

## فهرست

در مورد نویسندگان .....	۱۰
سخن آغازین .....	۱۲
مقدمه .....	۱۶

### بخش اول: زمینه تاریخی بهبودی

۱. مقدمه: بهبودی یافتن از اسکیزوفرنی .....	۲۱
مرور کلی .....	۲۱
مفاهیم اولیه اسکیزوفرنی .....	۲۲
نظام‌های تشخیصی و فلسفه بدبینی نسبت به پیش‌آگهی اسکیزوفرنی .....	۲۶
شواهد تجربی برای بهبودی .....	۲۸
تداوم پیش‌آگهی بدبینانه .....	۳۸
احتمال واقعی بهبودی .....	۴۴
ظهور جنبش "بهبودی" .....	۴۶
منظور ما از "بهبودی" چیست؟ .....	۴۸
نتیجه‌گیری .....	۵۱
خلاصه .....	۵۲
۲. مفهوم‌پردازی بهبودی: یک رویکرد خدمت‌گیرنده مدار .....	۵۳
مرور کلی .....	۵۳
توسعه یک الگوی خدمت‌گیرنده مدار برای بهبودی .....	۵۴
جستجو برای زمینه مشترک .....	۵۶

۵۷	معانی بهبودی در متون
۶۰	توصیف‌های خدمت‌گیرندگان - بهبود روان‌شناختی
۶۶	نظرات گوناگون در مورد برخی جنبه‌های بهبودی
۷۱	چهار جزء فرآیند بهبودی
۸۰	تعریف بهبود روان‌شناختی
۸۱	گام‌ها در طول سفر بهبودی
۸۸	پنج مرحله بهبود روان‌شناختی
۸۸	نتیجه‌گیری
۹۲	خلاصه
۹۳	ضمیمه 2.A: خلاصه‌ای از مروری بر نوشته‌های خدمت‌گیرندگان

### بخش دوم: شرح الگو: از ناامیدی تا شکوفایی

۱۰۱	۳. وقفه: مرحله اول بهبود روان‌شناختی
۱۰۱	مرور کلی
۱۰۱	نشانه‌های منفی یا عواقب روان‌شناختی؟
۱۰۳	امید در مرحله وقفه: ناامیدی
۱۰۷	مسئولیت در مرحله وقفه: ضعف و نداشتن نیرو
۱۱۱	هویت در مرحله وقفه: فقدان حس نسبت به "خود"
۱۱۷	معنا در مرحله وقفه: فقدان هدف در زندگی
۱۲۱	نتیجه‌گیری
۱۲۱	خلاصه
۱۲۳	۴. آگاهی: مرحله دوم بهبود روان‌شناختی
۱۲۳	مرور کلی
۱۲۳	امید در مرحله آگاهی: طلوع کردن و نمایان شدن امید
۱۲۷	مسئولیت در مرحله آگاهی: نیاز به داشتن کنترل
۱۳۱	هویت در مرحله آگاهی: من بیمار نیستم

۱۳۴	معنا در مرحله آگاهی: نیاز به داشتن هدف در زندگی
۱۳۷	نتیجه‌گیری
۱۳۸	خلاصه
۱۳۹	۵. آمادگی: مرحله سوم بهبود روان‌شناختی
۱۳۹	مرور کلی
۱۳۹	امید در مرحله آمادگی: تجهیز و آماده کردن منابع
۱۴۲	مسئولیت در مرحله آمادگی: برداشتن گام‌های مستقل
۱۴۵	هویت در مرحله آمادگی: ارزیابی منابع درونی
۱۴۸	معنا در مرحله آمادگی: ارزیابی دوباره اهداف
۱۵۲	نتیجه‌گیری
۱۵۲	خلاصه
۱۵۳	۶. بازسازی: مرحله چهارم بهبود روان‌شناختی
۱۵۳	مرور کلی
۱۵۳	تلاش و امیدواری
۱۵۴	امید در مرحله بازسازی: پیگیری فعال اهداف فردی
۱۵۸	مسئولیت در مرحله بازسازی: برعهده گرفتن کنترل
۱۶۳	هویت در مرحله بازسازی: بازتعریف خود
۱۶۸	معنا در مرحله بازسازی: اهداف ارزشمند
۱۷۳	خطرپذیری، پشتکار و انعطاف‌پذیری
۱۷۵	نتیجه‌گیری
۱۷۶	خلاصه
۱۷۷	۷. رشد: مرحله پنجم بهبود روان‌شناختی
۱۷۷	مرور کلی
۱۷۸	امید در مرحله رشد: خوش‌بینی در مورد آینده
۱۸۱	مسئولیت در مرحله رشد: تسلط بر زندگی و سلامت

۱۸۴	.....	هویت در مرحله رشد: "خود" قابل اعتماد
۱۸۷	.....	معنا در مرحله رشد: زندگی کردن معنادار
۱۹۰	.....	انعطاف پذیری، رشد و جزرد فردی
۱۹۳	.....	نتیجه گیری
۱۹۴	.....	نمای کلی مبتنی بر گذشته
۱۹۵	.....	خلاصه
۱۹۶	.....	۸. سؤالات معمول درباره الگوی مرحله ای بهبود روان شناختی
۱۹۶	.....	مرور کلی
۱۹۷	.....	ده سؤالی که درباره الگو مطرح شده اند
۲۰۳	.....	نتیجه گیری
۲۰۴	.....	خلاصه

### بخش سوم: اندازه گیری بهبودی

۲۰۷	.....	۹. سنجش پیامد بهبودی گرا
۲۰۷	.....	مرور کلی
۲۰۷	.....	چرا به مقیاس های اندازه گیری بهبودی نیاز داریم؟
۲۱۰	.....	رویکردهای عملیاتی کردن بهبودی در تحقیق
۲۱۲	.....	ارزیابی پیامدها در طب بالینی مرسوم
۲۱۳	.....	اندازه گیری پیامد از دیدگاه خدمت گیرندگان
۲۱۴	.....	اندازه گیری بهبودی تعریف شده توسط خدمت گیرندگان
۲۱۷	.....	مقیاس هایی مبتنی بر الگوی مرحله ای بهبود روان شناختی
۲۲۵	.....	نکته پایانی
۲۲۶	.....	خلاصه

## بخش چهارم: به سوی آینده مثبت

۲۲۹	۱۰. بهبود روان‌شناختی و روان‌شناسی مثبت
۲۲۹	مرور کلی
۲۳۰	رویکردی علمی به بهبودی
۲۳۱	امید
۲۳۱	معنا و هدف
۲۳۳	مسئولیت
۲۳۴	هویت
۲۳۵	انعطاف‌پذیری
۲۳۵	قوا (نیروها)
۲۳۶	ارزش‌ها
۲۳۷	اهداف مستقل
۲۳۸	رشد
۲۳۸	سلامت
۲۳۹	زندگی کردن با بیماری و شکوفایی
۲۴۰	خلاصه
۲۴۱	۱۱. بازتاب‌ها و مسیرهای آینده
۲۴۱	از خوب بودن تا سلامت
۲۴۳	کاربردهای الگو
۲۴۷	مقیاس‌های بهبودی در کار بالینی، ارزیابی و تحقیق
۲۴۹	مسیرهای تحقیقات حال و آینده
۲۵۱	سخنی در مورد مطالب مطرح‌شده
۲۵۳	سخن پایانی
۲۵۴	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۰	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۲۶۷	منابع

## در مورد نویسندگان

### ریتا اندرسن

دکتر ریتا اندرسن دستیار آموزشی تحقیق در دانشگاه ولونگونگ استرالیا است. گزارش‌های خدمات‌گیرندگان دربارهٔ تجربهٔ بیماری اسکیزوفرنی، الهام‌بخش او برای زمینه‌های مورد علاقه‌اش برای تحقیق بود که این موضوع منجر به توسعهٔ الگوی مرحله‌ای بهبود روان‌شناختی گردید. دکتر اندرسن اقدام به استفاده از الگوی بهبودی در خدمات سلامت روان نموده است. وی به این منظور مقیاس‌های پیامدی را تدوین کرده که بازتاب‌دهندهٔ تجربهٔ خدمات‌گیرندگان دربارهٔ بهبودی است و این امر در سطح بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است. ریتا قویاً به رویکردهای روان‌شناختی مثبت در سلامت روان معتقد بوده و بر روی توسعهٔ شکوفایی که یک برنامهٔ تحول‌خویشتن بهبودی است، کار کرده است. او اکنون بر روی پروژه‌ای کار می‌کند که به پزشکان سلامت روان در زمینهٔ استفاده از یک الگوی بهبودی متمرکز بر شناسایی ارزش‌های محوری به‌عنوان اساس زندگی معنادار، آموزش می‌دهد.

