



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و قایوی
دیپارتمنت صحت روانی

بسته آموزشی حرفه ای صحت روانی
برای
دکتران مراقبتهای صحی اساسی در افغانستان

بسم الله الرحمن الرحيم

بسته آموزشی حرفه ای صحت روانی
برای
دکتران مراقبتهای صحی اساسی در افغانستان

این بسته آموزشی شامل موارد زیر است:

- مقدمه ای بر صحت روانی در مجموعه خدمات صحی اساسی
- آسیب شناسی روانی و تکنیک های مداخله
- شرایط و روابط اجتماعی، فرهنگی و بین فردی در افغانستان

**مقدمه ای بر صحت روانی
در مجموعه خدمات صحی اساسی**

**دیپارتمینت صحت روانی وزارت صحت عامه
گروه کابل - 2008**

گروپ کابل - 2008

در خزان سال 2008 میلادی، ریاست صحت روانی وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان تحت ریاست داکتر عالیه ابراهیم زی و اعضای گروه کابل - 2008 طی سه ورکشاپ به اتفاق هم مواد آموزشی حاضر را برای حمایت از ادغام مراقبت های روانی اجتماعی در مجموعه خدمات صحی اساسی تهیه نمودند. اعضای این گروپ عبارتند از:

داکتر عالیه ابراهیم زی (MOPH)
داکتر سعید عظیمی (EC/MOPH)
داکتر بشیر احمد سوری (MOPH)
پوهنیار داکتر عبدالوحید سلیم (HOSA)
داکتر امین الله امیری (HOSA)
داکتر فرشته قدیس (HOSA)
داکتر سید عطا الله (AKU)
داکتر حفیظ الله فیض (HNTPO)
احمد فرهاد حبیب (WFL)
داکتر ایریس جوردی (IAM)
کرسی جوکیلا (IAM)
اینگه میسمهال (EC/MOPH)
داکتر صفی الله ندیب (WHO)
سوزانا پاکلار (medica mondial)
حمیرا رسول (medica mondial)
داکتر پیتر ونتووگل (HNTPO)
مریم زرمی (WFL)

مسول این بسته آموزشی: داکتر سعید عظیمی با همکاری داکتر پیتر ونتووگل

فهرست

1.....	مقدمه ای بر صحت روانی در BPHS
1.....	I. پس زمینه.....
2.....	II. مشکل روانی اجتماعی.....
3.....	III. رابطه جسم - روان.....
4.....	مریضی روانی.....
5.....	I. عوامل مریضی روانی.....
6.....	II. اعراض و علایم مریضی روانی.....
10.....	III. استیگما و مریضی روانی.....
12.....	صحت روانی و حقوق بشر.....
14.....	تداوی اختلالات روانی.....
17.....	کارکنان مختلف صحی در تسهیلات صحی چه وظایفی در رابطه با صحت روانی دارند؟.....
19.....	ارتقای صحت روانی.....
20.....	وقایه در صحت روانی.....
21.....	ارزیابی صحت روانی.....
21.....	I. تاریخچه روانپژشکی.....
23.....	II. معاینه حالت روانی.....
24.....	III. انواع اختلالات روانی.....

مقدمه ای بر صحت روانی در BPHS

I. پس زمینه:

مشکل روانی اجتماعی و مریضی روانی در جامعه افغانی بسیار شایع است. بیش از 50 فیصد مردم ممکن است از یک مشکل روانی رنج ببرند. مشکلات روانی منجر به سطوح بالای ناتوانی میشوند و بار بزرگی را بر جامعه افغانی تحمیل میکنند. در حالیکه فقدان شدید خدمات و متخصصان صحت روانی در کشور وجود دارد تامین خدمات تخصصی برای رفع نیازهای چنین جمعیت بزرگی بسیار دشوار است. در حالیکه ده ها هزار مریض روانی در اجتماع وجود دارد اما خدمات صحت روانی در کشور بسیار محدود میباشد. تنها یک شفاخانه روانی در کشور وجود دارد و در شفاخانه های عمومی نیز تعداد محدودی بسترها برای پذیرش مریضان روانی که نیاز به بستر شدن دارند وجود دارد. به طور مشابه در PHC نیز خدمات صحت روانی بسیار محدود است و در بعضی از مناطق اصلاً وجود ندارد. باوجود این اگر کارکنان مراقبتهای صحی اولیه تربیه شوند میتوانند خدمات صحت روانی را برای اکثر مریضان روانی ارایه کنند. واضح است که اکثر کسانیکه برای مشکلات روانی خود به دنبال تداوی میگردند ابتدا به مراکز خدمات صحی اولیه مراجعه میکنند.

برای رفع فقدان خدمات صحت روانی در کشور مخصوصاً "در سطح مراقبتهای صحی اولیه در سال 2004 یک پلان استراتئی برای ادغام صحت روانی در خدمات اولیه صحی تهیه شد. پروسه مدفع سازی از ولایت ننگر هار شروع گردید و تا حال به هفت ولایت دیگر کشور توسعه یافته است.

بعضی حقایق در مورد مریضی روانی در خدمات صحی اولیه در سرتاسر جهان:

- هر سال 30 فیصد از جمعیت عمومی ممکن است مشکل روانی یا سواستفاده از مواد نشه آور داشته باشند.
- یک سوم آنها به داکتر مراجعه نمیکنند.
- حدود 30 فیصد مریضانیکه به PHC مراجعه میکنند مشکلات روانی یا رفتاری دارند.
- 50 فیصد از آنها در PHC تشخیص داده میشوند.
- اکثر مریضان به صورت سرآپا کمک میشوند.
- تنها 0.5 فیصد آنها به صورت بستری تداوی میشوند.

دو بسته خدمات برای ارایه مراقبت های صحی در افغانستان وجود دارد:

1. **مجموعه خدمات اساسی در شفاخانه (EPHS)** که شامل خدمات صحی در شفاخانه در سطوح دوم و سوم میباشد و صحت روانی را به حیث یک جز در بر دارد.

2. **مجموعه خدمات صحی اساسی (BPHS)** که شامل خدمات در سطح مراقبت های اولیه میباشد و صحت روانی را به حیث یک جز در بر دارد.

جز صحت روانی BPHS شامل موارد زیر است:

- آموزش و آگاهی صحت روانی
- شناسایی مریضان و رجعت دهی

- مشکلات روانی اجتماعی و تداوی بیولوژیکی - روانی - اجتماعی
- تداوی بیولوژیکی - روانی - اجتماعی اختلالات روانی شایع اعم از خفیف و شدید به شمول وابستگی به مواد موارد نشه آور
- اختلالات روانی اطفال به شمول مشکلات یادگیری مرگی (صرع)
- خودآزاری به شمول خودکشی بازتوانی بر پایه اجتماع (که با جز ناتوانی در BPHS مرتبط است)
- تداوی داخل بستر مانیتورینگ و پیگیری
- ناظرت گزارش دهی

II. مشکل روانی اجتماعی:

استرس روانی اجتماعی همیشه با شرایط روانی، اجتماعی، فردی یا محیطی مرتبط است و به طور مکرر به تجربیات استرس آور منجر میگردد. صحت و سلامت یک شخص ارتباط قوی با توانایی وی برای سازگاری و تطابق موقفانه با کشیدگی ها و چالش های زندگی دارد. استرس روانی اجتماعی بطور وسیعی شامل عوامل بین فردی، فامیلی، اجتماعی و روانی بوده که همه اسباب یا عواقب استرس هستند. تقریباً "هرگونه تغییر در زندگی چه شدید و یا خفیف میتواند به عنوان یک استرسور عمل کند به شمول تغییراتی که برای فرد خوشی میآورد مثل ازدواج، بچه دار شدن وغیره. وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف آسیب پذیری افراد را در برابر مشکلات صحت روانی افزایش میدهد.

مشکلات روانی اجتماعی شایع عبارتند از:

- منازعات فامیلی
- بیکاری
- از دست دادن کار
- مشکلات امنیتی
- از دست دادن عزیزان
- مشکلات مالی
- اختلاف با دیگران
- نداشتن سرپناه
- مریضی تهدید کننده زندگی

مشکلات روانی اجتماعی میتوانند ناگهانی شروع شوند و یا دوامدار باشند. به هر صورت آنها باعث اختلال در عملکرد روانی و انجام کارهای روزمره ما میشوند. در اکثر مواقع این مشکلات به زودی برطرف میشوند و شخص به عملکرد نورمال خود ادامه میدهد ولی بعضی اوقات ممکن است تکرار شود

و یا سیر مزمن را اختیار کند. مشکلات روانی اجتماعی میتوانند بخشی از مریضی روانی باشند یا اینکه باعث بروز آن شوند. آموختن مهارت‌های سازگاری با مشکلات روانی اجتماعی میتواند به کاهش اثرات مشکلات روانی اجتماعی بالای صحبت فرد کمک کند.

استرس روانی اجتماعی نقش مهمی را در هر دو یعنی در بروز و سیر مریضی روانی مثل اسکیزوفرینیا، اختلالات اضطراب و افسردگی دارد. مواجه شدن با استرس یا فشار روانی اجتماعی مثل حوادث زندگی، ترومای دوران طفولیت یا تجربیاتی مانند مورد تبعیض قرارگرفتن میتواند پاسخ‌های بیولوژیکی و رفتاری را در جریان مواجه گردیدن بعدی افزایش دهد. بنابراین مداخلات روانی اجتماعی و مشاوره وسائل مفیدی برای کمک و کسب مجدد سلامت روانی اجتماعی و صحبت روانی هستند.

میکانیزم‌های معمول سازگاری بین افغانها عبارتند از:

- قرآن خواندن
- نماز خواندن
- صحبت کردن با اعضای فامیل یا دوستان
- دریافت کمک‌های طبی
- داشتن درآمد بیشتر
- داشتن امنیت غذایی بهتر
- دریافت مشاوره
- دریافت کمک‌های بشردوستانه
- داشتن سرپناه بهتر
- مراجعه به طبیبان محلی

III. رابطه جسم و روان:

مردم فکر میکنند که جسم و روان از هم جدا اند حالانکه در واقع آنها دو رخ یک سکه هستند. آنها با هم ارتباط تنگاتنگی داشته اما برای ما وجوه متفاوت را نشان میدهند. برخلاف آنچه فکر میشود جسم و روان ما از هم جدا نبوده و وابسته به یکدیگر استند. گاهی اوقات روان بر جسم تاثیر میگذارد و گاهی جسم بر روان تاثیر میگذارد. اگر به هر طریقی یکی از آنها از چیزی متاثر شود دیگری نیز کم و بیش تحت تاثیر قرار میگیرد. برای مثال اگر کسی غمگین شود ممکن است دچار سردردی شود یا مثلاً یک ارتباط منفی بین استرس و حملات قلبی وجود دارد.



رویکرد‌های جسمی - روانی مزایا و مفاد بالقوه ای دارد مخصوصاً" که خطرات فزیکی و هیجانی استفاده از این مداخلات بسیار پایین است. مداخلات جسم - روان میتواند مزاج، کیفیت زندگی و سازگاری را بهبود بخشد و همچنین باعث بهبود اعراض میشود.

مریضی روانی

سازمان صحي جهان صحت روانی را اينگونه تعریف میکند: حالت سلامتی است که در آن اشخاص توانایی های خود را میشناسند، قادر اند با استرس های نورمال زندگی سازگار شوند، به طور فعالانه و پرثمر کار کنند و در جامعه سهیم باشند.

شخصی از نظر روانی نورمال است که بتواند:

- توانایی های خودش را شناسایی کند.
- با استرسور های نورمال زندگی سازگار شود.
- به طور فعالانه کار کند.
- در جامعه سهیم باشد.

صحت روانی دو بعد دارد:

- 1) صحت روانی مثبت میتواند به قسم احساس خوب و یا درک، برداشت و تفسیر جامع از محیط غرض تطابق با آن و یا تغییر آن در صورت لزوم و بالاخره فکر کردن و ارتباط با دیگران پنداشته شود.
- 2) صحت روانی منفی یا مریضی روانی که با اختلالات روانی، اعراض و مشکلات مرتبط است.

عملکردهای مختلف مثل فکرکردن، ادرارک، هیجانات، حافظه، قضاوت، عملکردهای حرکی و غیره ممکن است مختلف شوند. به چنین تغییراتی رفتار غیرنورمال گفته میشود.

برای تفرقی رفتار نورمال از رفتار غیرنورمال نکات زیر کمک کننده خواهد بود:

- مدت: هر مشکلی که بیش از چند هفته دوام کند میتواند آسیب رسان باشد. حالت روانی را در موقعیت های مختلف معاینه کنید.
- دوام و شدت اعراض ثابت مثل از دست دادن نوسانات نورمال خلقی و رفتاری.
- تاثیر اعراض بر عملکرد در مکتب، محل کار، روابط بین فردی، خانه و فعالیت های تفریحی.

رفتارهای غیرنورمال بخشی از مریضی روانی است که با تغییرات مختلفی نمایان میشود و بستگی به این دارد که کدام عملکرد روانی بیشتر تحت تاثیر قرار گرفته است.

بر اساس سازمان صحي جهان اختلال روانی:

- رفتاری یا روانی است.
- از لحاظ کلینیکی اهمیت دارد.
- "معمولًا" با یک ناراحتی و استرس دوامدار یا خطر فزاینده آسیب یا مرگ و یا از دست دادن آزادی همراه میباشد.
- شامل پاسخ های فرهنگی غیرمنتظره در هر موقعیتی میباشد.

این بدان معناست که کسیکه از مريضی روانی رنج میبرد در سازگاری با هیجانات، استرس و خشم مشکل داشته و در فعالیت های روزانه و در رسیدگی به مسؤولیت های فامیلی، روابط یا مسؤولیت های مکتب مشکل میداشته باشد.

از سبب عقاید سنتی درک درستی از مريضی های روانی در جامعه افغانی وجود ندارد. تداوی های طبی در کنار مداخلات روانی اجتماعی برای بهبودی مردم از این مريضی ها کمک میکند. عقیده به اینکه مشکلات روانی اجتماعی یک مريضی است که تنها با دوا تداوی میشود یک دیدگاه غلط است. این دیدگاه مردم را از فکر کردن در مورد اینکه میتواند بر زندگی شخصی، افکار، احساسات و رفتار خود تاثیرات زیادی داشته باشند بازمیدارد. این خود میتواند باعث ناراحتی های روانی اجتماعی شود. همچنین مردم را از کشف روش‌های مختلف تداوی غیرطبی که در دسترس بوده و مفید هستند باز میدارد.

مسئله مهم دیگر این است که مردمی که مريضی روانی دارند کم و بیش با پیش داوری و تبعیض در زندگی روزمره خود رو برو میشوند. مهم است تا به یاد داشته باشیم که داشتن مريضی روانی اشتباه شخص نیست، این علامت ضعف نبوده و البته چیزی هم نیست که شخص از آن شرمنده باشد. تمام کارکنان صحی باید با چنین نگرش های منفی فعالانه برخورد کنند.

I. علل مريضی های روانی:

عوامل خطر برای اختلالات روانی در بزرگسالان عبارتند از:

عوامل بیولوژیکی:

- آسیب پذیر بودن از نگاه جنتیک
- انتانات حاد و مزمن
- سوتغذی و کمبود مواد اساسی غذایی
- صدمات و ترومای مغزی
- آسیب های قبل از تولد
- استفاده از الکهول و مواد نشه آور
- تشوهات استقلابی و اندوکرین

عوامل روانی:

- مهارتهای ضعیف سازگاری با استرس
- عزت نفس پایین
- تجربیات تروماتیک
- تحول در زندگی یا گذر به مرحله دیگر زندگی
- تجربیات دوران طفولیت

عوامل اجتماعی:

- حوادث زندگی مثل سوگواری، از دست دادن شغل، تصادمات
- مشکلات اجتماعی به شمول بیکاری، مهاجرت و بیجا شدن، فقر، بیسواندی، نابرابری جنسیتی، خشونت، ناامنی، منازعات دوامدار.

II. اعراض و علایم مریضی روانی:

1. تغییرات در فعالیت روانی حرکی:

- بیقراری یک وضعیت ناراحتی فزیکی است مثلاً در اضطراب، افسردگی وغیره.
- فرط تحرکیت (بیش فعالی) وضعیتی است که در آن حرکات فزیکی بیش از حد وجود داشته و معمولاً با مشکل توجه همراه است. مثلاً در اختلالات دوران طفولیت.
- تهیج/ناارامی (خشونت و پرخاشگری) شکل شدید فعالیت فزیکی است که معمولاً در سایکوز دیده میشود مثلاً در مانیا، سایکوز حاد و اسکیزوفرینیا.
- کندی روانی حرکی یا فعالیت حرکی آهسته در افسردگی شدید دیده میشود که در آن فعالیت های فزیکی نورمال آهسته و کند میشوند و در شکل شدید یا کاتاتونیا (Catatonia) اکثر فعالیت ها مثل خوردن، صحبت کردن، راه رفتن و دور خوردن تقلیل میباشد.
- آکاتیزیا (Akathisia) ناارامی شدید از سبب عوارض جانبی دواهای آنتی سایکوتیک است.
- تیک ها حرکات غیرارادی، غیرمعمولی و غیرنورمال هستند مثل چشمک زدن، بالا کشیدن بینی، صاف کردن گلو وغیره
- دیستونیا (Dystonia) یک عارضه شدید دواهای آنتی سایکوتیک است که معمولاً در شروع تداوی ایجاد میشود و شامل تقلص دوامدار و ترسناک عضلات گردن، زبان و عنق بوده که با مصرف دواهای ضد پارکینسون بهبود میابد.
- اجبار (Compulsion) رفتار تکراری برای کاهش سطح بالای اضطراب از سبب وسواس میباشد. رفتارهای شایع اجباری عبارتند از: تفتیش کردن، شستن و تمیز کردن، شمردن، تکرار کردن بعضی لغات خاص، تکرار کردن بعضی کارها، مرتب کردن چیزها، لمس کردن چیزها به طور مکرر، نماز خواندن بار بار وغیره.

2. تغییرات در گفتار: در سیر مریضی روانی تغییراتی در صحبت کردن نورمال ممکن است اتفاق بیافتد که بعضی از آنها عبارتند از:

- پرحرفی که شخص بیشتر از معمول گپ میزند مثلاً در مانیا.
- فشار تکلم (Pressure of speech) که در آن شخص به سرعت گپ میزند و نمیتواند جریان سخن خود را کنترول کند.
- فقر کلام که در آن محتوای کلام بسیار اندک است.

- لکت زبان (Stuttering) که در آن شخص بزیده صحت میکند یا در جریان صحبت کردن تاخیر یا مکث وجود دارد.
- که نبودن کلام است.
- پرش افکار که در آن موضوع صحبت تغییر میکند بدون اینکه موضوع قبلی به پایان رسیده باشد.

3. تغییرات در تفکر:

- هذیان (Delusion): یک عقیده نادرست بر اساس استنتاج غلط از واقعیت بیرونی است که توسط اعضای فامیل و دوستان غیرقابل پذیرش است. هذیانات شایع عبارتند از:
 - ⇒ هذیان تعقیب و آزار: شخص خود را در خطر احساس میکند مثلاً "کسی جاسوسی وی را میکند یا ممکن است توسط مسموم کردن و یا جادو وغیره به وی ضرر رساند.
 - ⇒ هذیان انتساب: یعنی شخص موضوع بحث است و یا مورد تمسخر و رسوای قرار میگیرد حتی توسط بیگانه ها.
 - ⇒ هذیان بزرگمنشی: شخص فکر میکند که فرد مهمی است، قدرت یا توانایی خاصی دارد که میتواند به دیگران کمک کند مثلاً "به رئیس جمهور مشوره بدهد وغیره.
 - ⇒ هذیان کنترول یا تسخیر شدن توسط جن ها، بیگانه ها یا کامپیوترها یا برونشیدن افکار.
- وسوس: افکار و تصاویر ناخواسته، دوامدار و تکراری هستند که اضطراب شدید را باعث میشوند. بعضی از وسوس های شایع عبارتند از: ترس از کثیفی یا آلوده شدن، ترس از آسیب دیدن، ترس از عصبانی شدن، شک در مورد نظم و ترتیب، تشویش اینکه یک کار به خوبی انجام نشده است وغیره.

4. تغییرات در ادراک:

- برسام (Hallucination): درک غیرنورمال چیزهای که وجود خارجی ندارد از طریق حواس پنجگانه:
 - ⇒ انواع مختلفی از برسامات وجود دارد:
 - ⇒ برسامات شنوایی: ادراک غلط صداها و حرفها مثل، شنیدن نجواهای دیگران، سروصداهای موثر، شنیدن صدای افرادیکه در حال گپ زدن هستند.
 - ⇒ برسامات بینایی: ادراک غلط اشیا، اشخاص یا حوادث در نور کامل روز با چشمان باز.
 - ⇒ برسام ذائقوی: ادراک غلط مزه ها.
 - ⇒ برسام بویایی: ادراک غلط بوها مثل بوی گوشتی که در حال سوختن است یا بوی شمع در حال سوختن.
 - ⇒ برسام جسمی: ادراک غلط فرآیندها و حوادثی که در درون جسم یا برای جسم شخص اتفاق میافتد مثل نفوذ کردن اشیا یا احساس جریان برق ازنهایات شخص.
 - ⇒ برسام تماسی: احساس تماس یا اینکه حوادثی زیر پوست اتفاق می افتد یا چیزی روی پوست حرکت میکند. معمولاً "این برسام با یک فکر هذیانی متناسب با آن حمایه میشود.

- **مسخ شخصیت:** احساس اینکه جسم، عواطف/مزاج یا اعضای بدن شخص تغییر کرده است و تحت کنترول وی نیستند. این حالت در اختلالات روانی و فیزیولوژیکی مختلف شایع است مثل: افسردگی، اضطراب، صرع، سکیزوفرینیا وغیره
- **مسخ واقعیت:** احساس اینکه محیط اطراف شخص غیرواقعی و مثل رویا است یا تغییر کرده است. این حالت میتواند بعد از مصرف مواد نشہ آور نیز پیدا شود.

5. تغییرات در هیجانات:

- **مزاج:** احساسات درونی مثل افسردگی، خوشی، ترس وغیره
- **عاطفه:** انعکاس بیرونی مزاج، مثلاً "غمگین به نظر رسیدن، اشک ریختن، خوشحال به نظر رسیدن، مضطرب بودن وغیره
- **عواطف غیرنورمال:** عبارتند از غمگینی، اضطراب، عاطفه غیرمتاسب (اظهارات تناسبی با موقعیت و مکان ندارد)، عاطفه بی ثبات (تغییر سریع عاطف مثلاً خوشحالی به غمگینی و بالعکس)، عاطفه کند (توانایی اظهار هیجانات کند نمیشود)، عاطفه یکنواخت (هیچ پاسخ عاطفی به یک محرک وجود ندارد) وغیره
- **مزاج غیرنورمال:** افسرده (در افسردگی)، خوشی کاذب و شادی (در مانیا)، خلق مضطرب وغیره
- **تغییر در هوشیاری:** بی پاسخی

6. تغییرات در عملکردهای شناختی:

- تمرکز عبارت از توانایی تمرکز بر یک حادثه ای در حال جریان است که نگهداری اطلاعات را تسهیل میکند. مشکلات در تمرکز در اختلال اضطراب، افسردگی وغیره دیده میشود.
- **حافظه** یک فرآیند نگهداری و یادآوری اطلاعات است. عملکرد غیرنورمال حافظه را فراموشی یا amnesia میگویند که در آن شخص در یادآوری اطلاعات مهم ناتوان است مثلاً در دیسوسیشن یا تجزی (گستنگی). حواس پرتی انتقال مکرر تمرکز از یک محرک به محرک دیگر است. این حالت در مانیا دیده میشود.
- **جهت یابی** توانایی تشخیص زمان، مکان و اشخاص به شمول خود است. ناتوانی در جهت یابی وضعیتی است که شخص از سال، ماه و روز مطلع نیست یا مکانی را که در آن قرار دارد تشخیص داده نمیتواند و حتی هویت خود و اطرافیان خود را نمیداند.

7. تغییرات در هوشیاری:

- هوشیار بودن بدین معناست که فرد بیدار، با محیط اطراف خود در تماس و به محرک ها به طور طبیعی پاسخ میدهد. بی پاسخی وضعیتی است که شخص به طور نورمال به محرک ها پاسخ داده نمیتواند مثلاً در دیسوسیشن. ستورپ (stupor) وضعیتی است که شخص به محرکات قوی پاسخ قسمی میدهد یا پاسخ داده نمیتواند مثلاً در افسردگی شدید. کوما وضعیتی است که هیچ پاسخی در برابر محرکهای قوی وجود ندارد.

8. تغییرات خواب:

- اگرچه در بسیاری از مرضی‌های روانی تغییرات خواب رخ میدهد ولی مشکلات خاصی در ارتباط با خواب وجود دارد که به آنها اختلالات خواب گفته می‌شود. تغییرات شایع در خواب در مرضی‌های روانی عبارتند از:
 - خواب مختل شده: خواب و بیداری‌های مکرر در طی شب که در اختلالات اضطرابی شایع است و در دیگر اختلالات روانی مثل افسردگی وقتی که اضطراب غالب است دیده می‌شود.
 - سحرخیزی: که معمولاً در افسردگی دیده می‌شود.
 - کمخوابی در مانیا دیده می‌شود.
 - پرخوابی در بعضی از انواعی افسردگی دیده می‌شود.

9. تغییرات در فعالیت جنسی:

- تغییرات در فعالیت جنسی ممکن است بخشی از اختلالات روانی مثل افسردگی باشد و یا میتواند به خاطر مصرف دواها مثلاً ضد افسردگی‌ها ایجاد شود. تغییرات شایع در مردان کاهش میل جنسی، نارسایی انتعاذ و انزال زودرس هستند. از سوی دیگر اختلالات خاص جنسی در مردان و زنان وجود دارد.

10. تغییرات مرتبط با مصرف مواد نشه آور:

- تغییرات زیادی به شمول تغییراتی که در بالا ذکر شد ممکن است اتفاق بیافتد.
- تغییرات خاص مرتبط با مصرف مواد نشه آور ذیلاً تشریح داده می‌شوند:
 - (a) **صرف مضر:** شیوه مصرف مواد نشه آور که باعث صدمه زدن به صحت می‌شود. صدمه میتواند فزیکی یا روانی باشد.
 - (b) **صرف خطرناک:** شیوه مصرف مواد نشه آور که خطر عواقب مضر را برای شخص مصرف کننده افزایش میدهد.
 - (c) **سمومیت:** حالت که به دنبال مصرف مواد نشه آور ایجاد می‌شود و باعث اختلال در سطح هوشیاری، شناخت، ادرارک، عاطفه یا رفتار و یا دیگر عملکردها و پاسخ‌های روانی و فیزیولوژیکی می‌شود. اختلال با تاثیرات حاد فارماکولوژیکی و پاسخ‌های یادگرفته شده به مواد نشه آور مرتبط است و با گذشت زمان یا تداوی کامل برطرف می‌شود مگر در مواردیکه به انساج صدمه رسیده باشد یا اختلالات دیگری پدید آمده باشد.
 - (d) **سواستفاده از مواد نشه آور:** اختلال چشمگیر یا زجرت ناشی از مصرف مواد نشه آور:
 - ناتوانی در اجرای مسؤولیت‌های خود در محل کار، خانه یا مکتب
 - صرف دائم در حالات وخیم جسمی
 - مشکلات قانونی متکرر در ارتباط با مصرف مواد نشه آور
 - ادامه مصرف مواد نشه آور با وجود مشکلات بین فردی

(e) اشتیاق: اشتیاق نسبت به مواد نشه آور عبارت از تمایل برای مصرف مواد نشه آور به منظور بدست آوردن تأثیرات تجربه شده قبلی است. این تمایل میتواند به مجبوریت عوض شود و در موجودیت عالیم داخلی و خارجی میتواند افزایش یابد مخصوصاً "در صورتیکه مواد نشه آور به راحتی در دسترس باشد. این حالت با افزایش تمایل برای جستجوی مواد نشه آور و افکار مرتبط با مواد نشه آور مشخص میشود.

(f) تحمل: کاهش تأثیر عین مقدار ماده نشه آور که به طور متکرر استفاده میشود.

(g) ترک: تغییر رفتاری ناهنجار پیوسته با عالیم شناختی و فیزیولوژیک هنگامی اتفاق میافتد که مقدار ماده نشه آور در خون یا انساج در شخصی که مصرف زیاد و دوامدار داشته است کاهش یابد.

(h) وابستگی: یک دسته از اعراض شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی که نشاندهنده این است که شخص به استفاده از مواد نشه آور با وجود مشکلات مرتبط با آن ادامه میدهد.

III. بدنامی یا استیگما و مریضی روانی:

استیگما در مورد مریضی روانی برای زندگی مریضان روانی و نیز خانواده‌های شان واقعاً "دردنگ" و آسیب زننده است. استیگما مریضان را از دریافت تداوی و حمایت که برای داشتن زندگی نورمال و صحتمند به آن نیازمند اند بازمیدارد. اختلال روانی مریضی قابل تداوی میباشد. به طور کلی مریضان روانی هیچ اختلال عقلانی ندارند و اگر مشکل صحت روانی ایشان کنترول شود میتوانند زندگی کنند، کار کنند و اعضای فعال جامعه باشند.

