

باغچه خندان

طبابت همراه است،

همراه با سستی قلب و اندیشه



سرشناسه	لله گانی، الهام، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	مبانی روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017/
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص: الهام لله‌گانی، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۱۳۲ ص :: مصور، جدول.
شابک	ریال شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۹-۴
مدیر تولید و برنامه ریزی	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیصی از کتاب " Long-term psychodynamic psychotherapy : a basic text,3th ed, 2017 " اثر گلن ا. گابارد است.
موضوع	روان‌درمانی روان‌پویایی Psychodynamic psychotherapy روان‌درمانگر و بیمار Psychotherapist and patient گابارد، گلن او، ۱۹۴۹ - م. Gabbard, Glen O.
شناسه افزوده	RC ۴۸۹
شناسه افزوده	۸۹۱۴/۶۱۶
رده بندی کنگره	۹۷۰۷۲۷۶
رده بندی دیویی	فیپا
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

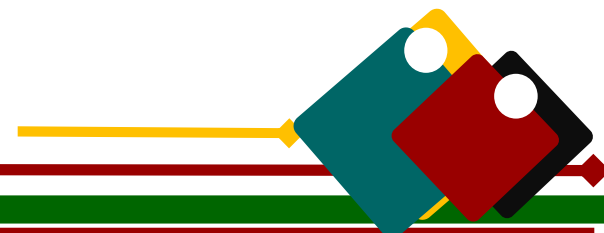
عنوان کتاب: مبانی روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ترجمه و تلخیص: دکتر الهام لله‌گانی، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۹-۴
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ریال
صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار - صبا درخشان فرد	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - 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 کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مبانی

روان درمانی روان پویشی

درازمدت

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

پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A
Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th

ترجمه و تلخیص

دکتر الهام لاله گانی

متخصص اعصاب و روان

از دانشگاه علوم پزشکی ایران

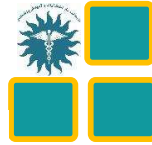
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضایا

رتبه ۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سیاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممدود و رهمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت 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 راهت 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 متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مباحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممترم 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



فصل ۱: مفاهیم اصلی	۹
فصل ۲: ارزیابی، موارد کاربرد و فورمولیشن	۲۱
فصل ۳: فوت و فن‌های روان درمانی	۳۱
فصل ۴: مداخلات درمانی	۳۹
فصل ۵: اهداف درمان و اقدام درمانی (trapeutic action)	۴۷
فصل ۶: کار کردن با مقاومت	۵۷
فصل ۷: کاربرد رویا و فانتزی‌ها در روان درمانی پویایی	۶۱
فصل ۸: تشخیص انتقال متقابل / کار کردن با آن	۶۷
فصل ۹: حل و فصل و پایان درمان	۷۵
فصل ۱۰: کاربرد نظارت	۸۳
فصل ۱۱: ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان درمانی روانپویایی دراز مدت	۸۹
سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد	۹۵

مفاهیم اصلی

«در آخرین جلسه از یک فرآیند ۳ ساله روان درمانی پویایی، بیمار که یک مرد حرفه‌ای ۳۱ ساله بود، برای چند دقیقه سکوت کرد. سپس به درمانگر خود نگاه کرد و شروع به صحبت کرد: «گفتم آنچه امروز در ذهنم است دشوار است. من به خاطر تمام کارهایی که انجام داده‌ام، این چنین مدیون شما هستم. وقتی برای اولین بار به دیدنت آمدم هیچ سرنخی از آنچه در درونم می‌گذرد نداشتم. تنها چیزی که می‌دانستم این بود که حالم خراب است. اکنون، برای اولین بار در زندگی‌ام، در واقع این احساس را دارم که چه کسی هستم و از دیگران به دنبال چه چیزی هستم. من بیمار آسانی نبودم من برای مدت طولانی از شما پنهان شدم. من با شما بازی کردم تا به خودم نگاه نکنم. اما تو بالاخره من را پیدا کردی. شما فوق العاده صبور و پیگیر بودید. من نمی‌توانم به اندازه کافی از شما برای آن تشکر کنم. من چیزی به شما می‌گویم - با وجود اینکه شما چیزهای زیادی در مورد خود نگفته‌اید، احساس می‌کنم شما را از نزدیک می‌شناسم و هرگز شما را فراموش نخواهم کرد.»

در این مکالمه، یک بیمار سپاسگزار، نگاهی اجمالی به دلایل محبوبیت روان درمانی روان پویایی طولانی مدت را ارائه می‌دهد. عطش «شناخت خود»، علیرغم پیشرفت چشمگیر در دارودرمانی، ادامه دارد. نظرسنجی‌ها نشان می‌دهد که با افزایش مدت درمان، رضایت بیمار افزایش می‌یابد. بیمارانی که به دنبال دانش عمیق درباره خود هستند ممکن است هزینه درمان طولانی مدت را با اختیار خود بپردازند. با این حال، علیرغم محبوبیت پایدار درمان پویایی طولانی مدت، به طور گسترده‌ای سوء تفاهم‌هایی مانند باورهای غلط رایج زیر وجود دارد:

- ۱) درمانگر روانپویایی اغلب مواقع ساکت می‌باشد.
 - ۲) پیشرفت درمان حاصل پالایش (catharsis) های عاطفی پر سر و صدا می‌باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که یک خاطره رپرس شده، به طور ناگهانی آشکار شود.
 - ۳) تمرکز اصلی این نوع درمان بر مسئله سکشوالیته می‌باشد.
 - ۴) همه واکنش‌های بیمار نسبت به درمانگر تحریف وضعیت کنونی بر اساس روابط گذشته بیمار باشد.
 - ۵) این نوع درمان پایان ناپذیر و بی حاصل است (مثل درمان قهرمانان در فیلم‌های وودی آلن).
 - ۶) روان پویایی مثل یک صفحه سفید و چهره سنگی است و هیچ احساسی نسبت به بیمار بروز نمی‌دهد.
 - ۷) درمانگر روانپویایی هرگز قضاوتی راجع به بیمار انجام نمی‌دهد.
- در واقع درمانگر روانپویایی معاصر نسبت به روانکاوی عصر فروید، بیشتر به صورت فعال درگیر بیمار می‌شود، چهره سنگین ندارد، پرحرف است، ندرتاً از گذشته پر رمز و راز بیمار آگاه است.

ویژگی LTPP معاصر بر اساس مفهوم سازی فونانگی عبارت است از مجموعه‌ای از روان درمانی‌ها که بعضاً برای اختلالات ویژه طراحی شده و بعضی شکل عمومی‌تر دارند و مبتنی بر درکی عمیق از سابژکتیویته (ذهنیت) انسان و چگونگی تعامل آن با روابط فرد با دنیای



درون و بیرون او می‌باشد. این نوع درمان در یک طیف می‌باشد که یک سمت آن مداخلات کاملاً بیانی (expressive) یا تعبیری (interpretive) و سمت دیگر آن مداخلات کاملاً حمایتی و همدلانه (supportive) است.

