رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۵، شماره پیاپی۹۸، مرداد ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(5), 2024

کشف چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی: یک مطالعۀ کیفی پدیدارشناسانه

Discovering the challenges of therapeutic communication in family therapy interventions: A phenomenological qualitative study

مریم اردوخانی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانواده، گروه روانشناسی، دانکشده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

Maryam Ordukhani
Master of Clinical Family Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
maryamordukhani.18@gmail.com

چکیده

مطالعه حاضر با هدف کشف چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی انجام شد. روش پژوهش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی انتخاب گردید. میدان پژوهش را کلیه درمانگران حوزه‌های خانواده‌درمانی در استان تهران با حداقل ۵ سال تجربه کار در سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. ۱۵ مشارکت‌کننده از طریق نمونه‌گیری هدفمند و طی یک فراخوان انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. تحلیل داده‌ها براساس روش تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۱۹) انجام شد. تحلیل نتایج منجر به تولید ۱ مضمون اصلی، ۳ مضمون فرعی و ۷ مفهوم اولیه شد. مضمون اصلی «ضعف در مدیریت پویایی‌های سیستمی» بود. مضمون فرعی نخست «ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده-درمانگر» با مفاهیم اولیه (ضعف آموزش، ضعف نظارت و غفلت از درمان فردی خود) بود. مضمون فرعی دوم «مهارت ناکافی خانواده‌درمانگر در رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی»، شامل مفاهیم اولیه (مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه و ناهمخوانی جنسیت با درمانگر) بود. و مضمون فرعی سوم «مهارت ناکافی خانواده‌درمانگر در مدیریت تنش جلسات خانوادگی» به‌همراه مفاهیم اولیه(ضعف مهارت کنترل هیجانی و تمایل کمتر به برگزاری جلسات خانوادگی) بود. نتایج نشان‌داد مهارت ناکافی خانواده‌درمانگر در مدیریت پویایی‌های پیچیده و پنهانی در تعامل با سیستم خانواده، چالش در ارتباط‌درمانی است. بر این اساس، لزوم بسترسازی‌های آموزشی و کاربردی در حوزۀ ارتباط در مداخلات خانواده-درمانی برجسته می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: *خانواده‌درمانی،ارتباط درمانی، مطالعه کیفی، رویکرد پدیدارشناسی.*

Abstract

This study was conducted to discover the challenges of therapeutic communication in family therapy interventions. The research method was a qualitative method and phenomenological approach. The field of research was formed by all therapists in the field of family therapy in Tehran province with at least 5 years of work experience in 2022-2023.15 participants were selected by invitation through a purposive sampling. Sampling continued until data saturation A semi-structured interview was used to collect data .Data analysis was done based on the theme-analysis method of Brown and Clark (2019). The analysis of the results led to the production of 1 main theme, 3 sub-themes, and 7 initial concepts. The main theme was "weakness in managing system dynamics". The first sub-theme was "weakness in implementing the systemic view of the family therapist" with basic concepts (weakness of training, weakness of supervision, and neglect of one's treatment). The second sub-theme "insufficient family-therapist skill in maintaining balanced interactions in family meetings" included basic concepts (skill not to ignore all members in the meeting and gender mismatch with the therapist). The third sub-theme was "Insufficient skill of the family therapist in managing the tension of family meetings" along with the primary concepts (weak emotional control skills and less willingness to hold family meetings). The results show that the insufficient skill of the family therapist in managing complex and hidden dynamics in interaction with the family system is a challenge in therapeutic communication. Based on this, the need for educational and practical foundations in the field of communication in family therapy interventions is highlighted.

Keywords: *Family Therapy, Therapeutic Communication, Qualitative Study, Phenomenological Approach.*

نوع مقاله : کیفی	دریافت : آذر ۱۴۰۲	پذیرش: اسفند ۱۴۰۲	ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

مقدمه

خانواده‌درمانی[1] به‌منزلهٔ یک رویکرد نظام‌مند، توجه انحصاری خود را بر بافت پویای آسیب‌شناسی افراد معطوف کرده است. از این رو افکار، احساسات، الگوهای رفتاری اعضا در بستری از ارتباطات و تعاملات منظومهٔ خانواده[2] مفهوم‌سازی می‌شوند؛ و با تأکید بر راهبردهای درمانی تغییردهندهٔ کل سیستم خانواده، از سایر روان‌درمانی‌ها متمایز می‌گردد (گلیک و همکاران[3]، ۲۰۱۶؛ گولدنبرگ و گولدنبرگ[4]، ۲۰۱۷). خانواده‌درمانی مشترک[5]، زوج‌درمانی[6]، طلاق درمانی[7]، خانواده‌درمانی کودک و نوجوان و ... اشکال گوناگونی از مداخلات خانواده-درمانی محسوب می‌شوند. از این رو، کارایی آن را می‌توان در زمانی مشاهده کرد که عضو یا خرد سیستمی[8] از خانواده دچار ناکارآمدی در عملکرد خود شده باشد و به این ترتیب، انعکاس آن در کل نظام خانواده طنین انداخته باشد (ترال و پرینستین[9]، ۲۰۱۲). لیکن علی‌رغم پیشرفت خانواده‌درمانی در پوشش دادن طیف وسیعی از خدمات بهداشت روان (سادوک[10] و همکاران، ۲۰۱۵)، روند در حال تکثر و بالندگی این حوزه، دیدگاه‌های متفاوتی ازآنچه پیکرهٔ خانواده‌درمانی را تشکیل می‌دهند ارائه داده است، که به‌عنوان مثال می‌توان به یک ابهام دیرینه در آن یعنی نبود دیدگاهی مشخص پیرامون نحوهٔ برگزاری جلسات، به‌صورت تمرکز بر یک فرد یا تمام اعضای خانواده (لیبو[11]، ۲۰۱۹) اشاره نمود. مرور ادبیات نظری این حوزه، حاکی از اهمیت پرداختن به چالش‌های رایج در مداخلات خانواده‌درمانی است. برای نمونه می‌توان به اعتراض‌ها و نگرانی‌هایی خصوصاً از جانب والدین در هنگام اجرای مداخلات، ترس از مورد نکوهش واقع شدن، برچسب خوردن اختلال برای کل خانواده، الگوگیری همشیرها هنگام بحث پیرامون فرزندی که به‌عنوان بیمار معلوم[12] شناخته‌شده و ... (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵) اشاره نمود. از نگاه ریوت و استریت[13] (۲۰۰۹) نیز چالش‌های مشترک در مداخلات خانواده‌درمانی شامل: مقاومت خانواده در خانواده‌درمانی، تعارضات در جلسه، درگیرشدن بیش از حد درمانگر با محتوای مسائل، بروز احساسات ناخوشایند و شدید اعضا در جلسه، بدرفتاری‌های کودکان در جلسات و ... هستند. پاترسون[14] و همکاران (۲۰۱۸) نیز، به سایر زمینه‌های چالش‌ساز رایج در جلسات خانواده‌درمانی اشاره داشته‌اند. با این حال تأثیر بافت غربی، ضرورت بررسی سازگاری مبانی فکری و فلسفی آن‌ها را با مسائل اجتماعی خانواده‌درمانی بر اساس اندیشهٔ بومی به جهت شفاف‌سازی بیشتر نشان می‌دهد (آینه‌چی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۶). به خصوص که به دلیل اهمیت بالای نقش خانواده در فرهنگ ایرانی و همچنین فرهنگ خانواده محور ایران، خانواده‌درمانی می‌تواند روشی مؤثر برای معضلات خانواده‌ها تلقی شود (موسوی، ۱۳۹۵). در این مورد، افزایش تعداد مراجعین به مراکز خانواده‌درمانی در ایران، می‌تواند شاهدی بر این مدعا باشد (آذربایجانی، ۱۳۹۵). این همه در صورتی است که مطالعاتی به بررسی وضعیت خانواده ایرانی از ابعاد گوناگون (برای مثال طهماسیان و همکاران، ۱۳۹۶)، واکاوی موضوعاتی خاص در خانواده و تعاملات زوجین (برای مثال داودی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کریمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۸)، تحلیل برخی چالش‌های خانواده ایرانی (برای مثال یزدانی و دوستی، ۱۳۹۴) و ... پرداخته‌اند، اما توجه چندانی به پژوهش‌های خاص پیرامون چالش‌های خانواده‌درمانی در ایران نشده است. اردوخانی و همکاران (۱۴۰۲)، با هدف مرور و جمع‌بندی تحلیلی بر مطالعات معطوف به چالش‌های حوزهٔ خانواده‌درمانی، اینگونه اظهار داشتند که تمرکز پژوهش‌ها در ایران به‌طور غالب در راستای دغدغه‌های فرهنگی- مذهبی بوده و عمدتاً به روش تحلیل محتوای[15] متون مکتوب انجام گرفته است، در حالی که گسترهٔ موضوعی در تحقیقات خارجی وسیع‌تر (موضوعاتی مانند چالش‌های اتحاد درمانی[16]، ارتقای آموزش خانواده‌درمانگر و ...) بوده و با روش‌های متنوع‌تری انجام شده بودند.

