

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

Askari F<sup>1</sup>, \*Manavi Pour D<sup>2</sup>

## 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](mailto: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.

## طراحی الگوی پیمان‌درمانی با تمایز یافتگی خود در بین مراجعین مراکز مشاوره

فاطمه عسکری<sup>۱</sup>، \* داوود معنوی‌پور<sup>۲</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران؛  
 ۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [Manavipor53@yahoo.com](mailto:Manavipor53@yahoo.com)

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

## چکیده

**زمینه و هدف:** پیمان‌درمانی متغیر مؤثرتر در فرایند درمان و پیش‌بینی‌کننده بهتر پیامد درمان است. هدف این پژوهش، طراحی مدل پیمان‌درمانی و تعیین رابطه آن با تمایز یافتگی خود در بین مراجعان مراکز مشاوره بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر، توصیفی و مدل آن همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مراجعان 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 مراجعه‌کننده 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 پرسش‌نامه تمایز یافتگی 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 ارائه شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

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

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، مدل پیمان‌درمانی طراحی شده در این پژوهش و رابطه آن با تمایز یافتگی خود در مراجعان مراکز مشاوره، از برازش مناسبی برخوردار است؛ از این‌رو استفاده از الگوی مذکور به مشاوران کمک خواهد کرد تا درمان مناسب‌تری برای مراجعان در نظر گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** پیمان‌درمانی، تمایز یافتگی خود، مراجعان به مراکز مشاوره.

شاید اهمیت پیمان‌درمانی زمانی بارزتر شد که هوروات 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، علاقه‌وافر به ساختار مداخلات درمانی و نیز مدون کردن 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؛ از جمله بندلی در پژوهش خود نشان داد، مدل نظری پیمان‌درمانی، زمینه مناسبی به‌منظور بهبود روابط مراجع و درمانگر به‌وجود می‌آورد (۱۰). مبسم در پژوهشی به بررسی تحلیل محتوای مقاومت و مکانیزم‌های دفاعی، پیمان‌درمانی و انتقال در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده<sup>۱۰</sup> و نیز اثربخشی این شیوه درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان پرداخت. نتایج پژوهش مشخص کرد، به‌طور کلی، رویکرد روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مؤثر است (۱۱). در پژوهشی شوارتز و همکاران تأثیر تمایز یافتگی را بر تصور بدنی<sup>۱۱</sup> و معترض بودن به خود<sup>۱۲</sup> در ۲۰۲ دانشجوی مرد بررسی کردند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد، مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود به‌صورت معناداری نارضایتی از تصور بدنی و معترض بودن به خود را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های این بررسی حاکی از آن بود که معنای واضحی از خود داشتن با نگرانی کمتر از تصویر بدنی همبسته است (۱۲). اسکورون و همکاران در بررسی اثر تمایز یافتگی خود بر بدرفتاری<sup>۱۸</sup> مادران با فرزندان دریافتند، میزان کم تمایز یافتگی خود در مادران به‌ویژه واکنش‌پذیری و جدایی هیجانی بیشتر، مادران را در ریسک بیشتری برای بدرفتاری با کودکانشان قرار می‌دهد؛ به‌نحوی که تمایز یافتگی موجب تشخیص این ریسک می‌شود (۱۳). مطالعه‌ای دیگر توسط هاوگگو 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 مراجعان دارای اختلال شدید روانی بسیار کم است؛ زیرا این مراجعان در شکل‌گیری روابط با درمانگر درمقایسه با سایر مراجعان در روان‌درمانی به‌طور کلی مشکلات بیشتری دارند و مدت طولانی‌تری برای شکل‌گیری رابطه‌ای درمانی زمان می‌برد (۱۴). با توجه به اهمیت موضوع تمایز یافتگی 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

