عنوان

شرح مختصر از مداخلات روانی اجتماعی بیماران اعصاب و روان و خانواده آنها

(تاکید بر مددکاری اجتماعی)

A brief description of psychosocial interventions of psychiatric patients and their families

(Emphasis on social work)

نویسنده

حامد صادق مقدم جوان

دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

دانشگاه علامه طباطبائی

انتشار یافته در مجله اینترنتی مددکاری اجتماعی ایران

http://www.socialwork2015.ir

امروزه حوزه سلامت موضوعی است که تمامی متخصصین بهداشت و درمان با توجه به سه سطح پیشگیری علاوه بر توجه به درمان بیماری‌ها بر آموزش بیماران و خانواده‌های آنها در پیشگیری از عود علائم بیماری‌ها و بخصوص بیماری‌های مزمن تاکید فراوانی دارند. از دیدگاه متخصصین ابعاد سلامت شامل سلامت روانی[1] اجتماعی[2] فیزیکی[3] هیجانی- عاطفی[4] و معنوی[5] است. این پنج بعد سلامت با یکدیگر در ارتباط هستند و تغییر در هریک از آنها ابعاد دیگر را به طور مستقیم یا غیر مستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهد. در حال حاضر به دلیل گستردگی دامنه مشکلات زندگی فردی و اجتماعی دو بعد سلامت روانی و اجتماعی به نسبت ابعاد دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار است و بیشتر مورد توجه متخصصین حوزه روانی - اجتماعی قرار می‌گیرد. سلامت روانی و اجتماعی مولفه مهم در پویایی فرد و جامعه و از شاخص‌های ارزیابی بهداشت و توسعه اجتماعی محسوب می‌شود. اما متاسفانه از سال ۱۹۴۶ میلادی که WHO تعریف سه بعدی زیستی، اجتماعی و روانی را ارائه داده است بسیاری از کشورها از بعد روانی و اجتماعی آن غافل مانده‌اند. سلامت روان برای هر فرد، خانواده و جامعه به طور کلی مهم

[1] Psychological
[2] Social
[3] Physical
[4] Emotional
[5] Spiritual

است. این مولفه انرژی لازم را برای زندگی پویا در اختیار افراد قرار می‌دهد. برای افراد و جوامع سلامتی نه تنها از نظر جسمی بلکه از نظر عاطفی و روانی هم برای رفاه و بهزیستی ضروری است. فردی سالم دارای ذهن سالم است که توانایی‌هایی چون تفکر روشن، حل مساله در زندگی، شغل یا کار مولد و پویا، لذت بردن از روابط با دیگران، احساس راحتی معنوی و کمک به جامعه را دارد. این جنبه‌های عملکردی می‌تواند به عنوان سلامت روان درنظر گرفته شود. سلامت اجتماعی بعدی از رفاه فردی است که در رابطه با این موضوع است که افراد چگونه با دیگر افراد جامعه، رسومات اجتماعی و سازمان‌ها تعامل دارند و اینکه دیگران چگونه با او برخورد می‌کنند. کاستل[6] و همکارانش (۲۰۰۸)، سلامت اجتماعی را کیفیت فعالیت‌های اجتماعی، رفاه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، روابط بین فردی، حمایت‌های اجتماعی و میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌دانند. از دید سلامت اجتماعی اگر افراد در جامعه سازگاری بیشتری داشته باشند طول عمر بیشتری دارند و بهبودی آنها در اثر بیماری بیشتر است. افراد دچار بیماری باید مورد حمایت‌های اجتماعی قرار بگیرند تا به جامعه بازگردند. این مورد بالاخص برای سالمندان و افراد مبتلا به اختلالات روانی موثر است. شواهد پژوهشی اخیر در ایران نشان می‌دهد که ۲۱ درصد از جمعیت کشور مبتلا به کی از اختلالات روانی خفیف تا شدید هستند و ۳ درصد آنها نیاز به روانپزشک دارند و ۱ درصد از این تعداد بیماران روانی مزمن هستند که نیاز به مراقبت ویژه، درمان و توانبخشی پایدار دارند.

قطعا هر فردی که دچار اختلال روانی شده است تجربه‌های ناخوشایندی در زندگی خود داشته است؛ در واقع با توجه به بحث می‌توان گفت عدم ثبات در سلامت روانی و اجتماعی به نوعی از عوامل ژنتیکی گرفته تا روابط ناخوشایند و بین فردی و مشکلات شخصی ناشی از شرایط اجتماعی در اینکه فرد دچار بیماری شده باشد تاثیرگذار است. کارکردهای اجتماعی و مهارتهای اجتماعی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. یکی از جنبه های مهم از دست دادن مهارت های زندگی، مهارت‌های اجتماعی و روابط میان فرد، عزت نفس و بروز پرخاشگری است. بیمار روان مزمن نیاز به درمان پایدار و نگهداری دارد. بنابراین این افراد در مراکز شبانه روزی تحت درمان و توانبخشی قرار می‌گیرند و هدف این مراکز اجرای طرح بازگشت به جامعه پس از بهبودی نسبی است. این طرح از طریق اسکان افراد در خانه های حمایتی خارج از مرکز و تحویل به خانواده‌ها صورت می‌پذیرد (لازم به ذکر است که ارتباط فرد با خانواده در طول درمان به صورت موقتی می‌باشد). بنابراین این افراد در مراکز به منظور بهبود مهارت‌ها و کارکردهای مختلف وارد چرخه مداخلات توانبخشی می‌شوند. با توجه به عوامل اجتماعی و فرهنگی تاثیرگذار بر سازگاری بیماران با شرایط خودشان رویکرد صرف مدیکال و پزشکی در درمان این گروه به تنهایی اثرگذار نمی‌باشد و با توجه به گستردگی مشکلات نیاز به مداخلات روانی – اجتماعی[7] احساس می‌شود.

