Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 2

Harm in Psychotherapy from the Perspective of Clients: A Qualitative Study

Seyed Vahid Tavallaei[1], **Samaneh Najarpourian**[2], **Yaser Rastegar**[3]

1. PhD Student of counseling, Department of Social Sciences, University of Hormozgan, Bandarabbas, Iran.
2. (Corresponding author) * Associate Professor in Counseling, Department of Social Sciences, University of Hormozgan, Bandarabbas, Iran.
3. Associate Professor in Sociology, Department of Social Sciences, University of Hormozgan, Bandarabbas, Iran.

Abstract

Aim and Background: The third principle of the Code of Ethics for Professional Practice in Psychology and Counselling Organization Islamic Republic of Iran is “the principle of benefit and non-harm”. Despite such advice, the field of clinical psychology and counseling in Iran has been indifferent to the harmfulness of some interventions and their reporting in research. Despite decades of identifying the negative effects of psychotherapy, there is still ambiguity in understanding theharm, its foundations and consequences. Furthermore, in literature review, defining harm has often focused on the opinions of professionals and therapists, and there is less availability of a clear understanding of the experiences of clients as individuals who benefit from these services.

Methods and Materials: The current study is an exploratory study using qualitative research method. The research tool was semi-structured interviews, conducted with 16 participants who were selected purposefully during the coding stages and considered their experience of attending psychotherapy sessions to be harmful. The data was analyzed using the grounded theory approach of Strauss and Corbin with the MAXQDA software and continued until saturation of categories was reached..

Findings: The recorded information was coded and classified into secondary codes, categories and classes. The therapist's authority and the weakness of the therapeutic relationship were identified as causal conditions related to the therapist, along with the client's sense of helplessness, idolization of the therapist, and limited awareness of patient rights and the treatment process as causal conditions related to the client. According to the analysis of the participants' opinions, the main categories of harm were found to be shame and thought about being abused.

Conclusions: In the realm of harm, there has not been much attention to the interpersonal nature of psychotherapy, and the focus has been on harmful interventions and incorrect decisions made by therapists. The results show that each therapist and each psychotherapy has the potential to harm clients. What can make psychotherapy harmful for clients is the lack of appropriate responsiveness from the therapist to the clients' inner experiences, especially when their negative experiences are related to the therapist-client relationship.

Keywords: Harm in Psychotherapy, Harmful Therapist, Grounded Theory, perspective of clients.

Citation: Tavallaei V, Najarpourian S, Rastegar Y. **Harm in Psychotherapy from the Perspective of Clients: A Qualitative Study**. Res Behav Sci 2024; 22(2): 236-253.

* **Samaneh Najarpourian,**
Email: snajjarpourian@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

آسیب در روان‌درمانی از نگاه مراجعین: یک پژوهش کیفی

سید وحید تولایی[۱]، سمانه نجارپوریان[۲]، یاسر رستگار[۳]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۳- دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سومین اصل از اصول عمومی نظام‌نامهٔ اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی و مشاورهٔ ایران عبارت است از: «اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی». علی‌رغم وجود چنین توصیه‌ای، حوزهٔ روانشناسی بالینی و مشاوره در ایران نسبت به آسیب‌زا بودن برخی مداخلات و گزارش آن‌ها در تحقیقات، بی‌تفاوت بوده است. این در حالی است که از شناسایی اثرات منفی روان‌درمانی چند دهه می‌گذرد. بااین‌حال، در فهم آسیب و اثرات منفی، زمینه‌سازهای آسیب و پیامدهای آن ابهام وجود دارد. بعلاوه، در پژوهش‌های موجود اغلب برای تعریف آسیب، نظر متخصصان و درمانگران موردتوجه بوده و فهم مشخصی در خصوص تجربهٔ مراجعین به‌عنوان افرادی که از این خدمات بهره‌مند می‌شوند کمتر در دسترس می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعهٔ حاضر از نوع اکتشافی با روش تحقیق کیفی است. ابزار پژوهش مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته بوده که با ۱۶ مشارکت‌کننده که به صورت هدفمند در طی مراحل کدگذاری انتخاب شدند و تجربهٔ خود از شرکت در جلسات روان‌درمانی را آسیب‌زا می‌دانستند با استفاده از رویکرد نظریهٔ داده بنیاد اشتراوس و کوربین با نرم‌افزار MAXQDA مورد تحلیل قرار گرفت و تا رسیدن به اشباع مقولات ادامه یافت.

یافته‌ها: اطلاعات ثبت، کدگذاری و در قالب کدهای ثانویه، مقولات فرعی و اصلی طبقه‌بندی شدند. آتوریتهٔ درمانگر و ضعف رابطهٔ درمانی به‌عنوان شرایط علی مرتبط با درمانگر، بعلاوه درماندگی مراجع، بت ساختن از درمانگر و بی‌اطلاعی از حقوق و فرآیند درمان به‌عنوان شرایط علی مرتبط با مراجع شناسایی شد. مطابق با تحلیل نظر مشارکت‌کنندگان، مقولات اصلی آسیب نیز شرم و سوءاستفاده شدن به دست آمد.

نتیجه‌گیری: در فهم آسیب، به ماهیت بین فردی روان‌درمانی توجه چندانی صورت نگرفته و تمرکز بر مداخلات آسیب‌رسان و تصمیمات نادرست درمانگران بوده است. نتایج نشان می‌دهد هر درمانگر و هر روان‌درمانی پتانسیل آسیب زدن به مراجعین را دارد. آنچه می‌تواند روان‌درمانی را برای مراجعین آسیب‌زا سازد، عدم وجود پاسخ‌دهی مناسب درمانگر به تجربیات درونی مراجع است، خصوصاً زمانی که تجربیات ناخوشایند ایشان مرتبط با ارتباط درمانگر–مراجع باشد.

واژه‌های کلیدی: آسیب در روان‌درمانی، درمانگر آسیب‌زا، نظریهٔ داده بنیاد، دیدگاه مراجعین.

ارجاع: تولایی سید وحید، نجارپوریان سمانه، رستگار یاسر. **آسیب در روان‌درمانی از نگاه مراجعین: یک پژوهش کیفی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۲): ۲۳۶-۲۵۳.

*- **سمانه نجارپوریان،**

رایانامه: snajjarpourian@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

مقدمه

روان‌درمانی اغلب به‌عنوان درمان منتخب برای طیف وسیعی از مراجعین، و اغلب در ارجحیت به دارودرمانی توصیه می‌شود، با این فرضیه که درمان برای همهٔ مراجعین مفید خواهد بود، یا دست کم هیچ‌گونه عوارض جانبی ندارد (۱). تمرکز بر اثرات جانبی و منفی درمان‌های دارویی و دیگر حوزه‌های بهداشت و درمان همیشه موردتوجه بوده است اما در روان‌درمانی اغلب منافع درمان موردتوجه واقع‌شده و اثرات منفی آن مغفول مانده است (۲). بحث در خصوص اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی و درمان‌های مبتنی بر شواهد در طول ۳ دهه گذشته بسیار موردتوجه بوده است (۳–۵). یافته‌ها نشانگر آن است که روان‌درمانی برای طیف گسترده‌ای از نشانگان و اختلالات روانی، شخصیتی، رفتاری و جسمانی مؤثر است (۶–۸). با وجود این شواهد نشان می‌دهد حتی اگر درمان کارآمد ارائه شود، همهٔ افراد از روان‌درمانی سود نمی‌برند (۹، ۱۰). نه‌تنها یک‌سوم تا دوسوم مراجعین از استراتژی‌های معمول درمانگران سود نبرده (۱۱، ۱۲) حتی برخی از مراجعین، به‌واسطه روان‌درمانی دچار آسیب‌های فراگیر و بلندمدت می‌شوند (۱۳).

بر اساس ادبیات پژوهشی در این زمینه برآورد می‌شود ۳ تا ۱۵ درصد از مراجعین به‌واسطه روان‌درمانی بدتر می‌شوند (۱۴–۱۸). در خصوص مداخلات مبتنی بر اینترنت نیز آمار مشابهی وجود دارد (۱۹، ۲۰). این در حالی است که برخی درمانگران در بیش از نیمی از مراجعینی که با آن‌ها کار می‌کنند پیامدهای منفی به دست می‌آورند (۲۱). نتایج یک نظرسنجی در رابطه با تجربهٔ مراجعین از روان‌درمانی در بریتانیا نشان داد از هر بیست نفر یک نفر اثرات بدِ پایداری را تجربه کرده‌اند (۱۳). با وجود آنکه چندین سال است نیاز به تحقیق در مورد اثرات منفی روان درمانی‌ها پذیرفته شده است (۲۲). تنها ۶ درصد از کارآزمایی‌ها میزان وخامت را گزارش می‌کنند (۲۳). توجه و تمرکز بر اثرات منفی روان‌درمانی هرچند این آسیب‌ها اندک باشد لازم و ضروری است (۲۲). درصورتی‌که خواهان ارتقای شخصی و همچنین کمک به مراجعین هستیم لازم است اثر مداخلات مثبت و منفی خود را مشخص کنیم، حساسیت خود را نسبت به آن افزایش دهیم و فهم خود را نسبت به آن ارتقا دهیم.

عدم گزارش آسیب در تحقیقات باعث بروز معضل در روند توسعه دستورالعمل در خصوص آسیب شده است (۲۴). علی‌رغم تلاش در جهت تعریف و شفاف‌سازی مفهوم اثرات جانبی و منفی (به‌طور مثال (۲۵، ۲۶)) هنوز فهم مشخصی در خصوص گسترهٔ آسیب و تعریف آن وجود ندارد (۲۷، ۲۸). این در شرایطی است که بیان نارضایتی به درمانگر برای مراجعین دشوار است (۲۹) و ممکن است خود را بجای درمانگر مسئول مشکلاتی که در درمان تجربه می‌کنند بدانند و خود را بابت آن سرزنش کنند (۳۰) و به این واسطه گسترهٔ وخامت افزایش یابد. بعلاوه، درمانگران در اکثر مواقع توان پیش‌بینی بدتر شدن مراجعین خود را ندارند (۳۱، ۳۲) و ممکن است در بسیاری از جلسات، در رسیدگی به شکست‌های درمانی ناتوان باشند (۳۳).

کاربست اصطلاحات متعدد توسط محققان، درمانگران و مراجعین برای توصیف و اشاره به تجارب منفی مثل آسیب، وخامت، شکست درمان، واکنش درمانی منفی، رویدادهای ناخواسته، اثرات نامطلوب، اثرات منفی، پیامدهای منفی، خود گویای عدم توافق نظر بر سر تعریف و چیستی آسیب می‌باشد (۳۴). بیش از ۱۴ عبارت برای جستجوی اثرات منفی روان درمانی در گزارش‌ها و تحقیقات موجود است، بعلاوه روش‌های مختلف اندازه‌گیری برای شناسایی اثرات منفی استفاده می‌شود (۲۶). با وجود این در اینجا هم اتفاق‌نظری در خصوص اینکه چه چیزی پاسخ منفی به درمان را تشکیل می‌دهد وجود ندارد. همچنین لازم به ذکر است تکیه کردن به معیارهای استانداردشده نتایج مراجع برای اندازه‌گیری اثرات نامطلوب به دلیل نادیده گرفتن تجربه مراجعین از درمان، دارای محدودیت های روش کمی می‌باشد. هرچند کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده در روان‌درمانی می‌توانند اثرات منفی را در طول درمان بررسی و میزان آن را گزارش کنند (۲۶). اما این روش‌ها توان بررسی علل آسیب را ندارند. بعلاوه به دلیل کمبود تحقیقات تجربی در این زمینه و اینکه وجود آسیب یا اثرات منفی قابل دستکاری تجربی نیست، بررسی علل وجود، عوامل شکل‌دهنده و همچنین مکانیسم آن‌ها با ابهام همراه است.

