

مقدمه.....	۱۳
دیباجه.....	۱۷
پیشگفتار.....	۱۹

بخش ۱: پیش‌زمینه و نظریه

فصل ۱ - ارائه مدل فراگیر توانبخشی عصب-روانشناختی.....	۲۱
مقدمه.....	۲۱
نظریه‌ها و مدل‌های کاربرد شناختی.....	۲۲
نظریه‌ها و مدل‌های رفتار.....	۲۹
مدل‌ها و نظریه‌های یادگیری.....	۳۳
سایر مدل‌ها و نظریه‌های سودمند: سنجش، بهبود و جبران.....	۳۴
مدل‌های سازمانی.....	۳۶
ارائه مدل فراگیر توانبخشی عصب-روانشناختی.....	۳۷

فصل ۲ - شواهد اثربخشی توانبخشی عصب-روانشناختی.....	۴۹
مقدمه.....	۴۹
تاریخچه توسعه توانبخشی شناختی.....	۵۰
اجرای توانبخشی عصب-روانشناختی و شناختی، نظرات متفاوت و عوامل تأثیرگذار.....	۵۱
شواهدی که نشان می‌دهد توانبخشی شناختی به لحاظ بالینی اثربخش است.....	۵۲
سایر طرح‌ها برای ارزشیابی اثربخشی توانبخشی.....	۵۸
ایجاد اصول کلی.....	۵۹
خلاصه اثربخشی بالینی توانبخشی شناختی.....	۶۰
شواهد نشان‌دهنده مقرون‌به‌صرفه بودن توانبخشی.....	۶۱

فصل ۳ - هدف‌گذاری به‌عنوان روشی برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی توانبخشی عصب-روانشناختی.....	۷۰
مقدمه.....	۷۰
برنامه‌ریزی عملی برای دستیابی به هدف.....	۷۴
شواهد مؤید اثربخشی هدف‌گذاری.....	۷۷
تعیین هدف در موقعیت‌های دیگر.....	۷۸
نتیجه‌گیری.....	۸۱

فصل ۴ - رویکرد مرکز اولیور زنگویل به توانبخشی عصب-روانشناختی.....	۸۴
مقدمه.....	۸۴
ساختار مرکز اولیور زنگویل.....	۸۵
برنامه بالینی مرکز اولیور زنگویل.....	۸۶
فعالیت‌های دیگر در مرکز اولیور زنگویل.....	۱۰۴

نتیجه‌گیری ۱۰۵

بخش ۲: مداخله‌های گروهی

فصل ۵ - گروه درک آسیب مغزی (گروه UBI) ۱۰۹

مقدمه ۱۰۹
محتوای آموزشی ۱۱۱
جلسه‌های مستقل و تحت نظارت ۱۱۶
نتیجه‌گیری ۱۱۷
ضمیمه ۱-۵، مثال‌هایی از جزوه‌های استفاده‌شده در جلسه ۱ گروه UBI: ایجاد انگیزش برای آشنایی با آسیب مغزی ۱۱۸
جلسه ۹: دیگران چگونه آسیب مغزی بیمار را درک کردند؟ ۱۲۳

فصل ۶ - گروه شناختی، قسمت ۱: توجه و مدیریت هدف ۱۲۵

مقدمه ۱۲۵
توصیف گروه ۱۲۸
شواهدی برای اثربخشی گروه ۱۴۰
ضمیمه ۱-۶: آزمونک توجه ۱۴۵
ضمیمه ۲-۶: مثال‌هایی از سناریوهای مسائل فرضی استفاده‌شده در گروه توجه و مدیریت هدف ۱۴۵

فصل ۷ - گروه شناختی، قسمت ۲: حافظه ۱۴۸

مقدمه ۱۴۸
مشکلات حافظه و هدف‌گذاری ۱۴۹
تصویرسازی دیداری ۱۵۶
قطعه‌بندی ۱۵۷
ردیابی ذهنی مجدد ۱۵۷
یادگیری بدون خطا ۱۵۷
نتیجه‌گیری ۱۶۵

فصل ۸ - گروه مدیریت خلق ۱۶۸

مقدمه ۱۶۸
هدف‌های کلی گروه ۱۶۸
سازمان‌دهی و ساختار ۱۶۹
محتوای آموزشی ۱۷۰
خلاصه ۱۸۱
ضمیمه ۱-۸: کاربرگ خلاصه گروه ۱۸۱

فصل ۹ - گروه حمایت روانی ۱۸۳

محیط درمانی در توانبخشی جامع ۱۸۳
حمایت روانی در توانبخشی جامع ۱۸۴
پیشینه ادبیاتی ۱۸۵
توصیف گروه حمایت روانی ۱۸۸
خلاصه ۲۰۰
اعضای گروه، درحالی‌که درباره گروه تأمل می‌کنند ۲۰۱

فصل ۱۰ - کار کردن با خانواده‌ها در توانبخشی عصب - روانشناختی ۲۰۴

مقدمه ۲۰۴

۲۰۵	نیازهای خانواده‌ها پس از آسیب مغزی اکتسابی
۲۰۵	پیچیدگی و تنوع در خانواده‌ها، مراقبین و خدمات
۲۰۷	پاسخ نظام‌مند به پیچیدگی و تنوع خانواده‌ها
۲۰۹	تلفیق علم عصب-روانشناختی در کار سیستمی خانواده‌ها
۲۱۱	کار نظام‌مند در توانبخشی عصب-روانشناختی
۲۱۸	خلاصه
ضمیمه ۱-۱۰	اقتباس‌هایی از رویه‌های OZC برای درگیرساختن خانواده‌ها و مراقبین در فرآیند توانبخشی و حضور در جلسات گروه‌های بستگان
۲۱۹	
ضمیمه ۲-۱۰	خلاصه‌ای از دعوت گروه‌های خویشاوندان (رویه OZC برای درگیرکردن خانواده‌ها و مراقبین)
۲۲۰	

فصل ۱۱ - گروه ارتباطی ۲۲۸

۲۲۹	ورود در گروه ارتباطی
۲۳۴	ضمیمه ۱-۱۱: مقیاس نمره‌دهی ارتباط
۲۳۵	ضمیمه ۲-۱۱: گروه ارتباط: اصول ارتباط

فصل ۱۲ - گروه‌های پروژه عملی ۲۳۷

۲۳۷	مقدمه
۲۳۸	جلسه گروهی و جلسات مرور هفتگی
۲۵۲	نتیجه‌گیری
۲۵۳	ضمیمه ۱-۱۲: مثال‌هایی از جزوات استفاده‌شده در گروه‌های مبتنی بر پروژه عملی
۲۵۴	کاربرگ خلاصه گروه/جلسات
۲۵۴	برگه سنجش رفتارهای شغلی

بخش ۳: مثال‌های موردی

فصل ۱۳ - پیتر: توانبخشی موفقیت‌آمیز بعد از آسیب شدید به سر، همراه مشکلات عروق مغزی ۲۶۰

۲۶۰	گزارش سنجش اولیه
۲۷۷	برنامه توانبخشی
۲۸۴	پیشرفت از زمان ترخیص

فصل ۱۴ - لورنا: به‌کارگیری مدل‌های زبان، حساب و یادگیری در درون برنامه توانبخشی جامع: از زبان‌پریشی و ۲۸۶

۲۸۶	مقدمه
۲۸۷	پیشینه آسیب
۲۸۷	تاریخچه اجتماعی
۲۸۷	سنجش گذشته
۲۸۸	سنجش دقیق
۲۹۴	برنامه توانبخشی لورنا
۳۰۲	مهارت‌های لورنا در شمارش
۳۱۴	خلاصه و نتیجه‌گیری

فصل ۱۵ - کارولین: درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بعد از آسیب مغزی تروماتیک (TBI) ۳۱۷

۳۱۷	مقدمه
۳۱۸	تاریخچه آسیب
۳۱۹	سنجش عصب‌روانشناختی
۳۱۹	سنجش خلق
۳۲۰	تبیین مورد این فصل

هدف‌های توانبخشی	۳۲۰
برنامه توانبخشی و مداخله‌های ویژه	۳۲۱
نتیجه	۳۲۵
بحث کلی	۳۲۵
نتیجه‌گیری	۳۲۸

فصل ۱۶ - توانبخشی شغلی بین رشته‌ای که به درد، خستگی، اضطراب و رفتارهای تکانشی می‌پردازد: یوسف و قوانین جدیدش برای زندگی و کار ۳۳۰

تاریخچه آسیب	۳۳۰
پیشینه اجتماعی	۳۳۱
سنجش دقیق	۳۳۱
برنامه توانبخشی	۳۳۷
نتایج	۳۴۵
پیوست ۱-۱۶: قوانین یوسف برای کسب و کار و زندگی	۳۵۱

فصل ۱۷ - جودیت: یاد گرفتن انجام کارها به سرعت برق و باد: تجربیات رفتاری برای بررسی و تغییر معنا در فعالیت کارکردی معنادار..... ۳۵۴

مقدمه	۳۵۴
پیشینه آسیب	۳۵۵
پیشینه اجتماعی	۳۵۵
سنجش دقیق	۳۵۵
برنامه توانبخشی	۳۶۰
نتایج	۳۶۹
نتیجه‌گیری	۳۷۲

فصل ۱۸ - سیمون: آسیب مغزی و خانواده (شامل فرزندان، اعضای خانواده و نظام‌های گسترده‌تر در فرایند توانبخشی)..... ۳۷۴

مقدمه	۳۷۴
نتایج و تعمق یا تأمل	۳۹۳
نتیجه‌گیری	۳۹۵

فصل ۱۹ - آدام: توسعه محیط درمانی به جامعه محلی در توانبخشی مراجع مبتلا به زبان‌پریشی و کنش‌پذیری شدید..... ۳۹۸

مقدمه	۳۹۸
پیشینه آسیب	۳۹۸
پیشینه اجتماعی	۳۹۹
سنجش دقیق	۳۹۹
پیش‌زمینه انتخاب مداخله	۴۰۳
هدف‌های مشارکت اجتماعی و مداخله‌های مرتبط با آن	۴۰۵
خلاصه	۴۰۸
ضمیمه ۱-۱۹: مثال‌هایی از چندین دستورالعمل مکتوب برای کارت‌های دستور پخت میزاقاسمی، استفاده شد	۴۰۹

فصل ۲۰ - مالکوم: مقابله با تأثیرات نشانگان بالینت و گم‌گشتگی مکان‌نگاری..... ۴۱۱

جلسه اولیه و پیش‌زمینه	۴۱۱
سنجش عصبی-روانشناختی	۴۱۲
بعد از سنجش	۴۱۵

۴۱۶	مداخله‌های درمانی مالکوم.....
۴۱۷	به مسئول مربوطه.....
۴۱۷	تلاش‌ها برای بهبود توانایی مالکوم در مکان‌یابی اشیاء.....
۴۲۰	بررسی‌های دانش مکان‌نگاری مالکوم.....
۴۲۳	آیا مالکوم گم‌گشتگی خودمحور دارد؟.....
۴۲۴	آزمون نقاط روی نقشه کمبریج.....
۴۲۶	نتیجه‌گیری.....