استیگما را میتوانیم با کلمات زیر بهتر معنا کنیم:

- غفلت
- پیش داوری
- تبعیض

استیگما را میتوان نشانه‌ای از شرم، بدنامی و ناپسند بودن دانست که باعث میشود تا فرد پذیرفته نشود، مورد تبعیض قرار بگیرد و از اشتراک کردن در بعضی از ساحت‌های مختلف اجتماعی کنار گذاشته شود. بعضی از تجربیات مریضان روانی آنقدر ناراحت کننده است که آنها انجام دادن کارهایی را که بخش بسیار مهمی از زندگی آنها بوده است کاملاً "متوقف میکنند. برای مثال، بعضی از مردم درخواست دادن برای کار را متوقف میکنند یا برای ایجاد روابط جدید دیگر تلاش نمیکنند. این نشان میدهد که آنها شدیداً احساس شرم و خجالت زدگی میکنند."

قدم‌های زیر به ما کمک میکند تا به استیگما که مریضی روانی را احاطه کرده است یا این دهیم:

1. افزایش آگاهی در جامعه
2. کسب معلومات بیشتر در مورد صحت روانی و مریضی روانی

3. با مردم به شیوه محترمانه و با وقار که همه ما شایسته آن هستیم برخورد شود.
4. کمپاین کردن برای حقوق و ایجاد قوانین مناسب. مریضی روانی به عنوان یک معیوبیت در قانون مزایای معیوبیت در افغانستان مطرح نشده است.
5. شناسایی و تقدیر کردن همکاری و کمکهای اجتماعی که توسط مریضان روانی صورت گرفته است.
6. از تاپه زدن مردم بر اساس تشخیص آنها اجتناب کنید. هرگز لغت "مریض روانی" را استفاده نکنید. به جای آن بگویید او یک مریضی روانی دارد.
7. گاهی اوقات رسانه ها مریضان روانی را به طور نامناسبی به تصویر میکشند. و این موضوع در اذهان عامه کلیشه های را ایجاد میکند که تغییر آنها بسیار دشوار است.

صحت روانی و حقوق بشر

مریضان روانی جز افرادی هستند که در جهان شدیداً "مورد غفلت قرار گرفته اند. در بسیاری از جوامع مریضی روانی به عنوان یک وضعیت طبی در نظر گرفته نمیشود. در این جوامع مریضی روانی "معمولًا" ضعف شخصیت یا تنبیه به خاطر انجام دادن یک رفتار غیراخلاقی تلقی میشود. حتی اگر مریضی های روانی به عنوان یک وضعیت طبی شناخته شوند تداوی که آنها دریافت میکنند اغلب کمتر از دیگران است.

تخطی از حقوق بشر علیه مریضان روانی در جوامع در سراسر جهان، در موسسات صحت روانی، شفاخانه ها و در مجموع در سطح جوامع رخ میدهد. مریضان روانی در سراسر جهان با دامنه وسیعی از تخلفات حقوق بشری مواجه میشوند. استیگمای که آنها با آن مواجه هستند بدین معنی است که آنها اغلب از جامعه کنار گذاشته شده و موفق به دریافت مراقبت های که نیاز دارند نمیشوند.

بعضی از تخلفات شایع در زیر لیست شده است:

- کنار گذاشته شدن از جامعه
- کمبود مراقبت های طبی مورد نیاز
- بازنگهداشتن (مهرار کردن)، لت و کوب شدن یا دیگر سواستفاده های فزیکی
- گرسنه ماندن
- مورد سواستفاده و غفلت قرار گرفتن
- امتناع از ارایه فرصلت های تحصیلی، شغلی و تهیه سرپناه برای این مریضان
- نگهداری کردن در تخت خواب های قفس مانند
- محرومیت از لباس، جای خواب، آب صحی یا تشناب مناسب

بعضی از اقدامات که برای جلوگیری از چنین تخلفاتی مفید هستند:

- تغییر دادن نگرش ها و افزایش آگاهی
- بهبود حقوق بشر در مراکز صحت روانی
- تقویت کردن استفاده کنندگان خدمات صحت روانی و فامیلهای آنها
- جایگزین کردن مراکز روانپزشکی با مراقبت های اجتماعی
- افزایش سرمایه گذاری در بخش صحت روانی
- تصویب قوانین و پالیسی ها و ایجاد خدمات که حقوق بشر را ارتقا میبخشد

کارکنان صحی باید:

- به وقار مریضان احترام بگذارند، از حقوق آنها دفاع کنند و سعی کنند خود مختاری و آزادی مریضان روانی را ارتقا دهند.

- مطمین سازند که رضایت آگاهانه افراد با اختلالات روانی اساس تمام تداوی های قابل دسترس را تشکیل میدهد.
- افراد را که از اختلالات روانی رنج میبرند در انکشاف پلان تداوی خودشان شریک سازید.
- فامیل ها را در تداوی و مراقبت از بستگان شان که اختلال روانی دارند شامل سازید.
- تصمیم گیرنده های جامعه را از منابع و دیگر حمایت هایی که برای تامین مراقبت های صحبت روانی با کیفیت و خوب لازم است آگاه سازید.

تداوی اختلالات روانی

بسیاری از افرادیکه بیماری روانی دارند به دنبال کمک حرفه ای نمیگردند. مردمی که از اختلالات روانی کمتر شایع مثل سکیزوفرینیا و اختلال دوقطبی رنج میبرند به طور کلی کمک حرفه ای دریافت خواهند کرد ولی گاهی اوقات یک مدتی را در بر میگیرد تا این مشکلات تشخیص و تداوی درست شوند. در سالهای اخیر مشخص شده است که مشکلات صحت روانی مسئله بزرگی در افغانستان است. گرچه مشکلات صحت روانی منجر به مرگ مریض نمیشوند ولی آنها علل اصلی برای ناتوانی درازمدت هستند. افسردگی در میان مشکلات متعدد روانی به تنها یعنی علت بزرگ مرگ های نابهنجام، ناتوانی، مریضی ها و صدمات را تشکیل میدهد. اغلب نگرش طرد این مریضان و استیگما نسبت به آنها یک رنج اضافی را بالای آنها تحمیل میکند. سازمان صحی جهان تاکید میدارد که رسیدگی به بیماریهای روانی باید بصورت بنیادی مشابه رسیدگی به بیماری های جسمی باشد. سه شکل عمده از تداوی برای مریضی های روانی وجود دارد.

۱. تداوی دوایی:

شایعترین نوع تداوی در افغانستان بوده که داکتران و مریضان به خاطر نبود اطلاعات کافی در مورد مداخلات غیردوایی این روش را بیشتر ترجیح میدهند. به هر حال در حداقل 50 فیصد مریضی های روانی دوا کمک کننده نمیباشد. دوا میتواند اعراض مریضی روانی را کاهش دهد ولی مشکل روانی اجتماعی که در پس زمینه وجود دارد دست نخورده باقی میماند که میتواند باعث عود اعراض یا دوام آن شود. دواها باید با احتیاط مصرف شوند زیرا تمام دواها عوارض جانبی دارند که باعث میشود تا افراد احساس کنند که به جای بهتر شدن وضعیت شان بدتر شده است. معمولاً "این عوارض باعث میشود که شخص تداوی را متوقف سازد. از طرف دیگر بعضی از دواها معتاد کننده هستند. تقریباً" تمام دواهای مریضی های روانی نباید برای زنان حامله تجویز شوند.

دسته دواهای روانیزشکی که در لست دواهای اساسی وزارت صحت عامه شامل اند عبارتند از:

- دواهای آنتی سایکوتیک (Antipsychotic)
- دواهای ضد افسردگی (Antidepressant)
- دواهای ضد اضطراب (Anxiolytic)
- دواهای ضد مرگی (Antiepileptic) که به عنوان ثبت کننده های مزاج هم استفاده شده میتوانند.
- دواهای آنتی پارکینسون (Antiparkinson)

نوصیه های عمومی برای تجویز دواهای روانیزشکی:

- پلان تداوی را برای مریض و بستگان وی تشريح کنید.
- دوا را انتخاب کنید که کمترین عوارض جانبی را دارد.
- برای کاهش عوارض جانبی از کمترین دوز دوایی شروع کنید.

- به تدریج دوز را افزایش دهید.
- اگر امکان دارد دوا را به صورت دوز های منقسم توصیه کنید.
- در مرحله ابتدایی تداوی مراقب عوارض جانبی دواها باشید.
- عوارض شایع را برای مریض و اقارب وی تشریح کنید.
- اگر امکان داشت برای کاهش عوارض جانبی دواها به تداوی با یک دوا پابند باشید.
- بعد از اینکه دیدید یک دوا با دوز و مدت کافی پاسخ نمیدهد دوا را میتوانید تغییر دهید.

2. تداوی های روانی اجتماعی

بسیاری از افرادیکه از اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج میبرند توسط تداوی روانشناختی بهبود میابند. انواع مختلفی از تداوی های روانی اجتماعی برای افرادیکه مریضی روانی دارند کمک میکند تا با بیماری روانی خود بطور موثر و کامیاب مقابله کنند. روانشناسان و مشاوران آموزش دیده اند تا به افراد با بیماری روانی کمک کنند تا درک بهتری از خودشان داشته باشند و بتوانند بر مشکلات زندگی خود فایق آیند. تداوی های روانشناختی به سرعت اثر نمیکنند اما در طی یک دوره زمانی به مریض کمک میکنند تا روش های جدید تفکر، رفتار کردن و حتی احساس کردن را یاد بگیرند. مشاوره یکی از مداخلات مفید است که مدل های مختلفی دارد و میتواند برای بسیاری از مریضی های روانی به کار برده شود حتی برای انواع شدید آن به شرط که اعراض با دوا ها کنترول شده باشند. مداخلات روانی اجتماعی بعدا" در یک بخش دیگر مفصلانه" بحث خواهد شد.

3. تداوی سنتی

تمدوی های سنتی در افغانستان به طور وسیعی مورد استفاده قرار میگیرند. حکیمان، ملاها و دیگر طبیبان سنتی که اکثر آنها مرد هستند این تداوی ها را انجام میدهند. تعداد زیادی از مردم به شمول افراد تحصیل کرده از این تداویها استفاده میکنند اما زنان بیشتر از این تداویها استفاده میکنند. برای یک کارکن صحی بسیار مهم است که با چنین تداوی های بیماری روانی آشنا باشد.

بعضی از شیوه ها/تمدویهای سنتی در جامعه افغانستان

- رفتن به اماکن مقدس (زیارت) یا بردن مریض به زیارت ها
- در موارد شدید زنجیر کردن یا قفل کردن مریض در آن مکان مقدس (مثلًا" روپه شریف در مزار، میاعلی صاحب در ننگرهار، زیارتگاه بهلول در غزنی).
- بردن مریض در یک روز خاص به اماکن مقدس (کل سرخ در مزار، جشن شروع سال نو در کارتنه سخی در کابل).
- خواندن بعضی از سوره های قرآن شریف (برای مثال خواندن سوره یاسین).
- آویزان کردن سوره های بسته بندی شده قرآن شریف (تعویذ یا شویست).
- طبیبان محلی دواهای گیاهی تجویز میکنند.

- همسایه ها / دوستان/ بستگان در حالات چون از دست دادن کسی/تروما/آفات، از مريض حمایت میکنند. مثلاً "فamil داغدار را تا سه روز همراهی کردن، تهیه غذا توسط بستگان یا همسایه ها، مراسم آخر هفته (جمعه شب)، برگزاری مجالس ختم، چهلم، و سالگرد و یادبود در عیدین وغیره.
- مراسم برای کنترول جن ها و ارواح شیطانی مثلاً" بخشی در شمال کشور.
- دادن رژیم غذایی خاص مثلاً" پرهیز از شحمیات، گوشت گاو وغیره.
- پرهیز از انجام کارهای خاص در روزهای خاص.
- پرهیز از رفتن به خانه ای که اخیراً" کسی در آن فوت شده است.

میکانیزم های سازگاری سنتی معمول عبارتند از:

- خواندن نمازهای نفلی و ختم قرآن.
- رفتن به اماکن مقدس.
- توبه کردن به خاطر گناهان گذشته و دعا کردن برای عفو و بخشش
- استیگما نسبت به موارد شدید مثل اسکیزوفرنی.
- بسیاری از موارد شدید با فamil هایشان زندگی میکنند.
- به زنجیر بستن مریضان خشن بسیار شایع است.
- مریضان مانیک و بعضی از دیگر مریضان سایکوتیک هنگامی که کمی بهتر میشوند به عنوان کسانی که صاحب توانایی های خاص (کرامات) هستند شناخته میشوند. آنها در جامعه خود مورد احترام قرار میگیرند و مردم برای حل مشکلات خود پیش آنها میروند.
- بعضی از مردم برای اینکه مورد رحمت خداوند(j) قرار گیرند پیش این افراد میروند.
- مردم عام اکثر قضایا را در خانه ها نگهداری میکنند.
- بعضی از مریضان در موسسات نگهداری میشوند ولی هیچ نوع پناهگاهی برای مریضان روانی وجود ندارد. مریضان مزمن در مرستون (مکانی برای افراد بی خانمان و بینوایان) نگهداری میشوند اما معمولاً" مریضان روانی پذیرفته نمیشوند.
- خودکشی یک گناه به حساب میآید.
- وقتی کسی عزیزی را از دست میدهد نباید در مورد او صحبت کند.

کارکنان صحی مختلف در تسهیلات صحی در مورد صحت روانی چه کارهای را انجام داده میتوانند؟

جدول زیر وظایف اساسی، دانش و مهارت های لازم را برای کارکنان صحی به شمول CHW در بسته خدمات صحی اساسی درمورد صحت روانی و مراقبت های روانی اجتماعی نشان میدهد.

دانش و مهارت ها	وظایف
<ul style="list-style-type: none"> • دانش ابتدایی در مورد مشکلات صحت روانی • دانش ابتدایی در مورد روابط فرهنگی- اجتماعی بین فردی • مهارت‌های ساده افهام و تقویم (گوش دادن) • سلسله مراتب سیستم صحی/ سطوح مختلف خدمات موجود • تسهیل کردن گروه های حمایتی 	<ul style="list-style-type: none"> • شناسایی موارد ساده (بدون گذاشتن تشخیص، شناسایی استرسورهای روانی اجتماعی) • رجعت دهی آگاهی • تعقیب بعدی/پیگیری • تسهیل کردن گروه های کمک خودی/بسیج جامعه
<ul style="list-style-type: none"> • دانش ابتدایی در مورد مشکلات روانی • دانش ابتدایی در مورد روابط فرهنگی- اجتماعی بین فردی • مهارت های ساده افهام و تقویم (گوش دادن) • سلسله مراتب سیستم صحی/ سطوح مختلف خدمات موجود • تسهیل کردن گروه های حمایتی 	<ul style="list-style-type: none"> • شناخت موارد ساده (بدون گذاشتن تشخیص، شناسایی استرسورهای روانی اجتماعی) • رجعت دهی آگاهی، آموزش روانی و تمرین های آرامبخش • تعقیب بعدی/پیگیری • تسهیل گروه های کمک خودی/بسیج جامعه • راجسترنمودن مریضان، ثبت آنها و گزارش دهی
<ul style="list-style-type: none"> • دانش ابتدایی در مورد آسیب شناسی روانی • دانش استاندارد در مورد روابط فرهنگی- اجتماعی، بین فردی • مهارت‌های ابتدایی مشاوره • سلسله مراتب سیستم صحی/ سطوح مختلف خدمات موجود • کار جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی و شناخت واقعات • نظارت بر CHW ها • مشاوره ابتدایی • تسهیل کردن گروه ها (انتخابی) • رجعت دهی آگاهی و آموزش روانی • کار جمعی • راجستر کردن، ثبت و گزارش دهی • تماس منظم با مشاور روانی اجتماعی

<ul style="list-style-type: none"> ● دانش استاندارد در مورد آسیب شناسی روانی ● دانش مسلکی در روانشناسی ● دانش مسلکی در روابط فرهنگی-اجتماعی، بین فردی ● مشاوره مسلکی و مهارت های مداخله روانی اجتماعی ● سلسله مراتب سیستم صحی/سطح مختلف خدمات موجود (سیستم رجعت دهی) ● کار جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> ● ارزیابی مشاوره حرفه ای به صورت انفرادی و گروهی ● آموزش روانی ● کار جمعی (با داکتر، CHS و قابله) ● راجستر کردن و ثبت رجعت دهی و تعقیب بعدی تداوی مریضان ● نظارت بر CHS و قابله 	<p>مشاور روانی اجتماعی</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● دانش مسلکی در مورد آسیب شناسی روانی ● دانش اولیه روانشناسی ● دانش استاندارد در روابط فرهنگی- اجتماعی بین فردی ● مشاوره ابتدایی و مهارت های مداخله روانی اجتماعی ● سلسله مراتب سیستم صحی/سطح مختلف خدمات موجود (رجعت دهی) ● کار جمعی 	<ul style="list-style-type: none"> ● ارزیابی تشخیص ● تداوی ● رجعت دهی ● تحويل دادن/کار جمعی ● ثبت کردن 	<p>داکتر</p>

ارتقای صحت روانی

ارتقای صحت روانی عبارت از فرآیند توانمند سازی مردم، فامیل ها و جوامع برای کنترول سلامت روانی و بهبود صحت روانی میباشد. بنابراین صحت روانی به مراجع اقتصادی، انسانی و اجتماعی در جامعه مربوط میشود. از طرف دیگر مشکل صحت روانی میتواند شدیداً "کیفیت زندگی افراد و فامیل هایشان را کاهش دهد. فعالیت های موثر در بخش ارتقای صحت روانی میتواند از بوجود آمدن مشکلات صحت روانی جلوگیری کند و مداخلات اولیه در اختلالات روانی نیازمند همکاری و هماهنگی بین بخش صحت، صحت روانی و دیگر بخش ها است.

بعضی مداخلات برای ارتقای صحت روانی عبارتند از:

- مداخلات در دوران اولیه طفولیت مثلًا" ویزیت مادران حامله در خانه، مداخلات روانی اجتماعی در مکاتب، مداخلات یکجایی تغذیه ای و روانی-اجتماعی در افسار محروم جامعه.
- حمایت از اطفال مثل برنامه های مهارت های زندگی، برنامه های انکشافی اطفال و جوانان.
- توانمند سازی اجتماعی - اقتصادی زنان.
- برنامه هایی برای گروه های آسیب پذیر جامعه مثل زنان، اطفال، معلولین، عودت کنندگان، بیجا شدگان، اشخاص متاثر از جنگ ها و آفات دیگر.
- فعالیت های ارتقای صحت روانی در مکاتب.
- مداخلات صحت روانی در محل کار.
- برنامه های پیشگیری از خشونت.
- برنامه های انکشاف جامعه (مثل توسعه یکسان قریه ها).

وقایه در صحت روانی

برای سالها بخش صحت روانی تنها بالای مریضی روانی متمرکز بود تا بتواند به کسانیکه شدیداً از امراض روانی متأثر اند کمک کند. اما مشخص است که مداخلات درمانی اختلالات روانی به تنها ای نمیتواند بار اقتصادی، اجتماعی و فردی را که با مشکلات صحت روانی همراه اند کاهش دهد. هدف از وقايه مریضی روانی را کاهش بروز، شیوع و عود مریضی های روانی، کاستن زمان که مریض اعراض دارد و کاهش شرایط خطر برای مریضی روانی و بالاخره پیشگیری و یا تأخیر وقوع دوباره مریض و همچنان کاهش تاثیر مریضی بالای شخص، فامیل وی و جامعه تشکیل میدهد. اختلال روانی در صورت عدم تداوی میتواند عواقب منفی بر مریضان و خانواده هایشان داشته باشد.

عواقب اختلالات روانی در کاهلان عبارتند از:

- فقر
- بیکاری
- برهمن خوردن مناسبات زناشویی
- آسیب های شناختی، فزیکی و ذکایی در اطفال
- مریضی فزیکی
- مرگ به خاطر مریضی فزیکی
- خودکشی

سه نوع وقايه در صحت روانی وجود دارد که در هر سه نوع آن آگاهی بسیار کمک کننده است:

1. **وقایه اولیه:** هدف آن کاهش موارد جدید مریضی روانی است مثل "پیشگیری از صدمات مغزی در دوران طفولیت، بهبود تغذیه مثل ترویج مصرف آبیدین، تداوی و پیشگیری از انتانات مغزی، حل اختلافات، خدمات مراقبت های مادران و نوزادان، آگاهی در مورد خودکشی وغیره.
2. **وقایه ثانویه:** هدف آن شناسایی و تداوی هرچه سریعتر مریضی روانی است مثل تاسیس مراکز صحت روانی، ادغام صحت روانی در مراقبت های صحی اساسی، ایجاد بخش های صحت روانی در شفاخانه های عمومی، میسر بودن خدمات صحت روانی در مناطق شهری و روستایی وغیره.
3. **وقایه ثالثیه:** هدف آن کاهش ناتوانی ناشی از مریضی روانی است و میتواند از طریق خدمات بازتوانی صحت روانی، آموزش های حرفی، فرست های شغلی وغیره اجرا شود.

ارزیابی صحت روانی

هدف از ارزیابی بدست آوردن بیشترین اطلاعات در مورد مشکلات مریض است که شما را قادر میسازد تا مریضی را تشخیص دهید و پلان مناسب تداوی را ارایه کنید.

شکایات موجود و معاینه حالت روانی مهمترین بخش های ارزیابی هستند. در صورت امکان فامیل و دیگران باید در ارزیابی و تداوی شریک ساخته شوند. اجرای مصاحبه به جمع آوری اطلاعات در مورد اعراض و اثرات آنها بر زندگی مریضان کمک میکند. مهارت هایی وجود دارد که روند مصاحبه را سهولت میبخشد. مهارت های افهام و تفہیم در بخش دیگر در همین کتاب مورد بحث قرار خواهد گرفت.

ارزیابی روانپزشکی کامل شامل بخش های زیر است:

- تاریخچه مریضی فعلی که به شمول تاریخچه طبی گذشته
- تاریخچه فامیلی و شخصی
- معاینه حالت روانی
- معاینه فزیکی و عصبی
- تشخیص و پلان تداوی

معاینه فزیکی و نیورولوژیک توسط داکتر برای رد کردن عوامل عضوی اجرا میشود. تمام بخش های دیگر باید توسط کارکنان صحی که ارزیابی روانپزشکی را بر اساس الزامات مسلکی خود انجام میدهند باید تکمیل شود.

I. تاریخچه روانپزشکی:

اطلاعات باید از مریض اخذ شود و اگر او همکاری نمیکند باید از بستگان یا کسانیکه وی را همراهی میکنند تکمیل شود. اولین قدم مطمئن ساختن از این است که مریض مصوون است و دومین قدم این است که مطمئن شویم مریض نسبت به دیگران و خود مصاحبه کننده پرخاشگری و خشونت نشان نمیدهد. اکثر مریضان رفتار پرخاشگرانه از خود نشان نمیدهند.

اطلاعات در مورد هویت: اطلاعات شخصی به شمول سن، جنس، حالت مدنی، تحصیلات، شغل وغیره. اینها باید در دوسیه مریض ثبت شوند.

شکایت فعلی مریض: شکایت فعلی چیزی است که مریض یا بستگان وی تشریح میکند و باعث شده تا آنها به دنبال کمک برآیند. شکایت فعلی و معاینه حالت روانی مهمترین بخش های ارزیابی روانی است که هر دو باهم یکجا ارزیابی میشوند. مهم است که اولویت های مریض و بستگانش را بدانیم. در شروع مصاحبه پرسیدن سوالات باز بسیار مهم است، اما سوالات باید به سرعت بر روی تشخیص و شواهد حمایت کننده محدود شوند. مهمترین کار دریافت موارد ذیل است:

- مشکل از چی نوع است؟
- تاریخ و شکل شروع؟ آهسته اتفاق افتاده یا ناگهانی؟

- چرا و چگونه شخص در این زمان به داکتر مراجعه کرده است؟
- آیا عوامل مساعد کننده وجود داشته است؟
- در رفتار وی چه تغییراتی بوجود آمده است؟
- آیا تغییرات ثابت بوده یا نوسانات داشته است؟
- شدت اعراض، مدت آنها و تاثیر آنها بر کار و روابط و همچنین تاثیرات فزیکی آنها بر اشتها، خواب و میل جنسی.
- دوره های قبلی مریضی با تاریخ آنها، تداوی ها و نتایج تداوی های که برای هجمه های مشابه دریافت شده است.
- تفاوت ها و مشابهت های دوره های قبلی مریضی با دوره فعلی
- تشریح مشکل همچنین کمک میکند تا بصیرت مریض نسبت به وضعیتش را بررسی کنیم. بعضی از مریضان ممکن است وجود مشکل را انکار کنند و ممکن است که گرفتن تاریخچه مریضی از یک عضو خانواده یا یک دوست نزدیک ضروری باشد.

تاریخچه روانیزشکی قبلی: این قسمت شامل اطلاعات در مورد دوره های قبلی مریضی یا دیگر اختلالات روانی میشود. اطلاعات مورد نیاز عبارتند از: زمان و چگونگی وقوع اولین دوره مریضی، تداوی های قبلی و فعلی و تاثیر گذاری، عوارض جانبی، مدت آنها وغیره. موارد بستری شدن در گذشته، تعداد، مدت، مکان و نوع تداوی. مخصوصاً "اولین و آخرین مورد بستری".

تاریخچه طبی گذشته: در کل مریضان روانی در مراجعه به مراکز صحی معمولاً "با شکایات جسمی میآیند. مریضی های جسمی میتوانند باعث مریضی روانی شوند مثلاً" مشکل غده در قیه افسردگی را مغلق تر میسازد یا فرد را مساعد برای مصاب شدن به مریضی روانی میسازد (مثلاً) افسردگی بعد از یک حمله قلبی). وجود مریضی فزیکی میتواند بالای انتخاب دواها تاثیرگذار باشد. مریضی روانی میتواند منجر به وخیم شدن حالت طبی همراه با آن شود. موجودیت مریضی روانی و جسمی با یکدیگر باعث بدتر شدن انذار مریضی میشود.

دواهایی که فعلاً مصرف میشود: نام دواها و دوز هر یک از آنها را برای هر دو مریضی جسمی و روانی یادداشت کنید. آیا دوای هست که بر وضعیت روانی شخص تاثیر میگذارد؟ آیا اثر متقابل دوایی در بین دواهای تجویز شده برای اختلال روانی وجود دارد؟

تاریخچه شخصی: تاریخچه شخصی شامل اطلاعاتی در مورد دوران طفولیت، مکتب، تحصیلات عالی، دوره نوجوانی، جهاد، خدمت در ارتش، استخدام، ازدواج، فرزندان، وضعیت اقتصادی و اجتماعی است. همچنین در مورد تغییرات مهم در زندگی باید پرسان شود مثلاً" بیجا شدن و مهاجرت، شرکت در جهاد یا دوره سربازی، مشکلات قانونی و حقوقی در گذشته، تلاش برای خودآزاری، ناتوانی جسمی، از دست دادن همسر یا دیگر اعضای فامیل وغیره. مهمترین نکته سوال در مورد سومصرف مواد نشہ آور یا

الکھول است. همه مریضان از مواد نشہ آور یا الکھول استفاده نمیکنند ولی اگر آنها استفاده میکرند اطلاعات زیر باید پرسان شود:

- مقدار، مدت و شیوه سواستفاده از مواد نشہ آور
- تحمل – افزایش مقدار مواد نشہ آور برای دستیابی به اثرات مشابه
- اعراض ترک
- تلاش های ناموفق برای ترک مواد نشہ آور
- مشخصات سومصرف مثل استفاده مقادیر زیاد، زمانی که صرف بدست آوردن مواد نشہ آور شده، یا بهبودی از اثرات مواد نشہ آور
- اختلالات: جسمی مثل انتانات جلدی از سبب زرق، روانی مثل افسردگی، اجتماعی وغیره
- ناتوانی: از دست دادن شغل، مشکلات قانونی مثل "موتر رانی در حالیکه تحت تاثیر مواد نشہ آور بوده است، بازداشت شدن توسط پولیس، اجتماعی (مثل غفلت از فرزندان، مشکلات در زندگی زناشویی)

تاریخچه روانیزشکی فامیلی: شجره فامیلی را رسم کنید و بستگانی را که مشکل روانی داشته اند مشخص کنید. در مورد ارتباط شخص با دیگر اعضای فامیل پرسان کنید. مریضی روانی اغلب تاثیر شدیدی بر کیفیت روابط صمیمانه مریض با دیگران میگذارد. در مورد عکس العمل اعضای فامیل در برابر مشکلات شخص و نحوه حمایت آنها سوال کنید. از شخص سوال کنید که آیا او موافق است تا شما فامیل و دیگر اقارب وی را ببینید و با آنها در مورد مشکلات صحی او صحبت نموده و آنها را در پروسه تداوی شامل سازید.

II. معاینه حالت روانی:

معاینه حالت روانی قرار دادن یافته های مهم در کنار هم دیگر است که در تشخیص و تداوی کمک میکند.
اجزای معاینه حالت روانی عبارتند از:

- ظاهر و رفتار: وضع ظاهری، رفتار حرکی، نگرش نسبت به وضعیت و معاینه کننده
- گفتار: سرعت، بلندی صدا، کمیت اطلاعات، آشتفتگی در زبان و معنا.
- مزاج و عاطفه: مزاج (مثل: افسرده، سرخوش، مشکوک)، عاطفه (مثل: محدود شده، هموار، نامتناسب).
- محتوای فکر: هدایات، افکار خودکشی، اندازه فکر و سرعت تولید آنها، تسلسل افکار
- ادراک: برسامات، دیگر اختلالات ادراکی
- عملکردهای شناختی: سطح هوشیاری، حافظه (زمان حال، نزدیک، دور)، جهت یابی (زمان، مکان، شخص)، تمرکز
- بصیرت: درجه آگاهی شخص در مورد مشکل موجود

III. انواع اختلالات روانی:

"اختلالات روانی معمولاً" تحت تاثیر شدید فرهنگ جامعه ای است که شخص در آن زندگی میکند. طبقه بندی مرضی های روانی بر اساس اعراض که شخص تجربه میکند و تظاهرات کلینیکی مرضی از قبیل احساس نامیدی یا داشتن هدیانات انجام میشود. بعضی از اختلالات روانی دارای اعراض و تظاهرات کلینیکی مشابه اند ولی عوامل پس زمینه آنها از هم دیگر خیلی ها متفاوت است. دسته بندی های مختلفی برای اختلالات روانپزشکی وجود دارد. دسته بندی های که بیشتر استقاده میشوند عبارتند از: ICD-10 که توسط سازمان صحي جهان تهيه شده و DSM-IV-TR که توسط انجمن روانپزشکان آمریکا تهيه شده است.

