

بازتوانی در روانپزشکی

مبانی بازتوانی روانی – اجتماعی بر اساس روانپزشکی جامعه‌نگر

تألیف:

دکتر حمید طاهرخانی

با مقدمه

دکتر جعفر بوالهیری

رئیس انستیتو روانپزشکی تهران



دکتر حمید طاهرخانی

**بازتوانی در روانپزشکی: مبانی بازتوانی
روانی - اجتماعی براساس روان پزشکی
جامعه‌نگر**

فروست: ۴۰۲

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرایی: پرستو قدیم‌خانی

طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: نوین

چاپ اول، ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۰-۰

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت 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.

سرشناسه: طاهرخانی، حمید، ۱۳۴۷ -
عنوان و نام پدیدآور: بازتوانی در روانپزشکی: مبانی
بازتوانی روانی - اجتماعی براساس روان پزشکی
جامعه‌نگر / نویسنده حمید طاهرخانی.
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند: نسل
فردا، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۲۵۶ ص، قطع: رقعی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۰-۰

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

یادداشت: واژه‌نامه

موضوع: بیماران روانی - توانبخشی، بیماران روانی
- راهنمای مهارت‌های زندگی

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ب۲ط/۵/۴۳۹ RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۰۴۶۹۴

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۹۰۰۰ تومان

پیشگفتار

فهرست

۳	مقدمه
۵	پیشگفتار
۱۱	فصل ۱
۱۱	نگاهی به تاریخ
۱۱	تمدن‌های اولیه
۱۱	یونان و روم باستان
۱۲	قرون وسطا
۱۴	رنسانس
۱۵	قرن هفدهم
۱۵	قرن هجدهم
۱۶	قرن نوزدهم
۱۸	اوائل قرن بیستم
۱۹	ادامه‌ی قرن بیستم
۲۰	مؤسسه‌زدائی
۲۱	بازتوانی روانی اجتماعی
۲۵	فصل ۲
۲۵	سلامت روان و روان‌پزشکی جامعه‌نگر
۲۵	سلامت روان
۲۷	پیشگیری
۲۷	پیشگیری سطح اول
۳۱	پیشگیری سطح دوم
۳۲	اهداف فوق از طریق زیر قابل حصول می باشند:
۳۳	پیشگیری سطح سوم
۳۴	ارتقای سلامت
۳۵	"Community" چیست؟
۳۶	انواع Community:
۳۷	روان‌پزشکی جامعه‌نگر
۴۱	راه حل ساختاری
۴۵	خدمات سلامت روان در ایران
۴۸	نحوه‌ی ارائه خدمات سلامت روان در ایران، درحال حاضر
۵۱	فصل ۳
۵۱	اصول بازتوانی روانی اجتماعی
۵۳	ادغام درمان و بازتوانی
۵۵	چه کسانی به بازتوانی روانی نیاز دارند؟
۵۶	خدمات شخص‌محور، بهبودی‌محور

انتخاب خدمات مناسب	۵۷
راهبردهای بازتوانی روانی اجتماعی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶)	۶۱
درمانهای روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد	۶۳
فصل ۴.....	۶۵
ارزیابی	۶۵
ارزیابی علامتی	۶۷
ارزیابی عملکردی	۶۷
ارزیابی شناختی	۶۸
راهبرد ارزیابی	۶۹
طرح بازتوانی	۷۲
اشتباهات رایج در طرح‌های بازتوانی، عبارتند از:	۷۲
فصل ۵.....	۷۵
درمان دارویی	۷۵
محدودیت‌های واقعی درمان دارویی	۷۷
عدم تطابق دیدگاه‌ها	۷۹
مداخلات درجهت همکاری بیشتر بیمار	۸۲
درمان دارویی مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری مشترک	۸۴
مدیریت درمان دارویی و تصمیم‌گیری مشترک	۸۵
نقش درمانگران بازتوانی روانی	۸۶
آموزش مهارت‌های اجتماعی	۸۸
تعمیم برنامه‌ریزی شده	۹۲
برنامه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی	۹۲
برنامه‌ی بازگشت به اجتماع	۹۳
درمان شناختی - رفتاری	۱۰۱
چرا رفتاردرمانی شناختی برای اختلالات شدید روانی بکار گرفته شده است؟	۱۰۴
مدل رفتاردرمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی	۱۰۶
کارآیی رفتاردرمانی شناختی در اختلالات شدید روانی	۱۰۹
اختلال دوقطبی	۱۱۱
افسردگی شدید، مزمن یا مقاوم به درمان	۱۱۳
فصل ۸.....	۱۱۴
مداخلات خانوادگی	۱۱۴
واکنش‌های خانواده نسبت به بیماری روانی	۱۱۶
تجربه‌ی خانوادگی بیمار روانی	۱۲۰
مداخلات خانوادگی	۱۲۳
آموزش روانی خانواده	۱۲۴
انواع مدل‌های آموزش روانی خانواده	۱۲۷
مدل برن‌هایم	۱۲۷
مدل آندرسون و همکاران	۱۲۸

