



ترجمة ومراجعة : د/ عبد الحميد الصبيح د/ جمال عثمان أ/ هيفاء العشيوي

دليل المساعدة النفسية الأولية



اللجنة الوطنية
لتعزيز الصحة النفسية



اللجنة الوطنية
لتعزيز الصحة النفسية

دليل المساعدة النفسية الأولية

MENTAL HEALTH FIRST AID MANUAL

إصدار اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية
في المملكة العربية السعودية

© وزارة الصحة ، اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٣٦هـ

مهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية / نشر

كتشنر ، بيتي

دليل المساعدة النفسية الاولى. / بيتي كتشنر ، انتوني جورم ،

عبد الحميد الحبيب ، جمال عثمان ، هيفاء العشيوي - الرياض،

١٤٣٦ هـ

١٢٧ ص ، ١٧٠٥ X ٢٣ سم

ردمك ٩٧٨-٦٠٢-٨١٧٤-١٣-٥

١- الارشاد النفسي ٢- العلاج النفسي ٣- الادلة أ. جورم،

انتوني (مؤلف مشارك) ب. الحبيب ، عبد الحميد (مترجم) ج. عثمان ،

جمال (مترجم) د. العشيوي ، هيفاء (مترجم) هـ. العنوان

١٤٣٦ / ٤٧٥٨

ديوي ١٥٧,٩٤

رقم الايداع : ١٤٣٦ / ٤٧٥٨

ردمك ٩٧٨-٦٠٢-٨١٧٤-١٣-٥

مقدمة

الصحة النفسية في العالم وقد لقيت أبحاثهما العلمية في مجال الصحة النفسية المجتمعية قبولا عالميا وتم استثمار خبراتهما من قبل منظمات صحة عالمية في عدة دول، وقد تم التنسيق معهما وأخذ الإذن بنقل برنامجهما الموجود في الكتاب إلى اللغة العربية مع إجراء تعديلات طفيفة ليناسب ثقافة مجتمعنا .

أملين أن يسهم هذا الجهد في رفع مستوى الخدمات النفسية المجتمعية في وطننا الغالي وفي غيره من البلدان العربية.

سعيًا من اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية إلى مواكبة التطور الحضاري الذي تشهده المملكة في شتى المجالات تصدر هذا الدليل المختص بما يسمى «المساعدة النفسية الأولية» والتي تقدم عادة لأشخاص إما لديهم علل نفسية في بداياتها أو أنهم يمرون بظروف نفسية مرحلية يحتاجون فيها إلى دعم وتوجيه وإرشاد نفسي.

وأصل هذا الإصدار كتاب بعنوان

«(Mental Health First Aid Manual)»

للباحثة النفسية بتي كيتشنر (Betty Kitchener) وبروفيسور الطب النفسي أنتوني جورم (Anthony Jorm) وهما أستراليا الجنسية ومن رواد



اللجنة الوطنية
لتعزيز الصحة النفسية

البرنامج التدريبي للمساعدة النفسية الاولية

عن البرنامج

أنشئ برنامج المساعدة النفسية الأولية في أستراليا عام ٢٠٠١م من قبل الباحثة النفسية بتي كيتشنر (Betty Kitchener) باشتراك مع الباحث أنتوني جورم ((Anthony Jorm) البروفيسور في الطب النفسي. وفي عام (٢٠٠٣م) انطلق البرنامج عالمياً حين اعتمد من قبل الحكومة الاسكتلندية، وبعد ذلك أخذ في الانتشار تدريجياً إلى دول أخرى كثيرة، تضمنت حتى عام (٢٠٠٩م) كلاً من : كندا وانكلترا وفنلندا وهونق كونغ واليابان وسنغافورة وجنوب إفريقيا وتايلاند والولايات المتحدة و ويلز مع إجراء تعديل على البرنامج ليناسب ثقافة تلك الدول ونظامها الصحي.

لقد تم وضع محتوى المنهاج استناداً على الطب المعتمد على الدليل Evidence-Based Medicine قدر الإمكان كما أُخضع للعديد من الدراسات التقييمية من ضمنها التجارب العشوائية المُنضِبة Randomized Controlled Trials. ولقد أظهرت تلك الدراسات أن تدريب الأشخاص على الإسعاف النفسي الأولي يحسّن من معرفة الناس عن العلل النفسية ويقلل من اعتبارهم لها كوصمة عار، ويرفع مستوى المساعدة الأولية للمرضى النفسيين في المجتمع.

إنّ هذا المنهاج مصمّم لعامة الناس ليتعلموا كيفية مساعدة شخص إما :

أ- لديه **مرض نفسي** في طور النشوء (وتشمل الاكتئاب، القلق، الذهان، التعاطي المستمر للمخدرات).

ب- أو يمر **بأزمة نفسية** (وتشمل الأفكار والسلوكيات الانتحارية، إيذاء الذات غير الانتحاري، نوبات الذعر، مواقف الرعب، الحالة الذهانية الحادة، التأثيرات الحادة الناجمة عن استعمال المخدرات، والسلوك العدواني).

يركز البرنامج في الأغلب على الحالات المستجدة أكثر من الحالات المزمنة سواء ظهرت لدى شخص من أفراد العائلة أو من الوسط الاجتماعي أو المهني ، وفي الحالات المزمنة يقدّم البرنامج بعض المعلومات المفيدة عن كيفية مساعدة شخص لديه مرض نفسي مزمن.

المحتويات

القسم الأول

9	مقدمة عن المشكلات النفسية والمساعدة النفسية الأولية.
12	ماذا نقصد بالصحة النفسية ؟
12	ماذا نقصد بالمشكلات النفسية ؟
12	ما مدى شيوع الاضطرابات النفسية ؟
13	تأثير الاضطرابات النفسية
14	الخدمات المجتمعية في مجال الصحة النفسية
16	المختصون الذي بإمكانهم المساعدة
17	التعافي
19	المساعدة النفسية الأولية في الصحة النفسية.
20	المراد بالمساعدة النفسية الأولية
22	خطه عمل المساعدة النفسية الأولية

القسم الثاني

25	المساعدة النفسية الأولية للأمراض النفسية:
26	أ – الاكتئاب
27	ماهو الاكتئاب ؟
28	اضطرابات المزاج الأخرى
30	العوامل المسببة لإكتئاب
30	التدخلات العلاجية في اضطرابات الاكتئاب
33	الازمات المترافقة مع الاكتئاب
34	خطة عمل المساعدة النفسية الأولية للاكتئاب
41	ب – القلق
42	علامات وأعراض القلق
43	أنواع اضطرابات القلق
46	التدخلات العلاجية لاضطرابات القلق
48	الازمات المترافقة مع اضطرابات القلق
49	خطة عمل المساعدة النفسية الأولية في القلق

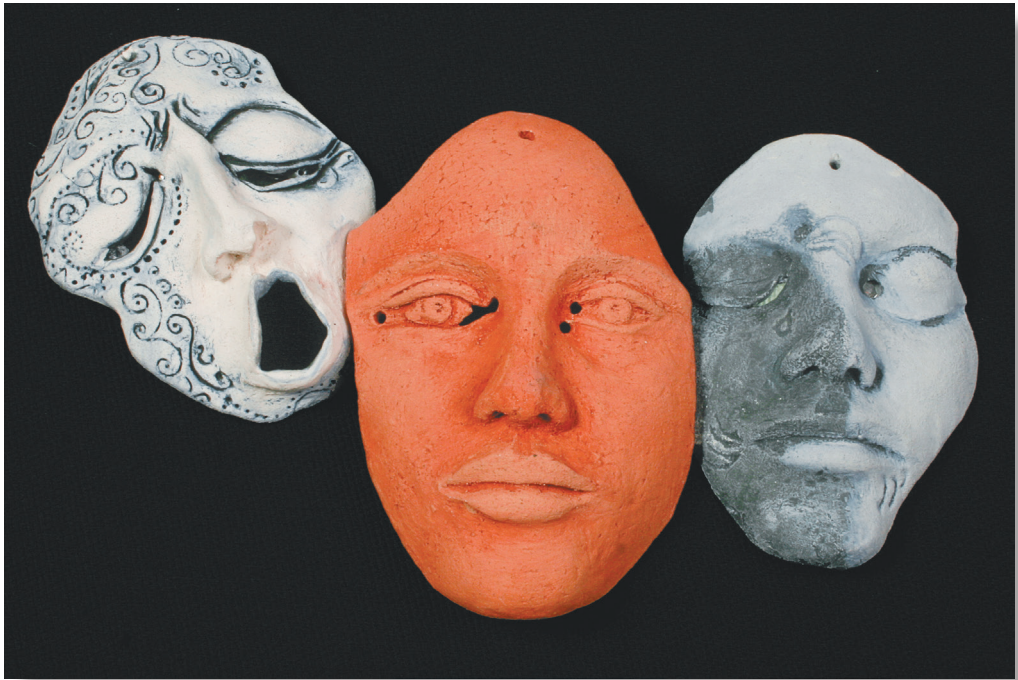
53	ج- الذهان
54	ما هو الذهان ؟
54	العلامات والاعراض الشائعة عند الاصابة بالذهان
55	أنواع الاضطرابات الذهانية
59	التدخلات العلاجية في الاضطرابات الذهنية
63	خطة عمل المساعدة النفسية الاولية في الاضطرابات الذهانية
69	د- تعاطي المخدرات
70	اعراض الادمان
70	الكحول
75	التدخلات العلاجية في حالات سوء استعمال المواد
77	الازمات المترافقة مع سوء استعمال المواد
79	خطه عمل المساعدة النفسية الاولية في حالات تعاطي المخدرات

القسم الثالث :

85	المساعدة النفسية الأولية للآزمات النفسية:
87	٣-١ الافكار والسلوكيات الانتحارية
91	٣-٢ المساعدة الأولية لإيذاء الذات غير الانتحاري
95	٣-٣ المساعدة الأولية لنوبات الهلع
99	٣-٤ المساعدة الأولية للحالات بعد الحوادث الصادمة نفسيا
105	٣-٥ المساعدة الأولية للحالات الذهانية الشديدة
107	٣-٦ المساعدة الأولية للآثار الشديدة الناجمة عن تعاطي الكحول
111	٣-٧ المساعدة الأولية للتأثيرات الشديدة لتعاطي المخدرات
115	٣-٨ المساعدة الأولية للسلوكيات العنيفة

القسم الأول

مقدمة للمشكلات النفسية والمساعدة النفسية الأولية



3 Faces

By Catherine Brennan

هذه الثلاثة وجوه أو أقنعة هي في الواقع لشخص واحد، الوجه الاوسط هو الوجه الذي يراه العالم ولكن خلف هذا الوجه الشخص الذي يسمع الاصوات وغالبا ما تكون هذه الاصوات غاضبة وغير منطقية (الوجه الايسر) ، الوجه الثالث هو الجانب الاخر.

1، المشكلات النفسية (Psychological Problems)



Recovery

By Jeswant Sidhu

هذه اللوحة تمثل خروجي من الظلمة ومن التقلبات المزاجية كمرضي، فالخلفية المظلمة تمثل الكآبة والدوائر والمستطيلات الاربعة تمثل العقل والقلب والنفس والروح ، الدائرة الاكبر تمثل الروح ، والدائرة والمستطيل الملونين بخطوط سوداء تمثل العقل والخطوط السوداء فيها تمثل عدم كمال ونشوة العقل وفي الخلفية المظلمة يظهر اللون الاصفر مشرقاً ومفعماً بالأمل وهو يمثل خروجي من المرض .

١، المشكلات النفسية (Psychological Problems)

في المجتمع تنتشر مصطلحات متنوعة لوصف المشكلات النفسية مثل: المرض العقلي، الاضطراب الانفعالي، المرض النفسي، الانهيار النفسي، الانهيار العصبي، و كلمات عامة كالمخبول والمجنون والمعتوه ونحوها من مصطلحات تعزز من اعتبار المشكلات النفسية وصمة عار، وبالتالي يجب عدم استخدامها.

ما مدى شيوع الاضطرابات النفسية وتلقيها العلاج النفسي؟

الاضطرابات النفسية شائعة في بلدان العالم كلها وإن اختلفت النسب من بلد لآخر، فعلى سبيل المثال في أستراليا أظهر المسح الوطني للصحة والصحة النفسية عام ٢٠٠٧ أن شخصاً من كل خمسة أشخاص أي (٢٠٪) يعاني من اضطراب نفسي شائع (كاضطرابات الاكتئاب و القلق و تعاطي المخدرات).

كثير ممن يعانون من الاضطرابات النفسية الشائعة (كالإكتئاب و القلق) لا يطلبون أية مساعدة اختصاصية وأما الأشخاص الذين يعانون من الفصام العقلي ونحوه فإنهم يستغرقون عدة سنوات قبل أن يُشخصوا بالشكل الصحيح وأن يتلقوا العلاج الفعّال.

ماذا نقصد بالصحة النفسية؟

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها:

«حالة من الصحة يدرك من خلالها الشخص قدراته ويستطيع التعامل مع ضغوط الحياة العادية ويستطيع العمل بشكل منتج ومثمر ويكون قادراً على المساهمة في مجتمعه.»

في دليلا هذا نتصور الصحة النفسية كخط متصل يمتد من امتلاك صحة نفسية جيدة في طرف إلى المعاناة من اضطراب نفسي في الطرف الآخر، ويختلف موقع الأشخاص على هذا الخط المتصل خلال مسيرة حياتهم. فالشخص الذي لديه صحة نفسية جيدة سليم في مشاعره وتفكيره وإدراكه وسلوكه، ويقوم بأداء جيد في العمل والدراسة ولديه علاقات إيجابية مع الناس من حوله .

ماذا نقصد بالمشكلات النفسية؟

نقصد عموم الاضطرابات النفسية والأعراض النفسية التي لا تصل إلى حد تشخيصها كاضطراب نفسي.

هذا الدليل يقدّم معلومات عن كيفية مساعدة الأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية (وهي متنوعة جداً ولا يمكن لهذا الدليل أن يغطّيها كلها ولكن يمكن تطبيق مبادئ الإسعاف النفسي الأولي المذكورة فيه بشكل مفيد على المشكلات النفسية الأخرى).

في معظم الحالات هناك معاناة إضافية بسبب مواقف النبذ التي يتخذها الناس ضد من يعانون من الاضطرابات النفسية واعتبار تلك الاضطرابات كوصمة عار. ولأن العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية قد لا يكون واضحاً للآخرين فإن الذين يعانون من تلك الاضطرابات قد يُنظر إليهم بشكل سلبي، كاعتبارهم كسالي، أنانيين، غير متعاونين، باحثين عن الاهتمام، أو أنهم ليسوا بمرضى حقاً، ويسهم غياب الفهم في اعتبار الاضطرابات النفسية كوصمة عار لمن يعانون منها.

إن نظرة المجتمع نحو الاضطرابات النفسية يجب أن تكون أساساً مماثلة لنظرتهم نحو الأمراض الجسدية. يحتاج الذين يعانون من المشكلات النفسية الاحترامَ ومساعدة الأصدقاء والعائلة وأعضاء المجتمع الأوسع.

تأثير الاضطرابات النفسية

غالباً ما تبدأ الاضطرابات النفسية في سن المراهقة أو في بداية سن الرشد ولذا فإنها من الممكن أن تؤثر على تعليم الشخص وعلى دخوله سوق العمل وعلى تشكيل العلاقات الاجتماعية الأساسية كالزواج، وعلى تشكيل العادات الصحية المناسبة.

بناء على ذلك فإنه يمكن للاضطرابات النفسية أن تسبب عجزاً قد يمتد طوال عمر الشخص، والمراد بالعجز هنا: "مقدار العطل الذي تسببه المشكلة النفسية في قدرة الشخص على العمل والاعتناء بنفسه وإقامة علاقات اجتماعية مع العائلة والأصدقاء". ولهذا كان من الهام جداً أن تُكتشف المشكلات النفسية باكراً وأن يتم علاج الشخص ودعمه بشكل مناسب.

إن درجة العجز الناتج عن اضطراب نفسي قد تكون مماثلة لتلك التي تحدث نتيجة أمراض جسدية، وهنا بعض الأمثلة:

١. العجز الناتج عن الاكتئاب متوسط الشدة مشابه للتأثير الناجم عن التهاب الكبد المزمن بسبب فيروس B أو مرض الريو الشديد.

٢. العجز الناجم عن اضطراب الرعب PTSD يمكن مقارنته بالعجز الناجم عن شلل النصف السفلي .

الخدمات المجتمعية في مجال الصحة النفسية

هناك أشكال مختلفة من الخدمات الملائمة تبعاً لكل مرحلة:

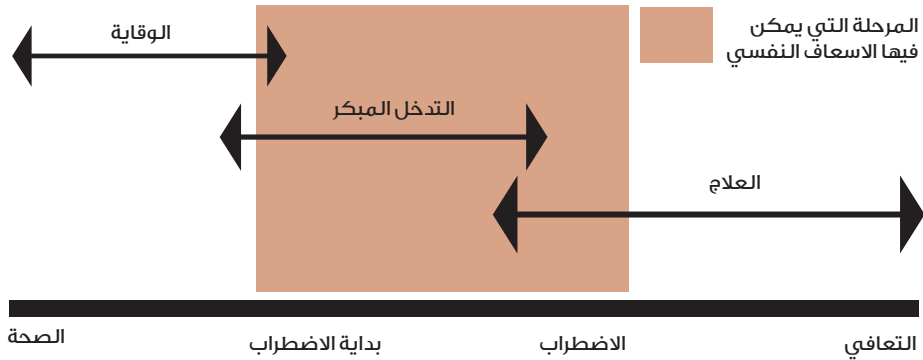
- فالشخص الذي يمتلك صحة نفسية جيدة أو يعاني من بعض الأعراض النفسية الخفيفة تناسبه برامج الوقاية.
- أما الشخص الذي تتجه فيه الأعراض الخفيفة نحو الاضطراب النفسي فيمكن استخدام إجراءات التدخل المبكر.
- وأما الشخص المصاب باضطراب نفسي فتقدم له خدمات العلاج والدعم التي ستساعده في التعافي.

أ - الوقاية

تتاج برامج الوقاية لكل شخص في المجتمع مثل: دورات لإدارة الضغوط النفسية، ومنها ما يركز على مجموعات خاصة تكون أكثر عرضة من غيرها لبعض المشكلات النفسية مثل: برامج تثقيفية عن المخدرات في المدارس ومهارات التربية الأسرية.

ب - التدخل المبكر

تهدف هذه البرامج إلى منع تفاقم المشكلات النفسية وتقليل احتمالية الآثار الثانوية كفقد الوظيفة وترك المدرسة وتفكك العلاقات الاجتماعية وتناول المخدرات. هناك تأخر كبير لدى العديد من الناس بين تشكل الاضطراب النفسي لديهم وبين تلقيهم العلاج والدعم المناسبين.



كلما طالت المدة قبل الحصول على المساعدة والدعم زادت صعوبات التعافي. من الهام في هذه المرحلة أن يحصل أولئك الأشخاص على الدعم من العائلة والأصدقاء وزملاء العمل، ينشد الناس المساعدة بشكل أكبر إذا ما أُفترِح ذلك من شخص مقرب منهم.

هذه المرحلة من التدخل المبكر هي التي يمكن لتقديم الإسعاف النفسي الأولي أن يؤدي فيها دوراً مهماً

ج - العلاج والدعم

هناك أشكال مختلفة من العلاج والدعم التي يمكن أن تساعد الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية على أن يؤديوا بشكل أفضل في مختلف مهامهم كما يمكنها أن تساعد على التعافي. حالما يقرر الشخص طلب المساعدة فإنه يمكنه الاختيار بين العديد من مصادر المساعدة والخدمات العلاجية، ولا يوجد علاج واحد يناسب الكل، وهي تشمل:

١. **العلاجات الدوائية** وتتضمن أنواعاً مختلفة من الأدوية.

٢. **العلاجات النفسية (غير الدوائية)**

وتتضمن الدعم النفسي وتغيير الطريقة السلبية التي يفكر بها الشخص أو يتصرف، وعادة تتم من خلال الحديث وجهاً لوجه مع الاختصاصي النفسي، وأحياناً ضمن مجموعات علاجية للتعامل مع تلك المسائل ولتحفيز التطور الشخصي ومهارات التكيف، وهناك أيضاً كتب المساعدة الذاتية والعلاجات النفسية عن طريق الكمبيوتر.

٣. **العلاج المتكامل** وتغيير نمط الحياة

ويتضمن استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة وتغيير أسلوب حياة الشخص. يجب الانتباه إلى أن تركز هذه على الدليل أو أوصي بها من قبل اختصاصيين مناسبين.

٤. **مجموعات الدعم** وتضم هذه

المجموعات الأشخاص الذين لديهم مشكلات مشتركة فيتشاركون خبراتهم ويساعدون بعضهم البعض. وهي تسهم في تخفيف مشاعر العزلة وتحسن من المعلومات حول تلك المشكلات وتعزز مهارات التكيف وتدعم تقدير الذات.

٥. **برامج إعادة التأهيل** تساعد الأشخاص

على إعادة اكتساب مهاراتهم وثقتهم بالقدرة على العيش والعمل في مجتمعهم.

٦. **العائلة والأصدقاء** وهم مصدر دعم

نفسى هام جداً للشخص الذي يعاني من الاضطراب النفسي كما لو كان الشخص يعاني من مرض جسدي.

يمكن للإسعاف النفسي الأولي أن يستمر في أداء دور مهم طوال مدة المرض فيما إذا حدثت انتكاسات أو أزمات.

في مثل هذه الأوقات يحتاج الناس إلى أن يُدعموا من قبل المحيطين بهم وخصوصاً عندما لا تكون مساعدة الخبير النفسي متاحة فوراً.

المختصون الذين بإمكانهم المساعدة:

أ - **الطبيب العام:** بالنسبة للعديد من الأشخاص الذين بدأ لديهم الاضطراب النفسي بالتشكل فإن الطبيب العام هو المختص الذي يلجؤون إليه أولاً للمساعدة، ويستطيع الطبيب العام أن يتعرف على أعراض الاضطراب النفسي البادئ بالتشكل وأن يقدم الأشكال التالية من المساعدة:

- البحث عن الأسباب العضوية الممكنة.
- شرح الاضطراب والكيفية الفضلى للمساعدة الممكنة.
- وصف الدواء عند الحاجة.
- إحالة الشخص إلى الاختصاصي النفسي الذي بإمكانه أن يعلم الشخص طرق التعامل مع الاضطراب والتغلب عليه.
- إحالة الشخص إلى الطبيب النفسي، وخصوصاً إذا كانت الأعراض شديدة أو طويلة الأمد.
- ربط الشخص مع مصادر الدعم المجتمعية.

ب - **الاختصاصيون النفسيون العياديون:** وهم اختصاصيون نفسيون خضعوا لتدريب إضافي حول كيفية معالجة الأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية ولديهم خبرة في تقديم العلاج المعرفي السلوكي ونحوه (التثقيف النفسي، تقنيات الاسترخاء، التدريب على مهارات حل المشكلات و إدارة الغضب والمهارات الاجتماعية وإدارة الضغوط والمهارات الوالدية...) ولكنهم لا يصفون أدوية فهم لا يحملون شهادة طبية.

ج - **الأطباء النفسيون:** وهم الأطباء الذين اختصوا في علاج الاضطرابات النفسية، ويركزون خصوصاً على معالجة الناس الذين لديهم اضطرابات نفسية شديدة أو طويلة الأمد، ولديهم خبرة في الأدوية النفسية ويمكنهم أن يساعدوا الأشخاص الذين لديهم آثاراً جانبية ناجمة عن أدويتهم أو من لديهم تداخلات مع أدوية أخرى.

د - **المختصون في العلاج بالعمل:** وهم مختصون في مساعدة المرضى النفسيين على تطوير مهارات العمل ومهارات الحياة اليومية واستعادتها والحفاظ عليها.

هـ - **المختصون الاجتماعيون:** وهم يعملون على التغيير الاجتماعي وحل مشاكل العلاقات الاجتماعية للذين يعانون من مشكلات نفسية، ويركزون على نقاط تفاعل أولئك الناس مع بيئتهم وعلى بناء الشراكة والتعاون بين المختصين والقائمين على رعاية المرضى وعائلاتهم والمجتمع .

و - **المرشدون النفسيون:** وهم يتعاملون بشكل عام مع حالات أقل شدة مما يتعامل معها الاختصاصي النفسي العيادي فهم يقدمون المساعدة للأسر والأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب واضطرابات استعمال المواد أو الذين تعرّضوا للصدمات أو العنف المنزلي أو فقد عزيز...الخ، ليساعدوا على التعامل مع التوتر والانفعالات المضطربة وإعادة توجيه المشاعر ووضع الأهداف وتعديل السلوك.

ز - **الممرضون النفسيون:** وهم ممرضون تخصصوا في رعاية المرضى النفسيين، ولاسيما من لديهم اضطرابات شديدة ويمكنهم أن يقدموا المساعدة في أمور تناول الدواء ونحوها.

يختلف تأثير الاضطراب النفسي على الناس وتختلف رحلة التعافي ومدته من شخص لآخر لعوامل مختلفة تسهم فيه كالعدم المناسب من العائلة والأصدقاء، وامتلاك دور ذي معنى في المجتمع من خلال العمل أو الثقافة، والحصول على المساعدة المتخصصة بشكل باكر وعلى أفضل العلاجات الممكنة، واستعداد الشخص وقدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة.

إن الصحة النفسية تهم كل إنسان، وهناك تأثير قوي لاتجاهات المجتمع ومعتقداته حول المرض النفسي على مرض الناس بأمراض نفسية وتعافيهم منها.

ج - **مدراء الحالة:** مدير الحالة يكون من أحد الاختصاصات المذكورة أعلاه وتتنوع الأدوار التي يمكن لمدير الحالة أن يقوم بها كما تتنوع مناحي المساعدة التي يمكن أن يقدمها من مراقبة الاضطراب النفسي للمريض إلى وضع الاقتراحات حول الأنواع المختلفة من العلاج ومراقبة تأثيرات الأدوية والتوصية بمراجعة الدواء من وقت لآخر وحل المشاكل اليومية... الخ. يعمل مدير الحالة بشكل رئيسي مع الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية شديدة أو معقدة، ويكون مرتبطاً بعائلات المرضى والخدمات النفسية والاجتماعية المختلفة ومسؤولاً بشكل رئيسي عن تنسيقها.

التعافي

يشير التعافي إلى تغلب المرضى على تحديات مرضهم خلال حياتهم اليومية، فهو أكثر من مجرد تحقيق غياب الأعراض. وقد وصف التعافي بأنه: "طريقة عيش حياة مُرضية مفعمة بالأمل ولها دورها في المجتمع رغم وجود المرض أو بعض آثاره، ويتضمن ذلك اكتساب معنى وغاية جديدتين في حياة الشخص حينما يتجاوز الآثار الكارثية للاضطراب النفسي".

من الأركان الأساسية للتعافي الأمل والرغبة في التعافي والاستعداد له، والعمل الجاد من المريض ومن مُقدّم المساعدة والتثقيف والدفاع عن الحقوق الشخصية وإدارة الشؤون الخاصة.

المساعدة النفسية الأولية (Mental Health First Aid)



Little Girl

By Fay Jackson

هذه اللوحة كناية عن شعور الشخص بمدى الضعف عندما كان يعاني من مرض عقلي، فهو يشعر بأنه صغير ووحيد وخارج عن نطاق السيطرة، وأن العمل والمعيشة صعبة جداً. وهو يشعر أن حياته قد تنقلب وتغرق في أية لحظة لكنه يجدف بشجاعة ليصل بها إلى بر الأمان وهو بحاجة إلى صديق ليساعده ويرشده وينقذه من أي خطر، لذا كن على استعداد لتقديم المودة والدعم في أي لحظة يحتاجها.

٢،١ المساعدة النفسية الأولية (Mental Health First Aid)

أهميتها

- ١- كثرة المشكلات النفسية وانتشارها في شتى فئات المجتمع.
- ٢- الكثير من الناس لم يتلقوا المعلومات المناسبة حول كيفية التعرف على المشكلات النفسية، وكيفية الاستجابة للشخص الذي لديه مشكلة نفسية، وما هي العلاجات الفعالة المتاحة ووجود عدة مفاهيم خاطئة حول المشكلات النفسية (مثلاً: أن الأشخاص الذين لديهم أمراض نفسية دائماً يشكّلون خطورة على الآخرين، وأنه من الأفضل تجنب العلاج النفسي، وأنّ الناس يمكنهم أن يُخرجوا أنفسهم من المشكلات النفسية عبر قوة الإرادة، وأن الناس الضعاف فقط هم من لديهم مشكلات نفسية) ويتربّب على هذه الآراء الخاطئة تجنّب من لديه مشكلة نفسية أو عدم الاستجابة له. كلما زادت معلومات المجتمع حول المشكلات النفسية فإن الناس سيكونون قادرين أكثر على التعرف على المشكلات النفسية لدى الآخرين ومجهّزين بشكل أفضل لتقديم المساعدة.

- ٣- الكثير من الناس الذين لديهم مشكلات نفسية لا يبنشدون المساعدة أو يتأخرون في طلبها مما يعقد المشكلة. وقد وجد أن الذين لديهم مشكلات نفسية يبنشدون المساعدة بشكل أكثر إذا اقترح ذلك شخصٌ مُقربٌ .

٢،١ المراد بالمساعدة النفسية الأولية (Mental Health First Aid)

هي المساعدة المُقدّمة للشخص المريض قبل إمكانية الحصول على العلاج الطبي المتخصّص .

أهدافها:

- ١- الحفاظ على الحياة حينما يمكن للشخص أن يشكّل خطراً على نفسه.
 - ٢- تقديم المساعدة لمنع المشكلة النفسية من أن تصبح أكثر شدة.
 - ٣- تشجيع استعادة الصحة النفسية.
 - ٤- إراحة الشخص الذي لديه مشكلة نفسية.
- الأصل في مقدم المساعدة النفسية أن يكون غير مختص بالصحة النفسية ولا تتطلب شهادة مسبقة في تخصص نفسي ، فقد يقدمها أحد أفراد العائلة أو صديق أو زميل عمل أو جار أو معلم في المدرسة أو غير هؤلاء.

يُعلّم منهاج «المساعدة النفسية الأولية» كيفية التعرف على أعراض الأمراض النفسية المختلفة، وكيفية توجيه الشخص إلى العلاجات المناسبة وأشكال الدعم المختلفة.

ولا يهدف إلى تعليم الناس أن يقوموا بالتشخيص الطبي النفسي أو تقديم العلاج النفسي .

٧- الفاعلية الإيجابية لبرنامج المساعدة النفسية الأولية والتي أظهرتها العديد من الدراسات وما تؤدي إليه من زيادة المعرفة والمعلومات حول المشاكل النفسية وإلى مواقف وأحكام أفضل تجاه من يعانون من تلك المشاكل وإلى تحسّن المساعدة المقدّمة لهم.

٤- خوف المريض من وصمة العار(ما سيعتقده أو سيقوله الناس من سلبيات عنني) والذي يجعل المرضى يتكتمون على مشكلاتهم النفسية حتى مع القريبين منهم (أفراد العائلة، الأصدقاء، المعلمين، أو زملاء العمل) مما يمنعهم عن طلب المساعدة المتخصصة، ويمكن لوصمة العار أن تقود إلى إقصاء الناس الذين لديهم مشكلات نفسية عن التوظيف، والإسكان، والنشاطات والعلاقات الاجتماعية. ويمكن للناس الذين لديهم مشكلات نفسية أن يصدقوا (يقبلون الأفكار السلبية التي يقولها الآخرون عنهم). إن الفهم الأفضل لما يعانيه من لديه مشكلات نفسية يمكنه أن يقلّل الحكم السلبي المسبق والتمييز في المعاملة.

٥- عدم إدراك المريض (بسبب مرضه) أنه يحتاج إلى المساعدة النفسية، وأنها متاحة. في هذه الحالة يمكن للناس المقربين منه أن يسهّلوا الحصول على المساعدة المناسبة.

٦- عدم توفر الخدمة النفسية المتخصصة في الحال فيمكن عندئذ لأشخاص من العامة أن يُقدّموا المساعدة النفسية الأولية الفورية اللازمة ويساعدوا المريض في الوصول للمختصين.

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية (ه إجراءات = ALGEE)

٤ - شجعه ليحصل على المساعدة النفسية المتخصصة

Encourage him to get appropriate (professional help)

أخبره عن الخيارات المتخصصة المتاحة كالدواء أو العلاج النفسي، دعم أفراد العائلة، المساعدة في تحقيق الأهداف التعليمية والمهنية، والمساعدة في الدُخل والإقامة.

٥ - شجّع مصادر الدعم الأخرى
(Encourage other support)

شجّع الشخص على استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية بأسلوب لطيف (مثلاً: أنت شخص تؤمن بالقضاء والقدر و تعرف عظم الأجر عند الصبر وفائدة التفاؤل) وشجعه على طلب الدعم من العائلة والأصدقاء والأخرين. ويمكن أيضاً لأشخاص آخرين قد عانوا أو ما زالوا يعانون من مشكلات نفسية أن يقدموا مساعدة قيّمة في مجال تعافي الشخص.

١ - اقترب من الوضع وتواصل مع الشخص (Approach):

لتدرك الحالة التي يمر بها (مثلاً: نوبة ذعر- حزن شديد- هيجان- محاولة إيذاء الذات..) وتدعمه بالمناسب حسب الظرف. فإن لم يكن لديك ما يشير إلى أن الشخص في محنة فيمكن أن يسأله: ماذا يشعر؟ ومنذ متى لديه هذا الشعور؟ ثم تنتقل إلى الإجراء الثاني.

٢ - اصغ له دون أن تصدر حكماً
(Listen non-judgmentally)

استمع بعمق لكلامه لتفهم حقيقة ما يقوله من أفكار ومشاعر وتصورات ودعه يتحدث بحرية عن مشكلاته دون أن تقاطعه أو تحكم عليه، من المهم أن تضع جانباً أية أحكام تشكلت لديك عن الشخص أو عن حالته وتجنب التعبير عن هذه الأحكام. معظم الذين يعانون من مشاعر وأفكار مؤلمة يريدون أن يُصغى إليهم بتفهم قبل أن تُقدّم لهم الخيارات والمصادر التي يمكنها مساعدتهم. استخدم مهارات الإصغاء اللفظية وغير اللفظية.

٣ - قدم له الدعم والمعلومات
(Give support and information)

حالما يشعر الشخص الذي لديه مشكلة نفسية بأنه قد تم الاستماع إليه فإنه يكون من الأسهل أن يتقبل ما تقدمه وما تقوله له. قدم له الدعم العاطفي (أخبره بأنك تدرك ما يشعر به وافصح له باب الأمل بأن مع العسر يسرا ولكل ضائقة فرجا) واساله ما إذا كان يرغب في الحصول على بعض المعلومات المفيدة حول حلول المشكلات النفسية.

لا تنس نفسك !

بعد تقديم خدمة المساعدة الأولية للشخص في محنة نفسية قد تجد في نفسك بعض المشاعر السلبية المحترقة (انزعاج أو غضب أو قلق و غير ذلك)، التفت لمشاعرك وتعامل معها بما يخفف عن نفسك، وقد ترغب في التنفيس عن مشاعرك بمشاركتها مع أحد تثق به ممن حولك وعندئذ انتبه لخصوصيات من قمت بمساعدته وحافظ على سرية معلوماته حتى وإن كنت ربما تأذيت بعض الشيء من موقفه تجاه مساعدتك إياه.

