

## Comparison study of transference patterns according to psychotherapist and patient's gender in dynamic psychotherapy of cluster B personality disorders

**Shahrokh Makvand  
Hosseini** \*

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

**Sanaz Zabihzadeh** 

Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

**Alimohammad Rezaei** 

Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

### Abstract

**Aim:** The purpose of the current study was to investigate the role of psychotherapist-patient gender on the transference patterns of cluster B personality disordered patients during their psychodynamic psychotherapy. **Method:** Using an expo-facto design, four groups of 20 patients and their psychotherapists were selected through purposive sampling method and Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) was completed by the therapists about their patients. The PRQ for the first time translated into Persian language in this research in 2018 year and Chronbach's Alpha in Iranian patients was computed for its five dimensions. The transference patterns in five categories including: 1-Angry/entitled 2-Anxious/preoccupied 3- Secure/engaged 4- Avoidant/ counter dependent 5-Sexualized were estimated applying the questionnaire. Results were analyzed by a one-way analysis of variance (ANOVA). Findings:


\* Corresponding Author: shmakvand@yahoo.com


**How to Cite:** Makvand Hosseini, Sh., Zabihzadeh, S., Rezaei, A. (2021). Comparison study of transference patterns according to psychotherapist and patient's gender in dynamic psychotherapy of cluster B personality disorders, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(44), 1-22.


Angry/entitled transference revealed as the most common transference among five dimensions, while the Sexualised transference appeared as minimum. The anxious/preoccupied, secure/engaged and avoidant/ counter dependent patterns revealed moderate as well. One-way analysis of variance showed a significant difference for sexualised transference pattern. No significant statistical effect observed on other transference patterns. Tukey post-hoc test indicated significantly differences with more sexualized transference indices for “male therapist-female patient” and “female therapist - male patient” rather than “male therapist - male patient” and “female therapist - female patient” combination. Conclusion: Heterogeneous combination such as “female therapist- male patient” and contrariwise conveyed higher sexualised transference extent in the dynamic psychotherapy of cluster B patients rather than homogeneous one. The sexualised transferences in “male therapist-female patient” state was higher than “female therapist- male patient” as well. A robust angry/entitled transference pattern was evident in the dynamic psychotherapy of cluster B personality disordered patients, while others were uncommon.

**Keywords:** transference, psychodynamic psychotherapy, sexuality, mental problems.

## مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر - بیمار در روان‌درمانی پویایی بیماران با اختلال شخصیت خوشه ب

شاهرخ مکوند حسینی \*  دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

ساناز ذبیح زاده  کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

علی محمد رضایی  دانشیار گروه علوم تربیتی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه ترکیب جنسیتی روان‌درمانگر - بیمار بر انتقال بیماران دچار اختلال شخصیت خوشه ب تحت درمان با رویکرد روان‌پویایی بود. با بهره‌گیری از یک طرح علی مقایسه‌ای چهار گروه ۲۰ نفره از بیماران و درمانگرانشان با شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پرسشنامه‌های رابطه‌ی درمانی وستن (PRQ) را درباره بیماران تحت درمانشان تکمیل کردند. پرسشنامه مزبور توسط محقق برای اولین بار در این تحقیق در سال ۱۳۹۸ به زبان فارسی ترجمه و در جمعیت بیماران ایرانی آلفای کرونباخ ۵ مؤلفه آن محاسبه شده است. با استفاده از پرسشنامه مزبور سبک انتقالی بیماران در ۵ حیطه (عصبانی/حق‌به‌جانب، مضطرب/دل‌مشغول، ایمن/درگیر، اجتنابی/وابسته و جنسی) ارزیابی شد. نتایج با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه (آنووا) بررسی گردید. بیشترین میزان انتقال در این گروه بیماران سبک انتقال عصبانی/حق‌به‌جانب بود و کمترین میزان انتقال را سبک جنسی داشت. سبک‌های مضطرب/دل‌مشغول، ایمن/درگیر و اجتنابی/وابسته هم‌پنین بودند. تحلیل واریانس یکراهه تفاوت معناداری را برای سبک انتقال جنسی منعکس ساخت، درحالی‌که در سایر سبک‌ها اثر معناداری به دست نیامد. تست پیگیری توکی تفاوت‌های معناداری میان میانگین نمرات انتقال زوج‌های درمانی (مرد-زن) و (زن-مرد) در قیاس با (مرد

– مرد) و (زن – زن)، نشان داد. ترکیب جنسیتی ناهمگون درمانگر زن – بیمار مرد و بالعکس، در قیاس با سایر ترکیب‌ها، قویاً سبک انتقال جنسی را در روند روان‌درمانی فرا می‌خواند. انتقال جنسی در ترکیب درمانگر مرد – بیمار زن بیشتر از درمانگر زن – بیمار مرد بود. انتقال عصبانی / حق‌به‌جانب در خلال روان‌درمانی پویشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خوشه ب برجسته بود و سبک‌های انتقالی دیگر کمتر رخ دادند.

**کلیدواژه‌ها:** انتقال، جنسیت، روان‌درمانی روانپویشی، مشکلات روانی.

## مقدمه

انتقال فرافکنی احساسات ناخودآگاه فرد نسبت به افراد گذشته زندگی‌اش بر روی افراد مهم دیگر در زمان حال، تعریف شده است (کالیگور، کرنبرگ و کلارکین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در خلال روان‌درمانی پویایی انتقال مهم‌ترین ابزار روان‌درمانگر برای دسترسی به محتوای روانی و درک عمیق انگیزه‌های بیمار محسوب می‌شود (پرسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). با این حال این منبع مفید اطلاعاتی متأثر از عوامل گوناگونی در طی درمان است که اطلاع از آن‌ها در استفاده‌ی مؤثرتر از آن بسیار ضروری است (لوبورسکی و کریترز-کریستوف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). این امر در روان‌درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و بخصوص اختلالات شخصیت خوشه ب که شامل بیماران مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته و نمایشی است نیز بسیار محسوس است (کالیگور، کرنبرگ، کلارکین و یومانس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). از طرفی به نظر می‌رسد که جنسیت بیمار و روان‌درمانگر بسیار در فرایندهای انتقالی و سیر درمان آنان تأثیرگذار باشد (کرنبرگ، ۲۰۰۴).