[1] Family therapy
[2] Family system
[3] Glick, I D and et al
[4] Goldenberg, H., & Goldenberg
[5] Conjoint family therapy
[6] Couple therapy
[7] Divorce therapy
[8] Micro system
[9] Prinstein, M., & Trull, T. J
[10] Sadock
[11] Lebow, J L
[12] Identified patient
[13] Rivett M, Street E
[14] Patterson, J
[15] Content analysis
[16] Therapeutic alliance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

از سوی دیگر، سیر پژوهشی در دهۀ اخیر حکایت از شکل گیری علاقه فراگیری میان پژوهشگران یکپارچه‌نگر[1] دارد تا عوامل مشترک درمانی را کشف کنند (وامپولد[2]، ۲۰۱۵). یکی از این عوامل مشترک مهم، ارتباط درمانی[3] است که کلیۀ مکاتب درمانی در اثربخشی بالینی آن هم عقیده هستند (پروچسکا و نورکراس[4]، ۲۰۱۸). ارتباط درمانی مسیرهای پیچیده‌ای دارد که مؤلفه‌های متعدد آن همچون رابطۀ درمانی[5] (هارتلی[6] و همکاران، ۲۰۲۲)، اتحاد درمانی (بایر[7]و همکاران، ۲۰۲۰)، صمیمیت[8] (اتزیل- اسلونیم[9] و همکاران، ۲۰۱۸)، انتقال[10] (استرن و هرش[11]، ۲۰۱۸)، انتقال متقابل[12] (دال[13] و همکاران، ۲۰۱۷)، خودافشایی[14] (سولومنو و باربر[15]، ۲۰۱۸) و ... در ارتباط میان درمانگر با مراجع، درهم تنیده هستند. از طرف دیگر، در مداخلات خانواده‌درمانی مسئلۀ رابطۀ درمانی و اتحاد درمانی با پیچیدگی‌های فراوانی همراه است (فریدلندر[16]و همکاران، ۲۰۱۹). لذا مطالعات بسیاری با هدف تسهیل در ایجاد و بهبود کیفیت رابطۀ درمانی در ادبیات پژوهشی این حوزه در خارج از ایران انجام شده است (برای مثال اورلوسکی[17]و همکاران، ۲۰۲۲؛ روبر[18]و همکاران، ۲۰۲۱؛ ریتر[19]و همکاران، ۲۰۲۰؛ برینیارسکا[20]و همکاران، ۲۰۱۹؛ فیف[21]و همکاران، ۲۰۱۹؛ لارنر[22]، ۲۰۱۶). شایان توجه است که رابطۀ درمانی در تعریفی دلالت بر یک مذاکره میان ذهنیتی بین درمانگر و مراجع درباره نیازها و خواسته‌ها دارد که زیر بنای همه درمان‌ها است (موران[23]، ۲۰۱۹). با این حال، در توصیف جزئیات و ابعاد آنچه که درمانگر بایستی اجرا کند تا کیفیت خوبی در رابطۀ درمانی ایجاد نماید، دشواری‌هایی وجود دارد (کرامر[24]و همکاران، ۲۰۲۲) از آنجا که اجزای متعددی، ورای موضوع اتحاد و رابطه‌درمانی در بستر ارتباط درمانی مؤثر هستند و همان طور که پیش‌تر اشاره شد، وجود چالش‌های گوناگونی در مبانی نظری خانواده‌درمانی همواره مورد تأکید بوده‌است، بر این اساس می‌توان گفت ارتباط درمانی، در خدمات خانواده‌درمانی چالش‌های پیچیده و مختلفی را شامل می‌شود.

موضوع قابل توجه دیگر آن است که در انجام مطالعات مذکور، تمایل به پژوهش‌های کیفی[25] رواج داشته است. از آنجا که پژوهش‌های کیفی در نمونه‌های ایرانی پیرامون چالش‌های ارتباط درمانی بالاخص در خدمات خانواده‌درمانی محدود است، به نظر می‌رسد در دست داشتن روایتی با نگاهی کل نگرانه به مداخلات این حوزه، در مقابل درمان‌های انفرادی، بتواند با آشکار ساختن عناصر مشترک، راهگشای پژوهش‌هایی با تفکیک جزئیات در این حوزه باشد. بعلاوه، لزوم پرداختن به این موضوع، از خلال مطالعات فرهنگی نیز برجسته می‌گردد. به طور مثال از طریق روش تحلیل تناظر[26]، مفهوم آبرو، جزء ساختار معنایی حریم خصوصی در فرهنگ ایرانی تلقی می‌شود (ذبیح زاده و همکاران، ۱۳۹۶). لذا در مراجعین با ایجاد نگرانی‌هایی از قضاوت شدن پیرامون مسائل خصوصی و خانوادگی و به‌تبع آن دشواری در بیان این مسائل مقابل فرد ناآشنایی مانند درمانگر همراه می‌شود (رشتبری و ساعد، ۱۳۹۷). همچنین برخی مطالعات (برای مثال ذبیح زاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ احمدی، ۱۳۸۶)، به تمایلاتی در مراجعین نسبت به برخی ویژگی‌های خاص روان‌درمانگران مانند تشابه جنسیتی با وی اشاره داشتند. در این میان، نزدیکترین مطالعه‌ی بومی به موضوع پژوهش حاضر، واکاوی ادراک زوجین ایرانی فاقد تجربۀ درمان پیرامون ملزومات حریم زناشویی در ارتباط درمانی با درمانگر بود (ذبیح زاده و همکاران، ۱۳۹۷). تحلیل دیدگاه آنان، دلالت بر نقش بافتار فرهنگی-

---

[1] Integrative
[2] Wampold
[3] Therapeutic communication
[4] Prochaska & Norcross
[5] Therapeutic relationships
[6] Hartley
[7] Baier
[8] Intimacy
[9] Atzil-Slonim
[10] Transference
[11] Stern & Hirsch
[12] Counter transference
[13] Dahl
[14] Self-disclosure
[15] Solomonov & Barber
[16] Friedlander
[17] Orlowski
[18] Rober
[19] Reiter
[20] Bryniarska
[21] Fife
[22] Larner
[23] Muran
[24] Kramer
[25] Qualitative research
[26] Correspondence Analysis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

اجتماعی در مفهوم‌بندی فرهنگی از شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر داشت. در مجموع می‌توان گفت، کشف چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی از حیث نفوذ ویژگی‌های فرهنگ‌بسته در جلسات نیز، حائز اهمیت است.

همان طور که پیش‌تر اشاره شد، این پژوهش چندان به دنبال تفکیک یافته‌ها به تمام حوزه‌های اختصاصی خانواده‌درمانی نبوده است. با این وصف، سعی بر فراهم آوردن مقدمات جهان‌بینی کیفی به پژوهش در حوزه‌های خانواده‌درمانی را داشته است. لذا روش‌شناختی کیفی با اتکا به رویکرد پدیدارشناختی[1] به منظور ورود به درون جهان زیسته‌ی افراد در کشف پدیده‌ای خاص (کرسول[2]، ۲۰۱۳) انتخاب گردید. بر این اساس کوشش پژوهشگران در این مطالعهٔ کیفی پدیدارشناسانه،کشف موضوعات چالش‌ساز و تأثیرگذار در ارتباط درمانی، طبق تجربه خانواده‌درمانگران بود. در نهایت مسئله پژوهش اینگونه تکمیل گشت: « درمانگران، چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات خانواده-درمانی را چگونه تجربه می‌کنند؟».

روش

روش این مطالعه با توجه به ماهیت پرسش پژوهش، کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است که در آن به تجارب مشترک خانواده‌درمانگران از یک پدیده (چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات درمانی) پرداخته شد. به‌منظور انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش تحلیل مضمون[3] انتخاب شد؛ زیرا این روش امکان کاوش و تحلیل الگوهای درون داده‌ها (براون و کلارک[4]، ۲۰۰۶) و سازمان‌دهی آن‌ها در قالب جزئیات بیشتر در بطن داده‌ها را فراهم می‌آورد (توماس و هاردن[5]، ۲۰۰۸).

