

کتاب کار
توانبخشی آسیب مغزی

فهرست

- سخن مترجمین ۱۱
- معرفی ویراستاران ۱۵
- فصل ۱: مقدمه کلی ۱۷
باربارا ویلسون
- فصل ۲: مقدمه‌ای بر آناتومی مغز و مکانیسم آسیب ۳۳
امیلی گریدر و اندرو بتمن
- فصل ۳: توجه ۵۵
جسیکا فیش، کترین هیکس و سوزان برنتنال
- فصل ۴: حافظه ۸۹
جسیکا فیش و سوزان برنتنال
- فصل ۵: کارکردهای اجرایی ۱۲۹
جیل واین گاردنر
- فصل ۶: ارتباط ۱۶۳
کلر کوهان و لیلا پرینس
- فصل ۷: خستگی ۱۹۱
دانا مالی
- فصل ۸: خلق ۲۲۹
کترین لانگ و ورس فورد
- فصل ۹: کار با تغییر هویت بعد از آسیب مغزی ۲۶۳
فرگوس گریسی، لیلا پرینس و ریچل وینسون

فصل ۱۰: کار با خانواده‌ها بعد از آسیب مغزی ۲۹۳
لیلا پرینس

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۳۰۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۳۱۳

فهرست فرم‌ها

فرم ۱-۱	الگوی صورت‌بندی	۳۱
فرم ۲-۱	درک آسیب مغزی: پرسشنامه گروهی	۴۸
فرم ۲-۲	نورون‌ها	۴۹
فرم ۲-۳	محافظت از مغز	۵۰
فرم ۲-۴	مناطق مغز	۵۱
فرم ۲-۵	ذخیره خونی مغز	۵۲
فرم ۲-۶	درک آسیب مغزی: نمونه فعالیت‌ها	۵۳
فرم ۳-۱	مناطق مغزی دخیل در توجه: سیستم هشداردهنده	۷۲
فرم ۳-۲	مناطق مغزی دخیل در توجه: جهت‌یابی	۷۳
فرم ۳-۳	مناطق مغزی دخیل در توجه: سیستم اجرایی	۷۴
فرم ۳-۴	بازبینی توجه	۷۵
فرم ۳-۵	توجه مداوم در برابر توجه انتخابی	۷۶
فرم ۳-۶	جابه‌جایی توجه در برابر توجه تقسیم شده	۷۷
فرم ۳-۷	چه حسی می‌دهد؟	۷۸
فرم ۳-۸	محرک‌های مزاحم محیطی	۷۹
فرم ۳-۹	توجه دیداری انتخابی (۱)	۸۰
فرم ۳-۱۰	توجه دیداری انتخابی (۲)	۸۱
فرم ۳-۱۱	توجه دیداری فضایی	۸۲
فرم ۳-۱۲	شرح مختصر توجه من	۸۷
فرم ۴-۱	مناطق مغزی دخیل در حافظه	۱۰۸
فرم ۴-۲	چطور موارد را به یاد آورم؟	۱۰۹
فرم ۴-۳	دفترچه یادداشت حافظه	۱۱۱
فرم ۴-۴	حافظه چیست؟	۱۱۴
فرم ۴-۵	آیا تا به حال.....؟	۱۱۶
فرم ۴-۶	ایجاد تداعی	۱۱۷
فرم ۴-۷	تقطیع	۱۱۸
فرم ۴-۸	چشم ذهن	۱۲۰
فرم ۴-۹	تخته سیاه ذهنی	۱۲۱
فرم ۴-۱۰	قصر حافظه	۱۲۲
فرم ۴-۱۱	یادیارها	۱۲۳

- فرم ۴-۱۲ راهبرد PQRST ۱۲۴
- فرم ۴-۱۳ ساخت سیستم حافظه خود ۱۲۵
- فرم ۴-۱۴ نیمرخ حافظه من ۱۲۶
- فرم ۴-۱۵ سیستم حافظه من ۱۲۷
- فرم ۵-۱ مناطق مغزی دخیل در کارکردهای اجرایی ۱۴۶
- فرم ۵-۲ بیشتر مناطق مغزی درگیر در کارکردهای اجرایی ۱۴۷
- فرم ۵-۳ کارکردهای اجرایی کدامند؟ ۱۴۸
- فرم ۵-۴ چه کسی به کارکردهای اجرایی مناسب نیاز دارد؟ ۱۵۰
- فرم ۵-۵ چه حسی می‌دهد؟ ۱۵۱
- فرم ۵-۶ چه حسی می‌دهد؟ ۱۵۳
- فرم ۵-۷ کریسمس در فرودگاه JFK ۱۵۵
- فرم ۵-۸ نظارت بر استفاده از توقف / تفکر ۱۵۶
- فرم ۵-۹ استفاده از چارچوب مدیریت هدف ۱۵۷
- فرم ۵-۱۰ کارت‌های سرنخ ۱۵۸
- فرم ۵-۱۱ دماسنج هیجان ۱۵۹
- فرم ۵-۱۲ آزمایش رفتاری ۱۶۰
- فرم ۵-۱۳ نیمرخ کارکرد اجرایی من ۱۶۱
- فرم ۶-۱ مهارت‌های ارتباط: چالش‌ها و نقاط قوت ۱۸۱
- فرم ۶-۲ فهرست رفتارهای ارتباط ۱۸۲
- فرم ۶-۳ برگه مشاهدات رفتارهای ارتباط ۱۸۳
- فرم ۶-۴ بازگویی ۱۸۴
- فرم ۶-۵ روشن‌سازی و خلاصه کردن ۱۸۵
- فرم ۶-۶ شروع گفتگو ۱۸۶
- فرم ۶-۷ ادامه مکالمه و نوبت‌گیری ۱۸۷
- فرم ۶-۸ پایان دادن به مکالمه ۱۸۸
- فرم ۶-۹ پرسشنامه مهارت‌های ارتباط اجتماعی ۱۸۹
- فرم ۶-۱۰ سبک‌های ارتباطی ۱۹۰
- فرم ۷-۱ مدل خستگی بعد از آسیب مغزی ۲۱۴
- فرم ۷-۲ خستگی چیست؟ ۲۱۵
- فرم ۷-۳ پرسشنامه مدیریت خستگی ۲۱۶
- فرم ۷-۴ صورت‌بندی خستگی ۲۱۷
- فرم ۷-۵ ابراز غربالگری ۲۱۸
- فرم ۷-۶ محرک‌های خستگی ۲۲۱
- فرم ۷-۷ دفتر ثبت روزانه خستگی ۲۲۳