فصل ۲۱ - کیت: بهبودی شناختی و سازگاری هیجانی در خانم جوانی که، چندین ماه نسبت به مداخله درمان واکنش نشان نمی‌داد..... ۴۲۹

۴۲۹	پیش‌زمینه و بیماری.....
۴۳۲	اولین تماس ما با کیت.....
۴۳۴	نتایج سنجش اولیه.....
۴۳۵	سنجش بیشتر.....
۴۳۷	نظرات کیت و والدینش.....
۴۳۹	کمک کردن به کیت در رابطه با مشکلات هیجانی‌اش.....
۴۴۳	صورت‌بندی مورد.....
۴۴۴	مداخله.....
۴۴۷	سخن پایانی از کیت و والدینش.....

بخش ۴: نتایج

فصل ۲۲ - آیا این رویکرد اثربخش است؟ اندازه‌گیری نتایج در مرکز الیور زنگویل (OZC)..... ۴۵۰

۴۵۰	مقدمه.....
۴۵۲	استفاده از پرسش‌نامه‌های انتشاریافته برای سنجش تأثیر برنامه‌های توانبخشی.....
۴۵۳	تعیین هدف‌ها و ارزشیابی خدمات.....
۴۵۴	روش‌های OZC برای تعیین هدف‌ها.....
۴۵۶	روش ارزیابی تعیین هدف.....
۴۵۶	روش اجرای پرسش‌نامه‌ها.....
۴۵۶	نتایج.....
۴۵۷	داده‌های پرسش‌نامه.....
۴۵۸	دستیابی به هدف.....
۴۶۰	گروه کاربران.....
۴۶۳	فراتر از پیشرفت مراجعان فردی و نتایج برنامه: مشاهدات مربوط به سایر نتایج مرکز.....
۴۶۶	نتیجه‌گیری.....
۴۶۷	نگاهی به آینده.....

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۷۱

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۸۳

اسامی..... ۴۹۴

امروزه، درصد زیادی از افراد به دلیل آسیب مستقیم به سر، یا سایر بیماری‌ها دچار کاهش عملکرد شناختی می‌شوند، به همین دلیل علی‌رغم وجود انواع متعددی از روش‌های دارویی و رفتاردرمانی، توجه متخصصین به بُعد دیگری از درمان و مداخله جلب شده است که در آن به‌طور خاص بر بهبود توانمندی‌های شناختی بیماران و پردازش‌های مغزی آنها تأکید می‌شود. درمان‌هایی که تحت عنوان توانبخشی شناختی نامیده می‌شود. توانبخشی شناختی، مجموعه‌ای از آموزش‌ها و تمرینات است که به‌صورت منظم و منسجم و با هدف احیای کارکردهای شناختی ارائه می‌شود.

علی‌رغم وجود تفاوت‌هایی که بین پروتکل‌های متعدد توانبخشی شناختی وجود دارد، اساس تمامی مداخله‌ها، مشابه و با تکیه بر اصول نوروپلاستیستی (نرمش مغزی) است. به‌عبارت‌دیگر، در تمامی این روش‌ها کوشش می‌شود تا با به‌کارگیری ابزارها و فن‌های متعدد، روند ترمیم آسیب‌های مغزی تسریع و تسهیل یابد. با توجه به مطالعاتی که تاکنون در حوزه توانبخشی شناختی صورت گرفته است می‌توان مداخله‌های به‌کار رفته در این حوزه را به‌طور عمده در سه دسته مداخله‌های احیاکننده، مداخله‌های جبران‌کننده و آموزش روانی خلاصه نمود. در دسته راهکارهای احیاکننده، هدف، تقویت و ترمیم توانمندی‌های شناختی افرادی است که دچار آسیب شدند. فن‌هایی از قبیل تمرین و تکرار که با استفاده از تمرینات مدادکاغذی و یا رایانه‌ای ارائه می‌شوند بر روی تقویت یک یا چند مؤلفه شناختی تمرکز می‌کنند این فن‌ها نمونه‌ای از روش‌های متداول در مداخله‌های احیاکننده و ترمیم‌بخش هستند. در دسته مداخله‌های جبرانی، افراد می‌آموزند تا با کمک گرفتن از ابزارهای بیرونی، ضعف شناختی خود را جبران کنند. برای مثال بیماران یاد می‌گیرند چگونه با استفاده از تدابیر یادیار و ابزارهایی همچون دفترچه یادداشت و بسیاری از ابزارهای دیگر، نقص حافظه خود را جبران کنند. در دسته سوم مداخله‌های توانبخشی شناختی، آموزش‌های روانشناختی مطرح می‌شود که تلاش می‌شود با آموزش اطلاعاتی در رابطه با نوع و ماهیت آسیب مغزی، توانمندی‌های شناختی و اهمیت آنها در زندگی، به بیمار شناخت کاملی در خصوص وضعیت بیماری و سطح عملکرد شناختی او، ارائه دهند تا بیمار بتواند درمان را با رضایت بیشتری بپذیرد و به تداوم آن احساس نیاز کند.

بنابراین، توانبخشی شناختی فرایندی است که به کمک آن افرادی که به علت صدمه یا بیماری ناتوان شده‌اند و توانایی شناختی آنها آسیب دیده است برای رسیدن به عملکرد شناختی رضایت‌بخش‌تر تلاش می‌کنند. افرادی که نیاز به توانبخشی شناختی دارند به دو گروه آسیب مغزی تروماتیک و آسیب مغزی اکتسابی تقسیم می‌شود. هر نوع فعالیت مداخله‌ای و ترمیمی شناختی با گروه نخست که در آن عملکرد مغز به‌طور مستقیم مختل می‌شود تحت عنوان توانبخشی عصب-روانشناختی یاد می‌شود. این آسیب

می‌تواند ناشی از یک بیماری عصبی پیش‌رونده یا آسیب مستقیم به سر باشد. ما در اینجا جهت آشنایی خوانندگان عزیز به معرفی مختصر آنها می‌پردازیم.

بر اساس تعریف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا، آسیب مغزی تروماتیک، آسیب ساختاری یا اختلال فیزیولوژیک در عملکرد مغز بر اثر ضربه بیرونی به سر است. سالانه بیش از ده میلیون نفر در جهان دچار آسیب مغزی تروماتیک می‌شوند. در کشورهای اروپایی نرخ بروز سالانه آسیب مغزی تروماتیک را ۲۳۵ مورد در ۱۰۰ هزار نفر محاسبه کردند. در انگلستان یک میلیون نفر در هر سال با نوعی آسیب مغزی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند. ۸۰ درصد از این افراد بستری نمی‌شوند. سالانه حدود ۲۷۰ نفر از هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر از این جمعیت در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند. حدود ۲۰ مورد از این صدمات وارده به سر شدید و بقیه آسیب‌های وارده به سر متوسط یا خفیف هستند. در ایران آسیب مغزی از نظر مرگ‌ومیر رتبه دوم را دارد و یکی از علل ناتوانی‌های درازمدت و ازکارافتادگی در افراد زیر ۲۴ سال شناخته می‌شود. علی‌رغم این گزارش‌ها، آمار دقیق و رسمی از ضربه‌های مغزی در ایران وجود ندارد. اما با احتساب آمارهای جهانی، سالانه بیش از یک‌صد هزار نفر در ایران دچار ضربه‌های مغزی متوسط تا شدید می‌شوند. هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم این موارد فقط در آمریکا ۶۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است (به نقل از زارع، شریفی، حاتمی، ۱۳۹۴).

علل آسیب به سر متنوع‌اند. ۵۰ درصد افرادی که به دلیل آسیب به سر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و به توانبخشی شناختی نیاز دارند ناشی از تصادفات جاده‌ای و رانندگی است. حدود ۲۵-۲۰ درصد افراد به دلیل سقوط‌های خانگی و صنعتی دچار آسیب به سر می‌شوند. حدود ۱۵-۱۰ درصد افراد به علت صدمه‌های ورزشی و تفریحی دچار آسیب به سر می‌شوند. و بالاخره اینکه حدود ۱۰ درصد افراد به دلیل حملات و ضرب‌وجرح به سر آنها آسیب می‌رسد.

هرچند هر فردی در همه عرصه‌های زندگی و کاری باید جهت حفظ سلامت مغز خودش بکوشد، لیکن احتمال آسیب به سر در برخی از افراد بیشتر است. مردان سه برابر بیشتر از زنان ممکن است به آسیب مغزی دچار شوند. مردان جوان بین سنین ۱۵ تا ۳۰ سال در معرض خطر آسیب مغزی بیشتری (۵ برابر) هستند. افراد بالای ۶۵ سال به دلیل کهولت سن و ناتوانی جسمانی در معرض خطر هستند. افرادی که الکل مصرف می‌کنند در معرض خطر بیشتری هستند. بین ویژگی‌های شخصیتی و احتمال آسیب به سر هم، رابطه وجود دارد. افرادی که شخصیت ریسک‌پذیر دارند احتمال در معرض خطر بودن آسیب به سر در آنها بیشتر است؛ و بالاخره اینکه، افرادی که در گذشته صدمه به سر را تجربه کرده‌اند احتمال دارد مجدداً دچار این مشکل بشوند.

