

## روان درمانی حمایتی

بلوخ<sup>۱</sup> / علی صاحبی<sup>۲</sup>

### چکیده:

رواندرمانی حمایتی معانی متفاوتی دارد، اما در اینجا منظور نوعی از رواندرمانی است که برای بیماران روانی با مشکلات مزمن بکار می‌رود. بلوخ پس از تعریف واژه «رواندرمانی حمایتی» در خصوص اهداف درمان و موارد کاربرد آن به بحث می‌پردازد، سپس در بخشی دیگر ماهیت رابطه درمانگر - بیمار و عناصر درمان حمایتی را بررسی می‌کند. پس از آن با بحثی درباره مسائل علمی درمان، مدل ویژه‌ای ارائه می‌کند که مفهوم واقعی آن «همکاری سازمانی» است. سپس به مسئله مهم وابستگی بیمار به درمانگر پرداخته و موضوع را با توضیحی مختصر در باب جنبه‌های پژوهشی و آموزشی به پایان می‌برد.

واژه رواندرمانی حمایتی معانی بسیار مختلفی دارد. در اینجا این واژه به رویکردی از درمان روانشناختی اطلاق می‌شود که در خصوص عوارض مزمن و ناتوان‌ساز بیماری‌های روانی بکار می‌رود، یعنی بیمارانی که تصور تغییر بنیادی در مورد آنها یک هدف غیر واقعی به نظر می‌آید. کاربرد این واژه به این سبک، به معنی آن است که درمان حمایتی یکی از رایج‌ترین اشکال رواندرمانی است.

علاوه بر استفاده گسترده آن در روانپزشکی و روانشناسی این نوع درمان به طور وسیعی توسط پزشکان عمومی، مددکاران اجتماعی و به طور غیر رسمی تر بوسیله اشخاصی مانند پرستاران و معلمین نیز بکار بسته می‌شود.

1 - Bloch /s. 1979 *An Introduction to the Psychotherapies*, Oxford University Press

۲ - دکتر علی صاحبی، دکتر روانشناسی بالینی از استرالیا، عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

با این توصیف، در متون درسی مربوط به بهداشت روانی توجه سیستماتیک کمتری به این نوع درمان شده و می‌توان گفت که تقریباً از جانب پژوهشگران روان‌درمانی نیز این درمان نادیده گرفته شده است. رویهمرفته این وضعیت چندان هم عجیب نیست چرا که شاید بدین دلیل باشد که روان‌درمانی حمایتی از تعریف روشن و واضحی برخوردار نبوده، در میان روان‌درمانی‌ها از دیگر روش‌ها مبهم‌تر و نامشخص‌تر است و این درمان معمولاً زمانی توصیه می‌شود که روش درمانی مشخص‌تری در دسترس نباشد.

همچنین معمولاً آن را شیوه درمانی سطح پایین‌تری به حساب می‌آورند که باید فقط در مورد بیماری‌های بکار بسته شود که در حال حاضر روش‌های بهبودی دهنده یا حتی تقریباً بهبودی بخش برای مشکلاتشان در دسترس نیست. از این جهت ما اغلب زمانی روان‌درمانی حمایتی را پیشنهاد می‌کنیم که درمان دیگری به نظرمان نمی‌رسد و هنگامی که اقدام به این درمان می‌کنیم، فکر می‌کنیم که می‌دانیم چه می‌کنیم و نیز می‌پنداریم آنچه انجام می‌دهیم ارزشمند است. اما چنین پنداری خطاست، چرا که روان‌درمانی حمایتی را نمی‌توان صرفاً مقدمه و پیش درآمد حمایت از بیمار دانست. برعکس، روان‌درمانی حمایتی درمانی است مستلزم تلفیق دقیق و ظریف هنر و تکنیک که اجرای آن می‌تواند هم بهبودی بخش باشد و هم زیانبار. در این نوشتار کوشیده‌ام روان‌درمانی حمایتی را تعریف کرده، اهداف آن، موارد کاربرد، شیوه‌های درمانی و مسائلی که ممکن است در فرایند درمان بوجود آید مورد بررسی قرار دهم. همچنین در خصوص مدل ویژه‌ای که درمانگران با توجه به آن می‌توانند درمان را تدارک ببینند به بحث خواهیم پرداخت.

### تعریف:

تعریفی رضایت‌بخش از روان‌درمانی حمایتی همواره مشکل بوده است. در آغاز باید تأکید کنم که در اینجا با شکل خاصی از روان‌درمانی سروکار داریم که در آن تدارک درمانگر برای حمایت، بخش اصلی درمان را تشکیل می‌دهد. همه انواع روان‌درمانی‌ها به طور آشکار عنصری از حمایت را در خود دارند و رابطه درمانگر - بیمار را می‌توان یک رابطه یاری بخش دانست، (راجرز<sup>۱</sup>، ۱۹۶۱). اما این حمایت فقط یکی از چندین عنصر درمانی است که بکار می‌رود و مکانیسم اصلی درمان محسوب نمی‌شود. توجه به ریشه واژه حمایت<sup>۲</sup> به ما در فهم درست این

1 - K. Rogers

2 - Supportare

شیوه درمانی کمک می‌کند. این کلمه از ریشه<sup>۱</sup> به معنی حمل کردن است. در واقع درمانگر بیمار را حمل می‌کند، او را یاری می‌کند تا بالا بیاید، نگاهش می‌دارد، او را از افتادن یا غرق شدن حفظ می‌کند. این معنی متضمن آن است که برخی بیماران آنچنان اسیر شرایط روانی خود شده‌اند که نیازمند نوعی از کمک روانی برای «بقای» خویش هستند.

با عنایت به مسائل بالا و با توجه به هدف نوشته حاضر، رواندرمانی حمایتی را می‌توان به عنوان شیوه‌ای از درمان تعریف نمود که درمانگر آن را بکار می‌گیرد تا به هنگامی که بیمار نمی‌تواند مستقلاً زندگی خود را اداره نماید، او را محافظت نماید.

ناتوانی در مقابله با مشکلات ممکن است موقت یا دائمی باشد. اگر موقتی است، فرد در موقعیتی پر استرس همانند داغدیدگی، طلاق یا تغییر شغل قرار دارد و به درجه‌ای از نابسامانی عاطفی می‌انجامد که قادر نیست با نیروی خودش با آن مقابله کند. در این شرایط، باید بگونه‌ای او را یاری کرد. در این حالت گفته می‌شود که فرد در یک وضعیت بحرانی قرار دارد و از درمان مورد نیاز معمولاً تحت عنوان مداخله بحرانی یاد می‌شود. در این باره بیشتر از این بحث نمی‌کنیم و شرح مفصل آن را به جای دیگر موکول می‌کنیم.

ناتوانی دائم در اداره مستقل زندگی در بیمارانی دیده می‌شود که بدلیل حالت مزمن روان‌گسیختگی<sup>۲</sup> یا روان‌آزردگی<sup>۳</sup> و یا بدلیل ماهیت ساختار شخصیت خود ناتوان شده‌اند. این بیماران ممکن است برای مدت نامحدودی نیاز به رواندرمانی حمایتی داشته باشند.

در ادامه مطلب حاضر در باب بیمار مزمن ذکر شده در بالا و در خصوص نیازش به دریافت کمک دراز مدت بحث خواهد شد و در این بحث صرفاً به آن نوع رواندرمانی حمایتی خواهیم پرداخت که در اجتماع مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چند که برخی نکات مورد نظر به بیماران بستری در بیمارستان‌ها، پانسیون‌ها و آسایشگاه‌ها مربوط می‌شود.

### تاریخچه:

درمان حمایتی سابقه‌ای دراز دارد. طی قرون متمادی، جامعه به برخی از اعضای خود این وظیفه را محول نموده تا به افرادی که از لحاظ روانی یا جسمانی دچار ناتوانی می‌شوند کمک کنند. ارباب مذاهب بعنوان «درمانگر» نقشی مهم در این راستا ایفا نموده و می‌کنند. علاوه بر

1 - Support

2 - Psychosis

3 - Neurosis

آن در جوامع نسبتاً با ثبات و منسجم، خانواده و دوستان بعنوان فراهم‌کنندگان حمایت دراز مدت برای کسانی که نیازمند آن بوده‌اند عمل کرده‌اند. با پیدایش روان‌درمانی «حرفه‌ای»<sup>۱</sup> در دهه ۱۸۹۰ برخی روانپزشکان به کاربرد تدابیر روانشناختی در خصوص بیماران خود بذل توجه نشان دادند. اما آنها تنها به روان‌آزرده‌ها و کمی بعد به برخی از اختلالات شخصیت پرداختند.

با این وجود بیماران روانی مزمن درمان ناپذیرند، همچنان به بخش‌های ویژه بیمارستان‌های روانی هدایت می‌شوند و فقط مراقبت اندکی از آنان به عمل می‌آید. کشف داروهای آرامبخش بزرگ در دهه ۱۹۵۰ و مقبولیت گسترده مفهوم مراقبت روانی در جامعه بطور سریع به تعداد زیادی از بیماران روانی مزمن این امکان را بخشید تا در جامعه تحت مراقبت‌های درمانی قرار گیرند. یکی از نتایج این تغییرات، افزایش اهمیت روان‌درمانی حمایتی بوده است.

این تغییرات باعث طرح موارد زیادی شد و امروزه یکی از مسائل مهم این است که کارشناسان بهداشت چگونه قادرند به گونه‌ای مؤثر به افرادی که دارای مشکلات مزمن هستند کمک نمایند؟ افرادی که خارج از مؤسسات حمایتی و اکثراً در گوشه انزوا و با حداقل و یا هیچگونه حمایتی زندگی می‌کنند.

علاوه بر افزایش اهمیت روان‌درمانی حمایتی در گستره بهداشت روانی در جامعه، نقش آن در کار بالینی پزشک خانواده نیز بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. بالینت و همکارانش (بالینت، هانت، جویس، مارکینگر و وودکوک<sup>۲</sup> ۱۹۷۰)، در پژوهشی درباره فعالیت پزشک عمومی، نقش آن را در درمان بیماران روان‌آزرده بطور نمونه مورد مطالعه قرار دادند.

