



The Role of the Client Attachment to Therapist and Treatment Motivation in Predicting Premature Dropout of Psychotherapy and Counseling

Somayeh Safarzade¹, Mahnaz Joukar Kamalabadi^{2*}, Faridehsadat Hoseini³, Seyed Mousa Golestaneh⁴

1- PhD. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

2- Assistant Professor, Doctor of Family Counseling, Department of Psychology, Director of the Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

3- Associate Professor, Doctor of Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

4- Associate Professor, Doctor of Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

Corresponding Author: Mahnaz Joukar Kamalabadi, Assistant Professor, Department of Psychology, Director of the Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.
Email: mjokar@pgu.ac.ir

Received: 17 Feb 2025

Accepted: 28 June 2025

Abstract

Introduction: Nowadays, psychotherapy has become widely popular and is considered as an independent profession. One of the persistent and disturbing problems of mental health clinics and therapists is premature dropout of psychotherapy and counseling by patients. The phenomenon of premature dropout from psychotherapy exists in all treatment approaches and all over the world. The main aim of the present study was to determine the role of the client attachment to therapist and treatment motivation in predicting premature dropout from psychotherapy and counseling.

Methods: The design of the present study was cross-sectional descriptive. The statistical population was all patients referred to psychology and psychiatry clinics in Mashhad. The sample people were selected using the non-random available sampling method between August 2023 and October 2024. Three hundred and fifty-four patients participated in the present study. In order to measure the variables examined in this research, The Questionnaire of demographic and contextual information for Patient, The Outcome Questionnaire-45 (OQ®-42.2), The Client Attachment to Therapist Scale (CATS) and Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) were used.

Results: The findings of the research showed that the client attachment to therapist, treatment motivation, secure attachment pattern, avoidant attachment pattern and ambivalent attachment pattern are predictors of premature dropout from psychotherapy and counseling ($P < 0.01$). In the last regression analysis model, the value of adjusted coefficient of determination was 0.741 and it indicates that the predictor variables of the current research predict 74% of the changes in premature dropout from psychotherapy and counseling.

Conclusions: In the present study, an attempt was made to gain a deep understanding of the impact of the client attachment to therapist and the treatment motivation on premature dropout from psychotherapy and counseling by patients. The current research is an important necessity in the science and practice of the field of clinical psychology and treatment of mental disorders. Knowing the influencing factors in premature dropout from psychotherapy and counseling allows the therapists to adopt the appropriate techniques to control these factors.

Keywords: Attachment, Counseling, Motivation, Patient, Psychotherapy, Patient Dropouts, Therapist.



نقش الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان در پیش بینی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره

سمیه صفرزاده^۱، مهناز جوکار کمال آبادی^{۲*}، فریده السادات حسینی^۳، سید موسی گلستانه^۴

- ۱- دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.
- ۲- استادیار، دکترای مشاوره خانواده، گروه روانشناسی، مدیر گروه رشته روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.
- ۳- دانشیار، دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.
- ۴- دانشیار، دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

نویسنده مسئول: مهناز جوکار کمال آبادی، استادیار، دکترای مشاوره خانواده، گروه روانشناسی، مدیر گروه رشته روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

ایمیل: mjokar@pgu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: امروزه، روان درمانی رواج گسترده ای پیدا کرده است و به عنوان یک حرفه ی مستقل در نظر گرفته می شود. یکی از مشکلات پایدار و آزاردهنده ی کلینیک ها و درمانگران سلامت روان ترک زودرس روان درمانی و مشاوره توسط بیماران است. پدیده ی ترک زودرس روان درمانی در تمامی رویکردهای درمانی و در سرتاسر جهان وجود دارد. هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین نقش الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان در پیش بینی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره بود.

روش کار: طرح پژوهش حاضر توصیفی مقطعی بود. جامعه ی آماری، تمامی بیماران به کلینیک های روانشناسی و روانپزشکی سطح شهر مشهد بودند. افراد نمونه به شیوه ی نمونه گیری در دسترس غیر تصادفی در فاصله ی زمانی مرداد ماه ۱۴۰۲ تا مهر ماه ۱۴۰۳ انتخاب شدند. ۳۵۴ نفر در پژوهش حاضر مشارکت داشتند. برای سنجش متغیرهایی مورد بررسی در این پژوهش از مقیاس اطلاعات جمعیت-شناختی و بافتاری برای بیمار، مقیاس پیامد درمانی (OQ®-42.2)، مقیاس الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر (CATS) و مقیاس انگیزش درمان (TMQ) استفاده گردید.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر، انگیزش درمان، الگوی دلبستگی ایمن، الگوی دلبستگی اجتنابی و الگوی دلبستگی دوسوگرا پیش بینی کننده ی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره است ($P < 0/01$). در آخرین مدل تحلیل رگرسیون مقدار ضریب تعیین تعدیل شده $0/741$ بدست آمد و نشان دهنده ی این است که متغیرهای پیش بینی کننده ی پژوهش - حاضر 74% تغییرات ترک زودرس روان درمانی و مشاوره را پیش بینی می کنند.

نتیجه گیری: در پژوهش حاضر تلاش گردید تا شناخت عمیقی از تاثیر الگوهای دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان بر ترک زودرس روان درمانی و مشاوره توسط بیماران حاصل گردد. پژوهش حاضر به عنوان یک ضرورت مهم در علم و عمل رشته ی روانشناسی بالینی و درمان اختلالات روانی است. شناخت عوامل تاثیر گذار در ترک زودرس روان درمانی و مشاوره به درمانگران اجازه می دهد تا تکنیک های مناسب را برای کنترل این عوامل اتخاذ کنند.

کلیدواژه ها: انگیزش، بیمار، ترک بیمار، درمانگر، دلبستگی، روان درمانی، مشاوره.

