

مطالعه زمینه‌ای تعاملات قدرت در فرایند درمان روان‌شناختی در نوجوانان نافرمان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۰۹

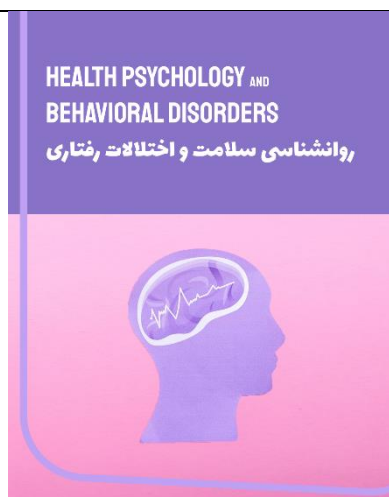
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش، تبیین تعاملات قدرت در فرایند درمان روان‌شناختی نوجوانان نافرمان با رویکرد نظریه‌پردازی زمینه‌ای و از منظر تجربه زیسته نوجوانان است. این مطالعه کیفی با روش نظریه‌پردازی زمینه‌ای انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته با ۱۶ نوجوان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شهر تهران گردآوری شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و فرایند گردآوری داده‌ها تا اشباع نظری ادامه یافت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی طبق رویکرد اشتراوس و کوربین انجام گرفت. تحلیل داده‌ها به شناسایی سه مقوله اصلی منجر شد: تجربه قدرت‌ورزی نوجوان، موقعیت قدرت درمانگر، و تنش‌های بین‌فردی در فضای درمانی. در مجموع، ۱۵ زیرمقوله و بیش از ۷۰ مفهوم (کد باز) شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد نوجوانان با استفاده از الگوهای مقاومت فعال، منفعل و نمادین در تلاش‌اند کنترل رابطه درمانی را در دست گیرند، در حالی که درمانگران با استفاده از قدرت نرم، تنظیم رابطه و مواجهه مستقیم به مدیریت این چالش‌ها می‌پردازند. تعاملات قدرت در فرایند درمان نوجوانان نافرمان، فراتر از مقاومت سطحی، نشانگر پویایی‌های عمیق روانی و هویتی است. درک این تعاملات می‌تواند به بهبود اتحاد درمانی و اثربخشی مداخلات روان‌شناختی کمک کند. درمانگران باید با شناخت الگوهای مقاومت و حساسیت فرهنگی، رویکردی انعطاف‌پذیر و همدلانه در مواجهه با این نوجوانان اتخاذ کنند.

کلیدواژه‌گان: تعاملات قدرت، نوجوان نافرمان، درمان روان‌شناختی، نظریه‌پردازی زمینه‌ای، مقاومت درمانی.

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

علی‌اکبر نیک‌فرجام^۱، سمانه پورحسینی^{۲*}

۱. گروه علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان،

ایران

۲. گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان،

زاهدان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: samaneh.pourh57@gmail.com

شیوه استناددهی: نیک‌فرجام، علی‌اکبر، و پورحسینی، سمانه. (۱۴۰۳). مطالعه زمینه‌ای تعاملات قدرت در فرایند درمان روان‌شناختی در نوجوانان نافرمان. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۳)، ۸-۱.

A Grounded Theory Study of Power Dynamics in the Psychological Treatment Process of Defiant Adolescents