در روان‌درمانی معاصر، انتقال به‌طور گسترده‌ای به الگوهای فکر، احساس، انگیزه و رفتار اشاره دارد که در رابطه درمانی ظاهرشده و منعکس‌کننده جنبه‌های پایداری از شخصیت بیمار و عملکرد بین‌فردی اوست (وستن و گابارد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ کالیگور، کرنبرگ، کلارکین و یومانس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). پیش‌فرض روانکاوی کلاسیک این بوده است که یک تحلیل‌گر از هر جنس به‌طور مؤثر می‌تواند یک بیمار از همان جنس را درمان کند. این بی‌طرفی مبتنی بر این فرض است که انتقال رابطه کمی با ویژگی‌های واقعی درمانگر دارد (فینکل<sup>۶</sup>، ۱۹۴۵؛ گلاور<sup>۷</sup>، ۱۹۵۵؛ گرینسر<sup>۸</sup>، ۱۹۵۹) اما پرسن (پرسن، ۱۹۸۳) برای اولین بار

- 
1. Caligor, Kernberg & Clarkin
  2. Person
  3. Luborsky & Crits- Christoph
  4. Gabbard
  5. Yeomans
  6. Fenichle
  7. Glover
  8. Greenacer

این استدلال متقاعدکننده را که انتقال اُدیپی خاص بیمار تنها به خیالات ناخودآگاه بیمار بستگی نداشته، بلکه همچنین به جنسیت درمانگر و بیمار مربوط می‌باشد را مطرح کرد. کار او مبتنی بر نوشته قبلی بلوم و کارمی (بلوم، ۱۹۷۱؛ کارمی<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹) می‌باشد که نشان داده‌اند ویژگی‌های تحلیل‌گر (به‌استثنای انتقال متقابل) تحت تأثیر شکل‌گیری و ماهیت رشد و تحول رابطه درمانی است. مرور مطالعات قبلی نشان می‌دهد پرسن (پرسن، ۱۹۸۳) سهم مهمی در تشریح برخی از نقاط قوت و آسیب‌پذیری‌های خاص در هر یک از چهار زوج‌درمانی: تحلیل‌گر زن-بیمار مرد، تحلیل‌گر مرد-بیمار زن، تحلیل‌گر زن-بیمار زن و تحلیل‌گر مرد-بیمار مرد داشته است. همچنین الگوی غالب شخصیتی بیمار زن و مرد مانند خودشیفتگی، نوروپیک بودن، ضداجتماعی بودن و غیره را نیز در نظر می‌گیرد. برای مثال در تشریح انتقال تجارب روان‌درمانگران تحلیلی حاکی از این بوده است که میان درمانگر مرد و بیمار زن روان‌رنجور، ظرفیت بروز انتقال شهوانی شدیدی به وجود می‌آید که هم اُدیپی است و هم توسط فرهنگ مردسالار که در آن عشق زن به مردی آرمانی و قدرتمند مورد تقدیر است، تشدید می‌شود. برای مثال یک بیمار زن خودشیفته با ویژگی شخصیت ضداجتماعی نسبت به قدرت، تسلط و جایگاه بالای درمانگر مردش حسادت می‌کند و ممکن است برای پایین کشاندن او از جایگاهش دست به اغوای شهوانی او زده و ممکن است انتقال شبه شهوانی بروز دهد. در مورد یک درمانگر زن و بیمار مرد روان‌رنجور، انتقال شهوانی در ابتدا نسبتاً ضعیف است و تمایل به جابجایی بر روی موضوعات دیگر عشق دارد. تمایل شهوانی بیمار، به‌صورت آرمانی‌سازی درمانگر زن قدرتمند است که با فرض فرهنگی سلطه مرد در روابط عشقی، در تضاد می‌باشد و در نتیجه ناامنی بسیار زیادی در بیمار ایجاد می‌کند. در مقابل یک بیمار مرد خودشیفته ممکن است رابطه شهوانی شدیدی را در تلاش برای معکوس کردن تجربه وابستگی با تحلیل‌گر زنش ایجاد کند و به‌واسطه اغواکردنش اقتدار او را از بین ببرد؛ بنابراین همان رابطه متعارف بین مرد غالب و زن تابع را تکرار بکند (کرنبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)

1. Karme
2. Kernberg

مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر...؛ مکوند حسینی و همکاران | ۷

اما انتقال‌های جنسی در ترکیب‌های یکسان جنسی نیز قابل بررسی است. بعلاوه گرایش‌های متفاوت جنسی بیمار و نیز درمانگر مسائل پیچیده‌ای را در بطن روان‌درمانی و روابط انتقالی موجب می‌شود. برخی محققان رخداد انتقال و برخورد درمانگران با مراجعان هم‌جنس‌گرایشان را بررسی کرده‌اند (لیجتمائر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ گابارد، ۱۹۹۴) انتقال جنسی در روان‌درمانی، به‌خصوص با تراجنسیتی‌ها متداول است. باین حال، تحقیقات عمدتاً بر رابطه درمانگر و مراجع با جهت‌گیری جنسی مشابه متمرکز بوده است (گونسیراک<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲). مطالعات موردی کمتری در مورد انتقال مثبت بین درمانگر دگرجنس‌گرا و مراجع هم‌جنس‌گرا، به‌ویژه هنگامی که هر دو از یک جنسیت می‌باشند وجود دارد (استیرزاکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

به‌هر حال این فرضیات نظری و بالینگری اگرچه از لحاظ منطقی و عقل سلیم قابل استناد است، نیاز به پشتوانه‌های تجربی علمی بیشتری دارند که تاکنون به نظر می‌رسد به دلایل گوناگون از جمله عدم وجود ابزارهای مناسب برای سنجش انتقال و انتقال متقابل و نیز موانع کسب اطلاعات دقیق درباره‌ی الگوهای شخصیتی درمانگران، به گونه‌ی سیستماتیک کانون تحقیقات علمی قرار نگرفته‌اند. لذا هدف تحقیق حاضر ضمن جلب توجه محققان به این موضوع ظاهراً فراموش شده، پاسخ به این سؤال است که: آیا سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر- بیمار در روان‌درمانی پویایی بیماران با اختلال شخصیت خوشه ب متفاوت است؟

## روش‌شناسی

طرح پژوهش: طرح پژوهش توصیفی و از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای و زمینه‌یابی است.

