

پدیدارشناسی تجربه درمانگران روان پویشی از تعارضات میان مرزهای عاطفی و نیاز به همدلی در کار با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی

مریم عبداللهی^{*۱}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری به بررسی تجربه‌ی زیسته‌ی درمانگران روان پویشی در مواجهه با تعارض میان مرزهای هیجانی و نیاز به همدلی در کار با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی پرداخته است. در دهه های اخیر، توجه فزاینده‌ای به روان پویایی رابطه‌ی درمانی با بیماران خودشیفته جلب شده است، زیرا در این تعامل، درمانگر ناگزیر با چالش های پرتنش در پیوند میان همدلی، کنترل هیجان و حفظ ساختار حرفه‌ای روبه‌رو می‌شود. هدف این پژوهش، فهم عمیق تجربه‌ی درونی درمانگران در بستر فرهنگی ایران و آشکارسازی معناهایی است که آنان از مواجهه با چنین بیماران می‌سازند. روش پژوهش از نوع کیفی و مبتنی بر پدیدارشناسی تفسیری بود. نمونه‌گیری به شیوه‌ی هدفمند از میان درمانگران روان پویشی شهر تهران صورت گرفت که بیش از پنج سال سابقه‌ی کار با بیماران خودشیفته داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته‌ی عمیق گردآوری و با رهیافت تحلیل پدیدارشناختی تفسیری در چند مرحله‌ی تکراری شامل خوانش، استخراج مضمون، خوشه‌بندی معنایی و تفسیر وجودی تحلیل شدند. یافته‌ها چهار مضمون کلیدی را آشکار ساخت: نخست، تجربه‌ی مرزهای هیجانی و درگیری‌های درونی درمانگر؛ دوم، پیچیدگی و درجات متغیر همدلی در پردازش هیجانی؛ سوم، توازن میان قدرت و آسیب‌پذیری در رابطه؛ و چهارم، راهبردهای تنظیم هیجان و معنا سازی. تحلیل مضامین نشان داد که تعارض مرز و همدلی نه صرفاً یک مانع درمانی بلکه زمینه‌ای برای رشد درونی و بازتاب وجودی درمانگر است. درمانگران ایرانی مفهوم همدلی را در پیوند با ارزش‌های فرهنگی نظیر حرمت و خویش‌داری معنا می‌کنند و این امر به شکل‌گیری نوعی همدلی بازتابی و اخلاقی منجر می‌شود. در نتیجه، تجربه‌ی درمانگر در کار با بیماران خودشیفته نمایانگر فرایندی انسانی و چندلایه است که از دل تعارض عاطفی، فرصتی برای رشد شخصی و حرفه‌ای می‌آفریند. این پژوهش تأکید می‌کند که در آموزش روان‌درمانگران، توسعه‌ی ظرفیت خودتنظیمی هیجانی و تأمل آگاهانه باید در کنار مهارت‌های فنی مدنظر قرار گیرد تا رابطه‌ی درمانی بتواند هم‌زمان مرز و همدلی را در تعادل نگه دارد.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی روان پویشی، خودشیفتگی، همدلی، مرزهای هیجانی، پدیدارشناسی تفسیری

موضوع تعارض میان مرزهای عاطفی و نیاز به همدلی در فرایند روان درمانی از جمله چالش های بنیادین حرفه ای درمانگری به شمار می رود (عبدیوسفخانی و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان روان پویشی، که بر کاوش ناخودآگاه، بازشناسی انتقال و رشد ظرفیت درونی بیماران تمرکز دارد، درمانگر همواره در نقطه ای تعادل میان دو نیروی متضاد قرار می گیرد: از یک سو ضرورت حفظ فاصله ای حرفه ای و مرزهای عاطفی برای صیانت از سلامت روانی خود و حفظ ساختار درمان، و از سوی دیگر نیاز به همدلی عمیق برای برقراری پیوندی انسانی با بیمار و ایجاد زمینه ی درک و اصلاح روابط درونی او (طاهری و همکاران، ۲۰۲۴). این دو ضرورت در جریان درمان بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی به ویژه در ایران و در فضای درمانی تهران، به شکل برجسته تری با یکدیگر در تعارض قرار می گیرند. بیماران خودشیفته با ساختار روانی خاص خود، همزمان درمانگر را دعوت به نزدیکی می کنند و با الگوهای دفاعی، او را پس می رانند؛ چنین رفت و آمدی در سطوح عاطفی و شناختی، درمانگر را در موقعیتی قرار می دهد که هر لحظه باید میان همدلی و محافظت از خود مرزی تازه بسازد.

در فرهنگ ایرانی که روابط انسانی در آن بر پایه احترام، آبرو، و نوعی فاصله نمادین میان افراد شکل می گیرد، خودشیفتگی چهره ای متمایز می یابد (صدیدی و همکاران، ۲۰۲۴). بسیاری از بیماران خودشیفته در ایران ممکن است احساس ارزشمندی شان را از نقش های اجتماعی، جایگاه خانوادگی یا موفقیت های بیرونی استخراج کنند، و در نتیجه، حساسیت شدیدی نسبت به بازخورد درمانگر نشان دهند. هنگامی که درمانگر در چنین فرهنگی تلاش می کند تا همدلانه با بیمار ارتباط برقرار کند، ممکن است این همدلی از سوی بیمار با ضعف یا وابستگی تعبیر شود و واکنش های تدافعی شدیدی را برانگیزد. از این رو، حفظ مرزهای عاطفی نه تنها یک ضرورت بالینی بلکه یک نیاز فرهنگی برای درمانگر ایرانی است (شکاری و همکاران، ۲۰۲۳). اما همزمان، انکار یا محدودسازی همدلی منجر به کاهش عمق روان پویشی درمان می شود و رابطه را به سطح تعامل های منطقی و خشک فرو می کاهد. این دو قطب متعارض، یعنی مرز عاطفی و همدلی، در قلب تجربه زیسته ی درمانگر قرار دارند و ماهیت رابطه درمانی را تعیین می کنند (حقانی زمینانی و همکاران، ۲۰۲۴).

اهمیت بررسی این تجربه در آن است که اغلب پژوهش های موجود بر رفتار یا حالات بیماران خودشیفته تمرکز داشته اند و تجربه زیسته درمانگران را نادیده گرفته اند. درمانگران روان پویشی در مواجهه با این بیماران، نه تنها در سطح شناختی بلکه در سطح عاطفی، وجودی و اخلاقی درگیر می شوند. احساس فرسودگی، ناتوانی در حفظ شفقت، یا ترس از دست دادن کنترل عاطفی، بخشی از آن چیزی است که درمانگران از آن با عنوان «خستگی همدلی» یاد می کنند. این وضعیت، اگرچه در ظاهر امری شخصی جلوه می کند، درواقع بیانگر ساختار پیچیده ی رابطه ی درمانی است که ترکیبی از قدرت، وابستگی، و جابه جایی ناخودآگاه میان درمانگر و بیمار را در خود دارد. از دیدگاه روان پویشی، خودشیفتگی نه فقط نشانه ای از خودبزرگ بینی بلکه بازتابی از آسیب های اولیه در شکل گیری رابطه ی شیء است، و بنابراین هر تلاش درمانگر برای همدلی در چنین بستری، بازگشایی زخم های عمیق تاریخ هیجانی بیمار است؛ زخم هایی که گاه درمانگر را به صورت ناخواسته درون خود می کشد.