۱۲۹	مدل گلدشتاین
۱۳۰	مدل لف و همکاران
۱۳۱	مدل فالون و همکاران
۱۳۲	مدل شنوی و همکاران
۱۳۳	مدل کارپنتر و هاین ریچز
۱۳۳	مدل میلز و همکاران
۱۳۳	مدل سیمون
۱۳۴	مدل اتکینسون و کویا
۱۳۴	مدل لیبرمن و همکاران
۱۳۵	اطلاعاتی برای شروع
۱۳۶	ما درباره‌ی بیماری شدید روانی چه می‌دانیم؟
۱۳۸	چند توصیه‌ی مفید
۱۳۹	قدم اول - ایجاد یک محیط مشارکتی با کارکنان سلامت روان
۱۴۱	قدم دوم - کسب اطلاعات مربوط به بیماری‌های روانی
۱۴۲	قدم سوم - تقویت تعاملات خانواده و حل مشکل
۱۴۴	مهارت‌های حل مشکل
۱۴۶	قدم چهارم - آشنایی با نحوه‌ی ارائه خدمات
۱۴۹	قدم پنجم - توجه به نیازهای خانواده
۱۵۴	قدم ششم - چگونگی برخورد با رفتارهای ویژه‌ی عضو بیمار خانواده
۱۵۷	قدم هفتم - حفظ اسرار و تفاوت‌های فرهنگی
۱۶۰	فصل ۹
۱۶۰	بازتوانی شغلی و اشتغال حمایتی
۱۶۲	کارگاه حفاظت‌شده
۱۶۳	خانه‌ی باشگاهی
۱۶۴	شرکت‌های اجتماعی
۱۶۵	اشتغال انتقالی
۱۶۶	اشتغال حمایتی
۱۶۹	فصل ۱۰
۱۶۹	اسکان حمایتی
۱۷۰	بیماران در کجا زندگی می‌کنند؟
۱۷۲	عواملی که بر انتخاب محل زندگی مراجعین تأثیر می‌گذارند
۱۷۵	چه کسی مسئول اسکان است؟
۱۷۶	سابقه‌ی خدمات اقامتی
۱۷۷	الگوهای اسکان
۱۷۹	تجربه درهای باز و اسکان حمایتی در ایران
۱۸۴	فصل ۱۱
۱۸۴	مدیریت مورد
۱۸۶	مدیریت مورد واسطه‌ای:

۱۸۸	.....	درمان جامعه‌های قاطع
۱۹۲	.....	آینده‌ی ACT
۱۹۳	.....	یادآوری
۱۹۵	.....	فصل ۱۶
۱۹۵	.....	تشخیص دوگانه
۱۹۶	.....	خدمات متوالی
۱۹۷	.....	خدمات موازی
۱۹۸	.....	خدمات تلفیقی
۱۹۹	.....	مراحل درمانی اختلالات تشخیصی دوگانه‌ی تلفیقی
۲۰۴	.....	اصول درمان بیماران مبتلا به تشخیص دوگانه
۲۰۵	.....	درمان تلفیقی تشخیص دوگانه، یک درمان مبتنی بر شواهد
۲۰۷	.....	فصل ۱۷
۲۰۷	.....	پیشرفت‌های نوین در بازتوانی
۲۰۸	.....	بازتوانی شناختی
۲۱۶	.....	گسترش دستیابی به بازتوانی از طریق فن‌آوری
۲۲۰	.....	پیشگیری از معلولیت روانی
۲۲۲	.....	ادغام دورنما و رسالت، برای رسیدن به بهبودی
۲۲۷	.....	منابع

نگاهی به تاریخ

تمدن‌های اولیه

در تمدن‌های اولیه‌ی مصر و خاورمیانه، علت بیماری روانی (mental illness) را نیروهای جادوئی می‌دانستند و در اصل درمانگران، جادوگران و مؤبدان بودند که از مناسک مذهبی و جادویی برای غلبه بر این نیروها استفاده می‌کردند (گولپ^۱، ۲۰۰۹). نوشته‌های معدود بر روی کاغذهای پاپیروس مصری، حاکی از توجه به اختلالات تمرکز، توجه و هیجانی در قلب و ذهن بودند (ناسر^۲، ۱۹۸۷). در هند باستان منشأ متافیزیکی برای بیماری‌های روانی قائل بودند و با داروهای گیاهی، نیایش و طلسم سعی در بهبود این بیماران داشتند (باگوا^۳، ۱۹۹۲) در چین برای درمان طب سوزنی مورد استفاده قرار می‌گرفت. (زویی ژوانگ^۴، ۲۰۰۵).

یونان و روم باستان

در یونان، توصیف مشکلات روانی با فلسفه درآمیخته بود. بقراط اخلاط اربعه را مطرح کرد (بلغم، سودا، جوزا و صفرا) و افلاطون و ارسطو نیز نگاهی فلسفی به این موضوع داشتند (آکرنخت^۵ ۱۹۵۹؛ پیلگریم، ۲۰۰۷) جالینوس بزرگترین پزشک رومی به وجود اخلاط به شکل طبیعی و غیرطبیعی و چهارحالت گرم، سرد، خشک و مرطوب و هم‌چنین، روح‌های طبیعی و حیوانی اعتقاد داشت (دیویسن، ۲۰۰۶). در

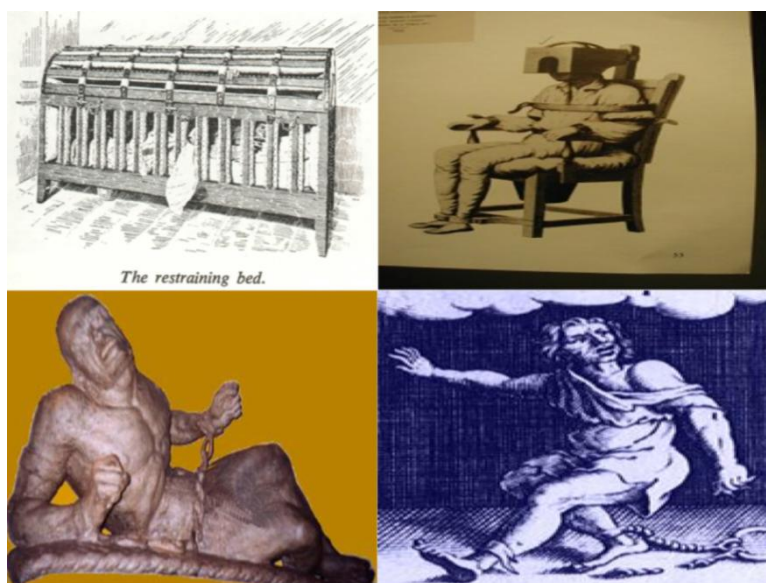
1. Colp
2. Nasser
3. Bhugra
4. Zou Yizhuang
5. Ackerknecht

جوامع یونان و روم مسئولیتی در قابل درمان جنون وجود نداشت و به جز موارد معدود، بیماران یا در خانه محبوس و یا به زنجیر کشیده می‌شدند (کولپ، ۲۰۰۹).

قرون وسطا

در اروپای مسیحی، مفهوم جنون آمیخته‌ای از تأثیرات شیطانی، جادویی و ماورالطبیعه بود (کرول و باچاراچ، ۱۹۸۴) نجوم راهنمای اصلی علمی برای هدایت درمانگران و اطباء بود. در این دوران، نظریه در مورد جنون، بین طردکردن و تحمل کردن متغیر بود.

