مقایسه کیفیت اتحاد درمانی درمانگران مبتنی بر کاربرد مدلهای ارتباطی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۷/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۱۱

محمدرضا نیک فرجام[۱]
حسین اسکندری[۲]
جواد حاتمی[۳]

چکیده

مقدمه: اتحاد درمانی مهمترین متغیر در پیش‌بینی پیامد درمانی است. یکی از سؤالهای اساسی این است که روان‌درمانگران چگونه از مدلهای ارتباطی خود برای شکل‌گیری روابط درمانی استفاده می‌کنند. نظریه مدلهای ارتباطی به معرفی چهار مدل بنیادین (اشتراک جمعی، رتبه‌بندی قدرت، تطبیق برابری و ارزش‌گذاری بازاری) می‌پردازد که افراد تنها در قالب آنها رفتار اجتماعی خود را با یکدیگر هماهنگ می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت اتحاد درمانی درمانگران بر حسب کاربرد هر یک از این مدلهای ارتباطی است.

روش: در این پژوهش علی- مقایسه‌ای، ۴۰ درمانگر به صورت داوطلب شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه‌های اتحاد کاری (نسخه‌های کوتاه و تجدیدنظر شده درمانگر) (هتچر و گیلاپسی، ۲۰۰۶) و شیوه‌های ارتباطی (کارالیس و هاسلام، ۲۰۰۴) را تکمیل کنند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون t نمونه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین کیفیت اتحاد درمانی درمانگران بر اساس کاربرد مدلهای ارتباطی تفاوت معناداری وجود دارد. درمانگرانی که بیشتر از مدلهای اشتراک جمعی و رتبه‌بندی قدرت استفاده می‌کنند، اتحاد درمانی مطلوب‌تری با مراجع برقرار می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، شواهد ارزشمندی پیرامون کیفیت اتحاد درمانی درمانگران و نقش مدلهای ارتباطی در آن ارائه کرده و این نتایج با توجه به ماهیت رابطه درمانی قابل توجیه است.

کلیدواژگان: اتحاد درمانی، اتحاد کاری، مدلهای ارتباطی، روان‌درمانگر

[۱] دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت mohammadreza.nikfarjam@gmail.com
[۲] دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
[۳] استادیار دانشگاه تهران

The Comparison of Therapists' Quality of Therapeutic Alliance Based on the Use of Relational Models

Nikfarjam, M.R.
Eskandari, H.
Hatami, J.

Abstract

Introduction: The therapeutic alliance (TA) constitutes the most important predictor of the therapeutic outcome. A question fundamental to the study of TA is how the relational models, developed by Fiske as communal sharing (CS), authority ranking (AR), market pricing (MP), and equality matching (EM), of psychotherapists are used in their professional relationships. The main aim of this study is to compare the therapists' alliance quality differ based on each of the relational models.

Method: A total of 40 psychotherapists participated in this study, voluntarily. The participants were asked to complete the Working Alliance Inventory-Short Revised-Therapist (WAI-SR-T) (Hatcher & Gillaspy, 2006) and the Modes Of Relationship Questionnaire (MORQ) (Caralis & Haslam, 2004). Data were evaluated with independent-samples t test.

Results: Findings offered a significant difference between therapists' therapeutic alliance in terms of relational models, showed more use of CS and AR models establish more favorable alliance with clients.

Conclusion: According to the results, the study provided promising evidence regarding the therapists' quality of therapeutic alliance and the role of relational models in this process. This could be interpreted with considering the nature of the therapeutic relationship.

Key Words: Therapeutic Alliance; Working Alliance; Relational Models; Psychotherapist.

مقدمه

ارتباط[1] یکی از نیازهای بنیادین نوع بشر به‌شمار می‌رود و همین امر، انسان را بـه برقـراری اشـکال گوناگونی از روابط با همنوعان خویش سوق می‌دهد. ذهن انسان با وابستگی‌های زنـدگی اجتمـاعی به شکل قابل ملاحظه‌ای هماهنگ شده است. طی دهه گذشته، حـوزه شـناخت بـین‌فـردی شـاهد پژوهشهای متعددی بوده است مبنی بر اینکه شناخت اجتماعیِ انسان در اصـل پیرامـون پویشـهای تعاملی بین‌فردی شکل می‌گیرد (بالدوین[2]، ۲۰۰۵). هرچند پژوهشـهای بسـیاری بـه بررسـی نحـوه ادراک افراد از یکدیگر پرداخته‌اند، اما به نظر می‌رسد افراد ورای ادراکشان، خود را نسبت به یکدیگر هماهنگ می‌کنند. آنها روابطی را با اطرافیان خود برقرار می‌کنند که موجـب انگیختگـی هیجانهـا و انگیزه‌ها می‌شود و پیوسته روابط خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهنـد تـا شـیوه‌هـایی را بیابنـد کـه از طریق آنها بتوانند به نحو مطلوبی خود را با دیگران هماهنگ کنند (فیسک و هاسلام[3]، ۲۰۰۵).

نظریه مدلهای ارتباطی[4] که توسط فیسک (۱۹۹۰) مطرح شد به تبیین شیوه‌هایی می‌پردازد کـه انسانها در قالب آن، روابط و فعالیتهای خود را با یکدیگر سازگار می‌کنند. نحوه شکل‌گیری نظامهای پیچیده اجتماعی و تنوع افراد در جامعه‌پذیری[5] نیز در قالب این نظریـه توجیـه‌شـدنی اسـت. نظریـه مزبور، مدعی است که روابط انسانی و نظامهای اجتماعی، تحقّقِ ترکیبهای گونـاگون از تنهـا چهـار مدل ارتباطی بنیادین هستند که بسته به فرهنگ نمایان می‌شوند. این مدلها، مبنای شناختی دارند و افراد در همه فرهنگها برای ایجاد، فهم، هماهنگی و ارزیابی بسیاری از جنبه‌های تعامـل اجتمـاعی، آنها را به کار می‌گیرند (هاسلام، ۲۰۰۴؛ فیسک و فیسک، ۲۰۰۷).

فیسک (۲۰۰۴) این چهار مدل ارتباطی را که در واقع طرحـواره‌هـای شـناختی ضـمنی هسـتند اینگونه شرح می‌دهد: الف) مدل اشتراک جمعی[6]: نوعی جامعه‌پذیری یا تمایل به برقراری رابطـه بـا دیگران است به گونه‌ای که مجموعه‌ای از افراد به‌واسطه برخـورداری از امکانـات و نقـاط مشـترک خاص، از نظر اجتماعی هم‌ارز و مشابه هستند و گروه یا طبقه مجزایی را تشکیل می‌دهند؛ برخـی از این جنبه‌های مشترک عبارتند از: برادری و اخوت بر اساس آیین یا مـذهب مشـترک، مسـئولیتهای خانگی، اقتصادی و یا مسئولیتهای مربوط به اخلاق جمعی و ... ب) مدل رتبه‌بنـدی قـدرت[7]: نـوعی جامعه‌پذیری بر اساس تفاوتهای نامتقارن است که به طور خطی مرتب شده‌اند. به عبـارت سـاده‌تـر، نوعی رابطه نامتقارن را ایجاد می‌کند که در آن، افراد برحسب جایگـاه متفـاوتی کـه در یـک نظـام سلسله مراتب خطی نسبت به یکدیگر دارند با هم تعامل می‌کنند؛ نمونه‌هایی که می‌تواننـد موضـوع

1- relationship
2- Baldwin
3- Fiske & Haslam
4- relational models theory (RMT)
5- sociality
6- communal sharing (CS)
7- authority ranking (AR)

