MEJDS. 2021; 11:170.

Published online 2021 Dec. **Original Article**

Designing a Model of Therapeutic Alliance with Self-Differentiation in the Clients of Counselling Centers

Askari F[1], *Manavi Pour D[2]

Author Address
1. Ph.D. Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran;
2. Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
***Corresponding author's email:** Manavipor53@yahoo.com

Received: 2020 July 21; **Accepted:** 2020 November 25

Abstract

Background & Objectives: Numerous experts believe that an essential key to the success of treatment is the conclusion of a therapeutic alliance in the treatment process. Mental health professionals have long recognized that different psychotherapy methods share the main elements. The therapeutic alliance is the most influential variable in the treatment process and the best predictor of therapeutic outcome. The concept of therapeutic alliances has historically emerged from the literature of psychodynamic research; however, it is considered essential in various psychological approaches. One consistent finding in recent research related to psychotherapy is that the quality of therapeutic alliance is a strong predictor of treatment outcomes in multiple approaches. Accordingly, a poor therapeutic alliance is associated with the client's treatment abandonment. Personality traits of individuals play an important role in the client–therapist relationship. Thus, another crucial characteristic in the client–therapist therapeutic alliance is the degree of differentiation of the client. The current study aimed to design a therapeutic alliance model and determine its relationship with its differentiation among counseling clients.

Methods: This was a descriptive and correlational study. The statistical population of this study included all clients with psychological and behavioral problems in Tehran City, Iran, referring to counseling centers in 2017 and 2018. Initially, Tehran was divided into north, south, east, and west regions. Moreover, 3 counseling centers whose managers were willing to cooperate were selected from each section. Next, by referring to counseling centers and information about the total number of clients per year in 2017 and 2018 (i.e., estimated to be 1700), using Morgan's Table, the sample group consisting of 200 male and female references were randomly selected, consisting of 145 females and 55 males in the age range of 19 to 51 years. They also presented no history of drug use or stroke and had at least a diploma. The California Psychotherapy Alliance Scale (Gaston and Marmar, 1994) and Self–Differentiation Inventory (Skowron & Schmitt, 2003) were applied to collect the required data. The conceptual model of the research was presented based on Horvath conceptual model (1981). Descriptive statistics, including mean and standard deviation and Tables were used in SPSS to present the collected data. To test the proposed research model, the structural equation modeling was applied AMOS at a significance level of 0.01.

Results: By performing the fitting of the final model, the fitting indices were calculated for the Chi–squared (CMIN=3.50) with the value of the Comparative Fit Index (CFI=0.907), respectively. Besides, the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA=0.072) was obtained, indicating that the final model had a good fit. Furthermore, the model was generally confirmed. The obtained results also outlined a relationship between therapeutic alliance and self–differentiation (Beta=0.28, p=0.019).

Conclusion: Based on the present study findings, the therapeutic alliance model designed in this study and its relationship with self–differentiation in counseling center clients indicated a good fit; thus, using this model will help counselors consider more appropriate treatment for clients.

Keywords: Therapeutic alliance, Self–Differentiation, Clients, Counselling centers.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۷۰.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

طراحی الگوی پیمان‌درمانی با تمایزیافتگی خود در بین مُراجعین مراکز مشاوره

فاطمه عسکری[۱]، *داوود معنوی‌پور[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Manavipor53@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ آذر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: پیمان‌درمانی متغیر مؤثرتر در فرایند درمان و پیش‌بینی‌کنندهٔ بهتر پیامد درمان است. هدف این پژوهش، طراحی مدل پیمان‌درمانی و تعیین رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود در بین مُراجعان مراکز مشاوره بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، توصیفی و مدل آن همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مُراجعان شهر تهران تشکیل دادند که در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره به‌منظور درمان مشکلات روانی و رفتاری، مراجعه کردند. گروه نمونه شامل دویست نفر مراجعه‌کنندهٔ زن و مرد بود که به‌روش غیرتصادفی از مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب تهران انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس پیمان‌درمانی کالیفرنیا (گاستون و مارمار، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ تمایزیافتگی خود (اسکورن و اشمیت، ۲۰۰۳) استفاده شد. آزمون مدل پیشنهادی پژوهش با نرم‌افزار AMOS و با استفاده از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری در سطح معناداری ۰/۰۱ صورت گرفت. همچنین برای ارائهٔ شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: با انجام برازش مدل نهایی، شاخص‌های برازش به‌ترتیب برای مجذور خی‌دو (CMIN=۳/۵۰) با مقدار شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۰۷) محاسبه شد. ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۷۲) به‌دست آمد که نشان داد مدل حاصل برازش مناسبی با داده‌ها داشت و مدل، به‌صورت‌کلی تأیید شد. همچنین میان متغیرهای پیمان‌درمانی با تمایزیافتگی خود رابطه وجود داشت (Beta=۰/۲۸، p=۰/۰۱۹).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش ، مدل پیمان‌درمانی طراحی‌شده در این پژوهش و رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود در مُراجعان مراکز مشاوره، از برازش مناسبی برخوردار است؛ ازاین‌رو استفاده از الگوی مذکور به مشاوران کمک خواهد کرد تا درمان مناسب‌تری برای مُراجعان در نظر گیرند.

