

## رابطه فرآیندهای خود‌نظم بخشی با انتقال متقابل در روان درمانگران ایرانی

شیوا گرانمایه پور<sup>۱</sup>، پرویز آزادفلاح<sup>۲</sup>، فضل اله احمدی<sup>۳</sup>، نیما قربانی<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۹۹/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۰۱

### چکیده

پیشینه پژوهشی در روان‌درمانی همواره بر اهمیت خودآگاهی، مدیریت انتقال متقابل و قابلیت کاربرد آن در تمامی موقعیت‌های روان‌شناختی تأکید کرده است. بر همین اساس هدف مقاله حاضر، بررسی رابطه فرایندهای خودنظم بخشی با انتقال متقابل است. در این راستا، از روان‌درمانگران شهر تهران، ۱۸۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس‌های پژوهش را تکمیل کردند. به منظور بررسی فرایندهای خودنظم بخشی از مقیاس‌های بهوشیاری، خودشناسی انسجامی و فرم کوتاه خودمهارگری و برای بررسی انتقال متقابل از پرسشنامه انتقال متقابل استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که خودشناسی انسجامی و خودمهارگری با انتقال متقابل رابطه منفی دارند و خودشناسی انسجامی در ارتباط خودمهارگری با انتقال متقابل، نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کند. نتایج پژوهش حاضر، گسترش قابلیت‌ها و ساز و کارهای هشیاری و مهار هشیارانه در فرآیند روان‌درمانی را مورد تأکید قرار می‌دهند.

**واژگان کلیدی:** انتقال متقابل، فرایندهای خودنظم بخشی، بهوشیاری، خودشناسی انسجامی، خودمهارگری.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس shiva.geranmayepour@modares.ac.ir

۲. \* دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی (نویسنده مسئول)

azadfa\_p@modares.ac.ir

۳. استاد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس ahmadif@modares.ac.ir

۴. استاد روان‌شناسی، دانشگاه تهران nghorbani@ut.ac.ir

## مقدمه

روان‌درمانی<sup>۱</sup> حرفه‌ای است که مستلزم مدیریت هشیار تمامی رخدادهای ضمنی در فضای درمانی است. از آنجایی که رویدادهای خارج از فرایند درمان، جریان ارتباط درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، افزایش هشیاری و خودآگاهی روان‌درمانگران ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است (ویلیامز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). مواجهه مداوم و مکرر روان‌درمانگران با دردهای عاطفی و جسمانی مراجعان می‌تواند به تدریج سودمندی فعالیت آنها را تقلیل دهد (آرمسترانگ و پیرانونزی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ تانر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). در صورت عدم خودآگاهی درمانگر، زمانی که ضربه‌های روانی مراجع، تعارضات حل‌نشده درمانگر را بیدار می‌سازد، انتقال متقابل<sup>۵</sup> در رابطه درمانی منعکس خواهد شد (کین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ ویلیامز، ۲۰۰۳). رشد خودآگاهی، مهارت‌های همدلی و مدیریت استرس را امکان‌پذیر می‌سازد و پیامدهای سودمندی برای درمانگر دارد، از جمله اینکه اطلاعات مفیدی در زمینه انتقال متقابل در اختیار درمانگر قرار می‌دهد (براون<sup>۷</sup> و رایان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴؛ گرمر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ هایز<sup>۱۰</sup> و فلدمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴).

مبانی نظری و مروری بر مطالعات گذشته: انتقال متقابل، به مجموعه پاسخ‌های هیجانی در درمانگران اشاره دارد که به واسطه ویژگی‌های خاص مراجعشان برانگیخته می‌شوند و ریشه در تعارضات حل‌نشده شخص درمانگر دارد. این مفهوم، اولین بار در متون فروید مطرح شد و تا کنون دستخوش تغییرات بسیاری بوده است (گلسو<sup>۱۲</sup> و کارتر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴).

1. Psychotherapy
2. Williams, E. N.
3. Armstrong & pieranunzi
4. Taner
5. Countertransference
6. Cain
7. Brown
8. Ryan
9. Germer
10. Hayes
11. Feldman
12. Gelso
13. Carter

با توجه به اینکه فرآیند مشاوره و روان درمانی مستلزم ایجاد رابطه ای نزدیک و صمیمانه میباشد و زندگی حرفه ای روان درمانگران، نیازمند رسیدگی و التیام زخم های درونی مراجعان و توجه همزمان به احساسات درونی خویش در لحظه به لحظه فرایند درمان است، شناخت عمیق درمانگر از خود، ابزاری مفید در جهت رفاه خود و مراجع است. در این راستا لازم است درمانگر فردی مسئول و تا جای ممکن به تمامی واکنش های خود هشیار باشد. نسبت به گفتوگوهای درونی، مسائل حل نشده، سوگیری ها و قضاوت هایی که به عنوان درمانگر تجربه کرده است و با خود آنها را به اتاق درمان می آورد، آگاه باشد.

