مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۸، شماره ۷، مهر ۱۴۰۰ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سبک دلبستگی و اتحاد درمانی

سبا جعفری: دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

امین رفیعی پور: استادیار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) rafiepoor2000@yahoo.com

افسانه طاهری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مهرداد ثابت: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اتحاد درمانی مرکز ثقل اثر بخشی روان درمانی است و شناسایی متغیرهای مربوط به آن دارای اهمیت است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و اتحاد درمانی در روان درمانگران و نقش میانجی بهزیستی روانشناختی در این رابطه بود.

روش کار: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی روان درمانگران و مشاوران عضو سازمان نظام روانشناسی در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر معیارهای ورود و خروج تعداد ۲۵۵ نفر از این بین انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس دلبستگی بزرگسالان، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی و پرسشنامه اتحاد درمانی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم افزار ایموس استفاده شد.

یافته‌ها: طبق نتایج، سبک دلبستگی ایمن (۰/۴۸**) و بهزیستی روانشناختی (۰/۲۷**) با اتحاد درمانی دارای رابطه مثبت معنادار و سبک دلبستگی ناایمن (۰/۳۹**) با اتحاد درمانی دارای رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ بودند. نتایج تحلیل مسیر نیز حاکی از نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اتحاد درمانی بود.

نتیجه‌گیری: بر این اساس در زمینه طراحی اقدامات لازم به منظور افزایش و بهبود پاسخ روان درمانی و مشاوره، توجه به سبک دلبستگی درمانگران و بهزیستی روانشناختی در آنها از اهمیت خاصی برخوردار است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

دلبستگی،

درمانگر،

بهزیستی،

اتحاد درمانی،

فرایند روان درمانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۰۷/۰۵

شیوه استناد به این مقاله:

Jafari S, Rafiepoor A, Taheri A, Sabet M. The mediating role of psychological well-being in the relationship between attachment styles and therapeutic alliances. Razi J Med Sci. 2021;28(7):26-36.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

Razi Journal of Medical Sciences. 2021;28(7):26-36. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The mediating role of psychological well-being in the relationship between attachment styles and therapeutic alliances

Saba Jafari: PhD Student in Health Psychology Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
Amin Rafiepoor: Assistant Professor, Payame Noor University, Tehran Iran (* Corresponding author) rafiepoor2000@yahoo.com
Afsaneh Taheri: Assistant Professor, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
Mehrdad Sabet: Assistant Professor, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Background & Aims: Some researchers believe that an effective therapeutic relationship should have a stimulating potential that allows the client to maintain a joint effort with the therapist to overcome problems. It is a therapeutic alliance. This process refers to the concept of the alliance which can begin with the client or therapist's feelings before the first contact, is the center of gravity of psychotherapy's effectiveness. According to Rogers, the therapist - clients' relationship as an essential element of treatment is effective in response to successful treatment. He suggested that the relationship itself is, in fact, healing. According to Rogers, all humans have an inner need for warmth, respect, and acceptance (positive attention) from others. It seems that attachment is a vital element in establishing a therapeutic alliance. In attachment theory, attachment is defined as a human tendency to build strong emotional bonds with a particular person that has a decisive role in mental health. According to attachment theory, establishing an emotional and close bond is a general need of every human. This theory introduces attachment behavior's functions as a vital balance mechanism to moderate helplessness in adulthood and childhood. According to this theory, during the repetition of experiences related to the attachment object, the child creates mental representation, or "an internal working model." Once these models are formed, if the attachment system is activated, these models will also be activated and guide the individual's behavior. Lack of responsive caregivers causes children to see relationships as insecure and perceive others as unreliable and unlovable sources, leading to shape insecure attachments. Psychological well-being seems to be a variable that can predict therapeutic alliance in a psychotherapist. Theorists related to positive psychology have considered mental health equivalent to positive psychological function and have conceptualized it in psychological well-being. They do not know the absence of disease to be sufficient for feeling healthy and believe that having a sense of life satisfaction, adequate progress, effective interaction with the world, and positive development are healthy people's characteristics. Ryff considers psychological well-being as an attempt to realize one's potential and an essential criterion of health, which is the awareness of the integrity of all aspects of existence. Accordingly, the present study investigates the mediating role of psychological well-being in the relationship between attachment styles and psychotherapists' therapeutic alliance.
Methods: This study is descriptive-correlation in terms of applied purpose and descriptive-correlational data collection method and structural equation modeling. The statistical population of the present study consists of all psychotherapists and counselors with employment licenses from the Organization of Psychology and Counseling of the country who are active in 1398. In this descriptive-correlation study Two hundred fifty-

Keywords
Attachment,
Therapist,
Well Being,
Therapeutic Alliance,
Psychotherapy process

Received: 28/06/2021
Published: 27/09/2021

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

five people were selected through a purposive sampling method based on inclusion and exclusion criteria. Criteria for entering the research were: activity in the profession of psychotherapy and counseling, being in the age group of 27-65 years, a history of at least one year of professional training. Exclusion criteria were: being under certain conditions such as a medical condition or surgery that makes a person eligible to participate in the study, suffering from acute mental or physical disorders and illnesses, unwillingness to continue research. In this study, the Adult Attachment Questionnaire, Psychological Well-Being Scale (short form), and Short Form Therapy Alliance Questionnaire were used to collect data. All analyzes were performed at a 95% confidence level using SPSS 19 and AMOS software.

