

ارتباط بین تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت

*مظاهر رضایی^۱، پروانه محمدخانی^۱، بهروز دولتشاهی^۲

چکیده

هدف: تفسیر انتقال در روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت تکنیک مهمی به شمار می رود. هدف این پژوهش بررسی نقش تفسیر انتقال در پیامد شدت افسردگی ۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی می باشد که با روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت تحت درمان قرار گرفته اند.

روش بررسی: در پژوهش حاضر با استفاده از طرح آزمایشی تک آزمودنی، ۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی که به روش در دسترس انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. شدت افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک ۳ بار قبل از درمان، ۲۰ بار در دوره درمان بعد از هر جلسه و ۴ بار در دوره پیگیری سنجیده شد. داده های تحقیق با استفاده از روش تحلیل میزان اثر (d کوهن) و نمودار به طور چشمی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: مقایسه تغییرات میانگین نمرات افسردگی دوره درمان با دوره قبل از درمان از طریق تحلیل میزان اثر نشان داد که از ۶ بیمار مورد بررسی، ۵ نفر کاهش شدت افسردگی از حد متوسط به خفیف داشته اند. میزان اثر تغییر شدت افسردگی در دوره درمان در مقایسه با دوره قبل از درمان، در ۴ مورد معادل میزان زیاد و ۱ مورد معادل میزان متوسط بود. یکی از بیماران در دوره درمان در شدت افسردگی کاهش نشان نداد. تحلیل روند تغییرات از طریق نمودار حاکی از رخداد کاهش پایدار در نیمه دوم درمان بود.

نتیجه گیری: در تفسیر انتقال، تمرکز بر روی یک الگوی غالب رابطه بین فردی، در کاهش علائم افسردگی در چارچوب روان درمانی تحلیلی کوتاه مدت مؤثر می باشد.

کلیدواژه ها: تفسیر انتقال / افسردگی / روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت

- ۱- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- ۲- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۹/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۴

*آدرس نویسنده مسئول:

زنجان، دروازه ارک، مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی، بخش اعصاب و روان

تلفن: ۰۲۴۱-۵۲۴۴۰۰۱

*E-mail: mazrez@zums.ac.ir



تفسیر انتقال به عنوان تکنیک روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت در درمان افسردگی اساسی بوده و در این راستا فرض بر این است که تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در طی دوره درمان همراه می‌باشد. نکته دیگری که خلاء آن در پژوهش‌های روان‌درمانی روان‌پویشی به چشم می‌خورد، عدم توجه به شکل تغییر یا روند تغییر در طی دوران روان‌درمانی می‌باشد. لذا هدف فرعی تحقیق نیز پاسخ به این سؤال می‌باشد که: شکل تغییر یا روند تغییر در طی دوران روان‌درمانی چگونه می‌باشد؟

روش بررسی

نوع مطالعه روش مطالعه موردی^۱ می‌باشد. طرح مورد نظر طرح A-B-C می‌باشد. اول دوره خط پایه می‌باشد. B دوره درمان و C دوره پیگیری می‌باشد. نمونه‌گیری به‌طور ساده و در دسترس و از مراجعین به کلینیک مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی شریف انجام گرفت. حجم نمونه مورد نظر ۶ نفر می‌باشد. ملاک اولیه برای انتخاب، تشخیص اختلال افسردگی عمده (بدون حضور علائم اختلالات روان‌پویشی^۲) بود. ابزارهای پژوهش عبارتند از: ۱) پرسشنامه افسردگی بک^۳ (ویرایش دوم) و ۲) مصاحبه بالینی ساختار یافته^۴ برای محور I و II اختلالات روانی بر اساس نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵. پرسشنامه افسردگی بک جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است که بیمار برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت آن علامت افسردگی در مورد خودش است، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و به این ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های ایرانی از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ در نوسان می‌باشد (۲۶). این پرسشنامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برش آن که توسط قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۶) تعیین شده است، به شرح زیر می‌باشد:

