



The negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, the therapist, and the treatment approach: A qualitative study

Hossein Mohajeri¹, Faramarz Sohrabi², Abolghasem Isamorad³, Enayatollah Zamanpour⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: hosseinmohajeri19288@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: asmar567@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: a_isamorad_s@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: Enayat_zamanpour@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 02 October 2024
Received in revised form 29 October 2024
Accepted 05 December 2024
Published Online 22 May 2025

Keywords:
negative effect of
psychotherapy,
dynamic therapies,
therapist,
client,
therapeutic approach

ABSTRACT

Background: Just as different forms of dynamic psychotherapy can be considered as an effective tool for the treatment of mental disorders, it can also have negative effects. Factors such as the characteristics of the therapist, the client, and the therapeutic approach can influence these negative effects. However, despite various studies, there have been few qualitative studies on the negative effects of dynamic psychotherapies.

Aims: The purpose of this qualitative research was to present a conceptual model of the negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, the client, and the therapeutic approach.

Methods: This research was conducted with a qualitative approach and Grounded Theory method. The study population of the research included all dynamic psychotherapists working in psychological clinics in Tehran and those clients living in Tehran in 2023 and 2024 who had used one of dynamic psychotherapy methods. The research sample consisted of 18 dynamic psychotherapists and 8 clients who were selected by purposeful sampling method. The data collection tool in this research was semi-structured interviews. The data from the interviews were analyzed using the Strauss & Corbin method.

Results: In the final analysis of the data, 17 axial codes including, primitive defense mechanisms of the client, quality of the parent-child relationship, client's personality traits, resistance to therapy, family structure disturbances, therapist's personality traits, therapist's professional errors, boundary violations, lack of professional competence, therapist's current life problems, non-objectivity of evaluation criteria in dynamic approaches, unstructured nature of dynamic therapies, ignoring non-psychological factors, exacerbation of symptoms, exacerbation of psychosomatic problems, intensification of self-destructive tendencies, and impairment of functioning, were identified as the components of the negative effects of dynamic psychotherapies, and finally, "interactive context of the therapist and client" was chosen as the central theme.

Conclusion: According to the findings of this research, the most important factor affecting the negative effects of dynamic psychotherapies was the interactive space between the therapist and client. Therefore, in order to control and reduce these negative effects, it is suggested to evaluate the personality characteristics of therapists. It is also suggested that qualitative studies be conducted in order to investigate the interactive role of non-psychological treatments such as drug therapy and dynamic therapies on the negative effects caused by psychotherapy.

Citation: Mohajeri, H., Sohrabi, F., Isamorad, A., & Zamanpour, E. (2025). The negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, the therapist, and the treatment approach: A qualitative study. *Journal of Psychological Science*, 24(147), 43-63. [10.52547/JPS.24.147.43](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.43)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 147, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.147.43](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.43)



✉ **Corresponding Author:** Faramarz Sohrabi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: asmar567@yahoo.com, Tel: (+98) 9123947136

Extended Abstract

Introduction

Psychotherapy in its various forms can be considered as an effective tool for solving and treating mental problems and disorders and improving the social and general performance of patients (Pavelitchuk et al., 2022; Strauss et al., 2021). However, psychotherapy, like drug therapy, is associated with some negative effects in addition to its benefits and effectiveness (Gerke et al., 2020). Psychotherapy is not without side effects. Psychotherapy affects a wide range of a person's thoughts, behavior and emotions, and its negative consequences are not limited to cases such as increased anxiety, worsening of disease symptoms, mood swings, etc., It can also include periods of illness, enduring unpleasant memories, negative changes in the family, job, or general adjustment in one's life.

Looking at the studies related to psychotherapy, we can see that there is no consensus regarding the definition of the negative effects of psychotherapy. Some researchers (Moritz et al., 2019; Rheker et al., 2017) define the negative effects of psychotherapy as all the effects that are negatively evaluated by the patient during or after the treatment and the patient attributes their occurrence to therapeutic interventions. While Lilienfeld (2007) argues that in defining the negative effects of psychotherapy, one cannot rely on the client opinion, these negative effects include all unwanted events that result from the treatment. Also, there is no consensus about what factors influence the negative effects of psychotherapy. For example, some studies state that it is only the characteristics of the client that influence the negative effects of psychotherapy, among them the study of Cuesta-Pastor et al. (2022) can be mentioned.

Another lack of agreement that can be found by reviewing the research background in this field is that the researches do not agree on the contribution and importance of factors affecting the negative effects of psychotherapy. A number of researches only emphasize the characteristics of the therapist. For example, Telaar et al. (2023) showed in their research that the negative effects of psychotherapy can play an

important role in the satisfaction of the client. Vybiral et al. (2023) also categorized the results of their research on the negative effects of psychotherapy into four major clusters: therapist misconduct, inhibiting aspects of the relationship, poor fit with treatment, and negative effects of treatment.

The negative effects of psychotherapy are multifaceted, and its careful investigation is necessary in order to monitor and report them in therapeutic and research environments (Strauss et al., 2021).

Furthermore, the negative effects of psychotherapy are culture dependent, Even what counts as negative effect is influenced by culture (Horigian et al., 2010). Therefore, according to the fact that so far in Iran, there has been no research that has paid attention to this category, in this sense, the lack of studies is evident. Therefore, the main goal of this research was to identify the factors affecting the "negative effects of psychotherapy" in Iranian culture and finally, to present a model of the negative effects of dynamic psychotherapy based on the characteristics of the therapist, client and the therapeutic approach.

Method

This research was conducted with a qualitative approach and Grounded Theory method. The study population of the research included all dynamic psychotherapists working in psychological clinics in Tehran and those clients living in Tehran in 2023 and 2024 who had used one of dynamic psychotherapy methods. The research sample consisted of 18 dynamic psychotherapists and 8 clients who were selected by purposeful sampling method (based on the research entry criteria). The data collection tool in this research was semi-structured interviews. The data from the interviews were analyzed using the Strauss & Corbin method.

Results

A total of 26 people participated in this qualitative study (18 dynamic therapists and 8 clients). The axial codes and the central theme related to the research components (factors affecting the negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, the client, and the therapeutic approach) are presented in Table 1.

Table 1. factors affecting the negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, the client, and the therapeutice approach

Axial codes	Central code
primitive defense mechanisms of the client, quality of the parent-child relationship, client's personality traits, resistance to therapy, family structure disturbances, therapist's personality traits, therapist's professional errors, boundary violations, lack of professional competence, therapist's current life problems, non-objectivity of evaluation criteria in dynamic approaches, unstructured nature of dynamic therapies, ignoring non-psychological factors, exacerbation of symptoms, exacerbation of psychosomatic problems, intensification of self-destructive tendencies, impairment of functioning,	interactive context of the therapist and client

Conclusion

The purpose of this qualitative research was to present a conceptual model of the negative effects of dynamic psychotherapies based on the characteristics of the therapist, client and the therapeutice approach.

After presenting the conceptual model based on central (organizing) themes and overarching themes, as well as extracting basic themes, the findings of the research were provided to the participants (interviewees), and after applying the necessary corrections and changes, the quality validity of the final model was confirmed. In this research, 1 overarching theme (central code) and 17 organizing themes (axial codes) were identified and the final model was confirmed qualitatively.

The factors related to the therapist's characteristics included the therapist's personality traits, therapist's professional errors, boundary violations, lack of professional competence, therapist's current life problems. The factors related to the characteristics of the client included the primitive defense mechanisms of the client, quality of the parent-child relationship, client's personality traits, resistance to therapy, family structure disturbances, and the demographic characteristics of the client. The factors related to the characteristics of the therapeutice approach also included the non-objectivity of evaluation criteria in dynamic approaches and the unstructured nature of dynamic therapies.

The interactive context of the therapist and client as the central theme was the most important finding of this research. It was this finding that brought together the other findings of the current research under its conceptual umbrella, because all the characteristics of the therapist, client and the treatment approach can show themselves in an interactive context and it is in interaction with each other that they can cause the formation of negative effects. Some researchers, such as Klein et al. (2021), consider the therapeutic relationship between the therapist and the client to be the most important factor in the effectiveness of psychotherapy, from here, it is possible to infer the interactive space between the therapist and the client, or what is referred to as the therapeutic relationship or therapeutic alliance in psychodynamic literature. Just as it can be effective on the positive effects of psychotherapy, it can cause the formation of negative effects caused by psychotherapy, and perhaps it is the most effective component. According to the findings of this research, the most important factor affecting the negative effects of dynamic psychotherapies was the interactive space between the therapist and client. Therefore, in order to control and reduce these negative effects, it is suggested to evaluate the personality characteristics of therapists. It is also suggested that qualitative studies be conducted in order to investigate the interactive role of non-psychological treatments such as drug therapy and

dynamic therapies on the negative effects caused by psychotherapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of General psychology in the Faculty of Psychology and Education of Allameh Tabataba'i University in Tehran. In order to maintain ethical principles in this research, it was tried to inform the interviewees about the recording of their voice before starting the interview. The words and vocabulary of the interviewees were fully implemented and analyzed without interference. The interview was conducted with the full consent of the interviewees and they were aware of the purpose of the research. All the interviewees were numbered with codes and the principle of confidentiality regarding their personal life issues was observed during the research and the interviewees were assured.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this study. The second and third authors are supervisors and the fourth author is also the thesis advisor.

Conflict of interest: We hereby thank and appreciate all the therapists and clients who participated in this research.

Acknowledgments: We hereby thank and appreciate all the therapists and therapists who participated in this research.



اثرات منفی روان درمانی های پویشی بر اساس ویژگی های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی: یک مطالعه کیفی

حسین مهاجری^۱، فرامرز سهرابی^۲، ابوالقاسم عیسی مراد^۳، عنایت الله زمانپور^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱

کلیدواژه ها:

اثر منفی روان درمانی،

درمان های پویشی،

درمانگر،

درمانجو،

رویکرد درمانی

زمینه: همان گونه که اشکال مختلف روان درمانی پویشی می تواند به عنوان ابزاری مؤثر برای درمان اختلالات روانی مورد توجه قرار گیرد، می تواند با اثرات منفی نیز همراه باشد. عوامل همچون ویژگی های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی می توانند بر این اثرات منفی تأثیر گذار باشند. با این حال، علی رغم مطالعات مختلف، در زمینه اثرات منفی روان درمانی های پویشی، مطالعات کیفی اندکی صورت گرفته است.

هدف: هدف از انجام این پژوهش کیفی، ارائه مدلی مفهومی از اثرات منفی روان درمانی های پویشی بر اساس ویژگی های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی بود.