[6] Castel
[7] Psychosocial interventions

تیم درمان توانبخشی روانی – اجتماعی[8](مددکار اجتماعی، روان شناس بالینی، روانپزشک، کاردرمانگر) در توسعه توانمندی‌های بیمار و ایجاد سازگاری طبیعی در وی مداخلات حرفه‌ای را انجام می‌دهند و از طرفی دیگر مداخلات حرفه‌ای بر روی خانواده بیمار صورت می‌پذیرد. با توجه به وضعیت اجتماعی – اقتصادی خانواده‌ها علاوه بر رابطه سالم با بیمار و نگهداری وی با مشکلات عدیده‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند. فشار اقتصادی، بیماری، مشکلات اجتماعی و خانوادگی و بار روانی نگهداری از بیماران، عدم آگاهی کافی نسبت به بیماری، تمسخر و احساس گناه به دلیل برچسب و عدم کارکرد مناسب رفتاری و اجتماعی از جمله مشکلات مراقبان (خانواده) بیماران روان مزمن است. بنابراین با توجه به رابطه نزدیکی که خانواده با بیمار دارد از لحاظ جسمی، روانی و عاطفی دچار اختلال می‌شود و عدم رسیدگی به نیازهای خانواده سبب تشدید ناراحتی ها و خلل در روند توانبخشی و مداخلات مربوط به بیمار می‌شود. این تشدید و فشاری که بر روی مراقب یا خانواده است می تواند پیامدهایی چون؛ منزوی شدن خانواده، نداشتن امید به حمایت های اجتماعی، عدم توجه به بیمار و رها کردن وی را در پی داشته باشد (بیگل[9] و همکاران،۱۹۹۴). اهمیت سلامت روانی و اجتماعی برای جامعه و افراد آن، موانع و مشکلات ساختاری و کمبود امکانات موجود، مشکلات روانی – اجتماعی خانواده ها و مراقبین ناشی از نگهداری عضو مبتلا به بیماری روانی مزمن، عدم توجه رویکرد پزشکی به مسائل روانی – اجتماعی و در نهایت کمبود منابع معرفی کننده مداخلات حرفه های یاورانه به طور خاص به منظور درمان بیماران اعصاب و روان مزمن، موارد اندکی است که احساس نیاز به مداخلات روانی – اجتماعی را بیشتر می کند. بدین منظور تیم درمان توانبخشی روانی – اجتماعی (روانپزشک، روان شناس بالینی، مددکار اجتماعی، کاردرمانگر) باید از مداخلات روانی – اجتماعی به صورت تیمی استفاده کرده تا مشکلات مربوطه را کاهش دهند و بیمار و خانواده را تا حد امکان توانمند سازند. علاوه بر مشکلات ذکر شده برخی مشکلات بیماران، مانند مشکلات قضایی، هویتی توسط مددکار اجتماعی پیگیری می شود. مددکار اجتماعی در چهار مرحله توانبخشی روانی – اجتماعی (ارزیابی، درمان،بازگشت به خانواده و جامعه، پیگیری) درگیر است. اما نقش وی در مرحله سوم و چهارم به صورت برقراری ارتباط بین بیمار و خانواده و انجام بازدید از منزل یا محیط کار به منظور پیگیری پر رنگ تر است. تمایز دیگر مددکاری اجتماعی با دیگر حرفه های یاورانه اقدام جامعه ای به منظور توانمند سازی بیماران است.

به منظور مداخله و توانبخشی از مداخلات با رویکردهای متفاوت و چهارچوب ها و راهنماهای عملی استفاده می شود. دسترسی به نقشه و راهنما برای اجرای مداخله و رسیدن به هدف بسیار حائز اهمیت است. این نقشه و راهنما را به نقشه سفر می توان تشبیه کرد. فرد به منظور سفر از مبدا و مقصد خود آگاهی دارد اما برای فهم چگونگی طی کردن مسیر و رسیدن مقصد باید از راهنما و نقشه استفاده کند. بنابراین در این راستا به معرفی و

[8] Psychosocial rehabilitation
[9] Biegel et al

بررسی تعدادی از رویکردها، طرح ها، پروتکل ها و راهنماهای عملی به منظور مداخله در درمان و توانبخشی بیماران روان مزمن و خانواده آنها می پردازیم :

۱ – توانمند سازی روانی – اجتماعی :

زیمرمن در سال ۱۹۹۳ تئوری توانمند سازی روانی را برای اولین بار ارائه و چنین تعریف کرد : « توانمندسازی، فرآیندی روانشناختی است که فرد بر آن می شود که در مورد خود و توانایی هایش به صورت مثبت بیندیشد و بر سطوح فردی و اجتماعی زندگی خود تسلط داشته باشد ». توانمندسازی اجتماعی را فعالیت و مشارکت اجتماعی، برقراری روابط اجتماعی درست و سالم و تغییر نگرش تعریف می کنند. دیدگاه توانمندسازی معتقد است که آگاهی و دانش اولیه از مراجعان بدست می آید و از لحاظ اخلاقی مددکاران اجتماعی و دیگر حرفه های یاورانه درگیر در مداخله توانمندسازی باید از این دانش بر طبق خواست مراجعان برای تقویت و قدرتمند ساختن آنان استفاده نمایند. این دیدگاه خواست و نظر مراجع را در اولویت قرار می دهد زیرا معتقد است که این افراد بهترین دانش و آگاهی را درباره شرایط و اهدافشان دارند (پین، ۱۳۹۱). ما در استفاده از این مداخله و الگو باید از خو بپرسیم که چگونه می توانیم رشد و تحول عزت نفس فرد را مرود حمایت قرار دهیم و وی را در ایجاد مهارت های اجتماعی، روانی و ارتباطی و مهارت های زندگی توانمند سازیم به طوری که فرد بتواند بر اساس این عزت نفس و فراگیری این مهارت ها در رشد و تحول سلامت روانشناختی خود گام بردارد. در این راستا مددکار اجتماعی نقش مهمی در حصول اطمینان از بهبودی حداکثر مبتلایان به بیماریهای روانی شدید دارد. وظیفه مددکار اجتماعی کمک به افراد برای غلبه یا جبران مشکلات روانی و اجتماعی ادغام است و به آنها کمک می کند تا در زندگی روزمره خود در جامعه به صورت مستقل ترین و شایسته ترین ، و همچنین در انجام فعالیت‌های خود باشند. نمونه راهنمای عملی مداخله با رویکرد توانمندسازی ویژه کارشناسان سلامت روان که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است به شرح زیر است :

ردیف	تعداد جلسه	اهداف	مولفه ها
۱	اول	ایجاد – یا افزایش انگیزه برای تغییر ایجاد آمادگی شناختی برای تغییر آموزش هدف گذاری	مصاحبه انگیزشی آمادگی شناخت برای تغییر (ارتباط افکار،احساسات و رفتار- آموزش تله های فکری شایع- شناسایی الگوهای فکری- ارزیابی افکار- جایگزین کردن افکار) هدف گذاری
۲	دوم	آموزش مهارت تصمیم گیری	مهارت حل مساله مهارت تصمیم گیری