- عدم افسردگی - نمره ۰-۹
- افسردگی مرزی - نمره ۱۰-۱۴
- افسردگی خفیف - نمره ۱۵-۲۰
- افسردگی متوسط - نمره ۲۱-۳۰
- افسردگی شدید - نمره ۳۱-۴۰
- افسردگی خیلی شدید - نمره ۴۱-۶۳

با وجود گذشت بیش از ۴۰ سال از پیدایش و توسعه روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت و انتشار مطالعات گوناگون پیرامون اثربخشی بر روی اختلالات متنوع، هنوز سهم این مطالعات در تعیین اثربخشی این شیوه در اختلالات شایع روانی از قبیل افسردگی اساسی ناچیز می‌باشد (۱). لیسن رینگ و همکاران در فراتحلیل خود فقط به ۲ مطالعه در زمینه افسردگی اساسی اشاره می‌کنند (۲). لا و نیز با مروری بر پژوهش‌های تجربی پیرامون اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف در درمان افسردگی، سهم بیشتری برای رویکردهای دیگر قائل است و سهم روان‌درمانی پویشی را محدود به چند پژوهش ضعیف می‌داند (۳). این در حالی است که پدیده افسردگی از بدو تأسیس روان‌کاوی مورد توجه بنیانگذار آن بوده است (۴).

در تمرکز بر تفسیر انتقال، به عنوان تکنیک محوری روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، خلاء بیشتری به چشم می‌خورد. پژوهش بر روی پیامد تفسیر انتقال با نتایج متناقضی همراه بوده است. برخی پژوهش‌ها مانند مطالعات اندرسن و همکاران (۱۹۹۰ و ۱۹۹۴)، باربر و همکاران (۱۹۹۶)، بوگوالد و همکاران (۱۹۹۹)، کانالی و همکاران (۱۹۹۹) و ... حاکی از اثربخشی تفسیر انتقال بر پیامد (۲۲-۵)، و برخی دیگر از جمله هاگلند و همکاران (۱۹۹۳) و راسر و همکاران (۱۹۸۳) مدعی فقدان اثربخشی بوده‌اند (۲۴، ۲۳). روی آوردن به فرمول‌بندیهای انتقال و ارائه راهنما برای مدیریت تفسیر انتقال در جلسه روان‌درمانی گامی است در جهت حل تناقضهای پیامد تفسیر انتقال (۲۵).

از طرف دیگر علیرغم ارائه دیدگاه نظری ویژه سبب‌شناسی افسردگی از سوی روان‌کاوی (۱)، پژوهش‌های تجربی پیرامون اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی در درمان اختلال افسردگی به‌طور اعم، و اثربخشی تفسیر انتقال به‌طور اخص اندک می‌باشد (۳). لا و با مروری بر پژوهش‌های تجربی پیرامون اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف در درمان افسردگی، سهم بیشتری برای رویکردهای دیگر قائل بوده و سهم روان‌درمانی‌های منشعب از روان‌کاوی موسوم به روان‌درمانی روان‌پویشی را محدود به چند پژوهش ضعیف می‌داند (۳). بنابراین بدیع بودن پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی در درمان افسردگی اساسی می‌باشد. دیگر ویژگی پژوهش حاضر تکیه بر فرمول‌بندی انتقال بر اساس راهنمای لوبورسکی (۲۵) می‌باشد که در اکثر پژوهش‌های فوق‌بدان توجهی نشده است. جستجوی منابع بومی نیز حاکی از فقدان پژوهش در این زمینه بود. اهمیت نظری دیگر طرح در جهت پر کردن خلاء ادبیات مذکور می‌باشد. بدین ترتیب، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی

1- Single Case
2- Psychotic
3- Beck Depression Inventory
4- Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID)
5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Forth Edition (DSM-IV)



مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM IV به عنوان ابزاری برای تشخیص طبقات و اختلالات زیر مجموعه طبقات تشخیصی مورد نظر چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV) ساخته شده است. در مطالعه فرست و همکاران ضریب پایایی تا ۰/۷ گزارش شده است (۲۷).

