

راهنمای فراگیری روان‌درمانی حمایتی

همراه با مثال‌های بالینی

راهنمای فراگیری روان‌درمانی حمایتی

همراه با مثال‌های بالینی

تألیف

آرنولد وینستون

ریچارد ن. روزنتال

هنری پینسکر

ترجمه

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی



<p>سرشناسه: وینستون، آرنولد، ۱۹۳۲۵ م. Winston, Arnold عنوان و نام پدیدآور: راهنمای فراگیری روان‌درمانی حمایتی: همراه با مثال‌های بالینی / تألیف [آرنولد وینستون، ریچارد ن. روزنتال، هنری پینسکر]؛ ترجمه عنایت خلیقی سیگارودی. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۳. مشخصات ظاهری: ۱۸۴ ص، قطع: وزیری شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۸۳-۶</p> <p>عنوان اصلی: Learning Supportive Psychotherapy: An Illustrated Guide, c2012.</p> <p>موضوع: روان‌درمانی حمایتی؛ روان‌درمانگر و بیمار شناسه افزوده: روزنتال، ریچارد ن. Rosenthal, Richard N؛ پینسکر، هنری، ۱۹۲۸ م. Pinsker, Henry؛ خلیقی سیگارودی. عنایت، ۱۳۵۱-، مترجم. رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۹ و ۸۶ ر/۴۸۹ RC رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۵۹۱۴۲۳ شماره کتابشناسی ملی: ۳۵۴۸۵۸۵</p>	<p>آرنولد وینستون؛ ریچارد ن. روزنتال؛ هنری پینسکر راهنمای فراگیری روان‌درمانی حمایتی (همراه با مثال‌های بالینی) ترجمه: عنایت خلیقی سیگارودی فروست: ۸۰۹ ناشر: انتشارات کتاب ارجمند صفحه‌آرا: سوسن علیزاده مدیر هنری: احسان ارجمند ناظر چاپ: سعید خانکشلو چاپ: سامان، صحافی: روشنگر چاپ اول، فروردین ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۸۳-۶</p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p> <p style="text-align: right;">www.arjmandpub.com</p>
--	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
شعبه رشت: خ نامجو، رویروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶
شعبه بابل: خ گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴
شعبه ساری: بیمارستان امام، رویروی ریاست، تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۱۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک	:۱ ارسال عدد
دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک	:۲ ارسال عدد
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	: ارسال ایمیل



فهرست مطالب

مقدمه	۶
سخن مترجم	۹
مقدمه مؤلفان	۱۰
تقدیر و تشکر	۱۲
۱ مفهوم روان‌درمانی حمایتی	۱۳
۲ اصول و نحوه اجرا	۲۶
۳ سنجش، فرمول‌بندی موردی و تعیین هدف	۴۵
مثال بالینی ۱: سنجش	۴۸
۴ فنون	۶۴
مثال بالینی ۲: ناخوشی روانی شدید مداوم در یک بیمار فاقد حس همکاری	۸۴
مثال بالینی ۳: درمان حمایتی - بیانی	۹۰
۵ چارچوب کلی روان‌درمانی حمایتی	۱۰۲
۶ رابطه درمانی	۱۱۸
مثال بالینی ۴: برخورد با اتحاد نامناسب	۱۲۴
۷ مداخله در بحران	۱۳۵
مثال بالینی ۵: مداخله در بحران	۱۳۸
۸ قابلیت کاربرد در جمعیت‌های خاص	۱۵۲
مثال بالینی ۶: اختلال مصرف مواد	۱۶۷
۹ ارزیابی کفایت و تحقیقات پیامد	۱۷۳
نمایه	۱۸۷



مقدمه

هدف روان‌درمانی حمایتی تقویت توانایی‌های بیمار برای کنار آمدن با منابع استرس است. در این درمان درمانگر به دقت به مخاطب خود گوش فرا می‌دهد، او را تشویق به بیان افکار و احساساتش می‌کند، به او کمک می‌کند که با درک عمیق‌تر از شرایط خود و گزینه‌های پیش‌رو اعتماد به نفس خود را ترمیم کند و در برابر مشکلات تاب بیاورد. در این درمان کاوش عمیق تعارضات و ارایه تفسیرهای نافذ انجام نمی‌شود. بلکه درمان بیشتر متمرکز بر ایضاح^۱ و تخلیه هیجانی^۲ است. این درمان فاقد تئوری منسجم درباره ذهن و شخصیت است و، در واقع، فقط مجموعه‌ای از فنون است که می‌توانند در هر چارچوب نظری‌ای استفاده شوند (۱).

این تعریف ساده و جذاب منجر به شکل‌گیری سوء برداشت‌هایی درباره روان‌درمانی حمایتی شده بود. سالیان طولانی تصور بر این بود که این درمان نیاز به آموزش خاصی ندارد و تنها داشتن قوه درک بیماران، مقداری مهارت‌های بین‌فردی و توانایی همدلی برای اجرای آن کافی است. ولی به تدریج این برداشت اصلاح شد و این درمان جایگاه خاص خود را پیدا کرد، به طوری که اکنون در برنامه آموزش دستیاری روان‌پزشکی آمریکا از روان‌درمانی‌هایی محسوب می‌شود که آموختن آن الزامی است (در کنار روان‌درمانی شناختی رفتاری، روان‌درمانی ترکیبی^۳، روان‌درمانی پویشی^۴، یک روان‌درمانی کوتاه‌مدت و درمان دارویی). این نوع روان‌درمانی در بین روان‌پزشکان فارغ‌التحصیل نیز شایع‌ترین درمان غیردارویی است که مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲ و ۳). در این بین، حتی برخی پیشنهاد کرده‌اند که این درمان باید به آموزش‌های دوران پزشکی عمومی نیز اضافه شود. (۴).

مطالعات نیز نشان می‌دهند که روان‌درمانی حمایتی برای طیف وسیعی از اختلالات کاربرد دارد: از اختلالات روان‌تنی^۵ تا افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت. در حالت کلی‌تر، این درمان مناسب برای کلیه بیمارانی است که به دلیل ضعف من^۶ احتمال و شدت به هم ریختن آنها زیاد است. بنابراین، می‌توان آن را در موارد زیر به کار برد: فردی که در بحران قرار می‌گیرد و نمی‌تواند با آن کنار بیاید، بیماری

1. clarification

2. abreaction

3. combined psychotherapy

4. psychodynamic Psychotherapy

5. psychosomatic

6. ego

که آسیب روانی عمیق و مزمنی دارد، بیماری که مشکلات شناختی و یا فیزیکی دارد و فردی که تمایلی به درمان‌های تحلیلی ندارد. به علاوه، می‌توان از آن در مراحل ابتدایی درمان برای آماده‌سازی فرد برای درمان‌های عمیق‌تر استفاده کرد (۵). بر این اساس، می‌توان گفت که بیمارانی وجود دارند که مناسب‌ترین درمان برای آنها روان‌درمانی حمایتی است. از طرف دیگر، با توجه به شرایط اجتماعی اقتصادی موجود، درمان‌های کم‌هزینه‌تر و هماهنگ شده با نیازهای بیماران اغلب مناسب‌تر از درمان‌های پیچیده‌تر و پرهزینه‌تر هستند.

مطالب بالا نشان می‌دهند که روان‌درمانی حمایتی باید جزیی از آموزش‌های هر روان‌پزشکی باشد. ولی متأسفانه در کشور ما منابع چندانی به زبان فارسی برای مطالعه این رویکرد وجود ندارد. بنابراین انتخاب این کتاب برای ترجمه، خردمندانه و با در نظر گرفتن نیاز موجود بوده است. مؤلفان نیز سال‌های طولانی در این حوزه تجربه دارند و این موضوع کتاب آنها را شیرین، روان و پربار کرده است. به همین دلیل است که این کتاب توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا به‌عنوان کتابی که باید خوانده شود معرفی شده است.

