

اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور بر رفتار انتقال متقابل در کار با مراجعان اختلال شخصیت مرزی *The effectiveness of transference-focused psychotherapy on counter-transference behavior in working with borderline personality disorder*

Mehdi Khorianian (Corresponding author)

Department of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
Email: khorianian@yahoo.com

Abass Bakhshipour Roudsari

Department of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
Majid Mahmoud Aliloo

Department of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
Touraj Hashemi

Department of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

مهدی خوریانیان (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری)

عباس بخشی‌پور رودسری

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مجید محمودعلیلو

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تورج هاشمی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of transference-focused-psychotherapy [TFP] on therapist's counter-transference behavior [CTB] in working with clients with borderline personality disorder [BPD]. **Method:** This applied research was a semi-experimental, single-subject A-B design. Among the BPDs who referred to Ibn-e-Sina Hospital in Mashhad, 3 persons, were selected by purposeful sampling according to the psychiatrist's diagnosis and borderline personality inventory [BPI] and received TFP for one year. Data were collected in three phases using an inventory of counter-transference behavior [ICB], by the supervisor. Visual analysis, effect size, and reliable change index were used to analyze data. **Results:** The findings, according to the supervisor evaluations in the treatment and follow up phases confirmed the clinically and statistically significant decrease in total score CTB and positive CTB while the negative CTB did not changed significantly. **Conclusion:** According to the findings, it can be said that TFP has been able to significantly reduce the CTB during one year.

Keywords: transference-focused psychotherapy, counter-transference behavior, borderline personality disorder, single-subject design, dynamic long-term psychotherapy

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور [TFP] بر رفتار انتقال متقابل درمانگر در کار با مبتلایان به BPD بود. **روش:** پژوهش با هدف کاربردی، در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با روش طرح تک آزمودنی از نوع A-B انجام یافت. از میان مراجعان BPD که به بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد رجوع کرده بودند، ۳ نفر به صورت هدفمند، طبق تشخیص روان‌پزشک و پرسشنامه‌ی شخصیت مرزی [BPI]، پس از اخذ رضایت آگاهانه انتخاب شدند و به مدت یک‌سال TFP دریافت نمودند. داده‌ها در سه مرحله‌ی خط‌پایه، درمان و پیگیری طی ۱۵ ماه، با استفاده از پرسشنامه‌ی رفتار انتقال‌متقابل [ICB] توسط ناظر گردآوری شد. برای تحلیل نتایج از شاخص‌های اندازه اثر، تغییر پایا و تحلیل دیداری استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش، مطابق با ارزیابی‌های ناظر در دوره‌های درمان و پیگیری در ارتباط با مراجعان، مؤید کاهش معنادار بالینی و آماری نمره‌ی کل رفتار انتقال‌متقابل و رفتار انتقال‌متقابل مثبت بود، در حالیکه رفتار انتقال‌متقابل منفی تغییر معناداری نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** نظر به یافته‌ها می‌توان چنین گفت که TFP توانسته است طی یک‌سال رفتار انتقال‌متقابل را به طور معناداری کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی انتقال‌محور، رفتار انتقال‌متقابل، اختلال شخصیت مرزی، طرح تک آزمودنی، روان‌درمانی پویایی بلندمدت

مقدمه

آرمانی‌سازی و خوارشماری، طوفان‌های شدید هیجانی، غیظ و غضب‌های آتشین، خصومت‌ورزی و تهدید به خودکشی مکرر مراجع مرزی باعث پیدایش احساسات و رفتارهای شدیداً مثبت و منفی (بارک^۱ و گرینر^۲، ۲۰۱۰) نظیر احساس گناه، رد شدن از مرزهای حرفه‌ای، نفرت، ناامیدی، بی‌ارزشی، اضطراب و وحشت، ایجاد محدودیت‌های زیاد از حد، انکار خشم، احتیاط مفرط، ترخیص زودهنگام و طرد در کارکنان نظام سلامت می‌گردد. پیدایش احساسات مذکور، در دشواری‌های موجود در اتحاد درمانی، نرخ بالای کناره‌گیری از درمان، ناپیروی فراگیر از فرآیند درمانی (آویرام^۳، برادسکی^۴ و استنلی^۵، ۲۰۰۶؛ کانکلین^۶ و وستن^۷، ۲۰۰۵؛ پاریس^۸، ۲۰۰۵) و نتایج منفی درمان (هانت^۹، ۲۰۰۳) سهم دارند (بارک و گرینر، ۲۰۱۰). هم از این روست که اختلال شخصیت مرزی [BPD] برای نظام سلامت روان نبردی سترگ (گاندرسون^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ بارک^{۱۱} و گرینر^{۱۲}، ۲۰۱۳؛ وناک^{۱۳}، مک‌ماین^{۱۴}، لینکس^{۱۵}، هابینسکی^{۱۶}، مورای^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳؛ سانسون^{۱۸} و سانسون، ۲۰۱۳؛ لیوزلی^{۱۹}، ۲۰۱۷) و مقاوم به درمان (پاریس، ۲۰۰۸) به شمار می‌رود. کسری از واریانس دشواری‌ها و مقاومت‌های موجود در درمان مراجعان مذکور را می‌توان در بخشی از رابطه‌ی درمانی یعنی انتقال متقابل^{۲۰} [CT] جست‌وجو نمود (بارک و گرینر، ۲۰۱۰). چراکه شواهد فزاینده از سویی، حاکی از تأثیر منفی رفتار CT بر اتحاد کاری (لیگیرو^{۲۱} و گلسو^{۲۲}، ۲۰۰۲) و نتایج (گلسو، لانس^{۲۳}، گومز^{۲۴} و فاسینگر^{۲۵}، ۲۰۰۲) است و از دیگر سو مبین آن است که عواملی نظیر بینش نسبت به خود^{۲۶} و هماهنگی با افکار و احساسات خویشتن در مدیریت CT سهمی نظرگیر دارند (گلسو و هایس^{۲۷}، ۲۰۱۲). بااینحال، به رغم فراگیری و اجتناب‌ناپذیری تجربه‌ی CT و آثار نظری شایان پیرامونش (گلسو و هایس، ۲۰۱۲)، پژوهش‌های تجربی

¹ Bourke

² Grenyer

³ Aviram

⁴ Brodsky

⁵ Stanley

⁶ Conklin

⁷ Westen

⁸ Paris

⁹ Hunt

¹⁰ Gunderson

¹¹ Bourke

¹² Grenyer

¹³ Wnuk

¹⁴ McMain

¹⁵ Links

¹⁶ Habinski

¹⁷ Murray

¹⁸ Sansone

¹⁹ Livesley

²⁰ Countertransference

²¹ Ligiero

²² Gelso

²³ Latts

²⁴ Gomez

²⁵ Fassinger

²⁶ self-insight

²⁷ Hayes

معدود و محدودی درباره آن صورت گرفته است (راسبرگ^۱، کارتراد^۲، پدرسون^۳ و فریس^۴، ۲۰۰۸؛ فورتس^۵، گلسو، اُون^۶ و چنگ^۷، ۲۰۱۵).