از سوی دیگر، خودنظم بخشی<sup>۱</sup>، فرآیندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش می نماید، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت میکند و رفتار خود را بر اساس نتیجه قضاوت تنظیم می نماید. این فرآیند به افراد کمک می کند تا به شکل هشیارانه توجهشان را کنترل کنند، شناخت منعطف تری داشته باشند، همچنین بتوانند احساسات منفی خود را سرکوب کنند و به تمایلاتشان واکنش نشان داده و به شکل سازگارانه ای پاسخ دهند (اسکورن<sup>۲</sup> و دندی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

این مفهوم، در عمل بر پایه آگاهی از طیف پویای تجارب خود در طول زمان است (ایران نژاد<sup>۴</sup> و گرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). این تجربه، باید بر پایه فرایندهای چندگانه ای باشد که از فعالیت روان شناختی حمایت می کنند و به عنوان یک مجموعه، به فرد اجازه می دهد تا انطباق های ارادی را در عملکرد جامع خویش شکل دهد (ایران نژاد و گرگ، ۲۰۱۱). صرف نظر از بافت فرهنگی، این فرایندها باید دربردارنده آگاهی مستمر از زمان حال در امتداد یک خودشناسی<sup>۶</sup> مداوم باشد.

مدل خودنظم بخشی، دست کم به نقش سه نوع فرایند روان شناختی گسترده اشاره دارد: آگاهی از تجربه کنونی، خودشناسی مبتنی بر تأمل که منعکس کننده عملکرد

- 
1. Self-Regulation
  2. Skowron
  3. Dendy
  4. Iran-Nejad
  5. Gergg
  6. Self- Knowledge

استانداردهای درونی باشد و توانایی کنترل و مهار خود به صورتی فعالانه و پویا (ایران نژاد و چیسوم، ۱۹۹۲؛ قربانی<sup>۲</sup>، واتسون<sup>۳</sup>، فرهادی و چن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). به عبارتی دیگر، خودنظم‌بخشی فرایندی به هم پیوسته است که با مفهوم بهوشیاری<sup>۵</sup> آغاز می‌شود، از گذرگاه خودشناسی عبور می‌کند و با خودمهارگری<sup>۶</sup> پایان می‌یابد.

بهوشیاری شامل آگاهی و توجه پذیرنده به رخدادها و تجربه زمان حال است. بهوشیاری از طریق تمرکز بر زندگی در لحظه، سلامت جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد. به عبارتی دیگر، بهوشیاری، فرد را از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم باز می‌دارد و موجب افزایش سلامت او می‌شود (براون و رایان، ۲۰۰۳). این مفهوم به دو شکل حالت<sup>۷</sup> و صفت<sup>۸</sup> مورد مطالعه قرار گرفته است: به عنوان یک تجربه در یک زمان مشخص (یعنی حالت) و به عنوان یک گرایش پایدارتر (یعنی صفت). بهوشیاری به افراد امکان می‌دهد چشم‌انداز درونی‌شان را مشاهده کنند و به چرایی رفتارهایشان بینش یابند. بر این اساس، بهوشیاری یکی از عوامل لازم و ضروری برای درمانگری موفق و پرهیز از انتقال متقابل به شمار می‌رود.

خودشناسی فرآیندی اساسی در درمانگری است که با دور شدن از قضاوت‌ها و سوگیری‌ها و داشتن نگاهی مشفقانه فراهم می‌گردد. خودشناسی در واقع یک فراشناخت<sup>۹</sup> و شناخت عالی قلمداد می‌شود. از این رو حیطه، خودشناسی در واقع نوعی شناخت شناسی، اما به شکلی فردی و تجربه‌ای است. به عبارتی دیگر، شناخت‌شناسی ژنتیکی و فلسفی که به بررسی نظام دار فرایند شکل‌گیری شناخت عقلانی می‌پردازد و دارای فرایندی فردی و روان‌شناختی است که هسته فرایندهای شخصیتی قرار دارد و ماهیتی صرفاً عقلانی ندارد. چنین واقعیتی حکایت از این می‌کند که خودشناسی دارای سطوح نظام دار و شخصی است و این دو سطح در حیطه روان‌شناسی با یکدیگر ادغام می‌شوند.

- 
1. Chissom
  2. Ghorbani
  3. Watson
  4. Chen
  5. Mindfulness
  6. SelfControl
  7. State
  8. Trait
  9. Metacognition

در مجموع، دو وجه خودشناسی دیالکتیک، تجربه و تأمل است و انسجام و ترکیب این دو موجب به وجود آمدن عالی‌ترین نوع خودشناسی یعنی خودشناسی انسجامی<sup>۱</sup> می‌گردد (قربانی، قراملکی<sup>۲</sup> و واتسون، ۲۰۰۵).