- 
1. Lijtmaer
  2. Gonsiorek
  3. Stirzaker

آزمودنی‌ها: تعداد ۸۰ نفر از بیماران سرپایی تحت درمان با تشخیص یکی از اختلالات شخصیت خوشه ب (مرزی، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی) بر اساس معیارهای تشخیصی دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نحوه نمونه‌گیری بدین‌صورت بود که پس از کسب موافقت از حدود ۲۰ مرکز مشاوره و مطب روان‌شناسی فعال در سطح شهر تهران، پرسشنامه‌های مزبور به آن‌ها تحویل گردید. از مراکز مشاوره درخواست شد پرسشنامه‌ها را به روان‌درمانگرانشان تحویل دهند تا در مورد بیماران تحت درمانشان با یکی از اختلالات شخصیت خوشه ب، تکمیل نمایند. سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید و با مراجعه به پرونده بیماران معیارهای ورود و خروج بررسی و از میان آن‌ها چهار گروه ۲۰ نفره برای بررسی انتخاب شد. در مجموع به دلیل محدودیت دسترسی به بیماران با تشخیص اختلال شخصیت خوشه ب که تحت درمان تحلیلی قرار داشته باشند تنها ۴۰ بیمار مرد و زن (تحت درمان با درمانگران مرد) و ۴۰ بیمار مرد و زن (تحت درمان با درمانگران زن) انتخاب شدند که به‌منظور مقایسه در چهار گروه ۲۰ نفره درمانی با ترکیب‌های ۱) درمانگر زن \_ بیمار زن ۲) درمانگر زن \_ بیمار مرد ۳) درمانگر مرد \_ بیمار مرد ۴) درمانگر مرد \_ بیمار زن قرار می‌گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به یکی از اختلالات شخصیت خوشه ب، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل ۲ ماه سابقه‌ی اخیر درمانی صرفاً تحت نظر یک درمانگر (توضیح اینکه فرایندهای انتقالی از همان جلسات ابتدایی درمان نیز امکان بروز دارند، اما مدت دو ماه فرصت کافی برای مشاهده انواع انتقال فراهم می‌آورد (کالیگور، کلارکین و کرنبرگ، ۲۰۰۷). ملاک خروج بیماران نیز شامل داشتن بیماری نورولوژیک، اعتیاد به مواد مخدر و همبودی با اختلالات محور یک و بیماری‌های طبی مزمن دیگر طبق اطلاعات موجود در پرونده بیماران، بود. ملاک‌های ورود درمانگران نیز سابقه‌ی حداقل ۳ سال روان‌درمانی پویشی، داشتن مجوز درمانگری و دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۵۰ سال در نظر گرفته شد. معیارهای خروج نیز برای درمانگران عدم اعتقاد به رویکرد روان‌پویشی و پدیده‌ی انتقال و مقطع تحصیلی پایین‌تر از کارشناسی



مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر...؛ مکوند حسینی و همکاران | ۹

ارشد، در نظر گرفته شد. این معیارها برای درمانگران، صرفاً با کسب اطلاع از صاحبان مراکز و مطب‌های روان‌شناسی، تعیین شد.

ابزار: پرسشنامه رابطه‌ی درمانی (PRQ)<sup>۱</sup>: یک پرسشنامه ۹۰ سؤالی است که توسط وستن (وستن، ۲۰۰۰)

بر اساس گزارش‌های متخصصان بالینی طراحی شده است و به‌عنوان یک ابزار معتبر روان‌سنجی برای ارزیابی الگوهای انتقال در روان‌درمانی به‌منظور اهداف درمانی و پژوهشی به کار می‌رود. این پرسشنامه الگوهای انتقال را در پنج بعد توصیف می‌کند: (۱) عصبانی/حق‌به‌جانب<sup>۲</sup>، (۲) مضطرب/دل‌مشغول<sup>۳</sup>، (۳) ایمن/درگیر<sup>۴</sup>، (۴) اجتنابی/هم‌وابسته<sup>۵</sup> و (۵) جنسی<sup>۶</sup>. ضرایب آلفای کرونباخ برای ۵ عامل پرسشنامه در محدوده‌ی ۰,۸۴ تا ۰,۹۴ گزارش شده است (برادلی<sup>۷</sup>، هیم<sup>۸</sup> و وستن، ۲۰۰۵). روایی PRQ با مرور ادبیات بالینی، نظری و تجربی درباره‌ی انتقال، اتحاد درمانی و سازه‌های مرتبط و نیز مشاوره با چند روان‌پزشک و روان‌درمانگر بالینی با تجربه (وستن، ۲۰۰۰) تأیید شده است. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای ۵ عامل پرسشنامه (عصبانی، مضطرب، ایمن، اجتنابی و جنسی) به ترتیب برابر با ۰,۸۸، ۰,۸۸، ۰,۶۲، ۰,۴۱ و ۰,۹۰ می‌باشد.

