

شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان: یک پژوهش کیفی

حامد مصلحی^۱، سیده مریم پورموسوی^{۲*}، زینب زاکانی^۲، ریحانه فیاض^۴

۱- استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم انسانی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دوره دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*نویسنده رابط: moosavimaryam67@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: اثربخشی روان درمانی با توجه به تحقیقات انجام شده اثبات شده است، اما تعداد بیمارانی که رو به وخامت می‌روند یا بهبود نمی‌یابند هنوز مشکل‌ساز است. از طرفی، برخی از درمانگران به طور کلی موفق‌تر از دیگران هستند، اکثر درمانگران هم موفقیت و هم شکست درمانی را در موارد مختلف تجربه کرده‌اند. هدف از این مطالعه تعیین عوامل اثربخش در روان درمانی از منظر درمانگران و مراجعان بود.

روش کار: این پژوهش را می‌توان بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از منظر ماهیت، کیفی به شمار آورد. جامعه آماری این پژوهش ۱- درمانگران (روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران) دارای مجوز سازمان نظام روانشناسی و مشاوره با تجربه درمانگری ۵ سال به بالا و ۲- مراجعینی که حداقل در یک دوره روان درمانی شرکت کرده‌اند را شامل می‌شود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند صورت گرفت. بر اساس این روش، حجم نمونه مبتنی بر اشباع نظری بوده و لذا فرآیند مصاحبه تا حصول اطمینان از اشباع داده‌های مرتبط با موضوع تحقیق و نبود داده جدید ادامه یافت و مصاحبه‌ها در درمانگران در نفر بیست و یکم و در مراجعان در نفر پانزدهم به پایان رسید. برای گردآوری اطلاعات از روش مصاحبه استفاده گردید که داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا بر مبنای رویکرد قیاسی مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های این تحقیق نشان داد که عوامل احتمالی موثر در درمان اثربخش به سه حیطه درمانگر (نگرش، صلاحیت، شخصیت، بلوغ، توانایی و ویژگی ظاهری)، مراجع (ویژگی‌های جمعیت شناختی، علت و نحوه مراجعه، بینش) و عوامل محیطی (مسائل اقتصادی، اجتماعی-سیاسی، موقعیت مرکز روانشناختی، مسائل حمایتی و رویدادهای زندگی مراجع و درمانگر) تقسیم‌بندی می‌شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، اهمیت الگوی عوامل اثربخش را به سیاست‌گذاران، متولیان، اساتید و درمانگران حوزه سلامت روان نشان می‌دهد. ضمن اینکه احراز این مولفه‌ها می‌تواند کارآمدی درمانگران را در دستیابی به اهداف آن‌ها افزایش دهد و همچنین به مراجعان کمک کند تا در انتخاب درمانگر چگونه عمل کنند.

واژگان کلیدی: روان درمانی، اثربخش، درمانگر، مراجع، مطالعه کیفی

مقدمه

روان درمانی موضوع پیچیده‌ای است و این اصطلاح برای مجموعه گسترده‌ای از اثرات ناخواسته متفاوت، مانند فرسایش، عدم پاسخ، زوال، پیامدهای نامطلوب، اثرات مضر

اثربخشی روان درمانی در تحقیقات به خوبی ثابت شده است، درحالی که تعداد بیمارانی که بهبود نمی‌یابند یا حتی بدتر می‌شوند، هنوز مشکل‌ساز است (۱، ۲). شکست در

سبک رابطه‌ای را تنها با نیازهای برخی از بیماران تطبیق دهد. در درمان موفقیت آمیز، بیمار می‌تواند در اوایل درمان یک رابطه کاری سازنده ایجاد کند. در حالی که موانع شخصیتی عمیق بیمار باعث ایجاد موانع غیرقابل عبور در درمان ناموفق می‌شود (۱۶). برخی از تحقیقات نشان داد، نتیجه درمانی تابعی از آسیب‌شناسی شخصیت بیمار در تعامل با توانایی درمانگر برای مدیریت واکنش‌های انتقال متقابل خود است (۱۷). Schattner و همکاران (۱۸) دو مورد متضاد را با هم مقایسه کردند و در مورد درمان کمتر موفق، تضاد بین الگوهای ارتباطی بیمار و درمانگر را یافتند که بر هر یک از آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارند. در موارد درمان موفق‌تر، چنین موانعی به صراحت بیان می‌شود و مورد مذاکره قرار می‌گیرد و درمانگر می‌تواند به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر با مشکلات رابطه‌ای بیمار سازگار شود.

در نظر گرفتن فرآیند روان درمانی به عنوان یک تعامل چندگانه شامل بیمار، درمانگر و روش درمانی خاص می‌تواند به محققان کمک کند تا دریابند چه چیزی می‌تواند منجر به بهبود، بن بست یا زوال درمان شود. عواملی مانند پویایی رابطه درمانی، اتحاد کاری، گسست و ترمیم همکاری (۱۹) و همچنین تطابق بیمار و درمانگر و ظرفیت هر دو برای ایجاد یک رابطه رضایت‌بخش (۲۰) می‌توانند عوامل موثر بر موفقیت درمان باشند. Oddli و Halvorse (۲۱) نیز دریافته‌اند درمانگران باتجربه می‌توانند در مراحل اولیه درمان، مفهوم‌سازی زمینه‌ای و فردی از مشکلات بیماران خود را ارائه دهند. اگر یک درمانگر به برخی از جنبه‌های اصلی مشکلات بیمار، همانطور که خود بیمار تجربه می‌کند، توجه نکند، این ممکن است یک مانع بزرگ در کار درمانی آینده باشد. بر این اساس، Silberschatz (۲۲) دریافت که اگر بیمار درمانگر را حساس و مشتاق به ارائه مشکل خود بداند، ممکن است حمایت بیشتری را احساس کند و دیدگاه مثبت‌تری نسبت به درمان داشته باشد که با نتیجه بهتر مرتبط است. در درمان‌های موفق، وظیفه درمانگر این است که به بیمار کمک کند تا احساسات نوظهور را بدون ترس از واکنش‌های شدید بیمار پردازش کند و در لحظات حساس در کنار بیمار باشد (۲۳).

یا ناخوشایند و عوارض جانبی استفاده شده است (۳،۴). تعداد بیمارانی که عوارض ناخواسته روان درمانی را گزارش می‌کنند بین ۳ تا ۱۵ درصد موارد هستند (۵). در سال ۲۰۱۲، یک مطالعه فراتحلیلی توسط Swift و Greenberg (۶) نشان داد که تقریباً از هر پنج مراجعه کننده، یک نفر قبل از پایان درمان آن را رها می‌کند. در پژوهش مشابهی، Lambert (۱) نشان داد که ۵ تا ۱۰٪ بیماران در درمان بدتر می‌شوند و ۳۵ تا ۴۵٪ از شرکت کنندگان در کارآزمایی‌های بالینی بهبود نمی‌یابند. انتخاب نامناسب درمان، شرایط روانی خاص بیمار یا اشتباهات فنی درمانگر، متغیرهای معمولی هستند که با پیامدهای ناموفق و منفی مرتبط هستند (۷).

در سال‌های اخیر، آگاهی در این زمینه افزایش یافته است که مهارت‌های فردی درمانگران نقش مهمی در تغییرات نتیجه دارد (۸). درحالی که برخی از درمانگران به طور کلی موفق‌تر از دیگران هستند، اکثر درمانگران هم موفقیت و هم شکست درمانی را در موارد مختلف تجربه کرده‌اند (۹،۱۰). با این حال، درمانگران اغلب در شناسایی کاستی‌های خود مشکل دارند و با روش‌ها و معیارهای شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی آشنا نیستند (۱۱). بر این اساس، نیاز است درباره تفاوت‌های درون درمانگر بیشتر تحقیق شود تا آشکار شود چه عواملی باعث شده حتی روان‌درمانگران آموزش‌دیده در برخی موارد شکست بخورند (۱۲،۱۳). تشخیص شکست‌های درمانی یکی از ویژگی‌های درمانگران خوب است و ممکن است به طور قابل توجهی نتایج بالینی را بهبود بخشد (۳،۱۱).

Bent و همکاران (۱۴) همبستگی‌های روان درمانی موفق و ناموفق را مورد مطالعه قرار دادند و دریافته‌اند که بیمارانی که از درمان راضی بودند، درمانگران خود را گرم‌تر، دوست‌داشتنی‌تر، فعال‌تر و درگیرتر از کسانی که کمتر راضی بودند توصیف کردند. مقایسه سیستماتیک Strupp (۱۵) از موارد متضاد نشان داد که موفقیت درمانی به توانایی بیمار برای استفاده از موضع ارتباطی خاص درمانگر مرتبط است. او همچنین دریافت که درمانگر ممکن است بتواند

مسئولیت تغییر را به عهده بگیرد یا به هر شکلی در درمان مشارکت نکند، همه چیز بهبود خواهد بود. برعکس، یک مراجع بسیار بانگیزه و فعال که بر درمانش تمرکز می‌کند احتمالاً هر چیزی که در راستای بهبودی‌اش ارائه می‌شود را جذب می‌کند. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که ویژگی‌های خاص بیمار مانند متغیرهای جمعیت‌شناختی، همبودی مرضی (۲۸)، ترجیحات درمانی (۲۹) و عوامل شخصیتی (۳۰) با نتایج متفاوت انواع مختلف درمان مرتبط هستند.

تحقیقات در مورد اثربخشی درمان‌ها حیاتی است، این مطالعات معمولاً در محیط‌های تحقیقاتی انجام می‌شوند که در آن متخصص، درمان‌ها را در شرایط ایده‌آل به نمونه‌های اغلب محدود (یعنی بسیار انتخاب‌شده) ارائه می‌کنند (۳۱). برخی از محققان ادعا می‌کنند که تنها تحقیقاتی که در شرایط آزمایشگاهی انجام می‌شود و از مدل کارآمدی پیروی می‌کند، داده‌های معنی‌داری از پیامد روان‌درمانی را ارائه می‌دهد، برخی دیگر به مدل اثربخشی در دنیای واقعی اعتقاد دارند و برخی دیگر معتقدند که تنها ادغام این دو داده‌های معتبر در مورد اثربخشی مفید خواهد بود (۳۲).