جامعهٔ این پژوهش را درمانگران حوزه‌های مختلف زوج و خانواده‌درمانی در استان تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. ۱۵ مشارکت‌کننده[6] به روش نمونه‌گیری هدفمند[7] و با حداکثر گوناگونی[8] (تنوع در تمرکز کاری در حوزه‌های خانواده، رویکرد درمانی، جنسیت، درجه مدرک و گرایش تحصیلی) وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود، درمانگران دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری بودند که دارای حداقل پنج سال تجربهٔ مداخله در یکی از حوزه‌های مرتبط با خانواده باشند و تمایل به همکاری در پژوهش را داشته‌باشند. لازم به ذکر است از آنجا که پژوهش حاضر به دنبال یافتن چالش‌های اختصاصی رویکردهای درمانی و حوزه‌ای خاص در خانواده‌درمانی نبوده است، ملاک حوزه‌های مختلف خانواده‌درمانی و رویکردهای گوناگون درمانی، در راستای تنوع بخشیدن به نمونه در نظر گرفته شد. زیرا چشم انداز پژوهش حاضر به صورت کلی معطوف به «ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی» بوده و درصدد کشف مشابهت‌ها و موضوعات مشترک میان انواع خانواده‌درمانی‌ها با رویکردهای نظری مختلف بوده است. ملاک خروج از پژوهش نیز، عدم تمایل به ادامه همکاری بود. همچنین در مسیر نمونه‌گیری نظری، از سؤالات هدایت‌کننده بیشتری برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد و زمانی که اطلاعات شرکت‌کنندگان تکرار شدند و یافتهٔ جدیدی به مطالعه اضافه نشد (مرحله اشباع نظری[9])، فرایند نمونه‌گیری متوقف شد. ۱).

ابزار سنجش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از روش مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته[10] به‌عنوان یکی از روش‌های متداول در طرح‌های کیفی استفاده شد. بدین منظور، پس از کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق پژوهشگاه رویان (شماره IR.ACECR.ROYAN.REC.1400.052) مراحل اجرایی به این صورت آغاز گردید که در ابتدا راهنمای مصاحبه بر اساس اهداف پژوهش تهیه شد و سپس به‌صورت هدفمند با متخصصان حوزهٔ خانواده‌درمانی که علاوه بر واجد بودن معیارهای موردنظر، رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند، با هماهنگی وقت قبلی مصاحبه‌ها اجرا شدند. در راستای ملاحظات اخلاقی، پیش از اجرای هر مصاحبه توضیحاتی دربارهٔ اهداف و کاربردهای آتی نتایج پژوهش، اطمینان‌بخشی در مورد حفظ حریم خصوصی و هویت شرکت‌کنندگان و جلب رضایت برای ضبط صدا انجام شد. لذا مصاحبه‌ها با کسب اجازه از هر شرکت‌کننده به‌طور کامل ضبط شدند. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی همچون « طبق تجربتون چه عواملی در ارتباط درمانی شما در جلسات چالش‌ساز بودند؟» و « فکر می‌کنید چه عواملی باعث ایجاد چالش‌هایی در ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی می‌شوند؟» شروع شدند.

[1] Phenomenological Approach
[2] Creswell
[3] Thematic Analysis
[4] Braun & Clarke
[5] Thomas & Harden
[6] Participants
[7] Purposeful Sampling Method
[8] Maximum Variation
[9] Theoretical Saturation
[10] Semi-Structured

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

همچنین از سؤالات کاوشی[1] به‌منظور رسیدگی بیشتر به ابعاد مختلف مسئلهٔ پژوهش استفاده شد؛ برای نمونه برای عمق بخشیدن به مطالب مطرح‌شده از سؤالی مانند «می‌توانید دراین‌باره توضیح بیشتری بفرمایید یا مثالی بزنید؟» و برای وسعت بخشیدن به سایر ابعاد موضوع، از سؤالی مانند «چه مواردی دیگری وجود دارند؟» استفاده شد و ادامه روند مصاحبه برحسب موضوعات پیش‌آمده تعیین شدند. زمان صرف شده برای مصاحبه‌ها حداقل ۴۰ دقیقه و حداکثر ۹۰ دقیقه بود.

تحلیل مصاحبه‌ها

به‌منظور عملیاتی کردن تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، از روش شش مرحله‌ای تحلیل تماتیک انعکاسی[2] براون و کلارک (۲۰۱۹) استفاده شد. طبق این روش، پس از انجام مصاحبه و پیاده سازی مصاحبه بر روی کاغذ، چندین مرتبه متن خوانده شد و در ادامه خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم احساس شدن با افراد مشارکت‌کننده به منظور درک آن‌ها، استخراج جملات مهم در رابطه با پدیدهٔ مورد مطالعه، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج شده (فرمول بندی)، دسته بندی مفاهیم مشترک به دست آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسهٔ ایده‌ها و ترکیب آن‌ها، توصیف نهایی پدیدهٔ مورد مطالعه و در نهایت بازگردانی توصیف پدیده‌ها به مشارکت‌کنندگان در راستای معتبرسازی نتایج انجام شد. همچنین به جهت مدیریت و افزایش دقت، تحلیل داده‌ها در محیط نرم افزار مکس کیودا نسخهٔ ۲۰[3] انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در نرم افزار، روخوانی و بررسی آن‌ها آغاز شدند تا یک اشراف نسبی از داده‌ها حاصل گردد. سپس کدگذاری باز انجام شد. و بر اساس میزان شباهت و تفاوت، کدها با یکدیگر مقایسه شدند و مضامین به تدریج شکل گرفتند.

شایان ذکر است که در بخش بررسی استحکام نتایج، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فنون باورپذیری[4]، از فن بازبینی توسط شرکت‌کنندگان[5] استفاده شد (کرسول، ۲۰۱۳). بعلاوه، از فن ناظرخارجی[6] نیز بهره‌گرفته شد. به این ترتیب، کدهای استخراجی و مضامین به‌طور پیوسته در اختیار یکی از افرادی که در زمینهٔ پژوهش کیفی تجربه داشت، قرار گرفتند و همچنین نظرات سه متخصص این حوزه که در پژوهش شرکت نداشتند پیرامون مضامین استخراج شد. این در حالی است که در سراسر پژوهش، اعضای گروه در راستای بررسی یافته‌ها و صحت کدگذاری، جلساتی را به‌طور منظم[7] برگزار می‌کردند.

یافته ها

با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول (۱)، از میان ۱۵ نفر از درمانگران حوزه‌های گوناگون خانواده، تعداد ۹ زن و ۶ مرد حضور داشتند. ۱۲ نفر دارای مدرک دکتری، ۱ نفر کاندیدای دکتری و ۲ نفر مدرک کارشناسی ارشد داشتند. که از این میان ۵ نفر گرایش مشاوره خانواده و مابقی در گرایش‌های روانشناسی تحصیل کرده بودند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد	رویکرد درمانی	تحصیلات	حوزهٔ کاری در خانواده‌درمانی	جنسیت
۱	شناختی-رفتاری	دکتری روانشناسی بالینی	خانواده‌درمانی کودک و نوجوان	زن
۲	هیجان‌محور	دکتری روانشناسی بالینی	زوج و طلاق‌درمانی	زن
۳	رفتاری، شناختی-رفتاری	دکتری روانشناسی تربیتی	خانواده‌درمانی کودک و نوجوان	زن
۴	شناختی-رفتاری	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	خانواده‌درمانی کودک و نوجوان	زن
۵	تحلیلی و سیستمی	کاندیدای دکتری روان‌شناسی بالینی	زوج و طلاق‌درمانی	زن
۶	تحلیلی و سیستمی	کارشناسی ارشد بالینی	زوج درمانگر و طلاق‌درمانی در دادگستری	زن
۷	سیستمی/ هیجان محور	دکتری مشاوره خانواده	زوج و خانواده‌درمانگر	مرد

[1] Probe
[2] Reflexive TA
[3] Maxqua20
[4] Trustworthiness
[5] Member Checking
[6] External audits
[7] Peer debriefing sessions