Results: According to the results, the secure attachment style (0.48**) has a significant positive relationship with therapeutic alliance. The insecure attachment style (0.39**) has a meaningful negative association with the therapeutic alliance at the level of 0.01. Psychological well-being had a significant positive relationship with the therapeutic alliance at the level of 0.01 (0.27**).

The fit of the proposed model with the data based on the fit indices was appropriate. GFI, AGFI, IFI, TLI, CFI, and NFI indices indicated the model's fit. The total path coefficient between secure attachment style and therapeutic alliance is significant at the level of 0.01. Also, the coefficient of determination of this path was 0.29, which in other words, the style of secure attachment and psychological well-being explain 29% of the therapeutic alliance variance. The total path coefficient between insecure attachment style and therapeutic alliance is significant at the level of 0.01. The coefficient of determination of this path was equal to 0.26, which in other words, insecure attachment style and psychological well-being explain 26% of the therapeutic alliance variance.

Conclusion: This study aimed to investigate the mediating role of psychological well-being in the relationship between attachment and therapeutic alliance in psychotherapists. According to the results of the present study, psychological well-being had a positive relationship with therapeutic alliance. Psychological well-being is an upbeat assessment of the quality of experiences, knowledge, communication, and life values. It is a vital variable in interpersonal communication and can determine its nature. Psychological well-being plays a crucial role in people's lives, such as social acceptance, contact with others, intimacy, and a sense of efficiency that are the critical factors in mental health. Because the feeling of well-being has both emotional and cognitive components, people with high well-being mainly experience positive emotions and positively evaluate events. People with low well-being consider their life events undesirable and experience negative emotions that can disrupt their interpersonal relationships. This study's other results were the positive relationship between secure attachment with therapist therapy alliance and the negative relationship between insecure therapist attachment and therapeutic alliance. Explaining this finding, it should be stated that a secure attachment style can lead a person to be more adaptable to adverse events and establish stable and secure relationships with people. People with secure attachment in adulthood have the practical ability to develop desirable interpersonal relationships because the trust created in attachment development helps the person accept his strengths and weaknesses and strive to achieve his goals without anxiety. People with secure attachments are better equipped to manage stressful situations such as psychotherapy.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Jafari S, Rafiepoor A, Taheri A, Sabet M. The mediating role of psychological well-being in the relationship between attachment styles and therapeutic alliances. Razi J Med Sci. 2021;28(7):26-36.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مقدمه

برخی از محققان بر این اعتقادند که به منظور این که رابطه درمانی چیزی فراتر از روابط آسیب‌زای بیمار باشد، باید پتاسیل تحریک کننده داشته باشد که اجازه می‌دهد مراجع این حس را حفظ کند که او با درمانگر در تلاشی مشترک برای غلبه بر مشکلاتش، متحد و هم پیمان است. این فرایند به مفهوم اتحاد (Alliance) اشاره دارد (۱). اتحاد درمانی که می‌تواند قبل از اولین تماس، با احساسات و خیالاتی در مراجع و یا درمانگر شروع شود، مرکز ثقل اثر بخشی روان درمانی است و به این دلیل در ادبیات تجربی بر نقش خاص آن در نتایج روان درمانی تأکید شده است (۲). بنا به باور راجرز، رابطه بین درمانگر و مراجع به عنوان عنصر اصلی درمان در پاسخ درمانی و موفقیت درمان موثراست. او پیشنهاد کرد که خود رابطه به تنهایی، در حقیقت، شفا دهنده و درمان بخش است. به عقیده راجرز، همه انسان‌ها نیاز درونی به گرمی، احترام و پذیرش (توجه مثبت) از سوی دیگران دارند. بر اساس این فرضیه راجرز نوعی از رابطه درمانی با مراجع را معرفی کرد که مشخصه آن گرمی، اعتماد و خلوص است که در نتیجه می‌تواند منجر به افزایش توجه مثبت واحترام به خود در مراجع شود (۳). بوردین (۴) اظهار می‌دارد که انواع رویکرد روان درمانی صرف نظر از جنبه‌های متفاوت، از اتحاد درمانی در طول دوره درمان بهره می‌گیرند. وی سه عنصر اتحاد درمانی را معرفی کرد: هدف، وظیفه و پیوند. او اتحاد درمانی را به عنوان هنر سازندگی دو سویه مراجع و درمانگر می‌دانست که اهداف مشترک، قبول وظایفی که هر فرد باید در رابطه انجام دهد و یک پیوند دلبستگی را شامل می‌شود (۴). این اصطلاح به درک متقابل و توافق بین مراجع و درمانگر در زمینه اهداف درمان، تعهد مشترک نسبت به انجام تکالیف درمانی برای دستیابی به این اهداف و التزام کافی به تداوم همکاری در جهت حل تنش‌های مختلفی که ناگزیر طی دوره روان‌درمانی پدید می‌آید اشاره دارد (۵). بنابراین، پیوند دلبستگی در برقراری اتحاد درمانی دارای اهمیت است و نوع سبک دلبستگی درمانگر در این میان می تواند نقش مهمی ایفا کند.

