

با نگاه باز

طبابت همراه است،

همراهی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	ناصری سینکی، مهشید، ۱۳۷۱- روان‌درمانی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵/ ترجمه و تلخیص: مهشید ناصری سینکی. پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا تهران: کاردیا، ۱۴۰۵. ۲۰۴ ص.
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	ریال شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۰-۱ ج ۱۱
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیفا سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th ed, 2022 " به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوین، پدرو روئیز است. روان‌درمانی - Psychotherapy روان‌پزشکی - Psychiatry
موضوع	روان‌درمانی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - Psychotherapy -- Examinations, questions, etc. روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - Psychiatry -- Examinations, questions, etc. بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph وردوین، مارشا ال. Verduin, Marcia L. روئیز، پدرو، ۱۹۲۶ - Ruiz, Pedro م. کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. چکیده روانپزشکی بالینی سادوک، ویرجینیا ا. ، ۱۹۳۸ - م. چکیده روانپزشکی بالینی RC۴۸۰ ۸۹۱۴/۶۱۶ ۹۲۸۹۶۷۱ فیفا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

روان‌درمانی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ به همراه پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ جلد شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۰-۱ بهاء: ریال
ترجمه و تلخیص: مهشید ناصری سینکی. پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا ناشر: انتشارات کاردیا	" Kaplan_&_sadock's_synopsis_of_psychiatry_2022 "
صفحه آرای: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

روان‌درمانی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با

پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر مهشید ناصری سینگی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

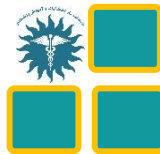
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم فود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممتزم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به فود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری فداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

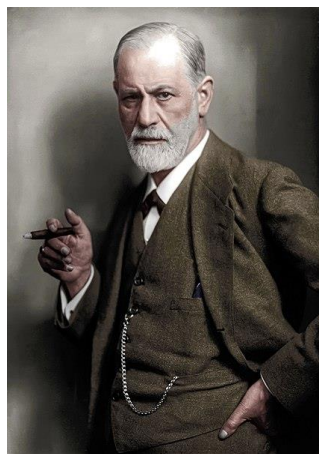
فهرست مطالب



۹.....	فصل ۱-۲۳: روان درمانی.....
۲۵.....	فصل ۲-۲۳: روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت.....
۳۳.....	فصل ۳-۲۳: Group psychotherapy, combined individual & group psychotherapy and psychodrama.....
۴۹.....	فصل ۴-۲۳: Family therapy & Couples therapy.....
۵۹.....	فصل ۵-۲۳: Dialectical behavior therapy.....
۶۵.....	فصل ۶-۲۳: بیوفیدبک.....
۷۷.....	فصل ۷-۲۳: Cognitive therapy.....
۸۹.....	فصل ۸-۲۳: رفتار درمانی Behavior therapy.....
۱۰۵.....	فصل ۹-۲۳: هیپنوتیزم.....
۱۱۱.....	فصل ۱۰-۲۳: روان درمانی بین فردی (Interpersonal therapy).....
۱۱۷.....	فصل ۱۱-۲۳: روان درمانی روایتی (Narrative Psychotherapy).....
۱۴۱.....	فصل ۱۲-۲۳: ترکیب روان درمانی و دارودرمانی.....
۱۲۷.....	فصل ۱۳-۲۳: Mentalization- based therapy.....
۱۳۱.....	سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد.....

روان دمانی

-پدر روان درمانی تحلیلی (psychoanalysis) فروید بوده و گاهی آن را روانکاوی «اورتودوکس» یا «کلاسیک» می‌نامند و مبنای آن نظریه‌ی «sexual repression» می‌باشد.



*پروسه‌های سایکوانالیز:

مبنای آن بالا آمدن خاطرات واپس رانده شده از گذشته و درک احساسات بر اساس معانی پنهان شده‌ی آن می‌باشد (که به صورت دفاعی توسط فرد فراموش شده و در گذشته تکرار شده‌اند).