- فرم ۷-۸ چه حسی می‌دهد؟ ۲۲۴
- فرم ۷-۹ چراغ راهنمای خستگی من ۲۲۵
- فرم ۷-۱۰ هنر واگذاری ۲۲۶
- فرم ۷-۱۱ جدول زمانی هفتگی ۲۲۷
- فرم ۷-۱۲ تجدید قوای انواع مختلف انرژی ۲۲۸
- فرم ۸-۱ چرخه رفتاردرمانی شناختی ۲۴۷
- فرم ۸-۲ تفکر، احساس، اقدام ۲۴۸
- فرم ۸-۳ سه نظام هیجان ۲۴۹
- فرم ۸-۴ آناتومی مغز و هیجان ۲۵۰
- فرم ۸-۵ درک هیجان‌ات: مغز جدید/ مغز قدیمی ۲۵۱
- فرم ۸-۶ آیا تا به حال...؟ ۲۵۲
- فرم ۸-۷ جدول ثبت خلق ۲۵۴
- فرم ۸-۸ چطور مقابله می‌کنید؟ ۲۵۵
- فرم ۸-۹ ذهن‌آگاهی ۲۵۶
- فرم ۸-۱۰ نفس‌های آرام‌بخش ۲۵۷
- فرم ۸-۱۱ تصویرسازی ذهنی شفقت‌آمیز ۲۵۸
- فرم ۸-۱۲ آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده ۲۵۹
- فرم ۸-۱۳ شواهد چیست؟ ۲۶۱
- فرم ۸-۱۴ نیم‌رخ خلق من ۲۶۲
- فرم ۹-۱ مدل Y شکل تغییر هویت در توانبخشی ۲۸۲
- فرم ۹-۲ چرخه معیوب DAISY ۲۸۳
- فرم ۹-۳ ارزش‌های شخصی ۲۸۴
- فرم ۹-۴ نقش‌های خانواده ۲۸۵
- فرم ۹-۵ انگیزه من: چرا انجامش می‌دهم؟ ۲۸۶
- فرم ۹-۶ پیش‌بینی‌ها ۲۸۷
- فرم ۹-۷ آزمایش شغلی ۲۸۸
- فرم ۹-۸ سؤالات و مشاهدات برای آزمایش شغلی ۲۸۹
- فرم ۹-۹ منطقه امن ۲۹۰
- فرم ۹-۱۰ خودم را چطور می‌بینم؟ ۲۹۱

سخن مترجمین

یکی از حوزه‌های دانشی مهم در علوم شناختی، توانبخشی شناختی است. به کارگیری روش‌های مختلف جهت بهبود و ارتقاء کارکردهای شناختی را، توانبخشی شناختی^۱ می‌گویند. دو واژه توانبخشی شناختی و توانبخشی عصب روان‌شناختی^۲، هرچند همپوشی زیادی دارند لیکن از این جهت قابل تمایز است که توانبخشی عصب روان‌شناختی، فرآیندی است که به موجب آن به افرادی که آسیب مغزی پایدار دارند کمک می‌شود تا به بهزیستی مطلوب شغلی، روانی، عاطفی و جسمانی دست یابند. در توانبخشی شناختی لزوماً آسیب مغزی وجود ندارد ممکن است فرد در فراخوانی زندگی با کاهش کارکرد شناختی مواجه شود در نتیجه جهت ارتقاء آن کارکردها آموزش‌های خاصی را ببیند.

هدف اصلی توانبخشی کمک به گروه‌های هدف برای دستیابی به سطح مطلوب بهزیستی، کاهش تأثیر مشکلات در زندگی روزمره است. به عبارت دیگر هدف اصلی توانبخشی کمک به این گروه‌ها جهت برگشت به محیط زندگی است. هدف توانبخشی، آموزش کسب نمره بهتر در مجموعه‌ای از آزمون‌ها نیست. مداخله‌های توانبخشی شناختی مبتنی بر دستاوردهای پژوهشی شناختی و یادگیری است و به وسیله کسانی ارائه می‌شود که یا دانش آموخته روان‌شناسی هستند و یا به صورت تجربی آموزش‌های لازم را دیده‌اند. به قول بدلی «نظریه توانبخشی بدون یک یادگیری، همانند وسیله نقلیه بدون موتور است» (ویلسون، گریسی، ایوانز، بیتمن، ۲۰۰۹، ترجمه زارع، نظری، عابدین، ۱۳۹۶).

در آینده نزدیک بخش عمده جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند. همچنین افرادی که به دلیل ضربه مستقیم به سر دچار افت کارکردهای شناختی می‌شوند که متأسفانه در کشور ما حجم بالایی دارد. دلایل فوق ضرورت توسعه توانبخشی شناختی در دپارتمان‌های تخصصی را منطقی می‌سازد. لیکن هنوز این ضرورت برای تصمیم‌سازان جامعه علمی و خدماتی ملموس نگردید. در کشورهای توسعه یافته این موضوع با سرعت تمام در حال رشد است. مترجم اول کتاب حاضر سعی کرده است در طی فعالیت‌های پژوهشی به صورت انجام طرح‌های پژوهشی و هدایت رساله‌های دکتری، یافته‌های بنیادی و کاربردی معتبری را در مجلات داخل و خارج از کشور عرضه کند. معرفی برخی از کتاب‌های معتبر در حوزه توانبخشی شناختی از جمله فعالیت‌های اصلی وی بوده است. در این زمینه تاکنون پنج کتاب به فارسی برگردان شده است:

- ۱- کتاب توانبخشی حافظه باربارا ویلسون ترجمه حسین زارع و علی اکبر شریفی. این کتاب در سال ۱۳۹۴ به وسیله دانشگاه پیام نور به چاپ رسیده است.
- ۲- کتاب «دستنامه توانبخشی عصب روان‌شناختی کل نگر» نوشته بن یاشای و دیلر ترجمه حسین

زارع و علی اکبر شریفی. این کتاب در سال ۱۳۹۴ به وسیله انتشارات آبیژ به چاپ رسیده است. در این کتاب دیدگاه گلدشتاین معرفی گردید.

۳- «کتاب کار آسیب مغزی، تمرین‌هایی برای توانبخشی شناختی»، نوشته پاول، ترجمه حسین زارع و شکوفه موسوی. این کتاب با مقدمه‌ای از دکتر کمال خرازی به وسیله انتشارات ارجمند در سال ۱۳۹۵ به چاپ رسیده است. با توجه به سبک نگارش کتاب و کاربردی بودن محتوای آن، خوشبختانه از این کتاب استقبال زیادی شده است.

۴- کتاب «توانبخشی عصب روان‌شناختی کودکان» تألیف جانانان رید، کتی بایارد و هوارد فاین ترجمه حسین زارع، علی اکبر شریفی و شکوفه موسوی. این کتاب در سال ۱۳۹۶ به وسیله انتشارات آبیژ به چاپ رسیده است. این کتاب مخصوص ارائه خدمات توانبخشی به کودکان است. طرح چند مدل نظری جدید به همراه مطالعات موردی و کاربردی از ویژگی‌های برجسته این کتاب است.

۵- کتاب «مبانی نظری و راهنمای عملی توانبخشی عصب - روان‌شناختی» تألیف ویلسون، گریسی، ایوانز و بیتمن ترجمه زارع، نظری و عابدین. این کتاب در سال ۱۳۹۶ به وسیله انتشارات ارجمند به چاپ رسیده است. در بین منابع موجود این کتاب جامع‌ترین کتابی است که تاکنون در حوزه توانبخشی عصب روان‌شناختی به فارسی برگردان شده است.

با توجه به آثار ارائه شده فقدان یک اثر کاربردی معتبر همچنان ملموس است. در این راستا مترجمین اقدام به برگردان کتاب حاضر نموده‌اند. این کتاب به وسیله سه تن از اساتید برجسته توانبخشی عصب روان‌شناختی ویرایش گردید. کتاب در ده فصل به وسیله ویراستاران و دیگر اساتید برجسته نوشته شد. بهره‌مندی از آخرین یافته‌های علمی به همراه روش‌های کاربردی توانبخشی شناختی در انتهای هر فصل از ویژگی‌های برجسته کتاب حاضر است.