در همین دوران، جوامع اسلامی خود را درمقابل حفاظت مشفقانه از افراد مجنون مسئول می‌دانستند و بیمارستانهایی در بغداد (۷۵۰ میلادی) و قاهره (۸۷۳ میلادی) تأسیس گردید که دارای بخش‌های روان‌پزشکی بودند. هم‌چنین، یک‌سری آسایشگاه ویژه مجانین در دمشق (۸۰۰ میلادی) و بعضی شهرهای دیگر از جمله شهرهای اسپانیایی تحت فرمان مسلمین برقرار گردید (کولپ، ۲۰۰۹).



شکل ۱-۱: نمونه‌ای از رفتارهایی که با افراد مبتلا به اختلالات روانی می‌شد.



شکل ۱-۲ بیمارستان مربوط به دوران اسلامی دردمشق

دانش سلامت روان در قرون وسطا در ایران از سابقه‌ی درخشانی برخوردار است. زکریای رازی در مورد مفید بودن توصیه‌های امیدوارانه و شوک‌های هیجانی ناگهانی سخنانی گفت و به مشکلات روانشناختی، اخلاقی و مذهبی در روح اشاره داشت. فارابی درباره تأثیر موسیقی بر درمان روان نوشت. غزالی بیماری‌های روانی را خطرناک قلمداد کرد و آنها را ناشی از فراموشی و انحراف از خواسته‌ی خداوند دانست. ابن سینا به تلفیقی از رویکرد فیزیولوژیکی و روانشناختی رسید و حالت‌هایی مثل توهمات، بی‌خوابی، سرگیجه، ملانکولیا و شیدائی را شرح داد. وی در کتاب قانون خود توضیح داد که بعضی بیماری‌های جسمی ناشی از اختلال هیجانی می‌باشند. این کتاب به طور گسترده‌ای توسط درمانگران مسیحی و مسلمان مورد استفاده قرار گرفته است (آمبر هاک^۱، ۲۰۰۴).



شکل ۳-۱ ابوعلی سینا

رنسانس

تنها در قرن سیزدهم بود که بیمارستانهایی با بخش‌های روانی در فرانسه، آلمان و سوئیس ایجاد گردید. اولین آسایشگاه اروپای مسیحی، در شهر والنسیای اسپانیا در سال ۱۴۰۹، تحت تأثیر فرهنگ اسلامی بنا نهاده شد. پاراسلوس^۱ معروف‌ترین طبیب زمان خود بود. این پزشک آلمانی الاصل متولد سوئیس، نظرات غالباً مبهمی در مورد بیماری‌های روانی داشت، ولی مهم‌ترین نکته در مورد وی، اختصاص بعضی داروهای ویژه برای بیماری‌های روانی و همچنین، مطرح کردن روان‌درمانی برای بعضی بیماران روانی بود. جوانا ویر^۲ طبیب آلمانی- هلندی که در سال ۱۵۶۳ کتابی به نام *Description of Demons* را منتشر کرد و در این کتاب، جادوگرانی که نسبت به اعمال خود مسئول نبوده و خود از نظر روانی بی‌ثبات بودند، را مورد خطاب قرار داده و مطرح نموده است که این افراد خود نیاز به طبیب دارند. سال‌ها، این فرد به فراموشی سپرده شده بود، ولی در سال‌های اخیر، با ایجاد تئوری‌های سایکودینامیک و روان‌درمانی، نقش *weyer* به عنوان پیش‌تاز این تفکرات مشخص‌تر گردید. فلیکس پلتر^۳ دو کتاب بزرگ منتشر کرد و همه بیماری‌های

1 . Paracelsus
2 . Johana Weyer
3 . Fleix Plater

شناخته شده تا آن زمان را تقسیم بندی نمود.

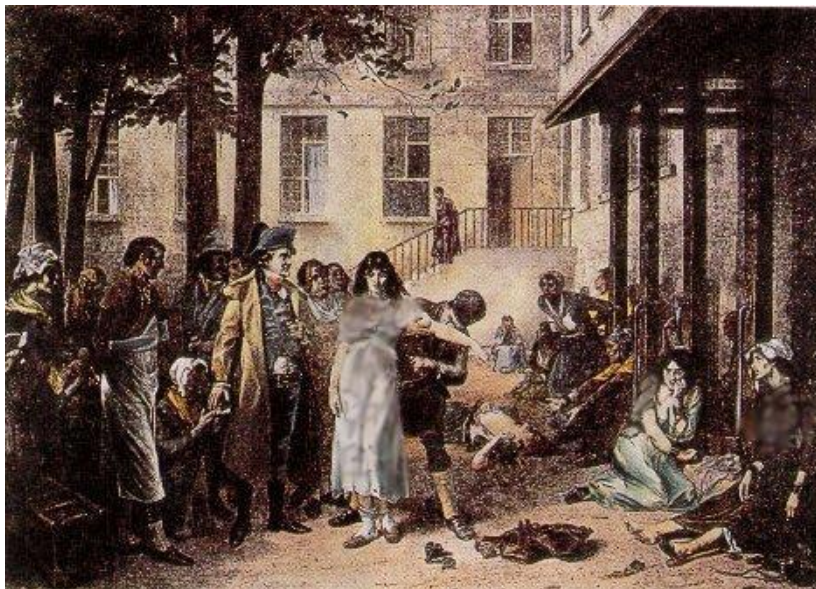
قرن هفدهم

توماس سیدنهام^۱ بسیاری از علائم هیستری^۲ را شرح داد و تصور می کرد این بیماری ناشی از ارواح حیوانی غیرطبیعی می باشد. Zacchia Paloo اهل ایتالیا، بر ارزیابی وضعیت روانی توسط درمانگران تأکید داشت و آن را وظیفه‌ی وکلا و قضات نمی دانست. این دیدگاه آغازی بر روان پزشکی قانونی^۳ بود. رابرت برتن^۴ در سال ۱۶۲۱ کتاب آناتومی مالیخولیا را نوشت.