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

۸	سیستمی	دکتری مشاوره خانواده	پیش از ازدواج ، طلاق‌درمانی در دادگستری و خانواده‌درمانگر	مرد
۹	تحلیلی	دکتری روان‌شناسی عمومی	زوج و طلاق‌درمانی	زن
۱۰	سیستمی	دکتری روان‌شناسی بالینی	خانواده‌درمانگر و خانواده‌درمانی با حضور عضو درگیر اعتیاد	مرد
۱۱	مراجع‌محور	دکتری روان‌شناسی بالینی	خانواده‌درمانی نوجوان	زن
۱۲	شناختی و سیستمی	دکتری مشاوره خانواده	زوج و خانواده‌درمانگر	زن
۱۳	شناختی-رفتاری و طرحواره	دکتری روانشناسی بالینی	زوج‌درمانگر	مرد
۱۴	سیستمی و پست مدرن	دکتری مشاوره خانواده	زوج و خانواده‌درمانگر	مرد
۱۵	سیستمی	دکتری مشاوره خانواده	خانواده‌درمانگر، طلاق‌درمانی و مداخلات روابط فرا زناشویی	مرد

در ادامه با تحلیل مصاحبه‌ها در راستای چالش ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی، مضمون اصلی "ضعف در مدیریت پویایی‌های سیستمی"حاصل شد. مفهوم پویایی‌های سیستمی در مطالعهٔ حاضر، به تعاملات و جریانات آشکار و پنهانی اشاره دارد که در بستر رابطهٔ درمانگر با سیستم خانواده، شکل گرفته است. این مضمون در قالب سه مضمون فرعی سازمان‌دهی شد که هر کدام نوعی از چالش ارتباط درمانی را حول ضعف مهارت‌هایی از جانب درمانگر نشان می‌دهد: این مضامین عبارت هستند از: ۱- ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده‌درمانگر (۳مفهوم اولیه)، ۲- مهارت ناکافی خانواده درمانگر در رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی (۲مفهوم اولیه) و ۳- مهارت ناکافی درمانگر در مدیریت تنش جلسات خانوادگی (۲مفهوم اولیه). جدول شماره (۲) نمای کلی از مضامین استخراج شده را نشان می‌دهد. سپس در ادامه هر یک از مضامین اصلی و فرعی، به همراه برخی از نقل‌قول‌های شرکت‌کننده‌ها توصیف شده‌اند.

جدول ۲: مضامین فراگیر، اصلی و فرعی چالش‌های ارتباطی در مداخلات خانوادگی

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم اولیه
ضعف در مدیریت پویایی‌های سیستمی	ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده‌درمانگر	ضعف آموزشی
		ضعف نظارت
		غفلت از درمان فردی خود
	مهارت ناکافی خانواده درمانگر در رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی	مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه
		ناهمخوانی جنسیت با درمانگر
	مهارت ناکافی درمانگر در مدیریت تنش جلسات خانوادگی	ضعف مهارت کنترل هیجانی
		تمایل کمتر به برگزاری جلسات خانوادگی

مضمون اصلی: مضمون در مدیریت پویایی‌های سیستمی

در راستای چالش‌های ارتباط درمانی در جلسات خانواده‌درمانی، مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند علی‌رغم آنکه داشتن نگرش سیستمی و دور شدن از نگاه‌های خطی برای خانواده‌درمانگر حائز اهمیت است، در کاربست آن هنگام اجرای مداخلات چندان موفق نبودند؛ به‌طوری که بسیاری اوقات در شکل «جانبداری نسبت به عضوی از خانواده» در جلسه ظاهر شده بود: *«من اعتراف می‌کنم چند بار، به وضوح جانبداری کردم، چون دلم به حال خانم‌ها می‌سوزه. خب چون ما آدمیزادیم دیگه. خیلی سخته خودت رو کنترل کنی چون وقتی‌که زوج و خانواده می‌بینی، تجربیات خودت، مادر شوهر خودت، پسر خودت، خواهر شوهرت، همه درگیره» (مشارکت‌کننده شماره ۲)*. همچنین برخی از شرکت‌کنندگان ضعف در این مهارت را به‌عنوان انتقاد در اثر مشاهدهٔ همکاران خود مطرح کردند: *«بلد نیستند که چطور برخورد بکنند به خاطر این هستش که نگاهشون یک نگاه فردگرا است. ما در دید سیستمی مراجعمون فرد نیست اصلاً ما با زن و مرد کار نداریم مراجع ما رابطه این دو تا هست» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴)*.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

مضمون فرعی اول: ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده‌درمانگر

به زعم شرکت‌کنندگان این پژوهش، ضعف درمانگر نسبت به پیاده‌سازی دید سیستمی از تداخل در ۳ حیطهٔ ضعف آموزش، ضعف نظارت و غفلت از درمان فردی خود ناشی شده است که پیامد آن در تداخل مسائل حل نشدهٔ درمانگر با مشکلات خانواده‌ها یا به عبارتی، درگیر شدن غیرآگاهانه درمانگر در سیستم خانواده بروز می‌کند: *«یه وقت‌هایی به اشکال و به نادرست ما ممکنه جزء سیستم خانواده بشیم این یعنی من درمانگر هم تو اون سیستم خانواده حل میشم و بعد می‌بینم که کاری پیش نمیره این هم باز خودش به نظر من یک ضعفه که من درمانگر این‌قدر آموزش ندیدم، حالا از نظر شخصیتی هم رشد نکردم یا از نظر هیجانی مسئله دارم یا از نظر حرفه‌ای مشکل دارم که منم میام میشم جزء سیستم خانواده ولی نقش یک فیکسر رو عمل می‌کنم، نقش یک نگهدارنده مشکل رو عمل می‌کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)*. شرکت‌کننده دیگری چنین گفت: *«مثلاً خانم مشکلاتی با آقا داره، می‌خواد تو جلسه درمانگر رو به سمت خودش بکشه. یا بچه‌ها عقده‌هایی از پدر و مادرشون دارند تو جلسه می‌خوان درمانگر رو به سمت خودشون بکشند. اینجاست که هر اشتباه خانواده درمانگر ممکنه جبران‌ناپذیر باشه. اینکه خواسته یا ناخواسته به ائتلاف‌های اونا و مثلث‌هایی که دارن می‌سازند، وارد بشه و نتونه مدیریت بکنه جلسه رو و اون ائتلاف‌ها رو، و این ممکنه نتیجه رو خراب کنه؛ بنابراین درمانگر خانواده خیلی (با تأکید زیاد) باید باتجربه باشه و خیلی باید حواسش به آموزشش و درمان خودش باشه» (مشارکت‌کننده شماره ۸)*.

در این میان شرکت‌کننده شماره ۷ کم‌توجهی به پیگیری درمان فردی را به ترس پیرامون نقض حریم خانوادگی در میان سایر همکاران این حوزه مربوط دانست: *«یه مانع دیگه، اون حفظ حریم خودمون هم میشه. من اگر بخوام وارد فرآیند حرفه‌ای بشم، اگر یک همکاری بدونه که من مثلاً یه همچین مشکلی، مسئله‌ای رو تو خانوادم دارم مطمئناً خوشایند نیست دیگه و این بر می‌گرده به مشکلات ما در جامعه روان‌درمانی که داریم»*. همچنین برخی به طور خاص به موانع فردی از طرف درمانگر برای پیگیری سوپرویژن اشاره کردند: *«خیلی از وقت‌ها این هم بگما ما درمانگرها هم می‌ترسیم از این‌که زیر نظر یک نفر دیگه کار بکنیم، یا مثلاً کارمون ارزیابی بشه، عیب و ایرادمون رو دربیاره. مقاومت یک بخش زیادی از جانب ما هم بوده» (مشارکت‌کننده شماره ۱)*

مضمون فرعی دوم: مهارت ناکافی خانواده درمانگر نسبت به رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی

با تحلیل مصاحبه‌ها، بخشی از ضعف مهارتی در مدیریت پویایی‌های سیستمی، به رویدادهای ناآشکار درون جلسات (مانند مقاومت اعضا) مربوط می‌شود و بخش قابل توجهی به مدیریت تعاملات عینی درمانگر با اعضای حاضر در جلسه درمان خلاصه می‌شود. بر این اساس، چالش ایجاد ارتباطی متوازن، با تمام اعضای حاضر در جلسه درمان، جزء ضعف مهارتی خانواده‌درمانگر در این مورد قرار گرفت که شامل ۲ مفهوم اولیه مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه و چالش ناهمخوانی جنسیت با درمانگر بود.