منظور از بیماران روان‌آزرده مزمن، آن نوع بیمارانی است که دائماً از ناراحتی‌های جسمانی خود شکایت دارند، بدون آنکه این ناراحتی‌ها علت جسمی داشته باشد. به نظر می‌رسد که این بیماران برای حفظ خویش نیاز به حمایت مداوم دارند. متعاقباً به این مورد باز هم اشاره خواهیم کرد.

## اهداف درمان:

اهداف روان‌درمانی حمایتی چیست؟

هدف‌های درمانی به بسیار از ویژگی‌های بیمار مانند سن، تشخیص و بیش‌آگهی بستگی دارد. اما اهداف مشترک درمان عبارتند از:

1 - Professional Psychotherapy

2 - Balint, Hunt, Joyce, Markinker & Woodcock

الف) تقویت کارکرد بهینه روانشناختی و اجتماعی بیمار از طریق بازپروری و تقویت توانائی‌های او برای اداره زندگی.

ب) تقویت هر چه بیشتر احترام به خویش<sup>۱</sup> و عزت نفس<sup>۲</sup> در بیمار.

ج) آگاه نمودن بیمار نسبت به واقعیت محدودیت‌ها و آنچه دست یافتنی یا دست نیافتنی است (مثل محدودیت‌های شخصی خودش و محدودیت‌های درمان).

د) پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری و تلاش برای جلوگیری از پسرفت یا بستری شدن دوباره بیمار.

ه) توانا ساختن بیمار تا آن میزان از درمان حرفه‌ای را طلب کند که به سازگار هر چه بهتر او بیانجامد و بدینگونه از وابستگی بی‌مورد او ممانعت بعمل آید.

و) جابجایی منبع حمایت (نه لزوماً تمامی آن) از کارشناس بهداشتی به خانواده یا دوستان به شرط آنکه خانواده و دوستان قابل دسترس باشند و بتوانند نقش حامی را ایفا نمایند.

### موارد کاربرد:

رواندرمانی حمایتی در خصوص آن گروه از بیماران روانی بکار می‌رود که هم به لحاظ عاطفی و هم به لحاظ روابط انسانی دچار مشکل جدی هستند و امید نمی‌رود که بهبودی اساسی یابند.

این گروه صرفاً بدلیل ناتوانی‌های خود بدون دریافت کمک بیرونی قادر نیستند به راحتی زندگی را ادامه دهند. تحمل استرس‌های زندگی را ندارند و گاهی حتی برای چیزهای بسیار ساده و پیش پا افتاده توقع کمک دارند.

دوستان و بستگانی که بتوانند منبع حمایت باشند یا در دسترس نیستند و یا نمی‌توانند از عهده نیازهای فروان بیمار برآیند. وخامت اوضاع آنها و آسیب‌پذیری شخصیتشان، استفاده از اشکال دیگر رواندرمانی را که عنصر اصلی درمان در آنها بصیرت دادن به بیمار است، غیر ممکن می‌کند.

از منظر تشخیص سنتی، این بیماران روان‌پریش‌های<sup>۳</sup> مزمن، افسردگی‌های بازگشت‌کننده و مزمن، روان‌آزردگی‌های مزمن، بویژه آنهایی که اضطراب فراگیر و یا ویژگی‌های خود بیمار

1 - Self - Confidence

2 - Self - Estem

3 - Psychosis

انگاری<sup>۱</sup> دارند و نمونه‌های اختلالات شخصیتی شدید را شامل می‌شوند. گروه آخر شامل افرادی چون پارانوئیدها، هیستریک‌ها، منفعل وابسته بی‌کفایت و یا آنهائی که واجد خصوصیات اسکیزوئیدی هستند، اما عموماً عملکردشان در روابط اجتماعی نابسامان بوده، در رویارویی با مسائل مختلف زندگی ناتوان هستند. برخی افراد با ضریب هوشی پایین یا با مشکلات دائمی دیگر مانند بیماری مزمن جسمی یا ناتوانی در برخورد عقلانی با مسائل روزمره زندگی ممکن است نیازمند درمان حمایتی باشند. بررسی آماری یک تکنیک حمایتی تا حدودی می‌تواند انواع بیماران درمان شده از طریق این رویکرد را نشان دهد:

۵۶٪ روان‌پریش، ۲۴٪ روان‌آزرده و ۱۶٪ اختلالات شخصیتی (مک لئود و میدل من ۱۹۶۲)، از آنجائی که مفهوم نورو مزمن (روان‌آزردگی مزمن) به شکل‌های متفاوتی بکار می‌رود و از آنجائی که بسیار از بیمارانی که درمان حمایتی دریافت می‌کنند در چاقوب این تشخیص قرار می‌گیرند، توجه بیشتر نسبت به این مسئله ضروری می‌نماید. روان‌آزردگی‌های مزمن (که در زنان و افراد میانسال بیشتر دیده می‌شود)، دچار اضطراب و یا افسردگی مداوم و به صورت شدید یا ملایم هستند. آنها به جزئی‌ترین مشکلات زندگی واکنش نامناسب نشان داده و غالباً فشارها را تحمل نکرده، دائماً به توجه همسر، فرزندان، بستگان، کارشناسان و بویژه پزشکان عمومی نیازمندند.

این افراد نمی‌توانند به شیوه لازم و درست درخواست کمک کنند و یا از کمکی که بعضاً به آنها می‌شود استفاده بهینه را ببرند. همچنین از بیان عاطفی نارضایتی و ناراحتی خود حتی به طور نسبی عاجزند و برای بیان نارضایتی خود از زبان غیر کلامی (جسمانی) استفاده می‌کنند. بعنوان نمونه، از خود نشانه‌های جسمی نامشخص مانند سردرد، ضعف و خستگی، که هیچگونه اساس جسمی یا ارگانیک ندارد نشان می‌دهند. معمولاً ذهنشان به سلامت و عملکرد بدن یا وجود بیماری مشغول است، کمتر شور و شعف در زندگی می‌بینند و دارای رغبت و علائق محدودی هستند یا برخی اوقات اصلاً هیچگونه علائقی از خود بروز نمی‌دهند.

این بیمار امکان مواجهه با مسائل زندگی را دارد (هر چند ممکن است رضایت‌بخش نباشد) اما هر نوع تغییر روانی و اجتماعی ممکن است وضعیت عادی او را در هم بریزد و به بروز نشانه‌های بیماری و نهایتاً مراجعه به پزشک بیانجامد.

1 - Hypochondrial

2 - Macleod &amp; Middleman

تشخیص اینکه آیا بیمار برای درمان حمایتی مناسب است یا خیر، غالباً دشوار نیست. بیماری‌هایی که توان و استعداد شخصی لازم برای مقابله با فشارها و نیازهای معمولی زندگی را دارند، احتیاجی به دریافت این نوع درمان ندارند. ممکن است این روش در شرایط بحرانی برای کسانی که بطور عادی توانایی مقابله با مشکلات و مسائل خود را دارند، اما در برابر یک استرس شدید از پا درمی‌آیند، در معیت تدابیر درمانی دیگر بکار برده می‌شوند. اما در این مورد نیز حمایت درمانی فقط باید برای مدت کوتاهی اعمال شده و درمانگر باید در اسرع وقت تلاش نماید تا مسئولیت را به خود بیمار بازگرداند.

### رابطه درمانگر - بیمار:

بیماری که روان‌درمانی حمایتی در موردش اعمال می‌شود معمولاً در حفظ و نگهداری روابط صمیمانه با دیگران با مشکل روبروست. یک رابطه شخصی خوب و جدی که در برگیرنده نزدیکی، اعتماد و احتمالاً جدایی است، ممکن است برای بیمار یک تهدید بزرگ بشمار آید و در بررسی ماهیت رابطه درمانگر - بیمار، در این روش باید این نکته را به خاطر داشت (بالینت، هانت، جویس، مارنیگر و وودکا ۱۹۷۰، رادا، دانیلز و دراپر ۱۹۶۹، مک لئود و میدلمن<sup>۱</sup> ۱۹۶۲). برای مثال بالینت و همکارانش (۱۹۷۰) در مطالعه خود نشان دادند بیماری‌هایی که خواهان تکرار تجویز دارو از پزشکان عمومی خود هستند (عموماً داروها روان‌گردان)، اغلب با آنها ارتباط برقرار می‌کنند، اما این رابطه همیشه رابطه‌ای غیر مستقیم است. این بیماران اشخاصی تنها و منزوی با نشانه‌های نوروتیک مزمن هستند که هرگونه صمیمیت و نزدیکی را با طرف‌های خود به سختی تحمل می‌کنند و آنها با بیان «شکایت بدنی» و تقاضای تجویز مجدد دارو فاصله مشخصی را با پزشک خود حفظ می‌کنند (این نوع افراد به شدت نیازمند «چیزی» مثل دارو هستند). این بیماران بطور کلی نمی‌توانند از رابطه صمیمانه و صادقانه مبتنی بر اعتماد طرفین که تقریباً بنیاد اصلی همه روان‌درمانی‌ها است سود ببرند.

بدینگونه، رابطه بیمار و درمانگر در درمان حمایتی دارای ویژگی‌های خاصی است:

درمانگر نقش یاری کننده دارد، به نیازهای بیمار با انواع گوناگون روش‌ها پاسخ می‌دهد (روش‌هایی که متعاقباً شرح خواهیم داد) و نزدیکی خود را با بیمار در سطح متعادل حفظ می‌کند. علت دیگر در حفظ رابطه متعادل از سوی درمانگر دلیلی مصلحت آمیز دارد.

