

## Research Paper

# Designing a conceptual model to explain the therapeutic relationships between adolescents and Iranian therapists: Grounded theory



Farnaz Abbas Yazdian<sup>1</sup>, Somayeh Shahmoradi<sup>2</sup> & Fahimeh Bahonar<sup>3\*</sup>

1. MSc, Clinical psychology, psychology and Educational Science Faculty, University of Khatam, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran.

3. PhD Student, Department of Counseling, psychology and Educational Science Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran.



**Citation:** Abbas Yazdian, F., Shahmoradi, S. & Bahonar, F. (2023). [Designing a conceptual model to explain the therapeutic relationships between adolescents and Iranian therapists: Grounded theory (Persian)]. *Journal of Research in child and adolescent psychotherapy*, 1(2):71-93. <https://dx.doi.org/10.22098/rcap.2023>

**doi** 10.22098/rcap.2023



### Article Info:

Received: 2023/04/24

Accepted: 2023/06/15

Available Online: 2023/06/20

### Key words:

Therapeutic relationships, therapist, teenagers, grounded theory

## ABSTRACT

**Objective:** This research was conducted with the aim of identifying the experiences of Iranian adolescents and therapists from the therapeutic relationship and analyzing the strategies, causal, intervening, contextual conditions and consequences of the therapeutic relationship.

**Methods:** The current research method is practical and qualitative type of grounded theory. The population of this research included adolescents aged 15-18 years who had a history of referral to psychotherapy and therapists in Tehran in 2021-2022. Sampling continued in a purposeful manner until the limit of theoretical saturation and finally 18 teenagers and 7 therapists were selected. The participants were subjected to semi-structured interviews. In order to analyze the data, Corbin and Strauss (2014) theme analysis method was used.

**Results:** Data analysis has led to the production of 6 main themes including the challenges of the therapeutic relationship between the therapist and the adolescent, causal factors, background factors, intervening factors, strategies and consequences. Also, 17 core themes including unpleasant experiences transmitted in the therapeutic relationship, therapeutic relationship under the shadow of personal fears and concerns, internal factors, external factors, personality qualifications, appearance indicators, moral and scientific qualifications, factors Macro, family factors, cultural factors, social factors, driving and motivational strategies, passive strategies, educational, emotional, cognitive, behavioral and 89 concepts were the primary concepts.

**Conclusion:** Overall, the results of this research showed that the degree of the therapeutic relationship being desirable or not depends on the way therapists use strategies and personality qualifications, appearance indicators and moral and scientific qualifications.

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Adolescence is the period of transition from childhood to adulthood and is accompanied by deep and stressful changes in physical, psychological and social aspects, which leads to confusion and negative emotions along with psychological problems (Moeini et al., 2019). In fact, half of the mental health problems during life start at the age of 15 and almost three quarters at the age of 18 (Kim Cohen et al., 2003).

According to the latest research in this field, there are 68% barriers related to the therapeutic relationship between children and adolescents with a mental health specialist (Rods et al., 2021). When the process of psychotherapy and counseling is accompanied by unpleasant injuries and health needs of the therapist, it is not surprising that the process of developing therapeutic relationships in this field becomes difficult for the client and the therapist (Hartley et al., 2022). Therefore, leaving treatment occurs when the therapeutic relationship is not addressed (Okfe, 2020).

### \*Corresponding Author:

Fahimeh Bahonar

Address: PhD Student, Department of Counseling, psychology and Educational Science Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (912) 7586043

E-mail: [Fahime.bahonar@edu.ui.ac.ir](mailto:Fahime.bahonar@edu.ui.ac.ir)

Adolescence is also a time of rapid and multifaceted changes with communication challenges (Blackmore et al., 2010). According to studies, treatment dropout is a common phenomenon among children and adolescents (Haber et al., 2017). And an important determining factor in therapeutic attrition is the quality of the therapeutic relationship between clients and therapists (Owen et al., 2016). Therefore, the present study was conducted with the aim of comprehensively examining the experience of therapeutic relationships between adolescents and designing a conceptual model of promoting therapeutic relationships in the process of psychotherapy and counseling from the perspective of adolescents.

## 2. Materials and Methods

The current research method is practical and qualitative type of grounded theory. Considering that no research has been done in the field of presenting a conceptual model of the therapeutic relationship between adolescents and therapists in Iran, therefore the present research researchers came to the conclusion that the best way to do this is the grounded theory method. The participants in this research were adolescents aged 15 to 18 living in Tehran who had a history of going to psychotherapy and counseling. Psychotherapists and counselors were also experts in the field of children and adolescents. The selection of the participants in the data theory studies of the foundation is first purposeful, and with the progress of the study, theoretical sampling is used. In order to minimize the heterogeneity of the people participating in the research, the entry criteria were considered, and these criteria for therapists were: 1- having a desire to participate in the research, 2- being a therapist, 3- living in Tehran, 4- No history of chronic physical and mental illness, 5- Having a work experience of more than five years. In this research, the semi-structured interview method was used in the form of an individual interview to collect data. The data was analyzed through the coding process based on the foundation's systematic data plan. These stages included three stages of open, central, and selective coding. In order to check the validity and accuracy of the research data, four criteria including Credibility, transferability, Dependability, and Confirmability suggested by Guba and Lincoln (1994) were used.

## 3. Results

The participants of this research were 18 teenagers aged 15 to 18 who had a history of going to psychotherapy. The average age of the teenage participants was 17.16 years, of which 5 were boys and 13 were girls. 12 people (66.66%) referred for personal problems and 6 (33.33%) for interpersonal problems. The average length of visit

of these people was one year and four months. The expert participants of this research were 7 therapists and consultants specializing in the field of child and adolescent treatment with more than 5 years of therapeutic experience. The average age of specialists was 36 years, 5 (71.42%) were women and 2 (28.57%) were men. Regarding education, 5 people had master's degree and 2 people had doctorate. Their average experience was 8.58 years. Data analysis has led to the production of 6 main themes including the challenges of the therapeutic relationship between the therapist and the adolescent, causal factors, background factors, intervening factors, strategies and consequences. Also, 17 core themes including unpleasant experiences transmitted in the therapeutic relationship, therapeutic relationship under the shadow of personal fears and concerns, internal factors, external factors, personality qualifications, appearance indicators, moral and scientific qualifications, factors Macro, family factors, cultural factors, social factors, driving and motivational strategies, passive strategies, educational, emotional, cognitive, behavioral and 89 concepts were the primary concepts.

## Discussion and Conclusion

In general, it can be said that this study was conducted from the perspective of adolescents and therapists with the aim of designing a conceptual model to explain the therapeutic relationship between adolescents and Iranian therapists with the aim of identifying the factors influencing the therapeutic relationship with adolescents and its impact on the treatment process. This study showed that therapeutic relationship variables play an important role in the treatment process and therefore have a significant effect on the clinical outcomes of adolescents. Understanding how specific aspects of the therapeutic relationship relate to youth outcomes may facilitate efforts to improve clinical training and develop more effective interventions for children and adolescents. The specific and shared aspects between the perspectives of the participants (adolescents and psychotherapists and counselors) provided a richer understanding of the studied phenomena. Participants identified several aspects of the therapeutic relationship as facilitators of change. This study supports the view that a positive therapeutic relationship facilitates early changes in adolescent and parent motivation and provides a healing and effective experience for them as they grow. In order to improve mental health outcomes for adolescents, professionals, policymakers and researchers should prioritize the role of factors affecting the therapeutic relationship above all other factors in providing adolescent mental health care.

## 5. Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

Before conducting the interview, necessary explanations were given to the participants regarding the observance of the ethical principles of the research, such as confidentiality and audio recording, and after obtaining informed consent from them, the interview was started regarding the right to withdraw from the interview and the confidentiality of the information in the entire research process.

### Funding

No financial support was received from any governmental or non-governmental organization to conduct this research.

### Authors' contributions

All authors have participated in the design, implementation and writing of all sections of the present study.

### Conflicts of interest

No conflicts of interest are declared by the authors.

## مقاله پژوهشی

## طراحی مدل مفهومی برای تبیین روابط درمانی بین نوجوانان و درمانگران ایرانی: نظریه داده بنیاد

فرناز عباس یزدیان<sup>۱</sup>، سمیه شاهمرادی<sup>۲</sup> و فهیمه باهنر<sup>۳\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف شناسایی تجارب نوجوانان و درمانگران ایرانی از رابطه درمانی و واکاوی راهبردها، شرایط علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای و پیامدهای رابطه درمانی انجام شد.

**روش‌ها:** روش پژوهش حاضر کاربردی و از نوع کیفی نظریه داده‌بنیاد می‌باشد. جامعه این پژوهش شامل نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله دارای سابقه مراجعه به روان‌درمانی و درمانگران شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تا مرز اشباع نظری و نهایتاً انتخاب ۱۸ نوجوان و ۷ درمانگر ادامه یافت. شرکت‌کنندگان مورد مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون کوربین و اشتراوس (۲۰۱۴) استفاده شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید ۶ مضمون اصلی شامل چالش‌های رابطه درمانی درمانگر با نوجوان، عوامل علی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها شده است. همچنین ۱۷ مضمون محوری شامل تجارب ناخوشایند انتقال داده شده در رابطه درمانی، رابطه درمانی در زیر سایه ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی، عوامل درونی، عوامل بیرونی، صلاحیت‌های شخصیتی، شاخص‌های ظاهری، صلاحیت‌های اخلاقی و علمی، عوامل کلان، عوامل خانوادگی، عوامل فرهنگی، عوامل اجتماعی، راهبردهای سوق دهنده و انگیزشی، راهبردهای انفعالی، پیامدهای تحصیلی، هیجانی، شناختی، رفتاری و ۸۹ مفهوم اولیه شد.

**نتیجه‌گیری:** در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که میزان مطلوب بودن یا نبودن رابطه درمانی به نحوه بکارگیری راهبردهای درمانگران و صلاحیت‌های شخصیتی، شاخص‌های ظاهری و صلاحیت‌های اخلاقی و علمی بستگی دارد.

## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

## کلیدواژه‌ها:

روابط درمانی، درمانگر، نوجوانان، نظریه داده بنیاد.

## مقدمه

مرتبط با رابطه درمانی بین کودکان و نوجوانان با یک متخصص بهداشت روان وجود دارد (رادز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، نیاز انسان به راهنمایی و مشورت گرفتن از دیگران در تصمیم‌گیری، انتخاب و به کارگیری راه‌حل‌های مناسب در زندگی بر کسی پوشیده نیست. از آنجاکه اکثر در نیمه راه‌ماندن‌ها ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و انتخاب‌های نادرست است، مشاوره و درمانگری در زمینه‌های مختلف به‌خصوص در سن نوجوانی اهمیت

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و همراه با دگرگونی‌های عمیق و پراسترسی در جنبه‌های جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است که منجر به سردرگمی و احساسات منفی توأم با مشکلات روان‌شناختی می‌شود (معینی و همکاران، ۲۰۱۹). در حقیقت نیمی از مشکلات سلامت روان در طول زندگی از سن ۱۵ سالگی و تقریباً سه چهارم در ۱۸ سالگی شروع می‌شود (کیم کوهن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال تنها ۲۵ الی ۳۵ درصد از نوجوانان به خدمات حمایتی مورد نیاز برای سلامت روان دسترسی دارند (گرین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). طبق آخرین پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، ۶۸ درصد مانع

\* نویسنده مسئول:

فهیمه باهنر

نشانی: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۲) ۷۵۸۶۰۴۳

پست الکترونیکی: Fahime.bahonar@edu.ui.ac.ir

1. Kim-Cohen
2. Green
3. Radez

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت رابطه درمانی یک پیش‌بینی کننده قوی برای نتیجه درمان است (اکتر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). هم راستا با این مطالعه، دنیل<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۶)، این ایده را مطرح می‌کند که تغییر درمانی زمانی رخ می‌دهد که مراجعان ناایمن برخلاف تجربه قبلیشان یک رابطه حمایتی و پاسخگو با درمانگر خود تجربه کنند.

از طرف دیگر، اعتقاد بر این است که گسست در اتحاد درمانی و تعاملات آسیب‌رسان مراجع و درمانگر ممکن است از عوامل خطر برای عوارض جانبی درمان باشد (موران و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده است که برخی از مولفه‌های خاص اتحاد درمانی اگر به خوبی رقم زده شود با کاهش تمایل به خودکشی مرتبط باشد و اگر رابطه درمانی خوب شکل نگیرد، تمایل به خودکشی در مراجعان خودکشی‌گرا قوت می‌گیرد (هاگت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). لذا گسست اتحاد درمانی به نوبه خود به طور قابل توجهی خاتمه زود هنگام فرایند درمان را پیش‌بینی می‌کند (تچوشکه<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در نظر گرفتن اینکه چه مواردی مانع ایجاد یک رابطه مطلوب می‌شود مانند لغو جلسات، در اختیار گذاشتن اطلاعات به دیگران بدون رضایت مراجع و بی‌اعتمادی منجر به کاهش گسست درمانی می‌شود (ریان<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). یک مطالعه با بررسی دیدگاه‌های نوجوانان و درمانگران در مورد اتحاد درمانی، نشان داد که مراجع، گسست رابطه را زمانی احساس می‌کند که درمانگر اطلاعات بیشتری نسبت به مراجع ارائه دهد (ارمهاگ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۵).