Submit Date: 2024-07-30

Revise Date: 2024-08-28

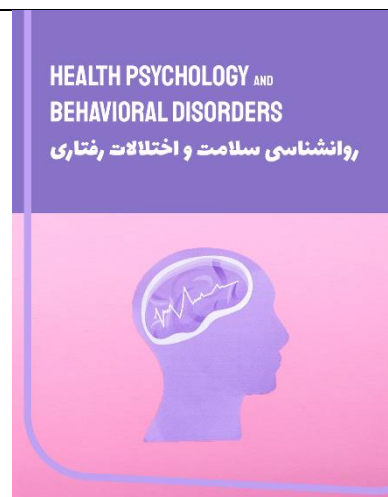
Accept Date: 2024-09-06

Publish Date: 2024-09-20

Abstract

This study aimed to explore the power dynamics within the psychological treatment process of defiant adolescents using a grounded theory approach based on their lived experiences. This qualitative research was conducted using the grounded theory method. Data were collected through semi-structured interviews with 16 adolescents diagnosed with oppositional defiant disorder (ODD) in Tehran. Participants were selected via purposive sampling, and data collection continued until theoretical saturation was achieved. All interviews were recorded, transcribed, and analyzed using NVivo software. Data were coded through open, axial, and selective coding based on Strauss and Corbin's framework. Analysis led to the identification of three major categories: adolescent power assertion, therapist's position of authority, and interpersonal tensions in the therapeutic space. In total, 15 subcategories and over 70 open codes were extracted. The results revealed that adolescents employed active, passive, and symbolic resistance strategies to maintain control over the therapeutic relationship, while therapists utilized soft power, relational restructuring, and direct confrontation to manage these dynamics. Power dynamics in the treatment of defiant adolescents reflect deeper psychological and identity-based processes rather than mere behavioral resistance. Understanding these dynamics can enhance therapeutic alliance and intervention effectiveness. Therapists are encouraged to adopt a culturally sensitive, flexible, and empathic approach that acknowledges adolescents' resistance as part of the therapeutic journey.

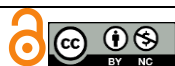
Keywords: *Power dynamics, defiant adolescents, psychological therapy, grounded theory, therapeutic resistance*

Ali Akbar Nikfarjam¹, Samaneh Pourhosseini^{2*}

1. Department of Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
2. Department of Curriculum Planning, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

*Corresponding Author's Email:
samaneh.pourh57@gmail.com

How to cite: Nikfarjam, A. A., & Pourhosseini, S. (2024). A Grounded Theory Study of Power Dynamics in the Psychological Treatment Process of Defiant Adolescents. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(3), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

فرایند درمان روان‌شناختی همواره بر بستر رابطه‌ای میان درمانگر و مراجع شکل می‌گیرد؛ رابطه‌ای که در آن مفاهیمی چون اعتماد، همدلی، و تعادل قدرت نقش بنیادین دارند. در این میان، وقتی مراجع نوجوانی با الگوهای رفتاری نافرمان و مقاومت‌گرایانه است، پویایی‌های این رابطه پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر می‌شود. اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder; ODD) یکی از رایج‌ترین مشکلات رفتاری در نوجوانان است که با الگوهای پایدار از رفتارهای خصمانه، سرکش، و چالش‌برانگیز نسبت به افراد صاحب قدرت از جمله والدین، معلمان و درمانگران شناخته می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). نوجوانانی که با این الگو رفتار می‌کنند، اغلب در برابر هرگونه اقتدار بیرونی از خود واکنش‌های منفی نشان می‌دهند و همین مسئله، فرآیند درمان روان‌شناختی را با دشواری‌هایی بنیادین مواجه می‌سازد.

از دیدگاه نظریه‌های ارتباطی، رابطه درمانی بر تعادل قدرت و انتقالات روانی متقابل بین درمانگر و مراجع استوار است. بر اساس دیدگاه روان‌تحلیلی، رابطه درمانی می‌تواند عرصه‌ای برای بازنمایی الگوهای قدرت و مقاومت شکل گرفته در روابط اولیه فرد باشد (Gelso & Hayes, 2007). از سوی دیگر، رویکردهای معاصرتر مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان‌های نظام‌مند نیز بر نقش سوگیری‌های قدرت در روابط درمانی تأکید دارند، به‌ویژه در مواردی که درمانگر با نوجوانانی دارای ساختار دفاعی مقاوم روبه‌روست (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

