

Qualitative Evaluation of Relationships between Psychotherapy Components in Clinical Experiences of Psychotherapists

Moradi Abbasabadi, F., Sarami Foroushani, *Gh., Robat Meili, S.

Abstract

Introduction: Qualitative research is part of an effort that has added depth to psychotherapy. This qualitative study aimed to identify the relationships between the components of psychotherapy through the experiences of psychotherapists.

Method: The research method used was qualitative content analysis and data were analyzed using thematic content analysis with an interpretive approach. Participants in the study were psychotherapists of family psychotherapy centers in Tehran so that 7 women and 7 men were selected by purposive sampling and observing ethics. In-depth interviews were used to collect data.

Results: According to the results of data analysis, 15 subcategories, and 4 main categories were identified regarding the relationship between components of psychotherapy. The main categories included 1) the coordination of components based on the priority of their effectiveness in treatment, 2) the formation of psychotherapy in the context of communication and the role of the therapist, 3) the role of each component in choosing the type of treatment, and 4) the selection of theory in the context of therapist characteristics.

Conclusion: The framework of the relationship between the components of psychotherapy based on the experiences of therapists was formulated in this study. The components are prioritized and used by therapists according to their effectiveness in the psychotherapy process. All components play a role in choosing the type of treatment. However, the component of the therapist has a more fundamental role than other components in shaping communication with the client, organizing theory, addressing the problems, and the effectiveness of psychotherapy.

Keywords: Psychotherapists' points of view, effective components of psychotherapy, qualitative analysis.

تحلیل کیفی روابط میان مؤلفه‌های روان‌درمانی در

تجربه‌های بالینی روان‌درمانگران

فریبا مرادی عباس‌آبادی^۱، غلامرضا صرامی‌فروشانی^۲، سمیه رباط‌میلی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۶

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های کیفی بخشی از تلاش‌های است که بر عمق روان‌درمانی افزوده است. هدف این پژوهش کیفی شناخت نحوه روابط میان مؤلفه‌های روان‌درمانی از طریق تجارب روان‌درمانگران بود.

روش: روش این پژوهش، تحلیل محتوای کیفی بود. جمعیت مشارکت‌کنندگان روان‌درمانگران مراکز روان‌درمانی خانواده شهر تهران بودند. با شیوه نمونه‌گیری هدفمند ۱۴ درمانگر انتخاب و با ابراز مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اطلاعات گردآوری شد. داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای موضوعی از نوع تفسیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها ۱۵ زیرطبقه و ۴ طبقه اصلی در خصوص چگونگی روابط مؤلفه‌های مؤثر در روان‌درمانی مشخص کرد. طبقات اصلی عبارتند از: ۱. هماهنگ‌شدن مؤلفه‌ها بر مبنای اولویت تأثیرگذاری در درمان، ۲. شکل‌گیری روان‌درمانی در بستر ارتباط و نقش درمانگر، ۳. نقش هر مؤلفه در انتخاب نوع درمان و ۴. انتخاب نظریه در بستر ویژگی‌های درمانگر.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش چارچوبی از نحوه روابط مؤلفه‌های روان‌درمانی را بر پایه دیدگاه و تجارب درمانگران صورت‌بندی کرد. مؤلفه‌ها با توجه به تأثیرگذاری‌شان در فرآیند روان‌درمانی، توسط درمانگران الویت‌بندی و به‌کار می‌روند. همه مؤلفه‌ها در انتخاب نوع درمان نقش دارند، اما مؤلفه درمانگر در شکل‌دهی ارتباط با درمانجو، سازمان‌دهی نظریه، حل مشکلات و مؤثرسازی روان‌درمانی نسبت به سایر مؤلفه‌ها نقش اساسی‌تری دارد.

واژه‌های کلیدی: دیدگاه روان‌درمانگران، مؤلفه‌های مؤثر روان‌درمانی، تحلیل کیفی.

۱. دانشجوی روانشناسی عمومی دوره دکتری، واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

sarami@khu.ac.ir

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه آموزشی روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مهمترین نتایج جستجوهای انسان، برای کشف جهان درون و عبور از مشکلات، در دنیای معاصر پدیده روان‌درمانی است. فروید برای اولین بار روان‌درمانی تحلیلی را معرفی کرد: روان‌درمانی به معنی درمان از راه روان است. درمان اختلالات روانی و جسمانی از طریق وسایلی که بی واسطه بر روان اثر می‌گذارند. گفت‌گو و زبان پایه‌ای‌ترین ابزار روان‌درمانی است (۱). پس از فروید انواع روان‌درمانی‌ها با سرعت بر سر ارائه متقاعدکننده راه و روش خود رقابت کردند. حوزه‌های ورود به درمان نیز از مرز اختلالات روانی و بدنی، مشکلات خانوادگی، ارتباطی، شغلی و اجتماعی گذشته است و با ورود به کیفیت‌های برتر زندگی به افراد کمک می‌کند عواطف فردی و اجتماعی ارتقاء یافته را تجربه کنند (۲).

اینک بیش از صدها رویکرد درمانی وجود دارد. نظریات متعدد روان‌درمانی بر تفاوت‌هایی در تفسیر شخصیت، ماهیت انسان و مفهوم بیماری استوارند که بر اساس مفاهیم بنیادی، فرآیند روان‌درمانی مورد نظر را با تکنیک‌های مختلف شکل می‌دهند (۳). بررسی تعاریف روان‌درمانی نشان می‌دهد که علی‌رغم تفاوت‌ها، اتفاق نظری بنیادی مبنی بر اینکه روان‌درمانی اقدامی در جهت نظم‌بخشی رفتار است، وجود دارد (۴). به‌رغم یافته‌های روانشناسی فرهنگی، جهان‌شمولی مفهوم درمان از مهم‌ترین مفروضه‌های مستور در تعاریف روان‌درمانی است (۵). نگاهی به روند رویکردهای روان‌درمانی مختلف نشان می‌دهد که حرکت به سمت رویکردهای چند وجهی، تلفیقی و التقاطی است. این رویکردها با شناخت عوامل مشترک مسیر دیگری را طی کرده و از دو چارچوب تفسیری تعیین‌کننده صحبت کردند. پارادایم اول، روان‌درمانی را با نگاهی طبی می‌بیند. نخستین روان‌درمانگران نیز پزشکان بودند و درمان‌ها را قابل مقایسه با داروها می‌پنداشتند. از این‌رو درمان ارائه شده را مهم‌تر از ارائه‌دهنده می‌دانستند. درحالی‌که در پارادایم جدیدتر بر مؤلفه‌های مشترک متمرکز است و نقش مؤلفه درمانگر را برای فعال سازی درمان ضروری می‌داند.

