتایج این پژوهش می‌تواند در شناسایی آسیب‌های احتمالی درمانگران نقشی مهم ایفا کند. از آنجا که عدم توانایی درمانگران در کنترل هیجان‌های خود ممکن است بر روند درمان مراجعان تأثیر منفی و گاهاً جبران‌ناپذیر داشته باشد، وجود ابزاری استاندارد که بتواند آسیب‌های احتمالی درمانگران را از منظر هیجان‌های تجربه‌شده آن‌ها شناسایی کند، بسیار ضروری است. نتایج این پژوهش این ابزار استاندارد را ساخت و اعتباریابی کرده است و آن را به عنوان اولین ابزار بومی‌شده سنجش هیجان‌های تجربه‌شده درمانگران، در اختیار متولیان امر قرار داده است. بدیهی است، آگاهی درمانگران و همچنین، مسئولان کلینیک‌ها و مراکز روان‌درمانی پیش از ورود این افراد به حوزه درمان می‌تواند به شناسایی آسیب‌های هیجانی احتمالی درمانگران منجر شود و از بسیاری از پیامدهای منفی در روند درمان جلوگیری کند. از طرف دیگر، این ابزار می‌تواند به منظور شناسایی زمینه‌های آموزشی مورد نیاز و ضروری برای درمانگران استفاده شود. با استفاده از ابزار تجربه‌های هیجانی درمانگران، نقاط آسیب درمانگران از نظر کنترل هیجان‌ها یا زمینه‌های نیازمند بهبود آنان شناسایی شده‌اند و بر اساس آن‌ها، برنامه‌ریزی‌های مرتبط با آموزش و توسعه منابع انسانی و تدوین راهبردهای مرتبط توسط مدیران کلینیک‌ها و مراکز مشاوره انجام می‌شوند. این پژوهش ممکن است به عنوان یک نقطه آغاز برای انجام پژوهش‌های کمی، با استفاده از پرسشنامه تجربه‌های هیجانی درمانگران به شمار رود؛ هرچند برای تعمیم‌پذیری و اعتباریابی نتایج این پژوهش به انجام پژوهش‌های مرتبط نیازمند است. از آنجا که جامعه آماری پژوهش درمانگران شهر اصفهان بوده است، لازم است تعمیم‌پذیری نتایج با احتیاط انجام شود. همچنین، مناسب است نتایج پژوهش‌های بیشتر در این باره برحسب رویکرد درمانی، سابقه کار درمانگر، حیطه فعالیت و نوع مراجع تحلیل شود؛ موضوعی که می‌توان آن را از محدودیت‌های پژوهش حاضر دانست. برای اعتباریابی بیشتر نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی به شناسایی تجربه‌های هیجانی درمانگران با استفاده از روش‌های کیفی در جامعه آماری بزرگ‌تر اقدام کنند. همچنین، انجام پژوهش‌هایی برای شناسایی تجربه‌های هیجانی درمانگران از دیدگاه مراجعان ممکن است اعتباریابی بیشتر نتایج این پژوهش را نتیجه دهد.

¹ Tanzilli

² Berg

³ Bholá & Mehrotra

⁴ Lundh

منابع

- پارسا، م. (۱۳۹۱). *انگیزش و هیجان*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- خداپناهی، م. (۱۳۸۹). *انگیزش و هیجان*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت). پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- جلالی، ح.، نظری، م.، کریمی، م.، سلطانی، ا.، و خرمکی، ز. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر تاب‌آوری سربازان بر اساس مدل خودکارآمدی. *مجله طب نظامی*، ۲۴(۱)، ۱۰۱۵-۱۰۰۸. <https://doi.org/10.30491/JMM.24.1.1008>
- دلاور، آ.، نامدارپور، ف.، و تبریزی، م. (۱۴۰۲). بررسی تجارب هیجانی درمانگران بالینی و خانواده در جلسات درمان بالینی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۶(۲)، ۱۸۹-۲۰۰. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.67926.4028>

