



Qualitative Study of Effective Interventional and Management Strategies for Psychotherapists and Counselors Dealing with Difficult Clients

Fahimeh Bahonar¹, Farnaz Abbas Yazdian², Mohammadhassan Asayesh^{3*}

1. Department of Counseling, Faculty of Education and psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: fahime.bahonar@edu.ui.ac.ir
2. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Khatam, Tehran, Iran. Email: pazhoohanteam46@gmail.com
3. Corresponding Author, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: asayesh@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 16 Jan 2023
Revised: 8 Jun 2023
Accepted: 16 Jun 2023
Published Online: 21 Jan 2024

Keywords:
Counselors, Difficult clients, Psychotherapists, Qualitative Method, Strategies.

ABSTRACT

The primary objective of this study was to ascertain the experiences of Iranian therapists who dealt with challenging customers and to examine the approaches they utilized. The present research employed a qualitative form of phenomenology as its research methodology. In 2021 and 2022, the community of this study comprised active therapists in Tehran. With the purposeful continuation of sampling until the saturation limit was reached, seventeen therapists were ultimately chosen. The participants were subsequently asked to complete semi-structured interviews. The data were analyzed utilizing Colaizzi's method of descriptive data analysis. Through the examination of the data, 60 primary concepts, 9 sub-themes, and 2 main themes were identified. The overarching theme comprises two components: firstly, efficacious approaches during the therapeutic session (encompassing general therapeutic communication strategies, general individual strategies, specialized strategies pertaining to clients experiencing marital difficulties, specialized strategies pertaining to clients confronting family issues, and specialized strategies pertaining to clients diagnosed with personality disorder); and secondly, successful strategies implemented outside of the session (including general social strategies, support systems. Overall, the findings of this study indicated that clinicians' approach to challenging clients influences the caliber of care they provide. Therefore, training and a competent supervisor are required in this field.

Cite this article: Bahonar, F., Abbas yazdian, F., & Asayesh, M. H. (2024). Qualitative Study of Effective Interventional and Management Strategies for Psychotherapists and Counselors Dealing with Difficult Clients. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 263-283. doi: 10.22059/japr.2024.353916.644507.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.353916.644507>

© The Author(s).



مطالعه کیفی راهبردهای مداخلاتی و مدیریتی مؤثر روان درمانگران و مشاوران در مواجهه با مراجعان دشوار

فهیمه باهنر^۱، فرناز عباس یزدیان^۲، محمدحسن آسایش^{۳*}

۱. دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده دهلوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: fahime.bahonar@edu.ui.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. رایانامه: pazhoohanteam46@gmail.com

۳. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: asayesh@ut.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

این پژوهش با هدف شناسایی تجارب درمانگران ایرانی از مراجعان دشوار و واکاوی راهبردهای آنان انجام شد. روش پژوهش کاربردی و از نوع کیفی پدیدارشناسی بود. جامعه آماری پژوهش شامل درمانگران فعال شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه گیری به صورت هدفمند و تا مرز اشباع و نهایتاً انتخاب ۱۷ درمانگر ادامه یافت. با شرکت کنندگان مصاحبه های نیمه ساختاریافته انجام گرفت. به منظور تحلیل داده ها از روش تحلیل مضمون کلایزی استفاده شد. تحلیل داده ها به شناسایی ۶۰ مفهوم اولیه، ۹ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی منجر شد. مضامین اصلی شامل دو مضمون بود: ۱. راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان (شامل: راهبردهای ارتباط درمانی، راهبردهای مدیریت فرایند، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی و راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت) و ۲. راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان (شامل: راهبردهای کلی اجتماعی، راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت، راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی و راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران). در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد میزان مطلوب بودن یا نبودن کیفیت خدمات به مراجعان دشوار به نحوه به کارگیری راهبردهای درمانگران بستگی دارد؛ بنابراین دریافت ناظر و آموزش درست در این زمینه ضرورت دارد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱

کلیدواژه ها:

راهبردها، روان درمانگران، روش کیفی، مراجعان دشوار، مشاوران.

استناد: باهنر، ف.، عباس یزدیان، ف.، آسایش، م. ح. (۱۴۰۲). مطالعه کیفی راهبردهای مداخلاتی و مدیریتی مؤثر روان درمانگران و مشاوران در مواجهه با مراجعان دشوار. فصل نامه

پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۴)، ۲۶۳-۲۸۳. doi: 10.22059/japr.2024.353916.644507

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.353916.644507>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

رضایت و موفقیت در فعالیت حرفه‌ای^۱ امری است که درمانگران مختلف آن را تجربه می‌کنند، اما مواقعی نیز وجود دارد که از نظر حرفه‌ای چالش‌برانگیز^۲ است (کورتیس^۳، ۲۰۰۶). مواجهه با مراجع دشوار^۴ از آن جمله موقعیت‌ها است که می‌تواند بر احساس و عملکرد مشاور یا درمانگر تأثیر بگذارد. تقریباً همه^۵ درمانگران با مراجعانی مواجه می‌شوند که به دلیل جنبه‌های رفتاری، شناختی یا هیجانی، دشوار تلقی می‌شوند و می‌توانند در توانایی درمانگران برای ارائه مراقبت بهینه اختلال ایجاد کنند. منظور از مراجع دشوار، مراجعی است که به شدت احساس عصبانیت می‌کند یا بسیار غمگین است (مارگات^۶، ۲۰۱۹). برخی پژوهشگران مراجعان دارای مشکلات خاص از جمله بی‌وفایی زناشویی (آسایش، گلپاشا و باهنر، ۱۴۰۰؛ آسایش، فرحبخش، سلیمی و دلاور، ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷)، شکست عشقی (باهنر، آسایش و قاضی‌نژاد، ۱۳۹۸؛ آسایش، قاضی‌نژاد و باهنر، ۱۳۹۹)، مراجعان دارای اختلالات شخصیت (میلون^۷، ۲۰۱۶) و خشونت‌های خانگی (آسایش، حسین‌زهی و گلپاشا، ۲۰۱۷) را مراجعان دشوار معرفی می‌کنند؛ درحالی که در تعاریفی دیگر به مراجعه اجباری یا مشاوره با یک رویکرد خاص بدون موافقت مراجع اشاره شده است (مارگات، ۲۰۱۹). مراجع دشوار در برقراری رابطه با دیگران بین بودن در نقش قربانی و آزارگری در حال جابه‌جایی است. بسیاری از درمانگران خاطرنشان کرده‌اند که مراجعان دشوار گاهی رفتاری از خود نشان می‌دهند که شبیه رفتار یک کودک متوقع و نیازمند است. بسیاری از مراجعان دشوار فکر می‌کنند که آن‌ها به نحوی مستحق هستند و باید با آن‌ها برخورد خاصی شود (کوئین^۸، ۲۰۰۲). همچنین مراجعان دشوار، واکنش‌های ناخوشایندی را در درمانگر خود برمی‌انگیزند که می‌تواند به درماندگی^۹، خشم^{۱۰}، آزرده‌گی^{۱۱}، شکست^{۱۲}، طردشدن^{۱۳} و حتی ناامیدی^{۱۴} در رابطه^{۱۵} درمانگر-مراجع منجر شود (سریور، اتمن و خلیفه^{۱۶}، ۲۰۰۹). در پژوهشی دیگر نیز اشاره شد که ناامیدی، اضطراب، احساس گناه یا تنفر از طرف مراجع یا درمانگر می‌تواند به رابطه^{۱۷} درمانگر-مراجع آسیب بزند و مدیریت چنین احساساتی برای درمان بسیار مهم است (ویلیامز و دی^{۱۸}، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، مراجعان دشوار زمان و منابع مالی کلینیک را تحلیل می‌برند و برخی از مراجعان دشوار به دلیل سهل‌انگاری درمانگر یا درمان نادرست، مستعد تهدید به اقدامات تلافی‌جویانه قانونی هستند (واسان، وتون و جمیسون^{۱۹}، ۲۰۰۵). در واقع نبود راهبرد یا سیاست قانونی برای مراجعان دشوار در کلینیک، برخورد با چنین مراجعانی را دشوار می‌کند (سریور، اتمن و خلیفه، ۲۰۰۹).

از هر شش مراجع به درمانگر، یک نفر دشوار تلقی می‌شود (کروچر و باس^{۲۰}، ۱۹۸۰؛ هان و همکاران^{۲۱}، ۱۹۹۶) که این درصدها در کشورهای درحال توسعه بیشتر است (فیشر و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۹). علاوه‌براین پیشینه تحقیقاتی اندکی درباره راهبردهای مواجهه با مراجعان دشوار وجود دارد. با این حال مراجعانی که به‌عنوان مراجع دشوار تعریف می‌شوند باید به روش‌های مختلف درمان شوند (اوزن، اورم و کالدروگلیو^{۲۳}، ۲۰۱۸). از جمله راهبردهای اشاره‌شده در پژوهش‌ها برای جلوگیری از غرق‌شدن در هیجانات، یافتن مسیر جایگزین برای چنین مراجعانی است (کورتیس، ۲۰۰۶). به بیانی دیگر هنگامی که درمانگران براساس

1. professional practice
2. challenging
3. Curtis
4. difficult client
5. Magrath
6. Millon
7. Quinn
8. frustration
9. anger
10. exasperation
11. defeat
12. rejection
13. despair
14. Serour, Othman, & Khalifah
15. Williams & Day
16. Wasan, Wootton, & Jamison
17. Crutcher & Bass
18. Hahn et al.
19. Fischer et al.
20. Ozen, Orum & Kalenderoglu

هیجان‌ات عمل می‌کنند، نه تنها مراجعان تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بلکه موجب ایجاد استرس، فرسودگی شغلی و دوگانگی می‌شوند (گارکيا و همکاران^۱، ۲۰۱۶). مطالعه دیگری نشان داد هرچقدر درجه خوش‌بینی درمانگران بیشتر باشد، خودشان را در کنار آمدن با موقعیت استرس‌زا و مراجعان دشوار، بهتر ارزیابی می‌کنند (مدیروس و پروچسکا^۲، ۱۹۸۸). در نتیجه تجزیه و تحلیل درمانگران در مواجهه با مراجعان دشوار و تلاش برای شناسایی علل پنهانی آن، به فهم درمانگر از مراجع و پذیرش احساسات خود به این مراجعان کمک می‌کند؛ بنابراین درمانگران باید مهارت‌های خود را در مدیریت مشکلات روان‌شناختی مختلف افزایش دهند. از این رو لازم است بخشی از پیشرفت حرفه‌ای مستمر خود را برای توسعه مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های مشاوره‌ای اختصاص دهند. همچنین درک دلایل پنهان سختی کار با مراجعان دشوار نیز ممکن است ارتباط را آسان کند و به درمانگران کمک کند تا احساسات خود را در برخوردهای آینده با این مراجعان بپذیرند؛ زیرا تعهدات در قبال چنین مراجعانی ممکن است طولانی‌مدت باشد (سریور، اتمن و خلیفه، ۲۰۰۹).

