

## یادمان...



### به یاد دکتر قائم مقام فراهانی .....

دکتر ضیاء قائم مقام فراهانی در ۲۸ آبان ماه ۱۳۲۹ در تبریز چشم به جهان گشود. تحصیلات ابتدایی و متوسطه را در همان شهر به پایان برد و برای تحصیل در رشته پزشکی به تهران آمد. در دوره آموزش‌های بالینی پزشکی عمومی به روان‌پزشکی دل باخت و از آن زمان تا هنگام مرگ با هر چه در توان داشت در اعتلای این رشته و خدمت‌گذاری به بیماران دردمند آن کوشید.

او که تخصص روان‌پزشکی را در انستیتو روان‌پزشکی تهران سپری کرده بود در سال ۱۳۶۱ برای گذراندن دوره طرح به استان هرمزگان رفت و از مشاهده محرومیت بیماران روانی آن بوم چنان متأثر شد که مدت ۱۴ سال از عمر کاری خود را در آن استان سپری نمود. او پایه‌گذار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و مؤسس یکی از معدود بخش‌های روان‌پزشکی بود که جایگاه خود را در بیمارستان‌های عمومی محکم کرده بود. او همچنین مدتی را در سمت معاون آموزشی دانشکده پزشکی و رئیس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس به ساماندهی امور اجرایی دانشگاه تازه تأسیس هرمزگان پرداخت. پس از بازگشت به تهران در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی مشغول شد. بازگشت مکرر و زودرس بیماران ترخیص‌شده به بیمارستان، او را بر آن داشت که به بازتوانی بیماران دچار اختلال روانی جدی‌تر بیندیشد.

در سال ۱۳۷۹ با تصویب قانون برنامه سوم توسعه توسط مجلس شورای اسلامی، بر اساس جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲، ساماندهی بیماران روانی مزمن در دستور کار دولت قرار گرفت و این وظیفه به سازمان بهزیستی محول شد. در این زمان، او و تعدادی از همفکرانش از سوی سازمان بهزیستی مأموریت یافتند تا طرح ساماندهی درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن را تدوین کنند. او با تلاشی شبانه‌روزی و با کمک گروه کوچک همکاران خود موفق شد طرحی مبتنی بر مستندات روزآمد علمی همراه با قابلیت اجرایی در کشور را تدوین نماید. این طرح مورد تصویب هیئت‌وزیران وقت قرار گرفت و با عنوان "طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن" در سراسر کشور به اجرا در آمد. با اجرای این طرح گروه کثیری از بیماران و خانواده‌های

درمانده آنان مرجعی یافتند تا برای درمان، توانبخشی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی به آن پناه آورند. دکتر قائم‌مقام پس از اطمینان از تثبیت وضعیت طرح، هم خود را معطوف راه‌اندازی و مدیریت کلینیک نمونه‌ای برای توانبخشی بیماران روانی، در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، نمود.

او استادی دلسوز بود که نه تنها به ارتقاء سطح دانش بلکه به استعلای فرهنگی و اخلاقی دانشجویانش بسیار اهمیت می‌داد. او همچنین مجری طرح‌های پژوهشی متعددی بود که یکی از آنها با عنوان "معیارهای زمان بیماری روانی" به عنوان طرح نمونه دانشگاه انتخاب گردید. او با مشارکت همکارانش در طرح ساماندهی، کتاب "درمان و توانبخشی اسکیزوفرنیا: راهنمای مراقبان و خانواده‌ها" را تألیف و منتشر نمود و با گروهی دیگر کتاب حاضر را در زمینه باز توانی روانی در دست تهیه داشت که متأسفانه اجل مهلتش نداد.

دکتر قائم‌مقام به ثمربخشی فعالیت‌هایی که با مشارکت مردم انجام می‌شود، اعتقادی وافر داشت و از این رو با انجمن احبا (انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنیا) همکاری نزدیک داشت و به منظور تقویت و پشتیبانی از فعالیت‌های این انجمن، انجمن یاران احبا را تأسیس نمود. واکنش‌های روانی در بلایا، حقوق بیماران روانی، پزشکی قانونی، و اخلاق پزشکی از دیگر زمینه‌های فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی او بودند. آخرین سخنرانی او با عنوان "جنون یا روان‌پریشی" دو روز قبل از فوت او، در تاریخ ۱۸ اسفندماه ۱۳۹۱، ایراد گردید.

یاد این استاد بزرگ را گرامی می‌داریم و امیدواریم بتوانیم راهی که او گشوده بود را ادامه دهیم.

# فهرست



۱۱	سخن آغازین
۱۳	پیشگفتار
۱۴	کلید بهبودی نزد بالینگر دلسوز است
۱۵	از تبعیت تا همکاری درمانی
۱۵	از حال تا آینده
۱۸	پایان ایدئولوژی، نویدبخش آینده‌ای با درمان‌های مبتنی بر تجربه است
۲۱	سیاسگزاری
۲۳	اصطلاحات فنی
۲۳	متخصصان سلامت روان و سایر کارکنان
۲۵	بیمار، نه مصرف‌کننده
۲۹	ناتوانی‌های روانی همبسته با اختلالات روانی
۲۹	مکان درمان و تأثیر درمان
۳۱	مقدمه
۳۳	چه رشته‌هایی می‌توانند از دانش کاربردی و قابلیت‌های توصیف شده در این کتاب استفاده کنند؟
۳۳	این راهنما برای چه کسانی، با چه سطحی از تجربه، نگاشته شده است؟
۳۳	چگونه موضوعات یا عناوین هر فصل در کتاب جای گرفتند؟
۳۳	چگونه می‌توانید از این کتاب استفاده کنید؟
۳۵	فصل ۱: بازتوانی به مثابه جادهٔ بهبودی
۳۸	ناتوانی چیست؟
۳۸	مفهوم ناتوانی چگونه تبیین می‌شود؟
۴۱	بیماران دچار ناتوانی روانی چه کسانی هستند؟
۴۳	چه کسانی استحقاق دریافت مقرری ناتوانی و گمارش سرپرست را دارند؟
۴۴	بهبودی چگونه با ناتوانی مرتبط می‌شود؟
۴۷	بهبودی چیست؟
۴۸	از دیدگاه عینی بالینی، بهبودی چگونه تعریف می‌شود؟
۵۰	از دیدگاه ذهنی شخصی، بهبودی چگونه تعریف می‌شود؟
۵۱	احتمال بهبودی در افراد مبتلا به بیماری روانی جدی چقدر است؟
۵۳	پیگیری بلندمدت بهبودی در بیماران دچار اسکیزوفرنیای مزمن به ما چه می‌گوید؟
۵۵	سرعت بهبودی در اسکیزوفرنیای تازه شروع شده چقدر است؟
۵۵	دلیل اوج‌گیری توجه به بهبودی در سال‌های اخیر چیست؟
۵۶	بهبودی مفهومی فراتر از کنار آمدن با اختلال روانی ناتوان‌کننده است
۵۸	بازتوانی روانی چیست؟
۶۱	خلاصه

نکات کلیدی ..... ۶۲  
 برای مطالعه بیشتر ..... ۶۳  
 منابع ..... ۶۴

**فصل ۲: اصول و روش‌های بازتوانی روانی ..... ۶۷**

مبانی مفهومی بازتوانی روان پزشکی ..... ۷۰  
 مبانی علمی بازتوانی روان پزشکی ..... ۷۳  
 مدل آسیب‌پذیری-استرس-عوامل حفاظتی اختلالات روانی ..... ۷۳  
 علوم شناختی ..... ۷۶  
 نظریه یادگیری اجتماعی ..... ۷۹  
 اصول رفتاری ..... ۷۹  
 پیامدها و تقویت وابسته به پیامد: تقویت‌کننده‌ها ..... ۸۱  
 روان‌شناسی رشد در فراخوانی حیات ..... ۸۴  
 اصول و روش‌های بازتوانی روان پزشکی ..... ۸۷  
 خلاصه ..... ۱۰۳  
 نکات کلیدی ..... ۱۰۶  
 برای مطالعه بیشتر ..... ۱۰۶  
 منابع ..... ۱۰۸

**فصل ۳: مدیریت بیماری ..... ۱۰۹**

تشخیص: آغاز مدیریت بیماری ..... ۱۱۱  
 مدیریت بیماری: ارتباط متقابل و همکاری در رابطه درمانی ..... ۱۱۲  
 درگیر کردن بیمار و خانواده در درمان ..... ۱۱۳  
 استمرار اتحاد درمانی ..... ۱۱۴  
 اجتناب از بروز مشکلات در فرآیند تلاش برای درگیر کردن بیمار ..... ۱۱۷  
 مدیریت مراحل مختلف اختلال روانی از عود تا بهبود ..... ۱۱۸  
 مرحله حاد: کنترل نشانه‌های نمایان ..... ۱۲۰  
 مرحله تثبیت: بهبود مداوم نشانه‌ها و پیوستن دوباره به اجتماع ..... ۱۲۳  
 مرحله ثبات: تقویت مهارت‌ها و حمایت‌های اجتماعی همزمان با کنترل مستمر نشانه‌ها ..... ۱۳۳  
 بیماری مقاوم به درمان ..... ۱۳۶  
 پایبندی به درمان: از اطاعت تا همکاری ..... ۱۳۸  
 تقویت انگیزه برای جلب و حفظ مشارکت بیمار در درمان ..... ۱۳۹  
 القای نقش در درمان‌های روانی اجتماعی ..... ۱۴۱  
 پرداختن به اثرات جانبی درمان ..... ۱۴۲  
 آموزش خود-مدیریت بیماری ..... ۱۴۳  
 شناسایی زودهنگام نشانه‌های مقدماتی و جلوگیری از بازگشت ..... ۱۴۴  
 مدول مدیریت دارو ..... ۱۴۶  
 مدول مدیریت نشانه ..... ۱۴۹  
 مدیریت بیماری‌های طبی همزمان ..... ۱۵۴  
 خلاصه ..... ۱۵۶  
 نکات کلیدی ..... ۱۵۷  
 برای مطالعه بیشتر ..... ۱۵۹  
 منابع ..... ۱۶۰

**فصل ۴: ارزیابی عملکردی ..... ۱۶۳**

چهارچوب ارزیابی عملکردی ..... ۱۶۶  
 اهداف و نقش‌های شخصی ..... ۱۶۶  
 نقایص شناختی مخمل عملکرد روانی اجتماعی ..... ۱۶۸  
 مهارت‌ها و قابلیت‌ها به مثابه بلوک‌های ساختمانی تحقق اهداف ..... ۱۷۰

۱۷۱	رفتارهای ناسازگار با عملکرد اجتماعی
۱۷۳	حمایت‌های اجتماعی و منابع جامعه
۱۷۴	تدوین برنامه بازتوانی
۱۷۵	پایش پیشرفت اهداف
۱۷۷	ارزیابی نقاط قوت، علایق و اهداف بیمار (CASIG)
۱۷۹	طرح پایه‌ای CASIG
۱۸۱	سازمان‌بندی CASIG: حیطه‌های ارزیابی
۱۹۲	خلاصه
۱۹۴	نکات کلیدی
۱۹۶	برای مطالعه بیشتر
۱۹۶	منابع
<b>۱۹۷</b>	<b>فصل ۵: آموزش مهارت‌های اجتماعی</b>
۱۹۷	مهارت‌های اجتماعی کدامند؟
۲۰۱	مهارت‌های پیوندجویی و مهارت‌های نقش‌ابزازی
۲۰۱	فرآیند سه مرحله‌ای ارتباط اجتماعی
۲۰۴	مهارت‌های اجتماعی در مقابل کفایت اجتماعی
۲۰۵	آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۰۶	منطق آموزش مهارت‌های اجتماعی به افراد دچار ناتوانی روانی
۲۱۰	مثال‌های پژوهشی
۲۱۲	آموزش مهارت‌های اجتماعی پایه
۲۱۲	فنون یاری‌دهنده بیماران برای رسیدن به هدف‌های شخصی‌شان
۲۲۴	رهنمودهایی برای تعمیم مهارت‌ها از عرصه‌های آموزشی به زندگی واقعی
۲۲۷	ویژگی‌ها و قابلیت‌های لازم برای آموزش‌دهندگان مهارت‌های اجتماعی
۲۳۰	آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی
۲۳۴	روش‌های گوناگون آموزش مهارت‌های اجتماعی: راه‌های متفاوت برای آدم‌های متفاوت
۲۳۴	آموزش جرات‌ورزی
۲۳۶	درمان فردی
۲۳۷	آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر خانه
۲۳۹	تعامل آموزشی
۲۳۹	مدول‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی و زندگی مستقل
۲۴۳	حیطه‌های مهارتی و فعالیت‌های یادگیری
۲۴۵	معرفی حیطه مهارتی
۲۵۰	مشکلات در راه رسیدن به نتیجه
۲۵۱	تمرین در محیط طبیعی
۲۵۱	تکالیف خانگی
۲۵۲	کارایی آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۵۲	سنجش کارایی آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۵۳	یادگیری و حفظ مهارت‌های اجتماعی
۲۵۵	تعمیم آموزش مهارت‌های اجتماعی به زندگی در جامعه
۲۵۸	نگاه کلی به کارایی آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۶۰	قابلیت کاربرد بین فرهنگی آموزش مهارت‌های اجتماعی
۲۶۱	خلاصه
۲۶۳	نکات کلیدی
۲۶۴	برای مطالعه بیشتر
۲۶۵	منابع
<b>۲۶۷</b>	<b>فصل ۶: درگیر کردن خانواده‌ها در درمان و بازتوانی</b>
۲۷۱	کارایی مداخلات خانوادگی
۲۷۲	آموزش خانواده به مقابله فرآیندی دیگر در درمان اختلالات روانی شدید

