

حیدری، شیما؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۴۲-۱۲۵.



## بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها

شیما حیدری<sup>۱</sup>، دکتر عباسعلی اللهیاری<sup>۲</sup>، دکتر پرویز آزاد فلاح<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳۱

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان با توجه به سبک دلبستگی آنها بود. آزمودنی‌های این پژوهش ۲۰ نفر از دانشجویان مضطرب و افسرده از بین دانشجویان دانشگاه صنعتی بابل بودند که به دلیل اضطراب و افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نمودند. ۱۰ نفر از این دانشجویان تشخیص سبک دلبستگی دوسوگرا و ۱۰ نفر سبک دلبستگی اجتنابی، دریافت کرده بودند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور و پرسشنامه اضطراب و افسردگی DASS 21 سوالی استفاده شد. دانشجویان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله آزمایشی (روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه)، این پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌های بدست آمده با آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه‌گیریهای مکرر، نشان داد که روش درمانگری کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان به صورت معنادار ( $P < 0/01$ ) مؤثر بوده است ولی تأثیر سبک دلبستگی بعنوان متغیر تعدیل‌کننده تأیید نشد، به این ترتیب که هم دانشجویان با سبک دلبستگی اجتنابی و هم دانشجویان با سبک دلبستگی دوسوگرا، کاهش اضطراب و افسردگی را در حد معنادار نشان دادند.

**کلید واژه‌ها:** روان درمانگری کوتاه مدت همدلانه، اضطراب، افسردگی، سبک دلبستگی.

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس - shimaheidary\_2005@yahoo.com

<sup>۲</sup> - استادیار دانشگاه تربیت مدرس

<sup>۳</sup> - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

## مقدمه

تئوری دلبستگی بصورت روزافزونی بعنوان یک مدل تبیینی برای آسیب‌شناسی روانی بکار گرفته می‌شود. از تمرکز ابتدایی آن روی روشهای پرورش فرزند، تا کاربرد آن در عوامل روانی مرتبط با اختلالات افسردگی عمده و اخیراً اختلالات اضطرابی (هامن و همکاران، ۱۹۹۵؛ انگ و همکاران، ۲۰۰۱: ۴۳۸). اغلب روان‌شناسان تحولی با این نظر موافقند که سه الگوی اصلی دلبستگی وجود دارد. سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دو سوگرا (بو کاتکو و دلر، ۱۹۹۵: ۲۵). پژوهشها نشان داده‌اند که سبکهای دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دو سوگرا) در سطوح بالایی با آسیب‌شناسی روانی، از جمله اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد، مرتبط است. (راتر، ۱۹۹۰: ۳۰). همچنین (سافورد و همکاران، ۲۰۰۴: ۲۵)، طی مطالعه‌ای روی رابطه سبک دلبستگی ناایمن و سبکهای شناختی با اضطراب و افسردگی، نشان دادند، افرادی با سبک دلبسته ناایمن بیشتر احتمال دارد دچار همبودی اختلالات هیجانی شوند تا اینکه فقط گرفتار یک اختلال خاص و منفرد شوند. بعضی از مطالعات ارتباط قویتری بین نشانه‌های افسردگی و سبک دلبستگی دو سوگرا را گزارش کرده‌اند (گرسما و لوتین، ۲۰۰۰: ۱۵؛ مورفی و بیتس، ۱۹۹۷: ۸۳۵) در حالی که برخی دیگر نقش سبک اجتنابی را مهمتر دانسته‌اند (مک کارتی، ۱۹۹۹: ۳۰۵). مطالعات کمتری بر ارتباط سبک دلبستگی با اختلالات اضطرابی بعنوان یک پیامد کار کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که اضطراب اجتماعی مرتبط است با اجتناب (فقدان ابراز وجود) و وابستگی (اتکاء بیش از حد بر دیگران). این همچنین شامل مقوله سبک دلبستگی اضطرابی می‌شود که شامل نیازهای متعارض برای صمیمیت و استقلال است (بارتلومو و هروویتس، ۱۹۹۱: ۲۲۶). انگ و همکارانش اضطراب اجتماعی و سبک دلبستگی را در جمعیت بالینی بررسی کردند و یافتند که سبک دلبستگی دو سوگرا مرتبط بود با راحتی کمتر در ارتباطات، اعتماد کمتر و اضطراب بیشتر نسبت به طرد شدن و رها شدن. (انگ و همکاران، ۲۰۰۱: ۳۷۸). این تجارب همچنین با افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی در دوران بزرگسالی همراه است (بیفالكو و همکاران، ۱۹۹۸: ۳۹؛ هارکنس و وایدز، ۲۰۰۲: ۲).

بشارت و همکاران (۱۳۸۰: ۲۸۲) نشان دادند آزمودنی‌های دارای سبک دلبستگی ایمن بیش از آزمودنی‌های ناایمن (اجتنابی، دو سوگرا) از مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند.

بصورت اجمالی بر اساس نتایج پژوهشها در این زمینه می‌توان رابطه‌ای بین نوع اختلال و سبک دلبستگی دانست، بعنوان مثال (اروزکان، ۲۰۰۹: ۸۳۵) طی پژوهشی در زمینه رابطه سبک دلبستگی دانشجویان و میزان اضطراب آنها، عنوان کرده که اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر با سبک دلبستگی دو سوگرا همبسته است. (بیفالكو و همکاران، ۲۰۰۲: ۶۰) نیز، رابطه بین سبک دلبستگی و افسردگی بالینی

را در افراد بزرگسال مورد مطالعه قرار دادند، نتایج پژوهش آنها نشان می دهد، افسردگی هم در سطح بالینی و هم در سطح نشانه های افسردگی، با سبک اجتنابی همبسته است. در حالیکه سبک دوسوگرا با افسردگی مرتبط نبود. احتمالاً به این علت که افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی به هنگام رخداد وقایع استرس آمیز دفاعهای اجتنابی شان فعال می شود که منجر به کناره گیری آنها و عدم دریافت کمک از دیگران می شود.