مراحل اجرایی به این شرح بود:

• انتخاب اولیه بر اساس تشخیص روان‌پزشک مبنی بر وجود اختلال افسردگی عمده

• هر یک از آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به یکی از موقعیت‌های سه‌گانه خط پایه (۳ سنجشی، ۴ سنجشی و ۵ سنجشی) گمارده شدند.

• در جلسه اول تاریخچه فردی و خانوادگی اخذ و احتمال وجود علائم روان‌پریشی نیز بررسی می‌شد. در صورت مصرف داروی ضدافسردگی مورد از طرح خارج و در غیر این صورت پرسشنامه افسردگی بک بعد از جلسه اجرا می‌شد.

• در صورت فقدان زمینه سایکوز، در جلسه دوم مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور I اختلالات روانی بر اساس DSM-IV برای معیارهای افسردگی عمده و مانیا اجرا شد. در صورت وجود علائم مانیا و هیپومانیا مورد از طرح خارج می‌شد. در این جلسه هم پرسشنامه افسردگی بک بعد از جلسه اجرا می‌شد.

• در جلسه سوم بر اساس فرضهای مطرح شده از جلسه اول و دوم، II SCID اجرا می‌شد. در صورت وجود اختلالات شخصیت، مورد از طرح خارج می‌شد. در این جلسه هم پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مختصر علائم بعد از جلسه اجرا می‌شد. اگر در ۳ جلسه متوالی نمره شدت افسردگی بالاتر از ۳۰ (افسردگی شدید) بود، مورد از طرح خارج می‌شد.

• ۲ آزمودنی گمارده شده به خط پایه ۳ سنجشی، یک هفته بعد از آخرین جلسه وارد دوره درمان شدند.

• ۲ مورد ۴ خط پایه‌ای و ۲ مورد ۵ خط پایه‌ای، در جلسه چهارم و پنجم خط پایه، فقط پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مختصر علائم را پرکردند.

• با شکل‌گیری خط پایه برای ۲ مورد ۴ خط پایه‌ای و ۲ مورد ۵ خط پایه‌ای، آنها نیز یک هفته بعد از آخرین جلسه خط پایه وارد دوره درمان شدند.

• درمان ۲۰ جلسه هفتگی (هر جلسه ۴۵ دقیقه) برای هر یک از ۶ مورد بود. همه جلسات به طریقه صوتی ضبط می‌شد.

در دوره درمان تمرکز بر تفسیر انتقال بر اساس راهنمای لوبورسکی (۱۹۸۴) بود.

• بعد از اتمام هر جلسه مقیاس افسردگی بک اجرا می‌شد. جلسات به طریقه صوتی ضبط شده و بعد از جلسه از روی نوار فراوانی مداخله‌ها بر اساس راهنمای لوبورسکی (۱۹۸۴) استخراج می‌شد.

• بعد از اتمام جلسات درمانی، دوره پیگیری به مدت ۲ ماه شروع شد. در دوره پیگیری فقط مقیاس افسردگی بک هر دو هفته یکبار اجرا شد.

روش تحلیل داده‌ها محاسبه میزان اثر از طریق d کوهن و تحلیل چشمی نمودار و بررسی کیفی روند، سطح و ثبات نمودارهای مربوطه می‌باشد. d کوهن (میزان اثر) بدست آمده دارای معانی ذیل می‌باشد: اندک $d=0/2$ ، متوسط $d=0/5$ ، زیاد $d=0/8$.

برای سهولت بررسی تغییرات، ۲۰ جلسه درمان به سه دوره ابتدایی (جلسه ۱ تا جلسه ۶)، دوره میانی (جلسه ۷ تا جلسه ۱۲) و دوره انتهایی (جلسه ۱۳ تا جلسه ۲۰) تقسیم شد.

یافته‌ها

از ۶ مورد مطالعه، ۵ مورد کاهش شدت افسردگی از حد متوسط به خفیف نشان دادند. میزان اثر تغییر شدت افسردگی در دوره درمان در مقایسه با دوره قبل از درمان، در ۴ مورد معادل میزان زیاد و ۱ مورد معادل میزان متوسط می‌باشد (جدول ۱). مورد ۲ در دوره درمان در شدت افسردگی کاهش نشان نداد. میزان اثر تغییر شدت افسردگی در دوره درمان در مقایسه با دوره قبل از درمان برای مورد ۲ معادل میزان اندک (۰/۲۴) بود.

