

Analyzing the Fundamental Structure of Clients' Lived Experience of Environmental Barriers and Personal Capacities: A Qualitative Approach to Ecological Efficacy in Psychotherapy

1. Nastaran Sadat Ghasemi🌱: Department of Psychology, UAE.C, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates
2. Shahram Vaziri🌱*: Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Farah Lotfi Kashani🌱: Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Saeed Imani🌱: Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: vaziri@iau.ac.ir

Received: 2025-09-13

Revised: 2026-01-30

Accepted: 2026-02-07

Published: 2026-02-20



Abstract

Introduction and Aim: Psychotherapy outcomes are determined not only by clinical interventions and the therapist–client relationship but also by economic, physical, organizational, familial, and individual contextual factors. This study aimed to explain the fundamental structure of clients' lived experiences of environmental barriers and personal capacities affecting psychotherapy effectiveness within an ecological framework.

Methodology: This qualitative study employed an exploratory phenomenological approach. Participants were 18 clients with experience of at least five individual psychotherapy sessions, selected through purposive maximum-variation sampling supplemented by chain-referral sampling until data saturation was reached. Data were collected through in-depth semi-structured interviews lasting 45–75 minutes. The data were analyzed using an inductive thematic analysis based on Braun and Clarke's six-phase framework with MAXQDA software. Trustworthiness was enhanced through member checking, analytic auditing, maintenance of an audit trail, and independent coding by two evaluators, with a Holsti inter-coder agreement coefficient greater than 0.85.

Findings: The analysis identified two overarching domains: “contextual and environmental friction” and “individual ecological capacity.” Major barriers included economic insecurity and lack of insurance coverage, physical deficiencies and threats to confidentiality, and family-related stigma and discouragement. In contrast, mental health literacy and realistic expectations, personal agency and resilience, adherence to therapeutic homework, and supportive social networks emerged as major facilitators. The phenomenological synthesis further identified four fundamental components of ecological psychotherapy effectiveness: economic-institutional stability, physical-organizational safety, the interpersonal ecosystem, and agentic self-direction. These components interacted dynamically in determining treatment continuity, psychological engagement, and the likelihood of premature dropout.

Conclusion: Sustainable psychotherapy effectiveness emerges from the interaction between clients' personal capacities and the economic, organizational, physical, and social conditions surrounding treatment. Accordingly, reducing structural barriers, expanding insurance coverage, strengthening confidentiality and environmental standards, and empowering clients and their support networks may improve treatment continuity and promote more sustainable clinical outcomes.

Keywords: Ecological Psychotherapy; Environmental Barriers; Personal Capacities; Lived Experience; Phenomenology; Psychotherapy Effectiveness.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International ([CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)) License.

How to Cite: Ghasemi, N. S., Vaziri, S., Lotfi Kashani, F., & Imani, S. (2025). Analyzing the Fundamental Structure of Clients' Lived Experience of Environmental Barriers and Personal Capacities: A Qualitative Approach to Ecological Efficacy in Psychotherapy. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(4), 1-20.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Psychotherapy is conventionally conceptualized as a professional interaction in which therapeutic techniques, the therapeutic alliance, and therapist competence jointly contribute to psychological improvement. However, contemporary perspectives increasingly indicate that psychotherapy does not occur in an isolated clinical vacuum. Rather, treatment is embedded within a broader ecological system encompassing clients' socioeconomic circumstances, physical treatment environments, organizational procedures, family relationships, cultural beliefs, accessibility of services, and individual psychological capacities. Consequently, therapeutic effectiveness may depend not only on what occurs within the therapy session but also on whether clients possess sufficient environmental and personal resources to access, continue, and meaningfully engage with treatment. Research on routine psychotherapy outcomes has emphasized that extra-therapeutic and client-related factors account for an important part of variation in treatment outcomes, suggesting that a comprehensive understanding of psychotherapy requires attention to the broader context in which treatment is experienced (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2007).

One particularly important ecological issue concerns premature termination and unsuccessful psychotherapy. Treatment dropout is sometimes interpreted narrowly as evidence of inadequate client motivation, resistance, or dissatisfaction. Nevertheless, qualitative and methodological research has demonstrated that treatment discontinuation is often multidetermined and may reflect financial pressures, organizational barriers, unmet expectations, life circumstances, insufficient support, or difficulties associated with the treatment setting itself (Bear et al., 2022; Farahani et al., 2021; Khazaie et al., 2016). From this perspective, clients who are motivated to continue psychotherapy may nevertheless become unable to do so when treatment costs increase, insurance coverage is unavailable, transportation is difficult, appointment schedules conflict with employment, or environmental conditions compromise their sense of privacy and safety. Such findings challenge explanations that locate therapeutic failure exclusively within the individual and support a more systemic understanding of treatment continuation and effectiveness.

The physical and organizational context of psychotherapy is similarly important. Confidentiality, environmental calm, accessibility, respectful administrative interactions, and flexible scheduling may influence clients' psychological readiness to disclose emotionally sensitive experiences. At the same time, advances in digital mental health have demonstrated that altering the mode of service delivery can substantially change accessibility and clients' experiences of treatment. Videoconferencing and internet-based interventions can reduce geographical and scheduling barriers, although their effectiveness and acceptability remain dependent on privacy, technological conditions, therapeutic suitability, and user preferences (Mendes-Santos et al., 2020; Mitchell, 2020; Thomas et al., 2021). The rapid transformation of psychotherapy delivery during the COVID-19 pandemic further demonstrated that clinical practice is strongly influenced by the environment and infrastructure through which treatment is provided (Boldrini et al., 2020). Evidence from remote psychotherapy has likewise suggested that perceived effectiveness and satisfaction are closely related to the conditions under which services are delivered (Kamel Ghalibaf et al., 2015). Growing demand for mental health care has further increased the importance of technological and organizational innovation aimed at reducing barriers to access (Stringer, 2024).

At the individual level, clients' reflective capacities, mental health literacy, resilience, treatment engagement, and ability to participate actively in therapeutic work may function as important empowering resources. Reflective processes can facilitate the examination and integration of psychological experiences and thereby support deeper engagement in psychotherapy (Sidis et al., 2023). Similarly, strength-oriented approaches emphasize the importance of identifying and mobilizing clients' existing capacities rather than conceptualizing them solely through deficits and symptoms (Darbani & Parsakia, 2022). Nevertheless, individual capacities operate within social and cultural contexts. Psychotherapy is more likely to be meaningful when treatment is compatible with clients' cultural frameworks, values, language, and understanding of psychological distress (Ziaei & Zarani, 2026). Attention to anthropological and philosophical foundations further demonstrates that therapeutic models cannot be separated entirely from assumptions concerning human nature, meaning, and the client's worldview (Ghorbanpour Lafmejani, 2026; Izadi et al., 2025). In addition, therapist and client characteristics influence

the therapeutic interaction (Shabib Asl & Alinaghilou, 2020), while therapists' professional development and self-care can indirectly shape the quality of the therapeutic environment (Ziede & Norcross, 2024). Accordingly, the present study aimed to explain the fundamental structure of clients' lived experiences of environmental barriers and personal capacities influencing psychotherapy effectiveness within an ecological framework.

Methodology

This study employed a qualitative exploratory phenomenological design to investigate contextual, environmental-systemic, and individual psychological factors affecting psychotherapy outcomes. The study population consisted of individuals with lived experience of at least five sessions of individual psychotherapy who had encountered treatment within the context of economic conditions, family psychological climate, social circumstances, and personal capacities. Participants were recruited using purposive maximum-variation sampling, supplemented by chain-referral sampling to increase diversity in socioeconomic backgrounds and treatment experiences. Recruitment continued until thematic saturation was achieved. The final sample comprised 18 participants representing successful, unsuccessful, and prematurely discontinued treatment experiences.

Eligibility criteria included experience of at least five continuous psychotherapy sessions, direct experience of contextual or personal factors affecting psychotherapy, voluntary participation, and the ability to describe and reflect on environmental and individual challenges associated with treatment. Individuals with severe cognitive difficulties affecting recall, substantial language communication difficulties, or unwillingness to provide consent for audio recording were excluded. Data were collected through in-depth semi-structured interviews lasting approximately 45–75 minutes. Interviews explored treatment expenses, insurance coverage, transportation and accessibility, physical and organizational characteristics of clinics, confidentiality, family and social support, motivation, resilience, treatment engagement, and individual perceptions of psychotherapy.

Interview recordings were transcribed and analyzed using inductive thematic analysis based on a six-phase analytical process. MAXQDA software was used to organize, code, compare, and integrate the qualitative data. Meaningful statements concerning structural

barriers, economic context, environmental conditions, personal agency, and treatment participation were initially coded. Overlapping codes were subsequently integrated and organized into basic, organizing, and overarching themes. Cross-case analysis was conducted to identify patterns differentiating experiences of treatment continuation, successful engagement, and premature termination. Trustworthiness was strengthened through member checking, maintenance of an audit trail, analytic review by independent evaluators, systematic documentation of the analytical process, and inter-coder agreement. The Holsti reliability coefficient between the two coders exceeded 0.85.

Findings

The analysis revealed that psychotherapy effectiveness was experienced through the dynamic interaction of two overarching domains: contextual and environmental friction and individual ecological capacity. Within the domain of contextual and environmental friction, three major organizing themes emerged: economic insecurity and absence of mental health insurance coverage, physical inadequacies and threats to privacy, and family-related stigma and discouragement. Participants described treatment costs and unexpected increases in psychotherapy fees as major sources of anxiety and discontinuation. Fourteen of the 18 participants had no supplementary mental health insurance coverage, while only four reported limited supplementary coverage. Furthermore, seven participants were unemployed, students, or financially dependent, and five reported unstable income, indicating substantial economic vulnerability among the sample.

Physical and organizational characteristics of clinics constituted another major source of ecological friction. Participants reported inadequate acoustic insulation, concerns that conversations could be overheard, crowded or uncomfortable waiting areas, cold or disrespectful reception staff, transportation difficulties, urban traffic, inconvenient geographic locations, and appointment schedules that were incompatible with employment. Acoustic leakage was particularly consequential because it undermined perceived confidentiality and encouraged self-censorship. Participants also described organizational inflexibility and abrupt changes in treatment fees as factors capable of transforming psychotherapy from a supportive experience into an additional source of stress.

Family and social environments demonstrated a dual function. For some participants, stigma, ridicule, lack

of empathy, or negative family attitudes toward psychological treatment created pressure to conceal treatment or discontinue participation. Conversely, supportive family members reduced economic and emotional burdens and legitimized continued engagement in psychotherapy.

The second overarching domain, individual ecological capacity, included mental health literacy and realistic treatment expectations, personal agency and resilience, active engagement with therapeutic tasks, and supportive social resources. Participants with greater understanding of psychotherapy were more likely to perceive fluctuations in progress as normal components of treatment rather than evidence of failure. Persistence in completing therapeutic homework, self-reflection, active help-seeking, and continued engagement despite temporary frustration emerged as protective capacities. Social support additionally functioned as an ecological scaffold that reduced the effects of financial and emotional pressures.

The phenomenological synthesis identified four fundamental components of ecological psychotherapy effectiveness: economic-institutional stability, physical-organizational safety, the interpersonal ecosystem, and agentic self-direction. Economic stability provided the material security necessary for treatment continuity; physical and organizational safety supported confidentiality and emotional disclosure; supportive interpersonal environments reinforced therapeutic changes outside the clinical setting; and agentic self-direction enabled clients to participate actively in change. These four components interacted dynamically in determining whether psychotherapy was experienced as sustainable and transformative or as fragile and vulnerable to interruption.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that psychotherapy effectiveness should be understood as an ecological rather than exclusively intrapsychic or technique-dependent phenomenon. Participants' experiences demonstrated that high-quality therapeutic work can be weakened when treatment is financially unsustainable, physically insecure, organizationally inflexible, or socially stigmatized. Conversely, favorable environmental conditions alone do not guarantee successful treatment unless clients possess or develop sufficient psychological resources to participate actively in the therapeutic process. Sustainable effectiveness therefore emerges through the alignment

of individual capacities with supportive environmental conditions.

