

ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو:
یک مطالعه کیفی مبتنی بر دیدگاه زوج در فرهنگ ایرانی

The Essentials of Marital Privacy Protection in Therapeutic
Communication between Psychotherapist and Client: A Qualitative
Study Based on Couples' Perspective in Iranian Culture

A. Zabihzadeh, M. A.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,
Tehran, Iran

M. A. Mazaheri, Ph.D.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,
Tehran, Iran

J. Hatami, Ph.D.

Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

L. Panaghi, Ph.D.

Family Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

N. Ghashang, M. A.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,
Tehran, Iran

عباس ذبیح‌زاده ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمدعلی مظاهری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر جواد حاتمی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

دکتر لیلی پناغی

پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

نیره قشنگ

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۶/۴/۱۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۱۰/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۱۵

Abstract

Therapeutic communication is one of the most important determinants of treatment success. The aim of this study is to evaluate the perception of Iranian couples to marital privacy in therapeutic communication with a psychotherapist. The present study was a qualitative research using latent thematic analysis method.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran Iran.
Email: zabihzadeh.a@gmail.com

چکیده

ارتباط درمانی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده پس‌خورد درمانی است. هدف از این مطالعه بررسی ادراک زوجین ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر بود. مطالعه حاضر، پژوهشی کیفی به روش تحلیل درون‌مایه‌ای بود. این پژوهش با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته چهره به چهره و نمونه‌گیری هدفمند انجام شده است.

✉نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
پست الکترونیکی: zabihzadeh.a@gmail.com

This research performed with face to face semi-structural interviews and targeted sampling method. 30 married persons (15 women and 15 men) living in Tehran who had been married for at least three years, discussed their viewpoints about requirements of the protection of marital privacy in therapeutic communication with psychotherapist. The six phase strategy of Brown and Clark (2006) was used to extract themes. After analyzing the results, five main themes were extracted. Each has multiple sub-themes. The main themes are: confidentiality of psychotherapist, expertise, moralization, gender homogeneity of therapist and patient, and marital privacy in therapeutic communication: do's and don'ts. The results of this study highlight the public interest about the role of psychologists in reducing psychological distress and marital problems in the Iranian community, express the importance of culture-bound elements in the development of an effective therapeutic communication and the necessity of protecting the privacy of the marital psychotherapy as well.

Keywords: Therapeutic Communication, Marital Privacy, Culture.

۳۰ فرد متأهل (۱۵ زن و ۱۵ مرد) ساکن در شهر تهران که حداقل سه سال از زندگی زناشویی آن‌ها سپری شده بود، دیدگاه‌شان پیرامون ملزومات صیانت از حریم زناشویی خود در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر را به اشتراک گذاردند. راهبرد شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) برای استخراج درون‌مایه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این تحقیق، در قالب سه درون‌مایه سایبانی، ۹ درون‌مایه و چهار درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی شدند. درون‌مایه‌های سایبانی عبارتند از: محرمانیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی. نتایج این مطالعه ضمن برجسته نمودن اقبال عمومی نسبت به نقش روان‌شناس در تقلیل آلام روحی و مشکلات زناشویی در جامعه ایرانی، بیانگر اهمیت برخی مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته در شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و ملزومات صیانت از حریم زناشویی در روان‌درمانی است.

کلیدواژه‌ها: ارتباط درمانی، حریم زناشویی، فرهنگ

مقدمه

تحقیق در ساختار روان‌درمانی به‌عنوان معالجه‌ای از راه گفت‌وگو، دو وجه از پژوهیدن را برمی‌تابد. یکم درنگ در ارتزاق مکاتب مختلف درمانی از آبشخور جهت‌گیری‌های نظری متمایز و مآلاً درانداختن شیوه ویژه خویش در شفای آلام بیمار، و دوم تحقیق در فصل مشترکی ذیل عنوان «عامل‌های مشترک»^۱ یا «متغیرهای غیر اختصاصی»^۲ که کثرت عرضی نظام‌های مختلف درمانی را در وحدتی ذاتی ممزوج می‌سازد. «ارتباط درمانی»^۳ یکی از مهم‌ترین عامل‌های مشترکی است که کلیه مکاتب درمانی در اثربخشی بالینی آن وفاق نظر دارند (پروچسکا و نورکراس^۴، ۲۰۱۸؛ واکتل^۵، ۱۳۹۳/۱۹۹۳)؛ گویی که سقف درمان را بر ستون ارتباط میان درمانگر و بیمار بنا نهاده‌اند. تلقی‌های رازآمیز از این ارتباط نیز از دیرباز مشحون از روایت‌هایی است که درمانگر را چون پیامبری که دم مسیحایی خویش را در روح بیمار می‌دمد، شفابخش ترسیم کرده‌اند (ترال و پرینستین^۶، ۲۰۱۲). لذا این ارتباط چون هر ارتباط دیگری که یک سوی آن فرادست و سوی دیگر آن

فروردستی است، بالقوه در خطر استبداد قرار دارد. بازخوانی واقع‌گرایانه نقش درمانگر در اتاق درمان، رویه‌ای از سکه ارتباط درمانی را بازمی‌تاباند که به موجب آن درمانگر نیز انسانی است که طی فرایند التیام آلام روحی درمانجوی خویش، مصون از غفلت و بری از اشتباه نخواهد بود. مطابق با این رهیافت، بدیهی است که ارتباط درمانی درمانگر با بیمار ورای پویایی‌های حرفه‌ای و علمی مستور در خود، با خیل گسترده‌ای از چالش‌ها و تنگناهای اخلاقی دست به گریبان باشد. سلامت عبور از این تنگناها ضمان موفقیت درمان است و لغزش در این تنگناها مایه خسران (ریوزک و وودز^۷، ۲۰۱۷). صیانت از «حریم خصوصی»^۸ بیمار، یکی از همین آوردگاه‌های اخلاقی است که در نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای مورد تأکید تام و تمام قرار گرفته است (به‌عنوان نمونه، پپ و واسکز^۹، ۲۰۱۶؛ ولف^{۱۰}، ۲۰۱۵).

نیاز به حریم خصوصی به‌عنوان یک نیاز زیستی و تکاملی (گیفرد^{۱۱}، ۲۰۱۴)، از مفاهیم عمده در اخلاق مراقبت و درمان است. به‌رغم غنای پژوهش‌های اخلاق پزشکی در اهتمام به موضوع حریم شخصی (لن^{۱۲}، ۲۰۱۱)، در چهارچوب روان‌شناسی بالینی و حرفه روان‌درمانی، به جستارهایی چند در سطح نگارش کدهای اخلاقی حامی آن در نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای بسنده شده است. واکاوی کدهای اخلاقی مزبور با تمسک به نگاهی مضمون‌یاب حکایت از آن دارد که فراتر از هر نوع رویکرد نظری، و ورای هر نوع تفاوت‌های فردی و فرهنگی، تحقق صیانت از حریم خصوصی بیمار در ارتباط درمانی بین او و روان‌درمانگر، یکی از ملاحظات اخلاقی مورد تأکید در روان‌درمانی است (به‌عنوان نمونه، کمبل، یانگ و آستن^{۱۳}، ۲۰۱۶). این ارتباط در روان‌درمانی در قیاس با رابطه همتای آن در پزشکی نیز به لحاظ طرح چالش‌های مرتبط با نقض یا صیانت از حریم خصوصی بیمار گستره فراخ‌تری دارد. گره‌های مربوط به تنظیم فاصله در مرزهای حریم شخصی بیمار اگر در گستره ارتباط پزشک با بیمار بیشتر به چهارچوب‌های تنانه‌ای چون عدم لمس غیرضروری بیمار محدود می‌گردند (به‌عنوان نمونه، هال و مگرا^{۱۴}، ۲۰۱۴)، ارتباط درمانی در روان‌درمانی کلاف درهم‌تنیده‌ای است که تارها و رشته‌های متعدد آن همچون انتقال^{۱۵} (استرن و هرش^{۱۶}، ۲۰۱۷)، ضد انتقال^{۱۷} (دال^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۷)، خودافشایی^{۱۹} (سولومنو و باربر^{۲۰}، ۲۰۱۸)، و صمیمیت^{۲۱} (اتزو - اسلونم^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۸) با ارتباط درمانگر و بیمار به‌هم پیچیده‌اند. سوژه‌های اخیر خاستگاه بالقوه بی‌شمار تنگناهای اخلاقی فراروی یک روان‌درمانگرند، و هر یک به مثابه تار و پود یک ارتباط درمانی می‌توانند ذیل بُعدی از ابعاد گوناگون حریم خصوصی واکاوی گردند. مع‌ذک در قیاس با حوزه اخلاق پزشکی، تحقیق پیرامون مرزهای حریم خصوصی بیمار و نحوه تنظیم آن در رشته ارتباط درمانی روان‌درمانگر با درمانجو مغفول مانده و ادبیات پژوهش در این حیطه بی‌بضاعت می‌نماید. کمبود و تأخیر در انجام مطالعات جدی در این حوزه را می‌توان علاوه بر دشواری‌های موجود در فرایند انجام این پژوهش‌ها و صورت‌بندی مفاهیم آن، ناشی از نامأنوس بودن آن‌ها با انگاره جهان‌شمولی درمان برشمرد.

به‌رغم دستاوردهای «روان‌شناسی فرهنگی»^{۲۳} در بازخوانی مفاهیم خطیری چون خویشتن و شخصیت (به‌عنوان نمونه، مارکوس و کیتایاما^{۲۴}، ۱۹۹۱، ۲۰۱۰)، جهان‌شمولی مفهوم درمان از مهم‌ترین مفروضه‌های مستور در تعاریف مورد وفاق از روان‌درمانی است (به‌عنوان نمونه، پروچسکا و نورکراس، ۲۰۱۸). از این منظر بدیهی است که چالش‌ها و مرزهای اخلاق حرفه‌ای در ارتباط درمانی نیز جهان‌شمول و ناوابسته به فرهنگ ادراک گردند. باور به هم‌سانی فرهنگی مرزهای حریم خصوصی بیمار در ارتباط درمانی و ماندنی جهان‌شمول

نحوه ادراک این مرزها توسط بیمار و درمانگر، یکی از تبعات گریزناپذیر این آمایه ذهنی است. این در حالی است که برخی از مؤلفین به‌رغم جهان‌شمول دانستن نیاز به حریم خصوصی، بر این باورند که تعریف و نحوه تنظیم آن تحت تأثیر شرایط تاریخی و جغرافیای فرهنگی - اجتماعی زندگی انسانی دستخوش تغییر می‌گردد (هانگ‌لادرم^{۲۵}، ۲۰۱۶؛ ذبیح‌زاده، مظاهری، حاتمی، پناغی و نیک‌فرجام، ۱۳۹۶). اگر با ارزیابی اخیر موافق باشیم، زعم آن می‌رود که حریم خصوصی در تعریف و نحوه تنظیم خویش تابع برخی مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته‌ای باشد که شناخت آن‌ها در جریان ارتباط درمانی نیز ضروری است، چه غفلت از محتوای فرهنگی حریم خصوصی و جهان‌شمول پنداشتن نحوه تنظیم آن در اتاق درمان، می‌تواند ضمن تضعیف ارتباط درمانی، موجب سوءتفاهم در تفسیر رفتار و گفتار درمانگر و درمانجو گردد. بر این اساس، مطالعه حاضر در راستای انجام یک بازخوانی از مفهوم درمان بر اساس پیوندهای آن با بافتار فرهنگی - اجتماعی، بخشی از ارتباط درمانی بین درمانگر و درمانجو ذیل عنوان حریم خصوصی را مورد واکاوی قرار داده است. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، مطالعه بومی یا پژوهش‌های بین‌فرهنگی‌ای که با استناد به نتایج آن بتوان به درکی از نقش بالقوه فرهنگ پیرامون تعریف مرزهای حریم خصوصی در ارتباط درمانی دست یافت، وجود ندارد. این امر به‌نوبه خود دلیلی است بر احساس نیاز به انجام مطالعات اکتشافی در این حوزه. افزون بر این، ادبیات پژوهش مؤید آن است که روابط خانوادگی خاصه ارتباط زناشویی، یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین روابط انسانی است که ضمن دارا بودن غالب موضوعات و ابعاد مرتبط با حریم خصوصی در خود، تحت تأثیر بافتار فرهنگی - اجتماعی نیز قرار دارد (به‌عنوان نمونه، چراغی و همکاران، ۱۳۹۶؛ صادقی، مظاهری، موتابی و زاهدی، ۲۰۱۲). بر این اساس، هدف اصلی این پژوهش تحصیل یک مفهوم‌بندی فرهنگی از ملزومات صیانت از «حریم خصوصی مربوط به رابطه‌ی زناشویی»^{۲۶} در ارتباط درمانی میان روان‌درمانگر و درمانجو بر اساس دیدگاه مردان و زنان در فرهنگ ایرانی است. با توجه به نقش پررنگ کیفیت ارتباط درمانی در نتیجه‌نهایی درمان که در مطالعات مختلف نیز نشان داده شده است (به‌عنوان نمونه، نورکراس و لمبرت^{۲۷}، ۲۰۱۸)، تحقیق در نحوه تنظیم متغیرهایی که وجهی گریزناپذیر از این ارتباط‌اند و با تضعیف یا تحکیم آن آمیزشی تنگاتنگ دارند، اهمیت انکارناپذیری دارد. لذا این مفهوم‌بندی فرهنگی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود.