مقدمه

روان درمانی فرآیند درمان اختلالات، مشکلات و ناراحتی های روانی، رفتاری و اجتماعی با استفاده از راهکارها و تکنیک های علمی است (۱). امروزه، روان-درمانی رواج گسترده ای پیدا کرده است و به عنوان یک حرفه ی مستقل در نظر گرفته می شود. حل و فصل تعارضات بیماران و تغییر الگوهای آسیب زای رفتاری و اجتماعی آنان که به واسطه ی اختلالات روانی بروز پیدا می کنند از مهمترین وظایف متخصصین سلامت روان است (۲). یکی از مشکلات پایدار و آزاردهنده ی کلینیک ها و درمانگران در حوزه ی روان درمانی و مشاوره پدیده ی ترک زودرس روان-درمانی و مشاوره توسط بیماران است (۳). مشکل بزرگی که در این زمینه وجود دارد فقدان تحقیقات و مطالعاتی است که موجبات کاهش این پدیده را فراهم-کنند. هر چند انتظار می رود که بیماران و درمانگران در مورد زمان پایان دادن به روان درمانی توافق داشته باشند. اغلب بیماران، روان درمانی را بدون هماهنگی با درمانگر قطع می کنند (۴). تعریف این پدیده ساده نیست و اصطلاحاتی مانند قطع زودرس، خاتمه ی نابهنگام، فسخ یک طرفه، ختم زودرس و ترک زودرس همگی برای توصیف آن به کار می روند. یکی از مشکلات مطالعه در زمینه ی ترک زودرس انتخاب از میان تعاریف موجود است (۴). رویکردهای روان درمانی متفاوت هستند و هر رویکرد شیوه و طول مدت مشخصی دارد. بنابراین، یک تعریف یکسان از پدیده ی ترک زودرس دشوار است. کولب و همکاران (۱۹۸۵) بیماری را که دو جلسه در درمان حاضر می شود؛ اما، دیگر ادامه نمی دهد را به عنوان ترک کننده ی زودرس در نظر می گیرند (۵). هاجت و همکاران (۲۰۰۲) ترک زودرس را به عنوان عدم حضور بیمار در آخرین جلسه ی برنامه ریزی شده توسط درمانگر تعریف می کنند (۶). این تنوع در تعاریف نگرانی های زیادی ایجاد می کند و موجب آمارهای شیوع و دلایل مختلف علیتی می گردد. به همین جهت، توصیه می گردد در هنگام بررسی میزان شیوع این پدیده، تعریفی که پژوهشگر از ترک زودرس در نظر گرفته است مورد ملاحظه قرار گیرد (۷).

رویکرد های روان درمانی زمانی به طور ایده آل به پایان می رسند که بیمار و درمانگر توافق دارند که اهداف درمان محقق شده است. اما، گزارش ها حاکی

از نرخ بالای ترک زودرس در سنین مختلف و گروه های تشخیصی و درمانی متفاوت است (۴). یافته های مطالعه ای در حوزه ی روان درمانی میزان ترک زودرس را تقریباً ۵۰٪ گزارش کرد (۸). طبق گزارش باکلند و لوندوال (۱۹۷۵)، ۲۵ تا ۵۷٪ از بیماران بعد از اولین جلسه ی ملاقات شان با درمانگر دیگر حضور پیدا نمی کنند (۹). در پژوهش دیگری این یافته حاصل شد که ۶۵٪ از بیماران قبل از جلسه ی دهم درمان اقدام به ترک جلسات می کنند (۱۰). در تمامی رویکردهای روانشناسی تصمیم گیرنده ی نهایی برای ادامه یا ترک درمان شخص بیمار است. پژوهش های اندکی به عوامل تاثیرگذار بر ترک زودرس روان درمانی و مشاوره توسط بیماران پرداخته اند (۱۱).

یکی از عواملی که در پژوهش های ترک زودرس روان درمانی و مشاوره بر آن تاکید شده است الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر است. نظریه ی دلبستگی توسط بالبی مطرح شد و در برگیرنده ی پاسخ های رفتاری و عاطفی کودک برای حفظ و نگه داشت بزرگسال و مراقبت کننده ی اصلی در مجاورت خود بود. به اعتقاد بالبی سبک دلبستگی کودک به والدین و مراقبت کنندگان اصلی تعیین کننده ی شخصیت بزرگسالی وی خواهد بود (۱۲). بالبی بر اساس نوع پیوند کودک با والدین و مراقبت کننده ی اصلی سه نوع سبک دلبستگی را معرفی نمود (۱۳). سبک دلبستگی ایمن، ناایمن دوسوگرا و ناایمن اجتنابی. پژوهشگران حوزه ی روان درمانی به بررسی الگوهای دلبستگی بیماران در چگونگی رابطه ی بیمار با درمانگر در طی جلسات پرداخته اند. ارتباط بیمار با درمانگر شکل خاصی از دلبستگی بزرگسالان است که تحت تاثیر تجارب دلبستگی دوران کودکی بیمار است. در طی فرآیند روان درمانی، هنگامی که بیمار با درمانگر روبه رو می شود تجارب دلبستگی وی در دوران کودکی بازتولید می گردد و ارتباطات نامطلوب و دیرینه ی وی در دوران کودکی به درمانگر منتقل می گردد (۱۴). در صورتی که متخصص بالینی مهارت، کفایت و تجربه ی لازم در زمینه ی روان-درمانی داشته باشد می تواند از بازپیداآیی این الگوهای دلبستگی کمال بهره را برده و به ریشه یابی این الگوها پرداخته و الگوهای نامطلوب دلبستگی را در معرض چالش و تغییر قرار دهد (۱۵، ۱۶). نتایج پژوهش ها نشان داده است بیمارانی که دلبستگی

ایمن به درمانگر خود داشتند بیشتر از سایر بیماران فرآیند و تعاملات در درون روان درمانی را به عنوان پایگاه امنی برای اکتشاف تجارب عاطفی گذشته و علل اساسی مشکل خود در نظر می گرفتند، نگاه مثبت تری به فرآیند روان-درمانی داشتند و در نهایت، نتایج مطلوب تری از روان-درمانی کسب کردند (۱۷).

نتایج مطالعات پژوهشگران نشان داده است انگیزش بیمار برای روان درمانی نقش گسترده ای در ترک زودرس روان درمانی و مشاوره دارد (۱۸، ۱۹). انگیزش درمان به عنوان یک حالت پویا برای تغییر در نظر گرفته می شود. بیمارانی که انگیزش درمان بالایی دارند و احساس می-کنند نیاز است تغییرات مطلوبی در جهت رفع و یا کاهش مشکل و ناراحتی خاص روانی و رفتاری آنان ایجاد گردد سطح پاسخ به درمان شان افزایش یافته و احتمال ترک زودرس کمتری دارند (۲۰). در پژوهش های مختلف، نداشتن انگیزه ی بیمار برای درمان و بهبود مشکلات از عوامل مهم پیش بینی کننده ی موفقیت، شکست یا ترک زودرس روان-درمانی شناخته شد. بیماری که برای حضور در جلسات درمان انگیزه ی پایینی دارد یا توسط افراد یا موسسات دیگری به درمانگر ارجاع داده شده است قطعاً، تمایلی به حضور نداشته و پیش بینی ترک زودرس در وی بالا خواهد بود (۲۱). یافته های مطالعات نشان داده است بیمارانی که انگیزه و آمادگی لازم برای تغییر دارند سطوح مشارکت بهتری در فرآیند روان درمانی داشته، نتایج بهتری از روان درمانی بدست می آورند و اقدام به ترک زودرس کمتری دارند. بنابراین، عدم آمادگی بیمار برای تغییر از مهمترین عوامل پیش بینی کننده ی ترک زودرس است (۲۲).