Economic insecurity appeared to function not merely as an external inconvenience but as an active psychological burden. When clients repeatedly anticipate being unable to afford future sessions, financial concerns can compete with the emotional and cognitive resources required for therapeutic engagement. In this sense, economic stability forms part of therapeutic security. The absence of insurance coverage may therefore increase the likelihood that clinically appropriate treatment is interrupted for reasons unrelated to treatment quality or client motivation.

Physical privacy was similarly embedded in the therapeutic experience. Participants' concerns about sound transmission between consultation rooms demonstrated that confidentiality is not exclusively an ethical commitment made by the therapist; it must also be materially supported by the clinical environment. A client who fears being overheard may restrict disclosure despite trusting the therapist. Consequently, architectural design, acoustic insulation, waiting-room conditions, and administrative behavior should be regarded as components of clinical quality.

The findings also emphasize the importance of distinguishing individual empowerment from individual blame. Mental health literacy, resilience, reflective capacity, and adherence to therapeutic tasks strengthened treatment engagement, but these resources could not completely neutralize severe structural barriers. Clients should therefore not be characterized as resistant or insufficiently motivated without considering the environmental conditions under which treatment participation occurs. Personal agency appears most effective when supported by financial stability, organizational flexibility, privacy, and social acceptance.

The interpersonal ecosystem was particularly important because psychotherapy-related changes must ultimately be enacted outside the therapy room. Supportive families can facilitate treatment continuation and reinforce psychological change, whereas stigmatizing environments may undermine engagement and force clients to negotiate competing expectations between therapy and their social context. Ecological effectiveness therefore requires attention to the settings into which clients return after each session.

Overall, the study suggests that psychotherapy should be conceptualized as a multilevel process situated at

the intersection of personal agency, clinical relationships, organizational structures, physical environments, family systems, and broader socioeconomic conditions. The fundamental structure identified in this study proposes that sustainable psychotherapy depends on the simultaneous presence of economic-institutional stability, physical-

organizational safety, a supportive interpersonal ecosystem, and agentic self-direction. Improving psychotherapy outcomes therefore requires interventions extending beyond therapeutic techniques themselves. Expanding insurance coverage, establishing transparent and stable

تحلیل ساختار بنیادین تجربه درمانجویان از موانع محیطی و توانمندی‌های فردی: رویکردی کیفی به اثربخشی اکولوژیک در روان‌درمانی

۱. نسترن سادات قاسمی^۱: گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی
۲. شهرام وزیری^{۲*}: گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. فرح لطفی کاشانی^۳: گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. سعید ایمانی^۴: دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: vaziri@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۱۰ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۸ انتشار اولیه: ۱۴۰۴/۱۲/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: اثربخشی روان‌درمانی تنها به کیفیت مداخله بالینی و رابطه درمانگر-درمانجو وابسته نیست، بلکه تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی، کالبدی، سازمانی، خانوادگی و ظرفیت‌های فردی مراجع قرار دارد. پژوهش حاضر با هدف تبیین ساختار بنیادین تجربه زیسته درمانجویان از موانع محیطی و توانمندی‌های فردی مؤثر بر اثربخشی روان‌درمانی در چارچوب رویکرد اکولوژیک انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناختی اکتشافی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۸ درمانجو با سابقه حداقل پنج جلسه روان‌درمانی فردی بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع و به‌صورت تکمیلی نمونه‌گیری زنجیره‌ای تا دستیابی به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته ۴۵ تا ۷۵ دقیقه‌ای گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل مضمون استقرایی و چارچوب شش‌مرحله‌ای براون و کلارک و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام شد. برای افزایش اعتبار یافته‌ها از بازبینی اعضا، ممیزی تحلیلی، ثبت زنجیره شواهد و ارزیابی توافق دو کدگذار استفاده شد و ضریب توافق هولستی بیش از ۰.۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها دو حوزه فراگیر شامل «اصطکاک بافتاری و محیطی» و «ظرفیت بوم‌شناختی فردی» را آشکار کرد. مهم‌ترین عوامل بازدارنده شامل ناامنی اقتصادی و فقدان پوشش بیمه‌ای، نارسایی‌های کالبدی و تهدید حریم خصوصی، و استیگما و بازدارندگی خانوادگی بود. در مقابل، سواد سلامت روان و انتظارات واقع‌بینانه، عاملیت و تاب‌آوری فردی، پایبندی به تکالیف درمانی و حمایت شبکه اجتماعی به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده شناسایی شدند. سنتز پدیدارشناختی نشان داد که پایداری اقتصادی-نهادی، امنیت کالبدی-سازمانی، اکوسیستم بین‌فردی و خودراهبری عاملیتی چهار مؤلفه بنیادین اثربخشی اکولوژیک روان‌درمانی هستند.

نتیجه‌گیری: اثربخشی پایدار روان‌درمانی حاصل تعامل میان شایستگی‌های فردی درمانجو و کیفیت بستر اقتصادی، سازمانی، کالبدی و اجتماعی ارائه خدمات است؛ ازاین‌رو، کاهش موانع ساختاری، توسعه حمایت بیمه‌ای، ارتقای محرمانگی و استانداردهای محیط درمان و توانمندسازی مراجعان می‌تواند به تداوم درمان و بهبود پیامدهای بالینی کمک کند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی اکولوژیک؛ موانع محیطی؛ توانمندی‌های فردی؛ تجربه زیسته؛ پدیدارشناسی؛ اثربخشی روان‌درمانی.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)



نحوه استناددهی: قاسمی، نسترن سادات، وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، و ایمانی، سعید. (۱۴۰۴). تحلیل ساختار بنیادین تجربه درمانجویان از موانع محیطی و توانمندی‌های فردی: رویکردی کیفی به اثربخشی اکولوژیک در روان‌درمانی. *روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۴)، ۲۰-۱.

مقدمه

روان‌درمانی یکی از مهم‌ترین مداخلات تخصصی در حوزه سلامت روان است که با هدف کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، ارتقای سازگاری، افزایش خودآگاهی و بهبود کیفیت زندگی افراد به کار گرفته می‌شود. با وجود توسعه رویکردهای گوناگون درمانی و افزایش شواهد مربوط به اثربخشی بسیاری از مداخلات روان‌شناختی، تجربه بالینی و پژوهشی نشان می‌دهد که پیامد درمان را نمی‌توان صرفاً با نوع رویکرد درمانی، تکنیک‌های به‌کاررفته یا حتی کیفیت رابطه درمانگر و درمانجو توضیح داد. درمان در یک بافت واقعی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سازمانی رخ می‌دهد و درمانجو همواره با مجموعه‌ای از شرایط بیرونی و درونی وارد فرایند درمان می‌شود. از همین رو، درک اثربخشی روان‌درمانی نیازمند گذار از نگاه محدود و اتاق‌محور به سوی رویکردی است که تعامل چندلایه فرد، محیط و ساختارهای حمایتی را مورد توجه قرار دهد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که عوامل فراتر از تکنیک، از جمله ویژگی‌های مراجع، شرایط زندگی، دسترسی به خدمات، ثبات اقتصادی، حمایت اجتماعی و نحوه سازمان‌دهی خدمات، سهم مهمی در تداوم یا شکست فرایند درمان دارند (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2007).

در ادبیات کلاسیک روان‌درمانی، رابطه درمانی و مهارت درمانگر در کانون تحلیل قرار داشته است، اما دیدگاه‌های جدیدتر بر نقش فعال درمانجو در شکل‌دهی پیامدهای درمان تأکید می‌کنند. در این رویکرد، مراجع صرفاً دریافت‌کننده منفعل خدمات نیست، بلکه عاملی فعال است که ظرفیت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری او بر نحوه ورود به درمان، استمرار در جلسات، انجام تکالیف و مواجهه با ناکامی‌های موقت اثر می‌گذارد. انگیزه تغییر، توانایی خودبازتابی، تاب‌آوری، تحمل هیجانات دشوار، اعتماد به فرایند درمان، پایبندی به تکالیف بین‌جلسه‌ای و توانایی استفاده از بازخورد، از جمله ظرفیت‌هایی هستند که می‌توانند به عنوان منابع توانمندساز فردی عمل کنند. این دیدگاه با تأکید بر عاملیت مراجع، جایگاه فرد را در کنار درمانگر به‌عنوان یکی از سازندگان اصلی فرایند درمان بازتعریف می‌کند (Bohart & Wade, 2013; Sidis et al., 2023).

بر همین اساس، هرگونه تحلیل از اثربخشی روان‌درمانی که نقش

ظرفیت‌های درونی درمانجو را نادیده بگیرد، تصویری ناقص از سازوکار تغییر روان‌شناختی ارائه خواهد داد.

با این حال، تأکید بر توانمندی‌های فردی نباید به تقلیل پیچیدگی‌های درمان به ویژگی‌های شخصی مراجع منجر شود. یکی از خطاهای رایج در تبیین شکست یا قطع درمان آن است که عدم تداوم جلسات، ضعف در مشارکت یا حتی عدم بهبودی به مقاومت، کمبود انگیزه یا ناتوانی شخصی درمانجو نسبت داده شود؛ در حالی که بسیاری از این پیامدها ممکن است حاصل موانع ساختاری و محیطی باشند. پژوهش‌های مرتبط با شکست درمان نشان داده‌اند که ریزش درمانی اغلب نتیجه تعامل مجموعه‌ای از عوامل فردی، بین‌فردی، سازمانی و اقتصادی است و نمی‌توان آن را با یک علت منفرد توضیح داد (Farahani et al., 2021; Khazaie et al., 2016). این مسئله ضرورت تحلیل اکولوژیک روان‌درمانی را برجسته می‌سازد؛ تحلیلی که در آن فرد در خلأ بررسی نمی‌شود، بلکه در بستر واقعی زندگی، ساختار خدماتی و روابط اجتماعی پیرامون خود فهم می‌شود.

یکی از مهم‌ترین موانع اکولوژیک در روان‌درمانی، مسئله دسترسی اقتصادی است. هزینه بالای جلسات، نبود پوشش بیمه‌ای مناسب، افزایش تعرفه‌ها، هزینه‌های رفت‌وآمد و بی‌ثباتی درآمد می‌توانند به‌طور مستقیم بر تصمیم مراجع برای ادامه یا قطع درمان اثر بگذارند. در بسیاری از موارد، فرد ممکن است از نظر انگیزشی آماده ادامه درمان باشد، اما محدودیت‌های اقتصادی عملاً امکان تداوم جلسات را از او بگیرد. این وضعیت به‌ویژه زمانی تشدید می‌شود که درمان نیازمند دوره‌ای نسبتاً طولانی باشد و مراجع ناچار باشد هزینه‌های درمان را در کنار سایر هزینه‌های ضروری زندگی مدیریت کند. مطالعات کیفی درباره رها کردن روان‌درمانی نشان داده‌اند که مسائل مالی، انتظارات برآورده‌نشده و دشواری‌های بیرونی می‌توانند در تصمیم مراجع برای ترک درمان نقش مهمی داشته باشند (Khazaie et al., 2016). از این منظر، عدالت در سلامت روان تنها به وجود درمانگر یا مرکز درمانی محدود نیست، بلکه شامل توانایی واقعی افراد برای دسترسی، تداوم و بهره‌مندی مؤثر از خدمات نیز می‌شود.

