

# A Structural Model for Predicting Empathy Based on Social Status, Horizontal–Vertical Individualism/Collectivism with the Mediating Role of Mentalization in Mental Health Therapists

1. Maryam Salmanzadeh<sup>1</sup>: Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

2. Arezoo Tarimoradi<sup>2\*</sup>: Department of Clinical and Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Niloofar Tahmouresi<sup>3</sup>: Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

3. Roqaieh Shahani Shalmani<sup>3</sup>: Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

\*Corresponding Author's Email Address: arezo.tarimoradi@kiaiu.ac.ir



## Abstract:

**Objective:** This study aimed to examine the structural model of empathy prediction based on social status and horizontal–vertical individualism/collectivism with the mediating role of mentalization among mental health therapists.

**Methods and Materials:** This basic research employed a descriptive–correlational design using structural equation modeling. The statistical population included 991 therapists in Tehran, from which 280 participants were selected via systematic random sampling. Data were collected using the Basic Empathy Scale, Horizontal–Vertical Individualism/Collectivism Questionnaire, Mentalization Questionnaire, and a researcher-made Social Status scale, and analyzed through descriptive statistics and SEM techniques.

**Findings:** Results indicated that social status ( $\beta=0.47$ ,  $p<0.001$ ), individualism/collectivism ( $\beta=0.45$ ,  $p<0.001$ ), and mentalization ( $\beta=0.36$ ,  $p<0.001$ ) had significant positive direct effects on empathy. Social status ( $\beta=0.52$ ,  $p<0.001$ ) and cultural orientations ( $\beta=0.58$ ,  $p<0.001$ ) significantly predicted mentalization. Indirect effects via mentalization were also significant ( $B=0.114$ ,  $p=0.008$ ;  $B=0.128$ ,  $p=0.021$ ). Model fit indices confirmed a good fit.

**Conclusion:** The findings highlight that socio-cultural factors combined with mentalization capacity significantly enhance therapists' empathy, providing a foundation for designing educational and professional interventions in mental health settings.

**Keywords:** Empathy, Mentalization, Social Status, Individualism, Collectivism, Therapists

Received: 22 December 2025

Revised: 02 April 2026

Accepted: 09 April 2026

Initial Publish: 29 May 2026

Final Publish: 22 December 2026



**Copyright:** © 2026 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

**How to Cite:** Salmanzadeh, M., Tarimoradi, A., Tahmouresi, N., & Shahani Shalmani, R. (2026). A Structural Model for Predicting Empathy Based on Social Status, Horizontal–Vertical Individualism/Collectivism with the Mediating Role of Mentalization in Mental Health Therapists. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 3(4), 1-17.

# تبیین مدل ساختاری پیش‌بینی همدلی بر اساس منزلت اجتماعی، فردگرایی و جمع‌گرایی افقی-عمودی با میانجی‌گری ذهنی‌سازی در درمانگران حوزه سلامت روان

۱. مریم سلمان زاده<sup>ID</sup>: گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. آرزو تارمرادی<sup>ID\*</sup>: گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. نیلوفر طهمورسی<sup>ID</sup>: گروه روانشناسی سلامت بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. رقیه شاهانی شلمانی<sup>ID</sup>: گروه روانشناسی سلامت بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\*پست الکترونیک نویسنده مسئول: arezo.tarimoradi@kiauo.ac.ir

## چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش بررسی برازش مدل ساختاری پیش‌بینی همدلی بر اساس منزلت اجتماعی و ابعاد فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی با نقش میانجی ذهنی‌سازی در درمانگران حوزه سلامت روان بود. **مواد و روش:** این مطالعه از نوع بنیادی و با روش توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل ۹۹۱ درمانگر عضو سازمان نظام روان‌شناسی تهران بود که ۲۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس همدلی جولیف و فارینگتون، پرسشنامه فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی، پرسشنامه ذهنی‌سازی فوناگی و ابزار محقق‌ساخته منزلت اجتماعی جمع‌آوری و با روش‌های توصیفی و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد منزلت اجتماعی ( $\beta=0.47, p<0.001$ )، فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی ( $\beta=0.45, p<0.001$ ) و ذهنی‌سازی ( $\beta=0.36, p<0.001$ ) اثر مستقیم مثبت و معناداری بر همدلی دارند. همچنین منزلت اجتماعی ( $\beta=0.52, p<0.001$ ) و فردگرایی/جمع‌گرایی ( $\beta=0.58, p<0.001$ ) بر ذهنی‌سازی اثر مثبت داشتند. اثرات غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی نیز معنادار بود ( $B=0.114, p=0.008$ ;  $B=0.128, p=0.021$ ). شاخص‌های برازش نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل بودند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد ترکیب عوامل اجتماعی-فرهنگی با ظرفیت ذهنی‌سازی نقش کلیدی در ارتقای همدلی درمانگران دارد و می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی و حرفه‌ای در حوزه سلامت روان فراهم آورد.

**کلیدواژگان:** همدلی، ذهنی‌سازی، منزلت اجتماعی، فردگرایی، جمع‌گرایی افقی-عمودی، درمانگران

**نحوه استناددهی:** سلمان زاده، مریم، تارمرادی، آرزو، طهمورسی، نیلوفر، و شاهانی شلمانی، رقیه. (۱۴۰۵). تبیین مدل ساختاری پیش‌بینی همدلی بر اساس منزلت اجتماعی، فردگرایی و جمع‌گرایی افقی-عمودی با میانجی‌گری ذهنی‌سازی در درمانگران حوزه سلامت روان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۳(۴)، ۱-۱۷.



تاریخ دریافت: ۱ دی ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۳ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ چاپ اولیه: ۸ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ نهایی: ۱ دی ۱۴۰۵



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

## Extended Abstract

## Introduction

Empathy is widely recognized as one of the most fundamental competencies in psychotherapy, serving as a cornerstone for effective therapeutic alliance, emotional attunement, and successful treatment outcomes. Contemporary research emphasizes that therapist empathy is not merely a dispositional trait but a dynamic, context-sensitive capacity shaped by social, cultural, and psychological factors (Lachance et al., 2024; Nissen-Lie et al., 2023). Empirical evidence has consistently demonstrated that higher levels of therapist empathy are associated with improved patient outcomes, greater engagement, and enhanced therapeutic rapport, whereas diminished empathy can undermine the therapeutic process and even contribute to treatment failure (Diener et al., 2025; Moyers & Miller, 2013). Accordingly, understanding the antecedents and mechanisms underlying empathy in therapists has become a central concern in psychotherapy research.

Recent theoretical developments suggest that empathy should be conceptualized within a broader socio-cultural framework rather than as an isolated psychological construct. Social status, for instance, has been identified as a critical contextual factor influencing empathic processes, as it shapes individuals' access to resources, interpersonal experiences, and social cognition (Hittner & Haase, 2021). Individuals with higher social status may demonstrate greater cognitive flexibility and emotional regulation, thereby facilitating empathic engagement, although hierarchical structures can also attenuate sensitivity toward others under certain conditions (Redding & Cobb, 2023). Parallel to this, cultural orientations such as individualism and collectivism—particularly in their horizontal and vertical dimensions—play a pivotal role in structuring interpersonal behavior and emotional responsiveness. Horizontal collectivism, characterized by equality and mutual interdependence, tends to foster empathic concern, whereas vertical individualism, emphasizing competition

and hierarchy, may constrain empathic responsiveness (Cheng, 2025; Shammout et al., 2022).

In addition to socio-cultural variables, cognitive-affective mechanisms are essential in explaining how empathy develops and operates. Among these, mentalization—the capacity to understand and interpret one's own and others' mental states—has been identified as a foundational process underlying empathic functioning (Søndergaard et al., 2023). Mentalization enables therapists to accurately infer clients' emotions, intentions, and beliefs, thereby enhancing therapeutic responsiveness and relational depth. Studies have shown that therapists with higher mentalization abilities are more effective in forming strong therapeutic alliances and navigating complex interpersonal dynamics (Nissen-Lie et al., 2023; Steindl et al., 2023). Furthermore, emerging research highlights the importance of integrating cultural awareness and relational sensitivity into therapeutic practice, suggesting that empathy is inherently embedded in broader systems of meaning, power, and identity (Domínguez et al., 2025; Levitt & Whelton, 2024).