مطالعات متعددی بر اهمیت اتحاد درمانی در فرآیند درمان نوجوانان تأکید کرده‌اند. اتحاد درمانی مؤثر شامل پیوند عاطفی، توافق بر اهداف درمان، و همکاری فعال در وظایف درمانی است (Shirk & Karver, 2003). با این حال، در درمان نوجوانان نافرمان، این اتحاد اغلب با تهدید مواجه می‌شود؛ چراکه نوجوان با بهره‌گیری از رفتارهای مقاوم، سلطه‌طلبانه، یا حتی انکاری، از ورود به فرآیند درمانی اجتناب می‌ورزد. تحقیقات نشان داده‌اند که نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تمایل دارند از سازوکارهای دفاعی مانند انکار، پیش‌فراکنی و وارون‌سازی نقش استفاده کنند و همین امر رابطه درمانی را به میدان تعاملات قدرتی پنهان و آشکار تبدیل می‌کند (Kazdin, 2005).

از سوی دیگر، قدرت درمانگر در رابطه درمانی نیز جنبه‌ای مهم از این تعاملات را تشکیل می‌دهد. هرچند درمانگران آموزش دیده‌اند که از اقتدار حرفه‌ای خود به شیوه‌ای حمایت‌گرانه و همدلانه استفاده کنند، اما در عمل، نوجوانان نافرمان ممکن است این اقتدار را تهدیدآمیز یا کنترل‌کننده تلقی کنند. پژوهش‌هایی که بر روی رابطه درمانی در درمان نوجوانان انجام شده‌اند نشان می‌دهند که درک نوجوان از نیت و نگرش درمانگر به شدت بر نوع پاسخ‌دهی او به درمان تأثیرگذار است (Tishby & Vered, 2011). به عبارت دیگر، استفاده ناهماهنگ از قدرت از سوی درمانگر می‌تواند زمینه‌ساز واکنش‌های دفاعی، سکوت مقاوم یا حتی ترک درمان شود.

بر همین اساس، تعاملات قدرت در جلسات درمان روان‌شناختی می‌تواند به‌صورت طیفی از مقاومت منفعلانه تا چالش‌طلبی آشکار نمود پیدا کند. نوجوانان ممکن است در تلاش برای بازیابی کنترل شخصی خود، اقدام به تحمیل شرایط ارتباطی، جهت‌دهی به محتوای جلسه یا حتی تحقیر درمانگر کنند. از سوی دیگر، درمانگران نیز ممکن است در پاسخ به این چالش‌ها، به استفاده از تکنیک‌های قدرت نرم، شوخ‌طبعی، تغییر چارچوب رابطه یا مواجهه مستقیم با رفتارهای مقاوم متوسل شوند. چنین تعاملاتی بیش از آنکه صرفاً رفتاری سطحی باشند، نمایانگر الگوهای عمیق‌تر روان‌شناختی مرتبط با تجربه نوجوان از اقتدار، بی‌اعتمادی و جست‌وجوی هویت هستند (Fonagy et al., 2002).

مطالعات کیفی پیشین در زمینه رابطه درمانی با نوجوانان، نشان داده‌اند که تجربه قدرت و مقاومت در جلسات درمان، امری پویا، موقعیتی و چندلایه است. به عنوان نمونه، پژوهش اسمال و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد نوجوانانی که تجربه تعاملات اقتدارگرایانه در خانه یا مدرسه را دارند، در جلسات درمانی نیز نسبت به هرگونه اقتدار بیرونی واکنش‌های دفاعی بروز می‌دهند و ترجیح می‌دهند خود مرزها و موضوعات گفت‌وگو را تعیین کنند (Small, Holloway, & Bennett, 2021). این یافته‌ها ضرورت تحلیل معنای قدرت از دیدگاه نوجوان را در بافت درمانی دوچندان می‌سازد.

