

The Comparison of Therapeutic Alliance in Patients with Successful Termination of Psychotherapy and Patients with Premature Termination of Psychotherapy

Somayeh Safarzade 

Ph D. Student in Psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

Yosef Dehghani 

Associate Professor, Doctor of Psychology, Director of the Department of Psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

Accepted: 14/05/2023

Received: 20/07/2022

ISSN: 2322/3189

eISSN: 2476-6410

Abstract

The premature termination of psychotherapy as a big problem has been found in the work of mental health professionals. Many factors are involved in causing it. The purpose of the present study was to compare two groups of patients with successful termination of psychotherapy and premature termination of psychotherapy in the therapeutic alliance. The design of the present study was a causal-comparative in which to compare two groups in the study variables were discussed. The statistical population of the present study was all patients referred to Mental Health Clinics, Pain Clinics, and Substance Use Treatment Centers in Mashhad. During the 9 months from January 2021 to September 2021, 60 people were selected as the sample through a targeted sampling method. The research instruments included a Demographic information questionnaire, Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR), and Outcome Questionnaire (OQ®-42.2). For data analysis software was used from SPSS-19, descriptive findings, and independent t-test. The mean and standard deviation age of the participants was respectively 37/38 and 6/98. The average therapeutic alliance was in the group with successful termination of psychotherapy (42) higher than the group with premature termination of psychotherapy (26/13). The results of the two independent groups t-test showed that the two groups had statistically significant differences together in therapeutic alliance ($P < 0/05$).

* Corresponding Author: ydehghani@pgu.ac.ir

How to Cite: Safarzade, S., Dehghani, Y. (2023). The Comparison of Therapeutic Alliance in Patients with Successful Termination of Psychotherapy and Patients with Premature Termination of Psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 13(51), 29-60. DOI: 10.22054/jcps.2023.61545.2586

The results of this study showed that the therapeutic alliance between the two groups was significantly different. Experts in the field of mental health and psychiatry in order to reduce and prevent premature termination of psychotherapy are required to pay great attention to the process of psychotherapy and factors influencing its process.

Keywords: Therapeutic alliance, Psychotherapy, Successful Termination, Premature Termination, Patients, Mental Disorders.



1. Introduction

The issue of premature termination of psychotherapy is a common and expanding phenomenon that we see in treatment clinics (Term Horne & et al, 2017). A high rate of premature termination of psychotherapy in out-of-hospital settings has been reported in the last twenty years. Approximately half of all clients to psychology and psychiatry clinics leave treatment sessions before the scheduled time (Jordan & et al, 2017; Swift & et al, 2009). This amount is very broad and wide. In the United States of America, the prevalence of this issue in psychiatric and psychological clinics has been reported to be between 40% and 60%, which is a very high figure (Hamilton & et al, 2011). In Lambert's research, 20% to 57% of patients refused to continue the psychotherapy process after the first meeting with the therapist (Wierzbicki & Pekarik, 1993). The bigger problem regarding this issue is the lack of researches and studies that can reduce the rate of premature termination of psychotherapy or in other words increase the successful termination of psychotherapy.

In the studies that have been conducted on patients who end treatment prematurely, various factors have been found for this action. One of the most important factors that plays a significant role in how the psychotherapy process ends is the therapeutic alliance between the patient and the therapist during the treatment process. The results of various meta-analyses have shown that the therapeutic alliance is a predictor of therapeutic outcomes (Mendez, 2020; Lawton & et al, 2016) and also, how psychotherapy ends. The therapeutic alliance has been defined in different ways in the studies and researches that have been done in the field of psychotherapy. Borden (1994) defined the therapeutic alliance as a positive emotional bond between the patient and the therapist (trust, respect, and liking), their ability to agree on treatment goals, and establish a mutual understanding of tasks during therapy (Borden, 1994; Tschuschke & et al, 2020).

Research Question(s)

1: What is the role of therapeutic alliance in the premature termination of psychotherapy?

2: Is there a difference between the two groups of patients with premature termination and successful termination of psychotherapy in therapeutic alliance?

2. Literature Review

Approximately half of all adults in the psychotherapy process end psychotherapy prematurely. Despite this high number of patients with premature termination of psychotherapy and the importance of this issue in clinical work (Zilcha-Mano & et al, 2018; Lambert & et al, 2004) our knowledge about possible predictors of this phenomenon is not complete and the predictive patterns of this phenomenon are poorly known.

The results of Liu-Sievert & et al.'s researches showed that prematurely leaving treatment sessions will lead to a decrease in positive treatment results and exacerbation of the individual's illness, re-hospitalization, and a decrease in the possibility of asking for help for the patient's future problems (Liu-Sievert & et al, 2005).

The therapeutic alliance is a necessary and important dimension in any psychotherapy. However, little research has been done on this important and necessary dimension. Personal factors related to the patient and therapist, interpersonal factors, therapist competence, and therapeutic techniques used interact in forming an effective alliance (Tschuschke & et al, 2020). When there is a high therapeutic alliance between the patient and the therapist, the process of change will be greatly facilitated, and the patient will recover much sooner and reduce her discomfort symptoms (Henson & et al, 2019).

The therapeutic alliance has played a significant role in changing the patient's condition in all treatment methods. The effectiveness of therapeutic alliance in the successful or premature termination of psychotherapy has been proven by important change approaches such as cognitive behavioral, psychoanalytic, individualistic, and eclectic therapies (Tschuschke & et al, 2020; Eubanks & et al, 2018).

As far as the authors of the research have reviewed research done in the field of psychotherapy in Iran, despite the importance of the topic of premature termination of psychotherapy and the knowledge of its predictive factors, no research has been conducted in this field. So, considering the importance of the phenomenon of premature termination of psychotherapy and the identification of effective factors in the occurrence of this unpleasant phenomenon, the aim of the present study was to investigate the role of therapeutic alliance in the premature termination of psychotherapy.

3. Methodology

The design of the present study was causal-comparative in which two groups were compared in the study variable. The statistical population of the present study was all patients referred to mental health clinics, pain clinics, and substance abuse treatment centers in Mashhad City. 60 people were selected as a sample through a targeted sampling method. The criteria for entering the research were: Refer to psychological and psychiatric clinics in Mashhad city, give informed consent to participate in the research project, have at least a diploma degree, receive at least seven psychotherapy sessions for the participants who are receiving psychotherapy at the time of the research, patients diagnosed with anxiety disorders, depressive disorders and obsessive-compulsive disorder, no previous history of mental disorders and problems, no previous referral to a psychiatrist or psychologist and receiving psychoanalytic and cognitive-behavioral psychotherapies. The criteria for exiting the research included not completing the research tools correctly and also receiving a method of individual psychotherapy except for the psychotherapy examined in the research plan. The research tools included the demographic information questionnaire, Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR), and Outcome Questionnaire (OQ®-42.2).

4. Conclusion


The results of the present study showed that there is a significant difference between therapeutic alliance in two groups of patients with premature termination and successful termination. The findings with the research results of Tschuschke & et al, 2022; Flockier, 2018; Shattuck & et al, 2018; Yoo & et al, 2014 and Ardito & Rabellino, 2011 are aligned. In a research that was conducted on 14 people who were diagnosed with cancer or brain tumor and received 6-8 sessions of regular desensitization therapy and 6-8 sessions of cognitive behavioral therapy, they came to the conclusion that therapeutic alliance plays an important role in improving the conditions of these patients and reducing their symptoms (Schnur & Montgomery, 2010). This result is consistent with the findings of the present study. The therapeutic alliance is an important factor in clinical changes and therapeutic outcomes (Shattuck & et al, 2018). In the explanation of the result, it can be stated that the results of many researches have

shown that when the patient sees the therapist as warm and empathetic and establishes a strong therapeutic alliance with the therapist, he is more involved in the psychotherapy process and ultimately gets a better result (Pillage, 2018; Ardito & Rabellino, 2011).




مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران با اختتام زودرس روان‌درمانی

دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

سمیه صفرزاده 

دانشیار، دکترای روانشناسی، مدیر گروه رشته روانشناسی، دانشگاه

یوسف دهقانی  *

خلیج فارس، بوشهر، ایران

چکیده

امروزه ختم زودرس روان‌درمانی به‌عنوان یک مشکل بزرگ در کار متخصصان بهداشت روانی مشخص شده است. عوامل زیادی در بروز این امر نقش دارند. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه دو گروه بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و اختتام زودرس روان‌درمانی در اتحاد درمانی بود. طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود که در آن به مقایسه دو گروه در متغیر مطالعه پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سلامت روان، کلینیک‌های درد و مراکز درمانی سوءمصرف مواد سطح شهر مشهد بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در طول ۹ ماه از دی‌ماه ۱۳۹۹ تا شهریور ۱۴۰۰ تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تجدیدنظر شده‌ی اتحاد‌کاری (WAI-SR) و مقیاس پیامد درمانی (OQ[®]-42.2) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-19، یافته‌های توصیفی و آزمون تی تست مستقل استفاده گردید. میانگین و انحراف استاندارد سنی جمعیت مورد مطالعه به ترتیب ۳۷/۳۸ و ۶/۹۸ بود. میانگین اتحاد درمانی در گروه با اختتام موفق روان‌درمانی ۴۲ حاصل شد که بیشتر از گروه با اختتام زودرس روان‌درمانی (۲۶/۱۳) است. نتایج آزمون تی-تست دو گروه مستقل نیز نشان داد دو گروه از لحاظ آماری با یکدیگر در اتحاد درمانی تفاوت معنی‌دار داشتند ($P < 0/05$). نتایج پژوهش حاضر نشان داد اتحاد درمانی در بین دو گروه تفاوت معناداری داشت. متخصصان حوزه سلامت روان و روان‌پزشکی جهت کاهش و جلوگیری از بروز اختتام زودرس روان‌درمانی نیاز است به فرایند روان‌درمانی و عوامل تأثیرگذار بر روند آن، توجه به سزایی داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: اتحاد درمانی، روان‌درمانی، اختتام زودرس، اختتام موفق، بیماران، اختلال‌های روانی.

* نویسنده مسئول: ydehghani@pgu.ac.ir

مقدمه

موضوع ختم زودرس^۱ روان‌درمانی پدیده‌ای شایع و روزبه‌روز در حال گسترش است که در کلینیک‌های درمانی شاهد آن هستیم (ترم هورن^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). میزان بالایی از ختم زودرس روان‌درمانی در محیط‌های خارج از بیمارستان در بیست سال اخیر گزارش شده است. به‌طور تقریبی نیمی از همه‌ی مراجعان به کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی اقدام به ترک جلسات درمانی قبل از موعد می‌کنند (جردن^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسویت^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). این میزان بسیار گسترده و وسیع است. در ایالات متحده آمریکا، شیوع این مسئله در کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی بین ۴۰٪ تا ۶۰٪ گزارش شده است که رقم بسیار بالایی است (همیلتون^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش لمبرت^۶ ۲۰٪ تا ۵۷٪ بیماران بعد از اولین جلسه‌ی ملاقات با درمانگر از ادامه‌ی فرایند روان‌درمانی انصراف دادند (ویرزبکی و پکاریک^۷، ۱۹۹۳). در پژوهش دیگری بین ۲۰٪ تا ۶۰٪ بیماران اقدام به ترک جلسات درمانی کرده‌اند (سلمویراچی و سامبه^۸، ۲۰۱۰) که پیامد این امر میزان بالای ختم زودرس روان‌درمانی و اختلال در کسب پیامدهای درمان خواهد بود (اسویت و همکاران، ۲۰۱۸). مشکل بزرگ‌تر در مورد این مسئله فقدان پژوهش‌ها و مطالعاتی است که موجبات کاهش میزان ختم زودرس روان‌درمانی یا به عبارتی اختتام موفق روان‌درمانی را فراهم کند.

کوپر و لسر^۹ (۲۰۰۸) ختم زودرس را به‌عنوان نارضایتی بیمار از فرایند روان‌درمانی و نرسیدن به اهداف اولیه‌شان دانسته‌اند. فروید از اصطلاح کامل نکردن سیر درمانی یاد می‌کند و علت عمده‌ی آن را دو مورد می‌داند: (۱) بیمار از مشکل خود رنج زیادی نمی‌برد

-
1. Premature Termination
 2. Term Horne
 3. Jordan
 4. Swift
 5. Hamilton
 6. Lambert
 7. Wierzbicki & Pekarik
 8. Salmoiraghi & Sambh
 9. Cooper & Lesser

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۳۷

و بعد از چند جلسه بر بازداری‌ها و اضطراب خود فائق می‌آید و ۲) اینکه درمانگر احساس می‌کند که الگوهای آسیب‌شناختی خاصی در جلسات درمانی پیدا نشده است. نگرانی‌های زیادی در مورد ملاک‌هایی که بر اساس آن بیماران به عنوان ختم‌کننده زودرس در نظر گرفته می‌شوند؛ وجود دارد. در فرایند روان‌درمانی، اختتام زودرس روان‌درمانی به شیوه‌های مختلفی تعریف شده است. گاه ادامه‌ندادن درمان توسط درمانجو قبل از اینکه درمانگر احساس کند که بیمار می‌تواند به درمان پایان دهد؛ ملاک ختم زودرس روان‌درمانی است. گاه ملاک تعداد جلسات می‌باشد و درمانجویی که کمتر از ده جلسه در فرایند درمان حاضر می‌شود به عنوان ختم‌کننده‌ی زودرس درمان در نظر گرفته می‌شود (کانل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). گاهی نیز معیار تعیین بیمار ختم‌کننده‌ی زودرس، حضور یافتن کمتر از تعداد جلسات مشخص در فرایند روان‌درمانی است (اپرسون^۲ و همکاران، ۱۹۸۳؛ اندرسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

در مقابل، پژوهش‌هایی وجود دارد که ملاک تعیین ختم زودرس، قضاوت درمانگر در مورد بیمار بوده است و از دیدگاه درمانگر، بیماری به عنوان ختم‌کننده‌ی زودرس در نظر گرفته می‌شود که به صورت یک‌طرفه در هر زمان از درمان به علت فقدان علاقه و برخلاف نظر درمانگر اقدام به ترک جلسات درمانی می‌کند (کارپنتر^۴، ۱۹۷۹).

تعریفی که برای ختم زودرس بیمار در نظر گرفته می‌شود بسیار مهم و ضروری می‌باشد. در حقیقت نوع تعریف، میزان شیوع اختتام زودرس در مراکز روان‌درمانی و روان‌پزشکی را تعیین می‌کند. ملاک صحیحی که در برخی از پژوهش‌ها از آن استفاده گردیده است و به شناسایی بیماران با اختتام زودرس روان‌درمانی کمک شایان توجهی کرده است در نظر گرفتن قضاوت و دیدگاه درمانگر و هم‌چنین، تعداد جلسات حضور بیمار در فرایند روان‌درمانی بوده است.