۲۷۴	نقش مهارت‌های کنار آمدن خانواده در خنثی‌سازی استرس و آسیب‌پذیری
۲۷۷	بار بیماری روانی بر خانواده
۲۸۰	استرس، تنش، و احساس گناه
۲۸۱	استرس و عود
۲۸۴	اهمیت تماس و ارتباط با متخصصین
۲۸۷	گروه‌های خودیاری و مدافع خانواده‌ها
۲۹۰	خدمات درمانی مبتنی بر شواهد برای خانواده‌ها و خویشاوندان دچار ناتوانی روانی آنها
۲۹۱	طیف درمان‌ها و خدمات موجود برای خانواده
۲۹۳	تقسیم مسئولیت در ارائه خدمات حمایتی فردی
۲۹۴	مدیریت رفتاری خانواده
۲۹۶	مدیریت رفتاری خانواده کجا، چطور، و توسط چه کسی اجرا می‌شود؟
۲۹۷	مؤلفه‌های اصلی مدیریت رفتاری خانواده
۲۹۷	ارزیابی رفتاری خانواده
۳۰۰	آموزش اسکیزوفرنیا به خانواده
۳۰۱	آموزش مهارت‌های ارتباطی
۳۰۳	مهارت‌های کلیدی ارتباط
۳۰۶	درمانگر خانواده در نقش معلم و مربی
۳۱۰	آموزش حل مسئله
۳۱۴	فنون رفتاری ویژه
۳۱۴	انواع مدیریت رفتاری خانواده برای افراد دچار ناتوانی روانی
۳۱۵	گروه‌های چندخانواده‌ای
۳۱۷	درمان جامعه‌نگر پیگیر با همکاری خانواده
۳۱۷	درمان اختلال دوقطبی با تمرکز بر خانواده
۳۱۸	درگیرکردن خانواده‌ها در خدمات لازم برای افراد دچار بیماری‌های شدید روانی: یک مدول ویدیویی
۳۲۰	مداخلات خانوادگی در روان‌پریشی تازه آغاز شده
۳۲۱	رویکردهای آموزش روانی
۳۲۷	خلاصه
۳۳۰	نکات کلیدی
۳۳۱	برای مطالعه بیشتر
۳۳۳	منابع

## فصل ۷: بازتوانی حرفه‌ای

۳۳۹	پیوستار بازتوانی حرفه‌ای
۳۴۱	ارزیابی کار و آمادگی کاری
۳۴۱	ارزیابی پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت حرفه‌ای
۳۴۲	تقویت آمادگی کاری
۳۴۳	ارزیابی عملکرد کاری
۳۴۳	آموزش تکالیف کاری و یادگیری بدون خطا
۳۴۴	آموزش پیش‌حرفه‌ای و هلازگاری شغلی
۳۴۵	کارگاه‌های حفاظت‌شده
۳۴۶	اشتغال موقت
۳۴۷	واحد‌های کاری و خدمه کاری
۳۴۷	مؤسسات مصرف‌کننده-راهبر و مصرف‌کنندگان فعال
۳۴۸	اشتغال حمایت‌شده
۳۴۹	مفروضات و اصول پایه اشتغال حمایت‌شده
۳۵۱	پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اشتغال حمایت‌شده



۴۳۴	افراد مبتلا به روان‌پریشی و اختلال استرس پس از حادثه.....
۴۳۵	افراد مبتلا به اختلالات روانی مقاوم به درمان.....
۴۳۶	تقویت درمانی.....
۴۳۹	رفتاردرمانی هدف‌دار.....
۴۳۰	مرکز خرید درمان.....
۴۳۱	درمان شناختی- رفتاری.....
۴۳۵	باز توانی خلاقان مبتلا به بیماری روانی.....
۴۳۶	آموزش مهارت‌های اجتماعی و مدیریت بیماری.....
۴۳۷	برنامه‌های یادگیری اجتماعی.....
۴۳۷	مدیریت رفتار پر خاشگرانه.....
۴۴۲	باز توانی سالمندان.....
۴۴۵	خدمات ویژه برای مشکلات سایر گروه‌های متشکل از افراد ویژه.....
۴۴۷	خلاصه.....
۴۴۸	نکات کلیدی.....
۴۵۰	برای مطالعه بیشتر.....
۴۵۲	منابع.....

### فصل ۱۰: دستاوردهای جدید در باز توانی و بهبودی..... ۴۵۵

۴۵۷	آینده باز توانی.....
۴۵۷	باز توانی شناختی.....
۴۵۸	شکل‌پذیری مغز: اساس باز توانی شناختی.....
۴۵۸	وضعیت کارکرد شناختی در روند بهبودی از بیماری شدید روانی.....
۴۶۱	داروشناسی عصبی شناختی.....
۴۶۳	ترمیم شناختی.....
۴۶۹	جبران نقایص شناختی: یادگیری بدون خطا و آموزش شناختی تطابقی.....
۴۷۲	توسعه دامنه باز توانی به کمک فن‌آوری.....
۴۷۸	پیشگیری از ناتوانی روانی.....
۴۷۹	مداخله پیشگیرانه با دوز کم داروهای ضدروان‌پریشی.....
۴۷۹	مداخله پیشگیرانه روانی اجتماعی.....
۴۸۰	تلفیق چشم‌انداز و مأموریت برای رسیدن به بهبودی.....
۴۸۱	مشارکت دادن مصرف‌کنندگان در باز توانی.....
۴۸۴	ادغام درمان‌های مبتنی بر شواهد در باز توانی.....
۴۸۵	ترویج و به‌کارگیری نوآوری‌ها در سلامت روان.....
۴۸۹	ادغام پژوهش در باز توانی.....
۴۹۱	ادغام اصول، ارزش‌ها، و مهارت‌ها در رابطه باز توانی.....
۴۹۵	خلاصه.....
۴۹۸	نکات کلیدی.....
۵۰۰	برای مطالعه بیشتر.....
۵۰۲	منابع.....



## سخن آغازین

۵۰ سال پیش، بیماران بستری در بیمارستان‌های ایالتی کشور به مقصد آنچه به‌طور خوش‌بینانه به آن "جامعه" گفته می‌شد، بیمارستان‌ها را رفته‌رفته ترک کردند و پذیرش بیماران جدید در این مراکز محدود شد. در اواخر دهه ۱۹۶۰، مطبوعات کشور این روند سنگدلانه مؤسسه‌زدایی را یک رسوایی ملی اعلام کردند. اکثر روان‌پزشکانی که در مراکز سلامت روان دولتی کار می‌کردند با سیل بیمارانی روبه‌رو شدند که برای آنها هیچ درمان مؤثری جز داروها وجود نداشت. داروهایی که هر چند به تخفیف نشانه‌ها کمک می‌کردند ولی نمی‌توانستند به بیماران روش خوب زندگی کردن در جامعه را بیاموزند. در این زمان بود که باب لیبرمن، روان‌پزشک جوانی که فکر او سرشار از ایده‌های به دست آمده از تجربیات آزمایشگاهی تئوری‌های یادگیری بود، کاوش خود را درباره روش‌های مبتنی بر شواهد در بازتوانی روانی آغاز کرد.

تنها لیبرمن بود که برخلاف همه ما که به شکست می‌اندیشیدیم، شرایط پدیدآمده را فرصتی مغتنم دانست. او گروهی از متخصصان با استعداد رشته‌های مرتبط با سلامت روان را گرد آورد و آنها را به سوی عرصه جدید بازتوانی روانی هدایت کرد، عرصه‌ای که افراد دیگر حاضر نبودند حتی گامی به سوی آن بردارند. او و همکارانش، از طریق کار با بیمارانی که بر اثر بیماری روانی به شدت ناتوان شده بودند، موفق شدند درمان‌های روانی-اجتماعی و درمان‌های رفتاری مختلفی را برای بازتوانی آنها ابداع کنند. آنان، در بیمارستان‌ها و مراکز سلامت روان، تکنیک‌های مفید و تأثیرگذار بر بهبود نقش و نحوه کارکرد اجتماعی بیماران را طراحی کرده، آن تکنیک‌ها را در عرصه آزمودند و به روش تجربی اعتبار علمی آنها را نشان دادند. آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمان رفتاری خانواده و درمان مبتنی بر یادگیری اجتماعی از جمله تکنیک‌هایی هستند که از کار آنان به وجود آمدند. نبوغ و مهارت لیبرمن در آموزش تعداد زیادی از بالینگران برای استفاده از تکنیک‌های ابتکاری‌اش جلوه‌گر شد. در نتیجه بسط و پذیرش خدمات جدیدی که متناسب با نیازهای طیف وسیعی از بیماران - اعم از بیماران بستری و سرپایی، بیماران بستری در بیمارستان‌های پزشکی قانونی و زندان‌ها، و بیماران دچار ناتوانی‌های ناشی از نقص تکاملی و نیز بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی - بود، او توانست نشان دهد که پزشکان شاغل در مراکز درمانی عادی و جامعه نیز می‌توانند با موفقیت تکنیک‌های جدید را به کار گیرند. تکنیک‌های لیبرمن به ۲۳ زبان ترجمه شده و از آنها در تمامی قاره‌ها استفاده می‌شود.

می‌دانیم که افراد اندکی می‌توانند چیز ارزشمندی را ابداع یا کشف کنند، تعداد بسیار کمتری می‌توانند اختراع یا اکتشاف خود را به بازار عرضه کنند، و تنها افراد بسیار نادری هستند که نوآوری‌هایشان ثمری جهانی می‌دهد. این کتاب که حاصل تلاش‌های لیبرمن است نمای کاملی از وضعیت جاری درمان‌های مبتنی بر شواهد ورود یافته به عرصه باز توانی روانی را ترسیم می‌کند. او با لحاظ کردن "بهبودی"، به عنوان هدف نهایی، تلاش خود را به سوی این دیدگاه نو سوق داد که با استفاده از مجموعه‌ای از درمان‌های مؤثر می‌توان بیماران را به داشتن یک زندگی متعارف موجه در جامعه قادر ساخت: کار کردن، آموختن، با بستگان و دوستان خود رابطه داشتن، و از دوره‌های طولانی‌تر خوب بودن لذت بردن. کتاب حاضر، کتاب درسی سنگین و جامعی نیست بلکه بیشتر راهنمایی کاربردی برای بالینگران، بیماران و خانواده‌ها در زمینه کارگروهی و مشارکت در فرایند درمان است. لیبرمن تکنیک‌های درمانی خود را به گونه‌ای ارائه نمی‌کند که گویی اصولی غیرقابل تغییراند، بلکه آنها بیشتر نوعی نقشه راه هستند که مسیر بهبودی را نشان می‌دهند.

۳۰ سال پیش‌را به یاد می‌آورم که تازه همکاری‌ام را با نشریه "بیمارستان و روان‌پزشکی جامعه‌نگر" انجمن روان‌پزشکی آمریکا که حالا "خدمات روان‌پزشکی" نامیده می‌شود، آغاز کرده بودم. آن زمان به دوستان و همکارانم گفتم هدف من این است که مجله از لحاظ علمی دقیق باشد ولی در عین حال می‌خواهم به وضوح و قابل فهم بودن مطالب، مرتبط بودن آنها با کار بالینی و امکان دسترسی نیز مشهور باشد. همکارانم در آن زمان عقیده‌ام را به سخره گرفتند اما به کمک بالینگران دانشمندی که در شورای نویسندگان شرکت داشتند، توانستیم چشم‌اندازی را که درباره مجله داشتیم محقق کنیم. بر همین منوال، شما خواهید دید که این کتاب به همان اندازه که جذاب است، عملی و کاربردی نیز هست. همان طور که جالب بودن و کاربردی بودن متناقض نیستند، دقت علمی و مفید بودن نیز تضادی با یکدیگر ندارند. به توصیه‌های لیبرمن عمل کنید و به درمان‌هایی که او به روشنی توضیح می‌دهد نگاهی بیندازید، از میان آنها انتخاب و سپس تجربه و امتحان کنید. شما نیز با من هم عقیده خواهید شد که این کتاب تا سالیان متمادی در خدمت تأمین نیازهای بالینگران، بیماران و خانواده‌ها خواهد بود.