فرآیند کلی آنالیز به این صورت است که تعارضات نوروتیک سطح ناهوشیار به یاد آورده شده و در آن باره صحبت می‌شود و سپس در فضای ترنسفرنس مجدداً تجربه می‌شود. به این ترتیب پدیده‌ی بازسازی در آن زمینه شکل گرفته و نتیجه آن که توسط آگاهی فرد به آن مسئله حل و فصل می‌شود. فروید به این مراحل به ترتیب Recollection (یادآوری)، Repetition (تکرار) و working through (فرآوری) می‌گفت.

در Recollection خاطرات تا اوایل دوران کودکی یادآوری می‌شوند. یعنی جایی که هسته‌ی اصلی نوروز را تشکیل می‌دهد. این خاطرات علاوه بر تداعی به رویدادهای تکاملی و رشدی در فرد پیوند می‌خورند. در پروسه‌ی Repetition نوعی replay مجدد احساسات از تعاملات فرد با اشخاص مهم زندگی وی ایجاد می‌شود. در این بازپخش، روانکاو نقش والد فراقکنی شده را بازی می‌کند و طی آن احساسات حل نشده و تجارب کودکی فرد به یادآورده می‌شوند. در working through همزمان احساسات و شناخت فرد که قبلاً واسپس رانده شده بودند با هم پیوند خورده و به سطح هوشیار آمده و فرد احساس رهایی را تجربه می‌کند (درمان نوروز). سیر سایکوانالیز به ۳ مرحله‌ی عمده تقسیم می‌شود. (جدول

(۲۳-۲)



Table 23-2
Stages of Psychoanalysis

Stage one: Patient becomes familiar with the methods, routines, and requirements of analysis, and a realistic therapeutic alliance is formed between patient and analyst. Basic rules are established; the patient describes his or her problems; there is some review of history, and the patient gains initial relief through catharsis and a sense of security before delving more deeply into the source of the illness. The patient is primarily motivated by the wish to get well.

Stage two: Transference neurosis emerges that substitutes for the actual neurosis of the patient and in which the wish for health comes into direct conflict with the simultaneous wish to receive emotional gratification from the analyst. There is a gradual surfacing of unconscious conflicts; an increased irrational attachment to the analyst, with regressive and dependent concomitants of that bond; a developmental return to earlier forms of relating (sometimes compared with that of mother and infant); and a repetition of childhood patterns and recall of traumatic memories through transfer to the analyst of unresolved libidinal wishes.

Stage three: The termination phase is marked by the dissolution of the analytical bond as the patient prepares for leave-taking. The irrational attachment to the analyst in the transference neurosis has subsided because it has been worked through, and more rational aspects of the psyche preside, providing greater mastery and more mature adaptation to the patient's problems. Termination is not a hard-and-fast event, and the patient invariably has to continue to work through any problems outside of the therapy situation without the analyst or may need intermittent assistance after analysis has technically terminated.

Courtesy of T. Byram Karasu, M.D.

*اندیکاسیون‌ها و کانتر اندیکاسیون‌ها:

- به طور کلی سایکونوروزیس‌ها برای سایکوانالیز مناسب هستند. این اختلالات شامل: اضطراب، تفکرات وسواسی، رفتارهای وسواسی، اختلالات conversion، اختلالات جنسی، حالات افسردگی و سایر اختلالات غیر سایکوتیک می‌باشند. (مثل اختلالات شخصیت)

*شرایطی که لازم است تا فرد از روان کاوی سود ببرد:

۱. فرد دچار رنج زیادی شده که حاضر به پرداخت هزینه و زمان زیادی باشد.
۲. فرد یک تمایل صادقانه برای شناخت داشته باشد و تنها نگران بر طرف شدن علایم خود نباشد.
۳. فرد تحمل اضطراب و ناامیدی جلسات را داشته باشد، بدون آن که از محیط درمان فرار کند و یا بر احساسات خود oct-out نماید.
۴. وجود یک سوپر ایگوی بالغ برای آن که با تراسپیت خود صادق باشد.
۵. هوش مراجعه کننده حداقل در حد متوسط باشد.
۶. (مهمترین) فرد psychological minded باشد ← یعنی یک ذهنیت روان شناختی داشته باشد و بتواند تفکر ابسترکت و سمبلیک نسبت به معانی ناخودآگاه رفتار داشته باشد. (جدول بسیار مهم ۱-۲۳)