کلیدواژه‌ها: پیمان‌درمانی، تمایزیافتگی خود، مُراجعان به مراکز مشاوره.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

۱ مقدمه

درمان‌های روان‌شناختی[1] به‌عنوان ابزارهایی مناسب برای مواجهه با چالش‌های حاکم بر ذهن و روان افراد مطرح هستند. کارآمدی این روش‌ها از سویی به مؤلفه‌های درونی و بنیادهای نظری مربوط است و از سوی دیگر تحقق اهداف هریک از این روش‌ها به کارآمدی درمانگر و مستعدبودن درمانجو در اجرای طرح درمانی ارتباط دارد. در این میان به‌نظر می‌رسد مجموعهٔ تلاش‌های محققان در ایجاد بنیادهای نظری و فرایندهای عملیاتی رویکردهای مختلف در این خصوص، همچنان نتوانسته است چالش‌های پیش روی ما را در مسیر رسیدن به پیمان‌درمانی[2] به‌منزلهٔ عاملی اصلی در درمان‌های موفق و پایدار برطرف کند (۱).

پیمان‌درمانی، تعامل خاصی است که در ساده‌ترین حالت بین دو فرد، یکی به‌عنوان درمانگر و دیگری به‌عنوان مُراجع[3] شکل می‌گیرد (۲). از زمانی که فروید[4] در اوایل قرن بیستم مفاهیم انتقال[5] و انتقال متقابل[6] را مطرح کرد، علاقهٔ وافری به مفهوم پیمان‌درمانی ایجاد شد. بی‌تردید بخشی از این علاقه، ناشی‌از این نگرش است که پیمان‌درمانی از اجزای بنیادی‌تر تمام رویکردهای روان‌درمانی به‌ویژه رویکردهای روان‌پویشی، شناختی، روایتی[7] و طرحواره‌ای[8] به‌شمار می‌آید (۳). تعاریف نسبتاً متفاوتی از پیمان‌درمانی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است؛ اما ویژگی مشترک همهٔ آن‌ها ارتباط درمانگر و مُراجع به‌منظور سروسامان‌دادن به کارِ درمان است و اگر قرار باشد درمان موفقیت‌آمیزی صورت گیرد، باید این جنبه از ارتباط به‌نحو مطلوبی وجود داشته باشد. بیشتر تعاریف نظری از پیمان‌درمانی معمولاً سه موضوع را پوشش می‌دهند: ماهیت مشارکتی[9] ارتباط؛ پیوند عاطفی[10] بین مُراجع و درمانگر؛ توانایی درمانگر و مُراجع در پذیرش تکالیف[11] و اهداف[12] درمان (۴).

ویژگی‌های شخصیتی افراد نقش مهمی در ارتباط مُراجع و درمانگر ایفا می‌کند. به همین دلیل یکی دیگر از عوامل مهم در پیمان‌درمانی بین مُراجع و درمانگر، میزان تمایزیافتگی[13] مُراجع است. تمایزیافتگی خود از مفاهیم بسیار مهم نظریهٔ سیستمی خانواده است که توسط موری بوئن[14] ارائه شده است. این مفهوم به میزان توانایی فرد در متمایزسازی خود از خانوادهٔ اصلی در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می‌شود (۵). هدف از تمایزیافتگی آن است که بین احساسات و شناخت توازن و تعادل ایجاد شود و تعریف یا هویت مشخصی به‌دست آید. تمایزیافتگی خود، متغیر بحرانی‌تر شخصیتی به‌شمار می‌رود که برای رشد، بلوغ و دستیابی به سلامت روان به آن نیاز است (۶). مفهوم تمایزیافتگی خانواده چگونگی تأثیر خانواده را بر سلامت و شخصیت فرد توصیف می‌کند تا افراد را براساس استقلال متناسب با سن، مسئولیت‌پذیری شخصی برای وظایف متناسب با تجربه و ارتباط مؤثر با افراد مهم آماده کند (۷).

شاید اهمیت پیمان‌درمانی زمانی بارزتر شد که هورواث دریافت درمانگرانی که از شیوه‌های درمانی مشابهی استفاده می‌کنند، همواره نتایج متفاوتی می‌گیرند (۸). بعد از اینکه مشخص شد هیچ تکنیک درمانی درمقایسه با تکنیک‌های دیگر به‌طور معناداری برتری ندارد، علاقهٔ وافر به ساختار مداخلات درمانی و نیز مدوّن‌کردن تکنیک‌های درمانی در قالب پروتکل‌های قابل آموزش موجب شده است، فرایند ارتباط‌درمانی و به‌ویژه پیمان‌درمانی به فراموشی سپرده شود و کمتر دستخوش تبیین و تحلیل و ارزیابی قرار گیرد (۹).