عبدیت و شدت این چالش در محیط درمانی تهران که ترکیبی از ارزش های سنتی و مدرن را در خود جای داده، جنبه فرهنگی ویژه ای پیدا می کند. درمانگر ایرانی در مقام متخصص، از او انتظار می رود هم شأن حرفه ای خود را حفظ کند و هم گرمی انسانی نشان دهد؛ اما هنگامی که بیمار خودشیفته با الگوی تحقیر یا کنترل وارد رابطه می شود، درمانگر مجبور می شود به طور مکرر میان نقش «همدل» و «مرزدار» جابه جا شود. این وضعیت نه تنها موجب فشار روانی بلکه شکل دهنده ی

لحظات رشد درونی درمانگر نیز هست. بسیاری از درمانگران، پس از سال ها کار با چنین بیماران، از نوعی «تحول وجودی» سخن می گویند؛ یعنی بازبینی در معنای همدلی، بازتعریف از خود حرفه ای و درک تازه ای از مفهوم مرز عاطفی. همین تجربه های زیسته است که پدیدارشناسی می تواند آن ها را آشکار سازد - نه آنچه باید باشد، بلکه آنچه واقعاً در جهان تجربه ی درمانگر روی می دهد.

پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری (Interpretative Phenomenological Analysis) در پی آن است که ماهیت این تجربه ها را در بستر فرهنگی و درمانی ایران تبیین کند. هدف، فهم معناهای ضمنی تجربه است، نه آزمون فرضیه یا سنجش آماری. در این رویکرد، پژوهشگر با گوش سپردن به روایت درمانگران، کوشش می کند آنچه آنان در سطوح حسی، عاطفی و شناختی از تعارض میان مرز و همدلی تجربه کرده اند، به زبان آگاهانه و توصیفی درآورد. درمانگر روان پویشی در فرآیند کار با بیماران خودشیفته، همزمان درگیر سازوکارهای انتقال (transference) و انتقال متقابل (countertransference) می شود، و مرزهای میان «خود درمانگر» و «خود بیمار» بارها دچار ابهام می گردد. در چنین موقعیتی، همدلی تنها یک ابزار فنی نیست، بلکه پدیده ای وجودی است که درمانگر را به تماس مستقیم با جنبه های ناخودآگاه خود فرا می خواند. این تماس گاه رشد شخصی و گاه فرسودگی عاطفی به همراه دارد، و کیفیت این نوسان است که در تجربه ی هر درمانگر معنای خاصی پیدا می کند.

ضرورت انجام این مطالعه، از خلأ موجود در مطالعات ایرانی درباره تجربه درونی درمانگران سرچشمه می گیرد. اگرچه روان درمانی روان پویشی در ایران طی سال های اخیر رشد چشمگیری یافته و در کلینیک های بزرگ تهران مورد استفاده قرار می گیرد، هنوز پژوهش هایی که به صورت پدیدارشناختی به توصیف تجربه ی انسانی درمانگر بپردازند، بسیار محدودند. اغلب پژوهش ها درگیر سنجش اثربخشی درمان یا تحلیل خود بیماران بوده اند و کمتر به نحوه تجربه درمانگر در مواجهه با تضادهای هیجانی پرداخته اند. در نتیجه، پژوهش حاضر می تواند پاسخی به این خلأ باشد و فهمی انسانی تر از رابطه درمانی در فرهنگ ایران ارائه دهد. افزون بر این، نتایج چنین مطالعه ای می تواند به آموزش درمانگران در دوره های روان درمانی کمک کند تا همدلی را به صورت مسئولانه و بدون لطمه به مرزهای شخصی در کار بالینی به کار برند. در مجموع، این تحقیق سعی دارد با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی، به توصیف و تفسیر تجربه ی درمانگران روان پویشی در تهران بپردازد؛ تجربه ای که در آن، مرزهای عاطفی و نیاز به همدلی پیوسته در حال بازتعریف اند. امید آن است که این مطالعه بتواند ضمن آشکار کردن ابعاد پنهان رابطه ی درمانی، سهمی در توسعه ی بینش حرفه ای درمانگران ایرانی، ارتقای سلامت عاطفی آنان، و گسترش ادبیات روان درمانی در بستر فرهنگی کشور داشته باشد.

۲. مرور پیشینه پژوهش

پژوهش های روان پویشی در دهه های اخیر نشان داده اند که درمان بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی یکی از پیچیده ترین حوزه های بالین روان درمانی محسوب می شود؛ حوزه ای که در آن مرز میان همدلی درمانگر و حفظ استقلال هیجانی او همواره در معرض لغزش قرار دارد. نظریه پردازانی چون کریسپ و گابارد (Crisp Gabbard, ۲۰۲۰) اصول درمان روان پویشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته را بر پایه ی تعامل میان تعارضات درونی درمانگر و ظرفیت او برای حفظ همدلی پایدار بنا کرده اند. آنان تأکید می کنند که همدلی در کار با بیماران خودشیفته باید با بازتاب پذیری و

فاصله‌ی محافظ روانی همراه باشد تا ضمن حفظ اتحاد درمانی، درمانگر از فروغلتیدن در دام تحقیرهای ضمنی بیمار یا همانندسازی‌های ناخودآگاه در امان بماند. شالک‌ویک و همکاران (Schalkwijk et al., ۲۰۲۱) نیز در پژوهش خود درصدد برآمدند مدل تحولی اختلال شخصیت خودشیفته را با نظریه‌های روان‌پویشی تلفیق کنند و نشان دادند که عدم توازن میان «خود بزرگ‌نمایی» و «خود آسیب‌پذیر» زمینه‌ساز واکنش‌های شدید در انتقال و انتقال متقابل است؛ از این‌رو، درمانگر باید ظرفیت روانی تحمل دوگانگی و نوسان هیجانی را در خود پرورش دهد.

مطالعات بالینی اخیر نظیر پژوهش رانینگستام و واینبرگ (Ronningstam Weinberg, ۲۰۲۳) تأکید دارند که تغییر در درمان بیماران خودشیفته فرایندی بلندمدت و تدریجی است و بیشتر از آن‌که ناشی از تفسیرهای منطقی باشد، نتیجه‌ی مواجهه‌ی مکرر درمانگر با مقاومت‌ها و آسیب‌پذیری‌های بیمار در بستر رابطه‌ای همدلانه است. در همین راستا، دیاموند، یومانز و کیف (Diamond, Yeomans, Keefe, ۲۰۲۱) الگوی درمان متمرکز بر انتقال برای خودشیفتگی (TFP-N) را پیشنهاد داده‌اند که در آن درمانگر با بازنمایی فعال انتقال، مرزهای عاطفی را به‌صورت کاربردی حفظ می‌کند تا بیمار بتواند ویژگی‌های متناقض خود را تجربه کند بدون آن‌که درمانگر دچار فرسودگی هیجانی شود. برد و کالیگور (Bird Caligor, ۲۰۲۴) در گزارش موردی خود از درمان یک بیمار خودشیفته با الگوی TFP نشان می‌دهند که ثبات هیجانی درمانگر عامل کلیدی در گذار بیمار از فانتزی‌های قدرت به پذیرش محدودیت خود است؛ یافته‌ای که بر اهمیت کنترل هیجانات درمانگر و حفظ مرزهای شخصی تأکید دارد. در سطح خردتر، پژوهش‌های جدید به بررسی واکنش‌های هیجانی درمانگران روان‌پویشی پرداخته‌اند و رابطه‌ی آن را با نوع بیماران بررسی کرده‌اند. تانزیلی و گوآلکو (Tanzilli Gualco, ۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که درمانگران هنگام کار با نوجوانان خودشیفته واکنش‌های هیجانی متنوعی را تجربه می‌کنند، از تحسین و شفقت تا فاصله‌گیری و ناتوانی در حفظ همدلی، و این واکنش‌ها بسته به سبک خودشیفتگی بیمار متفاوت است. نیسن-لی و همکاران (Nissen-Lie, Dahl, Høglend, ۲۰۲۲) نیز نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی بیمار پیش‌بینی‌کننده‌ی تفاوت در انتقال متقابل درمانگر هستند، به‌ویژه هنگامی که درمانگر از تفسیر انتقال استفاده می‌کند. آن‌ها هشدار داده‌اند که عدم تنظیم هیجان در درمانگر می‌تواند به شکاف رابطه‌ی درمانی و شکست فرایند روان‌پویشی منجر شود.

