

فرسودگی از همدلی

(التیام ذهن، جسم و روح مشاوران حرفه‌ای)

مؤلف
مارک ا. استبنیکی

مترجم
حوری بافته‌چی



سرشناسه: استبنيکی، مارک ا. Stebnicki, Mark A.

عنوان و نام‌پدیدآورنده: فرسودگی از همدلی، التیام ذهن، جسم و روح مشاوران حرفه‌ای / نویسنده مارک استبنيکی؛ مترجم حوری بافته‌چی.

مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ارجمند، نسل فردا، ۱۳۸۹

مشخصات ظاهری: ۲۱۲ ص. وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۶۸۹-۹۳-۸

عنوان اصلی: Empathy fatigue: healing the mind, body, and spirit of professional counselors, c2008.

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

موضوع: مشاوران - فشار روانی کار، بهداشت روانی - مشاوران، مشاوران، همدلی

شناسه افزوده: بافته‌چی، حوری، ۱۳۴۴ - مترجم

رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۹ ۴ف۵الف/۶۳۷۶۴ BF

رده‌بندی دیویی: ۱۵۸/۳

شماره کتابشناسی ملی: ۲۱۲۳۰۸۵



مارک ا. استبنيکی

فرسودگی از همدلی

التیام ذهن، جسم و روح مشاوران حرفه‌ای

ترجمه: حوری بافته‌چی

چاپ یکم، زمستان ۱۳۸۹

صفحه‌آرایی: پرستو قدیم‌خانی، طراحی جلد: احسان ارجمند

چاپ: سمارنگ، صحافی: سمارنگ

شمارگان: ۱۱۰۰ نسخه

بها: ۵۹۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۶۸۹-۹۳-۸

www.arjmandpub.com

همه‌ی حقوق چاپ و نشر این کتاب محفوظ است.

مرکز پخش انتشارات ارجمند:

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خ چهارباغ بالا، پاساژ هزارگریب، تلفن ۰۳۱۱۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: خ احمدآباد، پاساژ امیر، کتاب دانشجو، تلفن ۰۵۱۱۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱۳۲۳۲۸۷۶

با توجه به مشکلات و حوادث استرس‌زا و شدید جهانی، سخن گفتن از اینکه ما در بستر تغییر الگوی مشاوره و حرفه‌های یاری‌دهنده قرار داریم، قطعاً کم لطفی است. در طول هفت سال گذشته حوادث فاجعه‌بار جهانی تسریع یافته است. در آمریکا حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر و طوفان کاترینا، جراحات عمیق احساسی، جسمی، روحی و محیطی بر ذهن، جسم و روح ما باقی گذاشته است. ویرانی باقیمانده پس از این فاجعه، بین غربیان ترومای تاریخی ایجاد کرد که به نظر می‌رسد در محیط مشاوره و دیگر حرفه‌های یاری‌دهنده تغییر عمیقی را بوجود آورده است. آتش سوزی‌ها، سیل‌ها، خشکسالی‌ها و حملات مسلحانه به مدارس، توجه کامل ما را به بازماندگان این حوادث معطوف می‌کند. ما در مقام متخصص، همیشه باید آماده پاسخگویی و یاری‌رسانی به این مشکلات باشیم. به عنوان پیامد طبیعی این وقایع ما از نظر احساسی، جسمی، روحی و حرفه‌ای خسته‌ایم. به نظر من بسیاری از ما فرسودگی از همدلی را تجربه کرده‌ایم.

فرسودگی از همدلی به صورتی جهانی گسترش یافته است. حوادث ناشی از سونامی که در ۲۶ دسامبر ۲۰۰۴ با قدرت ۹ ریشتر در شمال سوماترا رخ داد، میلیون‌ها نفر کشته و زخمی به‌جا گذاشت. ما به آسانی حوادث فاجعه‌باری را که در کشورهایی مانند سری‌لانکا، هند، اندونزی، مالزی، تایلند و... رخ می‌دهد، فراموش می‌کنیم. کجا باید افراد داوطلب، فرشتگان و قدسین زمینی که برای کمک به این کشورهای مصیبت‌زده فرستاده شده بودند؟ آیا آنها هم برای حفظ سلامت هیجانی، جسمی و روحی‌شان به خانه‌هایشان پناه برده‌اند؟ چه کسی جای آنها را می‌گیرد؟ جنگ‌های افغانستان، عراق و خاورمیانه همواره به ما خاطر نشان می‌کند که تا چه اندازه امنیت جسمی، سلامت روانی و سعادت کلی ما آسیب‌پذیر است. برای بسیاری کره زمین به دلیل این وقایع بحران‌زا دیگر مکان امنی برای زندگی نیست.

سناریوی مرگ هزاران انسان، اندوه روانی، درد جسمی و رنج‌های روحی بوسیله تلویزیون در اخبار شبانه‌گاهی یا فیلم‌های سینمایی پخش می‌شود یا از طریق روزنامه‌ها و اینترنت در اختیار مردم قرار می‌گیرد. جهان ما با استفاده روزافزون از ماهواره‌ها، ویدئوفون‌ها و اینترنت، بسیار کوچک شده است. سناریوی فلاکت و رنجی که در صحنه اخبار جهانی شاهد آنیم، بعد دیگری از واقعیت را نشان می‌دهد. در واقع ما می‌توانیم شاهد تراژدی‌های غم‌انگیزی باشیم که هنوز در سطح جهانی آشکار نشده است.

این حوادث تروماتیک و استرس‌زای شدید، طیف گسترده‌ای از جمعیت را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد و متخصصان می‌توانند با کودکان، نوجوانان، دانشجویان، میانسالان، بزرگسالان و دیگر قربانیان این حوادث کار کنند. نکته جالبی که من دریافتم این است که مراجعان خدمات بهداشت روانی اکثر اوقات

تحت تاثیر حوادث روزمره جهانی نیستند زیرا آنها قبلاً تحت تاثیر مشکلات شدید فردی ناشی از محیط درونی و بیرونی خود قرار گرفته‌اند.

به نظر می‌رسد افرادی که نیازمند خدمات بازپروری و مشکلات ناشی از روابط دوجانبه‌اند و به نوعی بازماندگان ثانویه حوادث تروماتیک و استرس‌زای شدید هستند، در حال افزایش است. این افراد شامل گروه‌های زیر اما محدود به آن نیست؛ همسران، کودکان و بستگان افرادی که در عراق یا افغانستان خدمت می‌کند؛ مجروحین جنگی و قربانیان تجاوز جنسی، بی‌شک برخی از متولیان کلیسا و سیاستمداران نیز جزو این خلاقکاران و متجاوزین به کودکان هستند و شخصیت اخلاقی‌شان زیر سوال است. دیگر به چه کسی می‌توان اعتماد کرد؟

با وجود اینکه بسیاری از آمریکائیان از کانون این حوادث دورند، اما وجدان آنها تحت‌تاثیر این مسایل قرار گرفته است. اضطراب و استرس تروماتیک ناشی از این وقایع بسیاری از کسانی را که در سیستم مدارس، خدمات دولتی، مراکز پزشکی، امور مذهبی، سازمان‌ها، کمک‌های داوطلبانه و... کار می‌کنند، تحت تاثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد که ما همواره در حالتی از آماده‌باش برای فلاکت، پاسخ سریع و نجات قرار داریم.

بنابراین چگونه می‌توانیم از تاریکی خارج شده و به سوی روشنایی حرکت کنیم تا به شیوه‌های هیجانی، اجتماعی، جسمانی، روانی، معنوی و شغلی صحیح دست یافته و روح مجروح خود را درمان کنیم؟ برای پاسخ به این پرسش که «چرا همیشه چیزهای بد برای انسان‌های خوب اتفاق می‌افتد؟» به متخصص ماهر نیازمندیم که بتواند معانی حوادث را برای انسان‌ها به صورتی متوازن و متعادل تشریح کند. مشاوران و دیگر متخصصان یاری‌دهنده نیز به میزان زیادی تحت‌تاثیر افراد، گروه‌ها، خانواده‌ها و سیستم‌هایی قرار می‌گیرند که با آنها کار می‌کنند. بسیاری از آنها به کانون حوادث استرس‌زا و تروماتیک شدید نزدیکند. درک این شکل جدید از فرسودگی حرفه‌ای لازم است زیرا برای برخی از متخصصان، خود شغل می‌تواند از نظر ذهنی، جسمی و روحی ناتوان‌کننده باشد. اهمیت سبب‌شناسی فرسودگی از همدلی برای یاری‌دهندگان متخصص، سازمان‌ها، انستیتوها و مراجعانی که ما با آنها کار می‌کنیم، بسیار دور از ذهن است.

در وقایع و حوادث فلاکت‌بار، پزشکان، ماموران پلیس و نجات همگی آماده نجات جسمی انسانها هستند، درحالی‌که مشاوران و دیگر متخصصان بهداشت روانی برای نجات سلامت روانی به میدان می‌آیند. امروزه بسیاری از مشاوران و دیگر متخصصان خدمات انسانی نیازمند آموزش الگوهای گوناگون مداخله در بحران هستند. این سازمان‌ها شامل گروه‌های زیر اما محدود به آنها نیست: صلیب سرخ آمریکا، مرکز اطلاع‌رسانی بحران، مرکز مدیریت استرس و بحران، سازمان بین‌المللی کمک به قربانیان، گروه نجات و مدیریت استرس تروماتیک. گروه‌های پاسخ به بحران شامل سازمان‌های گوناگون دولتی مانند گروه‌های حامی محیط زیست، متخصصان اینترنت و کامپیوتر، صنایع هوایی، مدارس دولتی، شرکت‌های خصوصی، سازمان‌های خیریه و مذهبی و... است.

به استناد منابع مشاوره و روان‌شناسی، بسیاری از متخصصان این رشته و دیگر حرفه‌های یاری دهنده تحت تاثیر نشانگان مشابه روانی، ذهنی، جسمی دائمی یا موقتی مراجعان خود هستند؛ بسیاری از این مراجعان در کانون حوادث بحرانی قرار داشته‌اند. باید بپذیریم که در قرن ۲۱، ذهن، جسم و روحمان آماده چالش بسیار مهمی باشد و این نکته باید به اصلی مهم برای مشاوران، اساتید، ناظران بالینی و افرادی که در حرفه‌های یاری دهنده مشغول به کارند، تبدیل شود.

این کتاب نتیجه تجارب فردی من از ۱۹۹۸ در زمینه فرسودگی از همدلی است. از ۱۹۹۸ من در جونزبورو کار و زندگی می‌کردم و در گروه خدمات بحران مشغول به کار بودم. محلی که در جریان تیراندازی به یکی از مدارس منطقه، ۴ دانش آموز و یک معلم کشته و ۱۵ کودک بین سنین ۱۱ تا ۱۳ سال زخمی شدند. پیش از آن، من در زمینه‌های مختلف بحران آموزش دیده بودم و در سازمان‌های ایالتی و دولتی مختلف، شرکت‌های خصوصی، مدارس و مراکز روزانه، مراکز ارتباط جمعی و مراکز نگهداری از بازماندگان جرائم، طوفان‌ها، تندبادها و... خدمت کرده بودم.

به عنوان استاد مشاوره، محقق و درمانگر دریافتم که مشاوره با کسانی که در کانون برخی از هولناک‌ترین حوادث ساخته دست بشر قرار داشته‌اند، بهای هیجانی، اجتماعی، روانی، ذهنی، جسمی، معنوی و شغلی در پی دارد. من سالهای طولانی شاهد فرسودگی از همدلی در میان همکاران خود بوده‌ام. این متخصصان با افرادی که دچار سوء مصرف مواد، سوء استفاده جنسی و اختلالات مرتبط با استرس، اضطراب و خلق بوده‌اند، سروکار داشته‌اند. برخی دیگر مشاوره شغلی انجام می‌داده‌اند. تعدادی پرستار، متخصص بهداشت روان، آموزگار و مربیان کار با کودکان و بزرگسالان معلول بوده‌اند. تعداد انگشت شماری از این افراد با مشکلات بحرانی بهداشت روانی که فرسودگی از همدلی مزمن یا شدید خوانده می‌شود، سروکار داشته‌اند. آنها شغل خود را در محیطی مراجع-محور با حالتی همراه با همدردی و خوش قلبی انتخاب کرده‌اند. در واقع آنها متخصصانی همدردند که به انسانها وابستگی دارند. پس فرسودگی از همدلی پیامد طبیعی کار در محیط‌های سخت یا مراجع محور است. در روان‌شناسی، مشاوره و رشته‌های مرتبط، علاقه روز افزونی نسبت به پیشگیری از سندروم‌های فرسودگی از همدلی وجود دارد که تحت عناوینی چون فرسودگی از همدردی، تحلیل قوای روانی و آسیب مشاور طبقه‌بندی می‌شود. این سندروم‌ها، در کتاب مفصلاً شرح داده خواهد شد. در بخش اول کتاب ساختار فرسودگی از همدلی کاملاً تشریح شده و این پدیده از جنبه ذهنی، جسمی و روحی توصیف شده است. در این بخش همچنین در زمینه مشاوره با مسایل بحرانی و چگونگی تاثیر آنها بر سلامت کلی هم متخصص مبتدی و هم با تجربه بحث می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که استرس فزاینده شغلی حتی خارج از حیطه مشاوره و روان‌شناسی می‌تواند منجر به سطوح بالاتر آسیب شود مانند افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد. پس برای کاهش احتمال ابتلا به فرسودگی از همدلی باید سعی کنیم که در ورای حوادث شدید استرس زا و تروماتیک که برای مراجعان رخ می‌دهد، احساسی عادی را ایجاد کنیم.

بخش دوم کتاب به شرح رویکردی هماهنگ در زمینه درمان فرسودگی از همدلی متخصصان می-پردازد. اساس سلامت هیجانی، جسمی و معنوی متخصصان و مشاوران بکارگیری روش‌های خود-مراقبتی است که به ارتقاء سطح انعطاف‌پذیری و پیشگیری از فرسودگی از همدلی می‌انجامد. به حداقل رساندن یا نادیده گرفتن انتقال متقابل منفی با استرس‌های فشارزا و شدیدی مرتبط است که دارای بهای روان‌شناختی، معنوی، هیجانی و جسمانی‌اند.

بخش سوم کتاب راهنمایی‌هایی را به دانشجویان مشاوره و ناظران بالینی ارائه می‌دهد تا بتوانند خستگی شدید ذهنی و جسمی را که در ابتدای کارشان با آن مواجه می‌شوند، تشخیص دهند. نظارت بالینی در کار مشاوره و روان‌شناسی امری ضروری است زیرا استرس و اضطراب طبیعی درازمدت و فزاینده دارند و بر رابطه مشاوره - مراجع تاثیر گذاشته و به صورت واکنش فرسودگی از همدلی بروز می‌کند. قرن ۲۱ دوره جهانی شدن خرد جمعی فرهنگ‌های سنتی است که به یاری درمانگران آمده است. پس این بخش به ارائه فلسفه اساسی شرق و غرب در زمینه درمان روح مجروح می‌پردازد. این بخش همچنین دارای راهنمایی‌ها و توصیه‌هایی در زمینه رویکردی یکپارچه از حضور ذهن، جسم و روح برای کار در محیط‌های مراجع-محور و دشوار است.

همانطور که در کتاب شرح داده خواهد شد، فرسودگی از همدلی در نتیجه خستگی ذهنی، هیجانی، اجتماعی، جسمی، روحی و شغلی جراحات‌های مشاور وجود می‌آید که مداوماً در اثر شنیدن مسایل مراجع در زمینه بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها، تروما، اندوه، فقدان و حوادث استرس‌زا تشدید می‌شود. انجمن روان‌شناسان آمریکا (APA) این حالت را «آسیب مشاور» نامیده است. انجمن روان‌شناسان آمریکا در ۱۹۸۶ برای روان‌شناسان آسیب دیده برنامه‌های خود-مراقبتی و نیروی مقاومتی را برای رسیدگی به این مسایل مهیا کرد. انجمن پزشکان آمریکا (AMA) وضعیت مشابهی را تشخیص و آن را «آسیب پزشکان» نامید و آن را اختلالی جسمی، ذهنی و رفتاری تعریف کرد که توانایی پزشک را در درمان بیمار به تاخیر می‌اندازد. حرفه پرستاری نیز سالهاست که اصطلاح «فرسودگی از همدردی» را بکار می‌برد. صرف‌نظر از اصطلاح، این عبارت به معنی بهای ذهنی، جسمی و روحی است که فرد در قبال حرفه اش می‌پردازد.

تنها رویکردی که می‌تواند منجر به درمان و رهایی از فرسودگی از همدلی شود، تأکید بر ارتقاء روش‌های خود-مراقبتی برای درمانگر مجروح است. نهایتاً این کتاب برای خرد جمعی روش‌های درمانی فرهنگ‌های بومی و عقاید فلسفی که به درمان ذهن، جسم و روح درمانگر اهمیت می‌دهند، ارجح می‌نهد.

سخن مترجم

با ارتقاء سطح تحصیلات طبقه متوسط جامعه، به تدریج مشاوره و روان‌درمانی جایگاه خود را در جامعه ما می‌یابد و بر تعداد مراکز مشاوره و به تبع آن مراجعان به این مراکز افزوده می‌شود. مشاوره و روان‌درمانی را باید جزو مشاغل دشوار محسوب کرد زیرا فشار روانی از سوی مراجع و بیمار به مشاور و درمانگر منتقل می‌شود. مشاور و درمانگر دانا نسبت به این فشار آگاه است لذا می‌تواند به روش‌های متعدد متمسک شود تا از این آسیب‌ها مصون بماند.

مخاطبان اصلی این کتاب مشاوران، روان‌درمانگران و روان‌شناسان بالینی هستند که به کار مشاوره و روان‌درمانی مشغولند. مواجهه مکرر با مشکلات بیماران/مراجعان، انرژی همدلی و همدردی را در مشاور و درمانگر از بین می‌برد که این حالت به زعم نویسنده به صورت فرسودگی از همدلی نمایان می‌شود. فراهم کردن محیطی امن برای بیمار/مراجع که بتواند به بیان و ابراز مشکلاتش بپردازد بهای روان‌شناختی در پی دارد که روان‌درمانگر و مشاور آنرا با سلامت روان خود می‌پردازد. کتاب، راهکارهای اساسی برای پیشگیری از این مشکل و همچنین در صورت بروز آن راههایی برای مقابله با آن ارائه کرده است.

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره در کشور ما متولی نظارت بر مراکز مشاوره است، حال آنکه این نظارت درگامی فراتر باید بر سلامت و بهداشت روانی مشاوران تأکید نماید. اینجاست که خلأ امر «نظارت» در کار مشاوران و روان‌شناسان هرچه بیشتر آشکار می‌شود. این کتاب می‌تواند به عنوان الگویی راهنما در این زمینه مورد بهره‌برداری قرار گیرد و این مهم عملی نمی‌شود مگر با آموزش در مراحل تحصیلی، تکمیلی و کارورزی...

مسئله مهم دیگر راهکارهای درمانی و مراقبتی برای مشاوران و درمانگران هم در مرحله تشخیص و هم پیشگیری است که این امر به‌خصوص برای مشاوران مبتدی ضرورت دارد.

لازم به ذکر است که اصطلاحات علمی توصیف شده در این کتاب از سایتهای علمی و مشاوره با متخصصان این رشته گردآوری شده است. مجموعه ارائه شده در حد بضاعت مترجم بوده و بی‌شک خالی از نقص نیست. لذا از اساتید، متخصصین و خوانندگان گرامی این کتاب خواهشمندم که با ارائه نظرات و پیشنهادات سازنده خود مرا یاری نمایند.

حوری بافته‌چی

hooribaftehchi@yahoo.com



مقدمه نویسنده	۲
سخن مترجم	۷
بخش اول	۱۱
فصل اول: چهارچوب نظری فرسودگی از همدلی: تحلیل راهبردهای بحران	۱۳
فصل دوم: مقایسه و سنجش سندروم های فرسودگی از همدلی	۲۳
فصل سوم: همدلی به عنوان روشی کاربردی	۲۵
فصل چهارم: تئوری فرسودگی از همدلی: سنجش واکنش های فرسودگی ذهنی، جسمی و روحی	۴۳
فصل پنجم: فرسودگی از همدلی (روح مجروح مشاور)	۵۵
فصل ششم: همدلی از دیدگاه علم عصب شناسی	۶۳
بخش دوم	۷۱
فصل هفتم: بررسی رویکردهای تکمیلی در درمان فرسودگی از همدلی	۷۵
فصل هشتم: ریشه های خودمراقبتی: مروری بر رویکردهای غربی و غیرغربی در درمان فرسودگی از همدلی	۸۷
بخش سوم	۱۰۱
فصل نهم: تاب آوری لازمه التیام از فرسودگی از همدلی	۱۰۳
فصل دهم: سنجش فرسودگی از همدلی: اصول تحقیق	۱۰۹
فصل یازدهم: نقش سرپرست گروه بالینی در تشخیص، پیشگیری و درمان فرسودگی از همدلی	۱۲۳
فصل دوازدهم: روش های اساسی خود- مراقبتی: مدیتیشن به سه روش (تنفس عمیق، شنیداری و آگاهانه)	۱۳۹
فصل سیزدهم: روش های اصلی خود- مراقبتی: مدیتیشن هدایت شده، تعمیقی، در حال قدم زدن و همراه با تصویرسازی ذهنی	۱۴۷
فصل چهاردهم: مشاوران به منزله شمن های مدرن: یافتن شفای درون	۱۵۵
فصل پانزدهم: بودن، حضور ذهن داشتن و پذیرش پیامدها: برنامه سه گام رشد فردی برای دستیابی به نظم و تعادل	۱۷۳
منابع	۱۹۵
واژه نامه	۲۰۸



بخش اول

چهار چوب نظری فرسودگی از همدلی: تحلیل راهبردهای بحران



براساس تعالیم سنتی بومیان آمریکا «هرگاه فردی به درمان دیگری می‌پردازد بخشی از وجود خویش را نیز از کف می‌دهد تا بدان حد که خود نیز در مقطعی از زمان نیازمند درمان می‌شود». برای اینکه بتوانید شایسته مقام پزشک در بین سرخپوست‌ها شوید، باید در وهله اول درد و جراحت را درک کنید و نیاز به درمان را احساس کنید. (تافویا، کوریس^۲، ۲۰۰۳). بسیاری از مشاوران غربی مانند سرخپوستان با موضوع درمان و درد، آشنا هستند. من این پدیده را فرسودگی از همدلی^۳ نامیده‌ام. این حالت به دلیل خستگی روانی، احساسی، ذهنی، جسمی، روحی و شغلی مشاور ایجاد می‌شود که ناشی از مواجهه مداوم با مشکلات مراجعان اعم از بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها، ضربه‌های روانی، غم و اندوه است (استبِنیکی،^۴ ۱۹۹۹، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۷). تعاریف مشابهی از آسیب‌ها و فرسودگی‌های شغلی در منابع پرستاری، روان‌شناسی و بهداشت روانی موجود است (مانند فرسودگی از همدردی،

1. Tafoya
3. Empathy Fatigue

2. Kouris
4. Stebnicki

استرس ناشی از ضربه روانی ثانویه،^۱ تحلیل قوای روانی^۲، ضربه روانی جانشین^۳. برای مثال، اصطلاح فرسودگی از همدردی^۴، نخستین بار توسط جانسون^۵ (۱۹۹۲) در اصطلاحات پرستاری بکار رفت و سپس فیگلی^۶ و استم (۱۹۹۵)^۷، این پدیده را در روان‌شناسی بیشتر تشریح کردند، یعنی درمانگرانی که که بیمارانشان دچار حوادث بسیار فشارزا و ناراحت‌کننده شده‌اند، خودشان بیشتر نیازمند همدردی یا واکنش ثانویه به استرس هستند که این حالت در نتیجه حس همدلی و همدردی با رنج و درد دیگران ایجاد می‌شود. بنابراین «ضربه روانی جانشین» (ماک کن^۸ و همکاران ۱۹۸۹) را درمانگرانی تجربه می‌کنند که از نظر احساسی عمیقاً درگیر مسایل استرس‌زای مراجعان خود شده‌اند.

متخصصان آسیب‌دیده: تمرکز بر اصول مراجع - محور

اخیراً انجمن متخصصان مراجع - محور توجه خود را بر پیشگیری از واکنش‌های فرسودگی تخصصی معطوف کرده است. دلیل این توجه، تاثیر منفی کار متخصصان مبتلا به حالت‌های جسمانی، روانی مزمن یا حاد بود که احتمال داشت وضعیت مراجعان را به مخاطره انداخته یا در معرض آسیب قرار دهد. بخش بازرسی سلامت و بهبودی انجمن مشاوران آمریکا (انجمن مشاوران آمریکا^۹ [ACA])، (۲۰۰۳) این واکنش‌ها و پیامدهای فرسودگی تخصصی را "آسیب مشاوران" نامیده است. انجمن پزشکان آمریکا^{۱۰} (AMA)، ۲۰۰۴، حالت مشابهی را به نام "آسیب پزشکان" نامیده است که اختلالی رفتاری، ذهنی و جسمانی است و در این حالت توانایی پزشکان برای درمان مؤثر بیماران آسیب‌می‌بیند. انجمن روان‌شناسان آمریکا^{۱۱} (APA) توجه خود را به آسیب روان‌شناسان معطوف کرده است و کمیته‌ای را در سال ۲۰۰۷ برای رسیدگی به این مسایل تشکیل داده است.