در بین نظریه‌های روان‌شناسی نیز فروید<sup>۱۸</sup> (۱۹۴۰) نخستین کسی بود که به اهمیت رابطه بین درمانگر و بیمار در فرایند درمان توجه داشت و آن را انتقال مثبت نامید. گریسون<sup>۱۹</sup> (۱۹۶۵)، به بسط این ایده پرداخت که رابطه رکن اصلی ایجاد تغییر در مراجع است و بین اتحاد کاری (مربوط به تکالیف) و اتحاد درمانی (پیوند شخصی) تمایز قائل شد.

فراوان دارد (دشتی، ۱۳۹۲). مشاوره و روان‌درمانی به‌عنوان یک هنر، جهت بهبود و رشد فرد در ابعاد مختلف سلامت روانی به درمانگرانی نیاز دارد که هوشمند، تلاشگر و پایبند به اصول اخلاق حرفه‌ای بوده و از صلاحیت نظری و عملی مطلوبی برخوردار باشند و پیوسته بر دانش و آگاهی خود در حیطه‌های مختلف مربوط به حرفه خویش بیفزایند تا بتوانند با کارآمدی و تسلط بیشتری ابعاد رشدی مراجعین را تسهیل کنند (شفیع‌آبادی، ۱۳۹۴). هنگامی که فرایند روان‌درمانگری و مشاوره با آسیب‌های ناخوشایند و نیازهای سلامت روان درمانگر همراه شود، جای تعجب نیست که روند توسعه روابط درمانی در این زمینه برای مراجع و درمانگر مشکل شود (هارتلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). لذا ترك درمان زمانی اتفاق می‌افتد که به رابطه درمانی پرداخته نشود (اوکفه<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). نوجوانی نیز دوران تغییرات سریع و چندوجهی همراه با چالش‌های ارتباطی است (بلکمور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). طبق مطالعات انجام شده ریزش در درمان یک پدیده رایج در میان کودکان و نوجوانان است (هابر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). و یک عامل تعیین کننده مهم در ریزش درمانی کیفیت رابطه درمانی بین مراجع و درمانگر می‌باشد (اوتن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

رابطه درمانی یا اتحاد درمانی معمولاً به عنوان توافق بین درمانگر و درمانجو در جهت اهداف درمان و همچنین راه‌های رسیدن به آن اهداف و پیوند یا رابطه هیجانی بین درمانجو و درمانگر تعریف می‌شود (بوردين<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹). در تعریفی دیگر رابطه درمانی دلالت بر این دارد که یک توافق میان ذهنیتی بین درمانگر و مراجع درباره نیازها و خواسته‌ها است که زیر بنای همه درمان‌ها می‌باشد (موران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). در دهه‌های گذشته، تحقیقات در زمینه روان‌درمانی، شواهد تجربی قابل توجهی را ارائه کرده است که اتحاد درمانی را به عنوان عامل اصلی در توضیح تغییرات درمانی می‌داند (لمبرت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). بنابراین رابطه درمانی به عنوان عامل کلیدی در نظر گرفته شده است، در واقع رابطه درمانی خود درمان است (هارتلی و همکاران، ۲۰۲۲).

نورکراس<sup>۹</sup> و لمبرت<sup>۸</sup> (۲۰۱۸)، در بررسی همه جانبه از عوامل موثر در رابطه درمانی به این نتیجه رسیدند که اتحاد، همکاری، اجماع هدف، توجه مثبت و تأیید، همدلی درمانگر و استفاده از بازخورد، به‌طور آشکاری موثر هستند. علاوه بر این، دیدگاه و انتظارات مراجع از رابطه درمانی نیز ممکن است بر اتحاد درمانی تأثیر بگذارد (زیلچا-مانو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). کیفیت رابطه درمانی به طور قابل توجهی به نتیجه روان‌درمانی کمک می‌کند، با این حال هنوز توصیف جزئیات آنچه که یک درمانگر باید انجام دهد تا کیفیت خوبی از رابطه درمانی ایجاد کند، دشوار است (کرامر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی،

1. Hartley
2. O'Keeffe
3. Blackmore
4. Hauber
5. Owen
6. Bordin
7. Muran
8. Lambert
9. Norcross
10. Zilcha-Mano
11. Kramer
12. O'Connor
13. Daniel
14. Huggett
15. Tschuschke
16. Ryan
17. Ormhaug
18. Freud
19. Grinson

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

نوجوانان انجام شد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی<sup>۱۱</sup> و با استفاده از روش گراندد تئوری<sup>۱۲</sup> (نظریه داده بنیاد) انجام شده است. تحقیقات کیفی به محققان اجازه می‌دهد تا فرآیندهای آشکار و ضمنی را در داده‌های خود تشخیص دهند، نظریه داده بنیاد روش مفیدی برای مطالعه فرایندها ارائه می‌دهد. این روش کمک می‌کند تا مفاهیم جدیدی در ادبیات تحقیقاتی بزرگ تولید شود. این مفاهیم ممکن است کاربرد مستقیمی برای سیاست‌ها و شیوه‌های حرفه‌ای در روان‌شناسی و فراتر از آن داشته باشند (چارمز و تورنبرگ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۱). با توجه به آنکه در زمینه ارائه مدل مفهومی از رابطه درمانی نوجوانان و درمانگران در ایران پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پژوهشگران تحقیق حاضر به این نتیجه رسیدند، بهترین روش انجام این کار روش نظریه داده بنیاد می‌باشد. همچنین روش نظریه داده بنیاد برای شناسایی یک وضعیت ناآشنا و یا توصیف و به تصویر کشیدن یک فرایند و زمینه‌هایی که پژوهش‌های اندکی درخصوص آن انجام گرفته است و روابط بین متغیرها مشخص نیست، انجام می‌شود (ایوانز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳)، بنابراین برای تعیین عوامل علی‌دستیابی به رابطه درمانی، الگوی تغییر رابطه درمانی و فرایندهای دخیل در رابطه درمانی این روش مناسب است.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله ساکن شهر تهران بودند که سابقه مراجعه به روان‌درمانی و مشاوره داشتند. روان‌درمانگران و مشاوران نیز متخصص حوزه کودک و نوجوان بودند. انتخاب مشارکت‌کنندگان در مطالعات نظریه داده بنیاد ابتدا به صورت هدفمند<sup>۱۶</sup> بوده و با پیشرفت مطالعه از نمونه‌گیری نظریه‌ای<sup>۱۷</sup> استفاده می‌شود (بازرگان، ۱۴۰۲). براساس نمونه‌گیری هدفمند پس از شناسایی برخی مفاهیم یا مقوله‌های کلیدی از طریق مصاحبه با افرادی که تعداد جلسات بیشتری را در درمان گذراندند و افرادی که

در طول دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ کارل راجرز<sup>۱</sup> (۱۹۶۵)، دیدگاهی کاملاً متفاوت با دیدگاه‌های روان‌تحلیلی ارائه داد. او معتقد بود که نقش درمانگر تفسیر یا کاوش انتقال‌ها نیست، بلکه فراهم آوردن شرایطی (از طریق همدلی، توجه مثبت و عطف) است که مراجعان بتوانند راهی را به سوی بهبودی خویش بیابند. کلی<sup>۲</sup> (۱۹۵۵)، ایس<sup>۳</sup> (۱۹۶۲) و بک<sup>۴</sup> (۱۹۶۷)، همانند تحلیل‌گران فرایند درمان را از تفسیر عوامل ناهشیار به سمت نوعی آموزش که از سوالات سقراطی و آزمون شواهد بهره میبرد، تغییر دادند. بدیهی و روشن بود که این تغییرات بر نحوه رابطه درمانی اثر بگذارد. در درمان مبتنی بر هیجان<sup>۵</sup> رابطه را، که مشخصه آن حضور درمانگر و فراهم کردن همدلی، پذیرش و همخوانی است به عنوان پیوندی که در تنظیم هیجانات نقش دارد در نظر می‌گیرد (گرینبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

در مجموع می‌توان گفت، رابطه درمانی در خدمات سلامت روان نوجوانان پیچیده است، زیرا روابط متعددی بین نوجوانان، والدین و درمانگر می‌تواند شکل بگیرد (گرین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). از سویی توجه به تفاوت‌های فردی بسیار مهم است، به ویژه آنکه نوجوانان دیدگاه‌های متفاوتی را در رابطه با جنبه‌های عملی جلسات و محیطی که جلسات در آن برگزار می‌شود، دارند (ریان و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی دیگر، یک مطالعه فراتحلیلی 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<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). با این حال تا به امروز، مراجعان نوجوان به عنوان مطلعین امر در مورد روابط درمانی مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند (دهان<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در حالی که اگر نوجوانان رابطه درمانی را حمایتی بدانند و با موضوعات و اهداف جلسات موافق باشند، مشارکت آن‌ها تسهیل می‌شود (کارور<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). از این رو دسترسی به خدمات بهداشت روانی کودکان و نوجوانان برای رشد آینده نوجوانانی با سطح بالایی از نیازها در سطح جهان ضروری است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸) و در عمل و کاربرد نیاز به درک عمیق این حوزه می‌باشد (ریان و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین علیرغم نیاز به خدمات روان‌درمانی و مشاوره با کیفیت بالا برای نوجوانان، نقش روشی که رابطه درمانی در این امر دارد و گسترش و ارتقا رابطه درمانی و حفظ آن تا اتمام درمان، اما هیچ مطالعه کیفی عمیقی در ایران انجام نشده است و اکثر مطالعات درباره رابطه درمانی بزرگسالان است و پژوهش‌ها کمی درباره نوجوان بحث می‌کند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی همه جانبه تجربه روابط درمانی بین نوجوانان و طراحی مدل مفهومی از ارتقا رابطه درمانی در فرایند روان‌درمانی و مشاوره از دیدگاه

1. Rogers
2. Kelly
3. Ellis
4. Beck
5. Emotional focused therapy
6. Greenberg
7. Green
8. Flückiger
9. De Haan
10. Karver
11. World Health Organization
12. Qualitative approach
13. Grounded theory method
14. Charmaz & Thornberg
15. Evans
16. Purposive Sampling
17. Theoretical Sampling



## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

مصاحبه و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. همچنین درمورد ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. برخی از محورهای سؤالات مصاحبه در زیر آمده است:

۱. تعریف و دیدگاه شما نسبت به رابطه درمانی در جلسات درمانی چیست؟
  ۲. تجربه شما در رابطه درمانی با درمانگر در جلسات چگونه بوده است؟
  ۳. به نظر شما چه عواملی باعث ارتقا رابطه درمانی شما در جلسات درمان شده است؟
  ۴. فکر می‌کنید نتیجه و پیامد رابطه بین شما و درمانگر چه مواردی بوده است؟
  ۵. فکر می‌کنید راهبردهای ارتقاءبخش در رابطه درمانی شما و درمانگر چه مواردی بوده است؟
- شرکت‌کنندگان به سؤالات پاسخ می‌دادند و بر اساس پاسخ‌های ارائه شده سؤالات بعدی هدایت می‌شد. سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به دقت روی کاغذ پیاده سازی شد. لازم به ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل قول‌ها از عبارات (شرکت‌کننده شماره ۱، ۲ و ...) استفاده گردید و مصاحبه‌ها بین ۴۵-۶۰ دقیقه متناسب با روایات، میزان تحمل و علاقه مشارکت‌کنندگان به طول انجامید.

### روش اجرا

داده‌ها از طریق فرایند کدگذاری و مبتنی بر طرح نظام‌مند داده بنیاد مورد تحلیل قرار گرفت. این مراحل شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی بود (کوربین و استراوس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). در کدگذاری باز در این پژوهش ابتدا تمامی مصاحبه‌ها به صورت مکرر توسط پژوهشگران گوش داده شد، و متن آن‌ها تایپ شد و نکات مطرح شده در مصاحبه‌ها ثبت شد. هنگام پیاده کردن مصاحبه‌ها، به صورت مکرر بازخوانی می‌شد و عبارات کلیدی که از نظر پژوهشگران و اهداف پژوهش مهم بودند کدی به آن‌ها تعلق می‌گرفت. در مرحله کدگذاری محوری داده‌ها در کنار هم چیده و براساس ماهیت طبقات و ارتباط بین آن‌ها مشخص شدند. هدف این مرحله کشف پارادایم برای کمک به شناسایی ارتباطات بین مقولات یا طبقات و مشخص نمودن پدیده و جستجوی عوامل، زمینه‌ها و شرایط تاثیرگذار بر رابطه درمانی بود. در مرحله کدگذاری انتخابی توجه محققان به این بود که

1. Theoretical saturation
2. Semi-structured interview
3. Content validity
4. Corbin & Strauss

اطلاعات عمیق‌تر و تجارب بیشتری داشتند، برای تولید داده‌های بیشتر و رد یا تایید مقوله‌هایی که در تحلیل قبلی شناسایی شده بودند، نمونه‌گیری نظری انجام شد. در مسیر نمونه‌گیری نظری از سؤالات هدایت‌کننده بیشتری برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نمونه‌گیری تا زمانی که داده‌ها تکرار شدند و اطلاعات جدیدی به مطالعه اضافه نشد (مرحله اشباع نظری<sup>۱</sup>) ادامه یافت و در مجموع ۱۸ مصاحبه با نوجوانان و ۷ مصاحبه با درمانگران متخصص حوزه کودک و نوجوان انجام شد. برای به حداقل رساندن ناهمگنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد که این ملاک‌ها برای درمانگران عبارت بودند از: ۱- داشتن تمایل برای حضور در پژوهش، ۲- درمانگر بودن، ۳- ساکن شهر تهران، ۴- عدم سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن، ۵- داشتن سابقه کاری بالای پنج سال. ملاک‌های ورود برای نوجوانان نیز عبارت بودند از: ۱- داشتن تمایل برای حضور در پژوهش، ۲- نوجوان در بازه سنی ۱۵-۱۸ ساله، ۳- ساکن شهر تهران، ۴- عدم سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن، ۵- داشتن سابقه مراجعه به درمانگر برای مشکلات فردی و بین‌فردی (خانوادگی و ارتباطی).