بسیاری از افرادی که دچار آسیب به سر می‌شوند نجات می‌یابند، به همین دلیل محققین از اصطلاح «اپیدمی خاموش» برای توصیف افزایش تعداد افرادی که از آسیب مغزی جان سالم به‌در برده‌اند استفاده می‌کنند. تخمین زده می‌شود ۹۰ درصد افرادی که دچار آسیب شدید مغزی می‌شوند و امروزه زنده می‌مانند، ۳۰ سال پیش زنده نمی‌ماندند.

مغز همانند یک ژله نرم است. به هنگام آسیب به سر، مغز تکان می‌خورد، شکاف برمی‌دارد، از هم باز می‌شود و ترک برمی‌دارد. آسیب به مغز به دو صورت آسیب‌های اولیه و ثانویه است. در لحظه ضربه، ممکن است مغز کشیده یا پاره شود، دچار کوفتگی شده و خونریزی اولیه و لخته‌های خونی ایجاد می‌شوند. اینها نمونه‌ای از آسیب‌های اولیه هستند. مواردی همچون تورم مغز، عفونت‌ها، مشکلات تنفسی، خونریزی ثانویه و تغییرات سلولی نمونه‌هایی از آسیب‌های ثانویه هستند.

بخش عمده آسیب‌های به سر به‌صورت بسته هستند؛ در این قبیل موارد مجموعه نمی‌شکند، اما مغز در داخل مجموعه جابه‌جا می‌شود. این آسیب‌ها با آسیب‌های باز سر مانند زخم گلوله تفاوت دارد. معمولاً از دو معیار سطح هشجاری و مدت‌زمان فراموشی پس از سانحه جهت اندازه‌گیری شدت آسیب به سر استفاده می‌شود. به‌رحال آسیب به سر به هر شدتی که باشد دارای عواقب فیزیکی، شناختی، هیجانی و رفتاری است که در این بین آسیب‌های شناختی رایج‌تر و مهم‌تر هستند که در صدر آن باید به اختلالات حافظه اشاره کرد.

افراد دارای آسیب مغزی تروماتیک در موارد زیر دچار اختلال می‌شوند به همین دلیل هدف توانبخشی محسوب می‌شوند:

- در مهارت‌های اجرایی مثل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، ابتکار
- در حافظه مثل حافظه کوتاه‌مدت، حافظه کاری و مشکل در یادگیری‌های جدید.
- در سرعت پردازش اطلاعات؛ در این قبیل افراد سرعت پردازش کند می‌شود.
- مشکلات ادراکی- فضایی و اختلال در ادراک دیداری
- مشکلات زبانی، در درک (دریافت) و بیان (صحبت کردن)
- از دست دادن بینش و آگاهی نسبت به تغییرات و نقص‌ها
- وجود مشکلاتی در حل مسئله، استدلال، قضاوت و تصمیم‌گیری

چنانکه پیش‌تر اشاره شد گروه دیگری که به توانبخشی شناختی نیاز دارند از نوع آسیب مغزی اکتسابی هستند. افراد مشمول این گروه بسیار متنوع هستند. مصرف الکل می‌تواند باعث کمبود برخی از ویتامین‌ها و در نتیجه آسیب به مغز شود. سندرم کورساکف بر اثر کمبود ویتامین B یا تیامین ایجاد می‌شود، در نتیجه باعث از دست رفتن حافظه می‌شود.

عفونت‌های مغزی نمونه دیگری از آسیب مغزی اکتسابی است. آنسفالیت نیز باعث آسیب به مغز می‌شود، ویروس‌ها و باکتری‌های مختلفی وجود دارند که باعث آنسفالیت می‌شوند. یکی از رایج‌ترین علت‌ها، ویروس هرپس سیمپلکس است. در خیلی از موارد افراد مبتلا به آنسفالیت بهبود می‌یابند اما سلول‌های عصبی در مغز ممکن است آسیب ببینند. نمونه دیگری از عفونت‌های مغزی، مننژیت است. در مننژیت غشاءهای پوشاننده مغز (مننژها) دچار عفونت می‌شوند در نتیجه مغز متورم می‌شود. بهبودی این بیماری بسیار متفاوت است.

هیپوکسی یا فقدان اکسیژن نمونه دیگری از آسیب مغزی اکتسابی است. شایع ترین علل وقفه در تأمین اکسیژن مغز، ایست قلبی یا تنفسی، آسم، فشار خون بسیار پایین، استنشاق دود، کمای دیابتی، غرق شدن و خفگی است. تومورهای مغزی هم، باعث آسیب به مغز می شوند.

هرچند تعریف دقیق توانبخشی شناختی و توانبخشی عصب-روانشناختی روشن نیست و بین متخصصین اختلاف نظر وجود دارد؛ اما چیزی که مهم است این است که بیماران زیادی به دلیل آسیب مغزی تروماتیک یا اکتسابی به توانبخشی شناختی نیازمند هستند. وجود موارد متعدد آسیب مغزی اکتسابی همچون اختلالات قلبی عروقی، ابتلا به ایدز و مواردی که پیش تر به آن اشاره شد ضرورت آن را مضاعف می کند.

با توجه به گروه های نیازمند به توانبخشی شناختی، هرچند برخی از علل آسیب مغزی در کشور ما محدودیت داشته یا وجود ندارد، لیکن متأسفانه مواردی همچون تصادفات جاده ای، اختلالات قلبی عروقی و یا مصدومان ناشی از تهاجم کشورهای بیگانه، به کرات دیده می شود. به همین دلیل شاید بیش از هر کشوری، ما نیازمند به توسعه این حوزه باشیم.

مترجم اول اثر حاضر سعی نموده است تا حدودی به این ضرورت بپردازد. توسعه پژوهش های عمیق و کثیر در روان شناسی شناختی و یادگیری، در سال های اخیر، در کشور ما با اقبال خوبی مواجه بوده است. بدلی روش های توانبخشی شناختی بدون تکیه بر نظریه های یادگیری را همانند خودرو بدون موتور می داند. حال وقتی که در عرصه پژوهش های مربوط به روان شناسی شناختی و یادگیری به پیشرفت های درخور توجهی رسیدیم باید تلاش کنیم با بهره گیری از تجربیات متخصصین سایر کشورها، مدل های بومی را ایجاد کنیم.

مترجم اول اثر حاضر علاوه بر پژوهش های زیادی که به مدد بسیاری از همکاران در حوزه روان شناسی شناختی و یادگیری انجام داده است، به هدایت چندین رساله و انجام چند طرح پژوهشی در حوزه توانبخشی شناختی اقدام کرده است. همچنین علاوه بر اثر حاضر، کتاب توانبخشی حافظه اثر ویلسون را به اتفاق همکار دیگر به زبان فارسی برگردان نموده است. همچنین کتاب دستنامه توانبخشی عصب روانشناختی کل نگر را با همراهی همکار دیگر برگردان نموده است. این کتاب مخصوص توانبخشی سرپایی بیماران آسیب مغزی تروماتیک است.

این امید را داریم که حوزه توانبخشی شناختی به لحاظ پژوهشی و مداخله ای توسعه شایسته ای یابد، تا همچون برخی از کشورها، ما هم نه تنها به نیاز نیازمندان داخل کشور پاسخ دهیم بلکه بتوانیم به عنوان قطب توانبخشی شناختی در سطح منطقه عمل کنیم. ان شاء الله...

حسین زارع

تابستان ۱۳۹۵

h_zare@pnu.ac.ir

توانبخشی عصب-روانشناختی در چند دهه گذشته رشد عظیمی داشته است، که این امر تا حد زیادی بر تجربیات و دانش بالینی مبتنی بوده است. اخیراً بحث‌های زیادی درباره نیاز به توانبخشی مبتنی بر شواهد مطرح شده و تلاش شده است بهترین شواهد علمی موجود در تأیید اثربخشی انواع مداخله‌ها ارائه شود. تأکید روی توانبخشی مبتنی بر شواهد اغلب به صورت نقطه مخالف قضاوت بالینی تلقی می‌شود. درحالی‌که در واقع، این دو، جنبه‌های مکمل یک فرآیند مراقبت در نظر گرفته می‌شود که در آن لازم است قضاوت‌های بالینی مستحکمی در به‌کارگیری اصول و فن‌های درمانی مناسب در افراد مبتلا به معلولیت‌های نورولوژیکی صورت گیرد. علاوه بر این، درمان مبتنی بر شواهد باید ارزش‌های مراجع و ترجیحات و هدف‌های او را در فرآیند تصمیم‌گیری لحاظ کند تا تمهیدات درمانی که در نهایت اثربخشی درمان را تعیین می‌کنند فراهم شود.

کتاب حاضر که توسط باربارا ویلسون، فرگوس گریسی، جانانان ایوانز، اندرو بیتمن و همکاران‌شان نوشته شده است، کتابی منحصربه‌فرد است که شواهد علمی، قضاوت بالینی و هدف‌های مراجع محور را به‌عنوان پایه و اساس توانبخشی عصب-روانشناختی با هم تلفیق می‌کند. در بحث شواهد مؤید اثربخشی توانبخشی عصب-روانشناختی، نویسندگان کتاب (که همگی درمانگرانی مجرب و پژوهشگرانی پرکار هستند) روی این نکته تأکید می‌کنند که توانبخشی فرآیندی تعاملی است که مستلزم همکاری نزدیک درمانگرها، فرد مبتلا به معلولیت و خانواده‌ها است و حتی باید به جامعه محلی به‌عنوان پایه و اساس حمایت و تقویت گسترش یابد. اصول و مثال‌های موردی ارائه‌شده در این کتاب، چارچوبی را برای برخورد با مراجع به‌عنوان یک شخص فراهم می‌کند؛ چارچوبی که ترکیب منحصربه‌فرد محدودیت‌ها، نقاط قوت، انگیزش‌ها، شخصیت و منابع درونی و بیرونی مراجعان را به رسمیت می‌شناسد. اثربخشی توانبخشی از لحاظ توانایی فرآیند توانبخشی در کمک به مراجع، در جهت رسیدن به هدف‌های شخصی و همچنین بر اساس مرتبط بودن فرآیند درمان با کارکردهای روزمره و کیفیت زندگی فرد ارزشیابی می‌شود و این اصول، هدایتگر برنامه‌ریزی و اجرای درمان عصب-روانشناختی هستند.