الأمان الثقافي (Cultural Safety)

تعني ممارسة الأمان الثقافي:

- ١ - احترام ثقافة المجتمع باستخدام اللغة والسلوك المناسبين.
- ٢ - عدم القيام مطلقاً بأي شيء من شأنه أن يُشعرَ الشخص بالخزي أو العار.
- دعم حق الشخص في اتخاذ القرارات المتعلقة بطلب الرعاية المناسبة مع بيئته الثقافية.

عند تقديم الإسعاف النفسي الأولي لشخص ليس من خلفيتك الثقافية احرص على أن التحلي بالكفاءة الثقافية وأن تمارس الأمان الثقافي.

الكفاءة الثقافية (Cultural Competence)

يتضمن ذلك أن:

- ١ - تتنبه إلى دور خلفية الشخص الثقافية في طريقة فهمه للصحة والمرض .
- ٢ - تتعلمَ المعتقدات الثقافية والحضارية الخاصة بالمرض النفسي في المجتمع الذي يعيش فيه الشخص.
- ٣ - تتعلمَ طريقة وصف المرض النفسي في مجتمع الشخص (معرفة الكلمات والأفكار المستخدمة للحديث عن الأعراض أو السلوكيات).
- ٤ - تكونَ حذراً بالنسبة للمفاهيم أو السلوكيات أو اللغة المحظورة أو غير المرغوبة في مجتمع الشخص (معرفة وتلافي ما قد يسبب له الشعور بالخزي أو العار).

القسم الثاني

المساعدة النفسية الأولية للأمراض النفسية في طور النشوء



The Death Inside

By Michelle Hosking

هذه اللوحة تعبر عن رحلة الجنون (او المرض) والبحث بطريقة أو بأخرى عن طريق الخروج للنفس أو الوطن

١.٣ الاكتئاب (Depression)



The Death Inside

By Michelle Hosking

هذا الشعور أو اللاشعور بالموت لا يسمح بالاستمتاع بأي شيء ولا يسمح بالنظر إلى أي شيء أو للشعور بالسعادة

ماهو الاكتئاب؟

لا نقصد هنا مجرد الحزن الخفيف العابر وإنما مرض الاكتئاب الشديد (Major Depressive Disorder) والذي تستمر فيه الكآبة وانخفاض الاستمتاع مدة أسبوعين فأكثر ويؤثر سلباً على قدرة الشخص على القيام بعمله وبالنشاطات اليومية الاعتيادية، وعلى إقامة علاقات شخصية مُرضية.

يعد الاكتئاب الشديد أكثر اضطرابات المزاج شيوعاً حيث تشكل نسبة الإصابة به خلال العمر 5-17% و متوسط العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب هو ٤٠ سنة , وحوالي ٥% من كل المرضى يبدأ لديهم الاضطراب في الأعمار من ٢٠ سنة إلى ٥٠ سنة ونسبة انتشاره في الإناث حوالي ضعف نسبة الانتشار لدى الذكور. يحدث الاكتئاب عادة مع اضطرابات القلق كما يكثر لدى من يتعاطون المخدرات وهو أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال.

يعد الاكتئاب من الأمراض المعقدة (متكررة) الحدوث فالشخص الذي مرت به نوبة اكتئاب فإنه يكون أكثر عرضة لنوبات لاحقة في حياته).

علامات وأعراض اضطراب الاكتئاب الشديد

وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية (متضمنة واحداً على الأقل من العرضين الأول والثاني) كل يوم تقريباً ولمدة أسبوعين على الأقل:

- ١ - مزاج حزين بشكل غير اعتيادي.
- ٢ - فقدان الشعور بالمتعة وفقدان الاهتمام بالنشاطات التي كانت ممتعة بالعادة.
- ٣ - الشعور بنقص الطاقة و بالتعب.
- ٤ - الشعور بعدم القيمة أو بالذنب وذلك عندما لا يكون مخطئاً حقيقةً.
- ٥ - التفكير بالموت كثيراً أو تمني أن يكون ميتاً.
- ٦ - صعوبة في التركيز أو اتخاذ القرارات.
- ٧ - التحرك ببطء أكثر أو أحياناً الهياج وعدم القدرة على تهدئة النفس.
- ٨ - المعاناة من صعوبات في النوم أو أحياناً النوم بشكل زائد جداً.
- ٩ - فقدان الاهتمام بالطعام أو أحياناً تناول الطعام بشكل زائد جداً. التغييرات في عادات الأكل قد تؤدي أيضاً إلى نقص في الوزن أو زيادته.

ليس كل شخص مكتئب لديه كل تلك الأعراض والعلامات، فالناس يختلفون في عدد الأعراض التي يعانون منها وفي شدتها أيضاً. حتى إذا لم يكن لدى الشخص الأعراض الكافية ليُشخص على أنه مصاب باضطراب الاكتئاب فإنه يمكن لتلك الأعراض أن يكون لها تأثير هام على حياته.

تؤثر أعراض الاكتئاب على المشاعر، التفكير، السلوك، والصحة الجسدية وهنا بعض الأمثلة:

المشاعر: الحزن، القلق، شدة تأنيب الضمير، تأرجح المزاج، نقص الاستجابة العاطفية، الشعور بالعجز، فقدان الأمل، والنزق.

الأفكار: كثرة انتقاد الذات وزيادة اتهام النفس، سرعة الانزعاج، التشاؤم، ضعف الذاكرة والتركيز، التردد والحيرة، الميل إلى تصديق الآخرين عندما ينظرون إليه بسلبية، أفكار عن الموت والانتحار.

السلوك: نوبات بكاء، عزلة، إهمال المسؤوليات، فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي، فقدان الدافعية، التباطؤ، إيذاء الجسد، استعمال الكحول والمخدرات.

الأعراض الجسدية: تعب مزمن، الشعور بنقص الطاقة، النوم المفرط أو الأرق، زيادة في تناول الطعام أو نقص الشهية، إمساك، نقص الوزن أو زيادته، صداع، فقد الرغبة الجنسية، أوجاع وآلام غير مفسّرة (اضطراب الدورة الشهرية لدى المرأة).

كيف يمكن أن يبدو الشخص المكتئب

قد يكون الشخص المكتئب بطيئاً في الحركة والتفكير (وربما يحدث لديه هياج أحياناً)،

حتى الكلام يمكن أن يكون بطيئاً ورتيباً. يمكن أن يكون هناك نقص في الاهتمام بالنظافة والعادات الصحية الشخصية. يبدو الشخص عادة حزيناً ومكتئباً وغالباً ما يكون قلقاً نزقاً ويكفي بسهولة، علماً أن الشخص في الاكتئاب المتوسط قد يكون قادراً على إخفاء اكتئابه عن الآخرين، بينما قد يكون في الاكتئاب الشديد غير مستجيب عاطفياً ويصف حزنه بأنه أكبر من البكاء أو الدموع. غالباً ما يكون تفكيره حول موضوعات تتعلق بفقدان الأمل والشعور بالعجز مع نظرة سلبية عن الذات ("أنا فاشل"، "إنه خطئي"، "لا يحدث لي أبداً أمر جيد"، "أنا عديم القيمة"، "لا أحد يحبني"، وعن العالم ("الحياة لا تستحق أن تعيش"، "لا يوجد شيء جيد هناك في الحياة") وعن المستقبل "ستكون الأمور سيئة دائماً".

اضطرابات مزاج أخرى

اضطراب المزاج ثنائي القطب Bipolar Disorder

الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب (ما يعرف سابقاً بالاضطراب الهوسي الاكتئابي الدوري) لديهم نوبات متعاقبة (نوبات اكتئابية - كما تم وصفها أعلاه - ونوبات ارتفاع مزاج تسمى بالهوس - انظر أدناه -) وبين النوبات فترات طويلة من المزاج الطبيعي والتي تختلف بشكل كبير من شخص لآخر.

نوبات الهوس (ارتفاع المزاج):

الاستواء. ينقشع الاكتئاب عادة أثناء الربيع والصيف. الناس الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من الأعراض التالية للاكتئاب بشكل أكبر: الشعور بنقص الطاقة، فرط النوم، فرط الشهية للطعام، زيادة الوزن و التوق الشديد لأكل السكريات.

يشعر المريض بسعادة غامرة مع ثقته بنفسه مفرطة ويكون مليئاً بالطاقة مع كثرة الكلام، غزارة الأفكار وقلة الحاجة للنوم، أو القيام بمجازفات لا يقوم بها عادة. على الرغم من أن بعض هذه الأعراض قد تبدو مفيدة كالطاقة الزائدة وكثرة الأفكار إلا أنها غالباً ما توقع الشخص في مواقف صعبة فقد ينفق مالا كثيراً دون حكمة ويستدين الكثير من المال ويمكن أن يصبح غاضباً وعدوانياً أو يقع في مشكلات قانونية أو يتصرف تصرفات مخالفة للأخلاق والأدب وقد تدق هذه العواقب عمله ودراسته وعلاقاته الشخصية وقد يختل يستحوذ على تفكيره أفكار تدور حول عظم شأنه وقدراته وممتلكاته وقد يفقد صلته بالواقع (أي أن يصبح في طور الجنون المؤقت - كما إن مريض الاكتئاب الشديد قد يصل لمرحلة الجنون المؤقت). قد يبدأ الاضطراب على شكل نوبات اكتئابية وقد لا يتم الانتباه أو السؤال عن النوبات الهوسية لذلك فقد تمر سنوات عديدة قبل أن يُشخص من لديهم هذا الاضطراب بشكل صحيح وقبل أن يحصلوا على العلاجات المناسبة.

الاكتئاب ما حول الولادة (Perinatal Depression)

قد يحدث هذا الاكتئاب قبل الولادة أو بعدها. وه يختلف في شدته عن الشعور المعتاد بعد الولادة بالحزن اليسير العابر، فهو يستمر مدة أكثر من أسبوعين.

لا تختلف الأعراض فيه عن أعراض الاكتئاب في أوقات أخرى. علماً أن الاكتئاب في هذا الوقت له تأثير ليس فقط على الأم، ولكن أيضاً على علاقة الأم بمولودها وعلى تطور الطفل المعرفي والانفعالي. لهذا السبب فإنه من الهام بشكل خاص المبادرة بالعلاج. لا يساعد العلاج فقط أعراض الأم الاكتئابية ولكنه يحسّن العلاقة بين الأم وطفلها ويساعد على تطور الطفل المعرفي.

نسبة حدوث اكتئاب ما بعد الولادة ١٠-١٥% ومن العوامل المُشهِمة في حدوث هذا الاضطراب التغيرات الهرمونية والجسدية والشعور بمسؤوليات رعاية الطفل.

إن حدوث نوبة سابقة من الاكتئاب يزيد من خطورة الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة وغالباً ما تكون الأعراض موجودة مسبقاً أثناء الحمل. يُعتَقَد أن أعراض الاكتئاب تحدث بسبب تغيرات في مواد كيميائية في الدماغ (النواقل العصبية التي تنقل الرسائل من خلية عصبية إلى أخرى في الدماغ).

نسبة الإصابة بأحد اضطرابات طيف ثنائي القطب (ثنائي القطب + دورية المزاج Cyclothymia) خلال العمر هو ٧.٨-٢.٦%. متوسط العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب هو ٣٠ سنة. يصيب اضطراب ثنائي القطب الذكور والإناث بشكل متساوٍ.

توجد معلومات إضافية عن اضطراب ثنائي القطب في الفصل ٢.٣ «الذهان».

اضطراب الوجدان الموسمي (Seasonal Affective Disorder)

هو اضطراب اكتئابي يحدث في أشهر الخريف والشتاء عندما يكون يقل ضوء شمس. يزداد انتشار هذا الاضطراب كلما ابتعدنا عن خط

العوامل المسببة للاكتئاب

ليس هناك سبب واحد للاكتئاب وإنما يكون غالباً نتيجة تفاعل عوامل عديدة متنوعة (بيولوجية، نفسية، واجتماعية). العوامل التالية تزيد من خطورة الإصابة بالاكتئاب تشمل:

- تاريخ للاكتئاب لدى أعضاء العائلة المقربين .
- أن يكون الشخص أثنى.
- أن يكون الشخص حساساً، عاطفياً، وقلقاً .

• خبرات سيئة في الطفولة كنقص الرعاية أو سوء المعاملة.

• الفقر، التعليم المتدني، والظروف الاجتماعية السيئة.

• أحداث سلبية في حياة الشخص مؤخراً، كأن يكون ضحية لجريمة، مرض خطير لأحد أفراد العائلة أو موته، التعرض لحادث، الوقوع كضحية لأعمال شرييرة أو احتيال وخداع.

• الانفصال أو الطلاق.

• ضعف أو عدم وجود علاقة ثقة وتبادل للأسرار مع شخص ما.

• مرض جسدي مزمن أو خطير.

• وجود مرض نفسي آخر كاضطرابات القلق أو اضطرابات الذهان أو تعاطي المخدرات .

• ولادة طفل.

• تغيرات في مستوى الهرمونات خلال فترات ما قبل الطمث Premenstrual.

• الرعاية الدائمة لشخص يعاني من عجز طويل الأمد.

• التأثيرات المباشرة لحالات طبية كداء باركينسون، داء هونتينغتون، السكتة الدماغية، نقص الفيتامين B12، قصور الغدة الدرقية، مرض الذئبة الحمامية الجهازية، التهابات الكبد، الإيدز، بعض السرطانات .

• الآثار الجانبية لأدوية أو عقاقير معينة.

• قلة التعرض للضوء الساطع في أشهر الشتاء .

التدخلات العلاجية في اضطرابات الاكتئاب

المهنيون الذين يمكنهم المساعدة:

يستطيع العديد من المهنيين الصحيين أن يساعدوا الشخص الذي لديه اكتئاب وهم:

• الأطباء العامون.

• الاختصاصيون النفسيون العياديون.

• المرشدون النفسيون.

• الأطباء النفسيون.

• المختصون في العلاج بالعمل.

• الاختصاصيون الاجتماعيون.

• الممرضون النفسيون.

يمكن لمعظم الناس الذين لديهم اكتئاب أن يعالجوا بشكل فعّال ضمن المجتمع. فقط في حالات الاكتئاب الأكثر شدة أو في الحالات التي يكون فيها خطورة أن يؤذي الشخص نفسه يُدخل الشخص المكتئب إلى المستشفى

منه كل أسبوع أن يحدّد عدداً من تلك النشاطات التي يود أن يتّمها خارج الجلسة، وكل ذلك بهدف زيادة النشاط الإيجابي الذي من الممكن أن يحسّن مزاجه.

العلاج الزوجي (Marital Therapy) ويمكنه أن يساعد عندما تكون هناك مشكلات في العلاقة الزوجية بالإضافة إلى الاكتئاب. ويركز على مساعدة الشخص المكتئب من خلال تحسين علاقته بشريكه.

العلاج المرتكز على حل المشكلات (Problem Solving Therapy) ويتضمن مقابلة المعالج لتحديد المشكلات بوضوح، التفكير بالحلول المختلفة لكل مشكلة، اختيار الحل الأفضل، تطوير وتنفيذ خطة، ومِن ثم رؤية ما إذا كانت هذه الخطة تحل المشكلة.

أظهرت الدراسات أن هنالك نتائج أفضل في حال تم استخدام العلاج النفسي مع الأدوية المضادة للاكتئاب.

العلاج الدوائي (Medical Treatment)

من المعروف أن العلاجات الدوائية التالية فعالة:

• **الأدوية المضادة للاكتئاب** وُجِدَتْ بأنها فعالة مع الذين لديهم اكتئاب متوسط إلى شديد.

• **العلاج بالإخلاج الكهربائي (Electroconvulsive Therapy)** يمكن أن يكون فعالاً للناس الذين لديهم اكتئاب شديد ولم يستجِب للعلاجات الأخرى. علماً أنه قد يسبب بعض الآثار الجانبية السلبية كضعف الذاكرة الذي يتحسن مع الوقت.

العلاجات المتاحة لاضطرابات الاكتئاب:

يتعافى معظم الناس من الاكتئاب ويعيشون حياة مرضية ومنتجة وهنالك مجموعة من العلاجات المتاحة لكل من اضطرابي الاكتئاب وثنائي القطب (سترد علاجات اضطراب ثنائي القطب في الفصل ٣.٢.٣.٢.٣). أما العلاجات التالية فهي العلاجات المتاحة لاضطراب الاكتئاب:

• **العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy)** ويرتكز على فكرة أن طريقة تفكير الشخص تؤثر بالطريقة التي يشعر بها، فعندما يكتب الشخص فإنه قد يعتقد أنّ حالته ميؤوس منها ويشعر بالعجز اتجاهها، وقد تكون نظرتة سلبية عن نفسه وعن العالم والمستقبل. يساعد العلاج المعرفي السلوكي على إدراك الشخص لمثل هذه الأفكار المُحيطة وتغييرها لأفكار أكثر واقعية، ويساعد أيضاً على تغيير السلوكيات المكتئبية من خلال جدولة النشاطات الاعتيادية والمشاركة في النشاطات المُبهجة، ويمكن أن يتضمن كلاً من إدارة الضغوط، استراتيجيات الاسترخاء، وإدارة النوم.

• **العلاج النفسي البين - شخصي (Interpersonal Psychotherapy)** وهو يساعد الناس على حل نزاعاتهم مع الآخرين والتعامل مع الحزن الناجم عن فقد عزيز والتعامل مع التغييرات في أدوار حياتهم وتطوير علاقات أفضل.

• **التنشيط السلوكي (Behavioral Activation)** وهو علاج سلوكي يركز بشكل خاص على تغيير السلوكيات وذلك للتعامل مع المشاكل التي يعانيها الشخص. يضع الشخص قائمة من النشاطات التي يقدّرها والتي تبعث في نفسه شعوراً إيجابياً ويطلب

هناك العديد من العلاجات المكّمة الأخرى والتي تمتلك برهاناً أضعف على فعاليتها في علاج الاكتئاب.

بالإضافة إلى النظر إلى البرهان العلمي على ما هو مفيد من علاجات الاكتئاب فإنه من الهام أيضاً النظر إلى ما وجده مَنْ عانى من الاكتئاب مفيداً من تلك العلاجات، فلقد أُجري مسح كبير عبر الإنترنت للناس الذين تلقوا علاجاً للاكتئاب وسئلوا فيه أن يرتبوا فعالية أي علاج كانوا قد تلقوه، وكانت العلاجات التي صنّفوها على أنها الأكثر فعالية هي: بعض الأدوية المضادة للاكتئاب، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج النفسي البين-شخصي، وأنماط أخرى من العلاج النفسي والتمارين الرياضية.

أهمية التدخل المبكر للاكتئاب

التدخل المبكر هام جداً، حيث يميل الأشخاص الذين ينتظرون مطولاً قبل الحصول على علاج للاكتئاب إلى الحصول على نتائج أسوأ. حالما يتعرض الشخص لنوبة اكتئاب فإنه يصبح أكثر عرضة لنوبات لاحقة ويسقط في الاكتئاب بسهولة أكثر مع كل نوبة لاحقة، ولذلك يعاني بعض الناس من نوبات متكررة من الاكتئاب خلال حياتهم، لذا فلنمنع حدوث هذا النمط فإنه من الهام التدخل بشكل مبكر مع النوبة الأولى للاكتئاب والتأكد من علاجها بسرعة وفعالية.

• الأدوية المضادة للذهان

(Antipsychotic Medications) وتستخدم لعلاج الناس الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب وتستخدم أيضاً في بعض الأحيان لعلاج الناس الذين لديهم اكتئاب شديد بالتشارك مع مضادات الاكتئاب عند عدم الاستفادة من العلاجات الأخرى.

تعديل نمط الحياة والعلاجات المكّمة

للعلاجات التالية بعض الأدلة العلمية على فعاليتها في مساعدة الناس الذين لديهم اكتئاب:

- **التمارين الرياضية (Exercises)** كالعدو البطيء والمشي السريع والتدريب على رفع الأثقال.
- **البطيء والمشي السريع والتدريب على رفع الأثقال.**
- **SAME (S-adenosylmethionine)** وهو مركب يصنع في الجسم ومتاح كمكّمل غذائي في الأسواق.
- **كتب المساعدة الذاتية** والتي تعتمد على العلاج المعرفي السلوكي وهي فعالة أكثر عند استخدامها تحت إشراف مهني متخصص.
- **العلاج عن طريق الكمبيوتر Computerized Therapy Self-Help** يعتمد على الجهد الشخصي وهو علاج Therapy ويتم الوصول إليه عن طريق الانترنت أو الكمبيوتر وهو أكثر فعالية عند استخدامه تحت إشراف مهني متخصص.
- **العلاج بالضوء Light Therapy** والذي يتضمن تعريض ضوء ساطع على العيون وذلك غالباً في الصباح، وهو أكثر فائدة لاضطراب المزاج الموسمي وعندما يستخدم تحت إشراف مهني متخصص.

الأزمات المترافقة مع الاكْتئاب

هناك أزمَتان رئيستان يمكن أن تترافقا مع الاكْتئاب وهما:

- الأفكار والسلوكيات الانتحارية.
- إيذاء الذات غير الانتحاري.

السلوكيات والأفكار الانتحارية :

هنالك خطورة هامة للانتحار بالنسبة للذين يعانون من الاكْتئاب. حيث أن حوالي الثلثين من المكتئبين يفكرون بالانتحار و حوالي 1-10% فعلا ينتحرون. قد يشعر الشخص بالعجز وأنه لم يعد يتحمّل وأن المستقبل لا أمل فيه. وقد يعتقد أنّ الانتحار هو الطريقة الوحيدة للخروج من كل ما يمرُّ به. أحيانا يصبح الشخص انتحارياً بسرعة كبيرة، ربما استجابة لمثير قوي (كانهيار علاقة مثلا) ويمتثلون لأفكارهم بسرعة وباندفاعية. تزداد خطورة الانتحار إذا ما كان الشخص يستعمل الكحول أو المخدرات. على أية حال فإنه ليس من الضروري أن تكون لدى كل شخص مكتئب خطورة للانتحار وليس كل من لديه خطورة للانتحار أن يكون بالضرورة مكتئباً.

إيذاء الذات غير الانتحاري:

هنالك خطورة هامة أيضاً لإيذاء الذات غير الانتحاري بالنسبة للذين يعانون من الاكْتئاب. يذكر الذين ينخرطون في إيذاء الذات مشاعر شديدة من الغضب، كره الذات، الخوف من الهَجْر، الخزي، أو الخدر الانفعالي ويسمى إيذاء الذات لدى أولئك الناس بالتعبير عن الألم أو التخفيف من تلك المشاعر الشديدة بشكل مؤقت أو الشعور بشيء ما بدلاً عن الشعور بالخدر. يبدأ هذا السلوك عادة خلال مرحلة المراهقة ويمكن أن يصبح عادة متكررة من الصعب التخلي عنها.

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية للاكتئاب (ALGEE)

نصائح للإصغاء من دون إصدار الأحكام

إنه من الصعب جداً أن تكون غير مصدر للأحكام كلياً لفترة طويلة. فنحن نكون الأحكام ألياً عن الناس من الدقيقة الأولى التي نراهم فيها، ويرتكز ذلك على مظهرهم، سلوكهم، وعلى ما يقولونه. الإصغاء دون إصدار أحكام ليس فقط ببساطة محاولة عدم تكوين تلك الأحكام وإنما أيضاً أن تضمن ألا تعبر عن أحكامك السلبية لأن ذلك قد يعترض طريق المساعدة.

من المفيد أن تُمضي بعض الوقت تفكر ملياً في حالتك الذهنية أولاً وأن تضمن أنك في المزاج المناسب للتعبير عما يقلقك دون أن تصدر الأحكام.

وعلى الرغم من أن التركيز في المحادثة مع الشخص الذي تساعدك يكون على مشاعر ذلك الشخص وأفكاره وتجاربه، فإنك تحتاج لأن تكون منبهاً إلى مشاعرك وأفكارك وتجاربك أيضاً، فمساعدة شخص ما في محنة قد تستدعي استجابة انفعالية غير متوقعة لديك، فقد تشعر بالخوف أو أنك تحت تأثير مشاعر معينة قوية وغامرة، أو قد تشعر بالحزن أو حتى الغضب أو الإحباط.

وعلى الرغم من أية استجابة انفعالية تتشكل لديك فإنك بحاجة إلى الاستمرار في الإصغاء باحترام وتجنب التعبير عن ردود الأفعال السلبية حول ما يقوله الشخص، وهذا صعب أحياناً وقد يتعمد الوضع أكثر وفقاً لعلاقتك الشخصية مع ذلك الشخص وقناعاتك الشخصية حول حالته.

عليك أن تضع قناعاتك وردود أفعالك جانباً بغرض التركيز على حاجات الشخص الذي تساعدك، حاجته لأن يُسمع ويُفهم وأن تتم مساعدته. تذكر أنك تمنح الشخص المساحة الآمنة للتعبير عن نفسه وأن ردود أفعالك السلبية اتجاهه يمكنها أن تمنعه من الشعور بذلك الأمان.

1 - اقترب من الوضع وتواصل مع الشخص (Approach):

من الهام أن تختار الوقت المناسب حيث يكون لديك فُتسُغٌ للكلام وكذلك يجب اختيار المكان المناسب حيث يشعر كلٌ منكما فيه بالراحة، دغ الشخص يعلم أنك موجود للحديث معه عندما يكون مستعداً لذلك، لا تضغط على الشخص ليتكلم مباشرة، قد يكون من المفيد أن تتركه يختار اللحظة المناسبة للتحدث عن أفكاره ومشاعره. على أية حال إذا لم يبدأ الشخص محادثتك عن شعوره فعليك أنت أن تقول شيئاً ما له، عليك أن تحترم خصوصية الشخص وتلتزم بالسرية ما لم تكن قلقاً حول خطورة إيدائه لنفسه أو للآخرين، وأثناء كلامك مع الشخص كُن متيقظاً لأية مؤشرات تدل على أن الشخص ربما في أزمة Crisis.

إذا كان لديك مخاوف من وجود أفكار انتحارية لدى الشخص فتعرّف كيف تُقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣.1 «الإسعاف النفسي الأولي للسلوكيات والأفكار الانتحارية».

وإذا كان لديك مخاوف من أن الشخص قد يكون لديه سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري فتعرّف كيف تُقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣.2 «الإسعاف النفسي الأولي لإيذاء الذات غير الانتحاري».

إذا لم يكن لديك مخاوف من أن الشخص في محنة فيمكنك أن تسأله كيف يشعر وكم من الوقت مضى وهو يشعر بهذه الطريقة وانتقل إلى الإجراء الثاني.

2 - اصغ له دون أن تصدر حكماً (Listen non-judgmentally)

إذا كنت تعتقد أن الشخص ليس في محنة تحتاج إلى الاهتمام الفوري فيمكنك أن تُدخل الشخص في مناقشة كأن تسأله عن شعوره وكم مضى من الوقت وهو يشعر على هذا النحو. الإصغاء دون إصدار الأحكام هام في هذه المرحلة كما أن بإمكانه أن يساعد الشخص على أن يشعر بأنه يُسمع ويُفهم دون أن يحكم عليه بأية طريقة، وهذا قد يسهل على الشخص أن يشعر بالارتياح للتحدث بحرية حول مشكلاته وأن يطلب المساعدة.

كيف تشعر؟. وعليك أن تعرف أنه وبينما أنت تستكشف أفكاره ومشاعره فإن تفهمك هو الذي يتغلب على شعوره بالعزلة عن الآخرين ويساعده على تقبل ذاته ونموها.

المهارات اللفظية (Verbal Skills)

سيظهر استخدام المهارات اللفظية البسيطة التالية أنك تصغي:

- اطرح الأسئلة التي تُظهر أنك مهتم بصدق وأنت تريد توضيحاً حول ما يقوله الشخص .
- تأكد من فهمك له من خلال إعادة صياغة ما قاله وتلخيص الوقائع والمشاعر.
- اصغ ليس فقط لما يقوله الشخص بل وإلى الطريقة التي يتحدث بها، ستعطي نبرة صوته والإشارات غير اللفظية الصادرة عنه مفاتيح إضافية عن ماهية شعوره.
- استخدم كلمات أو جمل أو أصوات مثلاً «عم بفهم عليك» أو «أيوا» أو «أهها» وذلك عند الضرورة للمحافظة على استمرارية المحادثة.
- كن صبوراً عندما لا يتواصل أو يتحدث معك الشخص بشكل جيد أو عندما يكون يكرّر كلامه أو يتكلم ببطء وبوضوح أقل من المعتاد.
- لا تنتقد أو تعبر عن إباطك لمعانة الشخص من أعراض معينة.
- تجنب إعطاء نصيحة غير مفيدة مثل «سيطر على مشاعرك وأفعالك» أو «ابتهم»، لو كان ذلك ممكناً لكان قد فعله الشخص .
- لا تقاطع الشخص عندما يتكلم وخصوصاً لتشاركه رأيك أو تجاربه أنت.
- تجنب المواجهة ما لم يكن ذلك ضرورياً، وذلك لمنع الأفعال الخطيرة والمؤذية.

مهارات التواصل الفعالة للإصغاء من دون إصدار الأحكام

يمكنك أن تكون مستمعاً فعالاً لا تصدر الأحكام من خلال الانتباه إلى أمرين هما:

مواقفك واتجاهاتك وكيف يتم إيصالها للآخر.

١ - مهارات التواصل الفعال اللفظية وغير اللفظية.

٢ - المواقف والاتجاهات :

تتضمن الاتجاهات المفتاحية للإصغاء من دون إصدار الأحكام كل من

أ- التقبّل (Acceptance)، و ب- الصدق (Genuineness)، و ج- التفهم (Empathy).

التقبّل (Acceptance) ويعني احترام مشاعر الشخص وقيمه وتجاربه على أنها حقيقية حتى لو كانت تختلف عن مشاعرك وقيمك وتجاربك الشخصية أو لا توافق عليها. عليك ألا تصدر أية أحكام أو تنتقد أو تنقده ما يقوله الشخص بسبب قناعاتك أو مواقفك. أحياناً قد يعني هذا أن تحتفظ لنفسك بأية أحكام شكلتها عن الشخص وعن ظروفه، فمثلاً أن تستمع إلى الشخص دون أن تحكم عليه بأنه ضعيف وأن مشاكله بسبب الضعف أو الكسل.

الصدق (Genuineness) ويعني ببساطة أن تحاول أن تكون ما أنت عليه، أن تكون مرتاحاً في تفاعلك مع الآخرين وألا تكون مضطراً أن تغير أدوارك كي تكون مقبولاً من الآخرين، أن تكون بلا قناع، أن تدرك ذاتك، وأن تكون قادراً على التعبير عن مشاعرك بشكل مناسب.

التفهم (Empathy) ويعني أن تكون قادراً على رؤية العالم من خلال منظور الآخر، وأن توصل ذلك له بلغة مناسبة، أن تُظهر له حقيقة أنك تسمعه وتفهمه، وذلك لا يعني أبداً ترديداً أجوفاً لبعض العبارات، مثلاً "أنا أفهم تماماً"

الشخص واقفاً، فقد يبدو ذلك أقل تهديداً.

- من الأفضل أن تجلس بجانب الشخص وأن تكون بينكما زاوية من أن تجلس بشكل مقابل له تماماً.
- لا تكن متمللاً أو متوتراً.

الاعتبارات الثقافية والحضارية للإصغاء من دون إصدار الأحكام

إذا كنت تعالج شخصاً من خلفية ثقافية أو حضارية مختلفة عنك فقد تكون بحاجة إلى أن تعدّل بعض سلوكياتك اللفظية وغير اللفظية، فمثلاً قد يرتاح الشخص مع مستوى من التواصل البصري يختلف عن المستوى الذي اعتدت استخدامه أو قد يكون معتاداً على مساحة شخصية أكبر.

إذا تعارضت أو هذه الاختلافات مع قدرتك على أن تكون مساعداً فعالاً فقد يكون من المفيد أن تستكشف وأن تفهم تجارب وخبرات الشخص وقيمه ومعتقداته. كن مستعداً لمناقشة ما هو المناسب والواقعي ثقافياً وحضارياً بالنسبة للشخص، أو ابحث عن نصيحة من أحد ما ينتمي إلى خلفية الشخص الثقافية والحضارية قبل الحديث معه.

تذكّر أنه من المقبول أحياناً أن تكون هناك فترات من الصمت والتوقف المؤقت. قد يكون الصمت مزعجاً للكثير من الناس ومنهم أنت، ولكن قد يكون الشخص بحاجة لقليل من الوقت كي يفكر فيما قيل أو أنه ربما يحاول جاهداً إيجاد الكلمات التي يحتاجها. لربما يفكر في موضوع هام يريد الإفصاح عنه وبمقاطعته قد لا يذكر ذلك الموضوع أبداً فيما بعد. قد يكون الصمت أحياناً أو مقاطعة الصمت في حالات أخرى مؤذياً لعلاقة الثقة والألفة التي نشأت بينك وبين الشخص الذي تود مساعدته، فلكل حالة ولكل شخص ولكل ظرف وضعه الخاص الذي ينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار.

المهارات غير اللفظية (Non-verbal) (Skills)

يعبّر التواصل غير اللفظي ولغة الجسد عن الكثير. تُظهر المهارات غير اللفظية الجيدة أنك تصغي، بينما يمكن للمهارات غير اللفظية الضعيفة أن تؤذي علاقة الثقة والألفة التي نشأت بينك وبين الشخص الذي تساعده وتلغي تأثير ما تقوله.

أبقى التلميحات غير اللفظية التالية في ذهنك وذلك لتدلّ على أنك تصغي بتقبّل ودون إصدار للأحكام:

- انتبه جيداً لما يقوله الشخص.
- حافظ على تواصل بصري مريح مع الشخص، لا تتجنب التواصل البصري ولكن تجنب التحديق مطوّلاً وبثبات. يمكنك القيام بذلك من خلال المحافظة على مستوى التواصل البصري يبدو أن الشخص مرتاح له.
- حافظ على وضعية مناسبة لجسدك، فمثلاً لا تصالب بين ذراعيك على جسدك لأن ذلك قد يبدو دفاعياً.
- إذا كان ذلك آمناً فاجلس حتى لو كان

تتفهم ويلطف شخصاً في مثل هذه الحالة. من الهام أن تكون صبوراً، مثابراً، ومشجعاً عندما تدعم شخصاً مكتئباً. وعليك أيضاً أن تقدم للشخص اللطف والاهتمام، حتى لو لم يكن ذلك متبادلاً. دع الشخص يفهم بأنه لن يتم التخلي عنه. وعليك أن تكون ثابتاً في دعمك وأن تكون أفعالك قابلة للتنبؤ بها خلال تعاملك مع من يعاني من الاكتئاب.

امنح الشخص الأمل في التعافي

يجب أن تشجّع الشخص على المحافظة على الأمل بمستقبل إيجابي، مثلاً من خلال قولك له بأنه سيشعر بالتحسن مع الوقت والعلاج أو بأية صيغة مناسبة للشخص.

قدم المساعدة العملية

اسأل الشخص ما إذا كان يرغب بأية مساعدة عملية فيما يجب عليه عمله، ولكن كن حذراً من أن تتولى زمام الأمور عنه أو من أن تشجعه على الاعتمادية.

