



## Therapeutic Alliance in Tele-Counseling: The Experiences of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Counselors

**Batul Tadayon Chaharshughi:** PhD student in Counseling, Faculty of Humanities, Khomeinishar Branch, Islamic Azad University, Khomeinishar, Isfahan, Iran.  
[batul.tadayon@iaukhsh.ac.ir](mailto:batul.tadayon@iaukhsh.ac.ir)

**Razieh Izadi\*:** Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Institute of Higher Education, Isfahan, Iran.  
[r.izady@safahan.ac.ir](mailto:r.izady@safahan.ac.ir)

**Azam Naghavi:** Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
[az.naghavi@edu.ui.ac.ir](mailto:az.naghavi@edu.ui.ac.ir)

### Abstract

The purpose of this study was to answer the question of what were the experiences of counselors and patients with obsessive-compulsive disorder in tele-counseling and to analyze the experiences related to establishing and maintaining therapeutic alliance in tele-counseling. Thematic analysis was used to answer the research questions. The main data collection method was a semi-structured interview and the interview guide was designed using literature as well as expert opinions. From the analysis of interviews with 12 clients with obsessive-compulsive disorder and 7 obsessive-compulsive therapists with experience in tele-counseling, three main themes have been obtained including the formation of the therapeutic alliance, barriers to the therapeutic alliance and factors involved in the enhancement of therapeutic alliance. The results showed that creating and maintaining a therapeutic alliance in tele-counseling is possible. Although there may be obstacles, if the counselor can identify the existing barriers and adapt the counseling techniques and skills to the conditions of cyberspace, creating and maintaining a therapeutic alliance will be possible. Due to the increasing opportunities to have tele-counseling, increasing client demands, as well as the possibility of recurrence of conditions such as the COVID-19 pandemic that forced the use of tele-counseling, it seems that more attention should be paid to identifying barriers and sources of therapeutic alliance in tele-counseling, and more studies are needed in this area.

**Keywords:** Therapeutic Alliance, Tele-Counseling, Obsessive-Compulsive Disorder

\* Corresponding author



## اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور: تجارب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مشاوران

بتول تدین چهارسوقی: دانشجو دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر اصفهان،

ایران

[batul.tadayon@iaukhsh.ac.ir](mailto:batul.tadayon@iaukhsh.ac.ir)

راضیه ایزدی\*: استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران

[r.izady@safahan.ac.ir](mailto:r.izady@safahan.ac.ir)

اعظم نقوی: دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[az.naghavi@edu.ui.ac.ir](mailto:az.naghavi@edu.ui.ac.ir)

### چکیده

هدف این پژوهش، پاسخ به این سؤال بود که تجارب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و درمانگران در زمینه دریافت خدمات از راه دور چگونه بوده و در خلال آن به واکاوی تجارب مربوط به برقراری و حفظ اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور پرداخته شده است. روش انجام این پژوهش، کیفی و از نوع تحلیل مضمون بود. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود و راهنمای مصاحبه با استفاده از متون و همچنین نظر متخصصان طراحی شد. از تحلیل مصاحبه‌ها با ۱۲ مراجع مبتلا به وسواس فکری-عملی و ۷ درمانگر وسواس با تجربه مشاوره از راه دور، سه مضمون اصلی شامل شکل‌گیری اتحاد درمانی، موانع اتحاد درمانی و عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی به دست آمده است. نتایج نشان داد ایجاد و حفظ اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور اگر چه ممکن است با موانعی روبه‌رو باشد، اگر مشاور بتواند موانع موجود را تشخیص دهد و با کمی خلاقیت فنون و مهارت‌های مشاوره را با شرایط فضای مجازی تطابق دهد، اتحاد درمانی در فضای غیرحضوری نیز امکان شکل‌گیری و ارتقا خواهد داشت. باتوجه به گسترش روزافزون امکانات برقراری جلسات مشاوره از راه دور، افزایش تقاضای مراجعان و همچنین امکان بروز مجدد شرایطی مثل همه‌گیری کووید-۱۹ که استفاده از جلسات غیرحضوری را به صورت اجبار درآورد، به نظر می‌رسد توجه بیشتر به موانع و منابع برقراری اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور ضروری است و مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است.

**واژگان کلیدی:** اتحاد درمانی، مشاوره از راه دور، اختلال وسواس فکری-عملی

## مقدمه

استفاده از مداخلات مبتنی بر فناوری، از جمله تلفن، ویدئو کنفرانس، برنامه‌های رایانه‌ای تعاملی، پیام‌های متنی، ایمیل و برنامه‌های کامپیوتری خودآموز که در مجموع به‌عنوان برنامه‌های «سلامت از راه دور» شناخته می‌شود، به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان فعالیتی متداول در زمینه مداخلات سلامت روانی تبدیل شده است (لوپز و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات از راه دور در تشخیص و درمان مفید است و نتایج آن در زمینه رفتارهای ارتباطی مثل برقراری اتحاد درمانی اغلب با جلسات حضوری<sup>۳</sup> مقایسه‌شدنی است (آندرز و همکاران، ۲۰۱۸). خدمات سلامت از راه دور قبل از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در حال رشد بود؛ به‌طوری‌که تخمین زده شده است که در پنج سال قبل از همه‌گیری کووید-۱۹، بین ۵ تا ۲۱ درصد از خدمات بهداشت روانی، با روش‌های از راه دور ارائه شده‌اند (جوی و همکاران، ۲۰۱۹؛ پیرس و همکاران، ۲۰۲۰)؛ اما با شیوع همه‌گیری و اجبار به قرنطینه خانگی و فاصله‌گذاری اجتماعی، مداخلات از راه دور رشد بیشتری داشته است. با شروع همه‌گیری در اکثر مناطق دنیا، خدمات حضوری سلامت روانی نیز همانند بسیاری از مشاغل دیگر به‌حداقل رسید و یا به‌طور کامل لغو شد و روان‌درمانگران مجبور به تغییر مسیر ارائه خدمات از حضوری به مجازی شدند (گلس و بیکلر، ۲۰۲۱).

خدمات سلامت از راه دور به‌دلایل مختلفی می‌تواند گزینه مؤثری برای مراجعان و درمانگران باشد.

دسترسی انعطاف‌پذیر، ناشناس ماندن (ابوجاوده و همکاران، ۲۰۱۵؛ مازیات و تاریر، ۲۰۱۴)، مقرون‌به‌صرفه بودن به‌دلیل حذف هزینه رفت‌وآمد (هدمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ مازیات و تاریر، ۲۰۱۴)، ارائه خدمات در مناطق روستایی که ممکن است دسترسی به مشاور نداشته باشند و ارائه خدمات به افرادی که در محیط سنتی اتاق درمان احساس راحتی نداشته باشند (لنگری‌زاده و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسپرینگر و همکاران، ۲۰۲۰)<sup>۱</sup> از جمله مزایای خدمات سلامت روان از راه دور است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخی از مراجعان زمانی که با مسائل حساسی روبه‌رو هستند، به‌دنبال خدمات روان‌شناختی تلفنی می‌روند (گلس و بیکلر، ۲۰۲۱).