در این راستا مطالعات متعددی صورت گرفته است؛ ازجمله بندلی در پژوهش خود نشان داد، مدل نظری پیمان‌درمانی، زمینهٔ مناسبی به‌منظور بهبود روابط مُراجع و درمانگر به‌وجود می‌آورد (۱۰). مبسم در پژوهشی به بررسی تحلیل محتوای مقاومت و مکانیزم‌های دفاعی، پیمان‌درمانی و انتقال در جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده[15] و نیز اثربخشی این شیوهٔ درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان پرداخت. نتایج پژوهش مشخص کرد، به‌طور کلی، رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مؤثراست (۱۱). در پژوهشی شوارتز و همکاران تأثیر تمایزیافتگی را بر تصور بدنی[16] و معترض‌بودن به خود[17] در ۲۰۲ دانشجوی مرد بررسی کردند. نتایج مطالعهٔ آن‌ها نشان داد، مؤلفه‌های تمایزیافتگی خود به‌صورت معناداری نارضایتی از تصور بدنی و معترض‌بودن به خود را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های این بررسی حاکی‌از آن بود که معنای واضحی از خود داشتن با نگرانی کمتر از تصویر بدنی همبسته است (۱۲). اسکورون و همکاران در بررسی اثر تمایزیافتگی خود بر بدرفتاری[18] مادران با فرزندان دریافتند، میزان کم تمایزیافتگی خود در مادران به‌ویژه واکنش‌پذیری و جدایی هیجانی بیشتر، مادران را در ریسک بیشتری برای بدرفتاری با کودکانشان قرار می‌دهد؛ به‌نحوی‌که تمایزیافتگی موجب تشخیص این ریسک می‌شود (۱۳). مطالعه‌ای دیگر توسط هاوگِگو و همکاران، درخصوص اثربخشی افزایش پیمان‌درمانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی صورت گرفت و یافته‌ها ارتباط بین پیمان‌درمانی و بهبود در نتایج درمانی را نشان داد (۱۴)؛ البته به‌طور کلی میزان مطالعات انجام‌شده درخصوص بررسی پیمان‌درمانی در مُراجعان دارای اختلال شدید روانی بسیار کم است؛ زیرا این مُراجعان در شکل‌گیری روابط با درمانگر درمقایسه با سایر مُراجعان در روان‌درمانی به‌طور کلی مشکلات بیشتری دارند و مدت طولانی‌تری برای شکل‌گیری رابطه‌ای درمانی زمان می‌برد (۱۴). باتوجه به اهمیت موضوع تمایزیافتگی خود و پیمان‌درمانی به‌عنوان یکی از مسائل پایه‌ای در فرایند درمان، پژوهشگران ممکن است در یافتن تفاوتی آشکار بین گرایش‌های مختلف درمانی دچار ناتوانی شوند. پیمان‌درمانی یکی از مراحل مهم در درمان محسوب می‌شود و

1. Psychotherapy
2. Therapeutic alliance
3. Client
4. Freud
5. Transference
6. Countertransference
7. Narrative
8. Schematic
9. Collaborative nature
10. Affective bond
11. Tasks
12. Goals
13. Differentiation
14. Murray Bowen
15. Intensive Short term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
16. Body image
17. Self–objectification
18. Abuse

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

پدیدآیی گسستگی در ابتدای ایجاد رابطهٔ درمانی می‌تواند به رهایی زودهنگام درمان، رازدارنبودن درمانگر، تعیین دشوار اهداف درمان، حضورنیافتن در جلسه‌های درمانی، دیر حاضرشدن و به اتمام رساندن سریع جلسه یا حتی پرداخت‌نکردن هزینه، منجر شود. ازطرفی، مُراجعان اطلاعات مهمی دربارهٔ تجربه‌های خود در درمان دارند و درمانگران می‌توانند از این تجارب درجهت بهبود نتیجهٔ درمانی استفاده کنند. ارتباط درمانگر و مُراجع به‌منظور سروسامان‌دادن به کارِ درمان است و اگر قرار باشد درمان موفقیت‌آمیزی صورت گیرد، باید این جنبه از ارتباط به‌نحو مطلوبی وجود داشته باشد. به همین منظور، هدف از پژوهش حاضر، طراحی مدل پیمان‌درمانی و تعیین رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود در بین مراجعان مراکز مشاوره برازش شود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی و مدل آن همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مُراجعان مبتلا به مشکلات روانی و رفتاری شهر تهران تشکیل دادند که در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره مراجعه کردند. ابتدا تقسیم‌بندی شهر تهران به شمال، جنوب، شرق و غرب، صورت گرفت و از هر بخش، تعداد سه مرکز مشاوره انتخاب شد که مدیران آن حاضر به همکاری بودند. سپس با مراجعه به مراکز مشاوره و اطلاع از تعداد کل مُراجعان مراکز در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ که ۱۷۰۰ نفر برآورد شد، گروه نمونه شامل دویست نفر مُراجع زن و مرد به‌روش غیرتصادفی انتخاب شدند که در ردهٔ سنی ۱۹ تا ۵۱ سال قرار داشتند. باتوجه به حجم زیاد نمونه و اینکه تعداد پذیرفتنی نمونه برای پژوهش‌های همبستگی بین ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر متغیر و در معادلات ساختاری که از قوانین تحلیل رگرسیون چندمتغیره تبعیت می‌کند، درنظرگرفتن پانزده نفر برای هر متغیر، قاعده‌ای خوب است (۱۵). همچنین افراد سابقهٔ مصرف مواد مخدر و ضربهٔ مغزی نداشتند و از حداقل تحصیلات دیپلم برخوردار بودند. به‌منظور ملاحظات اخلاقی، افراد نمونه توجیه شدند که این مطالعه صرفاً مطالعه‌ای پژوهشی است و برای شرکت در آن مختار هستند؛ همچنین مشخصات افراد شرکت‌کننده کاملاً محفوظ است.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس پیمان‌درمانی کالیفرنیا[1] : این پرسشنامه توسط گاستون و مارمار در سال ۱۹۹۴ با روایی و اعتبار مطلوبی ساخته شد (۱۶). این پرسشنامه پیمان‌درمانی را در روان‌درمانی از سه دیدگاه ارزیابی می‌کند:۱. بیمار؛ ۲. درمانگر؛ ۳. ارزیاب بالینی. همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ گزارش شد. این سه مدل از پیمان‌درمانی، متشکل از چهار خرده‌مقیاس است: ظرفیت و گنجایش در حال کار بیمار شامل سؤالات ۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۷، ۲۲، تعهد بیمار شامل سؤالات ۱، ۴، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۱، توافقات بر سر استراتژی کاری شامل سؤالات ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۳ و فهم و مشارکت درمانگر شامل سؤالات ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۳، ۲۴ است. در این پژوهش از فرم خودگزارشی بیمار، متشکل از ۲۴ آیتم استفاده شد که هرکدام در مقیاس نوع لیکرتی هفت‌درجه‌ای (۱. نه اصلاً، ۲. کمی، ۳. تاحدی، ۴. در حد متوسط، ۵. بیش از حد معمول، ۶. کاملاً زیاد، ۷. خیلی زیاد) ارزیابی می‌شود. لازم به ذکر است نمره‌گذاری سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، به‌صورت معکوس انجام می‌گیرد و نمرهٔ بیشتر در کل خرده‌مقیاس‌ها، نشان‌دهندهٔ میزان کیفیت بیشتر پیمان‌درمانی است (۱۶). در پژوهش مبسم، همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد (۱۱).