روش

مطالعه کیفی حاضر به روش «تحلیل درون‌مایه‌ای» (TA)^{۲۸} انجام شد. عمده هدف محقق از انجام این تحقیق، نیل به کشف معانی، اولویت‌ها، نگرش‌ها، تجارب و نحوه ادراک مردان و زنان ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی طی ارتباط درمانی با روان‌درمانگر از مسیر تحلیل پیام‌های زبانی آن‌ها بود؛ پدیده‌ای ذهنی و مرتبط با ارزش‌ها و فرهنگ‌بسته که انجام یک تحقیق کیفی را به دلیل کمبود دانش موجود در این حیطه برمی‌تابد. تحلیل درون‌مایه‌ای، روشی برای شناسایی، تحلیل و بیان الگو، یا درون‌مایه‌های موجود در داده‌های متنی است. روش مزبور داده‌ها را سازمان‌دهی و در قالب جزئیات توصیف می‌نماید (کلارک، براون و هایفیلد^{۲۹}، ۲۰۱۵). با این وجود تحلیل درون‌مایه‌ای کارکردی فراتر از سازمان‌دهی و توصیف صرف جزئیات داشته و مطابق با داعیه براون و کلارک (۲۰۰۶)، این شیوه از پژوهش کیفی قابلیت تفسیر ابعاد مختلفی از موضوع

تحقیق را دارا است. درون‌مایه، انتزاعی‌ترین سطح داده‌ها است که شکل‌گیری و انتخاب آن‌ها بستگی زیادی به ساختار و پرسش‌های تحقیق دارد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵). از بین روش‌های مرسوم تحلیل درون‌مایه‌ای، در این مطالعه از راهبرد «تحلیل درون‌مایه‌ای مکنون»^{۳۰} استفاده شد. در شیوه مزبور تمرکز اصلی بر استخراج معانی مستور در رویه داده‌ها است که در پی‌ریزی یک ساختار معنایی مشارکت دارند. معانی مستور می‌توانند از آن‌چه در دسترس ذهن هشیار مصاحبه‌شوندگان قرار ندارد یا به شکل صریح توسط مصاحبه‌شوندگان مورد اشاره قرار نگرفته است، استنتاج گردد. به بیان دیگر در تحلیل درون‌مایه‌ای مکنون، معانی مستور، مبتنی بر دیدگاه محقق تبلور خواهند یافت (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵). دست‌یازی به چنین معانی مکنونی مستلزم تلاش تفسیری مضاعفی از سوی محقق می‌باشد که بخش عمده‌ای از آن نیز با طرح پرسش‌های جستجوگر در فرایند مصاحبه تحصیل می‌گردد (هایفیلد، کلارک و هالیول^{۳۱}، ۲۰۱۴).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان و مردان متأهل ساکن در شهر تهران بود که حداقل سه سال از شروع زندگی مشترک آن‌ها سپری شده است. بر این اساس اگرچه در این مطالعه مرزهای حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر مورد واکاوی قرار گرفته است، اما واحد تحلیل فرد می‌باشد؛ زنان و مردان متأهل. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ فرد متأهل ساکن در شهر تهران (۱۵ مرد و ۱۵ زن) و با دارا بودن ملاک‌های ورود در پژوهش، به‌عنوان نمونه‌های پژوهش در این مطالعه شرکت کردند. مهم‌ترین ملاک‌های در نظر گرفته شده برای ورود شرکت‌کنندگان در این مطالعه نیز عبارت بود از: (۱) رضایت و حضور داوطلبانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش، (۲) سپری شدن حداقل سه سال از زندگی مشترک زناشویی آن‌ها، (۳) عدم وجود سابقه بیماری روان‌پزشکی در آن‌ها، (۴) برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم در راستای فهم سؤالات مصاحبه و پاسخ‌گویی مناسب به آن‌ها. میانگین سنی زنان و مردان مصاحبه‌شونده در این مطالعه نیز به ترتیب ۴۰/۰۶ و ۴۱/۰۴ بوده است. میانگین سنی زمان تأهل نیز در زنان و مردان مصاحبه‌شونده به ترتیب ۱۷/۴۶ و ۱۳/۹۳ بوده است.

از بین زنان مصاحبه‌شونده ۵ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۶ نفر کارشناس، ۲ نفر کارشناس ارشد، و ۱ نفر دارای درجه تحصیلی دکترا، و همچنین ۷ نفر از آن‌ها خانه‌دار و ۸ نفر نیز شاغل بودند. از بین مردان مصاحبه‌شونده نیز ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر کارشناس، ۵ نفر کارشناس ارشد و ۳ نفر نیز دارای درجه تحصیلی دکترا، و کلیه آن‌ها نیز شاغل بودند. مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته با شرکت‌کنندگان مزبور تا جایی ادامه یافت که اشباع نظری حاصل گردد. به عبارت دیگر روند انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات در هر یک از زنان و مردان مصاحبه‌شونده تا جایی ادامه پیدا کرد که در مصاحبه با دو فرد جدید اطلاعات مازادی حاصل نشود. برای تسهیل فرایند ارتباط در جریان مصاحبه و افزایش دقت پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان به سؤالات، کلیه مصاحبه‌های صورت گرفته با مردان و زنان مصاحبه‌شونده توسط مصاحبه‌گر هم‌جنس صورت پذیرفته است. پروتکل مصاحبه نیز از نوع سؤال‌محور (در مقابل موضوع‌محور) با لحاظ کردن پرسش‌های واریاسی اختصاصی بود.

شیوه اجرا

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته چهره به چهره بوده است. پیش از اجرای هر مصاحبه، توضیحاتی پیرامون هدف تحقیق برای یکایک شرکت‌کنندگان ارائه شد، و سپس رضایت آن‌ها از شرکت در پژوهش که مشتمل بر محرمانگی اطلاعات، مجوز ضبط صدا و استفاده از محتوای آن برای اهداف پژوهشی بود، اخذ گردید. هر یک از مصاحبه‌های انجام شده، محدوده زمانی بین ۶۰ تا ۹۵ دقیقه را به خود تخصیص داد، چنان‌که میانگین زمان صرف شده برای کلیه مصاحبه‌ها مشتمل بر ۷۰ دقیقه بوده است. در این مطالعه از رویکرد شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) برای کدگذاری و استخراج درون‌مایه استفاده شد: آشنایی با مبانی نظری تحقیق و محتوای مصاحبه‌ها، کدگذاری واحدها معنایی، جستجوی درون‌مایه‌ها، بازنگری درون‌مایه‌ها، نام‌گذاری و تعریف درون‌مایه‌ها، و نوشتن گزارش. در همین راستا، پس از ضبط هر یک از مصاحبه‌های صورت گرفته، محتوای آن‌ها در ابتدا توسط یکی از محققین با تمام جزئیات پیاده‌سازی، و سپس نسخه پیاده‌سازی توسط محقق دیگری با مصاحبه ضبط شده تطبیق داده شد تا اعتبار نسخه نهایی پیاده‌سازی شده مورد تأیید قرار گیرد. در وهله بعدی، متن هر یک از مصاحبه‌ها به صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر این اساس ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی خرد تقسیم و در مرحله بعدی پس از تلخیص شدن، به کدهای قابل بررسی مبدل گشت. کدهای مختلف نیز بر اساس تفاوت‌ها و مشابهت‌های موجود بین‌شان، با هم مقایسه شده و در طبقه‌های مختلف دسته‌بندی شدند.

به منظور حصول اطمینان از اعتبار داده‌ها در این تحقیق نیز، محقق با صرف زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و با آمد و شد‌های مکرر در داده‌ها، و لحاظ تنوع در مصاحبه‌شوندگان از نظر شاخص‌هایی چون سن، سطح تحصیلات و مدت زمان تأهل، در راستای افزایش مقبولیت و اعتمادپذیری داده‌ها گام برداشت. افزون بر این، «بازبینی اعضا»^{۳۳} مهم‌ترین فن اعتمادپذیری در انواع روش‌های پژوهش کیفی است (کرسول^{۳۳}، ۲۰۱۳). در این مطالعه، ضمن حفظ ارتباط با مصاحبه‌شوندگان طی تحلیل داده‌ها، پس از انجام تحلیل‌ها نیز یافته‌های تحقیق در قالب یک گزارش به دو مرد از مردان مصاحبه‌شونده و دو زن از زنان مصاحبه‌شونده ارائه شد تا صحت نتایج و پنداشت‌های مندرج در گزارش از نقطه‌نظر آنان نقد و بررسی، و اصلاحات مورد نیاز در نسخه نهایی گزارش یافته‌ها اعمال گردد. افزون بر این، محقق با قرار دادن نسخه‌ای از محتوای مصاحبه‌ها و کدهای تخصیص یافته به واحدهای معنایی مندرج در آن در اختیار سه محقق آشنا به روش کیفی، پیرامون اختلاف‌های محتمل در کدگذاری‌ها، تبادل نظر شد تا به اجماع لازم منتهی گردد. همچنین، با هدف رفع هرگونه شبهه و ابهام تلاش محقق بر آن بود که تمامی جزئیات فرایند تحقیق از مرحله نمونه‌گیری تا فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت مبسوط تشریح گردد.