درمان‌های روان‌شناختی<sup>۱</sup> 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 مستعد بودن درمانجو در اجرای طرح درمانی ارتباط دارد. در این میان به‌نظر می‌رسد مجموعه 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<sup>۲</sup> به‌منزله 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 مراجع<sup>۳</sup> شکل می‌گیرد (۲). از زمانی که فروید<sup>۴</sup> در اوایل قرن بیستم مفاهیم انتقال<sup>۵</sup> و انتقال متقابل<sup>۶</sup> را مطرح کرد، علاقه‌وافری به مفهوم پیمان‌درمانی ایجاد شد. بی‌تردید بخشی از این علاقه، ناشی از این نگرش است که پیمان‌درمانی از اجزای بنیادی‌تر تمام رویکردهای روان‌درمانی به‌ویژه رویکردهای روان‌پویایی، شناختی، روایتی<sup>۷</sup> و طرحواره‌ای<sup>۸</sup> به‌شمار می‌آید (۳). تعاریف نسبتاً متفاوتی از پیمان‌درمانی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است؛ اما ویژگی مشترک همه آن‌ها ارتباط درمانگر و مراجع به‌منظور سروسامان دادن به کار 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<sup>۹</sup> ارتباط؛ پیوند عاطفی<sup>۱۰</sup> بین مراجع و درمانگر؛ توانایی درمانگر و مراجع در پذیرش تکالیف<sup>۱۱</sup> و اهداف<sup>۱۲</sup> درمان (۴). ویژگی‌های شخصیتی افراد نقش مهمی در ارتباط مراجع و درمانگر ایفا می‌کند. به همین دلیل یکی دیگر از عوامل مهم در پیمان‌درمانی بین مراجع و درمانگر، میزان تمایز یافتگی<sup>۱۳</sup> مراجع است. تمایز یافتگی خود از مفاهیم بسیار مهم نظریه سیستمی خانواده است که توسط موری بوئن<sup>۱۴</sup> ارائه شده است. این مفهوم به میزان توانایی فرد در متمایزسازی خود از خانواده اصلی در سطح عاطفی و عقلی اطلاق می‌شود (۵). هدف از تمایز یافتگی آن است که بین احساسات و شناخت توازن و تعادل ایجاد شود و تعریف یا هویت مشخصی به‌دست آید. تمایز یافتگی خود، متغیر بحرانی‌تر شخصیتی به‌شمار می‌رود که برای رشد، بلوغ و دستیابی به سلامت روان به آن نیاز است (۶). مفهوم تمایز یافتگی 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).

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

1. Psychotherapy

2. Therapeutic alliance

3. Client

4. Freud

5. Transference

6. Countertransference

7. Narrative

8. Schematic

9. Collaborative nature

پدیدآیی گسستگی در ابتدای ایجاد رابطه درمانی می‌تواند به رهایی زودهنگام درمان، رازدار نبودن درمانگر، تعیین دشوار اهداف درمان، حضور نیافتن در جلسه‌های درمانی، دیر حاضر شدن و به اتمام رساندن سریع جلسه یا حتی پرداخت نکردن هزینه، منجر شود. از طرفی، مراجعان اطلاعات مهمی درباره تجربه‌های خود در درمان دارند و درمانگران می‌توانند از این تجارب به جهت بهبود نتیجه درمانی استفاده کنند. ارتباط درمانگر و مراجع به منظور سروسامان دادن به کار درمان است و اگر قرار باشد درمان موفقیت‌آمیزی صورت گیرد، باید این جنبه از ارتباط به نحو مطلوبی وجود داشته باشد. به همین منظور، هدف از پژوهش حاضر، طراحی مدل پیمان‌درمانی و تعیین رابطه آن با تمایز یافتگی خود در بین مراجعان مراکز مشاوره برازش شود.

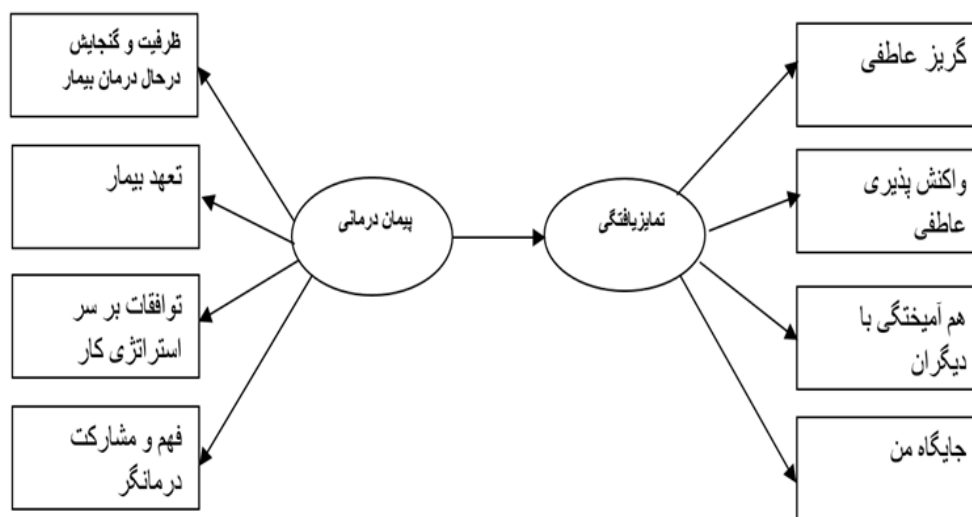
## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی و مدل آن همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مراجعان 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 مراجعان مراکز در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ که ۱۷۰۰ نفر برآورد شد، گروه نمونه شامل دویست نفر مراجع زن و مرد به روش غیر تصادفی انتخاب شدند که در رده سنی ۱۹ تا ۵۱ سال قرار داشتند. با توجه 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، در نظر گرفتن پانزده نفر برای هر متغیر، قاعده‌ای خوب است (۱۵). همچنین افراد سابقه مصرف مواد مخدر و ضربه مغزی نداشتند و از حداقل تحصیلات دیپلم برخوردار بودند. به منظور 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 به کار رفت.