روشن است که کار با مراجعان مقاوم همیشه منفی نیست، بلکه می‌تواند به‌عنوان چالش شغلی سبب ارتقای تاب‌آوری و رشد شغلی درمانگران شود. در پژوهشی درمانگران در پاسخ به این سؤال که چقدر از کار با این مراجعان لذت می‌برند، ۵۷ درصد گزارش کردند که گاهی لذت می‌برند، ۲۵ درصد گفتند اغلب از این روند لذت می‌برند، ۱۲ درصد به‌ندرت از مواجهه با مراجعان دشوار لذت می‌بردند و یک درصد از آن لذت نمی‌بردند (سلیگمن و گاسرود^۳، ۱۹۹۴). این عدم لذت در برخورد با مراجعان دشوار، آن‌ها را از درمان مطلوب و اثربخش محروم می‌سازد و درمانگران و مشاوران نیز دچار فرسودگی شغلی و تجربه احساسات منفی و ناخوشایند خواهند شد؛ بنابراین، عدم شناخت در به‌کارگیری راهبردهای مؤثر در مواجهه با مراجعان دشوار، درمانگران و مشاوران را از تجربه لذت با این مراجعان محروم می‌کند؛ چرا که آن‌ها نشانه‌هایی به درمانگران ارائه می‌دهند که سبب می‌شود شکاف‌های دانش شخصی و حرفه‌ای درمانگر را آشکار کنند. به‌طور خلاصه آن‌ها دعوتی برای رشد شخصی و حرفه‌ای و تشویقی برای یادگیری مادام‌العمر هستند (کورتیس، ۲۰۰۶).

از نگاه دیگر، درمان مطلوب با این مراجعان بستگی به تمایل درمانگر برای درک دلایل رفتارهایی دارد که موجب ایجاد احساسات دشوار می‌شود و همچنین توانایی او برای مداخله در این رفتارها به‌گونه‌ای که تأثیرات منفی این رفتارها را خنثی کند و احساس امنیت و اثربخشی درمان را افزایش دهد (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). مواجهه با مراجعان دشوار، همان‌قدر که می‌تواند برای درمانگران و مشاوران ناخوشایند باشد، به همان میزان نیز می‌تواند رضایت شغلی را بالاتر ببرد و فرصت یادگیری را فراهم آورد. به شرط آنکه راهبردهای مؤثر در مواجهه با این مراجعان را فراگیرند و درمانگران مبتدی از تجربیات درمانگران دیگر در این فرایند استفاده کنند (اوزن، اورم و کالدروگلیو، ۲۰۱۸). با توجه به پژوهش‌های پیشین، بیشتر تحقیقات بر طبقه‌بندی و درمان مراجعان دشوار متمرکز است و کمتر پژوهشی به‌خصوص در ایران درباره راهبردهایی که درمانگران در مسیر درمان با این مراجعان روبه‌رو به کار می‌گیرند، انجام شده است. پس ضروری است درباره ویژگی‌های این مراجعان که خواهان خدمات سلامت روان هستند و چالش‌ها و مشکلاتی که برای روان‌درمانگران و متخصصان به‌وجود می‌آورند، تحقیقات کمی و کیفی بیشتری صورت گیرد؛ چرا که اولاً برچسب‌گذاری مراجعان به‌عنوان مراجع دشوار مانع دریافت درمان اثربخش و درک مراجع می‌شود و درمانگران و مشاوران معمولاً از تجارب خود در درمان این مراجعان، کمتر با استادان یا همکاران خود صحبت می‌کنند و تقریباً این تجارب نادیده گرفته می‌شوند. دوم آنکه درمانگران تازه‌کار معمولاً در اوایل فعالیت بالینی، از راهبردهایی که می‌توان با این مراجعان انجام داد، شناخت کمی دارند و شکست در درمان این مراجعان سبب دلسردی و احساس بی‌کفایتی در آن‌ها می‌شود. سوم آنکه متخصصان در برابر مراجعان دشوار ممکن است به انواع آسیب‌های روانی و فیزیکی دچار شوند. به همین دلیل این پژوهش به مسئله راهبردهای مؤثر در مواجهه با مراجعان دشوار از دیدگاه متخصصان می‌پردازد تا با شناسایی تجارب درمانگران در درمان این مراجعان، کیفیت خدمات سلامت روان را در کشورمان بهبود بخشد. نتایج این پژوهش می‌تواند برای تمامی متخصصان حرفه‌های یاری‌رسان در حوزه سلامت روان و همچنین کادر خدمات روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

1. Garcia et al.
2. Medeiros & Prochaska
3. Seligman & Gaaserud

۰۲ روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

این پژوهش با رویکرد کیفی^۱ و به روش پدیدارشناسی^۲ انجام شد. در مطالعات کیفی داده‌ها به شکل کلمات هستند که ماهیت پدیده را بررسی می‌کنند تا محقق به جای اینکه آن پدیده را اندازه بگیرد، به درک عمیقی از آن برسد. پدیدارشناسی یکی از روش‌های مهم در پژوهش کیفی است که می‌توان بررسی جهان زندگی یا مطالعه تجربه زیسته تعریف کرد. در پدیدارشناسی اساساً به آنچه توسط فرد زیسته می‌شود توجه می‌کنیم؛ زیرا پدیدارشناسی تلاش می‌کند معانی را آن‌طور که در زندگی تجربه می‌شود، نمایان کند (ایمان، ۱۳۹۷). بدین دلیل برای درک تجارب زیسته درمانگران، روش پدیدارشناسی اتخاذ شد که به تشریح ساختار یا ماهیت تجارب زندگی و معنی‌بخشیدن به آن‌ها و توصیف دقیق پدیده‌ها از خلال تجارب زندگی روزمره می‌پردازد.

جامعه پژوهش حاضر را مشاوران و درمانگران فعال استان تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه‌های مورد نظر به روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ از نوع ملاکی انتخاب شدند. در نمونه‌گیری ملاکی ضرورت دارد افراد براساس ملاک خاصی مانند داشتن تجربه یک پدیده خاص انتخاب می‌شوند (بازرگان، ۱۴۰۲). در این پژوهش نیز شرکت‌کنندگان همگی دارای تجربه درمانگری روان‌شناسی بودند. برای به حداقل رساندن ناهمگنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد که عبارت بودند از: ۱. تمایل به حضور در پژوهش، ۲. درمانگر بودن، ۳. سکونت در شهر تهران، ۴. تجربه درمانگری با درمانجویان دارای اختلالات شخصیتی و مشکلات زناشویی و خانوادگی (طلاق، خیانت زناشویی، همسرآزاری، اعتیاد، بزهکاری)، ۵. سابقه کاری بیشتر از پنج سال. ملاک‌های خروج نیز شامل ۱. دردسترس نبودن برای مصاحبه، ۲. نداشتن مراجعان دشوار و ۳. درمانگران تازه کار با سابقه کمتر از پنج سال بود. حجم نمونه تا اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت ۱۷ نفر انتخاب شدند. اشباع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده بیشتری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود شود، به پژوهش وارد نشود (برنز و گروف، ۲۰۱۵). طبق توصیه مورس^۴ (۲۰۱۵) به منظور ارتقای اشباع معنی از راهبردهایی نظیر درگیری طولانی مدت در مطالعه^۵، مشاهدات مستمر^۶، توصیف غنی و جامع^۷، تحلیل موارد منفی^۸، مرور متخصصان^۹، شناسایی و کنترل سوگیری‌های احتمالی پژوهشگران^{۱۰}، مرور شرکت‌کنندگان و مخاطبان بیرونی^{۱۱} استفاده می‌شود که اشباع معنی به دست آمده را مناسب و معتبر سازد. در پژوهش حاضر نیز از راهبردهای اشاره شده استفاده شد؛ به گونه‌ای که پژوهشگران شش ماه درگیری طولانی مدت و مشاهده مستمر با شرکت‌کنندگان داشتند و توصیفی غنی از تجارب آنان استخراج کردند. در نهایت نیز تمام مضامین تحلیل شد و تحلیل‌ها در اختیار دو متخصص دارای مدرک دکتری و روان‌درمانگر خانواده قرار داده شد تا از سوگیری‌های ذهنی پژوهشگران مطالعه حاضر جلوگیری شود و بار دیگر نظرات شرکت‌کنندگان درباره مضامین به دست آمده بررسی شد. از سوی دیگر نگارش مقالات به روش کیفی متضمن نقل قول‌های مستقیم شرکت‌کنندگان است که این صدای فعال^{۱۳} به اطمینان بیشتر منجر می‌شود. در پژوهش حاضر این ویژگی در نگارش مدنظر بوده‌اند.

1. qualitative research
2. phenomenology research
3. purposive sampling
4. Burns & Grove
5. Morse
6. prolonged engagement
7. persistent observation
8. thick and rich description
9. negative case analysis
10. peer review or debriefing
11. clarifying researcher bias
12. member checking; external audits
13. active voice

۲-۲. ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به‌منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^۱ محقق ساخته استفاده شد و محور اصلی سؤال‌های مصاحبه در راستای کشف دیدگاه‌های درمانگران به مراجعان دشوار در جلسات درمانی بود. این نوع مصاحبه که به مصاحبه پدیدارشناسی نیز مشهور است، نوع خاصی از مصاحبه جامع است که بر پایه روش نظری پدیدارشناسی قرار دارد و در آن، منبع اصلی اطلاعات، مصاحبه عمیقی است که به‌صورت مشارکتی بین پژوهشگر و مصاحبه‌شونده انجام می‌گیرد (هالووی و گالوین^۲، ۲۰۱۷). سؤالات اصلی مصاحبه براساس نظر دو متخصص باتجربه و آگاه به موضوع در این زمینه و براساس اصول پروتکل‌نویسی مصاحبه (بنی‌اسد و صالحی، ۱۳۹۸) توسط محققان ساخته شد تا دارای روایی محتوایی^۳ کافی باشد و پس از تأیید متخصصان درخصوص روایی آن، مورد استفاده قرار گرفت. سؤالات به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، تجارب درمانگران از مراجعان دشوار در جلسات درمانی را بررسی کرد تا از طریق آن‌ها مسیر و جهت الگو مشخص شود. قبل از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان درمورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها درباره حق انصراف از مصاحبه و محرمانه‌بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. همچنین درمورد ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد.