Despite these advances, there remains a significant gap in the literature regarding the integrative examination of social status, cultural orientations, and mentalization within a unified structural framework. In particular, the mediating role of mentalization in linking socio-cultural variables to empathy has received limited empirical attention. Addressing this gap is crucial for developing comprehensive models that capture the complexity of empathic processes in psychotherapy. Therefore, the present study aims to propose and test a structural model in which empathy is predicted by social status and horizontal-vertical individualism/collectivism, with mentalization serving as a mediating mechanism.

## Methods and Materials

The present study employed a fundamental research design using a descriptive-correlational approach based on structural equation modeling. The statistical population consisted of all mental health therapists affiliated with the

Psychological Association in Tehran, totaling 991 individuals. From this population, a sample of 280 participants was selected using systematic random sampling. The sampling procedure involved selecting every fifth individual from an ordered list to ensure adequate representation of the population.

Data were collected using four standardized instruments: the Basic Empathy Scale, which measures cognitive and affective dimensions of empathy; the Horizontal–Vertical Individualism/Collectivism Questionnaire, which assesses cultural orientations across four dimensions; the Mentalization Questionnaire, which evaluates reflective functioning and the ability to interpret mental states; and a researcher-developed Social Status Questionnaire designed to measure perceived social standing across multiple dimensions. All instruments employed Likert-type response formats and demonstrated acceptable levels of reliability and validity.

Participants completed the questionnaires either online via email or through secure digital platforms. Ethical considerations were strictly observed, including informed consent, voluntary participation, confidentiality of responses, and secure data storage. Data analysis was conducted at both descriptive and inferential levels. Descriptive statistics included means, standard deviations, skewness, and kurtosis indices. Inferential analysis was performed using structural equation modeling to test the hypothesized relationships among variables, including direct and indirect effects.

### Findings

The results indicated that the proposed structural model demonstrated a satisfactory fit to the data, as evidenced by acceptable fit indices. Descriptive analyses confirmed that all variables were normally distributed, allowing for the use of parametric statistical techniques.

Path analysis revealed that social status had a significant positive direct effect on empathy. Similarly, horizontal–vertical individualism/collectivism exerted a significant positive direct effect on empathy. Mentalization also showed

a significant positive direct effect on empathy, indicating that higher levels of mentalization were associated with greater empathic capacity among therapists.

Furthermore, social status and cultural orientations both had significant positive direct effects on mentalization. These findings suggest that therapists with higher perceived social status and more adaptive cultural orientations are more likely to possess stronger mentalization abilities.

The mediation analysis, conducted using bootstrap procedures, demonstrated that mentalization played a significant mediating role in the relationships between social status and empathy, as well as between cultural orientations and empathy. The indirect effects were statistically significant, indicating that the influence of social and cultural variables on empathy is partially transmitted through mentalization processes.

Overall, the findings support the hypothesized model, highlighting the interconnected roles of social status, cultural orientation, and mentalization in shaping empathy among mental health therapists.

### Discussion and Conclusion

The findings of this study provide compelling evidence for a multidimensional understanding of empathy in psychotherapy, emphasizing the interplay between socio-structural, cultural, and cognitive–affective factors. The significant direct effect of social status on empathy suggests that therapists' perceived position within social hierarchies influences their capacity for emotional attunement and interpersonal sensitivity. This relationship may be explained by the role of social status in shaping self-efficacy, access to psychosocial resources, and exposure to diverse interpersonal experiences, all of which contribute to enhanced empathic functioning.

The observed effects of horizontal–vertical individualism/collectivism further underscore the importance of cultural context in empathy development. Cultural orientations that emphasize equality, mutual respect, and relational interdependence appear to facilitate empathic engagement, whereas orientations rooted in

hierarchy and competition may inhibit it. These findings highlight the necessity of incorporating cultural competence into therapist training and practice, as cultural values fundamentally shape the ways in which therapists perceive and respond to clients' experiences.

The central role of mentalization as both a direct predictor and a mediator of empathy represents a key contribution of this study. Mentalization serves as a cognitive-affective bridge that translates socio-cultural influences into empathic responses. By enhancing therapists' ability to interpret mental states, mentalization fosters deeper understanding and more attuned interactions with clients. The mediating effects identified in this study suggest that interventions aimed at strengthening mentalization may have downstream benefits for empathy, particularly in contexts where social or cultural factors may otherwise constrain empathic capacity.

These findings have important implications for clinical training and professional development. Specifically, they suggest that fostering empathy in therapists requires a

holistic approach that addresses not only individual skills but also broader socio-cultural and cognitive dimensions. Training programs should incorporate components that enhance mentalization, promote cultural awareness, and address issues related to social identity and power dynamics. Additionally, organizational environments that support reflective practice and emotional processing may further contribute to the development of empathic competencies.

In conclusion, this study advances the understanding of empathy in psychotherapy by proposing and empirically validating a comprehensive structural model that integrates social status, cultural orientation, and mentalization. The results highlight the complex and interdependent nature of empathic processes and underscore the importance of adopting integrative frameworks in both research and practice. By recognizing the multifaceted determinants of empathy, mental health professionals can better design interventions and training programs that enhance therapeutic effectiveness and ultimately improve client outcomes.

## مقدمه

همدلی به عنوان یکی از بنیادی‌ترین سازه‌های روان‌شناسی اجتماعی و بالینی، نقش محوری در شکل‌گیری روابط بین‌فردی مؤثر، به‌ویژه در بسترهای درمانی، ایفا می‌کند. در حوزه روان‌درمانی، همدلی نه تنها یک ویژگی شخصیتی بلکه یک مهارت حرفه‌ای پیچیده محسوب می‌شود که به درمانگر امکان می‌دهد تجربه‌های درونی مراجع را به درستی درک کرده و پاسخ‌های درمانی مناسب ارائه دهد. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که همدلی درمانگر با پیامدهای درمانی مثبت، از جمله افزایش اتحاد درمانی، بهبود رضایت مراجع و ارتقای اثربخشی مداخلات روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد (Diener et al., 2000; Rubino et al., 2025). در مقابل، فقدان یا سطح پایین همدلی می‌تواند به اختلال در فرآیند درمان، کاهش اعتماد مراجع و حتی ترک درمان منجر شود، به گونه‌ای که برخی پژوهشگران از «سمی بودن همدلی پایین» در فرآیند درمان سخن گفته‌اند (Moyers & Miller, 2013). از این رو، درک عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و تقویت همدلی در درمانگران، یکی از اولویت‌های اساسی پژوهش‌های معاصر در روان‌درمانی به شمار می‌رود.

با وجود اهمیت همدلی، این سازه را نمی‌توان به صورت یک ویژگی ایستا و صرفاً فردی در نظر گرفت، بلکه باید آن را در بسترهای اجتماعی، فرهنگی و حرفه‌ای تحلیل کرد. در این راستا، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که همدلی تحت تأثیر متغیرهای زمینه‌ای نظیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ساختارهای قدرت و ارزش‌های فرهنگی قرار دارد (Hittner & Haase, 2021; Redding & Cobb, 2023). منزلت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد مهم ساختار اجتماعی، می‌تواند بر نحوه ادراک فرد از خود و دیگران، میزان حساسیت نسبت به هیجانات دیگران و در نهایت سطح همدلی تأثیرگذار باشد. افرادی که از منزلت اجتماعی بالاتری برخوردارند، اغلب به منابع روان‌شناختی و اجتماعی بیشتری دسترسی دارند که می‌تواند ظرفیت آن‌ها

برای پردازش هیجانات و تعاملات بین‌فردی را افزایش دهد، هرچند این رابطه همواره خطی و ساده نیست و می‌تواند تحت تأثیر عوامل تعدیل‌کننده قرار گیرد (Hittner & Haase, 2021). در همین راستا، برخی مطالعات نشان داده‌اند که ساختارهای سلسله‌مراتبی و نابرابری‌های اجتماعی ممکن است در برخی شرایط به کاهش حساسیت همدلانه منجر شوند، به‌ویژه زمانی که فاصله اجتماعی میان افراد افزایش می‌یابد.