مرور نظام‌مند استفانا و همکاران (Stefana et al., ۲۰۲۰) نیز تأیید می‌کند که میان سبک شخصیتی بیمار و واکنش‌های هیجانی درمانگر رابطه‌ی متقابل وجود دارد و درمانگر برای حفظ کیفیت اتحاد درمانی، ناگزیر است از راهبردهای خودآگاه و بینش انتقال متقابل بهره‌برد. از سوی دیگر، مطالعه‌ی کوهن و هالسی (Cohen Hulsey, ۲۰۲۲) درباره‌ی کاربرد روان‌درمانی مبتنی بر روابط موضوعی در درمان بیماران خودشیفته، نشان داد که تنظیم مناسب همدلی می‌تواند به بازسازی ساختار روابط اولیه بیمار کمک کند. هننسن و همکاران (Henissen et al., ۲۰۲۳) نیز در بررسی کیفی خود از سوپرویزن درمانگران روان‌پویشی اشاره کردند که درمانگران هنگام کار با بیماران افسرده یا خودانتقادگر، درگیر کشمکش‌های مشابهی در زمینه‌ی مرزبندی و همدلی می‌شوند که با تجربه درمان بیماران خودشیفته همپوشی دارد. یافته‌های گرین و مک‌لین (Green, MacLean, Charles, ۲۰۲۳) نیز بر تفاوت ادراک درمانگران نسبت به خودشیفتگی در زنان تأکید و نشان می‌دهد که برداشت جنسیتی می‌تواند بر نحوه واکنش هیجانی درمانگر اثرگذار باشد؛ موضوعی که اهمیت بافت فرهنگ در تجربه‌ی درمانگر را دوچندان می‌سازد.

در ادبیات فارسی نیز طی سال‌های اخیر مطالعات مهمی در زمینه‌ی ویژگی‌های خودشیفتگی و تأثیر آن بر روابط انسانی و درمانی انجام شده است. بررسی شکارچی و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که آمادگی روانی برای اعتیاد در ارتباط با ویژگی‌های

خودشیفتگی و تجارب شرم قابل تبیین است و این سازه‌ها بر کیفیت ارتباطات بین فردی و ظرفیت همدلی اثر می‌گذارند. یافته‌های جعفری و همکاران (۲۰۲۳) نیز حاکی از آن بود که روابط موضوعی ناسازگار در زوج‌های متعارض می‌تواند مشابه پویایی‌های خودشیفتگی در درمان بروز کند و توانمندی پایین خود به عنوان میانجی در تعارض‌های عاطفی ایفای نقش کند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تنظیم همدلی و مرزهای عاطفی نه تنها در درمان با بیماران خودشیفته بلکه در گستره‌ای از تعاملات انسانی اهمیت دارد و الگوی روان‌پویشی در ایران نیز می‌تواند از این نتایج سود ببرد.

مطالعات پدیدارشناختی اخیر همچون پژوهش حقانی زمیدانی و همکاران (۲۰۲۴)، که درباره‌ی شکل‌گیری هویت در دختران نوجوان انجام شد، اهمیت توصیف تجربه‌ی زیسته را در حوزه روان‌شناسی بالینی برجسته کرده‌اند. آنان با روش پدیدارشناسی نشان دادند که الگوهای درونی نوجوانان در مواجهه با افراد شاخص، چگونه رشد هیجانی و الگوبرداری عاطفی را تعیین می‌کند؛ الگویی که می‌توان آن را در مسیر رشد حرفه‌ای درمانگران نیز تعمیم داد، زیرا آنان نیز در تعامل با بیماران خودشیفته از الگوهای هیجانی خود تأثیر می‌پذیرند. مطالعه‌ی صیدی و ستار (۲۰۲۴) با بررسی رابطه خودشیفتگی و جامعه‌پسندی از طریق نقش واسطه‌ای پرخاشگری نشان داد که تعارض میان همدلی و مرز هیجانی ریشه در مکانیسم‌های دفاعی و خصومت‌های درونی دارد؛ یعنی همان سطحی که درمانگر نیز در کار بالینی با بیماران خودشیفته با آن مواجه می‌شود. در حوزه‌ی نظام خانواده، پژوهش عبدیوسفخانی، سلیمانیان و گل‌پیچ (۲۰۲۳) با رویکرد کیفی الگوهای تعامل زناشویی افراد تمایزنا یافته را بررسی کردند و به‌روشنی نشان دادند که فقدان مرزهای عاطفی، منجر به درهم‌آمیختگی هیجانات و کاهش ظرفیت همدلی می‌شود؛ مفهومی که در سطح خرد بالینی میان درمانگر و بیمار نیز مصداق دارد. همین مضمون در پژوهش باباصفیری و همکاران (۲۰۲۱) در چارچوب مداخلات سیستمی و راه‌حل محور نیز دیده شد؛ آنان دریافته‌اند که توانایی زوج‌ها در تنظیم مرزها مستقیماً بر تعارض و همدلی اثر می‌گذارد و ترکیب رویکردهای ساختاری با راه‌حل محور می‌تواند به ترمیم مرزهای عاطفی کمک کند. جعفری و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی دیگر با طراحی الگوی زوج‌درمانی بر اساس قرآن و روایات، حسادت‌زدایی را راهکاری برای کاهش رقابت‌های خودشیفته و افزایش همدلی معرفی کردند. همچنین احمدی نوده و همکاران (۲۰۲۴) در بررسی چرخه‌های پرخاشگری در میان زوجین ایرانی به تکرار عواطف کنترل‌گرانه و خودشیفته اشاره کردند که مانع شکل‌گیری همدلی واقعی می‌شود.

مجموع این پیشینه‌ها، از دیدگاه روان‌پویشی تا مطالعات کیفی فرهنگی، نشان می‌دهد که تعارض میان مرزهای عاطفی و همدلی پدیده‌ای چندسطحی است: از ساختار درونی درمانگر گرفته تا بافت فرهنگی‌ای که در آن درمان رخ می‌دهد. در درمان بیماران خودشیفته، این تعارض به شکل برجسته‌تری تجربه می‌شود زیرا خودشیفتگی سازه‌ای است که مرز را می‌زداید و در عین حال نیازمند همدلی برای ترمیم است. پژوهش‌های بین‌المللی بر اهمیت خودآگاهی درمانگر، سوپرویزن و بازتاب درونی تأکید دارند، و مطالعات ایرانی این مفهوم را در چارچوب فرهنگی روابط، شرم، و تمایز روانی بازخوانی کرده‌اند. از این رو، ضرورت مطالعه‌ی پدیدارشناختی تجربه درمانگر ایرانی در این زمینه آشکار می‌شود؛ مطالعه‌ای که می‌تواند پلی میان نظریه‌های جهانی روان‌پویشی و واقعیت زیسته‌ی درمانگران در تهران بنا کند.

