

مترجم: ناهید یرشک

از عهد بر آمدن بر بیماریهای مزمن

بعضی از بیماران بیمارستانی، علیرغم بیماری جدی، با بیان احساسات مثبت دربارهٔ موقعیت فعلی خود، درمانگران را متعجب می‌سازند. آدمی بر این فرض ورسه می‌شود که بیماری که می‌گوید خوب‌اند واز زندگی راضی هستند، کاری جز امتناع از برروشدن یا حقایق نمی‌کنند. بنا به گفتهٔ فروید، بنظر می‌رسد که آنان واقعتاً آنچه را که مبتلا به آن هستند انکار می‌کنند. اما توضیح دیگری نیز ممکن است. شاید بیماران مبتلا به بیماری مزمنی که عواطف مثبتی را متجلی می‌سازند عملاً علیرغم شرایطی که دارا هستند با زندگی خود بخوبی کنار می‌آیند. در این صورت، عواطفی که متجلی می‌سازند همین احساسات اصلی وواقعی آنهاست.

در تلاش برای پرده برداشتن از این دو امکان، لیندال و وینز (۱) روانشناس و همکارانش در استرالیا با بیش از ۵۰۰ بیمار مبتلا به بیماریهای مزمنی مصاحبه کردند که به دلایل مختلف بستری شده بودند، از جمله فزایندهٔ قلبی یا مشکل گردش خون درد پشت، معده، دردهای روده‌ای که نیاز به جراحی داشت، و همچنین فلج ناشی از تصادف. پژوهشگران مصاحبه‌ها با یک درخواست ساده شروع کردند: «مايلم دربارهٔ زندگی‌تان در حال حاضر، و چیزهای خوب و بد آن چند دقیقه‌ای با من صحبت کنید.» آنان پاسخهای بیماران را بر روی نوار ضبط، و محتوای صحبت را بوضوح بررسی کردند.

به عنوان مثال، عواطف مثبت بیماران با بیان جمله‌ای مانند «درستانم خیلی با من مهربانند» شناخته شده بود. احساس توانایی با گفته‌های بیماران از قبیل «تولستم تا صندوق پست بروم» و احساسات اجتماعی بودن با جمله‌ای مانند «پرستاران خیلی به من کمک می‌کنند» تشخیص داده شده بود.

اصولاً طبق یافته‌های وینی، بیمارانی که بالاترین نمرهٔ عواطف با دارند افرادی بسیار اجتماعی نیز هستند. در مقایسه، آفانی که کمترین احساسات مثبت را بیان می‌دارند پایین‌ترین درجهٔ توانایی را دارا هستند. بیمارانی که احساس مثبت آنان بالا بود گرایش به آن داشتند که سطح آسردگی کمی را نشان دهند.

آخر کلام آن که خوش‌بین‌ترین بیماران احساس می‌کردند که ناتوانیهایشان بطور جدی بر توانایی آنان در روابط شخصی با دیگران تأثیر نمی‌گذارد. بیمارانی که کمتر خوش‌بین بودند احساس می‌کردند که ناتوانی‌شان در تصمیمیت و نزدیکی با دیگران مؤثر است.

وینی می‌گوید وقتی این یافته‌ها پهلوی هم گذاشت شوند نشان می‌دهند که بیماران بستری که عواطف مثبتی را جلوه‌گر می‌سازند فقط دردناک بودن زندگی را بسادگی انکار نمی‌کنند. بلکه عملاً با بیماری و بستری شدن خود کنار می‌آیند. وینی می‌فیسد: «این بیماران تمامیت روانشناختی خود را حفظ می‌کنند تا شالوده‌ای برای حفظ تمامیت جسمی آنان باشد.» وینی می‌گوید چون روابط بین فردی به تمامیت و روانشناختی بیماران داین پژوهش کمک می‌کند، کارکنان بیمارستان باید از هر فرصتی برای بهبودی روابط خود با بیماران استفاده کنند. این مسأله نه فقط برای خاطر آن است که به هموار بودن جریان که بیمارستان یاری می‌دهد بلکه اثر مثبتی نیز بر جریان بیماران دارد. تمام مطالب گفته شده بر روی هم شاید چیزی بیش از مفهوم «درمان کلی و جامع» (یعنی درمانی که در آن توجه به وضع کلی بیمار باشد، نه فقط به جزئی از آن - م.) نباشد که هم‌اکنون پرستاران و پزشکان چندی به آن توجه دارند. آنچه به این امر صورتی فریاتی می‌دهد این است که علاوه بر جنبه انسانی درمان، ممکن است یک نتیجهٔ کاملاً عملی داشته باشد و آن این است که باعث شود بیماران هر چه زودتر از بیمارستان مرخص شوند.