مؤلفه‌های مشترک به جنبه‌هایی از روان‌درمانی اشاره دارد که در اغلب رویکردها وجود دارد و منجر به اثربخشی درمان می‌شود. به عبارتی عوامل مؤثری هستند در انواع درمان‌ها

فارغ از نوع رویکرد عمل می‌کنند. فهرست ثابتی از عوامل مؤثر در روان‌درمانی وجود ندارد اما طبق نظر همگان شامل: ویژگی‌های درمانگر، اتحاد درمانی، مواجهه مراجع با مشکل، انتظارات درمانگر و مراجع برای تغییر و استفاده از برخی رویه‌های درمانی نظام‌مند است (۶). لمبرت نشان داد که عوامل مرتبط با روان‌درمانی هریک سهم متفاوتی در نتیجه بخشی دارند. سهم بزرگی به عوامل بیرون از جلسات درمان مثلاً زندگی مراجع اختصاص دارد و پس از آن عوامل درون جلسات که مهمترین آن مؤلفه اتحاد درمانی است (۷). روزنز - ویگ (۱۹۳۶) نخستین کسی بود که به اشتراکات در روان‌درمانی اشاره کرد. این دیدگاه به‌وسیله فرانک (۱۹۶۱) که حساسیت ویژه‌ای نسبت به مسائل فرهنگی داشت (۸) ادامه یافت. به این معنی که یگانه و خاص بودن درمان را در جوامع توضیح می‌دهد. تلاش عمدی درمانگران برای انتقال درک‌شان از مشکلات بیمار و کمک به وی در فرهنگ‌های مختلف منحصر به فرد است (۹). بنابراین شناخت روان‌درمانی همچنان به تحقیقات در فرهنگ‌های مختلف نیاز دارد و پرداختن به تجارب روان‌درمانگران و مشاوران هر جامعه‌ای ضرورت دارد. اهمیت پژوهش کیفی حاضر، در بررسی پدیده روان‌درمانی در ساختار فرهنگی و اجتماعی روان‌درمانگر، مراجع و مشکلات مطرح آن‌ها است و شناسایی مؤلفه‌های مؤثر روان‌درمانی، ته از طریق منابع نظری خارجی بلکه از طریق دیدگاه درمانگرانی است که در مراکز خانواده تهران با رویکردهای متفاوت فعالیت دارند.

روان‌درمانی دانش جدیدی است که همزمان در حال شکل گیری و دگرگونی است. این عصر ماهیت خود را با تغییر در زمینه‌های علمی و مفهومی به جهان شناسانده است. تنها روانشناسی بالینی نیست که رویکردهای گوناگون عرضه کرده و حوزه‌های فعالیتی متعدد پژوهشگر، روانشناس، مشاور، روان‌سنج، روان‌درمانگر و غیره تولید کرده است. بلکه مفاهیمی که اتفاقاً روان‌درمانی با آن درگیر است چون انسان، ارتباط، سلامت، عشق، خانواده و کار نیز معنای دیگری گرفته‌اند. یکی از راه‌های تفسیر توسعه امور درمانی، به روشی منفی، آن است که توسعه مورد بحث در واقع معلول تأثیرات تضعیف‌کننده نهادهای اجتماعی جدید است. تجدد چارچوب حفاظتی جامعه‌های کوچک را از جا کنده و سازمان‌های غیرشخصی نظیر مراکز روانشناسی را جایگزین

نوع علائق است که حرفه جدید محقق - درمانگر را ایده پردازی کرده است (۱۵).

وقتی پژوهشگران این نکته که علوم برخاسته از یک سری پیش‌فرض‌ها هستند را قبول می‌کنند به تبع آن این نکته را که پیش‌فرض‌های متفاوت تقدیرهای مختلفی را نیز برای علم از جمله روانشناسی به ارمان می‌آورد، می‌پذیرند (۱۶). لذا شناخت پیش‌فرض‌ها و دیدگاه‌های درمانگران ایرانی که به شناخت وضعیت روان‌درمانی منتهی می‌گردد، اهمیت می‌یابد. هدف از مطالعه حاضر درک نگرش روان‌درمانگران در مورد روان‌درمانی، برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد چگونگی تفکر و دستیابی به فهم و تأثیر اندیشه در فعالیت‌های حرفه‌ای و بالینی آنها است. شرایط فرهنگی و اجتماعی درمانگران به‌علاوه تجارب حرفه‌ای و نوع تفکر آنها، روند روان‌درمانی را از ابتدای ارتباط تا انتهای تغییرات تحت تأثیر قرار می‌دهد. ادبیات روان‌درمانی، تحقیقات کیفی چندانی برای وضوح‌بخشیدن به پیچیدگی‌های روان‌درمانی از طریق تجارب درمانگران فعال ندارد. این مطالعه کیفی اطلاعات لازم در مورد دیدگاه درمانگران شاغل در مراکز روان‌درمانی خانواده نسبت به روند روان‌درمانی را فراهم کرده است. هدف دیگر مطالعه این بود که تشخیص دهد درمانگران ایرانی کدام مؤلفه‌ها را در روان‌درمانی مؤثر می‌دانند و با مؤلفه‌های مشترک در یافته‌های تحقیقات پیشین مقایسه نمایند. پژوهش فوق مؤلفه‌های مؤثر در روان‌درمانی را به این ترتیب: مؤلفه ارتباط، مؤلفه درمانگر، مؤلفه درمانجو، مؤلفه مشکل و مؤلفه نظریه‌شناسی کرده است. هدف ویژه این جستار واکاوی روابط میان همین مؤلفه‌ها است. مقاله حاضر بخشی از پژوهش مذکور است که می‌کوشد به این سؤال پاسخ دهد که چگونه درمانگران مراکز خانواده طی فعالیت روان‌درمانی، میان مؤلفه‌های مؤثر در روان‌درمانی ارتباط برقرار می‌کنند؟

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش، جستجوی موشکافانه و عمیق در تجارب حرفه‌ای و دیدگاه درمانگران با استفاده از روش پدیدارشناسی^۲ محقق شد. برای تحلیل یافته‌ها روش تحلیل محتوای کیفی که روشی جهت تفسیر ذهنی محتوای داده‌های کلامی به روال طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و

کرده است. این دیدگاه با وجود عناصر معتبر، به دلایلی نامناسب است (۱۰). در گذشته اطرافیان و خانواده پاسخ‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را تأمین می‌کردند. اما امروزه از عهده این وظیفه برنمی‌آیند و مراکز مشاوره و روانشناسی برای این امور تخصص یافته‌اند. بنابراین مطالعات بالینی و شناخت علمی منظم و توصیف فعالیت‌های منطبق بر هدف و تعهد حرفه‌ای در مراکز روان‌درمانی اهمیت می‌یابد. دیدگاه‌های دیگر پیچیدگی جوامع را مسئول مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌دانند که منجر به ازهم پاشیدگی فردی و خانوادگی می‌گردد (۱۱). در حالی که سطح نگرانی‌های اجتماعی و فردی افزایش نیافته و درمانگری هم فقط به معنای تخفیف دادن تشویش‌های جدید نیست، بلکه جلوه‌ای از بازتابندگی^۱ خود است. یعنی پدیده‌ای که در سطح فرد، همچون نهادهای بزرگتر عصر تجدد فرصت‌های اجتماعی تازه و ناکامی‌های بالقوه را به نسبت‌های مساوی متعادل می‌سازد (۱۰).