خودشناسی انسجامی همه جنبه‌های شناخت خود را در بر می‌گیرد و شامل خودآگاهی و تجسم پایدار است که توانایی فرد را در دسترسی به حالت‌های مختلف روان شناختی جاری و پردازش محتوای تجربه‌های کنونی و گذشته و تفکیک آنها از هم می‌سجد و قدرت فرد را در پردازش شناختی اطلاعات مربوط به خود، ارزیابی می‌کند. خودشناسی انسجامی به عنوان تلاش سازگاران خود در فهم و ادغام تجربه‌های درونی در طی زمان تعریف می‌شود (قربانی، کانینگهام<sup>۳</sup> و واتسون، ۲۰۱۰). طبق این تعریف، این پدیده در فرآیند درمان می‌تواند به درمانگر در اجرای سودمند درمان و هشیاری نسبت به رویدادهای لحظه به لحظه در جریان جلسه درمان و دور ماندن از انتقال متقابل کمک کند. خودمهارگری، توانایی فرد در نادیده گرفتن افکار، تکانه‌ها و رفتارهای خودکار یا عادت‌هایی است که او را با محیط‌های جدید و نیازمندی‌های آنها سازگار می‌کند. این توانایی در جهت تغییر پاسخ‌های درونی و قطع گرایش‌های رفتاری نامطلوب و خودسرانه و در نهایت پیشگیری از عمل کردن بر پایه آنها است (تنگنی<sup>۴</sup>، بامیستر<sup>۵</sup> و بون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). درمانگر در طی فرآیند جلسه درمان، لحظه به لحظه باید به خود و مراجع هشیار باشد. لذا انتظار می‌رود همسو با شواهد ذکر شده، خودمهارگری بتواند او را در مدیریت این فرآیند یاری کند.

به طور کلی، روان‌درمانی به عنوان تعاملی جاری و پویا بین دو نفر است که در بستر آن هریک از این دو نفر، دیگری را ادراک و پاسخی را ارائه می‌دهد؛ این پاسخ‌ها برگرفته از بازنمایی‌های درونی ارتباط‌های پیشین و ساختار شخصیت است (سافران و موران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). در واقع طی حرکت موزون و هماهنگ ارتباطی که بین درمانگر و مراجع

- 
1. Integrative Self - Knowledge
  2. Gharamaleki
  3. Cunningham
  4. Tangney
  5. Baumeister
  6. Boone
  7. Safran & Muran

برقرار می‌شود، بستری فراهم می‌گردد تا تکنیک‌های درمانی مجال اثربخشی یابند. همانگونه که پیش از این اشاره شد، روان‌درمانی سودمند و مؤثر تنها در شرایطی امکان پذیر است که مدیریت هشیارانه تمامی جزئیاتی که در ارتباط درمانی تبلور می‌یابد در کنترل درمانگر باشد. مطالعه حاضر نیز با اتکاء به اهمیت متغیرهای یاد شده در خودآگاهی و مدیریت هشیار، در پی بررسی رابطه خودمهارگری و چگونگی پدیده انتقال متقابل و آثار تعدیل‌کننده فرایندهای خودشناسی انسجامی است. بنابراین پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این سوال بود که آیا انتقال متقابل با فرآیندهای خود نظم بخشی در روان‌درمانگران ایرانی رابطه دارد؟

#### مطالعات پیشین

محققان، میزان اتحاد درمانی<sup>۱</sup>، نوع مداخلات و انتقال متقابل درمانگر را از عوامل پیش‌بین در حصول درمان اثربخش می‌دانند (اون، هیلسنروث و رودولفا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ ایمل، هوبارد، روتر و سیمون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ بتان و وستن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). در پیشینه پژوهشی، مفهوم انتقال متقابل به عنوان بخشی از همه روابط درمانی فارغ از رویکرد نظری، مورد توجه واقع شده است (گلسو و کارتر، ۱۹۹۴). نتایج تحقیقات گلسو و هایز (۲۰۰۷) نشان می‌دهد، انتقال متقابل ممکن است در قالب پاسخ‌های رفتاری اجتناب و یا روی آوری نمایان گردد. روزنبرگر<sup>۵</sup> و هایز (۲۰۰۷) دریافتند که رایج‌ترین منابع عمومی این پدیده، نیازهای درمانگر، مشکلات خانوادگی، تجارب شخصی و مسائل خاص فرایند درمان (برای مثال ختم درمان) است. انتقال متقابل عامل مهمی در فهم رابطه میان درمانگر و مراجع است. نتایج پژوهش داویس<sup>۶</sup> و هایز (۲۰۱۱) در این زمینه نشان می‌دهد انتقال متقابل مدیریت نشده به روش‌های مختلفی مانع از اجرای سودمند درمان می‌شود.