در کنار این مباحث، مؤلفه‌های فرهنگی نیز می‌توانند در شکل‌گیری تعاملات قدرت نقش داشته باشند. در فرهنگ‌هایی مانند ایران، که ساختارهای سلسله‌مراتبی در خانواده و مدرسه پررنگ هستند، نوجوانان ممکن است تجربه‌های پیچیده‌تری از اقتدار و سلطه را به همراه داشته باشند. همین موضوع می‌تواند نحوه مواجهه آنان با درمانگر و ادراک‌شان از رابطه درمانی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین نقش والدین به‌عنوان ناظران پنهان در فرآیند درمان نوجوان اهمیت زیادی دارد؛ چراکه بسیاری از نوجوانان از افشای مطالب مربوط به خانواده اجتناب می‌کنند یا محتوای گفت‌وگو را به‌گونه‌ای سانسور می‌نمایند که با واکنش والدین مواجه نشوند (Bordin, 1979).

با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه حاضر در پی آن است که با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و روش نظریه‌پردازی زمینه‌ای، به تحلیل تعاملات قدرت در جلسات درمان روان‌شناختی نوجوانان نافرمان بپردازد. این پژوهش با تمرکز بر تجربه زیسته نوجوانان، درصدد کشف شیوه‌هایی است که نوجوانان برای ابراز قدرت، مقاومت یا همکاری در جلسات درمانی به کار می‌برند و همچنین واکنش‌های متقابل درمانگران به این رفتارها را تحلیل می‌کند. هدف نهایی این پژوهش، توسعه مدلی نظری برای فهم پویایی‌های قدرت در رابطه درمانی نوجوانان نافرمان و ارائه راهکارهایی کاربردی برای بهبود اتحاد درمانی و ارتقای اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در این گروه است.

روش‌شناسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش نظریه‌پردازی زمینه‌ای (Grounded Theory) به بررسی تعاملات قدرت در فرایند درمان روان‌شناختی نوجوانان نافرمان پرداخته است. هدف از این مطالعه، کشف و تبیین الگوهای معنادار قدرت و مقاومت در بافت تعاملات درمانگر و نوجوان، به‌منظور درک عمیق‌تر از موانع و فرصت‌های فرایند درمانی بوده است.

جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان نافرمان ساکن تهران بود که سابقه شرکت در جلسات درمان روان‌شناختی را داشتند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و معیار ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، سن بین ۱۳ تا ۱۷ سال، و سابقه حداقل ۵ جلسه درمانی انفرادی بود. نمونه‌گیری تا زمان اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت ۱۶ نوجوان به‌عنوان شرکت‌کنندگان نهایی وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته عمیق بود. در ابتدا، راهنمای مصاحبه‌ای با تأکید بر موضوعات مربوط به تجربه تعاملات درمانی، احساس قدرت یا بی‌قدرتی در جلسات، نحوه واکنش به مداخلات درمانی و نقش والدین یا دیگر عوامل اثرگذار تدوین شد. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی در مکان‌های مورد توافق با مشارکت‌کنندگان (مراکز درمانی یا منازل) انجام شد و هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت کتبی شرکت‌کنندگان ضبط و سپس وادویی شد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار NVivo استفاده شد. مراحل تحلیل بر اساس رویکرد گربین و اشتراوس شامل کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت. در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم اولیه از متن استخراج شد. سپس با شناسایی روابط میان مفاهیم، مقولات محوری ایجاد گردید. در مرحله نهایی، مقوله هسته اصلی تبیین‌کننده تعاملات قدرت در بافت درمانی استخراج و سایر مقولات بر مبنای آن یکپارچه شدند. به‌منظور افزایش اعتبار پژوهش از روش‌های کنترل عضوی، بازبینی همکار، و مقایسه مستمر داده‌ها استفاده شد. همچنین برای تضمین پایایی، کلیه مراحل تحلیل توسط دو تحلیل‌گر مستقل بازبینی شد و توافق بین‌رمزگذاران بررسی گردید.