بااین‌حال، لازم است بین یک درمان ناموفق و یک درمان آسیب‌زا تفاوت قائل شد. همچنین باید در نظر داشت که وخامت بالینی می‌تواند توسط عوامل بسیاری خارج از درمان، ایجاد شود و عدم بهره‌مندی از درمان به معنای آسیب نیست. بعلاوه، اثرات منفی یا تجارب ناراحت‌کننده عاطفی می‌تواند بخش ذاتی یک درمان خوب باشد (۳۵، ۳۶). اما باید در نظر داشت، درمانگران معمولاً اثربخشی خود را بیشتر از آنچه هست برآورد می‌کنند (۳۷) و تمایل دارند که وقوع پیامدهای منفی در درمان را دست‌کم بگیرند (۳۸)، با وجود این اثرات منفی در روان‌درمانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

مدت‌هاست به‌عنوان یک واقعیت بالینی نگران‌کننده شناخته شده است (۳۴، ۳۹). شواهد نشانگر اثرات آسیب‌زای برخی مداخلات و همچنین تصمیماتی است که درمانگران در حین جلسات درمانی می‌گیرند (۲۲، ۲۳، ۳۴، ۴۰). مراجعین به‌واسطهٔ مداخلات و تصمیمات برجسته‌ترین و باتجربه‌ترین درمانگران نیز آسیب می‌بینند (۴۱). درواقع پیامد آسیب‌زا لزوماً نتیجه عدم شایستگی یا سوءنیت نبوده و نتیجه‌ای واقعی است که می‌تواند به‌واسطهٔ هر مداخله یا درمانگری ایجاد شود (۴۲).

در پژوهش‌های موجود اغلب برای تعریف آسیب، نظر متخصصان و درمانگران موردتوجه بوده و فهم مشخصی در خصوص تجربهٔ مراجعین و فهم آن‌ها به‌عنوان افرادی که از این خدمات بهره‌مند می‌شوند، کمتر وجود دارد (۴۳). به‌این‌ترتیب این پرسش مطرح می‌شود که اثرات منفی از دید مراجعین چگونه و تحت تأثیر چه عواملی پدید می‌آیند، چگونه باید آن‌ها را شناسایی کرد، پیامدهای آن‌ها چیست و چگونه باید به آن واکنش نشان داد؟

مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت ناشناختهٔ آسیب در روان‌درمانی همچنین وجود دیدگاه‌های متفاوت در این خصوص برای کشف آسیب از نگاه مراجعین و کاوش سؤالات پژوهش، از روش تحقیق کیفی با رویکرد نظریهٔ داده بنیاد نسخهٔ اشتراوس و کوربین (۲۰۱۵) در بستر نرم‌افزار MAXQDA2020 استفاده شد. چراکه در پدیده‌هایی که به‌خوبی شناخته شده نیست و یا در خصوص آن دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد می‌تواند درک عمیقی از موضوع موردمطالعه فراهم کند (۴۴). به این منظور ابتدا در صفحهٔ ۳ کلینیک روان‌شناسی در فضای مجازی (گروه تلگرامی و اینستاگرام) اعلامیه‌ای جهت اطلاع‌رسانی موضوع پژوهش جهت دعوت به همکاری گذاشته شد. پس از تبلیغات و دعوت به مشارکت در پژوهش، نویسندهٔ اول پژوهش با افراد داوطلب تماس تلفنی برقرار کرده به سؤالات داوطلبین در مورد پژوهش پاسخ داد. برخی داوطلبین اولیه در همین مرحلهٔ ابتدایی خواهان ادامهٔ همکاری نبودند. همچنین با ارزیابی اولیهٔ ملاک‌های ورود به پژوهش، افرادی که واجد شرایط لازم نبوده‌اند از ورود به مصاحبهٔ بعدی حذف شدند. فرم رضایت‌نامهٔ آگاهانه که شامل ملاحظات اخلاقی نظیر اصل رازداری، محرمانگی اطلاعات، حذف نام شخص و یا هر نام دیگری که بتواند هویت مشارکت کننده یا درمانگر ایشان را فاش نماید و استفاده از کد بجای آن، وجود حق انتخاب برای خروج از طرح پژوهشی هر زمان که مشارکت‌کننده اراده کند و بی‌ضرر بودن آن بود، پیش از هر مصاحبه برای مشارکت‌کنندگان نهایی ارسال می‌شد و در صورت موافقت و تائید برای مصاحبه مطابق با زمان‌بندی پیشنهادی اقدام شد. ۱۶ نفر شرکت‌کنندهٔ نهایی در طی روند شکل‌گیری نظریه انتخاب شدند. به‌این‌ترتیب نمونه‌گیری متناسب با مراحل کدگذاری تغییر می‌کرد و با پیشرفت نظری نمونه‌گیری متمرکز و هدفمند صورت می‌گرفت تا بتوان متناسب با خلاء نظری موجود اطلاعات لازم را با حداکثر گوناگونی جمع‌آوری نمود. فرایند نمونه‌گیری و مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته با داوطلبین طی ۸ ماه توسط نویسندهٔ اول پژوهش و به صورت آنلاین (تصویری) انجام شد. هم‌زمان با نمونه‌گیری، داده‌های گردآوری‌شده، به روش کوربین و اشتراوس (۲۰۱۵) کدگذاری و تحلیل می‌شد (۴۴) و تصمیم‌گیری برای آن‌که در مرحلهٔ بعد چه داده‌ای از کجا گردآوری شود صورت می‌گرفت. نمونه‌گیری در این زمان بر مبنای مفهوم مقایسه مداوم استوار بود تا از بین افراد داوطلب، تجربیاتی مدنظر قرار گیرد که امکان کشف گوناگونی به حداکثر رسیده و مقوله‌ها از لحاظ ویژگی و ابعاد غنی شود. طول مصاحبه‌های انجام‌شده بین ۳۷ تا ۸۲ دقیقه (میانگین ۵۹ دقیقه و ۲۰ ثانیه) متغیر بود. نمونه‌گیری تا زمان به اشباع رسیدن مقولات و ابعاد آن‌ها ادامه یافت.

ملاک‌های ورود: افراد بزرگسالی (۱۸ تا ۶۵ سال) که امکان شرکت در مصاحبه را داشته، در جلسات روان‌درمانی در کشور ایران به خواست و ارادهٔ خود و به صورت فردی شرکت کرده‌اند، از رشته‌های مرتبط نظیر مشاوره، روان‌شناسی، مددکاری، روان پزشکی نبوده، تشخیص اولیهٔ سوءمصرف مواد یا روان‌پریشی حاد نداشته‌اند و بنا به گزارش شخصی به‌واسطهٔ شرکت در جلسات، از جانب درمانگر آسیب را تجربه کرده‌اند. به همین جهت سابقهٔ مراجعه به روان‌پزشک، استفاده از دارو، سابقهٔ بستری برای ارزیابی سایکوز هنگام مراجعه به روان‌درمانی در تماس ابتدایی مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. همچنین لازم بود تمامی درمانگرانی که مشارکت‌کنندگان به آن‌ها مراجعه داشته‌اند از مراجع صاحب صلاحیت مجوز کار را دارا باشند. بر این اساس، شرکت‌کنندگان نهایی ۱۶ نفر بزرگسال (۱۲ خانم و ۴ آقا) که از توانمندی شناختی لازم برای شرکت در مصاحبهٔ عمیق و نیمه ساختار یافته برخوردار بودند، در طی روند شکل‌گیری نظریه انتخاب شدند. سعی شد تا حد امکان شرکت‌کنندگان با شرایط و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

تجربیات متنوع و با حداکثر پراکندگی انتخاب شوند تا بیشترین میزان تفاوت از نظر سن، تحصیلات، جنسیت، رویکرد درمانی درمانگر، حضوری یا غیرحضوری بودن جلسات (تصویری)، شهر محل سکونت (به دلیل در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی، قومی)، تعداد جلساتی که گذرانده‌اند، مدت‌زمانی که از جلساتشان گذشته است، امکان وجود درمان بعدی، آشکار شود تا بتوانیم از تنوع این تجارب در جهت توسعهٔ یک نظریهٔ فراگیرتر بهره ببریم. همهٔ شرکت‌کنندگان متولد ایران بوده و جلسات را با درمانگر ایرانی گذرانده‌اند. بلافاصله پس از هر مصاحبه، فایل صوتی ضبط‌شده از آن کلمه به کلمه پیاده‌سازی و در نرم‌افزار MAXQDA2020 ذخیره می‌شد و کدگذاری اولیه آغاز می شد. در مرحلهٔ کدگذاری باز پژوهشگر خط به خط مصاحبه را بازنگری کرده و به مفاهیم اصلی موجود در هر خط کد می‌داد. بعد از ۴ مصاحبهٔ ابتدایی کدها و طبقاتی که در مرحلهٔ کدگذاری باز پدیدار شده بود در طی کدگذاری محوری با یکدیگر از جهت تشابه و تفاوت مقایسه شده و کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بودند ادغام شدند. آن‌ها بین نویسنده‌های پژوهش موردبحث قرارگرفته و تا رسیدن به توافق نظر تغییرات لازم اعمال شد. پس‌ازآن نمونه‌گیری به صورت هدفمند ادامه پیدا کرد. با شکل‌گیری مقولات محوری و با غنی شدن ابعاد و ویژگی هر یک از آن‌ها به‌منظور شکل‌گیری چارچوب اصلی نظریه از طریق یافتن مقولات اصلی و برقراری ارتباط میان مقولات و یکپارچه‌سازی آن‌ها از کدگذاری گزینشی استفاده شد. همچنین لازم به ذکر است در این پژوهش برای قابلیت اعتماد یافته‌ها نتایج به‌دست‌آمده به مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد و از آن‌ها خواسته شد تا نتیجه را مشاهده کرده و گزارش کنند که آیا می توانند تجربیات زیستهٔ خود را در نتیجه‌گیری تحقیق بیابند.

اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

یافته‌ها

در این قسمت به ترتیب ۱. عوامل زمینه‌ساز آسیب، ۲. چیستی آسیب از نگاه مراجعین، ۳. راهبرد مراجع در قبال آسیب، ۴. راهبرد درمانگر نسبت به تجربهٔ مراجع و ۵. پیامدهای آسیب گزارش خواهد شد. همچنین مقوله‌های اصلی، فرعی و کدهای ثانویه هر یک به تفکیک در جدول ۲ آمده است.

۱. عوامل زمینه‌ساز آسیب

مقوله‌های اصلی که در کشف عوامل زمینه‌ساز آسیب از نگاه مراجعین آشکار شد را می‌توان به دودستهٔ مجزا تقسیم‌بندی کرد: موارد مرتبط با مراجع و موارد مرتبط با درمانگر. با توجه به مقدم بودن موارد مرتبط با مراجع از لحاظ زمانی ابتدا به این دسته خواهیم پرداخت. در این دسته‌بندی مقولات اصلی مرتبط با مراجع شامل: «استیصال/ درماندگی»، «بت ساختن از درمانگر»، «بی‌اطلاعی از حقوق و فرآیند درمان» می‌باشد.