همچنان که در اسامی مؤلفین آثار فوق‌الذکر دیده می‌شود در همه این کتاب‌ها دخالت مستقیم و غیرمستقیم استاد برجسته توانبخشی عصب روان‌شناختی، خانم باربارا ویلسون درخشان است. همه این متخصصین با محوریت خانم ویلسون در مراکز توانبخشی اولیور زانگویل مشغول به فعالیت هستند. ویلسون دکترای عصب روان‌شناسی بالینی دارد و بنیانگذار مرکز زانگویل برای توانبخشی عصب روان‌شناختی است. از دستاوردهای علمی تیم کاری ویلسون علاوه بر کشور انگلستان، در سایر کشورها نیز استفاده می‌شود. با توجه به ضرورت‌های علمی و خدماتی که به این حوزه دانشی داریم امیدواریم انشالله از این قبیل مراکز علمی در کشور عزیزمان شکل بگیرد. به همکاران علمی خودم توصیه می‌کنم دانشجویان مستعد و علاقمند را به سوی این حوزه کاربردی دعوت کنند. خوشبختانه تعداد دانشجویانی که در مقاطع تحصیلات تکمیلی، به خصوص مقطع دکتری مشغول به تحصیل هستند، کم نیست. متأسفانه عناوین پژوهشی بسیاری از رساله‌های دانشجویان دکتری تکراریافته‌های قبلی و یا بررسی موضوعاتی است که اهمیت و ضرورت چندان ندارد. با هدایت پژوهش‌ها به سوی عناوین جدید و در عین حال ضروری، فعالیت‌های علمی کشور اثربخش‌تر خواهد شد.

اصل کتاب انگلیسی که مترجمین در اختیار داشتند به وسیله سرکار خانم مینو ایرانی از کشور

انگلستان تهیه شد بدین وسیله از زحمات ایشان سپاسگزاری می‌شود. اثر حاضر به وسیله انتشارات ارجمند به چاپ رسیده است از مدیریت محترم انتشارات ارجمند و همچنین از کارکنان خدوم و زحمتکش آن انتشارات سپاسگزاری می‌شود.

حسین زارع

استاد گروه روان‌شناسی

دانشگاه پیام نور

h_zare@pnu.ac.ir

سمیرا حسن‌زاده

hasanzadeh60@yahoo.com

معرفی ویراستاران

ریچل وینسون، پزشک و کارشناس ارشد، در مانگر شغلی ماهری است که به عنوان بخشی از تیم توانبخشی عصبی در دانشگاه انگلیا در نورویچ، نورفولک انگلستان مشغول به فعالیت است. پیش از این، در مرکز اولیور زانگویل برای توانبخشی عصب روان‌شناختی در کمبریج شایر انگلستان کار می‌کرد که توانبخشی و ارزیابی عصب روان‌شناختی مبتنی بر شواهد را به بیماران مبتلا به آسیب مغزی ارائه می‌داد. همچنین وینسون در زمینه توانبخشی بیماران سکنه مغزی حاد و تحقیقات زوال عقل کار کرده است.

باربارا ویلسون دکترای عصب روان‌شناسی بالینی دارد و بنیانگذار مرکز اولیور زانگویل برای توانبخشی عصب روان‌شناختی است. ایشان از سال ۱۹۷۰، در حوزه توانبخشی آسیب مغزی مشغول به فعالیت است. دکتر ویلسون، ۲۳ کتاب، ۲۸۰ مقاله پژوهشی و ۸ آزمون عصب روان‌شناختی را منتشر کرده و اکنون ویراستار مجله توانبخشی عصب روان‌شناختی است. او افتخارات بسیاری کسب کرده است، از جمله ۳ جایزه دستاورد زندگی، جایزه رامون کاخال از انجمن بین‌المللی روانپزشکی اعصاب و جایزه شاپیرو از انجمن روان‌شناسی بریتانیا. او مدیر پیشین انجمن عصب روان‌شناختی بریتانیا و انجمن بین‌المللی عصب روان‌شناختی و در حال حاضر رئیس انجمن آنسفالیت و مدیر کمیته فدراسیون جهانی توانبخشی عصبی است. دکتر ویلسون، عضو انجمن روان‌شناسی بریتانیا، عضو آکادمی علوم پزشکی و عضو آکادمی علوم اجتماعی است. وی استاد افتخاری دانشگاه هونگ کونگ، دانشگاه سیدنی و دانشگاه انگلیا است.

دکتر اندرو بتمن، یک فیزیوتراپ خبره است که از سال ۲۰۰۲ مدیر بالینی مرکز اولیور زانگویل است. ایشان از سال ۱۹۹۰، در حوزه توانبخشی بالینی و تحقیق درباره آن مشغول به فعالیت است. دکتر بتمن در طیف گسترده‌ای از مطالعات تحقیقاتی در خصوص بررسی نتایج گزارش شده توسط بیمار، کارکردهای اجرایی، فناوری یاری‌رسان، اختلال حرکتی و تحلیل راش همکاری داشته است.

فصل ۱

مقدمه کلی

باربارا ویلسون

«توانبخشی عصب روان‌شناختی^۱، فرایندی است که به موجب آن به افرادی که آسیب مغزی پایدار دارند کمک می‌شود تا به بهزیستی مطلوب شغلی، روانی، عاطفی و جسمانی دست یابند (مک للان، ۱۹۹۱). هدف‌های اصلی توانبخشی عبارت‌اند از: حمایت از افراد با ناتوانی‌های ناشی از آسیب‌های مغزی برای دستیابی به سطح مطلوب بهزیستی، کاهش تأثیر مشکلات زندگی روزمره‌شان و کمک به آنها برای بازگشت به محیط مناسب. توانبخشی، آموزش کسب نمره بهتر در آزمون‌ها، یادگیری فهرست کلمات یا سرعت در کشف محرک‌ها نیست. روش‌های درمانی بر بهبود جنبه‌های زندگی روزمره متمرکز است. بنابراین، توانبخشی باید دربرگیرنده زمینه‌ها، تعاملات و فعالیت‌های معنادار شخصی باشد (یلویساکر و فینی، ۲۰۰۰).

اصول توانبخشی

اطلاعات این کتاب از مجموعه آموزش‌های روانی، ارائه شده به مبتلایان آسیب مغزی اکتسابی^۲ (ABI) که برای توانبخشی عصب روان‌شناختی به مرکز اولیور زانگویل (OZC) در انگلستان مراجعه کرده‌اند استخراج گردیده است. برنامه توانبخشی براساس شش مؤلفه اصلی است که کارکنان باور دارند اصول تمرین بالینی مناسب در آنها توضیح داده شده است و این شش مؤلفه اساس مطالب ارائه شده در این کتاب را تشکیل می‌دهند:

۱. محیط درمانی^۳. مفهومی به دست آمده از بن بیشای (۱۹۹۶) است. «محیط درمانی» در توانبخشی کل‌نگر، به سازماندهی همه جنبه‌های محیط، به منظور ارائه بیشترین حمایت در فرایند سازگاری و مشارکت اجتماعی اشاره دارد. محیطی مملو از حس قوی اعتماد و همکاری متقابل که زیربنای اتحاد کاری بین مراجعان و متخصصان بالینی است^۴.

1. Neuropsychological Rrehabilitation

2. Acquired Brain Injury

3. Therapitic Milieu

۴. برای آشنایی بیشتر با این مفهوم، به‌خصوص دیدگاه گلدشتاین، مطالعه کتاب «دستنامه توانبخشی عصب روان‌شناختی کل‌نگر» اثر بن بیشای و دیلر، ترجمه زارع و شریفی از انتشارات آیپژ توصیه می‌شود. م.