		آموزش مهارت حل مساله	
۳	سوم	آموزش مهارت مقابله با استرس آموزش مهارت مقابله با هیجانات منفی	مهارت های مقابله ای استرس و مقابله با آن مقابله سالم و ناسالم مقابله مساله دار آشنایی با خشونت آشنایی با مراحل تبدیل عصبانیت به پرخاشگری آشنایی با سبک های ابراز خشم
۴	چهارم	آموزش سبک زندگی سالم	تعریف سبک زندگی و نقش آن در بهبود سلامت جسمی و روانی

۲- مدیریت مورد (case management) :

فرایندی برای برنامه ریزی ، جستجوی منابع، مدافع و نظارت بر خدمات مختلف اجتماعی یا سازمان های مراقبت های بهداشتی که به نمایندگی از مراجع است. این روند مددکاران اجتماعی در یک سازمان یا سازمانهای مختلف را قادر می سازد تا تلاش های خود را برای خدمت به مراجع معین هماهنگ کنند. در ساده ترین شکل آن مدیریت مورد ابزاری برای هماهنگی خدمات است. به هر فرد بیمار روانی "مدیر پرونده" اختصاص داده می شود که انتظار می رود؛ نیازهای آن شخص را ارزیابی کند، یک برنامه مراقبت برای وی تهیه نماید، مراقبت های مناسب فراهم شود، بر کیفیت مراقبت های ارائه شده نظارت شود و تماس با فرد را حفظ کند (هالووی،۱۹۹۱). هدف اصلی مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی ، بهینه سازی عملکرد مراجع و رفاه با ارائه و هماهنگی خدمات باکیفیت است که مؤثرترین و کارآمدترین روش ممکن ، برای افراد دارای چندین نیاز پیچیده است.

توسعه مدیریت مورد به ظهور حرفه مددکاری اجتماعی و اقدام برای کار اجتماعی در قرن بیست ویکم برمیگردد. حرفه مددکاری اجتماعی و مدیریت مورد به طور همزمان در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در ایالات متحده ظهور کرد. بر اساس مطالعه بنچمارک NASW در مورد مددکاران اجتماعی دارای مجوز در ایالات متحده ، مدیریت مورد جزء بسیاری از مشاغل اجتماعی است و تعداد قابل توجهی از مددکاران اجتماعی گزارش می کنند که بیشتر از نیمی از وقت خود را صرف مسئولیت های مدیریت مورد می کنند. هدف اصلی مدیریت مورد در

مددکاری اجتماعی ، بهینه سازی عملکرد مراجع و رفاه با ارائه و هماهنگی خدمات باکیفیت است که مؤثرترین و کارآمدترین روش ممکن ، برای افراد دارای چندین نیاز پیچیده است.

توسعه مدیریت مورد به ظهور حرفه مددکاری اجتماعی و اقدام برای کار اجتماعی در قرن بیست ویکم برمیگردد. حرفه مددکاری اجتماعی و مدیریت مورد به طور همزمان در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در ایالات متحده ظهور کرد. بر اساس مطالعه بنچمارک NASW در مورد مددکاران اجتماعی دارای مجوز در ایالات متحده ، مدیریت مورد جزء بسیاری از مشاغل اجتماعی است و تعداد قابل توجهی از مددکاران اجتماعی گزارش می کنند که بیشتر از نیمی از وقت خود را صرف مسئولیت های مدیریت مورد می کنند. با توجه به اصول و اهداف که در رویکرد مدیریت مورد وجود دارد، ویژگی هایی چون خدمات شخص محور، رابطه اولیه مراجع و مددکار اجتماعی، شخص در موقعیت، رویکرد نقاط قوت، اقدام مشارکتی و مداخله در سطح خرد، میانه و کلان اقدام مددکار اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد را متمایز می کند. نمونه الگوی مداخله مدیریت مورد مدون شده بر اساس استاندارد مدیریت مورد آمریکا در جدول زیر آمده است:

ردیف	عنوان	شرح مرحله
۱	ارزیابی مراجع	ارزیابی مراجع در مورد : جسمی، عملکردی، سابقه پزشکی، رفتارهای روانی – اجتماعی، پویایی ساختار خانواده و ساختارهای حمایتی دگر، اعتیاد، وضعیت بیمه و ...
۲	شناسایی مشکل / فرصت	مدیر مورد با توجه به مصاحبه با مراجع و ارزیابی اولیه وی به شناسایی مشکلات و فرصت ها می پردازد
۳	برنامه ریزی و اجرا	مدیر مورد پس از شناسایی نیازهای کوتاه مدت، بلند مدت و فوری عملیات های لازم جهت رفع و پاسخ دهی به این نیازها را طراحی میکند. وی به تشخیص مشکل، تعیین نیاز مراجع و هدف های نهایی می پردازد و با مدنظر قرار دادن شاخص های اندازه گیری در بازه زمانی مشخص به اجرای مداخله می پردازد.
۴	نظارت و پایش	طی فرایند مداخله مدیر مورد برنامه و میزان پاسخ مراجع به برنامه را مدنظر قرار می دهد. او باید مطمئن شود که برنامه به صورت مناسب در حال اجرا است.
۵	اختتام فرایند مدیریت مورد	مدیر مورد باید به صورت مناسبی به مداخله خود پایان دهد. دستیابی به اهداف تعیین شده و رسیدن به حداکثر منابع، تغییر در موسسه درمانی، تغییر در منافع، خودداری مراجع در استفاده از خدمات، مرگ مراجع و تشخیص مدیر مورد می تواند دلایلی برای اختتام برنامه مداخله باشد.