در کنار مسائل اقتصادی، کیفیت محیط فیزیکی و سازمانی ارائه خدمات نیز بخشی اساسی از تجربه درمانی است. اتاق درمان و فضای کلینیک صرفاً پس‌زمینه‌ای خنثی برای مداخله روان‌شناختی نیستند؛

کیفیت ارتباط، سهولت استفاده، دسترسی و تجربه کلی مراجع و درمانگر وابسته است (Kamel Ghalibaf et al., 2015). این یافته‌ها بر این نکته تأکید می‌کنند که اثربخشی روان‌درمانی را نمی‌توان تنها با محتوای مداخله سنجید، بلکه نحوه ارائه خدمت نیز بخشی از تجربه درمانی است. از این منظر، انتخاب میان درمان حضوری و از راه دور باید بر اساس تناسب با شرایط فردی و محیطی انجام شود، نه بر پایه فرض برتری مطلق یکی از این دو روش. انعطاف‌پذیری در شیوه ارائه خدمات می‌تواند به یکی از سازوکارهای مهم ارتقای عدالت و کاهش ریزش درمانی تبدیل شود.

عامل مهم دیگر در تحلیل اکولوژیک روان‌درمانی، بافت فرهنگی است. درمان زمانی بیشترین ظرفیت اثربخشی را دارد که با نظام ارزشی، زبان، باورها، حساسیت‌های فرهنگی و شرایط اجتماعی مراجع هماهنگ باشد. مداخلاتی که بدون توجه به بافت فرهنگی طراحی یا اجرا می‌شوند، ممکن است از نظر نظری معتبر باشند، اما در سطح تجربه زیسته مراجع با مقاومت، سوءبرداشت یا کاهش پذیرش مواجه شوند. رویکرد روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ بر ضرورت هماهنگ‌سازی عناصر درمان با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی گروه هدف تأکید دارد (Ziaei & Zarani, 2026). این دیدگاه با رویکرد اکولوژیک همسو است، زیرا هر دو بر این اصل تأکید دارند که مراجع در خلأ فرهنگی زندگی نمی‌کند و معناها و از سلامت، بیماری، کمک‌گرفتن و تغییر روان‌شناختی در بستری اجتماعی شکل می‌گیرند.

در همین راستا، مبانی انسان‌شناختی و فلسفی روان‌درمانی نیز می‌توانند بر نحوه تجربه درمان اثر بگذارند. پژوهش‌های داخلی بر اهمیت سازگاری چارچوب‌های درمانی با مبانی انسان‌شناختی و معنایی مراجعان تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که برخی کاستی‌های رویکردهای درمانی ممکن است در صورت نادیده‌گرفتن ابعاد فرهنگی و انسان‌شناختی تشدید شوند (Ghorbanpour Lafmejani, 2026). همچنین، مطالعات مرتبط با مشاوره فلسفی بر نقش افق معنایی، گفت‌وگو و بازاندیشی در تجربه درمانی تأکید دارند (Izadi et al., 2025). این مباحث نشان می‌دهند که بافت درمان فقط به محیط فیزیکی یا اقتصادی محدود نمی‌شود، بلکه شامل جهان‌بینی، ارزش‌ها و نظام معنایی مراجع نیز هست. بنابراین، اثربخشی

بلکه می‌تواند احساس امنیت، احترام، محرمانگی و آمادگی برای خودافشایی را تقویت یا تضعیف کنند. عواملی مانند عایق‌بندی نامناسب صوتی، ازدحام اتاق انتظار، رفتار سرد یا غیرحرفه‌ای کارکنان، دشواری نوبت‌گیری، زمان‌بندی غیرمنعطف و عدم شفافیت مالی می‌توانند تجربه درمان را به شکلی منفی تحت تأثیر قرار دهند. چنین موانعی ممکن است حتی در شرایطی که رابطه درمانی مطلوب است، به فرسایش اعتماد یا افزایش اضطراب منجر شوند. بنابراین، کارآمدی روان‌درمانی را باید تا حدی تابع کیفیت سازمان‌دهی و طراحی محیط ارائه خدمات نیز دانست. این نگاه، مرز میان «مداخله بالینی» و «بستر ارائه مداخله» را کم‌رنگ می‌کند و نشان می‌دهد که هر دو در شکل‌دهی تجربه درمانجو سهم دارند (Bear et al., 2022; Lambert, 2007).

گسترش فناوری و روان‌درمانی از راه دور نیز ابعاد جدیدی به بحث اثربخشی اکولوژیک افزوده است. استفاده از ویدئوکنفرانس، پلتفرم‌های آنلاین و سایر ابزارهای دیجیتال، فرصت‌هایی برای کاهش موانع جغرافیایی، افزایش انعطاف‌پذیری زمانی و بهبود دسترسی به خدمات فراهم کرده است. به‌ویژه در شرایطی که رفت‌وآمد دشوار، فاصله جغرافیایی زیاد یا محدودیت‌های زمانی وجود دارد، خدمات از راه دور می‌توانند بخشی از موانع اکولوژیک را کاهش دهند (Mitchell, 2020; Thomas et al., 2021). در عین حال، استفاده از فناوری به‌طور خودکار به معنای بهبود کیفیت درمان نیست، زیرا مسائل مرتبط با محرمانگی، کیفیت ارتباط، دسترسی دیجیتال، نگرش کاربران و تناسب این شیوه با نیازهای مراجع همچنان مطرح هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش متخصصان و کاربران نسبت به مداخلات اینترنتی به شرایط اجرایی، تجربه قبلی و ادراک سودمندی این مداخلات وابسته است (Mendes-Santos et al., 2020). همچنین، تجربه تغییر گسترده به سمت روان‌درمانی از راه دور در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که بستر ارائه خدمات می‌تواند ساختار تجربه درمان را به‌طور عمیق تغییر دهد (Boldrini et al., 2020).

مطالعات مربوط به روان‌درمانی از راه دور در بافت داخلی نیز اهمیت سازگاری محیط خدمت با شرایط واقعی زندگی درمانجویان را نشان داده‌اند. رضایت و ادراک اثربخشی در روان‌درمانی از راه دور به

روان‌درمانی در سطح عمیق‌تر به میزان انطباق مداخله با نحوه فهم فرد از خود، رنج و تغییر بستگی دارد.

در کنار بافت فرهنگی، ویژگی‌های شخصیتی درمانگر و درمانجو نیز در شکل‌گیری تعامل درمانی نقش دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شخصیت طرفین و نحوه تطابق یا تعارض این ویژگی‌ها می‌تواند بر کیفیت رابطه و پیشرفت درمان اثرگذار باشد (Shabib Asl & Alinaghilou, 2020). با این حال، تحلیل اکولوژیک به ما یادآوری می‌کند که این ویژگی‌ها نیز همواره در تعامل با ساختار بیرونی عمل می‌کنند. برای مثال، حتی یک رابطه درمانی قوی ممکن است در مواجهه با فشار اقتصادی شدید یا فقدان حریم خصوصی دچار آسیب شود. به همین ترتیب، درمانجویی که از منابع فردی مناسبی برخوردار است، ممکن است در محیطی حمایتگر بهتر بتواند از این ظرفیت‌ها استفاده کند. بنابراین، اثربخشی نهایی نه حاصل جمع ساده متغیرها، بلکه نتیجه تعامل و هم‌افزایی آن‌هاست.

مفهوم سواد سلامت روان نیز در این میان اهمیت ویژه‌ای دارد. افرادی که درک واقع‌بینانه‌تری از فرایند درمان دارند، معمولاً نوسانات طبیعی مسیر بهبود را بهتر تحمل می‌کنند، از عدم تغییر سریع ناامید نمی‌شوند و مشارکت فعال‌تری در انجام تکالیف و پیگیری درمان نشان می‌دهند. در مقابل، انتظارات غیرواقع‌بینانه یا برداشت‌های نادرست از روان‌درمانی ممکن است به قطع زودهنگام درمان یا کاهش همکاری منجر شود. فرایندهای بازتابی نیز نقش مهمی در این زمینه دارند، زیرا توانایی اندیشیدن درباره تجربه درونی و معنا دادن به آن می‌تواند مشارکت درمانجو را عمیق‌تر سازد (Sidis et al., 2023). این ظرفیت‌ها را می‌توان بخشی از سرمایه روان‌شناختی فرد دانست که در تعامل با محیط حمایتی به اثربخشی بیشتر منجر می‌شود.

رویکردهای مبتنی بر نقاط قوت نیز بر اهمیت فعال‌سازی منابع درونی مراجع تأکید دارند. تمرکز بر توانمندی‌ها، خودارزشمندی و ظرفیت‌های سازگارانه می‌تواند به افزایش احساس عاملیت و مشارکت مراجع کمک کند (Darbani & Parsakia, 2022). چنین رویکردی با مدل اکولوژیک همخوان است، زیرا منابع فردی را نه به‌عنوان صفات ثابت، بلکه به‌عنوان ظرفیت‌هایی در نظر می‌گیرد که در شرایط مناسب می‌توانند تقویت شوند. در نتیجه، سؤال مهم این نیست که آیا مراجع «به اندازه کافی قوی» است یا خیر، بلکه این

است که ساختار درمان و محیط پیرامون تا چه اندازه امکان فعال‌شدن و به‌کارگیری این توانمندی‌ها را فراهم می‌کنند.

همچنین، مراقبت حرفه‌ای و خودمراقبتی درمانگران نیز به‌طور غیرمستقیم در کیفیت تجربه درمانجو نقش دارد. سلامت روانی و رشد حرفه‌ای درمانگر بر کیفیت حضور، حساسیت، توانایی تنظیم مرزها و پاسخ‌گویی به نیازهای مراجع اثر می‌گذارد (Ziede & Norcross, 2024). هرچند تمرکز پژوهش حاضر بر تجربه درمانجو است، نمی‌توان کیفیت محیط درمانی را مستقل از وضعیت حرفه‌ای درمانگران و ساختار حمایتی آنان در نظر گرفت. سازمان‌هایی که از فرسودگی شغلی، آموزش مداوم و سلامت حرفه‌ای کارکنان غفلت می‌کنند، ممکن است به‌طور ناخواسته زمینه کاهش کیفیت رابطه و تجربه مراجع را فراهم سازند.

افزایش تقاضا برای خدمات سلامت روان نیز ضرورت بازاندیشی در الگوهای سنتی ارائه خدمات را برجسته کرده است. محدودیت منابع، کمبود نیروی متخصص و افزایش نیازهای روان‌شناختی، استفاده از فناوری، هم‌تایان و مدل‌های انعطاف‌پذیرتر را به موضوعی مهم در سیاست‌گذاری سلامت روان تبدیل کرده است (Stringer, 2024). این تحولات نشان می‌دهند که اثربخشی درمان در آینده بیش از گذشته به نحوه طراحی نظام ارائه خدمات وابسته خواهد بود. اگر ساختارها نتوانند دسترسی، انعطاف و پایداری را تأمین کنند، حتی مداخلات مبتنی بر شواهد نیز ممکن است در سطح جمعیتی اثر محدودی داشته باشند.