رتبه‌بندی قرار گیرند عبارتند از سن، آیین، رنگ پوست، طبقه اجتماعی، مقام برتر، نظام ترفیع، موفقیت در یک آزمون و... ج) مدل تطبیق برابری[1]: روابطی را برمی‌انگیزد که در آن، افراد به تفاوتهایی که با یکدیگر دارند توجه می‌کنند و درصددِ از بین بردن این تفاوتها و رسیدن به تعادل و برابری هستند. هدف یا نقطه ارجاع در این دست از روابط، رسیدن به تعادل است؛ رفتارهایی مانند مقابله‌مثل و انتقام‌جویی، قرعه‌کشی، تعیین نقاط شروع یکسان در رقابتهای ورزشی و ... بر اساس این مدل تبیین می‌شوند. د) مدل ارزش‌گذاری بازاری[2]: روابط متقابل را با ارجاع به نسبتها و مقادیر سازماندهی می‌کند، یعنی تعامل افراد بر اساس تصمیم‌گیریهایی صورت می‌گیرد که معطوف به نسبتها، مقادیر و اندازه‌ها است؛ مانند قیمتها، تحلیلهای هزینه- منفعت، استدلال اخلاقی سودگرایانه و... فیسک در سال ۲۰۱۲، با مطرح کردن مدلهای فرا ارتباطی[3] به غنای نظریه خویش افزود. او معتقد است افراد برای ترکیب مدلهای ارتباطی نیز از قواعد و اصولی بهره می‌گیرند که عمیقاً مبنای شناختی دارد (فیسک، ۲۰۱۲).

یکی از اولین پژوهشهایی که کاربرد نظریه مدلهای ارتباطی را برای تبیین پدیده‌های رفتار و شناخت اجتماعی در سطح فردی مورد بررسی قرار داد، توسط فیسک، هاسلام و فیسک (۱۹۹۱) اجرا شد. آنها به بررسی خطاهای اجتماعی[4] (خطاهای سهوی که طی آن فردی به‌اشتباه جایگزین فرد دیگر می‌شود) پرداختند. یافته‌ها نشان داد، افرادی که به‌غلط جایگزینِ فرد مورد نظر شده‌اند همان اشخاصی هستند که مدل ارتباطی مشابهی با شرکت‌کننده دارند. پژوهشهای مشابه دیگر موجب شد تا فیسک و هاسلام (۱۹۹۶) به جای ویژگیهای شخصی، روابط را مبنای شناخت اجتماعی قرار دهند و شناخت اجتماعی را «تفکر راجع‌به روابط» در نظر گیرند. یاکوبونی[5] و همکاران همکاران (۲۰۰۲) پژوهش عصب‌شناختی مهمی را در رابطه با نواحی مغزی دخیل در مدلهای ارتباطی اجرا کردند. یافته‌ها حاکی از این بود که نواحی مغزی مرتبط با دو مدل رتبه‌بندی قدرت و اشتراک جمعی، در قسمتِ جانبی دو طرف مغز همپوشانی زیادی با یکدیگر دارند اما رتبه‌بندی قدرت، نسبت به اشتراک جمعی، نواحی پیشانی و گیجگاهی را بیشتر فعال می‌کند.

هر چند نظریه مدلهای ارتباطی تبیین‌کننده رفتارها و شناختهای اجتماعی در سطح فردی است، اما دلالتهای مهمی نیز پیرامون شناخت، فهم و ارزش پدیده‌های جمعی، فرهنگی و اجتماعی دارد. ودوسک[6] (۲۰۰۳) نشان داد که پیامدهای منفیِ گروه مانند واکنشهای عاطفی منفی و تمایل برای خروج از گروه، زمانی رخ می‌دهند که اعضا فاقد تعریف مشترکی از روابط درون‌گروهی باشند. عدم

1- equality matching (EM)
2- market pricing (MP)
3- metarelational models (MeRMs)
4- social errors
5- Iacoboni
6- Vodosek

تشابه در مدلهای ارتباطی اعضا عامل دیگری برای عدم رضایتمندی و تعهد کمتری است که در گروه احساس می‌شود. شواهد پژوهشی حاکی از این است که چهار مدل ارتباطی مبنایی برای روابط در گروههای متنوع اجتماعی هستند. روابط درون خانواده‌ها عمدتاً ترکیبی از اشتراک جمعی و نیز رتبه‌بندی قدرت بین گروههای سنی است، چوانگ[1] (۲۰۰۵) این مدلها را برای تضمین هماهنگی و بهزیستی خانواده ضروری یافت. همچنین، در حالی که سازمانها شامل روابطی از نوع ارزش‌گذاری بازاری و رتبه‌بندی قدرت بین گروههای سنی و متخصصان می‌شوند، گروههای دوستی، ترکیبی از همه مدلها به‌جز رتبه‌بندی قدرت را نشان می‌دهند (بریتو، والدزاس، سکردج و شوبرت[2]، ۲۰۱۱). باگلی[3] (۲۰۱۰) به نقش مدلهای ارتباطی در شیوه‌های نوین آموزشی در مقطع دبیرستان پرداخت. در شیوه‌های سنتی آموزش، مدل رتبه‌بندی قدرت بین معلم و دانش‌آموز برقرار است، اما در شیوه‌های نوین، با مشارکت بیشتر دانش‌آموزان در روابطی از نوع اشتراک جمعی و ارزش‌گذاری بازاری، بهره‌وری و کارآیی آنها به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد.

اگرچه نظریه مدلهای ارتباطی به عمومی بودن مدلها در بین افراد اشاره دارد، پژوهشهای معدودی در حوزه شخصیت و آسیب‌شناسی روانی حاکی از این است که نظریه مدلهای ارتباطی می‌تواند در تبیین تفاوتهای فردی نیز مؤثر واقع شود (فیسک و هاسلام، ۱۹۹۷؛ هاسلام، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷). به عنوان نمونه، یافته‌های هاسلام، ریچرت[4] و فیسک (۲۰۰۲) پیرامون استفاده نابهنجار از مدلهای ارتباطی و اختلالهای شخصیت حاکی از همبستگی زیاد بین این اختلالها و نابهنجاریهای ارتباطی بود. برای مثال، اختلالهای شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی به‌ترتیب انگیزه بسیار زیاد و بسیار کمی برای برقراری روابط از نوع اشتراک جمعی داشتند. کارالیس[5] و هاسلام (۲۰۰۴) که رابطه مدل پنج عاملی شخصیت و مدلهای ارتباطی را مورد بررسی قرار دادند، دریافتند افرادی که تمایل زیادی به ایجاد روابط اشتراک جمعی دارند از نظر روان‌رنجورخویی در سطح پایین و از نظر دلپذیری، وظیفه‌شناسی و برونگرایی در سطوح بالایی قرار دارند. تمایل به ایجاد روابط از نوع تطبیق برابری با روان‌رنجورخویی اندک و سطوح بالای برون‌گرایی و گشودگی به تجربه همبسته بود. کاربرد زیاد مدل رتبه‌بندی قدرت نیز با روان‌رنجورخویی زیاد و سطوح پایین دلپذیری، گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی ارتباط داشت. مدل ارزش‌گذاری بازاری نیز تنها با روان‌رنجورخویی زیاد همبسته بود. در پژوهش آلن[6]، هاسلام و سمدار[7] (۲۰۰۵)، روابط نامعمول رتبه‌بندی قدرت با آسیب‌آسیب‌پذیری نسبت به سایکوز (به‌خصوص ویژگیهای مثبت اسکیزوفرنی‌گونه) و افسردگی رابطه

1- Chuang
2- Brito, Waldzus, Sekerdej & Schubert
3- Bagley
4- Reichert
5- Caralis
6 -Allen
7- Semedar

داشتند، همچنین روابط نابهنجار از نوع اشتراک جمعی و رتبه‌بندی قدرت با ابتلا به اختلال دوقطبی همبسته بودند.