در این پژوهش، منظور از مراجعان دشوار طبق بررسی ادبیات پژوهش و نظر درمانگران کسانی است که دچار اختلالات شخصیتی و مشکلات زناشویی و خانوادگی هستند. مصاحبه‌ها با این سؤال کلی که «از نظر شما راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای مراجعان دشوار در جلسات درمانی چیست» آغاز شد و در ادامه سؤالات دیگری درمورد تجارب درمانگران در مواجهه با مراجعان دشوار و راهبردهای درون و بیرون از جلسه مشاوره برای جلوگیری از فرسودگی شغلی خود درمانگران و مشاوران مطرح شد. شرکت‌کنندگان به سؤالات پاسخ می‌دادند و براساس پاسخ‌های ارائه‌شده به سؤالات بعدی هدایت می‌شدند. سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به‌دقت مکتوب شدند. شایان ذکر است برای محفوظ‌ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل‌قول‌ها از شماره‌گذاری افراد (شرکت‌کننده ۱، ۲ و...) استفاده شد و مصاحبه‌ها ۶۰-۴۰ دقیقه متناسب با روایات، میزان تحمل و علاقه مشارکت‌کنندگان به طول انجامید.

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۴ استفاده شد که یکی از رویه‌های پرکاربرد تحلیل در تحقیقات پدیدارشناسی است (محمدپور، ۱۳۹۲). طبق این روش، در این پژوهش پس از مصاحبه و مکتوب‌کردن مصاحبه، چندین مرتبه متن خوانده شد و در ادامه خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم‌احساس‌شدن با مشارکت‌کنندگان به‌منظور درک آن‌ها، استخراج جملات مهم درباره پدیده مورد مطالعه، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج‌شده (فرمول‌بندی)، دسته‌بندی مفاهیم مشترک به‌دست‌آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه ایده‌ها و ترکیب آن‌ها، توصیف نهایی پدیده مورد مطالعه و درنهایت، بازگردانی توصیف پدیده‌ها به مشارکت‌کنندگان در راستای معتبرسازی نتایج انجام شد.

به‌منظور بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار^۵، انتقال‌پذیری^۶، اطمینان‌پذیری^۷ و تأییدپذیری^۸ گوبا و لینکن^۹ (۱۹۹۴) استفاده شد. برای تضمین اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات استادان درباره روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها استفاده شد. بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها با نظارت همکاران متخصص صورت گرفت و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به همکاران ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری، از درمانگران در سطوح مختلف شغلی، اجتماعی و فرهنگی استفاده شد. افزون بر این برای تأمین تأییدپذیری، سعی

1. semi-structured interview
2. Holloway & Galvin
3. content validity
4. colaizzi method
5. credibility
6. transferability
7. dependability
8. confirmability
9. Guba & Lincoln

شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت همه مراحل انجام کار و داده‌های حاصل و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک کنند.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

نمونه پژوهش حاضر ۱۷ نفر از درمانگران بودند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	جنسیت	سابقه فعالیت	رویکرد درمانی
۱	۳۵	دکتری	زن	۶ سال	سیستمی و طرحواره‌درمانی
۲	۳۱	کارشناسی ارشد	مرد	۸ سال	روان‌پویشی
۳	۴۶	دکتری	زن	۱۵ سال	شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی
۴	۳۴	کارشناسی ارشد	زن	۶ سال	شناختی-رفتاری
۵	۴۰	کارشناسی ارشد	مرد	۱۳ سال	طرحواره‌درمانی
۶	۳۸	کارشناسی ارشد	زن	۵ سال	روان‌پویشی
۷	۳۸	کارشناسی ارشد	زن	۱۴ سال	شناختی-رفتاری
۸	۳۰	کارشناسی ارشد	مرد	۵ سال	روان‌پویشی
۹	۵۴	کارشناسی ارشد	زن	۲۰ سال	واقعیت‌درمانی
۱۰	۳۵	کارشناسی ارشد	زن	۶ سال	طرحواره‌درمانی
۱۱	۲۸	کارشناسی ارشد	زن	۵ سال	اگزستانسیال
۱۲	۴۰	کارشناسی ارشد	زن	۸ سال	طرحواره‌درمانی
۱۳	۲۸	دکتری	زن	۵ سال	تلفیقی
۱۴	۳۲	دکتری	زن	۶ سال	تلفیقی
۱۵	۳۵	دکتری	زن	۷ سال	شناختی-رفتاری
۱۶	۳۷	دکتری	مرد	۸ سال	شناختی-رفتاری
۱۷	۲۸	دکتری	مرد	۱۲ سال	پارادوکس درمانی (PTC)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۸-۵۴ بودند و سال‌های فعالیت بالینی در بازه ۵ تا ۲۰ سال بود. ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۷ نفر دکتری بودند. در ادامه به تحلیل یافته‌ها می‌پردازیم.

۳-۲. بررسی مضامین

جدول ۲. مضامین اصلی و فرعی راهبردهای مواجهه با مراجعان دشوار

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم اولیه
راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان	راهبردهای ارتباط درمانی	برقراری رابطه درمانی
		پذیرش بی‌قیدوشرط
		برخورد قاطعانه
		عدم تشکیل ائتلاف
		ارتباط مثبت در درمان
		حل‌وفصل انتقال در درمان
		مرزبندی سالم
		درک همدلانه
		عدم برجسب‌زنی
		هماهنگ‌سازی سرعت درمان با مراجع
راهبردهای مدیریت فرایند	بردباری در فرایند درمان	
	یادداشت‌برداری از تجارب موفق	

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم اولیه
راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان	راهبردهای مدیریت فرایند	پذیرش شکست در درمان عدم سرزنش و تنبیه مراجع برون‌ریزی هیجانات منفی انجام مصاحبه انگیزشی آموزش مهارت‌های زندگی استفاده از پرسش معجزه‌آسا بیرونی‌سازی مشکل آسیاب به‌نوبت ایفای نقش
	راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی	استفاده از سوالات چرخشی شفاف‌سازی روابط و نقش‌ها ارزیابی مقیاسی رفع مقاومت استفاده از شکل‌دهی مجدد استفاده از ژنوگرام در ابتدای جلسه ذهنی‌سازی همدلی سیستمی استفاده از شوخی
	راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی	استفاده از فنون روان‌پویشی دریافت نظارت بالینی عقد قرارداد درمانی همکاری با روان‌پزشک قطع جلسات برای مدتی کوتاه ارجاع به روان‌کاو استفاده از دکمه فشار ذهن‌آگاهی و خودآگاهی هیجانی بازسازی تجارب کودکی
	راهبردهای کلی اجتماعی	اعتمادسازی در بین مردم فرهنگ‌سازی مراجعه به مشاور غربالگری مراجعان انتخاب مراجعان توسط درمانگر بیمه خدمات درمانی
	راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت	کمک‌گرفتن از خانواده مراجع حمایت از حقوق مراجعان و درمانگران مشورت با همکاران
	راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان و خانوادگی	انجام فن مراسم و آیین‌ها ناهار خانوادگی انجام و پیگیری رفتارهای جدید مدیریت نوبتی (فرمانده-سرباز) تمرین آرمیدگی
	راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران	پذیرش مراجعان کم در هفته حمایت از حقوق درمانگر انجام فعالیت‌های ورزشی توجه به نیازها و آسیب‌ها تخلیه هیجانات منفی انجام فعالیت‌های هنری استراحت بین جلسات مشاوره روزانه

مفاهیم اولیه	مضامین فرعی	مضامین اصلی
هم‌صحبتی با همکاران	راهبردهای کلی خودمراقبتی	راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان
توجه به نیاز تفریح و طبیعت‌گردی	درمانگران	

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها درخصوص راهبردهای مؤثر درمانگران و مشاوران در مواجهه با مراجعان دشوار، به شناسایی ۶۰ مفهوم اولیه، ۹ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی منجر شد. مضمون اصلی شامل دو مضمون بود: ۱. راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان (شامل: راهبردهای ارتباط درمانی، راهبردهای مدیریت فرایند، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی و راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت) و ۲. راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان (شامل: راهبردهای کلی اجتماعی، راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت، راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی و راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران). در ادامه به معرفی بیشتر مضامین به همراه نقل‌قول مشارکت‌کنندگان پرداخته می‌شود.

۳-۲-۱. مضمون اصلی اول: راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان

مشارکت‌کنندگان در این بخش از راهبردهای مؤثری که درون جلسه به کار گرفته‌اند و اثربخش بوده است، صحبت کردند. در ادامه به توضیح مضمون‌های محوری می‌پردازیم.

۳-۲-۱-۱. راهبردهای ارتباط درمانی

راهبردهای کلی ارتباطی، یکی از راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان در مواجهه با مراجعان دشوار بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. این راهبردها شامل برقراری رابطه درمانی، پذیرش بی‌قیدوشرط، برخورد قاطعانه، عدم تشکیل ائتلاف، ارتباط مثبت در درمان، حل‌وفصل انتقال در درمان، مرزبندی سالم و درک همدلانه است. در این‌گونه راهبردها، درمانگران و مشاوران سعی می‌کردند با تشکیل رابطه امن و مقتدرانه و حل‌وفصل انتقال و انتقال متقابل، اعتماد مراجع را جلب کنند. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«پذیرش شخص خیلی تعیین‌کننده‌ست. بعد اینکه مراجع رو پذیرفتی یواش یواش یه چهره دیگه از خودش نشون می‌ده» (شرکت‌کننده ۹).