قلم توانای جناب آقای دکتر سیگارودی و علاقه ایشان به ادبیات متن ترجمه را در خور توجه کرده است. علاقه و تسلط ایشان به روان‌درمانی نیز به انتقال مفهوم کمک فراوانی کرده است. انشاء‌الله در آینده شاهد ترجمه‌های ارزنده‌تری از ایشان باشیم. مطالعه کتاب حاضر را به همه کسانی که به درمان بیماران روان‌پزشکی اشتغال دارند، صرف‌نظر از علاقه و استفاده یا عدم استفاده از روان‌درمانی، توصیه می‌کنم. خصوصاً، این کتاب می‌تواند منبع مناسبی برای آموزش‌های غیردروسی در دوران دستیاری روان‌پزشکی باشد.

دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی

روان‌پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
بخش روان‌درمانی مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران

منابع

1. Pinker H. The role of theory in teaching supportive psychotherapy. American journal of psychotherapy. 1994 Fall;48: 530-42. PubMed PMID: 7872416. Epub 1994/01/01. eng.
2. Hellerstein DJ, Markowitz JC. Developing supportive psychotherapy as evidence-based treatment. The American journal of psychiatry. 2008 Oct;165(10):1355-6; author reply 6. PubMed PMID: 18829888. Epub 2008/10/03. eng.

3. Douglas CJ. Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *The American journal of psychiatry*. 2008 Apr;165(4):445-52. PubMed PMID: 18381914. Epub 2008/04/03. eng.
4. Philip NS, Rost-Banik D, Shaffer D, Shaffer S, Johnson B, Boland R. Supportive Psychotherapy: a crash course for Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2010 Jan-Feb;34 (1):57-60. PubMed PMID: 20071730. Epub 2010/01/12. eng.
5. Karasu TB, Karasu SR. psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 2769-71.



سخن مترجم

روان‌درمانی پویشی طیفی از درمان‌ها را شامل می‌شود که از بیانی‌ترین فرم تا حمایتی‌ترین آنها متغیراند. در بیانی‌ترین انتهای طیف روان‌کاوی قرار دارد و با حرکت به سمت کمتر بیانی و بیشتر حمایتی، به ترتیب، اشکال بیانی - حمایتی، حمایتی - بیانی، حمایتی، مشاوره و رابطه‌ی حمایتی قرار می‌گیرد. این پیوستار، از نظر فراوانی کاربرد، شکل زنگوله‌ای دارد، به این معنی که اشکال میانی، در عمل، بیشترین کاربرد را دارند. به عبارتی، روان‌درمانی حمایتی (حمایتی - بیانی)، در بین سایر اشکال درمان‌های پویشی، بیشترین کاربرد را دارد. درمانگران باید با هر دو رویکرد بیانی و حمایتی آشنا باشند و بتوانند، بسته به شرایط، آنها را با هم تلفیق کنند.

روان‌درمانی حمایتی به صورت گفت و شنودی انجام می‌شود (درمانگر فعال است). این رویکرد به بررسی تجارب جاری و گذشته، عکس‌العمل‌ها و احساسات بیمار می‌پردازد و کانون اصلی آن عزت نفس، عملکرد من (ego) و مهارت‌های انطباقی است. ایجاد، حفظ و ارتقای اتحاد درمانی، در این رویکرد، از اهمیت خاصی برخوردار است؛ و افزایش حس تسلط بر خود، حفظ و تقویت عزت نفس، کاهش نشانه‌ها یا ممانعت از عود آنها و به حداکثر رساندن ظرفیت انطباقی از اهداف مهم آن محسوب می‌شود.

کتاب حاضر توسط انتشارات روان‌پزشکی آمریکا، شاخه‌ای از انجمن روان‌پزشکی آمریکا، تهیه و منتشر شده است و جزئی از مجموعه کتاب‌های کفایت‌های محوری در روان‌درمانی است که از سوی این انجمن به عنوان مرجع معرفی می‌شوند. امیدوارم از مطالعه کتاب بهره‌ی دلخواه را ببرید و ما را در تصحیح و بهبود کار یاری دهید.

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی

آبان نود و دو



مقدمه مؤلفان

مفتخریم که ویراست بازنگری شده کتابمان، **مقدمات روان‌درمانی حمایتی**^۱ را که اول بار در سال ۲۰۰۴ منتشر شد، معرفی می‌کنیم. تغییرات عمده‌ای در کتاب اعمال نموده‌ایم که مهم‌ترین آنها اضافه کردن شش مثال بالینی است که رویکرد کلی ما در روان‌درمانی حمایتی و کاربرد فنون متنوع این شیوه را شامل می‌شود.

فصل مربوط به مفهوم روان‌درمانی حمایتی (فصل ۱)، با تأکید بر حل ناهمخوانی اصطلاحات، مبتنی بر رویکردی تاریخی محور و متمرکز بر پیدایش تکوینی روان‌درمانی حمایتی، کاملاً بازنویسی شده است. سعی داریم روشن کنیم که اگرچه درمان‌های حمایتی و بیانی به عنوان رویکردهایی متضاد آموزش داده می‌شوند، اما در شرایط بالینی عناصر حمایتی و بیانی همیشه تلفیق می‌شوند. به علاوه، در توصیف تاکتیک‌های درمان بازنگری شده است، به طوری که مواد آن با توالی‌ای که، به نظر ما، برای درمانگران تازه کار مفید است ارائه می‌شود. فصل مربوط به چارچوب کلی (فصل ۵) را با مثال‌های جدید توسعه داده‌ایم و در فصل مربوط به قابلیت کاربرد در جمعیت‌های خاص (فصل ۸) تحقیقات جدید در زمینه اثرات روان‌درمانی حمایتی در اختلالات شخصیت و، همچنین، یک مثال بالینی اصلاح شده را ارائه کرده‌ایم. به علاوه، فصل مربوط به رابطه درمانی (فصل ۶) شامل یک مثال بالینی مفصل است. فصل ۹، مربوط به ارزیابی کفایت و تحقیقات پیامد، نیز به روز شده است.

وقتی مقدمات روان‌درمانی حمایتی برای اولین بار منتشر شد، کمیته تجدیدنظر دستگیری روان‌پزشکی^۲ دستور داد که همه دستیاران روان‌پزشکی کفایت انجام پنج نوع روان‌درمانی را کسب کنند. در سال ۲۰۰۷، این الزام به سه نوع روان‌درمانی تغییر داده شد: حمایتی، روان‌پویشی و شناختی - رفتاری (شورای تأیید آموزش تخصصی پزشکی^۳، ۲۰۰۷). ما در این کتاب رویکردی سیستماتیک به یکی از این درمان‌ها (روان‌درمانی حمایتی) را تشریح می‌کنیم.