یکی از موقعیتهای ویژه‌ای که در آن تجلّی روابط بین‌فردی اهمیت چشمگیری می‌یابد، تعامل میان روان‌درمانگر و مراجع است. ماهیت رابطه درمانگر- مراجع صرف‌نظر از نوع درمان، مهمترین متغیر در تعیین موفقیت درمان است (کروپنیک[1] و همکاران، ۱۹۹۶؛ پریب و مک‌کیب[2]، ۲۰۰۶). بررسیهای فراتحلیلی پیرامون روان‌درمانی کودک و نوجوان (شرک و کارور[3]، ۲۰۰۳) و همچنین بزرگسال (مارتین، گارسک و دیویس[4]، ۲۰۰۰) از این یافته حمایت کرده‌اند. اتفاق نظر محققان در این مورد سبب شده است این مفهوم در جهت‌گیریهای گوناگون درمانی پذیرفته شود و مؤثرترین عامل در کارآیی فرآیند روان‌درمانی و پیامد درمان به شمار آید (نورکراس[5]، ۲۰۰۲). از زمانی که فروید[6] در اوایل قرن بیستم مفاهیم انتقال و انتقال متقابل را مطرح کرد، علاقه وافری به مفهوم ارتباط درمانی و به‌ویژه اتحاد درمانی[7] (اتحاد کاری[8]) ایجاد شده است. بی‌تردید بخشی از این علاقه، ناشی از این نگرش است که اتحاد درمانی از بنیادی‌ترین اجزا تمام رویکردهای روان‌درمانی به‌ویژه رویکردهای روان‌پویشی، شناختی، روایتی و طرحواره‌ای به‌شمار می‌آید (مکنیل، هستی، ایوانز، ردلیچ و برک[9]، ۲۰۰۹). هر چند که تعاریف نسبتاً متفاوتی از اتحاد درمانی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است، اما ویژگی مشترک همه آنها ارتباط درمانگر و مراجع به منظور سر و سامان دادن به کارِ درمان است و اگر قرار باشد درمان موفقیت‌آمیزی صورت گیرد باید این جنبه از ارتباط به نحو مطلوبی وجود داشته باشد (مکنیل و همکاران، ۲۰۰۹). از نظر هورواث[10] (۱۹۸۱، به نقل از هورواث و لوبورسکی[11]، ۱۹۹۳) در بیشترِ روان‌درمانی‌ها اوج اتحاد درمانی اولیه در جلسه سومِ درمان آشکار می‌شود.

در سال ۱۹۷۹، بوردین[12] درصدد تعمیم مفهوم اتحاد درمانی فراسوی رویکرد روان‌تحلیلی برآمد. «اصطلاح اتحاد کاری [یا اتحاد درمانی] از نظریه روان‌تحلیلی نشأت گرفته است، اما می‌تواند به شیوه‌هایی بیان شود که به همه روان‌درمانی‌ها تعمیم‌پذیر باشد» (بوردین، ۱۹۷۹، ص ۲۵۳). او در

1- Krupnick
2- Priebe & McCabe
3- Shirk & Karver
4- Martin, Garske & Davis
5- Norcross
6- Freud
7- therapeutic alliance
8- working alliance
9- Macneil, Hasty, Evans, Redlich & Berk
10- Horvath
11- Luborsky
12- Bordin

مقاله خود با ارائه تعریف جامعی از این مفهوم به بحث و بررسی نقش چشمگیر آن در گستره وسیعی از رویکردهای درمانی پرداخت. بوردین (۱۹۷۹، ۱۹۹۴) اتحاد درمانی را شامل سه مؤلفه اساسی می-داند: توافق آشکار یا ضمنی مراجع و درمانگر بر اهدافِ درمان؛ توافق بر تکالیفِ درمان که مراجع را در رسیدن به اهداف درمان توانمند می‌سازند و پیوند هیجانی بین درمانگر و مراجع. اگر این سه مؤلفه در حد مطلوبی وجود داشته باشد اتحاد درمانی مستحکم و بادوام بوده، پیشرفت درمان را تسهیل می‌نماید. اما اگر تنها یکی از این مؤلفه‌ها به صورت مؤثر موجود نباشد، اتحاد درمانی دچار بی‌ثباتی شده و درمان ناموفق خواهد بود.

یافته‌های پژوهشی نشان داده که ویژگیهای معینی از درمانگر و مراجع در ایجاد اتحاد درمانیِ مطلوب دخالت دارند. یکی از متغیرهای اساسی مراجع این است که او مسئولیت خود را برای تغییر، ضروری بداند. آمادگی مراجع برای تغییر و پذیرش اهداف و تکالیف درمانی نقش مهمی در ارتقاء اتحاد درمانی ایفا می‌کند (فیتزپاتریک و ایران‌نژاد[1]، ۲۰۰۸). لیوتی[2] (۲۰۰۷) برخی از رفتارهای مراجع مراجع را که سببِ کیفیت مطلوب اتحاد درمانی می‌شوند، این‌گونه برمی‌شمرد: حضور منظم در جلسه‌های درمانی، افشاء صادقانه مسائل، پذیرش مداخله‌های درمانگر، پیگیری تکالیف درمانی خارج از جلسه، گرایش و عزم روان‌شناختی و مشارکت مشتاقانه در درمان. همچنین نگرش درمانگر در مورد سازگاری (یعنی باور به نقش فعال، آموزشی و هدایتی درمانگر) و در نظر گرفتن روان‌درمانی به عنوان هنری خلاق (نگرش هنرمندانه) می‌تواند پیش‌بینی‌کننده تعامل مطلوب درمانگر- مراجع و بهبودی مراجع طی درمان باشد (زیمرمن و بمبلینگ[3]، ۲۰۱۲).

هریس[4] (۲۰۰۴) به بررسی تأثیر سبکهای دلبستگی و ایجاد اتحاد درمانی می‌پردازد و شیوه‌هایی هایی را پیشنهاد می‌کند که درمانگر می‌تواند به منظور کاهش اثرات مخرب سبکهای دلبستگی ناایمنِ مراجع در رابطه درمانی به کار بندد. به طور کلی، هر نوع تعارض ارتباطی بین درمانگر و مراجع می‌تواند به نظام دلبستگی هر دو نفر مربوط شود (لیوتی، ۲۰۰۷). پتروسکی، نواکی، پوکارنی و بیوچهایم[5] (۲۰۱۱) مشابهت سبکهای دلبستگی درمانگر و مراجع را در ایجاد یک رابطه مناسب درمانی حائز اهمیت می‌دانند. مراجعان با سبکهای دلبستگی دوسوگرا و سازمان‌نیافته[6] با درمانگران برخوردار از این سبکها، اتحاد مطلوب‌تری را برقرار کردند. در فراتحلیل اسمیت، مستفی و گولدینگ[7] گولدینگ[7] (۲۰۱۰) مشخص شد که هر اندازه مراجعان، سبک دلبستگی خود را ایمن‌تر ارزیابی کنند، کنند، اتحاد درمانی مطلوبتری ایجاد می‌نمایند.

1- Fitzpatrick & Irannejad
2- Liotti
3- Zimmerman & Bambling
4- Harris
5- Petrowski, Nowacki, Pokorny & Buchheim
6- disorganized attachment style
7- Smith, Msetfi & Golding

اصطلاح گسستگی[1] که برای اولین بار توسط سفران[2] (۱۹۹۰، به نقل از سفران و موران[3]، ۱۹۹۶) به کار رفت، به تعارضها، موانع و انحرافهایی اطلاق می‌شود که در رابطه درمانی رخ می‌دهند. گسستگی‌ها معمولاً زمانی پدید می‌آید که درمانگر در چرخه‌های بین‌فردی ناسازگار مراجع به دام می‌افتد، یعنی درمانگر ناخواسته مانند یکی از اطرافیان مراجع با او تعامل می‌کند و بدین ترتیب طرحواره‌های بین‌فردی مراجع را تأیید می‌نماید (سفران و موران، ۱۹۹۶؛ سفران و موران، ۲۰۰۶). سفران، موران و یوبانکز- کارتر[4] (۲۰۱۱) بر اساس دو فراتحلیلی که از پژوهشهای اخیر در این حوزه حوزه انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی‌بر توجه روزافزون درمانگران به ترمیم گسستگی‌ها، افزایش دوره‌های گسستگی- ترمیم و در نتیجه افزایش کیفیت اتحاد و پیامد درمانی وجود دارد.