«اقتدار به‌جا و به‌موقع لازمه. اینکه مثلاً من کجا باید با بیمار قاطعانه صحبت کنم و لازم باشه بایستم» (شرکت‌کننده ۷).
«راهکارهایی که به کار بردم، جدای از تمام تکنیک‌ها و دانش و سوادم تونستم در مرحله اول به مدت طولانی فقط و فقط روی ارتباط درمانی بمونم و فضای امن داشته باشم» (شرکت‌کننده ۸).

«یه چیزهایی برمی‌گرده به مسائل خصوصی هر درمانگر. قطعاً یه آدم‌هایی به دلم می‌شینن و یه آدم‌هایی افکار ناهشیار رو در من بالا می‌آرن. این انتقال متقابل به‌وجود می‌آره و سخته. کلاً هر چیزی که ارتباط رو سخته کنه، کار درمان رو سخته می‌کنه» (شرکت‌کننده ۶).

«و به‌سختی اون فردی که مرزی بود و آسیب داشت تونستیم کنترل کنیم و مرزبندی باهاش ایجاد کنیم» (شرکت‌کننده ۲).

۳-۲-۱-۲. راهبردهای مدیریت فرایند

در این قسمت، مشارکت‌کنندگان راهبردهایی را معرفی کردند که به‌صورت فردی، تجربی و شخصی به‌دست آورده بودند و برایشان اثربخش بود. این راهبردها شامل عدم برچسب‌زنی، هماهنگ‌سازی سرعت درمان با مراجع، بردباری در طول فرایند درمان، یادداشت‌برداری از تجارب موفق، پذیرش شکست در درمان و عدم سرزنش و تنبیه مراجع است. مشارکت‌کنندگان در طول کار حرفه‌ای با مراجعان دشوار، بسیاری از راهبردهایی را که از طریق تجربه به‌دست آورده‌اند، سرلوحه کار خود قرار داده‌اند؛ تجربه‌ای که فارغ از نظریه‌ها و مباحث درسی است. یکی از مهم‌ترین موارد، عدم برچسب‌زنی مراجع به‌عنوان مراجع دشوار است؛ چرا که این برچسب‌زنی سبب به‌وجود آمدن پیش‌فرض‌هایی درباره مراجع و بی‌توجهی به مراجع می‌شود و به‌جای آنکه سرعت و

روند درمان با مشکل مراجع هماهنگ شود، توسط پیش‌فرض‌ها جلو می‌رود. در این راستا شرکت‌کنندگان بیان کردند:

«کمتر لیبیل دشوار بزینیم تا برای خودمون هم راحت تر بشه. چون آدم اگر هی بخواد فکر کنه این دشواره، خیلی بار روانی سنگین می‌شه. انقدر برای خودت بزرگ میشه که نمی‌تونی از پشش بریبای» (شرکت‌کننده ۱۳).

«در درجه اول راهبردم اینه که صبر می‌کنم و با مراجع خودمو هماهنگ می‌کنم. از شکست توی درمانم نمی‌ترسم؛ چون باورم اینه که چیزهایی رو یاد می‌گیرم» (شرکت‌کننده ۷).

«من سعی می‌کنم یادداشت کنم. خیلی خلاصه یه جمله‌هایی رو می‌نویسم و این خیلی کمک می‌کنه» (شرکت‌کننده ۱۰).

«خیلی راحت درمانگر باید شکست رو بپذیره. اون هم یه فرده و نیروی فرازمینی نداره که تمام مسائل رو حل کنه» (شرکت‌کننده ۲).

«اگر بیماری خوب نشه خودم رو تنبیه نمی‌کنم؛ چون قبلاً تنبیه می‌کردم فایده‌ای نداشت. الان نمی‌کنم» (شرکت‌کننده ۵).

۳-۲-۱-۳. راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی

راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی یکی دیگر از راهبردهای پرتکراری است که درمانگران و مشاوران در مواجهه با مراجعان دشوار به کار می‌گیرند. این راهبردها شامل آموزش مهارت‌های زندگی، انجام مصاحبه انگیزشی، ایفای نقش، استفاده از پرسش معجزه‌آسا، آسیاب به نوبت و بیرونی‌سازی مشکل است. به عبارتی درمانگران در مقابل مراجعان دارای مشکلات زناشویی سعی در ایجاد انگیزه برای حفظ و تداوم جلسات مشاوره‌ای و ادامه زندگی مشترک داشتند. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«زن و شوهر باید ببیزین مهارت‌های زندگی رو ندارن. مهارت‌های زندگی اولین پایه‌ش خودآگاهی» (شرکت‌کننده ۹).

«اگه انگیزه زن و شوهر برای درمان بالا بره، مقاومتشون کم می‌شه. برای همین به جای مصاحبه تشخیصی، از مصاحبه انگیزشی استفاده می‌کنم» (شرکت‌کننده ۱۴).

«خیلی وقت‌ها از زن و شوهرهایی که مشکل دارن، می‌پرسم فکر کن معجزه‌ای شده و مشکلت حل شده. واکنش تو چیه؟ می‌رن تو فاز تأمل» (شرکت‌کننده ۱۶).

«وقتی از زوج می‌خوام مشکل رو از روی خودشون بردارن و به بیرون نسبت بدن، باعث می‌شه فشار روانی از رابطه‌شون برداشته بشه و آرام بشن» (شرکت‌کننده ۲).

۳-۲-۱-۴. راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی

در ادامه بیان راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی نیز اشاره کردند. این راهبردها شامل استفاده از سؤالات چرخشی، شفاف‌سازی روابط و نقش‌ها، ارزیابی مقیاسی، رفع مقاومت، استفاده از شکل‌دهی مجدد، استفاده از ژنوگرام در ابتدای جلسه، ذهنی‌سازی همدلی سیستمی و استفاده از شوخی است. در این بخش وظایف درمانگران از حیث ارتباط با چند نفر (اعضای خانواده) سخت‌تر است و طبق گفته درمانگران، نیاز به استفاده از فنون خاص احساس می‌شود. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«وقتی مراجعان خانواده باشن، کار خیلی سخت می‌شه؛ چون باید مقاومت همه‌شونو پایین بیاری و نقش‌ها رو مشخص کنی» (شرکت‌کننده ۱۵).

«خانواده‌ها عمدتاً با دنیایی از مشکلات می‌آن و تو همش بهشون می‌گی نیمه پر لیوان رو ببین» (شرکت‌کننده ۱۰).

«من در ارتباط با خانواده‌ها اولش از ژنوگرام استفاده می‌کنم تا با سؤالاتی که می‌پرسم، اونا هم یه کم به فضای جلسه عادت کنن» (شرکت‌کننده ۱۴).

«کار با خانواده که دشوار هست، ولی من سعی می‌کنم با شوخی‌های به جا و درست، کمی از این دشواری کم کنم» (شرکت‌کننده ۱۵).

۳-۲-۱-۵. راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت

یکی دیگر از مضامین راهبردهای تخصصی، در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت بود، شامل: استفاده از فنون روان‌پویشی، دریافت نظارت بالینی، عقد قرارداد درمانی، همکاری با روان‌پزشک، قطع جلسات برای مدتی کوتاه، استفاده از دکمه فشار، ارجاع به روانکاو، ذهن‌آگاهی و خودآگاهی هیجانی و بازسازی تجارب کودکی. یکی از راهبردهای مهم، تنظیم جلسات چارچوب‌مند و تحت نظارت بالینی است. تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان، نظارت بالینی را یکی از عوامل بسیار مؤثر در مواجهه با مراجعان دشوار می‌دانستند. عقد قرارداد درمانی نیز موجب جلب مشارکت و همکاری مراجع در جلسات می‌شود. به گفته مشارکت‌کنندگان، به دلیل مزمن بودن مشکل بسیاری از مراجعان دشوار مثل مراجعان خودکشی‌گرا و سایکوتیک، همکاری با روان‌پزشک و ارجاع به روانکاو در درمان این افراد مؤثر است. در همین راستا شرکت‌کنندگان اذعان کردند:

«مطمئن می‌شی که سوپروایزرت چک می‌کنه و مطمئن می‌شی که فرد درمان‌پذیر نیست. تو این رویکرد، حداقل باهاس صحبت می‌کنی. حالا یا ارجاعش می‌دی یا اگرم نخواست، خودش می‌دونه که اینجا دیگه نمی‌تونه به‌عنوان مراجع حضور داشته باشه» (شرکت‌کننده ۲).

«من وقتی مراجع تمایلات خودکشی داره، می‌فرستم پیش روان‌پزشک معتبر؛ چون ممکنه یه جلسه بیاد پیش من و دیگه نیاد» (شرکت‌کننده ۱).

«بهش گفتم تا اطلاع ثانوی یه چند هفته‌ای جلسات قطع می‌شه و بعد هر زمانی خواستی جلسات رو ادامه بده» (شرکت‌کننده ۵).

«جدا از این اینکه من چقدر خودمو بلدم، چقدر هیجانانگیز خودمو می‌شناسم، چقدر چالش‌ها و نوسانات خودمو به‌عنوان یک انسان می‌شناسم نه به‌عنوان درمانگر. کجاها احساس می‌کنم آستانه تحمل می‌آد پایین، کجاها احساس می‌کنم خیلی خسته‌م و تأثیر می‌ذاره تو جلسات» (شرکت‌کننده ۷).

۳-۲-۲. مضمون اصلی دوم: راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان

علاوه بر راهبردهایی که در درون جلسه و در روند درمان اجرا می‌شود، راهبردهایی در خارج از جلسه وجود دارد و تمرکز بیشتر بر موارد مؤثر بیرون از جلسه درمان است. این راهبردها شامل راهبردهای کلی اجتماعی، راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت، راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی و راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران است که در ادامه به توضیح مضمون‌های محوری آن می‌پردازیم.