پدیده ی ترک زودرس روان درمانی در تمامی رویکردهای درمانی و در سرتاسر جهان وجود دارد [۳]. تحقیقات در زمینه ی ترک زودرس بسیار چالش برانگیز است و یافته ها در پژوهش های مختلف متناقض است. تاکنون، در پژوهش های مختلف هیچ ویژگی ثابتی در بیماران بدست نیامده است که توضیح دهد چرا برخی از آنان جلسات درمانی را به صورت کامل ادامه می دهند و بعضی دیگر، اقدام به ترک زودرس جلسات دارند. نتایج پژوهش های صورت گرفته در زمینه ی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره نشان داده است استفاده ی حاضر از خدمات روان درمانی مطلوب نیست و میزان نارضایتی بیماران از فرآیند

روان درمانی قابل توجه است (۲۳). هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین نقش الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان در پیش بینی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره بود و طبق این هدف، مساله ی پژوهش حاضر این است که آیا الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان در پیش بینی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره نقش دارند؟.

روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی مقطعی بود که در آن نقش الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و انگیزش درمان در ترک زودرس روان درمانی و مشاوره بررسی شد. جامعه آماری، تمامی بیماران کلینیک های روانشناسی و روانپزشکی سطح شهر مشهد بودند. افراد نمونه به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشکده ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه خلیج فارس بوشهر برای انجام پژوهش در شهر مشهد به کلینیک های سطح شهر مشهد مراجعه شد. با توجه به عدم حضور بیماران با ترک زودرس روان درمانی و مشاوره در مراکز مشاوره ی دانشگاه ها و کلینیک های روانپزشکی و روانشناسی از مسئولین این کلینیک ها و مراکز خواسته شد تا لیست بیمارانی که در فاصله ی زمانی مرداد ماه ۱۴۰۲ تا مهر ماه ۱۴۰۳ به مرکز مراجعه کرده اند؛ ولی، دیگر جلسات روان درمانی و مشاوره را ادامه نداده اند در اختیار پژوهشگران این مطالعه قرار دهند. در ادامه با این افراد تماس حاصل شد و در صورت داشتن ملاک های پژوهش از آنان خواسته شد که به صورت حضوری و یا آنلاین در پژوهش مشارکت داشته باشند. ۳۸۱ نفر در پژوهش حاضر مشارکت داشتند که ۲۷ نفر به علت پاسخ گویی ناقص به سوالات پژوهش از روند مطالعه حذف شدند و در مجموع، حجم نمونه ی پژوهش حاضر ۳۵۴ بودند. ملاک هایی که برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد عبارت بودند از: مراجعه به کلینیک های روانشناختی و روانپزشکی سطح شهر مشهد، هوشیاری و تمایل به بیان تجربیات خود از فرآیند مشاوره و روان درمانی دریافت شده، داشتن سواد خواندن و نوشتن، دریافت حداقل ۳ جلسه ی روان درمانی یا مشاوره، داشتن حداقل سن قانونی یعنی ۱۸ سال، گذشت مدت زمان حداقل دو ماه از عدم حضور در جلسات مشاوره

تحصیلات، وضعیت تاهل، مصرف داروهای روانپزشکی، نوع-مشکل، منبع ارجاع، هزینه ی درمان و تعداد جلسات روان-درمانی یا مشاوره ی دریافت شده بود. مقیاس پیامد درمانی (The Outcome Questionnaire-45): این مقیاس توسط لامبرت و همکاران، در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان اضطراب و افسردگی، کارکردهای اجتماعی و روابط بین فردی بیمارانی که در جلسات روان درمانی شرکت می کنند طراحی شده است (۲۴). نتایج مطالعات متعدد نشان داده است این مقیاس، ابزار بسیار سودمندی در تعیین اثربخشی روان درمانی و مشاوره است (۲۵،۲۶). مقیاس پیامد درمانی دارای ۴۵ سوال است که سه بعد نشانه های استرس بیمار (۲۵ آیتم)، کارکردهای نقش اجتماعی (۹ آیتم) و روابط بین فردی (۱۱ آیتم) در مقیاس لیکرت از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) ارزیابی می شود. نمره ی ۶۳ و بالاتر در کل این مقیاس نقطه ی برش است و حاکی از نشانه های بالینی آسیب زای بیشتر در بیمار و عدم دست یابی به نتایج مطلوب از فرآیند روان درمانی و مشاوره است (۲۷). آلفای کرونباخ گزارش شده برای این ابزار توسط لامبرت و همکارانش در پژوهش های مختلف ۰۹۳٪ و بازآزمایی آن ۰۸۴٪ بدست آمده است (۲۸). روایی و پایایی این مقیاس در طی فرآیند پژوهش حاضر ۰۹۴/۴٪ نیز حاصل شد.

مقیاس الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر (The Client Attachment to Therapist Scale): این مقیاس برای کشف الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر توسط مالینکرودت و همکاران، در سال ۱۹۹۵ طراحی گردیده است و دارای ۳۶ گویه است که در دامنه ی لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود (۲۹). سوالات ۲۷، ۲۳، ۱۷، ۱۱، ۹، ۱ در دامنه ی معکوس گزینه ی ۱ (کاملاً موافقم) تا گزینه ی ۶ (کاملاً مخالفم) نمره گذاری می-شوند (۳۰). محدوده ی نمرات در این مقیاس از ۳۶ تا ۲۱۶ است و دارای ۳ بعد است. دامنه ی نمرات برای بعد اول ۱۴ تا ۸۴، بعد دوم ۱۲ تا ۷۲ و بعد سوم ۱۰ تا ۶۰ است (۳۰). در این مقیاس، نمرات هر سبک دلبستگی جمع می گردد و الگوی دلبستگی که دارای بالاترین نمره باشد به عنوان سبک دلبستگی بیمار به درمانگر در نظر گرفته می شود (۲۹). در پژوهشی، ضریب آلفا برای هر سه بعد این مقیاس بیشتر از ۰۶۳٪ بدست آمد و پایایی بازآزمایی این مقیاس ۲ تا ۴ هفته بعد از اجرای اول، بزرگتر از ۰۷۲٪

و روان درمانی، نداشتن سابقه ی قبلی اختلال و بیماری روانی، کسب نمره ی ۶۳ و بالاتر در مقیاس پیامد درمانی (42.2-OQ®)، عدم مراجعه ی قبلی به روانپزشک یا روانشناس، عدم رضایت از فرآیند روان-درمانی و مشاوره و اقدام به ترک جلسات روان درمانی و مشاوره توسط خود فرد.