۱,۱. عوامل زمینه‌ساز آسیب مرتبط با مراجع

استیصال/ درماندگی: فرآیند روان‌درمانی برای مراجعین خیلی پیش‌تر از جلسهٔ ابتدایی که به درمانگر مراجعه می‌کنند شروع شده است. گزارش داوطلبین پژوهش حاضر نشان می‌دهد افراد در زمان مراجعه برای روان‌درمانی در شرایط استیصال و درماندگی هستند. به این معنا که احساس تنهایی می‌کنند و نیازمند درک و فهم شدن می‌باشند. باوجودی که داوطلبین در ابتدای امر خواستار راهکاری برای حل‌وفصل شدن حال بدشان هستند، گزارش‌ها نشان می‌دهد، در گام اول آنچه مؤثرتر دانسته اند نه شنیدن راهکار بلکه بررسی چالش مطرح‌شده از جوانب مختلف به صورتی کنجکاوانه و تخصصی همراه با شنیده شدن و درک شدن است. باید دانست اقدام ابتدایی آن‌ها کمک گرفتن از درمانگر نیست. آن‌ها به‌طورمعمول راه‌های متفاوتی را امتحان کرده و نتیجهٔ دلخواه را نگرفته‌اند و بعضاً با دودلی و تردید به درمانگر مراجعه می‌کنند چراکه مطابق با گزارش برخی داوطلبین نگاه قضاوت‌گرانه و بدبینانه از جانب اطرافیان نسبت به مراجعه به روانشناس و مشاور وجود دارد. این شرایط زمینه‌ای باعث می شود افراد بعضاً در شرایط آسیب‌پذیر و جان به لب رسیده به درمانگر مراجعه کنند. به اعتقاد داوطلبینی که جز تجربهٔ آسیب زای درمان، تجربهٔ درمان موفق نیز داشته‌اند، درصورتی‌که مراجعهٔ زودتری صورت می‌گرفت می‌توانستند نتایج بهتری را شاهد باشند. گزارش داوطلب ۹ در مورد درماندگی ایشان هنگام مراجعه به روانشناس به‌این‌ترتیب است:

"می‌دونید من با یه ضربه‌های روحی، یه مشکلاتی با اون حجم شاید نمیدونم غمی که توی ذهنم هست، مستأصل، به یه روانشناس مراجعه می‌کنم. از درد و دل‌هام می‌خوام بگم یعنی یه جورایی متوسل میشم به روانشناس" (داوطلب ۹)

بت ساختن از درمانگر: بنا بر گزارش داوطلبین بعد از حضور مراجع در جلسهٔ درمان با داشتن پیش‌زمینهٔ درماندگی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

استیصال، دسترسی سخت برای مراجعه به فرد متخصص و صرف هزینهٔ نسبتاً زیاد، موردی که به نظر می‌رسد در انتخاب و ادامهٔ درمان از جانب مراجعین نقش پررنگی ایفا می‌کند ارزیابی درمانگر به‌عنوان شخصی بسیار کارآمد و بدون ایراد و اشکال است. افراد احتمال بروز آسیب از جانب درمانگر را در نظر نمی گیرند و به رویه‌ای که درمانگر در پیش‌گرفته اعتماد می‌کنند. به نظر می‌رسد حتی زمانی که واضحاً اقدامات درمانگر تجربهٔ ناخوشایندی چه در سطح هیجانی و چه شناختی در مراجع به وجود می‌آورد، افراد انگشت اتهام را به سمت خود نشانه می‌روند. داوطلب دوم از تجربهٔ خود این‌گونه می‌گوید: "یعنی هر کی از من می‌پرسید من ایشون رو بهش معرفی می‌کردم. چون خیلی تراپیست کاملی می‌دیدمشون دیگه، سفید سفید. هیچ نقطهٔ سیاهی نداره، هیچ عیبی نداره" (داوطلب ۲)

بی‌اطلاعی از حقوق و فرآیند درمان که خود از مقولات فرعی «عدم اطلاع از مرزهای روان‌درمانی، عدم اطلاع از رویکردهای متفاوت درمانی، باور به دردناک بودن جلسات ابتدایی، بی‌دفاع بودن از ابتدای جلسات» انتزاع شده است.

عدم اطلاع از مرزهای روان‌درمانی: داوطلبین با این ابهام روبرو هستند که حدود و چارچوب روان‌درمانی چیست. آن‌ها تردید دارند که در جلسه باید چه بگویند، به چه سؤالاتی لازم است پاسخ دهند و یا حق مخالفت یا عدم پاسخگویی به سؤالات درمانگر را دارند یا خیر. بعلاوه برای داوطلبین مبهم است که تا کجا می‌توان درمانگر را به فضای ذهنی و حتی فیزیکی خود راه دهند؟ برای آن‌ها روشن نیست که درمانگر تا چه اندازه اجازه دارد باورها و اعتقادات آن‌ها را به چالش بکشد. یا لازم است چه حریمی را از لحاظ تماس و ارتباط با ایشان داشته باشند. تجربهٔ داوطلب ۱۶ به صراحت اشاره به این عدم آگاهی دارد: "آدم خب آگاهی نداره به یسری مسائل که مثلاً مرزهاش کجاست، خب من نوجوان هم بودم دیگه، واقعاً آگاهی نداشتم." (داوطلب ۱۶).

جدول ۱. مقوله‌های اصلی، فرعی و کدهای ثانویه آسیب در جلسات روان‌درمانی از نگاه مراجعین

	طبقه‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدهای ثانویه
عوامل زمینه‌ساز آسیب (مرتبط با مراجع + مرتبط با درمانگر)	عوامل مرتبط با مراجع	استیصال و درماندگی	وجود احساس تنهایی، فهم و درک نشدن از جانب دیگران، تجربهٔ هیجانات دشوار
		بت ساختن از درمانگر	دسترسی سخت به درمانگر، هزینه بالای درمان، مدرک تحصیلی و جایگاه اجتماعی ویژه، بی‌نقص بودن و همه‌چیزدان بودن
		بی‌اطلاعی از حقوق و فرآیند درمان	عدم اطلاع از مرزهای روان‌درمانی، عدم اطلاع از رویکردهای متفاوت درمانی، باور به دردناک بودن جلسات ابتدایی، بی‌دفاع بودن از ابتدای جلسات
	عوامل مرتبط با درمانگر	آتوریتهٔ درمانگر	موضع خودشیفتگی درمانگر شامل اولویت بودن نیاز خود بجای مراجع، عدم توجه به انتظارات مراجع در دادگاه بودن شامل احساس فشار و اجبار، اصلاح کردن و سرزنش، نگاه بالا به پایین
		رابطهٔ ضعیف درمانی	نبود احساس امنیت، عدم توجه کافی، عدم درک مراجع، نبود همدلی و حمایت کافی
آسیب	شرم	بی‌اهمیت بودن/ بی‌ارزش بودن	عدم دریافت حمایت و همدلی لازم هنگام بیان تجربیات دردناک، بی‌توجهی نسبت به مراجع و بافتار زندگی او، عدم صرف زمان کافی برای مراجع
		طرد شدن/ پس‌زده شدن	عدم نوبت‌دهی منظم به مراجع، لغو جلسات، ساده گذر کردن از گفته‌های مراجع، بی‌توجهی به خواست مراجع
		تحقیر/ مسخره شدن	بی‌توجهی درمانگر نسبت به واکنش‌های بدنی و هیجانی خودش، کوچک شمردن رنج مراجع
		ناکافی بودن/ ناتوانی	توجه صرف به نکات منفی در مراجع، خودافشایی درمانگر، عجول بودن درمانگر، شهرت درمانگر
		برچسب زدن به خود	عجول بودن درمانگر در ارائه راهکار، تشخیص زودهنگام درمانگر، طرح تشخیص با مراجع
	سواستفاده شدن	تجاوز روانی	آگاهی درمانگر نسبت به خلأهای زندگی مراجع، تجربهٔ احساس فشار و اجبار برای عمل به شیوه‌ای خاص

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

جدول ۱. مقوله‌های اصلی، فرعی و کدهای ثانویه آسیب در جلسات روان‌درمانی از نگاه مراجعین

	طبقه‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدهای ثانویه
		موش آزمایشگاهی بودن	عدم وجود ساختار مشخص در درمان، عدم پیگیری تکالیف و موضوعات جلسات پیشین، استفاده از تکنیک‌ها مختلف بدون وجود ساختار منسجم
		مشتری بودن جای مراجع بودن	عدم انعطاف در زمان جلسه، تأکید بر هزینه جلسات و پرداخت منظم آن‌ها، عدم انعطاف در هزینه جلسات، بی‌توجهی به شرایط مالی و یا شغلی مراجع
راهبردها	استراتژی مقابلهٔ مراجع به آسیب تجربه‌شده	منفعل	عدم‌اعتماد به احساس ناخوشایند درونی، توجیه عمل درمانگر، خود را مقصر آسیب دانستن، تلاش جهت کسب حمایت درمانگر، صبوری به امید تغییر
		فعال	بیان مجدد انتظارات، صحبت از احساس ناخوشایند درونی، نقد رفتار درمانگر، فاصله گرفتن از رابطه
	استراتژی درمانگر نسبت به استراتژی مراجع	توجیهی	عدم قبول سهم خود در تجربهٔ ناخوشایند مراجع، توجیه و انکار آسیب، نادیده گرفتن آسیب، سعی در طفره رفتن از بحث در مورد آسیب
		اصلاحی	وجود گشودگی برای پذیرش احساس ناخوشایند مراجع نسبت به درمانگر، اعتباربخشی به هیجان مراجع، ایجاد فضایی برای گفتگو از احساس مراجع، اقدام مشترک برای اصلاح شرایط
پیامدها	در صورت وجود برخورد توجیهی	فردی	نشخوار فکری، افت عملکرد
		بین فردی	انزوا، ناامید شدن از روان‌درمانی
	در صورت وجود برخورد اصلاحی	تقویت اتحاد درمانی، پیشرفت درمان	

بی‌دفاع بودن از ابتدای جلسات: داوطلبین در جلسهٔ ابتدایی در مورد عمیق‌ترین زخم‌ها و مشکلات خود صحبت می‌کنند و بعضاً مواردی را مطرح می‌کنند که به آسیب‌پذیرتر شدنشان دامن می‌زند. داوطلب که در شرایط درمانده با تردید و ابهام در جلسه حاضر شده، به‌واسطهٔ فرآیند بت ساختن از درمانگر و اعتماد اولیه به ایشان، انتظار آسیب از جانب درمانگر را ندارد، مسئولیت درمان را همان‌طور که در سیستم پزشکی مرسوم است به دست درمانگر می‌سپارند و سعی می‌کنند بی‌دفاع و کاملاً عریان به لحاظ روانی در جلسهٔ درمان حاضر شوند. از نگاه داوطلبین آگاهی نسبت به جزئیات زندگی ایشان، پیش از آنکه رابطه‌ای میان درمانگر و مراجع شکل گرفته باشد می‌تواند زمینه را برای بروز آسیب فراهم سازد. داوطلب ۷ که عنوان می‌کند از ابتدای جلسات خودافشایی‌های زیادی داشته است از تجربهٔ خود چنین می‌گوید: "خب به نظر من وقتی می‌خوای بری تراپی، انگار می‌خوای بری استحمام کنی، در بیاری اون لباس‌هاتو، واضح واضح باشی، عریان باشی. تا اون آدم بتونه ببینه و درست کمک کنه" (داوطلب ۷)