مسئله پایان‌بندی‌های ناموفق یا قطع درمان نیز یکی از شاخص‌های مهم ناکارآمدی اکولوژیک است. پژوهش‌های کیفی نشان داده‌اند که پایان ناموفق درمان اغلب از منظر درمانجو و درمانگر معانی متفاوتی دارد و ممکن است تحت تأثیر ارتباط ناکافی، انتظارات ناهماهنگ، شرایط بیرونی یا فقدان حمایت قرار گیرد (Bear et al., 2022). از این رو، تحلیل تجربه زیسته درمانجویان می‌تواند فهم عمیق‌تری از دلایل پشت پدیده‌هایی مانند غیبت، کاهش مشارکت یا ترک درمان فراهم آورد. چنین تحلیلی به‌ویژه زمانی اهمیت دارد که هدف پژوهش فراتر رفتن از شاخص‌های کمی و شناسایی سازوکارهای پنهان مؤثر بر تداوم درمان باشد.

روش‌شناسی

در این مطالعه با اتخاذ رویکرد کیفی پدیدارشناختی اکتشافی، ابعاد بافتاری، فشارهای محیطی-سیستمی و ظرفیت‌های روان‌شناختی فردی اثرگذار بر فرجام روان‌درمانی مورد واکاوی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی مراجعانی بود که در سابقه زیسته خود تجربه حداقل ۵ جلسه روان‌درمانی فردی را داشته و پدیده درمان را در تقاطع با شرایط اقتصادی، جو روانی خانواده، بافت اجتماعی و میزان تاب‌آوری شخصی تجربه نموده بودند. شیوه نمونه‌گیری به صورت هدفمند با حداکثر تنوع و بهره‌گیری تکمیلی از نمونه‌گیری زنجیره‌ای جهت پوشش طبقات اجتماعی-اقتصادی و تجارب زیسته متفاوت اجرا گردید. فرایند جذب مشارکت‌کنندگان تا دستیابی به اشباع مضمونی کامل پیرامون موانع اکولوژیک و فردی ادامه یافت و در نهایت ۱۸ مشارکت‌کننده (شامل افرادی با دوره‌های درمانی موفق، ناکام یا رها شده به دلایل ساختاری) وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تجربه حداقل ۵ جلسه مداخله روان‌شناختی مداوم، رویارویی مستقیم با عوامل مداخله‌گر بافتاری یا تجارب فردی در طول درمان، تمایل داوطلبانه و توانایی بازگویی تحلیلی چالش‌های محیطی؛ در حالی که وجود موانع شناختی حاد در یادآوری رویدادها، ناتوانی در برقراری ارتباط زبانی و عدم رضایت برای ثبت صوتی مصاحبه به عنوان ملاک‌های خروج اعمال شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با تأکید بر هزینه‌ها، فضای فیزیکی، حمایت‌های محیطی و انگیزه مراجع، در بازه زمانی ۴۵ تا ۷۵ دقیقه برای هر جلسه گردآوری شد. جهت تثبیت قابلیت اعتماد و اعتبار داده‌ها بر پایه ملاک‌های علمی (گوبا و لینکلن، ۱۹۸۵)، تدابیری نظیر ممیزی جامع مراحل تحلیل، ثبت دقیق مسیر مستندات پژوهش و ارزیابی توافق بین دو کدگذار با دستیابی به ضریب پایایی هولستی بالاتر از ۰.۸۵ به کار بسته شد.

با توجه به مجموعه شواهد موجود، می‌توان گفت که پژوهش‌های گذشته هر یک بخشی از مسئله را روشن کرده‌اند؛ برخی بر رابطه درمانی و نقش فعال مراجع تمرکز داشته‌اند (Bohart & Wade, 2013)، برخی فرایندهای بازتابی را بررسی کرده‌اند (Sidis et al., 2023)، برخی به شکست و ریزش درمان پرداخته‌اند (Farahani et al., 2016; Khazaie et al., 2021; al., 2021)، برخی موانع و ظرفیت‌های درمان از راه دور را مطالعه کرده‌اند (Boldrini et al., 2020; Kamel, 2020; Ghalibaf et al., 2015; Mendes-Santos et al., 2020; Mitchell, 2020; Thomas et al., 2021) و برخی دیگر بر انطباق فرهنگی، ابعاد انسان‌شناختی یا کیفیت حرفه‌ای تأکید کرده‌اند (Ghorbanpour, 2026; Lafmejani, 2026; Izadi et al., 2025; Ziaei & Zarani, 2026; Ziede & Norcross, 2024). با این حال، آنچه کمتر به صورت یکپارچه بررسی شده، تجربه زیسته درمانجویان از تعامل هم‌زمان میان موانع محیطی و منابع توانمندساز فردی است. چنین رویکردی می‌تواند نشان دهد که چگونه عوامل اقتصادی، کالبدی، سازمانی، فرهنگی و بین‌فردی با ویژگی‌های درونی مراجع درهم تنیده می‌شوند و پیامد نهایی درمان را شکل می‌دهند.

بر این اساس، اتخاذ یک رویکرد پدیدارشناختی می‌تواند امکان دسترسی به لایه‌های عمیق تجربه درمانجویان را فراهم کند و نشان دهد که موانع بیرونی چگونه در سطح ادراک، احساس امنیت، مشارکت و امید به درمان تجربه می‌شوند. همچنین، این رویکرد می‌تواند روشن سازد که توانمندی‌هایی مانند تاب‌آوری، سواد سلامت روان، خودراهبری و حمایت اجتماعی چگونه در برابر فشارهای ساختاری عمل می‌کنند. تحلیل هم‌زمان این دو قطب، یعنی «اصطکاک‌های بوم‌شناختی» و «ظرفیت‌های توانمندساز»، می‌تواند به صورت‌بندی مدلی جامع‌تر از اثربخشی روان‌درمانی منجر شود که از مرزهای اتاق درمان فراتر می‌رود و فرایند تغییر را در بافت واقعی زندگی مراجع تحلیل می‌کند.

هدف پژوهش حاضر، تبیین ساختار بنیادین تجربه زیسته درمانجویان از موانع محیطی و توانمندی‌های فردی مؤثر بر اثربخشی روان‌درمانی در چارچوب یک رویکرد اکولوژیک است.

جدول ۱. ماتریس راهبردهای نمونه‌گیری، ابعاد بافتاری و سطوح تحلیل اکولوژیک

سطح تحلیل	سازه و مؤلفه‌های مورد کاوش	راهبرد گردآوری و تحلیل داده	ابزار و شاخص ارزیابی
سطح خرد (ویژگی‌های فردی)	انگیزش درونی، تاب‌آوری، تعهد به تکالیف خانگی و گشودگی روانی مراجع	پرسش‌های کاوشی در مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته پیرامون تجارب عاملیت فردی	استخراج کدهای اولیه و تطبیق درون‌موردی در MaxQDA
سطح میانی (فضای کلینیک)	امنیت فیزیکی، حریم خصوصی، آرامش اتمسفر کلینیک و شفافیت قرارداد مالی	کاوش پیرامون اثرگذاری متغیرهای محیطی بر تداوم حضور در جلسات	مقایسه تطبیقی گزارش‌های گروه موفق و ناموفق
سطح کلان (بافتار)	بار مالی جلسات، فقدان پوشش بیمه‌ای، برچسب اجتماعی و تعارضات خانوادگی	تحلیل اظهارات مراجعان در خصوص موانع بیرونی	شبکه‌سازی مضامین پایه در مضامین اکولوژیک)
اعتبارسنجی فرایند	راستی‌آزمایی تفاسیر اکولوژیک و ساختار نهایی موانع و تسهیل‌کننده‌ها	بازبینی توسط اعضا و ممیزی تحلیلی توسط دو ارزیاب مستقل دانشگاهی	ضریب توافق هولستی بالای ۰.۸۵ و ثبت دقیق زنجیره شواهد

یافته‌ها

این مقاله بر رویکرد بوم‌شناختی (اکولوژیک)، عوامل برون‌درمانی، بافت ارائه خدمات بالینی (ساختار فیزیکی، هزینه‌ها، محرمانگی سازمانی) و پیش‌بینی‌کننده‌های زمینه‌ای در تجربه زیسته مراجعان متمرکز است.

بررسی عوامل برون‌درمانی و بستر محیطی نیازمند بازشناسی پیش‌زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و آموزشی مشارکت‌کنندگانی است که درمان را در بافت واقعی جامعه تجربه کرده‌اند. سلامت روان و توانایی استمرار درمان پدیده‌ای ایزوله نیست، بلکه عمیقاً در پیوند با امنیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سطح سواد و تعهدات خانوادگی قرار دارد. ترسیم نیم‌رخ ویژگی‌های زمینه‌ای مراجعان، ساختار تحلیلی پژوهشگر را برای تبیین اصطکاک‌های محیطی و تحلیل نابرابری در دسترسی به خدمات روان‌شناختی مهیا می‌سازد. توزیع شاخص‌های بافتی-جمعیتی مشارکت‌کنندگان در جدول ۲ درج شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های متنی با بهره‌گیری از متدولوژی تحلیل مضمون استقرایی و چارچوب ۶ مرحله‌ای (براون و کلارک، ۲۰۰۶) به کمک نرم‌افزار تحلیلی MaxQDA انجام شد. ابتدا متون پیاده‌شده مصاحبه‌ها به دقت بازخوانی و یادداشت‌برداری گردید تا درک عمیقی از تعامل فرد و بستر محیطی حاصل آید. در مرحله دوم، بیانات و گزاره‌های مرتبط با چالش‌های ساختاری، بستر اقتصادی و مؤلفه‌های خودکارآمدی مراجع کدگذاری شدند. در مراحل بعدی، کدهای هم‌پوشان ادغام گردیده و بر پایه مدل ساختار مضامین (آترید-استرلینگ، ۲۰۰۱) در سطوح مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر بازآرایی شدند؛ این امر امکان تبیین مدل اکولوژیک اثربخشی درمان را با شفافیت مفهومی فراهم ساخت. تحلیل متقاطع میان گروه‌های مختلف مشارکت‌کنندگان، وزن و نقش هر یک از متغیرهای فردی و محیطی را در تداوم یا ریزش درمان آشکار نمود. به علاوه، از آزمون‌های توصیفی نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ جهت استخراج و بازنمایی منظم شاخص‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان استفاده گردید.

جدول ۲. نیم‌رخ بافتی و جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان با تمرکز بر مؤلفه‌های محیطی (تعداد = ۱۸)

ردیف	متغیر بافتی	طبقه‌ها	فراوانی (نفر)	درصد فراوانی
۱	وضعیت اشتغال و درآمد	شاغل با درآمد پایدار	۶	۳۳.۳۳
		شاغل با درآمد ناپایدار و متغیر	۵	۲۷.۷۸
		غیرشاغل یا دانشجو (وابسته مالی)	۷	۳۸.۸۹
۲	پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌درمانی	فاقد هرگونه پوشش تکمیلی سلامت روان	۱۴	۷۷.۷۸
		دارای بیمه تکمیلی با پوشش محدود	۴	۲۲.۲۲
۳	سطح سواد سلامت روان	مقدماتی (اطلاعات پراکنده و محدود)	۸	۴۴.۴۴
		متوسط (آشنایی با کلیات اختلالات)	۷	۳۸.۸۹
		بالا (پیشینه مطالعه و آگاهی عمیق)	۳	۱۶.۶۷
۴	پایگاه استقرار زیست‌محیطی	ساکن کلان‌شهر (دسترسی به مراکز تخصصی)	۱۰	۵۵.۵۶
		ساکن شهرستان‌های اقماری و مناطق کم‌برخوردار	۸	۴۴.۴۴

هزینه‌های حمل و نقل را به عنوان یک مانع سیستماتیک به درمان اضافه می کرده است. بنابراین، جدول ۲ اثبات می کند که پدیده روان درمانی در خلأ رخ نمی دهد؛ بلکه متغیرهای تاب آوری اقتصادی و ساختارهای رفاهی، چارچوب های اصلی تصمیم گیری درمانجو برای تداوم یا قطع درمان را شکل می دهند.