### لیندزی اُدس

دکتر لیندزی اُدس روان‌شناس بالینی و سلامت و سرپرست مؤسسهٔ سلامت اداری استرالیا در دانشکدهٔ بازرگانی سیدنی در دانشگاه ولونگونگ است. لیندزی برای تلفیق اصول بهبودی سلامت روان با روان‌شناسی مثبت و دانش سازمانی مثبت فعالیت می‌کند تا رویکردهایی را برای خدمات بهبودی‌گرا شامل اندازه‌گیری و سنجش بهبود

روانشناختی، الگوی بهبودی اشتراکی (CRM) و برنامه تحول خویشتن شکوفایی، بسط و گسترش دهد. لیندزی در مقاطع مختلف به‌عنوان پزشک، مدیر، محقق، آموزش‌دهنده و مربی در بخش سلامت روان کار کرده است. لیندزی در حال حاضر ریاست میزگرد اختلالات روانی شدید را در مؤسسه تحقیقاتی پزشکی و سلامت ای‌لاوارا برعهده دارد و همچنین عضو هیئت مدیره Neami است که یک سازمان غیردولتی مهم سلامت روان در استرالیا می‌باشد.

### پیتر کاپوتی

عضو هیئت علمی با مرتبه دانشیاری، متخصص در زمینه اندازه‌گیری و سنجش با علاقه ویژه به اندازه‌گیری و سنجش پیامد است. کار خلاقانه او بر روی سنجش و اندازه‌گیری بهبودی بیماری روانی شدید که با همکاری دکتر ریتا اندرسن و لیندزی اُدس انجام شده است، توجه بین‌المللی و ملی را به خود جلب نموده است. پیتر منتقدی فعال در مجله روان‌شناسی کاربردی و بین‌رشته‌ای، مجله روان‌شناسی مثبت، ساختار فردی در تئوری و عمل، شخصیت و تفاوت‌های فردی، مجله استرالیایی روان‌شناسی بالینی، اسکیزوفرنی و روان‌پریشی‌های وابسته به آن می‌باشد. او همچنین ویراستار و مشاور در مجله روان‌شناسی مثبت و مجله روان‌شناسی کاربردی و بین‌رشته‌ای است. او از سال ۲۰۰۰ بیش از ۱۰۰ مقاله ارائه شده در کنفرانس و چاپ شده در مجلات و بخش‌های کتاب را منتشر کرده است و در حال حاضر چندین موضوع مرتبط با آمار را در دانشگاه ولونگونگ تدریس می‌کند.

## سخن آغازین

این کتاب بر مبنای جنبش خدمت‌گیرندگان که به سال ۱۹۶۰ برمی‌گردد، نوشته شده است. در کنار این جنبش، جنبش بهبودی بالنده‌ای وجود دارد که به‌طور خاص بر توانمندسازی خدمت‌گیرندگان برای کنار آمدن با زندگی‌شان و دستیابی به اهدافی که برای دنبال کردن انتخاب می‌کنند و برای‌شان ارزشمند است تأکید می‌کند. برخی ناظران تاریخی ذکر می‌کنند که مضامین و اصول جنبش بهبودی بیش از ۱۶۰ سال قدمت دارند ولی به تازگی مشهور و مهم شده‌اند.

اوراق هویت و شناسایی من، تجربه سه بیماری روانی اسکیزوفرنی پارانوئید، حملات اضطرابی و افسردگی اساسی از سال ۱۹۸۴ و شرکت داشتن در خدمات سلامت روان نوین روزانه از سال ۱۹۸۸ بوده است. من در خانه‌های گروهی زندگی کرده‌ام و از آن زمان به‌عنوان یک بیمار برای اقدام به سفر بهبودی‌ام راهنمایی و تشویق شدم. آخرین بستری شدن من در بیمارستان به سال ۱۹۹۰ برمی‌گردد. ابتدا در حوزه خدمات سلامت روان، به‌عنوان نماینده خدمت‌گیرندگان فعالیت داشتم. (چه به‌صورت کار داوطلبانه و چه به‌صورت فعالیت شغلی)، سپس به‌عنوان هماهنگ‌کننده ابتکارات خدمت‌گیرندگان و مسئول رشد و توسعه آگاه‌سازی جامعه کار کردم و اکنون به‌عنوان مدافع خدمت‌گیرندگان در بیمارستان و جامعه در حال فعالیت هستم. من در اواخر سال ۱۹۹۰ با فلسفه بهبودی مواجه شدم و نسبت به آن آگاهی یافتم. کارکنانی که خود خدمت‌گیرنده هستند می‌توانند سرمشوق‌ها و نمونه‌های برجسته و مهمی باشند. من گروه خوب و مثبتی از افراد را در اطرافم داشتم که در روزهای اولیه بعد از تشخیص بیماری، تشویق‌ام می‌کردند. هیچ‌کدام از آنها به من نگفتند نمی‌توانم بهبود بیابم که متفاوت با تجربه برخی دیگر از دوستانم بود. این موضوع به من امید فراوان می‌داد. اما، مانند بسیاری از افراد، بعد از تشخیص بیماری‌ام، زندگی‌ام را مورد ارزیابی مجدد قرار



دادم و سطح انتظاراتم از خود و زندگی ام را تا حدود زیادی کاهش دادم. هویت ام ضربه بزرگی را تحمل کرده بود و از آنجایی که بهبودی کار دشواری است، بازسازی مجدد آن را پس از یک جدال طولانی مدت انجام دادم. محور اساسی این تلاش و کوشش دیدگاه بسیار قدرتمندی نسبت به جهان است که مبتنی بر جایگاه ما در کائنات و اهمیت دادن به سیاره مان و تمام موجودات زنده روی آن می باشد، که همان زندگی کردن هماهنگ با کائنات است.

من بهترین شغل جهان را دارم و اکنون این شغل بخشی بزرگ از هویت ام و مورد علاقه ام است و به من حس عظیمی از معنا می دهد، اما این مشارکت فعال در فلسفه، علم، ستاره شناسی و تلاش و کوشش در جامعه محل زندگی و انجمن محلی سلامت روان است که به من عالی ترین معنا را می دهد. من پذیرفته ام که دارای بیمار روانی هستم و به راه خود در زندگی ام ادامه می دهم و بر روی سفر بهبودی ام کار می کنم. من به جامعه محلی ام از طریق انجام یک سلسله فعالیت های داوطلبانه اجتماعی یاری می رسانم و این راهی است که برای برعهده گرفتن مسئولیت در زندگی در پیش گرفته ام. با کار بر روی رشد و توسعه معنوی خود که علاوه بر تمرکز بر عقاید مذهبی با بدل علاقه نسبت به همه چیزهای اطرافم و احترام گذاشتن و ستایش کردن آنها همراه است، سعی می کنم بهترین انسان در جهان فناوری امروز که به سرعت تغییر می کند باشم.