هریک از پژوهش‌های بیان شده به بخشی از موضوعات و اثربخشی درمان پرداخته است. به طور مثال پژوهشی که Bohart و Silberschatz انجام دادند تنها به بینش، آگاهی و اشتیاق مراجع اشاره کرده است. یا استراب موفقیت درمانی را به نحوه ارتباط بین مشاور و مراجع نسبت داده است. Bent و همکاران نیز درمانگران فعال را نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان دانسته‌اند. از نظر فراوانی، پژوهش‌هایی که بتوانند عوامل موثر بر درمان روانشناختی را به صورت همه جانبه بسنجند کم بوده‌اند لذا انجام چنین پژوهش‌هایی ضرورت می‌یابد. از طرفی نیز هر رویکرد روان‌درمانی نشان‌دهنده فرهنگ جامعه‌ای است که در آن ایجاد شده است و میزان بهره‌مندی افراد با پیشینه‌های فرهنگی مختلف از این رویکردها و اینکه کدام گزینه برای کدام نوع از مسائل و مشکلات مراجعان مفیدتر است، ناگزیر به عنوان بخش مهمی مطرح می‌شود که باید به آنها پرداخت. در پژوهش حاضر نیز، محققان به دنبال آن هستند که اثربخشی درمان را در

تاکنون مطالعات انجام شده در این حوزه، متغیرهای مختص درمانگر را در دسته‌های مختلفی طبقه‌بندی کرده‌اند. برای مثال، موارد عینی در مقابل ذهنی و مختص درمان در مقابل بین موقعیتی (۲۴). ویژگی‌های عینی درمانگر مواردی هستند که می‌توان به راحتی مشاهده یا تأیید کرد (برای مثال، سن، جنسیت، سطح تجربه). ویژگی‌های ذهنی، سازه‌های فرضی (مانند شخصیت و ارزش‌ها) هستند که شناسایی آن‌ها بیشتر بر استنباط متکی است (مثلاً از طریق ابزارهای خودگزارشی یا مشاهده). ویژگی‌های مختص درمان (برای مثال، فلسفه‌ی درمانی، مهارت‌های ارتباطی و تکنیک‌ها) به عنوان بخشی از نقش درمانگر در حرفه‌اش هستند. ویژگی‌های بین موقعیتی نیز درمانگران را در زندگی غیرحرفه‌ای و شخصی‌شان توصیف می‌کنند (برای مثال، گرایش‌های فرهنگی، سبک دلبستگی، ارزش‌های شخصی). ویژگی‌های عینی درمانگران (مانند حرفه، سن، جنسیت، سال‌های تجربه یا شایستگی و پایبندی به کتابچه راهنمای درمان) ارزش محدودی دارند و نمی‌توانند به طور پایدار، درمانگران مؤثر را از درمانگران کمتر مؤثر متمایز کنند (۲۵). اما به نظر ویژگی‌های ذهنی (یا استنباط‌شده) حرفه‌ای و شخصی درمانگران مطابق با مطالعات قبلی در تبیین اثرات درمانگر بیشتر امیدوارکننده بوده‌اند (۲۴). همچنین این ویژگی‌ها نسبت به ویژگی‌های عینی می‌توانند پیامدهای عملی نیز داشته باشند، زیرا به راحتی از طریق آموزش یا نظارت اصلاح می‌شوند.

از طرفی برخی محققان نیز بیان کرده‌اند که سهم بیمار در موفقیت روان‌درمانی به طور قابل ملاحظه‌ای مهم‌تر از مکتب روان‌درمانی، روش درمانی یا رابطه درمانی است (۲۶). برای مثال، Bohart و Tallman (۲۷) معتقدند دلیل اینکه برخی روان‌درمانی‌ها به میزانی یکسان خوب عمل می‌کنند این است که مراجع در پذیرش هر آنچه که درمانگر پیشنهاد داده و متناسب با نیازهای وی تنظیم و ارائه می‌کند، آگاه و پذیرا است. یک درمانگر متبحر می‌تواند به‌روزترین درمان موجود را با استادی هرچه تمام‌تر ارائه دهد، اما اگر مراجع آگاهی نداشته باشد، حاضر نباشد

فرایند تجربه شده توسط درمانگران و مراجعان ایرانی بررسی نمایند.

روان‌درمانی را می‌توان به عنوان شکلی از ساختن در نظر گرفت که به درک عمومی انسان از ساختن به عنوان متضمن فعالیت هدفمند برای ایجاد نوعی شی یا رویداد اشاره کرد و سپس می‌تواند به عنوان یک رویکرد مجزا از آن یاد شود. یکی از جنبه‌های اساسی ساختن این است که به شخص یا افرادی نیاز دارد که می‌خواهند به چیزی دست یابند و سپس درگیر فرآیندی می‌شوند که شامل مراحل است. اندیشیدن در مورد روان‌درمانی به عنوان ساختن منجر به این سوال می‌شود که اجزا یا عناصر اساسی که محصولات نهایی درمانی از آنها ساخته می‌شوند، چگونه این فرآیند را آشکار می‌کنند، چه چیزی ساخته می‌شود، اجزای اساسی درمان چیست، عوامل موفقیت و عدم موفقیت در درمان کدامند و نهایتاً این عوامل چگونه موجب تغییر در مراجع می‌شود. در نتیجه پژوهشگران قصد دارند در این مطالعه فرایند روان‌درمانی را به مثابه ساختن بنگرند و به بخشی از این سوالات دست یابند. هدف نهایی در این مقاله پاسخ به سوال "چه عواملی به اثربخش‌تربودن روان‌درمانی کمک می‌کنند؟" خواهد بود.

روش کار

این مطالعه را می‌توان بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های توسعه‌ای و کاربردی به شمار آورد و روش این پژوهش از نظر ماهیت، کیفی است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش شامل تمامی مشاوران، روانشناسان و روانپزشکانی بود که در سال ۱۴۰۲ در حیطه درمانگری در تهران مشغول به کار بودند. همچنین تمامی مراجعانی که با دلیل مشخص حداقل به یک درمانگر مراجعه داشته‌اند، جامعه مراجعان را تشکیل می‌دادند. حجم روانشناسان و مشاوران دارای مجوز بر اساس اعلام سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ۳۳۱۷ نفر بود، البته در مورد تعداد روانپزشکان و مراجعین اطلاعات کاملی در دسترس نبود. روش نمونه‌گیری مورد استفاده جهت انتخاب اعضا،

نمونه‌گیری هدفمند بود. معیار انتخاب اعضای نمونه مشاوران و روانشناسان، شامل حداقل ۵ سال سابقه درمان، مجوز از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و داشتن مدرک دکتری یا کارشناسی ارشد، معیار انتخاب روانپزشکان، حداقل دارای ۵ سال سابقه درمانگری و معیار انتخاب مراجعان حداقل یک دوره مراجعه به درمانگر (به جز مسائل تحصیلی و شغلی) بوده است. حجم نمونه، بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر معیار اشباع نظری تعیین شد. با اتخاذ این رویکرد حجم نمونه ۲۵ درمانگر و ۱۸ مراجع تعیین شد که بر اساس معیار اشباع نظری حجم نمونه در درمانگران در نفر ۲۱ و مراجعان در نفر ۱۵ متوقف گردید. داده‌های پژوهش حاضر که با روش تحلیل محتوا احصاء گردید، شامل داده‌های کیفی است. گردآوری داده‌های کیفی این پژوهش با روش مصاحبه صورت گرفت و در مجموع به مدت ۴۸ ساعت اجرا شد. زمان هر مصاحبه بین ۲۵ تا ۷۰ دقیقه متغیر بود. روش مورد استفاده برای انجام مصاحبه‌ها از نوع عمیق و نیمه ساختاریافته بوده است. سوالات در دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوالات اصلی دسته‌بندی شد. برخی سوالات اصلی شامل این موارد بود: ۱- از دید شما یک درمانگر باید چه ویژگی‌هایی داشته باشد؟ ۲- موفقیت یا عدم موفقیت فرایند درمان برای مراجعان چگونه تعریف می‌شود؟ ۳- چه عواملی در خود درمانگر در افزایش اثربخشی درمان تأثیرگذارتر است؟ ۴- چه عواملی در مراجع موجب تأثیرگذاری درمان می‌شود؟

مصاحبه‌های انجام شده ابتدا ضبط و سپس در وقتی مقتضی پیاده‌سازی شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. در تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، مقوله‌های مختلفی شناسایی و کشف شدند که اغلب آنها مفاهیم و مضامینی را در بر می‌گرفتند که نشانگر عوامل اثربخش در روان‌درمانی می‌شد.

در تحقیق حاضر محققین با استفاده از رویکرد مقایسه‌ای مستمر که به طور مداوم به تفکر استقرایی و تفکر قیاسی می‌پردازد، ابتدا مقوله‌ها را با استفاده از روش استقرایی، از مصاحبه‌های انجام شده استخراج نمودند و سپس این

نیز باید اضافه شود که منظور تعداد دوره هایی است که مراجعان به درمانگران مراجعه کرده اند.

با شناسایی مقوله‌های فرعی و دسته‌بندی آنها در مقوله‌های اصلی، شمارش مقوله‌ها به انضمام مضامین مربوط به هر مقوله (به علت فراوانی بالا برای هر مضمون، برای هر مقوله تنها یک مورد ذکر شده است) در طبقه‌بندی صورت گرفته در جدول ۳، ۴ و ۵ گزارش شده است. عوامل موثر در درمان اثربخش به سه حیطه درمانگر، مراجع و عوامل محیطی تقسیم بندی شده است که در ادامه به هریک از آنها پرداخته می شود. عوامل مرتبط با درمانگر عواملی بودند که هم مراجع و هم خود درمانگران به آن اشاره کردند. در مورد عوامل مربوط به مراجع و عوامل محیطی اکثر درمانگران به آن اشاره داشتند.

۱- عوامل مرتبط با درمانگر

جدول ۳ مقوله های هسته‌ای، اصلی، فرعی، مضامین و تعداد فراوانی هر کدام از مولفه های مرتبط با درمانگران را نشان می دهد. در جدول حرف "م" مربوط به صحبت های مراجع و حرف "د" مربوط به درمانگر می باشد.