به‌طور سنتی، ایمنی هیجانی و روان‌شناختی که لازمه رابطه درمانی است، در یک اتاق و در یک فضای خصوصی و امن از طریق تعامل بین مراجع و درمانگر شکل می‌گیرد. در طول همه‌گیری، اتاق مشاوره به دو صفحه کامپیوتر یا موبایل بین درمانگر و مراجعی تبدیل شدند که به‌دلیل شیوه‌نامه‌های بهداشتی مجبور به فاصله‌گذاری اجتماعی شدند (گلر، ۲۰۲۱). با وجود مزایای خدمات سلامت روان از راه دور، ایجاد و حفظ اتحاد درمانی می‌تواند چالشی برای درمانگرانی محسوب شود که تجربه مشاوره و درمان از راه دور را نداشتند. از طرفی، براساس نتایج پژوهش‌های پیشین، ثابت‌ترین پیش‌بینی‌کننده تغییر درمانی، رابطه و اتحاد درمانی است (نورکراست و لامبر، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۹). اتحاد درمانی، رابطه کاری بین متخصص سلامت روان و مراجع است و شامل اهداف مشترکی برای درمان،

<sup>1</sup> Tele-mental health

<sup>2</sup> Lopez et al.

<sup>3</sup> Face to face

<sup>4</sup> Andrews et al.

<sup>5</sup> COVID-19

<sup>6</sup> Choi et al.

<sup>7</sup> Pierce et al.

<sup>8</sup> Glass & Bickler

<sup>9</sup> Aboujaoude et al.

<sup>1</sup> Musiat & Tarrier

<sup>1</sup> Hedman et al.

<sup>1</sup> Langarizadeh et al.

<sup>1</sup> Springer et al.

<sup>1</sup> Geller

<sup>1</sup> Norcross & Lambert

شده است. حال سؤال این است که در محیط مشاوره مجازی که نشانه‌های غیر کلامی، دیداری و شنیداری حذف می‌شوند و عملاً حس حضور به معنای سنتی آن وجود ندارد، اتحاد درمانی چگونه برقرار و حفظ می‌شود؟ پژوهش‌های سال‌های اخیر نشان داده‌اند که درمان از راه دور در کنار با مراجعانی که دارای اختلالات مختلف‌اند، مؤثر است (وارکر و همکاران،<sup>۱</sup> ۲۰۱۹) و مراجعان می‌توانند از درمان آنلاین با برقراری یک اتحاد درمانی بهره ببرند (کوک و دوایل،<sup>۲</sup> ۲۰۰۲؛ رینولدز و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۰۶؛ پتگرو،<sup>۴</sup> ۲۰۱۵). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اتحاد درمانی در مداخله از راه دور برابر با اتحاد درمانی در تماس چهره‌به‌چهره در برخی موارد بوده است (اندرسون و همکاران،<sup>۵</sup> ۲۰۱۲؛ فریمن و همکاران،<sup>۶</sup> ۲۰۱۳؛ کروپولوس و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۰۸) و حتی در برخی موارد برتر است (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ چونگ و مورنو،<sup>۸</sup> ۲۰۱۲؛ پرشل و همکاران،<sup>۹</sup> ۲۰۱۱). این نتایج نشان می‌دهد که یک اتحاد درمانی پایدار را می‌توان در سلامت از راه دور ایجاد کرد.

برخلاف یافته‌هایی که از اثربخشی مداخلات از راه دور پشتیبانی می‌کند، مشاوران اغلب به دلیل نگرانی از تأثیر منفی استفاده از فناوری بر اتحاد درمانی، درباره مداخله از راه دور تردید دارند (ریچارد و همکاران،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۸). این دیدگاه‌های منفی می‌تواند بر رویکرد درمانگر به مداخله از راه دور تأثیر بگذارد و ظرفیت ایجاد یک اتحاد درمانی مثبت مجازی را مهار کند

گرمی، اصالت، نگرانی واقعی و پیوند مشارکتی می‌شود (هورواث و همکاران،<sup>۱</sup> ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند اتحاد درمانی قوی می‌تواند بر پیامدهای درمان، از جمله کاهش علائم، بهبود مصرف دارو، پیروی درمانی و رضایت مراجع تأثیر مثبت داشته باشد (توتارا و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۱۸؛ فری و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۲۱)؛ اما در اتاق درمان مجازی، تجربه حضور درمانی<sup>۴</sup> که به عنوان پیش شرط اتحاد درمانی در نظر گرفته می‌شود (گلر،<sup>۵</sup> ۲۰۲۱) به صورت متفاوتی ظاهر می‌شود.

حضور درمانی را می‌توان به عنوان یک عامل فرانظری یا یک عامل مشترک در نظر گرفت؛ زیرا در رویکردهای روان‌درمانی مختلف ارزشمند است و به رسمیت شناخته می‌شود (گلر،<sup>۶</sup> ۲۰۱۷؛ گلر و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۱۲). روانکاوانی مانند فروید و ریک<sup>۸</sup> به حفظ یکنواخت توجه معلق و گوش دادن به بیماران با «گوش سوم» و حفظ حالتی گشوده و پذیرا اشاره کردند (اپستین،<sup>۹</sup> ۲۰۰۷؛ فروید،<sup>۱۰</sup> ۱۹۳۰؛ ریک،<sup>۱۱</sup> ۱۹۴۸) و رویکردهای جدیدتر مثل رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی تمرین‌هایی را برای پرورش حضور درمانی پیشنهاد می‌کنند که به نوبه خود می‌تواند روابط درمانی را تقویت کند (گلر و گرینبرگ،<sup>۱۲</sup> ۲۰۱۲؛ گرمر،<sup>۱۳</sup> ۲۰۱۲؛ سگال و همکاران،<sup>۱۴</sup> ۲۰۰۲).

در بسیاری از کتب فنون مشاوره و روان‌درمانی بر تکنیک‌هایی چون توجه به زبان بدن و یا برقراری و حفظ تماس چشمی به عنوان عامل مهم در بیان حس حضور درمانگر و ایجاد و حفظ اتحاد درمانی تأکید

<sup>1</sup> Varker et al 1  
<sup>1</sup> Cook & Doyle 2  
<sup>1</sup> Reynolds et al 3  
<sup>1</sup> Pettegrew 4  
<sup>1</sup> Andersso et al 5  
<sup>1</sup> Freeman et al 6  
<sup>1</sup> Kiropoulos et al 7  
<sup>1</sup> Chong & Moreno. 8  
<sup>1</sup> Preschl et al. 9  
<sup>2</sup> Richards et al 0

<sup>1</sup> Horvath et al  
<sup>2</sup> Totura et al  
<sup>3</sup> therapeutic presence  
<sup>4</sup> Geller et al  
<sup>5</sup> Freud  
<sup>6</sup> Reik  
<sup>7</sup> Epstein  
<sup>8</sup> Geller & Greenberg  
<sup>9</sup> Germer  
<sup>1</sup> Segal et al 0

گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی پرداخته می‌شود. این روش، فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند (براون و کلارک، ۲۰۰۶). روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود و راهنمای مصاحبه با استفاده از متون و همچنین، نظر متخصصان طراحی شد. ملاک ورود به پژوهش، ابتلا به اختلال وسواس عملی فکری براساس نظر روان‌پزشک، سن بالاتر از ۱۸ سال و همچنین دریافت مشاوره مجازی به صورت صوتی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ بود. نمونه‌گیری تا رسیدن به نقطه اشباع یعنی زمانی که داده‌های جدیدی در مصاحبه به دست نیامد، ادامه یافت. براین اساس، ۱۳ فرد مبتلا به اختلال وسواس جبری که مشاوره از راه دور به صورت صوتی دریافت کرده بودند، در پژوهش شرکت کردند (جدول ۱). مصاحبه‌ها پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان، آزادی انتخاب زمان مصاحبه و اجازه خروج از پژوهش به اطلاع شرکت‌کنندگان رسانده شد. همچنین، گفتنی است پژوهشگر در مشاوره و درمان هیچ کدام از شرکت‌کنندگان مشارکت نداشته است. این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه است. روش تحلیل داده‌ها روش شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) بود و با استفاده از این روش ما به سه مضمون اصلی شامل شکل‌گیری اتحاد درمانی، موانع شکل‌گیری اتحاد درمانی و عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی دست یافتیم که در ادامه توضیح داده می‌شود.

(ریس و استون، ۲۰۰۵). این تعصب می‌تواند براساس منابع محدود (ادبیات، آموزش و تجربه) پیرامون این رویکرد و ترس از این باشد که درمانگران نتوانند در یک محیط آنلاین با مراجعان هماهنگ شوند (هافرمالز و ریمر، ۲۰۱۶). پژوهش‌های جدیدتر نیز همچنان بر درک نشدن نشانه‌های کلامی، ناتوانی در استفاده از زبان بدن توسط مشاور، ناتوانی در برقراری تماس چشمی به عنوان موانعی در مسیر مداخله از راه دور تأکید کرده‌اند (آکیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوآن و همکاران، ۲۰۱۹؛ رپ و مک‌گین، ۲۰۱۹).

با وجود اینکه نگرانی در زمینه ایجاد و حفظ اتحاد درمانی در مداخله از راه دور همچنان عامل مهم بازدارنده درمانگران از استفاده از این خدمات است، پژوهش‌ها در زمینه تجاربی که می‌تواند به توسعه رابطه و اتحاد درمانی در فضای مجازی کمک کند، کمتر انجام شده است (برگر، ۲۰۱۷) و پژوهش حاضر تلاشی برای پاسخ‌گویی به این شکاف پژوهشی است. این مقاله به مطالعه دیدگاه مستقیم مراجعان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و درمانگران در زمینه دریافت خدمات از راه دور می‌پردازد و در خلال پاسخ به سؤال «تجارب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در زمینه استفاده از مداخله از راه دور چگونه بوده است؟» به واکاوی تجارب مرتبط با برقراری و حفظ اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور می‌پردازد.

## روش

روش انجام این پژوهش، کیفی و از نوع تحلیل مضمون بود. در تحلیل مضمون، به شناخت، تحلیل و

<sup>1</sup> Rees & Stone

<sup>2</sup> Hafermalz, E., & Riemer

<sup>3</sup> Akyil et al

<sup>4</sup> Cowan et al.

<sup>5</sup> Wrape and McGinn

<sup>6</sup> Berger

<sup>7</sup> Thematic analysis

<sup>8</sup> Braun & Clarke

## جدول ۱. مشخصات مراجعان

مراجع	سن	وضعیت تأهل	تعداد فرزندان	تجربه مشاوره حضوری داشته‌اید؟	تعداد جلسات غیرحضوری
شماره ۱	۴۲	مجرد	-----	خیر	۲۶
شماره ۲	۵۶	متاهل	۲	بله	۱۶
شماره ۳	۴۱	مجرد	-----	بله	۱۰
شماره ۴	۳۶	متاهل	-----	بله	۵
شماره ۵	۳۲	مجرد	-----	بله	۶
شماره ۶	۲۱	مجرد	-----	بله	۷
شماره ۷	۳۸	متاهل	۱	خیر	۸
شماره ۸	۲۸	متاهل	-----	بله	۱۳
شماره ۹	۵۸	متاهل	۲	بله	۱۳
شماره ۱۰	۳۸	مجرد	-----	خیر	۳۰
شماره ۱۱	۳۴	متاهل	۲	بله	۱۶
شماره ۱۲	۲۸	متاهل	-----	خیر	۳۵

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که هیچ کدام از شرکت کنندگان به «اتحاد درمانی» اشاره مستقیم نکردند؛ اما جملاتی مطرح کردند که می‌توان براساس آنها اهمیت اتحاد درمانی را از دیدگاه مراجعان و مشاوران واکاوی کرد. نتایج تحلیل مضمون، بیانگر سه مضمون اصلی به این شرح بود: شکل‌گیری اتحاد درمانی، موانع شکل‌گیری اتحاد درمانی، ارتقادهنده‌های اتحاد درمانی.

## مضمون اول: شکل‌گیری اتحاد درمانی

اکثر شرکت کنندگان جملاتی را مطرح می‌کردند که بیانگر شکل‌گیری اتحاد درمانی در جلسه مشاوره از راه دور بود. برای مثال، مراجع شماره ۱۰ بیان کرد: «من برای مشاوره، جاهای مختلف رفته بودم. حتی به صورت حضوری و پیش بهترین مشاورها در تهرانم رفتم؛ ولی فقط یک جلسه رفتم و نتونستم ارتباط بگیرم و برای من جواب نداد؛ ولی الان با مشاور فعلیم تا الان خیلی خوب پیش رفتم و خیلی خوب تونستم همه چیزم را بگیرم و خودم را خیلی برای مشاور باز کنم. من خیلی

به درمان مقاومم و حتی قبل از این حدود یک سال با یک مشاور دیگه کار می‌کردم؛ ولی نمی‌تونستم به حرف‌هاشون گوش کنم و مقاوم بود و میزان همکاریم در جلسات کم بود». همچنین مراجع شماره ۱۲ بیان کرد: «مشاورم، شنونده بسیار خوبی بودند و ایشون اوایل، خیلی خوب به حرف‌های من گوش می‌کردند... من در جلسه سومم، دیگه چیزهایی را به مشاورم گفتم که فقط خودم می‌دونستم. یعنی دیگه خودم خودم بود». درمانگر شماره ۵ گفت: «مشاوره غیرحضوری با توجه به شرایط و محدودیت‌های کرونا، از مشاوره حضوری چیزی کم نداشت و به پای مشاوره حضوری می‌رسید. به نظرم جلسات رسمی در شکل‌گیری اعتماد درمانی مؤثر است». مراجع شماره ۶ مطرح کرد: «من دو سال بود دارم می‌خوردم؛ ولی وقتی داروها قطع شد، دوباره برگشتم و چند بار مشاوره رفته بودم و جلسه اول می‌گفتند که تو حالت خوب نیست و باید مدت‌ها بیایی مشاوره و من ناامید می‌شدم و دیگه نمی‌رفتم؛ ولی این خانم مشاور در جلسه اول گفتند که تو با ۴ جلسه خوب

ردوبدل نمی‌شد، خیلی اذیت‌کننده بود و چند کلمه مشاورم می‌گفتند و من متوجه نمی‌شدم. به‌خاطر همین، به‌صورت تلفنی ادامه مشاوره‌ام را طی کردم».