یافته‌ها

مخالفت فعالانه با درمان

یکی از شیوه‌های ابراز قدرت توسط نوجوانان نافرمان در جلسات درمان، مخالفت فعالانه با روند درمان بود. این مخالفت‌ها شامل بی‌اعتنایی به دستورات درمانگر، پاسخ ندادن به سوالات، تمسخر مفاهیم درمانی، و حتی قطع همکاری درمانی می‌شد. نوجوانان با تأخیر عمدی در جلسات

یا رفتارهای چالش برانگیز، تلاش می کردند سلطه درمانگر را به چالش بکشند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: «جلسه که شروع می شد، عمداً حرف نمی زدم تا درمانگر خسته شه، بهش نشون بدم که نمی تونه منو کنترل کنه.»

کنترل گری در روایت مسائل

نوجوانان در تلاش برای حفظ کنترل، روایت های درمانی خود را به صورت گزینشی ارائه می دادند. آنان از بیان احساسات خود امتناع می کردند، موضوعات مورد گفت و گو را خود تعیین می کردند، و گاه با انکار مشکل، مسیر گفت و گو را منحرف می ساختند. یکی از نوجوانان بیان کرد: «همه چی رو نمی گفتم، فقط چیزایی که می خواستم بفهمه رو می گفتم. دوست نداشتم بدون اجازه سرک بکشه تو ذهنم.»

بازی های روانی با درمانگر

برخی نوجوانان با به کارگیری رفتارهای مبهم و پیچیده، تلاش داشتند نقش قدرت را در رابطه درمانی معکوس کنند. آن ها گاه موضوع جلسه را تغییر می دادند یا با رفتارهای اغواگرانه سعی در کنترل فضای جلسه داشتند. یکی از شرکت کنندگان گفت: «یه بار عمداً شروع کردم از رابطه دوستم حرف زدن، می خواستم ببینم چجوری واکنش نشون می ده.»

مقاومت منفعلانه

در برابر سلطه درمانگر، برخی نوجوانان به مقاومت منفعلانه روی می آوردند. سکوت ممتد، پاسخ های کوتاه، و نگاه خیره بی واکنش از جمله نشانه های این شیوه مقاومت بودند. این سبک رفتار نشان از نوعی بی اعتمادی یا حتی نافرمانی خاموش داشت. مشارکتی بیان کرد: «نمی خواستم حرف بزنم، فقط نگاه می کردم که بفهمه منم حرفی برای گفتن دارم، ولی نه وقتی که اون می خواد.»

تحمیل شرایط ارتباطی

بعضی نوجوانان سعی می کردند چارچوب های جلسه را به نفع خود تغییر دهند. آنان خواهان تعیین زمان یا مکان جلسه، استفاده از زبان خاص یا حتی رد کردن چارچوب های درمانی بودند. یکی از نوجوانان عنوان کرد: «بهش گفتم اگه بخوای منو مثل بقیه قضاوت کنی، دیگه نمیام. باید خودم انتخاب کنم چی بگم و چی نگم.»

تثبیت اقتدار حرفه ای درمانگر

درمانگران نیز برای حفظ موقعیت حرفه ای خود، با استفاده از اصطلاحات تخصصی، هدایت فعال جلسه و تعیین مرزهای ارتباطی، نقش اقتدار خود را تثبیت می کردند. این عملکرد غالباً با حفظ فاصله عاطفی همراه بود. یک نوجوان اظهار داشت: «انگار همیشه بالاتر از من می نشست، طوری حرف می زد که حس کنم اشتباه می کنم.»

تنظیم هیجان نوجوان

درمانگران در مواجهه با رفتارهای هیجانی نوجوانان، از مهارت های تنظیم هیجانی استفاده می کردند. این شامل حفظ خونسردی، پاسخ دهی متعادل، و انعکاس احساسات نوجوان بود. یک شرکت کننده گفت: «یه بار داد زدم، ولی اون آرام گفت: فکر می کنی پشت این عصبانیت چیه؟»

اون لحظه خشکم زد.»