### دکتر جان آ. تالبوت\*

استاد روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه مریلند

بالتیمور، مریلند

## پیشگفتار

عصر حاضر، بهترین دوران روان‌پزشکی است. نسل‌های جدید داروهای ضدروان‌پریشی و ضد افسردگی در دسترس ما هستند که کنترل علائم و درمان نقایص شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شدید و ناتوان‌کننده روانی را نوید می‌دهند. درمان‌های روانی-اجتماعی توسعه یافته‌اند و اثربخشی آنها در ایجاد انگیزه در افراد مبتلا به ناتوانی ناشی از بیماری روانی برای مدیریت بیماری، تعیین اهداف شخصی مناسب، کسب مهارت‌های اجتماعی، افزایش بهره‌مندی از حمایت خانوادگی، استخدام شدن، و غلبه بر آثار زیان‌بار سوءمصرف مواد به وضوح نشان داده شده است. بهبود و رهایی از اختلالات شدید و پایدار روانی هرگز تا این اندازه به واقعیت نزدیک نبوده است.

عصر حاضر بدترین دوران روان‌پزشکی نیز هست. داروهایی که برتری اثر آنها در درمان اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی مورد ادعا بود در بوتۀ آزمایش زمان مردود شدند و معلوم شد که این داروها، از داروهایی که از ۳ دهه پیش در دسترس بودند، مؤثرتر نیستند. درمان‌های روانی-اجتماعی مبتنی بر شواهد نتوانسته‌اند از دیوارهای دانشگاه‌ها به جامعه پزشکی و اقدامات بالینی روزانه نفوذ کنند. تقویت انگیزه، مدیریت بیماری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، رفتاردرمانی خانوادگی، اشتغال حمایت‌شده، و نظام‌های مراقبتی یکپارچه برای بیماران دارای دو تشخیص اختلال روانی و سوءمصرف مواد، گرچه در مجلات و کتاب‌ها تجلی پررونقی دارند، ولی به‌ندرت از خلال صفحات چاپ شده به عرصۀ کار بالینی متداول راه پیدا می‌کنند. این کتاب برای بالینگرانی نوشته شده که می‌خواهند فاصله موجود بین دانسته‌ها و قابلیت اجرایی واقعی آنها در برنامه‌های سلامت روان را پر کنند.

هر روز، آنهایی از ما که بالینگرند دوشادوش بیماران و خانواده‌های آنها برای کاستن از ناتوانی و افزایش سرعت بهبود بیماران تلاش می‌کنند. با درمان‌های زیست‌رفتاری مبتنی بر شواهد قابل دسترس، دیگر نیازی نیست که بیماری روانی معادل یا مترادف با ناتوانی باشد. در قرن بیست‌ویکم بهبودی از اختلالات روانی ناتوان‌کننده هدفی واقع‌گرایانه و دست‌یافتنی است. متخصصان سلامت روان، بیماران، بستگان، سیاستگذاران، و سایر ذینفعان با اصطلاح "بهبودی" آشنا شده‌اند زیرا این اصطلاح در گزارش‌ها، کمیسیون‌ها و نشریات ملی، ایالتی، و محلی طنین‌انداز است. از سوی دیگر، آشنایی با یک مفهوم گرچه "اثرهاله‌ای" دارد، اما درک روشنی از آن به دست نمی‌دهد. جمع شدن دور پرچم "بهبودی" کاری دشوار است مگر آنکه تمام افرادی که درآینده بازتوانی روانی سهمی دارند درباره‌ی تعریف آن اتفاق نظر داشته باشند. در حرکت به سوی بهبودی بیماران، نخست باید بدانیم مقصدمان کجاست در غیر این صورت هرگز به آنجا نخواهیم رسید.

بهبودی را می‌توان به شیوه‌های عینی و ذهنی و نیز از طریق پیوستار فرآیند حصول نتیجه تعریف کرد. از دیدگاه عینی،

زمانی می‌توان گفت بیمار به‌طور کامل از ناتوانی روانی بهبود یافته که فاقد علائم مغل عملکرد روزانه یا کیفیت زندگی باشد، مستقل زندگی کند، پول و داروهایش را شخصاً مدیریت کند، حداقل به‌صورت نیمه‌وقت در مراکز عادی کار یا تحصیل کند، حداقل هفته‌ای یک‌بار همراه با همتایان خود در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی و مناسبت‌های برگزار شده در مراکز اجتماعی عادی شرکت کند، و از روابط صمیمانه و منطقی خانوادگی لذت ببرد. از دیدگاه ذهنی، تجربه بهبودی دربرگیرنده امید به آینده‌ای روشن‌تر، پذیرش مسئولیت در زندگی شخصی، و احساس توانمندی حاصل از وجود مهارت‌های فردی، و نیز حمایت و احترام دیگران در زمینه تصمیم‌گیری است که باعث رضایت از زندگی و معنادار بودن زندگی روزانه می‌شود. رابطه درمانی مشارکتی، فرایند بهبودی را به جریان می‌اندازد، و نیز انگیزه و انتخاب‌های خود-فرمان افراد مبتلا به ناتوانی روانی را از طریق گزینش اهداف شخصی و فرصت‌های درمانی توسط خودشان تقویت می‌کند.

رویش جوانه‌های خوش‌بینی و امید به بهبود ناشی از "انگ‌زدایی" از بیماری روانی و افزایش شواهدی است که نشان می‌دهند رسیدن این بیماران به یک زندگی عادی در گروه خدمات درمانی جامع، مستمر، هماهنگ، با محوریت مصرف‌کننده و آرایه ماهرانه و شفقت‌آمیز این خدمات است. بالینگرانی با ویژگی‌های فردی خاص وجود دارند که می‌توانند به رابطه درمانی روح بدمند. آنها به داروها، مهارت‌ها و حمایت‌ها امکان می‌دهند تا آثار مثبت خود را اعمال کنند. برانگیختن و بسیج بیماران و خانواده‌های آنان برای حرکت در مسیر بهبودی، تنها با وجود مهارت استفاده از درمان‌های مبتنی بر شواهد میسر نمی‌شود.

## کلید بهبودی نزد بالینگر دلسوز است

به عنوان بالینگر باید نسبت به اینکه در نظر دیگران چگونه می‌نماییم حساس باشیم. در همه موارد، نفوذ درمانی ما از طریق نوع نگاهی که بیماران و خانواده‌هایشان به ما دارند، اعمال می‌شود. آیا ما، به عنوان بالینگر، به تماس تلفنی بیماران خود پاسخ می‌دهیم، آنها را از لحاظ عاطفی حمایت می‌کنیم، و نشان می‌دهیم که در صورت نیاز در دسترس‌شان هستیم؟ آیا قادر هستیم خودمان را برای بیماران‌مان قابل فهم کنیم؟ آیا امید واقع‌گرایانه و احترام را به بیماران خود منتقل می‌کنیم؟ آیا می‌توانیم خود را در رنج بیماران‌مان سهیم سازیم تا آنان از ما برای مقابله با ناامیدی و سرخوردگی نیرو بگیرند؟ آیا بیماران‌مان را به‌گونه‌ای آموزش می‌دهیم که در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در زمینه نحوه مراقبت‌شان با ما همکاری کنند؟ آیا می‌توانیم بیماران خود را حتی با وجود انفعال و گوشه‌گیری واضح به مشارکت در تصمیم‌گیری تشویق کنیم؟ آیا می‌توانیم به روشی سنجیده به افشاگری درباره اختلالات طبی و روانی خودمان و نحوه مقابله‌مان با آنها بپردازیم؟ آیا می‌توانیم مدل و الگویی برای بیماران خود باشیم و از این طریق نفوذ خود را به عنوان درمانگر و مربی افزایش دهیم؟ آیا بیماران‌مان احساس می‌کنند که شجاعت و تاب‌آوری آنها را در برابر فرایند طولانی درمان، حتی موقعی که آنها اعتماد و اعتقاد به خود را از دست می‌دهند، باور داریم؟ همان‌گونه که درمان و باز توانی باید با الگوی منحصر به فرد هر شخص از نظر نشانه‌ها، نقایص شناختی، توانمندی‌ها، کمبودها، حمایت‌های اجتماعی و منابع محیطی متناسب باشد، فرایند بهبودی و نتیجه آن نیز برای هر فردی بی‌همتا است. حتی در صورت دسترسی یکسان به بهترین اقدامات بالینی، بیماران مسیر بهبودی را با سرعت‌های متفاوتی می‌پیمایند. برخی از آنها به ملاک‌های عینی بهبود دست می‌یابند و می‌توانند زندگی عادی را از سر بگیرند و برخی دیگر در پیوستار بهبودی به پیش و پس نوسان می‌کنند. به‌رغم بهترین تلاش‌های بالینگران، بیماران و خانواده‌های آنها، علائم، عودها، و پسرفت‌های عملکردی رخ می‌دهند. با تداوم رابطه درمانی می‌توان تا حدود زیادی از ناامیدی، تخریب روحیه و افسردگی همراه با عود بیماری و فقدان استقلال عملکردی کاست. این رابطه احترام‌آمیز متقابل می‌تواند با روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، پرستار، کار درمانگر، مشاور شغلی یا متخصص حمایت شخصی برقرار شود. عامل مهم و کلیدی بهبود، بالینگری است که از فرد

مبتلا به اختلال شدید روانی دست نمی‌کشد، خوش‌بینی واقع‌گرایانه‌اش در مورد بهبودی را حفظ می‌کند، و نگرانی، اعتماد، و همدلی صادقانه‌اش را به فردی که اعتقاد و ایمان به خود را از دست داده، انتقال می‌دهد.

## از تبعیت تا همکاری درمانی

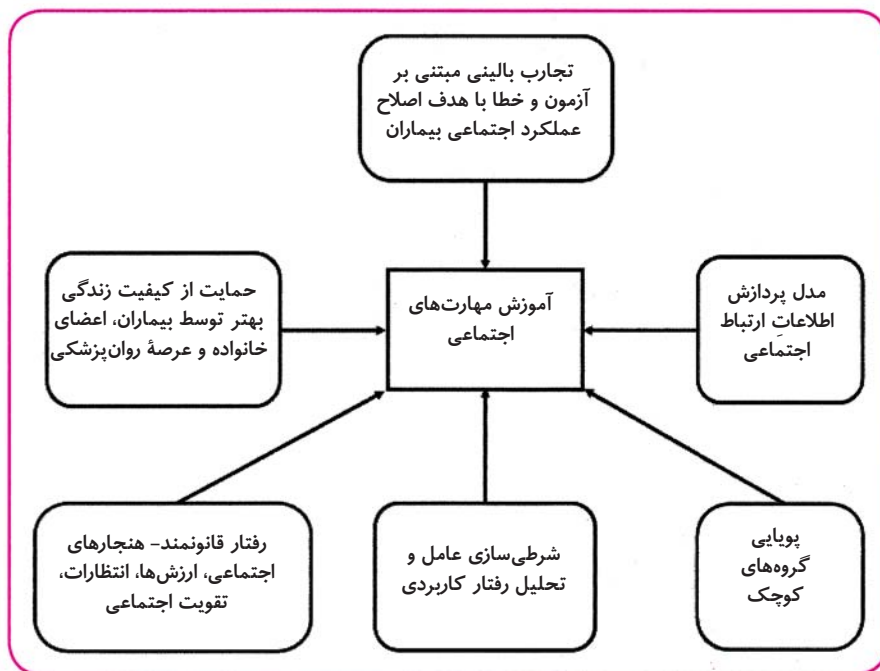
این کتاب راهنما، بدون انقلاب ایجاد شده در خدمات سلامت روان که درمان را کار و مسئولیت مشترک بالینگران، از یک سو، و بیماران و خانواده‌ها، از سوی دیگر می‌داند، صدفی بی‌گوهر خواهد بود. امروزه پزشکان باید از اشتیاق و عزم بیماران و خانواده‌های آنان برای آگاهی از اختلالات روانی و بهترین شیوه درمان آنها، به گرمی، استقبال کنند. روابط پدرسالارانه‌ای که پیش از این مشخصه درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی بود، رفته‌رفته صحنه را ترک می‌کنند. پزشکان می‌توانند مقتدر باشند اما نباید مستبد باشند؛ می‌توانند مشارکتی عمل کنند، ولی نباید انتظار تبعیت منفعلانه از بیمار داشته باشند؛ می‌توانند گزینه‌های درمانی مختلف را پیشنهاد کنند ولی نمی‌توانند به تنهایی تصمیم بگیرند؛ می‌توانند پذیرای برداشت بیمار و خانواده‌اش از پیشرفت درمان باشند اما نمی‌توانند وضعیت بالینی او را از جایگاه برتر یک متخصص اعلام کنند.