قدم المعلومات

اسأل الشخص ما إذا كان يرغب ببعض المعلومات عن الاكتئاب، فإذا كان يريد حقاً بعض المعلومات فإنه من الهام أن تقدم لهم المصادر الدقيقة والمناسبة لحالته. لا تفترض أن الشخص لا يعرف شيئاً عن الاكتئاب، فلو قد يكون هو أو شخص آخر فقرب منه قد عانى من الاكتئاب من قبل.

٣- قدم له الدعم والمعلومات

Give support and information

عامل الشخص باحترام وتقدير

تعتبر حالة كل شخص واحتياجاته أمراً فريداً. من الهام أن تحترم استقلالية الشخص أثناء النظر في مدى قدرته على اتخاذ قراراته، وعليك أن تحترم خصوصية الشخص وسرية حالته ما لم تكن قلقاً حول خطورة إيدائه لنفسه أو للآخرين.

لا تلم الشخص على مرضه

يعد الاكتئاب مشكلة صحية حقيقية ولا يستطيع أي شخص أن يمنع نفسه من الإصابة بالاكتئاب، ومن الهام أن تذكر الشخص أنه لديه مشكلة صحية وبأنه يجب ألا يلوم نفسه لشعوره بالاكتئاب.

كُون توقعات واقعية عن الشخص

عليك أن تتقبل الشخص كما هو وأن تكون توقعاتك واقعية عنه. قد تبدو النشاطات اليومية مثل تنظيف المنزل، دفع الفواتير، أو العناية بحديقة المنزل مرهقة للشخص وفوق طاقته. عليك أن تجعله يعلم أنه ليس ضعيفاً أو فاشلاً بسبب الاكتئاب الذي لديه وأنت لا تنظر إليه على أنه أقل منك كإنسان. عليك أن تدرك أنه ليس مخادعاً، كسولاً، ضعيفاً، أو أنانياً.

قدم الفهم والدعم العاطفي الثابت

أن تهتم بشكل حقيقي لهو أكثر أهمية من أن تقول كل الأشياء الصحيحة. يحتاج الشخص بشكل حقيقي إلى فهم ورعاية إضافية تساعد أثناء مرضه، لذلك عليك أن تكون متفهماً، عطوفاً، وصبوراً. تسيطر المخاوف غير المنطقية على المكتئبين غالباً، وعليك أن

٤- شجعه ليحصل على المساعدة النفسية المتخصصة Encourage him to get appropriate professional help

يشعر كل شخص بالاكتئاب أو الحزن في بعض الأوقات ولكن من الهام أن تكون قادراً على إدراك متى يصبح الاكتئاب أكثر من مجرد معاناة مؤقتة يمر بها الشخص ومتى ينبغي أن تشجعه على البحث عن المساعدة المهنية المتخصصة. تصبح المساعدة المهنية ضرورية عندما يستمر الاكتئاب لأسابيع وعندما يؤثر على حياة الشخص اليومية. لا يبحث الكثير من الذين يعانون من أحد اضطرابات الاكتئاب عن المساعدة المهنية. وحتى عندما يبحث الناس أخيراً عن المساعدة فإنه ربما يكونون قد انتظروا سنوات طويلة قبل القيام بذلك. يمكن لهذا التأخير في تلقي المساعدة أن يؤثر على تعافهم على المدى الطويل. يبحث الذين لديهم اضطراب الاكتئاب عن المساعدة بشكل أكبر فيما إذا اقترح ذلك شخص مقرب منهم. ويمكن للناس أيضاً أن يساعدوا الطبيب العام على تشخيص أسرع من خلال إخبار الطبيب مباشرة بأعراضهم النفسية وأنهم ربما يعانون من الاكتئاب.

ما الأمور غير الداعمة

- لا جدوى من مجرد أن تطلب من الشخص المكتئب أن يحسن- هو بنفسه دون أي شيء- من مزاجه (مثلاً- يا أخي طنّش واطلع من هالاكتئاب)، لأنه لا يستطيع هكذا وبسهولة أن يضع الاكتئاب جانبا أو أن يسيطر عليه.
- لا تكن عدائياً أو ساخراً عندما لا تكون استجابة الشخص كما تتوقعها منه عادة، بل تقبل استجاباته على أنها أفضل ما يمكن للشخص أن يقدمه في ذلك الوقت.
- لا تتبنى اتجاهات مفرطة في الحماية أو مفرطة في التدخل تجاه الشخص المكتئب.
- لا تستمر بالطلب من الشخص أن يحاول فعل شيء ما سيفعله عادة.
- لا تتفهم ما يعانيه الشخص من خلال الضغط عليه كقولك له مثلاً «ضع ابتساماً على وجهك» أو «نظم أمورك كي تخرج من الاكتئاب» أو «لا تضخم الأمور واغضض النظر عما يقلقك».
- لا تقلل من شأن مشاعر الشخص من خلال محاولة قول شيء إيجابي، مثلاً «إنك لا تبدو بذلك السوء بالنسبة لي».
- تجنب الحديث بنبرة توحى للشخص بتحدّد خبراته وقدراته ولا تنظر إليه بطريقة فيها عطف زائد.
- قاوم الرغبة في أن تحاول أنت أن تشفيه من اكتابه وأن تحل له مشكلاته .

تباحثت معه بالأسباب التي تحول دون ذلك - فأعلمه أنه يستطيع الاتصال بك إذا ما غيّر رأيه مستقبلاً. عليك أن تحترم حق الشخص في عدم طلب المساعدة ما لم تكن مقتنعاً أنه قد يشكّل خطراً على نفسه أو على الآخرين.

٥ - شجّع مصادر الدعم الأخرى Encourage other support

شجّع الشخص على أن يأخذ بعين الاعتبار مصادر أخرى متاحة للدعم كالعائلة والأصدقاء ومجموعات الدعم. بعض الذين يعانون من الاكتئاب يجدون أنه من المفيد لهم أن يلتقوا مع آخرين لديهم تجارب مشابهة، حيث يكون هناك نوع من الدعم المتبادل الذي من الممكن أن يساعد على التعافي من الاكتئاب والقلق. ويمكن للعائلة والأصدقاء أن يكونوا أيضاً مصدر دعم لمن يعاني من الاكتئاب. التعافي يكون أسرع عند الذين يشعرون بأنّ هناك من يدعمهم .

المرضى النفسيون المنوّمون في المستشفيات يتلقون بشكل أقل من غيرهم من المرضى الأزهّار وبطاقات تمنّي الشفاء والهدايا الأخرى، مما قد يؤدي بهم إلى الشعور بالرفض. من الهام بالنسبة للعائلة والأصدقاء أن يقدّموا للمريض النفسي النوعية نفسها من الدعم الذي كانوا سيقدّمونه لشخص يعاني من مرض جسدي، وهذا يتضمن إرسال بطاقات تمنّي الشفاء والأزهّار والاتصال معه أو زيارته... الخ.

من المفيد أن يطلع المريض على مواقع انترنت طبية تفيده في مجال علاج الاكتئاب

ناقش خيارات المساعدة المهنية

عليك أن تسأل الشخص ما إذا كان يحتاج إلى مساعدة للتعامل مع ما يشعر بها. إذا كان يشعر حقيقة أنه يحتاج إلى مساعدة فناقش الخيارات الموجودة لديه للبحث عن ذلك وشجّعه على استخدام هذه الخيارات، إذا كان لا يعلم من أين يحصل على المساعدة فقدم له يد العون. من الهام أن تشجّعه على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة وعلى العلاج الفعال بشكل مبكر قدر الإمكان. إذا كان يرغب أن تدعمه من خلال مرافقتك له إلى مواعده مع أحد المهنيين فلا تتولى الأمر عنه بشكل كامل، فالشخص الذي لديه اكتئاب بحاجة لاتخاذ قراراته بنفسه قدر الإمكان. لا يتم التعرّف دائماً على الاكتئاب من المقابلة الأولى من قبل المهنيين، فقد يمر بعض الوقت قبل تشخيصه وقبل أن يجد المكتئب مقدّم الرعاية الصحية الذي يستطيع أن يكون معه علاقة جيدة. عليك أن تشجّع الشخص على ألا يتخلّى عن البحث عن المساعدة المهنية المناسبة.

ماذا لو كان الشخص لا يريد المساعدة؟

قد لا يريد الشخص البحث عن المساعدة المهنية، عندئذٍ عليك أن تعرف ما إذا كانت هناك أسباباً محددة لذلك، فمثلاً قد يكون الشخص قلقاً حول الأمور المالية أو حول عدم وجود طبيب يرتاح له أو قد يكون قلقاً من إرساله للمستشفى. قد تركز هذه الأسباب على قناعات خاطئة وقد تكون أنت قادراً على مساعدته على التغلب على ما يقلقه من تلك الأسباب. إذا كان الشخص لا يزال غير راغب في طلب المساعدة - وكل ذلك وبعد أن تكون قد

استراتيجيات المساعدة الذاتية

تستخدم استراتيجيات المساعدة الذاتية بشكل متكرر لدى الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب. تعتمد رغبة الشخص وقدرته على استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية على اهتمامه وشدة اكتأبه، لذلك فإنه عليك ألا تُلجَ كثيراً عند محاولتك تشجيع الشخص على استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية. يمكن لاستراتيجيات المساعدة الذاتية أن تكون مفيدة عندما تُستخدم مع علاجات أخرى، وقد تكون مناسبة للذين لديهم اكتئاب أقل شدة. ليست كل استراتيجيات المساعدة الذاتية ملائمة لكل الناس، ومن المفيد أن تناقش تلك الاستراتيجيات مع الاختصاصي المناسب



٢.٢ القلق



Anxiety & Panic Attacks

By Alexis Apfelbaum

هذه الصورة تأخذ شكل المسرحية الصامتة الهزلية والتي تصور هجمات القلق والفرع متجسدة في العينين الواسعتين المراقبتين. البحر في الصورة يمثل التهديد بأبتلاعه للشخصيات وكذلك وحوش البحر هي إسقاطات للخوف والتهديد الذي يعتري الشخصية خلال نوبة الهلع. الفاكهه هي واحدة من أفضل الادوات التي وجدتها لمقاومة الخوف قبل ان يحدث حالة من القلق وايضاً لمقاومة عدم القدرة على اتخاذ القرارات. كما انها تبنى روابط مع الاخرين وتُشعر بالامان.

٢،٢ القلق

السلوك: تجنب الناس أو مواقف معينة، السلوك الوسواسي القهري، زيادة استعمال الكحول أو المخدرات الأخرى.

الأعراض والعلامات الجسدية: خفقان القلب، الألم الصدري، تسارع ضربات القلب، احمرار الوجه، ضيق وتسارع في التنفس، الدوخة، الصداع، غزارة العرق، الإحساس بالخدر أو الوخز، الإحساس بانسداد مجرى الهواء، جفاف الفم، آلام المعدة، الغثيان، القيء، الإسهال، آلام العضلات (خصوصاً العنق، الأكتاف، والظهر)، رجفان الأطراف، وصعوبة النوم.

كل شخص قد يشعر بالقلق الطبيعي في وقت ما (قلق، متوتر، معصب، منزعج... الخ). ومع أن القلق هو حالة غير سارة إلا أنه يمكن أن يكون مفيداً تماماً في مساعدة الشخص على تجنب الحالات الخطيرة وتحفيزه على حل المشكلات اليومية. يمكن أن يتنوع القلق من حيث شدته بين الشعور البسيط بالتوتر وعدم الراحة وحتى يصل إلى ما تسمى نوبات الهلع المرعبة، ويمكن للقلق أيضاً أن يتنوع في مدته من دقائق قليلة إلى سنوات عديدة. ويمكن للقلق أن يظهر بطرق عديدة: جسدية، نفسية، وسلوكية، كما هو مبين في الأسفل.

علامات وأعراض القلق

العواطف والمشاعر: الخوف المبالغ فيه، أو غير الواقعي، النزق، الشعور بنفاذ الصبر، الغضب، التشوش، والتوجس.

التفكير والوظائف المعرفية: التفكير القلق والمطول حول أحداث في الماضي أو حول أحداث مستقبلية، تسارع الأفكار أو اختفاء الأفكار من الذهن فجأة وعدم معرفة ما يمكن قوله، ضعف التركيز والذاكرة، صعوبة في اتخاذ القرارات، صور ذهنية واضحة جداً لأحداث أو ذكريات معينة.

يختلف القلق المرضي عن القلق العادي في أنه:

١. أكثر شدة.
٢. أطول مدة.
٣. يؤدي إلى معاناة أو ضعف في عمل الشخص أو في علاقاته الشخصية أو في نشاطاته الهامة الأخرى.

اضطراب الهلع Panic Disorder :

يحدث لدى بعض الأشخاص عرض من أعراض القلق على شكل نوبات قصيرة من القلق الشديد تدعى نوبات الهلع (قلق مفاجئ شديد جدا وقصير المدة ولا يتناسب مع الظروف التي يحدث فيها). هناك أعراض أخرى مرافقة لذلك الخوف - يشابه الكثير منها أعراض النوبة القلبية - كتسارع نبضات القلب، التعرق، صعوبة في التنفس، ألم الصدر، الدوخة، الشعور بالانفصال عن نفسه والخوف من فقدان السيطرة.

قد تتكرر نوبات الهلع فتصبح مرضا بعد أن كانت مجرد عرض عابر وربما يتجنب المريض الأماكن التي حدثت فيها تلك النوبات وقد يتجنب القيام بالتمارين الرياضية أو القيام بالنشاطات الأخرى التي يمكن أن تؤدي إلى إحساسات جسدية مشابهة لتلك التي تحدث أثناء نوبة الهلع.

يعاني الشخص الذي لديه اضطراب الهلع من نوبات هلع متكررة الحدوث، ونوبة واحدة منها على الأقل يجب أن يكون قد تلاها قلق مستمر حول نوبات هلع مستقبلية محتملة أو حول النتائج المحتملة لنوبات الهلع كالخوف من فقدان السيطرة أو الخوف من الإصابة بنوبة قلبية. قد يصاب بعض الأشخاص باضطراب الهلع بعد نوبات هلع قليلة بينما قد يعاني البعض الآخر الكثير من نوبات الهلع دون أن يصابوا باضطراب الهلع. يصاب باضطراب الهلع خلال العمر حوالي 1-4% من الناس ونسبة إصابة الإناث هي 2-3 أضعاف نسبة إصابة الذكور. عادة ما تبدأ الإصابة في أواخر المراهقة أو في بدايات سن الرشد. يمكن للأشخاص الذين لديهم اضطراب الهلع أن يتشكّل لديهم رهاب السام حيث يتجنبون الأماكن التي يخافون احتمالية أن يعانون فيها نوبة هلع

أنواع اضطرابات القلق

اضطراب القلق العام:

Generalized Anxiety Disorder GAD

يصاب بهذا الاضطراب خلال العمر حوالي 5% من الناس ونسبة إصابة الإناث هي ضعف نسبة الذكور. من الصعب تحديد سن البدء حيث يقول معظم المرضى أنهم لا يتذكرون إلا وأنهم كانوا يعانون من القلق ولكن قن يطلب منهم المساعدة فعادة ما تكون في سن العشرينيات. العرض الرئيسي لاضطراب القلق العام هو شعور بالقلق المسيطر دون مبرر حول أمور يشعر أنها قد تسير بشكل خاطئ أو حول أمور يشعر أنه لا يمتلك القدرة على التعامل معها، ويكون ذلك مصحوباً بالعديد من الأعراض الجسدية والنفسية للقلق.

لكي تُشخّص الإصابة بهذا الاضطراب ينبغي أن يعاني الشخص من أعراض القلق العام في معظم الأيام ولمدة ستة أشهر على الأقل قلقلًا يصعب التخلص منه ويؤثر سلباً على مناحي حياة الشخص.

مدار القلق غالباً يكون حول المال، الصحة، العائلة، والعمل، حتى لو لم يكن هناك ما يدل على وجود مشاكل، ويكون صعباً - السيطرة على ذلك القلق. يمكن أن تتضمن الصفات الأخرى للشخص الذي لديه هذا الاضطراب عدم تحمل المواقف والحالات غير المؤكدة، الاعتقاد بأن القلق هو الطريقة المفيدة للتعامل مع المشاكل، وضعف القدرة على حل المشكلات. يُصعّب اضطراب القلق العام قدرة الناس على القيام بواجباتهم المنزلية وعلى التركيز في المدرسة أو العمل وعلى مواصلة حياتهم بشكل سلس.

رهاب السام Agoraphobia :

والمستشفى والحقن وبعض الحيوانات أو الحشرات. ولأن هذه المخاوف تتضمن فقط مواقف وموضوعات محددة فإنها عادة ما تكون أقل إعاقة للشخص من رهاب السام والرهاب الاجتماعي. تصيب المخاوف النوعية حوالي 13.7-17.1٪ من الإناث وحوالي 7.7-10.2٪ من الذكور. ذروة البدء بالنسبة للمخاوف الخاصة بالدم والحقن هي في عمر 5-9 سنوات وبالنسبة للمخاوف الموقفية هي في عمر العشرينيات.

اضطراب الشدة ما بعد الصدمة النفسية :Post-traumatic Stress Disorder(PTSD)

هو شعور بالرعب الشديد المتكرر عقب التعرض لموقف مريع (مثل الحريق أو الاعتداء الجسدي أو الجنسي، أو التهديد بالسلاح أو مشاهدة حدوث شيء مريع للآخرين). يصيب اضطراب الشدة ما بعد الصدمة خلال العمر حوالي 9-15٪ من الناس، والإناث أكثر استعداداً للإصابة بهذا الاضطراب.

العرض الأساسي في هذا الاضطراب هو تكرار ذهني لمنظر الحدث المرعب لا إرادياً، وقد يظهر ذلك على شكل أحلام متكررة عن الحدث، صور ذهنية واضحة جداً لأحداث أو ذكريات معينة وبشكل اقتحامي أو عدم الارتياح في المواقف التي تستحضر ذكريات الصدمة الأساسية إضافة إلى سلوك تجنب مستمر للأشياء المترافقة مع الحدث الصادم، الخدر العاطفي الذي قد يستمر لأشهر أو سنوات، أو قلة الاهتمام بالآخرين والعالم الخارجي. وأيضاً هنالك أعراض مستمرة لزيادة المعاناة والألم النفسي (الاستنفار الجسدي والنفسي لآتفه الأسباب وربما ثورات من الغضب الشديد، والأرق).

وهو قلق حول التواجد في أماكن أو مواقف يكون الهرب منها صعباً أو مُخجلاً أو لا يكون العون متوفراً فيها عند حدوث نوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع مُحرضة بالموقف أو غير متوقعة. من المواقف النموذجية التواجد وحيداً خارج المنزل، التواجد في حشد، التواجد على جسر، والسفر وحيداً في باص أو قطار أو سيارة. تلك المواقف يتم تجنبها أو تحملها مع انزعاج كبير أو مع قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع أو تتطلب وجود مرافق. قد يتجنب البعض من المصابين برهاب السام مواقف أو أماكن قليلة بينما قد يتجنب آخرون مغادرة منازلهم تماماً. يصاب برهاب السام خلال العمر حوالي 2-7٪ من الناس. عادة ما يبدأ في العشرينيات من العمر.

الرهاب الاجتماعي (Social Phobia) :

وهو الخوف من أي موقف قد يعنى فيه الناس النظر للشخص، وعادة ما يكون هناك خوف من أن يتصرف الشخص بطريقة مُخرجة أو مُخزبة. ما يدل بشكل رئيسي على الرهاب الاجتماعي هو الخوف من أن الآخرين سيفكرون بالشخص على نحو سيئ. ينشأ الرهاب الاجتماعي غالباً لدى الطفل الخجول عند دخوله مرحلة المراهقة، وتتضمن المواقف المخيفة الشائعة كلاً من التحدث أو الأكل في الأماكن العامة والأحداث الاجتماعية. يصيب الرهاب الاجتماعي خلال العمر حوالي 3-13٪ من الناس وذروة بدء هذا الاضطراب تكون في سنوات المراهقة.

المخاوف المحددة (Specific Phobias) :

المخاوف الأكثر شيوعاً هي الخوف من المرتفعات والطيران والأماكن المغلقة والدم

القلق المختلط بالاكتئاب أو تعاطي المخدرات

غالباً ما سيقود المستوى المرتفع من القلق والممتد لفترة طويلة إلى الاكتئاب، وهكذا فإن لدى العديد من الناس مزيجاً من القلق والاكتئاب. كما إن الاكتئاب قد يصاحبه قلق.

يحدث تعاطي المخدرات مع اضطرابات القلق كنوع من التداوي الذاتي الخاطئ علماً أنه يمكن أن يؤدي إلى زيادة القلق.

من الشائع أن يشعر الناس بالمعاناة والكرب الشديدين مباشرة بعد الحدث الصادم، وهذا يدعى اضطراب الشدة الحاد (acute stress disorder) وعادة ما يتخلص منه الشخص خلال شهر. أما إذا استمر هذا الشعور بالمعاناة والكرب لأكثر من شهر، فقد يكون لديه اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. البعض فقط ممن عانوا من اضطراب الكرب الحاد (acute stress disorder) سينتهي بهم الأمر بالإصابة باضطراب الشدة ما بعد الصدمة أو الاكتئاب. يصاب الناس باضطراب الشدة ما بعد الصدمة بشكل أكبر إذا ما تضمنت استجاباتهم للحدث الخوف شديد، الشعور بالعجز، أو الرعب.

اضطراب الوسواس القهري OCD Obsessive-Compulsive Disorder

غالباً ما يبدأ هذا الاضطراب في المراهقة وقد يستمر مدى الحياة، ويصيب حوالي 2-3٪ من الناس، ونسبة الإصابة بين الذكور والإناث تقريباً متساوية. تتراقف الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية مع مشاعر القلق.

الأفكار الوسواسية: هي أفكار أو دوافع أو صور ذهنية متكررة وتوصف على أنها اقتحامية، غير مرغوبة وغير مناسبة وتسبب قلقاً ملحوظاً. تدور معظم الأفكار الوسواسية حول الخوف من التلوث، و تحقيق النظافة واستكمال الطهارة والدقة في ترتيب الأشياء والوسوسة في الاعتقادات الدينية.

السلوكيات القهرية: وهي سلوكيات أو أفعال فُكرزة يشعر معها الشخص بأنه منقاد لتأديتها استجابةً لإلحاح شديد من الوسواس الذهنية فينفذ ذلك بغرض تخفيف القلق. تتضمن الأفعال القهرية تكرار الغسيل والتأكد والترتيب، والعد أو لمس الأشياء بشكل متكرر.

العوامل المسببة لاضطرابات القلق

- تاريخ عائلي لاضطرابات القلق.
- مشكلات تعاطي المخدرات في أحد أفراد الأسرة.
- الانفصال أو الطلاق.

الفرق بين القلق الطبيعي والمرضي :
القلق هو خبرة إنسانية طبيعية ويعتبر استجابة مفيدة في بعض الحالات، فالقلق الذي يشعر به الشخص وهو يتوجه لسيارته في المواقف في ليل مظلم مقفر يجعله يقظاً ومنتبهاً لأية مخاطر محتملة، والقلق الذي يشعر به الطالب في تحضير الامتحانات يدفعه للدراسة، ولكن ما يميّز القلق المرضي عن القلق الطبيعي هو مصدر وشدة هذه الخبرة، فبينما يكون القلق الطبيعي متقطعاً وفتوئعاً في حوادث أو مواقف معينة فإن القلق المرضي يميل إلى الإزمان و اللامنطقية ويتداخل سلباً مع وظائف الحياة اليومية.

ويمكن أن تنتج أعراض القلق أيضاً عن بعض الأمراض:

- بعض الحالات الطبية كفرط نشاط الغدة الدرقية، الداء الرئوي الانسدادي المزمن فقر الدم الشديد و نقص فيتامين ب ١٢.
- الآثار الجانبية لبعض الأدوية .

التدخلات العلاجية لاضطرابات القلق

المهنيون الذين يمكنهم المساعدة :

يستطيع العديد من المهنيين الصحيين أن يساعدوا الشخص الذي يعاني من إحدى اضطرابات القلق وهم:

- الأطباء العامون.
- الاختصاصيون النفسيون العياديون.
- المرشدون النفسيون.
- الأطباء النفسيون.
- المختصون في العلاج بالعمل.
- الاختصاصيون الاجتماعيون.
- الممرضون النفسيون.

سبقت معلومات أكثر عن كيفية تقديم هؤلاء المهنيين للمساعدة في الفصل ١١.

إذا لم يكن الشخص متأكداً مما سيفعله فشجّعه على استشارة الطبيب العام أولاً، حيث يمكنه أن يحدّد إذا ما كانت هناك مشكلة صحية جسدية هي التي تسبب هذا القلق أم لا وأن يحوِّله إلى المتخصص المناسب.

والأشخاص الأكثر عرضة لأن يصابوا باضطرابات القلق هم:

- الذين لديهم طبيعة عاطفية حسّاسة ويميلون لرؤية العالم كمصدر للتهديد.
- الذين لديهم تاريخ للقلق في الطفولة أو المراهقة، بما في ذلك الخجل الملحوظ.
- الإناث.
- الذين يتعاطون المخدرات بأنواعها المختلفة .
- الذين عانوا من حدث نفسي صادم.

هناك بعض العوامل العائلية التي تزيد خطورة الإصابة باضطرابات القلق:

- طفولة صعبة (الإساءة الجسدية أو العاطفية أو الجنسية، التجاهل، الصرامة المبالغ فيها).
- الخلفية العائلية التي تتضمن الفقر أو الوسط العائلي التكمي أو المتطلب.

العلاجات الدوائية

تدعم الدراسات العلمية فعالية الأدوية التالية:

- **الأدوية المضادة للاكتئاب** وهي فعالة بالنسبة لمعظم اضطرابات القلق حتى وإن لم يوجد لدى الشخص أي اكتئاب.
- **الأدوية المضادة للقلق** مثل المهدئات الصغرى (مجموعة البنزوديازيبينات) وهي أيضاً فعالة في تخفيف القلق، ولكن يجب أن يكون استعمالها محدوداً لفترة قصيرة وذلك بسبب المخاوف المتعلقة بالاعتماد على هذه الأدوية وبسبب الآثار الجانبية المحتملة كالخمول الشديد والقلق الارتدادي والنسيان.

أسلوب الحياة والعلاجات التكميلية

هناك بعض الدراسات العلمية التي تشير إلى فعاليتها في مساعدة الذين لديهم اضطرابات قلق وتتضمن:

- **كتب المساعدة الذاتية** والتي تركز على العلاج المعرفي السلوكي أو على العلاج السلوكي. وهي أكثر نفعاً عند استخدامها تحت إشراف المختصين.
- **العلاج عن طريق الكمبيوتر** وهو علاج ذاتي يتم إيصاله عن طريق الإنترنت أو على الكمبيوتر. وهي أكثر نفعاً عندما تستخدم تحت إشراف المختصين.
- **التمارين الرياضية.**
- **التنويم الإيحائي Hypnosis .**
- **اتخاذ عادات الحياة الصحية** كالنوم الكافي وفي الأوقات المناسبة والطعام الصحي وتقليل المنبهات كالشاي والقهوة.

التدخلات العلاجية للاضطرابات القلق:

تظهر الدراسات أنه يمكن لمدي واسع من العلاجات أن تساعد في اضطرابات القلق.

العلاجات النفسية

تستخدم مجموعة متنوعة من العلاجات النفسية مع اضطرابات القلق، ولكن حصلت العلاجات التالية على الدليل الأقوى من حيث الفعالية:

- **العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy:** وهو يساعد المرضى على فهم الأفكار والمشاعر التي تؤثر في السلوك، خلال سير العلاج يتعلم المرضى كيفية تحديد نماذج التفكير المدمرة والمسببة للاضطراب والتي لها تأثير سلبي على السلوك ومن ثم تعديلها واستبدالها بنماذج التفكير الإيجابية والتي هي أقرب لعكس الواقع ومن هذه النماذج السلبية في التفكير (الكل أو اللاشيء، القفز إلى النتائج، التضخيم والتصغير... الخ). أما الجانب السلوكي فيركز على التدريب على مهارات التكيف مع القلق وتمارين الاسترخاء ومواجهة المخاوف إما عبر التخيل أو واقعياً... الخ.
- **العلاج بالتعرض Exposure Therapy:** ويمكن أن يُستخدم لوحده أو كمكون من مكونات العلاج المعرفي السلوكي، ويتضمن تعريض الشخص للأشياء التي تجعله قلقاً، ويمكن أن يتم تعريض الشخص للمواقف المخيفة له واقعياً أو عبر التخيل. ومع التعرض المتكرر يصبح لدى الشخص شعور متزايد بالسيطرة على الموقف ويتناقص القلق.

أهمية التدخل المبكر من أجل القلق

من الهام أن يتم التعرف على اضطرابات القلق وأن يتم معالجتها باكراً، لأنها قد تؤثر بشكل كبير على حياة الشخص اللاحقة. تنشأ اضطرابات القلق غالباً في مرحلتها الطفولة والمراهقة، وإذا لم تعالج آنذاك فإن الشخص يصبح أكثر عرضة لعدد من النتائج غير المرغوب بها فيما بعد كالكتئاب و تعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار وتدني التحصيل التعليمي والإنجاب في عمر مبكر.

الأفكار والسلوكيات الانتحارية

المستويات القصوى من القلق هي الأزمة الأكثر وضوحاً لدى الأشخاص الذين لديهم اضطرابات القلق، من المحتمل أيضاً وجود أفكار انتحارية. خطورة الانتحار لدى الأشخاص الذين لديهم اضطرابات القلق ليست مرتفعة كما هو الأمر بالنسبة لبعض الأمراض النفسية الأخرى، علماً أنه تزيد الخطورة إذا كان لدى الشخص أيضاً اضطراب اكتئابي أو سوء استعمال المواد. ٢٪ تقريباً من الأشخاص الذين عانوا من إحدى اضطرابات القلق في الاثني عشر شهراً السابقة يحاولون الانتحار. لذلك يجب الانتباه لأية إشارات تحذيرية للانتحار عند التعامل مع شخص يعاني من إحدى اضطرابات القلق.

إيذاء الذات غير الانتحاري

تزيد اضطرابات القلق كثيراً من خطورة إيذاء الذات غير الانتحاري الذي قد يكون آلية تكيف مع مشاعر قلق غير محتمل.

الأزمات المترافقة مع اضطرابات القلق

الأزمات التي يمكن أن تترافق مع اضطرابات القلق هي:

- نوبة الهلع.
- الحدث الصادم.
- الأفكار والسلوكيات الانتحارية.
- إيذاء الذات غير الانتحاري

نوبة الهلع

تقريباً واحد من بين كل أربعة أشخاص يتعرض لنوبة هلع واحدة في وقت ما من حياته. يعاني القليل منهم مع الوقت نوبات متكررة والأقل منهم يستمرون ليعانوا مع الوقت اضطراب الهلع أو رهاب السام. وعلى الرغم من أنه يمكن لأي شخص أن يعاني من نوبة هلع إلا أن الذين لديهم إحدى اضطرابات القلق يكونون أكثر ميلاً لأن يتعرضوا لهذه النوبات.

الحدث الصادم

الحدث الصادم هو أي حدث يدرك على أنه صادم من قبل الشخص الذي تعرض له. لا يصاب معظم الذين مروا بخبرة الحدث الصادم

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية في القلق (ALGEE)

١. اقترب (Approach) من الشخص، قيّم وساعد إذا ما وُجدت أية أزمة.
٢. اصغ (Listen) دون أن تصدر الأحكام.
٣. قدم (Give) الدعم والمعلومات.
٤. شجع (Encourage) الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة.
٥. شجع (Encourage) مصادر الدعم الأخرى.

الشخص في الفصل ٣،٣ «المساعدة الأولية لنوبات الهلع».

إذا كان الشخص قد تعرّض لحدث صادم فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،٤ «المساعدة الأولية التالية للحدث الصادم».

إذا كان لديك مخاوف من أنه قد تكون لدى الشخص أفكار انتحارية فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،١ «المساعدة الأولية للأفكار والسلوكيات الانتحارية».

إذا كان لديك مخاوف من أن الشخص يقوم بإيذاء نفسه بشكل مقصود فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،٢ «المساعدة الأولية لإيذاء الذات غير الانتحاري».

إذا لم يكن لديك مخاوف من أن الشخص في أزمة فيمكنك أن تسأله كيف يشعر؟ وكم من الوقت مضى وهو يشعر على هذا النحو؟ وانتقل إلى الإجراء الثاني.

١. اقترب من الشخص، قيّم وساعد إذا ما وُجدت أية أزمة

المقاربة المفيدة للشخص الذي لديه قلق مزعج مشابهة كثيراً لمقاربة الشخص الذي يعاني من الاكتئاب. انظر الفصل ٢،١ الاكتئاب- النقاط المفتاحية هي:

- تحدث مع الشخص بشأن هواجسك حول قلقه.
- جد الوقت والمكان المناسبين حيث يشعر كل منكما بالراحة.
- إذا لم يبدأ الشخص محادثتك حول كيفية شعوره، عليك أن تبدأ أنت.
- احترم خصوصية الشخص وسريته.

وأثناء كلامك مع الشخص لاحظ بشكل جيد أية مؤشرات تشير إلى أن الشخص في أزمة.

إذا كان لديك ما يشير إلى أنه لدى الشخص نوبة هلع فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا

٢. اصغِ دون أن تصدر الأحكام

انظر إلى الإجراء الثاني في الفصل ٢،١ «الاكتئاب» لمزيد من النصائح المتعلقة بالإصغاء دون إصدار الأحكام. وبعض النقاط الأساسية لتذكرها هي:

- أدخل الشخص في مناقشة عن كيفية شعوره واصغِ بانتباه لما يقوله.
- لا تعبر عن أية أحكام سلبية حول حالة الشخص أو شخصيته.
- كن منتهياً للغة جسديك (الوضعية، التواصل البصري، والتموضع الجسدي بالنسبة للآخر).
- كي تتأكد أنك تفهم ما يقوله الشخص أعد له ما تسمعه واسأله أسئلة توضيحية.
- قد تكون هناك فترات فيها حاجة للصمت فكن صبوراً ولا تقاطع الشخص واستخدم فقط كلمات قليلة لحنه على المتابعة مثلاً «أفهم ما تقوله» و «أها».
- لا تقدّم نصيحة غير مفيدة أو فيها استخفاف مثل «سيطر على مشاعرك وأفعالك».
- تجنّب المواجهة ما لم تكن ضرورية لمنع أفعال مسببة للأذى.

٣. قدّم الدعم والمعلومات

انظر الإجراء ٣ في الفصل ٢،١ «الاكتئاب» لنصائح أكثر حول تقديم الدعم والمعلومات. الدعم والمعلومات المفيدة للشخص الذي لديه قلق مزعج مشابهة كثيراً لتلك المقدمة للشخص الذي يعاني من الاكتئاب. يمكنك أن تدعم الشخص بالطرق التالية:

- عامل الشخص باحترام وتقدير.
- لا تلم الشخص على مرضه.
- فلتكن لديك توقعات واقعية للشخص.

- قدم فهماً وودعماً عاطفياً بشكل ثابت.
- قدم للشخص الأمل بالتعافي.
- زود الشخص بالمساعدة العملية.

ما هي الأمور غير الداعمة للشخص!