۳. روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است؛ رویکردی که هدف آن درک ژرف و توصیف تجربه‌ی زیسته‌ی افراد از خلال بازتاب‌های درونی و معنای شخصی آن‌هاست. در این چارچوب، تجربه‌ی درمانگران روان‌پویشی از تعارض میان مرزهای عاطفی و نیاز به همدلی به مثابه پدیده‌ای زنده و چندوجهی مورد کاوش قرار می‌گیرد. طرح پژوهش از نوع کیفی و اکتشافی بوده و تمرکز اصلی بر بازیابی معنا و ساختار تجربه در بستر فرهنگی و درمانی ایران است. انتخاب این روش به دلیل تناسب آن با ماهیت پژوهش انجام گرفت؛ زیرا در اینجا هدف نه آزمون فرضیه، بلکه فهم درونی موقعیت درمانگر در فرایند روان‌درمانی با بیماران دارای ویژگی‌های خودشیفتگی است.

جامعه‌ی پژوهش شامل درمانگران روان‌پویشی فعال در شهر تهران است که دست‌کم پنج سال سابقه‌ی کار بالینی با بیماران دارای ویژگی‌های خودشیفتگی دارند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد تا افرادی انتخاب شوند که تجربه‌ی آشکار از تعارض میان مرز و همدلی را گزارش کرده باشند. با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، تعداد شرکت‌کنندگان محدود ولی دارای عمق تجربی بالا در نظر گرفته شد تا داده‌ها غنی و قابل تحلیل باشند. مصاحبه‌ها نیمه‌ساختاریافته بودند و هر مصاحبه حدود شصت تا نود دقیقه به طول انجامید. پرسش‌های مصاحبه بر محور تجربه‌ی هیجانی، نحوه‌ی درک و مدیریت مرز عاطفی، شیوه‌ی پاسخ‌دهی به واکنش‌های خودشیفته‌ی بیماران، و احساسات شکل گرفته در درمانگر حین این تعامل‌ها متمرکز بود.

فرایند تحلیل داده‌ها مطابق مراحل روش پدیدارشناسی تفسیری صورت گرفت. ابتدا مصاحبه‌ها به صورت کامل پیاده‌سازی و چندین بار خوانده شدند تا پژوهشگر در تجربه‌ی روایت‌ها غوطه‌ور شود. سپس واحدهای معنایی کلیدی، بیان‌های هیجانی و مفاهیم تکرارشونده استخراج گردید. در مرحله‌ی بعد، مضامین فرعی بر اساس شباهت و تفاوت در معنا با یکدیگر گروه‌بندی و در قالب مضامین اصلی بازنمایی شدند. تحلیل نهایی شامل تفسیر لایه‌های پنهان معنا در روایت درمانگران بود؛ به گونه‌ای که تصویر کلی از نحوه‌ی زیستن تعارض میان همدلی و مرزها آشکار شود. برای افزایش دقت، از بازبینی مکرر مصاحبه‌ها، کنترل هم‌خوانی مضامین و تأییدبرداری شرکت‌کنندگان استفاده شد تا صحت و اعتبار داده‌ها حفظ گردد. تمام مراحل پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی انجام شد؛ از جمله اخذ رضایت آگاهانه، تضمین محرمانگی اطلاعات و اختیار شرکت‌کنندگان در خروج از مطالعه در هر زمان. پژوهشگر طی تمام مراحل تحلیل، بر آگاهی از پیش‌فهم‌های شخصی و مراقبت نسبت به تأثیر باورهای حرفه‌ای خود تأکید داشته است تا تفسیر نهایی از داده‌ها بازتابی اصیل از تجربه‌ی درمانگران باشد، نه محصول قضاوت پژوهشگر.

۴. یافته‌ها

فرایند تحلیل داده‌ها بر پایه‌ی رویکرد پدیدارشناسی تفسیری منجر به استخراج مجموعه‌ای از مضامین اصلی و فرعی شد که هر یک بخشی از تجربه‌ی زیسته‌ی درمانگران روان‌پویشی در مواجهه با بیماران دارای ویژگی‌های خودشیفتگی را بازتاب می‌دهند. مضامین حاصل از بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها و دسته‌بندی معنایی بیانات شرکت‌کنندگان، چهار حوزه‌ی مفهومی عمده را شکل داد: (۱) مرزهای هیجانی و چالش‌های درونی، (۲) سویه‌های پیچیده‌ی همدلی، (۳) توازن قدرت و آسیب‌پذیری در رابطه‌ی درمانی، و (۴) راهبردهای تنظیم هیجان و معناسازی درمانی. هر یک از این مضامین کلیدی، بر اساس داده‌های روایی و بازتاب‌های هیجانی درمانگران به تفصیل در ادامه معرفی می‌شود.

۱. مرزهای هیجانی و چالش های درونی درمانگر

درمانگران گزارش کردند که بیشتر تعارضات هیجانی آنان در لحظاتی بروز می کند که بیماران خودشیفته رفتارهایی آمیخته از تحقیر و نیاز را نشان می دهند. بسیاری از درمانگران از احساس «جذب شدن در میدان هیجانی بیمار» و از دست دادن فاصله ی مراقبتی سخن گفتند. برخی این حالت را به «بی وزنی روانی» تعبیر کردند؛ وضعیتی که در آن مرز بین همدلی واقعی و واکنش به فرافکنی بیمار مبهم می شود. تحلیل داده ها نشان داد که حفظ مرز هیجانی به مثابه یک تجربه ی پویا و نه ثابت درک می شود؛ درمانگر میان دو قطب هم دلی و محافظت از خود در نوسان قرار دارد. از میان گفته های شرکت کنندگان، الگوی زیر از مضامین فرعی استخراج شد:

جدول ۱. مضامین فرعی حوزه ی "مرزهای هیجانی درمانگر"

مضمون فرعی	نمونه ی بیانات درمانگران
از دست رفتن فاصله ی هیجانی	گاهی احساس می کنم درون ذهن بیمار زندگی می کنم؛ مرزی میان درد او و خستگی من نیست.
دوگانگی همدلی و کنترل	می خواهم همدل باشم اما یک قدم پیش تر خودم را گم می کنم.
احساس تهدید در برابر فرافکنی بیمار	وقتی بیمار شروع به تحقیر می کند، بخش آسیب پذیر خودم فعال می شود.
بازسازی مرز از طریق خودآگاهی	یاد گرفته ام وقتی درونی آشوب دارم، به بدنم گوش کنم تا مرز دوباره برپا شود.

یافته ها نشان می دهد درمانگران با رشد تجربه ی بالینی به سوی نوعی مرز انعطاف پذیر حرکت می کنند؛ مرزی که در عین حفظ فاصله، امکان همدلی را از میان نمی برد. این تحول بیشتر در درمانگرانی با سوپرویزن منظم و تأمل شخصی دیده شد.

۲. پیچیدگی های تجربه ی همدلی

همدلی در کار با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی عمدتاً به شکل متناقض تجربه می شود؛ در یک سو، بیمار نیازمند تأیید، توجه و گرمای عاطفی است، و در سوی دیگر، واکنش های دفاعی و انتقادی او می تواند همدلی درمانگر را تضعیف کند. برخی درمانگران گزارش کردند که همدلی برای بیماران خودشیفته جنبه ی دوگانه دارد: در ظاهر خواسته می شود ولی در عمق تجربه، تحمل آن برای بیمار دشوار است، زیرا همدلی حس وابستگی و ضعف را در او فعال می کند. در تحلیل مصاحبه ها، تجربه ی همدلی در سه سطح معنایی شد: همدلی شناختی (فهم ذهن بیمار)، همدلی هیجانی (احساس مشترک)، و همدلی بازتابی (توانایی تفسیر هیجان بدون درگیر شدن بیش از حد). بخش بزرگی از مقاومت های درمانگر مربوط به همین سطح سوم بود.