این نوع درمان به تعارضات ناخودآگاه، بازنمودهای درونی رابطه‌ها (internal representations of relationship) و معانی ایدئوسینکراتیک و پیچیده‌ای که همراه تجربه‌ها هستند، و همچنین به کاوش حقیقت درباره خود (self) و افزایش اصالت در فرد می‌پردازد.

مدل‌های مفهومی که در این درمان کاربرد دارند شامل روانشناسی ایگو یا من، نظریه اینتر ساجکتیو، روانشناسی خود یا self و نظریه دلبستگی است.

اگر بخواهیم روان‌درمانی روان‌پویشی بلندمدت معاصر (LTPP) را مشخص کنیم، ممکن است از تعریف زیر استفاده کنیم: «درمانی که شامل توجه دقیق به تعامل درمانگر و بیمار، با تفسیر به موقع انتقال و مقاومت در رابطه دوتایی بیمار و درمانگر است. ویژگی شاخص روان‌درمانی روان‌پویشی توجه ویژه به جنبه‌هاییست که برای هر بیمار ایدئوسینکراتیک و متفاوت است و بر حسب ویژگی‌های متفاوت بیماران از این تکنیک‌ها به صورت متفاوت استفاده می‌شود.

در گذشته درمان روان‌پویشی دراز مدت پایان نامشخصی داشت اما امروزه درمان‌هایی وجود دارند که علی‌رغم اینکه بسیاری از اصول درمان روان‌پویشی دراز مدت در آن به کار گرفته می‌شود اما پایان مشخص دارد و شامل ۴۰ تا ۵۲ جلسه می‌باشند.

بنابراین درمان را می‌توان به دو دسته تقسیم‌بندی کرد:

۱- با زمان محدود که در آن تعداد جلسات از قبل مشخص شده است و ۲- درمان با باز به گونه‌ای طراحی شده‌اند که به طور طبیعی در روند درمان در زمان خود به پایان یابند اگر مجبور باشیم مرز برای آنها در این کتاب درمان‌های ۲۴ جلسه یا ۶ ماه درمان دراز مدت در نظر گرفته می‌شود.

اصول پایه‌ای روان‌درمانی روان‌پویشی شامل موارد زیر می‌شود:

Table 1-1. Basic principles of psychodynamic psychotherapy

Much of mental life is unconscious.

Childhood experiences in concert with genetic factors shape the adult.

The patient's transference to the therapist is a primary source of understanding.

The therapist's countertransference provides valuable understanding about what the patient induces in others.

The patient's resistance to the therapy process is a major focus of the therapy.

Symptoms and behaviors serve multiple functions and are determined by complex and often unconscious forces.

A psychodynamic therapist assists the patient in achieving a sense of authenticity and uniqueness.

مفاهیم اصلی روان‌درمانی روانپویشی

کارکرد ذهنی ناخودآگاه

اگرچه فروید ذهن ناخودآگاه را کشف نکرد اما ناخودآگاه از زمان فروید، مهم شناخته شد. ذهن ناخودآگاه همچنان در راس روان‌درمانی روانپویشی یا روانکاوی وجود دارد. فروید ابتدا بر مدل توپوگرافیک ذهن تمرکز داشت که بر اساس این مدل ذهن از لایه‌های خود آگاه پیش آگاه و ناخودآگاه شکل گرفته است. که بر اساس آن برخلاف محتوای ناخودآگاه، محتوای پیش آگاه به سادگی و با متمرکز کردن توجه فرد به آن قابل بازیابی به آگاهی فرد است. بخش اصلی نظریه‌های فروید بر ناخودآگاه، به عنوان منبعی که حاوی موضوعاتی است که به دلیل قابلیت ایجاد تعارض، به صورت پویا، خارج از آگاهی نگاه داشته و واپس زده شده‌اند، تمرکز دارد. در واقع رویکرد فروید در روانکاوی بر به سطح آوردن محتوای ناخودآگاه و گذر از واپس زنی جهت بررسی و فهم محتوای ناخودآگاه می‌باشد.

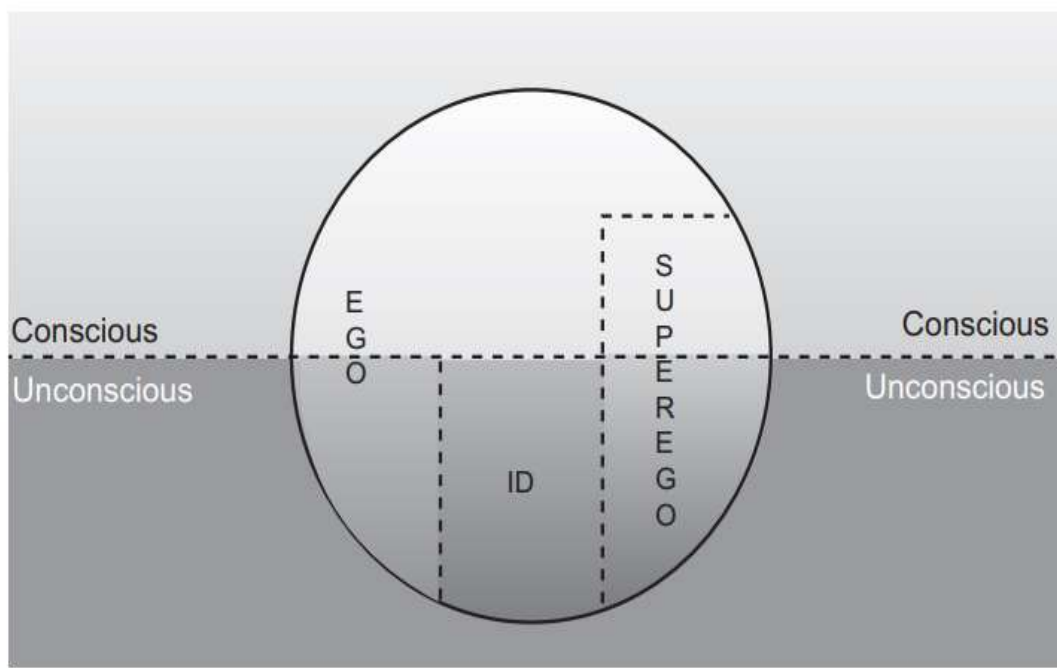


Figure 1-1. The structural model. Note. The preconscious has been deleted for the sake of simplicity. Source. Reprinted from Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000. Used with permission.