روش: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش داده بنیاد (گراند تئوری) انجام شد. جامعه مورد مطالعه پژوهش شامل تمامی روان درمانگران پویشی مشغول به فعالیت در کلینیک های روانشناختی شهر تهران و درمانجویان ساکن شهر تهران در سال های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ بود که از یکی از شیوه های روان درمانی پویشی، استفاده کرده بودند. نمونه مورد پژوهش شامل ۱۸ نفر از درمانگران پویشی و ۸ نفر از درمانجویانی بود که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش، مصاحبه های نیمه ساختار یافته بود. داده های حاصل از مصاحبه های انجام شده با روش اشتراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در تحلیل نهایی داده ها، ۱۷ مضمون محوری شامل مکانیسم های دفاعی بدوی درمانجو، کیفیت رابطه با والدین، ویژگی های شخصیتی درمانجو، مقاومت به درمان، آشفتگی در ساختار خانواده، ویژگی های شخصیتی درمانگر، خطاهای حرفه ای درمانگر، تخطی از مرزهای درمانی، عدم تسلط حرفه ای، مشکلات زندگی جاری درمانگر، عینی نبودن معیارهای ارزیابی در رویکردهای پویشی، بدون ساختار بودن درمان های پویشی، نادیده گرفتن عوامل غیر روانشناختی، تشدید نشانگان، تشدید مشکلات روان تنی، تشدید گرایش های خود تخریبی، اخلال در عملکرد، اختلال در روابط، به عنوان مؤلفه های اثرات منفی روان درمانی های پویشی شناسایی شدند و در نهایت "بافتار تعاملی درمانگر و درمانجو" به عنوان مضمون مرکزی انتخاب شد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش، مهم ترین عامل مؤثر بر اثرات منفی روان درمانی های پویشی، فضای تعاملی بین درمانگر و درمانجو بود، لذا به منظور کنترل و کاهش این اثرات منفی پیشنهاد می شود ویژگی های شخصیتی درمانگران مورد ارزیابی قرار گیرد. هم چنین پیشنهاد می شود مطالعات کیفی به منظور بررسی نقش تعاملی درمان های غیر روانشناختی مانند دارو درمانی و درمان های پویشی بر اثرات منفی ناشی از روان درمانی انجام شود.

استناد: مهاجری، حسین؛ سهرابی، فرامرز؛ عیسی مراد، ابوالقاسم؛ و زمانپور، عنایت الله (۱۴۰۴). اثرات منفی روان درمانی های پویشی بر اساس ویژگی های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی: یک مطالعه کیفی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۷، ۴۳-۶۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۷، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.147.43](https://doi.org/10.52547/JPS.24.147.43)



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: فرامرز سهرابی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: asmar567@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۳۹۴۷۱۳۶

مقدمه

روان‌درمانی^۱ در اشکال مختلف آن می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر برای حل و درمان مشکلات و اختلالات روانی و بهبود عملکرد اجتماعی و عمومی بیماران مورد توجه قرار گیرد (پاولتچاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ اشتراوس و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال، روان‌درمانی مانند دارو درمانی، علاوه بر فواید و اثربخشی با برخی اثرات منفی همراه است (گرک و همکاران، ۲۰۲۰). روان‌درمانی عاری از عوارض جانبی نیست. روان‌درمانی گستره وسیعی از افکار، رفتار و هیجانات فرد را تحت تأثیر قرار داده و پیامدهای منفی آن نیز تنها به مواردی مانند افزایش اضطراب، شدت یافتن علائم بیماری، نوسانات خلقی و غیره محدود نمی‌شود؛ بلکه می‌تواند دوره‌های بیماری، تحمل خاطرات ناخوشایند، تغییرات منفی در خانواده، شغل یا سازگاری کلی در زندگی فرد را نیز در بر گیرد (لیندن و شرمولی-هاوپت، ۲۰۱۴؛ لیندن، ۲۰۱۳).

با نگاهی به مطالعات مرتبط با روان‌درمانی می‌توان دریافت که در مورد تعریف اثرات منفی روان‌درمانی^۲، اتفاق نظری وجود ندارد. برای نمونه، برخی پژوهشگران (مورتیز و همکاران، ۲۰۱۹؛ ریکر و همکاران، ۲۰۱۷) اثرات منفی روان‌درمانی را به عنوان تمام اثراتی که در طول درمان و یا بعد از درمان توسط بیمار منفی ارزیابی می‌شود و بیمار وقوع آن‌ها را به مداخلات درمانی نسبت می‌دهد، تعریف می‌کنند. در حالی که لیلینفلد (۲۰۰۷) استدلال می‌کند که در تعریف اثرات منفی روان‌درمانی، نمی‌توان به نظر درمانجو اتکا کرد، بلکه این اثرات منفی شامل تمام رویدادهای ناخواسته‌ای می‌شود که ناشی از درمان است. هم‌چنین در مورد این که چه عواملی بر اثرات منفی روان‌درمانی تأثیرگذار هستند نیز اتفاق نظری وجود ندارد. برای نمونه، برخی از مطالعات بیان می‌کنند که تنها ویژگی‌های مربوط به درمانجو است که بر اثرات منفی روان‌درمانی تأثیرگذار است که از جمله آن‌ها می‌توان به مطالعه کوستا-پاستور و همکاران (۲۰۲۲) اشاره نمود که در پژوهش خود نشان دادند که انتظارات نامتناسب و بالای بیماران از نتایج روان‌درمانی می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر نتایج درمانی و همین‌طور اثرات منفی ناشی از درمان باشد.

در سال‌های اخیر، آگاهی فزاینده‌ای از اثرات منفی در روان‌درمانی به وجود آمده است، اما هم‌چنان برخی از مسائل حل نشده در رابطه با تعریف، ارزیابی و گزارش این اثرات منفی وجود دارد (روزنتال و همکاران، ۲۰۱۸). در برخی از مطالعات انجام شده در این حوزه، روان‌درمانگر به عنوان ارزیاب اثرات منفی روان‌درمانی در نظر گرفته شده است، اما از آنجایی که روان‌درمانگر به عنوان کسی که ارائه دهنده درمان است و احتمالاً بیشترین مسئولیت را بابت اثرات جانبی درمان دارد، ممکن است نسبت به اثرات درمانی مثبت و منفی دارای سوگیری ادراکی باشد، ازاین‌رو نمی‌تواند ارزیاب مناسبی در این مورد باشد (زپوزنیک و پرادو، ۲۰۰۷).

علاوه بر این، عدم توافق بر سر تعریف اثرات منفی روان‌درمانی، موجب می‌شود که ابزارها و روش‌های قابل اعتمادی برای اندازه‌گیری این اثرات در دسترس نباشد. عدم توافق دیگری که با مرور پیشینه پژوهشی در این حوزه می‌توان آن را دریافت، این است که پژوهش‌ها در بررسی سهم و اهمیت عوامل مؤثر بر اثرات منفی روان‌درمانی اتفاق نظر ندارند. تعدادی از پژوهش‌ها صرفاً بر ویژگی‌های درمانجو تأکید دارند، برای مثال، تیلار و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که اثرات منفی روان‌درمانی می‌تواند نقش مهمی در رضایت درمانجو داشته باشد. وایبل و همکاران (۲۰۲۳) نیز نتایج پژوهش خود در زمینه اثرات منفی روان‌درمانی را در چهار خوشه بزرگ دسته‌بندی کردند: رفتار نادرست درمانگران، جنبه‌های بازدارنده رابطه، تناسب ضعیف با درمان و تأثیرات منفی درمان. هم‌چنین واتسون و همکاران (۲۰۲۳) نیازهای برآورده نشده در طول درمان را یک اثر منفی تلقی نمودند. سیوالد و ریف (۲۰۲۳) نشان دادند، مثبت‌ترین انتظارات نتیجه روان‌درمانی زمانی حاصل شد که درمانگر هم‌خونگرم و هم با کفایت بود. در مطالعه چوالا و همکاران (۲۰۲۲) نتایج نشان داد که برون‌گرایی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده منفی اثرات منفی بود که به عنوان یک عامل محافظتی در برابر بدتر شدن علائم، ناامیدی و ننگ عمل می‌کرد. نتایج پژوهش اوهرل و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از آن بود که احساس جدی گرفته نشدن، تحت فشار برنامه مداخله قرار گرفتن، ناامید شدن از بروز مشکلات فنی از عوامل مهم نتایج منفی در روان‌درمانی است. هرزگوگ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند، وابستگی به درمانگر تنها تأثیر منفی بر نتیجه درمان بود. استرائوس و همکاران (۲۰۲۱)

^۱. psychotherapy

^۲. negative effects of psychotherapy

در پژوهش خود گزارش نمودند، بسیاری از بیماران نرخ بالایی از اثرات منفی را گزارش کردند این به ویژه در مورد تجربه‌ی خاطرات ناخوشایند، احساسات ناخوشایند و عدم درک درمان/درمانگر صدق می‌کرد. کلین و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی تحت عنوان اثرات منفی روان‌درمانی: تعریف، ارزیابی و اهمیت بالینی، نشان دادند بیشتر کارآزمایی‌های دارویی عوارض جانبی را گزارش کردند. نتایج مطالعه‌ی لادویگ و همکاران (۲۰۱۴) نیز حاکی از آن بود که درمانجویان تعداد قابل توجهی از اثرات منفی در محیط درمانی مانند احساس آزرده شدن از آنچه درمانگر گفته است، مراحل دلسردی و غیره را گزارش می‌کنند. مورتیز و همکاران (۲۰۱۹) تفاوت بین اثرات نامطلوب (ناشی از مداخلات درمانی صحیح) و اثرات سو عمل (ناشی از درمان نادرست و یا به کارگیری نادرست مداخلات) و رفتار غیراخلاقی (مانند سو استفاده جنسی) را برجسته کرده‌اند. با وجود آن که در دهه‌ی اخیر، پژوهشگران بسیاری به بررسی اثرات منفی روان‌درمانی پرداخته‌اند، اما با توجه آنچه که مرور شد، هنوز تعریف مشخصی از اثرات منفی روان‌درمانی ارائه نشده است. از سوی دیگر، در ابزارهای اندازه‌گیری معرفی شده در پژوهش‌های قبلی، نقص‌های آشکاری به چشم می‌خورد، و در مطالعات انجام شده در این زمینه نیز کمتر پژوهشی بوده که در آن روش آماری مورد استفاده روش آمیخته اکتشافی باشد که به طور همزمان به بررسی ادبیات پژوهش و استخراج داده‌ها از مصاحبه پرداخته باشد.

