

شناسایی عوامل شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار

۱. نیما یوسفی: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۲. عاطفه نجفی*: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول). a.najafi.family@gmail.com

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

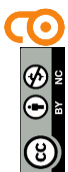
تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۸/۰۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار شهر تهران بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ درمانگر تازه‌کار شاغل در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز خدمات روان‌درمانی شهر تهران بودند که با نمونه‌گیری هدفمند و معیارمحور انتخاب شدند. معیار ورود شامل داشتن مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر در روان‌شناسی یا مشاوره، داشتن کمتر از پنج سال سابقه فعالیت درمانی، تجربه مستقیم ارائه خدمات روان‌درمانی، و تمایل به مشارکت آگاهانه در پژوهش بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ اشباع اولیه در مصاحبه شانزدهم حاصل شد و سه مصاحبه بعدی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. داده‌ها پس از پیاده‌سازی کامل، با استفاده از نرم‌افزار NVivo و بر اساس مراحل تحلیل مضمون شامل آشنایی با داده‌ها، کدگذاری اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی مضامین، نام‌گذاری مضامین و تدوین گزارش نهایی تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به شناسایی چهار مقوله اصلی منجر شد: «فشار نقش حرفه‌ای و ابهام هویت درمانگری»، «فرسایش هیجانی ناشی از مواجهه مداوم با رنج مراجعان»، «ناپمنی سازمانی و ضعف حمایت حرفه‌ای»، و «اختلال در مرزهای خودمراقبتی و زندگی شخصی». مشارکت‌کنندگان فرسودگی روانی را نه صرفاً خستگی کاری، بلکه فرایندی تدریجی توصیف کردند که با اضطراب عملکرد، تردید نسبت به کفایت درمانی، درگیری ذهنی پس از جلسات، احساس تنهایی حرفه‌ای، فشار اقتصادی، سوپرویزن ناکافی، و ناتوانی در جداسازی زندگی شخصی از کار درمانی شکل می‌گیرد. یافته‌ها نشان داد فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار پدیده‌ای چندبعدی و زمینه‌مند است که از تعامل عوامل فردی، هیجانی، حرفه‌ای و سازمانی پدید می‌آید. تقویت سوپرویزن حمایتی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان درمانگر، مدیریت حجم مراجعان، ایجاد شبکه‌های همتای حرفه‌ای و نهادهای خودمراقبتی می‌تواند به کاهش خطر فرسودگی در سال‌های آغازین فعالیت درمانی کمک کند.

کلیدواژه‌ها: فرسودگی روانی، درمانگران تازه‌کار، تحلیل مضمون، سوپرویزن بالینی، خودمراقبتی، روان‌درمانی.

⋮



Identifying the Factors Shaping Psychological Burnout Among Novice Therapists

1. Nima Yousefi: Department of Clinical Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
2. Atefeh Najafi*: Department of Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author). a.najafi.family@gmail.com

Submit Date: 2024-10-24

Revise Date: 2024-11-22

Accept Date: 2024-11-30

Publish Date: 2024-12-20

Abstract

This study aimed to identify the factors shaping psychological burnout among novice therapists in Tehran. This qualitative study was conducted using thematic analysis. The participants were 19 novice therapists working in counseling centers, psychotherapy clinics, and mental health service settings in Tehran. They were selected through purposive criterion-based sampling. Inclusion criteria consisted of holding at least a master's degree in psychology or counseling, having less than five years of clinical practice, direct experience in providing psychotherapy, and willingness to participate in the study. Data were collected through individual semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was reached; initial saturation occurred at the sixteenth interview, and three additional interviews were conducted to confirm data adequacy. All interviews were transcribed verbatim and analyzed using NVivo software. The analysis followed the main phases of thematic analysis, including familiarization with the data, initial coding, theme searching, theme reviewing, defining and naming themes, and producing the final analytic report. Data analysis led to the identification of four main categories: "professional role pressure and ambiguity of therapist identity," "emotional erosion caused by continuous exposure to clients' suffering," "organizational insecurity and weak professional support," and "disturbance in self-care boundaries and personal life." Participants described psychological burnout not merely as work-related fatigue, but as a gradual process shaped by performance anxiety, doubts about therapeutic competence, post-session rumination, professional loneliness, financial pressure, insufficient supervision, and difficulty separating personal life from therapeutic work. The findings indicated that psychological burnout among novice therapists is a multidimensional and context-dependent phenomenon emerging from the interaction of individual, emotional, professional, and organizational factors. Strengthening supportive clinical supervision, training therapists in emotional regulation, managing caseloads, developing peer-support networks, and institutionalizing self-care practices may reduce the risk of burnout during the early years of therapeutic practice.