یافته های جدول ۳ نشان می دهد که در بعد صلاحیت، صلاحیت علمی با ۳۳۵ بار تکرار، صلاحیت اخلاقی ۲۳۷ بار و صلاحیت حرفه ای با ۱۸۰ بار تکرار از منظر درمانگران و مراجعان مهم تلقی شده است. در بعد نگرش فراوانی تمامی مقوله های فرعی ۲۹۰ بار تکرار شده است. بعد شخصیت در سه مقوله سرسختی روانشناختی با ۷۷ بار تکرار، کامل و کاریزماتیک بودن ۹۴ بار تکرار و سلامت روان با ۱۰۸ بار تکرار، توسط درمانگران و مراجعان بیان شده است. بعد بلوغ که در سه مقوله اصلی بلوغ عقلی، عاطفی و هیجانی دسته بندی شده به ترتیب با ۶۷، ۶۴ و ۴۲ بار تکرار توسط مصاحبه شوندگان اشاره شده است. در بعد توانایی به ترتیب مهارت های حرفه ای و ارتباطی با ۲۶۱ بار تکرار بیشترین فراوانی را داشته و رویکردهای روانشناختی ۱۱۴ بار و تخصص گرایی ۵۱ بار از سوی افراد بیان شده است. ویژگی های ظاهری در مقوله نحوه پوشش با ۴۸ بار تکرار از سن و جنسیت با ۱۵ و ۱۳ بار تکرار توسط مصاحبه شوندگان مهم تر تلقی می شود.

مقوله ها را در یک فرایند رفت و برگشتی به ادبیات نظری و پیشینه تحقیق، نهایی نمودند. پس از تعیین واحد تحلیل و مقوله بندی، فراوانی مقوله‌های مورد توجه محققان نیز از طریق شمارش آنها انجام شد. برای اعتباریابی یافته‌های حاصل از پژوهش، محققان پس از تحلیل مصاحبه‌ها، مقوله بندی و شمارش مقوله‌ها، از روش تکرارپذیری استفاده کردند. در روش تکرارپذیری، فرآیند استخراج مقوله ها عیناً توسط فرد متخصص دیگری تکرار شد. در این روش میزان اشتراک مقوله‌های استخراج شده توسط دو متخصص، میزان اعتبار یافته‌ها را نشان می دهد. بر این اساس، میزان اعتبار یافته‌ها از این روش ۸۳/۱۸٪ شباهت فهرست مقولات دو لیست (پژوهشگر و متخصص) را شامل می شد. با انجام مباحثه و گفتگوی انتقادی بین پژوهشگر و متخصص، ۱۶/۸۲٪ باقیمانده مرتفع شد و تلاش گردید تا لیست نهایی مقوله‌های فرعی تدوین گردد.

نتایج

ویژگی های جمعیت شناختی گروه های نمونه در جدول ۱ نشان داده شده است و سپس فرآیند گردآوری داده ها و نهایتاً تحلیل محتوا ذکر گردیده است. مجموعاً ۲۵ درمانگر و ۱۸ مراجعه کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند. ویژگی های جمعیت شناختی این افراد در جدول ۱ و ۲ آمده است.

با توجه به جدول ۱، اطلاعات حاصله بدین شرح است: جنسیت درمانگران: ۱۱ مرد و ۱۴ زن، وضعیت تاهل: ۶ مجرد و ۱۹ متاهل، تحصیلات: ۶ روانپزشک، ۱۵ دکتری تخصصی (۵ دکتری مشاوره و ۱۰ دکتری روانشناس) و ۴ ارشد (۲ ارشد مشاوره و ۲ ارشد روانشناسی)، میانگین سنی: ۴۶/۸ سال، میانگین سابقه: ۱۶/۶۴ سال و بیشترین رویکردهای مورد استفاده انواع درمان‌های شناختی بوده اند. اطلاعات استخراج شده از جدول ۲، جنسیت مراجعان: ۱۶ زن و ۲ مرد، وضعیت تاهل: ۹ متاهل و ۹ مجرد، تحصیلات: ۱ سیکل، ۲ دیپلم، ۱۳ کارشناسی، ۱ ارشد و ۱ حوزوی و میانگین سنی ۲۷/۶۱ سال می باشد. در مورد تعداد رجوع

۲- عوامل مرتبط با مراجعان

در مورد بخش ویژگی های مراجعان در زمینه اثربخش بودن روان درمانی، پنج مقوله اصلی یعنی ویژگی های جمعیت شناختی، علت مراجعه، شخصیت، نحوه مراجعه و بینش استخراج شده است. جدول ۴ فراوانی، مضامین، مقوله های فرعی و اصلی عوامل مرتبط با مراجعان در زمینه اثربخشی روان درمانی را نشان می دهد.

ویژگی جمعیت شناختی با مقوله های فرعی سن، جنسیت، وضعیت تاهل تعریف می شود و ۱۹ بار توسط درمانگران تکرار شده است. علت مراجعه شامل مراجعه برای اختلالات حاد شخصیتی، مسائل پیچیده خانوادگی، اضطراب، افسردگی و وسواس و اختلالات حاد روانی است و در نظرات درمانگران ۴۶ بار تکرار شده است. نحوه مراجعه به صورت خودخواسته و یا با فشار خانواده و دادگاه تعریف می شود که ۱۳ بار در نظرات تکرار شده است. بینش به معنای آموزش پذیری، توانایی انجام تکالیف، همراهی در جلسه، آگاهی از مشکلات خود، توانایی تشخیص مسائل، انگیزه و انتظار مراجع است که ۷۳ بار در مصاحبه ها تکرار شده اند.

۳- عوامل محیطی

آخرین عاملی که موجب اثربخشی در درمان می شود عوامل محیطی است. در این پژوهش عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، محل مرکز روانشناختی، مسائل حمایتی و رویدادهای زندگی مراجع و درمانگر دسته بندی شده است. در جدول ۵ فراوانی، مضامین، مقوله های فرعی و اصلی مرتبط با عوامل محیطی در زمینه اثربخشی روان درمانی را نشان می دهد.

در رابطه با عوامل محیطی، مسائل اقتصادی از همه مهمتر بوده زیرا که بیشترین تکرار (۱۸۰ بار) را در گفته های مراجعان و درمانگران داشته است. همچنین مسائل حمایتی با ۹۷ بار تکرار، موقعیت مرکز روانشناختی با ۵۱ بار تکرار، مسائل اجتماعی-سیاسی با ۴۹ بار تکرار و رویدادهای زندگی مراجع و درمانگر با ۴۵ بار تکرار، از نظر مصاحبه شوندهگان به ترتیب اهمیت کمتری داشته اند. در

نهایت جهت جمع بندی مطالب استخراج شده میتوان چنین الگویی را در زمینه اثربخشی درمان از منظر مراجعان و درمانگران ارائه داد. نمودار ۱ این الگو را نشان می دهد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل احتمالی روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان انجام شد. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از مصاحبه منجر به شناسایی ۳ عامل اصلی روان درمانی اثربخش شد که عبارتند از ۱- عوامل مرتبط با درمانگر (نگرش، صلاحیت، شخصیت، بلوغ، توانایی و ویژگی های ظاهری)، ۲- عوامل مرتبط با مراجع (ویژگی های جمعیت شناختی، بینش، علت و نحوه مراجعه) و ۳- عوامل محیطی (مسائل اقتصادی، مسائل اجتماعی-سیاسی، رویدادهای زندگی مراجع-درمانگر، موقعیت های روانشناختی و مسائل حمایتی) که در کل ۲۳۲ ریز مولفه را در برمی گرفتند.

اولین بعد شناسایی شده در زمینه اثربخشی درمان، در این پژوهش عوامل مرتبط با درمانگر بود که خود دربرگیرنده ۶ کد هسته ای بود. نگرش اولین کد هسته ای با یک کد اصلی باور و ۹ کد فرعی شامل این موارد بود: نگاه فلسفی، باور نسبت به سنت های هستی و الهی، اعتقاد به ارزشمندی انسان، داشتن معنا در زندگی، حضور در محضر خدا، نگاه دینی-معنوی به مشاوره، احترام به عقاید مراجع، دید همه جانبه، احترام به تفاوت های فرهنگی مراجع. Currie (۳۳) و شفیع آبادی (۳۴) نیز در پژوهش های خود اهمیت تعدادی از مولفه های بعد نگرش را در موفقیت درمان مورد تاکید قرار دادند. در تبیین این یافته میتوان گفت هر درمانگری که در جلسات درمانی حاضر می شود نسبت به ابعاد مختلف زندگی نظیر مسائل سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اخلاقی، وجودی و ارتباطی، نگرش های خاصی دارد که می بایست نسبت به این نگرش ها بینش حاصل کند تا بتواند همسو با این نگرش ها فرایند درمانی را هدایت کند. همچنین نگرش های درمانگر نسبت به ابعاد فوق الذکر قطعاً فرایند درمانی را تحت تأثیر قرار خواهد داد. درمانگری که نسبت به بافت سیاسی،

پیش فرض‌ها و مقدماتی است که یک درمانگر باید داشته باشد و در طول جلسه درمان نیز باید از یک یا چند رویکردی که دانش کافی آن را دارد، استفاده نماید. به اعتقاد اکثریت افراد فعال در این حرفه و بنا بر دیدگاه‌های نظری موجود در زمینه اثربخش بودن درمان، تسلط بر دانش مشاوره‌ای لازمه این شغل می‌باشد.