درمانگران برای حفظ این تعادل نیاز دارند آگاهی خود را نسبت به جنبه‌های گوناگون زیستن افزایش داده و با پیرامونشان آگاهانه برخورد کنند (۱۲). کازلوسکی و همکاران (۱۳) در پژوهش کیفی با هدف درک نحوه درمانگری، نشان دادند: درمانگران دانش خود را با تحقیقات آکادمیک و نظری به‌روز نمی‌کنند؛ بلکه از تجربیات بالینی و عملی خود استفاده می‌کنند. در مطالعه کیفی بارکان (۲۰۱۸) با هدف کشف تجارب روانشناسان هنگام تصمیم‌گیرهای بالینی، مشخص کرد که تصمیمات درمانی به‌طور بالقوه تحریک‌کننده اضطراب هنگام فعالیت بالینی است اما ویژگی پیچیده‌ای دارد که با توجه به جنبه‌های گوناگون درمانگر به‌شکل خاصی نمایان می‌شود (۱۴). همچنان نیاز به تحقیقاتی که از زاویه دید روان‌درمانگران و مشاوران پدیده روان‌درمانی را توصیف کند و بتواند شکاف بین دیدگاه‌های نظری روان‌درمانی و فعالیت‌های روان‌درمانگران در مراکز درمانی را پرکند، پابرجا مانده است. چنانچه پاکوین (۲۰۱۷) مطالعات خود را به درک تجربیات متخصصان اختصاص داد که هم تحقیقات درمانی انجام می‌دهند و هم روان‌درمانی ارائه می‌دهند. اهمیت بالقوه تحقیقات روان‌درمانی، گواه پیدایش این

2. phenomenology

1. reflexivity

چند صاحب نظر با تجربه نظرخواهی انجام شد تا پژوهش دارای روایی محتوایی^۵ کافی باشد. در مصاحبه‌های این قسمت از مطالعه، رئوس اصلی زیر مطرح گشت: آیا ایده‌ای برای درک و برقراری ارتباط میان مؤلفه‌های که مؤثر می‌دانید، دارید؟ آیا برای هر مراجع درمان متناسب با نظریه و مشکل وجود دارد و شما از درمان خاص پیروی می‌کنید؟ مؤلفه ارتباط چه نقشی در تأثیر روان‌درمانی و مشاوره دارد؟ جایگاه و اولویت مؤلفه‌ها برچه اساسی تعیین می‌شود؟ روابط میان مؤلفه‌ها می‌تواند تأثیر منفی ایجاد کند؟ کدام مؤلفه در تغییر مؤثرتر است؟ سؤالات بسط داده شد تا بررسی عمقی دیدگاه شرکت‌کنندگان انجام شود. باتوجه به نظرات هریک از افراد کنکاش بیشتری صورت می‌گرفت.

روند اجرای پژوهش: با توجه به این که مطالعه کیفی حاضر تجارب حرفه‌ای درمانگران را با رویکرد پدیدارشناسی به‌طور عمیق واکاوی می‌کند، هدف پی‌ریزی یک نظریه نبوده و تفسیر غنی از مصاحبه‌ها را دنبال می‌کند. روش جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر مصاحبه‌های عمیق است که داده‌های طبیعت‌گرایانه^۶ محسوب می‌شود. برای انجام مصاحبه، ابتدا دو مصاحبه‌گر آموزش دیده انتخاب شدند. ولی برون‌داد چهار گفتگویی که انجام دادند، مناسب نبود، از این رو محقق انجام تمام مصاحبه‌ها را خود برعهده گرفت. مصاحبه‌ها در محل مناسب و به شیوه انتخابی افراد نمونه تلفنی یا حضوری انجام شد. اغلب درمانگران در ابتدای جلسه سؤالات تخصصی درخصوص پژوهش و نحوه استفاده از گفتگوها داشتند که با دقت و اطمینان‌بخشی توسط مصاحبه‌کننده پاسخ داده شد. بیشتر شرکت‌کنندگان اجازه ضبط گفتگوها را دادند که پس از پایان گفتگو، فایل صوتی پیاده‌سازی شد. موارد باقیمانده با انعطاف مصاحبه‌گر یادداشت‌برداری شد. بین ۵۰ تا ۹۰ دقیقه مصاحبه‌ها به طول می‌انجامید. چهارده گفتگو طبق اصول اخلاقی شامل کسب اجازه، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم استفاده در سایر موارد دیگر و عدم درج نام، به‌دقت پیاده‌سازی شده و پس از بازبینی و رفع ابهامات، آماده تجزیه و تحلیل شدند. نحوه مدیریت داده‌ها: پیش‌فرض‌های تفسیرگرایانه که بر درک چندبعدی تکیه دارد، امکان فعالیت آزاد را به پژوهشگر

مفهوم‌سازی است، به‌کار گرفته شد. سه رویکرد در تحلیل محتوای کیفی با عناوین قراردادی یا متعارف^۱، هدایت‌شده^۲ و تلفیقی^۳ وجود دارد، که در این پژوهش رویکرد متعارف تفسیری ابزار مفید تشخیص داده شد (۱۷).

آزمودنی‌ها: جمعیت پژوهش روان‌درمانگرهای با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر بودند که ضمن دارا بودن مجوز فعالیت از سازمان بهزیستی یا پروانه نظام از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، در مراکز روان‌درمانی خانواده تهران در سال ۱۳۹۹ مشغول به کار بودند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: با توجه به کیفی بودن پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری هدفمند بود. تعداد نمونه‌ها از ابتدای تحقیق مشخص نشدند. نمونه‌گیری تا هنگامی ادامه یافت که داده‌های متنی به اشباع رسیدند. چهارده نمونه انتخاب شده، مشخصات خاص متناسب با موضوعات محوری تحقیق را داشتند.

ملاک‌های ورود و خروج شرکت‌کنندگان: در این پژوهش معیار اصلی برای حضور این بود که مشارکت‌کنندگان اکنون تجربه فعالیت عملی در مراکز روانشناسی و مشاوره را داشته باشند. سایر معیارها، مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر، سابقه فعالیت بین ۸ تا ۲۵ سال، گذراندن دوره‌های کارورزی خارج از دانشگاه یا تحت نظارت بودن توسط متخصص رویکرد خاص، همکاری در مراحل مصاحبه و تجربه مناسب در خصوص پدیده مورد مطالعه پژوهش بود.

ابزار

۱. با توجه به ماهیت اکتشافی این تحقیق کیفی، جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه و پاسخ‌دهی نمونه‌ها صورت گرفت. ابزار اصلی این پژوهش، مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته^۴ و سوال‌های مصاحبه متمرکز بر اهداف کلی بود. سؤالات به طور مستقیم و غیرمستقیم تجربه‌های علمی، حرفه‌ای، احساسات و دریافت‌های روان‌درمانگران از روابط میان فرآیندها و مؤلفه‌های روان‌درمانی را مورد بررسی قرار داد برای رسیدن به سؤالات مشخص مسیر جستجو در پیشینه پژوهش و مباحث روان‌درمانی بررسی شد. سؤالات بارها بازنویسی گردید. پس از طراحی کلی سؤال‌های مصاحبه، از

1. conventional
2. guided
3. integrated
4. in-depth semi-structured interview

5. content validity

6. naturalistic

کدگذاری شده به‌طور مستقیم از فایل‌های مصاحبه‌های پیاده شده، مستخرج گردیدند. دو کدگذار همه متون مصاحبه‌های پیاده شده را خوانده و مفاهیم متمایز را شناسایی می‌کنند تا به توافق دست یابند. فرض بر این بود که تجزیه و تحلیل داده‌ها زمانی کامل شود که رمزگذاران به افزودن مفهومی برسند، به‌طوری که هیچ مفهوم یا اطلاعات جدیدی از داده‌ها تولید نشود (۱۹). در این قسمت از مطالعه برای بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های روان‌درمانی و مشاوره؛ رویکرد تلفیقی تحلیل محتوی داده‌ها نیز مدنظر قرار گرفت. به این معنی که بعد از دسته‌بندی کدها براساس شباهت و تفاوت‌ها، داده‌ها از نظر تعداد بارهایی که تکرار شدند، نیز بررسی گردیدند (۲۰). در کل تعداد ۵۸ کد تکرارشونده مربوط به مؤلفه‌های روان‌درمانی استخراج شد.