Psychology Today, Oct. 1986, PP. 20 - 21

منبع:

گروه درمانی بیماران اسکیزوفرن سرپایی - بستری

مترجم: سدیک آیوازیان روانشناس - مرکز روانپزشکی شهید آیت‌الله مدرس - اصفهان

خلاصه مقاله:

گروه درمانی برای هر دو گروه بیماران اسکیزوفرن سرپایی و بستری مؤثر می‌باشد. گروههای همگون ارجح بوده‌اند. موضوعات مهم تکنیکی عبارتند از: تشویق کردن در ارتباط با دیگران، دادن اجازه برای بیان کردن عواطف بطور مجدود، کمک به بیماران در جهت امتحان واقعیت، اندرزگویی در جهت امور عملی. زوشهای مبتنی بر بینش ممکن است به بعضی از اسکیزوفرنها صدمه بزند و می‌بایستی از آن پرهیز گردد.

گروه درمانی برای اسکیزوفرنها:

بیش از ۶۰ سال است که اسکیزوفرنها در گروههای درمانی معالجه گردیده‌اند. لازل Lazell از پیش‌قدمان در استفاده از تکنیکهای گروهی برای درمان اسکیزوفرنها بود. دستیابی و روش Approach در شکل یک سخنرانی که از قوانین سالکو آنالیز و دادن اطلاعات استفاده شده تشکیل گردیده است. در سالهای بعدی راهها و دستیابیهای دیگر گروهی بیان گردیده بودند که از گروه درمانی برای اسکیزوفرنهای سرپایی و بستری حمایت می‌کردند. بعضی از اینها قبلاً سرور شده‌اند. بیشترین گزارشها و حکایات مجدوب کننده در مورد گروه درمانیهای است که برای مدت طولانی ادامه داشته‌اند. در مرور چهل مورد مطالعه کنترل شده گروه درمانی برای ۷۰٪ بیماران بستری و ۸۰٪ بیماران سرپایی مورد مطالعه، وضعیتی بهتر از شرایط درمانی غیر گروهی گزارش شده است. گروه درمانی دراز مدت برای بیماران بستری در مقایسه با گروه درمانی کوتاه مدت یا متوسط مدت مؤثر بوده است. دستیابی بر اساس عمل و ارتباط متقابل از دستیابی بر پایه بینش که مفسر بودن آن برای اسکیزوفرنها در دو مطالعه ثابت گردیده است مؤثرتر بودند. یافته اخیر تأیید درک است به این دلیل که اسکیزوفرنها در گروههایی که از روشهای بی‌پرده و خودافشایی استفاده می‌کرده‌اند به خوبی عمل نکرده‌اند. ولی روی هم رفته مطالعات کنترل شده، بطور کلی از این ایده که گروه درمانی برای بیماران سرپایی و بستری اسکیزوفرنیک مؤثر بوده است حمایت می‌کنند.

گروههای همگون در مقابل گروههای ناهمگون:

در مرور این مطالعات ملاحظه گردید اکثر گروههای بیماران بستری شامل

اسکیزوفرنها با توجه به تشخیص بیماری نامگون بوده‌اند. در حقیقت بعضی از محققین درمان بیماران اسکیزوفرن را با هم امتیازی تلقی می‌کنند. دیگران از سیستم سلسله مراتب، که بیماران را در گروههای مختلف، بسته به توانایی آنها در ایجاد با دیگران و عملکرد آنها بر نایجی که از روابط مابین انسانی بدست میاید جای می‌دهند، حمایت می‌کنند. گرچه چنین گروههایی از جهت عملکرد و واکنشهای مابین افراد همگون‌اند، اما با توجه به تشخیص تمایل به نامگونی دارند.

گروههای بیماران سرپایی شامل اسکیزوفرنها، باتوجه به تشخیص، تمایل به همگونی دارند. هرچند در همه موارد به این شکل نیست و این مطلب ذکر گردیده است که بعضی از بیماران اسکیزوفرن که بهبودی نسبی داشته‌اند و فعال‌اند در گروههایی که بیماران نوروتیک با اختلال شخصیت را در برمی‌گیرند بهتر عمل می‌کنند.