روند اجرا: پس از رفتن به کلینیک‌ها و مطب‌های شهر تهران و شناسایی روان‌شناسانی با معیار ورود و خروج و بیان هدف پژوهش و کسب رضایت برای شرکت در تحقیق، از آن‌ها خواسته شد تا موارد پرسشنامه را در رابطه با بیماران زن و مرد مبتلا به یکی از اختلالات شخصیت خوشه ب تحت روان‌درمانی‌شان، با رعایت رازداری بیماران و بدون

- 
1. Psychotherapy Relationship Questionnaire
  2. Angry/entitled
  3. Anxious/preoccupied
  3. Secure/engaged
  5. Avoidant/counterdependent
  6. Sexualised
  7. Bradley
  8. Heim

ذکر نام آنان در پرسشنامه، تکمیل نمایند. به این ترتیب، داده‌ها در چهار زوج‌درمانی با ترکیب‌های جنسی متفاوت جمع‌آوری شدند. پس از استخراج داده‌ها و چک کردن دقیق معیارهای ورود و خروج، داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه ANOVA مورد تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

بررسی میانگین و انحراف معیار برای ترکیب‌های مختلف جنسی بیمار و درمانگر در جدول ۱ ارائه شده است و در سطح توصیفی امکان مقایسه گروه‌های تحقیق را فراهم می‌سازد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین میزان انتقال را انتقال‌های عصبانی/حق‌به‌جانب به خود اختصاص داده‌اند که در تمامی ترکیب‌ها بالاتر از بقیه سبک‌ها بوده است. پس از آن سبک‌های اضطرابی و ایمن قرار دارند و کمترین میزان انتقال را سبک‌های اجتنابی و جنسی داشته‌اند. بعلاوه میانگین سبک انتقال جنسی در ترکیب جنسیتی (درمانگر مرد\_ بیمار زن) از سایر گروه‌ها بیشتر و در ترکیب (درمانگر مرد\_ بیمار مرد) از همه کمتر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های انتقالی در ترکیب‌های مختلف جنسی بیمار-

#### درمانگر

جنسی		اجتنابی/ هم وابسته		ایمن/درگیر		مضطرب/ دل مشغول		عصبانی/حق‌به‌جانب		سبک انتقالی
St.D	M	St.D	M	St.D	M	St.D	M	St.D	M	بیمار - درمانگر
74/2	60/9	19/4	65/15	96/5	2/30	63/9	7/31	32/20	25/78	زن - زن
83/5	4/15	05/4	16	762/6	05/30	82/8	05/29	96/14	05/82	زن - مرد
06/3	65/8	49/3	25/17	02/5	9/27	94/8	75/24	99/12	3/85	مرد - مرد
47/6	25/19	03/3	8/14	08/9	9/29	76/10	1/31	06/13	2/82	مرد - زن

مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر...؛ مکوند حسینی و همکاران | ۱۱

جدول ۲. آزمون اثرات بین گروهی ترکیب‌های جنسی بیمار- درمانگر در سبک‌های انتقالی

Sig.	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی		
0.566	0.682	166.567	3	بین گروهی	عصبانی/حق به جانب
		244.107	76	درون گروهی	
			79	کل	
0.100	2.159	197.833	3	بین گروهی	مضطرب/دل مشغول
		91.641	76	درون گروهی	
			79	کل	
0.678	0.495	23.413	3	بین گروهی	ایمن/درگیر
		47.286	76	درون گروهی	
			79	کل	
0.223	1.492	20.683	3	بین گروهی	اجتنابی/هم وابسته
		13.862	76	درون گروهی	
			79	کل	
0.001	21.573	500.683	3	بین گروهی	جنسی
		23.209	76	درون گروهی	
			79	کل	

برای بررسی تفاوت‌های معنادار گروه‌های مختلف جنسیتی پس از اطمینان از یکسانی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون، تحلیل واریانس یکراهه انجام شد. جدول شماره (۲) آزمون اثرات بین گروهی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تنها سبک انتقال جنسی از میان سبک‌های انتقالی پنج‌گانه معنادار بوده است، درحالی‌که سایر سبک‌ها در سطح معنادار قرار نگرفته‌اند.

جدول ۳. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه‌ی میانگین گروه‌ها در سبک انتقال جنسی

بیمار - درمانگر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
زن - زن	زن - مرد	*8/-5	523/1	002/0
	مرد - مرد	95/0	523/1	924/0
	مرد - زن	*65/-9	523/1	001/0

بیمار - درمانگر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
زن-مرد	مرد-مرد	*75/6	523/1	001/0
	مرد-زن	85/-3	523/1	064/0
مرد-مرد	زن-زن	95/-0	523/1	924/0
	مرد-زن	*6/-10	523/1	001/0
مرد-زن	زن-مرد	85/3	523/1	064/0
	مرد-مرد	*6/10	523/1	001/0

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر در وهله نخست حاکی از آن بود که میزان بروز سبک انتقالی عصبانی/حق‌به‌جانب در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خوشه ب دو تا سه برابر بالاتر از سایر انواع حالات انتقالی است. این نوع انتقال به استقرار حالاتی مانند توقع بیش‌ازحد بیمار از درمانگر و عصبانیت و بی‌اعتنایی بیمار، اطلاق می‌شود. این حالات در خلال روان‌درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت خودشیفته رایج است. برادلی و همکاران (۲۰۰۵) در یک بررسی مشابه به این نتیجه رسیدند که سبک انتقال عصبانی با اختلالات شخصیت خودشیفته و مرزی هماهنگ است. همسو با یافته‌های ما کرنبرک (۲۰۰۴) نیز بروز انتقال‌های پرخاشگرانه را در بیماران مرزی مفصلاً تشریح کرده است. پریرا و کوپرم (۲۰۱۸) نیز ضمن تأیید غلبه انتقال‌های عصبانیت در بیماران مرزی فنون فعال و غیرفعال رویارویی با آن را تشریح کرده است. درواقع یافته‌های ما حاکی از این بوده است که بروز این نوع انتقال در خلال روان‌درمانی این بیماران حتمی است و اگرچه بیشترین میزان بروز این نوع انتقال در حالتی بوده است که هر دو روان‌درمانگر و بیمار مرد بوده‌اند، اما این سبک کمتر تحت تأثیر ترکیب جنسیتی روان‌درمانگر-بیمار قرار می‌گیرد؛ به‌عبارت‌دیگر، صرف‌نظر از جنسیت روان‌درمانگر و بیمار، استقرار انتقال‌های خشم و عصبانیت در طول روان‌درمانی این بیماران مکرراً رخ می‌دهد و فرصت تعبیر و تفسیر و نیز حل‌وفصل تعارضات زیربنایی مرتبط با آن طبیعتاً بیشتر از سایر حالات انتقالی وجود خواهد داشت؛ اما از آنجاکه بروز این حالت انتقالی ممکن است به رابطه درمانی و نیز اتحاد

مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر...؛ مکوند حسینی و همکاران | ۱۳

درمانی درمانگر-بیمار صدمه وارد کند، رعایت جانب احتیاط و آمادگی حرفه‌ای برای رویارویی با آن ضروری به نظر می‌رسد.