اعتبارسنجی: برای اطمینان از درستی تجربیات مشارکت‌کنندگان در پژوهش، چهار شاخص باورپذیری^۵، اطمینان‌پذیری^۶، تأییدپذیری^۷، و انتقال‌پذیری^۸ بررسی می‌شود (۲۱). جهت تضمین اطمینان‌پذیری کوشش شد، پژوهشگر پیش‌فرض‌های خود را هنگام جمع‌آوری اطلاعات کنار بگذارد. همچنین محقق با صرف وقت مناسب، تنوع لازم در سوابق حرفه‌ای و رویکردها، تحصیلات و رشته‌های آموزش یافته را فراهم آورد. به این ترتیب مقبولیت و اعتمادپذیری یافته‌ها را به حد مناسبی افزایش داد. برای تضمین باورپذیری متن مصاحبه پس از پیاده شدن، به برخی از شرکت‌کننده داده شد تا درستی و نادرستی مطالب تأیید گردد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان مطابق با نظرات شخصی و تجربه حرفه‌ای به سؤالات گفتگو، در حیطه فرآیندها و مقوله‌های روان‌درمانی و ارتباط میان آن‌ها پاسخ دادند. ۱۴ روان‌درمانگر متشکل از ۷ زن و ۷ مرد با طیف سنی متغیر بین ۳۵ تا ۵۶ سال از میان درمانگران فعال در حیطه درمان‌های روانشناختی انتخاب شدند. افراد نمونه رویکردهای درمانی متفاوتی داشتند. توصیف جمعیت شناختی، تحصیلی و شغلی نمونه پژوهش حاضر در جدول ۱ آمده است.

داد. در گفتگوها حساسیت علمی و شخصیت حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان بالا بود، لذا انعطاف‌پذیر بودن مصاحبه‌گر نیز ضروری تلقی گردید اما برای طی شدن نظامند مصاحبه‌ها از راهنمای موضوعی بهره گرفته شد. این راهنما علاوه بر اطلاعات زمینه‌ای جنس، سن، دوره‌های گذرانده، تحصیلات، رویکرد، سابقه کار؛ شامل بخش‌های است که ابتدا جایگاه و اولویت هر مؤلفه در فرآیند درمان و مهمترین مؤلفه‌های روان‌درمانی و مشاوره را از زاویه دید درمانگران شناسایی نموده است. سپس ارتباط مؤلفه‌های: ۱. نظریه انتخاب شده، ۲. درمانگر، ۳. مراجع، ۴. ارتباط یا اتحاد درمانی و ۵. نوع مشکل بررسی شد. در عین حال درمانگران می‌توانستند تا جایی که از مباحث اصلی دور نشوند، به تشریح دیدگاه‌های خود بپردازند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها که به صورت متنی درآمدند، روش تحلیل محتوای کیفی که مناسب‌ترین تکنیک برای تجزیه و تحلیل این نوع داده‌هاست، به کار رفت. برای رسیدن به درک کلی، هر مصاحبه چندین بار خوانده می‌شد. سپس مطابق با چارچوب استراتژی گلاسر و اشتراوس (۱۹۶۷) که یک سیستم تثبیت شده کدگذاری^۱ در اختیار محققان قرار داده است، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این سیستم طی چندین مرحله ابتدا کدگذاری^۲ انجام شد. سطوری که پاسخ پرسش‌های باز در گفتگوها بودند، مشخص شدند. پس از آن با ورود به کدگذاری محوری^۳ کدهای باز معانی و مفاهیم مرتبط و مشترک استخراج شد. در نهایت کدگذاری انتخابی^۴ انجام گرفت (۱۸). باتوجه به هدف تحقیق و منطبق با منطق قیاسی مصاحبه‌ها، نخست برپایه معانی ظاهری داده‌ها در مرحله اول تعداد ۱۹۰ کد باز اولیه کدگذاری شدند. مفاهیم مرتبط با مقوله‌ها به‌صورت گویه‌های معنی‌دار مشخص شد. در گام بعدی منطبق بر شیوه استقرایی براساس معانی و مفاهیم مشترک و متفاوت، کدهای محوری مشخص شدند و خرده طبقات را تعیین کردند. در مرحله نهایی با کدگذاری انتخابی، طبقات اصلی به‌دست آمدند. بنابراین طبقات اصلی و

5. Credibility
6. Dependability
7. Verifiability
8. transmissibility

1. coding
2. open coding
3. axial coding
4. selective coding

جدول (۱) مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان پژوهش

ردیف	مقطع	رشته	رویکرد	دوره گذرانده	سن	جنس	سابقه
۱	کارشناسی ارشد	روانشناسی	شناخت درمانی	سی‌بی‌تی - سی‌تی	۴۹	زن	۲۰
۲	دکتری	روانشناسی عمومی	خانواده درمانی - وجودی	خانواده درمانی	۵۶	زن	۲۵
۳	دکتری	روانکاوی فلسفی	دازاین کاوی	درمان هایدگری	۵۲	مرد	۱۰
۴	دکتری	مشاوره - روان تحلیلی	روانکاوی لکان	روانکاوی لکان	۴۰	مرد	۱۵
۵	کارشناسی ارشد	روانشناسی بالینی	عقلانی هیجانی ایس	REBT	۴۸	مرد	۱۷
۶	دکتری	روانشناسی بالینی	روان‌پوشی	روان‌پوشی	۵۳	زن	۲۵
۷	کارشناسی ارشد	روانشناسی بالینی	خانواده درمانی		۳۸	مرد	۸
۸	دکتری	روانشناسی بالینی	التقاطی	سی‌بی‌تی - روان‌پوشی	۴۰	زن	۱۲
۹	دکتری	روانشناسی بالینی	طرحواره درمانی	طرحواره	۴۰	زن	۱۰
۱۰	دکتری	روان‌درمانی	راه‌حل محور		۴۰	زن	۸
۱۱	دکتری	روانشناسی بالینی	اکت	ACT	۳۷	زن	۱۰
۱۲	دکتری	روانشناسی کودکان استثنایی	التقاطی	اختلال یادگیری	۴۴	مرد	۱۵
۱۳	کارشناسی ارشد	روان‌درمانی	واقعیت درمانی	واقعیت درمانی	۳۵	مرد	۸
۱۴	دکتری	روان‌درمانی	التقاطی	روایت درمانی - EMDR	۴۳	مرد	۷

مؤلفه‌ها در جلسات درمانی تغییر می‌کرد. یافته مهم دیگر حاکی است که در میان پنج مؤلفه روان‌درمانی، به‌ترتیب مؤلفه‌های ارتباط، درمانگر و نظریه در تجارب روان‌درمانگرها از اهمیت بالاتر برخوردار بودند. همه مؤلفه‌ها در انتخاب نوع درمان نقش داشتند و طی فرایند روان‌درمانی، مؤلفه درمانگر در شکل‌دهی ارتباط با درمانجو، سازمان‌بخشی به نظریه و ایجاد تغییرات یا حل مشکلات نسبت به سایر مؤلفه‌ها نقش برجسته‌ای داشت. نحوه ارتباط میان فرآیندها و مؤلفه‌های روان‌درمانی در قالب طبقات و زیرطبقات در جدول ۲ آمده است.