جدول ۲. سطوح تجربه ی همدلی در درمانگران روان پویایی

سطح همدلی	ویژگی و توصیف در تجربه‌ی درمانگر	پیامد در رابطه‌ی درمانی
شناختی	درک ساختار دفاعی و منطق بیمار	افزایش ثبات شناختی درمانگر
هیجانی	هم‌دردی و احساسات مشترک با بیمار	خطر فرسودگی هیجانی و درهم‌آمیختگی
بازتابی	آگاهی از تجربه‌ی خود در لحظه‌ی ارتباط	تعمیق درمان و حفظ مرز روانی

درمانگران اشاره کردند که گذار از همدلی هیجانی به همدلی بازتابی، راهی حیاتی برای دوام رابطه‌ی درمانی است. در تجربه‌ی بسیاری، این گذار نیازمند سکوت‌های درونی، توقف‌های تفسیری و برگشت به موقعیت ناظر است. یکی از درمانگران اظهار داشت: «هنگامی که بیمار از من انتظار همدلی مطلق دارد، سکوت من گاهی بیش از کلمه همدلانه است؛ چون اجازه می‌دهد خودش با فقدان تماس بگیرد.»

۳. توازن قدرت و آسیب‌پذیری در رابطه‌ی درمانی

درمان بیماران خودشیفته اغلب حول محور قدرت و کنترل شکل می‌گیرد. در تحلیل بیانات مشاهده شد که درمانگر در لحظه‌های خاص میان حفظ اقتدار حرفه‌ای و آشکار شدن آسیب‌پذیری خود دچار کشمکش می‌شود. این وضعیت کنش متقابل از «بازی قدرتِ ضمنی» است که بیمار با میل به تأیید و برتری‌طلبی آن را هدایت می‌کند. درمانگر می‌کوشد با استفاده از موضع روان‌پویشی، این بازی را آشکار و به سطح رابطه‌ی واقعی بیاورد، اما در بسیاری موارد، احساس شکست یا خشم نیز تجربه می‌شود.

الگوی معنایی حاصل، نشان‌دهنده‌ی سه گونه‌ی رابطه میان درمانگر و بیمار است که در زیر آمده است:

جدول ۳. گونه‌های رابطه میان درمانگر و بیمار دارای ویژگی‌های خودشیفتگی

گونه‌ی رابطه	ویژگی‌های غالب	واکنش عاطفی درمانگر
رابطه‌ی تسلط‌طلبانه	بیمار در موضع برتر، درمانگر احساس ضعف می‌کند	درمانگر دچار خشم پنهان یا انکار هیجان می‌شود
رابطه‌ی آرمانی‌سازی	بیمار درمانگر را در مقام نجات‌دهنده قرار می‌دهد	احساس غرور و نگرانی از لغزش در درمانگر
رابطه‌ی متوازن	بیمار و درمانگر در بازی بازتابی قدرت مشارکت دارند	تجربه‌ی رشد و معناسازی مشترک

در جریان تحلیل روشن شد که شکل‌گیری رابطه‌ی متوازن مستلزم پذیرش آسیب‌پذیری هر دو سوی درمان است؛ یعنی زمانی که درمانگر از نمایش «اقتدار مطلق» فاصله می‌گیرد و خود را در مقام انسانی هم‌درد ولی محدود نشان می‌دهد، درمانگر و بیمار می‌توانند در یک سطح برابر از معنا قرار گیرند. این وضعیت از نظر پدیدارشناختی، لحظه‌ی اصلی تجربه‌ی «اتصال انسانی در دل تعارض» تلقی شد.

۴. راهبردهای تنظیم هیجان و معناسازی درمانی

یافته ها نشان دادند که درمانگران در مواجهه با بیماران خودشیفته از مجموعه ای از راهبردهای تنظیم هیجان شخصی استفاده می کنند تا هم مرز حفظ شود و هم فرسودگی هیجانی کاهش یابد. این راهبردها شامل بازتاب لحظه ای، یادداشت احساسات پس از جلسه، گفت و گو با سوپروایزر، و تمرین های مراقبه ای ذهن آگاهی است. اکثر درمانگران اشاره کردند که یادگیری خودتنظیمی هیجانی مهم ترین ابزار بقای حرفه ای آن ها در این حوزه دشوار است. در تحلیل محتوایی، این راهبردها در چهار گروه اصلی طبقه بندی شدند: خرد درون نگر، راهبردهای بدنی-حسی، تنظیم بین فردی از طریق سوپرویزن، و سازمان دهی معنایی تجربه. جدول زیر گزیده ای از این راهبردها را نشان می دهد.

جدول ۴. راهبردهای تنظیم هیجان درمانگران روان پویشی در کار با بیماران خودشیفته

گروه راهبرد	شکل تجربه شده	تأثیر بر دوام همدلی و مرزهای هیجانی
خرد درون نگر	آگاه شدن از پیش فرض ها و افکار درباره بیمار	بازیابی موقعیت ناظر و بازگشت به فاصله ای عاطفی سالم
بدنی-حسی	توجه به نشانه های بدنی، تنفس و نشستن آگاهانه	کاهش شدت هیجان و حفظ حضور جسمانی متعادل
تنظیم بین فردی	استفاده از سوپرویزن و گفت و گو با همکاران	بازنمایی دوباره تجربه و کاهش بار روانی فردی
سازمان دهی معنایی	نوشتن و بازاندیشی روایت های درمانی	تبدیل تجربه ای دشوار به معنا و رشد حرفه ای

این الگوها نشان می دهند که کار با بیماران خودشیفته، درمانگر را وامی دارد تا فرآیند رشد شخصی خود را در کنار رشد درمانی بیمار دنبال کند. در تجربه ای بسیاری از شرکت کنندگان، معناسازی درونی از تعارضات هیجانی، نوعی رشد درونی و بسط خود واقعی را پدید می آورد. درمانگر از مشاهده ای بازتاب های هیجانی خود درمی یابد که باید بدون قضاوت، احساساتش را پذیرا شود تا بتواند به بیمار نیز فضایی امن برای پذیرش بدهد.

در بررسی کلی، الگوی پدیدارشناختی تجربه ای درمانگران روان پویشی در کار با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی را می توان به صورت یک فرایند زمان مند توصیف کرد؛ فرایندی که از آشفتگی اولیه، آگاهی های خودشناختی، شکل گیری مرز انعطاف پذیر، تا خلق معنا در رابطه ای درمانی امتداد می یابد. این مسیر نه تنها نشان دهنده ی پیشرفت حرفه ای درمانگر است بلکه بازتابی از تحول درونی شخص اوست. در مراحل نخست درمان، درمانگر با امواج هیجانی بیمار مواجه می شود و گاه مرز میان خود و دیگری از هم می گسلد. با گذر زمان، تجربه ای همدلی از حالت واکنشی به حالت بازتابی تغییر می کند و درمانگر به توانایی پذیرش هم زمان آسیب پذیری و اقتدار دست می یابد. در آخر، معناسازی حاصل از تعامل، به رشد دو سوی رابطه کمک می کند؛ درمانگر مرز را از دست نمی دهد، بلکه آن را در جریان زنده ای همدلی بازتعریف می کند. تحلیل پدیدارشناختی این داده ها نمایانگر این حقیقت است که درمانگر ایرانی در متن فرهنگی خاص خود، همدلی را نه صرفاً احساس، بلکه کنشی اخلاقی و معنامحور می فهمد. تعارض میان مرزهای عاطفی و نیاز به همدلی به شکل تجربه ای زیسته، در پیوندی میان فرهنگ، باورهای حرفه ای، و رشد درونی معنا می یابد. این یافته ها بنیان مرحله ای بعدی پژوهش یعنی بحث و تفسیر نظری را رقم می زنند، جایی که مضامین بالا با نظریه های روان پویشی و ساختار فرهنگی ایران تطبیق داده خواهند شد.