در نظریه دلبستگی، بر متغیر دلبستگی به عنوان "تمایل انسان‌ها به ساختن پیوندهای عاطفی قوی با فرد خاص" و نقش تعیین کننده آن در سلامت روانی افراد تاکید شده است (۶). طبق نظریه دلبستگی، برقراری پیوند عاطفی و نزدیک یک نیاز عمومی هر انسانی است و این نظریه، عملکردهای رفتار دلبستگی را به عنوان مکانیسم تعادل حیاتی جهت تعدیل درماندگی در دوران بزرگسالی همانند دوره کودکی معرفی می‌کند (۷). بر اساس این نظریه، در خلال تکرار تجربیات وابسته به نمایه دلبستگی، کودک بازنمایی ذهنی یا به عبارتی «مدل‌های کارکردی درونی»، نسبت به خود و دیگران را به وجود می‌آورد (۸). هنگامی که یک بار این مدل‌ها شکل بگیرد، اگر سیستم دلبستگی فعال شود، این مدل‌ها نیز فعال خواهند شد و رفتار فرد را هدایت خواهند کرد (۹). اگر مراقبین نشانه‌های پریشانی نوزاد را به دقت تشخیص دهند و به نوزاد مضطرب فعالانه پاسخگو باشند، چنین تجربه‌ای به احتمال زیاد به درونی کردن ادراک نوزاد به صورت پاسخگویی یا مراقب بودن دیگران و شایسته و ارزشمند بودن خودش، منجر می‌شود که سبب تسهیل رشد دلبستگی ایمن در وی خواهد شد (۱۰). عدم وجود چنین تجربیاتی موجب می شود که کودکان روابط را ناایمن ببینند و دیگران را به عنوان منابع نامطمئن و اتکاءناپذیر و خود را دوست نداشتنی و نامطلوب ادراک کنند که به رشد دلبستگی ناایمن منجر می‌شود (۱۱). بر اساس مدل سه‌طبقه‌ای دلبستگی هازان و شاور، افراد در سه طبقه دلبسته اجتنابی، اضطرابی/ دوسوگرا و ایمن قرار دادند (۱۲).

برقراری اتحاد در هر رابطه روان درمانی مستلزم این است که درمانگر ظرفیت احساس خونگرمی یا توجه به مراجع را داشته باشد، قادر باشد دنیا را از چشمان او ببیند، نسبت به مراجع دیدگاه قضاوت‌گونه نداشته باشد و به اوکمک کند تا با آنچه که برایش دردناک است و ترجیح می‌دهد از آنها دوری کند، مواجهه شود (۵). بنابراین به نظر می‌رسد که بهزیستی روانشناختی متغیری است که می‌تواند پیش بین اتحاد درمانی در یک روان درمانگر باشد. نظریه پردازان مربوط به روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند (۱۳). این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (۱۴). Ryff (۱۵) بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند و به عنوان یک معیار مهم سلامتی و تندرستی در نظر می‌گیرد که آگاهی از تمامیت و یکپارچگی همهٔ جنبه‌های وجود است. Ryff (۱۶) شش بعد بهزیستی روان‌شناختی را مشخص کرد. این شش بعد شش شامل عامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت ها و ضعف‌های خود)، هدفمندی در زندگی (به معنای داشتن غایت و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (احساس این که استعدادها و توانایی های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (به مفهوم داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) است. یافته برخی از مطالعات گویای نقش پیش بین بهزیستی روانشناختی در بهبود عملکرد در حیطه‌های مختلف (۱۸،۱۷) و برخورداری از روابط بین فردی موفق هستند (۱۹-۲۱). از سوی دیگر، یافته برخی از مطالعات بر نقش معنادار سبک‌های دلبستگی در پیش بینی روابط بین فردی و عملکرد موفق درمانی (۲۴-۲۲) و همچنین بهزیستی روانشناختی در افراد و گروه‌های مختلف (۲۷-۲۵) دلالت دارند. Johnson و همکاران (۲۲) در یک مطالعه به دنبال کشف رابطه بین اتحاد درمانی و سبک دلبستگی بزرگسالان بودند، نشان دادند که مراجعانی که از غیبت بیشتر در جلسات خبر می‌دادند، بیشتر احتمال داشت که زودتر از موعد درمان را رها کنند. Lilliengren و همکاران (۲۳) در یک مطالعه به بررسی رابطه بین دلبستگی ایمن به درمانگر و اتحاد درمانی پرداختند و نشان دادند که دلبستگی ایمن مراجع به درمانگر در نهایت با بهبود علائم، عملکرد کلی و مشکلات بین فردی همراه است و این روابط پس از کنترل اتحاد درمانی از نظر علائم اختلال و عملکرد کلی حفظ شدند. علاوه بر این، در مورد دوره پیگیری نیز نشان داده شد که دلبستگی ایمن به درمانگر، بهبود مداوم در عملکرد کلی را پیش‌بینی می‌کند. Monroe &Diener (۲۴) در یک مطالعه متاآنالیز نشان دادند که سبک دلبستگی ایمن با اتحاد درمانی قوی‌تر و سبک دلبستگی ناایمن با اتحاد درمانی ضعیف‌تر همراه است. در واقع به نظر می‌رسد که سبک‌های دلبستگی درمانگر از طریق تحت تاثیر قرار دادن بهزیستی روانشناختی می‌تواند اتحاد درمانی را در آنها پیش بینی کند.