CT، که در کنار اتحاد و انتقال مسامحتاً رابطه‌ی درمانی را شکل می‌دهد، در دیدگاه سنتی^۸ واکنش‌های انتقالی عمدتاً ناخودآگاه و تعارضی درمانگر به انتقال تلقی می‌شود که بایست از آنها دوری جست و بر آنها غلبه نمود. در دیدگاه کل‌گرا^۹ واکنش‌های درمانگر، واقعی یا غیرواقعی، مثبت یا منفی، همگی مجاز و مشروع‌اند و CT قلمداد می‌شوند. دیدگاه مکمل^{۱۰} CT را قرینه و یا متمم انتقال یا سبک ارتباطی مراجع برمی‌شمرد، به قسمی که هر انتقال مثبت یا منفی از جانب مراجع، به ترتیب، با CT مثبت و منفی از جانب درمانگر مقابل می‌شود. در دیدگاه ارتباطی^{۱۱}، هم-آفرینی^{۱۲} مورد تاکید است یعنی هرآنچه در فضای درمانی حادث می‌شود، انتقال یا CT، آفرینش مشترک مراجع و درمانگر انگاشته می‌شود (گلسو و هایس، ۲۰۱۲).

تکثر و تضاد دیدگاه‌های موجود در مقوله‌ی حدود و ثغور، توافق و اتحاد نظر در این باره که CT بایست در کار روانکاوی عمیقاً مورد بررسی قرار گیرد را، مخدوش نمی‌سازد. نظر به اینکه CT سویه‌های مهمی از شخصیت مراجعان را منعکس، و به فهم مشکلات موجود آنها یاری می‌رساند (گلسو و هایس، ۲۰۱۲)، می‌توان در فرآیند روان‌درمانی روان‌پوشانه از آن بهره‌های تشخیصی و درمانی برد (بتان^{۱۳}، هیم^{۱۴}، زیتل کانگلین^{۱۵} و وستن^{۱۶}، ۲۰۰۵). در روان‌درمانی روان‌پوشانه‌ی انتقال-محور [TFP]^{۱۷} نیز، CT، برآمده از منابع متفاوت است و به همراه ارتباط کلامی و رفتارهای غیرکلامی، سومین کانال ارتباطی بین مراجع و درمانگر (کلارکین^{۱۸} و کرنبرگ، ۲۰۱۵) است که می‌تواند به صورت مشابه^{۱۹} / مکمل^{۲۰} و حاد / مزمن طبقه‌بندی شود.

TFP، درمان روان‌پوشانه‌ی تعدیل‌شده‌ی ساختارمند دو، تا سه جلسه در هفته‌ای، مبتنی بر مدل روابط موضوعی کرنبرگ (۱۹۸۴) از سازمان شخصیت مرزی^{۲۱} [BPO] می‌باشد. کرنبرگ (۱۹۸۴) سازمان شخصیت را متشکل از جفت‌های روابط

¹ Rossberg

² Karterud

³ Pedersen

⁴ Friis

⁵ Fuertes

⁶ Owen

⁷ Cheng

⁸ Classical View

⁹ Totalistic View

¹⁰ Complementary View

¹¹ Relational View

¹² Co-Construction

¹³ Betan

¹⁴ Heim

¹⁵ Zittel Conklin

¹⁶ Westen

¹⁷ Transference-focused psychotherapy

¹⁸ Clarkin

¹⁹ concordant

²⁰ complementary

²¹ Borderline Personality Organization

موضوعی^۱ و عاطفه‌ی ملازم آنها می‌داند و باتوجه به تعامل عوامل سرشتی و محیطی، براین باور است که مراجع مبتلا به BPD، تاحدی به سبب هیجان‌های منفی علی‌الخصوص پرخاشگری، دشواری‌هایی در یکپارچه نمودن بازنمایی‌های مجزا از خود/دیگری دارند (کلارکین و کرنبرگ، ۲۰۱۵). TFP برای BPD اثربخش و تاثیرگذار است (کلارکین، فالش^۲، لوی^۳، هال^۴، دلانی^۵ و همکاران، ۲۰۰۱)، هم‌تراز با درمان رفتاری جدلی^۶ [DBT] و روان‌درمانی ذهنیت‌محور^۷ [MBT] (کلارکین، لوی، لنزنگر^۸ و کرنبرگ، ۲۰۰۷). بررسی‌های اخیر، تاثیرگذاری TFP را در مقایسه با گروه کنترل (کلارکین و همکاران، ۲۰۰۱) و گروهی که درمان معمول (لوی، کلارکین، فالش، کرنبرگ، ۲۰۰۶) دریافت کردند، برای مبتلایان به BPD نشان داده است. ورهات-پلیتر^۹ و دبن-ماجر^{۱۰} (۲۰۰۶) نشان دادند که TFP رفتارهای خودتخریبی و ویژگی‌های آسیب‌زای شخصیت را کاهش می‌دهد. در مطالعه‌ی یک‌ساله‌ی TFP آشکار شد که درمان مذکور در کاهش میزان خودکشی، اقدامات خودکشانه، نشانه‌شناسی BPD، بستری شدن، مقدار ریزش و افزایش عملکرد عمومی، برتری داشت (دورینگ^{۱۱}، هارز^{۱۲}، رنتراپ^{۱۳}، فیشر-کرن^{۱۴}، شاستر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰). در سایر پژوهش‌ها (جیسن-بلو^{۱۶}، وان‌دیک^{۱۷}، اسپینهاون^{۱۸}، وان‌تیلبرگ^{۱۹}، دیرکسن^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۶؛ وان‌اسلت^{۲۱}، دیرکسن، آرنتر^{۲۲}، جیسن-بلو، وان‌دیک و همکاران، ۲۰۰۸) که به مقایسه‌ی سه ساله‌ی TFP و طرحواره‌درمانی می‌پرداختند، اثربخشی TFP در کاهش علائم آشفتگی محرز بوده است. در سایر RCTs اخیر (کلارکین، لوی، لنزنگر و کرنبرگ، ۲۰۰۴؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶) که به مقایسه‌ی یک ساله‌ی TFP، DBT و روان‌درمانی روان‌پویانه‌ی تعدیل‌شده‌ی حمایتی^{۲۳} [SPT] پرداختند، نتایج نشان داد روان‌درمانی نخست با تغییرات نشانه‌ای (کاهش میل به خودکشی، افسردگی، اضطراب و سازگاری اجتماعی) و ساختاری (افزایش کنش متأملانه و کاهش