تجربه درمانجویان از محیط فیزیکی کلینیک ها و رویه های نهادی و تشکیلاتی، نقش مهمی در تسهیل یا فرسایش حضور مراجع در جلسات دارد. پدیدارشناسی ابعاد سازمانی و فیزیکی نشان می دهد که عواملی نظیر آلودگی صوتی، نحوه برخورد کادر پذیرش، موقعیت جغرافیایی، زمان بندی نامناسب و نبود حریم صوتی برای حفظ محرمانگی، چگونه اضطراب محیطی را بر دوش مراجع بار می کنند. استخراج گزاره های معنادار ناظر بر این اصطکاک های بوم شناختی در جدول ۳ ساختاردهی شده است.

در جدول ۲ نشان داده شده است که جامعه نمونه در مواجهه با روان درمانی از منظر عوامل زمینه ای و بستر زیستی در وضعیت شکننده ای قرار داشته اند. یافته های توصیفی آشکار می سازد که ۳۸.۸۹ درصد از مشارکت کنندگان وابسته مالی و ۲۷.۷۸ درصد دارای درآمد ناپایدار بوده اند؛ این امر نشان دهنده حساسیت فوق العاده بالا به تغییرات تعرفه های درمانی است. نکته بسیار مهم، وضعیت دسترسی بیمه ای است که در آن ۷۷.۷۸ درصد افراد فاقد هرگونه چتر حمایتی بیمه ای برای هزینه های روان درمانی بوده اند و تنها ۲۲.۲۲ درصد از پوشش بیمه تکمیلی نیمه کامل استفاده می کردند. از منظر سواد سلامت روان، ۸۳.۳۳ درصد از مراجعان در سطوح مقدماتی (۴۴.۴۴ درصد) و متوسط (۳۸.۸۹ درصد) ارزیابی شده اند که نشان دهنده فقدان نقشه ذهنی روشن نسبت به فرایند درمان در بدو ورود است. همچنین ۴۴.۴۴ درصد مشارکت کنندگان از مناطق اقماری یا شهرهای کم برخوردار بوده اند که متغیر مسافت فیزیکی و

جدول ۳. گزاره های معنادار و مفاهیم صورت بندی شده پیرامون موانع محیطی، کالبدی و سازمانی درمان

ردیف	کد	گزاره کلیدی و معنادار مستخرج از مصاحبه	مفهوم روان شناختی صورت بندی شده
۱	۰۸	صدای گریه یا صحبت مراجع اتاق بغل به وضوح شنیده می شد؛ کل زمان نگران بودم صدای من هم بیرون برود.	نقض عایق بندی صوتی و تهدید محرمانگی فیزیکی
۲	۰۹	رفتار کادر پذیرش سرد و نامحترمانه بود؛ محیط انتظار کلینیک کاملاً شلوغ و فاقد آرامش و حریم خصوصی بود.	تجربه طرد بوروکراتیک و نارسایی در تکریم محیطی
۳	۱۱	افزایش ناگهانی تعرفه در میانه درمان باعث شد با وجود نیاز شدید روحی، مجبور شوم درمانم را نصفه کاره رها کنم.	بی ثباتی اقتصادی و قطع ناشی از اصطکاک مالی
۴	۱۳	پیدا کردن جای پارک و ساعت ها ماندن در ترافیک شهری باعث می شد با بالاترین سطح خشم و فرسودگی وارد جلسه شوم.	فرسایش ناشی از نارسایی دسترس پذیری فیزیکی
۵	۱۴	ساعات کاری کلینیک اصلاً با شغل من تطبیق نداشت؛ بارها مجبور شدم مرخصی اجباری بگیرم تا بتوانم برسم.	جمود زمانی نهادی و عدم انعطاف خدمات سازمانی
۶	۱۷	کلینیک شبیه به یک اداره تجاری بی روح بود تا یک پناهگاه درمانی؛ حس درمان شدن در آن محیط برایم ناممکن بود.	بیگانه سازی کالبدی و اختلال در ادراک فضای شفا

مرزهای شنیداری شفاف نباشد، خودسانسوری تشدید شده و مراجع از ورود به لایه های هیجانی دردناک خودداری می کند. همچنین رفتارهای نامناسب پرسنل اداری و رویه های حسابداری سرد، احساس شیء وارگی اداری را در مراجع بازتولید می کند و کلینیک را از یک «پناهگاه امن» به یک «بنگاه تجاری» تقلیل می دهد. مسئله شوک های مالی ناشی از تغییر تعرفه ها نیز به عنوان یک متغیر بیرونی، تصمیم به

در جدول ۳ نشان داده شده است که موانع فیزیکی و سازمانی می توانند به مثابه عوامل تخریب گر پنهان عمل کرده و حتی بر رابطه ای درمانی با کیفیت نیز سایه افکنند. ادراک مراجعان (به ویژه کدهای ۰۸، ۰۹ و ۱۱) حاکی از آن است که نارسایی در ساختار کالبدی مراکز درمانی، خصوصاً نفوذپذیری صوتی اتاق ها، مستقیماً به نقض امنیت روان شناختی ادراک شده منجر می شود. هنگامی که

در تعامل مستقیم با فشارهای محیطی قرار می‌گیرند. این عوامل درون‌زاد و بین‌فردی می‌توانند اثرات اصطکاک‌های بافتی را تعدیل نمایند یا در صورت نارسایی، آسیب‌پذیری مراجع را دوچندان کنند. جدول ۴ به خوشه‌بندی مضامین فرعی و اصلی این دو قطب تأثیرگذار اختصاص دارد تا نشان دهد بستر برون‌درمانی چگونه ظرفیت بالینی را شکل می‌دهد.

قطع درمان را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد؛ عاملی که در ادبیات بالینی اغلب به‌غلط به‌عنوان مقاومت تفسیر می‌شود. علاوه بر این، اصطکاک‌های شهری و اداری از جمله نارسایی موقعیت جغرافیایی و زمان‌بندی نامعطف، سطح انرژی روانی مراجع را پیش از آغاز فرایند درمان مستهلک می‌سازد. جدول ۳ به روشنی ساختار این اصطکاک‌های چندلایه کالبدی و نهادی را تبیین می‌کند.

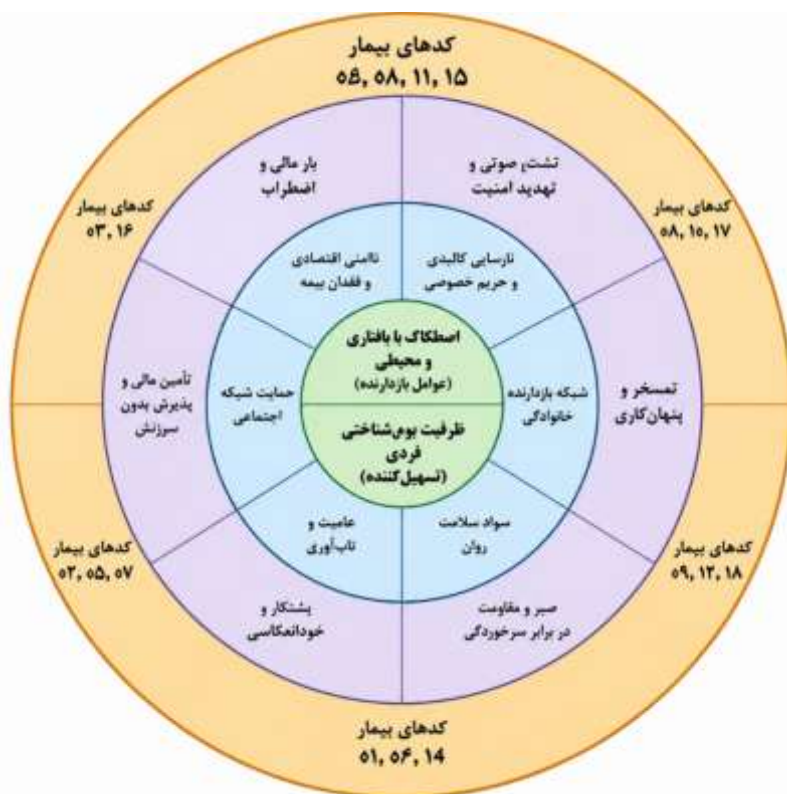
در رویکرد اکولوژیک، توانمندی‌های فردی مراجع نظیر تاب‌آوری روانی، عاملیت شناختی، سواد سلامت روان و شبکه پشتیبانی خانواده،

جدول ۴. خوشه‌بندی مضامین اصلی و فرعی موانع محیطی، بافتاری و منابع توانمندساز فردی

مضمون اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان‌دهنده)	کد مرتبط	مراجعان	دلالت مفهومی در تجربه زیسته مراجع
	نامنی اقتصادی و فقدان بیمه سلامت روان	۱۵،۱۱،۰۸،۰۶	بار مالی سنگین، احساس اضطراب از تداوم هزینه و قطع اضطراری درمان	
اصطکاک بافتاری و محیطی (عوامل بازدارنده)	نارسایی کالبدی و تهدید حریم خصوصی	۱۷،۱۰،۰۸	نشت صوتی، موقعیت پرتنش فیزیکی و تخریب فضای امن بین‌فردی	
	شبکه بازدارنده خانوادگی و برچسب‌زنی	۱۸،۱۲،۰۹	تمسخر درمان توسط اطرافیان، فقدان همدلی خانواده و پنهان‌کاری مراجع	
	سواد سلامت روان و انتظارات واقع‌بینانه	۱۴،۰۴،۰۱	فهم ضرورت صبر در فرایند تغییر و مقاومت در برابر سرخوردگی اولیه	
ظرفیت بوم‌شناختی (تسهیل‌کننده)	فردی عاملیت، تاب‌آوری و جستجوگری فعال	۰۷،۰۵،۰۲	پشتکار در انجام تکالیف، خودانعکاسی و پیگیری مستمر تمرین‌ها	
	حمایت و تسهیل‌گری شبکه اجتماعی	۱۶،۰۳	تأمین مالی توسط خانواده و پذیرش بدون سرزنش اطرافیان نزدیک	

مناسب سواد سلامت روان، نقش سپری محافظتی در برابر موانع بیرونی ایفا می‌کند. مراجعانی که از فرایند درمان درک درستی داشته‌اند، نوسانات بهبودی را به‌عنوان شکست تعبیر نکرده و با پابندی به انجام تکالیف بین‌جلسه‌ای، موتور محرکه پیشرفت بالینی را حفظ نموده‌اند. علاوه بر این، هنگامی که محیط اجتماعی یا خانوادگی نقش داربست حمایتی را ایفا می‌کند، بار فشارهای اقتصادی و تنش‌های روزمره تخفیف یافته و فضای ذهنی مراجع برای مواجهه با تعارضات درون‌روانی فراخ‌تر می‌گردد. این جدول، پیچیدگی درهم‌تنیدگی مؤلفه‌های فردی و اجتماعی را تبیین می‌نماید.