از سوی دیگر، ارزش‌ها و جهت‌گیری‌های فرهنگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری الگوهای همدلی دارند. مفهوم فردگرایی و جمع‌گرایی، به‌ویژه در قالب ابعاد افقی و عمودی، چارچوبی نظری برای تحلیل تفاوت‌های فرهنگی در تعاملات اجتماعی فراهم می‌آورد. فردگرایی افقی بر استقلال فردی همراه با برابری تأکید دارد، در حالی که فردگرایی عمودی با رقابت و سلسله‌مراتب همراه است؛ در مقابل، جمع‌گرایی افقی بر همکاری و همبستگی مبتنی بر برابری تأکید می‌کند و جمع‌گرایی عمودی با اطاعت از ساختارهای سلسله‌مراتبی و فداکاری برای گروه تعریف می‌شود (Cheng, 2025; Shammout et al., 2022). این تمایزات فرهنگی می‌توانند به‌طور مستقیم بر نحوه درک و پاسخ‌دهی افراد به هیجانات دیگران تأثیر بگذارند. برای مثال، فرهنگ‌های جمع‌گرا معمولاً زمینه مساعدتری برای بروز رفتارهای همدلانه فراهم می‌کنند، در حالی که برخی اشکال فردگرایی، به‌ویژه نوع عمودی آن، ممکن است با کاهش توجه به نیازهای دیگران همراه باشد (Park & Peteet, 2023).

در سال‌های اخیر، توجه به تعامل میان فرهنگ و فرآیندهای درمانی افزایش یافته است و پژوهشگران بر این باورند که شایستگی فرهنگی درمانگران نقش مهمی در اثربخشی درمان ایفا می‌کند. در این راستا، رویکردهای ضدسرکوبگر و چندفرهنگی در روان‌درمانی بر اهمیت درک زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مراجعان و درمانگران تأکید دارند (Chang et al., 2023).

ذهنی سازی نه تنها موضوعات نظری بلکه حوزه‌هایی کاربردی برای توسعه حرفه‌ای در روان درمانی هستند.

از منظر بالینی، همدلی در تعامل با سایر ویژگی‌های درمانگر، مانند سبک پاسخ‌دهی، نگرش حرفه‌ای و توانایی مدیریت موقعیت‌های چالش برانگیز، معنا پیدا می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که تجربه درمانگران از موقعیت‌های دشوار، از جمله شکست‌های درمانی یا مواجهه با هیجانات شدید مراجع، می‌تواند به

رشد حرفه‌ای و تعمیق همدلی منجر شود (Lindegard et al., 2024; Stiegler et al., 2024). با این حال، در صورت فقدان حمایت و آموزش مناسب، این موقعیت‌ها می‌توانند به کاهش کارآمدی درمانگر و افت کیفیت خدمات منجر شوند (Lindegard et al., 2025). بنابراین، درک تعامل میان عوامل فردی، اجتماعی و حرفه‌ای در شکل‌گیری همدلی، برای طراحی مداخلات آموزشی و حمایتی ضروری است.

در کنار این عوامل، برخی ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی نیز می‌توانند بر همدلی تأثیرگذار باشند. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که صفاتی مانند خودشیفتگی می‌توانند با کاهش همدلی همراه باشند (Baskin et al., 2014). همچنین، پدیده‌هایی مانند الکسی تیمیا (ناتوانی در شناسایی و بیان هیجانات) می‌توانند کیفیت زندگی حرفه‌ای درمانگران را تحت تأثیر قرار دهند و به کاهش توانایی همدلانه منجر شوند (Franco et al., 2020). از سوی دیگر، عوامل شناختی و هویتی، مانند خودابژه‌سازی و انسان‌زدایی از خود، می‌توانند درک هیجانات و حالات ذهنی را مختل کنند (Bernardo et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که همدلی حاصل

تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی، شناختی و اجتماعی است.

همچنین، پژوهش‌های اخیر بر ضرورت بازاندیشی در مفهوم همدلی و حرکت به سوی رویکردهای تعاملی‌تر و افقی‌تر تأکید دارند. برخی نظریه‌پردازان معتقدند که پژوهش‌های سنتی همدلی بیش از حد بر جنبه‌های

این دیدگاه‌ها نشان می‌دهند که (al., 2023; Domínguez et al., 2025). همدلی نه تنها یک مهارت فردی بلکه یک پدیده رابطه‌ای و فرهنگی است که در بستر تعاملات قدرت و هویت شکل می‌گیرد. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارزش‌های جامعه‌شناختی عمیق، مانند نگرش‌های سیاسی و فرهنگی، می‌توانند به‌طور غیرمستقیم بر نحوه تعامل درمانگر با مراجع تأثیر بگذارند (Redding & Cobb, 2023).

در کنار عوامل اجتماعی و فرهنگی، فرآیندهای شناختی-هیجانی نیز نقش کلیدی در همدلی دارند. یکی از مهم‌ترین این فرآیندها، ذهنی سازی است که به توانایی فرد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران اشاره دارد. ذهنی سازی به‌عنوان زیربنای شناختی همدلی، امکان تفسیر دقیق‌تر هیجانات، افکار و نیت‌های دیگران را فراهم می‌کند و در نتیجه به پاسخ‌های همدلانه‌تر منجر می‌شود (Søndergaard et al., 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمانگرانی که از سطح بالاتری از ذهنی سازی برخوردارند، در ایجاد اتحاد درمانی قوی‌تر و مدیریت بهتر روابط درمانی موفق‌تر هستند (Nissen-Lie et al., 2023). علاوه بر این، ذهنی سازی می‌تواند نقش حفاظتی در برابر فرسودگی شغلی و خستگی شفقت ایفا کند، چرا که به درمانگر کمک می‌کند مرزهای سالم‌تری میان خود و مراجع حفظ کند (Steindl et al., 2023).

در همین راستا، برخی پژوهش‌ها بر اهمیت آموزش و توسعه مهارت‌های ذهنی سازی در برنامه‌های تربیت درمانگران تأکید کرده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که رشد این مهارت می‌تواند به بهبود پاسخ‌دهی درمانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و ارتقای کیفیت تعاملات بین فردی منجر شود (Hunt et al., 2024). همچنین، پیشرفت‌های فناورانه، از جمله استفاده از هوش مصنوعی برای سنجش مهارت‌های درمانگران، نشان‌دهنده اهمیت فزاینده ارزیابی دقیق این قابلیت‌ها در محیط‌های حرفه‌ای است (Aafjes-van Doorn et al., 2025). این تحولات بیانگر آن است که همدلی و

فردی تأکید داشته و از در نظر گرفتن ماهیت رابطه‌ای و متقابل آن غفلت کرده‌اند (Avram, 2023). در این دیدگاه، همدلی به‌عنوان یک فرآیند مشترک و پویا در تعامل میان افراد شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را صرفاً به ویژگی‌های درونی فرد نسبت داد. این رویکرد با تأکید بر برابری و تعامل دوسویه، به‌ویژه در زمینه‌های درمانی، اهمیت بیشتری می‌یابد.

در مجموع، مرور ادبیات نشان می‌دهد که همدلی درمانگران تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل چندسطحی قرار دارد که شامل متغیرهای اجتماعی (مانند منزلت اجتماعی)، فرهنگی (مانند فردگرایی و جمع‌گرایی افقی-عمودی) و شناختی-هیجانی (مانند ذهنی‌سازی) است. با این حال، هنوز خلأهای پژوهشی مهمی در زمینه بررسی همزمان این عوامل و نحوه تعامل آن‌ها وجود دارد. به‌ویژه، نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه میان عوامل اجتماعی-فرهنگی و همدلی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است، در حالی که می‌تواند کلید درک بهتر سازوکارهای زیربنایی همدلی در درمانگران باشد. علاوه بر این، با توجه به تغییرات سریع در زمینه‌های فرهنگی، فناوری و حرفه‌ای، نیاز به مدل‌های یکپارچه‌ای که بتوانند این پیچیدگی‌ها را تبیین کنند، بیش از پیش احساس می‌شود (Bolton, 2023; Cwinn et al., 2023; Davi et al., 2024; Jung & Kim, 2023; Levitt & Whelton, 2024; Whittenbury & Ward, 2023).

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل ساختاری پیش‌بینی همدلی بر اساس منزلت اجتماعی و ابعاد فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی با نقش میانجی ذهنی‌سازی در درمانگران حوزه سلامت روان انجام شده است.

