

Clients' Lived Experience of the Mechanisms Underlying the Formation of Success and Failure in the Therapeutic Alliance: A Phenomenological Study

1. Nastaran Sadat Ghasemi[✉]: Department of Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

2. Shahram Vaziri^{✉*}: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3. Farah Lotfi Kashani[✉]: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

4. Saeed Imani[✉]: Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

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



Abstract:

Objective: This study aimed to elucidate the mechanisms underlying success and failure in the therapeutic alliance based on clients' lived experiences.

Methods and Materials: This qualitative study employed an interpretative phenomenological approach. The study population comprised clients with experience of individual psychotherapy in psychological service centers and counseling clinics in Tehran. Using criterion-based purposive sampling supplemented by snowball sampling, 18 clients were recruited, including seven with predominantly successful psychotherapy experiences, six with predominantly unsuccessful or prematurely terminated experiences, and five with mixed experiences. Data were collected through 45–75-minute in-depth semi-structured interviews until thematic saturation was achieved. Data were analyzed using Braun and Clarke's six-phase reflective and inductive thematic analysis with MAXQDA 2020. Attride-Stirling's thematic network approach was used to enhance conceptual organization. Trustworthiness was established according to Guba and Lincoln's criteria, and the Holsti inter-coder agreement coefficient was 0.85.

Findings: The analysis indicated that successful therapeutic alliances emerged from the synergistic interaction of five domains: a secure therapeutic bond and relationship, therapist professional competence and technical transparency, client agency and active participation, functional outcomes and enduring changes, and contextual, environmental, and process-related factors. Conversely, failure was associated with ruptures in the therapeutic bond, deficiencies in professional competence and intervention structure, intrapsychic barriers within the client, cultural and social incongruence, and structural, financial, and environmental constraints. Comparison of successful and unsuccessful trajectories showed that the quality of the emotional bond, perceived psychological safety, and the degree of client agency constituted the principal distinguishing mechanisms.

Conclusion: The therapeutic alliance is a dynamic, multilevel, and feedback-based phenomenon whose success or failure depends less on specific therapeutic techniques than on the interaction among relational quality, therapist competence and flexibility, client participation, and cultural, social, and structural conditions. Continuous monitoring of the alliance and early management of relational ruptures may therefore improve psychotherapy outcomes and reduce premature treatment termination.

Keywords: *Therapeutic alliance; Treatment success; Treatment failure; Clients' lived experience; Interpretative phenomenology.*

How to Cite: Ghasemi, N. S., Vaziri, S., Lotfi Kashani, F., & Imani, S. (2027). Clients' Lived Experience of the Mechanisms Underlying the Formation of Success and Failure in the Therapeutic Alliance: A Phenomenological Study. *Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(3), 1-23.

Received: 07 June 2026

Revised: 20 September 2026

Accepted: 27 September 2026

Initially Published: 27 September 2026

Final Publication: 23 August 2027



Copyright: © 2027 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

تجربه زیسته درمانجویان از سازوکارهای شکل‌گیری موفقیت و شکست در اتحاد درمانی: یک مطالعه پدیدارشناختی

۱. نسترن سادات قاسمی[✉]: گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲. شهرام وزیری[✉]: گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. فرح لطفی کاشانی[✉]: گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۴. سعید ایمانی[✉]: گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: vaziri@iau.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین سازوکارهای شکل‌گیری موفقیت و شکست در اتحاد درمانی بر اساس تجربه زیسته درمانجویان انجام شد.

مواد و روش: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. جامعه پژوهش شامل درمانجویان دارای تجربه روان‌درمانی فردی در مراکز خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران بود. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیار و راهبرد مکمل گلوله‌برفی، ۱۸ درمانجو شامل ۷ نفر با تجربه غالباً موفق، ۶ نفر با تجربه غالباً ناموفق یا قطع شده و ۵ نفر با تجربه‌های ترکیبی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق ۴۵ تا ۷۵ دقیقه‌ای تا دستیابی به اشباع مضمونی گردآوری شد. تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل مضمون بازتابی و استقرایی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۲۰ انجام شد. برای سازمان‌دهی مفهومی مضامین از شبکه مضامین آت‌رید-استرلینگ و برای ارزیابی استحکام یافته‌ها از معیارهای گوبا و لینکلن استفاده شد؛ ضریب توافق هولستی نیز ۰.۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها: تحلیل تجارب نشان داد موفقیت در اتحاد درمانی حاصل هم‌افزایی پنج حوزه شامل پیوند و رابطه درمانی امن، صلاحیت تخصصی و شفافیت تکنیکی درمانگر، عاملیت و مشارکت فعال درمانجو، دستاوردهای کارکردی و تغییرات پایدار، و عوامل بستری، محیطی و فرایندی است. در مقابل، شکست با گسست پیوند درمانی، نارسایی تخصصی و ساختاری مداخله، موانع درون‌روانی درمانجو، ناهماهنگی فرهنگی و اجتماعی، و بازدارنده‌های ساختاری، مالی و محیطی شکل می‌گرفت. مقایسه مسیرها نشان داد کیفیت پیوند عاطفی، امنیت روانی و میزان عاملیت درمانجو مهم‌ترین محورهای تمایز میان تجربه موفق و ناموفق بودند.

نتیجه‌گیری: اتحاد درمانی پدیده‌ای پویا، چندسطحی و بازخوردی است که موفقیت یا شکست آن بیش از وابستگی به تکنیک درمانی، به تعامل میان کیفیت رابطه، شایستگی و انعطاف‌پذیری درمانگر، مشارکت درمانجو و شرایط فرهنگی اجتماعی و ساختاری وابسته است؛ بنابراین پایش مستمر اتحاد و مداخله زودهنگام در گسست‌های رابطه‌ای می‌تواند به بهبود پیامدهای روان‌درمانی و کاهش قطع زودهنگام درمان کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اتحاد درمانی، موفقیت درمان، شکست درمان، تجربه زیسته درمانجویان، پدیدارشناسی تفسیری.

نحوه استناددهی: قاسمی، نسترن سادات، وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، و ایمانی، سعید. (۱۴۰۶). تجربه زیسته درمانجویان از سازوکارهای شکل‌گیری موفقیت و شکست در اتحاد درمانی: یک مطالعه پدیدارشناختی. *روانشناسی تجربی و شناختی*, ۴(۳)، ۲۳-۱.



تاریخ دریافت: ۱۷ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۲۹ شهریور ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۵ مهر ۱۴۰۵

تاریخ انتشار اولیه: ۵ مهر ۱۴۰۵

تاریخ انتشار نهایی: ۱ شهریور ۱۴۰۶



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Psychotherapy is a systematic and professional process aimed at reducing psychological symptoms, modifying maladaptive cognitive, emotional, and behavioral patterns, improving interpersonal functioning, and facilitating adaptive change. Although psychotherapeutic schools differ considerably in their theoretical assumptions and intervention techniques, treatment outcome cannot be explained solely by the specific method employed. A substantial part of the therapeutic process develops within the interpersonal relationship between therapist and client, in which professional competence, emotional responsiveness, expectations, motivation, collaboration, and contextual conditions interact. Even in contemporary approaches that integrate psychotherapy with other treatment modalities, the quality of therapeutic engagement and the manner in which the client experiences the intervention remain central to treatment continuity and effectiveness (Greenway et al., 2020). Likewise, the expansion of internet-based and technology-assisted psychological services has reinforced the importance of examining how communication, accessibility, trust, and relational processes are experienced across different treatment settings (Mendes-Santos et al., 2020; Stringer, 2024).

Among the common factors in psychotherapy, the therapeutic alliance is widely regarded as a fundamental component of treatment. It encompasses the collaborative relationship between therapist and client, mutual agreement on therapeutic goals and tasks, and the development of an emotionally meaningful bond characterized by trust, respect, and psychological safety. Contemporary perspectives conceptualize the alliance as a dynamic phenomenon rather than a fixed condition. Its quality may fluctuate across sessions as a function of both relatively stable relational characteristics and situation-specific therapeutic events (Zilcha-Mano & Fisher, 2022). Accordingly, the therapeutic alliance may strengthen, weaken, rupture, and subsequently

be repaired throughout treatment. These fluctuations are clinically important because they can influence the client's willingness to disclose sensitive experiences, engage in therapeutic tasks, tolerate emotionally demanding work, and remain in treatment.

The client's perspective is particularly important in understanding the therapeutic alliance because therapists and clients do not necessarily perceive the relationship in the same manner. Discrepancies between their evaluations of collaboration, progress, trust, or goal agreement may affect treatment processes and outcomes. Research has shown that both patient and therapist perceptions of the therapeutic alliance are associated with psychotherapy outcomes and that greater convergence between these perceptions may correspond with more favorable treatment experiences (Tschuschke et al., 2020). From this perspective, the client should not be conceptualized as a passive recipient of professional techniques. Rather, clients actively influence therapy through their expectations, readiness for change, willingness to self-disclose, participation in therapeutic tasks, interpretation of therapist behaviors, and decisions regarding treatment continuation. This active role is consistent with client-centered conceptualizations emphasizing personal agency and internal resources as essential components of therapeutic change (Bohart & Wade, 2013). Evidence from strength-based interventions also illustrates the importance of mobilizing individual capacities and active participation in psychological improvement (Darbani & Parsakia, 2022).

Therapist characteristics constitute another major dimension of the alliance. Technical competence alone may be insufficient if interventions are applied rigidly or without sensitivity to the client's individual needs. Reflective capacity, emotional self-awareness, flexibility, communication skills, and the ability to adapt therapeutic strategies to the client's psychological and contextual characteristics can shape the quality of the treatment experience. Reflective processes have been identified as an important dimension of psychotherapy practice because they

allow therapists to monitor and reconsider ongoing interactions and adjust their responses accordingly (Sidis et al., 2023). Personal therapy, self-care, and professional self-awareness have similarly been highlighted as elements contributing to the development of psychologists' relational capacities (Ziede & Norcross, 2024). In addition, phenomenological evidence concerning therapeutic work with resistant clients has emphasized emotional self-awareness, flexibility, and appropriate management of resistance as important conditions for establishing and maintaining a productive alliance (Elahi Sinki et al., 2025).

Nevertheless, psychotherapy does not always result in improvement. Some clients experience minimal change, deterioration, negative relational experiences, or premature termination. Psychotherapy failure is therefore a multidimensional phenomenon that cannot be reduced to symptom persistence alone. Negative treatment experiences may involve feeling misunderstood, judged, ignored, emotionally unsafe, or disappointed, as well as experiencing unaddressed ruptures, inappropriate interventions, unmet expectations, or loss of trust (Dandachi-FitzGerald et al., 2023). Risk factors for negative psychotherapy experiences may arise from the interaction between client vulnerabilities, therapist behavior, treatment structure, and contextual pressures (Hardy et al., 2019). Methodological work on treatment failure has consequently emphasized the importance of systematically investigating nonresponse, deterioration, and premature termination rather than focusing exclusively on successful cases (Farahani et al., 2021).

Studies directly examining clients' perspectives have shown that psychotherapy failure is often understood in relational and experiential terms. Clients may attribute failure to ineffective therapeutic relationships, insufficient responsiveness to their concerns, lack of progress toward personally meaningful goals, or persistent discrepancies between their needs and the therapist's approach (Knox et al., 2023). Analyses of unsuccessful cases have likewise

highlighted relational dynamics, process variables, and emotional responses within therapy as important determinants of failure (Maggio et al., 2019). Furthermore, the way unsuccessful treatment is terminated can itself have lasting effects. Poorly managed endings may intensify feelings of abandonment, disappointment, and mistrust and may negatively influence future help-seeking (Bear et al., 2022).