تایسون<sup>۷</sup> (۱۹۸۶) مقاومت در برابر تحلیل خود را عامل ایجاد انتقال متقابل معرفی کرد و پژوهش هایز (۲۰۰۲) آگاهی و وضوح موضوعات شخصی درمانگر را برای رابطه

- 
1. Therapeutic alliance
  2. Owen, Hilsenroth, & Rodolfa
  3. Imel, Hubbard, Rutter, & Simon
  4. Betan & Westen
  5. Rosenberger
  6. Davis
  7. Tyson

درمانی با مراجع و کاهش انتقال متقابل ضروری یافت. همچنین وینستون و گرویس<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) به رابطه معکوس بین خود آگاهی به ویژه بیش نسبت به خود و یکپارچگی خود با انتقال متقابل دست یافتند.

یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بهوشیاری به تنظیم موثر هیجانات کمک می‌کند (داویس و هایز، ۲۰۱۱؛ فربز و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ سیگل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). با ملاحظه مدیریت انتقال متقابل، محتمل است بهوشیاری، انعطاف پذیری شناختی را در درمانگران تقویت کند و به آنان در کاهش واکنش‌های تکانشی و در نتیجه پاسخ آزادانه‌تر و هشیارتر به مراجعان کمک کند (گلسو و هایز، ۲۰۰۷). پژوهش براون و رایان (۲۰۰۳) نیز نشان داد که بهوشیاری با انگیزش خود پیروی بیشتر، عاطفه مثبت بیشتر و بهزیستی بهتر همبسته‌اند.

بررسی‌های زیادی بر ارتباط خودمهارگری با موفقیت حرفه‌ای، کاهش رفتار مجرمانه، و مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه و آسیب روانی صحه گذاشته‌اند (دوال، فرینکل و دنسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات صورت گرفته، از جمله پژوهش لی تم<sup>۵</sup> و پرل<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) نیز شواهدی را فراهم آورده‌اند که نشان می‌دهد خودمهارگری با پرخاشگری کمتر و به کارگیری مهارت اجتماعی بیشتر در محیط کار همراه است.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه روان درمانگران شهر تهران در سال ۹۵ بودند. معیارهای ورود به این پژوهش برای آزمودنی‌ها شامل روان‌درمانگر با ملیت ایرانی در هر دو جنس در سنین ۲۸ تا ۵۰ سال، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر و دارای حداقل یک سال سابقه کار درمانی و معیارهای خروج از این پژوهش شامل سابقه اقامت بیش از پنج سال در خارج از ایران، مدرک تحصیلی نامرتب و پایین‌تر از کارشناسی ارشد، دارای سابقه کار درمانی زیر یک سال بود. بر اساس دارا بودن معیارهای ورود، ۱۸۰ درمانگر به روش نمونه‌گیری در

- 
1. Winstone & Gervis
  2. Ferbz
  3. Siegel
  4. DeWall, Finkel, & Denson
  5. Lei them
  6. Perl

دسترس انتخاب شدند (۱۰۱ زن و ۷۹ مرد). میانگین سنی روان‌درمانگران زن ۳۳/۵۷ با انحراف معیار ۶/۴۱ و میانگین سنی روان‌درمانگران مرد ۳۶/۱۸ با انحراف معیار ۶/۹۵ بود. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. ابزارهای پژوهش: در پژوهش حاضر به منظور ارزیابی و سنجش متغیرهای پژوهش مقیاس‌های زیر به کار بسته شد:

مقیاس انتقال متقابل<sup>۱</sup> (درو وستن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵): این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی انتقال متقابل ادراک شده در طی جلسات روان‌درمانی توسعه یافته است. این پرسش‌نامه هشت عامل را در بر می‌گیرد: بدرفتاری خصمانه<sup>۳</sup>، احساس بی‌کفایتی و درماندگی<sup>۴</sup>، رضایت و احساس مثبت<sup>۵</sup>، حفاظت والدینی<sup>۶</sup>، فرو رفتن در فکر و آشفتگی<sup>۷</sup>، درگیر شدن بیش از حد<sup>۸</sup>، احساسات جنسی<sup>۹</sup>، درگیر نشدن<sup>۱۰</sup>. همه این عوامل در مطالعه حاضر استفاده شده‌اند. آیت‌های این پرسش‌نامه نشانگر شیوه‌هایی است که درمانگران به مراجعانشان واکنش نشان می‌دهند یا احساسی که نسبت به آن‌ها دارند. مطالعات پیشین نشان داده است که این پرسش‌نامه دارای روایی و اعتبار رضایت‌بخشی است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه برای انجام این پژوهش، طی فرایند استاندارد ترجمه و ترجمه‌برگردان تهیه شد. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای، به ۷۹ گویه این پرسش‌نامه پاسخ دادند. در مطالعه حاضر ضریب اعتبار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد.