در حال حاضر تعاریف سنتی و قراردادی پیشین در مورد "پیشرفت" و "نتیجه خوب" درمان، براساس ملاک‌های آرایه شده توسط بیماران، خانواده‌ها و حامیان آنها، به عنوان مصرف‌کننده، تعدیل شده است. ابتلا به نوعی بیماری روانی تغییردهنده زندگی می‌تواند اهداف آغازین زندگی، آرزوها و مهارت‌های فرد را به یغما برد، اما همین شخص ممکن است متوجه شود که یک زندگی همراه با آرزوها و بلند پروازی‌های کمتر هم می‌تواند شادی‌های غیرمنتظره‌ای در پی داشته باشد. گرچه بیماری ممکن است مانع رسیدن فرد به اهدافش در دنیای کار یا تجارت شده باشد، ولی او ممکن است دریابد که می‌تواند از عرصه‌های حمایت از همتایان، دفاع از حقوق گیرندگان خدمت (مصرف‌کننده)، کار داوطلبانه، یا پیگیری رشد علایق هنری و یا لذت بردن از آغوش طبیعت رضایت خاطر فراوانی کسب کند.

موتور حمایت از مصرف‌کنندگان (گیرندگان خدمات) که عامل پیشرفت در عرصه مورد نظر ماست، سوخت خود را از منابع بسیاری تأمین می‌کند. برای مثال، امروزه بیماران با دسترسی سریع به اینترنت به راحتی می‌توانند درباره اختلال خود و بهترین روش درمان آن کسب اطلاع کنند. اینترنت پر از وب‌سایت‌های معتبری است که به توصیف بیماری‌های مختلف و خدماتی که اعتبار آنها به‌طور تجربی سنجیده شده، می‌پردازند. برخی بیماران حتی از بالینگران خود درباره نتایج جدیدترین پژوهش‌ها و یافته‌های مطالعات بالینی به روزتر هستند. اکنون اتاق‌های گفتگوی اینترنتی، پزشکی از راه دور، و تلفن‌های همراه برای افرادی که زندگی آنها در گذشته با محرومیت و انزوا همراه بوده، اطلاعات و روابط حمایتی فراوانی را فراهم می‌سازند.

## از حال تا آینده

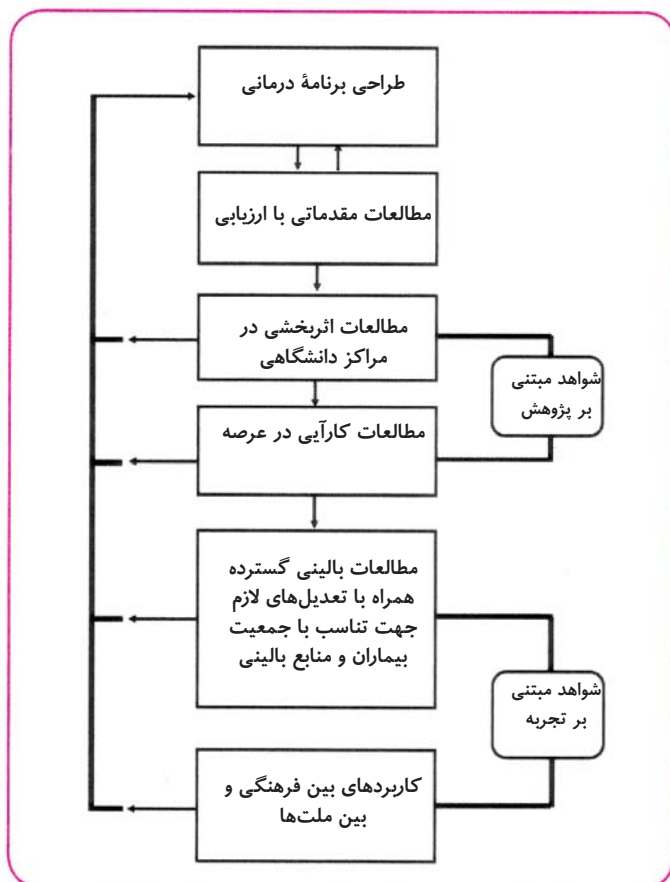
این کتاب راهنما، حاصل ۴۰ سال تلاش من در طراحی، تجربه، آزمودن، ارزیابی و اشاعه درمان‌های نوین مبتکرانه برای افراد مبتلا به ناتوانی ناشی از اختلالات روانی است. اشتیاق من برای درمان‌های جدید از چندین منبع ناشی می‌شد که به یکدیگر پیوستند و در ساخت این مداخلات سهیم شدند: علوم پایه آزمایشگاهی؛ تجارب بالینی روشن‌گرانه که از نیازها، امیدها، و مشکلات بیمارانم نشأت می‌گرفتند؛ و نوآوری‌های همکارانم. شاخه‌های منتهی شده به تدوین و اصلاح آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمانی مبتنی بر شواهد آرایه شده در فصل ۵ (آموزش مهارت‌های اجتماعی)، در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: منابع فراهم‌کننده مؤلفه‌های پایه و کاربردی در تدوین مهارت‌های اجتماعی، به مثابه یکی از روش‌های بازتوانی روانی.

چندین راه برای درک واقعیت‌های زندگی بیماران‌مان، تشخیص مشکلات آنها، حل کردن این مشکلات، و نزدیک شدن به حقیقت فرار و دست‌نیافتنی زندگی آنان وجود دارد که مطالعات بالینی تصادفی کنترل‌شده و نیز تهیه شرح حال از بیمار از این جمله‌اند. شواهد تأییدکننده اثربخشی درمان‌ها منوطاً از پروژه‌های تحقیقاتی انجام‌شده در مقیاس وسیع به دست می‌آیند؛ این پژوهش‌ها به مدد تفاوت‌های معنادار در میانگین آماری می‌توانند برتری ارزش درمانی نوین را بر شیوه‌های سنتی مراقبت اثبات کنند. مشاهده، اندازه‌گیری و تکرار نتایج در فردی واحد، اساس حتی قوی‌تری را در حمایت از ارزش نوع خاصی از درمان فراهم می‌کند. برای آنکه درمانی مؤثر واقع شود باید با نشانه‌ها و نقایص شناختی منحصر به فرد بیمار، توانایی‌ها و کمبودهای عملکردی، ظرفیت یادگیری، حمایت‌ها و منابع او متناسب باشد. آگاهی بر این مطلب که شیوه درمانی خاصی از نظر آماری به "طور متوسط" مؤثرتر از درمانی دیگر است، راهنمای ضعیفی برای انتخاب آن درمان توسط پزشکی است که بیمار او ممکن است در محدوده متوسط تعریف‌شده در یک مطالعه وسیع بالینی قرارگیرد.

طراحی، تدوین، اعتبار سنجی و اشاعه بهترین شیوه‌های بازتوانی در روان‌پزشکی فرایندی است که در صورت موفقیت به زنجیره‌ای از گام‌های متعامل شباهت دارد که از فکری سازنده آغاز می‌شود. این فرایند در نموداری در شکل ۲ نشان داده شده است. توجه کنید که مراحل مختلف تحقیق، تدوین و اشاعه شیوه‌های بازتوانی دوطرفه است. بنابراین طرح یک درمان، برنامه یا خدمت می‌تواند براساس پس‌خوراند به دست آمده از تجربه بالینی، پیش‌آزمون میدانی، و مطالعات مربوط به کارایی و اثربخشی تغییر کند. در واقع، حتی بعد از اینکه اعتبار یک برنامه درمانی خاص به‌طور کامل و به روش تجربی به تأیید رسید، طراحان برنامه ممکن است براساس نتایج به دست آمده از تجربه بر روی طیف گسترده‌ای از بیماران درمان‌شده در گستره



**شکل ۲:** فرآیند طراحی، اعتبارسنجی و اشاعه بهترین شیوه بازتوانی در روان‌پزشکی. این فرآیند پویا و سطوح مختلف تدوین، تعدیل، تغییر، اصلاح و نوآوری‌های تازه در آن متعامل است تا با شرایط ویژه مراکز بالینی متناسب شود.

وسیع‌تری از مراکز خدماتی برای مدت زمان متفاوت توسط بالینگران رشته‌های مختلف، با درجات مختلفی از تجربه بالینی و شایستگی‌های حرفه‌ای، بار دیگر به منظور طراحی گرد یکدیگر جمع شوند. اصلاح دوباره و مرحله به مرحله نوآوری‌های درمانی را می‌توان به مثابه شواهد مبتنی بر تجربه برای ارزشیابی بالینی آن روش تلقی کرد.

چندین روش اعتبارسنجی برای فراهم کردن شواهد تجربی در حمایت از اثربخشی و کارایی روش‌های درمانی وجود دارد. اثربخشی یک درمان جدید معمولاً با نشان دادن نتایج برتر آن در قیاس با درمان معمول در مطالعات تصادفی کنترل‌شده در مراکز دانشگاهی تعیین می‌شود که در آن درمان توسط افراد خبره ارائه شده و بیماران کاملاً انتخابی هستند تا افراد دچار اختلالات مزمن‌تر و پیچیده‌تر به مطالعه وارد نشوند. در مقابل، مطالعاتی که به تعیین کارایی یک درمان می‌پردازند در مراکز سلامت روان عادی با کارکنان همیشگی مراکز که این درمان‌های استاندارد و جدید را به بیماران ارائه می‌کنند، انجام می‌شوند. اعتبار اجتماعی یک درمان زمانی حاصل می‌شود که پزشکان، مصرف‌کنندگان و سایر ذینفعان تصدیق کنند که درمان ارائه شده در کمک به بیماران برای رسیدن به اهدافشان در دنیای واقعی مفید و سودمند بوده است. اعتبار بین فرهنگی زمانی حاصل می‌شود که درمان تدوین شده در یک کشور، توسط افراد حرفه‌ای در کشوری دیگر به کار گرفته و بومی شده و کارایی

آن به روش علمی تأیید و ارزش آن توسط دست‌اندرکاران عرصه سلامت روان در آن کشور تصدیق می‌شود. این نکته مایه رضایت‌خاطر است که بسیاری از روش‌های درمانی و باز توانی مبتنی بر شواهد کنونی، ابتدا در ایالات متحده طراحی و اعتبار آن تأیید شده، و سپس در کشورهای دیگر به زبان‌های مختلف ترجمه، و در آن فرهنگ‌ها بومی، و در نهایت اعتبار علمی آنها تأیید شده است.

## ● پایان ایدئولوژی، نویدبخش آینده‌ای با درمان‌های مبتنی بر تجربه است

۴۰ سال پیش، زمانی که کارم را در عرصه باز توانی آغاز کردم، به‌طور مضحکی در اقلیت بودم. نظریه‌های روان‌کاوی همه درمان‌های دیگر، از جمله درمان‌های دارویی، را که روشی برای درمان افراد ناپاسخگو به درمان بینش-محور تلقی می‌شدند، کنار زده بودند. حتی وقتی پژوهش‌های نخستین من به وضوح نشان داد که می‌توان از اصول رفتاری در تخفیف نشانه‌ها و آموزش تعاملات عادی به بیماران استفاده کرد، افرادی که در دنیای آکادمیک و بالینی مافوق من محسوب می‌شدند. این نتایج را غیر مهم دانستند. همدوره‌هایم تلاش مرا برای کاربرد یادگیری اجتماعی و سایر رویکردهای عملی در درمان بیماران دچار اختلالات شدید روانی غریب، سطحی، ظاهری، و حتی بدتر تفسیر می‌کردند. هشدارهایی صادر شد مبنی بر اینکه پیشرفت عملکرد روانی-اجتماعی در صورتی که از کاربرد روش‌های آموزشی حاصل شود، نهایتاً منجر به "جایگزینی نشانه‌ها" می‌شود. تئوری‌های قدیمی هیدرولیک با اعتقاد به اینکه هرگونه پیشرفت درمانی در صورتی که با بینش همراه نباشد مانند سدی در برابر انرژی روانی عمل می‌کند، پیش‌بینی کردند که پیشرفت درمانی حاصل از رفتار درمانی هنگامی که این سد بر اثر سیل نشانه‌ها و پسررفت‌های رفتاری در هم می‌شکند، سبب ایجاد مشکلات رفتاری جدی‌تر از قبل خواهد شد.