من الهام بالنسبة لمقدم المساعدة الأولية أن يعرف أن التعافي من اضطرابات القلق يتطلب مواجهة المواقف التي تثير القلق. يمكن لتجنب هذه المواقف أن يبسط التعافي وأن يجعل القلق أكثر سوءاً. أحياناً يمكن للعائلة والأصدقاء أن يعتقدوا بأنهم داعمون للشخص من خلال تسهيل تجنب الشخص للمواقف المثيرة للقلق، ولكنهم بذلك يبسطون من دون قصد عملية التعافي.

هناك أيضاً أمور غير داعمة للشخص وتتضمن: الاستخفاف بمخاوفه واعتبارها تافهة، مثلاً «ليس ثمة ما يستحق الخوف منه» أو أن تقول له «كن صلباً» أو «لا تكن ضعيفاً هكذا» أو التحدث بنبرة تعتبره أقل فهماً.

٤. شجّع الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة

لا يدرك الكثيرون ممن لديهم اضطرابات قلق أنه توجد علاجات يمكنها أن تساعد على حياة أفضل. يمكن للأشخاص أن يتأخروا عن البحث عن المساعدة لسنوات قد تمتد لعشر سنوات أو أكثر. يمكن لهذا التأخير أن يؤدي إلى عواقب هامة في حياة الشخص كإنقاص الفرص الاجتماعية والمهنية وزيادة خطورة حدوث الاكتئاب ومشكلات الكحول والمواد الأخرى.

٥. شجع مصادر الدعم الأخرى

أشخاص آخرون يمكنهم المساعدة

شجع الشخص على أن يأخذ بعين الاعتبار مصادر دعم أخرى متاحة له كالعائلة والأصدقاء، ومجموعات الدعم. هناك ما يدل على أنه يمكن لمجموعات الدعم المتبادل أن تكون مفيدة للأشخاص الذين لديهم مشكلات اكتئاب أو قلق.

استراتيجيات المساعدة الذاتية

يستعمل الذين يعانون من إحدى اضطرابات القلق استراتيجيات المساعدة الذاتية بشكل متكرر. قدرة الشخص ورغبته في استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية تعتمد على اهتمامه وشدة الأعراض لديه، لذلك عليك ألا تضغط بشدة عند محاولتك تشجيع الشخص على استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية.

يجب على الذين يرغبون باستخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية أن يناقشوا ذلك مع الاختصاصي المناسب، فبعض استراتيجيات المساعدة الذاتية قد لا تكون ملائمة لكل شخص لديه إحدى اضطرابات القلق.

ناقش خيارات البحث عن المساعدة المهنية

اسأل الشخص ما إذا كان بحاجة للمساعدة لتحسين ما يشعر به من قلق ومن أعراض أخرى. إذا كان يشعر بأنه بحاجة للمساعدة فاستجب عندئذ كما يلي:

- ناقش كلاً من المساعدة المهنية المناسبة وخيارات العلاج الفعال المتوافرة وشجع الشخص على استخدام هذه الخيارات.
- اعرض عليه المساعدة في البحث عن هذه الخيارات.
- شجّع الشخص على عدم التخلي عن البحث عن المساعدة المهنية المناسبة.

ماذا إذا لم يرد الشخص المساعدة؟

قد لا يرغب الشخص في طلب المساعدة المهنية. عليك أن تستكشف ما إذا كانت هناك أسباب محددة وراء ذلك. مثلاً قد يكون الشخص قلقاً بشأن الأمور المالية، أو بشأن أنه لن يجد الطبيب الذي يرتاح معه. قد يكون بإمكانك أن تساعد الشخص على التغلب على مخاوفه تلك، وإذا استمر في عدم رغبته في طلب المساعدة فدعه يعلم أنه بإمكانه الاتصال بك إذا بدّل رأيه بشأن طلب المساعدة في المستقبل. عليك أن تحترم حق الشخص في عدم طلب المساعدة ما لم تعتقد أنه قد يشكل خطورة على نفسه أو على الآخرين.

٣.٢ الذهان (Psychosis)



Dividing Psyche

By Mark

هذا ما تشعر به عندما تكون مصاب بالفصام «التفكك»

الذهان (Psychosis)

ما هو الذهان ؟

الذهان مصطلح عام يستخدم لوصف المشكلة النفسية التي يفقد الشخص فيها بعض الاتصال بحقيقة الواقع. هناك اضطراب شديد في التفكير والعاطفة والسلوك. يمكن للذهان أن يؤثر على حياة الشخص بشدة، وقد يكون من الصعب على الشخص أن يبادر أو يحافظ على العلاقات الاجتماعية والعمل والعناية بالذات والنشاطات الاعتيادية الأخرى.

الاضطرابات الذهانية أقل شيوعاً من الاضطرابات النفسية الأخرى، وهناك الكثير من الاضطرابات التي يمكن للشخص أن يعاني فيها من أعراض ذهانية كالفصام العقلي والاكنتاب الذهاني واضطراب ثنائي القطب واضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective) والذهان بسبب تعاطي المخدرات (Drug-Induced Psychosis).

يعاني الأشخاص عادة من الذهان على شكل نوبات. يمكن أن تتضمن النوبة المراحل التالية والتي تختلف في طول مدتها من شخص إلى آخر.

- ما قبل المرض (Premorbid): لا يعاني الشخص من أية أعراض لكن لديه عوامل الخطورة للإصابة بالذهان.
- البوادر الأولية (Prodromal): يعاني الشخص من بعض التغيرات في العواطف، الدافعية، التفكير، الإدراك، أو السلوك.
- الأعراض الحادة (Acute): الشخص هنا يعاني من أعراض ذهان كالتوهيمات (Delusions)، الأهلالات (Hallucinations)، التفكير غير المنظم (Disorganised Thinking)،

وانخفاض القدرة على المحافظة على العلاقات الاجتماعية، العمل، والدراسة.

- التعافي (Recovery): ويستعيد فيها الشخص عافيته بشكل يختلف من فرد لآخر.

- الانتكاس (Relapse): قد يعاني الشخص من نوبة واحدة أو من عدة نوبات خلال حياته.

العلامات والأعراض الشائعة عند الإصابة بالذهان

تغيرات في العاطفة والدافعية:

اكتئاب، قلق، نزق، شك بالآخرين، وجدان محدد أو مسطح أو غير ملائم، تغيّر الشهية، انخفاض الطاقة والدافعية.

تغيرات في التفكير والإدراك:

صعوبات في التركيز أو الانتباه، إحساس بتغيّر الذات، الآخرين أو العالم الخارجي، أفكار غريبة، خبرات إدراكية غير عادية (كانخفاض أو زيادة شدة الشم، الصوت، أو اللون).

تغيرات في السلوك:

اضطراب النوم، عزلة اجتماعية أو نقص القدرة على تنفيذ العمل أو القيام بالأدوار الاجتماعية.

المُجَزَأ) (Fractured Mind) ويشير إلى تغيرات في الأداء العقلي حيث تصبح الأفكار والإدراكات مضطربة.

تتضمن الأعراض الرئيسية للفصام:

- التوهيمات (Delusions): وهي اعتقادات زائفة راسخة لا تتفق مع الواقع ولا مع خلفية المريض الثقافية والحضارية، كتوهمات الاضطهاد، الذنب، امتلاك مهمة خاصة، أو اعتقاد الشخص أنه تحت سيطرة خارجية. على الرغم من أن التوهيمات تبدو غريبة بالنسبة للآخرين إلا أنها حقيقية بالنسبة للشخص الذي يختبرها.

- الأهلالات (Hallucinations): وهي عبارة عن إدراكات زائفة دون وجود منبه. الأهلالات الأكثر شيوعاً هي الأهلالات السمعية ولكن قد تكون هناك أيضاً أهلالات بصرية، حسية، ذوقية، أو شمّية. وتعتبر هذه الأهلالات حقيقية جداً بالنسبة للشخص على الرغم من أنها ليست كذلك في الحقيقة. يمكن للأهلالات أن تكون مخيفة جداً وخصوصاً الأصوات التي تتضمن تعليقات سلبية على الشخص. يمكن للشخص أن يسمع أكثر من صوت واحد أو أن يعاني أنواعاً عديدة من الأهلالات. ولأن هذه التوهيمات والأهلالات حقيقية جداً بالنسبة للشخص فإنه من الشائع ألا يدرك المصابون بالفصام أنهم مرضى.

- صعوبات التفكير (*Thinking Difficulties*): قد يكون هناك صعوبة في التركيز والتذكر والقدرة على التخطيط، مما يصعب أكثر على الشخص أن يفكر بشكل منطقي وأن يتواصل ويكمل المهام اليومية.

- فقد الدافع (*Loss of Drive*): يفقد الشخص الدافع حتى للاعتناء بنفسه، وهذا ليس كسلاً.

على الرغم من أن هذه الأعراض قد لا تكون شديدة جداً بحد ذاتها، إلا أنها عندما تجتمع مع بعضها قد تشير إلى وجود شيء ما غير صحيح تماماً. من الهام ألا يتم تجاهل أو الاستخفاف بمثل هذه العلامات والأعراض التحذيرية، حتى لو ظهرت تدريجياً وحتى لو كانت غير واضحة. ينبغي ألا يُفترض أن الشخص يمر فقط بمرحلة من مراحل سوء استعمال الكحول أو المواد الأخرى أو أن تلك الأعراض ستزول من تلقاء نفسها.

قد تختلف علامات وأعراض الذهان من شخص لآخر ويمكن أن تتغير مع الوقت. من الهام أيضاً أن تأخذ بعين الاعتبار الخلفية الثقافية والروحية لسلوكيات الشخص، فما يفسر على أنه عرض من أعراض الذهان في ثقافة ما قد يعتبر أمراً طبيعياً في ثقافة أخرى، فمثلاً في بعض مجتمعات السكان الأصليين في أستراليا أن تزورك أرواح الأجداد المتوفين أو أن تسمع أصواتهم تُعتبر خبرات طبيعية.

الأشخاص الذين يمرون بالمرحلة الأولى من الذهان غالباً لا يتم تشخيصهم إلا بعد مرور سنة أو أكثر. والسبب الرئيسي لذلك هو أن الذهان غالباً ما يبدأ في مرحلة المراهقة المتأخرة أو في بدايات مرحلة الرشد وتتضمن العلامات والأعراض المبكرة للذهان سلوكيات وعواطف شائعة في مثل هذه المرحلة العمرية.

سيعاني العديد من الشباب من بعض هذه الأعراض دون أن يصابوا بالذهان، بينما سينتهي الأمر بأخرين ممن يعانون من بعض هذه الأعراض إلى الإصابة بأحد الاضطرابات التالية.

أنواع الاضطرابات الذهانية

الفصام العقلي (Schizophrenia)

- على عكس الاعتقاد الشائع فإن الفصام لا يعني الشخصية المنقسمة (Split Personality). يأتي مصطلح الفصام عند الإغريق من «العقل

من أعراض ذهانية أثناء نوبات الاكتئاب أو الهوس.

للاكتئاب الذي يمر به الشخص المصاب باضطراب ثنائي القطب بعض أو كل أعراض الاكتئاب المبينة سابقاً في الفصل ٢،١ «الاكتئاب».

ويعاني الشخص في فترة الهوس أو تحت الهوس من بعض أو كل الأعراض التالية:

- طاقة متزايدة أو نشاط زائد.
- مزاج مرتفع: حيث يشعر الشخص بقيمة السعادة والابتهاج.
- قلة الحاجة للنوم: يمكن للشخص أن يستمر لأيام بفترات نوم قليلة جداً.
- النزق Irritability: ويحدث خاصة عندما لا يوافق الآخرون على خطئه أو أفكاره غير الواقعية.
- سرعة الكلام والتفكير: يتكلم الشخص كثيراً وبسرعة كبيرة وينتقل من موضوع لآخر.
- الافتقار إلى الكبح (Lack of Inhibition): قد يستخف الشخص بالخطر أو يصرف المال بشكل مفرط أو يكون ذي نشاط جنسي زائد.
- توهمات العظمة (Delusion of Grandeur): وتتضمن تقييماً متضخماً جداً للذات كالاتقاد بأنه إنسان خارق أو موهوب بشكل خاص أو أنه شخصية دينية هامة (المهدي المنتظر مثلاً).
- الافتقار إلى البصيرة (Lack of Insight): الشخص مقتنع تماماً بأن توهمات الهوسية حقيقية ولا يدرك أنه مريض.

العواطف المتبلدة أو غير المناسبة (**Blunted or Inappropriate Affect**): لا يتفاعل الشخص مع الأشياء المحيطة به أو أنه يتفاعل معها بشكل غير مناسب. تتضمن الأمثلة على ذلك التحدث بصوت وحيد النغمة، قلة تعبيرات الوجه، ضعف التواصل البصري، أو التفاعل بغضب أو الضحك عندما لا تكون هاتان الاستجابتان مناسبين للموقف.

الانسحاب الاجتماعي (**Social withdrawal**): قد ينسحب الشخص من التواصل مع الآخرين، حتى العائلة والأصدقاء المقربين. وقد تكون هناك عدد من العوامل التي تقود إلى هذا الانسحاب كفقد الدافع، التوهمات التي تسبب الخوف من التفاعل مع الآخرين، صعوبة التركيز على الحديث، وفقد المهارات الاجتماعية.

يصاب بالفصام حوالي ١٪ من الناس، يعاني ثلاثة أرباع الناس النوبة الأولى من الفصام في الفترة العمرية (١٥ - ٣٠ سنة). ويصيب الذكور أكثر من الإناث ويميل الذكور إلى الإصابة به بوقت أبكر من الإناث. قد يكون بدء المرض سريعاً مع أعراض تتطور خلال عدة أسابيع أو قد يكون بطيئاً ويتطور خلال أشهر أو سنوات. حوالي ١٠-٢٠٪ من المصابين بالفصام تكون محصلة حالتهم جيدة وأكثر من ٥٠٪ تكون محصلة حالتهم سيئة.

الاضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder)

يعاني الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب من تبدلات شديدة في المزاج. يمكن أن يعانون فترات من الاكتئاب، فترات من الهوس أو تحت الهوس، وفترات طويلة من المزاج الطبيعي فيما بينها. يمكن للوقت الفاصل بين هذه النوبات أن يختلف كثيراً من شخص لآخر. عادة ما تستمر النوبات لأيام أو أسابيع أو أكثر. يمكن للمصابين باضطراب ثنائي القطب أن يعانون

العوامل المسببة للاضطرابات الذهانية

من المسلم به أن الذهان يحدث نتيجة اجتماع عوامل عديدة منها: العوامل الوراثية، الكيمياء الحيوية (اضطراب وظيفة الناقل العصبية في الدماغ)، الضغوط النفسية، والتعاطي.

عوامل الخطورة للفصام

فيما يلي عوامل الخطورة الأكثر أهمية:

- وجود قريب يعاني من الفصام: خطورة أن يصاب شخص ما لديه أحد الوالدين أو الأشقاء مصاب بالفصام حوالي ١٠-١٥٪. على الرغم من ارتفاع الخطورة إلا أنه من الهام ملاحظة أن ٨٥ - ٩٠٪ لن يصابوا بالفصام.
- أن يكون الشخص ذكراً: يصاب الذكور بالفصام أكثر من الإناث ويميلون لبداية أبكر للمرض.
- العيش في المدن: الناس الذين ينشؤون في المدن لديهم خطورة أعلى للإصابة بالفصام من أولئك الذين ينشؤون في المناطق الريفية. السبب غير معروف ولكنه قد يتعلق بالفروق في صحة الأمهات أثناء الحمل، استعمال الحشيش، أو الشدات الاجتماعية.
- الهجرة: لدى المهاجرين وأطفالهم خطورة أكبر للإصابة بالفصام. السبب غير معروف ولكنه قد يعزى للشدّة الاجتماعية الناجمة عن شعور الشخص بأنه غريب.
- الشدة الاجتماعية: يمكن للشدات الاجتماعية أن تحرّض على ظهور الأعراض الذهانية.
- استعمال الحشيش: يزيد استعمال الحشيش خلال المراهقة من خطورة الإصابة بالفصام، خصوصاً عند الأشخاص الذين لديهم عوامل خطورة أخرى.

بشكل صحيح، فقد تكون النوبات الأولى اكتئابية وقد لا يتم الانتباه إلى نوبات سابقة هوسية أو تحت هوسية. نسبة الإصابة بأحد اضطرابات طيف ثنائي القطب (ثنائي القطبي + دورية المزاج Cyclothymia) خلال العمر هو ٦،٢-٧،٨٪. متوسط العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب هو ٣٠ سنة. يصيب اضطراب ثنائي القطب الذكور والإناث بشكل متساوٍ.

الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression)

يمكن للاكتئاب في بعض الأحيان أن يكون شديداً جداً فيسبب أعراضاً ذهانية، مثلاً قد يعاني الشخص من توهمات تتضمن الشعور بالذنب الشديد حول خطأ لم يرتكبه أو من توهمات الفقر أو الاضطهاد. وقد يعاني البعض من أهلاسات وخاصة أهلاسات سمعية.

اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective Disorder)

ويعاني المصاب من أعراض ذهانية وأعراض وجدانية (اكتئابية أو هوسية) في نفس الوقت.

الذهان الناتج عن التعاطي (Drug-Induced Psychosis)

وهو ذهان يحدث عن طريق استخدام مادة ما كالمخدرات والكحول ومواد أخرى. تظهر الأعراض عادة بسرعة وتستمر لفترة قصيرة (من ساعات إلى أيام قليلة) إلى أن يتلاشى تأثير المواد تدريجياً. الأعراض الأكثر شيوعاً هي الأهلاسات البصرية وعدم التوجه ومشكلات الذاكرة. يمكن لكل من المواد المشروعة وغير المشروعة أن تسهم في حدوث نوبة ذهان كالحشيش، الكحول، الكوكايين، الأمفيتامينات، المهلوسات، المواد القابلة للاستنشاق، الأفيونات، المهدئات، المنومات، وحالات القلق.

عوامل الخطورة التالية أقل أهمية فهي تزيد الخطورة فقط بمقدار ضئيل جداً:

- الأحداث خلال فترة حمل الأم؛ فقد تم الربط بين حدوث الإبتانات لدى الأم في الثلثين الأول والثاني وبين ارتفاع خطورة الإصابة بالفصام. والتفسير الممكن هنا هو أن استجابة الأم المناعية تتداخل مع تطور دماغ الجنين. ويمكن أيضاً لنقص الغذاء الشديد وأحداث الحياة الضاغطة جداً أثناء الحمل أن تزيد الخطورة.
- مضاعفات الولادة: هناك العديد من المضاعفات التي تؤدي إلى زيادة خطورة الإصابة بمقدار الضعف، ربما لأنها تؤدي إلى نقص الأوكسجين في دماغ الوليد.
- كبر عمر الأب: قد يؤدي إلى زيادة الخطورة بمقدار الضعف. السبب غير معروف ولكن قد يتعلق الأمر بنطفة مُضعفة أو بطفرة وراثية.

بينما هناك عدد كبير من عوامل الخطورة الممكنة بالنسبة للفصام فإن هذه العوامل تؤدي إلى تغيرات في كيمياء حيوية الدماغ. ومن التغيرات الأساسية المعروفة هو التغير في الناقل العصبي الدوبامين Dopamine. وتعمل معظم الأدوية المضادة للذهان المستخدمة في علاج الفصام على مستوى هذا الناقل بالإضافة إلى أنها قد تعمل أيضاً على مستوى نواقل عصبية أخرى.

عوامل الخطورة لاضطراب ثنائي القطب

لم يتم فهم أسباب هذا الاضطراب بشكل تام، علماً أنه من المعروف أن العوامل التالية لها دور:

- وجود قريب يعاني من هذا الاضطراب: يعد هذا عامل الخطورة الأكثر أهمية المعروف حتى الآن. خطورة أن يصاب شخص ما لديه أحد الوالدين أو الأشقاء مصاب باضطراب ثنائي القطب هي حوالي ٩٪. وبينما تشير

هذه النسبة إلى خطورة أكبر لكنها تعني في نفس الوقت أنّ أكثر من ٩٠٪ من الذين لديهم أقارب مصابين بالاضطراب لن يصابوا به.

لا يوجد عوامل خطورة أخرى مثبتة بشكل قاطع ولكن هناك بعض الأبحاث التي تؤكد على دور العوامل التالية:

- مضاعفات الحمل والولادة: يمكن لهذه المضاعفات أن تؤثر على تطور دماغ الجنين أو الرضيع.

- الولادة في الشتاء أو الربيع: هذا يعني وجود خطورة على الجنين من الإبتانات أو الأحداث الأخرى التي تختلف من فصل لآخر.

- الوضع الاجتماعي: من المرجح أكثر أن يكون لدى الأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب دخل أقل، أن يكونوا غير موظفين، أن يكونوا غير متزوجين، أو أن يكونوا من سكان المدن. ولكن قد تكون هذه العوامل عبارة عن نتائج للتغيرات المبكرة جداً والنتيجة عن اضطراب ثنائي القطب أكثر من كونها أسباباً للاضطراب.

- حوادث حياتية حديثة مسببة للتوتر: تشيع الأحداث الضاغطة أكثر خلال السنة أشهر السابقة لبدء نوبة.

- الولادة: تظهر النساء خطورة أكبر للإصابة بالاضطراب خلال الأشهر اللاحقة للولادة.

- الأذيات الدماغية: قد يزيد تأذي الدماغ قبل سن العاشرة من خطورة الإصابة بالاضطراب.

- التصلب العديدي Multiple Sclerosis: قد يكون لدى الأشخاص المصابين بالتصلب العديدي خطورة أكبر للإصابة باضطراب ثنائي القطب.

وعلى نحو مشابه للفصام يمكن لعوامل الخطورة المتنوعة المذكورة آنفاً أن تؤدي إلى تغيرات في كيمياء حيوية الدماغ وبالتالي تؤدي إلى الهوس والاكتئاب.

التدخلات العلاجية للاضطرابات الذهانية

المهنيون الذين يمكنهم المساعدة

يستطيع العديد من المهنيين الصحيين أن يقدّموا المساعدة للشخص الذي يعاني من أحد الاضطرابات الذهانية وهم:

- الأطباء العامون
- الأطباء النفسيون
- الاختصاصيون النفسيون العياديون
- المرشدون النفسيون
- الممرضون النفسيون
- مدراء الحالة

معلومات أكثر عن كيفية تقديم هؤلاء المهنيين للمساعدة في الفصل ١١.

العلاجات المتاحة للذهان

هناك جانبان يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار للمساعدة المهنية للذهان، الأول هو العلاج الدوائي والثاني هو العلاجات الهادفة إلى تحسين المحصلة النهائية وإلى تحسين نوعية حياته إلى أقصى حد.

يعد الدواء أساسياً لتدبير الاضطرابات الذهانية. تتطلب الاضطرابات الذهانية المختلفة أدوية مختلفة (ستشرح لاحقاً). من غير الواقعي أن تتوقع تدبير الاضطراب الذهاني من دون دواء. يحتاج الشخص المصاب باضطراب ذهاني للعمل عن قرب مع طبيبه لتحديد الأدوية الأفضل للتدبير الفعال لحالته وبآثار جانبية أقل. قد يستفيد الشخص الذي يعاني من ذهان شديد من البقاء في المستشفى لفترة قصيرة حتى يسترد بعض عافيته.

يمكن لكل من الأطباء النفسيين، الاختصاصيين النفسيين، والمرشدين النفسيين وغيرهم من مهنيي الصحة النفسية أن يساعدوا على تحسين نوعية حياة المريض من خلال مساعدته على تقبّل مرضه أو على تسهيل التوظيف المناسب أو على متابعته لتعليمه، وأيضاً من خلال مساعدته على المحافظة على علاقات عائلية واجتماعية جيدة. ويمكن أن يقوموا أيضاً على تقديم التثقيف النفسي للمريض ولعائلته لتحفيز الفهم الجيد للمرض ولتحسين استراتيجيات تدبير المرض.

تختلف أنماط التعافي من شخص لآخر، فبعض الأشخاص يتعافون بسرعة من خلال العلاج في حين قد يتطلب التعافي عند البعض الآخر فترة أطول. لا يتم التعافي من النوبة الأولى عادة إلا بعد عدة أشهر، وإذا ما استمرت الأعراض أو عادت فإن عملية التعافي قد لا تتحقق بشكل كامل أو قد تكون طويلة الأمد.

هناك مجموعة من العلاجات المثبتة في علاج
الذهان:

علاجات الفصام

كان الفصام في الماضي يعتبر مرضاً مزمناً ولا أمل في التعافي منه، ولكن من المعروف الآن أن المصابين بالفصام إذا تلقوا العلاج المناسب (الأدوية وبرامج إعادة التأهيل) فإن العديد منهم من الممكن أن يتعافى وأن يعيش حياة منتجة ومرضية. يحتاج المصابون بالفصام أو باضطرابات ذهانية أخرى أن يعالجوا بتفاؤل في الحصول على نتائج جيدة وبروم الشراكة. إنهم بحاجة للعيش في بيئة اجتماعية آمنة ومستقرة، وهذا يتضمن البيئة المنزلية البعيدة عن الضغوط، الدعم من العائلة والأصدقاء، الدخل الكافي، و القيام بدور ذي معنى في المجتمع. هناك ما يثبت أن العلاجات والتقنيات التالية يمكنها أن تساعد المصابين بالفصام:

الاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي. الرعاية متاحة خلال ٢٤ ساعة من اليوم وحسب احتياجات كل مريض. ويقدم الدعم للعائلة أيضاً. لقد قلل العلاج المجتمعي الحازم من الانتكاسات والحاجة للاستشفاء.

هذا والجدير بالذكر أن المصابين باضطراب الفصام يتعرضون كثيراً لأمراض جسدية خطيرة ويموتون في عمر مبكر نسبياً كنتيجة لتلك الأمراض، لذلك من الأهمية بمكان أن يكون لهم فحص طبي دوري.

علاجات اضطراب ثنائي القطب

هناك ما يثبت أن العلاجات والتقنيات التالية يمكنها أن تساعد المصابين باضطراب ثنائي القطب:

- الأدوية: هناك مجموعة من الأدوية التي يمكنها مساعدة المصابين باضطراب ثنائي القطب كمثبتات المزاج ومضادات الذهان.
- التثقيف النفسي: ويتضمن تزويد المريض بالمعلومات حول اضطراب ثنائي القطب، علاجه وإدارة آثاره على حياته. ولقد وجد أن التثقيف النفسي يقلل من الانتكاسة.
- العلاجات النفسية. بينت الدراسات وجود علاجين مفيدتين هما العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج البين شخصي والإيقاع الاجتماعي (Interpersonal and Social Rhythm Therapy). يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأشخاص على مراقبة تبدلات المزاج وعلى التغلب على نماذج التفكير المؤثرة سلباً على المزاج وعلى أداء أفضل في مختلف الوظائف الحياتية. أما بالنسبة للعلاج البين شخصي والإيقاع الاجتماعي فالجانب البين شخصي يركز على مساعدة المريض على حل نزاعاته مع الآخرين والتعامل مع الحزن الناجم

• **الأدوية المضادة للذهان:** وهي فعالة للأعراض الذهانية كالتوهمات والأهلاسات ولكنها أقل فعالية لأعراض أخرى كنقص الدافعية وضعف التركيز والذاكرة.

• **الأدوية المضادة للاكتئاب:** قد يعاني الأشخاص الذين لديهم فصام من أعراض الاكتئاب أيضاً، وعندئذ يمكن استخدام مضادات الاكتئاب لعلاج تلك الأعراض.

• **التثقيف النفسي:** ويعني تثقيف المريض وعائلته حول مرضه والطريقة الأفضل لتدبيره. يساعد هذا على تقليل الانتكاسات. قد يسهم التوتر في العائلة – وهو النتيجة الطبيعية لمحاولة التعامل مع إعاقة غير مفهومة لهم بشكل جيد – في انتكاس الشخص المصاب بالفصام، ويمكن للتثقيف النفسي أن يساعد على تجنب حدوث ذلك.

• **العلاج المعرفي السلوكي:** يمكن لهذا النمط من العلاج النفسي أن يساعد المريض على تطوير تفسيرات بديلة لأعراض الفصام وبالتالي يساعد على تخفيف تلك الأعراض وعلى تقليل تأثير الأعراض على حياته وعلى تشجيع الشخص على تناول أدويته.

• **التدريب على المهارات الاجتماعية:** وبالتالي تحسين نوعية حياته.

• **العلاج المجتمعي الحازم (Assertive Community Treatment):** وهي طريقة في علاج الأشخاص الذين أدت إصابتهم بالاضطراب النفسي إلى صعوبات كبيرة في عدة مجالات من حياتهم كالعمل والعلاقات الاجتماعية والعيش المستقل والتدبير المالي. تتم رعاية الشخص من قبل فريق يضم ممارسين من مهن صحية مختلفة كالطبيب النفسي، الممرض،

- الحالة الذهانية الشديدة
- السلوك العدواني
- الأفكار والسلوكيات الانتحارية

الحالات الذهانية الحادة

يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهانية أن يمروا بفترات يصبحون فيها في حالة مرضية شديدة، حيث يمكن أن تكون لديهم توهمات وأهلاسات شديدة وتفكير غير منظم بشكل كبير وسلوك غريب ومضطرب، ويظهر الشخص توتراً شديداً أو قد تكون سلوكياتهم مزعجة جداً للآخرين. عندما يكون الشخص في هذه الحالة فإنه يمكن أن ينتهي به الأمر إلى الإيذاء بشكل غير مقصود وذلك بسبب معتقداتهم التوهمية وأهلاساتهم، فمثلاً قد يؤمن الشخص بأنه يمتلك قدرات خاصة تحميه من الخطر فيقوم السيارة والإشارة حمراء، أو قد يركض بين السيارات المزدحمة في محاولة للهرب من أهلاساته المخيفة.

عن الفقد (الخسارة الناتجة عن الاضطراب كالطموم مثلاً) والتعامل مع التغييرات في الأدوار الحياتية وتطوير علاقات أفضل، أما جانب الإيقاع الاجتماعي فهو يركز على مساعدة المريض على تنظيم روتين الحياة اليومية كأوقات النوم واليقظة وأوقات الوجبات وأوقات قضاء الوقت مع الآخرين... الخ.

- العلاج العائلي: وهو يعني تثقيف أفراد العائلة حول كيفية دعم المريض وكيفية تجنب التفاعلات السلبية التي يمكن أن تحرّض على الانتكاسة.

أهمية التدخل المبكر بالنسبة للذهان

يعد التدخل المبكر بالنسبة للمصابين بأحد الاضطرابات الذهانية أمراً شديداً الأهمية، فلقد أظهرت الدراسات أنه كلما طالت الفترة بين بداية الذهان وبداية العلاج كلما قل احتمال أن يتعافى الشخص. وهناك عواقب أخرى لتأخر العلاج تتضمن:

- الأداء الأضعف في مختلف الوظائف الحياتية على المدى الطويل.
- زيادة خطورة ارتكاب الانتحار.
- نضج نفسي أبطأ وتفهم وتعلم أبطأ لمسؤوليات الشخص البالغ.
- علاقات متوترة مع الأصدقاء والعائلة وفقدان لاحق للدعم الاجتماعي.
- انقطاع أو اضطراب في متابعة الدراسة أو العمل.
- زيادة استعمال الكحول والمواد الأخرى.
- فقدان تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس.
- فرصة أكبر للوقوع في مشكلات قانونية.
- الأزمات المترافقة مع الاضطرابات الذهانية
- الأزمات التي قد تترافق مع الاضطرابات الذهانية هي:

السلوك العنيف

يمكن لنسبة ضئيلة جداً من الذين يعانون من أحد الاضطرابات الذهانية أن يهددوا باستخدام العنف. يُعَرِّض الأشخاص المصابون باضطرابات نفسية في وسائل الإعلام غالباً على أنهم ذوو سلوك عنيف وخطور ولا يمكن التنبؤ به، علماً أن الأغلبية العظمى من المصابين باضطرابات نفسية لا يشكلون خطراً على الآخرين. فقط نسبة صغيرة (حوالي ١٪) من العنف الذي يحدث في المجتمع يقوم به أشخاص مصابون باضطرابات نفسية. ليس هناك علاقة أو هناك علاقة ضعيفة بين اضطرابات الاكتئاب والقلق وسلوك الشخص العدوانية تجاه الآخرين، أما الأشخاص الذين يعانون من أحد اضطرابات استعمال المواد أو اضطرابات الشخصية أو الاضطرابات الذهانية ف لديهم خطورة أكبر للعنف. لاستعمال الكحول أو المواد الأخرى علاقة مع العنف أقوى من العلاقة بين الاضطرابات النفسية والعنف، حيث ترتكب الكثير من الجرائم من قبل أشخاص يكونون في حالة انسسام بالكحول أو بمواد أخرى. تزداد خطورة العنف بشكل أكبر إذا كان الشخص المصاب بأحد الاضطرابات الذهانية لا يعالج بشكل كافٍ أو أنه يستعمل الكحول أو مواد أخرى.

الأفكار والسلوكيات الانتحارية

تتضمن الاضطرابات الذهانية خطورة مرتفعة للانتحار. تقريباً ٥٠٪ من الأشخاص المصابين بالفصام وحوالي ١٠-٢٠٪ من الأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب ينتحون. إن وجود اكتئاب مرافق أو أحد اضطرابات استعمال المواد يزيد الخطورة. العوامل الرئيسية التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تقييم خطورة الانتحار لدى الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية هي:

- الاكتئاب.
- الأفكار أو السلوكيات الانتحارية أو التهديد بالانتحار.
- محاولة انتحار سابقة.
- التزام ضعيف بالعلاج.
- سوء استعمال المواد.

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية في الاضطرابات الذهنية

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية في الاضطرابات الذهنية

١. اقترب (Approach) من الشخص، قيّم وساعد إذا ما وُجِدَت أية أزمة.
٢. اصغ (Listen) دون أن تصدر الأحكام.
٣. قدم (Give) الدعم والمعلومات.
٤. شجع (Encourage) الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة.
٥. شجع (Encourage) مصادر الدعم الأخرى.

١. اقترب من الشخص، قيّم وساعد إذا ما وُجِدَت أية أزمة.

الأشخاص المصابون بالاضطرابات الذهانية لا يطلبون غالباً المساعدة. الذين يعانون من تغيرات عميقة ومخيفة كالأعراض الذهانية يحاولون الاحتفاظ بها في السر. إذا كنت قلقاً بشأن شخص ما فحاول مقارنته بأسلوب يظهر الاهتمام ودون إصدار الأحكام لتناقش معه بشأن ما يقلقك. دع الشخص يعلم أنك مهتم بشأنه وأنت تريد مساعدته. الشخص الذي تحاول مساعدته ربما لن يثق بك أو قد يخاف من أن يعتبره شخصاً مختلفاً، لذلك فإنه ربما لن يكون صريحاً معك. إذا كان ذلك ممكناً، عليك أن تقارب الشخص بشأن ما يعانيه بشكل خاص وفي مكان خالٍ من مشتتات الانتباه. حاول أن تكون مقاربتك وتفاعلِكَ بما يتناسب وحالة الشخص، فمثلاً

إذا كان الشخص ميالاً للشك ويتجنب التواصل البصري فكن منتهياً لذلك وأعطه المساحة التي يحتاجها. لا تلامس الشخص من دون إذنه. إذا لم يكن الشخص راغباً في الكلام معك فلا تحاول إجباره على التكلم عما يعانيه، ودعه - بدلاً من ذلك - يعلم أنك مستعد للاستماع له متى ما أراد ذلك مستقبلاً. يجب أن تذكر السلوكيات المحددة التي تقلق بشأنها وعليك ألا تخمن تشخيص ما يعانيه الشخص. من الهام أن تسمح للشخص بالتحدث عن خبراته ومعتقداته إذا أراد ذلك. دع الشخص - قدر المستطاع - هو من يحدد سرعة وأسلوب التفاعل معه. عليك أن تدرك أنه قد يكون خائفاً بسبب أفكاره ومشاعره.