مصاحبه‌ها جمله به جمله در پاسخ به سؤالات پژوهش‌کدگذاری باز شدند در مجموع بیش از ۱۹۰ کد باز که در معنا و مفهوم مشترک بودند استخراج شد. از این تعداد، ۵۸ مفهوم یا کد با حداکثر تکرار انتخاب شد. نهایتاً ۱۵ زیرطبقه و ۴ طبقه اصلی درخصوص چگونگی روابط متقابل مؤلفه‌های روان‌درمانی مشخص گردید. نتایج حاصل از تحلیل محتوایی موضوعی نشان داد که درمانگران هنگام فعالیت‌های بالینی، هماهنگی سیالی میان مؤلفه‌های روان‌درمانی قائل بودند. به‌این معنی که مؤلفه‌ها را با توجه به تأثیرگذاری‌شان در فرآیند روان‌درمانی، الویت‌بندی می‌کردند. و الویت استفاده از

جدول (۲) طبقات و زیرطبقات چگونگی ارتباط مؤلفه‌های روان‌درمانی از دیدگاه درمانگران شاغل در مراکز روانشناسی و مشاوره خانواده

زیرطبقات	طبقات
مؤلفه‌های درمانی تکمیل‌کننده همدیگرند. ارتباط بین دو مؤلفه مشکل و مراجع تنگاتنگ است. مؤلفه نظریه با مؤلفه‌های درمانگر، مراجع و مشکل انطباق دارد.	۱. هماهنگ شدن مؤلفه‌ها بر مبنای اولویت تأثیرگذاری در درمان
تبادل اطلاعات شناختی و عاطفی در سایه ارتباط رخ می‌دهد. مهارت ارتباطی درمانگر در خدمت اتحاد درمانی است. تخصص حرفه‌ای درمانگر نوع ارتباط را برقرار می‌کند.	۲. شکل‌گیری روان‌درمانی در بستر ارتباط و نقش درمانگر
درمان مبتنی بر ویژگی‌های مراجع انتخاب می‌شود. درمان براساس نوع مشکل تعیین می‌شود. درمان منحصربه‌فرد طراحی دارد. تکنیک درمانی مبتنی بر نظریه است.	۳. نقش هر مؤلفه در انتخاب نوع درمان
انتخاب نظریه بر مبنای توانمندی مرتبط درمانگر برقراری ارتباط درمانگر با نظریه و روش شخصی سازی نظریه درمانی توسط درمانگر علاقمندی درمانگر به نظریه انطباق با نگرش و ویژگی‌های شخصیتی درمانگر	۴. انتخاب نظریه در بستر ویژگی‌های درمانگر

و درمانگر جایگاه خاصی دارد، دیده‌ام که با مراجعینی که درکی از مفاهیم انتزاعی دارند ارتباط بهتری برقرار می‌کنم" (مصاحبه ۱۴). تجارب منحصر به فرد درمانگران در طول فعالیت درمانی نشان داد که آن‌ها نظر یکسانی نداشته و هر درمانگر متناسب با دیدگاه و تجربه خاص خود، اعتبار ویژه‌ای به هریک از مؤلفه‌ها داده است.

۲. شکل‌گیری روان‌درمانی در بستر ارتباط و نقش درمانگر درمانگران به اتفاق برقراری پیوند را ضروری دانستند. به طوری که پر تکرارترین کد این تحقیق به مقوله ارتباط یا اتحاد درمانی اختصاص یافت. روان‌درمانگر با سابقه‌ای گفت: "مفاهیمی در همه نظریات مشترک است. مثل ارتباط در همه نظریات اولین قدم است. ما از هر تکنیکی استفاده می‌کنیم تا به ارتباط برسیم" (مصاحبه ۱۲). روان‌درمانگران و مشاوران مؤلفه ارتباط را مساوی با درمان گرفتند. مثلاً در این مورد درمانگری گفت: "من درمانگرهای حاذقی را دیده‌ام که درک علمی و تشخیص درستی داده، اما مراجع می‌گوید احساس بدی دارم، مثل اینکه حقیر شدم، نمی‌خواهم با او کار کنم" (مصاحبه ۹). و این جمله که: "مهم‌ترین موضوع مشاوره و روان‌درمانی برخورد اولیه و ارتباط با مراجع است" (مصاحبه ۳). آن‌ها اهمیت ارتباط را تا بهبودی و سرحد تغییرات بالا بردند. مفاهیم مشترک شکل‌گیری ارتباط و الویت مؤلفه ارتباط در مصاحبه‌های عمیق استخراج شدند و مشخص شد ارتباط مؤلفه نیرومندی نسبت به دیگر مؤلفه‌هاست.

یافته‌های تحلیل محتوا مشخص کرد، نقش درمانگر در شکل‌گیری ارتباط برجسته است. یعنی وقوع ارتباط برای درمان اصل حیاتی است ولی جز با ایفای نقش مناسب توسط درمانگر محقق نمی‌شود. روان‌درمانگری که ارتباط را ایجاد تماس روانی میان درمانگر و مراجع می‌نامید، گفت: "این درمانگر است که باید بتواند خود را با روان مراجعش هماهنگ کند" (مصاحبه ۱۴). در جریان دوسویه ارتباط بین درمانگر و مراجع، نقش حرفه‌ای درمانگر پررنگ می‌شود. در واقع معانی اشتراکی در اظهارات شرکت‌کنندگان، کد باز پر تکرار ارتباط بر عهده درمانگر، را ساخت. برای مثال: "ارتباط مهم است اما این ارتباط فقط با وجود دو نفر ایجاد نمی‌شود، بلکه در سایه مؤلفه درمانگر و همدلی او شکل می‌گیرد" (مصاحبه ۲).

چهار طبقه اصلی شناسایی شده در ادامه شرح داده می‌شود.