پس از این نوع انتقال سبک دیگر که از لحاظ میزان بروز در خلال روان‌درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خوشه ب در این تحقیق جلب توجه می‌کند، سبک مضطرب/دل‌مشغول بوده است. اگرچه میزان بروز این سبک بسیار کمتر از حالات عصبانیت و استحقاق در این بیماران است، اما میزان آن درخور توجه است. در واقع این سبک به رفتارهایی همچون، ترس از مخالفت درمانگر، ترس از طرد شدن و عدم پذیرش به‌وسیله درمانگر، نگرش وابسته و بیش‌ازحد سازگار به درمانگر و تمایل به تحت مراقبت قرار گرفتن و حل شدن مشکلات توسط درمانگر را در برمی‌گیرد که به شدت شبیه سبک دل‌بستگی بزرگ‌سالان از نوع "مضطرب" می‌باشد که به دل‌بستگی مضطرب/دوسوگرا در دوران کودکی مرتبط است.<sup>۱</sup> که با برخی ملاک‌های آسیب‌شناسی بیماران مرزی از جمله حساسیت نسبت به طردشدگی هماهنگ می‌باشد. همسو با یافته ما کالیگور و همکاران (۲۰۰۷) و نیز بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) وجود اضطراب‌های جدایی و وابستگی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت در قالب واکنش‌های انتقالی به خاتمه درمان، گوشزد کرده‌اند. این محققان نیاز به کار تحلیلی بر روی این اضطراب‌ها و بینش یابی آن‌ها را در روان‌درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت از جمله بیماران مرزی، مورد تأکید قرار داده و شرط لازم درمان دانسته‌اند. در پژوهشی (مارتین<sup>۱</sup>، گودفری<sup>۲</sup>، میکومز<sup>۳</sup> و مدیل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از نظر سبک‌های انتقالی‌شان در خلال روان‌درمانی مقایسه کردند و نشان دادند که نمرات بالا در پرسشنامه رابطه روان‌درمانی عمدتاً به تشخیص اختلال شخصیت مرزی مربوط است.

پیش‌فرض غالب ممکن است این باشد که بیماران زن در ارتباط با درمانگران زن و بیماران مرد با درمانگران مردشان احساس راحتی بیشتری کنند و لذا بهترین زوج‌درمانی را

1. Martin
2. Godfrey
3. Meekums
4. Madill

تشکیل دهند؛ اما به‌رحال اضطراب‌ها و دل‌مشغولی‌های ادیپی و مثلثی در مردان و زنان به گونه متفاوت فعال می‌شوند و تحت شرایط همسانی جنسیتی ممکن است مجال بروز نیابند. برخی گرایش‌ها برای زنان و مردان در موقعیت‌های بالینی مختلف مطرح شده است. به‌عنوان مثال (گیل<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲) تمایزی را در روانکاوای که مربوط به تفاوت‌های جنسیتی می‌باشد یافته است. او بین "مقاومت به انتقال" و "انتقال به‌عنوان مقاومت" تمایز قائل شده است. مقاومت در برابر انتقال زمانی رخ می‌دهد که یک بیمار احساساتش را در مورد درمانگر و یا ارتباط درمانی انکار می‌کند. این موضوع در تجزیه و تحلیل مردان شایع‌تر است. از طرفی انتقال به‌عنوان مقاومت هنگامی رخ می‌دهد که احساسات قوی بیمار نسبت به درمانگر مانع رشد روانی وی گردد. این موضوع نیز در بیماران زن شایع‌تر است. در واقع هنگامی انتقال به‌عنوان مقاومت عمل می‌کند که بیمار تلاش می‌کند تا از طریق درمانگر نیازها و تکانه‌های ناخوشایند اولیه‌اش را به بهای درگیر شدن با کاردرمانی ارضا کند. به‌عنوان مثال، نیاز به ارضای خواسته‌های اودیپی از طریق جنسی سازی رابطه‌اش با درمانگر (توسط خیالات، رفتار آشکار در طول جلسه، یا خارج از درمان عمل کردن) ممکن است تبدیل به یک وسواس در بیمار شود. همچنین، نیازها و انگیزه‌ها و یا تنها آگاهی از این موارد، ممکن است اضطراب ایجاد کرده و نسبت به درمانگر و مداخلاتش مقاومت ایجاد کند. شکل دیگری از مقاومت در برابر انتقال که غیرمعمول هم نیست، مبارزه با نفوذ درمانگر است؛ به‌عبارت‌دیگر مبارزه با فردی که به‌صورت شکلی از والدین مستبد و مداخله‌گر در طول تقلاي مرحله رشدی جدایی-تفرد است، می‌باشد (ولبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

البته، شرایطی رخ می‌دهد که در آن زنان "مقاومت به انتقال"، و مردان نیز از "انتقال به‌عنوان مقاومت" استفاده می‌کنند. به‌رحال طبق نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق فعلی، از لحاظ آماری سبک مضطرب/دل‌مشغول نیز به تغییر ترکیب جنسیتی درمانگر-بیمار حساس نبوده است. اگرچه در حالتی که بیمار و درمانگر هر دو مرد بوده‌اند، میزان این نوع انتقال به حداقل رسیده است. بعلاوه پایین بودن میزان بروز انتقال‌های مضطرب/دل‌مشغول

1. Gill
2. Wolberg

در بیماران دچار اختلال شخصیت خوشه ب ممکن است نشان از مقاومت این بیماران نسبت به ابراز ضعف‌ها و آسیب‌پذیری‌های درونی و لذا نیاز به تلاش بیشتر درمانگر برای فعال‌سازی آن‌ها در خلال درمان و کار بر روی آن‌ها داشته باشد.