روش دسترسی به مشارکت‌کنندگان به صورت اعلام فراخوان در شبکه‌های اجتماعی و حضور پژوهشگران در مدارس، کلینیک‌های روان‌درمانی و مشاوره و کتابخانه‌های شهر تهران بود. پس از حضور در مراکز، به نوجوانانی که سابقه مراجعه به روان‌درمانی و مشاوره داشتند، اهداف و ضرورت پژوهش و همچنین سؤالات کلی توضیح داده می‌شد و در صورت تمایل، همکاری خود را اعلام می‌نمودند و در انتها برای قدردانی یک جلسه مشاوره رایگان از طرف پژوهشگران به آن‌ها هدیه داده می‌شد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۲</sup> به صورت مصاحبه انفرادی استفاده شد. سؤالات اصلی مصاحبه بر اساس نظر ۲ متخصص با تجربه و آگاه به موضوع در این زمینه و بر اساس اصول پروتکل نویسی مصاحبه (بنی اسدی و صالحی، ۱۳۹۸) توسط محققین ساخته شد تا دارای روایی محتوایی<sup>۳</sup> کافی باشد و پس از تأیید متخصصین در خصوص روایی آن، مورد استفاده قرار گرفت. سؤالات مورد نظر به طور مستقیم و غیر مستقیم تجارب نوجوانان و درمانگران نسبت به رابطه درمانی در جلسات درمانی را مورد بررسی قرار داد. قبل از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان در مورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها پیرامون حق انصراف از

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت تمامی مراحل انجام کار و داده‌های حاصله و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تایید این پژوهش کمک نمایند.

## یافته‌ها

با توجه به جدول (۱)، شرکت‌کنندگان بخشی از این پژوهش ۱۸ نفر از نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله دارای سابقه مراجعه به روان‌درمانی بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان نوجوان ۱۷/۱۶ سال بود که از این تعداد ۵ پسر و ۱۳ دختر بودند. ۱۲ نفر (۶۶/۶۶ درصد) برای مشکلات فردی و ۶ نفر (۳۳/۳۳ درصد) برای مشکلات بین‌فردی مراجعه کرده بودند. میانگین مدت مراجعه این افراد یک سال و چهار ماه بود.

1. Credibility
2. Transferability
3. Dependability
4. Confirmability
5. Guba & Lincoln

کدام مقوله بیش از همه در داده‌ها تکرار شده و قادر است سایر مقولات را به یکدیگر ارتباط دهد. این طبقه همان مقوله مرکزی است که در بطن داده‌ها جای گرفته و از منظر اکثریت مشارکت‌کنندگان نیز از محوریت خاص برای ظهور رابطه درمانی برخوردار است. جهت بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار<sup>۱</sup>، انتقال‌پذیری<sup>۲</sup>، اطمینان‌پذیری<sup>۳</sup> و تایید‌پذیری<sup>۴</sup> که توسط گوبا و لینکلن<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) پیشنهاد شده است استفاده شد. برای تضمین اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اساتید در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها استفاده شد. برای بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها از نظارت همکاران متخصص استفاده شد و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به همکاران ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری، سعی شد از درمانگران و نوجوانان در سطوح مختلف شغلی، اجتماعی و فرهنگی استفاده گردد. افزون بر این جهت تأمین تایید‌پذیری، سعی

جدول ۱. مشخصات مراجعان نوجوان شرکت‌کننده

کد شرکت‌کننده	جنسیت	سن	علت مراجعه	مدت مراجعه
۱	دختر	۱۶ سال	مشکلات بین فردی	۳ سال
۲	دختر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۳ سال
۳	دختر	۱۷ سال	مشکلات فردی	۱ سال و نیم
۴	دختر	۱۵ سال	مشکلات فردی	۴ ماه
۵	دختر	۱۷ سال	مشکلات فردی	۲ سال
۶	دختر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۱ سال
۷	پسر	۱۸ سال	مشکلات بین فردی	۳ سال
۸	پسر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۲ سال
۹	دختر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۹ ماه
۱۰	دختر	۱۶ سال	مشکلات فردی	۳ سال
۱۱	پسر	۱۷ سال	مشکلات بین فردی	۵ ماه
۱۲	دختر	۱۷ سال	مشکلات بین فردی	۹ ماه
۱۳	پسر	۱۵ سال	مشکلات فردی	۷ ماه
۱۴	پسر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۱۰ ماه
۱۵	دختر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۲ ماه
۱۶	دختر	۱۷ سال	مشکلات فردی	۱ سال و نیم
۱۷	دختر	۱۸ سال	مشکلات فردی	۱ سال
۱۸	پسر	۱۸ سال	مشکلات بین فردی	۲ سال

با توجه به جدول (۲)، مشارکت‌کنندگان متخصص این پژوهش را ۷ نفر از درمانگران و مشاوران متخصص حوزه درمان کودک و نوجوان با سابقه فعالیت درمانی بالای ۵ سال تشکیل دادند. میانگین سنی

متخصصان ۳۶ سال، ۵ نفر (۷۱/۴۲ درصد) زن و ۲ نفر (۲۸/۵۷ درصد) مرد بودند. در ارتباط با تحصیلات نیز ۵ نفر کارشناسی ارشد و ۲ نفر دکترا داشتند. میانگین سابقه فعالیت آنان نیز ۸/۵۸ سال بود.



جدول ۲. مشخصات روان‌درمانگران و مشاوران شرکت‌کننده

کد شرکت‌کننده	سن	جنسیت	رویکرد درمانی	تحصیلات	سابقه فعالیت
۱	۳۵ سال	زن	شناختی رفتاری	دکتری	۹ سال
۲	۳۲ سال	زن	شناختی رفتاری	کارشناس ارشد	۶ سال
۳	۴۱ سال	زن	روان‌پوشی	کارشناس ارشد	۱۰ سال
۴	۳۷ سال	مرد	طرحواره درمانی	کارشناس ارشد	۷ سال
۵	۳۸ سال	زن	تئوری انتخاب و شناختی رفتاری	کارشناس ارشد	۹ سال
۶	۳۷ سال	زن	شناختی رفتاری و طرحواره درمانی	دکتری	۱۴ سال
۷	۳۲ سال	مرد	هیجان‌مدار	کارشناس ارشد	۵ سال

در ادامه به تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده پرداختیم.

جدول ۳. مضامین اصلی، محوری و مفاهیم اولیه تبیین روابط درمانی بین نوجوانان و درمانگران ایرانی

مضامین اصلی	مضامین محوری	مفاهیم اولیه
چالش‌های رابطه درمانی درمانگر با نوجوان	تجارب ناخوشایند انتقال داده شده در رابطه درمانی	تجربه قضاوت‌گری توسط درمانگر
		تجربه عدم اعتباربخشی به هیجانات توسط درمانگر
		عدم رعایت رازداری
		بی‌توجهی به توانایی‌های مراجع
		کنترل‌گری درمانگر
		عدم احساس امنیت
		ارجاع بدون اطلاع مراجع
		تجربه مقایسه‌گری
		ناامیدی از درمان
		برچسب زنی
عوامل علی رابطه درمانی درمانگر با نوجوان	رابطه درمانی در زیر سایه ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی	طولانی شدن روند درمان
		ترس از عدم پذیرش توسط درمانگر
		تجربه ابهام و ترس در جلسات
		ترس از قضاوت دیگران
		شک و تردید نسبت به ادامه درمان
		تعویض مکرر روان‌درمانگر و مشاور
		ترس از تمسخر
		عدم شناخت درمانگر
		ارزش‌ها و باورها
		معنویت
عوامل درونی	عوامل بیرونی	شخصیت
		نقش بحران‌های شخصی
		کمبود امکانات
		نقص‌های رویکردی
		غیرحضور بودن جلسات
		شلوغی برنامه دریافت مشاوره
		حمایت کارکنان کلینیک
		نحوه چیدمان صندلی
در دسترس بودن درمانگر		

بردباری و صبوری درمانگر	صلاحیت‌های شخصیتی	عوامل زمینه‌ساز رابطه درمانی درمانگر با نوجوان
مدیریت زمانی جلسات		
پیشگیری از انتقال متقابل		
باور و اعتقادات درمانگر		
پوشش درمانگر	شاخص‌های ظاهری	
عدم مشکلات جسمانی درمانگر		
طریقه نشستن درمانگر		
طریقه گفتار و لحن درمانگر		
سن و جنسیت درمانگر	صلاحیت‌های اخلاقی و علمی	
دانش درمانگر		
تجربه درمانگر		
تخصص در حوزه خاص درمانی		
خودآشنایی در زمان مناسب		
اجرای پروتکل متناسب با مراجع		
ایجاد احساس اعتماد و امنیت		
آگاهی از دوران تحولی نوجوانی		
قوانین حاکم بر نظام روان‌شناسی		
دسترسی به منابع مادی		عوامل کلان
احساس تعلق به حرفه		
آگاهی رسانی از طریق رسانه		
عدم حمایت و درک خانواده		
مشارکت خانواده در فرایند درمان	عوامل خانوادگی	
مراجعه به اجبار خانواده		
معیارهای سرسخت‌گیرانه والدین		
عدم آگاهی از تحولات نوجوانی		
مقصر دانستن نوجوان در مشکلات		
عدم ارضاء نیازهای نوجوان		
تعارضات والدینی	عوامل مداخله‌گر رابطه درمانی درمانگر با نوجوان	
نقش خرده فرهنگ‌ها		
انتظارات نابه‌جا از درمان		
نقش نگرش‌های عامیانه نسبت به روان‌درمانی و مشاوره		
نقش رسانه‌ها	عوامل فرهنگی	
نقش مدرسه و همسالان		
نقش تحولات جامعه		
نقش شبکه‌های اجتماعی		
ارائه بازخورد منطقی	عوامل اجتماعی	
درک و همدلی		
ارائه اطلاعات دقیق از فرایند درمان		
درمان سیستمی خانواده		
برقراری ارتباط چشمی		
مشارکت مراجع در فرایند درمان		
ایجاد انگیزه در درمان	راهبردهای رابطه درمانی درمانگر با نوجوان	
راهبردهای سوق‌دهنده و انگیزشی		

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

توافق بر سر قرارداد درمانی	
پیگیری وضعیت مراجع	
ارزیابی مداوم پیشرفت در درمان	
استفاده از فنون مختلف	
آموزش به مراجع	راهبردهای انفعالی
ارائه فنون رهنمودی	
بهبود تمرکز	
شکل‌گیری هویت تحصیلی	پیامدهای تحصیلی
پیشرفت تحصیلی	
ایجاد انگیزه و امید به زندگی	
بهبود اعتماد به نفس و عزت نفس	پیامدهای هیجانی
تنظیم هیجان	
تصمیم‌گیری درست	
ایجاد الگوی جدید در ذهن	پیامدهای شناختی
حل مساله	
ایجاد فلسفه جدید در زندگی	
بهبود روابط بین فردی	
بهبود استقلال و خودمختاری	پیامدهای رفتاری
افزایش تعاملات	

## پیامدهای رابطه درمانی درمانگر با نوجوان

درمانگر، عدم احساس امنیت، ارجاع بدون اطلاع مراجع، تجربه مقایسه‌گری، ناامیدی از درمان، برجسب زنی، طولانی شدن روند درمان می‌باشد. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند: "من حتی یادمه نقاشیو بهش نشون دادم وازش خواستم برای تغییر رشته راهنماییم کنه ولی خیلی برخورد بدی داشت مثل مریض با من رفتار میکرد" (مراجع شماره ۳).

"اصلا توانایی های منو نمیدید به موقع هایی دوست داشتم ازم تعریف کنه ولی بیشتر سرزنش میکرد" (مراجع شماره ۶).  
"حتی به بار بدون اینکه منو در جریان بذاره میخواست منو به یه روان درمانگر دیگه ارجاع بده" (مراجع شماره ۷).

"حیلی وقت ها تصمیم گرفته بودم درمان رو ترک کنم به خاطر همینکه درکم نمیکرد به موقع هایی از درمان ناامید میشدم و این ناامیدی رو تو درمانگرم هم حس میکردم" (مراجع شماره ۶).