۵. بحث و تفسیر نتایج

نتایج این پژوهش روشن ساخت که تجربه‌ی درمانگران روان‌پویشی در کار با بیماران دارای ویژگی‌های خودشیفتگی، سرشار از کشمکش‌های درونی و لایه‌های پیچیده‌ی هیجانی است؛ کشمکش‌هایی که از یک سو ریشه در پویای‌های درون‌فردی درمانگر دارند و از سوی دیگر در بافت فرهنگی و معنایی جامعه‌ی ایرانی تجلی می‌یابند. همان‌طور که یافته‌ها نشان دادند، درمانگران در مواجهه با بیماران خودشیفته نه با یک تعارض ساده‌ی «همدلی در برابر فاصله‌گیری» بلکه با فرایندی پویا و چندبعدی روبه‌رو هستند. این فرایند در سطح پدیدارشناختی به شکل تلاطم میان دو قطب «جذب در تجربه‌ی بیمار» و «بازگشت به مشاهده‌ی خویش» رخ می‌دهد. چنین تجربه‌ای با نظریات روان‌پویشی کلاسیک درباره‌ی انتقال و انتقال‌متقابل سازگار است، اما در اینجا به‌گونه‌ای درونی‌تر و ملموس‌تر تجربه می‌شود؛ گویی درمانگر و بیمار یافته‌هایی از یک هیجان مشترک‌اند که نیازمند تنظیم مداوم است.

در تفسیر این یافته‌ها، می‌توان گفت تعارض میان مرزهای هیجانی و همدلی، ریشه در ساختار دوگانگی خود دارد. بیماران خودشیفته در سطح ناهشیار، جهان را به دو بخش تقسیم می‌کنند: خودِ والا و دیگری تحقیرشده. درمانگر، ناخواسته در این طرح فراقینی قرار می‌گیرد و برای حفظ اتحاد درمانی باید معادله‌ای دشوار را حل کند—هم همدلی کند تا بیمار احساس پذیرش کند، و هم مرز را نگاه دارد تا رابطه از خلط هیجانی تهی نشود. تجربه‌ی درمانگران ایرانی نشان می‌دهد که در فضای فرهنگی ما، سازه‌ی «مرز هیجانی» از معنای فردی صرف فراتر می‌رود و با مفاهیم اخلاقی چون حرمت، حیا و خودداری پیوند دارد؛ بنابراین درمانگر نه تنها باید از نظر روان‌شناختی بلکه از دید فرهنگی نیز تعادل این دوگانه را تنظیم کند. این امر نقطه‌ای کلیدی است که تفاوت میان تجربه‌ی درمانگر ایرانی و هم‌تایان غربی را آشکار می‌سازد؛ در فرهنگ فردگرایی غربی، مرز بیشتر جنبه‌ی شخصی و حرفه‌ای دارد، اما در فرهنگ ما مرز هیجانی به حوزه‌ی ارزش‌های بین‌فردی و اخلاق ارتباطی گره خورده است.

یکی از یافته‌های مهم این پژوهش، ظهور مفهوم «همدلی بازتابی» به جای «همدلی هیجانی» بود. درمانگران گزارش کردند که در تعامل با بیماران خودشیفته، نوعی همدلی غیرواکنشی لازم است؛ همدلی‌ای که بر اساس درک درونی و آرامش ذهنی شکل می‌گیرد نه صرفاً هم‌احساسی با بیمار. این یافته قابل تفسیر از منظر نظریه‌ی روابط موضوعی است؛ جایی که ظرفیت تفکر درون‌رابطه‌ای (reflective function) تعیین‌کننده‌ی کیفیت رابطه‌ی درمانی شمرده می‌شود. در واقع، درمانگر هنگامی که می‌تواند هیجان بیمار را بدون فروپاشی مرز در خود نگه دارد، به سطح بالاتری از همدلی می‌رسد—سطحی که در آن همدلی با حفظ استقلال روانی همراه است. این نتیجه بر اهمیت رشد خودشناسی درمانگر و تجربه‌ی سوپرویزن‌های طولانی‌مدت تأکید می‌گذارد؛ زیرا تنها از دل تأمل مستمر در هیجانات خود است که درمانگر به توانایی بازتابی دست می‌یابد.

همچنین الگوی سه‌گانه‌ی رابطه‌ی درمانگر-بیمار که در بخش یافته‌ها معرفی شد، نمایانگر چرخه‌ی قدرت و آسیب‌پذیری در فضای درمان است. درمانگرانی که رابطه‌ی خود را در سطح تسلط‌طلبانه یا آرمانی‌سازی تجربه می‌کردند، اغلب دچار خستگی و بی‌انگیزگی در درمان شدند؛ در مقابل، کسانی که به رابطه‌ی متوازن رسیده بودند، احساس معنا و رشد درونی را گزارش کردند. این تحول ارتباطی با مفاهیم روان‌پویشی از جمله دیالکتیک اقتدار و وابستگی هم‌خوانی دارد. درمانگر زمانی به توازن واقعی دست می‌یابد که بتواند از نقش «من نجات‌دهنده» فاصله بگیرد و بیمار را با محدودیت‌های خویش مواجه کند، اما در عین حال به‌عنوان فردی انسانی و هم‌درد در رابطه بماند. این نوع توازن در تحلیل پدیدارشناختی، ذهنیت مشترک درمانی را شکل می‌دهد؛ جایی که هر دو سو از غرور و شرم عبور کرده و به تجربه‌ی اصیل اتصال می‌رسند.

در تفسیر فرهنگی این نتایج، باید توجه داشت که ساختار اجتماعی و هیجانی ایران با ویژگی هایی چون تأکید بر حرمت متقابل، وابستگی خانوادگی و اهمیت نگاه دیگران، شکل ویژه ای به خودشیفتگی و تجربه ی درمانی می دهد. درمانگر ایرانی به طور طبیعی درون شبکه ای از ارزش ها عمل می کند که حدود همدلی را تعیین می کنند. مثلاً سکوت در برابر تعارض ممکن است از دید حرفه ای نشانه ی تنظیم هیجان باشد، اما در بافت فرهنگی ما نشانه ی احترام یا کنترل هیجان تعبیر می شود. بنابراین تفسیر پدیدارشناختی تجربه ی درمانگران بدون در نظر گرفتن این لایه ی فرهنگی ناقص خواهد بود. یافته ها نشان می دهد که درمانگران برای درک بیماران خودشیفته، ناگزیرند هم از چارچوب نظری روان پویشی و هم از زبان فرهنگی خویش استفاده کنند—زبان احساساتی که در آن «غرور»، «حیا»، «آبرو» و «رنج آرام» معنای بالینی می یابند.