باور به دردناک بودن جلسات ابتدایی: داوطلبین مطابق با شنیده‌ها و تصورات پیشین خود، فرآیند رشد، آگاهی و تغییر را دردناک و همراه با مشقت می‌دانند. آن‌ها تجربیات دردناک خود را که درمانگر مسبب به وجود آمدن آن‌هاست به این باور نسبت داده‌اند و جلسات درمانی را با این ذهنیت که صبوری کردن می تواند باعث بروز تغییرات مثبت شود، ادامه داده‌اند. همان‌طور که داوطلب ۱۴ عنوان می‌کند: "من با خودم فکر می‌کردم که من باید اذیت بشم تا این روند درمان من شکل بگیره و این اذیت شدن‌ها برای خوب شدنه. چون که خوب شدن درد داره. رشد کردن درد داره." (داوطلب ۱۴)

۱،۲. عوامل زمینه‌ساز آسیب مرتبط با درمانگر

آتوریتهٔ درمانگر: گزارش داوطلبین نشان می‌دهد آن‌ها درمانگر را در جایگاهی نابرابر با خودشان ارزیابی می‌کنند. با در نظر گرفتن شرایط داوطلب یعنی درمانده بودن هنگام مراجعه، سختی موجود در نوبت گرفتن خصوصاً از درمانگران مطرح، هزینهٔ بالای روان‌درمانی در ایران (و نبود بیمه برای استفاده از این خدمات) و در ادامه بت ساختن از درمانگر به‌عنوان فردی متخصص می‌توان گفت داوطلبین درمانگر را در جایگاه قدرت می‌بینند. به‌طور خاص به نظر می‌رسد مراجعینی که از اقلیت‌های قومی، مذهبی، زبانی هستند، زمانی که با درمانگری از یک کلان‌شهر جلسه داشتند، با احتمال بیشتری درمانگر را در جایگاه قدرت دیده و تحت تأثیر او قرار می‌گرفتند. بودن در جایگاه قدرت در درمانگر آسیب‌زا، از نگاه داوطلبین خود را به دو شکل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

عمده نشان می‌دهد. دو مقولهٔ فرعی انتزاع شده از آتوریتهٔ درمانگر شامل «موضع خودشیفتگی درمانگر» و «در دادگاه بودن» می‌باشد.

موضع خودشیفتگی درمانگر: تجربهٔ داوطلبین از حضور در جلسه نشان می‌دهد که درمانگر جای پرداختن به مسئلهٔ آن‌ها به خواست و انتظار خودش می‌پردازد. درواقع بیشتر از آنکه مراجع مرکز توجه درمانگر باشد، این درمانگر است که نیاز خود را در جلسه پاسخ می‌دهد. به دنبال ارضای کنجکاوی شخصی است جای آنکه خواهان کشف دنیای مراجع باشد یا بخواهد نسبت به مسئلهٔ او شناخت پیدا کند. در حقیقت انتظارات مراجع در جلسه موردتوجه قرار نمی‌گیرد. باید توجه داشت خودشیفتگی درمانگر تنها محدود به درمانگران تازه‌کار و یا کم‌تجربه نیست. گزارش‌ها نشان می‌دهد پرداختن به خود جای مراجع حتی در درمانگران بسیار باتجربه، صاحب‌نام و مطرح نیز در گزارش‌های داوطلبین به چشم می‌خورد. تجربیات داوطلب ششم و شانزدهم به‌عنوان نمونه می‌تواند روشنگر باشد:

"می‌دونین هرچی بیشتر پیش می‌رفتیم حرف زدن از خودش بیشتر می‌شد. یعنی واقعاً دیگه جلسهٔ آخر این حس رو داشتم که واقعاً کسی که مهمه اونه، موضوع اونه، مسئله من نیستم." (داوطلب ۶)

"مثلاً خب من از همون موقع اعتقادات مذهبی داشتم. بعد خب زمان زیادی سر جلسات به این می‌گذشت که با یه حالت تمسخرآمیزی باهام صحبت می‌کرد در مورد این قضیه باهام که اینارو ولش کن" (داوطلب ۱۶)

در دادگاه بودن: به گزارش مشارکت‌کنندگان، آن‌ها از شرکت در جلسه احساس حضور در جلسهٔ دادگاه داشتند. داوطلبین که خواستار حضور در محیطی امن هستند که بتوانند رنج خود را بازگو کنند و درک و فهم شوند، از بودن در جلسهٔ مشاوره احساس فشار، اجبار، قضاوت‌شدن، اصلاح‌شدن و سرزنش‌شدن می‌کنند. گویی جلسهٔ محاکمهٔ آن‌هاست و درمانگر در مقام قاضی در اسرع وقت به دنبال صدور حکم بوده و می خواهد هرچه سریع‌تر تکلیف را روشن نماید. درواقع درمانگر در بیان قضاوت خود عجول است، برچسب می‌زند، از مراجع ایراد می‌گیرد و دست به سرزنش او می‌زند، و به‌واسطهٔ این قضاوت زودهنگام در پی اصلاح مراجع برمی‌آید. این در حالی است که مراجعین مقهور آتوریتهٔ درمانگر بوده و قضاوت‌های زودهنگام ایشان را در جلسه فرض مسلم می‌انگارند و بعضاً حتی در صورت مخالفت و یا وجود احساس ناخوشایند نسبت به آن منطبق با آن عمل می‌کنند. داوطلب دوم، ششم و هفتم از تجربهٔ خود چنین می‌گویند:

"اینجور به من فیدبک داده میشد که تو اینجا حق نظر دادن نداری، یه نوع انگار دیکتاتوری توی جلسه" (داوطلب ۲)

"انقدر توی این درمان تحت فشار بودم برای اینکه بخوام خودمو خوب جلوه بدم" (داوطلب ۶)

"مثل مادری که ارزیابی می‌کنه، مقایسه می‌کنه، انگار گرفته داره محاکمه‌ات می‌کنه" (داوطلب ۷)

رابطهٔ درمانی ضعیف: گزارش پرتکرار داوطلبین در خصوص اهمیت رابطه‌ای که در جلسه با درمانگر برقرار می‌شود نشان از اهمیت ویژهٔ رابطهٔ درمانی برای ایشان دارد. عجیب نیست که رابطهٔ درمانی به‌عنوان یک زمینه‌ساز اصلی برای پیش‌برد درمان مؤثر و یا آسیب‌زا برای مراجعین موردتوجه باشد باوجوداین، گزارش داوطلبین نشان می‌دهد حتی در مواردی که این رابطه به‌خوبی شکل گرفته باشد زمینه برای بروز آسیب فراهم است. این مقوله شامل «نبود احساس امنیت»، «عدم توجه کافی»، «عدم درک مراجع»، «نبود همدلی و حمایت» می‌باشد.

۲. آسیب از نگاه مراجعین: اما پس از پرداختن به زمینه‌سازهای آسیب، فهم چیستی آسیب از نگاه مراجعین حائز اهمیت است. داوطلبین آسیب را تجربهٔ رنج هیجانی یا شناختی می‌دانند که پیش از شرکت در جلسات روان‌درمانی وجود نداشت و یا از شدت کمتری برخوردار بود به‌گونه‌ای که رنج تجربه‌شده مستقیماً به اقدامات درمانگر مرتبط بوده و عملکرد فرد را در همان مقطع جلسات و یا حتی طولانی‌مدت (بعد از پایان یافتن جلسات) تحت تأثیر قرار داده است. مقولات اصلی در کشف چیستی آسیب شامل «شرم» و «سوءاستفاده شدن» می‌باشد.

شرم

مطابق با گزارش داوطلبین می‌توان گفت هستهٔ مرکزی آسیب از نگاه مراجعین تجربهٔ احساس شرم در جلسات درمانی است. داوطلبین به‌واسطهٔ تجارب زیسته‌شان از جلسات اظهار داشتند به‌واسطهٔ اقدامات درمانگر، احساس شرم را چه در طول جلسه و چه پس‌ازآن تجربه می‌کنند. احساس شرم خود از مقولات فرعی «بی‌اهمیت بودن/ بی‌ارزش بودن»، «طرد شدن/ پس‌زده شدن»، «تحقیر/ مسخره شدن»، «ناکافی بودن/ ناتوانی»، «برچسب زدن به خود» انتزاع شده است.

داوطلبین گزارش می‌کنند در مواقعی که توجه لازم را دریافت نکرده، درک و فهمیده نمی‌شوند، همدلی و حمایتی نمی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

بینند و از جانب درمانگر آن‌طور که باید موردپذیرش نیستند، احساس بی‌اهمیت بودن و بی‌ارزش بودن را تجربه می‌کنند. در نقطهٔ مقابل کسانی که پس از درمان آسیب‌زا تجربهٔ درمان موفق داشته‌اند، تجربهٔ درمان کارآمد خود را همراه با احساس خاص بودن برای درمانگر یا مهم بودن برای ایشان می‌دانند. آن‌ها وجه تمایز درمانگر کارآمد را از درمانگر آسیب‌زا شنونده بودن، درک و فهم عمیق هیجانات، مشتاق و کنجکاو بودن جهت شناخت عمیق مراجع و گشوده بودن بیان می‌کردند. برخی داوطلبین احساس شرم را به شکل طرد شدن یا پس‌زده شدن تجربه می‌کردند. داوطلبین با درماندگی در جلسه حاضر شده و از پیش بابت احساس درک نشدن و شنیده نشدن توسط دیگران، تنهایی را تجربه می‌کنند. حضور در جلسهٔ روان‌درمانی و ارتباط با درمانگر حکم پناه و تکیه‌گاه امنی برای آن‌ها می‌باشد. عدم نوبت‌دهی منظم به مراجع، لغو کردن جلسه، ساده گذر کردن از گفته‌های مراجع و یا عدم توجه به خواست ایشان از جمله مواردی است که برای داوطلبین با تجربهٔ احساس طرد شدن همراه بوده است. مشارکت‌کنندگان با تجربهٔ طردشدگی از جانب درمانگر احساس بی‌پناهی عمیقی را تجربه می‌کنند و حس می‌کنند به هیچ کجا تعلق ندارند. داوطلب ۵ از تجربهٔ شرم خود این‌چنین می‌گوید:

"یه موقع‌هایی که حالم بد بود می‌خواستم باهاشون بیشتر صحبت کنم می‌گفتن حالا امشب که دیگه وقتمون تمومه بذاریم جلسهٔ دیگه و خب فکر می‌کنم ازم خسته شدن. مثل همیشه من برای هیچ‌کس اهمیتی ندارم." (داوطلب ۵)

برای برخی مشارکت‌کنندگان تجربهٔ شرم به شکل تحقیر-شدن یا مسخره‌شدن ادراک می‌شد. آن‌ها حس می‌کردند به‌واسطهٔ بیان داستان زندگی‌شان و رنجی که تجربه کرده‌اند توسط درمانگر کوچک شمرده شده و یا مورد تمسخر قرار گرفته اند. نکته قابل‌توجه اینجاست که داوطلبان توجه زیادی بر زبان بدن فرد، نوع بیان، تن صدا، سرعت ادا کردن کلمات دارند و حتی جزئی‌ترین واکنش‌های درمانگر را زیر نظر دارند. داوطلب ۹ در این رابطه چنین می‌گوید: "بارها پیش اومد که به چیزی که من می‌گفتم می‌خندید، پوزخند می‌زد، که این تمسخر شدن برای من خیلی سخت بود." (داوطلب ۹)

به شکلی دیگر زمانی که درمانگر برای گرفتن نتایج درمانی عجول است و سریع به قضاوت و یا راه‌کار دادن متوسل می شود، همدلی و توجه لازم به درماندگی مراجع را به عمل نیاورده، احساس تحت‌فشار قرار گرفتن و در دادگاه بودن را برای مراجع تداعی می‌کند، مراجعین احساس ناکارآمد بودن و ناتوانی را تجربه می‌کنند. حس می‌کنند فرد ضعیفی هستند و نمی‌توانند حتی باوجود کمک درمانگر به این ضعف و ناتوانی غلبه کنند. برخی داوطلبین نیز با برچسب زدن به خود به‌واسطهٔ آنچه در جلسات تجربه شده بود چه در طول جلسه و چه مدت‌ها پس‌ازآن درگیر بودند. آن‌ها صفات و ویژگی‌های مختلفی چون: «بدبخت»، «دروغگو»، «به‌درد نخور»، «دورو»، «هیولا» و ... را به خود نسبت می‌دادند که با گذشت مدت‌ها از جلسات به این بینش رسیده بودند که ناشی از اقدامات درمانگر آسیب‌زا بوده است.