یک بعد فراوانی که توسط شرکت‌کنندگان این مطالعه اشاره شد، به مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه مربوط بود: *«در درمان خانواده کارمون خیلی سخت‌تر میشه چون باید زبان بدن کل رو داشته باشیم. یعنی هم‌زمان که من دارم به شما گوش میدم باید ببینم واکنش بقیه اعضا چیه به صحبت‌های ما دوتا یا صحبت‌های شما. همه اعضای خانواده رو درگیر بکنم که یکی احساس نکنه که من فقط با شما صحبت می‌کنم و بقیه نادیده گرفته شدند یعنی یک اتحاد درمانی با کل سیستم » (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)*. دیگری چنین اظهار داشت: *«ممکنه یکی بتونه با درمانگر رابطه برقرار کنه اما اون یکی نتونه. یکی درمانگر زن میخواد اون یکی مرد میدونی یه کم اینا وقتی رابطه دوتایی میشه سه‌تایی، پیچیده‌تر میشه که بتونی خودت رو با همه وفق بدی و کسی احساس نادیده گرفته شدن نکنه» (مشارکت‌کننده شماره ۹)*.

بعد دیگر چالش برقراری تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی، به ناهمخوانی جنسیت با درمانگرمربوط بود: *«تو درمان‌های خانوادگی خب ممکنه بحث اتاق خوابشون یا سکس تراپی و درمان مسائل جنسی هم تو اتاق درمان مطرح بشه. اینجا ممکنه خصوصاً خانم‌ها با درمانگر جنس مخالف این راحتی رو نداشته باشند و همکاری نکنند و نیان یا مشکل رو اصلاً توضیح ندن و همه اینا هست و میتونه ارتباط باهاشون و تداوم درمان رو سخت بکنه» (مشارکت‌کننده شماره ۸)*. که در چنین مواردی، برخی، حضورکمک درمانگری از جنس مخالف را به‌عنوان راه حل مطرح کردند: *«تو جامعه فرهنگی ایران همیشه هم سعی می‌کنم تو خانواده‌درمانی به بهانه اینکه من باید یک کوتراپیست از جنس مخالف داشته باشم که توازن تو خانواده ایجاد بشه، دونفره خانواده‌درمانی می‌کنیم. اصولاً داشتن یک کوتراپیست تو خانواده‌درمانی خیلی کمک میکنه که اون نقاطی که نمی‌بینیم توسط دیگری گوشزد بشه. مثلاً تقسیم کردن خانواده وقتی تو داری با یکیشون کار می‌کنی. تو یه قشری رو گرفتی اون یکی قشر دیگه تو خانواده رو داره توجه می‌کنه. خیلی فواید داره بخصوص اگر از جنس مخالف باشه اون مردانگی و زنانگی رو، اون توازن رو میتونی نگه داری»* (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

مضمون فرعی سوم: مهارت ناکافی درمانگر برای مدیریت تنش جلسات خانوادگی

به اعتقاد شرکت‌کنندگان، یکی دیگر از پویایی‌های رایج در جلسات خانوادگی که نیاز به مهارت بالای مدیریت درمانگر دارد، تنش و تعارضاتی است که در این جلسات شدت می‌گیرند، که در این پژوهش در زیرطبقاتی همچون ضعف مهارت کنترل هیجانی درمانگر و پیامد تمایل کمتر خانواده‌درمانگر به برگزاری جلسات خانوادگی قرار گرفتند.

به‌عنوان نمونه، درمانگر شماره ۶ به ضعف مهارت کنترل هیجانی خودش اشاره داشت: *«درمانگر باید کنترلش روی خودش بالا باشه. خب حالا شما حساب کن زوج میاد اکثراً یا به مو رسیدن که تو کجا رو بگیری! اصلاً تو نمیتونی اون لحظه اونا رو آروم کنی من چند بار کنترلم رو از دست دادم و داد زدم به‌طوری که صدای من بیرون از اتاق رفت»*

به اعتقاد شرکت‌کنندگان، ضعف در مدیریت تنش جلسات، با تجربهٔ هیجانات ناخوشایند برای درمانگر همراه می‌شود: *«دیدن خانواده برای من درمانگر استرس بر انگیزه. یک همکاری دارم چند روز پیش می‌گفت یهو خانمِ برگشت یک سیلی محکم زد به مرد یعنی می‌گفت من خشکم زد که اون لحظه چی‌کار بکنم که اصلاً بتونم اون تنش رو مدیریت بکنم .چون بخشی از وظیفه ما تو درمان اینه که تنش‌زدایی بکنیم چون تو اتاق درمان به ازای هر یک نفری که ورود پیدا می‌کنه، تعارضات به‌صورت تصاعدی افزایش پیدا می‌کنه» (مشارکت‌کننده شماره ۵)*. دیگری چنین اشاره کرد: *«وقتی درمانگر نتونه مدیریت بکنه جلسه رو، درواقع وقتی بلد نیست کارش رو، خودش هم دچار تنش میشه و جلسه از دستش در میره و احساس بی‌کفایتی می‌کنه و این احساس عدم کفایت بهش استرس میده» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳)*. همچنین برخی به کنترل دشوار جلسات غیرحضوری اشاره داشتند: *«زوج درمانی آنلاین خیلی (با تأکید) سخته. یعنی بارها برای من پیش اومده که من داشتم حرف میزدم اینا دعواشون شده بعد یهو از جمله موبایل رفتن اون ور تو اتاق داشتن دعوا میکردن و من نشسته بودم و مبلی که خالیه » (مشارکت‌کننده شماره ۲)*

به اعتقاد شرکت‌کنندگان، عدم مدیریت صحیح هنگام تعارضات در چنین جلساتی، منجر به تمایل کمتر به برگزاری جلسات خانوادگی می‌شود: *« در جلسات خانوادگی که همه اعضا هستند خیلی چیزا میاد وسط که سخت میکنه کارو برای همین روان‌شناس‌ها پرهیز می‌کنند که بخوان خانواده‌ها و بچه‌ها رو با هم ببینند. جلسات پرتنش میشه » (مشارکت‌کننده شماره ۱۵)*. دیگری چنین گفت: *«متأسفانه خیلی از درمانگرها هم آموزش صحیحی ندیدند. برای همین با اعضا جدا جدا جلسات رو برگزار می‌کنند اما خانواده‌درمانی نمی‌کنند چون من فکر می‌کنم خیلی‌ها می‌ترسند از تعارض» (مشارکت‌کننده شماره ۳)*.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف واکاوی چالش‌های ارتباطی در مداخلات خانوادگی بر طبق تجربه متخصصان خانواده صورت گرفت. در این راستا، مجموعه موضوعاتی با استفاده از تحلیل موضوعی از متن مصاحبه‌های انجام شده با شرکت‌کنندگان استخراج گردید. این موضوعات در قالب یک مضمون اصلی، ۳ مضمون فرعی و ۷ مفهوم اولیه طبقه‌بندی شدند. پیرامون مضمون اصلی «ضعف در مدیریت پویایی‌های سیستمی» باید اذعان داشت؛ در اکثر مصاحبه‌های انجام‌شده، مواردی مطرح شدند که دلالت بر جریانات و اتفاقاتی داشت که خانواده‌درمانگران در مقابل سیستم جدید شکل‌گرفته میان خود و مراجعین تجربه کرده بودند. با این حال، ضعف مهارتی درمانگران برای غلبهٔ مؤثر بر آن‌ها، زمینه‌ی چالش‌های ارتباطی در مداخلات خانوادگی بود. مضامین فرعی نیز عبارت هستند از: ۱- ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده‌درمانگر (ضعف آموزش، ضعف نظارت، غفلت از درمان فردی خود)، ۲- مهارت ناکافی خانواده درمانگر در رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی (مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه و ناهمخوانی جنسیت با درمانگر) و ۳- مهارت ناکافی درمانگر در مدیریت تنش جلسات خانوادگی (ضعف مهارت کنترل هیجانی و تمایل کمتر به برگزاری جلسات خانوادگی). در ادامه به تبیین هر کدام از مضامین فرعی پرداخته می‌شود.