-
1. Connell
 2. Epperson
 3. Anderson
 4. Carpenter

در مطالعاتی که بر روی بیماران ختم‌کننده‌ی زودرس درمان انجام شده است؛ عوامل مختلفی برای این اقدامشان به دست آمده است. یکی از مهم‌ترین عواملی که در چگونگی اختتام فرایند روان‌درمانی نقش به‌سزایی دارد عامل اتحاد درمانی^۱ بین بیمار و درمانگر در طی فرایند درمان می‌باشد. نتایج فراتحلیل‌های مختلف نشان داده است اتحاد درمانی پیش‌بینی‌شده نتایج درمانی (مندز^۲، ۲۰۲۰؛ لوتون^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) و هم‌چنین، چگونگی اختتام روان‌درمانی خواهد بود.

در تمام مطالعاتی که در حوزه‌ی موفقیت فرآیند روان‌درمانی صورت گرفته است؛ اولین مسئله‌ای که توجه همگان را به خود جلب کرده است ارتباط بین بیمار و درمانگر به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده و اساسی در موفقیت درمان بوده است. اتحاد درمانی به‌عنوان یک عامل پیوستگی بسیار مهم و ضروری بین بیمار و درمانگر خصوصاً در مورد بیماران با آسیب‌روانی پیشرفته شناخته شده است (براون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کیولیگان^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هنسون^۶ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ژیرارد^۷ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ترنر^۸ و همکاران، ۲۰۱۵).

مفهوم اتحاد درمانی ریشه‌ی اصلی آن از کارهای اولیه‌ی فروید^۹ در مورد بحث انتقال نشأت می‌گیرد. فروید بر اهمیت انتقال مثبت در موفقیت فرایندهای تحلیلی تأکید کرد. او هدف اولیه‌ی درمان برای بیمار را رسیدن به یک تحلیل جامع در چهارچوب یک رابطه‌ی دوستانه و مثبت می‌داند (کاسینهود^{۱۰}، ۲۰۰۹). از کارهای اولیه‌ی فروید نظریات متفاوتی در مورد اتحاد درمانی ظهور پیدا کرده است.

1. Therapeutic Alliance
2. Mendez
3. Lawton
4. Browne
5. Kivlighan
6. Henson
7. Girard
8. Turner
9. Freud
10. Cousinhood

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۳۹

در متون دیگری؛ ریشه‌ی مفهوم اتحاد درمانی به الیزابت زتزال^۱ (۱۹۵۶) نسبت داده می‌شود که منظور از اتحاد درمانی را ارتباط تحلیل‌کننده-تحلیل‌شونده می‌داند که مبتنی بر رضایت بیمار برای متحدشدن در فرایند تحلیل با درمانگر برای نیل به بینش و بهبودی است (ترمین و همکاران، ۲۰۲۰). باردین^۲ (۱۹۹۴)، اتحاد درمانی را به‌عنوان یک پیوند عاطفی مثبت بین بیمار و درمانگر (اعتماد، احترام و دوست‌داشتن)، توانایی‌شان در به توافق‌رسیدن در مورد اهداف درمان و استقرار یک اجمال دو جانبه در مورد وظایف در طول درمان می‌داند (باردین، ۱۹۹۴؛ تچوشکه^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

اتحاد درمانی در مطالعات و پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی روان‌درمانی صورت گرفته است به شیوه‌های مختلفی تعریف شده است؛ اما در تمامی این تعاریف بر این امر تأکید شده است که اتحاد درمانی یک صفت اساسی و مبرم برای طی کردن مناسب و مؤثر فرایند روان‌درمانی است (تچوشکه و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایوبنکس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ بری^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). بسیاری از بیمارانی که در میانه‌ی فرایند روان‌درمانی اقدام به ترک جلسات کرده‌اند بر این امر تأکید کرده‌اند که پیوند و اتحاد مناسبی با درمانگر احساس نمی‌کردند و این امر موجب اختتام زودرس روان‌درمانی شده است (براون و همکاران، ۲۰۱۹). ایجاد و رشد یک اتحاد خوب با بیمار صرف‌نظر از نوع درمانی که به کار می‌رود در موفقیت درمان بسیار ضروری است و عدم وجود آن موجبات اختتام زودرس روان‌درمانی بیماران را فراهم خواهد کرد (براون و همکاران، ۲۰۱۹).

به‌طور تقریبی نیمی از همه‌ی بزرگ‌سالان در فرایند روان‌درمانی اقدام به ترک زودهنگام جلسات می‌کنند. علی‌رغم، این تعداد بالای بیماران با ختم زودرس روان‌درمانی و اهمیت این مسئله در کارهای بالینی (زیلچا-مانو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لمبرت و همکاران،

-
1. Elizabeth Zetzel
 2. Borden
 3. Tschuschke
 4. Eubanks
 5. Berry
 6. Zilcha-Mano

(۲۰۰۴) دانش ما در مورد پیش‌بینی‌کننده‌های ممکن این پدیده کامل نیست و الگوهای پیش‌بینی‌کننده‌ی این پدیده به‌طور ضعیفی شناخته شده است. نتایج پژوهش‌های لیوسیف و همکارانش نشان داد ترک زودرس جلسات درمانی، منجر به کاهش نتایج مثبت درمانی و تشدید بیماری فرد، بستری مجدد و کاهش احتمال درخواست کمک برای مشکلات آینده‌ی بیمار خواهد شد (لئو سیورت^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

بستری شدن مجدد علاوه بر مشکلات روحی که برای فرد به وجود می‌آورد از لحاظ اقتصادی نیز برای وی مشکل به بار خواهد آورد. هزینه‌ی خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی بالا می‌باشد و گاه فرد توان پرداخت دوباره‌ی این هزینه‌های سنگین را نخواهد داشت. مراجعه نکردن مجدد فرد نیز، مسلماً موجبات بدتر شدن وضع وی و تشدید مشکل را فراهم خواهد کرد.

اتحاد درمانی با اینکه یک بعد ضروری و مهم در هر روان‌درمانی می‌باشد. با این حال تعداد اندکی تحقیقات درباره‌ی این بعد مهم و ضروری انجام شده است. عوامل شخصی که مربوط به فرد بیمار و درمانگر می‌باشد، عوامل بین فردی، کفایت درمانگر و تکنیک‌های درمانی به کار گرفته‌شده در شکل دادن یک اتحاد مؤثر تعامل دارند (تچوشکه و همکاران، ۲۰۲۰). زمانی که اتحاد درمانی بالایی بین بیمار و درمانگر برقرار باشد فرایند تغییر بسیار تسهیل خواهد شد و بیمار خیلی زودتر از زمان موعده بهبودی و کاهش نشانگان ناراحتی خود را در پی خواهد داشت (هنسون و همکاران، ۲۰۱۹) اتحاد درمانی در تمامی شیوه‌های درمان نقش به‌سزایی در تغییر وضعیت بیمار داشته است. تأثیر اتحاد درمانی در اختتام موفق یا زودرس روان‌درمانی توسط رویکردهای مهم تغییر چون درمان‌های شناختی رفتاری، روان‌تحلیلی، فرد نگر راجرزی و التقاطی به اثبات رسیده است. (تچوشکه و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایوبنکس و همکاران، ۲۰۱۸).