Keywords: *psychological burnout, novice therapists, thematic analysis, clinical supervision, self-care, psychotherapy.*

مقدمه

فرسودگی روانی در حرفه‌های یاری‌رسان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت حرفه‌ای است، زیرا افرادی که در این مشاغل فعالیت می‌کنند به‌طور مداوم در معرض رنج، تعارض، بحران، ناکامی و نیازهای هیجانی دیگران قرار دارند. در میان این حرفه‌ها، روان‌درمانی و مشاوره جایگاه ویژه‌ای دارد؛ زیرا درمانگر نه‌تنها از دانش تخصصی و مهارت‌های بالینی خود استفاده می‌کند، بلکه بخش مهمی از کار او با حضور هیجانی، همدلی، تنظیم رابطه، تحمل ابهام و پردازش تجربه‌های آسیب‌زای مراجعان پیوند دارد. از این منظر، کار درمانی صرفاً مجموعه‌ای از فنون مداخله نیست، بلکه نوعی درگیری عمیق روانی و بین‌فردی است که می‌تواند در صورت فقدان منابع حمایتی، زمینه‌ساز فرسودگی تدریجی شود. مفهوم فرسودگی نخستین‌بار در ادبیات روان‌شناختی به‌عنوان وضعیت تحلیل‌رفتگی جسمانی و هیجانی در کارکنان حرفه‌های مراقبتی مطرح شد (Freudenberger, ۱۹۷۴) و بعدها در مدل مسلش و همکاران به‌صورت سه مؤلفه خستگی هیجانی، مسخ شخصیت یا فاصله‌گیری روانی، و کاهش احساس کفایت حرفه‌ای صورت‌بندی شد (Maslach et al., ۲۰۰۱). سازمان جهانی بهداشت نیز فرسودگی را پدیده‌ای شغلی می‌داند که حاصل استرس مزمن کاری مدیریت‌نشده است و با تخلیه انرژی، فاصله ذهنی از کار و کاهش کارآمدی حرفه‌ای مشخص می‌شود (World Health Organization, ۲۰۱۹).

اهمیت مطالعه فرسودگی در درمانگران زمانی آشکارتر می‌شود که ماهیت رابطه درمانی مورد توجه قرار گیرد. درمانگر در جلسه درمان با روایت‌هایی مواجه می‌شود که اغلب شامل سوگ، آسیب، خشونت، تعارض خانوادگی، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، شرم و شکست‌های تکرارشونده هستند. برخلاف بسیاری از مشاغل خدماتی، درمانگر نمی‌تواند صرفاً در سطح فنی و بیرونی با مراجع ارتباط برقرار کند، بلکه برای فهم تجربه مراجع نیازمند همدلی، گوش‌دادن فعال، حضور ذهن، تحمل هیجان‌های شدید و مدیریت پاسخ‌های درونی خود است. این مواجهه مداوم با رنج روانی دیگران، در صورت نبود مرزهای حرفه‌ای و حمایت تخصصی، می‌تواند به خستگی همدلانه، آسیب نیابتی و کاهش ظرفیت روانی درمانگر منجر شود (Figley, ۲۰۰۲; Pearlman & Mac Ian, ۱۹۹۵). پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که فرسودگی در روان‌درمانگران نه‌تنها سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند بر کیفیت رابطه درمانی، میزان درگیری مراجع در درمان، تصمیم‌گیری بالینی و اثربخشی مداخله تأثیر منفی بگذارد (Yang & Hayes, ۲۰۲۰; Vivolo et al., ۲۰۲۴).

درمانگران تازه‌کار به دلایل متعددی در برابر فرسودگی روانی آسیب‌پذیرتر هستند. ورود به حرفه درمانگری معمولاً با گذار از نقش دانشجوی یا کارآموز به نقش متخصص همراه است؛ گذاری که در آن فرد باید همزمان دانش نظری، مهارت‌های بالینی، مسئولیت اخلاقی، انتظارات مراجع، الزامات سازمانی و فشارهای اقتصادی را مدیریت کند. در این مرحله، درمانگر هنوز هویت حرفه‌ای تثبیت‌شده‌ای ندارد و اغلب میان تصویر ایدئال از «درمانگر خوب» و واقعیت پیچیده و مبهم کار بالینی گرفتار می‌شود. اسکوهولت و رنستاد تأکید کرده‌اند که درمانگران تازه‌کار با فشارهایی مانند اضطراب عملکرد، نیاز شدید به تأیید، ابهام در نقش حرفه‌ای، فقدان نقشه‌های مفهومی کافی، دشواری تنظیم مرزهای هیجانی و وابستگی به راهنمایی استادان و سوپروایزرها روبه‌رو هستند (Skovholt & Rønnestad, ۲۰۰۳). این عوامل سبب می‌شود که تجربه

شکست یا کندی پیشرفت درمان، عدم همکاری مراجع، قطع درمان، سکوت‌های طولانی جلسه، یا شدت علائم مراجع برای درمانگر تازه‌کار نه صرفاً یک چالش بالینی، بلکه تهدیدی برای احساس کفایت حرفه‌ای او تلقی شود.

در ادبیات جدید، فرسودگی درمانگران تازه‌کار بیشتر به‌عنوان پدیده‌ای چندعلتی و تعاملی شناخته می‌شود. برای مثال، کوک و همکاران در مطالعه‌ای بر درمانگران و مشاوران تازه‌کار نشان دادند که علائم خودگزارشی فرسودگی شامل تجربه‌های هیجانی منفی، خستگی جسمی و ذهنی، احساس ناکامی در کار درمانی، تردید نسبت به انتخاب حرفه، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و آشفتگی روان‌شناختی است (Cook et al., ۲۰۲۱). این یافته‌ها نشان می‌دهد که فرسودگی تازه‌کاران را نمی‌توان تنها با مدل‌های کلی فرسودگی توضیح داد، زیرا نشانه‌های آن در ابتدای مسیر حرفه‌ای با شکل‌گیری هویت درمانگری، نیاز به حمایت، و حساسیت به ارزیابی دیگران درهم‌تنیده است. در همین راستا، مرور نظام‌مند ون هوی و رزوتک نشان داد که فرسودگی روان‌درمانگران با عوامل جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های فردی، راهبردهای مقابله‌ای، فشار کاری، نوع محیط کار، سوپرویزن و حمایت حرفه‌ای مرتبط است (Van Hoy & Rzeszutek, ۲۰۲۲). بنابراین، فرسودگی در درمانگران تازه‌کار نه صرفاً پیامد کار زیاد، بلکه نتیجه تعامل بین فشار نقش، ظرفیت درونی، ساختار حمایتی و کیفیت تجربه حرفه‌ای است.