مقوله هسته‌ای شخصیت، ۳ مقوله اصلی سرسختی روانشناختی، کامل و کاربزماتیک بودن و سلامت روان را شامل می‌شود و به طور کلی در این مقوله ۴۳ مقوله فرعی شناسایی شد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های اکبری و همکاران (۳۶)، Robinson و همکاران (۳۷)، Evers و همکاران (۳۸) و Camp و همکاران (۳۹) که بر اهمیت مولفه‌های شخصیتی در موفقیت درمان تاکید می‌کنند همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت شخصیت، جهت‌دهنده عملکرد فرد در ابعاد مختلف زندگی است و هر فردی متأثر از شخصیتی که دارد انواع خاصی از عملکردها و فعالیت‌ها را پسندیده و در جهت آن گام برمی‌دارد. از سوی دیگر نوع شخصیت افراد تا حد زیادی نوع رفتار و قالب عملکردی آن‌ها را نیز تعیین می‌کند. شغل مشاوره و روانشناسی و موفقیت در آن به خصایص شخصیتی خاصی که بدان اشاره شد نیاز دارد که افراد مشاور و درمانگر می‌بایست از آنها برخوردار باشند. این خصایص شخصیتی در تمامی مراحل فرایند درمانی از مرحله ارتباط تا درمان کارکرد خاص خود را دارند و برخوردار از آنها جهت موفقیت در این مرحله ضرورتی تام دارد. برای مثال موفقیت در مرحله ارتباط به سطحی از خوشرویی، مهربانی، انعطاف، همدلی، برونگرایی و جسارت نیاز دارد، خصایص شخصیتی که عدم برخوردار از آن شکل‌گیری ارتباطی مطلوب و توأم با کیفیت را با خلل مواجه می‌کند، بدین شکل احتمال موفقیت درمانی فرد مشاور را پایین می‌آورد. لذا می‌توان ادعان کرد که بهره‌مندی از خصایص شخصیتی فوق‌الذکر لازمه اثربخشی درمان است و مشاورین جهت داشتن عملکرد مطلوب درمانی می‌بایست از این خصایص برخوردار باشند.

فرهنگی و اقتصادی جامعه بینش و نگرش مشخص و مطلوبی نداشته باشد و فاقد نگرش‌های اخلاقی و روانشناختی مثبت نظیر اخلاق‌مداری و یا داشتن معنا باشد عملکردش در جلسات درمانی با ضعف مواجه خواهد شد و نخواهد توانست مراحل مختلف فرایند درمانی نظیر ارتباط، ارزیابی و تشخیص و از همه مهم‌تر درمان را آن‌طور که باید در مسیر مطلوب هدایت کند. مطالعه Owen و همکاران (۳۵) که در مورد تأثیرات جهت‌گیری چندفرهنگی ادراک شده روان‌درمانگران بر موفقیت نتایج درمان می‌باشد، نشان داد روان‌درمانگرانی که نسبت به مسائل فرهنگی جهت‌گیری بیشتری دارند، بهبود بیشتری در بهزیستی روان‌شناختی مراجعانشان اعلام کردند زیرا که روان‌درمانگر درک بیشتری از مسائل فرهنگی مراجعان دارند. تمامی نگرش‌های شناسایی‌شده از لازمه‌های عملکرد مطلوب در خلال جلسات درمانی است و فقدان هر کدام از آن‌ها بخشی از فرایند درمان را با مشکل مواجه می‌کند، لذا بدیهی است که افراد برخوردار از این بعد در قیاس با سایر درمانگران فرایند درمانی‌شان عملکرد مطلوب‌تری داشته باشد.

مقوله هسته‌ای صلاحیت، دارای ۳ مقوله اصلی علمی، حرفه‌ای و اخلاقی است و هر کدام از این مقوله‌های اصلی دارای مقوله‌های فرعی هستند که تعداد مقوله‌های فرعی در مقوله صلاحیت ۴۷ کد گزارش شده است. این نتیجه تاحدی با نتایج حاصل از پژوهش‌های شفیع‌آبادی (۳۴)، Webb و همکاران (۲۵) و Beutler (۲۴) که از دانش علمی و حرفه‌ای به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد موفقیت در درمان یاد می‌کنند، همخوانی دارد. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که فرآیند کمک‌رسانی برای اینکه روندی برنامه‌ریزی‌شده را طی بکند و قالب پند و اندرز و یا اطلاع‌رسانی صرف به خود نگیرد می‌بایست مبتنی بر اصول علمی خاصی صورت بپذیرد، اصولی همچون تسلط بر رویکردهای روان‌درمانی و مشاوره که در قالب استانداردهای حرفه‌ای این حوزه و توسط انجمن‌های علمی تعیین و مشخص شده‌اند. صلاحیت علمی یکی از

مقوله اصلی مهارت‌های حرفه‌ای و ارتباطی، رویکردهای روانشناختی و تخصص‌گرایی دسته‌بندی شده است. تعداد مقوله‌های فرعی در این مقوله هسته‌ای ۳۵ کد می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از تعدادی از پژوهش‌ها نظیر Silberschatz (۲۲)، Bohart (۱۵) و Tallman (۲۷) و Wampol (۲۶) که بر اهمیت مولفه‌های مهارتی در موفقیت درمان تاکید می‌کنند همخوانی دارد. روان‌درمانی و مشاوره علاوه بر یک حرفه یک هنر است و تسلط بر آن مستلزم کسب یک سری مهارت‌ها نظیر گوش دادن فعال، روشن‌سازی، مواجهه، مهارت‌های بیانی، نحوه برقراری ارتباط و غیره می‌باشد که بدون آن‌ها، توانایی درمانگر جهت کمک به حل مشکلات و توانمندسازی مراجعین دچار مشکل خواهد شد. موفقیت در فرایند درمان علاوه بر صلاحیت‌های علمی، حرفه‌ای و اخلاقی نیازمند گستره‌ای از مهارت‌های اکتسابی و کارکردی است تا با تکیه بر آن درمانگر بتواند فرایند درمانی را به نحوه مطلوبی آغاز، ادامه و پایان بخشد. تمامی این مهارت‌ها مستلزم آموزش و تمرین و تکرار است و صرفاً با مطالعه قابل اکتساب نیست. به همین دلیل است که هرچقدر مشاوره دادن و انجام فعالیت‌های درمانی درمانگر بیشتر باشد عملکرد درمانی موفقیت‌آمیزتری خواهد داشت.

ویژگی ظاهری آخرین مقوله هسته‌ای است که در موارد مرتبط با درمانگر حاصل شده است و در ۳ مقوله اصلی سن، جنسیت و نحوه پوشش قرار گرفته است و ۷ مقوله فرعی در این مقوله هسته‌ای جای گرفته‌اند. نتایج پژوهش‌های Goldberg و Plakun (۴۶) و Buttler (۲۴) نیز به این مورد اشاره کرده‌اند و آن‌ها را مشخصات ثابت و غیرقابل تغییر نامیده‌اند. از طرفی Heinonen و Nissen-Lie (۴۷) اعلام کردند که هیچ وجه مشخص نشده است که این ویژگی‌های ثابت بر نتایج روان‌درمانی تأثیر بگذارند. در مصاحبه‌های انجام شده نیز روشن شد که این موارد بسیار سلیقه‌ای بوده و ممکن است به فرهنگ جامعه نیز مرتبط باشد. در جامعه امروزی که به سمت ظاهری‌شدن رفته نحوه پوشش درمانگر نیز مهم تلقی می‌شود اما رعایت پوشش عرفی می‌تواند

بلوغ مقوله هسته‌ای دیگری است که دارای ۳ مقوله اصلی عقلی، عاطفی و هیجانی می‌باشد و هر کدام از این مقوله‌ها به ترتیب دارای ۱۰، ۹ و ۷ مقوله فرعی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی همچون کرمی و چوپان (۴۰)، Mullen و همکاران (۴۱) و McConnell و همکاران (۴۲) که بر بلوغ عقلی و هیجانی تاکید دارند همسو می‌باشد. جهت تبیین این یافته‌ها نیاز است تا انواع بلوغ تعریف شود. بلوغ عاطفی فرآیندی است که طی آن شخصیت فرد به طور مداوم برای احراز بیش از پیش سلامت عاطفی از لحاظ فردی و روانی می‌کوشد و انتظار می‌رود افراد با تکیه بر آن بتوانند به کنترل احساسات، دریافت و شناخت آن دست یابند و براساس آن عمل کنند (۴۳). بلوغ عقلی متفاوت از بلوغ جنسی یا عاطفی می‌باشد و به رشد شناختی استاندارد متناسب با دوره رشد جسمی و عاطفی اشاره دارد (۴۴). بلوغ هیجانی یعنی مجموعه‌ای از شایستگی و مهارت‌های همبسته هیجانی و اجتماعی که تعیین می‌کند افراد چگونه خود را به صورت صحیح درک و ابراز کنند، دیگران را درک کنند، با آن‌ها ارتباط برقرار کنند و با الزامات، چالش‌ها و فشارهای زندگی روزمره مقابله کنند (۴۵). در واقع افرادی که به بلوغ عقلی، عاطفی و هیجانی رسیده‌اند از توانایی تصمیم‌گیری صحیح و بدون وابستگی برخوردارند. داشتن انتظارات منطقی و معقول، عدم پافشاری بر افکار نادرست، تجزیه و تحلیل مسائل، انتخاب درست، تعادل بین منطقی و احساسات، مسئولیت‌پذیری در قبال رفتار و کردار و کنترل زبان از دیگر علائم بلوغ عقلی، عاطفی و هیجانی هستند. در نتیجه این گونه درمانگران نسبت به مسئولیت حرفه‌ای خود آگاه بوده و در مقابل مشکلات مراجعان، واکنش‌های هیجانی و احساسی و یا عقلانی صرف نشان نمی‌دهند، به خوبی از احساسات و عواطف خود و دلایل آن آگاهی دارند و تمام تلاش خود را در جهت کمک به مراجعان انجام می‌دهند، همچنین آن‌ها مراجعان را به خاطر مشکلاتشان سرزنش نمی‌کنند. توانایی یکی دیگر از مقوله‌های هسته‌ای استخراج‌شده از مصاحبه‌های مراجعان و درمانگران می‌باشد که در ۳

با این حال، تجربه رایج مشاوران و روان‌درمانگران این است که مراجعان همیشه به طور ارادی برای تغییر انگیزه ندارند. در واقع، بسیاری از مراجعان، مقاومتی در برابر تغییر نشان می‌دهند (۵۴). به طور مثال، برخی از مراجعان انگیزه سطحی دارند، اما در درون در برابر تغییر الگوهای قدیمی حالت تدافعی دارند. برخی دیگر بر اساس تمایل به تایید مشاور یا افراد مهم، به جای علاقه واقعی شخصی، سازگاری را نشان می‌دهند. برخی دیگر اصلاً انگیزه ندارند و تحت فشار یک سیستم یا تحت فشار افراد مهم برای رفتن به مشاوره یا درمان بوده‌اند (۵۵) به طوری که آن‌ها یا به ایجاد هیچ تغییری اهمیت نمی‌دهند یا احساس می‌کنند قادر به انجام آن نیستند (۵۶). یکی دیگر از عوامل فزاینده موفقیت در درمان، انتظار است (۵۷). اگر مراجع باور داشته باشد که روان درمانی به او کمک می‌کند، انتظار نتیجه مثبت خواهد داشت. در روان درمانی، انتظار نتیجه مثبت کمتر منجر به خاتمه زودرس روان درمانی شده (۵۸) و اثربخشی روان درمانی را کاهش می‌دهد (۵۹).