یکی دیگر از موانع مطرح‌شده، مشکلات پرداخت هزینه و تماس با پذیرش برای اطلاع‌دادن پرداخت و دریافت نوبت بود. اگرچه به نظر می‌رسد این مسئله به مشاور مرتبط نباشد و بر رابطه درمانی اثر نگذارد، برخی شرکت‌کنندگان انتظار داشتند که مشاور آنها بتواند مسیر ساده‌تری را برای پرداخت و دریافت نوبت فراهم کند و به‌دلیل ناآشنایی با فرایندهای سازمانی ممکن بود این مسئله بر حفظ اتحاد درمانی به‌طور غیرمستقیم تأثیر داشته باشد. برای نمونه، مراجع شماره ۹ مطرح کرد: «مثلاً پول رو پرداخت می‌کردم. به من می‌گفتند: زنگ بزن بگو پول رو پرداخت کردی. منم خیلی آدم تنبل و کارعقب‌اندازم. دلم می‌خواد به جایی باشه همین الان عکسشو برارش واتس‌آپ کنم بره که دیگه یادم نره. حالا به روز زنگ بزنم، حالا به وقت امروز تعطیله، من بذارم برای فردا...».

یکی دیگر از چالش‌های بسیار مهم موضوع تکالیف توصیه‌شده و یا درک مفاهیمی بود که درمانگر در جلسه مشاوره غیرحضورى مطرح کرده بود. برای مثال، مراجع شماره ۳ گفت: «اوایل، جلسات درمانی هفته‌ای یک بار بود و بعد هفته‌ای ۲ بار؛ ولی بعداً دیگه ادامه ندادم. یکی از راهکارهایی که بهم گفتن، این بود که آدمکی تو ذهنته که می‌گه این کار رو انجام بده و مثلاً می‌گه یک بار که بشوری، دیگه پاکه؛ ولی من در این مورد نتونستم موفق باشم و نشورم». او به‌دلیل درک نکردن استعاره «آدمک ذهن» و شکست در انجام تکالیف، جلسات درمان را رها کرده بود.

می‌شی و همین‌طورم شد و من از اون به بعد بهشون اطمینان پیدا کردم و هر موقع احساس نیاز کنم، باهاشون جلسه مشاوره می‌گیرم».

### مضمون دوم: موانع شکل‌گیری اتحاد درمانی

برخی از شرکت‌کنندگان به نکاتی اشاره کردند که می‌توانست سدی در مسیر برقراری یا حفظ اتحاد درمانی از راه دور باشد. مسئله رازداری مشاور و محرمانه‌بودن مشاوره از مهم‌ترین نگرانی‌های مراجعان بود. مثلاً مراجع شماره ۶ عنوان کرد: «بالاخره به حس استرسی بود پیشم که حالا مثلاً شاید یکی صدا رو بشنوه؛ چون الان تو خونه‌ایم اکثراً، حالا یا فامیل یا کسی (از طرف مشاور) بشنوه». نداشتن فضای محرمانه در منزل یکی دیگر از موانع برقراری اتحاد درمانی به شمار می‌رفت که به نظر می‌رسد از عهده مشاور خارج است؛ اما به‌هرحال بر ایجاد و حفظ رابطه اثر می‌گذارد. مثلاً درمانگر شماره ۵ عنوان کرد: «من یک مکان ثابت را برای مشاوره‌های غیرحضورى‌ام در نظر دارم و در جلسه اول برای مراجع هم توضیح می‌دهم که در فضایی قرار گیرد که امن باشد و راحت بتواند صحبت کند. حتی اگر مراجع تماس می‌گرفت و مثلاً در ماشین بود، حتماً جلسه را به وقت دیگری موکول می‌کردم و می‌گفتم که انگار فضای شما مناسب نیست».

مشکلات فنی، مانع بعدی در برقراری اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور بود. برای مثال، قطع شدن اینترنت یا تماس تلفنی در حین مشاوره که شیوع آن کم نیست، می‌توانست مراجع را از تمرکز بر لحظه حال باز دارد. مراجع شماره ۶ مطرح کرد: «در مشاوره غیرحضورى یک‌دفعه ارتباط قطع می‌شه، من چند بار برام پیش اومد که وسط مکالمه مون قطع شد و حالا تا بخوایم دوباره تماس برقرار کنیم، رشته کلام از دستمون می‌رفت». یا مراجع شماره ۵ بیان کرد: «مشاوره‌ام در ابتدا اینترنتی بود؛ ولی چون مرتب نت قطع می‌شد و صدا درست

هایی به من زنگ می‌زنند که شرایطشون اوکی باشد. همسرشان نباشد، بچه‌ها مشغول باشند و خیلی اطمینان می‌دهم که هر وقتی از شبانه‌روز که بخواهند، من هستم و ساعتی را اعلام کنید برای مشاوره که خیلی راحت بتوانید حرف بزنید و چند مورد بود که من با مراجع یک ربع حرف زدیم و زنگ در منزل مراجع را زد یا شوهرش یه دفعه‌ای اومده خونه، من بهش اطمینان می‌دهم که جلسه را برات نگه می‌دارم و قطع می‌کنم و مجدداً وقتی مراجع آزاد شد، تماس می‌گیریم و جلسه را ادامه می‌دهیم». همچنین، درمانگر شماره ۷ در اداره جلسه بسیار انعطاف‌پذیر بود. او گفت: «من حتی چندین بار اتفاق افتاده که وقتی مراجع که بچه شیرخوار دارد و بچه بیقراری می‌کند، یک توقف می‌دهم؛ حدود نیم ساعت تا مراجع به بچه شیر دهد و بعد مجدداً تماس بگیرد و جلسه را ادامه دهیم و کاملاً به مراجع اطمینان می‌دهم که من هستم و مجدداً تماس می‌گیرم و جلسه را ادامه می‌دهیم». مراجع شماره ۱۲ در همین زمینه اشاره کرد: «مشاورم فوق‌العاده انعطاف‌پذیرند و هوای من را دارند. چون من یک کشور دیگر هستم و ساعت ما با ایران یک مقداری متفاوت هست و من اینجا تنها هستم، ایشون زمان‌هایی را که من امکان مشاوره دارم، یعنی همسرم هستند که از بچه‌ها مراقبت کنند، با من هماهنگ می‌شوند و یا حتی شده که یک ساعت قبل از جلسه با توجه به اینکه شرایط فیزیکی مناسب برای مشاوره را نداشتم، جلسه را کنسل کردم؛ ولی مشاورم خیلی مشتاقانه به من اطمینان می‌دهند که در اسرع وقت که برای من امکان داشته باشد، جلسه مشاوره را برایم هماهنگ می‌کنند».