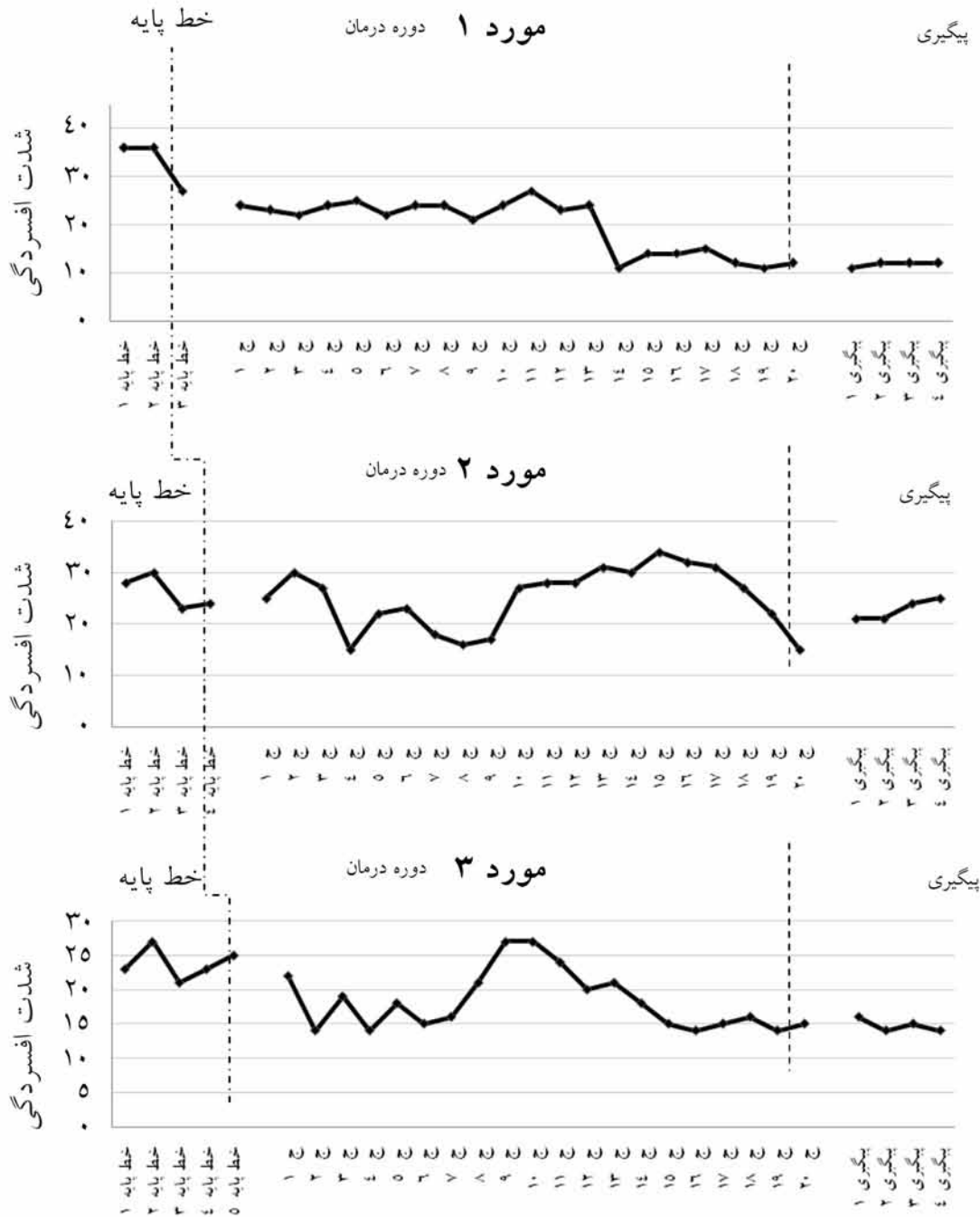
جدول ۱- تحلیل میزان اثر (d کوهن) مقایسه تغییرات شدت افسردگی دوره قبل از درمان و بعد از درمان