Table 23-1
Scope of Psychoanalytic Practice: A Clinical Continuum

Features	“Classic” Analytic	Expressive Mode (Exploratory)	Support Mode
Frequency	Regular 4–5 times/wk; “50-minute hour”	Regular 1–3 times/wk; 1/2 to full hour	Flexible or less needed; full hour
Duration	Long term; usually 3–5+ yr; maybe considerably longer	Short or long term; several sessions to months or years	Short or intermediate or long term; single to lifetime
Setting	Patient primarily on couch with analyst out of view	Patient and therapist face to face; occasional use of couch	Patient and therapist face to face; occasional use of couch
Modus operandi	Systematic analysis of all positive and negative transference and resistance; primary focus on analyst and intrasession events; transference neurosis facilitated; regression encouraged	Partial analysis of dynamics and defenses; focus on current interpersonal events and transference to others outside of sessions; analysis of negative transference; positive transference left unexplored unless it impedes progress; limited regression encouraged	Formative therapeutic alliance; real or simulated relationship analysis; transference with regression; focus on conscious external regression; discouraged
Analyst/therapist role	Absolute neutrality; frustration of patient; reflector/mirror role	Modified neutrality; implicit gratification of patient and greater activity of therapist	Neutrality; suspension of gratification; directed disclosure
Mutative change agents	Insight predominates within relatively	Insight within more empathic environment;	Auxiliary surrogate as a therapist



	deprived environment	identification with benevolent object	substitution holding; environmental insight; degree
Patient population	Neuroses; mild character psychopathology	Neuroses; mild to moderate character psychopathology, especially narcissistic and borderline disorders	Severe character disorders; latent; manifest; psychoses; acute; physical
Patient requisites	High motivation, psychological mindedness, good previous object relationships, ability to maintain transference neuroses, good frustration tolerance	High moderate motivation and psychological-mindedness, ability to form therapeutic alliance, some frustration tolerance	Some degree of motivation; ability to form therapeutic alliance
Basic goals	Structural reorganization of personality; resolution of unconscious conflicts; insight into intrapsychic events; symptom relief	Partial reorganization of personality and defenses; resolution of preconscious and conscious derivatives of conflicts; insight	Reintegration of self and environment; ability to cope; stabilization; restoration of preexisting equilibrium; strengthening of defenses



	an indirect result	into current interpersonal events; improved object relations; symptom relief a goal or prelude to further exploration	better adjustment; accepted pathology; symptoms and environmental restructuring; primary
Major techniques	Free association method predominates; full dynamic interpretation (including confrontation, clarification, and working through), with emphasis on genetic reconstruction	Limited free association; confrontation, clarification, and partial interpretation predominate, with emphasis on here-and-now interpretation and limited genetic interpretation	Free association method; confrontation; suggestion (advice); predominant abreaction; useful confrontation and clarification; interpretation of the here and now and secondary genetic interpretation; confrontation
Adjunct treatment	Primarily avoided; if applied, all negative and positive meanings and implications thoroughly analyzed more recently, medication adjunct	May be necessary, e.g., psychotropic drugs as temporary measure; if applied, negative implications are explored and diffused	Often necessary, e.g., psychotropic drugs, rehabilitation, hospitalization if applicable; positive implications emphasized

This division is not categorical; all practice resides on a clinical continuum.



*موارد کاتراندیکاسیون:

نقض تمام موارد بالا. مثلا فرد آن قدر احساس ناراحتی ندارد. کنترل تکانه در وی ضعیف است. تحمل ناکامی و اضطراب را ندارد. انگیزه‌ی شناخت خود را ندارد. وجود رابطه‌ی نزدیک با روانکاو (مثلا دوست قبلی- بستگان) صداقت با روان درمانگر خود ندارد- مبتلا به شخصیت آنتی سوشیال است- ذهنیت روان شناختی ندارد- در یک بحران حاد به سر می‌برد (مثل طلاق- بیکاری) -اختلال جسمی به حدی است که مانع از مشارکت طولانی مدت در درمان می‌شود- فرد هوش پایین دارد.