افکار مبنی بر سوءاستفاده شدن

مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کنند در طول جلسه و یا حتی به صورت درازمدت بعد از اتمام جلسات افکار و خاطرات آسیب زایی مرتبط با جلسات را تجربه می‌کنند که پیش از جلسات وجود نداشته و برایشان بسیار آزاردهنده است. آن‌ها در جلسه و حتی پس‌ازآن افکار و خاطرات مرتبط با سوءاستفاده کردن درمانگر از آن‌ها را تجربه می‌کنند. بودن در شرایط درماندگی، اشراف درمانگر به جزئیات زندگی آن‌ها، آگاهی از نیازها و خلاء موجود در زندگی‌شان باعث می‌شود درمانگر به‌واسطهٔ بودن در موضع خودشیفتگی، نیاز خود را در اولویت قرار داده و یا حتی نیاز مراجع را نادیده بگیرد. تجربیات داوطلبین نشان می‌دهد این افکار به اشکال مختلفی نظیر «تجاوز روانی»، «موش آزمایشگاهی بودن»، «مشتری بودن جای مراجع بودن» خود را نشان می‌دهد.

تجاوز روانی: درمانگر به‌گونه‌ای داوطلب را تحت‌فشار و اجبار قرار می‌دهد که به شیوهٔ خاصی عمل کند. این فشار و اجبار به اعتقاد داوطلب بنا بر اشراف درمانگر به جزئیات زندگی داوطلب متفاوت اتفاق می‌افتد. درواقع گاهی به شیوهٔ قهری و با سرزنش‌گری، گاهی با مقایسه‌گری و گاهی نیز با تعریف و تمجید هنگامی‌که داوطلب مطابق با میلش برخورد کرده است. چنان‌که داوطلب دوم و هفتم در این خصوص از تجربه‌شان صحبت می‌کنند:

"من احساس کردم که این آدم سعی کرده من رو وابستهٔ خودش یا وابستهٔ جلسات کنه، انگار تعمداً سعی کرده این رو. تویی که از زندگی عاطفی من با خبر بودی چرا سعی کردی با برخوردت منو وابستهٔ خودتو جلساتت کنی" (داوطلب ۲)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

"احساس می‌کنی حتی به حریم روانت تجاوز کرده، بدون اینکه تو بهش اجازه بدی مرحله به مرحله اومد جلو، یهو اومد رد شد رفت. مثل فیلم تروا و اون اسب چوبی که می‌برن توی قلعه، حس کردم اونم به قلعهٔ ذهنم تجاوز کرد" (داوطلب ۷)

موش آزمایشگاهی بودن: داوطلبین فکر می‌کنند که درمان دارای ساختار به خصوصی نیست. درمانگر موارد متعددی را پیگیری کرده و تمرکزی روی موضوعیت خاصی ندارد. صرفاً تکنیک‌ها و راهکارهای مختلف را آزمون‌وخطا می‌کند تا ببیند چه نتیجه‌ای به دست می‌آید. نبود ساختار مشخص در درمان، رها کردن صحبت‌های جلسات پیشین و نپرداختن به موضوعات طرح‌شده، پیگیری نکردن تمرینات یا تکالیفی که برای مراجع تعیین شده بود از جمله شواهد داوطلبین برای این مقوله عنوان شده است. داوطلب ۴ دراین‌باره این‌چنین می‌گوید:

"حس می‌کردم هیچ برنامه‌ای نداشت برای صحبت‌هامون، با وجودی که چند جلسه پیش رفتیم ولی اینجوری بودم که داره تجربیات خودشو پیشنهاد میده، هرچی هرجا خونده داره روی من امتحان می‌کنه. آخه نمیشه چیزی که جایی نتیجه داده برای منم بخواد کار کنه که" (داوطلب ۴)

مشتری بودن جای مراجع بودن: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان درمانگر بیشتر از آنکه خواهان شناخت و کمک به ایشان باشد، فرآیند جلسات را به چشم بیزینس می‌نگرد و صرفاً دریافت هزینه برایش اهمیت دارد. دریافت هزینه پیش از جلسه، دریافت هزینهٔ چندین جلسه به صورت یکجا، نگاه کردن چندین‌باره به ساعت در جلسه، کش دادن بی‌دلیل جلسات، سکوت‌های طولانی‌مدت در جلسه و حرفی نزدن، عدم انعطاف‌پذیری در مدت‌زمان جلسه و یا تأکید بسیار درمانگر برای دریافت هزینهٔ هر دقیقهٔ اضافه از جلسات از جمله مواردی است که داوطلبین از آن‌ها به‌عنوان شواهدی یاد کرده‌اند که درمانگر بیشتر از آنکه داوطلب برایش مهم باشد، او را به چشم مشتری می‌دیده است.

۳. استراتژی مقابله‌ای داوطلب با آسیب: داوطلبین از استراتژی‌های مختلفی استفاده می‌کردند تا از وقوع مجدد آسیب پیشگیری کرده، یا در حین تجربهٔ آن از شدتش بکاهند و یا از شر آن خلاص شوند. مقوله‌های آشکار شده شامل: «منفعل» و «فعال» می‌باشند. به نظر نمی‌رسد داوطلبین تنها یکی را اختیار کنند بلکه بنا بر داده‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت با توجه به تاریخچهٔ ارتباطی که در رابطهٔ والد فرزندی تجربه کرده‌اند همچنین شرایط فعلی رابطهٔ درمانی، افراد در مقاطع مختلف راهبردهای متفاوتی را به کار می‌بندند.

استراتژی منفعل: اشاره به موقعیتی دارد که مراجع علی‌رغم تجربهٔ آسیب‌زایی که از جانب درمانگر داشته، جلسات درمانی خود را ادامه داده و در خصوص آسیب تجربه‌شده فعالانه اقدامی انجام نمی‌دهد. این استراتژی خود از مقولات فرعی «عدم اعتماد به احساس ناخوشایند درونی»، «توجیه عمل درمانگر»، «خود را مقصر آسیب دانستن»، «تلاش جهت کسب حمایت درمانگر» و «صبوری به امید تغییر» انتزاع شده است.

هرچند به نظر می‌رسد ملاک اساسی داوطلبین برای آسیب‌زا دانستن درمان تجربهٔ هیجانی چون شرم است، آن‌ها به احساس ناخوشایند درونی خود اعتماد نکرده، آن را نادیده می‌گیرند و به روند درمان ادامه می‌دهند. داوطلبین نه‌تنها به احساس درونی خود اعتماد نمی‌کنند، به اشکال مختلفی عمل درمانگر را نیز توجیه می‌کنند. به نظر می‌رسد مشارکت‌کنندگان اصلاً انتظار آسیب از جانب درمانگر را ندارند. برخی داوطلبان احتمال می دهند شرایط گذرا بوده و در ادامه تغییر می‌کند. برخی نیز معتقدند چون دیگران رضایت دارند احتمالاً مشکلی از جانب درمانگر مطرح نیست. گزارش داوطلبین نشان می‌دهد که آن‌ها خود را مقصر به‌وجودآمدن این احساس ناخوشایند می‌دانند و عنوان می‌کنند حتماً دچار عیب و ایرادی هستند که باعث شده درمانگر این‌چنین با ایشان برخورد کند. آن‌ها به مقصر دانستن خود اکتفا نکرده بلکه خود را بابت اشتباهی که مرتکب شده‌اند سرزنش می‌کنند. حتی برخی داوطلبین به درمانگر حق می‌دادند که آن‌ها را سرزنش کند. داوطلبین ازآنجاکه خود را در تجربهٔ آسیب مقصر می‌دانند، تلاش بیشتری در جهت کسب حمایت و توجه درمانگر به‌عنوان شخصی متخصص که راه درست را می داند، می‌نمایند. به همین جهت سعی می‌کنند در مسیری که درمانگر هدایت می‌کند حرکت کرده و خوشایند درمانگر عمل کنند تا هرچه بیشتر تائید و توجه درمانگر را تجربه نمایند. برخی داوطلبین با این ذهنیت که در صورت صبوری و تسلیم خواست درمانگر بودن می‌توان شاهد بهبودی در ادامهٔ روند درمان بود جلسات را ادامه می‌دهند و احساس ناخوشایند تجربه‌شده را جزئی از درمان می‌پندارند. به نظر می‌رسد داوطلبینی که اغلب از راهبرد منفعلانه استفاده می‌کنند حتی در صورت بینش نسبت به آسیب‌زا بودن جلسات و مقصر دانستن درمانگر، بازهم چند جلسه ای زمان می‌برد که بخواهند فعالانه اقدامی انجام داده و یا بخواهند جلسات را پایان دهند. در چنین شرایطی معمولاً از نقاب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

زدن و خودسانسوری برای به دست آوردن توجه درمانگر و دوری از سرزنش استفاده می‌کنند. در این‌چنین شرایطی تصویری از خود ارائه می‌دهند که با خود واقعی‌اش همسو نبوده و از خواست شخصی‌اش فاصله داشته است. فرد در این وضعیت نقش بازی می‌کند مشارکت‌کنندگان به اشکال مختلف از جمله تغییر پوشش همیشگی خود به پوششی ساده‌تر و یا آرایشی نداشتن، تظاهر به نفهمیدن منظور درمانگر، دروغ گفتن به ایشان، نپرداختن به موضوعات چالش‌برانگیز به‌صورت آگاهانه سعی می‌کنند خود واقعی‌شان را در جلسه ابراز نکنند. ممکن است شخصاً اقدامی برای پایان دادن به جلسات انجام نداده و برای پایان یافتن منتظر عامل بیرونی باشند. راهبرد داوطلب ۹ در مورد آنچه آسیب‌زا می‌داند می‌تواند روشنگر باشد:

"بیشتر از خودم انتظار داشتم انگار که در برابر اونچه درمانگر می‌کرد ظرفیتم بالاتر بره. من فکرم این بود که اگر من ظرفیتم بالاتر بره و بیشتر بتونم بپذیرمش اونم رفتارش باهام بهتر میشه. به همین خاطر تلاش می‌کردم اونطور که اون میگه برخورد کنم. چون باور نداشتم تقصیری متوجه اون آدم باشه، مستقیماً چیزی هم بهش ابراز نمی‌کردم" (داوطلب ۹)

استراتژی فعال: داوطلب در این استراتژی هنگام تجربهٔ آسیب فعالانه در جهت ابراز تجربیات آسیب‌زا و یا ناخوشایند خود که عامل آن را درمانگر می‌داند اقدام کرده یا مستقیماً رفتار درمانگر را موردانتقاد قرار داده است. در حقیقت داوطلب درمانگر و رویهٔ جاری را به چالش کشیده است. این مقوله خود از مقولات فرعی «بیان مجدد انتظارات»، «صحبت از احساس ناخوشایند درونی»، «نقد رفتار درمانگر» و «فاصله گرفتن از رابطه» انتزاع شده است.