مورد	میانگین قبل از درمان	انحراف استاندارد قبل از درمان	میانگین دوره درمان	انحراف استاندارد دوره درمان	میزان اثر (d کوهن)
۱	۲۸/۳۳	۴/۶۲	۱۹/۱۵	۵/۳۵	۱/۸۴
۲	۲۶/۲۵	۳/۳۰	۲۵/۱۵	۵/۷۲	۰/۲۴
۳	۲۳/۴۰	۲/۱۹	۱۸/۲۰	۴/۲۳	۱/۵۵
۴	۳۶	۲	۲۰/۳۰	۵/۰۲	۱/۴۹
۵	۲۳/۷۵	۱/۷۱	۱۴/۱۵	۲/۵۸	۲
۶	۲۵/۸۰	۶/۰۲	۲۱/۹۵	۳/۴۷	۰/۷۸

به لحاظ استنباط رابطه فراوانی تفسیر انتقال و کاهش شدت افسردگی، مشاهده شد که مورد ۲ (که به مداخله پاسخ نداد) بالاترین فراوانی تفسیر انتقال را به خود اختصاص داده است. مورد ۶ تمایل اندکی به‌عود نشان داد. این مورد دومین رتبه را از لحاظ فراوانی تفسیر انتقال

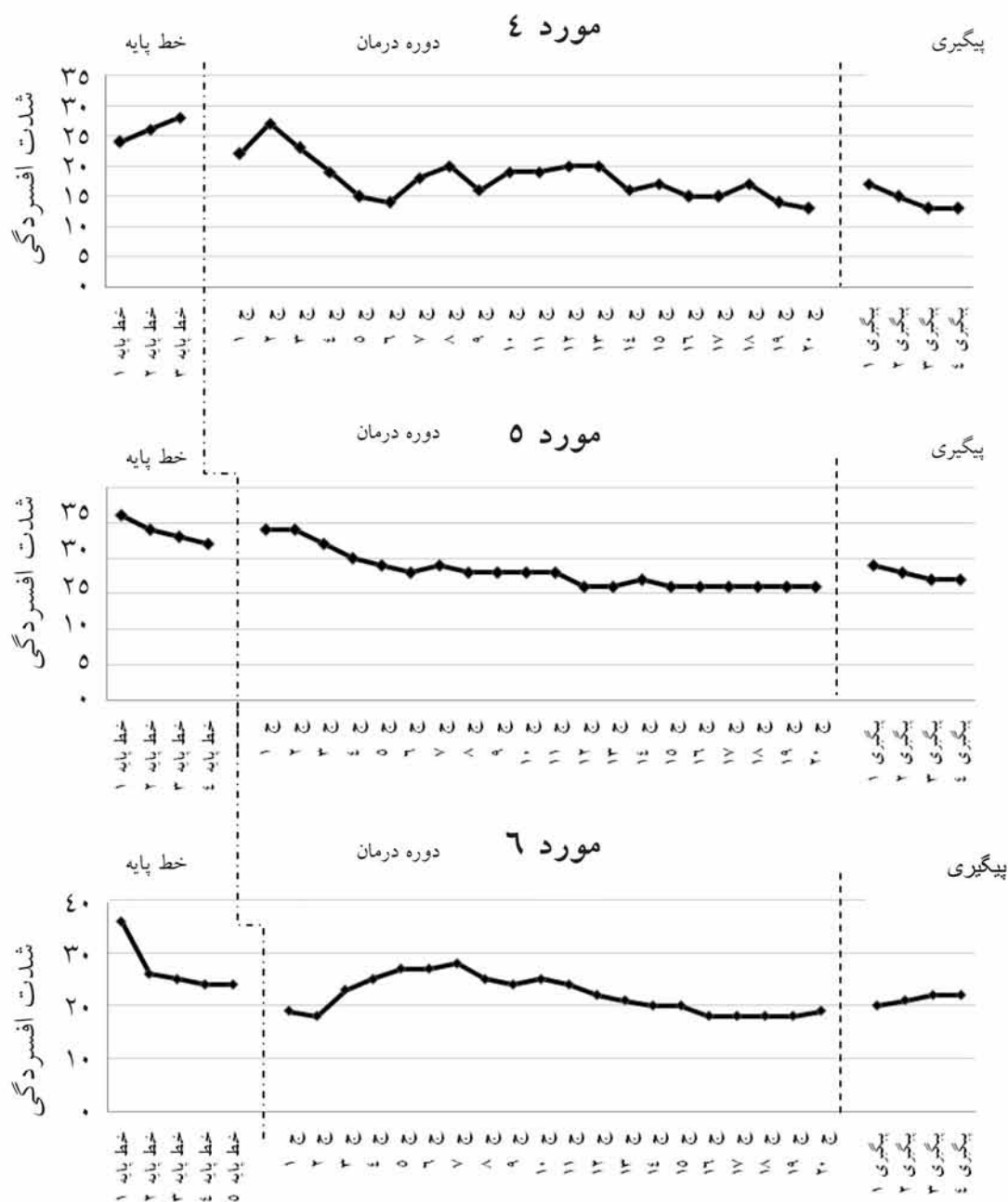


دارا بود. مورد ۵ در کاهش علائم روند یکنواختی را نشان داد (نمودار ۱) داده بود. از این موارد چنین استنباط می شود که تفسیر انتقال با فراوانی (۲). این مورد پایین ترین فراوانی تفسیر انتقال را به خود اختصاص بهینه با کاهش شدت افسردگی توأم می باشد.



نمودار ۱- شدت افسردگی مورد ۱ تا مورد ۳ در دوره قبل از درمان، درمان و پیگیری

در مورد شکل تغییر در طول سه دوره درمان، تغییرات ذیل قابل مشاهده بود: در دوره ابتدایی (جلسه ۱ تا جلسه ۶) شکل قانونمندی مشاهده نمی شود و هر سه شکل تغییر (افزایش، کاهش و تغییر بی ثبات) دیده می شود. در دوره میانی (جلسه ۷ تا جلسه ۱۲) از ۶ مورد، ۴ مورد افزایش در شدت افسردگی نشان می دهند و در دوره انتهایی (جلسه ۱۳ تا جلسه ۲۰) ۵ مورد از ۶ مورد، کاهش پایدار و باثبات نشان می دهند (نمودار ۱ و ۲).