رشته پرستاری دارای منابع مبسوطی در زمینه آسیب‌های تخصصی، سندرم‌های فرسودگی شغلی و نحوه مراقبت‌های جسمانی و روانی است و توان ارائه آن را به متخصصان خود دارد. این اصطلاح در منابع پرستاری با عنوان «فرسودگی از همدردی»^{۱۲} آورده شده است. در واقع انجمن پرستاران آمریکا (ANA، ۲۰۰۷)^{۱۲} این اصطلاح را در ردیف مسایل اخلاقی قرار داده است و منابعی بیش از آنچه که دیگر تخصص‌ها در این زمینه دارند، فراهم کرده است تا هر چه بیشتر از تاثیرات سندروم فرسودگی تخصصی بکاهد. گذشته از تعریفی که در زمینه فرسودگی شغلی در مشاوره، روان‌شناسی یا پزشکی

1. Secondary traumatic stress
3. Vicarious tranmatization
5. Jainson
7. Stamm
9. American Counseling Association
11. American psychological Association

2. Burnout
4. Comapassion Fatigue
6. Figley
8. Mc cann
10. American Medical Association
12. American Nurses Association

بکار می‌رود، بهایی که متخصصان و دریافت‌کنندگان خدمات ذی‌ربط از نظر ذهنی، احساسی، اجتماعی، جسمانی، روحی و شغلی بابت فرسودگی تخصصی می‌پردازند بسیار بالاست. دالای‌لاما^۱ در ۱۹۹۹ در مورد فرسودگی در تخصص‌های مراقبتی، بخصوص مشاوران، نکاتی را بیان کرده است. به نظر او، مشاوران اغلب اوقات، بدین دلیل خسته می‌شوند که مداوماً با رنج دیگران در تماسند و این امر موجب یأس و نومییدی آنها می‌شود. او در سخنرانی خود (برگر^۲ ۲۰۰۶) چنین عنوان کرد: «همدلی حالتی است که دقیقاً در توصیف فرسودگی از همدردی داریم و... در واقع همان تجربه ساده همدردی با دیگران است هنگامی که می‌خواهیم دیگران را از رنج برهانیم.» (ص ۱). مشاوره جزء مشاغل دشوار است (نایسبیت^۳، ۱۹۸۴) که مخاطرات بالقوه پیچیده‌ای دارد و می‌تواند توانمند مشکلات شخصی و تخصصی فرد را تشدید کند (اسکووهولت^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). اعضای مجمع مشاغل دشوار باید بدانند که «همدلی مداوم، حساسیت بین‌فردی، و مراقبت یک‌جانبه... مستلزم تلاش بی‌وقفه است و با اینکه ارتباط با مراجع مستلزم تشریک مساعی است اما متقابل نیست. (اسکووهولت و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین بسیاری از اوقات زندگی برای مشاوران طاقت‌فرسا می‌شود زیرا باید نسبت به افکار، احساسات و تجارب مراجعان خود از آگاهی بالایی برخوردار باشند. بعلاوه، ارزیابی موفقیت درمان، فرآیندی مشکل است زیرا پیامدها فوراً آشکار نمی‌شود. ارزیابی شامل نقش دو جانبه و پیچیده مشاور-مراجع است. بنابراین متخصصان باید بتوانند نسبت به موفقیت درمان، ارزیابی صحیحی داشته باشند و بین موفقیت‌های شغلی، روحی، جسمی، هیجانی، اجتماعی و روانی مراجع و توانایی‌های تخصصی خود توازن ایجاد کنند تا بتوانند در شغل خود موفق شوند.

فرسودگی از همدلی: پیامد مشکلات پیچیده مراجع

روشن است که همدلی مشاور در فرآیند بهبود ضروری است. گاهی، این امر مستلزم پاسخ متخصص است و حتی در مواقعی باید به صورت جانشین، درد و رنج مراجع را تجربه کند. به‌رحال متخصص، پس از حضور ذهن، گوش‌دادن و پاسخ‌دادن به مشکلات مراجع دارای حالت‌های شدید هیجانی، ممکن است دچار فرسودگی از همدلی شود. واکنش فرسودگی از همدلی ممکن است حتی با وجود تلاش متخصص برای کاهش شدت درد و رنج هیجانی مراجع، باز هم ایجاد شود. این احساس حتی در متخصصان متبحر به صورت حالت مبهمی از اندوه، غم یا استرس نمایان می‌شود و فرد یاری‌دهنده نسبت به هیجان‌های شدید واکنش نشان می‌دهد. بدین ترتیب با بیان احساس درد، ناراحتی، شوک، ضربه روانی، اندوه و دیگر احساسات مهم توسط مراجع، در واقع این حالات به روان متخصص منتقل

1. Dalai Lama
3. Naisbitt

2. Berger
4. Skovholt

و منعکس می‌شود. مشاوران می‌توانند با علم و آگاهی نسبت به نشانه‌های فرسودگی از همدلی، ضمن کمک به مراجع، نسبت به خود نیز احساس کفایت و حرمت نفس کنند. نتایج زیر نشان‌دهنده محتوای تحلیلی بیش از ۱۰۰ مورد از مشاوران آسیب‌دیده است که دچار تحلیل قوای روانی و فرسودگی همدردانه شده بودند (جونز، ۲۰۰۷) و از بین خصایصی که فرسودگی شغلی مشاوران را نشان می‌دهد، برگزیده شده‌اند:

- مشاورانی که از ابتدا مدت طولانی مشاوره بحران را انجام داده بودند، بیشتر مستعد ابتلا به تحلیل قوای روانی بودند تا مشاورانی که فقط با مشکلات بهداشت روانی اعم از اختلالات اضطراب، خلق، سوءمصرف مواد و مشاوره ازدواج سروکار داشتند.
- بین نوع مدرک و جنس و نژاد و همچنین مدرک مددکاری اجتماعی و سطح ضایعه تحلیل قوای روانی، همبستگی وجود نداشت. اکثر متخصصان یاری‌دهنده صرفنظر از نوع تخصص، دچار سندروم‌های فرسودگی شده بودند.
- رضایت عمیق مراجع با تحلیل قوای روانی مشاور همبستگی مثبت داشت. مشاورانی که با مراجعان خود تفاهم بیشتری داشتند، رضایت شغلی بالاتری را نشان داده بودند.
- مشاورانی که در ارزیابی فردی سطح بالایی از رشد و پیشرفت را گزارش کرده بودند، میزان پایینی از تحلیل قوای روانی را نشان داده بودند.
- نظارت بر کار مشاوره، عنصر کلیدی در رضایت شغلی مشاور و سطح پایین آسیب تخصصی است. یعنی بنابه گفته مشاوران، با نظارت صحیح و مثبت، آنها احساس حمایت کرده و سطح تحلیل قوای روانی‌شان نسبت به متخصصانی که این نظارت را دریافت نکرده بودند، کمتر بود.

مفاهیم فرسودگی از همدلی

واکنش‌های فرسودگی تخصصی انواع گوناگونی دارد. عناوینی که به سندروم‌های فرسودگی اطلاق می‌شود (تحلیل قوای روانی، فرسودگی از همدلی، استرس ناشی از ضربه روانی ثانویه، ضربه روانی جانشین) بر اساس اصول اعتقادی هر محقق متفاوت است. صرفنظر از تفاوت‌های مفهومی و نظری که بعدها توضیح خواهیم داد، مشاورانی که از رویکرد همدلانه پیروی می‌کنند، تا حد زیادی تحت تأثیر مسایلی چون فقدان، اندوه، فشار روانی، اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از ضربه روانی مراجع قرار می‌گیرند. این مسئله باید مورد توجه اکثر مشاوران، دانشجویان و ناظران این رشته قرار بگیرد تا بتوانند واکنش‌های فرسودگی از همدلی را تشخیص دهند و از آن پیشگیری کنند. لازمه این شغل، آمادگی ذهنی، جسمی و روحی برای حرکت در مسیر رشد و تعالی برای ارتقاء سطح تعامل بین فردی است.

اکثر مشاوران، براساس برنامه‌های آموزشی غرب که روش درمانی آن مبتنی بر مهارت‌های مراجع-محور همدلانه و ایجاد ارتباط توأم با درک و احترام و تفاهم با مراجع است، آموزش می‌بینند، بنابراین در روش درمانی خود تابع نظریه‌ها و روش‌های پیچیده درمانی هستند. پس، در رویکردهای مراجع-

محور که بیشتر بر همدلی با مراجع تأکید می‌شود سعی می‌شود تا روش‌ها و نظریه‌های مشاوره تلفیق شود. با اینکه اکثر مشاوران تابع فلسفه و نظریه خود هستند اما اکثراً تابع روش التقاطی‌اند و لازمه طبیعت رابطه مشاوره، سطح متوسطی از گوش دادن همدلانه و دقیق است. این امر مستلزم همدلی عمیق مشاور با مسایل بحرانی زندگی مراجع است.

با توجه به تجربه و ویژگی‌های فردی مشاوران، آنها در معرض سطح پایین، متوسط یا بالایی از فرسودگی از همدلی هستند. البته این مسئله به ویژگی‌های پیچیده و متغیر فردی مرتبط است. اکثر افراد، صرفنظر از شاخص‌های تخصصی و متغیر مشاوران، متخصص خود را بر اساس خصوصیات انسانی‌اش انتخاب می‌کنند. بنابراین بسیاری از مشاوران توانایی‌های طبیعی مشهودی در ابراز همدلی و همدردی دارند. به دلیل تأثیر همدلی و همدردی، حضور ذهن، گوش دادن و پاسخ دادن، اکثر اوقات احساسات مشاوران در مورد فقدان، اندوه، درد، ضربه روانی و رنج به اندازه احساسات مراجعان عمیق است. این احساسات به درک مشاور از استرس بستگی دارد و سلسله مراتب استرس، همدلی از کمترین تا شدیدترین سطح طبقه‌بندی می‌شود.

آشکارسازی هیجان‌های شدید فردی مراجع تا حدی می‌تواند منجر به انتقال متقابل یا استرس ناشی از ضربه روانی ثانویه (STS) مشاور شود (فیگلی، ۱۹۹۵). این حالت می‌تواند منجر به فرسودگی از همدلی بشود یا نشود زیرا پاسخ افراد به فشارهای هیجانی و روانی دقیقاً یکسان نیست. این مسئله هنوز مورد تردید است که متخصصانی که درگیر مسایلی بحرانی نمی‌شوند یا استرس را در گروه‌های آزمایشی تجربه می‌کنند بیشتر امکان دارد که دچار فرسودگی از همدلی شوند؛ به دو دلیل: تراکم کار و دقت عملی که لازمه کارشان است، و انواع مراجعان یا بیمارانی که خواهان دریافت خدمات هستند.

علیرغم ماهیت خود-سنجی فرسودگی از همدلی و رنج ناشی از آن، در آینده باید بیشتر بر سنجش سندرم‌های فرسودگی در پایان روز کاری از نظر جسمی، هیجانی، روانی، روحی در سطح تعامل بین فردی تأکید کرد. در پایین‌ترین میزان، سطح استرس متخصص یاری‌دهنده تا حد زیادی افزایش می‌یابد. محققان اثبات کرده‌اند که میزان استرس متراکم و شدید روانی و جسمی می‌تواند تأثیرات شدیدی بر ذهن، جسم و روح متخصص بگذارد. بدین ترتیب آموزش‌های معنوی و نظری اساسی در فرسودگی از همدلی به شرح زیر است:

- فرسودگی از همدلی آسیبی است که در مراحل ابتدایی شغل فرد و بر اساس تعامل متغیرهای مؤثر ایجاد می‌شود اما محدود به الف) ویژگی‌های شخصیت ب)؛ سازگاری کلی؛ پ) سن مشاور و عامل رشد؛ ت) امکان ابتلاء؛ ث) حمایت‌های محیطی و سازمانی؛ ج) روابط روانی، رشد جسمی، روحی، و ذهنی فرد نیست.
- بسیاری از اوقات این آسیب از سوی فرد و محیط کارش شناخته نمی‌شود یا نادیده گرفته می‌شود زیرا تصور می‌شود که واکنش فرسودگی از همدلی برای بسیاری از مشاوران الف) فرآیندی ناخودآگاه است؛ ب) پس از تعامل با مراجعی که دچار آسیب روانی یا استرس شدید است، احساسی قابل پیش‌بینی است؛ و پ) برای یک درمانگر، امری اجتناب‌ناپذیر است. در نتیجه بسیاری

- از مشاوران با همکارانشان در این مورد صحبت نمی‌کنند زیرا به نظر آنها این مسئله به معنی متخصص آسیب‌دیده است و می‌تواند بالقوه موقعیت آنها را به خطر اندازد.
- مشاور آسیب‌دیده نمی‌تواند از نظر اخلاقی به صورتی موثر عمل کند زیرا قادر به ارائه خدمات مناسب به مراجعش نیست. ناتوانی در کنترل یا سازگاری با استرس‌های فردی، مشکلات، ناکارآمدی روانی از مواردی است که مخل آرامش مراجع‌اند. به‌همین دلیل نشانه‌های متعدد اخلاقی در مشاوره و روان‌شناسی به استانداردهای خاص مرتبط با آسیب مشاور مربوطند. این استانداردها دارای طرحی روشن در حمایت از مراجع‌اند. به‌هرحال تعریف «آسیب مشاور» نیازمند دقت بیشتری است. به غیر از آسیب‌های آشکار (مصرف الکل، مواد مخدر یا اختلال‌های سطحی مربوط به سلامت روان) ممکن است رفتارهای آسیب‌دیده مشاور با توجه به جلسات مشاوره، تعداد مراجعان یا عوامل دیگر ایجاد شود. پرسش این است:
- الف) چگونه می‌توان آسیب مشاور را بررسی کرد؟
- ب) مشاور در چه مرحله‌ای از رابطه درمانی آسیب می‌بیند یا برای مراجع احساس خطر می‌کند؟ بسیاری از اوقات بدین دلیل که سندرم‌های آسیب مشاور ناآشکارند و از صفر تا بسیار زیاد درجه‌بندی می‌شوند، همواره مبهم و به‌همراه فرسودگی از همدلی و همدردی و تحلیل قوای روانی مشاور ایجاد می‌شوند. به دلیل وجود مسایل غامض اخلاقی در جلسات بالینی، قوانین مشاوره و روان‌شناسی همواره تلاش می‌کند تا مسایل مرتبط با آسیب متخصصان را روشن کند.
- فرسودگی از همدلی می‌تواند ناگهانی ایجاد شود و واکنش‌های هیجانی، جسمانی و روحی ناشی از آن، مختص هر فردی است. به‌همین دلیل، فرسودگی از همدلی تابع مسیری قابل پیش‌بینی از سلامتی به بیماری نیست. علاوه بر این، آسیب و توانایی تخصصی، درجاتی دارد و ارزیابی آنها به نوبه خود می‌تواند مشکل‌ساز باشد. همچنین فرسودگی از همدلی، تابع الگوی تحلیل قوای روانی شغلی یا انتقال متقابل نیست. متغیرهای مداخله‌گر متعددی در ایجاد آن دخیلند. بسیاری از متخصصان به‌صورتی متناوب از «بسیار کم» تا «بسیار زیاد» در معرض این آسیب قرار می‌گیرند.
 - نشانه‌های این بیماری در رفتارهای غیراخلاقی مشاورانی که که دچار فرسودگی از همدلی می‌شوند، می‌تواند توسط همکاران متخصص در محیط کار تشخیص داده شود و این در حالی است که خود متخصصان قادر به تشخیص نشانه‌های دقیق یا مجموعه آنها نباشند. بالاخره متخصصان همواره با عواملی سروکار دارند که به آنها گوشزد می‌کند که افکار، جسم و روحشان، از تعادل خارج شده و سلامت روان و سعادتشان در معرض خطر است. پس صور گوناگون نظارتی (گروهی، فردی، همگنان) برای ارزیابی سلامت روحی، جسمی و ذهنی مشاوران لازم است. بنابراین نظارت بالینی، در مقابل نقش توییحی می‌تواند به‌صورت حمایتی و تسهیلی در خدمت متخصص آسیب‌دیده قرار گیرد. لازمه عملکرد تخصصی، تعامل اخلاقی و صحیح درمانی است.
 - لزوماً حالت استرس، آسیب روانی، فقدان یا اندوه مراجع باعث فرسودگی از همدلی در مشاور نمی‌شود؛ بلکه، این مسئله بستگی به درک مشاور از مراجع و حادثه بحرانی دارد که تعیین‌کننده

پاسخ است و به متغیرهای تعاملی پیچیده‌ای بستگی دارد. بنابراین کلیدهای هیجانی (فرسودگی از همدلی) مختص هر مشاوره است که می‌تواند این تجربه را بیازماید.

سیر بحرانی منتهی به فرسودگی از همدلی

- براساس منابعی که در زمینه فرسودگی شغلی و آسیب‌های مشاور در دسترس است، تحلیل کلی از شرایط بحران را تشریح می‌کنیم. مباحث مطرح شده در این زمینه عبارتند از:
- ۱- اکثر مشاوران برای ایجاد تفاهم و رابطه درمانی با مراجع، مطابق با برنامه‌های آموزشی غرب که مبتنی بر مهارت‌های مراجع - محورانه همدلی است، آموزش می‌بینند. متخصصانی که همدلی عمیقی را در جلسه درمان نشان می‌دهند؛ بیشتر مستعد ابتلا به فرسودگی از همدلی اند.
 - ۲- با وجود اینکه مشاوران، مدعی‌اند که در روش درمانی تابع فلسفه و رویکردی التقاطی‌اند، اما لازمه رابطه مشاوره گوش دادن دقیق و همدلانه، از کمترین میزان تا حد متوسط است که موجب همدردی عمیق مشاور با مسایل بحرانی زندگی مراجع می‌شود.
 - ۳- بسیاری از اوقات، مشاوران در نتیجه رابطه همدردانه و همدلانه، دچار هیجان‌هایی می‌شوند که به اندازه احساس مراجع درباره فقدان، اندوه، آسیب روانی یا رنج، شدید است و این احساسات از بسیار کم تا بسیار زیاد تأثیری مداوم دارد.
 - ۴- مشاوران با توجه به میزان تجربه، روش کار و حالت‌های همدردی و خصایص فردی خود در معرض فرسودگی از همدلی قرار می‌گیرند که میزان ابتلا آنها می‌تواند در سه سطح پائین، متوسط یا بالا طبقه‌بندی شود.
 - ۵- مسایل شدید هیجانی مراجع، می‌تواند عوارض شدید، مزمن یا تأخیری برای مشاور داشته باشد که به صورت واکنش‌های فرسودگی روحی، جسمی و ذهنی نمودار می‌شود.
 - ۶- تجربه فرسودگی از همدلی مشاور شباهت زیادی به واکنش استرس دارد که پاسخی پیچیده و متمرکز از روح، جسم، ذهن و محیط فرد است. پاسخ‌های فرسودگی از همدلی، می‌تواند به مراجعی که در شرایط غیرعادی آسیب‌زا و فشارزا تحت درمان است، مرتبط باشد یا نباشد. اگر حالت شدید فرسودگی از همدلی، هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها ادامه یابد، به صورت تحلیل قوای روانی کلی، نمایان می‌شود که در آن صورت، متخصص، از نظر هیجانی، روانی، جسمانی، روحی و شغلی، احساس پوچی می‌کند. برای ممانعت از ایجاد این احساس، متخصصان مجدانه باید از مواجهه با حملات بیزارکننده فرسودگی از همدلی اجتناب کنند.

سیر بحران

بطور کلی، فرضیه این است که تأثیر کلی مجموعه جلسات درمانی در طول هفته منجر به کاهش انعطاف‌پذیری یا توانایی سازش مشاور با وضعیت مراجع می‌شود که طیف این مشکلات از مشاجرات روزمره و استرس آغاز شده و تا مسایل غامض آسیب‌زای و حالت‌های مزمن یا دائمی جسمانی و

روانی ادامه می‌یابد. به همین نسبت، متخصص که در رابطه درمانی، همدلی عمیقی را از خود نشان می‌دهد، در معرض فرسودگی روحی، جسمی و ذهنی تجربه مراجع هم به صورت سطحی و هم شدید قرار می‌گیرد.

براساس این فرضیه، مشاورانی که دچار فرسودگی از همدلی می‌شوند، توانایی گوش دادن و پاسخ‌دهی همدلانه‌شان به مسایل مراجعان اعم از شدید یا آسیب‌زا، کاهش می‌یابد. که ممکن است شامل موضوعات شدید آسیب‌زا باشد یا نباشد. تجربه فرسودگی از همدلی می‌تواند با واکنش‌های متغیر پیچیده‌ای بروز کند. مثلاً برای برخی از متخصصان ممکن است کار با کودکان یا نوجوانان یا با بیماران مزمن لاعلاج و معلولیت‌ها مشکلی باشد. بالعکس مشاوران دیگر در جلسات درمان بازپروری کودک ممکن است بسیار خوب عمل کنند.

گذشته از این اصول و مفاهیم اساسی، متخصصانی که دچار فرسودگی از همدلی می‌شوند در معرض احساساتی چون استرس، اندوه، فقدان، انزوا، اضطراب یا افسردگی قرار می‌گیرند که همگی در تحلیل قوای روانی نیز قابل مشاهده است. اغلب اوقات، آنها احساس می‌کنند که تلاش‌های درمانی-شان، تأثیر اندکی در زندگی مراجع دارد. بنابراین بطور خلاصه:

- جلسات درمانی در طول هفته، ممکن است، به صورت تحلیل توانایی‌های سازگاری یا انعطافی مشاور آشکار شود.
- فرسودگی از همدلی، فرآیندی کاملاً فردی است، زیرا همه مشاوران در رابطه با مراجع، وضعیت مشابه، جلسه‌های مشابه یا به فشار کاری با حالت مشابهی پاسخ نمی‌دهند.
- فرسودگی از همدلی، می‌تواند با واکنش‌های شدید یا تاخیری همراه باشد و بیشتر در کار با مراجعانی ایجاد می‌شود که از مشاجرات عادی و استرس‌های روزانه شکایت می‌کنند تا افرادی که دچار حوادث آسیب‌زا و استرس‌زای شدید شده‌اند.
- مشاوران در مرکز مشکلات مراجعان خود قرار می‌گیرند و اسیر احساسات زهرآگین، سخنان منفی، عدم تعادل و فوران انرژی‌های مسدودی می‌شوند که هر لحظه در طول جلسه درمان ایجاد می‌شود.
- مشاوران از نظر اخلاقی، موظفند که: الف) مراجع را در رسیدن به حد اعلی عملکرد یاری کنند. ب) در جلسات حضور ذهن داشته و پاسخ همدلانه دهند. پ) در زمان مناسب با الگوی افکار، احساسات و رفتار ناکارآمد مراجع چالش کنند. ت) و برای جمع‌بندی طرحی کلی از عملکرد مطلوب به روش‌های دیگر متوسل شوند.
- رابطه مراجع و مشاور (کلامی و غیرکلامی) در طول جلسات درمانی، از طریق افکار و احساسات مشاور که مرتبط با واکنش‌های فیزیولوژیکی است، کامل می‌شود. در نتیجه، برخی تعابیر خاص یا کلی براساس واکنش‌های مشاور نسبت به خود یا مراجع نسبت به او، استنباط می‌شود. معنابخشی به این رابطه، برای برخی از مشاوران به معنی چالش روحی یا فیزیولوژیکی با آن است. بنابراین نظارت اولیه بالینی و همچنین نظارت گروهی برای پیشرفت کار مشاور و رشد او و حمایت از مراجع در برابر متخصص آسیب‌دیده، امری ضروری است.

نتیجه گیری

مشاوری که در زمینه روان‌درمانی مشغول فعالیت است دارای زمینه ابتلا به فرسودگی از همدلی در حد پایین، متوسط یا بالا است. همچنین عوامل پرخطر دیگری نیز تعیین شده‌اند که در تست عملکرد عوامل پرخطر فرسودگی از همدلی استثنی‌کی (۲۰۰۰) در فصل ۱۰، بخش سوم، از نظر خواهد گذشت. مواجهه مکرر با مسایل پیچیده مراجع، انرژی همدلی را در مشاوره از بین می‌برد که این حالت به صورت فرسودگی از همدلی نمایان می‌شود.