میزان بروز سبک انتقال ایمن/درگیر نیز با سبک انتقال مضطرب/دل‌مشغول در این پژوهش قابل قیاس بوده است. این سبک شامل مواردی از قبیل همکاری بیمار و اتحاد کاری مثبت و بازیگوشی، احساس راحتی و تجربه امن از رابطه درمانی می‌شود. نتایج نشانگر این بود که این سبک انتقال نیز به ترکیب جنسیتی درمانگر-بیمار حساس نیست و تغییرات جزئی مشاهده‌شده در آن قابل‌توجه نیستند، اما میزان این حالات به‌رحال در بیماران خوشه ب در خلال روان‌درمانی کم‌یابیش بروز می‌کند. در واقع یافته‌های ما نشانگر این بوده است که میزان بروز این سبک زمانی که هر دو طرف درمان مردانند، نسبتاً آفت می‌کند. از آنجا که این سبک انتقالی در خلال روان‌درمانی بسیار مفید و موجب تقویت رابطه درمانی، کشش درمان و اتحاد مثبت درمانی می‌شود، پایین بودن میزان استقرار آن در بطن درمان به‌رحال نگران‌کننده است و ممکن است دارای این پیام ضمنی باشد که درمانگران در شروع روان‌درمانی با این بیماران به طراحی محکم‌تر توافقات درمانی و نیز تحکیم رابطه درمانی با بیمارانشان، توجه ویژه داشته باشند (کالیگور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

نتایج ما همچنین حاکی از این است که استقرار حالات انتقالی اجتنابی/دوری‌گزین در این بیماران بسیار نادر و میزان بروز بسیار پایینی دارد. این سبک شامل مواردی که بیانگر تلاش‌های بیمار برای جلوگیری از ارتباط معنی‌دار یا وابستگی به درمانگر است می‌باشد و طبق یافته (برادلی و همکاران، ۲۰۰۵) با سبک دل‌بستگی بزرگ‌سالان از نوع (دوری‌گزین) و همچنین با بیماران وسواسی و غیراجتماعی مرتبط می‌باشد. تیلور، ریتشل، دانکوا و بری (۲۰۱۵) غیبت بیماران، پاسخ ندادن به سؤالات درمانگر و بی‌اعتمادی به وی را حاکی از سبک ناایمن دل‌بستگی از جمله سبک اجتنابی برمی‌شمارند و به درمانگران توصیه می‌کنند که با ایجاد جوی ایمن رابطه کاری و اتحاد درمانی را بهبود بخشند. به نظر

می‌رسد که این سبک انتقالی نیازمند رسیدگی هرچه سریع‌تر در مراحل آغازین درمان داشته باشد و عدم حل و فصل آن درمان را با بن‌بست مواجه سازد. در واقع میزان بروز این سبک نصف حالات انتقالی مضطرب/دل‌مشغول و ایمن/درگیر، بوده است. به‌رحال در ترکیب‌های جنسیتی مختلف درمانگر-بیمار تغییرات این سبک نیز در حد بسیار جزئی بوده است و به نظر نمی‌رسد که حالات اجتنابی بیماران متأثر از جنسیت درمانگر-بیمار باشد. حالات اجتنابی و تلاش برای فاصله گرفتن و استقلال بیمار از درمانگر در تحقیق حاضر زمانی که روان‌درمانگر و بیمار هر دو مرد بودند به بالاترین میزان خود و زمانی که بیمار مرد و روان‌درمانگر زن بود، به پایین‌ترین حد خود رسید. همسو با دو یافته‌ی کالیگور و همکاران (۲۰۱۸) حالات نایمن و اجتنابی که منجر به قطع کشش درمان و یا غیبت‌های مکرر بیماران در روان‌درمانی بیماران می‌شود را در بیماران با سازمان شخصیت مرزی هشدار داده‌اند.

بالاخره سبک انتقال جنسی که بیان‌گر احساسات جنسی و رفتارهای اغواگرایانه بیمار نسبت به درمانگر می‌باشد را، عمدتاً مرزی‌ها و سپس نمایشی‌ها و خودشیفته‌ها نشان داده‌اند. در بررسی سبک انتقال جنسی نتایج حاکی از این بود، هنگامی که درمانگر مرد و بیمار زن است، انتقال‌های جنسی بیشتری نسبت به مواقع دیگر، بخصوص مواقعی که بیمار و درمانگر هر دو از یک جنسیت هستند، رخ می‌دهد. همچنین یافته‌ها نشان داد که ترکیب جنسیتی معکوس (درمانگر زن-بیمار مرد) نسبت به ترکیب‌های جنسیتی یکسان (مرد-مرد، زن-زن) انتقال‌های جنسی بیشتری را سبب می‌شود، اما همان‌گونه که قبلاً اشاره شد کمتر از ترکیب درمانگر مرد-بیمار زن انتقال جنسی را فرامی‌خواند. گزارش‌های دیگر حاکی از آن است که در مجموع انتقال جنسی و شهوانی اغلب در درمان روی می‌دهد (رادجرز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ بریدگز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) و فقدان آموزش‌های کافی می‌تواند باعث شود درمانگر به دلیل عمل غیراخلاقی احساس شرم، ناراحتی، خجالت، ترس و آسیب‌پذیری کند