آنچه از پژوهشهای گوناگون به دست آمده نشان می‌دهد اتحاد درمانی بی‌شک مؤثرترین متغیر در فرآیند درمان و بهترین پیش‌بینی‌کننده پیامد درمان است. به طور کلی، این سازه می‌تواند تا ۲۶ درصد از واریانس پیامد درمانی را صرف‌نظر از نوع درمان تبیین کند (هورواث و سیموندز[5]، ۱۹۹۱؛ لوبورسکی، ۱۹۹۴؛ لمبرت و برلی[6]، ۲۰۰۲؛ کریتس- کریستوف، گیبونز و هیران[7]، ۲۰۰۶). از آنجا که که این سازه نظری به طور چشمگیری حائز اهمیت است، طی سه دهه اخیر آبشخور پژوهشهای فراوانی در زمینه مشاوره و روان‌درمانی بوده است. از سوی دیگر، حجم فزاینده پژوهشهایی که در حوزه روان‌شناسی اجتماعی، مؤید تأثیر معنادار الگوها و سبکهای خاص افراد در برقراری انواع روابط بین‌فردی است این سؤال را مطرح می‌کند که آیا ارتباط بین درمانگر و مراجع به‌منزله نوع ویژه‌ای از رابطه بین‌فردی می‌تواند متأثر از الگوهایی باشد که هر کدام در برقراری روابط اجتماعی خود از آنها بهره می‌گیرند؟ اگرچه سنجش و تعریف رابطه درمانی دشوار است و همچنان پژوهشها در این زمینه ادامه دارد، اما باید توجه داشت که اتحاد درمانی مانند هر رابطه دیگری پدیده‌ای تعاملی تلقی می‌شود و مهارتهای ارتباطی برای شکل‌گیری مطلوب آن ضروری است. درمانگر و مراجع که هر یک به عنوان فردی مجزا با تاریخچه‌ای از زندگی فردی و اجتماعی خود، به‌نوعی محصول فرهنگ و جامعه خویش هستند، در چه سطحی با یکدیگر به تعامل می‌پردازند؟ علاقه وافر به ساختار مداخلات درمانی و نیز مدوّن کردن تکنیکهای درمانی در قالب پروتکل‌های قابل آموزش موجب شده است فرآیند ارتباط درمانی و به ویژه اتحاد درمانی به فراموشی سپرده شده، کمتر دستخوش

1- rupture
2- Safran
3- Muran
4- Eubanks-Carter
5- Symonds
6- Lambert & Barley
7- Crits-Christoph, Gibbons & Hearon

تبیین و تحلیل و ارزیابی قرار گیرد. به‌علاوه، وجود نوعی نگرش تاریخی به پیدایش مفاهیمِ ارتباط درمانی در نظریه‌های روان‌پویشی و منحصر کردن این مفاهیم، دلیلی دیگر بر نادیده انگاشتن آن در رویکردهای شناختی، رفتاری و دیگر رویکردهای معاصر به درمان است (گرین[1]، ۲۰۰۹). با توجه به اینکه یکی از حیاتی‌ترین مهارتهای مورد نیاز برای درمانگران، مهارتهای ارتباطی بوده و پژوهشهای متعددی مؤید وجود رابطه معنادار بین اتحاد درمانی و نتایج درمان است، بررسی این مفهوم فرصتی برای تصریح و ارزیابی برخی از جنبه‌های اصلی فرآیندهای مؤثر درمانی را فراهم می‌نماید. کاربرد بالینیِ مفاهیم ارتباط درمانی به نوبه خود در تحکیم و ارتقاء برخی از مهارتهای اصلی درمانی، آموزش و طرح درمانهای گوناگون تأثیر به‌سزایی خواهد داشت. مهجور ماندن مفاهیم ارزشمندی چون رابطه درمانی، اتحاد درمانی و شیوه‌های ارتباطی (همراه با تلویحات نظری و کاربردی‌شان) در بین پژوهشگران و مخصوصاً درمانگرانِ جامعه ما، محققان را بر آن داشت تا به بررسی رابطه بین مدلهای ارتباطی و کیفیت اتحاد درمانی در گروهی از درمانگران بپردازند. هدف از اجرای این پژوهش، پاسخ به این سؤال است که آیا کیفیت اتحاد درمانی درمانگران برحسب کاربرد هر یک از مدلهای ارتباطی توسط آنان (صرف‌نظر از آموزشهای تخصصی‌شان در زمینه برقراری رابطه درمانی) متفاوت است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای و جامعه آماری آن شامل کلیه روان‌شناسان ۶۵-۲۷ ساله بود که در استان تهران و در سال ۱۳۹۱ از مجوز سازمان نظام روان‌شناسی کشور جهت فعالیت در زمینه روان‌درمانی برخوردار بوده و دست‌کم ۴ سال تجربه فعالیت حرفه‌ای داشتند. از میان آنها تعداد ۴۰ درمانگر به صورت داوطلب و در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی درمانگران، ۳۹/۵ سال با دامنه ۲۷ تا ۶۱ سال و انحراف استاندارد ۹/۱۶ و میانگین تجربه فعالیت درمانی، ۹/۵ سال با دامنه ۴ تا ۲۷ سال و انحراف استاندارد ۶/۰۷ بود. همچنین، اکثر آزمودنیها زن با تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی عمومی بودند.

ابزار پژوهش

- **پرسشنامه شیوه‌های ارتباطی[2] هاسلام و فیسک (۱۹۹۹):** در این پژوهش نسخه ۲۰ گویه‌ای این پرسشنامه که توسط کارالیس و هاسلام (۲۰۰۴) طراحی شده است، به کار گرفته شد. افراد بعد از فهرست کردن ۳۰ نفر از آشنایان خود، ۱۵ نفر را به صورت منظم انتخاب و ارزیابی می‌نمایند. گویه‌ها در ۴ خرده‌مقیاسِ مدل ارتباطی از «اصلاً در مورد این ارتباط صحیح

1- Green
2- modes of relationship questionnaire (MORQ)

نیست» (نمره ۰) تا «کاملاً در مورد این ارتباط صحیح است» (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شوند. در پایان، میانگین نمرات کل گویه‌ها در دامنه ۱ تا ۶، برای هر مدل ارتباطی محاسبه می‌شوند. مدل ارتباطی غالب فرد همان مدلی است که بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است. این پژوهشگران پایایی از نوع همسانی درونی ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند (آلفا= ۰/۸۶). با توجه به اینکه این ابزار برای اولین بار در کشور مورد استفاده قرار می‌گرفت، مستلزم ترجمه و بازترجمه بود. در فرآیند ترجمه و آماده‌سازی MORQ گام‌های زیر برداشته شد: ۱) دو روان-شناس به طور جداگانه، پرسشنامه اصلی را از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه کردند. این دو ترجمه توسط محقق با یکدیگر مقایسه و پس از اصلاح تفاوتها به یک متن تبدیل شد. ۲) متن مذکور به‌وسیله یکی از روان‌شناسان مسلط به زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از مقایسه متن ترجمه شده و پرسشنامه اصلی و بازنگری گویه‌ها، نسخه اولیه فارسی پرسشنامه به دست آمد. ۳) به منظور ارزیابی روایی صوری یکی از متخصصان روان‌شناسی اجتماعی پرسشنامه را ارزیابی نمود. بعد از اعمالِ نظر تخصصی ایشان و بار دیگر اصلاح ابزار، سرانجام نسخه فارسی MORQ به دست آمد. در یک مطالعه مقدماتی که ۴۱ فرد عادی با میانگین سنی ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۸/۹۰ مشارکت کردند، نسخه فارسی MORQ به طور آزمایشی به کار برده شد و از قابلیت کاربرد آن در جمعیت ایرانی اطمینان حاصل شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و همچنین برای هر یک از خرده‌مقیاسهای اشتراک جمعی، رتبه‌بندی قدرت، تطبیق برابری و ارزش‌گذاری بازاری به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آمد.