مقیاس بهوشیاری<sup>۱۱</sup>: این مقیاس توسط براون و رایان (۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش بهوشیاری به کار می‌رود. این مقیاس شامل ۱۲ ماده در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تقریباً هرگز و ۵ تقریباً همیشه) است. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که با اجرا بر روی هفت نمونه آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده

1. Countertransference Questionnaire
2. Drew Westen
3. Hostile/Mistreated
4. Helpless/Inadequate
5. Positive/Satisfying
6. Parental/Protective
7. Overwhelmed/Disorganized
8. Special/Overinvolved
9. Sexualized
10. Disengaged
11. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)



است (براون و رایان، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است، به طوری که همبستگی بسیار بالایی را با تعدادی از متغیرهای سلامت روانی نشان داده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). نمرات بالا در این مقیاس با آشفتگی پایین و نشانه‌های استرس اندک مرتبط بود (کارلسون و براون، ۲۰۰۵). همچنین با ارضای نیازهای بنیادین ارتباط مثبت و با افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده<sup>۱</sup> (قاسمی‌پور، ۱۳۸۵) رابطه‌ی منفی نشان داده است. اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس خودشناسی انسجامی<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط قربانی، واتسون و هارگیس<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) ساخته شده است، دارای ۱۲ ماده می باشد که تلاش فرد برای انسجام تجارب فردی مربوط به گذشته، حال و آینده مطلوب در یک کل منسجم را منعکس می‌سازد و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ عمدتاً نادرست، ۵ عمدتاً درست) پاسخ داده می‌شود. در نمره‌گذاری این مقیاس تعدادی موارد معکوس وجود دارد. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی سه نمونه ایرانی و سه نمونه آمریکایی، آلفای کرونباخ مقیاس را به ترتیب در نمونه اول ایرانی ۰/۸۲، نمونه دوم ایرانی ۰/۸۱، نمونه سوم ایرانی ۰/۸۱ و به ترتیب در نمونه اول آمریکایی ۰/۷۸، نمونه دوم آمریکایی ۰/۷۸ و نمونه سوم آمریکایی ۰/۷۴ گزارش دادند. طی چندین مطالعه دیگر روایی و اعتبار این مقیاس به تایید رسیده است (میانگین ضریب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور ۰/۸۰ بوده است). همبستگی بازآزمایی مقیاس در دو فرهنگ ایران و آمریکا بالا بوده است و با سازه‌های مرتبط، همبستگی قابل پیش بینی را نشان داده است. نمره ی بالا در این مقیاس با ارزیابی ویژگی‌های رفتاری وابسته به خودشناسی در دگرسنجی‌ها در هر دو فرهنگ همراه بوده است. خودشناسی در پیش بینی سلامت روانی در قیاس با ۵ عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی است و فراتر از این عامل‌های شخصیتی، توان تبیین سلامت روانی را دارند (قربانی و واتسون، ۲۰۰۶). در مطالعه حاضر ضریب اعتبار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۳ است.

- 
1. Perceived Stress
  2. Integrative Self-Knowledge Scale (ISK)
  3. Hargis

فرم کوتاه مقیاس خودمهارگری<sup>۱</sup> (تانگنی، بامیستر، بون، ۲۰۰۴): فرم بلند این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که توانایی فرد برای به تعویق انداختن پاداش‌های فوری برای دستیابی به اهداف بلندمدت را نشان می‌دهد. ماده‌ها به منظور سنجش گرایش خودمهارگری ساخته شده و بیانگر آن هستند که حالت‌های فرد معمولاً چگونه است و فرد باید این حالت‌ها را در طیفی پنج درجه‌ای، که ۵ نشان‌دهنده بسیار زیاد و ۱ نشان‌دهنده اصلاً است، علامت بزند. فرم کوتاه این مقیاس شامل ۱۳ ماده است. در مطالعه حاضر ضریب اعتبار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی در متغیرهای انتقال متقابل، بهوشیاری، خودشناسی انسجامی و

#### خودمهارگری

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
انتقال متقابل	۱۸۰	۱۸۰/۴۵	۴۵/۴۰
بهوشیاری	۱۸۰	۵۶/۴	۱۴/۲۶
خودشناسی انسجامی	۱۸۰	۴۴/۴۷	۸/۱۵
خودمهارگری	۱۸۰	۴۳/۸۲	۷/۱

به منظور بررسی روابط متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

<sup>63</sup>Brief Self-Control Scale

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیرها	انتقال متقابل	بهبوشیاری	خودشناسی انسجامی	خودمهارگری
انتقال متقابل	۱			
بهبوشیاری	-۰/۰۶	۱		
خودشناسی انسجامی	-۰/۶۳*	۰/۱۴	۱	
خودمهارگری	-۰/۴۳*	۰/۳۳*	۰/۵۶*	۱

\* $P \leq 0/01$ 

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین خودشناسی انسجامی و خودمهارگری با انتقال متقابل رابطه منفی و معنادار ( $P \leq 0/01$ ) وجود دارد. اما بین بهبودیاری با انتقال متقابل رابطه معنی داری وجود ندارد. نتایج این ماتریس همبستگی نشان‌دهنده تایید رابطه معکوس بین خودشناسی انسجامی و خودمهارگری با انتقال متقابل است.