۳-۲-۲-۱. راهبردهای کلی اجتماعی

یکی از مهم‌ترین راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان، راهبردهای کلی اجتماعی است که در آن‌ها هم حقوق درمانگر و هم حقوق مراجع رعایت می‌شود و فرهنگ‌سازی مراجعه به روان‌شناس و مشاوره در جامعه به‌صورت صحیح نهادینه می‌شود تا از مراجعه دیرنگام و پیچیده‌شدن مشکلات جلوگیری شود. این راهبردها عبارت‌اند از: اعتمادسازی در بین مردم، فرهنگ‌سازی مراجعه به مشاور، غربالگری مراجعان، انتخاب مراجعان توسط درمانگر و بیمه خدمات درمانی. یکی دیگر از موارد مهم، نداشتن قدرت انتخاب مراجع توسط درمانگر است. درمانگران مبتدی و تازه‌کار که در مواجهه با این مراجعان قرار می‌گیرند، شاید تجربه کافی برای مواجهه با این مراجعان را نداشته باشند. به همین دلیل قبل از ارجاع این مراجعان به افراد کم‌تجربه، کلینیک باید مراجعان را غربال کند. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«... به نسبت حالا یه ذره عقاید بهتر شده نسبت به روان‌درمانی. بیشتر می‌آن. یه ذره اعتمادسازی بیرونی باید انجام بشه. مثلاً یه نفر تو آمریکا که می‌ره پیش فلانی، می‌دونه پیش کی داره می‌ره. می‌شناسدش. می‌دونه چکاره‌ست. از قبل اون اعتمادسازی نسبت بهش هست. ولی کسی اینجا می‌آد پیش یکی نمی‌دونه کی هست» (شرکت‌کننده ۸).

«خیلی از افراد فرهنگ پایینی دارن و اصلاً تو مخیله شون نمی‌گنجه که روزی پاشون رو بذارن پیش روان‌شناس» (شرکت‌کننده ۲).

«ارجاع نادرست کلینیک ضرر می‌رسونه؛ چون غربالگری درست انجام نمی‌شه» (شرکت‌کننده ۸).
 «بوده که فرد به قصد خودکشی قرص خورده و اومده توی جلسه. این مال خیلی سال پیشه. امروز که من انتخابی تر عمل می‌کنم، نقش کاملاً مستقیمی دارم تو انتخاب مراجعینم» (شرکت‌کننده ۲).
 «محدودیت ماست، کاری نمی‌شه کرد. ما نه بیمه داریم... تا اونجایی که برای خودمون امکان داره قیمت رو تغییر می‌دیم» (شرکت‌کننده ۶).

۳-۲-۲-۲. راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت

یکی از مواردی که در درمان مراجعان دشوار به‌خصوص مراجعان دارای اختلال شخصیت می‌تواند مؤثر باشد دریافت حمایت و همیاری خانواده‌های این مراجعان است. این راهبردها شامل کمک‌گرفتن از خانواده مراجع، حمایت از حقوق مراجعان و درمانگران و مشورت با همکاران است. در همین راستا شرکت‌کنندگان بیان کردند:
 «دیگه دست به دامن خانواده ش شدم و با مادرش صحبت کردم. گفتم با مادر صحبت کنم شاید انعطاف پذیرتر باشه. با اینکه تهدید به قتل بودم، باز به این فکر می‌کردم که مبادا مشکلات بالینیش بیشتر بشه» (شرکت‌کننده ۴).
 «قوانین حمایت از خانواده خیلی ضعیفه. ما باید تیمی کار کنیم؛ مثلاً یه مددکار پیش من باشه. خیلی وقت‌ها یه مددکار باید بره در محل، اونجا مثلاً مداخله انجام بده» (شرکت‌کننده ۱).
 «هم در طول کار بالینی، چون معمولاً کتاب و بیس و دانشگاهی که خونده بودم برعکسش بود، اون می‌گفت باید این کار رو بکنی، اون کار رو بکنی، ولی می‌دیدم که جواب نمی‌ده. با تجربه خودم و با همفکری‌هایی که با دوستان خودم داشتم، راهبرد درست رو برای حفظ حقوق مراجعانم بهم می‌گفتن» (شرکت‌کننده ۸).

۳-۲-۲-۳. راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی

یکی دیگر از راهبردهای بیرون از جلسه، ارائه پیشنهادهایی به زوجین و خانواده‌ها برای انجام هرچه مؤثرتر فرایند درمان است. این راهبردها شامل انجام فن مراسم و آیین‌ها، ناهار خانوادگی، انجام و پیگیری رفتارهای جدید، مدیریت نوبتی (فرمانده-سرباز) و تمرین آرمیدگی است. در حقیقت درمانگران اعتقاد داشتند که انجام این راهبردهای اجرایی می‌تواند ثبات رفتار جدید را بیشتر کند و ایرادات رفتارهای قدیمی نه‌تنها در داخل جلسه، بلکه در خارج از جلسه نیز برطرف شود. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:
 «من به خانواده‌ها می‌گم این مراسمات جشن تولد و سالگردها رو تشریفاتی نکنید، ولی حتماً ساده برگزار کنید. این باعث می‌شه همه دور هم جمع بشن» (شرکت‌کننده ۱۴).
 «برای زوج‌ها این راهبرد خیلی خوبه که حتماً صبح و شب تمرین ریلکسیشن رو انجام بدن. چون همه در حدی اضطراب دارن و این تمرین به آرامش خیلی کمک می‌کنه» (شرکت‌کننده ۱۵).
 «من خانواده‌ها و زوج‌ها رو تا جلسه بعد رها نمی‌کنم. ازشون می‌خوام یه سری کارها رو انجام بدن» (شرکت‌کننده ۱۶).

۳-۲-۲-۴. راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران

علاوه بر مراجعان، درمانگران نیز در برابر آسیب‌ها و خطراتی که ممکن است از سمت این مراجعان آن‌ها را تهدید کند، نیاز به حمایت دارند. مواجهه با مراجعان دشوار، سختی کار را چند برابر می‌کند و موجب فرسودگی شغلی می‌شود. در این راستا بسیاری از شرکت‌کنندگان، یکی از راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان را راهبردهای خودمراقبتی می‌دانستند. این راهبردها شامل پذیرش مراجعان کم در هفته، حمایت از حقوق درمانگر، انجام فعالیت‌های ورزشی، توجه به نیازها و آسیب‌ها، تخلیه هیجانات، انجام فعالیت‌های هنری، استراحت بین جلسات مشاوره روزانه، هم‌صحبتی با همکاران و توجه به نیاز تفریح و طبیعت‌گردی است. در این راستا شرکت‌کنندگان عنوان کردند:

«شاید اولین راه در وهله اول این باشه که ما زیاد تایم ندیم. درمانگری که به نظر من تمام هفته کار می‌کنه سالم نیست. خود درمانگر سالم نیست؛ چرا که درمانگر نیاز داره اون آسیب‌ها و فشارها رو و اون احساسات ناخوشایندی که بالا می‌آد رو و اون

موقعیت‌هایی که خودش توش قرار می‌گیره رو به زمان‌هایی داشته باشه که ذهنش بتونه به قولی ریکاوری بکنه، وگرنه اینکه ما هفت روز هفته کار بکنیم هنر نیست» (شرکت‌کننده ۲).

«قانون حمایتی از ما مشاورها کمه. واقعاً ما نیاز داریم که توسط قانون حمایت بشیم» (شرکت‌کننده ۳).

«پیاده‌روی رو خیلی دوست دارم. باعث می‌شه آروم بشم» (شرکت‌کننده ۷).

«توجه کنم به بدنم، به ذهنم و به سری هم سراغ تفریح رفتم. یه جوری که تخلیه بشه هیجاناتم» (شرکت‌کننده ۸).

«شناسایی طرحواره هام خیلی بهم کمک کرد و باعث شد بتونم به نیازهای خودم بپردازم. به کودک درونم حواسم باشه. خب خودمم هنر بهم خیلی کمک می‌کنه و کاریکاتوریست هم هستم، خیلی حس خوبی بهم دست می‌ده. با همین کارها سعی می‌کنم مراقب خودم باشم» (شرکت‌کننده ۵).

«من از طبیعت خیلی انرژی می‌گیرم. حتماً باید هر هفته برم تو دل طبیعت و طبیعت یکی از چیزهاییه که خیلی به من کمک می‌کنه» (شرکت‌کننده ۱۰).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

مدیریت مراجع دشوار، بخشی از تمرین درمانگری است. درواقع در طول کار حرفه‌ای، هم مراجعان راضی وجود دارند که تجربه مثبتی از عملکرد درمانگر را نشان می‌دهند و هم مراجعان دشوار که قابل تأمل هستند؛ بنابراین اگر درمانگری از عهده مراجع دشوار برآید، مدیریت دیگر مراجعان بسیار آسان‌تر خواهد بود (بانوم^۱، ۲۰۰۹). نتایج مطالعه حاضر درخصوص این افراد نشان داد درمانگران و مشاوران برای مدیریت مراجعان دشوار، راهبردهای گوناگونی به کار می‌گیرند: راهبردهای مؤثر درون جلسه درمان و راهبردهای مؤثر خارج از جلسه درمان.

همان‌طور که نتایج نشان داد، راهبردهای مؤثر درون جلسه به پنج حیطه طبقه‌بندی می‌شوند: راهبردهای ارتباط درمانی، راهبردهای مدیریت فرایند، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی، راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات خانوادگی و راهبردهای تخصصی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت. در ارتباط با راهبردهای کلی ارتباطی، تحقیقات نشان داده است این مراجعان معمولاً به یک درمانگر با مهارت‌های ارتباطی خوب به‌ویژه در مشاهده و تجزیه و تحلیل اعمال غیرکلامی نیاز دارند؛ زیرا مراجعان دشوار بی‌اعتمادند و به‌سختی از درمان ارائه‌شده راضی می‌شوند. این امر بر تعامل درمانگر-مراجع تأثیر می‌گذارد و بسیاری از مشاوره‌ها با این مراجعان بی‌نتیجه خواهد بود (سریور، اتمن و خلیفه، ۲۰۰۹). بهبود رابطه درمانی می‌تواند علائم و تقاضاها را در مراجعان دشوار کاهش دهد (کوئلکوئک، ون‌میجل و هوسچمیگز^۲، ۲۰۰۶). در همین راستا برای مقابله با چالش‌های رابطه و تعامل با مراجعان، متخصصان باید به شیوه‌ای حرفه‌ای با مراجعان برخورد کنند. تأمل در تمایز بین مراجع و رفتار مراجع می‌تواند در این زمینه مفید باشد؛ چرا که رابطه بین متخصصان و مراجعان، زمانی تقویت می‌شود که متخصص درک و بینش بیشتری از رفتار مراجع داشته باشد و بازتاب احساسات در این امر می‌تواند مفید باشد (گریستن^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی دیگر زمانی که درمانگران از مهارت‌های بین‌فردی بیشتری مانند انتقال همدلی، گرمی و مشارکت استفاده کنند، مراجع همراه می‌شود و مقاومت درمانی او شکسته می‌شود (اسنیپ و همکاران^۴، ۲۰۱۹). همچنین درمانگرانی که با مراجعان چالش‌برانگیز کار می‌کنند، باید مراقب باشند تا از پیامدهای منفی انتقال متقابل اجتناب کنند؛ مضامینی که در پژوهش حاضر نیز مشخص شد؛ بنابراین رابطه مراجع با درمان و درمانگر نه‌تنها به خود مراجع بستگی دارد، بلکه به ویژگی‌های درمانگر نیز وابسته است که می‌تواند سبب ایجاد نگرش منفی به درمانگر و درمان شود و بر احساسات خود درمانگر یا احساسات بدنی که منعکس‌کننده تعامل با این مراجع است، تأثیر بگذارد (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). جمیسون، ۲۰۰۵). مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نیز برقراری رابطه درمانی، پذیرش بی‌قیدوشرط، برخورد قاطعانه، عدم