قبلا سن بیش از ۴۰ سال بعنوان منع درمان محسوب می‌شد که امروزه به اعتقاد روان کاوان، احتمال وجود تغییر حتی در دهه‌ی هفتم و هشتم وجود دارد. (جدول ۲-۲۳)



Table 23-2
Stages of Psychoanalysis

Stage one: Patient becomes familiar with the methods, routines, and requirements of analysis, and a realistic therapeutic alliance is formed between patient and analyst. Basic rules are established; the patient describes his or her problems; there is some review of history, and the patient gains initial relief through catharsis and a sense of security before delving more deeply into the source of the illness. The patient is primarily motivated by the wish to get well.

Stage two: Transference neurosis emerges that substitutes for the actual neurosis of the patient and in which the wish for health comes into direct conflict with the simultaneous wish to receive emotional gratification from the analyst. There is a gradual surfacing of unconscious conflicts; an increased irrational attachment to the analyst, with regressive and dependent concomitants of that bond; a developmental return to earlier forms of relating (sometimes compared with that of mother and infant); and a repetition of childhood patterns and recall of traumatic memories through transfer to the analyst of unresolved libidinal wishes.

Stage three: The termination phase is marked by the dissolution of the analytical bond as the patient prepares for leave-taking. The irrational attachment to the analyst in the transference neurosis has subsided because it has been worked through, and more rational aspects of the psyche preside, providing greater mastery and more mature adaptation to the patient's problems. Termination is not a hard-and-fast event, and the patient invariably has to continue to work through any problems outside of the therapy situation without the analyst or may need intermittent assistance after analysis has technically terminated.

Courtesy of T. Byram Karasu, M.D.

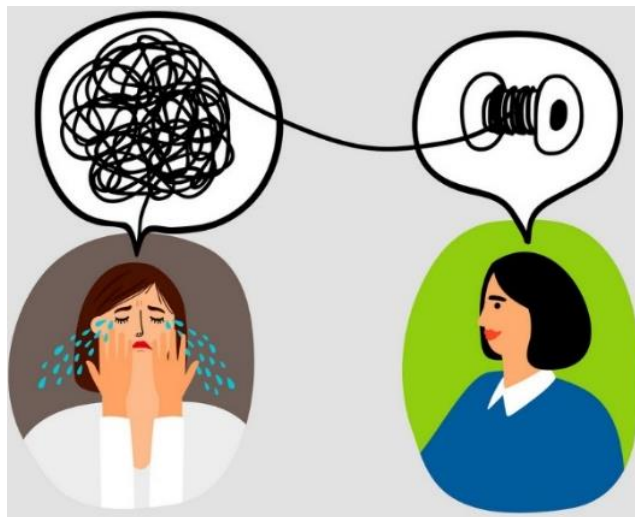


- هدف کلی روانکاوی، حذف تدریجی فراموشی است. که ریشه در کودکی دارند و بیمار با شناخت دوباره‌ی آنها دست از تکرار و تثبیت آن رفتارها می‌کشد و رفتارها و الگوهای منطبق‌تری را جانشین می‌کند. همچنین این درمان باعث شناخت بهتر فرد از خود می‌شود. هرچند ملاک‌های یک روانکاوی موفق تا حدی ذهنی و ناملموس هستند، به طور کلی کانون توجه روانکاوان رفع اشکال نوروز در فرد (مثل ناتوانی از لذت بردن- ترس از موفقیت و...) می‌باشد.

*پروچ اصلی و تکنیک‌ها:

روانکاوی یک درمان Individual (dyadic) با فرکانس زیاد (۴ تا ۵ جلسه در هفته) و طولانی مدت (در حد چند سال) می‌باشد. (این ۳ خصوصیت از درمان فروید گرفته شده‌اند).