به طور کلی علاوه بر پروتکل های مدیریت مورد، در سالیان اخیر از مدل های متفاوتی در مدیریت مورد استفاده کرده اند. در جدول زیر به این مدل ها که در بازتوانی روانی- اجتماعی بیماران اعصاب و روان کاربرد دارد، اشاره شده است:

ردیف	مدل مدیریت مورد	شرح و ویژگی ها
۱	واسطه ای	عملکردهای اساسی ارزیابی، برنامه ریزی، ارتباط،کنترل کرده و حمایت گری خدمات ارجاعی خدمات مبتنی بر مطب و کلینیک
۲	رمانگاهی	روان درمانی آموزش مهارت ها و آموزش روانی حمایت های محیطی و به کارگیری منابع
۳	مبتنی بر توانایی ها	شناخت توانایی مراجع به کارگیری منابع اجتماعی در دسترس آموزش مهارت کسب منابع مراجع نظارت بر مدیران مورد
۴	بازتوانی	در نظر گرفتن اهداف بازتوانی در نظر مراجع کاربرد ارزیابی عملکرد مهیا کردن آموزش مهارت ها
۵	درمان جامعه ای قاطع	تیم های چند تخصصی پیگیری مورد ها به طور اشتراکی دسترسی کامل به خدمات ارائه خدمات در داخل اجتماع عدم محدودیت زمانی در ارائه خدمات ارائه خدمات اجتماعی،بازتوانی و درمانهای روانپزشکی بر اساس نیاز مراجع
۶	متمرکز	دسترسی کامل به خدمات ارائه خدمات در داخل اجتماع

۳- مداخلات شناختی - رفتاری (CBT)

درمان شناختی رفتاری (CBT)، نوعی روان درمانی است که شامل روش هایی با هدف تقویت مهارت های انطباق، افزایش عزت نفس و آموزش بیماران در مورد چگونگی اصلاح درک و تفسیر اشتباه از تجربیات روان پریشی آنها می‌باشد. درمان شناختی رفتاری به دلیل نارسایی های گذشته سایر روان درمانی های فردی با بیماران اسکیزوفرنی ایجاد شد. پژوهش های متعدد در حوزه های مددکاری اجتماعی، روان شناسی و مشاوره اثربخشی این مداخله را تایید کرده‌اند. مددکاران اجتماعی در کار با مراجعان رویکردهای مداخله ای شناختی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می کنند. مددکاری اجتماعی شناختی- رفتاری متمرکز بر تعریف و پرداختن به مشکلات رفتاری افراد، به ویژه ترس های اجتماعی، اضطراب و افسردگی است. به گفته گمبریل مددکاران اجتماعی بر اساس مشاهده مستقیم، تحلیل و توصیف دقیقی از مشکلات به دست می آورند و به مراجعان کمک میکنند تا از رفتارهای تغییر داده شده در بسیاری از موقعیت ها استفاده نمایند و به پیشرفت های خود پس از توقف مداخله نیز ادامه می دهند، همچنین مددکاران اجتماعی به دنبال دستیابی به پیامدهایی هستند که توسط مراجعان ارزشمند است. مددکاری اجتماعی رفتاری، استفاده آگاهانه مددکاران اجتماعی حرفه ای از تکنیک های مداخله ای مبتنی بر نظریه هی یادگیری است که بر اساس تجربه شکل گرفته اند. نظریه های شناختی هم طی دهه ۱۹۸۰ در نظریه مددکاری اجتماعی و از طریق کار گلداشتاین جایگاهی بدست آورد. تمرکز بر ادراک و تفکر روش درمانی شناختی رفتاری را به طیفی دیگر از نظریه های مددکاری اجتماعی مرتبط میکند که تاثیر خوبی داشته اند زیرا بیشتر فعالیت های مددکاری اجتماعی با ادراکات و واکنش های افراد به تجربیات اجتماعی سروکار دارند. تمرکز صرف بر شیوه های رفتاری همخوانی کمتری با تقاضاهای اجتماعی که از مددکاری اجتماعی بعمل می آید،دارد. البته توجه به این موضوع مهم است که مددکاران اجتماعی مجبور نیستند در تمام کارشان همه الگو را به کار ببرند آنها می توانند بخشی از الگو را مفید است به کار ببرند (پین،۱۳۹۱). نقش اصلی مددکاران اجتماعی به عنوان مربیان ، معلمان و دست اندرکاران می تواند آموزش به مراجعان برای کمک به خود ، آموزش مهارتهای مورد نیاز به آنها، آموزش آنها در تمرین و به کارگیری این مهارتها و سپس نظارت بر آنها در تعمیم مهارتهای کسب شده در زمینه ها و مشکلات دیگر باشد. مددکاران اجتماعی با آموختن مهارت و روش به مراجعان از طریق چنین مداخلاتی مانند (CBT) ، می توانند به مراجعان کمک کنند تا خود عامل تغییر باشند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. بنابراین آموزش CBT باید به عنوان یک روش مفید ، مؤثر هم برای مددکاران اجتماعی و هم برای مراجعان آنها توصیه شود (رونن و فریمن،۲۰۰۷). در زیر پروتکل مداخله شناختی – رفتاری بیماران اسکیزوفرنی ترکینگتون و کینگدن آمده است :

مرحله	محتوا
۱	ایجاد اتحاد درمانی و تعیین اهداف معرفی اعضاء به یکدیگر و توصیف برنامه درمانی کاهش استرس ناشی از انگ اسکیزوفرنیا
۲	مدل شکل گیری بیماری اسکیزوفرنی نقش دارو در درمان و شناخت درمان شناختی رفتاری توصیف مدل ABC
۳	بهبود عملکرد رفتار بهبود برنامه های مراقبت از خود مقابله با صداها و تغییر باورها در مورد صداها
۴	شناسایی موقعیت های استرس زا و خطاهای شناختی
۵	مقابله با موقعیت های اجتماعی تاثیر بیماری بر احساس خویشتن
۶	مقابله با خطاهای شناختی آموزش مهارت کنترل استرس
۷	ارزیابی شواهد در مورد آزمودن واقعیت تفسیر افکار خودکار از طریق تکنیک های تمرکز تغییر باورهای هذیانی و استفاده از راهبردهای تضعیف هذیان ها
۸	استدلال های منطقی مانند ارزیابی مدارک برای آزمودن واقعیت، حذف شواهد حمایتی
۹	آزمون واقعیت در مورد صداها، مسخره کردن صداها و اصلاح پاسخ ها به دستورات صداها
۱۰	تفسیر و هنجارسازی افکار خودکار و کنترل افکار از طریق شیوه های تمرکز
۱۱	تغییر باورهای هذیانی تغییر باورهای اساسی از طریق روابط متقابل بین ارزیابی شواهد، استدلال منطقی و آزمون واقعیت