مقایسه و سنجش سندرم‌های فرسودگی از همدلی

۲

برای درک همه‌گیرشناسی اضطراب و استرس آسیب‌زای مرتبط با وضعیت متخصصان یاری‌دهنده ناچار از تغییر کلی در تفکر درباره سندرم‌های فرسودگی شغلی هستیم. ابتدا باید بپذیریم که حالت‌های فرسودگی در انواع مشاغل یاری‌دهنده مشترک است. هنگامی که مشاوران دچار فرسودگی یا آسیب شغلی می‌شوند، از دوستان، خانواده و همکارانشان، کناره‌گیری می‌کنند. مشاوران، اغلب، حالتی، بیش از یک روز بد را در محل کار خود تجربه می‌کنند و تصورشان این است که دیگران متوجه استرس شدید و آسیب‌های روانی ثانویه آنها نشده‌اند. به همین جهت با مروری که در تحقیقات خود داشتیم بین فرسودگی از همدلی و دیگر سندرم‌های فرسودگی تفکیک قایل شدم (استبینیکی، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۷). نظریه من عبارتست از:

- ۱- فرسودگی از همدلی در مقایسه با دیگر سندروم‌های فرسودگی (فرسودگی از همدردی، تحلیل قوای روانی، آسیب روانی نیابتی) مشاورانی را مبتلا می‌کند که برای ایجاد تفاهم و رابطه درمانی با مراجعانشان از ابتدا، بر تعامل مراجع-محور و همدلی تمرکز می‌کنند.
- ۲- فرسودگی از همدلی با واکنش‌های دقیق، کلی یا تاخیری همراه است که با مشکلات مراجع مرتبط است و می‌تواند همراه با آسیب روانی باشد یا نباشد. بنابراین فرسودگی از همدلی در نتیجه تأثیرات کلی جلسات درمانی بوجود می‌آید و شامل مشاجرات روزمره، استرس، اضطراب، افسردگی و اعتیاد و دیگر هیجان‌های منفی و ناسالم می‌شود.
- ۳- تأثیرات کلی جلسات هفتگی، منجر به از بین رفتن انعطاف‌پذیری و توانایی سازگاری مشاور با مراجع می‌شود که مشکلاتشان دارای طیفی از مشاجرات روزمره تا استرس‌های شدید و آسیب‌زا است.
- ۴- مشاورانی که روند درمان را با سطح همدلی عمیقی آغاز می‌کنند (که با آزمون‌های معتبر و پایا قابل سنجش است) بیشتر مستعد فرسودگی از همدلی‌اند تا مشاورانی که سطح پایین‌تری از توجه همدلانه را نشان می‌دهند.

بطور کلی فرسودگی از همدلی، به دلیل خستگی بیش‌ازحد روانی، هیجانی، ذهنی، جسمی، روحی و شغلی مشاور ایجاد می‌شود و این به دلیل تماس مداوم با مشکلات مراجعانی است که درگیر بیماری، ناتوانی، ضربه روانی، اندوه و فقدان هستند.

عناوینی که به پدیده سندروم های فرسودگی از همدلی اطلاق می‌شود (فرسودگی از همدردی، تحلیل قوای روانی، استرس ناشی از ضربه روانی ثانویه، ضربه روانی نیابتی) بنا بر اصول اعتقادی محقق، قابل تغییر است. صرف‌نظر از تفاوت‌های معنایی، این حالت بر اثر یک عامل مشترک بحرانی در تخصص‌های یاری دهنده گوناگون ایجاد می‌شود. ابتدا، متخصصانی که رویکردشان همدلانه است، تا حد زیادی تحت تاثیر فقدان، اندوه، استرس، اضطراب، افسردگی و استرس آسیب‌زای مراجع قرار می‌گیرند. لازمه این زندگی شغلی، آمادگی ذهنی، جسمی، روحی در سطحی از رشد و بالندگی است تا به ما کمک کند در کار با سطح شدید تعامل بین فردی، انعطاف‌پذیرتر باشیم.

علی‌رغم توصیفاتی که محققان درباره سندرم‌های گوناگون فرسودگی ارائه داده‌اند، مجموعه تعاریف فرسودگی‌های تخصصی، به بهترین وجه توسط متخصصان مختلف مشاوره تشریح شده است. برخورداری از طبقه‌بندی تشخیصی برای متخصصان بهداشت روانی نیز مانند مراجعان هم می‌تواند ایجاد ترس و اضطراب کند و هم علی‌السویه باشد. دانستن این نکته که متخصصان دیگر نیز، نوع مشابهی از فرسودگی روحی، هیجانی و جسمی را تجربه می‌کنند مایه تسلی خاطر است. حداقل این اطلاعات، برای مشاوران، ناظران و دانشجویان این رشته در تشخیص و پیشگیری از سندرم فرسودگی تخصصی مفید است. بنابراین بین فرسودگی از همدلی و انواع دیگر آسیب‌های مشاوره و سندرم‌های فرسودگی، تفکیک‌های زیر انجام شده است.

انتقال متقابل

این اصطلاح برای اولین بار در نظریه‌های روان‌تحلیلی مطرح شد، سپس، در منابع مشاوره برای چندین دهه بکار رفت. نخستین بار فروید در ۱۹۱۰، این اصطلاح را در تشریح تعارضات حل‌نشده و افکار، احساسات و هیجان‌های مشاور که مستقیماً به مسایل مراجع مرتبط می‌شود، بکار برد. بنابراین، درمانگر برای مدیریت انتقال متقابل (فرویدین) باید از نظر هیجانی، سالم باشد و بین همدلی‌اش، تعادل را حفظ نماید، در این صورت، تحت‌تاثیر احساسات ناسالم قرار نمی‌گیرد (سالستون^۱، فیگلی ۲۰۰۳). راجرز^۲ در ۱۹۶۱ پیامد "انتقال متقابل منفی" مشاوران را احساس گرمی، پذیرش، احترام یا توجه اندک نسبت به مراجعان می‌داند. رابطه نزدیک هیجانی به آسانی می‌تواند مرزهای بین تعارضات بین فردی درمانگر و مراجع را تیره کند که نهایتاً موجب از بین رفتن توانایی مراجع برای تغییر و تلاش برای حل مسائل آسیب‌زا و استرس‌زای شدید می‌شود.

1. Salston

2. Ragers

متخصصان یاری‌دهنده‌ای که با بیماران لاعلاج و درگیر مشکلات مزمن سر و کار دارند، مخصوصاً مستعد تأثیرات انتقال متقابل اند. راندو^۱ (۱۹۸۴) درباره این اصطلاح در ارتباط با مراقبان افراد داغ‌دیده یا کسانی که با مشکلات مرگ مواجه‌اند، بحث کرده است. به نظر او از نظر فردی مردگان حداقل از سه طریق ما را تحت تأثیر می‌دهند. آنها: (الف) به صورت دردناکی ما را از مرگ خود آگاه می‌کنند؛ (ب) در تمرکز ما بر ترس و مرگ بالقوه‌مان مشارکت می‌کنند؛ (ج) با آگاهی از مرگ، اضطراب زنده ماندن را در ما ایجاد می‌کنند.

بنابراین، یاری‌دهندگان متخصص، باید مراقب کار ناتمام خود در رابطه با احساس اندوه و جدایی به‌وسیله مرگ یا فقدان باشند.

رایج‌ترین دیدگاه درباره انتقال متقابل که در منابع مربوط به آسیب روانی در مورد آن بحث شده است، خصیصه منحصر به فرد درمانگر است که اکثر اوقات انتقال متقابل را از طریق گوش دادن به زندگی مراجع که حاوی مسائل بسیار غم‌انگیز و دردناک است، تجربه می‌کنند. به همین دلیل انتقال متقابل کلاسیک، امروزه بخصوص در مشاوره آسیب روانی، معنای جدیدی یافته است (بارنوفسکی^۲، ۲۰۰۲؛ دانیلی^۳ ۱۹۹۶؛ سالستون و فیگی، ۲۰۰۳). در انتقال خاص تروماتیک (TST؛ ویلسون، ۲۰۰۱) و انتقال متقابل، تمرکز ناخودآگاه بسیار شدیدی به مسائل بازماندگان آسیب روانی از سوی مشاوران وجود دارد. در نتیجه ماجرای ضربه روانی مراجع تبدیل به نوعی تجربه نمادین یا برابر برای مشاور می‌شود. از آنجائی که همدلی شکل موثری از گوش دادن دقیق توسط مشاور آسیب روانی است (جکسون، ۱۹۹۲) یاری‌دهنده ناخودآگاه، بیش از حد به ماجرای ضربه روانی مراجع توجه می‌کند (فیگلی، ۲۰۰۲). درمانگر در کار با جنبه‌های انتقال متقابل کلاسیک و خاص آسیب روانی، باید از ساختار منش شخصیت سالم برخوردار باشد تا بتواند اضطراب مراجعی را که مبتلا به استرس آسیب‌زا است، مدیریت و درمان کند (هایس^۴ و همکاران، ۱۹۹۱).

به‌هرحال در همدلی عادی با دیگران "سایه سار" وجود دارد. به‌عنوان مثال، مشاورانی که نسبت به مسایل حل نشده فردی‌شان ناآگاهند، سطح بالاتری از انتقال متقابل را تجربه می‌کنند که به صورت واکنش فرسودگی از همدلی بروز می‌کند. بنابراین، فرسودگی از همدلی شباهت بسیاری به انتقال متقابل دارد که مشاور عمیقاً از نظر احساسی، تحت تأثیر گوش دادن به مشکلات پیچیده مراجع درباره فقدان، اندوه، استرس و آسیب روانی قرار می‌گیرد. درمانگرانی که سطح عمیقی از همدلی را نشان می‌دهند، همانندسازی عمیقی با مشکلات مراجعان خود دارند (گلسو و هایس، ۱۹۹۸). در نتیجه، پس از تکرار داستان‌های مراجع در زمینه استرس و آسیب روانی، ممکن است متخصصان ارتباط خود را با احساسات عمیق مراجع درباره فقدان، اندوه و تنهایی، قطع و از او دور شوند.

1. Rando
3. Danieli
5. Hayes

2. Baranowsky
4. Traumatic Specific Tranference

مدیریت پاسخ‌های طبیعی به انتقال متقابل، مستلزم مهارتی بیش از آگاهی و علم نسبت به این مقوله است یا کسب مهارت‌های خاص برای اداره این فرایند ناخودآگاه است. هنوز مشخص نشده است که این فرایند، نتیجه عملکرد ترکیب شخصیت منحصر به فرد مشاور یا دیگر خصایص او است (هایس و همکاران، ۱۹۹۱). این نکته مستلزم بینش عمیق‌تر برای کامل شدن تجربه آسیب روانی مراجع و درک فردی و جهان‌بینی مشاور از زندگی است.

تحلیل قوای روانی

منابع در زمینه تحلیل قوای روانی، بسیار زیاد است. در روان‌شناسی، بیش از ۱۱۰۰ مقاله و ۱۰۰ کتاب تحت این عنوان، چاپ شده است. تحلیل قوای روانی، اصطلاحی است که نخستین بار توسط فرویدانبرگر^۱ (۱۹۷۴) بکار رفت و به حالتی از خستگی شدید جسمی، هیجانی و ذهنی اطلاق می‌شود که افرادی که اصطلاحاً «دچار «خستگی مفرط» شده‌اند) در مورد خود، همکاران و مراجعانشان احساسات منفی را تجربه می‌کنند (ماسلاخ^۲، ۱۹۸۲، ۲۰۰۳ و پینز^۳ و همکاران، ۱۹۸۸). جنبه‌های نظری تحلیل قوای روانی نخستین بار، توسط روان‌شناسان در منابع استرس شغلی مورد بحث قرار گرفت که به متخصصان سلامت روانی و منابع انسانی مربوط می‌شود. تحلیل قوای روانی، نوع خاصی از استرس شغلی است که به دلیل واکنش‌های بین فردی و اجتماعی فزاینده بین یاری‌دهنده و دریافت‌کننده رخ می‌دهد (ماسلاخ ۲۰۰۳). به دلیل فقدان حمایت سازمان یافته و مشکلات درونی، متخصصان خدمات انسانی، در معرض این فشار شدید روانی قرار می‌گیرند.

نشانه بارز این سندرم، تغییر منفی در دیدگاه متخصصان نسبت به افرادی است که به آنها خدمت می‌کنند (همان، ۱۹۸۲ و ۲۰۰۳). در نتیجه، یاری‌دهندگان متخصص ممکن است با همدلی، خلوص یا احترام مثبت و بی‌قید و شرط کمتری به مراجعان پاسخ دهند. اکثر آنها دچار حالت‌هایی چون فقدان انرژی جسمی، ایده‌آل‌گرایی شغلی و احساس کمال فردی می‌شوند. پینز و آرنسون (۱۹۸۸)، سه خصیصه اصلی در متخصصان را که منجر به این اختلال می‌شود را تعیین کردند؛ الف) کاری که انجام می‌دهند، از نظر احساسی تحمیلی است؛ ب) از نظر شخصیتی نسبت به دریافت‌کنندگان خدمات حساسند؛ ج) و مخصوصاً تابع روش مراجع - محورانه در مشاوره هستند.

یکی از رایج‌ترین آزمون‌ها برای سنجش تحلیل قوای روانی، آزمون ماسلاخ (آزمون تحلیل قوای روانی ماسلاخ^۴ [MBI] است. به نظر جنکینز^۵ و بیرد^۶ (۲۰۰۲) نیز [MBI] برای سنجش تحلیل قوای

1. Freudenberger
3. Pines
5. Jenkins

2. Maslach
4. Maslach Burnout Inventory
6. Baird

روانی گسترده‌ترین، پذیرفته‌ترین و معتبرترین آزمون است. MBI تستی چند بعدی است که حاوی سه زیر مقیاس است که در طول فرآیند اجرای آزمون مشخص می‌شود. این سه عامل شامل خستگی شدید در هیجان (احساس تعمیم مفرط)، مسخ شخصیت (پاسخ غیرشخصی به مراجع)، کاهش فضایل فردی (فقدان حس رقابت و موفقیت در نتیجه استرس شغلی) است.

اخیرا ماسلاخ (۲۰۰۳) در برخی از ساختارهای اولیه نظری خود تجدیدنظر کرده است. او اهمیت زیادی برای نخستین سنجش و ارزیابی منابع موقعیتی استرس شغلی و استرس‌ها یا نیازهای بین فردی که در مورد متخصصان انجام می‌شود، قایل شده است. محققان تحلیل قوای روانی، از نظر تجربی، خصایص شخصیتی و خصوصیات مهم فرد را بیش از اندازه تحلیل می‌کنند. به هر حال، این بخش کوچکی از معماست. ماسلاخ (۲۰۰۳) معتقد است که اگر در محیط کار فرد تغییری فوری صورت نگیرد، آنگاه توجه فرد به خود معطوف می‌شود و به عنوان علت استرس شغلی تلقی می‌شود. بنابراین، طرحواره شناختی فرد بدین صورت می‌شود: من مشکل دارم، من برای انجام این کار نالایقم، من باید بتوانم با مراجع‌انم کار کنم. به لحاظ تاریخی، محققان، استرس‌های شغلی و نیازهای فردی در محیط کار را عامل اصلی تحلیل قوای روانی دانسته‌اند. بنابراین، خصایص شخصیتی نخستین اصل در توجیه تحلیل قوای روانی است.

صرف نظر از این واقعیت که شخصیت به عنوان عامل ارزیابی و پیش‌بینی شده و میزان تحلیل قوای روانی، همچنان عامل اصلی است، ماسلاخ (۲۰۰۳) معتقد است که این اختلال بر حسب نوع و گروه افرادی که بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند، متغیر است. برای مثال، مسایل اجتماعی - فرهنگی، پیشرفت شغلی و بسیاری مسایل دیگر بر حسب استنباط تجربه فردی از تحلیل قوای روانی، قابل بررسی است. بین فرسودگی از همدلی و تحلیل قوای روانی، تشابهات بسیاری وجود دارد. اولاً، مشخص شده است که تحلیل قوای روانی، حالتی کلی است که بر اثر خستگی شدید ذهنی، هیجانی و جسمی ایجاد می‌شود. در نتیجه کسانی که در این طبقه بندی قرار می‌گیرند، جزء افرادی هستند که از نظر احساسی درگیری عمیقی با شغل خود دارند، خود را در یک دوره زمانی خاص به طرح‌های بسیاری که فراتر از تحملشان است مشغول کرده‌اند و تحت تاثیر تقاضاهای هیجانی افراد محیط کارشان قرار گرفته‌اند. به نظر من، فرسودگی از همدلی نیز، تجربه‌ای است که سرشتی کلی دارد. مشاور باید فعالانه و همدلانه با مسایل مراجعش درگیر شود. یعنی برای ایجاد رابطه درمانی و رسیدن به تفاهم، مشاور باید صریح و نسبت به دیگران احترام مثبت غیرمشروط داشته باشد، حضور ذهن کلامی و غیرکلامی و گوش دادن فعال را نشان دهد و به تجارب هیجانی مراجع پاسخ دهد. در نتیجه، مشاوران می‌توانند تحت تاثیر ماجرای احساسی فردی قرار گیرند که برای حل مسایل گوناگون زندگی درحالتی مشکل - محور از آنها درخواست کمک کرده است. با طرح مسایل پیچیده مراجع و نیازهای تخصصی، پدیده خستگی هیجانی که در تحلیل قوای روانی رخ می‌دهد، امری دور از ذهن نیست و نقشی اساسی در فرسودگی از همدلی ایفا می‌کند.

فرسودگی از همدردی

فرسودگی از همدردی ساختاری تکاملی با زمینه ضربه روانی دارد و کلاً با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و استرس آسیب‌زای ثانویه (STS) مرتبط است که درباره آن بحث خواهیم کرد. سه اصطلاح فرسودگی از همدلی، استرس همدردی و استرس آسیب‌زای ثانویه به صورت مترادف بکار می‌روند، زیرا بین این سه تجربه و اختلال استرس پس از سانحه هم‌پوشانی وجود دارد. (سالستون و فیگلی، ۲۰۰۳). اصطلاح فرسودگی از همدردی، نخستین بار در کتاب‌های مربوط به تحلیل قوای روانی پرستاران در موقعیت‌های پر استرس و مواجهه با بیماران آسیب‌دیده بکار برده شد (جونیسون، ۱۹۹۳) و چارلز فیگلی (۲۰۰۲ و ۱۹۹۵) در این زمینه، مقاله‌های بسیاری نوشته‌اند. به نظر آنها، متخصصانی که با مراجعانی سروکار دارند که دچار مشکلات بحرانی هستند، به دلیل مواجهه با مسایل ضربه روانی مراجع، دچار آسیب روانی می‌شوند. تفاوت اولیه در مراجع است (بازمانده اولیه) یعنی فردی که با حادثه آسیب‌زا روبرو شده است. به هر حال در الگوی فیگلی متخصص یاری‌دهنده به عنوان بازمانده ثانویه «بهای مراقبت» را می‌پردازد و واکنشی کاملاً مشابه تجربه استرس پس از سانحه را نشان می‌دهد. به نظر فیگلی (۱۹۹۵) کسانی که توانایی بیشتری برای احساس و بیان همدلی دارند، بیشتر در معرض استرس همدردی یا فرسودگی از همدردی قرار دارند.

تحقیق درباره فرسودگی از همدردی، از طریق مطالعه موردی صدها درمانگری که با مراجعان دچار آسیب روانی کار می‌کردند، آغاز شد. این درمانگران، از نظر تجربی، نوع منحصر به فردی از عوامل فشارزا با نشانه‌های اندوه، افسردگی، بی‌خوابی و اضطراب را توصیف می‌کردند که به دیگر اشکال، دردها و رنج‌های هیجانی که مستقیماً مربوط به مشاوره آسیب روانی بود، تعمیم می‌یافت. بسیاری از متخصصان تنها به این دلیل دچار فرسودگی از همدردی نمی‌شوند که توانایی کمی در همدلی و همدردی با مراجعان دارند. فرسودگی از همدردی نه تنها بر متخصص یاری‌دهنده تأثیر می‌گذارد، بلکه بر خانواده، دوستان و همکاران وی که بازماندگان ثانویه حادثه بحرانی بشمار می‌روند نیز موثر است. به همین دلیل، "اثر مسری"^۲ به سیستم حمایت تخصصی نیز منتقل می‌شود (فیگلی، ۱۹۹۳).

به نظر می‌رسد که فرسودگی از همدردی، تجربه‌ای فراتر از خستگی شدید هیجانی، ذهنی و جسمی است و به حالتی کلی‌تر از تحلیل قوای روانی اطلاق می‌شود. به علاوه، تحلیل قوای روانی به عنوان عامل فشارزای روانی کلی توصیف می‌شود که مربوط به مراجعانی با مشکلات پیچیده است (تریپانی^۳ و همکاران، ۲۰۰۴).

اخیراً فیگلی (۲۰۰۲) عنوان کرده است که فرسودگی همدردانه فقط شکلی از تحلیل قوای روانی است. به هر حال، نظر وی مخالفانی نیز دارد. پژوهشگران دیگری مانند جنکینز^۴ و همکاران (۱۹۹۵)

1. Joinson
3. Trippany

2. Contagion effect
4. Jenkins

معتقدند که تحلیل‌قوای روانی بیشتر ناشی از «ملالت مزمن» از کار است تا مواجهه با مراجعان آسیب‌دیده. به همین دلیل ساختار فرسودگی از همدلی با تحلیل‌قوای روانی و فرسودگی از همدردی هم تشابه و هم تفاوت دارد. جنبه تشابه فرسودگی از همدلی شامل تحلیل انرژی جسمانی و خستگی هیجانی است که در تحلیل‌قوای روانی و فرسودگی از همدردی نیز مشاهده می‌شود. به هر حال، ساختار نظری فرسودگی از همدلی بر این فرض استوار است که خواص شخصیتی بیش از تخصص، زمینه‌ساز احساس تحلیل انرژی روحی، جسمی و ذهنی لازم برای ادامه کار مشاوره است. به علاوه، این فرض نیز وجود دارد که مشاورانی که دچار فرسودگی از همدلی شده‌اند، لزوماً با مراجعان آسیب‌دیده کار نکرده باشند. در عوض، این متخصصان با مراجعانی سروکار داشته‌اند که سعی می‌کردند با مشکلات روزمره‌ای (مانند مشکلات ارتباطی یا مدرسه) فشارهای مهم زندگی (طلاق یا درگیری‌های قانونی) یا مشکلات سازگاری (بیکاری یا مهاجرت) مدارا کنند.

استرس آسیب‌زای ثانویه

متخصصانی که به مراجعانی که در مرکز بحران قرار دارند مشاوره می‌دهند نیز جزء بازماندگان ثانویه حادثه آسیب‌زا بشمار می‌روند. نشانه‌های جسمی، روانی، هیجانی و روانی-اجتماعی برای بسیاری از متخصصان یاری‌دهنده، واقعی است و چون آینه‌ای در برابر فرد آسیب‌دیده عمل می‌کند (بازمانده اولیه). فیگلی و همکارانش (۱۹۹۵ و ۱۹۹۴) پژوهش‌های دقیقی در این زمینه انجام داده‌اند و این پدیده را استرس آسیب‌زای ثانویه (STS) نامیده‌اند. به نظر فیگلی، نشانه‌های STS تقریباً مشابه PTSD است. ابتلای متخصص یاری‌دهنده به STS نتیجه طبیعی آگاهی از حادثه آسیب‌زا است. این رویارویی در واقع نوع خاصی از استرس همدردی است که متخصصان تجربه می‌کنند زیرا کمک به افراد آسیب‌دیده جزو وظایف آنهاست.

فیگلی در ۱۹۹۵ STS را در طبقه‌بندی تشخیصی نظام تشخیصی و سنجشی اختلالات روانی ثبت کرد (انجمن روان‌شناسان آمریکا [APA] 2000 [DSM-IV-TR]). بعدها او ادعا کرد که PTSD باید به "PTSD اولیه" تغییر نام دهد زیرا نشانه‌های مشابه در مراقبان افراد آسیب‌دیده ظاهر می‌شود. در نتیجه متخصصان یاری‌دهنده‌ای که عمیقاً با بیماران آسیب‌دیده کار می‌کنند، تجربه برابری با بازماندگان اولیه خواهند داشت و بسیاری از آنها دقیقاً نشانه‌های اختلال استرس و سپس PTSD را دارند (در صورت تداوم نشانه‌ها با ۳۰ روز تاخیر). در الگوی فیگلی برای تشخیص این اختلال، اصطلاح اختلال استرس آسیب‌زای ثانویه (STSD) بکار می‌رود. تنها تفاوت بین PTSD و STSD این است که مراجع، در وهله اول حادثه آسیب‌زا را تجربه می‌کند، در حالی که متخصص، آن را در تعامل درمانی با مراجع آسیب‌دیده تجربه می‌کند. به نظر فیگلی این فرایند، نوعی توافق ناخودآگاه برای جذب استرس و آسیب روانی قربانیان آسیب‌دیده است که منجر به انتقال متقابل خاص آسیب روانی می‌شود.

فیگلی اخیراً (۲۰۰۲) مفهوم PTSD و STSD را روشن‌تر بیان کرده است:

اصطلاح فرسودگی از همدردی بیشتر اختلال استرس آسیب‌زای ثانویه است که شباهت بسیاری به PTSD دارد با این تفاوت که شامل افرادی می‌شود که از نظر هیجانی تحت تاثیر آسیب‌دیدگی دیگران

قرار گرفته اند (معمولاً مراجع یا عضو خانواده). فرسودگی از همدلی به طرحواره شناختی (ادراک یا روحیه بین فردی و اجتماعی) درمانگر مرتبط است.

مقایسه و سنجش فرسودگی از همدلی و همدردی

با اینکه فیگلی همدلی را مهمترین مهارت متخصص آسیب روانی می‌داند (فیگلی، ۲۰۰۲) من در پی ایجاد تفکیکی اساسی بین فرسودگی از همدلی و همدردی هستم. به نظر من متخصصانی دچار فرسودگی از همدلی می‌شوند که رابطه درمانی‌شان در ابتدا و بیش از هر چیز توسط خود و دیگران، به عنوان رابطه‌ای همدلانه، تلقی می‌شود. در وهله دوم، این متخصصان ممکن است مراجعانی داشته باشند که مشکلات شدید آسیب‌زا و پراسترس داشته یا نداشته باشند. متخصصانی دچار فرسودگی از-همدلی می‌شوند که رویکردشان همدلانه است و با مراجعان متفاوتی سر و کار دارند که دارای مشکلات گوناگون اعم از (مسایل ارتباطی، شغلی، تحصیلی)، سازگاری‌های زندگی (طلاق، بیکاری، افسردگی عمده) تا استرس آسیب‌زای مرتبط با مسایلی چون مواجهه با مرگ، تجاوز و قتل هستند.