۲. اهداف معنادار. مراقبت بالینی در جهت ایجاد اهدافی معنادار و سازگار با مراجع ارائه شود. "فعالیت کارکردی معنادار"، به تمامی فعالیت‌های روزانه‌ای اشاره دارد که مبنای مشارکت اجتماعی را شکل می‌دهند. این فعالیت‌ها می‌تواند به فعالیت‌های مستقل، اجتماعی، تفریحی، آموزشی و شغلی طبقه‌بندی شود. از طریق مشارکت در این حوزه‌هاست که همگی در زندگی مان به حس هدف و معنا دست می‌یابیم. اگرچه در مورد این امور به‌شکلی آگاهانه در زندگی روزمره مان فکر نمی‌کنیم، این نوع فعالیت‌ها ما را قادر می‌سازد تا به اهداف یا آرزوهایی دست پیدا کنیم که به‌طور شخصی برای ما معنادار بوده و به این وسیله، به حس هویت ما کمک می‌کنند.
۳. درک مشترک^۱. در توانبخشی، این اصطلاح به درک متقابل بین مراجعان، خانواده‌ها و کارکنان اشاره دارد. این مفهوم یعنی استفاده از «صورت‌بندی» در تمرین بالینی (باتلر^۲، ۱۹۹۸). همانطور که با جزئیات بیشتر در ادامه توضیح داده شده، صورت‌بندی یک نقشه یا راهنما برای مداخله‌ای است که یک مدل برگرفته از نظریه‌های ثابت و بهترین شواهد از تجربیات، روایات و دیدگاه‌های شخصی مراجعان و خانواده‌های آنها را با هم ترکیب می‌کند. این مفهوم باید برای کار بالینی فردی به کار گرفته شده و در کل، شیوه سازماندهی شده تجربه توانبخشی را تحت تأثیر قرار دهد. این مفهوم شامل یک فلسفه تیمی است که اهداف، ارزش‌های صریح و دیدگاه تیمی را با هم ادغام می‌کند. ویژگی‌های دیگر درک مشترک عبارت‌اند از: همانندسازی تحقیق و نظریه؛ مشارکت در دانش و تجربه دیگر خانواده‌ها و متخصصان؛ بررسی خدمات ارائه شده و جذب دیدگاه‌ها و همکاری مراجعان گذشته.
۴. مداخلات روان‌شناختی. این مداخلات مبتنی بر شیوه‌های درک احساسات و رفتار هستند. مدل‌های خاص روان‌شناختی به کار گرفته شده برای کتاب راهنما، بستگی به نیاز خاص هر فرد دارد. رویکردهای این مدل‌ها، برای اعضای تیم شیوه‌هایی را ارائه می‌دهند تا مراجعان را در تغییر مثبت وارد کرده و مشکلات خاص را حل کنند.
۵. بازآموزی و راهبردهای جبرانی. برای مدیریت اختلال‌های شناختی دو رویکرد اصلی وجود دارد: "راهبردهای جبرانی"^۳، شیوه‌های جایگزینی هستند که افراد را قادر می‌سازند به هنگام عدم کارکرد مؤثر مغز، به هدف مطلوب، دست پیدا کنند؛ بسیاری از این راهبردها در این کتاب راهنما مطرح شده‌اند. "بازآموزی"^۴، مسئول بهبود سطح کارایی عملکرد خاص مغز یا یک فعالیت و تکلیف خاص است. بازآموزی کمک می‌کند تا به مهارت‌های از دست رفته به واسطه عدم استفاده، بپردازیم (به‌طور مثال، عدم فعالیت کاری از زمان وقوع آسیب).
۶. خانواده‌ها و مراقبان. توانبخشی، همکاری نزدیک با خانواده‌ها و مراقبان است که گاهی گزارش می‌دهند در توانبخشی، اقدامات بعدی را دوست دارند. سیاست‌های اخیر دولت در انگلستان این واقعیت را آشکار می‌سازد که خانواده‌ها و مراقبان، به دنبال آسیب مغزی اکتسابی، بار قابل توجهی

1. Meaningful Functional Activity
2. Shared Understanding
3. Butler
4. Compensatory Strategies
5. Retraining

را تجربه کرده و ارائه حمایت به آنها توصیه شده است.

در مرکز اولیور زانگویل (OZC)، با پیشگامانی چون دیلر^۱ (۱۹۷۶)، بن بیشای^۲ (۱۹۷۸) و پریگاتانو^۳ (۱۹۸۶)، رویکرد کل نگر برای توانبخشی آسیب مغزی را دنبال می‌کنیم. چنین رویکردی شامل مداخلات یکپارچه‌ای است که از چارچوب فراتر رفته و مداخلات محدود و خاصی هستند که به‌طور معمول تحت عنوان "ترمیم شناختی"^۴ قرار می‌گیرند (بن بیشای و پریگاتانو، ۱۹۹۰، ص. ۴۰۰). شاید فلسفه اصلی رویکرد کل نگر، مبنی بر این است که تفکیک جنبه‌های کارکردی، شناختی، هیجانی و اجتماعی آسیب مغزی، بی‌فایده است. با توجه به تأثیر هیجان‌ها بر رفتار انسان، از جمله چگونگی تفکر افراد، یادآوری، ارتباط و حل مشکلات، باید تأیید کنیم این کارکردها به هم پیوسته‌اند و تفکیک آنها دشوار است و باید در توانبخشی به همه آنها پرداخته شود.

بن بیشای و پریگاتانو (۱۹۹۰) یک مدل از مراحل سلسله مراتبی رویکرد کل نگر را ارائه می‌دهند که مراجع از طریق آن باید (به‌طور ضمنی یا صریح) در توانبخشی کار کند:

- مشارکت: افزایش آگاهی فرد از آنچه برای او اتفاق افتاده.
- آگاهی: افزایش درک فرد از آنچه رخ داده است.
- تسلط: ارائه فنون یا راهبردهایی برای کاهش مشکلات شناختی.
- کنترل: رشد مهارت‌های جبرانی.
- پذیرش.
- هویت: ارائه مشاوره شغلی و دیگر مشاوره‌ها.

می‌توان استدلال کرد که رویکرد کل نگر، بیشتر، مجموعه‌ای از باورها یا اصول است تا یک مدل (پریگاتانو، ۱۹۹۹). با این حال، مدل کل نگر، حس بالینی ایجاد می‌کند و در بلندمدت علی‌رغم هزینه‌اش، مقرون به صرفه است (کوپ، کول، هالی و بارکان، ۱۹۹۱؛ ملبای و لارسن، ۱۹۹۴؛ ویلسون، ۱۹۹۷؛ ویلسون و ایوانز، ۲۰۰۲).

در واقع، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که توانبخشی، اثرات مشکلات هیجانی، روانی اجتماعی و شناختی را کاهش می‌دهد که منجر به استقلال و فرصت‌های شغلی بیشتر برای اکثر افراد مبتلا به صدمات مغزی و کاهشی در استرس خانواده می‌شود (سیکرون و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویلسون، گریسی، ایوانز و بتمن، ۲۰۰۹). سیکرون، مات، آزولای، شارلو گاللا، المو و همکاران (۲۰۰۸) و سیکرون، لانگن بان، برادن، مالک، برکویسیست و همکاران (۲۰۱۱)، اثربخشی رویکردهای کل نگر را برای آسیب مغزی ناشی از ضربه^۵ (TBI) با مطلب زیر تأیید می‌کنند: "توانبخشی جامع عصب روان شناختی کل نگر، برای بهبود مداخله پس از بیماری حاد و کیفیت زندگی بعد از صدمه مغزی خفیف تا شدید توصیه شده است" (۲۰۱۱، ص ۵۲۶).