### ب) رابطه درمانی در زیر سایه ترس‌ها و تگرانی‌های شخصی

ترس و نگرانی‌های مراجعان در طول جلسات یکی از موارد مهمی است که شرکت کنندگان به آن اشاره کردند که شامل: ترس از عدم پذیرش توسط درمانگر، تجربه ابهام و ترس در جلسات، ترس از قضاوت دیگران، شک و تردید نسبت به ادامه درمان، تعویض مکرر روان‌درمانگر و مشاور و ترس از تمسخر می‌باشد.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص رابطه درمانی درمانگران و مشاوران در مواجهه با رابطه درمانی مراجعان نوجوان، منجر به تولید ۶ مضمون اصلی شامل چالش‌های رابطه درمانی درمانگر با نوجوان، شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها شده است. همچنین ۱۷ مضمون محوری و ۸۹ مفهوم اولیه شد. در ادامه به تشریح مضامین اصلی و محوری پرداخته می‌شود.

### مضمون اصلی اول: چالش‌های رابطه درمانی درمانگر با نوجوان

با توجه به پدیده محوری رابطه درمانی، در ارتباط با نوجوان در اتاق درمان چالش‌هایی نیز در رابطه درمانی به وجود می‌آید که شامل دو مضمون فرعی تجارب ناخوشایند انتقال داده شده در رابطه درمانی و رابطه درمانی در زیر سایه ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی می‌باشد. به عبارتی دیگر برخی از نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش در ارتباط با درمانگران خود دچار تجارب نامطلوب شده بودند که در ادامه به توضیح آنان پرداخته می‌شود.

**الف) تجارب ناخوشایند انتقال داده شده در رابطه درمانی**  
اغلب شرکت کنندگان در رابطه درمانی خود با درمانگر تجارب ناخوشایندی داشته‌اند که این تجارب شامل: تجربه قضاوت‌گری توسط درمانگر، تجربه عدم اعتباربخشی به هیجان‌ات توسط درمانگر، عدم رعایت رازداری، بی‌توجهی به توانایی‌های مراجع، کنترل‌گری

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

در این باره می‌توان گفت، جلسات اول درمان به دلیل عدم شناخت مراجع از درمانگر، و به دلیل تایید طلبی نوجوان این نگرانی‌ها پیش می‌آید که از جانب درمانگر پذیرفته نشوند اما در صورت رابطه حسنه این نگرانی‌ها برطرف می‌گردد. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:

"جلسه اول که آدم تازه آشنا میشه با مشاورش، یه سری سوالات تو ذهنش پیش میاد آیا واقعا ایشون تخصص کافی دارن برای اینکه بهت کمک کنن آیا خودشون آدم درستی هستن یعنی از لحاظ شخصیتی آروم هستن. معیارهای درست شخصیتی رو دارن" (مراجع شماره ۳).  
"دوست نداشتم دلم نمیخواست دوستانم منو ببینن. چون زیاد بهشون اطمینان نداشتم که دهنشون قرص باشن" (مراجع شماره ۲).

"اگر تو هم اون درمانی که مثلا به نظرت نتیجه ای هم نداره قطع کنی باز هم یه ضربه میخوری چون تو عادت میکنی بشینی با یه نفر حرف بزنی هرچند نافرجام و بی فایده و هزینه بر و ۱ درصدا قضیه اینه که تو بتونی صحبت کنی و ولی وقتی قطع میشه ضربه میخوری مثلا من تا یه تایمی حتی با اینکه نتیجه نمیگرفتم وقتی نمیرفتم حرف بزدم با یه شخصی که میدونستم تراپیستم دوستم نیست خانوادم نیست فهمیدم که من دارم یه هزینه ای میکنم باری اینکه این آدم بشینه جلوی من به حرفم گوش بده و کمکم کنه با اینکه نتیجه ای هم نگرفتم ولی یه تایمی خیلی ناراحت بودم از اینکه نمیتونم حتی برم صحبت کنم جایی (مراجع شماره ۹).

"ینی اون چیزی که باید هیجوقت اتفاق نیفتاد با اینکه خیلی مشار و روان شناس هم عوض کردم" (مراجع شماره ۱۱).

### مضمون اصلی دوم: عوامل علی رابطه درمانی درمانگر با نوجوان

عوامل بیرونی و درونی طی تحلیل اظهارات مصاحبه شوندگان به عنوان عوامل علی رابطه درمانی درمانگر با نوجوان مورد شناسایی قرار گرفت. در حقیقت بنابه گفته نوجوانان و متخصصان حاضر در پژوهش در ارتباط با علل تاثیر گذار در رابطه درمانی هم عوامل فردی و هم عوامل بین فردی و اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کنند که در ادامه به توضیح آنان پرداخته می‌شود.

### الف) عوامل درونی

عوامل درونی به عنوان اولین علت به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌ها اشاره به مفاهیم اولیه ارزش‌ها و باورها، معنویت، شخصیت، نقش بحران‌های شخصی دارد. به عبارتی مشارکت کنندگان اذعان داشتند در جامعه ایران که ارزش‌های فرهنگی و مذهبی نقش پررنگی ایفا می‌کنند، نمی‌توان در ارتباط با مشاور-مراجع تاثیر گذار نباشند. لذا

لازم است درمانگران از سوگیری‌های ارزشی و شخصیتی به منظور درمان اثربخش آگاه باشند. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:

"یه ذره تو اعتقادات مذهبی به آدم خیلی مذهبی و چادری بود محجبه بود اینا. سراین چیزا اصلا باهاش جور نمیومدم" (مراجع شماره ۱۰).  
"یکی از چیزایی که هست من خیلی چیزا رو تو ذهنم میبرونم و بزرگش میکنم و سختمه که بخوام شخصیتمو عوض کنم" (مراجع شماره ۲).

"بعضی چیزا رو تعریف کنه من واقعا اونقدر درونگیریم شدید. مشاورم ازم میخواست همه چی رو بهش بگم و چیزی جا نذارم. و خیلی برام سخت بود" (مراجع شماره ۴).

"خب من تجربه خیلی خوبی نداشتم من به خاطر مشکلات زیادی که داشتم و غم زیادی که تجربه میکردم نمیتونستم با کسی حرف بزدم و همین باعث میشد خوب پیش نرم" (مراجع شماره ۶).

### ب) عوامل بیرونی

علاوه بر عوامل درونی، از دیگر عوامل علی که بر رابطه درمان اثر می‌گذارد میتوان به عوامل بیرونی و مضامین باز کمبود امکانات، نقص‌های رویکردی، غیرحضور بودن جلسات، شلوغی برنامه دریافت مشاوره، افراد داخل اتاق انتظار، حمایت کارکنان کلینیک، نحوه چیدمان صندلی و در دسترس بودن درمانگر اشاره کرد. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:

"چون ایشون مطب نداشتم چند بار مجبور شدیم جابه جا بشیم که این موضوع خیلی ناامنی ایجاد میکرد برای من" (مراجع ۶).

"میخواست همه چی رو طبق یه پروتکل جلو بیره در صورتیکه اون پروتکل مناسب من نبود" (مراجع شماره ۷).

"ولی اینکه من شرایطشو نداشتم حضوری در خدمتش باشم شاید زودتر میتونست مشکل منو حل کنه" (مراجع شماره ۵).

"اینکه کارکنان مرکز مشاوره چچوری برخورد کنن و من دردسترس باشم خیلی مهمه" (متخصص شماره ۵).

### مضمون اصلی سوم: عوامل زمینه‌ساز رابطه درمانی درمانگر با نوجوان

این مضمون اشاره به مجموعه‌ای از مفاهیم، طبقه‌ها یا متغیرهایی دارد که برکنش‌ها و تعاملات شرکت کنندگان تأثیرگذار بود. در این راستا مشارکت کنندگان به عوامل از جمله، صلاحیت‌های شخصیتی، صلاحیت‌های ظاهری و صلاحیت‌های اخلاقی و علمی اشاره کردند. بنابه گفته شرکت کنندگان برای داشتن یک رابطه درمانی خوب تمامی این صلاحیت‌ها مورد نیاز است که در ادامه به تشریح آن‌ها

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

پرداخته می‌شود.

**الف) صلاحیت‌های شخصیتی**

در این مطالعه و بر اساس نظرات مصاحبه‌شوندگان مهم‌ترین صلاحیت‌های شخصیتی شامل: بردباری و صبوری درمانگر، مدیریت زمانی جلسات، پیشگیری از انتقال متقابل و باور و اعتقادات درمانگر می‌باشد. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

"درمانگر به طور کامل و با حوصله به حرف‌های طرف مقابل گوش بده. به طوری که با شنیدن ساعت‌ها حرف او خسته نشود. و اخلاق خوبی داشته باشد و فرد عصبی و کم‌حوصله نباشد" (مراجع شماره ۱۷)

"آیا میتونه تو رابطه من با مراجعینم تاثیرگذار بوده باشه و و این‌ها رو چجوری میتونم کنترلش کنم چجوری میتونم ببینمش برای من این عوامل بیشتر انتقال و انتقال متقابل این عوامل زمینه‌ای و واسطه‌ای" (متخصص شماره ۳).

"کمتر سعی می‌کردم تلفنی باشه اما بیشتر مشاور و روان‌شناس مذهبی بود سعی می‌کردم انکار به اعتقادات مذهبی به سمت حال خوب سوق بده نه اینکه ریشه مشکلاتم رو بررسی کنه" (مراجع شماره ۱)

**ب) شاخص‌های ظاهری**

بر اساس نظرات و دیدگاه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه شاخص‌های ظاهری شامل: پوشش درمانگر، عدم مشکلات جسمانی درمانگر، طریقه نشستن درمانگر، طریقه گفتار و لحن درمانگر و سن و جنسیت درمانگر می‌باشد. در واقع اولین چیزی که مراجعان به آن توجه می‌کنند، ظاهر و پوشش درمانگر است. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

"ظاهر درمانگر کاملاً مشخص بود که میتونه کمک کنه بعضی‌ها رو ظاهر آشفته‌ای دارن ولی این خانم خیلی کاملاً لباس‌های مرتب ظاهری کاملاً تمیز خب اینم به درصدی آرامش میده که آدم اعتماد کنه" (مراجع شماره ۳).

"بد می‌شست تو جلسه درمان خیلی بد بود نوع نشستن حرف زدن مثل اتاق بازجویی بود تا اتاق درمان" (مراجع شماره ۱۵).

"من یادمه که به مراجعی داشتم که به بار بهم گفت من وقتی میبینم شما طرز نشستنتون رو با من هماهنگ میکنید احساس خوبی بهم دست میده و من این کار رو تو جلساتم انجام میدادم و باعث همدلی بیشتر میشد" (متخصص شماره ۲).

"یا مثلاً لحن صحبت کردنشون خیلی آرامش میده به لحن آرام مادرانه" (مراجع شماره ۲).

**ج) صلاحیت‌های اخلاقی و علمی**

در این مطالعه و بر اساس نظرات مصاحبه‌شوندگان صلاحیت‌های اخلاقی و علمی شامل، دانش درمانگر، تجربه درمانگر، تخصص در حوزه خاص درمانی، خودآشنایی در زمان مناسب، اجرای پروتکل متناسب با مراجع، ایجاد احساس اعتماد و امنیت و آگاهی از دوران تحولی نوجوانی به عنوان مهم‌ترین موارد شناسایی گردید. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

"اون نمیداد همینطوری حرف کسی رو قبول کنه مگر اینکه شما علمی باهاش حرف بزنید. وقتی علمی حرف می‌زنید نوجوان اشتیاق پیدا میکنه چیزای جدید رو یاد بگیره. و خیلی هم خوشش میاد. و تمایل دارن جلسات رو ادامه بدن" (متخصص شماره ۱).

"دیگه به نظر به اینکه باید فرد روان‌شناس یا روان‌پزشک تجربه بالایی داشته باشه نه اینکه مثلاً تازه کار اینا باشه" (مراجع شماره ۱۰).  
"بعضی اوقات زندگی خودش رو تعریف میکرد و میگفت تو زندگی خودش این اتفاق برام افتاده با خانواده خودش با پسر خودش" (مراجع شماره ۲).

"یکی از دلایل ارتباط خوب سعی میکنم ویژگی‌های رشدی سنشون رو در نظر داشته باشم و اصلاً اصلاً منتقدانه باهاشون حرف نمی‌زنم جلسه اول بیشتر سعی میکنم شنونده فعال باشم تا شنونده نقاد" (متخصص شماره ۲)

**د) عوامل کلان**

از دیگر عوامل زمینه‌ای می‌توان به مضمون فرعی عوامل کلان اشاره کرد که خود شامل: قوانین حاکم بر نظام روان‌شناسی، دسترسی به منابع مادی، احساس تعلق به حرفه و آگاهی رسانی از طریق رسانه می‌باشد. به عبارتی دیگر علاوه بر ظاهر، شخصیت و دانش درمانگر، عوامل اجتماعی و بیرونی نیز زمینه‌ساز رابطه درمانی می‌باشد. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

"یکی از عوامل دخیل در این خطاها خود سازمان نظام روان‌شناسیه که نظرات کافی در واقع پایش کافی روی افرادی که وارد بازار کار روان‌شناسی میشن خب ندارند که افراد به صورت تخصصی در هر حوزه فعالیت کنند" (متخصص شماره ۴).

"هر دفعه میرفتم اونجا قیمتش افزایش پیدا میکرد. هر دفعه میرفتم بالاتر و فک کن من هفته‌ای دوبار میرفتم. میفهمیدم هفته‌ای دوبار چقدر خرج میکردم. مثلاً آزمونی که من میدادم هر آزمونی هر دوسه ماه به بار میدادم نزدیک ۳۰۰ و خرده‌ای میدادم و قیمتش خیلی بالا بود" (مراجع شماره ۲).