یکی از عناصر مهم در فهم فرسودگی درمانگران تازه‌کار، مفهوم فشار هیجانی و آسیب‌نیابتی است. درمانگر تازه‌کار معمولاً هنوز تجربه کافی برای تنظیم فاصله هیجانی با مراجع ندارد و ممکن است پس از پایان جلسه نیز ذهن او درگیر داستان مراجع، تصمیم‌های درمانی، نگرانی از آسیب مراجع یا قضاوت درباره عملکرد خودش باقی بماند. این حالت به‌ویژه در مواجهه با مراجعان دارای سابقه تروما، خودآسیب‌رسانی، افکار خودکشی، تعارض شدید خانوادگی یا اختلالات شخصیت آشکارتر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همدلی، آسیب‌نیابتی و فرسودگی در متخصصان سلامت روان با یکدیگر تعامل دارند و افزایش مواجهه با محتوای آسیب‌زا، در صورت نبود منابع تنظیمی و حمایتی، می‌تواند فرسودگی را تشدید کند (Kounenou et al., ۲۰۲۳). در درمانگران تازه‌کار، این مسئله با اضطراب عملکرد ترکیب می‌شود؛ یعنی درمانگر نه‌تنها از رنج مراجع متأثر می‌شود، بلکه همزمان نگران است که نتواند مداخله درست، به‌موقع و کافی انجام دهد.

در کنار عوامل فردی و هیجانی، زمینه سازمانی و اقتصادی نیز نقش مهمی در شکل‌گیری فرسودگی دارد. بسیاری از درمانگران تازه‌کار در سال‌های نخست فعالیت خود با درآمد ناپایدار، قراردادهای نامطمئن، فشار برای جذب مراجع، حجم زیاد کارهای اداری، انتظارات بالا از سوی مراکز درمانی، و گاه نبود فرصت کافی برای سوپرویزن مواجه‌اند. این شرایط می‌تواند احساس کنترل شغلی را کاهش دهد و درمانگر را در موقعیتی قرار دهد که برای اثبات توانایی خود، بیش از ظرفیت روانی‌اش مراجع بپذیرد یا مرزهای زمانی و هیجانی خود را نادیده بگیرد. یانگ و هیز در مرور خود نشان دادند که کنترل ادراک‌شده بر کار، ماهیت مراجعان، واکنش‌های انتقال متقابل، حمایت سوپرویزی و تاریخچه سلامت روان درمانگر از عوامل مهم مرتبط با فرسودگی در متخصصان سلامت روان هستند (Yang & Hayes, ۲۰۲۰). بر همین اساس، فرسودگی درمانگر تازه‌کار را باید در سطحی فراتر از ویژگی‌های شخصیتی فرد تحلیل کرد؛ زیرا ساختار حرفه‌ای، فرهنگ سازمانی و کیفیت حمایت آموزشی می‌توانند مسیر فرسودگی یا تاب‌آوری را تعیین کنند.

سوپرویزن بالینی یکی از مهم‌ترین منابع محافظتی در برابر فرسودگی درمانگران تازه‌کار است. سوپرویزن صرفاً محل دریافت راهکار فنی برای مراجع نیست، بلکه فضایی برای بازتاب تجربه درمانگر، پردازش اضطراب‌های بالینی، فهم انتقال متقابل، تنظیم مرزها، و تقویت هویت حرفه‌ای محسوب می‌شود. جانسون و همکاران در مطالعه‌ای بر روان‌درمانگران نشان دادند که کیفیت رابطه سوپرویزنی با کاهش فاصله‌گیری و گسستگی شغلی مرتبط است و سوپرویزن با کیفیت می‌تواند فضایی امن برای بیان تجربه‌های دشوار درمانگر فراهم کند (Johnson et al., ۲۰۲۰). مطالعه کیفی دمیرتزی‌دو و تراگانتزوپولو نیز درباره درمانگران تازه‌کار نشان داد که سوپرویزن می‌تواند به کاهش احساس ناکفایتی، عادی‌سازی تجربه فرسودگی، افزایش یادگیری و ایجاد لنگر روانی برای رشد حرفه‌ای کمک کند (Demirtzidou & Tragantzopoulou, ۲۰۲۵). بالین‌حال، در بسیاری از زمینه‌ها، سوپرویزن یا به‌صورت نامنظم انجام می‌شود یا بیش از حد بر تکنیک متمرکز است و جنبه‌های هیجانی و هویتی کار درمانگر تازه‌کار را نادیده می‌گیرد.