نکته مهم و قابل توجه این است که، همه این اصول و روش‌های عملی، در «مرکز توانبخشی عصب-روانشناختی الیور زنگویل»^۱ در قالب مدل درمانی تلفیقی^۲ شکل گرفته‌اند. این حالت، به دو دلیل نمایانگر یک دستاورد عمده است. اول، این مرکز، محیطی درمانی فراهم می‌کند که به‌عنوان مؤلفه‌ای اساسی در فرآیند درمان ایفای نقش می‌کند. محیط درمانی، احساس پیوستگی میان مراجعان را ایجاد کرده و رابطه

1. Oliver Zangwill Center for Neuropsychological Rehabilitation

2. Integrative treatment model

میان مراجعان و درمانگرها را تقویت می‌کند، دو عاملی که در تمام شکل‌های درمان مؤثر، مشترک هستند و نقشی عمده در فرآیند توانبخشی ایفا می‌کنند، حتی وقتی روش‌های درمانی موردی، بر اساس مداخله‌های ویژه و مبتنی بر پژوهش‌های تجربی است. دوم، درمانی که در مرکز توانبخشی عصب-روانشناختی الیور زنگویل ارائه می‌شود، تلفیق نظریه با عمل را ترویج می‌کند، که با استفاده از نظریه یادگیری، اصول بازسازمان‌دهی شناختی و طراحی هدف به‌عنوان روش سازمان‌دهی و ارزشیابی فعالیت بالینی مراجع محور نشان داده می‌شود.

در نهایت، هدف از توانبخشی این است که به افراد کمک کند زندگی معنادار و رضایت‌بخشی داشته باشند و این کاری بس عظیم است. هدفی که نمی‌توان بدون تلاش‌های همیارانه به آن دست یافت. این کتاب دریچه‌ای به سوی روش‌ها، اصول و ارزش‌ها فراهم می‌آورد که می‌تواند باعث شود این تلاش امکان‌پذیر شود و به شما نشان می‌دهد چگونه این موارد در قالب توانبخشی عصب-روانشناختی اثربخش کنار هم می‌آید.

کیت سیکرون

توانبخشی عصب- روانشناختی به توانبخشی افراد مبتلا به معلولیت‌های شناختی، هیجانی یا رفتاری به‌منظور دستیابی به بیشینه توانمندی‌ها در حیطه‌های روانی، اجتماعی، اوقات فراغت، شغلی و کارکردهای روزمره مرتبط است. در این کتاب، ما به روش‌های رایج توانبخشی می‌پردازیم؛ روشی که افرادی آن را دنبال می‌کنند که معتقدند یک رویکرد جامع به توانبخشی، کارآمدترین رویکرد است. ما رویکرد جامع به توانبخشی را رویکردی می‌دانیم که این واقعیت را به رسمیت می‌شناسد که شناخت، هیجان و رفتار با یکدیگر ارتباطی تنگاتنگ داشته و روی هم تأثیر می‌گذارند. در نتیجه لازم است در توانبخشی آسیب مغزی، یک تیم میان‌رشته‌ای به روشی تلفیقی به تمام این کارکردها بپردازد.

کاملاً معتقدیم که توانبخشی نیازمند یک پایه و اساس نظری وسیع است که چارچوب‌ها، نظریه‌ها و مدل‌های برگرفته از حیطه‌های متعدد را تلفیق می‌کند. محدود شدن به یک مدل نظری واحد، می‌تواند به روش‌های کلینیکی ضعیف منجر شود. ما در این کتاب، رویکردهای نظری اصلی به توانبخشی و همچنین تغییرهای اساسی در طول ۲۰ سال گذشته را بحث خواهیم کرد. با این حال، هدف اصلی کتاب این است که یک سری رویکردهای عملی را ارائه دهد که به افراد مبتلا به صدمات مغزی کمک می‌کند به هدف‌هایی که از نظر خودشان و خانواده‌هایشان بیش از همه ارزشمند است دست پیدا کنند.

این کتاب ۴ بخش دارد:

اول، پیش‌زمینه و اصول زیربنایی توانبخشی عصب- روانشناختی را مرور می‌کنیم. این بخش شامل رئوس مربوط به یک برنامه جامع در مرکز توانبخشی عصب- روانشناختی الیور زنگویل در ایلی (کمبریجشر، انگلستان) است. این برنامه که تحت تأثیر کارهای یهودا بن‌ییشای و جرج پریگاتانو، اهل ایالات متحده آمریکا و آنا- لیز کریستنسن، اهل دانمارک است، درمان گروهی و فردی را با یکدیگر تلفیق می‌کند تا به مشکلات شناختی، هیجانی و اجتماعی بپردازد که بزرگسالان مبتلا به صدمات مغزی اکتسابی غیر پیش‌رونده با آن مواجه‌اند.

در بخش دوم کتاب، به بحث و بررسی گروه‌های مختلفی که در مرکز توانبخشی عصب- روانشناختی الیور زنگویل فعال‌اند پرداخته و توصیف‌هایی از ساختار گروه‌ها ارائه می‌دهیم. این گروه‌ها عبارت‌اند از گروهی که اساساً به کار آموزش می‌پردازد (گروه UBI)؛ گروه‌هایی که به‌صورت اختصاصی با مشکلات شناختی سر و کار دارند (گروه توجه و مدیریت هدف و گروه حافظه)؛ و گروه مهارت‌های اجتماعی (گروه ارتباط مؤثر)؛ گروه پیامدهای هیجانی صدمات مغزی (گروه مدیریت خلق)، گروهی که با خانواده‌ها کار می‌کند و گروه‌هایی که مستلزم کنار هم آوردن مهارت‌ها و راهبردهای گوناگون هستند (گروه پروژه، گروه

بولتن خبری، گروه‌های شغلی و گروه زندگی مستقل و گروه حمایت روانی).
بخش سوم کتاب، شامل مثال‌های موردی مربوط به ۹ نفر است که به دقت توضیح داده شده است تا نشان دهد چگونه اصول ارائه شده در بخش یک کتاب، در عمل به کار گرفته می‌شود. ۶ مورد اول، به منظور صورت‌بندی جنبه‌های برنامه‌ای جامع و فشرده انتخاب شده‌اند. ۳ مورد بعدی، کار با افرادی را توصیف می‌کند که مشکلاتشان مانع از این شده بود که آنها در برنامه‌های فشرده شرکت کنند.
بخش آخر کتاب، با ارزشیابی شواهد مربوط به نتایج گوناگون مرکز، از جمله اثربخشی بالینی، خروجی‌های پژوهشی و آموزش سر و کار دارد. در این بخش، چالش‌های مربوط به ارزشیابی اثربخشی یک برنامه توانبخشی جامع فراگیر را بررسی می‌کنیم. در اینجا ما به خصوص تحت تأثیر کارهای کیت سیکرون، جیمز مالک و همکارانشان بوده‌ایم.
توانبخشی عصب-روانشناختی، نه تنها چند رشته‌ای، بلکه بین رشته‌ای است و ما امیدواریم که بسیاری از کارشناسان خدمات سلامت از این کتاب استفاده کنند. مخاطب اصلی کتاب، احتمالاً کارشناسان بالینی عصب-روانشناختی، روان‌شناسان بالینی، گفتار درمانگران، کاردرمانگرها، روان‌پزشکان، عصب‌شناسان، فیزیوتراپیست‌ها، مددکاران اجتماعی و پرستاران‌اند. باین حال ممکن است کتاب، مورد علاقه افراد دیگری، به خصوص خویشاوندان افراد مبتلا به صدمات مغزی، همچنین خود افرادی که دچار صدمات مغزی هستند و درمانگران عمومی و معلمان یا اساتید دانشگاه باشد.
باربارا ای. ویلسون

ارائه مدل فراگیر توانبخشی عصب-روانشناختی

باربارا ای ویلسون و فرگوس گریسی

مقدمه

در طول ۲۵ سال گذشته، تغییرهای عمده‌ای در روش‌های توانبخشی عصب-روانشناختی صورت گرفته است. اول اینکه، در حال حاضر نسبت به دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ مشارکت بیشتری وجود دارد. در آن زمان پزشکان، درمانگران و روان‌شناسان تصمیم می‌گرفتند که بیماران چه چیزی را می‌توانند از برنامه‌های توانبخشی انتظار داشته باشند. اکنون ما با بیماران و خانواده‌های آنها درباره انتظارات‌شان از برنامه توانبخشی بحث می‌کنیم و تلاش می‌کنیم حداقل تا حدودی به نظرات بیماران و خانواده‌های آنها توجه کنیم. دوم، توانبخشی فراتر از رویکرد تکرار و تمرین است. یعنی، دیگر قابل پذیرش نیست که افراد را جلوی کامپیوتر یا جلوی کتاب کار بنشانیم، با این باور که چنین تمریناتی باعث بهبود کارکرد شناختی و مهم‌تر از آن اجتماعی می‌شوند. سوم، کارکنان توانبخشی امروزی وقتی برنامه‌های توانبخشی را طراحی می‌کنند، از رویکرد هدف‌گذاری پیروی می‌کنند؛ مراجعان، خانواده‌ها و کارکنان درخصوص هدف‌های مناسب بحث کرده و تعیین می‌کنند چگونه به این هدف‌ها دست یابند. چهارم، قضاوت رو به رشدی وجود دارد که پیامدهای عاطفی، اجتماعی، شناختی، هیجانی و رفتاری آسیب مغزی، با یکدیگر ارتباط تنگاتنگ دارند و در فرآیند توانبخشی باید به همه آنها پرداخته شود. پنجم، فناوری نقش عمده‌تری را نسبت به قبل در کمک به افراد دارای مشکلات شناختی بازی می‌کند و به آنها کمک می‌کند مشکلات‌شان را جبران کنند. ششم، اکنون به‌طور گسترده پذیرفته شده است که هیچ مدل، نظریه یا چارچوبی، به‌تنهایی کافی نیست که به مشکلات متعدد و پیچیده‌ای بپردازد که افراد دارای اختلالات عصب-روانشناختی پس از آسیب یا صدمه به مغز با آن روبه‌رو هستند. در عوض، ما نیاز داریم که از مدل‌ها، نظریه‌ها و چارچوب‌های متعدد بهره بگیریم تا بهترین نتایج را در مورد افرادی که نیازمند توانبخشی عصب-روانشناختی هستند به دست آوریم. می‌توانیم توانبخشی را به‌عنوان فرآیندی ببینیم که در آن افراد دچار آسیب مغزی با کارکنان خدمات

سلامت و سایر افراد همکاری می‌کنند تا مشکلاتی را که در نتیجه صدمه به مغز ایجاد شده است تعدیل کرده یا برطرف کنند. هدف‌های اصلی توانبخشی این است که به افراد ناتوان کمک کند به بالاترین سطح بهزیستی دست پیدا کنند؛ مشکلات‌شان را در زندگی روزمره کاهش دهد و بتوانند به محیط‌های مناسب خودشان بازگردند.