ـ پرسش‌نامهٔ تمایزیافتگی خود[2]: اسکورن و فریدلندر در سال ۱۹۸۹ فرم اولیهٔ این پرسش‌نامه را تهیه کردند و پرسشنامهٔ نهایی توسط اسکورن و اشمیت در سال ۲۰۰۳ در ۴۶ سؤال برمبنای نظریهٔ بوئن ساخته شد (۱۷). این پرسش‌نامه شامل ۳۶ سؤال در طیف شش‌درجه‌ای (کاملاً در مورد من صحیح است تا کاملاً در مورد من صحیح نیست) و دارای چهار خرده‌مقیاس (واکنش‌پذیری عاطفی، هم‌آمیختگی، گریز عاطفی، جایگاه من) است. به هر سؤال نمرهٔ بین ۱ تا ۶ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره در پرسش‌نامه برابر با ۲۱۶ است و سؤال‌های ۴، ۷، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۲، به‌صورت مثبت و بقیهٔ سؤال‌ها به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمرات بیشتر، به‌معنای کیفیت بهتر تمایزیافتگی خود است (۱۷). در پژوهش اسکورن و اشمیت ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمد (۱۷). یونسی پرسش‌نامهٔ مذکور را هنجاریابی کرد و روایی محتوایی کل پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی ۰/۸۳ و اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۱ به‌دست آورد (۱۸).

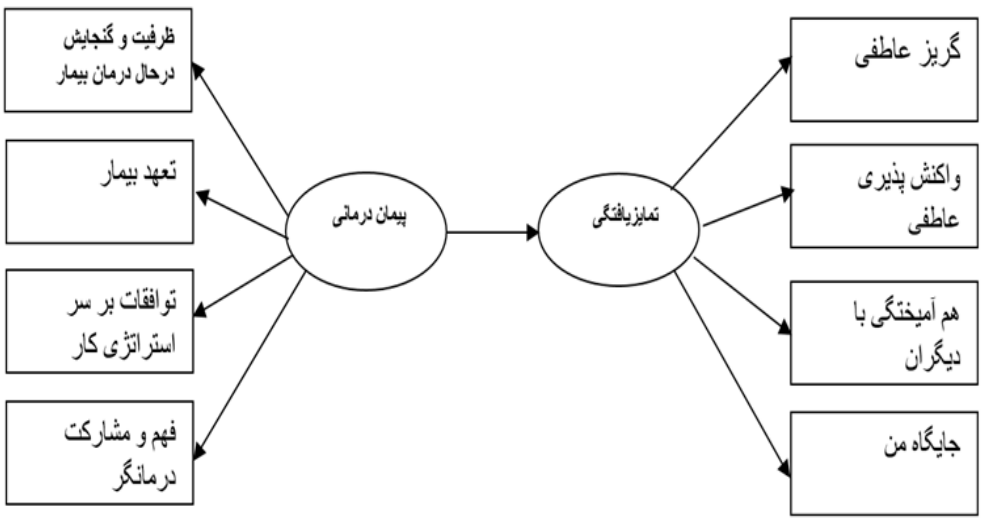
مدل مفهومی پژوهش با اقتباس از مدل مفهومی هورواث (۸) مطابق با مدل ۱ ارائه شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی به‌منظور ارائهٔ میانگین و انحراف معیار و ترسیم جداول به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. همچنین به‌منظور آزمون مدل پیشنهادی پژوهش، روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS در سطح معناداری ۰/۰۱ به‌کار رفت. شاخص‌های آماری رایج‌تر در برازش مدل شامل برازش مطلق آمارهٔ مجذور خی (CMIN)، شاخص برازش مقتصد ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص برازش مقتصد هنجارشده (PNFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) محاسبه شدند؛ درصورتی‌که شاخص مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند؛ اما این شاخص در نمونه‌های بزرگ‌تر معمولاً معنادار است و ازاین‌رو شاخص مناسبی برای برازندگی الگو تلقی نمی‌شود. مقدار نزدیک به عدد یک برای شاخص‌های PNFI و CFI و مقادیر بیشتر از ۰/۵ برای شاخص برازش مقتصد هنجارشده و مقدار کوچک‌تر یا مساوی ۰/۰۵ برای شاخص RMSEA بر برازندگی مناسب دلالت دارد. مدل اندازه‌گیری بیانگر بارهای عاملی متغیرهای مشاهده‌شده برای هر متغیر است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد، رابطه ضعیف است، اگر بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ باشد، رابطه متوسط است و اگر بار عاملی بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد، رابطه خیلی مطلوب است. در میان شاخص‌های برازش رایج در مدل‌های اندازه‌گیری، اگر نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از دو باشد، مدل برازش مناسبی دارد.