بعد از موارد اثربخش از منظر مراجع، مسائل مرتبط با عوامل محیطی بیان گردید. در این مقوله ۵ مقوله اصلی شامل مسائل اقتصادی با ۷ مقوله فرعی، مسائل اجتماعی-سیاسی با ۴ مقوله فرعی، موقعیت مرکز روانشناختی با ۶ مقوله فرعی، مسائل حمایتی با ۴ مقوله فرعی و رویدادهای زندگی مراجع و درمانگران با ۴ مقوله فرعی استخراج شده است. Prochaska و Norcross (۶۰) و Miller (۶۱) نیز در پژوهش‌های خود اهمیت تعدادی از مولفه‌های عوامل محیطی را در موفقیت درمان مورد تاکید قرار دادند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که عوامل محیطی، شامل رویدادهای زندگی شخصی بیمار و درمانگر و سایر رویدادهای خارج از درمان می‌شود و نسبت به سایر عوامل تأثیر بیشتری بر نتایج روان‌درمانی دارند (۶۲). رویدادهای زندگی شخصی مراجعان و درمانگران نیز می‌توانند فرصت‌های درمانی را به عنوان نقاط عطف گسترش داده یا محدود کنند و در نتیجه تغییری پایدار در محیط، خود، باورها و انتظارات فرد ایجاد کنند (۶۳). تأثیر رویدادهای زندگی بر نتایج روان درمانی زمانی

تأثیرگذار باشد. در زمینه جنسیت درمانگر نیز این موضوع بسیار سلیقه‌ای بوده و گاهی برخی از مراجعین خانم برای بیان موضوعات خصوصی‌تر با جنس موافق احساس راحتی بیشتری می‌کنند و در مصاحبه‌ها نیز امکان برقراری ارتباط با درمانگران خانم را معقول‌تر می‌دانستند. از طرفی Tzur و Bitan همکاران (۴۸) در مقاله خود اشاره کردند درمانگران مرد به عناصر ساختارمندتر روان‌درمانی مانند محیط، دانش نظری و آشنایی با رویکردهای درمانی اهمیت بیشتری می‌دهند.

بعد از موارد اثربخش از منظر درمانگر، مسائل مربوط با خود مراجع بیان شد. در این بخش ۴ مقوله اصلی و ویژگی‌های جمعیت شناختی (۵ مقوله فرعی)، علت مراجعه (۵ مقوله فرعی)، نحوه مراجعه (۳ مقوله فرعی) و بینش (۷ مقوله فرعی) شناسایی شده‌اند. Suárez-Delucchi و همکاران (۴۹)، Tilden و Wampold (۲۸) و Kaplowitz و همکاران (۵۰) نیز در پژوهش‌های خود اهمیت تعدادی از موارد اثربخش مرتبط با مراجعان را در موفقیت درمان مورد تاکید قرار دادند. Selinheimo و همکاران (۵۱) به بررسی نقش عوامل مرتبط با مراجع شامل جنسیت، تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد، محل سکونت و سال شروع درمان در تعیین طول مدت روان‌درمانی پرداختند و نشان دادند که اثر ترکیبی همه این عوامل تفاوتی ۱۰ ماهه در طول مدت درمان ایجاد می‌کند. جنسیت و تحصیلات بیشترین تأثیر را بر طول مدت درمان داشتند، به طوری که طول مدت روان‌درمانی برای زنان بیشتر و برای افراد با تحصیلات پایین، کوتاه‌تر بود. همچنین Pier و همکاران (۵۲) در پژوهش خود نشان دادند که درمان اضطراب و افسردگی در برابر بیماری‌های روان‌نژند، اختلالات شخصیتی و اختلالات حاد روانشناختی آسان‌تر بوده و مدت زمان کوتاه‌تری برای درمان نیاز دارد.

در مشاوره و روان‌درمانی بر موضوع انگیزه یا اراده مراجع نیز بسیار تاکید شده است، احتمالاً به این دلیل که نتایج مثبت و پایدار زمانی رخ می‌دهد که یک مراجع به طور فعال درگیر شود و شخصاً در تغییر شرکت کند (۵۳).

پرداخته باشند، نادر هستند، در این مطالعه سعی شده از هر دو منظر و دیدگاه مراجعان نسبت به درمانگران و بالعکس استفاده شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای برنامه «سلامت خانواده و نظام ارجاع» به دنبال طراحی مدل‌های مبتنی بر هوش مصنوعی برای بهبود نظام ارجاع در حوزه سلامت روان است. بر همین اساس در گام ابتدایی این طرح لازم بود مولفه‌های مهم‌تر در اثربخشی روان درمانی استخراج شود که مقاله حاضر یکی از مجموعه پژوهش‌های مرتبط با آن حوزه است که به استخراج عوامل مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان ایرانی از طریق انجام مصاحبه با آنها پرداخته است. نتایج این مطالعه علاوه بر اینکه به طراحی مدل‌های مبتنی بر هوش مصنوعی برای بهبود نظام ارجاع در حوزه سلامت روان کمک می‌کند، در آموزش و توانمندسازی روان درمانگران و مشاوران نیز کارایی داشته و مراکز دانشگاهی، آموزشی و ارائه دهنده خدمات سلامت روان از جمله مراکز سلامت روانی-اجتماعی (سراج) و کلینیک‌ها می‌توانند از این مولفه‌ها برای بهبود عملکرد درمانگران و مجموعه خود استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی متخصصان و نخبگان سلامت روانی اعم از روانشناسان، مشاوران و متخصصین روانپزشکی که در بررسی عوامل موثر بر روان درمانی در این مطالعه به ما کمک کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین از افرادی که تجربه مراجعه به درمانگران را داشتند و آن را با ما در میان گذاشتن کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع: این پژوهش به سفارش و تحت حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است و تعارض منافی در طول پژوهش وجود نداشت.

مهم است که درمان‌ها آن طور که انتظار می‌رود پیش نرود. رویدادهای زندگی می‌توانند بهبودهای مورد انتظار را تسریع کنند یا برعکس، منجر به موفقیت نسبی، ترک درمان یا شکست درمان شوند. مسائل اقتصادی نیز یکی از عوامل محیطی بسیار تاثیرگذار است و مراجع ترجیح می‌دهد مرکزی را برای درمان انتخاب کند که مبلغ کمتری دریافت می‌کند به این دلیل می‌تواند درمان را در مدت طولانی‌تری ادامه دهد. در مورد مسائل حمایتی نیز برخی از مراجعان دارای خانواده‌های حمایتگری هستند و فرد را در این مسیر یاری می‌کنند اما برخی مراجعان از سوی خانواده حمایت دریافت نکرده و این موضوع موجب ترک درمان یا سختی مسیر می‌شود.

محدودیت این تحقیق به اقتضای روش کیفی آن است که یافته‌ها را نمی‌توان تعمیم داد و البته لازم به ذکر است که این عوامل استخراج شده همگی احتمالی هستند و ممکن است در پژوهش دیگر با مشارکت کنندگان متفاوت عوامل دیگری نیز به آن اضافه شود که در این پژوهش دیده نشد. به علاوه، برای درستی فرضیه‌های مشارکت کنندگان تنها از خود افراد و ناظر بیرونی برای دریافت اعتبار بیرونی پژوهش استفاده شد که ممکن است در انجام این روش‌ها اشکالاتی وجود داشته باشد که البته ماهیت پژوهش کیفی این گونه است. لذا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این عوامل فرضی و احتمالی موفقیت در درمان از طریق پژوهش‌های کمی آزمون شوند تا اطمینان بیشتری در این زمینه حاصل شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه عوامل مرتبط با روان درمانی و مشاوره اثربخش از نظرات ۴۳ مراجع و درمانگر استخراج شد و این عوامل در سه حیطه مربوط به درمانگر، مراجع و محیطی طبقه‌بندی شد که هرکدام دارای مقوله‌های اصلی و فرعی می‌باشند. با توجه به این موضوع که پژوهش‌های که به صورت همه جانبه به عوامل اثربخش در روان درمانی

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی درمانگران در مطالعه: شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر

درمانگران و مراجعان

کد	جنسیت	سن	تاهل	تحصیلات	سابقه	رویکرد
۱	مرد	۵۲	متاهل	روانپزشک	۲۸	هیپنوتراپی، نوروتراپی
۲	مرد	۴۴	متاهل	روانپزشک	۱۰	تلفیقی، اکت، سی بی تی
۳	مرد	۵۹	متاهل	روانپزشک	۲۷	سایکوبیولوژیک
۴	مرد	۳۳	متاهل	دکتری مشاوره	۷	سیستمی
۵	زن	۳۶	مجرد	ارشد مشاوره	۸	طرحواره، سی بی تی، ای اف تی
۶	زن	۵۷	متاهل	دکتری مشاوره	۱۴	پارادوکس درمانی
۷	مرد	۴۲	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۵	طرحواره
۸	مرد	۳۹	متاهل	ارشد روانشناسی	۱۰	طرحواره، سی بی تی
۹	زن	۴۲	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۸	سی بی تی، آرای بی تی
۱۰	زن	۶۰	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۵	شناختی، تلفیقی
۱۱	زن	۲۸	مجرد	دکتری روانشناسی	۸	طرحواره، سی بی تی
۱۲	زن	۴۵	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۸	شناختی، فراشناختی
۱۳	مرد	۳۹	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۱	شناختی
۱۴	زن	۳۹	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۴	التقاطی
۱۵	مرد	۵۵	متاهل	دکتری روانشناسی	۲۸	التقاطی
۱۶	زن	۵۰	متاهل	دکتری مشاوره	۸	تلفیقی، طرحواره، سی بی تی
۱۷	مرد	۸۴	مجرد	روانپزشک	۵۰	دارو و روان درمانی، هیپنوتیزم
۱۸	زن	۴۶	متاهل	ارشد روانشناسی	۸	شناختی
۱۹	زن	۶۰	متاهل	دکتری روانشناسی	۳۲	التقاطی
۲۰	زن	۳۲	مجرد	دکتری مشاوره	۶	سیستمی
۲۱	زن	۴۶	مجرد	دکتری مشاوره	۲۰	سهم‌گذاری
۲۲	زن	۳۸	مجرد	ارشد مشاوره	۷	سی بی تی، طرحواره درمانی
۲۳	مرد	۵۲	متاهل	روانپزشک	۲۳	سی بی تی، دارو درمانی
۲۴	مرد	۳۹	متاهل	دکتری روانشناسی	۱۱	سی بی تی، موج سوم
۲۵	زن	۵۳	متاهل	روانپزشک	۲۰	درمان دارویی و غیر دارویی (تحلیلی)