ایجاد اتحاد درمانی

بخشی از درمانگران سعی در برقراری رابطه ای مبتنی بر اعتماد و همدلی داشتند. استفاده از زبان غیر قضاوت گر، توجه واقعی به روایت زندگی نوجوان، و پذیرش بدون شرط از ابزارهای کلیدی در ایجاد اتحاد درمانی بود. یک نوجوان گفت: «برام مهم بود که احساس نکنم دشمنم. اون فقط گوش می داد، بدون اینکه بگه چرا این کارو کردی.»

بهره گیری از قدرت نرم

در برخی مواقع درمانگران برای پیشبرد رابطه درمانی از قدرت نرم استفاده می‌کردند. شوخ‌طبعی، ارائه انتخاب محدود و استفاده از واژگان همدلانه، نمونه‌هایی از این رویکرد بودند. یک مصاحبه‌شونده عنوان کرد: «وقتی دیدم جدی نگرفت که دیر اومدم و گفتم: 'ببینم ساعت تو با بقیه فرق داره؟' خندیدم، یخم شکست.»

مواجهه مستقیم با مقاومت

درمانگرانی که رفتار مقاوم نوجوانان را به صورت مستقیم بازتاب می‌دادند، با نام‌گذاری رفتارها و تحلیل آن‌ها، تلاش در بازآفرینی رابطه درمانی داشتند. یکی از نوجوانان اظهار کرد: «گفتم: متوجه‌ام که نمی‌خوای حرف بزنی، ولی این سکوت هم خودش یه پیامه... این باعث شد فکر کنم چرا ساکتیم.»

تنظیم مجدد رابطه

در برخی جلسات، درمانگران با تغییر در نحوه برقراری رابطه، تلاش کردند الگوی تعاملی را بازتنظیم کنند. تغییر در لحن، ایجاد وقفه، یا حتی تغییر محل نشستن بخشی از این راهبردها بود. یک نوجوان گفت: «یه جلسه دیدم که خودش صندلیشو آورد کنار من نشست. حس کردم انگار می‌خواد کنارم باشه، نه جلوم.»

برخورد ارزش‌های نسلی

اختلاف در نگرش‌ها نسبت به مفاهیمی مانند خانواده، مسئولیت‌پذیری یا موفقیت، فضای تعاملی درمان را گاه به چالش می‌کشید. نوجوانان احساس می‌کردند درمانگران دنیای آن‌ها را نمی‌فهمند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «می‌گفت باید با پدر مادرت بسازی، ولی نمی‌فهمید که اونا اصلاً منو نمی‌بینن.»

حضور پنهان والدین

با آنکه والدین در جلسه حضور فیزیکی نداشتند، اما حضور روانی آن‌ها در اظهارات نوجوانان مشهود بود. ترس از افشای اطلاعات، سانسور مطالب یا پیش‌بینی واکنش والدین، تأثیر والدین را نمایان می‌کرد. یک نوجوان گفت: «نمی‌خواستم چیزی بگم که اگه بفهمن، دعوام کنن. فکر می‌کردم شاید درمانگر بهشون بگه.»

قضاوت‌پذیری نوجوان

بسیاری از نوجوانان نگرانی‌هایی از قضاوت شدن توسط درمانگر داشتند. ترس از برچسب خوردن، احساس بی‌ارزشی، و اضطراب ناشی از تحلیل شدن باعث محدودیت در بیان آزادانه احساسات می‌شد. یکی از نوجوانان گفت: «نمی‌خواستم فکر کنه دیوونه‌ام، برای همین بعضی چیزا رو نگفتم.»