بیمارانی که درمان حمایتی دریافت می‌کنند از شرایط مزمن در رنج‌اند و بعضاً برای دوره‌های طولانی یا تمام عمر نیاز به کمک دارند. کاملاً واضح است که برای چنین دوره‌های طولانی مدتی ارائه حمایت و در نهایت درمان از سوی یک درمانگر واحد عملی نیست. زیرا درمانگران معمولاً از بخشی به بخش دیگر یا از یک مسئولیت به مسئولیت دیگر نقل و انتقال می‌یابند. بنابراین دامن زدن به رابطه صمیمانه در زمانی که درمانگر مجبور به ترک واحد درمانی است فقط راه را برای ایجاد یک حس منفی از دست دادگی برای بیمار هموار می‌کند که به خودی خود خطر سرفرت را تشدید می‌کند. کاملاً روشن است که راه حل این مسئله ایجاد رابطه خوب بین بیمار و موسسه ارائه دهنده خدمات است و به این مورد در بحث مدل درمان حمایتی خواهیم پرداخت.

جدای از مسئله صمیمیت، خصیصه عمده دیگری که در رابطه درمانگر - بیمار وجود دارد نقش هدایتگر درمانگر است. درمانگر مسئولیتی را در خود احساس می‌کند که در اکثر رویکردهای دیگر روان‌درمانی به چشم نمی‌خورد و آن بدین دلیل است که معمولاً بیمار ما در اینجا مبتلا به عارضه‌ای مزمن است و نتیجتاً قادر نیست که به طور مستقل از خود مراقبت نماید. این رابطه تا حدودی همانند رابطه والدین و کودک است. یعنی روان‌درمانگر رابطه‌ای را ایجاد می‌کند و از آن طریق به بیمار احساس امنیت و آرامش می‌بخشد که بیمار به او وابسته می‌شود (استروپ ۱۹۷۳). درمانگر معمولاً از این رابطه ایجاد شده بعنوان وسیله‌ای برای اجرای برخی شیوه‌های خاص درمانی نیز استفاده می‌کند.

## عناصر درمان:

عناصر و اجزای درمان کدامند؟

در این بخش در خصوص یکایک این عناصر به اختصار سخن خواهیم گفت. باید توجه داشت که این عناصر در واقع از یکدیگر مجزا نیستند بلکه با جدا کردن آنها در اینجا امیدواریم که بتوانیم نقش و کاربرد خاص هر یک را به روشنی توضیح دهیم. همچنین باید توجه داشت که برای این عناصر ترتیب خاصی در نظر گرفته نشده است. هر یک ممکن است در هر زمان که ضروری باشد بکار بسته شود.

### ۱- اطمینان بخشی

در خصوص اطمینان بخشی، درمانگر می‌تواند حداقل به دو شیوه عمل کند



الف) از طریق رفع سوءتفاهم‌ها و تردیدهایی که ممکن است بیمار داشته باشد.

ب) از طریق خاطر نشان ساختن توانائی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه بیمار.

بیماران اغلب افکاری را به خود راه می‌دهند که بیمارگونه بوده، بطور قابل ملاحظه‌ای اضطراب‌آور است. مثلاً مرد میانسال متأهلی که می‌پنداشت در حال دیوانه شدن است با اطمینان بخشی درمانگر متقاعد شد که چنین سرنوشتی نخواهد داشت و همچنین دریافت که حسادت می‌دهد نیز انعکاس افراطی یک هیجان طبیعی بوده و با توجه به محرومیت و ناامنی‌های دوران بلوغ کاملاً قابل درک است. برای برطرف ساختن ترس‌های بیمار در مورد اینکه گناهکار است یا این تصور که برای همیشه باید در بیمارستان روانی بستری باشد یا این توهم که دچار سرطان و سایر بیماری‌های جسمی لاعلاج شده است و یا اینکه نشانه‌های بیماری او مختص خود اوست و در دیگران هرگز وجود نداشته است و مانند آن، «روش اطمینان بخشی» می‌تواند بطور مثبتی موثر واقع شود.

بیمار روانی مزمن که اغلب دچار بی‌اطمینانی است هنگامی که خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، جز ناکامی و فرصت‌های از دست رفته چیز دیگری در آن نمی‌یابد. هر چند ممکن است تا حدودی درست بگوید اما معمولاً بیمار گرایش به این دارد که در ارزیابی خود قابلیت‌ها و موفقیت‌های خود را هم دست کم یا نادیده بگیرد. درمانگر قادر خواهد بود با تاکید بر این قابلیت‌ها و موفقیت‌ها اطمینان بیمار را افزایش دهد. در اینجا یک مسئله را نباید فراموش کرد و آن اینکه، برای آنکه اطمینان بخشی موثر واقع شود، لزوماً بایستی مبنای واقعی داشته باشد. یعنی تشویق نامعقول امیدهای بیمار از طریق اطمینان بخشیهایی بی‌اساس اگر چه ممکن است بطور کوتاه مدت موثر باشد، اما در نهایت به ناکامی خواهد انجامید. بنابراین درمانگر باید تلاش نماید تا محیطی سرشار از امید بوجود آورد و توقعات و انتظارات مثبت در بیمار ایجاد نماید اما نباید تحت هیچ شرایطی بیمار را فریب دهد.

## ۲ - توضیح

این روش در درمان حمایتی کاملاً متفاوت از روشی است که در روان‌درمانی‌هایی بکار می‌رود که هدف اصلی آن ترغیب و افزایش بینش و بصیرت در بیمار است. این نکته را باید تاکید کنیم که در روش درمان حمایتی توضیح یا (آنچنان که رایج است) تفسیر پدیده‌هایی همچون انتقال، مقاومت، دفاع‌های خاص و نشانه‌های ناخودآگاه رفتار، امری کاملاً غیر ضروری است و بایستی از آن دوری کرد. برعکس، در اینجا توضیح توجه مسائل علمی روزمره و واقعیت موجود و

خارجی است که بیمار بطور روزانه با آنها سر و کار دارد. هدف، عمیق شدن برای شناخت بیشتر خود نیست. بلکه هدف این است که از طریق روشن کردن ماهیت مسائل روزمره فرد، توانائی او را در برخورد با مسائل افزایش داده، چگونگی تلاش برای حل هر چه بهتر آنها را طرح نماییم. لمس واقعیت به این شیوه برای بیمار مزمن اهمیت اساسی دارد. بیمار باید از چگونگی شرایط خودش و احیاناً از هرگونه خیالات غیر واقعی‌اش آگاه شود. بیمار همچنین باید محدودیت‌های درمانگر و روش‌های بکار گرفته او را درک نماید. مثلاً: «نمی‌توانم از درمانگر خودم توقع درمان معجزه‌آسا داشته باشم».

پس از شرح و توضیح مناسب، بیمار باید آمادگی بهتری داشته باشد تا بپذیرد که علی‌رغم بیماری مزمن خود بایستی به شیوه هر چه بهتر به زندگی ادامه دهد. بیمار باید درک کند که: «من باید باقیمانده عمرم را با این محدودیت زندگی کنم».

برای آنکه بتوانم مسائل خود را حل کرده و از عهده آنها برآیم چه باید بکنم؟ ممکن است درمانگر برخی از مسائل مهم را برای او روشن کند مانند:

ماهیت نشانه‌ها (مثل: علت سردرد شما این است که وقتی دچار فشار عصبی می‌شوید ماهیچه‌های سرتان سفت می‌شوند، و علت آن غده مغزی نیست).

علت استفاده از دارو (مثل: این قرص‌ها شمار را آرام‌تر خواهد کرد و همین آرامش مانع خواهد شد که دوباره از پا دربیاید).

دلیل بازگشت علائم (مثل: با توجه به استرس و فشاری که از زمان بیماری شوهرتان متحمل شده‌اید، تعجب آور نخواهد بود که احساس ناخوشی کنید، و نظائر آن. باید توجه داشت که تمامی مثال‌هایی که در بالا ذکر شد به زبان مستقیم و روزمره بود. توضیحاتی که با واژگان کاملاً تخصصی داده شود، هر چند ممکن است بیمار را تحت تاثیر قرار دهد، اما هیچگونه اثر مثبتی در بر نخواهد داشت، چون اغلب فراتر از درک و فهم اوست.

### ۳ - هدایت

درمان حمایتی گاهی متضمن هدایت بیمار در شرایط گوناگون و اکثراً از طریق توصیه‌های مستقیم است. مثل روش توضیح، در این روش نیز تاکید اصلی بر مسائل عملی زندگی فرد همانند مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصی، خواب و تغذیه از جمله اساسی‌ترین مسائل است. در مورد مسائل دیگری چون کار و چگونگی کنار آمدن با شرایط ویژه‌ای که پیش می‌آید نیز ممکن است توصیه‌هایی لازم باشد، همانند تغییر شغل، چگونگی برخورد با مسئولین بالاتر

به هنگام درخواست تقاضایی معقول یا در مورد مسائل مربوط به خانواده مثل چگونگی رابطه هر چه بهتر با والدین سالخورده و چگونگی برخورد با یک پسر نوجوان عصیانگر یا در مورد اوقات فراغت مثل چگونگی پیوستن به یک کلوپ اجتماعی و نحوه مشغول شدن با یک سرگرمی خاص. هدف درمانگر تنها در کمک به بیمار برای حل و فصل یک مسئله مشخص خلاصه نمی‌شود، بلکه آموزش مهارت‌های لازم برای برخورد موثر با مسائل مشابه در موقعیت‌های دیگر نیز مد نظر است. مثلاً به بیمار می‌آموزند که چطور فشارهای عادی زندگی روزمره را ارزیابی کند و چگونه تدابیری را به کار گیرد که در برطرف کردن و کاهش این فشارها موثر باشد، بدین ترتیب بیمار قادر خواهد بود که خودش از عهده فشارها و تصمیمات لازم برآید.