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادین و به لحاظ روش، از نوع پژوهش‌های توصیفی و همبستگی و مبتنی بر روش معادلات ساختاری است. در این پژوهش متغیر همدلی به عنوان ملاک، منزلت اجتماعی

و جمع‌گرایی و فردگرایی افقی-عمودی به عنوان متغیر پیش‌بین و توانایی ذهنی‌سازی نقش میانجی را خواهد داشت. جامعه آماری این پژوهش تمامی درمانگران حوزه سلامت روان در شهر تهران هستند. در همین راستا، پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذیربط در معاونت پژوهشی دانشگاه، امکان دسترسی به لیست درمانگران دارای پروانه نظام روانشناسی یا عضو آن سازمان که لیستش در سایت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره آمده است، مراجعه شد. جامعه کلیه درمانگران عضو سازمان نظام روانشناسی شاغل در تهران است که ۹۹۱ نفر می‌باشد. حجم نمونه بر حسب جدول مورگان و کرجسی ۲۸۰ نفر انتخاب شد که به روش تصادفی نظامدار انتخاب شدند. در این روش، ابتدا لیست تمامی اعضای جامعه آماری بدست آمد. سپس، از میان این لیست، نمونه‌ها به‌طور تصادفی انتخاب شدند اما با یک ترتیب خاص (انتخاب هر ۵۵ فرد از لیست). این انتخاب به گونه‌ای انجام شد که به نمایندگی صحیح از جامعه آماری رسید.

ابزار پژوهش حاضر شامل مقیاس همدلی اساسی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) در ۲۰ گویه و دو زیرمقیاس همدلی عاطفی و همدلی شناختی تهیه شده است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) انجام می‌گیرد. در مطالعات سازندگان بررسی روایی به روش تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس دارای دو بعد ذکر شده ۵۸/۴ از واریانس کل را تبیین می‌کند و ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل گویه‌ها ۰/۸۹ دست آمد. در ایران، نوروزی (۱۳۸۹) برای تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی استفاده و وجود دو عامل را تأیید کرد و به‌منظور محاسبه اعتبار این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس همدلی برابر با ۰/۸۴ و برای شناختی و عاطفی، به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمد. پرسشنامه منزلت اجتماعی که دارای ۱۸ سوال است و بر اساس مبانی نظری مربوط به

منزلت اجتماعی، دارای ۳ مؤلفه اصلی است: ادراک از احترام اجتماعی (گویه‌های ۱ تا ۶)، میزان مشارکت اجتماعی و دیده شدن (گویه‌های ۷ تا ۱۲) و احساس ارزشمندی و جایگاه فردی (گویه‌های ۱۳ تا ۱۸). مقیاس پاسخ‌دهی به صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم، می‌باشد. به هر پاسخ، نمره‌ای بین ۱ تا ۵ اختصاص داده می‌شود. برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (گویه‌های ۳، ۷، ۱۴). نمره کل منزلت اجتماعی از مجموع نمرات ۱۸ گویه به دست می‌آید. دامنه نمره کل: ۱۸ تا ۹۰ می‌باشد. نمره پایین: احساس کم‌منزلی، نمره متوسط: منزلت اجتماعی متوسط و نمره بالا: ادراک بالا از منزلت اجتماعی.

پرسشنامه جمع‌گرایی و فردگرایی افقی-عمودی (سیوآداس، بروولد و نلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) تهیه شده است که دارای ۱۴ گویه بوده و ۴ بعد جمع‌گرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی، فردگرایی افقی و فردگرایی عمودی را بررسی می‌کند. این گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. به منظور تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده و این ضریب را برای خرده‌مقیاس‌های فردگرایی عمودی، جمع‌گرایی افقی، جمع‌گرایی عمودی، فردگرایی افقی به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۶۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کورش نیا (۱۳۹۰) به منظور بررسی پایایی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ در مورد خرده‌مقیاس فردگرایی عمودی ۰/۷۰، در مورد خرده‌مقیاس جمع‌گرایی افقی ۰/۶۱، در مورد خرده‌مقیاس جمع‌گرایی عمودی ۰/۶۰ و در مورد خرده‌مقیاس فردگرایی افقی ۰/۴۰ به دست آمد. ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی نیز به ترتیب فوق ۰/۵۰، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۷۰ بود که جهت بررسی ۳۰ نفر از دانشجویان به فاصله ۴۰ روز مورد آزمون و بازآزمون قرار گرفتند. پرسشنامه ذهنی‌سازی که توسط فوناگی<sup>۲</sup>

(۲۰۱۸) در قالب ۱۴ گویه ساخته شده است که دارای دو بعد عامل اطمینان و عدم اطمینان می‌باشد. آنها ثبات درونی برای مؤلفه‌های اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را نیز با روش آزمون بازآزمون با فاصله سه هفته برای مؤلفه عدم اطمینان ۰/۸۴ و برای مؤلفه اطمینان، ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران نیز دروگر، فتحی آشتیانی و اشرفی (۱۳۹۹) تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که الگوی دو عاملی پرسشنامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار است. آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ بوده است.

برای جلب مشارکت آزمودنی‌ها در این تحقیق، پس از دریافت مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط در معاونت پژوهشی دانشگاه، لیست درمانگران دارای پروانه نظام روان‌شناسی و مشاوره از سایت سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره تهیه شد. سپس از این لیست، نمونه‌ای به صورت تصادفی انتخاب خواهد شد. از درمانگران خواسته شد تا به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کنند. این افراد پرسشنامه‌های پژوهش را به دو روش برخط (آنلاین) از طریق ایمیل پر کردند. برای حفظ اسرار و حریم خصوصی، تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان در تحقیق کاملاً محرمانه باقی ماند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، هیچ‌گونه شناسایی شخصی از پاسخ‌دهندگان در تحلیل‌ها گنجانده نشد. علاوه بر این، هر فرد مشارکت‌کننده پیش از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، به‌طور کامل از اهداف پژوهش، نحوه استفاده از داده‌ها، و تضمین حفظ محرمانگی اطلاعات مطلع شد. در نهایت، تمامی اطلاعات شخصی و پاسخ‌های ارائه‌شده در محیط امن نگهداری شد و تنها محققان مربوطه به آن دسترسی دارند. پیش از شروع به پر کردن پرسشنامه‌ها، درمانگران از طریق ایمیل به‌طور کامل از اهداف پژوهش، فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، نحوه استفاده از داده‌ها، و اطمینان

<sup>1</sup> Sivadas, Bruvold & Nelson

<sup>2</sup> Fonagy

از محرمانگی و حفظ حریم خصوصی اطلاعات مطلع شدند. در ایمیل، اطلاعاتی در مورد اهداف تحقیق و تأثیر آن بر بهبود روابط درمانی و نتایج حوزه سلامت روان نیز بیان شد. درمانگران در ایمیلی که حاوی لینک به پرسشنامه است، به فرم رضایت آگاهانه دسترسی داشتند. این فرم شامل توضیحاتی بود که در آن درمانگر تأکید می‌کند که شرکت در تحقیق کاملاً داوطلبانه است، او می‌تواند در هر زمان از شرکت در تحقیق خودداری کند بدون آن که مشکلی پیش آید، و تمامی داده‌های جمع‌آوری‌شده محرمانه باقی خواهد ماند. در فرم رضایت آگاهانه تأکید شد که تمام اطلاعات شخصی و داده‌های مربوط به پاسخ‌ها در محیطی امن ذخیره خواهد شد و تنها محققان دسترسی به آن خواهند داشت. درمانگران پس از مطالعه فرم رضایت آگاهانه و دریافت اطلاعات کامل، باید رضایت خود را به‌صورت الکترونیکی (از طریق کلیک بر روی گزینه "تأیید" یا "رضایت خود را اعلام می‌کنم") ثبت کردند تا به مرحله پر کردن پرسشنامه‌ها ادامه دهند. این تأیید رضایت آگاهانه در سامانه به‌صورت الکترونیکی ثبت شد تا بتوان به‌راحتی آن را پیگیری کرد. در این پژوهش، تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد؛ به‌گونه‌ای که در سطح توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار،

کجی و کشیدگی برای بررسی ویژگی‌های توزیعی متغیرها استفاده گردید تا پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها ارزیابی شود. در سطح استنباطی، به‌منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش و بررسی روابط بین متغیرها، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) بهره گرفته شد که شامل تحلیل مسیر برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بود. همچنین برای آزمون نقش میانجی ذهنی‌سازی، از روش بوت‌استرپ با تعداد ۲۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد و سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد تا معناداری اثرات غیرمستقیم به‌طور دقیق ارزیابی گردد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و AMOS انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

نتایج جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که ۱۰۹ نفر (۳۸/۹ درصد) از شرکت کنندگان در طبقه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۳۸ نفر (۴۹/۳ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال، ۳۳ نفر (۱۱/۸ درصد) ۵۱ تا ۶۰ سال داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب ۴۱/۹۵ و ۸/۰۲ سال بود.