شوری و سیندر (۲۰۰۶: ۳) نشان دادند که سبک های دلبستگی، روان بنه های شناختی و مدل های کاری را فراهم می کند که از طریق آن افراد، دنیای بیرونی را درک و با آن ارتباط برقرار می کنند و به نوبه خود این روان بنه ها زمینه تحول آسیب شناسی روانی را فراهم می کنند و حتی پیامدهای رواندرمانی را تحت تأثیر قرار می دهند. این محققان اظهار می دارند فهم سبک دلبستگی بر فرموله کردن و مفهوم سازی مشکلات مراجع و انتخاب مداخلات مناسب کمک می کند از نظر این پژوهشگران ارزیابی از سبک دلبستگی باید بعنوان یک بخش استاندارد برنامه درمانی قرار گیرد. از طرفی میر (۲۰۰۱: ۴۶۹) نشان داده است که تجارب گذشته با مراقبان می تواند رابطه بیمار- درمانگر را تحت تأثیر قرار دهد. ترس از طرد شدن در بیمار که توسط سبک دلبستگی اجتنابی فعال می شود می تواند سبب برانگیخته شدن دفاع های ناپخته و جدا شدن از درمانگر شوند و روی فرآیند درمان از جمله اتحاد درمانی اثر گذارد. همچنین مولر (۲۰۰۹: ۱۶۷) پیشنهاد می کند، استقلال ظاهری و عدم کمک خواهی در بزرگسالان دلبسته نا ایمن که دارای اختلالات بالینی هستند را می توان از طریق فعالیت مستقیم روی سیستم دلبستگی و سیستم های دفاعی اجتنابی چالش انگیز، درمان کرد.

با توجه به پژوهش های ارائه شده در زمینه رابطه سبک دلبستگی و انواع اختلالات روانی و تأثیر ی که این متغیر روی فرایند و نتایج درمان می گذارد به نظر می رسد که هر فعالیت درمانی به منظور کاهش اختلالات و آسیب شناسی روانی باید به سبک دلبستگی به عنوان یک متغیر میانجی یا تعدیل کننده نظر داشته باشد، در این بررسی از رویکرد کوتاه مدت همدلانه استفاده می شود و لزوم این روش درمانی درگیر شدن<sup>۱</sup> در سطح هیجانی و شناختی بصورت فشرده توسط درمانگر و مراجع می باشد.

در درمان تحلیلی کوتاه مدت همدلانه با رویکرد روانشناسی خویشتن<sup>۲</sup> مثلث بینشی ابزار مفیدی است و تعابیر در حوزه روانشناسی خویشتن قرار می گیرد. در این رویکرد واکنش انتقال<sup>۳</sup> به عنوان نتیجه اثر

<sup>۱</sup> -Engagement

<sup>۲</sup> - self-psychology

<sup>۳</sup> - transference

متقابل دو روان‌بیمار و درمانگر نگریده می‌شود، بیش‌هدف‌نهایی درمان نیست و باید منجر به درونی‌سازی<sup>۱</sup> کنش‌های درمانگر از قبیل تنظیم عواطف، پیگیری اهداف، خلق محیط‌های نگهدارنده<sup>۲</sup> موضوع خود<sup>۳</sup> برای بیماران شود. در نظر کوهات (۱۹۷۱) موضوع خود عبارت است از، افراد یا اشیائی که همچون بخشی از خود تجربه می‌شوند و یا برای اجرای کارکردی در خدمت خود قرار می‌گیرند. همچنین در این رویکرد، درمانگر به بیمار اجازه می‌دهد تا تجربه موضوع‌های خود دیگری با درمانگر داشته باشد که به بیمار کمک می‌کند خویشتن خود را بازابد. گرایش کلی در درمان کوتاه مدت از تاکید درونی‌روانی<sup>۴</sup> به میان‌فردی<sup>۵</sup> است و جایگاه روان‌درمانی کوتاه مدت همدلانه با رویکرد روانشناسی خویشتن که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این خصوص (از نظر بین‌فردی و درونی‌روانی) در حد وسط است.

از آنجا که این مدل درمانی روی روابط افراد با موضوع‌های خود آنها کار می‌کند و روابط با افراد مهم را بصورت همدلانه مد نظر قرار می‌دهد و تئوری دلبستگی (بالبی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۲ و اینورث<sup>۷</sup>، ۱۹۷۳؛ به نقل از ریگز و همکاران، ۲۰۰۷: ۵۸۰) شکل رابطه با مراقب اصلی را سبب ایجاد سبک‌های دلبستگی مختلف می‌داند، به نظر می‌رسد این مدل درمانی کفایت بیشتری نسبت به سایر مدل‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مرتبط با سبک دلبستگی داشته باشد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- روان‌درمانگری کوتاه مدت همدلانه، سبب کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان می‌شود.
- ۲- روان‌درمانگری کوتاه مدت همدلانه، در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویانی با سبک دلبستگی دوسوگرا مؤثرتر از دانشجویانی با سبک دلبستگی اجتنابی است.