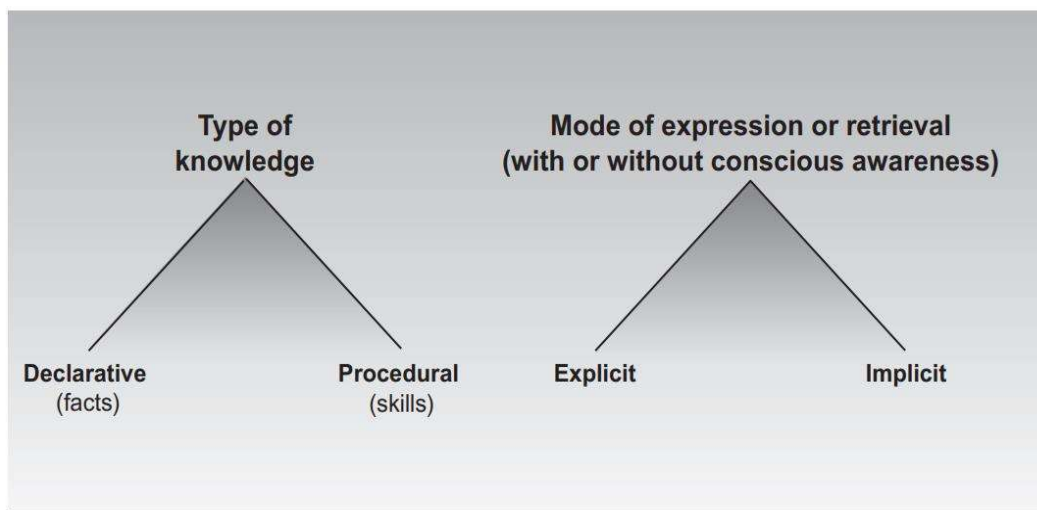


Figure 1-2. Type of knowledge versus mode of expression.

Source. Reprinted from Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000. Used with permission.

Theoretical model	Motivation	Basic units of development	Psychopathology
Ego psychology	Drive gratification	Ego Id Superego	Conflict/compromise formation
Object relations theory	Object seeking	Representation of self and other linked by an affect	Recurrent maladaptive relationship patterns based on externalization of internal object relationships
Self psychology	Self-cohesion/self-esteem	Self-selfobject	Fragmentation of self/narcissistic vulnerability
Attachment theory	Physical sense of safety	Internal working models	Insecure attachment/failure of mentalization

فروید معتقد بود که (derepression) و خارج کردن از حالت واپس رانده خاطرات با استفاده از وارهاش (abreaction) های روان پالاینده (cathartic)، منجر به تغییرات پایدار نمی‌گردد.

مدل فروید به تدریج به پیچیده‌ترین حالت خود با عنوان نظریه‌ی ساختاری یا structural theory رسید که در این نظریه، سه بخش ایگو (من)، اید (آن) و سوپرایگو (فرامن) معرفی گردید. در این مدل، ایگو، با رانه (drive) های جنسی و پرخاشگرانه، متفاوت در نظر گرفته می‌شود که ایگو از دو جزء خودآگاه (شامل کارکردهای اجرایی ذهن، مانند گرفتن تصمیم، محاسبه‌های ذهنی و یکپارچه کردن اطلاعات ادراکی) و ناخودآگاه (شامل مکانیسم‌های دفاعی برای مقابله با درایوهای غریزی قوی موجود در اید) ساخته شده است. سکچوالیته و پرخاشگری به عنوان درایوهای پایه‌ای در نظر گرفته می‌شود که ایگو تلاش می‌کند تا با مقابله با این رانه‌ها، مانع مختل شدن کارکرد فرد شود. در این مدل برخلاف ایگو، اید، کاملاً در ناخودآگاه است و توسط بخش ناخودآگاه ایگو و همچنین توسط سوپرایگو کنترل می‌شود.



سوپرایگو که وظیفه درونی‌سازی کردن ارزش‌های اخلاقی والدین و دیگران در محیط بیرونی فرد، را بر عهده دارد غالباً در ناخودآگاه است.

گاهاً سوپرایگو را به دو بخش ego ideal (آرمان ایگو) و moral conscience (وجدان اخلاقی) یا proper superego (سوپرایگوی راستین) تقسیم‌بندی می‌کنند.

Ego ideal، ایگو را از اعمال نادرست، بازمی‌دارد در حالی که moral conscience یا proper superego، به ایگو دستور می‌دهد که چه کارهایی را انجام دهد.

در این مدل، اید، ایگو و سوپرایگو به طور دائم پیرامون (discharge) یا ابزار سکچوالیته و پرخاشگری در تعارض هستند که این تعارض منجر به signal anxiety یا اضطراب هشدار دهنده می‌شود. در واقع این اضطراب، هشدار می‌دهد که برای مهار برون‌ریزی این تکانه‌های ممنوعه (سکچوالیته و پرخاشگری)، نیازمند به‌کارگیری مکانیسم دفاعی می‌باشد.

در واقع، تعارض‌ها با ایجاد اضطراب هشدار دهنده، منجر به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی می‌شود. در نهایت بین اید و ایگو یا اید و سوپرایگو سازش ایجاد می‌شود.

پژوهش‌های انجام شده در حوزه روانشناسی تجربی، نظریه‌ی فروید مبنی بر اینکه ناخودآگاه بخش اصلی حیات ذهنی است را تأیید می‌کند اما در تحقیقات تجربی، اغلب بیشتر از اینکه ناخودآگاه را یک جایگاه در مغز بدانیم نوعی ساختار و حافظه‌ای است.

حافظه گزاره‌ای یا declarative memory شامل اطلاعات فرد در مورد وقایع بیرونی است که برخی به دلیل تعارض‌ها، ریپرس شده‌اند.

حافظه روندی یا procedural memory، شامل اطلاعات فرد در مورد «چگونگی انجام» یا «چگونگی رابطه‌مندی (relatedness)» با دیگران است.

در واقع طرح‌واره‌های ناخودآگاهی که بیانگر روابط ابژه‌ی درونی در نظر گرفته می‌شود، نوعی حافظه procedural می‌باشد که بارها در موقعیت‌های بین فردی گوناگون، تکرار می‌شود.

و نوعی دیگر از حافظه ضمنی یا (implicit memory)، ماهیتی تداعی‌آمیز یا allociative دارد که شامل پیوند بین کلمات، احساسات و رویدادهاست.

بخش عمده پژوهش‌های انجام شده در مورد حافظه که با ماهیت روان‌پویشی در ارتباط است حاصل رویکردهای متفاوتی است که حافظه آشکار و حافظه ضمنی به تنظیم هیجانی دارند. به عبارتی، فرآیند تنظیم هیجان که به طور ارادی صورت می‌گیرد، صریح و آشکار هستند در حالی که مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه، نوعی تنظیم هیجانی ضمنی محسوب می‌شوند. تنظیم هیجانی ضمنی حاصل مهار کورتکس پره فرونتال شکمی و سینگولیت قدامی شکمی می‌باشد. در حالی که تنظیم هیجانی آشکار از کورتکس پره فرونتال جانبی پشتی و کورتکس سینگولیت قدامی پشتی منشأ می‌گیرد.