-
1. Introduction to Supportive Psychotherapy
 2. Residency Review Committee for Psychiatry
 3. Accreditation Council for Graduate Medical Education

این کتاب برای درمانگران تازه کار نوشته شده است که نیاز دارند بنیان‌های روان‌درمانی و، به‌طور
اخص، نحوهٔ صحبت کردن با بیماران روان‌درمانی را بیاموزند. همهٔ پزشکان برای درمان بیماران به دنبال
روش‌های تأثیرگذار هستند. ما معتقدیم که دستیاران تازه‌کاری که به انجام روان‌درمانی حمایتی اهتمام
می‌ورزند برای اجرا و پیشرفت روان‌درمانی، از ابتدا تا انتها، به رهنمودهای واضحی نیاز دارند. بر این
اساس، برای کمک به تازه‌کارها در چهار حوزهٔ عمده رهنمودهای ساده و روشنی ارائه کرده‌ایم:

- حفظ اتحاد درمانی مثبت
- فهم و فرمول‌بندی مشکلات بیمار
- تعیین اهداف درمانی واقع‌گرایانه
- آگاهی از اینکه چه باید به بیمار بگوییم (فن)

پس از معرفی مفهوم روان‌درمانی حمایتی، اصول پایهٔ این رویکرد درمانی و موقعیت روان‌درمانی
حمایتی را در پیوستار روان‌درمانی حمایتی تا بیانی، بر مبنای وسعت و درجهٔ آسیب‌شناسی روانی
بیمار، ارائه می‌کنیم. سپس، مداخلات روان‌درمانی حمایتی قابل استفاده برای درمانگر، چگونگی انجام
ارزیابی کامل و فرمول‌بندی بیمار، و فرآیند تعیین اهداف واقع‌گرایانه با همراهی بیمار را توصیف
می‌کنیم. آنگاه، چارچوب کلی روان‌درمانی حمایتی (شامل موارد استعمال، مراحل درمان، آغاز کردن و
خاتمه دادن جلسات و خط و مرزهای حرفه‌ای) تشریح می‌شود. در عین حال، موضوعات رابطهٔ درمانی
(انتقال، انتقال متقابل، اتحاد درمانی) و رهنمودهای خودافشا را نیز لحاظ کرده‌ایم.

همچنین، مداخله در بحران، که از بسیاری رویکردهای روان‌درمانی حمایتی بهره می‌برد، و قابلیت
کاربرد روان‌درمانی حمایتی در جمعیت‌های خاص، شامل بیماران دچار ناخوشی روانی مزمن،
سوء مصرف مواد و اختلالات همگیر^۱، را شرح می‌دهیم و کتاب را با بحث در مورد نحوهٔ مشخص کردن
کفایت دستیاران در روان‌درمانی حمایتی و با ارائهٔ شواهد اثربخشی روان‌درمانی حمایتی، شامل
خلاصه‌ای از چند کارآزمایی پیامد، به پایان خواهیم برد.

آرنولد وینستون^۲، دکترای پزشکی

ریچارد ن. روزنتال^۳، دکترای پزشکی

هنری پینسکر^۴، دکترای پزشکی

1. comorbid

2. Arnold Winston

3. Richard N. Rosenthal

4. Henry Pinsker



تقدیر و تشکر

ما مدیون تعدادی از همکارانمان هستیم که به ما در تأمین مطالب این کتاب و نگارش آن یاری رساندند. لازم است از میمی لی^۱ به خاطر کمک در آماده‌سازی پیش‌نویس تشکر خاص کنیم. بوری وینستون^۲ نیز بازخوردهای مهمی در مورد هر یک از فصول ارائه نمود.

دستیاران مرکز طبی بث ایزرئیل^۳ و مرکز بیمارستانی لوکس - روزولت^۴، به عنوان بیمار و درمانگر، برای تهیه مثال‌های بالینی روان‌درمانی به خدمت گرفته شدند. از ایشان به خاطر تلاششان سپاسگزاریم. دستیاران زیر از مرکز طبی بث ایزرئیل شرکت کردند: کارولین بلکمن^۵، نیویا کالیکو^۶، دیوید اجکوم^۷ و گلن اکیوگروسو^۸ (همگی دکترای پزشکی). دستیاران زیر از مرکز بیمارستانی لوکس - روزولت شرکت کردند: جاستین کاپوتی^۹، نونسو اکین اینکوچی^{۱۰}، آدرین میشکین^{۱۱} و ویند پاچاگیری سورش^{۱۲} (همگی دکترای پزشکی).

مایلیم به اهمیت برنامه تحقیقاتی روان‌درمانی مختصر بث ایزرئیل در فراهم کردن محیط نگارش این کتاب اقرار نماییم و از همکارانمان در این برنامه، به خصوص جان کریستوفر موران^{۱۳}، چرمی سفران^{۱۴} و لیزا والنر سمستاگ^{۱۵} قدردانی کنیم. در آخر، از گروه پژوهش روان‌درمانی حمایتی، شامل ویکتور گلدین^{۱۶}، استر گلدمن^{۱۷}، دیوید هلراشتاین^{۱۸}، دیوید جین‌وی^{۱۹}، استیو کلی^{۲۰}، لی شومشتاین^{۲۱}، فرن سیلورمن^{۲۲}، جفری سولگان^{۲۳}، آدام ویلنسکی^{۲۴} و فیلیپ یانوویچ^{۲۵}، به خاطر کمک در تکوین بسیاری از ایده‌های لحاظ شده در این کتاب، سپاس‌گذاری می‌کنیم.

1. Mimi Lee

4. Luke's-Roosevelt

7. David Edgcomb

10. Nonso Ekene Enekechi

13. John Christopher Muran

16. Victor Goldin

19. David Janeway

22. Fran Silverman

25. Philip Yanowitch

2. Beverly Winston

5. Caroline Blackman

8. Glenn Occhiogrosso

11. Adrienne Mishkin

14. Jeremy Safran

17. Esther Goldman

20. Steve Klee

23. Jeffrey Solgan

3. Beth Israel

6. Nivea Calico

9. Justin Capote

12. Vinod Pachagiri Suresh

15. Lisa Wallner Samstag

18. David Hellerstein

21. Lee Shomstein

24. Adam Wilensky



مفهوم روان‌درمانی حمایتی

خاستگاه‌ها

مفهوم روان‌درمانی حمایتی در اوایل قرن بیستم شکل گرفت تا رویکردی درمانی با اهدافی محدودتر از روان‌کاوی را ترسیم کند. اهداف درمان حمایتی، براساس تعریف اولیه‌اش، تغییر شخصیت بیمار نبود، بلکه بیشتر کمک به بیمار برای سازگاری با نشانه‌ها، پیشگیری از عود ناخوشی روانی و خیم یا کمک به فرد نسبتاً سالم برای سازگاری با یک مشکل گذرا بود. در سال‌های اخیر، محدوده روان‌درمانی حمایتی گسترده‌تر شده است. این امر بازتابی از تغییر در تعریف و، حتی بیش از آن، اجرای روان‌درمانی است. با وجودی که روان‌درمانی حمایتی، به طور مرسوم، با معیار خاستگاه‌هایش در روان‌کاوی توضیح داده می‌شود، رویکردی درمانی است که تاکتیک‌ها و اهداف مشترکی با مدیریت پزشکی دارد، که برای پزشکانی که وارد تخصص روان‌پزشکی می‌شوند آشناست.

در سال‌های آغازین قرن بیستم، روان‌کاوی، اساساً، تنها درمان روان‌شناختی رسمی حوزه پزشکی بود. درمانی که با عقاید روان‌کاوی همساز نبود به عنوان **تلقین**^۱ تحقیر می‌شد، رویکردی که برای درمان هیستری - اولین موضوع مورد توجه فروید - به کار گرفته می‌شد و گاهی هم موفق بود. وقتی درمانگران کاملاً آموزش دیده استفاده از رویکردهای حمایتی را افزایش و به کارگیری رویکردهای تحلیلی را کاهش دادند، روان‌درمانی حمایتی، که در حال حاضر تعریف وسیع‌تری یافته است، به درمانی بدل شد که برای «اکثریت قریب به اتفاق بیماران ویزیت شده در درمانگاه‌های روان‌پزشکی و مراکز بهداشت روانی» مورد استفاده قرار می‌گرفت (ورمن^۲، ۱۹۸۴، صفحه ۹) و تلقین دیگر، به عنوان **مدالیتة**^۳ درمانی، کنار گذاشته شد.

1. suggestion

2. Werman

3. modality

ناهمخوانی اصطلاحات

داگلاس^۱ (۲۰۰۸) مشاهده کرد - همان‌طور که ما مشاهده کرده بودیم (وینستون و همکاران، ۱۹۸۶) - که مؤلفان مختلف تعاریف مختلفی را برای روان‌درمانی حمایتی مطرح کرده‌اند و اینکه در پاسخ به سؤال «آیا روان‌درمانی حمایتی درمانی روان‌پویشی است یا شکل متمایزی از درمان؟» نظرات متفاوتی ارائه نموده‌اند. مشکل تعریف، همان‌طور که در این قسمت توضیح می‌دهیم، به علت وجود همزمان دو تعریف ناهمخوان از درمان روان‌پویشی تشدید شده است.