## روش تحقیق:

طرح تحقیق در این مطالعه یک طرح شبه تجربی است. بدین منظور دانشجویانی که به دلیل اضطراب و افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی بابل مراجعه نمودند، تحت ارزیابی بالینی از طریق مصاحبه و پرسشنامه<sup>۸</sup> سنجش اضطراب و افسردگی DASS<sup>۷</sup> قرار گرفتند. دانشجویانی که بر اساس مصاحبه و

<sup>۱</sup> - internalizing

<sup>۲</sup> - self-object

<sup>۳</sup> - intra psychic

<sup>۴</sup> - interpersonal

<sup>۵</sup> - Bowl by

<sup>۶</sup> - Ainsworth

<sup>۷</sup> -The Depression Anxiety Stress Scale

پرسشنامه تشخیص دارا بودن اضطراب و افسردگی بصورت همزمان را دریافت کردند، بعنوان نمونه انتخاب شدند. افرادی که تحت نظر روانپزشک بودند و دارو مصرف می کردند و همچنین افرادی که به جز اختلالات اضطراب و افسردگی از اختلالات دیگری به صورت همزمان رنج می بردند از نمونه خارج شدند. بعد از تشخیص اضطراب و افسردگی، افراد نمونه تحت مصاحبه بالینی به منظور ارزیابی سبک دلبستگی آنها قرار گرفتند، پرسشنامه سیزده مقیاسی سبک دلبستگی هازن و شیور بعنوان مکمل این بخش مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت ۴۸ نفر با سبک دلبستگی ناایمن که دارای اضطراب و افسردگی بودند، بدست آمده و مورد بررسی بیشتر قرار گرفتند و از بین این افراد آنهایی که تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند، دو گروه ده نفری با سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا، به عنوان نمونه پژوهش، انتخاب شد. سپس این افراد وارد دوره رواندرمانی کوتاه مدت همدلانه شدند (بصورت درمان انفرادی و میانگین دوازده جلسه). افراد گروه نمونه شامل ۹ دانشجوی پسر و ۱۱ دانشجوی دختر بودند که همگی در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند و در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشتند.

ابزار اندازه گیری در این پژوهش برای متغیر وابسته اضطراب و افسردگی، مصاحبه بالینی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS ۲۱ سؤالی و برای متغیر تعدیل کننده سبک دلبستگی، مصاحبه AAI و پرسشنامه سبکهای دلبستگی هازن و شیور بود.

DASS-21 شامل سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس می باشد. زیر مقیاس افسردگی شامل: ملامت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نازرنده سازی خود، فقدان علاقه مشارکت، بی لذتی، سکون. زیر مقیاس اضطراب و استرس، سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی، دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی سهولت در تحریک شدن، ناآرامی و فزون تحریک پذیری را در بر می گیرد. لویباند و لویباند (۱۹۹۵) طی پژوهشی روی یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، نشان داد، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS (R=0./40) همبستگی بالایی دارد. علاوه بر این آنتونی و همکاران در سال ۱۹۹۸ الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی بدست آوردند. کرافورد و هنری نیز در سال ۲۰۰۳، در نمونه ۱۷۷۱ نفری در انگلستان، این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمودند (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۹۹). در ایران نیز توسط مرادی پناه آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است (مرادی پناه، ۱۳۸۴: ۹۰). این آزمون دارای مزیت های زیادی نسبت به دیگر آزمون های ارزیابی افسردگی و اضطراب است از جمله اینکه این آزمون

قادر به تفکیک یا تشخیص افتراقی افسردگی از اضطراب است و هم چنین به دلیل عدم وجود آیتم‌های سوماتیک در ارزیابی افسردگی از بیش برآوردی افسردگی در بیماران مختلف جلوگیری می‌کند، مسئله‌ای که در آزمون‌های قبلی ارزیابی افسردگی بسیار چشمگیر بوده است.

پرسشنامه سبک دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷)، شامل دو قسمت است. قسمت اول ۱۲ سؤال در مقیاس پنج درجه ایی لیکرت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴، برای سبک ایمن، ۰/۷۲ برای سبک اجتنابی و ۰/۷۲ برای سبک دوسوگرا می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه شامل سه گزینه است که سه نوع سبک دلبستگی را توصیف می‌کنند. ضریب پایایی باز آزمایی پرسشنامه با فاصله دو هفته  $r = 0/9$  و اعتبار محتوایی ۰/۷۶ در سبک ایمن، ۰/۷۶ سبک اجتنابی و ۰/۸۷ در سبک دوسوگرا محاسبه شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنا دار می‌باشند (بشارت، ۱۳۸۰: ۲۸۲).

### روش درمانگری کوتاه مدت همدلانه: در این مدل درمانی مفاهیم عمده روانشناسی خویشتن

به صورت یک درمان فردی کوتاه مدت، به کار برده شده است (سیرویا، ۱۹۹۷: ۲۷).

راهنمای درمانی این رویکرد در جدول ذیل ارائه شده است.

### راهنمای درمانی رویکرد روان پویشی کوتاه مدت همدلانه

مرحله آغازین، جلسات ۱-۳:

**جلسه اول:** انعقاد قرارداد درمانی، توضیح وظایف درمانگر و درمانجو، توضیح مختصری در مورد نوع درمان تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه، پاسخ به پرسشهای درمانجو در این زمینه، بررسی احساس مراجع در مورد آمدن به جلسه، پی‌گردی در مورد سابقه درمانگریهای قبلی، بررسی انتظارات مراجع از جلسات درمانی،

**جلسه دوم:** بررسی آسیب‌های نارسیستیک یا فقدان انگیزه برای درمان، تعیین هدف یا اهداف کانونی (موضوع و هدف کانونی، الگوی تکراری در زندگی مراجع است که سبب پریشانی و بی‌ثباتی در او می‌شود) به دلیل محدود بودن جلسات حد اکثر دو هدف کانونی در نظر گرفته شد، بررسی ترس‌های مراجع به ویژه از وابستگی، خشم و یا شرم به عنوان پاسخ‌هایی به درخواست کمک، پی‌گردی در مورد نوع مقابله با مشکلات در گذشته و افرادی که به عنوان منبع حمایت مطرح می‌شدند.

**جلسه سوم:** ادامه پی‌گردیهای جلسه گذشته، بررسی شیوه‌های سالم و دفاعی الگوهای سازگاری مراجع، پی‌گردی در زمینه برقراری ارتباط بین واکنش‌های عاطفی بیمار، انتظارات او از خود و دیگران و

رفتارهای پسایند، سعی در فهم محیط اجتماعی ابژه های خویشتن در مراجع، به هنگام رشد، و داستانی که مراجع از زندگی خود می سازد، آموزش و بیان مفاهیم تئوری دلپستگی و کمک به مراجع در تشخیص دلپستگی خود در ارتباطات نزدیک، آغاز شکل گیری و استحکام اتحاد درمانی بین مراجع و درمانگر، بررسی رویدادهای آشکار سازی که به الگوهای از نارسایی های ابژه خویشتن در کودکی مراجع متصل می شود و بررسی اثر این نارسایی ها روی روابط اخیر و توضیح مثلث بینش.