اولین دیدار و همکاری من با لیندزی ادس به پروژه ارزیابی خدمت گیرندگان از خدمات سلامت بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۴ برمی گردد. به زودی دریافتم لیندزی درک و حساسیت بسیار زیادی نسبت به نیازهای خدمت گیرندگان دارد و توجه دقیق و موشکافانه اش نسبت به جزئیات، او را در مقایسه با سایر محققین برجسته می کند. همچنین در دوره آموزشی الگوی بهبودی اشتراکی همراه با لیندزی شرکت کرده ام. من با ریتا اندرسن در اواخر سال ۲۰۰۰ طی "برنامه شکوفایی، برنامه تحول خویشتن مبتنی بر بهبودی" آشنا شدم و کار کردم. ریتا صبر و تحمل بسیاری نسبت به شرکت کنندگان و تسهیل گران نشان داد و بینش معنی دار و درک نسبت به کسانی که با بیماری روانی زندگی می کنند را به نمایش گذاشت.

در حرفه ام، به عنوان یک فرد خدمت گیرنده شاغل و یک فرد حرفه ای در بخش سلامت روان، به عنوان شالوده و اساس کار، در مورد درمان یکدیگر یعنی انسان با انسان در یک مرکز مدرن سلامت روان با احترام و منزلت صحبت می کنیم و انتظار داریم تمامی متخصصان سلامت روان، مراجعه کنندگان شان را با این تفکر درمان کنند. در حین

کار کردن با نویسندگان این کتاب دیده‌ام که آنها حداکثر توجه و ملاحظه خود را نسبت به کار همکاران‌شان و افرادی که با آنها همکاری متقابل داشته‌اند، نشان می‌دهند و این امر در فهم آنها از فلسفه بهبودی و موقعیت انسان بازتاب یافته است.

کتاب حاضر با بررسی و گزارش تاریخی در مورد بهبودی یافتن از بیماری اسکیزوفرنی شروع می‌شود و نشان می‌دهد بهبودی یافتن از هر بیماری روانی نه تنها ممکن بلکه بسیار محتمل است. از آنجایی که اسکیزوفرنی به‌عنوان یک بیماری روانی بسیار ناتوان‌کننده و انگ‌زننده در نظر گرفته می‌شود، اگر بهبودی از اسکیزوفرنی ممکن باشد، این امکان وجود دارد که بهبودی یافتن از سایر بیماری‌های روانی دست‌یافتنی‌تر باشد. این مفهوم که بهبودی به "بازگشت به وضعیت قبلی یا دوره‌ای در زندگی‌تان" نیاز دارد به‌عنوان یک افسانه و برداشت غلط از فلسفه بهبودی به‌خوبی مورد ارزیابی قرار گرفته است و خیلی مهم است که این نکته به‌طور موکد مورد ملاحظه قرار گیرد. ویژگی برجسته کتاب این است که الگوی بهبود روان‌شناختی بر مبنای تحلیل موضوعی بسیاری از داستان‌های "واقعی" بهبودی فردی است و به این طریق است که مضامین اصلی پدیدار شده‌اند و عبارت‌اند از: یافتن و حفظ امید؛ برعهده‌گرفتن مسئولیت زندگی و سلامت؛ بازسازی یک هویت مثبت و یافتن معنا و هدف در زندگی. مراحل بهبودی یعنی وقفه، آگاهی، آمادگی، بازسازی و رشد به تفصیل و با جزئیات در فصول جداگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند و بخش عمده کتاب را تشکیل می‌دهند. ایده‌های مطرح‌شده در این فصول از سوی بسیاری از منابع تحقیقاتی تأیید می‌شوند.

می‌دانم که نویسندگان این کتاب به یادگیری مادام‌العمر و همیشگی اعتقاد دارند و همه راه‌ها را برای متناسب و سازگار کردن، به روز و نوین کردن و پیدا کردن روش‌های جدید ادغام توضیحات، ابتکارات و بینش‌های جدید فلسفه، روان‌شناسی و معنویات در کارهای‌شان امتحان کرده‌اند. فصل ۸ شرح می‌دهد که چگونه ایده‌های روان‌شناسی مثبت با فلسفه بهبودی مربوط و مکمل آن هستند. این ایده‌ها به‌ویژه می‌توانند در کمک کردن به افراد برای بازگشت به مسیر و زندگی کردن به‌صورتی که می‌خواهند و برای‌شان ارزشمند است، مفید باشند. بهبود روان‌شناختی فقط نبود نشانه‌ها، یا پیشگیری از نشانه‌ها نیست، بلکه چیزی بزرگ‌تر و عظیم‌تر و یک مرحله رشد انسانی است، که قوا را تقویت می‌کند و سلامت را افزایش می‌دهد. این موضوع به‌وضوح در این فصل شرح داده می‌شود و من امیدوارم افراد علاقه‌مند از این نکات یادداشت بردارند چرا که یک قدم اصلی رو به جلو برای فکر کردن در مورد این موضوعات است.

محتوای این کتاب برای دانشجویان رشته روان‌شناسی و سلامت روان، کارکنان سلامت روان، تسهیل‌گران خدمات، خدمت‌گیرندگان و مراقبانی که می‌خواهند آگاهی بیشتری نسبت به فرآیند بهبودی آنچنان که در اینجا مورد بررسی قرار گرفته است، داشته باشند و همچنین اینکه این موضوع چگونه با زندگی آنها در ارتباط است و چگونه ما می‌توانیم حمایت بهتری را برای افرادی که با مسائل و مشکلات سلامت روان زندگی می‌کنند فراهم کنیم، مفید خواهد بود. من معتقدم این کتاب نقطه عطفی در توسعه، فهم، درک و دریافت بهبود روان‌شناختی فردی در جوامع ما خواهد بود.

فکر می‌کنم که بر روی سیاره‌ای غنی مانند زمین، حق و شایستگی داشتن یک زندگی شاد و ارزشمند را داریم که ما را در راه رسیدن به توانایی بالقوه‌مان برای رشد ترغیب کند؛ زندگی که به آن می‌بالیم و احترام می‌گذاریم. این کتاب نشان می‌دهد که این موضوع امکان‌پذیر است و افزایش آگاهی نسبت به فلسفه بهبودی، همچنان که در الگوی مرحله‌ای بهبود روان‌شناختی نشان داده شده است می‌تواند این موضوع را برای همه افراد بشر تسهیل کند.

جان. ر. استرانگ

مدافع و حامی خدمت‌گیرندگان

دسامبر ۲۰۱۰

## مقدمه

داستان‌های تأثیرگذاری که افراد دارای بیماری روانی منتشر کرده‌اند، الهام‌بخش این کار بودند و ما به شدت مدیون همهٔ افرادی هستیم که به منظور افزایش آگاهی، تجربیات‌شان را با دیگران در میان گذاشته‌اند. ما این کتاب را برای مطرح کردن یک الگوی بهبود روان‌شناختی بیماری روانی که از گزارش‌های شخصی بسیاری حاصل شده، به رشتهٔ تحریر درآورده‌ایم. متون علمی زیاد و رو به افزایشی در زمینهٔ بهبودی وجود دارند که بیشتر در بابِ توافقی کلی دربارهٔ عناصر بهبودی و بسیاری از عوامل مؤثر بر دورهٔ بیماری روانی و تأثیر آن بر فرد است. الگوی ما بر جنبه‌های روان‌شناختی درون‌فردی متمرکز است و عواملی چون اشتغال، مسکن یا عوامل اجتماعی دیگر را شامل نمی‌شود. اگرچه این عوامل در بهبودی بسیار مهم هستند، ولی مرکز توجه الگو نیستند. سادگی و وضوح الگو ساختاری را برای یک حوزهٔ بسیار پیچیده ایجاد می‌کند و ثابت شده اکتشافی مفید در کار بالینی، آموزش و تحقیق است. کتاب به‌دقت الگویی را شرح می‌دهد که ابتدا طی مقاله‌ای (آندرسن و همکاران، ۲۰۰۳) منتشر شد. این موضوع کار مداوم و مستمر ما را نشان می‌دهد که آن را به امید به پیش بردن درک بهبودی و همکاری در تلاش علمی جهت ارتقا و به پیش بردن طبابت بهبودی‌گرا انجام می‌دهیم. اگرچه اصولاً مخاطب این کتاب متخصصان و دانشجویان سلامت روان هستند، اما امیدواریم کتاب برای مخاطبین بیشتری، جالب‌توجه و آموزنده و حاوی اطلاعات مفیدی باشد به‌ویژه افراد دارای بیماری روانی و نزدیکان ایشان که ممکن است امید را در داخل این صفحات بیابند.