تنها بعد از چند دهه تحقیقات و تکرار یافته‌های مثبت بود که طرفداران مکتب روان‌پویشی عقب‌نشینی کردند و سرانجام آموزش مهارت‌ها، خانواده درمانی رفتاری، و مداخلات حمایتی به عنوان بهترین روش‌های درمان این بیماران پذیرفته شدند. پیشگامان روان‌پزشکی ابتدا اعلام کرده بودند که "درمان‌های باز توانی مبتنی بر رفتار درمانی به واقع مؤثر نیستند". زمانی که اثربخشی آن به تأیید رسید، مؤسسات سلامت روان تصدیق کردند که "باز توانی می‌تواند مؤثر باشد ولی این مداخلات از لحاظ بالینی اهمیت چندانی ندارند". آخرین سنگر "قدرت‌های روان‌پزشکی وقت" باج‌خواهی از خدمات مبتنی بر مطالعات تجربی بود: "باز توانی مهم و اثربخش است، ولی ما هم همه این کارها را انجام می‌دادیم". امروز در طلوع زندگی حرفه‌ای‌ام، مشاهده رفتار درمانی و باز توانی روانی اجتماعی، دوشادوش درمان دارویی، به عنوان بهترین روش‌های غیر قابل انکار در دورنمای اختلالات روانی به من رضایت‌خاطر فراوانی می‌دهد.

چگونه می‌توانیم روان‌پزشکی را از شیفتگی دوباره نسبت به درمان‌های مبتنی بر مفروضات بیش ارزش‌گذاری شده و گمراه‌کننده درباره سبب‌شناسی اختلالات روانی بازداریم؟ اقتادن در دام درمان‌های مبتنی بر ایدئولوژی‌های نظری به ظاهر قانع‌کننده در لباس علمی کار ساده‌ای است. من در مورد سلطه مدل درمانی زیستی-پزشکی به دلیل غالب بودن الگوی علمی‌اش در پزشکی و روان‌پزشکی نگرانی‌هایی دارم. البته، اینکه اساس علمی روان‌پزشکی توسط مردم و همکاران سایر رشته‌های پزشکی پذیرفته شده مایه خشنودی است. روان‌پزشکی به آهستگی از جایگاه قدیمی یک صد ساله خود در قطب تحتانی توتم پزشکی صعود کرده است، ولی این را نیز نباید از نظر دور داشت که مغز به آسانی اسرارش را فاش نمی‌کند. وقتی به این حقیقت می‌اندیشیم که هر کدام از تریلیون نورونی که در مغز وجود دارد صدها اتصال سیناپسی با سایر نورون‌ها و مناطق مختلف مغزی دارد، بررسی اهمیت اتصالات بین نورونی در اختلالات روانی چون میدان مینی خواهد بود که از انفجارهای آن تئوری‌ها و یافته‌های بسیاری حاصل خواهد شد.



علم اساساً مبحثی تجزیه‌گرا و در پی آن است که پاسخ سؤالات پیچیده‌ای را که در مورد بیماری‌ها و ناتوانی‌ها مطرح‌اند در احتمالاتی که الکترون‌ها، ژن‌ها، ملکول‌ها، و تصویر ساختارها و کارکردهای عصبی پیش‌رو می‌گسترند، بیابد. تبیین تنوع پیچیده افراد از ظرفیت کنونی علوم اعصاب فراتر است، ولی کار بازتوانی روانی در نهایت بر تلاش فرد برای رسیدن به جایگاه رضایت‌بخشی در جامعه متمرکز است. فردی که بیمار ماست، این بیش از اندازه ساده‌انگاری علوم زیست-پزشکی را به چالش فرا می‌خواند و در پی یافتن بالینگرانی است که بتوانند با درک امواج ناپایداری و پیش‌بینی‌ناپذیری در فردی که در تلاش یافتن مسیر بهبودی است، التیام‌بخش او باشند. علوم قراردادی نمی‌توانند به درستی مسیر سیستم‌های پیچیده‌ای چون بیماران دچار ناتوانی‌های روانی را پیش‌بینی کنند. به‌رغم فقدان معالجه قطعی و نارضایتی از درمان دارویی که ممکن است نشانه‌های ناراحت‌کننده و مزاحم بیماری را کاهش دهد ولی به‌ندرت آنها را کاملاً رفع می‌کند، بیماران ما به عاده خود کارکردی و تجربی‌شان امید دارند. بازتوانی روانی، وقتی در بافت روابط مبتنی بر همکاری و دلسوزی و همراه با درمان دارویی ارزیابی شود، راه‌های تازه‌ای را به سوی امید و بهبودی می‌گشاید.

در زمان حاضر، پیشرفت‌های هیجان‌انگیز در علوم اعصاب بسیاری از روان‌پزشکان عضو دانشگاه‌ها، محققان و متخصصان سلامت روان، و مدافعان مصرف‌کنندگان را به سوی این باور سوق داده است که اختلالات روانی و درمان قطعی آنها در نهایت از طریق پیچیدگی‌های مغز رمزگشایی می‌شود. تردیدی نیست که مغز میزبان مکانیزم‌های عصبی مختلفی است که واسطه نشانه‌ها، نقایص شناختی و عملکردهای ناپه‌نجان روانی-اجتماعی افراد دچار اختلالات روانی است. اما کنترل رفتار توسط مغز یک سوئه نیست، بلکه مغز سیستم بازی است که از رفتار و محیط خارج تأثیر می‌پذیرد و در تمام طول عمر شکل‌پذیر باقی می‌ماند. فقط با کشف تدریجی تعاملات پیچیده میان ژن‌ها، رشد مغز، محیط، و ابعاد فیزیولوژیک، اجتماعی-عاطفی و ابزاری رفتار آدمی است که رشته ما خواهد توانست به تولید درمان‌های واقعاً مؤثری که سبب کاهش ناتوانی و افزایش بهبودی بیماران مان می‌شود، ادامه دهد.

رها کردن درمان‌های مبتنی بر ایدئولوژی و مفروضات فلسفی درباره رفتار انسان و جایگزین کردن آنها با درمان‌های مبتنی بر شواهد، این امکان را فراهم می‌سازد که با کمک روش‌های علمی در آینده خدمات جدیدتر و مؤثرتری به وجود آیند. درمان‌های مبتنی بر شواهد کنونی منظم‌اً توسط روش‌های تازه و ابتکاری دیگری که شواهد به دست آمده از تحقیقات برتری آنها را نشان می‌دهند، جایگزین خواهند شد. انتشار فواید بازتوانی مبتنی بر شواهد در میان نظام‌های مختلف مراقبت از سلامت روان رفته‌رفته به ایجاد نوعی فن‌آوری برای انتقال دانش منتج خواهد شد و با کسب تدریجی مهارت‌های بالینی در کاربرد دقیق درمان‌های مبتنی بر شواهد توسط هزاران متخصص سلامت روان، بهبود از اختلال روانی از شعار فراتر خواهد رفت.

آینده روشن و نویدبخش است. در چند دهه آینده بیش از نیمی از بیماران دچار ناتوانی روانی می‌توانند بهبود یابند و زندگی مفیدتر و ارضاکنده‌تری داشته باشند. من قاطعانه خوش‌بینم که اصول و روش‌های بازتوانی روانی-آن‌گونه که در این کتاب شرح داده شده است- برای صدها هزارتن از بیماران دچار ناتوانی روانی رفع نشانه‌ها، امید، مسئولیت‌پذیری شخصی، امکان انتخاب، اختیار، و منزلت به ارمغان خواهد آورد. وقت آن رسیده تا بیماران از سایه انگ بیماری روانی بیرون آیند و در درخشندگی روز جایگاه شایسته خود را در کنار سایر افراد جامعه پیدا کنند.



## سیاسگزاری

تعداد بی‌شماری از مربیان، همکاران، کارآموزان، بیماران و اعضای خانواده‌هایشان در پژوهش‌ها و کارهای بالینی‌ام در زمینه بازتوانی روانی ایفای نقش کرده‌اند. برخی از مهم‌ترین افرادی که نقش و نفوذشان در موفقیت و به بار نشستن فعالیت حرفه‌ای ۴۰ ساله من راهگشا بوده عبارتند از بی. اف اسکینر (پی. اچ. دی)، رابرت بندورا (پی. اچ. دی)، لوئیس لازاگنا (پزشک)، الیوت میشلر (پی. اچ. دی)، هربرت وینر (پی. اچ. دی)، ناتان ازرین (پی. اچ. دی)، مایکل سربر (پزشک)، گوردون پال (پی. اچ. دی)، فیلیپ ار. ای می (پزشک)، جیم منتز (پی. اچ. دی)، ویلیام دو ریسی (پی. اچ. دی)، لری کینگ (پی. اچ. دی)، تیموتی کیونل (پی. اچ. دی)، تاد اکمن (پی. اچ. دی)، الکس کپلوویچ (پزشک)، انا وُنگ مک دونالد (پی. اچ. دی)، کیث نوشرلین (پی. اچ. دی)، استیون سیلورستاین (پی. اچ. دی)، دکتر یان ار. اچ فالون (پزشک)، کریستین وون (پی. اچ. دی)، ایزاک مارکس (پزشک)، رابرت دریک (پزشک)، کیم میوزر (پی. اچ. دی)، شیرلی گلین (پی. اچ. دی)، گایلا بلک ول (عضو نظام پرستاری، کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی)، سالی مک کین (پی. اچ. دی)، تانیا لوکونت (پی. اچ. دی)، جوزف ونتورا (پی. اچ. دی)، پاتریک گورینگ (دکتر روان‌شناس)، ویل اسپالدینگ (پی. اچ. دی)، رابرت کرن (پی. اچ. دی)، پاول ساتز (پی. اچ. دی)، مایکل گرین (پی. اچ. دی)، استفن ماردر (پزشک)، رابرت تد وان پاتن (پزشک)، رابرت توبر (متخصص آموزش پزشکی) و توماس بیکر (پی. اچ. دی).

من به ویژه به سرچشمه جوشان خلاقیت تمام‌نشدنی دکتر چارلز "چاک" والیس مدیونم. ما از یک همکاری نزدیک دوسویه رضایت‌بخش، و همزیستی ۳۵ ساله لذت برده‌ایم. ایده‌های اصیل او، پیگیری سیستماتیک و علمی فرضیه‌ها، توانایی توضیح ابهامات و ساده کردن پیچیدگی‌ها توسط او، من و کارم را پرورانده است. اما سرنوشت چنین رقم زد که بیشترین معروفیت و سهم بزرگ‌تر در عرصه فعالیت‌مان نصیب من شود، در حالی که در حقیقت اغلب آنها توسط چاک ایجاد، تدوین و ارزیابی شده است.

من همچنین از حمایت‌های اجرایی لوئیس جولین وست (پزشک)، فاوژی فاوژی (پزشک)، فرانک تورلی (پی. اچ. دی)، رانسوم ارتور (پزشک)، میلتن گرینبلت (پزشک)، دان فلین (پزشک)، رافائل کانتون (پزشک)، فریتز ردلیش (پزشک)، و پیتر وایبرو (پزشک) بسیار بهره برده‌ام.

از جمله مزیت‌های لذت‌بخش کار اکادمیک من به وجود آمدن همکاری‌ها و دوستی‌های فراوانی است که از مسافرت‌های بین‌المللی‌ام برای شرکت در کنفرانس‌ها، نشست‌ها، مشاوره‌ها، دیدار با اساتید، و برگزاری کارگاه‌های آموزشی درمان‌های مبتنی بر شواهد برای همکاران نشأت می‌گیرد. این روابط بادوام و غنی به من آموخت که اشتیاق و اراده برای بهبود زندگی افراد دچار ناتوانی روانی در تمام دانشمندان-درمانگران در سراسر جهان وجود دارد از جمله دز ژان کوتراکس (پزشک و پی. اچ. دی)، و برنار

ریویر (پزشک) (فرانسه)؛ گای دی لو (پزشک) (بلژیک)؛ ژروم فاوارد (پرستار)، هانس برنر (پزشک و پی. اچ. دی)، و والکر رودر (پی. اچ. دی) (سوئیس)؛ مانفرد فیچتر (پزشک)، ایور هند (پزشک)، و آنت شاب (پی. اچ. دی) (آلمان)؛ سزار سوتیلو زوالوس (پزشک) (پرو)؛ فلیسیتاس کورت (پی. اچ. دی) و فرانزل دلگادو سنیور (پزشک) (ونزوئلا)؛ جووانا مدر (پزشک) (لهستان)؛ جوردی ماسیا (اسپانیا)؛ توما توموف (پزشک)، و نیکولای بوتورین (پی. اچ. دی) (بلغارستان)؛ نیک تاربر (پی. اچ. دی) و جولیان لف (پزشک) (انگلیس)؛ هکتور تسانگ (پی. اچ. دی) (هنگ کنگ)؛ ونگ یانگجن (پزشک) و یینگ کیانگ جیانگ (پزشک) (چین)؛ ماریانو باسی (پزشک)، و جیان فرانکو گولدوورم (پزشک) (ایتالیا)؛ شین-ایچی نیوا (پزشک)، امی ایکیبوچی (پزشک)، نوبیو انزای (پزشک)، کی مائیدا (پی. اچ. دی)، و کیکو کادویا (پزشک) (ژاپن)؛ کول کیون کیم (پزشک)، و یانگ هی چوی (پزشک) (کره)؛ گونار گوتستام (پزشک)، رالف گراو (پی. اچ. دی)، پر بورل (پی. اچ. دی)، و کارل فاگرشتروم (پی. اچ. دی) (نروژ و سوئد)؛ لوئی دوویسر (پی. اچ. دی)، مارک ون در گاگ (پی. اچ. دی)، هلما بلنکمن (پرستار)، دورین ورهون (فوق لیسانس مددکاری اجتماعی)، و الن کارمن (هلند)؛ و تی مورالی (پزشک)، و آر. تارا (پزشک) هند.