#### مرحله میانی، جلسات ۱۰-۴

**جلسات چهارم و پنجم:** ادامه شکل گیری اتحاد درمانی و استحکام آن، بررسی فرایند انتقال و انتقال متقابل، پی گیری موضوعات کانونی مشخص شده در جلسه دوم (بررسی فقدان پاسخدهی مزمن ابژه خویشتن در محیط مراجع)، سوالات درمانگر به منظور انتقال علاقه اصیل و کنجکاوی او درباره کشمکش های بیمار، پرداختن به معنی تجارب بیمار بدون قضاوت و بر چسب زدن توسط درون نگری همدلانه، آموزش به بیمار که از روش درون نگری همدلانه، بعنوان شیوه ایی برای کاوش خودش و مدلی از هماهنگ بودن استفاده کند، شناسایی دفاع های محافظت کننده از خویشتن، انتظارات تحریف شده و الگوهای بین فردی ناسازگارانه، شناسایی و توسعه منابع و حمایت های بیشتری از ابژه خویشتن در محیط خود به صورت مطلوب، همچنین کاربرد مفاهیم تئوری دلپستگی در تشخیص و شناسایی به موقع مشکلات تکراری در روابط.

**جلسات ششم و هفتم:** ارزیابی درمانگر از حالت و کارکردهای خویشتن مراجع و تکرار آن در جلسات بعدی، بررسی فرایند انتقال و انتقال متقابل، ادامه هدایت موضوعات کانونی مشخص شده در جلسه دوم (بررسی فقدان پاسخدهی مزمن ابژه خویشتن در محیط مراجع)، ارزیابی حالت خویشتن مراجع و میزان آسیب پذیری وی به منظور فهم تجارب مراجع از خویشتن خود و جهان که شامل سه پیوستار است: سرزندگی / تهی بودن، به هم پیوستگی / چندپارگی و استواری / عدم پیوستگی، به کارگیری مجدد مثلث بینش در فهم مشکلات بین فردی و بهبود این مشکلات، بررسی و توضیح ارتباط تجارب بیمار از نیازهای پاسخ داده شده او و تاثیرات مثبت آن روی حالت خویشتن و نیازهای پاسخ داده نشده و تاثیرات آن در حالت منفی خویشتن (اعتماد به نفس، خود پنداره، انتظارات) و رفتار و الگوهای توسعه یافته، در ارتباط با ابژه خویشتن والدین و روابط اخیر، مرور درمانگر از فهم مشکلات مراجع، بررسی میزان پذیرندگی مراجع از کارکردهای ابژه خویشتن که درمانگر ارائه می کند (کارکردهای درمانگر در مورد افراد مضطرب و افسرده، آرام کردن و امید بخشی بعنوان پادزهری در برابر تقلیل، اضمحلال و سازماندهی

افکار و احساسات مراجع می باشد).

### جلسات هشتم، نهم و دهم:

#### (در این مراحل درمانجو فعال تر می باشد)

بررسی مجدد و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی فرایند انتقال و حل آن و مراقبت از فرایند انتقال متقابل، شناسایی و پذیرش نیازهای ابژه خویشتن خود توسط مراجع، پذیرش این اصل که تغییر در حالت خویشتن در پاسخ به پذیرش یا ارضای این نیازها می باشد، بررسی و بازبینی پیشرفت در اهداف کانونی و تاکید بر کار خارج از جلسات و بکارگیری در زندگی روزانه توسط مراجع، به کارگیری تعابیر انتقالی (به ویژه مبتنی بر تئوری دلبستگی) در ارتباط با دیگر ابژه های خویشتن مهم و تعمیم آن، تحکیم و تقویت تغییرات در زمینه نگرش ها، احساسات، و رفتارها. بررسی پدیده واپس روی تولید شده توسط درمان در این مرحله.

### مرحله پایانی، جلسات ۱۱ و ۱۲

#### جلسات یازدهم و دوازدهم-

بررسی و مرور میزان دستیابی مراجع به اهداف کانونی و فهم مراجع از موضوعات روانشناسی خویشتن که زیر بنای مشکلات اخیر وی هستند و آسیب پذیری او را در محور موضوعات کانونی کم میکنند و آمادگی برای ختم درمان، بررسی مسأله وابستگی به درمانگر که معمولاً در خاتمه مطرح می شود (از آنجایی که از آغاز درمان تاکید روی افزایش محیط ابژه های خویشتن نگهدارنده برای مراجع است، وابستگی به درمانگر در مرحله خاتمه کمتر از سایر درمان های کوتاه مدت می باشد).

پی گردی واکنش های منفی مراجع به خاتمه درمان نظیر اضطراب و خشم در مواجهه با خاتمه درمان، بازگشت نشانه های قدیمی، ظهور نشانه های جدید، نا ارزنده سازی درمان یا درمانگر، چانه زدن برای زمان بیشتر به منظور توضیح اضافی، و کوشش در جهت حل این موضوعات، می باشد.

پی گردی در زمینه مقاومت در جهت کار بر روی فرآیند خاتمه، وجود تعارض های حل نشده احتمالی محور موضوع جدایی که منجر به کشمکش های قدرت می شود.