برداشت من به این صورت است که اسکیزوفرنها در گروههایی که باتوجه به تشخیص همگون‌اند چه در وضعیت سرپایی یا بستری بهتر عمل می‌کنند. اول مشکل است که يك گروه با چسبندگی کافی پیدا کرد درحالی که این بیماران از جهت عملکرد Ego (من) و ارائه علایم با هم فرق داشته باشند. گاهی بیماران سالمتر، بیماران بدتر (حاد) را که با احساس کناره‌گیری و ایزوله شدن پاسخ می‌دهند مهربلا قرار می‌دهند. در گروههای همگون ساختن چو گیرا و چسبنده آسانتر است. دوم مشکل است نیازهای تمام بیماران را درحالی که عمدتاً در ارائه علایم و توانایی در برقراری رابطه با دیگران فرق دارند برآورد ساخت. برای مثال، بیمارانی که سعی می‌کنند باکنشها و اعمال سایکوتیک سازش پیدا کنند، نیازهای درمانی متفاوتی دارند یا بیمارانی که مشکل اساسی آنها افسردگی و اضطراب است مشکل است سطح گروه را در حالی که برای چنین بیماران مختلفی مناسب باشد درجه بندی کرد. در گروههای همگون تکنیکها می‌تواند بنحو نایسته و مناسبی براساس نیازها و احتیاجات اختصاصی تعیین شوند. نهایتاً در گروههای نامگون، در جایی که يك روش مفید برای يك بیمار ممکن است به‌بیمار دیگر صده بزند، احتمال دارد مشکلات تکنیکی رخ دهد. برای مثال مشاهده گردیده است که اسکیزوفرنهای سایکوتیک ممکن است در گروههایی که بر روشهای خودافشایی و بی‌پردگی تأکید دارند، پیشرفت درمانی کمتری را داشته باشند. در مقابل احتمال دارد چنین گروههایی برای بیماران نوروتیک و بیماران با اختلال شخصیت مفید باشند. در گروههای همگون چنین مسایل متضاد به‌عوامل ناچیزی تبدیل می‌شوند.

مسایل تکنیکی گروه درمانی بیماران بستری اسکیزوفرن:

گروه درمانی بیماران بستری اسکیزوفرن معمولاً از ۳ تا ۵ بار در هفته و هر جلسه به مدت چهل تا شصت دقیقه برگزار می‌گردد. در واحدهای کوتاه مدت، در جایی که اقامت چند هفته یا کمتر است، عاقلانه‌تر است که گروهها روزانه تشکیل

گردد تا اثرات درمانی باقی بماند و تا حدودی فرسته برای رشد گسره باشد. در گروههای کوتاه مدت، در جایی که امکان دارد بیماران فقط يك یا دوبار در جلسات حاضر شوند ممکن است از روشهایی استفاده شود که در آنها هر جلسه به تنهایی به صورت يك وجود کل مستقل مد نظر باشد و مسایل بسیار کمی از يك جلسه به جلسه دیگر موکول گردد. گروههای بیماران بستری اغلب کوچک و مرکب از چهار تا هشت نفر است. احتمال دارد گروههای ۹ نفری یا بیشتر دچار هرج و مرج شوند. وقتی که گروه از بیماران حاد سایکوتیک تشکیل می شود کار سخت تر می گردد، مخصوصاً وقتی که يك یا چند نفر از بیماران تحریکاتی یا پارانوئید باشند. به علاوه اینکه بعضی از بیماران اسکیزوفرن و وقتی که در اتاق کوچکی افراد زیادی وجود داشته باشند مضطربتر می شدند. مخصوصاً در واحدهای کوتاه مدت، گروههای بیماران بستری متمایل به باز (Open) بودن گروه اند. هر جلسه به تنهایی بوسیله ورود حداقل يك بیمار جدید به گروه و یا ترك يك بیمار قدیمی مشخص می شود. تیمهای دو درمانگر چون اغلب برای سازگاری با يك گروه از بیماران تحریکاتی و متغرب از دو درمانگر استفاده می کنند مفیدترند. تیمهای مؤنث و مذکر (مختلط) به دلیل اینکه بعضی از اسکیزوفرنها به يك جنس و یا به دیگری واکنش بهتری نشان می دهند دارای امتیاز است. درمانگر باید فعال، بدون تعصب، حمایت کننده و پایدار باشد. چنین صفاتی اضطراب را در گروه کاهش می دهد و امکان امتحان و لمس واقعیت را مهیا می سازد. گروههای درمانی واحدهای کوتاه مدت بیماران بستری در مقایسه با بخشهای بیمارستانی بلند مدت از موفقیت کمتری برخوردار است. تاحدی این مسئله به دلیل دشواری آماده ساختن يك محیط چسبیده و مشکلاتی است که در رشد عوامل درمانی مناسب در گروه در حالی که بطور مداوم بیماران با اختلالات شدید وارد گروه می شوند و یا آنرا ترك می کنند ایجاد می گردد. علاوه بر این، ثابت نگردیده است که دستیابیهای سنتی تر که تاکید بر تکنیکهای بی پرده دارد برای بیماران بستری اسکیزوفرن در وضعیتهای کوتاه مدت مفید باشد. به همین دلیل، من و همکارانم يك دستیابی را ارائه داده ایم که با استفاده از يك فرم همگون گروه درمانی با این مطالبه و مسائل برخورد می کند. در يك سری از مطالعات، این دستیابی برای اسکیزوفرنهای سایکوتیک حاد در شرایط کوتاه مدت بیماران بستری در حالی که بیماران کمتر از شش هفته باقی می مانند مفید تشخیص داده شده است. اکثر مطالبی که در زیر خواهد آمد امکان دارد که به گروههای درمانی بلند مدت و واحدهای بیمارستانی تعمیم داده شود.