در سراسر کتاب، واژهٔ "Consumer" - به معنی "دریافت‌کنندهٔ خدمات" یا "خدمت‌گیرنده" - را برای توصیف فردی که بیماری روانی را تجربه کرده است به کار برده‌ایم. البته به این موضوع معترف هستیم که همهٔ افراد دارای بیماری روانی از خدمات سلامت روان استفاده نمی‌کنند و بنابراین در این زمینه خدمت‌گیرنده یا دریافت‌کنندهٔ

خدمات نیستند. همچنین نسبت به سایر اصطلاحات آگاه هستیم و آنها را محترم می‌شماریم. شامل "Survivor" (بازمانده) و "ex-patient" (بیمار سابق). به هر حال، حتی این واژه‌ها نیز برای همه به کار برده نمی‌شوند. از آنجایی که در متون توافق وسیعی بر روی واژه "Consumer" (خدمت‌گیرنده یا دریافت‌کننده خدمات) وجود دارد و کتاب اصولاً خطاب به متخصصان است، این کلمه را برای سهولت اتخاذ کرده‌ایم.

در بخش I نگاهی به مفهوم بهبودی می‌اندازیم. اسکیزوفرنی می‌تواند به‌عنوان بیماری روانی در نظر گرفته شود که از نظر تاریخی بدترین پیش‌آگهی را داشته است. به علت شدت بیماری، متون زیادی دربارهٔ دوره و پیامد اسکیزوفرنی وجود دارند که شواهد تجربی برای بهبودی را در اختیارمان قرار دادند. فصل ۱ چشم‌اندازی از کتاب به‌همراه زمینه‌ای تاریخی از مفهوم اسکیزوفرنی را پیش‌رو قرار می‌دهد. این فصل این موضوع را که چگونه بهبودی یافتن از اسکیزوفرنی غیرممکن تلقی شد و چگونه این تصور به وسیلهٔ تحقیق تجربی رد شد و نیز دلایل طول کشیدن بیماری را دربرمی‌گیرد. این فصل همچنین به جنبش بهبودی خدمت‌گیرندگان و تفاوت بین تعاریف بالینی بهبودی و تعریف خدمت‌گیرندگان از بهبودی می‌پردازد. در فصل ۲ کاوش خود دربارهٔ آنچه خدمت‌گیرندگان دربارهٔ بهبودی می‌گویند و فرآیندهای روان‌شناختی که آنها توصیف می‌کنند را شرح می‌دهیم. چون این تحقیق گزارش‌های خدمت‌گیرندگان قبل‌تر را به کار برده است احتمال کمتری دارد که تحت تأثیر نوشته‌های روبه‌رشد بهبودی و سرشار از زبان بهبودی قرار گرفته باشد. این امر اعتبار و سندیت نظرات خدمت‌گیرندگان را بالا می‌برد. این داستان‌ها ما را به تعریفی از بهبود روان‌شناختی هدایت کرد. همچنین مطالعات کیفی را بررسی کردیم و پی بردیم تعدادی از محققین مراحل مشابهی را برای بهبودی توصیف کرده بودند، البته تعدادی از آنها شناسایی کردند، مختلف بود. از بین گزارش‌های تجربی و مطالعات کیفی که به تدریج جمع‌آوری کردیم، عناصر الگوی مرحله‌ای بهبودی روان‌شناسی که شامل چهار فرآیند روان‌شناختی است و در سرتاسر پنج مرحله بسط پیدا می‌کند، مشخص شد.

بخش II با دقت الگو را مرحله به مرحله شرح می‌دهد. فصل ۳ تا ۷، هرکدام چهار فرآیند بهبودی را در داخل هر یک از پنج مرحله بررسی می‌کنند. بحث پیرامون نقل قول‌های اقتباس‌شده از داستان‌ها و روایات خدمت‌گیرندگان پی‌ریزی می‌شود و به این دلیل برخی نوشته‌های جدیدتر افراد خدمت‌گیرنده را در این بخش آورده‌ایم. ما تشابهات بین جنبه‌های بهبودی و مفاهیم موجود در متون گسترده روان‌شناسی که در

مرحله رشد به اوج رسیده را با هم مقایسه می‌کنیم تا توضیح بیشتری درباره موضوعات انعطاف‌پذیری و خرد بدهیم. فصل ۸ برخی مسائل و انتقادات نسبت به الگو را نشان می‌دهد. از جمله اینکه بهبودی بسیار شخصی و منحصر به فرد و فرآیندی غیرخطی است و بنابراین نمی‌تواند تبدیل به "الگو" شود. به منظور به کارگیری الگوی بهبودی برای پیشرفت تحقیق و ارتقای خدمات سلامت روان ضروری است مقیاس‌های بهبودی توسعه یابند که در بخش III ما تجربه مان را در این زمینه شرح می‌دهیم. فصل ۹ کار و تلاش ما در زمینه توسعه و آزمایش سه رویکرد برای اندازه‌گیری بهبودی مبتنی بر الگو را دربرمی‌گیرد. این مقیاس‌ها در سطح بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته‌اند. این فصل بر پیچیدگی این وظیفه و نیاز برای تحقیق تجربی درون فرآیند بهبودی و اندازه‌گیری آن تأکید می‌کند.

بخش IV مفاهیم الگو و جهت تحقیقات آینده را نشان می‌دهد. متون بهبودی تشابهات واضحی با جنبش روان‌شناسی مثبت دارند و این تشابهات در فصل ۱۰ مشخص می‌شوند. ما شیوه‌هایی که عقاید روان‌شناسی مثبت می‌تواند با متون بهبودی برای توسعه برنامه‌های ارتقای بهبودی ترکیب شود، بررسی می‌کنیم. مثال‌هایی از چنین برنامه‌هایی که در دانشگاه ولونگونگ توسعه داده شده‌اند، شرح داده می‌شود.

در نهایت، فصل ۱۱ یافته‌های ما را بازتاب می‌دهد. این فصل برخی کاربردهای جاری الگو و مقیاس‌ها را شرح می‌دهد و مسیرهایی را برای تحقیقات بیشتر پیشنهاد می‌کند. امیدواریم این کتاب الهام‌بخشی برای ارائه‌دهندگان خدمات، محققان، افراد دارای بیماری روانی و خانواده‌های ایشان باشد.

ریتا اندرسن  
لیندزی ج. ادس  
پیتر کاپوتی  
دانشگاه ولونگونگ  
نوامبر ۲۰۱۰

بخش اول

## زمینه تاریخی بهبودی





# ۱

## مقدمه: بهبودی یافتن از اسکیزوفرنی

### مرور کلی

در این فصل، اسکیزوفرنی به عنوان یکی از شدیدترین اشکال بیماری‌های روانی که درک، طبقه‌بندی و درمان آن در طول تاریخ با دشواری مواجه بوده است، مورد بررسی قرار می‌گیرد. این بیماری طی سالیان متمادی به طور گسترده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته و این مطالعات منجر به شکل‌گیری پژوهش‌های تجربی زیادی در زمینه بهبودی یافتن از این بیماری شده است. بسیاری از تحقیقات کیفی که برای یافتن روش بهبودی این بیماری مبتنی بر نیاز جامعه هدف انجام شده‌اند، شامل بیماری‌های روانی دیگر هم می‌شوند. بنابراین پیش از آنکه در این کتاب به نوشتارهایی با رویکرد جامعه هدف و گسترش حوزه کارمان بپردازیم، در ابتدا مطالعه خود را فقط به پژوهش‌های تجربی مربوط به اسکیزوفرنی معطوف کرده‌ایم تا شواهد متقنی برای بهبودی یافتن از آن ارائه کنیم.