در پژوهش های مختلف معیارهای متفاوتی برای شناسایی بیماران با ترک زودرس مشاوره و روان درمانی استفاده شده است. در بعضی از پژوهش ها حضور در یک جلسه روان درمانی و سپس عدم ادامه ی جلسات درمانی ملاک تعیین بیماران با ترک زودرس بود. در پژوهش های دیگر، حضور در حداقل سه جلسه ی روان درمانی و عدم ادامه ی مسیر درمانی ملاک تعیین بیماران با ترک زودرس بود. در پژوهش های دیگری ملاک تعیین بیمار با ترک زودرس نمرات وی در مقیاس پیامد درمانی بود و بیماری که نمره ی ۶۳ و یا بالاتر از آن در این مقیاس بدست می آورد در گروه نمونه ی ترک زودرس قرار می گرفت. در پژوهش حاضر با توجه به نظرات متخصصان بالینی از چهار ملاک استفاده گردید: ملاک اول- بیماری که فرآیند روان درمانی یا مشاوره را پذیرفته بود و حداقل در سه جلسه ی مشاوره یا روان درمانی حضور داشته است. اما، از آمدن به جلسات بعدی درمان امتناع ورزیده است. ملاک دوم- کسب نمره ی ۶۳ و یا بالاتر از آن در مقیاس پیامد درمانی (The Outcome Questionnaire-45) ملاک سوم- از بیمار پرسیده شد که آیا علی رغم داشتن برنامه ی درمانی و جلسات تنظیم شده توسط درمانگر در جلسات بعدی حضور نیافته است؟. ملاک چهارم- از مسئولین کلینیک مشاوره و روان درمانی خواسته شد تا لیست بیمارانی که علی رغم داشتن برنامه ی درمانی در جلسات تنظیم شده حضور نیافتند را در اختیار پژوهشگران مطالعه ی حاضر دهند.

برای سنجش متغیرهایی مورد بررسی در این پژوهش از مقیاس اطلاعات جمعیت شناختی و بافتاری برای بیمار، مقیاس پیامد درمانی (The Outcome Questionnaire-45)، مقیاس الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر (The Client Attachment to Therapist Scale) و مقیاس انگیزش درمان (Treatment Motivation Questionnaire) استفاده گردید. مقیاس اطلاعات جمعیت شناختی و بافتاری برای بیمار: این پرسشنامه حاوی سوالاتی درباره، سن، جنسیت،

حاصل شد (۳۰). روایی و پایایی این مقیاس در طی فرآیند پژوهش حاضر ۸۵/۹٪ بدست آمد.

مقیاس انگیزش درمان (Treatment Motivation Questionnaire): این مقیاس برای سنجش میزان انگیزش بیمار برای درمان در سال ۱۹۸۵ توسط رایان و دسی تدوین گردید (۳۱). سوالات این مقیاس بر اساس نظریه‌ی خود تعیین گری طراحی شده است و دارای ۲۶ گویه است که در دامنه‌ی ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۷ (بسیار درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس دارای چهار بعد انگیزش درونی (۱۱ گویه)، انگیزش بیرونی (۴ گویه)، اعتماد به درمان (۵) و رفتارهای کمک طلبی (۶ گویه) است. دامنه‌ی نمرات در این مقیاس ۲۶ تا ۱۸۲ است (۳۲). هر چه نمره‌ی کسب شده بیمار بالاتر باشد نشان دهنده‌ی انگیزش بالاتر برای تغییر و درمان است.

نتایج آلفای کرونباخ زیر مقوله‌های این ابزار توسط رایان و دسی ۷۰٪ تا ۹۸٪ حاصل گردید. روایی و پایایی این مقیاس در طی فرآیند پژوهش حاضر ۹۵/۱٪ بدست آمد.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS.26، آماره‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل-رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱، شاخصه‌های جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، منبع ارجاع، مصرف داروهای روان پزشکی، تعداد جلسات روان درمانی یا مشاوره، نوع مشکل و هزینه‌ی جلسات گروه نمونه‌ی پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه‌ی پژوهش

شاخصه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۶
	مرد	۵۴
سن	۱۳-۱۸	۵/۰۸
	۱۹-۲۴	۳۱/۶۳
	۲۵-۳۰	۲۲/۵۹
	۳۱-۳۶	۱۶/۹۴
	۳۷-۴۲	۱۳/۸۴
	۴۳-۴۸	۶/۴۹
	۴۹-۵۴	۲/۸۲
	۵۵-۶۰	۰/۵۶
	مجرد	۳۳/۳
	متاهل	۳۹/۵
وضعیت تاهل	طلاق گرفته است	۱۳/۳
	در حال طلاق است	۱۳/۸
	پایین تر از دیلم	۳۴/۵
	دیلم	۲۲/۹
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۶/۹
	کارشناسی ارشد	۵/۹
	دکتری تخصصی	۱/۱
	دانشجوی کارشناسی	۱۱/۹
	دانشجوی کارشناسی ارشد	۵/۱
	دانشجوی دکتری تخصصی	۱/۷
		۶

سمیه صفرزاده و همکاران

مصرف داروهای روانپزشکی	مصرف داروهای روانپزشکی	۱۲۷	۳۵/۹
عدم مصرف داروهای روانپزشکی	منبع ارجاع	۲۲۷	۶۴/۱
حضور در جلسات با میل و علاقه ی شخصی	تعداد جلسات روان درمانی یا مشاوره	۲۹۰	۸۱/۹
حضور در جلسات با اجبار دیگران	نوع مشکل	۶۴	۱۸/۱
سه جلسه	هزینه ی جلسات	۲۶۸	۷۵/۷
چهار جلسه		۳۲	۹/۰
پنج جلسه		۲۳	۶/۵
شش جلسه		۱۵	۴/۲
هفت جلسه		۱۱	۳/۱
هشت جلسه		۵	۱/۴
اختلالات اضطرابی		۳۱	۸/۸
اختلالات افسردگی		۹۸	۲۷/۷
اختلالات شخصیت		۸۶	۲۴/۳
مشکلات با همسر		۷	۲/۰
مشکلات تحصیلی		۵۱	۱۴/۴
مشاوره ازدواج		۲۷	۷/۶
مشاوره تحصیلی		۲۱	۵/۹
مشکلات شخصی		۳۳	۹/۳
پایین تر از صد هزار تومان		۳۶	۱۰/۲
صد تا دویست هزار تومان		۷۹	۲۲/۳
دویست و یک تا سیصد هزار تومان		۱۱۳	۳۱/۹
سیصد و یک تا چهارصد هزار تومان		۱۰۰	۲۸/۲
چهارصد و یک تا پانصد هزار تومان		۲۲	۶/۲
بالا تر از پانصد هزار تومان		۴	۱/۱