در این دو جلسه تمرکز روی خود فرایند درمانی است. پی گردی در مورد واکنش ها پی که تحت عنوان غمگینی و اضطراب مورد انتظار پس از پایان درمان و نیز از دست دادن درمانگر بعنوان یک ابژه خویشتن ارزشمند،



بررسی واکنش انتقال متقابل درمانگر در مواجهه با خاتمه درمان. بررسی واکنش های خاتمه از جمله مسائلی در زمینه وابستگی، جدایی، کمال گرایی و بزرگ نمایی حل نشده و احساس گناه در برابر مسائل باقیمانده و حل نشده، احساس بی کفایتی و نازنده سازی خود در درمانگر به عنوان انتقال متقابل، اجرای مجدد آزمونهایی که در مرحله پیش آزمون به کار برده شد.

### یافته های پژوهشی

از آنجا که هدف پژوهش، بررسی تغییرات ترکیب خطی متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) می باشد، از طرفی بررسی این تغییرات در سه مقطع زمانی، پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری مد نظر است، از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه گیریهای مکرر<sup>۱</sup> استفاده شد. در ادامه جداول توصیفی و استنباطی داده های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱- داده های توصیفی برای فرضیه اول

متغیر وابسته	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب	پیش آزمون	۱۳/۷۰	۲/۶۹	۲۰
	پس آزمون	۸/۲۵	۲/۷۳	۲۰
	پی گیری	۷/۶۰	۲/۷۴	۲۰
افسردگی	پیش آزمون	۱۲/۶۰	۱/۸۵	۲۰
	پس آزمون	۶/۸۵	۲/۲۸	۲۰
	پی گیری	۶/۲۵	۲/۵۷	۲۰

جدول ۲- آزمون معناداری تفاوت میانگین ها

متغیر وابسته	زمان*	تفاوت میانگین (در زمان های ۱، ۲ و ۳)	خطای استاندارد	ضریب معناداری
	۱	*۵/۴۵	۰/۷۳	۰/۰۰
	۲	*۶/۱۰	۰/۶۶	۰/۰۰

<sup>۱</sup> - repeated ANCOVA

۰/۰۰	۰/۷۳	*-۵/۴۵	۱ ۲	اضطراب
۰/۴۹	۰/۴۵	۰/۶۵	۳	
۰/۰۰	۰/۶۶	*-۶/۱۰	۱ ۳	
۰/۴۹	۰/۴۵	-۰/۶۵	۲	
۰/۰۰	۰/۶۹	*۵/۷۵	۲ ۱	
۰/۰۰	۰/۶۵	*۶/۳۵	۳	
۰/۰۰	۰/۶۹	*-۵/۷۵	۱ ۲	افسردگی
۰/۶۱	۰/۴۵	۰/۶۰	۳	
۰۰۰	۰/۶۵	*-۶/۳۵	۱ ۳	
۰/۶۱	۰/۴۵	-۰/۶۰	۲	

\* (اعداد مربوط به ستون زمان، ۱ معادل پیش آزمون، ۲ معادل پس آزمون و ۳ معادل پی گیری می باشد)

اثر پیلایی با ارزش ۰/۸۳ و شاخص  $F = ۱۳/۵۰$  و سطح معناداری  $P < ۰/۰۱$  نشان دهنده کاهش خطی اضطراب و افسردگی می باشد.

قابل ذکر است که آزمون کرویت ماکلی<sup>۱</sup>، معنادار نشد یعنی مفروضه اصلی و پیش شرط لازم برای محاسبه مانوا برقرار است.

همانطور که از نتایج جدول مشاهده می شود، تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون در مورد متغیرهای اضطراب و افسردگی معنادار است و مداخله درمانی منجر به کاهش معنادار اضطراب و افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است. همین طور تفاوت بین پیش آزمون و پی گیری معنادار شده و در مورد پس آزمون و پی گیری معنادار نیست بدین معنی که حفظ اثر متغیر مستقل (رویکرد درمانی) در گروه نمونه مشاهده می شود.

جدول ۳- تحلیل کواریانس چند متغیری با اندازه گیریهای مکرر

منبع	آزمون		مجموع مجذورات	df	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور اتای جزئی
	متغیر وابسته	کرویت مفروض						
زمان	اضطراب	۴۴۸/۹۰	۲	۲۲۴/۴۵	۵۶/۹۴	۰/۰۰	۰/۷۵	
	افسردگی	۴۹۱/۶۳	۲	۲۴۵/۸۲	۶۷/۱۸	۰/۰۰	۰/۷۸	

<sup>۱</sup> - Mauchly's Test of Sphericity

این جدول نتایج آزمون آنکووا را برای بررسی فرض اول نشان می دهد همانطور که مشاهده می شود F حتی در سطح ۰/۰۱ نیز معنادار می باشد. این جدول بررسی تغییرات متغیرهای وابسته را بصورت جداگانه نشان می دهد.

بنابراین فرض اول پژوهش مبنی بر اینکه روان درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان مؤثر است تأیید می شود.

#### جدول توصیفی و استنباطی مربوط به فرض دوم پژوهش

برای آزمون فرض دوم از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مکرر<sup>۱</sup> استفاده شد.

جدول ۴- مقایسه اضطراب و افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری گروه اجتنابی و دوسوگرا

متغیر وابسته	زمان	سبک دلستگی	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب	پیش آزمون	دوسوگرا	۱۵/۰۰	۱/۷۰	۱۰
		اجتنابی	۱۲/۴۰	۲/۹۵	۱۰
	پس آزمون	دوسوگرا	۹/۴۰	۲/۲۷	۱۰
		اجتنابی	۷/۱۰	۲/۷۷	۱۰
	پی گیری	دوسوگرا	۸/۸۰	۲/۱۵	۱۰
		اجتنابی	۶/۴۰	۲/۸۴	۱۰
افسردگی	پیش آزمون	دوسوگرا	۱۳/۰۰	۱/۹۴	۱۰
		اجتنابی	۱۲/۲۰	۱/۷۵	۱۰
	پس آزمون	دوسوگرا	۶/۳۰	۲/۳۱	۱۰
		اجتنابی	۷/۴۰	۲/۲۲	۱۰
	پی گیری	دوسوگرا	۶/۶۰	۲/۱۷	۱۰
		اجتنابی	۵/۹۰	۲/۹۹	۱۰

جدول فوق شاخص های مرکزی و پراکندگی را در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پی گیری دانشجویانی با سبک دلستگی دوسوگرا و اجتنابی، نشان می دهد.