بعضی از مشکلات صحت روانی که در این بسته آموزشی مورد بحث قرار گرفته اند عبارتند از:

1. اختلالات روانی شایع:

- افسردگی

• اختلال اضطراب: اختلال اضطراب منشر، حملات پانیک، اختلال وسواسی اجباری و فوبیاها
 • اختلال تبدل (conversion)

• تروما یا ضربه روانی و مشکلات مربوط به آن

2. اختلالات روانی شدید:

- سایکوز حاد
- سکیزوفرینیا
- مانیا

3. اختلال دوران طفولیت: تاخر عقلی یا نارسایی هوش

4. سواستقاده و وابستگی به مواد نشه آور

5. شکایات مبهم جسمی

6. خودآزاری

7. مرگی (یک اختلال نیوروЛОژیک است)

هر اختلال روانی میتواند اشکال خفیف، متوسط یا شدید داشته باشد و یا میتواند به صورت تدریجی یا ناگهانی شروع شود. گاهی ممکن است اعراض نوسانی باشند یا اعراض جدیدی نمایان شوند. همچنین بعضی اختلالات روانی ممکن است سیر مزمن داشته و یا سیر هجمه یی همراه با دوره های نارمل داشته باشند. مرگی اگرچه یک مشکل روانی نیست ولی در این کتاب مورد بحث قرار میگیرد زیرا مردم عادی آن را به عنوان یک مشکل روانی به حساب می آورند.

آسیب شناسی روانی و تکنیک های مداخله

دیپارتمنت صحت روانی وزارت صحت عامه
گروپ کابل-2008

گروپ کابل - 2008

در خزان سال 2008 میلادی، ریاست صحت روانی وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان تحت ریاست داکتر عالیه ابراهیم زی و اعضای گروه کابل - 2008 طی سه ورکشاپ به اتفاق هم مواد آموزشی حاضر را برای حمایت از ادغام مراقبت های روانی اجتماعی در مجموعه خدمات صحی اساسی تهیه نمودند. اعضای این گروپ عبارتند از:

داکتر عالیه ابراهیم زی (MOPH)
داکتر سعید عظیمی (EC/MOPH)
داکتر بشیر احمد سوری (MOPH)
پوهنیار داکتر عبدالوحید سلیم (HOSA)
داکتر امین الله امیری (HOSA)
داکتر فرشته قدیس (HOSA)
داکتر سید عطا الله (AKU)
داکتر حفیظ الله فیض (HNTPO)
احمد فرهاد حبیب (WFL)
داکتر ایریس جوردی (IAM)
کرسی جوکیلا (IAM)
اینگه میسمهال (EC/MOPH)
داکتر صفی الله ندیب (WHO)
سوزانا پاکلار (medica mondial)
حمیرا رسول (medica mondial)
داکتر پیتر ونتووگل (HNTPO)
مریم زرمی (WFL)

مسول این بسته آموزشی: داکتر سعید عظیمی با همکاری دکتر ایریس جوردی، دکتر پیتر ونتووگل، اینگه میسمهال

رویکرد همه جانبه (Integrated) صحت روانی

رویکرد همه جانبه صحت روانی برای داکتران این مزیت را دارد که ایشان میتوانند همراه با مشاور روانی اجتماعی مریضانی را که از مشکلات صحت روانی رنج میبرند، تداوی نمایند. این رویکرد "مطمیناً" میتواند تداوی را موثرتر ساخته و مصرف دواها را کاهش دهد.

مریض میتواند ابتدا داکتر و یا مشاور روانی اجتماعی را ببیند. در هر صورت داکتر و مشاور روانی اجتماعی برای دستیابی به بهترین تداوی ممکن است برای مریض باید با یکدیگر مشترکاً کار کنند. بنابراین ما مطالبی را نیز در مورد کار جمعی یا تیمی، شامل این مجموعه ساخته ایم.

مداخلات روانی اجتماعی در واقعات خفیف و متوسط افسردگی، اضطراب، فوبیاها، اختلالات کانورژن (تبدل)، شکایات مبهم جسمی و اختلال استرس پس از ترومبا به منزله مشکلات صحت روانی و اجتماعی بسیار موثر و موفقیت آمیز ثابت شده اند.

حمایت روانی اجتماعی هم برای مریضانیکه از اختلالات روانی شدید رنج میبرند و هم برای فامیل های ایشان بسیار مهم است.

مریضان روانی اغلب بسیار حساس و زودرنج هستند. بنابراین باید هنگام صحبت با این مریضان حتماً از مهارت های افهام و تفہیم مناسب استفاده شود.

قبل از وارد شدن به بخش طبی این بسته آموزشی میخواهیم شما را با مشاوره روانی اجتماعی، بعضی از مهارتهای افهام و تفہیم و کار تیمی آشنا کنیم.

فهرست

1.....	مشاوره روانی اجتماعی
2.....	I. مهارت های افهام و تفہیم
7.....	II. کار کردن در یک تیم
8.....	اختلالات روانی شایع
8.....	I. افسردگی
17.....	II. اختلالات مرتبط با استرس و اضطراب
35.....	III. اختلال تبدل یا کانورژن
39.....	IV. تروما و اختلالات مرتبط با آن
45.....	اختلالات روانی شدید یا اختلالات سایکوتیک
47.....	I. سایکوز حاد
49.....	II. سکیزوفرینیا و سایکوز مزمن
57.....	III. سایکوز پس از ولادت
58.....	IV. اختلال دوقطبی: مانیا
62.....	اختلالات روانی دوران طفولیت
62.....	I. نارسایی هوش یا تاخر عقلی
67.....	وابستگی و سومصرف مواد نشه آور: هروئین و تریاک
72.....	وابستگی/سومصرف بنزدیازپین ها
75.....	شکایات مبهم جسمی
81.....	خودآزاری و خودکشی
81.....	I. خودآزاری
84.....	II. خودکشی
89.....	مرگی یا صرع
99.....	ضمیمه ها
99.....	I. مداخلات در بحران خشونت فامیلی
101.....	II. تمرین های آرامسازی یا استرخا
103.....	ماخذ

مشاوره روانی اجتماعی

مشاوره روانی اجتماعی رویکردی است که بالای حل مشکلات و منابع چرخیده، به افراد کمک میکند تا بر موقعیت ها و حوادث دشوار و استرس زای زندگی غلبه کنند. چنین استرس های روانی اجتماعی میتوانند منشأ مرضی روانی باشند و ممکن است تدریجاً به مرضی مزمن تبدیل شوند. هدف مشاوره روانی اجتماعی توانمند ساختن مراجعه کننده است که به دنبال دوباره بدست آوردن سلامت روانی اجتماعی میباشد:

- قادر بودن به برقراری روابط خوب
- قادر بودن به حل اختلافات
- قادر بودن به استفاده از منابع خود و محیط اطراف خود
- داشتن زندگی با مفهوم

امروزه اشخاص زیادی در افغانستان احساس ناتوانی و درماندگی میکنند. آنها احساس میکنند که قربانی هستند و هیچ تاثیری بر زندگی خود ندارند. در یک وضعیت قربانی شخص هر چیزی را که بر سر او بباید قبول میکند. بسیاری از افغانها به خاطر محدودیت های فرهنگی و اجتماعی و حادثی از قبیل جنگ، تجاوزات، مهاجرت ها و عواقب آنها بر زندگی روزمره، احساس قربانی شدن میکنند.

عوامل زیر در پروسه قربانی شدن نقش مهم را بازی میکنند:

- عوامل اجتماعی (رسوم، ارزش، سیاست، جنگ، دوران دیکتاتورها)
- رفتار آموخته شده
- عوامل اقلیمی

مردم از سبب وضعیت سیاسی احساس قربانی شدن دارند، زیرا این حالات سبب شده تا در وضعیت های مختلف مانند اشغال، جنگهای محلی و دوران دیکتاتوری زنده گی نمایند، مردم در این وضعیت ها هیچ کاری کرده نمیتوانستند. یک مثال مرتبط دیگر وضعیت زنان افغان است: بر اساس فرهنگ و سنت از آنها انتظار میروند تا مطیع باشند و خشونت را تا اندازه به عنوان یک رفتار آموخته شده تحمل کنند.

امکانات مشاوره روانی اجتماعی:

- مشاوره روانی اجتماعی کمک میکند تا اشخاصی که احساس قربانی شدن را میکنند با توانایی های خود دوباره مرتبط شوند و آنها را قادر میسازد تا در زندگی فعالانه سهم گیرند.
- مشاوره روانی اجتماعی برای اشخاصی که به دلایل مختلف منزوی اند توانایی میبخشد تا دوباره با خانواده و دوستان خود ارتباط قایم نمایند.

- مشاوره روانی اجتماعی ارتباط بین اعراض افسردگی، جسمی و سایر اعراض را با مشکل جستجو میکند و به دنبال دلایل احتمالی و راه حل های ممکنه برای مشکل میگردد.
- مشاوره روانی اجتماعی کمک میکند تا منابع شخص کشف شود و به این ترتیب اشخاص را با نقاط قوت شان دوباره مرتبط میسازد.
- مشاوره روانی اجتماعی هنگامیکه اشخاص راهی برای بیرون رفت از مشکلات فامیلی یا دیگر منازعه های بین فردی پیدا نمیتوانند، کمک کننده میباشد.

فرآیند مشاوره:

در مشاوره روانی اجتماعی ارتباط کمک کننده حرفه ای بین مشاور و مراجعه کننده بوجود میآید. این ارتباط بر اساس مهارتهای خاص مشاور و پیروی از اصول خاص برقرار میشود. مشاور و مراجعه کننده هردو با هم سعی میکنند تا روش بهتر و حمایت کننده را برای حل مشکلات مراجعه کننده پیدا کنند. مشاور باید از تبدیل شدن به یک نصیحت گر قضاویت کننده و نیز نشان دادن خود به عنوان یک شخص برتر جلوگیری کند. وظیفه مشاور این است که به مراجعه کننده کمک کند تا راهی را برای مقابله با مشکلاتش به یک روش خوب و مثبت پیدا کند.

چرا مشاوره روانی اجتماعی مفید است؟

ارتباط انسانی بین مشاور و مراجعه کننده مهمترین عامل در مشاوره است. همه ما نیاز به یک شاهد برای چیزهای که در زندگی ما اتفاق افتاده یا چیزهای که تجربه کرده ایم، داریم. دیدن و تجربه کردن همدلی از طرف مشاور، کمک میکند تا مراجعه کننده به احساسات خود مرتبط شود. این عمل کمک میکند تا شخص مطمین شود که احساسات و تجربیاتی که برای وی اتفاق افتاده است واقعی بوده و بالای زنده گی او تاثیرات ناگوار داشته است.

بسیاری از مراجعه کننده گانی که مشکلات روانی اجتماعی دارند، در میان خانواده خود در حالت انزوا به سر میبرند. نمیخواهند باز تجربیات آنها را اعضای دیگر فامیل به دوش بکشند. این تجربیات "معمول" با احساس شرم همراه هستند، برای مثال: از دست دادن کنترول در یک وضعیت بسیار دشوار. همه با رنج جدایی و احساس تنهایی آشنا هستیم. در مشاوره روانی اجتماعی برای چند لحظه، دیوارهای جدایی به طور سحرآمیز از بین میروند. مشاوره روانی اجتماعی زمانی مفید واقع میشود که مراجعه کننده قادر شود تا با خود، محیط و اجتماع خود و به همین منوال با توانایی ها و امکانات خود دوباره ارتباط برقرار کند، و این همان لحظات است که ما در جریان مشاوره در تلاش آن استیم.

موفقیت مشاوره روانی اجتماعی بستگی به مهارت های مشاور و انتخاب درست تکنیک های مداخله روانی اجتماعی دارد.

I. مهارت های افهام و تفہیم:

تنها برقرار کردن ارتباط در برخورد با کسانیکه از مشکلات روانی رنج میبرند مهم نیست بلکه چگونگی برقرار کردن ارتباط نیز مهم است. مهارت های متعددی وجود دارد که کمک میکند تا ارتباط خود با مریض

را بهبود بخشیم. همچنین با توجه کردن به مریض و ایجاد این احساس که او را درک میکنیم و میبینیم میتوانیم به وی کمک کنیم.

اولتر و مهم‌تر از همه ابراز همدلی با مریض و توانایی اینکه بتوانیم این درک و احساس را به وی انتقال دهیم میباشد. همدلی مهارت مهمی است که داکتر را قادر میسازد تا برداشت متفاوت و روشن از دنیای درونی مراجعه کننده داشته باشد. در جامعه افغانی همدلی ویژگی پسندیده و رایج است زیرا ساختارهایی فامیلی اقتضای آن را میکند و از آن همیشه استفاده میشود. دختران وقتی خانه پدری را ترک میکنند درد مادران شان را احساس میکنند. فرزندان نیز وقتی روی پای خود می‌ایستند انتظارات والدین خود را احساس میکنند. این اغلب احساس بسیار مشابه در آنها ایجاد میکند. بنابراین آنها دنیای هیجانی درونی عزیزانشان را میتوانند درک کنند. این مهارت همدلی باید در هنگام صحبت با مراجعه کننده فعل شود. خود را به جای مراجعه کننده قرار دهید و سعی کنید از لحاظ هیجانی درک و احساس کنید که احساسات مراجعه کننده بالای شما چگونه تاثیر می‌اندازد. در عین زمان مشاور باید مواطن باشد تا خود را بیش از حد دخیل نسازد. همدلی کردن به این معنا نیست که با مراجعه کننده و مشکلات وی خود را همانند کنیم (احساس اینکه در عین حالت مراجعه کننده قرار داریم) در تمام لحظات برای مشاور مهم است تا قادر باشد که بین مراجعه کننده و مشکلات شخصی خوش فرق قابل شود.

(1) مهارت‌های توجه یا دقت:

- توجه به منزله اساس گوش دادن و مشاهده عمل میکند.
 - => دقت کردن خوب به مراجعه کننده، شمارا در یک موقعیت خوب قرار میدهد تا بتوانید به مراجعه کننده گوش دهید یعنی به پیام‌های کلامی و غیرکلامی.
- راه‌های مختلف برای توجه به مراجعه کننده وجود دارد:
 - (a) وضعیت بدن:
 - => وضعیت بدنی شما باید آزاد باشد. به این ترتیب به مراجعه کننده پیام میدهید که میخواهید با مراجعه کننده مصروف باشید. هیچ وقت دستهای خود را در جلوی سینه بالای هم نگه ندارید.
 - => مستقیماً روی روی مراجعه کننده قرار بگیرید. در مرکز بنشینید و در چوکی فرو نروید.
 - => روی چوکی بلندتر از چوکی مراجعه کننده ننشینید و حتی پشت میز خود قرار نگیرید.

توجه به مراجعه کننده راهی برای نشان دادن حضورتان است.

(2) مهارت‌های مشاهده کردن:

- طرز لباس پوشیدن، تون صدا، ژست و حرکات مراجعه کننده اطلاعات مهمی میدهد و پیام‌های کلامی آنها را تایید و یا رد میکنند. از دانش و بصیرت ناشی از احساس تان استفاده کنید تا درک بهتری از مراجعه کننده داشته باشید.
- مشاهده دقیق مراجعه کننده به شما کمک خواهد کرد تا درک خود را در مورد آنها انکشاف دهید.
- تمرکز بر ناهمانگی و عدم توازن بین رفتار کلامی و غیرکلامی مراجعه کننده باعث میشود تا ارزیابی از مریض آسانتر باشد. میتوانید مشاهدات خود را طور محتاطانه به مراجعه کننده منتقل سازید. این ممکن است مراجعه کننده را جرأت دهد تا چیزهای را که به هر دلیلی از گفتش هراس دارد، به شما بگوید.

(3) مهارت های گوش دادن:

- گوش دادن تنها شنیدن گفته های مراجعه کننده نیست. گوش دادن مشتمل بر توجه کردن، دریافت و درک پیام های مراجعه کننده است که میگوید و یا علاوه آنرا نشان میدهد.
- هدف در گوش دادن دستیابی به یک موافقه مشترک در موارد زیر است:
 - ⇒ چه چیزها مراجعه کننده را نگران میکند.
 - ⇒ مراجعه کننده تشویش های خود را چگونه تجربه میکند؟
 - فعالانه گوش خواهید داد یعنی هدفمندانه گوش میدهید و در مورد چیزهای که گوش داده اید و درک کرده اید گفتگو میکنید.

(4) مهارت های انعکاسی:

گوش دادن مهم است اما کافی نیست! مراجعه کننده نیاز دارد تا مشاور روانی-اجتماعی به او پاسخ دهد تا وی احساس کند که از طرف مشاور شنیده شده و درک شده است.

- مهارت های انعکاسی شما را قادر میسازد تا برداشت خود را از دیدگاه های مراجعه کننده، به وی انتقال دهید. شما وارد دنیای او میشوید و سعی میکنید که احساسی در مورد دنیای مراجعه کننده خود بدست آورید (همدلی).
- این مهارت برای اعتماد سازی، تشویق مراجعه کننده برای جستجوی بیشتر و از بین بردن قضاوت و تمرکز قبل از وقت مهم است.
 - ⇒ این مهارتها شما را قادر میسازند که: همدلی و پذیرش خود را نسبت به مراجعه کننده اظهار کنید، بدون مداخله بررسی کنید که او را درک کرده اید، با مهارت های انعکاسی صحبت خود را سازماندهی میتوانید و همچنین کمک میکند تا هدایت خاصی را بدون اینکه تحمل کنید به مراجعه کننده بدهید.

بازگویی (Paraphrasing):

- بازگویی مهارتی است که در آن چیزی را که به حیث هسته اصلی پیام مراجعه کننده درک کرده اید، به زبان خود بیان میکنید.
 - ⇒ اجرای این مهارت شامل توجه خوب و گوش دادن دقیق است.
- بازگویی یک مهارت کلیدی است زیرا به شما اجازه میدهد تا به شیوه پذیرفتی و بدون قضاوت کردن پاسخ دهید.
 - ⇒ این مهارت همچنین به مراجعه کننده اجازه میدهد تا به آنچه به شما گفته است "دوباره گوش دهد" و به او این فرصت را میدهد که چیزی را که به شما منتقل کرده است، درک و در صورت نیاز تعديل و اصلاح کند.
- بازگویی کمک میکند تا:
 - 1) درک خود را از گفته های مراجعه کننده بررسی کنید.
 - 2) کیفیت های مرکزی حس پذیرش و درک همدلانه را به مریض انتقال دهید.
 - ⇒ با اشاره کردن به عبارات کلیدی مراجعه کننده به وی نشان میدهید که با او هستید.

(3) در مورد اینکه مراجعه کننده چگونه به خود و تشویش هایش نگاه میکند، اطلاعات به دست میآورید.

← جمع آوری اطلاعات بدون تحمیل کردن جهت خاص به مراجعه کننده.
(4) ایجاد رابطه قابل اعتماد.

← بازگویی باعث میشود که بدون هیچگونه قضاوت و یا ارزیابی ارتباط برقرار کنیم. این موضوع میتواند برای مراجعه کننده بسیار مهم باشد.

• رهنمود ها برای بازگویی:

- (1) واضح باشید و درک خود را از آنچه مراجعه کننده گفته است، ارایه کنید.
- (2) به مراجعه کننده احترام بگذارید، قضاوت نکنید، وی را از خود نرانید و یا مزاح نکنید.
- (3) به عمق احساساتی که توسط مراجعه کننده اظهار میشود گوش دهید.
- (4) از کلمات و زبان خود استفاده کنید.
- (5) چیزی به گفته های مریض اضافه نکنید.
- (6) گفته های مریض را ارزیابی یا تعبیر نکنید.

خلاصه سازی:

استفاده از خلاصه سازی قادر میسازد تا بخش های روشن جلسه را به یک روش سازمان یافته کنار هم قرار دهید. به این ترتیب شما و مراجعه کننده میتوانید به آن از بیرون نگاه کنید.

- خلاصه سازی بر روی چیزی که مراجعه کننده گفته است تمرکز دارد و شریک ساختن درک شما از مراجعه کننده را شامل نمیشود.
- مفیدترین خلاصه سازی ها آنهاست که به گفته های مریض انسجام، یکپارچگی و نظم میدهند.

برای مثال:

دکتر: با توجه به چیزهای که تا کنون گفته اید، شما احساس خشم و عصبانیت نسبت به رویه که فamilی همسرتان با شما دارند میکنید. همچنین خود را با ننوی خود مقایسه کردید و دست آوردهای خود را کمتر از وی میبینید. همیشه هنگامی که این خشم موجود است سردردی هم آغاز میباید.

سوال کردن:

1) سوالات باز:

← این سوالات کمک میکنند تا اطلاعات را دریافت کنیم و سهمگیری بیشتر مراجعه کننده را تشویق میکند.

برای مثال، یک مراجعه کننده در مورد مشاجره با همسرش صحبت میکند، شما ممکن است

پرسید:

← وقتیکه با هم شروع به مشاجره میکنید چه اتفاقی میافتد و معمولاً" قبل از شروع به مشاجره چه اتفاقی میافتد؟

← شما در کجا مشاجره میکنید؟

← چگونه ختم میشود؟

=> اما سوالات بسیار گسترده نیز سید زیرا جواب دادن به آنها بسیار دشوار است.
=> سوالات باز برای شروع جلسه مفید هستند، زیرا به مراجعه کننده فضای بیشتری داده میشود.

(2) سوالات بسته:

=> این ها سوالاتی هستند که مراجعه کننده در جواب آنها "بلی" یا "خیر" میگوید. و عمدتاً "برای بدست آوردن اطلاعات خاصی به کار برده میشوند. بنابراین برای خاموش ساختن مریضانی که بسیار پرگپ هستند مفید میباشدند.

=> امکان تشریح دادن به این سوالات وجود ندارد.
شما میتوانید این مطلب را در مثال زیر ببینید:

=> **دکتر:** آیا به همسر خود گفته اید که برای این کار درخواست داده اید؟
=> **مراجعةه کننده:** نه، هنوز نه
=> **دکتر:** آیا میخواهید به وی بگویید؟
=> **مراجعةه کننده:** بلی، به تدریج
=> **دکتر:** آیا فکر میکنید از آن خوش نیاید؟
=> **مراجعةه کننده:** بلی، فکر میکنم
=> **دکتر:** آیا برای شما صحبت کردن با او سخت است؟
=> **مراجعةه کننده:** بلی، همینطور فکر میکنم
=> از سوالات بسته وقتی استفاده کنید که میخواهید حقایق خاصی را بفهمید یا میخواهید اطلاعات بدست آمده را چک کنید.

(3) سوالاتی که با چرا شروع میشوند:

این سوالات مفید نیستند زیرا به مراجعه کننده فشار وارد میکنند دلیل بیاورند یا علت کارهای خود را بیان کنند.

• لذا سوالات را اینگونه باید بیرسید:

=> مستقیم

از کلمات پیچیده و نامفهوم استفاده نکنید.

=> فشرده و مختصر

اختصاصی و کوتاه سوال کنید.

=> **پاسخ مراجعت کننده را بازگویی کنید** تا قبل از پرسیدن سوال بعدی مطمین شوید که جواب وی را فهمیده اید



- سوالات تاثیرات مثبت و منفی خواهند داشت.
- سوالات به موقع، واضح و باز تاثیرات مثبت زیادی دارند.

• تاثیرات مثبت سوالات به موقع، واضح و باز:

(1) به مراجعه کنندگان کمک میکند تا تمرکز کنند و اختصاصی پاسخ دهند.

(2) به مراجعه کنندگان کمک میکند تا خودشان را بررسی کنند

(3) به جمع آوری اطلاعات کمک میکنند.

۷

تمام این مهارت ها باید به خوبی تمرین شوند.

در فرآیند مشاوره آنها باید به طور کامل‌ا" طبیعی استفاده شوند.

مهم این است که از آنها در یک ترکیب درست استفاده کنید.

II. کارکردن در تیم:

- سیستم خدمات اولیه صحی در افغانستان (BPHS) امکان کارکردن در یک تیم را که از نظر مسلک شباخت دارند، ارایه می‌کند. این تیم متشكل از کارکنان صحی بیسواند، قابله ها، نرسها، داکتران و مشاوران روانی اجتماعی است.

- هر گروه وظایف خاص خود را دارد و همکاری هماهنگ شده بین این گروه ها توانایی آن را دارد تا در تداوی مریضان موفق باشد.

=> هر گروه باید از دانش و مهارتهای که توسط گروه های دیگر ارایه می‌شود استفاده کند.

=> مشاوری که از وضعیت جسمی مریض خود مطمین نیست باید از داکتر خواهان مشوره شود.

ویژگی های یک تیم:

- اعضای تیم وظایف مشابهی دارند مثل هماهنگ کردن، ارتباط با یکدیگر، مسؤولیت های مشترک و همکاری کردن.

- 1) برای هماهنگ کردن، نقش ها و مسؤولیت های اعضای دیگر تیم را باید یاد گرفت به این ترتیب تیم به طور موثر عمل خواهد کرد.

=> بنابراین سعی کنید تا با نقش ها، عملکرد و مهارت های گروه های متفاوت آشنا شوید.

- => همانطور که تمرکز تیم باید بالای نیازهای مریض باشد، مهم است تا مهارت ها و دانش تمام اعضای تیم را یکجا کنیم.

- 2) ارتباط مداوم باید بین اعضای تیم و با مریضان و فامیل آنها موجود باشد تا مطمین شویم که به تمام جوانب نیازهای مریضان رسیدگی و توجه شده است.

=> ارتباط، فرآیند انتقال و درک اطلاعات و نظرات است. به این ترتیب تیم درک مشترکی از نیازهای مراجعه کننده بدست خواهد آورد.

=> بنابراین تیم باید طور منظم به منظور بحث کردن و کمک به یکدیگر برای تداوی مریضان جلساتی داشته باشند.

=> ارزش اجتماعی ارتباط رویارویی نباید نادیده گرفته شود زیرا اعتماد، احترام، هویت تیم و آشنایی با روش کار یکدیگر، همه در اینجا بوجود می‌آیند.

=> اعضای که به تنهایی کار می‌کنند و ارتباط خود را با کار دیگران از دست میدهند میتوانند موثریت تمام تیم را کاهش دهند.

- 3) روش تقسیم مسؤولیت های کاری باید کامل‌ا" واضح باشد.

=> دانستن اینکه چه کسی مسؤول انجام چه کاری است فضا کاری روشنی را ایجاد می‌کند و هر

عضو تیم را قادر و مکلف می‌سازد تا کار خوبیش را به دقت انجام دهد.

اختلالات روانی شایع

I. افسردگی:

هر کس در زندگی ممکن است گاهگاهی احساس غمگینی و یا بی علاقه‌گی کند مخصوصاً وقتی که شخص چیز مهمی را از دست میدهد (مثلًا "از دست دادن یک عزیز"). این جز نورمال زندگی است. بعضًا "اشخاص مصاب به مریضی میشوند که متصف به اندوه و از دست دادن لذت میباشد. به این مریضی افسردگی میگویند. افسردگی یک مریضی روانی بوده که مزاج و افکار و جسم انسان را مصاب میسازد. این حالت بالای خوردن و خوابیدن، احساسی که شخص نسبت به خود دارد و طرز تفکر نسبت به خود و اشیا تاثیر دارد. افسردگی مانند احساس غم و اندوه در حالات عادی نمیباشد. این یک مریضی حقیقی بوده که میتواند مانند دیگر مریضی ها باعث رنج انسان گردد. این بیماری نشانه ضعف شخص نیست. افسردگی شایع ترین اختلال روانی است که داکتران در کلینیک های مراقبت های اولیه با آن مواجه میشوند. این مریضی اغلب مزمن میشود و عملکرد نورمال شخص را مختل میکند و باعث درد و رنج مریض و فامیل وی میشود.

1. تظاهرات کلینیکی:

مریض اغلب با اعراض جسمی معمولاً "خستگی، سردردی و جاندردی به مراکز صحی مراجعه میکند. به خاطر داشته باشید که افسردگی را نمیتوان بر اساس اعراض جسمی تشخیص کرد. در افغانستان مردم از کلمات مختلفی برای تشریح افسردگی استفاده میکنند به همین خاطر داکتران باید با آنها در ساحه ای که کار میکنند آشنا باشند. عالیم شایع افسردگی بر اساس اهمیت آنها به ترتیب زیر میباشند:

- غمگینی و مزاج افسرده
- از دست دادن علاقه و لذت در همه کارها
- خستگی یا نداشتن انرژی
- احساس بی ارزش بودن و احساس بیش از حد گناه
- درمانگی و نامیدی
- افکار خودکشی، تلاش های خودکشی
- بی خوابی یا خواب بیش از حد، سحرخیزی
- کندی روانی حرکی یا تهییج
- از دست دادن اشتها و کاهش وزن
- تمرکز ضعیف و مشکل در تصمیم گیری
- خشم نسبت به اعضای فامیل و دیگران
- اعراض اضطراب نیز مکرراً" دیده میشود.