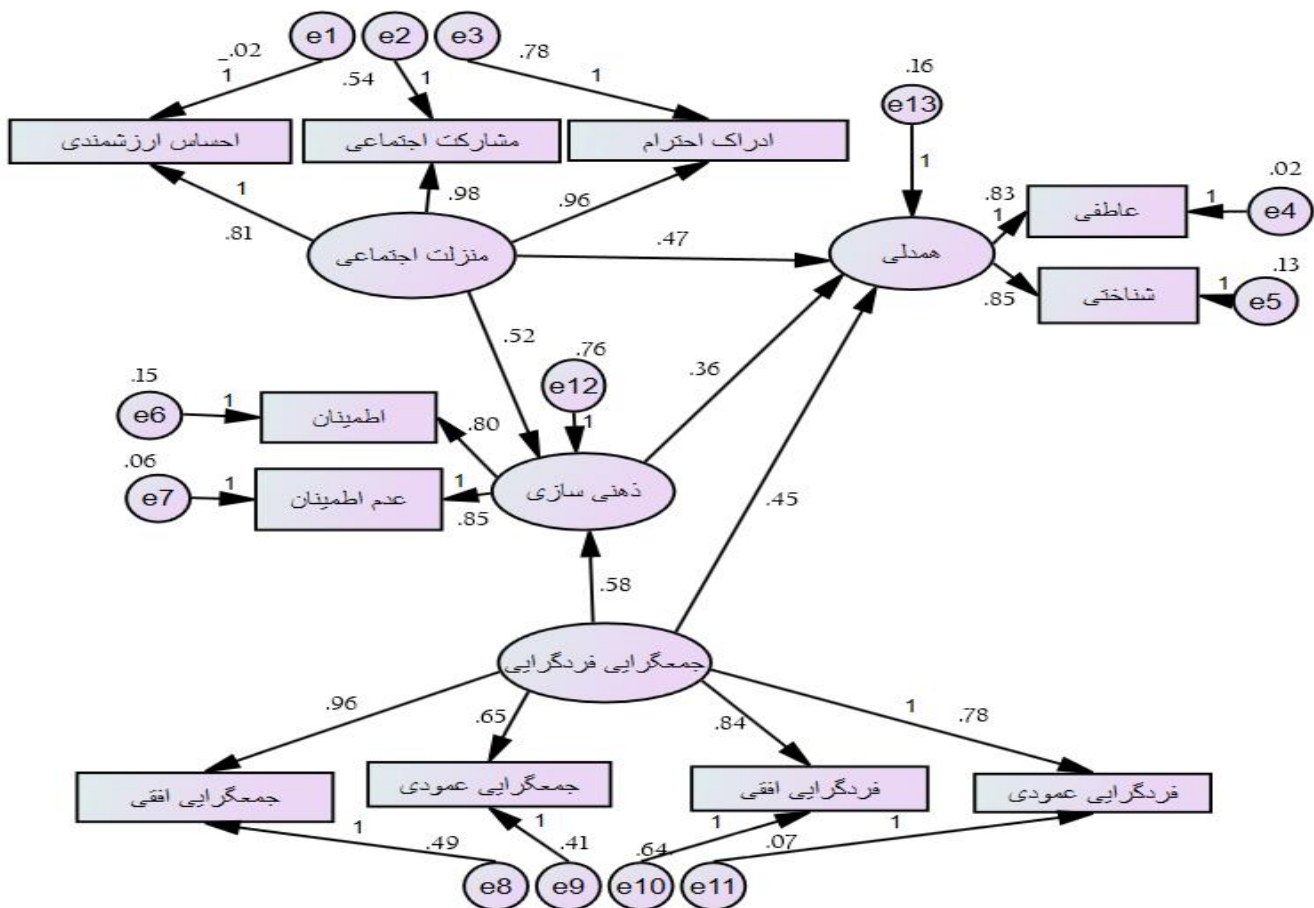
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها                      | میانگین | انحراف معیار | کجی    | کشیدگی | آلفای کرونباخ |
|------------------------------|---------|--------------|--------|--------|---------------|
| همدلی عاطفی                  | ۳۰/۵۵   | ۶/۴۱         | ۰/۱۶۵  | ۰/۶۶۵  | ۰/۸۱          |
| همدلی شناختی                 | ۲۴/۹۸   | ۵/۲۴         | ۰/۱۶۴  | ۰/۷۰۰  | ۰/۷۸          |
| نمره کل همدلی                | ۵۵/۵۳   | ۱۱/۶۵        | ۰/۱۶۵  | ۰/۶۸۳  | ۰/۸۵          |
| ادراک از احترام اجتماعی      | ۱۸/۱۷   | ۴/۳۹         | ۲۹۴/۰- | ۲۲۸/۰- | ۰/۷۴          |
| میزان مشارکت اجتماعی         | ۱۹/۰۳   | ۴/۴۵         | ۱۲۴/۰- | ۳۴۸/۰- | ۰/۷۱          |
| احساس ارزشمندی               | ۱۸/۸۰   | ۴/۴۷         | ۱۹۸/۰- | ۲۷۸/۰- | ۰/۷۶          |
| نمره کل منزلت اجتماعی        | ۵۶/۰۲   | ۱۳/۲۲        | ۲۲۲/۰- | ۳۱۳/۰- | ۰/۸۳          |
| جمع‌گرایی افقی               | ۱۱/۷۵   | ۳/۵۶         | ۰/۰۱۶  | -۰/۴۲۹ | ۰/۶۸          |
| جمع‌گرایی عمودی              | ۱۹/۲۴   | ۶/۰۳         | ۰/۰۳۲  | -۰/۳۵۱ | ۰/۷۰          |
| فردگرایی افقی                | ۱۱/۴۳   | ۳/۷۳         | ۰/۰۵۴  | -۰/۲۶۳ | ۰/۶۹          |
| فردگرایی عمودی               | ۱۱/۵۴   | ۳/۶۴         | ۰/۰۸۷  | -۰/۳۵۳ | ۰/۶۷          |
| نمره کل جمع‌گرایی و فردگرایی | ۵۳/۹۶   | ۱۶/۸۲        | ۰/۰۴۴  | -۰/۳۸۲ | ۰/۸۰          |
| اطمینان                      | ۳۴/۲۵   | ۱۰/۱۶        | -۰/۰۲۰ | -۰/۰۴۸ | ۰/۷۹          |
| عدم اطمینان                  | ۱۹/۰۳   | ۵/۶۶         | -۰/۰۳۴ | -۰/۰۲۲ | ۰/۷۵          |
| نمره کل ذهنی‌سازی            | ۵۳/۲۸   | ۱۵/۸۲        | -۰/۰۲۵ | -۰/۰۳۸ | ۰/۸۴          |

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ همه مؤلفه‌ها نزدیک به یا بالاتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌های پرسشنامه‌هایی است که در این پژوهش به کار گرفته شده‌اند. به علاوه جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره کل همدلی به ترتیب برابر است با ۵۵/۵۳ و ۱۱/۶۵، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل منزلت اجتماعی به ترتیب برابر است با ۵۶/۰۲ و ۱۳/۲۲، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل جمع‌گرایی و فردگرایی افقی عمودی به ترتیب برابر است با ۵۳/۹۶ و ۱۶/۸۲ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمره کل ذهنی‌سازی به

ترتیب برابر است ۵۳/۲۸ و ۱۵/۸۲. همچنین این جدول نشان‌دهنده نتایج به‌دست آمده جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد که به‌همین منظور از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد. نظر به این‌که در حالت کلی چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۳، -۳) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برای توزیع نمرات تمامی متغیرها تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد. در این شکل مسیرهای معنی‌دار نشان داده شده‌اند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ همه مؤلفه‌ها نزدیک به یا بالاتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌های پرسشنامه‌هایی است که در این پژوهش به کار گرفته شده‌اند. به علاوه جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره کل همدلی به ترتیب برابر است با ۵۵/۵۳ و ۱۱/۶۵، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل منزلت اجتماعی به ترتیب برابر است با ۵۶/۰۲ و ۱۳/۲۲، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل جمع‌گرایی و فردگرایی افقی عمودی به ترتیب برابر است با ۵۳/۹۶ و ۱۶/۸۲ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمره کل ذهنی‌سازی به



شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش به همراه ضرایب مسیر استاندارد شده

## دوره سوم، شماره چهارم

جدول ۲. ضرایب مسیر اثرات مستقیم متغیرهای مکنون و معنی داری پارامترهای برآورد شده

| متغیر مستقل        | متغیر وابسته | ضریب Beta | ضریب B | خطا   | ارزش t | معناداری |
|--------------------|--------------|-----------|--------|-------|--------|----------|
| منزلت اجتماعی      | همدلی        | ۰/۴۷      | ۰/۳۶۵  | ۰/۰۲۵ | ۱۴/۶۰  | ۰/۰۰۱    |
| جمع گرایی/فردگرایی | همدلی        | ۰/۴۵      | ۰/۳۴۲  | ۰/۰۲۸ | ۱۲/۲۱  | ۰/۰۰۱    |
| ذهنی سازی          | همدلی        | ۰/۳۶      | ۰/۲۷۵  | ۰/۰۲۴ | ۱۱/۴۶  | ۰/۰۰۱    |
| منزلت اجتماعی      | ذهنی سازی    | ۰/۵۲      | ۰/۴۱۵  | ۰/۰۲۷ | ۱۵/۳۷  | ۰/۰۰۱    |
| جمع گرایی/فردگرایی | ذهنی سازی    | ۰/۵۸      | ۰/۴۶۸  | ۰/۰۳۰ | ۱۵/۶۰  | ۰/۰۰۱    |

(\*\*) معنا داری در سطح ۰/۰۱ و (\*\*\*) معنا داری در سطح ۰/۰۵

با ضریب استاندارد بتا ( $\beta = ۰/۳۶$ ) بر روی همدلی درمانگران حوزه سلامت روان، معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر افزایش ذهنی سازی درمانگران بر افزایش همدلی آنان موثر بوده است. همچنین اثر مستقیم منزلت اجتماعی بطور مثبت با ضریب استاندارد بتا ( $\beta = -۰/۵۲$ ) بر روی ذهنی سازی درمانگران حوزه سلامت روان، معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر افزایش منزلت اجتماعی درمانگران بر افزایش ذهنی سازی آنان موثر بوده است. همچنین جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی بطور مثبت با ضریب استاندارد بتا ( $\beta = -۰/۵۸$ ) بر روی ذهنی سازی درمانگران، معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر افزایش جمع گرایی فردگرایی افقی عمودی بر افزایش ذهنی سازی آنان موثر بوده است.

در ادامه جدول ۳ اثر میانجی متغیر ذهنی سازی را بین منزلت اجتماعی و جمع گرایی فردگرایی افقی عمودی و همدلی در درمانگران حوزه سلامت روان از طریق روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه گیری و با فاصله اطمینان ۹۵ درصد را گزارش می کند.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن ها به متغیر وابسته دارای مقدار t بزرگتر از ۹۶ است یا سطح معنی داری آنها کمتر از ۰/۰۵ است تاثیر معنی داری بر متغیر وابسته دارند. شاخص های برآورد رگرسیون اثر مستقیم منزلت اجتماعی بر همدلی و اثر مستقیم جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی همدلی و اثر مستقیم ذهنی سازی بر همدلی، اثر مستقیم منزلت اجتماعی بر ذهنی سازی و اثر مستقیم جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی بر ذهنی سازی درمانگران حوزه سلامت روان است. جدول فوق نشان می دهد اثر مستقیم منزلت اجتماعی بطور مثبت با ضریب استاندارد بتا ( $\beta = ۰/۴۷$ ) بر روی همدلی درمانگران حوزه سلامت روان، معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر افزایش منزلت اجتماعی درمانگران بر افزایش همدلی آنان موثر بوده است. همچنین اثر مستقیم جمع گرایی فردگرایی افقی عمودی بطور مثبت با ضریب استاندارد بتا ( $\beta = -۰/۴۵$ ) بر همدلی درمانگران حوزه سلامت روان، معنادار است ( $P = ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر افزایش جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی بر افزایش همدلی آنان موثر بوده است. همچنین اثر مستقیم ذهنی سازی بطور مثبت و مستقیم

جدول ۳. نتایج آزمون بوت استرپ برای تعیین اثر غیرمستقیم منزلت اجتماعی و جمع گرایی فردگرایی افقی عمودی از طریق ذهنی سازی در درمانگران

### حوزه سلامت روان

| متغیر مستقل        | متغیر میانجی | متغیر وابسته | نمونه مجدد | خطای برآورد | حدود بوت استرپ | ضریب B  | معناداری P.Value |
|--------------------|--------------|--------------|------------|-------------|----------------|---------|------------------|
|                    |              |              |            |             | حد پایین       | حد بالا |                  |
| منزلت اجتماعی      | ذهنی سازی    | همدلی        | ۲۰۰۰       | ۰/۰۴۲       | ۰/۰۳۵          | ۰/۲۱۰   | ۰/۱۱۴            |
| جمع گرایی/فردگرایی | ذهنی سازی    | همدلی        | ۲۰۰۰       | ۰/۰۵۱       | ۰/۰۴۰          | ۰/۲۲۵   | ۰/۰۲۱            |

(\*\*) معنا داری در سطح ۰/۰۱ و (\*\*\*) معنا داری در سطح ۰/۰۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین منزلت اجتماعی با همدلی درمانگران حوزه سلامت روان، بطور مثبت با ضریب  $B = 0.114$  در سطح آلفای یک صدم ( $P = 0.008$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، ذهنی سازی نقش میانجی در رابطه بین منزلت اجتماعی با همدلی درمانگران حوزه سلامت روان دارد. به بیان دیگر منزلت اجتماعی از طریق ذهنی سازی بر همدلی درمانگران حوزه سلامت روان اثر غیر مستقیم دارد. از نظر دیگر می‌توان گفت ذهنی سازی درمانگران حوزه سلامت روان سبب افزایش تاثیرات منزلت اجتماعی بر همدلی آنان می‌شود. همچنین نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین جمع گرایی و فردگرایی با همدلی درمانگران حوزه سلامت روان، بطور مثبت با ضریب  $B = 0.128$  در سطح آلفای پنج صدم ( $P = 0.021$ ) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، ذهنی سازی نقش میانجی در رابطه بین جمع گرایی و فرد گرایی افقی عمودی با همدلی درمانگران حوزه سلامت روان دارد. به بیان دیگر جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی از طریق ذهنی سازی بر همدلی درمانگران حوزه سلامت روان اثر غیر مستقیم دارد. از نظر دیگر می‌توان گفت ذهنی سازی درمانگران حوزه سلامت روان سبب افزایش تاثیرات جمع گرایی و فردگرایی افقی عمودی بر همدلی آنان می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدل ساختاری پیش‌بینی همدلی بر اساس منزلت اجتماعی و ابعاد فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی با نقش میانجی ذهنی‌سازی در درمانگران حوزه سلامت روان از برازش مطلوبی برخوردار است و تمامی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی معنادار بودند. به طور خاص، نتایج نشان داد که منزلت اجتماعی، جهت‌گیری‌های فرهنگی (فردگرایی/جمع‌گرایی افقی-عمودی) و ذهنی‌سازی به طور مستقیم بر همدلی درمانگران اثر مثبت دارند و علاوه بر آن، ذهنی‌سازی نقش میانجی معناداری در رابطه میان این متغیرها و همدلی ایفا می‌کند. این یافته‌ها از منظر

نظری، اهمیت رویکردهای چندسطحی در تبیین همدلی را برجسته می‌سازد و نشان می‌دهد که همدلی نه صرفاً یک ویژگی فردی بلکه حاصل تعامل پیچیده میان عوامل اجتماعی، فرهنگی و شناختی-هیجانی است. در تبیین رابطه مثبت میان منزلت اجتماعی و همدلی، می‌توان به این نکته اشاره کرد که منزلت اجتماعی بالاتر معمولاً با دسترسی بیشتر به منابع روانی، احساس کنترل و امنیت روان‌شناختی همراه است که این عوامل می‌توانند ظرفیت فرد برای توجه به دیگران و پردازش هیجانات آن‌ها را افزایش دهند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌تواند رابطه میان دقت همدلانه و بهزیستی را تعدیل کند، همسو است (Hittner & Haase, 2021). همچنین، ساختارهای اجتماعی که امکان تجربه تعاملات مثبت و متوازن را فراهم می‌کنند، می‌توانند به ارتقای مهارت‌های بین‌فردی از جمله همدلی منجر شوند. با این حال، باید توجه داشت که این رابطه ممکن است در شرایط خاصی معکوس شود، به‌ویژه زمانی که فاصله اجتماعی یا ساختارهای قدرت نابرابر موجب کاهش حساسیت نسبت به دیگران گردد؛ موضوعی که در ادبیات مرتبط با فرهنگ و قدرت نیز مورد تأکید قرار گرفته است (Redding & Cobb, 2023).