این دستیابی بر اساس حمایت، توضیح و تشریح جهت داده شده است. بیماران تشویق می شوند که «حالا» و «اینجا» ارتباط برقرار بکنند و مشکلات خود را در مورد رابطه خود یا دیگران توضیح دهند.

میان عواطف بخصوص احساس تنهایی و افسردگی تشویق گردیده است. ولی تمرکز عصیانیت به يك بیمار دیگر در گروه منحرف گردیده و تشویق نمی گردد، چون که ملموس است که چنین تجربیاتی به ندرت عمل گردیده و منجر به افزایش اضطراب

و تخریب گروه می‌شود. کنشهای سایکوتیک، مثل توهمات و هذیانها با کوششی در جهت پیشبرد امتحان و لمس واقعیت و کمک به بیمار برای سازش با این تجربیات به روشنی تشریح می‌گردد. پندهایی نیز در رابطه با منازل میان راهی (۱) و درمان عوارض دارویی ممکن است داده شود. معمولاً از مسایل رشدی و ناخودآگاه پرهیز می‌گردد چون ثابت شده که این موارد بی‌ثمر بوده و باعث اضطراب و برگشت‌پذیری Regression در بعضی از بیماران گردیده است.

در یک پرسشنامه که بیست و دو بیمار شرکت‌کننده در یک گروه برای خدمت‌وسط ۹ جلسه را ارزیابی می‌کرد، ۹۵٪ از بیماران احساس کردند که گروه مفید بوده است و این نتیجه بطور کلی عقیده و نظریه‌ی کلینیکی ما و نتیجه کار کارکنان بخش را تأکید و تأیید می‌کرد. بیماران گروه را بیشتر به صورت محلی برای بیان عواطف و یادگیری راههایی برای ارتباط با دیگران ارزیابی کرده بودند تا اینکه محلی برای نرس واقعیت و گرفتن پند برای مسایل عقلی. در یک مطالعه، که از مقیاس ارتباطی هیل Hill استفاده شده بود، به این صورت استنباط گردیده بود که افراد گروه بطور ثمربخش با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کردند و جو گروه بیان عواطف و امتحان واقعیتها را تشویق می‌کرد. بیماران با یکدیگر ربا درمانگر در حاشیه مشکلات شخصی ارتباط برقرار می‌کردند و مسایل مانند رابطه‌هایی که شامل خوشیهای اجتماعی می‌شد در مقایسه با دیگر گروههای روان درمانی کمیاب بودند.

در مطالعه سوم، برای ارزیابی پدیده‌های گروه از فرم کوتاه پرسشنامه جو گروهی استفاده شده بود. این مقیاس از ۱۲ جمله ترکیب شده بود که بعد از هر جلسه از روی مقیاس هفت نمره‌ای لیکرت Likert درجه‌بندی می‌شد. این درجه بندیها جو گروهی از سه جهت را معاینه کرده بودند.

۱. شرکت فعال در گروه: ۲. کناره‌گیری از گروه: ۳. درگیری با گروه. امتیازات این جهتها با استفاده از تی‌تست T-Test با امتیازهای یک نمونه هنجار منتخب از ۱۲ گروه روان درمانی بیماران سرپایی مرکب از بیماران با مشکلات منشی و نوروتیک مقایسه گردیده بود. گروه اسکیزوفرنیک بطور معنی‌داری در جهتهای شرکت‌فعال و درگیری کمتر از گروه نمونه امتیاز آورده بودند. امتیاز پایین در جهت شرکت فعال منعکس کننده این دو موضوع است: ۱. برگشت سریع بیمار که از خصوصیات گروه است: ۲. این بیماران اغلب در نتیجه بیماری سایکوتیک خودمشکوک و بیگانه‌از یکدیگرند. امتیاز پایین در مورد درگیری احتمالاً از کوشش درمانگر برای امتناع از بیان واضح عصبانیت و اصطکاک میان افراد در وضعیت «حالا و اینجا» نتیجه شده بود، گرچه به بیماران اجازه داده می‌شد که درباره عصبانیت خود در مورد کسانی که خارج از گروه بودند صحبت کنند.