- **پرسشنامه اتحاد کاری- نسخه کوتاه و تجدیدنظر شده درمانگر**[1]: یکی از رایج‌ترین ابزارهای ارزیابی کیفیت اتحاد درمانی، پرسشنامه اتحاد کاری است که توسط هورواث و گرینبرگ[2] (۱۹۸۹) طراحی شده است. در این پژوهش از نسخه کوتاه و تجدید نظرشده درمانگر استفاده شد (هتچر و گیلاپسی[3]، ۲۰۰۶). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و شامل ۳ خرده‌مقیاس ۴ گویه‌ای است که توسط درمانگر در رابطه با مراجع تکمیل می‌شود. هر خرده‌مقیاس یکی از مؤلفه‌های اتحاد درمانی بوردین (اهداف، تکالیف و پیوندها) را در طیف ۵ امتیازی لیکرت از «به-ندرت» (نمره ۱) تا «همیشه» (نمره ۷) اندازه می‌گیرد. نمره‌گذاری برای هر خرده‌مقیاس بر اساس میانگینِ نمرات فرد در هر کدام و نمره کل با دامنه ۱ تا ۵، معادل میانگین کل نمرات محاسبه می‌شود. هتچر و گیلاپسی (۲۰۰۶) روایی همگرا و پایایی از نوع فرمهای موازی نسخه درمانگر را قابل قبول دانستند (ضرایب همبستگی کلی > ۰/۷۴). از آنجا که این پرسشنامه برای

1- working alliance inventory-short revised-therapist (WAI-SR-T)
2- Greenberg
3- Hatcher & Gillaspy

اولین بار در کشور مورد استفاده قرار می‌گرفت، پس از تهیه نسخه اولیه فارسی و به منظور ارزیابی روایی یکی از متخصصان درمانهای روان‌پویشی پرسشنامه را ارزیابی کرد. بعد از اعمالِ نظر ایشان و اصلاح ابزار، سرانجام نسخه فارسی WAI-SR-T به دست آمد. در یک مطالعه مقدماتی که ۳۰ درمانگر با میانگین سنی ۳۹ سال و انحراف استاندارد ۹/۴۳ مشارکت کردند، نسخه فارسی پرسشنامه به طور آزمایشی به کار برده شد و از قابلیت کاربرد آن در جمعیت ایرانی اطمینان حاصل گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و همچنین برای هر یک از خرده‌مقیاسهای اهداف، تکالیف و پیوندها به ترتیب، ۰/۶۲، ۰/۶۸ و ۰/۶۹ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

شاخصهای توصیفی اتحاد درمانی و مدلهای ارتباطی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی اتحاد درمانی و مدلهای ارتباطی

گروه	درمانگر	
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
اتحاد درمانی		
اهداف	۴/۰۱	۰/۵۲
تکالیف	۳/۵۹	۰/۶۱
پیوندها	۴/۴۵	۰/۴
کل	۴/۰۲	۰/۴۴
مدلهای ارتباطی		
اشتراک جمعی	۳/۲	۰/۷۹
رتبه‌بندی قدرت	۲/۱۹	۰/۸۸
تطبیق برابری	۲/۸۸	۰/۸۴
ارزش‌گذاری بازاری	۲/۳۳	۰/۸۶

بر اساس نتایج جدول ۱، از میان خرده‌مقیاسهای اتحاد درمانی (پیوندها و تکالیف) و از میان خرده‌مقیاسهای مدلهای ارتباطی (اشتراک جمعی و رتبه‌بندی قدرت) به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین هستند.

برای تحلیل داده‌های پژوهش و مقایسه کیفیت اتحاد درمانی برحسب هر یک از مدلهای ارتباطی، نتایج آزمون t دو نمونه مستقل برای معنادار بودن تفاوت کیفیت اتحاد درمانی بررسی شد. ابتدا میزان استفاده درمانگران از هر مدل ارتباطی بر اساس شاخص مرکزی میانه، به دو گروه

«سطح بالا» و «سطح پایین» تفکیک و سپس کیفیت اتحاد درمانی در دو گروه مذکور برحسب هر مدل ارتباطی ارزیابی گردید. نتایج آزمون t در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t مستقل برای تفاوت میانگین نمرات اتحاد درمانی برحسب هر یک از مدلهای ارتباطی

گروه متغیر	اتحاد درمانی در گروه «سطح پایین»		اتحاد درمانی در گروه «سطح بالا»		درجه آزادی	t	سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندراد			
مدل‌های ارتباطی							
اشتراک جمعی	۳/۸۶	۰/۴۵	۴/۱۸	۰/۳۷	۳۸	-۲/۳۹	۰/۰۲۲
رتبه‌بندی قدرت	۳/۸۷	۰/۳۹	۴/۱۶	۰/۴۵	۳۸	-۲/۱۶	۰/۰۳۷
تطبیق برابری	۳/۹۲	۰/۵۲	۴/۱۱	۰/۳۳	۳۸	-۱/۳۷	۰/۱۷۸
ارزش‌گذاری بازاری	۳/۹۵	۰/۴۶	۴/۰۸	۰/۴۲	۳۸	-۰/۹۵	۰/۳۴۸

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت کیفیت اتحاد درمانی درمانگران فقط در مورد مدلهای اشتراک جمعی و رتبه‌بندی قدرت معنادار است ($p < ۰/۰۵$). میانگین نمرات اتحاد درمانی برحسب این دو مدل نشان می‌دهد درمانگرانی که در «سطح بالا» از این مدلهای ارتباطی استفاده می‌کنند، اتحاد درمانی مطلوب‌تری با مراجع برقرار می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

طی سه دهه اخیر، اتحاد درمانی به عنوان هسته اصلی رابطه درمانگر و مراجع پژوهشهای فراوانی را به خود اختصاص داده است. این سازه که از زمان پیدایش مکتب روان‌پویشی مورد توجه ویژه نظریه‌پردازان بسیاری قرار گرفته است، اکنون در حوزه عمل به منصه ظهور نشسته و شواهد پژوهشی محکمی از آن حمایت می‌کنند. هر چند که بسیاری از ابعاد رابطه درمانگر- مراجع هنوز مبهم است، اما بدیهی است که اتحاد درمانی صرف‌نظر از نوع درمان، بنیادی‌ترین عامل در پیش-

بینی نتیجه درمان به شمار می‌رود. همین ویژگی بسیار مهم سبب شده است که مطالعه حاضر همسو با برخی دیگر از پژوهشها درصددِ آشکارسازی فرآیندهای روان‌شناختی زیربنایی آن برآید. هر چند که پژوهشهای اخیر به نقش متغیرهایی چون همخوانی شخصیتی درمانگر- مراجع (تابر، لیبرت و آگاسکار[1]، ۲۰۱۱) و رضایتمندی درمانگر از زندگی شخصی خود (نیسن-لای، هویک، هاگلند، مانسن و رانستاد[2]، ۲۰۱۳) در ایجاد اتحاد درمانی پرداخته‌اند، شواهدی که از دیدگاه اجتماعی گسترده‌تری به این موضوع بنگرد ناچیز است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت کیفیت اتحاد درمانی درمانگران برحسب مدلهای ارتباطی به تبیین پیوند این دو جنبه از رابطه درمانی می‌پردازد.