[1]. California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)

[2]. Self-Differentiation Inventory (SDI)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۵ مطلوب است. سایر شاخص‌ها نیز هرچه به یک نزدیک‌تر باشند، مطلوب‌تر هستند (۱۵). مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری تأثیر پیمان درمانی بر تمایزیافتگی (اقتباس از مدل پیمان درمانی هورواث)

۳ یافته‌ها

در این پژوهش دویست مُراجع به‌منظور بررسی طراحی مدل پیمان‌درمانی و رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود ارزیابی شدند. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان ازقبیل جنسیت، وضعیت تأهل، گروه سنی، تحصیلات و شغل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

سطح متغیر	متغیر	درصد	تعداد
جنسیت	زن	۷۲/۵۱	۱۴۵
	مرد	۲۷/۵۳	۵۵
	کل	۱۰۰	۲۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۷۱/۵۲	۱۴۴
	متأهل	۲۴/۰۱	۴۸
	مطلقه	۴/۵۳	۸
	کل	۱۰۰	۲۰۰
گروه سنی	کمتر از ۲۵	۱۹/۵۴	۳۷
	۲۵تا۳۰	۲۰/۰۲	۴۰
	۳۱تا۳۵	۴۲/۵۱	۸۵
	بیشتر از ۳۵	۱۹/۰۳	۳۸
	کل	۱۰۰	۲۰۰
تحصیلات	دیپلم	۱۰/۵۲	۲۱
	فوق‌دیپلم	۱۲/۰۱	۲۴
	لیسانس	۴۲/۵۳	۸۵
	فوق‌لیسانس	۲۷/۵۱	۵۵
	دکتری	۷/۵۱	۱۵
	کل	۱۰۰	۲۰۰
شغل	شاغل	۸۱/۵۲	۱۶۳
	بیکار	۱۵/۰۳	۳۰
	خانه‌دار	۳/۵۳	۷
	کل	۱۰۰	۲۰۰

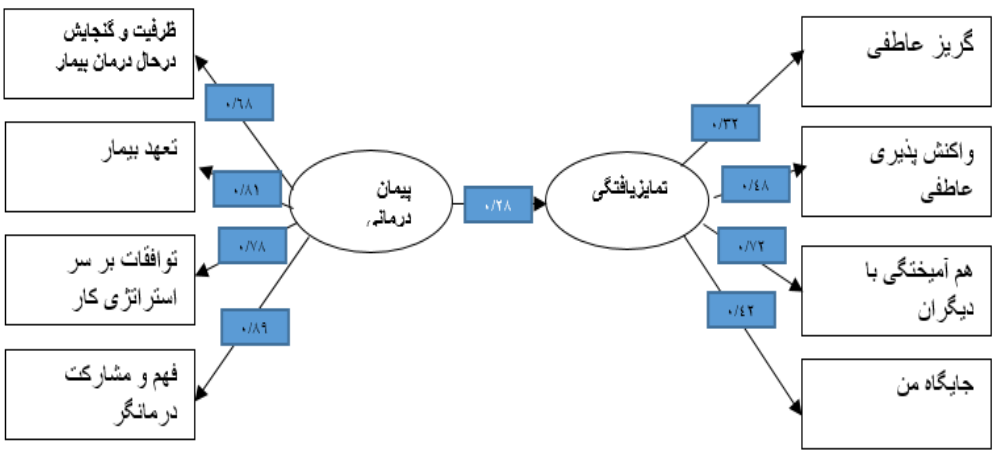
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در پژوهش، در خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پیمان‌درمانی و تمایزیافتگی خود ذکر شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پیمان‌درمانی و تمایزیافتگی خود

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ظرفیت و گنجایش بیمار	۵/۰۹	۰/۹۳
تعهد بیمار	۵/۲۱	۰/۹۸
توقعات بر سر استراتژی	۵/۳۱	۱/۰۹
فهم و مشارکت درمانگر	۵/۸۴	۰/۹۳
گریز عاطفی	۳/۸۴	۱/۱۴
واکنش‌پذیری عاطفی	۳/۰۶	۰/۷۲
هم‌آمیختگی با دیگران	۴/۰۳	۰/۶۸
جایگاه من	۳/۷۳	۰/۷۹

در مدل ۲، مدل برازش‌شدهٔ تأثیر پیمان‌درمانی بر تمایزیافتگی خود با ضرایب استاندارد ارائه شده است.



مدل ۲. مدل برازش‌شدهٔ تأثیر پیمان‌درمانی بر تمایزیافتگی خود با ضرایب استاندارد

در جدول ۳ تفاوت معناداری وزن‌های رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پژوهش بررسی شده است.

جدول ۳. بررسی تفاوت معناداری وزن‌های رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد

متغیر	برآورد ضریب غیراستاندارد	برآورد ضریب استاندارد	خطای معیار	مقدار T	مقدار احتمال
پیمان‌درمانی ـ ـ-> ظرفیت و گنجایش بیمار	۰/۵۸	۰/۶۸	۰/۰۹	۶/۴۴	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی ـ ـ-> تعهد بیمار	۰/۸۹	۰/۸۱	۰/۰۸	۱۰/۷۲	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی ـ ـ-> توقعات بر استراتژی کاری	۰/۸۴	۰/۷۸	۰/۱۰	۸/۹۳	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی ـ ـ-> فهم و مشارکت درمانگر	۰/۸۲	۰/۸۹	۰/۰۷	۱۱/۷۵	<۰/۰۰۱
تمایزیافتگی ـ ـ-> گریز عاطفی	۰/۵۴	۰/۳۲	۰/۱۳	۶/۱۴	<۰/۰۰۱
تمایزیافتگی ـ ـ-> واکنش‌پذیری عاطفی	۰/۶۳	۰/۴۸	۰/۱۳	۴/۹۶	۰/۰۰۵
تمایزیافتگی ـ ـ-> هم‌آمیختگی با دیگران	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۱۰	۷/۲۳	۰/۰۰۱
تمایزیافتگی ـ ـ-> جایگاه من	۰/۵۹	۰/۴۲	۰/۱۲	۴/۹۵	۰/۰۰۵
پیمان‌درمانی ـ ـ-> تمایزیافتگی	۰/۴۹	۰/۲۸	۰/۱۶	۷/۲۸	<۰/۰۰۱