در همان مطالعه، عناوین تشریحی مهمی در بیشتر از ۳۴ جلسه مورد بررسی

۱۰. منازل میان راهی خانه‌هایی است که بیمار در آن بطور نیمه مستقل زندگی می‌کند و تحت درمان و پیگیری است.

قرار گرفته است. این عناوین بعداً در یکی از چهار گروه از تیت‌های خوشه‌ای که در کار قبلی یا این گروه مهم تلقی شده بودند جای داده شدند. درجهت کاهش فراوانی، این عناوین خوشه‌ای عبارت‌اند از:

۱. تشویق در ارتباط با دیگران: ۲. بیان عواطف: ۳. لمس و استحسان واقعیت: ۴. اندرزگویی.

تشویق ارتباط با دیگران کار اساسی و عظیمی برای یک گروه بیماران بستری اسکیزوفرن است. چون آنها اغلب افراد تنها و ایزوله شده و کسانی‌اند که به‌ندرت با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند بخصوص وقتی که بیشتر سایکوتیک می‌شوند. آگاهی از اینکه آنها در سختیها و مشکلات خود تنها نیست می‌توانند مشکلات خود را با دیگر افراد گروه در میان بگذارند، می‌تواند در کاهش اضطراب، پیشبرد فنون ارتباطی و به‌وجود آوردن محیط گروهی چسبنده بسیار مفید باشد. یکی از راههای رسیدن به این منظور تشویق بیماران جدید به صحبت در مورد علایم سایکوتیک خود با دیگر افراد گروه در اولین فرصت است.

برای مثال، به این صورت رسم است که جلسه با معرفی اعضای گروه بیماران جدید با استفاده از روش دور زدن و به همه رسیدن شروع می‌شود: بعد از اعضای قدیمی تقاضا می‌شود که هدف گروه را بخوبی بیان کنند. چنانچه گفته نشده باشد. درمانگر قید می‌کند که بیشتر بیماران در گروه صداهایی شنیده‌اند، نسبت به دیگران احساس شک و تردید کرده‌اند و یا سردرگمی را تجربه کرده‌اند. سپس از عضو جدید سوال می‌شود که آیا چنین مشکلاتی را دارد یا خیر؟ وقتی یک چنین مسئله‌ای اعتراف شد، اعضای دیگر تشویق می‌شوند که تجربیات خود را در میان بگذارند و به عضو جدید در گروه بگویند که آنها چطور یاد گرفتند با این مشکلات سازگاری کنند. این تمرین به قصد درون جمع آوردن عضو جدید در گروه و نشان دادن اینکه عضو جدید در داشتن مشکلات تنها نیست به‌کار می‌رود. تقویت ارتباطی چشمی و تشویق به بحث در میان افراد در وضعیت «حالا و اینجا» به بیمار کمک می‌کند یاد بگیرد بعداً بهتر با دیگر افراد جامعه ارتباط برقرار بکند. همچنین بیماران تشویق می‌شوند که در بخش بعد از هر جلسه با هم ارتباط برقرار بکنند و وعده کنند که آخر هفته را با هم بگذرانند.

بیماران اسکیزوفرن از امکان و فرصت بیان عواطف بخصوص در مورد تنهایی و افسردگی استقبال می‌کنند. عواطفی که به‌مسائل جنسی مربوط می‌شود ایجاد اضطراب می‌کند و شخص در تشویق چنین بخشهایی باید با احتیاط عمل کند. این مسئله در زمانی که عضوی در گروه بطور هذیانی در مورد مسائل جنسی برخوردهایی داشته باشد مشکل خاصی را به‌وجود می‌آورد. بحث در مورد عصبانیت مابین افراد گروه شدیداً تولید اضطراب می‌کند و احتمال دارد به حرکات انفجاری ناگهانی همراه با تهدید به صدمه فیزیکی در گروه منجر شود. برای مثال بیماری که پارانوئید و دچار نهم‌بود با توجه به رفتار نامتناسب خود به وسیله یک بیمار دیگر با عصبانیت

شدید به مبارزه طلبیده شده بود. بیمار سایکوتیک مشتبه‌ای خود را محکم کرده در حالت تهدید و ترساننده ایستاده بود. یکی از دو درمانگر بلافاصله دخالت کرد و با بیمار اتاق را ترک کرد تا وی را آرام سازد.