علاوه بر کمک‌های همسرمان، دست نوشته این کتاب براساس نظرات و پیشنهادهای ویراستاری الکس کولپوویچ (پزشک) و تیموتی کیونل (پی. اچ. دی) به طور گسترده اصلاح شده است. خانم ماری جین رابرتسون، دستیار قدیمی من در تحقیق و اجرا، در آماده کردن تصاویری که اصول و روش‌های باز توانی روانی توصیف شده در فصول کتاب را نشان می‌دهند نقشی کلیدی داشت. به جان ای. تالبوت (پزشک)، به خاطر نگارش سرآغازی برای این کتاب و همچنین برای کتاب قبلی‌ام، "باز توانی روان پزشکی بیماران روانی مزمن" تشکر ویژه‌ای بدهکارم. جان، چون چراغی روشنگر راه عرصه روان پزشکی بوده و برای اینکه متخصصان و نظام‌های مراقبت از سلامت روان به بیماران مبتلا به ناتوانی‌های روان پزشکی اولویت بدهند، تلاش زیادی کرده است. او، در مدت ریاست خود بر انجمن روان پزشکی آمریکا، و در نقش سردبیر مجله خدمات روان پزشکی، و با حمایت از پژوهش در باز توانی روان پزشکی، آرایه خدمات به افراد مبتلا به ناتوانی روانی را به الزام و تعهدی اخلاقی تبدیل کرده و به این افراد خدمتی شایان نموده است.

و آخرین و البته نه کمترین آنها، تقدیر و سپاس من از رابرت هیلز، پزشک، مدیر و سر ویراستار شرکت انتشاراتی روان پزشکی آمریکا است که با تشویق‌هایش نقش مهمی در نگارش طولانی این کتاب ایفا کرده است. باب هیلز دید و عزم فوق‌العاده‌ای برای وسعت بخشیدن به عرصه درمان‌های روان پزشکی و گسترش آن به مرزهایی فراتر از روان درمانی‌های سنتی و داروشناسی روانی دارد. اشتیاق او برای تبدیل باز توانی روانی به جریان اصلی درمان در روان پزشکی، برای تمام کسانی که بر اثر ناتوانی روانی با مانع روبه‌رو شده‌اند، امید بهبودی را به ارمغان آورده است. همکاری با باب، در مقام مدیر پزشکی شاخه بهداشت روان ناحیه ساکرامنتو، برای من امتیازی بوده است. تیم برنامه باز توانی روانی دانشگاه یو سی ال ای به سرپرستی من، همراه با کارکنان اداری و بالینی‌بخش او، آموزش مهارت‌های اجتماعی را در سراسر ناحیه ساکرامنتو با هدف بهبود وضعیت بیماران و متخصصان بالینی با موفقیت اجرا کردند.

حتی اکنون، ۴۰ سال پس از ملاقات با نخستین بیمار دچار اسکیزوفرنی ام، هنوز از بیمارام- نه تنها چگونگی مشارکت در درمان- بلکه چگونگی پذیرش نومی‌ها و بازگشت‌هایی را که موانعی اجتناب‌ناپذیر در برابر پیشروی مشترک ما به سوی بهبودی هستند- یاد می‌گیرم. بیمارام من تحسین‌برانگیزترین قهرمانان من هستند که برای ایجاد یک زندگی کامل برای خود تلاش می‌کنند، بدون اینکه تسلیم تاریکی شوند. من که جدال با هیولای تاریک درونم را آزموده‌ام، اهمیت پایداری و امید ناشی از بهبودهای مرحله‌ای کوچک را در بیمار و پزشک می‌دانم. ایجاد رابطه درمانی‌ای که با اعتماد، شایستگی، همکاری، و دلسوزی عجین باشد، ضروری است. هر روز با برقی در چشم، لبخندی بر چهره، و نشاطی در گام‌هایم به بیمارام خوشامد می‌گویم. و آنها هم تا به امروز سخاوتمندانه به من پاداش داده‌اند.

## اصطلاحات فنی

در این کتاب راهنما برای اشاره به افرادی که "درمان ارایه می‌کنند" و "کسانی که درمان به آنها ارایه می‌شود" از اصطلاحات قراردادی مشخصی استفاده شده است. سایر اصطلاحاتی که به منظور حفظ همسانی در متن استانداردسازی شده‌اند، در قلمرو نوع اختلال، بیماری، یا ناتوانی قرار دارند. اصطلاحات درمان و بازتوانی به جای هم استفاده می‌شوند، چون آنها درهم پیچیده و تفکیک‌ناپذیرند. برخی خوانندگان ممکن است درمان را با "دارودرمانی" و "بازتوانی" را با آموزش مهارت‌های اجتماعی ربط دهند. در واقع، بیمارانی که برایشان دارو تجویز شده، چنانچه در زمینه مهارت‌های خود-مدیریت و خود-پایش داروها، شناسایی آثار درمانی و پیشگیرانه آنها، تشخیص عوارض جانبی جدی از عوارض جانبی خفیف و چگونگی واکنش به هر یک از آنها، و برقراری ارتباط و مذاکره با پزشکان تجویزکننده برای کسب حداکثر فواید حاصل از دارو آموزش نیینند، احتمال آنکه دارو را مصرف و نتایج بالینی مطلوبی از آن کسب کنند بسیار کمتر است.

در این کتاب، اصطلاحات بازتوانی روانی و بازتوانی روانی-اجتماعی همپوشانی قابل ملاحظه‌ای دارند. هر دو شامل ارزیابی عملکردی و گستره کامل درمان‌ها و خدمات روان‌شناختی و اجتماعی شامل موارد زیر هستند: (۱) تعلیم یا آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل و (۲) حمایت‌های خانوادگی، شغلی، اجتماعی، همتایی، تخصصی و همگانی برای بهبود عملکرد در جامعه. اصطلاح بازتوانی روانی از قلمرو روانی-اجتماعی فراتر رفته، شیوه‌های ارزیابی مرتبط با تشخیص روان‌پزشکی، شدت و دامنه نشانه‌ها، و نقایص شناختی را در بر می‌گیرد. اگر مداخلات بازتوانی‌ای که با هدف ارتقای تبعیت درمانی و جبران نقایص شناختی ارایه شده‌اند با ارزیابی‌های اختصاصی و قابل سنجش ادغام نشوند، حرکت به سوی "بهبودی" از همان آغاز شکست می‌خورد. درمان‌های روانی-اجتماعی متمرکز بر کاهش یا حذف نشانه‌ها و رفتارهای ناراحت‌کننده در اختلالات شدید روانی مانند درمان از راه یادگیری اجتماعی (اقتصاد پته‌ای یا ژتون‌ی) و درمان شناختی-رفتاری نیز در زیر مجموعه سرفصل بازتوانی روانی قرار دارند. بنابراین، بازتوانی روانی اصطلاحی فراگیرتر از بازتوانی روانی اجتماعی است.

## متخصصان سلامت روان و سایر کارکنان

ما اغلب درباره واژگانی که کارمان را توصیف می‌کنند اتفاق نظر نداریم، حتی اگر درباره اصول، ارزش‌ها، و نتایج آن توافق داشته باشیم. اصطلاحاتی که به کار می‌بریم از کشور و منطقه زندگی ما، نقش ما و رشته‌مان در عرصه سلامت روان، نوع بیماری پرهیز بسیار شدید کارکنان مراقبتی از ادای صحیح نام چیزها، یکی از آزردهنده‌ترین تجربی است که به‌عنوان پدر پسری

مبتلا به اسکیزوفرنی با آن مواجه شده‌ام.

بیمار دیگر بیمار نیست بلکه مراجع یا مصرف‌کننده خدمات است. و در نتیجه قادر به ارزیابی نیازهای خود و عقد قرارداد با پزشکان و سایر مؤسساتی است که کار آنها ارزیابی خدمات یا مراقبت‌های برگزیده شده است. این راهی حیرت‌انگیز برای نزدیک شدن به افرادی است که وقتی بیمارند، براساس تعریف تقریباً «فاقد درکی درست هستند» تیم سلمون، سرپرست بیمار، ۲۰ نوامبر ۲۰۰۶» که به او خدمت می‌کنیم، بستری یا سرپایی بودن بیمار، نوع مؤسسه، مرکز، یا برنامه‌ای که در آن کار می‌کنیم، و مهم‌تر از همه سلائق و تجارب شخصی مان تأثیر می‌پذیرد.

*ارایه‌کنندگان درمان* شامل متخصصان و نیروهای آموزش‌دیده و باتجربه وابسته به آنان در یکی از رشته‌های سلامت روان هستند. آنها شامل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران و کمک پرستاران، کار درمانگران و تفریح درمانگران، تکنیسین‌های روان‌پزشکی و بازتوانی، و نیروهای همکار از مدارج مختلف تحصیلی و تجربی هستند. گرچه آگاهی گسترده‌ای در این زمینه وجود ندارد، اما بیشتر افرادی که در استخدام مراکز سلامت روان هستند آموزش رسمی منجر به اخذ مدرک معتبر در یکی از رشته‌های رسمی شناخته شده و مورد تأیید هیأت‌های صادرکننده مدرک و جواز را ندیده‌اند. آنها از نیروهای تخصصی وابسته با سطح تحصیلاتی در حد کالج یا کمتر هستند که در نظام‌های سلامت روان همگانی، ردیف مدیران موردی بالینی و دیگر تأمین‌کنندگان خدمات برای افراد دچار بیماری روانی را در درون و بیرون مراکز پر می‌کنند.

در این کتاب از به‌کارگیری اصطلاح تأمین‌کننده در اشاره به افراد فعال در مشاغل شفابخش تا حد امکان اجتناب شده است. من به جای اصطلاحاتی که ریشه در مدل اقتصادی دارند، اصطلاحاتی را برگزیده‌ام که به نقش‌های بالینی متخصصان اشاره دارند. پشتوانه بازتوانی اثربخش، متخصصان بالینی و بیمارانی هستند که روابطی انسانی با ویژگی‌های زیر برقرار می‌کنند: توجه خالصانه، صمیمیت غیرمالکانه، همدلی، احترام متقابل، درک تفاوت‌های فرهنگی، همکاری در تعیین اهداف و تصمیم‌های درمانی، و ارزیابی پیشرفت. با شناخت بی‌چون و چرای اختلالات روانی به عنوان اختلالات زیستی طبی مرتبط با استرس، برقراری روابطی که در آن متخصصان رشته‌های یاری‌دهنده از تبحر فنی لازم و بیمارانی از دانش کافی درباره چگونگی تأثیر بیماری برخوردارند، اهمیت بسیار دارد. به منظور دستیابی به موفقیت در حرکت به سوی بهبودی، لازم است درمانگران و بیمارانی چشم‌اندازهای خود را با یکدیگر در میان بگذارند. کاربرد اصطلاحاتی مانند تأمین‌کننده و مصرف‌کننده، در نوشتار یا گفتار، خدمات سلامت روان را با کالاهایی که در بنگاه‌های تجاری مبادله می‌شوند، معادل می‌کند. از آنجا که "واژگان بذریه‌ای هستند" که مفاهیم و رویکردهای تعیین‌کننده روش‌ها از آنها می‌رویند، استفاده از اصطلاحاتی مانند تأمین‌کننده و مصرف‌کننده، ویژگی انسانی هنرهای شفابخش را تا حد معامله‌ای در بازار تقلیل می‌دهد.

در کل، من از اصطلاحات متخصص سلامت روان، پزشک، بالینگر، درمانگر، مربی، و متخصص بازتوانی برای اشاره عام به کسانی استفاده کرده‌ام که- صرف‌نظر از رشته، آموزش، یا تخصص‌شان- به افراد دچار بیماری جدی و پایدار روانی خدمت ارائه می‌دهند. گرچه آموزش تخصصی و صلاحیت اعضای عرصه‌های چندرشته‌ای از نظر ارزش‌گذاری و صدور جواز متفاوت و سهم آنان در مراقبت از بیمار لازم و در عین حال متمایز است، تلاش کرده‌ام در مواردی که ارجاع متن به گروه وسیع متخصصان سلامت روان است، از به کار بردن اصطلاحاتی که اختصاص به رشته‌ای خاص دارد پرهیز کنم. تکرار فهرستی از گستره وسیع رشته‌های دخیل، در هنگام اشاره به نقش‌های عام دست‌اندرکاران خدمات سلامت روان، زائد و آزاردهنده است.