در زمینه مضمون ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده‌درمانگر، برخی افراد شرکت‌کننده به‌شدت قائل به استفاده از نگرش سیستمی برای مداخله بودند ولی در پیاده‌سازی آن در مقابل برخی از مراجعین به چالش برخورده بودند. ازجمله دیدگاه‌های متخصصان این پژوهش، ضعف آموزشی و نظارتی و غرق شدن در محتوای جلسات از حیث دور شدن از نگرش سیستمی بود. همسو با این یافته می‌توان اشاره داشت، غفلت از فهم و کاربست دانش سیستمی در آموزش تخصصی خانواده‌درمانی، بستر ناکارآمدی برای آموزش‌های این حوزه محسوب شده است (اردوخانی، ۱۴۰۲). این در حالی است که پیرامون تفکر سیستمی اعتقاد بر آن است که یکی از فرایندهای شناختی پیچیده‌ای است که با برنامه‌های درسی مناسب قابل یادگیری است (اساراف و اوریون[1]، ۲۰۱۰). همچنین‌در راستای اهمیت آن، آسایش و خدایاری‌فرد (۱۴۰۰)، در پژوهش خود به ابداع فن تغییر رفتار سیستمی به منزلهٔ فنی جدید در درمان‌های خانواده و زوج درمانی پرداختند. از این رو، یکی از جنبه‌های اثربخشی آن، کمک به نگاه مشفقانه درمانگر به اعضای خانواده و کوشش در جهت تغییر در تمام اعضا

[1] Assaraf & Orion

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

برشمرده شد. در تبیین نهایی این موضوع باید گفت؛ حوزۀ آموزش خانواده‌درمانی نیازمند اجرای پژوهش‌هایی با اولویت بیشتری است، به‌گونه‌ای که ضعف‌های آموزشی را پوشش دهد (اصنافی و امتی، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر، نتیجۀ بررسی برینیارسکا و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد بافت شخصی به‌عنوان بستر تجربیات درمانگر می‌تواند به ابزاری برای کار وی مانند تسهیل در ایجاد اتحاد درمانی تبدیل شود. همچنین نتیجه بررسی‌های هینونن و نیسن‌لی[1] (۲۰۲۰) نشان داد ویژگی‌های درون فردی که بازتابی از خود و دیگران است تأثیر کمی بر نتایج درمان دارد چرا که ممکن است این ویژگی‌ها در طول درمان فعال نشوند و در صورت فعال شدن، به توانایی‌های درمانگر در تمایز خود از بیمار، کنترل خود، بینش خود و مدیریت انتقال متقابل بستگی دارد. در این راستا مطابق با نتایج پژوهش مو و تیم[2] (۲۰۲۱) اگر آموزش و نظارت درستی در طول فرایند خانواده‌درمانی صورت گیرد، خودآگاهی درمانگر بیشتر می‌شود و درگیر درمان فردی نمی‌شوند. بنابراین مفهوم انتقال متقابل برای درمانگران مفید است و منبعی از اطلاعات درباره دنیای درونی مراجع و مولفه‌های خاصی از درمان مانند کیفیت رابطۀ درمانی، که برای نتایج خوب درمانی مهم است فراهم می‌کند، به‌شرط آنکه درمانگر از آن آگاهی داشته و در آن غرق نشوند (ماکادو[3] و همکاران، ۲۰۱۵). لذا انتقال متقابل عامل مهمی در فهم رابطه میان درمانگر و مراجع است (گرانمایه‌پور و همکاران، ۱۳۹۹).

مضمون فرعی دوم مهارت ناکافی خانواده درمانگر در رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی با مفاهیم اولیه مهارت نادیده گرفته نشدن تمام اعضا در جلسه و ناهمخوانی جنسیت با درمانگر بود. در تبیین مضمون فرعی دوم، به نظر رسید چالش شکل‌گیری ارتباطی متوازن و چندجانبه با اعضای حاضر در جلسه درمان موضوعی اساسی است (موران، ۲۰۱۹). دراین باره، آنچه مسلم است پیچیدگی ارتباطات در جلسات خانوادگی است؛ چرا که این اتحاد درون یک سیستم مورد بررسی قرار می‌گیرد (روبر و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال، یکی از موارد ضروری آموزش خانواده‌درمانگران، ایجاد و حفظ اتحاد با اعضا و درک الگوهای تغییر آنها است (بلو و کارام[4]، ۲۰۱۷). در این راستا، برای ایجاد تغییرات تجربی و مشارکت دادن خانواده، قاعدۀ آرک[5] به‌عنوان مبنای تلاش آگاهانه خانواده درمانگر، جهت تسهیل ارتباط درمانی و درک شدن یکایک اعضا پیشنهاد داده شده است که شامل چهار جزء پذیرش، احترام، کنجکاوی و صداقت[6] است (میکوچی[7]، ۲۰۰۹). از طرف دیگر، پیشنهاد لو و لین[8] (۲۰۱۲) مطابق با بررسی پژوهش‌های مبتنی بر عملکرد در حوزۀ خانواده‌درمانی از این قرار بود که درمانگران نسبت به موضوعات مربوط به جنسیت، قدرت، آموزش و اتحاد درمانی در طول خانواده‌درمانی حساس باشند و آن‌ها را در مداخلات خود مدنظر قرار دهند. در این پژوهش نیز به حضور دو درمانگر (یک مرد و یک زن) به عنوان راهکاری جهت برقراری توازن جنسیتی اشاره شد. در این راستا معمولاً خانواده درمانگرهایی که اعتقاد بر تیم درمان مشترک دارند، از این شیوه با هدف ایجاد حس مکملیت، حمایت متقابل، تقسیم نقش در جریان جلسه استفاده می‌کنند (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، یک مطالعه فراتحلیلی[9] نشان داده است این اتحاد درمانی به مولفه‌هایی فراتر از ویژگی‌ها مراجع و فرایندهای درمانی مانند پیروی از درمان و یا شایستگی مرتبط است (فلوکیگر[10]، ۲۰۲۰). همچنین چوپانی و کرمی (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این یافته رسیدند که بینش جنسیتی برای مشاورین یکی از ابعاد صلاحیت وی به شمار می‌رود چرا که وجود تفاوت‌هایی خصوصاً در مرحلۀ ارتباط درمانی میان مراجعین زن با مرد لزوم بینش نسبت به این موارد را برای موفقیت درمانی برجسته می‌سازد؛ که مطابق با آن می‌توان اذعان داشت در جلسات خانواده‌درمانی که عموماً حضور هر دو جنس در جلسه مطرح می‌شود، در کنار تأثیرات بافت فرهنگی- مذهبی جامعه ایران، وجود این بینش را به‌عنوان یک مهارت ضروری برای درمانگر نشان می‌دهد.

یکی دیگر از مضامین فرعی چالش‌ساز، مدیریت ناکارآمد درمانگر در شرایط تشدید تنش و درگیری اعضا در حین جلسات است. در این خصوص مباحثی همچون آمادگی درمانگر در دو بعد شخصیتی و مهارتی مورد تأکید فراوان قرار گرفت. پیرامون آمادگی شخصیتی، به دارا بودن روحیه مقتدرانه و مدیریت هیجانی درمانگر و خودآگاهی اشاره شد.همسو با این یافته، اهمیت شخص درمانگر و سهم تاثیرات ارتباطی وی در میدان تعاملی روان‌درمانی شامل ویژگی‌های فردی، ظرفیت‌های عاطفی و ارتباطی، یکی از عناصر کلیدی مؤثری است که در مطالعۀ قمری زمهریر و همکاران (۱۴۰۲)، از نگاه درمانجویان حاصل شده بود. بعلاوه برخی از شرکت‌کنندگان به چالش مدیریت تنش در هنگام اجرای آنلاین جلسات اشاره داشتند که در مطالعه اورلوسکی[11] و همکاران (۲۰۲۲) نیز به چالش کنترل دشوار درگیری‌های حین

[1] Heinonen & Nissen-Lie
[2] Moe & Thimm
[3] Machado
[4] Blow & Karam
[5] ARCH
[6] Acceptance, respect, curiosity & honesty
[7] Micucci
[8] Lou & Lin
[9] Meta-analysis
[10] Flückiger
[11] Orlowski