اثرات منفی روان‌درمانی چندوجهی است و بررسی دقیق آن به منظور نظارت و گزارش آن‌ها در محیط‌های درمانی و پژوهشی ضروری است (اشتراوس و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، اثرات منفی روان‌درمانی به فرهنگ وابسته است، حتی این که به چه چیزی اثر منفی گفته شود، تحت تأثیر فرهنگ است (هوریگیان و همکاران، ۲۰۱۰). از این رو، با توجه به این که تا کنون در ایران، پژوهشی که به این مقوله توجه کرده باشد، انجام نشده است و از این نظر فقدان مطالعاتی مشهود است، نیاز است که در این زمینه مطالعاتی با در نظر گرفتن بافت فرهنگی ایران انجام شود. هم‌چنین طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۲۲) در ایران بعد از حوادث ناشی از راندگی، بیشترین بار تحمیل شده بر نظام سلامت کشور،

ناشی از اختلالات روانی است، لذا می‌توان پی برد که عدم بررسی اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی و شناسایی عوامل موثر در آن به منظور کنترل و پیشگیری از آن می‌تواند چه بار سنگینی نه تنها بر نظام سلامت کشور بلکه بر کل جامعه تحمیل کند. از این رو پرداختن به این پدیده به جهت کاهش این هزینه‌های پیدا و پنهان امری ضروری می‌نماید. تا مشخص شود در بافت فرهنگی ایران چه عواملی بر «اثرات منفی روان‌درمانی» تأثیر می‌گذارند؟ و در نهایت هر یک از این عوامل به چه میزان بر «اثرات منفی روان‌درمانی» تأثیر می‌گذارند؟ از این رو، هدف اصلی این پژوهش، شناسایی عوامل موثر بر «اثرات منفی روان‌درمانی» در فرهنگ ایرانی و در نهایت، ارائه مدل اثرات منفی روان‌درمانیهای پویایی^۲ بر اساس ویژگی‌های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی بود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش داده بنیاد (گراندد تئوری) انجام شد. جامعه مورد مطالعه پژوهش شامل تمامی روان‌درمانگران پویایی مشغول به فعالیت در کلینیک‌های روانشناختی شهر تهران و همین‌طور درمانجویان ساکن شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ بود که از یکی از شیوه‌های روان‌درمانی پویایی استفاده کرده بودند. نمونه مورد پژوهش شامل ۱۸ نفر از درمانگران پویایی و ۸ نفر از درمانجویانی بود (از روان‌درمانی‌های پویایی استفاده کرده بودند) که با روش نمونه‌گیری هدفمند (بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش) انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش برای روان‌درمانگران شامل استفاده از شیوه‌های درمان پویایی مورد تأیید انجمن بین‌المللی درمان‌های پویایی-تجربه‌ای (IEDTA)^۳ یا انجمن بین‌المللی روانکاوی (IPA)^۴، اخذ مجوز حرفه‌ای از IEDTA و IPA بود و برای گروه درمانجویان نیز شامل گذراندن حداقل یک دوره روان‌درمانی پویایی به یکی از شیوه‌های مورد پذیرش IEDTA و یا IPA، به پایان رساندن دوره درمانی، سپری شدن حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از پایان یافتن آخرین دوره درمان (این ملاک با توجه به مرور پیشینه پژوهشی و به منظور بررسی اثرات منفی پایدار

³. International Experiential Dynamic Therapy Association

⁴. Internatinal psychoanalytical association

¹. World Health organization (WHO)

². Dynamic psychotherapies

پویایی- تجربه‌ای یا انجمن بین‌المللی روانکاو مجوز داشتند، و بعد از مشخص کردن حجم نمونه و شرکت کنندگان (در دو بخش درمانگران و درمانجویان) مصاحبه کننده (نویسندهٔ اول مقاله) با استفاده از ضبط صوت و با کسب اجازه از مصاحبه شونده، مکالمات مصاحبه را ضبط کرد تا کدها را استخراج کند و این عمل بعد از هر بار مصاحبه صورت گرفت و مصاحبه کننده پس از ۱۸ مصاحبه (برای درمانگران) و ۸ مصاحبه (برای درمانجویان) دریافت که کد جدیدی به کدهای قبلی اضافه نشد، به عبارت دیگر، اشباع داده‌ها رخ داد و مصاحبه کننده، جریان مصاحبه را با مصاحبه شوندهٔ بعدی ادامه نداد. در حین مصاحبه به جمع‌آوری نظرات در مورد شاخص، مؤلفه‌ها و ابعاد اثرات منفی روان‌درمانی پرداخته شد و عوامل اصلی بررسی و نهایی شد.

به منظور محاسبهٔ روایی از چک لیست ۲۷ موردی بر اساس مدل پریزما یا «موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری منظم و فراتحلیل‌ها» (PRISMA)^۱ استفاده شد. برای محاسبه پایایی از ضریب کاپای کوهن^۲ استفاده شد. به منظور محاسبه این ضریب تعداد ۵ مورد از مصاحبه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شد و در اختیار یکی از افراد خبره در تحلیل مطالعات کیفی از نوع رویکرد زمینه‌ای قرار گرفت و مجدداً توسط او کدگذاری شد و عدد ۰/۸۹ برای کاپای کوهن حاصل شد. هم‌چنین برای بررسی روایی، مدل استخراج شده پژوهش توسط ۵ نفر از متخصصان حوزهٔ درمان‌های پویایی به بحث گذاشته شد. علاوه بر این، از معیارهای گوبا و لینکلن (۱۹۸۹) که شامل اعتبار پذیری، اعتماد، انتقال پذیری و تأیید پذیری می‌شود برای ارزیابی پایایی و روایی پژوهش استفاده شد. در همین راستا برای ارزیابی معیار اعتبارپذیری تا حد امکان با تعیین خطی مشی‌های پژوهش در تمام مراحل رعایت شد. پژوهشگران نتایج تحلیل داده‌های خود را به خبرگان امر ارائه کردند و نظرات آنان را جویا شدند؛ و در صورت نیاز طی فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، دیدگاه و راهبرد خود را مورد بازبینی قرار دادند. برای رعایت اصل اعتماد، مراحل انجام پژوهش و تحلیل داده‌ها به روشنی توصیف شد تا هر خواننده و منتقدی بتواند آن را مورد آزمون حسابرسی^۳ قرار دهد و چندین بار فرایند پژوهش، توسط پژوهشگران مورد ارزیابی و کنترل قرار گرفت. رسیدن به انتقال‌پذیری در

و همین‌طور فراموش نکردن فرآیندهای درمانی در نظر گرفته شد)، عدم بهره‌گیری از سایر شیوه‌های درمانی مانند دارو درمانی همزمان با روان درمانی پویایی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم تمایل شرکت کننده (درمانگر یا درمانجو) برای تداوم شرکت در پژوهش بود.

ب) ابزار

ابزار اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود. جهت تنظیم سؤالات مصاحبه و برای اطمینان از روایی محتوایی آن‌ها، ابتدا پژوهش‌های مرتبط پیشین مرور شد و نظرات افراد صاحب نظر در حوزهٔ روان درمانی پویایی، اخذ شد و سپس به تهیه چارچوب کلی مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته اقدام شد.

در این مصاحبه‌ها، مصاحبه کننده (نویسندهٔ اول مقاله) بدون هیچ‌گونه تئوری یا فرض از پیش تعیین شده به مصاحبه شونده‌ها اجازه می‌داد نظرات و تجارب خود را بازگو کنند. در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته (با درمانگران و درمانجویان)، برای بررسی مقدماتی از سه سؤال استفاده شد که این سؤالات برگرفته از موضوع و اهداف پژوهش و نظرات متخصصان بود: به نظر شما نقش ویژگی‌های درمانگر در اثرات منفی روان‌درمانی چیست؟ به نظر شما نقش ویژگی‌های درمانجو در اثرات منفی روان‌درمانی چیست؟ به نظر شما نقش رویکرد درمانی در اثرات منفی روان‌درمانی چیست؟ مصاحبه کننده (نویسندهٔ اول مقاله) پس از هماهنگی‌های لازم در محل کار مصاحبه شونده حضور یافته و با استفاده از ضبط صوت و با کسب اجازه از مصاحبه شونده مکالمات مصاحبه را ضبط کرد تا کدها را استخراج کند و البته این عمل بعد از هر بار مصاحبه صورت گرفت. لازم به ذکر است مصاحبه‌ها در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ انجام شد و مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود.

ج) روش اجرا

پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه علامه طباطبائی تهران و هماهنگی با کلینیک‌های روانشناختی سطح شهر تهران که درمانگران آن‌ها از روان درمانی‌های پویایی استفاده می‌کردند و از انجمن بین‌المللی درمان‌های

^۲. cohen's kappa coefficient

^۳. audit trial

^۱. preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses

آن، بار دیگر مراحل پژوهش و تحلیل داده‌ها توسط پژوهشگران بررسی شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش کدگذاری نظری برگرفته از روش اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه کیفی در مجموع ۲۶ نفر (۱۸ نفر از درمانگران پویایی و ۸ نفر از درمانجویان) مشارکت کردند. در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شده است. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۱ تا ۵۵ سال بود.

پژوهش با ارائه توضیح کافی از زمینه پژوهش انجام شد. علاوه بر این، کدگذاری و تحلیل از جملات مشارکت‌کنندگان به عمل آمد؛ به‌طوری‌که توصیف مبسوط مضامین و ارتباط دادن آن‌ها به زمینه و متون مصاحبه صورت گرفت. برای محاسبه پایایی بازآزمون، از میان مصاحبه‌ها چند مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شد و هر کدام از آن‌ها در یک فاصله زمانی کوتاه و مشخص دوباره کدگذاری شد. سپس گدهای مشخص شده در دو فاصله زمانی برای هر کدام از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شدند. به این ترتیب، پایایی حاصل از دو کدگذار با توجه به محاسبات $71/05$ درصد به دست آمد. در نهایت برای معیار تأییدپذیری در این پژوهش، شاخص‌های اولیه به‌دست آمده بر اساس مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران تفسیر شد و پس از

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش (به تفکیک درمانگران و درمانجویان)

نوع شرکت‌کننده	کد شرکت‌کننده	سن	جنسیت	میزان تحصیلات	سابقه درمانگری (سال)	مدت درمان (سال)
درمانگر	کد ۱	۴۲	مرد	دکتری	۲۲	
	کد ۲	۳۸	مرد	دکتری	۱۷	
	کد ۳	۵۱	مرد	دکتری	۲۸	
	کد ۴	۳۲	زن	دکتری	۱۵	
	کد ۵	۵۰	مرد	دکتری	۲۷	
	کد ۶	۲۹	زن	دکتری	۷	
	کد ۷	۳۳	مرد	دکتری	۱۰	
	کد ۸	۳۵	مرد	دکتری	۹	
	کد ۹	۳۸	زن	کارشناسی ارشد	۱۲	
	کد ۱۰	۴۲	زن	دکتری	۱۳	
	کد ۱۱	۴۶	مرد	دکتری	۲۴	
	کد ۱۲	۴۴	زن	دکتری	۱۴	
	کد ۱۳	۴۸	مرد	دکتری	۱۲	
	کد ۱۴	۲۸	مرد	دکتری	۸	
	کد ۱۵	۳۲	زن	کارشناسی ارشد	۱۲	
	کد ۱۶	۳۶	زن	دکتری	۸	
	کد ۱۷	۴۰	زن	دکتری	۱۳	
	کد ۱۸	۵۵	زن	کارشناسی ارشد	۳۱	
درمانجو	کد ۱۹	۲۹	زن	کارشناسی		۴
	کد ۲۰	۲۳	زن	کارشناسی		۱
	کد ۲۱	۳۵	زن	کارشناسی ارشد		۳
	کد ۲۲	۲۶	مرد	کارشناسی		۱
	کد ۲۳	۳۲	زن	کارشناسی		۲
	کد ۲۴	۴۱	زن	کارشناسی		۲
	کد ۲۵	۲۱	مرد	کارشناسی ارشد		۱
	کد ۲۶	۳۴	زن	کارشناسی		۵

در جدول ۲، کدهای مربوط به مؤلفه‌های پژوهش (عوامل مؤثر بر اثرات منفی روان‌درمانی‌های پویشی بر اساس ویژگی‌های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی) ارائه شده است.