Alliance rupture is therefore a critical concept in understanding unsuccessful psychotherapy. Ruptures may appear as withdrawal, silence, reduced collaboration, disagreement regarding therapeutic goals, emotional distancing, or explicit dissatisfaction. However, rupture does not inevitably lead to failure. In-session processes can shift from temporary breakdown to repair when difficulties are recognized, acknowledged, and addressed constructively (Mylona et al., 2023). Conversely, unresolved deadlocks may reduce both relational engagement and therapeutic agency (Werbart et al., 2023). Comparative analyses of more and less successful psychotherapies have also suggested that successful cases are characterized by greater shared understanding of goals and greater therapist responsiveness to client needs, whereas less successful cases involve discrepancies in perceptions and insufficient use of client feedback (Werbart et al., 2019). Premature termination has similarly been associated with differences in therapeutic alliance quality (Safarzadeh & Dehghani, 2023).

Therapeutic experiences are also embedded within broader environmental, cultural, and organizational contexts. Different treatment formats, including face-to-face, online, and blended psychotherapy, may alter the experience of communication, accessibility, emotional presence, and relational continuity (Choupani et al., 2025). Changes in psychotherapeutic practice during the COVID-19 pandemic further demonstrated that treatment context can affect professional boundaries, communication patterns, and client engagement (Boldrini et al., 2020). Video-based psychotherapy has likewise been described as a distinct

therapeutic context with unique relational opportunities and constraints rather than merely an inferior substitute for in-person therapy (Mitchell, 2020). Cultural fit is equally important. Adaptation of psychotherapy to the client's beliefs, language, values, and sociocultural context may improve perceived relevance and engagement (Ziaei & Zarani, 2026), whereas incompatibility between therapeutic assumptions and the client's cultural or religious worldview may contribute to resistance or alienation (Ghorbanpour Lafmejani, 2026). Phenomenological studies of clients' lived experiences further indicate that empathy, authenticity, positive regard, trust, and client agency are central to the subjective meaning of the therapeutic relationship (Ghamari Zomhorir et al., 2023). Accordingly, qualitative inquiry can reveal dimensions of therapeutic success and failure that may not be fully captured by standardized outcome measures, particularly given broader concerns regarding contextualization and generalizability in psychological research (Schimmack, 2020). The present study therefore aimed to explore clients' lived experiences of the mechanisms underlying the formation, strengthening, weakening, and rupture of the therapeutic alliance and their role in experiences of successful and unsuccessful psychotherapy.

Methods and Materials

This qualitative study employed an interpretative phenomenological approach to understand the meanings embedded in clients' lived experiences of successful and unsuccessful therapeutic alliances. The study population consisted of individuals with experience of individual psychotherapy in psychological service centers and counseling clinics in Tehran. Participants were selected through criterion-based purposive sampling supplemented by snowball sampling. Eligibility criteria included having attended at least five individual psychotherapy sessions, being able to describe personal treatment experiences clearly, and voluntarily agreeing to participate. Sampling continued until thematic saturation was achieved. A total of

18 clients participated, including seven with predominantly successful psychotherapy experiences, six with predominantly unsuccessful or prematurely terminated treatment experiences, and five with mixed or alternating experiences of success and failure.

Data were collected through in-depth semi-structured interviews lasting approximately 45 to 75 minutes. Interviews focused on participants' perceptions of factors contributing to successful treatment, experiences of therapeutic difficulty or failure, perceived similarities and differences between successful and unsuccessful episodes, and factors influencing treatment process and outcome. Interviews were transcribed and repeatedly reviewed to preserve phenomenological sensitivity and minimize premature interpretation. Data analysis was conducted using reflective and inductive thematic analysis following a six-phase process. MAXQDA 2020 was used to organize and manage the qualitative material, and thematic network structuring was applied to enhance conceptual coherence among themes. Trustworthiness was addressed through credibility, dependability, confirmability, and transferability procedures. Coding reliability was additionally evaluated through Holsti's agreement coefficient on 20% of the interviews, yielding a coefficient of 0.85. Ethical principles included written informed consent, confidentiality, anonymity, voluntary participation, and the right to withdraw from the study at any stage.

Findings

The final analysis demonstrated that clients' experiences of therapeutic success and failure were organized around multiple interacting domains rather than a single determinant. In successful therapeutic experiences, five major themes were identified: a secure therapeutic bond and relationship, therapist professional competence and technical transparency, client agency and active participation, functional outcomes and enduring changes, and contextual, environmental, and process-related factors.

A secure therapeutic relationship constituted the central foundation of successful experiences. Participants described

unconditional acceptance, nonjudgmental communication, authentic empathy, active listening, clinical trust, and confidence in confidentiality as prerequisites for emotional safety. These conditions facilitated disclosure of painful or previously suppressed experiences and reduced fear of criticism or rejection.

Therapist competence and technical transparency were also central to successful treatment. Participants valued clear explanation of the therapeutic process, realistic goal setting, professional mastery of the client's difficulties, concrete and guiding feedback, and flexible personalization of interventions. Successful therapists were perceived as avoiding rigid, mechanical application of techniques and instead adapting therapeutic strategies to clients' psychological structure, immediate needs, values, and life circumstances.

Client agency, commitment, and active participation constituted another major domain. Successful clients described themselves as responsible participants in change. Motivation, honesty, emotional courage, regular completion of between-session tasks, persistence in the face of distress, and willingness to recognize recurrent patterns were described as mechanisms supporting therapeutic progress.

Functional outcomes and enduring changes extended beyond symptom reduction. Participants associated successful treatment with decreased anxiety and depressive symptoms, improved emotional regulation and anger management, better interpersonal and family relationships, increased psychological independence, greater self-awareness, enhanced insight, and improved self-efficacy.

Contextual and environmental facilitators included family support, positive attitudes toward psychotherapy, cultural and value congruence, financial stability, convenient access to services, and manageable logistical conditions. These factors helped sustain attendance and maintain motivation.

In contrast, unsuccessful experiences were organized around five corresponding domains: rupture in the therapeutic bond, deficiencies in therapist competence and

intervention structure, intrapsychic barriers within the client, cultural and social incongruence, and structural, financial, and environmental obstacles.

Rupture was characterized by perceived judgment, blame, humiliation, inadequate listening, lack of empathy, psychological insecurity, and loss of trust. Participants described becoming increasingly silent, emotionally withdrawn, or reluctant to disclose after experiencing therapist behavior as authoritarian or dismissive.

Deficiencies in therapist competence involved unclear goals, vague or impractical recommendations, stereotyped interventions, insufficient personalization, and inadequate management of resistance or trauma-related reactions. Clients reported that rigid protocols and generic advice reduced confidence in the usefulness of treatment.

Intrapsychic barriers included unrealistic expectations for rapid recovery, shame, self-censorship, concealment of important information, experiential avoidance, and reluctance to confront painful emotions. These factors limited therapeutic depth and contributed to disappointment when immediate improvement did not occur.

Cultural and social incongruence emerged when treatment recommendations were perceived as inconsistent with clients' religious beliefs, family values, or broader social context. Family opposition and social stigma further weakened engagement. Structural barriers included high treatment costs, scheduling instability, concerns about confidentiality, unsuitable clinic environments, and transportation difficulties.

Comparison of successful and unsuccessful experiences showed that the most fundamental differences concerned the quality of the emotional bond, perceived psychological safety, clarity of therapeutic goals, appropriateness of interventions, confidence in confidentiality, and degree of client agency. The final conceptual model indicated that therapeutic success and failure arise from dynamic interactions among relational, professional, individual, contextual, and outcome-related domains.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that the therapeutic alliance should be understood as a dynamic, multidimensional, and context-sensitive process rather than as a static relational variable. Successful psychotherapy emerged when emotional safety, professional competence, client participation, meaningful change, and supportive contextual conditions reinforced one another. Conversely, treatment failure developed when relational rupture interacted with technical deficiencies, intrapsychic barriers, cultural mismatch, and structural pressures.

A central implication of the findings is that the emotional bond functions as a foundational condition for therapeutic engagement. Clients were more willing to disclose sensitive experiences and tolerate emotionally demanding work when they experienced acceptance, empathy, confidentiality, and respect. When these conditions were absent, the same treatment process could become associated with withdrawal, self-censorship, and distrust. Thus, the relational climate appears to influence the extent to which technical interventions can be effectively received and used.

The results also demonstrate that competence is experienced by clients not simply as technical expertise but as responsive and transparent expertise. Clear explanation of goals, understandable rationales for interventions, realistic expectations, and flexible adaptation to the individual increased confidence in treatment. In contrast, rigid procedures, abstract recommendations, or disregard for the client's circumstances contributed to perceptions of irrelevance and ineffectiveness.

Client agency was equally important. Therapeutic progress depended not only on therapist behavior but also on motivation, responsibility, honesty, participation, and

willingness to confront difficult emotional material. This finding suggests that psychotherapy is inherently co-constructed. Neither a skilled therapist nor a motivated client alone is sufficient; change emerges through reciprocal participation.

The study also broadens the meaning of successful psychotherapy. Participants defined improvement not only through symptom reduction but also through increased self-awareness, interpersonal functioning, emotional regulation, autonomy, and self-efficacy. Therefore, outcome evaluation should incorporate subjective and functional indicators alongside symptom-based measures.

Cultural and structural findings are particularly important because they demonstrate that the therapeutic alliance extends beyond the therapy room. Cultural compatibility, family attitudes, financial accessibility, clinic organization, and confidentiality conditions can either stabilize or undermine treatment. A technically appropriate intervention may therefore fail if it is delivered within a context perceived as culturally alien, financially unsustainable, or psychologically unsafe.

Overall, the study concludes that therapeutic success and failure are produced by the interaction of relational quality, therapist competence, client agency, cultural fit, environmental conditions, and perceived outcomes. The therapeutic alliance should consequently be monitored throughout treatment rather than assessed only at its beginning. Early identification of relational strain, explicit discussion of dissatisfaction, clarification of expectations, cultural sensitivity, and timely repair of alliance ruptures may help prevent treatment failure.

مقدمه

روان‌درمانی یکی از مهم‌ترین مداخلات تخصصی در حوزه سلامت روان است که با هدف کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، اصلاح الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی، بهبود روابط بین‌فردی و افزایش ظرفیت فرد برای مواجهه سازگارانه با چالش‌های زندگی به‌کار گرفته می‌شود. با وجود تنوع گسترده رویکردهای نظری و فنون درمانی، شواهد نشان می‌دهد که اثربخشی روان‌درمانی را نمی‌توان صرفاً به نوع مکتب یا مجموعه‌ای از تکنیک‌های تخصصی نسبت داد؛ بلکه کیفیت رابطه‌ای که در جریان درمان میان درمانگر و درمانجو شکل می‌گیرد، یکی از عناصر اساسی در چگونگی تجربه و پیامد درمان است. روان‌درمانی در ماهیت خود فرایندی بین‌فردی است که در آن دانش و مهارت حرفه‌ای درمانگر با ادراک‌ها، انتظارات، هیجان‌ها، نیازها، ظرفیت‌ها و مشارکت فعال درمانجو درهم می‌آمیزد و زمینه تغییر را فراهم می‌کند. حتی در مداخلاتی که ترکیبی از روان‌درمانی و سایر شیوه‌های درمانی هستند، چگونگی سازمان‌دهی تجربه درمانی و کیفیت تعامل میان درمانگر و درمانجو اهمیت قابل‌توجهی در پذیرش و تداوم درمان دارد (Greenway et al., 2020). همچنین گسترش مداخلات اینترنتی، آنلاین و فناوریانه در حوزه سلامت روان نشان داده است که تغییر بستر ارائه خدمات، ضرورت توجه به ابعاد ارتباطی و تجربه ذهنی درمانجو را کاهش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند شکل برقراری ارتباط، اعتماد و مشارکت را دگرگون سازد (Mendes-Santos et al., 2020; Stringer, 2024).