¹ Object Relations Dyad

² Foelsch

³ Levy

⁴ Hull

⁵ Delaney

⁶ Dialectical Behavior Therapy

⁷ Mentalization-Based Psychotherapy/MBT

⁸ Lenzenweger

⁹ Verheugt-Pleiter

¹⁰ Deben- Mager

¹¹ Doering

¹² Hörz

¹³ Rentrop

¹⁴ Fischer-Kern

¹⁵ Schuster

¹⁶ Giesen-Bloo

¹⁷ Van Dyck

¹⁸ Spinhoven

¹⁹ Van Tilburg

²⁰ Dirksen

²¹ Van Asselt

²² Arntz

²³ Modified Psychodynamic Supportive Psychotherapy

خشم و پرخاشگری) همراه بوده است، همسو با سایر پژوهش‌ها (لوی، میهان^۱، کلی^۲، رینوسو^۳، کلارکین و همکاران، ۲۰۰۶).

ضرورت پژوهش حاضر را می‌توان نوآورانه و پیشگیرانه برشمرد. تاکنون، مسامحتاً مطابق با جستار پژوهشگر، تحقیقی با عنوان مذکور و حتی عناوین مشابه در قلمرو پژوهشی ایران وجود ندارد. افزون‌براین تلقی دشوار، آزارگر، فریبکار، شرور از مراجعان مرزی (رأس^۴ و گولدنر^۵، ۲۰۰۹؛ وولاستون^۶ و هاجنباخ^۷، ۲۰۰۸) در کنار آسیب‌شناسی مخصوص آنها، واکنش‌های CT منفی و شدیدی در درمانگران فرامی‌خواند (راسبرگ، کارتراد، پدرسون و فریس، ۲۰۰۷) که با اتحاد شکننده (پیرو^۸، کاریو^۹ و فرارو^{۱۰}، ۲۰۱۳)، نرخ کنارگیری بالا (تال^{۱۱} و گراتز^{۱۲}، ۲۰۱۲) و نتایج ضعیف و منفی همراه است (فاسینیو^{۱۳}، آمیاتو^{۱۴}، آباته^{۱۵} و لومبرونی^{۱۶}، ۲۰۰۷). مطابق با TFP، می‌توان با استمداد از منافع تشخیصی و درمانی احساسات CT و امتناع از رفتارهای CT، به گونه‌ای احساسات‌گریزناپذیر مذکور را مدیریت نمود و به کسری از مقاومت وضعیت نام‌برده به تغییر و درمان پرداخت. از همین روی فرضیه پژوهش حاضر بدین قرار است که روان‌درمانی انتقال‌محور باعث کاهش رفتار CT درمانگر می‌گردد.

روش

فرضیه‌ی پژوهش با روش طرح تک آزمودنی از نوع A-B مورد بررسی قرار گرفت، که نیمرخ‌های طولی متغیر وابسته در غیاب [A] و حضور مداخله [B] مقایسه می‌شوند. جامعه‌ی آماری پژوهش، مراجعان BPD مراجعه کننده به بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد در خرداد و تیر ماه ۱۳۹۶ بودند. نمونه‌ی مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. بدین صورت که پژوهشگر بعد از انجام هماهنگی‌های به عمل آمده، ملاک‌های ورود [دارا بودن ملاک‌های تشخیصی BPD بر اساس تشخیص روان‌پزشک و تشخیص پژوهشگر بر مبنای نمرات مراجع در پرسشنامه‌ی شخصیت مرزی^{۱۷} (BPI)؛ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دست کم به مدت ۲ ماه پیش از ورود به پژوهش؛ عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مرتبط با تشخیص دست کم به مدت ۲ ماه پیش از ورود به پژوهش؛ داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال؛ دارا بودن حداقل تحصیلات در مقطع دیپلم؛ موافقت مراجع برای شرکت در پژوهش بر اساس رضایت آگاهانه‌ی کتبی] و خروج [داشتن

¹ Meehan

² Kelly

³ Reynoso

⁴ Ross

⁵ Goldner

⁶ Woollaston

⁷ Hixenbaugh

⁸ Pierò

⁹ Cairo

¹⁰ Ferrero

¹¹ Tull

¹² Gratz

¹³ Fassino

¹⁴ Amianto

¹⁵ Abbate

¹⁶ Leombruni

¹⁷ Borderline Personality Inventory

علائم روان‌پریشی برجسته و افکار خودکشی غیرقابل کنترل؛ اختلالات هذیانی یا سایر اختلالات شناختی؛ تغییرات شخصیتی گذرا، ناشی از وضعیت‌های پزشکی یا سوء مصرف مواد؛ سوء مصرف فعال هر گونه مواد در زمان ورود به پژوهش؛ تشخیص اختلال دوقطبی و سایر اختلالات شخصیت به ویژه خوشه‌ی B بر اساس نظر روان‌پزشک و پژوهشگر (اختلال شخصیت ضد اجتماعی، نمایشی و خودشیفته) [۱] را به صورت مکتوب در اختیار روان‌پزشکان قرار داد و ایشان واجدین شرایط را به پژوهشگر ارجاع دادند. معرفی‌شدگان ابتدا پرسشنامه‌ی BPI را، که در حکم غربالگری اولیه بعد از تشخیص روان‌پزشک توسط پژوهشگر اجرا شد، تکمیل و با کسب نمره‌ی مناسب [نمره‌ی ۳۰ به بالا] ۶ نفر (دو برابر نمونه‌ی مورد نظر به منظور لحاظ نمودن احتمال عدم تناسب یا کناره‌گیری به دلایل متفاوت) انتخاب شدند. افراد انتخاب شده هر یک جداگانه در جلسه‌ای یک ساعته با پژوهشگر دیدار نموده و بعد از شرح اهداف پژوهشی و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ی رفتار انتقال متقابل^۱ [ICB] توسط ناظر طرح ۳ بار در مجموع در طول یک‌ماه بعنوان نخستین داده‌های خط پایه تکمیل و جمع‌آوری شد. بعد از تکمیل اطلاعات خط پایه، مراجعان به صورت پلکانی وارد فرآیند درمانی شدند. لازم به ذکر است که سه نفر دیگر با همان مختصات گروه اصلی نیز به صورت موازی وارد روند درمان شدند تا در صورت لزوم، جایگزینی صورت گیرد. مراجعان در طول یک سال در جلسات دوگانه‌ی ۵۰ دقیقه‌ای در هفته TFP دریافت کردند. داده‌های مربوط به مرحله‌ی درمان، دوبار با فاصله‌ی هر ۵ ماه از شروع درمان گردآوری شد. بعلاوه داده‌های مرحله پیگیری، ۲ ماه بعد از انتهای فرآیند روان‌درمانی جمع‌آوری شد. جلسات نظارت زیر نظر دو روان‌کاو مقیم فرانسه و آلمان، هر هفته دوبار به صورت آنلاین برگزار شد. جلسات به صورت صوتی و گزارش‌های شفاهی هفتگی در اختیار ناظرین قرار می‌گرفت.