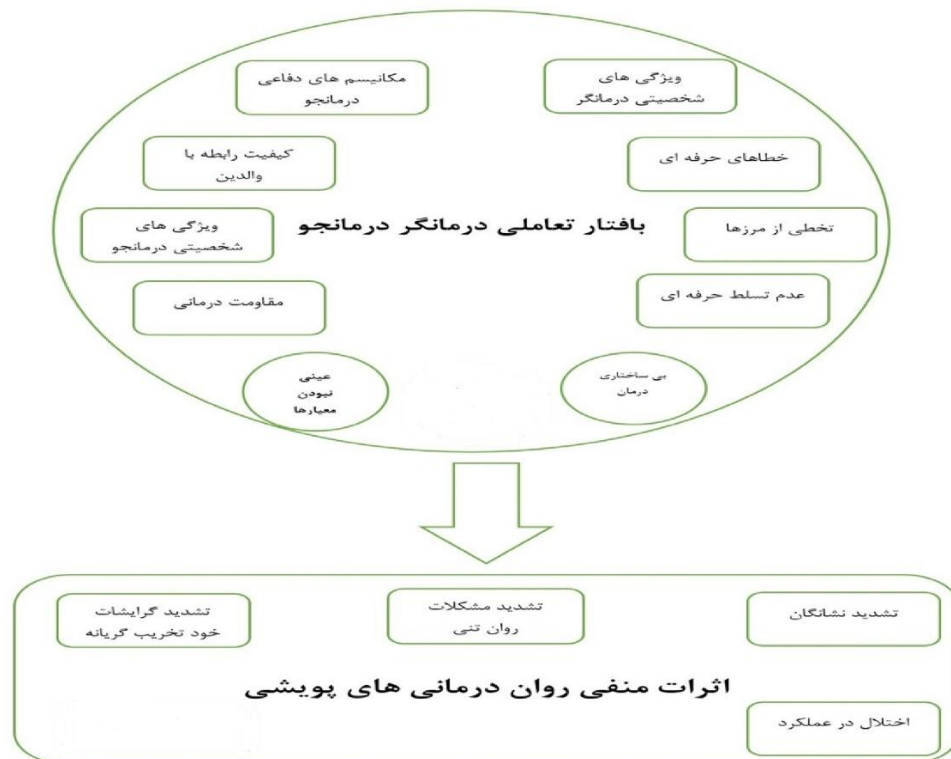
در ادامه، مدل مفهومی استخراج شده این پژوهش بر اساس کدهای به دست آمده در شکل ۱ نمایش داده شده است و سپس در ادامه به تعدادی از کدهای محوری شناسایی شده در این پژوهش و بیانات شرکت‌کنندگان در مورد آن کدها پرداخته شده است.

جدول ۲. عوامل مؤثر بر اثرات منفی روان‌درمانی‌های پویشی بر اساس ویژگی‌های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی

کدهای باز	کدهای محوری	کد مرکزی
استفاده افراطی از دوباره سازی	مکانیسم‌های دفاعی بدوی درمانجو	
ایده آل سازی درمانگر		
مکانیسم فرافکنی		
همانندسازی با درمانگر		
تجربه غفلت عاطفی از سوی والدین	کیفیت رابطه با والدین	
طرد شدگی از سوی والدین		
سابقه سو استفاده جنسی در خانواده		
تجربه تبعیض از سوی والدین		
ناتوانی والدین	ویژگی‌های شخصیتی درمانجو	
تبعیت از درمانگر		
سلطه جویی درمانجو		
پرخاشگری منفعلانه		
غضب ورزی درمانجو	مقاومت به درمان	بافتار تعاملی درمانگر و درمانجو
بی اعتمادی درمانجو		
تأیید طلبی درمانجو		
مهر طلبی درمانجو		
دیر رسیدن مداوم به جلسات	آشناختگی در ساختار خانواده	
ترک کردن جلسه درمانی		
قطع کردن جلسات درمانی		
طلاق والدین		
وجود اختلاف شدید در خانواده	ویژگی‌های دموگرافیک درمانجو	
رقابت ناسالم بین فرزندان		
اعتیاد یکی از والدین		
سطح رفاهی درمانجو		
جنسیت درمانجو	ویژگی‌های شخصیتی درمانگر	
شخصیت خودشیفته درمانگر		
شخصیت مرزی درمانگر		
انحرافات جنسی درمانگر		
قضاوت‌نگری درمانگر		
سلطه جویی درمانگر		
عدم همدلی درمانگر		
انفعال درمانگر		
ترس از صمیمیت درمانگر		
خلق افسرده		

کدهای باز	کدهای محوری	کد مرکزی
بدبینی درمانگر نسبت به درمانجو		
غضب ورزی درمانگر		
ارائه تأویل‌های نادرست		
پافشاری بر تأویل		
استفاده از تأویل‌های غیر قابل فهم برای درمانجو		
ارزیابی نادرست از سطح اضطراب درمانجو		
ارزیابی نادرست از ظرفیت ایگو درمانجو		
نادیده گرفتن اضطراب درمانجو		
ارجاع نادرست		
استفاده بیش از اندازه از سکوت درمانی	خطاهای حرفه ای درمانگر	
عدم توجه به سیر بهبودی یا پسرفت		
افشای اطلاعات درمانجو		
دریافت هدیه از درمانجو		
برقراری رابطه عاطفی با درمانجو		
برقراری رابطه کاری با درمانجو		
برقراری رابطه جنسی با درمانجو		
پرخاشگری کلامی به درمانجو		
پرخاشگری فیزیکی به درمانجو	تخطی از مرزهای درمانی	
ملاقات درمانی با درمانجو خارج از درمان		
ملاقات خارج از چارچوب درمانی با نزدیکان		
عدم تسلط بر میانی نظری درمان	عدم تسلط حرفه‌ای	
عدم تسلط بر تکنیک‌های درمانی		
عدم دریافت سوپرویزن		
مشکلات مالی درمانگر		
عدم امنیت شغلی درمانگر	مشکلات زندگی جاری درمانگر	
مشکلات خانوادگی درمانگر		
عینی نبودن معیارهای ارزیابی اضطراب درمانجو		
عینی نبودن معیارهای ارزیابی ظرفیت ایگو		
عینی نبودن معیارهای ارزیابی پسرفت درمانی		
عینی نبودن معیارهای ارزیابی پیشرفت درمانی	عینی نبودن معیارهای ارزیابی در رویکردهای پویشی	
عینی نبودن معیارهای پایان درمان		
مشخص نبودن میزان حمایت‌گری درمانگر		
مشخص نبودن میزان لازم ارضا نیازهای درمانجو		
نامشخص بودن میزان دسترسی‌پذیری درمانگر	بدون ساختار بودن درمان‌های پویشی	باقتار تعاملی درمانگر و درمانجو
افزایش بی‌خوابی		
افزایش پُر خوابی		
افزایش بی‌اشتهایی عصبی	تشدید نشانگان	
افزایش پُر خوری عصبی		
افزایش رفتارهای وسواسی		
افزایش مشکلات گوارشی		
افزایش اسپاسم‌های عضلانی	تشدید مشکلات روان تنی	
افزایش سردرد میگرنی		

کدهای باز	کدهای محوری	کد مرکزی
افزایش علایم ام اس افکار خودکشی اقدام به خودکشی افزایش مصرف سیگار افزایش مصرف مشروبات الکلی افزایش مصرف مواد بی میلی به انجام وظایف شغلی بی میلی به انجام وظایف تحصیلی	تشدید گرایش‌های خودتخریبی اخلال در عملکرد	



شکل ۱. مدل مفهومی استخراج شده از داده‌های پژوهش

استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بدوی: استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بدوی یکی از کدهای محوری حاصل از این پژوهش بود. درمانجویانی که از ساز و کارهای دفاعی بدوی استفاده می‌کنند نسبت به درمانجویان دیگر که از دفاع‌های سطح بالاتر استفاده می‌کنند، بیشتر در معرض اثرات منفی روان‌درمانی‌های پویایی قرار می‌گیرند. در همین مورد، یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت: "وقتی مراجعی در اتاق درمان، مکانیسم دفاعی غالبش، دویاره سازی ست، معمولاً درمانگرش رو ایده‌ال سازی میکنه و وقتی شما یه نفر رو ایده‌ال سازی بکنی طبیعتاً بیشتر ازش تبعیت میکنی و این خودش

زمینه‌ساز این میشه که اون فرد بیشتر بتونه به شما آسیب بزنه و این خودش میتونه فضا رو برای اثرات منفی مهیا بکنه" (شرکت‌کننده ۳). کیفیت رابطه با والدین: کیفیت رابطه با والدین یکی دیگر از کدهای محوری برآمده از این پژوهش بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد، کیفیت رابطه با والدین که شامل تجربه غفلت عاطفی، طردشدگی از سوی والدین، تجربه تبعیض در خانواده و تجربه سو استفاده جنسی در خانواده است، در اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی‌های پویایی مؤثر است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد گفت: "نوع رابطه با والدین هم مهمه چون نشان

دهنده سبک دلبستگی فرد، مثلاً وقتی شما در خانواده توسط نزدیکان مورد سو استفاده جنسی قرار گرفتی این باعث میشه ناخودگاه اینو یاد بگیری که اگه میخوای دوست داشته باشی باید بهره جنسی بدی. برای همین، این افراد در محیط درمانی احتمال این که با یک درمانگر ناسالم مورد سو استفاده جنسی قرار بگیرن، بیشتره" (شرکت کننده ۱).

ویژگی‌های شخصیتی درمانجو: ویژگی‌های شخصیتی درمانجو نیز یکی از مهم‌ترین عواملی است که طبق یافته‌های این پژوهش، در بروز اثرات منفی روان درمانی مؤثر است. ویژگی‌های شخصیتی که شامل تبعیت از درمانگر، سلطه‌جویی درمانجو، پرخاشگری منفعلانه، غضب‌ورزی درمانجو، بی‌اعتمادی درمانجو، تأییدطلبی درمانجو و مهرطلبی است. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد چنین بیان داشت: "وقتی ساختار شخصیتی بیمار پارانوئید هست، طبیعی ست که بیمار نسبت به درمانگر هم بدبین باشه. این بدبینی در اتاق درمان میتونه واکنش‌های انتقال متقابل درمانگر رو به شدت روشن بکنه و اگه درمانگر نتونه این واکنش‌ها رو کنترل کنه خوب ممکنه مثلاً بیمار رو طرد کنه یا مثلاً باهاش بد رفتاری کنه یا هر واکنش دیگه‌ای این‌ها همه میتونه خودش آسیب‌زا باشه" (شرکت کننده ۶).

مقاومت به درمان: بر اساس یافته‌های پژوهش، یکی دیگر از عوامل مؤثر بر اثرات منفی ناشی از روان درمانی‌های پویایی، مقاومت به درمان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان در تأیید این موضوع بیان داشت: "وقتی بیمار دائماً جلسه‌هاش رو کنسل میکنه یا دیر میاد، این واکنش ناشی از مقاومت درمانیه، و درسته که درمانگر باید این مقاومت‌ها رو تحلیل کنه ولی در عمل خیلی وقتاً این مقاومت‌ها، مقاومت خود درمانگر رو هم برانگیخته می‌کنه و باعث میشه جلسه از مسیر درستش خارج بشه" (مشارکت کننده ۱۲).