گلسو[3] و همکاران (۲۰۰۵) رابطه درمانی را شامل دو جنبه عمده می‌دانند: رابطه حقیقی و رابطه حرفه‌ای. رابطه حقیقی در روان‌درمانی همان رابطه غیررسمی بین درمانگر و مراجع است که متأثر از ویژگیهای شخصیتی، سبکهای ارتباطی بین‌فردی، سبکهای دلبستگی، ارزشها، نگرشها و ویژگیهای جمعیت‌شناختی است. این نوع رابطه مبنایی برای رابطه حرفه‌ای است. رابطه حرفه‌ای به‌وسیله ساختارهای رسمی‌تر مانند شیوه‌های درمان، مدت جلسه و تعداد جلسه‌های درمانی، ابزارهای ارزیابی و ملاحظات قانونی و اخلاقی شکل می‌گیرد. به اعتقاد این پژوهشگران هر کدام از این جنبه‌ها همزمان کیفیت رابطه درمانی را تعیین می‌کنند، اما یافته‌های پژوهشی بر نقش مؤلفه‌های رابطه حقیقی از جمله مدلهای ارتباطی بین‌فردی در بهبود اتحاد درمانی تأکید دارند (فورتز[4]، گلسو، اون[5] و چنگ[6]، ۲۰۱۳).

فیسک (۲۰۰۴) تعامل یک جفت یا یک گروه از افراد را معمولاً شامل بیش از یک مدل ارتباطی می‌داند و معتقد است جنبه‌های گوناگون یک تعامل می‌تواند برحسب مدلهای مختلفی ایجاد گردد. رابطه درمانی هم از این قاعده مستثنی نیست. بنابراین، ترکیبی از چهار مدل در این پیچیدگی فزاینده نقش ایفا می‌کنند. هاسلام (۲۰۰۴) این فرض را مطرح می‌کند که مهمترین مدلهای ارتباطی در فرآیند کلی روان‌درمانی به‌ترتیب مدلهای اشتراک جمعی، رتبه‌بندی قدرت و ارزش‌گذاری بازاری هستند. او معتقد است مدل تطبیق برابری احتمالاً به‌عنوان ضعیف‌ترین مدل در این فرآیند مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه‌های این پژوهشگر را با شواهد تجربی حمایت می‌کند.

همانند هر رابطه دیگری، درمان هم مراحل متوالی خود را از آغاز تا پایان می‌گذراند. در شروع، هر یک از دو فرد انتظارها و ایده‌های از پیش معین خود را در مورد نحوه‌ای که درمان باید اهداف، نقش‌ها و پیامدهای ارتباطی مطلوب را تحقق بخشد به جلسه درمان می‌آورند (پترسون، یوهلین و

1- Taber, Leibert & Agaskar
2- Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad
3- Gelso
4- Fuertes
5- Owen
6- Cheng

آندرسون[1]، ۲۰۰۸). همخوانی رابطه که نویدبخش اطمینان برای هر دو نفر است، همراه با نقشهای از پیش تجویزشده و چگونگی ایفای آن توسط درمانگر و مراجع، بُعد اصلی رابطه یعنی هماهنگی نقشها را به وجود می‌آورد. هر نقش ویژگیهای راهنمای خاص خود را دارد که به وسیله هر فرد تعیین می‌شود. اگر درمانگر بخواهد نقش خود را آن‌گونه که شایسته است ایفا کند باید اطمینان یابد مراجع از ویژگیهای نقش خود، آگاهی داشته و طبق آن رفتار می‌کند. از سوی دیگر، مراجع نیز درمانگر را در قالب انتظارات نقش در نظر می‌گیرد (لیختنبرگ[2] و همکاران، ۱۹۹۸). هماهنگی نقش درمانگر- مراجع در بستری از رابطه ایمن تحقق می‌پذیرد، اما مراجع به عنوان فردی تازه‌وارد در فرآیند درمان برای اولین بار با نوعی عدم اطمینان از توانایی درمانگر، با او مواجه می‌شود. بنابراین یک درمانگر ماهر ابتدا با استفاده از مدل اشتراک جمعی خود را هم‌ارز با مراجع قرار می‌دهد. از آنجا که این مدلِ ارتباطی پیرامون اشتراکها شکل می‌گیرد، درمانگر می‌تواند با ابرازِ آشکار یا ضمنی همدلی به تدریج این نقاط مشترک را ایجاد نماید. به عبارت دیگر، پذیرشِ مسئولیت کمک به مراجع توسط درمانگر نشان‌دهنده درک مشترک و صحیح از رنجهای مراجع است. با وجود این، به نظر می‌رسد برترین سطحِ استفاده از این مدلِ ارتباطی، به‌واسطه خودافشایی‌های درمانگر صورت می‌گیرد. خودافشایی همواره از موضوعهای بحث‌برانگیز روان‌درمانی بوده است. برخی از درمانگران معتقدند خودافشایی با عدم تمرکز بر رفتارهای مراجع در فرآیند درمان همراه است، اما بسیاری بر این باورند که این امر، اتحاد درمانی را تسهیل می‌کند، زیرا موجب می‌شود مراجع پیوند نزدیکتری را با درمانگر احساس کند (کارور، هندلسمن، فیلدز و بیکمن[3]، ۲۰۰۵). گولدفرد[4]، بارکل[5] و یوبانکز- کارتر (۲۰۰۳) دو ویژگی مثبت از خودافشایی درمانگر را توصیف می‌کنند. اول اینکه افشاگری درمانگر از واکنشهای شخصی خود به مراجع، موجب افزایش رفتارهای بین‌فردی سازگارانه مراجع و کاهش رفتارهای مسئله‌ساز می‌شود. دوم اینکه خودافشایی زمانی مفید است که درمانگر از طریق آن به صورت ضمنی بتواند رفتارهای جامعه‌پسند را برای مسائل کنونی مراجع مدلسازی کند و به این شیوه او را یاری نماید. مارشال[6] و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که خودافشایی می‌تواند از رفتارهای رفتارهای تأثیرگذار در ارتقای کیفیت اتحاد درمانی محسوب شود. خودافشایی درمانگر می‌تواند به معنای ابراز مشکلاتی شبیه به مسائل مراجع و به بیان دیگر افزایش نقاط مشترک با مراجع باشد.

بوردین (۱۹۷۹) نیز در تشریح اهمیت مؤلفه‌های اتحاد کاری به‌ویژه «اهداف درمان» و «پیوند هیجانی»، وجوه مشترک بین درمانگر و مراجع را مدنظر قرار می‌دهد. او معتقد است تعیین اهداف در

1- Patterson, Uhlin & Anderson
2- Lichtenberg
3- Karver, Handelsman, Fields & Bickman
4- Goldfried
5- Burckell
6- Marshall

آغاز درمان، به منزله داد و ستدی است که مراجع را به نحو مؤثری به مشارکت در فعالیت درمانی ترغیب می‌کند. این در حالی است که به منظور ایجاد اتحادی استوار، درمانگر و مراجع هر دو باید برای اهداف مشترک، ارزش قائل شوند زیرا معمولاً «شرایط زندگی موانعی را در جهت پذیرش [اهداف] ایجاد می‌کند» (همان، ص ۲۵۳). تکالیف درمان به مشارکت شناختی، رفتاری و عاطفی درمانگر و مراجع برای پیشبرد فرآیند خاص درمان اطلاق می‌شود. اگر پیمان درمانی مطلوبی ایجاد شده باشد، هم درمانگر و هم مراجع خود را مسئول اجرای تکالیف می‌دانند. پیوند هیجانی، همان دلبستگیهای شخصی بین درمانگر و مراجع است که اعتماد، پذیرش و اطمینان را دربرمی‌گیرد. ماهیت این پیوند به فعالیتهای مشترک، پدیده انتقال و تجارب واقعی درمانگر و مراجع بستگی دارد (بوردین، ۱۹۷۹، ۱۹۹۴). بنابراین، تأکید بر وجوه مشترک به ویژه در مؤلفه‌های مذکورِ اتحاد درمانی حاکی از این است که اشتراک جمعی مدلی است که ارتقای کیفیت اتحاد را به دنبال دارد و سبب می‌شود درمانگر رابطه درمانی مناسبی با مراجع برقرار نماید.