در مقابل، وقتی عصبانیت به شکل موضوع کلی یا عصبانیت نسبت به مردم و وقایع خارج از گروه مورد بحث قرار گرفته است، بنحو بهتر تحمل گردیده است و امکان دارد به‌بشپای مفیدی در مورد سازش يك بیمار بخصوص در گروه هدایت شود. مسئله مهم دیگر گروه بیماران بستری اسکیزوفرنیک کمک به آنها برای امتحان واقعیتها از طریق استفاده از پندهایی که درمانگر و اعضای کمتر سایکوتیک می‌دهند است. این کار درجهت به مبارزه طلبیدن توهمات و هذیانها و تشویق رفتارهای سازشی مناسب یکار می‌رود. برای مثال يك بیمار معتقد بود که نقشه‌ای در بخش برای مسموم کردن وی وجود دارد. این امر به‌عزم علاقه او به خوردن غذا در بیمارستان منجر شده بود درمانگر از اعضای دیگر گروه بنویت خواست تا نظریات خود را ارائه دهند. و چند نفر ذکر کردند که آنها باور نداشته‌اند که غذا مسموم شده است. یکی از بیماران گفت که زمانی اینچنین باوری داشته است اما همینکه بهتر شده است این افکار از وی دور شده‌اند. بیمار پارانوید بتدریج شروع به تنسیب نظر و پیروی از قوانین بخش کرد. گرچه درمانهای آنتی سایکوتیک و تشویقهای کارکنان بخش بدون شك به این کوشش کمک کرد، اما شنیدن این نظر از زبان بیماران دیگر در گروه کمک کرد که بیمار هذیانهای خود را تدریجاً با جواب دادن به باورهای خود در يك محیط مطمئن و حمایت کننده حل کند. با وجود این تشخیص این نکته مهم است که مواجهه مستقیم با مسایل هذیانی وقتی احتمال موفقیت بیشتری را دارد که بیمار خود شروع کند به اعمال سایکوتیک خود جواب دهد و ضمناً چند بیمار دیگر همراه با درمانگر از واقعیت حمایت کنند.

بخشهای گروه اغلب در اطراف استراتژیهای سازشی مخصوصی مثل افزایش درمان آنتی سایکوتیک، گفتگو در مورد غلایم و اعمال سایکوتیک با دیگر افراد، به درمانگر مراجعه کردن، کاهش فشارهای زندگی و اشتغال به فعالیتهای جالب و بیان فریادگونه صداها، متمرکز می‌شود.

در گروههای بیماران بستری اسکیزوفرنیک احتمال دارد اندرزگویی در مورد مسایلی مثل عوارض دارویی، خانه‌های میان راهی و طرحهای ترخیص مورد استفاده قرار بگیرد. گرچه تلقی بیماران و نتیجه تحلیل محتوای عناوین مورد بحث، اندرز دادن را به صورت قانون درآورده است. احتمالاً این به آن خاطر است که بیماران اغلب بوسیله درمانگر و دیگر کارکنان يك واحد یا بوسیله دوستان و آشنایان پند داده می‌شود و شاید آنها نیاز ندارند که در گروه درمانی هم با چنین موضوعاتی روبرو شوند. با این همه مواقعی وجود دارد که دادن پند و دیدن نتیجه کار بیماران دیگر در رابطه با مسایل خانه‌های میان راهی و یا درمان، برای يك بیمار جدید که سعی می‌کند در ضمن غلبه بر تجربیات سایکوتیک تصمیم سهمی در زندگی خود بگیرد می‌تواند

منفید باشد.

مطالبی مانند تفسیر روابط عاطفی متقابل Transference و مسائل ناخود آگاه در گروه شدیداً نادر بود. در مطالعه پرسشنامه‌ای که قبلاً ذکر گردید، در یک سری ۱۳ جمله‌ای که عوامل درمانی را بیان می‌کرد جمله‌ای که با توجه به بینش در مورد دلیل مشکلات شخص بود در ردیف نهم قرار گرفت. گرچه از دادن بینش در مورد مسایل ژنتیک به بیماران سایکوتیک می‌بایستی پرهیز شود، ولی این امکان هست که اسکیزوفرنها مقداری آگاهی محدود در مورد چگونگی اعمال آنها که می‌تواند مستقیماً بر مردم اثر کند و یا منتصبی به بدتر شدن بیماری آنها گردد بدست آورند. برای مثال رابطه مابین قطع درمان و افزایش توهمات و هذیانها بدنبال آن اغلب مورد بحث قرار می‌گیرد.