در جدول ۴ نشان داده شده است که نیروهای شکل‌دهنده به سرنوشت درمان در دو میدان گسترده «اصطکاک بافتاری» و «ظرفیت بوم‌شناختی فردی» در تعامل پویا هستند. در قطب موانع، هزینه‌های بالا در غیاب حمایت‌های بیمه‌ای، درمان را به امتیازی طبقاتی بدل ساخته و اضطراب ناشی از هزینه‌کرد را به منبعی برای فرسایش تمرکز درمانی تبدیل می‌کند. از سوی دیگر، تأثیرات شبکه خانوادگی با دلالت‌های دوسویه پدیدار شده است؛ بازدارندگی خانوادگی از طریق استیگما و قضاوت منفی، مراجع را در وضعیت دوپارگی وفاداری میان خانواده و درمانگر قرار می‌دهد. در نقطه مقابل، وجود ظرفیت‌های درون‌فردی چون عاملیت فعال و سطح



شکل ۱. مدل بوم‌شناختی اثربخشی درمان: برهم‌کنش لایه‌های خرد، بینایی و کلان محیطی با فرایند روان‌درمانی

زیرساخت‌های فیزیکی را به تصویر می‌کشند. تدوین این راهکارها نه از موضع نظریه‌پردازان، بلکه بر پایه زیست‌تجربه مراجعانی استوار است که گلوگاه‌های شکست و پیشرفت درمان را در عالم واقع زیسته‌اند. جدول ۵ راهکارهای بنیادین ارتقای بوم‌شناختی خدمات درمان را خلاصه کرده است.

تحلیل راهکارهای ارائه‌شده توسط درمانجویان برای ارتقای خدمات روان‌درمانی، گامی تعیین‌کننده در تحول اکولوژیک سیاست‌گذاری‌های بالینی است. این راهکارها از نیازهای عینی مراجعان سرچشمه گرفته و لزوم اصلاحات ساختاری، ارتقای اخلاق حرفه‌ای، گسترش آموزش‌های خانوادگی و بهینه‌سازی

جدول ۵. راهکارهای پیشنهادی درمانجویان جهت ارتقای اکولوژیک و ساختاری خدمات روان‌درمانی

سطح مداخله بوم‌شناختی	راهکار کاربردی و ساختاری	کد مراجعان مرتبط	سازوکار ایجاد اثربخشی پایدار
سطح کلان (سیاست‌گذاری رفاهی)	پایه	۱۱، ۰۸	رفع نابرابری در دسترسی، تضمین ثبات درمان و ممانعت از قطع اقتصادی
سطح بینابینی (زیرساخت مراکز)	نظارت بر تعرفه‌گذاری عادلانه و شفافیت مالی	۱۶، ۱۰، ۰۳	حذف نااطمینانی، اعتمادبخشی مالی و پیشگیری از ریزش‌های غیرمنتظره
سطح میانی (خانواده و اجتماع)	استانداردسازی عایق صوتی و تفکیک فضایی	۱۷، ۱۲، ۰۸	بازیابی حس امنیت مطلق، صیانت از افشاگری هیجانی و آرامش کالبدی
سطح خرد (فرایند و اخلاق بالینی)	منعطف‌سازی ساعات پذیرش و نوبت‌دهی	۱۸، ۱۵، ۱۴	تطابق خدمات با سبک‌های زندگی متنوع و کاهش خستگی محیطی
	طراحی کارگاه‌های آموزش روانی برای خانواده	۱۲، ۰۹، ۰۵	کاهش انگ سلامت روان، همسو کردن محیط با تغییرات و کاهش تعارض
	بازخوردگیری و بازخوردگیری ساختارمند	۱۳، ۰۴، ۰۲	شناسایی زود هنگام پارگی اتحاد درمانی، ترمیم اصطکاک‌ها و تضمین اخلاق

تک‌گویی مقتدرانه و رسوب درمان در جمود روشی خواهد شد. این تدابیر یکپارچه به روشنی بیانگر آن هستند که بهبود کارایی درمان نیازمند گذار از مدل صلب پزشکی به سوی پارادایم اکولوژیک و جامعه‌محور سلامت روان است.

تحلیل ذات‌شناختی پدیدارشناختی در حوزه بوم‌شناختی، به استخراج ساختار بنیادین تعامل میان توانمندی‌های فردی و موانع بافتاری می‌انجامد. این سنتز نهایی به دنبال تبیین جوهره مشترک تجاری است که نشان می‌دهند چگونه تاب‌آوری، اقتصاد، کالبد فیزیکی و شبکه اجتماعی، تعیین‌کننده سرنوشت تغییر روانی هستند. ساختار بنیادین اکولوژیک، روان‌درمانی را پدیده‌ای شبکه‌ای و بازتابی توصیف می‌کند که در آن موفقیت تکنیکی بدون تحقق کفایت‌های زیست‌محیطی عقیم خواهد ماند. ابعاد این ساختار بنیادین در جدول ۶ صورت‌بندی شده است.

در جدول ۵ نشان داده شده است که بهینه‌سازی اثربخشی روان‌درمانی مستلزم اتخاذ رویکردی چندسطحی و کل‌نگر است که از مرزهای محدود اتاق درمان فراتر می‌رود. در سطح کلان، ادغام روان‌درمانی در پوشش‌های بیمه پایه و تکمیلی به‌عنوان فوری‌ترین مطالبه درمانجویان پدیدار شده است؛ راهکاری که بنیان نابرابری ساختاری را به چالش کشیده و درمان را از کالایی لوکس به ضرورتی سلامت‌محور مبدل می‌سازد. در سطح بینابینی، بهسازی استانداردهای معماری کلینیک‌ها با اولویت عایق‌سازی صوتی و ارتقای تکریم پرسنلی، مانع از ترومای کالبدی و مخدوش‌شدن محرمانگی می‌گردد. در سطح میانی، مداخلات مبتنی بر آموزش روانی خانواده‌ها می‌تواند از نقش منفی محیط نزدیک به عنوان بازدارنده تغییر بکاهد و خانواده را به حامی فرایند بهبودی تبدیل سازد. نهایتاً در سطح خرد، نهادینه‌سازی سیستم‌های سنجش بازخورد مستمر و نظارت اخلاقی بر عملکرد بالینی درمانگران، مانع از جدول ۶. ساختار بنیادین تجربه زیسته درمانجویان از اثربخشی اکولوژیک روان‌درمانی

مؤلفه	ساختار	جوهره پدیدارشناختی برون‌درمانی	فرایند تعاملی در تجربه زیسته مراجع	کارکرد نهایی در تداوم یا شکست بنیادین
پایداری اقتصادی- نهادی	تاب‌آوری مادی به‌عنوان پیش‌نیاز آرامش	هزینه به عنوان منبع پایدار استرس مانع از پردازش عاطفی عمیق می‌شود.	تبدیل درمان به تجربه فرسایش‌زا یا احساس امنیت در تداوم	
امنیت سازمانی	کالبدی- امتداد جسمانی و فضایی امنیت درمانی	معماری، نفوذناپذیری صوتی و رفتار پرسنل، آستانه دفاعی مراجع را تعیین می‌کند.	تسهیل برون‌ریزی صادقانه یا بازدارندگی تجربی و نقاب‌گذاری	
اکوسیستم بین‌فردی	مشروعیت‌بخشی اجتماعی و بافت خانوادگی	پذیرش درمان در کانون خانواده، بار مقاومت‌های محیطی را تعدیل می‌کند.	هم‌افزایی با دستاوردهای درمان یا بازتولید نشانه‌های مرضی	
خودراهبری عاملیتی	توانمندی فردی و پختگی روانی مراجع	ظرفیت درون‌نگری و استقلال‌جویی مراجع سدهای بیرونی را مدیریت می‌کند.	تبدیل درمانجو به کنشگر فعال یا مراجع منفعل و ناامید	

باشد. علاوه بر این، اکوسیستم بین‌فردی آشکار می‌کند که اگر دستاوردهای درون اتاق درمان با ساختارهای بازدارنده خانواده یا استیگمای اجتماعی اصطکاک مداوم داشته باشد، اثربخشی درمان فرسایش یافته و مراجع در معرض عود قرار می‌گیرد. در نهایت، خودراهبری عاملیتی مراجع عاملی است که می‌تواند تعادل میان این نیروهای فشارنده و کشنده را برقرار سازد. بنابراین، تجربه موفقیت درمان نیازمند تحقق هم‌زمان شایستگی بالینی درون اتاق درمان و تثبیت پایداری اکولوژیک در محیط پیرامونی مراجع است؛ بدون این

در جدول ۶ نشان داده شده است که ساختار بنیادین اثربخشی درمان در افق اکولوژیک بر این اصل بنیادی استوار است: «روان‌درمانی تعاملی چندوجهی میان ذهن مراجع و بستر مادی و اجتماعی زندگی اوست». بر اساس جوهره پدیدارشناختی استخراج‌شده، پایدارسازی اقتصادی به مراجع اجازه می‌دهد بدون هراس از نیمه‌کاره ماندن درمان، در کاوش لایه‌های عمیق روان‌شناختی خود سرمایه‌گذاری عاطفی کند. از حیث کالبدی، امنیت فضا و محرمانگی نهادی امتداد مادی پیوند درمانی تلقی می‌شود؛ بدین معنا که محیط کلینیک می‌تواند تشدیدکننده اضطراب یا تداعی‌کننده مادری‌گری و پناهگاه

انسجام ساختاری، درمان در تبدیل تغییرات موقت به تحولات زیسته پایدار ناتوان خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین ساختار بنیادین تجربه زیسته درمانجویان از موانع محیطی و توانمندی‌های فردی مؤثر بر اثربخشی روان‌درمانی در چارچوب یک رویکرد اکولوژیک انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تجربه اثربخشی یا ناکامی روان‌درمانی حاصل عملکرد یک عامل منفرد نیست، بلکه در میدان تعامل پویای میان «اصطکاک‌های بافتاری و محیطی» و «ظرفیت‌های بوم‌شناختی فردی» شکل می‌گیرد. در بخش موانع، ناامنی اقتصادی و فقدان حمایت بیمه‌ای، نارسایی‌های کالبدی و تهدید حریم خصوصی، فشارهای سازمانی، دسترسی دشوار و نگرش‌های بازدارنده و انگ‌زننده خانواده از مهم‌ترین عوامل تضعیف‌کننده فرایند درمان بودند. در مقابل، سواد سلامت روان، انتظارات واقع‌بینانه، عاملیت فردی، تاب‌آوری، پایبندی به تکالیف درمانی و حمایت شبکه اجتماعی به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده شناسایی شدند. سنتر نهایی یافته‌ها نیز نشان داد که پایداری اقتصادی - نهادی، امنیت کالبدی - سازمانی، اکوسیستم بین فردی و خودراهبری عاملیتی چهار مؤلفه بنیادین ساختار تجربه اثربخشی اکولوژیک روان‌درمانی را تشکیل می‌دهند. این یافته‌ها از دیدگاهی حمایت می‌کنند که اثربخشی روان‌درمانی را فراتر از تکنیک درمانی و رابطه درمانگر - درمانجو، نتیجه تعامل میان فرد و زیست‌بوم اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سازمانی او تلقی می‌کند (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2007).

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش، نقش تعیین‌کننده ناامنی اقتصادی، هزینه‌های روان‌درمانی و فقدان پوشش بیمه‌ای در تداوم یا قطع درمان بود. تجربه مشارکت‌کنندگان نشان داد که هزینه درمان برای برخی از آنان صرفاً یک مسئله جانبی نبود، بلکه به عاملی فعال در ایجاد اضطراب، فرسایش ذهنی و حتی رهاسازی ناخواسته درمان تبدیل شده بود. این یافته نشان می‌دهد که قطع جلسات را نمی‌توان همیشه به فقدان انگیزه، مقاومت یا نارضایتی از مداخله نسبت داد، زیرا گاهی مراجع از نظر روان‌شناختی خواهان ادامه درمان است، اما منابع اقتصادی امکان آن را فراهم نمی‌کنند. این نتیجه با یافته‌های Khazaie و همکاران همسو است که در مطالعه کیفی خود نشان

دادند دلایل ترک روان‌درمانی ماهیتی چندعاملی دارند و شرایط بیرونی و مشکلات زندگی می‌توانند در کنار عوامل درمانی به قطع جلسات منجر شوند (Khazaie et al., 2016). همچنین با دیدگاه Farahani و همکاران مطابقت دارد که شکست درمان را پدیده‌ای پیچیده دانسته و نسبت‌دادن آن به یک علت ساده و درون‌فردی را ناکافی قلمداد کرده‌اند (Farahani et al., 2021). بنابراین، تفسیر ریزش درمانی بدون ارزیابی وضعیت اقتصادی و محدودیت‌های ساختاری ممکن است به آسیب‌شناسی نادرست رفتار مراجع منجر شود.