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که ابعاد فردگرایی و جمع‌گرایی افقی-عمودی به‌طور معناداری همدلی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته قابل تبیین در چارچوب نظریه‌های فرهنگی است که بر نقش ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی در شکل‌دهی به رفتارهای بین‌فردی تأکید دارند. به‌ویژه، جهت‌گیری‌های جمع‌گرایانه افقی که بر برابری، همکاری و توجه به دیگران تأکید دارند، می‌توانند زمینه مساعدتری برای بروز رفتارهای همدلانه فراهم کنند، در حالی که فردگرایی عمودی که با رقابت و سلسله‌مراتب همراه است، ممکن است توجه به دیگران را کاهش دهد. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند فردگرایی عمودی می‌تواند ظرفیت آرامش و تنظیم هیجانی را تضعیف

نشان می‌دهد که تمرکز بر توسعه مهارت‌های ذهنی‌سازی می‌تواند راهبردی مؤثر برای ارتقای همدلی در درمانگران باشد (Levitt et al., 2022). همچنین، این یافته‌ها با مطالعاتی که بر اهمیت پاسخ‌دهی درمانگر و توجه به تجربه مراجع تأکید دارند، هم‌راستا است (Levitt et al., 2022).

در تبیین کلی نتایج، می‌توان گفت که همدلی درمانگران نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل چندسطحی است که شامل ویژگی‌های فردی، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و فرآیندهای شناختی-هیجانی می‌شود. این یافته با رویکردهای نوین در روان‌درمانی که بر ماهیت رابطه‌ای و زمینه‌مند همدلی تأکید دارند، همسو است (Avram, 2023). همچنین، نتایج این پژوهش با مطالعاتی که بر اهمیت عوامل درمانگر در نتایج درمانی تأکید دارند، هم‌راستا است و نشان می‌دهد که ویژگی‌هایی مانند همدلی و ذهنی‌سازی نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت درمان دارند (Nissen-Lie et al., 2023). علاوه بر این، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نگرش‌ها و مهارت‌های درمانگر می‌توانند از طریق آموزش و تجربه بهبود یابند، که این امر اهمیت مداخلات آموزشی هدفمند را برجسته می‌سازد (Hunt et al., 2024).

از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که به بررسی چالش‌های حرفه‌ای درمانگران پرداخته‌اند نیز همخوانی دارد. برای مثال، تجربه موقعیت‌های دشوار درمانی می‌تواند به رشد حرفه‌ای و افزایش همدلی منجر شود، مشروط بر آنکه درمانگر از حمایت و آموزش کافی برخوردار باشد (Lindegaard et al., 2024; Stiegler et al., 2024). در غیر این صورت، این شرایط می‌تواند به کاهش کارآمدی و افت کیفیت خدمات منجر شود (Lindegaard et al., 2025). همچنین، نقش نگرش درمانگر و کیفیت حضور او در فرآیند درمان به‌عنوان عاملی کلیدی در ایجاد رابطه درمانی مؤثر مورد تأکید قرار گرفته است (Fischman, 2025). در این میان، توجه به ابعاد اخلاقی و فرهنگی درمان نیز اهمیت دارد، به‌ویژه در زمینه‌هایی مانند کار

کند، همسو است (Cheng, 2025). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری سبک‌های تعامل درمانی و کیفیت رابطه درمانی دارند (Park & Peteet, 2023; Shammout et al., 2022). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که زمینه فرهنگی درمانگر نه تنها بر نگرش‌های او بلکه بر نحوه درک و پاسخ‌دهی به هیجانات مراجع نیز تأثیرگذار است.

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر، نقش مستقیم و معنادار ذهنی‌سازی در پیش‌بینی همدلی بود. این نتیجه با چارچوب‌های نظری که ذهنی‌سازی را زیربنای شناختی همدلی می‌دانند، همخوانی دارد. ذهنی‌سازی به فرد امکان می‌دهد حالات ذهنی خود و دیگران را تفسیر کرده و در نتیجه پاسخ‌های همدلانه‌تری ارائه دهد. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که درمانگرانی که از توانایی بالاتری در ذهنی‌سازی برخوردارند، در ایجاد اتحاد درمانی مؤثرتر عمل می‌کنند و نتایج درمانی بهتری را تجربه می‌کنند (Nissen-Lie et al., 2023; Søndergaard et al., 2023). علاوه بر این، ذهنی‌سازی می‌تواند به تنظیم هیجانات درمانگر و جلوگیری از فرسودگی شغلی کمک کند، که این امر خود به حفظ کیفیت همدلی در طول فرآیند درمان منجر می‌شود (Steindl et al., 2023).

از منظر میانجی‌گری، نتایج نشان داد که ذهنی‌سازی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه میان منزلت اجتماعی و همدلی و همچنین میان جهت‌گیری‌های فرهنگی و همدلی دارد. این یافته نشان می‌دهد که تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی بر همدلی، تا حد زیادی از طریق فرآیندهای شناختی-هیجانی مانند ذهنی‌سازی منتقل می‌شود. به بیان دیگر، منزلت اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی با تأثیرگذاری بر ظرفیت فرد برای درک حالات ذهنی، به‌طور غیرمستقیم سطح همدلی را افزایش می‌دهند. این تبیین با دیدگاه‌هایی که بر اهمیت فرآیندهای میانجی در روان‌درمانی تأکید دارند، همسو است و

با آسیب‌های نژادی یا جنسیتی که نیازمند حساسیت همدلانه بالاتری هستند (Domínguez et al., 2025; Pieterse et al., 2023).

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی که به بررسی ساختارهای شناختی و هیجانی مرتبط با همدلی پرداخته‌اند نیز همسو است. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال در پردازش هیجانات، مانند الکسی‌تیمیا، می‌تواند به کاهش همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای منجر شود (Franco et al., 2020). همچنین، ویژگی‌های شخصیتی خاص، مانند خودشیفتگی، می‌توانند با کاهش ظرفیت همدلانه همراه باشند (Baskin-Sommers et al., 2014). در مقابل، توسعه مهارت‌های هیجانی و شناختی می‌تواند به ارتقای همدلی و بهبود عملکرد حرفه‌ای منجر شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که همدلی نه تنها یک مهارت قابل آموزش بلکه یک قابلیت قابل توسعه در طول زمان است.

در نهایت، نتایج این پژوهش بر اهمیت نگاه یکپارچه به همدلی تأکید دارد؛ نگاهی که در آن عوامل اجتماعی، فرهنگی و شناختی به صورت همزمان مورد توجه قرار می‌گیرند. این رویکرد می‌تواند به توسعه مدل‌های نظری جامع‌تر و طراحی مداخلات مؤثرتر در حوزه روان‌درمانی منجر شود. همچنین، با توجه به پیشرفت‌های فناوری، استفاده از ابزارهای نوین برای ارزیابی و آموزش مهارت‌های درمانگر، از جمله همدلی و ذهنی‌سازی، می‌تواند افق‌های جدیدی را در این حوزه بگشاید (Aafjes-van Doorn et al., 2025). به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ارتقای همدلی درمانگران نیازمند توجه همزمان به عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین توسعه مهارت‌های شناختی-هیجانی مانند ذهنی‌سازی است.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از طرح مقطعی بود که امکان استنباط روابط علی را محدود می‌کند. همچنین، داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی

قرار گیرند. محدود بودن نمونه به درمانگران یک شهر نیز می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد.