مسائل تکنیکی گروههای بیماران سرپایی اسکیزوفرن

بطور کلی از نظر کمی گروه درمانی برای بیماران سرپایی اسکیزوفرن کمتر از گروه بیماران مشابه بستری تشکیل می‌گردد. جلسات هفتگی این امتیاز را دارد که امکان تداوم مطالب مورد بحث را می‌دهد و بیماران حتی با اشتیاق بیشتری در گروه شرکت کرده آنها بخوبی عمل کرده‌اند. بطور معمول جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. معمولاً چون بیماران سرپایی اسکیزوفرن در مقایسه با بیماران اسکیزوفرن بستری کمتر بصورت حاد و پایدارتراند، گروه آنها ۱۰ تا ۱۵ عضو می‌تواند داشته باشد. چنین گروههایی بسته به شرایط و اهداف درمانگر می‌تواند باز یا بسته باشد. درمانگر معمولاً در مقایسه با وضعیتهای بیماران بستری کمتر راهنما و فعال است، اما در مقایسه با گروههای بیماران سرپایی غیر سایکوتیک بایستی بیشتر حمایت‌کننده و فعال باشد. هماهنگی به صورت یک عامل مهم درمانی باقی می‌ماند.

در یک تحقیق جدید، یک گروه بیماران اسکیزوفرنیک (در شش ماه اول تشکیل آن) مطالعه شده بود. با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه جو گروهی، ملاحظه گردیده بود که این گروه در زمینه کناره‌گیری از گروه از یک گروه نمونه بهنجار بیماران سرپایی نوروتیک و با اشکالات منشی، امتیاز بالاتری را آورده بود. احتمالاً این موضوع مشکلات بیماران اسکیزوفرن را در ابعاد خودافشایی و ریسک کردن منکس می‌کند. مع هذا مشخص گردید که چسبندگی این گروه کمتر از آن نمونه غیر سایکوتیک نبوده است و با گذشت زمان کشمکش میان افراد کمتر و چسبندگی گروه بیشتر شده بود. همانند مطالعه بیماران بستری که قبلاً شرح آن رفت، در طی ۲۶ جلسه‌ای که گروه مورد مطالعه قرار گرفته بود تحلیل محتوای عناوین مطالب و مطالب انجام شد. درجهت کاهش فراوانی، به ترتیب اهمیت، چهار خوشه اصلی مطالب عبارت بودند از: ۱. تشویق ارتباط با دیگران: ۲. امتحان واقعیت: ۳. بیان عواطف: ۴. اندرزگویی.

همانند وضعیت بیماران بستری، تشویق ارتباط مابین افراد در گروههای بیماران سرپایی اسکیزوفرن از اهمیت اساسی برخوردار است، شاید به این خاطر که اغلب این بیماران تنها زندگی می‌کنند و از سیستم حمایتی کمی برخوردارند. برای اکثر بیماران، گروه درمانی تجربه اساسی آنها در جهت اجتماعی شدن است. چگونگی بالا بودن درجه شرکت داشتن بیماران شگفت‌آور است. در بعضی از مطالعات درجه شرکت داشتن ۹۵٪ یا بیشتر را به خود اختصاص داده است، و در مطالعه قبلی که ذکر آن رفت درجه شرکت داشتن ۸۸٪ بود. در گروههای بیماران سرپایی اسکیزوفرن، بیماران می‌بایستی تشویق شوند که به همدیگر نگاه کنند و در وضعیت «حالا و اینجا» یا هم ارتباط برقرار بکنند. علاوه بر آن، ممکن است بیماران از گروه برای دریافت پند و تشویق در مورد روابط خارج از گروه استفاده کنند. برای مثال یک مرد جوان در یک گروه اسکیزوفرن هرگز سرقرار ملاقاتی نرفته بود. او در چندین جلسه متوالی نقشه‌های خود را در مورد درخواست وعده ملاقات با خانمی که در فروشگاه مخصوص بیماران حمایت شده کار می‌کرد بیان کرد. او تشویقهای زیادی را از طرف اعضای گروه، بخصوص از طرف چندین خانم دریافت کرد. در یکی از جلسات بعدی، او با افتخار اعلام کرد که حقیقتاً از آن خانم برای صرف نهار دعوت به عمل آورده و مهمان خوبی پیش‌رفته است. این خبرها با هیجان و خوشحالی زیادی از جانب اعضای دیگر گروه رویو شد (۲)

اغلب بیماران قبل و بعد از گروه با هم صحبت می‌کنند و امکان دارد بنخواهند بعد از گروه همدیگر را ببینند. گرچه این موضوع زیاد منع نمی‌گردد ولی چنین تماسهایی خارج از گروه باید بطور مشخص مطالعه شوند، و اعضا باید بدانند مسایلی که در این روابط ممکن است ایجاد گردد می‌تواند موضوع بحث جلسه آینده گروه شود.