غالباً حافظه آشکار یا صریح به حافظه گزاره‌ای و حافظه ضمنی یا نهفته به حافظه روندی ربط داده می‌شود. اما نکته مهم این است که هم حافظه گزاره‌ای و هم حافظه روندی، هر دو می‌توانند هم آشکار و صریح و هم نهفته و ضمنی باشند.

در واقع آشکار یا نهفته بودن حافظه اشاره به نحوه‌ی بازیابی خاطرات دارد که چنانچه به طور خودآگاه از خاطرات مطلع باشد صریح و چنانچه به طور خودآگاه از خاطرات مطلع نباشد، نهفته خوانده می‌شود.

مثلاً یادآوری خاطرات کودکی مثلاً نام مدرسه، نمونه‌ای از حافظه گزاره‌ای آشکار، است که با متمرکز کردن توجه، به راحتی قابل بازیابی است و از طرفی به گریه افتادن هنگام شنیدن یک موسیقی در رسانه، بدون آنکه دلیلش را بدانیم، می‌تواند مثالی از یک حافظه گزاره‌ای



نهفته باشد. چرا که رابطه بین رویداد و آواز به راحتی به ذهن آورده نمی‌شود، در چنین مواردی از طریق روان‌درمانی می‌توان این ارتباط را بازیابی کرد. «چگونگی» رابطه‌مندی در ابتدای زندگی، درونی شده و افراد بر اساس تجارب اولیه خود به طور خودکار با دیگران وارد رابطه می‌شوند.

نحوه برقراری ارتباط و سلام و احوالپرسی در بدو ورود به اتاق، حافظه‌روندی ضمنی است که این حافظه‌روندی ضمنی مسئول بسیاری از مکانیسم‌های دفاعی نیز می‌باشد که به صورت خودکار با برون‌ریزی احساسات ناخوشایند از آگاهی فرد، با آنها مقابله می‌کند. اما ساپرنش یا مکانیسم سرکوب نمونه‌ای از حافظه‌روندی آشکار می‌باشد، مثلاً بیماری که نسبت به درمانگرش خشمگین است برای جلوگیری از آسیب به رابطه‌ی درمانی، به طور آگاهانه، خشم خود را سرکوب کرده و از خودآگاه خود بیرون می‌فرستد. حافظه‌روندی و گزاره‌ی یکپارچه عمل کرده و گاهاً افتراق آنها از یکدیگر، دشوار است.

چشم‌انداز رشدی

نیاز داشتن به چشم‌انداز رشدی، یکی از فرض‌های بنیادین در تفکر روان‌پویشی است. بزرگسالی یک فرد را تجربه‌های کودکی و ویژگی‌های وراثتی او، تشکیل می‌دهند. بیشتر بخش عمده‌ی تعامل کودک با پدر و مادرش را مزاج (temperament) کودک که مبتنی بر وراثت است، تشکیل می‌دهد. ویژگی‌هایی که کودک به ارث برده باعث نشان دادن واکنش‌هایی خاص از طرف والدینش می‌شود و رفتار والدین هم باعث شکل گرفتن شخصیت کودک می‌شود. پس تعامل پیچیده‌ی بین صفات ذاتی کودک، ویژگی‌های روان‌شناختی والدین و تناسب بین والد و کودک فاکتورهای اساسی در چشم‌انداز رشدی هستند. در نظریه‌های اولیه روانکاوی، فرایند رشد بر اساس ناحیه‌های لیبیدویی شناخته می‌شوند. لیبیدو یا رانه‌ی جنسی کودک به نواحی دهانی، مقعدی و قضیبی بدن ارتباط داده می‌شوند. بعد از این مرحله، کودک وارد مرحله‌ی ادیپی می‌شود، در این مرحله آرزو دارد ایزه‌ی انحصاری عشق برای والد جنس مخالف خود باشد. همچنان کودک ناگهان از مثلثی پیچیده بین پدر و مادر و خودش آگاه می‌شود. در پیکربندی (constellation) ادیپی منفی کودک حسرت والد هم جنس خود را دارد و والد جنس مخالف را رقیبش می‌داند. در هر دو شکل مثبت و منفی مرحله‌ی ادیپی در رشد کودکان وجود دارد.

در پسر بچه‌ها شکل گیری سوپر ایگو را به عنوان نتیجه‌ی مرحله‌ی ادیپی رشد، در نظر می‌گیرند. کودک این واقعیت را می‌پذیرد که به خاطر پرخاشگری نسبت به پدر، نمی‌تواند مالک مادرش شود. و با بی میلی این واقعیت را قبول می‌کند که بهتر است با پدرش همانندسازی کند تا اینکه خطر کینه دوزی او را به جان بخرد. اضطراب نسب به اخته شدن، یک نگرانی مهم در مرحله‌ی ادیپی پسر بچه‌ها می‌باشد، که کودک می‌ترسد، پدرش با حمله به الت تناسلی اش از او انتقام بگیرد. پس تصمیم می‌گیرد با پدرش همانند سازی کند و زنی مثل مادرش را پیدا کند تا به این شکل از رقابت مستقیم با پدرش دوری کند.

در مفهوم سازی کلاسیک فرویدی، ساختار ادیپی برای دختر بچه‌ها در مقایسه با بچه‌های پسر، انقدر منظم و با انسجام نیست. در دیدگاه کلاسیک فرویدی، دختر بچه به عنوان مردی کم اهمیت‌تر در نظر گرفته می‌شود، ولی نظریه‌های فمینیستی، این دیدگاه را کنار گذاشتند. دیدگاه‌های امروزی‌تر، شکل گیری هویت زنانه را نتیجه‌ی رابطه‌ی پیچیده بین عواملی مثل ژنتیک، همانند سازی با والدین، ایزه‌های درونی و فرهنگ، می‌دانند و تفاوت‌های کالبدشناسی را در نظر نمی‌گیرند. نکته‌ی مهم دیگر در نظریه رشدی این است که تجربه‌های اولیه خود (self) با دیگران و عواطف مرتبط با آن، درونی سازی می‌شوند. الگوی روابط ایزه‌های درونی در طول زندگی چندین باز تکرار می‌شوند. تعاملات مشکل دار بیمار که حین روان‌درمانی بیان می‌شوند، معمولاً به خاطر مشکلاتشان در روابط اولیه است که در دوران کودکی برایشان اتفاق افتاده.