با توجه به اهمیت اتحاد درمانی و اینکه مرکز ثقل اثر بخشی و پاسخ روان درمانی محسوب می‌شود، لازم است تا متغیرهای مربوط به آن شناسایی شوند. به نظر می‌رسد که بهزیستی روانشناختی و سبک‌های دلبستگی دو متغیر مهم در پیش بینی اتحاد درمانی هستند و در واقع اینگونه فرض می‌شود که سبک دلبستگی ایمن از طریق افزایش سطح بهزیستی روانشناختی درمانگران می‌تواند موجب بهبود اتحاد درمانی در آنها شود. بر همین اساس مطالعه حاضر به دنبال بررسی نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اتحاد درمانی در روان درمانگران است.

روش کار

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه روان‌درمانگران و مشاوران دارای پروانه اشتغال از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره کشور که در سال ۱۳۹۸ مشغول به فعالیت بودند، تشکیل داده اند. که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیارهای ورود و خروج تعداد ۲۵۵ نفر از این بین انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: فعالیت در حرفه روان درمانی و مشاوره، قرار داشتن در رده سنی ۶۵-۲۷ سال، سابقه حداقل ۳ سال فعالیت حرفه‌ای. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن تحت شرایط خاصی مانند یک وضعیت پزشکی یا عمل جراحی که فرد را برای شرکت در مطالعه غیرواجد شرایط می‌سازد، ابتلا به اختلالات و بیماری‌های حاد روانی یا جسمی، عدم تمایل برای ادامه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

شرکت در پژوهش. در این مطالعه از ابزار زیر برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد:

پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان: این پرسشنامه توسط Shaver and Hazen طراحی شده است و دارای ۱۵ سوال می‌باشد که در یک مقیاس لیکرتی ۵ (درجه-ای) توسط شرکت کنندگان درجه بندی می شود که به گزینه هرگز نمره "صفر" و تقریباً همیشه نمره "چهار" تعلق می‌گیرد. نمرات خرده مقیاسهای دلبستگی توسط میانگین پنج سؤال هر خرده مقیاس به دست می‌آید. پنج ماده پرسشنامه مربوط به سبک دلبستگی ایمن، پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی و پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا است. Hazen و Shaver پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۸ به دست آوردند (۲۸). همچنین بررسی روایی همزمان این پرسشنامه در یک جمعیت دانشجو در ایران بیانگر رابطه ۰/۸۰ مثبت و معنی دار بود. در همین پژوهش، پایایی به وسیله آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به ترتیب سبک دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش شد (۲۹).

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (فرم کوتاه): این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (۱۴). فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این مطالعه از فرم ۱۸ سوالی این مقیاس استفاده شد که هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روانشناختی از ابعاد مختلف استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است که نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم می‌باشد. البته این شیوه نمره-گذاری در مورد سوالات شماره ۱،۳، ۴،۵، ۹، ۱۰،۱۳،۱۷ معکوس محاسبه می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در یک پژوهش (۳۰) بر روی جمعیت ایرانی بررسی شد و نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، و هدفمندی در زندگی) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمده که نشانه پایایی خوب این پرسشنامه است.

پرسشنامه فرم کوتاه اتحاد درمانی: این پرسشنامه توسط Greenberg &Horvath (۳۱) بر اساس مدل اتحاد کاری بوردین (۱۹۷۹) تدوین شده است. نظریه Bordinبر اتحاد درمانی سه مولفه‌ای شامل هدف، وظیفه و پیوند استوار است. پرسشنامه فرم کوتاه اتحاد درمانی شامل ۱۰ سوال است که در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از یک برای گزینه "هرگز" تا ۵ برای گزینه "همیشه" نمره گذاری می‌شود و نمرات کل در دامنه ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای نمرات کل پرسشنامه و ضرایب ۰/۷۸، ۰/۸۸ و ۰/۹۱ به ترتیب برای خرده مقیاس های هدف، وظیفه و پیوند و همبستگی بالای بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ بین این سه خرده مقیاس گزارش شده است. در مطالعه‌ای در جمعیت ایرانی، روایی سازه این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای نمرات کل پرسشنامه و ضرایب ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ به ترتیب برای خرده مقیاس های هدف، وظیفه و پیوند مورد تایید قرار گرفت (۳۲).

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و ایموس در سطح معناداری ۰/۹۵ استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۵۵ روان درمانگر و مشاور انجام شد. از ۲۵۵ شرکت کننده ۱۷۷ نفر زن و ۸۳ نفر مرد بودند. میانگین سنی گروه شرکت کننده ۳۴/۵۹ (انحراف استاندارد= ۸/۶۸) بود. نتایج مربوط به ماتریس همبستگی متغیرهای سبکهای دلبستگی، بهزیستی روانشناختی و اتحاد درمانی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای سبکهای دلبستگی، بهزیستی روانشناختی و اتحاد درمانی

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱-سبک دلبستگی ایمن	۱			
۲- دلبستگی ناایمن	-۰/۳۴**	۱		
۳- بهزیستی روانشناختی	۰/۳۹**	-۰/۳۵**	۱	
۴- اتحاد درمانی	۰/۴۸**	-۰/۳۹**	۰/۲۷**	۱