از آنجا که بیماران اسکیزوفرن سرپایی از بیماران بستری مشابه خود کمتر بصورت حادث می‌توانند با اضطراب و تخریب کمتری استراتژیهای سازشی را در نظر بگیرند. همچنین آنها به بحث در مورد بعضی از تظاهرات درم ریختگی خود با یکدیگر بیشتر علاقه نشان می‌دهند. گرچه بدون شک این به عنوان عملی برای ازدیاد چسبندگی بکار می‌رود. همچنین خصوصیات از قبیل غلبه و جلوگیری از حوادث آینده را هم در برمی‌گیرد.

بعضی اوقات بیماری در گروه شروع به پس رفت می‌کند و کمک به وی در لمس واقعیت فعالیت یا ارزشی می‌شود. تشویق چنین بیماری برای افزایش دارو و دادن اطمینان در مورد اینکه تجربیات ترس‌آور واقعیت ندارد، نه فقط برای بیمار فوق بلکه برای اعضای دیگر گروه هم ممکن است مفید باشد. به همین صورت، بیمارستان زدگی یک عضو گروه از مسایل اساسی گروه است و این مسئله باید در جلسات بعدی گروه مطالعه و تشریح گردد.

۲. تجربه و مثال مذکور مطابق با فرهنگ و ارزشهای غربی است.

در گروه باید به بیماران اجازه داده شود که عواطف خود را بیان و مورد بحث قرار دهند. همانند وضعیت بیماران بستری، اکثراً مسایلی شامل افسردگی و تنهایی مورد بحث قرار می‌گیرد. بخشهایی شامل مسایل جنسی و حتی عصبانیت در مقایسه با گروه بیماران بستری بنظر می‌آید در این گروه بهتر تحمل می‌گردد، شاید به این سبب که بیماران به درجه کمتری سایکوتیک‌اند و بهتر می‌توانند با اضطراب ایجاد شده مقابله کنند. با این همه شخص درمانگر هنوز در رابطه با موضوع عصبانیت می‌بایستی احتیاط کند. برای مثال یکی از جلسات گروه، یک عضو بناظر عدم گفتگو و عدم حمایت وی با عصبانیت با بیمار دیگر درگیر شد. در جلسه آینده، دو بیمار دیگر با شکفت‌زدگی فریاد زدند که آیا گروه در مورد عصبانیت اجازه بحث کردن می‌دهد یا نه؟ این کاملاً آشکار بود که آنها در مورد این مسایل احساس اضطراب زیاد می‌کردند بنابراین، مطلب فوق مورد توافق قرار گرفت که عصبانیت موضوع مناسبی برای گروه است. و اگر کسی در حین بخشهای آینده احساس اضطراب کرد باید آنرا اظهار کند. این مطلب ذکر شده بود که گروه می‌توانست با وجود طفیانهای عصبانیت تداوم داشته باشد و همچنین درمانگر نباید اجازه دهد که اختیار از دستش بیرون برود. این روش برای کاهش اضطراب و تشویق بیماران در جهت نداشتن ترس از عصبانیت خود بکار می‌رفت.

اندر زگویی در گروههای بیماران سرپایی از اهمیت بیشتری برخوردار است تا اینکه در گروه بیماران اسکیزوفرن بستری. اصولاً گروه تنها مکانی است که بیماران می‌توانند موضوعاتی شامل درمان، شغل، تحصیل و خانه‌های میان‌راهی و غیره را مطرح و بیان کنند. در اکثر مواقع این مطالب باز می‌شود و بیماران از نتیجه بحث، از بیماران دیگر و از درمانگر استفاده می‌برند. با این همه در مطالعه عنوان این مهم‌گروه، در گروه بیماران سرپایی، اندرزگویی در ردیف آخر جای گرفته است. در گروه بیماران سرپایی از تفسیر ژنتیک موضوعاتی مانند عقده‌های ناخود آگاه و روابط عاطفی متقابل باید پرهیز کرد. با این همه اسکیزوفرنهای سرپایی، حتی بیشتر از بیماران بستری قادرند اطلاعاتی در مورد اینکه چگونه رفتار آنها منجر به روابط ناسازگارانه و (نشانه شناسی) علائم سایکوتیک می‌شود بدست آورند. برای مثال، یک بیمار بهبود یافته و پایدار قادر بود که توضیح دهد چگونه وی همیشه مشکلاتی در برقراری رابطه با دیگران داشته است، حتی وقتی هم که وی دختر بوده است. او این مشکلات را به روابط جاری مربوط می‌ساخت. این بیمار از این مسئله آگاه بود و در جهت استفاده بیشتر وی و دیگر بیماران مسئله در گروه که محیط حمایت کننده و تشویق کننده بود تشریح گردید.