۱۲	ترتیب استفاده کردن از راهبردها، بررسی شواهد حمایتی هذیان ها و حذف آنها
۱۳	عمل روی خود پنداره و عزت نفس پایین و استفاده از راهبرد شناختی PSOB جهت آموزش برای ارزیابی خود و موقعیت
۱۴	آموزش فعالیت های حواس پرتی مانند تغییر دادن محیط و افراد دیگر
۱۵	راه های مقابله با ترس از عود بیماری
۱۶	جلوگیری از عود و آموزش مقابله با عود علائم تاکید بر اهمیت دارو درمانی

۴- آموزش مهارت های اجتماعی (SST)

هدف از مداخله با رویکرد آموزش مهارت های اجتماعی بهبود و ارتقاء عملکرد اجتماعی است. آموزش مهارت‌های اجتماعی، رویکردی سازمان یافته‌ای برای آموزش مهارت‌های بین فردی بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی است که به مرور اصلاح شده است. تا اواخر دهه ۱۹۶۰، آموزش مهارت های اجتماعی بیشتر به عنوان رویکردی در آموزش رفتارهای موثرتر بین فردی به کار میرفت ولی به مرور این رویکرد برای بسیاری از موقعیت ها و افراد از جمله اختلالات روانپزشکی، سوء مصرف مواد، معلولیت های ناشی از اختلال رشد مورد استفاده قرار میگرفت و در مدارس،صنعت، زندانها و برای زوج ها و خانواده ها کاربرد پیدا نمود. آموزش مهارت های اجتماعی شامل فعالیت های یادگیری با استفاده از تکنیک های رفتاری است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روانی ناتوان کننده را قادر می سازد تا مدیریت بیماری های فردی و مهارت های زندگی مستقل برای بهبود عملکرد در جوامع خود را بدست آورند. آموزش مهارت های اجتماعی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را قادر می سازد مهارت‌های بین فردی و اجتماعی را به دست آورند و آنها را قادر به تعامل با دیگران ، بهبود عملکرد در جوامع و زندگی مستقل می کند. برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی مهارت کسب زندگی روزمره با تشویق و تقویت مهارت‌های مرتبط و ایمن به افراد ارائه می‌دهد. مطالعات نشان می دهد که عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان با برنامه آموزش مهارت های اجتماعی بهبود می یابد و مشاهده شده است که اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی نسبت به رویکردهای دیگر بر کاهش اختلال اجتماعی و ناتوانی عملکردی بیشتر است (هنان ابراهیم[۱۰] و همکاران،۲۰۱۷). روانپزشک آمریکایی لیبرمن را می توان عامل اصلی سیستم سازی و اجرای این رویکرد در شرایط بالینی دانست. لیبرمن و همکاران (۲۰۰۶)، اخیراً اظهار داشتند که مهارتهای اصلی که باید در یک برنامه SST آموزش داده شود عبارتند از: ادراک اجتماعی ، عبور اطلاعات اجتماعی ، مهارتهای پاسخگویی و ارسال ، مهارتهای وابستگی ، مهارتهای نقش ابزاری و رفتارهای تحت نظارت هنجارهای اجتماعی است. در این راستا یک

[1] Hanan Ebrahim [0]

گروه تحقیقاتی در دانشگاه بارسلون مداخله مدنظر را بر اساس هفت مرحله پیشنهادی لیبرمن بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اجرا کرده اند.

پروتکل مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی لیبرمن و همکاران (۲۰۰۶)

ردیف	عنوان جلسه	محتوا
	جلسات معرفی و خاتمه	جلسات اول و آخر برای معرفی آموزش و ملاقات با گروه و بستن مداخله و ارزیابی کامل کیفی
۱	ادراک اجتماعی	تبعیض بین حالت های پایه ای انسانی و دقت در صورت تشخیص احساسات
۲	پردازش اطلاعات اجتماعی	برای کشف سبکهای اسنادی هنگام تفسیر بیان و رفتار دیگران
۳	پاسخگویی و ارسال مهارت	دو بخش است : غیر کلامی (تماس چشمی و فاصله شخصی) و ارتباط کلامی (تمایز در بین سبک های ارتباطی منفعل ، تهاجمی و منفعل).
۴	مهارت های وابستگی	روابط خانوادگی و دوستانه. برخورد با درخواست حریم خصوصی ، ابراز محبت یا عقاید ، یا ارائه تعارف
۵	مهارت های نقش ابزاری	تمرین توانایی های خاص ابزاری (درخواست اطلاعات ، درخواست لطف و تعیین محدودیت به روشی قاطع).
۶	مهارت های متقابل	شروع ، نگهداری و پایان دادن به مکالمه
۷	اداره رفتارها با هنجار اجتماعی	بحث در مورد حقوق و مسئولیت های زندگی در جامعه. تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی

۵- خدمات مداخله در بحران (CIS)

وضعیت بحرانی را می توان به عنوان یک حادثه غیرمترقبه در زندگی افراد در نظر گرفت. افراد به شیوه ای پایدار و استوار نسبت به وقایع روزمره زندگی خود واکنش نشان می دهند. هنگامی که اتفاقی می افتد، آنها سعی میکنند با استفاده از منابعی که دارند با آنها مقابله نموده و از عهده آن مسئله برآمده و آن را برطرف نمایند. حوادثی که برای افراد معنی دار و یا تهدیدکننده هستند ممکن است باعث شوند که افراد با استفاده از مکانیزم هایی که قبلا برای آنها مفیده بوده و هم حوادث و هم واکنش نسبت به آنها مدیریت نمایند. درحالی که افراد این اقدامان را صورت میدهند، ترس،تنش و سردرگمی ممکن است به وجود آید. در این شرایط روش های معمول موثر نیستند. در این حالت آن ها سطح بسیار بالایی از ناراحتی را تجربه کرده و این وضعیت به نوبه خود منجر به به وجود آمدن یک وضعیت بحرانی فعال میگردد. بحران ممکن است شخصی (مانند مرگ یکی از عزیزان) و یا عمومی باشد (مانند زلزله) باشد.

بیماری های شدید روانپزشکی مرحله ای است. پس از درمان اولیه ، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات مشابه معمولاً دوره های طولانی ثبات نسبی را تجربه می کنند. عود یا بحران می تواند به دلایلی مانند قرار گرفتن در معرض عوامل تنش زای محیطی یا عوارض ناشی از دارو رخ دهد. مراقبت های مداخله در بحران برای درمان بحران های روانپزشکی در خانه یا محیطی مانند خانه معمولاً به عنوان جایگزینی برای بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی ایجاد شده است (سوزان[1] و همکاران،۲۰۱۲).