در جدول ۲، ماتریس همبستگی ترک زودرس روان درمانی و متغیرهای انگیزش درمان، الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر، الگوی دلبستگی ایمن بیمار ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین ترک زودرس روان درمانی و متغیرهای انگیزش درمان و الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- انگیزش درمان	۱					
۲- الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر	۰/۴۲۸**	۱				
۳- الگوی دلبستگی دوسوگرا	۰/۴۵۴**	۰/۹۴۷**	۱			
۴- الگوی دلبستگی اجتنابی	۰/۴۳۷**	۰/۹۵۳**	۰/۹۸۶**	۱		
۵- الگوی دلبستگی ایمن	۰/۰۶۸	۰/۰۶۲	۰/۲۲۵**	۰/۲۱۳**	۱	
۶- ترک زودرس روان درمانی و مشاوره	۰/۵۶۴**	۰/۶۸۰**	۰/۷۸۶**	۰/۷۶۵**	۰/۲۷۹**	۱

**P < ۰/۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود ضریب همبستگی بین ترک زودرس روان درمانی و مشاوره و انگیزش درمان ($r = -0.564$, $P < 0.01$) حاصل شد و نشان دهنده ی این است که بین این دو متغیر رابطه ی منفی معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره و الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر ($r = 0.680$, $P < 0.01$) بدست آمد. بین این دو متغیر همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره و الگوی دلبستگی دوسوگرا ($r = 0.786$, $P < 0.01$) حاصل شد که حاکی از رابطه ی مثبت معنی دار این دو متغیر است. ضریب همبستگی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره و

الگوی دلبستگی اجتنابی ($r = 0.765$, $P < 0.01$) بدست آمد که نشان می دهد بین این دو متغیر همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی بین ترک زودرس روان درمانی و مشاوره و الگوی دلبستگی ایمن ($r = 0.279$, $P < 0.01$) حاصل شد و نشان دهنده ی این است که بین این دو متغیر رابطه ی منفی معنی داری وجود دارد. به منظور پیش بینی ارتباط بین متغیرهای انگیزش درمان، الگوهای دلبستگی بیمار به درمانگر و ترک زودرس روان درمانی و مشاوره از رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون ترک زودرس روان درمانی و مشاوره، انگیزش درمان و الگوهای دلبستگی بیمار به درمانگر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون پیش بینی کننده های متغیر ترک زودرس روان درمانی و مشاوره

ردیف	متغیرهای پیش بینی	ضریب همبستگی چند گانه	مجدور ضریب همبستگی چند گانه تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	ضریب F	معداری Durbin-Watson
۱	الگوی دلبستگی دوسوگرا	۰/۷۸۶	۰/۶۱۸	۰/۶۱۷	۰/۴۴۲۱۵	۰/۰۰۰
۲	الگوی دلبستگی دوسوگرا+انگیزش درمان	۰/۸۲۰	۰/۶۷۲	۰/۶۷۰	۰/۴۱۰۱۶	۰/۰۰۰
۳	الگوی دلبستگی دوسوگرا+انگیزش درمان+الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر	۰/۸۴۳	۰/۷۱۱	۰/۷۰۹	۰/۳۸۵۲۷	۰/۰۰۰
۴	الگوی دلبستگی دوسوگرا+انگیزش درمان+الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر+الگوی دلبستگی ایمن	۰/۸۵۳	۰/۷۲۷	۰/۷۲۴	۰/۳۷۵۳۳	۰/۰۰۰
۵	الگوی دلبستگی دوسوگرا+انگیزش درمان+الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر+الگوی دلبستگی ایمن+الگوی دلبستگی اجتنابی	۰/۸۶۳	۰/۷۴۴	۰/۷۴۱	۰/۳۶۳۷۶	۰/۰۰۰
						۱/۷۵۹

طبق گزارشات جدول ۳ در مدل اول که الگوی دلبستگی دوسوگرا به عنوان پیش بینی کننده ی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره در نظر گرفته شد مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ی این متغیر ۰/۶۱۷ حاصل شده است که نشان می دهد این متغیر ۶۱٪ از واریانس ترک زودرس روان-درمانی و مشاوره را تبیین می کند. در مدل دوم که الگوی دلبستگی دوسوگرا و انگیزش درمان به عنوان پیش بینی کننده های ترک زودرس روان درمانی و مشاوره در نظر گرفته شده اند؛ مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ی

این دو متغیر ۶۷۰٪ بدست آمد. این دو متغیر با یکدیگر ۶۷٪ تغییرات ترک زودرس روان درمانی و مشاوره را تبیین می کنند. در مدل سوم، مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۷۰۹٪ حاصل شد. سه متغیر الگوی دلبستگی دوسوگرا، انگیزش درمان و الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر با یکدیگر ۷۰٪ تغییرات متغیر ملاک پژوهش را پیش بینی می کنند. در مدل چهارم تحلیل رگرسیون که دربرگیرنده ی الگوی دلبستگی دوسوگرا، انگیزش درمان، الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر و الگوی دلبستگی ایمن

سمیه صفزاده و همکاران

است که متغیرهای پیش بینی کننده ی پژوهش حاضر ۷۴٪ تغییرات ترک زودرس روان درمانی و مشاوره را پیش بینی می کنند. در جدول ۴، آزمون F (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون ارائه شده است.

بیمار بود؛ ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۷۲۴ بدست آمد که نشان می دهد این مدل توانسته است ۷۲٪ تغییرات متغیر ملاک ترک زودرس روان درمانی و مشاوره را پیش بینی کند. در آخرین مدل تحلیل رگرسیون مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۷۴۱ بدست آمد و نشان دهنده ی این

جدول ۴: آزمون F (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۳۳/۹۵۵	۵	۷۹۱/۲۶	۲۰۲/۴۷۴	۰/۰۰۰
باقی مانده	۴۶/۰۴۷	۳۴۸	۰/۱۳۲		
کل	۱۸۰/۰۰۲	۳۵۳			

استاندارد پیش بینی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره از طریق متغیرهای مورد بررسی در رگرسیون گام به گام ارائه شده است.