شایستگی‌های مشاور، در فضای مجازی از دیگر عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی بوده است. به نظر می‌رسد مشاور به صبوری و شفقت بیشتری در فضای مجازی نیاز دارد. از آنجا که سرخ‌های غیر کلامی در

موانع مطرح شده در این بخش می‌توانست به رفتارهایی چون پیروی نکردن یا پیگیری نکردن درمان منجر شود.

### مضمون سوم: عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی

با وجود موانع مطرح شده، به نظر می‌رسد شرکت کنندگان در این پژوهش و همچنین درمانگران دیدگاه مثبتی به مشاوره از راه دور داشتند. اکثر شرکت کنندگان، در این پژوهش پیش از شروع همه‌گیری کووید ۱۹ تجربه مشاوره حضوری با درمانگری دیگر را داشتند و تقریباً تمام آنها نگران تغییر جلسات از حضوری به تلفنی بودند. مثلاً مراجع شماره ۱ ادغده خود را این گونه مطرح کرد: «وقتی به مرکز مراجعه کردم، تقاضای جلسه حضوری داشتم و نسبت به مشاوره تلفنی خیلی گارد داشتم؛ ولی به خاطر شرایط کرونا مجبور شدم که تلفنی مشاوره داشته باشم؛ اما نکته جالب توجه این است که رعایت برخی موارد یا برخی شرایط نه تنها توانسته بود این ادغده را برطرف کند، بلکه باعث ایجاد دیدگاه مثبت به برقراری ارتباط مناسب با درمانگر و سودبردن از جلسات مشاوره در هر دو طرف شده بود. مراجع شماره ۱ ادامه داد: «وقتی جلسات تلفنی را شروع کردم، دیدم که خیلی خوبه و راضی بودم».

انعطاف‌پذیری مشاور در زمینه اداره جلسه مشاوره از جمله مهم‌ترین نکات ارتقادهنده اتحاد درمانی بود. همان گونه که مطرح شد، یکی از موانع برقراری رابطه درمانی، نبود فضای محرمانه در منزل بود. مشاورانی که توانایی مدیریت چنین شرایطی را داشتند، توانسته بودند اتحاد درمانی مؤثرتری را برقرار کنند. مثلاً درمانگر شماره ۳ مطرح کرد: «یک نکته‌ای که خیلی اصرار دارم وقتی پیامک هماهنگی برای مراجع می‌دهم، این است که برای ساعت و روز جلسه بسیار منعطفم و زمان



مشاوره از راه دور وجود ندارد، مراجعان از روش‌های دیگر متوجه شایستگی‌های مشاور می‌شوند. برای مثال، تکرار چندگانه مفاهیم با صبوری و بدون قضاوت و با شیوه‌های متنوع تا زمانی که مراجع متوجه آن شود، از جمله مواردی است که شرکت‌کنندگان و درمانگران مطرح کرده بودند. مثلاً برخی درمانگران کاربرگ‌های مورد نیاز و یا استعاره‌هایی را که ممکن بود درک آنها برای مراجعان دشوار باشد، از طریق واتس‌آپ یا ایمیل برای شرکت‌کنندگان ارسال می‌کردند و تا زمانی که اطمینان پیدا می‌کردند که مراجع مفاهیم را درک کرده، از او پشتیبانی می‌کردند یا ممکن بود از شیوه‌های تصویری در بعضی جلسات بنا به نیاز مراجع استفاده کنند و تماس تلفنی را به تماس تصویری تغییر دهند. مشاور شماره ۵ در این زمینه مثال زد: «برای مفاهیم و تمثیل‌ها، اهل تصویرکشیدن و نقاشی هستم و به مراجع نشان می‌دهم (در مشاوره تصویری) و یا در یک مشاوره تلفنی هم‌زمان به مراجع می‌گیم که مثلاً یک جدول را با هم می‌کشیم و این کار رو انجام بدید. مثلاً درستون اینه که اول این را بنویسید و... یعنی در دو فضای مجزا هر کدام جدول را می‌کشیم [و بعد از روی آن می‌خوانند]. من ابتدا فکر می‌کردم که مراجع نتواند ارتباط بگیرد؛ ولی برای خودم خیلی جالب بود که می‌دیدم در جلسات بعدی، مراجع به خوبی متوجه شده و تکالیف رو انجام داده». مراجع شماره ۹ در مورد صبوری مشاورش چنین بیان کرد: «مشاوره غیرحضوری خیلی برام عالی بود؛ چون برادرم یک دفعه‌ای دچار سرطان شده بودند و مشاورم در ایام تعطیلات نوروز هر روز برام جلسه می‌گذاشتند و من ساعت‌ها با مشاورم صحبت می‌کردم و این برام خیلی مؤثر بود. من دچار بحران شده بودم و اگر مشاوره غیرحضوری نبود، من در تعطیلات، دسترسی به مراکز مشاوره نداشتم».

و آرامش مشاور بود که به نظر می‌رسد در غیاب توجه به زبان بدن، این موارد برای مراجعان اهمیت زیادی دارد. مشاور شماره ۳ مطرح کرد: «من برای اینکه در جلسات غیرحضوری مراجع جلساتش را مشتاقانه شرکت کند، خیلی روی تن صدام متمرکز می‌شوم. گاهی من سرحال هستم، ولی وقتی مراجع شروع به صحبت می‌کنه و تن صدایش ناراحت هست، سریع منم مثلش می‌شم و حواسم هست و کلاً با تن صدام با مراجع همراه می‌شوم و تن صدام رو هم راستای مراجع می‌کنم. اگر مراجع با شتاب و عجله حرف می‌زند، منم سعی می‌کنم که همراه شوم و این حس همدرد شدن را توانستم منتقل کنم. جایی که مراجع بغض داره و احساس می‌کنم گریه می‌کنه، در جلسه حضورى بهش دستمال کاغذی می‌دهم؛ ولی در غیرحضوری حتماً سکوت می‌کنم. باز خورد دادن و مرتب خلاصه کردن در مشاوره تلفنی خیلی مهم هست و مرتب می‌پرسم: چطوریه؟ خوشت اومد یا نیومد؟ تجربه‌ات چی بود؟ و کوتاه کوتاه حرف می‌زنم. من درست فهمیدم تو اذیت شدی؟ گاهی درست متوجه نشدم و برداشتم درست نبوده». مراجع شماره ۲ مطرح کرد: «مشاورم آرامش خاصی دارند و سلامت روانی دارند و این خیلی مهمه که چیزی که داره می‌گه در وجود خودش باشه. یه موقعی هست که ما آموزش به کسی می‌دهیم؛ ولی یه موقعیت‌هایی هست که چیزی که می‌گیم از وجودمون بیرون میاد. مشاورم این‌طوری هستند. آرامش خیلی زیادی دارند، خیلی حرفه‌ای عمل می‌کنند و نحوه ارتباط گرفتن با مراجع را خیلی بلدند و حتی جلسه را خیلی خوب مدیریت می‌کنند و وسواس من با تمرینات و تذکرات ریزی که دارند، حل شد».