شخص مبتلا به افسردگی نیست اگر اعراض:

- کم دوام باشد (کمتر از دو هفته)

- بخشی از جریان نورمال غم و اندوه باشد: شخص بعد از مرگ یکی از نزدیکان میتواند بسیاری از اعراض ذکر شده فوق را داشته باشد لیکن این مریضی افسردگی نیست. اما در صورت طولانی شدن میتواند به افسردگی تبدیل شود.
- عکس العمل در مقابل وضعیت استرس آور جدید باشد: زمانیکه یک فرد مهاجر میشود، ممکن است اعراض فوق به صورت موقتی دیده شود و با از بین رفتن عوامل فشار روانی اعراض نیز ناپدید میگردد.

ashxas معروض به خطر: افسردگی در فامیل، زندگی کردن در یک محیط ناامن، از دست دادن یکی از بستگان نزدیک، سوصرف مواد نشه آور مخصوصاً "تریاک، هروین و الکھول، مشکلات روانی اجتماعی مانند مشکلات فامیلی یا بیکاری، مریضی جسمی تهدید کننده زندگی یا مریضی مزمن، خجالتی بودن یا وابسته بودن به دیگران، افکار منفی در مورد خود، آینده و دنیا، مریضی های سیستم عصبی مرکزی مثل سکته مغزی، مریضی پارکینسون،دواهای مثل دواهای رهنمای خانواده یا دواهای فشار خون بالا وغیره.

افسردگی در خانم ها و افسردگی در مردان:

افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر میباشد. این موضوع میتواند با عوامل مختلف به شمول تفاوت های بیولوژیکی (پس از ولادت یک خانم به افسردگی آسیب پذیرتر میباشد) و مهمتر از همه میتواند با عواملی مانند محدودیت های اجتماعی و فرهنگی و خشونت فامیلی مرتبط باشد.

احتمال مصاب شدن مرد ها به افسردگی نظر به خانمها کمتر میباشد. با آنهم مرد های زیادی به افسردگی مبتلا میشوند. اکثرا افسردگی در مردان شناخته نمیشود. بعض افسردگی نزد مردان به سواستفاده از مواد نشه آور و یا الکھول منجر میشود. بعضی اوقات افسردگی نزد مردان به صورت تخرشیت و عصبانیت مشاهده میشود و احساس اندوه و نامیدی پنهان میشوند زیرا که مرد نمیخواهد آنها را ابراز کند.

انواع مختلف افسردگی وجود دارد و هر نوع آن اعراض خاص و تداوی های خود را دارد.

اشکال شایع عبارتند از:

افسردگی خفیف و مزمون: که مداخلات روانی اجتماعی به مریض کمک میکند تا تاثیرات مریضی بر فعالیت های روزانه او را کاهش دهد. اشخاصی که افسردگی خفیف دارند در خطر بلند مصاب شدن به افسردگی شدید هستند.

افسردگی شدید: این نوع افسردگی بیش از دو هفته دوام میکند. اعراض شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه یا لذت در فعالیت های که شخص قبله از آن لذت میبرد و احساس بی ارزش بودن و احساس گناه میباشد.

این نوع افسردگی ممکن است باعث بی خوابی، تغییر در اشتها، خستگی شدید و مشکلات در تمرکز شود. افسردگی شدید خطر خودکشی را افزایش میدهد.

افسردگی بعد از ولادت: این شایع است که چند روز تا چند هفته بعد از ولادت بعضی از مادران، شکل خفیفی از ناراحتی روانی را تجربه کنند. گاهی مادر اعراض شدیدی مانند غمگینی، خشم، اضطراب، تحرشیت و بی ارزش بودن را تجربه میکند که به آن افسردگی بعد از ولادت میگویند.

علایم شایع آن عبارتند از:

- مزاج افسرده دوامدار
- هجمه های گریه
- از دست دادن علاقه در فعالیت های لذت بخش
- تغییر در شیوه خواب، اشتها، انرژی و تمرکز
- کاهش یا افزایش در فعالیت روانی حرکی از قبیل ماندن در بستر، تکان خوردن یا قدم زدن
- احساس نامیدی، بی ارزش بودن، احساس گناه و افکار خودکشی
- افکاری متزائید در مورد مادر بی کفايت یا عدم رسیدگی به طفل

افسردگی سایکوتیک: یک شکل شدید افسردگی است که نه تنها اعراض افسردگی را دارد بلکه برسامات و هذیانات نیز دارد. اغلب این مریضان هذیانی میشوند یا معتقدند که افکارشان از خودشان نیست یا اینکه دیگران میتوانند افکار شان را بخوانند و یا اینکه آنها کار، پول و سلامت خود را از دست داده اند. این نوع افسردگی به تطبیق همزمان دواهای آنتی سایکوتیک و ضد افسردگی نیاز دارد تا وقتی که علایم سایکوتیک از بین بروند.

اختلال دو قطبی: این مریضان دوره های عود کننده افسردگی و مانیا دارند. بعضی از مردم ممکن است چندین دوره افسردگی را قبل از دوره مانیا داشته باشند و یا بر عکس آن. بخش اختلال دو قطبی را برای تداوی نگاه کنید.

2. خطرات احتمالی:

خطرات و اختلاطات زیادی برای مریض مصاب به افسردگی وجود دارد از قبیل تلاش برای خودکشی، بیکاری، مشکلات ارتیاطی، سومصرف مواد نشه آور یا الکھول، انزوا، دوره های مانیا و مریضی جسمی.

بین افسردگی و فشارهای روانی اجتماعی رابطه متقابل وجود دارد:

- 1) فشارهای روانی اجتماعی میتوانند منجر به افسردگی شوند.
- 2) افسردگی میتواند باعث افزایش فشارهای روانی اجتماعی شود.

فشار های روانی اجتماعی شایع که با افسردگی ارتباط دارند عبارتند از:

- منازعات فamilی، مشکلات ارتباطی
- بیکاری یا از دست دادن شغل
- مشکلات در محل کار
- مشکلات مالی

3. معاینه وضعیت روانی:

حین معاینه مریض، تغییرات متعددی ممکن است مشاهده شود مثلاً:

- عدم توجه به خود
- گوشه گیری و کاهش گفتار
- کندی فعالیت های روانی حرکی و گاهی تهیج
- احساس نامیدی، درماندگی، احساس گناه و بی ارزش بودن
- آرزوی مرگ یا افکار خودکشی
- گاهی گریه و اشکریزی
- دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیای اطراف و آینده
- مزاج افسرده
- تمرکز ضعیف

بعضی افراد افسرده احساس غمگینی یا نامیدی را انکار میکنند.

- ممکن است بگویند که حال آنها خوب است حتی اگر اتفاق بدی برایشان افتاده باشد. در عوض اغلب این افراد از مشکلات جسمی شکایت میکنند. مریضان دیگر ممکن است آنقدر افسرده باشند که کمتر شکایت داشته باشند و خاموش باقی میمانند. بعضاً آنها در معرض خطر جدی خودکشی هستند.

4. تشخیص:

معمولاً 50 فیصد مریضان افسرده که با شکایات جسمی به عنوان شکایت فعلی شان در مراقبت های اولیه مراجعه مینمایند، تشخیص ناشده باقی میمانند. حدود دو سوم مریضان افسرده مشکل خود را همراه با اعراض جسمی ارایه میکنند، به این ترتیب داکتر باید مجهز با مهارت‌های مسلکی برای تشخیص افسردگی باشد. معاینه فزیکی باید برای تمام مریضان انجام شود.

- مریضی جسمی از قبیل سردردی های مزمن، کاهش فعالیت غده درقیه ، کمخونی وغیره
- اختلالات روانی از قبیل اختلالات اضطرابی، مشکلات جسمی تشریح نشده، سومنصرف مواد نشه آور.

سوالات عده زیر به تشخیص افسردگی کمک میکنند:

- در طی ماه گذشته آیا اغلب اوقات از احساس غم، افسردگی یا نامیدی رنج برده اید؟
- در طی ماه گذشته آیا اغلب اوقات از بی علاقگی یا لذت نبردن از انجام کارها، رنج برده اید؟

اگر جواب های مریض به یکی از سوالات فوق مثبت باشد، داکتر باید اعراض دیگر افسردگی را جستجو کند. اگر کمتر از 5 عرض لیست شده در تظاهرات کلینیکی موجود باشد و داکتر در مورد تشخیص مطمین نباشد، مریض برای ارزیابی بیشتر باید به مشاور روانی اجتماعی راجع شود.

5. تداوی افسردگی:

اکثر مریضان در کلینیک های مراقبتهای صحی اولیه قابل تداوی هستند. مریضان افسرده میتوانند از مداخلات درمانی مختلف مانند تداوی دوایی، مداخلات روانی اجتماعی وغیره سود ببرند. به عنوان یک اصل، بهترین و موثرترین تداوی افسردگی شامل ترکیبی از مداخلات دوایی و روانی اجتماعی میباشد. داکتران باید اعراض افسردگی، علل، تشخیص، تداوی، کاهش توانایی ها برای حل مشکل، پیشگیری از عود و اهمیت تعقیب تداوی را به مریضان آموزش دهند.

مداخلات روانی اجتماعی:

مداخلات روانی اجتماعی در بسیاری از موارد موثر هستند. حتی در اشکال شدید افسردگی بعد از اینکه اعراض افسردگی با دوا بهبود مییابد، مداخلات روانی اجتماعی مفید واقع میشود. مداخلات روانی اجتماعی تداوی انتخابی در افسردگی خفیف و متوسط هستند. در موارد مشکلتر ترکیب کردن تداوی دوایی و مداخلات روانی اجتماعی بهترین کار است.

در حالیکه مشاوره حرفه ای وظیفه داکتر نیست ولی بسیار مهم است که تمام کارکنان طبی بدانند که نگرش و روش صحبت کردن آنها تاثیر مهمی بر مریض دارد. شخصی مصاب به افسردگی فکر میکند که مزاج و وضعیت وی هرگز تغییر نخواهد کرد. مهم است به خاطر داشته باشیم که این عقیده مریض یکی از اعراض مریضی وی است.

مریضان افسرده حتی وقتیکه افراد زیادی در اطرافشان وجود دارد شدیداً احساس تنهایی میکنند. این مهم است که انزوا طلبی و گوشه گیری مریض را کم کنیم. این کمک میکند تا شخص افسرده بداند دیگران از او حمایت میکنند. این بدان معناست که باید اعضای فامیل را نیز در تداوی شامل کنیم.

مداخلات روانی اجتماعی در دیگر بخش ها مورد بحث قرار خواهد گرفت.

از مداخلات روانی اجتماعی در صورت وجود هر یک از شرایط زیر باید استفاده شود:

- افسردگی شدید نیست.
- اعراض سایکوتیک وجود ندارد.
- یک یا چندین عامل استرس زای روانی اجتماعی مشخص و واضح موجود است.
- پاسخ قبلی به مداخلات روانی اجتماعی مثبت بوده است.
- خدمات مداخلات روانی اجتماعی در دسترس قرار دارند.
- مضاد استطباب طبی برای دواهای ضد افسردگی وجود دارد.
- با تداوی دوایی به تنهایی بهبودی حاصل نشده است.
- شرایط روانی اجتماعی پیچیده ای وجود دارد.

تداوی بیولوژیکی: دواهای ضد افسردگی برای تداوی افسردگی بسیار مفید هستند. دواهای جدید ضد افسردگی که در دسترس قرار دارند به طور چشمگیری عوارض جانبی کمتری دارند. در کل تقاضت اندکی در میزان تاثیر گذاری در بین انواع دواهای ضد افسردگی وجود دارد. دواهای ضد افسردگی باید با توجه به شرایط زیر تجویز شوند:

- افسردگی شدید، مزمن یا عود کننده است.
- علایم سایکوتیک موجود است.
- تاریخچه فامیلی افسردگی وجود دارد.

دواهای ضد افسردگی زیادی در دسترس قرار دارند. در لیست ادویه اساسی افغانستان دواهای زیر شامل آند:

- آمی تریپتیلین (تابلیت های 10 و 25 میلی گرام) یک دوای ضد افسردگی سه حلقه ای است (TCA). عوارض جانبی شایع عبارتند از: خشکی دهان، خواب آلودگی، سر چرخی، قبضیت، خیرگی رویت، ناآرامی بطنی و مشکلات تبول. این عوارض در ابتدا وجود دارند و معمولاً "بعد از چندین روز از بین میروند. عوارض جانبی باید برای مریض و فامیل وی تشریح داده شوند.
- فلوکستین (20 میلی گرام کپسول) یک SSRI است (مهار کننده انتخابی جذب دوباره سیروتونین) و عوارض جانبی کمتر و خفیفتری دارد. به خاطر اینکه بیخوابی یکی از عوارض فلوکستین است ترجیحاً از طرف صبح و به صورت دوز واحد تجویز میشود.
- مدت تداوی با دواهای ضد افسردگی حدود 6 ماه است.
- دو دوای ضد افسردگی را با هم تجویز نکنید.
- هنگامیکه اضطراب بارز و مشکلات بیخوابی نیز وجود دارد یک بنزدیازپین مثل دیازپام 5-10 میلی گرام یا الپرازولام (0.25-0.5 میلی گرام، شامل لیست ادویه اساسی نیست) را میتوان برای چند روز تجویز کرد.

برای داکتران بسیار مهم است که بدانند:

1. دیازپام و الپرازولام بر خود افسردگی تاثیری ندارند. آنها فقط مریض را با کاهش بیخوابی و کم کردن موقتی اضطراب آرام میکنند.
 2. خطر زیادی وجود دارد که مریض به الپرازولام و دیازپام معتاد شود. این وظیفه داکتر است که اعتیاد را ایجاد نکند!
- هنگامیکه مریضی جسمی وجود دارد، باید اول مریضی جسمی تداوی شوند و سپس افسردگی تداوی شود. به خاطر داشته باشید که مریضی های جسمی بسیاری با افسردگی اتفاق می افتد. در چنین موارد هم افسردگی و هم مریضی جسمی باید تداوی شوند. وقتی که افسردگی به عنوان تشخیص اولیه مدنظر قرار گیرد پس باید ابتدا افسردگی را تداوی کرد.

رہنمود تداوی افسردگی با آمی تریپتیلین

مرحله 1: دوز ابتدایی آمی تریپتیلین به مقدار 50 الی 75 میلی گرام در روز به صورت دو دوز کسری داده شود.

مرحله 2: بعد از یک هفته تاثیرات آنرا ارزیابی کنید، اگر موثر واقع نشده بود، دوز را میتوان به 150 میلیگرام افزایش داد، از طرف صبح 50 میلیگرم و از طرف شب 100 میلی گرام داده شود و یا 150 میلی گرام یکجا از طرف شب داده شود.

مرحله 3: در حالات ذیل این دوا به فلوکستین تعویض میشود:

- هرگاه آمی تریپتیلین بعد از شش هفته تاثیر ننماید.

- هرگاه امراض قلبی (مثلًا ضربان غیرمنظم قلبی و یا آوازهای غیرنورمال قلبی)، صرع و یا ضخامه پرستات داشته باشد.

- مریض مسن تر از 65 سال باشد.

عوارض جانبی آمی تریپتیلین قرار ذیل است:

- خستگی

- خشکی دهن

- سرچرخی هنگامیکه شخص از حالت خوابیده یا نشسته به ایستاده وضعیت خویش را تغییر دهد. در این صورت از سبب سقوط فشار خون احساس سرچرخی خواهد کرد.

- فضیلت

- خیرگی رویت

رہنمود تداوی افسردگی توسط فلوکستین

مرحله 1: کپسول فلوکستین 20 میلی گرام در روز داده شود.

مرحله 2: هرگاه دوز مرحله 1 بعد از سه هفته تاثیر ننماید دوز را به 40 میلی گرام افزایش دهید.

عوارض جانبی فلوکستین شامل موارد ذیل است:

- بیخوابی

- دلبدی

- استفراغ

- احساس اضطراب

- کاهش عملکرد جنسی

- سردردی

- اسهال

رہنمود تداوی افسردگی سایکوتیک

مرحله 1: آمی تریپتیلین را همراه با هالوپریدول (5 میلی گرم) و بی پریدین بدھید.

داکتر چه کار میکند؟

1. ارزیابی:

• بررسی اعراض افسردگی

• بررسی شدت اعراض

• دوره های قبلی مرضی، مدت و تداوی های دریافت شده

- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- حمایت و همکاری فامیل

مهمنتر از همه جمع آوری اطلاعات در مورد:

- افسردگی در فامیل
- مریضی‌های جسمی
- استفاده از دواها
- استفاده از مواد نشه آور مثل تریاک، هروین و الکھول
- شخصیت مریض قبل از شروع مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از افسردگی
- خطر خودکشی و یا تلاشها برای خودکشی
- استفاده از تداوی‌های سنتی
- تمایل برای پذیرش تداوی

2. ارجاع به سطح بالاتر وقتی انجام می‌شود که:

- شدت اعراض در حال افزایش هستند.
- خطر بلند خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی مترافق وجود دارد.
- مداخلات درمانی موثر نبوده است.
- اعراض سایکوتیک وجود دارند.

3. آموزش روانی و مشاوره:

- آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، مدت و تغییرات آنها در طی زمان، عوامل احتمالی خطر، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب آن، خطر خودکشی، مسایل تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن. مشاوره روانی اجتماعی اگر مریضی خفیف یا متوسط باشد و فشارهای روانی اجتماعی موجود باشند کمک کننده است. بعد از تداوی دوایی و مشاوره روانی اجتماعی، تشویق حمایت فامیل بسیار ضروری است. مشاور روانی اجتماعی قدمهای مشاوره ابتدایی در کتاب مداخلات روانی اجتماعی را تعقیب می‌کند و سعی می‌کند تا بین اعراض و فشارهای روانی پس زمینه در مریض ارتباط برقرار کند. با توجه به طبیعت فشارهای روانی او پلان تداوی را تنظیم می‌کند.

بعضی توصیه‌ها برای کارمند صحی و قطبیکه با یک شخص افسرده صحبت می‌کند:

- با مریض طوری برخورد کنید که احساس راحتی کند و در مورد احساساتش صحبت کند.
- تأکید کنید که هرچه او بگوید پیش شما به عنوان یک راز محفوظ می‌ماند.

- با توجه و همدانه به وی گوش دهد.
- برای مریض توضیح دهد که افسردگی دارد و در مورد تداوی به او معلومات دهد.
- به مریض امید دهد که این حالت تغییر خواهد کرد.

هنگام صحبت کردن با مریض افسرده از بعضی چیزها باید پرهیز کرد:

- قضاوتش نکنید، مثلًا" به او نگویید که او شوهر/ همسر/ پدر/ مادر خوبی نیست.
- به مریض "امر" نکنید که شاد باشد.
- باربار به مریض یادآوری نکنید که زندگی چقدر زیباست.
- به مریض نگویید که افسردگی او به خاطر اشتباهات و ناکامی های وی بوجود آمده است.
- فوراً" به نصیحت شروع نکنید. ابتدا به خوبی گوش دهد و ببینید مریض چه میگوید سپس بر چیزهای خوب تأکید کنید.

توصیه های مهم: به مریض و فامیل وی در مورد دواها چه باید گفت:

- "معمولًا" چند هفته طول میکشد تا تاثیر دواها بر افسردگی شروع شود. اگر شرایط مریض بعد از چند هفته بهبود نیافت داکتر باید دوز دوا را زیاد کند.
- عوارض جانبی دواها ممکن است قبل از اینکه تاثیر دواهای ضد افسردگی شروع شود نمایان شوند.
- مهم است بدانیم که مریض ابتدا تاثیرات را بر جسم خود احساس میکند در حالیکه در مزاج وی تغییری نیامده است. کارمند صحی باید به فامیلش بگویید که این تاثیرات بر بدن مضر نبوده، نشاندهنده شروع تاثیر دوا است و نباید سبب قطع دوا گردد. عوارض جانبی دوا اغلب موقتی و خفیف هستند: تاثیر دواها بر جسم فرد با گذشت زمان کمتر میشود، ولی بعضی از آنها برای مدت طولانی تا وقتی که شخص از دواها استفاده میکند باقی میمانند. با قطع اخذ دوا این تاثیرات نیز از بین میروند.
- دواها برای مدت طولانی اغلب برای 6 ماه یا بیشتر باید استفاده شوند. مریضان اغلب سعی میکنند تا دوا را زود قطع کنند. ممکن است احساس بهبودی کنند و فکر کنند که دیگر نیازی به مصرف دوا نباشد.
- به خاطر داشته باشید که هیچ راه حل سریعی برای مشکلات در زندگی وجود ندارد.
- در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.
- دواهای ضد افسردگی باعث اعتیاد و وابستگی نمیشوند.
- همیشه خطر خودکشی را قبل از شروع کردن دواهای ضد افسردگی در مریض ارزیابی کنید.

توصیه های برای خطر خودکشی:

- مهمترین نکته این است که مریض همیشه قبل از شروع کردن دواهای ضد افسردگی باید از نظر خطر خودکشی ارزیابی شود. در دو هفته اول تداوی خطر خودکشی افزایش میباید. در مواردی که مریض افکار خودکشی دارد از یک عضو فامیل بخواهید تا به مریض دوا بدهد. فامیل باید از این خطر مطلع

باشد و مریض را تا نمایان شدن بهبودی واضح تحت نظر بگیرند. در مواردی که مریض افکار خودکشی دارد در ابتدا جلسات تعقیبی باید مکررا" انجام شود.

برای اینکه بفهمید که مریض قصد خودکشی دارد یا نه، از وی سوالات زیر را مستقیما" پرسان نمایید.

- آیا فکر میکنید که زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- آیا ترجیح میدهید که بمیرید؟
- آیا در مورد خاتمه دادن به زندگی خود فکر کرده اید؟
- آیا سعی کرده اید خودکشی نمایید یا کدام پلانی برای کشتن خود داشته اید؟
- همچنین در مورد تلاش های قبلی برای خودکشی پرسان نمایید.(تلاش قبلی برای خودکشی، خطر خودکشی را بیشتر میکند و به شما یک ایده میدهد که آنها چه کار خواهند کرد.)

4. تعقیب تداوی:

- تعقیب تداوی در هفته های اول بسیار مهم است. جلسات تعقیبی برای ارزیابی پذیرش مریض، ارزیابی بهبودی اعراض، مشاوره، مانیتور کردن عوارض جانبی دواها، ارزیابی فشارهای روانی اجتماعی و حمایت فامیلی صورت میگیرد.
گاهی نیاز است که مریض به یک متخصص راجع شود:
 - خطر بلند خودکشی
 - مریض به تداوی های معمولی جواب نداده است.
 - تشخیص گذاشتن مشکل است.
- حالات مترافقه دیگری که در آن مریضی دیگری یا تداوی آن باعث میشود که تداوی افسرده باشد.
- مریضانیکه افسرده سایکوتیک دارند معمولاً نیاز به بستری شدن دارند.
- مریضان اختلال دوقطبی که در خطر بلند خودکشی قرار دارند.

II. اضطراب و اختلالات مرتبط با استرس:

اضطراب و ترس تجارب نورمال در زندگی انسانها استند. آنها در برآورده کردن اهداف در شرایطی که نیازمند تمرکز و انرژی کامل میباشد نقش اساسی را بازی میکنند، زیرا عکس العمل اضطرابی ما را برای جنگ یا گریز در شرایطی که خطر واقعی زندگی ما را تهدید میکند (مثل قرار گرفتن در یک حادثه ترافیکی، تنها قدم زدن در سرک خلوت هنگام شب) یا حالاتی که در زندگی ما اهمیت زیادی دارد (مانند امتحان، صحبت کردن در حضور دیگران، برای اولین بار نامزد خود را ملاقات نمودن) آماده میکنند. تجربه اضطرابی همیشه تمام جوانب شخص از قبیل تفکر، هیجانات و جسم را دربر میگیرد. این مهم است که بدانیم تجربه کردن اعراض اضطراب به معنای این نیست که از اختلال اضطرابی رنج میبریم. ولی وقتی اضطراب دوامدار و شدید شود و در مقایسه با حالت نامتناسب باشد و طور قابل ملاحظه شخص را در زندگی روزمره برای مدت طولانی محدود کند، میتوانیم آن را اختلال اضطرابی تشخیص کنیم.

اختلالات اضطرابی در سراسر جهان بسیار شایع هستند. آنها به طور موقانه با مداخلات روانی اجتماعی و تداوی طبی تداوی می‌شوند.

اغلب مریضانیکه اختلال اضطرابی دارند به خاطر اعراض جسمی متعلق به اضطراب به داکتر مراجعه می‌کنند. تنها تداوی اعراض جسمی باعث بهبودی وضعیت شخص نمی‌شود. به همین علت بسیار مهم است که اختلالات اضطرابی را بشناسیم. انواع مختلف اختلالات اضطرابی وجود دارند که در این بخش تشريح می‌کنیم. اما این مهم است بدانیم گاهی ممکن است انواع مختلف اختلالات اضطرابی باهم در یک شخص دیده شوند و ما با تظاهرات کلینیکی خلط شده مواجه شویم. همچنین اغلباً "اعراض سایر اختلالات روانی شایع، مخصوصاً" افسردگی با اعراض اضطراب مخلوط می‌شود.

A. حمله پانیک/اختلال پانیک:

1. تظاهرات کلینیکی:

حمله پانیک به حیث یک هجمه مشخص اعراض شدید که ابتدا تظاهرات سیستم عصبی سمباتیک را در بر دارد تعریف می‌شود. مریضان معمولاً "حملات وصفی با شروع آنی اعراض جسمی داشته که همیشه با تشویش در مورد وقوع یک حمله، همراه است. حملات ناگهانی اتفاق می‌افتد و معمولاً" کمتر از 30 دقیقه دوام می‌کنند. حمله یک یا چندین بار در طول هفته به طور غیرقابل پیش بینی اتفاق می‌افتد و ممکن است در زندگی نورمال و کار مریض اختلال ایجاد کند.

اعراض شایع در طی حمله پانیک عبارتند از:

A. اعراض نیورولوژیک:

- احساس گیجی و بی موازنہ گی
- پرایستزی (کرختی)
- لرزیدن و تکان
- ضعف کردن

B. اعراض تنفسی:

- نفس کوتاهی
- احساس خفه شدن
- اختناق

C. اعراض قلبی:

- درد یا ناراحتی قلبی
- پرش قلب، افزایش ضربان قلب (تاکی کاردی)
- عرق کردن

D. اعراض معده معاوی:

- دلبدی
- ناراحتی بطنی

E. اعراض روانی:

- مسخ واقعیت
- ترس از دست دادن کنترول، دیوانه شدن
- ترس از مردن مثل داشتن حمله قلبی

F. اعراض متفرقه:

- احساس گرم یا سرد شدن بدن

بسیاری از اعراض ممکن است در طی حمله پانیک موجود باشند اما ترس از مردن عرض اساسی بوده ولی شدت اعراض در هر مریض و در هر حمله تفاوت میکند. اگر مریض ترس از داشتن یک حمله دیگر یا اضطراب انتظاری داشته باشد، این یک اختلال پانیک نامیده میشود. مریض با اختلال پانیک میتواند از داشتن حمله در جاهای مزدحم ترس داشته باشد. این منجر به رفتارهای اجتنابی میشود مثلاً "اجتناب از:

- دور شدن از خانه
- بودن بدون دوست یا همراه
- رفتن به مکانهایی که فرار از آنجا به راحتی امکان ندارد مثل ملی بس، مجالس عروسی، مجالس ختم و فاتحه، مسجد، رستورانها وغیره.
- خوردن چیزهای که فکر میگردد میتواند حمله پانیک را مشتعل کند مثل غذاها، دواها، الکهول، کافئین وغیره

بسیاری از حوادث میتواند ترس مریضان را زیاد کند یا حمله پانیک را مشتعل کند مثل: آگاه شدن از سکته مغزی یا حمله قلبی یکی از آشنایان، تماسا کردن مریضی شدید در تلویزیون، صحبت دیگران در مورد مرگ، گذشتن از کنار دواخانه وغیره.

2. خطرات احتمالی:

خطرات عبارتند از: انزوای اجتماعی، از دست دادن شغل، مشکلات فامیلی، افسردگی و خودکشی، همچنین اختلال در کیفیت زندگی و افزایش استفاده از مراقبت های صحی.

3. معاینه وضعیت روانی:

مهمترین یافته ها در معاینات وضعیت روانی عبارتند از:

- ظاهر ترسیده و نگران
- صحبت در مورد حملات و مردن با جزییات.
- افکار در مورد داشتن حملات، مردن از حمله قلبی، دیوانه شدن، از دست دادن کنترول جلو مردم، داشتن حملات در جاهای مزدحم
- احساس اینکه محیط اطراف غیرواقعی است. (مسخ واقعیت)
- مزاج مضطرب، ترسیدن
- مشکل در تمرکز

4. تشخیص:

اعراض کلاسیک حمله پانیک به راحتی قابل تشخیص است ولی گاهی حملات پانیک با اعراض غیروصفتی اتفاق می افتد و بنابراین بدون تشخیص باقی میمانند. تشخیص اختلال پانیک وقتی گذاشته میشود که مریض حملات پانیک غیرمنتظره و عود کننده را تجربه کرده و حد اقل یکی از مشخصات زیر را داشته باشد:

- تشویش مداوم در مورد داشتن حمله دیگر (اضطراب انتظاری)
- تشویش در مورد عواقب حمله (مثل داشتن مریضی خطرناک طبی یا مریضی روانی)
- تغییر برجسته در رفتار مرتبط به حملات

مریضانیکه با اختلال پانیک تشخیص میشوند معمولاً "به داکتران مختلف مراجعه کرده اند و معاینات تشخیصی پرصرف را انجام داده اند. این مریضان بیشتر از دیگران در جستجوی مراقبت های طبی عمومی هستند. بارها به اتاق عاجل شفاخانه ها مراجعه کرده اند و دواهای خواب آور - آرامبخش مصرف کرده اند. مریضانیکه اعراض پانیک را دارند باید ارزیابی ابتدایی را که فراتر از ارزیابی اولیه شکایات جسمی میباشد سپری کنند از قبیل:

- رفتار اجتنابی
- تاریخچه مصرف مواد نشه آور
- تاریخچه طبی برای رد کردن علل عضوی
- مریضی روانی مترافق مثل افسردگی
- تداوی های قبلی مثل تداوی های طبی یا روانپزشکی (طب روانی)
- تاریخچه فامیلی

5. تداوی:

برای مریضانی که حمله پانیک دارند روش های تداوی مختلف وجود دارد. تداوی شامل دواهای ضد افسردگی و دواهای ضد اضطراب بنزدیازپین ها و مداخلات روانی اجتماعی میباشد.