مقدار F و سطح معناداری در مدل پنجم ($F=202/474$ ، $P<0/001$) بدست آمد. مقدار رگرسیون در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. در جدول ۵، ضرایب استاندارد و غیر

جدول ۵: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد پیش بینی ترک زودرس روان-درمانی و مشاوره از طریق متغیرهای پیش بینی در رگرسیون گام به گام

گام	مقادیر ثابت و متغیرهای پیش بین	ضریب بتای غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضریب بتای استاندارد	مقدار T	معناداری	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۲/۹۵۱	۰/۳۰۲	-	۹/۷۶۰	۰/۷۵۴	۰/۰۰۰	۱/۳۲	
الگوی دل بستگی دوسوگرا	۱/۱۴۲	۰/۱۲۸	۱/۶۹۸	۸/۹۴۷	۰/۶۵۹	۰/۰۰۰	۱/۵۱۷	
انگیزش درمان	-۰/۴۲۶	۰/۰۵۲	-۰/۲۵۱	-۸/۲۰۸	۰/۵۸۴	۰/۰۰۰	۱/۷۱۲	
الگوی دل بستگی بیمار به درمانگر	-۲/۹۳۱	۰/۳۳۱	-۲/۰۸۵	-۸/۸۵۷	۰/۶۵۸	۰/۰۰۰	۱/۵۱۹	
الگوی دل بستگی ایمن	۰/۸۴۹	۰/۱۲۹	۰/۴۷۷	۶/۵۸۸	۰/۹۵۴	۰/۰۰۰	۱/۰۴۸	
الگوی دل بستگی اجتنابی	۰/۹۹۲	۰/۲۰۴	۱/۰۷۰	۴/۸۵۴	۰/۷۶۱	۰/۰۰۰	۱/۳۱۴	

شناخت عوامل مرتبط با ترک زودرس تلاشی جدی داشته باشند. در بعضی از پژوهش ها این یافته حاصل شده است که بیماران با ترک زودرس به نسبت قبل از مراجعه به درمانگر بدتر شده اند. این یافته برای بعضی از درمانگران همانند یک اتهام اخلاقی در نظر گرفته می شود. اگرچه، کمی عجیب است. اما، درمانگران باید عاقلانه آن را در نظر بگیرند. برای رفع این اتهام لازم است بررسی جامعی در زمینه ی عوامل موثر در ترک زودرس انجام گیرد (۳۳).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد انگیزش بیمار برای روان درمانی و مشاوره از عوامل پیش بینی کننده ی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره است. در هسته ی اصلی روان درمانی و مشاوره انگیزش و یا اراده ی بیمار برای روان درمانی و مشاوره از مهمترین تعیین کننده های نتایج درمان محسوب می شود. انگیزش

طبق نتایج حاصل از مدل نهایی (مدل پنجم) در جدول ۵، اولین متغیر الگوی دل بستگی دوسوگرا با مقدار $(\beta=1/698, P<0/001)$ دومین متغیر انگیزش درمان با مقدار $(\beta=-0/251, P<0/001)$ سومین متغیر الگوی دل بستگی بیمار به درمانگر $(\beta=-2/085, P<0/001)$ ، چهارمین متغیر الگوی دل بستگی ایمن با مقدار $(\beta=0/477, P<0/001)$ و پنجمین متغیر الگوی دل بستگی اجتنابی با مقدار $(\beta=1/070, P<0/001)$ ترک زودرس روان درمانی و مشاوره را پیش بینی می کنند.

بحث

میزان شیوع ترک زودرس روان درمانی و مشاوره نشان می دهد تعداد زیادی از افرادی که خدمات بهداشت روانی دریافت می کنند از مزایای کامل درمان برخوردار نمی شوند. ضروری است که درمانگران نسبت به

برای درمان که گاه نیز با نام انگیزش بیمار برای تغییر مشخص گردیده است موقعیتی است که بیمار انگیزه ی بالایی برای تغییر داشته و از آغاز تا انتهای فرآیند درمان با درمانگر همکاری داشته، به اهداف روان درمانی توجه دارد، به تکالیف تعیین شده از جانب درمانگر عمل کرده و در جهت اهداف رفتاری جدید گام بر می دارد تا بهبودی کامل و یا نسبی برای وی میسر گردد (۳۴). اولویت فرد برای درمان و تغییر شرایط بسیار اهمیت دارد. گاهی، بیمار در فرآیند درمان حضور دارد. اما ایجاد تغییر در سبک زندگی، باورها و رفتارها برای وی الویتی ندارد. همین امر می تواند زمینه ای قدرتمند برای ترک زودرس جلسات فراهم کند (۳۵). در فرآیند درمان، عدم پاسخ گویی بیمار به درمانگر در زمان مناسب و نداشتن انگیزه برای تغییر یا انجام راهکارها و فنون درمانی از عوامل بسیار مهم برای پیش بینی ترک زودرس بیماران در جلسات آتی است (۳۶). در اغلب تحقیقات صورت گرفته در حوزه ی روان درمانی مشخص گردید بیمارانی که روان-درمانی را ترک می کنند تمایل کمتری برای شروع روان-درمانی داشته و انگیزه ی پایینی دارند (۳۷).

در پژوهش حاضر الگوی دل بستگی بیمار به درمانگر پیش بینی کننده ی ترک زودرس جلسات روان درمانی و مشاوره است. در زمینه ی تاثیر سبک دل بستگی بیماران بر فرآیند و نتیجه ی روان درمانی پژوهش های اندکی انجام گرفته است. با این حال، یافته های برخی مطالعات نشان داده است الگوی دل بستگی بیمار به درمانگر بر نتایج-درمانی و اختتام روان درمانی و مشاوره تاثیر دارد (۲۹). فرآیند روان درمانی و مشاوره به عنوان یک رابطه ی دل بستگی بین بیمار و درمانگر شناخته می شود. بالبی (۱۹۶۹) بیان داشت تجربیات اولیه نوزاد با یک مراقب نقش مهمی را در شکل گیری روابط کیفی با مراقب در دوران کودکی دارد (۳۸) و همچنین، به عنوان پایه و اساس روابط نزدیک بزرگسالان در آینده نقش مهمی ایفا می کند (۳۹). الگوی دل بستگی بیمار در رابطه ی درمانی بین بیمار و درمانگر تکرار می شود و بر چگونگی سیر روان درمانی و مشاوره اثر گذار است (۱۲). روابط ابژه عبارت است از: «الگوی روابط طولانی مدت یک فرد و روش مشخص برای تفسیر اطلاعات اجتماعی». بیمارانی که روابط شیء کمتر رشد یافته ای دارند فقط می توانند از روان درمانی به عنوان یک مکمل حمایتی برای زندگی استفاده کنند،

روان درمانی چندان فایده ای برای آنان نخواهد داشت و اقدام به ترک زود هنگام جلسات بسیار محتمل است. هر چه روابط شیء یک بیمار یکپارچه تر باشد موفقیت روان درمانی بالاتر خواهد بود (۱۷). یافته های مطالعه ای نشان داد نوع رابطه ای که بیمار با درمانگر دارد می تواند نشان دهنده ی تمامی روابط شیء او در محیط خارج از درمان باشد.