در میان عوامل مشترک روان‌درمانی، «اتحاد درمانی» جایگاهی بنیادی دارد و معمولاً به کیفیت همکاری میان درمانگر و درمانجو، توافق آنان بر اهداف و تکالیف درمان و شکل‌گیری پیوند عاطفی مبتنی بر اعتماد، احترام و احساس امنیت اشاره دارد. اتحاد درمانی صرفاً یک رابطه دوستانه یا احساس مثبت متقابل نیست، بلکه ساختاری حرفه‌ای و هدفمند است که به درمانجو امکان

می‌دهد در فضایی قابل‌اعتماد به تجربه‌های دشوار، هیجان‌های دردناک و الگوهای عمیق رفتاری و شناختی خود نزدیک شود. از دیدگاه معاصر، اتحاد درمانی نیز پدیده‌ای ثابت نیست؛ بلکه در طول جلسات تغییر می‌کند و دارای جنبه‌های نسبتاً پایدار و موقعیتی است. تمایز میان ابعاد حالت‌مانند و صفت‌مانند اتحاد نشان می‌دهد بخشی از کیفیت اتحاد به ویژگی‌های نسبتاً پایدار رابطه و بخشی به نوسان‌های جلسه‌به‌جلسه و رخداد‌های درمانی وابسته است (Zilcha-Mano & Fisher, 2022). بنابراین، اتحاد درمانی را می‌توان فرایندی پویا دانست که شکل‌گیری، تقویت، گسست و ترمیم آن در طول درمان رخ می‌دهد و همین پویایی می‌تواند در تجربه موفقیت یا شکست روان‌درمانی نقشی تعیین‌کننده داشته باشد.

اهمیت اتحاد درمانی زمانی برجسته‌تر می‌شود که دیدگاه درمانجو و درمانگر درباره کیفیت رابطه همواره یکسان نیست. ادراک هر یک از دو طرف از میزان همکاری، اعتماد و پیشرفت می‌تواند متفاوت باشد و همین ناهمخوانی ممکن است مسیر درمان را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دیدگاه بیماران و درمانگران درباره اتحاد درمانی با پیامدهای درمان ارتباط دارد و همگرایی بیشتر این ادراک‌ها می‌تواند با نتایج مطلوب‌تر همراه باشد (Tschuschke et al., 2020). این موضوع بر ضرورت شنیدن صدای درمانجو و توجه مستقیم به معنایی که او به رابطه درمانی می‌دهد تأکید می‌کند. درمانجو دریافت‌کننده منفعل مداخله نیست، بلکه عاملی فعال در فرایند درمان است که انتخاب، مشارکت، خودافشایی، اجرای تکالیف، ارزیابی درمانگر و تصمیم او برای ادامه یا قطع درمان، بخشی از مسیر تغییر را شکل می‌دهد. تأکید بر جایگاه فعال درمانجو در روان‌درمانی نیز نشان می‌دهد که منابع درونی فرد، انگیزه، مسئولیت‌پذیری و برداشت او از مفید بودن فرایند، در کنار مداخلات درمانگر اهمیت دارند (Bohart & Wade, 2013). حتی در

پیامدهای ناخواسته، وابستگی نامطلوب، احساس شرم یا تحقیر و قطع زودهنگام درمان نیز می‌توانند در تجربه شکست نقش داشته باشند (Dandachi-FitzGerald et al., 2023). پژوهش‌های مربوط به عوامل خطر تجربه‌های منفی در روان‌درمانی نیز نشان داده‌اند که ویژگی‌های فرایند درمان، انتظارات و آسیب‌پذیری‌های فردی می‌توانند با تجربه پیامدهای نامطلوب ارتباط داشته باشند (Hardy et al., 2019). به همین دلیل، مطالعه شکست درمان نه امری حاشیه‌ای، بلکه بخشی ضروری از ارزیابی علمی و اخلاقی روان‌درمانی است و توجه به موارد عدم تغییر، وخامت و خاتمه ناموفق می‌تواند شناخت واقع‌بینانه‌تری از عملکرد درمان فراهم سازد (Farahani et al., 2021).

از منظر درمانجویان، شکست روان‌درمانی اغلب فقط به فقدان کاهش نشانه محدود نمی‌شود، بلکه به تجربه رابطه‌ای و معنایی آنان از درمان مربوط است. مطالعاتی که مستقیماً دیدگاه درمانجویان را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که رابطه درمانی ناکارآمد، نادیده گرفته شدن نگرانی‌های مراجع، تحقق نیافتن اهداف، ناسازگاری میان نیازهای درمانجو و عملکرد درمانگر و پیامدهای هیجانی منفی می‌توانند در تعریف آنان از شکست نقش داشته باشند (Knox et al., 2023). تحلیل موارد شکست در روان‌درمانی نیز نشان داده است که متغیرهای مربوط به فرایند درمان، پویایی رابطه، ویژگی‌های درمانگر و واکنش‌های هیجانی دو سوی رابطه باید به‌طور هم‌زمان مورد توجه قرار گیرند (Maggio et al., 2019). در پایان درمان‌های ناموفق نیز نحوه مدیریت خاتمه اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند؛ زیرا پایان نامناسب یا ناگهانی درمان ممکن است احساس رهاشدگی، ناامیدی یا بی‌اعتمادی را در درمانجو تشدید کند و تجربه‌ای منفی و پایدار از دریافت خدمات روان‌شناختی ایجاد نماید (Bear et al., 2022).

مطالعات مداخله‌ای نیز مشارکت فعال مراجع و تقویت منابع فردی می‌تواند به بهبود پیامدهای روان‌شناختی منجر شود (Darbani & Parsakia, 2022). در این میان، ویژگی‌ها و صلاحیت‌های درمانگر نیز بخش مهمی از تجربه اتحاد درمانی را تشکیل می‌دهد. شایستگی فنی، توانایی مفهوم‌سازی مسئله، انعطاف‌پذیری، مهارت ارتباطی، ظرفیت خودبازتابی و توانایی تنظیم مداخلات متناسب با نیازهای درمانجو می‌تواند بر کیفیت تجربه درمانی اثر بگذارد. مرور فرایند بازتابی در روان‌درمانی نشان می‌دهد که توانایی درمانگر برای بازاندیشی درباره تعامل درمانی و درک فرایندهای درون‌جلسه‌ای، بخشی از عملکرد حرفه‌ای مؤثر محسوب می‌شود (Sidis et al., 2023). همچنین رشد حرفه‌ای روان‌شناسان تنها به آموزش دانش نظری محدود نمی‌شود و تجربه شخصی درمان، خودمراقبتی و افزایش آگاهی درمانگر از فرایندهای درونی خود می‌تواند در نحوه حضور وی در رابطه درمانی مؤثر باشد (Ziede & Norcross, 2024). تجربه مشاوران در مواجهه با مراجعان مقاوم نیز نشان داده است که انعطاف‌پذیری، خودآگاهی هیجانی و نحوه مدیریت مقاومت از عناصر مهم در شکل‌گیری و حفظ اتحاد درمانی هستند (Elahi Sinki et al., 2025). از سوی دیگر، شواهد مربوط به پایداری و صلاحیت درمانگر نشان می‌دهد که رابطه میان شایستگی تخصصی و پیامد درمان ساده و خطی نیست و کیفیت اجرای درمان باید در کنار عوامل رابطه‌ای و ویژگی‌های مراجع بررسی شود (Collyer et al., 2020).

با این حال، تمامی فرایندهای روان‌درمانی به بهبود منتهی نمی‌شوند. بخشی از درمانجویان ممکن است تغییر اندکی را تجربه کنند، بدون تغییر باقی بمانند، با تشدید مشکلات مواجه شوند یا پیش از دستیابی به اهداف مورد انتظار، درمان را متوقف کنند. شکست روان‌درمانی مفهومی چندبعدی است و نمی‌توان آن را صرفاً معادل افزایش نشانه‌های بالینی دانست. تجربه منفی از رابطه درمانی، احساس درک‌نشدن، بی‌اعتمادی، عدم دستیابی به اهداف، بروز

یکی از مفاهیم کلیدی برای فهم شکست درمان، گسست اتحاد درمانی است. گسست می‌تواند به صورت کاهش همکاری، عقب‌نشینی، سکوت، مخالفت، احساس عدم درک، اختلاف درباره اهداف یا تضعیف پیوند هیجانی ظاهر شود. با این حال، وقوع گسست لزوماً به معنای شکست قطعی نیست و نحوه مواجهه با آن تعیین می‌کند که رابطه به سمت تضعیف بیشتر یا ترمیم حرکت کند. بررسی فرایندهای گسست و ترمیم در روان‌درمانی نشان داده است که تغییرات لحظه‌ای در تعامل درمانگر و درمانجو می‌تواند رابطه را از یک ناکامی موقت به سمت بازسازی و برقراری مجدد همکاری سوق دهد (Mylona et al., 2023). در مقابل، تداوم بن‌بست و ناتوانی در معنا بخشیدن به آن می‌تواند به کاهش عاملیت و افزایش درماندگی در فرایند درمان منجر شود (Werbart et al., 2023). مقایسه روان‌درمانی‌های موفق و کمتر موفق نیز نشان داده است که در درمان‌های مطلوب‌تر، درمانگر و درمانجو درک مشترک‌تری از اهداف و روند درمان دارند و درمانگر بهتر قادر است مداخلات را با نیازهای فرد هماهنگ کند؛ درحالی‌که ناهماهنگی ادراک‌ها و ضعف در دریافت یا استفاده از بازخورد درمانجو می‌تواند با نتایج کمتر مطلوب همراه باشد (Werbart et al., 2019).

در همین راستا، خاتمه زودهنگام درمان یکی از نمودهای مهم آسیب‌پذیری اتحاد درمانی است، هرچند هر قطع درمانی را نمی‌توان الزاماً شکست تلقی کرد. مقایسه درمانجویان دارای اختتام موفق و اختتام زودرس نشان داده است که کیفیت اتحاد درمانی میان این گروه‌ها متفاوت است و توجه به رابطه درمانی می‌تواند برای درک احتمال تداوم یا قطع درمان اهمیت داشته باشد (Safarzadeh & Dehghani, 2023). از سوی دیگر، ارزیابی موفقیت یا شکست همواره از دید درمانگر و درمانجو مشابه نیست؛ ممکن است درمانگر بر شاخص‌های بالینی تأکید کند، درحالی‌که درمانجو تغییرات را بر اساس احساس امنیت، کیفیت روابط، افزایش خودشناسی، کاهش

آشفستگی یا توانایی اداره زندگی روزمره ارزیابی کند. حتی زمینه آموزش و رشد حرفه‌ای روان‌شناسان نیز نشان می‌دهد که موفقیت و دشواری، مفاهیمی چندبعدی هستند که از تعامل عوامل فردی، حرفه‌ای و زمینه‌ای شکل می‌گیرند (Rokach & Boulazreg, 2024). از این منظر، اتکا به یک شاخص منفرد برای تعیین نتیجه روان‌درمانی می‌تواند پیچیدگی تجربه واقعی درمان را نادیده بگیرد.