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

"نوجوانان به ویژگی‌های خاصی دارن که ارتباط با اون‌ها برای من راحت‌تر و خوشایندتر بود رابطه‌ای که دارم با نوجون‌ها و تجربه‌ای که از این ارتباط دارم بسیار برای من خوشایند و مطلوبه و حس خوبی دارم ک دارم با نوجون‌ها کار میکنم" (متخصص شماره ۳).

"من به برنامه‌ای دیدم که میگفت ما باید حداقل توی سه ماه به بار سالی به بار برن پیش مشاور چرا چون صحبت کنن خودشون رو خالی کنن بالاخره به چیزایی هست که به هیچکس نمیشه گفت" (مراجع شماره ۲).

### مضمون اصلی چهارم: عوامل مداخله‌گر رابطه‌درمانی درمانگر با نوجوان

شرایط مداخله‌کننده، مشابه شرایط زمینه‌ای در پژوهش حاضر به شرایطی گفته می‌شود که رابطه‌درمانی در آن روی می‌دهد. مهم‌ترین عوامل مداخله‌گر پس از انجام مصاحبه‌ها در این مطالعه عوامل خانوادگی، عوامل فرهنگی و عوامل اجتماعی گزارش شد. این عوامل بر روی رابطه‌درمانی تأثیرگذار بود و نقش میانجی را در خوب بودن رابطه‌درمانی ایفا می‌کرد. در واقع هر کدام از این عوامل می‌توانند هم کمک‌کننده و هم بازدارنده در رابطه‌درمانی باشند. در ادامه به تشریح هر کدام از این عوامل پرداخته می‌شود.

### الف) عوامل خانوادگی

بر اساس نظرات و دیدگاه‌های افراد شرکت‌کننده عوامل خانوادگی یکی از مهم‌ترین عوامل مداخله‌گر در رابطه‌درمانی می‌باشد که شامل: عدم حمایت و درک خانواده، مشارکت خانواده در فرایند درمان، مراجعه به اجبار خانواده، معیارهای سرسخت‌گیرانه والدین، عدم آگاهی از تحولات نوجوانی، مقصر دانستن نوجوان در مشکلات، عدم ارضاء نیازهای نوجوان و تعارضات والدینی می‌باشد. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

"پدرم از لحاظ مالی خیلی حمایت کرد و مادرم از لحاظ عاطفی خیلی حمایت کرد. خواهرم باهام بازی میکرد. خانوادم خیلی کمک کرد. یه ذره درمان شدم حمایت خانواده هم بود و مشاورم هم یگفت حمایتش کنید و میگفت اگر حمایتش نکنید نمیتونه" (مراجع شماره ۲).

"به این صورت که شما رو نوجون کار میکنی بعد تکنیک‌هایی که میگی رو میره اجرا میکنه ولی خانواده هیچ همکاری باهاش ندارن با درمانگر هم همکاری ندارن بنابراین عملاً نوجوان خسته میشه که چرا همش من خب شما میگی من میرم همون کار رو میکنم" (متخصص شماره ۲).

"یعنی از زمانی که نوجوان مراجعه میکنه از نوع رفتار و صحبت هاش

میفهمم این نوجوان گاهی به زور آوردن" (متخصص شماره ۱).  
 "به نظرم به دلیل عدم آگاهی خانواده ست و به نظرم اگر ما آگاهی شازی برای خانواده داشته باشیم که دوره نوجوانی پرفرازو نشیه وقتی خانواده آگاه باشن خیلی بیشتر میتونن کمک کنن" (متخصص شماره ۷).

### ب) عوامل فرهنگی

براساس دیدگاه شرکت‌کنندگان عوامل فرهنگی نیز می‌تواند جزو عوامل مداخله‌گر در رابطه‌درمانی باشد. این عوامل عبارتند از: نقش خرده فرهنگ‌ها، انتظارات نابه‌جا از درمان و نقش نگرش‌های عامیانه نسبت به روان‌درمانی و مشاوره.

"آخرش ممکنه فضای خانواده فرهنگ خانواده به جوری باشه که قشنگ بتونه این سازگاری رو ما رو بریزه کامل پایین" (درمانگر شماره ۷).

"اون مسئله نهایت به این برسه که بتونه خوب درس بخونه یعنی همه هم و غم خانواده‌ها اینه که در نهایت نوجوان ب این برسه که خوب درس بخونه" (درمانگر شماره ۳).

"من قبل از اینکه مشاوره هم برم دیدگاه و نظرم راجب رفتن به مشاوره و کمک خواستن از روان‌پزشک یا روان‌شناس مثبت بود" (مراجع شماره ۳).

"بعضی‌ها هستن به زمانی مامانم روان‌پزشک میرفتم میگفت تو جمع اینا نگو میگفتم مامان من کار بدی نمیکم" (مراجع شماره ۱۰).

### ج) عوامل اجتماعی

یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل مداخله‌گر عوامل اجتماعی است، که شامل: نقش رسانه‌ها، نقش مدرسه و همسالان، نقش تحولات جامعه و نقش شبکه‌های اجتماعی می‌باشد. نقش رسانه‌ها در ایجاد آگاهی مردم نسبت به روان‌درمانی و مشاوره می‌تواند بر رابطه‌درمانی در جلسات درمان اثرگذار باشد. نقش مدرسه و همسالان نیز به خصوص در دوران نوجوانی از دیگر عوامل مهم و اثرگذار می‌باشد.

"بجز خود درمانگر مثلاً من خودم توی اینستاگرام همون از طرف خانوادم اینا انگیزه میدادن واسم" (مراجع شماره ۱۸).

"دوستام، بعضی از دوستانم خیلی کمکم کردن تو این راه خیلی حمایت کردن هر سری که با مشاوره حرف میزدم زورم میکردن که پیام بهشون بگم مشاورم چیا گفته" (مراجع شماره ۴).

"و درمانگر از خانواده و دوستان من کمک میگرفت و با آن‌ها به خصوص با خانواده صحبت‌های منطقی میکرد" (مراجع شماره ۱۲).

### مضمون اصلی پنجم: راهبردهای رابطه‌درمانی درمانگر با نوجوان



## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

راهنمایی پیگیری شوند. در این خصوص شرکت کنندگان عنوان کردند:

"درمانگر من رو در این جلسات هدایت میکرد و روش های مدیریت مشکلاتم رو به من آموزش میداد" (مراجع شماره ۱۱).  
 "به چیزایی رو درون خودش متوجه بشه و راهکارها و استراتژی های درستی رو در مواجهه با اون ها یاد بگیره به سرمایه به عمر زندگیه و این باری من خیلی خوشاینده" (متخصص شماره ۳).

### مضمون اصلی ششم: پیامدهای رابطه درمانی درمانگر با

#### نوجوان

به دنبال راهبردهای به کار گرفته شده پیامدهایی نیز حاصل می‌شوند. در این مطالعه پیامدها را می‌توان به پیامدهای تحصیلی، پیامدهای هیجانی، پیامدهای شناختی و پیامدهای رفتاری دسته بندی کرد. در حین مصاحبه مراجعان از پیامدهایی که در رابطه درمانی حاصل شده بود اطلاعات بیشتری نسبت به درمانگران ارائه می‌کردند، چرا که به دنبال حاصل شدن پیامدهای مورد نظر درمان قطع می‌شد و درمانگران از آن بی اطلاع می‌مانند به همین دلیل در این قسمت مراجعان اطلاعات کامل تری ارائه کردند که در ادامه به تشریح آن‌ها می‌پردازیم.

#### الف) پیامدهای تحصیلی

یکی از پیامدهای مهم در رابطه درمانی درمانگر با نوجوان، پیامدهای تحصیلی می‌باشد که عبارتند از: بهبود تمرکز، شکل‌گیری هویت تحصیلی و پیشرفت تحصیلی می‌باشد. بنا به گفته مشارکت کنندگان به دلیل مشکلات و چالش‌های متعدد دوران نوجوان و مراجعه به روان‌درمانی و مشاوره بهبود و ارتقاء رابطه درمانی می‌تواند در بهبود تمرکز تاثیرگذار باشد. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند: "بعد از این قضایا تمرکز من روی درس بیشتر شد نمراتم بهتر شد هم روحیه خودم کمک کرد و هم اطرافیانم" (مراجع شماره ۳).

"سال بعد که سال دیپلم من میشد به شدت افزایش معدل پیدا کردم همون ریاضی رو ۲۰ گرفتم" (مراجع شماره ۱).  
 "نه وقتی میفهمیدم یکی هست که من براش مهمم انگیزه می‌گرفتم برای هرکاری و درس خوندن" (مراجع شماره ۶).

#### ب) پیامدهای هیجانی

یکی دیگر از پیامدهای بدست آمده پیامدهای هیجانی می‌باشد که شامل: ایجاد انگیزه و امید به زندگی، بهبود اعتماد به نفس و عزت نفس و تنظیم هیجان می‌باشد. ایجاد امید و انگیزه یکی از کدهایی است که بارها توسط شرکت کنندگان عنوان شد و افراد معتقد بودند ارتقا رابطه درمانی باعث ایجاد امید و انگیزه برای زندگی در آن‌ها

راهبردها اقدامات هدفمندی است که در پاسخ به رابطه درمانی خوب و به دنبال شرایط مداخله‌کننده روی می‌دهند. مهم‌ترین راهبردهای مورد استفاده در این مطالعه عبارتند از: راهبردهای سوق دهنده و انگیزشی و راهبردهای انفعالی. به عبارتی دیگر بنابه نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر جهت ایجاد رابطه درمانی مناسب گاهی نیاز به انجام فعالیت‌های انگیزشی مخصوصا برای نوجوانان و گاهی فعالیت‌های انفعالی و آموزشی مورد نیاز است که در ادامه به تشریح مضامین حاصل شده، می‌پردازیم.

### الف) راهبردهای سوق دهنده و انگیزشی

در رابطه درمانی بین نوجوان و درمانگر راهبردهایی جهت ارتقا رابطه درمانی و جلوگیری از گسست اتحاد درمانی به کار می‌گیرند که عبارتند از: ارائه بازخورد منطقی، درک و همدلی، ارائه اطلاعات دقیق از فرایند درمان، درمان سیستمی خانواده، برقراری ارتباط چشمی، مشارکت مراجع در فرایند درمان، ایجاد انگیزه در درمان، توافق بر سر قرارداد درمانی، پیگیری وضعیت مراجع، ارزیابی مداوم پیشرفت در درمان و استفاده از فنون مختلف. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:

"ارائه بازخورد منطقی از سمت درمانگر و یا درمانجو یکی از عواملی است که باعث ارتقاء رابطه درمانی می‌شود.

همینکه ازم نظرخواهی میکرد ازم راجب احساساتم می‌پرسید" (مراجع شماره ۶).

"درک و همدلی یکی دیگر از مولفه هایی ست که در تمام رویکردهای درمانی جزو اولویت های رابطه درمانی ست. دومین موضوع فکر میکنم بحث همدلیه که خیلی مهمه مراجع اگر نتونه احساس همدلی و راز درمانگرش بگیره" (متخصص شماره ۴).

"ازمونا رو هم قبلش توضیح میداد تو قراره این کار رو انجام بدی از این ساعت تا این ساعت. اینجوری میگفت همه چی رو توضیح میداد" (مراجع شماره ۲).

"خب مثلا اولین نکته ای که تو همه مکالمه ها هست ارتباط چشمی هست که دو طرف با هم برقرار میکنن این پوینت مثبت بود که من متوجه میشدم طرف داره به من گوش میده کاملا حواسش به حرف های من هست" (متخصص شماره ۳).

### ب) راهبردهای انفعالی

یکی دیگر از راهبردهایی که درمانگران در مواجهه با مراجعان نوجوان به کار می‌گیرند راهبردهای انفعالی است که شامل: ارائه فنون رهنمودی و آموزش به مراجع می‌باشد. در حقیقت گاهی نیاز است که مواردی به مراجعان نوجوان آموزش داده شود و به صورت

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

شده است. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند: "من خودم به زمانی واقعا امید به زندگی رو از دست داده بودم به دو سه بار پیش اومده بود چیزی شکسته بودم موقع هایی که عصبانی میشدم" (مراجع شماره ۱۰).  
 "برنامه ریزی هایی که میدن و مشاوره ها باعث میشه که نه اینکه بگی وای من خیلی عقیم اون به اعتماد به نفسی بهت میده. و اینکه جلسات مشاوره ای رو ادامه بدی" (مراجع شماره ۸).  
 "با توجه به تغییرات هیجانی و خلقی در نوجوانان، مدیریت تنظیم هیجان نیز یکی از پیامدهای هیجانی می‌تواند باشد. و در مرحله اول عصبانیت و استرس کم کنه" (مراجع شماره ۱۲).