متخصصانی که دوره‌های آموزش مشاوره ملی (مجمع نظام مشاوره و برنامه‌های آموزشی و مجمع آموزش توان‌بخشی) و برنامه‌های آموزش مشاوره نظام‌مند را گذرانده‌اند، بیشتر در معرض ابتلا به فرسودگی از همدلی قرار دارند زیرا مفهوم و کاربرد همدلی، بخش اصلی دوره آموزشی آنها را تشکیل می‌دهد. بخصوص ناظران در ابتدا، مهارت‌های اساسی و پیشرفته‌ای مانند حضور ذهن، گوش دادن، تفسیر، پرسش، خلاصه و پاسخ همدلانه به مشکلات مراجع را آموزش می‌دهند. مسایل بیان شده توسط مراجع ممکن است شامل حوادث استرس‌زا و آسیب‌زای شدید، بخصوص در طول نظارت بالینی، باشد یا نباشد. به همین دلیل مشاورانی که رویکرد همدلانه دارند، مهارت‌های همدلی را به عنوان ابزاری برای ایجاد تفاهم و رابطه درمانی با مراجع بکار می‌برند. نکته مهم این است که بسیاری از متخصصان، متوجه آشکار شدن نشانه‌های فرسودگی از همدلی‌شان می‌شوند. درک انتقال متقابل، بستگی زیادی به مهارت ناظران بالینی دارد.

فیگلی (۲۰۰۲b) در تشریح فرسودگی از همدردی، همدلی را به وسیله نقلیه‌ای تشبیه کرده است که یاری‌دهنده هر جا که مسایل آسیب‌زا اراده کند، خودش را در اختیار آن قرار می‌دهد. (ص ۲۰). باز هم تکرار می‌کنم که فرسودگی از همدلی، می‌تواند متخصصانی را مبتلا کند که در حیطه‌هایی خارج از مشاوره آسیب روانی کار می‌کنند. همدلی و مهارت‌های مرتبط با آن می‌تواند زمینه‌ساز جذب استرس-های مراجع توسط درمانگر باشد. در صورتی که روش کار مشاوره همدردانه باشد و به صورت روزانه/هفتگی مهارت‌های همدلی را بکار برد، آنگاه مشاور به دلیل تأثیرات کلی مشکلات پیچیده مراجع (که ممکن است شامل حوادث شدید استرس‌زا و آسیب‌زا باشد یا نباشد)، دچار حالت فرسودگی می‌شود. بنابراین فرسودگی از همدلی، برای برخی از مشاوران در حکم فرآیندی کلی است، درحالی‌که عده‌ای دیگر، آن را سریع‌تر به صورت فرسودگی از همدردی تجربه می‌کنند.

بطور خلاصه، مشاورانی که جلسات درمانی‌شان بسیار همدلانه و مبتنی بر رابطه مستقیم است به آسانی دچار فرسودگی از همدلی می‌شوند. همچنین کسانی که خود و دیگران، آنها را بسیار همدل

می‌دانند، بیشتر مستعد فرسودگی از همدلی‌اند. بنابراین همدلی بستگی به شخصیت یا خصیصه برخی متخصصان دارد و عده‌ای از آنها بیشتر تحت‌تاثیر این پدیده قرار می‌گیرند، زیرا همدلی بخشی از ساختار شخصیت‌شان است.

بسیاری از اوقات، شخصیت مشاوران به‌صورتی است که همانندسازی عمیقی با مراجع دارند که به صورت انتقال متقابل منفی بروز می‌کند. بنابراین متخصصانی که فاقد آگاهی و توانایی در شناخت پاسخ‌های ناسازگارانه‌شان هستند یا نظارت بالینی صحیحی بر کارشان صورت نمی‌گیرد، امکان تکرار الگوی نشانه‌های فرسودگی از همدلی در آنها وجود دارد. این متخصصان روزانه/هفتگی دچار این اختلال می‌شوند و در نتیجه این حالت تبدیل به وضعیت عمیق‌تری در شناخت، طرحواره، مغز هیجانی، فیزیولوژی و روحشان می‌شود.

بطور کلی، فرسودگی از همدردی، ذاتاً شدیدتر است و به‌دلیل ارتباط با مراجعانی که مشکلات استرس‌آسیب‌زا دارند، رخ می‌دهد. اما فرسودگی از همدلی در نتیجه مشاوره با مراجعانی رخ می‌دهد که مسایل گوناگون غیرآسیب‌زا دارند. تاثیرات کلی بر ذهن، روح و جسم متخصصی که همدلی عمیقی در تعامل درمانی دارد زمینه را برای تجربه فرسودگی خاص مهیا می‌کند. این فرآیند در ساختار شخصیتی ایجاد می‌شود که مشخصه‌اش برخورداری از سطح عمیقی از همدلی و همدردی است. به هر حال، پایه دسترسی همدلانه روزانه/هفتگی مراجع، بهای هیجانی، جسمانی و روحی است که بر مشاور تحمیل می‌شود. در این کتاب برآنیم تا چهار چوب نظری فرسودگی از همدلی را با جزئیات بیشتر و در ابعاد گوناگون برای رسیدن به نتیجه روشن‌تر، بررسی کنیم.

آسیب روانی نیابتی جانشین

اصطلاح آسیب روانی نیابتی (ماک‌کان^۱ و پرل‌من^۲، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۹a و ۱۹۹۹b؛ پرل‌من و ساکوئین^۳، ۱۹۹۵) برای توصیف واکنش‌های آسیب‌زای پیچیده مشاوران در نتیجه رویارویی کلی با حوادث آسیب‌زا که برای بازمانده اولیه رخ داده است، بکار می‌رود. در منابع مرتبط قربانی شدن نیابتی (ماک‌کان و پرل‌من، ۱۹۹۰b) و در رابطه با فرد قربانی (کورتویس^۴، ۱۹۸۸) در توصیف واکنش‌های مشابه بکار رفته است. به هر حال، ضربه روانی نیابتی مفهومی منحصر به فرد از الگوی ساختار و رشد شخصیت بشمار می‌رود که در آن معنا و رابطه با تجربه انسانی کامل می‌شود (پرل‌من و ساکوئین، ۱۹۹۵). الگوی رشد و ساختار، نظریه‌ای بین‌فردی است که تاثیر ضربه روانی را بر رشد روانی، سازگاری و هویت مشاور توضیح می‌دهد. در نتیجه رویارویی با ضربه روانی، تغییرات عمیقی در طرحواره‌های شناختی، سیستم هویت، حافظه و ایدئولوژی مشاور ایجاد می‌شود. درگیری همدلانه عمیق با مشکل ضربه

1. Mc cann
3. Saakvitne

2. Pearlman
4. Courtois

روانی مراجع باعث دگرگونی حالت درونی- روانی درمانگر می‌شود و ضربه روانی نیابتی را ایجاد می‌کند. نشانه‌های روانی آن شامل افسردگی، ناامیدی، بدگمانی، بی‌زاری از دوستان، همکاران و خانواده، تغییرات زود هنگام شغلی و مجموعه‌ای از دیگر نشانه‌های روانی- جسمی است که مشابه بازمانده ضربه روانی اولیه است (پرل من و ساکوتین، ۱۹۹۵).

تفاوت بین ضربه روانی نیابتی و انواع دیگر نشانه‌های فرسودگی که قبلاً در مورد آن بحث شد، در منابع موجود چندان مشهود نیست (فیگلی، ۱۹۹۵؛ تریپانی و همکاران، ۲۰۰۴). به عنوان مثال، همیشه ضربه روانی نیابتی با واکنش مشاور نسبت به تجربه ضربه روانی گذشته‌اش مرتبط نیست. اکثر اوقات، ضربه روانی نیابتی با تجربه اینجا- اکنون مشاور به هنگام مشاوره با فرد ترماتیک ثانویه ایجاد می‌شود، زیرا ضربه روانی نیابتی از نظر هیجانی، بین فردی و جسمانی می‌تواند مشاور را ناتوان کند. بطور کلی در چارچوب شناختی، ارزیابی، درمانی و نشانگان فرسودگی تخصصی نیز مانند ضربه روانی نیابتی، درمانگر بهای گزافی می‌پردازد و همدلانه درگیر مشاوره با افرادی می‌شود که دچار تروما شده‌اند.

تحمیل

منابع در زمینه پدیده تحمیل پراکنده است. ایزنر^۱ (۱۹۹۵) به توصیف این پدیده پرداخته است و آن را ناشی از پذیرش درد روانی فرد دیگر توسط متخصص می‌داند. بحث ایزنر در مورد این پدیده، محدود به مشارکت درمانگر در تحمل درد ناشی از فقدان مفرط انرژی نمی‌شود. بلکه این پدیده زمانی ایجاد می‌شود که دو فرد از نظر احساسی به یکدیگر وابسته شوند (همسران، خانواده، دوستان). بعدها تحمیل در حالتی تجربه می‌شود که هر فرد شدت حادثه بحرانی یا آسیب‌زا و پر استرس دیگری را تحمل می‌کند. تحمیل می‌تواند در بیماری ایجاد شود که درد، رنج و خلق منفی‌اش را به فرد دیگری اعم از متخصص یاری‌دهنده یا غیره منتقل یا تحمیل کند. این اختلال بخصوص برای متخصصان یاری‌دهنده‌ای که با مراجعانی که درگیر مشکلاتی چون فقدان، اندوه و مرگ بوده‌اند، پدیده‌ای آشناست.

نتیجه‌گیری

تأثیر کلی گوش سپردن به مشکلات پیچیده مراجع درباره استرس، اضطراب، افسردگی، تروما، اندوه و فقدان باعث خلاء فردی مشاور و فرسودگی ذهنی، جسمی، شناختی و روحی او می‌شود. با توجه به روش درمانی و نوع مراجعان، این پدیده می‌تواند پی‌آمدهای کلی و شدید داشته باشد.

نکته مهمتر در ساختار فرسودگی از همدلی این است که دارای واکنش‌های منفی شدید یا مزمن در تعامل‌های گوناگون مشاوره است. بررسی در این زمینه باید با تقابل «ویژگی‌های مشاوران» و «حالت مشاوران» انجام پذیرد. بنابراین تأثیرات کلی فرسودگی از همدلی در سلامت روانی دائم یا مزمن مشاور مؤثر است که در واقع با ناراحتی مزمن یا زودگذر مراجع برابری می‌کند. اگر خلق افسرده مشاور تداوم

1. Eisner

یابد، امکان دارد که خود یا دیگران، آن را تشخیص ندهند. به‌طور کلی هر متخصصی به سطوح مختلفی از فرسودگی پاسخ می‌دهد. در فرسودگی از همدلی، این واکنش از سطح پایین، متوسط تا شدید تداوم می‌یابد.

برای سنجش میزان آسیب فرسودگی متخصصان، تست‌های متعددی وجود دارد. به‌رحال برخی از متخصصان پرسشنامه‌های خود-سنجی را برای تشخیص میزان آسیب و فرسودگی بکار می‌برند که در واقع ابزاری ذهنی و ساختگی است. پرسشنامه‌های خود-سنجی از نظر کیفی احساسات و هیجان-های هر فرد را می‌سنجند. بعلاوه این نوع سنجش بر تجربه ذهنی و فردی متخصص تأکید می‌کند که از نظر کیفی احساس ناراحتی، اضطراب یا افسردگی مراجع را ارزیابی می‌کند.

صرفنظر از چگونگی سنجش نشانگان مختلف فرسودگی تخصصی، متخصصان در پایان روز باید روش‌های خود-حفاظتی را بکار بندند، تا به عنوان مشاور متعهد و کارآمد توانایی ادامه کار را داشته باشند. به نظر می‌رسد که رویایی مشاور با مشکلات پیچیده مراجع صرفنظر از درجه شدت آن با ذهن، جسم و روح مشاور تداخل می‌کند که نتیجه‌اش فقدان یا گسست درونی است. همانطور که در فصل ۴ بحث خواهیم کرد، معنای همدلی در فرد با توجه به این نکته که به عنوان «ویژگی» یا «حالت» مشاهده شود، متغیر است.

همدلی، روش کاربردی



تاریخچه کوتاهی از همدلی

ساختار معنایی همدلی به دوره‌ای پیش از تحقیقات مدرن باز می‌گردد یعنی زمانی که کارل راجرز^۱ (۱۹۰۲-۱۹۸۷) نظریه اصلی خود را تحت عنوان *درمان مراجع - محوری* در ۱۹۵۱ به چاپ رساند. به نظر بارت لنارد^۲ (۱۹۸۱)، نخستین بار واژه همدلی توسط آر-ال-کنز^۳ (۱۹۶۳) به صورت مدرن بکار برده شد. از نظر کنز، کاربرد غیربالینی همدلی، در ۱۸۹۷ توسط تئودور لپیز^۴ (۱۹۱۴-۱۸۵۱) مطرح شد. تحقیقات جکسون^۵ (۱۹۹۲) درباره ریشه‌های اصلی نظری و عملی همدلی نشان‌دهنده این نکته است که نظریه تئودور لپیز به مفهوم *Einfühlung* اشاره دارد. لپیز این اصطلاح آلمانی را به معنی فرآیند جذب کامل در شیئی خارجی یا تصور کردن خود به صورتی زیبا یا به شکلی هنرمندانه به کار برده است. بعدها لپیز و همکارش، رابرت ویشر^۶ (۱۹۳۳-۱۸۴۷)، این اصطلاح آلمانی را به عنوان احساسی خاص تعریف کردند که در پذیرش احساسات یا نگرش‌های فرد دیگر نمایان می‌شود. زیگموند فروید، در ۱۹۰۵ اشاره‌ای به اصطلاح *Einfühlung* در جوک‌ها و رابطه‌شان با ناخودآگاه دارد. در واقع این حالت به معنی انعکاس حالت روانی فرد در فرد دیگر می‌تواند باشد.

در ۱۹۰۹ به پیشنهاد ادوارد-ب. تیچنر^۷ (۱۹۲۷-۱۸۶۷) اصطلاح «همدلی» در نظریه روان تحلیلی غرب، معادل اصطلاح *Einfühlung* بکار برده شد. بارت لنارد (۱۹۸۱) نیز با نظر تیچنر در این زمینه موافق بود و همدلی را از نظر معنایی و کاربردی معادل اصطلاح آلمانی آن می‌دانست. مفهوم همدلی، از نظر کاربرد بالینی و آزمایشگاهی در دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰، به دلیل تلاش‌های تجربی و علمی

1. Carl Rogers
3. R.L.Katz
5. Jackson
7. Edward B.Titchener

2. Barrett Lennard
4. Theodore Lipps
6. Robert Vischer

روی شافر^۱ (۱۹۲۲)، هینزکوهرت^۲ (۱۹۸۱-۱۹۱۳) و رالف آر. گوینسون^۳ (۱۹۷۹-۱۹۱۱) پیشرفت بسیاری کرد.

یکی از اولین پیشگامان در این زمینه آلفرد آدلر^۴ (۱۹۳۱) است که به بیانی ساده چنین می‌گوید: «اگر ما ذاتاً به دیگری علاقمند باشیم پس باید بتوانیم با چشمان او ببینیم و با گوش‌هایش بشنویم» (ص ۱۷۲). به نظر بارت لنارد (۱۹۸۱) همدلی، بدون تلاش‌های راجرز و کتنز، از لحاظ تئوری و عملی، نمی‌توانست در مشاوره پیشرفت کند. این متفکران، نکته اساسی همدلی را به این صورت مطرح کردند که عبارتست از فرآیند داشتن احساسی عمیق و کنش‌پذیر نسبت به فرد دیگر است و فرد مقابل باید با آگاهی این نکته را تجربه کند. امروزه، اکثر تحقیقات مرتبط با همدلی، نظریه درمان مراجع - محوری کارل راجرز (حضور همدلانه، گوش دادن، درک، پاسخ دادن) را به عنوان رویکرد بالینی عملی قرن ۲۰ و ۲۱ پذیرفته، ارتباط برقرار کرده و معتبر شناخته‌اند.

همدلی به عنوان روش فرا ارتباطی

تاریخچه تخصص‌های یاری‌دهنده نشان می‌دهد که اکثر رویکردهای اساسی برای برقراری ارتباط با دیگران ریشه در همدردی و همدلی دارند. در منابع روان‌شناسی و مشاوره، همدلی مهارتی تعریف شده است که اگر توسط متخصصی ماهر اجرا شود، هم قابلیت آموزش و هم پیشرفت دارد (بارون^۵ و همکاران، ۲۰۰۵). در حقیقت عمده‌ترین بخش ارتباط ما با دیگران غیرکلامی است. همدلی شامل آگاهی از روش‌های فرا ارتباطی مانند تماس چشمی، زبان بدن، سکوت، تن صدا، ژست، حرکات صورت، فضای جسمانی و بسیاری از حالت‌های دیگر است. رابطه همدلانه، در ارتباط یاری‌دهنده نمی‌تواند حقایق را کتمان کند. رابطه همدلانه، به منزله وسیله‌ای برای ساختن پایه‌های ارتباطی صادقانه، واقعی و درمانی است. هدف آن رسیدن به تفاهم عمیق با دیگران است.

اکثر اوقات، مفهوم همدلی با دلسوزی (همدردی) اصولاً به عنوان واکنش هیجانی در مقابل حادثه زندگی فرد دیگر، بدین صورت تعریف می‌شود: «از اتفاقی که برایت افتاده است، متأسفم.» بالعکس در همدلی چه به صورت کلامی یا غیرکلامی با دیگران ارتباط برقرار می‌شود: «از اتفاقی که برایت افتاده، متأسفم؛ حتماً خیلی مشکل بوده؛ چه کمکی می‌توانم بکنم؟» همدلی باعث می‌شود تا یاری‌دهنده متخصص در طی تعامل درمانی، به صورتی فعال و قدرتمند با دیگران ارتباط برقرار کند.

اگر ما از مراجعان خود توقع داریم که توانایی درک، بیان آزاد، صادقانه و مستقیم افکار و حل مشکلات شخصی و تصمیم‌گیری‌های صحیح زندگی را بیابند، پس باید رابطه همدلانه بر پایه تفاهم درمانی عمیقی استوار شده باشد. در الگوی تخصص‌های یاری‌دهنده، نکته اساسی، سطح عمیق آگاهی نسبت به درک واکنش متقابل در طول تعامل مراجع - محورانه است. بر همین اساس، برای برقراری ارتباطی مؤثر و کارآمد، متخصص یاری‌دهنده باید: الف) درباره خود و مراجعش مثبت اندیش باشد؛

1. Roy Schafer

3. Ralph R. Greenson

5. Barone

2. Heinz Kohut

4. Alfred Adler

ب) خود-پنداری سالمی داشته باشد؛ پ) نظام ارزشی او بر اساس تکریم انسان‌ها و فرهنگشان استوار باشد؛ ت) توانایی گوش‌دادن دقیق و درک آنها را داشته باشد و ث) از مهارت همدلی برخوردار باشد.

اگر تعامل‌های مراجع محور فاقد مهارت‌های همدلی باشند، آنها ارزش درک و همدردی ارتباطی اندکی برای افراد یاری‌جوینده خواهند داشت. در واقع، درمانگر در صورت بروز این وضعیت با بی-تفاوتی، بی‌حسی و بی‌توجهی کامل به دیگران پاسخ می‌دهد.

همدلی به عنوان شیوه درمان

علاوه بر مشکلات بی‌شمار ناشی از تحقیق در زمینه همدلی، حالت‌های اصلی همدردی به دلیل نتایج مثبت درمانی در بسیاری از پژوهش‌های ما بین سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۸۰ (دوان^۱ و همکاران، ۱۹۹۶؛ پاترسون^۲، ۱۹۸۴) تایید شده است. هسته اصلی هر ارتباط مراجع-محور، توجه و همدردی با نیازها و خواست‌های دیگران است. حضور ذهن فعال، گوش‌دادن و پاسخ دادن به دیگران به روشی که احساس کنند، طرف مقابل آنها را درک کرده و شنیده است، احتمالاً یکی از قدیمی‌ترین و قدرتمندترین ابزار درک احساسات انسانی و دیدگاه‌های دیگران است (کوری^۳ و کوری^۴، ۲۰۰۳؛ ایگان^۵، ۲۰۰۲؛ یونگ، ۱۹۹۸). متخصصان یاری‌دهنده مانند مشاوران، همدلی را برای برقراری رابطه‌ای توأم با اعتماد و تفاهم با دیگران بکار می‌برند. بنابراین، همدلی روشی درمانی است.

کارل راجرز (۱۹۵۷) روانشناس و پایه‌گذار روش درمانی مراجع-محور، همدلی را برای ایجاد تغییر درمانی لازم و کافی می‌دانست. فرضیه او بر اصول زیر استوار بود: الف) مهارت و همخوانی مشاور در رابطه درمانی؛ ب) احترام مثبت غیر مشروط نسبت به مراجع؛ پ) توانایی مشاور برای هماهنگی با مراجع؛ ت) رابطه همدلانه و ث) ابراز احترام مثبت غیر مشروط نسبت به مراجع.

راجرز (۱۹۸۰) سخنان پرشوری در زمینه همدلی و گوش‌دادن همدلانه به عنوان روش درمانی عنوان کرده است. او به عنوان فردی دانا، تعریف همدلی را گسترش داد:

همدلی یعنی وارد شدن به حریم خصوصی دیگران و خانه کردن در آنجا. یعنی حساسیت لحظه به لحظه برای تغییر احساس معانی در فرد دیگر، ترس، خشم، بی‌تفاوتی، تنش یا هر احساس دیگری که او تجربه می‌کند. به معنی زندگی در زندگی دیگران است، حرکتی ظریف و بدون قضاوت (ص ۱۴۲).

غناي اصیل کاربرد همدلی این است که رابطه‌ای باز و بی‌ریا را می‌سازد. اگر همدلی به صورتی صحیح اجرا شود، موجب آگاهی مراجع و محرکی برای رشد و تغییر اوست و روش‌های جدید تفکر و یادگیری را در او ایجاد می‌کند. عامل مهم دیگر، این حقیقت است که هر چه ما در رابطه با الگوهای

1. Duan
3. Corey

2. Patterson
4. Egan

هیجانی خود با دیگران صادق تر و بی‌ریا تر باشیم، می‌توانیم ارتباط بهتری ایجاد کرده و نشان دهیم که ما هم انسانیم. کاربرد آگاهانه و هدفمند همدلی در جلسات مشاوره، روش صحیح درمانی یاری‌دهنده با مراجع را هم به صورت کلامی و هم غیرکلامی، نشان می‌دهد.

همدلی فرآیندی، فراتر از مشاهده، حضور ذهن، گوش دادن و پاسخ‌گویی با احترام مثبت غیر شرطی نسبت به دیگری است. ایگان (۱۹۹۸) چنین می‌گوید: گرچه افراد زیادی نسبت به دیگران احساس همدلی دارند، اما تعداد کمی از آنها می‌دانند که چگونه آن را بیان کنند، همدلی به عنوان روشی برای درک دیگران، موجب می‌شود که در زندگی عادی حادثه‌ای ناممکن ایجاد شود (ص ۸۳). بسیاری از مشاوران معتقدند که شرط لازم یاری‌دهنده‌ی ماهر، برخورداری از مهارت همدلی است. همدلی در رویکرد مراجع - محور به منزله‌ی ابزاری برای ارتقای مهارت موثر بین‌فردی و پیشرفت نتایج درمانی است (ایگان، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۲؛ ایوی و ایوی، ۱۹۹۹؛ ترواکس^۱، کارخوف^۲، ۱۹۶۷). به هر حال، برای همدلی حقیقی با مراجعان خود در تعامل احساسات و هیجانات، ناچار از پرداخت بهای آنها هستیم.

سایه سار همدلی

"سایه سار همدلی" (ایگان، ۱۹۹۸) به موقعیتی گفته می‌شود که یاری‌دهنده بتواند تاحدی به عمق دنیای مراجع وارد شود که مشکلات او را که با حوادث آسیب‌زا و فشارزای شدید توأم است، درک کند. هنگامی که مشاور مشکل را براساس طرحواره و دیدگاه خود سازمان‌دهی می‌کند، ممکن است برخی از تجارب، ظرفیت‌ها یا احساسات مراجع تحریف شود. به دلیل تفاهم عمیق در مشاوره و اصول اساسی مهارت‌های همدلی، آموزش عملی روابط همدلانه به کمک متخصصان ماهر در موقعیت‌های فرهنگی غنی باید تکامل یافته و در درجه اول اهمیت قرار گیرد.

همدلی پاسخ ساده به احساس دیگران نیست، زیرا ما هرگز نمی‌توانیم واقعا و کاملاً درد و رنج دیگران را احساس و درک کنیم. فرض اصلی همدلی این است که همدردی ما با انسانی دیگر، موجب می‌شود که عمیقا و به صورتی غریزی بخواهیم تا به او کمک کنیم. به هر حال، برقراری ارتباط همدلانه، با برخی افراد در جلسات خاص، دارای محدودیت‌هایی است، بخصوص زمانی که با رفتارهای پرخطر و منفی (سوء مصرف مواد نوجوانان، اختلال سلوک، اختلال شخصیت مرزی) مواجهیم. با وجود آرام-بخشی همدلی، ما می‌توانیم تعامل درمانی را به صورتی همدردانه اجرا کنیم. این امر مستلزم درک شخصیت و ویژگی‌های رفتاری او، محیط اجتماعی - فرهنگی که در آن زندگی می‌کند، تلاش‌های بیرونی فرد و موانع مرتبط با آن است (ناتوانی‌های شدید جسمانی یا روانی، تعصب‌های اخلاقی / نژادی، تبعیض‌های شغلی). اگر حس همدردی، انگیزه اصلی ما برای کمک به دیگران باشد، بنابراین با بکارگیری مهارت‌های همدردانه، می‌توانیم با آنها همدردی کنیم. با وجود اینکه ما هرگز نمی‌توانیم

1. Truax
2. Carkhuff

کاملاً احساس غم، درد یا فقدان فرد دیگر را تجربه کنیم، اما درک و توصیف عملی تجارب هیجانی منحصر به فرد او که مرتبط با زندگی اش است، اهمیت بسیاری دارد.