افزون بر عوامل درون‌فردی و رابطه‌ای، بستر ارائه درمان نیز در شکل‌گیری اتحاد درمانی اهمیت دارد. همه‌گیری کووید-۱۹ و گسترش ناگهانی روان‌درمانی از راه دور نشان داد که تغییر محیط و رسانه ارتباطی می‌تواند شیوه تعامل درمانگر و درمانجو، تجربه حضور، محرمانگی و تنظیم مرزهای حرفه‌ای را تغییر دهد (Boldrini et al., 2020). تجربه درمانگران از روان‌درمانی ویدئویی نیز نشان داده است که ارتباط از راه دور صرفاً جایگزینی درجه دوم برای درمان حضوری نیست، بلکه ویژگی‌ها، فرصت‌ها و محدودیت‌های خاص خود را دارد و کیفیت ارتباط باید در چارچوب همان بستر فهم شود (Mitchell, 2020). در پژوهش‌های داخلی نیز مقایسه تجربه زیسته درمانجویان از روان‌درمانی حضوری، آنلاین و ترکیبی نشان داده است که نوع بستر درمان با کیفیت رابطه، تجربه هیجانی و ادراک اثربخشی درمان پیوند دارد و الگوهای ترکیبی در برخی شرایط می‌توانند انعطاف‌پذیری بیشتری فراهم کنند (Choupani et al., 2025). بنابراین، اتحاد درمانی در خلأ شکل نمی‌گیرد و شرایط دسترسی، محیط درمان، نحوه ارائه خدمات و ساختار سازمانی نیز باید در تحلیل موفقیت یا شکست مورد توجه قرار گیرند. عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز بخشی جدایی‌ناپذیر از تجربه درمانجو هستند. ارزش‌های خانوادگی، باورهای مذهبی، هنجارهای اجتماعی، سبک ارتباطی و نگرش فرد به سلامت روان می‌توانند نحوه تفسیر رفتار درمانگر، میزان اعتماد، پذیرش تکنیک‌ها و آمادگی برای خودافشایی را تحت تأثیر قرار

دهند. مرور روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ نشان می‌دهد که هماهنگ‌سازی مداخله با زبان، ارزش‌ها، باورها و ویژگی‌های فرهنگی مراجع می‌تواند برای ارتقای تناسب و پذیرش درمان ضروری باشد (Ziaei & Zarani, 2026). در بافت ایرانی نیز توجه به مبانی انسان‌شناختی و تفاوت‌های ارزشی در کاربرد رویکردهای روان‌درمانی وارداتی اهمیت دارد؛ زیرا ناسازگاری میان مفروضات نظری یک رویکرد و نظام معنایی مراجع می‌تواند زمینه فاصله گرفتن یا مقاومت در برابر مداخله را ایجاد کند (Ghorbanpour Lafmejani, 2026). ازاین‌رو، فهم تجربه اتحاد درمانی بدون در نظر گرفتن زمینه فرهنگی و اجتماعی درمانجو می‌تواند تصویری ناقص از سازوکارهای موفقیت و شکست ارائه دهد.

تجربه زیسته درمانجویان منبع مهمی برای آشکار ساختن این پیچیدگی است. پژوهش‌های پدیدارشناختی داخلی نشان داده‌اند که مراجعان هنگام توصیف رابطه درمانی، مؤلفه‌هایی مانند همدلی، اصالت درمانگر، توجه مثبت، احساس شنیده شدن، اعتماد، کنشگری مراجع و ویژگی‌های شخصی درمانگر را برجسته می‌کنند (Ghamari Zomhorir et al., 2023). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد آنچه از نگاه متخصص ممکن است یک تکنیک یا اقدام بالینی تلقی شود، در تجربه درمانجو از خلال معنایی که به آن می‌دهد و کیفیت رابطه‌ای که در آن رخ می‌دهد تفسیر می‌شود. این مسئله به‌ویژه زمانی اهمیت می‌یابد که پژوهش‌های روان‌شناسی با چالش‌های مرتبط با تکرارپذیری و تعمیم‌پذیری یافته‌ها روبه‌رو هستند و ضرورت توجه به زمینه، کیفیت اندازه‌گیری و محدودیت استنتاج‌های کلی بیش از گذشته مورد تأکید قرار گرفته است (Schimmack, 2020). بنابراین، روش‌های کیفی و پدیدارشناختی می‌توانند در کنار مطالعات کمی، ابعادی از فرایند درمان را آشکار سازند که با سنجه‌های استاندارد یا شاخص‌های پیامدی به‌تنهایی قابل شناسایی نیستند.

با وجود گسترش مطالعات اتحاد درمانی، بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌ها بر سنجش کمی شدت اتحاد، ارتباط آن با پیامدهای درمان یا بررسی عوامل منفرد تمرکز داشته‌اند. در مقابل، هنوز نیاز به پژوهش‌هایی وجود دارد که موفقیت و شکست را به‌عنوان دو تجربه چندلایه و درهم‌تنیده از منظر خود درمانجویان و در بستر واقعی روان‌درمانی بررسی کنند. شواهد موجود نشان می‌دهد رابطه‌ای که ابتدا مطلوب است ممکن است در ادامه دچار گسست شود و رابطه‌ای که با تنش همراه است، در صورت شناسایی و ترمیم مناسب بتواند به تجربه‌ای سازنده تبدیل شود؛ ازاین‌رو، تمایز موفقیت و شکست را نمی‌توان صرفاً بر مبنای یک نقطه زمانی یا یک شاخص نتیجه‌ای تعریف کرد. همچنین فشارهای مالی، خانوادگی و اجتماعی، انتظارات درمانجو، مهارت و انعطاف‌پذیری درمانگر، تناسب فرهنگی، کیفیت محیط درمان، احساس محرمانگی، عاملیت مراجع و نحوه مواجهه با گسست‌ها می‌توانند در کنار یکدیگر مسیر درمان را شکل دهند. مجموعه یافته‌های موجود در حوزه تجربه شکست، گسست و ترمیم، اختتام زودهنگام، دیدگاه‌های متفاوت درمانگر و درمانجو و تجربه رابطه درمانی نشان می‌دهد که یک چارچوب فرایندی و چندسطحی برای فهم این پدیده ضروری است (Hardy et al., 2019; Knox et al., 2023; Mylona et al., 2023; Safarzadeh & Dehghani, 2023). در نتیجه، تمرکز بر روایت درمانجویانی که تجربه‌های موفق، ناموفق یا ترکیبی داشته‌اند می‌تواند سازوکارهایی را آشکار کند که در مطالعات صرفاً پیامدمحور کمتر قابل مشاهده‌اند و از طریق آن، نقاط حساس شکل‌گیری اعتماد، گسست، کناره‌گیری، ترمیم و تداوم درمان بهتر شناخته شوند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه زیسته درمانجویان از سازوکارهای شکل‌گیری، تقویت، تضعیف و گسست اتحاد درمانی و نقش این سازوکارها در شکل‌گیری تجربه موفقیت یا شکست روان‌درمانی انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

(۲۰۰۶) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA 2020 انجام شد و برای

افزایش انسجام مفهومی، مدل شبکه‌سازی مضامین آتریید-استرلینگ (۲۰۰۱) به کار رفت. برای تضمین اعتبار و استحکام یافته‌ها، از معیارهای گویا و لینکلن (۱۹۸۵) شامل باورپذیری، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد و پایایی کدگذاری نیز با محاسبه ضریب توافق هولستی (۰/۸۵) بر روی ۲۰ درصد از مصاحبه‌ها تأیید گردید. همچنین اصول اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه کتبی، تضمین محرمانگی داده‌ها، ناشناس‌ماندن هویت مشارکت‌کنندگان و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۸ درمانجو با میانگین سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (بیشترین فراوانی) و شامل ۱۱ زن و ۷ مرد مشارکت داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۹ نفر مجرد، ۸ نفر متأهل و ۱ نفر مطلقه بودند. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان شامل ۳ نفر دیپلم و کمتر، ۷ نفر کارشناسی، ۶ نفر کارشناسی ارشد و ۲ نفر دکتری بود. بر حسب نوع تجربه درمانی، ۷ نفر تجربه غالباً موفق، ۶ نفر تجربه غالباً ناموفق یا قطع‌شده، و ۵ نفر تجربه‌های دوگانه یا متناوب داشتند. این تنوع نسبی، امکان مقایسه عمیق میان تجارب موفق و ناموفق را فراهم ساخت.

پژوهش حاضر از نظر رویکرد، کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که با هدف فهم، تفسیر و بازنمایی معانی نهفته در تجارب زیسته درمانجویان درباره سازوکارهای شکل‌گیری موفقیت و شکست در اتحاد درمانی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه درمانجویان دارای تجربه روان‌درمانی فردی (موفق، ناموفق یا قطع‌شده) در مراکز خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیار و راهبرد مکمل گلوله برفی، ۱۸ نفر از آنان (۷ نفر با تجربه غالباً موفق، ۶ نفر با تجربه غالباً ناموفق یا قطع‌شده، و ۵ نفر با تجربه‌های دوگانه یا متناوب) بر اساس معیارهای ورود شامل داشتن حداقل پنج جلسه روان‌درمانی فردی، توانایی بازگویی روشن تجارب و تمایل داوطلبانه انتخاب شدند و حجم نمونه بر اساس اصل اشباع مضمونی تعیین گردید. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های کیفی نیمه‌ساختاریافته عمیق (۴۵ تا ۷۵ دقیقه) با چهار پرسش محوری درباره عوامل موفقیت، تجربه ناکامی، شباهت‌ها و تفاوت‌های تجارب موفق و ناموفق و عوامل مؤثر بر روند و پیامد درمان گردآوری شد و پژوهشگر با اتخاذ موضع پدیدارشناختی تعلیق قضاوت و بازخوانی مکرر متون پیاده‌سازی‌شده، لایه‌های پنهان ادراک مشارکت‌کنندگان را کشف نمود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمون بازتابی و استقرایی بر اساس الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

ردیف	متغیر جمعیت‌شناختی	طبقه‌ها	فراوانی (نفر)	درصد فراوانی
۱	جنسیت	زن	۱۱	۶۱.۱۱
		مرد	۷	۳۸.۸۹
۲	دامنه سنی	۲۰ تا ۲۹ سال	۵	۲۷.۷۸
		۳۰ تا ۳۹ سال	۷	۳۸.۸۹
		۴۰ تا ۴۹ سال	۴	۲۲.۲۲

تحلیل داده‌ها نشان داد که از دیدگاه درمانجویان، موفقیت در اتحاد درمانی حاصل هم‌افزایی چند عامل به هم پیوسته است که در قالب پنج مضمون اصلی سازمان‌دهی می‌شوند:

پیوند و رابطه درمانی امن: این مضمون هسته بنیادین تجربه موفقیت را تشکیل می‌دهد و شامل خوشه‌های مضمونی «پذیرش نامشروط و فضای بدون قضاوت»، «همدلی اصیل و گوش دادن فعال» و «اعتماد بالینی و تعهد به رازداری» است. مشارکت‌کنندگان تجربه موفق خود را با احساس امنیت، پذیرش بدون قضاوت، شنیده‌شدن عمیق و رهایی از تیغ سرزنش توصیف کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۱) بیان داشت: «برای من بزرگ‌ترین عامل پیشرفت، حس امنیت و پذیرش بدون قضاوتی بود که در اتاق درمان تجربه کردم... احساس می‌کردم عمیقاً فهمیده می‌شوم و همین امر باعث شد اعتماد کنم و مسائل سرکوب‌شده‌ام را بدون ترس بازگو نمایم». این تجربه نشان می‌دهد که امنیت هیجانی، پیش‌شرط خودافشایی و کار کردن بر تعارض‌های دشوار است. مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۶) اظهار داشت: «وقتی دیدم درمانگر بدون هیچ قضاوتی با دقت به ناگفته‌هایم گوش می‌دهد، جرأت پیدا کردم که خودافشایی کنم». همچنین التزام قاطع درمانگر به رازداری و حفظ حریم شخصی، اعتمادی بنیادین را پایه‌ریزی می‌کرد که به درمانجو حس ارزشمندی و امنیت وجودی می‌بخشید.