بازنمایی‌های درونی یک والد، کاملاً مشابه با تظاهر بیرونی آن نیست. فانتزی‌های یک کودک راجب والدینش می‌تواند در ارتباطاتش با والدین تاثیر بگذارد و آنها را تشدید کند، در نتیجه بازنمایی خود و ابژه (self representation و object representation) ممکن است از ویژگی‌های واقعی تظاهرات بیرونی متفاوت باشد. کلاین در تئوری روابط ابژه، تلاش کرد تا تئوری رانه (drive theory) را با روابط ابژه‌های درونی ترکیب کند. نظریه پردازان بعدی مثل فربرن و وینیکات تئوری را با نام دیدگاه مستقل بریتانیایی (british independent perspective) بنا نهادند. این دیدگاه برخلاف دیدگاه کلاسیک فروید، انگیزه‌ی اصلی کودک را پیدا کردن ابژه در نظر می‌گیرد نه ارضای رانه. در روان درمانی معاصر، هر دوی درمانگر و بیمار در ایجاد رابطه‌ی دوتایی نقش دارند. در واقع سایز کتیویته‌ی درمانگر در انتقال بیمار همیشه نقش دارد. (سخن مترجم: به عبارتی روانکاری intersubjective در قرن ۲۱ و تئوری object-relationship ملانی کلاین در نهایت منجر به درمان می‌شود.) روانشناسی ایگو (انا فروید) بر تعارضات درونی تاکید می‌کند در حالی که کوهوت، روانشناسی Self را که بر مبنای مدل (deficit) بنا نهاده است در رشد است، کوهوت معتقد است که خیلی از افراد از همدلی کافی از طرف مادر محروم هستند که باعث ایجاد deficit در آنها می‌شود. در واقع فرد برای پر کردن این کارکردهایی که دارای deficit هستند بدنال پاسخ‌هایی در دیگران است. کوهوت این کارکردها را کارکردهای self object می‌نامد. منظور کوهوت از بکار بردن self object این است که سلف و ابجکت در هم تنیده شده‌اند و در واقع سلف که در فردی شکل گرفته است ناشی از ابجکتی است که درونی شده. در دیدگاه کوهوت در فرایند رشد، سلف به تدریج از طریق پاسخ‌های self object انسجام می‌یابد. روانشناسی سلف با پژوهش‌های دنیل استرن که بر مبنای مشاهده‌ی کودک بوده است، همسو می‌باشد. استرن متوجه شد که پاسخ‌های اعتبار بخش (validating) و تصدق کننده (affirming) از طرف مادر برای sense of self ضروری می‌باشد. کوهوت معتقد بود که بدون وجود این پاسخ‌ها، سلف کودک در معرض تکه تکه شدن بوده که باعث آسیب پذیری نارسیسیستی شدید یا narcissistic vulnerability می‌شود (سخن مترجم: در واقع فرد با آسیب پذیری نارسیسیستی مشابه پنیر سویسی پر از حفره (deficit)) می‌باشد که برای پر کردن این حفره‌ها نیازمند همدلی است. از نظر روانکاو در بدو تولد فرد یک نارسیسیزم اولیه وجود دارد که اگر رشد زیادی نکند تبدیل به نارسیسیزم ثانویه می‌شود که در معرض از هم پاشیدن می‌باشد. برای منسجم شدن این تکه‌ها نیازمند یک پوسته می‌باشد که این پوسته، مادر یا caregiver می‌باشد و سیمانی که بین این تکه هاست، همدلی است که caregiver به کودک ارائه می‌دهد.)

نظریه‌ی دل بستگی علی رغم ارتباط با نظریه‌ی روابط ابژه، شکل گیری جداگانه‌ای دارد. دیدگاه بالبی با تاکید بر اهمیت تجارب حقیقی کودک در برابر فانتزی، آشکارا بر خلاف تفکرات کلاین می‌باشد. بالبی اعتقاد دارد ساختار رفتاری کاملی در کودک به جهت حفظ نزدیکی با مادر وجود دارد. بر اساس نظریه‌ی دل بستگی، کودک صرفاً بدنال ابژه نمی‌باشد بلکه در جست و جوی وضعیت روانی- فیزیولوژی آرامش بخشی است که از نزدیکی فیزیکی با مادر بدست می‌آید. مطالعه‌ای با عنوان موقعیت ناآشنا، طبقه بندی‌های مختلفی را برای دل بستگی نشان داده است، به شکلی که زمانی که کودک به صورت کوتاه مدت از مادر جدا می‌شود، بر اساس نوع واکنش به این جدایی ۴ نوع دل بستگی برای او تعریف می‌شود: ۱- دل بستگی ایمن ۲- دل بستگی اضطرابی اجتنابی ۳- دل بستگی اضطرابی- دوسوگرا یا مقاوم ۴- دل بستگی آشفته- نا آگاه (disorganized- disoriented)

این نوع طبقه‌بندی با طبقات همسان خود در دل بستگی بزرگسالی تا حدودی نزدیکی دارد:

۱- بزرگسال ایمن- خودمختار (autonomous)

۲- بزرگسال نایمن- تردکننده (dismissing) که دل بستگی قبلی و فعلی را بی ارزش می‌داند.

۳- بزرگسال گرفتار (pre occupied) که روابط آنها دچار سردرگمی است.



۴- بزرگسال با دلبستگی حل نشده (un resolved) یا بی سامان که اغلب قربانی‌های تروما یا غفلت بوده‌اند (مترجم: مهم) این نوع دلبستگی ناایمن که با آسیب و غفلت همراه است می‌تواند مانع شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) یا به عبارتی درک ذهن دیگری و خود به عنوان منبع انگیزه بشود. این درمانگر است که برحسب هر بیمار مدل نظری متناسب را انتخاب می‌کند. شباهت‌های این مدل‌ها این است که بزرگسال حاصل تجارب مهم دوران کودکی می‌باشد که این تجارب در زمان حال در ارتباط با افراد دیگر از جمله درمانگر تکرار می‌شود.

انتقال

انتقال زمانی دیده می‌شود که الگوهای روابط دوران کودکی هم اکنون با درمانگر تکرار می‌شود. فروید معتقد بود انتقال یک نوع (قالب) کلیشه‌ای است و معتقد بود امیال لیبیدویی دوران کودکی مستقیماً در درمانگر منتقل می‌شود. ایده پردازان کلینی و relationship. مفهوم انتقال را با استفاده از مفهوم همانند سازی فرافکنان (projective identification)، شرح دادند. در همانند سازی فرافکنانه به طور ناخودآگاه یک بازنمایی خود یا ابژه را به درمانگر پروجکت می‌کند و سپس با اعمال فشار در رابطه درمانگر را مجبور به پذیرش ویژگی‌های مشابه بازنمایی پروجکت شده می‌کند.

مدل نظری	انگیزه	واحدهای پایه‌ای رشد	روان آسیب شناسی
روان شناسی من (ایگو)	ارضای رانه	من (ایگو) آن (اید) فرامن (سوپر ایگو)	تعارض - مصالحه سازی
نظریه روابط ابژه	جست و جوی ابژه	بازنمایی خود و گیری که با عاطفه به هم پیوسته‌اند.	الگوهای رابطه‌ای تکرار شونده‌ی ناسازگار، مبتنی بر برون سازی روابط ابژه‌ی درونی
روانشناسی خود	انسجام خود- عزت نفس	خود- خود ابژه	تکه تکه شدن خود- آسیب پذیری نارسایی
نظریه‌ی دلبستگی	احساس ایمنی جسمی	مدل‌های کاری درونی (internal working model)	دلبستگی نا ایمن- ناتوانی در ذهنی سازی

روانشناسی خود، به این مفهوم از انتقال تاکید می‌کند که در انتقال خود ابژه ای، درمانگر نقش کامل کننده‌ی خوده بیمار را اجرا می‌کند. با توجه به اینکه در روانشناسی خود (self)،

self در وضعیت deficit در نظر گرفته می‌شود، ابژه‌ی انتقالی باید، عملکردی داشته باشد که به دنبال همدلی ناکافی والدین در درون بیمار شکل نگرفته است. پس ممکن است بیمار تلاش کند تا درمانگر را اعتباردهنده به خود ببیند و به این شکل self خود را تکمیل کند.