- التهكم
 - استخدام عبارات تعتبره أقل فهماً.
 - إصدار أحكام بشأن محتوى معتقداته وما يمر به.
- انظر الإجراء الثاني في الفصل ٢،١ «اللاكتئاب» لمزيد من النصائح عن الإصغاء من دون إصدار الأحكام.

التعامل مع التوهيمات والأهلاسات

- من الهام أن تدرك أن التوهيمات والأهلاسات حقيقة جداً بالنسبة للمريض. يجب عليك ألا:
- تستخف أو تقلل من أهمية أو تتجادل مع المريض بشأن توهيماته أو أهلاساته.
 - تتصرف بطريقة تُظهر الخوف أو الرعب أو الحرج تجاه أهلاسات المريض أو توهيماته.
 - تضحك من أعرض المريض الذهانية.
 - تشجّع أو تستفز شكوك المريض وذلك إذا ما أظهر المريض سلوكاً فيه سوء ظن.

تستطيع أن تستجيب لتوهيمات المريض أو أهلاساته دون أن توافقه عليها، كأن تقول «لابد أن ذلك مرعب بالنسبة لك» أو «إنني أدرك ما أنت فيه من معاناة».

غالباً ما يكون الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية غير قادرين على التفكير أو التواصل بوضوح. وتتضمن طرق التعامل مع صعوبات التواصل كلا من:

- الاستجابة للكلام غير المنظم بالتواصل مع الشخص بأسلوب غير معقد وواضح ومختصر.
- إعادة القول إذا كان ذلك ضرورياً.
- كن صبوراً وامنح الشخص مزيداً من الوقت لهضم المعلومات والاستجابة لما تقوله.

وبينما تتكلم مع الشخص لاحظ بشكل جيد أية دلالات على أن الشخص قد يكون في أزمة.

إذا كان لديك ما يدل على أن الشخص في حالة ذهانية شديدة فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،٢ «الإسعاف الأولي للحالات الذهانية الشديدة».

إذا كان الشخص يظهر سلوكاً عنيفاً فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،٨ «الإسعاف الأولي للسلوكيات العنيفة».

إذا كان لديك مخاوف من أنه قد يكون لدى الشخص أفكاراً وسلوكيات انتحارية فاعرف كيف تقيم وتساعد هذا الشخص في الفصل ٣،١ «الإسعاف الأولي للأفكار والسلوكيات الانتحارية».

إذا لم يكن لديك مخاوف من أن الشخص في أزمة فيمكنك أن تسأله كيف يشعر؟ وكم من الوقت مضى وهو يشعر على هذا النحو؟ وانتقل إلى الإجراء الثاني.

٢. اصغ دون إصدار أحكام

يمكن للشخص أن يتكلم أو يتصرف بطريقة مختلفة بسبب الأعراض الذهانية. وقد يجد أيضاً من الصعوبة بمكان أن يميز ما هو حقيقي عمّا هو ليس بحقيقي.

ما الذي عليك أن تحاول فعله:

- افهم الأعراض كما هي.
- تفهم ما يشعر به الشخص بشأن معتقداته وما يمر به.

ما الذي عليك أن تحاول ألا تفعله:

- مواجهة الشخص.
- نقده أو لومه.
- أخذ تعليقاته التوهيمية على محمل شخصي .

قَدِّمِ المعلومات:

عندما يكون الشخص في حالة ذهانية شديدة فإنه من الصعوبة ومن غير المناسب عادة أن تُقدِّم له معلومات عن الذهان، أما عندما يكون الشخص أكثر صلة بالواقع وأكثر قدرة على التفكير بوضوح فإنه يمكنك أن تسأله عما إذا كان يرغب بالحصول على بعض المعلومات عن الذهان، وإذا أراد ذلك فإنه من الهام أن ترشده إلى مصادر دقيقة ومناسبة لحالته.

٣. شجّع الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة

ناقش خيارات البحث عن المساعدة المهنية:

يمكنك أن تسأل الشخص عما إذا مر بهذا الشعور من قبل، وإذا كان كذلك فما الذي فعله في الماضي وكان مفيداً له. إذا قرّر الشخص البحث عن المساعدة المهنية فعليك أن تتأكد أنه مدعوم من الناحيتين العاطفية والعملية في الوصول إلى الخدمات. وإذا كان الشخص يبحث فعلاً عن المساعدة وكان هو أو أنت لا تثق تماماً بالنصيحة الطبية التي تلقاها فعليه البحث عن رأي ثانٍ من مهني نفسي أو طبي آخر.

ماذا إذا لم يرد الشخص المساعدة؟

قد يفقد ضعف البصيرة Lack of Insight أو حيرة الشخص وخوفه مما يحدث له إلى إنكار وجود أي أمر غير طبيعي في حالته وإلى رفض أية مساعدة وإلى المقاومة الشديدة لأية محاولة على تشجيعه في البحث عن المساعدة. عليك في هذه الحالة أن تشجّعه على التحدث مع شخص يثق به.

- كن مدركاً أنه حتى لو أظهر الشخص مدى محدوداً من المشاعر فإن ذلك لا يعكس حقيقة مشاعره بشكل مؤكد.
- لا تفترض عدم استطاعة الشخص فهم ما تقوله له حتى لو كانت استجابته محدودة.

٣. قَدِّمِ الدعم والمعلومات

من الهام أن تحترم استقلالية الشخص عند الأخذ بعين الاعتبار مدى قدرته على اتخاذ قراراته بنفسه. وبشكل مساو عليك أن تحترم خصوصية الشخص وسرية حالته ما لم تكن قلقاً من أن الشخص يمكن أن يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين. من المهم أن تكون صادقاً عندما تتفاعل مع الشخص.

قدم التفهّم والدعم العاطفي بشكل ثابت:

أُكِّد للشخص أنك تتفهم وضعه وأنتك موجود لمساعدته ودعمه وأنتك تريد أن تحافظ على سلامته.

امنح الشخص الأمل بالتعافي:

وذلك من خلال تطمينه أن المساعدة متاحة وأن الأمور يمكن أن تصبح أفضل.

زوّد الشخص بالمساعدة العملية:

حاول أن تعرف ما هي نوع المساعدة التي يحتاجها الشخص من خلال سؤاله عما سيساعده على الشعور بالأمان والسيطرة على الأمور، وإذا كان ذلك ممكناً فقدم للشخص خيارات عن أنواع المساعدة التي يمكنك تقديمها، وبذلك سيشعر بأنه مسيطر على الأمور. لا تعطِ أية وعود لا يمكنك تنفيذها، فذلك يمكن أن يخلق جواً من عدم الثقة ويزيد من إحساسه بالتوتر والضغط.

- تقديم نفس الدعم المقدم للمصابين بأمراض جسدية، ويتضمن ذلك إرسال بطاقات تمنى الشفاء، الأزهار، الاتصال بالهاتف أو الزيارة، ومد يد العون عند الحاجة.
- فهم الذهان.
- البحث عن الدعم من قبل مجموعات الدعم لمقدمي الرعاية.
- مساعدة الشخص على وضع التعليمات المسبقة (Advance Directives)، و الخطة في حالة الصحة، وخطة منع الانتكاسة.

إن ما تعتمد عليه من إجراء يجب أن يعتمد على نمط وشدة أعراض الشخص، فما لم تنطبق عليه معايير إجراءات الإدخال الإجباري فإنه لا يمكنك إجباره على العلاج. ما لم تكن هناك خطورة على نفسه أو على الآخرين فإنه عليك أن تبقى صبوراً، فغالباً ما يحتاج الذين يعانون من أعراض ذهانية إلى فترة من الزمن حتى يستبصروا بحالتهم. لا تهدد الشخص أبداً بقانون الصحة النفسية أو الإدخال للمستشفى، ولكن بدلاً من ذلك كن ودوداً واطرك المجال مفتوحاً لإمكانية أن يطلب مساعدتك مستقبلاً.

٥. شجّع مصادر الدعم الأخرى

أشخاص آخرون يمكنهم المساعدة:

حاول أن تحدّد ما إذا كان لدى الشخص شبكة اجتماعية داعمة، وإذا ما وجدت فشجّعه على استخدامها:

العائلة والأصدقاء:

مصدران مهمان لدعم الشخص الذي يعاني من اضطراب ذهاني. تقل احتمالية أنتكاس الشخص الذي لديه علاقات جيدة مع العائلة. يمكن للعائلة والأصدقاء أن يساعدوا من خلال:

- الإصغاء إلى الشخص دون انتقاد أو إصدار الأحكام.
- الحفاظ على حياة الشخص خالية من التوتر قدر الإمكان لتقليل احتمالية الانتكاس.
- تشجيع الشخص على الحصول على العلاج والدعم المناسبين.
- التحقّق ما إذا كان لدى الشخص رغبة أو خطة للانتحار واتخاذ الإجراءات الفورية إذا ما وجدت.

ما هي التعليمات المسبقة

(Advance Directives)؟

التعليمات المسبقة عبارة عن وثيقة تصف الطريقة التي يريد الشخص أن يتم التعامل معه من خلالها عندما لا يكون قادراً على اتخاذ قراراته بنفسه بسبب حالته المرضية آنذاك. في التعليمات المسبقة يحدّد الشخص شخصاً آخر يثق به لمساعدته على اتخاذ القرار في ذلك الوقت.

مجموعات الدعم:

يمكنها أن تكون مفيدة لأفراد العائلة وللشخص الذي يعاني من الأعراض الذهانية، حيث أنها تقلل من مشاعر الخوف والعزلة ويمكن أن تساعد على تبادل استراتيجيات التكيف وعلى جعل الحياة أسهل.

استراتيجيات المساعدة الذاتية:

يجب على الأشخاص الذين يعانون من الأعراض الذهانية أن يتجنبوا استعمال الكحول، الحشيش، وغيرها من المواد. يتناول الناس أحياناً بعض المواد كطريقة للتغلب على الاضطراب الذهاني البادئ بالتشكّل ، ولكن يمكن لهذه المواد أن تجعل الأعراض أسوأ وأن تبطئ التعافي وأن تمهد للانتكاس وأن تجعل تشخيص الاضطراب صعباً.

يعاني الكثير من المصابين بالاضطرابات الذهانية من أعراض اكتئابية أو أعراض قلق، لذلك فإن الكثير من استراتيجيات المساعدة الذاتية الموصى بها لكل من الاكتئاب والقلق هي أيضاً مناسبة للمصابين بالاضطرابات الذهانية. يجب استخدام هذه الاستراتيجيات كمكمل لأشكال المساعدة الأخرى وبعد استشارة مهنيي الصحة النفسية.

ليست كل استراتيجيات المساعدة الذاتية ملائمة لجميع الذين يعانون من اضطرابات ذهانية، فمثلاً قد يحرض مركب **SAMe** (**S-adenosylmethionine**) نوبة هوس لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب. وقد درست فائدة التمارين الرياضية في علاج الاكتئاب ولكن قليلة هي الأبحاث التي أجريت على فعالية التمارين الرياضية في علاج اضطراب ثنائي القطب. قد يستفيد المصابون باضطراب ثنائي القطب من البرامج الرياضية ولكن عليك الحذر عند وجود علامات منذرة بنوبة الهوس، فإذا تبين أن التمارين الرياضية منبهة أيضاً خلال تلك الفترات فإن تقليل تواتر أو شدة هذه التمارين إلى أن تمرّ العلامات المنذرة أو النوبة قد تكون فكرة جيدة.

٤.٢ تعاطي المخدرات Substances Misuse



Drugs and Alcohol

By Hien Bui

الخلفية الوردية تصف الانتشاء ولكن داخل الخلفية الوردية يوجد أجزاء مظلمة مثل الأكتئاب الذي يظهر بعد زوال اثر النشوة. ويخرج الوعاء دخان أبيض مشكلاً جمجمة كناية عن أن هذه العادات مهددة للحياة

٢،٤ تعاطي المخدرات Substances Misuse

في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي ١٠% من الذين تجاوزوا عمر ١٢ سنة يعانون من تعاطي المخدرات. وتختلف النسبة حسب العمر فهي في عمر الـ ١٢ حوالي ١،٣% ومن ثم تزداد النسبة حيث تصل ذروتها في عمر الـ ٢١ (٢٥،٤%) ومن ثم تتناقص. نسبة انتشار اضطرابات استعمال المواد في الذكور أعلى منها لدى الإناث.

تحدث اضطرابات التعاطي غالبا - بالتزامن مع اضطرابات المزاج، القلق، أو مع اضطرابات ذهانية. الذين يعانون من اضطرابات ذهانية لديهم احتمالية أكثر من أربع مرات أنهم يعانون أيضا- من اضطراب استعمال الكحول واحتمالية أكثر من عشر مرات أنهم يعانون من اضطراب استعمال مادة أخرى وذلك مقارنة مع من لا يعاني من أي اضطراب ذهاني. الذين يعانون من اضطرابات القلق أو المزاج لديهم احتمالية ثلاثة أضعاف أنهم يعانون أيضا- من اضطراب استعمال مادة. وأحد أسباب ذلك أن العديد من الناس يستعملون الكحول ومواد أخرى للتخفيف من المشاعر والعواطف المرعبة. علما- أن الكحول أو استعمال مادة أخرى يمكن أن تسبب أيضا -مشاكل أخرى للشخص (مشاكل شخصية واقتصادية) ويمكن للاستعمال المفرط أن يسهم أو يفاقم من الاضطراب النفسي.

الكحول Alcohol

يجعل الكحول الناس أقل تيقضا - ويضعف التركيز وتناسق الحركات. يستعمل بعض الناس الكحول لتخفيف القلق ، ويمكن أن يساعد على هذا في المدى القصير . تؤدي كميات صغيرة من الكحول الاسترخاء وإنقاص الكبح والنهي الداخلي، ويمكن أن تجعل الناس أكثر ثقة بالنفس وأن يتصرفوا أكثر بانسابية . ولكن على الرغم من كل ذلك فإن الكحول يمكن أن يؤدي إلى طيف من المشاكل القصيرة والبعيدة المدى.

تؤثر المخدرات (بما فيها الكحول والمؤثرات العقلية الممنوعة) على الدماغ بطرق مختلفة. يستعمل الناس المواد هذه بسبب تأثيرات مختلفة تتضمن زيادة مشاعر الانبساط وإنقاص مشاعر الضيق ولكنها تؤدي إلى مشاكل في جسدية وعقلية ونفسية وفي الأسرة والعمل وغير ذلك.

أعراض الإدمان على مادة هي:

- حصول تعود جسدي للمادة بحيث يحتاج الشخص إلى كميات أكبر بمرور الوقت ليحصل على التأثير المراد).
- ظهور أعراض مزعجة عند التأخر في التعاطي (كالرعشة والدوار والغثيان).
- استعمال كميات أكبر ولمدد زمنية أطول مما نوي مسبقا.
- عدم القدرة على قطع المادة أو السيطرة على استعمالها.
- يستهلك الكثير من الوقت في الحصول على المادة ، استعمالها، والخروج من تأثير استعمالها.
- يتخلى الشخص عن نشاطات اجتماعية، مهنية، أو ترفيهية هامة، بسبب استعمال هذه المادة.
- يستمر الشخص باستعمال المادة على الرغم من معرفته بالمخاطر الجسدية والنفسية المترتبة على ذلك.

المشاكل البعيدة المدى الناتجة عن استعمال الكحول

مع استعمال الكحول بكميات كبيرة ولمدة طويلة فإنه يمكن أن يسبب مشاكل جسدية، نفسية، واجتماعية.

- اضطرابات استعمال الكحول: مع الاستعمال المتكرر للكحول فوق المستويات المنصوح بها (انظر للأسفل)، خاصة للذين يبدؤون بعمر باكراً، فإنهم عرضة بشكل أكبر لاضطرابات استعمال الكحول.
- اضطرابات استعمال مواد أخرى: الذين يستخدمون الكحول أكثر عرضة لاستعمال مواد أخرى.
- الاكتئاب والقلق: الاستعمال المفرط للكحول يزيد من خطورة الاكتئاب والقلق، وإذا ما كان لدى الشخص تفكير بالانتحار، فإنه هناك احتمال أكبر أن يرتكب الانتحار فيما إذا كان تحت تأثير الكحول.
- مشاكل اجتماعية: استعمال الكحول يترافق مع صراع ضمن العائلة، ترك المدرسة، البطالة، العزلة الاجتماعية، والمشاكل القانونية.
- مشاكل الصحة الجسدية: الاستعمال المفرط قد يؤدي على المدى البعيد إلى مشاكل كإصابة الكبد، أذية دماغية، إضعاف الوظيفة القلبية، سرطانات، الداء السكري، ضعف عضلي، التهاب البنكرياس، قرحات ونزوف معدية ومعوية، أذية لأعصاب القدم واليد، زيادة وزن، وخطورة على الأجنة.

المشاكل القصيرة المدى الناتجة عن الانسمام بالكحول

عندما يكون الشخص في حالة انسمام بالكحول فإنه على خطورة الإصابة بعدد من المشاكل كالتالي:

- **إصابات جسدية:** هناك احتمالية أكبر للناس في أن يتورطوا في سلوك خطر والذي بدوره يمكن أن يؤدي للإصابة أو الموت. الكحول من الأسباب الهامة في حوادث المرور. الانسمام أيضاً يمكن أن يؤدي بحد ذاته لضعف التناسق الحركي وبالتالي الترنح والسقوط والكلام المشوش وحتى يمكن أن يصبح الشخص بحاجة للتدخل الإسعافي كحالات القيء المستمر وفقدان الوعي.
- **العنف والسلوك المضاد للمجتمع:** يمكن للناس أن يصبحوا عدوانيين وفي خطر أكبر لارتكاب الجرائم.
- **السلوك الجنسي الخطر:** على سبيل المثال عدم استعمال الواقي الذكري أو مانعات الحمل وتعدد الشركاء الجنسيين، وعواقب هذا السلوك قد تكون علاقة جنسية غير مرغوبة، حمل غير مرغوب به، وإنتانات تنقل عن طريق الجنس.
- **الانتحار وإيذاء الذات:** عندما يكون الشخص في حالة انسمام بالكحول فإن هناك احتمالية أكبر أن يمثل لأفكار الانتحار وأن يسبب الأذى لنفسه، والكحول يزيد الخطورة بعدة طرق فهو يعمل كمضخم للمزاج ويزيد من شدة مشاعر القلق، الاكتئاب، أو الغضب وينقص كبح الذات ويثبط استخدام طرق تكيف أكثر فعالية.

القنب الهندي (الحشيش)

إن تعاطي الحشيش يؤثر سلبا على الأداء في العمل أو في المدرسة و يؤدي إلى خطورة متزايدة للحوادث إذا ما استخدم أثناء القيادة. ولقد وجد أن استعماله بكميات كبيرة ولمدد طويلة يؤدي إلى اضطرابات في أجزاء معينة من الدماغ.

لقد تبين من خلال المسح الوطني لاستعمال المخدرات والصحة عام ٢٠٠٣ في الولايات المتحدة الأمريكية أن حوالي ٤٢,٩% ممن بلغوا ١٨ سنة أو أكبر قد استعملوا الـ Marijuana (أحد مستحضرات القنب الهندي) مرة واحدة على الأقل في حياتهم. على الرغم من هذا الشيوع في الاستعمال إلا أن معظم المستخدمين لا يتطور لديهم اضطراب استعمال هذه المادة أي أنهم لا يصلون لمرحلة سوء الاستعمال أو الاعتماد.

استعمال القنب الهندي يترافق مع مشاكل نفسية أخرى، فالذين يستخدمونها أكثر عرضة لأن يعانون من طيف من المشاكل النفسية الأخرى، من ضمنها القلق والاكتئاب، ولكن ليس من الواضح من أتى في البداية الاستعمال أم المشاكل النفسية الأخرى. وأيضاً فـلقد وجد أن استعمال القنب الهندي من قبل المراهقين والشباب يزيد من إصابتهم بالفصام وخاصة لمن لديهم استعداد يعود لتاريخ عائلي للفصام.

الأفيونات (الهيروين والمورفين والكودائين)

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن قابلية الإدمان على الهيروين عالية ومعظم الذين يستعملونه يدمنون عليه ولا يتخلصون منه. إنه يسبب مشاعر قصيرة الأمد من الانتشاء والإحساس بالسعادة والصحة وذهاب الألم تزول بسرعة وكثيرا ما تظهر مشاكل مرافقة كالاكتئاب، الاعتماد على الكحول، والسلوك الإجرامي ولديهم خطورة أعلى للانتحار.

الأدوية المستخدمة لأغراض غير طبية

تستخدم بعض الأدوية التي توصف لعلاج القلق ومشاكل النوم من قبل بعض الناس لأغراض غير طبية. قد يقود سوء استعمال هذه الأدوية إلى مواقف خطيرة كالقيادة تحت تأثيرها.

حتى لو جرى استعمال هذه الأدوية من خلال وصفة طبية فإن بعض الناس سيصبحون معتمدين عليها على المدى البعيد. الكبار في السن هم الأكثر احتمالا أن يتأثروا، فقد يعانون مع الاستعمال المديد من زيادة خطورة السقوط والضعف القدرات العقلية.

الكوكائين Cocaine

يسبب الكوكائين مشاعر قوية من الانتشاء ويتطور لدى الناس الاعتماد عليه بعد فترة قصيرة من الاستعمال. قد يؤدي الاستعمال المديد إلى الإصابة بمشاكل نفسية كالشكوك، العنف، القلق، والاكتئاب. ويمكن أن يؤدي إلى نوبة ذهان ناتج عن استعمال مادة Substance-Induced Psychosis.

المهلوسات Hallucinogens

المهلوسات هي مواد تؤثر في المدركات البصرية والسمعية بشكل خطير مع تغيرات انفعالية سريعة وشديدة. من أشهر المهلوسات Magic Mushrooms (psilocybin), and Lysergic Acid Diethylamide (LSD).

Ecstasy

وهي مادة

MDM 3,4Methylenedioxy-Methamphetamine وتعرف أيضا المادة «E» وهي منبهة ولها خصائص مهلوسة ويستخدمها بعض الشباب في حفلات الرقص. قد يعاني مستعملوا هذه المادة من تأثيرات مزعجة يمكن أن تؤدي في الحالات القصوى للموت. يشعر مستخدموا هذه المادة خلال فترة الانسحاب بالقرب العاطفي اتجاه الآخرين وعندما يتوقفون عن التعاطي فإنهم يعانون غالبا من المزاج الاكتئابي. التأثيرات البعيدة المدى لاستعمال هذه المادة مقلقة بشكل خاص، إذ ثمة دليل هام على أنها تدمر الخلايا العصبية في الدماغ والتي تستخدم الناقل الكيميائي المدعو بالسيروتونين. أظهرت الأبحاث التي تناولت من يستخدمون هذه المادة بانتظام أن لديهم نقص في الرغبة الجنسية ومجموعة من المشاكل النفسية الأخرى.

من الهام ملاحظة أن Ecstasy يعني مادة MDMA ولكن الناس وعند شرائهم لهذه المادة قد تكون معها مواد أخرى في نفس الحبوب، وهذا يعني أن مستخدمي هذه المادة يخاطرون باستعمال أدوية أخرى ومواد سامة في نفس الوقت.

الأمفيتامينات Amphetamines

تنتمي الأمفيتامينات إلى صنف المواد المنبهة ولها تأثير مؤقت في زيادة الطاقة واليقظة الذهنية الواضحة للعيان، ولكن ما أن يتلاشى هذا التأثير حتى يعاني الشخص من مجموعة من المشاكل تتضمن الاكتئاب، النزق Irritability، الهياج، زيادة الشهية، والميل للنوم. تتضمن الأمفيتامينات عدة أشكال وأنواع ويمكن أن تؤخذ بعدة طرق، حيث يمكن أن تكون على شكل مسحوق، حبوب، كبسولات، محلول، أو على شكل بلوري. يمتلك الميثامفيتامين Methamphetamine تركيباً كيميائياً مشابهاً للأمفيتامين Amphetamine ولكن له تأثيرات أقوى على الدماغ ويستمر تأثيره حوالي 6-8 ساعات. بعد الاندفاع البدئية Initial Rush يمكن أن تكون هناك حالة من الهياج الذي قد يقود إلى سلوك عنيف. أظهر المسح الوطني لاستعمال المخدرات لعام 2011 في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة استعمال المنبهة والأعراض غير طبية خلال العمر هي حوالي 1% من الناس. يمكن أن تؤدي الجرعات العالية من الأمفيتامين إلى العنف، القلق الشديد، الزورانية Paranoia، والأعراض الذهانية. الأعراض الانسحابية قد تتضمن اكتئاباً مؤقتاً. من المخاطر النفسية الخاصة ما يسمى بذهان الأمفيتامين أو يدعى أيضاً Speed Psychosis والذي يتضمن أعراضاً مشابهة للفصام، حيث يمكن للشخص أن يعاني من الأهلوسات، التوهيمات، والسلوك العنيف الغير مسيطر عليه، ويعود الشخص إلى طبيعته ما أن يتلاشى تأثير الأمفيتامين ولكنه يكون أكثر استعداداً -لأن يصاب بنوبات أخرى من الذهان الناتج عن استعمال الأمفيتامينات إذا ما استخدمها مرة أخرى. لبعض الأنواع من الأمفيتامينات استخدامات طبية كالتي توصف لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وبعض الحالات الطبية الأخرى.

المستنشقات (مواد التشفيط) Inhalants

المستنشقات أبخرة كيميائية قابلة للاستنشاق ومؤثرة في الدماغ، وهذه التأثيرات تتراوح من انتشاء وانسمام مشابه للكحول إلى الأهلأسات وذلك اعتماداً على المادة وجرعتها وهي قد تكون مذيبيات (مرفقات الدهان Paint Thinners، البنزين، المواد الغرائية)، ولاءات غاز البوتان (Butane Lighters، النئيرات، ومواد أخرى.

يمكن للاستعمال القصدي للمواد المنزلية الشائعة للحصول على ارتفاع المزاج أن يكون مميتاً من خلال الموت المفاجئ الناتج عن تنشق المخدر «Sudden Sniffing Death» أو كنتيجة للاستعمال المديد. الشباب غير مدركين للمخاطر الصحية الهامة والذين يبدؤون تعاطي تلك المواد في عمر باكراً يصبحون معتمدين عليها على الأغلأب. هذه المواد تدمر الخلايا في الدماغ، الكبد، والكلأى.

التبغ Tobacco

يستعمل التبغ بشكل واسع لدرجة أننا عادة لا ننظر إليه على أنه مسألة متعلقة بالصحة النفسية، علماً أن الناس الذين يستعملون التبغ لديهم معدل عال من مشاكل الصحة النفسية، حيث يعاني المدخنون على الأرجح من اضطراب نفسي ضعف ممن لم يدخنوا ابداً؛ التدخين عال بشكل خاص في الذين يعانون من الفصام (حوالي 73٪). من الممكن أنه يستخدم من قبل بعض الذين يعانون من اضطرابات نفسية كنوع من التطبيب الذاتي لتحسين مزاجهم والوظائف المعرفية لديهم.

عوامل الخطورة لاضطرابات استعمال مادة

معظم معرفتنا عن عوامل الخطورة لاضطرابات استعمال مادة متعلقة بالكحول، ولكنها على الأرجح متشابهة مع عوامل الخطورة لاستعمال مواد أخرى.

عوامل الخطورة لاضطرابات استعمال الكحول

ليس هناك عامل وحيد بل عوامل متعددة تزيد من احتمالات الإصابة بهذه الاضطرابات وتتضمن:

- **توفر الكحول وتحمله من قبل المجتمع.** فعندما يكون الكحول متوفراً بسهولة ومقبولاً اجتماعياً، تصبح اضطرابات استعمال الكحول أكثر احتمالاً. وهذا لا ينطبق فقط على المجتمع ككل ولكن أيضاً على مجموعات اجتماعية خاصة ضمن المجتمع.

- **استعمال الكحول في العائلة.** فالأشخاص الذين يتعرعون في أسر تتقبل استعمال الكحول ويكون فيها الآباء كنماذج لاستعمال الكحول والكحول متوفر فيها بسهولة يعانون من اضطرابات استعمال الكحول بشكل أكبر.

- **عوامل اجتماعية.** هناك مجموعات معينة أكثر ميلاً للإصابة باضطرابات استعمال الكحول كالكور وذوي المستوى الثقافي المتدني وذوي الدخل المنخفض والأشخاص الذي عانوا من علاقات زوجية مهشمة وبعض المهن التي تنتشر فيها ثقافة الشرب.

- **الاستعداد الوراثي.** من كان أحد والديه البيولوجيين يعاني من إحدى اضطرابات استعمال الكحول لديه احتمال أكبر للإصابة بها حتى وإن جرى تبنيه من قبل عائلة لا تعاني من تلك الاضطرابات.

- **الحساسية اتجاه الكحول.** هناك بعض الأشخاص ممن هم أقل حساسية اتجاه الكحول، وهؤلاء أكثر عرضة لأن يشربوا بكميات كبيرة ولأن يعانون من اضطرابات استعمال الكحول.

• **التدخل الوجيز:** وذلك من خلال استشارة الطبيب العام الذي من الممكن أن يساعدهم على التخفيف أو إيقاف، الاستعمال وباستطاعته أيضا -تحفيزهم على الدخول في العلاج طويل المدى Long-Term Treatment. هذا النمط من التدخل يستغرق بشكل عام أربع جلسات أو أقل وكل جلسة تستمر من عدة دقائق إلى ساعة كاملة، الطبيب العام خلال هذه الجلسات يحاول أن يعرف مقدار ما يستخدمه الشخص، ويمدهم بالمعلومات حول المخاطر الصحية للتعاطي، وينصحهم بالتوقف عن الاستعمال، ويتناقش معهم محاسن ومساوئ التغيير، والخيارات المتاحة حول كيفية التغيير، ويحفزهم على العمل من خلال التأكيد على مسؤولياتهم الشخصية، ويراقب تقدمهم، ويتخذ الطبيب العام خلال أداء كل تلك الأشياء موقف المتعاطف وليس السلطوي.

للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استعمال المواد:

عندما يعاني الشخص من إحدى اضطرابات استعمال المواد، فإن العلاج يجب أن يتضمن الأشياء التالية:

- التغلب على الاعتماد الفيزيولوجي على الكحول أو المخدرات.
- التغلب على الاعتماد النفسي (مثلا، استعمال الكحول أو المخدرات لمساعدة الشخص على التعامل مع الاكتئاب أو القلق).
- التغلب على العادات التي تكونت بسبب التعاطي والتي تدور في فلكها.

- **الاستمتاع بالشرب.** يمكن لبعض الناس أن يتعلموا عادة الشرب بكميات كبيرة، وتستمر هذه العادة بسبب توافر الكحول مع تأثيرات سارة أو مخففة للنتور.
- **الاضطرابات النفسية الأخرى.** يمكن للذين يعانون من مشاكل نفسية أخرى أن يستعملوا الكحول كنوع من التطبيب الذاتي.

التدخلات العلاجية في حالات سوء استعمال المواد

الاختصاصيون الذين يمكن أن يقدموا المساعدة: هناك مجموعة متنوعة من الاختصاصيين الذين يمكن أن يقدموا المساعدة لمن يعاني من مشاكل استعمال المواد. إذالم يكن الشخص المعني متوجهاً لما ينبغي فعله فيمكن تشجيعه على استشارة أحد الأطباء العامين GP الذي يمكن أن يحوله بدوره إلى خدمات علاج اضطرابات استعمال المواد أو إلى أحد مختصي الصحة النفسية عند وجود مشاكل نفسية أخرى.

العلاجات المتوفرة لمشاكل الكحول والمخدرات

في المملكة العربية السعودية توفر وزارة الصحة عبر مستشفيات الأمل خدمات علاجية وتأهيلية متخصصة وشاملة للجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية تحافظ على خصوصية المريض .

العلاجات لهذه المشاكل تعتمد على شدتها ودافعية الشخص للتغيير وأيضاً على وجود مشاكل جسدية ونفسية أخرى.

للأشخاص الذين يعانون من مشاكل اجتماعية، صحية، ما بين شخصية، مالية... بسبب التعاطي ولكن دون أن يصل الأمر لمستوى اضطرابات استعمال المواد:

الأدوية:

هناك عدة أنواع من الأدوية التي تساعد الشخص على الابتعاد عن التعاطي. فبالنسبة للذين يعانون من اضطراب استعمال الكحول هناك أدوية تخفف من الاشتهاق وأخرى تسبب أعراضاً مزعجة عند شرب الكحوليات وأيضاً أدوية تعالج ما يخفيه التعاطي من قلق أو اكتئاب يعانيه الشخص. وبالنسبة للمعتدين على الأفيونات يتوفر العلاج الصياني بواسطة الميثادون Methadone Maintenance Therapy.

للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استعمال المواد مع اضطراب نفسي مشارك:

الأشخاص الذين يعانون من اضطراب استعمال المواد لديهم على الأغلب اضطراب نفسي آخر، ويمكن لبداية التعاطي أن تكون كوسيلة للتعامل مع إحدى هذه الاضطرابات، وهذا يعني أنه من الهام أيضاً معالجة الاضطرابات النفسية الأخرى مع معالجة اضطرابات استعمال المواد.

أهمية التداخل الباكر في سوء استعمال المواد

تبدأ مشاكل استعمال المواد بشكل نموذجي مع سن المراهقة وبداية سن الرشد، ولذلك فهي فترة حاسمة للتدخل الباكر، وهناك ما يدل على أن الدماغ في فترة المراهقة وبداية سن الرشد يكون ما يزال قيد النمو وبالتالي أكثر حساسية اتجاه تأثيرات الكحول والمخدرات الأخرى بالمقارنة مع الراشدين الأكبر سناً. يمكن لاستعمال المواد خلال تلك الفترة من الحياة أن يؤثر على تطور الدماغ ويؤدي إلى ضعف في الوظائف المعرفية. يمكن للتدخل الباكر أن يمنع أيضاً التأثيرات الضارة البعيدة المدى على الصحة الجسدية، العلاقات الاجتماعية، التحصيل الدراسي، الوضع الاقتصادي، وأفاق العمل. وأخيراً يقلل من احتمالية مشاكل قانونية هامة.

العلاج الجيد يتعامل مع كل ما ذكر في الأعلى، واعتماداً على شدة وطبيعة المشكلة يمكن أن تتضمن كلاً مما يلي.

تدبير الأعراض الانسحابية Withdrawal Management:

إذا ما كان الشخص معتمداً على الكحول أو المخدرات، فإنه يتوجب عليه التوقف عن التعاطي قبل البدء بعلاجات أخرى، وهذا يجب أن يتم تحت إشراف مهني. علماً أن تدبير الأعراض الانسحابية ليس كافياً ويجب أن تكون معه علاجات أخرى لمنع الانتكاسة. إنه فقط يشكل جزءاً من عملية التعافي، وهناك حاجة لتغييرات عديدة في نمط الحياة حتى تتمكن من تغيير السلوكيات المترافقة مع التعاطي.