در میان نظریه‌ها، مدل‌ها و چارچوب‌های متعددی که روی توانبخشی اثرگذار بوده‌اند، احتمالاً ۵ حیطه اهمیت خاصی دارند این پنج حیطه عبارت‌اند از: کارکرد شناختی، هیجان‌ها، تعاملات اجتماعی و مسائل مربوط به رفتار و یادگیری. مثال‌های معرف هر یک از این حیطه‌ها در ادامه توصیف می‌شوند. ضمن اینکه، مدل‌های مرتبط با سازمان‌دهی کار تیمی چند رشته‌ای ارائه شده‌اند. همچنین باید به نظریه‌ها و مدل‌های سنجش، بهبود و جبران توجه کنیم. پس از بررسی مدل‌های معرف جنبه‌های این حیطه‌ها، یک مدل جامع موفق از توانبخشی عصب- روانشناختی به منظور تلفیق مدل‌ها و نظریه‌های ذکر شده در بالا به صورت یک کل واحد ارائه می‌شود.

نظریه‌ها و مدل‌های کارکرد شناختی

مدل‌های کارکرد شناختی متعددی، در توانبخشی، مفید شناخته شده‌اند. برای مثال، مدل‌ها و نظریه‌های زیان، در طول ۱۵ سال اخیر بر توانبخشی افراد مبتلا به زبان‌پریشی تأثیرگذار بوده‌اند. در واقع، کارکرد شناختی حیطه‌ای است که در آن چنین مدل‌هایی ابتدا در توانبخشی ظاهر شده‌اند (بینگ و کلت‌هارت، ۱۹۸۶). در سال ۱۹۹۱، کلت‌هارت عنوان کرد که به منظور درمان یک اختلال، ضروری است که ماهیت آن را به خوبی بشناسیم و برای این کار لازم است بازنمایی اینکه چگونه کارکرد خاص به طور عادی محقق می‌شود را مدنظر قرار داد. بدون چنین بازنمایی‌ای نمی‌توان تعیین کرد چه نوع درمانی مناسب خواهد بود. کلت‌هارت و همکاران معتقدند که توانبخشی شناختی باید مبتنی بر مدل‌های نظری برگرفته از روان‌شناسی عصب- شناختی باشد. درحالی‌که ما معتقدیم که این مورد به دلایل ذکر شده در بالا بیش از حد محدود است؛ می‌پذیریم که مدل‌های کارکرد شناختی ضروری هستند و به ما کمک می‌کنند نقاط قوت و نقاط ضعف شناختی خاص مراجعان‌مان را شناسایی کرده و درک کنیم. به عبارت دیگر، این مدل‌ها ضروری هستند اما کافی نیستند. این دیدگاه توسط کارامازا (۱۹۸۹)، مطرح شد. او معتقد بود هیچ‌چیز خاصی درباره نظریه ساختار نظام هجی کردن (یا نظام خواندن یا نظام نام‌گذاری یا نظام درک جمله و نظایر آن) وجود ندارد که باعث شود انتخاب ما درخصوص راهبرد درمانی محدود شود. صرفاً دانستن منبع احتمالی یک اختلال به خودی خود به ما این امکان را نمی‌دهد که راهبرد درمانی را مشخص کنیم. این کار نه تنها مستلزم ارائه یک نظریه درباره ساختار نظام آسیب‌دیده است بلکه مهم‌تر از آن نیازمند یک نظریه مربوط به روش‌هایی است که از طریق آن در نتیجه شکل‌های به خصوص مداخله می‌توان در یک نظام آسیب‌دیده تغییرهایی ایجاد کرد.

این مدل‌ها به ما نمی‌گویند چگونه افراد را توانمند کنیم؛ چرا که مشکلات روزمره را شناسایی نمی‌کنند

یا به ما درباره اینکه چگونه یک مشکل خاص را درمان کنیم اطلاعاتی نمی‌دهند. در عوض این مدل‌ها به ما می‌گویند چه بخشی از مدل، کارکرد ضعیفی دارد. نقاط قوت آنها در این واقعیت نهفته است که به ما می‌گویند چه محدودیت‌های شناختی‌ای در برنامه‌ای که می‌خواهیم اجرا کنیم وجود دارد. آنها همچنین ما را توانمند می‌سازند که فرآیندها را مفهوم‌سازی کنیم، درباره کارکردهای شناختی آسیب‌نندیده پیش‌بینی‌هایی انجام دهیم و آسیب‌ها را برای بیماران، خویشاوندان آنها و کارکنان درمانی توضیح دهیم. برخی از مدل‌ها در شناسایی اختلالات بسیار ارزشمند بوده‌اند. برای مثال، مدل دو مسیری خواندن^۱ را در نظر بگیرید (کلت‌هارت، ۱۹۸۵). در این مدل، عنوان می‌شود که حداقل از دو روش می‌توانیم یک کلمه مکتوب را بخوانیم که عبارت‌اند از مسیر واژگانی (یا مسیر کل کلمه) و مسیر واج‌شناختی که در آن فرد حروف را به صدا تبدیل می‌کند. واژه mint را در نظر بگیرید. این واژه را می‌توان از هر یک از دو طریق خواند. می‌توانیم آن را به صورت m-i-n-t بخوانیم که با قوانین واج‌شناختی عادی زبان انگلیسی هماهنگی دارد؛ همچنین می‌توان آن را به صورت یک واژه آشنا خواند که در دامنه لغات ما یعنی منبع ذخیره دانش واژگانی ما (لکسیکان یا واژگان) وجود دارد. برعکس، واژه fint یک واژه بی‌معنا است که در زبان انگلیسی وجود ندارد، این واژه در ذخیره واژگانی ما وجود ندارد، چرا که ما آن را قبلاً ندیده‌ایم. باین‌حال در مورد کلمه pint مجبوریم که از ذخیره دانش واژگان‌مان استفاده کنیم تا آن را درست بخوانیم. اگر ما از قوانین حرف-صدا، یا مسیر واج‌شناختی استفاده کنیم ممکن است آن را به‌طور اشتباه به‌صورتی که با واژه mint هم‌آهنگ است بخوانیم. وقتی کلت‌هارت این مدل را توسعه می‌داد، پیش‌بینی کرد که غیرممکن است بیمارانی را پیدا کنیم که دچار نقصان در مسیر واج‌شناختی باشند اما نه در مسیر واژگانی و برعکس. در آن موقع، چنین بیمارانی شناسایی نشده بودند، بنابراین کلت‌هارت یک آزمون غربالگری ایجاد کرد و از همکاران روان‌شناس بالینی و گفتاردرمانگر خود که با افرادی که اختلالات عصب-شناختی داشتند کار می‌کردند درخواست کرد که این آزمون غربالگری را اجرا کنند. وقتی این اتفاق افتاد بیمارانی که کلت‌هارت پیش‌بینی کرده بود پیدا نخواستند شد، پیدا شدند. آنهایی که نمی‌توانند واژگان بی‌معنا همچون واژه fint را بخوانند؛ اکنون گفته می‌شود خوانش‌پریشی واج‌شناختی دارند و آنهایی که نمی‌توانند واژگان غیرمعمول همچون pint را بخوانند، گفته می‌شود خوانش‌پریشی سطحی دارند. این مدل نه تنها ما را توانمند ساخته است چنین پدیده‌هایی را توضیح دهیم، بلکه همچنین باعث تغییری عمده در سنجش اختلالات اکتسابی خواندن در طول ۲۰ سال گذشته شده است. در دهه ۱۹۷۰ بیشتر سنجش‌های عصب-روانشناختی مربوط به توانایی‌های خواندن بیماران (حداقل در انگلستان) شامل فهرست واژگانی همچون فهرست خواندن کلمات سطر بندی شده شانل یا شاید هم تحلیل توانایی خواندن نیل برای بررسی درک مطلب در خواندن بود. اکنون ما انواع مختلفی از مهارت‌های خواندن همچون خواندن واژگان باقاعده در مقابل بی‌قاعده، واژگان عینی در مقابل انتزاعی، انواع کلمات، طول کلمات، سن یادگیری و نظایر آن را می‌سنجیم. این تغییر عمده نتیجه مستقیم نظریه‌های خواندن و زبان بوده است. از آنجایی که این مدل‌ها اغلب اختلالات را شناسایی

۱. جهت آشنایی بیشتر با این نظریه و سایر نظریه‌های خواندن، کتاب روان‌شناسی شناختی زبان و تفکر اثر آیزنک و کین ترجمه زارع و باقری‌سندی (۱۳۹۴) از انتشارات ارجمند توصیه می‌شود. م.