قرن هجدهم

دستاوردها و روشنگری های قرن هجدهم، تئوری های جدید بیماری های روانی را جایگزین تفکرات قدیم بقراط و دیگرانی که فکر می کردند بیماری روانی ناشی از ارواح است، نمود. جالینوس برای اولین بار اصطلاح Neurosis و Neurotic را شرح داد. فرانز جوزف گال^۵ بیان کرد که مغز، شامل ارگانهای جدا از هم می باشد که هر کدام فضای خاصی را اشغال کرده و شخصیت را شکل می دهند. در اوایل این قرن، مجانین را به عنوان بیماری های غیرقابل علاج زندانی و زنجیر کرده و کتک می زدند، ولی به تدریج فعالیت پزشکان دیگر زمینه ساز یک اتفاق مهم گردید. در سال ۱۷۹۷، در بیمارستانی در پاریس، فیلیپ پینل^۶ زنجیرهایی را که به پاهای بیماران بسته شده بود، باز کرد. وی طبقه بندی جدیدی از بیماران روانی را ارائه و بیان نمود. او معتقد بود که علت بیماری های روانی ناشی از توارث و تأثیر محیط می باشد و هم چنین، با ارائه ی متد درمان اخلاقی^۷، توانست بعضی از علائم جنون را کاهش دهد.

1 . Thomas Sydenham
2 . Hystria
3 . Forensic Psychiatry
4 . Robert Burton
5 . Franz Joseph Gall
6 . Phillipe Pinel
7 . Moral treatment



شکل ۴-۱: رها سازی بیماران از زنجیر توسط پینل

قرن نوزدهم

کارهای پینل با افرادی چون اسکیرول، فالره و بیلاژه ادامه پیدا کرد. در انگلستان توک و در آمریکا بنجامین راش روان پزشکی جدید را بنیان نهادند. بنجامین راش پدر روان پزشکی آمریکا نام گرفته است (کولپ، ۲۰۰۹). در قرن نوزدهم میلادی گسترش عظیمی در تعداد و وسعت مراکز نگهداری بیماران روانی در کشورهای صنعتی غرب رخ داد. در ایالات متحده خانم دروتا دیکس اهتمام فراوانی برای ایجاد بیمارستانهای روان پزشکی با طرح کرکبراید نمود.

گرچه تمام تلاش مؤسسان اولیه این بود که این بناها براساس درمان اخلاقی بنیاد گذاشته شوند، ولی متأسفانه با گذشت زمان، آنها کم کم تبدیل به محل های دور از دسترس، غیردرمانی و ایزوله شدند و در عمل، مورد غفلت قرار گرفتند (رایت^۱، ۱۹۹۷). در واقع، با وجود روشنگری های اوایل قرن نوزدهم، رفته رفته بر اثر

1. Wright



شکل ۵-۱: *Dorothea Dix* (۱۸۸۷ - ۱۸۰۲)

فشارهای ناشی از صنعتی شدن و دیدگاه‌های پدرسالارانه عصر ویکتوریایی در نیمه دوم همین قرن، این تصور به وجود آمد که بیماران روانی بهتر است در مؤسسات وسیع و کاملاً دور از شهر، محبوس گردند. البته این کار دارای جنبه‌ی انسانی نیز بود، از این لحاظ که تصور می‌شد، روان‌های آشفته از "آسایشگاه"، یعنی دور شدن از استرس‌های روزمره و زندگی در محیط آرام‌بخش، سود می‌برند. اما در عمل، نتیجه این شد که بسیاری از بیماران ارتباط خود را با خانواده و غالباً با دنیای واقعی از دست دادند و از زمان بستری شدن تا روز مرگ، حتی در صورت بهبودی، در آسایشگاه باقی می‌ماندند. "مجنون‌ی" که به آسایشگاه سپرده می‌شد، اکثر حقوق مدنی خود را از دست می‌داد. هیچ درمان مؤثری برای بیماران وجود نداشت، از این رو، اکثریت خویشاوندان از انتظار خسته می‌شدند و علاقه‌شان را به بیمار از دست می‌دادند. همسرش او را ترک می‌کرد و فرزندانش بدون این‌که چیزی درباره او بدانند، بزرگ می‌شدند. یکی از دردناک‌ترین خصوصیات بیماری، بیگانه شدن بیمار نسبت به عزیزان خود بود، چون اغلب چنین می‌نمود که دادن پاسخ‌های هیجانی مناسب یا پاسخ‌های هوشمندانه برای وی مقدور نیست و بالاخره، به دلیل فقدان همدردی همگانی، بیمار روانی بودن معادل طرد اجتماعی بود (لیبتنر، ۱۳۸۶).



شکل ۶-۱ ساختمان‌هایی با طرح Kirkbride

اوائل قرن بیستم

تقسیم‌بندی کرپلین عمومیت یافت و اختلالات خلقی از آنچه بعداً توسط بلولر، اسکیزوفرنیا نامیده شد، جدا گشت (رام، ۲۰۰۲). زیگموند فروید با ابداع سایکوانالیز^۲ ناخودآگاه و خودآگاه را مطرح کرد و معتقد بود بسیاری از مشکلات بعدی، ناشی از تعارضات زمان کودکی است. تا چند دهه، این نظریه تأثیر عمیقی بر روان‌پزشکی داشت.

در اوایل قرن بیستم، پذیرش بیش از اندازه دارالمجانین منجر به تراکم بیش از حد ظرفیت گردید. از طرفی، به علت کاهش سرمایه‌گذاری، به‌ویژه در زمان رکود اقتصادی و به هنگام جنگ، بسیاری از بیماران از گرسنگی مردند و این مراکز به علت وضعیت بد زندگی، نبود بهداشت، شلوغی، درمان بد و سوءاستفاده از بیماران

1. Reaume
2. Psychoanalysis

معروف بودند (فخوریا^۱ و پریبا، ۲۰۰۷).

در همین دوران، مفهومی‌هایی مانند بهداشت روان، سلامت روان، پیشگیری از بیماری‌های روان عمومی‌تری یافت و روانشناسی بالینی و مددکاری به عنوان یک حرفه در کنار روان‌پزشکی مورد توجه قرار گرفت (مندل^۲، ۲۰۰۷).