العلاجات النفسية:

١. العلاج المعرفي السلوكي (الذي يعلم الشخص كيف يتعامل مع الاشتهاق Craving وكيف يتعرف ويتعامل مع المواقف التي ربما ترض على الانتكاسة).

٢. العلاج التعزيزي المحفز Motivational Enhancement Therapy والذي يحفز الشخص ويمنحه القوة على التغيير.

٣. التدبير الإشرافي Contingency Management ويستعمل مع الذين يسيؤون استعمال المخدرات، وتشتمل منح الشخص محفزات كقسائم تسوق ومزايا عندما يكون تحليله للمخدرات سلبياً أو عندما يقوم ببعض الإجراءات المحفزة للأذية كتحليل الإصابة بالتهابات الكبد أو الإيدز.

• الأعراض الانسحابية للكحول

وهذه تشير للأعراض الغير سارة والتي يعانيها الشخص عندما يتوقف عن تعاطي الكحول أو عندما يقلل كمية التعاطي بكمية معقولة عن المعتاد، وهذه الأعراض ليست فقط صداع وانزعاج معدي كالتي تُعقب التوقف عن شرب الكحول لعدة ساعات بعد السكر، وإنما قد تؤدي إلى اختلاجات Seizures ما لم تتم معالجتها.

• الأزمات المترافقة مع سوء استعمال المواد

الأزمات الرئيسية المترافقة مع سوء استعمال المواد هي:

- أن يعاني الشخص من التأثيرات الحادة لسوء استعمال الكحول.
- أن يعاني من التأثيرات الحادة لسوء استعمال المخدرات.
- أن يظهر السلوك العنيف.
- أن يعاني من أفكار انتحارية أو سلوك انتحاري.

التأثيرات الحادة لسوء استعمال الكحول:

إذا ما كان الشخص يستعمل الكحول بكميات كبيرة فإنه من الممكن أن يعاني من الانسمام الكحولي، التسمم بالكحول، أو الأعراض الانسحابية للكحول.

• الانسمام الكحولي Alcohol Intoxication

وهو يضعف بشكل رئيسي قدرة الشخص على التفكير الواضح والسلوك المناسب. عندما يكون الشخص تحت تأثير الانسمام فإنه من الممكن أن يُقدم على الكثير من السلوكيات الخطرة كالشجار والجدال وقيادة السيارة والسلوك الجنسي الغير مناسب.. الخ، ويكون لدى الشخص خطورة أكبر للانتحار.

• التسمم بالكحول Alcohol Poisoning

وهو درجة خطيرة من الانسمام التي قد تقود للموت. وكمية الكحول التي يمكن أن تؤدي للتسمم مختلفة من شخص لآخر.

التأثيرات الحادة لسوء استعمال المخدرات:

إذا ما كان الشخص يستعمل المخدرات فإنه من الممكن أن يعاني من التأثيرات الحادة للانسمام بالمخدرات، فرط جرعة التعاطي، أو فرط حرارة الجسم أو التجفاف.

- الانسمام بالمخدرات **Drug Intoxication** ويمكن أن يؤدي إلى ضعف المحاكمة أو التورط في سلوكيات عنيفة أو خطيرة، وتعتمد هذه التأثيرات على نوعية المخدر وكميته وتختلف أيضاً من شخص لآخر، قد يكون التفريق صعباً بين تأثيرات المخدرات المختلفة . قد تكون لهذه المواد الممنوعة تأثيرات غير متوقعة وذلك لأنها تُصنع بطريقة غير منضبطة.

- فرط الجرعة **Overdose** وتصل عند تصل درجة الانسمام إلى درجة الخطورة على الحياة.

- فرط الحرارة أو التجفاف **Overheating or Dehydration** ويمكن أن تحصل مثلاً عندما يتعاطى الشخص المادة المخدرة (على سبيل المثال Ecstasy) ويرقص مطولاً في جو حار (كحفلة راقصة) ودون شرب الكمية الكافية من الماء، وهذا قد يؤدي إلى ارتفاع درجة حرارة الجسم إلى مستويات خطيرة.

- الموت المفاجئ بعد تنشق المخدر **Sudden Sniffing Death** الممكن أن يحصل بسبب إجهاد مفاجئ تال لاستعمال أحد المستنشقات.

السلوك العنيف:

هناك خطورة أكبر للعنف اتجاه الآخرين فيما إذا كان الشخص يعاني من إحدى اضطرابات استعمال المواد، وعندما يكون الأشخاص تحت تأثير الانسمام بالكحول أو المخدرات الأخرى فإنهم يميلون لارتكاب الجرائم بمقدار الضعف مقارنة مع الناس الطبيعيين.

الأفكار الانتحارية والسلوك الانتحاري:

هناك أيضاً خطورة أكبر للانتحار، حوالي ٣% من الذين يعانون من إحدى اضطرابات استعمال المواد خلال السنة الماضية يرتكبون الانتحار مقابل ٠.٤% من عموم الناس، وحوال ٢٦% من الذين ينتحرون لديهم إحدى اضطرابات استعمال المواد.

خطة عمل المساعدة النفسية الأولية في حالات تعاطي المخدرات (ALGEE)

خطة عمل الإسعاف النفسي الأولي

١. اقترَب (Approach) من الشخص، قيم وساعد إذا ما وُجِدَت أية أزمة .
٢. اصغ (Listen) دون أن تصدر الأحكام.
٣. قدم (Give) الدعم والمعلومات.
٤. شجع (Encourage) الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة.
٥. شجع (Encourage) أنواع الدعم الأخرى.

مشكلة استعمال مادة ما وذلك من خلال سؤاله عن جوانب حياته التي تأثرت بهذا الاستعمال، على سبيل المثال: مزاجه، أدائه المهني، وعلاقاته الاجتماعية. لا بد أن تعرف أن الشخص قد ينكر أو ربما لا يدرك أن لديه مشكلة استعمال مادة ما، ومحاولة إرغامه على الاعتراف بوجود هذه المشكلة قد تؤدي إلى نشوء صراع بينكما.

• **استخدم عبارات «أنا»:** عبر عن وجهة نظرك من خلال استعمال عبارات «أنا»، على سبيل المثال «أنا قلق حول الكمية التي تشربها من الكحول مؤخراً»، بدلاً عن عبارات «أنت»، مثلاً «إنك تشرب بكميات كبيرة مؤخراً».

• **قيم الفعل لا الشخص:** حدد وناقش سلوك الشخص بدلاً عن انتقاد شخصيته، على سبيل المثال « يبدو أن استعمالك للمخدرات يقف عائقاً في وجه صداقاتك»، بدلاً عن «إنك مخدراتي مثير للشفقة».

١. اقترَب من الشخص، قيم وساعد إذا ما وُجِدَت أية أزمة

تحدث إليه بصراحة وصدق. يجب عليك قبل التحدث إليه أن تفكر في حالته ملياً، أن تنظم أفكارك وتقرر ما تريد قوله. تحدث إليه في جو هادئ وخاص وفي وقت لن تكون فيه أية مقاطعات وعندما يكون كليهما في حالة ذهنية هادئة ورسينة. عبر عما يقلقك بشكل داعم ودون أن تصدر الأحكام وبشكل غير تصادمي. كن حازماً-ولكن دون لوم أو عنف. وخذ ما يلي في عين الاعتبار عند مقاربتك له:

- **إدراكه الشخصي لاستعماله:** حاول أن تفهم إدراك الشخص الخاص لاستعماله. اسأله عن استعماله لمادة ما (على سبيل المثال، حول الكمية التي يستعملها من هذه المادة) وإذا ما كان يعتبر استعماله مشكلة.
- **استعداد الشخص للحديث:** خذ في عين الاعتبار جاهزية الشخص للحديث عن

إذا لم يكن هناك ما يقلقك حول وجود الأزمات المذكورة آنفاً فإن بإمكانك عندئذٍ التوجه له بالسؤال عن مشاعره ومنذ متى لديه هذه المشاعر وانتقل للإجراء الثاني.

٢. اصغِ دون أن تصدر الأحكام

انظر إلى الجراء الثاني في الفصل ٢،١ «اللاكتاب» للمزيد من النصائح حول الاستماع دون إصدار الأحكام. في الأسفل هناك بعض النقاط المتعلقة بالحديث مع شخص يعاني من سوء استعمال مادة ما.

- تعامل مع الشخص باحترام مع حفظ كرامته.
- تفاعل معه بطريقة داعمة بدلاً عن التهديد، التصادم، أو إعطائه محاضرات.
- استمع له دون أن تصدر الأحكام بأنه سيء أو لا أخلاقي.
- تجنب إصدار أحكام أخلاقية حول تعاطيه لتلك المادة.
- لا تنتقد استعمال الشخص لتلك المادة، لأنك ستكون أكثر قدرة على المساعدة على المدى البعيد إذا ما حافظت على مقاربة تظهر الاهتمام وغير انتقادية.
- لا تطلق عليه الألقاب (مدمن - محشش).
- حاول ألا تعبر عن شعورك بالإحباط لمعاناة الشخص من مشاكل استعمال مادة ما.

• تذكر الشخص للحوادث: ضع في ذهنك عند مناقشة استعمال الشخص لأية مادة أنه قد يتذكر الحوادث التي حصلت عندما كان يتعاطى بطريقة مختلفة عما حصلت عليه بالفعل، أو من الممكن ألا يتذكرها مطلقاً.

• التزم بالموضوع: ركز بؤرة اهتمامك على استعمال الشخص لمادة ما ولا تنجر إلى أي جدال أو نقاش حول مسائل أخرى.

عندما تتحدث معه كن منبهًا لأية مؤشرات تدل على أن الشخص من الممكن أن يكون في أزمة.

- إذا كان هناك ما يقلقك من أن الشخص يعاني من تأثيرات حادة لسوء استعمال الكحول (الانسمام، التسمم بالكحول، أو أعراض انسحابية شديدة) تعرف على كيفية التقييم والمساعدة في الفصل ٣.٦ «الإسعاف الأولي للتأثيرات الحادة لسوء استعمال الكحول».
- إذا كان هناك ما يقلقك من أن الشخص يعاني من تأثيرات حادة لسوء استعمال إحدى المخدرات (الانسمام، فرط الجرعة، أو فرط الحرارة أو التجفاف) تعرف على كيفية التقييم والمساعدة في الفصل ٣.٧ «المساعدة الأولية للتأثيرات الحادة لسوء استعمال المخدرات».
- إذا كان يقلقك أن الشخص يظهر سلوكاً عنيفاً تعرف على كيفية التقييم والمساعدة في الفصل ٣.٨ «الإسعاف الأولي للسلوك العنيف».
- إذا كان هناك ما يقلقك من أن الشخص ربما لديه أفكار انتحارية أو سلوك انتحاري تعرف على كيفية التقييم و المساعدة في الفصل «٣-١ المساعدة الأولي للأفكار الانتحارية أو السلوك الانتحاري».

٣. قدم الدعم والمعلومات

- إعطاء النصيحة فقط لربما لن تساعد في تغيير سوء استعماله لمادة ما.
- لربما يحاول الشخص إيقاف تعاطيه لمادة ما عدة مرات قبل أن يحقق النجاح.
- إذا لم يكن الامتناع تاماً عن تعاطي الكحول هدفاً في ذهن الشخص يظل خفض كمية التعاطي هدفاً يستحق الجهد.

مراحل التغيير

لربما الشخص الذي يسيء استعمال المواد ليس مستعداً للتغيير.

تحتاج التغييرات السلوكية الكبرى إلى وقت حتى يتم تحقيقها وعادة تشمل مرور الشخص خلال عدة مراحل. هناك خمس مراحل للتغيير والشخص قد يتحرك جيئةً وذهاباً بين هذه المراحل في أوقات زمنية مختلفة. ما تعرضه من معلومات ودعم يجب أن تكون على مقياس استعداده كما هو موضح في الأسفل:

أسأل الشخص فيما إذا كان يرغب في الحصول على معلومات عن سوء استعمال المواد أو عن أية مخاطر مرافقة، إذا ما وافق فزوده بما يتعلق بذلك الموضوع من معلومات. حاول أن تعرف فيما إذا كان الشخص يريد الحصول على مساعدة في تغيير سوء استعماله لمادة ما، اعرض مساعدتك وناقش ما تريد أن تفعله وما أنت قادر على فعله. فليكن لديك رقم هاتف يقدم المساعدة في حالات الكحول والمخدرات الأخرى، ويكون أفضل إذا كان لديك عنوان موقع ذي سمعة طيبة على الإنترنت تعرضه عليه.

فلتكن توقعاتك واقعية بالنسبة للشخص

لا تتوقع تغييراً - في تفكير الشخص وسلوكه بشكل مباشر. ضع في ذهنك ما يلي:

- تغيير عادات استعمال المواد ليس سهلاً.
- قوة إرادة الشخص وتصميمه الذاتي ليسا كافيين دائماً لمساعدتهم على وقف ما يتعلق باستعمال المواد من مشاكل.

مراحل التغيير

التعاظمي (على سبيل المثال التحدث مع من يقدم المشورة حول استعمال المواد أو مع طبيب عام).

الفعل Action - القيام بالتغيير. قدم الدعم من خلال مساعدته على اكتساب استراتيجيات قول «لا» وتجنب الذين يستعملون المواد، ممارسة أمور أخرى عندما يشعر بالرغبة في التعاطي، وإيجاد طرق أخرى للتعامل مع الكرب. شجعه على عمل الفحوصات الصحية الدورية.

الاستمرارية Maintenance - المواظبة على العادات الجديدة. ادعم الشخص في المواظبة على السلوكيات الجديدة، ركز على التأثيرات الإيجابية لعدم استعمال المواد وامتدح إنجازاتهم.

يمكن للشخص أن ينتكس مرة أو عدة مرات قبل أن يتمكن من القيام بتغييرات بعيدة المدى على سوء استعماله لمادة ما.

ما قبل التفكير Pre-contemplation - لا يعتقد الشخص أن لديه مشكلة. اعطه المعلومات عن المادة التي يتعاطها والكيفية التي من الممكن أن تؤثر تلك المادة عليه، ناقش معه طرق الاستعمال الأقل إيذاءً في التعاطي والكيفية التي يتعرف بها على فرط الجرعة.

التفكير Contemplation - يعتقد الشخص أنه من الممكن أن يكون تعاطيه لمادة ما مشكلة. شجّع الشخص على الاستمرار بالتفكير بالتوقف عن التعاطي وتحدث عن إيجابيات وسلبيات التغيير وقدم المعلومات وحوله إلى المختص.

الاستعداد Preparation - لقد قرّر الشخص التغيير. شجّع الشخص وادعم قراره بالتغيير وساعده على وضع خطة عن كيفية التوقف عن

دعم الشخص الذي يريد التغيير

اخبر الشخص أنك راغب ولديك القدرة على المساعدة، وهذا قد يمتد ببساطة من الاستماع الجيد إلى ترتيب معالجة مهنية. انظر في الأسفل إلى طرق محددة لمساعدة الشخص الذي يرغب في تغيير مشكلة الشرب لديهم، وبعض هذه المقترحات مفيدة لمن لديه أشكال أخرى لسوء استعمال المواد.

دعم الشخص الذي لا يريد التغيير

إذا كان الشخص لا يريد خفض أو إيقاف استعماله لمادة ما فإنك لا تستطيع أن تغيره أنت. إنه من الهام أن تحافظ على علاقة طيبة معه لأنه من الممكن أن تكون قادراً على ترك تأثير إيجابي على تعاطيه. دعه يعرف أنه يستطيع التحدث إليك إذا ما أراد ذلك مستقبلاً : بمقدورك أن تستشير مختصاً لعلاج سوء استعمال المواد حول كيفية مقارنة ذلك الشخص فيما يتعلق بمخاوفك ، أو أن تستشير آخرين تعاملوا مع مشاكل كهذه عن طرق فعالة لمساعدة ذلك الشخص. يمكنك أن تناقش ذلك الشخص حول الصلة بين تعاطيه والعواقب السلبية التي يعانيتها.

الأمر التي لا تشكّل دعماً

إذا كان الشخص معارضاً لتغيير تعاطيه فلا:

- تشعر بالذنب أو المسؤولية عن تعاطيه.
- تنخرط باستعمال المواد معه.
- تستعمل مقاربات سلبية (مثلاً ، إعطائه محاضرات أو جعله يشعر بالذنب) لأنها من غير المرجح أن تشجع على التغيير.
- تحاول أن تسيطر عليه من خلال الرشوة، التذمر، التهديد، أو البكاء.
- تقدّم له الأعذار ولا تُخفّ تعاطيه أو ما يرتبط به من سلوكيات.

- تتخذُ عنه مسؤولياته، إلا إذا كان عدم قيامك بها سينجم عنه أذى، مثلاً أذى له أو لحياة الآخرين.
- تُنكزُ عليه احتياجاته الأساسية كالطعام والمأوى.

إذا استمر الشخص بتعاطيه لمادة ما فإنه ينبغي عليك تشجيعه على البحث عن معلومات (ككتيبات أو مواقع ذي سمعة طيبة على الإنترنت) عن طرق تخفيف المخاطر المترافقة مع استعمال الكحول والمواد الأخرى. إذا كان الشخص يستعمل أو يخطط لاستعمال الكحول أو مواد أخرى أثناء فترة الحمل أو الإرضاع فشجعه على استشارة الاختصاصيين المناسبين.

4. شجع الشخص على الحصول على المساعدة المهنية المناسبة

الكثير من الناس الذين يعانون من مشاكل الكحول والمواد الأخرى لا يتلقون الخدمات الصحية وغيرها لمعالجة تلك المشاكل. عدم المحاولة في مناقشة المساعدة يمكن أن يسبب مشاكل عائلية ووظيفية ويؤثر سلباً على الصحة الجسدية ويزيد الإصابة باضطرابات نفسية أخرى كاضطرابات الاكتئاب والقلق.

ناقش خيارات طلب المساعدة الاختصاصية

أخبر الشخص أنك ستدعمه في الحصول على المساعدة الاختصاصية. إذا كان راغباً في طلب المساعدة الاختصاصية فأعطه المعلومات حول الخيارات المحلية وشجعه لأخذ موعد.

دور الأسرة والأصدقاء في استرداد العافية

أظهرت الأبحاث أن احتمالية استرداد الناس لعافيتهم أكثر فيما لو:

- لديهم علاقات أُسرِيَّة مستقرة.
- لا يُعاملون بانتقاد وعدائية من قبل أسرهم.
- لديه أصدقاء داعمون.
- لا يستعمل أصدقاءهم الكحول أو المواد الأخرى ويشجعونهم على عدم الاستعمال.

يمكن للأسرة والأصدقاء أن يلعبوا دوراً هاماً في استرداد شخص يعاني من مشاكل الكحول أو مواد أخرى لعافيته (انظر للمستطيل في الأعلى). شجّع الشخص على التواصل مع أفراد الأسرة والأصدقاء الذين يدعمون جهوده لتغيير سلوكيات تعاطي مادة ما وعلى أن يقضي الوقت مع من لا يتعاطى أية مادة منهم. يمكن للأسرة والأصدقاء أن يساعدوا الشخص على طلب العلاج وأيضاً أن يدعموه في تغيير سلوك التعاطي. يمكنهم أيضاً أن يساعدوا في إنقاص احتمالات الانتكاسة بعد توقف الشخص عن التعاطي. الناس يبدوون التعاطي مجدداً بشكل أكثر احتمالاً فيما إذا كانوا في كرب عاطفي أو انفعالي، وأسرته وأصدقائه يمكنهم المحاولة لخفض هذا الاحتمال. من المفيد أن تحذره أن ليس كل أفراد أسرته وأصدقائه سيكونون داعمين لجهوده.

هناك مجموعات اجتماعية تدعم الذين يتعافون من التعاطي وذلك من خلال تقديم الدعم المتبادل والمعلومات.

استراتيجيات المساعدة الذاتية

هناك مواقع على الإنترنت تسمح للشخص أن يتبين فيما إذا كان يعاني من مشاكل مرتبطة بالكحول وتشجعه على التغيير، وهناك ما يدل على أن موقع كهذه يمكن أن تكون فعالة.

ماذا إذا كان الشخص لا يريد المساعدة الاختصاصية؟

كن مستعداً لاستجابة سلبية عند اقتراح المساعدة الاختصاصية. لربما لا يريد الشخص تلك المساعدة عندما تُقترح عليه في البداية وقد يجد الصعوبة في تقبلها. قد يكون الخوف من وصمة العار والتمييز ضده حواجز في وجه طلب المساعدة. إذا كانت تلك هي الحالة فأخبره بوجود مقاربات عديدة في علاج مشاكل استعمال المواد. إذا كان الشخص لا يريد طلب المساعدة لأنه لا يريد التوقف بشكل كامل عن التعاطي فوضّح له أن يمكن لهدف العلاج أن يكون إنقاص كمية التعاطي بدلاً عن التوقف التام. طمّنه مجدداً أن المساعدة الاختصاصية سرّية.

إذا كان الشخص لا يزال معارضا - لطلب المساعدة الاختصاصية فإنه يتوجب عليك وضع الحدود حول السلوكيات التي أنت مستعد أو غير مستعد لقبولها منه. إنه من الهام الاستمرار باقتراح المساعدة الاختصاصية على الشخص، علماً أن الضغط عليه أو استعمال مقاربات سلبية لربما تعطي عكس ما هو مرجو منها.

كن مستعداً للتحدث معه حول طلب المساعدة الاختصاصية في المستقبل. كن متعاطفاً وصبوراً وأنت تنتظر قبول الشخص حاجته للمساعدة الاختصاصية - في النهاية هذا قراره. تغيير سوء استعمال المواد هو صيرورة ويمكن أن تحتاج وقتاً من الزمن. تذكر أنه لا يمكن إرغام الشخص على تلقي المساعدة الاختصاصية إلا في ظروف معينة كتسبب السلوك العنيف في استدعاء الشرطة أو عند وجود حالة طبية إسعافية.

5. شجّع أنواع الدعم الأخرى

آخرون بإمكانهم تقديم المساعدة

أعلم الشخص بأنواع الدعم الأخرى التي من الممكن أن يجدها مفيدة واسمخ له بأن يقرّر أيها يفضل.

القسم الثالث

المساعدة النفسية الأولية للآزمات النفسية



Hanging On

By Michelle Hosking

أنا احاول أن أتشبث بشدة بشيء حقيقي أو صلب ، وأشعر كما لو أن الكون له شطر مفتوح غير حقيقي يغرق فيه عالمي الداخلي

القسم الثالث

المساعدة النفسية الأولية للأزمات النفسية

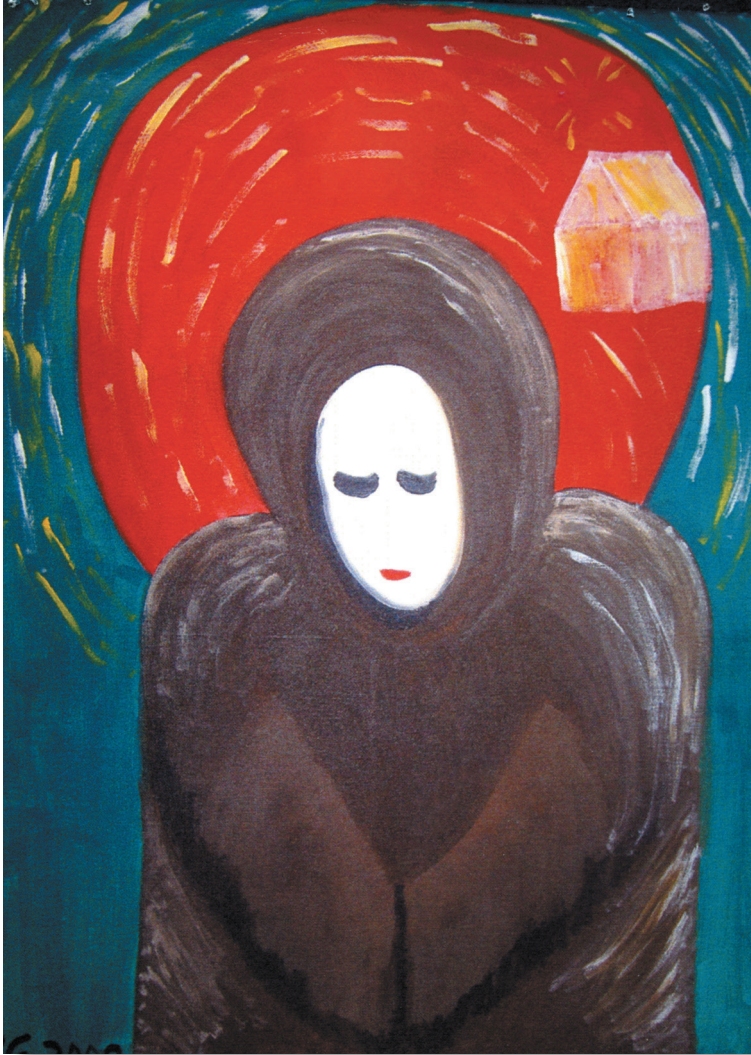
توصيات المساعدة الأولية مقدّمة للأزمات التالية:

- | | |
|-----|--|
| ١-٣ | الأفكار والسلوكيات الانتحارية. |
| ٢-٣ | إيذاء الذات غير الانتحاري . |
| ٣-٣ | نوبات الهلع . |
| ٤-٣ | الأحداث الصادمة نفسياً. |
| ٥-٣ | الحالات الذهانية الشديدة . |
| ٦-٣ | التأثيرات الشديدة لسوء استعمال الكحول. |
| ٧-٣ | التأثيرات الشديدة لسوء استعمال المواد. |
| ٨-٣ | السلوكيات العدوانية. |

يتضمن هذا القسم توصيات للأشخاص العاديين (غير المختصين) عن كيفية التقييم والمساعدة في عدد من الأزمات النفسية. يمكن لبعض هذه الأزمات أن تحدث لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي ما أو من هم تحت تأثير شدة ما أو يمكن أن ترتبط بسوء استعمال المواد. دور المسعف الأولي هو مساعدة الشخص إلى أن يتلقى المساعدة المهنية أو إلى أن تنتهي الأزمة.

كل شخص فريد بذاته ومن الهام أن تصمّم دعمك ليلائم وحاجات كل شخص، لذلك فإنه يمكن لهذه التوصيات ألا تكون ملائمة لكل الأشخاص الذين يعانون إحدى الأزمات النفسية. تختلف الأزمات في شدتها وبدورها يختلف الإسعاف الأولي المقدم أيضاً، فإذا كانت الأزمة شديدة لدرجة أنها تتطلب مساعدة مهنية إسعافية فإن دورك كمسعف أولي ينتهي عندما تقوم بتسليم الشخص إلى الاختصاصي، وإذا كانت الأزمة أقل شدة فإنه يمكن للإسعاف الأولي أن يستمر مع إجراءات أخرى من خطة عمل الإسعاف النفسي الأولي بعد انتهاء الأزمة.

٣-١ الافكار والسلوكيات الانتحارية



Depressed and Suicidal

By Patricia Girvasi

هذه اللوحة تصور الاكتئاب وانه قد يؤدي للانتحار إذا لم يحصل الشخص على المساعدة

رهبة ومن دون التعبير عن حكم سلبي على الشخص. يجب أن يكون السؤال مباشراً، على سبيل المثال يمكنك أن تسأل: « هل لديك أفكار انتحارية» أو « هل تفكر بقتل نفسك».

إذا ظهر عليك أنك واثق من نفسك في وجه أزمة الانتحار فإن هذا سيبعث الاطمئنان لدى الشخص الانتحاري. على الرغم من أن البعض يعتقد أن السؤال عن الانتحار يمكن له أن يضع فكرة الانتحار في عقل الشخص إلا أن هذا غير صحيح وخرافة أخرى تقول أن الشخص الذي يتحدث عن الانتحار ليس جدياً حقيقة وهذا غير صحيح أيضاً.

كيف أساعد

من الهام أن:

- تخبر الشخص الانتحاري أنك مهتم وأنتك تريد مساعدته.
- عبر عن تعاطفك مع الشخص ومع ما يمرُّ به.
- اذكر له بوضوح أن أفكار الانتحار غالباً ما تتوافق مع اضطرابات نفسية قابلة للعلاج وهذا قد يبعث إحساساً بالأمل لديه.
- أخبر الشخص أن أفكار الانتحار شائعة ولا تستوجب بالضرورة الانصياع لها.

غالباً ما تكون الأفكار الانتحارية التماساً للمساعدة ومحاولة يائسة للنجاة من المشكلات والمشاعر المؤلمة. يجب عليك أن تشجّع الشخص الانتحاري على التحدث وأن تترك له إذا كان قادراً على ذلك -المجال ليتولى القسم الأكبر من المحادثة. إنه بحاجة لفرصة ليتحدث فيها عن مشاعره وعن أسباب رغبته في الموت وقد يشعر براحة عظيمة لقدرته على القيام بذلك.

حاول ألا تتجادل معه، وأن تتجنب أن تقول له مثلاً «انظر إلى الجانب المشرق من الحياة». لا تستخدم التهديد أو اللعب على وتر الشعور

هذا الفصل مخصّص لمساعدة الذين لديهم أفكار أو سلوكيات انتحارية أما إذا كان الشخص الذي تحاول مساعدته يقوم بإيذاء نفسه دون نية الانتحار فيمكن الرجوع إلى الفصل ٣ - ٢ (إيذاء الذات غير الانتحاري).

كيف أقيم

العلامات المهمة التي تدل على أن الشخص انتحاري هي:

- التهديد بإيذاء أو قتل النفس.
- البحث عن طريقة لقتل النفس كمحاولة الوصول إلى الأدوية أو الأسلحة أو وسائل أخرى.
- التحدث أو الكتابة عن الموت أو الانتحار.
- اليأس.
- الغضب والغضب الشديد أو الهياج.
- التصرف بشكل طائش أو الانخراط في نشاطات خطيرة.
- زيادة استعمال الكحول أو المواد الأخرى.
- العزلة عن الأصدقاء والعائلة أو عن المجتمع .
- الإحساس بعدم وجود سبب أو هدف للحياة .
- كره الذات.
- فترة هدوء بشكل مفاجئ بعد فترة من الاكتئاب الشديد.

إذا رأيت بعض هذه العلامات المنذرة لدى الشخص فناقشه حول ملاحظاتك تلك، وإذا كنت تشك بوجود خطورة للانتحار فدع الشخص يعلم أنك قلق بشأنه وأنتك ترغب في المساعدة. من الهام أن تسأل الشخص مباشرة حول أفكاره الانتحارية وألا تتجنب استخدام كلمة « انتحار». من الهام أن تسأل السؤال من دون

كيف يمكنني أن أبقى الشخص آمناً؟

يجب عدم ترك الشخص الانتحاري لوحده فإذا لم يكن بإمكانك البقاء معه فيجب ترتيب الأمر مع شخص آخر للقيام بذلك، إضافة إلى ذلك قدّم للشخص طريقة تواصل للحفاظ على السلامة وينبغي أن تكون متاحة في كل الأوقات (كخط هاتف للمساعدة، الأصدقاء أو أفراد العائلة، أو أحد المهنيين).

من الهام أن تسأل الشخص الانتحاري عن مصادر الدعم في الماضي وإذا ما كان هذا الدعم لا يزال متاحاً كالأطباء، مهنيي الصحة النفسية، أفراد العائلة، الأصدقاء، أو مجموعات الدعم المجتمعي .

بالذنب، مثلاً « ستدّم حياة أحبائك إذا ما انتحرت». لا تلقِ عليه محاضرة عن أهمية الحياة وأن الانتحار فعل خاطئ. لا تحاول أن تصلح مشاكله فالأمر لا يتعلق بالمشاكل بقدر ما هو متعلق بمقدار ما سببت له تلك المشاكل من ألم نفسي.

كيف لي أن أعلم أن الحالة خطيرة؟

يجب عليك أولاً أن تحدّد ما إذا كان لدى الشخص نوايا محددة لإنهاء حياته أم أنها لا تزال أفكار انتحارية مبهمّة، مثلاً " ما الهدف من الاستمرار في الحياة؟". وللقيام بذلك يجب عليك أن تسأل الشخص عما إذا كانت لديه خطة للانتحار، فتسأل الأسئلة التالية:

١. هل قررت كيف ستقتل نفسك؟

٢. هل قررت متى ستقوم بذلك؟

٣. هل اتخذت أي خطوات للحصول على الأشياء التي تحتاجها لتنفيذ خطتك؟

يشير المستوى الأعلى من التخطيط إلى خطورة أكبر، ولكن عليك أن تتذكّر أن غياب الخطة لا يعني أن لا خطورة على حياة الشخص، حيث يجب أخذ كل الأفكار الانتحارية بجدية.

ومن ثم عليك أن تعرف ما يلي:

- هل يستخدم الشخص الكحول أو المواد الأخرى؟ إن استعمال الكحول أو غيرها من المواد يمكن أن تجعل الشخص أكثر استعداداً للتصرّف باندفاعية.

- هل قام الشخص بمحاولة انتحار سابقاً؟ إن محاولة الانتحار السابقة تزيد من احتمال قيام الشخص بمحاولة انتحار أو قتل النفس مستقبلاً.

حالما تكون قد تأكدت أن خطورة الانتحار موجودة فإنه يجب عليك اتخاذ الإجراءات لإبقاء الشخص آمناً.

ماذا عن المساعدة المهنية؟

أثناء الأزمة

يجب تشجيع الشخص على تلقي المساعدة المهنية المناسبة، وإذا رفض ذلك ولم تستطع أن تجعله يذهب معك لتلقي تلك المساعدة فيجب أن تتصل أنت لطلبها، وعندئذ واعتماداً على حالة الشخص فقد يتم تقييم حالته في البيت أو أن يتم إجباره وإحضاره حيث يتم تقييم حالته، وقد تكون هناك حاجة لإدخاله للمستشفى دون موافقته وذلك حفاظاً على سلامته. في بعض الحالات - مثلاً كان يحمل مسدساً بيده - هناك حاجة للاتصال بالشرطة.

بعد مرور الأزمة

بعد مرور الأزمة احرص على تلقي الشخص على المساعدة النفسية المناسبة. أجزاء أخرى من هذا الدليل يمكن أن تكون مفيدة في كيفية تحقيق ذلك.

ملاحظة: يمكن أن يكون الشخص قد نفذ خطته (بلع حبوب مثلاً) عندئذ يجب أن يتلقى المساعدة الطبية بالإضافة للمساعدة النفسية.

ماذا لو طلب مني الشخص أن أعده بألا أخبر أحداً آخر؟

عليك ألا توافق أبداً على إبقاء خطة الانتحار سرية ولكن عليك أن تحترم خصوصية الشخص وأن تشاركه في اتخاذ القرارات المتعلقة بالأشخاص الذين يمكن إخبارهم.

ملاحظة نهائية:

ابذل قصارى جهدك من أجل الشخص الذي تساعد ولكن تذكر أنه وعلى الرغم من كل الجهود فإن بعض الأشخاص سيستمرون بالموت انتحاراً.

ملخص الإجراءات المفتاحية

إذا اعتقدت أن شخصاً ما انتحارياً فاسأله.

إذا أجاب بنعم فلا تتركه بمفرده.