آشفته‌گی در ساختار خانواده: کد محوری دیگر در این پژوهش، آشفته‌گی در ساختار خانواده بود که شامل مواردی همچون طلاق والدین، تعارضات شدید میان والدین، اعتیاد والدین و رقابت ناسالم بین فرزندان بود. شرکت‌کننده ۱۰ در این باره چنین گفت: "این مهمه که شما از چه ساختار خانواده‌ای می‌ای، وقتی تو خانواده همیشه برای جلب توجه پدر و مادر رقابت کرده باشی، اینجا در اتاق درمان هم ممکنه در فضای انتقالی با درمانگر ناخودآگاه شروع کنی با بقیه بیمارها رقابت کردن، سر توجه درمانگرت و تو این فضا ممکنه گیر درمانگر ناجوری بیفتی که از این

موضوع بدش هم نیاد و شروع کنه ازت سو استفاده کردن، تو هم برای رقابت با دیگران بهش باج بدی (شرکت کننده ۱۰).

ویژگی‌های دموگرافیک درمانجو: یکی دیگر از عوامل مؤثر بر اثرات منفی روان درمانی‌های پویایی، ویژگی‌های دموگرافیک درمانجو بود. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان داشت: "معمولاً روان درمانگرهایی که دارای انحرافات جنسی هستند بیشتر از بیمارهای زن سو استفاده می‌کنن یا مثلاً از بیمارهایی که سطح اجتماعی پایین تری دارن چون معمولاً منبع حمایتی ندارن و راحت‌تر مورد سو استفاده قرار می‌گیرن (شرکت کننده ۱۶)

ویژگی‌های شخصیتی درمانگر: یکی دیگر از کدهای محوری این پژوهش، ویژگی‌های شخصیتی درمانگر بود که بر اثرات منفی روان‌درمانی‌های پویایی تأثیر می‌گذارد. از ویژگی‌های شخصیتی درمانگر می‌توان به شخصیت خودشیفته، شخصیت مرزی، انحرافات جنسی، قضاوت‌گری، سلطه‌جویی، عدم همدلی، انفعال، ترس از صمیمیت، خلق افسرده، بدبینی درمانگر نسبت به درمانجو و غضب‌ورزی اشاره کرد. در این زمینه، یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: "یک مؤلفه مهم دیگر، شخصیت روان-درمانگر است. من بعد از این چند سالی که کار سوپروایزری می‌کنم به این نتیجه رسیدم که هیچ چیزی به اندازه نارسیسیزم در درمانگر نمی‌تونه برای بیمارش مضر باشه، از یک درمانگر با نارسیسیزم بدخیم هر کاری بر میاد، فقط باید شرایط براش فراهم باشه (شرکت کننده ۱). مشارکت‌کننده دیگری در این مورد گفت: "وقتی یک درمانگر شخصیت سلطه‌گر داشته باشه، تو اتاق درمان شروع می‌کنه زندگی بیمار رو کنترل کردن و در واقع افسار زندگی طرف رو دستش می‌گیره و این خودش یک آسیب بزرگه. حداقلش اینه که این جوری نمیزاره ظرفیت‌های ایگوی بیمار رو رشد کنه و این همون کاریه که مادرهای کنترل‌گر انجام میدن (شرکت کننده ۳).

خطاهای حرفه‌ای درمانگر: خطاهای حرفه‌ای درمانگر نیز یکی دیگر از کدهای محوری این پژوهش بود. خطاهای استخراج شده شامل ارائه تأویل‌های نادرست، پافشاری بر تأویل، استفاده از تأویل‌های غیرقابل فهم برای درمانجو، ارزیابی نادرست از سطح اضطراب درمانجو، ارزیابی نادرست از ظرفیت ایگو درمانجو، نادیده گرفتن اضطراب درمانجو، ارجاع نادرست، استفاده بیش از اندازه از سکوت درمانی، عدم توجه به سیر

بهبودی یا پسرفت بود. یکی از شرکت‌کنندگان در مورد این کد محوری چنین گفت: "وقتی شما به عنوان روان‌درمانگر ندونی حد ظرفیت‌های ایگوی بیمار کجاست ممکنه مداخلاتی انجام بدی که نه تنها مفید نباشه که مضر هم باشه" (شرکت‌کننده ۵). شرکت‌کننده دیگری در این مورد گفت: "یکی از وظایف مهم درمانگر اینه که از خودش تأویل ارائه نده. ما باید تأویل هامون بر اساس داده‌هایی باشه که در انتقال رخ میده، وقتی تأویل هامون اینجوری نباشه اشتباه کردیم و این اشتباه حتماً می‌تونه برای بیمار آسیب داشته باشه" (شرکت‌کننده ۳).

تخطی از مرزهای درمانی: تخطی از مرزها نیز یافته دیگر این پژوهش بود که شامل مواردی همچون افشای اطلاعات درمانجو، دریافت هدیه از درمانجو، برقراری رابطه عاطفی با درمانجو، برقراری رابطه کاری با درمانجو، برقراری رابطه جنسی با درمانجو، پرخاشگری کلامی به درمانجو، پرخاشگری فیزیکی با درمانجو، ملاقات درمانی با درمانجو خارج از جلسات درمانی، ملاقات خارج از چارچوب درمانی با نزدیکان درمانجو بود. شرکت‌کننده‌ای در این باره گفت: "یکی از چیزهایی که آسیب به همراه داره اینه که ما درمانگرها اخلاق حرفه‌ای رو زیر پا بزاریم. مثلاً اطلاعات مراجع رو با یک نفر دیگه مثلاً اعضا خانواده‌اش در میون بزاریم" (شرکت‌کننده ۱۱). مشارکت‌کننده دیگری نیز گفت: "مثلاً وقتی شما می‌ای با مراجعت خارج از چارچوب درمانی رابطه برقرار میکنی مثلاً تو به زمینه‌ای ازش کمک میگیری این باعث میشه درمان دیگه درمان نباشه و این خودش یک آسیب برای بیمار هست" (شرکت‌کننده ۸).

عدم تسلط حرفه‌ای: عدم تسلط حرفه‌ای نیز یکی دیگر از کدهای محوری شناسایی شده در این پژوهش بود که شامل مواردی مانند عدم تسلط کافی بر مبانی نظری رویکردی که با آن مشغول به درمان است، عدم تسلط بر به کارگیری تکنیک‌های درمانی و همین‌طور عدم دریافت نظارت بالینی بود. مشارکت‌کننده‌ای در این زمینه گفت: "یکی از ایراداتی که من در فیلم‌های بچه‌ها زیاد می‌بینم اینه که بچه‌ها به مبانی نظری رویکرد مسلط نیستن و این باعث میشه به موقع و به جا از تکنیک‌ها استفاده نکنن" (شرکت‌کننده ۲). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: "معمولاً این اشتباه که درمانگرها به تکنیک رو ناقص اجرا می‌کنن و یا دلبخواهی در تکنیک تغییر ایجاد می‌کنن هم می‌تونه باعث بشه سودمند نباشن که هیچ، آسیب هم برسونن" (شرکت‌کننده ۱).

مشکلات زندگی جاری درمانگر: کد دیگر، مشکلات زندگی جاری درمانگر مانند مشکلات مالی، خانوادگی و شغلی بود. مشارکت‌کننده‌ای گفت: "خوب ما درمانگرها هم آدمیم! شما فرض کن خودت تو زندگی با همسرت دچار مشکلی، چقدر می‌تونی تو اتاق درمان حواست رو جمع کنی؟! و اگر تمام تمرکزت رو بیمار نباشه هم جلسه خوب پیش نمیره و خراب میشه معمولاً" (شرکت‌کننده ۱۷).

عینی نبودن معیارهای ارزیابی در درمان‌های پویایی: این نیز یکی دیگر از کدهای محوری حاصل از این پژوهش بود که شامل مواردی همچون عینی نبودن معیارهای ارزیابی ظرفیت ایگوی درمانجو، عینی نبودن معیارهای ارزیابی پسرفت درمانی، عینی نبودن معیارهای ارزیابی پیشرفت درمانی، عینی نبودن معیارهای پایان درمان می‌شود. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان داشت: "یکی از جاهایی که ممکنه درمانجوها خیلی آسیب بخورن دقیقاً مرحله پایانی درمان هست یه پایان زودهنگام و یا دیر هنگام میتونه آسیب‌زا باشه برای همین یه مسئله‌ای که ما داریم اینه که دقیقاً نمی‌دونیم بر اساس چه ملاک‌هایی باید متوجه بشیم که درمان تمومه یا بایی ادامه پیدا کنه" (شرکت‌کننده ۴).

بدون ساختار بودن: این نیز یکی دیگر از یافته‌های محوری پژوهش حاضر است که شامل مؤلفه‌هایی مانند مشخص نبودن میزان حمایت‌گری درمانگر، مشخص نبودن میزان لازم ارضا نیازهای درمانجو در درمان، نامشخص بودن میزان دسترسی‌پذیری درمانگر برای درمانجو می‌شود. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: "به نظر من یکی از عواملی که زمینه‌ساز این میشه که درمانگران اخلاق حرفه‌ای رو زیر پا بگذارند اینه که در برخی از مدل‌های درمانی دقیقاً معلوم نیست که درمانگر چقدر باید نقش ساپورتیو داشته باشه مخصوصاً تو درمان‌هایی که اساسشون بر ساپورت بنا شده اینجاها مخصوصاً که اکثر این روش‌ها رو برای درمان اختلالات شخصیت استفاده می‌کنن خیلی میتونه آسیب‌زا باشه مثل یه تیغ دو لبه است دیگه" (شرکت‌کننده ۱).

تشدید نشانگان: تشدید نشانگان یکی دیگر از مقوله‌های محوری این پژوهش بود که شامل افزایش بی‌خوابی، افزایش پرخوابی، افزایش بی‌اشتهایی عصبی، افزایش پرخوری عصبی، افزایش رفتارهای وسواسی بود. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه چنین گفت: "بعد از این که چند جلسه رفتم حالم بهتر نشد که هیچ به نظرم عصبی‌تر هم شدم. بیشتر مواقع

استرس می‌خورد" (شرکت کننده ۲۰) و یا مشارکت کننده دیگری بیان داشت "بعد از این که دکتر من رو ارجاع داد به یه یکی دیگه از همکاراش حس این رو کردم که اونم من و آدم بدی میدونه چون بهش حس پیدا کرده بودم همون موقع‌ها بود که وسواسم هم بیشتر شده بود" (شرکت کننده ۱۹).

تشدید مشکلات روان‌تنی: تشدید مشکلات روان‌تنی نیز یکی دیگر از مقوله‌های محوری حاصل از این پژوهش بود که خود در برگرفته مواردی مانند افزایش مشکلات گوارشی، افزایش اسپاسم‌های عضلانی، افزایش سردرد میگرنی، افزایش علائم ام اس است. مشارکت کننده‌ای در این باره گفت: "نمیدونم چرا هر بار بعد از این که از جلسه میومدم بیرون تا چند روز اوضاع گوارشم به هم می‌ریخت" (شرکت کننده ۲۳) و یا مشارکت کننده دیگری گفت: "بعد از یه مدت که جلسه‌هام رو شروع کردم مشکل کمر دردم بیشتر شده بود هر چی هم دکتر میرفتم میگفتن چیزی نیست و ریشه عصبی داره بعدها متوجه شدم زمینه‌اش اضطرابی بوده که توی جلسه داشتم" (شرکت کننده ۲۶).