مداخله در بحران موثر به ارزیابی دقیق بستگی دارد که در صورت نیاز مستقیماً به درمان متمرکز تبدیل میشود. این ارزیابی باید به پزشکان اطلاعات لازم برای پاسخ دادن به سوالاتی مانند موارد زیر را بدهد: برای حل این وضعیت به چه منابعی برای این مراجع نیاز است؟ چه رویکردی در این زمان برای مراجع موثرترین خواهد بود؟ آیا مراجع نیاز به بستری شدن دارد؟ چه حمایتی از طرف خانواده ، دوستان یا نمایندگی های جامعه مورد نیاز است؟ آیا مراجع در نظر دارد خودکشی کند یا به شخص دیگری آسیب برساند؟ پاسخ به این سوالات مستلزم این است که ارزیابی از مراجعانی که در بحران هستند ، ادامه داشته باشد و واکنش ها کنترل شود تا در صورت لزوم، مداخله تنظیم شود. ارزیابی در مداخله در بحران با سایر ارزیابی ها با توجه به اهداف ، روند ، رابطه با درمان و نوع اطلاعات جمع آوری شده متفاوت است. بنابراین مداخله تخصصی توسط متخصص کاربرد موثرتری در فرآیند عبور از بحران و توانمندسازی افراد آسیب دیده دارد. یکی از متخصصینی که خدمات مداخله در بحران را ارائه میدهد، مددکاران اجتماعی هستند. مددکاران اجتماعی از همان سالهای اول ظهور حرفه به مداخله در بحران پرداخته اند. در واقع حرفه مددکاری اجتماعی در پاسخ به نیازهای شناخته شده اجتماعی و برای کمک به شهروندانی که با موقعیت های بسیار پر استرس مواجه اند، ظهور کرد. کالج اسمیت[2]در ۱۹۱۸ اولین برنامه تابستانی خود را برای آموزش مددکاران اجتماعی در زمینه بازتوانی سربازان زخمی عرضه کرد. کوروین (۲۰۰۲)

---

[1] Suzanne Smith [1] [2]

و دیکسون (۱۹۸۷) مراحل کلی مداخله در بحران توسط مددکار اجتماعی را، ایجاد سریع رابطه سازنده مددکار اجتماعی و مراجع، بازگرداندن کارکرد شناختی، برنامه ریزی و اجرای مداخله و پایان دادن - پیگیری می دانند (والش،[۱۳]۱۳۹۳).

جیمز و گیلیلند (۲۰۰۱) سه مدل را درباره مداخله در بحران مشخص می کنند:

- **الگوی تعادلی،** که رویکرد اصلی کاپلان است: در این مدل افراد اینگونه دیده می شوند که در حالت عدم تعادل روانی قرار دارند و لازم است که به حالت ثابتی برگردند که در آن بتوانند با مشکلات در زندگی شان به نحو موثر و کارآمدی برخورد نمایند.
- **الگوی شناختی،** که مربوط به کار رابرتز می شود: افراد اینگونه دیده می شوند که به شیوه غلطی درباره رویدادهایی که بحران را فراگرفته اند، فکر میکنند.
- **الگوی تحول روانی اجتماعی:** مربوط به مراحل رشد اریکسون میگردد. افراد اینطور دیده می شوند که به مثابه بخشی از رشدشان، تغییر روانی اجتماعی مهم و خاصی را طی میکنند.

الگوی ارزیابی مایر: این الگو درمانی واکنش های عاطفی (خشم،غمگینی و ترس - اضطراب)، واکنش های شناختی (جسمی، روانی و اجتماعی)، واکنش های اخلاقی و روحی (رنجش،تهدید و احساس زیان و باخت) و واکنش های رفتاری (اجتناب، نزدیکی و بی قراری) را مورد ارزیابی قرار می دهد (پین،[۱۴]۱۳۹۱).

کاپلان و لانگسلی (۱۹۶۸) سه مدل کلی درمانی برای مداخله در بحران را معرفی کرده اند :

---

[1] Wahsh [3]

[1] Pyneh [4]

نام مدل	بخش مورد توجه	هدف مداخله	اقدامات مداخله ای
مدل بازسازی	فرد درگیر بحران	بازسازی سازوکار دفاع فرد کنترل علائم مریضی بازگرداندن مراجع به سطح عملکرد قبل از بحران	بهبود شرایط فعلی و جلوگیری از تخریب روانی و بررسی عوامل به وجود آورنده بحران و کار بر روی آنها
مدل کاهش فشار روانی	فرد درگیر در بحران	کاهش فشار روانی ایجاد سازگاری در فرد	توانمندسازی مراجع از طریق آموزش حل مساله و ایجاد سازگاری با شرایط فعلی و آموزش نحوه مقابله با بحران های آتی
مدل سیستمی	فرد،خانواده و محیط اجتماعی درگیر در بحران	درگیرسازی محیط اجتماعی مراجع در مداخله در بحران ایجاد تغییر در کل سیستم	مقابله با بحران ایجاد شده از طریق درگیرسازی اعضای خانواده و محیط اجتماعی و توانمندسازی ایشان در مواجهه با بحران

۶- آموزش روانی خانواده

هنری ریچاردسون نقش مراقبت از خانواده در بهبودی از مشکلات جسمی و روانی را در سال ۱۹۴۸ بیان کرد. سال‌ها تصور می شد که سیستم خانواده ریشه همه شرارت ها است و خانواده ها به سوء استفاده ناخواسته از فرزندان خود از طریق انواع استراتژی های ارتباطی ظریف ، مانند انحراف مضاعف یا انحراف ارتباطی متهم شدند. با این حال ، این پیشگامان درمان خانواده زمان قابل توجهی را در کنار خانواده ها گذراندند و سعی کردند به آنها کمک کنند تا این نقایص را برطرف کنند. یک گروه کوچک به رهبری رابرت لیبرمن در مسیری متفاوت قرار گرفت که هدف آن کمک به خانواده هایی بود که تحت مراقبت از بستگان خود بسیار تحت فشار و فشار قرار گرفته بودند ، به طوری که آنها قادر به نشان دادن رفتارهای مثبت مراقبتی نبودند که به نظر می رسد پیش آگهی بیماران را افزایش می دهد . آموزش دقیق در مورد ماهیت اختلالات روانی و درمان بهینه آنها با حل مسئله عملی در مورد چگونگی مدیریت مشکلات روزمره که با علائم باقیمانده بیماران و مشکلات بین فردی روبرو شده اند ،