آموزش چگونگی درخواست کمک (کمک طلبیدن) به شیوه مناسب نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. بسیاری از بیماران در تمام عمر خود قادر نبوده‌اند که به گونه‌ای مقتضی درخواست کمک کنند. بلکه مشکلات عاطفی و اجتماعی خود را به صورت نشانه‌های جسمی بروز داده‌اند یا اینکه اقدام به خودکشی کرده‌اند یا آنکه آنقدر مشاوره گرفتن از یک متخصص درمانی را به تعویق انداخته‌اند که تا به امروز به شیوه نامناسبی توانسته‌اند کار و زندگی خود را با تحمل فشارهای بسیار زیاد ادامه دهند. مخلص کلام آنکه در این روش درمانگر در تلاش است تا هم مهارت‌های بیمار در برخورد با مشکلات روزمره را افزایش دهد و هم چگونگی کمک طلبیدن به هنگام لزوم را به او بیاموزد.

توصیه‌های گاهگاهی کافی نبوده، اغلب بی‌تأثیرند و در این وضعیت ترغیب و انگیزه‌سازی برای بیمار ضروری است. تلاش درمانگر برای قانع ساختن بیمار به اینکه به شیوه خاصی روی موضوعی تفکر یا عمل نماید ممکن است از موقعیت هدایت‌کننده ملایم به هدایت کنترل‌کننده‌تر تغییر کند. چنین وضعیتی مثلاً در زمانی که بیمار مجبور است تصمیم خاصی را بگیرد یا برنامه خاصی که درمانگر معتقد است بیمار باید دنبال کند. قبل از توسل به چنین شیوه‌ای درمانگر باید به زمینه کار خود اطمینان کافی داشته باشد و سعی نماید تا چنانچه ممکن است از روش‌های دیگری چون توصیه و توضیح استفاده نماید. این خطر همیشه وجود دارد که ترغیب و تشویق بیمار توسط درمانگر بازتاب باورها و دیدگاه‌های شخصی خود درمانگر باشد و نه دیدگاه‌هایی که از واقعیت زندگی بیمار نشأت گرفته باشد.

تکنیک تلقین بسیار شبیه روش هدایت است، اما در اینجا در تصمیم‌گیری بر سر همکاری یا عدم همکاری، بیمار حق انتخاب کمتری دارد. در اینجا درمانگر تلاش می‌کند تا با تاثیر گذاری صریح یا غیر صریح بر بیمار او را به انجام یک سری تغییرات وادار نماید. یکی از نمونه‌های تاثیرگذاری غیر صریح از سوی درمانگر این است که نشان دهد رفتار مطلوب را می‌پسندد. «انطور که هفته پیش توانستی روی پای خودت بایستی خیلی خوب بود». نتیجه روشن آن می‌تواند تکرار این نوع روش از سوی بیمار باشد. همانگونه که در مورد روش‌های توضیح، هدایت و ترغیب گفته شد، در آنها همکاری و مشارکت فعال بیمار نقش بیشتری دارد، بنابراین بهتر است در ابتدا از آنها استفاده کنیم و بعد به روش تلقین متوسل شویم.

#### ۵ - تشویق

تشویق کردن بیمار آنچنان طبیعی می‌نماید که ما آن را به عنوان یک اصل ضروری می‌پذیریم، اما استفاده از تشویق زمانی موثرتر است که درمانگر می‌داند برای دستیابی به چه چیزی کوشش می‌کند. اکثر بیماران مزمن نیاز دارند که به طور منظم «جرأت ورزی» بیاموزند و یا احساس اطمینان نمایند. اما این کار در صورتی به بهترین نحو عملی می‌گردد که در ارتباط با موقعیت خاصی در زندگی یا فرایند درمان آنها باشد. از این رو درمانگر به جای آنکه با عبارات مبهم و کلی به تشویق بیمار بپردازد، بایستی از این تکنیک درمانی در چهارچوب مشخصی استفاده نماید. این زمینه‌ها از بیماری به بیمار دیگر، تفاوت بسیاری دارد. آنچه یکدست و ثابت خواهد بود، اهداف بنیادی است که در استفاده از تشویق نهفته است، همانند چالش با احساس کهنتری، تعالی احترام به خویش و ترغیب بیمار به پذیرفتن شیوه‌های رفتاری که در مورد آنها شک و واهمه دارد.

درمانگر بر حسب نیاز به شیوه‌های مختلف به تشویق می‌پردازد. به عنوان مثال با چنین برداشتی از تشویق، درمانگر قادر خواهد بود از حداکثر نقش خیرخواهانه پر جذب خود استفاده کند: «با عنایت به تجربه زیاد خود در پرداختن به نوع مشکلی که شما دارید، اطمینان دارم که می‌توانید بر آن فائق آید». همچنین می‌تواند احساس اطمینان خود را به صورت غیر کلامی از طریق نشان دادن شوق و خوش‌بینی به بیمار القاء نماید. همانگونه که در مورد اطمینان بخشی گفته شد، درمانگر می‌تواند با استفاده از تقویت مثبت آشکار یا پنهان هر پیشرفتی که فرد در گذشته یا حال از خود نشان داده است سود ببرد. مثلاً ممکن است بگوید: «شما سال گذشته

نشان دادید که بطور موثر می‌توانید با رئیس خود درباره برنامه کارتان به بحث و گفتگو پردازید، اطمینان دارم که جسارت آن را دارید که این بار نیز این کار را انجام دهید».

در رابطه با تشویق همواره باید متوجه یک نکته باشید، اگر از تشویق بی‌مناسبت استفاده شود، نه تنها ممکن است فایده‌ای در بر نداشته باشد، بلکه نتیجه ضد درمانی نیز بیار می‌آورد. تشویق بیمار به طرز غیر واقع‌بینانه و به سمت هدفی که او امیدی به دستیابی به آن ندارد، ممکن است پیامدی خلاف منظور اصلی را در بر داشته باشد. بیمار در مبارزه برای دستیابی به چیزی که درمانگر می‌خواهد، اما خود او آن را غیر قابل دسترس می‌داند، ممکن است بر بیمار تاثیر منفی گذاشته و روحیه خود را از دست بدهد. درمانگر باید محدودیت‌های ناشی از شرایط بیمار را بداند و در فرایند درمان آنها را بحساب آورد. به هر صورت بیمار را باید به برداشتن گام‌های کوتاه تشویق نمود، بگونه‌ای که امکان گفتگوی موفقیت‌آمیز در خصوص آنها افزایش یابد. در اینصورت هر تجربه خوشایندی باعث افزایش اعتماد بنفس شده و منبع تشویق برای گام‌های بعدی محسوب می‌شود.

#### ۶ - تغییرات موثر در محیط بیمار

بیماران، بویژه آنهایی که در شرایط روانی مزمن بسر می‌برند، از نیروهای اجتماعی، انسانی و موسسه‌ای که بر آنها اعمال می‌شود، بطور قابل توجهی تاثیر می‌پذیرند. تاثیرات زیانبار در روان گسیختگان<sup>۱</sup> که در محیط خانوادگی بسیار عاطفی و صمیمی زندگی می‌کنند نمونه بارز اینگونه مسائل است (براون، بیرلی و وینگ<sup>۲</sup> ۱۹۷۲). در دوران درمان حمایتی بیمار در بستر محیط اجتماعی‌اش و بمنظور حذف یا تغییر عوامل مضر یا برعکس، بمنظور تقویت و تعالی عوامل مفید به حال بیمار در نظر گرفته می‌شود. از این جهت درمانگر همواره از خود سوال می‌کند، چگونه می‌توانم محیط اجتماعی بیمار را به بهترین وجه و بطور مناسب بهبود بخشم؟ عوامل محیطی استرس‌زا را باید به دقت سنجید تا بتوان آن را به گونه‌ای مناسب اصلاح کرد.

گستره عوامل نامحدود است، اما عوامل زیر در گروه بزرگی از بیماران مشترک است:

- شغل بیمار بسیار دشوار و غیر قابل تحمل بوده، نیروی او را کاهش داده است.
- محیط خانوادگی تاریک و خصمانه است.

1 - Schizophrenics

2 - Brown, Birley & Wing

- شرایط محل زیست و مسکن فقیرانه است.

- به لحاظ اجتماعی گوشه‌گیر است.

- به لحاظ اجتماعی تحت فشار است.

و غیره .....

تغییرات محیطی مثبت همانند افزودن چیزی به قلمرو دنیای بیمار درست به اندازه حذف عوامل استرس‌زا اهمیت زیادی دارد. به این جهت تشویق بیمار به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی متناسب با وضعیتش، همانند فعالیت در کلوپ‌های سالمندان، کلیسا و دیگر مراکز جمعی یا کمک به او برای شروع سرگرمی‌های جدید ارزش بسیاری دارد.

در این فرایند تماس‌های اجتماعی، البته به شیوه حمایتی افزایش می‌یابد و بیمار قادر خواهد بود از دستیابی به اهداف شادی آفرین و با ارزش لذت ببرد.

این شیوه درمانی دو بعدی است:

۱ - کار مستقیم با بیمار از راه کمک به او، مانند یافتن یک شغل مناسب یا تماس با مقامات ذیصلاح برای دریافت کمک مالی (بیمه بیماری) یا کمک‌های مالی دیگر (تأمین اجتماعی، حقوق بیکاری) یا ایجاد رابطه بین بیمار و کلوپ‌های اجتماعی مناسب و مانند آن (در این جنبه‌ها مددکاران اجتماعی می‌توانند بیشترین کمک را بکنند).

۲ - کار با کسانی که در زندگی بیمار اهمیت ویژه‌ای دارند و بخصوص بستگان او.

در این خصوص مشاوره مستقیم غالباً هم برای بستگان و هم (بطور غیر مستقیم) برای بیمار مفید است (اگر بیاد آوریم که یکی از اهداف روان‌درمانی حمایتی انتقال بعضی از منابع حمایت از افراد حرفه‌ای به خانواده یا دوستان نزدیک بیمار است). البته اگر منبع حمایتی وجود داشته باشد، چنین می‌توان نتیجه گرفت که بستگان بیمار هر چه در این کار ماهرتر باشند احتمال موفقیتشان بیشتر است که کار آسانی نیست. مراقبت از بیمار مزمن مستلزم پشتکار و بصیرت است. درمانگر در فرایند کمک به بستگان و دوستان بیمار می‌تواند از بسیاری از روش‌هایی که پیش از این متذکر شدیم همانند «هدایت»، «تشویق»، و «اطمینان بخشی» استفاده کند.