صلاحیت تخصصی و شفافیت تکنیکی درمانگر: این مضمون شامل خوشه‌های «شفاف‌سازی مسیر درمان و تعیین اهداف واقع‌بینانه»، «تسلط علمی بر ماهیت اختلال»، «ارائه بازخوردهای ملموس و هدایت‌گر»، و «انعطاف‌پذیری و شخصی‌سازی مداخله» است. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که درمانگر کارآمد از رویکردهای مکانیکی و تعصب‌آمیز دوری جسته و مداخله را بر اساس ساختار روانی، نیازهای لحظه‌ای و پدیدارشناسی مراجع تنظیم می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۲) گفت: «موفقیت درمان من

بیشتر ناشی از رویکرد منظم، بازخوردهای عینی و تسلط بالای درمانگر بر مشکل بود... تغییر در شیوه تصمیم‌گیری و یادگیری مدیریت خشم از نتایج ملموس جلسات بود». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۳) بیان کرد: «درمانگر من بسیار انعطاف‌پذیر بود و هرگز احساس نکردم که در یک قالب از پیش تعیین‌شده قرار گرفته‌ام... هماهنگی رویکرد درمانی با باورها و ارزش‌های شخصی من نقش مهمی در اثربخشی این فرایند ایفا کرد». شفافیت در تعیین اهداف و تشریح منطق تکنیک‌ها، ابهام را کاهش داده و امید واقع‌بینانه به تغییر را تقویت می‌کرد.

عاملیت، تعهد و مشارکت فعال درمانجو: این مضمون شامل خوشه‌های «مسئولیت‌پذیری و انگیزه تغییر»، «صداقت، خودافشایی و شجاعت هیجانی»، «بایندی به تکالیف و انضباط درمانی»، و «شناخت ریشه‌های ناخودآگاه و الگوهای تکراری» است. درمانجویان موفق، خود را عامل فعال در مسیر بهبودی می‌دانستند و مسئولیت تغییر رفتارهای ناسازگار خویش را می‌پذیرفتند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۱) اظهار داشت: «خودم هم مصمم بودم؛ تکالیف بین‌جلسه‌ای را با دقت انجام می‌دادم و سعی می‌کردم در مواجهه با احساسات ناخوشایند صبور باشم». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۵) گفت: «انگیزه بالایی داشتم و تمام تکالیف را مرتب انجام می‌دادم؛ حتی وقتی مواجهه با دردهای گذشته برایم سخت بود، ادامه دادم». این تعهد درونی، موتور محرکه پیشرفت در فرایند بالینی تلقی می‌شد و به درونی‌سازی مهارت‌های خودتنظیمی و تثبیت دستاوردها منجر می‌گردید.

دستاوردهای کارکردی و تغییرات پایدار: این مضمون شامل خوشه‌های «کاهش اضطراب، افسردگی و نشانه‌های مرضی»، «کسب مهارت‌های مدیریت خشم و خودتنظیمی هیجانی»، «بهبود روابط بین‌فردی و بازسازی پیوندهای خانوادگی»، و «رشد خودآگاهی و بینش درون‌روانی» است. مشارکت‌کنندگان موفقیت درمان را نه تنها در کاهش نشانه‌ها، بلکه در ارتقای کیفیت زندگی،

بهبود روابط و افزایش خودکارآمدی تجربه می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۴) بیان داشت: «بهبود روابطم با همکاران و کاهش افسردگی از نشانه‌های روشن موفقیت این دوره بود... تشویق مداوم خانواده‌ام سهم بسزایی در حفظ انگیزه‌ام داشت». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۹) گفت: «در طول درمان، توانستم مهارت‌های حل تعارض را یاد بگیرم و استقلال روانی بیشتری به دست آورم».

۵. عوامل بستری، محیطی و فرایندی: این مضمون شامل خوشه‌های «حمایت عاطفی و نگرش خانوادگی»، «همسویی ارزشی، اخلاقی و فرهنگی» و «تسهیل‌کننده‌های لجستیکی و ثبات مالی» است. مشارکت‌کنندگان بر این نکته تأکید داشتند که موفقیت درمان بدون حمایت خانواده، تناسب فرهنگی مداخله و دسترسی مناسب به خدمات، با چالش مواجه می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۸) اظهار داشت: «حمایت اعضای خانواده و نگرش مثبت آنان به مشاوره، بار روانی حضور در جلسات را برای من بسیار سبک کرد». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۱۰) گفت: «نزدیکی مرکز به خانه‌ام و تشویق‌های خانواده‌ام نیز نگذاشت که در نیمه راه دلسرد شوم و جلسات را رها کنم».

در مقابل، تحلیل تجارب ناموفق نشان داد که شکست در اتحاد درمانی حاصل تالقی آسیب‌ها در چند حوزه به هم پیوسته است که در قالب پنج مضمون اصلی سازمان‌دهی می‌شوند

گسست در اتحاد و پیوند درمانی: این مضمون هسته اصلی تجربه شکست را تشکیل می‌دهد و شامل خوشه‌های «ادراک قضاوت، سرزنش و تحقیر»، «نقض همدلی و استماع ناکافی»، «ناامنی روانی و بحران اعتماد» است. مشارکت‌کنندگان ناموفق، شکست درمان را به رفتارهای اقتدارگرایانه، لحن قضاوت‌گر و نابخشی عاطفی درمانگر نسبت می‌دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۲) بیان داشت: «مشکل اصلی من این بود که در جلسات احساس

نمی‌کردم واقعاً شنیده می‌شوم. وقتی درباره اضطراب و نگرانی‌هایم صحبت می‌کردم، درمانگر زود حرفم را قطع می‌کرد یا خیلی سریع به سراغ سؤال بعدی می‌رفت». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۳) اظهار داشت: «درمان من زمانی ناموفق شد که احساس کردم درمانگر مرا بابت تصمیم‌ها و اشتباهات گذشته‌ام سرزنش می‌کند... لحن او برای من قضاوت‌گرانه بود و باعث می‌شد کمتر حرف بزنم». این برخوردهای غیرحرفه‌ای، احساس تحقیر، خشم سرکوب‌شده و بی‌اعتمادی عمیقی را در درمانجو بازتولید می‌کرد و او را وادار به سکوت یا کناره‌گیری عاطفی می‌نمود.

نارسایی در صلاحیت تخصصی و ساختار مداخله: این مضمون شامل خوشه‌های «ابهام و ناهماهنگی در هدف‌گذاری»، «کلی‌گویی و ناکارآمدی راهکارها»، «رویکردهای قالبی و بی‌توجهی به فردیت مراجع»، و «ضعف در مدیریت مقاومت و تروما» است. مشارکت‌کنندگان ناموفق از تحمیل پروتکل‌های خشک و غیرمنعطف، انحراف از اهداف مراجع و تجویز راهکارهای انتزاعی و غیرعملیاتی شکایت داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۱) گفت: «توصیه‌هایی هم که ارائه می‌شد، خیلی کلی بود! مثلاً می‌گفت مثبت فکر کن یا کمتر به مسائل توجه کن، ولی نمی‌گفت در موقعیت واقعی چه کاری باید انجام دهم». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۵) بیان داشت: «روش درمان هم برای من خشک و تحمیلی بود و گویی شرایط زندگی، باورهای مذهبی و حساسیت‌های خانوادگی‌ام در نظر گرفته نمی‌شد». ناتوانی درمانگر در مدیریت صبورانه مقاومت مراجع در برابر تروماها نیز از عوامل کلیدی شکست بود.

موانع و چالش‌های درون‌روانی مراجع: این مضمون شامل خوشه‌های «انتظارات غیرواقع‌بینانه و شتاب‌زدگی برای بهبودی»، «شرم، خودسانسوری و پنهان‌کاری»، و «اجتناب تجربی و فرار از مواجهه با هیجانات دردناک» است. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که ورود به درمان با انتظارات غیرواقع‌بینانه و

کمال‌گرایانه پیرامون دستیابی به بهبودی فوری، در تلاقی با شرم مسموم و اجتناب از پردازش تروماها، زمینه‌ساز شکست درمان می‌شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۲) گفت: «من انتظار داشتم طی چند جلسه حالم کاملاً بهتر شود و وقتی تغییر محسوسی ندیدم، ناامید شدم... به دلیل شرم از بیان بعضی مسائل خانوادگی نیز هر چیز را صادقانه نمی‌گفتم». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۹) اظهار داشت: «احساس می‌کنم بخشی از شکست در درمان به خودم مربوط بود. من آمادگی نداشتm با تجربه‌های دردناک و هیجان‌های شدیدی که در جلسات بالا می‌آمد، روبه‌رو شوم».

ناهماهنگی زمینه‌ای، فرهنگی و اجتماعی: این مضمون شامل خوشه‌های «تعارض با ارزش‌ها و باورهای مراجع»، «مخالفت و برچسب‌زنی خانواده» و «انگ اجتماعی و نگرش منفی اطرافیان» است. مشارکت‌کنندگان بر این نکته تأکید داشتند که عدم تناسب رویکرد درمانی با باورهای مذهبی، هنجارهای جمعی و ساختار خانواده، موجب بیگانگی و مقاومت در برابر درمان می‌شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۱۸) بیان داشت: «درمانگر نسبت به ارزش‌ها و باورهای شخصی‌ام حساسیت کافی نداشت و بعضی پیشنهادها را با سبک زندگی من سازگار نبود». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۲) گفت: «خانواده‌ام هم مراجعه به روان‌شناس را نشانه ضعف می‌دانستند... احساس می‌کردم درمانگر با شرایط فرهنگی و خانوادگی من آشنا نیست».

بازدارنده‌های ساختاری، مالی و محیطی: این مضمون شامل خوشه‌های «فشار اقتصادی و هزینه‌های درمان»، «ناپایداری سازمان‌دهی و بی‌نظمی نوبت‌ها»، «نقص محرمانگی و نامناسب بودن محیط» و «موانع جغرافیایی و دشواری رفت‌وآمد» است. مشارکت‌کنندگان ناموفق، فشارهای مالی، بی‌نظمی در نوبت‌دهی، شلوغی محیط کلینیک، نقض محرمانگی و دوری مسافت را از عوامل مؤثر بر قطع درمان برشمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان (کد ۰۱) گفت: «هزینه جلسات برایم سنگین بود و وقتی چند جلسه نتیجه سریع ندیدم، انگیزه‌ام کاهش پیدا کرد... محیط کلینیک هم گاهی پررفت‌وآمد و شلوغ بود و قبل از ورود به اتاق، احساس آرامش نداشتm». مشارکت‌کننده دیگری (کد ۰۳) اظهار داشت: «در مورد محرمانگی نیز تردید پیدا کرده بودم، چون گاهی صدای گفت‌وگوهای اتاق‌های دیگر شنیده می‌شد».