- فروید بیماران خود را در ابتدا ۶ روز در هفته و یک ساعت ملاقات می‌کرد. امروزه جلسات به هفته‌ای ۵-۴ نوبت و هر بار ۵۰ دقیقه تقلیل پیدا کرده‌اند. به عقیده فروید روان‌کاوی برای آنکه موفقیت‌آمیز باشد باید طولانی مدت ادامه یابد. چرا که تغییرات به کندی صورت می‌گیرند. محیط درمان یک محیط آرام و به دور از واقعیت‌های زندگی روزمره است. روانکاو بیمار را به regression و آرامش ترغیب می‌کند. زمینه‌ی اتاق درمان از لحاظ حسی خنثی بوده و محرک‌های خارجی به حداقل رسانده می‌شوند.



اهداف در طول درمان قابل تغییر هستند.

*استفاده از Couch (کاناپه):

مزایا:

- ۱) موقعیت درازکش تداعی‌کننده خواب است. به همین جهت کنترل خودآگاه بیمار بر افکارش را کم می‌کند.
- ۲) تاثیرات مزاحم و آزاردهنده‌ی روان‌کاو را کم می‌کند و در نتیجه کنترل سطح هوشیار بر افکار مراجعه‌کننده را کاهش می‌دهد.
- ۳) به روان‌درمانگر اجازه می‌دهد بیمار را بدون وقفه مشاهده کند.
- ۴) یک اثر سمبولیک برای هر دو فرد دارد و یادآور میراث فروید است. این کار باعث هویت بخشیدن به مهارت روانکاو، حرفه‌ای و وفادار بودن وی می‌شود.



معایب:

- این حالت می‌تواند حس تهدید شدن یا ناراحتی ناشی از اضطراب‌های با ریشه‌ی والدین را در ذهن بیمار تداعی کند. در برخی افراد معنای تکانه‌های خطرناک و تسلیم در برابر یک منبع قدرت را ممکن است داشته باشد. ترس از کاناپه و یا از آن سمت تمایل شدید به حالت درازکش ممکن است نشانگر مقاومت در فرد بوده و باید مورد تحلیل قرار گیرد.

✓ استفاده از کاناپه در مواردی که regressionهای اضافی غیرضروری وجود دارد، ممکن است به عقب بیفتد و به طور خودکار از آن معمولاً استفاده نمی‌شود.

*قاعده‌ی بنیادی:

فرد هر آنچه به ذهن می‌آورد هر چند غیرقابل قبول و بی‌اهمیت باشد به روان کاو خود بگوید. معمولاً نیروهای خودآگاه و یا ناخودآگاه باعث مهار این تداعی‌ها می‌شوند. از آن طرف روان‌کاو در جایی که جریان این تداعی‌ها کاهش یافته‌اند سعی در بررسی موضوع نماید. ترتیب بیان کلامی بیمار نشان دهنده‌ی اولویت ذهنی او می‌باشد که خود یک قاعده‌ی بنیادی دیگر است و از وی انتظار می‌رود که پیش از اعمال تغییرات عمده در زندگی خود آنها را در فضای درمان مطرح نماید.

*Principle of Evenly Suspended attention:

یعنی برای آن که فرد بتواند تداعی آزاد داشته و هر آنچه به ذهنش می‌آید را بیان کند، نیاز است که درمانگر قضاوت را کنار گذاشته و به شکلی بی‌طرفانه به جزئیات بیمار گوش دهد. همچنین تاکید خاصی هم بر هیچ یک از موارد گفته شده نکند.



*روان کاو در نقش آئینه:

یعنی مثل آئینه هر آنچه مراجعه کننده می گوید را بازتاب دهد و ارزش ها و دیدگاه های خود را در این گفتگوی درمانی وارد نکند. همچنین واکنش های شخصی سازی شده یا تعارضات متقابل را با بیمار خود در میان نگذارد. با بی طرفی درمانگر باقی واکنش های ممنوع و غیر قابل قبول پذیرفته می شوند.

*Rule of abstinence:

معنای آن پرهیز جنسی یا جسمی نمی باشد. یعنی ناکام گذاشتن تمایلات و آرزوهای مراجع نسبت به درمانگر خود در فضای ترنسفرانس. این اصل باعث می شود نیروی محرکه برای انگیزه ی تغییر بوجود آید.