## ج) پیامدهای شناختی

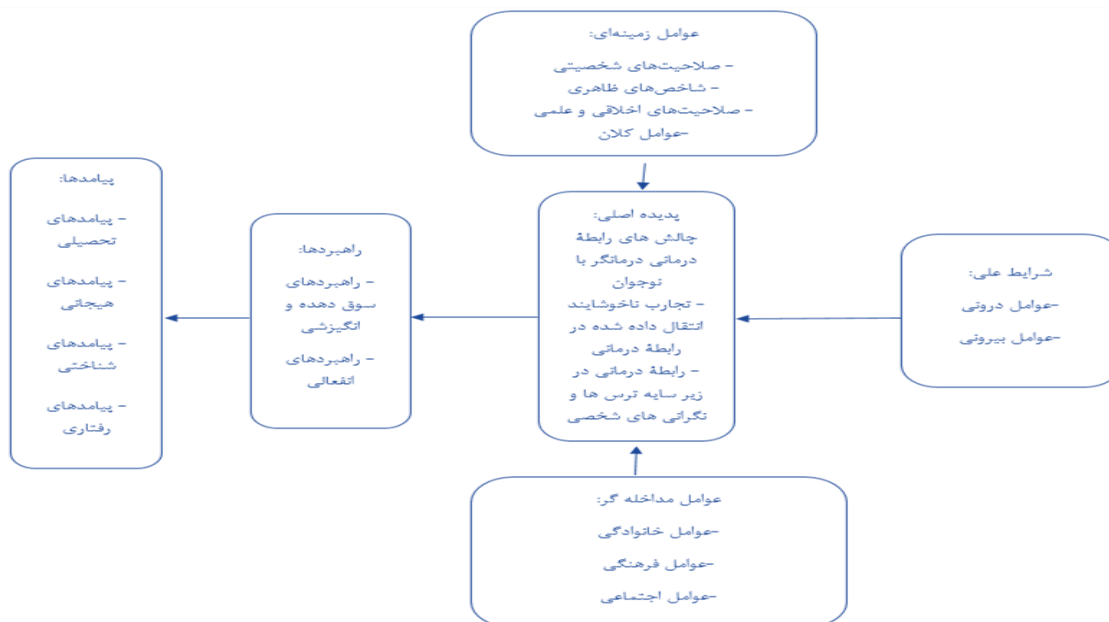
با توجه به تغییرات شناختی در دوران نوجوانی، پیامدهای شناختی یکی دیگر از پیامدهای با اهمیت رابطه درمانی در دوران نوجوانی می‌باشد، که عبارتند از: تصمیم‌گیری درست، ایجاد الگوی جدید در ذهن، حل مساله و ایجاد فلسفه جدید در زندگی. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:  
 "من بین دو سر دوراهی که قرار گرفته بودم با کمک درمانگرم بهترین راه رو انتخاب کردم شاید سخت ترین راه بود برای من ولی این چن وقتی که میگذره بهترین راه رو انتخاب کردم و کمک بزرگی بهم کرد واقعا" (مراجع شماره ۵).  
 "یک الگوی جدید جدای از اطرافیان و حتی پدر و مادر درون ذهن من به وجود بیاره" (مراجع شماره ۱۲).  
 "یکی دیگر از پیامدهای شناختی مهم در تمام مراحل زندگی که از

نوجوانی و کودکی شکل می‌گیرد مهارت حل مسئه می‌باشد. برای حل مشکلاتم تلاش کنم بتونم مستقل تر حل مسئله کنم و مسائل رو حل کنم" (مراجع شماره ۶).  
 "نشان دادن راه جدید زندگی با راه حل و راهکارهای جدید که میتونه خیلی موثر باشه" (مراجع شماره ۱۲).

## د) پیامدهای رفتاری

بهبود روابط بین فردی، بهبود استقلال و خودمختاری و افزایش تعاملات از پیامدهای رفتاری می‌باشد. در واقع بهبود روابط بین فردی به خصوص با والدین یکی از پیامدهای خوشایندی بود که مراجعان توانسته بودند از طریق رابطه درمانی تجربه کنند. در این راستا شرکت کنندگان عنوان کردند:

"من خیلی خجالتی بودم من اگر به گذشته برمیگشتم الان میخواستم با شما صحبت کنم اصلا صحبت نمیکرد ولی الان خیلی اجتماعی تر شدم" (مراجع شماره ۱۳).  
 "بین درمانگر تا به جایی میتونه برات به جات تصمیم بگیره حرف بزنه به جات حوصله به خرج بده بیاد اون گره رو باز بکنه ولی نهایت وقتی گره ها رو دونه دونه با کمک هم باز میکنی به به جایی میرسه به ی دو راهی میرسه که خود اون شخصی که داره درمان میشه باید تصمیم قطعی و آخر رو بگیره" (مراجع شماره ۵).  
 "الان خب اصولا توی جمع ها که هستم صحبت میکنم معاشرت میکنم سعی میکنم با آدم های اطرافم بیشتر آشنا بشم در صورتیکه قبلا به گوشه میشستم و حوصله هیچکسی رو هم نداشتم" (مراجع شماره ۳).



شکل ۱: مدل مفهومی برای تبیین روابط درمانی بین نوجوانان و درمانگران ایرانی

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه تعیین عوامل علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر دستیابی به رابطه درمانی، فرایندهای دخیل در رابطه درمانی و پیامدهای شکل‌گیری رابطه درمانی می‌باشد. نتایج به دست آمده نشان دهنده اهمیت رابطه درمانی از دیدگاه نوجوانان و درمانگرانی است که سال‌ها در حوزه نوجوان فعالیت داشته‌اند. بنابراین، مهم است که هر دو گروه نوجوانان و درمانگران را به عنوان ذینفعان کلیدی دخیل بدانیم. در خصوص تبیین نتایج حاصل شده می‌توان گفت، اولین مضمون با عنوان چالش‌های رابطه درمانی درمانگر با نوجوان از مهم‌ترین مولفه‌هایی است که پدیده محوری رابطه درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حالی که بوردین (۱۹۷۹) در خصوص بزرگسالان استدلال می‌کند اتحاد درمانی شامل یک "پیوند" است و نظریه مراجع محوری راجرز (۱۹۵۱) مطرح می‌کند که نیاز به پذیرش اساسی بین مردم وجود دارد؛ شرکت‌کنندگان این پژوهش پیشنهاد کردند که احساس قابلیت اطمینان، اعتماد و عدم قضاوت به عنوان مفاهیم کلیدی رابطه درمانی به حساب می‌آیند. این موارد با پژوهش ریان و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اینکه در رابطه درمانی با نوجوان اعتماد، قابلیت اطمینان و ثبات مهم است، همسو می‌باشد. در این راستا اورال و پالسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) نیز نشان دادند، یک اتحاد قوی از این نظر ضروری است که درک درمانگر به عنوان پذیرنده، حمایت‌کننده و قابل اعتماد بر ارزیابی نوجوان از مناسب بودن وظایف و اهداف درمانی تاثیر می‌گذارد و احتمال ناامیدی را کاهش می‌دهد. یکی دیگر از مضامین فرعی، رابطه درمانی در زیر سایه ترس‌ها و نگرانی‌های شخصی می‌باشد. طبق گزارش نوجوانان و درمانگران، افراد مجموعه منحصر به فردی از ترس‌ها را در مورد روان‌درمانی گزارش می‌دهند که با مسائل رشدی آن‌ها مرتبط است. اگر به این ترس‌ها رسیدگی شود اتحاد درمانی نیز به خوبی شکل می‌گیرد. همسو با این یافته، ناتزن<sup>۲</sup> (۲۰۲۰)، نشان داد شناخت درمانگر به عنوان یک جنبه نسبتاً مهم در ایجاد اعتماد و پیشگیری از قضاوت توصیف می‌شود. اهمیت شناخت درمانگر نیز با چشم‌انداز یک رابطه درمانی اصیل همسو است (گلسو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). لذا همانطور که مراجعان، درمانگر خود را می‌شناسند اعتماد نیز ایجاد می‌شود (ناتزن، ۲۰۲۰). گزارش‌های شرکت‌کنندگان حاضر هم حاکی از اهمیت شناخت درمانگر و اعتماد است. از سوی دیگر عدم شناخت درمانگر و تجربه ابهام و ترس در جلسات، نوجوان را به این سمت می‌برد که در زندگی خود فاقد حریم خصوصی و کنترل است (لینچ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع لازم است به این چالش‌ها توسط درمانگران توجه شود و

جهت رفع آن‌ها اقدام‌هایی صورت گیرد.

مضمون دوم به دست آمده، شرایط علی رابطه درمانی درمانگر با نوجوان به دو دسته عوامل بیرونی و درونی دسته‌بندی شد. همسو با این یافته‌ها ناتزن (۲۰۲۰) نشان داد، مراجعان درمانگر خود را از طریق یک احساس، برداشت یا استنتاج که حول محور ویژگی‌های درمانگر از جمله ویژگی‌های فردی، شخصیتی و ارزش‌ها و باور می‌شناسند که به نظر می‌رسد این شناخت نقش مهمی در ایجاد اعتماد و سایر احساسات در مورد درمانگر بازی می‌کند. همانطور که ارزش‌ها و باورها و شخصیت درمانگر می‌تواند بر رابطه درمانی اثر گذار باشد ارزش‌ها و باورها و شخصیت مراجع نیز به همان میزان در برداشت از کیفیت رابطه درمانی می‌تواند اثر گذار باشد. یکی دیگر از عوامل، بحث معنویت می‌باشد. همسو با این یافته پست و وید<sup>۵</sup> (۲۰۰۹)، عنوان کردند، سه حوزه از دین و معنویت در کار بالینی تاثیر گذار است؛ دین و معنویت درمانگر، دین و معنویت مراجع و مداخلات دینی معنوی. به همین دلیل مراجعانی که دین و معنویت و ارزش و باورهای مشترکی با درمانگر خود داشتند، اعتماد و اطمینان بیشتری به روند درمان و درمانگر دارند. این عوامل همگی در پدیده محوری رابطه درمانی به عنوان عوامل درونی اثر گذار است. از دیگر شرایط علی می‌توان از عوامل بیرونی نام برد. این عوامل شامل غیرحضور بودن جلسات به علت کرونا، کمبود امکانات و شلوغی برنامه‌های دریافت مشاوره می‌باشد. به عبارتی با وجود مزایای خدمات سلامت روان از راه دور، ایجاد و حفظ اتحاد درمانی می‌تواند چالشی برای درمانگرانی محسوب شود که تجربه مشاوره و درمان از راه دور را نداشتند (تدین چهارسوقی، ایزدی و نقوی، ۱۴۰۰). همچنین یکی از عوامل اعتماد اطمینان به تخصص درمانگر شلغی کلینیک و دیر وقت دادن است. اتاق‌های انتظار در کلینیک‌های روان‌درمانی ممکن است بر کیفیت مراقبت درک شده مراجع و سطح آرامش آن‌ها تاثیر بگذارد (نابل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). یکی دیگر از عوامل، حمایت کارکنان کلینیک و صمیمیت آن‌ها با مراجع می‌باشد. نوجوانان اغلب به انعطاف‌پذیری بیشتری در قرار ملاقات‌ها، رضایت مکان، دفعات و زمان و همچنین دسترسی به اطلاعات دقیق نیاز دارند تا بتوانند رابطه امن را تجربه کنند (هکت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). لذا بودن در یک

1. Everall & Paulson
2. Knutzen
3. Gelso
4. Lynch
5. Post & Wade
6. Noble
7. Hackett

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

محیط که باعث ایجاد احساس امنیت، کاهش استرس و احساسات مثبت می‌شود، می‌تواند به ایجاد ارتباط عاطفی بیشتر کمک کند. سومین مضمون به دست آمده عوامل زمینه ساز در رابطه درمانی درمانگر با نوجوان است. طبق دیدگاه شرکت‌کنندگان می‌توان از صلاحیت‌های شخصیتی، شاخص‌های ظاهری، صلاحیت‌های اخلاقی و علمی و همچنین عوامل کلان نام برد. در تبیین این مضمون باید گفت، یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه ساز در رابطه درمانی با نوجوان صلاحیت‌های شخصیتی درمانگر از جمله بردباری و صبوری، مدیریت زمانی جلسات، پیشگیری از انتقال متقابل و همچنین باورهای و اعتقادات درمانگر می‌باشد. همسو با این یافته‌ها مطالعه‌ای توسط فریده دوگانه‌ای فرد، شفیع آبادی و پاشاشریفی (۱۳۸۷) نشان دادند که مشاوران موفق از نظر ویژگی‌های شخصیتی مانند توانایی‌های ذهنی و شناختی، نظام ارزشی و اخلاقی، بردباری برخوردارند. یکی دیگر از عوامل زمینه ساز رابطه درمانی با نوجوان، شاخص‌های ظاهری از جمله پوشش درمانگر و مشکلات جسمانی درمانگر می‌باشد. به دلیل شور و نشاطی که در نوجوانی وجود دارد، مراجعان نوجوان تمایل دارند تا درمانگر آن‌ها با ظاهری آراسته و رنگ شاد در جلسه درمان ظاهر شوند. همانطور که نوجوانان دارای تحریف شناختی تماشاگران خیالی هستند و ساعت‌ها وقت خود را صرف واریسی جزئیات ظاهری خود می‌کنند، در برابر درمانگر خود نیز این تحریفات شناختی فعال می‌شود و این موضوع به خصوص برای نوجوانان اهمیتی چندبرابر پیدا می‌کند. پتر<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، تجارب روان درمانی منفی مرتبط با دکور و لباس درمانگر را عامل بازدارنده در رابطه درمانی نشان داد. لذا پوشش درمانگر را می‌توان یک نشانه غیر کلامی قدرتمند در ایجاد رابطه در نظر گرفت (ولبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). یکی دیگر از عوامل زمینه ساز رابطه درمانی، صلاحیت‌های علمی و اخلاقی درمانگر می‌باشد. درمانگران باید در اولین جلسه مرزهای حرفه‌ای را در رابطه با رازداری ایجاد کنند تا یک فرد جوان بتواند یک فرض معقول در مورد چگونگی پاسخ کمکی به افشای شخصی ایجاد کند (ریکود<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلیامز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). ایجاد رابطه درمانی بدون آگاهی از دوران تحولی نوجوانی منجر به شکست خواهد شد چرا که درک و همدلی از طرف درمانگر از طریق درک و شناخت تحولات شناختی، هیجانی و اجتماعی نوجوان حاصل نمی‌شود. یکی از ملاحظات اصلی هنگام ایجاد رابطه و در کاربرد درمان فردی، رشد و شرایط زندگی یک فرد نوجوان است (لینچ<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). لذا برای ایجاد یک رابطه درمانی انعطاف‌پذیر و ثابت با نوجوان، به مهارت، ویژگی‌های شخصی و دانش بسیار زیادی نیاز