جنبه‌های فرهنگی همدلی

همدلی در منابع روان‌شناسی و مشاوره در عرض ۱۲۵ سال گذشته به عنوان مهارتی مطرح شده است که در صورت اجرای صحیح، هم می‌تواند پیشرفت کند و هم آموخته شود (بارون و همکاران، ۲۰۰۵). همدلی، حاوی تاریخچه‌ای غنی است که پایه اکثریت جهت‌یابی‌های نظری در برنامه‌های آموزشی مشاوره است. به هر حال مفهوم همدلی، معنای جدیدی در کاربرد نظری و عملی مشاوره بین فرهنگی یافته است. برای مثال، همدلی فرهنگی (ایوی، ایوی، ۱۹۹۹ و ریدلی و رینگل، ۱۹۹۶)، آگاهی بین فرهنگی همدلانه (جون^۱ و همکاران، ۱۹۹۵)، نقش‌پذیری فرهنگی (اسکات^۲ و همکاران، ۱۹۹۰)، همدلی درمانی قومی (پارسون^۳، ۱۹۹۳)، همدلی فرهنگی قومی (ونک^۴ و همکاران، ۲۰۰۳) به صورت ثابتی برای طرح ساختارهای گوناگون همدلی بکار می‌رود. بی‌شک در دو سال گذشته یا بیشتر، مشاوره بین فرهنگی، جزو مهمترین مسایل در این زمینه بوده است. این تاکید در نتیجه تغییرات جمعیتی است که در ایالت متحده بوجود آمده است و طبق پیش‌بینی‌ها تا سال ۲۰۰۵، اقلیت‌های قومی و مذهبی جمعیت آمریکا را به خود اختصاص خواهند داد (سرشماری ایالت متحده، ۲۰۰۰). بنابراین، پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ اقلیت‌های قومی و مذهبی، اکثریت جامعه آمریکا را تشکیل دهند (سو، ۱۹۹۶).

با توجه به ارزش اصطلاح "همدلی خاص فرهنگی" که توسط برخی از نظریه‌پردازان مشاوره بین فرهنگی بکار رفته است (پونتورتو^۵ و همکاران، ۱۹۹۴) همدلی مهارتی جهانی یا متعلق به همه فرهنگ‌ها تلقی می‌شود. اگر همدلی از نظر فرهنگی به صورتی نفوذپذیر اجرا می‌شود، می‌توانست به تقویت روابط درمانی کمک کند (ابراهیم، ۱۹۹۱). از نظر ریدلی (۱۹۹۵) همدلی فرهنگی دارای دو بعد است: درک و ارتباط. درک مستلزم تلاش و نتیجه‌گیری مشاور از معنای فردی مشکل مراجع و سپس پاسخگویی دقیق به آن است. بر همین اساس، درمان زمینه‌سازی شده و به کمک مهارت‌های مشاور فرهنگی کارآمد به نتیجه درمانی مثبت ختم می‌شود.

برخی از نویسندگان از رویکردهای مشاوره‌های سنتی انتقاد کرده‌اند زیرا مستلزم ایجاد تفاهم عمیق بر اساس رابطه‌ای همدلانه است که از نظر فرهنگی امکان‌پذیر نیست (فریمن^۶، ۱۹۹۳؛ و هاملیتون آش^۷، ۱۹۹۸؛ پدرسون^۸، ۲۰۰۰؛ سو و سو، ۱۹۹۰). اگر انتظارات درمان بر این اساس باشد که مراجع در طول جلسه احساسات خود را آشکار کند، پس گام نهادن در دنیای خصوصی فردی که از نظر

1. Junn
3. Parson
5. Sue
7. Freeman
9. Pedersen

2. Scott
4. Wang
6. Ponterotto
8. Hamilton Usher

فرهنگی متفاوت است، بسیار آزاردهنده و گستاخانه خواهد بود. به نظر لی و ریچاردسون^۱ (۱۹۹۱) اگر قواعد مشاوره بین فرهنگی در رابطه مشاوره، از ارزش درمانی برخوردار باشد بنابراین باید در گستره‌ای فراتر از آموزش مشاوره در سطح مفاهیم، آگاهی و دانش فرهنگی محض حرکت کنیم. علم به فرهنگ‌های مختلف، به تنهایی ما را مجاز به آموزش مشاوران ماهر و متخصص در زمینه مهارت‌های همدلی نمی‌کند. این امر مستلزم روش‌ها و رویکردهای فرهنگی خاص و مناسب است تا در ایجاد رابطه‌ای مثبت و مبتنی بر اعتماد و تفاهم درمانی کمک کند.

الگوی فرهنگی همدلی ریدلی و لینگز (۱۹۹۶) این ساختار را تحت عنوان "توانایی آموخته شده" تعریف می‌کند که بر تعامل بین فردی تاکید می‌کند و دارای ابعاد گسترده‌ای است. بنابراین الگو، زمینه‌ساز همدلی فرهنگی، سه فرایند است: الف) فرآیند شناختی؛ ب) فرآیند عاطفی (احساسات جانشین، بیان همدلانه و توجه به دیگران)؛ پ) فرآیند ارتباطی (بینش، بیان و درک صحیح).

به نظر کوری و کوری (۱۹۹۸) در آغاز مشاوره، خودسنجی و بررسی همدردی و همدلی هر دو اهمیت دارد بنابراین مشاور باید از نیازهای مراجعان با زمینه‌های مختلف فرهنگی و پاسخ مناسب و دقیق نسبت به آنها آگاه باشد. به هر حال، لازاروس^۲ (۱۹۹۲) همدردی را مانند شمشیری دو دم می‌داند. از نظر او، همدردی عمیق با دیگران می‌تواند به توانایی ما در کمک به آنها آسیب برساند. او سپس چنین بیان می‌کند "ما باید بدانیم که از نظر احساسی چگونه خود را از رنج هیجانی و آزاردهنده‌شان در امان نگه داریم تا این مسئله نتواند بر ما تأثیر بگذارد" (ص ۲۴۶). تعدادی از افرادی که تحت آموزش‌های روان‌شناسی غرب قرار داشته و احساس همدردی را نیز تجربه کرده‌اند، از مشاوره و آموزش پزشکی کناره‌گیری کرده‌اند (گلمن^۳، ۲۰۰۳) شاید این مساله به دلیل عقاید و ایده‌های متفاوت مذهبی باشد که در بحث ما نمی‌گنجد. به هر حال مشاوران مجرب و متعهد، ملزم به ارزیابی تاثیر سیستم عقیدتی در جلسات مشاوره و روش‌های مداخله همدلانه و همدردانه‌ای هستند که توسط مراجعانشان درک شده است (کوری و کوری، ۱۹۹۸؛ ایگان ۱۹۹۸؛ ایوی و ایوی، ۱۹۹۹).

به نظر دالای لاما^۴ (گلمن، ۲۰۰۳) اگر بخواهیم همدردی را با همدلی یا دلسوزی مقایسه کنیم می‌توانیم چنین بیان کنیم: «همدردی باید ذاتاً از درون فرد سرچشمه بگیرد.» (ص ۲۴۵). مذهب، اهمیت بیشتری بر ارزش والای همدردی، عشق به هم‌نوع و نوع‌دوستی به عنوان صفات والای انسانی و آموزش آن از سنین اولیه قایل است. با وجود اینکه همدردی احساسی والا و متعالی است اما نمی‌توان آن را در برنامه‌های آموزشی مشاوره معادل آموزش مهارت‌های همدلی بکار برد. اعمال هدفمند

1. Richardson
3. Goleman

2. Lazarus
4. Dalai Lama

همدردانه، اگر از لحاظ فرهنگی به صورتی متغیر انجام پذیرد به صورت صفات انسانی شایسته و والا جلوه‌گر می‌شود که رابطه درمانی را بالقوه تقویت می‌کند.

نتیجه‌گیری

در بررسی تاریخچه تخصص‌های یاری‌دهنده، مشخص شد که همدردی و همدلی، موجب سازگاری، ایجاد ارتباط و دستیابی به سطح مطلوب کارکرد درمانی با مراجع می‌شود. اگر می‌توانستیم در جلسات مشاوره متخصصان برجسته میزان همدلی و همدردی را بسنجیم، آنگاه دانشجویان و ناظران مشاوره می‌توانستند، الگوی تعامل‌های درمانی با مراجعان را بهتر بیاموزند. به‌هرحال سنجش تعامل‌های درمانی همدلانه و همدردانه به عنوان متغیر وابسته می‌تواند برای محققان، امری کاملاً چالش‌انگیز باشد. میزان، سطح، درجه و کیفیت همدلی در تعامل درمانی بر اساس مشاهده‌کننده، متخصص و مراجع متغیر است. در بررسی واکنش‌های هیجانی در جلسه درمانی، ملاحظه چگونگی همدلی و همدردی که توسط مشاور، مراجع و مشاهده‌کننده تجربه می‌شود، مفید است. بنابراین، در فصل ۴ به بررسی تعامل‌ها می‌پردازیم و الگوهای نظری و تئوریک را در ارزیابی همدلی به دانشجویان مشاوره، ناظران محققان و متخصصان یاری‌دهنده عرضه می‌کنیم که: الف) ویژگی‌های شخصیتی؛ ب) حادثه خاص موقعیت مورد نظر؛ پ) حالت عاطفی - شناختی؛ ت) ابزار کلی درمانگر با هدف همدلی و همدردی عمیق را می‌سنجد.

فرسودگی از همدلی: ارزیابی واکنش‌های فرسودگی ذهنی، جسمی و روحی

۴

به‌ندرت در منابع مشاوره و روان‌شناسی، بحث ارزیابی و سنجش تجربه فرسودگی مشاور از دیدگاه ذهنی، جسمی و روحی مورد بررسی قرار گرفته است. ابزارهای خودسنجی که تحلیل قوای روانی (MBI؛ ماروخ و جکسون، ۱۹۸۱، ۱۹۸۶) و فرسودگی از همدردی (CFST یا CSF؛ فیگلی، ۱۹۹۵؛ فیگلی و استم، ۱۹۹۶) مقیاس تجدید نظر شده فرسودگی همدردانه، مقیاس تخصصی کیفیت زندگی (PROQOL؛ استم، ۲۰۰۵) است، ابتدا متشکل از زیر مقیاس‌هایی بودند که موارد زیر را می‌سنجیدند: الف) رضایت از همدردی، ب) تحلیل قوای روانی؛ پ) فرسودگی همدردانه یا استرس آسیب‌زای ثانویه. سنجش همدلی و فرسودگی از چشم‌انداز ذهنی، جسمی و روحی در بستر فرهنگی به دلیل چندبعدی بودنش، مستلزم کاربرد ابزارهای روان‌پزشکی گوناگون است. بطورکلی، سنجش ناهنجاری‌های فرسودگی تخصصی مستلزم بررسی مسایل پیچیده‌ای است. این مسایل عبارتند از: دیدگاه فرهنگی مشاور، ویژگی‌های شخصیتی، سن و مهارت فردی، سلامت جسمی و روحی، محیط و فضای کار، حمایت‌های بیرونی و مهارت‌های سازگاری و انعطاف‌پذیری و سایر عوامل مرتبط. از آنجائی که همدلی برای دستیابی به اهداف: الف) ایجاد تفاهم با مراجع؛ ب) غنی‌سازی رابطه درمانی؛ ج) بهبود وضعیت مراجع اجرا می‌شود.

بنابراین محققان باید برای سنجش و ارزیابی این متغیرها در جلسات درمانی اهمیت خاصی قایل شوند. به‌علاوه سنجش ساختار همدلی، محققان دیگر را در توسعه ابزارهای ارزیابی کاربردی و غربالگری در جهت سنجش بهینه سندرم‌های فرسودگی حرفه‌ای و مسایل مرتبط با آسیب‌های مشاور، یاری می‌کند. نهایتاً، هدف، پیشرفت روش‌های پیشگیری و رویکردهای خود-مراقبتی است.

سنجش همدلی

همدلی حیطه پژوهشی پیچیده و منحصربه‌فردی در گستره اصول روان‌شناسی و مشاوره است. همدلی به دلایل زیر، ساختاری چند بعدی دارد: نحوه توصیف آن در منابع و تفاوت‌های نظری و فلسفی

متخصصان. بنابراین سنجش همدلی و فرسودگی از همدلی برای بسیاری از متخصصان مستلزم تلاشی مداوم است. بسیاری از متخصصان معتقدند که همدلی از نظر کیفی با احساسات و هیجان‌های دیگری که درمانگر تجربه و تبیین می‌کند متفاوت است (غمخواری، همدردی). به‌همین دلیل، متغیرهای پیچیده‌ای رابطه درمانی را بین دهنده و گیرنده همدلی تعدیل می‌کند. به نظر می‌رسد که میزان، سطح، درجه و کیفیت همدلی ابراز شده در جلسه درمانی از نظر تفاوت‌های ادراکی متغیر است. بنابراین بررسی همدلی، تا حد زیادی، بستگی به فردی دارد که به سنجش یا ارزیابی (rating) آن می‌پردازد: مشاور (خود- ارزیابی‌های مهارت همدلانه)، مراجع/ بیمار (ارزیابی‌های مراجع از مشاور) یا مربی مشاور/ سرپرست بالینی (تست‌های مشاهده‌گر متخصص).

تحقیق درمورد تجربه همدلی از طریق بررسی روابط هیجانی در طول جلسه توسط مشاور، مراجع یا مشاهده‌کننده خارجی می‌تواند بسیار مفید باشد. سطح احساس فرسودگی از همدلی، می‌تواند میزان تحقیق را از نظر عمق و درجه تعیین کند. آگاهی نسبت به بهای روحی، جسمی و هیجانی که همدلی درمانی مستلزم آن است، ما را یاری می‌کند تا بدانیم چرا برخی از درمانگران در مقابل مراجعانی که دچار مشکلاتی چون استرس، تروما، فقدان و اندوه‌اند، ناخودآگاه با بی‌میلی روبرو می‌شوند یا آگاهانه از آنها اجتناب می‌کنند.

تعریف پدیده

پس از دهه ۱۹۶۰، اکثر منابع مشاوره و روان‌درمانی، نظریه راجرز را در مورد همدلی به عنوان تعریفی مستدل در رابطه درمانی تایید کردند (کارخوف، ۱۹۶۹؛ تروآکس، ۱۹۶۳). به نظر گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۱) روشن‌ترین تعریف عملی از روش همدلی راجرز، توصیفی است که بارت-لنارد (۱۹۸۱) ارائه کرده و شامل سه جزء و دیدگاه از سنجش همدلی است: الف) تجربه درمانگر (طنین صدای همدلانه)؛ ب) نظر مشاهده‌گر (همدلی انتقالی)؛ پ) تجربه مراجع (دریافت همدلی). تحقیق در زمینه همدلی از این سه دیدگاه منجر به ساخت آزمون‌هایی شد که می‌توانست این رویکرد درمانی را مورد مشاهده و آزمون قرار دهد.

نظریه‌ها و الگوهای دیگری که برای سنجش همدلی بکار رفته‌اند (دوان و هیل، ۱۹۹۶) همدلی را: الف) ویژگی شخصیت؛ ب) حادثه خاص موقعیت؛ پ) حالت شناختی-عاطفی یا؛ ت) ابزار کلی یاری‌دهنده عنوان کرده‌اند.

بطورکلی، همدلی به‌عنوان پاسخ جانشین به یک محرک یا تاکید بر جنبه هیجانی ارتباط (اسکاتلند^۱، ۱۹۶۹) انگیزش فرد یاری‌دهنده (دوان، ۲۰۰۰) و پدیده‌ای شناختی که بر فرآیند عقلی تشکیل ادراک دقیق دیگران متمرکز است (دایموند^۲، ۱۹۴۹؛ کر^۳ و اسپرف^۴، ۱۹۵۴؛

1. Scotland
3. Kerr

2. Dymond
4. Sperrof

دیوس^۱، (۱۹۸۳) تعریف شده است. علی‌رغم مخالفت‌های موجود در زمینه تعریف و تجربه همدلی، به نظر دیولیس و همکاران (۱۹۹۹) در دو زمینه کلی، توافق نظر وجود دارد: الف) همدلی شامل ابعاد عاطفی و شناختی است؛ ب) بعد عاطفی شامل پاسخ هیجانی مهم و متفاوت متخصص به مراجعی است که به دلیل حادثه مهمی تحت فشار است؛ تحقیقات نشان‌دهنده نقش مهم و ارزش تعیین‌کننده همدلی در جلسات درمانی است. به‌هرحال، اکثر تحقیقات بر تفاهم‌درمانی بین مشاور و مراجع یا مجموعه حالت‌هایی که توسط مشاور در رابطه درمانی بکار می‌رود، تاکید می‌کنند (فلر^۲ و کتن^۳، ۲۰۰۳).

همدلی، ویژگی یا حالت

ساختار همدلی در نظریه شخصیت به‌صورت گسترده‌ای هم از لحاظ ویژگی و هم از لحاظ حالت بررسی شده است. پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه تفاوت‌های فردی در روش‌های همدلانه، همدلی را ویژگی شخصیتی مطرح می‌کند. به‌هرحال، تحقیقات جدید، همدلی را هم از نظر ویژگی و هم از نظر حالت مورد تحلیل قرار داده است و به سنجش تاثیر واکنش‌های روزمره زندگی، عملکرد، خلق و حوادث خاص روزانه پرداخته است. نزلیک^۴ و همکاران (۲۰۰۱) خاطر نشان می‌کنند که تحقیقات کمی در زمینه سنجش همدلی از نظر فرد (غیرمتخصص) انجام شده است. گروهی از محققان، پژوهشی را اجرا کردند که حالت همدلی روانی روزانه تعدادی از دانشجویان مبتدی روان‌شناسی را ارزیابی کرده و نتیجه گرفتند که همدلی همزمان با خلق و حوادث مثبت و منفی مرتبط با حالت همدلانه فرد، تغییر می‌کند.

اطلاعات جمع‌آوری شده نشان‌دهنده این نکته بود که دانشجویان پاسخ‌های همدلانه روزانه‌شان را بر اساس واکنش‌های مثبت تطبیق می‌دادند تا واکنش‌های منفی. چگونگی درک همدلانه فرد از خود در روزی خاص، نشان‌دهنده حالت و ویژگی شخصیتی او بود. نتایج نشان می‌داد که به‌طور کلی افراد مایلند که حالت‌های عاطفی مشابهی را که دیگران تجربه و بیان می‌کنند، احساس و بیان کنند. به عبارت دیگر، گرایش هیجانی می‌تواند بر چگونگی بیان همدلی از فردی به فرد دیگر مؤثر باشد. پژوهش‌های دیگر نیز این نکته را تأیید می‌کنند که احساس انسان‌ها مشابه احساسات افراد محیط‌شان است، بنابراین احتمال همدلی بیشتری با آنها دارند.

تحقیقات اندکی مدعی این نکته است که می‌توان میزان، سطح و کیفیت همدلی را در رابطه مشاور/مراجع سنجید، زیرا همدلی هم از لحاظ کیفی و هم کمی با رویکردهای دیگر تفاوت دارد. بنابراین، بررسی همبسته‌های همدلی، می‌تواند ویژگی‌های چند بعدی فرسودگی از همدلی را برای دیگران روشن سازد. نهایتاً، این مسئله می‌تواند، به عنوان برنامه کار تحقیقی علاقمندان به پیشگیری از رویکرد آسیب مشاوران بکار رود.

1. Davis
3. Cottone

2. Feller
4. Nezelek

مولفه‌های فرسودگی از همدلی

یافته‌های بدست آمده می‌تواند در تشریح تجربه و پیامد فرسودگی از همدلی متخصصان در رابطه درمانی مفید باشد. به عنوان مثال، اگر مشاور در چهار حالت یا ویژگی همدلی در جلسه درمانی شود (تشخیص توسط مشاهده‌گر بیرونی یا خودسنجی) و مراجع از جلسه درمان احساس یا خلق منفی داشته باشد، پس همین میزان برای تجربه جانشین متخصص کفایت می‌کند تا سطح همدلی پایین‌تری را ابراز کند. پژوهش‌های دیگر نیز بر این نکته صحه گذاشته‌اند که افراد (غیرمتخصص) در واکنش نسبت به حوادث مثبت بیشتر احساس همدلی می‌کنند تا حوادث منفی. مولفه‌های پژوهشی در زمینه فرسودگی از همدلی عبارتند از: الف) بطور کلی انسان‌ها تا حد زیادی اختیار خلق خود را صرف نظر از شغلشان دارند؛ ب) همدلی هم حالت و هم ویژگی شخصیتی است که اکثر افراد دارای آن هستند؛ پ) مشاوران و روان‌شناسان مبتدی باید بیاموزند که چگونه و تا چه حدی همدلی و خود-کنترلی را بکار برند و چگونه ویژگی و خصایص همدلی را منتقل کنند؛ ت) همه متخصصان باید آگاه باشند که چه زمانی حالت‌ها و ویژگی‌های همدلانه‌شان در رابطه درمانی، ایجاد فشار، خستگی یا فرسودگی می‌کند.

ابزارهای سنجش احساسات همدلانه

سال‌ها بررسی ابزارهای سنجشی گوناگون همدلی، ثابت کرده است که همدلی ساختاری چند بعدی دارد. (بتسون^۱ و همکاران، ۱۹۸۷، دیویس و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۱). در صورتی که علاقمند سنجش روایی و اعتبار ابزارهای مربوط هستید، می‌توانید به منابعی که در ذیل آمده است، مراجعه کنید. بحث در مورد این ابزارها با سه هدف اصلی انجام شده است: الف) ارزیابی مشاهده‌گر از همدلی یا برآورد توسط متخصصانی مانند اساتید مشاوره یا ناظران بالینی (مقیاس همدلی هوگان، ۱۹۶۹؛ (مقیاس صحت همدلی، ترواکس، کارخوف، ۱۹۶۷)؛ ب) برآورد مراجع از همدلی که توسط مشاور سنجیده می‌شود (مانند مقیاس اظهار نظر یاری‌جوینده، کارخوف، ۱۹۶۹؛ پرسشنامه ارتباط بارت-لنارد، ۱۹۶۲)؛ و پ) مقیاس‌های همدلی که توسط درمانگر یا مراجع پر شود (مانند تست سنجش ساختار همدلی، لامونیکا^۲، ۱۹۸۱؛ بارت لنارد، ۱۹۸۱).

چهارمین گروه یا "نیروی چهارم" که امروزه بسیار مورد توجه منابع مشاوره بین فرهنگی قرار دارد معیار همدلی قومی- فرهنگی است (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). به نظر وانگ و همکارانش SEE، تنها ابزاری است که می‌تواند همدلی قومی- فرهنگی را بسنجد. این ابزار براساس اصول و نظریه‌های همدلی غربی، چندگانگی فرهنگی و همدلی خاص فرهنگی ساخته شده است. فرضیات وانگ و همکارانش، بر اساس ارزیابی همدلی خاص فرهنگی، بنا شده است و معتقد است که همدلی قومی- فرهنگی براساس ویژگی‌های مشاور که در ذیل آمده است، ایجاد می‌شود: الف) همدلی عقلانی

1. Batson
3. Wang

2. LaMonica

(توانایی درک احساسات و تفکر متفاوت فرهنگی فرد)؛ ب) احساسات همدلانه (توجه فرد به احساسات و هیجان‌های دیگران)؛ و پ) برقراری ارتباط یا ابراز احساس و انکار همدلانه قومی - فرهنگی نسبت به افراد یا گروه‌های متفاوت فرهنگی. فرضیه بر این اساس است که با گذشت زمان این ویژگی‌ها در فرد رشد کرده و مشاور توانایی درک احساسات و تجارب فرهنگی درونی فرد دیگر را می‌یابد. این فرضیه بر اساس الگوی همدلی فرهنگی ریدلی^۱ و لینگل^۲ (۱۹۹۶) بنا شده است که همدلی را «توانایی آموخته شده» تعریف کرده‌اند (وانگ و همکاران).