با وجود گسترش مطالعات بین‌المللی درباره فرسودگی در متخصصان سلامت روان، هنوز نیاز به پژوهش‌های کیفی و زمینه‌مند درباره تجربه درمانگران تازه‌کار در بافت‌های فرهنگی و سازمانی خاص وجود دارد. در ایران و به‌ویژه در کلان‌شهر تهران، درمانگران تازه‌کار با ترکیبی از فشارهای حرفه‌ای، اقتصادی، رقابت شغلی، انتظارات خانواده و جامعه، حساسیت‌های فرهنگی مراجعان، پیچیدگی‌های اخلاقی و محدودیت دسترسی به سوپرویزن ساختاریافته مواجه‌اند. چنین زمینه‌ای ممکن است الگوی فرسودگی آنان را از مدل‌های عمومی موجود متمایز کند. پژوهش کیفی می‌تواند امکان فهم عمیق‌تر تجربه زیسته درمانگران را فراهم کند و نشان دهد که فرسودگی چگونه در روایت‌های آنان معنا می‌یابد، چه موقعیت‌هایی آن را تشدید می‌کند، و چه منابعی می‌تواند از پیشرفت آن جلوگیری کند. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار شهر تهران بود.

روش‌شناسی

طرح پژوهش و مشارکت‌کنندگان: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. این روش به دلیل انعطاف‌پذیری نظری و توانایی آن در شناسایی الگوهای معنایی تکرارشونده در داده‌های مصاحبه‌ای برای بررسی عوامل شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار مناسب بود (Braun & Clarke, ۲۰۰۶). جامعه پژوهش شامل درمانگران تازه‌کار شاغل در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز ارائه خدمات روان‌درمانی در شهر تهران بود. منظور از درمانگر تازه‌کار در این مطالعه فردی بود که کمتر از پنج سال سابقه فعالیت درمانی مستقل یا نیمه‌مستقل داشت و به‌طور مستقیم با مراجعان روان‌درمانی کار می‌کرد. مشارکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و معیارمحور انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد در روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی عمومی، مشاوره یا رشته‌های مرتبط، اشتغال به ارائه خدمات درمانی یا مشاوره‌ای، داشتن ۶ ماه تا ۵ سال سابقه کار درمانی، سکونت یا اشتغال حرفه‌ای در تهران، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل نداشتن تجربه مستقیم کار درمانی، سابقه فعالیت بیش از پنج

سال، عدم تمایل به ضبط مصاحبه، و انصراف در هر مرحله از پژوهش بود. در مجموع، ۱۹ درمانگر تازه‌کار در پژوهش شرکت کردند. اشباع نظری در مصاحبه شانزدهم حاصل شد، اما برای اطمینان از کفایت داده‌ها و نبود مضمون جدید، سه مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد.

گردآوری داده‌ها: داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد. راهنمای مصاحبه بر اساس هدف پژوهش، مرور ادبیات و مشورت با دو متخصص روان‌شناسی بالینی طراحی شد. مصاحبه‌ها با پرسش‌های باز آغاز شد؛ مانند «وقتی از فرسودگی روانی در کار درمانی صحبت می‌کنید، چه تجربه‌هایی به ذهن شما می‌آید؟»، «چه موقعیت‌هایی در سال‌های نخست درمانگری بیشترین فشار روانی را برای شما ایجاد کرده است؟»، «چه عواملی باعث می‌شود پس از جلسات درمانی احساس تخلیه یا درگیری ذهنی داشته باشید؟»، و «چه نوع حمایت‌هایی می‌توانست مانع فرسودگی شما شود؟». با توجه به پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، پرسش‌های پیگیرانه برای روشن‌سازی، تعمیق و دریافت نمونه‌های عینی مطرح شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد، محرمانگی اطلاعات تضمین شد، نام واقعی افراد حذف و از کدهایی مانند P۱ تا P۱۹ استفاده شد. مشارکت‌کنندگان آگاه شدند که می‌توانند در هر مرحله بدون پیامد منفی از پژوهش خارج شوند.

تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، متن‌ها چندین بار خوانده شد تا پژوهشگر با کلیت داده‌ها آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با تجربه فرسودگی روانی، عوامل تشدیدکننده، شرایط زمینه‌ای، پیامدها و منابع مقابله‌ای استخراج و کدگذاری اولیه شدند. در مرحله بعد، کدهای مشابه در خوشه‌های مفهومی قرار گرفتند و مضامین اولیه شکل گرفت. مضامین به‌طور مکرر با متن خام مصاحبه‌ها مقایسه شدند تا انسجام درونی و تمایز بیرونی آن‌ها بررسی شود. در نهایت، چهار مقوله اصلی و چند زیرمقوله مرتبط استخراج شد. برای افزایش اعتبارپذیری، بخشی از یافته‌ها با چند مشارکت‌کننده مرور شد و اصلاحات پیشنهادی آنان در تفسیر داده‌ها لحاظ شد. همچنین فرایند کدگذاری و نام‌گذاری مضامین با نظر دو متخصص پژوهش کیفی و روان‌شناسی بالینی بازبینی شد. برای افزایش انتقال‌پذیری، ویژگی‌های زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان و فرایند گردآوری داده‌ها با جزئیات گزارش شد. برای افزایش اتکاپذیری نیز مسیر تحلیل، تصمیم‌های کدگذاری، یادداشت‌های تحلیلی و تغییرات مضامین در طول پژوهش ثبت شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۹ مشارکت‌کننده، ۱۲ نفر زن معادل ۶۳.۲ درصد و ۷ نفر مرد معادل ۳۶.۸ درصد بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۳۸ سال بود و بیشتر آنان در بازه ۲۷ تا ۳۲ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۳ نفر معادل ۶۸.۴ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۶ نفر معادل ۳۱.۶ درصد دانشجوی دکتری یا دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی یا مشاوره بودند. از نظر سابقه کار درمانی، ۴ نفر معادل ۲۱.۱ درصد بین ۶ تا ۱۲ ماه، ۸ نفر معادل ۴۲.۱ درصد بین ۱۳ تا ۲۴ ماه، ۵ نفر معادل ۲۶.۳ درصد بین ۲۵ تا ۳۶ ماه و ۲ نفر معادل ۱۰.۵ درصد بین ۳۷ تا ۴۸ ماه تجربه فعالیت درمانی داشتند. از نظر محل فعالیت، ۹ نفر معادل ۴۷.۴ درصد در کلینیک‌های خصوصی،