---

1. Rodgers  
2. Bridges



(جیووالیاس<sup>۱</sup> و دیویس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). تحت چنین شرایطی نظارت بر امور برای کمک به درک مراجعان و احساسات خود درمانگر، افکار و واکنش‌ها ضروری است. صحبت کردن و تحلیل تجربه احساسات جنسی معمولاً به ترویج محیطی امن‌تر برای مراجعان کمک می‌کند (بارنت-پارکر، ۲۰۰۷)<sup>۳</sup>. پرسن (۱۹۸۵) معتقد است که انتقال شهوانی در زنان در درمان با تحلیل‌گران مرد آشکارتر است و تجربه آن به صورت آگاهانه، شدید و طولانی‌مدت بوده و بیشتر بر عشق به سوی تحلیل‌گر متمرکز است تا رابطه جنسی. در بیماران مرد با تحلیل‌گران زن، انتقال شهوانی خاموش و نسبتاً کوتاه‌مدت است، به طور غیرمستقیم در رؤیاها و دل‌مشغولی‌های مثلثی ظاهر می‌شود، به ندرت به صورت آگاهانه به عنوان یک مسئله عاطفی غالب تجربه می‌شود، غالباً به یک زن در خارج از وضعیت تحلیلی انتقال داده می‌شود و بیشتر از نوع جنسی است تا تمایلی برای عشق. در زنان با تحلیل‌گر مرد، قدرت انتقال شهوانی ممکن است پویایی و درگیری‌های مهم دیگر را مخفی کند. نباید فراموش کرد که انتقال شهوانی در کوتاه‌مدت پتانسیل درمانی قابل توجهی دارد و اغلب به عنوان نوعی مقاومت در برابر پرداختن به تضادهای اساسی بیمار و حل و فصل آنان، عمل می‌کند. در مقابل، بیماران مرد در درمان با تحلیل‌گران زن، در برابر تجربه انتقال مقاومت نشان می‌دهند که این موضوع غالباً، گواه در برابر انتقال شهوانی به جای انتقال خود به خودی است.

همچنین معتقد است که تحلیل‌گران زن با بازدارندگی خیال‌پردازی‌های جنسی و یا شهوانی تحت تأثیر مسائل فرهنگی، کمتر به دفاع‌های بیمارانشان در برابر احساسات شهوانی‌شان می‌پردازند و متعاقباً موجب عدم رشد انتقال شهوانی در خلال روان‌درمانی می‌شوند. لذا خطر عدم رشد انتقال و یا سرکوب شدن مضر آن وجود دارد. به طور کلی، زنان هویت خودشان را به عنوان زن به موجب روابط خاصی تعیین می‌کنند، در حالی که مردان از طریق موفقیت و استقلال به هویت مردانگی‌شان دست پیدا می‌کنند. دلایل این

---

1. Giovazolias

2. Davis

3. Barnett-Parker

تفاوت‌ها از نظر فرهنگی بررسی شده است، اما بیشتر به شرایط عدم تقارن در رشد روانی مربوط است. گزارش‌های زیادی از بیماران زنی که انتقال شهوانی قوی به تحلیل‌گران مرد داشتند، وجود دارد، اما برای جفت درمانی بیمار مرد و درمانگر زن گزارش‌های کمی موجود هست (لستر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). بسیاری از نوشته‌ها در این موضوع نشان می‌دهد که تظاهرات کامل و شدید انتقال شهوانی، اگر نگوییم هرگز، بندرت در مردان روی می‌دهد (گلدبرگر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵). باینکه بسیاری از نویسندگان ادعا می‌کنند که انتقال شهوانی در بیمار مرد نادر است، اما عوامل متعددی ممکن است منجر به کمبود موارد مستند بوده باشد. گابارد (۱۹۹۴) بر ناراحتی شدید در ابراز احساسات شهوانی در تحریک درمانگران و فیورستین (فیورستین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲) به نیازهای درمانگران به انکار احساسات جنسی خود نسبت به بیمارانشان اشاره می‌کنند. پرسن (۱۹۸۵) نشان می‌دهد که انتقال شهوانی در بیماران مرد با درمانگران زن اغلب در مردان مسن با زنان جوانتر مشاهده شده است. لستر (۱۹۵۸) نشان می‌دهد که بندرت وقوع انتقال شهوانی در بیماران مرد ممکن است بازتاب یک تحول خاص در انتقال باشد.

در مجموع نتایج این پژوهش حاکی از تأثیرگذاری عامل جنسیت روان‌درمانگر-بیمار بر انتقال‌های جنسی در خلال روان‌درمانی بیماران دچار اختلال شخصیت خوشه ب بوده است. ترکیب جنسیتی ناهمسان درمانگر-بیمار، انتقال‌های جنسی بیشتری را نسبت به ترکیب‌های جنسی همسان موجب می‌شود. سایر سبک‌های انتقال متأثر از جنسیت درمانگر یا بیمار نبودند و به میزانی کمابیش یکسان در خلال روان‌درمانی این بیماران بروز کردند. از میان پنج نوع سبک انتقال بیشترین و کمترین میزان بروز را به ترتیب سبک عصبانی/حق‌به‌جانب و سبک جنسی داشتند. با توجه به کمبود پژوهش‌های کاربردی در این زمینه در کشور پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه بر روی رابطه روان‌درمانی، نقش ترکیب جنسیتی بیمار-درمانگر و فرایندهای ظریف انتقالی متناسب با اختلالات

- 
1. Lester
  2. Goldberger
  3. Fuerstein

روان‌شناختی بیماران بخصوص در زمینه اختلال شخصیت انجام گردد. بدیهی است انتخاب ترکیب مناسب جنسیتی بیمار-درمانگر به‌نحوی که محتوای درمان به‌طور مؤثر مدیریت گردد، قابل توصیه است. بررسی غلبه فرایندهای انتقالی در خوشه‌های دیگر اختلال شخصیت نیز با استفاده از همین پرسشنامه و همین شیوه به محققان علاقه‌مند پیشنهاد می‌گردد. توصیه کاربردی دیگر آموزش و آمادگی درمانگران برای درک عمیق فرایندهای انتقالی در خلال درمان و بهره‌گیری مناسب از آنها است. با توجه به عدم وجود تحقیقات در این زمینه بخصوص در داخل کشور امکان مقایسه نتایج و یافته‌ها میسر نبود که محدودیت تحقیق حاضر قلمداد می‌شود. بعلاوه به خاطر محدودیت نمونه‌گیری در دسترس لازم است تعمیم‌پذیری یافته‌ها با احتیاط صورت گیرد و انجام تحقیقات مشابه با حجم نمونه بالاتر و شیوه نمونه‌گیری تصادفی، به پژوهشگران آینده توصیه می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است. از کلیه کسانی که در تحقق بخشیدن به این پژوهش مؤثر بودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