تا آنجایی که نویسندگان پژوهش، پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه‌ی روان‌درمانی در ایران را بررسی‌اند علی‌رغم، اهمیت موضوع اختتام زودرس روان‌درمانی و

^۱ Liu-Sievert

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۴۱

شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی آن، تاکنون پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است. لذا؛ با توجه به اهمیت پدیده‌ی اختتام زودرس روان‌درمانی و شناسایی عوامل مؤثر در بروز این پدیده‌ی ناخوشایند، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش اتحاد درمانی در اختتام زودرس روان‌درمانی بود که برای نیل به این هدف، به مقایسه دو گروه بیماران با اختتام زودرس و اختتام موفق روان‌درمانی در این متغیر پرداخته شد.

روش

طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود که در آن به مقایسه دو گروه در متغیر مطالعه پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سلامت روان، کلینیک‌های درد و مراکز درمانی سوءمصرف مواد سطح شهر مشهد بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

ملاک‌هایی که برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد عبارت بودند از: مراجعه به کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی سطح شهر مشهد، رضایت آگاهانه جهت مشارکت در طرح پژوهش، داشتن سواد حداقل در حد داشتن مدرک دیپلم، دریافت حداقل هفت جلسه روان‌درمانی برای شرکت‌کنندگانی که در زمان انجام پژوهش در حال دریافت روان‌درمانی هستند، بیماران با تشخیص اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال وسواس اجباری، عدم وجود سابقه‌ی قبلی اختلال و مشکل روانی، عدم مراجعه‌ی قبلی به روان‌پزشک و یا روانشناس و نیز دریافت روان‌درمانی‌های به شیوه‌ی روان‌تحلیلی و شناختی رفتاری.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل صحیح ابزارهای پژوهش و نیز دریافت شیوه‌ای از انواع روان‌درمانی فردی به‌جز روان‌درمانی‌های موردبررسی در طرح - پژوهش بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تجدیدنظر شده‌ی اتحادکاری (WAI-SR)^۱ و مقیاس پیامد درمانی (OQ[®]-42.2)^۲ بود.

-
1. Working Alliance Inventory – Short Revised
 2. Outcome Questionnaire

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بافتاری: این پرسشنامه حاوی اطلاعات اولیه جمعیت‌شناختی از افراد همچون، سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت درآمد، محل سکونت و طول مدت بود.

مقیاس پیامد درمانی (Outcome Questionnaire): این مقیاس برای سنجش میزان اضطراب و افسردگی، کارکردهای اجتماعی و روابط بین فردی بیمارانی که در جلسات روان‌درمانی شرکت می‌کنند، توسط لمبرت، لونن، آمپرس، هنسن و برلینگیم^۱ در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است (لمبرت و همکاران، ۱۹۹۴). نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که این مقیاس ابزار بسیار سودمندی در تعیین اثربخشی روان‌درمانی و سنجش اختتام موفق روان‌درمانی بوده است. این مقیاس دارای ۴۵ گویه می‌باشد که سه بعد نشانه‌های استرس بیمار (۲۲ گویه)، کارکردهای نقش اجتماعی (۹ گویه) و روابط بین فردی (۱۱ گویه) در مقیاس لیکرت از صفر تا ۴ ارزیابی می‌شود. دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۱۸۰ می‌باشد. هر چه نمره‌ی فرد در این پرسشنامه پایین‌تر باشد نشان‌دهنده‌ی ختم موفق‌تر روان‌درمانی خواهد بود. آلفای کرونباخ گزارش شده برای این ابزار در سال ۲۰۱۲ توسط لمبرت و همکارانش در پژوهشی ۰/۹۳ و بازآزمایی آن ۰/۸۴ به‌دست آمده است (لمبرت، ۲۰۱۲). آلفای-کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۵ حاصل شد.

مقیاس تجدیدنظر شده‌ی اتحادکاری (Working Alliance Inventory – Short Revised): این مقیاس برای سنجش اتحاد درمانی بین بیمار و درمانگر در طول جلسات توسط هتچر و گیلسپی^۲ (۲۰۰۶)، تدوین شده است و مبتنی بر همان ابزار اتحادکاری هوروث و ریتگبیرز (۱۹۸۹) می‌باشد و سه بعد اساسی اتحاد درمانی باردین (۱۹۷۹)، وظایف، اهداف، پیوند را در بر می‌گیرد. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی اتحادکاری نسبت به سایر نسخه‌های این ابزار در نشان‌دادن میزان اتحاد درمانی در جلسات درمانی موفق‌تر بوده است. این مقیاس دارای ۱۲ گویه می‌باشد که سه بعد وظایف

1. Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen, & Burlingame
2. Hatcher & Gillaspay

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۴۳

(۴ گویه)، اهداف (۴ گویه) و پیوند (۴ گویه)، در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ ارزیابی می‌شود. دامنه‌ی نمرات از ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد (هتچر و گیلسپی، ۲۰۰۶). نمرات بالا در این پرسشنامه نشان می‌دهد که بین بیمار و درمانگر اتحاد درمانی مطلوب و بالایی وجود دارد. نمرات پایین، اتحاد درمانی ضعیف بین بیمار و درمانگر را نمایان می‌سازد. آلفای کرونباخ کلی گزارش شده برای این ابزار توسط ماندر، ویلمرس، لیانهارت، لینستر و بارث^۱ (۲۰۱۰)، در یک نمونه‌ی بیماران سرپایی و بستری در بیمارستان آلمانی، ۰/۸۰ بوده است و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های وظایف، اهداف و پیوندها در بیماران سرپایی به ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های وظایف، اهداف و پیوندها در بیماران بستری به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۹۱ می‌باشد. روایی هم‌زمان آن با مقیاس اتحاد-یاری بخش لیبروسکی (۱۹۷۶)، برابر با ۰/۶۴ می‌باشد که نشان از روایی مطلوب این مقیاس می‌باشد (ماندر و همکاران، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

جهت اجرای فرایند پژوهش با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود پژوهش، شرکت-کنندگان موردنظر از میان جامعه آماری مورد مطالعه انتخاب شدند. در اولین قدم ملاقات با شرکت‌کننده در پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی به صورت مختصر اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده می‌شد و در صورت دریافت رضایت آگاهانه‌ی آنان از شرکت در پژوهش در دومین قدم، سؤالاتی در جهت فهم این مسئله که آیا بیمار موردنظر به طور کامل ملاک‌های ورود به پژوهش را دارد پرسیده شد و در شرایطی که بیمار موردنظر ملاک‌های لازم و کافی ورود به پژوهش را داشت پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار می‌گرفت و خواسته می‌شد صادقانه ابزارها را تکمیل کنند. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد اطلاعات آنان کاملاً محرمانه خواهد بود و جز در جهت اهداف پژوهش از آنها استفاده‌ای نخواهد شد. بعد از گذشت حدود یک ساعت، پرسشنامه‌ها از شرکت‌کنندگان در پژوهش دریافت شد.

1. Munder, Wilmers, Leonhart, Linster, & Barth

ابزارهای پژوهش به صورت فردی برای هر شرکت‌کننده اجرا شدند. با توجه به اینکه بسیاری از افرادی که به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی مراجعه می‌کنند تمایلی به ابراز حضور خود، بیان مشکل و ناراحتی و چگونگی فرایند درمان ندارند؛ فرایند اجرای طرح پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، مدت‌زمان نسبتاً طولانی ۸ ماه به طول انجامید. بیمارانی که کمتر از تعداد جلسات توافق‌شده‌ی اولیه در فرایند روان‌درمانی شرکت کرده بودند و مدت‌زمان حداقل دو ماه از عدم حضور آنان در کلینیک روان‌پزشکی و روانشناسی می‌گذشت و همچنین، نمره‌ی ۶۳ و یا بالاتر از آن در مقیاس پیامد درمانی کسب کرده بودند؛ به‌عنوان گروه نمونه‌ی بیماران ختم‌کننده‌ی زودرس شناسایی شدند و در مقابل بیمارانی که در تمامی جلسات روان‌درمانی شرکت داشته و نمره‌ی کمتر از ۶۳ در مقیاس پیامد درمانی کسب کرده بودند؛ گروه نمونه‌ی بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی بودند.