داوطلب وقتی می‌بیند جلسات به سمت هدفی که خواهان آن است پیش نمی‌رود در عوض شاهد بروز تجربیات آسیب‌زا است، مجدداً انتظارات خود را از جلسات با درمانگر در میان می گذارد. به‌نوعی آن‌ها به‌این‌ترتیب به درمانگر فرصتی دوباره می دهند و او را محک می‌زنند. گاهی بیان انتظار همراه با بیان احساسات ناخوشایند مراجع در طول جلسه همراه است. هرچند بیان این احساس ناخوشایند و آسیب‌زا اغلب به‌سادگی اتفاق نمی افتد و با تردید همراه است، برخی داوطلبین از تجربهٔ ناخوشایند خود در جلسه شروع به صحبت می‌کنند و یا مستقیماً نارضایتی خود را از رفتار درمانگر ابراز کرده و حتی خواهان تغییر هستند. درواقع پس از بیان مجدد انتظارات خود و صحبت از احساسی ناخوشایند تجربه‌شده، داوطلب این بار رفتار درمانگر را موردنقد قرار می‌دهد و در صورت عدم مشاهدهٔ تغییر در روند موجود از جلسات به اشکال مختلفی فاصله می‌گیرند. تماس چشمی کمتری با درمانگر داشته و تمرکز کمتری را صرف جلسه می کنند. برخی داوطلبین گزارش می‌کنند در جلسه دورترین صندلی از جایی که درمانگر نشسته را برای نشستن انتخاب می‌کنند. آن‌ها در فاصلهٔ بین جلسات خواستار رسیدن به روز جلسه نبوده و تا حد امکان با آوردن بهانه جلسات را به تعویق انداخته و یا به‌طورکلی تمام می‌کنند. برخلاف نقاب داشتن داوطلبینی که راهبرد آن‌ها فاصله گرفتن از درمانگر است فعالانه‌تر پاسخ داده و با تعداد جلسات محدودی، به روان‌درمانی خاتمه می‌دهند. تجربهٔ داوطلب ۷ در این مورد می‌تواند روشنگر باشد:

"یه جا به طرف گفتم خانم این که شما داری من رو با پسرت مقایسه می‌کنی، مادرم منو با دیگران مقایسه کرد و کلی بهم آسیب زد. این کارو نکنید" (داوطلب ۷)

٤. استراتژی درمانگر نسبت به استراتژی داوطلب:

برای فهم دقیق مفهوم آسیب که اساس کار این پژوهش به شمار می‌رود لازم است به استراتژی درمانگر نسبت به آنچه داوطلب آسیب می‌داند و کنشی که نسبت به آن اختیار می‌کند نیز بپردازیم چراکه مطابق با گزارش داوطلبینی که جز تجربهٔ آسیب‌زا تجربهٔ روان‌درمانی کارآمد و موفق نیز داشته‌اند، تجربیات مشابهی را شاهد هستیم. درواقع داوطلب در درمان موفق خود نیز به‌واسطهٔ اقدامات درمانگر شرم و یا افکار مرتبط با سوءاستفاده شدن گاهی برایش به وجود می‌آید. با وجود این آنچه این دو تجربه را از نگاه داوطلبین متمایز می‌سازد واکنشی است که درمانگر نسبت به تجربهٔ آسیب‌زای آن‌ها داده است. با تحلیل داده‌های حاصل از گزارش داوطلبین واکنش درمانگر نسبت به راهبرد داوطلب را می‌توان در دو مقوله تقسیم‌بندی کرد: «واکنش‌های اصلاحی» و «واکنش‌های توجیهی».

واکنش اصلاحی: در این راهبرد درمانگر توان شناسایی آنچه توسط داوطلب آسیب تلقی می‌شود را دارد. همچنین گشودگی لازم برای پذیرا بودن احساسات ناخوشایند درمان‌جو نسبت به خودش را دارا بوده و توانسته به موقعیت به شکلی کارآمد پاسخ دهد. اعتباربخشی به هیجانات مراجع، ایجاد فضایی برای گفتگو در مورد آنچه در حال وقوع است و حتی در صورت نیاز خواستن فرصت برای اصلاح و بهبود آنچه اتفاق افتاده از جمله واکنش های کارآمد درمانگران موفق از دید داوطلبین بوده است. نکتهٔ مهم آنجاست درصورتی‌که داوطلب با این‌چنین واکنش اصلاحی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

از جانب درمانگر روبرو شود، نه‌تنها از تجربهٔ ایجادشده به‌عنوان آسیب یاد نمی‌شود بلکه شاهد عمیق‌تر شدن اتحاد درمانی و حتی گزارش بهبودی در مراجع هستیم. مشارکت‌کنندهٔ ۱۳ که به‌واسطهٔ اقدام درمانگر تجربهٔ شرم و سوءاستفاده شدن را نیز گزارش می‌کند از واکنش درمانگر چنین می‌گوید:

"گاهی این حس امنیتی که داشتم باعث می‌شد بخوام حرفامو بهش بزنم و از حق نگذریم حتی اگر نقدش می‌کردم ازم دور نمیشد. از احساسم می‌پرسید. هی می‌گفت این کار من چه حسی بهت داد؟ و می‌گفت حق می‌دم که اینطور ازم ناراحت باشی" (داوطلب ۱۳)

واکنش توجیهی: از سمت دیگر واکنش توجیهی درمانگر اشاره به مواردی دارد که درمانگر آگاهانه یا ناآگاهانه تلاشی در جهت دیدن شرایط از نقطه‌نظر مراجع نمی‌کند. پذیرای اشتباه شخصی نبوده و بنا به گزارش داوطلبین اقدامات خود را توجیه یا انکار می‌کند، یا بر گفته‌ها و اقدامات قبلی خود اصرار می‌ورزد. تجربهٔ مراجع را نادیده گرفته یا حتی مراجع را در تجربهٔ آسیب زایش مقصر می‌داند. در برخی موارد این تجربهٔ ناخوشایند را با طبیعی بودن حال بد در جلسات توجیه می‌کنند و یا سعی در پرت کردن حواس مراجع از تجربه‌اش دارد. لازم به ذکر است، واکنش توجیهی گسترهٔ آسیب گزارش‌شده را دوچندان کرده و می‌تواند پیامدهای درازمدتی را برای مراجعین به همراه داشته باشد. مشارکت‌کنندهٔ ۱۴ هنگام تجربهٔ آسیب واکنش درمانگر را این‌گونه توصیف می‌کند:

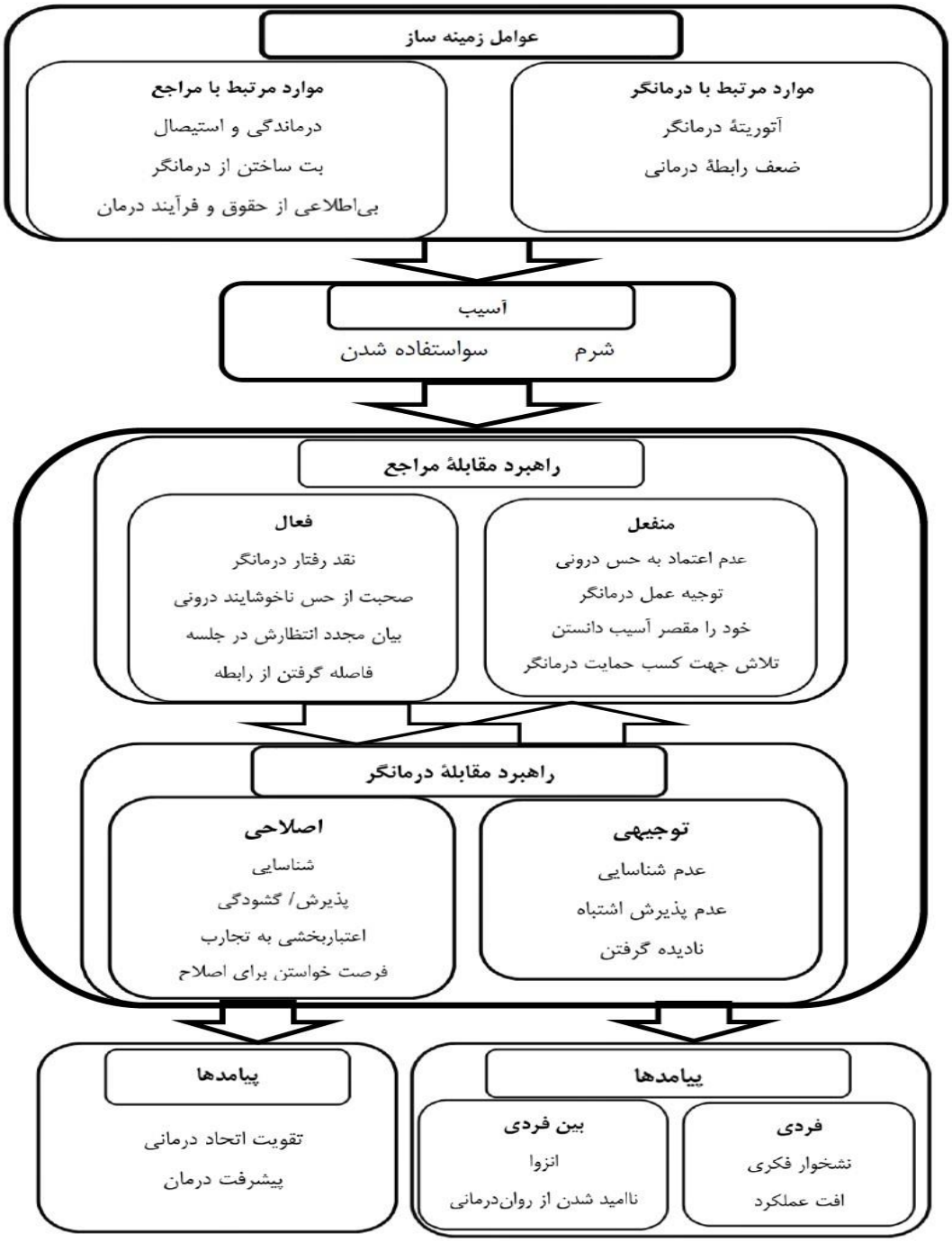
"یک‌دفعه نگفتش که «حق دارین شما» با وجودی که اشتباهات بزرگی داشته ولی یک‌دفعه نگفتن که من اشتباه کردم. یعنی من تا حالا این کلمه رو نشنیدم از زبونشون و خب این خیلی برای من سخت بود" (داوطلب ۱۴)

۵. پیامدهای آسیب: مطابق با آنچه پیش‌تر آمد می‌توان گفت درصورتی‌که تجربیات هیجانی و شناختی ناخوشایند مراجع که آن را مرتبط با جریان حاضر در جلسه و یا مستقیماً مرتبط با شخص درمانگر می‌داند با واکنش اصلاحی درمانگر همراه شود نه‌تنها از این تجارب ناخوشایند به‌عنوان آسیب یاد نمی‌شود، بلکه می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن ارتباط درمانی شده و در برخی موارد خود درمان باشد. در عوض زمانی که این تجارب شناسایی نشده باشد و یا با واکنش توجیهی درمانگر همراه شود، درمان آسیب‌زا تلقی شده و درمانگر ناکارآمد ارزیابی می‌گردد. درواقع با نگاهی کل‌نگرانه می‌توان گفت زمانی تجربهٔ هیجانی و شناختی توسط داوطلبین به‌عنوان آسیب تلقی می‌شوند که درمانگر نسبت به آنچه در جلسه برای مراجع در حال وقوع است بینش پیدا نکرده و حتی در صورت شناسایی به آن نمی‌پردازد. متأسفانه در این‌چنین شرایطی مراجعین با «پیامدهای فردی» و «بین فردی» مختلفی روبرو می‌شوند که بسیار حائز اهمیت است.