روان‌کاوی و روان‌درمانی اصولاً به عنوان درمان **روان‌نژندی**^۲ تکوین یافت، که درمان آن کار اصلی روان‌پزشکان مطبی (یعنی غیربیمارستانی) بوده است. روان‌نژندی به عنوان تلاش ناخودآگاه برای حل تعارض روان‌شناختی مفهوم‌پردازی شد. متفکران روان‌تحلیلی، که نظریه‌هایی را در مورد علل نشانه‌ها و مشکلات شخصیتی تدوین کردند، نهایتاً به نظریه‌ای کلی در مورد سازمان ذهنی^۳ و رفتار رسیدند که عموماً با عنوان نظریه روان‌پویشی شناخته می‌شود. بسیاری از مفاهیم نظریه روان‌پویشی به قدری فراگیر شد که، در حال حاضر، بسیاری از افراد جمعیت تحصیل‌کرده در جهان غرب آنها را به عنوان حقایق اثبات شده در مورد زندگی ذهنی پذیرفته‌اند.

با گسترش اقبال روان‌درمانی، درمانگران تکنیک‌های آن را در طیف وسیعی از مشکلات، که ورای چشم‌انداز شکل اولیه روان‌درمانی قرار داشت و توسط نظریه‌پردازان مربوطه به حد کافی توضیح داده نشده بود، به کار بردند. به علاوه، به علت ملاحظات کاربردی، که شامل حق‌الزحمه نیز می‌شد، سیر درمان اغلب شامل تعداد کمی ویزیت بود که تنها با هدف تسکین نشانه مطروح انجام می‌گرفت. درمانگران لازم دیدند که متعامل‌تر و راغب‌تر با بیماران رابطه برقرار کنند. پاسخ انعطاف‌پذیر به واقعیات بالینی کاربرد عمومی‌تر رویکردهای حمایتی را ایجاب می‌کرد؛ البته، بعضی درمانگران نگران بودند که با رعایت نکردن قوانین روان‌درمانی باعث تضعیف روان‌درمانی «واقعی» شوند.

درمانی که روان‌کاوی نبود، اما بر نظریات ارائه شده توسط روان‌کاوی مبتنی بود با نام **روان‌درمانی روان‌پویشی** شهرت یافت؛ در زمان‌های مختلف، آن را روان‌درمانی با رویکرد روان‌تحلیلی، روان‌درمانی فشرده^۴، روان‌درمانی افشاگر^۵، روان‌درمانی تغییرمحور^۶، روان‌درمانی بینش‌محور^۷ یا، اصطلاحی که ما به کار می‌بریم، روان‌درمانی بیانی^۸ (با رقص درمانی، هنر درمانی و امثال اینها اشتباه نشود، چون به اینها هم «بیانی» می‌گویند) نامیده‌اند. بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۷۰ روان‌درمانی روان‌پویشی به وسیع‌ترین رویکرد درمانی روان‌شناختی در ایالات متحده بدل شد. این رویکرد به عنوان مظهر نظریه‌های رشد شخصیت، با هدف عوض کردن فرآیند بیماری اولیه یا بازسازی شخصیت، آموزش داده شد (اورسانو^۹

1. Douglas

2. neurosis

3. mental organization

4. intensive

5. uncovering

6. change-oriented

7. insight-directed

8. expressive

9. Ursano

و سیلبرمن^۱، (۱۹۹۹). در مقالات روان‌درمانی، **تغییر شخصیت**، همواره، هدف فرض شده است. به هر روی، روان‌پزشکانی که در درمانگاه‌ها کار می‌کنند مسئول بیماران بسیاری هستند که هدف در آنها ثبات است، نه تغییر. ناهمخوانی تعاریف از این موضوع ناشی می‌شود که برخی نویسندگان از اصطلاح **روان‌درمانی روان‌پویشی**، به طور وسیع، برای توصیف همهٔ درمان‌هایی استفاده می‌کنند که در آنها فهم درمانگر از زندگی ذهنی مبتنی بر نظریات نویسندگان روان‌تحلیلی باشد، حال آنکه سایر مؤلفان از این اصطلاح به طور محدودتر و تنها برای درمان‌هایی که **فنون** اصلی درمان بیانی را به کار می‌گیرند بهره می‌برند.

تعاریف روان‌درمانی حمایتی حول چهار مضمون سازمان‌دهی شده است:

۱. آنچه درمانگر امیدوار است به آن دست یابد (مقاصد^۲ [درمانگر]) - به عنوان مثال حفظ یا بهبود عزت‌نفس بیمار، به حداقل رساندن یا ممانعت از عود نشانه‌ها و به حداکثر رساندن ظرفیت‌های انطباقی بیمار (پینسکر و همکاران، ۱۹۹۱).
۲. آنچه بیمار می‌خواهد به دست بیاورد (اهداف^۳ [بیمار]) - به عنوان مثال حفظ یا به دست آوردن مجدد بهترین سطح عملکردی ممکن، با توجه به حد و مرزهای شخصیت، توانایی ذاتی و شرایط زندگی‌اش (اورمانو و سیلبرمن، ۱۹۹۹).
۳. آنچه درمانگر انجام می‌دهد (فن) - به عنوان مثال، تشویق، اطمینان‌بخشی، آموزش و توصیه.
۴. آنچه که نیست - عرضه‌کنندهٔ برخی عناصر شکل ناقصی از درمان بیانی (دوالد^۴، ۱۹۷۱، ۱۹۶۴).

در پاسخ به سؤال «جایگاه روان‌درمانی حمایتی در میان مدل‌های فراوان روان‌درمانی کجاست؟» راکلند^۵ (۱۹۸۹) واژهٔ اختصاری POST را پیشنهاد کرده بر «درمان حمایتی با رویکرد روان‌پویشی^۶» دلالت می‌کرد، با این توضیح که «همهٔ روان‌درمانی‌ها هر دو مداخلهٔ حمایتی و بیانی را شامل می‌شوند و درمان باید بر فهم در حد امکان کامل تعارضات محوری، مانورهای دفاعی منشی، عملکردهای من، ساختار ابرمن و روابط با ابژه بیمار استوار باشد» (صفحهٔ ۷). با وجودی که واژهٔ اختصاری راکلند رواج نیافت، اما تفکر وی بازتاب دیدگاه‌های اکثر کسانی است که طی ۲۵ سال اخیر در مورد روان‌درمانی حمایت می‌نوشته‌اند. از سوی دیگر، همان‌طور که توسط مِلمان^۷ و برسین^۸ (۲۰۰۳) توصیف شد، کمیتهٔ تجدیدنظر دستگیری روان‌پزشکی تصریح کرد که از آغاز سال ۲۰۰۱ دستیاران باید در روان‌درمانی پویشی و روان‌درمانی حمایتی، که به عنوان دو مدالیتهٔ متمایز مشخص شده بودند، کفایت پیداکنند. با بررسی برخی مفاهیم کلیدی روان‌درمانی روان‌پویشی که توسط گابارد^۹ برشمرده شده است می‌توان به

1. Silberman
3. goals
5. Rockland
7. Melman
9. Gabbard

2. objectives
4. Dewald
6. psychodynamically oriented supportive therapy
8. Bresin

کاربرد ناهمخوان اصطلاح پی برد.

در تعریف گابارد (۲۰۱۰، صفحه ۴) سه عنصر به فهم درمانگر از بیمار مربوط است:

- بیشتر زندگی ذهنی ناخودآگاه است.
- تجارب کودکی به همراه عوامل وراثتی شکل‌دهنده فرد بزرگسال هستند.
- نشانه‌ها و رفتارها عملکردهای متعددی دارند و توسط نیروهای پیچیده و اغلب ناخودآگاه تعیین می‌شوند.