به عقیده هاسلام (۲۰۰۴) مدل رتبه‌بندی قدرت بعد از مدل اشتراک جمعی بیشترین تأثیر را بر کیفیت اتحاد درمانی درمانگر دارد. باید اذعان داشت همدلی‌ها و خودافشاییهای درمانگر زمانی مفید واقع می‌شود که خود، به توانایی و دانش خویش برای مواجهه با مشکلات مراجع اطمینان کافی داشته باشد. بنابراین، درمانگر به عنوان فردی که از دانش و مهارت برتری برای فهم و درمان رنجهای روانی برخوردار است و قادر است با اقتدار و برحسب قضاوت تخصصی خود فرآیند درمان را هدایت کند، از مدل رتبه‌بندی قدرت بهره می‌گیرد تا رابطه حرفه‌ای مناسبی با مراجع برقرار نماید. لمبرت و برلی (۲۰۰۲) یکی از مؤلفه‌های بین‌فردی درمان را قابلیت اعتماد درمانگر می‌دانند. زمانی که درمانگر به عنوان مقامی برتر و با اقتدار از مدل رتبه‌بندی قدرت استفاده می‌کند، مراجع را از عملکرد حرفه‌ای و ملاحظه‌های اخلاقی- قانونی خویش خاطرجمع می‌سازد. به عقیده کلر و پرندرگاست[1] (۱۹۹۴)، اطمینان درمانگر به توانایی خود به عنوان درمانگری مؤثر که حاصل کاربرد مدل رتبه‌بندی قدرت است همراه با اشتیاق او برای کار با مراجع و علاقه واقعی به بهبود یافتن او، در ایجاد یک اتحاد مطلوب نقش به‌سزایی ایفا می‌کنند. همچنین ویژگیها و تواناییهای درمانگر از جمله محبت، دمسازی همدلانه، اصالت، شفقت و انعطاف‌پذیری که حاصل کاربرد مدل اشتراک جمعی هستند با شکل‌گیری اتحادی مؤثر و باثبات ارتباط دارند، اما انعطاف‌ناپذیری، خصومت و رفتارهای نامناسب حرفه‌ای (مانند مهارتهای نامناسب، حد و مرزهای ضعیف)، مانع از ایجاد اتحاد درمانی یا سببِ تضعیف آن و گسستگی می‌گردند (سفران، موران و یوبانکز- کارتر، ۲۰۱۱).

البته در تبیین رابطه بین کیفیت اتحاد درمانی و کاربرد مدلهای ارتباطی نباید نقش متغیرهای احتمالی دیگری چون سبکهای دلبستگی را نادیده گرفت. از یک سو، روابط کودک با مراقب در سالهای اولیه زندگی به تشکیل الگوهای روانی خاصی منجر می‌شود که مبنای روابط بین‌فردی در

1- Clair & Prendergast

بزرگسالی است (بالبی[1]، ۱۹۸۰). از سوی دیگر، نظریه دلبستگی چارچوبی برای فهم و ارزیابی بهتر اتحاد درمانی فراهم می‌کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۰) و شواهدی وجود دارد که سبکهای دلبستگی بر ایجاد رابطه درمانی تأثیر می‌گذارند (باربر، جاکز، لوبورسکی، دایگر و کریتس-کریستوف[2]، ۱۹۹۵). رابطه درمانی به شیوه‌ای شکل می‌گیرد که به نقشهای کودک- مراقب شباهت دارد. از این رو، درمانگر به عنوان منبعی برای آرامش، تنظیم هیجان و پیوندجویی عاطفی و شناختی به حساب می‌آید و بنابراین منطقی است که فرض شود مدلهای کاری درونی[3] و سبکهای دلبستگی بر فرآیند درمان مؤثر باشند (مایر و پیلکونیس[4]، ۲۰۰۲). هر چند بر اساس آخرین اطلاعات محققان، پژوهشی که مستقیماً به بررسی رابطه بین سبکهای دلبستگی و مدلهای ارتباطی بپردازد، یافت نشده است. با وجود این، هاسلام (۲۰۰۴) معتقد است نظریه دلبستگی در تبیین روابطی از نوع اشتراک جمعی مؤثر است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد همدلی درمانگر با مراجع که شکل ویژه‌ای از مدل اشتراک جمعی تلقی می‌شود با سبک دلبستگی ایمن درمانگر مرتبط است. به عنوان نمونه، مایر و پیلکونیس (۲۰۰۲) پی بردند که درمانگران با سبک دلبستگی ایمن، توانایی بیشتری در پرداختن به مسائل ارتباطی دارند. این در حالی است که درمانگران با سبک دوسوگرا، به دلیل ترس از طرد شدن در رابطه درمانی، دشواریهای بیشتری را طی درمان با مراجعان خود تجربه می-کنند. همچنین شواهدی وجود دارد مبنی‌بر این‌که متخصصان نسبت به مراجعان با سبکهای دلبستگی گوناگون، به گونه‌ای متفاوت واکنش نشان می‌دهند به‌عنوان مثال، همدلی درمانگران مضطرب نسبت به بیماران اجتنابی ناچیز است.

معمولاً یک درمانگر با اطلاعات بسیار کمی از مراجع وارد رابطه درمانی می‌شود، در حالی که کسب اطلاعات درباره مراجع بخش قابل توجهی از فرآیند درمان محسوب می‌شود. در مدل سنتی روان‌درمانی، چگونگی مواجهه درمانگر با مقاومت و انتقال منفی مراجع و تفسیر او از این پدیده بسیار بااهمیت است، اما در یک قالب ارتباطی درمانگر با سؤالهای کاملاً متفاوتی مواجه می‌شود مثلاً «در رابطه درمانی ما، مراجع چه چیزی را می‌خواهد با من مطرح کند و چرا برای او مهم است که در این رابطه آن را بازگو کند؟»؛ «مراجع چه چیزی را تجربه می‌کند و من چگونه می‌توانم متوجه شوم؟»؛ «چرا راه دیگری برای متقاعد کردن مراجع وجود ندارد؟» و«آیا این رفتار بهترین شیوه‌ای است که طی آن مراجع می‌تواند مشکلش را درک کند؟».

همانگونه که جمع‌آوری اطلاعات مراجع برای فرآیند تشخیص و درمان حائز اهمیت است، اطلاع قبلی درمانگر در مورد ابعاد مهمی از ظرفیتهای بین‌فردی خود یعنی مدلهای ارتباطی به ویژه

1- Bowlby
2- Barber, Jacques, Luborsky, Diguer & Crits-Christoph
3- internal working models
4- Meyer & Pilkonis

دو مدل اشتراک جمعی و رتبه‌بندی قدرت نیز از جایگاه به‌سزایی بخوردار است، زیرا از یک سو این بینش را برای درمانگر فراهم می‌آورد تا میزان دشواری یا آسانی شکل دادن رابطه درمانی را تخمین بزند و از سوی دیگر او را قادر می‌سازد از طریقِ توجه به ویژگیهای مدلهای مذکور و تغییر و بهبود هر یک از مؤلفه‌های اتحاد درمانی، احتمال باقی ماندن مراجع در درمان و بهره‌مندی او از پیامد مثبت درمان را افزایش دهد. در پایان باید اذعان داشت تشخیص و کاربرد مؤثر معانی ارتباطی که طی درمان ابراز می‌شوند، یکی از اساسی‌ترین مهارتهای درمانی است که روان‌درمانگر باید از آن برخوردار باشد.