۵ نفر معادل ۲۶.۳ درصد در مراکز مشاوره، ۳ نفر معادل ۱۵.۸ درصد به صورت ترکیبی حضوری و آنلاین، و ۲ نفر معادل ۱۰.۵ درصد در مراکز وابسته به سازمان‌ها فعالیت می‌کردند. از نظر رویکرد درمانی غالب، ۷ نفر معادل ۳۶.۸ درصد رویکرد شناختی-رفتاری، ۴ نفر معادل ۲۱.۱ درصد رویکرد طرحواره‌درمانی، ۳ نفر معادل ۱۵.۸ درصد رویکرد روان‌پویشی، ۳ نفر معادل ۱۵.۸ درصد رویکرد یکپارچه‌نگر و ۲ نفر معادل ۱۰.۵ درصد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را گزارش کردند.

فشار نقش حرفه‌ای و ابهام هویت درمانگری: نخستین مقوله اصلی نشان داد که بخش مهمی از فرسودگی روانی درمانگران تازه‌کار از ابهام در نقش حرفه‌ای و ناپایداری هویت درمانگری ناشی می‌شود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در سال‌های نخست فعالیت درمانی، هنوز مرز میان «دانستن نظری» و «توانستن بالینی» برای آنان روشن نبود و همین مسئله باعث می‌شد هر جلسه درمانی به نوعی آزمون کفایت شخصی تبدیل شود. آنان از ترس اشتباه، نگرانی از قضاوت مراجع، اضطراب درباره انتخاب تکنیک مناسب و مقایسه مداوم خود با درمانگران باتجربه سخن گفتند. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «گاهی بعد از جلسه فقط به این فکر می‌کردم که آیا واقعاً حرف درستی زدم یا نه؛ انگار هر مراجع قرار بود ثابت کند من درمانگر هستم یا نیستم. (P۴) «مشارکت‌کننده دیگری گفت: «در دانشگاه خیلی چیزها یاد گرفته بودیم، اما وقتی مراجع واقعی روبه‌رویم می‌نشست، حس می‌کردم همه چیز مبهم است و باید همان لحظه ثابت کنم که بلد هستم. (P۱۱) «این مقوله شامل زیرمقوله‌هایی مانند اضطراب عملکرد، تردید نسبت به کفایت درمانی، وابستگی به تأیید سوپروایزر یا مراجع، و تضاد میان تصویر ایدئال از درمانگر و واقعیت کار بالینی بود. داده‌ها نشان دادند که ابهام هویتی درمانگر تازه‌کار سبب می‌شود فشارهای معمول حرفه‌ای به تهدیدی برای ارزشمندی و توانمندی شخصی تبدیل شود.

فرسایش هیجانی ناشی از مواجهه مداوم با رنج مراجعان: دومین مقوله اصلی به تجربه تخلیه هیجانی، درگیری ذهنی و فرسودگی ناشی از تماس مکرر با روایت‌های دردناک مراجعان مربوط بود. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که مواجهه با سوگ، خیانت، خودآسیب‌رسانی، خشونت خانوادگی، افسردگی شدید، اضطراب مزمن و احساس بی‌ارزشی مراجعان گاهی تا ساعت‌ها یا روزها پس از جلسه در ذهن آنان باقی می‌ماند. درمانگران تازه‌کار به دلیل تجربه محدود و حساسیت هیجانی بالا، گاه نمی‌توانستند میان همدلی درمانی و جذب هیجانی رنج مراجع تمایز روشنی برقرار کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «وقتی مراجع از خودکشی حرف می‌زد، بعد از جلسه هم بدنم در حالت هشدار می‌ماند؛ حتی شب خوابم نمی‌برد و مدام فکر می‌کردم نکند کاری از دستم برمی‌آمده و انجام نداده‌ام. (P۸) «مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «بعضی روایت‌ها از ذهنم بیرون نمی‌رفت. احساس می‌کردم بخشی از غم مراجع را با خودم به خانه می‌برم. (P۱۵) «این مقوله شامل زیرمقوله‌هایی مانند خستگی همدلانه، درگیری ذهنی پس از جلسه، حساسیت به مسئولیت اخلاقی، دشواری تحمل سکوت یا گریه مراجع، و تجربه انتقال متقابل بود. داده‌ها نشان دادند که فرسایش هیجانی زمانی تشدید می‌شود که درمانگر تازه‌کار احساس کند باید همیشه آرام، توانمند، پاسخ‌گو و بی‌خطا باشد.