نمودار ۲- شدت افسردگی مورد ۴ تا مورد ۶ در دوره قبل از درمان، درمان و پیگیری

بحث

این تحقیقات اشاره داشت. روسرو و همکاران ۳۲ بیمار را در ۸ جلسه بررسی کردند. آنها در تبیین نتیجه بدست آمده تأمل زیادی انجام ندادند. زیرا در نظریه روانکاوی و روان‌درمانیهای مشتق از آن، تغییر سریع بر اثر تفسیر انتقال به شکل بهبودی علائم پیش بینی نمی‌شود و به جای آن واکنش مقاومت (که معمولاً با بدتر شدن علائم همراه می‌باشد) مطرح می‌گردد (۲۴). چنانچه در پژوهش حاضر نیز دیده شد که تغییر معنادار در ۲۰ جلسه درمانی، بیشتر در نیمه دوم آن دیده

یافته‌ها نشان داد تفسیر انتقال با کاهش شدت افسردگی در دوره درمان و ثبات نسبی آن در دوره پیگیری همراه بود که این یافته با پژوهش‌های بسیاری مبنی بر اثربخشی تفسیر انتقال در کاهش علائم روان‌شناختی همسو می‌باشد (۲۲-۵)، اگرچه در برخی پژوهش‌های دیگر چنین نتیجه‌ای دیده نشده است (۲۴، ۲۳). در تبیین این ناهماهنگی می‌توان به نادیده گرفتن چارچوب نظری و روش‌شناختی در برخی از



همان‌طور که در سیر نمودارهای شش بیمار طرح حاضر دیده شد، تقریباً در اکثر موارد ابتدا شدت افسردگی تا جلسات میانی (در بیشتر موارد قبل از جلسه دهم) افزایش پیدا کرد و سپس میل به کاهش نشان داد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات:

۱) در پژوهش حاضر یک درمانگر (پژوهشگر) شرکت داشت که بدین لحاظ کنترل اثر درمانگر مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه بیش از یک درمانگر شرکت داشته باشد.