برای کسب اطلاع از شیوه‌ی روان‌درمانی شرکت‌کنندگان در پژوهش، پرونده‌ی روان‌پزشکی بیماران موردبررسی قرار گرفت.

عدم سابقه قبلی اختلال روانی، با توجه به پرونده روان‌پزشکی بیماران در کلینیک و اطلاعات دریافت شده از درمانگران بیماران بررسی شد. همچنین، شناسایی اختلالات شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، با استفاده از تشخیص درمانگران پرونده‌ی روان‌پزشکی بیمار و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط پژوهشگران پژوهش حاضر صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-19، یافته‌های توصیفی و آزمون تی تست مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به صورت کلی ۲۸ نفر مرد و ۳۲ نفر زن حضور داشتند که از این تعداد ۱۷ زن در گروه با اختتام موفق روان‌درمانی و ۱۵ زن در گروه با اختتام زودرس

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۴۵

روان‌درمانی قرار گرفتند. ۱۳ مرد در گروه با اختتام موفق روان‌درمانی و ۱۵ مرد در گروه با اختتام زودرس روان‌درمانی بودند.

بیماران با تشخیص اختلالات اضطرابی (۲۴ نفر)، تشخیص اختلالات افسردگی (۲۱ نفر) و تشخیص اختلال وسواس جبری (۱۵ نفر) بودند که با توجه به فرآیند روان‌درمانی طی شده (اختتام موفق و یا زودرس روان‌درمانی) در گروه بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و یا زودرس روان‌درمانی قرار گرفتند. ۳۲ نفر از بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر روان‌درمان شناختی رفتاری دریافت کرده‌اند و ۲۸ نفر روان‌درمانی روان تحلیلی داشته‌اند.

میانگین و انحراف استاندارد سنی جمعیت مورد مطالعه به ترتیب، ۳۷/۳۸ و ۶/۹۸ بود. میانگین و انحراف معیار افراد تحت بررسی، در اتحاد درمانی به ترتیب، ۳۴/۰۶ و ۹/۲۶ حاصل شد. بیشترین و کمترین نمره کسب شده به ترتیب در این متغیر ۵۲ و ۱۷ بود. در جدول ۱، اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش در متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغل، وضعیت سکونت و طول مدت بیماری در گروه بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی گزارش شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد اطلاعات جمعیت شناختی در گروه بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی

گروه		متغیر
اختتام موفق روان‌درمانی		
درصد	فراوانی	
		جنس
۵۳/۱	۱۷	زن
۴۶/۴	۱۳	مرد
۵۰	۳۰	کل
		سن
۰	۰	۲۰
۰	۰	۲۱
۰	۰	۲۳
۶۶/۷	۲	۲۵

گروه		متغیر
اختتام موفق روان درمانی		
درصد	فراوانی	
۱۰۰	۱	۲۶
۰	۰	۲۷
۰	۰	۲۸
۳۳/۳	۱	۳۰
۱۰۰	۱	۳۲
۵۰	۱	۳۵
۳۳/۳	۲	۳۶
۵۰	۲	۳۷
۶۰	۳	۳۸
۴۰	۲	۳۹
۵۰	۳	۴۰
۵۰	۱	۴۱
۶۶/۷	۲	۴۲
۷۵	۳	۴۳
۱۰۰	۱	۴۴
۶۰	۳	۴۵
۵۰	۱	۴۶
۰	۰	۵۰
۱۰۰	۱	۵۱
۵۰	۳۰	کل
		تحصیلات
۵۰	۵	دیپلم
۴۷/۸	۱۱	فوق دیپلم
۵۰	۵	لیسانس
۵۰	۵	فوق لیسانس
۶۰	۳	دکتری
۵۰	۱	پزشک
۵۰	۳۰	کل

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران ...؛ صفرزاده و دهقانی | ۴۷

گروه		متغیر
درصد	فراوانی	
		تأهل
۵۶/۲	۹	مجرد
۴۱/۹	۱۳	متأهل
۶۱/۵	۸	مطلقه
۵۰	۳۰	کل
		وضعیت شغل
۴۵/۵	۱۰	آزاد
۵۱/۹	۱۴	کارمند
۵۴/۵	۶	بیکار
۵۰	۳۰	کل
		وضعیت سکونت
۵۰	۲۲	شهری
۵۰	۸	روستایی
۵۰	۳۰	کل
		طول مدت بیماری
۷۰	۷	۱ تا ۶ ماه
۴۳/۵	۱۰	۶ تا ۱۲ ماه
۵۰	۵	۱۲ تا ۱۸ ماه
۵۵/۶	۵	۱۸ تا ۲۴ ماه
۳۷/۵	۳	بیشتر از ۲۴ ماه
۵۰	۳۰	کل

در جدول ۲، اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش در متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغل، وضعیت سکونت و طول مدت بیماری در گروه بیماران با اختتام زودرس روان‌درمانی گزارش شده است.

جدول ۲. فراوانی و درصد اطلاعات جمعیت شناختی در گروه بیماران با اختتام زودرس

روان‌درمانی

گروه		متغیر
اختتام زودرس روان‌درمانی		
درصد	فراوانی	
		جنس
۴۶/۹	۱۵	زن
۵۳/۶	۱۵	مرد
۵۰	۳۰	کل
		سن
۱۰۰	۱	۲۰
۱۰۰	۱	۲۱
۱۰۰	۱	۲۳
۳۳/۳	۱	۲۵
۰	۰	۲۶
۱۰۰	۱	۲۷
۱۰۰	۱	۲۸
۶۶/۷	۲	۳۰
۰	۰	۳۲
۵۰	۱	۳۵
۶۶/۷	۴	۳۶
۵۰	۲	۳۷
۴۰	۲	۳۸
۶۰	۳	۳۹
۵۰	۳	۴۰
۵۰	۱	۴۱
۳۳/۳	۱	۴۲
۲۵	۱	۴۳
۰	۰	۴۴
۴۰	۲	۴۵
۵۰	۱	۴۶

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران ...؛ صفرزاده و دهقانی | ۴۹

گروه		متغیر
اختتام زودرس روان‌درمانی		
درصد	فراوانی	
۱۰۰	۱	۵۰
۰	۰	۵۱
۵۰	۳۰	کل
		تحصیلات
۵۰	۵	دیپلم
۵۲/۲	۱۲	فوق دیپلم
۵۰	۵	لیسانس
۵۰	۵	فوق لیسانس
۴۰	۲	دکتری
۵۰	۱	پزشک
۵۰	۳۰	کل
		تأهل
۴۳/۸	۷	مجرد
۵۸/۱	۱۸	متأهل
۳۸/۵	۵	مطلقه
۵۰	۳۰	کل
		وضعیت شغل
۵۴/۵	۱۲	آزاد
۴۸/۱	۱۳	کارمند
۴۵/۵	۵	بیکار
۵۰	۳۰	کل
		وضعیت سکونت
۵۰	۲۲	شهری
۵۰	۸	روستایی
۵۰	۳۰	کل
		طول مدت بیماری
۳۰	۳	۱ تا ۶ ماه
۵۶/۵	۱۳	۶ تا ۱۲ ماه

گروه		متغیر
اختتام زودرس روان درمانی		
درصد	فراوانی	
۵۰	۵	۱۲ تا ۱۸ ماه
۴۴/۴	۴	۱۸ تا ۲۴ ماه
۶۲/۵	۵	بیشتر از ۲۴ ماه
۵۰	۳۰	کل

با توجه به اینکه ملاک ورود به پژوهش حاضر بیماران با تشخیص اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال وسواس اجباری بود؛ در جدول ۳، اختلال روانی شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است.