1. Baum

2. Koekoek, Van Meijel, & Hutschemaekers

3. Gerritsen

4. Snippe et al.

تشکیل ائتلاف، ارتباط مثبت در درمان، حل‌وفصل انتقالات در درمان، مرزبندی و درک همدلانه را از جمله راهبردهای مؤثر در مقابله با مراجعان دشوار می‌دانستند.

از دیگر یافته‌های پژوهش، راهبردهای مدیریت فرایند همراه با زیرمجموعه‌های عدم برچسب‌زنی، هماهنگی با سرعت درمان با مراجع، صبوری و بردباری در طول فرایند درمان، یادداشت‌برداری از تجارب موفق، پذیرش شکست در درمان و عدم سرزنش و تنبیه بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در مواجهه با این مراجعان، راهبردهایی را به کار گرفته‌اند که شاید در کمتر کتاب و دانشی باشد و بیشتر حاصل تجربه شخصی است. همسو با این یافته‌ها سوفتاس-نال و هانا^۱ (۲۰۱۳) در پژوهششان بیان کردند تجربه حرفه‌ای و مطالعات شخصی این نکته را برای ما به ارمغان آورد که فراتر از پیش‌فرض‌ها و مفروضات نظریه‌های اصلی مشاوره نگاه کنیم تا بفهمیم واقعاً چه چیزی سبب می‌شود درمان عملی‌تر شود. به بیان دیگر، به جای مطالعه ادغام نظریه‌ها و به جای تمرکز بر استفاده التقاطی از تکنیک‌ها یا حتی جمع‌آوری عوامل مشترک نظریه‌ها، به دنبال تجارب مشترک شخصی در درمان باشیم. مضمون دیگری که حاصل شد، عدم برچسب‌زنی بود. احساس ناتوانی در میان متخصصان ممکن است به برچسب‌زدن منجر شود و در نتیجه جنگ قدرت بر سر کنترل و خودمختاری به وجود آید (راسل و همکاران^۲، ۲۰۰۳). برچسب «سخت» با بدبینی حرفه‌ای، درمان منفعل و شانه خالی کردن از مسئولیت و ارجاع و همچنین تشخیص‌های متعدد و عدم قطعیت در تشخیص نمایان می‌شود (کوئلکوئک، ۲۰۱۱؛ کوئلکوئک و همکاران^۳، ۲۰۱۱). استرینگر و همکاران^۴ (۲۰۰۸) نشان دادند مراجعانی که دشوار تلقی می‌شوند، به راحتی می‌توانند درگیر جنگ قدرت با درمانگران خود شوند. این مبارزه ممکن است حتی به حدی تشدید شود که کل رابطه درمانی را مختل کند و موجب توقف درمان شود (مایر^۵، ۲۰۰۸). اینجا صبر و تاب‌آوری بالای درمانگران را می‌طلبید که از شکست ناامید نشوند و هماهنگ با سرعت مراجعان در طول فرایند درمان پیش روند.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش در بین راهبردهای درون‌جلسه‌ای، راهبردهای تخصصی درخصوص مراجعان دارای مشکلات زناشویی، خانوادگی و اختلال شخصیت بود. در این راستا می‌توان گفت کلید درمان مراجعان «دشوار» تهیه پیش‌نویس یک برنامه درمانی روشن و اجرای دقیق آن برنامه است (بوس و همکاران^۶، ۲۰۱۲؛ آسایش، گلپاشا و باهنر، ۱۴۰۰). درواقع مراجع دشوار یک چالش خوشایند است که درمانگر را تشویق می‌کند تا از تمام مهارت‌های تخصصی خود به نفع مراجع استفاده کند. این مراجعان ممکن است آمادگی ایجاد تغییرات لازم برای بهبود را نداشته باشند و از طریق عدم انطباق و رفتارهای ناسازگار، عدم تمایل خود را به پذیرش طرح درمانی ابراز کنند. اولین قدم برای حل این مشکل، اصلاح برنامه درمانی است (واسان، وتون و جمیسون، ۲۰۰۵). پس در کنار برنامه درمانی - همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد - استفاده از راهبردهای درمانی نظیر آموزش مهارت‌های زندگی، مصاحبه انگیزشی، ایفای نقش، پرسش معجزه‌آسا، بیرونی‌سازی مشکل، آسیاب به‌نوبت، سؤالات چرخشی، شفاف‌سازی روابط و نقش‌ها، ارزیابی مقیاسی، رفع مقاومت، شکل‌دهی مجدد، استفاده از ژنوگرام در ابتدای جلسه، ذهنی‌سازی همدلی سیستمی و شوخی می‌تواند به درمانگر در جهت رسیدن به هدف درمانی کمک کند. یکی دیگر از موارد بسیار مهم، دریافت نظارت بالینی است. همسو با این یافته، وقتی کارآموز با سرپرست خود صادق نباشد، تجربه یادگیری کمتر از حد مطلوب ایجاد می‌شود و در بدترین حالت، درمان مراجع به خطر افتاده است (یورمن و فاربر^۷، ۱۹۹۶). یکی دیگر از یافته‌های مهم، ذهن‌آگاهی و خودآگاهی هیجانی در جلسات درمان است. همان‌طور که باتلر و همکاران^۸ (۲۰۰۳) نشان دادند، زمانی که یک فرد در حین بحث درمورد یک موضوع ناراحت‌کننده با درمانگر صحبت می‌کند، درمانگر اغلب سعی می‌کند احساسات خود را سرکوب کند که این امر اثرات منفی مانند اختلال در ارتباط و اتحاد درمانی برجای خواهد گذاشت. به عبارت دیگر، هنگامی که درمانگر واکنش هیجانی خود را در لحظات دشوار بالینی سرکوب یا پنهان می‌کند، خطر ایجاد اختلال در رابطه و افزایش استرس، هم

1. Softas-Nall & Hanna
2. Russel et al.
3. Koekkoek et al.
4. Stringer et al.
5. Mayer
6. Bos et al.
7. Yourman & Farber
8. Butler et al.

برای درمانگر و هم مراجع وجود دارد؛ بنابراین برای جلوگیری از تخریب رابطه درمانی، ضروری است درمانگر در جلسه درمان، ذهن‌آگاهی و خودآگاهی هیجانی خود را حفظ کند تا به آن‌ها کمک کند با وجود ماهیت اغلب چالش‌برانگیز داستانی که گفته می‌شود، متمرکز بمانند و آرام کنار مراجع بنشینند (هانتز و اسکوفیلد^۱، ۲۰۰۶). با این حال بنا به گفته مشارکت‌کنندگان ممکن است گاهی درمانگران مجبور به ارجاع یا قطع موقت جلسات برای خودکنترلی و ارتقای کیفیت خدمات شوند.

یکی دیگر از راهبردهای مؤثر در مواجهه با مراجعان دشوار، راهبردهای خارج از جلسه است که شامل راهبردهای کلی اجتماعی، راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت، راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی و راهبردهای کلی خودمراقبتی درمانگران می‌شود.

راهبردهای کلی اجتماعی شامل اعتمادسازی در بین مردم، فرهنگ‌سازی مراجعه به مشاور، غربالگری مراجعان، انتخاب مراجعان توسط درمانگر و بیمه خدمات درمانی بود. در مطالعه‌ای، از درمانگران در مورد تجربه آن‌ها از مراجعان دشوار سؤال شد. درمانگران بیان کردند نیاز به درمان و فرهنگ‌سازی مراجعه به مشاور در جوامع رشد زیادی داشته است که این امر به شکل‌گیری اعتماد نسبی منجر شده است (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، دردسترس نبودن خدمات اجتماعی مستقیم در کلینیک می‌تواند فشار روانی مراجعان مبتلا به مشکلات روانی و اجتماعی را افزایش دهد (سریور، اتمن و خلیفه، ۲۰۰۹). همچنین عوامل دیگر مانند زمان انتظار، فقدان خدمات اطلاع‌رسانی جامعه و تقاضاهای زیاد، نه تنها ممکن است مستقیماً بر مراجعان تأثیر بگذارد، بلکه بر درمان نیز تأثیر منفی دارد (هاس و همکاران^۲، ۲۰۰۵؛ موکدام و همکاران^۳، ۲۰۱۷). اعتماد و فرهنگ‌سازی می‌تواند تجربیات منفی هیجانی را کاهش دهد. به این ترتیب در یک محیط درمانی بدون بیمه، شرایط سختی را برای گزینش و انجام فرایند مشاوره فراهم می‌آورد (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین ماهیت حرفه مشاوران جنبه اجتماعی دارد و عملکرد مشاوران، افزون بر جنبه‌های فنی، تخصصی و حرفه‌ای نوعی رفتار اجتماعی است که تحت تأثیر ذهنیت‌ها و شناخت‌های مشاور از یک سو و واقعیت‌های مراجع از سوی دیگر قرار دارد (یوسفی‌لویه، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند ایجاد اعتماد و فرهنگ‌سازی در کنار داشتن حق انتخاب برای درمانگران و بیمه‌شدن خدمات مشاوره‌ای می‌تواند بستر جدیدی در اجتماع برای خدمات مشاوره‌ای پدید آورد.