مطالعه حاضر همچون سایر پژوهشها محدودیتهایی داشت که از آن جمله می‌توان به مدت زمان قابل توجهی که برای تکمیل پرسشنامه مدلهای ارتباطی لازم بود، اشاره کرد. استفاده از ابزارهای خودسنجی، حجم اندک نمونه و در نظر گرفتن متغیرهای کنترلی اندک از محدودیتهای دیگر این مطالعه هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهشهای آتی با تدوین نسخه‌های کوتاهتری از پرسشنامه مذکور و هنجاریابی آن، استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر با توجه به ماهیت چندمتغیری مدلها و در نظر گرفتن متغیرهای دیگری چون سبکهای دلبستگی و رویکردهای درمانی روان‌درمانگران، روایی پژوهش را ارتقا دهند. همچنین، این مطالعه تنها شامل روان‌درمانیهای فردی می‌شد. برای ارزیابی جامع‌تر پیشنهاد می‌شود محققان بعدی به بررسی تأثیر مدلهای ارتباطی در انواع دیگری از درمانها مانند خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی و گروه‌درمانی نیز بپردازند.

منابع

- Allen, N.B., Haslam, N., & Semedar, A. (2005). Relationship patterns associated with dimensions of vulnerability to psychopathology. Cognitive Therapy and Research, 29, 733-746.
- Bagley, S. (2010). Students, teachers and alternative assessment in secondary school: Relational models theory (RMT) in the field of education. The Australian Educational Researcher, 37, 83-106.
- Baldwin, M.W. (2005). Interpersonal cognition. New York: Guilford.
- Barber, J., Jacques, P., Luborsky, L., Diguer, L., & Crits-Christoph, P. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 63, 145-148.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16, 252-260.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. New York: Basic Books.
- Brito, R., Waldzus, S., Sekerdej, M., & Schubert, T. (2011). The contexts and structures of relating to others: How memberships in different types of groups

shape the construction of interpersonal relationships. Journal of Social and Personal Relationships, 28, 406-432.
- Caralis, D., & Haslam, N. (2004). Relational tendencies associated with broad personality dimensions. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77, 397-402.
- Chuang, Y.C. (2005). Effects of interaction pattern on family harmony and well-being: Test of interpersonal theory, relational-models theory, and confucian ethics. Asian Journal of Social Psychology, 8, 272-291.
- Clair, D., & Prendergast, D. (1994). Brief psychotherapy and psychological assessments: Entering a relationship, establishing a focus, and providing feedback. Professional Psychology: Research and Practice, 25, 46-49.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43, 280-285.
- Fiske, A.P. (1990). Relativity within moose ("mossi") culture: four incommensurable models for social relationships. Ethos, 18, 180-204.
- Fiske, A.P. (2004). Relational models theory 2.0. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fiske, A.P. (2012). Metarelational models: Configurations of social relationships. European Journal of Social Psychology, 42, 2-18.
- Fiske, A.P., & Fiske, S. T. (2007). Social relationships in our species and cultures. New York: Guilford.
- Fiske, A.P., & Haslam, N. (1996). Social cognition is thinking about relationships. Current Directions in Psychological Science, 5, 143-148.
- Fiske, A.P., & Haslam, N. (1997). Prerequisites for satisfactory relationships. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Fiske, A.P., & Haslam, N. (1997). The structure of social substitutions: A test of relational models theory. European Journal of Social Psychology, 27, 725-729.
- Fiske, A.P., & Haslam, N. (2005). The four basic social bonds: structures for coordinating interaction. New York: Guilford.
- Fiske, A.P., Haslam, N., & Fiske, S.T. (1991). Confusing one person with another: What errors reveal about the elementary forms of social relations. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 656-674.
- Fitzpatrick, M.R., & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. Journal of Counseling and Development, 86, 438-445.
- Fuertes, J.N., Gelso, C.J., Owen, J.J., & Cheng, D. (2013). Real relationship, working alliance, transference/countertransference and outcome in time-limited counseling and psychotherapy. Counselling Psychology Quarterly, 26, 294-312.
- Gelso, C.J., Kelley, F.A., Fuertes, J.N., Marmarosh, C., Holmes, S.E., Costa, C., & Hancock, G.R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. Journal of Counseling Psychology, 52, 640-649.

- Goldfried, M.R., Burckell, L.A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. Journal of Clinical Psychology, 59, 555-568.
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance. Child: Care, Health and Development, 35, 298-301.
- Harris, T. (2004). Implications of attachment theory for working in psychoanalytic psychotherapy. International Forum of Psychoanalysis, 13, 147-156.
- Haslam, N. (1995). Review-essay: A grammar of social relations. Transcultural Psychiatry, 32, 41-57.
- Haslam, N. (1997). Personality disorders as social categories. Transcultural Psychiatry, 34, 473-479.
- Haslam, N. (2004). Relational models theory: A contemporary overview. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Haslam, N., & Fiske, A.P. (1999). Relational models theory: A confirmatory factor analysis. Personal Relationships, 6, 241-250.
- Haslam, N., Reichert, T., & Fiske, A.P. (2002). Aberrant social relations in the personality disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75, 19-31.
- Hatcher, R.L., & Gillaspy, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. Psychotherapy Research, 16, 12-25.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. Journal of Counseling Psychology, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 561-573.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 38, 139-149.
- Iacoboni, M., Lieberman, M.D., Knowlton, B.J., Molnar-Szakacs, I., Moritz, M., Throop, C.J., & Fiske, A.P. (2002). Watching people interact: The neural bases of understanding social relations. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. Mental Health Services Research, 7, 35-51.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmons, S., Moyer, J., Elkin, L., & Watkins, J.T. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research programme. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 532-539.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. New York: Oxford University Press.
- Lichtenberg, J.W., Wettersten, K.B., Mull, H., Moberly, R.L., Merkley, K.B., & Corey, A.T. (1998). Relationship formation and relational control as

correlates of psychotherapy quality and outcome. Journal of Counseling Psychology, 45, 322-337.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationships. New York: Taylor & Francis.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. New York: John Wiley & Sons.
- Macneil, C.A., Hasty, M.K., Evans, M., Redlich, C., & Berk, M. (2009). The therapeutic alliance: Is it necessary or sufficient to engender positive outcomes? Acta Neuropsychiatrica, 21, 95-98.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Serran, G.A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R.E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. Aggression and Violent Behavior, 8, 205-234.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 438-450.
- Meyer, B., & Pilkonis, P.A. (2002). Attachment style. New York: Oxford University Press.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M.H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. Journal of Counseling Psychology, 60, 483-495.
- Norcross, J.C. (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press.
- Patterson, C., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations and predictors of the working alliance. Journal of Counseling Psychology, 55, 528-534.
- Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). Matching the patient to the therapist: The roles of the attachment status and the helping alliance. The Journal of Nervous and Mental Disease, 199, 839-844.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. Acta Psychiatrica Scandinavica, 113, 69-72.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? Psychotherapy, 43, 286-291.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. Psychotherapy, 48, 80-87.
- Shirk, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 452-464.

- Smith, A.E.M., Msetfi, R.M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. Clinical Psychology Review, 30, 326-337.
- Taber, B.J., Leibert, T.W., & Agaskar, V.R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. Psychotherapy, 48, 376-380.
- Vodosek, M. (2003). Finding the right chemistry: Relational models, relationship process, and task conflict in culturally diverse research groups. A Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology, University of Michigan.
- Zimmerman, J., & Bambling, M. (2012). Influence of therapist variables on working alliance and therapy outcome. Psychotherapy in Australia, 18, 76-82.