این نکته را باید بخاطر داشت که ناکامی در مراقبت از بیمار مزمن برخی اوقات از نادیده گرفتن نیازهای خانواده توسط درمانگر ناشی می‌شود. درمانگر ممکن است جهت رفاه حال بیمار تاثیرات مثبت استفاده از خانواده را بعنوان یک متحد درمانی نادیده بگیرد.

برای آنکه خانواده را بتوانیم بگونه‌ای موثر در درمان حمایتی شرکت دهیم باید آگاهی‌ها و راهنمایی‌های لازم و ضروری را به آنان ارائه دهیم. افراد خانواده را باید راهنمایی کرد که در موقعیت‌های خاصی که پیش می‌آید چگونه و چطور کار کنند و چه کارهایی را انجام دهند. علاوه بر این خانواده نیز باید به سهم خود در امر مراقبت از بیمار مورد حمایت قرار گیرد، چرا که فرایند درمان ممکن است برخی اوقات با دشواری بسیار طی شود.

در مراقبت دراز مدت مواردی پیش می‌آید که ضروری است محیط بیمار را بطور بنیادی و اساسی تغییر داد زیرا شرایط بیماری او ممکن است وخیم‌تر شده یا در شرایطی بسیار استرس‌زا قرار گرفته باشد. راه حل ممکن است شامل پذیرش بیمار در یک بخش روانپزشکی، مراجعه به بخش سرپایی بیمارستان یا شرکت در یک کارگاه<sup>۱</sup> حمایت شده و یا سایر برنامه‌های کاردرمانی باشد. اگر بیمار و درمانگر دریابند که منابع و نیروهای بیمار از زمانی به زمانی دیگر تحت تاثیر شرایط و موقعیت تحلیل می‌رود، چنین تغییری را هیچیک از آن دو نباید لزوماً به حساب ناکامی بگذارند.

## ۷ - رخصت برای تخلیه هیجانی

رابطه مبتنی بر امنیت و احساس ایمنی بین بیمار - درمانگر، به بیمار این امکان را می‌بخشد با نوعی آرامش خاطر احساساتی چون ترس، نگرانی، غم و اندوه، ناکامی و زودرنجی خود را با رواندرمانگر در میان بگذارد.

دستر کار درمانگر معمولاً تنها جایی است که بیمار می‌تواند با اطمینان کافی اینگونه هیجانات را بیان کند. درمانگر با نشان دادن هم احساسی خود و اینکه شنونده همدرد و فعالی است که بیمار را بدون هیچ قید و شرطی می‌پذیرد، عملاً به او این امکان را می‌دهد که درمانگر را در تمام اسرار خود، و لو رنج‌آور و خجالت‌زا شریک نماید. یا آنکه شریک شدن در مسائل عاطفی ضرورتاً بخودی خود موثر نیست (یالوم، بوند، بلوخ و زیمرمان<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷). این فرایند می‌تواند نوعی احساس آرامش قابل توجهی را به همراه آورد و معبری بسوی سایر روش‌های درمانی شود.

## عناصر فرعی درمان:

1 - Workshop

2 - Yalom, Bond, Zimmerman

غیر از نوع مشخصی از روابط و شیوه‌های درمانی که در بالا مورد بحث قرار گرفت روش‌های دیگری را نیز می‌توان به هنگام لزوم به برنامه روان‌درمانی حمایتی اضافه کرد. گاهی تجویز دارو اهمیت دارد مثل استفاده از آرامبخش قوی در مورد اسکیزوفرنهای مزمن (دیویس<sup>۱</sup> ۱۹۷۵)، استفاده از آرامبخش ضعیف در مورد بیماران مضطرب خصوصاً زمانی که در معرض فشار قرار می‌گیرند، استفاده احتمالی از لیتیوم در مورد بازگشت افسردگی، هیپنوتیزم در مورد بیماران مبتلا به بیخوابی شدید. در مورد نوروتیک‌های مزمن که در درمانگاه‌های و مطب‌های عمومی درمان می‌شوند اغلب آرامبخش ضعیفی مثل دیازپام همراه با یک داروی ضد افسردگی تجویز می‌شود.

ارزش درمانی این داروها در این بیماران جای بحث دارد و هرگونه آثار مثبت احتمالاً ماهیتی («دارونما») (جانشین دارو) دارد. به هر حال «قرص و دارو» ارزش سمبولیک دارد و می‌تواند پل ارتباطی ملموسی بین درمانگر و بیمار بوجود آورده و همچون بازتاب محسوس توجه و مراقبت درمانگر عمل کند. چنین مبنایی برای تجویز دارو البته چندان معتبر نیست ولی تا هنگامی که پژوهش‌های سیستماتیک نقش دقیق داروهای روانگردان در مورد نوروهای مزمن را روشن نماید، باید بر قضاوت بالینی خود تکیه کنیم.

سایر روش‌های درمانی که می‌توان به عنوان بخشی از درمان حمایتی به کار رود شامل آموزش روش کشش عضلانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی (تراور، بریانت، آرگایل<sup>۲</sup> ۱۹۷۸)، شرکت در باشگاه‌های اجتماعی (بیرر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۴)، کارگاه صنعتی یا سایر کاردرمانی‌ها می‌شود. در برخی موارد ممکن است درمان بیمار همراه با همسر یا خانواده‌اش ضرورت داشته باشد اما نظر پذیرفته شده در این مورد عمدتاً عدم تلاش در ارزیابی عمق ماهیت درونی خانوادگی است. درمانگر از شیوه‌های درمانی که قبلاً مرور شد استفاده می‌کند و می‌کوشد به خانواده بعنوان یک گروه برای برخورد موثرتر کمک کند.

## روان‌درمانی حمایتی در عمل:

1 - Davis

2 - Placebo

3 - Trawer, Bryant, Argyle

4 - Bierer



غالباً از کارآموزان (نه از کار آموختگان) در مشاغل مربوط به بهداشت روانی و به ویژه روانپزشکان خواسته می‌شود به رواندرمانی حمایتی دراز مدت بیماران بپردازند نمونه مشخص آن وضعیت رزیدنت‌ها است (در اینجا فقط درباره رزیدنت‌ها اشاره می‌کنیم هر چند که در مورد گروه‌های دیگر شغلی ممکن است همینطور باشد) به جای اینکه با تعیین قبلی هدف‌های شغلی یا مطابق برنامه جامع درمانی به این کار بپردازند در واقع در ورطه این کار "می‌لغزند". در نتیجه درمان بی‌هدف جریان یافته و حتی گاه صورت "هرچه پیش آید" پیدا می‌کند. نظارت در مورد این کار تقریباً بدون استثناء محدود و غیر کافی است، گویی چنین تصور می‌شود که این شکل از رواندرمانی منطقاً یک امر سر راست و غیر پیچیده است. چنین وضعی به هیچ وجه مطلوب نیست و مدل درمانی مؤثر برای اصلاح آن را در قسمت بعدی مورد بحث قرار می‌دهیم، قبل از پرداختن به این مدل توجه به برخی مسائل عملی کلی ضروری است.

درمانگر در آغاز درمان بیمار دچار معلولیت مزمن باید پرسش‌هایی را برای خود مطرح کند: هر چند وقت یکبار این بیمار را خواهم دید؟ هر جلسه چقدر طول خواهد کشید؟ درمان تا چه زمان ادامه خواهد داشت؟ آیا خواهم توانست در آینده‌ای قابل پیش‌بینی این بیمار را به پزشک عمومی‌اش عودت دهم یا او نیازمند مراقبت دراز مدت یک روانپزشک / روانشناس خواهد بود؟ در چه زمانی تاثیر درمان را بررسی خواهم کرد؟ آیا کس دیگری مثل همسر یا بستگان باید در درمان شرکت کنند؟ آیا باید به امکانات ویژه‌ای در جامعه مثل یک باشگاه اجتماعی تکیه کنم؟ آیا تجویز دارو ضروری است؟ اگر بله تحت چه شرایطی؟

اینها فقط برخی از سؤال‌هایی است که درمانگر لازم است از خود بپرسد. به همراه بررسی خود، درمانگر باید فهرستی از مشکلات و مسائل بیمار را تهیه کند تا معلوم شود در چه زمینه‌هایی نیاز به کمک دارد. استفاده از چنین شیوه‌ای درمانگر را در نظم بخشیدن به هدف‌های درمانی مناسب یاری می‌کند و او را قادر می‌سازد تا اهمیت مداخله خود را در مواقع بعدی ارزیابی کند. نتایج این ارزیابی و بررسی‌ها باید با بیمار در میان گذاشته شده و نوعی توافق حاصل شود.

پیش‌بینی مسائلی که ممکن است جریان درمان را سد کنند از همان ابتدا ضروری است، به ویژه مسائل زیر:

اگر بیمار کاملاً وابسته به من شود چه خطری دارد؟ چقدر احتمال دارد که بیمار با توصیه‌های من موافقت کند؟ آیا لازم خواهد بود حدودی را در نظر بگیریم؟ آیا لازم است

شرایطی برای جلوگیری از بروز برخی مسائل بوجود آورم؟ (مثلاً لازم است به شغل خود ادامه دهید تا درمان موثر باشد).