ادامه‌ی قرن بیستم

در قرن بیستم، جنگ‌های جهانی دنیا را متاثر نمود. رکود اقتصادی باعث شد که در بیشتر نقاط دنیا، ایجاد دارالمجانین جدید متوقف شود و بسیاری از بیماران درحین جنگ تلف شوند (فخوریا و پریبا، ۲۰۰۷). در آلمان نازی، بیماران روانی بستری از اولین کسانی بودند که تحت عملیات پاکسازی و اتانازی قرار گرفتند (لیونگستون^۳، ۲۰۰۳). تخمین زده شده است که بیش از ۲۰۰ هزار نفر از بیماران مبتلا به اختلالات روانی از بین رفته‌اند، گرچه این کشتار گروهی از لحاظ تاریخی آن‌طور که باید و شاید مورد توجه واقع نگردیده است (رال دی استراوس^۴، ۲۰۰۷).

سربازان در جنگ جهانی از نظر روان‌پزشکی تحت بررسی بیشتری قرار گرفتند و در همین دوره بود که اولین طبقه‌بندی اختلالات روانی ارائه شد (DSM) و سپس، در تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) نیز جایی برای اختلالات روانی در نظر گرفته شد.

در اواسط قرن بیستم لوبوتومی، شوک درمانی با انسولین و الکتروشوک درمانی مطرح گردیدند. معرفی لیتیوم، کشف کلرپرومازین و سپس دیگر داروهای روان‌پزشکی که پیاپی معرفی گردیدند، خود انقلاب دیگری در درمان بیماران برپا نمود. در ادامه روان‌درمانی‌های جدید، به ویژه روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و سپس رفتاردرمانی و شناخت درمانی وارد صحنه گردیدند (کولپ، ۲۰۰۹).

1 . Fakhourya
2 . Mandell
3 . Livingston
4 . Rael D Strous

مؤسسه‌زدائی^۱

اولین جایگزین‌ها براساس سلامت روان مبتنی بر جامعه، در دهه‌های ۲۰ و ۳۰ میلادی مطرح گردید و به طور آزمایشی به کار گرفته شدند، ولی مراکز درمانی به سبک قدیم تا دهه ۵۰ به کار خود ادامه دادند. در دهه‌های ۵۰ و ۶۰، جنبش مؤسسه‌زدائی در کشورهای مختلف آغاز شد. به نظر می‌رسید که درمانهای جدید روان‌پزشکی قادر هستند بیماران بیشتری را راهی جامعه نماید (راچفرت^۲، ۱۹۸۴). به هر حال، از همان اول نظرات متفاوتی در مورد مؤسسه‌زدائی در میان متخصصین، مقامات رسمی، خانواده‌ها، گروه‌های حمایتی، شهروندان و سایرین وجود داشت (شرل^۳ و مچ، ۱۹۷۹).

باور گسترده‌ای در مورد موفقیت مؤسسه‌زدائی به واسطه‌ی جلوگیری از بستری‌های طولانی‌مدت به وجود آمد، ولی از طرفی بسیاری از بیماران بدون آمادگی و حمایت کافی ترخیص می‌گردیدند و خدمات جدید مبتنی بر جامعه اغلب به علت ناهماهنگی، قادر به برطرف کردن نیازهای پیچیده بیماران نبودند. این خدمات گاهی منجر به اجتماعات جدیدی می‌شد که استفاده کنندگان از آن بیشتر یکدیگر را ملاقات می‌کردند تا جامعه را، به طوری که معترضین اظهار می‌داشتند، با این اصلاحات به جای "روان‌پزشکی اجتماعی" بیشتر ایجاد "اجتماعات روان‌پزشکی" شده است.

به دنبال مؤسسه‌زدائی، بیماران بیشتری بی‌خانمان شدند یا به زندان رفتند و بی‌خانمانی‌های گسترده در ایالات متحده و بعضی از کشورها رخ داد (فخوریا و پریبا، ۲۰۰۷). بیماران بیشتری مورد اذیت و آزار قرار گرفتند و خشونت‌های بیشتری در مورد ایشان اعمال گردید (تپلین^۴، مک‌لند، آبرام و ویز، ۲۰۰۵).

از طرفی، هرچند جامعه نگرش منفی نسبت به خطرات و تهاجم‌های بیماران ترخیصی داشت؛ ولی بعضی مطالعات نشان دادند، اقدام به خشونت در این بیماران بیشتر از جامعه اطراف‌شان نبوده است (استدمن^۵ و همکاران، ۱۹۹۸). یافته‌های

1 . Deinstitutionalization
2 . Rochefort
3 . Scherl
4 . Teplin
5 . Steadman

حاکمی از خشونت بیماران روانی در جامعه متغیر و به عوامل بسیاری بستگی داشت. گاهی، آماری از اقدامات خشونت‌آمیز نظیر دیگرکشی گزارش گردید، ولی شواهد نشان داد که این تعداد در زمان مؤسسه‌زدائی افزایش نیافته است (سیروتیچ^۱، ۲۰۰۸). پرخاشگری و تهاجمی که اتفاق می‌افتاد معمولاً متوجه خانواده بود و نسبت به غریبه‌ها اعمال نمی‌شد (سولمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

بعضی از کشورها که در آنان مؤسسه‌زدائی آغاز شده بود، روند مؤسسه‌گرائی مجدد و یا انتقال به سایر مؤسسات نظیر تخت‌های روان‌پزشکی قانونی را تجربه کردند (پریبی^۳ و همکاران، ۲۰۰۵).