جدول ۲- ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان در مطالعه: شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر

درمانگران و مراجعان

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	تاهل	تعداد رجوع
۱	زن	۴۰	دیپلم	خانه دار	متاهل	۴
۲	زن	۲۱	کارشناسی	دانشجو	مجرد	۵
۳	زن	۲۱	کارشناسی	دانشجو	مجرد	۱
۴	زن	۲۱	کارشناسی	دانشجو	مجرد	۵
۵	زن	۲۱	کارشناسی	مربی مهد	مجرد	۲
۶	مرد	۳۳	حوزوی	طلبه	متاهل	۳
۷	مرد	۵۱	کارشناسی	کارمند بازنشسته	متاهل	۱
۸	زن	۴۹	سیکل	خانه دار	متاهل	۲
۹	زن	۴۱	دیپلم	خانه دار	متاهل	۱
۱۰	زن	۲۰	کارشناسی	دانشجو	متاهل	۲
۱۱	زن	۲۲	کارشناسی	معلم کنکور	مجرد	۲
۱۲	زن	۲۱	کارشناسی	دانشجو	مجرد	۲
۱۳	زن	۲۳	کارشناسی	کارشناس مقطع متوسطه اول	مجرد	۵
۱۴	زن	۲۲	کارشناسی	مربی تکواندو و مشاور تحصیلی	متاهل	۱
۱۵	زن	۲۰	کارشناسی	بیکار	مجرد	۱
۱۶	زن	۲۳	دانشجو کارشناسی	خیاطی در مزون عروس	متاهل	۳
۱۷	زن	۲۱	دانشجو کارشناسی	دانشجو	مجرد	۲
۱۸	زن	۲۷	ارشد	پژوهشگر	متاهل	۲

جدول ۳- فراوانی، مضامین، مقوله های فرعی، اصلی و هسته‌ای عوامل مرتبط با درمانگر در زمینه اثربخشی روان درمانی در مطالعه: شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان

مقوله هسته‌ای	مقوله اصلی	مقوله فرعی	مضامین	فراوانی
نگرش	باور	نگاه فلسفی، باور نسبت به سنت‌های هستی و الهی، اعتقاد به ارزشمندی انسان، داشتن معنا در زندگی، حضور در محضر خدا، نگاه دینی معنوی به مشاوره، احترام به عقاید مراجع	مشاور باید حواسش باشه که چه چیزهایی رو به ما که مراجعش هستیم می‌گه چون اگه یه فردی که خودش مذهبییه اطلاعات متضاد با عقایدش بگه بهم میریزه و شاید تنونه درست و غلط رو تشخیص بده (م-۱)	۲۹۰
صلاحیت	علمی	رشته تحصیلی مرتبط، تحصیلات تکمیلی، آشنایی با نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، آشنایی با آسیب‌شناسی روانی، آشنایی با آسیب‌های اجتماعی، آشنایی با نظریه‌های شخصیت، تسلط بر فنون درمان، تسلط بر مصاحبه و ارزیابی، شناخت مقاومت و دفاع‌ها، شرکت در دوره‌های بازآموزی، به روز بودن درمان‌ها، آشنایی با آزمون‌های روانشناختی، دانش بین رشته‌ای، شناخت تفاوت‌های فردی، آشنایی با نظریات رشد، تسلط بر چند رویکرد درمانی، التقاط‌گرایی در نظر و تکنیک، آشنایی با رویکردهای دارای ملاحظات فرهنگی، آشنایی با دارو درمانی، کار تیمی، انجام پژوهش و مطالعه کافی	خیلی آزمون آزمون گرفت همینجوری تشخیص نمی‌داد و بعدا برامون تفسیرش می‌کرد (م-۵) بعضی مراجعان رو باید با انبردست حرفواز دهنشون بیرون کشید اونا یه خورده کار رو برات سخت می‌کنن اونوقت تو باید مهارتش رو داشته باشی تا مقاومتش رو بشکنی (د-۱۴) بلد باشه هر رویکردی رو برای چه مراجعی به کار بیره و یکپارچه‌سازی رو بلد باشه (د-۲۰)	۳۳۵
حرفه ای		آگاهی بر قوانین شهروندی و محل کار، شناخت مراجع، آشنایی با وظایف و نقش‌های شغلی، عضویت در انجمن‌های تخصصی، گذراندن دوره کارورزی، بهره‌مندی از ناظر، عدم انجام فعالیت‌های غیرمشاوره‌ای در محل کار، علاقه‌مند به رشته و شغل، نداشتن دید تجاری به درمان و مراجع، آشنایی با علائم فرسودگی شغلی	فقط وقتم رو تلف کردم و خودم رو اسیر کردم برم و پیام فقط پولی بود که آزمون میگرفت انگار ما کیف پولش بودیم (م-۹) استفاده از ناظر رو باید بیشتر کنیم و از این بابت ضعف داره سیستم (د-۱۴) دو سال گذشته خیلی احساس کسلی میکردم بعد یکی از اساتید بهم گفت داری علائم فرسودگی شغلی رو نشون میدی (د-۱۵)	۱۸۰
	اخلاقی	رازداری، احترام به حقوق مراجع، ارجاع، پیگیری، صداقت، همخوانی، عدم قضاوت و پیش‌داوری، جلوگیری از انتقال و انتقال متقابل،	ایشون خیلی پیگیری نکرد که چرا نیومدی؟ کجا رفتی؟ یا فرضاً معرفی مون میکرد فلان جا تا بقیه درمان رو پی بگیریم (م-۸)	۲۳۷

	قرارداد درمان، عدم لمس فیزیکی، خودداری از روابط دوگانه، احساس مسئولیت، وظیفه‌شناسی، توجه بدون قید و شرط، خودافشایی هدفمند، توجه به خودمختاری مراجع، اولویت دادن به نیازهای مراجع، احترام به فرهنگ‌های مختلف		
۷۷	مشاور باید به ارزش و فرهنگ مراجع احترام بگذارد، ممکنه درمانگر حرفی بزنه ولی اون فرهنگ خانوادگی متفاوتی داشته باشه و فکر کنه که درک نشده (۲۳-د)	سرسختی روانشناختی	
	توی مسائل زندگی مون خیلی سوال می پرسید تا علت رو پیدا کنه (۱۰-م)		
	ما باید فعال باشیم و بدونیم تغییر یه شبه رخ نمی دهد و خسته نشیم (۲۱-د)		
۹۴	قدرت بیان‌شون خوب بود و لحنشون اینجوری بود که به دل می شست و اون کار رو انجام می دادی (۹-م)	کامل و کارزماتیک بودن	شخصیت
	درمانگر باید وقت‌شناس و منظم باشه به وقت مراجع احترام بگذاره (۲۳-د)		
۱۰۸	خیلی نخواد از درجه بالا باهام صحبت کنه و خیلی حالت مغرورانه نداشته باشه تا بتونم باهاش ارتباط بگیرم (۳-م)	سلامت روان	
	من هرچقدر رابطه خوبی با خودم داشته باشم حالم خوب باشه، می تونم با مراجع هم ارتباط خوبی بگیرم (۱۵-د)		
	توی تکلیف دادن خیلی خلاق بودن و کارهای تکراری انجام نمی دادم (۶-م)		
۶۷	با توجه به موقعیت مراجع، تصمیم بگیریم از چه رویکردی چه تکلیفی و یا چه فنی استفاده کنیم (۱۹-د)	عقلی	
	از نظر اخلاقی خیلی خوب بودن و اخلاقشون خوب بود مسائل رو با دلسوزی بهم می گفتن (۸-م)		
۶۴	درمانگر باید حوصله داشته باشه، مراجع خیلی رفت و برگشت داره باید بتونه تحمل کنه و فرصت بده (۱۷-د)	عاطفی	بلوغ
	نحوه گفتگو‌شون به ما انگیزه می داد چون خودشون پرنرزی بودن ما هم دلمون نمیومد انجام ندیم (۱۵-م)		
۴۲	مدیریت هیجان‌ها، خنده‌رویی و گشاده‌رویی، خویش‌داری، شادکامی، انگیزه بالا، سازگاری، با انرژی بودن	هیجانی	