مرور و بررسی گاهگاهی نتایج درمان از خصوصیت‌های ضروری درمان دراز مدتی چون درمان حمایتی است. همانطور که قبلاً گفتیم تهیه فهرست مشکلات در این راه مفید خواهد بود بعلاوه پرسش‌هایی نظیر پرسش‌های زیر باید مطرح شود:

آیا برنامه اولیهام مؤثر است؟ آیا حال بیمار را وخیم‌تر می‌کنم؟ آیا او ناخودآگاه به من وابسته می‌شود؟ آیا مسائل جدیدی پیش آمده است؟ آیا هنوز هم من مناسبترین شخص برای کمک کردن هستم؟ اگر نه چه کسی مناسب‌تر است؟ پزشک عمومی - خانواده؟  
در نظر گرفتن دقیق این نکات عملی، پیش‌بینی درمان مؤثرتر و کارآمدتر را تسهیل خواهد کرد. با این حال این سؤال پیش می‌آید که آیا الگویی مطلوب برای اجرای درمان حمایتی وجود دارد یا خیر؟

### الگویی برای اجرای درمان حمایتی:

در این قسمت الگویی را بررسی می‌کنیم که بنظر مؤثر و مناسب می‌آید. در سال ۱۹۶۲ مک لنود و میدلمن یک ارزیابی مقدماتی از درمانگاه «عصر چهارشنبه» خود گزارشی دادند که الگوی تازه‌ای از مراقبت حمایتی بیماران روانی مزمن به حساب می‌آمد. از آن پس درمانگاه‌های مشابه دیگری به ویژه در آمریکا پدید آمد (مثلاً نگاه کنید به ساسانو و استان<sup>۱</sup> ۱۹۷۵ - ماسینک<sup>۲</sup>، بوکسی<sup>۳</sup>، آیزن برگ و نورماند<sup>۴</sup> ۱۹۷۱ - رادا، دانیلز، ودرایر ۱۹۶۹ - براندوین، وان هوتن و نیل<sup>۵</sup> ۱۹۷۶).

سازمان و عملکرد این نوع درمانگاه‌ها در خور بررسی مفصل‌تر است. این درمانگاه‌ها همگی بدون استثناء در ساعت و روز معینی از هفته دائر می‌شوند. بیمارانی که برای این نوع مراقبت غیر بیمارستانی مناسب تشخیص داده شده‌اند در فاصله‌هایی منظم مثل هر هفته یا هر دو ماه یکبار به این مراکز مراجعه می‌کنند. بیماران با آنکه طبق قرار قبلی مراجعه می‌کنند، آزادانه به

1 - Sassano & Stone

2 - Masnik

3 - Bucci

4 - Isenberg & Normand

5 - Brandwin & Hauten & Neal

درمانگاه دسترسی دارند. اگر بخواهند زودتر از زمان تعیین شده مراجعه کنند، به درمانگاه اطلاع می‌دهند.

ترکیب کارکنان طوری است که دو چهره ثابت همیشه در میان آنها به چشم می‌خورد. یکی مسئول پذیرش و دیگری هماهنگ کننده گروه. مسئول پذیرش که در درمانگاه‌های بهداشت روانی به ندرت اهمیت کافی برایش قائل می‌شوند شخص بسیار مهمی است که نوعی احساس تداوم در بیماران بر می‌انگیزد. هماهنگ کننده به احتمال زیاد یک روانپزشک و مثلاً یک کارمند ارشد (رزیدنت سال‌های آخر) است زیرا در بسیاری موارد لازم است دارو تجویز شود. بقیه کارکنان از جمله روانپزشکان، روانشناسان، روانشناسان بالینی و مددکاران اجتماعی برای یک دوره چند ماهه و معمولاً به عنوان قسمتی از برنامه آموزش خود در درمانگاه‌ها کار می‌کنند.

حال گردش کار یک بیمار را بررسی می‌کنیم که مورد ارزیابی قرار گرفته و برای معالجه در درمانگاه مناسب تشخیص داده شده است. بیمار در بدو ورود توسط مسئول پذیرش، پذیرش شده سپس به اتاق انتظار راهنمایی می‌شود که در آنجا می‌تواند اندکی رفع خستگی کند. در آنجا او با بیماران دیگری آشنا می‌شود که طی یک دوره چند ماهه آنها را خواهد دید. این پیش درآمد غیر رسمی قبل از ملاقات غیر ضروری با درمانگر، به خودی خود ارزش درمانی قابل ملاحظه‌ای دارد، چرا که درمانگاه محیطی دوستانه و مهمان نواز به نظر می‌رسد. مسئول پذیرش از این لحاظ نقش مفیدی به عهده دارد، چرا که جو لازم برای کاهش اضطراب بیمار را فراهم می‌آورد. محیط دوستانه سالن انتظار همچنین به بیمار امکان می‌دهد که از طریق تماس با سایر بیماران دریابد که مسائلی منحصر به فرد نیستند. هر بار درمانگر جدیدی او را می‌بیند و جلسات بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد و در جریان آن شیوه‌های درمانی که قبلاً در این فصل ذکر کردیم به کار گرفته می‌شوند.

در پایان کار درمانگاه، کلیه کارکنان جلسه‌ای تشکیل می‌دهند تا درباره پیشرفت بیمارانی که در آن روز دیده‌اند مروری به عمل آورند و مسائلی را که در جریان درمان پیش آمده است به بحث بگذارند. چنین جلسه‌ای به کارکنان امکان می‌دهد که با مسائل و تدابیر درمانی تمام بیماران آشنا شوند و همین باعث تسهیل برخورد هماهنگ با درمان می‌شود و تداوم درمان را علی‌رغم تغییر درمانگر تأمین می‌کند. نتایج مباحثه در پرونده هر بیمار ثبت می‌شود که شامل پیشنهادهایی برای درمان آینده نیز هست. بعلاوه کارکنان از این فراغت کاری در جهت

یادگیری اصول و کاربرد روان‌درمانی حمایتی و حمایت از یکدیگر در زمینه اموری که بسیار طاقت فرسا به نظر می‌رسد استفاده می‌کنند. در زیر مجدداً به این مسائل خواهیم پرداخت. منطقی که در این الگوی درمانی نهفته است، این است که امکان توسعه «وابستگی مؤسساتی» را فراهم می‌آورد یعنی بیمار با «درمانگاه» رابطه برقرار می‌کند، نه با یک روان‌درمانگر خاص (دانیلز، دراپرورادا ۱۹۶۸)، نوع بیمارانی که در این درمان مورد نظر ما هستند در معرض خطر یک رابطه بیش از اندازه نزدیک و صمیمانه قرار دارند. اینکه درمانگران مختلفی با او برخورد می‌کنند (در چهار چوب درمانگاه) بیشتر با نیازهای بیمار همساز است. همانطور که قبلاً گفتیم یک مسئله مصلحتی نیز مطرح است، بیمار ممکن است برای مدت نامحدودی نیازمند مراقبت مستمر باشد. کارکنان به دلیل نیازمندی‌های آموزشی و جایجائی شغلی خود قادر نیستند درگیر چنین تعهد دراز مدتی شوند؛ از این رو مسائل جدایی و از دست دادن برای بیمار مطرح می‌شود اما درمانگاه اینطور نیست و دائماً می‌تواند مورد توجه بیمار قرار گیرد و همواره قابل اتکاست، خطر از دست دادن آن برای بیمار وجود ندارد.

به طور خلاصه الگوی «درمانگاه عصر چهارشنبه» مؤسسه را به صورت یک منبع کمک همیشه حاضر، پابرجا و دست‌یافتنی در می‌آورد. اتاق انتظار، رفع خستگی‌ها، پذیرشگر و کارکنان که به نوبت و دوره‌ای خدمت می‌کنند با هم یک نهاد خدمت‌کننده را تشکیل می‌دهند و البته در این درمانگاه توجه شخصی هم مبذول می‌شود اما در سطحی که برای بیمار قابل تحمل باشد و در عین حال خطر از دست دادن درمانگر هم برای او وجود نداشته باشد.

### الگویی برای درمان حمایتی در پزشکی عمومی (مطب‌ها):

تشکیل درمانگاهی مثل درمانگاه‌های ذکر شده همیشه امکان‌پذیر نیست. به هر حال بسیاری از بیماران به ویژه بیماران نوروتیک مزمن لازم نیست حتماً از خدمات روانپزشکی برخوردار شوند و پزشک عمومی می‌تواند به درمان حمایتی داز مدت آنها بپردازد. در واقع این اقدام شایعی است. یک راه کلی برای پزشکی که در مطب خود کار می‌کند این است که با بیمار خود به ترتیب معینی توافق حاصل کند؟ مثلاً بیمار بطور منظم و در فواصل معین (مثلاً ماهی یکبار) و در مدتی مشخص (مثلاً ۱۵ دقیقه) نزد پزشک خواهد بود. طبق این توافق وقت اختصاص داده شده «متعلق» به بیمار است و قرار ملاقات‌ها بنوعی برای او تضمین شده است. وقتی برنامه کمک تا به حد قابل پیش‌بینی و ثابت باشد، بیمار به هنگام تعویض درمانگر باز هم

احساس امنیت می‌کند زیرا در هر حالت می‌تواند تماس برقرار کند یا تقاضای قرارهای بیشتری بنماید. تجربه درمانی نشان می‌دهد که بیمار به برنامه تنظیم شده تکیه می‌کند، احتمالاً به این علت که مطمئن است («مسیر زندگی‌اش») محفوظ می‌ماند. من غالباً از این مطلب متعجب شده‌ام که چگونه بیماران روانی مزمن به قرارهای کوتاه مدت و با فاصله راضی می‌شوند.

به نظر می‌رسد این پدیده مهم به این برداشت بیمار بستگی دارد که شخص مورد اتکانش او را رها نخواهد کرد و همیشه در هروضعیت اضطراری در دسترسش خواهد بود.

در جریان ملاقات («پانزده دقیقه‌ای») درمانگر شنونده فعالی است و به آنچه بیمار می‌گوید توجه نشان می‌دهد. در درمانگاه عصر چهارشنبه، درمانگر در صورت لزوم شیوه‌های درمانی گوناگونی را که قبلاً ذکر کردیم به کار می‌بندد. برخورد درمانگر به مسئله تظاهرات جسمانی خصوصاً در مطب اهمیت ویژه‌ای دارد. از آنجا که بیمار ناراحتی روانی خود را معمولاً با عبارات جسمی بیان می‌کند و در پی خلاص شدن از علائم جسمانی است، درمانگر باید با ظرافت ضمن بررسی اوضاع کنونی زندگی او از قبیل شغل، خانواده و غیره او را تشویق کند که احساسات خود را نه با بدن، بلکه با کلام بیان کند (وال<sup>۱</sup> ۱۹۶۳). در عین حال باید برای بیمار روشن شود که پزشک علائم جسمانی او را خیالی قلمداد نمی‌کند و برعکس، باید توضیح داد که چگونه حالات عاطفی مثل تنش یا فشار روانی می‌تواند باعث درد و علائم جسمانی دیگر شود.