جدول ۲- شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای بهزیستی در رابطه سبک دلبستگی و اتحاد درمانی

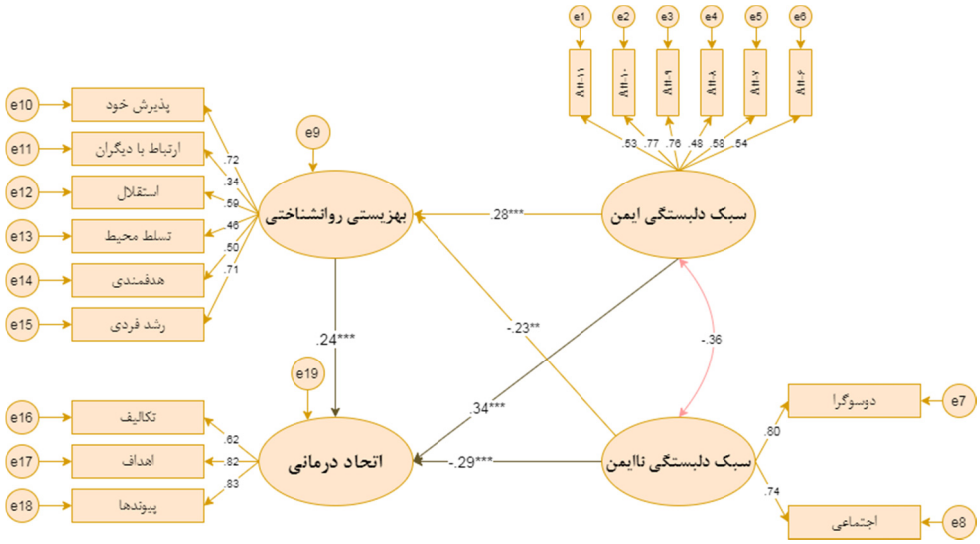
X^2	df	p	X^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	TLI	IFI	NFI
۳۳/۵۱	۱۲	>۰/۰۵	۲/۷۹	۰/۰۵	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۶

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، سبک دلبستگی ایمن (۰/۴۸**) با اتحاد درمانی دارای رابطه مثبت معنادار و سبک دلبستگی ناایمن (۰/۳۹**) با اتحاد درمانی دارای رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ است. بهزیستی روانشناختی با اتحاد درمانی دارای رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ بود (۰/۲۷**). جهت آزمودن الگوی پیشنهادی نقش میانجی بهزیستی روانشناختی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی درمانگر و اتحاد درمانی، از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی در جدول ۲ گزارش شده است. هرچه مقدار مجذور خی از صفر بزرگتر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. با وجود این، چون فرمول مجذور خی، حجم نمونه را در بردارد و تحت تأثیر آن است، بسیاری از پژوهشگران مجذور خی را نسبت به درجه آزادی آن مورد بررسی قرار می‌دهند. با توجه به جدول ۲، مقدار مجذور خی برابر با ۳۳/۵۱ و در سطح P<۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین از نسبت خی دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر ۲/۷۹ بود و با توجه به اینکه این مقدار کمتر از ۳ است، می‌توان گفت که داده های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. همچنین شاخص‌های مهم دیگر مانند GFI، AGFI، IFI، TLI، CFI و NFI نیز در جدول ۲ گزارش شده است. در این شاخص‌ها برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول قلمداد می‌شوند. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیارخوب ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو گزارش شده در جدول ۲، می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است.

پارامترهای اصلی مدل ساختاری نقش واسطه ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سبکهای دلبستگی و اتحاد درمانی روان درمانگران در شکل ۱ و جدول ۳ گزارش شده است.

طبق نتایج جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم سبک دلبستگی ایمن به اتحاد درمانی (β=۰/۳۴ ، P≤۰/۰۰۱) و بهزیستی روانشناختی به اتحاد درمانی (β=۰/۲۴ ،P≤۰/۰۰۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی ایمن به اتحاد درمانی (β=۰/۱۲ ، P≤۰/۰۱) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. ضریب مسیر کل بین سبک دلبستگی ایمن و اتحاد درمانی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (β=۰/۳۱ ،P≤۰/۰۱). همچنین ضریب تعیین این مسیر برابر با ۰/۲۹ بود که به بیان دیگر سبک دلبستگی ایمن و بهزیستی روانشناختی مجموعاً ۲۹ درصد از واریانس متغیر اتحاد درمانی را تبیین می‌کنند. طبق نتایج جدول ۳، ضریب مسیر مستقیم سبک دلبستگی ناایمن به اتحاد درمانی (β= -۰/۲۹ ، P≤۰/۰۰۱) و بهزیستی روانشناختی به اتحاد درمانی (β=۰/۲۴ ، P≤۰/۰۰۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی ناایمن به اتحاد درمانی (β= -۰/۰۹ ، P≤۰/۰۱) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. ضریب مسیر کل بین سبک دلبستگی ناایمن و اتحاد درمانی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (β= -۰/۳۸ ، P≤۰/۰۱). همچنین ضریب تعیین این مسیر برابر با ۰/۲۶ بود که به بیان دیگر سبک دلبستگی ناایمن و بهزیستی روانشناختی مجموعاً ۲۶ درصد از واریانس متغیر اتحاد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]