سنجش همدلی بوسیله مشاهده‌گر متخصص، مراجع و درمانگر

کامل‌ترین توصیف ارائه شده از سطح، کیفیت و درجه همدلی در جلسه درمانی، مشاهداتی است که سه ارزیابی مراجع، مشاور و متخصص را در برمی‌گیرد. به‌هرحال، تحقیقات اندکی از ارزیابی مشاهده‌گر سه‌گانه همدلی در طرح خود سود جسته‌اند. به‌علاوه، همبستگی درونی بین مقیاس‌های همدلی از دیدگاه‌های متفاوت، ضعیف بود (گرین‌برگ و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر اینکه نتیجه مقیاس‌ها از عدم ثبات برخوردار بود (پاترسون، ۱۹۸۴) تشریح یافته‌های کلیدی و مباحث جداگانه بر اساس سه سنجش مشترک (ارزیابی متخصص مشاهده‌گر از همدلی، ارزیابی مراجع از همدلی و ارزیابی درمانگر از همدلی) ارائه خواهد شد. این یافته‌ها بر پایه متاآنالیز^۳ پژوهشگران متعددی است که همگی روی این موضوع تحقیق کرده‌اند (بتسون و همکاران، ۱۹۸۷؛ بتسون و همکاران ۱۹۹۶؛ دیویس، ۱۹۸۳؛ دیویس و همکاران ۱۹۹۹؛ دوان و همکاران، ۲۰۰۰؛ گولد^۴، ۱۹۹۹، گرین‌برگ و همکاران، ۲۰۰۱؛ ونگ و همکاران، ۲۰۰۳). نکته مهم این است که هیچ‌یک از این تحقیقات رابطه بین همدلی و نتیجه مثبت درمانی را تایید نمی‌کند. به‌هرحال، متغیرهای مهمی در روابط درمانی همدلانه وجود دارند که فرآیند ابتلا به فرسودگی مشاوران را توجیه می‌کند.

ارزیابی مشاهده‌گر متخصص از همدلی

مقیاس‌های ارزیابی مشاهده‌گر متخصص که توسط ترواکس در ۱۹۶۷ ساخته شد، ابتدا توسط متخصصان مشاهده‌گر بکار برده شد (مانند گروه ارزیابان آموزشی، ارزیابان متخصص / اساتید مشاوره، ناظران بالینی) که برای مشاهده و ارزیابی سطح حضور ذهن، گوش دادن و واکنش درمانگر به احساسات، تجارب و خشنودی مراجع بکار می‌رفت، به همراه تعامل درمانی که ممکن بود نشان دهنده پایین‌ترین سطح پاسخ‌های مطلوب باشند. صرفنظر از بحث ترواکس و کارخوف (۱۹۶۷) در این دوره که همدلی فرآیندی فراتر از آن است که توسط درمانگر تعیین شود، تحقیقات دیگر بیانگر این نکته

1. Ridley

2. Lingle

3. Meta- Analyses مقایسه نتایج مطالعات مختلف در زمینه اختلالات روانی

4. Gould

است که سطح همدلی درمانگر با عملکرد شخصیت مراجع تغییر می‌کند. این نظریه مورد تایید منابع مشاوره بین فرهنگی نیز هست.

سطح پیشرفت آموزش مشاور، عامل مهمی در سطح ارزیابی، کیفیت و درجه همدلی مشاور متخصص یا مبتدی است. جالب است بدانیم که بسیاری از تحقیقات ثابت کرده‌اند که بین میزان تجربه تخصصی مشاور و درمانگر و ارزیابی همدلی، همبستگی منفی وجود دارد. به عبارت دیگر، نتایج نشانگر این موضوع است که بین سطح تجربه مشاور (سال‌های کار) و جهت‌گیری نظری‌اش که در جلسه درمانی منعکس می‌شود، با توانایی مشاور در ابراز همدلی، همبستگی بالایی وجود ندارد. بنابراین یکی از پیش‌بینی‌کننده‌ها یا تعیین‌کننده‌های تعامل درمانی مطلوب، رابطه مراجع- مشاور در طی چند جلسه اول است نه سطح تجربه یا جهت‌گیری نظری و تخصصی مشاور.

به منظور تاکید بیشتر بر این جنبه از بحث در زمینه ارزیابی مشاهده‌گر متخصص، منابع موجود نیز اذعان دارند که مراجعانی که در جلسه درمانی احساس کنند توسط مشاورانشان بهتر درک شده‌اند، تجربه مثبت‌تری را گزارش می‌کنند (اظهار رضایت بالاتری از خدمات مشاور). این ارزیابی‌ها، ارتباطی به سن یا تجربه مشاور ندارد. مشاورانی که از سوی متخصص مشاهده‌گر، ارزیابی همدلانه‌شان بالاتر بوده است، توانسته‌اند تفاهم درمانی قوی‌تری با مراجعان خود برقرار کنند. بطور کلی، به نظر ارزیابان متخصص، مشاورانی که از توانایی همدلی بالایی برخوردارند، روند درمانی طولانی‌تری با مراجعان خود دارند و تعداد کمتری از مراجعان آنها، به‌صورت ناگهانی از روند درمان خارج شده‌اند.

ارزیابی مراجع/ بیمار از همدلی

یکی از مقیاس‌هایی که در این زمینه کاربرد بسیاری دارد، پرسشنامه ارتباط بارت- لنارد است (BLRI؛ بارت- لنارد، ۱۹۶۲، مذکور در گرین‌برگ و همکاران، ۲۰۰۱). طبق نظر راجرز (۱۹۵۷) ثابت شده است مراجعانی که درمانگران خود را با خصایصی چون انعطاف‌پذیر، مثبت‌اندیش، همدل و حساس توصیف می‌کنند، از جلسات درمانی نتیجه مثبت‌تری می‌گیرند. طبق نتیجه‌گیری بارت لنارد (۱۹۸۱) و گورمن (۱۹۷۷)، برداشت مراجع از سطح همدلی مشاوران، می‌تواند بهتر از برداشت مشاهده‌گر متخصص، سطح همدلی ابراز شده در جلسه درمان را پیش‌بینی کند. بنابراین درک احساسات مراجعان، نشان‌دهنده معنای عمیق‌تری از سطح همدلی ابراز شده توسط مشاوران است. زیرا همدلی منجر به درک، مشارکت و آشکارسازی احساسات مراجع می‌شود. ممکن است مراجع در جلسه درمان سریع‌تر احساسات خود را آشکار سازد. بطور کلی ارزیابی همدلی/ مراجع بهتر از ارزیابی مشاهده‌گر و درمانگر، نتایج درمانی را پیش‌بینی می‌کند.

ارزیابی همدلی درمانگر

جالب است بدانیم که ارزیابی همدلی درمانگر نه‌فقط قادر به پیش‌بینی نتایج درمانی است و نه با چگونگی درک مراجعان از سطح همدلی در جلسات درمان همبستگی دارد. "احساس مثبت" مشاور نسبت به جلسه درمان ممکن است ناشی از مداخله یا رویکرد خاص درمانی باشد که در آن جلسه بکار برده

است. به هر حال، این مسئله با درک مراجع از سطح همدلی که در جلسه توسط مشاور ابراز شده، همبستگی مثبتی ندارد. به نظر گرین-برگ و همکاران (۲۰۰۱) "درمانگری که همدلی واقعی دارد، سخنان مراجع را طوطی وار ادا نمی کند یا محتوای آن را منعکس نمی کند، بالعکس نکات اصلی را به صورت تجارب لحظه به لحظه، آشکار و غیر آشکار درک می کند".

ارزیابی فرسودگی از دیدگاه فیزیولوژیکی و روانی

فرسودگی یکی از رایج ترین شکایت ها پس از سردرد (جتایل^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ نوبل^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ پرنس^۳ و همکاران، ۲۰۰۳) در مجموعه مشکلات پزشکی است و نقش عمده ای در سلامت مزمن روانی و جسمانی ایفا می کند. این حالت، در رابطه بین ذهن-جسم و همدلی (اساس تجربه هیجانی و روانی) و خستگی جسمانی (حالت فیزیولوژیکی ناشی از عملکرد محدود) که ممکن است منجر به مشکلات فیزیولوژیکی مزمن (مانند MS، دردهای روماتیسم مفصلی) یا مشکلات روانی (افسردگی و اختلالات اضطرابی) شود، بروز می کند.

ارزیابی تجربه فرسودگی از دیدگاه فیزیولوژی روانی-اجتماعی در دهه گذشته، توجه بسیاری را به خود جلب کرده است (میشلسن و همکاران، ۲۰۰۴). از نقطه نظر تاریخی، بحث در زمینه فرسودگی مستلزم درک فرآیندهای زمینه ساز جسمانی و روانی است (مراجعه شود به هویتینگ^۴ و سارفاتی^۵، ۱۹۶۶). به هر حال، بررسی این ساختار به نظر بی قاعده است و در منابع اولیه به عنوان بیماری جسمانی از آن یاد شده است.

از این رو، پیش از ۱۹۹۰، فرسودگی به عنوان ساختار تک بعدی در نظر گرفته می شد (می شین و همکاران، ۲۰۰۴). پس از ۱۹۹۰، برای ارزیابی فرسودگی، تحقیقات بسیاری انجام شد. شاید دلیل پیشرفت تحقیقات در این زمینه، وجود سندرم های مزمن فرسودگی باشد (CFS؛ آلبرتز^۶، و رکولن^۷، و لجنبرک^۸، ۲۰۰۱).

امروزه فرسودگی، به عنوان ساختاری چند بعدی بررسی می شود و در خرده مقیاس های سنجش های گسترده تر مانند خرده مقیاس خستگی هیجانی در پرسشنامه تحلیل قوای روانی (MBI)؛ ماسلاخ و جکسون، ۱۹۹۶) و خرده مقیاس انرژی و فرسودگی، ابراز برآورد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100 و WHOQOL، ۱۹۹۸) بکار می رود و با خرده مقیاس های متفاوتی از پرسشنامه های افسردگی بهم پیوسته است (مانند پرسشنامه افسردگی بک^۹، BDI؛ بک و همکاران، ۱۹۶۱) که مشکلاتی چون الگوهای خواب، خستگی جسمانی و توانایی انجام اعمال جسمانی را بررسی می کند.

1. Gentile
3. Prince
5. Sarphati
7. Vercoulen
9. Beck

2. Knobel
4. Huetting
6. Alberts
8. Bleijenberg

محققان می‌توانند تشخیص دهند که فعالیت فردی، انگیزش و حالت فرسودگی که با موقعیت خاص مرتبط است، در نتیجه فرسودگی جسمی یا روانی رخ داده است (جتتایل و همکاران، ۲۰۰۳؛ نوبل و همکاران، ۲۰۰۳؛ اشوید^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) و با وجود اینکه، تحقیق در زمینه فرسودگی با طرح‌های پژوهشی پیشرفته‌تر قابل تقویت است (اشوید و همکاران، ۲۰۰۲)، اما فرآیندهای زمینه‌ساز بیماری مانند حالت‌های مزمن روانی، جسمانی یا رفتارهای تسریع‌کننده فرسودگی موجب واکنش روانی، فیزیولوژیکی و بیولوژیکی فرد به صورت پدیده فرسودگی بروز می‌کند.

نظر به اهمیت سنجش این پدیده به عنوان تجربه‌ای بیولوژیکی، فیزیولوژیکی و روانی، تقریباً هیچ پرسشنامه‌ای که بتواند فرسودگی مزمن را در افراد عادی یا غیربیمار بسنجد ساخته نشده است. اکثر تحقیقات در این زمینه در رابطه با بیمارانی انجام شده است که مبتلا به سرطان یا بیماریهای مزمن مانند MS بوده‌اند. مقیاس خاصی که برای بیماران بستری و در مراکز غیر بیمارستانی و در مجامع وابسته به امور بهداشتی بکار می‌رود، مقیاس فرسودگی است (FS؛ شالدر^۲ و همکاران، ۱۹۹۳).

مقیاس جدیدتری برای ارزیابی فرسودگی از ده قسمت تشکیل شده (FAS؛ میشلسن و همکاران، ۲۰۰۴) و از کیفیت روان‌شناختی برخوردار است. در FAS، چهار بعد مجزای فرسودگی، در جمعیت سالم آلمانی سنجیده شده است: الف) تجربه ذهنی فرسودگی؛ ب) کاهش تمرکز؛ پ) کاهش انگیزه؛ ت) کاهش فعالیت جسمانی.

علاقمندان به طرح‌های پژوهشی و تست‌های روان‌شناختی می‌توانند به FAS (میشلسن و همکاران) مراجعه کنند یا ابزارهای دیگری که از خرده‌مقیاس‌های مشابه برای سنجش فرسودگی استفاده می‌کنند را بکار برند. برخی از این ابزارها و تحقیقات معتبر شامل موارد زیر است: الف) پرسشنامه فرسودگی چند بعدی (MFI 20) که توسط محقق آلمانی، ای، ام، آشمیتس، ساخته شده و سپس به انگلیسی ترجمه شده است. (مراجعه شود به جتتایل و همکاران، ۲۰۰۳)؛ پ) پرسشنامه جامع کیفیت زندگی سازمان تحقیق و درمان سرطان اروپا (EORTCQLQ- C30؛ مراجعه به نوبل و همکاران، ۲۰۰۳)؛ ت) مقیاس کیفیت سلامت زندگی (HRQL؛ مراجعه شود به پرینس و جونز، ۲۰۰۱)؛ ت) مقیاس شدت فرسودگی (FSS؛ مراجعه شود به اشوید و همکاران، ۲۰۰۲)؛ یا ث) پرسشنامه نشانگان چند بعدی فرسودگی (MFSI؛ مراجعه شود به استین و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، ما در آغاز راه بررسی رابطه پیچیده طبیعت ذهن و جسم انسان و تجربه فرسودگی هستیم.

سنجش فرسودگی روحی

بررسی کلی مبحث "فرسودگی روحی" فراتر از اهداف این فصل است. در این بخش بر ارزیابی بعد روحی و اهمیت آن تمرکز می‌کنیم که در فرسودگی از همدلی با حالت فرسودگی روحی، جسمی و

1. Schwid
2. Chalder

ذهنی مرتبط است. نخستین بار مفهوم فرسودگی روحی در کتابی مذهبی و علمی در ۱۸۸۹ توسط آر. هولت. هوتون^۱ بکار برده شد و خواهرزاده اش الیزابت. ام. روسکو^۲ آن را ویرایش کرد. کتاب آنها در ۱۹۰۱ منتشر شد و در بخشی از آن چنین نوشته شده است "نسلی که مهم ترین مشخصه اش فرسودگی روحی است، هرگز مسیحی واقعی نخواهد بود تا زمانی که همسرگزینی بتواند انرژی بهتری را به آنها ارزانی کند" (ص ۱۹). معنای تلویحی متن بر محافظه کاری مسیحیت و نقایص اخلاقی و شک درباره اعمال گوناگون مذهبی در اواخر قرن نوزده تاکید می کند.

اکثر منابع موجود این دوره، بر مسایل مذهبی و اعمال مبتنی بر ایمان تاکید داشتند. در اواخر قرن بیستم، برخی از متون عناوینی را فراتر از مسایل فرسودگی روحی مرتبط با پدیدارشناسی وجودی و تایید فلسفی از نقطه نظر روان شناسی، الهیات و عقاید متکامل روحی بشر بیان کردند (تیلیچ^۳، ۱۹۵۲). در این دوره، روان شناسان، فلاسفه و علمای مذهبی به این نتیجه رسیدند که پرسش درباره معنای ایمان و احساسات انسانی (مانند اضطراب، ناامیدی، گناه، نورو، و پوچی)، سؤالاتی سالم و مهم است. بنابراین پیش از دهه ۱۹۷۰، توجه کمتری به مباحث نظری و تحقیق در زمینه همدلی روحی در رابطه مراجع - مشاور داده می شد.

مقایسه فرسودگی از مشاوره مبتنی بر ایمان با فرسودگی از مشاوره غیر دینی

امروزه، منابع در زمینه فرسودگی معنوی، بیشتر بر مبنای ایمان قرار دارد. با کمال شگفتی به نظر می رسد که بین تجربه فرسودگی معنوی از دیدگاه مشاوره معنوی در مذاهب گوناگون و مشاوره های تخصصی معنوی، هم تشابه و هم تفاوت هایی وجود دارد. تفاوت های کلی به آسانی قابل تشخیص است، زیرا هر اصلی، فلسفه، نظریه، روش و قاعده خاص خود را دارد که در رابطه تعاملی خرد-محورانه ایجاد می شود (مانند مشاوران مسیحی یا مشاوران بالینی متخصص معنوی). نقطه اشتراک مشاوره تخصصی معنوی و مشاوره مذهبی این است که هر دو به مراجعان کمک می کنند تا با مسایل بهداشت روانی در رابطه با فقدان، غم، اعتیاد، معنای حیات جسمانی، روانی، وجودی و معنوی بپردازند. بنابراین با تحلیل قوای روانی، همدردی، همدلی و فرسودگی معنوی، وجه اشتراک دارد. در این نوع از مشاوره نیز توجه خاصی به متخصصان فرسوده یا آسیب دیده و شایستگی آنها برای ارائه خدمات به مراجعان می شود.

با جستجوی واژه همدردی، فرسودگی از همدلی، تحلیل قوای روانی، فرسودگی تخصصی در رابطه با کشیشان و رهبران مذهبی، در سایت گوگل، می توانید با انواع درمان ها، مراکز درمانی، سمینارها، کارگاهها و موارد همسازی گوناگون با افراد مذهبی آشنا شوید. هدف و محتویات این فعالیت ها، به منزله تجدید قوای ذهنی، جسمی و روحی فرد است و در واقع به معنی تجدید حیات متخصصان است.

1. R. Holt Hutton
2. Elizabeth M. Roscoe
3. Tillich

ارزیابی احساس کامیابی معنوی

در ۲۵ سال اخیر، تلفیق عقاید، ارزش‌ها و اعمال معنوی مراجع تا حد زیادی در زمینه مشاوره و روان‌شناسی شکوفا شده است. امروزه بحث در زمینه مسایل معنوی صرفنظر از مسئله ایمان، بیشتر به زیرتخصص‌هایی گرایش دارد که با درک اصل عقاید معنوی، اعمال و تجارب معنوی مراجع مربوط است. با وجود اینکه، مذهب و معنویت فاقد تعریف نظری و علمی مستدلی است، بسیاری از پژوهشگران (برگین،^۱ ۱۹۸۸؛ ورتینگتون،^۲ ۱۹۸۸) و درمانگران (آساگیولی،^۳ ۱۹۶۵؛ یونگ، ۱۹۷۳) مخالف این نظریه‌اند که معنویات بخش طبیعی از هستی موجود زنده است. درک اهمیت سلامت معنوی در تجربه فرسودگی از همدلی مشاور، اهمیت بسیاری دارد. تحقیقات بسیاری در روان‌شناسی و علوم مرتبط این نکته را تایید کرده‌اند که سلامت معنوی فرد تاثیر مثبت فراوانی بر سیستم ایمنی جسمانی و توانایی او در مبارزه با فشار روانی، بیماریهای مزمن، و ناتوانی‌های تهدیدکننده زندگی دارد (کوزینز،^۴ ۱۹۷۹؛ گلمن،^۵ ۲۰۰۳؛ پک،^۶ ۱۹۹۳؛ شوارتز،^۷ ۱۹۹۴؛ سیگل، ۱۹۹۰؛ سیمونتون،^۸ ۱۹۷۸؛ ویل،^۹ ۱۹۹۵).

معنویات منبع غنی از سازگاری و انعطاف‌پذیری تلقی می‌شود. بنابراین، مشاوره که از نظر معنوی فرسوده شود، حالت‌های تجربی منفی را در رابطه با سلامت جسم و روان و کامروایی کلی بروز می‌دهد. برای بررسی مسایل مرتبط، با فرسودگی از همدلی چه از لحاظ نظری و چه از لحاظ روش‌های خود-مراقبتی و پیشگیری از آن، مشاوران باید از چگونگی ارزیابی آن آگاه باشند.

برخی از توضیحات مستدل در مشاوره و روان‌شناسی، سنجش کامیابی معنوی از لحاظ تئوری، تحقیق و عمل، می‌تواند در الگوی کامیابی (مایرز^{۱۰} و سویینی،^{۱۱} ۲۰۰۵؛ مایرز، سویینی و ویتمر،^{۱۲} ۲۰۰۰؛ ویتمر و سویینی، ۱۹۹۲) و در الگوی غیر قابل تقسیم کامیابی (Is-wel؛ مایرز، سویینی، ۲۰۰۴؛ سویینی، مایرز، ۲۰۰۵) یافت شود. کامیابی معنوی، در هر دو الگو ساختاری چندبعدی دارد که برای سعادت کلی فرد ضروری است. محوریت این مسئله حول روشی است که انسان‌ها رشد و پیشرفت معنوی را در زندگی خود تکمیل می‌کنند.

چرخه کامیابی، الگویی سه بعدی است که یکی از اساسی‌ترین روش‌های خوشبختی انسان را معرفی می‌کند. (مایرز؛ سویینی و ۲۰۰۵). این الگو شامل پنج اصل مهم در زندگی است: الف) معنویت: آگاهی از نیروی ماوراء و حس عمیق از کلیت یا نسبت کائنات؛ ب) خود-هدایتی: در

1. Bergin
3. Assagioli
5. Goleman
7. Schwartz
9. Weil
11. Sweeney

2. Worthington
4. Cousins
6. Peck
8. Simonton
10. Myers
12. Witmer

این حالت فرد در امور روزانه، خود را پایبند اصول و قواعد خاصی کرده و هدایت می‌کند؛ (پ) کار و فراغت: فرصتهایی برای تجارب لذتبخش که احساس رضایت و کمال را در فرد ایجاد می‌کند؛ (ت) دوستی: شامل روابط اجتماعی که با دیگران برقرار می‌شود؛ و (ث) عشق: رابطه‌ای بر اساس تعهد دوجانبه، در درازمدت و همراه با صمیمیت. به عبارت دیگر، چرخه کامیابی شامل احساسات فرد، احساس کنترل، حل مسئله، خلاقیت، واقع‌گرایی، حمایت اجتماعی و خود-مراقبتی می‌شود که در چارچوبی کلی طرح‌ریزی شده است تا احساس خوشبختی و رشد و سلامت معنوی او را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

فردی که دچار "فرسودگی" می‌شود، نه تنها احساس می‌کند که از لحاظ فیزیولوژیکی مشکل دارد، بلکه کلاً از نظر احساس خوشبختی هیجانی، رفتاری و شناختی نیز دچار مشکل است. سنجش فرسودگی از همدلی مستلزم ارزیابی نشانه‌های روانی، اجتماعی، جسمانی، عاطفی/هیجانی، شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که در تمام نقاط جهان مورد پذیرش است. این ناهنجاری علاوه بر اینکه به سلامت ذهنی، جسمی و روانی مشاور بستگی دارد، در واقع روشی برای تشخیص کاربردی و تعیین میزان آسیب تخصصی افراد مبتلا بشمار می‌رود. تصمیم در مورد ادامه فعالیت مشاور، به صداقت مشاور و احساس مسئولیت وی در پذیرش مخاطراتِ ماندن در این شغل وابسته است. برای اینکه مشاور به چنین نتیجه‌ای برسد، باید انگیزه قوی برای حفظ سلامت فردی‌اش داشته باشد. افراد دیگری که مسئولیت حفاظت از سلامت روحی، جسمی و ذهنی متخصص را برعهده دارند شامل مدیران مشاوره، انجمن‌های تخصصی مشاوره، برنامه‌های آموزشی و تربیتی مشاوره و اساتید بالینی‌اند. در بخش سوم این کتاب در مورد ماهیت این امور و اهمیت آنها بحث خواهد شد تا دریابیم که چگونگی درک رویکردی پیچیده و چندبعدی برای کمک به متخصصان آسیب‌دیده ضروری است.

نکته اساسی در سنجش فرسودگی از همدلی متخصص آسیب‌دیده این است که صداقت در بیان حالات و تجارب فردی، بسیار مهمتر از پیامدهای هیجانی منفی است که برای کمک به دیگران ارائه می‌شود. بهای این تعامل درمانی، سعادت فرد است. متخصصان برای سنجش فرسودگی ذهنی، جسمی و انواع دیگر آن تلاش می‌کنند تا چارچوبی را مهیا کنند، اما تحقیقات کنونی، تجربه فرسودگی را از طریق ارزیابی‌های فردی مانند مصاحبه‌های فردی، پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها می‌سنجد. برخی از متخصصان، ابتدا فرسودگی را تجربه‌ای فیزیولوژیکی قلمداد می‌کردند و بر جنبه روان‌شناختی آن تاکید کمتری داشتند، در حالی‌که فرسودگی ذهنی یا هیجانی نیز به همان اندازه ناتوان‌کننده است و متغیر مهمی در سنجش فرسودگی از همدلی محسوب می‌شود. فرسودگی ذهنی یا هیجانی، باعث کاهش توانایی و مهارت روان‌شناختی فرد در جنبه‌های ذهنی، هیجانی و شغلی می‌شود و در نتیجه از توانایی ابراز همدلی می‌کاهد.

فرسودگی از همدلی «روح مجروح مشاور»



آشکار است که نوع پاسخ به بیماری مزمن، ناتوانی، یا تجربه آسیب‌زای انسان، به حیطة معنویات و هستی‌شناسی مرتبط است (استبنیکی، ۲۰۰۶). به همین دلیل، این پرسش که چرا خداوند (این رنج و درد را در زندگی من ایجاد کرده است یا چرا این مشکل برای من یا برای من اتفاق افتاده است؟) نمی‌تواند بدون پاسخ همدلانه، جواب داده شود. در بسیاری از فرهنگ‌ها، مهمترین و اساسی‌ترین پرسش زندگی این است که ما پیش از تولد کجا بودیم و پس از مرگ به کجا خواهیم رفت (پدرسون، ۲۰۰۰). به نظر پرلمن و ساکویتین (۱۹۹۵) پس از حادثه تروماتیک، فقدان معنا، رابطه و امید می‌تواند هم برای مراجعان و هم مشاوران از نظر روحی کاملاً آسیب‌زا باشد. تاثیر ضربه روانی نیابتی بر سلامت روانی مشاوران، بسیار مهم است. توجه به فردی که به استعاره این پرسش‌ها را مطرح می‌کند «اگر بگویم لعنت بر خدا چه پیش می‌آید؟» «چرا چیزهای بد برای انسان‌های خوب اتفاق می‌افتد؟» (کاشنر^۱، کاشنر^۱، ۱۹۸۰) مستلزم پاسخ همدردانه و همدلانه است که هم طبیعتی ذاتی و هم معنوی دارد. بنابراین، مشاوران برای ادامه حیات و رشد فردی و تخصصی‌شان، ناچارند تا از روح خود محافظت کرده و نسبت به آن آگاه باشند.