دنبال شد. بیماران و خانواده آنها تشویق شدند که از مهارتهای ارتباطی موثر برای ابراز احساسات خود استفاده کنند به شیوه‌ای که بی شباهت به روشهای درمانگرهای قبلی سیستم خانواده نباشد. تمرکز بر افزایش بیان نظرات مثبت در مورد تلاشهای بیماران و کاهش انتقادهای آزار دهنده و خصمانه و جایگزین کردن این موارد با تلاش برای روشن کردن مسائل اصلی مسئله است که رویکرد روان آموزشی است. این رویکرد برای تبدیل ابراز احساسات مضر به ابراز احساسات مثبت یا آموزش برخی از مهارتهای اصلی استراتژیهای موثر پرستاری و توانبخشی به اعضای خانواده است. این رویکرد مداخله در اواسط دهه ۱۹۷۰ ، به وسیله تعدادی آزمایشات کنترل شده تصادفی بر روی افراد دارای اختلال اسکیزوفرنی آغاز شد و بعدها بر روی طیف وسیعی از مشکلات روانی آزمایش شد (جان فلورن[1]۲۰۰۳). در ادامه به نمونه‌هایی از پروتکل‌ها و مدل‌های آموزش خانواده می پردازیم :

پروتکل آموزش خانواده بیماران روان پریش (دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی ، دفتر مشاوره و آموزش خانواده)

جلسات	هدف	محتوا
اول	بیماری‌های روان پریشی، علائم و نشانه‌ها آن	آگاهی به خانواده در مورد علائم مثبت و منفی بیماری و راه های برخورد با بیمار در صورت بروز علائم
دوم	علل بیماری و پیامدهای روانی ،اجتماعی بیماری	آگاهی به خانواده و ارائه توضیحاتی در زمینه علت‌های بیماری و پیامدهایی روانی و اجتماعی که دارد
سوم	درمان دارویی و عوارض دارویی و کاهش آن	ارائه توضیحاتی در مورد نحوه زندگی بیماران اسکیزوفرنی و مصرف دارو در این زمان و عوارضی که در حین زندگی ممکن است داشته باشد
چهارم	عود علائم بیماری، علل عود و راههای کاهش عود	آگاهی به خانواده در مورد نشانه های عود و اقدامات لازم ر صورت مشاهده
پنجم	ضرورت درمان‌های غیر دارویی و مشارکت خانواده در استمرار درمان	معرفی درمان های روانی - اجتماعی و روند بستری مجدد

[1] Jan flloren

در راستای آموزش روانی خانواده مدل‌های مختلفی تدوین شده است. درمانگر به کمک این مدل‌ها می تواند بر حسب سلیقه یک خانواده را به تنهایی و یا چند خانواده را به صورت گروهی آموزش دهد. در ادامه به صورت مختصر به نمونه‌ای از این مدل‌ها پرداخته می‌شود :

- مدل گلدشتاین[۱۶]

این مدل بحران محور است و پس از آنکه بیمار ترخیص شد، اجرا می شود. این برنامه آموزشی بر سه حوزه تمرکز دارد:

- شناسایی عقاید غیر واقع بینانه
- بررسی تجربه خانواده راجع به بیماری های روانی و تاثیر آن بر روی خانواده
- افزایش توانایی خانواده در کنترل استرس

اهداف درمانی در این برنامه آموزشی شامل :

- شناسایی عوامل استرس زا : شناسایی عوامل استرس زا موثر بر بیمار و خانواده
- راهبردهای پیشگیری و سازگاری با استرس : پیشنهاد راهبردهایی به خانواده جهت سازگاری با استرس نظیر آموزش تن آرامی، مهارت های حل مساله و شیوه های کنترل استرس و اضطراب
- راهبردهای حل مساله و پیشگیری از بروز مشکل : درخواست از خانواده برای به کار گیری مهارت های آموخته شده و ارزیابی کیفیت مهارت ها
- درگیر کردن خانواده برای برنامه ریزی مبتنی بر پیشگیری : برنامه ریزی و به کارگیری راهبردهای مقابله با استرس های آینده.

- مدل اتکینسون[۱۷]و کویا

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، آشنایی با اصول بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی با علل و عوامل موثر در ایجاد اختلالات روانی
دوم	آشنایی با اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی، تعریف بیماری، سبب شناسی، علائم بیماری ها، انواع، سیر و پیش آگهی بیماری

[1] Goldstein [6]
[1] Atkinson [7]

سوم	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علائم بیماری به ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری- ایمن سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز چگونگی ارجاع به مراکز درمانی و سایر سیستم های حمایتی
چهارم	آشنایی با درمان های دارویی، عوارض داروها و مراقبت ای مربوط به آنها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری، آشنایی با درمان های غیردارویی نظیر ورزش، آرام سازی و سایر روش های کاهش اضطراب و چگونگی پرکردن اوقات فراغت بیمار، آموزش روش های حل مسئله و مقابله صحیح

یکی از مدل ها توسط دو مددکار اجتماعی ، اندرسون و هوگارتی و یکی دیگر ساخته شده است که به آن اشاره می شود (سالامون[۱۸]،۲۰۱۳) :

مدل اندرسون[۱۹] و همکاران بر مبنای آسیب پذیری نسبت به استرس در بیماری های روانی بنا شده است. در این مدل، کاهش آسیب پذیری فرد نسبت به استرس به تاکید بر دارو درمانی نگهدارنده می باشد. این مدل دارای سه مراحله است.