به هر حال، تخت‌های بیمارستانی در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته کاهش نشان داده است، به طور مثال، در ایالات متحده از ۴۱۳۰۶۶ تخت بیمارستانی روان‌پزشکی در سال ۱۹۷۰، فقط ۶۳۵۲۷ تخت در سال ۱۹۹۸ باقی ماند (مک کولیشن^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). در مورد افزایش تعداد بی‌خانمانها، نیز فاکتورهای مختلفی از جمله تغییر در سیاست‌های کلان اقتصادی مطرح شده است، ولی بعضی تغییرات مرتبط با مؤسسه‌زدائی نیز در این امر دخیل بوده‌اند؛ اسکالمن، ۱۹۸۹؛ فریدمن، ۲۰۰۳؛ رابین، ۲۰۰۷. مطالعات در دهه ۸۰، نشان داد که یک سوم تا نیمی از بی‌خانمانها مبتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی می‌باشند که اغلب با سوء‌مصرف مواد همراه است (فلدمن، ۱۹۸۳؛ مک کویستن، ۲۰۰۳). به هر حال، در روند مؤسسه‌گرائی مجدد و افزایش غیرقابل کنترل بیماران روانی محبوس در زندانها، هزینه‌های غیرمستقیم به جامعه تحمیل گردید (دامینو و همکاران، ۲۰۰۴).

بازتوانی روانی اجتماعی^۵

روان‌پزشکی از دهه ۸۰ میلادی شاهد انفجاری در توجه به بازتوانی بوده است. در این دهه بود که یک دوره انتقالی از دوره مؤسسه‌زدایی به دوره بازتوانی رخ داد، ناقوس مرگ هر آنچه از دوره مؤسسه‌زدایی باقی مانده بود، به صدا درآمد و

1 . Sirotych
2 . Solomon
3 . Priebe
4 . McQuiston
5 . Psychosocial Rehabilitation

همزمان، آمدن دوره بازتوانی نوید داده شد. بعد از آن بود که در دهه ۹۰ بازتوانی جایگاه حقیقی خود را به عنوان یکی از سه رکن سلامت روان یعنی پیشگیری، درمان و بازتوانی پیدا نمود.

قبل از این دوران، در نشریات تخصصی و عمومی، غلبه با مؤسسه‌زدایی بود، ولی در بسیاری از کشورهای صنعتی غرب این دلمشغولی از مؤسسه‌زدایی به طرف بازتوانی تغییر پیدا کرده است. مؤسسه‌زدایی بر تعطیلی مراکز درمانی اصرار داشت، ولی بازتوانی بر گره‌گشایی در زندگی افراد. در مؤسسه‌زدایی محدودیت‌ها برداشته شده، ولی با بازتوانی از افراد حمایت گردید. در مؤسسه‌زدایی تأکید بر آزاد کردن افراد بود، ولی در بازتوانی به آن افراد آزاد، زندگی اهدا گردید. مؤسسه‌زدایی، مراکز را از بیماران خالی کرد و بازتوانی بر کیفیت زندگی آنان اصرار ورزید. در واقع، بازتوانی همان هدف مؤسسه‌زدایی را به منظور کاهش تعداد بیماران و کم کردن طول اقامت در مراکز دنبال نمود، ولی با ارزش‌ها و اصول متفاوتی به همان نتایج دست یافت. تجزیه و تحلیل نهایی نشان می‌دهد که نقش مؤسسه‌زدایی در عمل به یک برون‌ده واحد که تنها انتقال بیماران به اجتماع بود، منجر گردید که در مقایسه با بازتوانی کاری نسبتاً ساده می‌باشد. مؤسسه‌زدایی درهای مراکز درمانی را به روی بیماران گشود و به دست بیمارانی نسخه‌ای برای درمان داد، ولی بازتوانی سعی نمود درهای اجتماع را بروی بیماران بگشاید و به آنان کمک کند تا نسخه‌ای را برای زندگی خود پیدا نمایند.

دیگر، مؤسسه‌زدایی متعلق به گذشته‌ها است، در حالی که بازتوانی فعالیت‌های فعلی را هدایت می‌کند و نگاه به سوی آینده دارد. امروزه، در کشورهای پیشرفته مؤسسه‌زدایی تنها یک حقیقت تاریخی است و بازگشت به گذشته‌ای که آنرا ایجاد نموده یعنی بستری کردن تعداد زیادی از بیماران مبتلا به اختلال روانی در مراکز، حتی از نظر اقتصادی هم امکان‌پذیر نیست و با توجه به زمانهایی که در آن مراقبت‌های برنامه‌ریزی شده از اهمیت برخوردار است جامعه دیگر هزینه‌های گذشته را نمی‌پردازد (آنتونی^۱، ۲۰۰۲).

مراکز درمانی روزانه، بیمارستانهای روزانه و بیمارستانهای محدود از پایه‌های

1. Anthony

برنامه سلامت روان مبتنی بر جامعه، برای اختلالات روانی شدید و مقاوم شکل گرفتند. مطالعات کنترل شده نشان دادند که برنامه‌های درمانی برای بیمارانی که سابقه بستری داشته‌اند، مقرون به صرفه می‌باشند (رُزی^۱ و همکاران، ۱۹۹۵).

در کشورهایی که این برنامه را به کار بستند، تعداد تخت‌های بیمارستانی کاهش نشان داد و بودن برنامه‌های درمان روزانه در تدام خدمات بیماران مبتلا به اختلالات روانی ضروری به نظر می‌رسید. با وجود این که هنوز، بیماران حاد در موارد خودکشی یا خطرناک بودن برای دیگران، نیازمند بستری در بیمارستان بودند، ولی درمانگران متوجه شدند که اغلب کسانی که اختلالات روانی جدی دارند، قادر به زندگی تحت نظارت خانواده و یا به تنهایی بوده و می‌توانند از خدمات محدود بیمارستان یا برنامه‌های درمان روزانه استفاده نمایند.