در این الگو این امکان وجود دارد که تماس بطور نامحدود ادامه یابد. در نتیجه اجباری نیست که در هر جلسه ۱۵ دقیقه‌ای حتماً کار مفصلی صورت بگیرد. بیمار در ماههای آینده و بعد از آن فرصت گفتگوی بیشتر خواهد یافت.

### مسائل فرایند درمان:

بدون شک یکی از رایج‌ترین خطرهای در جریان درمان حمایتی، صرفنظر از نوع مدل، وابسته کردن بیمار به اندازه‌های است که او هرگونه مسئولیتی را در قبال خودش از خود سلب کند و کاملاً به درمانگر متکی شود. همان‌طور که کلب<sup>۲</sup> (۱۹۷۳) هشدار می‌دهد "در کاربرد درمان حمایتی، پزشک باید خطرهایی که باعث تشویق وابستگی و حالت انفعالی قهقراایی در بیمار می‌شود را در نظر داشته باشد". ماهیت ناتوانی بیمار مزمن هر چه که باشد این امکان هست که وابستگی (که در هرگونه درمان الزامی است) به طریقی افزایش و ادامه یابد که در دراز مدت

1 - Wahl

2 - Kolb

اصلاً به نفع بیمار نباشد (بلوخ، ۱۹۷۷). وابستگی در هر نوع رابطه بین درمانگر - بیمار، تا حدودی اجتناب‌ناپذیر است (بالینت، ۱۹۶۴) اما در روان‌درمانی حمایتی که به بیمار در واقع اجازه داده می‌شود تا به درمانگر «تکیه» کند خطر وابستگی بیشتر است. مسئله اینجاست که این تکیه تا چه اندازه مناسب است. که غالباً به شرایط و نیازهای بیمار بستگی دارد اما به طور کلی هدف درمانگر افزایش هر چه بیشتر اتکا به نفس در بیمار و انتقال بخشی از منبع حمایت به خانواده و سایر بستگان است.

ممکن است گفته شود که ادامه وابستگی به درمانگر در مورد افراد معلول مزمن پیامد عمده‌ای بدن‌بال نخواهد داشت. نمونه مشابه آن استفاده از ناکوتیک‌ها در مراحل پایانی بیماری است - بدیهی است در این مورد نگرانی درباره اعتیاد بی‌مورد است زیرا تسکین درد شدید بیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد. اما مسئله در درمان حمایتی این است که بیمار با قبول نقش انفعالی از هرگونه امکان برای اقدام عملی مؤثر که ممکن است توان آن را داشته باشد محروم خواهد بود و اگر درمانگر غایب باشد بیمار به سرعت از پا درمی‌آید مگر آنکه منبع حمایتی دیگری به جانشینی آن پیدا کند.

نکی<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) در بررسی همه جانبه جالبی در مورد مسئله وابستگی در روان‌درمانی به مقاومتی اشاره می‌کند که درمانگران غرب در برابر تمایل بیمار به وابستگی به آنها نشان می‌دهند تا اتکا به نفس فعالانه بیمار و استقلال کامل او را افزایش دهند. چنین کوشش‌هایی را در مورد آن نوع از روان‌درمانی‌هایی که هدفشان تغییر شخصیت است کاملاً می‌توان بکار برد اما در مورد درمان حمایتی اصلاً مناسب نیست. درمانگران در جریان درمان حمایتی باید تعصبات خود را کنار بگذارند، نقش خود را بعنوان یک چهره حمایتگر بپذیرند ولی در همان حال مراقب باشند که بی‌جهت باعث تشویق حالت انفعالی و وابستگی نشوند. این کار بر مسئولیتی است. گاه پیش می‌آید که درمانگر در ابتدا نقش حمایتی بازی می‌کند اما بعداً وقتی با وابستگی عمیق بیمار روبرو می‌شود و مشکل می‌تواند نقش درمانی خویش را تغییر دهد، یعنی از مقدار حمایت خود بکاهد، بنابراین با دشواری‌های قابل ملاحظه‌ای روبرو می‌شود. در چنین حالتی درمانگر ممکن است به کاهش وقت جلسات یا کناره‌گیری از بیمار متوسل شود. رابطه معمولاً خسته کننده شده و روان‌درمانی به بیراهه می‌افتد. بیمار سعی می‌کند هرچه بیشتر خود را به درمانگر

بچسباند، حال آنکه درمانگر هر چه می‌گذرد عصبانی‌تر و خشمگین‌تر می‌شود و می‌کوشد بیمار را در حاشیه نگهدارد.

گاه ممکن است درمانگر به دلیل نیازهای شخصی خودش ناخواسته وابستگی بی‌جهت ایجاد کند؛ مثلاً به خودش و دیگران ثابت کند که اولاً نقش مهمی در کمک به بیماران دارد و ثانیاً در موارد "علاج‌ناپذیر" هم می‌تواند مفید باشد. در بسیاری از شرایط که او با آنها روبروست فقط شواهد اندکی وجود دارد که تلاش‌هایش به بهبود اوضاع منجر می‌شود. بحث ۲۵ ساله (آیزنک<sup>۱</sup>، ۱۹۵۲) در مورد کارآیی روان‌درمانی به طور کلی هنوز لاینحل مانده است. به تصور من درمانگر ناخودآگاه این بی‌اطمینانی را منعکس می‌کند که آیا با تکیه بر مفهوم حمایت او می‌تواند مؤثر باشد یا نه. از آنجا که درمان حمایتی قاعدتاً نقش فعالی به درمانگر در جریان درمان می‌دهد، درمانگر می‌تواند آسوده باشد که به عنوان یک مرجع معتبر حمایت‌کننده چهره مهمی برای بیمار است، حتی اگر میزان کارآیی مداخله او نا معلوم باشد.

درمانگر در مورد بیماران علاج‌ناپذیری که کلاً نمی‌تواند تغییری در آنها ایجاد کند ممکن است برای ارضای خودش مبنی بر اینکه کاری انجام می‌دهد، حمایت بیش از حد به عمل آورد. این تلاش را می‌توان با تلاش برخی پزشکان و جراحان در مورد بیماران مشرف به مرگ مقایسه کرد. آنان وقتی قبول این نکته را که دیگر نمی‌توانند نقش فعالی در بازگشت سلامت بیمار بازی کنند مشکل می‌یابند به اقدامات «قهرمانانه» متوسل می‌شوند (بلوخ، ۱۹۷۷).

از آنجا که دامنه محدود این مطلب اجازه بحث مفصل‌تر در مورد این مسئله مهم وابستگی را به ما نمی‌دهد علاقه‌مندان را به اثر با ارزش نکی (۱۹۷۶) ارجاع می‌دهیم.

درمانگران معمولاً درمان حمایتی را به اندازه روان‌درمانی عمقی که نوعی مشارکت در یک سیر توأم با کشف است یا درمان‌هایی که در آنها هدف‌های مشخصی مطرح می‌شود و اغلب به نتیجه می‌رسد، راضی‌کننده نمی‌دانند. برای بیمار مزمن هیچ شانس معالجه وجود ندارد و کاری که می‌شود انجام دادگاه نه تنها جالب به نظر نمی‌رسد بلکه تا حدی کسل‌کننده و بی‌ثمر می‌نماید. به علاوه درمانگران اغلب کاربرد درمان حمایتی را با زحمت، طاقت فرسا و خسته‌کننده می‌یابند. آنان به طور مکرر به یاد ناتوانی خود در مقابله با انواع وسیع شرایط روانی می‌افتند که زمینه مناسبی برای تضعیف روحیه آنها است. به علاوه همانطور که دیدیم، بیمار

معمولاً نمی‌تواند رابطه نزدیکی را که بگونه ایده‌آل (راضی‌کننده برای درمانگر) در روابط درمانی روان‌درمانی‌های عمقی پدید می‌آید تحمل کند و این می‌تواند بالقوه مایه خستگی درمانگر شود. به علت این فشارهایی که بر درمانگر وارد می‌شود الگوی «درمانگاه عصر چهارشنبه» اهمیت بیشتری می‌یابد. در این الگو بار اصلی به دوش درمانگاه است و درمانگر هیچگاه فشار بیش از حد تحمل نمی‌کند. به علاوه کارکنان بعد از پایان کار در جلسه خود از یکدیگر بطور متقابل حمایت می‌کنند (ساسانو و استون ۱۹۷۵). پزشک عمومی عملاً از این امکان محروم است هرچند که اگر به صورت گروهی کار کنند ممکن است از همکاران خود به عنوانی که منبع حمایت استفاده کند. در سال‌های اخیر پیدایش گروه‌های بالینت برای پزشکان عمومی (گروه‌هایی که منظمأ تشکیل جلسه می‌دهند تا درباره جنبه‌های روان‌درمانی کار خود بحث کنند) مفید بوده است (بالینت - گسینگ و هیلد برانند ۱۹۹۶). البته پزشک همواره می‌تواند بیماران پیچیده‌تر خود را به درمانگاه روانی ارجاع دهد.

درمان حمایتی اگر به گونه‌ای درست بکار رود می‌تواند با وجود آنچه قبلاً ذکر کردیم رضایت خاطر به همراه آورد. موفقیت بیمار در رسیدن به هدف، ولو آنکه این هدف محدود و کوتاه باشد می‌تواند برای درمانگری که در این راه به او کمک کرده است جنبه تقویت‌کننده داشته باشد (دانیلز و دیگران ۱۹۶۵).