*محدودیت ها:

۱. مسائل اقتصادی به دنبال هزینه ی بالای درمان



۲. بر مبنای نیاز به ذهنیت روان شناختی، توانایی کلامی و ثبات در زندگی، ممکن است این درمان فقط محدود به بیماران با هوش با وضع اجتماعی اقتصادی بالا و اختلالات کمتر مآزور شود.

۳. وجود قواعد سخت روانکاوی که با تاکید فراوان به جا و نابه جای درمانگر، می تواند مانع برقراری یک رابطه ی انسانی اصیل شود.

۴. درمان طولانی مدت و تمام نشدنی ممکن است جایگزین زندگی واقعی شود.

۵. در روانکاوی کلاسیک ممکن است مانع از یک دیدگاه جامع در مراقبت از بیمار شود.

* Psychoanalytic psychotherapy (روان درمانی تحلیلی):

- مبنای آن یک فرمولاسیون دینامیک و پویا بوده و تکنیک‌های آن از سایکوآنالیز گرفته شده است و عبارت است از روش‌های Insight oriented
- استراتژی روان درمانی تحلیلی یک طیف دارد. از نوع expressive (بیانی) که شامل تکنیک‌های Insight-oriented uncovering, evocative یا Interpretive بوده تا تکنیک‌های ساپورتیو شامل: Repressive یا Suppressive, Suggestive, Relationship oriented
- مدت زمان روان درمانی تحلیلی کوتاه تر و متغیرتر از سایکوآنالیز است. ممکن است از همان ابتدا توافقاتی بر بازه‌ی زمانی درمان صورت بگیرد و یا به صورت نامشخص ماه‌ها تا سالها ادامه یابد.
- درمان کوتاه مدت در مشکلات انتخاب شده‌ی بیمار یا تعارضاتی که متمرکز هستند معطوف است و درمان طولانی مدت در اختلالات مزمن تر و یا متناوب از تعارضاتی که وخیم ترند.
- در روان درمانی تحلیلی بر خلاف سایکوآنالیز به ندرت از کاناپه استفاده می‌شود و معمولاً رو به روی هم می‌نشینند. این مدل نشستن کمک می‌کند که جلوی Regression گرفته شود. چون بیمار با دیدن روانکاوی که مقابلش به عنوان یک انسان نشسته یک سری نشانه‌هایی بصورت مستقیم می‌گیرد و حتی ترنسفرنس و فانتزی‌ها بهتر ادامه پیدا می‌کنند. از آن جایی که متد free-association (تداعی آزاد) به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد، از کاناپه استفاده نمی‌شود. (مگر زمانی که تراپیست می‌خواهد برای روشن تر کردن یک موضوع خاص به رویاها یا محتوای خیال پردازی‌ها دسترسی پیدا کند).



* روان درمانی بیانی (Expressive Psychotherapy):

این روش مناسب برای آسیب‌های روانی همراه با اختلالات خفیف تا متوسط ایگو می‌باشد. (مثل تعارضات نوروتیک) و شرایطی که در واکنش به یک اتفاق پیش آمده‌اند. (Reactive conditions) و اختلالات غیر سایکوتیک که گذراتر بوده و عمق کمتری دارند. مثل اختلال شخصیت خودشیفته و اختلالات رفتاری آن)

- این شیوه در اختلال شخصیت بوردلاین نیز کاربرد دارد.

* چه افرادی مناسب درمان expressive هستند؟

- افراد با ایگوی منسجم (Integrated egos) که ظرفیت همزمان وابستگی و گسستگی را دارند.
- همچنین وجود ذهنیت روان شناختی و خودانگیزی و قدرت تحمل هر چند موقت ناکامی بدون وخامت شرایط بیمار از ویژگی‌های مورد نیاز می‌باشد. (psychological minded, self – motivated)

- توانایی کنترل تکانه و درون‌نگری (introspection) و توانایی افتراق واقعیت از خیال از ویژگی‌های دیگر این افراد است. آنها می‌توانند احساسات دردناک خارج از جلسات درمانی را بدون نیاز به تماس اضافی با درمانگرشان کنترل کنند.