یافته‌ها

مطابق با چهارچوب پیشنهادی کلارک و همکاران (۲۰۱۵)، گزارش نهایی نتایج این تحقیق در قالب «درون‌مایه‌های سابیانی»^{۳۴}، «درون‌مایه‌ها»^{۳۵}، و «درون‌مایه‌های فرعی»^{۳۶} طبقه‌بندی، و در انتها نیز «نقشه‌ی درون‌مایه‌ای»^{۳۷} (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵) مربوط به پرسش تحقیق ترسیم شد. مطابق با داعیه کلارک و

همکاران (۲۰۱۵)، کاربست درون‌مایه‌های سایبانی در یک تحلیل درون‌مایه‌ای، سازمان‌بندی و نظم‌بخشی به تحلیل‌ها است. این درون‌مایه‌ها، بازتابنده باور زیربنایی مستور در پس‌پشت مجموعه‌ای از درون‌مایه‌ها است. لایه زیرین درون‌مایه‌های سایبانی یا غالب نیز درون‌مایه‌هایی را شامل می‌گردد که کارکرد آن‌ها توصیف و گزارش مبسوط معنای مرتبط با یک مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی است. سرانجام، پایین‌ترین سطح از الگوی پیشنهادی مزبور نیز به درون‌مایه‌های فرعی تخصیص می‌یابد؛ درون‌مایه‌هایی که در ایجاد بُعدی ویژه از یک مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی مشارکت می‌جویند. نتایج این مطالعه مطابق با الگوی مزبور در قالب سه درون‌مایه سایبانی «محرمیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی»، «نُه درون‌مایه «گره‌گشا، باتجربه، خردمند، بری از قضاوت‌گری، رازدار، اخلاق‌مداری، تجانس جنسی، در نگویش علقه‌ی عاطفی، و در مذمت تصمیم‌گیری برای بیمار»، و چهار درون‌مایه فرعی «تسهیل ارتباط، باورهای اعتقادی، غیرت، و طرح مسائل شخصی نزد درمانگر: منازعه‌ی منطقی و هیجان» طبقه‌بندی شده است.

۱. **محرمیت.** بر اساس آنچه از دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق استنباط می‌گردد، زندگی زناشویی گاه آستان وقایع و چالش‌هایی است که فصل مشترک تمامی آن‌ها را می‌توان ذیل عنوان «بروز تنیدگی در زندگی زناشویی» مورد واکاوی قرار داد. مطابق با این رهیافت، مرزهای حریم زناشویی را می‌توان نسبت به امکان ورود «دیگرانی» که واجد «ایفای نقشی مؤثر» در گشایش گرهی از زندگی زناشویی هستند، انعطاف‌پذیر دانست. مجانست بین چالش و تنیدگی روی‌داده در زندگی زناشویی با ظرفیت‌های یاری‌گرانه دیگران، امکان ورود طیفی از افراد از خویشان نسبی تا پزشک و متخصص و دوست را به‌عنوان افراد یاری‌گر شامل می‌گردد که به نمونه‌هایی از آن ذیل کژکاری‌های جنسی، تنگنای اقتصادی، اختلاف زناشویی و چالش‌های فرزندپروری اشاره شد: «اول موضوع اتاق خوابه که کسی نباید بدون چای دانه می‌گذره حتی خانواده‌ام. مگه این که آره ما به مشکل بخوریم بعد بریم پیش متخصص. اون متخصص می‌تونه وارد اون حریم خصوصی بشه...» (زن ۲۷ ساله).

بر اساس آراء زنان و مردان شرکت‌کننده، هنگام بروز تنیدگی در زندگی زناشویی و در صورت مراجعه به روان‌شناس برای گره‌گشایی از چالش‌های مزبور، امکان طرح تمامی مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد او به‌عنوان یک «روان‌درمانگر» وجود دارد. در همین راستا، می‌توان گفت که پذیرش «تخصص و نقش گره‌گشای» یک روان‌درمانگر در شفای آلام روحی بیماران، مقام او را به‌عنوان «محرم اسرار بیمار» تا جایی ارتقاء می‌دهد که طرح کلیه مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی از مسائل عاطفی پیش از ازدواج زن و مرد تا ارتباط تنانه زناشویی آن‌ها را نزد او مجاز می‌شمرد: «وقتی من کسی رو پیدا کردم که بهش اطمینان دارم، من می‌رم که مسأله‌م حل بشه و این باور رو دارم که اون سؤالاتی که روان‌شناس ازم می‌پرسه سؤالاتی هست که نیازه بپرسه حتی ممکنه خیلی خصوصی هم باشه...» (زن ۳۸ ساله). «به نظر من به روان‌شناس می‌تونه به همه‌ی قسمت‌های این رابطه وارد شه. علتش هم به نظرم اینه که یک روان‌شناس برای این که بتونه یک قضاوت و تصمیم‌گیری درستی داشته باشه هر چقدر اطلاعات دقیق‌تر و جزئی‌تری بهش برسه یعنی در دسترسش باشه بهتر می‌تونه کمک کنه...» (مرد ۲۹ ساله).

برخی از شرکت‌کنندگان این تحقیق نیز فراسوی پذیرش محرمیت یک روان‌درمانگر به‌عنوان طبیب آلام روحی بیمار در ورود به مرزهای حریم زندگی شخصی و زناشویی او، با منحصر ساختن چنین جایگاهی برای

روان‌شناس، بر «منحصربه‌فرد بودن» این شکل از ارتباط درمانی در قیاس با سایر مناسبات انسانی و ارتباط‌های درمانی تأکید کرده‌اند: «یک روان‌شناس برعکس یک پزشک می‌تونه به این موارد وارد بشه ولی ممکنه برای یک پزشک اصلاً مهم نباشه که حالا این مشکل رو داره، آیا رابطه‌ی جنسی هم خوب هست یا نه. ولی این درباره‌ی روان‌شناس صدق نمی‌کنه. اون می‌تونه وارد بشه به شرطی که اعتماد و شناخت اولیه وجود داشته باشه یا ایجاد بشه...» (مرد ۲۹ ساله). «- احساس می‌کنم برای این‌که اون مشاور و روان‌شناس بتونه کمک کنه باید بدونم که من توی چه شرایطی هستم و مثلاً با همسر چه وضعیتی دارم. اگه من چیز خاصی رو پنهان کنم یا چیز خاصی باشه که بگم حیظه ورود ایشون نیست چطور اون وقت می‌تونه به من کمک کنه!؟»

- به جز مشاور چی؟ مثلاً پزشک، وکیل... افراد دیگه‌ای هم هستن که می‌تونن وارد این حریم‌ها بشن؟
- نه، از نظر من نه...» (زن ۴۵ ساله).

۲. تخصص. مطابق با دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان، «تخصص» و «بهره‌ی علمی» یک روان‌درمانگر در شفای آلام روحی و مشکلات زناشویی، عمده دلیل مجاز دانستن او برای ورود در حیظه مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی بیماران می‌باشد. از این منظر، «مهارت و دانش» خاص یک روان‌درمانگر از وجوه شاخص تمایز او از سایر انسان‌ها برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد او است. تأکید بر «نقش گره‌گشا»، «برخورداری از تجربه»، «تفکر منطقی»، «نگاه عاری از قضاوت»، و «رازداری» روان‌درمانگر مجموعه‌ای از درون‌مایه‌هایی است که تقدیس مقام شامخ او را به‌عنوان یک «متخصص» از دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق به تصویر می‌کشد: «من برخلاف اون‌چه که در جامعه جا افتاده این‌که تا فلانی به مشکل برنخورده به مشاور مراجعه نمی‌کنه، اعتقاد به این دارم که حتی برای داشتن یه برنامه‌ی خوب برای زندگی، آدم می‌تونه و باید از یه مشاور خوب کمک بگیره. چرا مشاور؟ به خاطر این‌که با آگاهی و تخصص و تعهدی که داره حتماً می‌تونه کمک‌کننده باشه و به غیر از اون چرا خب توی خانواده کسانی هستن که دلسوزن ولی آگاهی ندارن یا کسانی هستن که آگاهی دارن، به علم روز هم تسلط دارن، ولی متأسفانه اون دلسوزی رو ندارن. به خاطر همین این دوتا شرط برام خیلی مهمه و فکر می‌کنم به مشاور آگاه متعهد می‌تونه این کمک رو به زندگیم داشته باشه...» (زن ۴۵ ساله). «من اعتقاد دارم بسته به نوع مشکلی که پیش میاد آدم باید محرمش رو پیدا کنه مثلاً ممکنه من در زندگی مشکل روانی یا زناشویی پیدا کنم خب طبیعتاً دنبال روان‌شناس می‌رم که بهش اعتماد داشته باشم، محرم باشه، یعنی یکی که توی این حوزه کار کرده و علمش رو داره...» (مرد ۴۶ ساله).

۲-۱. گره‌گشا. اطمینان به «نقش یاری‌رسان و گره‌گشای» یک روان‌درمانگر در کاهش آلام روحی و مشکلات زناشویی بیماران، یکی از نمودهای قائل شدن تخصص برای او توسط شرکت‌کنندگان این تحقیق می‌باشد. مطابق با این رهیافت، یک روان‌درمانگر برخلاف دیگران، در مقام همدلی صرف با بیمار محصور نمانده، و با توجه به تخصص، علم و آگاهی خود، شگردهایی برای برطرف نمودن مشکلات روحی و زناشویی بیماران در انبان خویش دارد. از این‌رو نیاز به درمان مشکلات روحی و زناشویی را می‌توان مجوز متقنی برای طرح اطلاعات مرتبط با حریم شخصی و زناشویی نزد روان‌شناس به‌عنوان درمانگر دانست: «حداقلش اینه که به این باور دارم که همون طوری که برای درمان یه بیماری می‌ریم پیش یه متخصص، این هم حداقلش اینه

که پذیرفتیم که برای مشکلات زناشویی مون باید بریم پیش متخصص چون توی اون کار اشراف داره و بهتر از هر کس دیگه‌ای می‌تونه کمک‌مون کنه...» (مرد ۴۴ ساله).

مطابق با دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان، محرمیت روان‌درمانگر به‌عنوان یک متخصص در ورود به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران خویش همچون محرمیت یک «پزشک» می‌باشد؛ «رویکرد پزشک‌مدارانه‌ی مبتنی بر درمان». از این منظر یکی از عمده دلایل پذیرش ورود روان‌شناس به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران خویش را می‌توان به نقش او در «درمان» مشکلات روحی و زناشویی بیماران منتسب دانست؛ پذیرش نقشی که در یک حالت استعاره‌ای می‌توان آن را به مثابه نقشی دانست که یک پزشک در درمان مشکلات جسمی بیماران خویش ایفا می‌نماید: «شاید من به آدم بسته‌ای باشم ولی دگم نیستم، چون این مراجعه کردن به متخصص و روان‌شناس مثل یک مشاوره یا حتی بیماری می‌مونه که طرف به پزشک مراجعه می‌کنه. الان معتاد رو می‌گن بیمار، حالا مشکلات زناشویی که جای خودش رو داره، این همه بهش پرداخته می‌شه و حتی توی تلویزیون به صورت ریز درباره‌ی این مسائل صحبت می‌شه...» (مرد ۳۵ ساله). «به قول معروف می‌گن پزشک محرم اسرار، اگه نیاز داشته باشم، یا به بن‌بستی رسیده باشم و نیاز داشته باشم به این‌که با یکی مشورت کنیم، اون وقت پیش پزشک می‌ریم. روان‌شناس و مشاور هم همین جوریه...» (زن ۵۲ ساله).

۲-۲. باتجربه. «تجربه»ی یک روان‌درمانگر در مواجهه با بیمارانی که دارای مشکلات مشابهی بوده‌اند، علاوه بر آن‌که یکی از نمودهای متخصص دانستن او است، از عمده دلایل اعتماد و اطمینان به او برای طرح مشکلات و مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد وی اذعان شده است: «متخصصی که تجربه داره می‌تونه این‌جا کمک کنه. اگر از شخص دیگه‌ای بپرسی ممکنه نظر کارشناسی ندن و هرکی برحسب زندگی خودش نظر می‌ده. به نظرم این کمک خوبی نمی‌تونه باشه ولی وقتی من از یک متخصص بپرسم خب هم علم این کارو داره و هم مراجعینی به این شکل داشته و بهتر می‌تونه کمک کنه...» (زن ۳۸ ساله). «فقطم این نیست که چون اشراف داره به مباحث علمی توی این حیطه من بخوام برم پیشش. مسلماً اون به خاطر شغل و حرفه‌ای که داره با این موارد خیلی بیشتر از مثلاً پدر مادرم یا هرکس دیگه برخورد داشته...» (مرد ۳۰ ساله).