استولورو تاکید می‌کند که: انتقال اساساً دو بعد دارد. همانطور که قبلاً فروید هم یک وجه تکرارشونده و یک وجه ترمیم‌کننده را در نظر گرفته بود. دیدگاه‌های معاصر مثل نظریه‌های رابطه‌ایی یا relational یا ساختارگرایانه (constructiviste) و بین فردی، نگاه متفاوتی بر انتقال داشته‌اند. مثلاً مدل constructiviste تاکید دارد که رفتار درمانگر بر برداشت بیمار از درمانگر، تاثیر گذار است. (سخن مترجم: مثلاً درمانگر که در نهایت خشم می‌تواند همچنان بنشیند و شرایط را contain کند، می‌تواند برای بیمار این معنی را بدهد که جهان جور دیگری هم می‌تواند باشد). تقریباً همه‌ی دیدگاه‌های معاصر انتقال، معتقدند که برداشت بیمار از درمانگر همیشه ترکیبی از ویژگی‌های واقعی درمانگر و تظاهراتی از روابط گذشته است. نقش انتظار در انتقال، مشابه نقطه‌ی کور در محل خروج عصب بینایی است. به این شکل که حفره‌ایی که در محل نقطه‌ی کور بینایی است، ما بر اساس چیزی که انتظار داریم ببینیم، پر می‌کنیم. کورتکس اوربیتال، فرونتال نقش کلیدی در ایجاد بازنمایی‌های درونی از خود و دیگران دارد که این بازنمایی‌ها با تظاهرات عاطفی بهم پیوند داده می‌شوند.

انتقال متقابل

همان طور که بیمار درمانگر را به شکل فردی از گذشته خود تجربه می‌کند درمانگر نیز بیمار را به شکل فردی از گذشته خود تجربه می‌کند بنابراین انتقال متقابل در درمانگر شبیه انتقال در بیمار است. این نگاه محدود یا نگاه فرویدی به انتقال متقابل به نگاه گسترده‌تری بسط پیدا کرده که در آن ماهیت واکنش هیجانی درمانگر به بیمار به عنوان انتقال متقابل در نظر گرفته می‌شود. طبق این تعریف مفهوم انتقال متقابل امری به هنجار در نظر گرفته می‌شود و صرفاً به عنوان مانعی در برابر کمک به بیمار آن را در نظر نمی‌گیرند، بلکه انتقال متقابل به عنوان منبعی از اطلاعات با اهمیت درباره بیمار تلقی می‌شود. پس انتقال متقابل ابزار درمانی و تشخیصی مهمی است که درباره دنیای درونی بیمار به ما اطلاعات زیادی می‌دهد. همانند آنچه در انتقال وجود دارد در انتقال متقابل هم بخشی از واکنش درمانگر به بیمار به روابط گذشته درمانگر ارتباط دارد که به زمان حال وارد شده‌اند، اما علاوه بر آن رفتار بیمار هم باعث بروز جنبه‌های درگیری از احساسات در درمانگر می‌شود. بیمار از طریق همانند سازی فرافکنانه، یک رابطه‌ی ایزه‌ی قدیمی را باز می‌آفریند که دران درمانگر نقش یک کاراکتر اصلی از گذشته‌ی بیمار را دارد. برای مثال اگر بیمار درمانگر را عصبانی کند، این عصبانیت ممکن است ریشه در روابط گذشته‌ی خود درمانگر داشته باشد. همچنین می‌تواند ناشی از رفتار واقعی بیمار نیز باشد که باعث واکنشی در درمانگر می‌شود که مشابه واکنش‌هاییست که بیمار در ایزه‌هایی در گذشته‌ی خود بر می‌انگیخته است.

مقاومت

یکی از اصول مهم روان درمانی آن است که بیمار نسبت به تغییر، احساسی دوسوگرا دارد. پس از سال‌ها استفاده از مکانیسم دفاعی برای مهار احساسات دردناک، تعادلی درون روانی در بیمار ایجاد شده است. ورود به درمان این تعادل را به خطر می‌اندازد، پس بیمار ممکن است ناخودآگاهانه با تلاش‌های درمانگر برای ایجاد بصیرت (insight) و تغییر مقابله کند. درمان باعث می‌شود مکانیسم‌های دفاعی خاص بیمار که برای پرداختن به هیجانات ناخوشایند طراحی شده‌اند، به شکل مقاومتی فعال شوند. در واقع فرق مقاومت و مکانیسم دفاعی این است: درمانگر می‌تواند مقاومت را ببیند ولی مکانیسم دفاعی را باید استنباط کرد.

مقاومت می‌تواند شکل‌های مختلفی مثل حرف نزدن، سکوت، فراموش کردن پرداخت صورت حساب و داشته باشد. در بسیاری از موارد، مقاومت به خاطر مقاومت انتقالی (transference resistance) می‌باشد. در این نوع مقاومت علت مقابله‌ی بیمار، فانتزی‌های خاصش درباره‌ی نوع نگاه درمانگر به خودش، می‌باشد. شیوه‌ی مقاومت بیمار احتمالاً بازآفرینی رابطه‌ایی در گذشته‌ی اوست که همچنان تاثیرش را بر رابطه‌های در حال حاضر دارد.



علیت باوری (determinism) روانی

مفهومی بنیادی در روانکاویست که به این موضوع اشاره دارد که کاری که ما با زندگی‌مان می‌کنیم، توسط نیروهای ناخودآگاهی شکل می‌گیرد که با هم رابطه‌ای پویا دارند. شروود اشاره می‌کند که فروید معتقد بود، علل رفتارها هم مرکب (overdetermined) هستند و هم متعدد (multiple).

بیشتر فانتزی‌های ناخودآگاهی که همراه با ارزشهای لذت بخش یا احساس امنیت هستند، عواملی هستند که نوع برخورد ما با دیگران، سبک پیش برد زندگی و کنترل احساساتمان را مشخص می‌کنند. روان درمانگر معتقد است که دردناک‌ها و رفتارهایی که حاصل عوامل ارثی و اجتماعی هستند هم معنا دارند.

این معناها با احساسات ناخودآگاه بیمار مرتبط‌اند و می‌توان همراه با بیمار آنها را مورد کاوش قرار داد.