- Appelbaum, A., and Diamond, D., eds. (1993). The impact of gender on transference and countertransference. *Psychoanalytic Inquiry* 13 (2): 143 – 310.
- Barnett-Parker SR. Enough about you, let's talk about me: *Clinicians' use of self-disclosure and (un) conscious awareness of race, sexuality and gender*. Smith College, Smith College School for Social Work Theses. 2007.
- Anthony Bateman & Peter Fonagy. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*, United Kingdom, Oxford University Press, 2016, 2<sup>nd</sup> edit.
- Blum, H. (1971). On the conception and development of the transference neurosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19:41-53.
- Blum H. The concept of eroticized Transference. *J Am Psychoanal Assoc* 1973; 21:61-76.
- Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 342-349.
- Bridges NA. Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings. The supervisory challenge. *J Psychother Pract Res*. 1998; 7: 217-226.
- Caligor E: Treatment manuals for long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Clinical Neuroscience Research* 4:387-398, 2005.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF: *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2007
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF Yeomans, FE: *Psychodynamic therapy for personality pathology*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2018
- Devi KD, Manjula M, Math SB (2015) Erotic Transference in Therapy with a Lesbian Client. *Ann Psychiatry Ment Health* 3(3): 1029.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton & company.
- Fuerstein LA: The male patient's erotic transference: female countertransference issues. *Psychoanal Rev* 1992; 79:55-71.
- Gabbard GO: On love and lust in erotic transference. *J Am Psychoanal Assoc* 1994; 42:385-403.

- Gill, M. (1982). *Analysis of transference*, Volume I. New York: International Universities Press.
- Giovazolias T, Davis P. How common is sexual attraction towards clients? The experiences of sexual attraction of counselling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process. *Couns Psychol Q*. 2001; 14: 281-286.
- Glover, E. (1955). *The technique of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.
- Goldberger M, Evans D: On transference manifestations in male patients with female analysts. *Int J Psychoanal* 1985; 66:295–309.
- Gonsiorek JC. Homosexuality and psychotherapy: A Practitioner's Handbook of Affirmative Models. The Haworth Press.1982; 50-55.
- Greenacre, P. (1959). Certain technical problems in the transference relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7:484-502.
- Holroyd, J. C., & Brodsky, A.M. (1977). Psychologist's attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American psychologist*, 32, 847-848.
- Karme, L. (1979). The analysis of a male patient by a female analyst: the problem of the negative oedipal transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60:253-261.
- Kernberg, O. F. (1995a). *Love Relations: Normality and Pathology*. New Haven Conn.: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (2004). *Gender in psychoanalysis. Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*: Yale University Press, New Haven and London 2004
- Kernberg O.F. *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*: Yale University Press, New Haven and London 2004
- Ladson, W. a. (2007). (P. M. Gillig, Ed.) *recognizing and managing erotic and eroticized transference*, 47-50.
- Lester EP: Discussion: on erotized transference and resistance *Int J Psychoanal Psychother* 1985; 11:21–25.
- Lijtmaer RM. The place of erotic transference and countertransference in clinical practice. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2004; 32: 483-498.
- Luborsky L, Crits Christoph P. *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship*  
Theme method: e-Book 2019 International Psychotherapy Institute
- Martin, C., Godfrey, M., Meekums, B., and Madill, A. (2011). Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists'

- experiences of sexual attraction in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11 (4), 248-256.
- Pereira, P. F & Kupermann, D (2018). The Management of Negative Transferences and the Problem of Submission in the Psychoanalytic Clinic: A Theoretical and Clinical Current in Ferenczi's Work, *Research in Psychoanalysis*. 1 (25) 74-81.
- Person, E. (1983). The erotic transference. Keynote Address, American Academy of Psychoanalysis Winter Meeting, Puerto Rico.
- Person ES: The erotic transference in women and in men: differences and consequences. *J Am Acad Psychoanal* 1985; 13:159-180.
- Person E. How to work through erotic transference. *Psychiatr Times* 2003; 20(7):29.
- Rodgers NM. Intimate Boundaries: Therapists' perception and experience of erotic transference within the therapeutic relationship. *Counsell Psychother Res*. 2011; 11; 266-274.
- Rosiello F. On Lust and Loathing. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2001; 4: 5-26.
- Stirzaker, A. The taboo which silences: Is erotic transference a help or a hindrance in the counselling relationship? *Psychodynamic Practice*. 2000; 6: 197-213.
- Taylor, P. T., Rietzschel, J., Danquah, A., and Berry, K (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 240-253
- Westen, D. Psychotherapy Relationship Questionnaire. Emory University, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences; Atlanta: 2000.
- Westen, D. & Gabbard, G. O. (2002) Developments in cognitive neuroscience: Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 99-134.
- Wolberg (2013). *The Technique of Psychotherapy* (4 ed.), International Psychotherapy Institute. [www.freepsychotherapybooks.org](http://www.freepsychotherapybooks.org)

**استناد به این مقاله:** مکنوند حسینی، شاهرخ، ذبیح زاده، ساناز، رضایی، علی محمد (۱۴۰۰). مقایسه سبک‌های انتقال با توجه به جنسیت روان‌درمانگر- بیمار در روان‌درمانی پویایی بیماران با اختلال شخصیت خوشه ب، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۴)، ۱-۲۲.

DOI: 10.22054/JCPS.2021.58177.2495



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.