۲۶۱	باید با انرژی روبروی مراجع بشینی (۱۶-د) کاملاً من رو متوجه می شد از حالت فیدبک ها و ری اکشنی که نشون میداد و اون انعکاسی که به من می دادن متوجه می شدم که کاملاً من رو متوجه میشه (۱۷-م)	گوش دادن فعال، تشویق، رهبری جلسه، زبان بدن، مشاهده کردن، انعکاس احساس و محتوا، ارائه بازخورد، تشخیص درست و به موقع، پرسشگری، ارتباط چشمی مناسب، تسهیل گری، برقراری رابطه، توجه، همدلی، ایجاد رابطه مطلوب، لحن و بیان مناسب، مهارت‌های آغازین و پایان‌بخشی، سازماندهی، پاسخگویی تسلط بر رویکردهای پایه، رویکردهای شناختی، موج سوم، رفتاری، روانپوشی، هیپنوتیزم، آشنایی با رویکردهای نوین، رویکردهای سیستمی، رویکردهای تحلیل مغزی، رویکردهای اسلامی	مهارت‌های حرفه ای و ارتباطی	توانایی
۱۱۴	اگر ارتباط برقرار بشه ۵۰ درصد راه رو رفتیم ما بقی هم درک بیماره و اینکه بهش احساس امنیت بدیم (۳-د) رویکردشون هیجان مدار بود و خیلی خوب باهامون همدلی می کرد (۱۸-م)	تخصص در حوزه زوج و خانواده، اختلالات روانشناختی، اضطراب، افسردگی و وسواس، اختلالات شخصیت، کودک و نوجوان، بازی درمانی، گروه درمانی	رویکردهای روانشناختی	
۵۱	تخصصشون زوج و خانواده بود و ما برای پیش از ازدواج رفتیم پیششون (۱۱-م) مثل پزشکا ما هم باید تخصصی کار کنیم (۱۳-د)		تخصص گرایی	
۱۵	کاملاً مشخص بود یه خانم سالخورده که چندسال مشاوره انجام داده بود از نحوه گفتگوش قشنگ مشخص بود تجربه داره (۱۶-م)	دارای سن بالا، پختگی و تجربه	سن	
۱۳	سن بالایی که من دارم مراجع مطمئن میشه که من تجربه دارم (۶-د) جنسیت خیلی برای من مهم بود من پیش دو نفرشون رفتم و اصلاً احساس راحتی نمی‌کردم (۲-م)	هم‌جنس بودن، ناهم‌جنس بودن	جنسیت	ویژگی ظاهری
۴۸	کاملاً سلیقه‌ای هستش بعضی مراجعان دوست دارن با درمانگرشون هم‌جنس باشن و برخی هم از یک ناهم‌جنس حرف شنوی دارن (۴-د) از نظر ظاهری آدم تر و تمیزی بود کت و شلواری بود (۷-م)	پوشش موجه، آراستگی، تناسب در پوشش	نحوه پوشش	
	مراجع حتی به نحوه پوشش ما هم دقت میکنه (د- (۱۱)			

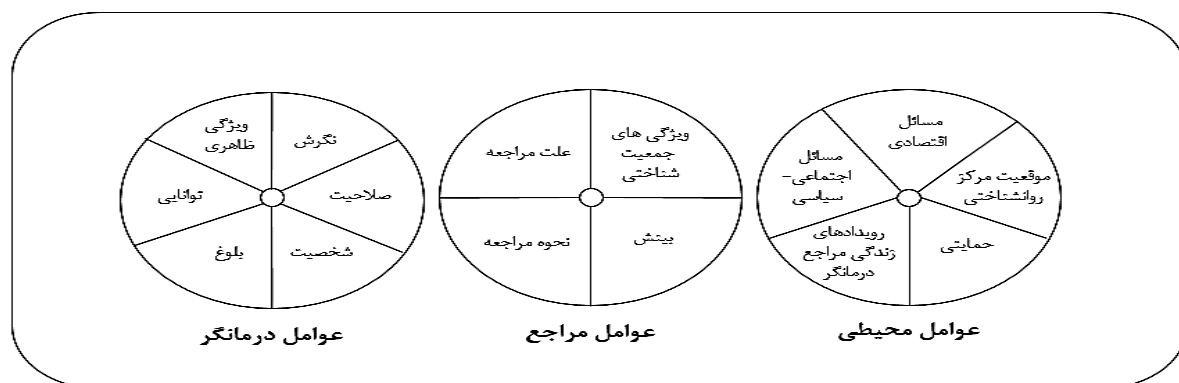
جدول ۴- فراوانی، مضامین، مقوله‌های فرعی و اصلی عوامل مرتبط با مراجعان در زمینه اثربخشی روان درمانی در مطالعه: شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مضامین	فراوانی
ویژگی های جمعیت شناختی	سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل	افرادى که در سنين جوانى هستند قابليت تغيير و موفقيت در درمان آنها بيشتر هستند مثلاً ۱۵ تا ۳۰ سالگى بهترين زمان درمانه (د-۸)	۱۹
علت مراجعه	اختلالات حاد شخصیتی، مسائل پیچیده خانوادگی، اضطراب، افسردگی و وسواس، اختلالات حاد روانی	وقتی فردی مراجعه می کند با درگیری بیشتر هم درمانش طولانی تره و هم اینکه ممکنه نتونیم کمک زیادى بهش بکنیم (د-۹) تقریباً اکثر مراجعین زمانی که به اتاق درمان میان در حال فروپاشی خانواده هستن، خیانت، خشونت و اعتیاد وقتی با هم جمع بشه خیلی سخت میشه درمان کرد (د-۶)	۴۶
نحوه مراجعه	مراجعه خود به خود، با فشار خانواده و دادگاه	مراجعی داشتم که از طرف دادگاه نامه داشت و خیلی همکاری نمی کرد (د-۱۲)	۱۳
بینش	آموزش پذیری، توانایی انجام تکالیف، همراهی در جلسه، آگاهی از مشکلات خود، توانایی تشخیص مسائل، انگیزه و انتظار مراجع، اطلاعات کافی در مورد درمان	خود مراجع همکاری نکنه ما نمی تونیم براش کارى کنیم (د-۸) مراجع باید از وضعیتش بینش داشته باشه و آگاه باشه که الان توی چه شرایطیه (د-۲۴)	۷۳

جدول ۵- فراوانی، مضامین، مقوله های فرعی و اصلی مرتبط با عوامل محیطی در زمینه اثربخشی روان درمانی در مطالعه:

شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مضامین	فراوانی
مسائل اقتصادی	هزینه های سنگین درمان، درآمد ناکافی مراجع، تعداد جلسات زیاد، عدم تعلق بیمه ها، طولانی بودن برخی درمان ها، هزینه های بالای مرکز داری	عملا وقتی به یه مراجع میگیم تو قراره ده جلسه بیای خوب با ۳۰۰ هزار تومان کنار میاد تا مرکزی که تو پاسداران باید جلسه ای ۸۰۰ تومان بده خب میگه اونو میدم ۳ جلسه اینجا میام (۹-د)	۱۸۰
مسائل اجتماعی - سیاسی	مشکلات سیاسی، رویدادهای ملی - میهنی، رویدادهای مذهبی، فشارهای اجتماعی	وقتی فردی میره پیش مشاور اطرافیان بهش میگن برو بابا حوصله داری؟ اینا باعث میشن انگیزه مراجع بیاد پایین (۱۰-د) وقتی نزدیک سال نو میشه مراجعان کم میشن اما بعد از تعطیلات تعدادشون میره بالا (۸-د)	۴۹
موقعیت مرکز روانشناختی	موقعیت مکانی مرکز، نحوه چیدمان اتاق درمان، رنگ و نور کافی محیط، نحوه برخورد منشی و پرسنل مرکز، تبلیغات، زمانبندی جلسات	قطعا فضای مرکز مشاوره خودش بسیار موثره، شیوه ای که پرسنل دارن و اونجا هستن منشی که هست بسیار موثره، از لحاظ فیزیکی باید نور خوبی داشته باشه (۱۱-د)	۶۸
مسائل حمایتی	حمایت از سوی همسر، خانواده، دوستان و نزدیکان، فرد معتمد، درد و دل کردن با فرد مناسب، موافقت خانواده با مشاوره	افراد به شکل فردی مراجع می کنن و خانواده مراجع نمی کنن در حالی که اکثر مشکلات روانی که در افراد وجود داره ریشه در خانواده شون داره اما خانواده ها معمولا همکاری نمی کنن، همسرها حمایت نمی کنن (۱۲-د)	۹۷
رویدادهای زندگی مراجع و درمانگر	مشکلات با خانواده همزمان با درمان، تداخل اتفاقات با هم، نگرانی ها، تداخل نیازها	وقتی که درمانگر روز قبلش بچه اش مرخص بوده و داشته به اون رسیدگی می کرده و یا نگران نون شبشه می تونه تو جلسه درمان خنتی باشه؟ خشم نداشته باشه؟ (۳-د)	۴۵



نمودار ۱- الگوی عوامل اثربخش در روان‌درمانی از دید متخصصان سلامت روان و مراجعان

References

- Lambert MJ. Outcomes in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy* 50. 2013; 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Warren J, Nelson PL, Mondragon SL, Baldwin SA, Burlingame GM. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: community mental health vs. managed care settings. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2010;78:144-155. doi: 10.1037/a0018544
- Lindgren A, Werbart A, Philips B. Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2010; 83: 27-43. doi: 10.1348/147608309X464422.
- Parry GD, Crawford MJ, Duggan C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies: time to move on. *Br. J. Psychiatry.* 2016; 208:210-212. doi: 10.1192/bjp.bp.115.163618.
- Brek M, Parker G. The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2009; 43:787-794.
- Swift J, Greenberg R. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2012; 80:547-559.
- Hill CE, Spiegel SB, Hoffman MA, Kivlighan DM, Gelso CJ. Therapist expertise in psychotherapy revisited. *Couns. Psychol.* 2017; 45:7-53. doi: 10.1177/0011000016641192
- Owen J, Drinane JM, Idigo KC, Valentine, JC. Psychotherapist effects in meta-analyses: how accurate are treatment effects? *Psychotherapy.* 2015; 52:321-328. doi: 10.1037/pst0000014.
- Baldwin SA, Imel ZE. "Therapist effects: findings and methods" in Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edn. ed. M. J. Lambert (Hoboken, NJ: Wiley). 2013; 258-297.
- Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother. Res.* 2011; 21:267-276. doi: 10.1080/10503307.2011.563249.
- Kächele H, Schachter J. On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemp. Psychoanal.* 2014; 50: 233-258. doi: 10.1080/00107530.2014.880321.
- Merten J, Krause R. "What makes good therapist fail?" in *Nonverbal behavior in clinical settings.* eds. P. Philippot, E. J. Coats, and R. S. Feldman (New York, NY: Oxford University Press) 2003; 111-124.