ذهنیت یکتای بیمار

آخرین اصل تفکر پویایی این است که ما خود واقعیمان را نمیشناسیم و بدلیل تعارضات و دفاع‌های مختلف، می‌خواهیم خودمان را گول بزنیم، پس وظیفه‌ی درمانگر آن است که به دنبال خود (self) واقعی باشد. وینیکات فهمید که وقتی والدین وقتی دائماً از ابتکار عمل‌های کودکشان ممانعت می‌کنند این کودکان برای ارتباط با والدین خود راه‌های جایگزین دیگری پیدا می‌کنند. این راهبرد معمولاً باعث شکل‌گیری خود (self) کاذب می‌شود که ممکن است خود (self) واقعی در شرم دفن شود درمانگر به دنبال شناختن و اعتبار دادن به خود (self) واقعی بیمار است. یکی از جنبه‌های متمایز کننده‌ی روان پویایی این است که درمانگر شخص دچار بیماری را درمان می‌کند. در واقع همزمان با درمان علائم اضطرابی یا افسردگی به اصالت اوهم توجه می‌شود. همه‌ی افراد می‌خواهند جنبه‌هایی از خودشان از جمله ترس‌ها، آرزوهای شرم‌آور را مخفی کنند تا قضاوت نشوند پس درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا ببیند کیست و با زندگی اش چه می‌کند. سخن مترجم: به عنوان مثال زمانی که یک دستیار تخصص مجبور است در بیمارستان تحت هر شرایطی کار درون بخشی خود را به بهترین شکل انجام دهد، خوب درس بخواند و شرح حال خوب بگیرد، در واقع ممکن است جنبه‌ایی از خود را نشان می‌دهد که خود واقعیش نیست و به سبب کتیویته‌ی یکتای او توجه نمی‌گردد.

پژوهش به ما چه می‌گوید؟

در مقایسه با پژوهش‌های گسترده‌ای که در درمان شناختی- رفتاری انجام شده است، پژوهش‌های قوی در زمینه پیامد درمان‌های روان کاوانه و روان پویایی، نسبتاً کمیاب بوده است. هزینه‌ی درمان‌هایی که یک تا ۵ سال طول میکشند، بسیار زیاد است. پیدا کردن گروه شاهد که به شکل مناسبی هم‌تاسازی شده باشد سخت است. در واقع قوی‌ترین گروه شاهد آن است که تحت درمان با یک درمان جایگزین تثبیت شده قرار داشته باشد. یکی از اصول مهم در روان درمانی این است که خود شخص باید درمان را انتخاب کند. پس تخصیص تصادفی بیماران به این روش، مانعی عمده است. همچنین درمانی که چندین سال طول بکشد تعداد زیادی drop out دارد. در انجام کارآزمایی شاهددار تصادفی شده (RCT) در روان درمانی، مشکلاتی وجود دارند که به آسانی حل نمی‌شوند. مثلاً در RCT معیارهای خروج در نظر گرفته می‌شوند- هم ابتدایی‌های به‌اندازه‌ی کافی بازنمایی نمی‌شوند- RCTها نوعاً بر مبنای اختلال هستند، در حالی که در روان درمانی واقعی بیمار بین اختلال و مشکلات ذاتی زندگی اش تمایز قائل نمی‌شود.

در واقع تفاوت درمان شناختی- رفتاری با درمان روان پویایی این است که آیا کانون تمرکز و هدف درمان فقط درمان یک اختلال خاص است یا خیر. در مطالعه‌ای برای مقایسه‌ی تجربه‌ی تغییر در CBT و درمان روان پویایی، مشاهده شد که بیمارانی که از درمانشان راضی



بودند، حین حرف زدن از تغییر، تمرکزشان بر مشکل عرضه شده و روش‌هایی که برای مقابله با آنها وجود داشت، بود. ولی بیمارانی که از درمان روان پویشی سود برده بودند، می‌خواستند از حوزه‌ی وسیع تری حرف بزنند که می‌توان آنرا دربرگیرنده‌ی تمامیت شخصیت توصیف کرد. درمان‌هایی که از طریق RCT بررسی می‌شوند معمولاً زمان محدود دارند. بیشتر موفقیت در روان درمانی وابسته به این است که درمانگر و بیمار با هم جور شوند. هم اکنون براساس نتایج تعدادی از مقالات جدید، می‌توان گفت که شواهد تجربی به نفع اثر بخشی روان درمانی روان پویشی است. شدلر با مقایسه‌ی مطالعات روان درمانی روان پویشی با بقیه‌ی درمان‌ها، به این نتیجه رسید که تأثیر درمان پویشی به‌اندازه‌ی بقیه‌ی درمان‌هایی است که مبتنی بر شواهد هستند. او همچنین بیان می‌کند که بیمارانی که تحت درمان روان پویشی بوده‌اند، دستاوردهای درمانیشان (therapeutic gain) ادامه دارند و حتی بعد از درمان هم وضعیتشان بهتر می‌شود. درمان روان پویشی تأثیر گسترده رهش دارد و باعث شروع فرایند ادامه‌ی وابنده‌ی درونی برای تامل در خود (self reflection) می‌شود.

در زمینه‌ی اثبات درست بودن اصول روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت (short-term psychodynamic psychotherapy) تعداد زیادی پژوهش انجام شده که که تأیید کننده‌ی این موضوع بوده‌اند. این مطالعات نشان دادند که درمان پویشی کوتاه مدت در پیگیری به‌اندازه‌ی بقیه‌ی درمان‌ها تأثیر داشته. لایسنرینگ و همکارانش STPP را درمانی می‌دانند که کمتر از ۴۰ جلسه طول بکشد. STPP و CBT از لحاظ تغییر در مشکلات آماجی، کارکرد اجتماعی و مشکلات عمومی روان پزشکی، باهم تفاوتی نداشتند.

عباس و همکارانش نیز فراتحلیل دیگری در مورد STPP منتشر کرده‌اند که STPP را در بزرگسالان دارای اختلالات شایع روانی، در مقایسه با نمونه‌های شاهد با حداقل درمان یا بدون درمان، ارزیابی کرده‌اند. این مطالعه شامل همه‌ی RCT‌های انجام شده روی بزرگسالان دچار اختلالات شایع روانی بود که درمان آنها در مجموع کمتر از ۴۰ ساعت طول کشیده بود. در بیشتر طبقه‌های اختلالات، پیامدها بهبود معنادار بیشتری را در گروه درمان نسبت به گروه شاهد نشان میداد که در پیگیری‌های میان مدت و دراز مدت هم ادامه داشتند. عباس و همکارانش همچنان به این نتیجه رسیدند که در بیمارانی که تحت درمان با STPP بودند، در مقایسه با بیماران گروه شاهد، به جز در زمینه‌ی سنج‌های جسمانی، بهبود معنادار بیشتری را نشان می‌دادند. در مطالعه‌ی درپسن در هیچ کدام از فاکتورهای نتیجه‌ی درمان، تفاوت درمانی معناداری از لحاظ آماری بین درمان روان پویشی و CBT وجود نداشت. تیزهم در مطالعه‌ی خاصش تأکید کرد که این مطالعه بعضی از قوی‌ترین شواهد را درباره‌ی موثر بودن درمان افسردگی با روان درمانی روان پویشی، بدست آورده است. محققان در نهایت نتیجه گرفتند که درمان روان پویشی نسبت به درمان شناختی در زمینه‌ی کاهش دردناک‌های افسردگی ضعیف‌تر نبوده است. (در بیمارانی که در مراکز سلامت روان جامعه نگر برای اختلال افسردگی عمده، خدمات دریافت می‌کنند). هر دو نوع درمان پایبندی بالایی نسبت به روش درمان داشتند و کاملاً قابل افتراق از هم بودند. این دو مطالعه در کنار هم نقش مهمی در پذیرش درمان روان پویشی به عنوان یک درمان تجربی معتبر، داشته‌اند.