مقایسه این دو دسته تجربه نشان داد که تفاوت بنیادین میان موفقیت و شکست در اتحاد درمانی، نه در نوع تکنیک درمانی، بلکه در کیفیت پیوند عاطفی، ادراک امنیت روانی و میزان عاملیت درمانجو نهفته است. در تجارب موفق، درمانجویان رابطه درمانی را مبتنی بر همدلی، پذیرش نامشروط، اعتماد، شفافیت و مشارکت فعال توصیف کردند؛ در حالی که در تجارب ناموفق، احساس قضاوت‌شدگی، بی‌توجهی، فاصله عاطفی، ابهام در اهداف و ناتوانی در خودافشایی غالب بود. جدول ۲ مقایسه مهم‌ترین محورهای تمایز میان این دو تجربه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. مقایسه تجربه موفق و ناموفق اتحاد درمانی از دیدگاه درمانجویان

محور مقایسه	تجربه موفق	تجربه ناموفق
کیفیت رابطه با درمانگر	همدلی، پذیرش، احترام، شنیده‌شدن و اعتماد	قضاوت‌شدگی، بی‌توجهی، فاصله عاطفی یا فهمیده‌نشدن
اهداف و مسیر درمان	اهداف روشن، توضیح منطق درمان و درک تدریجی مسیر تغییر	ابهام در هدف جلسات، انتظارات نامشخص و ناآگاهی از منطق مداخله
تناسب مداخله	تکنیک‌ها و تکالیف متناسب با مشکل، توان و سبک زندگی فرد	مداخلات کلیشه‌ای، دشوار، نامتناسب یا فاقد ارتباط با مسئله اصلی
محرمانگی و امنیت روانی	اطمینان از رازداری و امکان بیان آزادانه مسائل شخصی	نگرانی از افشای اطلاعات، شلوغی محیط یا نامشخص بودن حدود محرمانگی
نقش درمانجو	آمادگی برای تغییر، حضور منظم، خودافشایی و انجام تکالیف	تردید، اجتناب، ترس از مواجهه، مشارکت محدود یا قطع جلسات
پایامد ادراک‌شده	افزایش خودآگاهی، خودکارآمدی، سازگاری و امید به تغییر	ناراضی، بی‌اعتمادی، تشدید اجتناب یا قطع درمان

تحلیل نهایی داده‌ها به استخراج یک مدل مفهومی انجامید که نشان می‌دهد موفقیت یا شکست در اتحاد درمانی، پدیده‌ای تک‌عاملی نیست، بلکه حاصل تعامل پویا میان پنج حوزه بنیادین پیوند و رابطه درمانی امن (به عنوان پیش شرط هیجانی)، صلاحیت تخصصی و شفافیت تکنیکی درمانگر (به مثابه نقشه راه شناختی)، عاملیت و مشارکت فعال مراجع (در جایگاه موتور محرک تغییر)، دستاوردهای کارکردی و تغییرات پایدار (به عنوان شاخص عینی بهبودی) و عوامل بستری، محیطی و فرایندی (در نقش بستر تثبیت‌کننده اجتماعی) است. در مقابل شکست در اتحاد درمانی زمانی رخ می‌دهد که گسست در پیوند عاطفی، نارسایی در صلاحیت تخصصی، موانع درون‌روانی مراجع، ناهماهنگی فرهنگی و بازدارنده‌های ساختاری-مالی به صورت هم‌افزا عمل کنند و درمانجو را به سمت قطع درمان یا تجربه ناکامی سوق دهند. این مدل با نظریه‌های اتحاد درمانی بوردین^۱، دلبستگی بالینی و عوامل مشترک لمبرت همگرایی دارد و نشان می‌دهد که موفقیت در روان‌درمانی بیش از وابستگی به تکنیک‌های خاص، به کیفیت تعاملات انسانی و همگرایی ادراکات دو سوی رابطه درمان وابسته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجربه زیسته درمانجویان از سازوکارهای شکل‌گیری موفقیت و شکست در اتحاد درمانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که اتحاد درمانی در تجربه درمانجویان پدیده‌ای ایستا، صرفاً تکنیکی یا وابسته به یک عامل منفرد نیست، بلکه فرایندی پویا، چندسطحی و تعاملی است که در پیوند میان ویژگی‌های درمانگر، عاملیت درمانجو، کیفیت رابطه، شرایط فرهنگی و اجتماعی و عوامل ساختاری و محیطی شکل می‌گیرد. تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که در مسیر موفقیت، پنج حوزه اصلی

شامل «پیوند و رابطه درمانی امن»، «صلاحیت تخصصی و شفافیت تکنیکی درمانگر»، «عاملیت، تعهد و مشارکت فعال درمانجو»، «دستاوردهای کارکردی و تغییرات پایدار» و «عوامل بستری، محیطی و فرایندی» در تعامل با یکدیگر قرار دارند. در مقابل، تجربه شکست حول پنج حوزه «گسست در اتحاد و پیوند درمانی»، «نارسایی در صلاحیت تخصصی و ساختار مداخله»، «موانع و چالش‌های درون‌روانی درمانجو»، «ناماهنگی زمینه‌ای، فرهنگی و اجتماعی» و «بازدارنده‌های ساختاری، مالی و محیطی» سازمان یافت. در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که تمایز بنیادی میان مسیر موفق و ناموفق، بیش از نوع تکنیک مورد استفاده، در کیفیت پیوند عاطفی، امنیت روان‌شناختی، میزان اعتماد، همسویی اهداف و سطح عاملیت درمانجو قرار دارد.

نخستین یافته مهم پژوهش نشان داد که پیوند و رابطه درمانی امن، هسته اصلی تجربه موفقیت در اتحاد درمانی است. درمانجویانی که تجربه موفقیت از درمان داشتند، بر پذیرش بدون قضاوت، همدلی اصیل، گوش‌دادن فعال، رازداری، احترام و احساس شنیده‌شدن تأکید می‌کردند. در چنین فضایی، اعتماد تدریجاً شکل گرفته و فرد قادر می‌شود موضوعاتی را که پیش‌تر با شرم، ترس یا اجتناب همراه بوده‌اند، آشکار کند. این یافته با نتایج مطالعه قمری زمهریر و همکاران همسو است که نشان دادند اصالت، همدلی، توجه مثبت، اعتماد و کنشگری مراجع از مؤلفه‌های محوری تجربه رابطه درمانی محسوب می‌شوند (Ghamari Zomhorir et al., 2023). همچنین با دیدگاه بوهارت و وید درباره جایگاه فعال درمانجو و اهمیت تجربه رابطه‌ای او در فرایند روان‌درمانی هماهنگ است (Bohart & Wade, 2013). نتایج تسجوشکه و همکاران نیز نشان داده است که نحوه ادراک بیماران و درمانگران از کیفیت اتحاد با پیامد درمان مرتبط است و همگرایی بیشتر میان این دو ادراک می‌تواند به پیامد مطلوب‌تر منجر شود (Tschuschke et al., 2020).

به داشتن دانش تخصصی محدود نبود، بلکه توانایی تبدیل دانش تخصصی به مداخله‌ای قابل فهم، شخصی‌سازی شده و منعطف را نیز دربرمی‌گرفت. این یافته با نتایج سیدیس و همکاران درباره اهمیت فرایندهای بازتابی در عملکرد روان‌درمانی همخوان است؛ زیرا توانایی درمانگر برای مشاهده و بازاندیشی در فرایندهای جاری درمان، امکان تنظیم بهتر مداخله را فراهم می‌کند (Sidis et al., 2023). همچنین زیده و نورکراس بر نقش خودآگاهی، خودمراقبتی و رشد شخصی در شکل‌گیری ظرفیت حرفه‌ای روان‌شناسان تأکید کرده‌اند (Ziede & Norcross, 2024). یافته حاضر با مطالعه الهی سینکی و همکاران نیز همسو است که انعطاف‌پذیری، خودآگاهی هیجانی و مدیریت مناسب مقاومت مراجع را در شکل‌گیری اتحاد درمانی مؤثر دانستند (Elahi Sinki et al., 2025).

در مقابل، در تجربه‌های ناموفق، ابهام در اهداف، کلی‌گویی، ارائه توصیه‌های غیرعملی، تحمیل پروتکل‌های خشک و بی‌توجهی به فردیت درمانجو به‌عنوان نمادهای نارسایی در ساختار مداخله گزارش شد. این یافته را می‌توان بر این اساس تبیین کرد که حتی مداخلات دارای پشتوانه نظری، زمانی که بدون انطباق با نیاز، آمادگی، سبک زندگی و شرایط هیجانی درمانجو اجرا شوند، ممکن است تجربه عدم فهمیده‌شدن را تقویت کنند. نتایج کولیر و همکاران نشان می‌دهد رابطه میان شایستگی و پیامد درمان پیچیده است و صرف پایبندی فنی به یک پروتکل نمی‌تواند به‌تنهایی کیفیت نتیجه را تضمین کند (Collyer et al., 2020). همچنین مقایسه روان‌درمانی‌های موفق و کمتر موفق نشان داده است که تنظیم مداخلات بر اساس نیازهای مراجع و برخورداری از برداشت مشترک درباره اهداف درمان در موارد موفق برجسته‌تر است (Werbart et al., 2019). ماگیو و همکاران نیز در تحلیل موارد شکست روان‌درمانی بر اهمیت متغیرهای فرایندی و پویایی رابطه درمانگر و درمانجو تأکید کرده‌اند (Maggio et al., 2019). بر این اساس، صلاحیت

بنابراین می‌توان گفت امنیت هیجانی زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن درمانجو بتواند بدون احساس تهدید یا تحقیر وارد فرایند خودافشایی و بازنگری در تجربه‌های دشوار شود.

در نقطه مقابل، یکی از برجسته‌ترین یافته‌ها درباره تجربه شکست، گسست در پیوند عاطفی و احساس قضاوت‌شدن، شنیده‌نشدن یا درک‌نشدن بود. مشارکت‌کنندگانی که تجربه درمان ناموفق داشتند، رفتار اقتدارگرایانه، قطع کردن صحبت، لحن قضاوتگر، کمبود همدلی و فاصله عاطفی را از عوامل اصلی کاهش اعتماد و کناره‌گیری خود معرفی کردند. این یافته با پژوهش ناکس و همکاران همخوان است که در بررسی دیدگاه درمانجویان درباره شکست روان‌درمانی، رابطه درمانی ناکارآمد، بی‌توجهی به نگرانی‌های مراجع و برآورده‌نشدن نیازها و اهداف او را از عوامل مهم تجربه شکست گزارش کردند (Knox et al., 2023). همچنین هاردی و همکاران نشان دادند که تجربه‌های منفی در روان‌درمانی می‌توانند در پیوند با ویژگی‌های فرایند درمان و تعامل میان درمانگر و درمانجو شکل گیرند (Hardy et al., 2019). داندچی-فیتزجرالد و همکاران نیز تأکید کرده‌اند که شکست روان‌درمانی صرفاً به عدم کاهش علائم محدود نیست و می‌تواند شامل تجربه رابطه‌ای نامطلوب، پیامدهای منفی و کاهش اعتماد فرد به فرایند درمان باشد (Dandachi-FitzGerald et al., 2023). ازاین‌رو، گسست رابطه‌ای زمانی به شکست تبدیل می‌شود که شناسایی، گفت‌وگو و ترمیم نشود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که صلاحیت تخصصی و شفافیت تکنیکی درمانگر، دومین ستون اساسی تجربه موفق درمانی است. شرکت‌کنندگان موفق، درمانگرانی را اثربخش می‌دانستند که مسیر درمان را توضیح می‌دادند، اهداف واقع‌بینانه تعیین می‌کردند، منطق تکنیک‌ها را روشن می‌ساختند، بازخوردهای ملموس ارائه می‌کردند و مداخلات را متناسب با نیازها و شرایط فردی تغییر می‌دادند. بنابراین شایستگی درمانگر در تجربه درمانجویان فقط

حرفه‌ای زمانی در خدمت اتحاد درمانی قرار می‌گیرد که همراه با انعطاف، پاسخ‌دهی و حساسیت نسبت به تجربه فردی مراجع باشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش، نقش تعیین‌کننده عاملیت و مشارکت فعال درمانجو در موفقیت درمان بود. درمانجویان موفق خود را مشارکت‌کننده‌ای فعال در تغییر می‌دانستند؛ انگیزه برای تغییر، انجام منظم تکالیف، تحمل مواجهه با هیجان‌های دشوار، صداقت در خودافشایی و پذیرش مسئولیت رفتارهای خود از عناصر مشترک روایت آنان بود. این یافته نشان می‌دهد که درمان موفق حاصل کنش یک‌سویه درمانگر نیست و حتی رابطه مطلوب و مداخله تخصصی نیز بدون مشارکت فعال درمانجو نمی‌تواند به تغییر پایدار منجر شود. دیدگاه بوهارت و وید نیز درمانجو را عامل اصلی و فعال تغییر می‌داند و بر منابع، ظرفیت‌ها و مشارکت او تأکید می‌کند (Bohart & Wade, 2013). همچنین نتایج درباری و پارساکیا نشان می‌دهد مداخلاتی که بر توانمندی‌ها و منابع فردی تأکید دارند، می‌توانند زمینه بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی را فراهم سازند (Darbani & Parsakia, 2022). از این منظر، عاملیت درمانجو را می‌توان موتور محرک تبدیل رابطه درمانی مطلوب به تغییر واقعی دانست.