در مدل ساختاری، متغیرهای پیمان‌درمانی و ساختاریافتگی خود اندازه‌گیری شدند. نمودار ۲ معادلات ساختاری تأثیر پیمان‌درمانی بر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

تمایزیافتگی را با ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این مدل نتایج به این صورت به‌دست آمد که شاخص‌های برازش به‌ترتیب برای مجذور خی‌دو (CMIN=۳/۵۰) با مقدار شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۰۷) محاسبه شد. ازطرفی ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۷۲) به‌دست آمد که این مقادیر بیان می‌کند مدل حاصل برازش نسبتاً خوبی داشت؛ بنابراین مدل، به‌صورت کلی تأیید شد. باتوجه به یافته‌های جدول ۳، میان متغیرهای پیمان‌درمانی با تمایزیافتگی خود رابطه وجود داشت (Beta=۰/۲۸، p=۰/۰۱۹).

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، طراحی مدل پیمان‌درمانی و بررسی رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود در بین مُراجعان مراکز مشاوره بود. مدل نظری پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آموس اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌خوبی مدل مفهومی را حمایت کردند. به بیانی دیگر می‌توان گفت، مدل تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج حاصل از بررسی رابطهٔ بین نمرهٔ کل پیمان‌درمانی با نمرهٔ کل تمایزیافتگی گویای این مطلب بود که بین پیمان‌درمانی با تمایزیافتگی رابطهٔ مستقیم و معنادار وجود دارد.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده، برطبق نظر هورواث می‌توان گفت که پیمان‌درمانی ازطریق ایجاد توافق همدلانه بین مُراجع و درمانگر کاربست مهمی در درمان دارد. پیمان‌درمانی ضعیف عامل خطر بسیار مهمی در فرایند ریزش محسوب می‌شود (۷). در انواع روان‌درمانی‌ها حداقل ۱۰ درصد نتیجهٔ روان‌درمانی به رابطه‌درمانی مربوط است. به همین دلیل نبود هماهنگی بین بیمار و درمانگر می‌تواند کناره‌گیری زودهنگام از درمان را پیش‌بینی کند (۱۹). مک آیوی و کاستونگی بیان کردند، روان‌درمانی براساس الگوی یالوم عبارت است از برداشت موانع موجود بر سر راه شکل‌گیری روابط رضایت‌بخش. در این راستا تأکید یالوم همواره بر این نکته است که بیماران جلسهٔ درمانی را با نگاهی متفاوت درمقایسه با درمانگر می‌بینند و وظیفهٔ درمانگر آن است که تمرکزش را بر رابطهٔ در حال پیشرفت و آنچه در فضای میان درمانگر و درمانجو رخ می‌دهد، حفظ کند (۳). آنچه در روان‌درمانی شفابخش است، اتفاقاتی است که در فضای بین درمانگر و مُراجع می‌افتد (۷). به عبارت دیگر پیمان‌درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشهٔ طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد درجهت شناسایی موقعیت‌های برانگیزانندهٔ طرحواره‌ها، تشخیص رفتارهای منفی و چگونگی جایگزین‌کردن رفتارهای سالم به‌شمار می‌رود که موجب آگاهی وی دربارهٔ طرحواره‌ها می‌شود و زمینهٔ تغییر را در فرد فراهم می‌کند (۲۰)؛ درنتیجه پیمان‌درمانی توانست با تفکیک رفتارهای سالم و ناسالم از یکدیگر قدرت تمایزیافتگی شخص را افزایش دهد. درنهایت می‌توان گفت، پیمان‌درمانی رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط افراد، افزایش تمایز خود و به‌تبع آن افزایش سطح رضایت از زندگی است (۲۱).

پژوهش آکرمن و هیلسنروث نشان می‌دهد، افراد تمایزیافته قادر هستند در هر شرایطی مطابق خود واقعی‌شان عمل کنند؛ درحالی‌که فرد تمایزنایافته متأثر از ویژگی‌های خودِ ساختگی است (۶). فردی با تمایزیافتگی زیاد، سازگاری بیشتر و توانایی بهتری برای کنارآمدن با استرس دارد و صمیمیت عاطفی بیشتری را ضمن تشخیص و حفظ مرزهای مناسب تجربه می‌کند (۲۲). درمقابل، سطوح کمتر تمایز همراه با واکنش‌هایی برمبنای احساسات، انزوا در واکنش به موقعیت‌های استرس‌زا و احساس «فقدان خود» است (۲۳).