پیامدهای فردی آسیب: داوطلبین در سطح فردی مشغولیت فکری مکرر و مداوم با آسیب تجربه‌شده را تا مدت‌ها بعد از جلسات (با توجه به تجربیات فرد گاهاً تا چند سال پس از جلسات) گزارش می‌کنند. خود را بابت شرکت در جلسات، انتخاب درمانگر، پیروی از راهکارهای او یا انفعال خودشان در جلسه سرزنش می‌کنند. بعضاً مشکل خود را همیشگی قلمداد کرده و غیرقابل حل می‌دانند. بعلاوه علی‌رغم وجود درماندگی و استیصال ابتدایی پیش از حضور در جلسات، افراد بیان می‌کنند آسیب ایجادشده بیش از پیش عملکرد روزانهٔ آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. سطح استرس، اضطراب بالاتری را نسبت به‌پیش از جلسات گزارش می‌کنند که بعضاً برای روبرو شدن با آن به گریه‌های مکرر، پرخوری عصبی (و یا بی‌اشتهایی)، خواب زیاد (و یا بی‌خوابی همراه با کابوس)، استفاده از سیگار یا مشروبات الکلی روی می‌آورند. خود را در طول روز بی‌انگیزه، تنبل، بی انرژی توصیف می‌کنند. همچنین در کارهای روزانه نظیر وظایف شغلی، تحصیلی یا رسیدگی به امور خانه راندمان پیش از جلسات را ندارند. "داوطلب پنجم از تجربهٔ خود چنین می‌گوید: دیگه این دائم برام شده بود مشغلهٔ ذهنی، می‌گفتم اصلاً چرا باید الکی همچین چیزی پیش بیاد، چرا باید یه تراپیست با من این کارو کنه؟ بعد، خیلی طول کشید، شاید یک سال، تا خیلی وقت بعدتر خیلی با خودم کلنجار می‌رفتم. حتی هنوزم در مورد این ماجرا نمی‌دونم با خودم چند چندم. هنوز که هنوزه این تردید برای من وجود داره که من ایراد و اشکالی داشتم یا مشکل از من نبود" (داوطلب ۵)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]



شکل ۱. مدل نظری استخراج شده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان

پیامدهای بین فردی آسیب: با استناد به گزارش داوطلبین مهم‌ترین پیامد بین فردی آسیب تجربهٔ منزوی شدن آن‌ها به‌واسطهٔ جلسات است. افراد نسبت به درمانگر آسیب‌زا احساس خشم و نفرت دارند. برخلاف شروع جلسات که از درمانگر بت ساخته‌شده، او را بسیار ناکارآمد می‌دانند و این ناکارآمدی را به تمام درمانگران تعمیم می‌دهند. انگیزه‌ای برای مراجعهٔ مجدد به درمانگر دیگر ندارند و حتی نزدیکان و اطرافیان را از رفتن به روان‌درمانی منع می‌کنند. فاصله‌گرفتن و انزوا صرفاً محدود به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

دورشدن از فضای روان‌درمانی نیست، چنانچه در گزارش داوطلبین آمده دیگر روابط آن‌ها نیز تحت تأثیر این جلسات قرار گرفته است. آن‌ها در روابطشان عصبی‌تر بوده، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند و به اعتماد آن‌ها نسبت به دیگران و جنس مقابل آسیب وارد شده است (خصوصاً زمانی که درمانگر از جنس مقابل است). احساس تنهایی و بی‌پناهی می‌کنند و در رابطه با خانواده یا دوستان بیش از پیش احساس دوری و سردی دارند. حس می‌کنند توسط دیگران درک نمی‌شوند و به‌واسطهٔ تجربهٔ شرم لازم است بیشتر از پیش برای ثابت کردن خود به دیگران و حتی خودشان تلاش کنند. شکل ۱ مدل نظری استخراج‌شده از تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده با مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. داوطلب دوم و نهم از پیامدهای آسیب روان‌درمانی خود چنین می‌گویند:

"کلاً از درمان ناامید شدم، فکر می‌کردم، آسیب‌های من مشکلات من، درست شدنی نیست. ۲۰ جلسه رفتم پیش یه درمانگر خوب ولی درست نشد. پس فکر کردم من دیگه درست شدنی نیستم، همینه که هست." (داوطلب ۲)

"فکر می‌کنم در طی اون جلسات من همه چیزم خیلی شدیدتر شد، بعد اون تصمیم گرفتم تا درمانگر خیلی مطمئنی پیدا نکنم پیش کسی نرم. حتی بهتون بگم روی ارتباطات صمیمیم با دوستامم تأثیر گذاشته بود، انگار حضور واقعی نداشتم دیگه" (داوطلب ۹).

بحث و نتیجه‌گیری

روان‌درمانی عمدتاً یک درمان گفتگو محور بین فردی است که بر اصول روان‌شناختی متکی بوده و شامل یک درمانگر آموزش دیده و مراجعی است که به دنبال کمک است (۴۵). مراجع به‌تنهایی قادر به حل مشکل نبوده، احساس ناامیدی و بی‌کفایتی می‌کند (۴۶) و در هنگام حضور در جلسات درمانده و آسیب‌پذیر است. همچنین، عدم دسترسی سریع به درمانگر، هزینهٔ بالای روان‌درمانی و نبود بیمه در ایران، مدرک و جایگاه درمانگر در کنار بودن در شرایط آسیب‌پذیری مراجع باعث می‌شود مراجع به درمانگر و رویه‌ای که در پیش گرفته اعتماد قابل‌توجهی داشته باشد. هیچ یک از داوطلبین حاضر در پژوهش احتمال وجود آسیب در جلسات خود را نمی‌دادند. درواقع آن‌ها با پیش‌فرض بدون آسیب بودن روان‌درمانی به درمانگر مراجعه داشتند. انگیزهٔ اصلی خود را برای مراجعه چنان‌که ادبیات پژوهشی نشان می دهد کاهش رنج و تغییر سطح عملکرد عنوان می‌کردند (۴۷)، زمانی که با قضاوت زودهنگام و با عجلهٔ درمانگر روبرو می‌شوند احساس درک نشدن، بی‌توجهی و بی‌ارزشی کرده بعلاوه اغلب خود را مقصر تجربیات هیجانی و شناختی منفی خود می‌دانستند و درمانگر و اعمال او را توجیه می‌کردند. داوطلبین به‌واسطهٔ بت ساختن از درمانگر و اعتمادی که به ایشان دارند درمان را ترک نکرده و به جلسات با این امید که تغییری حاصل خواهد شد ادامه می‌دهند. این یافته با دیگر مطالعات این حوزه همسو می باشد (۳۳، ۴۸).

مراجعی که در شرایط درماندگی و استیصال به درمانگر مراجعه کرده قلباً انتظار دارد شرایطش در محیطی امن، کنجکاوانه و صبورانه از جوانب مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته، شنیده و درک شود. طبیعتاً عملیاتی شدن آن نیازمند صرف زمان برای شناخت جوانب مختلف روایت زندگی مراجع و شکل دادن اتحاد درمانی قدرتمند می‌باشد. مطالعات مختلف نیز همبستگی اتحاد درمانی و بهبودی مراجع را گزارش کرده‌اند (۴۹) با وجود این، جای سؤال است که چرا هنگام پرداختن به مفهوم آسیب توجهی به ماهیت بین فردی درمان صورت نمی‌گیرد. تمرکز تحقیقات حوزهٔ آسیب در روان‌درمانی به‌طورمعمول بر تصمیمات نادرست و نابه‌جای درمانگر و مداخلات آسیب‌زا است (برای نمونه (۲۴، ۳۴، ۵۰)) بعلاوه معمولاً نتایج مداخلات را پس از اتمام جلسات و یا در درازمدت موردتوجه قرار می‌دهند و توجهی به اثرات آنی بین فردی درمانگر–مراجع در حین برگزاری جلسات ندارند (برای نمونه (۴۰)). این در حالی است که مطابق با گزارش داوطلبین حاضر در این پژوهش، طیف گسترده‌ای از هیجانات و افکار منفی در جلسات روان‌درمانی حتی در رابطهٔ میان درمانگر–مراجع تجربه می‌شود (۳۶) چراکه رابطهٔ درمانی رابطه‌ای واقعی است (۵۱). خواه ناخواه در چنین ارتباطی هیجاناتی چون شرم، اضطراب و همچنین افکار ناراحت‌کننده تجربه خواهند شد. در اینجا توجه به این نکته حائز اهمیت است که مراجعین اغلب تجارب منفی خود را با درمانگر مطرح نمی کنند (۵۲) خصوصاً زمانی که این تجربیات مربوط به رابطهٔ میان درمانگر–مراجع باشد. در بستر یک اتحاد درمانی قدرتمند، مراجع می‌تواند به درمانگر اطمینان کند و نه‌تنها از موضوعیت اصلی که برای آن مراجعه داشته صحبت کند، در صورت بروز تجربهٔ منفی در ارتباط با درمانگر نیز آن را به زبان آورده و یا به نحوی ابراز نماید (راهبرد جبرانی). با وجود این، حتی در صورت وجود اتحاد درمانی قدرتمند اغلب مراجعین در ارتباط میان خود با درمانگر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

تسلیم هستند و شکایت از درمانگر و درمان را دشوار تلقی می کنند (۴۸). به نظر می‌رسد بی‌اطلاعی از حقوق و فرآیند درمان، جایگاه نابرابر درمانگر و مراجع، بودن در شرایط درماندگی و ضعف در رابطهٔ درمانی از جمله عواملی است که تعیین می‌کند مراجع چگونه به آنچه آسیب می‌داند واکنش نشان دهد. بعلاوه، مطابق با آنچه در نتایج نیز ذکر شد، به نظر می‌رسد مشارکت کنندگانی که از شهرهای کوچک‌تر بوده و یا در اقلیت هستند (به لحاظ دینی، فرهنگی، زبانی، گویش یا لهجه) وقتی با درمانگری از یک کلان‌شهر چون تهران جلسات درمانی داشتند، امکان اینکه تحت تأثیر آتوریتهٔ درمانگر قرار گرفته و احتمال بروز آسیب شدت پیدا کند، بیشتر خواهد بود.