نایمینی سازمانی و ضعف حمایت حرفه‌ای: سومین مقوله اصلی نشان داد که شرایط محیطی و سازمانی نقش مهمی در شکل‌گیری فرسودگی روانی دارد. مشارکت‌کنندگان از درآمد نامطمئن، فشار برای حفظ مراجع، نبود قراردادهای روشن، انتظار مراکز برای افزایش تعداد جلسات، دسترسی محدود به سوپرویزن، فضای رقابتی میان درمانگران و نبود سازوکار رسمی برای حمایت هیجانی سخن گفتند. برخی درمانگران اظهار کردند که در محیط‌های کاری، فرسودگی به‌عنوان نشانه ضعف فردی تلقی می‌شود و تازه‌کاران از ترس قضاوت، درباره فشارهای روانی خود صحبت نمی‌کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «در مرکز از ما انتظار داشتند مراجع را نگه داریم، اما هیچ‌کس نمی‌پرسید خودت با این همه فشار چه می‌کنی. (P۲)» مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «سوپرویزن بیشتر حالت رفع اشکال تکنیکی داشت. من نیاز داشتم درباره ترس‌هایم حرف بزنم، ولی فضا طوری نبود که بگویم واقعاً از یک مراجع می‌ترسم یا احساس ناتوانی می‌کنم. (P۱۷)» این مقوله شامل زیرمقوله‌هایی مانند سوپرویزن ناکافی، نبود فضای امن برای بیان ضعف، فشار اقتصادی، ابهام شغلی، و تنهایی حرفه‌ای بود. یافته‌ها نشان دادند که حتی درمانگران دارای انگیزه بالا نیز در صورت نبود حمایت ساختاری و رابطه سوپرویزنی امن، در معرض فرسودگی قرار می‌گیرند.

اختلال در مرزهای خودمراقبتی و زندگی شخصی: چهارمین مقوله اصلی به دشواری درمانگران تازه‌کار در حفظ مرز میان کار درمانی و زندگی شخصی مربوط بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در سال‌های نخست، برای اثبات مسئولیت‌پذیری و توانمندی خود، اغلب پیام‌های مراجعان را خارج از زمان کاری پاسخ می‌دادند، تعداد مراجعان را بیش از ظرفیت خود می‌پذیرفتند، زمان کافی برای استراحت در نظر نمی‌گرفتند و احساس گناه داشتند که اگر در دسترس نباشند، درمانگر خوبی نیستند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «اوایل فکر می‌کردم هر وقت مراجع پیام بدهد باید جواب بدهم؛ بعد دیدم حتی وقتی با خانواده هستم ذهنم در اتاق درمان مانده است. (P۶)» مشارکت‌کننده دیگری توضیح داد: «وقتی جلسه‌ها زیاد شد، دیگر انرژی برای رابطه‌های شخصی‌ام نداشتم. انگار همه ظرفیت شنیدن و همدلی‌ام در کلینیک مصرف می‌شد. (P۱۳)» این مقوله شامل زیرمقوله‌هایی مانند دسترس‌پذیری افراطی، احساس گناه در مراقبت از خود، ناتوانی در پایان ذهنی جلسه، کاهش انرژی برای روابط شخصی، و فراموشی نیازهای جسمانی و هیجانی درمانگر بود. داده‌ها نشان دادند که خودمراقبتی در ذهن برخی درمانگران تازه‌کار نه به‌عنوان ضرورت حرفه‌ای، بلکه به‌عنوان امری ثانویه یا حتی خودخواهانه تجربه می‌شود و همین برداشت، فرسودگی را تشدید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته نخست پژوهش حاضر نشان داد که فشار نقش حرفه‌ای و ابهام هویت درمانگری یکی از عوامل اصلی شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار است. مشارکت‌کنندگان تجربه درمانگری را در سال‌های نخست به‌صورت میدانی پرابهام، ارزیابانه و گاه تهدیدکننده توصیف کردند؛ میدانی که در آن هر جلسه می‌تواند احساس کفایت یا بی‌کفایتی آنان را تقویت کند. این یافته با دیدگاه اسکوهولت و رنستاد همسو است که تأکید می‌کنند درمانگران تازه‌کار با اضطراب عملکرد، هویت حرفه‌ای شکننده، ابهام در کار حرفه‌ای و نیاز شدید به راهنمایی مواجه‌اند (Skovholt & Rønnestad, ۲۰۰۳). همچنین یافته حاضر با نتایج کوک و همکاران هماهنگ است که نشان دادند درمانگران و مشاوران

تازه‌کار در توصیف فرسودگی خود به احساسات منفی، خستگی، ناکامی شغلی، تردید درباره انتخاب حرفه و آشفتگی روان‌شناختی اشاره می‌کنند (Cook et al., ۲۰۲۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمانگر تازه‌کار هنوز به «حافظه بالینی» کافی دست نیافته است؛ یعنی مجموعه‌ای از تجربه‌های موفق و ناموفق که به او کمک کند دشواری‌های درمان را طبیعی، قابل تحمل و بخشی از فرایند رشد حرفه‌ای بداند. در نبود چنین تجربه‌ای، سکوت مراجع، مقاومت، عدم پیشرفت، عود علائم یا قطع درمان به‌سادگی به احساس شکست شخصی تبدیل می‌شود. بنابراین فرسودگی در این مرحله بیش از آنکه فقط ناشی از حجم کار باشد، با آسیب‌پذیری هویت حرفه‌ای و تفسیر شخصی درمانگر از رویدادهای بالینی پیوند دارد.