تشدید گرایش‌های خود تخریبی: این هم یکی دیگر مقوله‌های محوری این پژوهش بود که در برگرفته مواردی مانند اقدام به خودکشی، افزایش مصرف سیگار، افزایش مصرف مشروبات الکلی، افزایش مصرف مواد است. مشارکت کننده ای چنین گفت: "بعد از این که هر جلسه تموم می‌شد شروع می‌کردم چند ساعت راه رفتن و سیگار کشیدن و همش تو ذهنم به خانم دکتر فکر می‌کردم یا بعدش میشستم مشروب می‌خوردم و آهنگ گوش می‌کردم" (شرکت کننده ۲۵).

اخلال در عملکرد: اختلال در عملکرد که شامل مختل شدن عملکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی نیز بر اساس یافته‌های پژوهش حاضریکی از مقوله‌های محوری بود. مشارکت کننده‌ای در این باره چنین گفت: "بعد از این که دکتر گفت دیگه نمی‌تونم پیام و من رو نمی‌بینه از همه کار و زندگیم افتادم، یه دوره دیگه افسردگیم شروع شد و از کارم اومدم بیرون" (شرکت کننده ۲۲).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش کیفی، ارائه مدلی مفهومی از اثرات منفی روان‌درمانی‌های پویشی بر اساس ویژگی‌های درمانگر، درمانجو و رویکرد

درمانی بود. پس از ارائه مدل مفهومی بر اساس مضامین محوری (سازمان‌دهنده) و مضامین فراگیر و هم‌چنین استخراج مضامین پایه، یافته‌های حاصل از پژوهش در اختیار شرکت کنندگان (مصاحبه‌شوندگان) قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات و تغییرات لازم، اعتبار کیفی مدل نهایی تأیید شد. در این بخش، نکته مهم این بود که در ابتدا برخی از کدها در طبقه‌ناده‌های گرفتن عوامل غیر روانشناختی قرار گرفته بودند که این طبقه حذف شد و کدهای آن در طبقه عینی نبودن معیارهای ارزیابی ادغام شد. هم‌چنین برخی دیگر از کدها نیز تحت عنوان طبقه اختلال در روابط دسته‌بندی شده بودند که این طبقه نیز حذف شد و کدهای آن در طبقه اختلال در عملکرد ادغام شد. بر این اساس ۱ مضمون فراگیر (کد مرکزی) و ۱۷ مضمون سازمان‌دهنده (کد محوری)، شناسایی شد و مدل نهایی به لحاظ کیفی تأیید شد. طبق یافته‌های پژوهش، عوامل مؤثر بر اثرات منفی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی بر اساس ویژگی‌های روان‌درمانگر، درمانجو و رویکردهای درمانی شناسایی شدند. عوامل مربوط به ویژگی‌های روان‌درمانگر شامل ویژگی‌های شخصیتی درمانگر، خطاهای حرفه‌ای درمانگر، تخطی از مرزهای درمانی، عدم تسلط حرفه‌ای، مشکلات زندگی جاری درمانگر بود. عوامل مربوط به ویژگی‌های درمانجو نیز شامل مکانیسم‌های دفاعی بدوی درمانجو، کیفیت رابطه با والدین، ویژگی‌های شخصیتی درمانجو، مقاومت به درمان، آشفتگی در ساختار خانواده، ویژگی‌های دموگرافیک درمانجو بود. عوامل مربوط به ویژگی‌های روانی نیز عینی نبودن معیارهای ارزیابی در رویکردهای پویشی و بدون ساختار بودن درمان‌های پویشی را در برمی‌گرفت.

اولین کد محوری شناسایی شده در این پژوهش، مکانیسم‌های دفاعی بدوی درمانجو بود. براساس یافته‌ها، هر چه درمانجویان بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی بدوی همچون دویاره سازی و فرافکنی استفاده کنند، احتمال وارد آمدن اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی افزایش پیدا می‌کند، زیرا این مکانیسم‌های دفاعی با ایجاد تحریف در واقعیت به رابطه درمانی بین درمانگر و درمانجو آسیب وارد می‌کند و موجب شکل‌گیری اثرات منفی روان‌درمانی می‌شود. برای مثال، درمانجویی که بیشتر از مکانیسم فرافکنی استفاده می‌کند بیشتر احتمال دارد که گفته‌های درمانگر را به صورت قضاوت‌گری و یا سرزنش‌گری ادراک کند که این خود موجب شکل‌گیری اثرات منفی خواهد شد. از سویی دیگر می‌توان بیان داشت که

مکانیسم‌های دفاعی بر روابط موضوعی فرد تأثیر می‌گذارند (مقامی و همکاران، ۱۴۰۳) و از آنجایی این روابط موضوعی در رابطه درمانی بازآفرینی می‌شوند مکانیسم‌های دفاعی بر رابطه درمانی تأثیر می‌گذارند و هرچه این مکانیسم‌ها بدوی‌تر باشد اثر سو‌تری بر رابطه درمانی می‌گذارند و موجب پدید آیی اثرات منفی می‌شوند. از این رو، این یافته پژوهش با نتایج پژوهش تیلار و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که به کار بردن مکانیسم‌های دفاعی روان‌پریشانه پیش‌بینی‌کننده نتایج منفی روان‌درمانی است.

کیفیت رابطه با والدین، یکی دیگر از کدهای محورهای شناسایی شده در این پژوهش بود. درمانجویانی که سابقه غفلت عاطفی، طرد شدگی توسط والدین، تعرض جنسی توسط والدین و یا تجربه تبعیض را در گذشته خود داشتند به احتمال بیشتری در فضای درمانی، مستعد دریافت اثرات منفی بودند. در این مورد می‌توان این‌طور تبیین کرد که این درمانجویان در فضای انتقالی با درمانگران خود، همان الگوی ارتباطی با والدین‌شان را بار دیگر بازآفرینی می‌کنند و چون این الگوی ارتباطی آکنده از تجربیات آسیب‌زایی همچون غفلت عاطفی، سواستفاده و بهره‌کشی بود، آن‌ها ممکن است خود در فضای درمان به صورت ناهشیار همان فضای آسیب‌زا را به وسیله مکانیسم‌همانند سازی فراقنانه مجدد خلق کنند و یا اگر توسط درمانگران‌شان مورد چنین رفتارهایی قرار بگیرند نمی‌توانند از خود محافظت کنند و بدین ترتیب در معرض تجربه اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی قرار بگیرند. از سوی دیگر از آنجایی که کیفیت رابطه با والدین یکی از عوامل تعیین‌کننده در سبک دلبستگی فرد است (ادیبی‌فر و همکاران، ۱۴۰۳) و سبک دلبستگی هم یکی از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری هویت (منصوری و همکاران، ۱۳۹۸) و همین‌طور سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۷) و هرچه سبک دلبستگی فرد ناایمن‌تر باشد هویت او مخدوش‌تر و به واسطه آن سبک‌های دفاعی و مقابله‌ای در برابر تهدیدات و آسیب‌ها ناکارآمدتر خواهد بود لذا افراد با سبک‌های دفاعی و مقابله‌ناکارآمد بیشتر در معرض آسیب‌های ناشی از اثرات منفی روان‌درمانی قرار دارند. این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهش واتسون و همکاران (۲۰۲۳) که نشان دادند که الگوهای ارتباطی درمانجویان با والدین‌شان با الگوهای ارتباطی با درمانگران‌شان در چندین

مقطع زمانی در درمان همبستگی دارد و اثربخشی درمان و نتایج درمان را تعدیل می‌کند، همخوانی دارد.

ویژگی‌های شخصیتی درمانجو، دیگر عامل شناسایی شده در این پژوهش بود. درمانجویانی با ویژگی‌هایی همچون تبعیت از درمانگر، سلطه‌جویی درمانجو، پرخاشگری منفعلانه، غضب‌ورزی درمانجو، بی‌اعتمادی درمانجو، تأییدطلبی درمانجو و مهرطلبی درمانجو بیشتر در معرض اثرات منفی روان‌درمانی قرار می‌گیرند. در تبیین این یافته می‌توان گفت این ویژگی‌های شخصیتی درمانجویان در فضای ارتباطی درمان می‌تواند واکنش‌های انتقال متقابل را در درمانگران برانگیخته کند و چنان‌چه درمانگری نتواند این واکنش‌های انتقال متقابل را به درستی مدیریت کند، می‌تواند به رابطه درمانی و اتحاد کاری بین درمانگر و مراجع آسیب وارد کند و این خود می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری اثرات منفی روان‌درمانی باشد. در تأیید این یافته، نتایج مطالعه وایبل و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان داد، ویژگی‌های شخصیتی درمانجویان، پیش‌بینی‌کننده نتیجه درمان است. واکنش‌های ناشی از مقاومت درمانی، یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر اثرات منفی روان‌درمانی بود. واکنش‌هایی همچون تأخیر در شروع جلسات روان‌درمانی از یک سو با ایجاد تغییر در ساختار جلسات از کارآیی و اثر بخشی جلسات می‌کاهند و موجب افزایش نرخ اثرات منفی روان‌درمانی می‌شوند. رفتارهای مقاومتی دیگری همچون قطع زود هنگام درمان نیز بر اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی مؤثر است. از آنجایی که قطع زود هنگام درمان معمولاً زمانی رخ می‌دهد که احساسات انتقالی به اوج خود رسیده‌اند. این قطع درمان باعث می‌شود این احساسات انتقالی حل و فصل نشده باقی بمانند و موجب شکل‌گیری اثرات منفی روان‌درمانی شوند (اوهرلر و همکاران، ۲۰۲۱).

دیگر یافته این پژوهش، آشفته‌گی در ساختار خانواده بود. نتایج این پژوهش نشان داد که آشفته‌گی در ساختار خانواده با شاخص‌هایی همچون طلاق والدین، تعارضات شدید میان والدین، اعتیاد والدین و رقابت ناسالم بین فرزندان می‌تواند بر اثرات منفی روان‌درمانی مؤثر باشد، زیرا معمولاً درمانجویانی که در چنین خانواده‌هایی پرورش پیدا کرده‌اند، دارای سبک دلبستگی ناایمن بودند. هرزوغ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که وابستگی به درمانگر تأثیر منفی بر نتیجه درمان بود. وابستگی عاطفی به مشاور به شکل‌های مختلفی بروز پیدا کند. هم‌چنین شدت این

وابستگی در افراد مختلف، متفاوت است. رابطه درمانی، ذاتاً پرورش دهنده و حمایتی است. درمانگر، فضایی امن را برای بیمار فراهم می‌کند تا خود را به راحتی ابراز کند و بدون ترس از قضاوت شدن به کاوش در آسیب‌پذیری‌های خود بپردازد. این سطح از مراقبت و توجه می‌تواند حس وابستگی و دل‌بستگی ایجاد کند؛ درست شبیه پیوندی که بین کودک و مراقب او شکل می‌گیرد. در طول درمان، درمانگر پیشرفت بیمار را تأیید کرده و تشویق می‌کند و برای تلاش‌ها و آسیب‌پذیری‌های او راهکارهای تقویتی مثبت ارائه می‌دهد. این امر می‌تواند تأثیر عمیقی روی بیمار داشته باشد؛ به ویژه برای افرادی که در زندگی خود چنین حمایتی را به طور مداوم تجربه نکرده‌اند. در برخی موارد، بیمار ممکن است درمانگر را ایده‌آل‌سازی کند و ویژگی‌هایی مانند: حکمت، قدرت و همدلی را به طور غیر واقعی به او نسبت دهد. این ایده‌آل‌سازی می‌تواند احساس تحسین و حتی وابستگی به کمال تصور شده درمانگر را تقویت کند.