به منظور بررسی پیش بینی انتقال متقابل از طریق خود مهارگری و خودشناسی انسجامی از طرح تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج به دست آمده بدین شرح است:

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون متغیرهای پژوهش

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	تغییرات R <sup>2</sup>	مقدار F	P
۱	۰/۴۳	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۱۹	۴۰/۱۷	۰/۰۰۱
۲	۰/۶۴	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۲۲	۶۴/۹۸	۰/۰۰۱

متغیر ملاک: انتقال متقابل

مدل ۱: متغیر پیش‌بین: خودمهارگری

مدل ۲: متغیرهای پیش‌بین: خودمهارگری، خودشناسی انسجامی

در مدل اول، نمره حاصل از مقیاس انتقال متقابل به عنوان متغیر ملاک و نمره حاصل از خودمهارگری به عنوان متغیر پیش بین وارد تحلیل شدند. در مدل دوم علاوه بر خودمهارگری، خودشناسی انسجامی نیز به تحلیل اضافه شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که در مدل دوم با اضافه شدن خودشناسی انسجامی، درصد تبیین واریانس از ۰/۱۸ به ۰/۴۰ افزایش یافت. برای درک اینکه این تغییر که خود را به صورت تعدیل‌گری نشان می‌دهد یا واسطه‌گری، بایستی مقادیر جدول ۴ را مورد بررسی قرار داد.

جدول ۴. جدول ضرایب (شاخص‌ها) رگرسیون

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	SE	Beta	T	P
انتقال متقابل	خودمهارگری	-۰/۱۲	۰/۰۷	-۰/۱۱	-۱/۶۲	۰/۱
	خودشناسی انسجامی	-۰/۴۸	۰/۰۶	-۰/۵۷	-۸/۰۱	۰/۰۰۱
خودمهارگری	خودمهارگری	-۰/۴۵	۰/۰۷	۰/۴۳	-۶/۳۴	۰/۰۰۱

بر اساس مقایسه مقادیر p با ورود متغیر خودشناسی انسجامی به متغیرهای پیش بین، تاثیر خودمهارگری خنثی شده و تنها p برای خودشناسی انسجامی معنادار می‌گردد. به عبارتی دیگر، تاثیری که خودمهارگری در ارتباط فرایندهای خود نظم بخشی با انتقال متقابل دارد، توسط خودشناسی انسجامی تعیین می‌گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین فرآیندهای خودنظم بخشی شامل متغیرهای بهوشیاری، خودمهارگری و خودشناسی انسجامی درمانگر با انتقال متقابل بود. بر اساس نتایج به دست آمده، رابطه بین بهوشیاری و انتقال متقابل معنادار نبود. این یافته با پژوهش‌های پیشین در این زمینه همخوان نیست. یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بهوشیاری به تنظیم موثر هیجانات کمک می‌کند (داویس و هایز، ۲۰۱۱؛ سیگل، ۲۰۰۷). با ملاحظه مدیریت انتقال متقابل، محتمل است بهوشیاری، انعطاف‌پذیری شناختی را در درمانگران تقویت کند و به آنان در کاهش واکنش‌های تکانشی و در نتیجه پاسخ آزادانه‌تر و هشیارتر به مراجعان کمک کند (گلسو و هایز، ۲۰۰۷).

تبیین این یافته پژوهشی ممکن است به این موضوع برگردد که نمره پایین افراد در مقیاس خود گزارشی بهوشیاری، به میزان آگاهی آن‌ها از بی‌توجهی‌شان مربوط است و یا اینکه بالعکس، افرادی که کمتر بهوشیارند ممکن است که این را تشخیص ندهند و ممکن است خودشان را در این مقیاس‌ها بهتر از آنچه که هستند گزارش کنند. این موضوع یکی از محدودیت یافته‌های خود گزارشی است. ضمن این که، به دلیل محدود بودن یافته‌های پژوهشی در این زمینه، با وجود این که منافع جسمانی و روانی بهوشیاری به طور گسترده توسط پژوهش‌ها حمایت شده است، اثر میزان بهوشیاری روان درمانگران بر روان‌درمانی هم‌چنان واضح نیست (نورکراس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