رابطه معنوی، شکلی از رابطه فرهنگی یا حمایت اجتماعی است که به افراد توانایی سازگاری با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها را در محیطشان می‌بخشد (هارلی^۲، استبنیکی، و رولینز^۳، ۲۰۰۰). معنویات، در بسیاری از فرهنگ‌ها و زمینه‌های اخلاقی گوناگون نقش والایی را در زندگی انسان‌ها ایفا

1. Harley

2. Rollins

می‌کند. به نظر برخی از محققان (پارگامنت^۱، و همکاران، ۲۰۰۰؛ شافرانسک^۲ و همکاران، ۱۹۹۶) مشاوران از نظر اخلاقی موظفند تا جنبه معنوی زندگی مراجع را بیابند زیرا این نکته در تسهیل رویکرد مشاور در چارچوب بین‌فرهنگی نقش اساسی دارد. بنابراین، در منابع مشاوره این مسئله ذکر شده است که استادان مشاوره و ناظران این رشته به منظور فعالیت موثر در زمینه هدایت معنوی مراجع و دیدگاه‌هایش، باید در حول جلسه درمان درباره سلامت معنوی مراجع سؤال کنند. (بی‌شاپ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کاشول^۴ و یونگ، ۲۰۰۴؛ پولاسنکی^۵، ۲۰۰۳؛ استینیکی، ۲۰۰۷b).

به‌علاوه، برای همدلی و سازگاری با تجربه معنوی مراجعان درباره احساس فقدان و اندوه، ابتدا خود از نظر روحی باید انسانی سالم باشیم تا از داشتن روحی مجروح برحذر بمانیم. همچنین، ما ملزم به دانستن همه چیز درباره نیروی برتر، هدایت روح یا جهان هستی نیستیم. برخی از مشاوران درگیر این ابهامند که تجربه معنوی و پرسش‌های مرتبط به هستی فراتر از تجربه عادی و خودآگاهی آنهاست. به‌همین دلیل، بحران معنوی یا روحی مراجع به بحران مشاور و در نتیجه فرسودگی از همدلی تبدیل می‌شود.

اکثر اوقات ما تصور می‌کنیم که تخصص‌های یاری‌دهنده مانند خیابانی یک طرفه است که متخصص از همه امور آگاه است و تنها فردی است که قدرت در اختیار گرفتن منابع بهبودی و شفا را در رابطه مشاور-مراجع دارد. در ذات این رابطه، فرض و وظیفه اخلاقی مبتنی بر این اصل است که متخصص یاری‌دهنده برای التیام بخشیدن به روح مجروح مراجع با او همدردی و همدلی کند. مشاور، همچنین، اخلاقاً موظف به حفظ رازهای مراجع است. در واقع بسیاری از مشاوران نمی‌توانند رازهای مراجع خود را با فردی خارج از محیط درمانی در میان بگذارند و آن را چون حجابی با خود به خانه می‌برند. در نتیجه مشاور همدل و همدرد، در پایان روز با کوله‌باری از رازها به خانه می‌رود، شاید آنها را به کناری نهد یا خود را از ماجرای مراجعش که شامل مشکلات شدید بین فردی است منفک کند.

شفا دهنده مجروح

اصطلاح "شفا دهنده مجروح" بازگویی تجربه‌ای قدیمی است که کارل یونگ برای توصیف پویایی رابطه مشاور-مراجع به هنگام مواجهه مکرر با جراحتهای روانی-هیجانی خود بکار می‌برد. اساس این پدیده، همان انتقال متقابل منفی است که توسط درمانگر تجربه می‌شود. به نظر یونگ بروز حالت "شفادهنده مجروح" به رابطه درمانی آسیب می‌زند زیرا این حالت درمانگر را نه تنها بخاطر مشکلات خود درمانگر بلکه بخاطر مشکلات مراجع، آسیب‌پذیر می‌کند. این اصطلاح برگرفته از افسانه کهن یونانی است که پزشکی به نام آسکلپیوس^۶، نیرویی اسرارآمیز داشت و می‌توانست زخم‌های

3. Pargament
3. Bishop
5. Polanski

4. Shafranske
4. Cashwell
6. Asclepius

خود را شفا دهد لذا عبادتگاهی را برای درمان دیگران ساخته بود (کتابخانه ملی پزشکی، ۲۰۰۷). در واقع پزشکی مدرن نیز به صورت سمبلیک بخشی از این فلسفه کهن را به عنوان نماد علم پزشکی پذیرفته است (دو مار درهم تنیده به دور یک ستون).

در واقع، مشکلات پیچیده مراجعان درباره حوادث استرس‌زا و آسیب‌زا و چگونگی مواجهه آنها با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده باعث می‌شود تا مشاور بیش از حد احساس تنهایی کند. پرسش این است که چه کسی به شفا دهنده مجروح توجه و از او مراقبت می‌کند؟ نوون^۱ (۱۹۷۲) در این رابطه چنین می‌گوید:

زمانی که روحمان ناآرام است، زمانی که درگیر هزاران مشکل پیچیده‌ایم، زمانی که بین انسان‌ها، باورها و نگرانی‌ها، همیشه در جایگاهی بالا قرار داریم، چگونه می‌توانیم فضایی را مهیا کنیم که انسانی دیگر با فراغ بال، آزادانه وارد شود؟ شاید به نظر مسخره باشد، اما با غفلت از خود، نه ترحم به خود و فروتنی نسبت به خود، محیط را برای دیگران آماده می‌کنیم تا با واژگان خود به ما مراجعه کنند. (ص ۹۱)

جی. میلر^۲ (۲۰۰۳) براساس نظریه "شفا دهنده مجروح" معتقد است که روح همدلی مشاوران در تعامل مشاور-مراجع بوجود می‌آید. بعدها آسیب‌پذیری روحی، هیجانی و روانی مشاوران بستگی به انتظارات مراجعان دارد. بنابراین مشاور الگوی هیجانی و روحی خوشبختی برای مراجعی است که از نظر احساسی آسیب دیده است. به هر حال اگر مشاور سعی کند برای مراجع نقش الگو را ایفا کند، ممکن است نتواند با مراجع خود صادق و شفاف باشد. مشاور با نشان دادن آسیب‌پذیری خود به عنوان درمانگر و انعطاف‌پذیری در درک همدلانه، با مراجع خود احساس نزدیکی کرده و جراحتهای خود را با آنها تقسیم می‌کند (جی. دی. میلر و بالدوین^۳، ۱۹۸۷). به همین دلیل، نزدیکی صحیح مشاور در قدرت نفوذ درمانی می‌تواند موثر باشد.

مشکلات مراجع از قبیل اعتیاد، سوء استفاده جنسی و تروما می‌تواند بر ذهن، جسم و روح مشاور تاثیر متقابل بگذارد. یادآوری احساسات مرتبط با آن حوادث دردناک، تداعی‌کننده هیجان‌های درونی طاقت‌فرسا، هم برای مراجع و هم مشاور بخصوص مشاوران مبتدی است.

بخش کاملی از درمان ناواجو^۴، بازگویی خاطرات آسیب‌زا و دردناک است که تاثیر درمانی آن کمک به حل آن و نظم‌بخشی به مغز، جسم و روح است. در فرهنگ ناواجو بیمار در مراسمی شرکت می‌کند که بستگان و دوستانش نیز برای اجرای مراسم که شامل سرود و رقص و دعاست، حضور دارند. بنابراین، مسؤولیت شفا، بین اکثریت جامعه، نه فقط بین بیمار و درمانگر تقسیم می‌شود. بیان مشکل به صورت سرود سنتی اجرا می‌شود و اغلب درباره خلقت مردم ناواجو و چگونگی ارتباط

1. Nouwen
3. Baldwin

2. G. D. Miller
4. Navajo

درونی اشیاء در جهان است. در فرهنگ ناواجو، بیان داستان، همانداروی شفاست (توفایا و کوریس، ۲۰۰۳) زیرا داستان‌ها حاوی قدرت تنویر هویت، ارتباط و نظم درونی فرد با روح جهان هستند. با وجود اینکه برخی از داستان‌ها شفادهنده‌اند، برخی دیگر، معنای پیچیده‌ای دارند که ممکن است به عنوان افسانه‌ای مضر که روح فرد و فرهنگش را مسموم می‌کند، تفسیر و درک شوند (کولهان^۱، ۱۹۸۰). نوون (۱۹۷۲) دربارهٔ "شفادهنده مجروح" معتقد است که:

بسیاری از انسان‌ها به دلیل فرضیات غلطی که زندگی‌شان بر اساس آن استوار است، در رنجند. فرضیه غلط آنها این است که نباید بترسند، تنها بمانند، مشکل داشته باشند یا شک کنند. اما این رنج‌ها فقط هنگامی می‌تواند حل شود که به عنوان جراحات‌های کلی که با حالت انسانی ما در جهان خلقت مرتبط است، درک شود. (ص ۹۳)

منظور از انعطاف‌پذیری در رویکرد همدلانه، کمک به مراجع است تا بتواند لایه‌های فشار روانی، اندوه، فقدان یا تجارب آسیب‌زای خود را به کمک جستجو در مجموعهٔ هیجان‌های خود بیابد. تلاش برای یافتن معنا و هدف درد و رنج مراجع، موجب فرسودگی روحی مشاور می‌شود. اگر مشاوران در مورد این تجربه بیندیشند و آن را فرصتی برای رشد و پیشرفت خود بدانند، بنابراین روش التیام روح مجروحشان را نیز خواهند آموخت.

همدلی به عنوان روح مشاور: دیدگاه فرهنگی - بومی

در بسیاری از فرهنگ‌ها، روح به معنی جایگاه تجارب معنوی، احساسی و هیجانی فرد است. در نمادگرایی یونگ، مرکز روان فرد "خود" یا روح است. بسیاری از مشاوران، بخش اعظم انرژی روانی خود را صرف همدلی و جستجوی بخش‌های هیجانی روح مراجعان خود می‌کنند که در زنای با محارم، سوء استفاده جنسی، اعتیاد، فقدان عشق، بیماری مزمن، آسیب‌دیدگی جسمی یا روانی گم شده است. اگر همدلی را روح مشاور فرض کنیم، نقش والایی در تجربه کلی او از "فرسودگی" تخصصی دارد. نکته اساسی این است، زیرا تجارب بسیاری بین متخصص و نشانگان فرسودگی وجود دارد (تحلیل قوای روانی، همدردی، فرسودگی از همدلی) که کاملاً به تاثیر ذهن، جسم، معنویات و روح پایان می‌بخشد.

برای اینکه در فرهنگ غرب متخصص آموزش‌دیده و از نظر فرهنگی شفادهنده‌ای مؤثر شوید باید به سلامت بومی و روشهای درمانی دید بازی داشته باشید. از نظر فرهنگ غرب اگر ما واقعاً خواهان غنای سیستم شفای فرهنگی هر مراجعی هستیم، پس باید به عقاید او احترام بگذاریم. بنابراین، تلفیق رویکردهای کلاسیک درمانی (مدیریت استرس، تن‌آرامی^۲، تجسم) به همراه درمان‌های بومی در رابطه با مراجعان فرهنگ‌های متفاوت، متخصص را در ارائه رویکردهای درمانی منعطف‌تر یاری می‌کند. با درک و پذیرش این امر، مؤلفه‌های درمان نیز پیشرفت خواهد کرد. لازم به ذکر است که بسیاری از

1. Coulehan
2. Relaxation

درمان‌های بومی، می‌تواند در برنامه‌های خود-مراقبتی متخصص نیز مفید باشد. بنابراین، تلفیق درمان‌های فرهنگی در بهبودی فرسودگی از همدلی مشاور در درجه اول اهمیت قرار دارد.

بهبود از فرسودگی از همدلی مستلزم بکارگیری روش‌های متعدد پیشگیری و مداخله‌های کلی است. در بخش دوم کتاب، راهنمایی‌هایی برای درمان‌های تکمیلی خود-مراقبتی گروه‌های فرهنگی-بومی خاص عرضه شده است. در این بخش مجموعه گسترده و یکپارچه‌ای از درمان‌های خود-مراقبتی سنتی در مدیریت نشانگان فرسودگی مشاور (تحلیل قوای روانی، همدردی و فرسودگی از-همدلی) ارائه شده است.

از دیدگاه بومی، بیماری در ذهن، جسم و روح به معنی مسدود شدن جریان انرژی "مثبت" است. در فرهنگ افریقای مرکزی (گراهام^۱، ۲۰۰۵) عقیده ای درباره "خواب روح بیمار" وجود دارد که نشانگر لاقیدی نسبت به درد و رنج دیگران است. اعتیاد مثالی است از جریان انرژی که می‌تواند مسدود شده و مانع اعمال روزانه شود (شغل، خانواده، روابط، ورزش). صرفنظر از سیستم عقیدتی، هر شکلی از انرژی که مسدود شود، قادر است که ادراک و نگرش ما را درباره زندگی تحریف کند و نهایتاً این مسئله بر جسم، ذهن و روح ما تأثیر می‌گذارد، احساسات و همدردی ما را در انجام اعمال مثبت برای دیگران کاهش می‌دهد و ما به آسانی از تعادل خارج می‌شویم. بنابراین داشتن صراحت با یاری‌دهنده روحمان و جاری شدن انرژی کیهانی در زندگی می‌تواند احتمال فرسودگی یا جراحات روحی را کاهش دهد. این به معنی تلاشی بی‌پایان برای انسان‌هایی است که فرصت خدمت به نوع بشر را یافته‌اند.

درمانگران مبتدی یا فصلی با توجه به رویکردهای شفادهندگی و سلامت بومی، باید نسبت به پذیرش تفاوت‌های فرهنگی انعطاف‌پذیر باشند. این روش می‌تواند به عنوان قدرت نفوذ درمانی در مواجهه با مراجعانی که از نظر فرهنگی متفاوتند، بکار رود. متخصص شدن در این زمینه، مستلزم رشد تجارب فردی و تخصصی است که از طریق گذراندن دوره‌های معمول تحلیل قوای روانی میسر نمی‌شود. بنابراین رشد جسم، ذهن و روح فرد مستلزم پذیرش عقاید انسان‌هایی است که به آنها خدمت می‌کنیم.

همدلی و چاکرای چشم سوم

همدلی چه حالت مشاور یا ویژگی او تلقی شود، نمی‌توان آن را رویکردی دانست که مشاور از طریق آن مشکل مراجع را یکباره درک کند (گذر از فقدان) و آن را به احساسی خاص مرتبط کند (استرس، افسردگی، اضطراب) و به تجربه کلی مراجع ربط دهد (احساس کلی فقدان و اندوه). درحالی‌که مشاوران ماهرتر باید رابطه همدلانه-شهودی بهتری را برای برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با مراجعانشان برقرار کنند. به عبارت دیگر، درمانگر منعطف و ماهر، حس ششم یا "چشم سوم" خود را برای شهود تربیت می‌کند. مشاوران با تجربه که سال‌ها درگیر مسایل پیچیده بوده‌اند بسیار بهتر از

1. Graham

درمانگران مبتدی می‌توانند هماهنگی بین رفتار کلامی مراجع با رفتار غیرکلامی و شناختی‌اش را تشخیص دهند یا به این نکته پی ببرند که آیا مراجع بالقوه قادر است به او یا دیگران آسیب بزند؟ به همین دلیل، مشاوران ماهر در طی سال‌ها، می‌آموزند که چگونه افکار، احساسات و شناخت‌های مراجع را با اهداف و معانی هستی‌شناختی و معنوی تلفیق کنند. بخصوص درمانگران ماهر، می‌توانند رویکردهای مشاوره را با بکارگیری همزمان جسم، روح و ذهن و رویکردهای سنتی در روان‌درمانی غرب و سیستم عقاید فرهنگی مراجع، تلفیق و تسهیل کنند.

روح

بسیاری از فرهنگ‌های جهان معتقدند که انرژی معنوی الهی یا نیروی هستی‌بخش از آغاز زمان در جهان وجود داشته است. برای مثال از دیدگاه افریقای مرکزی (گراهام، ۲۰۰۵) معنویات به صورت زیر تعریف می‌شود: الف) نیروی خلاق زندگی؛ ب) ذات عناصری که انسانها را با دیگران مرتبط می‌کند؛ و پ) نیرویی که همه عناصر جهان را دروناً بهم مرتبط می‌کند؛ انسان‌ها، حیوانات و گیاهان. جالب این است که در آن سوی جهان پیشینیان سرخپوست قبایل بومی در شمال آمریکا نیز عقاید مشابهی درباره انرژی معنوی الهی داشتند. روح اعظم که اکثر بومیان به آن معتقدند، خالق همه چیز است. بر اساس این دیدگاه، همه چیزها با یکدیگر مرتبط و ذاتاً به روح اعظم می‌رسند، بخصوص ذهن، جسم و روح. اگر ذهن یا روح فردی دچار ناهماهنگی شود، این بی‌نظمی در کل سیستم تاثیر می‌گذارد. بنابراین، بر اساس فرهنگ مبتنی بر روح، انسان برای التیام جسم نباید به پزشک مراجعه کند یا برای درمان ذهن، نزد مشاور برود یا برای شفای روح به مکان‌های مقدس قدم گذارد. کمال روح در عشق، همدردی، نوع‌دوستی و خرد است که شفا را به صورتی کامل ایجاد می‌کند.

بسیاری از شفادهندگان و حکیمان کهن ادعا کرده‌اند که شاهد تجلی جریان انرژی معنوی به هنگام خواندن ادعیه شفا از سوی خود و دیگران بوده‌اند. به نظر سیوارد^۱ (۱۹۹۷) این انرژی معنوی ما را در تمام زمان‌ها به خدا وصل می‌کند. این ارتباط هرگز قطع نمی‌شود، زیرا همه چیز از این منبع الهی سرچشمه می‌گیرد. حتی عده‌ای معتقدند که این روح کیهانی با روح فرد مرتبط است و به آن غنا می‌بخشد. صرفنظر از اعتقاد انسان به خدا، روح جهان یا نیروی برتر، نیروی کی^۲، به صورتی ثابت حتی در روح‌های مجروح نیز جریان دارد. بسیاری از مشاوران بخصوص در حضور مراجعانی که در عذابند، در ذهن، جسم و روح خود فشار روانی را احساس می‌کنند. به هر حال تجربه روح مجروح، فرصت گرانبهایی برای رشد روح و معنویات ماست.

1. Seaward
2. Chi or Ki

مشاوره فرهنگی صحیح

مشاوران ماهر در مداخله‌های مشاوره‌ای بین فرهنگی، می‌دانند که ایجاد تفاهم با مراجعانی که از نظر فرهنگی متفاوتند، کاری بس دشوار است. این مسئله شاید به معنی دقت عمیق‌تر نسبت به توصیف غیر آشکار یا غیر کلامی ناهماهنگی ذهن، جسم و روح مراجع است. مشاوران ماهر بین فرهنگی از ذکاوت فرهنگی (دانش و آگاهی نسبت به سیستم عقاید فرهنگی مراجع) و احساس بی‌واسطه ذاتی درک دیدگاه مراجعانشان بهره می‌گیرند. مشاور باید سعی کند تا مراجع را به صورت کلی از چشم‌انداز فرهنگی درک کند. این مسئله شامل درک جنبه‌های فرهنگی مراجع نمی‌شود. (اما محدود به آن نیست): الف) اعتقاد درباره سلامت روانی و خوشبختی؛ ب) کامیابی معنوی و روانی؛ پ) شیوه هیجان‌های بیان شده و بیان نشده؛ ت) احساسات بیان شده و معانی خاص و رای آنها؛ ث) تجربه کلی پذیرش ارزش‌ها، درک تفاوت‌های فرهنگی مستلزم هویت فرهنگی است که مشاور و مراجع هر دو باید بر روی آن کار کنند. هر فردی دارای هویت فرهنگی است و عضو مجموعه‌ای از گروه‌های فرهنگی و خرده گروه‌هایی است که نشان‌دهنده عناصری چون جنسیت (زن/مرد)، منطقه جغرافیایی (روستایی جنوبی/شهری) سن (جوان/پیر)، زبان (انگلیسی/اسپانیایی/چند زبانی)، عقاید دینی/مذهبی (کاتولیک/پروتستان) و بسیاری از شاخصه‌های دیگر است. نقطه متمایز برای متخصص، آغاز سفر برای درک هویت و عقاید فرهنگی خود اوست. عدم توانایی در درک هویت و عقاید فرهنگی می‌تواند موجب بی‌نظمی ذهنی و روحی گردد. تنها فقدان چنین احساسی از ارتباط درونی، موجب شکست در درک معنا و هدف زندگی نمی‌شود بلکه تجربه روح مجروح را به دنبال دارد.

مشاور ماهر فرهنگی، می‌تواند به کمک تجاربی که در نتیجه ارتباط با افراد فرهنگ‌های مختلف کسب کرده است، رابطه و تفاهم درونی صحیح را بسازد. مشاور فقط به عنوان یک نمونه علمی می‌تواند درباره مراجع فرضیه بسازد، رفتار مراجع را با گروه هنجار مقایسه کند، بر حوادث بحرانی مرتبط با رفتارها، احساسات و عقاید خاص تمرکز کند و سپس درباره مراجع فرضیه بسازد. قضاوت بالینی متخصص می‌تواند الگوی ناکارآمد زندگی مراجع را تایید کند یا بالعکس. به هر حال، متخصص ماهر، قادر است تجربه ذهنی دیدگاه فرهنگی مراجع را هماهنگ نماید. نکته اساسی این است که مشاوران باید از حس ششم خود برای یافتن ماهیت روح، جسم و ذهن مراجعانشان به منظور درک کلی آنها، استفاده کنند. این اطلاعات که اغلب از دید همه پنهان می‌ماند، می‌تواند به مشاور در پیشرفت رویکردهای درمانی مناسب کمک کند. پس باید برای احتراز از تجربه روح مجروح، نسبت به بهای جسمی، ذهنی و روحی همدلی با دیگران آگاه باشیم. کشف هویت فرهنگی و سیستم عقیدتی مراجع، فرصت مناسبی است برای آغاز جستجوی هویت فرهنگی خویشتن.

نتیجه‌گیری

امروزه در سراسر جهان، سنن بومی گوناگون فرهنگی وجود دارد که در مشاوره و روان‌درمانی کاربرد بسیار دارد (میچور، ۲۰۰۳؛ مودلی و وست، ۲۰۰۵). در سال‌های اخیر درمان‌های ارائه شده در منابع به

صورت داروهای جدید، جایگزین یا تکمیلی بوده است. مشاوران می‌توانستند از این درمان‌ها برای غنی‌سازی برنامه خود-مراقبتی استفاده کنند که در فصل سوم کتاب مطرح خواهد شد. صرفنظر از اینکه چگونه مشاوره و روان‌درمانی جدید، توانسته است خرد کهن درمان‌های فرهنگی گوناگون را یکپارچه کند، اصل شفای روح در این حیطه قرار می‌گیرد که شفادهنده، رنج و عذاب دیگران را واقعاً احساس کند. (مودلی، ۲۰۰۵). بنابراین بسیاری از ویژگی‌های مرتبط با روح مجروح یا فرسودگی از-همدلی را تجربه می‌کند.

امروزه متخصصان درمانی باید تلاش کنند تا به روح غنا بخشند و تعادل همدلی و همدردی را حفظ کنند تا مراجع و درمانگر هر دو بتوانند به سطح متعادلی از خوشبختی روحی، جسمی و ذهنی دست یابند. رسیدن به مراتب والای آگاهی و کامیابی مانند هر رویکرد دیگر درمانی، مستلزم اهداف مناسب و تعهد متخصص است.

در فصل ۶ به این نکته پی می‌بریم که همدلی فقط حالت و ویژگی شخصیت یا روش فرهنگی زندگی نیست، بلکه بیان همدلی از سوی فرد نشانگر ارتباط و پیوستگی ساختار پویای عصبی مغز است.

همدلی و علم عصب‌شناسی



با وجود اینکه ساختار و کارکرد عصبی مغز ارتباط نزدیکی با هیجان‌های آدمی دارد، مبحث پیچیده‌ای است که در اهداف این کتاب نمی‌گنجد. به‌هرحال، تحقیقات جدید در زمینه مکانیزم‌های هیجانی مغز نشان‌دهنده اهمیت درک تاثیرات جسمانی-ذهنی در ابراز و درک هیجان‌ها در طول جلسات درمانی است. همچنین برای تحقیق در زمینه توانایی‌های شگفت‌انگیز مغز در رسیدن به درک و بصیرت نسبت به این نمونه‌های جدید، مولفه‌هایی وجود دارد. درک و بصیرت نسبت به احساسات دیگران، نعمتی خدادادی است که در متخصصان یاری‌دهنده به میزان متفاوتی رشد می‌کند. بنابراین توانایی مشاوران در ارتقاء سطح درک همدلی و هم‌فهمی نسبت به خود و دیگران می‌تواند فرصت مغتنمی برای ارزیابی ویژگی‌های ذهنی، جسمی و روحی فرسودگی از همدلی باشد.