از دیگر ابعاد مهم نتایج، راهبردهای تنظیم هیجان و معنا سازی بود که در جداول بخش پیشین معرفی شد. این راهبردها بیانگر فرایند رشد شخصی درمانگر در مواجهه با موقعیت های دشوار عاطفی اند. تحلیل ها نشان می دهد که درمانگران با استفاده از مراقبه ی ذهنی، یادداشتهای تأملی، و گفت و گو با همکاران، تجربه های هیجانی خود را سازمان دهی می کنند و از آن معنا می سازند. این معنا سازی در ادبیات پدیدارشناسی به عنوان فرایند تبدیل درد به معرفت شناخته می شود؛ درمانگر از تجربه ی ناخوشایند خشم یا تحقیر، بینش عمیق تری درباره ی مرزهای درون فردی خود کسب می کند. به این ترتیب، درمان نه تنها برای بیمار بلکه برای درمانگر نیز محیط تحول روانی و رشد خودشناسی است.

تفسیر نهایی داده ها نشان می دهد که در کار با بیماران خودشیفته، همدلی و مرز دو نیروی متضاد نیستند بلکه دو بعد از یک نظام تنظیم هیجانی واحدند. همدلی بدون مرز به انحلال روانی می انجامد، و مرز بدون همدلی به خشکی انسانی. درمانگر مؤثر، کسی است که می تواند میان این دو چرخه ی انرژی تعادل برقرار سازد؛ پاسخی همدلانه بدهد ولی همزمان آگاه بماند از اینکه احساسات بیمار او را از مرکز خود خارج نکند. در نگاه پدیدارشناختی، این تعادل نه یک تکنیک بلکه کیفیتی وجودی است—نوعی وضعیت حضور آگاه که در آن درمانگر در برابر بیمار نه به عنوان «روان درمانگر»، بلکه به عنوان «انسانی هم مسیر با رنج» ظاهر می شود. بنابراین، این پژوهش می تواند مبنایی برای بازنگری آموزشی در تربیت درمانگران روان پویشی در ایران باشد. نتایج نشان داد که آموزش فنی مهارت های روان درمانی بدون تأکید بر رشد هیجانی و بازتاب شخصی ناکافی است. لازم است در برنامه های دانشگاهی و کارورزی، واحدهایی برای «تأمل در تجربه ی خود» و «درک فرهنگی از مرز و همدلی» گنجانده شود تا درمانگران آینده بتوانند رابطه ای اصیل تر و انسانی تر با بیماران برقرار سازند. این مطالعه با آشکار کردن تجربه ی درونی درمانگران، گامی کوچک اما اساسی برای فهم عمیق تر کار بالینی در زمینه ی خودشیفتگی در محیط فرهنگی ایران برداشته است—جایی که درمان، همان قدر که هنر همدلی است، مهارت در حفظ حرمت هیجانی نیز محسوب می شود.

۶. نتیجه گیری و پیشنهادات

نتایج این پژوهش پدیدارشناختی نشان داد که تجربه ی درمانگران روان پویشی در کار با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی، فرآیندی پویا، چندلایه و عمیقاً انسانی است که در آن مرزهای هیجانی و نیاز به همدلی نه به صورت دو قطب متعارض، بلکه به مثابه دو نیروی مکمل عمل می کنند. درمانگران در طول تعامل درمانی، میان دوام حرفه ای، خویشنداری و هم دردی انسانی در رفت و آمد هستند. این پژوهش آشکار ساخت که تعارض میان مرز و همدلی در واقع

زمینه ای برای رشد درونی درمانگر فراهم می آورد؛ درمانگر از رهگذر مواجهه با فرافکنی ها، انتقال متقابل و پاسخ های هیجانی خود، به تأملی بازتابی دست می یابد که کیفیت درمان را ارتقا می دهد. بدین معنا، تجربه ی کار با بیماران خودشیفته صرفاً چالشی بالینی نیست، بلکه فرصتی است برای بازشناسی خویشتن و ارتقای ظرفیت های وجودی در نقش درمانگر.

بر مبنای یافته ها، توازن همدلانه میان فاصله ی هیجانی و درگیری عاطفی، ستون مرکزی دوام رابطه ی درمانی است. هنگامی که درمانگر می تواند هیجانات بیمار را بدون فروپاشی درونی نگه دارد، رابطه تبدیل به صحنه ای از رشد مشترک می شود. این امر علاوه بر تأیید نظریه های روان پویایی درباره ی اهمیت تنظیم عاطفی، بعد فرهنگی این تجربه را نیز برجسته می کند؛ در بافت ایرانی، حفظ «حرمت» و «خویشتن داری» بخشی از معناسازی همدلی است و مرز هیجانی نه دیواری دفاعی بلکه شکل اخلاقی مراقبت محسوب می شود. بنابراین، درمانگر ایرانی همزمان از دو منبع تنظیم بهره می گیرد—دانش روان پویایی و درک فرهنگی از مناسبات عاطفی. چنین تلفیقی در عمل سبب می شود رابطه ی درمانی با بیماران خودشیفته نه در محور اقتدار درمانگر، بلکه در محور ارتباط انسانی و انعطاف پذیر تداوم یابد.

در سطح کاربردی، یافته های این پژوهش ضرورت بازنگری در آموزش روان درمانگران را نشان می دهد. توانایی خودتنظیمی هیجانی، بازتاب شخصی، و تمرین های ذهن آگاهانه باید جزء ثابت برنامه های آموزشی روان پویایی قرار گیرد تا درمانگر بتواند ظرفیت حضور آگاه را در دل تعارض هیجانی حفظ کند. همچنین پیشنهاد می شود در کار بالینی با بیماران خودشیفته، محیطی ایجاد شود که درمانگر تجربه های هیجانی خود را در سوپرویزن یا گروه های تأملی منعکس کند؛ زیرا تنها از مسیر بازاندیشی جمعی است که همدلی پایدار و مرز بازسازی شده پدیدار می شود. در مجموع، این مطالعه نشان داد که درک پدیدارشناختی از کار درمانگر، فراتر از تحلیل فنی رابطه است و کنشی انسانی و فرهنگی را منعکس می سازد—کنشی که در آن همدلی و حرمت، دو چهره ی یک حقیقت واحدند: توانایی دیدن دیگری بدون از دست دادن خود.

۶-۱. پیشنهادات پژوهش

بر پایه ی یافته ها و تفسیرهای این مطالعه، مجموعه ای از پیشنهاد های کاربردی، آموزشی و پژوهشی برای ارتقای کیفیت روان درمانی در مواجهه با بیماران دارای ویژگی های خودشیفتگی مطرح می شود. نخست آن که آموزش درمانگران روان پویایی باید از سطح نظری و فنی فراتر رود و به تربیت عاطفی و خودشناختی آنان نیز بپردازد. پیشنهاد می شود در برنامه های دانشگاهی و کارورزی، واحدهایی با محور تأمل شخصی و تحلیل پدیدارشناختی تجربه ی درمانگر گنجانده شود تا دانشجویان پیش از ورود به کار بالینی، توانایی حضور آگاه در تعارض های هیجانی را تمرین کنند. افزون بر این، تشکیل گروه های سوپرویزن بازتابی با محور «همدلی و مرز» می تواند به عنوان یک چارچوب حمایتی مؤثر عمل کند؛ در چنین فضاهایی، درمانگران فرصت می یابند تا خستگی هیجانی و انتقال متقابل خود را به آگاهی و معنا تبدیل کنند.