تمدوی دوایی:

• انتخاب بین بنزدیازپین سریع التاثیر و دواهای ضد افسردگی که به خوبی تحمل شده اما شروع تاثیر آهسته تر دارند، صورت گیرد. بنزدیازپین ها تاثیرسریع دارند ولی اعراض پانیک بعد از قطع دوا حتی اگر به تدریج دوا را قطع کنیم بازگشت میکند. برای اختلال پانیک دواهای اصلی عبارتند از: آلپرازولام 0.5-2 میلی گرام در روز یا دیازپام 5-20 میلیگرام در روز. به خاطر خطر وابستگی بهتر است که تداوی را با بنزودیازپین شروع کنیم و بعداً به ضد افسردگی تغییر دهیم.

عوارض شایع بنزدیازپین ها:

- خواب آلودگی در طول روز
- مشکلات حافظه و تمرکز ضعیف
- انحطاط تنفسی، مخصوصاً در پیری

- قطع سریع میتواند باعث شروع حملات صرع شود
- وابستگی
- تاثیرات سرکوب کننده الکهول را بر سیستم اعصاب مرکزی افزایش داده و باعث ایجاد تسمم شده میتواند.

دواهای ضد افسردگی شدت اعراض را کاهش داده حملات را از بین می بردند و در کل کیفیت زندگی مریض را بهبود می بخشدند. دو دوای ضد افسردگی را با هم تجویز نکنید.

دواهای ضد افسردگی زیر در لیست دواهای اساسی شامل هستند:

- فلوکستین 20-40 میلی گرام در روز
- آمی تریپتیلین 150-25 میلی گرام در روز

توصیه های مهم برای تداوی دوایی:

- دواهای ضد افسردگی را با دوز پایین شروع کنید.
- با دقیق دوز دوا را افزایش دهید تا عوارض جانبی را در حد پایین نگه داشته باشید.
- دوز های تداوی برای اختلال پانیک مشابه دوز تداوی برای افسردگی است.
- بنزدیازپین ها برای اضطراب انتظاری مفید هستند ولی بالای افسردگی تاثیر ندارند.
- مریضان ممکن است به اطمینان بخشی مکرر و تشریح مریضی نیاز داشته باشند.
- جلسات تعقیب تداوی مخصوصاً" در طی مرحله اول تداوی بسیار مهم هستند.
- اگر یک دوای ضد افسردگی موثر نبود آنرا به یک دوای ضد افسردگی دیگر تغییر دهید.

تکنیک های مختلف مداخلات روانی اجتماعی در اختلال پانیک مفید هستند. گاهی اوقات این مداخلات نسبت به تداوی دوایی بهتر اند. مداخلات روانی اجتماعی در بخش دیگری از این بسته آموزشی بحث شده است. برای بعضی مریضان ترکیب مداخلات روانی اجتماعی و دواهای ضد افسردگی فایده بیشتری دارد.

دکتر چه کار میکند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض حمله پانیک همچنین افسردگی اگر وجود دارد.
- بررسی طبیعت اعراض، تکرار، زمان و مکان حملات
- بررسی اینکه اعراض کی شروع شدند. چه موقعیت هایی اعراض را مشتعل میکنند.
- بررسی رفتار جستجوی کمک مثل درخواست از اعضای فامیل برای رفتن به شفاخانه، مراجعه به دکتر یا اتاق عاجل وغیره
- تأثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض

- بررسی رفتار اجتنابی از قبیل تنها نکردن خانه، اجتناب از جاهای مزدحم مثل ملی بس، مجالس عروسی، ختم و فاتحه.
- بررسی وجود فشارهای روانی اجتماعی
- بررسی حمایت فامیلی
- مهمترین اطلاعات در مورد:
- مریضی مشابه در فامیل
- سایر مریضی های فزیکی
- استفاده از مواد نشه آور مثل تریاک، هروین و الکھول
- شخصیت مریض قبل از شروع مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از مریضی
- خطر خودکشی و یا تلاشها برای خودکشی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر وقتی انجام میشود که:

- اعراض شدید بوده و حملات مکرر اتفاق می افتد.
- حملات با تداوی دوایی کافی کنترول نشده اند.
- افسردگی شدید وجود دارد.
- خطر بلند خودکشی وجود دارد.
- مشاوره موثر نبوده است.
- مریضی جسمی مترافق وجود دارد.

3. آموزش روانی و مشاوره:

- چه در ابتدا و چه بعد از تداوی توسط داکتر
- آموزش مریض و فامیل درمورد طبیعت اعراض، مدت و تغییرات آنها در طی زمان، عوامل خطر احتمالی، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب مریضی، مسائل تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن بسیار مهم است.

بعضی اطلاعات ضروری برای مریض و خانواده عبارتند از:

- حمله پانیک شایع است و قابل تداوی میباشد.
- اضطراب اغلب احساس جسمی ترسناکی را ایجاد میکند. درد صدری، سرچرخی یا نفس تنگی لزوماً نشانه های مریضی جسمی نیستند. این اعراض با کنترول اضطراب از بین میروند.
- حملات پانیک همچنین باعث افکار ترسناک میشوند: ترس از مردن، احساس اینکه شخص دیوانه میشود یا کنترول خود را از دست خواهد داد. اینها نیز با تداوی اضطراب از بین خواهند رفت.

- اضطراب روانی و جسمی همیگر را تقویت میکند. تمرکز بر اعراض فزیکی ترس را افزایش میدهد.
- شخصی که گوشه گیری میکند یا از موقعیت های که حملات اتفاق افتاده اند اجتناب میکند تنها اضطراب خود را بیشتر میکند.
- در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.

توصیه های مهم:

- مریض از مشاوره طبی غیرضروری اجتناب کند.
- مریض سعی کند تا در مورد مشکل خود با دوستان مورد اعتماد خود صحبت کند.
- حمایت اعضای فامیل بدون شدت بخشیدن و دوامدار کردن اعراض شخص اینها حملات پانیک هستند و حملات قلبی واقعی نیستند.
- دواها برای تداوی اعراض هستند و برای قلب یا مغز سمی نیستند.
- عوارض جانبی دوا بدین معنی است که تاثیر دواها شروع شده است.
- برای بهبود اعراض و تاثیر دواها به زمان نیاز است.

4. مداخلات روانی اجتماعی:

- بر اساس موارد مختلف مثل وجود یک حادثه تروماتیک قدمهای متفاوتی برداشته میشود مثلاً "تماری تروما تعقیب میشود".

5. تعقیب تداوی:

- تعقیب تداوی یک بخش اساسی مداخلات برای اختلال پانیک است که با اهداف زیر انجام میشود: ارزیابی پذیرش تداوی توسط مریض، ارزیابی بهبودی اعراض، ارجاع برای مشاوره، خطر خودکشی، مانیتور کردن عوارض جانبی دواها، ارزیابی فشارهای روانی اجتماعی و حمایت فامیلی.

B. اختلال اضطراب منشر (GAD):

1. تظاهرات کلینیکی:

مریضان مصاب به GAD تشویش یا اضطراب و یک تعداد اعراض جسمی و روانی اجتماعی را تجربه میکنند. عالیم عده شامل اضطراب بیش از حد و نگرانی در اکثر روزها بوده و اعراض آن بیقراری، خسته گی زودرس، دشواری در تمرکز، تحرشیت، کشش عضلی و اختلالات خواب میباشد.

اعراض شایع عبارتند از:

روانی و شناختی:

- تشویش و ترس
- ناتوانی در کنترول تشویش ها

- ارزیابی غیر واقعی مشکلات
- تمرکز ضعیف
- حالت آماده باش
- جسمی و فیزیولوژیکی:**
- تنش عضلاتی
- تحرشیت
- خستگی
- بیقراری
- بیخوابی
- اعراض دیگر:**
- اجتناب
- به تعویق انداختن کارها
- مهارت‌های ضعیف در حل مشکل

2. خطرات احتمالی و مشکلات:

عدم پابندی به هدایات، وابستگی به بنزدیازپین‌ها، افسردگی، سومصرف مواد نشه آور و الکھول، خودکشی، مشکل در محل کار وغیره.

3. معاینه وضعیت روانی:

یافته‌ها در بسیاری از مریضان عبارتند از:

- نگرانی و بیقراری مثل تغییر دادن مکرر حالت نشستن، قدم زدن وغیره
- تعرق ، لرزش و تنفس سریع
- تشویش در مورد اینکه ممکن است اتفاقات بدی پیش بباید.
- صحبت کردن در مورد نگرانی‌ها در زندگی روزمره
- افکار ترس، بیم از آینده، پیش‌بینی یک حادثه بد، نگرانی در مورد صحت عاطفه ترسناک
- مشکل در تمرکز
- مشکل در تصمیم‌گیری

4. تشخیص:

بعد از دریافت تاریخچه مریض، داکتر باید اضطراب را طبقه بندی نماید و حاد یا مزمن بودن آنرا مشخص کند. اضطراب حاد از چند ساعت تا چند هفته دوام میکند و معمولاً "به دنبال فشار روانی نمایان میشود. در مقایسه، حملات پانیک تنها چند دقیقه دوام میکنند. اضطراب مزمن برای ماه‌ها و سال‌ها دوام میکند. GAD از سایر حالات طبی و روانپزشکی و تشویشهای نورمال، بوسیله مدت طولانی اضطراب و

ایجاد اختلال در عملکرد روزانه قابل تفرقی است. GAD باید از حملات پانیک، افسردگی، سومصرف مواد نشہ آور و حالات طبی مترافق با اعراض اضطراب مانند تیروتوکسیکوز، پرولاپس دریچه میترال، سندروم کارسینوئید تشخیص تفرقی گردد.

به مریض درباره موارد زیر آموزش دهید:

- اضطراب نورمال و اعراض جسمی اضطراب: افراد مصاب به اختلالات اضطرابی همیشه از بعضی اعراض خود آگاه نیستند. تشریح دقیق و کامل اعراض اغلب منجر به بهبودی اعراض میشود.
- مواجه شدن با حالات ترس زا به جای اجتناب از آنها
- وابستگی به مواد نشہ آور، بنزدیازپین ها و الکھول
- چگونگی مقابله با فشارهای روانی
- سیر و عواقب مریضی
- فواید تمرینات آرام سازی

5. تداوی:

مریضان مصاب به اختلال اضطراب منتشر، ممکن است به تداوی های دوایی و روانی اجتماعی یا ترکیبی از هر دو روش جواب دهند.

تمدوی دوایی باید برای مریضانی تطبیق شود که اضطراب زندگی روزمره ایشان را به طور چشم گیری مختل نموده باشد. دواهای ضد اضطرابی که بیشتر استفاده میشوند بنزدیازپین ها هستند. تمام بنزدیازپین ها تاثیر مشابه دارند.

- دیازپام را میتوان با 2 میلی گرام شروع کرد یا آلپرازولام 0.25 میلی گرام، 2-3 بار در روز. دوز دوا را میتوان هر دو یا سه روز تا بهبودی اعراض افزایش داد. تداوی با بنزدیازپین ها میتواند منجر به وابستگی شود. مریضانیکه بیشتر احتمال سومصرف بنزدیازپین ها را دارند آنهای هستند که تاریخچه ای از سومصرف مواد نشہ آور یا الکھول دارند.
- بتا بلکرها از قبیل پروپرانولول 40-120 میلی گرام قابل استفاده استند که نگرانی ها و ترس را از طریق کنترول اعراض فزیکی GAD بهبود میبخشند.
- دواهای ضد افسردگی مانند فلوکستین 40-20 میلی گرام یا آمی تریپتیلین 150-25 میلی گرام نیز کمک کننده هستند. مزیت این دواها این است که در طولانی مدت خطر وابستگی به این دواها وجود ندارد. روش مناسب این است که تداوی را با بنزدیازپین ها برای کمتر از یک هفته شروع کنیم و سپس با دواهای ضد افسردگی ادامه دهیم.

تمدوی روانی اجتماعی:

- در ابتدا مریض باید مشاور را به تنها یی به منظور ایجاد رابطه کمک کننده و باعتماد ببیند. اغلب مشکلی که در اصل باعث ایجاد ترس شده است در داخل فامیل میباشد. به همین خاطر مشاور همیشه

باید با مراجعه کننده در مورد اینکه اگر اعضای فامیل هم در جلسات شرکت کنند احساس راحتی میکند یا نه، صحبت کند. این میتواند بسیار کمک کننده باشد زیرا آنها میتوانند معلومات اضافی ارایه کنند که در تهیه پلان تداوی کمک میکنند. علاوه بر این اعضای فامیل برای ایجاد مهارت های حل مشکل در مراجعه کننده باید سهیم شوند. همچنین حضور آنها به کاهش انزوای اجتماعی مریض کمک میکند.

دакتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض جسمی و روانی GAD
- بررسی شدت و تکرار اعراض
- مداخله در فعالیتهای روزمره مریض
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- بررسی نگرانی های اصلی ناشی از GAD
- از همه مهمتر اطلاعات در مورد:

- اختلال اضطرابی در فامیل
- مریضی های جسمی
- استفاده فعلی از دواها و تداوی ها در گذشته
- استفاده از مواد نشہ آور یا الکھول
- شخصیت مریض قبل از شروع مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از شروع مریضی
- خطر خودکشی و یا تلاشها برای خودکشی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر وقتی انجام میشود که:

- شدت اعراض در حال افزایش هستند.
- خطر بالای خودکشی وجود دارد (اگر افسردگی موجود است).
- به مریضی جسمی مشکوک هستید.
- مشاوره موثر نبوده است.

3. آموزش روانی و مشاوره:

- چه در شروع تداوی و چه بعد از تداوی دوایی توسط داکتر، آموزش روانی مریض بالای موارد زیر تمرکز دارد: طبیعت اعراض، مدت و تغییرات آنها در طی زمان، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب آن، خطر خودکشی، مسایل تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن. مشاور نیز سعی

میکند تا با دقت ارتباط بین اعراض و فشارهای روانی اجتماعی احتمالی را جستجو کند و بعداً "پلان تداوی را میسازد.

بعضی توصیه ها:

- احساس اضطراب اشتباه مریض نیست.
- GAD قابل تداوی است.
- این نشانه ضعف مریض نیست.
- نگرانی ها و تشویش ها با زندگی روزمره مریض ارتباط داشته ولی غیرواقعی میباشند.
- در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.
- اگر یک تداوی موثر نبود، دیگری تاثیر خواهد کرد.
- آرامسازی روزانه برای کاهش اعراض جسمی
- ادامه فعالیت های معمول و تمرینات
- اگر مداخلات روانی اجتماعی موثر نبود از تداوی دوایی استفاده میشود.
- عوارض جانبی دواها موقتی و قابل تحمل هستند.

مداخلات روانی اجتماعی: قدم های مراحل اولیه مشاوره را تعقیب میکند. با توجه به نیاز مریض و فشارهای روانی اجتماعی مثل منازعات فامیلی یا مسایل شرم و آبرو منابع را جستجو و بررسی کنید.

4. تعقیب تداوی:

- تعقیب تداوی مشابه اختلال پانیک است: ارزیابی پابندی مریض به هدایات، بهبود اعراض، ارجاع برای مشاوره، بهبود مهارت های سازگاری، خطر خودکشی، ارزیابی عوارض جانبی دواها، ارزیابی فشارهای روانی اجتماعی و حمایت فامیلی.

C. فوبیاها یا ترسهای مرضی:

1. تظاهرات کلینیکی:

a. ترس از اجتماع: ترس از اجتماع ترس دائمی از عملکرد در موقعیت های اجتماعی است مخصوصاً" جایی که بیگانه ها حضور دارند یا جایی که شخص ترس از شرمسار شدن دارد. شخص میترسد از اینکه دیگران او را ضعیف، احمق یا دیوانه فکر کنند و معروض شدن به موقعیت های ترس آور حمله اضطراب را مشتعل میکند. مریضان میدانند که ترس آنها بیش از حد است اما اضطراب و رفتار اجتنابی آنها به طور مشخص در فعالیت های روزمره، شغل یا زندگی اجتماعی آنها اختلال ایجاد میکند.

اعراض شایع:

- ترس شدید و دوامدار از موقعیت های اجتماعی
- ترس از مسخره شدن و خجالت کشیدن
- معروض شدن، اضطراب شدیدی را مشتعل میکند.
- ترس بیش از حد و نامعقول تلقی میشود.

- اجتناب از بعضی حالات مثل اجتناب از خوردن، نوشیدن یا نوشتن در حضور مردم.
- اضطراب انتظاری
- اعراض جسمی: پرش قلب، تعرق، داغ شدن بدن، لرزیدن، خشکی دهان، ضرورت شدید به تبول، تنفس سریع، سرچرخی و در موارد شدید ضعف کردن.

موقعیت های شایع:

- صحبت کردن یا اجرای این این اجراءات در حضور دیگران
- بحث های گروهی کوچک
- سوال پرسیدن در گروه ها
- معرفی شدن
- دیدن و صحبت کردن با بیگانه ها
- تحت مشاهده قرار گرفتن در حین انجام کاری (مثل خوردن و نوشتن)
- حضور در محافل اجتماعی
- استفاده از خدمات همگانی و استراحت خانه های عمومی
- تماس گرفتن با اشخاص مهم

b. ترس های خاص: این ترس شامل ترس از اشیا یا موقعیت های خاص میشود. بسیاری از فوبیاها در طفولیت شروع میشوند اما ترس های موقعیتی در حدود سنین 20 یک نقطه اوج ثانوی دارد.

اعراض شایع عبارتند از:

- ترس شدید، دوامدار و غیر منطقی
- با دیدن یا پیش بینی شی یا حالت خاص شروع میشود.
- اجتناب از حالت یا شی خاص
- اعراض جسمی: پرش قلب، تعرق، داغ شدن بدن، لرزیدن، خشکی دهان، تنفس سریع، نیاز شدید به فعل تبول و در موارد شدید ضعف کردن.
- اشیای خاص شامل:
 - ⇒ حیوانات: عنکبوت، مارها
 - ⇒ محیط های طبیعی: ارتفاعات، آب و توفانها
 - ⇒ موقعیت های خاص: موتر رانی، سفر هوایی، تونل، لفت، پل، فضاهای بسته
 - ⇒ خون، پیچکاری، صدمات و زخم ها

2. خطرات احتمالی و اختلالات:

خطرات ممکن عبارت است از افسردگی، اعتیاد به مواد نشه آور یا الکھول، افکار خودکشی و انزوا، از دست دادن شغل، تبعیض، مشکلات فامیلی و کیفیت پایین زندگی.

3. معابنات وضعیت روانی:

- ظاهر نورمال
- آماده باش (گوش به زنگ بودن)
- رفتار اجتنابی
- تشویش در مورد شی ترس آور
- اضطراب انتظاری
- مزاج ترسو

4. تشخیص:

تشخیص فوبیا دشوار نیست مگر اینکه دیگر اختلالات روانی موجود باشند. گاهی اوقات مریض ممکن است بیش از یکنوع فوبیا داشته باشد. افسردگی یک اختلال شایع همراه با فوبیاها است. سومصرف مواد نشه آور و الکھول نیز شایع هستند.

5. تداوی:

مریض به خاطر ترس، شرم و استیگما از تداوی اجتناب میکند. پلان تداوی بعد از اینکه فواید و خطرات تداوی با مریض بحث شد باید طرح ریزی شود. تداوی موقانه برای ترسهای خاص تقریباً همیشه مداخلات روانی اجتماعی میباشد. دواها مصرف بسیار اندکی دارند. برای ترسهای اجتماعی تداوی های دوایی و روانی اجتماعی هر دو موثر و مفید هستند. به عنوان قاعده کلی ترکیب هردوی این تداوی ها در موارد جنجالی موثرتر است. دواهای ضد افسردگی، بنزدیازپین ها و بتاپلاکرها در تداوی ترس از اجتماع موثر هستند. به نظر میرسد که بتاپلاکرها تداوی موثر کلینیکی برای ترس اجتماعی خفیف تا متوسط باشند. بنزدیازپین ها، ضد اضطراب های سریع التاثیر و قابل تحملی هستند که تاثیر آنها در تداوی ترس اجتماعی حاد ثابت شده است، ولی مشکلاتی با قطع مصرف به خاطر وابستگی بعد از مصرف دراز مدت وجود دارد.

دوزهای معمول:

- فلوکستین: 20-40 میلی گرام در روز
- پروپرانولول: 20-40 میلی گرام سه بار در روز
- دیازپام: 2-10 میلی گرام یا آپرازولام: 0.25 - 1 میلی گرام

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی تاریخچه اعراض و مشکلات مربوط
- بررسی شدت و تکرار اعراض
- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی

از همه مهمتر اطلاعات در مورد:

- مریضی مشابه در فامیل
- مریضی های جسمی اگر وجود دارد
- تاریخچه تداوی
- استفاده از مواد نشہ آور یا الکھول
- شخصیت مریض قبل از شروع مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از مریضی
- موجودیت اختلالات دیگر روانی
- خطر خودکشی و یا تلاشها برای خودکشی
- عملکرد اجتماعی فعلی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر وقتی انجام میشود که:

- شدت اعراض در حال افزایش هستند.
- خطر بالای خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی مترافق با آن وجود دارد.
- مراقبت روانی اجتماعی موثر نبوده است.
- اختلالات روانی دیگر وجود دارند.

3.آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

- آموزش مریض در مورد طبیعت اعراض، مدت و تغییرات آنها در طی زمان، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب آن، مسایل تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن میباشد.
- توصیه های برای داکتران:
 - مریض را مطمین سازید که فوبیا قابل تداوی است.
 - در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.
 - بسیاری از ترس ها در دوران کودکی بوجود میآیند و به تدریج از بین میروند.
 - آنهایی که تا بزرگسالی باقی میمانند به ندرت بدون تداوی از بین میروند.
 - اکثر مریضان میتوانند کاملاً "بر ترس خود غله کنند و اعراض کاملاً" از بین میروند.
 - ترسهای اجتماعی معمولاً" بعد از بلوغ پدید میآیند و اگر تداوی نشوند ممکن است تا آخر عمر دوام کنند.
 - مقابله شدن با شی ترس آور به جای فرار از آن بهتر است زیرا شخص به آن عادت میکند و میتواند ترس، دلهره و وحشتی را که یک زمانی احساس میکرد، از بین ببرد.
 - دوا اعراض اضطراب را که در جریان ترس تجربه میشود، کنترول میکند.

- روش های مقابله با ترس های مبالغوی را با مریض بحث کنید، مثلاً مریض با خود تکرار کند که "من کمی احساس اضطراب میکنم زیرا اینجا بسیار مزدحم است. این احساس بعد از چند دقیقه از بین میرود"
- مریض باید از مصرف الکھول یا بنزدیکازپین ها برای مقابله با حالات ترس آور اجتناب کند.

4. مداخلات روانی اجتماعی:

مداخلات روانی اجتماعی قدم های مداخلوی مراحل اولیه مشاوره را تعقیب میکند. مشاور از تکنیک های حساسیت زدایی با مواجه درمانی، به شمول تمرین تصوری استفاده میکند و با توجه به نیاز مریض و فشار های روانی اجتماعی مثل منازعات فامیلی یا مسایل شرم و آبرو منابع را جستجو و بالای آن کار میکند.

5. تعقیب تداوی:

تعقیب تداوی برای ارزیابی پیشرفت و بهبودی اعراض، ارجاع برای مشاوره، خطر خودکشی، ارزیابی عوارض جانبی دواها، ارزیابی فشار های روانی اجتماعی و حمایت فامیلی انجام میشود.

D. اختلال وسواسی اجباری (OCD):

1. تظاهرات کلینیکی:

OCD اختلالی است که بوسیله وسواس ها و اجبارها مشخص میشود. در ODC شخص نمیتواند افکار، نظریات و فشار های درونی را که مکرراً و به زور به ذهن وی خطور میکنند، کنترول کند. این افکار اخلال کننده غیرقابل کنترول و غیرقابل پذیرش بوده و شخص نمیتواند از آنها چشم پوشی کند و یا آنها را با دیگران شریک سازد. وسواس ها باعث اضطرابات غیرقابل تحمل میشود که شخص به جز از انجام بعضی تشریفات برای کاستن شدت افکار و اضطراب در انجام کارهای دیگر خود را بیچاره و ناتوان احساس میکند. اختلال وسواسی اجباری میتواند در هر سنی اتفاق بیافتد ولی اغلب اوقات برای اولین بار در سن نوجوانی نمایان میشود.

A. وسواس: افکار و تصاویر ناخواسته، عود کننده و مداوم که باعث اضطراب شدید میشود، بعضی از این وسواس ها عبارتند از:

- ترس از کثیفی و یا آلدگی
- ترس از صدمه زدن به اعضای فامیل یا دوستان
- ترس از امیال خشونت آمیز
- شک بیش از حد
- نگرانی در مورد نظم، ترتیب و دقیق بودن
- نگرانی از اینکه یک کار بی کیفیت انجام شده است حتی اگر بداند که این حقیقت ندارد.
- ترس از افکار شیطانی و گناهکارانه
- فکر کردن دوامدار در مورد صدایها، تصاویر، کلمات یا اعداد خاص.
- شک در مورد قفل کردن دروازه یا خاموش کردن اشتوب

B. اجبار: رفتار تکراری برای کاهش سویه اضطراب که از باعث وسوسه ها ایجاد شده است. رفتار های اجباری شایع عبارتند از:

- تفتیش کردن دروازه، روک ها، سویچ برق وغیره برای اطمینان از اینکه آنها بسته هستند، قفل شده اند یا خاموش هستند.
- شستن و تمیز کردن باربار مثل شستن دستها، حمام کردن یا مسواک زدن دندانها
- شمردن مکرر چیزها
- تکرار کلمات و یا عبارات خاص
- تکرار حرکات مثل "بیرون رفتن و داخل شدن از یک دروازه، نشستن و برخاستن از چوکی
- فراردادن اشیا و لوازم در یک نظم خاص
- لمس کردن چیزهای خاص برای چندین مرتبه
- نماز خواندن باربار
- جمع کردن روزنامه ها، نامه ها و جعبه های که دیگر مورد نیاز نیستند.
- درخواست تایید و اطمینان دهی مداوم از سوی دیگران
- تکرار کلمات یا شمردن به طور آهسته

2. خطرات احتمالی:

اکثر مريضان مشکل خود را پنهان میکنند و به خاطر شرم و استیگما به دنبال تداوی بر نمی آيند. وقتیکه OCD تشخيص میشود معمولاً" چند سال از مريضی بدون تداوی میگذرد و شخص منزوی شده است. اختلالات روانی شایع مترافق با آن افسردگی، اسکیزوفرینیا و فوبیاها هستند. اگر افسردگی شدید باشد ممکن است افکار یا تلاش برای خودکشی نیز وجود داشته باشد.

3. معاینه وضعیت روانی:

- ظاهر پاکیزه و مرتب
- ناراحت و بیقرار
- نگران در مورد محیط اطراف به خاطر اینکه مبادا آلوده باشد.
- صحبت در مورد وسوسه ها
- افکار، نظرات، تصاویر و امیال تکراری
- مزاج مضطرب

4. تشخیص:

صاحبہ کلینیکی که تاریخچه افکار اجباری یا تشریفات رفتاری را مشخص میکند، روش اولیه برای تشخیص نهادن است. در اکثر موارد وقتی مريض OCD پیش داکتر میآید تشخیص آسان گذاشته میشود. بعضی از سوالات مهم که باید پرسیده شود عبارتند از:

- آیا شما زیاد پاک کاری یا شستشو میکنید؟
- آیا چیزها را زیاد تفتیش میکنید؟

- آیا افکاری وجود دارند که همیشه شما را آزار میدهند و بخواهید از شر آنها خلاص شوید اما نمیتوانید؟
- آیا وقت زیادی را صرف انجام دادن فعالیت های روزانه میکنید؟
- آیا در مورد نظم و ترتیب چیزها زیاد نگران هستید؟
- آیا این مشکلات شما را به زحمت انداخته اند؟

تاخیر زیادی در تشخیص مریضی اغلب اوقات اتفاق می افتد و شرم مرتبط با اختلال ممکن است مردم را از صحبت کردن در مورد اعراض باز دارد. به نظر میرسد که اختلالات مختلف با اختلال وسوسی اجباری مرتبط باشند چه از نظر طبیعت اعراض شان که مشابه وسوسات ها و رفتار اجباری است و چه از نظر تکرار وقوع آنها. اختلالات روانی مترافق با OCD مثل افسردگی و سکیزوفرینیا نیاز به توجه خاص دارند. OCD میتواند بخشی از افسردگی و سکیزوفرینیا باشد. اختلال تیک نیز اعراض وسوسی اجباری را تقلید میکند ولی حرکات تکراری غیررادی هستند که به تشخیص تفرقی این اختلال از اختلال وسوسی اجباری کمک میکند.