افرادی که خودشان را مجریان روان‌درمانی حمایتی با رویکرد روان‌پویشی می‌دانند این عناصر را می‌پذیرند و به کار می‌برند.

سه عنصر بعدی به اعمال درمانگر یا به اجرای درمان مربوط می‌شود:

- انتقال^۱ بیمار به درمانگر یک منبع اصلی فهم [بیمار] است.
- انتقال متقابل^۲ درمانگر درک ارزشمندی از بیماری که آن را القاکرده است به دست می‌دهد.
- مقاومت^۳ بیمار در برابر فرآیند درمان یک کانون عمده درمان است.

درمانگری که مجری روان‌درمانی حمایتی است از این پدیده‌ها آگاه است، اما صرفاً به میزان لازم از آنها استفاده می‌کند. در بافتار روان‌درمانی حمایتی، اصطلاح مقاومت را می‌توان، فارغ از اشارات ضمنی در مورد فرآیند ناخودآگاه، برای توصیف دل‌نکردن بیمار از الگوهای آشنا به کار برد. عنصر آخر مقاصد یا آنچه را که درمانگر امیدوار است به انجام برساند توصیف می‌کند.

- هدف یاری رساندن به بیمار برای دستیابی به حس اصالت^۴ و بی‌همتایی^۵ است.

مقاصد رسمی روان‌درمانی حمایتی به تسکین نشانه و انطباق بهتر محدود می‌شود. درمانگر [حمایتی] «دارای رویکرد روان‌پویشی» بیمار را از نظر سه نکته اول گابارد (۲۰۱۰) می‌فهمد، اما درمان را به شیوه توصیف شده در سه نکته بعدی اجرا نمی‌کند. در عین حال، اگرچه درمانگر از دستیابی به پیامد توصیف شده در نکته آخر خشنود می‌شود، اما مقصد این نیست. نووالیس^۶ و همکاران (۱۹۹۳، صفحه ۵) این‌گونه نظر دادند: «در عمل، همه چند صد روان‌درمانی بر مفهوم یا نظریه‌ای از ذهن مبتنی هستند. روان‌درمانی حمایتی... به هیچ مفهوم یا نظریه غالب خاصی وابسته نیست، اما از تحقیقات غنی بسیاری از نظریه پردازان در زمینه نحوه تغییر کردن افراد بهره می‌برد، اگر این تحقیقات از نظر تجربی تأیید شده باشد.»

1. transference
3. resistance
5. uniqueness

2. countertransference
4. authenticity
6. Novalis

توصیف آغازین روان‌درمانی حمایتی، به عنوان یک رویکرد محدود، بر تغییر مسیر دادن آن از نظریه کلاسیک مبتنی بود. با وجودی که منطق و فنون روان‌درمانی حمایتی امروزی را می‌توان از دیدگاه نظریه توضیح داد، فنون آن از نظریه مشتق نشده‌اند، بلکه بیشتر از کار با بیماران تکوین یافته‌اند.

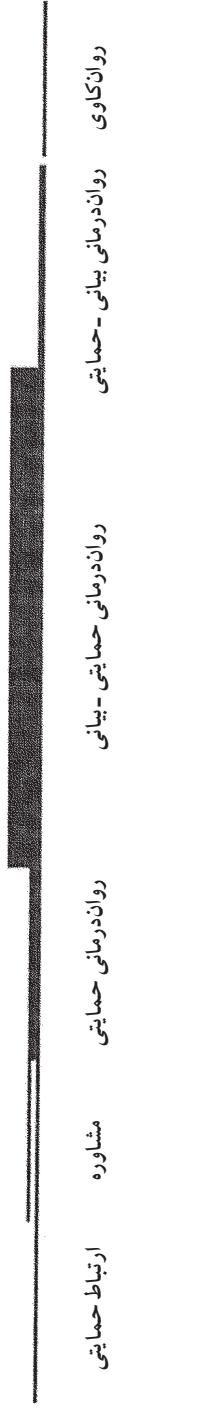
طیف درمان روان‌پویشی

دوالد در کتاب مرجع روان‌درمانی پویشی‌اش تمایز روان‌درمانی حمایتی و درمان بینش محور (همان درمان بیانی در اصطلاح‌شناسی ما) را توضیح داده است و ذکر می‌کند که معمولاً درمان بیمار جایی بین این دو انتهای طیف روان‌درمانی قرار می‌گیرد (به شکل ۱-۱ رجوع شود). او روان‌درمانی حمایتی را درمانی می‌داند که عموماً با هدف تسکین نشانه و تغییر رفتاری واضح، بدون تأکید بر تعدیل شخصیت یا حل تعارض ناخودآگاه، صورت می‌گیرد. او می‌نویسد «بیشتر افراد دچار ناخوشی روان‌پزشکی، انحرافات اجتماعی، آشفتگی‌های زناشویی، مشکلات منش، روان‌پریشی حاد یا مزمن و غیره کاندیداهای مناسبی برای انجام مطابق با قواعد روان‌درمانی بینش محور نیستند. در عوض، به نحوی مناسب‌تر و کاراتر، با رویکرد حمایتی پویشی محور درمان می‌شوند» (صفحه ۱۱۴).

اصطلاح **درمان بیانی** اصطلاحی جمعی برای رویکردهای متنوعی است که از طریق تحلیل ارتباط بین درمانگر و بیمار و از طریق دستیابی به بینش در مورد احساسات، افکار، نیازها و تعارض‌ها و، به دنبال آن، تلاش بیمار در جهت حل خودآگاه و تلفیق بهترین تعارض‌ها، در پی تغییر شخصیت هستند. ما ترجیح می‌دهیم از اصطلاح «درمان بیانی» استفاده کنیم تا از کاربرد کلمه **روان‌پویشی** در دو معنای متفاوت پرهیز کرده باشیم.

همان‌طور که دوالد (۱۹۶۴) اشاره کرد، «دو انتهای این پیوستار را می‌توانیم با در نظر گرفتن نظریه روان‌درمانی و فنی که منطقی‌تر از این نظریه منتج می‌شود به وضوح از هم افتراق بدهیم. در مرکز پیوستار، این تفاوت‌ها حدود و وضوح نامشخص‌تری دارد. درمان اکثر بیماران شامل عناصر هر دو رویکرد حمایتی و بیانی است، که باید به شیوه‌ای منسجم و یکپارچه به کار روند» (صفحه ۹۷).

جهت تأکید بر اینکه درمان هر بیمار شامل عناصر هر دو رویکرد حمایتی و بیانی است، نمودار خطی این پیوستار به وسیله تعدادی از مؤلفان ارائه شده است (شکل ۱-۱). در یک انتها، تواتر مداخله‌های حمایتی بالا و تواتر مداخله‌های کنکاشی پایین است. در انتهای دیگر، تواتر مداخله‌های حمایتی پایین است. **مواضع** یا چشم‌اندازهای حمایتی و بیانی بسیار متفاوت است. حمایتی‌ترین موضع شامل راهنمایی است، حال آنکه بیانی‌ترین شامل کشف است. لوبورسکی^۱ و مارک^۲ (۱۹۹۱، صفحه ۱۱۰) درمان‌های بیانی را «فنونی به قصد تسهیل بیان مشکلات و تعارض‌ها و فهم آنها توسط بیمار توصیف کردند». موضع حمایتی ممکن است کاربرد یک دفاع را ترغیب کند؛ موضع بیانی ممکن است به دنبال کشف ریشه‌های دفاع باشد، با این امید که استفاده از آن به پایان برسد. با وجودی که درمان