یافته دوم نشان داد که فرسایش هیجانی ناشی از مواجهه مداوم با رنج مراجعان، مسیر مهمی در شکل‌گیری فرسودگی روانی درمانگران تازه‌کار است. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که روایت‌های مراجعان، به‌ویژه در موارد مربوط به تروما، خودکشی، سوگ، خشونت و تعارض‌های شدید خانوادگی، پس از پایان جلسه نیز در ذهن و بدن آنان ادامه می‌یابد. این یافته با ادبیات مربوط به خستگی همدلانه، آسیب نیابتی و فرسودگی در متخصصان سلامت روان همسو است (Figley, ۲۰۰۲; Pearlman & Mac Ian, ۱۹۹۵). همچنین با یافته‌های کوننو و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند همدلی، آسیب نیابتی و فرسودگی در متخصصان سلامت روان با یکدیگر رابطه دارند و مواجهه درمانی با رنج دیگران می‌تواند در صورت نبود منابع حمایتی به فرسایش روانی منجر شود (Kounenou et al., ۲۰۲۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت کار درمانی از درمانگر می‌خواهد همزمان درگیر و متمایز باشد؛ یعنی از یک سو با مراجع همدل شود و از سوی دیگر در رنج او غرق نشود. درمانگران تازه‌کار به دلیل تجربه کمتر در تنظیم این فاصله درمانی، ممکن است مسئولیت هیجانی و اخلاقی بیش از حدی را تجربه کنند. در چنین شرایطی، درمانگر نه تنها با محتوای دردناک مراجع مواجه است، بلکه با نگرانی از پیامدهای احتمالی، ترس از خطای بالینی و احساس الزام به نجات مراجع نیز دست‌وپنجه نرم می‌کند. این ترکیب می‌تواند ظرفیت روانی درمانگر را به‌تدریج تحلیل ببرد و به خستگی هیجانی، بی‌حسی عاطفی یا اجتناب درمانی منجر شود.

یافته سوم پژوهش نشان داد که نایمنی سازمانی و ضعف حمایت حرفه‌ای در شکل‌گیری فرسودگی روانی درمانگران تازه‌کار نقش برجسته‌ای دارد. مشارکت‌کنندگان از درآمد ناپایدار، فشار برای نگهداشتن مراجع، نبود قرارداد روشن، کمبود سوپرویزن حمایتی و احساس تنهایی حرفه‌ای سخن گفتند. این یافته با مرور یانگ و هیز همسو است که نشان دادند عوامل کاری مانند کنترل ادراک شده بر کار، ماهیت مراجعان، حمایت سوپرویزنی، واکنش‌های انتقال متقابل و تاریخچه سلامت روان درمانگر در فرسودگی متخصصان سلامت روان نقش دارند (Yang & Hayes, ۲۰۲۰). همچنین با مطالعه جانسون و همکاران هماهنگ است که نشان دادند کیفیت رابطه سوپرویزنی با کاهش گسستگی و فاصله‌گیری شغلی در درمانگران مرتبط است (Johnson et al., ۲۰۲۰). یافته حاضر نشان می‌دهد که برای درمانگران تازه‌کار، صرف وجود سوپرویزن کافی نیست؛ بلکه کیفیت سوپرویزن، امنیت روانی، امکان بیان آسیب‌پذیری و تمرکز بر تجربه هیجانی درمانگر اهمیت اساسی دارد. وقتی سوپرویزن به بررسی تکنیک محدود شود و درمانگر نتواند از ترس، خشم، درماندگی یا احساس ناکفایتی خود سخن بگوید، یکی از مهم‌ترین

منابع محافظتی حرفه از دست می‌رود. بنابراین فرسودگی تازه‌کاران تا حد زیادی محصول رابطه میان فرد و محیط حرفه‌ای است و کاهش آن نیازمند مداخله در ساختارهای آموزشی، سازمانی و حمایتی است.

یافته چهارم نشان داد که اختلال در مرزهای خودمراقبتی و زندگی شخصی، یکی دیگر از عوامل شکل‌دهنده فرسودگی روانی در درمانگران تازه‌کار است. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که در سال‌های نخست، به دلیل احساس مسئولیت افراطی، نیاز به اثبات خود، ترس از ترک درمان توسط مراجع و برداشت نادرست از «درمانگر خوب»، مرزهای زمانی، هیجانی و ارتباطی خود را نادیده گرفته‌اند. این یافته با پژوهش‌های مربوط به خودمراقبتی درمانگران و فرسودگی همخوان است که نشان داده‌اند فقدان مراقبت از خود، دشواری تعادل کار و زندگی و درگیری بیش از حد با مشکلات مراجعان می‌تواند خطر فرسودگی را افزایش دهد (Simionato & Simpson, ۲۰۱۸; Van Hoy & Rzeszutek, ۲۰۲۲). همچنین مطالعه تراگانتزوپولو و همکاران نشان داد که درمانگران در مواجهه با فرسودگی به راهبردهایی مانند فاصله‌گذاری، مراقبت از خود، تنظیم بار کاری و دریافت حمایت حرفه‌ای نیاز دارند (Tragantzopoulou et al., ۲۰۲۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمانگران تازه‌کار گاه خودمراقبتی را با بی‌تعهدی اشتباه می‌گیرند و تصور می‌کنند هرچه بیشتر در دسترس باشند، درمانگر اخلاقی‌تر و کارآمدتری هستند. این در حالی است که خودمراقبتی نه امری تجملی، بلکه بخشی از صلاحیت حرفه‌ای است؛ زیرا درمانگری که ظرفیت روانی، جسمانی و هیجانی خود را حفظ نکند، نمی‌تواند حضور درمانی پایدار و ایمن برای مراجع فراهم آورد.