۲-۳. خردمند. در حد خطوط کلی، روان‌درمانگر فرد متخصص و آگاهی است که یکی از وجوه شاخص رجحان نهادن او برای طرح مشکلات و مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی از سوی بیماران، «تفکر منطقی و غیرسوگیرانه»ی او است. مطابق با این رهیافت، یک روان‌درمانگر به‌عنوان «فردی خردمند و منطقی» اولویت نخست و مطلوبی برای رفع مشکلات و آلام روحی و زناشویی محسوب می‌گردد که در قیاس با سایر انسان‌ها حتی خویشان نسبی اطمینان بیشتری برای اخذ مشاوره از او وجود دارد: «چون فکر می‌کنم اون روان‌شناس از روی احساس تصمیم نمی‌گیره ولی خانواده از روی احساس تصمیم می‌گیره و دخالت احساس و عواطف‌شون احتمالاً خیلی بالاست و تصمیم‌هاشون هم به نادرستی نزدیک‌تره...» (زن ۵۲ ساله). «محرم‌ترین افراد که مثرثمر باشه یعنی کاری از دست‌شون بریاد. ممکنه من افراد محرمی رو داشته باشم مثل پدر، مادر، خواهر ولی کاری از دست‌شون برنیاد و فقط غم و غصه‌ی اون‌ها رو زیاد کنم. اما وقتی پای

متخصصی در میون باشه خب می‌دونی که هر حرفی رو نمی‌زنه و یه جورایی اگه چیزی می‌گه از روی منطقه...» (مرد ۴۶ ساله).

۲-۴. بری از قضاوت‌گری. مطابق با آراء قاطبه شرکت‌کنندگان این تحقیق، ارتباط و نگاه «عاری از قضاوت» یک روان‌درمانگر از عمده دلایل اعتماد به او برای طرح مشکلات شخصی و زناشویی است؛ ویژگی حائز اهمیتی که بر اساس ادراک زنان و مردان شرکت‌کننده، ضمن تمایز روان‌درمانگر از سایر انسان‌ها، به ایجاد احساس امنیت در ارتباط درمانی بین درمانگر و بیمار یاری می‌رساند: «به دلیل این‌که روان‌شناس با آگاهی وارد می‌شه و می‌تونه بگه اگه این اتفاق افتاد به این علتته و منو مقصر ندونه و دنبال علت‌ها باشه و فقط من مقصر نباشم، برای هر چیزی علت اون رو پیدا کنه و من رو مقصر نکنه. قضاوت یک‌طرفه نباشه که همه‌ی بارها روی دوش من باشه...» (زن ۳۵ ساله). «یه فرقای واضحی دارن با هم. فرد غیر متخصص حداقلش اینه که کمکت می‌کنه دنبال مقصر نمی‌گرده. من وقتی پیش خواهرم یا حتی دوست صمیمی خودم وقتی من میام این مشکلات رو مطرح می‌کنم خب گوش می‌دن، یه جاهایی هم غصه‌ت رو می‌خورن و ممکنه کمکت هم بکنن، اما تهش اینه که به هر حال خود یا خانومت رو مقصر می‌بینن، می‌گن تقصیر توا، چرا این-جوری کردی و چرا اون جوری کردی و فلان...» (مرد ۴۶ ساله).

۲-۵. رازدار. باور به «رازداری» یک روان‌درمانگر و اطمینان به صیانت او از محرمانگی اطلاعات به اشتراک‌گزارده شده از سوی بیماران نزد وی، یکی از مهم‌ترین وجوه «اعتماد» به روان‌درمانگر و احساس «امنیت» در ارتباط با او برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی عنوان شده است: «اگه بدونم کسی حریم‌های منو باز می‌کنه حتی اگه بتونه کمکم کنه نمی‌تونم بهش اعتماد کنم. اما یه روان‌شناس رو چون احساس می‌کنم کسیه که واقعاً می‌تونه بهم کمک کنه و باز هم اون حریم‌های شخصی من پیشش بسته می‌مونه و جای دیگه‌ای مطرح نمی‌شه، بهش اعتماد می‌کنم...» (زن ۳۵ ساله). «من نسبت به گفتن این موضوعات پیش اون روان‌شناس مشکلی نمی‌بینم، حالا چه من بخوام توی اون جلسه‌ها باشم یا خانومم. آخه این اطمینان به هر حال وجود داره که هرچی که بگیم از زندگی‌مون، همون‌جا می‌مونه و قرار نیست کس دیگه‌ای هم ازش باخبر بشه...» (مرد ۵۱ ساله).

۳. مرز در ارتباط درمانی. به‌رغم آن‌چه پیرامون محرمانگی یک روان‌درمانگر برای ورود به کلیه ابعاد حریم شخصی و زناشویی بیماران گفته شد، بر اساس آراء شرکت‌کنندگان این تحقیق می‌توان قائل به وجود «مرزهایی در ارتباط درمانی» با روان‌درمانگر بود که صیانت از آن‌ها طی رشته ارتباط درمانی، متضمن پذیرش نقش یاری‌گرانه درمانگر در حل آلام روحی و مشکلات زناشویی بیمار می‌باشد. این مرزها بیش از آن‌که ناظر به اطلاعات خاصی از حریم شخصی یا زناشویی بیماران باشد، روایت‌گر بایدها و نبایدهای است که در ذهن قاطبه شرکت‌کنندگان نسبت به یک ارتباط درمانی قابل اتکا و امن وجود دارد: «- به نظرتون یه روان‌شناس به‌رغم این‌که روان‌شناسه و قابل اعتماد، آیا باز یه بخش‌هایی هست که اون هم نتونه توی مشکل با این‌که شما انتخابش کردین مجاز نباشه وارد شه؟ - آره. شاید یه احساسات و روابطی خارج از حوزه‌ی تخصصش... خب اون‌جا همون جایی هست که نباید وارد بشه، نمی‌گم که پیش نیاید ولی چیزیه که نباید اتفاق بیوفته...» (زن ۳۴ ساله). «توی مسأله‌ی تربیتی یه مرزهایی دارم و اون هم اینه که تا جایی پیش می‌رم

که با فرهنگ خانوادگی مون در تضاد نباشد. ممکنه توصیه‌های تربیتی اون روان‌شناس یا مشاور با مسائل فرهنگی ما در تضاد باشه. اون وقت اون راهکارارو نمی‌پذیریم...» (زن ۳۷ ساله).

۳-۱. اخلاق‌مداری. یکی از وجوه مشخص آراء شرکت‌کنندگان این تحقیق، تأکید بر رعایت اصول اخلاقی توسط روان‌درمانگر در رشته ارتباط درمانی با بیمار است. مطابق با این رهیافت، «اخلاق‌مداری» یک روان‌درمانگر در گفتار و رفتار خویش، پیش‌درآمد شکل‌گیری احساس «امنیت» و «اعتماد» در بیمار برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی است. اهمیت رعایت اصول اخلاقی در اتاق درمان بر اساس گفتمان ارائه شده از سوی قاطبه شرکت‌کنندگان تا حدی است که می‌توان عدول یک روان‌درمانگر در فرایند درمان از اصول اخلاقی را مصداقی بارزی از نقض حریم شخصی و زناشویی بیمار، و زمینه‌ساز احساس ناامنی و بی‌اعتمادی برشمرد: «من احساس می‌کنم که از نظر اعتقادی و اخلاقی این حریم حتماً باید باشه و صرف داشتن اطلاعات به‌روز نمی‌تونه برای مشاور و روان‌شناس کافی باشه. این که من از نظر اخلاقی و اعتقادی فرد رو امین خودم بدونم یه گزینه‌ی خیلی خیلی پررنگه برای انتخاب مشاور و روان‌شناس...» (زن ۴۵ ساله). «اتفاقاً چون من دیدم - مواردی از بی‌اخلاقی روان‌شناس - این بخش قضیه برام خیلی مهمه. بحث اخلاقیات که دارم می‌گم خصوصاً برای مسائل مهمی مثل مسائل جنسی و این جور مسائل در درجه‌ی اول اون - اخلاق روان‌شناس - حرف اول رو می‌زنه. چون وقتی شما پیش یه روان‌شناس غیر هم‌جنس می‌رین، متأسفانه شنیدم که باز خورده‌های خاصی از بیمار بود - به خاطر همون عدم اخلاقی رفتار کردن روان‌شناسه - و این مسأله برام خیلی شوک‌برانگیز بود، خیلی واسم سنگین بود و الان هم خودم بخوام کسی رو انتخاب کنم خیلی حواسم به این چیزها هست...» (زن ۳۸ ساله).

در حد خطوط کلی، اخلاق‌مداری «مهم‌ترین معیار» شرکت‌کنندگان این تحقیق برای انتخاب یک روان‌درمانگر توسط بیمار در طرح مشکلات روحی و زناشویی است. مطابق با این رهیافت، اگرچه میزان تخصص و صحت اخلاقی یک درمانگر را می‌توان به صورت توأمان عمده ملاک‌های انتخاب او توسط بیمار برشمرد، لیکن اطمینان به پایبندی آن درمانگر به اصول اخلاقی را می‌توان مقدم بر میزان تخصص و بهره علمی او دانست؛ همان نقطه‌ای که یکایک شرکت‌کنندگان با «رجحان نهادن درمانگر اخلاق‌مدار بر درمانگر متخصص»، رعایت اصول اخلاقی توسط درمانگر را لازمه صیانت از حریم شخصی و زناشویی خویش در اتاق درمان برمی‌شمارند: «تخصصش واسم مهمه اما مهم‌تر اینه که توی رفتارش باید اصولی که یه مشاور و روان‌شناس باید رعایت کنن که در درجه‌ی اول اصول اخلاقی هست رو رعایت کنه...» (زن ۳۸ ساله). «از بین تموم خصوصیات که باید داشته باشه مهم‌ترینش واسم اینه که توی نگاه و رفتارش فرد قابل اعتمادی باشه. یعنی اخلاقش درست باشه. از نظر من همه چیز تخصص و میزان سوادش نیست. نه فقط توی این حرفه توی تموم حرفه‌ها اینه حتی زمانی که شغلت مسافرشه باشه...» (مرد ۳۱ ساله).

بر اساس آنچه از دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان این تحقیق استنباط می‌گردد، ورود روان‌شناس به بخش‌هایی از حریم شخصی و زناشویی بیمار که با تخصص او یا با مشکلات ارجاعی بیمار همگونی ندارد، مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی بیمار محسوب می‌گردد. از این منظر، طرح پرسش‌هایی از سوی روان‌شناس که ناظر بر بخش‌هایی از حریم شخصی و زناشویی است که در کانون مشکلات ارجاعی بیمار قرار ندارد - خاصه اطلاعات مربوط به ارتباط تنانه زناشویی - ورودی غیراخلاقی تلقی می‌گردد که ضمن نقض

حریم خصوصی بیمار برانگیزان احساسات ناخوشایندی نیز می‌باشد: «من فکر می‌کنم برای هر زمینه‌ای مشاور مختص به خودش رو می‌تونم وارد حریمم کنم. مثلاً آگه واسه مسائل مالی رفتم پیش یه مشاور، اون دیگه مجاز نیست راجع به مسائل جنسی مون بپرسه و من بهش نمی‌گم. یعنی حتی یه مشاور هم در حوزه‌ی تخصصش می‌تونه از ما اطلاعات بخواد، آگه توی حوزه‌ی تخصصش بود مجازه...» (زن ۳۵ ساله).