هرچند، ابتدا خود تجربیات منفی آسیب تلقی می‌شوند، به استناد نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت آنچه تجارب منفی مراجع را به آسیب بدل می‌کند واکنش درمانگر به راهبردی است که مراجع اتخاذ می‌نماید. به‌بیان‌دیگر وجه تمایز اصلی درمانگرانی که توسط مراجعین کارآمد ارزیابی شده‌اند، توانمندی آن‌ها در شناسایی و نحوهٔ پرداختن به تجارب ناخوشایندی است که مراجع تجربه کرده و عامل اصلی آن را درمانگر می‌داند. این در شرایطی است که ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد درمانگران اثرات درمانی خود را بیش از آنچه هست ارزیابی کرده و همچنین تجارب ناخوشایند مراجع را به خود نسبت نمی‌دهند (۵۳). جایگاه نابرابر درمانگر-مراجع در جلسات باعث می‌شود شناسایی تجربیات درونی منفی مراجع برای درمانگر دشوار باشد. بعلاوه لازمهٔ پرداختن به این تجربیات قرار گرفتن در موضع آسیب‌پذیری یا به بیانی دیگر فاصله‌گرفتن از موضع اقتدارگرایانه و خودشیفته‌وار درمانگر است. چنانچه درمانگر توان شناسایی و پرداختن به تجربیات ناخوشایندی که از نگاه مراجع عامل آن‌ها بوده را دارا باشد (برخورد اصلاحی)، نه‌تنها آسیبی از جانب مراجع گزارش نمی‌شود (حتی در صورت پایان یافتن درمان)، رابطه را تقویت کرده و حتی در مواردی شاهد گزارش بهبودی نشانه‌ها و شکایات اصلی شخص هستیم. در عوض در صورت عدم شناسایی، انکار یا نادیده‌گرفتن آن‌ها (برخورد توجیهی) شاهد بروز آسیب و پیامدهای فردی و بین فردی آن برای شخص خواهیم بود.

در سطح فردی مشارکت‌کنندگان نه‌تنها در موضوعیتی که به دلیل آن مراجعه داشتند اوضاع را دشوارتر ارزیابی می‌کنند، بعلاوه بیان می‌کنند با چالش‌های تازه‌ای روبرو هستند که پیش از جلسات اصلاً با آن‌ها روبرو نبوده‌اند. بعلاوه، در سطح بین فردی انزوا و دوری‌گزینی از دیگران از جمله پیامدهای شاخص آسیب است. همچنین افراد نسبت به درمانگر و روان‌درمانی بدبین شده و دیگر خواهان مراجعه به روان‌درمانی نیستند. هرچند ۱۰ نفر از داوطلبین حاضر در پژوهش مراجعهٔ مجدد به درمانگر دیگر را داشته‌اند، اما اکثراً یا موضوعیت متفاوتی را طرح کرده و دیگر با دلایل سابق به روان‌درمانی مراجعه نکرده‌اند و یا نسبت به درمانگر جدید و فرآیند درمان تا چندین جلسه بی اعتماد بوده‌اند. پیامدهای آسیب چه در سطح فردی و چه بین فردی با دیگر پژوهش شاخص این حوزه همسو می‌باشد (۳۴).

ما با تکیه بر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌کنیم به‌عنوان درمانگر همیشه وجود این احتمال را مدنظر قرار دهیم که در هر جلسه و هرکجای درمان که باشیم امکان ایجاد تجربهٔ ناخوشایند هیجانی یا شناختی در مراجع وجود داشته و عدم شناسایی این تجربیات و داشتن برخورد توجیهی می‌تواند به ایجاد آسیب برای ایشان منجر شود. درواقع تمامی درمانگران و رویکردهای درمانی علی‌رغم ثمربخش بودن، می‌توانند آسیب‌رسان نیز باشند (۱۵) بعلاوه باید در نظر داشت مراجعین اغلب به صورت مستقیم از تجارب ناخوشایندی که مرتبط با درمانگر و جلسات درمانی است صحبت نمی‌کنند، از این حیث مهم است که به صورت مداوم اقدامات خود، برخورد مراجع و رابطهٔ مابین خود را پایش کرده و برای سنجش آن بازخوردهای مناسب دریافت کنیم (۳۸). به نظر می‌رسد به این منظور پیروی درمانگران از تمرینات مبتنی بر شواهد می‌تواند در جهت انجام اقدامات پیشگیرانه از زمینه سازهای آسیب، همچنین برای فرآیند تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر تخصص، شواهد تحقیقاتی، ترجیحات مراجع، فرهنگ و شیوهٔ مقابلهٔ ایشان در پاسخگویی به تجارب ناخوشایند، کمک‌کننده باشد.

ازجمله محدودیت‌های ما در پژوهش حاضر عدم توازن جنسیتی در شرکت‌کنندگان بود. آقایان چندان خواهان شرکت در پژوهش نبودند و دلیل آن را اکثراً عدم علاقه به مرور جریانات گذشته عنوان می‌کردند. همچنین باوجود نبود شاخص دقیق برای ارزیابی، با توجه به مصاحبهٔ انجام‌شده و ارزیابی محقق تمامی شرکت‌کنندگان حاضر از لحاظ اقتصادی در سطح متوسط یا بالای جامعه قرار داشتند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

حمایت مالی

این پروژه بدون حمایت مالی نهاد خاصی صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با داشتن کد اخلاق IR.HUMS.REC.1402.078 و با رضایت آگاهانهٔ داوطلبین حاضر در پژوهش صورت گرفته و تمامی اصول اخلاقی از جمله محرمانگی، رازداری، حفظ حریم شخصی مشارکت‌کنندگان رعایت شده و هیچ‌گونه آسیب و عارضه‌ای برای مشارکت‌کنندگان به همراه نداشته است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول پژوهش است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر به عمل می آوریم.

References

1. Nutt DJ, Sharpe M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. Journal of Psychopharmacology. 2008: 22(1), 3-6.
2. Vaughan B, Goldstein MH, Alikakos M, Cohen LJ, Serby MJ. Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. Comprehensive psychiatry. 2014: 55(4), 849-55.
3. Duncan BL, Reese RJ. Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. Handbook of Psychology, Second Edition. 2012: 26;8.
4. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual review of psychology. 2001; 52(1): 685-716.
5. Tolin DF, McKay D, Forman EM, Klonsky ED, Thombs BD. Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. Clinical Psychology: Science and Practice. 2015; 22(4): 317.
6. Goldfried MR. What should we expect from psychotherapy? Clinical Psychology Review. 2013; 33(7): 862-9.
7. Barkham M, Lutz W, Castonguay LG. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: John Wiley & Sons; 2021; 3(2) 481-90.
8. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. American journal of psychiatry. 2003; 160(7): 1223-32.
9. Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2009; 16(6): 510-22.
10. Duncan B, Miller SD. When I'm good, I'm very good, but when I'm bad I'm better': a new mantra for psychotherapists. Psychotherapy in Australia. 2008; 15(1): 60-9.
11. Duncan B. On becoming a better therapist. Psychotherapy in Australia. 2010; 16(4): 42-51.
12. Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. Behaviour research and therapy. 2013; 51(9): 597-606.
13. Crawford MJ, Thana L, Farquharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, et al. Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. The British journal of psychiatry. 2016; 208(3): 260-5.
14. Konkolÿ Thege B, Petroll C, Rivas C, Scholtens S. The effectiveness of family constellation therapy in improving mental health: a systematic review. Family process. 2021;60(2): 409-23.
15. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. Sage Publications Sage UK: London, England; 2009. 787-94.
16. Ilgen M, Moos R. Deterioration following alcohol-use disorder treatment in project MATCH. Journal of Studies on Alcohol. 2005;66(4): 517-25.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

17. Vittengl JR, Jarrett RB, Weitz E, Hollon SD, Twisk J, Cristea I, et al. Divergent outcomes in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adult depression. American Journal of Psychiatry. 2016;173(5): 481-90.

18. Boisvert CM, Faust D. Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. Professional Psychology: Research and Practice. 2003;34(5): 508-13.

19. Rozental A, Boettcher J, Andersson G, Schmidt B, Carlbring P. Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. Cognitive Behaviour Therapy. 2015;44(3): 223-36.

20. Rozental A, Magnusson K, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2017;85(2): 160.

21. Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. Psychotherapy Research. 2011;21(3): 267-76.

22. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. American psychologist. 2010;65(1): 13.

23. Cuijpers P, Reijnders M, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. Journal of Affective Disorders. 2018;239: 138-45.

24. Halfond RW, Wright CV, Bufka LF. The role of harms and burdens in clinical practice guidelines: Lessons learned from the American Psychological Association's guideline development. Clinical Psychology: Science and Practice. 2021;28(1): 19.

25. Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. Clinical psychology & psychotherapy. 2013;20(4): 286-96.

26. Parry GD, Crawford MJ, Duggan C. Iatrogenic harm from psychological therapies–time to move on. The British Journal of Psychiatry. 2016;208(3): 210-2.

27. Linden M, Schermuly-Haupt ML. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. World psychiatry. 2014;13(3): 306.

28. Scott J, Young AH. Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. The British Journal of Psychiatry. 2016;208(3): 208-9.

29. Levitt HM. The unsaid in the psychotherapy narrative: Voicing the unvoiced. Counselling Psychology Quarterly. 2002;15(4): 333-50.

30. Lietaer G. Helping and hindering processes in client-centered/experiential psychotherapy: A content analysis of client and therapist postsession perceptions. 1992; 112(2): 312-21.

31. Hatfield D, McCullough L, Frantz SH, Krieger K. Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2010;17(1): 25-32.

32. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, Sutton SW. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. Journal of clinical psychology. 2005;61(2): 155-63.

33. Stewart RE, Chambless DL. Treatment failures in private practice: How do psychologists proceed? Professional Psychology: Research and Practice. 2008;39(2): 176.

34. Dimidjian S, Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? American Psychologist. 2010;65(1): 21.

35. Schermuly-Haupt M-L, Linden M, Rush AJ. Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. Cognitive Therapy and Research. 2018;42: 219-29.

36. Kramer U, Stiles WB. The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. Clinical Psychology: Science and Practice. 2015;22(3): 277.

37. Sapyta J, Riemer M, Bickman L. Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. Journal of clinical psychology. 2005;61(2): 145-53.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]

38. Boisvert CM, Faust D. Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. Professional Psychology: Research and Practice. 2006;37(6): 708.
39. Bergin AE. The empirical emphasis in psychotherapy: A symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. Journal of Counseling Psychology. 1963;10(3): 244.
40. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on psychological science. 2007;2(1): 53-70.
41. Kottler JA, Carlson J. Bad therapy: Master therapists share their worst failures: Routledge; 2013.
42. McKay D, Jensen-Doss A. Harmful treatments in psychotherapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2021;28(1): 2-4.
43. Cuijpers P. Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. World Psychiatry. 2019;18(3): 276-85.
44. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory: Sage publications; 2014.
45. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work: Routledge; 2015. 37-8 p.
46. Vissers W, Hutschemaekers G, Keijsers G, Van der Veld W, Hendriks G-J. Utility of measuring remoralization in addition to symptoms in efficacy research: A preliminary study. Psychotherapy Research. 2010;20(5): 611-8.
47. Strong SR, Matross RP. Change processes in counseling and psychotherapy. Journal of Counseling Psychology. 1973;20(1): 25.
48. Bowie C, McLeod J, McLeod J. 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. Counselling and Psychotherapy Research. 2016;16(2): 79-87.
49. Horvath AO, Del Re A, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy. 2011;48(1): 9.
50. McKay D, Jensen-Doss A. Harmful treatments in psychotherapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2021;28(1): 2.
51. Gelso CJ. The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. Psychotherapy Research. 2009;19(3): 253-64.
52. Regan AM, Hill CE. Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. Journal of Counseling Psychology. 1992;39(2): 168.
53. Westmacott R, Hunsley J. Psychologists' perspectives on therapy termination and the use of therapy engagement/retention strategies. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2017;24(3): 687-96.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.2.236]