أمن له رابطاً مع المساعدة المهنية.

٣ - ٢ المساعدة الأولية لإيذاء الذات غير الانتحاري



Self Portrait

By Delia Crabbe

هذه القطعة الفنية مصنوعة من خامات متعددة (الالومنيوم ، الموسلين، التول، الشبك الحديدي ، الخيوط) . الشخصيات في هذه القطعة هي لي، وتعبر عن شعوري في أوضاع مختلفة ،والايدي تمثل الدعم من العائلة والأصدقاء ، ورسم الحمامة رمز لوجود الامل حتى في المكان المظلم.

ملاحظة هامة

تطبق معلومات وإرشادات هذا الفصل فقط إذا كان الشخص يؤدي نفسه لأسباب أخرى غير الانتحار، أما إذا كان الشخص الذي تساعده يؤدي نفسه بنية الانتحار فيمكن الرجوع إلى الفصل ٣ - ١ (الأفكار والسلوكيات الانتحارية).

ينخرط بعض الأشخاص في إيذاء الذات غير الانتحاري حتى لو كانوا انتحاريين، وهذا يعني أنه وعلى الرغم من وجود أفكار انتحارية لدى الشخص إلا أن الأذيات التي يلحقها بنفسه ليس المقصود منها أن تؤدي إلى الموت. يقول البعض أن الانخراط في إيذاء الذات غير الانتحاري يساعدهم على تجنب الامتثال للأفكار الانتحارية. إذا كان الشخص ينخرط في إيذاء الذات غير الانتحاري وكان انتحارياً فيمكن الاستفادة من هذا الفصل ومن الفصل ٣، لتقديم المساعدة المناسبة.

حقائق عن إيذاء الذات غير الانتحاري.

تستخدم العديد من المصطلحات لوصف إيذاء الذات:

Self-Harm, Self-Mutilation, Cutting, Para-suicide.

هناك اختلاف كبير في الرأي حول ما هو إيذاء الذات وكيف يختلف عن السلوك الانتحاري. يستخدم مصطلح إيذاء الذات غير الانتحاري (Non-Suicidal Self-Injury) في الحالات التي لا تكون فيها النية من إيذاء الذات أن يؤدي إلى الموت. ليس من السهل دائماً أن تميز بين إيذاء الذات غير الانتحاري وبين محاولة الانتحار. الطريقة الوحيدة لمعرفة ذلك هي أن تسأل الشخص مباشرة عما إذا كان انتحارياً. الأشخاص الذين ينخرطون في إيذاء الذات غير الانتحاري يقومون بذلك لأسباب عديدة منها:

- كطريقة للتعامل مع مشاعر الألم.
 - لمعاقبة الذات.
 - لممارسة التأثير على الآخرين.
 - لوضع حد لمشاعر التفارق والانفصال عن الذات أو عن الواقع وكأن الذات أو الواقع ليسا حقيقيين.
 - تجنب أو محاربة الأفكار الانتحارية.
- لإعادة تأكيد الحدود الشخصية وممارسة السيطرة على الجسد.

كيف أقيم

إذا كنت تشك بأن شخصاً تهتم لأجله قد آذى نفسه بشكل مقصود فعليك أن تناقش ذلك معه. لا تتجاهل الأذيات المريبة التي لاحظتها على جسد الشخص.

هناك أنماط عديدة من إيذاء الذات غير الانتحاري منها:

- عمل جروح في الجلد أو تشطبيه أو قرصه بقوة كافية للتسبب بخروج دم من الجلد أو لترك علامة عليه.
- لكم أو ضرب الأشياء أو الذات لدرجة التسبب بنزف أو تشكّل للكدمات.
- حفر الأشكال أو الكلمات في الجلد.
- منع الجروح من الشفاء.
- حرق الجلد بالسجائر أو بأعواد الثقاب أو بالماء الساخن.
- نثف كميات كبيرة من الشعر بشكل قهري.
- أخذ جرعة زائدة من الأدوية بشكل مقصود ولكن دون أن تكون هناك نية للانتحار.

كيف أساعد

كيف يجب أن أتكلّم مع شخص يؤذي نفسه بشكل مقصود؟

دع الشخص يعلم أنك لاحظت الأذيات. تجنب إظهار ردة فعل سلبية قوية بشأن إيذاء الذات وناقش ذلك بهدوء مع الشخص. من الهام أن تفكر ملياً بحالتك الذهنية وتتاكد من أنك مستعد للتعامل الهادئ مع استجابة الشخص عندما تسأله عن إيذائه لذاته.

عليك أن تدرك أن إيذاء الذات هو آلية للتكيف، لذلك يجب ألا يكون إيقاف إيذاء الذات هو محور المحادثة، وبدلاً من ذلك ابحث عن طرق لتخفيف الإحساس بالتوتر والضغط. لا تستخف بالمشاعر أو المواقف التي أدت لإيذاء الذات. لا تعاقب الشخص خصوصاً من خلال التهديد بالتوقف عن رعايتك له.

ما الذي عليّ فعله إذا شاهدت شخصاً ما يؤذي نفسه بشكل مقصود؟

إذا شاهدت شخصاً ما يقوم بإيذاء ذاته فتدخّل بطريقة داعمة له دون الحكم عليه. ابق هادئاً وتجنب تعبيرات الصدمة أو الغضب. عبّر عن قلقك على صحته. اسأل ما إذا كان بإمكانك فعل أي شيء للتخفيف من إحساسه بالتوتر والضغط. اسأله ما إذا كان بحاجة لأي اهتمام طبي.

ماذا عن المساعدة المهنية؟

الإسعاف الطبي

إذا قام الشخص بإيذاء نفسه عن طريق تناول سم أو جرعة زائدة من دواء ما فاتصل بالإسعاف لأن خطورة الموت أو التأذي الخطير عالية. غالباً ما تكون النية هي الانتحار عند أخذ جرعة زائدة من الدواء بشكل مقصود، إلا أنه في بعض الأحيان يكون شكلاً من أشكال إيذاء الذات. بغض النظر عن نوايا الشخص فإن المساعدة الطبية الإسعافية يجب أن تُطلب.

ويجب الاتصال بخدمات الإسعاف في جميع الحالات التي تبدو فيها الأذية مهددة للحياة كأن يكون الشخص مشوش الوعي أو غير متوجه أو فاقداً لوعيه أو أنه ينزف نزفاً قوياً أو نابضاً.

الحصول على الرعاية النفسية

عليك تشجيع الشخص على الحصول على المساعدة المهنية. إيذاء الذات ليس مرضاً بحد ذاته ولكنه عادة ما يكون عرضاً لاضطرابات نفسية أو لشذات نفسية قوية تحتاج إلى العلاج. تأكد أن الشخص يعرف أماكن الرعاية النفسية المتخصصة المتاحة ولكن لا تجبره على استخدامها إذا لم يرغب بذلك.

معلومات أخرى عن تشجيع الشخص على البحث عن العلاج المتخصص يمكن إيجادها في القسم ٢ من هذا الدليل.

كيف يمكنني إبقاء الشخص آمناً؟

شجّع الشخص على التحدث مع شخص يثق به وتأكد أنه قادر على الوصول إلى مصادر كافية للإسعاف الأولي عندما يشعر برغبة قوية في إيذاء نفسه في المرة القادمة.

٣ - ٣ المساعدة الأولية لنوبات الهلع



Panic

By Claire Kelly

الهلع هو شعور مخيف يمكن وصف هذا الخوف بالتهديدات المروعة القادمة من مكان ما لا يمكنك رؤيته، الصورة مرسومة بطريقة كرتونية لأنه بالرغم من أن الخوف حقيقي في مظهره لكن التهديد المسبب للخوف غير حقيقي.

٣ - ٣ المساعدة الأولية لنوبات الهلع

- الشعور بعدم الواقعية أو الانفصال عن الذات.
 - الخوف من فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون.
 - الخوف من الموت.
 - الشعور بالخدر أو بالوخز.
 - القشعريرة أو هبات السخونة.
- فإذا كان شخص ما يعاني من الأعراض السابقة وتوقع أنه لديه نوبة هلع فعليك أولاً أن تسأله ما إذا كان يعرف ما يحدث وما إذا كان قد أصيب بنوبة هلع من قبل.

كيف أساعد

ماذا أفعل إذا اعتقدت أن شخصاً ما يمر بنوبة هلع؟

إذا قال الشخص أنه قد مرّ بنوبة هلع من قبل ويعتقد أنه يمر بوحدة الآن فاسأله إذا كان يحتاج أية مساعدة، محددة وقدمها له. إذا كنت تساعد شخصاً لا تعرفه فقدّم نفسك له.

ماذا لو كنت غير متأكد مما إذا كان لدى الشخص نوبة هلع أو شيء آخر أكثر خطورة كالنوبة القلبية؟

تتشابه أعراض نوبة الهلع أحياناً مع أعراض النوبة القلبية أو أعراض مشكلات طبية أخرى. إذا كان الشخص لم يمر بنوبة هلع من قبل ولا يعتقد أنه يمر بوحدة الآن أو أنه فقد وعيه فعليك أن تتبع توجيهات الإسعاف الجسدي الأولي.

يمكنك أن تسأل الشخص أو تفحصه لترى ما إذا كان يرتدي قلادة أو سوار للتنبيه الطبي، فإذا كان كذلك فاتبع التعليمات الموجودة على السوار أو اطلب المساعدة الطبية.

حقائق عن نوبات الهلع

نسبة انتشار اضطراب الهلع خلال العمر هي حوالي ٤-٤%، وخلال آخر ستة أشهر نسبة انتشار اضطراب الهلع هي ٥-١٠% ونسبة انتشار نوبات الهلع هي ٣-٥%. وعلى الرغم من أنه يمكن لأي شخص أن يصاب بنوبة هلع إلا أن الأشخاص الذين يعانون من إحدى اضطرابات القلق الأخرى هم أكثر عرضة لها.

كيف أقيم

علامات وأعراض نوبة الهلع

نوبة الهلع هي نوبة منفصلة من القلق الزائد مع شعور بعدم الارتياح والتي تظهر و تتطور فجأة وتبلغ ذروتها خلال عشر دقائق. أثناء النوبة تظهر العديد من الأعراض التالية:

هناك أنماط عديدة من إيذاء الذات غير الانتحاري منها:

- الخفقان أو تسارع ضربات القلب.
- التعرق.
- الرجفة أو الارتعاش.
- الشعور بضيق التنفس أو بانسداد مجرى الهواء أو بالاختناق.
- ألم أو عدم ارتياح في الصدر.
- شعور بالانزعاج في البطن أو غثيان.
- الدوار، خفة الرأس، الشعور بالدوخة.

ملاحظة

تم الاعتقاد كثيراً ولسنوات عديدة أن التركيز على التنفس أثناء نوبة الهلع يمكن أن يكون مفيداً، وكثيرون لا يزالون يجدون ذلك مفيداً وعليك ألا تحاول إيقاف أحدهم عن التركيز على تنفسه، ولكن يقول العديد من الخبراء اليوم أن تشجيع الشخص على التركيز على تنفسه ليست فكرة جيدة لأن ذلك قد يصبح دعامة عاطفية وانفعالية تؤدي إلى صعوبة العلاج فيما بعد.

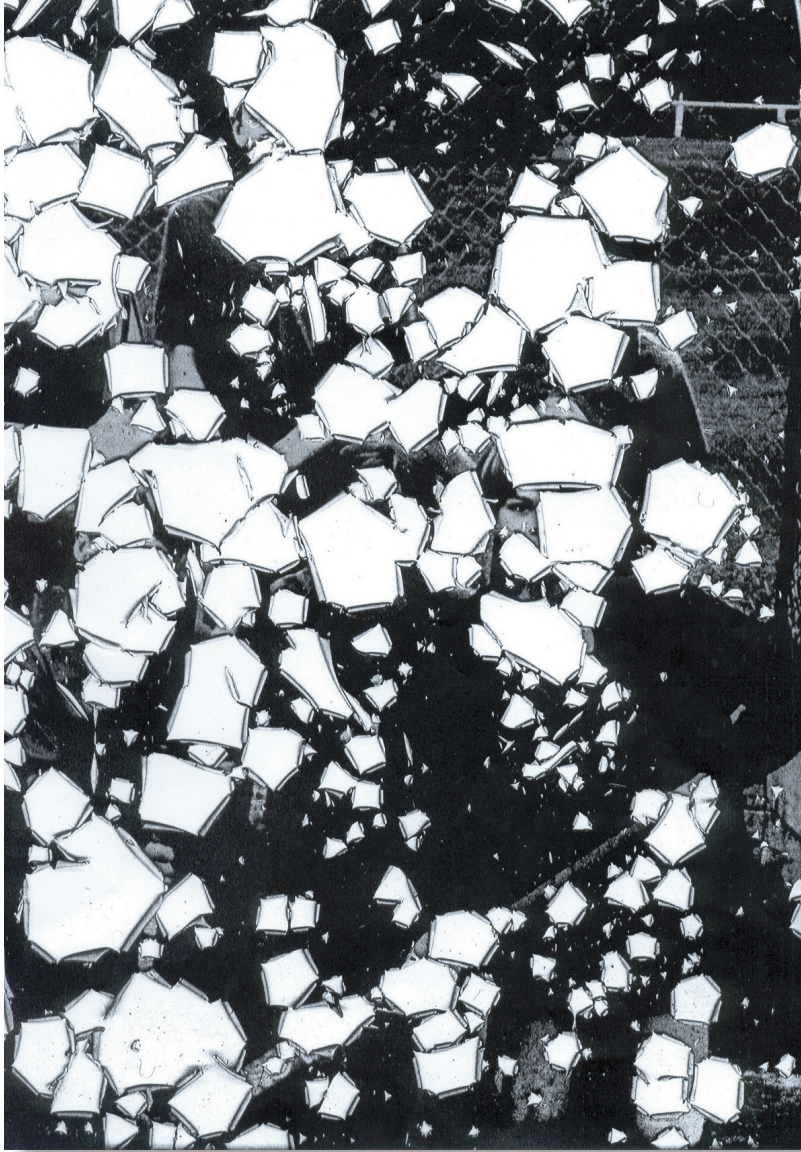
ما الذي عليّ قوله وفعله إذا علمت أن الشخص يمر بنوبة هلع؟

أخبره أن ما يعانيه هو نوبة هلع والتي وإن كانت مفزعة جداً إلا أنها ليست مهددة للحياة أو خطيرة. من الهام أن تبقى هادئاً وأن تسأله عما يمكن أن يساعده فقد يذكر بعض الأمور التي أفادته في مرات سابقة. تحدث إليه بأسلوب تطميني ولكن بحزم، شجعه على السيطرة على تنفسه ويمكن اللجوء إلى التنفس من خلال كيس وركي. لا تتركه لوحده. تحدث بوضوح وببطء واستخدم جملاً قصيرة. ادغ الشخص للجلوس في مكان مريح. لا تستدفع بما يمر به الشخص واعرف أن مشاعر الرعب حقيقية جداً. طمئنه أنه بأمان وأن الأعراض ستمر.

ما الذي عليّ فعله وقوله عندما تنتهي نوبة الهلع؟

بعد أن تكون نوبة الهلع قد همدت، اسأل الشخص عن معرفته بالأماكن التي يمكنه من خلالها الحصول على المعلومات عن نوبات الهلع. إذا لم يكن يعرف فقدم له بعض الاقتراحات. أخبر الشخص أنه إذا عاودته نوبات الهلع وسببت له الضيق والانزعاج فعليه أن يتحدث للاختصاصي المناسب. عليك أن تعرف ما هي إمكانيات المساعدة المهنية المتوافرة لنوبات الهلع في منطقتك. طمئن الشخص وأكد له وجود علاجات فعالة لنوبات الهلع ولاضطراب الهلع.

٣ - ٤ المساعدة الأولية للحالات بعد الحوادث الصادمة نفسيا



Traumatic Events

By Catriona Taralrud-Bay

هذه الصورة لرسم باللونين الابيض والاسود، الاشكال البيضاء كلها عبارة عن الصدمات التي يواجهها الاشخاص الذين تعرضوا للازمات ، وهم في العالم الاسود والرمادي في الخلف . السياج يمثل الحرب، والوجه في منتصف الجبهه اليمنى لابني ويمثل الاشخاص الذين تعرضوا للصدمات النفسية وهم بحاجة للشفاء.

كيف أقيم

قد يتأثر البعض بالحدث الصادم بشكل كبير مباشرة وتظهر عليهم علامات الحاجة للمساعدة الفورية، بينما قد يكون لدى البعض الآخر رد فعل متأخر. وهذا يعني أنه إذا كنت تساعد شخصاً تعرفه وتراه بانتظام فربما تكون هناك حاجة لتقييم علامات الضيق والانزعاج لديه بشكل مستمر على طول الأسابيع القليلة التالية.

كيف أساعد

ما هي الأولويات في مساعدة الشخص بعد الحدث الصادم؟

يجب عليك ضمان سلامتك الشخصية أولاً، فقبل أن تقرّر مقاربة أحدهم لتقديم المساعدة تفحص المخاطر الكامنة كالنار أو الحطام وانتبه إلى وجود أشخاص آخرين قد يصبحون عدوانيين. إذا كنت تساعد شخصاً لا تعرفه فعرف عن نفسك واشرح له ما هو دورك. اعرف اسم الشخص واستخدمه عند التحدث إليه. ابق هادئاً. افعل ما باستطاعتك لخلق بيئة آمنة كأخذ الشخص إلى مكان أكثر أماناً أو إزالة أية مخاطر آنية.

إذا كان الشخص قد تأذى فعليك أن تهتم بأذيته وأن تقدّم له المساعدة الأولية إذا كنت قادراً وأن تطلب المساعدة الطبية. إذا لم يكن يظهر على الشخص ما يدل على أنه قد تأذى جسدياً فعليك أن تراقب العلامات التي تشير إلى أن حالته الجسدية أو العقلية قد بدأت تتدهور كأن يصبح غير متوجه - وكن مستعداً لطلب المساعدة الطبية الإسعافية، فقد تكون لديه أذيات داخلية تظهر نفسها ببطء.

حاول أن تحدد حاجات الشخص الفورية كالطعام، الماء، المأوى أو الثياب. إذا كان هناك بالقرب منك من يستطيع تأمين تلك الحاجات بشكل أفضل كالشرطة مثلاً فلا تأخذ دورهم.

حقائق عن الحوادث الصادمة نفسياً

الحدث الصادم هو حدث مرّبه الشخص أو شاهده أو واجهه وكان يتضمن خطورة على حياته أو خطورة التسبب بإيذاء خطير له أو للآخرين وكانت استجابة الشخص خلال الحدث الرعب أو الإحساس بالعجز. تتضمن الأمثلة الشائعة عن الصدمات: الحوادث، الاعتداء (الاعتداء الجسدي أو الجنسي، السطو، العنف العائلي)، ومشاهدة حدث مريع. تتضمن الحوادث الصادمة الجماعية: هجمات الإرهابيين، إطلاق النار الجماعي، العمليات العسكرية، والكوارث الطبيعية (الأعاصير، الزلازل، حرائق الغابات).

قد لا يحدث الإسعاف بشكل فوري دائماً بعد الحدث الصادم، حيث هناك صدمات متكررة الحدوث كالإساءة الجنسية، الجسدية، أو العاطفية، والبلطجة والتنمر في ساحة المدرسة أو مكان العمل، وقد تعود ذكريات الحدث الصادم بشكل مفاجئ وغير متوقع بعد أسابيع أو أشهر أو حتى سنوات من الحدث الصادم. في مثل هذه الحالات يقدّم الإسعاف الأولي عندما ينتبه المسعف إلى معاناة الشخص.

من الهام أن تعرف أن الناس يمكن أن يختلفوا كثيراً في ردة فعلهم على الحوادث الصادمة:

- قد يشعر أحد الأشخاص بصدمة قوية تجاه حدث معين بينما قد لا يشعر بذلك شخص آخر إذا مرّ بالحدث ذاته.
- قد تؤثر الأنواع المختلفة من الصدمات على بعض الأفراد أكثر من غيرهم.
- قد تجعل الصدمات السابقة الشخص أكثر هشاشة لحوادث صدمة لاحقة بينما قد يصبح آخرون أكثر مرونة كنتيجة لذلك.

تقدّم معلومات للناجين (جلسات تقديم المعلومات، صفحات ورقية عما حدث، أرقام تلفونات تقدم المعلومات). لا تحاول أن تقدم للشخص أية معلومات لا يريدون سماعها.

كيف أتحدث مع شخص قد مرّ للتو بحدث صادم؟

عند التحدث مع شخص قد مرّ للتو بحدث صادم من المفيد جداً أن تكون مهتماً به بشكل حقيقي أكثر من اهتمامك بقول الأشياء الصحيحة. أظهر للشخص أنك تهتم به واسأله عن الطريقة التي يريد أن تتم بها مساعدته. تحدّث بوضوح وتجنّب المصطلحات المعقدة والاختصاصية. تواصل معه كشخص مساو لك بدلاً عن التواصل معه على أنك خبير أو متفوق عليه. إذا بدا لك الشخص غير قادر على فهم ما قلته فقد تكون هناك حاجة لإعادته مرات عديدة. عليك أن تعلم أنه ليس من الضرورة أن يكون تقديم الدعم معقداً فبعض الأشياء الصغيرة كتمضية الوقت مع الشخص أو تناول كوب من الشاي أو القهوة معه أو تبادل الحديث عن الأحوال اليومية أو معانفته يمكنها أن تكون مفيدة وأن تفي بالغرض.

قد تنتج عن الحدث الصادم سلوكيات كالانسحاب عن الآخرين أو النزق والمزاج الغضوب فحاول ألا تأخذ هذه السلوكيات على محمل شخصي وحاول أن تكون ودوداً. قد لا يسبب الحدث للشخص مشاعر الألم والضيق بالقدر الذي تتوقعه أنت فلا تقل له عندئذ كيف عليه أن يشعر، بل بدلاً عن ذلك أخبره أن كل شخص يتعامل مع الصدمة بسرعه الخاصة. كن مدركاً للاختلافات الثقافية والحضارية التي من الممكن أن تؤثر على الطريقة التي يستجيب بها البعض للحدث الصادم، فمثلاً ببعض الثقافات لا يُعدُّ إظهار الانفعالات أو الحزن على فقد الأعداء بوجود الغرباء أمراً ملائماً.

إذا كان الشخص ضحية لاعتداء فعليك أن تأخذ بعين الاعتبار إمكانية الحاجة إلي جمع الأدلة المتعلقة بالطب الشرعي (مثلاً الأدلة الموجودة على الملابس أو الجلد). اعمل مع الشخص على حفظ مثل هذه الأدلة قدر الإمكان، فقد يرغب الشخص بتبديل ملابسه أو أن يتحمّم مما قد يخزّب الدليل المتعلق بالطب الشرعي، عندئذ قد يكون من المفيد أن توضع الملابس في حقيبة لتأخذها الشرطة كدليل ويمكن أن يقترح على الشخص أن يؤجل الاستحمام إلى ما بعد فحص الطب الشرعي. وعلى الرغم من أن جمع الأدلة أمر هام إلا أنه عليك ألا تجبر الشخص على فعل شيء لا يريده.

لا تقدّم أية وعود قد لا يمكنك الالتزام بها، فمثلاً لا تخبر الشخص أنك ستأخذه لمنزله قريباً إذا لم تكن المسألة كذلك.

ما هي الأولويات إذا كنت أقدم المساعدة بعد حدث صادم جماعي؟

الحوادث الصادمة الجماعية هي التي تؤثر على أعداد كبيرة من الناس كالحوادث البيئية الشديدة (الحرائق والفيضانات)، الحروب والعمليات الإرهابية، وإطلاق النار الجماعي. بالإضافة إلى المبادئ الأساسية المشار إليها سابقاً هنالك عدد من الأشياء التي يجب عليك فعلها:

- يجب أن تسأل عن الخدمات الإسعافية المتوفرة في مكان الحدث واتباع تعليمات المهنيين عند وجودهم.
- كن مدركاً ومستجيباً لراحة وكرامة الشخص الذي تساعد، مثلاً من خلال تقديم بطانية للشخص ليغطي به نفسه ومن خلال الطلب من الفضوليين أو وسائل الإعلام أن تبتعد.
- حاول التحلي بالصبر وعدم التسرع.
- قدم معلومات حقيقية للشخص واعترف أنك تفتقر للمعلومات إذا كانت الحالة كذلك. أخبر الشخص عن أية مصادر متاحة

هل علينا التحدث عما حصل؟ كيف أستطيع أن أدمع شخصاً معيناً في ذلك؟

من الهام جداً ألا تجبر الشخص على أن يخبرك قصته. تذكر أنك لست بمعالجه. شجّع الشخص فقط على التحدث عن زود فعله ومشاعره إذا كان مستعداً وأراد القيام بذلك. إذا أراد الشخص التحدث فلا تقاطعه بمشاركته الحديث عن مشاعرك أو تجاربك أو آرائك الخاصة. قد يحتاج الشخص للتحدث بشكل متكرر عن الصدمة فعليك أن تكون مستعداً للاستماع لأكثر من مرة. تجنّب قول أي شيء قد يستخف بمشاعر الشخص كـ "لا تبك" أو "هدأ" أو أي شيء قد يستخف بما مرّ به كـ "عليك أن تسعد لبقائك على قيد الحياة".

قد يعاني الشخص مما يسمّى بـ "ذنب الناجي" (Survivor's Guilt) وهو الشعور بأنه من غير العادل أن الآخرين ماتوا أو تأذوا دون أن يصيبه ما أصابهم.

كيف يمكنني أن أساعد الشخص على التكيف خلال الأسابيع أو الأشهر التالية؟

إذا كنت تساعد شخصاً لا تعرفه فمن غير المتوقع أن تتواصل معه فيما بعد. أما إذا كنت تقدم المساعدة لشخص تعرفه (كأحد أفراد العائلة) فيمكنك مساعدته على التكيف خلال الأسابيع أو الأشهر التالية من خلال تشجيعه على إخبار الآخرين عندما يحتاج أو يريد شيئاً بدلاً عن الافتراض بأن الآخرين سيعلمون ما يريد، وتشجيعه أيضاً على الاستفادة من مصادر الدعم كالأحباء والأصدقاء، ولكن تذكر أنه من الهام أن تحترم حاجة الشخص للبقاء وحيداً أحياناً.

شجّع الشخص على الاعتناء بنفسه، وأن يحصل على المزيد من الراحة إذا شعر بالتعب، وأن يفعل الأشياء التي يشعر بأنها مفيدة له (كالاستحمام، القراءة، التمارين الرياضية، ومشاهدة التلفاز) وأن يفكر بأية استراتيجيات تكيف استخدمها في الماضي بنجاح ليستخدمها من جديد، وشجّع على قضاء

الوقت في مكان يشعر فيه بالراحة والأمان. قد يتذكّر الشخص فجأة وبشكل غير متوقع تفاصيل الحادث، وقد يرغب أو قد لا يرغب في مناقشة تلك التفاصيل، فإذا حدث ذلك فيمكن للمبادئ العامة المشار إليها سابقاً أن تفيدك على مساعدته.

لا تشجّع الشخص على استخدام استراتيجيات تكيف سلبية كالعمل لفترات طويلة أو الانخراط في سلوكيات تدمير الذات

(Self-Destructive Behaviours) كاستعمال الكحول وغيرها من المواد.

متى يجب على الشخص البحث عن المساعدة المهنية؟

ليس كل شخص بحاجة إلى المساعدة المهنية ليتعافى من الحدث الصادم، فلقد أظهرت الأبحاث أن محاولة منع اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD) من خلال تقديم المساعدة النفسية لكل شخص خلال الأشهر الثلاثة التالية للحدث الصادم ليس مفيداً وحتى أنه قد يكون لذلك تأثير معاكس على بعض الأشخاص. ولكن إذا أراد الشخص البحث عن المساعدة المهنية فعليك دعمه في القيام بذلك. كن مدركاً لأنواع المساعدة المهنية المتاحة في منطقتك. إذا لم يشعر بالراحة تجاه من يقدم له المساعدة المهنية فعليك أن تخبره بأنه يمكنه طلب أو البحث عن مهني آخر. إذا لم يُشر الشخص إلى رغبته في البحث عن المساعدة المهنية فيمكن للخطوط التوجيهية التالية أن تساعدك على تحديد ما إذا كانت هناك حاجة لها:

- إذا أصبح الشخص في أي وقت انتحارياً فعليك البحث عن المساعدة المهنية. قد يكون الفصل ٣.١ الإسعاف الأولي للسلوكيات والأفكار الانتحارية مفيداً في مساعدتك على القيام بذلك.
- إذا أساء الشخص وفي أي وقت استعمال الكحول أو المواد الأخرى للتعامل مع

الصدمة فعليك تشجيعه على البحث عن المساعدة المهنية.

• يتوقع نوعاً ما العودة إلى الأداء الوظيفي الاعتيادي بعد حوالي أربعة أسابيع. عليك أن تشجع الشخص على أن يبحث عن المساعدة المهنية بعد أربعة أسابيع أو أكثر من الصدمة في الحالات التالية:

- إذا كان غير قادر على التخلص من المشاعر المزعجة المستمرة.

- إذا كانت علاقاته الهامة تتدهور كنتيجة للصدمة (مثلاً إذا انسحب عن عائلته أو أصدقائه).

- إذا كان يشعر بأنه سريع الاستثارة أو كانت لديه كوابيس متعلقة بالصدمة.

- إذا كان لا يستطيع التوقف عن التفكير بالصدمة.

- إذا كان غير قادر على الاستمتاع بالحياة على الإطلاق كنتيجة للصدمة.

- إذا تداخلت أعراض ما بعد الصدمة مع نشاطاته الاعتيادية.

٣-٥ المساعدة الأولية للحالات الذهانية الشديدة



Psychosis

By Hien Bui

لوحتي تصور الذهان كقطعة الزجاج المكسورة، وتوجد رسمه العين التي تعكس جهتي النظر من شخص مريض إلى العالم والعكس كذلك من العالم إلى الشخص المريض بالذهان ، وهذه العين تحوي خمسة ألوان رئيسية تعكس الحواس الخمس الأساسية للإنسان، التي تحطمت بفعل المرض.

كيف أساعد

عندما تساعد شخصاً في حالة ذهانية شديدة فعليك أن تحاول البقاء هادئاً قدر الإمكان. من الهام أن تتحدث مع الشخص بأسلوب واضح ومختصر وبسرعة معتدلة للكلام وأن تستخدم الجمل القصيرة والبسيطة وأن تكون نبرة صوتك خالية من التهديد. إذا سألك الشخص بعض الأسئلة فأجبه بهدوء. عليك أن تستجيب لطلباته ما لم تكن خطيرة أو غير معقولة، فهذا يعطي الشخص الفرصة ليشعر بالسيطرة قليلاً.

إذا كان لدى الشخص تعليمات مسبقة Advance Directives أو كانت لديه خطة لمنع الانتكاسة فعليك أن تتبع تلك التعليمات أو تلك الخطة. حاول أن تعرف ما إذا كان هناك من يثق به المريض (كأحد الأصدقاء المقربين أو أحد أفراد العائلة) وحاول أن تقنعه بالمساعدة. عليك أيضاً أن تقيم ما إذا كان من الآمن للشخص أن يكون وحيداً، وإذا لم يكن كذلك فيجب ألا يُترك لوحده أبداً.

يمكن أن يمثل الشخص لتوهمات أو أهلاساته. تذكر أن مهمتك الأولية هي أن تهدئ الحالة ولذلك عليك ألا تقوم بأي شيء من شأنه أن يهيج الشخص أكثر. حاول أن تحافظ على السلامة واحم المريض ونفسك والآخرين من الأذى. قد يكون من المفيد أن تدعوه للجلوس إذا كان واقفاً. تأكد أن لديك مخرجاً عند الحاجة.

أحياناً يكون من غير الممكن أن تستطيع تهدئة الحالة، فإذا كان الأمر كذلك فعليك أن تكون جاهزاً لطلب المساعدة من الخدمات الإسعافية وأن تنقل لها ملاحظات مختصرة ومحددة عن شدة أعراض وسلوك الشخص، وعندما يصل مقدمو المساعدة فعزف المريض عليهم وعلى طبيعة عملهم.

حقائق عن الحالات الذهانية الشديدة

إذا كان الشخص يعاني من اضطراب ذهاني فإنه قد يعاني حالات ذهانية شديدة أحياناً. يعاني البعض نادراً من حالة ذهانية شديدة - ربما كل عدة سنوات- ، بينما قد يعاني البعض الآخر بشكل متكرر من هذه الحالات الذهانية الشديدة قد تصل حتى عدة مرات في السنة.

يمكن أن تحدث الحالة الذهانية الشديدة دون سبب واضح أو لأسباب مختلفة كالظروف والأحداث المسببة للتوتر (حتى أحداث الحياة الإيجابية كالعمل الجديد)، نسيان تناول الدواء أو عدم تناوله، وتعاطي المواد.

قد تتطور الحالة الذهانية الشديدة تدريجياً خلال أيام قليلة أو قد تحدث بشكل مفاجئ جداً.

كيف أقيم

قد يعاني الشخص في الحالة الذهانية الشديدة من الأعراض التالية:

- توهمات وأهلاسات شديدة.
- تفكير غير منظم بشكل شديد.
- سلوكيات مضطربة وغريبة.

قد يبدو الشخص متوتراً أو قد تكون سلوكياته مزعجة للآخرين. عندما يكون الشخص في هذه الحالة فإنه يمكن أن يتسبب بالأذى لنفسه أو للآخرين، فمثلاً قد يعتقد الشخص أن لديه قوى خاصة تحميه من الخطر فيتجاوز إشارات المرور الحمراء، أو قد يجري بين السيارات ليحاول النجاة من أهلاساته المرعبة.

٣-٦ المساعدة الأولية للآثار الشديدة الناجمة عن تعاطي الكحول



The Visibly Invisible

By Brenda Hume

هذا ما شعرت به عندما رسمت هذه اللوحة.. العزلة والشعور بالوحدة والاكنتاب والحزن والفراغ وكراهية الذات والتي غالبا ما تكون هذه اثار شرب الكحول أو بشكل أكبر أعراض للمرض العقلي ، لا احد يستحق أن يعيش الحياة في مثل الألم واليأس، وأنا اعتقد أن هذه الآثار يمكن علاجها، وبالمساعدة يمكن تجنبها.

٣-٦ المساعدة الأولية للآثار الشديدة الناجمة عن تعاطي الكحول

حقائق عن الانسمام بالكحول التسمم بالأعراض الانسحابية للكحول:

يشير الانسمام بالكحول (Alcohol Intoxication) إلى مستويات مرتفعة من الكحول في مجرى دم الشخص والتي تؤثر سلباً وبشكل ملحوظ على تفكيره وسلوكه.

يعني التسمم بالكحول Alcohol Poisoning أن لدى الشخص مستوى سميّاً من الكحول في مجرى دمه وقد يؤدي هذا إلى موته. تختلف كمية الكحول التي تسبب التسمم من شخص لآخر.

الأعراض الانسحابية للكحول (Alcohol Withdrawal) وتشير إلى الأعراض المزعجة التي يعانيها الشخص عندما يتوقف عن الشرب أو عندما يشرب ويفارق هام كمية أقل عن الكمية المعتادة.

كيف أقيّم

• معدل النبض غير المنتظم أو الضعيف أو البطيء.

• الجلد المزرق أو الشاحب.