1. Diller
 2. Ben-yishay
 3. Prigatano
 4. Cognitive Remediation
 5. Traumatic Brain Injury

اگرچه رویکرد کل‌نگر احتمالاً برای اکثر افراد مبتلا به آسیب مغزی، بهترین رویکرد است، لیکن درست است بگوییم برنامه‌های کل‌نگر را می‌توان از طریق ادغام دیدگاه‌ها و برنامه‌های کاربردی نظریه یادگیری، از جمله تحلیل تکلیف^۱، ثبت خط پایه^۲، و نظارت^۳ بهبود بخشید. پیشرفت‌های دیگر ناشی از کاربرد طرح‌های آزمایشی تک موردی در برنامه‌های درمان فردی هستند. اصلاحات بیشتر را می‌توان با استفاده از مدل‌های عصب روان‌شناختی شناختی تقویت کرد؛ چنین مدل‌هایی ما را قادر می‌سازد تا نقاط قوت و ضعف شناختی را شناسایی کنیم، پدیده مشاهده شده را توضیح دهیم و در مورد کارکرد شناختی پیش‌بینی کنیم.

مخاطبان این کتاب

با این‌که نجات یافتگان آسیب مغزی با مشکلات بی‌شماری مانند مشکلات واژه‌یابی و حافظه تا طغیان خشم مواجه‌اند و به حمایت تیم درمانگران میان رشته‌ای با تجربه، زبان و گفتار، درمانگران شغلی و روان‌شناسان بالینی نیاز دارند، ولی فقط برخی از مراجعان چنین تیمی را در اختیار دارند. بسیاری از درمانگران و روان‌شناسان به تنهایی کار می‌کنند و مراجعان را به صورت هفتگی در بیمارستان یا کلینیک ویزیت می‌کنند. ممکن است مراجعان را در خانه، از طریق اسکایپ یا دیگر روش‌های اینترنتی ببینند. آنها اغلب در مراکز توانبخشی آسیب مغزی فعالیت نخواهند داشت. کتاب حاضر را برای این قبیل متخصصان منتشر کرده‌ایم. پیش‌بینی می‌کنیم در ابتدا توسط درمانگران شغلی، درمانگران زبان و گفتار، روان‌شناسان بالینی و عصب روان‌شناسان و دیگر افرادی مورد استفاده قرار خواهد گرفت که با نجات یافتگان آسیب مغزی، سکتة مغزی، آنسفالیت^۴، صدمه مغزی ناشی از کمبود اکسیژن و دیگر انواع صدمات مغزی غیرپیشرونده کار می‌کنند. کتاب راهنمای حاضر را می‌توان در بیمارستان، کلینیک یا به هنگام ویزیت مراجعان در منزل مورد استفاده قرار داد.

هدف منابع ارائه شده در کتاب، حمایت از کار درمانگران^۵ در سراسر مرزهای حرفه‌ای و استفاده از مهارت‌های اصلی برای رسیدگی به نیازهای مراجعان به صورت کل‌نگرانه است. لطفاً توجه داشته باشید که قصد ما این نیست بگوییم درمانگران شغلی^۶ می‌توانند روان‌شناسان بالینی باشند یا بالعکس. برای متخصصان مهم است که از محدودیت‌های رشته‌ای خود آگاهی داشته باشند و مراجعان را به افراد شایسته و متخصص ارجاع دهند.

مسائل مربوط به توانبخشی

ارزیابی

قبل از شروع درمان، ارزیابی^۷ دقیق لازم است. اگرچه ساندبرگ و تایلر (۱۹۶۲)، بهترین تعریف از ارزیابی را ۵۰ سال قبل بدین‌گونه ارائه دادند: "فرایند جمع‌آوری، سازماندهی و تفسیر منظم اطلاعات در

-
1. Task Analysis
 2. Baseline Recording
 3. Monitoring
 4. Encephalitis
 5. Therapists' work
 6. Occupational Therapists
 7. Assessment

مورد شخص و موقعیت‌اش". البته ارزیابی^۱ به پیش‌بینی رفتار در موقعیت‌های جدید هم می‌پردازد. شیوه گردآوری، سازماندهی و تفسیر این اطلاعات به هدف ارزیابی بستگی دارد. پاسخ به سؤال‌های نظری مانند "آیا بین نقص حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت گسستگی دوگانه^۲ وجود دارد؟" نیازمند رویکردی خاصی از ارزیابی است. هدف این کتاب، کمک به ارائه پاسخ‌های کاربردی به سؤال‌های کاربردی است از قبیل اینکه چطور در زندگی روزمره، نقص حافظه، نمایان می‌شود؟ این هدف، نیازمند شیوه کاملاً متفاوت ارزیابی است.

در شیوه بالینی، دو نوع ارزیابی اصلی وجود دارد: نوع اول، ارزیابی با استفاده از ابزار ارزیابی استاندارد شده و نوع دوم، ارزیابی با استفاده از اندازه‌گیری‌های کارکردی یا رفتاری مورد استفاده است. این دو شیوه ارزیابی متمایز ما را قادر می‌سازد تا به سؤال‌های مختلف پاسخ دهیم. آزمون‌های استاندارد شده به ما می‌گویند چطور مراجع با افراد همتای دیگر یا تشخیص یکسان، مقایسه می‌شود. آنها می‌توانند نقاط قوت و ضعف شناختی شخص ارزیابی شده را تعیین کنند؛ به عنوان مثال، آنها می‌توانند به ما کمک کنند تا تصمیم بگیریم که آیا یک مراجع، فقط در حافظه مشکل دارد یا مشکلات شناختی گسترده‌تر دیگری هم دارد. آنها به ما اجازه می‌دهند تا احتمال افسردگی بالینی را برآورد کنیم. روش‌های ارزیابی استاندارد شده در پاسخ به دیگر سؤال‌های مهم در حوزه توانبخشی خیلی مناسب نیستند از جمله اینکه، خانواده مراجع با این موضوع چطور مقابله می‌کنند؛ مراجع مشکلات اصلی‌اش را چطور می‌بیند، چه راهبردهای جبرانی مورد آزمون قرار گرفته‌اند؛ آیا این شخص قادر است به خانه یا محل کار خود بازگردد یا چه تکنیک‌های یادگیری باید برای آموزش اطلاعات جدید به مراجع به کار گرفته شود. هدف این سؤالات، درک مشکلاتی است که فرد در زندگی واقعی با آنها مواجه می‌شود. سرانجام، هدف آنها ایجاد زندگی بهتر برای مراجع و خانواده است. در کتاب دیگر من (ویلسون، ۲۰۰۹) مباحث بیشتری از ارزیابی و ویژگی‌های انواع مختلف روش‌های ارزیابی ارائه دادم؛ توصیه به ارزیابی در هر فصل این کتاب پیشنهاد شده است.^۳

صورت‌بندی

وقتی روش‌های ارزیابی تکمیل شد، ما می‌توانیم فرضیه‌ها را با توجه به ماهیت، علل و عوامل مؤثر بر مشکلات و موقعیت کنونی مراجع به دست آوریم. به عبارت دیگر، می‌توانیم یک "صورت‌بندی"^۴ ارائه کنیم. صورت‌بندی، بسیاری از اثرات ممکن بر حالت روان‌شناختی و کارکردی فرد را به حساب می‌آورد. همچنین به تیم درمانگران فردی و مراجع کمک می‌کند تا مشکلات را درک کنند. در تیم توانبخشی میان رشته‌ای، جایی که طیفی از ارزیابی‌ها و مداخلات با متخصصان مختلف انجام می‌شود، صورت‌بندی کمک می‌کند تا نتایج این ارزیابی‌ها در یک کل منسجم جمع شوند. صورت‌بندی، باید به عوامل پیش از آسیب نیز توجه کند، از قبیل شخصیت مراجع، شغل و حمایت خانواده؛ ماهیت و نوع آسیب، مانند صدمه