است (هارتلی و همکاران، ۲۰۲۲). عوامل کلان نیز از دیگر عوامل زمینه‌ساز رابطه درمانی با نوجوان می‌باشد که شامل: قوانین حاکم بر نظام روان‌شناسی، دسترسی به منابع مادی، احساس تعلق به حرفه، آگاهی‌رسانی از طریق رسانه می‌باشد. از مهم‌ترین عوامل کلان، دسترسی به منابع مادی است که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. نبود منابع مادی می‌تواند باعث گسست در رابطه درمانی و ترک درمان شود. رضایی و همکاران (۱۳۹۹) همسو با یافته‌های این پژوهش عدم پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی را به عنوان چالش روان‌درمانی در کتاب تعرفه خدمات سلامت را به عنوان فرصت‌های روان‌درمانی در ایران نشان داده است. در واقع نوجوانان به دلیل عدم استقلال مالی و کسب درآمد در شروع درمان و ادامه آن دچار مشکل هستند. به دلیل چالش‌برانگیزی فعالیت در حوزه نوجوان، احساس تعلق به حرفه از سمت درمانگر یکی از عوامل ایجاد احساس امنیت و اعتماد به درمانگر می‌باشد. چرا که نوجوانان به دلیل تحولاتی که تجربه می‌کنند، کمتر کسی به خصوص والدین و مدرسه آن‌ها را درک می‌کنند. لذا طبق یافته‌های پژوهش حاضر مراجعان در هنگام آگاه شدن به وسیله رسانه به میزان علاقه‌مندی درمانگران نسبت به فعالیتشان نیز توجه دارند.

چهارمین مضمون شناسایی شده، عوامل مداخله‌گر با زیر مضمون عوامل خانوادگی، عوامل فرهنگی و عوامل اجتماعی است. یکی از مهم‌ترین عوامل از نظر درمانگران و نوجوانان عوامل خانوادگی می‌باشد. همسو با این یافته نانز<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، نشان دادند، رابطه مثبت والد-درمانگر نیز برای تغییرات و پیشرفت، یک امر کلیدی است. در این مطالعه نشان داده شد، والدین و درمانگران، رابطه خود را با نوجوان به عنوان یک تسهیل‌کننده تغییر و همچنین درک وسیع‌تری از والدین نسبت به فرزندان خود و بهبود رابطه خود می‌دیدند. گراس و گلدین<sup>۷</sup> (۲۰۰۸)، نشان دادند، همکاری سیستماتیک و مشارکت با والدین و مراقبان ضروری است، اگرچه اغلب به دلیل تاریخچه خانواده، کار پیچیده می‌شود. اگر ناراحتی یک نوجوان ناشی از زندگی خانوادگی او باشد، درخواست کمک می‌تواند با نیاز به رضایت مراقب پیچیده‌تر شود (فاکس و باتلر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

1. Petre
2. Wolberg
3. Rickwood
4. Williams
5. Lynch
6. Núñez
7. Gross & Goldin
8. Fox & Butler

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

(دیویسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ پرسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویلسون و دین، ۲۰۰۱). به این ترتیب، ایجاد رابطه می‌تواند به عنوان یک فرآیند مداوم که به موازات درمان مشارکتی اجرا می‌شود، درک شود. درمان مشارکتی به طور کامل در ادبیات به عنوان ویژگی‌های فردی، انتخاب و تعادل مورد بحث قرار گرفته است. درمانگران باید انعطاف‌پذیر، آگاه و خلاق باشند و اطمینان حاصل کنند که نوجوان در برنامه درمان "محور" است و ویژگی‌های شخصی، ارزش‌ها و ترجیحات آن‌ها در کنار گزینه‌های درمانی مناسب و مبتنی بر شواهد از نظر رشدی گنجانده شده است (ویلسون و دین، ۲۰۰۱). در نهایت، اگر درمانگران نتوانند نوجوانان را در تصمیم‌گیری بگنجانند، نوجوانان اغلب اطلاعات را مخفی می‌کنند، در مورد افشای اطلاعات شخصی گزینشی عمل می‌کنند یا زودتر از درمان خارج می‌شوند (دیویسون و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین در رابطه درمانی با نوجوان، مشارکت دادن نوجوان در درمان امری مهم و کلیدی تلقی می‌شود. یکی دیگر از راهبردها، پیگیری وضعیت مراجع می‌باشد که نوجوانان تمایل داشتند درمانگر از وضعیت آن‌ها اطلاع داشته باشد و آن‌ها را در فرایند درمان تنها نگذارد. بنابراین گاه این راهبردها به صورت انگیزشی و گاه با آموزش دادن نوجوانان نسبت به مهارت‌ها و امور مختلف رقم می‌خورد.

آخرین مضمون شناسایی شده، پیامدهای رابطه درمانی درمانگر با نوجوان شامل پیامدهای تحصیلی، پیامدهای هیجانی، پیامدهای شناختی است. با توجه به ابعاد تحولی و رشدی شناختی و هیجانی و اجتماعی دوره نوجوانی، پیامدهای حاصل از رابطه درمانی از دیدگاه نوجوانان و متخصصان می‌تواند رشد بزرگسال سالم را پیش‌بینی کند. اما مداخلات بالینی به رقم این تفاوت‌ها، اهداف مشترکی هم دارند. اگرچه این اهداف در تمام روان‌درمانی‌ها به یک اندازه اولویت ندارند اما هر یک تا حدودی در درمان‌های موفق مدنظر هستند. این اهداف عبارتند از: کم کردن ناراحتی هیجانی، ایجاد بینش، تشویق تخلیه هیجانی، ارائه اطلاعات جدید (تربیت)، تکالیف خارج از درمان، ایجاد اعتقاد به تغییر، امید برای تغییر و انتظار تغییر (کرامر و همکاران، ۲۰۲۲). نوع تغییراتی که روان‌درمانگران امیدوارند به دست آورند از اساس قابل سنجش نیست و حذف علائم تنها هدف فرعی آن‌ها از درمان است.

1. Persson
2. Wilson & Deane
3. Goodwin
4. Radez
5. Rosenberg
6. Davison

نکته مهم این است که از آنجایی که مراقبان اغلب کمک‌جویی را از جانب نوجوانان جوان‌تر آغاز می‌کنند، درمانگران باید دریابند که آیا مشارکت یک فرد جوان داوطلبانه است یا خیر و در صورت وجود، در چه سطحی از مشارکت در ارتباط با مراقبین خود در تصمیمات درمانی قرار دارند (پرسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ریکوود و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلسون و دین، ۲۰۰۱). از دیگر عوامل مداخله‌گر در رابطه درمانی می‌توان از عوامل فرهنگی که شامل نقش خرده فرهنگ‌ها، انتظارات نابه‌جا از درمان و نقش نگرش‌های عامیانه نسبت به روان‌درمانی و مشاوره است نام برد. همسو با این یافته گودوین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند، نوجوانان و جوانان باورهای ناآگاهانه و برجسب زنده‌ای در مورد درمان‌های سلامت روان، متخصصان سلامت روان و دسترسی به مراقبت دارند. منابع این باورها نامشخص اند، اگرچه برخی حداقل به نظر می‌رسد تحت تأثیر فرهنگ هستند. بنابراین در فرهنگ ایرانی نیز نمی‌توان نقش خرده فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف را در نظر نگرفت. رادز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) همسو با عوامل اجتماعی نشان داد، دیدگاه‌ها و نگرش‌ها نسبت به سلامت روان و کمک‌جویی در شبکه‌های حمایتی جوانان، مانند خانواده، دوستان، معلمان و متخصصان، در ۱۷ درصد مطالعات به عنوان موانع و در ۱۹ درصد مطالعات به عنوان تسهیل‌کننده گزارش شده است. رزنیگ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند، فن‌آوری‌های ارتباطی جدید فرصت‌های قابل دوام و هیجان‌انگیزی را برای حوزه جوانان در معرض خطر به ارمغان می‌آورد. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر نیز نقش رسانه‌ها، نقش مدرسه و همسالان، نقش تحولات جامعه و نقش شبکه‌های اجتماعی در رابطه درمانی دخیل است.

پنجمین مضمون اصلی شامل راهبردهای رابطه درمانی درمانگر با نوجوان با مضامین محوری راهبردهای سوق‌دهنده و انگیزشی و راهبردهای انفعالی می‌باشد. در تبیین این مضامین می‌توان گفت، نوجوانان می‌خواهند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان از خود مشارکت داشته باشند و انتخاب کنند که کدام مداخله را می‌خواهند امتحان کنند. اگر آن‌ها از این فرآیند تصمیم‌گیری کنار گذاشته شوند، احتمال بیشتری وجود دارد که از درمان جدا شوند (دیویسون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ پرسون و همکاران، ۲۰۱۷). ارائه یک برنامه درمانی مشترک به نوجوانان، بر اساس یک رابطه حمایتی، می‌تواند مشارکت را افزایش دهد و مشارکت در مراقبت‌های بهداشت روانی را حفظ کند. جوانان در درجه اول می‌خواهند به آن‌ها گوش داده شود و نظرات، افکار و احساسات آن‌ها مهم تلقی شود. بنابراین دادن زمان کافی برای احساس راحتی و شروع بیان خود مهم است

## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

آنچه به واقع اهمیت دارد، تغییرات وجودی در شیوه معنا بخشیدن فرد به زندگی‌اش است (لیتر، ۲۰۰۳). به دلیل رشد ابعاد شناختی و هیجانی در دوره نوجوانی، اهمیت رابطه درمانی نیز دو چندان می‌شود. در مجموع می‌توان گفت، این مطالعه از دیدگاه نوجوانان و درمانگران با هدف طراحی مدل مفهومی تبیین رابطه درمانی نوجوان با درمانگران ایرانی با هدف شناسایی عوامل موثر بر رابطه درمانی با نوجوان و تاثیر آن بر روند درمان انجام شد. این مطالعه نشان داد متغیرهای رابطه درمانی نقش مهمی در فرآیند درمان ایفا می‌کنند و بنابراین تاثیر قابل توجهی بر پیامدهای بالینی نوجوانان دارند. درک اینکه چگونه جنبه‌های خاص رابطه درمانی با پیامدهای جوانان مرتبط است، ممکن است تلاش‌ها را برای بهبود آموزش بالینی و توسعه مداخلات مؤثرتر برای کودکان و نوجوانان تسهیل کند. جنبه‌های خاص و مشترک بین دیدگاه‌های شرکت کنندگان (نوجوانان و روان‌درمانگران و مشاوران)، درک غنی‌تری از پدیده‌های مورد مطالعه فراهم کرد. شرکت کنندگان چندین جنبه از رابطه درمانی را به عنوان تسهیل کننده تغییر شناسایی کردند. این مطالعه از این دیدگاه حمایت می‌کند که یک رابطه درمانی مثبت، تغییرات اولیه در انگیزه نوجوانان و والدین را تسهیل می‌کند و در حین رشد، تجربه‌ای شفاف‌بخش و اثربخش را برای آن‌ها فراهم می‌کند. به منظور بهبود پیامدهای سلامت روان برای نوجوانان، متخصصان، سیاست‌گذاران و محققان باید نقش عوامل موثر بر رابطه درمانی را بیش از همه عوامل دیگر در ارائه مراقبت‌های بهداشت روانی نوجوانان در اولویت قرار دهند. با وجود اینکه این پژوهش از لحاظ زیربنای نظری دارای نوآوری است، اما با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. اول آن که این پژوهش در خصوص درمانگران و نوجوانان شهر تهران صورت گرفت و خصوصیات فردی، عوامل فرهنگی، سبک زندگی مشارکت کنندگان این پژوهش می‌تواند نتایج را با سایر پژوهش‌ها متفاوت گرداند. محدودیت دوم این است با توجه به اینکه با درمانگران روبه‌رو بودیم، تاحدی فشار کاری و کاهش انگیزه در همکاری دیده می‌شد. برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود رابطه درمانی را از دیدگاه والدین نیز مورد بررسی قرار داده شود. با توجه به آنکه تحقیقی درباره رابطه درمانی کودکان انجام نشده است پیشنهاد می‌شود مطالعه بعدی درباره تبیین مفهومی رابطه درمانی کودکان با درمانگران ایرانی از دیدگاه والدین، درمانگران و کودکان انجام شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کلیه اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش رعایت شده است. اطلاعات تمام شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه نگه داشته شد. همچنین، همه شرکت کنندگان در پژوهش مجاز بودند هر زمانی که تمایل داشتند، در هر مرحله‌ای از پژوهش، از پژوهش خارج شوند.