برطبق پژوهش آکرمن و هیلسنروث، فردی با مواضع شخصی ضعیف، جدایی عاطفی بسیار کمی از خانواده‌اش خواهد داشت و درقبال افراد مهم زندگی‌اش بسیار واکنشی عمل می‌کند (۶). چنین فردی درصدد پیش‌بینی واکنش‌های دیگران است و خودساختگی را مطابق با انتظارات و عکس‌العمل‌های آن‌ها برمی‌گزیند (۲۴). فردی با مواضع شخصی ضعیف توسط احساسات خود و دیگران به موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهد که تقریباً به‌طور انحصاری برمبنای احساسات انجام می‌گیرد. افرادی با تفکیک ضعیف، انعطاف و سازش کمی دارند و علائم بیماری را در شرایط استرس‌زا بروز می‌دهند. فرد تمایزنایافته، توانایی کمی برای تحمل اضطراب مزمن در روابط سیستمی دارد و درصدد آن است تا ازطریق آمیختگی عاطفی یا گسلش عاطفی مانع اضطراب شود (۲۵). در این راستا پژوهش شوارتز و همکاران بیان داشت، فردی که به‌خوبی تمایز می‌یابد، توانایی تفکر، احساس و عمل را به‌تنهایی دارد (۱۰). طبق نظر بوئن، افراد تمایزیافته از موقعیت خود مستحکم با دیگران روابط متقابل برقرار می‌کنند؛ بنابراین فرد با تمایزیافتگی بیشتر می‌تواند صمیمیت را با دیگری بدون ازدست‌دادن «خود» به‌دست آورد (۱۲). فرد متمایز درعین‌حال که توانایی تجربه و واکنش منطقی را در زمان مقتضی دارد، احساسات عمیق را نیز تجربه می‌کند. چنین فردی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا دارای انعطاف بیشتری است، علائم بیماری در وی به‌کندی پیش می‌رود و توانایی زیادی برای تحمل اضطراب مزمن دارد؛ بدون اینکه به راه‌حل فوری متوسل شود (۲۶). افراد تمایزیافته دارای توانایی ترکیب تفکرات و احساسات هستند. آن‌ها توانایی زیادی در ایجاد صمیمیت با اطرافیان دارند؛ درحالی‌که خویشتن خود را حفظ می‌کنند؛ همچنین به دیگران اجازه می‌دهند تا ادراکی از خودشان داشته باشند. افرادی با سطح کم تمایزیافتگی، کمتر می‌توانند در موقعیت‌های عاطفی فکر کنند. افراد کمترمتمایز، استقلال ساختگی برای خود متصور هستند. آن‌ها به‌سختی تفکرات و احساسات را ترکیب می‌کنند و دستخوش احساسات در روابط بین‌فردی می‌شوند (۲۷).

مبسم در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که باتوجه به اهمیت پیمان‌درمانی در نتایج درمان، ظاهراً روشن‌کردن فرایند مرتبط با حل‌وفصل گسیختگی‌های پیمان‌درمانی امری ضروری است و در این میان نیاز به همکاری متقابل درمانگر و مُراجع، حس می‌شود (۱۱). راهکارهای بسیاری برای حل‌وفصل گسیختگی‌های پیمان‌درمانی ارائه شده است (۲۸). درمانگران معمولاً برای حل مشکلات مربوط به گسیختگی‌های پیمان، به مداخلات مستقیم و غیرمستقیمی ازطرق مختلف می‌پردازند؛ به‌عنوان مثال ازطریق بهبود وظایف و اهداف درمان یا پیوند عاطفی بین درمانگر و مُراجع (۲۹). درمان‌هایی که گسیختگی‌های پیمانی را در بر می‌گیرند، مؤثرتر از درمان‌هایی ظاهر می‌شوند که فاقد این گسیختگی‌ها هستند؛ البته بدین‌شرط که پیمان اصلاح و بازیابی شود. به‌کاربستن یک مدل فرایند حل یا برطرف‌سازی،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

مداخلات را تخصصی‌تر می‌کند و درنتیجه کارایی و تأثیرش را افزایش می‌دهد (۳۰).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌بودن میزان پژوهش‌های داخلی برای بررسی و سنجش میزان انطباق آن‌ها با پژوهش‌های خارجی اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش همکاری‌نکردن برخی از مُراجعان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. پیشنهاد می‌شود میزان پیمان در میان مُراجع و درمانگر در طول جلسات درمانی به‌صورت متقارن و ترسیم نمودار رشدی پیمان، به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت‌ها در ارزیابی‌های انجام‌شده توسط مُراجع و درمانگر بررسی شود. همچنین، ارزیابی مراحل پیمان‌درمانی در طول فرایند درمان و رابطهٔ آن با نتیجهٔ درمان و شکل‌هایی که در طول درمان به خود می‌گیرد، انجام شود؛ این موضوع می‌تواند در طیف گسترده‌ای از مُراجعان با رویکردها و مقیاس‌های متفاوتی سنجیده شود و درنهایت به یک مدل با استفاده از تحلیل‌های موجود برای بررسی داده‌های آماری، همچون تحلیل مسیر منجر شود.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، مدل پیمان‌درمانی طراحی‌شده در این پژوهش و رابطهٔ آن با تمایزیافتگی خود در مُراجعان مراکز مشاوره، از برازش مناسبی برخوردار است؛ بنابراین استفاده از الگوی مذکور به مشاوران کمک خواهد کرد تا درمان مناسب‌تری برای مُراجعان در نظر گیرند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از مدیران مراکز مشاوره و تمامی مُراجعانی که در اجرای این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌کنند؛ درضمن نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ تضاد منافعی در رابطه با نویسندگی یا انتشار این مقاله ندارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

بدین‌وسیله گواهی می‌شود، از تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق حاضر، رضایت‌نامه اخذ شد؛ همچنین تأکید شد مشخصات فردی‌شان حفظ می‌شود. افراد نمونه توجیه شدند که این مطالعه صرفاً مطالعه‌ای پژوهشی است و برای شرکت در آن مختار هستند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