من تلاش کرده‌ام تا استفاده از اصطلاح مدیران موردی را در توصیف کارکنانی که مسئولیت برنامه‌ریزی درمان، پایش، امداد رسانی، تدویم، حمایت، و ارزیابی مستقیم خدمات به اشخاص مبتلا به ناتوانی روانی را به عهده دارند، به حداقل برسانم. اما چون اصطلاح رایجی است، در پرهیز از کاربرد آن یا واژه همتایش، مدیریت موردی، کاملاً موقوف نبوده‌ام. من اصطلاح متخصص حمایت‌های فردی و خدمات حمایتی فردی را بیشتر ترجیح می‌دهم، چون آنها به یک رابطه شخصی بین‌کننده کار و بیمار و

اهمیت حمایت در این رابطه و همچنین دفاع متخصص از دریافت خدمات حمایتی مورد نیاز بیمار از مؤسسات متعدد مستقر در جامعه دلالت می‌کنند.

اصطلاح متخصص به مدیر ترجیح دارد، زیرا ارزش بالایی ذاتی صلاحیت‌کننده کار در ارزیابی، برنامه‌ریزی درمان، خدمات مستقیم، و برقراری ارتباط و مشاوره با متخصصان و کارگزاران دیگر را می‌رساند. روشن است که نقش محوری متخصص حمایت‌های فردی، وقتی با ذکر چنین صلاحیت‌هایی توصیف می‌شود، شایسته ارزش‌گذاری و اعتبار بالا از سوی همکاران و در عرصه سلامت روان، به‌طور کلی، است. بیماران دچار ناتوانی ما که در راه بهبودی تلاش می‌کنند شایسته بهره‌مندی از متخصصانی با گستره کاملی از دانش فنی و مهارت‌ها و همچنین توانایی ایجاد و حفظ پیوندهای مبتنی بر احترام متقابل با بیماران‌شان هستند.

## بیمار نه مصرف‌کننده

در این کتاب، اصطلاحات تأمین‌کننده و مصرف‌کننده تا حد امکان کمتر به کار برده شده‌اند، چون بر یک "رابطه تجاری" غیرشخصی بین درمانگر و بیمار دلالت دارند. نباید متخصصان سلامت روان را به دیده تجار پول‌سازی نگریست که تبحر خود را از راه معاملات خشک رسمی و گسلیده به بیماران و خانواده‌ها "می‌فروشند". اصطلاحات مصرف‌کننده و تأمین‌کننده در دهه ۱۹۹۰ پدیدار شدند، یعنی زمانی که بودجه‌بخش مراقبت از سلامت کاستی گرفت و افراد تاجرپیشه برای مدیریت کارآمدتر خدمات سلامت و کسب سود برای شرکت‌هایشان به مراکز بالینی هجوم بردند. در این هنگام بود که اصطلاحات بی‌معنای تجاری رواج یافتند؛ اصطلاح بیمار ناپدید، و مصرف‌کننده جایگزین آن شد؛ تأمین‌کننده نیز جای پزشک را گرفت. البته، ممکن است اصطلاحات تأمین‌کننده و مصرف‌کننده در فرهنگ لغت مجریان و مدیران برنامه‌های سلامت روان، اقتصاددانان پزشکی، و پژوهشگران عرصه خدمات سلامت واژگانی مناسب باشند.

رابطه درمانگر یا پزشک با بیمار با یاری‌رسانی، شفاف‌سازی، کاهش رنج، تعهد، دلسوزی، و توجه مستمر مشخص می‌شود. "قرارداد شخصی" تلویحاً مستتر در این رابطه، بی‌شبهت به قرارداد منعقد شده بین دو طرف ازدواج، کشیش و آموزگار، طلبان او، و معلم و دانش‌آموزانش نیست. اگر از دانش‌آموزان به عنوان مصرف‌کننده دانش و مهارت‌ها و از معلمان با عنوان تأمین‌کننده یا تدارک بیننده دانش و مهارت‌ها یاد نمی‌شود، چرا باید بیماران دچار مشکلات روانی و درمانگران آنها به دید تجاری نگریسته شده و مصرف‌کننده و تأمین‌کننده نامیده شوند؟

این تمایزها ممکن است جزئی بنمایند، اما چنین نیست. شما با بیماران تان طوری برخورد می‌کنید که گویی اعضای خانواده‌تان هستند. با آنها صحبت می‌کنید. آنها را دلناری می‌دهید. وقت صرف می‌کنید تا توضیح دهید که آینده ممکن است چه چیزی در آستین داشته باشد. گاهی پیش می‌آید که آینده ناخوشایند باشد. اما شما به آنها اطمینان می‌دهید که در کنارشان هستید و در رویارویی با آن کمک‌شان خواهید کرد.

شما با مشتریان کاملاً متفاوت رفتار می‌کنید. مشتریان برای خرید مراقبت‌های سلامت به مغازه شما می‌آیند. شما معامله را جوش می‌دهید- دریافت پول در ازای مراقبت‌های سلامت. و سپس، دیگر آنها مشتری شما نیستند. یک گام جلوتر برویم، شما می‌توانید فکر کنید که هرچقدر زمان کمتری با مشتریان تان سپری کنید، در پایان سود بیشتری خواهید برد. رابطه پزشک-بیمار برای یکپارچگی نظام مراقبت از سلامت بسیار مهم است. این رابطه دوراندختنی یا کنارگذاشتنی نیست. تبدیل پزشکان به دکاندارانی که بیماران را به دیده مشتری می‌نگرند غیرقابل قبول است.

می‌دانم که اصطلاح مصرف‌کننده مد روز شده است و به یقین از نظر سیاسی صحیح است. تلاش‌هایی که در جهت

قادرسازی بیماران و تبدیل آنان به افرادی فعال‌تر و مصمم‌تر در انتخاب پزشکان و اهداف درمانی‌شان به عمل آمده، تحسین‌برانگیز، هر چند دیرهنگام بوده است؛ اما استفاده از اصطلاحاتی مانند مصرف‌کننده و تأمین‌کننده، این خطر را دارد که رابطه مقدس و ارزشمند بیمار-پزشک و بیمار-درمانگر را از خصوصیت انسانی آن بری کند.

با قبول خطر جدائی از روح زمانه و آزردهن کسانی که اصطلاح بیمار را به نوعی تحقیرکننده و ذلت‌آور می‌بینند، اصطلاح بیمار را تا حد امکان به‌طور یکدست در سراسر این کتاب به کار برده‌ام. علاوه بر این، با وجود قلت متخصصان سلامت روان و غیرعملی بودن انتخاب پزشک توسط خود بیمار، تقریباً در تمام مؤسسات عمومی سلامت روان، ترغیب افراد به جستجوی خدماتی که در آن مصرف‌کننده محسوب می‌شوند و حق انتخاب دارند، تنها سبب یأس و سرخوردگی آنها خواهد شد. اگر



اصطلاح بیمار با سیاست جامعه در عرصه سلامت، یعنی تخصیص بودجه برای درمان و بازتوانی افراد بیمار، همساز است. از هزاران سال قبل اصطلاح بیمار به فردی اختصاص یافته که، بدون زیر پا گذاشتن اصول شرافت و اخلاق، نیازمند به شمار آمده و دارای حق ویژه دریافت درمان پزشکی است. علاوه بر این، پرداخت‌هایی که در ازای خدمات پزشکی و روان‌پزشکی صورت می‌گیرند با این فرض موجه می‌نمایند که دریافت‌کننده خدمت مریض یا ناتوان و به طریقی در رنج است. کاربرد اصطلاحات مصرف‌کننده و تأمین‌کننده به جای بیمار و درمانگر، استفاده بیماران از مزایای بیمه همگانی و خصوصی، همچنین مستمری از کارافتادگی ناشی از جبران خسارت کارگران اداره تأمین اجتماعی، و اداره امور نظامیان پیشکسوت را به مخاطره می‌اندازد. در روزگاری که هزینه مراقبت از سلامت بی‌وقفه افزایش یافته و از کنترل خارج می‌شود، و نیز کاهش سطح پوشش بیمه‌های همگانی و خصوصی شتاب می‌گیرد، و نبود برابری در برخورداری از بیمه سلامت همچنان بیمار دچار اختلال روانی را آزار می‌دهد، خدمات مورد نیاز این بیماران ممکن است بیش از پیش محدود شده و در مخاطره قرار گیرد، به ویژه اگر تأمین‌کنندگان و استفاده‌کنندگان از این خدمات نیز تصدیق کنند افرادی که تحت درمان قرار دارند، بیمار نیستند. از سوی دیگر، اگر عامه مردم اصطلاح مصرف‌کننده را با اشخاص مبتلا به بیماری روانی مرتبط کنند ممکن است انگ بیماری روانی به‌طور ناخواسته از این هم بیشتر شود، زیرا معنی این اصطلاح به‌طور ضمنی آن است که اختلالات روانی ارادی و تحت کنترل خود فرد است، نه نتیجه یک ناهنجاری زیستی پزشکی.

در سراسر این کتاب برای اشاره به بیماران (به بیان دیگر، مراجع، مصرف‌کننده) اصطلاحات زیر ترجیح داده شده‌اند: شخص (یا فرد) دچار اختلال (یا ناتوانی) روانی، از لحاظ روانی ناتوان، از لحاظ روانی بیمار، از لحاظ روان‌پزشکی ناتوان، فرد ناتوان، و مشارکت‌کننده. برخورد انسانی با کسانی که به درمان و بازتوانی روانی نیاز دارند با شخص یا فرد نامیدن آنها، نه تنها اصطلاحات دیگری را که سبب انگ خوردن یا کاهش تمایل آنان برای اتخاذ نقش فعال و همکاری با درمانگران می‌کند، کنار می‌زند بلکه علاوه بر آن اهمیت موارد زیر را برجسته‌تر می‌کند: (۱) تأکید بر بی‌همتا بودن هر یک از دریافت‌کنندگان خدمات با تأکید مناسب بر اهداف فردی، قوت‌ها، کمبودها، و منابع شخصی‌شان؛ و (۲) فرد-ویژه کردن درمان و بازتوانی برای تطابق آن با اهداف شخصی، نیازها و مرحله بیماری فرد.

گروهی از افرادی که خودشان را جان به در برده از بیماری خویش و خدمات روان‌پزشکی معیوب می‌بینند، از اصطلاح نجات یافته برای تبیین خود استفاده کرده‌اند. وقتی برای اشاره به زبانبار بودن نقش مؤسسات و پرسنل درمانی از اصطلاح نجات یافته استفاده می‌شود، هم بیمار و هم درمانگران آنها انگ می‌خورند. بیماری روانی و درمان آن به یک وضعیت بدون بُرد تبدیل می‌شود. همه می‌بازند. ولی از سوی دیگر، اصطلاح نجات یافته را می‌توان با دیدی مثبت به کار برد- مانند کاربردی که این اصطلاح در مورد نجات‌یافتگان از سرطان و سکتها دارد- برای اشاره به اینکه امکان بهبودی وجود دارد و اشخاص مبتلا به بیماری روانی می‌توانند بر ناتوانی‌شان غلبه کنند. چنین اصطلاحی تلویحاً این معنی را می‌رساند که آنها- درست مانند نجات‌یافتگان از سرطان- دیگر فردی ناتوان یا دچار بیماری روانی نخواهند بود. همان‌طور که این اصطلاح آسیب‌پذیری نجات یافتگان از سرطان را در برابر بازگشت‌ها منتفی نمی‌سازد، افراد مبتلا به اختلالات روانی هم ممکن است بعد از دوره‌های تسکین علایم و حتی بهبودی بازگشت بیماری را تجربه کنند. نجات از بیماری روانی به این معنا است که فرد می‌تواند امروز، فردا و هر روز دیگر تا حد امکان کامل زندگی کند. داشتن تجربه نجات از بیماری همچنین بیانگر آن است که فرد، درمانگر، روان‌پزشک، متخصص بالینی، یا تیم درمانی‌ای را در کنار خود داشته است که حتی وقتی خود بیمار اعتماد و امیدش را از دست داده، توانسته امید و خوش‌بینی واقع‌گرایانه‌ای را به او منتقل کند. نجات به معنای کسب آگاهی درباره بیماری روانی خود، درمان‌های در دسترس، و احتمال تأثیر مطلوب آنها نیز هست. با وجود این اطلاعات، نجات‌یافتگان در انتخاب اهداف مناسب و مرتبط و تصمیم‌گیری درباره برنامه درمان با بالینگرانشان مشارکت فعال خواهند داشت.