۱. برگردان درست واژه assessment سنجش است. در این کتاب ترجیح دادیم از برابر نهاده ارزیابی استفاده کنیم. م
 ۲. Double Dissociation
 ۳. این کتاب تحت عنوان مبانی نظری و راهنمای عملی توانبخشی عصب روان‌شناختی به فارسی ترجمه شده است و بوسیله انتشارات ارجمند به چاپ رسیده است. م
 ۴. Formulation

مغزی تهدیدکننده زندگی؛ میزان خسارت‌ها، مانند فلج یک سویه^۱، اختلال حافظه؛ مشکلات واژه‌یابی و مقابله‌ای و مشکلات سازگاری. در فرایند صورت‌بندی، پیامدهای رفتاری، هیجانی و شناختی آسیب مغزی همراه با تهدید هویت و چگونگی درک فرد از آنچه برای او رخ داده بررسی می‌شود. در نهایت، صورت‌بندی باید به دیگر شبکه‌های اجتماعی و خانواده توجه کند. ارائه دیداری صورت‌بندی از طریق نمودار یا منحنی، به خلاصه‌سازی اطلاعات و ارتقاء درک مشترک کمک می‌کند (جدول ۱۱).

یک صورت‌بندی بالینی خوب باید منجر به مداخلات مناسب شود. ما (ویلسون، رابرتسون و مول، ۲۰۱۵) توصیف می‌کنیم صورت‌بندی چگونه برای مجموعه اهداف درمان روان‌شناختی فردی بنام کِلر مورد استفاده قرار گرفت. فردی که به دنبال آنسفالیت، علائم اضطراب نیز به عنوان تهدیدی برای هویت‌اش ابراز شده است. او یک مادر دلسوز، همسر، دوست و پرستار بود. بعد از بیماری، احساس کرد قادر به انجام امور خانه یا مراقبت از فرزندان‌اش نیست. علائم اضطراب، اعتماد او را به انجام وظایف منزل کاهش داده بود. او به تفاوت بین قبل و بعد از بیماری‌اش پی‌برد. در حافظه زندگی‌نامه‌ای و تحکیم اطلاعات جدید مشکل داشت. اینها همراه با ناهمخوانی ادراک شده^۲، وی را به سوی انجام کارهایی سوق می‌داد تا با کاربرد قوانین قدیمی و سخت، احساس "خود بودن" را در خودش ایجاد کند و بنابراین از خود در برابر این تهدید برای هویت‌اش محافظت می‌کرد. توسعه اهداف خلقی برای درمان روان‌شناختی‌اش بر این صورت‌بندی مبتنی بود.

هدف‌گذاری

هدف‌گذاری^۳ برای توانبخشی چند ساله با مجموعه‌ای از تشخیص‌های گوناگون مانند مبتلایان به فلج مغزی، صدمات نخاعی، اختلال رشدی یادگیری و آسیب مغزی اکتسابی مورد استفاده قرار گرفت (مک میلان و اسپارکس، ۱۹۹۹). در هدف‌گذاری ساده، بر تطبیق مشکلات روزمره با نیازهای فرد تمرکز داده می‌شود از تمایز ساختگی بین اندازه‌گیری‌های پیامد و کارکرد زندگی واقعی اجتناب می‌شود که در برنامه‌های توانبخشی به‌طور فزاینده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است. هدف‌گذاری، مسیری برای توانبخشی ارائه می‌دهد، برای مداخله اولویت‌هایی مشخص می‌کند، پیشرفت را ارزیابی می‌کند، درمان را به مراحل دست‌یافتنی تقسیم می‌کند، کارکرد گروه و همکاری را ارتقاء می‌دهد و منجر به پیامدهای بهتر می‌شود (نیر و وید، ۲۰۰۳).

همان‌طور که پیشتر ذکر شد، دستیابی به اهداف کارکردی و معنا دار برای توانبخشی مهم است. لواک و همکاران (۲۰۱۵) بیان می‌کنند "توافق کلی وجود دارد که هدف‌گذاری نشانه توانبخشی معاصر است و آن مهارت‌ها در هدف‌گذاری، اهداف متخصصان سلامت، که در این زمینه کار می‌کنند را مشخص می‌سازد (ص ۴)". وقتی در مورد اهداف، با مراجعان، خانواده‌های‌شان و اعضای تیم توانبخشی گفتگو می‌کنیم، به دنبال چیزی هستیم که مراجعان انجام خواهند داد و می‌خواهند انجام دهند؛ این اهداف باید هدف‌های بلندمدت مراجع را منعکس کنند و در جهت دستیابی به

1. Hemiplegia
2. Perceived Discrepancy
3. Goal Setting

آنها باشند. اهداف، تنظیم‌کننده برانگیزاننده‌های مهم عملکرد انسان هستند (آستین و ونکوور، ۱۹۹۶)؛ و سرانجام پیامد مطلوبی هستند که توسط آنها می‌توان پیشرفت را اندازه‌گیری کرد.

از اولین روزهای هدف‌گذاری در توانبخشی آسیب مغزی (هوتس و اسکات، ۱۹۷۵؛ مک میلان و اسپارکس، ۱۹۹۹)، چندین اصل از رویکرد توانبخشی شناسایی شد. اصل اول اینکه هر مراجع باید (تا حد امکان) در هدف‌گذاری، خودش دخالت داشته باشد. اصل دوم اینکه اهداف باید معقول و مراجع محور باشند. اصل سوم این است که در زمان دستیابی به هدف، باید رفتار مراجع را توصیف کنند و اصل چهارم این است که آنها باید روش‌های مورد استفاده در دستیابی به اهداف را توضیح دهند، به شیوه‌ای که هرکسی با خواندن طرح بداند چه کاری باید انجام دهد. مک میلان و اسپارکس (۱۹۹۹) اصول هوتس و اسکات (۱۹۷۵) را خلاصه کرده و این موارد را به آنها اضافه می‌کنند: اهداف باید (۱) واقع‌گرایانه و قابل دسترس، (۲) واضح و خاص، (۳) قابل اندازه‌گیری باشند و (۴) مهلت زمانی تعیین شده داشته باشند. این توصیه‌ها برای ارائه یک واژه اختصاری مورد استفاده قرار گرفتند که به ما یادآوری کند اهداف باید SMART باشند (SPECIFIC, MEASURABLE, ACHIEVABLE, REALISTIC AND TIMELY؛ مک میلان و اسپارکس، ۱۹۹۹؛ ایوانز، ۲۰۱۲). دیگران ER را به اهداف SMART اضافه کردند (SMARTER)، دو حرف آخر (به نویسندگان بستگی دارد) به ETHICAL AND RECORDED (اخلاقی و ثبت شده، جوجی، ۲۰۱۱) یا EVOLVING AND RELATION CENTERED (تکامل یافته و رابطه محور؛ شرآت، وورال، هرش، هو و دیویدسون، ۲۰۱۵) اشاره دارد.