فایل خروجی SPSS و پرسش‌نامه‌های خام دردسترس است و در صورت نیاز به آدرس مجله ارسال خواهد شد.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای پژوهش‌محور دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین اعتبار منابع برای مطالعهٔ گزارش‌شده توسط نویسندگان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول پرسش‌نامه‌ها را اجرا، جمع‌آوری و تحلیل کرد. نویسندهٔ دوم در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی سهیم بود و متن مقاله را جمع‌آوری و نگارش کرد. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Buhart A, Tad J. Osoul ravan shenasi balini va moshavere [Principles of clinical psychology and counseling]. Firouzbakht M. (Persian translator). Tehran: Rasa Pub; 2014.
2. Al-Darmaki F, Kivlighan DM. Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. J Couns Psychol. 1993;40(4):379–84. https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.4.379
3. McAleavey AA, Castonguay LG. The process of change in psychotherapy: common and unique factors. In: Gelo OCG, Pritz A, Rieken B; editors. Psychotherapy research: foundations, process, and outcome. Vienna: Springer-Verlag Publishing; 2015. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_15
4. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2000;68(3):438–50. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438
5. Glarding S. Khanevade darmani, tarikhche, nazariye va karbord [Family therapy; history, theory and application]. Bahari F. (Persian translator). Tehran: Tazkieh; 2011.
6. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin Psychol Rev. 2003;23(1):1–33. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0
7. Bedi RP. The therapeutic alliance and the interface of career counseling and personal counseling. J Employ Couns 2004;41(3):126–35. https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2004.tb00886.x
8. Horvath AO. An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome [PhD dissertation]. [Columbia]: Faculty of education, University of British Columbia; 1981. https://doi.org/10.14288/1.0054327
9. Horvath AO. Alliance in common factor land: a view through the research lens. Res Psy. 2011;14(1):121–35. https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.45

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

10. Bandelli Gh. Tarrahi model nazari peyman darmani [designing a theoretical model of peyman therapy]. In: 4th international conference on recent innovations in psychology, counseling and behavioral sciences [Internet]. Iran, Tehran; 2017.
11. Mobsem S. Tahlil mohtavaye moghavemat, mechanism haye defaee, etehad darmaniva enteghal dar kaheshe ta'arozaat zanashoo'i zanan be shiveye ravan darmani pooyeshi kootah moddat feshorde [Content analysis of resistance, defense mechanisms, therapeutic alliance and transition in reducing marital conflicts in women by intensive short-term dynamic psychotherapy]. [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: Faculty of educational sciences and psychology, Allameh Tabatabaee University; 2012.
12. Schwartz JP, Grammas DL, Sutherland RJ, Siffert KJ, Bush-King I. Masculine gender roles and differentiation: predictors of body image and self-objectification in men. Psychology of Men & Masculinity. 2010;11(3):208–24. http://dx.doi.org/10.1037/a0018255
13. Skowron EA, Kozlowski JM, Pincus AL. Differentiation, self–other representations, and rupture–repair processes: predicting child maltreatment risk. J Couns Psychol. 2010;57(3):304–16. https://doi.org/10.1037/a0020030
14. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? a descriptive review of the evidence in community mental health case management. Aust N Z J Psychiatry. 2003;37(2):169–83. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x
15. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press; 2015.
16. Gaston L, Marmar CR. The California Psychotherapy Alliance Scale. In: Horvath AO, Greenberg LS; editors. The working alliance: theory, research and practice. New York: John Wiley & Sons; 1994.
17. Skowron EA, Schmitt TA. Assessing interpersonal fusion: reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. J Marital Fam Ther. 2003;29(2):209-22. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x
18. Younesi F. Standardization of Differentiation of self-inventory [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Faculty of psychology and educational science, Allameh Tabatabaee university: 2006. [Persian]
19. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1010–24. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007
20. Babapour Kheiroddin J, Pursarifari H, Soudmand M. The role of therapeutic alliance and attachment styles in treatment drop-out among substance abusers. Etiadpajohi. 2018;12(46):173-188. [Pesian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1120-en.html
21. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpoor H, Andouz Z. (Persian translator). Tehran: Nasle Farda; 2019.
22. Barrett-Lennard GT. The helping relationship: crisis and advance in theory and research. J Couns Psychol. 1985;13(2):279–94. https://doi.org/10.1177/0011000085132006
23. Hentschel U. Therapeutic alliance: the best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? on links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. Psychother Res. 2005;15(1–2):9–23. http://dx.doi.org/10.1080/10503300512331327001
24. Bein E, Anderson T, Strupp H, Henry W, Schacht T, Binder J, et al. The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapeutic outcome. Psychother Res. 2000;10(2):119–32. http://dx.doi.org/10.1080/713663669
25. Lambert M J. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and electic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR; editors. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992.
26. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. J Consult Clin Psychol. 1978:46(5):1023–35. https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.1023
27. Golden BR, Robbins SB. The working alliance within time-limited therapy: a case analysis. Professional Psychology: Research and Practice. 1990;21(6):476–81. https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.6.476
28. Kivlighan DM, Tarrant JM. Does group climate mediate the group leadership–group member outcome relationship? a test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. Group dynamics: Theory, Research, and Practice. 2001;5(3):220–34. https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.3.220
29. Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP, et al. Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. J Consult Clin Psychol. 2006;74(2):337–45. https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.2.337
30. Safran J, Muran J, Proskurov B. Alliance negotiation, and rupture resolution. In: Levy RA, Ablon JS; editors. Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: bridging the gap between science and practice. New York: Humana Press; 2009.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]