از منظر تبیینی، فشار اقتصادی می‌تواند بخشی از منابع شناختی و هیجانی مراجع را که باید صرف فرایند درمان شود، به نگرانی درباره تأمین هزینه جلسه بعدی اختصاص دهد. فردی که هم‌زمان با پردازش موضوعات دردناک روان‌شناختی باید درباره توانایی ادامه پرداخت هزینه‌ها نگران باشد، ممکن است نتواند احساس ثبات و امنیت لازم برای مشارکت عمیق درمانی را تجربه کند. بر همین اساس، پایداری اقتصادی را می‌توان بخشی از «امنیت درمانی» تلقی کرد، نه متغیری کاملاً بیرونی و بی‌ارتباط با درمان. این تفسیر با تأکید Lambert بر اهمیت عوامل خارج از تکنیک در تعیین پیامدهای روان‌درمانی سازگار است (Lambert, 2007). همچنین افزایش تقاضا برای خدمات سلامت روان و ضرورت توسعه شیوه‌های دسترسی‌پذیرتر ارائه خدمات، مسئله فاصله میان نیاز به درمان و امکان واقعی دریافت آن را برجسته ساخته است (Stringer, 2024). در نتیجه، اثربخشی واقعی یک مداخله را باید نه فقط بر مبنای کارآمدی آن در محیط کنترل‌شده، بلکه بر اساس امکان دسترسی و استمرار آن در شرایط واقعی زندگی مراجع ارزیابی کرد.

یافته مهم دیگر به نارسایی‌های کالبدی و سازمانی مراکز روان‌درمانی مربوط بود. مشارکت‌کنندگان به مشکلاتی مانند نشت صوتی، فقدان حریم خصوصی، فضای نامناسب انتظار، رفتار غیرحرفه‌ای کارکنان، موقعیت جغرافیایی دشوار و ساعات غیرمنعطف اشاره کردند. به‌ویژه مسئله شنیده‌شدن صدای سایر مراجعان یا نگرانی از شنیده‌شدن محتوای جلسه، احساس محرمانگی را تضعیف می‌کرد و در برخی موارد به خودسانسوری منجر می‌شد. این یافته از نظر مفهومی اهمیت زیادی دارد، زیرا نشان می‌دهد محرمانگی صرفاً یک اصل اخلاقی یا

قراردادی نیست، بلکه باید در معماری و سازمان‌دهی فیزیکی محیط نیز تحقق پیدا کند. حتی اگر درمانگر کاملاً به اصول رازداری پایبند باشد، محیطی که از نظر صوتی ایمن نیست می‌تواند ادراک مراجع از محرمانگی را مخدوش کند و آمادگی او برای خودافشایی را کاهش دهد.

این نتیجه را می‌توان در پرتو مطالعات مربوط به بستر ارائه روان‌درمانی نیز توضیح داد. پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی از طریق ویدئوکنفرانس نشان داده‌اند که ویژگی‌های محیط ارائه خدمت و ادراک مراجع از امنیت، دسترسی و تناسب محیط با نیازهای او می‌تواند بر تجربه درمان اثرگذار باشد (Mitchell, 2020; Thomas et al., 2021). بنابراین، آنچه اهمیت دارد صرفاً «کجا» یا «به چه شیوه‌ای» برگزارشدن جلسه نیست، بلکه میزان احساس امنیت، کنترل و راحتی مراجع در آن بستر است. یافته Kamel Ghalibaf و همکاران نیز نشان داد رضایت و اثربخشی ادراک‌شده در روان‌درمانی از راه دور به شرایط ارائه خدمت و تجربه کاربران وابسته است (Kamel Ghalibaf et al., 2015). از این منظر، فضای فیزیکی یا دیجیتال درمان بخشی فعال از مداخله است و نه ظرفی خنثی که بدون تأثیر بر فرایند درمان عمل کند.

یافته‌های مربوط به انعطاف سازمانی نیز در همین چارچوب قابل تبیین است. مشارکت‌کنندگان نشان دادند که ساعات کاری غیرمنعطف، دشواری رفت‌وآمد و سازوکارهای اداری نامتناسب با شرایط شغلی و زندگی می‌تواند فرسودگی پیش از جلسه ایجاد کنند یا حتی حضور منظم در درمان را غیرممکن سازند. گسترش روان‌درمانی آنلاین در سال‌های اخیر نشان داده است که انعطاف در بستر ارائه خدمات می‌تواند بسیاری از موانع جغرافیایی و زمانی را کاهش دهد (Boldrini et al., 2020; Thomas et al., 2021). با این حال، نگرش متخصصان نسبت به مداخلات اینترنتی و میزان پذیرش آن‌ها به کیفیت زیرساخت، شرایط استفاده و ادراک سودمندی وابسته است (Mendes-Santos et al., 2020). بنابراین، یافته حاضر به معنای جایگزینی کامل خدمات حضوری با خدمات آنلاین نیست، بلکه بر ضرورت طراحی مجموعه‌ای انعطاف‌پذیر از شیوه‌های ارائه خدمت تأکید دارد تا درمان با واقعیت‌های زندگی مراجع هماهنگ شود.

بخش دیگری از یافته‌ها نشان داد که خانواده و شبکه اجتماعی می‌توانند دو نقش کاملاً متضاد ایفا کنند. هنگامی که خانواده انگ‌زنی، تمسخر یا بی‌اعتبارسازی نیاز به درمان واکنش نشان می‌دهد، درمانجو ممکن است ناچار شود فرایند درمان را پنهان کند یا میان انتظارات خانواده و توصیه‌های درمانی تعارض تجربه کند. در مقابل، حمایت عاطفی، مالی و پذیرش بدون قضاوت خانواده می‌تواند فشارهای ناشی از درمان را کاهش دهد و استمرار آن را تسهیل کند. این یافته نشان می‌دهد که اثربخشی روان‌درمانی محدود به رابطه درمانگر و درمانجو نیست، بلکه دستاوردهای حاصل از جلسه باید در اکوسیستم بین‌فردی زندگی فرد امکان‌تثبیت پیدا کنند. اگر مراجع پس از جلسه به محیطی بازگردد که تغییرات او را بی‌اعتبار می‌کند یا اصل دریافت خدمات روان‌شناختی را با شرم همراه می‌سازد، احتمال فرسایش دستاوردهای درمان افزایش می‌یابد.

نقش بافت فرهنگی نیز در این زمینه حائز اهمیت است. نگرش خانواده نسبت به روان‌درمانی، مفهوم بیماری روانی و پذیرش دریافت کمک حرفه‌ای در خلأ شکل نمی‌گیرد، بلکه تحت تأثیر ارزش‌ها، باورها و هنجارهای فرهنگی است. پژوهش Ziaei و Zarani بر ضرورت انطباق روان‌درمانی با بافت فرهنگی و نظام ارزشی مراجعان تأکید کرده است (Ziaei & Zarani, 2026). همچنین Ghorbanpour Lafmejani نشان داده است که بی‌توجهی به مبانی انسان‌شناختی و فرهنگی می‌تواند محدودیت‌هایی در انطباق برخی رویکردهای روان‌درمانی با بافت مراجع ایجاد کند (Ghorbanpour Lafmejani, 2026). از سوی دیگر، تأکید بر افق‌های معنایی و گفت‌وگوی عمیق در مشاوره فلسفی نیز اهمیت فهم جهان ذهنی و معنایی مراجع را نشان می‌دهد (Izadi et al., 2025). بنابراین، انگ خانواده‌گی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را باید بخشی از ساختار فرهنگی و بین‌فردی گسترده‌تری دانست که می‌تواند دریافت و تداوم خدمات سلامت روان را تسهیل یا محدود کند.

در مقابل موانع ساختاری، یافته‌های پژوهش نشان داد که سواد سلامت روان و داشتن انتظارات واقع‌بینانه از درمان از مهم‌ترین منابع توانمندساز فردی هستند. مشارکت‌کنندگانی که فرایند درمان را به‌عنوان مسیری تدریجی و همراه با فراز و نشیب درک می‌کردند، کمتر نوسانات موقت یا دشواری‌های هیجانی را به‌عنوان نشانه

فرد، درمانگر و نظام ارائه خدمت بازتعریف نماید (Bear et al., 2022; Farahani et al., 2021).

ساختار بنیادین استخراج شده در این پژوهش، شامل پایداری اقتصادی - نهادی، امنیت کالبدی - سازمانی، اکوسیستم بین فردی و خودراهبری عاملیتی، در مجموع نشان می دهد که اثربخشی روان درمانی پدیده ای چندسطحی است. درمانجو برای خودافشایی و کار بر تجربه های دردناک به امنیت نیاز دارد؛ بخشی از این امنیت از رابطه درمانی حاصل می شود و بخش دیگر به امکان مالی ادامه درمان، محرمانگی محیط، پذیرش اجتماعی و ثبات سازمانی وابسته است. در همین حال، توانمندی فرد برای تأمل، مشارکت و دنبال کردن تغییر نیز تعیین می کند که فرصت های فراهم شده در محیط چگونه مورد استفاده قرار گیرند. به این ترتیب، اثربخشی اکولوژیک زمانی شکل می گیرد که منابع فردی و محیطی به جای خنثی کردن یکدیگر، هم افزا شوند.

همچنین باید توجه داشت که کیفیت این اکوسیستم به وضعیت حرفه ای درمانگر نیز وابسته است. رشد حرفه ای، خودمراقبتی و تجربه شخصی درمانگر می تواند بر ظرفیت او برای حضور مؤثر، حفظ حساسیت نسبت به مراجع و ایجاد محیطی ایمن تأثیر بگذارد (Ziede & Norcross, 2024). علاوه بر این، ویژگی های فردی درمانگر و درمانجو و نحوه تعامل آن ها می تواند کیفیت فرایند روان درمانی را تحت تأثیر قرار دهد (Shabib Asl & Alinaghilou, 2020). بنابراین، رویکرد اکولوژیک نباید به عوامل بیرونی محدود شود، بلکه لازم است مجموعه ای از سطوح فردی، بین فردی، حرفه ای، سازمانی و اجتماعی را در یک نظام به هم پیوسته در نظر گیرد.

در مجموع، یافته های پژوهش حاضر با بخش عمده ای از ادبیات پیشین همسو بوده و نشان می دهد که تحلیل پیامدهای روان درمانی صرفاً بر اساس تکنیک، تشخیص یا ویژگی های درمانجو کفایت نمی کند. مطالعات مربوط به عوامل مشترک و نقش مراجع بر سهم عوامل فراتر از تکنیک تأکید کرده اند (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2007)، پژوهش های مربوط به شکست و پایان ناموفق درمان بر ماهیت چندعاملی قطع درمان صحه گذاشته اند (Bear et al., 2022; Farahani et al., 2021; Khazaie et al., 2016)، مطالعات فناوری و درمان از راه دور اهمیت انعطاف بستر ارائه

شکست درمان تغییر می کردند. این افراد توان بیشتری برای ماندن در فرایند درمان، تأمل درباره تجربه خود و تحمل دوره های دشوار داشتند. این یافته با نتایج Sidis و همکاران درباره اهمیت فرایند بازتابی در روان درمانی همسو است؛ فرایندهای بازتابی به مراجع امکان می دهند تجربه های درونی، روابط و تغییرات خود را مشاهده و معناگذاری کند (Sidis et al., 2023). از این منظر، سواد سلامت روان تنها شامل شناخت اسامی اختلالات یا روش های درمانی نیست، بلکه شامل داشتن درکی واقع بینانه از ماهیت تغییر روان شناختی نیز می شود.