[1] Solomon [8]

[1] Anderson [9]

ردیف	موضوع	محتوا
۱	مرحله شروع	زمانی که بیمار بستری است و تعدادی جلسه بین خانواده و مددکار اجتماعی تشکیل می شود. اهداف این مرحله شامل درگیر نمودن خانواده در فرآیند درمان، پذیرش بیمار توسط خانواده و ارزیابی واکنش های آنها نسبت به بیماری است.
۲	کارگاه مهارت های روزمره زندگی	در این مرحله تمرکز عمده آموزش خانواده بر آشنایی با بیماری های روانی و سیر بیماری می باشد.
۳	جلسات خانوادگی	زمانی که بیمار توانایی شرکت در جلسه را داشته باشد. به مدت شش الی یک سال هر دو هفته یک مرتبه برگزار می شود. هدف این مرحله ارتقا آگاهی خانواده ها و دسترسی آنها به مراکز درمانی جامعه نگر

۸- اشتغال حمایتی

اشتغال حمایتی رویکردی برای کمک به مراجعان در به دست آوردن و حفظ شغل های رقابتی سازگار با اهداف، ترجیحات ، نقاط قوت و توانایی های فردی آنها است. در مداخله اشتغال حمایتی هیچ تبعیضی بین فرد بیمار و غیر بیمار وجود ندارد. با تلاشی که متخصصان این حوزه در دهه های اخیر انجام داده اند در حال حاضر در کشورهای پیشرفته اشتغال حمایتی با نیازهای ویژه افراد مبتلا به معلولیت های طولانی مدت تطابق پیدا کرده است. اساس این مداخله این است که متخصصین امور اشتغال، با مدیران مورد و تیم چند تخصصی سلامت روان هماهنگ شوند تا به مراجعین برای یافتن، حفظ و یا تغییر شغل در محیط های کار رقابتی کمک کنند. یکی از بهترین نمونه های مداخله اشتغال حمایتی « استقرار و حمایت از فرد» (IPS) است. سه اصل IPS بدین شرح است :

- بازتوانی به عنوان یک جزء اساسی از تیم های سلامت روان در نظر گرفته می شود
- هدف برنامه، رسیدن به اشتغال رقابتی در یک مجموعه کاری عادی است.
- استقرار سریع در یک کار و به دنبال آن ممارست در یک شغل بر ارزیابی ترجیحات، استعداد، علائق و تجربه کاری قبلی فرد مقدم است.

۹- دیدگاه سیستمی

هنری ریچاردسون نقش مراقبت از خانواده در بهبودی از مشکلات جسمی و روانی را در سال ۱۹۴۸ بیان کرد. کتاب برجسته وی با عنوان "بیماران خانواده دارند" توسط گروهی از روانپزشکان و انسان شناسان اجتماعی در انستیتوی تحقیقاتی پالو آلتو در کالیفرنیا خوانده شد و اساس رویکرد سیستمی مداخلات خانواده شد (جان فلورن،۲۰۰۳). دیدگاه سیستمی برای مددکاران اجتماعی بسیار مهم است، زیرا کانون توجه آن اجتماع می باشد. این رویکرد همچنان نوعی تعادل در موسسات بالینی و بهداشتی که بر بیمار یا مراجع تاکید دارند ایجاد میکنند. در این موسسات اغلب مددکاران عضو گروه کاری چند حرفه ای هستند و تمرکزشان بیشتر بر روی بهبود عملکرد خانواده ها و جوامع به عنوان یک کل می باشند. بر اساس این رویکرد خانواده خود یک سیستم است که اعضای آن صمیمانه با هم ارتباط دارند، دارای گذشته مشترک هستند. مطابق نظریه سیستم ها هرگاه یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی مبتلا گردد این بیماری بر سایر افراد خانواده تاثیر می گذارد و تاثیر می پذیرد. مددکار اجتماعی می تواند با مداخلات خود اقدام به ترمیم، تغییر و حمایت سشیستم خانواده بیمار روانی نموده تا کمک به خانواده برای آگاهی از توانایی ها و محدویت های خود، پذیرش بیمار در خانواده، بالابردن شناخت خانواده از بیمار و سیستم های تاثیرگذار در خانواده کارکردهای خانواده را بهبود ببخشد.

عیونز و کیرنی دو مددکار اجتماعی در کاربرد رویکرد سیستمی در کار با مراجعان و خانواده آنها معتقدند که باید به درون شبکه های اجتماعی دقت نمایید تا بتوانیم اهداف مشخص و ممکن را برای اقدام در مورد آنها شناسایی نماییم. آنها معتقدند که مددکاران اجتماعی باید در کار با بیمار و خانواده از متن شروع کنند. بدین معنی که اگر به طور مثال در حین کار با بیمار متوجه تعارض در درون خانواده شده اید باید به حل مشکلات خانواده بپردازید. پس از متن باید راهبردی مثبت را بپذیرد. یعنی به طور مثال کار با بیمار روانی شاید از نظر مددکار سخت باشد اما فعالیت هایی مانند آموزش مهارت ها|، برقراری ارتباط با سایر افراد و افراد خانواده می تواند باعث ایجاد تغییرات مثبت شود(دوست قرین،۱۳۹۶).

- منابع

- پین، مالکوم (۱۳۹۱). نظریه نوین مددکاری اجتماعی. ترجمه الهیاری، طلعت و اکبر بخشی نیا. تهران : نشر دانژه
- دوست قرین، تقی (۱۳۹۶). نقش تئوری در مددکاری اجتماعی. تهران : جهاد دانشگاهی
- والش، جوزف (۱۳۹۳). نظریه های مددکاری اجتماعی در عمل. ترجمه همتی، فریده. تهران : انتشارات سمت
- Biegel D. E., Milligan, S. E., & Putnam, P. L. (1994). Predictors of burden among lower socio economic status caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 30, 473-494.

- Castel L. Williams K, Bosworth H, Eisen S, Hahn E, Irwin D, et al (2008). Content validity in the PROMIS social-health domain: A qualitative analysis of focus-group data. Qal Life Res. 17(5): 737–749.
- Hanan Ebrahim et al. (2017). Effectiveness of Social Skills Training Program on Social Functioning and Severity of Symptoms Among Patients with Schizophrenia. American Journal of Nursing Science. 6(6): 454-466

- Holloway, F. (1991). Case Management for the Mentally Ill: Looking at the Evidance International Journal of Social Psychiatry. 37 (1).2-13
- Jan F. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness.2(1): 20–28
- Liberman R.P et al. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia.23 (1). 12-23
- Myer, R & Conte, C.(2006). Assessment for Crisis Intervention. Journal Of Clinical Psychology.62(8). 959–970
- Suzanne, M et al..(2012). Crisis Intervention for People With Severe Mental Illnesses. Schizophrenia Bulletin 38 (4). 676–677
- Solomon P.(2013). Mental Health: Practice Interventions Printed from the Encyclopedia of Social Work.
- Turkington, D., Kingdon, D. (2008). *Cognitive Therapy for Schizophrenia*. New York: The Guilford press