5. پلان تداوی:

روش های مفید، مداخلات روانی هستند که در بخش مهارتها و مداخلات روانی اجتماعی بحث خواهند شد. تداوی دوایی برای بعضی اشخاص مفید بوده چه به صورت تنها یا به صورت یکجا یا با تداوی های روانی اجتماعی. دواهای که تجویز میشوند دواهای ضد افسردگی هستند مثل فلوکستین (40-20 میلی گرام) و کلومپرامین (75-150 میلی گرام).

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی

- بررسی اعراض OCD
- بررسی شدت اعراض و مدت آنها
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- ریشه افکار مریض (از کجا میآید?)
- اعمال/رفتارهای که مریض برای رهایی از افکار انجام میدهد
- زمانی که برای چنین رفتاری صرف میشود.

مهمنراز همه معلومات در مورد:

- OCD در فامیل
- مریضی های جسمی
- استفاده از دواها
- استفاده از مواد نشہ آور و الکھول
- شخصیت فرد قبل از مریضی
- تغییرات در زندگی شخص بعد از مریضی

- خطر خودکشی و یا تلاش برای خودکشی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر:

- اعراض شدید هستند.
- تلاش برای خودکشی یا خطر خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی احتمالی، مترافق با آن وجود دارد.
- مشاوره اولیه موثر نبوده است.

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض وسوسات ها و رفتارهای اجباری تغییرات در طی زمان، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب، انواع و مدت تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن، مهم است.

بعضی توصیه ها در مورد OCD:

- OCD یک مشکل شایع است.
- OCD قابل تداوی است.
- در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.
- OCD گاهی اوقات در خانواده ها دیده میشود.
- دوستان به پیدا کردن کمک مناسب میتوانند موثر باشند.
- پنهان کردن مشکلات میتواند تداوی آنها را دشوار بسازد.
- دوا و مداخلات روانی اجتماعی موثرتر هستند.
- پابندی به پلان تداوی، حتی اگر تداوی گاهی ناراحت کننده هم است.
- اجتناب از مواد نشه آور و الکھول به عنوان میکانیزم های سازش.
- سهمگیری در فعالیت های اجتماعی، به جای منزوی کردن خود.

4. مشاوره روانی اجتماعی:

- ریشه مشکل را پیدا میکند و پلان تداوی بر اساس نیاز را تهیه میکند. به منظور کاهش رفتارهای آسیب زننده، مشاور مراحل مداخله حساسیت زدایی OCD را دنبال میکند.

5. تعقیب تداوی:

تعقیب تداوی برای ارزیابی پیشرفت و بهبودی اعراض، ارجاع برای مداخلات روانی اجتماعی، ارزیابی خطر خودکشی، ارزیابی عوارض جانبی دوا، ارزیابی فشارهای روانی اجتماعی و حمایت فامیلی مهم میباشد.

III. اختلال تبدل (کانورژن):

در گذشته این مریضی را هیستری یا نیوروز هیستریکال می‌نامیدند. کانورژن حالتی است که مریضان اعراض عصبی مثل بی‌حسی، فلچ و ضعف نمودن را نشان میدهند ولی هیچ توضیح نورولوژیکی برای آن وجود ندارد. این مشکلات در پاسخ به مشکلات در زندگی شخص بوجود می‌آیند ولی طبیعت ارتباط بین عوامل روانی و اعراض نورولوژیکی روشن نیست. منازعات روانی یا استرس ممکن است همیشه در ابتدا آشکارا نباشند اما با گرفتن تاریخچه مریضی شواهد به دست خواهد آمد.

فکر می‌گردد که اعراض با آن استرس حاد روانی مشتعل می‌شود که شخص نمی‌تواند از لحاظ روانی آن را پرسن نماید. اعراضی که معمولاً "گزارش داده می‌شود عبارتند از: ضعف، فلچ، اختلالات کاذب، حرکات غیررادی (مثل لرزه‌ها) و اختلال حسی. به نظر نمیرسد اعراض تحت کنترول ارادی باشند و نباید توسط هرگونه اختلال جسمی یا میکانیزم پاتولوژیک تشریح داده شوند.

بعضی عوامل شایع خطر برای تبدل عبارتند از:

- تجربیات تروماتیک دوران کودکی
- از دست دادن عزیزان
- تجاوزات جنسی
- اختطاف
- شکنجه
- تصادمات (حوادث ترافیکی)
- در جریان جنگ‌ها
- استفاده از مواد نشی آور

1. تظاهرات کلینیکی:

در اینجا بالای اعراض حرکی تمرکز می‌کنیم، اعراض حرکی ممکن است شامل عدم موازنی، اختلال در هماهنگی حرکات، کمقوتی یا فلچ، اختلالات صوتی (خپ شدن صدا تا بی صدایی)، عسرت بلع یا احساس بندش در گلو، بی اختیاری ادرار باشد. این اعراض مسیرهای فیزیولوژیک یا آناتومیک معمولی را پیروی نمی‌کنند. این حالت با تناقض و بی ثباتی موجودیت و شدت اعراض و علایم مشخص می‌شود. اعضای فلچ شده به طور تصادفی وقتی که مریض کاری را انجام میدهد یا توجه وی منحرف شده باشد، ممکن است حرکت کنند. در اختلال تبدل هر کدام از اعراض حسی و حرکی زیر می‌تواند حضور داشته باشد:

- کمقوتی/فلچ یک عضو بدن یا تمام بدن
- اختلال در بینایی یا شنیدن
- اختلالات یا از بین رفتن حسیت
- اختلال یا از دست دادن سخن
- اختلالات غیرصرعی
- دیستونی ثابت برخلاف دیستونی نورمال
- لرزش، میوکلونوس یا دیگر اختلالات حرکتی

• اختلال در راه رفتن

شدت ناتوانی معمولاً" در حدی است که بر فعالیت های روزانه تاثیر میگذارد. اعراض معمولاً" با اضطراب و حالت های تنفسی مثل مرگ یکی از دوستان یا شرایط جنگ بدتر میشود. تظاهرات شایع در افغانستان ضعف کردن یا اختلالات کاذب است که معمولاً" با حملات صرع اشتباه گرفته میشود.

2. خطرات و اختلالات احتمالی:

عوامل نشاندهنده انذار بهتر عبارتند از شروع ناگهانی، موجودیت فشار روانی، فاصله کوتاه بین تشخیص و شروع تداوی، سطح بالای هوش فرد، عدم موجودیت اختلال روانی دیگر و از دست دادن صدا و کوری به حیث شکایت اولیه.

انذار خراب با ناتوانی های شدید که مدت زیادی دوام کرده باشد، سن بالا تر از 40 سال، و اختلالات و فلچ به منزله شکایت اولیه، مرتبط است. بسیاری از مریضان بعد از روان درمانی سراپا یا تلقین روانی بهبود فوری را نشان میدهند.

خطرات زیر این مریضان را تهدید میکند:

- صدمه به خود و تلاش برای خودکشی
- سومصرف مواد نشه آور و الکهول
- مشکلات خواب به شمول خواب های وحشتاک
- مریضی روانی دیگر مثل اضطراب و افسردگی
- مشکلات در روابط در محل کار
- اشتباه در تشخیص

3. معاینه وضعیت روانی:

با دقت، احتمال وجود علت ارگانیک را مد نظر داشته باشید. معاینات تهاجمی، دردناک و غیرضروری میتواند اعراض را تقویت کند و دوامدار بسازد و بنابراین باید تا جایی که امکان دارد اجتناب شود.

4. تشخیص:

"تشخیص اکثرا" کلینیکی است و بر اساس تاریخچه و معاینات فزیکی صورت میگیرد. تاریخچه مریض شامل این موارد میشود: اعراض وظیفوی قبلی، مدلهای تقليد شونده بین اعضای فامیل یا دوستان، نفع ثانوی، ارتباط حرفة ای با ادویه، داشتن سابقه روانی قبلی و مرخصی از شفاخانه با رضایت شخصی. شروع اغلب حاد و ناگهانی است، ولی شکل تدریجی آن نیز امکان دارد. سایر جزئیات تاریخچه مریض شامل مریضی روانی مترافق، ترومای روانی یا فزیکی در کودکی یا نزدیک به دوره مریضی فعلی و تاریخچه خانوادگی معیوبیت فزیکی میشوند.

اعراضی که منجر به تشخیص آفت غیر عضوی میشوند شامل این موارد هستند: یافته های متناقض، عدم تطابق بین یافته های وظیفوی و فزیکی و تناقض بین اعراض و سیستم های فیزیولوژیک یا اнатومیک. در

این مریضی تغییرات فزیکی و یا ناتوانی فزیکی کمتر دیده میشود پس زخم های بستر، تقلصات یا آتروفی عضلی به ندرت اتفاق می افتد.

تشخیص اختلال تبدل شامل سه جز است: رد کردن مریضی عصبی مثل صرع، رد کردن تمارض و مشخص کردن میکانیزم روانی. هر کدام از اینها مشکلاتی دارند.

کانورژن	صرع	
ناراحتی بعد از بحث های فامیلی و تغییر مزاج یا مشاجره	ناراحتی های شکم، بو یا مزه های غیرمعمولی	اورا
آهسته	ناگهانی	شروع
در حضور دیگران	در هر جا	مکان
معمولًاً بعد از مشاجرات	هیچ	عامل شروع کننده
به تدریج	ناگهانی	سقوط
غیر منظم	حرکات تونیک کلونیک، متناظر	حرکات غیرارادی
وجود ندارد	وجود دارد	کف کردن دهان
وجود ندارد	وجود دارد	بی اختیاری
وجود ندارد	شاید	جویدن زبان
وجود ندارد	وجود دارد	سیانوز در طی حمله
شاید	وجود دارد	جراحت در طی حمله
بخشی از آن	خیر	به خاطر آوردن حمله

دکتران باید آگاه باشند که تشخیص اختلال کانورژن وجود مریضی اساسی را رد نمیکند و تشخیص نباید صرف بر پایه بدست آمدن نتایج منفی گذاشته شود.

5. تداوی:
پلان تداوی را با مریض بحث کنید.
تمارض شامل موارد زیر است.

1. توضیح دادن: این کار باید واضح و منطقی باشد. به واقعی بودن این حالت که بسیار شایع است، باید تکید شود، اعراض برگشت پذیر بوده و به این معنا نیست که مریض سایکوز دارد. موضعگیری سببی بیطریفانه با تشریح وظیفوی بودن اعراض ممکن است کمک کننده باشد ولی مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است. بهتر است در صورت نیاز مریض از نظر نورولوژیک پیگیری گردد تا مطمئن شویم که تشخیص ما درست بوده است.

2. فیزیوتراپی در صورت موجودیت اعراض حرکی مناسب است.

3. اگر افسردگی یا اضطراب موجود باشد باید تداوی شوند.

4. اقدامات روانی اجتماعی

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض کانورژن
 - بررسی شدت اعراض و مدت آنها
 - بررسی فشارهای روانی اجتماعی
 - تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
 - بررسی عوامل خطر
- مهمنترین معلومات در مورد:**

- کانورژن در فامیل
- مریضی های مشابه در گذشته
- استفاده از مواد نشہ آور و الکھول
- شخصیت فرد قبل از مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از مریضی
- خطر خودکشی و یا تلاش برای خودکشی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر:

- اگر در تشخیص خود شک دارید.
- مریضی جسمی احتمالی مترافق موجود باشد.
- مشاوره اولیه موثر نبوده است.

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، مدت و تغییرات در طی زمان، عوامل احتمالی خطر، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب، تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن، آموزش داده شوند.

توصیه های مهم:

- مریض را تشویق کنید تا در مورد فشارهای روانی یا مشکلات اخیر صحبت کند.
- مریض هیچ کنترول ارادی بر اعراض ندارد.
- تقویت مثبت برای بهبودی
- از تقویت اعراض باید اجتناب شود.
- بازگشت به فعالیت های روزمره به زودترین فرصت
- اجتناب از استراحت های طولانی یا ترک کردن فعالیت ها و وظایف
- بهبود روش های سازش در مریض

4. تعقیب تداوی:

- هر مریض که با اختلال کانورژن تشخیص میشود باید برای پیگیری روانی اجتماعی تشویق شود. این به منزله روشی برای کاهش و کنترول استرس و جلوگیری از بدتر شدن اعراض پیشنهاد گردد. چنین پیگیری مخصوصاً در مورد کسانیکه مصاب به سندروم های روانپزشکی جدی هستند و با اعراض فزیکی به اتفاق عاجل مراجعه میکنند مفید است.

IV. ترومای روانی و مشکلات مربوطه: دانش ترموما:

ترومای روانی تجربه ای است که در آن روان انسان شدیداً" صدمه می بیند. ترومای روانی وقتی اتفاق میافتد که شخص در یک حالت تهدید کننده زندگی یا حالتی که در آن خطر آسیب شدید وجود دارد، قرار گیرد و یا شاهد آن باشد. این حالت آنقدر وحشتناک است که قربانی وحشتزده میشود و در حین حادثه و اندکی بعد از آن احساس ناتوانی و درمانگی میکند.

مثال های از حوادث ترموماتیک که میتواند باعث فشار ترموماتیک شود.

1. حوادث طبیعی

- زلزله
- سونامی
- سیل
- طوفان

2. مشکلات اجتماعی

- خشونت فامیلی
- شکنجه

3. خشونت جنسی

- تجاوز

4. سایر حوادث

- حوادث ترافیکی
- حملات انتحاری
- انفجار بمب
- دیدن اجساد مرده
- جنگ (بودن در جبهه)
- تهدید شدن با اسلحه
- مرگ ناگهانی و دلخراش
- صدمات جدی/آسیب بوجود آمده توسط مراجعه کننده
- حمله یک حیوان وحشی



- تاثیرات چنین تجربه ای بستگی دارد به:

- | | |
|----|---------------------------|
| => | مدت زمان تجربه |
| => | قابل پیش بینی نبودن |
| => | کنترول نداشتن بالای وضعیت |

عكس العمل نسبت به تهدید:

- ما در مقابله با یک خطر به سه روش عکس العمل نشان میدهیم:

- | | |
|----|---------------------------|
| => | گریز |
| => | جنگ |
| => | منجمد شدن (غیرمتحرک بودن) |

توضیحات بیولوژیکی:

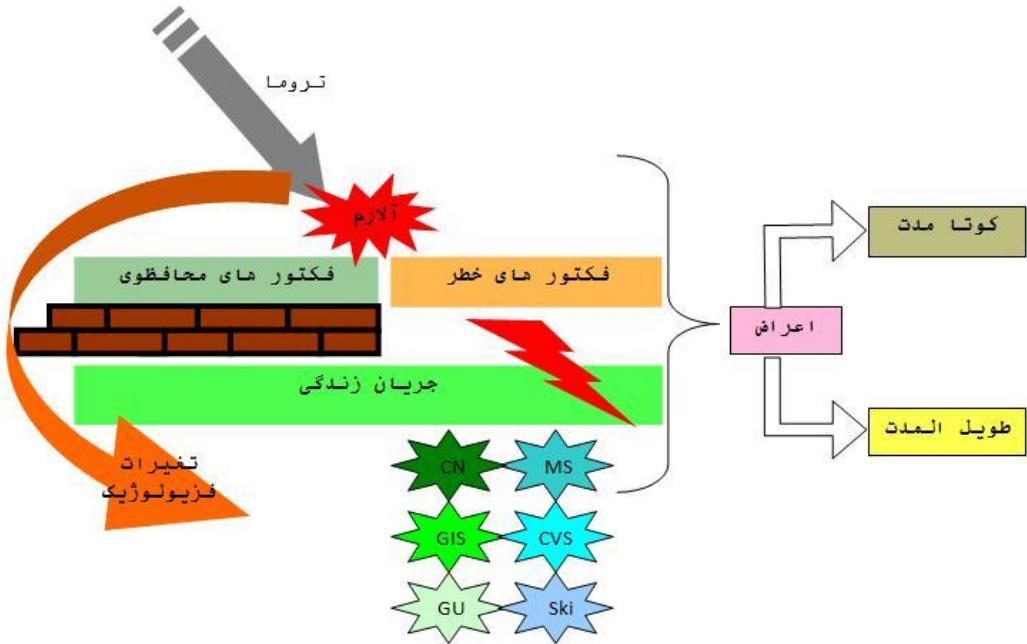
- اینها عکس العمل نورمال روان در پاسخ به حوادث غیرنورمال استند.
- در نتیجه، بعضی تغییرات فیزیولوژیک را در بدن خود می بینیم مثل ":

 - => افزای بعضی از هورمونها مثل کورتیزول، اپینفرین، نوراپینفرین
 - => فعال شدن عکس العمل خود کار در برابر استرس

- با تغییراتی که در بالا ذکر شد عملکرد نورمال بدن تحت تاثیر قرار میگیرد در نتیجه بعضی تغییرات در سیستم های زیر بوجود میآید:
 - => سیستم قلبی و عایی: از دیاد ضربان قلب، شاک CNS: گیجی و فلنج
 - => سیستم بولی: احتباس ادرار، تکرر ادرار، بی اختیاری ادرار
 - => سیستم معده معاوی: اسهال، قبضیت
 - => سیستم عضلی استخوانی: کمقوتی عضلی، استرخای عضلات
 - => جلد: رنگ پریدگی (خاسف)



- اعراض، علایم و عکس العمل های ذکر شده در بالا میتواند با میزان آشنایی قبلی روانی و جسمی شخص با این اعراض قبل از وقوع این حادثه مرتبط باشد.
- حالت آماده باش که توسط روان و جسم شخص در جریان حادثه ظاهر میکند، پاسخ هشدار دهنده نامیده میشود.



مثال: میدانیم که یک حیوان وحشی مثل گرگ خطرناک است، بنابراین هر وقت با این حیوان روبرو شویم، دفعتاً "روان ما برای هشدار دادن و پیدا کردن راهی برای رهایی از خطر فعال میشود.

مثال: هنگام شب در جایی قدم میزنید و ناگهان صدای ترسناکی را میشنوید. دفعتاً "حس میکند فوج شده اید و قادر به حرکت کردن نیستید.

تمرین: لطفاً" به خاطر آورید که آیا گاهی چنین وضعیتی را تجربه کرده اید؟ و یا تاکنون کسانی را در چنین وضعیتی مشاهده کرده اید؟ تجارت و مشاهدات خود را تشریح کنید.

بهبودی شخص بعد از گذشتاندن چنین تجربه، بستگی دارد به:

عوامل خطر برای رنج بردن از یک حادثه تروماتیک:

- وضعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیف
 - صحت جسمی و روانی ضعیف
 - شرایط روانی خراب
 - خیلی جوان یا پیر بودن
 - مریضی مزمن، درد مزمن، اعتیاد، تجربه از دست دادن یک عزیز (طلاق یا مرگ)، تنهايی.
- عوامل حمایت کننده:**
- حمایت اجتماعی و داشتن شبکه اجتماعی خوب
 - سعاد و تحصیلات
 - استراتئیزی سازش مثل رسیدگی به چنین تجربیات، به شیوه باز و مستقیم
 - علاقه مندی به جهان
 - صحت خوب
 - آگاهی در مورد خود و منابع و توانایی ها

اعراض ترومایی:

- چیزی که مشاهده میگردد این است که در درازمدت از طریق تجربیات تروماییک در ادراک، تفکر، ارتباط با دیگران، در رابطه به محیط اطراف و خود آنها، در اشخاص تغیرات وارد میشود.
- خود را بیگانه احساس میکنند و از لحاظ هیجانات احساس کرختی میکنند.

1- عواقب کوتاه مدت ترمومایی روانی اعراضی هستند که بلافاصله بعد از تجربه ترموماییک بوجود میآیند:

- عكس العمل های جسمی: پرش قلب، فشار خون بالا، کشش عضلی، سرعت تنفس، لرزه، مشکلات هضمی.
- عكس العمل های هیجانی: ترسیدن، احساس درمانگی و غم، پرخاشگری، شرم (به خاطر از دست دادن کنترول)، سوگواری غیرقابل کنترول.
- تفکر: مشکل در تمرکز، عدم توانایی در فکر کردن، آشفتگی یا خالی بودن سر، سردرگمی (چی میشد اگر....)، ملامت کردن خود و مشکل در جهت یابی.
- رفتار تصویری از وضعیت هیجانی است: بیقراری، عصبی بودن، برانگیختگی، عمل کردن بدون کدام پلان یا هدف و رفتار بهت زده (أخذ مواد نشه آور).
- تجزی: دیدن اتفاقات از خارج مثلاً" از پشت یک دیوار شیشه ای، اعتقاد به اینکه اینها واقعیت ندارد.
- مسخ شخصیت: فکر میکند احساساتش متعلق به او نیست، عمل کردن مانند ماشین خودکار.

عوامل اصلاحی برای تداوی عواقب کوتاه مدت:

- کمک و منابع روانی و جسمی
- بوجود آوردن یک خاطره تشریحی و مفصل از حادثه
- قرار دادن آن در زمینه زندگی
- درک کردن معنای ذهنی آن
- پذیرش تغییر روش زندگی

2- اعراض مزمن میتواند مدتی بعد از حادثه ترموماییک بوجود آید و به اعراض مداخله کننده و محدود کننده تقسیم شود.

- خاطرات فلاش بک: ظهور ناگهانی خاطرات دردناک تجربه ترموماییک، طوری که شخص خود را در همان وضعیت تهدید کننده با تمام خصوصیات مرتبط مثل ترس از مرگ، وحشت، فرار و آماده شدن برای جنگ احساس میکند.
- سنдрوم فرط برانگیخته گی: آماده باش بودن، احساس دوامدار فرار یا آمادگی برای جنگ، عصبی بودن، خواب های وحشتناک و اعراض جسمی مانند اختلالات خواب، فشار خون بالا، پرش قلب و لرزه

- **سندروم اجتنابی:** اجتناب فعال از اشخاص و مکانهایی که باعث به یادآوردن حوادث میشوند و اجتناب غیرفعال از احساسات به خاطر ترس از تجربه کردن احساسات شدید مشابه احساساتی که در جریان حادثه ترموماتیک تجربه کرده بود.
- **تجزی یا گستینگی**
- **اختلالات معنده تمرکز**
- **جسمی سازی، مریضی جسمی، درد های مزمن**



یکی از ویژگی های این اعراض آنست که غیرقابل کنترول هستند. شخص آن را به گونه ای تجربه میکند که گویی بخشی از خود اوست که در مورد آن نمیداند. این علائم خود به خود عمل میکند و دوباره باعث ایجاد ترس و وحشت میشوند.

3- PTSD مغلق (Complex PTSD): بر اساس سیستم تشخیصی غربی، اگر 4 مورد از اعراض فوق تا شش ماه بعد از حادثه ادامه یابد و حتی افزایش یابند، این حالت PTSD گفته میشود.

اعراض جانبی:

- احساس قربانی بودن
- از دست دادن مفهوم زندگی
- از دست دادن هویت

این حالت ها در اغلب موارد به مشکلات بیشتری منجر میشوند:

- ترس
- افسردگی
- افکار خودکشی و تلاش برای خودکشی
- مشکلات در روابط و خانواده
- مشکلات جنسی
- اعتیاد
- شکایات جسمی

تروما و خشونت فامیلی:

در طی سه دهه جنگ میزان خشونت فامیلی هم از لحظه کمیت و هم کیفیت افزایش یافته است. بر اساس تجربه ما، افزایش میزان خشونت فامیلی میتواند نتیجه PTSD باشد.

یکی از ویژگی های اعراض PTSD این است که غیرقابل کنترول هستند و شخص آنها را طوری تجربه میکند که گویی جزی از خودش میباشد در حالیکه "واقعاً" نمیداند که به صورت خود به خودی عمل میکند.

- مثال: مردی که اطفال خود را لت و کوب میکند و سپس ندامت میکشد و نمیداند چرا به روش غیرقابل کنترول رفتار کرده است، چنین گزارش میدهد:
- « در طی روز بیشتر و بیشتر عصبی میشوم و دریک مرحله خاص کنترول خود را از دست میدهم. وقتی چیزی روی زمین میافتد یا کسی بلند فریاد میزند کنترول خود را از دست داده و شروع به لت و کوب فرزندانم میکنم. »
- از طریق مشاوره مرد خواهد فهمید که چگونه عصبانیت با تجربیات تروماتیک گذشته وی ارتباط دارد. میتواند یاد بگیرد چگونه اعراض برانگیختگی را شناسایی کند و همراه با مشاور راه مناسبی برای کنترول آن پیدا کند.
- همچنین با تداوی PTSD اعراض به اندازه ای کاهش خواهد یافت که دیگر چنین تاثیر منفی روی زندگی نخواهد داشت.



● یکی از ویژه‌گی‌های دیگر این اعراض این است که شخص احساس میکند وضعیت تهدید کننده هنوز هم موجود است.

- تجربه در حافظه بیانی و بیوگرافی شخص مدغم نشده است.
- خاطره منظم و یکپارچه از تجربه وجود ندارد و خاطرات به بخش‌های مختلف تقسیم شده اند.
- از همین سبب شخص همیشه به این فکر است که گویا هنوز مورد تهدید قرار دارد.
- تمام سیستم انتظام استرس در عدم توازن به سر میبرد.
- به طریقی باید اینگونه عکس العمل‌ها در برابر تجربیات وحشتناک را به صورت عکس العمل نورمال در مقابل حالات غیرعادی ببینیم.
- اما تاثیر این حوادث، تعاملات و ارتباطات فامیلی را مختل میکند و به مهمترین منبع افغانها آسیب میرساند.

تروما و انزوای اجتماعی:

- این اعراض اغلب باعث میشود اشخاص از فامیل و جامعه دوری اختیار کنند.
- دچار انزوای اجتماعی میشوند و از مهمترین منبع خود (خانواده) جدا میشوند.
- نکته دیگر این است که اگر کسی احساس کند که در کنترول زندگی درونی خود ناتوان است به یک روش معاوضی سعی میکند تا زندگی بیرونی را کنترول کند، این اغلب به زنان و اطفال در خانواده صدمه میرساند.

تروما و اعتیاد:

به منظور کاهش احساس بیقراری درونی و فشار، بعضی مردم از الکهول و مواد نشہ آور استفاده میکنند.

رجایع:

اگر کدام واقعه PTSD را کشف یا تشخیص کردید برای تداوی اضافی به مشاور روانی اجتماعی ارجاع کنید.

اختلالات روانی شدید یا اختلالات سایکوتیک

سایکوز حالت روانی است که مشخصه آن از دست دادن تماس با واقعیت است. در طی حالت سایکوتیک شعور یا سطح هوشیاری فرد تغییر نمیکند. اعراض شامل "اعراض مثبت" (پدیده ای که در شخص سایکوتیک وجود دارد و در شخص نورمال وجود ندارد) مثل هذیانات و برسامات و اختلالات تفکر و نیز "اعراض منفی" (پدیده ای که در شخص سایکوتیک وجود ندارد اما در شخص نورمال وجود دارد). "معمولًا" تعدادی از اعراض دیگر نیز اغلبًا دیده میشوند ولی برای اختلالات سایکوتیک خاص نیستند مثل اختلالات خواب، ناآرامی، تغییرات رفتاری، انزواج اجتماعی و اختلال در اجرای نقش های فردی.

هذیانات:

هذیانات افکار غلطی هستند که مورد تایید هیچ کس دیگر در محیط و جامعه ای که فرد در آن زندگی میکند، نیست. شخصی که هذیان دارد متین است که افکار وی واقعیت دارند حتی اگر دلایلی برای اثبات اشتباہ بودن آن موجود باشد. شخص بر این افکار اصرار می ورزد. مثال:

- اعتقاد به این که دیگران میخواهند او را مسموم کنند یا بکشند، با وجود اینکه مدرکی برای حمایه این فکر وجود ندارد.
- اعتقاد به اینکه مردم در خیابان یا در رادیو در مورد وی صحبت میکنند.
- اعتقاد به اینکه بعضی افراد در وجود وی آلات رادیویی گذاشته اند که میتوانند وی را رديابی یا دنبال کنند.
- متین بودن از اینکه یک مریضی کشنده مثل سرطان یا ایدز دارد در حالیکه تست های طبی نشان میدهند که کاملاً سالم است.
- خود را انسان مشهور یا پولدار فکر کردن درحالیکه همه میدانند که این درست نیست.

برسامات:

وقتی کسی برسام دارد چیزهای را میبیند یا میشوند که وجود خارجی ندارند یعنی در واقعیت وجود ندارد و او آنها را واقعیت میپنداشد.

مثال:

- شنیدن چیزهای که دیگران نمیتوانند بشنوند.
- صدای که با وی صحبت میکنند و به او دستور میدهند.
- صدای در سر
- صدای عجیب یا صدای موسیقی از یک جای ناشناخته
- دیدن چیزها یا کسانی که دیگران نمیتوانند ببینند.

شخص گاهی اوقات در مورد این موضوعات به کسی چیزی نمیگوید زیرا فهمیده است که دیگران حرف های وی را باور نمیکنند.

با وجود آن هم اغلب به برسامات به گونه ای عکس العمل نشان میدهد که گویا واقعی هستند. برای مثال ممکن است در پاسخ با کسی که وجود خارجی ندارد، صحبت کند یا فریاد بزند.

افکار آشفته: وقتی تفکر فرد آشفته است ممکن است به طریقی صحبت کند که دیگران نتوانند بفهمند که چه میگوید یا دیگران نمیتوانند مسیر استدلال وی را تعقیب نمایند. به نظر میرسد پشت حرف های وی هیچ منطقی وجود ندارد. گاهی اوقات ممکن است کاملاً "بی معنی و بی مفهوم" صحبت کند و از کلمات ساختگی یا جملات نامکمل استفاده کند.