References

- Alcaro, A., Isidoro, S. I., Conversi, D., Accoto, A., & Lobb, M. S. (2020). The Emotional Personality of Psychotherapists: A Pilot Research with Gestalt-Therapy Clinicians. *Psychology*, 11(11), 1628. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111103>
- Alfonso, C. A. (2023). *Clinical Implications of Countertransference in the Treatment of Addictions* (Vol. 51, pp. 133-140). Guilford Press.
- Berg, J., & Lundh, L.-G. (2022). General patterns in psychotherapists' countertransference. *Psychoanalytic Psychology*, 39(2), 145. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-88903-001>
- Berg, J., Lundh, L.-G., & Falkenstrom, F. (2019). Countertransference in Swedish psychotherapists: testing the factor structure of the Therapist Response Questionnaire. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.331>
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bhola, P., & Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43, 116-125. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Cohen, M. B. (1952). Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15(3), 231-243.
- Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Bøglwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, 22(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622312>
- Delavar, A., Namdarpour, F., & Tabrizi, M. (2022). An Investigation on Emotional Experiences of Clinical and Family Therapists in Clinical Therapy Sessions. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 66(2), 189-200. [In Persian]
- Flemotomos, N., Martinez, V., Chen, Z., Singla, K., Ardulov, V., Peri, R., ..., & Narayanan, S. (2021). Automated Evaluation Of Psychotherapy Skills Using Speech And Language Technologies. *Behav Res Methods*, 54(2), 690-711. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01623-4>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gazzillo, F., Kealy, D., & Bush, M. (2022). Patients' tests and clinicians' emotions: A clinical illustration. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(3), 207-216. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09535-w>

- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology, 58*(7), 861-86. <https://doi.org/10.1002/jclp.2010>
- Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., Ray, S., ..., & Ray, S. (2021). An introduction to structural equation modeling. *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: a workbook*, 1-29. https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7_1
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist- trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 284-290. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199103\)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199103)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N)
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Jalali, H., Nazari, M., Karimi, M., Soltani, E., & Khoramaki, Z. (2022). The Effect of Emotion Regulation Skills Training on Resilience of Soldiers Based on Self-Efficacy Model. *Journal of Military Medicine, 24*(1), 1008-1015. <https://doi.org/10.30491/JMM.24.1.1008> [In Persian]
- Jordaan, I., Spangenberg, J. J., Watson, M. B., & Fouchè, P. (2007). Emotional stress and coping strategies in South African clinical and counselling psychologists. *South African Journal of Psychology, 37*(4), 835-855. <https://doi.org/10.1177/00812463070370041>
- Khodapanahi, M. K. (2010). *Motivation and Emotion*. Tehran: Samt [In Persian]
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(2), 74-84. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Encyclopedia of Psychotherapy, 1*, 709-714. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0757>
- Lee, W. L., Lau, P. L., & Chan, S. L. (2023). PERSONAL GROWTH EXPERIENCES OF COUNTERTRANSFERENCE AMONG MALAYSIAN COUNSELLORS: A PHENOMENOLOGICAL STUDY: Received 2022-11-16; Accepted 2023-01-30; Published 2023-03-10. *Journal of Health and Translational Medicine (JUMMEC), 26*(1), 96-104. <https://doi.org/10.22452/jummec.vol26no1.15>
- Lindqvist, K., Falkenström, F., Sandell, R., Holmqvist, R., Ekeblad, A., & Thorén, A. (2017). Multilevel exploratory factor analysis of the Feeling Word Checklist-24. *Assessment, 24*(7), 907-918. <https://doi.org/10.1177/1073191116632336>
- Nissen-Lie, H. A., Dahl, H.-S. J & ,Høglend, P. A. (2022). Patient factors predict therapists' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 32*(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762947>
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 345. <https://psycnet.apa.org/buy/2001-07733-003>
- Parsa, M. (2012). *Motivation and Emotion*. Tehran: Payame Noor University. [In Persian]
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(9), 702-708. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318186de80>.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research, 178*(1), 191-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.019>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Scott, I. G. E. (2022). *A Qualitative Study of Therapists' Experiences of Countertransference when Working Therapeutically with Children and Families* [Doctoral dissertation, ResearchSpace@ Auckland].

- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 307. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x>
- Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F., & Lingiardi, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(2), 147. <https://psycnet.apa.org/buy/2015-42708-001>
- Ulberg, R., Falkenberg, A. A., Nerdal, T. B., Johannessen, H., Olsen, J. E., Eide, T. K., ..., & Dahl, H. S. J. (2013). Countertransference feelings when treating teenagers. A psychometric evaluation of the Feeling Word Checklist-24. *American Journal of Psychotherapy, 67*(4), 347-358. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.4.34>
- Whyte, C., Constantopoulos, C., & Bevans, H. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology, 55*(2), 187-201. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01497.x>
- Yulis, S., & Kieser, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*(4), 4130 <https://doi.org/10.1037/h0026107>



پیوست

جدول ۱: گویه‌ها، عامل‌ها و کدگذاری مرتبط با آن‌ها بر اساس ساختار عاملی نهایی منتج از تحلیل عاملی اکتشافی