• انخفاض درجة حرارة الجسم Hypothermia.

العلامات والأعراض الانسحابية الشديدة للكحول والتي قد تؤدي إلى حالة إسعافية هي:

الهديان الارتعاشي Delirium Tremens (حالة من التشوش الذهني والأهلاسات).

الهيلاج.

نوبات صرع Seizures.

أعراض وعلامات الانسمام بالكحول:

• فقدان تناسق الحركات.

• كلام غير واضح.

• الترنُّح أو التعثر والسقوط.

• الجدال بصوت عالٍ أو السلوك العدواني.

• القيء.

• النعاس والميل للنوم.

أعراض وعلامات التسمم بالكحول:

• القيء المستمر.

• فقدان الوعي.

• علامات الإصابة المحتملة في الرأس (القيء والكلام غير المترابط)

• التنفس غير المنتظم أو الضحل أو البطيء.

كيف أساعد

إذا كان الشخص في حالة انسامام بالكحول

متى أطلب الإسعاف

اطلب الإسعاف أو ابحث عن المساعدة الطبية في كل من الحالات التالية:

- تدهور أو فقدان الوعي.
- التنفس غير المنتظم أو الضحل أو البطيء.
- الجلد الممزق أو الشاحب.
- القيء المستمر.
- علامات الإصابة المحتملة في الرأس (القيء والكلام غير المترابط).
- الاختلاجات.
- انخفاض حرارة الجسم.
- الهذيان الارتعاشي.
- إذا كان هناك شك بوجود دس لمادة ما في الكحول.

نصائح حول طلب الإسعاف

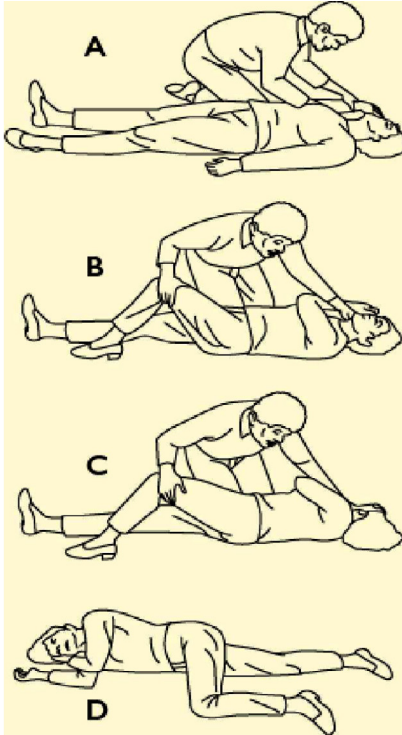
- لا تكن خائفاً من طلب المساعدة الطبية للشخص حتى ولو كانت هناك عواقب قانونية على الشخص. كن مدركاً إلى أن موظفي الإسعاف وطاقم المستشفى هم لمساعدة الشخص وليس لفرض القانون.
- عندما تطلب الإسعاف من الهام أن تتبّع تعليمات عامل الهاتف.
- عندما يطلب منك قُم بوصف أعراض الشخص ووضّح أنه كان يشرب الكحول.
- كن على علم بعنوان تواجدك لتعطيه لعامل الهاتف وابق مع الشخص حتى وصول الإسعاف.
- من المفيد أن يصاحب صديقاً أو أحد أفراد العائلة الشخص إلى المستشفى فقد يكون بمقدوره تقديم معلومات مفيدة متعلقة بحالته.

- ابق هادئاً.
- تكلم معه بأسلوب يظهر احترامك له واستخدم لغة بسيطة وواضحة. لا تستهزئ بالشخص أو تسخر منه أو تستثره.
- لاحظ الخطر: عندما يكون الشخص في حالة انسامام بالكحول فقد يخطر في سلوكيات خطيرة (كتخريب الممتلكات أو قيادة السيارة). قيّم الحالة من حيث المخاطر المحتملة واطمن سلامتك وسلامته وسلامة الآخرين. لاحظ الشخص وما يحيط به لمنع التعرّ أو السقوط. إذا بدأت حالته بالتدهور نحو حالة إسعافية فاسأل الشخص ما إذا كان قد تناول أية أدوية أو مواد أخرى.

- اضمن سلامة الشخص: ابق مع الشخص أو اضمن أنه لن يُترك لوحده. انتبه إلى أن انسامام الشخص قد يكون أشد درجة مما يعتقد. أبقه بعيداً عن الآلات والأشياء الخطرة. إذا حاول الشخص أن يقود عربة (أو أن يركب الدراجة) فعليك أن تحاول ثنيه عن ذلك (مثلاً من خلال إخباره عن مخاطر ذلك عليه وعلى الآخرين). امنع الشخص من القيادة فقط إذا كان من الآمن أن تفعل ذلك وإلا فاطلب الشرطة. رتب لإيصاله إلى المستشفى إذا كنت تعتقد أنه يشكل خطراً على نفسه، وإلا رتب لطريقة نقل آمنة لإيصاله إلى منزله. قد يؤدي الانسامام بالكحول أو التسمم به أو الأعراض الانسحابية للكحول إلى حالة طبية إسعافية.

الشخص إلى وضعية الاستشفاء افحص وجود أشياء حادة (كزجاج مكسور أو إبر على الأرض). عند الضرورة نظف مجرى الهواء بعد التقيؤ. حاول تدفئة الشخص ولكن دون السماح بارتفاع درجة حرارته بشكل زائد.

رسم يوضح طريقة وضع الشخص في وضعية الاستشفاء



ماذا أفعل أثناء انتظار الإسعاف

انتبه إلى أن شرب الكحول يمكن أن يخفي الألم الناجم عن أذيات معينة وضمن ما يلي:

- ألا يتذكر الشخص لوحده.
- عدم إعطاء الشخص الطعام لأنه قد يختنق به إذا لم يكن واعياً تماماً.
- مراقبة مجرى هواء والتنفس والدوران.
- إذا لم تتمكن من إيقاظ الشخص فضعه في وضعية الاستشفاء (Recovery Position) (انظر مساعدة الشخص فاقد الوعي في الأسفل).
- إذا كان الشخص واعياً وبتقيأ فضعه في وضعية الجلوس أو وضعية الاستشفاء. عند الضرورة نظف مجرى الهواء بعد التقيؤ.

هل بإمكانني مساعدة الشخص على أن يصحو من السكر؟

فقط الوقت سيعاكس تأثير الانسمام، يستهلك الجسم تقريباً مقدار معيار واحد من المشروبات الكحولية كل ساعة. شرب القهوة أو النوم أو المشي أو أخذ حمام بارد لن يسرع هذه العملية.

ماذا أفعل إذا أصبح الشخص الذي يعني من انسمام الكحول عدوانياً؟

انظر إلى الفصل ٨-٣ "المساعدة الأولية للسلوكيات العدوانية".

مساعدة الشخص الفاقد للوعي

لا تترك الشخص مستلقياً على ظهره لأنه قد يختنق بما يمكن أن يتقيأه أو قد يغلق لسانه مجرى الهواء. وضع الشخص في وضعية الاستشفاء (Recovery Position) يساعد على إبقاء مجرى الهواء مفتوحاً. قبل أن تدير

٣-٧ المساعدة الأولية للتأثيرات الشديدة لتعاطي المخدرات



Escaping the Spiral of Needles

By Nicole Salter

نيكول رسمت هذه اللوحة في عام ٢٠٠٥ عندما كان عمرها ٢٠ عام. في ذلك الوقت كانت تتجاوز مشكلة تعاطي المخدرات. الجزء الأوسط من اللوحة يستخدم الالوان الداكنة ويمثل الادمان ولانها تهرب من الادمان بدأت الالوان في السطوع. في ذلك الوقت كانت مخيرة بين الادمان او علاقتها الاجتماعية لكنها اختارت علاقتها الاجتماعية.

٣ - ٧ المساعدة الأولية للتأثيرات الشديدة لتعاطي المخدرات

حقائق عن الحالات الناتجة عن سوء استعمال المواد:

وهي عبارة عن تغيرات قصيرة الأمد في أفكار الشخص أو مشاعره أو سلوكه وذلك بسبب سوء استعمال تلك المواد. تلك الحالات تسبب الإزعاج للشخص أو تضعف قدرته على أداء وظائفه الحياتية المختلفة. تأثيرات تلك المواد تختلف اعتماداً على نوعها وعلى الكمية التي يتم تعاطيها وتختلف أيضاً من شخص لآخر. يمكن أن تكون لتلك المواد الممنوعة تأثيرات متنوعة حيث لا يتم تصنيعها بشكل مضبوط ومراقب. فرط الجرعة (Overdose) يشير إلى استعمال كمية زائدة من المادة قد تؤدي إلى فقدان الوعي ومن ثم الموت.

كيف أقيم

بعض المواد لها تأثيرات منبهة (كالكوكاين والأمفيتامينات) حيث يؤدي استعمالها إلى الشعور بالنشاط والثقة بالنفس. من علامات الانسمام وفرط الجرعة: سرعة الاستثارة والغضب والعنف، الاختلاجات، الأهلالات، القيء، الخلل الذهني (Confusion)، تسارع ضربات القلب وعدم انتظامها، وفرط الحرارة والتجفاف.

وبعض المواد لها تأثيرات مهلوسة (LSD) مثلاً حيث تؤدي إلى أهلاسات وتوهمات. من علامات الانسمام وفرط الجرعة: مشاعر الخوف والهلع والذواري، أهلاسات كاذبة وأهلاسات حقيقية وأهلاسات وتوهمات سلبية، تسارع ضربات القلب، وتوسع الحدقات.

وبعض المواد الأخرى لها تأثيرات مثبطة (كالمهدئات ومستحضرات القنب الهندي) حيث تؤدي إلى الاسترخاء والنعاس وضعف المنعكسات العضلية. من علامات الانسمام وفرط الجرعة: الكلام غير الواضح، ضعف تناسق الحركات والمشبي، القيء، الميل للنوم، وفقدان الوعي.

فرط الحرارة (Overheating) و التجفاف (Dehydration) الناتجين عن سوء استعمال بعض المواد يمكن أن تؤدي إلى حالة

طبية إسعافية. الرقص مطولاً وفي جو حار (مثلاً في حفلة رقص) ومع تعاطي مادة ما (Ecstasy مثلاً) ودون تناول الكمية الكافية من الماء يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع درجة حرارة الجسم لمستويات خطيرة، ويستدل على فرط الحرارة والتجفاف من خلال الأعراض والعلامات التالية:

- الشعور بارتفاع حرارة الجسم والإنهاك والضعف.
- جفاف الشفتين واللسان والشعور بالعطش.
- الشعور بالدوخة والصداع المستمر.
- تسارع ضربات القلب وتسارع معدل التنفس.
- جفاف الجلد.
- النزق (Irritability) والخلط الذهني (Confusion).

ويمكن أحياناً أن يلجأ الشخص لشرب الماء بكثرة لتجنب مخاطر فرط الحرارة والتجفاف الناتجة عن تعاطي بعض المواد (Ecstasy مثلاً) وقد يؤدي هذا إلى إصابته بما يسمى بفرط التميّه (Overhydration) وهذه الحالة خطيرة أيضاً.

كيف أساعد

متى أطلب الإسعاف

- اطلب الإسعاف أو ابحث عن المساعدة الطبية في كل من الحالات التالية:.
- تدهور أو فقدان الوعي.
- التنفس غير المنتظم أو الضحل أو البطيء .
- النبض غير المنتظم أو الضعيف أو البطيء .
- الجلد المزرق أو الشاحب.
- القيء المستمر.
- علامات الإصابة المحتملة في الرأس (القيء والكلام غير المترابط).
- الاختلاجات.
- فرط الحرارة والتجفاف أو فرط التميّه.

نصائح حول طلب الإسعاف

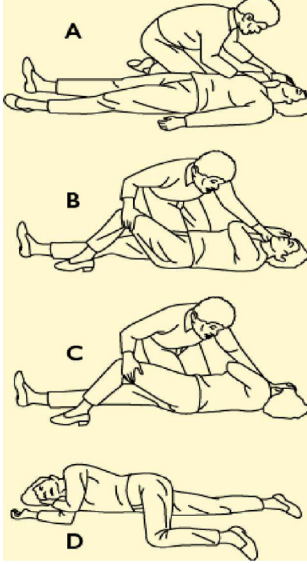
- لا تكن خائفاً من طلب المساعدة الطبية للشخص حتى ولو كانت هناك عواقب قانونية على الشخص. كن مدركاً إلى أن موظفي الإسعاف وطاقم المستشفى هم لمساعدة الشخص وليس لفرض القانون.
- عندما تطلب الإسعاف من الهام أن تتبّع تعليمات عامل الهاتف.
- عندما يطلب منك قُم بوصف أعراض الشخص ووضّح أنه كان يتعاطى مادة ما. حاول أن تحصل على معلومات مفصلة عن نوعية المواد التي كان يتعاطاها وذلك إمّا من خلال سؤال الشخص أو سؤال أصدقائه أو من خلال تفحص ما يحيط بالشخص من دلائل على ما يستعمله.
- كن على علم بعنوان تواجدك لتعطيّه لعامل الهاتف وابق مع الشخص حتى وصول الإسعاف.

إذا كان الشخص يعاني من تأثيرات شديدة لسوء استعمال مادة ما:

ابق هادئاً.

- تحدّث بأسلوب يظهر احترامك له واستخدم لغة بسيطة وواضحة ومختصرة. كن مستعداً لإعادة ما تقوله لأنه قد يجد الشخص وهو في تلك الحالة صعوبة في فهم ما يقال. لا تتحدّث بأسلوب غاضب. لا تستهزئ منه ولا تستهزئ.
- لاحظ الخطر: عندما يكون الشخص في تلك الحالة فقد يخرط في سلوكيات خطيرة (كتخريب الممتلكات أو قيادة السيارة). قيّم الحالة من حيث المخاطر المحتملة وضمن سلامتك وسلامته وسلامة الآخرين. لاحظ الشخص وما يحيط به لمنع التعثر أو السقوط.
- اضمن سلامة الشخص: ابق مع الشخص أو اضمن أنه لن يُترك لوحده. انتبه إلى أن حالة الشخص قد تكون أشد درجة مما يعتقد. ابقه بعيداً عن الآلات والأشياء الخطرة. إذا حاول الشخص أن يقود عربة (أو أن يركب الدراجة) فعليك أن تحاول نثيه عن ذلك (مثلاً من خلال إخباره عن مخاطر ذلك عليه وعلى الآخرين). امنع الشخص من القيادة فقط إذا كان من الآمن أن تفعل ذلك وإلا فاطلب الشرطة. رتب لإيصاله إلى المستشفى إذا كنت تعتقد أنه يشكل خطراً على نفسه، وإلا رتب لطريقة نقل آمنة لإيصاله إلى منزله. شجّع على إخبار أحد الأشخاص أو الاتصال مع الإسعاف إذا ما شعر أن حالته قد بدأت تتدهور. قد يؤدي سوء استعمال المواد إلى حالة طبية إسعافية.

رسم يوضح طريقة وضع الشخص في وضعية الاستشفاء



مساعدة شخص في حالات فرط الحرارة و الجفاف

إذا أظهر الشخص أعراض وعلامات فرط الحرارة أو التجفاف فيجب أن تحتفظ بهدوءك وأن تطلب الخدمات الإسعافية فوراً. إذا كان الشخص منتشي ويريح شجعة على أن يتوقف ويستريح في مكان هادئ وبارد. وبينما أنت تنتظر وصول المساعدة حاول خفض درجة حرارته بشكل تدريجي، فأرخ ثيابه إذا كانت مشدودة على جسده وأزل طبقات الثياب الإضافية وشجعه على أخذ رشقات من الماء أو من المشروبات غير الكحولية. امنع الشخص من شرب كميات كبيرة من الماء دفعة واحدة فهذا قد يؤدي إلى فرط تمييه الجسم وحتى قد يؤدي إلى السبات أو الموت. امنع الشخص عن شرب المشروبات الكحولية فهذا قد يفاقم من الجفاف.

ماذا أفعل إذا أصبح الشخص وبسبب تأثيرات مادة ما عنيفاً؟

راجع الفصل - ٨٣ "المساعدة الأولية للسلوكيات العنيفة"

- من المفيد أن يصاحب صديقاً أو أحد أفراد العائلة الشخص إلى المستشفى فقد يكون بمقدوره تقديم معلومات مفيدة متعلقة بحالته.

ماذا أفعل أثناء انتظار الإسعاف

اضمن ما يلي:

ألا يُترك الشخص لوحده.

عدم إعطاء الشخص الطعام لأنه قد يختنق به إذا لم يكن واعياً تماماً.

مراقبة مجرى هواء والتنفس والدوران.

إذا لم تتمكن من إيقاظ الشخص فضعه في وضعية الاستشفاء Recovery Position (انظر مساعدة الشخص فاقد الوعي في الأسفل).

قدّم المساعدة الإسعافية الأولية في حالات فرط الحرارة أو التجفاف (انظر الصورة المرفقة لطريقة مساعدة الشخص فاقد الوعي)

مساعدة الشخص الفاقد للوعي

لا تترك الشخص مستلقياً على ظهره لأنه قد يختنق بما يمكن أن يتقيأه أو قد يغلق لسانه مجرى الهواء. وضع الشخص في وضعية الاستشفاء Recovery Position يساعد على إبقاء مجرى الهواء مفتوحاً. قبل أن تدير الشخص إلى وضعية الاستشفاء افحص وجود أشياء حادة (كزجاج مكسور أو إبر على الأرض). عند الضرورة نظف مجرى الهواء بعد التقيؤ. حاول تدفئة الشخص ولكن دون السمام بارتفاع درجة حرارته بشكل زائد (انظر إلى الرسم الموضح لوضع الشخص في وضعية الاستشفاء).

٣ - ٨ المساعدة الأولية للسلوكيات العنيفة



The Fight Between Fire and Water

By Peter

الاضداد يقتتلون، النار تمثل غضبنا ورغبتنا، والماء يمثل السكينه وضبط النفس والهدوء ويستخدم للسيطره على النار.

٣ - ٨ المساعدة الأولية للسلوكيات العنيفة

حقائق عن السلوكيات العدوانية

الغالبية العظمى من المرضى النفسيين ليسوا خطرين على الآخرين. نسبة قليلة فقط (حتى ١٠%) من العنف في المجتمع يعزى للاضطرابات النفسية. ترتبط اضطرابات الاكتئاب والقلق ارتباطاً ضعيفاً أو معدوماً مع سلوك العنف تجاه الآخرين. تزداد خطورة العنف لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد، اضطرابات الشخصية، أو الاضطرابات الذهانية. استخدام الكحول أو المواد الأخرى له ارتباط أقوى من ارتباط الاضطرابات النفسية مع العنف. ترتكب الكثير من الجرائم من قبل أشخاص وهم في حالة انسمام بالكحول أو غيره من المواد.

كيف أقيم

- لا تقيّد حركات الشخص (مثلاً إذا أراد أن يتحرك جيئةً وذهاباً في الغرفة)
- كن مدركاً أن خوف الشخص أو أعراضه قد تتفاقم إذا قمت بخطوات معينة (طلب الشرطة مثلاً).
- خذ بعين الاعتبار أخذ استراحة من المحادثة لإعطاء الشخص فرصة ليهدأ.
- خذ بعين الاعتبار أن تطلب منه الجلوس إذا كان واقفاً.

للغضب أنواع مختلفة: لفظي (كالشتم والتهديد)، سلوكي (كالضرب)، وعاطفي (كالصوت المرتفع والغضب). وما يُدرك على أنه عنف قد يختلف من شخص لآخر ومن ثقافة لأخرى.

كيف أساعد

إذا أصبح الشخص عنيفاً فاضمن سلامتك أولاً وفي جميع الأوقات. ابق هادئاً قدر الإمكان وحاول تهدئة الموقف.

كيف أهدئ الموقف؟

- خذ أية تهديدات أو تحذيرات على محمل جدّي. خصوصاً إذا كان الشخص يعتقد بأنه مضطهد. إذا كنت خائفاً فاطلب المساعدة فوراً. عليك ألا تضع نفسك أبداً في خطر واضح دائماً أن يكون لديك ممر للخروج. إذا خرج السلوك العنيف للشخص عن السيطرة في أي وقت فعليك أن تُخرج نفسك من الموقف وأن تطلب المساعدة الإسعافية (مثلاً فريق الأزمات النفسية أو الشرطة).

- احترم الحيز الشخصي.
- تكلم مع الشخص ببطء وبهدوء وبثقة وبنبرة صوت تُظهر الاهتمام واللطف.
- لا تتصرف بأسلوب عدائي أو تأديبي أو بأسلوب فيه تحذير.
- لا تتجادل مع الشخص.
- لا تهدده لأن ذلك قد يزيد الخوف أو قد يثير السلوك العنيف.
- ابق هادئاً وتجنّب السلوك الذي يظهر فيه التوتر (كالتلمل أو القيام بحركات مفاجئة)

إذا كنت تعتقد أن العنف مرتبط بمشكلة نفسية فربما عليك أن تتصل بفريق الأزمات النفسية. إذا قمت بذلك فمن الأفضل أن تصف أعراض الشخص وسلوكياته بدلاً من محاولة تشخيصه بنفسك. يجب أن تعرف أن فريق الأزمات النفسية يمكن ألا يحضر دون وجود الشرطة.

إذا أصبح الموقف غير آمن فقد يكون من الضروري أن تُشرك الشرطة. إذا كنت تعتقد أن السلوك العنيف للشخص مرتبط بمشكلة نفسية فعليك أن تخبر عناصر الشرطة أن هذه هي الحالة وأنت تحتاج لمساعدتهم للحصول على العلاج الطبي وللسيطرة على السلوك العنيف للشخص.

غالباً ما يرتبط السلوك العنيف بالتسمم بالكحول أو بمادة أخرى. إذا كنت تعتقد أن الحالة كذلك وقررت أن تطلب الشرطة فأخبرهم عن اعتقادك بأن الشخص تحت تأثير مادة ما وأخبرهم عن المادة التي تتوقع أنه قد استخدمها.

في جميع الأحوال عليك أن تخبر الشرطة ما إذا كان الشخص مسلحاً أم لا.



The Forest

By Marianne McGlashan

اللوحة تم إنشائها باستخدام موضوع احادية اللون لتوضيح ظلام الاكتئاب.

1. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2002; 2: 10.
2. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 23.
3. Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KBG. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 33.
4. Jorm AF, Kitchener BA, Mugford SK. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: a qualitative study of participants’ stories. *BMC Psychiatry* 2005; 5: 43.
5. Hossain D, Gorman D, Eley R. Enhancing the knowledge and skills of Advisory and Extension Agents in mental health issues of farmers. *Australasian Psychiatry* 2009; 17: 116-20.
6. Sartore GM, Kelly B, Stain HJ, Fuller J, Fragar L, Tonna A. Improving mental health capacity in rural communities: mental health first aid delivery in drought-affected rural New South Wales. *Australian Journal of Rural Health* 2008; 16: 313-8.
7. York Consulting. *Evaluation of Mental Health First Aid Pilot Project in Scotland*. Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health; 2004 .
8. Kanowski LG, Jorm AF, Hart LM. A mental health first aid training program for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: description and initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems* 2009; 3: 10.
9. Minas H, Colucci E, Jorm AF. Evaluation of Mental Health First Aid training with members of the Vietnamese community in Melbourne, Australia. *International Journal of Mental Health Systems* 2009; 3: 19.
10. World Health Organization. *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion (Fact Sheet No 220)*. Geneva: WHO; 2007.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Australian Bureau of Statistics. *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. (Document 4326.0)*. Canberra: ABS; 2008.
13. Australian Institute of Health and Welfare. *Measuring the Social and Emotional Wellbeing of Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. (Cat. no. IHW 24)*. Canberra: AIHW; 2009.
14. Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Morgan V, Korten A. *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997-98. An overview*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 1999.
15. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43: 594-605.

16. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 975-83.
17. Unpublished data from the *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing*.
18. Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ, Barendregt JJ, Kramer PG, Water HPA, Gunning-Schepers LJ, van der Maas PJ. *Disability Weights for Diseases in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus University; 1997.
19. Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, Lopez AD. *The Burden of Disease and Injury in Australia 2003*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2007.
20. World Health Organization. *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version*. Geneva:WHO; 1996.
21. Cusack J, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Who influences men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling* 2004; 26: 271-83.
22. Dew MA, Bromet EJ, Schulberg HC, Parkinson DK, Curtis EC. Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1991; 26: 230-7.
23. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.
24. Copeland ME. *Mental Health Recovery Including Wellness Recovery Action Planning Program Description*. [Online]. Available from: http://www.mentalhealthrecovery.com/art_wrap.php
25. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988; 11: 11-9.
26. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Medical Journal of Australia* 2003; 178: S47-8.
27. Jorm AF, Kelly CM. Improving the public's understanding and response to mental disorders. *Australian Psychologist* 2007; 42: 81 - 9.
28. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40: 51-4.
29. Teesson M, Slade T, Mills K. Comorbidity in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43: 606-14.
30. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.
31. Canuso CM, Bossie CA, Zhu Y, Youssef E, Dunner DL. Psychotic symptoms in patients with bipolar mania. *Journal of Affective Disorders* 2008; 111: 164-9.
32. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 388-9.

33. Joyce PR. Epidemiology of mood disorders. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 695-701.
34. Souery D, Blairy S, Mendlewicz J. Genetic and social aetiology of mood disorders. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 701-11.
35. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing* 2008; 108: 23-7.
36. Buist AE, Austin M-PV, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JLC, Gemmill AW, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42: 66-73.
37. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC. Effects of treating postnatal depression on mother infant interaction and child development: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 378-86.
38. Jorm AF, Allen NB, Morgan AJ, Purcell R. *A Guide to What Works for Depression*. Melbourne: beyondblue; 2009.
39. Parker G, Crawford J. Judged effectiveness of differing antidepressant strategies by those with clinical depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41: 32-7.
40. Altamura AC, Dell'Osso B, Vismara S, Mundo E. May duration of untreated illness influence the long-term course of major depressive disorder? *European Psychiatry* 2008; 23: 92-6.
41. Johnston AK, Pirkis JE, Burgess PM. Suicidal thoughts and behaviours among Australian adults: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43: 635-43.
42. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology* 2007; 63: 1045-56.
43. Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA. First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders* 2008; 105: 157-65.
44. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Depression: First Aid Guidelines*. Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
45. Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 17.
46. Scottish Executive NHS. *Scotland's Mental Health First Aid Manual*. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2005.
47. Thompson A, Issakidis C, Hunt C. Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change* 2008; 25: 71-84.
48. Bowers J, Jorm AF, Henderson S, Harris P. General practitioners' detection of depression and dementia in elderly patients. *Medical Journal of Australia* 1990; 153: 192-6.

49. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Dunn G. Recognition of depression and anxiety in primary care: patients' attributional style is important factor. *British Medical Journal* 1999; 318: 1558.
50. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology* 2008; 42: 110-21.
51. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1002-8.
52. Wiener A, Wessely S, Lewis G. "You don't give me flowers anymore": an analysis of gift-giving to medical and psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34: 136-40.
53. Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H, Parslow RA, Rogers B. Actions taken to cope with depression at different levels of severity: a community survey. *Psychological Medicine* 2004; 34: 293-9.
54. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2004; 328: 265.
55. Jamison C, Scogin F. The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 644-50.
56. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Parslow RA, Rodgers B, Blewitt KA. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Medical Journal of Australia* 2004; 181: S29-46.
57. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders: 2. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51: 1S-92S.
58. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 1086-93.
59. Reavley NJ, Allen NB, Jorm AF, Morgan AJ, Purcell R. *A Guide to What Works for Anxiety Disorders*. Melbourne: beyondblue; 2010.
60. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 415-24.
61. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.
62. Ghosh A, Marks IM, Carr AC. Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias. A controlled study. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 234-8.
63. Rapee RM, Abbott MJ, Baillie AJ, Gaston JE. Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 246-52.
64. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: S120-4.
65. Edwards J, McGorry PD. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*.

83. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 979-86.
84. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 247-53.
85. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 53-6.
86. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 9.
87. Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA. First aid recommendations for psychosis: using the Delphi method to gain consensus between mental health consumers, carers, and clinicians. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34: 435-443.
88. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Psychosis: First Aid Guidelines*. Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
89. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 3: CD000088.
90. Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 269-76.
91. Linszen DH, Dingemans MP, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 273-9.
92. Commonwealth of Australia Special Gazette. *Therapeutic Goods (Listing) Notice 19 July 2001 (No. 4)*. Department of Health and Ageing, Therapeutic Goods Administration. Available from: <http://www.tga.gov.au/legis/tgnlist0104.htm>
93. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 494-510.
94. National Health and Medical Research Council. *Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol*. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009
95. Yung A, Cosgrove E. Cigarettes and alcohol: youth at risk. *Australian Doctor* 2006; 10 March: 27-34.
96. Yucel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C, et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Archives of General Psychiatry* 2008; 65: 694-701.
97. Australian Institute of Health and Welfare. *2010 National Drug Strategy Household Survey: Report*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2011.
98. de Win MM, Jager G, Booij J, Reneman L, Schilt T, Lavini C, et al. Neurotoxic effects of ecstasy on the thalamus. *British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 289-96.
99. Parrott AC. Recreational Ecstasy/MDMA, the serotonin syndrome, and serotonergic

- London: Martin Dunitz; 2002.
66. Hart LM, Jorm AF, Kanowski LG, Kelly CM, Langlands RL. Mental health first aid for Indigenous Australians: using Delphi consensus studies to develop guidelines for culturally appropriate responses to mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 47.
 67. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2005; 2: e141.
 68. Hafner H. Onset and course of the first schizophrenic episode. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 1998; 14: 413-31.
 69. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2004; 2: 13.
 70. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 585-99.
 71. Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002; 359: 241-7.
 72. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research* 2008; 102: 1-18.
 73. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 110-7.
 74. Di Forti M, Lappin JM, Murray RM. Risk factors for schizophrenia—all roads lead to dopamine. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17: 101-7.
 75. Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PB. Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disorders* 2003; 5: 231-42.
 76. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics* 2003; 123: 48-58.
 77. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008 part 1: overview. *Schizophrenia Research* 2008; 100: 4-19.
 78. McGorry P, Killackey E, Elkins K, Lambert M, Lambert T. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia. *Australian & New Zealand Psychiatry* 2003; 11: 136-47.
 79. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders* 2005; 7: S5-69.
 80. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 477-84.
 81. Noffsinger SG, Resnick PJ. Violence and mental illness. *Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 683-7.
 82. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 490-5.

- neurotoxicity. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2002; 71: 837-44.
100. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research* 2005; 76: 135-57.
 101. Negrete JC. Aetiology of alcohol problems. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 477-82.
 102. Ary DV, Tildesley E, Hops H, Andrews J. The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *Substance Use & Misuse* 1993; 28: 853-80.
 103. Komro KA, Maldonado-Molina MM, Tobler AL, Bonds JR, Muller KE. Effects of home access and availability of alcohol on young adolescents' alcohol use. *Addiction* 2007; 102: 1597-608.
 104. Enoch MA, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *American Family Physician* 2002; 65: 441-54.
 105. Pilling S, Strang J, Gerada C. Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: summary of NICE guidance. *British Medical Journal* 2007; 335: 203-5.
 106. Lubman DI, Yucel M, Hall WD. Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? *Journal of Psychopharmacology* 2007; 21: 792-4.
 107. Kingston AH, Jorm AF, Kitchener BA, Hides L, Kelly CM, Morgan AJ, et al. Helping someone with problem drinking: mental health first aid guidelines – a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 79.
 108. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Helping Someone With Problem Drinking: Mental Health First Aid Guidelines*. Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2009. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
 109. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Helping Someone With Problem Drug Use: Mental Health First Aid Guidelines*. Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2009. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
 110. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994; 13: 39-46.
 111. Cunningham JA, Wild TC, Cordingley J, van Mierlo T, Humphreys K. A randomized controlled trial of an internet-based intervention for alcohol abusers. *Addiction* 2009; 104: 2023-32.
 112. Moos RH. Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 537-51.
 113. Kelly JF. Self-help for substance-use disorders: history, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. *Clinical Psychology Review* 2003; 23: 639-63.
 114. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Suicidal Thoughts and Behaviours: First Aid Guidelines*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available

- from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
115. Australian Bureau of Statistics. *2008 Causes of Death Australia*. Canberra: ABS; 2010. p. 48.
 116. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006; 36: 255-62.
 117. Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for deliberate non-suicidal self-injury: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 62.
 118. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Non-Suicidal Self-Injury: First Aid Guidelines*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
 119. Meltzer H, Lader D, Corbin T, et al. *Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Adults Aged 16-74*. London: The Stationery Office; 2002.
 120. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117: 1939-48.
 121. Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA. Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 49.
 122. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Panic Attacks: First Aid Guidelines*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
 123. Salkovskis PM, Clark DM, Gelder MG. Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy* 1996; 34: 453-8.
 124. Mental Health First Aid Training and Research Program. *Traumatic Events: First Aid Guidelines for Assisting Adults*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne; 2008. Available from: <http://www.mhfa.com.au/Guidelines.shtml>
 125. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 8; CD006869.



اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية

المملكة العربية السعودية
الرياض، شارع الامير تركي الأول

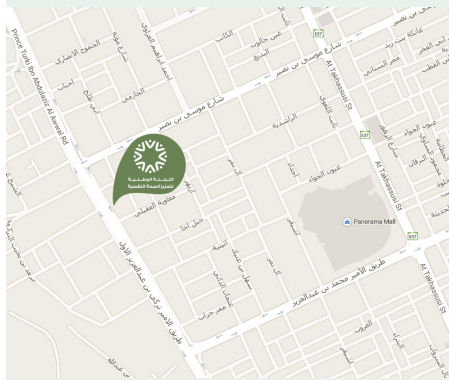
هاتف : ٨٨٠٨٦٥ ا.ا.

فاكس : ٨٨٠٠٨٦٤ ا.ا.

ص.ب ٥٩٤٥٩ الرياض ١١٢٥٢

البريد الإلكتروني : info@wafi.org.sa

الموقع الإلكتروني : www.wafi.org.sa





قصة مشروع المساعدة النفسية الأولية

تولدت فكرة هذا المشروع بعد تلمس الحاجة الماسة الى ايجاد آليات محددة للتعامل مع الاضطرابات النفسية في الحالات الطارئة من قبل عامة الناس ، حيث ان المرض النفسي قد يصيب أي فرد في المجتمع بلا استثناء لذا اصبح من الضروري بمكان نشر أساسيات التدخلات النفسية الأولية حتى تصبح مساهمة عامة الناس موجهة في الاتجاه الصحيح مع ضمان ان تكون تلك المساعدة النفسية ذات أثر ايجابي ولا تحدث اضرار كما هو الحال في الاسعافات الأولية في الاصابات الجسدية . وبناء على ذلك تم التواصل مع منظمة Mental Health First Aid في استراليا عام ٢٠١٢م تمهيداً لنقل البرنامج الى المملكة العربية السعودية وتوقيع الاتفاقية الذي تم في عام ٢٠١٣م والذي تلاه عقد التدريب في برنامج المساعدة النفسية الأولية في مدينة الرياض من قبل الفريق المؤسس للبرنامج وصولاً الى الخروج بهذا الدليل للمساعدة النفسية الأولية سائلين المولى عز وجل ان يسدّد خطانا وان يجعل عملنا هذا خالصاً لوجهه تعالى ..