مقاومت ناشی از تجربه‌های منفی پیشین

تجربه‌های ناخوشایند از درمان‌های قبلی موجب بی‌اعتمادی به فرایند درمانی می‌شد. خاطرات بد، احساس بی‌نتیجه بودن جلسات گذشته، و ناامیدی از بهبود مانع پذیرش مجدد درمان می‌شد. مشارکتی گفت: «یه بار قبلاً رفتم مشاوره، فقط گفت مشکل از خودته. دیگه نمی‌خواستم کسی قضاوتم کنه.»

دوگانگی امنیت-تهدید در جلسه

نوجوانان تجربه‌های متضادی از جلسات درمانی داشتند. برخی در ابتدا احساس آرامش داشتند، اما با پیشرفت جلسه دچار نگرانی از بازگویی تجربه‌های دردناک می‌شدند. یکی از نوجوانان گفت: «اول حس خوبی داشتم، ولی وقتی از گذشته حرف زدم، یه دفعه حس کردم دوباره اون خاطره زنده شده، ترسیدم.»

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تعاملات قدرت در فرایند درمان روان‌شناختی نوجوانان نافرمان به‌صورت الگوهایی پیچیده، سیال و چندسطحی ظاهر می‌شود. نوجوانان در مواجهه با ساختارهای درمانی که آن‌ها را محدودکننده یا تهدیدکننده تلقی می‌کردند، از شیوه‌هایی متنوع برای مقاومت و بازتعریف رابطه درمانی استفاده می‌کردند. پنج الگوی اصلی در رفتار آن‌ها قابل تشخیص بود: مخالفت فعالانه، کنترل‌گری در روایت، بازی‌های روانی، مقاومت منفعلانه و تحمیل شرایط ارتباطی. این رفتارها بیانگر آن بودند که نوجوانان نافرمان نه تنها نسبت به درمانگر بی‌اعتماد یا مقاوم هستند، بلکه در تلاش‌اند تا کنترل مجددی بر هویت و موقعیت خود در فضای درمانی به دست آورند.

همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که درمانگران نیز برای مدیریت این الگوهای مقاومت از راهبردهای مختلفی بهره می‌بردند. این راهبردها شامل تثبیت اقتدار حرفه‌ای، تنظیم هیجانات نوجوان، بهره‌گیری از قدرت نرم، مواجهه مستقیم با مقاومت و تنظیم مجدد رابطه بود. در بسیاری موارد، موفقیت درمانگر در شکل‌دهی به اتحاد درمانی بستگی به انعطاف‌پذیری، خودآگاهی و توانایی او در درک لایه‌های زیرین مقاومت نوجوان داشت. برای مثال، زمانی که درمانگر با حفظ مرزهای حرفه‌ای در عین حفظ همدلی با نوجوان برخورد می‌کرد، نوجوان کمتر تمایل به تقابل و بیشتر مایل به گفت‌وگو نشان می‌داد.

هم‌راستایی یافته‌های پژوهش با ادبیات نظری و تجربی موجود نشان‌دهنده انسجام تحلیلی پژوهش حاضر است. به‌عنوان مثال، شواهدی از تحقیقات پیشین بر پیچیدگی رابطه درمانی با نوجوانان نافرمان و حضور هم‌زمان گرایش به استقلال و نیاز به هدایت تأکید کرده‌اند (Shirk & Karver, 2003). یافته‌های پژوهش حاضر با این رویکرد همسو است که نوجوانان نافرمان، در مواجهه با هرگونه ساختار قدرتی، حتی اگر حمایتی باشد، به مقاومت می‌پردازند تا از فروپاشی حس کنترل شخصی خود جلوگیری کنند. این همان چیزی است که فوناگی و همکارانش آن را تلاش برای حفظ انسجام خود در بافت رابطه می‌دانند (Fonagy et al., 2002).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که مقاومت نوجوانان الزاماً نشانگر عدم تمایل به درمان نیست، بلکه می‌تواند نشانه‌ای از جست‌وجوی مرزهای ایمن‌تر برای ورود به تعامل باشد. این برداشت با دیدگاه تیشبی و ورد (۲۰۱۱) همخوانی دارد که معتقدند بسیاری از نوجوانان، به‌ویژه آن‌هایی که تجربه روابط اقتدارگرایانه در خانواده داشته‌اند، برای ورود به رابطه درمانی نیاز به فضاهای بدون تهدید دارند. در چنین فضاهایی، درمانگر باید با پذیرش مقاومت نوجوان به‌عنوان بخشی از روند درمان، نه مانعی در برابر آن، برخورد کند.