در این قسمت سعی می‌کنیم از لحاظ تاریخی نشان دهیم این طرز فکر که هیچ‌امیدی به بهبودی اسکیزوفرنی وجود ندارد چگونه شکل گرفت و سپس چطور تبدیل به یک اصل محکم و غیرقابل تغییر در حرفه سلامت روان شد. در ابتدا مروری بر تاریخچه مفاهیم اسکیزوفرنی و چگونگی تأثیر این مفاهیم بر روش‌های تشخیص و پیش‌آگهی

خواهیم داشت. سپس یافته‌هایی مربوط به تحقیقات طولی و بین‌فرهنگی را ارائه می‌کنیم. این یافته‌ها نشان می‌دهند بهبودی طبق تعریف آن در پزشکی یعنی رهایی یافتن از کلیه نشانه‌ها و علائم بیماری روانی، بسیار بیشتر از آنچه باور داریم اتفاق می‌افتد. در ادامه این بحث را مطرح می‌کنیم که چرا بهبودی یافتن از بیماری اسکیزوفرنی برای مدت زمان زیادی در قرن بیستم به رسمیت شناخته نشد. سپس به چگونگی شکل‌گیری جنبش بهبودی خدمت‌گیرنده از بطن دیدگاه‌های مختلف ایدئولوژیک و توصیف این جنبش از واژه بهبودی در کنار مفهوم پزشکی سنتی این اصطلاح نگاهی می‌اندازیم. در نهایت به این نتیجه خواهیم رسید که نیاز است در مورد تعریفی از بهبودی که عملیاتی باشد به توافق برسیم تا بتوانیم به تقاضاهای موجود برای انجام کار به روش مبتنی بر شواهد و بهبودی‌گرا پاسخگو باشیم.

### مفاهیم اولیه اسکیزوفرنی

به‌طور سنتی، تشخیص اسکیزوفرنی معادل با "پیش‌آگهی سرنوشتی بد" تلقی می‌شد (دیگان، ۱۹۹۷، ص ۱۶) که همه امیدها برای بهبودی یا حتی داشتن یک زندگی منطقی و راضی‌کننده برای مبتلایان را نفی می‌کرد. متخصصان سلامت روان، به‌ویژه متخصصان پزشکی نسبت به پیش‌آگهی اسکیزوفرنی دیدگاهی بدبینانه دارند. (هوگو، ۲۰۰۱؛ ژورم و همکاران، ۱۹۹۹). اینکه اسکیزوفرنی روندی رو به وخامت اجتناب‌ناپذیر و تشدیدشونده دارد و این روند با نحوه پایدار کردن وضعیت، مدیریت درمان و میزان بقای بیمار در ارتباط است، ایده‌ای است که ریشه در توصیفات ابتدایی این بیماری دارد. مطابق این دیدگاه، مزمن بودن یکی از معیارهای اسکیزوفرنی در نظر گرفته شد. نخستین تعریف برای اسکیزوفرنی توسط امیل کراپلین مطرح شد. او پس از سال‌ها مشاهدات بالینی اظهار داشت بیماری‌هایی که بعدها با عناوین جنون جوانی، کاتاتونی و پارانو یا شناخته شدند همگی با این معیار مشخص می‌شوند که در نوجوانی شروع شده و پس از یک دوره تخریبی پیش‌رونده، به زوال عقل (دمانس) منجر می‌شوند. (ترنر، ۱۹۹۹؛ نقل شده توسط وینر، ۱۹۹۷/۱۹۶۶، ۱۹۱۳). کراپلین معتقد بود این بیماری‌ها همگی دارای علت، روند و نتیجه مشترکی هستند و باید آنها را به‌عنوان اشکال مختلف یک اختلال واحد به نام زوال عقل پیش‌رس به حساب آورد که معیار

اساسی آن نتیجه حاصله از بیماری یعنی زوال عقل (دمانس) است. (پال، ۲۰۰۲؛ ترنر، ۱۹۹۹). کراپلین این ناخوشی را به عنوان یک بیماری غیرقابل برگشت مغزی در نظر گرفت که احتمالاً به علت مسمومیت ناشی از جذب مواد زائد متابولیسم یا سایر فرآیندهای داخل بدن ایجاد می شود (ترنر، ۱۹۹۹). او با این ایده مخالف بود که نشانه های این بیماری می تواند دارای اساس روان شناختی باشد (وینر، ۱۹۹۶/۱۹۹۷). هرچند ۱۲ درصد بیماران کراپلین بهبودی کامل یا تقریباً کامل داشتند (وارنر، ۲۰۰۴)، او فکر می کرد از آنجایی که زوال عقل پیامد و معیاری اساسی برای این بیماری است، بیمارانی که بهبود یافته اند، دارای تشخیص اشتباه بوده اند (وینر، ۱۹۹۶/۱۹۹۷؛ رید، موشرآند و بنتال، ۲۰۰۴).

در سویی دیگر یوگن بلولر فکر نمی کرد که زوال عقل جنبه اساسی بیماری باشد. او به این نکته توجه کرد که بیماری همیشه در نوجوانی شروع نمی شود (ای. بلولر، ۱۹۱۱/۱۹۵۰). بلولر ادعا کرد نشانه بنیادی اسکیزوفرنی "تقسیم کردن یا دو نیم سازی" عملکردهای روانی گوناگون یعنی گسیختگی تداعی ها و از دست دادن پیوستگی های بین افکار و پاسخ های عاطفی نامتناسب است. بلولر واژه اسکیزوفرنی را ابداع نمود که از دو لغت یونانی Schizin به معنی از هم گسیختگی و Phren به معنی فکر و ذهن تشکیل شده است و از به کار بردن این واژه به جای زوال عقل پیش رس حمایت کرد (ای. بلولر، ۱۹۱۱/۱۹۵۰). بلولر، توصیف کراپلین از زوال عقل پیش رس را با مفاهیم جدید به دقت شرح داد. او در ابتدا استدلال کرد که نشانه های این بیماری می توانند در محدوده پیوسته ای از تقریباً غیرقابل ملاحظه تا بسیار مشخص قرار گیرند. در مرحله دوم، او ادعا کرد که برچسب اسکیزوفرنی می تواند برای افرادی نیز به کار رود که در حال تدارک سازگاری ها و تطبیق های لازم برای زندگی منطقی در جامعه، بدون داشتن نشانه های روان پریشی هستند. در گام سوم وی اظهار داشت گرچه یک فرد ممکن است بعد از یک دوره حاد بیماری به وضعیت اولیه اجتماعی اش بازگردد ولی نشانه های باقی مانده بیماری همواره حضور خواهند داشت. (وینر، ۱۹۶۶/۱۹۹۷). بلولر همچنین ادعا کرد اسکیزوفرنی یک بیماری منفرد نیست بلکه گروهی از چندین بیماری با علل، دوره ها و پیامدهای متفاوت را شامل می شود (پال، ۲۰۰۲). او دو زیرگروه جدید را اضافه کرد: اسکیزوفرنی ساده که مفهوم اسکیزوفرنی را به شکل قابل ملاحظه ای بسط می دهد و ظاهراً افراد دارای مشاغل نوکرمآبانه و زیردست و یا آنهایی که همسران ایرادگیر و