محدودیت نخست پژوهش حاضر آن است که داده‌ها بر اساس تجربه درمانگران تازه‌کار شهر تهران گردآوری شده‌اند و بنابراین تعمیم نتایج به درمانگران شهرهای دیگر، زمینه‌های فرهنگی متفاوت، یا نظام‌های سازمانی متفاوت باید با احتیاط انجام شود. محدودیت دوم به ماهیت خودگزارشی داده‌ها مربوط است؛ زیرا مشارکت‌کنندگان ممکن است برخی تجربه‌های حساس مانند خطاهای درمانی، خشم نسبت به مراجع، احساس بی‌کفایتی یا مشکلات شخصی را کمتر بیان کرده باشند. محدودیت سوم آن است که پژوهش حاضر فقط بر تجربه درمانگران تازه‌کار تمرکز داشت و دیدگاه سوپروایزرها، مدیران مراکز درمانی و مراجعان بررسی نشد. همچنین تفاوت رویکردهای درمانی، نوع مراجعان، وضعیت اقتصادی مراکز و تجربه درمان شخصی درمانگران می‌توانست با عمق بیشتری تحلیل شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، تجربه فرسودگی روانی درمانگران تازه‌کار در شهرها و بافت‌های سازمانی مختلف بررسی شود تا تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و حرفه‌ای آشکارتر گردد. همچنین انجام مطالعات طولی می‌تواند نشان دهد که فرسودگی درمانگران تازه‌کار چگونه در طول زمان شکل می‌گیرد، چه عواملی آن را تشدید یا تعدیل می‌کند و چه نقطه‌هایی در مسیر رشد حرفه‌ای بیشترین خطر را دارند. پژوهش‌های آینده می‌توانند به‌طور اختصاصی نقش سوپروایز، درمان شخصی درمانگر، حمایت هم‌تایان، سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی حرفه‌ای و راهبردهای تنظیم هیجان را در فرسودگی درمانگران تازه‌کار بررسی کنند. همچنین مقایسه درمانگران تازه‌کار در رویکردهای مختلف مانند شناختی-رفتاری، روان‌پویشی، طرحواره‌درمانی و درمان‌های موج سوم می‌تواند درک دقیق‌تری از فشارهای اختصاصی هر رویکرد فراهم آورد.

از نظر کاربردی، مراکز آموزشی و درمانی باید فرسودگی درمانگران تازه‌کار را به‌عنوان مسئله‌ای فردی و سازمانی به رسمیت بشناسند. ایجاد سوپرویزن منظم، حمایتی و امن، کاهش فشار برای پذیرش مراجع بیش از ظرفیت، آموزش مرزبندی حرفه‌ای، طراحی کارگاه‌های خودمراقبتی، تشکیل گروه‌های همتای حرفه‌ای و فراهم کردن امکان گفت‌وگو درباره خطا، تردید و فشار هیجانی می‌تواند به کاهش فرسودگی کمک کند. همچنین لازم است در برنامه‌های تربیت درمانگر، علاوه بر آموزش فنون درمانی، مهارت‌های مدیریت اضطراب عملکرد، تنظیم انتقال متقابل، مراقبت از خود، مدیریت بحران، و شکل‌دهی هویت حرفه‌ای پایدار آموزش داده شود. مدیران مراکز نیز باید به جای ارزیابی درمانگران تازه‌کار صرفاً بر اساس تعداد مراجع یا حفظ جلسات، شاخص‌هایی مانند کیفیت سوپرویزن، سلامت روان درمانگر، تعادل کار و زندگی و پایداری حرفه‌ای را در نظر بگیرند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

موازین اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

بر اساس اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

فهرست منابع

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Cook, R. M., Fye, H. J., Jones, J. L., & Baltrinic, E. R. (2021). Self-reported symptoms of burnout in novice professional counselors: A content analysis. *The Professional Counselor*, 11(1), 31–45. <https://doi.org/10.15241/rmc.11.1.31>
- Demirtzidou, M., & Tragantzopoulou, P. (2025). Mitigating burnout: A qualitative exploration of clinical supervision's impact on novice psychotherapists. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/13642537.2024.2438924>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Johnson, J., Corker, C., & O'Connor, D. B. (2020). Burnout in psychological therapists: A cross-sectional study investigating the role of supervisory relationship quality. *Clinical Psychologist*, 24(3), 223–235. <https://doi.org/10.1111/cp.12206>

- Kounenou, K., Kalamatianos, A., Nikoltsiou, P., & Kourmoussi, N. (2023). The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in Greek mental health practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3503. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043503>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431–1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45–58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Tragantzopoulou, P., Giannouli, V., Filippou, A., & Demirtzidou, M. (2024). Burnout and coping strategies in integrative psychotherapists: Findings from qualitative interviews. *Healthcare*, 12(18), 1820. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181820>
- Van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- Vivolo, M., Owen, J., & Fisher, P. (2024). Psychological therapists' experiences of burnout: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Mental Health & Prevention*, 33, 200253. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2022.200253>
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases*. World Health Organization.
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>