۱. هماهنگ شدن مؤلفه‌ها بر مبنای اولویت تأثیرگذاری در درمان

پدیده روان‌درمانی ساختار تعاملی و پیچیده دارد. طی درمان تمام اجزاء و عناصر اصلی آن بر روی هم تأثیر می‌گذارند. هر پنج عنصر استخراج شده یعنی مؤلفه‌های نظریه، ارتباط، درمانگر، مراجع و مشکل در این پژوهش، تأثیرگذار ارزیابی شدند. مفاهیم مشترک به دست آمده از مصاحبه‌های عمیق حاکی است مؤلفه‌های درمانی تکمیل‌کننده همدیگرند و برتری بین مؤلفه‌های مطرح شده از دیدگاه درمانگران وجود ندارد. برتری براساس نحوه اثرگذاری در جریان درمان صورت می‌گرفت. یعنی مؤلفه‌ها طبق صلاح‌دید و دیدگاه درمانگران جابه‌جا شده و در جهت تکمیل روند درمان استفاده می‌شدند. یکی از درمانگران با نگاهی فرآیندی به مؤلفه‌ها گفت: "همه مؤلفه‌ها در درمان نقش دارند. اگر روان‌درمانی را به شکل فرآیندی نگاه کنید، که دارد تکمیل می‌شود، نه یک مقصد نهایی با ضرورت عناصر درمان را به کار می‌گیرید" (مصاحبه ۱۴). در واقع مشارکت‌کنندگان اصل را بر هماهنگی میان مؤلفه‌ها گذاشتند، ولی با توجه به روش و رویکرد مورد استفاده به مؤلفه‌ای مؤثر، الویت داده و سایر مؤلفه‌ها در مطابقت با آن قرار می‌گیرند. هر مشارکت‌کننده در مصاحبه به مؤلفه خاصی اهمیت می‌داد. به عنوان مثال: "روان‌درمانگری که مراجع را در کار درمانگری خبره می‌دانست با اشاره به توانایی‌های مراجع گفت: به تبع روحیات و شخصیت مراجع روشی که برای درک و حل مشکل کارآمدتر می‌آید از جعبه ابزارم بیرون می‌کشم" (مصاحبه ۳). کدهای باز به دست آمده از مفاهیم مشترک: ارتباط بین مراجع و مشکل، تناسب میان نظریه و سایر مؤلفه‌ها به‌طور جداگانه تکرار شونده بودند. روان‌درمانگری ضمن اهمیت دادن به همه مؤلفه‌ها، اذعان داشت: "مراجع اصل درمان است. مشکلی که مراجع دارد تعیین‌کننده است" (مصاحبه ۱). دیگری که قائل به رابطه تنگاتنگی بین درمانگر و نظریه بود "مصاحبه ۱۳" گفت: "مهمترین مؤلفه درمانگر است. همچنین درمانگری اشاره کرد: ارتباط بین مراجع و درمانگر مهم است ولی در نهایت این خود مراجع است که مؤلفه اصلی و تعیین‌کننده است" (مصاحبه ۵). در مقابل درمانگری علی‌رغم اهمیت دادن به مراجع، معتقد است: "مؤلفه ارتباط

۳. نقش هر مؤلفه در انتخاب نوع درمان

بررسی موضوعی مصاحبه‌ها نشان داد که در انتخاب نوع درمان عوامل مختلفی نقش دارند. نقش درمانگر، شخصیت مراجع، نوع مشکل، تناسب بین نوع مشکل و نوع مداخله تأثیرگذاری بالاتری داشتند. به‌عنوان مثال: "رویکرد درمانی انتخاب شده، باید با شخصیت مراجع همراه باشد" (مصاحبه ۱۳)؛ و "با مشورت و نظر مراجع انتخاب می‌کنیم که از کجا و کدام مشکل شروع کنیم" (مصاحبه ۴). همچنین: "اگر به شکایتی که مراجع دارد، توجه نشود، موفقیتی نیست. نوع مشکل در انتخاب رویکرد درمانی مؤثر است" (مصاحبه ۷). تعبیرهای متداول تناسب درمان با تفاوت‌های فردی و تناسب مشکل و نظریه درمانی، در تجارب حرفه‌ای درمانگران مشهود بود. به‌عنوان نمونه گفته شد: "تفاوت‌های فردی در درمان مؤثر است. برای یک اختلال واحد، فقط یک شیوه درمانی واحد نداریم" (مصاحبه ۴). روان‌درمانگر دیگری معتقد بود: "درمانگر باید بتواند در فعالیتش تغییراتی بدهد، به‌طوری‌که مطابق با حیطه عاطفی و فکری مراجع و مشکلی که به مرکز آورده، و تکنیک مناسب درمان را انجام دهد" (مصاحبه ۹). در مجموع یافته‌های تکرار شونده، مشخص کرد که با در نظر گرفتن مجموعه عوامل، درمانگر می‌تواند هر نوع از روش‌های درمانی را با انعطاف برنامه‌ریزی کند.

۴. انتخاب نظریه در بستر ویژگی‌های درمانگر

نظریه نقشه حرکت و مسیر روان‌درمانی و مشاوره را در اختیار گذاشته و از ابزارهای اصلی کار درمانگر است، بنابراین ضروری است تکنیک و روش به‌درستی و مطابق با توانمندی‌های درمانگر انتخاب شود. روایت‌درمانگری با کاوش در درون خود گفت: "من با روایت درمانی که مبنای فلسفی دارد، خیلی خوب ارتباط گرفتم. شخصیت درمانگر در درمان و استفاده از نظریه‌ها بسیار مؤثر است، بستگی دارد چه مسائلی را در رویکردی قبول داشته و بتواند با آن مبنای ارتباط برقرار کند" (مصاحبه ۱۴). واقعیت‌درمانگری هم این موضوع را مطرح کرد: "من عاشق واقعیت‌درمانی هستم. توانستم با آن ارتباط بگیرم. این نظریه را چون به شخصیت می‌خورد انتخاب کرد" (مصاحبه ۱۳). به این ترتیب در این مقوله کدهای باز تناسب رویکرد با علاقه و شخصیت درمانگر و مهارت‌های ارتباطی تکرار شونده بودند.

بحث

هدف پژوهش حاضر، یافتن نحوه روابط میان مؤلفه‌های روان‌درمانی در تجربه‌های بالینی روان‌درمانگران به شیوه قابل اعتماد بود. موضوع روان‌درمانی غالباً جزء نظم انسانی است. نظمی که در آن توضیح پدیده‌ها به زبان و درک انسان‌ها در زمانی خاص و فرهنگی خاص وابسته است (۲۲). روانشناسی و روان‌درمانی، علمی پویا و متأثر از اندیشه‌های معاصرین است. برای درک شرایط حاضر روان‌درمانی نیاز به بررسی عمیق و موردی در جامعه روان‌درمانگران معاصر نیاز دارد. یافته‌های این مطالعه چارچوبی از نحوه روابط فرآیندها و مؤلفه‌های مهم روان‌درمانی را برپایه گفتگو با درمانگران متبحر مراکز خانواده صورت‌بندی کرده است. نتایج دربرگیرنده چهار طبقه اصلی و پانزده زیرطبقه بود که نشان داد، وضعیت ارتباطی پنج مؤلفه روان‌درمانی (روان‌درمانگر، ارتباط، مراجع، مشکل و نظریه)، متأثر از فرآیند شکل‌گیری درمان است. هریک از طبقات اصلی به‌دست آمده در جریان این پژوهش، شکل روابط مؤلفه‌ها و نحوه استفاده از آن‌ها در فرآیند روان‌درمانی را نشان داده است. بررسی اظهارات مشارکت‌کنندگان و کدهای مستخرج نشان داد که ضمن نقش داشتن همه مؤلفه‌های روان‌درمانی در انتخاب نوع درمان، مؤلفه درمانگر در شکل دادن ارتباط با درمانجو، سازمان‌بخشی به نظریه و ایجاد تغییرات یا حل مشکلات نسبت به سایر مؤلفه‌ها سهم بیشتری دارد. در بررسی طبقه اول موضوع الویت مؤلفه‌ها مد نظر شرکت‌کنندگان بود. باوجود حساسیت‌های درمانگران و دقت در شناخت مؤلفه‌های روان‌درمانی، توافق بر سر اهمیت یک مؤلفه به‌وجود نیامد بلکه اهمیت مؤلفه‌ها با توجه به میزان و امکان تأثیرگذاری‌شان در فرآیند جلسات روان‌درمانی در صدر یا ذیل قرار می‌گرفت. در میان پنج مؤلفه و عامل مشترک روان‌درمانی، به‌ترتیب مؤلفه‌های ارتباط، درمانگر و نظریه از الویت و اهمیت ویژه‌ای در تجارب بالینی روان‌درمانگرها برخوردار بودند.