#### حامی مالی

برای انجام پژوهش حاضر از هیچ نهاد دولتی و غیردولتی حمایت مالی دریافت نشده است.

#### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

#### تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

#### منابع

- بازرگان، عباس (۱۴۰۲). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته: رویکردهای متداول در علوم رفتاری*. تهران: نشر دیدار.
- <https://www.adinehbook.com/gp/product/6001040320>
- بنی‌اسد، علی و صالحی، کیوان (۱۳۹۸). مقدمه‌ای بر اصول و فرایند ساخت و رواسازی پروتکل مصاحبه، *مجله نامه آموزش عالی*، ۱۲(۴۶)، ۲۰۳-۱۷۷.
- [https://journal.sanjesh.org/article\\_36128.html](https://journal.sanjesh.org/article_36128.html)
- تدین چهارسوقی، بتول؛ ایزدی، نقوی. (۱۴۰۰). اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور: تجارب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مشاوران. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱(۲)، ۷۳-۱۰۶.
- [Doi:10.22108/cbs.2022.132192.1616]
- خاک پور، رضا؛ و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی آموزش حساسیت و تعلیمی بر کاهش اشتباهات مشاوران و روان‌درمانگران، *نشریه دانشگاه آزاد اسلامی رودهن*، ۱۵(۴)، ۱۹ تا ۲۳.
- <https://www.sid.ir/paper/172100/fa>
- دشتی، محمد (۱۳۹۲). سنگ صبور بچه‌ها باشیم. فصلنامه رشد آموزش مشاوره مدرسه، ۸(۴)، ۱۹-۱۵.



## پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

- Flückiger C., Del Re A., Wlodosch 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. [Doi:10.1037/cou0000424]
- Fox C. L., & Butler I. (2007). "If you don't want to tell anyone else you can tell her": Young people's views on school counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 97-114. [Doi:10.1080/03069880601106831]
- Freud, J. (1912). The dynamics of transference The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud ed. Strachey, J. London: Hogarth Press 98-108
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*.
- Gesler, W., Bell, M., Curtis, S., Hubbard, P., & Francis, S. (2004). Therapy by design: Evaluating the UK hospital building program. *Health & Place*, 10(2), 117-128. [Doi:10.1016/S1353-8292(03)00052-2]
- Goodwin J., Savage E., Horgan A. (2016). Adolescents' and young adults' beliefs about mental health services and care: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 636-644. [Doi:10.1016/j.apnu.2016.04.004]
- Geranmayeh, S., & Azadfallah, P. (2020). The relationship between countertransference and self-regulation process in Iranian psychotherapists. *Clinical Psychology Studies*, 10(39), 1-17. (Persian) [Doi:10.22054/jcps.2020.20719.1611]
- Green, H., McGinnity, Á, Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. (1403986371). Basingstoke: Palgrave Macmillan. <https://sp.ukdataservice.ac.uk/doc/5269/mrdoc/pdf/5269technicalreport.pdf>
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: Care, Health and Development*, 35 (3), 298-301. [Doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00970.x]
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16. [Doi:10.1002/cpp.388]
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance of shame social anxiety and depression. *psychoanalytic quarterly*, 34, 155 - 181
- Gross V., & Goldin J. (2008). Dynamics and dilemmas in working with families in inpatient CAMH services. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 13(3), 449-461. [Doi:10.1177/1359104507088350]
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163), 105-118. [Doi:1994-98625-005]
- Hackett C. L., Mulvale G., Miatello A. (2018). Co-designing for quality: Creating a user-driven tool to improve quality in youth mental health services. *Health Expectations*, 21(6), 1013-1023. [Doi:10.1111/hex.12694]
- 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. [Doi:10.1371/journal.pone.0262070]

رضایی، لیا؛ حیدری، شیما؛ رضایی، فرزین و خزایی، حبیب‌الله (۱۴۰۰)، چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی روان‌درمانی در ایران: یک مطالعه کیفی، *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۲)، ۱-۱۳ [Doi:10.32598/shenakht.8.2.1]

شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۴). *روش‌ها و فنون مشاوره*، چاپ پانزدهم، تهران: کتاب‌فکرنو.

## References:

- Baniasadi, A., & Salehi, K. (2019). Introduction on the Principles and Process of Construction and Validation of the Interview Protocol. *Higher Education Letter*, 12(46), 177-203. (Persian) [https://journal.sanjesh.org/article\\_36128.html?lang=en](https://journal.sanjesh.org/article_36128.html?lang=en)
- Bazargan, A. (2023). *An introduction to qualitative and mixed research methods: common approaches in behavioral sciences*. Fifth edition, Tehran: Didar publishing. (Persian) <https://www.adinehbook.com/gp/product/6001040320>.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin. <https://www.amazon.com/Cognitive-Therapy-Emotional-Disorders-Aaron/dp/0452009286>
- Blackmore S., Burnett S. & Dahl R. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp*. 31(6) 926-933. [Doi:10.1002/hbm.21052]
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother. Theory Res. Pract*. 16, 252-260. [Doi:10.1037/h0085885]
- Charmaz, K., & Thornberg, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative research in psychology*, 18(3), 305-327. [Doi:10.1080/14780887.2020.1780357]
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage publications. [Doi:10.20696/jagn.11.1\_12]
- Daniel SI. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review. *Clin Psychol Rev*, 26(8):968-984. [Doi:10.1016/j.cpr.2006.02.001]
- Dashti, M. (2012). Let's be patient children. *School Counseling Education Growth Quarterly*, 8(4), 15-19. (Persian)
- Davison, K.K., Charles, J.N., Khandpur, N. & Nelson, T.J. (2017). Fathers' perceived reasons for their underrepresentation in child health research and strategies to increase their involvement. *Maternal and child health journal*, 21 (2), 267- 274. [Doi:10.1007%2Fs10995-016-2157-z]
- De Haan, A., Boon, A., De Jong, J., Hoeve, M., and Vermeiren, R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin. Psychol. Rev*. 33, 698-711. [Doi:10.1016/j.cpr.2013.04.005]
- Devlin, A.S. (1992). Psychiatric Ward Renovation. *Environment and Behavior*, 24(1), 66-84.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Evans GL. (2013). A novice researcher's first walk through the maze of grounded theory. *Grounded Theory Review*. 12(1), 100-120.

- Hauber, K., Boon, A., and Vermeiren, R. R. (2017). Examining changes in personality disorder and symptomology in an adolescent sample receiving intensive mentalization based treatment - a pilot study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 11:58. [Doi:10.1186/s13034-017-0197-9]
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203-1235. [Doi:10.1002/cpp.2726]
- Jones S., Hassett A., Sclare I. (2017). Experiences of engaging with mental health services in 16- to 18-year-olds: An interpretative phenomenological analysis. *SAGEOpen*,7(3).[https://organizers-congress.org/frontend/index.php?page\\_id=2411&v](https://organizers-congress.org/frontend/index.php?page_id=2411&v)
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., and Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent outcomeliterature. *Clin.Psychol. Rev.* 26,50–65. [Doi:10.1016/j.cpr.2005.09.001]
- Kelly, G. (1955). *Personal construct psychology*. Nueva York: Norton. <https://www.researchgate.net/profile/Joan-Medina>
- Khakpour, R., & Shafi Abadi, A. (2008), The effectiveness of sensitivity training and educational group therapy on reducing the mistakes of counselors and psychotherapists, *Roudhan Islamic Azad University Journal*, 15(4), 19-23. (Persian) <https://www.sid.ir/paper/172100/fa>
- Kim-Cohen, J, Caspi, A, Moffitt, T.E & et al (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 709–717. [Doi:10.1001/archpsyc.60.7.709]
- Knutzen, M. (2020). *A Phenomenological Inquiry Into the Client Experience of the Psychotherapy Relationship* (Doctoral dissertation, Antioch University). [http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=antioch1608325158481581](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=antioch1608325158481581)
- 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]
- Lambert M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc Lawrence ErlbaumAssociates. <https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=7VsGNYd5PqsC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Lambert+M.+J>
- Lear, J. (2003). *Therapeutic Action: An Earnest Plea for Irony*. New York: Other Press. <https://books.google.com/books?id=3dnLLMGpbJoC>
- Lynch, L., Moorhead, A., Long, M., & Hawthorne-Steele, I. (2021). What Type of Helping Relationship Do Young People Need? Engaging and Maintaining Young People in Mental Health Care—A Narrative Review. *Youth & Society*, 53(8), 1376–1399. [Doi:10.1177/0044118X20902786]
- Moeini, B, Bashirian, S, Soltanian, AR, Ghaleiha, A, & Taheri, M. (2019). Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC Psychol.* 7(1):1-10.[Doi:10.1186/s40359-019-0298-8]
- Muran JC. (2019). Confessions of a New York rupture researcher: An insider's guide and critique. *Psychother Res*, 29(1):1-14. [Doi:10.1080/10503307.2017.1413261]
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy*, 46(2), 233–248. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016085>
- Noble, Lilly, & Ann Sloan Devlin. (2021). Perceptions of psychotherapy waiting rooms: design recommendations." *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 140-154. [Doi:10.1177/19375867211001885]
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. [Doi:10.1037/pst0000193]
- Núñez, L., Fernández, S., Alamo, N., Midgley, N., Capella, C., & Krause, M. (2022). The therapeutic relationship and change processes in child psychotherapy: a qualitative, longitudinal study of the views of children, parents and therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(1). [Doi:10.4081/ripppo.2022.556]
- O'Connor, K., Jr., Hill, C. E., & Gelso, C. J. (2019). Therapist-client agreement about their working alliance: Associations with attachment styles. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 83–93. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cou0000303>
- O'Keefe, S., Martin, P. & Midgley, N. (2020). When adolescents stop psychological therapy: Rupture–repair in the therapeutic alliance and association with therapy ending. *Psychotherapy*, 57 (4), 471–490. [Doi:10.1037/pst0000279]
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., and Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *Eur. J. Psychotraumatol.* 6:27705. [Doi:10.3402/ejpt.v6.27705]
- Owen, J., Miller, S. D., Seidel, J., and Chow, D. (2016). The working alliance in treatment of military adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 84, 200–210. [Doi:10.1037/ccp0000035]
- Pearson, M., & Wilson, H. (2012). Soothing spaces and healing places: Is there an ideal counselling room design? *Psychotherapy in Australia*, 18(3), 46-53. <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn>
- Persson S., Hagquist C., Michelson D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 140–151. [Doi:10.1177/1359104516656722]
- Petre, D. A. (2022). *The role of decor and clothing in psychotherapeutic practice and research*. Counselling and Psychotherapy Research. [Doi:10.1002/capr.12598]

- Post, Brian C., and Nathaniel G. Wade. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 131-146. [Doi:10.1002/jclp.20563]
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 30(2), 183-211. [Doi:10.1007/s00787-019-01469-4]
- Rezaie, L., Heydari, S, Rezaei, F., & Khazaie, H. (2021). The challenges and opportunities for psychotherapy in Iran: a qualitative study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8 (2), 1-13. (Persian) [Doi:10.32598/shenakht.8.2.1]
- Rickwood D., Deane F. P., Wilson C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187, S35-S39. [Doi:10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x]
- Robin D. Overall & Barbara L. Paulson (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives, *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87. [Doi:10.1080/14733140212331384857]
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, H., Ophir, Y., & Billig, M. (2021). OMG, RU OK? Therapeutic relationships between caregivers and youth at risk on social media. *Children and youth services review*, 120, 105365. [Doi:10.1016/j.childyouth.2020.105365]
- Ryan, R., Berry, K., Law, H., & Hartley, S. (2021). Therapeutic relationships in child and adolescent mental health services: A Delphi study with young people, carers and clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 1010-1021. [Doi:10.1111/inm.12857]
- Shafi Abadi, A. (2022). *Counseling methods and techniques* (clinical interview). 39th edition, Fekrno Publishing, Tehran. (Persian) [https://www.roshdpress.ir/product-2361D8%B1%D9%88%D8%B4\\_%D9%87%D8html](https://www.roshdpress.ir/product-2361D8%B1%D9%88%D8%B4_%D9%87%D8html)
- Tadayon Chaharshugh, B., Izadi, R., & Naghavi, A. (2021). Therapeutic Alliance in Tele-Counseling: The Experiences of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Counselors. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 11(2), 73-106. (Persian) [Doi: 10.22108/cbs.2022.132192.1616]
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2022). The impact of clients' and therapists' characteristics on Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(2), 145-154. [Doi:10.1007/s10879-021-09527-2]
- Williams D. J. (2012). Where do Jamaican adolescents turn for psychological help? *Child & Youth Care Forum*, 41(5), 461-477. [Doi:10.1007/s10566-012-9177-7]
- Wilson C. J., Deane F. P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364. [Doi:10.1007%2Fs10566-012-9177-7]
- Wolberg, L.R., (2013). *The technique of psychotherapy*. 4th ed. New York: Grune & Stratton. <http://hdl.handle.net/123456789/6481>
- World Health Organization (2018). *Child and adolescent mental health*. Retrieved from
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325. [Doi:10.1037/a0040435]