می‌کنند و نه مشکلات روزمره را، به ما نمی‌گویند چگونه افراد را توانمند کنیم؛ آنها به ما می‌گویند چه بخشی از مدل بد کار می‌کند ولی به ما نمی‌گویند چگونه یک مسئله خاص را درمان کنیم. در واقع، مدل‌های کارکرد شناختی فقط در زبان، ایفای نقش نکرده‌اند. مدل «حافظه کاری بدلی و هیچ» را در نظر بگیرید (بدلی و هیچ، ۱۹۷۴). این مدل برای اولین بار به‌عنوان یک مدل موقت و کار راه‌انداز معرفی شد، تا اینکه مدل جدیدتری بعد از آن ارائه شد که تا به امروز یک مدل مفید بوده است. این مدل به ما امکان داده که در مورد اختلالات حافظه مفهوم‌سازی کنیم؛ مثلاً، درک کنیم چرا برخی افراد ممکن است حافظه فوری عادی داشته باشند، اما بعد از یک تأخیر یا پرت‌شدن حواس مشکل داشته باشند یا بتوانند یک حلقه واج‌شناختی عادی و صفحه دیداری- فضایی داشته باشند، اما مهارت‌های اجرایی حافظه‌ای ضعیف داشته باشند. در واقع مؤلفه حافظه اجرایی مرکزی مربوط به مدل حافظه کاری و مدلی که به لحاظ مفهومی مشابه این مدل است، (یعنی نظام توجه نظارتی که توسط نورمن و شالیس ارائه شده است) تأثیر قابل توجهی در درک و سنجش نشانگان اختلال اجرایی داشته است (که پیش‌ازین به‌عنوان نشانگان لوب پیشانی معروف بود).*

مدل‌های مربوط به توجه، ادراک و پردازش چهره از جمله مدل‌هایی هستند که همگی نقش مهمی در درک و شناخت در افرادی که آسیب مغزی داشتند بازی کرده‌اند. ما به شناخت مرتبط با کارکرد شناختی نیاز داریم تا درک درستی از آنچه که مختل شده است و آنچه که در بیماران دست‌نخورده باقی مانده و نیز در مورد بیمارانی که برای توانبخشی عصب- روانشناختی ارجاع داده شده‌اند، پیدا کنیم. اما یک‌بار دیگر تأکید می‌کنیم که درک کارکرد شناختی تنها بخشی از کل تصویر است. همچنان‌که پژوهش‌ها در زمینه تعاملات بین شناخت و هیجان در حیطه بهزیستی روانی ادامه می‌یابد (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴)، (برای مثال هاروی یک مطالعه مروری نظام‌مند جامع ارائه می‌دهد)، چالش جدیدی برای علم عصب- روان‌شناسی پدیدار می‌شود. بدین نحو ما مدلی از جنبه‌های شناختی ارائه می‌دهیم و آن را سنجش می‌کنیم که ممکن است جاری و پویا باشد و نه ایستا. مدلی که ظاهراً بر اساس تمایز اجتماعی- هیجانی موقعیت تطبیق پیدا می‌کند، درحالی‌که تلاش می‌کنیم درمان یا توانبخشی بیمارانی که مشکلات عصب- شناختی دارند را درک کرده و اجرا کنیم.

نظریه‌ها و مدل‌های کارکرد هیجانی

مدیریت و درمان پیامدهای هیجانی آسیب مغزی در طول ۱۵ سال گذشته اهمیت روزافزون پیدا کرده است. پریگاتانو (۱۹۹۹)، عنوان می‌کند که اگر ما به مقوله‌های هیجانی نپردازیم احتمالاً توانبخشی، موفقیت‌آمیز نخواهد بود. در نتیجه، درک ما از نظریه‌ها و مدل‌های هیجان در توانبخشی موفقیت‌آمیز حیاتی است. انزوای اجتماعی، اضطراب و افسردگی در بازماندگان از آسیب‌های مغزی رایج است (فلمینگر و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویلسون، ۲۰۰۴). مک‌کین‌لی و همکاران (۱۹۸۱)، بر این باورند که حدود دو سوم

۱. در ادامه کتاب وقتی قرار است درباره منطق «وجودی حل مسئله» بحث کنیم، بیشتر درباره این مدل خواهیم خواند.

بازماندگان آسیب‌های مغزی تروماتیک (TBI) اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. سیل و همکاران (۲۰۰۳)، دریافتند که در نمونه‌ای از ۶۶۶ بیمار سرپایی مبتلا به آسیب‌های مغزی تروماتیک که ۱۰ تا ۱۲۶ ماه بعد از آسیب ارزشیابی شده‌اند ۲۷ درصد، ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی عمده را دارا بودند. ایوانز و ویلسون (۱۹۹۲) دریافتند که افرادی که در یک گروه حافظه شرکت می‌کردند، اضطراب، پدیده‌ای متداول بود. کوپلمن و کرافورد (۱۹۹۶)، دریافتند که ۴۰ درصد از ۲۰۰ ارجاع متوالی به کلینیک حافظه، از افسردگی بالینی رنج می‌بردند. بوئن و همکاران (۱۹۹۸)، دریافتند که ۳۸ درصد از بازماندگان آسیب مغزی تروماتیک^۱ اختلالات خلقی را تجربه می‌کردند. ویلیامز و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که شیوع اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بعد از TBI بین ۳ تا ۲۷ درصد متغیر است. آنها در مطالعه خودشان دریافتند که ۱۸ درصد از ۶۶ نفر در جامعه محلی که بازماندگان TBI بودند نشانه‌های علائم بالینی مربوط به PTSD را تجربه می‌کردند. دب و همکاران (۱۹۹۹)، مصاحبه‌های تشخیصی را با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (نسخه دهم ICD) با ۱۶۴ بیمار TBI یک سال پس از آسیب انجام دادند و دریافتند که ۷/۲۱ درصد، بیماری روان‌پزشکی قابل تشخیص داشتند.

گینوتی (۱۹۹۳)، سه عامل اساسی‌ای که بعد از آسیب مغزی باعث مشکلات هیجانی-روانی-اجتماعی می‌شود را شناسایی کرد. این عوامل در درجه اول ابتدا آنهایی هستند که در نتیجه عوامل عصب-شناختی به وجود می‌آیند، دوم آنهایی هستند که به خاطر عوامل روانی به وجود می‌آیند و سوم آنهایی که به خاطر عوامل روانی-اجتماعی به وجود می‌آیند.

عوامل عصب-شناختی

مثالی از اولین نوع علت می‌تواند فردی، باشد که به سانحه مغزی دچار شده که منجر به پدیده‌ای موسوم به واکنش فاجعه‌ای (یا گریه و خنده بیمارگونه) در نظر گرفت؛ در این اختلال نوسانات از گریه به خنده می‌تواند در یک توالی سریع پشت سر هم رخ دهد. اختلال آنوزوگنوزیا (یا فقدان آگاهی از اختلالات خویش) نیز عمدتاً به‌واسطه اختلال ارگانیک رخ می‌دهد. یک کتاب مهم در زمینه موضوع غش کردن یا ناآگاهی در سال ۱۹۹۱ به چاپ رسید (پریگاتانو و شاختر). این کتاب شامل چندین دلیل برای وجود آنوزوگنوزیا بود. گینوتی (۱۹۹۳) نیز به‌طور مفصل به بیهوشی پرداخته است. آسیب یا گسستگی مسیرهای لیمبیک پیش‌پیشانی با تغییرهایی در تنظیم و تجربه عواطف، مرتبط دانسته شده است (استارکشتاین و رابینسون، ۱۹۹۱؛ ایمز و وود، ۲۰۰۳). مدل‌ها و نظریه‌های دیگر که لازم است در نظر گرفته شوند، مربوط به شخصیت پیش‌مرضی و مدل‌های عصب-شناختی، جسمانی و بیوشیمیایی همچون آنهایی که توسط رابینسون و استارکشتاین (۱۹۸۹)، توصیف شده است هستند. این مورد به این مقوله می‌پردازد که چرا بعد از آسیب به مغز مشکلات هیجانی ایجاد می‌شود. اما کمک زیادی در درک علل روانی و روانی-اجتماعی اختلالات خلقی و هیجانی به ما نمی‌کند. با افزایش پایه و اساس پژوهش مربوط به فرآیندهای شناختی، هیجان و علوم عصبی پایه، حیطه روان‌درمانی شناختی-رفتاری، ایده‌های مفیدی را ارائه می‌دهد.

عوامل روانشناختی

دومین علت در دسته‌بندی سه‌گانه گینوتی (۱۹۹۳)، جایی است که مشکلات هیجانی، به عوامل روانی و نیروی روانی مربوط هستند از جمله این موارد می‌توان به نگرش‌های شخصی نسبت به معلولیت یا ناتوانی اشاره کرد. گلدشتاین (۱۹۵۹)، جزء اولین کسانی بود که واکنش هیجانی به آسیب مغزی را توصیف کرد.^۱ او توضیح داد که چگونه ممکن است واکنش فاجعه‌آمیزی ایجاد شود که در آن فرد از موقعیت‌ها و فعالیت‌های خاصی اجتناب می‌کند یا کناره می‌گیرد. این مورد هم باعث ابقای ترس (زیرا ترس‌ها به چالش کشیده نمی‌شوند) و همچنین افزایش ناتوانی به واسطه عدم استفاده از کارکردهای دست‌نخورده می‌شود. بن‌یشای (۲۰۰۰)، این مورد را به‌عنوان نمود رفتاری‌ای از تهدید وجودی در فرد توصیف می‌کند. مثال این مورد، کسی است که دچار خوانش‌پریشی اکتسابی و در نتیجه از دست رفتن عزت‌نفس و همچنین افسردگی به دلیل عدم توانایی در خواندن است؛ چنین کسی از خواندن و نشستن و برخاستن با هم‌سالانش اجتناب می‌کند؛ چیزی که باعث ابقای افسردگی و احتمال از دست رفتن سایر مهارت‌هایش می‌شود. انکار نیز به‌عنوان یک فرآیند روانی مرتبط در نظر گرفته می‌شود، که روی پیامدهای عاطفی پس از آسیب تأثیر می‌گذارد. در یک سطح به‌خصوص، بیماران متوجه ناتوانی‌هایشان هستند، اما نمی‌توانند آنها را بپذیرند. کاپلان (۱۹۸۷)، شرحی خواندنی از انکار ارائه می‌دهد. از آنجایی که انکار در موقعیت‌های بدون صدمه به مغز نیز ممکن است رخ دهد، به‌احتمال قوی ممکن است برای علت آن دلایل غیر ارگانیکی وجود داشته باشد (حداقل در بعضی موارد این‌گونه است) (۱۹۹۳). همچنین اختلال PTSD (که در ادامه بحث خواهیم کرد) با این موضوع مرتبط است. ترس از اینکه در آینده چه چیزی رخ خواهد داد، پانیک، به خاطر اینکه فرد نمی‌تواند به خاطر بیاورد در چند دقیقه گذشته چه اتفاقی افتاده است؛ اندوه، به خاطر از دست دادن کارکرد خاص و کاهش عزت‌نفس، به خاطر تغییر در ظاهر جسمانی؛ همگی ممکن است باعث تغییرهای هیجانی شوند. پژوهش‌های قابل توجهی در زمینه شکل‌ها یا دسته‌بندی‌های مقابله و رابطه راهبردهای مقابله با نتایج وجود داشته است که برخی از این پژوهش‌ها توسط گادفری و همکاران (۱۹۹۶) (در مدل سنجش و مقابله با استرس) به‌صورت خلاصه آمده‌اند. این رویکردها در مدل شناختی رفتاری که مبتنی بر درمان است کنار هم آمده‌اند، که در آن روابط بین بافت محتوای شناختی (افکار، باورها، سنجش‌ها و فرض‌ها و غیره)، هیجان‌ها و رفتار به‌صورت یک مدل فرضی ارائه شده‌اند.