همچنین، به نظر می‌رسد بازخورد و خلاصه‌سازی مرسوم در جلسه نیز در مشاوره از راه دور اثربخشی بیشتری داشته باشد و از دیدگاه درمانگران در جلسات

کنم و کجاها باید مکث کنم و حواسم هست که مرتب خلاصه و بازخورد بدم و از حس و حال مراجع آگاه باشم» و یا مراجع شماره ۱۰ این گونه گفت که: «وقتی که در جلسه مشاوره غیرحضورى صحبت می‌کنم، مشاور خیلی خوب گوش می‌کند و از احساس من می‌پرسد و یک جاهایی تأیید می‌کند و جاهایی همدردی می‌کند و به جاهای بهم می‌گه که از کجاها این‌ها نشئت گرفته و همین که به حرف‌های من گوش می‌کند و می‌فهمد و یک جاهایی من رو همراهی می‌کند، احساس خوشایندی بهم دست می‌ده».

### بحث

این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که تجارب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و درمانگران در زمینه دریافت خدمات از راه دور چگونه بوده است و در خلال آن به واکاوی تجارب مربوط به برقراری و حفظ اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور پرداخته است. از تحلیل مصاحبه‌ها با ۱۲ مراجع مبتلا به وسواس فکری-عملی و ۷ درمانگر وسواس با تجربه مشاوره از راه دور، سه مضمون اصلی شامل «شکل‌گیری اتحاد درمانی»، «موانع اتحاد درمانی» و «عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی» به دست آمد.

مضمون اول به این نکته اشاره دارد که مراجعان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی توانسته بودند اتحاد درمانی را با مشاور خود در فضای غیرحضورى تجربه کنند. از آنجا که تقریباً تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش تجربه مشاوره حضورى با مشاور دیگر را در طول دوران زندگی داشتند، می‌توانستند برقراری ارتباط با مشاور در فضای حضورى و غیرحضورى را مقایسه کنند. اگرچه هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان با اصطلاح اتحاد درمانی، این موضوع را مطرح نکردند، جملات آنها حاکی از این بود که به اندازه فضای

غیرحضورى مراجعان بیشتر به جمع‌بندی و خلاصه‌سازی مطالب نیاز دارند. مشاور شماره ۴ عنوان کرد: «باید حواسم باشد که این جلسه غیرحضورى است و خیلی باید کنجکاوی کنیم و مرتب حال مراجع را بپرسیم؛ الان چطورى؟ چه حسى داری؟ و مرتب بازخورد بگیریم و خلاصه کنیم و در مشاوره صوتى، من بیشتر از جلسات حضورى حرف می‌زنم و کوتاه حرف می‌زنم و مرتب بازخورد می‌گیرم تا حواسم به مراجع باشه». مراجع شماره ۱۲ مطرح کرد: «در جلسات، من خیلی حرف می‌زنم و از همه جا می‌گم. مشاورم من رو متوجه اون قسمت‌های اصلی صحبت‌هام می‌کند و از من در مورد احساسم می‌پرسد و یک سری تمریناتی می‌گوید که با اضطراب و سواس روبه‌رو بشم و این برام خیلی جالبه. مشاورم من رو خیلی درک می‌کند و دقیقاً می‌زنه تو هدف». شایان ذکر است نحوه بازخورد مشاور در مقابل انجام‌ندادن تکالیف مراجع یکی دیگر از شایستگی‌های مشاور در ارتقا و حفظ اتحاد روانی در فضای غیرحضورى است. به نقل از مراجع شماره ۱۲: «مشاورم خیلی باحوصله بودند. وقتی تمریناتم را انجام نمی‌دادم، برای جلسه بعد به شکل دیگه‌ای تنظیم می‌کردند و از تغییرات خیلی کم شروع می‌کردند و چون نتیجه‌اش را می‌دیدم، ادامه می‌دادم».

یکی دیگر از شایستگی‌های کلی مهم که در هر نوع مشاوره‌ای بسیار اهمیت دارد، مهارت گوش‌دادن فعال است که مجدداً در بافت مشاوره غیرحضورى اهمیت آن بیشتر است. در واقع، اساس مشاوره از راه دور، گفت‌وگو و استفاده از مهارت گوش‌دادن فعال است. مشاورانی که در این مهارت قوی هستند، می‌توانند اتحاد درمانی قوی‌تری ایجاد کنند. برای مثال، مشاور شماره ۷ مطرح کرد: «در مشاوره غیرحضورى خیلی تمرکز روی مکالمات مراجع هست. خیلی فعالانه گوش می‌کنم و حواسم هست کجاها باید تأیید

حضور و غیرحضور می‌تواند به اندازه هم اتفاق بیفتد؛ بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های بین‌المللی در سال‌های اخیر هم‌سو بوده است.

مضمون دوم به نکاتی اشاره می‌کند که مانع برقراری و حفظ اتحاد درمانی هستند. از جمله این موانع می‌توان به نگرانی درباره رازداری و محرمانه‌بودن از طرف مشاور، نبود فضای محرمانه در منزل، مشکلات فنی و پرداخت هزینه به صورت غیرحضور و اطلاع‌دادن به پذیرش، مشکل در انجام تکالیف توصیه‌شده و درک نشدن مفاهیم مطرح‌شده توسط درمانگر اشاره کرد. موضوع محرمانه‌بودن جلسات رازداری از جمله مسائل بسیار مهم در حیطه مشاوره است. از طرفی، مراجعانی که به اختلال وسواس فکری-عملی مبتلا هستند، ممکن است در طی جلسه درباره این موضوع اشتغالات ذهنی داشته باشند که آیا فردی دیگر صدای آنها را می‌شنود یا نه و این ممکن است به محدود شدن مراجع در بیان مسائل و یا بروز احساسات او منجر شود. همچنین، به نظر می‌رسد به دلیل نبود ارتباط رودررو و فضایی که به راحتی در آن بتوان ابهامات را بر طرف کرد، مراجعان در فضای مجازی ممکن است تکالیف، هدف یا نحوه انجام و گزارش آنها را متوجه نشوند و از طرفی، فرصتی برای بیان ابهام و حل آن در جلسه غیرحضور نیابند؛ در حالی که در جلسات حضوری مراجع می‌تواند ابهامات خود را بیان کند و در همان جلسه درمانگر به شیوه‌های عملی نحوه اجرای تکلیف را به او نشان دهد. این یافته‌ها با پژوهش‌های رپ و مک‌گین (۲۰۱۹)، کوآن و همکاران (۲۰۱۹)، آکیل و همکاران (۲۰۱۷)، زرن (۲۰۱۷) و ویست و همکاران (۲۰۱۶)