۲-۳. **تجانس جنسی.** «جنس درمانگر» یکی از وجوه پرمناقشه آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق پیرامون انتخاب او برای طرح مسائل و مشکلات شخصی و زناشویی است. با اندکی تسامح می‌توان آراء «زنان» در این حیطه را در دو موضع‌گیری جای داد. موضع یکم که بیانگر دیدگاه اغلب زنان در این تحقیق است، با درهم‌نوردیدن مرزهای نگرش زنانه و مردانه در باب انتخاب یک درمانگر، قائل به عدم تفاوت در انتخاب روان‌شناس بر حسب جنس زنانه یا مردانه او می‌باشد. مطابق با این رهیافت هیچ رجحانی پیرامون انتخاب یک درمانگر بر حسب جنس او وجود ندارد و «میزان تخصص و سلامت اخلاقی» آن روان‌درمانگر معیار اصلی انتخاب او برای طرح مشکلات شخصی و زناشویی است: «فرقی نمی‌کنه. اصلاً به این فکر نمی‌کنم که خانوم باشه یا آقا اون روان‌شناس. اصلاً به این چیزا حساسیت ندارم...» (زن ۴۹ ساله). «جنسیتش واسم مهم نیست، این که خانوم باشه یا آقا، واسم مهم تخصصشه...» (زن ۲۷ ساله).

از دیگر سو و بر اساس موضع دوم که نماینده آراء تعداد دیگری از زنان شرکت‌کننده در این تحقیق است، «سهولت برقراری ارتباط» با درمانگر هم‌جنس و «احساس راحتی بیشتر» برای طرح مسائل عاطفی و زناشویی نزد او، دلیل رجحان نهادن درمانگر هم‌جنس نسبت به درمانگر غیر هم‌جنس در طرح مسائل شخصی و زناشویی است: «ترجیح می‌دم هم‌جنس باشه. به خاطر این که راحت‌تر می‌تونم ارتباط برقرار کنم. ممکنه آگه مشاور غیر هم‌جنس باشه بتونه کمک‌کننده باشه ولی من به خاطر اعتقادی که خودم دارم احساس امنیت و راحتی بیشتری با مشاور هم‌جنس دارم...» (زن ۴۵ ساله). «تجربه‌شو نداشتم. اما فکر می‌کنم آگه با یه مشاوره که آقاست صحبت کنم احساس می‌کنم که توی شرایطی ممکنه به چیزهایی که برای من مهم باشه رو ناخودآگاه با حس مردانه به ماجرا نگاه کنه نه با حس مشاور. واسه همین ترجیح مشاور خانومه...» (زن ۳۴ ساله).

به‌رغم تمایزی که در قالب دو دیدگاه متفاوت در سطوح پیشین ترسیم شد، فصل مشترک آراء زنان شرکت‌کننده در این حیطه را می‌توان به عدم حساسیت آن‌ها نسبت به مراجعه شریک زندگی خویش به یک روان‌درمانگر غیر هم‌جنس دانست. مطابق با این رهیافت، هیچ ترجیح خاصی برای مراجعه شریک زندگی به یک روان‌شناس هم‌جنس یا غیر هم‌جنس وجود ندارد: «نه من راحت‌تر، فرقی نداره روان‌شناسی که پیشش می‌ره زنه یا مرده، برای من مشکلی نداره آگه بهمون کمک کنه...» (زن ۳۵ ساله). «چون آگه بخوام هم‌چنین کاری بکنم از قبل روی اون دقت می‌کنم، یعنی کسی رو انتخاب می‌کنم که به تخصصش اعتماد داشته باشم، نه، مشکلی ندارم که پیش یه خانومم بره...» (زن ۳۴ ساله).

برخلاف تمایزی که در آراء زنان شرکت‌کننده پیرامون جنس درمانگر وجود دارد، در دیدگاه مردان نوعی توافق نظر در این موضوع عیان است. در دیدگاه کلیه مردان شرکت‌کننده ترجیحی پیرامون مراجعه زن و مرد به یک درمانگر هم‌جنس نمود می‌یابد؛ رجحان نهادن درمانگر هم‌جنس بر درمانگر غیر هم‌جنس، چه در چهارچوب ارتباط پزشک و بیمار و چه در چهارچوب ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو. مطابق با این

رهیافت اولویت نخست مردان هنگامی که همسر آن‌ها به یک بیماری زنانه مبتلا باشد نیز مراجعه به یک پزشک و متخصص هم‌جنس می‌باشد: «در مورد مسائلی که مربوط به فیزیکی خانوم‌ها می‌شه هم من ترجیح اینه که ببرم پیش یک پزشک خانوم ولی اگر نبود خب می‌رم پیش یک پزشک مرد...» (مرد ۲۹ ساله). «نمی‌شه گفت که هیچ فرقی نداره، فکر می‌کنم برای همه‌ی مردا این حالت باشه اگر متخصص خانومی هست از اون استفاده بشه و کمک بگیریم، حالا اگر نبود متخصص مرد هم می‌تونه باشه چون ما اعتماد می‌کنیم...» (مرد ۳۸ ساله).

به‌رغم همگونی کلی آراء مردان پیرامون جنس روان‌درمانگر، دو مرد از مردان شرکت‌کننده با تمایز بین نقش روان‌شناس و پزشک، تفاوتی برای مراجعه شریک زندگی خود به یک روان‌درمانگر زن یا مرد قائل نشده‌اند؛ منوط بر آن‌که علت مراجعه مشکلات جنسی در رابطه زناشویی نباشد: «بستگی داره، اگه موضوع اختلاف خانوادگی و این‌جور مشکلات باشه شاید مشکل نداشته باشه، ولی توی مسائل و مشکلات جنسی ترجیح اینه که حتماً به یه مشاور خانوم مراجعه کنه...» (مرد ۳۵ ساله). «اگه توی مسائل جنسی نباشه نه مشکلی ندارم، ولی توی مسائل دیگه اختلافات خانوادگی و اختلافات با خانواده‌ی همسر و این‌جور چیزا جنسیت مهم نیست...» (مرد ۳۰ ساله).

۳-۲-۱. تسهیل ارتباط درمانی. یکی از نکات مورد تأکید در دیدگاه اغلب زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق که درمانگر هم‌جنس را اولویت نخست خود یا شریک زندگی خویش برای درمان برشمرده‌اند، «سهولت برقراری ارتباط درمانی» و «درک شدن عمیق‌تر» مشکلات توسط درمانگر هم‌جنس می‌باشد: «همون درک درست و اهل بودن و همدل بودن. مثلاً اگه خانومم بره درباره‌ی موضوعی با یه آقا صحبت کنه هرچقدر هم بگیم اون آقا با تجربه هست و روان‌شناس عالی‌ایه و حرف اول رو می‌زنه، حتی اگر در ظاهر بتونه خانومم رو راضی کنه که اون رو می‌فهمه ولی بالآخره اون یه مرده...» (مرد ۲۹ ساله).

۳-۲-۲. باورهای اعتقادی. تقید به «باورهای دینی و اعتقادی» را نیز می‌توان یکی از عمده دلایلی برشمرده که مطابق با دیدگاه برخی از زنان و مردان شرکت‌کننده علت رجحان نهادن درمانگر و طبیب هم‌جنس در قیاس با درمانگر غیرهم‌جنس یاد شده است: «خب به خاطر باورها و اعتقاداتی که دارم. به لحاظ فرهنگی و مذهبی ترجیح اینه که اول به یه دکتر خانوم مراجعه کنه. اگه نبود خب به خاطر همون قضیه‌ی درمانی می‌گم ایرادی نداره اگه مرد باشه...» (مرد ۴۶ ساله). «الآن اون چیزی که می‌گن: پزشک محرمه، خب این به نظرم یه جمله‌ی کلی هستش، خب آره یه زمانی مثلاً ۲۰-۳۰ سال پیش که پزشک خانومی وجود نداشت و زن ناچار بود به دکتر مرد مراجعه کنه ولی الآن می‌تونین به من بگین که متخصص در بحث زنان وجود نداشته باشه؟! پس طرف باید به خودش زحمت بده و بره پیش دکتر خانوم. من اینو اصلاً درست نمی‌دونم حتی به لحاظ دینی و اعتقادی...» (مرد ۳۵ ساله).

۳-۲-۳. غیرت. برخی از «مردان» شرکت‌کننده در این تحقیق نیز با اشاره به مفاهیمی چون «غیرت و تعصب» مردانه، بر لزوم مراجعه همسر خویش نزد یک پزشک یا روان‌درمانگر هم‌جنس تأکید کرده‌اند؛ حمیتی مردانه و احساسی درونی در راستای حفاظت از حریم زناشویی: «فکر می‌کنم به خاطر اعتقاداتمون و باورهامون، و اون تعصب و غیرتی که در خانواده‌های ایرانی هست همه ترجیح می‌دن که اگه همسرشون

مشکلی داره در درجه‌ی اول به یه درمانگر خانوم مراجعه کنه...» (مرد ۳۸ ساله). «همون بحث غیرت و تعصبی که مردهای ایرانی دارن و اغلب این جوهریه، و دوستان و همکاران منم این نظر رو دارن...» (مرد ۳۰ ساله).

۳-۳. در نکوهش علقه عاطفی. یکی از وجوه مورد تأکید در آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق، «ممنوعیت هرگونه تعلق عاطفی» از سوی شریک زندگی نسبت به یک درمانگر غیر هم‌جنس در رشته ارتباط درمانی است. مطابق با این رهیافت، هرگونه ارتباط درمانی که زمینه‌ساز شکل‌گیری علاقه و علقه عاطفی - چه در شکل ذهنی و مکتوم‌نهاده آن، و چه در سطوح عینی رفتاری و کلامی - از سوی شریک زندگی نسبت به روان‌شناس غیر هم‌جنس و یا بالعکس از سوی روان‌شناس به بیمار گردد، ضمن نقض حریم زناشویی، برانگیزان بی‌اعتمادی و احساسات ناخوشایندی است که تهدیدگر زندگی زناشویی است: «خب به نظرتون اصلاً می‌شه گفت طبیعیه؟! به هر حال زن و مردی که ازدواج کردن، ازدواج یه موضوع مقدسه که حرمت داره. فکر می‌کنم هرگونه علاقه حتی به شکل ناخودآگاهشم نشون دهنده‌ی یه خلأ توی رابطه‌ی زن و مرده. و گرنه نباید اصلاً چنین احساسی شکل بگیره...» (مرد ۴۶ ساله). «مسلماً ناراحت می‌شم. همه‌ی تلاشمو حتماً می‌کنم که همسر قطع کنه جلساتش رو. شاید برم دنبال مشاوره‌ی که اون جذابیت رو برای همسر نداره نه توی چهره‌ش، نه توی صداش، نه انگیزه‌ش، نه سنش. تمام چیزهای زنانه‌ای که نباشه... مثلاً اگه یه پیرزن زشت رو بزاری پیش مردت خیالت راحت می‌ری خریدهاشو می‌کنی بعد چند ساعت برمی‌گردی، تا این‌که یه دختر خوش قیافه‌ی ۱۸ ساله کنارش باشه، یک دقیقه هم تنهانش نمی‌زاری. می‌رم سراغ یه مشاور پیر و چروک که اصلاً هم خوشتیپ نباشه...» (زن ۳۷ ساله).