سرزنش‌کننده دارند را شامل می‌شود و اسکیزوفرنی نهفته که با مفاهیم جدیدتر اسکیزوئید و شخصیت اسکیزوتایپال برابری می‌کند (وینگ، ۱۹۹۹). مفهوم پردازی بلولر از اسکیزوفرنی به لحاظ روان‌پویایی به مراتب از مفهوم پردازی کراپلین بهتر است. بلولر اعتقاد داشت ارتباطی بین نشانه‌های اسکیزوفرنی و فرآیندهای روان‌شناختی وجود دارد. وی تأیید کرد که نشانه‌های اسکیزوفرنی ممکن است نتیجه عوامل روان‌شناختی باشد اما در مورد علت اساسی ایجاد بیماری مطمئن نبود. او نتیجه‌گیری کرد اسکیزوفرنی یک گروه از اختلالات است که برخی از آنها درون‌زاد (و بنابراین ارگانیک) و برخی واکنشی (و بنابراین روان‌شناختی) هستند. (ای. بلولر، ۱۹۱۱/۱۹۵۰؛ کلیر، ۱۹۸۰). شکل ارگانیک همراه با پیش‌آگهی بدتری نسبت به نوع واکنشی بود. برخلاف بیماران کراپلین، ۶۰ درصد از بیماران بلولر به اندازه کافی بهبودی یافتند که بتوانند کار کنند و خارج از بیمارستان از خود حمایت نمایند. چند توضیح محتمل برای این تفاوت در نتیجه وجود دارد. اول اینکه بلولر تعریف اسکیزوفرنی را به طوری بسط و گسترش داد که آنهایی که پیش‌آگهی بهتری داشتند را نیز شامل می‌شد و دوم اینکه کراپلین بهبودی را به عنوان رهایی از نشانه‌های بیماری و نه به عنوان بهبودی عملکرد اجتماعی تعریف کرده بود. (وارنر، ۲۰۰۴). به هر حال نمی‌توان از تأثیرات دیدگاه روان‌پویاتر بلولر و اعتقاد او مبنی بر وجود علل روان‌زاد (سایکوزنیک) برای بسیاری از نشانه‌های مشاهده‌شده بیماری چشم‌پوشی کرد (وارنر، ۲۰۰۴). دستاورد این دیدگاه، ارایه رویکرد درمانی بهتری برای معالجه بود. در این رویکرد به حداقل رساندن مراقبت بیمارستانی، بالا بردن کیفیت محیط زندگی فرد و فراهم ساختن فرصت شغلی اهمیت زیادی داشت (وارنر، ۲۰۰۴). گرچه بلولر با این نظر موافق نبود که اسکیزوفرنی لزوماً منجر به زوال عقل (دمانس) می‌شود ولی به این نکته نیز باور نداشت که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به طور کامل بهبود می‌یابند: "به شخصه هرگز بیماری را درمان نکردم که با معاینات دقیق ثابت شده باشد کاملاً از علائم رهایی یافته است" (ای. بلولر، ۱۹۱۱/۱۹۵۰، ص ۲۵۶).

توصیفات اولیه‌ای شده توسط کراپلین و بلولر تأثیرات درازمدتی داشته است. در این توصیفات بدون وجود مدرک محکم و متقنی در مورد سبب‌شناسی بیماری، اسکیزوفرنی براساس تظاهرات بالینی‌اش، تعریف و طبقه‌بندی شده است. نظریه پردازان برای اصلاح و بهتر کردن تشخیص و پیش‌آگهی، نشانه‌های اسکیزوفرنی را

در چند بُعد طبقه‌بندی کرده‌اند. توصیفات بلولر (۱۹۱۱/۱۹۵۰) و اشنایدر (نقل شده توسط پال، ۲۰۰۲) به‌طور گسترده‌ای در تشخیص اسکیزوفرنی تأثیرگذار بوده است. بلولر نشانه‌های اساسی بیماری را از نشانه‌های فرعی آن افتراق داد. نشانه‌های اساسی شامل آشفتگی در تداعی‌ها و عاطفه، دوسوگرایی و درخودماندگی همیشه در اسکیزوفرنی وجود دارند، در حالی که نشانه‌های فرعی شامل توهم‌ها و هذیان‌ها ممکن است وجود داشته باشند یا غایب باشند و نیز ممکن است در بیماری‌های دیگر هم بروز کنند. نشانه‌های اساسی، تظاهرات مستقیم و صریح اختلال هستند و بنابراین برای تشخیص اسکیزوفرنی ضروری‌اند در حالی که نشانه‌های فرعی، واکنش‌های روان‌شناختی به بیماری هستند و برای تشخیص ضروری نیستند (پال، ۲۰۰۲؛ ای. بلولر، ۱۹۱۱/۱۹۵۰). برخلاف بلولر، اشنایدر (۱۹۵۰، نقل شده توسط پال، ۲۰۰۲) نشانه‌هایی نظیر توهم‌ها و هذیان‌ها را مشخص‌کننده بیماری یا پاتوگنومیک در نظر گرفت. به این معنا که این نشانه‌ها به‌تنهایی برای تشخیص اسکیزوفرنی کافی هستند. اشنایدر بین تجربیات غیرطبیعی و حالات غیرطبیعی تفاوت قائل شد. (۱۹۵۰ و نقل شده توسط پال، ۲۰۰۲). او یازده نشانه خط اول را شناسایی کرد که می‌توان آنها را در سه دسته، طبقه‌بندی کرد: ۱) تجربیات انفعالی و حالت بی‌ارادگی که در این وضعیت فرد احساس می‌کند افکار، احساسات و اعمال وی از بیرون کنترل می‌شوند؛ ۲) توهم شنیداری سوم شخص؛ ۳) هذیان‌های اولیه که به‌طور ناگهانی و بدون هیچ توصیفی، از ادراکی که طبیعی بوده ناشی می‌شوند. (کلیر، ۱۹۸۰). اشنایدر این تجربیات غیرطبیعی را نشانه‌های "خط اول" نامید و حضور هر یک از این نشانه‌ها را برای تشخیص اسکیزوفرنی کافی دانست. نشانه‌های "خط دوم" شامل آشفتگی در زبان و تکلم، نوشتن و حرکت، نشانه‌های عاطفی و کندی احساسی بودند که همگی می‌توانستند در سایر بیماری‌های روان نیز بروز کنند. (کلیر، ۱۹۸۰) وقتی تنها نشانه‌های خط دوم وجود داشتند هم تشخیص اسکیزوفرنی داده می‌شد (اشنایدر، ۱۹۵۰ و نقل شده توسط پال، ۲۰۰۲).

در حالی که تعریف کرایپلین از اسکیزوفرنی بر پایه شروع، سیر و پیش‌آگهی بیماری بود، بلولر بر نشانه‌های تجزیه‌ای تمرکز داشت و اشنایدر بر اهمیت نشانه‌های روان‌پریشی مانند توهم‌ها و هذیان‌ها تأکید می‌کرد. هر سه توصیف تا به امروز با درجات مختلفی بر نظام‌های تشخیصی اثرگذار بوده‌اند. این نظام‌ها عبارت‌اند از:

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم) (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، بازنگری دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (ICD-10؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) و معاینه وضعیت فعلی (PSE؛ وینگ، کوپر، سارتوریوس، ۱۹۷۴).