جدول ۳. اختلال روانی شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه		متغیر
اختتام زودرس روان درمانی	اختتام موفق روان درمانی	
۱۴	۱۰	اختلالات اضطرابی
۱۰	۱۱	اختلالات افسردگی
۶	۹	اختلال وسواس جبری
۳۰	۳۰	کل

جهت مقایسه دو گروه بیماران با اختتام زودرس روان درمانی و اختتام موفق از آزمون T مستقل استفاده گردید. قبل از انجام این آزمون، جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات جمعیت مورد مطالعه در اتحاد درمانی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید که نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نمره اتحاد درمانی معنادار نیست ($P=0/325$)؛ بنابراین سن دارای توزیع نرمالی است و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد.

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران... صفرزاده و دهقانی | ۵۱

جدول ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن نمره اتحاد درمانی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	Z کولموگروف اسمیرنوف	P
اتحاد درمانی	۳۴/۰۶	۹/۲۶	۰/۹۵۲	۰/۳۲۵

در جدول ۵، نتایج آزمون T مستقل جهت مقایسه دو گروه مطالعه در متغیر اتحاد درمانی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون T برای مقایسه دو گروه در اتحاد درمانی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	آماره T	Sig	آزمون Levine	
							P	F
اتحاد درمانی	اختتام موفق	۴۲	۴۴/۴	۵۸	۱۳/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۸۰	۰/۴۱۳
	اختتام زودرس	۲۶/۱۳	۴/۹۶	۵۸				

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین اتحاد درمانی در گروه با اختتام موفق روان‌درمانی بیشتر از گروه با اختتام زودرس روان‌درمانی است. مقدار $T=13/04$ و سطح معناداری $0/000$ حاصل شد که مقدار حاصل شده از $0/05$ کوچک‌تر می‌باشد؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود دو گروه از لحاظ آماری با یکدیگر در اتحاد درمانی تفاوت معنی‌دار دارند ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد اتحاد درمانی در دو گروه بیماران با اختتام زودرس روان‌درمانی و اختتام موفق تفاوت معناداری دارد. یافته حاصل با نتایج پژوهش‌های تیچوشکه و همکاران، 2022 ؛ فلاکیر^۱، 2018 ؛ شاتاک^۲ و همکاران، 2018 ؛ یو^۳ و همکاران،

1. Flockier
2. Shattuck
3. Yoo

۲۰۱۴؛ آردیتو و رابلینو^۱، ۲۰۱۱ همسو می‌باشد. در پژوهشی که بر روی ۱۴ نفر که مبتلا به سرطان یا تومور مغزی بودند؛ صورت گرفت و ۸-۶ جلسه درمان حساسیت‌زدایی منظم و ۸-۶ جلسه درمان شناختی رفتاری دریافت کرده بودند، به این نتیجه دست یافتند که اتحاد درمانی، نقش مهمی در بهبود شرایط این بیماران و کاهش نشانگان‌شان داشته است (شنور و مونتگومری^۲، ۲۰۱۰). این نتیجه با یافته‌ی پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

اتحاد درمانی عامل مهمی برای تغییرات بالینی و نیز نتایج درمانی می‌باشد (شاتاک و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیین یافته حاصل می‌توان بیان داشت نتایج تحقیقات زیادی نشان داده است زمانی که بیمار، درمانگر را گرم و همدلانه می‌بیند و اتحاد درمانی قوی با درمانگر برقرار می‌کند بیشتر در فرایند روان‌درمانی درگیر می‌شود و در نهایت نتیجه‌ی بهتری به دست خواهد آورد (پلیج^۳، ۲۰۱۸؛ آردیتو و رابلینو، ۲۰۱۱).

فرا تحلیل‌های زیادی در زمینه‌ی ارتباط بین اتحاد درمانی و نتایج درمان صورت گرفته است. در یک فرا تحلیل که به مرور مقالات و تحقیقات از سال ۱۹۷۳ تا ۲۰۰۹ پرداخته است اتحاد درمانی به‌عنوان بعد تفکیک‌ناپذیر و بسیار ضروری هر درمانی شناخته شده است. در این تحقیقات تفاوت‌هایی در میزان، قدرت و اثر ارتباطی که بین نتایج درمانی و اتحاد درمانی وجود دارد؛ مشاهده شد که این عامل می‌تواند نشأت گرفته از تفاوت افرادی باشد که این ارتباط را سنجش کرده‌اند (هوروات^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در بعضی از مطالعات درمانگر، در پاره‌ای خود بیمار و در تعداد معدودی مشاهده‌گرانی که از دور به تماشای فرایند درمان پرداخته‌اند؛ میزان ارتباط را درجه‌بندی شده‌اند. با این حال در تمامی این فرا تحلیل‌ها تأکید شده است که قضاوت بیمار در مورد این ارتباط، بهترین پیش‌بینی شده خواهد بود (هوروات و همکاران، ۲۰۱۱).

اهمیت اتحاد درمانی تنها در اختتام موفق روان‌درمانی نیست. بلکه؛ این عامل نقش بسیار مؤثری در اختتام زودرس و ناموفق روان‌درمانی داشته است. بسیاری از بیمارانی که

1. Ardito & Rabellino
2. Schnur & Montgomery
3. Pillage
4. Horvath

مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۵۳

در میانه‌ی فرایند روان‌درمانی اقدام به ترک جلسات کرده‌اند براین امر تأکید کرده‌اند که پیوند و اتحاد مناسبی با درمانگر احساس نمی‌کرده‌اند و این امر موجب اختتام زودرس روان‌درمانی شده است (اوکانر^۱ و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات سال‌های اخیر بر عوامل سبب‌ساز موفقیت روان‌درمانی تمرکز کرده‌اند. این تحقیقات، عوامل سبب‌ساز موفقیت و یا شکست روان‌درمانی را به‌طور کلی در سه‌طبقه جای داده‌اند: خود بیمار، روش‌های درمانی در نظر گرفته‌شده و درنهایت درمانگران. ترکیب بهینه‌ی این عوامل در کنار هم سبب‌ساز یک موقعیت درمانی مناسب خواهد شد که اختتام موفق روان‌درمانی را برای فرد بیمار در پی خواهد داشت (همیلتون و همکاران، ۲۰۱۱؛ اوکلشتم^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

تقریباً در تمام مطالعاتی که در زمینه‌ی اختتام روان‌درمانی انجام شده است این امر به اثبات رسیده است بیمارانی که اقدام به اختتام زودرس روان‌درمانی می‌کنند احتمالاً فواید کمتری از سیر درمان و تکنیک‌های به کار گرفته‌شده توسط درمانگر دریافت می‌کنند تا کسانی که اختتام موفق روان‌درمانی داشته‌اند (بیورک^۳ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بارت^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

از دیگر پیامدهای منفی اختتام زودرس روان‌درمانی، تقویت این فکر در فرد می‌باشد که مشکل و ناراحتی او قابل حل نیست و هیچ‌علاجی ندارد (شرمن و اندرسون^۵، ۱۹۸۷)؛ بنابراین موقعی که بیمار درمان را در میانه رها می‌کند بدون اینکه از مشکل و ناراحتی که داشته‌رهایی یابد، این اقدام این تصور و اعتقاد را در او رشد و پرورش خواهد داد که مشکلش در فرایند روان‌درمانی غیرقابل حل است. این اعتقاد احتمالاً موجبات بروز و تشدید مشکلات روانی دیگر، بدبینی بیش‌ازحد به فرایند روان‌درمانی و نیز درنهایت کاهش مراجعات فرد به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌درمانی را فراهم خواهد کرد

1. Connor

2. Uckelstam

3. Bjork

4. Barrett

5. Sherman & Anderson

(شرمن و اندرسون، ۱۹۸۷). لذا؛ جهت جلوگیری از بروز اختتام زودرس روان‌درمانی نیاز است به فرایند روان‌درمانی و عوامل تأثیر گذار بر روند آن توجه به‌سزایی شود.