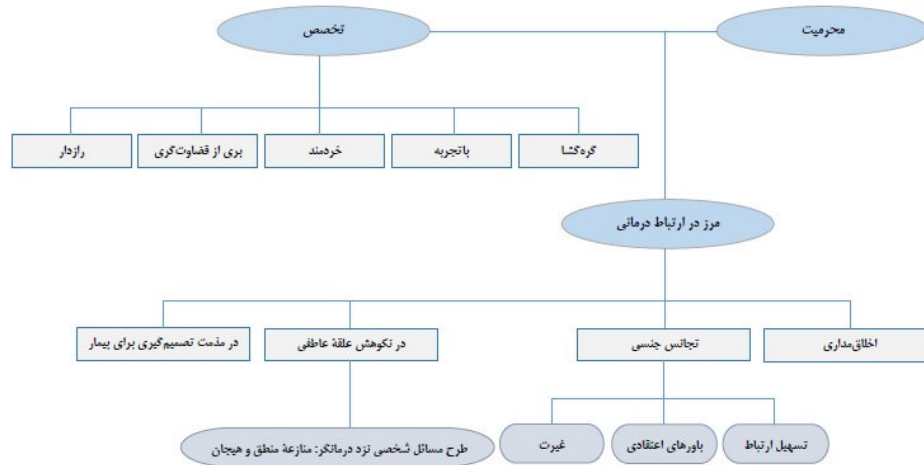
۳-۳-۱. طرح مسائل شخصی نزد درمانگر: منازعه منطق و هیجان. مطابق با دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده و برخلاف آن‌چه در باب ممنوعیت هرگونه تعلق عاطفی از سوی شریک زندگی در رشته ارتباط درمانی با یک درمانگر غیر هم‌جنس گفته شد، آن‌چه در اتاق درمان از سوی زن و مرد نزد درمانگر مطرح می‌گردد، مصداقی از حریم شخصی هر یک از آن‌ها محسوب می‌شود. مطابق با این رهیافت، طرح اطلاعاتی از زندگی شخصی و زناشویی توسط شریک زندگی نزد یک درمانگر که برای همسر خویش بازگو نکرده است، مصداقی از حریم شخصی او تلقی شده که در صورت کمک به ارتباط زناشویی قابل پذیرش می‌نماید: «نه مشکلی نداره، چون این برای من می‌شه جزء حریم شخصیش. یعنی من فکر می‌کنم اگه به هر دلیلی نتونسته به من بگه یا احساس می‌کرده جزء حریم شخصیشه که به من نگفته یا حریم شخصیش نبوده اما فکر می‌کرده گفتنش می‌تونه آسیب بیشتری به من و به رابطه‌مون بزنه...» (زن ۳۴ ساله). «از نظر من ایرادی نداره، چون یکی توی زندگیش پیدا شده که بهش اعتماد کرده و بهش می‌گه. شاید به خاطر وجود یه فضای امنه...» (زن ۳۷ ساله).

به‌رغم این پذیرش منطقی و تلقی طرح مسائل مکتوم‌نهاده از همسر نزد یک درمانگر توسط شریک زندگی به‌عنوان حریم شخصی او در زندگی زناشویی، با اندکی تسامح می‌توان گفت که در سطوح هیجانی نوعی دشواری در پذیرش این سطح از ارتباط درمانی در اغلب زنان شرکت‌کننده وجود دارد؛ آن‌جا که با تمسک به واژگانی چون «کنجکاوی» یا «ناباوری» و «ناراحتی»، احساس خویش از ترسیم چنین فضایی را بازگو می‌نمایند. در همین راستا در مردان شرکت‌کننده نیز به‌رغم تلقی مسائل شخصی بازگو شده توسط

شریک زندگی نزد روان‌درمانگر به‌عنوان بخشی از حریم شخصی او در زندگی زناشویی، ترجیحی پیرامون آگاهی از محتوای آن‌چه شریک زندگی با درمانگر خویش در میان می‌گذارد، وجود دارد: «حقشه اما پذیرش سخته، فکر می‌کنم سخته. البته توی شرایطش قرار نگرفتم ولی همین که بهش فکر می‌کنم می‌بینم پذیرش این هم برام سخته، مثلاً در طول چند سال زندگی هیچ وقت یه مسأله رو به من بروز ندادن، بعد توی جلسه مشاوره خیلی راحت بیان کردن اونم با مثلاً با یه خانوم...» (زن ۴۵ ساله). «من واقعاً دوست ندارم و احساس خوبی بهم دست نمی‌ده... ولی می‌گم اگه همسرم ناچار شده مراجعه کنه و یه چیزایی رو بگه که به من هم نگفته، اگر قراره کمکی بهش بکنه ایرادی نداره...» (مرد ۳۵ ساله).

۳-۴. در مذمت تصمیم‌گیری برای بیمار. از دیگر نکات مورد تأکید در دیدگاه کلیه شرکت‌کنندگان این تحقیق، تأکید بر ممنوعیت یک روان‌درمانگر برای ارائه توصیه‌های مستقیم به درمانجو هنگام بروز اختلافات زناشویی است. مطابق با این رهیافت، هرگونه توصیه مستقیم از سوی روان‌شناس مبنی بر جدایی یا ادامه زندگی زناشویی به درمانجویانی که با چالش‌ها و اختلافاتی در زندگی زناشویی خویش دست‌به‌گریبان هستند، نمودار تصمیم‌گیری از سوی درمانگر و محدود شدن دامنه اختیار درمانجو برای تصمیم‌گیری پیرامون آینده زندگی زناشویی خویش است و از این رو مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی وی تلقی می‌گردد: «این کار به نظر من در نهایت درست نیست، ایشون می‌تونه بگه بنابر تجربه‌ی من یه همچین رابطه‌ای دچار این مشکل و این چالش می‌شه. چون در نهایت همیشه تصمیم با خود اون آدمه، مثل آدمی که تصمیم می‌گیره خودکشی کنه و می‌دونه قطعاً و شاید به خیلی چیزاش فکر کرده و در نهایت شما باید به تصمیم اون آدم احترام بزارین، اون دوست داشته که اون کار رو بکنه حالا به هر دلیلی به این‌جا رسیده...» (زن ۳۴ ساله). «من فکر می‌کنم فقط می‌تونه راهنمایی کنه و بیشتر از اون نباید وارد بشه. بیشتر از اون نوعی دخالته...» (مرد ۴۶ ساله).

شکل شماره (۱) نقشه درون‌مایه‌ای ملزومات صیانت از حریم شخصی و زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر را مطابق با دیدگاه مردان و زنان ایرانی در قالب سه درون‌مایه‌ی سایبانی به تصویر کشیده است. ارتباط بین درون‌مایه‌های سایبانی، درون‌مایه‌ها، و درون‌مایه‌های فرعی در این نقشه به شکل سلسله‌مراتبی ترسیم شده است. در این نقشه درون‌مایه‌ای، درون‌مایه‌های سایبانی «محرمیت و تخصص»، بیانگر جایگاه روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر در گستره حریم شخصی و زناشویی است. به‌رغم تأکید شرکت‌کنندگان بر وجه منحصربه‌فرد ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو در قیاس با سایر ارتباط‌های درمانی، که بازتابنده امکان ورود روان‌درمانگر - به‌عنوان فردی محرم و متخصص - در مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی درمانجو است، مرزهایی نیز برای صیانت از حریم شخصی و زناشویی در این ارتباط درمانی وجود دارد. درون‌مایه سایبانی «مرز در ارتباط درمانی» دربرگیرنده درون‌مایه‌هایی است که مرزهای مزبور را مطابق با دیدگاه مردان و زنان در جامعه ایرانی توصیف می‌نماید.



شکل ۱: نقشه درون‌مایه‌ای ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی مطابق با دیدگاه مردان و زنان ایرانی

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نحوه ادراک مردان و زنان متأهل جامعه ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر انجام شده است. از آنجایی که کلیه شرکت‌کنندگان این تحقیق فاقد تجربه روان‌درمانی بوده‌اند، تحلیل دیدگاه آنان در حیطه موضوعی مزبور، می‌تواند حاوی دلالت‌های مهمی از نقش بافتار فرهنگی-اجتماعی در مفهوم‌بندی فرهنگی از شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و منطبق با فرهنگ باشد. نتایج این پژوهش بازتابنده سه درون‌مایه سایبانی یا غالب است که خود حاوی درون‌مایه‌های دیگری است: محرمیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی. درون‌مایه‌های محرمیت و تخصص، شاکله اصلی ادراک و تصور مردان و زنان این تحقیق نسبت به مقام و جایگاه یک روان‌شناس به‌عنوان درمانگر در مرزهای حریم شخصی و زناشویی بیمار است. مطابق با این رهیافت، اگرچه مرزهای حریم زناشویی دربرگیرنده مصادیقی از زندگی مشترک یک زوج است که تلاش برای حفظ و صیانت از آن‌ها در برابر ورود دیگران حتی اعضاء خانواده نسبی در کانون توجه زن و مرد قرار دارد، اما این مرزها را می‌توان هنگام بروز تنیدگی و مشکل در زندگی زناشویی، نسبت به ورود دیگرانی که واجد نقشی یاری‌رسان هستند، انعطاف‌پذیر دانست. از این منظر، روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر محرم اسرار تلقی شده، تا جایی که امکان طرح کلیه اطلاعات مربوط به حریم شخصی و زناشویی - از ارتباط تنانه زناشویی تا مسائل عاطفی شخصی پیش از ازدواج زن و مرد - نزد او وجود دارد. مرکزیت چنین ادراکی را می‌توان با توجه به درون‌مایه‌هایی که ذیل تخصص درمانگر تعریف شده‌اند، به بیانی عملیاتی ترجمه نمود. «گره‌گشا، باتجربه، خردمند، بری از قضاوت‌گری و رازدار» مجموعه صفاتی است که از سوی زنان و مردان این تحقیق به روان‌شناس اطلاق گردیده است. تجمیع چنین خصلت‌هایی در یک روان‌درمانگر شالوده اصلی بنیادین است که از آن ذیل عنوان «ایفای نقش یاری‌گرانه» یاد می‌شود، و برهان اصلی زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق پیرامون محرم دانستن یک روان‌شناس برای ورود به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران

می‌باشد. به بیان دیگر نفوذپذیری مرزهای حریم زناشویی نسبت به ورود یک روان‌درمانگر، منوط به تخصص و ایفای نقش مؤثر او در شفای آلام روحی و مشکلات زناشویی درمانجویان می‌باشد؛ دیدگاهی که ترجمان رویکرد پزشک‌مدارانه مبتنی بر درمان است و محرمیتی به‌مثابه محرمیت پزشک در مسائل شخصی بیمار طی چنین گفتگویی تبلور می‌یابد. از این منظر، جامعه درمانگر متخصص برای ورود به حریم شخصی و زناشویی بیمار، علاوه بر قامت یک پزشک، قابلیت اطلاق برای یک روان‌شناس را نیز دارا است. مع‌ذک، تأکید بر منحصربه‌فرد بودن ارتباط درمانی بیمار و روان‌درمانگر در قیاس با سایر ارتباط‌های انسانی و ارتباط‌های درمانی، یکی از وجوه قابل تأمل در آراء مردان و زنان این تحقیق است؛ چه آراء مردان و زنان شرکت‌کننده در این تحقیق تصریح‌گر انعطاف‌پذیری بیشتر مرزهای حریم زناشویی برای ورود یک روان‌شناس در قیاس با همتای آن‌ها به‌عنوان پزشک می‌باشد. این تلقی از جایگاه روان‌درمانگر از آبخشور برخی باورهای عمومی نسبت به ماهیت و جوهره روان‌درمانی ارتزاق می‌نماید. مطابق با داعیه برخی مؤلفین (به‌عنوان نمونه، کزدین^{۳۸}، ۱۹۷۹؛ فیرس^{۳۹} و ترال، ۲۰۰۲) یکی از مهم‌ترین عوامل غیر اختصاصی تأثیرگذار بر موفقیت روان‌درمانی، ایمان و امید به تغییر، و انتظار قابلیت بیشتر از سوی درمانجویان و عموم مردم می‌باشد. فیرس و ترال (۲۰۰۲) مبانی شکل‌گیری چنین انتظاراتی را مطرح می‌نمایند که مطابق با دیدگاه آنان، افزون بر پایبندی تمامی درمانگران از یک نظریه تغییر درمان‌بخش، یکی از مهم‌ترین علت‌های ایمان به روان‌درمانگر این است که روان‌درمانی حداقل از دیدگاه قاطبه افراد جامعه با رمز و راز آمیخته است. بیماران غالباً با این توقع وارد جریان درمان می‌شوند که حتماً بهداشت روانی آنان بیشتر خواهد شد. درمانگر هم این اعتقاد آنان را تقویت می‌کند، البته با آگاهی از این که یک بیمار معتقد و باانگیزه بیش از یک بیمار بدبین و سخت‌پیشرفت خواهد کرد. در همین راستا، فرانک^{۴۰} (۱۹۸۲، به نقل از فیرس و ترال، ۲۰۰۲) در توصیف روان‌درمانی اشاره می‌کند که درمان یک طرح مفهومی، استدلالی یا افسانه‌ای است که توضیحات معقولی برای مشکلات بیماران فراهم می‌آورد و نسخه خاصی نیز جهت برقراری تعادل مجدد تجویز می‌نماید. این توضیحات و شعایر دلیل موجه و آبرومندانه‌ای در اختیار بیمار می‌گذارند تا در زمان مقتضی نشانه‌های بیمارگون خویش را کنار بگذارد.