در مقابل، انتظارات غیرواقع‌بینانه، شتاب برای دستیابی به بهبود فوری، خودسانسوری، شرم و اجتناب از مواجهه با تجربه‌های دردناک از موانع درون‌روانی مهم در مسیر ناموفق درمان بودند. زمانی که فرد با انتظار تغییر سریع وارد درمان می‌شود، فرایند تدریجی روان‌درمانی ممکن است به‌صورت ناکارآمدی تعبیر شود و ناامیدی زود هنگام ایجاد کند. همچنین پنهان‌کردن بخش‌هایی از تجربه شخصی بر اثر شرم یا ترس، اطلاعات مورد نیاز برای مفهوم‌سازی و مداخله را محدود کرده و عمق رابطه را کاهش می‌دهد. ناکس و همکاران نشان دادند که تحقق‌نیافتن انتظارات و اهداف از منظر درمانجو می‌تواند در تجربه شکست نقش مهمی داشته باشد (Knox et al., 2023).

بررسی پایان درمان‌های ناموفق نیز نشان داده است که نارضایتی، عدم پیشرفت ادراک‌شده و تفاوت دیدگاه میان درمانگر و درمانجو می‌تواند فرایند خاتمه را دشوار سازد (Bear et al., 2022). همچنین فرهانی و همکاران بر ضرورت بررسی دقیق بی‌تغییری، وخامت و شکست به‌عنوان پیامدهای واقعی روان‌درمانی تأکید کرده‌اند (Farahani et al., 2021). بنابراین آمادگی روان‌شناختی و انتظارات واقع‌بینانه را می‌توان بخشی از زمینه لازم برای شکل‌گیری اتحاد پایدار دانست.

یافته مهم دیگر مربوط به دستاوردهای کارکردی و تغییرات پایدار بود. درمانجویان موفق، موفقیت را فقط بر اساس کاهش اضطراب، افسردگی یا سایر علائم تعریف نمی‌کردند، بلکه به رشد خودآگاهی، بهبود تنظیم هیجانی، افزایش خودکارآمدی، یادگیری مهارت حل تعارض، بهبود روابط بین‌فردی و افزایش استقلال روان‌شناختی نیز اشاره داشتند. این نتیجه نشان می‌دهد معیار موفقیت از منظر درمانجو گسترده‌تر از کاهش نشانگان است و با تغییر در نحوه تجربه خود، روابط و ظرفیت اداره زندگی روزمره ارتباط دارد. این برداشت با ماهیت چندبعدی پیامدهای روان‌درمانی همخوان است و نشان می‌دهد باید ارزیابی نتیجه را از سطح صرفاً علامتی فراتر برد. گرین‌وی و همکاران نیز در بررسی رویکردهای تلفیقی بر اهمیت تجربه کلی درمان و تغییرات چندوجهی در فرایند درمان تأکید داشته‌اند (Greenway et al., 2020). از سوی دیگر، شیمک با طرح مسئله محدودیت‌های تعمیم و بازتولید یافته‌های روان‌شناختی، به‌طور کلی ضرورت احتیاط در تقلیل پدیده‌های پیچیده روان‌شناختی به شاخص‌های منفرد را برجسته می‌کند (Schimmack, 2020). بنابراین استفاده از شاخص‌های ذهنی و کارکردی در کنار علائم می‌تواند تصویر کامل‌تری از موفقیت درمان فراهم کند.

نتایج همچنین نشان داد عوامل بستری، محیطی و فرایندی در موفقیت یا شکست اتحاد نقش اساسی دارند. حمایت خانواده، نگرش مثبت اطرافیان،

روان‌درمانی، بر ضرورت توجه به سازگاری مفروضات درمان با زمینه‌های ارزشی و فرهنگی تأکید کرده است (Ghorbanpour Lafmejani, 2026). این همسویی نشان می‌دهد حساسیت فرهنگی نه یک ویژگی جانبی، بلکه بخشی از صلاحیت حرفه‌ای و رابطه‌ای درمانگر است و بی‌توجهی به آن می‌تواند حتی در صورت برخورداری درمانگر از مهارت فنی، اتحاد را تضعیف کند.

یکی دیگر از نتایج اساسی مطالعه حاضر این بود که گسست اتحاد را نباید یک نقطه پایان اجتناب‌ناپذیر تلقی کرد؛ بلکه کیفیت واکنش درمانگر و درمانجو به گسست تعیین می‌کند که رابطه به سمت ترمیم یا فروپاشی حرکت کند. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد هنگامی که گسست با سکوت، کناره‌گیری، قضاوت‌شدن یا کاهش اعتماد همراه شده و مورد توجه قرار نگرفته است، مسیر درمان به سمت ناکامی و قطع جلسات پیش رفته است. این نتیجه با یافته‌های میلونا و همکاران همخوان است که گسست و ترمیم را فرایندهایی پویا و درون‌جلسه‌ای می‌دانند و نشان می‌دهند تغییر در نحوه تعامل می‌تواند یک شکست لحظه‌ای را به فرصت بازسازی رابطه تبدیل کند (Mylona et al., 2023). زیلخا-مانو و فیشر نیز با تمایز میان مؤلفه‌های پایدار و حالت‌مانند اتحاد نشان داده‌اند که کیفیت اتحاد در طول درمان قابلیت نوسان دارد و رخداد‌های جلسه‌به‌جلسه می‌توانند در مسیر آن تعیین‌کننده باشند (Zilcha-Mano & Fisher, 2022). همچنین وربارت و همکاران نشان داده‌اند که بن‌بست درمانی می‌تواند با کاهش عاملیت و دشواری در فرایند رابطه همراه باشد و نیازمند معناپردازی و بازسازی است (Werbart et al., 2023). در نتیجه، وجود تعارض یا گسست لزوماً شاخص شکست نیست؛ آنچه تعیین‌کننده است، ظرفیت رابطه برای شناسایی و ترمیم آن است.

مقایسه نهایی دو مسیر موفق و ناموفق نیز آشکار کرد که نوع تکنیک درمانی مهم‌ترین مرز میان موفقیت و شکست نبود؛ بلکه کیفیت رابطه، امنیت

تناسب فرهنگی، دسترسی مناسب به خدمات و ثبات مالی در مسیر موفقیت نقش تسهیل‌کننده داشتند؛ درحالی‌که انگ اجتماعی، مخالفت خانواده، فشار اقتصادی، دشواری رفت‌وآمد، بی‌نظمی نوبت‌دهی و نگرانی درباره محرمانگی با تضعیف درمان همراه بودند. این یافته نشان می‌دهد اتحاد درمانی صرفاً محصول تعامل دو فرد در اتاق درمان نیست، بلکه محیط اجتماعی و سازمانی می‌تواند از آن حمایت کند یا آن را آسیب‌پذیر سازد. نتایج چوپانی و همکاران نیز نشان داده است که بستر حضوری، آنالاین یا ترکیبی ارائه روان‌درمانی می‌تواند تجربه هیجانی، کیفیت رابطه و ادراک مراجع از اثربخشی درمان را تغییر دهد (Choupani et al., 2025). تجربه گسترش روان‌درمانی آنالاین در دوره همه‌گیری نیز نشان داد تغییر شرایط ارائه خدمات، مرزهای حرفه‌ای، ارتباط و نحوه شکل‌گیری تعامل را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Boldrini et al., 2020). میچل نیز نشان داد روان‌درمانی ویدئویی ویژگی‌های ارتباطی خاص خود را دارد و کیفیت تجربه رابطه در آن باید فراتر از مقایسه ساده با درمان حضوری فهمیده شود (Mitchell, 2020). گسترش فناوری و استفاده از ظرفیت‌های دیجیتال در پاسخ به افزایش تقاضای خدمات سلامت روان نیز اهمیت انعطاف در ساختار ارائه خدمات را بیشتر کرده است (Mendes-Santos et al., 2020; Stringer, 2024).

تناسب فرهنگی نیز در این پژوهش یکی از عوامل برجسته در هر دو مسیر موفقیت و شکست بود. در تجربه موفق، همسویی مداخله با باورها، ارزش‌های خانوادگی و جهان‌بینی فرد به ایجاد اعتماد کمک می‌کرد، اما در تجربه‌های ناموفق، نادیده‌گرفتن ارزش‌های مذهبی، شرایط خانوادگی و بافت اجتماعی به احساس بیگانگی و مقاومت منجر می‌شد. این نتیجه با پژوهش ضیایی و زرانی همخوان است که اهمیت تطبیق روان‌درمانی با زمینه فرهنگی، زبان، ارزش‌ها و نظام معنایی مراجع را برجسته کرده‌اند (Ziaei & Zarani, 2026). همچنین قربانپور لقمجانی با بررسی مبانی انسان‌شناختی رویکردهای

روان‌شناختی، وضوح مسیر درمان، تناسب مداخله و میزان مشارکت درمانجو این دو تجربه را از یکدیگر متمایز می‌کردند. در تجارب موفق، اعتماد، همدلی، اهداف روشن، مداخلات شخصی‌سازی‌شده، محرمانگی و مشارکت فعال غالب بود؛ درحالی‌که تجربه ناموفق با قضاوت‌شدن، فاصله عاطفی، اهداف مبهم، توصیه‌های نامتناسب، نگرانی درباره رازداری و کاهش مشارکت همراه بود. این یافته با مطالعه صفارزاده و دهقانی که تفاوت اتحاد درمانی میان افراد دارای خاتمه موفق و خاتمه زودهنگام را نشان داد، همسو است (Safarzadeh & Dehghani, 2023). همچنین یافته‌های وربارت و همکاران نشان می‌دهد درمان‌های موفق‌تر با توافق بیشتر بر اهداف و توانایی درمانگر در تنظیم فرایند بر اساس نیاز مراجع همراهاند (Werbart et al., 2019). از سوی دیگر، بررسی شاخص‌های موفقیت و دشواری در مسیر حرفه‌ای روان‌شناسان نیز بر ماهیت چندعاملی موفقیت و نقش هم‌زمان عوامل فردی و زمینه‌ای تأکید دارد (Rokach & Boulazreg, 2024). در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد موفقیت روان‌درمانی حاصل «تطابق» است؛ تطابق میان درمانگر و درمانجو، اهداف و انتظارات، تکنیک و نیاز، و درمان با زمینه اجتماعی و فرهنگی فرد.