از زمانی که کتاب بسیار تأثیرگذار «درمان شناختی و اختلالات هیجانی» یک در سال ۱۹۷۶ نوشته شد، درمان شناختی رفتاری (CBT) به یکی از مهم‌ترین و بهترین رویه‌های روان‌درمانی معتبر تبدیل شده است (سالکووسکی، ۱۹۹۶). نسخه به‌روز شده مدل یک در سال ۱۹۹۶ ارائه شد (یک، ۱۹۹۶). یکی از اصلی‌ترین نقاط قوت آن، رشد یافته‌ها و مدل‌های پژوهشی کاربردی و مرتبط بالینی و به چالش کشاندن برخی از پایه‌های (اولیه) نظری CBT از طریق تلاش تحقیقی گسترده بوده است. این مورد باعث ظهور طیف گسترده‌ای از مدل‌های قابل کاربرد در زمینه مشکلات بهزیستی روانی (همچون افسردگی، اختلالات

۱. خوانندگان جهت آشنایی بیشتر با دیدگاه گلدشتاین می‌توانند به کتاب دستنامه توانبخشی عصب- روانشناختی کل نگر اثر بن‌یشای و دیلر، ترجمه زارع و شریفی (۱۳۹۴) مراجعه کنند. م

اضطرابی و اسکیزوفرنی) و همچنین سازگاری با مشکلات سلامت (برای مثال درد، سرطان) شده است. با توجه به تشکیل پل‌هایی بین حیطه‌های شناختی و هیجانی، پیشرفت‌ها در زمینه درمان شناختی-رفتاری اکنون حاکی از آن است که فرآیندهای شناختی همچون نگرانی و نشخوار افکار با مختل شدن حافظه و نظام‌های توجه و اجرایی مغز ارتباط دارد (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). همین فرآیندها است که در زمینه آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات به‌اندازه باورهای مرکزی منفی - که ابتدا توسط بک و همکاران (۱۹۷۶)، توصیف شد - اهمیت دارد شواهدی وجود دارند که تلفیق تمرین مهارت‌های توجه در CBT بعد از آسیب مغزی باعث افزایش کارآمدی می‌شود (ماتیبر و همکاران، ۲۰۰۵؛ تایرسکی و همکاران، ۲۰۰۵). پایه و اساس پژوهش‌های روان‌درمانی در علوم عصب-شناختی بنیادی همچنین به ایده‌های جدیدی درباره روش‌های تغییر احساس و ابراز خشم منجر شده است (برای مثال، استفاده از تمرین ذهن‌مهربان) (پاول گیلبرتس، ۲۰۰۰). چنین پیشرفت‌هایی در وضعیت کنونی پژوهش‌های شناخت-هیجان و CBT اکنون به مرحله‌ای رسیده‌اند که بتوان آنها را در مورد بازماندگان آسیب‌های مغزی به‌کار گرفت.

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۳)، در پژوهش‌شان استفاده از CBT درباره دو بازمانده TBI را مطرح می‌کنند. مورد اول، مرد جوانی بود که همسرش در یک سانحه اتومبیل وقتی آن مرد راننده بود کشته شده بود. و دیگری خانم جوانی بود که وقتی با قطار مسافرت می‌کرد به او حمله شده بود. ما این مورد و روش درمانی آن را بعداً در همین کتاب بحث خواهیم کرد (کارولین، فصل ۱۵). ویلیامز و همکاران مکانیسم‌های احتمالی برای PTSD را بعد از TBI بحث می‌کنند. این دو مورد، زمانی تصور می‌شد که در کنار هم نمی‌آیند، چرا که بازمانده، خاطره مربوط به رویداد را به یاد نمی‌آورد، خاطره‌ای که از آن محتوای شناختی مزاحم آشکار و رفتار اجتنابی ایجاد می‌شود (اسبوردون و لیتر، ۱۹۹۵). با این حال، با در نظر گرفتن اینکه PTSD ظاهراً حتی وقتی خودآگاهی در مورد رویداد وجود ندارد، می‌تواند وجود داشته باشد، دو مکانیسم میانجی اصلی نشان می‌دهد چگونه مطالب مرتبط با آسیب می‌تواند پردازش شود تا به نشانه‌های ناراحتی PTSD منجر شود. ابتدا نجات‌یافتگان ممکن است جزیره‌های خاطره را برای تجربه ناگوارشان - همچون گیر کردن در اتومبیلی که در دره سقوط کرده است - یا تجربیات ثانوی دیگر به خاطر آورند؛ خاطره‌ای که می‌تواند باعث نشخوار افکار مزاحم شود (مک‌میلان، ۱۹۹۶). دوم، می‌توان به بازماندگان درباره عناصر رویداد ناگوارشان یادآوری کرد. زمانی که در معرض موقعیت‌های مشابه قرار می‌گیرند؛ یعنی موقعیت‌هایی که باعث ایجاد افکار مزاحم می‌شوند و انگیزه رفتارهای اجتنابی را فراهم می‌آورند (بروین و همکاران، ۱۹۹۶). پیشرفت‌ها در زمینه علوم عصب-اجتماعی و علم عصب-شناختی مربوط به هیجان، به ما این امکان را می‌دهد که درباره نظام‌های مغزی درگیر در این نوع فرآیند فکر کنیم. برای مثال، مدل پردازش ترس، که توسط جوزف لدوکس (۱۹۹۶)، پیشنهاد شده است به ما این امکان را می‌دهد که درک کنیم چگونه ممکن است در سطح عصب-شناختی، PTSD همراه با از دست رفتن خودآگاهی درباره رویداد خاص رخ دهد (بروین، ۲۰۰۱). مک‌نیل و گرین‌وود (۱۹۹۶)، بازمانده‌ای از TBI را توصیف کردند که وقتی در موقعیت‌هایی که شبیه رویداد ناگوار یک تصادف جاده‌ای بود بیش از حد تحریک می‌شد یا از آن اجتناب می‌کرد.

هرچند او هیچ حافظه اخباری درباره آن رخداد نداشت.^۱ آنها عنوان کردند که حتی اگر ما انتظار رویدادی را نداشته باشیم، اما آن رویداد اهمیت زیست‌شناختی داشته باشد و در نتیجه اهمیت هیجانی داشته باشد، این حالت ممکن است باعث شود که رویداد در حافظه ذخیره شود (در خاطره ما ثبت شود). با وجود آسیب بخش‌هایی از مغز که خاطرات اخباری را ذخیره می‌کند (مارکوویچ، ۱۹۹۸)، چنین دیدگاهی با این نظر هماهنگ است که PTSD به خاطر شرطی شدن ترس به وجود می‌آید. مکانیسم مسئول، این است که تجربیات ناگوار را می‌توان مستقل از کارکردهای قشر مغزی سطح بالا پردازش کرد (برایانت، ۲۰۰۱). در مدل پیشنهادشده جوزف لدوکس، عنوان می‌شود که ناحیه پیشانی می‌تواند روی ممانعت از واکنش ترسی که از پیش شرطی شده است تأثیر بگذارد. کینگ (۲۰۰۰)، یک مورد PTSD بعد از آسیب مغزی را توصیف می‌کند که در آن اختلال اجرایی وجود داشته و از رویکرد استاندارد مواجهه‌سازی و بازسازی (برگرفته از یک مدل PTSD) به کار گرفته شد. اما بازگویی دقیق آسیب ناگوار باعث چیزی شد که این پژوهشگران آن را "حفظ پاسخ هیجانی" نامیدند. بحث مربوط به تغییر اختلال روان‌پزشکی، وقتی آسیب در بافت ارگانیک مغز رخ می‌دهد، نیاز به توجه بیشتر در کاربرد مدل‌های اختلال هیجانی (برای مثال، مدل‌های برگرفته از CBT) دارد، به‌خصوص زمانی که با افراد دچار آسیب مغزی کار می‌کنیم این موضوع برجسته‌تر می‌شود. تلاش‌های پژوهشی بیشتر مورد نیاز است که به ما کمک کند مدل‌های درمانی‌ای را ایجاد کنیم که این مقوله‌ها را تلفیق می‌کنند.