کرستن، مک فرسون، کایس^۱، تیدوم و مک کمبریج (۲۰۱۵)، برخی محدودیت‌های رویکرد SMART را نشان می‌دهند، اما نکته اصلی این است که اهداف تعیین شده برای برنامه‌های توانبخشی افراد دچار آسیب مغزی باید برای آنها معنادار و هدفمند باشد.

اهداف بلندمدت، به منظور بهبود کارکرد روزمره ناتوانی‌ها را هدف قرار می‌دهند و باید به هنگام اتمام برنامه توانبخشی قابل دستیابی باشند، درحالی که اهداف کوتاه مدت، گام‌هایی هفتگی برای دستیابی به اهداف بلندمدت هستند. کولیکات مک گراس (۲۰۰۸)، ذات فلسفه هدف‌گذاری را مشخص می‌کند و آن را این گونه بیان می‌کند: "توانبخشی مطلوب باید بیمار محور باشد نه حرفه محور؛ مبتنی بر مشارکت/ نقش باشد نه اختلال یا فعالیت‌ها؛ میان رشته‌ای باشد نه چندرشته‌ای؛ هدف‌گرا باشد نه مسئله محور؛ انفرادی باشد نه برنامه‌ای".

آگاهی

"آگاهی"^۲ اصطلاحی است که می‌تواند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشد. گفتگوی کوتاه، دانش درک یا یک حقیقت است، که می‌تواند به شیوه‌های مختلف تفسیر شود. اصطلاح دیگری که به طور منظم در عصب روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد "ادراک پریشی عضوی"^۳ است. اصطلاحی که توسط باینسکی (۱۹۱۴) برای توصیف افرادی ابداع شد که فلج یک سویه‌شان را انکار می‌کردند، اما اکنون به

1. Kayes
2. Awareness
3. Anosognosia

معنای انکار یا فقدان آگاهی از بیماری استفاده می‌شود (ویلسون، ۲۰۱۲). این با آنوزودیافوریا^۱ متفاوت است که در آن مراجعان، بیماری‌شان را انکار نمی‌کنند، اما نسبت به مشکلات‌شان بی‌توجه هستند. مشکل اخیر با ضایعات نیمکره راست مرتبط است (ویلسون، ۲۰۱۲). همچنین "غفلت یک طرفه"^۲ با آسیب به نیمکره راست مرتبط است (نارسایی در پاسخگویی و توجه به محرک‌ها در یک طرف فضا، به‌طور معمول چپ. هیلمن، واتسون، والنشتاین و گولدربرگ، ۱۹۸۷).

وقتی بعد از آسیب مغزی از آگاهی صحبت می‌کنیم، به‌طور معمول به آگاهی و شناخت فرد از مشکلات‌اش اشاره داریم. می‌توان گفت وقتی مراجعان نسبت به مشکلات‌شان آگاهی ندارند، این موضوع مانع توانبخشی می‌شود. البته ممکن است این مورد تا حدی صحیح باشد اما عدم آگاهی، مانع بهبود توانبخشی نمی‌شود. پس از این، می‌توانیم تکالیف ساده‌ای را در کمپ به افراد آموزش دهیم (شیل، ویلسون، هورن، واتسون و مک للان، ۱۹۹۳) و کودکان مبتلا به مشکلات شدید رشدی یادگیری می‌توانند مهارت‌ها را یاد بگیرند (کولن، ۱۹۷۶)؛ اما هیچیک از این گروه‌ها، آگاهی خوبی ندارند. با این حال، آنهایی که از مشکلات‌شان آگاهی قابل قبولی دارند به احتمال زیاد از توانبخشی بهره می‌برند. اونزوورس، مک فارلند و مک یانگ (۲۰۰۰)، مطالعاتی را توصیف می‌کنند که نشان می‌دهد افرادی که بعد از آسیب مغزی اکتسابی، وضعیت‌شان بهتر است به‌طور معمول آنهایی هستند که محدودیت‌هایشان را شناسایی می‌کنند، اهداف واقع‌بینانه را تعیین می‌کنند و به گونه‌ای فعال در توانبخشی مشارکت دارند (برگ کویست و جاکتز، ۱۹۹۳؛ دیتون، ۱۹۸۶؛ لام، مک ماهون، پرایدی و گرد شولتز، ۱۹۸۸؛ و پریگاتانو، ۱۹۸۶). یکی از اهداف اصلی برنامه کل‌نگر و هدف این کتاب کمک به افراد آسیب‌دیده مغزی است تا آگاه شوند و درک بهتری از تغییراتی داشته باشند که در نتیجه آسیب رخ داده است (ترکسلر، ابرل و زاپالا، ۲۰۰۰).

نقطه شروع توانبخشی، ایجاد سطح آگاهی مراجع است. مدل هر می کروسون و همکاران (۱۹۸۹)، آگاهی را با سه سطح سلسله مراتبی مفهوم‌سازی می‌کند: آگاهی "ذهنی"، "نوظهور" و "قابل پیش‌بینی". آگاهی ذهنی شامل شناسایی کمبودها و درک ذهنی معنای این کمبودها در زندگی روزمره است؛ اکثر مراجعان به هنگام ورود به توانبخشی نسبت به مشکلات‌شان آگاهی ذهنی خواهند داشت. آگاهی نوظهور^۳ به آگاهی "در لحظه" اشاره دارد، به این وسیله افراد می‌توانند مشکلات‌شان را به هنگام وقوع، تشخیص دهند. سرانجام، آگاهی قابل پیش‌بینی^۴ بالاترین سطح آگاهی به توانایی فرد در پیش‌بینی مشکلات در آینده اشاره دارد (بارکو، کروسون، بولستا، ورتس و استوت، ۱۹۹۱). وقتی سطح آگاهی اولیه مراجع شناسایی شد، در صورت امکان، برای حرکت از طریق این سطوح، مداخلات مورد هدف قرار می‌گیرند.

بنابر تجربه ما، ارزیابی رسمی، در ایجاد آگاهی سهمی دارد. اگر ارزیابی توضیح داده شود و مراجع از آنچه هر ارزیابی بررسی می‌کند آگاه باشد، پس نتایج می‌توانند به رشد آگاهی ذهنی کمک کنند.

1. Anosodiaphoria
2. Unilateral Neglect
3. Intellectual Awareness
4. Emergent Awareness
5. Anticipatory Awareness

برخی ارزیابی‌ها با اعتبار بوم شناختی (ارزیابی کارکردی استدلال کلامی و مهارت‌های اجرایی، مک دونالد، ۱۹۹۸) می‌توانند از تکالیف زندگی واقعی تقلید کرده و به شخص اجازه دهند تا در ارزیابی، هر کشمکشی را به تجربیات زندگی واقعی نسبت دهند.

پرسشنامه‌هایی که ادراکات مراجع از مشکلات را بررسی می‌کنند، اطلاعات با ارزشی ارائه می‌دهند. اگر اندازه‌گیری با دیگر مراجع تکرار شود، اثر، افزایشده است. به عنوان مثال، پرسشنامه ارتباط تروپ (داگلاس، او فلائرتی و اسنو، ۲۰۰۰)، ادراکات مراجع و دیگران را از مهارت‌های ارتباطی مراجع ارزیابی می‌کند؛ مقیاس درجه‌بندی شایستگی بیمار (پریگاتانو، ۱۹۸۶)، از مراجعان می‌خواهد تا ارزیابی کنند (در مقیاس ۱ تا ۵) چقدر در آماده‌سازی غذایشان، پوشیدن لباس، قرار ملاقات و غیره خوب عمل می‌کنند. ارزیاب مستقل، مقیاس را برای هر مراجع تکمیل می‌کند و این درجه‌بندی برای تعیین این نکته مورد استفاده قرار می‌گیرد که آیا مراجع، آگاهی خوب یا ضعیفی از مشکلات دارد. به شرطی که حس مراجع از امنیت حفظ شود، بازخورد مسئول جوابگویی می‌تواند بینش‌های باارزشی ارائه دهد. بازخورد ویدئو می‌تواند بسیار ارزشمند باشد (کوهان و پرینس، فصل ۶ همین کتاب).