نسل اول بیمارستان‌های روزانه روانی خدماتی مشابه به خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های بستری را ارائه می‌دادند: گروه درمانی حمایتی، خدمات اجتماعی، مدیریت دارو و ملاقات‌های اجتماعی. بسیاری از برنامه‌ها از روان‌پویایی سنتی که بر بروز عاطفی، اجتماعی شدن و پیشرفت دادن بینش تکیه داشت، الهام می‌گرفتند. ولی با ظهور بازتوانی روانی اجتماعی، خدماتی که توسط برنامه‌های درمانی روزانه ارائه گردید به طرف تعیین اهداف ویژه برای بازگشت به اجتماع، ارزیابی عملکردی، آموزش مهارت‌ها، بازتوانی شغلی و آموزش روانی خانواده سوق پیدا نمود، و اثر خدمات بازتوانی روانی اجتماعی در طرح‌های تحقیقی و گروه‌های تخصصی اثبات گردید (راجرز^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

1 . Rosie
2 . Rogers

سلامت روان و روان پزشکی جامعه‌نگر

سلامت روان

سلامت را به دو صورت می‌توان تعریف کرد. طبق تعریف منفی، سلامت عبارت از فقدان بیماری است و طبق تعریف مثبت، سلامت با ارتقای سلامت مرتبط می‌شود؛ حتی در افراد سالم، سلامت سطوح مختلفی دارد. سلامت روان نیز چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بُعد مثبت سلامت روان که سازمان بهداشت جهانی نیز بر روی آن تکیه دارد، در تعریف سلامت لحاظ شده است «سلامت یک حالت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است، نه فقط فقدان بیماری و یا ناتوانی». سازمان جهانی بهداشت همچنین، تأکید دارد که هیچ یک از موارد فوق بر دیگری برتری ندارند.

مفهوم سلامت روان شامل آسایش ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسل‌ها و شناخت توانایی خود در محقق ساختن ظرفیت‌های عقلی و هیجانی خویش است. به گونه‌ای دیگر، می‌توان گفت: سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی مدارا کند، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد، برای اجتماع خود نقشی ایفا کند و با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. سلامت روان، شامل افزایش توانایی‌های افراد و جامعه و توانمندسازی آنها در دستیابی به اهداف مورد نظر می‌باشد. سلامت روان به همه‌ی ما مربوط است، نه فقط به کسانی

که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. با این‌که هیچ گروهی از بیماری روانی مصون نیست، ولی باید اذعان کرد که در افراد بی‌خانمان، تهی‌دستان، افراد بی‌کار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده‌اند، مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان و زنانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند، بیش‌تر دیده می‌شود. متأسفانه، هنوز هم در بخش عظیمی از افراد دنیا به سلامت روان و بیماری روانی به اندازه سلامت جسمانی و بیماری جسمی اهمیت داده نمی‌شود و مورد بی‌توجهی و غفلت قرار گرفته می‌شود.

ویژگی‌های افرادی که از نظر روانی سالم هستند:

- این افراد نسبت به خود احساس آرامش دارند، یعنی به طور نسبتاً معقولی احساس امنیت و کفایت می‌کنند.
- توانایی‌های خود را در حد واقعی خود ارزیابی می‌کنند، نه بیشتر و نه کمتر.
- به خود احترام می‌گذارند و کمبودهای خود را می‌پذیرند.
- به حقوق دیگران احترام می‌گذارند.
- می‌توانند به دیگران علاقمند شوند و آنها را دوست بدارند.
- می‌توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند.
- می‌توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند و قادرند برای دشواری‌هایی که در زندگی آنها پیش می‌آید راه حلی پیدا کنند. آنها قادرند خود بیندیشند و تصمیم بگیرند.
- قادرند مسئولیت‌های روزمره خود را با برگزیدن اهداف معقول پیش ببرند.
- تحت تأثیر عواطف، ترس، خشم، عشق یا گناه خود به‌طوری قرار نمی‌گیرند که زندگی‌شان پریشان شود.
- چند نشانه هشداردهنده برای ضعف روانی:
- احساس نگرانی دائمی
- ناراحتی دائمی به علل ناموجه
- از دست دادن آسان تعادل روانی در بیشتر اوقات
- بی‌خوابی مکرر

- افسردگی و سرخوشی متناوب به صورت ناتوان‌کننده
- احساس بی‌علاقگی و تنفر دائمی نسبت به مردم
- آشفتگی زندگی
- عدم تحمل دائمی فرزندان
- همواره خشمگین بودن و بعد دچار پشیمانی شدن
- ترس بی‌جهت و دائمی
- دائماً حق را به جانب خود دادن و دیگران را ناحق شمردن
- احساس درد و شکایت‌های بی‌شمار بدنی که علتی برای آن پیدا نمی‌شود.
- عقیده بر این است که اگر شخصی وجود یکی از علائم فوق را در خود قطعی بداند، باید به او کمک شود (پاک روان نژاد، صادقی، ۱۳۸۷).

پیشگیری

پیشگیری از اختلال‌های روانی، بخشی از برنامه سلامت روان جامعه است. پیشگیری از اختلال‌های روانی مبتنی بر اصول سلامت عمومی است و هدف آن کاهش بروز، طول مدت و ناتوانی ماندگار اختلال‌های روانی می‌باشد و به انواع پیشگیری سطح اول، سطح دوم و سطح سوم تقسیم می‌شود.

پیشگیری سطح اول

هدف از پیشگیری سطح اول جلوگیری از بروز بیماری یا اختلال و در نتیجه، کاهش میزان بروز بیماری (نسبت موارد جدید به جمعیت در دوره زمانی معین) است. این هدف در سلامت عمومی، به کمک حذف عوامل مسبب، کاهش عوامل خطر ساز، تقویت میزبان و جلوگیری از سرایت بیماری محقق می‌شود. در برخی از بیماری‌های جسمی، شناسایی و تغییر یک یا چند عامل فوق، تحولی چشمگیر در مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کرده است که به عنوان مثال، می‌توان از حذف تقریبی بسیاری از بیماری‌های عفونی و کاهش برخی از انواع سرطان، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های ریوی نام برد.

به هر حال، هدف و مقصد نهایی آن است که ببینیم آیا می‌توانیم بروز

بیماری‌های روانی را کاهش دهیم، چه از طریق جسمی (مثلاً واکسیناسیون) و چه از طریق روانی (مثلاً روان درمانی) و بدین لحاظ، باید بر روی مسائل و مشکلاتی تمرکز کرد که قابل پیشگیری هستند (بسیاری از بیماری‌ها) نه بر روی مشکلاتی که پیشگیری از آنها در حوزه‌ی اختیار پزشک قرار ندارد (جنگ، مشکلات اقتصادی جامعه و...). در ابتدا، نکاتی مانند کم‌هزینه بودن و وسیع‌الطیف بودن بیماری، شدت بیماری، میزان احتمالی کمک‌های دولت و مشارکت‌های مردمی و حمایت‌های مالی و علمی و معنوی نهادهای بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی نیز باید مد نظر قرار بگیرند. جهت عملی شدن این امر، می‌توان بر روی برخی موارد خاص تأکید کرد، مانند پیشگیری اولیه برخی اختلالات روان‌پزشکی (افسردگی، خودکشی، اعتیاد و...)، پیشگیری اولیه از طریق افزایش سلامت روان در خانواده و مدارس، پیشگیری اولیه با تمرکز بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر (خانواده زندانیان، خانواده بیماران روانی، زنان سرپرست خانواده، کودکان بی‌سرپرست و...).