رفتار عجیب و غریب و غیرمعمولی:

شخص سایکوتیک ممکن است رفتار عجیب و غریب یا رفتار آشفته از خود نشان دهد. وقتی کاری را شروع کند آن را خراب میکند یا نامکمل رها میکند.

مثال:

- لباس پوشیدن به طور غیرمعمول و نامناسب
- جمع کردن یا نگهداری چیزهای که هیچ ارزشی ندارند.
- خراب کردن چیزها بدون اینکه بفهمد چه کار میکند.
- بیحرکت نشستن برای مدت طولانی
- خنده دن ناگهانی وقتی که هیچ چیز خنده داری اتفاق نیافتد.
- گریه بدون دلیل
- بی تفاوتی و سهل انگاری نسبت به اشیای که مربوطی اند (مثل غذا، لباس پوشیدن، پول)

اعراض منفی:

منظور از اعراض منفی عدم وجود رفتارهای نورمال و مشخص است.

برای مثال:

- فقدان هیجان: نسبت به همه چیز بی تفاوت است، چیزی وی را خوشحال، ناراحت یا عصبانی نمیکند.
 - عدم وجود خلاقیت: تمایل به انجام هیچ کاری ندارد، یا انگیزه ای برای انجام کارها در خود احساس نمیکند.
 - عدم وجود علاقه: چیزهای که قبل از مریضی به آنها علاقه داشت حالاً به آنها علاقه ای ندارد. مثل گوش دادن به رادیو، شنیدن خبرها در مورد بستگان و آشنایان یا بحث کردن در مورد اقتصاد یا سیاست.
 - عدم وجود حرکت در وجود شخص: شخص میتواند برای مدت طولانی بدون حرکت و ساکت بنشیند.
- به عنوان یک رهنمود کلی: هرگاه شخص بیشتر از دو عرض فوق را داشته باشد داکتر میتواند تشخیص سایکوز را بگذارد. این تشخیص ممکن است بعدها توسط مشاهدات از رفتار مریض یا گزارش فامیل مریض در مورد رفتار وی تایید و حمایت بیشتر شود.

علل سایکوز به خوبی شناخته نشده اما بعضی از عوامل خطر برای بوجود آمدن سایکوز وجود دارد.

بعضی از آنها عبارتند از:

عوامل بیولوژیکی	
مساعد بودن از نظر جنتیک، استفاده از مواد نشه آور مثل چرس، مشکلات زمان ولادت، صدمات و انتانات مغزی، مشکلات رشد مغزی، تغییرات در نیوروترانسمیتر های مغز.	
عوامل روانی	
حوادث استرس زای زندگی، محیط خانوادگی آشفته، تجربیات تروماتیک، مورد سواستفاده جنسی قرار گرفتن.	
عوامل اجتماعی	
سوگ، بیجا شدن، مهاجرت، شاهد خشونت بودن، مورد خشونت قرار گرفتن.	

انواع مختلف سایکوز وجود دارد:

1. سایکوز حاد (به شمول سایکوزی که به وسیله دواها و مواد نشه آور مثل چرس پیدا میشود)
2. سکیزوفرینیا یا سایکوز مزمن
3. سایکوز پس از ولادت همچنین اختلالات دیگری نیز وجود دارد که اعراض سایکوتیک را نشان میدهند:
4. اختلال دوقطبی، مانیا
5. افسردگی با اعراض سایکوتیک (برای معلومات بیشتر بخش افسردگی را ببینید)
6. آفات عضوی که بالای مغز تاثیر بگذارند.

I. سایکوز حاد:

1. تظاهرات کلینیکی:

سایکوز حاد ممکن است با عوامل خارجی مثل استفاده یا ترک الکهول و مواد نشه آور مترافق باشد. این حالت به "سایکوز ناشی از مواد نشه آور" معروف است. گاهی سایکوز حاد میتواند در پاسخ به استرس بزرگ در زندگی شخص بوجود بیاید.

اعراض شایع سایکوز حاد اعراض مثبت هستند مثل:

- اختلال رفتاری شدید مانند بیقراری و پرخاشگری
- هذیانات مثل:

- کسی میخواهد وی را مسموم سازد یا علیه وی توطئه کرده است یا میخواهد به وی صدمه بزند.
- جادو شده است.
- توسط جن ها تسخیر شده است یا تحت کنترول نیروهای ناشناخته قرار دارد.
- از او سواستفاده صورت میگیرد و سرزنش میشود.

- برسامات مانند شنیدن صداها یا دیدن چیزهای که دیگران نمی‌توانند ببینند یا بشنوند یا احساس اینکه حشراتی زیر پوست میخزند وغیره.
- گفتار آشفته یا صحبت کردن بی مفهوم
- وضعیت هیجانی ترسناک یا تغییر سریع در هیجانات سایکوز حاد مریضی روانی شایع عاجل است که در مراکز صحی اولیه دیده میشود. این حالت برای شخص و فامیل وی گیج کننده، زجرت اور و مختل کننده است.

2. خطرات احتمالی:

- استیگما و بدنامی
- تبدیل شدن به سایکوز مزمن
- سومصرف مواد نشه آور
- افسردگی و خودکشی
- بیکار شدن
- مشکلات ارتباطی

3. معاینه وضعیت روانی:

اعراض شایع سایکوز حاد عبارتند از:

- تغییر در ظاهر مثل بیقراری، نازارمی یا کاهش حرکات، صحبت کردن با خود، خندها با خود، ارتباط و سازگاری ضعیف با کارکن صحی، نبودن تماس چشمی، حفظ الصحه خراب، عدم همکاری و گوشه گیری.
- گفتار: پرش افکار (افکار سریع، از یک موضوع به موضوع دیگر رفتن) فقر افکار، آهسته صحبت کردن، توقف افکار.
- افکار: هذیانات گزند و آسیب و انتساب، هذیان کنترول شدن، عقاید عجیب و غریب
- ادراک: برسامات مانند شنیدن صداها، دیدن چیزها، بوهای غیرمعمولی یا حشراتی که زیر پوست میخزند.
- تغییرات سریع هیجانات و عواطف نامتناسب
- مشکل در تمرکز
- مشکل در تفکر انتزاعی
- قضاوت و بصیرت ضعیف

4. تشخیص:

تشخیص بر اساس یافته های کلینیکی گذاشته میشود. هیچ تست لابراتواری و یا رادیولوژی تاییدی وجود ندارد. اگرچه معاینات بیشتر برای رد کردن علل ارگانیک مورد نیاز است. سایکوز حاد باید از اشکال دیگر سایکوز تشخیص تفریقی گردد.

نکته هایی برای تشخیص سایکوز حاد:

- شروع ناگهانی
- موجودیت فشارهای روانی
- اعراض مثبت مثل هذیانات و برسامات غالب هستند.
- تهیج و نارامی شایع است.

5. تداوی:

تمدوی سایکوز حاد دوازی است. اقدامات روانی اجتماعی و قتی نیاز است که فشارهای روانی در زندگی شخص موجود باشد. پلان تداوی مناسب باید اهداف زیر را داشته باشد:

- کاهش میزان به هم ریختگی و مزاحمت های بوجود آمده بوسیله سایکوز
- کاهش خطر اختلالات ثانوی
- بهبودی هرچه سریعتر
- بهتر کردن نتایج

دواها برای تداوی سایکوز حاد و مزمن مشابه هستند. دواهای آنتی سایکوتیک در بخش سکیزوفرینیا تشریح شده است.

تفاوت اصلی این است که در سایکوز حاد دوره تداوی کوتاه تر است (چند هفته تا چند ماه) در حالیکه در سکیزوفرینیا تداوی بسیار طولانی است. مدت تداوی برای سایکوز حاد حدود یک ماه است. بسیاری از مریضان در این دوره کاملاً بهبودی کسب میکنند و دوباره هم به این مرض دچار نمیشوند.

6. تعقیب:

تعقیب تداوی در مرحله اول تداوی برای تنظیم دوز دواها، پیروی از تداوی، ارزیابی عوارض جانبی و کنترول اعراض، حمایت فامیلی یا در صورت لزوم غرض ارجاع برای مراقبت های روانی اجتماعی بسیار مهم است.

II. سکیزوفرینیا یا سایکوز مزمن:

سکیزوفرینیا یک اختلال روانی شدید است که با اعراض سایکوتیک مثبت و منفی مشخص میشود. اگر تداوی سکیزوفرینیا ناقص باشد یا مریض اصلاً تداوی نشود میتواند باعث ناتوانی ها و نارسانی های عمده و طولانی مدت شود که بر تمام جنبه های عملکرد انسانی تاثیر میگذارد.

1. تظاهرات کلینیکی:

اعراض اولیه سکیزوفرینیا خفیف بوده و همراه با تغییر تدریجی در رفتار شخص میباشند. اعضای فامیل ممکن است این اعراض را به مسائل دیگری مثل مشکلات شغلی یا درسی وغیره ربط دهند. اعراض شایع عبارتند از:

- کاهش تمرکز و توجه

- کاهش علاقه و انگیزش
- مزاج افسرده
- اختلالات خواب
- اضطراب
- انزوای اجتماعی
- مشکوک بودن
- خرابی فزاینده در اجرای مسؤولیتها
- تخریشیت

"معمولان" چنین تغییرات بدون اینکه توجه فامیل را جلب کنند برای هفته‌ها ادامه می‌باید تا وقتی که اعراض وصفی سایکوتیک مثل تهیج، هذیانات، برسامات وغیره نمایان شوند. هرگاه اعراض بیشتر از یک ماه دوام نماید و شخص نتواند بیشتر از 6 ماه به طور نورمال فعالیت داشته باشد میتوانیم این مریضی را سکیزوفرینیا بنامیم. در ابتدا ممکن است اعراض به سطح حالت سایکوتیک نرسد. هر دو نوع اعراض منفی و مثبت در سکیزوفرینیا با نوسانات در شدت آنها، دیده می‌شوند. در مرحله حاد اعراض مثبت غالب هستند در حالیکه در موارد مزمن اعراض منفی بیشتر دیده می‌شود.

اعراض مثبت شایع در سکیزوفرینیا عبارتند از:

- هذیان پارانویید: هذیاناتی اند که به خود شخص راجع می‌شود و به آن هذیانات گزند و آسیب نیز می‌گویند. از قبیل مسموم شدن، توطئه برای کشتن وی، از وی جاسوسی کردن وغیره.
- هذیانات بزرگ منشی: مثل اینکه شخص قدرت‌ها و یا ماموریت‌های خاصی دارد.
- هذیان دخالت فکری: که دیگران میتوانند افکار مریض را بشنوند، بخوانند یا بربايند و افکار را وارد مغز مریض کنند
- حسیت جسمی که توسط کسانی از خارج به وی تحمیل می‌شوند.
- پدیده تبعیت: اینها عقاید هذیانی یا ادراکی هستند که دیگران میتوانند خواسته‌های مریض، حرکات اعضای بدن، عملکردهای جسمی یا وظیفوی وی را کنترول کنند.
- پخش افکار: مریض میتواند افکار خود را بشنود
- برسامات شناوی ای به صورت صدایی که در مورد مریض صحبت می‌کند و ممکن است به شکل تبصره دوامدار در مورد عملکردهای مریض باشد.
- بی‌نظمی فکری: وقه در جریان افکار مثل توقف افکار و مشکل در تفکر صریح مثلاً "نمیتواند ضرب المثل‌ها یا گفته‌های معروف را توضیح دهد.

اعراض منفی زیر در سکیزوفرینیا شایع هستند:

- بی‌تفاوتی یا عاطفه کند یا هموار (بی‌تنوع)
- عاطفه غیرمتاسب مثلاً" وقتی که خبر غم انگیزی را می‌شنود می‌خنند.

- فقدان احساس لذت یا از دست دادن لذت در زندگی روزمره (anhedonia)
- از دست دادن انرژی
- از دست دادن انگیزش
- از دست دادن مهارت های مراقبت از خود
- کاهش مهارت های ارتباطی کلامی و غیرکلامی مثل تماس چشمی
- از دست دادن فوریت و مکالمه سلیس و روان
- کاهش توانایی در آغاز کردن و ثابت ماندن در اجرای یک فعالیت پلان شده

اعراض دیگر نیز میتواند وجود داشته باشد:

- سرگردان بودن، جمع کردن آشغال، صحبت کردن و خندها با خود، صحبت کردن با جن ها، شکایات غیرمعمول جسمی مثل داشتن مار در داخل مغز یا یک حیوان در داخل بدن، عدم موجودیت اعضای بدن، انکار از شناسایی اقوام و بستگان.

2. اختلالات و خطرات احتمالی:

خطرات شایع ناشی از سکیزوفرینیا عبارتست از افسردگی، خودکشی، سومنصرف مواد نشه آور، مشکلات در روابط و ارزوهای اجتماعی. تشخیص و تداوی سریع احتمال چنین خطرات را کاهش میدهد. تأخیر در تداوی منجر میشود به:

- بهبودی آهسته و ناقص
- اختلال در رشد اجتماعی و روانی
- مشکلات در روابط، از دست دادن حمایت اجتماعی و فامیلی
- اختلال در عملکرد مادران و پدران جوان به عنوان والدین
- مزاحمت و اخلال در تحصیل و شغل
- افزایش استرس در فامیل
- انذار خراب
- افسردگی و خودکشی
- سومنصرف مواد نشه آور
- بستری شدن غیرضروری
- افزایش هزینه های اقتصادی در جامعه

سیر و عاقب اسکیزوفرنی:

- حدود 45 فیصد مریضان بعد از یک یا دو هجمه بهبودی حاصل میکنند.
- حدود 20 فیصد از مریضان اعراض دائمی و ناتوانی پیشرونده را نشان میدهند.
- حدود 35 فیصد از آنها خصوصیات مختلط با درجات مقاومتی از بهبودی یا بدتر شدن را نشان میدهند.

3. معاینه وضعیت روانی:

موارد زیر معمولاً در مریضان سکیزوفرینیا دیده میشود:

- رفتار و وضع ظاهر: کاهش فعالیت روانی حرکی (مزمن)، یا تهیج (حاد)، عدم تماس چشمی، مشکل در ایجاد رابطه با داکتر، کاهش مراقبت از خود
- گفتار: اختلال تفکر مثل پایین بودن صدا و کاهش سرعت گفتار، محتوای انک گفتار، توقف افکار، از دست دادن جریان صحبت، افکار از هم گسیخته وغیره
- افکار: هذیان مانند هذیانات پارانویید، هذیان انتساب، بزرگمنشی، هذیان کنترول مثل پخش افکار یا داخل کردن یا بیرون کشیدن افکار.
- ادراک: برسامات شنوایی، بینایی، تماسی وغیره
- مزاج و عاطفه: عواطف کند، عواطف نامناسب
- فعالیتهای شناختی: مشکلات در تمرکز، مشکلات در تفکر صریح، قضاوت ضعیف، فقدان بصیرت

4. تشخیص:

شروع سکیزوفرینیا در کل به تدریج صورت میگیرد و به ندرت شروع ناگهانی دارد. اعراض مثبت در مرحله حاد در تشخیص کمک میکند. در مرحله حاد اعراض مثبت در صحنه حاکم بوده ولی اعراض منفی نیز ممکن است وجود داشته باشد. تشخیص اولیه بسیار مهم است اگرچه در بسیاری از موارد مریض دیرتر برای تداوی آورده میشود. مزایای تشخیص و تداوی زود عبارتند از:

- به حد اقل رساندن: ناراحتی مریض، اعراض مثبت، اضطراب و افسردگی
- کاهش دادن: تکرار عود مریضی، خرابی فعالیتهای شناختی، از دست دادن مهارت های شخصی مراقبت از خود وغیره
- محدود کردن: اختلال و کاهش در عملکردهای اجتماعی، از دست دادن حمایت فامیل و شبکه های اجتماعی، از دست دادن مهارت های بین فردی.

5. تداوی:

تمداوی سکیزوفرینیا نیازمند روش های دوایی، روانی اجتماعی و اجتماعی نظر به مراحل مریضی میباشد. اولین روش استفاده از دوا برای کنترول اعراض مثبت است که برای این کار از دواهای آنتی سایکوتیک استفاده میشود. مداخلات روانی اجتماعی وقتی استفاده میشود که شدت اعراض کاهش یابد. مداخلات روانی اجتماعی ناراحتی های ناشی از مریضی و تکرار عود مریضی را به حد اقل میرساند و به انکشاف مهارت های اجتماعی کمک میکند.

اهداف تداوی در سکیزوفرینیا عبارتند از:

- مطمین شدن از مصوونیت مریض و فامیل وی
- ارزیابی و تداوی عوامل تسریع کننده
- بهبود سریع اعراض سایکوتیک

- تجویز رژیم دوایی موثر و قابل تحمل
- آغاز مرحله انتقالی به تداوی نگهدارنده

تداوی دوایی:

بسیاری از مریضان سایکوتیک از دواهای که تنها برای تداوی سایکوز ساخته شده اند، میتوانند سود ببرند. به این دسته از دواهای آنتی سایکوتیک میگویند (AP). انواع مختلف آنتی سایکوتیک ها وجود دارد از قبیل:

- کلورپرومازین (لارگاکتیل)
- هالوپریدول (هالدول)
- فلوفنازین دکانویت زرقی

برای کنترول عوارض جانبی دواهای آنتی سایکوتیک از دواهای زیر نیز میتوان استفاده کرد:

- بی پریدین
- تری هگزی فنیدیل

اگر مریض بسیار ناآرام و متهیج باشد کنترول سریع ناآرامی از همه مهم است. در ناآرامی شدید آنتی سایکوتیک های زرقی باید استفاده شوند (کلورپرومازین 50 میلی گرام عضلی یا هالوپریدول 5 میلی گرام عضلی). این زرقیات تکرار شده میتوانند. اگر مریض همکاری میکند به شکل فمی تبدیل کنید.

کاربردهای درمانی این دواها شامل کنترول کوتاه مدت سایکوز حاد و حالات تهیج شدید و نیز تداوی طولانی مدت اختلالات سایکوتیک مزمن مثل سکیزوفرینیا میباشند. شواهدی وجود ندارد که دوزهای بالاتر این دواها باعث پاسخ سریعتر به تداوی و یا تاثیر گذاری بیشتر شود ولی همیشه دوزهای بالاتر این دواها با خطر عوارض جانبی شدید همراه است. کلورپرومازین و هالوپریدول در لیست ادویه اساسی برای تداوی سایکوز شامل اند.

زرقیات برای کنترول تهیج یا ناآرامی حاد:

اگر مریض ناآرام باشد و دیگران را به خطر اندازد، دواهای زرقی زیر را تطبیق کنید:

- کلورپرومازین 50 میلیگرام عضلی یا
- هالوپریدول 5 میلی گرام عضلی

معمولًا "یک یا دو زرق رفتار پرخاشگرانه را کاهش میدهد. سپس آنها را به شکل فمی تبدیل کنید.

آنتی سایکوتیک های فمی:

- کلورپرومازین 200 میلیگرام در آغاز در دوزهای کسری، هر 2-3 روز 100 میلیگرام افزایش دهد (حد اکثر 600 میلی گرام).
- هالوپریدول 5-15 میلیگرام شروع با کمترین دوز و افزایش تدریجی هر 2-3 روز.

- اگر این دواها با دوز مناسب در مدت مناسب موثر واقع نگردد، مهم است که بفهمید چرا؟ اگر موثر نبودن تداوی به علت امتناع مریض از خوردن دوا باشد پس باید تداوی را به زرقیات فلوفنازین تبدیل کنید.

آنٹی سایکوتیک های دارای تاثیر طولانی:

هرگاه مریض نیتواند دواهای فمی را مصرف کند میتوانیم از زرقیات دارای تاثیر طولانی استفاده کنیم. به این منظور از فلوفنازین دکانویت (25mg/ml) استفاده میگردد.

مدت تداوی

دواهای آنتی سایکوتیک به تدریج اثر میگذارند. ممکن است هفته ها طول بکشد تا این دواها تاثیر کامل خود را نشان بدهند.

- بعد از چند ساعت: مریضی که بسیار نازارم است پرخاشگری وی کم میشود. احساس آرامش و خواب آلو دگی بیشتری میکند.
 - بعد از چند روز تا چند هفته: مریض بهتر میخوابد و برسامات (صدای غیرطبیعی) کمتر تکرار میشوند یا زیاد بلند نخواهند بود.
 - بعد از چندین هفته: هدیانات کاهش میابد. مریض به نظر میرسد که به افکار نادرست خود شک میکند و فکر میکند که ممکن است واقعیت نداشته باشند.
- در سایکوز مزمن دواها باید برای مدت طولانی مصرف شوند - معمولاً "بیشتر از یک سال-مریض باید گرفتن دواهای خود را ادامه دهد حتی وقتی که اعراض سایکوتیک به نظر میرسد که ناپدید شده اند. دستورات کامل باید به مریضان و فامیل آنها داده شود.

عوارض جانبی دواهای آنتی سایکوتیک:

- کلورپرومazine، هالوپریدول و فلوفنازین همه باعث ایجاد عوارض جانبی شده میتوانند. مهمترین عوارض جانبی دوایی آنتی سایکوتیک ها عبارتند از:
- پارکینسونیزم: شکی، لرزش، حرکات آهسته که با دواهای ضد پارکینسونیزم فمی مثل تری هگزی فنیدیل 2-4 میلی گرام در روز یا بی پریدین 2-6 میلی گرام در روز قابل کنترول هستند.
- دیستونی حاد: اسپاسم های حاد عضلی معمولاً "در عضلات گردن و صورت (فك و زبان) رخ میدهد. این حالت با زرق بنزدیازپین های زرقی یا دواهای ضد پارکینسونیزم قابل کنترول است.
- آکاتیزیا: بیقراری حرکی شدید. این حالت با کاهش دوز دوا یا تجویز یک بتا بلکر مثل پروپرانولول 20-40mg/3 times قابل کنترول است.
- دیس کاینزی تاخیری: یک عارضه نادر دواهای آنتی سایکوتیک ها که بعد از تداوی طولانی مدت ظاهر میشود. مشخصه آن حرکات تکراری غیرنورمال در صورت، لب ها و تنہ وغیره است. تشخیص زود هنگام و قطع تداوی ضروری است.

توصیه های مهم:

- در مورد پلان تداوی با مریض صحبت کنید.

- دواهای آنتی سایکوتیک باید بعد از در نظر گرفتن عوارض جانبی شان انتخاب شود.
- از یک آنتی سایکوتیک در یک زمان استفاده کنید.
- با دوز کم شروع کنید و به آهستگی پیش بروید.
- از حداقل دوز مورد نیاز برای بهبودی و جلوگیری از عوارض جانبی استفاده کنید.
- اعراض و عوارض جانبی را ارزیابی کنید.
- اگر اعراض به دوز کافی دوا در مدت 4 هفته جواب نداد دواهی آنتی سایکوتیک را تغییر دهید.
- برای تداوی طولانی مدت در مواردی که مریض همکاری نمیکند زرقیات دیپو یا آنتی سایکوتیک دارای تاثیر طولانی میتوانند استفاده شوند.

جدول خلاصه تداوی دوایی:

دوز	عارض جانبی	مضاد استطباب	استطبابات	دوا
<ul style="list-style-type: none"> • شروع با 200 میلی گرام به دو دوز کسری، دو بار در روز تا 600 میلی گرام مقدار دوا را بالا ببرید، دوزهای کسری دو بار در روز یادداشت: هرگاه فشار خون پایین بباید مثل "هنگام ایستادن، دوا را قطع کنید، و یا دوز را کاهش دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی (تسکین) • گنسیت (تفریط فشار خون وضعیتی) • اختلال جنسی • اسپاسم حاد عضلی (دستونیا) • درد و ناراحتی در پا • پارکینسونیسم 	<ul style="list-style-type: none"> • در حاملگی مخصوصاً در سه ماه اول • فرط فشار خون شدید • آفات کبدی • افراد جوان (نه برای اطفال) 	<ul style="list-style-type: none"> • سایکوز • اضطراب شدید و رفتار تهاجمی که تشوشات عضوی دارند (دلریوم و دمنشیا) • مانیا • اضطراب شدید و رفتار خشن 	<ul style="list-style-type: none"> کلورپرمازین تابلیت: 100 میلی گرام زرقیات: 25 میلی گرام فی میلی لیتر
<ul style="list-style-type: none"> • شروع با نیم تابلیت 5 میلی گرامی در روز تا 5 میلی گرام در روز یا در صورت ضرورت تا 10 میلی گرام در روز دوز نگهدارنده معمول 5-10 میلی گرام در روز 	<ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی (تسکین) • اختلال جنسی • اسپاسم حاد عضلی دستونیا • درد و ناراحتی در پا • پارکینسونیسم 		<ul style="list-style-type: none"> • سایکوز • بیقراری شدید با رفتار خشن در بیماران دمنشیا، دلریوم • مانیا 	<ul style="list-style-type: none"> هلوپیریدول (تابلیت 5 میلی گرامی)

• شروع با نصف پیچکاری 25 میلی گرامی داخل عضلی • بعد از 14 روز، زرق عضلی 25 میلی گرامی بدھید - دوز نگهدارنده 50 میلی گرام در ماه 25	مانند بالا	• شخی حاد عضلات با کلورپرومازین یا هلوپیریدول	• تشوشات مزمن سایکوتیک	فلوفنازین دیکانویت 25 پیچکاری های داخل عضلی
• برای پارکینسونیسم که ناشی از داروهای ضد سایکوتیک باشد، 2 میلی گرام دو بار در روز • برای دستونیا حاد، زرق عضلی 5 میلی گرامی			• عوارض جانبی از دیگر داروهای ضد سایکوتیک	باپریدین (تابلیت 2 میلی گرامی، پیچکاری های 5 میلی گرام فی میلی لیتر)

مداخلات روانی اجتماعی:

مداخلات روانی اجتماعی در سکیزوفرینیا مهم هستند. مداخلات روانی اجتماعی و سهیم ساختن مریض در فعالیت های مناسب به مریض کمک میکند تا:

- مهارت های اجتماعی ببهود یابد.
- در عواید خانواده سهیم شود.
- ذهن را از افکار منفی مربوط به مریضی منحرف میکند.
- عزت نفس را افزایش میدهد.
- استیگما و بدنامی را کاهش میدهد.
- به زندگی نظم میدهد.
- مریض را در جامعه سهیم میسازد.

(A) آموزش به مریض:

بسیار مهم است تا شخص بداند که مریض است. اکثر مریضان مصاب به سایکوز این را قبول نمیکنند. کارمند صحی باید بداند که مریض اغلب "ترس شدید داشته و اطراف خود را خطرناک و خصمانه میبیند. هر کارمند صحی باید رویه دوستانه را در پیش بگیرد و چیزها را با صمیمیت و ساده تشریح کند. به مریض انگیزه دهد تا بر سر کار باز گردد و خود را عضوی از جامعه بداند.

(B) آموزش به فامیل:

- به فامیل مریض توضیح دهید که رفتار عجیب و ناآرامی همه از سبب مریضی است.
- اهمیت دواها را برای فامیل تشریح کنید.
- در مورد اهمیت کاهش استرس آگاهی دهید.

- با مریض در مورد عقاید سایکوتیک وی بحث و جدل نکنید و همچنان به او نگویید که با افکار وی موافق هستید، ولی به وی احترام بگذارید.
 - از جروبخت یا انتقاد کردن مریض خود داری کنید.
 - وقتی اعراض شدید هستند استراحت و گوشه گیری میتواند مفید باشد.
 - یک زندگی روزمره سازمان یافته را پیشنهاد کنید. کارهای مشابه روزانه به مریض کمک میکند تا احساس مصوونیت کند.
 - به فامیل توصیه کنید که فعالیت های را که برای منحرف نمودن افکار مریض کمک میکنند و احساس با ارزش بودن را میدهد، پیدا کنند.
 - فامیل را تشویق کنید تا شغل مناسبی برای شخص پیدا کنند. آموزش های حرفی و شغلی و استخدام در محیط محفوظ مفید است.
 - استفاده از چرس را منع کنید.
- C. آموزش افراد جامعه: دادن معلومات عمومی درباره بیماری به همسایگان و بزرگان محل کمک کننده میباشد. داکتر میتواند از کارمندان صحی جامعه بخواهد تا این معلومات را ارایه کنند.

III. سایکوز پس از ولادت (PPP):

تغیرات سایکوتیک بعد از ولادت میتواند در مادر بوجود آید. بعد از ولادت ممکن است مادر مبتلا به نوعی سایکوز حاد و خطرناک شود. اعراض سایکوز معمولاً "در دو هفته اول پس از ولادت آشکار میگردد.

اعراض شایع عبارتند از:

- گیجی، عدم جهت یابی و تهیج
- رفتار عجیب و غریب
- آواره گردی
- حرف زدن یا خندهای با خود
- غفلت در مواظبت از خود.
- غفلت و بی توجهی به طفل.
- هذیانات و بد گمانی
- اعتقاداتی در مورد اینکه این طفل شیطان است یا توسط شیطان تسخیر شده است.
- پرسامات
- خطر صدمه زدن به خود و طفل
- عاطفه نامتناسب یا ناپایدار
- نداشتن بصیرت در مورد مریضی

زنانی که تاریخچه سایکوز یا اختلال دوقطبی و یا سکیزوفرینیا دارند، خطر بلند مصاب شدن به سایکوز پس از ولادت را داراند. به همین ترتیب زنانی که تاریخچه فامیلی اختلالات بالا را دارند نیز چанс

بالاتری برای مصاب شدن به این اختلال را دارند. همچنین زنانی که در گذشته مصاب به سایکوز پس از ولادت شده اند بیشتر امکان دارد بار دیگر در حاملگی های بعدی به این مرض دچار شوند. سایکوز پس از ولادت یک واقعه عاجل روانی است و توجه فوری را برای جلوگیری از آسیب رسیدن به مادر و طفل ایجاب مینماید. اعضای فامیل باید همیشه همراه مریض بمانند. اغلب اوقات بستری شدن در شفاخانه برای زنانی که سایکوز پس از ولادت دارند، ضروری است. اگر این کار امکان ندارد یا فامیل مریض از بستری کردن امتناع میورزند، مریض باید در تمام اوقات تحت نظر باشد. فامیل باید مطمین شود که دواها طبق تجویز داکتر مصرف میشوند و مریض به طور منظم باید ارزیابی شود. تداوی سایکوز پس از ولادت مشابه سایکوز حاد است. دواهای آنتی سایکوتیک به شیر مادر راه پیدا کرده میتوانند اگر مادر به شیردهی ادامه دهد باید طفل را از نظر خواب آلودگی و بیحالی ارزیابی کرد. بنابراین تجویز حداقل دوز دوایی آنتی سایکوتیک ها برای کاهش اعراض حیاتی است.