ابزار

الف) پرسشنامه‌ی رفتار انتقال متقابل (ICB)

مقیاسی ۲۱ فقره‌ای از رفتارهای CT درون جلسه‌ای^۲ درمانگر که توسط فریدمن و گلسو (۲۰۰۰) ابداع شده است. علاوه بر نمره کلی، دو زیر مقیاس نیز دارد: رفتارهای دارای بار مثبت و منفی^۳. رفتارهای CT دارای بار مثبت آنهایی هستند که حمایتی به نظر می‌رسند، اما کیفیتی وابسته و آسیب‌گون^۴ دارند، رفتارهای دارای بار منفی تنبیهی، پرخاشگرانه و اجتنابی هستند. CTهای مثبت و منفی انعکاسی از اجتناب درمانگر از پرداختن به موضوعات مهم در درمان است. ICB می‌تواند توسط درمانگر یا ناظرین تکمیل شود و رفتارها از ۱ (به هیچ وجه یا تا حدودی) تا ۵ (تا حد زیادی) رتبه‌بندی می‌شوند. نمرات بالا بیانگر رفتارهای CT بیشتر است. پایایی خودسنج^۵ برای زیرمقیاس‌های CT مثبت و منفی در مطالعه‌ی دادلانی^۶ (۲۰۱۰) به ترتیب، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ بوده است. پایایی ناظرسنج برای زیرمقیاس‌های CT مثبت و منفی، به ترتیب، ۰/۶۳ و ۰/۷۶

^۱ Inventory Of Countertransference Behavior

^۲ Therapist's In-Session CT Behavior

^۳ Positively- And Negatively-Valenced CT

^۴ Enmeshed

^۵ Self-Rated Reliability

^۶ Dadlani

بود. همسانی درونی زیرمقیاس‌های مثبت و منفی همان‌طور که در گذشته برآورد شده بودند، به ترتیب، $0/74$ و $0/81$ بودند (فریدمن و گلسو، ۲۰۰۰). اعتبار صوری اقلام پرسشنامه توسط ۱۱ متخصص بررسی شد که نشان داد هر قلم از مواد پرسشنامه، ظاهر انتقال‌مقابل‌ی دارند (فریدمن و گلسو، ۲۰۰۰). در این پژوهش از این پرسشنامه جهت ارزیابی رفتارهای CT درمانگر توسط ناظر استفاده شد.

ب) پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI)

پرسشنامه شخصیت مرزی مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است که از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. پایه‌ی نظری این پرسشنامه مبتنی بر پژوهش‌های نظری کرنبرگ است و توسط لیچسنرینگ به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است که به گزینه‌ی بلی، نمره یک و به گزینه‌ی خیر، نمره صفر اختصاص می‌یابد. این مقیاس الگوهای مقوله‌ای و ابعادی BPD را با هم ادغام نموده، و شامل مقیاس‌هایی برای سنجش پراکندگی هویتی، سازوکارهای دفاعی اولیه، واقعیت‌آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت می‌باشد. همچنین بر اساس ۲۰ سؤال متمایزکننده‌ی پرسشنامه، نقطه‌ی برش [نمره ۱۰ از ۲۰ نمره] در نظر گرفته شده است که با ملاک‌های DSM برای BPD نیز مطابقت دارد. لیچسنرینگ (۱۹۹۹) در پژوهش خویش آلفای کرونباخ را برای مولفه‌های این آزمون که مبین همسانی درونی هستند در دامنه‌ای بین $0/68$ تا $0/91$ ، و پایایی بازآزمون را بین $0/73$ تا $0/89$ گزارش نمود (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). همچنین در مطالعه‌ای دیگر (فوناجی^۱، لویتن^۲، مالتون-پرکینز^۳، لی^۴، وارن^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) همسانی درونی قوی $0/91$ (آلفای کرونباخ) گزارش شد. در تحقیق مذکور همچنین، پایایی درونی با شاخص آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی و بالینی به ترتیب، $0/89$ و $0/94$ بود که مبین پایایی بسیار خوبی است. اعتبار همزمان این مقیاس $0/70$ ، همبستگی کل مقیاس‌ها با یکدیگر $0/71$ و $0/80$ و سه نوع پایایی بازآزمایی، تصفی‌ی و همسانی درونی در جامعه‌ی ایرانی به ترتیب $0/80$ ، $0/83$ و $0/85$ می‌باشد (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). لازم به ذکر است که دو سؤال آخر پرسشنامه‌ی اصلی در هنجاریابی ایرانی پرسشنامه حذف شده‌اند (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر از نمره‌ی کلی پرسشنامه، مطابق با هدفی که سازندگان اصلی ابزار مدنظرشان بود، صرفاً برای غربال مراجعان BPD استفاده شد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های اندازه‌ی اثر [ES]، تغییر پایا [RCI] و تحلیل دیداری استفاده شد. برای محاسبه‌ی اندازه اثر از D کوهن استفاده شد، تقسیم تفاضل میانگین خط‌پایه از میانگین درمان و پیگیری بر انحراف استاندارد کل. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، اندازه اثر $0/41$ را کوچک، $1/15$ را متوسط و اندازه اثر $2/7$ را بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (نظری، دادخواه، هاشمی، ۱۳۹۴). شاخص تغییر پایا به نوعی معناداری بالینی و آماری را ترکیب نموده، جهت و میزان پایایی تغییر را نشان می‌دهد. برای محاسبه‌ی این شاخص، تفاضل میانگین دوره‌ی درمان و پیگیری از میانگین خط‌پایه را

¹ Fonagy

² Luyten

³ Moulton-Perkins

⁴ Lee

⁵ Warren

تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت می‌کنیم. برای آنکه شاخص مذکور از نظر آماری معنادار باشد بایست نتیجه‌ی آن مساوی یا بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، که نشان می‌دهد نتایج بدست آمده بیشتر ناشی از تغییر واقعی، عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری (زهر^۱ و هج^۲، ۲۰۱۰).