از آنجایی که عرصه‌های سنتی بین فردی CBT و علوم عصبی با علم بنیادین نظام‌های مغزی شناخت و هیجان درگیر است، به تدریج مشخص شده که پردازش بافت اجتماعی در طریقی که عواطف، هیجان‌ها، رفتار و شناخت سطح بالا، مدیریت یا تنظیم می‌شود، نقش محوری دارد. این ایده‌ها از طریق مطالعات اخیر که تأثیر بافت اجتماعی روی آگاهی (اسکونبرگر و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیتز و همکاران، ۲۰۰۷)، هویت (کلوت و همکاران، ۲۰۰۸) و بهزیستی روانی (هاسلام و همکاران، ۲۰۰۸) را برجسته می‌کند مورد تأیید قرار گرفته است. بنابراین دستورالعمل قانونی انگلستان برای درگیرکردن اعضای خانواده (چارچوب خدمات ملی برای شرایط بلندمدت، حوزه سلامت ۲۰۰۵) اکنون به‌واسطه پشتیبانی نظری‌ای تقویت شده است که مدل‌های شناخت و سازگاری کاملاً مرتبط با بافت اجتماعی را برجسته می‌کند.

بنابراین با اینکه تأثیر شخصیت، فرهنگ، باورها، ارزش‌ها، هدف‌ها، سبک زندگی و تجربیات قبل از آسیب در مدل گینوتی (۱۹۹۳) پوشش داده نشده، این ایده‌ها تا حدی در مطالعاتی که در این کتاب بدان‌ها پرداخته‌ایم خودشان را نشان می‌دهند. بحث‌های بیشتر در این زمینه توسط مور و استمبروک (۱۹۹۵)، تات (۲۰۰۳)، ویلیامز (۲۰۰۳) و بیتز و همکاران (۲۰۰۷) ارائه شده است.

عوامل اجتماعی

سومین عامل ارائه شده توسط گینوتی (۱۹۹۳)، شامل مشکلاتی است که از دلایل روانی-اجتماعی سرچشمه

۱. نوعی از حافظه بلندمدت است که به در جریان بودن چیزی می‌پردازد و عموماً با یادآوری هوشیارانه در ارتباط است و شامل حقایق (حافظه معنایی) و وقایع (حافظه رویدادی) است. م

می‌گیرند. مثال این مورد می‌تواند فردی باشد که همه دوستان و همکارانش را بعد از آسیب مغزی از دست داده است، از این رو از لحاظ اجتماعی بسیار منزوی شده است. قضاوت‌های اجتماعی دیگران و تأثیر این قضاوت‌ها روی درک فرد از معنای خویشتن (نوچی، ۱۹۹۸) و همچنین نقش مهم عضویت در گروه اجتماعی (هاسلام و همکاران، در حال چاپ) نیز مهم تلقی می‌شود؛ یعنی موردی که نیاز به گنجاندن مدل‌های اجتماعی در تفکرمان درباره پیامدهای آسیب مغزی و توانبخشی را به رسمیت می‌شناسد.

حوزه روان‌تحلیلگری (چیزی که به‌عنوان یک گزینه واضح برای درک پیامدهای آسیب مغزی به‌طور معمول در نظر گرفته نمی‌شود)، توجه خاصی را در سایه پژوهش‌های اجتماعی-عاطفی علوم عصب-شناختی اجتماعی-هیجانی دریافت می‌کند. این رویکرد، تأکید قوی‌تری بر درک اجتماعی و بین فردی و همچنین درون روانی نسبت به آنچه که در مدل‌های شناختی رفتاری به آن پرداخته می‌شده است، دارد. یکی از مشهورترین طرفداران این رویکرد، برای درمان بازماندگان از TBI، پریگاتانو است. او رویکردش را بر اساس رویکرد محیط‌محور بن‌ییشای توصیف می‌کند و ایده‌های برگرفته از روان‌درمانی یونگ را در کتابش با عنوان «اصول توانبخشی عصب-روانشناختی» تلفیق می‌کند (پریگاتانو، ۱۹۹۹). هدف نهضت رو به رشد عصب-روان‌تحلیلگری این است که پژوهش، نظریه و پیوندهای بالینی روشنی بین نظریه‌های روان‌تحلیلگری و علوم عصب-شناختی ایجاد کند. کتاب کاپلان و سالمز (۲۰۰۲)، با عنوان «مطالعات بالینی در عصب-روان‌تحلیلگری» مرزهای قلمرو این حیطه در حال رشد را مشخص می‌کند. ایده آنتونی یو داماسیو (۱۹۹۸) و فریت و ولپرت (۲۰۰۳) نیز امکان تلفیق عوامل زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی را فراهم می‌آورند.

به نظر می‌رسد جداسازی سه‌گانه نظام متشکل از حیطه‌های زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی، به تدریج دشوار می‌شود. به همین ترتیب حفظ ایده‌های مربوط به جداسازی شناخت و هیجان نیز دشوار شده است. از این لحاظ، ایده‌های ویگوتسکی (۱۹۷۸-۱۹۶۰)، در رابطه با ایجاد فرآیند روانی سطح بالا که جنبه‌های زیستی و اجتماعی در آن نقش میانجی بازی می‌کند را می‌توان با دیدی جدید به‌طور دلگرم‌کننده از نو نگریست.

نظریه‌ها و مدل‌های رفتار

مدل‌ها و نظریه‌های برگرفته از روان‌شناسی رفتاری بیش از ۴۰ سال است که در توانبخشی عصب-روانشناختی به‌کار گرفته شده‌اند. این نظریه‌ها و مدل‌ها، برخی از مفیدترین و تأثیرگذارترین مشارکت‌های نظری را در زمینه توانبخشی نه‌تنها برای درک، مدیریت و درمان رفتارهای آشفته بلکه همچنین برای مداخله در درمان اختلالات شناختی داشته‌اند (ویلسون، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱، ۱۹۹۹؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۰۳). نظریه‌های رفتاری در توانبخشی عصب-روانشناختی ارزشمند هستند، چرا که در سنجش، درمان و اندازه‌گیری اثربخشی توانبخشی مؤثراند.

اصولی که در نظریه‌های رفتاری وجود دارند، برگرفته از تحقیق در زمینه روان‌شناسی اجتماعی و

روان‌شناسی آزمایشگاهی هستند (فرانک و ویلسون، ۱۹۷۵). این مورد شامل نظریه یادگیری است که ما در بخش بعدی در همین فصل به آن می‌پردازیم. این اصول با تغییرهای محیطی و تعامل اجتماعی و نه استفاده از رویه‌های زیست‌شناختی برای ایجاد تغییر سر و کار دارد (فرانک و ویلسون، ۱۹۷۵). کازدین و هرسن (۱۹۸۰)، عنوان کردند که پیروان رویکرد رفتاری ۴ ویژگی اصلی دارند:

- i. تعهد عمیق به ارزشیابی تجربی فن‌های درمان و مداخله.
- ii. باوری کلی که تجربیات درمانی باید فرصت‌هایی را برای یادگیری رفتار سازگارانه و مطلوب اجتماعی فراهم آورد.
- iii. بیان مشخص درمان به صورت عملیاتی و در نتیجه به صورت قابل تکرار.
- iv. ارزشیابی تأثیرات درمان از طریق روش‌های چندپاسخی که تأکید به خصوصی روی رفتار آشکار دارند.

چارچوب‌های زیربنایی نظری رویکردهای رفتاری از چندین زمینه از جمله نظریه یادگیری نورم‌ش عصبی^۱، پردازش اطلاعات، زبان‌شناسی، روان‌پزشکی و نظایر آن گرفته شده است. این غنا و پیچیدگی پشتیبانی نظری و درمان بالینی به معنی این است که پزشکی - رفتاری را می‌توان در مورد طیف گسترده‌ای از بیماران، مشکلات و موقعیت‌ها به کار برد. اگرچه گوناگونی زیادی در خصوص فن‌های سنجش و رفتاردرمانی وجود دارد، این فن‌ها اغلب بن‌مایه‌های مشترکی دارند. اول اینکه، همه آنها با توسعه ابزارهای اندازه‌گیری پایا و روا سر و کار دارند. پیرس و واردل (۱۹۸۹)، معتقدند که این ابزارها از نشانه‌های یک دانشمند رفتاری هستند. دوم اینکه، آمیختگی با سایر رشته‌ها یکی دیگر از ویژگی‌های پزشکی - رفتاری است. دانشمندان رفتاری از خواستگاه اولیه آن در ناتوانی یادگیری تا کاربرد وسیع‌تر آن در بسیاری از موقعیت‌های پزشکی همچون درمان دیابت، دردهای مزمن، چاقی، اعتیاد و آسیب مغزی، اغلب در تیم‌های چندرشته‌ای و میان‌رشته‌ای کار می‌کنند؛ و این پیوندی است که در موفقیت اهمیت حیاتی دارد. سوم، تمامی روش‌های رفتاری، دربرگیرنده نظارت و ارزشیابی دقیق اثربخشی درمان هستند. این مورد اغلب در سطح فردی انجام می‌شود و همچنین کاربرد گسترده طرح‌های آزمایشی موردی، مستقیماً از روان‌شناسی رفتاری گرفته شده‌اند (ویلسون، ۱۹۸۷). ویلسون و همکاران (۲۰۰۳)، در کتابی درباره رویکردهای رفتاری به توانبخشی عصب - روانشناختی دلایل زیر را برای موفقیت روش‌های رفتاری برای درمان افرادی که دچار آسیب مغزی هستند فهرست می‌کنند:

- ۱- فن‌های درمانی بسیاری برای کاهش مشکلات رفتاری یا افزایش رفتار مطلوب وجود دارند که می‌توان آنها را برای استفاده در جمعیت بیماران تطبیق داده یا تعدیل کرد.
- ۲- گروه‌های هدف، هدف‌های رفتاری و هدف‌های درمان از آغاز هر برنامه مشخص می‌شوند. متفاوت از سایر درمان‌ها، مثلاً روان‌درمانی تفسیری - که در پایان درمان به مشخص کردن هدف می‌پردازد - در رویکردهای رفتاری در آغاز فرآیند هدف‌های رفتاری تعیین می‌شوند. علاوه بر این، هدف‌ها، آشکار و کوچک هستند و دستیابی به آنها معمولاً آسان است.

۱. به توانایی مغز برای تشخیص و تغییر ارتباطش در نتیجه تجربه، نورم‌ش عصبی (نورم‌ش مغزی) گویند. م