به‌طور تاریخی در میان کسانی که اعتقاد دارند درمان‌های خاص به‌دلیل داشتن اجزایی خاص مؤثرند و کسانی که باور دارند اجزای درمانی مشترک در تمامی درمان‌ها علت مزایای حاصل از روان‌درمانی هستند، تنش وجود داشته است (۲۳). پژوهشگران حیطه درمان در مورد عوامل و مؤلفه‌های

رفتاری، شناختی، هیجان‌مدار، ساختاری، روان‌تحلیلی، یا راهبردی به کار می‌رود. رابطه درمانی آنقدر مسئله مهمی است که جنبشی دوگانه با عنوان رابطه درمانی به عنوان همه چیز در مقابل رابطه درمانی به عنوان یک جنبه تغییر مطرح می‌شود. هاجر و بارندس (۲۶) اتحاد کاری را مفهومی فراتر از تمام مؤلفه‌های درمان می‌دانند.

در پژوهش حاضر مؤلفه ارتباط با مؤلفه درمانگر مفصل‌بندی شده و طبقه‌ای غنی از کدهای پرتکرار را ساخته که در ادبیات تحقیق، مملو از نتایج مشابه است. شواهد این مطالعه نشان داد که چنانچه درمانگر عملکرد درستی نداشته باشد، ارتباطی ایجاد نخواهد شد، بنابراین مؤلفه درمانگر نسبت به مؤلفه ارتباط در سطح بالاتری قرار گرفت. نتایج پژوهش صفرزاده (۲۷) نشان داده بین کیفیت متخصص بالینی با اتحاد درمانی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. که با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأیید نقش مؤلفه درمانگر همسو است. درمانگر در مسیر فکری مراجع قرار می‌گیرد و او را به مسیر اصلی درمان بازگردانده تا ارتباط درست شکل بگیرد. همین امر فشار بیشتری بر مؤلفه درمانگر وارد می‌کند، طوری که در مطالعه کیفی بارکان (۱۴) اشاره شد این امر امکان فعال کردن اضطراب بالقوه درمانگران را دارد.

در طبقه سوم یافته‌های پژوهش حاضر، نقش هر مؤلفه در انتخاب نوع درمان بازنمایی شده و اصطلاح درمان ترجیحی را برجسته ساخته است. درمان ترجیحی در روان‌درمانی به معنای انتخاب درمانی متناسب با ویژگی‌های مراجع و هم‌چنین شرایط و تمایلات درمانگر است (۲۳). مشارکت کنندگان این تحقیق، مراجع را هدف اصلی درمان و درمان متناسب با مراجع را انتخاب نمودند. وقتی تناسب یک الگوی درمان با مراجعین در نظر گرفته می‌شود، ضروری است که به تنوع مسائل انسانی مانند فرهنگ، جنسیت، قومیت و مذهب نیز توجه شود (۶). در پژوهشی در ایران مشخص شد که فرهنگ در سطوح مختلف روان‌درمانی از جمله انگیزه برای درمان، نحوه نمود مشکلات، اهداف درمانی، رابطه درمانگر - مراجع و سبک ارتباط مراجع - درمانگر تأثیر می‌گذارد (۲۸). این دلیل دیگری برای انجام پژوهش‌های کیفی در جوامع مختلف است. کابانیس (۲۹) بیان می‌کند که روان‌درمانی برای مراجع و دغدغه‌های فردی او، متناسب می‌شود. کارآیی هر نظریه و تکنیک در جلسات روان‌درمانی آشکار

تأثیرگذار در روان‌درمانی، دیدگاه یکسانی ندارند. نتایج پژوهش حاضر از سویی با تحقیقاتی که بر تأثیرگذاری همه مؤلفه‌های مهم در روان‌درمانی تأکید دارند، همانند است. در عین حال یافته‌ها نشان دادند که این تأثیرات ثابت نیست. بلکه با توجه به عوامل مختلف، مؤلفه‌ها جابه‌جا می‌شود. در یک نوع تجربه بالینی مؤلفه درمانگر و در درمان دیگری مراجع یا مشکل الویت می‌یابد.

برخی معتقدند استنباط از پژوهش‌های مربوط به عوامل مشترک دشوارتر از عامل‌های اختصاصی است، در پژوهش‌های تجربی امکان دستکاری متغیرهای آزمایشی، ساده نیست. مثلاً نمی‌توان اثربخشی یک درمان را ناشی از مؤلفه اتحاد درمانی دانست. چراکه همزمان با اندازه‌گیری متغیر ارتباط، این مؤلفه با نتایج روان‌درمانی همبسته می‌گردد و دیگر امکان این استنباط نیست که اتحاد درمانی علت به‌جود آمدن نتایج است یا فواید درمانی علت اتحاد است. این اعتبار نتیجه‌گیری را با محدودیت‌های جدی روبرو می‌کند (۲۴). امری که در پژوهش کیفی به صورت دیگری مطرح است و باعث شده محقق در این مقاله با احتیاط فراوانی نتیجه‌گیری کند.

اسپرنگل، دیویس و لیو (۶)، در پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر مشاهده کردند، هماهنگی میان مؤلفه‌ها با عنوان عوامل مشترک، در الگوهای متفاوت ارائه شده‌اند و روابط متقابل مراجع و درمانگر و مشکل بر انتخاب درمان انتخابی تأثیر می‌گذارد. داده‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد همه مؤلفه‌ها در برنامه‌درمانی انتخابی نقش دارند و مؤلفه‌های مختلف در کنار هم تکمیل‌کننده فرآیند روان‌درمانی هستند.