به منظور بررسی اثر تعامل زمان و سبک دلستگی روی ترکیب خطی متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی اثر پیلای با ارزش  $V=0/09$  و  $F=0/83$  محاسبه شد که دارای سطح معناداری  $P < 0/51$  می

<sup>۱</sup> - repeated MANCOVA

باشد.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیری با اندازه‌گیریهای مکرر، به منظور بررسی تعامل زمان و سبک دلبستگی روی ترکیب خطی اضطراب و افسردگی

منبع	متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
تعامل زمان و سبک دلبستگی	اضطراب	کرویت فرض شده	۰/۲۳	۲	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۹۷
	افسردگی		۱۱/۴۳	۲	۵/۷۲	۱/۶۱	۰/۲۱

قابل ذکر است که آزمون کرویت ماکلی معنادار نشد، بنابراین پیش شرط لازم برای اجرای مانوا وجود دارد.

جدول فوق اثر تعامل زمان و سبک دلبستگی را روی متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی بصورت جداگانه نشان می‌دهد.

همانطور که جدول نشان می‌دهد اثر تعامل زمان و سبک دلبستگی معنادار نشد بدین معنی که تفاوت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه دوسوگرا و اجتنابی معنادار نبود و هر دو گروه تحت تأثیر رویکرد درمانی کاهش معنادار اضطراب و افسردگی را نشان دادند. بدین ترتیب فرض دوم پژوهش تحت عنوان، روان‌درمانگری کوتاه مدت همدلانه، در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویانی با سبک دلبستگی دوسوگرا مؤثرتر از دانشجویانی با سبک دلبستگی اجتنابی است، تأیید نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با فرضیه اول پژوهش ملاحظه می‌شود که رویکرد روان‌درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان، مؤثر بوده است. از آنجا که این رویکرد روش بدیع و نوینی در شیوه درمانگری می‌باشد، پژوهشی که بتوان نتایج آنرا با پژوهش حاضر مقایسه نمود یافت نشد. در ارتباط با فرضیه دوم نیز ملاحظه شد که روان‌درمانی کوتاه مدت همدلانه در کاهش اضطراب و افسردگی بدون توجه به سبک دلبستگی مؤثر بوده است، بدین معنی که افراد دوسوگرا و اجتنابی به یک میزان از نتایج درمانی بهره‌برده‌اند و نمرات اضطراب و افسردگی در هر دو گروه کاهش معنادار نشان داده است. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند، بعنوان مثال دانیل (۲۰۰۶: ۹۶۸)، در مطالعه‌ای تحت عنوان سبک‌های دلبستگی و روان‌درمانی فردی، نشان داد افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی در طول دوره درمان از نظر هیجانی درگیر نمی‌شوند، ولی افراد دوسوگرا بهتر درگیر می‌

شوند. همچنین وی رابطه ایی بین سبک دلبستگی و اتحاد درمانی در طول فرایند درمان یافت.

افراد ایمن و افرادی با سبک دوسوگرا در ابتدا و انتهای درمان از اتحاد درمانی خوبی برخوردارند ولی در اواسط درمان اتحاد درمانی در آنها کاهش می یابد. ولی این منحنی برای افراد اجتنابی بصورت دیگری است. منحنی اتحاد درمانی در آنها، در ابتدا و اواسط درمان با شیب ثابت است و در انتهای درمان کاهش می یابد، شاید به این علت که آنها در پایان درمان ترک رابطه را پیش بینی می کنند و برای محافظت خود از وابستگی و پیامدهای جدایی از درمانگر و رابطه درمانی سرمایه زدایی می کنند. همچنین درمانگران گزارش نموده اند که اتحاد درمانی در افراد دوسوگرا نوسانات بیشتری دارد.

هروویتر و روزنبرگ (۱۹۹۳ : ۵۴۹) نشان دادند پیامد درمان در مورد افراد اجتنابی ضعیف تر است. والین (۲۰۰۷ : ۲۴۲-۱۹۱)، نیز اظهار داشت افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی دفاع های معناداری در جهت مستقل دیدن خود دارند و علی رغم بیان نیاز برای درمان، کمک را رد می کنند و سطوح بالای پریشانی را تجربه می کنند.

مولر (۲۰۰۹ : ۷۹) نشان داده که بیماران آسیب دیده ایی با سبک دلبستگی اجتنابی دفاعهای عمده ایی در مقابل درمان و کمک گرفتن دارند و تمایل دارند که خودشان را بعنوان افرادی مستقل، قوی و با کفایت ببینند.

کار با چنین افرادی می تواند چالشهای متعددی را همراه داشته باشد. آلتین (۲۰۱۰ : ۱۰۱۰) نیز بیان کرده است که الگوهای اجتنابی و اضطرابی با فراوانی کمتر در هیجان مثبت و فراوانی بیشتر در هیجان های منفی در روابط موثر است. همچنین وی نشان داد، الگوهای دلبستگی افراد می توانند بر روابط صمیمانه تاثیر گذار باشند که به نوبه خود هیجان های منفی را که در علائم اضطراب و افسردگی دیده می شود بدتر می کنند.

نتایج پژوهش حاضر بر خلاف پژوهشهای مطرح شده چنین تفاوتی را در پیامدهای درمانی افراد با سبک دلبستگی متفاوت، نشان نداد. در این زمینه، یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می کنند که، افرادی با سبک دلبستگی اجتنابی، می توانند پیامدهای درمانی مناسبی از طریق اجرای روان درمانگری پویایی کوتاه مدت همدلانه، داشته باشند. توضیحی که می تواند در توجیه تفاوت یافته های پژوهش اخیر با پژوهشهای قبلی که مؤید تأثیر کمتر روان درمانگری پویایی در بیماران اجتنابی بودند، ارائه نمود، این است که روان درمانگری پویایی کوتاه مدت همدلانه به عنوان یکی از اشکال فعال تکنیک های درمانی، دفاعهای بیماران به طور کلی و دفاع های فعال شده در بیماران اجتنابی به طور اخص، را مورد هدف قرار می داد.