در سطح بالینی، پیشنهاد می شود درمانگران هنگام کار با بیماران خودشیفته از رویکردهای تلفیقی بهره گیرند—ترکیبی از روان پویایی، ذهن آگاهانه و تنظیم هیجان—تا همدلی را با حفظ ساختار درمانی متعادل سازند. استفاده از تکنیک های خودتنظیمی مانند «بررسی بدن و ذهن پس از هر جلسه»، نوشتن روایت جلسات در دفتر بازتابی، و گفت وگوهای هم سطح با همکاران، از طریق کاهش بار هیجانی، پایداری رابطه درمانی را افزایش می دهد. از منظر سازمانی، لازم است مراکز درمانی و مؤسسات آموزشی فضایی برای مراقبت از درمانگران فراهم آورند، زیرا نتایج این پژوهش نشان داد تجربه ی درمانگر در

درمان بیماران خودشیفته با فشار هیجانی قابل توجهی همراه است و حمایت ساختاری، بخشی ضروری از پایداری حرفه ای محسوب می شود.

در حوزه ی پژوهش، پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی، ابعاد فرهنگی و جنسیتی تجربه ی درمانگر با روش های کیفی و مقایسه ای بررسی شود؛ به ویژه می توان تعارض همدلی و مرز را در میان درمانگران زن و مرد یا در بسترهای فرهنگی گوناگون ایران مطالعه کرد تا تنوع معنای همدلی در ساختار اجتماعی کشور روشن تر گردد. همچنین اجرای پژوهش های میان روشی که داده های پدیدارشناختی را با سنجش های کمی (مانند مقیاس های فرسودگی هیجانی یا انعطاف عاطفی) تلفیق کنند، می تواند به غنای نظری و کاربردی این حوزه بیفزاید. سرانجام، پیشنهاد می شود در طراحی برنامه های رشد حرفه ای درمانگران، از رویکردی انسان محور و فرهنگ محور الهام گرفته شود تا همدلی و مرز نه به عنوان چالش، بلکه به عنوان فرصت رشد و معناسازی فردی و اجتماعی تجربه گردد.

منابع

- احمدی نوده، خدابخش، صمدزاده، منا، کیامنش. (۲۰۲۴). شناسایی چرخه های پرخاشگری در میان زوجین ایرانی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۹(۶۹)، ۲۴۵-۲۷۱.
- باباصفیری، آتش پور، سیدحمید، یوسفی. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی تلفیق روش سیستمی ساختاری با روش راه حل محور بر تعارضات زناشویی، مرزها و مثلث سازی زوجین. خانواده درمانی کاربردی، ۷(۲)، ۱۹۲-۲۱۴.
- جعفری، بیانی، بیتا، شفیع آبادی، حسینیان. (۲۰۲۳). مدل پیش بینی اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بر اساس آسیب های پیچیده و روابط موضوعی با نقش میانجی توانمندی خود در زوج های متعارض. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۸(۶۴).
- جعفری، پور شه، مه سیم، فیاض، عبدالهی. (۲۰۲۳). طراحی الگوی زوج درمانی از دیدگاه قرآن و روایات با تاکید بر حسادت زدایی و بررسی ویژگی های روان سنجی آن. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۸(۶۲)، ۱۷۱-۱۴۳.
- حقانی زمیدانی، حق پرست، سیده لیلا، اسمعیلی، عظیمی. (۲۰۲۴). شکل گیری هویت و الگوبرداری از افراد شاخص در نوجوانان دختر: یک مطالعه پدیدارشناختی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۹(۶۶)، ۲۰۷-۲۲۵.
- شکاری، قربانی، رستمی، فردریکسون، جان، عباسی، افتخاری. (۲۰۲۳). مروری بر آمادگی به اعتیاد و نقش عوامل خودشیفتگی، تجارب شرم و الگوی دلبستگی. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۳۱(۳)، ۶۴۶۳-۶۴۷۱.
- صیدی، ستار. (۲۰۲۴). نقش واسطه ای پرخاشگری در ارتباط بین خودشیفتگی و جامعه پسندی: مدلی واریانس محور. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ۱۳(۵۲)، ۳۱-۵۲.
- طاهری، دیده بان، رنجبر مقدم، آرزو، کناقصانی. (۲۰۲۴). نقش میانجی تنهایی اجتماعی- عاطفی در رابطه بین کیفیت روابط زوجین با صفات تیره شخصیت و ارتباط بین کیفیت روابط زوجین با خیانت آنلین. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۳۰(۱)، ۰-۰.

- عبدیوسفخانی، سلیمانیان، گل پیچ. (۲۰۲۳). الگوهای تعامل زناشویی افراد تمایزنا یافته: یک مطالعه کیفی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۸ (۶۲)، ۸۹-۱۱۹.
- Bird, J., Caligor, E. (۲۰۲۴). A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, ۸۰(۵), ۱۱۷۷-۱۱۹۱.
- Cohen, C. T., Hulsey, T. L. (۲۰۲۲). Object relations-focused psychoanalytic psychotherapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *Clinical Case Studies*, ۲۱(۵), ۴۷۴-۴۹۱.
- Crisp, H., Gabbard, G. O. (۲۰۲۰). Principles of psychodynamic treatment for patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, ۳۴(Supplement), ۱۴۳-۱۵۸.
- Diamond, D., Yeomans, F., Keefe, J. R. (۲۰۲۱). Transference-focused psychotherapy for pathological narcissism and narcissistic personality disorder (TFP-N). *Psychodynamic psychiatry*, ۴۹(۲), ۲۴۴-۲۷۲.
- Green, A., MacLean, R., Charles, K. (۲۰۲۳). Clinician perception of pathological narcissism in females: a vignette-based study. *Frontiers in Psychology*, ۱۴, ۱۰۹۰۷۴۶.
- Hennissen, V., Van Nieuwenhove, K., Meganck, R., Dulsster, D., Krivzov, J., Desmet, M. (۲۰۲۳). The self-critical patient in clinical supervision: a qualitative study of therapists' alliance struggles and emotional reactions in short-term psychodynamic psychotherapy for depression. In *Therapeutic Failures in Psychotherapy* (pp. ۱۹۲-۲۱۶). Routledge.
- Hozez, Y. (۲۰۲۴, January). Theory of Egotistical Capability in Psychotherapy: Impact of Therapists' Narcissistic Traits, Tendencies, and Egotism Manifestations Toward Patients.
- Mesika, R. (۲۰۲۳). The Role of Narcissism in the Relationship Between Perceived Therapist Characteristics and the Therapeutic Alliance (Master's thesis, University of Haifa (Israel)).
- Nissen-Lie, H. A., Dahl, H. S. J., Høglend, P. A. (۲۰۲۲). Patient factors predict therapists' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, ۳۲(۱), ۳-۱۵.
- Ronningstam, E., Weinberg, I. (۲۰۲۳). Narcissistic personality disorder: patterns, processes, and indicators of change in long-term psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, ۳۷(۳), ۳۳۷-۳۵۷.
- Schalkwijk, F., Luyten, P., Ingenhoven, T., Dekker, J. (۲۰۲۱). Narcissistic personality disorder: are psychodynamic theories and the alternative DSM-۵ model for personality disorders finally going to meet?. *Frontiers in psychology*, ۱۲, ۶۷۶۷۳۳.
- Stefana, A., Bulgari, V., Youngstrom, E. A., Dakanalis, A., Bordin, C., Hopwood, C. J. (۲۰۲۰). Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: a systematic review. *Clinical psychology psychotherapy*, ۲۷(۵), ۶۹۷-۷۱۳.
- Tanzilli, A., Gualco, I. (۲۰۲۰). Clinician emotional responses and therapeutic alliance when treating adolescent patients with narcissistic personality disorder subtypes: A clinically meaningful empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, ۳۴(Supplement), ۴۲-۶۲.