ویژگی‌های دموگرافیک درمانجو یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش بود. ویژگی‌های دموگرافیک درمانجویان مانند جنسیت آن‌ها می‌تواند بر اثرات منفی روان‌درمانی مؤثر باشد. در تبیین این یافته باید گفت جنسیت درمانجویان با نتایج حاصل از روان‌درمانی رابطه معناداری دارد، به گونه‌ای که درمانجویان زن در درمان‌های تفسیری، نتایج ضعیف‌تری می‌گیرند و درمانجویان مرد نیز در درمان‌های حمایتی، نتیجه ضعیف‌تری به دست می‌آورند.

ویژگی‌های شخصیتی درمانگر نیز یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اثرات منفی روان‌درمانی بود. ویژگی‌های درمانگر مانند شخصیت خودشیفته، شخصیت مرزی، انحرافات جنسی، قضاوت‌گری، سلطه‌جویی، عدم همدلی، انفعال، ترس از صمیمیت، خلق افسرده، بدبینی درمانگر نسبت به درمانجو، غضب ورزی درمانگر می‌تواند بر اثرات منفی روان‌درمانی تأثیرگذار باشد. درمانگرانی که دارای شخصیت خودشیفته بدخیم هستند با استثمار بیماران در جهت ارضا نیازهای بیمار گونه خود می‌توانند به بیماران آسیب‌های شدیدی وارد کنند که آشکارترین آنها تعرض جنسی به بیماران است. علاوه بر این در درمان‌های گروهی، درمانگر کاریزماتیکی که خواستار خودافشایی، ابراز هیجان و تغییر نگرش در بیمار است، ممکن است موجب شود که بیمار احساس کند در معرض آسیب قرار گرفته است و آسیب‌پذیر است. وظایف کاری روان‌درمانگر می‌تواند استرس‌زا و

طاقة فرسا باشد، و همیشه در آن موفق نیست، به همین دلیل ویژگی‌های درمانگر مورد تأکید قرار می‌گیرد و معمولاً آزمون‌های نگرش قبل از ورود به حرفه، آزمایش‌های متعددی برای ارزیابی پتانسیل‌هایی که متقاضی از نظر روابط انسانی و خودکنترلی دارد، انجام می‌شود. برخی از صفات و دسته‌ای از ویژگی‌های شخصیتی، مشکل‌آفرین هستند که منجر به بروز مشکلاتی در خودتنظیمی، مشکلات رابطه‌ای، اختلال‌های سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانشناختی می‌شوند.

خطاهای حرفه‌ای درمانگر، یافته دیگری بود که شناسایی شد. خطاهایی حرفه‌ای شامل ارائه تأویل‌های نادرست، پافشاری بر تأویل، استفاده از تأویل‌های غیر قابل فهم برای درمانجو، ارزیابی نادرست از سطح اضطراب درمانجو، ارزیابی نادرست از ظرفیت ایگوی درمانجو، نادیده گرفتن اضطراب درمانجو، ارجاع نادرست، استفاده بیش از اندازه از سکوت درمانی، عدم توجه به سیر بهبودی یا پسرفت بود. نکته قابل توجه ایت است که باید بین خطاهای حرفه‌ای درمانگر و سوء عمل او تفاوت قائل شد و این نکته‌ای است که مورتیز و همکاران (۲۰۱۹) نیز به آن توجه کرده‌اند. آن‌ها تفاوت بین اثرات نامطلوب (ناشی از مداخلات درمانی صحیح) و اثرات سوء عمل (ناشی از درمان نادرست و یا به کارگیری نادرست مداخلات) و رفتار غیراخلاقی (مانند سوءاستفاده جنسی) را برجسته می‌کنند. از این نظر می‌توان اثرات منفی را از اثرات ناشی از سوء عمل و رفتار غیراخلاقی متمایز کرد.

تخطی از مرزهای درمانی، در واقع همان مؤلفه‌ای بود که سایر پژوهشگران از آن تحت عنوان رفتار غیراخلاقی یاد کرده‌اند و شامل رفتارهایی همچون افشای اطلاعات درمانجو، دریافت هدیه از درمانجو، برقراری رابطه عاطفی با درمانجو، برقراری رابطه کاری با درمانجو، برقراری رابطه جنسی با درمانجو، پرخاشگری کلامی به درمانجو، پرخاشگری فیزیکی به درمانجو، ملاقات درمانی با درمانجو خارج از جلسات درمانی، ملاقات خارج از چارچوب درمانی با نزدیکان درمانجو بود. سیوالد و ریف (۲۰۲۳) معتقدند رفتارهای بین‌فردی نامناسب درمانگر همچون پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی به اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی منتهی می‌شود. این یافته آن‌ها با مؤلفه تخطی از مرزهای حرفه‌ای این پژوهش هم‌راستا است.

عدم تسلط حرفه‌ای به عنوان دیگر مؤلفه‌شناسایی شده، می‌تواند ناشی از عدم تسلط کافی درمانگر بر مبانی نظری رویکردی که با آن مشغول به درمان است، عدم تسلط بر به کارگیری تکنیک‌های درمانی و همین طور عدم دریافت نظارت بالینی مداوم باشد. این مؤلفه می‌تواند به اثرات منفی روان‌درمانی منجر شود، زیرا این عدم تسلط درمانگر می‌تواند باعث شود که او از تکنیک‌های درمانی درست استفاده نکند، تکنیک‌های درمانی را ناقص اجرا کند و تکنیک‌های درمانی را در زمان نامناسب اجرا کند. تمامی این موارد می‌تواند به بروز اثرات منفی روان‌درمانی منجر شود.

مشکلات زندگی جاری درمانگر، به عنوان دیگر یافته این پژوهش نشان داد این عامل نیز می‌تواند بر اثرات منفی روان‌درمانی مؤثر باشد. مشکلاتی مانند مشکلات مالی، خانوادگی و شغلی می‌تواند باعث شود درمانگر در اتاق درمان تمرکز لازم را نداشته باشد و یا حتی این مشکلات می‌تواند باعث شوند درمانگر در مدیریت انتقال متقابل خود دچار دشواری‌هایی شود و یا شاید منجر به این شوند که درمانگر در اتاق درمان با عاطفه منفی حضور داشته باشد که تمامی این موارد می‌تواند منجر به شکل‌گیری اثرات منفی روان‌درمانی شوند. این یافته تا حدی با نتایج پژوهش کوئینچیرس (۲۰۲۱) که بیان کردند در مواردی که درمانگر جلسه درمانی را با عاطفه منفی شروع می‌کند، درمانجویان اثرات منفی بیشتری را گزارش می‌کنند، همسو است.

عینی نبودن معیارهای ارزیابی در درمان‌های پویایی، یافته‌ای است که در سایر مطالعات مرتبط، مورد بررسی قرار نگرفته است. به نظر می‌رسد، عینی نبودن معیارهای ارزیابی می‌تواند به چندین شیوه، منجر به بروز اثرات منفی شود. از یک سو، وقتی معیارهای عینی برای تشخیص، صورت‌بندی و ارزیابی نتایج درمانی وجود نداشته باشد، هر درمانگری این ارزیابی‌ها را بر اساس ادراک ذهنی خود انجام می‌دهد و از آنجایی که درمانگر در این ارزیابی‌ها ممکن است دچار تعارض منافع باشد، این ارزیابی‌ها خالی از سوگیری نخواهد بود. از سوی دیگر، وقتی این ارزیابی‌ها بر عهده ادراک ذهنی درمانگر و ظن بالینی او گذاشته می‌شود، درمانجویان احتمالاً با دشواری بیشتری می‌توانند آنها را ادراک کنند و در فرآیند درمان، مشارکت فعال داشته باشند.

بدون ساختار بودن جلسات درمانی نیز در سایر پژوهش‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در رویکردهای پویایی،

جلسات درمانی فاقد ساختار هستند. از آنجایی که برای میزان نقش حمایت‌گری درمانگر، میزان دسترسی‌پذیری او در خارج جلسات و همین طور میزان ارضا نیازهای درمانجو، ملاک‌های مشخصی ندارد، فضا برای به عمل در آوردن تکانه‌های ناشی از انتقال و انتقال متقابل فراهم‌تر است و اگر این فضای بدون ساختار در کنار برخی از ویژگی‌های شخصیتی درمانگر و درمانجو مانند ویژگی‌های خودشیفتگی در درمانگر و ویژگی‌های شخصیت‌نمایشی در درمانجو قرار بگیرد، احتمال این به عمل در آوردن افزایش پیدا می‌کند.

دیگر کد شناسایی شده در این مطالعه، تشدید نشانگان بود. این یافته شامل علائمی همچون افزایش بی‌خوابی، افزایش پرخوابی، افزایش بی‌اشتهایی عصبی، افزایش پرخوری عصبی، افزایش رفتارهای وسواسی بود. بسیاری از درمانجویان گزارش کردند که در خلال جلسات درمانی و یا بعد از پایان جلسات درمانی، نه تنها علائم آن‌ها کاهش نیافته است، بلکه یا این علائم تشدید شده‌اند و یا حتی دچار علائم جدیدی شده‌اند. آن‌ها بروز و یا تشدید این علائم را ناشی از روان‌درمانی می‌دانستند. این یافته با نتایج مطالعه پژوهش لادویگ و همکاران (۲۰۱۴) که بیان کردند یکی از پیامدهای اثرات منفی روان‌درمانی، افزایش علائمی همچون اضطراب و اُفت خلقی می‌باشد، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد یکی از دلایل تشدید علائم احتمالاً بی‌توجهی درمانگر به اضطراب و احساسات انتقالی درمانجو است که این احساسات و یا اضطراب خود را به صورت تشدید علائم نشان می‌دهند.

یکی دیگر از مؤلفه‌های شناسایی شده، تشدید مشکلات روان‌تنی بود. در توضیح این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که برای اولین بار فروید در کتاب "مطالعاتی در باب هیستری" نشان داد که بسیاری از تعارضات روانشناختی می‌توانند خود را به صورت علائم جسمانی نشان دهند، پس اگر در طی جلسات درمانی، تعارضات درون روانی درمانجویان حل و فصل نشود و یا حتی اگر تشدید شوند، می‌تواند منجر به شکل‌گیری و یا تشدید نشانگان روان‌تنی شود. این پدیده‌ای است که سایر پژوهشگران همچون اشتراوس و همکاران (۲۰۲۱) آن را به عنوان یکی از اثرات منفی روان‌درمانی، تحت عنوان اُفت در بهزیستی جسمانی ارائه کردند.