در جدول (۱) ارزیابی ناظر از رفتار CT درمانگر در مراحل مختلف خط پایه، درمان و پیگیری آمده است.

جدول (۱) ارزیابی رفتار انتقال متقابل توسط ناظر در خلال مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

		F			B			A				
RCI	ES	F1	RCI	ES	B2	B1	A3	A2	A1			
۸/۷۱	۱/۵۷	۱۰	۶/۷۷	۱/۶	۱۰	۱۱	۲۱	۲۲	۲۲	PCT		
۰/۵	۰/۳۹	۱۱	۱/۵۲	۱/۳۸	۱۱	۱۷	۱۱	۱۱	۱۳	NCT	C1	
۵/۷۹	۱/۴۴	۲۱	۴	۱/۲۲	۲۱	۲۸	۳۲	۳۳	۳۵	TS		
۱۱/۴۴	۲/۰۶	۱۰	۸/۹۹	۲/۱۲	۱۰	۱۱	۲۷	۲۴	۲۵	PCT	CTB	
۰/۰۰	۰/۰۰	۱۱	۰/۶۵	۰/۵۹	۱۱	۱۳	۱۱	۱۱	۱۱	NCT	C2	
۷/۲	۱/۸	۲۱	۶/۲۶	۱/۹۱	۲۱	۲۴	۳۸	۳۵	۳۶	TS		
۹/۷	۱/۷۴	۱۲	۶/۶۷	۱/۵۷	۱۴	۱۴	۲۴	۲۳	۲۸	PCT		
۳/۲۳	۲/۵	۱۱	۲/۴۹	۲/۲۷	۱۲	۱۱	۱۵	۱۹	۱۲	NCT	C3	
۸/۱۴	۲/۰۳	۲۳	۶/۷۱	۲/۰۴	۲۶	۲۵	۳۹	۴۲	۴۰	TS		

CTB: رفتار انتقال متقابل؛ A: مرحله‌ی خط پایه؛ a1، a2، a3: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی خط پایه؛ B: مرحله درمان؛ b1، b2: تعداد مشاهدات در مرحله درمان؛ F: مرحله‌ی پیگیری؛ f1: تعداد مشاهدات در مرحله‌ی پیگیری؛ ES: اندازه اثر؛ PR: درصد بهبود؛ RCI: شاخص تغییر پایا؛ PCT: رفتار انتقال متقابل مثبت؛ NCT: رفتار انتقال متقابل منفی؛ 1، 2، 3؛ C1، C2، C3: مراجع اول، دوم و سوم؛ TS: نمره کلی

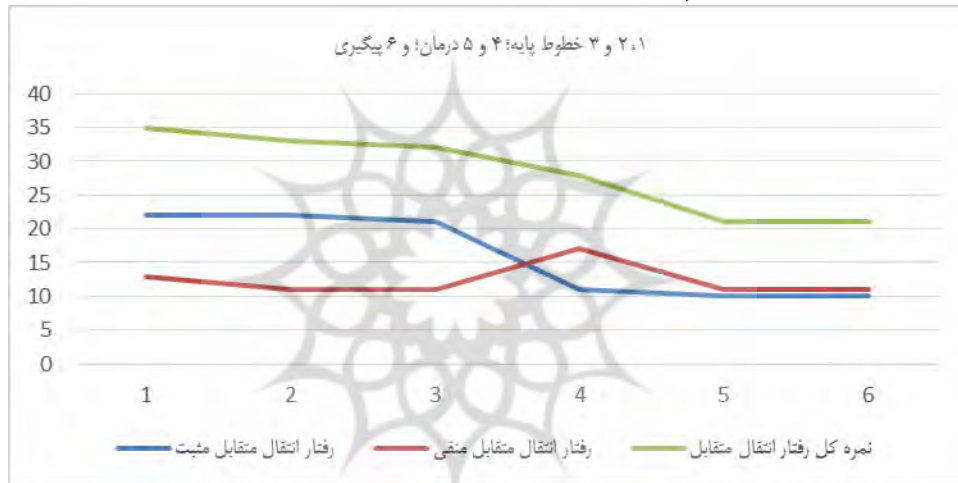
مطابق با یافته‌های جدول (۱) که بیانگر ارزیابی رفتار CT درمانگر توسط ناظر در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری می‌باشد شاخص اندازه اثر در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای رفتار CT مثبت [PCT] در مراجع اول [۱/۶ و ۱/۵۷]، دوم [۲/۱۲ و ۲/۰۶] و سوم [۱/۵۷ و ۱/۷۴]؛ برای رفتار CT منفی [NCT] در مراجع اول [۱/۳۸ و ۰/۳۹]، دوم [۰/۵۹ و ۰/۰۰] و سوم [۲/۲۷ و ۲/۵]؛ و برای نمره‌ی کل رفتار CT [TS] در مراجع اول [۱/۲۲ و ۱/۴۴]، دوم [۱/۹۱ و ۱/۸] و سوم [۲/۰۴ و ۲/۰۳] است. همانگونه که مشاهده می‌شود اندازه‌های اثر رفتار مثبت، منفی و نمره‌ی کل CT در مراحل درمان و پیگیری در ارتباط با تمامی مراجعان، غیر از مراجع دوم در هر دو مرحله و مراجع سوم در مرحله پیگیری در NCT، بالاتر از متوسط است. شاخص تغییر پایا نیز در مراحل درمان و پیگیری، به ترتیب، برای PCT در مراجع اول [۶/۷۷ و ۸/۷۱]، دوم [۸/۹۹ و ۱۱/۴۴] و سوم [۹/۷ و ۶/۶۷]؛ برای NCT در مراجع اول [۱/۵۲ و ۰/۵]، دوم [۰/۶۵ و ۰/۰۰] و سوم [۲/۴۹ و ۳/۲۳]؛ و برای TS در مراجع اول [۴ و ۵/۷۹]، دوم [۶/۲۶ و ۷/۲] و سوم [۶/۷۱ و ۸/۱۴] است. که مشخص است شاخص‌های تغییر پایا در