*اهداف:

- افزایش خودآگاهی و بهبود رابطه با ابژه از طریق بررسی روابط حال حاضر فرد از اهداف کلی روان‌درمانی بیانی می‌باشد.
 - برخلاف سایکوآنالیز، در این روش تغییرات اساسی در ساختار ایگو و دفاع‌های فرد به صورت تعدیل شده و براساس محدودیت‌های بیمار می‌باشد. در نوع بیانی روان‌درمانی به جای یافتن انگیزه‌های عمیقاً پنهان شده از دوران کودکی به دنبال تعارضات خودآگاه و ناخودآگاه در تعاملات زمان حال هستند و به جای نقش ژنتیک، تاکید بر روشن کردن الگوهای اخیر دینامیک در فرد و رفتارهای غیر انطباقی در زمان حال می‌باشد.

*اپروچ و تکنیک:

اساس آن برقراری اتحاد درمانی (Therapeutic alliance) و شناخت زودرس ترنسفرنس‌های منفی می‌باشد. Regression بصورت محدود یا کنترل شده تشویق می‌شوند و ترنسفرنس مثبت عمدتاً بررسی نمی‌شود مگر آنکه مانعی در پیشرفت درمان باشد.

*محدودیت‌ها:

- مثل سایکوآنالیز مشکل در emotional integration نسبت به آگاهی‌های شناختی وجود دارد. در بیمارانی که در انتهای طیف قرار دارند، خطر بیشتر فروپاشی (Decompensation Action) و یا (کنش‌نمایی) (acting-out) به دنبال تفاسیر عمیق و مکرری وجود دارد که در واقع نتوانستند انسجام مناسبی به آنها ببخشند.
 در این بیماران overintellectualization مثل بیماران نوروتیک کمتر اتفاق می‌افتد.
 - از طرفی در درمانگر غیرقابل انعطاف، تاکید مفرط بر خیال‌پردازی، استفاده از کاناپه، تفاسیر عمیق بی‌حساب و تمرکز بر تحلیل ترنسفرنس ممکن است اتفاق بیفتد.

*روان‌درمانی حمایتی:

هدف:

در فردی که دچار یک ضعف یا کمبود شده درمان مثل یک پشتیبان به صورت موقتی به او کمک می‌کند. (اثر تسکین دهنده)
- به عنوان یک درمان کمکی و با تاکید بر وقایع بیرونی نسبت به درونی تاثیر محیط استرس آور و روابط فردی بر بیمار آسیب دیده باعث بهبودی در وی می‌شود.



ریشه این درمان در پزشکی عمومی و درمان‌های تسکینی است.

*اندیکاسیون‌ها:

۱. در کسانی که روان‌کاوی کلاسیک یا سایکوانالیز یا Insight-oriented مقدر نباشد. (ایگوی ضعیف با احتمال فروپاشی بالا)
۲. وجود یک بحران حاد یا آشفتگی موقتی (در کسی که پیش از این عملکرد مناسبی داشته است)
۳. وجود شرایط غیرقابل تحمل که باعث اضطراب یا تشویش در بیمار شده باشد (مثل سرکوب- سوء رفتار - بلایای طبیعی تصادفات و ...)
۴. بیماران با آسیب مزمن شدید که ایگوی معیوب یا شکننده دارند (سایکوز دیررس - اختلال کنترل تکانه - آشفتگی شدید کاراکتر فرد)
۵. وجود نقص شناختی یا علایم جسمانی که فرد را آسیب‌پذیر کرده و برای درمان Insight-oriented مناسب نبودند (مثلا در اختلالات سایکوسوماتیک، بیماران به شدت بدحال طبی)
۶. کسانی که انگیزه‌ی روانی لازم را ندارند. (مثلا کسانی که تحت فشار خانواده یا یک نهاد خاص برای درمان مراجعه کرده و علاقمند به تسکین فوری هستند. بیماران با مشکلات انطباقی در جامعه)

*کانتر اندیکاسیون‌ها:

به ندرت مواردی از منع استفاده از این روش بیان می‌شود.
معمولا بیمارانی که عملکرد خوبی دارند مناسب این روش نیستند (چرا که سود چندان از این روش نمی‌بینند)