شکل ۱– مدل معادله ساختاری نقش میانجی بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سبکهای دلبستگی و اتحاد درمانی

جدول ۳– برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر اتحاد درمانی

مسیرها		اتحاد درمانی				
		b	SE	β	P	R^2
اثر مستقیم	دلبستگی ایمن	۰/۵۲	۰/۰۲۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	–
	بهزیستی روانشناختی	۰/۳۰	۰/۰۳۴	۰/۲۴	۰/۰۰۱	-
اثر غیرمستقیم	دلبستگی ایمن	۰/۳۱	۰/۴۱۸	۰/۱۲	۰/۰۱	-
اثر کل	دلبستگی ایمن	۰/۶۶	۰/۱۶۳	۰/۳۱	۰/۰۱	۰/۲۹
اثر مستقیم	دلبستگی ناایمن	-۰/۴۹	۰/۶۰۱	-۰/۲۹	۰/۰۰۱	–
	بهزیستی روانشناختی	۰/۳۰	۰/۰۳۴	۰/۲۴	۰/۰۰۱	-
اثر غیرمستقیم	دلبستگی ناایمن	-۰/۱۱	۰/۰۵۶	-۰/۰۹	۰/۰۱	-
اثر کل	دلبستگی ناایمن	-۰/۲۹	۰/۰۸۳	-۰/۳۸	۰/۰۱	۰/۲۶

درمانی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین دلبستگی و اتحاد درمانی در روان درمانگران بود. طبق نتایج مطالعه حاضر، بهزیستی روانشناختی دارای رابطه مثبت با اتحاد درمانی بود که این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۲۱-۱۹) مبنی بر رابطه بهزیستی روانشناختی با موفقیت در روابط بین فردی همسو بود.

بهزیستی روانشناختی ارزیابی مثبت فرد از کیفیت تجربیات، آگاهی‌ها، ارتباطات و سایر مسائل فرعی مرتبط با ارزشمندی‌های فرد در زندگی است و بنابراین متغیر مهمی در ارتباطات بین فردی محسوب می‌شود و می‌تواند ماهیت و چگونگی آن را تعیین کند (۲۱). بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی است و بر قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد تاکید دارد (۱۸). بهزیستی روانشناختی در ابعاد مختلف زندگی افراد، همچون پذیرش اجتماعی، داشتن رابطه با افراد، صمیمیت، احساس کارآمدی و برخورداری از جایگاه‌های اجتماعی سهم بسزایی دارد و یکی از عوامل مهم سلامت روان محسوب می‌شود (۱۹). از آنجا که احساس بهزیستی هم دارای مولفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی است، افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند که می‌تواند مخل روابط بین فردی آنها باشد (۲۰). این در حالی است که خصوصیات همدلی، خلوص و توجه مثبت غیر شرطی از سوی درمانگر به عنوان شرط لازم برای درمان در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند اساس اتحاد درمانی را شکل دهد. این نوع از ارتباط درمانی می‌تواند منجر به افزایش توجه مثبت و احترام به خود در مراجع شود (۴). بنابراین برخورداری درمانگران از سلامت و بهزیستی روانی نقش مهمی در مهارت و توانایی آنها در برقراری اتحاد درمانی با مراجع دارد و در واقع در فرایند دستیابی به بهزیستی روانشناختی، فرد از به قابلیت رسیدن و شکوفایی استعدادها و پتانسیل درون خود بهره مند می‌شود و به چنان غنای درونی و معنایابی در زندگی دست پیدا می‌کند که در ارتباط با دیگران نیز دارای این توانمندی است که به صورت انسانی و با رعایت تمام اصول یک رابطه سالم وارد رابطه شود و بنای یک رابطه مثبت و کامل را پایه ریزی کند. یک درمانگر برخوردار از ظرفیت بهزیستی روانشناختی دارای این قابلیت درون روانی است که نیاز به همدلی و احترام را در مراجع درک کند و آن را در بستر یک رابطه درمانی سرشار از پذیرش، درک و همدلی وتوجه مثبت تامین نماید. برقراری چنین رابطه درمانی می‌تواند اساس شکل‌گیری اتحاد درمانی را فراهم سازد.

از دیگر نتایج این مطالعه، وجود رابطه مثبت بین دلبستگی ایمن با اتحاد درمانی درمانگر و رابطه منفی بین دلبستگی ناایمن درمانگر و اتحاد درمانی در وی بود. این یافته همسو با مطالعات قبلی (۲۴-۲۲) مبنی بر نقش سبک دلبستگی افراد در پیش بینی روابط بین فردی موفق و عملکرد می‌باشد. همچنین نشان داده شد که بهزیستی روانشناختی در این بین دارای نقش میانجی است.