## نظام‌های تشخیصی و فلسفه بدبینی نسبت به پیش‌آگهی

### اسکیزوفرنی

در نیمه اول قرن بیستم، هیچ تعریف جهانی یا حتی فراگیر برای اسکیزوفرنی وجود نداشت. در ایالات متحده، مشی روانکاوانه سنتی قدرتمند منجر به گرایش به سوی تعریف بلولر شد، در حالی که در انگلستان، نشانه‌های خط اول اشنايدر غالب بودند و در اروپا تشخیص بیشتر بر پایه رویکرد پیش‌گویی‌کننده کراپلین بود (کلیر، ۱۹۸۰). کشورهای مختلف و حتی دانشکده‌های مختلف در یک کشور، به‌طور گسترده‌ای مفهوم‌پردازی‌های متفاوتی از اسکیزوفرنی داشتند. (لف، ۱۹۸۸). اولین نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی در میانه قرن بیستم منتشر شد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) اختلالات روانی را در ویرایش ششم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، آسیب‌ها و علل مرگ وارد کرد (ICD-6؛ WHO، ۱۹۴۸) و انجمن روان‌پزشکان آمریکا (APA) اولین ویرایش دستنامه تشخیصی و آماری را در سال ۱۹۵۲ منتشر نمود (DSM-I؛ APA، ۱۹۵۲). به هر حال اسکیزوفرنی در ایالات متحده به مراتب بیشتر از انگلستان یا اروپا تشخیص داده می‌شد. انجام دو برنامه تحقیقاتی عمده، این مشکل را برجسته کرد. اجرای پروژه مشترک تشخیصی توسط ایالات متحده و انگلستان (کوپر و همکاران، ۱۹۷۲) با این یافته همراه بود که تعداد افرادی که در ایالات متحده با تشخیص اسکیزوفرنی در بیمارستان پذیرش می‌شوند تقریباً دوبرابر افراد مشابه در انگلستان است. علاوه بر این، هنگامی که روان‌پزشکان انگلیسی، بیماران آمریکایی دارای تشخیص اسکیزوفرنی را مورد معاینه مجدد قرار دادند، تنها برای حدود ۵۰ درصد این بیماران همان تشخیص اسکیزوفرنی را تأیید کردند. (کوپر و همکاران، ۱۹۷۲). پس از آن WHO مطالعه‌ای آزمایشی درباره اسکیزوفرنی در سطح بین‌المللی انجام داد که یک

پروژه تحقیقاتی بین‌فرهنگی بود. این پروژه شیوه‌های تشخیصی را در ۹ کشور با هم مقایسه می‌کرد. (WHO، ۱۹۷۳). در این تحقیق دوباره مشخص شد بسیاری از بیمارانی که در ایالات متحده برای شان تشخیص اسکیزوفرنی داده شده بود، اگر در سایر مراکز درمانی جهان مورد معاینه قرار می‌گرفتند، برای شان تشخیص روان‌نژندی (روان‌رنجوری) داده می‌شد.

به دنبال این مطالعات، DSM-III (APA، ۱۹۸۰) تغییر عمده‌ای در روند رسمی تشخیص بیماری اعمال کرد. در این روند جدید استفاده از معیارهای پدیدار شناختی عملی بر پایه نشانه‌های خط اول اشنايدر (۱۹۵۷، نقل شده توسط لِف، ۱۹۸۸) مورد حمایت قرار گرفت و حداقل دوره بیماری ۶ ماه تعیین شد (لِف، ۱۹۸۸). در نتیجه، معیارهای تشخیصی DSM-III بسیار سخت‌گیرانه‌تر از نمونه‌های پیشین یا حتی معیارهای ICD بودند (لِف، ۱۹۸۸) به طوری که هنوز اسکیزوفرنی ساده را که تشخیص آن به هیچ نشانه روان‌پریشی نیاز نداشت، به عنوان بیماری حفظ کرده بود (برتلسن، ۲۰۰۲). DSM-III رویکردی غیرنظری برای طبقه‌بندی در پیش گرفت که از توصیف بیماری براساس یک علت فرضی اجتناب می‌کرد. البته هنوز بر وجود یک دوره مزمن تأکید می‌شد. (بوچانان، کارپنتر، ۱۹۹۴). تلاشی برای هماهنگ کردن معیارهای تشخیصی در سطح بین‌المللی صورت نگرفت تا زمانی که به دلایلی به طور عمده تحقیقاتی، کار بر روی ویرایش دهم ICD (WHO، ICD-10، ۱۹۹۲) شروع شد. بنابراین معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی در ویرایش چهارم DSM (DSM IV؛ APA، ۱۹۹۴) و ICD-10 نسبت به نظام‌های قبلی ترتیب، هم‌سویی و هماهنگی دقیق‌تر و بیشتری دارند. در ICD-10 برای تشخیص، همچنان نشانه‌های خط اول اشنايدر مهم هستند و اگرچه DSM-IV هیچ نشانه‌ای را به‌تنهایی برای اسکیزوفرنی پاتوگنومیک نمی‌داند، اما وجود هذیان‌های "عجیب و غریب" یا توهمات شنیداری شامل صدایی که تفسیری مداوم از رفتار فرد ارایه می‌کند یا دو صدا که گفتگو می‌کنند کافی هستند تا معیارهای روان‌پریشی برای تشخیص اسکیزوفرنی حاصل شود.

باور کراپلین مبنی بر اینکه همه بیماری‌های روانی از علل زیست‌شناختی یا بیولوژیک منشأ می‌گیرند، بر نظام‌های طبقه‌بندی روان‌پزشکی حکمفرما است. با انتشار DSM-IV هرگونه تمایز به‌جا مانده بین اختلالات ارگانیک و روان‌شناختی از بین رفت. (بارلو، دوراند، ۱۹۹۵). در عمل، تعریف بارلو از اسکیزوفرنی "ساده" و "نهفته" و

توصیف ارگانیک کراپلین در کنار هم قرار گرفتند و دامنه وسیعی از رفتارهای ناسازگار، ارزشی معادل تشخیص طبی یافتند (وینگ، ۱۹۹۹). از این‌رو پیش‌آگهی بدبینانه توصیف کراپلین با توقعات متخصصانی که تعریف فراگیرتر بلولر را مورد استفاده قرار می‌دادند ترکیب و به این نتیجه‌گیری منجر شد که در مورد افرادی که تشخیص اسکیزوفرنی برای‌شان مطرح می‌شود، حتی اگر تشخیص براساس معیاری سست عنوان شده باشد نباید انتظار بهبودی داشت.

### شواهد تجربی برای بهبودی

علی‌رغم فرهنگ بدبینانه موجود در روان‌پزشکی که به انتظارات اجتماعی و درنهایت توقعات افراد مبتلا و خانواده آنها سرایت کرد، متون روبه‌افزایشی پیرامون باور داشتن به بهبودی یافتن از اسکیزوفرنی وجود دارد. مفهوم بهبودی در دهه ۱۹۸۰ و زمانی که افراد با اسکیزوفرنی شروع به انتشار گزارش‌هایی از بهبودی خود کردند، شتاب گرفت. این گزارش‌ها نشان می‌داد که بسیاری از این افراد توانسته‌اند با مدیریت صحیح بر مشکلاتی که به وسیله بیماری برای‌شان ایجاد شده بود، فائق آیند و به سوی لذت بردن از یک زندگی کامل و معنی‌دار گام بردارند. حامیان بیماران که دارای نفوذ و قدرت هستند تلاش‌هایی را برای فروپاشی و از بین بردن این اعتقاد که اسکیزوفرنی لزوماً یک دوره تخریب‌کننده درازمدت دارد، صورت داده‌اند. برای مثال می‌توان از تلاش‌های کرتیس (۲۰۰۰)، دیگان (۱۹۹۷)، فیشر (۱۹۹۴)، فرز (۲۰۰۰) و اشموک (۱۹۹۶) نام برد. شواهد مبتنی بر اتوبیوگرافی مبنی بر اینکه می‌توان چشم‌اندازی مثبت‌تر برای اسکیزوفرنی تصور کرد، توسط تعدادی مطالعه کمی شامل مطالعات طولی و بین‌فرهنگی درباره پیامدهای بیماری، تأیید و پشتیبانی شده‌اند.