¹ Zahra

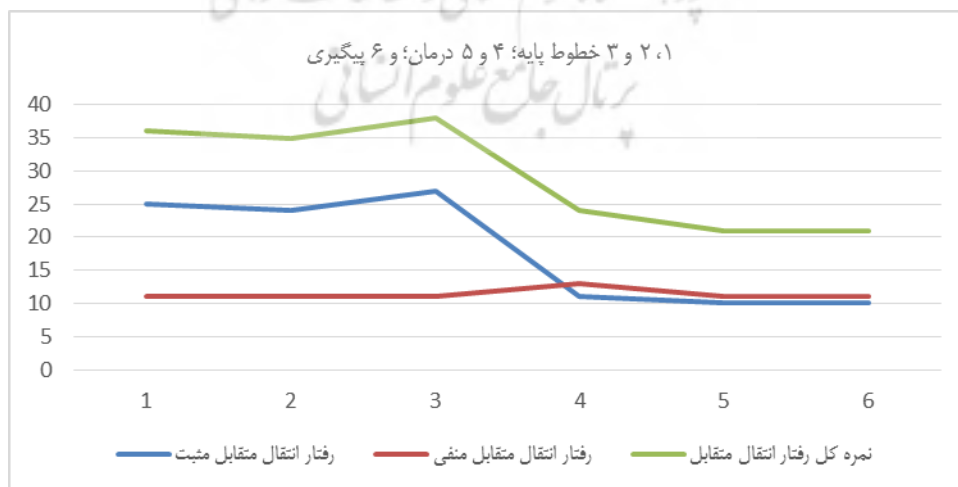
² Hedge

مراحل درمان و پیگیری در تمامی مراجعان، به استثنای مراجعان اول و دوم در NCT، بالاتر از ۱/۹۶ است، یعنی اثر بالینی و آماری معنادار درمان بر رفتار CT درمانگر.

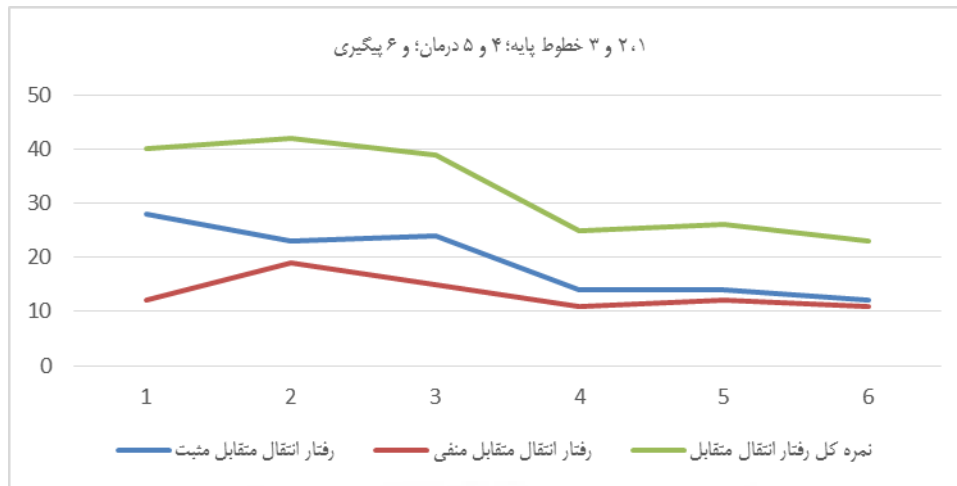
مطابق با نمودارهای ۱، ۲ و ۳ خط روند نمره‌ی کل رفتار CT درمانگر در ارتباط با مراجعان، از آخرین نقطه‌ی مربوط به خط پایه، به اولین نقطه‌ی مربوط به مرحله درمان، به استثنای مراجع اول، کاهش محسوسی را نشان می‌دهد. آنگونه که آشکار است سیر کاهنده‌ی مذکور در ارزیابی دوم درمانی و دوره‌ی پیگیری، حفظ شده است. بعلاوه خط روند PCT درمانگر در ارتباط با مراجعان، از آخرین ارزیابی خط پایه، به اولین ارزیابی مرحله درمان، الگوی کاهنده‌ی چشمگیری را نشان می‌دهد. روند کاهشی یادشده در دوره‌ی دوم درمان و پیگیری، حفظ شده است. افزون‌براین، خط روند NCT درمانگر در ارتباط با مراجعان، در درازنای مراحل خط پایه، درمان و پیگیری، تغییر چشمگیر و معناداری را نشان نمی‌دهد.



نمودار ۱) ارزیابی رفتار انتقال متقابل درمانگر در ارتباط با مراجع اول توسط ناظر در خلال مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۲) ارزیابی رفتار انتقال متقابل درمانگر در ارتباط با مراجع دوم توسط ناظر در خلال مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار ۳) ارزیابی رفتار انتقال متقابل درمانگر در ارتباط با مراجع سوم توسط ناظر در خلال مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی انتقال‌محور بر کاهش رفتارهای انتقال‌متقابل درمانگر در کار با مراجعان مرزی بود. با وجود آثار نظری وسیع، توجه تجربی به CT اخیراً به وقوع پیوسته است. این تأخیر بیشتر به سبب دشواری در اندازه‌گیری پدیده‌ی مذکور توسط ناظرین و ارزیابان مستقل بوده است (بارک و گرینر، ۲۰۱۰). از همین روی و مطابق با جست‌وجوهای پژوهشگر، پژوهشی که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی‌ها بر رفتارهای CT درمانگر پردازد، در دسترس نبود، باین حال تلاش شده تا مطالعاتی که به نوعی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر هستند، ارائه شود.