– مقیاس پیمان‌درمانی کالیفرنیا<sup>۱</sup>: 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 ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱

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



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری تأثیر پیمان درمانی بر تمایز یافتگی (اقتباس از مدل پیمان درمانی هوروات)

**۳ یافته‌ها**  
در این پژوهش دویست مراجع به منظور بررسی طراحی مدل دموگرافیک شرکت‌کنندگان از قبیل جنسیت، وضعیت تأهل، گروه سنی، تحصیلات و شغل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

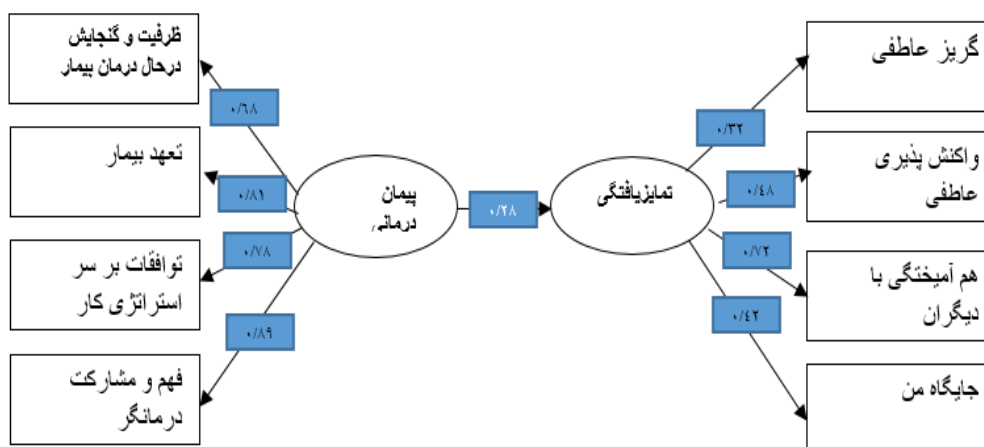
تعداد	درصد	متغیر	سطح متغیر
۱۴۵	۷۲/۵۱	زن	جنسیت
۵۵	۲۷/۵۳	مرد	
۲۰۰	۱۰۰	کل	وضعیت تأهل
۱۴۴	۷۱/۵۲	مجرد	
۴۸	۲۴/۰۱	متأهل	
۸	۴/۵۳	مطلقه	گروه سنی
۲۰۰	۱۰۰	کل	
۳۷	۱۹/۵۴	کمتر از ۲۵	
۴۰	۲۰/۰۲	۲۵ تا ۳۰	
۸۵	۴۲/۵۱	۳۱ تا ۳۵	تحصیلات
۳۸	۱۹/۰۳	بیشتر از ۳۵	
۲۰۰	۱۰۰	کل	
۲۱	۱۰/۵۲	دیپلم	شغل
۲۴	۱۲/۰۱	فوق دیپلم	
۸۵	۴۲/۵۳	لیسانس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

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

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 برازش‌شده تأثیر پیمان‌درمانی بر تمایزیافتگی خود با ضرایب استاندارد ارائه شده است.