۲) طرح پژوهشی حاضر مطالعه موردی و تعداد نمونه پژوهشی آن کم بود. مطالعات دارای طرح آزمایشی در ادبیات پژوهشی این حیطه اندک می‌باشد. از سه پژوهش ذکر شده در متن (۲۴، ۲۳، ۱۴)، دو پژوهش دارای طرح آزمایشی (۲۴، ۱۴) و یکی طرح شبه آزمایشی (۲۳) بودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه آزمایشگاهی بیشتری طراحی و اجرا شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که در یک دوره روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت، با تأکید بر تفسیر الگوی غالب رابطه یک شخص از طریق تکنیک تفسیر انتقال، می‌توان علائم روان‌شناختی را کاهش داد.

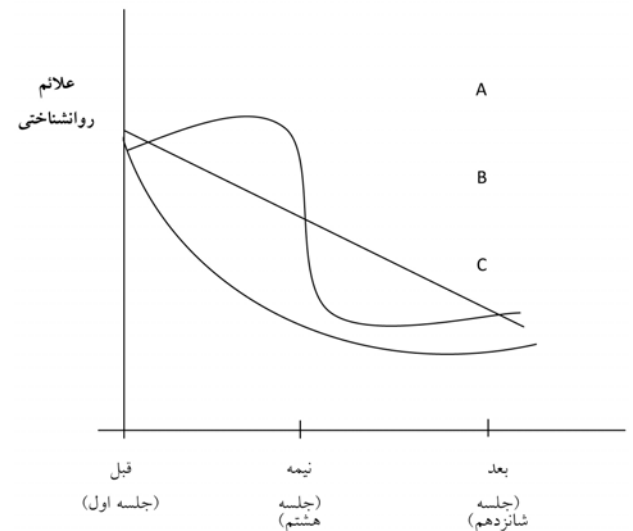
منابع:

- 1- Abbass A A, Hancock J T, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons Ltd; 2007, p: 210.
- 2- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archive of General Psychiatry* 2004; 61(12): 1208-1216.
- 3- Law R. Depression. In: Freeman C, Power M. *Handbook of evidenced based psychotherapies: A guide for research and practice*. UK: John Wiley & Sons; 2007, pp: 315-335.
- 4- Freud S. Mourning and melancholia. In: Sretchey J. (Ed. and Trans). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol 14. London: Hogarth Press; 1917, pp: 237-260.
- 5- Andersen S M, Baum A. Transference in interpersonal relations: inferences and effect based on significant-other representations. *Journal of Personality* 1994; 62(4): 459-497.
- 6- Andersen S M, Cole S.W. Do I know you? The role of significant others in general social perception. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59(3): 384-399.
- 7- Barber J P, Crits-Christoph P, Luborsky L. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64(3): 619-622.
- 8- Barber J P, Luborsky L, Crits-Christoph P, Diger L. A comparison of Core Conflictual Relationship Themes before psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 145-148.
- 9- Bogwald K P, Hoglend P, Sorbye O. Measurement of transference

شده و حتی کاهش‌های جلسات اولیه نیز بعدها در میانه درمان روند افزایشی داشتند. در روان‌کاوی این رابطه به دو نوع مقاومت انتقالی اشاره دارد: مقاومت در برابر آگاهی به انتقال و مقاومت در برابر حل انتقال (۱).

هدف فرعی پژوهش پاسخ به این سؤال بود که: شکل تغییر یا روند تغییر در طی دوران روان‌درمانی چگونه می‌باشد؟ اگر به طور تصنعی طول درمان را به ۳ قسمت تقسیم کنیم، در پژوهش حاضر در رابطه با روند تغییرات، مشاهدات ذیل به دست آمده است: در دوره اول همه حالتها (کاهش، روند ثابت، افزایش و نوسان) قابل مشاهده ولی در دوره میانی در اکثر موارد یک افزایش قانونمند قابل مشاهده بود. در دوره آخر، تغییرات کاهش‌ی پایدار و با برگشت اندک به سطوح قبلی دیده شد. در اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌های قبلی به شکل تغییر توجهی نشده است. این مشاهده با تبیین لورنس و همکاران پیرامون سیر تغییر در روان‌درمانی‌های مواجهه‌ساز مطابقت دارد (۲۸).