خلاصه این که آن را هرچه بنامیم - عامل غیر اختصاصی، اثر هاله‌ای یا ایمان به درمانگر- باید گفت که در فرایند درمان، عنصر مهمی محسوب می‌شود؛ عنصری که در دیدگاه شرکت‌کنندگان این تحقیق نیز به طرز قابل توجهی تبلور یافته است، چنان که با در نظر گرفتن دیدگاه آنان پیرامون محرمیت روان‌شناس و انتساب صفاتی چون گره‌گشا، خردمند، باتجربه، بری از قضاوت‌گری و رازدار، به نظر می‌رسد که رویکردی فرآیند‌ساز به یک روان‌درمانگر دارند. وجود چنین نگاه تقدیس‌گرایانه‌ای به روان‌شناس در جامعه ایرانی در ابتدای امر از آنجایی که بیانگر اقبال عمومی قابل توجه به جایگاه و نقش روان‌شناس در حوزه بهداشت روانی است، مایه مباهات و مسرت خواهد بود؛ اگرچه تلقی اخیر بازتابنده این حقیقت است که پس از گذشت تمامی فراز و فرودهایی که طی چندین دهه پیرامون گسترش و جای‌گیر شدن رشته روان‌شناسی فراروی روان‌شناسان این مرز و بوم وجود داشته، هم‌اکنون این شاخه از بهداشت روان لاقلاً از زاویه نگاه عموم مردم به جایگاه ممتاز و غیرقابل انکاری در بین رشته‌های علمی فعال در قلمرو بهداشت روانی دست یافته است. با این وجود رویه دیگر سکه‌ای که در یک وجه آن اقبال عمومی قابل توجه نسبت به روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر

خودنمایی می‌کند، مسئولیت و امانت گرانی است که بر دوش جامعه روان‌شناسی و یکایک روان‌شناسان در ایفای نقش حرفه‌ای‌شان از سوی عموم افراد جامعه به ودیعه نهاده شده است. درون‌مایه «مرز در ارتباط درمانی» نیز به بهترین وجه توصیف‌گر این مسئولیت خطیر می‌باشد.

مرز در ارتباط درمانی، سومین درون‌مایه سایبانی استخراج شده از داده‌های متنی این تحقیق می‌باشد. به‌رغم آن‌چه پیرامون محرمت یک روان‌درمانگر و مجاز دانستن او برای ورود به وجوه مختلف حریم شخصی و زناشویی بیماران گفته شد، بر اساس آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق می‌توان قائل به وجود مرزهایی نیز در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر بود که صیانت از آن‌ها طی رشته ارتباط درمانی بین درمانگر و بیمار لازمه پذیرش نقش یاری‌گرانه درمانگر در التیام آلام روحی و مشکلات زناشویی است. همچنان که در قسمت نتایج این پژوهش به آن اشاره شد، مرزهای مزبور بیشتر از آن‌که ناظر به اطلاعات خاصی از حریم شخصی و زناشویی بیماران باشد، روایت‌گر بایدها و نبایدهای مطلوبی است که در ذهن شرکت‌کنندگان نسبت به یک ارتباط درمانی قابل اتکا و امن وجود دارد. از این منظر، درون‌مایه «اخلاق‌مداری» به بهترین شکل بازتابنده مرز در ارتباط درمانی است و خود پیش‌درآمد مباحث زیادی پیرامون صلاحیت حرفه‌ای روان‌شناسان و نظارت حرفه‌ای بر عملکرد آنان در اتاق درمان است. با توجه به تلقی بعضاً فرانسوسی و آمیخته با رمز و راز عموم از نقش گره‌گشای روان‌شناس، واضح است که ارتباط حرفه‌ای میان روان‌درمانگر و بیمار، بالقوه در خطر استبداد باشد: «چه هر آن‌چه بیمار می‌گوید ناشی از مرض وی، و هر آن‌چه درمانگر می‌گوید از آیشخور خرد درمانی و بی‌طرفی او مایه می‌گیرد. مطابق با این رهیافت، درمانگر را می‌توان طبیب دل‌پرورد بیمار و مصون از سوگیری در گفتار و لحن دانست. کم‌کم هم می‌توان گفت ایرانی است با کمالات فراوان که تکیه به او شفا است. اما چنین برداشتی او را از دایره‌ی خطاهای معمول انسانی دور می‌کند، و در نتیجه مسئولیتی فرانسوسی بر شانه‌هایش می‌گذارد. اگر از این خطر استبدادی که آسیبی دوطرفه به همراه دارد به سلامت بگذریم، واقعیت این رابطه‌ی حرفه‌ای چیست: دو انسان یکی بیمار و دیگری درمانگر، یکی با درد دست به گریبان است و دیگری شفای درد را در دست دارد، یکی بی‌خبرتر از گره‌های روحی و دیگری باخبرتر، اما هر دو محتاج همکاری یکدیگر در شفای بیمار و هر دو - بیمار بیشتر و درمانگر کمتر - در معرض غفلت از خارهای دل خود و دیگری». (قربانی، ۱۳۹۳، ص ۱). اما با عبور از نگاه فرانسوسی به درمانگر و پذیرش نقشی انسانی برای او، که طی فرایند تقلیل آلام روحی درمانجوی خویش مصون از غفلت و بری از اشتباه نمی‌باشد، بدیهی است که این ارتباط درمانی ساری در اتاق درمان، و رای پویایی‌های حرفه‌ای و علمی مستور در خود، با خیل گسترده‌ای از چالش‌ها و تنگناهای اخلاقی دست به گریبان باشد. با توجه به تأکیدی که در دیدگاه مصاحبه‌شوندگان این مطالعه نسبت به اهمیت اخلاق‌مدار بودن روان‌درمانگر در ارتباط درمانی وجود دارد، تا جایی که وزن اخلاق‌مداری یک روان‌شناس را در قیاس با درجه خبرگی و تخصص او برای ارجاع مشکلات خویش به وی سنگین‌تر دانسته‌اند، این موضوع اهمیتی دوچندان می‌یابد. اهمیت اخلاق و تأکید بر اخلاق‌مدار بودن درمانگر تا حدی است که بر اساس دیدگاه مردان و زنان این تحقیق، ورود درمانگر به بخش‌هایی از زندگی زناشویی درمانجو که در کانون مشکلات ارجاعی او وجود ندارد نیز به‌مثابه نقض حریم خصوصی آن‌ها ادراک می‌گردد؛ همچون تماس بخش‌هایی از اندام یک بیمار توسط پزشک در فرایند تشخیص و درمان که ضروری نباشد. در حد خطوط کلی، می‌توان گفت که یکی از معیارهای عمده پختگی و بلوغ هر

حرفه‌ای، میزان تعهد آن حرفه به معیارهای اخلاقی است. روان‌شناسی در حوزه بهداشت روان، پیشگام تدوین نظام‌نامه رسمی اخلاق حرفه‌ای بوده است. انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۵۱ یک نظام‌نامه اخلاقی تدوین و در سال ۱۹۵۳ آن را به طور رسمی ذیل عنوان «معیارهای اخلاقی روان‌شناسان» منتشر کرد (فیرس و ترال، ۲۰۰۲)؛ تلاشی که بعدها و پس از شکل‌گیری سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره در ایران نیز نمونه مشابهی از آن تدوین و در اختیار جامعه روان‌شناسی کشور قرار گرفت. برخورداری از صلاحیت حرفه‌ای یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی مورد تأکید در نظام‌نامه مزبور است که جنبه‌های متعددی نیز دارد. نخست آن که روان‌شناسان بالینی همیشه باید تحصیلات خود را مشخص کنند. به‌عنوان نمونه کسی که هنوز مدرک دکترا نگرفته نباید وانمود کند مدرک دکترا دارد. اگر متخصص مربوطه روان‌شناس مشاور است باید خودش را روان‌شناس مشاور معرفی کند نه روان‌شناس بالینی. پس متخصصان بالینی باید متناسب با آموزش‌هایی که دیده‌اند و سایر ابعاد صلاحیت، خودشان را درست معرفی کنند. همچنین نباید سنجش‌ها و درمان‌هایی انجام دهند که در آن زمینه‌ها آموزش ندیده‌اند و تجربه کسب نکرده‌اند. همچنین متخصصان بالینی باید نسبت به آن دسته از مباحث سنجش و درمان که تحت تأثیر جنس، قومیت و نژاد، سن یا گرایش جنسی بیماران قرار می‌گیرند خیلی حساس باشند. نهایت این که مشکلات شخصی و نقطه‌ضعف‌های شخصیتی متخصصان بالینی بر عملکردشان تأثیر می‌گذارند، در نتیجه باید جلوی تأثیرات منفی این مشکلات بر روابطشان با بیماران را بگیرند. لذا تمامی جنبه‌های صلاحیت مهم‌اند اعم از دانش، مهارت بالینی، قضاوت بالینی یا مهارت بین‌فردی (فیرس و ترال، ۲۰۰۲). اگر با ارزیابی‌های اخیر به‌عنوان بخشی از اخلاق حرفه‌ای در روان‌درمانی موافق باشیم، به نظر می‌رسد کمبودهایی جدی در پیکره نظارت حرفه‌ای بر نوع عملکرد روان‌شناسان خاصه روان‌شناسانی که به کار بالینی اشتغال دارند در کشور وجود دارد که نیازمند توجه و اهتمامی جدی است.