### کارآیی درمان حمایتی:

ارزیابی کارآیی روان‌درمانی حمایتی بسیار دشوار است. در مورد بیمارانی که برای آنها معالجه هدف اصلی درمان نیست، چه معیاری برای نتیجه‌گیری می‌توان بکار برد؟ یا آنکه مژمن بودن، خصوصیت عمومی بیمارانی است که در این فصل درباره‌شان بحث می‌کنیم هنوز بازم با گروهی ناهمگون از بیماران با تشخیص‌های متفاوت سر و کار داریم. البته اگر بخواهیم کارآیی را به صورت مناسب و مطلوبی ارزیابی کنیم باید این گروه‌های تشخیصی را تفکیک کنیم.

همچنین لازم است دقت کنیم که چه درمان‌های دیگری بکار رفته است. مثل درمان دارویی، حمایت غیر حرفه‌ای مانند باشگاه‌های اجتماعی و نظائر آن. تشکیل یک گروه کنترل که به کمک آن بتوان کارآیی روان‌درمانی حمایتی را سنجید، هر چند مشکل اما امکان‌پذیر است. مثلاً می‌توان یک یک پارامترهای درمان را به نوبت تغییر داد.



در مورد اولین مسئله «روش شناختی»، ارزیابی نتیجه، معیارهای مناسب عبارتند از: الگوی حضور در درمانگاه (مثل عدم رعایت قرارها، کنار رفتن از برنامه درمانی، استفاده بیش از حد از درمانگاه در فاصله بین قرارها)، موارد بستری شدن در بیمارستان روانی، استفاده از تسهیلات اضطراری روانی، تعداد تماس‌های تلفنی بحرانی در ساعات نامنظم، الگوی کلی تقاضای کمک، کیفیت روابط با نزدیکان و دیگران، میزان موفقیت در کار و توانایی مقابله با ضرورت‌ها و وظایف روزمره.

با وجود موانع روش شناختی در سنجش، ارزیابی و نیز در دیگر زمینه‌های ذکر شده، طبیعی است که بررسی‌های حاصل کم‌شمار و پراکنده باشد. اما مدل عصر چهارشنبه، در زمینه کارایی آن مورد مطالعه قرار گرفته است (البته به روش ملاحظه کلی). مک‌لئود و میدل من (۱۹۶۲)، نتیجه درمان بیماران در مدل «درمانگاه عصر چهارشنبه» و نتیجه درمان بیماران مشابهی که مرتباً به یک درمانگاه روانی عادی مراجعه کردند مورد مقایسه قرار دادند. دریافتند که در گروه اول شواهد و دلایل بهبود بسیار بیشتری وجود داشته است. ولی با اینحال از معیاری که ارزیابی‌شان بر آن مبتنی بود ذکری نکرده‌اند. (براندوین و دیگران، ۱۹۷۶)، در ارزیابی اهمیت «درمانگاه مراقبت پیوسته» خود تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان را به عنوان یک معیار مورد استفاده قرار دادند و این میزان را در دوره پیش از مراجعه بیمار به درمانگاه و نیز در دوره بعد از آن با هم مقایسه کردند. تعداد بیماران بستری شده، فراوانی تعداد پذیرش و تعداد کلی روزهای بستری در بیمارستان به هنگام مراجعه بیمار به درمانگاه و مراقبت پیوسته نسبت به دوره قبل از آن به مقدار قابل توجهی کاهش یافته بود.

درمان حمایتی در درمانگاهی که مخصوص بیماران مزمن باشد به نظر می‌رسد بهتر از روشهای درمانگاهی معمولی نتیجه می‌دهد ولی تا بررسی‌های منظم آتی چیز بیشتری درباره این مسئله نمی‌توانیم بگوییم. به چنین بررسی‌هایی نیاز مبرمی احساس می‌شود.

## آموزش:

همانطوری که در مورد تأثیر گفته شد، در مورد آموزش رواندرمانی حمایتی هم تقریباً در قلمرو نامشخصی قرار داریم و کاملاً نمی‌دانیم که آموزش صحیح و مؤثر برای درمانگران در درمان حمایتی از چه چیزی تشکیل می‌شود. برنامه‌های آموزشی معمولاً بر مراقبت بیمارستانی از بیماران مزمن تأکید دارند. پس از مرخص شدن بیمار و ورود او به جامعه آموزش‌گیرندگان

اغلب در مورد چگونگی ادامه درمان به حال خود وا گذاشته می‌شوند. به یک معنی، می‌توان گفت آموزش آنها از پیشرفت قابل ملاحظه جنبش بهداشت روانی جامعه در یکی دو دهه اخیر عقب مانده است.

### عناصر مهم آموزش چیست؟

راهنمایی درباره نظریه در اینجا به اندازه سایر روان‌درمانی‌ها اهمیت ندارد، به این دلیل ساده که هنوز الگوهای نظری برای روان‌درمانی حمایتی در دست نیست. قابل توجه است که هیچ مکتب روان‌درمانی سعی نکرده است بیماران مزمن را زیر پوشش خود قرار دهد، هرچند که برخی تکنیک‌های رفتار درمانی مثل اقتصاد پنهان یا کوپنی، در برنامه‌های بیمارستانی بکار رفته‌است (اتهو و کراسنر<sup>۱</sup> ۱۹۶۸). در نتیجه، درمان این بیماران کما بیش تجربی باقی‌مانده است و از تعدادی روشهای مرتبط با هم که تجربه بالینی، مقید و مناسب بودن آنها را نشان داده است تشکیل می‌شود. آشنایی آموزش گیرنده با ماهیت بیماریهای مزمن (سیر بالینی، سبب شناسی - پیش‌آگهی) که درمان حمایتی در مورد آنها بکار می‌رود، درست به اندازه دانش نظری اهمیت دارد. در این حالت او از نیازها و مسائلی که این بیماران مطرح می‌کنند بهتر آگاه خواهد بود، اجرای درمان حمایتی زیر نظر آموزش دهنده بدون شک جنبه اصلی آموزش به حساب می‌آید. آموزش گیرنده در کار با انواع بیماران مزمن به مدت حداقل چندین ماه، در شرایط مطلوب می‌تواند به نتایجی دست یابد. برخورد او با مسئله مراقبت از این بیماران متعادل‌تر و واقع‌بینانه‌تر و نیز مثبت‌تر می‌شود. آموزش گیرنده به جای آنکه مأیوسانه آنها را "خارج از دور" یا "بی‌علاج" قلمداد کند رفته رفته در می‌یابد که نگرشی خاص لازم است که در آن هدف‌های درمانی محدود است (وانیلز و دیگران ۱۹۶۸). برای درمانگر این هدف‌ها در ابتدا بسیار کوچک است اما بعداً می‌فهمد که برای بیمار، رسیدن به همین هدف‌ها می‌تواند بیشترین اهمیت را داشته باشد. و اینگونه درمانگر می‌آموزد که می‌تواند برای بیمار مفید باشد.

دیدگاه دیگری که باید اصلاح شود این است که بگویند درمان حمایتی صرفاً گپ‌زدن‌های کوتاه و خردمندانه است ..... که چیزی بیش از گفت و شنود دلسوزانه و نصیحت‌های کم و بیش حساب شده نیست. (اسمیل<sup>۲</sup> ۱۹۷۸). آموزش گیرنده در می‌یابد که درمان دربرگیرنده نکاتی بیش از اینهاست و برای اجرای مطلوب آن کسب مهارت و تجربه ضروری است.

1 - Atthowe, Krasner

2 - Smail

بهتر است آموزش در ارتباط نزدیک با مراقبت از بیمار باشد، الگوی «درمانگاه عصر چهارشنبه» مناسبترین است. همانطور که قبلاً گفتیم گروهی از آموزش گیرندگان در پایان کار درمانگاه جمع می‌شوند تا درباره موارد مشاهده شده بحث کنند. هر درمانگر مداخلات درمانی خود را با مداخلات همکاران خود مقایسه می‌کند. بعلاوه از راهنمایی و پیشنهادهای درمانگر با تجربه‌ای که بعنوان سرپرست عمل می‌کند برخوردار می‌شود. از آنجا که بیماران در هر ملاقات با درمانگر متفاوتی روبرو می‌شوند. آموزش گیرندگان با انواع وسیعی از موارد برخورد می‌کنند. در این تعویض جا، یکی از اقدامات مفید آن است که آموزش گیرندگان رشته‌های مختلف (روانپزشکی، روانشناسی بالینی، مدد کاری اجتماعی، پرستاری) در برنامه واحدی شرکت کنند. نتیجه واضح این کار تبادل بین حرفه‌ای و بهره‌گیری از امکانات مختلف مربوط به مراقبت از بیمار مزمّن است. حتی اگر درمانگاهی از نوع درمانگاه عصر چهارشنبه برای آموزش در دسترس نباشد تجربه بالینی با نظارت، هسته اصلی هر گونه برنامه درمانی است.

### جمع‌بندی:

هدف اصلی رواندرمانی حمایتی در مورد بیماران مزمّن تشویق بیمار برای رسیدن به بهترین انطباق ممکن است. برای رسیدن به این هدف درمانگر وارد نوع خاصی از رابطه با بیمار می‌شود و روش‌های درمانی مشخص مثل توضیح، اطمینان بخشی و راهنمایی را بکار می‌گیرد. وابستگی غیر ضروری بیمار، بی‌شک مهمترین مسئله‌ای است که درمانگر با آن روبرو است و مانعت از این مسئله مستلزم مهارت توأم با دقت از جانب درمانگر می‌باشد. مدل علمی مفیدی از درمان که پیرامون مفهوم وابستگی موسساتی شکل می‌گیرد می‌تواند مسئله وابستگی را به حداقل برساند و در عین حال مراقبت بالینی مناسب را هم تأمین کند. اما کارآیی این مدل و درمان حمایتی به طور کلی هنوز باید آزمایش شود. مطمئناً مسائل بسیاری وجود دارد که باید منتظر بود تا از طریق پژوهش‌های منظم روشن شود.