یکی دیگر از یافته‌ها، راهبردهای حمایتی در ارتباط با مراجعان دارای اختلال شخصیت است که کمک‌گرفتن از خانواده مراجع، حمایت از حقوق مراجعان و مشورت با همکاران را شامل می‌شود. بسیاری از شرکت‌کنندگان در مواجهه با لحظات دشوار مانند خودکشی، از خانواده مراجع کمک طلبیده‌اند که برای آن‌ها مفید و اثربخش بوده است. یکی دیگر از موارد مهم، حمایت از حقوق مراجع است. فقدان راهبرد یا سیاست قانونی برای مراجعان دشوار در کلینیک، برخورد با چنین مراجعانی را دشوار می‌کند (سریور، اتمن و خلیفه، ۲۰۰۹). از دیگر یافته‌های حمایتی مهم، مشورت با همکاران است که اغلب به دلیل زیرسؤال رفتن مهارت درمانگر در مواجهه با مراجعان دشوار، این امر مهم تحقق پیدا نمی‌کند. هنگامی که درمانگران اولین مراجع خود را می‌بینند، اغلب می‌آموزند که بهتر است احساسات اضطراب و بی‌کفایتی خود را پنهان کنند. این شرم و سرکوب احساسات ممکن است در طول زندگی حرفه‌ای فرد ادامه داشته باشد، ممکن است بر نحوه نظارت آن‌ها بر افراد تازه‌وارد در زمینه روان‌درمانی تأثیر بگذارد؛ بنابراین چرخه و فرهنگ شرم ادامه می‌یابد. اگر کمک‌های روان‌درمانگران و سرپرستان در آموزش به کارورزان در لحظات دشوار بالینی همراه شود، شرم از مشکلات کاهش می‌یابد و کارآموز می‌تواند مشکلات را آشکار کند. در پژوهش حاضر نیز درمانگران به نیاز به منابع حمایتی خانواده و همکاران و حفظ حقوق مراجعان اشاره کردند.

راهبردهای اجرایی در ارتباط با مراجعان دارای مشکلات زناشویی و خانوادگی یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر بود. این راهبردها شامل انجام فن مراسم‌ها و آیین‌ها، ناهار خانوادگی، انجام و پیگیری رفتارهای جدید، مدیریت نوبتی (فرمانده-سرباز) و تمرین آرمیدگی بود. درواقع طبق پژوهش خاتمی (۱۳۸۷) قراردادهای و ضوابط خانواده‌ها در ادیان، سنت‌ها و آداب اجتماعی اقوام، متفاوت است. شناخت و دستیابی به قراردادهای و ضوابط و آداب فرهنگی و اجتماعی برای پژوهش‌های مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روان‌شناسان نیز برای آشنایی بیشتر و پژوهش‌های دقیق‌تر، به این‌گونه اطلاعات

1. Hunter & Schofield
2. Haas et al.
3. Moukaddam et al.

برای کمک به مراجعان خود نیازمندند. در ایران نیز نگرشی مثبت به خانواده وجود دارد و فرد ایرانی همواره خانواده‌مدار بوده و بقای جامعه ایرانی بدون خانواده ممکن نبوده است. اما تحقیقات اخیر حاکی از آن است که خانواده به‌ویژه نسل‌های جوان‌تر در تطابق با دگرگونی‌های اقتصادی-اجتماعی با تناقضاتی مواجه شده و دچار مشکلات و مسائلی شده‌اند (مدیری و مهدوی، ۱۳۹۶). قرارگیری در محیط خانواده و انجام مراسم‌ها و آیین‌ها، ناهار خانوادگی (شفیع‌آبادی، ۱۴۰۰) می‌تواند به شناسایی و اصلاح رفتارهای نادرست در محیط خانواده و انجام رفتارهای مناسب در ارتباط با خانواده کمک کند.

از دیگر راهبردهای خارج از جلسه، خودمراقبتی درمانگران و مشاوران است. خودمراقبتی به معنای فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که افراد به‌منظور حفظ حیات و تأمین سلامت خود انجام می‌دهند و در آن، افراد از دانش و مهارت خود استفاده می‌کنند تا مسئولانه از سلامت خود مراقبت کنند (دنیز، ارم و بکل^۱، ۲۰۰۱). مواجهه با مراجعان دشوار نیز اغلب برای درمانگران هیجانانگیزناخوشایندی مانند ناامیدی، احساس بی‌کفایتی، خستگی جسمی و روانی و خشم را به همراه دارد (فیشر و همکاران، ۲۰۱۹). به همین دلیل به‌کارگیری راهبردهای خودمراقبتی در طول کار حرفه‌ای ضروری و بااهمیت است. همسو با این یافته‌ها تحقیقات نشان دادند ایده تعادل بین جنبه‌های شخصی و حرفه‌ای زندگی، یکی از ارزشمندترین راهبردهای مقابله‌ای برای بازیابی زاویه دید و حفظ ثبات هیجانی تلقی می‌شود. بسیاری از مشاوران از طریق فعالیت‌های اجتماعی با خانواده و دوستان، تعادلی در زندگی خود پیدا می‌کنند. درواقع دوستان یا همکاران بخشی از شبکه پشتیبانی هستند (هانتر و اسکوفیلد، ۲۰۰۶). خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی نیست، بلکه مکمل آن است و یک سیستم مراقبت از سلامت روان کارآمدتر را به‌دنبال دارد (مفتون، شریفان و نقی‌زاده‌موغاری، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر نیز اکثر مشاوران فعالیت‌های بدنی از جمله رفتن به باشگاه، پیاده‌روی، کاردستی و ورزش را به‌عنوان تسکین ماهیت هیجانی حرفه‌شان ذکر کردند.

می‌توان نتیجه گرفت راهبردهایی که متخصصان در مواجهه با مراجعان دشوار (مراجعان دارای اختلالات شخصیتی، مشکلات زناشویی و خانوادگی) به‌کار می‌گیرند، رازی نهان در اتاق درمان است؛ چرا که درمانگران و مشاوران اغلب از تجربیات خود در مواجهه با این مراجعان بهره می‌گیرند و از ترس شرم و زیرسؤال رفتن مهارت‌هایشان، کمتر با ناظر یا همکاران صحبت می‌کنند. از طرفی اگر محل درمان به‌خوبی از منابع مناسب برخوردار باشد و نیازهای مراجعان و درمانگران را برآورده کند، ممکن است مراجعان به‌عنوان دشوار شناخته نشوند.

با اینکه این پژوهش از لحاظ زیربنای نظری دارای نوآوری است، با محدودیت‌هایی نیز مواجه شد. اول آنکه این پژوهش درخصوص درمانگران شهر تهران صورت گرفت؛ بنابراین نمی‌توان درخصوص تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرها اظهارنظر کرد. محدودیت دوم این است که با توجه به اینکه با درمانگران شاغل روبه‌رو بودیم، تا حدی فشار کاری و کاهش انگیزه در همکاری دیده می‌شد. در پژوهش حاضر راهبردهای درمانگران مطالعه شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی درمورد چالش‌ها و سایر مشکلات، مطالعاتی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود نقش مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای در جهت خودارتقای درمانگران مورد توجه مسئولان قرار گیرد. در انتها نیز پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه در این پژوهش مؤلفه‌های مهمی در جهت شناخت راهبردهای مؤثر مشخص شد، تدوین پروتکل مشاوره‌ای مناسب برای مدیریت و مشاوره با مراجعان دشوار در دستور کار مشاوران و روان‌شناسان پیش‌کسوت قرار گیرد. امید است این مقاله رهیافتی برای آگاهی‌سازی مشاوران و درمانگران باشد.

۵. ملاحظات اخلاقی

قبل از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان درمورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش نظیر رازداری و ضبط صدا توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایت از آنان و توضیح درباره حق انصراف از مصاحبه و محرمانه‌بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش، مصاحبه شروع می‌شد.

۶. حمایت مالی

این پژوهش هیچ حمایتی از سازمان‌ها دریافت نکرده است.

۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آسایش، م. ح.، گلپاشا، ا.، و باهنر، ف. (۱۴۰۰). تبیین تجارب رفتاری و مقابله‌های روان‌شناختی زنان قربانی رابطه فرازناشویی: یک تحقیق کیفی. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۲ (۴)، ۲۶۹-۲۵۱. <https://doi.org/10.22059/JAPR.2022.327642.643921>
- آسایش، م. ح.، فرحبخش، ک.، دلاور، ع.، و سلیمی، ح. (۱۳۹۷). شناسایی و تبیین تجارب و واکنش‌های معنوی زنان قربانی خیانت زناشویی: یک مطالعه پدیدارشناسی. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*. ۳ (۳)، ۵۷-۷۸. http://pzk.journals.miu.ac.ir/article_2113.html
- آسایش، م. ح.، قاضی‌نژاد، ن.، و باهنر، ف. (۱۳۹۹). تبیین واکنش‌های عاطفی دختران با نشانگان شکست عشقی؛ مطالعه‌ای کیفی. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*. ۱۵ (۵۳)، ۱۵۴-۱۲۵. https://cwfs.ihu.ac.ir/article_206019.html
- ایمان، م. ت. (۱۳۹۷). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*. چاپ چهارم. قم: حوزه و دانشگاه.
- بازرگان، ع. (۱۴۰۲). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته: رویکردهای متداول در علوم رفتاری*. چاپ پنجم. تهران: دیدار.
- باهنر، ف.، آسایش، م. ح.، و قاضی‌نژاد، ن. (۱۳۹۸). تبیین واکنش‌های رفتاری و مقابله‌های دانشجویان دختر با نشانگان ضربه عشقی: یک مطالعه پدیدارشناسانه. *فصلنامه پژوهش‌های علمی زن و فرهنگ*. ۱۱ (۴۱)، ۱۱۱-۱۳۴. https://journals.iau.ir/article_669166.html
- بنی‌اسد، ع.، و صالحی، ک. (۱۳۹۸). مقدمه‌ای بر اصول و فرایند ساخت و رواسازی پروتکل مصاحبه. *مجله نامه آموزش عالی*. ۱۲ (۴۶)، ۱۷۷-۲۰۳. https://journal.sanjesh.org/article_36128.html
- خاتمی، ا. (۱۳۸۷). بررسی آداب پیوند زناشویی و امور خانواده در شاهنامه فردوسی. *خانواده‌پژوهی*. ۴ (۳)، ۳۲۰-۳۰۲. https://jfr.sbu.ac.ir/article_95182.html
- دهقانی، م.، و آزر می‌بستان‌آباد، ک. (۱۴۰۱). روایت‌پژوهی تجارب زیسته یک مشاور: بررسی اختلالات اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۳ (۴)، ۲۳۲-۲۱۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.340944.644221>
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۴۰۰). *روش‌ها و فنون مشاوره (مصاحبه بالینی)*. چاپ سی و نهم. تهران: فکر نو.
- محمدپور، ا. (۱۳۹۲). *روش تحقیق کیفی ضد روش*. چاپ اول. تهران: جامعه‌شناسان. <https://www.adinehbook.com/gp/product/6002230607>
- مدیری، ف.، و مهدوی، م. ص. (۱۳۹۶). ارزش‌های پست‌مدرن خانوادگی در شهر تهران. *خانواده‌پژوهی*. ۳ (۳)، ۲۹۶-۲۸۱. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96700.html?lang=fa
- مفتون، ف.، شریفان، م.، و نقی‌زاده‌موغاری، ف. (۱۳۹۷). تبیین محورهای اصلی خودمراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و تعیین ابعاد مدیریتی آن. *نشریه پایش*. ۱۷ (۴)، ۳۷۰-۳۶۱. <http://payeshjournal.ir/article-1-31-fa.html>
- یوسفی‌لویه، م. (۱۳۸۸). راهبردهای ارتقای سلامت مشاوران: راهبردهای شناختی (۲): شناخت اجتماعی و درک دیدگاه. *نشریه مشاوره مدرسه*. ۱۵ (۴)، ۳۰-۲۸.