پیچیدگی مورد

محتوای هر برنامه توانبخشی ارائه شده به چند مسئله بستگی دارد و شامل این موارد است: ماهیت و شدت آسیب مغزی پایدار، سن شخص، سن فرد در زمان آسیب، وضعیت مناطق آسیب ندیده مغز به علاوه شخصیت پیش از آسیب، کارکرد شناختی فرد، شغل پیشین، توانبخشی قبلی، انگیزه و حمایت خانواده. هیچ مراجعی غیرقابل درمان نیست. حتی افراد در حالت نباتی با حداقل هوشیاری هم می‌توانند از توانبخشی بهره ببرند (ویلسون، داماپورکار و رز، ۲۰۱۶). چنین مراجعانی نمی‌توانند در مورد اهداف بحث کنند، اما اعضای خانواده و دیگر مراقبت‌کنندگان می‌توانند برای بهترین راه پیشروی مشورت کنند.

رابرتسون و مور (۱۹۹۹) معتقدند که شدت آسیب مغزی تعیین می‌کند که آیا توانبخشی مجاز است یا خیر. آنها اشاره می‌کنند افراد با آسیب‌های خفیف، خود به خود بهبود خواهند یافت و افراد با آسیب‌های متوسط از روش بازآموزی بهره می‌برند و افراد با آسیب‌های شدید، به روش جبرانی نیاز خواهند داشت. اگرچه برخی عوامل در این باور وجود دارد، اما بنابر عقیده ما، بسیار ساده و سطحی است. به عنوان مثال، موقعیت آسیب، نقش مهمی در توانبخشی بازی می‌کند. بنابراین، افراد با آسیب خفیف در قطعه پیشانی ممکن است نسبت به افرادی با آسیب شدید در قطعه گیجگاهی قدامی چپ، شرایط نامساعدتری داشته باشند. گروه اول ممکن است توجه و برنامه‌ریزی داشته باشند، اما مشکلات سازماندهی مانع این می‌شود تا از توانبخشی حداکثر بهره را ببرند، درحالی که گروه دوم، با مشکلات زبان، با انتقال برخی از کارکردهای زبان به نیمکره راست، انعطاف‌پذیری بهتری نشان می‌دهند.

علاوه بر این، برخی افراد با آسیب مغزی خفیف (حالت گیجی یا عدم هوشیاری کمتر از ۳۰ دقیقه، نمره ۱۳ تا ۱۵ مقیاس کمای گلاسکو و یادزدودگی پس ضربه‌ای کمتر از ۲۴ ساعت) می‌توانند مشکلات طولانی مدتی را تجربه کنند. پونسفورد و همکاران (۲۰۰۲) اشاره می‌کنند که بازماندگان آسیب مغزی پس از ضربه می‌توانند سردرد، سرگیجه، بی‌خوابی، کاهش سرعت تفکر، مشکلات تمرکز و حافظه،

خستگی، تحریک پذیری، اضطراب و افسردگی را مانند افراد مبتلا به آسیب مغزی شدید یا متوسط تجربه کنند. علاوه بر این، پونسفورد و همکاران نشان می‌دهند برخی علائم برای سال‌ها باقی می‌ماند آن هم به دلیل استرس مقابله با کاهش توانایی پردازش اطلاعات.

علاوه بر ماهیت و میزان آسیب مغزی، باید به تأثیر عوامل دیگر بر بهبود فرد بعد از آسیب توجه کنیم. انگیزه قوی، سیستم‌های حمایت خانواده و کیفیت توانبخشی موجود اغلب موفقیت را بالا می‌برند درحالی که مشکلات سلامتی پیش از آسیب، فقدان روابط اجتماعی و بی‌اعتنایی به راهبردها با این باور که اینها تا حدی «فریبنده» هستند یا مانع بهبود طبیعی خواهند شد، منجر به بهبود محدود می‌شوند.

کار گروهی یا فردی؟

اهمیت کار با افراد در برنامه توانبخشی مرکز زانگویل، ذاتی است. باید به مشکلات شخصی هر مراجع بپردازیم، او را در بحث اهداف دخالت دهیم و بهترین تکنیک یادگیری را برای آن فرد پیدا کنیم. با این حال، همه برنامه‌های درمانی کل نگر، از جمله برنامه‌ای که در زانگویل پیشنهاد شد، دو نوع درمان فردی و گروهی را ارائه می‌دهد (ترکسلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). ما همگی اعضای گروه هستیم، خانواده، همکاران، گروه‌های آسیب، اجتماعی، سیاسی و مذهبی. گروه‌ها برای ما حمایت همسالان، نقش‌ها و هویت‌های مشترک را فراهم می‌آورند. پس از آسیب مغزی، بیشتر افراد فقدان نقش‌ها، هدف و حس انزوا را تجربه می‌کنند (مالی، بتمن و گریسی، ۲۰۰۹)؛ گروه‌ها می‌توانند برای غلبه بر این انزوا کمک کنند. در بسیاری از فصل‌های این کتاب، نه تنها در مورد کار فردی بحث می‌شود، بلکه به کار گروهی نیز اشاره می‌شود.

هسلم و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی وضعیت عضویت افراد در گروه‌های چندگانه، پیش از ضربه خفیف، پرداختند و پس از بررسی پی‌بردند که هویت اجتماعی افراد بعد از ضربه حفظ می‌شود و استمرار می‌یابد. به باور نویسندگان، "رضایت از زندگی با عضویت در گروه پیش از سکنه و حفظ آن عضویت، مرتبط بود" (ص ۶۷۱).

علاوه بر این، به دلیل اینکه درمانگران زمان اندکی دارند، برای مقابله، افراد را به صورت گروهی درمان می‌کنند نه فردی. درمان چندین نفر در یک زمان، ارزان‌تر است. مهم‌ترین دلیل این است که بازماندگان آسیب مغزی از تعامل با افرادی که مشکل مشابه آنان را دارند، بهره می‌برند. بازماندگان آسیب مغزی گاهی از این وحشت دارند که سلامت عقل خود را از دست می‌دهند، اما این ترس، با مشاهده افرادی که دارای مشکلات مشابه آنان هستند، کاهش می‌یابد. گروه‌ها می‌توانند از اضطراب و پریشانی بکاهند. آنها می‌توانند به افراد امید دهند و بدین ترتیب به مراجعان نشان دهند که تنها نیستند. پذیرش نصیحت یا راهبردی که هم‌تایان استفاده می‌کنند، ساده‌تر از آن چیزی است که متخصصان پیشنهاد می‌کنند. بنابراین، گروه‌ها باعث یادگیری بهتر رفتار مناسب می‌شوند. آنها حتی منجر به نوع دوستی می‌شوند مانند حمایت از افراد کم توان در گروه.

اعضای گروه، دوستی‌ها را شکل داده و احساس انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهند. یک گفته معروف وجود دارد: "موفقیت، موفقیت می‌آورد"، پس متخصصان می‌توانند با ارائه تکلیف مناسب با