همراستا با موضع‌گیری TFP، مرور آثار موجود پیرامون CT مؤید ارتباط بین مدیریت و واکنش‌های CT، به عنوان بخشی از درمان TFP، و نتایج روان‌درمانی است و باوری دیرپا نیز وجود دارد که یکان‌یکان واکنش‌های CT، مثبت یا منفی، باید به منظور شکوفایی درمان، موثراً مورد مهار واقع شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مدیریت CT، با اتحاد قوی‌تر (رزبرگر و هایس، ۲۰۰۲) و نتایج مثبت روان‌درمانی (گلسو و هایس، ۲۰۰۲) ارتباط دارد، حال آنکه رفتار CT بر اتحاد درمانی (لیگیرو و گلسو، ۲۰۰۲) و نتایج (گلسو و هایس، ۲۰۰۲) اثر منفی دارد (گلسو و هایس، ۲۰۱۲). دیگران (لاتس و گلسو، ۱۹۹۵؛ رابینز^۱ و یولکوفسکی^۲، ۱۹۸۷) نیز تصدیق می‌کنند که هرچه آگاهی درمانگر از CT بیشتر باشد، بیان آن در قالب رفتار CT پایین‌تر خواهد بود، که مبین اثر مدیریت واکنش‌های CT بر نتایج است. پژوهش‌ها نشان از آن دارد که عواملی نظیر بینش نسبت به خود، یکپارچگی خود، همدلی، مهارت‌های صورت‌بندی و مهار اضطراب می‌تواند مدیریت مؤثر رفتار CT را متأثر سازد (رابینز و یولکوفسکی، ۱۹۸۷؛ لاتس و گلسو، ۱۹۹۵). در پژوهشی دیگر آشکار شد که درمانگران کارآموزی که اضطراب کمتری در جلسات داشتند [که به شدت تحت تأثیر آگاهی و مهار اضطراب است]، بهتر می‌توانستند واکنش‌های CT را مدیریت کنند (ویلیامز^۳، یوج^۱، هیل^۲ و هافمن^۳، ۱۹۹۷). فقدان همدلی به مثابه‌ی برآمدن موضوعات CT

¹ Robbins

² Jolkovski

³ Williams

می‌باشد و مدیریت آن می‌تواند مسیر همدلی را که با رفتارهای کمتر CT همراه می‌باشد را تسهیل کند (هایس، گلسو، وان-واگونر^۴ و دایمر^۵، ۱۹۹۱). در پژوهشی دیگر هویدا گشت که درگیری بیش از حد درمانگر با مراجع [دوستی، تماس‌های فیزیکی بی‌ضرر، خودافشایی مشروح و نامتناسب] می‌تواند منجر به نقض مرزها شود (اسمیت^۶ و فیتزپارک^۷، ۱۹۹۵). صادق است که پاره‌ای از پژوهش‌ها مبین تسهیل‌کنندگی CT مثبت در رابطه‌ی درمانی هستند (مک‌کلار و هادج، ۱۹۸۷)، لکن چنانچه این رفتارهای مثبت و نزدیکی محور منجر به تعافل از سایر موضوعات موجود در درمان گردد، می‌توان آن را آسیب بالقوه به درمان تلقی نمود (فریدمن و گلسو، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد که رفتار CT پیش از افکار و احساسات درمانگر رخ می‌دهد (هایس و گلسو، ۲۰۰۱) و هنگامی که واکنش‌های درونی CT مدیریت نشوند و یا به خوبی مورد توجه قرار نگیرند، احتمالاً به رفتار می‌انجامند. مجموعاً باید چنین بیان داشت که به نظر می‌رسد زمانی که واکنش‌های CT به طور متناسبی مدیریت شوند، احساسات مثبت به مراجع ممکن است به احساس امید بیشتری منتهی شود و این به رفتارهای درمانگر که نتایج مثبت درمانی را بهبود می‌بخشد، منجر می‌شود (پاپ^۸ و تاباچنیک^۹، ۱۹۹۳).

CT مطابق با TFP که در کنار ارتباط کلامی و رفتار غیر کلامی مراجع، سومین مسیر ارتباطی رابطه‌ی درمانی است، دارای سویه‌های تشخیصی و درمانی پرثمری است. هرچند منابع متفاوتی [انتقال مراجع به درمانگر، واقعیت‌زندگی مراجع، ویژگی‌های انتقال خود درمانگر و واقعیت‌زندگی درمانگر] دارد، تقریباً می‌توان آن را از سه طریق قرارداد درمانی، درون‌نگری درمانگر و جلسات نظارت شناسایی نمود و در جهت کاهش آنها گام برداشت. در مورد نخست، بایست اظهار داشت که هر نوع انحراف و وسوسه‌ی کژروی از چارچوب درمانی می‌تواند امکانی برای CT باشد، چرا که یکی از اهداف قرارداد درمانی ضمن مشخص ساختن واقعیت رابطه‌ی درمانی، تعیین حدود مرز رفتارهای برون‌ریزانه‌ی مراجع و درمانگر می‌باشد. دومین منبع، احساسات اینجاواینکی و آنجاوآنکی درمانگر در ارتباط با مراجع می‌باشد که آنها را به واسطه‌ی درون‌نگری، گفت‌وگوهای درونی و تأملاتی که درون یا بیرون از جلسه دارد، شناسایی و کشف می‌کند. و سومین طریق، ناظر درمانگر است که می‌تواند با مشاهده و گوش‌سپاری دقیق به گفتار درمانگر و بررسی احوالات و درونیات وی در هنگام صحبت از مراجع، الگوهای انتقال متقابل را شناسایی و ضمن انتقال آنها به وی، از او بخواهد که در درمان شخصی خویش یا به واسطه‌ی خود کاوی به آنها پردازد. CT در بطن رابطه‌ی انتقالی به سبب دنیای همواره در نوسان مراجع مرزی تغییر می‌کند و تکلیف نخست درمانگر شناسایی منبع آن است. آگاهی مذبور، دسترسی به فهم سازوکارهای دفاعی بدوی مراجع به ویژه همانندسازی فرافکن و دویاره‌سازی، و نیز فهم ماهیت بازنمایی‌های موضوعی جزئی را مهیا می‌سازد. در گام پسین، درمانگر بایست رویکردی شفاف، گشاده و صادقانه، به ویژه زمانی که مراجع در مورد وی