13. Budge SL. To err is human: an introduction to the special issue on clinical errors. *Psychotherapy*. 2016; 53:255-256. doi: 10.1037/pst0000084.
14. Bent RJ, Putnam DG, Kiesler DJ, Nowicki S. Correlates of successful and unsuccessful psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1976; 44:149. doi: 10.1037/0022-006X.44.1.149.
15. Strupp HH. (1980a). Success and failure in time-limited psychotherapy: a systematic comparison of two cases (Comparison 1). *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980a; 37:595-603. doi: 10.1001/archpsyc. 1980.01780180109014.
16. Gazzillo F, Waldron S, Genova F, Angeloni F, Ristucci C, Lingiardi V. (2014). An empirical investigation of analytic process: contrasting a good and poor outcome case. *Psychotherapy*. 2014; 51: 270-282. doi: 10.1037/a0035243.
17. Hayes JA, Nelson DLB, Fauth J. Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy. *Psychotherapy*. 2015; 52:127-133. doi: 10.1037/a0038827.
18. Schattner E, Tishby O, Wiseman H. Relational patterns and the development of the alliance: a systematic comparison of two cases. *Clin. Psychol. Psychother.* 2017; 24: 555-568. doi: 10.1002/cpp.2019.
19. Safran J, Muran J, Shaker A. Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemp. Psychoanal.* 2014; 50:211-232. doi: 10.1080/00107530.2014.880318.
20. Zilcha-Mano S. Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *Am. Psychol.* 2017; 72: 311-325. doi: 10.1037/a0040435.
21. Oddli HW, Halvorsen MS. Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy*. 2014; 51:295-307. doi: 10.1037/a0029843.
22. Silberschatz G. Improving the yield of psychotherapy research. *Psychother. Res.* 2017; 27:1-13. doi: 10.1080/10503307.2015.1076202.
23. Barber JP, Muran JC, McCarthy, KS, Keefe RJ. "Research on dynamic therapies" in Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edn. ed. M. J. Lambert (Hoboken, NJ: Wiley). 2013; 443-494.
24. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, et al. Therapist variables. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York, NY: Wiley & Sons, 2004.
25. Webb CA, DeRubeis RJ, Barber JP. Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78:200-211.
26. Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. 2013; (9). Routledge.
27. Bohart AC, Tallman K. Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, and M. A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 83-112). Washington, DC: American Psychology Association, 2010.
28. Tilden T, Wampold BE. Routine outcome monitoring in couple and family therapy. How, when, and why do people change through psychological interventions. 2017; 227-43.
29. Cohen ZD, DeRubeis RJ. Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018; 14:209-236.
30. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. 2011; 48(1):4. Educational Publishing Foundation.
31. Weisz JR, Ugueto AM, Cheron DM, Herren J. Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2013; 42(2):274-286.
32. Koç V, Kafa G. Cross-Cultural Research on Psychotherapy: The Need for a Change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*.

- 2019; 50(1): 100-115. <https://doi.org/10.1177/0022022118806577>
33. Currie G. Theory and application of counseling and psychotherapy. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Arsbaran, 2013.
 34. Shafiabadi A. Counseling methods and techniques. Tehran: Fekrno book, 2013. [In Persian]
 35. Owen J, Drinane JM, Idigo KC, Valentine, JC. Psychotherapist effects in meta-analyses: how accurate are treatment effects? *Psychotherapy*. 2015; 52:321-328. doi: 10.1037/pst0000014
 36. Akbari Z, Shariatmadar A, Farahbakhsh K, Nazari A. Developing a professional competency model for divorce counselors at The Crisis Intervention Centers. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2022; 13(49): 31-76. [In Persian]
 37. Robinson DM, Mason ECM, McMahon HG, Flowers LR, Harrison A. New School Counselors' Perceptions of Factors Influencing Their Roles as Leaders. *Professional School Counseling*. 2018; 22(1):1-15.
 38. Evers O, Schröder-Pfeifer P, Möller H, Taubner S. How do personal and professional characteristics influence the development of psychotherapists in training: Results from a longitudinal study. *Research in psychotherapy (Milano)*. 2019; 22(3):424.
 39. Camp A, Foxx SP, Flowers C. Examining the Relationship Between the Multicultural Self-Efficacy, Empathy, and Training of School Counselors and Their Knowledge and Skills Supporting Students Experiencing Homelessness. *Professional School Counseling*, 2018.
 40. Karmi M, Choupani M. Explaining the personality dimensions of counselors' competence from the perspective of different counselors: a qualitative study. *Qualitative research in health sciences*. 2018; 8(2):154-169.
 41. Mullen PR, Blount AJ, Lambie GW, Chae N. School Counselors' Perceived Stress, Burnout, and Job Satisfaction. *Professional School Counseling*. 2018; 21(1):1-10.
 42. McConnell KR, Geesa RL, Mayes RD, Elam NP. Improving School Counselor Efficacy Through Principal-Counselor Collaboration: A Comprehensive Literature Review. *Mid-Western Educational Researcher*. 2020; 32(2):133-155.
 43. Eslamzadeh B, Esmaili M, Farahbakhsh Q, Asgari M. Developing Coping Strategies for Threats to Mental Health and the Family Structure of the Oil Company's Subsidiary Staff, Emphasizing Third-Type of Change. *Journal of Counseling Research*. 2021; 20(79):321-374. [In Persian]
 44. Ebrahimi L, Farahbakhsh K, Esmaili M, Salimi H. The introduction of a new model for improvement of counseling performance in schools through the empowerment of psychologists and counselors. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(2): 195-204. [In Persian]
 45. Akbarzadeh M, Abedi M, Baghban A. The mediating role of job adaptability in the relationship between emotional intelligence and career path decision making problems. *Journal of Counseling Research*. 2018; 18(72):66-94. [In Persian]
 46. Goldberg DA, Plakun EM. Teaching psychodynamic psychotherapy with the Y model. *Psychodynamic psychiatry*. 2013; 41(1):111-125.
 47. Heinonen E, Nissen-Lie HA. The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(4):417-432.
 48. Tzur Bitan D, Shalev S, Abayed S. Therapists' Views of Mechanisms of Change in Psychotherapy: A Mixed-Method Approach. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 565-800.
 49. Suárez-Delucchi N, Keith-Paz A, Reinel M, Fernandez S, Krause M. Failure in psychotherapy: a qualitative comparative study from the perspective of patients diagnosed with depression. *Counselling Psychology Quarterly*. 2022; 35(4):842-866.
 50. Kaplowitz MJ, Safran JD, Muran CJ. Impact of therapist emotional intelligence

- on psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011; 199(2):74-84.
51. Selinheimo S, Gluschkoff K, Turunen J, Kausto J, Väänänen A. Socioeconomic factors affecting psychotherapy use rates. *European Journal of Public Health*. 2022; 32(3), ckac129-684.
 52. Bear HA, Edbrooke-Childs J, Norton S, Krause KR, Wolpert M. Systematic review and meta-analysis: Outcomes of routine specialist mental health care for young people with depression and/or anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(7):810-841. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.002>
 53. Rief W, Sperl MFJ, Braun-Koch K, Khosrowtaj Z, Kirchner L, Schäfer L, Schwarting RKW, Teige-Mocigemba S, Panitz C. Using expectation violation models to improve the outcome of psychological treatments. 2022; *Clinical Psychology Review*, 98, 102212.
 54. Roos J, Werbart A. Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*. 2013; 23(4): 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>.
 55. Callahan JL, Aubuchon-Endsley N, Borja SE, Swift JK. Pretreatment expectancies and premature termination in a training clinic environment. *Training and Education in Professional Psychology*. 2009; 3(2): 111-119.
 56. Greenberg RP. Essential ingredients for successful psychotherapy: Effects of common actors. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Eds.), *The art and science of brief psychotherapies*. 2004; (231-242). Washington, DC: APPI.
 57. Constantino MJ, Coyne AE, Goodwin BJ, Vıslä A, Flückiger C, Muir HJ, Gaines AN. Indirect effect of patient outcome expectation on improvement through alliance quality: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*. 2021; 31(6):1-15.
 58. Bryant MJ, Simons AD, Thase ME. Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*. 1999; 23(4):381-399.
 59. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75(6):842-852.
 60. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press, 2018.
 61. Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sparks JA, Claud DA. The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*. 2003; 2(2):91-100.
 62. Constantino MJ, Vıslä A, Coyne AE, Boswell JF. A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*. 2018; 55(4):473-485.
 63. Chatterjee R, Arora M. Life events and psychiatric disorders. *Mental Health Reviews*, 2005. Available at: <http://www.studymode.com/essays/Life-Events-And-Psychiatric-Disorders-1446991>.

Identifying Factors Related to Effective Psychotherapy from the Perspective of Therapists and Clients: A Qualitative Research

Hamed Moslehi¹, Seyedeh Maryam Pourmoosavi^{2*}, Zeinab Zakani³, Reyhane Fayyaz⁴

1- Ph.D. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

2- Ph.D. Student, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3- Ph.D. Student, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

4- Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* Corresponding Author: moosavimaryam67@gmail.com

Received: Jun 21, 2024

Accepted: Sep 11, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: Available evidence shows the effectiveness of psychotherapy. However, the number of patients who deteriorate or do not improve is still problematic. On the other hand, while some therapists are generally more successful than others, most therapists have experienced both success and failure of therapy in different cases. The purpose of this study was to determine the factors effective in psychotherapy from the perspective of therapists and clients.

Materials and Methods: Based on the purpose of this research, it can be considered as an applied research and qualitative in nature. Data were collected through interviews and analyzed using the content analysis method based on the analogical approach. The samples of therapists and clients were selected purposefully from the statistical population including 1. Therapists (psychiatrists, psychologists and counselors) licensed by the Psychology and Counseling Organization with 5 years or more of therapy experience, and 2. Clients who had participated in at least one psychotherapy course. The sample size was based on theoretical saturation and, therefore, the interview process continued until ensuring sufficiency of the collected data; thus the interviews ended with the 21st person in the therapists group and the 15th person in the clients group.

Results: The factors in effective treatment were found to be in three areas, namely, the therapist (attitude, competence, personality, maturity, ability and appearance), the client (demographic characteristics, reason and method of referral, insight), and environmental factors (economic, socio-political issues, location of the psychological center, supporting problems, and daily living events of clients and therapists).

Conclusion: The findings of this research show the components and importance of the model of effective factors in effective psychotherapy to policy makers, trustees, professors and therapists in the field of mental health. The achievement of these components can increase the efficiency of the therapists in achieving their goals and also help a clients to choose a therapist.

Keywords: Psychotherapy, Effectiveness, Therapist, Clients, Qualitative Study

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.