از بین درون‌مایه‌هایی که ذیل مرز در ارتباط درمانی تعریف شده‌اند، درون‌مایه‌های «تجانس جنسی»، و «نکوهش علقه‌ی عاطفی»، مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته‌ای هستند که توجه به آن‌ها در صورت‌بندی یک ارتباط درمانی مؤثر در این فرهنگ الزامی است. به‌رغم تسامحی که در دیدگاه زنان نسبت به مراجعه خود یا شریک زندگی به یک روان‌درمانگر غیرهمجنس وجود دارد، دیدگاه مردان با تأکید آن‌ها بر لزوم مراجعه خود به یک درمانگر هم‌جنس از دیدگاه رقیب متمایز می‌گردد. سهولت برقراری ارتباط درمانی، باورهای دینی و اعتقادی، و غیرت و تعصب مردانه بن‌مایه دیدگاه تجانس جنسی بین روان‌درمانگر و بیمار می‌باشد که از دیدگاه اغلب شرکت‌کنندگان این مطالعه خاصه مردان استخراج می‌گردد. نتایج اخیر با یافته‌های مطالعات موجود در ادبیات پژوهش ناهم‌خوان می‌باشد. مروری بر ادبیات پژوهش مؤید آن است که در حال حاضر شواهد متقنی مبنی بر تأثیر جنس درمانجو یا درمانگر بر نتیجه درمان یا لزوم تجانس جنسی بین درمانگر و بیمار برای شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و موفقیت درمانی وجود ندارد (فیرس و ترال، ۲۰۰۲). با این وجود در تبیین این نتایج توجه به دو نکته ضروری است: یکم آن که شرکت‌کنندگان این تحقیق زنان و مردانی بودند که فاقد تجربه حضور در جلسات روان‌درمانی بوده‌اند، و دوم آن که قاطبه پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه موضوعی معطوف به بافتار فرهنگی-اجتماعی حاکم بر آمریکا و اروپای غربی بوده و تعمیم این نتایج با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی متفاوت حاکم بر جامعه ایرانی (به‌عنوان نمونه، ذبیح‌زاده، مظاهری و حاتمی، ۱۳۹۱) نادرست به نظر می‌رسد. اگر با ارزیابی اخیر موافق باشیم، می‌توان با داعیه واکتل (۱۹۹۳)

مبنی بر تأثیرپذیری فرایند روان‌درمانی خاصه بخش ارتباط درمانی آن از ارزش‌های و رویه‌های فرهنگی حاکم بر جوامع هم‌سو بود. فرهنگ ایرانی در دین و باورهای مذهبی مردم ایران ریشه دارد، چنان‌که هویت مذهبی یکی از شالوده‌های اصلی هویت و شخصیت در فرهنگ ایرانی است (به‌عنوان نمونه، حاتمی، ۱۳۸۸). به تعبیر برخی پژوهشگران، فرهنگ یک ملت به مثابه تجسد مذهب آن ملت است. لذا برخی از ارزش‌های ساری و جاری در جامعه، ارزش‌هایی مذهبی و اعتقادی است که از آبشخور آموزه‌های دینی ارتزاق می‌نمایند. این باورهای دینی و اعتقادی تبلور مفاهیمی هم‌چون غیرت دینی را منجر می‌گردند که از دیرباز یکی از شاخصه‌های رفتاری مردان در این فرهنگ می‌باشد. غیرت، صفتی اخلاقی و به معنای حمیت و تعصب، و از لوازم محبت است. غیرتمند نیز به کسی گفته می‌شود که در حفظ ناموس، آبرو و شرف خود بکوشد. غیرت در لغت نیز به معنای رشک و حسد و یا سرشار از احساسات مردانه بودن است و با عفت رابطه‌ای مستقیم دارد. این واژه در زبان فارسی بیشتر به‌عنوان همت و حمیت و حفظ آبرو و ناموس متداول است و در روایات و احادیث نیز بیشتر درباره ناموس استعمال شده است (دهقان، ۱۳۹۲). در روایات و احادیث نیز غیرت بیشتر صفتی مردانه توصیف شده و برای آن انواع مختلفی ذکر شده است. از این منظر استحاله آموزه‌های دینی با آنچه که در این فرهنگ از آن ذیل عنوان «غیرت و تعصب مردانه» یاد می‌کنیم را می‌توان یکی از دلایل عمده تأکید مردان این تحقیق بر لزوم مراجعه شریک زندگی به یک روان‌درمانگر هم‌جنس دانست؛ خاصه زمانی که علت ارجاع، وجود مشکلات جنسی در رابطه زناشویی باشد که نیازمند به اشتراک گزاردن اطلاعات مربوط به حریم ارتباط تنانه زناشویی نزد درمانگر است. نتایج اخیر با توجه به اهمیت کیفیت ارتباط درمانی در پس‌خوردهای نهایی درمان (به‌عنوان نمونه، نورکراس و لمبرت، ۲۰۱۸)، ضرورت پژوهش‌های بومی و فرهنگی در زمینه تأثیرات احتمالی و بالقوه تجانس جنسی میان درمانگر و بیمار در نتیجه نهایی درمان را برجسته می‌نماید.

افزون بر مؤلفه فرهنگی تجانس جنسی، مطابق با دیدگاه شرکت‌کنندگان این تحقیق هرگونه تعلق عاطفی از سوی شریک زندگی نسبت به یک درمانگر غیر هم‌جنس نیز مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی آن‌ها تلقی می‌گردد. نکته قابل تأمل دیگر نیز در این حیطة، آن بخش از نتایج است که بیان و طرح بخشی از مسائل مربوط به زندگی شخصی و زناشویی توسط شریک زندگی نزد روان‌درمانگر درحالی‌که همسر او از آن اطلاعی ندارد نیز به‌رغم پذیرش آن در سطح منطقی، در سطح هیجانی برای زنان و خاصه مردان مصاحبه‌شونده دشوار می‌نماید. بر این اساس به نظر می‌رسد بین آنچه در فرایند واقعی روان‌درمانی جریان دارد، با برخی از ادراکات و ترجیحات عموم مردم در این فرهنگ تضادهایی وجود داشته باشد که پرداختن به آن خاصه از منظر افرادی که در فرایند درمان قرار دارند، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این یافته پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهش‌های مشابهی این‌بار از منظر افرادی که به‌عنوان درمانجو در جلسات روان‌درمانی شرکت دارند انجام گردد؛ چه انجام چنین مطالعاتی و مقایسه نتایج آن با یافته‌های این مطالعه می‌تواند در پاسخ‌گویی به برخی تضادهای موجود بین جریان واقعی روان‌درمانی و بایدها و نبایدهایی که در ذهن عموم مردم نسبت به روان‌درمانی و ارتباط درمانی وجود دارد، یاری‌رسان باشد.

پی‌نوشت‌ها

1. Common factor
2. Non-specific variables
3. Therapeutic communication
4. Prochaska & Norcross
5. Wachtel
6. Trull & Prinstein
7. Ruzek & Woods
8. Privacy
9. Pope & Vasquez
10. Welfel
11. Gifford
12. Lin
13. Campbell, Yonge & Austin
14. Hall & McGraw
15. Transference
16. Stern & Hirsch
17. counter transference
18. Dahl
19. self-disclosure
20. Solomonov & Barber
21. Intimacy
22. Atzil-Slonim
23. Cultural psychology
24. Markus & Kitayama
25. Hongladrom
26. Marital privacy
27. Lambert
28. Thematic analysis
29. Clarke, Braun & Hayfield
30. Latent thematic analysis
31. Halliwell
32. Member checking
33. Creswell
34. Overarching themes
35. Themes
36. Sub-themes
37. Thematic mapping
38. Kazdin
39. Phares
40. Frank

منابع

- چراغی، م.، مظاهری، م.، ع.، موتابی، ف.، پناغی، ل.، صادقی، و سلمانی، خ. (۱۳۹۶). مقیاس سیستمی- مثلثی خانواده: ابزاری برای سنجش روابط همسران و خانواده‌های اصلی آن‌ها. *خانواده‌پژوهی*، (۳/۱۳)، ۳۴۳-۳۶۰.
- حاتمی، ج. (۱۳۸۸). علم شناخت در روان‌شناسی مدرن و گذشته فلسفی روان‌شناسی در ایران: یک مطالعه تاریخی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، (۳/۲۴)، ۱۱۲-۱۴۳.
- دهقان، ر. (۱۳۹۲). نقش زنانگی در مقوله اخلاقی غیرت. *اخلاق*، (۳۳/۹)، ۶۴-۵۲.
- ذبیح‌زاده، ع.، مظاهری، م.، ع. و حاتمی، ج. (۱۳۹۱). فرهنگ به عنوان یک چارچوب داور مؤثر در سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگر. *مجله روان‌شناسی*، (۳/۱۶)، ۲۳۱-۲۱۴.
- ذبیح‌زاده، ع.، مظاهری، م.، ع.، حاتمی، ج.، پناغی، ل. و نیک‌فرجام، م. ر. (۱۳۹۶). مقایسه ساختار معنایی حریم خصوصی در ایران و آمریکا: مطالعه‌ای بر مبنای تحلیل تناظر. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، (۲۶/۷)، ۳۶-۱۹.
- فیرس، ا. ج. و ترال، ت. ج. (۲۰۰۲). *روان‌شناسی بالینی: مفاهیم، روش‌ها و حرفه*، ترجمه م. فیروزبخت (۱۳۹۲). تهران: انتشارات رشد، چاپ دوازدهم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- واکتل، پ. (۱۹۹۳). *ارتباط درمانی: چه بگوییم و چه وقت بگوییم*، ترجمه ن. قربانی و س. طاهباز (۱۳۹۳). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Peri, T., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). Emotional congruence between clients and therapists and its effect on treatment outcome. *Journal of counseling psychology*, 65(1), 51-64.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Campbell, R. J., Yonge, O., & Austin, W. (2016). Intimacy boundaries: Between mental health nurses & psychiatric patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 43(5), 32-39.
- Cheraghi, M., Mazaheri, M. A., Mootabi, F., Sadeghi, M. S., & Salmani, K. (2017). Family triad systemic scale: An instrument for assessment of relationships between couple and families of origin. *Journal of Family Research*, 13(3), 343-360 [in Persian].
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 3rd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dahl, H. S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlø, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does Therapists' Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 462-474.
- Dehghan, R. (2013). The role of femininity in the moral category of 'honor'. *Faslanme-ye Akhlagh*, 9(33), 83-106 [in Persian].
- Gifford, R. (2014). *Environmental psychology: Principles and practice*. 5th Ed. Colville, WA: Optimal books.
- Hall, J. L., & McGraw, D. (2014). For telehealth to succeed, privacy and security risks must be identified and addressed. *Health Affairs*, 33(2), 216-221.
- Hatami, J. (2010). [Science of cognition in modern psychology and philosophical history of psychology in Iran: A historical study]. *Psychological Research*, 24(3), 112-143 [in Persian].
- Hayfield, N., Clarke, V., & Halliwell, E. (2014). Bisexual women's understandings of social marginalisation: 'The heterosexuals don't understand us but nor do the lesbians'. *Feminism & Psychology*, 24(3), 352-372.
- Hongladarom, S. (2016). *A Buddhist theory of privacy*. Singapore: Springer
- Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 846-851.
- Lin, T. (2011). Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *J Adv Nurs*, 67(2), 340-348.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implication for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010). Culture and self: a cycle of mutual constitution. *Perspect. Psychol. Sci.* 5(4), 420-430.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationship that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Phares, E. J., & Trull, T. J. (2002). *Clinical psychology: Concepts, methods and profession*. (M. Firoozbakht, Trans.). Tehran: Roshd [in Persian].
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruzek, N., & Woods, J. (2017). *Ethics in Group Psychotherapy*. In *The College Counselor's Guide to Group Psychotherapy*. London: Routledge.

- Sadeghi, M. S., Mazaheri, M. A., Mootabi, D. F., & Zahedi, K. (2012). Marital interaction in Iranian couples: examining the role of culture. *Journal of Comparative Family Studies*, *12*(3), 281-300.
- Solomonov, N., & Barber, J. P. (2018). Patients' perspectives on political self-disclosure, the therapeutic alliance, and the infiltration of politics into the therapy room in the Trump era. *Journal of clinical psychology*, *74*(5), 779-787.
- Stern, D. B., & Hirsch, I. (2017). *The Interpersonal Perspective in Psychoanalysis, 1960s-1990s: Rethinking Transference and Countertransference*. London: Taylor & Francis.
- Trull, T., & Prinstein, M. (2012). *Clinical psychology*. Toronto: Nelson Education.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication: Knowing what to say when* (N. Ghorbani & S. Tahbaz, Trans.). Tehran: University of Tehran Press [in Persian].
- Welfel, E. R. (2015). *Ethics in counseling & psychotherapy*. Boston: Cengage Learning.
- Zabihzadeh, A., Mazaheri, A., & Hatami, J. (2012). [Cultural influence as a frame of reference on psychotherapists' clinical decision-making style]. *Journal of Psychology*, *16*(3), 214-231 [in Persian].
- Zabihzadeh, A., Mazaheri, A., Hatami, J., Panaghi, L., & Nikfarjam, M. R. (2017). [Semantic structure of privacy in Iranian culture: A study based on correspondence analysis]. *Quarterly Social Psychology Research*, *7*(26), 19-36 [in Persian].