دسته‌ای از تحقیقات نیز بخش عمده فرآیند روان‌درمانی را بدون در نظر گرفتن جهت‌گیری نظری درمانگر، به مراجع و درمانگر که چگونه اتحاد را به عنوان اساس درمان به اشتراک بگذارند، نسبت می‌دهند (۱۲). نتایج تحلیل مصاحبه‌های پژوهش پیش‌رو نیز درخصوص عامل اصلی شکل‌گیری روان‌درمانی، مؤلفه ارتباط را در صدر نشانده. گزارش‌های همسوی بسیاری با این نتیجه هست. از جمله در گزارش لیو (۲۵) اشاره شده که ارتباط زیربنای کلیه تغییرات و جریان بهبودی در روان‌درمانی است. عامل ارتباط در پژوهش‌های نقاط مختلف جهان و اغلب رویکردهای درمانی از قبیل

تسهیل‌کنندگان فعالیت‌های پژوهشی به‌کار گرفت تا ضمن ایجاد اعتماد به محقق، دسترسی‌ها سریعتر شده و از انجام پژوهش ممانعت نشود. همچنین پس از اتمام پژوهش، پیگیری منجر به برقراری ارتباط مطلوب با یافته‌های تحقیق شود.

منابع

1. Freud S, Bonaparte PM. The origins of psychoanalysis: Imago London; 1954.
2. Erber R, Erber M. Intimate relationships: Issues, theories, and research: Psychology Press; 2016.
3. Vaziri Sh. Objectives of treatment in four factor psychotherapy. Journal of Thought and Behavior. 2016;10(39). [Persian]
4. Vaziri Sh., Lotfi Kashani, F. A four factor approach in psychotherapy. Journal of Thought and Behavior. 2015;9(35). [Persian]
5. Zabihzadeh A., Hatami J., Panaghi L., Goshang N. Essentials of protection of marital privacy in the therapeutic relationship between the psychotherapist and client: a qualitative study based on the couple's perspective in Iranian culture. Quarterly Journal of Family Research; 2018, 54. [Persian]
6. Sprenkle DH, Davis SD, Lebow JL. Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice: Guilford Publications; 2013.
7. Lambert MJ, Hill CE. Assessing psychotherapy outcomes and processes. 1994.
8. Stricker G. Psychotherapy integration. Washington DC. 2010.
9. Weiner IB, Bornstein RF. Principles of psychotherapy: Promoting evidence-based psychodynamic practice: John Wiley & Sons; 2009.
10. Giddens A. Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age: Stanford university press; 1991.
11. Ahmadi J. Recognizing and prioritizing the problems of Iranian families referring to guidance and counseling centers and providing solutions. Sociology of the Family. 2006;1(1). [Persian]
12. Yalom ID. The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients. 2002.
13. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. BMC medical education. 2017;17(1):1-13.
14. Barkan Korcan M. Psychologists' experiences of decision-making in clinical work: A thematic analysis: University of East London; 2018.
15. Paquin JD. Introduction to a special issue on clinician-researchers: a career engaged in both therapy research and practice. Taylor & Francis; 2017.

می‌شود. هر بعد درمان از دیدگاهی نظری برآمده، اما هرگز مناسب‌ترین نقشه راه و الگوی منفرد برای درمان وجود ندارد(۲۳).

مؤلفه دیگری که در تجارب روان‌درمانی اهمیت دارد مؤلفه نظریه است. وزیر(۳) در پژوهش خود اشاره کرد برای انتخاب نظریه، روان‌درمانگران علاوه بر دانستن نظریات موجود، باید پیش‌فرض‌های خود را درباره ماهیت انسان، آسیب‌شناسی رفتار و چگونگی کار با رفتارهای ناسازگار مشخص کنند. درمانگران عموماً اگر چارچوب‌ها و اصول کلی (نه جزئیات) نظریه را قبول داشته و از کار عملی با آن لذت ببرند، نظریه را انتخاب می‌کنند. دلیل عدم توجه جز به جز را ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و تجارب فردی می‌دانند. این نتیجه با نتایج مطالعه کیفی کارلوسکی و همکاران(۱۳) که در آن درمانگران ترجیح می‌دادند از تجربیات بالینی خود به‌جای تحقیقات نظری استفاده کنند؛ تأیید و حمایت شد.

به موجب یافته‌های این پژوهش، به‌ترتیب مؤلفه‌های ارتباط، درمانگر و نظریه از اهمیت ویژه در تجارب بالینی روان‌درمانگرها برخوردار است و سهم درمانگر در پیش‌برد فعالیت درمانی و مؤثرسازی روان‌درمانی بیشتر است. تعیین ماهیت رابطه روان‌درمانی، انتخاب فنون به کار گرفته شده و طراحی شیوه درمانی متناسب با هر مراجعی، به مقدار قابل توجهی بر عهده درمانگر است. در سال‌های معرفی روان‌درمانی، فروید در مقاله امکان‌های آینده درمان خطاب به درمانگران نوشت: فرض بر این است شما مراحل مسحور بودن از دست‌آوردهای درمانی و افسردگی از مشکل‌های بازدارنده را پشت سر گذاشته‌اید؛ اما در هر مرحله‌ای از این سیر تحول که باشید مبارزه با اختلال‌ها به پایان نرسیده و جا دارد در انتظار بهبود قابل ملاحظه موفقیت‌های درمان در آینده نزدیک باشیم(۳۰). از آن زمان تا به حال این مبارزه با تداوم تحقیقات و مدل‌های علمی، بر اقتدار دانش روان‌درمانی افزوده است. بخشی از این پیشرفت متوجه پژوهش‌های کیفی است که چگونگی درک پدیده روان‌درمانی و تحلیل مؤلفه‌های روان‌درمانی از دیدگاه درمانگران را امکان‌پذیر ساخته است. محدودیت این مطالعه مربوط به ویژگی‌های نمونه است که تنها زیرمجموعه‌ای از درمانگران مراکز خانواده را شامل می‌شود. پیشنهاد کاربردی مورد نیاز این است که می‌توان همکاری را در کلینیک‌ها به‌عنوان

16. Bagheri Kh., Khosravi Z., Akbari M.. Assumptions of Islamic Psychology. Journal of the Seminary and University 1995;5:25-39. [Persian]
17. Pirbadaqi F. Qualitative content analysis and case studies. Research message. 2009;9(100).
18. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. EE. UU. Aldine Publishing Company. <https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>; 1967.
19. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Sage publications; 1990.
20. Saldaña J. The coding manual for qualitative researchers: sage; 2021.
21. Mohammadpour A. Anti-method: Philosophical contexts and practical procedures in qualitative methodology. Tehran: Logos Publications; 2019. [Persian]
22. Heaton J. Wittgenstein and psychotherapy: From paradox to wonder: Springer; 2014.
23. Wampold BE. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. 2001;62.
24. Wampold B. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychotherapy Research. 1997;7(1):21-43.
25. Lebow JL. Integrative Couple Therapy. 2006.
26. Hatcher RL, Barends AW. How a return to theory could help alliance research. Psychotherapy: Theory, research, practice, training. 2006;43(3):292.
27. Safarzadeh S. Predicting the successful completion of individual psychotherapy based on the patient's characteristics and the competencies of the clinical specialist: the mediating role of therapeutic alliance: Semnan University; 2014. [Persian]
28. Zarani F, Zadaghi, S. The role of culture in psychopathology and psychotherapy: Implications for promoting the cultural competence of psychotherapists. Rise of Psychology. 2017;6(2).
29. Cabaniss DL. Psychodynamic Psychotherapy: A clinical manual: John Wiley & Sons; 2016.
30. Mobasheri M. Treatment Techniques in Psychoanalysis: Five Essays. Tehran: Niloufar Publications 2020. [Persian]