عاملیت، تاب آوری و پایداری به تکالیف نیز به عنوان تسهیل کننده های کلیدی شناسایی شدند. درمانجویانی که نقش فعالی در فرایند درمان بر عهده می گرفتند، تمرین ها را دنبال می کردند و در مواجهه با دشواری های موقت پشتکار بیشتری داشتند، توانسته بودند بخشی از اثر موانع محیطی را تعدیل کنند. این یافته با دیدگاه Bohart و Wade درباره نقش فعال مراجع در روان درمانی مطابقت دارد؛ بر اساس این دیدگاه، درمانجو یکی از مهم ترین عوامل ایجاد تغییر است و درمان صرفاً چیزی نیست که «بر روی» او انجام شود (Bohart & Wade, 2013). یافته حاضر همچنین با رویکردهای مبتنی بر نقاط قوت سازگار است که تلاش می کنند منابع درونی و احساس شایستگی مراجع را فعال کنند. پژوهش Darbani و Parsakia نیز اثربخشی مشاوره مبتنی بر نقاط قوت را در ارتقای خودارزشمندی نشان داده و بر ظرفیت این رویکرد برای فعال سازی منابع مثبت فرد تأکید کرده است (Darbani & Parsakia, 2022).

با وجود این، یافته های پژوهش حاضر تأکید می کنند که عاملیت و تاب آوری نباید به گونه ای تفسیر شوند که مسئولیت موفقیت یا شکست درمان به طور کامل بر دوش مراجع قرار گیرد. توانمندی های فردی در بستر محیط عمل می کنند. فرد بسیار باانگیزه نیز ممکن است در صورت فشار اقتصادی شدید، نبود حریم خصوصی یا مخالفت مستمر خانواده نتواند درمان را ادامه دهد. به همین ترتیب، ظرفیت های متوسط فردی در محیطی حمایتگر می توانند رشد کنند. بنابراین، رابطه میان منابع فردی و شرایط محیطی ماهیتی تعاملی دارد. این دیدگاه می تواند از رویکردهای سرزنش گرانه نسبت به مراجع جلوگیری کند و شکست درمان را به عنوان مسئله ای مشترک میان

مؤلفه‌های کیفی شناسایی‌شده به ابزارهای اندازه‌گیری و آزمون روابط میان متغیرهایی مانند فشار اقتصادی، محرمانگی محیط، حمایت خانواده، سواد سلامت روان، تاب‌آوری و تداوم درمان را فراهم سازد. همچنین انجام مطالعات طولی از آغاز تا پایان درمان می‌تواند مشخص کند که اهمیت هر یک از موانع و منابع توانمندساز در مراحل مختلف درمان چگونه تغییر می‌کند. مقایسه روان‌درمانی حضوری، آنلاین و ترکیبی نیز می‌تواند به شناسایی تفاوت‌های اکولوژیک این بسترها کمک کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده دیدگاه‌های درمانجویان، درمانگران، مدیران کلینیک‌ها و اعضای خانواده به‌صورت هم‌زمان بررسی شود تا الگویی چندمنظری از عوامل مؤثر بر اثربخشی و ریزش درمانی تدوین گردد. همچنین آزمون تجربی مدل چهارمؤلفه‌ای پایداری اقتصادی - نهادی، امنیت کالبدی - سازمانی، اکوسیستم بین‌فردی و خودراهبری عاملیتی می‌تواند گامی مهم در توسعه یک چارچوب نظری قابل سنجش برای اثربخشی اکولوژیک روان‌درمانی باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، ضروری است مراکز روان‌درمانی ارزیابی شرایط اکولوژیک مراجع را به بخشی از ارزیابی اولیه تبدیل کنند و علاوه بر نشانه‌های بالینی، وضعیت مالی، دشواری‌های رفت‌وآمد، حمایت خانوادگی، شرایط شغلی، سطح سواد سلامت روان و امکان اجرای تکالیف را نیز بررسی نمایند. مراکز درمانی باید استانداردهای محیطی به‌ویژه عایق‌بندی صوتی، محرمانگی، آرامش فضای انتظار، رفتار حرفه‌ای کارکنان و شفافیت مالی را ارتقا دهند و امکان نوبت‌دهی منعطف یا استفاده ترکیبی از جلسات حضوری و آنلاین را در موارد مناسب فراهم سازند. نهادهای سیاست‌گذار و بیمه‌گر نیز باید توسعه پوشش مالی خدمات روان‌درمانی را به‌عنوان بخشی از سیاست عدالت در سلامت روان مورد توجه قرار دهند. در سطح بالینی، درمانگران می‌توانند در جلسات آغازین انتظارات مراجع از درمان را بررسی کرده، درباره ماهیت تدریجی تغییر روان‌شناختی آموزش دهند و منابع فردی مانند تاب‌آوری، عاملیت و مهارت خودبازتابی را تقویت کنند. همچنین در صورت رضایت مراجع، آموزش روانی خانواده و استفاده از ظرفیت شبکه حمایت اجتماعی می‌تواند به کاهش انگ، افزایش پذیرش درمان و تثبیت دستاوردهای درمان در محیط واقعی زندگی فرد کمک کند.

خدمات را نشان داده‌اند (Boldrini et al., 2020; Mendes-Santos et al., 2021; Mitchell, 2020; Thomas et al., 2021) و پژوهش‌های فرهنگی بر ضرورت انطباق درمان با زمینه اجتماعی و معنایی مراجع تأکید کرده‌اند (Ghorbanpour Lafmejani, 2026; Izadi et al., 2025; Ziaei & Zarani, 2026). برآیند این شواهد و نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی زمانی به تغییر پایدار منجر می‌شود که کیفیت مداخله بالینی با دسترس‌پذیری اقتصادی، امنیت محیطی، حمایت اجتماعی، انعطاف سازمانی و عاملیت درمانجو همراه شود. از این رو، ارتقای اثربخشی روان‌درمانی مستلزم گذار از یک مدل صرفاً فردمحور به مدلی اکولوژیک و چندسطحی است که هم‌زمان فرد و شرایطی را که در آن زندگی و درمان را تجربه می‌کند مورد توجه قرار دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، ماهیت کیفی و پدیدارشناختی مطالعه و تعداد محدود مشارکت‌کنندگان امکان تعمیم آماری نتایج به تمامی درمانجویان را فراهم نمی‌کند و یافته‌ها باید در چارچوب انتقال‌پذیری مفهومی تفسیر شوند. دوم، داده‌ها بر گزارش‌های شخصی و بازنگرانه مشارکت‌کنندگان استوار بود و احتمال تأثیر سوگیری یادآوری، وضعیت هیجانی زمان مصاحبه و برداشت ذهنی افراد از تجربه درمان وجود دارد. سوم، مشارکت‌کنندگان تجربه‌های متفاوتی از انواع درمان، درمانگران و محیط‌های بالینی داشتند و این ناهمگونی، هرچند برای دستیابی به حداکثر تنوع مفید بود، امکان تفکیک اثر رویکردهای درمانی یا انواع مراکز ارائه خدمت را محدود کرد. علاوه بر این، مطالعه حاضر عمدتاً بر دیدگاه درمانجویان متمرکز بود و دیدگاه درمانگران، مدیران کلینیک‌ها، اعضای خانواده و سیاست‌گذاران نظام سلامت به‌طور مستقیم بررسی نشد. همچنین، ماهیت مقطعی گردآوری داده‌ها امکان مشاهده چگونگی تغییر ادراک موانع و توانمندی‌ها در مراحل مختلف درمان را محدود ساخت.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده ساختار اکولوژیک استخراج‌شده در مطالعه حاضر را در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، در شهرها و مناطق برخوردار و کم‌برخوردار و در میان گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی بررسی کنند. طراحی مطالعات آمیخته می‌تواند امکان تبدیل

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافع وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Satisfaction and Effectiveness in Remote Psychotherapy: Perspectives of Patients and Psychotherapists. *Health Management*, 18(61), 92-105.
- Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the Reasons for Dropping Out of Psychotherapy: A Qualitative Study. *Evaluation and Program Planning*, 56, 23-30.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential Address: What We Have Learned from a Decade of Research Aimed at Improving Psychotherapy Outcome in Routine Care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' Attitudes toward Internet Interventions: Exploratory Cross-Sectional Study. *Jmir Mental Health*, 7(4), e16817.
- Mitchell, E. (2020). Much More than Second Best: Therapists' Experiences of Videoconferencing Psychotherapy. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 10, 121-135.
- Shabib Asl, N., & Alinaghilou, S. (2020). Client and Therapist Personality in Psychotherapy.
- Sidis, A. E., Moore, A., Pickard, J. A., & Deane, F. P. (2023). Conceptualisation and Measurement of Reflective Process in Psychotherapy: A Systematic Scoping Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53(1), 99-107.
- Stringer, H. (2024). Mental Health Care Is in High Demand. Psychologists Are Leveraging Tech and Peers to Meet the Need.
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the Current Empirical Literature on Using Videoconferencing to Deliver Individual Psychotherapies to Adults with Mental Health Problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 854-883.
- Ziaei, L., & Zarani, F. (2026). Culturally Adapted Psychotherapy: A Systematic Review and Introduction of the Integrated Model of Cultural Adaptation of Psychotherapy (IMCAP). *Applied Psychology*(77), 10-33.
- Ziede, J. S., & Norcross, J. C. (2024). Personal Therapy and Self-Care in the Making of Psychologists. In (pp. 53-86). Routledge.
- Bear, H. A., Dalzell, K., Edbrooke-Childs, J., Garland, L., & Wolpert, M. (2022). How to Manage Endings in Unsuccessful Therapy: A Qualitative Comparison of Youth and Clinician Perspectives. *Psychotherapy Research*, 32(2), 249-262.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In (pp. 219-257). John Wiley & Sons.
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy during COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed during the Pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 591170.
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2022). The Effectiveness of Strength-Based Counseling on the Self-Esteem of Marital Conflicted Women. *Psychology of Woman Journal*, 3(1), 46-55.
- Farahani, H., Azadfallah, P., Roshan Chesli, R., Pourmohammadreza-Tajrishi, M., Esrafilian, F., Fathali Lavasani, F., & Chiniforushan, F. (2021). Methodology for Analyzing Treatment Failure in Psychotherapy Research: A Guide for Clinicians and Researchers. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 173-182.
- Ghorbanpour Lafmejani, A. (2026). Explaining the Effectiveness of Islamic Anthropology in Addressing the Shortcomings of Perls' Gestalt Therapy Anthropology. *Religion Studies and Effectiveness*(19), 62-88.
- Izadi, M. H., Peyk-Herfeh, S., Reayat Jahromi, M., & Baghersahai, A. N. (2025). Examining the Intellectual Foundations of Philosophical Counseling and Its Approach in Contemporary Psychotherapy. *Metaphysical Research*, 6(1), 299-330.
- Kamel Ghalibaf, A., Kamel Ghalibaf, A., Karimi, H., Rastegar Moghadam, N., & Beigi, K. B. (2015). Examining