### مطالعات طولی درباره پیامد بیماری

مطالعه طولی ورمونت، مطالعه‌ای برجسته درباره پیامدهای درازمدت اسکیزوفرنی بود. (هاردینگ و همکاران، ۱۹۸۷a، ۱۹۸۷b). این تحقیق بر روی ۲۶۹ نفر از ناتوان‌ترین بیماران با طولانی‌ترین مدت بستری انجام شد. این بیماران به‌طور متوسط



برای مدت ۱۶ سال ناخوش و بیمار و در مجموع برای ۱۰ سال ناتوان و به مدت ۶ سال به طور پیوسته در بیمارستان بستری بودند. طی دوران مؤسسه‌زدایی در اواسط دهه ۱۹۵۰، این بیماران که به درمان دارویی مدرن پاسخ مناسبی نداده بودند، در یک برنامه توانبخشی جامع شرکت کردند. طی ۱۰ سال پس از ترخیص از بیمارستان، ۷۰٪ آنها خارج از بیمارستان باقی ماندند و نیازی به بستری پیدا نکردند. در این مطالعه از درجه‌بندی‌های *blind* و پروتکل‌های سازمان‌یافته، قابل‌اعتماد و جامع شامل مقیاس ارزیابی کلی (ادینکورت، اسپیتزر و فلیس، ۱۹۷۶)، مقیاس سطوح عملکرد اشتراوس - کارپنتر (هاوک، کارپنتر و اشتراوس، ۱۹۷۵) و ۱۳ معیار تثبیت‌شده دیگر استفاده شد. پیگیری این بیماران طی ۲۰ تا ۲۵ سال بعد مشخص کرد ۶۸٪ از آنها در سطح عملکردی بودند که اکثر مردم آن را "طبیعی" تلقی می‌کنند. (هاردینگ و همکاران، ۱۹۸۷a). هنگامی که گروه بیماران به آنهایی محدود شد که پیش‌تر معیارهای DSM-III برای اسکیزوفرنی را دارا بودند، مشخص شد ۳۴٪ بهبودی کامل را کسب کرده‌اند و ۳۴٪ دیگر از نظر هر دو وضعیت روان‌پزشکی و عملکرد اجتماعی به سطح قابل توجهی از بهبودی دست یافته‌اند. معیارها به زندگی در اجتماع، داشتن شغل، عدم استفاده از داروها و درمان‌های روان‌پزشکی، رهایی از نشانه‌های بیماری، نداشتن رفتارهایی که از "بیماران روان" انتظار می‌رود و داشتن روابط خوب با دیگران محدود شدند. (هاردینگ و همکاران، ۱۹۸۷b). هاردینگ و همکارانش، علتی برای ناهمگون بودن پیامدهای مورد انتظار برای اسکیزوفرنی یافتند. هاردینگ، زوبین و اشتراوس (۱۹۸۷) در بررسی و مروری که بر مطالعات طولی داشتند، تعدادی از مشکلات روش‌شناختی مطالعات پیشین را ذکر کردند که باعث کسب نتایج متناقض شده بودند. بنابراین آنها به مرور کردن و بررسی مطالعات جدید که از نظر روش‌شناختی بدون اشکال و معتبر بودند، پرداختند و دریافتند که نتایج ضعیف حاصل از درمان و پیامدهای نامطلوب بیماری بسیار نادرتر از آنچه قبلاً تصور می‌شد، است.

هاردینگ، زوبین و اشتراوس (۱۹۸۷)، مطالعهٔ ورمونت و چهار مطالعهٔ طولانی مدت دیگر شامل مطالعات: م. بلولر (۱۹۷۲ / ۱۹۷۸)، تسوانگ، وولسون، فلمینگ (۱۹۷۹)، هوبر و همکاران (۱۹۸۰)، کیومپی و مولر (۱۹۷۶) را بررسی کردند. هاردینگ، زوبین و اشتراوس (۱۹۸۷) با ترکیب نتایج این پنج مطالعه به این یافته رسیدند که از بین بیش از ۱۳۰۰ بیمار پیشین،  $\frac{1}{3}$  تا  $\frac{2}{3}$  آنها بهبود یافته یا به شکل

قابل ملاحظه‌ای بهتر شده بودند. تعدادی از مطالعات جدیدتر تأیید بیشتری برای این یافته‌ها فراهم کردند. برای مثال در یک مطالعه پیگیری پنج ساله یک گروه همگن متشکل از ۷۰ بیمار اسکیزوفرنی، عملکرد خوب اجتماعی برای ۶۲٪ از کل بیماران گروه ثبت شد و بازده و نتیجه درمانی خوب از دو منظر نشانه‌های بیماری و تعداد دفعات بستری در بیمارستان برای ۵۸٪ از افراد گروه که برای بار اول در بیمارستان پذیرش شده بودند، مشاهده شد (شپرد و همکاران، ۱۹۸۹). هاریسون و همکاران (۱۹۹۳)، نتایج و بازده‌های ۶۴۴ نفر از بیماران مطالعه بین‌المللی WHO درخصوص اسکیزوفرنی را که در دو بازه زمانی ۱۵ ساله و ۲۵ ساله پیگیری شده بودند، بررسی کردند. با استفاده از مقیاس بلولر (۱۹۷۲ / ۱۹۷۸) ۴۸٪ از موارد بروز در گروه همگن پیگیری شده برای ۱۵ سال و ۵۴٪ از موارد شیوع در گروه همگن پیگیری شده برای ۲۵ سال به‌عنوان بهبود یافته ارزیابی شدند. بهبود یافته به این معنا که "فرد بتواند در شغلی استخدام شود و نقش قبلی خود در جامعه را دوباره به دست آورد". (بلولر، ۱۹۷۸/۱۹۷۲، ص، ۱۹۱). از این گذشته ۴۲٪ کل گروه همگن هیچ دوره‌ای از روان‌پریشی را طی دو سال قبل از آن تجربه نکرده بودند. ماسون و همکاران (۱۹۹۵) مطالعه پیگیری ۱۳ ساله‌ای را بر روی بروز بیماری به روش کوهورت در ۶۷ بیمار انجام دادند. آنها با استفاده از مقیاس‌هایی شامل نشانه‌های مثبت و منفی، ناتوانی اجتماعی، وضعیت عملکردی و درمان دریافتند ۴۴٪ از بیماران، نتیجه "خفیف" یا "بهبود یافته - درمان شده" را کسب کردند. با استفاده از تعریفی از "بهبودی کامل" شامل بدون نشانه بودن، بدون ناتوانی بودن و نداشتن نیاز به درمان، ۱۷٪ از گروه نمونه در پیگیری انجام شده، به‌طور کامل بهبود یافته بودند، درحالی‌که با استفاده از معیارهای بلولر، ۵۷٪ از همین گروه بهبود یافته تلقی شدند. هارو و همکاران (۲۰۰۵) مطالعه پیگیری آینده‌نگر ۱۵ ساله‌ای را انجام دادند. بهبودی براساس وضعیت فرد در مدت یک سال پیگیری و براساس معیارهای ذیل تعریف شد: فقدان نشانه‌های روان‌پریشی یا نشانه‌های منفی، عملکرد روانی - اجتماعی کافی شامل اشتغال حداقل نیمه‌وقت (نه لزوماً همراه با پرداخت حقوق)، نداشتن سطح فعالیت اجتماعی ضعیف و بستری نشدن در بیمارستان طی این مدت. هارو و همکاران دریافتند در این ۱۵ سال، ۱۹٪ از افراد با اسکیزوفرنی در محدوده تعریف فوق از بهبودی قرار داشتند. به‌علاوه آنها پی بردند که طی این دوره ۱۵ ساله، ۴۱٪ بیماران از برخی جنبه‌ها در محدوده بهبودی قرار داشتند.