حضور، در جلسات غیرحضور نیز اتحاد درمانی را تجربه کرده بودند. پژوهشگران این پژوهش تصور می‌کردند افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به دلیل اینکه دچار شک، تردید و اطمینان‌طلبی هستند و مشاوره غیرحضور هم این عوامل را تشدید می‌کند، اتحاد درمانی در فضای غیرحضور دچار اختلال می‌شود؛ ولی برخلاف این تصور، جملاتی که شرکت‌کنندگان در مصاحبه خود استفاده کردند، بیانگر این نکته بوده است که برقراری اتحاد درمانی در جلسات غیرحضور نیز مانند جلسات حضوری اتفاق می‌افتد. البته در این مسیر موانعی وجود دارد و برخی از درمانگران مهارت مقابله با چنین مواردی را در جلسات درمانی خود به کار برده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهشگرانی چون مورا و همکاران (۲۰۰۸)، لوجی و همکاران (۲۰۰۹) و گاس و آنتونی (۲۰۰۹) در تعارض است. این پژوهشگران عواملی مانند دسترسی نداشتن به رفتارهای غیرکلامی مراجعان، نبود دستورالعمل‌های قانونی و مسائل اخلاقی را به عنوان مانع در فضای مجازی مطرح کردند؛ اما برخلاف باور این پژوهشگران، پژوهش‌های جدیدتر نشان داده‌اند که با پیشرفت فناوری و شایع شدن استفاده از فضای مجازی، همچنین ساده‌تر شدن برقراری ارتباط در انواعی از پلتفرم‌های مجازی، برقراری اتحاد درمانی نیز با این پیشرفت‌ها هم‌سو شده است (کایزر و همکاران،<sup>۱</sup> ۲۰۲۱؛ گلر، ۲۰۲۱؛ گلس و بیکلر، ۲۰۲۱؛ هرو و همکاران، ۲۰۲۱؛ لویز و همکاران، ۲۰۱۹؛ ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۸؛ برگر، ۲۰۱۷؛ فریمن و همکاران، ۲۰۱۳؛ آندرسون و همکاران، ۲۰۱۲). این پژوهشگران نشان داده‌اند که ایجاد و حفظ اتحاد درمانی در فضای

<sup>1</sup> Mora et al

<sup>2</sup> Lovejoy et al

<sup>3</sup> Goss & Anthony

<sup>4</sup> Kaizer et al

<sup>5</sup> Zeren

<sup>6</sup> Witt at al

هم‌سو است که چالش‌های فناوری یا وقفه در ارتباط، کنترل محیط‌های غیر حضوری و حریم خصوصی را به‌عنوان مانع برقراری اتحاد درمانی در نظر می‌گیرند.

مضمون سوم به عوامل ارتقادهنده اتحاد درمانی می‌پردازد و نشان می‌دهد که مواردی چون انعطاف‌پذیری مشاور در زمینه اداره جلسه مشاوره، شفقت، تکرار چندگانه مفاهیم با صبوری و بدون قضاوت، تهیه کاربرگ‌های موردنیاز برای درک بهتر استعاره‌ها، تبدیل تماس صوتی به تصویری در صورت نیاز، رسم جداول همراه با توضیحات کامل با مراجع، تمرکز بر تن صدا، آرامش مشاور، خلاصه‌سازی و بازخورد، باعث تقویت اتحاد درمانی در فضای غیر حضوری می‌شود.

نگاهی به کتب و مقالات در زمینه مهارت‌ها و فنون مشاوره نشان می‌دهد درمانگران می‌توانند از شیوه‌های گوناگون برای تقویت اتحاد درمانی در جلسات مشاوره حضوری استفاده کنند. در سال‌های اخیر با رواج مداخلات از راه دور، دستورالعمل‌هایی برای ارتقای اتحاد درمانی در فضای غیر حضوری نیز مطرح شده است. یافته‌های این پژوهش با دستورالعمل‌های مطرح شده در پژوهش‌های پیشین هم‌سو بود. به نظر می‌رسد درمانگرانی که به موانع برقراری اتحاد درمانی توجه کافی داشتند و در مسیر درمان فعالانه تلاش کردند که با شیوه‌های گوناگون بر این موانع فائق آیند، موفقیت بیشتری در برقراری ارتباط با مراجعان داشتند. بیان جملات مثبت و رضایت‌بخش از سوی مراجعان درباره درمانگران خود، انعکاسی از این موضوع بوده است؛ درحالی‌که اگر درمانگری توان شناسایی و توجه به موانع برقراری رابطه در فضای مجازی را نداشته باشد، با نارضایتی مراجعان مواجه خواهد بود. برای مثال، گلکس (۲۰۲۱) در پژوهش خود بیان کرد که برای ایجاد حس قوی از اتحاد درمانی در محیط‌های

غیر حضوری، از اعتباربخشیدن به صداها و تجربیات مراجعان استفاده کنید و موانع موجود در اتحاد درمانی غیر حضوری را برطرف کنید. همچنین، پژوهشگرانی چون گلر (۲۰۲۱)، گلر (۲۰۱۷)، اوگدن و گلدشتاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)، کول و تشاچر<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، ایمل و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) و رامیسر و تشاچر<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که مشاوران برای برقراری اتحاد درمانی در فضای مجازی با مراجعان خود هماهنگ باشند. منظور، بیان نشانه‌های حضوری کلامی و غیر کلامی است تا مراجعان احساس کنند که شما در جلسه حضور درمانی دارید و با انعکاس عبارات، لحن و سرعت صدا و با ریتم تنفس مراجعان، با آنها هماهنگ شوید. این حضور مشترک می‌تواند هم‌گامی بین فردی را برانگیزد و احساس امنیت و ارتباط را افزایش دهد. گلر (۲۰۲۱) نیز معتقد است که موانع مطرح‌شده در برقراری اتحاد درمانی را می‌توان با تدابیری حل کرد. برای مثال، او توصیه می‌کند که مکانی را در محل زندگی خود ایجاد کنید که بتوانید به‌طور مداوم مراجعان را به‌صورت غیر حضوری ببینید. از حریم خصوصی خود اطمینان حاصل کنید و به مراجعان یادآوری کنید و در اتاقی که از اعضای خانواده مجزا است، با هدفون در حالی ایدئال باشید. توصیه‌های گلر (۲۰۲۱) با یافته‌های پژوهش حاضر در مضمون سوم هم‌سو است و به نظر می‌رسد مشاورانی که با خلاقیت خود نه به‌دلیل آشنایی با این توصیه‌ها، روش‌های گوناگونی را برای ایجاد احساس آرامش در مراجعان ایجاد کرده بودند، موفقیت بیشتری در برقراری اتحاد درمانی داشتند و مراجعان این دسته از درمانگران تمایل بیشتری به تکمیل جلسات و انجام تکالیف داشتند.