در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود از طرح‌های طولی و آزمایشی برای بررسی روابط علی میان متغیرها استفاده شود. همچنین، بررسی نقش سایر متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر، مانند تنظیم هیجان یا سبک دلبستگی، می‌تواند به غنای مدل‌های تبیینی کمک کند. مطالعه در بافت‌های فرهنگی مختلف نیز می‌تواند به درک بهتر نقش فرهنگ در همدلی منجر شود.

از نظر کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند در طراحی برنامه‌های آموزشی برای درمانگران مورد استفاده قرار گیرد. به‌ویژه، تمرکز بر توسعه مهارت‌های ذهنی‌سازی و افزایش آگاهی فرهنگی می‌تواند به ارتقای همدلی و بهبود کیفیت خدمات درمانی کمک کند. همچنین، ایجاد محیط‌های حمایتی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان می‌تواند به تقویت این مهارت‌ها و کاهش فرسودگی شغلی درمانگران منجر شود.

### تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

### حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

### موازین اخلاقی

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

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## تشکر و قدردانی

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

قدردانی می‌گردد.

## References

- Fischman, L. (2025). My Bad, You Got This: Witnessing, Therapist Attitude and the Synergy Between Psychedelics and Inner Healing Intelligence in the Treatment of Trauma. *Frontiers in psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1469559>
- Franco, P., Tesio, V., Bertholet, J., Gasnier, A., Portillo, E. G., Spafek, M., Bibault, J. E., Borst, G. R., Elmpt, W. v., Thorwarth, D., Mullaney, L., Redalen, K. R., Dubois, L., Chargari, C., Perryck, S., Heukelom, J., Petit, S., Lybeer, M., & Castelli, L. (2020). The Role of Alexithymia and Empathy on Radiation Therapists' Professional Quality of Life. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*, 15, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.07.001>
- Hittner, E. F., & Haase, C. M. (2021). Empathy in context: Socioeconomic status as a moderator of the link between empathic accuracy and well-being in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(5), 1633-1654. <https://doi.org/10.1177/0265407521990750>
- Hunt, M. G., Schmitz, T. M., Vail, W., & Opperman, K. (2024). Training, Skills, and Leadership Experience: The Need to Expand Clinical Psychology Training as Illustrated by Psychology Leadership Stories. *Psychological Services*, 21(4), 702-712. <https://doi.org/10.1037/ser0000846>
- Jung, S., & Kim, E. (2023). Development and Initial Validation of the Multidimensional Empathy Scale for Adolescents. *Asian Journal of Social Psychology*, 26(4), 488-503. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12573>
- Lachance, V., Laverdière, O., Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2024). Dispositional Empathy Among Psychotherapists: A Latent Profile Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3). <https://doi.org/10.1002/cpp.3016>
- Levitt, H. M., Collins, K. M., Rizo, J., & Hand, A. B. (2022). Rethinking Therapists' Responsiveness to Center Clients' Experiences of Psychotherapy. 265-294. <https://doi.org/10.1037/0000303-010>
- Levitt, H. M., & Whelton, W. J. (2024). On the Need to Reconcile Cultural and Professional Power in Psychotherapy: Humanistic Principles That Are Foundational for Feminist Multicultural Practice. *The Humanistic Psychologist*, 52(2), 137-162. <https://doi.org/10.1037/hum0000327>
- Lindegaard, T., Persson, L., Thorängen, M., & Rozental, A. (2024). Therapists' experiences of negative effects in intensive short-term dynamic psychotherapy: A qualitative interview study. *Psychotherapy Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2420717>
- Lindegaard, T., Persson, L., Thorängen, M., & Rozental, A. (2025). Therapists' Experiences of Negative Effects in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Qualitative Interview Study. *Psychotherapy Research*, 35(8), 1300-1312. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2420717>
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 878. <https://doi.org/10.1037/a0030274>
- Nissen-Lie, H. A., Heinonen, E., & Delgadillo, J. (2023). Therapist Factors. 79-106. <https://doi.org/10.1037/0000358-005>
- Park, D. Y., & Peteet, J. R. (2023). When Does Psychotherapy Encourage Selfishness? *Religions*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.3390/rel15010008>
- Pieterse, A. L., Austin, C. L., Nicolas, A. I., Martin, C. G., Agilliga, A. U., & Kirkinis, K. (2023). Essential Elements for Working With Racial Trauma: A Guide for Health Service Psychologists.
- Aafjes-van Doorn, K., Cicconet, M., Bate, J., Cohn, J. F., & Aafjes, M. (2025). Development of an artificial intelligence-based measure of therapists' skills: A multimodal proof of concept. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000561>
- Avram, C. M. (2023). Theory as Behaviour: Why Empathy Research Needs Horizontal, Mutualistic Habits of Seeing. *Theory & Psychology*, 33(3), 330-345. <https://doi.org/10.1177/09593543231159077>
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323-333. <https://doi.org/10.1037/per0000061>
- Bernardo, G. A. D., Pecini, C., Tallone, B., Raguso, G., & Andrighetto, L. (2025). No Hard Feelings: The Role of Self-Objectification and Self-Dehumanization in Understanding Emotions and Mental States in Cisgender Heterosexual Women. *Psychology of Women Quarterly*, 49(3), 365-380. <https://doi.org/10.1177/03616843251340962>
- Bolton, M. J. (2023). De-Centering Neuronormativity Is an Imperative in Humanistic Psychotherapy: Towards a Neurodiversity-Informed, Person-Centered Approach. <https://doi.org/10.31234/osf.io/q2t8h>
- Chang, D. F., Najafabadi, M. O., & Dunn, J. J. (2023). Antioppressive Approaches to Alliance Rupture and Repair: A Critical-cultural-relational Model of Rupture Resolution. 21-52. <https://doi.org/10.1037/0000306-002>
- Cheng, W. (2025). When Winning Costs Your Peace: How Does Vertical Individualism Hijack Relaxation Capacity? Network Analysis and Mediation Models. *PLoS One*, 20(11), e0335851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0335851>
- Cwinn, E., Bell, T., & Kirby, J. N. (2023). Theory and Interpersonal Processes in Compassion Focused Therapy. *Obm Integrative and Complementary Medicine*, 08(04), 1-36. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2304056>
- Davi, D., Prestano, C., & Vegni, N. (2024). Exploring Therapeutic Responsiveness: A Comparative Textual Analysis Across Different Models. *Frontiers in psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1412220>
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Giannopoulos, E. (2025). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000568>
- Domínguez, S., Matsuno, E., Adames, H. Y., Mosley, D. V., Richardson, J., Lee, J., Norton, M., & Budge, S. L. (2025). Building and Practicing Anticolonial Psychotherapy: Using the Psychology of Radical Healing to Address the Coloniality of Gender. *American psychologist*, 80(4), 603-617. <https://doi.org/10.1037/amp0001430>

- Professional Psychology Research and Practice*, 54(3), 213-220. <https://doi.org/10.1037/pro0000512>
- Redding, R. E., & Cobb, C. L. (2023). Sociopolitical Values as the Deep Culture in Culturally-Competent Psychotherapy. *Clinical Psychological Science*, 11(4), 666-682. <https://doi.org/10.1177/21677026221126688>
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist Empathy and Depth of Interpretation in Response to Potential Alliance Ruptures: The Role of Therapist and Patient Attachment Styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>
- Shammout, E., D'Alessandro, S., Small, F., & Nayeem, T. (2022). Lifting the Curtain on Cultural Values, Materialism and Luxury Consumption: Evidence From Jordan. *Journal of Consumer Behaviour*, 21(5), 987-1001. <https://doi.org/10.1002/cb.2053>
- Søndergaard, A. A., Juul, S., Poulsen, S., & Simonsen, S. (2023). Mentalizing the therapist - Therapist experiences with short-term Mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1088865. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1088865>
- Steindl, J., Gilbert, P., & McEwan, K. (2023). Therapists' perspectives on Compassion-Focused Therapy: Addressing resistance and emotional barriers in treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 72-86. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/capr.12530>
- Stiegler, J. R., Schanche, E., Danielsen, Y. S., & Hjeltne, A. (2024). Growth in challenging situations: A qualitative investigation of therapists' experience of delivering emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2432680>
- Whittenbury, K. J., & Ward, P. (2023). A Mixed-Method Study of Medical Students' Perceptions of Social Accountability in Medical Education. Comparing the Roles of Equity Identities, Empathies, and Curriculum Regulation. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3162735/v1>