در تبیین این یافته باید بیان داشت که یکی از مهمترین فرضیه‌های دلبستگی این است که مدل‌های کاری مورد استفاده افراد ایمن که از نوع ایمن و سالم می‌باشد، آنها را به سمت سازگاری بیشتر با وقایع ناگوار برقراری روابط باثبات و مطمئن نسبت به افراد ناایمن هدایت می‌کند. افراد با دلبستگی ایمن در بزرگسالی توانایی مؤثر در برقراری روابط بین فردی مطلوب دارند (۷) چرا که اعتماد ایجاد شده در فرایند شکل‌گیری و رشد صحیح دلبستگی بین کودک و مراقب کننده اولیه او، به فرد کمک می‌کند نقاط قوت و ضعف وجودی خود را بپذیرد و با آگاهی به ابعاد مختلف شخصیت خود، بدون هرگونه تردید و اضطرابی با در نظر گرفتن اهداف خود در زندگی، برای رسیدن به آن پیگیرانه تلاش کند (۷). افرادی که دلبستگی ایمن دارند برای مدیریت موقعیت‌های پراسترس و حساس همچون محیط روان درمانی، بهتر تجهیز شده‌اند؛ زیرا از یک طرف آن‌ها اعتقاد دارند که قادر به کنترل محیطشان هستند و از طرفی به در دسترس بودن و همراهی و درک دیگران در مواقع لازم ایمان دارند (۱۱). در مقابل، افرادی که دلبستگی ناایمن دارند، مشخصه بارز آن‌ها دوری از روابط صمیمی با دیگران است که برای برقراری یک رابطه درمانی ایمن مضر می‌باشد (۱۲). چنین افرادی برای مواجهه با موقعیت‌های پراسترس کمتر مجهز شده‌اند که بخشی از آن به دلیل انتظارات منفی درباره توانایی کنترل محیط است (۹). بخشی از آن نیز به همین نوع انتظارات درباره درخور اعتماد و اطمینان‌بودن دیگران باز می‌گردد (۹). بنابراین ممکن است یک درمانگر با دلبستگی ناایمن در مواجهه با شرایط پراسترس یا تهدیدآمیز، فاقد منابع درون فردی و بین‌فردی لازم برای تنظیم مؤثر هیجاناتشان باشند و این می‌تواند در جریان درمان با لطمه زدن به رابطه درمانی، فرایند اتحاد درمانی را نیز مختل سازد. افرادی که دلبستگی اضطرابی دارند، اغلب از راهبردهای ناسازگارانه بیش فعالانه برای تنظیم پریشانی‌های احساس‌شده یا مورد انتظار استفاده می‌کنند و نتیجه این حالت، گوش‌به‌زنگی مفرط نسبت به هیجانات منفی است (۱۲).

از طرفی افرادی که دلبستگی اجتنابی دارند، اغلب از راهبردهای منفعلانه که دسترسی به پریشانی را محدود می‌کند، استفاده می‌کنند (۹). انتظار می‌رود که اضطراب درباره طرد شدن، راه‌انداز رفتارهای سلطه‌پذیرانه، منفعلانه و تسکین‌دهنده برای جلوگیری از ترک‌شدن باشد که در جریان درمان می‌تواند منجر به بروز اختلال در روند درمان و رابطه درمانی و شکل گیری اتحاد درمانی شود. همچنین باید توجه داشت که از دیگر آسیب‌های سبک دلبستگی ناایمن در درمانگر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

این است که احتمال انتقال این ناامنی به مراجع هم وجود دارد و این تاثیرات منفی دوسویه می‌تواند فرایند درمان را با مشکل مضاعف مواجهه سازد. همچنین نبود اعتماد به خود و دیگران از ویژگی‌های اصلی افراد ناایمن می‌باشد. نداشتن اعتماد به خود، توان رویارویی با موقعیت‌های بحرانی را کاهش می‌دهد و درماندگی روانشناختی را بر فرد ناایمن تحمیل می‌کند (۱۰). بنابراین درمانگران با دلبستگی ناایمن در موقعیت درمان که بالقوه می‌تواند شرایطی پراسترس و فشارزا باشد، با احساس شکنندگی و ضعف ظاهر می‌شوند که نتیجه آن لطمه دیدن رابطه درمان و اتحاد درمانی است. همچنین از سوی دیگر، دلبستگی ناایمن بااحساس ترس، ناتوانی از هماهنگی و تطابق با موقعیت‌ها رابطه داشته و نتیجه نامطلوب آن به طور معناداری از بهزیستی روانشناختی فاصله می‌گیرد و با سرکوب شکستها و ارزیابی نادرست از موقعیتها با بهزیستی رابطهٔ معکوس و معناداری پیدا می‌کند. کسب تمامی این ویژگیها و رشد آنها، سبب افت کیفیت بهزیستی روانشناختی فرد بر اساس نگاه ریف و شاخصهای بهزیستی همچون هدفمندی در زندگی شخصی، پذیرش خود و داشتن ارتباط مثبت با دیگران می‌شود.