¹ Judge

² Hill

³ Hoffman

⁴ Van Wagoner

⁵ Diemer

⁶ Smith

⁷ Fitzpatrick

⁸ Pope

⁹ Tabachnick

اظهار نظر می‌کند، نسبت به واکنش‌های CT داشته باشد. درمانگر همواره می‌بایست خویشتنِ خویش را آزادانه و خودخواست پایش نماید و پرسد که به چه میزان واکنش‌های CT وی برآمده از بخش‌های درون‌روانی و واقعیت زندگی مراجع، و به چه میزان منتج از قسمت‌های درون‌روانی [نیازها و تعارضات ناگشوده] و واقعیت زندگی خویش است. بعد از آگاهی و تصدیق صادقانه، که نوعاً همسنگ با پاسخ درونی به مراجع است، درمانگر بایست خویش را در جایگاه ناظر یا فرد سوم قرار دهد. این فرآیند مثلث‌سازی یا ظرفیت دیدگاه‌گیری، بنیان نگهداری^۱ می‌باشد (بایون، ۱۹۶۲)، فرآیند پیچیده-ای که شامل گنجایش تجربه‌ی کامل هیجان بدون کنترل شدن توسط آن یا بلافاصله عملی‌کردنش یا ظرفیت تفکر و خوداندیشی به منظور تعدیل محتوای روانی که مستلزم آن است که درمانگر بتواند جنبه‌های درون‌روانی مراجع را که دوپاره شده و در دل رابطه‌ی انتقالی فراقنده شده، تاب آورد، تعدیل کند و با همه‌ی بخش‌های مراجع و همه‌ی جوانب هر تعارض معینی، همدلی کند و از این گذار، استنباط‌هایی را در مورد روابط موضوعی فعال در مراجع که در درمان عملی^۲ شده، به صورت تعبیر انتقالی ممکن‌الوجود، ارائه دهد. درمانگر نگه دارنده، دروناً پاسخگو است، اما در ساحت بینافردی، واکنشی نبوده، جای‌کنش و واکنش را با تأمل و خودمشاهده‌گری جابجا می‌سازد. نگهداری می‌تواند اتحاد را تسهیل کند، همچنین، نه الزاماً، گذاری باشد برای تعبیر انتقالی (کلارکین و همکاران، ۲۰۰۷).

پیرامون محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم کوچک نمونه و روش غیراحتمالاتی نمونه‌گیری اشاره نمود که هر دو به گونه‌ای اعتبار بیرونی پژوهش را متأثر ساخته و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازند. در طرح پژوهشی حاضر ناظر ارزیاب و ناظر درمان یکسان بودند که می‌تواند ارزیابی‌ها را دچار تورش و سوگیری نماید. مدت زمان دوره‌ی درمان و پیگیری [نظر به اینکه پژوهش حاضر مستخرج از رساله‌ی دکتری است] با توجه به بلندمدت بودن روان‌درمانی بکار رفته در پژوهش و آسیب‌شناسی مزمن‌مرزی، کوتاه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگتر و روش‌های احتمالاتی نمونه‌گیری، اعتبار بیرونی را فزونی بخشیده و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش داد. به منظور کاهش سوگیری در ارزیابی‌ها از پژوهش‌های یک‌سرکور [ناظر درمان و ناظر ارزیاب متفاوت باشند] استفاده شود؛ در کنار نسخه‌ی ناظر سنج، نسخه‌ی درمانگر سنج نیز برای ارزیابی رفتار انتقام‌تقابل و مقایسه‌ی دیدگاه‌ها بکار گرفته شود؛ استفاده از بیش از یک ناظر ارزیاب نیز پیشنهاد می‌شود تا پایایی بین ناظرین ارزیاب نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نقش انتقال-مقابل در فرآیند و نتایج، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی نقش میانجی و سهم علی آن در روان‌درمانی‌های کوتاه/بلندمدت و در نمونه‌های متفاوتی با اختلالات متفاوت، به ویژه مراجعین مبتلا به اختلال شخصیت که در ایجاد و استمرار رابطه‌ی درمانی دشواری‌های فزون‌تری دارند و احساسات منفی‌تری را به سبب مزمن بودگی شرایطشان در متخصصین نظام سلامت فرامی‌خوانند، پردازند، چرا که قلمرو پژوهشی ایران تقریباً تهی از چنین تحقیقاتی است. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی هنجاریابی نشده‌ی رفتار انتقال‌مقابل در ایران استفاده شد. از این‌رو، نخست پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای به هنجاریابی پرسشنامه‌ی مذکور در جامعه‌ی ایرانی پردازند. در نهایت پیشنهاد می‌شود اثربخشی روان‌درمانی

¹ Containment

² Enact

انتقال‌محور نه تنها برای مراجعین مرزی با روش‌شناسی متفاوت و حتی مشابه تکرار شود، بلکه اثربخشی روان‌درمانی مذکور در سایر جمعیت‌های بالینی نیز بررسی و مورد پژوهش قرار گیرد.

پژوهشگر از مراجعان محترمی که رضایت‌مندانه و ناظرین ارجمندی که همکارانه، دکتر حسن مکارمی و دکتر سهیلا کیانی، در مسیر یک‌ساله‌ی پژوهش همراهی نمودند، صمیمانه سپاس دارد.

منابع

محمدزاده، علی؛ رضایی، اکبر. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه‌ی ایرانی. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۳(۵)، ۲۶۹-۲۷۷.
 نظری، محمدعلی؛ دادخواه، مهرناز؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۴). اثربخشی توانبخشی شناختی بر خطاهای املا دانش‌آموزان با نارسا نویسی. *پژوهش در علوم توانبخشی* ۱۳۹۴؛ ۱۱(۱)؛ ۳۲-۴۱

- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249-256.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 735-745.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*, 15(6), 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72.
- Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide. *American Psychiatric Pub.*
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875.
- Dadlani, M. B. (2010). Countertransference Behavior and Alliance Quality as a Function of Therapist Self-Insight.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Fassino, S., Amianto, F., Abbate, D. G., & Leombruni, P. (2007). Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service. *Panminerva medica*, 49(1), 7-15.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behavior. *Journal of clinical psychology*, 56(9), 1221-1235.

- Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2015). Using the Inventory of Countertransference Behavior as an observer-rated measure. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(1), 38-56.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2012). Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. *Routledge*.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 861-867.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological reports*, 69(1), 139-148.
- Hunt, M. S. (2003). Understanding Countertransference with Patients with Borderline Personality Disorder: an Exploratory Quantitative Investigation.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(3), 405.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2006). Transference focused psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: A comparison with a treatment-as-usual cohort. *Manuscript submitted for publication*.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy*, 39, 3-11.
- Livesley, W. J. (2017). Integrated Modular Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide to Combining Effective Treatment Methods. *Cambridge University Press*.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Paris, J. (2008). Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice. *Guilford Press*.
- Pierò, A., Cairo, E., & Ferrero, A. (2013). Personality dimensions and working alliance in subjects with borderline personality disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(1), 17-25.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142.
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 276.
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 558-567.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(9), 702-708.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(5-6), 39.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., ... & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457.
- Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional psychology: research and practice*, 26(5), 499.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2012). The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. *Drug and alcohol dependence*, 121(1-2), 97-102.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390.
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 716-726.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709.
- Zahra, D., & Hedge, C. (2010). The reliable change index: Why isn't it more popular in academic psychology? *Psychology Postgraduate Affairs Group Quarterly*, 76(76), 14-19.