علاوه بر این، نتایج حاصل از ماتریس همبستگی در این پژوهش نشان داد که خودشناسی انسجامی و انتقال متقابل رابطه منفی و معناداری دارند. در بررسی‌های صورت گرفته در پیشینه پژوهشی، پژوهش کاملاً مرتبط به منظور مقایسه نتایج به دست نیامد. اما یافته فوق را می‌توان با پژوهش‌های تایسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) که مقاومت در برابر تحلیل خود را عامل ایجاد انتقال متقابل معرفی کرده است، پژوهش‌هایز (۲۰۰۲) که آگاهی و وضوح موضوعات شخصی درمانگر را برای رابطه درمانی با مراجع و کاهش انتقال متقابل ضروری یافته است و همچنین پژوهش وینستون و گرویس<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) که به رابطه معکوس بین خودآگاهی، به ویژه بینش نسبت به خود و یکپارچگی خود با انتقال متقابل دست یافتند، همخوان دانست. در حوزه روان‌شناسی، روان‌کاوی از نخستین جریان‌هایی بود که بر اهمیت بینش و فهم تعارضات ناهشیار در فرآیند درمان تاکید کرد و به نوعی آغازگر توجه به خودشناسی در روان‌درمانی بود؛ در واقع خودشناسی، فرایند عالی پردازش است که به انسجام پردازش‌های هشیار و ناهشیار می‌پردازد. خودشناسی انسجامی، به عنوان یکی از متغیرهای تاثیرگذار در فرآیند خودنظم بخشی است. ارگانسیم در موقعیت مواجهه با استرس، نیازمند واکنش و سپس بازگشت به تعادل است. خودشناسی با کمک به ارزیابی سریع تعادل، از پیامدهای مخرب پیشگیری می‌کند. این مسأله تأیید می‌کند که خودشناسی انسجامی به عنوان سازه‌ای که فرایندهای خودشناختی را عملیاتی می‌کند، از طریق فراهم کردن آگاهی منسجم نسبت به استانداردها و ارزش‌های شخصی، بخشی از فرایند خود

1. Norcross

2. Tyson

3. Winstone & Gervis

نظم بخشی را شکل می‌دهد، و در نتیجه امکان تعدیل انتقال متقابل را در درمانگران فراهم می‌سازد.

یافته‌های این پژوهش در زمینه سومین متغیر موثر در فرآیند خودنظم بخشی نشان داد که رابطه منفی و معناداری میان خودمهارگری و انتقال متقابل وجود دارد. این یافته با مطالعات زیادی که بر ارتباط خودمهارگری با موفقیت حرفه‌ای و مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه و آسیب روانی صحنه گذاشته‌اند، همخوان است (دوال، فرینکل و دنسون، ۲۰۱۱). این موضوع نشان می‌دهد درمانگرانی که توانایی تغییر پاسخ‌های درونی و قطع گرایش‌های رفتاری نامطلوب و خودسرانه شان را دارند و بر پایه تکانه‌های لحظه‌ای عمل نمی‌کنند، انتقال متقابل کمتری را در رابطه درمانی تجربه می‌کنند. به عبارتی هرچه خودمهارگری درمانگر بیشتر باشد، انتقال متقابل کمتر خواهد بود و بالعکس.

طبق یافته‌های این پژوهش، خودمهارگری و خودشناسی انسجامی، هر دو در کاهش (تعدیل) انتقال متقابل درمانگران موثرند. اما این اثر هنگامی که خودشناسی انسجامی به همراه خودمهارگری وارد تحلیل شد، افزایش یافت و این موضوع نشانگر همبستگی بالای این دو متغیر پیش بین و سهم بیشتر خودشناسی انسجامی است. به عبارت دیگر، یافته‌های تحلیل رگرسیون گویای آن است که تاثیر فرایندهای خودنظم بخشی در تعدیل انتقال متقابل به واسطه خودشناسی انسجامی افزایش می‌یابد.

در تبیین این نقش تعدیل کنندگی می‌توان گفت، دو مؤلفه‌ی سازنده خودشناسی انسجامی تجربه و تأمل است. تأمل در تجارب گذشته، تجربه کردن مجدد آنها در زمان حال و ادغام آنها در دل یکدیگر. خودشناسی این فرصت را به درمانگر می‌دهد تا با آگاهی از مسائل حل نشده گذشته‌اش و تجربه مجدد آنها در زمان حال از به عمل در آوردن تکانه‌های آنها در جلسه درمان خودداری کند. از این منظر همان طور که پیش از این اشاره شد، خودشناسی یک پردازش مستقل و عالی‌تر از هشیار و ناهشیار است. در این زمینه، قربانی، واتسون، فرهادی و چن (۲۰۱۴) نشان دادند، خودمهارگری در زمان وجود میانجی‌گری اضطراب، قادر به خودنظم بخشی نیست. به همین علت می‌توان گفت با وجود نقش موثر خودمهارگری در ارتباط با انتقال متقابل، به هنگام وجود استرس، خودشناسی انسجامی تنها متغیر فرایندهای خودنظم بخشی است که نقش واسطه‌ای مورد انتظار خود را