مدل ۲. مدل برازش‌شده 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 --> ظرفیت و گنجایش بیمار	۰/۵۸	۰/۶۸	۰/۰۹	۶/۴۴	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی --> تعهد بیمار	۰/۸۹	۰/۸۱	۰/۰۸	۱۰/۷۲	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی --> توقعات بر استراتژی کار	۰/۸۴	۰/۷۸	۰/۱۰	۸/۹۳	<۰/۰۰۱
پیمان‌درمانی --> فهم و مشارکت درمانگر	۰/۸۲	۰/۸۹	۰/۰۷	۱۱/۷۵	<۰/۰۰۱
تمایزیافتگی --> گریز عاطفی	۰/۵۴	۰/۳۲	۰/۱۳	۶/۱۴	<۰/۰۰۱
تمایزیافتگی --> واکنش‌پذیری عاطفی	۰/۶۳	۰/۴۸	۰/۱۳	۴/۹۶	۰/۰۰۵
تمایزیافتگی --> هم‌آمیختگی با دیگران	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۱۰	۷/۲۳	۰/۰۰۱
تمایزیافتگی --> جایگاه من	۰/۵۹	۰/۴۲	۰/۱۲	۴/۹۵	۰/۰۰۵
پیمان‌درمانی --> 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

تمایز یافتگی را با ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این مدل نتایج به این صورت به دست آمد که شاخص‌های برازش به ترتیب برای مجذور خی دو ( $CMIN=3/50$ ) با مقدار شاخص برازش تطبیقی ( $CFI=0/907$ ) محاسبه شد. از طرفی ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ( $RMSEA=0/072$ ) به دست آمد که این مقادیر بیان می‌کند مدل حاصل برازش نسبتاً خوبی داشت؛ بنابراین مدل، به صورت کلی تأیید شد. با توجه به یافته‌های جدول ۳، میان متغیرهای پیمان‌درمانی با تمایز یافتگی خود رابطه وجود داشت ( $\beta=0/28, p=0/19$ ).

#### ۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، طراحی مدل پیمان‌درمانی و بررسی رابطه آن با تمایز یافتگی خود در بین مراجعان مراکز مشاوره بود. مدل نظری پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آموس اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده به خوبی مدل مفهومی را حمایت کردند. به بیانی دیگر می‌توان گفت، مدل تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج حاصل از بررسی رابطه بین نمره کل پیمان‌درمانی با نمره کل تمایز یافتگی گویای این مطلب بود که بین پیمان‌درمانی با تمایز یافتگی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد.

در تبیین نتایج به دست آمده، بر طبق نظر هورواث می‌توان گفت که پیمان‌درمانی از طریق ایجاد توافق همدلانه بین مراجع 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 نتیجه روان‌درمانی به رابطه درمانی مربوط است. به همین دلیل نبود هماهنگی بین بیمار و درمانگر می‌تواند کناره‌گیری زود هنگام از درمان را پیش‌بینی کند (۱۹). مک آیوی و کاستونگی بیان کردند، روان‌درمانی بر اساس 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 جلسه درمانی را با نگاهی متفاوت در مقایسه با درمانگر می‌بینند و وظیفه درمانگر آن است که تمرکزش را بر رابطه در حال پیشرفت و آنچه در فضای میان درمانگر و درمانجو رخ می‌دهد، حفظ کند (۳). آنچه در روان‌درمانی شفاف‌بخش است، اتفاقاتی است که در فضای بین درمانگر و مراجع می‌افتد (۷). به عبارت دیگر پیمان‌درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد در جهت شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌ها، تشخیص رفتارهای منفی و چگونگی جایگزین کردن رفتارهای سالم به شمار می‌رود که موجب آگاهی وی درباره طرحواره‌ها می‌شود و زمینه تغییر را در فرد فراهم می‌کند (۲۰)؛ در نتیجه پیمان‌درمانی توانست با تفکیک رفتارهای سالم و ناسالم از یکدیگر قدرت تمایز یافتگی شخص را افزایش دهد. در نهایت می‌توان گفت، پیمان‌درمانی رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط افراد، افزایش تمایز خود و به تبع آن افزایش سطح رضایت از زندگی است (۲۱).

پژوهش آکرمن و هیلسنرود نشان می‌دهد، افراد تمایز یافته قادر هستند در هر شرایطی مطابق خود واقعی‌شان عمل کنند؛ در حالی که فرد تمایز نیافته متأثر از ویژگی‌های خود ساختگی است (۶). فردی با تمایز یافتگی زیاد، سازگاری بیشتر و توانایی بهتری برای کنار آمدن با

استرس دارد و صمیمیت عاطفی بیشتری را ضمن تشخیص و حفظ مرزهای مناسب تجربه می‌کند (۲۲). در مقابل، سطوح کمتر تمایز همراه با واکنش‌هایی بر مبنای احساسات، انزوا در واکنش به موقعیت‌های استرس‌زا و احساس «فقدان خود» است (۲۳).