تفاوت این پژوهش به نوع رویکرد درمانی ارائه شده و کاربرد مستقیم مفاهیم تئوری دلبستگی در حل مشکلات و تعارضهای بین فردی، بر می‌گردد. وقتی افراد اجتنابی از دفاعهای اجتنابی خود و تأثیری که این دفاعها در مسائل و مشکلات آنها دارد، با خبر می‌شوند، در یک جو درمانی همدلانه، قادر به شناسایی و بی‌اثر سازی این دفاعها می‌شوند و در نتیجه از مشکلات و پیامدهای بعدی این نوع سبک دفاعی اجتناب می‌کنند. مشاهده تأثیر الگوی تحلیل و ارتباطی جدید آموخته شده خود منجر به تقویت و حفظ این الگوها می‌شود.

در زمینه اضطراب بیشتر افراد اضطرابی/دوسوگرا نسبت به افراد اجتنابی، برخی پژوهشها همسان با مطالعه حاضر، نشان می‌دهند که سبک دلبستگی اضطرابی/دوسوگرا، مرتبط است با نشانه‌های بیشتر اضطرابی نسبت به سبک دلبستگی اجتنابی و همین امر سبب اتخاذ نام اضطرابی به این سبک شده است (اسکیس و همکاران، ۲۰۱۱؛ شیور و میکولینسر، ۲۰۰۷؛ والش و همکاران، ۲۰۰۹).

در مورد نمرات افسردگی، مطالعه حاضر، نشان‌داد که افراد دلبسته اجتنابی افسرده‌تر از افراد اضطرابی/دوسوگرا هستند. این نتایج همسو است با نتایج پژوهش موریس و همکاران (۲۰۰۱). ممکن است همانطور که پژوهشگران سبک دلبستگی عنوان می‌کنند، افراد دلبسته اجتنابی گروه نمونه به خاطر دفاعهای اجتنابی شان در خود افسایی، نشانه‌های افسردگی را کمتر از آنچه که هست گزارش کرده باشند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرونباوم و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به نتایج پژوهشهای مطرح شده و مباحث عنوان شده، رد فرضیه دوم، منطقی می‌باشد.

تیینی دیگر در این زمینه، می‌تواند تفاوت نمرات در اضطراب حد پایه (پیش آزمون)، بین دو گروه باشد. در مطالعه حاضر همانطور که در جدول مربوطه اشاره شد، افراد اضطرابی/دوسوگرا نمرات اضطراب بیشتری را در پیش آزمون نسبت به افراد اجتنابی، نشان دادند. از طرفی سطح نمرات این افراد در پس آزمون و پس از مداخله درمانی، پایین‌تر از افراد گروه اجتنابی بود که می‌تواند بیانگر استفاده بیشتر از مداخله درمانی در این گروه در مورد کاهش نمرات اضطراب باشد. ممکن است اگر حجم گروه نمونه بزرگتر بود این اختلاف از نظر آماری در پس آزمون به حد معناداری می‌رسید. و نتیجه پژوهش حاضر همسان با سایر پژوهشها در این زمینه می‌شد. از طرفی به دلیل این که نمونه پژوهش اخیر از میان دانشجویانی با علایم افسردگی و اضطراب متوسط انتخاب شده بودند و افسردگی و اضطراب آنها در حد عمیق و بالینی نبود، در حالیکه برخی از پژوهشهای ارائه شده در این زمینه روی جمعیت بالینی بستری شده گزارش شده است، لذا می‌توان، تفاوت عمق و شدت نشانه‌های اضطرابی و افسردگی را یکی از علل

اختلاف در نتایج مطالعه اخیر با پژوهشهای گذشته دانست.

از طرفی، از آنجا که در این رویکرد روی روابط با افراد مهم زندگی دانشجویان کار می شد و مسائل و مشکلات افراد در این زمینه تأکید اصلی درمان بود، می توان انتظار داشت که طرحواره های ذهنی این افراد در ارتباط با الگوهای دلبستگی تغییر نموده و مقاومت هایی که در زمینه نوع ارتباط درمانی و کمک گرفتن، به جهت نوع سبک دلبستگی می توانسته ایجاد شود، تعدیل شده است.

از طرف دیگر آگاهی درمانگر نسبت به مداخلات و موانعی که سبک دلبستگی می تواند در فرایند درمان، مسأله مقاومت و اتحاد درمانی داشته باشد، سبب شد تا به ارزیابی این موانع طی فرایند درمانی پرداخته و حل به موقع چنین مقاومت هایی در جهت خاتمه زود رس یا عدم عمیق شدن، سبب افزایش تأثیر گذاری درمان در هر دو گروه با سبکهای اجتنابی و دوسوگرا باشد.

ارزیابی الگوهای دلبستگی در مراجعان فهم درمانگر را از روابط انتقالی و واکنش های انتقال متقابل احتمالی که درمانگر ممکن است تجربه کند، افزایش می دهد. طبق نظر شیلکرت (۲۰۰۵: ۶۷) تئوری دلبستگی همچنین سبب حساسیت درمانگر به آن دلبستگی که بیماران می توانند تحمل کنند، حداقل در شروع درمان، می شود. بیماران با الگوی اجتنابی اغلب قادر به پاسخگویی به درمانگر نیستند، در حالی که درمانگر سعی در بررسی لغو جلسات بعنوان شیوه ای در تمرکز روی رابطه درمانی می کند.