ایفا می‌کند. البته نباید این مسئله را هم از نظر دور داشت که پژوهش‌های مرتبط با این موضوع بسیار محدود بوده و ضرورت انجام پژوهش‌های بعدی در این زمینه وجود دارد. بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان گفت در مجموع فرآیندهای خودمهارگری و خودشناسی انسجامی نقش قابل توجهی در انتقال متقابل ایفا می‌کنند. همچنین همان طور که پیش از این گفته شد، با توجه به سهم انتقال متقابل در پیش بینی اثربخشی درمان، شناخت بیشتر عوامل مؤثر بر انتقال متقابل و بکارگیری این شناخت در تدوین برنامه‌های آموزشی و پژوهشی روان درمانگران می‌تواند نتایج مطلوبی به همراه داشته باشد.

### منابع

- Merry A Armstrong, Pieranunzi Vincent. (2000). Interpretive approaches to teaching and learning in the psychiatric and mental health practicum. *Journal of Nursing Education*, 39, 274-277.
- Betan, Ephi., Westen, Drew. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In Raymond A Levy & Stuart J. Ablon (Eds.). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap Between, Science and Practice Journal of personality and social psychology*. (Vol.1. pp: 179-200). New York: Springer.
- Brown, Kirk. Warren., & Ryan, Richard. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Brown, Kirk. Warren., & Ryan, Richard. M (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Cain, N.R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 24(1), 22-28.
- Davis, Daphne. M., & Hayes, Jeffrey. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- DeWall, C. Nathan., Finkel, Eli. J., & Denson, Thomas. F. (2011). Self-control inhibits aggression. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(7), 458-472.
- Gelso, Charles. J., & Carter, Jean. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gelso, Charles. J., & Carter, Jean. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Germer, Christopher. K. (2005). *Mindfulness: What is it? What does it matter?* In Christopher. K. Germer, R. D. Siegel, P. R. Fulton (Eds.). *Mindfulness and psychotherapy*. (pp. 3–27). New York: Guilford Press.
- Ghorbani, Nima., Gharamaleki, Ahad .Faramarz., & Watson, P. J. (2005). Philosophy, Self - knowledge and personality in Iranian Teachers and Students of Philosophy. *Journal of psychology*, 139(1), 81-95.
- Ghorbani, Nima, Cunningham, Cristopher. L., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 147-154.
- Ghorbani, Nima., Watson, P. J., & Hargis, Michael. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.
- Hayes, Adele. M., & Feldman, Greg. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255–262.
- Imel, Zac. E., Hubbard, Rebecca. A., Rutter, Carolyn. M., & Simon, Gregory. (2013). Patient-rated alliance as a measure of therapist performance in two clinical settings. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 154.
- Iran-Nejad, Asghar, & Chissom, Brand. S. (1992). Contributions of active and dynamic self-regulation to learning. *Innovative Higher Education*, 17, 125–136.
- Iran-Nejad, Asghar, & Gregg, Madeleine. (2001). The brain–mind cycle of reflection. *Teachers College Record*, 103, 868–895.
- Iran-Nejad, Asghar, & Gregg, Madeleine. (2011). The nonsegmental context of segmental understanding: Abiofunctional systems perspective. *American Journal of Educational Studies*, 4, 41–60.
- Latham, Lary. L., & Perlow, Richard. (1996). The relationship of client-directed aggressive and nonclient-directed aggressive work behavior with self-control. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1027–1041.
- Norcross, John. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Rosenberger, Eric. W., & Hayes, Jeffrey. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 221-232.
- Safran, Jeremy. D., & Muran, J. Christopher. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Siegel, Daniel. J. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 259-263.
- Skowron, Elizabeth. A., & Dendy, Anna. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 337-357.



- Tangney, June. P., Baumeister, Roy. F., & Boone, Angie. Luzzio. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271-324.
- Tanner, Christine. A. (2004). The meaning of curriculum: Content to be covered or stories to be heard? *Journal of Nursing Education*, 43, 3-4.
- Tyson, R.L. (1986). Countertransference Evolution in Theory and Practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 177-197.
- Winstone, William & Gervis, Misia. (2006). Countertransference and the Self-Aware Sport Psychologist: Attitudes and Patterns of Professional Practice. *The Sport Psychologist*, 20(4), 495-511.
- Williams, Elizabeth. Nutt. (2003). The Relationship Between Momentary States of Therapist Self-Awareness and Perceptions of the Counseling Process. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(3), 177-186.