وقتی فرد دچار ناتوانی روانی وارد برنامه درمان می‌شود، گزینش واژگان مناسب برای مشخص کردن هویت آن فرد، کاری با اصطلاحاتی نظیر بیمار، ارباب رجوع، شخص، مشارکت‌کننده یا مصرف‌کننده ندارد. متخصص بالینی سخت‌کوش و مودبی که می‌خواهد رابطه‌ای مبتنی بر همکاری با بیمار جدید برقرار کند، از فرد می‌پرسد، "دوست دارید شما را با چه نامی خطاب کنم، به نام کوچک، اسم مستعار، یا اسم فامیل‌تان؟" دادن حق انتخاب به بیمار برای تعیین نحوه نامیدنش، احترام و ملاحظه را به درون رابطه در حال تشکیل تزریق می‌کند. به همین نحو، متخصص بالینی نیز باید برای بیمار جدید خود روشن کند که ترجیح می‌دهد چگونه نامیده شود: اسم کوچک یا اسم فامیل، با پیشوند دکتر یا بدون آن. پیمایش‌ها نشان داده‌اند که بیماران دریافت‌کننده خدمات روان‌پزشکی نظر ثابتی در رابطه با کاربرد نام‌هایی از قبیل "بیمار"، "ارباب رجوع"، یا "مصرف‌کننده"

ندارند؛ درحقیقت، تنها اقلیت ناچیزی کاربرد اصطلاح مصرف‌کننده را تأیید می‌کنند (میوزر و همکاران، ۱۹۹۶). وقتی متخصص سلامت روان باب بحث آزاد و نیمه پنهان را با بیماری خاص در زمینه نحوه خطاب ترجیحی او در خلوت یا در برابر جمع می‌گشاید، تقویت احساس توانمندی بیمار می‌تواند به تشکیل اتحاد درمانی کمک کرده و راه بهبودی را هموار سازد. در جدول ۱، سیاهه بسیاری از نام‌هایی که در این کتاب مورد استفاده قرار گرفته و تعاریف آنها نشان داده شده است.

### ناتوانی‌های روانی همبسته با اختلالات روانی

همان‌طور که در فصل ۱ این کتاب (بازتوانی، راهی به سوی بهبودی) شرح داده خواهد شد، کسر بزرگی از اشخاص مبتلا به اختلالات روانی دوره‌های ناتوانی با طول زمانی متفاوت را در زندگی خود تجربه می‌کنند. در اشکال شدید اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، و افسردگی مقاوم به درمان، ناتوانی می‌تواند بلندمدت و حتی برای همه عمر باشد. بنابراین، از اصطلاح *ناتوانی روانی* ترجیحاً برای مشخص کردن اختلال در بیمارانی استفاده می‌شود که برای دریافت خدمات بازتوانی مناسب هستند. از اصطلاحات دیگری مانند *بیماری روانی، اختلال روانی، اختلال روان‌پزشکی، ناتوانی روان‌پزشکی، و بیماری روان‌پزشکی* نیز اغلب به جای یکدیگر استفاده شده است. سایر اصطلاحاتی که در متن از آنها برای اشاره به ناتوانی افرادی که بازتوانی روان‌پزشکی برای آنها مفید است استفاده شده عبارت‌اند از *اختلالات (یا ناتوانی‌های) جدی و پایدار روانی، بیماری روانی شدید، و اختلالات روانی مزمن*. به اختلالات خاص مرتبط با ناتوانی نیز در این کتاب اشاره شده است مانند: اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، اختلالات خلقی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت مرزی، و غیره. در هر حال، برای اجتناب از این برداشت که شخص دچار اختلال روانی در این کتاب با نشانه‌های آن اختلال معادل قرار داده شده است، از اصطلاحاتی از قبیل "شخص دچار اسکیزوفرنیا" یا "افراد مبتلا به اختلال خلقی" استفاده کرده‌ام.

### مکان درمان و تأثیر درمان

هر چند این کتاب از اصطلاحات مشخص‌کننده مکان درمان مانند بیمارستان، مرکز سلامت روان، کلینیک روان‌پزشکی، باشگاه روانی-اجتماعی، بیمارستان نیمه وقت، مرکز درمان روزانه، و مانند آن استفاده می‌کند، اما جاده صاف کن مشهور بازتوانی در محیط طبیعی جاده بهبودی را می‌پیماید. لذا، تا جایی که ممکن است اشکال درمان و بازتوانی توصیف شده در این راهنما برحسب فوایدی ارزیابی می‌شوند که در محیط‌های طبیعی-خانه، محل کار، مدرسه، فروشگاه، مؤسسات کارگزار عمومی، تسهیلات تفریحی، و محله زندگی بیمار-عایدشان می‌شود. بنابراین، از اصطلاحات محیط طبیعی، جامعه، و زندگی روزمره اغلب برای مشخص کردن مکان‌هایی استفاده می‌شود که در آنها تجلی اثرات درمان را در کیفیت زندگی می‌توان دید. با توجه به اهمیت تجربه بهبودی توسط اشخاص دچار بیماری روانی در محیط زندگی طبیعی غیرانگ‌زا، جوامع تفکیک‌شده‌ای چون باشگاه روانی-اجتماعی یا مرکز درمان روزانه را باید به مثابه ایستگاه بین راهی برای کسانی دانست که در جاده بهبودی قرار دارند.



## مقدمه

کتاب *رهایی از ناتوانی* به بسیاری از پرسش‌های بالینگران سلامت روان در مواجهه با چالش‌های روزانه‌ی ارائه خدمات کارآمد و دلسوزانه به اشخاص دچار ناتوانی‌های روانی و تکاملی پاسخ‌های عملی می‌دهد. این کتاب، یک متن علمی صرف نیست و برای این نوشته نشده که در قفسه‌ی کتابخانه‌ها مدت‌ها خاک بخورد تا گاه محققانی که در حال انجام پژوهش یا نوشتن مقاله‌ای برای انتشاراند، سری به آن بزنند. این کتاب توسط محقق‌ی نوشته شده که علاوه بر پژوهش و تدوین تکنیک‌های درمانی نوآورانه، ۴۰ سال از زندگی حرفه‌ای خود را در مقام یک متخصص بالینی صرف ارائه‌ی مستقیم خدمات به اشخاص دارای اختلالات روانی و تکاملی جدی نموده است. بنابراین، اصول و تکنیک‌های درمانی معرفی شده در این کتاب روزآمد و بازتاب توافقی عمومی خبرگان این عرصه در زمینه‌ی بهترین روش‌های مبتنی بر شواهد است.

ادبیات تخصصی در درمان و بازتوانی اختلالات روانی و تکاملی مملو از کتاب‌ها، فصولی از کتاب‌ها، مقالات، و حتی کل نشریه‌هایی است که به مشکلات و مراقبت از اشخاص ناتوان اختصاص یافته‌اند. اما این متون منتشر شده "ارزش کاربردی" اندکی برای بالینگران دارند. آنها خیلی فنی و تخصصی هستند، و توسط افراد خبره و دانشگاهی برای سایر خبرگان و دانشگاهیان نوشته شده‌اند. بیشتر کتب درسی یا فصولی از کتاب‌ها که درباره‌ی بازتوانی روانی نگاشته شده‌اند، گرچه پر از استنادها و خلاصه‌هایی از ادبیات پژوهشی هستند به‌ندرت به واقعیت‌های روزمره‌ای که بالینگران با آنها مواجه‌اند، می‌پردازند. کتاب *درسنامه‌ی بازتوانی روانی* روش‌های عملی مبتنی بر شواهد علمی را به هر کسی که در راه بهبودی تلاش می‌کند، در هر جایی که درمان می‌شود، ارائه می‌کند.

متخصصان بالینی با نیازهای شخصی منحصر به فرد هر بیمار دست به گریبان هستند. متخصصان و نیروهای همکار آنان، در سنگرهای بالینی برای آزاد کردن بیماران‌شان از ناتوانی‌ها تلاش می‌کنند. تأمین‌کنندگان خدمات سلامت روان و مصرف‌کنندگان (گیرندگان خدمات) آنها از وجود "نقشه‌ی راهی" که نشان دهد، در تلاش مشترک آنان برای رسیدن به بهبودی، چه خدماتی را چگونه، چه وقت، و کجا می‌توان به کار برد، منتفع می‌شوند. کتاب حاضر با گشودن اسرار تفاوت‌های آماری میان درمان‌های مختلف، تفاوت‌هایی که پژوهش آنها را نشان داده است، راه‌هایی را می‌نماید که از طریق آنها می‌توان فهمید کدام شیوه‌ی عملی مبتنی بر شواهد در این یا آن بیمار کاربرد دارد.

کتاب *"رهایی از ناتوانی"* برای تمام رشته‌ها و برای همه‌ی بالینگران، با هر میزان تجربه‌ی کاری که به کاربرد روش‌های عملی بازتوانی روانی خوشامد می‌گویند، نوشته شده است. هدف این کتاب مجهز کردن پزشکان و درمانگران به جعبه ابزار تکنیک‌های بازتوانی است. بالینگران، از طریق آشنایی با بهترین روش‌های بازتوانی روانی، می‌توانند بیماران را در رسیدن به

اهداف شخصی و زندگی با کیفیت‌تر یاری دهند.

## چه رشته‌هایی می‌توانند از دانش کاربردی و قابلیت‌های توصیف شده در این کتاب استفاده کنند؟

کتاب دستنامه بازتوانی روانی برای تمامی طیف متخصصان سلامت روان و رشته‌های همکار، هم‌تایان مشاور، حامیان مصرف‌کنندگان، و مجریان و مدیران برنامه‌های خدماتی برای اشخاص مبتلا به ناتوانی روانی و تکاملی طراحی شده است. نقش‌های ویژه، علایق، انگیزه، و تجربه قبلی هر فرد تعیین‌کننده نحوه استفاده او از این کتاب خواهد بود. به‌ویژه، دست‌اندرکاران سلامت روان در رشته‌های زیر کتاب حاضر را مفید خواهند یافت:

- روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و پرستاران
  - کاردرمانگران، فعالیت‌درمانگران و تفریح‌درمانگران؛ متخصصان بازتوانی؛ مشاوران حرفه‌وفن؛ متخصصان اشتغال و مربیان
  - مدیران موردی، متخصصان حمایت فردی، تکنیسین‌های روان‌پزشکی، کمک‌پرستاران
  - مصرف‌کنندگان (گیرندگان) خدمات، خانواده‌های آنها، سیاست‌گزاران، و دیگر ذینفعان بخش‌های دولتی و خصوصی
- ارایه‌کننده خدمت به اشخاص مبتلا به ناتوانی روانی و تکاملی
- گرچه قابلیت‌های بالینی به‌ندرت با خواندن کتاب به دست می‌آید، اما من امیدوارم که اطلاعات عملی و بالینی ذکر شده در فصل‌های بعدی با چنان وضوح، سادگی، و عینیتی نوشته شده باشند که به نتایج زیر منجر شوند:
- بالینگران باتجربه و خودگردان را به کاربرد یا پذیرش روش‌های توصیف شده در این کتاب قادر کند.
  - گستره وسیع‌تری از بالینگران کم‌تجربه‌تر را با بهترین روش‌های مبتنی برشواهد آشنا کند، با این امید که حس کنجکاوی و میل آنان برای گسترش مجموعه دانسته‌هایشان درباره روش‌های درمانی تحریک شود. در این دسته از کارکنان استفاده از آموزش‌های جانبی و نظارت برای دستیابی آنان به قابلیت‌های لازم برای استفاده از تکنیک‌های بازتوانی ضرورت پیدا می‌کند.
  - روش‌های کنونی بازتوانی را برای مدیران، سیاست‌گزاران، و مصرف‌کنندگان خدمات-بیماران، اعضای خانواده آنها، حامیان مصرف‌کنندگان، و کارکنان گروه‌های همیاری- با شفافیت و سادگی تشریح کند. هدف آشنا کردن طیف وسیعی از خوانندگان با روش‌های لازم برای ارایه خدمات و رسیدن به نتایج درمانی مطلوب است.

## این راهنما برای چه کسانی، با چه سطحی از تجربه، نگاشته شده است؟

این دستنامه توسط گستره وسیعی از خوانندگان، با سطوح مختلفی از تجربه در زمینه بازتوانی روانی، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد:

- مبتدیانی که بدون هیچ تجربه قبلی یا با تجربه‌ای اندک به اشخاص مبتلا به اختلالات جدی روانی و اختلالات تکاملی خدمت می‌کنند- در حقیقت، این کتاب می‌تواند برای بالینگران تازه‌وارد نقش کتاب مقدماتی و راهنمای آموزشی را ایفا کند.
- آن دسته از متخصصان سلامت روان که تجربه و توانایی متوسطی در بازتوانی روانی دارند- اصول جدید بسیاری