در کنار این، یافته‌های مربوط به نقش قدرت نرم و شوخ‌طبعی در کاهش مقاومت، با پژوهش‌های اخیر در زمینه رفتارهای ارتباطی درمانگران هم‌راستا است. به‌عنوان نمونه، پژوهش اسمول و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده است که استفاده درمانگر از سبک‌های ارتباطی غیرمستقیم، مانند شوخی یا بازتاب تجربیات مثبت، می‌تواند به کاهش تنش‌های قدرتی و تقویت اتحاد درمانی کمک کند. نتایج مطالعه حاضر نیز مؤید آن است که نوجوانان در برابر درمانگرانی که از اقتدار خود نه برای سلطه، بلکه برای حمایت استفاده می‌کنند، پاسخ مثبت‌تری ارائه می‌دهند.

یکی دیگر از یافته‌های برجسته پژوهش حاضر، نقش تنش‌های بین‌فردی و فراتعاملی در شکل‌گیری الگوی مقاومت بود. حضور پنهان والدین، قضاوت‌پذیری نوجوان و تجربه‌های منفی قبلی از درمان در شکل‌گیری فضای روانی جلسه نقش داشتند. بسیاری از نوجوانان از افشای اطلاعات مربوط به خانواده خودداری می‌کردند و در مواردی، روایت خود را به گونه‌ای دستکاری می‌کردند که با انتظارات والدین هم‌راستا باشد. این یافته با مطالعات بوردین (۱۹۷۹) در زمینه اتحاد درمانی و تأثیر فاکتورهای بیرونی بر رابطه درمانگر-مراجع همخوانی دارد.

یافته‌های مربوط به شکاف‌های نسلی در ادراک اقتدار نیز اهمیت دارند. در فرهنگ‌های سنتی‌تر که خانواده و نهاد مدرسه ساختاری سلسله‌مراتبی دارند، نوجوانان اغلب تجربه اقتدار را با سلطه و سرکوب برابر می‌دانند. این مسئله در جلسات درمانی بازتولید می‌شود، به‌گونه‌ای که نوجوان درمانگر را به چشم عضوی از نظام کنترل‌گر بزرگسالان می‌بیند. این یافته‌ها لزوم رویکرد فرهنگی حساس به زمینه را در درمان نوجوانان تقویت می‌کند.

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که تعاملات قدرت در جلسات درمان نوجوانان نافرمان نه تنها یک مانع، بلکه فرصت مناسبی برای تحلیل الگوهای دفاعی، بازسازی رابطه و ارتقاء خودآگاهی نوجوانان می‌باشد، به شرط آن‌که درمانگر با شناخت و مهارت کافی در این

عرصه حضور یابد. رابطه درمانی با این گروه از نوجوانان نیازمند توازن میان اقتدار حرفه‌ای و همدلی انسانی است، توازنی که تنها با انعطاف، خودشناسی و بازاندیشی مداوم در نقش درمانگر قابل تحقق است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464.
- Kazdin, A. E. (2005). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press.
- Tishby, O., & Vered, M. (2011). Countertransference in adolescent psychotherapy: The adolescent's perspective. *Psychotherapy Research*, 21(6), 621–630.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (2002). Reflective functioning manual. London: University College London.
- Small, R., Holloway, S., & Bennett, R. (2021). "Don't tell me what to do": Exploring resistance and defiance in adolescent therapy. *Child & Youth Services*, 42(2), 123–140.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.