شکل ۱-۱. پیوستار حمایتی - بیانی

همواره هر دو عنصر حمایتی و بیانی را شامل می‌شود، موضع اصلی درمانگر در هر زمان از درمان باید اصولاً یکی از این دو باشد. وقتی موضع بیانی است، درمانگر از این دستور پیروی می‌کند: «تا جایی که می‌توانید بیانی و تا جایی که مجبورید حمایتی باشید.» (والر اشتاین^۱، ۱۹۸۶، صفحه ۶۸۸). وقتی موضع حمایتی است، درمانگر از توصیه و اجتناب^۲ پیروی می‌کند: «تا جایی که می‌توانید حمایتی باشید، در حدی که بتوانید تا جایی که نیاز خواهد شد بیانی باشید» (صفحه ۱۵۵). این تمایز بسیار مهم است. نمودار گرافیک شکل ۱-۱ نباید این‌گونه تعبیر شود که جمعیت بیمار روی یک منحنی زنگوله‌ای شکل توزیع شده است. اساساً، زمانی که مبانی مفهومی درمان را توصیف می‌کنیم، روان‌درمانی حمایتی - بیانی و روان‌درمانی بیانی - حمایتی در مرکز نمودار با هم تلاقی می‌کنند؛ اما، وقتی دنیای بیماران را توصیف می‌کنیم، باور داریم که روان‌درمانی حمایتی - بیانی چیزی است که اکثر درمانگران در اکثر اوقات برای اکثر بیماران انجام می‌دهند. اگر از آنها پرسیده شود دارند چه کار می‌کنند، پاسخ خواهند داد «روان‌درمانی» یا «روان‌درمانی حمایتی» یا «روان‌درمانی با رویکرد روان‌تحلیلی» یا «روان‌درمانی روان‌پویشی» یا شاید از سر شوخی، «روان‌درمانی آمریکایی عمومی». در عین حال، ذکر این نکته مهم است که دنیای روان‌درمانی دیگر به رویکردهای مبتنی بر فرمول‌بندی‌های روان‌پویشی محدود نیست. مداخله‌های حمایتی ممکن است به طور ثمربخش در جریان، مثلاً، درمان شناختی - رفتاری به کار گرفته شوند، بدون اینکه معضلات نظری یا عملی قابل توجهی به بار آید.

اگر درمان هر بیمار شامل هر دو عنصر حمایتی و بیانی است، چرا این عناصر جداگانه آموزش داده می‌شوند؟ همان‌طور که راکلند (۱۹۸۹) خاطر نشان کرد، «روان‌درمانی‌های حمایتی و بیانی، به خاطر تفاوت‌های بسیار بارزشان، درمان‌های جداگانه‌ای هستند و آنقدر در روش‌های اصلی متفاوت‌اند که شایسته افتراق و جداسازی دقیق هستند» (صفحه ۲۰). روان‌درمانی حمایتی، درمان بیانی، درمان شناختی - رفتاری، خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی، در کنار سایر درمان‌ها، همگی توسط متخصصان متمایز آموزش داده می‌شوند، چون چیزهای زیادی است که باید در مورد هر یک از آنها فراگرفته شود. همان‌گونه که مک ویلیامز^۳ (۲۰۰۴، صفحه ۳) خاطر نشان کرد، مهم است درک کنیم که ویژگی‌های مختلف رویکردهای روان‌درمانی را باید با چراغی دیمردار مقایسه کنیم، نه با چراغی که با کلید روشن/خاموش کنترل می‌شود. مثل همه حوزه‌های آموزش، این تکلیف دانشجو است که تمام آنچه به او ارائه شده است را یکپارچه کند. با وجودی که در تشریح خاستگاه روان‌درمانی حمایتی، در این کتاب، روی مدل ساده‌ای از روان‌درمانی بیانی متمرکز شده‌ایم، قبول داریم که از رویکردهای درمانی بسیار زیادی نام برده شده است؛ هر رویکرد به عنصری از درمان، رشد شخصیت یا تشکیل نشانه توجه دارد که به نظرش بدیع یا دارای اهمیت خاص می‌رسد. همان‌طور که وینستون و وینستون (۲۰۰۲) گفتند، «اگرچه نظریه‌های تکاملی، تعارض و شناختی - رفتاری، جهت حفظ شفافیت، جداگانه توصیف می‌شوند، این

1. Wallerstein

2. Wachtel

3. McWilliams

مدل‌های مختلف گرد هم می‌آیند تا رویکرد روان‌درمانی برای هر بیمار خاص را شکل دهند» (صفحه ۱۳) و «درمانگران... باید بتوانند از یک رویکرد به رویکرد دیگر گذر کنند. این گذر شامل ترکیب مداخله‌های مختلف از مکاتب روان‌درمانی مختلف در یک درمان منسجم است» (صفحه ۲۶۴). فانگی^۱ و تارگت^۲ (۲۰۰۹) خلاصه‌ای از «فرض‌های درمان روان‌پویشی مدرن» را ارائه کرده‌اند:

۱. فرض علیت روان‌شناختی
۲. فرض محدودیت‌های خودآگاهی و تأثیر حالات ذهنی ناخودآگاه
۳. فرض بازنمودهای درونی^۳ روابط بین‌فردی
۴. فرض حضور همیشگی تعارض روان‌شناختی
۵. فرض دفاع‌های روانی
۶. فرض پیچیدگی معنا
۷. فرض تأکید بر رابطه درمانی
۸. فرض اعتبار دیدگاه رشدی

درمانگری که این فرض‌ها را بپذیرد درمانگری با رویکرد روان‌پویشی است. پیروی از این مجموعه فرضیات جزء بیانی روان‌درمانی حمایتی - بیانی را غنی‌تر می‌کند.

تعاریف

در پژوهش‌های غیرروان‌پزشکی، اصطلاح **درمان حمایتی**، مکرراً، در معنای رویکردی به کار برده شده است که ابراز علاقه، پرداختن به خدمات عینی و ملموس، تشویق و مثبت‌اندیشی را شامل می‌شود. این یک **رابطه حمایتی** یا **تماس حمایتی** است، اما **روان‌درمانی** حمایتی نیست. روان‌درمانی حمایتی بر ارزیابی تشخیصی مبتنی است؛ اعمال درمانگر سنجیده و به منظور دستیابی به اهداف اختصاصی طراحی شده است. روابط حمایتی با خانواده، دوستان، همکاران، روحانیون و سایرین می‌تواند به واقع مفید و حافظ فرد باشد، اما به عقیده ما نباید «درمان» نامیده شود. این راهم خاطر نشان می‌کنیم که حد و مرز بین مشاوره و روان‌درمانی مشخص نیست. رابطه حرفه‌ای منحصر به فرد است. این رابطه، صرفاً، برای برآوردن نیازهای بیمار (یا مراجع) برقرار می‌شود. خشنودی درمانگر باید از خوب انجام دادن کارش حاصل شود، نه از ابراز امتنان بیمار یا از استفاده از بیمار به عنوان شنونده. در زندگی روزمره، انگیزه‌های زیادی برای حمایتگر بودن وجود دارد. در رابطه حمایتی حرفه‌ای، این انگیزه باید برآوردن نیازهای بیمار باشد.

1. Fonagy

2. Target

3. internal representations

در متون روان‌پزشکی، اصطلاحات **درمان حمایتی** و **روان‌درمانی حمایتی** به جای همدیگر به کار رفته‌اند. این نابجاست، چون حمایت غیراختصاصی‌ای که به بیماران دچار مشکلات طبی یا جراحی هم ارائه می‌شود، «درمان حمایتی» خوانده می‌شود و، در این مورد، به تلاش‌هایی اشاره دارد که به بیماران آزمایش بیشتری می‌دهد، اما مشکل زمینه‌ای را تسکین نمی‌دهد. ما همیشه از شکل طویل‌تر اصطلاح، **روان‌درمانی حمایتی**، استفاده می‌کنیم تا تأکید کنیم که داریم از خدماتی حرفه‌ای سخن می‌گوییم که در بافتار خدمات بهداشت روانی و توسط شخصی که در نظریه و اجرای بهداشت روانی آموزش دیده است ارائه می‌شود.