تعداد RCT‌های متمرکز در روان درمانی روان پویشی دراز مدت کمتر بوده‌اند. همه بیماران در تمام سنج‌ها در طی درمان و در طی دوره پیگیری دو ساله بهبود معنادار آماری نشان دادند. بیمارانی که درمان شناختی شده بودند بعد از درمان تغییر معناداری را در درماندگی ناشی از درد نشان‌ها نشان ندادند در حالی که بیمارانی که درمان پویشی شده بودند این تغییر را نشان می‌دادند. دو سال بعد از، درمان ۵۴٪ از بیماران گروه درمان پویشی و ۴۲٪ از بیماران گروه درمان شناختی از نظر علامتی بهبود یافته بودند. محققان نتیجه گرفتند که می‌توان این طور فکر کرد که با روان درمانی پویشی بهبود بعد از درمان ادامه پیدا می‌کند.

در مطالعه‌ی روان درمانی «بوستون» بیماران دچار اسکیزوفرنیا که درمان حمایتی گرفته بودند با بیمارانی مقایسه شدند که به وسیله‌ی درمانگران باتجربه دارای رویکرد روان کاوانه تحت درمان روان کاوانه با بسامد دو هفته یا بیشتر قرار گرفته بودند. اگرچه به نظر میرسد



میزان بهبود فاکتورهای خاص مربوط به پیامد درمان در گروه‌های مختلف با هم متفاوت است اما روی هم رفته بیمارانی که تحت درمان روان کاوانه قرار گرفته بودند دست آورد درمانی معنادار بیشتری بدست نیاورده بودند. هاینیکه و رمزی کلی در کودکان دچار مشکلات یادگیری درمان روان پویایی فشرده چهار بار در هفته را با جلسات یک بار در هفته مقایسه کردند. بیمارانی که یک بار در هفته درمان میشدند در مقایسه با آنان که چهار بار در هفته جلسه داشتند سرعت بهبود بیشتری نشان می‌دادند، اما در زمان پیگیری کودکانی که چهار جلسه در هفته داشتند بهبودی بسیار بیشتری را نشان می‌دادند.

بیتمن و فوناگی بیمار دچار اختلال شخصیت مرزی را به طور تصادفی در ۲ گروه درمان پاره وقت در بیمارستان با رویکرد روانکاوانه و گروه مراقبت استاندارد روان پزشکی به عنوان گروه شاهد، قرار دادند. بعد از ۱۸ ماه پس از اتمام درمان، بیمارانی که تحت درمان با رویکرد روان کاوانه بودند، بهبود معنا داری را در دردناک‌های افسردگی، عملکرد بین فردی و اجتماعی، رفتارهای خودکشی و آسیب زدن به خود و نیاز به بستری شدن نشان دادند. این تفاوت‌ها در بهتر شدن علائم در پیگیری‌هایی هر ۶ ماه یکبار طی ۱۸ ماه پس از درمان انجام میشد، ادامه داشتند.

بیتمن و فوناگی در RCT دیگری که بعد از آن انجام دادند و درمان سرپایی مبتنی بر ذهنی سازی را با مدیریت بالینی در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی مقایسه کردند به این نتیجه رسیدند که رویکرد مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به مدیریت بالینی ساختارمند با همان میزان جلسات، برتری دارد. نوع دیگری از روان درمانی پویایی برای اختلال شخصیت مرزی یعنی روان درمانی متمرکز بر انتقال در مطالعه‌ای دیگر در مقایسه با روان درمانی حمایتی و رفتار درمانی دیالکتیک بررسی شده است. در این تحقیق نشان داده شد که روان درمانی متمرکز بر انتقال در بهبود برخی از فاکتورهای مربوط به درد نشانه‌ها مانند تحریک پذیری عصبانیت و تکانشگری هم نسبت به رفتار درمانی دیالکتیک و هم نسبت به درمان حمایتی، برتری دارد. همچنین بیمارانی که تحت درمان با روان درمانی متمرکز بر انتقال بودند نسبت به بیمارانی که با دو روش دیگر درمان شده بودند در سنج‌های مرتبط با دل بستگی بهبود نشان می‌دادند.

در سال ۲۰۰۸ فراتحلیلی درباره کارآمدی روان درمانی روان پویایی دراز مدت (TPP) در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر شده است. به این ترتیب محققان نتیجه گرفتند که ممکن است روان درمانی روان پویایی در بلند مدت برای بیمارانی که درمانشان سخت‌تر است و هم ابتلایی بیشتری و تظاهرات بالینی پیچیده تری دارند، بهترین شکل انتخاب باشد.

در مطالعه‌ی دیگری نتیجه گرفته شد که برای اثر بخشی درمان روان پویایی در افسردگی، اختلالات اضطرابی، شبه جسمانی، اختلالات خوردن، مرتبط با مواد و اختلالات مرتبط با شخصیت، شواهد قابل توجهی. در ارزیابی‌های پیگیری، مشاهده شد که اثرات درمان روان پویایی پایدار بوده یا افزایش داشته است. فوناگی نیز مرور نظام مندی را در همان سال منتشر کرد او نتیجه گرفت که درمان روان پویایی برای اختلالات جسمانی، افسردگی برخی اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن به استثنای پر خوری عصبی اثر بخش است. او همچنین متوجه شد که در حمایت از اثر بخشی درمان اختلال استرس پس از آسیب، وابستگی به کوکائین، اختلال وسواسی اجباری یا روان پریشی شواهد اندکی وجود دارد به گفته‌ی فوناگی قویترین شواهد با فاصله‌ی زیاد مربوط به ارزشمندی درمان روان پویایی دراز مدت برای اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی بوده است.

برای درک بهتر نقش طول درمان در درمان روان پویایی محققان فنلاندی مشاهده کردند در طول سال اول STPP به طور معنا داری کارآمدتر از LTTP بود. اما در پیگیری ۳ ساله LTTP کارآمدتر از STPP بود. در هیچ کدام از سنجش‌های زمان پیگیری، تفاوت قابل توجهی بین STPP و درمان مبتنی بر راه حل وجود نداشت.