<sup>1</sup> Ogden & Goldstein

<sup>2</sup> Koole & Tschacher

<sup>3</sup> Imel et al

<sup>4</sup> Amseyer & Tschacher

- M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27(5), 511-524.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Choi, S., Wilcock, A. D., Busch, A. B., Huskamp, H. A., Uscher-Pines, L., Shi, Z., & Mehrotra, A. (2019). Association of characteristics of psychiatrists with use of telemental health visits in the Medicare population. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 654-657. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0052>
- Chong, J., & Moreno, F. (2012). Feasibility and acceptability of clinic-based telepsychiatry for low-income Hispanic primary care patients. *Telemedicine and EHealth*, 18(4), 297-304. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0126>
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95-105.
- Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D. M. (2019). Barriers to use of telepsychiatry: Clinicians as gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(12), 2519-2523.
- Epstein, M. (2007). *Psychotherapy without the self: A Buddhist perspective*. London, United Kingdom: Yale University Press.
- Freeman, K. A., Duke, D. C., & Harris, M. A. (2013). Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: Does working alliance remain intact? *Journal of Diabetes Science and Technology*, 7(3), 727-735.
- Frye, W. S., Gardner, L., & Mateus, J. S. (2021). Utilising telemental health in a paediatric outpatient psychology clinic: Therapeutic alliance and outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*.
- Freud, S. (1930). *Civilization and its discontent*. Standard edition. Norton.
- Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 687-703.
- این پژوهش با وجود دربرگرفتن نتایج جدید، محدودیت‌هایی نیز داشته است که تعمیم یافته‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش خانم بودند و به صورت صوتی مشاوره گرفته‌اند و ممکن است پژوهش مشابه با سایر گروه‌ها نتایج متفاوتی داشته باشد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به نمونه‌هایی دیگر با ترکیب جنسیتی متناسب و با دربرگرفتن سایر روش‌های مشاوره‌ای غیرحضوری پردازد. با توجه به این نتایج پیشنهاد می‌شود مشاوران ضمن اهمیت دادن به اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی مضامین مهم اتحاد درمانی مانند رازداری و محرمانه بودن، وجود فضای شخصی و محرمانه، انعطاف‌پذیری در زمان جلسات، توجه به فهم مطالب و تکالیف از سوی مراجع، و صبوری و شفقت و تکرار چندگانه مفاهیم بدون قضاوت، توجه به تن صدا، بازخورد و خلاصه‌سازی و گوش دادن فعال از طرف مشاور را به طور ویژه در فضای مجازی در نظر داشته باشند.

## منابع

- Aboujaoude, E., Salame, W., & Naim, L. (2015). Telemental health: A status update. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 223-230. <https://doi.org/10.1002/wps.20218>
- Akyıl, Y., Bacigalupe, G., & Üstünel, A. Ö. (2017). Emerging technologies and family: A cross-national study of family clinicians' views. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 99-117.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Plos One*, 7(5), e37411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037411>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J.

- Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: a meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 114*, 106512.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechowski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1273-1284.
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology, 7*(862), 1-17.
- Langarizadeh, M., Tabatabaei, M. S., Tavakol, K., Naghipour, M., Rostami, A., & Moghbeli, F. (2017). Telemental health care, an effective alternative to conventional mental care: A systematic Review. *Acta Informatica Medica: AIM: Journal of the Society for Medical Informatics, 25*(4), 240-246. <https://doi.org/10.5455/aim.2017.25.240-246>
- Lopez, A., Schwenk, S., Schneck, C. D., Griffin, R. J., & Mishkind, M. C. (2019). Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. *Current Psychiatry Reports, 21*(8), 1-7.
- Lovejoy, T. I., Demireva, P. D., Grayson, J. L., & McNamara, J. R. (2009). Advancing the practice of online psychotherapy: An application of Rogers' diffusion of innovations theory. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 46*(1), 112-124. doi:10.1037/a0015153
- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior, 24*(6), 3052-3062. doi:10.1016/j.chb.2008.05.011
- Musiat, P., & Tarrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: A systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine, 44*(15), 3137-3150. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000245>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II* (Vol. 48, pp. 4). Washington, DC: Educational Publishing Foundation.
- Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S., Pos, A., & Colosimo, K. (2012). Therapeutic presence: A fundamental common factor in the provision of effective psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin, 47*(3), 6-13.
- Germer, C. K. (2012). Cultivating compassion in psychotherapy. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (93-110). The Guilford Press.
- Glass, V. Q., & Bickler, A. (2021). Cultivating the Therapeutic Alliance in a Telemental Health Setting. *Contemporary Family Therapy, 43*(2), 189-198.
- Goss, S., & Anthony, K. (2009). Developments in the use of technology in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*(3), 223-230.
- Hafermalz, E., & Riemer, K. (2016). Negotiating distance: "Presencing work" in a case of remote telenursing. Proceedings from ICIS '16: *The International Conference on Information Systems*. Dublin, Ireland: AIS Electronic Library.
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 12*(6), 745-764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Herrero, R., Vara, M., Miragall, M., Botella, C., García-Palacios, A., Riper, H., ... & Baños, R. M. (2020). Working alliance inventory for online interventions-short form (Wai-tech-sf): the role of the therapeutic alliance between patient and online program in therapeutic outcomes. *International journal of environmental research and public health, 17*(17), 61-69.
- Imel, Z. E., Barco, J. S., Brown, H. J., Baucom, B. R., Baer, J. S., Kircher, J. C., & Atkins, D. C. (2014). The association of therapist empathy and synchrony in vocally encoded arousal. *Journal of Counseling Psychology, 61*(1), 146.

- alliance and engagement in psychotherapy: The therapist's perspective. *Clinical Psychologist*, 22(2), 171-181.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press
- Springer, P., Bischoff, R. J., Kohel, K., Taylor, N. C., & Farero, A. (2020). Collaborative care at a distance: Student therapists' experiences of learning and delivering relationally focused telemental health. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 201-217. <https://doi.org/10.1111/jmft.12431>
- Totura, C. M. W., Fields, S. A., & Karver, M. S. (2018). The role of the therapeutic relationship in psychopharmacological treatment outcomes: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 69(1), 41-47.
- Valerie Q. Glass1 · Aurélie Bickler. (2021). Cultivating the Therapeutic Alliance in a Telemental Health Setting. *Contemporary Family Therapy*, 43, 189-198. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09570-0>
- Varker, T., Brand, R., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of Synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621-635.
- Witt, K. J., Oliver, M., & McNichols, C. (2016). Counseling via avatar: Professional practice in virtual worlds. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 1-19. DOI: 10.1007/s10447-016-9269-4
- Wrape, E. R., & McGinn, M. M. (2019). Clinical and ethical considerations for delivering couple and family therapy via telehealth. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(2), 296-308.
- Zeren, Ş. G. (2017). Therapeutic alliance in face-to-face and online counseling: Opinions of counselor candidates Yüz yüze ve çevrimiçi psikolojik danışmada terapötik işbirliği: Psikolojik danışman adaylarının görüşleri. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2278-2307.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2020). Demographic, organizational, and clinical practice predictors of US psychologists' use of telepsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 184-193. <https://doi.org/10.1037/pro0000267>
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11, 189.
- Pettegrew LS, Day C. (2015). Smart phones and mediated relationships: the changing face of relational communication. *Rev Commun*, 15(2), 122-39. <https://doi.org/10.1080/2F15358593.2015.1044018>.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2014). Nonverbal synchrony of head-and body-movement in psychotherapy: Different signals have different associations with outcome. *Frontiers in Psychology*, 5, 979.
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear*. New York, NY: Farrar Straus. Reynolds, D. A. J., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet-based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168.
- Reynolds, D. A. J., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet-based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168.
- Richards, P., Simpson, S., Bastiampillai, T., Pietrabissa, G., & Castelnovo, G. (2018). The impact of technology on therapeutic