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

جلسات خانواده‌درمانی در هنگام برگزاری جلسه به صورت غیرحضوری اشاره شده است. از سوی دیگر طبق آراء شرکت‌کنندگان، می‌توان گفت که تنش‌های پویای جلسات، ارتباط متقابلی با مدیریت هیجانی درمانگر نسبت به خود و مراجعین دارد. طبق نتایج پژوهش چوپانی و کرمی (۱۳۹۸) کنترل هیجانی فرد مشاور به‌عنوان یکی از ابعاد شایستگی در حیطهٔ مهارتی شناسایی شد. بنابراین، به سبب آنکه یک مهارت محسوب می‌شود، لزوماً از طریق مطالعه کتب حاصل نمی‌شود و نیاز به تمرین‌های عملی مداوم دارد. این در حالی است که این مضمون، علاوه بر آنکه ضعف آماده‌سازی خانواده درمانگران را در بعد مدیریت تنش جلسات نشان می‌دهد، حاکی از فقدان آموزش‌های مهارت‌های خود مراقبتی برای آن‌ها نیز است؛ زیرا چنانچه متخصصان درزمینهٔ مدیریت تعارضات جلسات، آموزش‌های لازم را هم دریافت کرده باشند، ناکارآمدی در ویژگی‌هایی همچون مدیریت خشم و مدیریت بحران و حل مسئله در حین فرایند درمانی می‌تواند آن‌ها را گرفتار یک دور باطل گرداند. چرا که تجربهٔ درگیری و تنش در هر مداخلهٔ خانوادگی امری دور از انتظار نیست، لیکن کم توجهی به ارتقای مهارت مدیریت خود به عنوان درمانگر و به تبع آن، مدیریت فرایند درمان می‌تواند برای هر دو طرف (درمانگر و مراجعین) با نارضایتی همراه شود. عباس‌یزدیان، شاهمرادی و باهنر(۱۴۰۲) نیز درخصوص رابطه درمانی به این نتیجه رسیدند که میزان مطلوب بودن یا نبودن رابطهٔ درمانی به نحوه بکارگیری راهبردهای درمانگران و صلاحیت‌های شخصیتی، شاخص‌های ظاهری و صلاحیت‌های اخلاقی و علمی بستگی دارد. این همه در صورتی است که ضرورت بهره‌گیری از روش‌های خودمراقبتی برای روان‌درمانگران در تمام رویکردهای درمانی، همواره مورد بحث بوده است (زیده و نورکراس[1]، ۲۰۲۰).

طبق نتایج می‌توان گفت، تقویت ارتباط درمانی در مداخلات حوزهٔ خانواده‌درمانی با لزوم شناسایی و آموزش مهارت‌های مخصوص برای ایجاد ارتباطی کارآمد، درکنار مهارت‌های خود مراقبتی خانواده‌درمانگران تسهیل می‌گردد. در پژوهش حاضر به کشف مؤلفه‌های چالش‌ساز ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی بر طبق تجربه درمانگرانی که به‌طور مستقیم با آن مواجه شده بودند، پرداخته شد لذا ضروری به نظر می‌رسد پژوهشگران در فعالیت‌های آتی خود این مؤلفه‌ها را مد نظر قرار دهند. پیرامون محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم حمایت در تأمین بودجه مناسب برای جلب همکاری درمانگران بیشتر و محدودیت زمانی طرح پژوهش اشاره کرد. همچنین تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر در بافت فرهنگی و اجتماعی خاص مشارکت‌کنندگان و پژوهشگران این مطالعه معنا پیدا می‌کند، لذا محدودیت‌های روش‌شناختی ایجاب می‌کند در حیطهٔ مداخلات خانواده‌درمانی در ایران، از روش دلفی[2] بهره گرفته شود که اجماع نظری عمیق‌تر و وسیع‌تر ایجاد شود (دهقانی و عباسی، ۱۳۸۶).

علی‌رغم محدودیت‌های برشمرده، با توجه به کمبودهای پژوهشی، نزدیکی یافته‌های این مطالعه به تجربهٔ مستقیم درمانگران، امکان درک بهتر موقعیت‌های پویای چالش‌ساز در مداخلات خانواده‌درمانی را، به واسطهٔ روایت دست اول فراهم می‌کند. این امر به‌نوبهٔ خود منجر به رسیدن به یک فهم بافت مدار از جلسات خانواده‌درمانی، فارغ از تمایزات میان انواع رویکردهای نظری می‌شود. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنایی برای کتب آموزشی خانواده‌درمانی و راهنمایی برای ناظران بالینی و کارورزان و افزایش ظرفیت‌های فردی درمانگران قرار گیرد.از آنجا که در این مطالعه کشف چالش‌های ارتباط درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی بر طبق تجربه درمانگران این حوزه مورد مطالعه قرار گرفت، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی درمورد راهبردهای عملیاتی حل این چالش‌ها نیز پژوهش صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد با توجه به اهمیت خانواده‌درمانی، مسئولان کلان سازمان بهزیستی، سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی و دیگر مراکز مشاوره‌ای در قالب طرح‌های توانمندسازی مشاوران جهت تدوین پروتکل‌های مداخلاتی و برنامه‌های مشاوره‌ای، از این پژوهش به عنوان زمینه کار استفاده نموده و سعی در آشناسازی مشاوران با پویایی‌های ارتباطی در مداخلات خانواده‌درمانی شود. همچنین در مراکز خانواده-درمانی در راستای نظارت‌های حرفه‌ای در کنار پیگیری مهارت‌های خودمراقبتی درمانگران اقدامات جدی صورت گیرد. امید است این مقاله رهیافتی برای آگاهی‌سازی مشاوران و مسئولان بهداشت روانی باشد.

منابع

احمدی، خ. (۱۳۸۶). بررسی نیازهای خانواده‌ها به خدمات مشاوره‌ای. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۰ و ۱۱(۱۰)، ۶۷-۹۱. https://civilica.com/doc/1736033

اردوخانی، م. (۱۴۰۲). بستر ناکارآمد دانش سیستمی، چالشی پایه‌ای در آموزش نظری خانواده‌درمانی: یک مطالعه کیفی. *اولین همایش بین المللی جامعه شناسی، علوم اجتماعی و آموزش و پرورش با رویکرد نگاهی به آینده*، بوشهر. https://civilica.com/doc/1844821

[1] Ziede & Norcross
[2] Delphi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

اردوخانی، م.، کچویی، م.، و بهزادپور، س. (۱۴۰۲). چالش‌های خانواده‌درمانی: یک مرور نظام مند یکپارچه. *تعالی بالینی*، ۱۳ (۲)، ۶۶-۸۸. http://ce.mazums.ac.ir/article-1-788-fa.html

اصنافی، ا. ر. و امتی، ا. (۱۳۹۵). بررسی تولیدات علمی پژوهشگران ایرانی در حوزه خانواده درمانی. *علم سنجی کاسپین*، ۳(۲)، ۷-۱۵. http://cjs.mubabol.ac.ir/article-1-111-fa.html

آذربایجانی، ن. (۱۳۹۵). *بررسی علل و دلیل گرایش به روان‌درمانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.

آینه‌چی، ع.، جان بزرگی، م. (۱۳۹۶). نقد پیش‌فرض‌های معرفت‌شناختی خانواده‌درمانگران پسامدرن براساس اندیشه علامه طباطبایی (ره). *مطالعات جنسیت و خانواده*، ۵(۱)، ۸۳-۱۱۲. https://dorl.net/dor/20.1001.1.25381938.1396.5.1.4.8

چوپانی، م.، کرمی، م. (۱۳۹۸). معماری شایستگی‌های مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی: ارائه الگو مبتنی بر داده‌های کیفی (مطالعه موردی: مراکز مشاوره شمیم وابسته به نیروهای مسلح ج.ا.ا.) *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۰(۳۷)، ۱-۳۹ https://doi.org/10.22054/qccpc.2019.36911.2001

خدایاری فرد، م.، آسایش، م. (۱۴۰۰). تبیین مبانی نظری و عملی فن تغییر رفتار سیستمی: ارائهٔ یک فن جدید در مشاوره و روان درمان. *مجله روانشناسی*، ۱(۲۵)، ۱۱۸-۱۴۹. https://rimag.ricest.ac.ir/fa/Article/22269

داوودی، ز.، فاتحی زاده، م.، احمدی، ا. و جزایری، ر. (۱۳۹۸). امنیت خانواده در سایه تعدیل قدرتطلبی بیمارگونه در زوج‌ها. *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۱۸(۷۰)، ۱۳۰-۱۶۰. http://dx.doi.org/10.29252/jcr.18.70.130

دهقانی، م. و عباسی، م. (۱۳۸۶). روش دلفی در پژوهش‌های خانواده درمانی و زوج درمانی (مفاهیم و کاربردها). *خانواده پژوهی*، ۳(۱۲)، ۸۳۹-۸۵۳. https://sid.ir/paper/122279/fa

ذبیح زاده، ع.، مظاهری، م.، حاتمی، ج.، پناغی، ل.، و قشنگ، ن. (۱۳۹۷). ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی بین روان درمانگر و درمانجو: یک مطالعه کیفی مبتنی بر دیدگاه زوج در فرهنگ ایرانی. خانواده پژوهی، ۱۴(۵۴)، ۱۸۱-۱۶۰. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97639.html