بر طبق پژوهش آکرمن و هیلسنرود، فردی با مواضع شخصی ضعیف، جدایی عاطفی بسیار کمی از خانواده‌اش خواهد داشت و در قبال 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 به طور انحصاری بر مبنای احساسات انجام می‌گیرد. افرادی با تفکیک ضعیف، انعطاف و سازش کمی دارند و علائم بیماری را در شرایط استرس‌زا بروز می‌دهند. فرد تمایز نیافته، توانایی کمی برای تحمل اضطراب مزمن در روابط سیستمی دارد و درصدد آن است تا از طریق آمیختگی عاطفی یا گسلس عاطفی مانع اضطراب شود (۲۵). در این راستا پژوهش شوارتر و همکاران بیان داشت، فردی که به خوبی تمایز می‌یابد، توانایی تفکر، احساس و عمل را به تنهایی دارد (۱۰). طبق نظر بوئن، افراد تمایز یافته از موقعیت خود مستحکم با دیگران روابط متقابل برقرار می‌کنند؛ بنابراین فرد با تمایز یافتگی بیشتر می‌تواند صمیمیت را با دیگری بدون ازدست‌دادن «خود» به دست آورد (۱۲). فرد متمایز در عین حال که توانایی تجربه 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 تمایز یافته دارای توانایی ترکیب تفکرات و احساسات هستند. آن‌ها توانایی زیادی در ایجاد صمیمیت با اطرافیان دارند؛ در حالی که خویشتن خود را حفظ می‌کنند؛ همچنین به دیگران اجازه می‌دهند تا ادراکی از خودشان داشته باشند. افرادی با سطح کم تمایز یافتگی، کمتر می‌توانند در موقعیت‌های عاطفی فکر کنند. افراد کمتر متمایز، استقلال ساختگی برای خود متصور هستند. آن‌ها به سختی تفکرات و احساسات را ترکیب می‌کنند و دستخوش احساسات در روابط بین فردی می‌شوند (۲۷).

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

می‌دارند هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی یا انتشار این مقاله ندارند.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه 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.

### دردسترس بودن 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 رساله دکتری پژوهش‌محور دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### منابع مالی

تأمین اعتبار منابع برای مطالعه گزارش شده توسط نویسندگان انجام شده است.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده اول پرسش‌نامه‌ها را اجرا، جمع‌آوری و تحلیل کرد. نویسنده دوم در ارائه ایده پژوهشی سهیم بود و متن مقاله را جمع‌آوری و نگارش کرد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

مداخلات را تخصصی‌تر می‌کند و در نتیجه 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 همکاری نکردن برخی از مراجعان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. پیشنهاد می‌شود میزان پیمان در میان مراجع و درمانگر در طول جلسات درمانی به صورت متقارن و ترسیم نمودار رشدی پیمان، به منظور مشخص شدن تفاوت‌ها در ارزیابی‌های انجام‌شده توسط مراجع و درمانگر بررسی شود. همچنین، ارزیابی مراحل پیمان‌درمانی در طول فرایند درمان و رابطه آن با نتیجه درمان و شکل‌هایی که در طول درمان به خود می‌گیرد، انجام شود؛ این موضوع می‌تواند در طیف گسترده‌ای از مراجعان با رویکردها و مقیاس‌های متفاوتی سنجیده شود و در نهایت 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 طراحی شده در این پژوهش و رابطه آن با تمایز یافتگی خود در مراجعان مراکز مشاوره، از برآزش مناسبی برخوردار است؛ بنابراین استفاده از الگوی مذکور به مشاوران کمک خواهد کرد تا درمان مناسب‌تری برای مراجعان در نظر گیرند.

## ۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از مدیران مراکز مشاوره و تمامی مراجعانی که در اجرای این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌کنند؛ در ضمن نویسندگان اعلام

## 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](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 korbord [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](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>

10. Bandelli Gh. Tarrahi model nazari peyman darmani [designing a theoretical model of peyman therapy]. In: 4<sup>th</sup> 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](https://doi.org/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. [Persian] <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 eclectic 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.