Table 1: Items, factors, and coding related to them based on the final factor structure resulting from the exploratory factor analysis

عامل نهایی	گویه	کد	گویه
هیجان‌های مرتبط با فرسودگی شغلی (Job Burnout)	احساسات منفی حاصل از جلسه تأثیری عمیق بر روی من می‌گذارد.	JB_1	۱
	تحمل مدت زمان جلسه مشاوره را ندارم.	JB_2	۲
	بیشتر مواقع از انتخاب شغلم پشیمان می‌شوم.	JB_3	۳
	برای هیجان‌های منفی تجربه‌شده از جلسه‌های درمان معمولاً کاری انجام نمی‌دهم.	JB_4	۴
	بسیار پیش می‌آید که احساسات منفی ناشی از جلسه نگرش من را به زندگی منفی کنند.	JB_5	۵
	کار با مراجعان سخت برایم طاقت‌فرسا است.	JB_6	۶
	زندگی‌ام به طرز نامطلوب تحت تأثیر جلسه‌های مشاوره‌ای قرار گرفته است که داشتم.	JB_7	۷
	جلسه‌های مشاوره موجب دلسردی در من شده‌اند.	JB_8	۸
هیجان‌های مرتبط با چالش‌های شغلی (Job Challenges)	انتظار اطرافیان از اینکه همیشه در دسترس باشم معذبم می‌کند.	JC_1	۹
	موقعیت سخت در جلسه‌های درمان ذهنم را درگیر می‌کند.	JC_2	۱۰
	کار با مراجعانی که مقاومت زیاد دارند برایم سخت است.	JC_3	۱۱
	کار با مراجعان سخت برایم طاقت‌فرسا است.	JC_4	۱۲
	تمایلی به پذیرفتن مراجعان متعصب ندارم.	JC_5	۱۳
	توقع زیاد مراجع از جلسه‌های درمان معذبم می‌کند.	JC_6	۱۴
	ارتباط با مراجع متعصب بسیار سخت است.	JC_7	۱۵
توانایی‌های هیجانی (Emotional Abilities)	کنترل هیجان‌ها و احساسات برایم سخت است.	EA_1	۱۶
	در جلسه‌هایی که مراجع هیجان‌های منفی زیادی دارد به هم می‌ریزم.	EA_2	۱۷
	هنگام روبه رو شدن با هیجان‌های منفی مراجع کنترل هیجان‌های خودم سخت است.	EA_3	۱۸
	هیجان‌های منفی ناشی از مشاوره بر روی روابطم با دیگران تأثیر دارند.	EA_4	۱۹
	در جلسه‌های درمان هیجان‌های منفی به قدری زیاد هستند که در تصمیم‌گیری اختلال ایجاد می‌کنند.	EA_5	۲۰
نوع هیجان‌های تجربه‌شده (Experienced Emotions)	در فرآیند درمان احساس گناه نسبت به مراجع را تجربه کردم.	EE_1	۲۱
	اگر مراجع مرا تهدید کند می‌ترسم.	EE_2	۲۲
	در جلسه‌های درمان غم را تجربه کرده‌ام.	EE_3	۲۳
	در جلسه‌های درمان خشم را تجربه کرده‌ام.	EE_4	۲۴
	در جلسه‌های درمان شرم را تجربه کرده‌ام.	EE_5	۲۵
هیجان‌های ناشی از نوع ارتباط (Type of communication)	زمانی که فرآیند درمان خوب پیش نمی‌رود مانع ارتباط مؤثر با مراجع می‌شود.	TC_1	۲۶
	ارتباط گرفتن با بعضی از مراجعان برایم سخت است.	TC_2	۲۷
	هنگامی که با مراجع نادان روبه‌رو هستم برقراری ارتباط برایم سخت است.	TC_3	۲۸
	همکاری نکردن مراجع مانع برقراری ارتباط مؤثر است.	TC_4	۲۹
	در جلسه درمان حضور ذهن ندارم.	TC_5	۳۰
	کاهش تعصب مراجع بسیار سخت است.	TC_6	۳۱
هیجان‌های ناشی از تردید و نااطمینانی (Doubt and Uncertainty)	هنگامی که مراجع صداقت ندارد، در ارتباط من با او تأثیر می‌گذارد.	TC_7	۳۲
	معمولاً نگران اشتباه کردن در فرآیند درمان هستم.	DU_1	۳۳
	ترس از شکست در مشاوره آرام می‌دهد.	DU_2	۳۴
	معمولاً در انتخاب نوع روش درمان دچار تردید می‌شوم.	DU_3	۳۵