از نظر ما، **روان‌درمانی حمایتی** درمانی دو منظوره است که (۱) برای تخفیف نشانه‌ها و (۲) برای حفظ، بازیابی یا بهبود عزت‌نفس، عملکرد من و مهارت‌های انطباقی، تمهیداتی مستقیم به کار می‌بندد. تا جایی که برای تکمیل این اهداف لازم باشد، درمان ممکن است روابط (واقعی یا انتقالی) و الگوهای گذشته و فعلی پاسخ هیجانی یا رفتار را بررسی کند.

- **عزت‌نفس**^۱ شامل حس اثربخشی^۲، اطمینان، امید و احترام به نفس^۳ بیمار است.
- **عملکردهای من**^۴ شامل ارتباط با واقعیت، تفکر، تشکیل دفاع، تنظیم عاطفه، عملکرد سنتزی^۵ و سایر مواردی است که توسط پرس^۶ (۱۹۵۶، صفحات ۲۳۵ - ۱۶۴)، بلاک^۷ (۱۹۵۸، صفحات ۴۰-۱) و سایر مؤلفان شمرده شده است. می‌توان به جای عملکردهای من از اصطلاح «عملکردهای روان‌شناختی» استفاده کرد، چون رفتاردرمانگران و شناخت‌درمانگران هم، که در فرمول‌بندی‌هایشان از من به عنوان جزئی از دستگاه روانی یاد نمی‌کنند، آن را به کار می‌گیرند. عملکردهای من اغلب تحت عنوان «ساختار روانی»^۸ دسته‌بندی می‌شود. با فهم روزافزون جنبه‌های فیزیکی و فیزیولوژیک عملکردهای شناختی ممکن است اصطلاحات روان‌شناختی رفته رفته کمرنگ شوند، اما در حال حاضر هنوز در شرایط بالینی مفید به نظر می‌رسند.
- **مهارت‌های انطباقی**^۹ اعمالی هستند که به کارکرد تأثیرگذار مربوط می‌شوند. حد و مرز بین عملکردهای من و مهارت‌های انطباقی به دقت مشخص نیست. سنجش وقایع توسط بیمار یک عملکرد من است؛ عملی که در پاسخ به این سنجش انجام می‌گیرد مهارت انطباقی است.

تا اینجا توضیح دادیم که درمان‌های حمایتی و بیانی کاملاً متفاوت‌اند و توضیح دادیم که چگونه محتمل است که درمان هر بیمار شامل عناصری از هر دو باشد. در عمل، اصطلاح **روان‌درمانی حمایتی** - براساس تعریفی که ما ارائه کردیم - توصیف بخشی است که معمولاً، روی پیوستار، با عنوان

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. self-esteem | 2. efficacy |
| 3. self-regard | 4. ego functions |
| 5. synthetic | 6. Beres |
| 7. Bellak | 8. psychic structure |
| 9. adaptive skills | |

روان‌درمانی حمایتی - بیانی شناخته می‌شود. وقتی «درمان روان‌پویشی» را آموزش می‌دهیم یا تجویز می‌کنیم، معمولاً مقصودمان روان‌درمانی بیانی - حمایتی است. اکثر روان‌درمانگران در ایالات متحده از اصول روان‌پویشی پیروی می‌کنند، اما این امکان وجود دارد که بدون قبول اصول روان‌پویشی هم به موضوع عزت‌نفس، مشکلات عملکرد من و مهارت‌های انطباقی پرداخته شود.

مثال‌های بالینی

در سه مثال زیر، رویکردهای درمانگران به نقاط مختلفی از پیوستار حمایتی - بیانی اشاره دارد.

خوآن^۱ مرد ۵۵ ساله‌ای است که ۶ سال در کشور مادری‌اش در آمریکای لاتین مدرسه رفته است. در ایالات متحده، شغل‌های ساده مختلفی داشته است. او چندین سال متأهل بود، اما به علت گرفتار شدن در مسئله مواد همسرش از وی جدا شد. پس از ۲ سال زندانی شدن (۲۰ سال قبل) مصرف مواد را کنار گذاشت، اما به علت سابقه‌دار بودن، بیش از پیش، در شغلیابی دچار مشکل شد. در حال حاضر، مشکلات طبی متعددی دارد؛ او برای مشکلات طبی، مرتب، مراجعه و درمان تجویز شده را رعایت می‌کند. خوآن به مدت یک سال، ماهیانه، توسط یکی از دستیاران در درمانگاه روان‌پزشکی، ویزیت و داروی ضدافسردگی‌اش پایش می‌شد. او در یک برنامه روزانه بیماران طبی شرکت می‌کند، اما تهدید شده است که اخراج خواهد شد، چون هنگامی که احساس می‌کرد، وقت نهار، کسی دارد او را کنار می‌زند یا روی صندلی‌ای که او می‌خواست است می‌نشیند، خشمش را سریع بروز می‌داد یا از کوره در می‌رفت. برنامه روزانه و ویزیت‌های درمانگاه تنها فعالیت سازمان‌یافته او هستند. دستیار مسئول درمان درباره توصیه‌های سایر پزشکان و اثرات داروها با خوآن صحبت می‌کند تا مطمئن شود که او همه مشکلاتش را به پزشکان دیگر می‌گوید. دستیار، همدلانه، به شرح تنهایی خوآن پاسخ می‌دهد و موفقیتش در پاک ماندن از مصرف مواد را تحسین می‌کند. دستیار مطمئن است که عکس‌العمل‌های خشمگینانه خوآن ناشی از تفکر هذیانی نیست، اما نتوانسته است او را درگیر بررسی دقیق علت عکس‌العمل‌هایش کند: خوآن فقط به ارائه توجیهات سطحی اعمالش بسنده کرده است. به هر حال، خوآن این پیشنهاد را می‌پذیرد که، هر زمان از سایر شرکت‌کنندگان در برنامه روزانه عصبانی شد، از کارکنان کمک بخواهد. (این یک رویکرد کاملاً حمایتی است که شامل تشویق، تحسین و توصیه‌هایی درباره مهارت‌های انطباقی است. موفقیت این رویکرد را می‌توان با تداوم پذیرش درمان طبی و داروی ضدافسردگی، و توان کنترل اعصابش سنجید.)

کارلوس^۲ همان مشکلات خوآن را دارد، اما از توان بیشتری برای فکر در مورد زندگی درونی‌اش برخوردار است. او می‌گوید اگر کسی از او جلو بزند، احساس می‌کند آن شخص دارد تحقیر و تمسخرش می‌کند. با این همه، کارلوس می‌گوید که همین‌طور بار آمده است. هر وقت از پس‌کارش برنمی‌آمد، پدرش خیلی

1. Juan

2. Carlos

عصبانی می‌شد و ممکن بود تنبیه‌اش کند؛ هیچ یک از افراد جامعه‌اش این کار پدرش را اشتباه نمی‌دانست. درمانگر توضیح می‌دهد که افرادی که با این استانداردها بزرگ شده‌اند، اغلب، در برابر چیزی که به نظرشان بی‌احترامی برسد، سریع، از خودشان دفاع می‌کنند و بیمار با آن موافقت می‌کند. (درمان این بیمار حمایتی - بیانی است، چون فرض‌های مربوط به زندگی روانی را شامل می‌شود. درمانگر سعی دارد به بیمار کمک کند تا فهم رفتار مشکل‌آفرین را با توجه به نگرش‌هایی که قبلاً از آنها ناآگاه بوده است بیوراند.)