تشدید گرایش‌های خودتخریبی نیز نشان داد، گرایش‌های خودتخریبی همچون افکار و یا اقدام به خودکشی، مصرف دخانیات و مواد می‌تواند یکی از

پیامدهای اثرات منفی روان‌درمانی باشد. هر چند در پژوهشی مستقیمی به این مؤلفه اشاره نشده است، اما این یافته به نوعی با نتایج مطالعه اشتراوس و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند یکی از اثرات منفی روان‌درمانی می‌تواند اُفت در بهزیستی جسمانی و روانی باشد، همسو است.

اخلال در عملکرد (مختل شدن عملکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی) یکی دیگر از پیامدهای اثرات منفی روان‌درمانی بود. این یافته نیز با نتایج مطالعه هرزوگ و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند یکی از پیامدهای اثرات منفی، تردید در تصمیم‌گیری‌های شغلی و اجتماعی است و با نتایج پژوهش اشتراوس و همکاران (۲۰۲۱) که نشان داد روان‌درمانی می‌تواند موجب اُفت عملکردهای کاری در فرد شود، تا حدی مطابقت دارد.

بافتار تعاملی درمانگر و درمانجو به عنوان مضمون مرکزی، مهم‌ترین یافته این پژوهش بود. این یافته بود که سایر یافته‌های پژوهش حاضر را در زیر چتر مفهومی خود گردآوری کرد، زیرا تمام ویژگی‌های درمانگر، درمانجو و رویکرد درمانی می‌توانند در یک بافتار تعاملی خود را نشان دهند و در تعامل با یکدیگر است که می‌توانند موجب شکل‌گیری اثرات منفی شوند. همان‌طور که عوامل مشترکی همچون همدلی، احترام به بیمار، رازداری، امیدبخشی منطقی و فراهم کردن محیطی شفاف‌بخش می‌توانند بر اثربخشی درمان تأثیر بسزایی داشته باشند، یک درمانگر استثمارگر، خودشیفته و یا بی‌توجه که نمی‌تواند با بیمار و دنیای او تطابق یابد، می‌تواند پیامدهای درمانی نامطلوبی به همراه داشته باشد. دسته‌ای دیگر از پژوهش‌ها بر ویژگی‌های درمانجو تأکید دارند حتی برخی معتقدند که شدت بیماری به تنهایی پیش‌بینی‌کننده اثرات منفی روان‌درمانی است یا نوع اختلال می‌تواند پیش‌بینی‌کننده نتایج منفی روان‌درمانی باشد. اما تاکنون پژوهشی به بر این نکته تأکید نکرده است که تمام این ویژگی‌ها چه مربوط به درمانگر و چه مربوط به درمانجو و یا مربوط به رویکرد درمانی باشند در یک فضای تعاملی با یکدیگر معنا پیدا می‌کنند از سوی دیگر، برخی از پژوهشگران مانند کلین و همکاران (۲۰۲۱) مهم‌ترین عامل در اثر بخشی روان‌درمانی را رابطه درمانی بین درمانگر و درمانجو می‌دانند، از این رو می‌توان استنباط کرد فضای تعاملی درمانگر و درمانجو یا همان چیزی که در ادبیات روان‌پویایی از آن تحت عنوان رابطه درمانی و یا اتحاد کاری یاد می‌شود، همان‌طور که می‌تواند بر اثرات مثبت روان‌درمانی مؤثر باشد

می‌تواند موجب شکل‌گیری اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی باشد و چه بسا در این بین، اثرگذارترین مؤلفه باشد.

این مطالعه همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله آن که این پژوهش، به علت محدودیت‌های اجرایی فقط در کلینیک‌های سطح شهر تهران به اجرا درآمد. هم‌چنین محدودیت دیگر در این پژوهش، مورد بررسی قرار نگرفتن درمانجویانی بود که به طور همزمان از درمان‌های پویایی و سایر درمان‌ها مانند دارو درمانی استفاده می‌کردند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود، قبل از اعطای پروانه حرفه‌ای، از روان‌درمانگران به منظور بررسی ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها، آزمون‌های معتبر ارزیابی شخصیت به عمل آید. در مراکز درمانی، قبل از ارجاع بیماران به درمانگران، به منظور بررسی میزان تطابق ویژگی‌های شخصیتی درمانگر و درمانجو، از آن‌ها ارزیابی عینی شخصیت به عمل آید. در حین انجام فرآیند درمان و بعد از آن، نتایج درمانی به منظور جلوگیری و یا کاهش اثرات منفی روان‌درمانی به وسیله ابزارهای عینی مورد ارزیابی قرار بگیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود، به منظور بررسی نقش تعاملی درمان‌های غیر روانشناختی مانند دارو درمانی و درمان‌های پویایی بر روی اثرات منفی ناشی از روان‌درمانی، مطالعات مشابه صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، سعی شد مصاحبه شوندگان قبل از شروع مصاحبه از ضبط صدای خود مطلع شوند. کلمات و واژگان افراد مصاحبه شونده به طور کامل و بدون دخل و تصرف پیاده سازی و تحلیل شد. مصاحبه با رضایت کامل مصاحبه شوندگان انجام شد و آن‌ها از هدف پژوهش مطلع بودند. تمامی مصاحبه شوندگان با کدها شماره‌گذاری شدند و اصل رازداری در مورد مسائل شخصی زندگی آنان در طول پژوهش رعایت شده و به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول، پژوهشگر اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم و سوم استاد راهنما و نویسنده چهارم نیز مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هم‌چنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی درمانگران و درمانجویانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ادیبی‌فر، منا؛ منوچهری، مهدی؛ صلاحیان، افشین و نصرالهی، بیتا (۱۴۰۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری رابطه آسیب‌های دوران کودکی با اعتیاد جنسی با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده، ذهنی‌سازی و سبک‌های دلبستگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۸)، ۱۳۷۹-۱۳۹۶.
<https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1379>
- بشارت، محمدعلی؛ رنجبر شیرازی، فرزانه و دهقانی آرانی، فاطمه (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای روان‌سازهای ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷ (۷۲)، ۸۵۹-۸۷۲.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-324-fa.html>
- مقامی، پرنیان؛ میرزا حسینی، حسن و منیرپور نادر (۱۴۰۳). روابط موضوعی و نشانه‌های شخصیت‌نمایی: نقش میانجی‌گر مکانیسم‌های دفاعی *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۹)، ۱۷۳۹-۱۷۵۴.
<https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1739>
- منصوری، جمیل و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و بهشیاری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۹)، ۷۸۵-۷۹۶.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-403-fa.html>

References

- Adibifar M, Manouchehri M, Salahian A, Nasrollahi B. (2024). Structural equation modeling of the relationship between childhood trauma and sexual addiction with the mediating role of perceived social support, mentalization and attachment styles. *Journal of Psychological Science*. 23(138), 1379-1396. [Persian]
<https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1379>
- Besharat M, Eshagh Goolpashein R, Farahmand H, Ebrahimi F. (2018). Comparison of attachment styles, defense styles and resiliency in patients with multiple Sclerosis (MS) and healthy people. *Journal of Psychological Science*. 16(64), 478-493. [Persian]
<http://psychologicalscience.ir/article-1-97-fa.html>
- Chvála, L., Řiháček, T., & Vybíral, Z. (2022). A pilot study of HEXACO dimensions and therapeutic change as potential predictors of negative effects of psychotherapy. *Československá psychologie*, 66(5), 532-542.
<https://doi.org/10.51561/cspsych.66.5.532>
- Cuesta-Pastor, M., Sanchez-Ruiz, D., & Moreno-Perez, A. (2022). Expectations of patients assessed in clinical

- psychology in a mental health center. *J Psychol Clin Psychiatry*, 13(3), 60-66.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1447405>
- Cuijpers, P. (2021). Research on negative effects of psychotherapies: The next steps. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(2), 142-144.
<https://doi.org/10.1037/cps0000011>
- Gerke, L., Meyrose, A. K., Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2020). Frequencies and predictors of negative effects in routine inpatient and outpatient psychotherapy: two observational studies. *Frontiers in psychology*, 11, 2144.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02144>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Herzog, P., Häusler, S., Normann, C., & Brakemeier, E. L. (2021). Negative effects of a multimodal inpatient CBASP program: rate of occurrence and their impact on treatment outcome in chronic and treatment-resistant depression. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575837.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575837>
- Horigian, V. E., Robbins, M. S., Dominguez, R., Ucha, J., & Rosa, C. L. (2010). Principles for defining adverse events in behavioral intervention research: lessons from a family-focused adolescent drug abuse trial. *Clinical trials*, 7(1), 58-68.
<https://doi.org/10.1177/1740774509356575>
- Klein, J. P., Trulley, V.-N., & Moritz, S. (2021). Negative effects of psychotherapy: Definition, assessment and clinical significance. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(2), 145-147.
<https://doi.org/10.1037/cps0000016>
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). What are the risks and side effects to psychotherapy? Development of an inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24, 252-263.
<https://doi.org/10.1159/000367928>
- Linden, M., & Schermuly-Haupt, M. L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World psychiatry*, 13(3), 306.
<https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 286-296.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1765>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*,

- 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Maghami P, mirza hosseini H, monirpoor N. (2024). Objective relations and the signs of histrionic personality: The mediating role of defense mechanisms. *Journal of Psychological Science*. 23(139), 1739-1754. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1739>
- Mansouri J, besharat M. (2019). The mediating role of ego strength between attachment styles and mindfulness. *Journal of Psychological Science*. 18(79), 785-796. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-403-fa.html>
- Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L., & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 577-586 <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0931-1>
- Oehler, C., Görges, F., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2021). A closer look at negative effects in a guided web-based intervention for mild to moderate depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(2), 131–141. <https://doi.org/10.1037/cps0000004>
- Paveltchuk, F., Mourão, S. E. D. Q., Keffer, S., da Costa, R. T., Nardi, A. E., & de Carvalho, M. R. (2022). Negative effects of psychotherapies: A systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(2), 267-278. <https://doi.org/10.1002/capr.12423>
- Rheker, J., Beisel, S., Kräling, S., & Rief, W. (2017). Rate and predictorsof negative effects of psychotherapy in psychiatric and psychosomaticinpatients. *Psychiatry Research*, 254, 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.psych.res.2017.0>
- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307-312. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.42>
- Seewald, A., & Rief, W. (2023). How to change negative outcome expectations in psychotherapy? The role of the therapist's warmth and competence. *Clinical Psychological Science*, 11(1), 149-163. <https://doi.org/10.1177/21677026221094331>
- Strauss, B., Gawlytta, R., Schleu, A., & Frenzl, D. (2021). Negative effects of psychotherapy: Estimating the prevalence in a random national sample. *BJPsych Open*, 7(6), E186. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1025>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Sage Publications, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02001-000>
- Telaar, B., Hanauer, C., Rosner, R., & Doering, B. K. (2023). Predictors of Client Satisfaction With Bereavement Counselling: The Role of Negative Effects. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228231193806>
- Vybíral, Z., Ogles, B. M., Řiháček, T., Urbancová, B., & Gocieková, V. (2023). Negative experiences in psychotherapy from clients' perspective: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2226813>
- Watson, P. N., Leroux, E., Chowdhury, M., Mehra, K., Henderson, J., Szatmari, P., & Hawke, L. (2023). Unexpressed Wishes and Unmet Needs: a Mixed Methods Study of Youth Negative Experiences in Psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2),424437. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02431-w>
- Zapocznik, J., & Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 468–478. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.468>