به نظر می‌رسد که درک چگونگی تفکر، رفتار و احساس خود و گام‌نهادن فراتر از مرزهای غیرمتداول هشیاری قدیمی در جهت تکامل طبیعی نسل بشر است که ما را به سوی رشد خود و هیجان‌ها هدایت می‌کند. این کتاب به بررسی فرآیندهای خاص مغز و اعتباریابی درمان‌های فرافردی و ماوراءالطبیعی در فرهنگ‌های بومی مختلف می‌پردازد. ترکیب درمان‌های التیام‌بخش بومی در مشاوره و روان‌درمانی فراتر از مرزهای روان‌شناسی بالینی و نمونه‌های علمی قرار گرفته است. بنابراین، تکریم تجارب بین‌فردی و انسانی که با مشاوره و روان‌شناسی مرتبط است، دارای اهمیت بین‌فرهنگی بسیاری است (والش^۱، ووخن^۲، ۱۹۹۳).

-
1. Walsh
 2. Vaughn

در دو دهه اخیر، زمینه‌های علمی، مذهبی و معنوی بعد جدیدی از همکاری پژوهشی چندگانه را تشکیل داده‌اند. اکنون زمینه‌های خاصی از فیزیک کوانتوم، زیست‌شیمی، فیزیولوژی، روان‌شناسی بین‌فردی و داروهای مکمل نشان داده‌اند که هشیاری بشر بخش رو به تکاملی از هشیاری الهی است (سیوارد^۱، ۱۹۹۷). حیطة رو به رشد ایمن‌شناسی عصبی روانی^۲ اصطلاحی که نخستین بار آدر^۳ (۱۹۹۰) در ۱۹۸۱ بکار برد، چشم‌اندازهای جدیدی را در مقابل افکار، احساسات و سلامت جسمانی ما گشوده است. ویلبر^۴ در ۱۹۹۶ اثر مهم خود یعنی *تاریخچه همه چیز با تأکید بر حوزه‌های مهم*، خاص، پیچیده و والا، انسان را از نقطه نظر بیولوژیکی، روانی، شناختی و معنوی مورد بررسی قرار داده است. این سفر فلسفی، مثالی منحصر به فرد از چگونگی اهمیت چندگانگی اصولی است که می‌تواند درک واضح‌تری از فعل و انفعالات پیچیده بین روح، جسم و ذهن را عرضه کند.

پژوهش‌های تکمیلی در زمینه هوشیاری معنوی، جسمی و ذهنی می‌تواند توانایی ما را در آگاهی و درک خود و دیگران افزایش دهد. این حالت می‌تواند موجب افزایش هشیاری هیجانی فرد فراتر از قلمرو شناختی و فیزیکی شود. به نظر هوتر^۵ (۲۰۰۶) درک و آگاهی همدلانه در نتیجه رشد روانی-اجتماعی و انسجام تجارب ذهنی زندگی بوجود می‌آید و ما را در درک روش‌های عصبی همدردی و هوشیاری انسانی یاری می‌کند. این نکات جدید، احتمالات نوینی را نسبت به تحقیقات پیشین تکاملی عصب‌شناسی مطرح می‌کند که رشد هیجانی گزینشی فرد را به سوی نظریه‌ای قابل درک‌تر و آگاهانه‌تر هدایت می‌کند.

هیجان و مغز

فرضیه‌های پژوهشی در زمینه هیجان‌ها و مغز حاکی از این امر است که هیجان‌هایی مجزا، اساسی و کلی وجود دارند که افراد در ابعاد روحی، جسمی و ذهنی نسبت به آنها واکنش نشان می‌دهند (بار-آن^۶ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ماین^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). اکثر افراد توانایی ابراز هیجان‌های کلی را (خشم، شادی و غم) به میزان مختلف و شدت متفاوت دارند. به‌هرحال به نظر ماین و رفری (۲۰۰۱) این نکته به منزله نوک کوه یخ است زیرا ابراز هیجان‌ها فقط نوعی خودسنجی یا ارزیابی تجربه فردی است.

تحقیقات جدید نشان می‌دهد که سهم شدن در احساسات و انگیزش روانی بین مراجع و درمانگر به درک ما نسبت به چگونگی رشد و روابط همدلانه در جلسه روان‌درمانی کمک می‌کند. ماریسی^۸ و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیقی ۲۰ جفت مراجع و درمانگر را مورد مشاهده قرار دادند که مراجعان دچار اختلالات اضطراب و خلق بودند. آنها سپس، واکنش‌های فیزیولوژیکی مراجعان و درمانگران را

1. Seaward
3. Ader
5. Huther
7. Mayne

2. Psychoneuroimmunology (PNI)
4. Wilber
6. Bar-on
8. Marci

سنجیدند و از مراجعان میزان همدلی درمانگران را جویا شدند. آنها دریافتند، هنگامی که درمانگر هیجان‌های مثبت و همدلی خود را ابراز می‌کند، همان پاسخ‌های فیزیولوژیکی مشابه توسط مراجع و درمانگر تجربه می‌شود که توسط ابزارهای الکتریکی ضربان قلب، حرکات بدن و تن صدا را می‌سنجند. بنابراین، به نظر می‌رسد که زمانی تفاهم عمیق‌تر یا دلبستگی هیجانی - اجتماعی قوی‌تر در درمان بوجود می‌آید که مراجعان میزان همدلی درمانگران را بیشتر احساس کنند.

واضح است که عصب‌شناسان و روان‌شناسان تجربی و بالینی همدلی را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کنند. دیدگاه کلی فیزیولوژیکی نشان‌دهنده این امر است که ابراز هیجان‌ها در طول تعامل درمانی همه سیستم‌های جسمی را درگیر می‌کند. پژوهش‌هایی که بر روی جنبه‌های روحی، جسمی، ذهنی و چگونگی تجربه هیجان‌های گوناگون توسط یک فرد انجام پذیرفته است، تصویر واضح‌تری از این حیطه پیچیده را ارائه می‌دهد. شناخت رابطه‌عصبی جسم و ذهن در درون ساختار مغز برای درک رابطه معنوی، روانی، هیجانی و جسمانی که در پدیده فرسودگی از همدلی تجربه می‌شود، اهمیت بسیار دارد. برای ارزیابی ادراک افراد نسبت به حوادث بحرانی (گردباد، طوفان، آتش‌سوزی، تجربه آسیب زای جسمی) و شرایطی که سیستم عصبی خودکار (سمپاتیک و پاراسمپاتیک) در زمان حادثه استرس - زای واقعی یا پیش‌بینی شده فعال می‌شود، به طرح‌های آزمایشی بیشتری نیازمندیم.

به دلیل ایجاد همدلی بین مراجع و درمانگر، در طول رابطه درمانی دائماً درجاتی از خستگی جسمی و هیجانی احساس می‌شود. برای مثال اگر درمانگر در طول رابطه درمانی میزانی از استرس هیجانی - فیزیولوژیکی را تجربه کند، این مسئله بالقوه می‌تواند موجب واکنش فرسودگی از همدلی شدید شود. همچنین اگر متخصص یاری‌دهنده به صورتی منظم و در درازمدت از نظر هیجانی و فیزیولوژیکی تحریک شود، حالت مزمن فرسودگی از همدلی در او ایجاد می‌شود. ضمناً تحریک مزمن در برابر پاسخ‌های هیجانی، واکنش هیجانی و فیزیولوژیکی را به شکل اختلال اضطراب و افسردگی نمایان می‌کند (کابات - زین، ۱۹۹۰؛ ساپولسکی، ۱۹۹۸). از آنجاییکه پاسخ نسبت به استرس به دلیل نوع ادراک، مهارت‌های سازگاری، توانایی انعطاف‌پذیری و غیره تا حد زیادی فردی است، بنابراین از لحاظ نظری این مسئله را باید به طبیعت شدید و مزمن فرسودگی از همدلی مرتبط دانست. پس، شگفت‌آور نیست که بسیاری از محققان استرس معتقدند که بیش از ۸۸٪ بیماریهای جسمانی به دلیل فشارهای روانی و هیجانی ایجاد می‌شود (کابات - زین، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۴؛ ساپولسکی، ۱۹۹۸؛ سلی، ۱۹۷۶؛ ویل، ۱۹۹۵).

کشف مسیرهای عصبی هیجان‌ها

به نظر کابات - زین (رجوع شود به برگر، ۲۰۰۶) فرسودگی از همدلی می‌تواند از لحاظ علمی سنجیده شود زیرا برای پاسخ‌های همدلانه، مسیرهای عصبی خاصی وجود دارد. پیچیدگی تحقیق در مورد

1. Kabat-zinn
2. Sapolsky

چگونگی تأثیر هیجان‌ها بر جسم، ذهن و روح، محققان را ملزم کرده است تا به آنها از دیدگاهی چندگانه و از لحاظ اصولی التقاطی بنگرند که شامل حیطه‌های روان‌شناسی، عصب‌شناسی، ایمن‌شناسی و بیولوژیکی است. اصول ایمن‌شناسی عصبی روانی (PNI) به ارائه الگویی پرداخته است که محققان از طریق آن می‌توانند در مورد هیجان‌ها و مغز تحقیق کنند. وظیفه محققان PNI بسیار خطیر است زیرا به نظر ساپولسکی (۱۹۹۸) هیجان‌های آدمی، بخصوص پاسخ‌های استرس، الگوهای تحریک فیزیولوژیک منحصر بفردی را از نظر میزان اهمیت، تداوم و شدت دارند. به همین دلیل، انسان‌ها تا حدودی نسبت به مکانیزم‌های استرس و دیگر پاسخ‌های هیجانی مغزی با یکدیگر تفاوت اندکی دارند. بنابراین، پاسخ‌های هیجانی به صورت پیچیده‌ای در سیستم عصبی انسان نمایان می‌شود زیرا ما صاحب ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای پاسخ و حالت‌های هیجانی متفاوتی هستیم (ماین و رمزی، ۲۰۰۱).

ساپولسکی (۱۹۹۸) به صورتی شیوا، این واکنش فیزیولوژیکی استرس را که به فرسودگی جسم می‌انجامد شرح داده است. هنگامی که ما با حادثه استرس‌زای شدیدی مواجه می‌شویم، جسم ما از لحاظ درونی وارد حالت نزاع یا گریز^۱ می‌شود که سیستم عصبی سمپاتیک را فعال می‌کند. سیستم عصبی خودکار مغز در تمام قسمت‌های بدن مانند رگ‌های خونی، هورمون‌ها و غدد بدن حضور دارد. دانستن این نکته خالی از اهمیت نیست که این واکنش فیزیولوژیکی مشابه هنگامی که از لحاظ ذهنی معتقد یا در انتظار واقعه بدی باشیم، نیز رخ خواهد داد. پس هورمون‌های اپی نفرین و نور اپی نفرین (آدرنالین یا نورآدرنالین) در بدن ترشح می‌شوند و بدن به سرعت انرژی لازم را تجهیز کرده و نسبت به حادثه بحرانی یا استرس‌زا واکنش نشان می‌دهد. بخش دیگری از سیستم عصبی خودکار نقش متفاوتی را ایفا و سیستم پاراسمپاتیک را فعال می‌کند که به آرامش ما کمک می‌کند. در حالی که سیستم سمپاتیک ضربان قلب و جریان خون را سرعت می‌بخشد، سیستم پاراسمپاتیک به آرامش کمک می‌کند، به همین دلیل ما همیشه در حالت بحران یا اضطراب نیستیم.

به نظر کابات-زین (۱۹۹۰) تحقیقات بالینی نشان داده است که برخی افراد همواره حالت تحریک‌پذیری شدید دارند. برای عده‌ای این مسئله تبدیل به شیوه دائمی زندگی می‌شود مانند مبتلایان به اختلال دائمی یا مزمن (استرس شدید، PTSD، اختلال اضطراب منتشر GAD). بسیاری دیگر، این واکنش استرس فیزیولوژیکی را درونی می‌کنند، در نتیجه هرگز فرصت ذخیره انرژی برای زمان‌هایی که نیازمند کاربرد مثبت از آن در سطح سلولی هستند را نمی‌یابند به عبارت دیگر اگر ما همواره انرژی خود را بکار بریم، هرگز نمی‌توانیم آن را ذخیره کنیم تا ما را در کسب آرامش یاری کند و بتوانیم بر حالت هشجاری تمرکز بیابیم. بالاخره، تحریک دائمی اعصاب سمپاتیک، به دلیل کاهش فراوان گلوکوکورتیکوئید در بدن، از نظر هیجانی و جسمانی، زیان‌های بسیاری را در بردارد. افزایش گلوکوکورتیکوئید^۲ یکی از علائم نشان‌دهنده افسردگی و اختلالات اضطرابی است (ساپولسکی، ۱۹۹۸).

1. Fight or Flight اصطلاح کانن برای واکنش اتونومیک نسبت به یک فوریت که ارگانسیم را برای مبارزه یا فرار آماده می‌سازد.
2. Glucocorticoid گلوکورتیکوئیدها هورمون‌هایی هستند که از غده فوق کلیه ترشح می‌شوند و تحمل و مقاومت بدن را در برابر استرس افزایش می‌دهند.

برادرز^۱ (۱۹۸۹) به مسیر کورتیکال- آمیگدالا^۲ در مغز به عنوان بخشی از چرخه عصبی اصلی که زیربنای هیجان‌های مرتبط با پاسخ‌های همدلانه است، اشاره می‌کند. نقش آمیگدالا در ساختار خاص مغز هماهنگی دقیق‌ترین فعالیت‌های الکتریکی است مانند خواندن، تفسیر یا درک احساسات دیگران. در حقیقت، آمیگدالا، همبستگی مثبتی با افزایش تأثیرات منفی دارد و نشان‌دهنده فعالیت پایدار و نیرومند تجارب هیجانی شدید و تخیل در مغز است (فلدمن بارت^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، با گذشت زمان، هرچه مشاور بتواند احساس فشار روانی، اندوه یا ضربه روانی را به صورتی سالم و صحیح ابراز کند، از نظر فیزیولوژی، بیولوژیکی، هیجانی، روانی، اجتماعی و روحی آسیب می‌بیند. یعنی، فعالیت شدید و مزمن مغز هیجانی و سرکوبی عاداتی هیجان‌ها باعث سازگاری سیستم ایمنی ما می‌شود، سیستمی که مقاومت ما را در مقابل بیماری‌ها، امراض و عفونت‌ها افزایش می‌دهد (پرت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ ساپولسکی، ۱۹۹۸؛ ویل^۵، ۱۹۹۵).

مغز هیجانی هوشمند

به نظر می‌رسد که شرط لازم همدلی آگاهی از هیجان‌های انسان است و با ارزیابی هوش هیجانی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان ارتباط نزدیکی دارد (بار- آن پارکر، ۲۰۰۰، کلمن، ۱۹۹۵). این مسئله نقش اساسی در بهبود فرسودگی از همدلی دارد. به هر حال، توانایی همدلی با دیگران نمی‌تواند مانع توانایی ما در کنترل حالت هیجانی خودمان شود (لین^۶، ۲۰۰۰) و تضمین‌کننده سلامت روحی، جسمی و روانی ماست و در نتیجه کمتر امکان دارد که دچار فرسودگی از همدلی شویم. ما باید بتوانیم به عنوان مشاور استراتژی‌های تعمیق جسمی و ذهنی را دارا باشیم (تمرین‌های تنفس، تن‌آرامی، مراقبه^۷، تصویرسازی ذهنی، هیپنوتیزم درمانی، تغییر شیوه زندگی) که ما را قادر می‌کند تا از قدرت شگفت آور ذهن خود برای تاثیرگذاری مثبت بر جسم بهره‌مند شویم. گرچه ما نمی‌توانیم سیستم عصبی خودکار خود را کنترل کنیم، اما تا اندازه‌ای می‌توانیم سیستم عصبی ارادی خود را کنترل کنیم که این امر در جلسات پسخوراندزیستی^۸ قابل مشاهده است. بنابراین ما باید با افکار، احساسات، هیجان‌ها و رفتارها که امور قابل کنترل در زندگی‌اند، خود را هماهنگ سازیم. این مسئله، در مراقبت فردی و مراقبت از مراجعان، اهمیت اساسی دارد.

آگاهی و درک، حالتی از هوشیاری است

از نظر هوتز^۹ (۲۰۰۶) همدلی مستلزم سطح قابل توجهی از آگاهی هنگام درک و ابراز احساسات و هیجان‌های غیرکلامی است. توانایی همدلی، در افرادی دیده می‌شود که دارای این مکانیزم بسیار

1. Brothers
3. Feldman Barrett
5. Weil

2. Amigdala- Cortical
4. Pert
6. Lane

8. Biofeedback
9. Huther

۷. مراقبه

پیچیده در بخش هیجانی مغز هستند. ابراز همدلی، مهربانی، همدردی و درک، جزو خصوصیات مثبت و خواص کارآمد برای مشاوران و روان‌شناسان بشمار می‌رود. بر اساس نظریه‌های پیشرفته این افراد باید دارای انگیزه کافی و علاقه ابرازی یا اظهاری در کار درمانی و بین‌فردی با دیگران حتی گاهی - اوقات در سطح عمیقی از تعامل باشند. نکته اصلی این است که متخصص باید بخواهد تا بخشی از دنیای احساسی فرد مقابل باشد؛ دنیایی که برخی اوقات ممکن است بسیار دردناک باشد. به‌رحال لازم به ذکر است که این باور که فقط لزوماً تخصص‌های مرتبط به علوم انسانی و یاری‌دهنده دارای توانایی فزاینده برای همدلی‌اند، صحت ندارد. با در نظر گرفتن همه مشاغل، خواهیم دید که فقط مشاوره و روان‌شناسی دارای بالاترین سطح همدلی نیستند. افرادی که در مشاغل چون علوم تحقیقاتی، مهندسان طراح یا ویراستاران نیز توانایی ابراز همدلی را دارند.

برینان^۱ (۱۹۸۷) دانشمند سابق بخش تحقیقات ناسا و نویسنده و درمانگر امروزی، دوره طولانی از از زندگی را صرف تحقیق در زمینه انرژی انسانی به منظور پیشرفت سلامت و بهبودی انسان‌ها کرده است. آثار او نشانگر این نکته است که افرادی مانند او، با اینکه در زمینه روان‌شناسی و مشاوره کار نمی‌کنند، حس عمیقی از همدردی و همدلی با دیگران را دارند. به نظر او در درون ساختار عمیق مغز، احساس جسم نسبت به زمان، فضا، هشیاری و هیجان‌ها، الگوهای غیر قابل تفکیکی از انرژی را می‌سازد که بسیار واقع‌گرایانه است. این الگوها می‌تواند به صورت نوری جسمانی توسط انسان‌هایی که توانایی آگاهی - همدلی را در خود رشد داده‌اند، مشاهده شود.

او (۱۹۸۷) به نظریه نسبت انیشتین که در ۱۹۰۵ منتشر شد اشاره کرده و اظهار می‌کند که عصب - شناسان باید با دیدی نو به رابطه بین جسم، ذهن و روح بنگرند. او نظریه انیشتین را با فیزیک نیوتنی که فضا را سه بعدی فرض می‌کرد، مقایسه می‌کند. از نظر انیشتین زمان و فضا با هم، چهار بعد را تشکیل می‌دهند: تسلسل فضا، زمان. یعنی زمان، مفهومی طولی یا مطلق ندارد. زمان بستگی به مشاهده کننده دارد. پس اگر دو مشاهده کننده مستقل، حادثه مشابهی را که در زمان مشابه و فضای فیزیکی مشابه رخ داده است، مشاهده کنند، آنها حادثه را براساس اینکه واقعا چه هنگامی رخ داده، به صورت متفاوت خواهند دید. این نکته مخصوصاً زمانی صحت می‌یابد که هر فردی با سرعت متفاوتی از حادثه مشاهده شده حرکت کند. هاکنینگ^۲ این نکته را چنین شرح (۱۹۸۸) می‌دهد: "از آنجاییکه سرعت نور مسافتی است که فقط به وسیله زمان قابل تعیین است، پس مشاهده‌کننده‌های مختلف سرعت‌های مختلفی را برای نور ارزیابی می‌کنند". (ص ۲۱). پس در نظریه نسبیت، همه مشاهده‌کنندگان نسبت به سرعت حرکت نور باید توافق داشته باشند. به‌رحال، آنها هنوز در زمینه مسافتی که نور طی می‌کند و زمان مورد نیاز برای طی مسیر به توافق نرسیده‌اند.

1. Brennan
2. Hawking

نکته اساسی این است که نظریه نسبت انیشتین، نقطه پایانی بر باورهای ابتدایی بود که زمان را مفهومی مطلق می‌انگاشت. بنابراین، تغییر مهمی در آگاهی ما نسبت به تفکر و فلسفه‌مان درباره خالق هستی، از کجا آمده‌ایم و به کجا خواهیم رفت، رخ داده است.

همچنین، عصب‌شناسان با تشریح و سنجش فعالیت سلول‌های مغزی در آزمایشگاه به پاسخ‌هایی در این زمینه که کارکرد مغز برای هیجان‌ها (مانند عشق، ترس، همدردی)، خلق (غم، تحریک)، و هوش یا رفتار (تنبلی، خشم) چیست پرداختند: ما نمی‌توانیم انسان را فقط وابسته به هستی بیولوژیکی یا جسمانی‌اش بدانیم. تغییر آشکار در آگاهی ما می‌تواند حاکی از این نکته باشد که برای رشد ذهن، جسم و روح انسان در جهت بهبودی‌اش توانایی شگفت‌انگیزی وجود دارد. این رابطه کلی، تشابه زیادی با قانون جاذبه دارد. نیروی جاذبه صورت غیرقابل رؤیتی از انرژی است که ما را در کمربند زمین حفظ می‌کند. تا هنگامی که پایمان نلغزد و به زمین نیافتیم به سختی متوجه قانون جاذبه می‌شویم. به گفته متخصصان فیزیک کوانتم "نیروی جاذبه بسیار اسرار آمیز است". نیرویی والا حیات را به جهان هستی عطا کرده است اما او همواره گریزان است (گرین، ۱۹۹۹)، پس ما برای تحقیق در زمینه جسم و ذهن نیازمند رویکردی کامل از نظر معنوی و روحی هستیم.

بحث کوتاهی که درباره کیهان و فیزیک کوانتوم مطرح کردیم، تشبیهی بود تا بدین وسیله بتوانیم لزوم تغییر در پژوهش‌های مرتبط با خودآگاهی، تحلیل رفتار اجتماعی و مغز را مطرح کنیم. امروزه این بحث ضرورت بسیاری یافته است زیرا از نقطه نظر تاریخی در نیمه دوم قرن بیستم، روان‌شناسی غرب، فقط به نمونه‌های اندکی از هوشیاری مانند حالت‌های بیداری و خواب عادی دست یافته بود (والش، ووخن، ۱۹۹۳) و اکثر این حالت‌ها نابهنجار تلقی می‌شد و به رفتارهایی چون سوء مصرف مواد، روان‌پریشی یا قتل نسبت داده می‌شد. امروزه بسیاری از درمانگران حالت خاصی از هوشیاری و آگاهی همدلانه را با مراجعان‌شان تجربه می‌کنند (سولود، ۲۰۰۵). گرچه رویکردهای روان‌درمانی مرسوم بر اهمیت درک افکار و احساسات مراجع، پاسخ همدلانه و بصیرت همدلانه‌ای که بسیار عمیق‌تر از آگاهی عمل می‌کند، تاکید می‌کنند و موجب شده است تا پژوهشگران در زمینه جسم و ذهن به این حیطة بیشتر علاقمند شوند. بنابراین، ما در افق درک این نکته قرار داریم که هیجان‌های انسان چگونه به صورتی هدفمند و آگاهانه روح، جسم و ذهن را با یکدیگر مرتبط می‌کنند. برای درک هیجان‌های عمیق فردی، جنبه‌های مثبت بسیاری وجود دارد. به‌هرحال، هنگامی که درمانگر همدردی و همدلی عمیقی را ابراز می‌کند، ملزم به پرداخت بهای آن نیز هست که همان فرسودگی از همدلی است.

نتیجه‌گیری

نمونه‌های علمی و ظهور روان‌شناسی تحلیل رفتار اجتماعی و مسایل متافیزیکی نباید به عنوان اصولی مستقل از یکدیگر تلقی شوند. بلکه ترکیب نمونه‌های علمی (عصب‌شناسی) با روان‌شناسی تحلیل رفتار اجتماعی و عرفان، در طول بیست سال گذشته در روان‌شناسی، الهیات، فلسفه و دیگر حوزه‌های

خاص، رشد و پیشرفت بسیار داشته‌اند. هنگام بررسی برخی از سنن شفابخش کهن (طبل زدن شمن-ها، دعاهای سنتی، رقص، مراقبه، یوگا) شاید در چرخه‌ای از کاوش حالت‌های بهنجار و نابهنجار آگاهی قرار گرفته باشیم. این رفتارهای قومی که توسط عرفا، شفادهندگان و متخصصان داروهای سنتی انجام می‌شوند، الگوهایی را در اختیار مشاوران قرار می‌دهند تا به سطوح بالاتری از همدلی و بصیرت آگاهانه دست یابند. تلفیق مشاوره و روان‌درمانی‌های مرسوم با رویکردهای سنتی می‌تواند درک ما را از توانایی شگفت‌انگیز مغز برای همدلی و همدردی عمیق‌تر، غنا بخشد.