References

- Asayesh, M. H., Farahbakhsh, K., Salimi Bajestani, H., & Delavar, A. (2018). Identifying and explaining the spiritual experiences and reactions of women victims of marital infidelity: a phenomenological study. *The Islamic Journal of Women and the Family*, 6(3), 57-78. http://pzk.journals.miu.ac.ir/article_2113.html (In Persian)

- Asayesh, M. H., Farahbakhsh, K., Salimi Bajestani, H., & Delavar, A. (2020). Explanation of Experiences and Emotional Reactions in Women Victims of Infidelity: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 6(4), 355-372. https://jqr1.kmu.ac.ir/article_91102.html
- Asayesh, M. H., Golpasha, E., & Bahonar, F. (2022). Explaining the Behavioral Experiences and Psychological Coping of Women Who Are Victims of an Extramarital Relationship: A Qualitative Study. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(4), 251-269. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.327642.643921> (In Persian)
- Asayesh, M. H., Hoseinzei, E. & Golpasha, E. (2017). Violence against women and its relationship with self-esteem of married women in Tehran. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 3(2), 59-64. <https://un-pub.eu/ojs/index.php/pntsbs/article/view/1600>
- Asayesh, M. H., Qazinejad, N., & Bahonar, F. (2021). Explanation of the Emotional Reactions of Girls with Love Trauma Syndrome: A Qualitative Study. *The Women and Families Cultural-Educational*, 15(53), 125-154. https://cwfs.ihu.ac.ir/article_206019.html?lang=en (In Persian)
- Bahonar, F., Asayesh, M., & Ghazinezhad, N. (2019). Explanation of Behavioral Reactions and Comparisons Girl Students with Love Truma Syndrome: A Phenomenological Study. *Woman and Culture*, 11(41), 111-134. https://jwc.ahvaz.iau.ir/article_669166.html?lang=en (In Persian)
- Baniasadi, A., & Salehi, K. (2019). Introduction on the Principles and Process of Construction and Validation of the Interview Protocol. *Higher Education Letter*, 12(46), 177-203. https://journal.sanjesh.org/article_36128.html?lang=en (In Persian)
- Baum, N. (2009). Dealing with difficult patients. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 25(1), 6-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19743707/>
- Bazargan, A. (2023). *An introduction to qualitative and mixed research methods: common approaches in behavioral sciences* (5th Ed.). Tehran: Didar. (In Persian)
- Bos, M. V., Kool-Goudzwaard, N., Gamel, C. J., Koekkoek, B., & Van Meijel, B. (2012). The treatment of 'difficult' patients in a secure unit of a specialized psychiatric hospital: the patient's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(6), 528-535. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01827.x>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2015). *Understanding Nursing Research-eBook: Building an Evidence-Based Practice*. 6 Edition. Texas: Elsevier Health Sciences. <https://evolve.elsevier.com/cs/product/9781455772520?role=student>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Crutcher, J. E., & Bass, M. J. (1980). The difficult patient and the troubled physician. *JFam Pract*, 11(6), 933-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7452158/>
- Curtis, C. (2006). Dealing with the difficult client. *Canadian Family Law Quarterly*, 25(3), 291-299.
- Dehghani, M., & Azarmi Bostanabad, K. (2022). Narrative research of a counselor's lived experiences: A study of anxiety disorders in high school students. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 217-232. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.340944.644221> (In Persian)
- Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 48-54. <https://doi.org/10.1177/08943180122108526>
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 898-911. <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>
- Garcia, H. A., McGeary, C. A., Finley, E. P., McGeary, D. D., Ketchum, N. S., & Peterson, A. L.

- (2016). The influence of trauma and patient characteristics on provider burnout in VA post-traumatic stress disorder specialty programmes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 66-81. <https://doi.org/10.1111/papt.12057>
- Gerritsen, S., Widdershoven, G., Van der Ham, L., van Melle, L., Kemper, M., & Voskes, Y. (2021). Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 317-325. <https://doi.org/10.1111/inm.12786>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- Haas, L. J., Leiser, J. P., Magill, M. K., & Sanyer, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American Family Physician*, 72(10), 2063–2068. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342837/>
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M., & DeGruy, F.V. (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/BF02603477>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4th Ed.). Hoboken, Wiley-Blackwell.
- Hunter, S. V., & Schofield, M. J. (2006). How counsellors cope with traumatized clients: Personal, professional and organizational strategies. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28(2), 121-138. <https://doi.org/10.1007/s10447-005-9003-0>
- Iman, M. T. (2017). *Qualitative Research Methodology* (4th Ed.). Qom: Hawzeh and University. (In Persian)
- Khatami, A. (2009). Examining the rituals of marriage and family affairs in Ferdowsi's Shahnameh, *Family Research*, 4(3), 320-302. https://jfr.sbu.ac.ir/article_95182.html (In Persian)
- Koekkoek, B. (2011). *Ambivalent Connections: Improving Community Health Care for NonPsychotic Chronic Patients Perceived As 'Difficult'*. Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Van Meijel, B., & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.036>
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). Difficult patients in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
- Maftoon, F., Sharifan, M., & Naghizadeh Moghari, F. (2018). Self-care in health system: Prevention and management dimensions. *Payesh*, 17(4), 361-370. <http://payeshjournal.ir/article-1-31-fa.html> (In Persian)
- Magrath, C. (2019). Dealing with difficult clients. *The Veterinary Record*, 184(11), 358-369. <https://doi.org/10.1136/vr.11194>
- Mayer, M. L. (2008). On being a 'difficult' patient. *Health Affairs (Project HOPE)*, 27(5), 1416–1421. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1416>
- Medeiros, M. E., & James O. P. (1988). Coping strategies that psychotherapists use in working with stressful clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(1), 112-114. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.1.112>
- Millon, T. (2016). *Millon Clinical Multiaxial Inventory -III manual*. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Modiri, F., & Mahdavi, M. S. (2016). Postmodern Family Values in Tehran. *Journal of Family Research*, 11(3), 281-296. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96700.html?lang=en (In Persian)

- Mohammadpour, A. (2012). *Qualitative research method against method 1*. Tehran: Sociologists. <https://www.adinehbook.com/gp/product/6002230607> (In Persian)
- Morse, J. M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N., & Tucci, V. T. (2017). Difficult patients in the emergency department: Personality disorders and beyond. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(3), 379-395. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2017.05.005>
- Ozen, M. E., Orum, M. H., & Kalenderoglu, A. (2018). Difficult patient in psychiatry practice: A case-control study. *Health Sciences Journal of Adiyaman University*, 4(3), 1064-1073. <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.458680>
- Quinn, B. (2002). How psychotherapists handle difficult clients: Lessons for librarians. *The Reference Librarian*, 36(75-76), 181-196. https://doi.org/10.1300/J120v36n75_17
- Russel, S., Daly, J., Hughes, E., & Hoog, C. C. (2003). Nurses and difficult patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 281-287. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02711.x>
- Seligman, L., & Gaaserud, L. (1994). Difficult clients: Who are they and how do we help them? *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 28(1), 145-165. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/58491>
- Serour, M., Othman, H. A., & Khalifah, G. A. (2009). Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations. *European Journal of General Medicine*, 6(2), 10-20. <https://doi.org/10.29333/ejgm/82646>
- Shafi Abadi, A. (2022). *Counseling methods and techniques (clinical interview)* (39th Ed.). Tehran: Fekr-e Now. (In Persian)
- Snippe, E., Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M., & Flier, J. (2019). Explaining variability in therapist adherence and patient depressive symptom improvement: The role of therapist interpersonal skills and patient engagement. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 84-93. <https://doi.org/10.1002/cpp.2332>
- Softas-Nall, L., & Hanna, F. (2013). Counseling and Psychotherapy with Difficult Clients/Family Members: An Interview with Fred Hanna. *The Family Journal*, 21(1), 117-121. <https://doi.org/10.1177/1066480712456830>
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W., & Van der Bijl, J. (2008) User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(8), 678- 683. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01285.x>
- Wasan, A. D., Wootton, J., & Jamison, R. N. (2005). Dealing with difficult patients in your pain practice. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 30(2), 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.rapm.2004.11.005>
- Williams, L., & Day, A. (2007). Strategies for dealing with clients we dislike. *The American Journal of Family Therapy*, 35(1), 83-92. <https://doi.org/10.1080/01926180600550494>
- Yourman, D. B., & Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 567-575. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.567>
- Yousefi Louye, M. (2008). Counselors' health promotion strategies: cognitive strategies (2): social cognition and perspective understanding. *School Counseling Journal*, 15(4), 28-30. (In Persian)