یافته‌های پژوهش حاضر بینش مهمی در مورد تأثیر اتحاد درمانی بر اختتام روان‌درمانی فراهم کرد و همچنین، تمام تلاش بر این بوده است که پژوهش با دقت زیاد انجام گردد با این حال، چند محدودیت قابل ذکر است.

اولین محدودیت قابل ذکر این است که نمونه‌ی پژوهش حجم زیادی نداشت. لذا، تعمیم‌یافته‌ها به سایر بیماران با احتیاط مواجهه است. دومین محدودیت پژوهش حاضر به یکی از ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان یعنی سطح سواد حداقل دیپلم برمی‌گردد. در هنگام جمع‌آوری داده‌های پژوهش در کلینیک‌های روان‌پزشکی و روانشناسی بیمارانی وجود داشتند که سیر روان‌درمانی را گذرانده بودند؛ اما به علت وجود تحصیلات پایین‌تر از سطح دیپلم، امکان حضور در پژوهش نداشتند. لذا، تعمیم نتایج پژوهش به این گروه از افراد با محدودیت‌هایی مواجهه است.

پژوهش حاضر جزء اولین پژوهش‌ها در کشور ما است و شناخت و آگاهی مطلوبی از نقش تأثیرگذار اتحاد درمانی در اختتام موفق و زودرس روان‌درمانی فردی فراهم کرد. پیشرفت‌های این حوزه‌ی پژوهشی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌درمانی حوزه‌ی روانشناسی و روان‌پزشکی نقش گسترده‌ای داشته باشد. در راستای نتایج پژوهش حاضر، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های بیشتر در زمینه‌ی فرایند اختتام روان‌درمانی ارائه می‌گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مهم‌ترین پیشنهاد این است که در نظام روانشناسی ایران قبل از صدور مجوز کلینیک درمانی برای درمانگران مبتدی، معیار و ملاکی برای سنجش کفایت‌ها، توانایی‌ها و قابلیت‌های فردی و همچنین، میزان اطلاعات و دانش وی از علم روانشناسی و عوامل اساسی و تأثیرگذار در فرآیند روان‌درمانی طراحی گردد. چه بسیار درمانگرانی که علی‌رغم، وجود مدرک معتبر در علم روانشناسی و روان‌پزشکی در میدان عمل ضعیف ظاهر می‌شوند و به‌جای اینکه وضعیت فعلی فرد مراجعه‌کننده بهتر از زمان قبل از مراجعه‌ی وی شود اوضاع برای وی حتی بدتر از قبل شود.

برای افزایش توانمندی برقراری اتحاد درمانی قوی بین درمانگر و بیمار پیشنهاد می‌گردد متخصصین بالینی زبده و با کفایت‌مندی مطلوب، جلسات آموزشی برای


مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق روان‌درمانی و بیماران...؛ صفرزاده و دهقانی | ۵۵

روانشناسان و روان‌پزشکان تازه شروع به فعالیت کرده برگزار نمایند و مهارت‌ها و توانایی‌هایی که موجب افزایش اتحاد درمانی در فرآیند جلسات روان‌درمانی می‌شود را به آنان آموزش دهند. این نوع آموزش‌ها سطح کفایت‌مندی متخصصین روانشناس و روان‌پزشک را افزایش خواهد داد و نتیجه‌ی این افزایش، بهبود کمی و کیفی سطح اتحاد درمانی بین بیمار و درمانگر، درک بهتر شرایط بیمار و اقدام مناسب برای وی خواهد شد و در نهایت اختتام موفق روان‌درمانی را تقویت خواهد کرد.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، درمانگران و متخصصین روانشناسی و روان‌پزشکی در فرایند پژوهش شرکت داشته باشند. برای مثال، ابزار جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر در اختیار درمانگران نیز قرار داده شود و از آن‌ها خواسته شود که آنان نیز پاسخ سؤالات را بدهند. بی‌شک، نظرات و دریافت آنان از خصوصیات بیمار و کفایت‌های خودشان، آگاهی و شناخت بیشتری از چگونگی نیل به اختتام موفق روان‌درمانی را فراهم خواهد کرد. دومین پیشنهاد این است که پژوهش حاضر با همین قواعد و اصول در جامعه‌ای دیگر و با حجم نمونه بیشتر انجام شود. انجام پژوهش حاضر در جامعه‌های دیگر بر اعتباربخشی بیشتر داده‌های این پژوهش نیز کمک شایانی خواهد کرد. سومین پیشنهاد این است که در پژوهش‌های آتی با بررسی پیشینه‌ی پژوهش، تأثیر سایر عوامل دخیل در اختتام موفق روان‌درمانی نیز بررسی شود. علاوه بر این، با توجه به اینکه پژوهش حاضر صرفاً بر روی بیماران با اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال وسواس اجباری صورت گرفت؛ پیشنهاد می‌گردد تأثیر اتحاد درمانی در نتایج روان‌درمانی سایر اختلالات روانی نیز بررسی گردد.

ORCID

Somayeh Safarzade  <https://orcid.org/0000-0002-4398-6469>

Yosef Dehghani  <http://orcid.org/0000-0003-2717-9322>

References

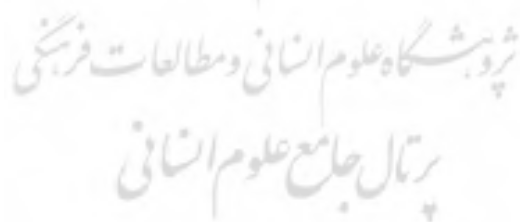
- Anderson, S. R., Tambling, R., Yorgason, J. B., Rackham, E. (2018). The mediating role of the therapeutic alliance in understanding early discontinuance. *Psychotherapy Research*, 29(7), 882-893.
- Ardito & Rabellino., D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for Research. *Frontiers in psychology*, 2, 1-11.
- Barrett, M.S., Chua, W.J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267.
- Berry et al., 2018, K., Salter, A., Morris, R., James, S., Bucks. (2018). assessing therapeutic alliance in the context of mhealth interventions for mental health problems: development of the mobile Agnew relationship measure (MARM) questionnaire. *Journal of Medical Internet Research*, 19, 20(4), 90.
- Bjork et al., 2009 T., Bjork, C., Clinton, D., Solberg, S., & Norming, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 109–119.
- Borden., E.S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.), the working alliance: Theory, research, and practice. New York: Wiley.
- Browne et al., 2019, J., Namenda, A., Kurtz, M., Berry, K., Penn, D.L. (2019). The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for schizophrenia spectrum disorders and early psychosis: narrative review. *Clinical Psychology Review*, 71, 51-62.
- Browne, J., Moser, K.T., Meyer-Kilos, P.,Gottlieb, J. D., Estroff, S.E., Penn, D.L. (2019). The Therapeutic Alliance in Individual Resiliency Training for First Episode Psychosis: Relationship with Treatment Outcomes and Therapy Participation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8), 734–744.
- Carpenter et al., 1979, P.J., Del Gaudi, A.C., & Morrow, G.R. (1979). Dropouts and terminators from community mental health center: Their use of other psychiatric services. *Psychiatric Quarterly*, 51, 271-279.
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counseling services. *Counseling and Psychotherapy Research*, 6, 60–67.