لورنس و همکاران در شکل ۱ سه نوع سیر تغییر فرضی را در دوره روان‌درمانی‌های مختلف مطرح کرده‌اند. از دیدگاه این مؤلفین تغییر ممکن است به تدریج در طی درمان حاصل شود (خط سیر B در شکل ۱). یا ممکن است بیشتر تغییرات در ابتدا و انتهای درمان پدید آید (خط سیر C در شکل ۱). و نوع سوم سیر تغییر ممکن است به شکل S باشد که ابتدا در جلسات اولیه علائم بدتر می‌شود و سپس بهبود می‌یابد (خط سیر A در شکل ۱). لورنس اظهار می‌دارد در روان‌درمانی‌هایی که جنبه آموزشی دارند، مثل آموزش مهارت‌های اجتماعی، انتظار می‌رود خط سیر به شکل خط سیر B باشد، در حالی که در مداخلات مبتنی بر مواجهه ممکن است خط سیر شبیه خط A مشاهده شود (۲۸).



شکل ۱- سه نوع خط سیر فرضی تغییر در دوره روان‌درمانی (اقتباس از منبع ۲۸)



- interpretations. *Journal of Psychotherapy Research and Practice* 1999; 8(4): 264-273.
- 10- Connolly M B, Crits-Christoph P, Shappel S, Barber J P, Luborsky L, Schaffer C. Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1999; 9(4): 485-495.
- 11- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56: 490-495.
- 12- Grenyer M, Luborsky L. Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64(2): 411-416.
- 13- Hoglend P. Early career award paper: Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 2003; 13(3): 271-292.
- 14- Hoglend P, Amlø S, Marble A, Bogwald K P, Sorbye O, Sjaastad M C, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(10): 1739-1746.
- 15- Hoglend P, Bogwald K P, Amlø S, Heyerdahl O, Sorbye O, Marble A, et al. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research and Practice* 2000; 9(4): 190-196.
- 16- Malan D.H. *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York. Plenum; 1976.
- 17- Marziali E.A. Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive 'interventions. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41(3): 301-304.
- 18- McCullough L, Winston H, Farber B A, Porter F, Pollack J, Laikin M, et al. The relationship of patient-therapist interaction to the outcome in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Practice, Research and Training* 1991; 28: 525-533.
- 19- Piper W E, Azim H A, Joyce A S, McCallum M. Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48(10): 946-953.
- 20- Piper W E, Delbane E G, Bienvenu J P, de Carufel F, Carrant J. Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome of short-term individual psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology* 1986; 59(1): 1-11.
- 21- Piper W E, Joyce A S, McCallum M, Azim H.A. Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1993; 61(4): 586-595.
- 22- Piper W E, Ogradniczuk J S, Joyce A S, McCallum M, Rosie J S, Kelly J.G. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Practice, Research and Training* 1999; 36: 114-122.
- 23- Hoglend P, Heyerdahl O, Amlø S, Engelstad V, Fossum A, Sorbye O, et al. Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy: Effects on long-term mode specific changes. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1993; 2: 296-306.
- 24- Rosser R, Denford J, Heslop A, Kinston W, Macklin D, Minty K, et al. Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: A study of psychotherapeutic management. *Psychological Medicine* 1983; 13: 93-110.
- 25- Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York. Basic Books; 1984, pp: 35-113.
- 26- Salavati M. [Dominant schemas and schema therapy effectiveness in women with borderline personality disorder (Persian)]. Ph.D. dissertation in Clinical Psychology. Tehran Psychiatry Institute, 2007.
- 27- First M B, Pincus H A, Levine J B, Williams J W, Ustin B, Peele R. Using clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 946-954.
- 28- Laurenceau J P, Hayes A M, Greg C, Feldman G.C. Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review* 2007; 27(6): 682-695.