جرج^۱ می‌دانست «مشکل عصبانیت» دارد و وقتی درمانگرش، مثل جلسات قبل، پرسید که آیا از جلسه قبل تا حالا با معضلی روبه‌رو بوده است یا نه، خیلی تحریک‌پذیر شد. بیمار با حالت عبوس پاسخ داد و بعد به درمانگر گفت دارویی که چندین ماه مصرف می‌کرده است عوارض خیلی زیادی داشته و اصلاً کمکی نکرده است. درمانگر اشاره کرد که شاید پرسش درباره‌ی ناتوانی‌های احتمالی در کنترل خویشتن جرج را به یاد تجربه‌ی کودکی سرکوفت زدن‌های پدرش انداخته است. جرج گفت به این فکر نکرده بود، اما شاید درست باشد. (با شک به اینکه شاید عصبانیت بیمار خاستگاه انتقالی داشته باشد، درمانگر رابطه‌ای بین روابط گذشته و حال برقرار می‌کند (عنصر بیانی). این درمان را می‌توان در نقطه‌ی میانی طیف حمایتی - بیانی جای داد.)

آموزش

با وجودی که روان‌درمانی حمایتی گسترده‌ترین کاربرد را در میان سایر اشکال روان‌درمانی روان‌پویشی دارد، آموزش روان‌درمانی حمایتی چالش‌هایی را برمی‌انگیزد. روان‌درمانی حمایتی مبتنی بر نظریه‌ی گیرایی نیست و برای مشکلات بالینی مقاوم به درمان راه‌حل ارائه نمی‌دهد؛ این حوزه هیچ کنفرانس یا شخصیت برجسته‌ای ندارد و کتاب‌های این زمینه هم نسبتاً اندک‌اند. آموزش روان‌درمانگران، در اکثر سال‌های قرن بیستم، اساساً، بر اصول تکوین یافته توسط روان‌کاوان مبتنی بود. به عنوان مثال، بالسام^۲ و بالسام (۱۹۸۴) در کتاب کوچکی برای مبتدیان نوشتند، «وظیفه‌ی اصلی روان‌درمانگر یاد گرفتن فهم بیمار است... کانون کنکاش فهم تجربه‌ی هیجانی بیمار است» (صفحه ۱). فنون درمانی‌ای که در روان‌کاوی دلایل خاص خود را داشتند فنون فراگیر مورد نیاز در همه‌ی روان‌درمانی‌ها معرفی شدند. مثلاً، به درمانگر توصیه می‌شد که اگر بیمار از سخن گفتن باز ایستاد، صبر کند تا ادامه دهد، یا پرسد دارد به چه چیزی فکر می‌کند؛ یا به درمانگر توصیه شد از پاسخ دادن مستقیم به سؤالات اجتناب کند (کولبی^۳ ۱۹۵۱، صفحات ۵۶ - ۵۵). در مجموع، درمانی که هدفش «تسکین نشانه‌های روان‌نژندی رنج‌آور یا خصایص شخصیتی ناسازگار» (کولبی، ۱۹۵۱، صفحه ۳) است آموزش داده می‌شد. به هر روی، شاید به درمانگران تازه‌کار بیمارانی داده شود که بی‌سواد یا کم‌سواد باشند یا بیمارانی که مشکلات اجتماعی لاینحل یا مشکلات رفتاری شدید دارند. خیلی از بیماران فقط یک یا دو بار در ماه دیده می‌شوند و

1. George

2. Balsam

3. Colby

درمانگر می‌داند که امکان دارد بیمار پس از چند ویزیت از درمان خارج شود. بنابراین، مدل ایده‌آلی که تدریس شده بود رهنمودی برای نحوه کار با این بیماران ارائه نمی‌کرد. برخی کارآموزان که از ابتدا مهارت‌های بین‌فردی و همدردی ذاتی داشتند تأثیرگذار بودند. اکثر بالینگران جدید، حین کسب تجربه، درمی‌یافتند که چگونه تأثیرگذار باشند، اگرچه بسیاری از آنها به نظر خودشان از شکل اصلی درمان منحرف شده بودند. آنهایی که ناظران بالینی شدند، براساس تجربه، چیزهایی آموختند. در مقابل، روان‌درمانگرانی که نتوانستند نحوه اجرای روان‌درمانی حمایتی را کشف کنند مخلوط غیرمنطقی و غیریکپارچه‌ای از فرض‌های بیانی و تاکتیک‌های حمایتی را به بیمارانشان ارائه کردند. طبق نظر ورمن (۱۹۸۴)، «ممکن است بیمار و درمانگر ملاقات‌هایشان را به مدتی بیش از حد طولانی و با این توهم که روان‌درمانی بیش‌محور واقعاً دارد اتفاق می‌افتد ادامه دهند، حال آنکه درواقع صرفاً دارند ادابازی می‌کنند» (صفحه ۱۲).

بیمارانی که بیشترین سلامت روانی را دارند برای درمان اصولاً بیانی مناسب‌اند، اما اینکه بیمار امکانات و خصایص روان‌شناختی لازم برای اجرای درمان بیانی را دارا باشد به معنی ضرورت یافتن درمان بیانی نیست. از طرفی، ترکیبی که حمایت بیش از حد نیاز فراهم می‌کند ممکن است تأثیرگذار باشد، اما شاید بیمار را از فرصت ایجاد تغییرات چشمگیرتر در زندگی اش محروم کند. البته، همان‌طور که هلاشتاین^۱ و همکارانش (۱۹۹۴) اشاره کردند، در اکثر بیماران می‌توان از انجام مدل حمایتی (یعنی حمایتی - بیانی) دفاع کرد و، صرفاً، در حد مورد نیاز به سمت شیوه‌های بیانی‌تر تغییر جهت داد. در همه موارد، برنامه‌ریزی درمان باید آنچه را که بیمار می‌خواهد در نظر بگیرد.

مقاصد زیربنایی روان‌درمانی حمایتی در انتهای حمایتی پیوستار را بالینگری که تجربه و دانشی در زمینه اصول روان‌پوشی ندارد هم می‌تواند به دست آورد. تازه‌کارهایی که هنوز نمی‌توانند روان‌درمانی بیانی انجام دهند شاید در ارائه درمان حمایتی - بیانی با کفایت عمل کنند. در اثر تجربه، درمانگران آگاه می‌شوند که چگونه بیمار دارد به آنها پاسخ می‌دهد و سپس از اینکه آنها چگونه دارند به بیمار پاسخ می‌دهند آگاه می‌شوند. ارتباط همدلانه با بیماران ممکن است آهسته آهسته طی سال‌ها رشد کند. ویدرمن^۲ (۲۰۰۸) رویکرد بسیار فعالی را توصیف کرد که در آن بالینگر از بیمار می‌خواهد خاطرات قبلی زندگی را، که با مشاهدات و تفاسیر بالینگر مرتبط است، بازگو کند؛ سپس، بالینگر فهمش از گرفتاری بیمار را برای او بازگو می‌کند. او نوشته است، «مشاور وارد دنیای بیمار می‌شود و تصویری از او و تجاربش با افراد حاضر در زندگی اش پدید می‌آورد؛ سپس، این [تصویر] را با زبانی که بیمار با آن آشنا است به او انتقال می‌دهد. این کار به فضایی منجر می‌شود که جوهر ارتباط حمایتی است» (صفحه ۳۵۲). یکی از رضایتمندی‌های روان‌درمانگر بودن این است که بالینگر با گذشت دهه‌ها ارتقا می‌یابد و این ارتقا تداوم دارد. درمانگر با تجربه و فرهیخته می‌تواند روان‌درمانی حمایتی ظریف و پیچیده انجام دهد.

نتیجه‌گیری

روان‌درمانی حمایتی و روان‌درمانی‌های بیانی اهداف متفاوتی دارند و فنون متفاوتی را به کار می‌گیرند. درمان هر بیماری که برنامه‌درمانش مستلزم اجرای روان‌درمانی حمایتی با رویکرد روان‌پویشی است هر دو نوع عناصر حمایتی و بیانی را شامل می‌شود. درمانگر باید هر دو رویکرد را بشناسد و توان تلفیق آنها با یکدیگر را داشته باشد.