- Cooper, M., & Lesser, J. (2008). *Clinical social work practice*. Boston, MA, Pearson Education, Inc.
- Cousinhood, J., RI biro, E., & Saran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Annalise Psychological*, 4, 479-491.
- Epperson, D.L., Bush way, D.J., & War man, R.E. (1983). Client self-termination after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 307-315.
- Eubanks et al., 2018, C. F., Purcell, L. A., & Gold fried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 60–76.
- Flockier et al., 2018, C., Del Re, A.C., Walpole, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340.
- Girard et al., 2016 J., Parent-Nichols J., Cleland J.A. (2016). Therapeutic alliance and patient outcomes. *Fisioterapia*, 38(4), 163-164.
- Hamilton et al., 2011 S., Moore, A.M., Crane, D.R., & Payne S.H. (2011). Psychotherapy dropouts: differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333–343.
- Hatcher & Gillasp., J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Henson et al., P., Peck, P., Torous, J. (2019). Considering the therapeutic alliance in digital mental health interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 268-273.
- Henson, P., Wisniewski, H., Hollis, C., Keshavan, M., Torous, J. (2019). Digital mental health apps and the therapeutic alliance: initial review. *BJPsych Open*, 5(1):15.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223_/233.
- Horvath et al., 2011 A.O., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work (2nd Ed)*. New York: Oxford University Press.
- Jordan, J., Carter, F. A., Joyce, P. R., Frampton, C M. A., McKenzie, J. M., & Bulk, C. M. (2017). Predictors of premature termination from psychotherapy for anorexia nervosa: Low treatment credibility, early therapy alliance, and self-transcendence. *International Journal of Eating Disorder*, 50, 979 – 983.

- Kivlighan, D. M., Jr., Hill, C. E., Ross, K., Kline, K., Furhmann, A., & Sauber, E. (2019). Testing a mediation model of psychotherapy process and outcome in psychodynamic psychotherapy: Previous client distress, psychodynamic techniques, dyadic working alliance, and current client distress. *Psychotherapy Research*, 29(5–6), 581–593.
- Lambert et al., 1994 M J, Lunnen K, Umphress V, Hansen N, Burlingame GM. *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.1)*. Salt Lake City: IHC Center for Behavioral Healthcare Efficacy 1994.
- Lambert., 2012 M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2, 24-27.
- Lambert, M.J., Bergin A.E., & Garfield, S.L. (2004). "Introduction and Historical Overview". In Lambert M, J. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th Ed.). New York: John Wiley & Sons, 3–15.
- Lawton et al., 2016, M., Haddock, G., Conroy, P., Sage, K. (2016). *Therapeutic Alliances in Stroke Rehabilitation: A Meta-Ethnography*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. In Press, Corrected Proof.
- Liu-Sievert, H., Adams, D.H., & Kino B.J. (2005). Discontinuation of treatment of schizophrenia patients is driven by poor symptoms response: a pooled post-hoc analysis of four atypical. Antipsychotic drugs. *BMC Medicine*, 3, 21.
- McIvor, P.M., Burgess, M.M., & Nathan, P. (2014). The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 157, 25-32.
- Mendez., A.L. (2020). *The Development of a Therapeutic Alliance Focused Intervention*. Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects. 1117.
- Maunder et al., 2010, T., Wilmer's, F., Leonhard, R., Linter, H.W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) Psychometric Properties in Outpatients and Inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 231-239.
- O'Crrii . . .l., 2019 K., . . ., Hill, C. . ., & Gel., C. J. (2019). Teerppist-client agreement about their working alliance: Associations with attachment styles. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 83–93.
- Pillage et al., 2018, S., Stenberg, J., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V., Joffe, G. (2018). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders - a systematic review. *Internet Interventions*, 11, 1-10.

- Raikes, B.C., McIvor, P.M., Erceg-Hurn, D., Byrne, S.M., Furslanda, A., & Nathan, P. (2014). Therapeutic alliance in Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for bulimia nervosa: Probably necessary but definitely insufficient. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 65-71.
- Salmoiraghi & Sambh., R. (2010). Early termination of cognitive-behavioural interventions: literature review. *The Psychiatrist*, 34, 529-532.
- Schnur & Montgomery.,2010 G.H. (2010). A Systematic Review of Therapeutic Alliance, Group Cohesion, Empathy, and Goal Consensus/Collaboration in Psychotherapeutic Interventions in Cancer: Uncommon Factors? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 238-247.
- Shamir, D., Soar, H., & I lamed, Y. (2010). Dropout Early Termination and Detachment From a public psychiatric clinic. *Psychiatric Daubing*, 22, 46-50.
- Shattuck et al., 2018, L., Berry, K., Deegan, A., Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 60-85.
- Sherman & Anderson., 1987 C.A. (1987). Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of social and clinical psychology*, 5, 298-312.
- Swift, J. K., Spencer, J., & Goode, J. (2018). Improving psychotherapy effectiveness by addressing the problem of premature termination: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 3307, 1-3.
- Swift, J.K., Callahan, J.L., & Levine, J.C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. *Psychotherapy*, 46, 328-335.
- Term Horne, E. D., Postal, M. G., de Hana, H. A., van der Palin, J., & Dejon, C. A. (2017). Treatment dropout in web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders. *Psychiatric Research*, 247, 182-193.
- Tremaine et al., 2020, H., Scenery, Carla Fletcher, K., Murray, G. (2020). The Therapeutic Alliance in Digital Mental Health Interventions for Serious Mental Illnesses: Narrative Review. *JMIR Mint Health*, 7:7(8).
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). The impact of patients' and therapists' views of the therapeutic alliance on treatment outcome in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 56-64.
- Tschuschke et al., 2022, V., Koemeda-Lutz, M., Wy, A.V., Cramer, A., Illll less .. (2022). eee Imcct of Clinnts' ddd Thrraii sts'

- Characteristics on Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 145–154.
- Turner, H., Bryant-Waughb, R., Marshall, E. (2015). The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73,165-169.
- Uckelstam et al., 2018 C. J., Holmqvist, R., Philips, B., & Falkenström, F. (2018). A relational perspective on the association between working alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*. Advance online publication.
- Wierzbicki & Pekarik., (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology - Research & Practice*, 24, 190-195.
- Yoo et al., H., Bartle-Haring, S., & Gangamma, R. (2014).redicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 1-13.
- Zilcha-Mano et al., S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). When therapist estimations of the process of treatment can predict clients rating on outcome: The case of the working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 398–402.



استناد به این مقاله: صفرزاده، سمیه، دهقانی، یوسف. (۱۴۰۲). مقایسه اتحاد درمانی در بیماران با اختتام موفق

روان‌درمانی و بیماران با اختتام زودرس روان‌درمانی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۵۱)، ۲۹-۶۰. DOI:

10.22054/jcps.2023.61545.2586



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.