درک ما از عواملی که موجب ترک زودرس می گردند در بهترین حالت ناقص است و نیازمند بررسی های بسیار دقیق تر است. مداخلاتی که برای کاهش ترک زودرس انجام شده است نیز چندان نرخ ماندگاری بیماران در درمان-های روانشناختی را افزایش نداده است و همچنان، در طول پنجاه سال اخیر میزان اقدام به ترک زودرس درمان ها بالا است. تحقیقاتی که تا به امروز در این زمینه انجام گرفته است عمدتاً به یکی از عوامل مرتبط با ترک زودرس پرداخته اند و نتوانسته اند تصویر تلفیقی کلی از تأثیر متقابل عواملی که منجر به ترک زود هنگام بیماران در روان درمانی می شوند را ارائه دهند (۵۷). مصاحبه و انجام پژوهش بر روی بیماران ترک کننده زودرس بسیار دشوار است. اغلب این بیماران تمایلی برای شرکت در پژوهش های روان درمانی ندارند. در پژوهش حاضر تلاش و زمان بسیار زیادی در نظر گرفته شد تا نمونه ی قابل توجهی از بیماران با ترک زودرس در فرآیند پژوهش مشارکت داشته باشند. با این حال، همانند هر مطالعه ای محدودیت هایی داشت. شیوه ی نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده است که این شیوه ی نمونه گیری موجب شده است تا بسیاری از بیماران با شرایط متنوع تر که گاه تجارب درمانی فوق العاده ای داشته اند از حضور در نمونه ی پژوهش محروم شوند. دومین محدودیت قابل ذکر این است که جامعه ی پژوهش حاضر فقط شهر مشهد بود. لذا، تعمیم یافته ها به بیماران، درمانگران و کلینیک های روانشناسی و روانپزشکی سایر شهرها و جوامع با احتیاط مواجهه است. سومین محدودیت پژوهش حاضر این بود که در این پژوهش بیماران با مشکلات متفاوت حضور داشتند و تفکیکی وجود نداشت. تفکیک بیماران با اختلالات روانی و انجام پژوهش بر روی یک گروه از بیماران با اختلال واحد می تواند نتایج دقیق تری بدست آورد. چهارمین محدودیت پژوهش-حاضر این است که

بیماران قبل از درمان انجام گردد. بعضی-از افراد با توجه به نوع مشکل، ماهیت مشکل و ویژگی-های شخصیتی و روانی که دارند گزینه های مناسبی برای دریافت روان درمانی نیستند. عدم انجام این ارزیابی موجب از دست رفتن منابع ارزشمند زمانی و مالی درمانگر خواهد شد. علاوه بر این، ارزیابی روان شناختی بیمار قبل از شروع درمان اطلاعات مطلوبی از وی به درمانگر خواهد داد که این اطلاعات می تواند زمینه ی شناخت بیشتر و جلوگیری از ترک زودرس توسط وی را برای درمانگر فراهم کند.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله ی دکتری نویسنده ی اول است که با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1403.087 در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر تصویب شد. بدین وسیله از همکاری صمیمانه ی مسئولان کلینیک های روانشناسی و روانپزشکی، بیماران و سایر افرادی که در پژوهش حاضر همکاری داشته اند؛ قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله ی حاضر اعلام می دارند که در خصوص این مقاله تعارض منافی وجود نداشته است.

Reference

1. de Ponti N, Matbouriahi M, Franco P, Harrer M, Miguel C, Papola D, Sicimoglu A, Cuijpers P, Karyotaki E. The efficacy of psychotherapy for social anxiety disorder, a systematic review and meta-analysis. Journal of anxiety disorders. 2024 Jun; 104: 102881. doi: 10.1016/j.janxdis.2024.102881. Epub 2024 May 23. PMID: 38815481.
2. Poſter K, Bennemann B, Hofmann SG, Lutz W. Therapist Interventions and Skills as Predictors of Dropout in Outpatient Psychotherapy. Behavior therapy. 2021 Nov; 52(6): 1489-1501. doi: 10.1016/j.beth.2021.05.001. Epub 2021 May 11. PMID: 34656201.
3. Jung SI, Serralta FB, Nunes ML, Eizirik CL. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2013; 35(3): 181-90. doi: 10.1590/s2237-60892013000300005. PMID: 25923390.

در زمینه ی نوع روان درمانی و مشاوره ی دریافت شده نیز تفکیکی به وجود نیامد. تفکیک روان درمانی های دریافت شده ی بیماران می توانست موجب نتایج دقیق تر از شیوع ترک زودرس روان درمانی و مشاوره در هر شیوه ی روان درمانی گردد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد الگوی دلبستگی بیمار به درمانگر، انگیزش درمان، الگوی دلبستگی ایمن، الگوی دلبستگی اجتنابی و الگوی دلبستگی دوسوگرا پیش بینی کننده ی ترک زودرس روان درمانی و مشاوره است. در راستای نتایج پژوهش حاضر پیشنهاداتی ارائه می گردد. شناخت عوامل تاثیرگذار در ترک زودرس روان درمانی و مشاوره به درمانگران اجازه می دهد تا تکنیک های مناسب را برای کنترل این عوامل اتخاذ کنند. به عنوان مثال، مصاحبه ی انگیزشی به عنوان یک تکنیک به درمانگران کمک می کند تا با عوامل مختلفی که بر ترک زودرس نقش دارند مقابله کنند. علاوه بر این، با شناخت عوامل تاثیرگذار در ترک زودرس درمانگران می توانند جلسات روان درمانی و مشاوره را با دقت و نظم بیشتری برنامه ریزی کنند و بر چگونگی روند جلسات کنترل و تسلط بالاتری داشته باشند. پیشنهاد می گردد قبل از شروع رسمی فرآیند روان درمانی و مشاوره، ارزیابی روان شناختی

4. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Casiano D, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2008 Jun 1; 45(2): 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247. PMID: 19838318; PMCID: PMC2762228.
5. Kolb DL, Beutler LE, Davis CS, Crago M, Shanfield SB. Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1985; 22(4): 702-710. https://doi.org/10.1037/h0085556
6. Hatchett GT, Han K, Cooker PG. Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. Assessment. 2002 Jun; 9(2): 156-63. doi: 10.1177/10791102009002006. PMID: 12066830.
7. Hatchett GT, Park HL. Comparison of

- Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2003; 40(3): 226–231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
8. Affleck DC, Mednick SA. The use of the Rorschach test in the prediction of the abrupt terminator in individual psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1959 Apr; 23(2): 125-8. [doi: 10.1037/h0042341](https://doi.org/10.1037/h0042341). PMID: 13641504.
9. Backeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*. 1975 Sep; 82(5): 738-83. [doi: 10.1037/h0077132](https://doi.org/10.1037/h0077132). PMID: 1103201.
10. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190–228): John Wiley & Sons; 1994. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97069-005>
11. Anderson KN. “Premature Termination of Outpatient Psychotherapy: Predictors, Reasons, and Outcomes”. Theses Dissertations, and Student Research: Department of Psychology; 2015: 74. <http://digitalcommons.unl.edu/psychdiss/74>
12. Petrowski K, Berth H, Schurig S, Probst T. Suppressor effects in associations between patient attachment to therapist and psychotherapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2019 Jan; 26(1): 105-109. [doi: 10.1002/cpp.2334](https://doi.org/10.1002/cpp.2334). Epub 2018 Oct 16. PMID: 30253002; PMCID: PMC6619402.
13. Venta A, Cuervo M. Attachment, loss, and related challenges in migration. *Current opinion in psychology*. 2022 Oct; 47: 101406. [doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101406](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101406). Epub 2022 Jun 24. PMID: 35841884.
14. Petrowski K, Berth H, Beiling P, Renner V, Probst T. Patient's and the Therapist's Attachment Representations, Attachment to Therapists, and Self-Esteem-Change Through Psychotherapy. *Frontiers in psychology*. 2021 Nov 2; 12: 711296. [doi: 10.3389/fpsyg.2021.711296](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711296). PMID: 34795612; PMCID: PMC8593375.
15. Choi G. “Client Attachment as a Predictor of Therapy Outcome and Premature Termination.” PhD diss: University of Tennessee; 2014. https://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/3114
16. Adams GC, McWilliams LA, Wrath AJ, Adams S, Souza D. Relationships between patients' attachment characteristics and views and use of psychiatric treatment. *Psychiatry research*. 2017 Oct; 256: 194-201. [doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.050](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.050). Epub 2017 Jun 15. PMID: 28645080.
17. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy (pp. 194-226). In M. J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; 2004. https://www.researchgate.net/publication/234626801_The_influence_of_client_variables_on_psychotherapy
18. Jankowsky K, Zimmermann J, Jaeger U, Mestel R, Schroeders U. First impressions count: Therapists' impression on patients' motivation and helping alliance predicts psychotherapy dropout. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2024 Oct 9; 1-13. [doi: 10.1080/10503307.2024.2411985](https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2411985). Epub ahead of print. PMID: 39383511.
19. Drieschner KH, Lammers SM, van der Staak CP. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*. 2004 Jan; 23(8): 1115-37. [doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.003). PMID: 14729425.
20. Schilling VNLS, Zimmermann D, Rubel JA, Boyle KS, Lutz W. Why do patients go off track? Examining potential influencing factors for being at risk of psychotherapy treatment failure. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2021 Nov; 30(11): 3287-3298. [doi: 10.1007/s11136-020-02664-6](https://doi.org/10.1007/s11136-020-02664-6). Epub 2020 Oct 21. PMID: 33089473; PMCID: PMC8528765.
21. Alcázar Olán RJ, Deffenbacher JL, Guzmán LH, Sharma B, de la Chaussée Acuña ME. The impact of perceived characteristics on patients decision to return or not return for more sessions. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2010; 10(3): 415–426. <https://psycnet.apa.org/record/2010-21921-005>
22. Egan J. Dropout and related factors in therapy. *The Irish Psychologist*. 2005; 32(2): 27-30. <http://hdl.handle.net/10147/121474>
23. Anderson KN, Bautista CL, Hope DA. Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2019; 89(1): 104-114. [doi: 10.1037/ort0000342](https://doi.org/10.1037/ort0000342). Epub 2018 Jul 16. PMID: 30010364.
24. Lambert MJ, Lunnen K, Umphress V, Hansen N, Burlingame GM. Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire

- (OQ-45.1). Salt Lake City: IHC Center for Behavioral Healthcare Efficacy; 1994. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/outcome-questionnaire-r-45.2>
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Kövi Z. Development and validation of 21-item outcome inventory (OI-21). *Heliyon*. 2022 Jun 7; 8(6): e09682. doi: [10.1016/j.heliyon.2022.e09682](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09682). PMID: [35711988](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35711988/); PMCID: [PMC9193908](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC9193908/).
 26. Kadera SW, Lambert MJ, Andrews AA. How Much Therapy Is Really Enough? : A Session-by-Session Analysis of the Psychotherapy Dose-Effect Relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1996 Spring; 5(2): 132-51. PMID: [22700273](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22700273/); PMCID: [PMC3330412](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC3330412/).
 27. Barkham M, Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 135–189): John Wiley & Sons, Inc; 2021 <https://psycnet.apa.org/record/2021-81510-005>
 28. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen N. The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1996; 3(4): 249-258. DOI:[10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
 29. Mallinckrodt B, Gantt DL, Coble HM. Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*. 1995; 42: 307-317. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.307>.
 30. Yotsidi V, Pezirkianidis C, Karakasidou E, Stalikas A. The Client Attachment to Therapist Scale (CATS) in a Greek Clinical Population: A Validation Study. *Open Journal of Medical Psychology*. 2018; 7: 59-81. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2018.74006>
 31. Ryan RM, Deci EL. Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In R. M. Deci & E. L. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 3-33). Rochester, NY: University of Rochester; 2002. <https://psycnet.apa.org/record/2002-01702-001>
 32. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) [Database record]: APA PsycTests; 1995. <https://doi.org/10.1037/t12140-000>
 33. Walker RN. Therapeutic factors and premature termination in a university- based counseling training clinic. Doctor of philosophy thesis: University of Georgia; 2012. <https://esploro.libs.uga.edu/esploro/outputs/doctoral/Therapeutic-factors-and-premature-termination-in/9949334123302959>
 34. Oddli HW, McLeod J, Nissen-Lie HA, Rønnestad MH, Halvorsen MS. Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *Journal of clinical psychology*. 2021 Jun; 77(6): 1307-1329. doi: [10.1002/jclp.23108](https://doi.org/10.1002/jclp.23108). Epub 2021 Jan 15. PMID: [33449365](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33449365/).
 35. Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S, Carr C. Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1; 77(3): 294-302. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2019.3750](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750). PMID: [31799994](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31799994/); PMCID: [PMC6902231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC6902231/).
 36. Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, Prochaska JO. Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2018 Nov; 74(11): 1964-1979. doi: [10.1002/jclp.22683](https://doi.org/10.1002/jclp.22683). Epub 2018 Oct 18. PMID: [30335193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335193/).
 37. Charnas JW, Hilsenroth MJ, Zodan J, Blais MA. Should I stay or should I go? Personality Assessment Inventory and Rorschach indices of early withdrawal from psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 2010 Dec; 47(4): 484-99. doi: [10.1037/a0021180](https://doi.org/10.1037/a0021180). PMID: [21198237](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21198237/).
 38. Bowlby J. Attachment theory, separation anxiety, and mourning. *American Handbook of Psychiatry*. 1975; 6: 292–309. https://www.academia.edu/42790624/Attachment_Theory_Separation_Anxiety_and_Mourning
 39. Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*. 2019 Feb; 25: 152-156. doi: [10.1016/j.copsyc.2018.06.008](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008). Epub 2018 Jul 5. PMID: [30099208](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30099208/).