ذبیح زاده، ع.، مظاهری، م، ع.، حاتمی، ج.، پناغی، ل. و نیک فرجام، م، ر. (۱۳۹۶). ساختار معنایی حریم خصوصی در فرهنگ ایرانی: مطالعه‌ای بر مبنای تحلیل تناظر. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۱۹-۳۶. https://www.socialpsychology.ir/article_63007.html

رشتبری، ع. ر. و ساعد، ا. (۱۳۹۷). جنبه‌های فرهنگی اخلاق در روان‌درمانی، *مجله اخلاق پزشکی*، ۱۲(۴۳)، ۱۵۹-۱۷۲. https://doi.org/10.22037/mej.v12i43.20911

طهماسیان، ک.، موتابی، ف.، چیمه، ن.، اناری، آ.، اناری، ر. و طاهری فر، ز. (۱۳۹۶). تحلیل وضعیت سلامت خانواده‌های ایرانی: مفهوم خانواده سالم، شناخت ویژگی‌های خانواده‌ی سالم ایرانی و عوامل آسیب زا از دیدگاه متخصصان. *ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۸)، ۶۳۰-۶۴۱. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3127-fa.html

عباس‌یزدیان، ف.، شاهمرادی، س.، و باهنر، ف. (۱۴۰۲). طراحی مدل مفهومی برای تبیین روابط درمانی بین نوجوانان و درمانگران ایرانی: نظریه داده بنیاد، *مجله پژوهش در رواندرمانی کودک و نوجوان*، ۲(۱)، ۷۰-۹۰. https://doi.org/10.22098/rcap.2023

قمری زمهریر، و.، پورنقاش تهرانی، س. و قربانی، ن. (۱۴۰۲). تجارب زیستهٔ درمان‌جویان از رابطهٔ درمانی: یک مطالعهٔ پدیدارشناسانه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۴)، ۶۶۷-۶۸۴ doi: 10.52547/JPS.22.124.667

کریمی نژاد، ه. و صادقی، م. و غلامرضایی، س. (۱۳۹۸). تدوین مدل تاب آوری خانواده براساس دیدگاه متخصصان خانواده، زوجین و پژوهش‌ها (پژوهش کیفی). *فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۳(۴۶)، ۱۵۹-۱۷۸. https://ensani.ir/fa/article/377267/

گرانمایه پور، ش.، آزادفلاح، پ.، احمدی، ف.، و قربانی، ن. (۱۳۹۹)، رابطه فرآیندهای خود نظم بخشی با انتقال متقابل در روان درمانگران ایرانی؛ *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳۹، ۱-۱۷. https://doi.org/10.22054/jcps.2020.20719.1611

موسوی، ا. (۱۳۹۵). *خانواده‌درمانی: نکات کاربردی*. تهران: انتشارات مهرکاویان.

یزدانی، ع. و دوستی، س. (۱۳۹۴). اشکال نوپدید خانواده در ایران و چالش‌های آن. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۲(۶)، ۱۰۰-۷۵. https://doi.org/10.22054/rjsw.2015.7894

Assaraf, O. B., & Orion, N. (2010). System Thinking Skills at the Elementary School Level. *Journal of Reserch in Science Teaching*, *47* (5), 540–563. https://doi.org/10.1002/tea.20351

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. doi: 10.1037/cou0000250.

Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. Clinical Psychology Review, 82, 101921. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921

Blow, A. J., & Karam, E. A. (2017). The therapist's role in effective marriage and family therapy practice: The case for evidence based therapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44*(5), 716-723. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10488-016-0768-8.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806.

Bryniarska, A., Tomasiewicz, A. K., Janusz, B., & Józefik, B. (2019). Personal therapists'voices in the systemic first consultations. Dialogical analysis. *Psychotherapia*, *4* (191), 17–28. http://dx.doi.org/10.12740/PT/115041.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]

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., Amlo, 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. doi: 10.1002/cpp.2015. Epub 2016 Apr 25.

Fife, S. T., D'Aniello, C., Scott, S., & Sullivan, E. (2019). Marriage and family therapy students' experience with common factors training. *Journal of Marital and Family Therapy*, *45*(2), 191-205. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/jmft.12333.

Flückiger C., Del Re A., Wlodasch D., Horvath A., Solomonov N., & Wampold B. (2020). Assessing the alliance-outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *J Couns Psychol*, 1(5), 122-145. https://doi.org/10.1037/cou0000424

Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M. J. and Heatherington, L. (2019) "Alliance in couple and family therapy". In J. C. Norcross and M. Lambert (eds.*) Psychotherapy relationships that work: Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.) (pp. 117–166). New York: Oxford University Press

Glick, I. D., Rait, D. S., Heru, A. M., & Ascher, M. (2016*). Couples and family therapy in clinical practice.* 5th Ed. John Wiley & Sons, Ltd. https://www.amazon.com/Couples-Family-Therapy-Clinical-Practice/dp/1118897250

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2017). *Family therapy: An overview.* (9th ed). Cengage Learning.

Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *Plosone*, *17*(1),e0262070. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262070

Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, *30*(4), 417-432. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366

Kramer, U., Fisher, S., & Zilcha-Mano, S. (2022). How Plan Analysis can inform the construction of a therapeutic relationship. Journal of Clinical Psychology, 78(3), 422-435. doi:10.1002/jclp.23300

Larner, G. (2016). Ethical family therapy: speaking the language of the other. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *36*, 434–449. https://doi.org/10.1002/anzf.1131

Lebow, J. L. (2019). Family Therapy and the Mental Health Professions Across the Globe. *Family Process*,*58*(2), 269-272. doi: 10.1111/famp.12460.

Lou, Y. C., & Lin, H. F. (2012). Estimate of global research trends and performance in family therapy in Social Science Citation Index. *Scientometrics*, *90*(3), 807-823. doi: 10.1007/s11192-011-0549-9

Machado, D. D. B., Teche, S. P., Lapolli, C., Tavares, B. F., Almeida, L. S. P. D., Silva, G. B. D., ... & Eizirik, C. L. (2015). Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 37, 133-142. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0061

Micucci, J. A. (2009). *The adolescent in family therapy: harnessing the power of relationships*. Guilford Press.

Moe, F. D., & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, *73*(1), 3-28. https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713

Muran JC. (2019). Confessions of a New York rupture researcher: An insider's guide and critique. *Psychother Res*, 29(1):1-14. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1413261

Orlowski, E. W., Friedlander, M. L., Megale, A., Peterson, E. K., & Anderson, S. R. (2022). Couple and family therapists' experiences with Telehealth during the COVID-19 pandemic: A phenomenological analysis. *Contemporary Family Therapy*, *44*(2), 101-114. https://doi.org/10.1007/s10591-022-09640-x.

Patterson, J., Williams, L., Edwards, T. M., Chamow, L., & Grauf-Grounds, C. (2018). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination*. Guilford Publications. https://psycnet.apa.org/record/2017-57531-000

Prinstein, M., & Trull, T. J. (2012). *Clinical psychology*. Wadsworth.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018*). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford: Oxford University Press.

Reiter, M. D., Jung, W. F., Popham, J., Fitzgerald, C., Garcia, E., de Perez, M. G., ... & Villanueva, N. (2020). Training through naming: A process of psychotherapist skill development utilizing Recursive Frame Analysis. *The Qualitative Report*, *25*(8), 2085-2099. https://doi.org/10.46743/2160-3715%2F2020.4330.

Rivett M, Street E. (2009). *Family therapy: 100 key points and techniques.* Routledge; May 11.

Rober, P., Van Tricht, K., & Sundet, R. (2021). 'One step up, but not there yet': using client feedback to optimize the therapeutic alliance in family therapy. *Journal of Family Therapy*, *43*(1), 46-63. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12292.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz. P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Woltcrs Kluwcr.

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.doi: 10.1002/jclp.22609.

Stern, D. B., & Hirsch, I. (2017). *The Interpersonal Perspective in Psychoanalysis, 1960s1990s: Rethinking Transference and Countertransference*. London: Taylor & Francis.

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*, 8(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45

Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Crameri, A., & Schulthess, P. (2022). The impact of clients' and therapists' characteristics on Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(2), 145-154. https://doi.org/10.1007/s10879-021-09527-2

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry, 14(3), 270-277. https://doi.org/10.1002%2Fwps.20238

Ziede, J. S., & Norcross, J. C. (2020). Personal Therapy and Self-Care in the Making of psychologists. *The Journal of psychology*, *154*(8), 585-618. https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1757596.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-30]