طبق نتایج حاصل از این مطالعه، بهزیستی روانشناختی و سبک دلبستگی ایمن دارای رابطه مثبت با اتحاد درمانی در روان درمانگران بود و بهزیستی روانشناختی در رابطه بین دلبستگی و اتحاد درمانی در آنها دارای نقش میانجی بود. با توجه به اهمیت رابطه درمانی بین مراجع و درمانگر و اتحاد درمانی در کسب پاسخ درمانی موفق در حوزه روان درمانی، پیشنهاد می شود تا متخصصان سلامت روان در حوزه روان درمانی و مشاوره با تمرکز بر بهزیستی روانشناختی و سبک‌های دلبستگی ایمن در روان درمانگران و ارتقای آن در راستای افزایش اثربخشی مداخلات روانشناسی اقدام کنند تا بتوانند با بکارگیری راهکارهای مؤثر در جهت تقویت و بهبود بهزیستی روانشناختی و سبک‌های دلبستگی ایمن در مورد خود و در نهایت مراجعان‌شان عمل کنند. از محدودیتهای مطالعه حاضر این بود که این مطالعه از نوع همبستگی بود و بنابراین در نتیجه گیری علی معلولی باید محتاط بود. همچنین از دیگر محدودیتها، احتمال سوگیری افراد شرکت کننده در تکمیل پرسشنامه ها بود و محدودیت دیگر اینکه اثر عواملی مانند نوع رویکرد درمانی، سن و جنسیت شرکت کنندگان، میزان تحصیلات و ... که می توانند احتمالاً نتایج را تحت تاثیر قرار دهند، مورد کنترل قرار نگرفتند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی سلامت و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.102 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و کسانی که نویسندگان را در انجام پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Portacolone E, Covinsky KE, Johnson JK, Halpern J. Expectations and concerns of older adults with cognitive impairment about their relationship with medical providers: A call for therapeutic alliances. Qual Health Res. 2020:1049732320925796.
2. DePue MK, Lambie GW, Liu R, Gonzalez J. Investigating supervisory relationships and therapeutic alliances using structural equation modeling. Counsel Educ Supervis. 2016;55(4):263-77.
3. Fan W, Moen P, Kelly EL, Hammer LB, Berkman LF. Job strain, time strain, and well-being: A longitudinal, person-centered approach in two industries. J Voc Behav. 2019;110:102-16.
4. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory Res Pract. 1979;16(3):252.
5. Bordin ES. A working alliance based model of supervision. Counsel Psychol. 1983;11(1):35-42.
6. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. Attach Hum Dev. 2002;4(2):133-61.
7. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. Curr Opin Psychol. 2019;25:6-10.
8. Fearon RP, Roisman GI. Attachment theory: progress and future directions. Curr Opin Psychol. 2017;15:131-6.
9. Holmes J, Slade A. Attachment in therapeutic practice. Sage; 2017 Nov 13.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

10. Simpson JA, Rholes WS. Adult attachment, stress, and romantic relationships. Curr Opin Psychol. 2017;13:19-24.
11. Laurita AC, Hazan C, Spreng RN. An attachment theoretical perspective for the neural representation of close others. Soc Cog Affect Neurosci. 2019 Mar;14(3):237-51.
12. Hazan C, Shaver PR. Love and work: An attachment-theoretical perspective. J Pers Soc Psychol. 1990 Aug;59(2):270.
13. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. Emotion. 2018;18(6):765.
14. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. PloS One. 2016;11(6):e0158092.
15. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Curr Direct Psychol Sci. 1995 Aug;4(4):99-104.
16. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069.
17. Langove N, Isha AS. Interpersonal Conflict and Turnover Intention: The Mediating Role of Psychological Well-Being. Adv Sci Lett. 2017;23(8):7695-8.
18. Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. Pers Individ Differ. 2007;43(4):637-46.
19. Wai ST, Yip TH. Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. Pers Individ Differ. 2009;46(3):365-8.
20. Wright TA, Cropanzano R. The role of psychological well-being in job performance: a fresh look at an age-old quest. Organiz Dynamics. 2004;33(4):338-51.
21. Kelloway EK, Turner N, Barling J, Loughlin C. Transformational leadership and employee psychological well-being: The mediating role of employee trust in leadership. Work Stress. 2012;26(1):39-55.
22. Johnson LN, Ketring SA, Espino J. Using attachment to better understand the therapy alliance: The attachment based alliance questionnaire. J Marital Fam Ther. 2019;45(2):337-53.
23. Lilliengren P, Falkenström F, Sandell R, Mothander PR, Werbart A. Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. J Counsel Psychol. 2015;62(1):1.
24. Diener MJ, Monroe JM. The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherapy. 2011;48(3):237.
25. Kim Y, Carver CS, Deci EL, Kasser T. Adult attachment and psychological well-being in cancer caregivers: the mediational role of spouses' motives for caregiving. Health Psychol. 2008;27(2S):S144.
26. Karreman A, Vingerhoets AJ. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. Pers Individ Differ. 2012;53(7):821-6.
27. Abubakar A, Alonso-Arbiol I, Van de Vijver FJ, Murugami M, Mazrui L, Arasa J. Attachment and psychological well-being among adolescents with and without disabilities in Kenya: The mediating role of identity formation. J Adolesc. 2013;36(5):849-57.
28. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987;52(3):511.
29. Sayadi A, Khodayari H, Saadat S, Jahangiri S. Survey the Relationship between Attachment Styles, Coping Strategies and Mental Health among Students at University of Guilan, Iran. Asian J Res Soc Sci Hum. 2014;4(1):253-62.
30. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(2):146-51.
31. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. J Counsel Psychol. 1989;36(2):223-234.
32. Shateri ZE, Lavasani FF. Therapeutic alliance and early change in depression: Benefits of enhancing working alliance at the initial sessions of short-term supportive-expressive psychodynamic psychotherapy. Arch Psychiatry Psychother. 2018;20(1):17-25.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]