پژوهش حاضر میزان اثربخشی درمانگری تحلیلی کوتاه مدت را مورد بررسی قرار داد، نتایج پژوهش مشخص می کند که می توان این مدل را بعنوان جایگزینی برای روشهای تحلیلی طولانی مدت پیشنهاد کرد، که از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه است. پیشنهاد می شود این پژوهش با گروههای نمونه بزرگتر اجرا و به تحلیل و تفسیرهای جزعی تر نظیر تفاوت جنسی در میزان ابتلا به اختلالات روانی و سبکهای دلبستگی و نیز بهره مندی از پیامدهای درمانی، پرداخته شود.

نیز این طرح در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با درمانگری های متفاوتی که تأثیر آنها شناخته شده است مثل روان درمانگری شناختی- رفتاری و یا دارو درمانی به کار گرفته شود تا میزان تأثیر در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی، شناخته شود.

همچنین این روش با گروههای مختلف با دامنه سنی گسترده تر و بهره هوشی متفاوت، اجرا شود تا کارایی آن برای اقشار مختلف جامعه مشخص شود. این روش در مراکز مشاوره دانشجویی و یا در طرح های پیشگیرانه به منظور اجرای مداخله مؤثر برای اضطراب و افسردگی، به کار برده شود.

در نهایت پیشنهاد می شود، پژوهشهایی با حجم نمونه گسترده تر و گروه کنترل، به منظور بررسی تأثیر

این روش در تغییر سبک دلبستگی، طراحی شود.

### منابع

- بشارت، محمد علی؛ شریفی، ماندانا و ایروانی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. مجله روانشناسی، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد؛ سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسی ایرانی شماره ۴، ۲۹۹.
- مرادی پناه، فرشته. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر موسیقی ملایم بر میزان اضطراب و استرس و افسردگی بیماران کاتارسیسم قلبی، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه تربیت مدرس.

Altin, M., Terzi, S. (2010). How does attachment styles relate to intimate relationship to aggravate the depressive symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1008-1015.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and social psychology*, 61(2), 226-244.

Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. (1998). Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychol Med* 28:39-50.

Bifulco A, Moran PM, Ball C, Lillie A (2002c) Adult attachment style. II: its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 37:60-67.

Bukatko, D., & Daehler, M. W. (1995). *Child development* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.

Daniel, S. (2006). Adult Attachment Patterns and Individual Psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26:968-984.

Eng W, Heimberg R, Hart T, Schneier F, Liebowitz M. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion* 4:365-380.

Erozkan, Atilgan. (2009). The relationship Between Attachment Styles And Social Anxiety: An investigation With Turkish university students. (2009). *Social Behavior and Personality*, 37, 6:835-844.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London, EC1Y 1SP.

Gerlsma C, Luteijn F (2000) Attachment style in the context of clinical and health psychology: a proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *Brit J Med Psychol*, 73:15-34.

Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Mortenson, L. Y., Burke, A. K., Oquendo, M. A., &



Mann, J. J. (2010). Attachment And Social Adjustment: Relationships To Suicide Attempt And Major Depressive Episode In A Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 123-130.

Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, et al. (1995) Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnormal Psychol* 104:436–443.

Harkness KL, Wildes JE (2002) Childhood adversity and anxiety versus dysthymia comorbidity in major depression. *Psychol Med* 32:1–11 .

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bartholomew, K.(1993). Interpersonal Problems, Attachment styles, and outcome in brief dynamic Psychotherapy. *Journal of counseling and clinical psychology*, 61(4):549-560.

Kohut, H.(1971). *The Analysis of the Self*. New York. International Universities Press.

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F.(1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*(2th. Ed). Sydney: psychology Foundation.

McCarthy G (1999) Attachment style and adult love relationships and friendships: A study of a group of women at risk of experiencing relationship difficulties. *Brit J Med Psychol*, 72(3):305 321.

Meyer, B., & Pilkonis, P.(2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 466-472.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment In Adulthood: Structure, Dynamics, And Change*. New York, NY US: Guilford Press.

Muller, R.(2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment : Intervention Strategies in individual Psychotherapy: Theory , Research , Practice, Training, 46, 68-81.

Muller, R., Lemieux, K., & Sicoli, L. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16, 151–169.

Muris, P., Meesters, C., van Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-Reported Attachment Style, Attachment Quality, And Symptoms Of Anxiety And Depression In Young Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818.

Murphy B, Bates GW (1997) Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality Individual Diff* 22:835–844.

Oskis, A., Loveday, C., Hucklebridge, F., Thorn, L., & Clow, A. (2011). Anxious Attachment Style And Salivary Cortisol Dysregulation In Healthy Female Children And Adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 52(2), 111-118.

Riggs, A., Sahl, Greenwald, Atkison, Paulson, Ross.(2007). Family Environment and Adult Attachment as Predictors of Psychopathology and Personality Dysfunction Among Inpatient Abuse Survivors. *Journal of Violence and Victims*, 22, Number 5, 577-600.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub , Risks and protective factors in

the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Safford, M. Scott., Alloy, B. Lauren., Crossfield, G. Alisa., Moroco, M. Antonia & Wang, C. James. (2004). The relationship of Cognitive Style and Attachment Style To Depression and Anxiety in Young Adults. *Journal of Cognitive psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 25-41.

Seruya, B. (1997). *Empathic Brief Psychotherapy*. Janson Aronson INC. Northvale, New Jersey, London.

Shilkret, J. (2005). Some Clinical Applications Of Attachment Theory IN Adult Psychotherapy. *Journal of Clinical Social Work*, 33, 1, 55-68.

Shorey, H. s., & Synder, C. R. (2006). The role of attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1-20.

Smith, P. N., Gamble, S. A., Cort, N. A., Ward, E. A., Conwell, Y., & Talbot, N. L. (2012). The Relationships Of Attachment Style And Social Maladjustment To Death Ideation In Depressed Women With A History Of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 78-87.

wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. A Division of Gilford Publication, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.

Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira S, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting Individual Differences In Mindfulness: The Role Of Trait Anxiety, Attachment Anxiety And Attentional Control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99.