در مورد پیشگیری از اختلالات روانی برای مثال، مواردی در مورد خودکشی ذکر می‌شود که این مثال با تغییراتی به بسیاری از بیماری‌های روانی (و نه همه‌ی آنها) قابل تعمیم است. پیشنهادات برای پیشگیری اولیه به صورت عمومی:

- ۱- اشاعه‌ی نگرش منفی نسبت به خودکشی
- ۲- آموزش پزشکان، مربیان پرورشی، معلمان، مدیران و غیره
- ۳- آموزش بیماران مبتلا به اختلالات روانی و خانواده‌های آنها
- ۴- فراهم آوردن امکان بستری فوری بیماران در معرض خطر
- ۵- معاینه منظم گروه‌های در معرض خطر، مانند نوجوانان، اطرافیان اقدام‌کنندگان به خودکشی، زندانیان و امثال ایشان
- ۶- ارجاع و پیگیری اقدام‌کنندگان به خودکشی
- ۷- پرهیز رسانه‌ها از انعکاس اخبار مربوط به خودکشی
- ۸- تجهیز امکانات بخش مسمومین و ایجاد امکانات مقدماتی و اولیه در بیمارستان‌های روانی حاد و مزمن (برای کنترل مسمومیت)
- ۹- کنترل بیشتر بر داروخانه‌ها و مراکز توزیع سموم و مراکز دیگری که می‌توانند در اقدام به خودکشی نقش داشته باشند.

۱۰- جلوگیری از سرایت فرهنگی این عمل (بالاخص به افراد همسن) به هر طریق ممکن مانند جلوگیری از پخش شفاهی اخبار مربوط به اقدام به خودکشی.

بنابراین، به‌طور خلاصه، برای کلیه اختلالات روانی می‌توان موارد ذیل را به عنوان ابزار مناسبی برای پیشگیری اولیه مطرح کرد:

- ایجاد مدیریت واحد و دائمی برای برنامه‌ریزی و زیر پوشش قرارداد و حمایت از هر نوع برنامه پیشگیرانه
- افزایش مشارکت‌های مردمی
- افزایش مشارکت‌های مردمی، براساس تفکر جامعه‌نگر و سعی در درمان بیماری در منازل
- تهیه جزوات و متون آموزشی دربارهٔ پیشگیری اولیه اختلالات روانی
- تهیه جزوات برای مراکز آموزشی و درمانی و مدارس
- آموزش دانش‌آموزان دبیرستانی، برای آموزش مهارت‌های فرزندپروری در ایشان (برای فرزندان آینده)
- آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در مدارس، کارخانه‌ها و اداره‌ها
- تهیه فیلم، سناریو (برنامه‌های رادیو و تلویزیونی با دخالت مستقیم روانپزشکان و روانشناسان)
- آموزش‌های خاص برای کارکنان سطوح مختلف و ارائه خدمات بهداشت روان
- همکاری با برنامه‌های بهداشت مدارس

تأکید بر برنامه‌های اجرایی در سطح کشور، با استفاده از حداکثر امکانات مانند:

- استفاده از کارمندان بهداشت جهت بیماریابی، ارجاع، پیگیری و ارتباط با افراد و مقامات علمی
- مراکز بهداشتی درمانی روستایی؛ جهت آموزش به‌روزان
- مراکز بهداشتی درمانی شهری؛ جهت آموزش رابطین، پیگیری موارد ارجاعی، گزارش‌دهی

- دانشگاه‌ها؛ جهت تدوین محتوی آموزشی لازم برای رده‌های مختلف
- در مورد پیشگیری اولیه در گروه‌های خاص آسیب‌پذیر (مانند سالمندان، خانواده بیماران روانی، خانواده زندانیان و....) می‌توان به برخی نکات اشاره کرد.
- ۱- سالمندان بیمار و افراد بدون حمایت‌های اجتماعی لازم
 - آموزش به ایشان، خانواده و افراد جامعه
 - تأکید بر ایجاد و گسترش برنامه‌های بیمه‌ی درمانی و اجتماعی، اصلاح قوانین بازنشستگی و تأمین اجتماعی
 - ایجاد و تحکیم انجمن‌های مردمی که از سالمندان حمایت می‌کنند.
 - حمایت‌های پزشکی مداوم
- ۲- خانواده بیماران و معلولین مبتلا به اختلالات مزمن روانی و جسمی ناتوان‌کننده:
 - آموزش خانواده‌ها
 - تشویق خانواده به نگهداری از این افراد با ارائه‌ی کمک هزینه
 - نظارت و درمان مستمر و دائمی در منازل با استفاده از پزشک و مددکار
- ۳- آسیب‌دیدگان ناشی از جنگ و مهاجرین
 - آموزش به این افراد و جامعه‌ای که پذیرای ایشان شده است
 - آموزش‌های لازم برای جلوگیری از ورود ایشان به باندهای قاچاق و مهاجرت غیرقانونی
 - توجه دادن به مسئولین و ایجاد امکان تحصیل و کار برای ایشان
- ۴- در مورد بحرآنهای خاص (مانند طلاق، سوانح و غیره) و کودکان و نوجوانان در معرض سوءرفتار جسمی و هیجانی و جنسی و شغلی نیز می‌توان بر روی آموزش و استفاده از سازمان‌های مردمی علمی و متمرکز بر مدارس تأکید کرد.
- در مورد اجرایی شدن موارد فوق برای این افراد می‌توان ضمن بهره‌برداری از مواردی که قبلاً به آنها اشاره شده است، از کانون‌ها و مجامع گوناگون مانند انجمن