در یک جمع‌بندی کلی، مدل مفهومی حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد موفقیت و شکست در اتحاد درمانی را می‌توان به‌عنوان دو مسیر پویا و بازخوردی در نظر گرفت. در مسیر موفق، رابطه امن امکان خودافشایی را افزایش می‌دهد، خودافشایی و مشارکت اطلاعات دقیق‌تری در اختیار درمانگر قرار می‌دهد، درمانگر قادر به شخصی‌سازی مداخله می‌شود، دستاوردهای اولیه امید و خودکارآمدی را افزایش می‌دهند و این پیامدها به نوبه خود اعتماد و مشارکت بیشتر را تقویت می‌کنند. در مقابل، در مسیر شکست، قضاوت یا فقدان همدلی اعتماد را کاهش می‌دهد، کاهش اعتماد خودسانسوری و اجتناب را افزایش می‌دهد، محدودشدن اطلاعات فرایند مداخله را کم‌اثر می‌کند، عدم

پیشرفت موجب ناامیدی و کاهش انگیزه می‌شود و در نهایت احتمال کناره‌گیری و قطع درمان افزایش می‌یابد. مطالعات مربوط به شکست درمان (Dandachi-FitzGerald et al., 2023; Knox et al., 2023)، خطر تجربه‌های منفی (Hardy et al., 2019)، پایان درمان‌های ناموفق (Bear et al., 2022)، گسست و ترمیم اتحاد (Mylona et al., 2023) و نوسان اتحاد در طول درمان (Zilcha-Mano & Fisher, 2022) از چنین برداشت فرایندی حمایت می‌کنند. بنابراین، مهم‌ترین نتیجه پژوهش حاضر آن است که اتحاد درمانی باید نه به‌عنوان متغیری ثابت در آغاز درمان، بلکه به‌عنوان سامانه‌ای تعاملی، حساس به زمینه و نیازمند پایش و ترمیم مستمر در سراسر فرایند روان‌درمانی در نظر گرفته شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، ماهیت کیفی و پدیدارشناختی مطالعه و حجم محدود مشارکت‌کنندگان موجب می‌شود یافته‌ها به‌جای تعمیم آماری، بیشتر از قابلیت انتقال به موقعیت‌های مشابه برخوردار باشند. مشارکت‌کنندگان از میان درمانجویان مراکز خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های مشاوره شهر تهران انتخاب شدند و ازاین‌رو، تجربه آنان ممکن است بازتاب‌دهنده تمامی تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، قومی و جغرافیایی موجود در سایر مناطق نباشد. دوم، داده‌ها بر گزارش‌های گذشته‌نگر درمانجویان استوار بود و امکان تأثیر سوگیری یادآوری، وضعیت هیجانی فعلی و بازتفسیر تجربه‌های گذشته وجود داشت. سوم، مطالعه حاضر عمدتاً بر دیدگاه درمانجویان تمرکز داشت و روایت هم‌زمان درمانگران درباره همان فرایندها بررسی نشد؛ بنابراین امکان مقایسه مستقیم ادراک دو سوی اتحاد فراهم نبود. همچنین تنوع رویکردهای درمانی، طول مدت درمان، نوع مشکلات روان‌شناختی و تجربه‌های پیشین شرکت‌کنندگان می‌توانست در شکل‌دهی روایت آنان نقش داشته باشد و کنترل این عوامل در یک مطالعه کیفی امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده مدل مفهومی استخراج‌شده را در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، منطقه جغرافیایی، نوع مشکل روان‌شناختی و رویکرد درمانی بررسی و اعتبارسنجی کنند. طراحی مطالعات آمیخته می‌تواند امکان تبدیل مضامین شناسایی‌شده به ابزارهای کمی و آزمون روابط میان پیوند درمانی، صلاحیت درمانگر، عاملیت مراجع، تناسب فرهنگی، موانع ساختاری و پیامد درمان را فراهم کند. همچنین انجام پژوهش‌های طولی و جلسه‌به‌جلسه از آغاز تا پایان و پیگیری پس از درمان می‌تواند چگونگی نوسان اتحاد، زمان وقوع گسست و مسیر ترمیم را دقیق‌تر آشکار سازد. بررسی زوج‌های درمانگر-درمانجو و مقایسه هم‌زمان روایت هر دو طرف نیز برای شناخت نقاط همگرایی و واگرایی ادراک آنان پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، مقایسه اتحاد درمانی در رویکردهای مختلف، درمان حضوری، آنلاین و ترکیبی و نیز مطالعه جداگانه افرادی که درمان را به‌صورت ناگهانی و بدون جلسه خاتمه ترک کرده‌اند، می‌تواند ابعاد کمتر شناخته‌شده شکست درمان را روشن سازد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، مراکز روان‌شناختی و برنامه‌های آموزش درمانگران بهتر است ارزیابی و تقویت اتحاد درمانی را به‌صورت یک مؤلفه مستمر در فرایند درمان در نظر گیرند. آموزش عملی مهارت‌های گوش‌دادن فعال، همدلی، پذیرش بدون قضاوت، خودبازتابی، حساسیت فرهنگی، شناسایی نشانه‌های گسست و راهبردهای ترمیم رابطه باید در کنار آموزش تکنیک‌های تخصصی مورد تأکید قرار گیرد. استفاده از بازخوردهای کوتاه و ساختاریافته درمانجو درباره احساس امنیت، کیفیت رابطه، وضوح اهداف و مفید بودن جلسات می‌تواند امکان شناسایی زودهنگام نارضایتی و پیشگیری از قطع درمان را افزایش دهد. ضروری است اهداف و منطق مداخله از ابتدای درمان به‌صورت شفاف و مشترک تعیین شوند و بر اساس تغییر نیازهای درمانجو بازنگری گردند. همچنین مراکز درمانی باید محرم‌انگهی، آرامش

محیط، نظم نوبت‌دهی، دسترسی مناسب و راهکارهای کاهش فشار مالی را جدی بگیرند. مشارکت فعال درمانجو، آموزش واقع‌بینانه درباره ماهیت تدریجی تغییر، توجه به ارزش‌های فرهنگی و خانوادگی و ایجاد سازوکار مناسب برای ارجاع در موارد عدم تناسب میان درمانگر و درمانجو نیز می‌تواند احتمال شکل‌گیری و تداوم اتحاد درمانی اثربخش را افزایش دهد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Bear, H. A., Dalzell, K., Edbrooke-Childs, J., Garland, L., & Wolpert, M. (2022). How to Manage Endings in Unsuccessful Therapy: A Qualitative Comparison of Youth and Clinician Perspectives. *Psychotherapy Research*, 32(2), 249-262. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1946021>
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). John Wiley & Sons.

- Involved in the Treatment with an Individual Setting of 29 Cases. *Frontiers in psychology*, 10, 1250. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01250>
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' Attitudes Toward Internet Interventions: Exploratory Cross-Sectional Study. *Jmir Mental Health*, 7(4), e16817. <https://doi.org/10.2196/16817>
- Mitchell, E. (2020). Much More Than Second Best: Therapists' Experiences of Video Conferencing Psychotherapy. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 10, 121-135.
- Mylona, A., Avdi, E., & Paraskevopoulos, E. (2023). Alliance Rupture and Repair Processes in Psychoanalytic Psychotherapy: Multimodal In-Session Shifts from Momentary Failure to Repair. In *Therapeutic Failures in Psychotherapy* (pp. 98-125). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003439219-6>
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2024). The Road to Becoming a Psychologist: Indicators of Success and Hardship During the University Years. In *Psychologists in Making* (pp. 100-129). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032689203-7>
- Safarzadeh, S., & Dehghani, Y. (2023). Comparison of Therapeutic Alliance in Patients with Successful Psychotherapy Termination and Patients with Premature Psychotherapy Termination. *Clinical Psychology Studies*, 14(51), 29-60.
- Schimmack, U. (2020). A Meta-Psychological Perspective on the Decade of Replication Failures in Social Psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 61(4), 364-376. <https://doi.org/10.1037/cap0000246>
- Sidis, A. E., Moore, A., Pickard, J. A., & Deane, F. P. (2023). Conceptualization and Measurement of Reflective Process in Psychotherapy: A Systematic Scoping Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53(1), 99-107. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09558-9>
- Stringer, H. (2024). Mental Health Care Is in High Demand: Psychologists Are Leveraging Tech and Peers to Meet the Need. *Monitor on Psychology*, 55.
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M., von Wyl, A., Cramer, A., & Schulthess, P. (2020). The Impact of Patients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance on Treatment Outcome in Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 56-64. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001105>
- Werbart, A., Annevall, A., & Hillblom, J. (2019). Successful and Less Successful Psychotherapies Compared: Three Therapists and Their Six Contrasting Cases. *Frontiers in psychology*, 10, 816. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00816>
- Werbart, A., Gräke, E., & Klingborg, F. (2023). Deadlock in Psychotherapy: A Phenomenological Study of Eight Psychodynamic Therapists' Experiences. In *Therapeutic Failures in Psychotherapy* (pp. 28-46). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003439219-3>
- Ziaei, L., & Zarani, F. (2026). Culturally Adapted Psychotherapy: A Systematic Review and Introduction of an Integrated Model of Cultural Adaptation in Psychotherapy. *Applied Psychology*(77), 10-33.
- Ziede, J. S., & Norcross, J. C. (2024). Personal Therapy and Self-Care in the Making of Psychologists. In *Psychologists in Making* (pp. 53-86). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032689203-5>
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 591170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Choupani, M., Naeimi, E., Ebrahimi Orang, A., & Vahedi, H. (2025). A Comparative Study of Clients' Lived Experiences of Face-to-Face, Online, and Blended Psychotherapy: A Phenomenological Study. *Clinical Psychology Studies*, 16(60), 69-88.
- Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2020). Systematic Literature Review and Meta-Analysis of the Relationship Between Adherence, Competence and Outcome in Psychotherapy for Children and Adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 417-431. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1265-2>
- Dandachi-FitzGerald, B., Otgaar, H., & Merckelbach, H. (2023). When Psychotherapy Fails. In *Toward a Science of Clinical Psychology: A Tribute to the Life and Works of Scott O. Lilienfeld* (pp. 301-319). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-14332-8_16
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2022). The Effectiveness of Strength-Based Counseling on the Self-Esteem of Marital Conflicted Women. *Psychology of Woman Journal*, 3(1), 46-55. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.3.1.5>
- Elahi Sinki, Z., Norouzi, A., & Norouzi, A. (2025). A Phenomenological Study of Counselors' Lived Experiences of the Formation of the Therapeutic Alliance with Resistant Clients. Nineteenth National Conference on New Research in Education, Psychology, Jurisprudence, Law, and Social Sciences, Shirvan, Iran.
- Farahani, H., Azadfallah, P., Roshan Chesli, R., Pourmohammadreza Tajrishi, M., Esrafilian, F., Fathali Lavasani, F., & Chiniforushan, F. (2021). Methodology for Investigating Treatment Failure in Psychotherapy Research: A Guide for Clinicians and Researchers. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 173-182.
- Ghamari Zomhorir, V., Pournaghash Tehrani, S. S., & Ghorbani, N. (2023). Therapy Seekers' Lived Experiences of the Therapeutic Relationship: A Phenomenological Study. *Journal of Psychological Science*, 22(124), 667-684.
- Ghorbanpour Lafmejani, A. (2026). Explaining the Effectiveness of Islamic Anthropology in Addressing the Shortcomings of Perls' Gestalt Therapy Anthropology. *Religious Studies and Efficacy*(19), 62-88.
- Greenway, K. T., Garel, N., Jerome, L., & Feduccia, A. A. (2020). Integrating Psychotherapy and Psychopharmacology: Psychedelic-Assisted Psychotherapy and Other Combined Treatments. *Expert review of clinical pharmacology*, 13(6), 655-670. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1772054>
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., & Parry, G. D. (2019). Risk Factors for Negative Experiences During Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393575>
- Knox, S., Miller, C., Twidwell, R. E., & Knowlton, G. (2023). Client Perspectives on Psychotherapy Failure. *Psychotherapy Research*, 33(3), 298-315. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2096180>
- Maggio, S., Molgora, S., & Oasi, O. (2019). Analyzing Psychotherapeutic Failures: A Research on the Variables

Zilcha-Mano, S., & Fisher, H. (2022). Distinct Roles of State-Like and Trait-Like Patient-Therapist Alliance in Psychotherapy. *Nature Reviews Psychology*, 1(4), 194-210. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00032-6>