IV. اختلال دوقطبی: مانیا

1. ظاهرات کلینیکی:

اختلال دوقطبی به صورت دوره های مانیا یا هیپومانیا متناوب با دوره های افسردگی تعریف میشود. اعراض و علایم مانیا (یا یک دوره مانیا) عبارتند از:

- انرژی افزایش یافته، فعالیت بیش از حد و بیقراری
- خلق بسیار بالا، خوشی کاذب
- تخرشیت

افکار سریع و صحبت کردن بسیار سریع، پریدن از یک موضوع به موضوع دیگر
هوش پرکی، مشکل در تمرکز
نیاز کم به خواب

هذیانات: عقاید غیرواقعی در مورد توانایی ها و قدرت خود
قضاؤت ضعیف

رفتار خطرناک مثل ول خرجی، شروع کردن تجارت های جدید، استفاده از مواد نشه آور و الکهول
افزایش میل جنسی، خطر ایدز

سومصرف مواد نشه آور یا الکهول و دواهای خواب آور
رفتار تحریک آمیز، مزاحم و پرخاشگرانه
انکار از اینکه مشکلی وجود دارد.

2. خطرات احتمالی:

- سومصرف مواد نشه آور و الکهول
- تلاش برای خودکشی
- مشکلات در رعایت از قانون
- ایدز/HIV

3. معاینه وضعیت روانی:

تغییرات عمدۀ که در شخص مشاهده می‌شود:

- شخص نا‌آرام و بی‌قرار است (افزایش فعالیت‌های روانی حرکی)، خشم ناگهانی دیده می‌شود، پر حرف است (بدون پرسیدن هیچ سوالی شروع می‌کند)، همکاری می‌کند، به خوبی لباس می‌پوشد، احوالپرسی می‌کند، اعتماد به نفس بالا، رفتار و گفتار طعنه آمیز دارد
- گفتار: پر حرفی، پرش افکار و افکار مسابقوی، تغییر مکرر موضوع صحبت
- افکار: افکار مغروراه و بزرگمنشی، ممکن است به خاطر افکار بزرگمنشی (فکر می‌کند شخص قدرتمند و با نفوذ است) احساس ترس کند که دیگران به او آسیب میرسانند.
- ادراک: بر سمات مانند صدای که به مریض می‌گویند او شخص صاحب قدرت است
- عاطفه: خوشی کاذب (خوشی غیرنورمال)، تخرشیت
- هوش پرکی و توجه اندک
- قضاویت ضعیف (خود را مریض نمی‌داند)

4. تشخیص:

تشخیص اختلال دو قطبی بر اساس اعراض، سیر مریضی و تاریخچه فامیلی اگر در دسترس باشد، گذاشته می‌شود. مانیا به طور معمول با فرط فعالیت، مزاج بالا و تخرشیت بیش از حد، بی خوابی، فشار تکلم و پرش افکار ظاهر می‌شود. مانیای خفیف تا متوسط را هیپومانیا می‌گویند. اعراض سایکوتیک مانیا اغلب مشابه اعراض سایکوز حاد و سکیزوفرینیا است.

5. تداوی:

پلان تداوی را با مریض و اعضای فامیل وی بحث کنید. دوا کلید برای بهبود اختلال دو قطبی است. مداخلات روانی اجتماعی پس از بهبود حالت مریض بعد از گرفتن دواها مفید است. تداوی اولیه مانیا شامل والپریک اسید یا کاربامازپین است. اگر مریض سایکوتیک است، یک دوای آنتی سایکوتیک نیز داده شود. هرگاه مریض مانیا افسرده شود یک دوای ضد افسردگی (SSRI) مثل فلوکستین توصیه می‌شود و همزمان والپریک اسید یا کاربامازپین باید ادامه یابد زیرا دواهای ضد افسردگی ممکن است باعث شوند مریض به مرحله مانیا یا هیپومانیا داخل شود.

توصیه‌ها برای تداوی دوایی مطابق لیست ادویه اساسی:

- در مراحل اولیه با نا‌آرامی شدید و رفتار خطرناک، آنتی سایکوتیک‌های زیر را تجویز کنید: هالوپریدول 5 میلیگرام عضلی و اگر در دسترس نبود کلورپرومازین 50 تا 100 میلیگرام عضلی
- به محض اینکه مریض همکاری کند، دواها را به شکل فمی تغییر دهید.
- هرگاه نا‌آرامی کنترول شد تداوی وقایوی باید شروع شود.

تداوی وقایوی: بعضی از دواهای ضد اختلال خاصیت با ثبات ساختن مزاج را دارند و از آنها می‌توان برای تداوی اختلال دو قطبی استفاده کرد.

- والپرولیک اسید: 500 تا 750 میلی گرام روزانه؛ دوز های پایین تر ممکن است برای هیپومانیا استفاده شود. گاهی اوقات دادن این مقدار دوا در یک دوز در وقت خواب کمک کننده است، در غیر آن دوا را دو بار در روز بدھید.
- کاربامازپین: 200 تا 600 میلیگرام در روز؛ شروع با دوز کمتر و افزایش 200 میلی گرام روزانه هر دو تا چهار روز. بهتر آن است که دوا را به صورت دوز واحد در وقت خواب بدھیم در غیر آن دوبار در روز مناسب است.
- تداوی با ثابت کننده های مزاج نیازمند تست های لابراتواری دوره یی است تا پاسخ مریض را در برابر دوا ارزیابی کنیم.

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض مانیا
- بررسی شدت اعراض
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- بررسی رفتار خطرناک

مهمنراز همه معلومات در مورد:

- اختلال دو قطبی در فامیل
- مریضی های جسمی در مریض
- استفاده از دواها
- استفاده از مواد نشه آور و الکهول
- شخصیت فرد قبل از مریضی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از مریضی
- استفاده از تداوی های سنتی
- آیا مریض به زنجیر بسته شده است.

2. ارجاع به سطح بالاتر:

- اعراض شدید هستند.
- تلاش برای خودکشی یا خطر خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی احتمالی مترافق با آن وجود دارد.
- تداوی اولیه موثر نبوده است.
- اعراض سایکوتیک پایدار هستند.

توصیه های مهم:

- تغییرات در مزاج و رفتار اعراض مریضی است.
- از جروبحث با مریض بپرهیزید. به استثنای جلوگیری از اعمال خطرناک.
- تداوی های موثر برای این مریضی در دسترس قرار دارند
- گاهی بستری کردن برای مصوونیت مریض و اعضای فامیل ضروری است.
- تداوی دوامدار از عود مریضی در آینده جلوگیری میکند.
- مریض بدون تداوی ممکن است خطرناک و مزاحمت کننده شود.
- مانیا اغلب منجر به از دست دادن کار، مشکلات مالی یا رفتارهای پرخطر جنسی میشود.
- در اغلب موارد نظارت نزدیک از سوی اعضای فامیل نیاز است.
- تداوی همیشه با حمایت از سوی فامیل موفقانه تر خواهد بود.
- استرس میتواند کسانی را که در گذشته دوره های از مانیا داشته اند، در معرض مانیای شدید قرار دهد.
- اعراض عود مریضی توسط اعضای فامیل قابل شناسایی است.
- ویزیت منظم داکتر برای تعقیب تداوی بسیار مهم است.
- استیگما و تبعیض شایع است.

2. مشاوره روانی اجتماعی و آموزش روانی:

- آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، دوام هجمه ها و تغییرات در طی زمان، رفتارهای خطرناک، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب مریضی به شمول خودکشی، تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن صورت میگیرد.
- مداخلات روانی اجتماعی به فشارهای روانی اجتماعی و ارتقای حمایت فامیلی بستگی دارد.

3. تعقیب تداوی:

در جلسات تعقیبی داکتر باید اعراض سایکوز، نوسانات خلقی، خشونت و رفتارهای آسیب زننده به خود و از همه مهمتر آمادگی برای مداخلات روانی اجتماعی ارزیابی کند. پس از باثبتات شدن وضعیت مریض شاید داکتر نیاز به تکرار ملاقات های تعقیبی نداشته باشد، اگرچه تکرار جلسات تعقیبی بستگی به سیر مریضی، پابندی مریض به تداوی، نیازهای دوایی، نیاز برای روان درمانی مداوم و شیوه های مراقبت در مناطق خاص جغرافیایی دارد.

توصیه های مهم:

- نظارت بر قصد خودکشی، تغییرات مزاج، استفاده از مواد نشه آور، شیوه خواب و پذیرش دوا
- آموزش مریض و اعضای فامیل در مورد مشخصات و طبیعت مریضی و اهمیت پذیرش تداوی و پابندی به آن.
- وضع محدودیت ها برای رفتارهای انگیزه ای (Impulsive) در مریضان مانیا، که میتوان در جلسات با فامیل مریض آنها را مطرح و بحث کرد.

اختلالات روانی دوران طفولیت

I. نارسایی هوش یا تاخر عقلی:

1. تظاهرات کلینیکی:

تأخر عقلی ناتوانی رشدی است که در طفولیت نمایان میشود که در آن سطح عملکرد ذکایی (که توسط تستهای استاندارد هوش اندازه گیری میشود) پایین تر از حد متوسط میباشد و منجر به محدودیت های عده در عملکردهای سازگاری (تطابقی) شخص میشود.

1. سطح عملکرد ذکایی بوسیله تستهای معیاری مشخص میشود که توانایی استدلال را در رابطه با سن عقلی اندازه گیری میکند. (ضریب هوشی یا IQ)

2. تاخر عقلی با IQ پایین تر از 70 مشخص میشود.

3. مهارت های سازگاری اصطلاحی است که به مهارت های مورد نیاز برای زندگی روزمره اطلاق میشود. این مهارت ها عبارتند از:

- مهارت های ارتباطی: توانایی برقرار نمودن ارتباط کلامی و درک کلام
- مهارت های زندگی در خانه
- استفاده از منابع اجتماع
- مهارت های اجتماعی و صحت، امنیت، اوقات فراغت، مراقبت از خود
- خود فرمانی
- مهارت های عملکرد آموزشی (خواندن، نوشتن، شمردن)
- مهارت های مربوط به شغل

نمرات پایین IQ و محدودیت در مهارت های سازگاری از نشانه های اصلی تاخر عقلی هستند. اطفالی که تاخر عقلی دارند دیرتر از وقت متوجه به نقاط عطف شاخصهای انکشافی میرسند، ولی این موضوع در همه آنها صدق نمیکند. در موارد حاد برای تشخیص گذاشتن نیازی به تست های IQ نیست. تشخیص بر پایه مشاهدات و تاریخچه کلینیکی گذاشته میشود.

مشخصات شایع تاخر عقلی عبارتند از:

• تاخیر در شاخصهای انکشافی مثل:

- حرکی: نشستن، چار غوک کردن، راه رفتن، از زینه ها بالا رفتن وغیره
- تکلم: دیر به گپ آمدن، مشکل در تلفظ بعضی از لغات یا حروف.
- اجتماعی: خنده دن، شناسایی والدین و دیگران وغیره
- ادامه دادن رفتار کودکانه
- کاهش توانایی یادگیری مثل مشکلات در مکتب، مشکلات در یادگیری موضوعات جدید وغیره.
- عدم موجودیت حس کنجکاوی
- مشکلات در مراقبت از خود

- نارسایی در رسیدن به شاخص های رشد ذکایی نظر به سن.
- مشکلات رفتاری مثل کج خلقی، کوبیدن سر به اطراف، تر کردن بستر، پرخاشگری وغیره

مشکلات رفتاری شایع در تاخر عقلی:

- رفتار آسیب زدن به خود: ناخن جویدن، کوبیدن سر، دندان گرفتن
 - رفتار تکراری: تکان خوردن مداوم، دست زدن، در آوردن صدای خاص
 - پرخاشگری یا خراب کردن وسایل خانه
 - رفتار های نامتناسب جنسی: لمس کردن نامتناسب، تمایلات جنسی شدید، سواستفاده جنسی
 - اختلالات خواب
 - فرط تحرکیت، دائما" در حرکت بودن، ناتوانی در آرام نشستن
 - نارسایی در توجه: مشکل در تمرکز
- تاخر عقلی شامل چهار دسته کلی میشود: خفیف، متوسط، شدید و پیشرفته
این دسته بندی بر اساس امتیازات بدست آمده از تستهای معیاری توانایی شناختی نظر به سن انجام شده است.

مشخصات رشدی مربوط به سطح تاخر عقلی:

تاخر عقلی پیشرفته	تاخر عقلی شدید	تاخر عقلی متوسط	تاخر عقلی خفیف
2-1 2 فیصد موارد تاخر عقلی	10-8 فیصد موارد تاخر عقلی	25-10 فیصد موارد تاخر عقلی	بیشتر از 75 فیصد موارد تاخر عقلی
IQ: کمتر از 20	IQ: 20 تا 34	IQ: 35 تا 49	IQ: 50 تا 70
تاخر شدید در تمام ساحت	تاخر مشخص و واضح: دیر به راه می افتد.	تاخیر قابل توجه "خصوصا" در تکلم	کندی در تمام ساحت.
ابنارملتی های ولادی اغلب وجود دارد	مهارت های ارتباطی کم یا عدم وجود آنها	ممکن است بعضی اعراض فزیکی غیرنورمال داشته باشد	ممکن است علامت فزیکی غیرنورمال نداشته باشد.
نیاز به نظارت از نزدیک دارد.	شاید فعالیت های عادی و تکراری را بتواند بیاموزد.	مهارت های ارتباطی ساده را یاد میگیرد.	میتواند مهارت های عملی راکسب کند.
نیاز به مراقبت توسط دیگران دارد.	شاید بتواند مراقبت از خود را در حد بسیار ساده یاد بگیرد.	میتواند عادات ابتدایی صحی و محافظت از خود را یاد بگیرد	مهارت های مفید خواندن و حساب کردن صنف 3 تا 6
به حرکات اجتماعی و فعالیت فزیکی معمولی پاسخ میدهد	نیاز به هدایت و نظارت دارد.	میتواند در فعالیت های ساده و مراقبت از خود اشتراک کند.	میتواند با اجتماع سازگار شود

بعضی علل تاخر عقلی عبارتند از:

- انتانات ولادی مثل سیتومنگالو ویروس، توکسوبلاسموز، هرپس، سیفلیس، روپیلا، ایدز وغیره
- تب دوامدار مادر در سه ماه اول حمل
- مواجه شدن به الکھول یا دواهای ضد اختلال.
- اختلالات تولد قبل از وقت، مخصوصاً در اطفال با وزن خیلی پایین
- اختلالات استقلابی: تقریط فعالیت تیروپید، فینایل کیتون یوریا (PKU)
- ناهنجاریهای (ابنارملتی) جنتیکی: سندروم X شکننده، نیوروفیبروماتوز، توبریوزاسکلروز وغیره
- انتانات مغزی مثل منژیت (التهاب سحايا) و آسفالیت (التهاب دماغ)
- ترومای سر در جریان ولادت یا در اوایل زندگی
- ناهنجاری های کروموزومی مثل سندروم داون (تریزومی 21)

2. خطرات:

- مشکلات صحت روانی مثل خودآزاری، پرخاشگری، اختلال وسوسی اجباری، اختلال فرط تحرکیت/کمبود توجه و اختلالات مزاج میتوانند در اشخاصی که تاخر عقلی دارند، اتفاق بیافتد. اگر بدون تداوی باقی بماند ممکن است منجر به رفتارهای مشکل آفرین و چالش زا دیگر شود.

3. تشخیص:

- تشخیص بستگی به تاریخچه طبی جامع شخصی و فامیلی، معاینه فزیکی کامل و انجام ارزیابی دقیق از رشد طفل دارد. تشخیص تاخر عقلی در اطفال جوان مکرراً "پنهان میماند". سه اشتباه شایع که توسط داکتران در تشخیص تاخر عقلی اتفاق می‌افتد عبارتند از:
 - ظاهر نورمال (طفل به نظر نمیرسد که تاخر عقلی داشته باشد)
 - طفلی که به طور سراپا مراجعت میکند تاخر عقلی نمیداشته باشد.
 - در صورتیکه تاخر عقلی واقعاً مدنظر باشد، اخذ این نتیجه که تست کردن اطفال جوان امکان ندارد.
 - ناکامی در مدنظر گرفتن تشخیص تاخر عقلی.

بعضی از سر نخ های کمک کننده در تشخیص عبارتند از: تاخیر در صحبت کردن، ناهنجاری های (انومالی) خفیف، رخاوت (شلی) عضلات به طور عمومی یا در نهایات، ناتوانی عمومی در انجام کارهای مربوط به خود یا بیان کردن نیازهای خود. تاخیر در رشد تکلم و صحبت کردن بسیار شایع است و وقتی که طفل با سایر خواهران و برادران مقایسه شود واضحتر میشود. مریضان با تاخر عقلی اغلب مشکلات طبی چندگانه و بعضی اوقات مشکلات پیچیده دارند.

4. تداوی:

تاخر عقلی اختلال روانی نیست اما شخص عقب مانده میتواند مصاب به اختلالات روانی مثل افسردگی، اختلالات اضطرابی، سایکوز، سومصرف مواد نشه آور وغیره شود. هیچ گونه تداوی برای تاخر عقلی

وجود ندارد، تداوی بالای مریضی های مترافق مثل صرع یا اختلال روانی که همراه به تاخر عقلی است، تمرکز دارد. رویکرد ما باید آموزش مهارت ها و تربیه فردی باشد. مشاوره روانی اجتماعی برای تاخر خفیف تا متوسط باید در نظر گرفته شود. تا جایی که امکان دارد برای محدود کردن رفتارها نباید از دواها استفاده کرد مگر برای مدت کوتاه در مریضانی که ممکن است به خود یا دیگران آسیب برسانند. برای تداوی دیگر امراض طبی مثل صرع تجویز دوا ضروری است. برای هرگونه مشکلات روانی دیگر مداخلات روانی اجتماعی باید اولین انتخاب باشد.

دакتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی مشکلات اولیه و مشکلات فعلی
- بررسی شدت مشکلات
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- تاثیر مشکلات بر زندگی روزمره مریض

مهمنراز همه معلومات در مورد:

- مشکل مشابه در فامیل
- استفاده از مواد نشه آور و الکهول
- خطر صدمه به خود
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع:

- مشکلات رفتاری شدید هستند.
- خطر خودکشی وجود دارد.
- مریضی فزیکی احتمالی مترافق وجود دارد.
- مداخلات اولیه موثر نبوده است.
- اعراض سایکوپتیک وجود دارد.

3. مشاوره روانی اجتماعی و آموزش روانی:

- آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، مدت آنها و تغییرات در طی زمان، عوامل خطر احتمالی، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب مریضی، تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن ضروری میباشد.

بعضی توصیه های مهم:

- هیچ تداوی برای تاخر عقلی وجود ندارد.
- تعلیم و تربیه هرچه زودتر به استقلال و مراقبت از خود در شخص کمک میکند.
- تاخر عقلی اشتباه طفل نیست.

- تاخر عقلی مجازاتی برای گناهان نیست.
- بعضی از اطفال ممکن است بیش فعال و اخلاق گر باشند.
- طفل دارای تاخر عقلی میتواند بسیاری از چیزها را پاد بگیرد. این کار تنها به وقت و تلاش زیادتر نسبت به اطفال دیگر نیاز دارد.
- آموزش این اطفال نیاز به تشویق زیاد و حوصله مندی دارد.
- اگر طفل کاری را درست انجام میدهد به او پاداش دهید و اگر اشتباهی نمود وی را تنبیه نکنید.
- این اطفال ظرفیت ایجاد روابط دوستانه را دارند.
- فامیل ها ممکن است این احساس را داشته باشند که چیز بزرگی را از دست داده اند یا زیر بار نگهداری از یک طفل عقب مانده، درمانده شده اند.
- به این افراد (اطفال و کاهلان با تاخر عقلی) باید اجازه داده شود تا در بالاترین سطح توانایی خود در مدرسه و محل کار و خانواده عملکرد داشته باشند.
- والدین میتوانند توصیه های عملی و حمایت عاطفی خود را شریک سازند.

4. تعقیب تداوی:

تعقیب تداوی بستگی به پلان تداوی داکتر برای حل مشکل رفتاری، اختلال روانی و وضعیت جسمی شخص دارد.

سومصرف مواد نشہ آور و وابستگی: هرویین و تریاک

بر اساس سروی که در سال 2005 توسط وزارت مبارزه با مواد مخدر و دفتر مل متحد برای کنترول مواد مخدر و جرایم UNODC انجام شد، 920000 معتاد به مواد نشہ آور در افغانستان وجود دارد که 150000 نفر معتاد به تریاک و 50000 نفر معتادان هرویین هستند. این مطالعه نشان داد که 80 فیصد تمام معتادان مرد و 13 فیصد زن و 7 فیصد اطفال بودند. از طرف دیگر مهمترین یافته مطالعه این بود که 15 فیصد استفاده کنندگان هرویین، استفاده کنندگان تریاکی بودند که رقمی حدود 7000 نفر را به خود اختصاص میدهد. استفاده کنندگان زرقی مواد نشہ آور، مستعد به اخذ و انتشار انتان ایدز و هپاتیت هستند.

1. ظاهرات کلینیکی:

مشتقات تریاک یا اوپوییدها شامل تریاک و مشتقات صنعتی و نیمه صنعتی با ترکیبات مشابه تریاک میشود. وجود آخذه های مشتقات تریاک در مغز نشان میدهد که این آخذه ها ممکن است مکانی برای اتصال به مولکولهای مشابه تریاک که به طور طبیعی در مغز وجود دارند، باشند. استفاده از اوپوییدها باعث ایجاد بعضی تاثیرات رفتاری مثل خوشی کاذب و تاثیر ضد درد، تسکین دهنده و نهی تنفس میشود. تاثیرات خوشی کاذب و تسکین دهنده دلیل مصرف دوباره این مواد است. استفاده طولانی مدت از این مواد باعث تغییر در یادگیری و عکس العمل های سازگاری با استرس میشود.

مرحله وابستگی از نظر کلینیک، حداقل توسط سه مورد زیر مشخص میشود:

- تمایل شدید یا احساس اجبار برای مصرف دوباره مواد نشہ آور
- مشکل در کنترول رفتار مصرف مواد نشہ آور از نگاه آغاز آن، پایان دادن به مصرف مواد نشہ آور یا مقدار مورد استفاده آن.
- وضعیت فیزیولوژیک ناشی از ترک مواد نشہ آور
- شواهدی از ایجاد تحمل نسبت به مواد نشہ آور
- غفلت پیشرونده نسبت به علایق و فعالیت های لذت بخش دیگر
- استفاده مداوم با وجود شواهد واضح مبنی بر عواقب مضر مصرف مواد نشہ آور

ترک تریاک:

مریضانیکه ترک تریاک را تجربه میکنند معمولاً "میتوانند تاریخچه دقیقی از مقدار مصرف، زمان آخرین مصرف و اعراض فعلی ترک مواد ارایه دهند. مشکل کلینیکی در تشخیص تقریقی اعراض مربوط به ترک تریاک از آن اعراضی است که ممکن نشانه مریضی روانی یا طبی زمینه ای در شخص باشد. در کل ترک تریاک مستقیماً باعث ایجاد اعراض تهدید کننده حیات مریض، اختلالات یا دلیریوم نمیشود. سندروم ترک تریاک ممکن است باعث ایجاد اعراض مشابه ریزش شدید شود. اعراض عبارتند از: آبریزی از بینی، عطسه زدن، فاژه کشیدن، اشکریزی، کرمپ های بطنی و عضلات پا، راست ماندن موها (ترکیده گی پوست از سرما)، استقراغ، دلبی، اسهال و مردمک های متوجه.

نیمه عمر اوپبیوید که سندروم ترک را ایجاد میکند تعیین کننده شروع و دوام اعراض است. برای مثال اعراض ترک هروئین و متادون به ترتیب در 36 تا 72 ساعت و 72 تا 96 ساعت به اوج خود میرسند و ممکن است به ترتیب 7-10 روز و حداقل 14 روز طول بکشند.

اعراض شایع ترک تریاک و هروئین عبارتند از:

افزایش نبض	جاندردی
تنفس سریع	بیقراری
جاری شدن لعاب دهن	مشکلات خواب
بندش بینی	درد بطنی
دلبدی	اسهال
تمایل شدید به مصرف دوباره	دردهای عضلی و کرمپهای عضلات
تعرق	اضطراب
مردمک های گشاد	افسردگی
لرزه	عطسه زدن و فازه کشیدن
بی اشتهایی	تخرشیت

2. خطرات و اختلالات:

مشکلات زیادی ممکن است از سومصرف مشتقات تریاک ایجاد شود که شایعترین آنها امراض انتانی هستند. تاثیرات استفاده مزمن از مواد شامل کاهش میل جنسی و ناتوانی جنسی در مردان میشود. تزریق هروئین میتواند باعث انتانات خونی شود. ایدز در اجتماع استفاده کننده گان هروئین میتواند به راحتی و سریعاً انتشار پیدا کند. انتانات جلدی و لایه های عمیق تر جلد از انتانات شایع در بین معتادین هروئین است.

- آبسه های جلدی و دیگر اعضاء مثل ریه ها
- پنومونی
- تجمع مایع در ریه ها
- عدم کفایه جگر
- کاهش فعالیت های معایی
- اختلالات
- توقف عادت ماهانه در زنان
- اطفال قبل از میعاد و رشد کند در آنها
- اعراض ترک در نوزاد اگر مادر معتاد باشد
- اختلال روانی مثل افسردگی

3. معاینه وضعیت روانی:

چهار اصل اساسی برای یک مصاحبه انگیزه دهنده:

I. همدلی خود را از طریق گوش دادن انعکاسی اظهار کنید تا در ک خود را از نقطه نظرات مریض و عوامل زمینه ای به مریض منتقل سازید.

II. تفاوت بین ارزش‌های اصولی و عمیق مریض و رفتار فعلی او را برای وی آشکار سازید (مثلًا "نیشان دهید که رفتار غیرصحی فعلی وی با آرزوی اینکه میخواهد شخص خوبی باشد یا در نظر دیگران خوب به نظر آید در تضاد است").

III. مقاومت را نه با مواجه شدن بلکه با اظهار همدلی و درسک کناربزند.

IV. موثریت خودی (self efficacy) را به وسیله دادن اعتماد به نفس و تشویق به اینکه تغییر امکان پذیر است، حمایت کنید.

4. تشخیص:

قبل از شروع ادویه جایگزین برای شخص معتاد، گذاشتن تشخیص واضح وابستگی در شخص ضروری است. برای تشخیص دادن باید معاینات کلینیکی، تاریخچه به همراه شواهد تایید کننده و نتایج آزمایشات در نظر گرفته شود. در اشخاص جوان ارزیابی اختصاصی در مراحل اولیه ممکن است بسیار مهم باشد.

5. تداوی:

تمداوی هر مریض باید جزی از یک پلان جامع باشد که به دنبال یک ارزیابی دقیق آمده می‌شود. این نکته را هم باید مدنظر داشت که: اگرچه این مسؤولیت همه داکتران است که برای هر دو یعنی نیازهای عمومی صحی و مشکلات مرتبط با مواد نشه آور در حد معیارهای متناسب مراقبتها را عرضه کنند، ولی داکتران باید از محدودیت‌های خود آگاه باشند و در صورت نیاز خواهان حمایه و کمک از متخصصین شوند. مخصوصاً در تداوی افراد جوان این مسئله را باید مورد توجه قرار داد.

سه مرحله در تداوی وابستگی به مواد وجود دارد، برای تداوی موقفانه تمام این مراحل باید تکمیل شوند:

- انگیزش که در آن از روش‌های روانی اجتماعی استفاده می‌شود تا مریض را برای سم زدایی با کاهش تدریجی مقدار مواد تا نمایان شدن اعراض ترک، آماده کنیم.

- سم زدایی که در آن مریض مصرف مواد را کاملاً "قطع می‌کند و دواهای تجویز شده را برای کنترول اعراض ترک استفاده می‌کند. روش‌های مقاومتی برای سم زدایی تریاک و هروپین وجود دارد.

- بازتوانی و مراقبت‌های بعدی که در این مرحله مریض باید مورد بازتوانی قرار گیرد و به جامعه بازگردد. در شش ماه اول بعد از سم زدایی بیشترین خطر برای عود مجدد مصرف مواد وجود دارد. برای جلوگیری از عود مجدد، مراقبت روانی اجتماعی و حمایت فamilی بسیار مهم است. گروه‌های حمایتی مخصوصاً "گروه‌های خودیار برای کمک به اشخاصی که از وابستگی به مواد به تازگی رها شده اند بسیار موثر هستند.

در کلینیک‌های مربوط BPHS (به شمول لست ادویه اساسی) هیچ دوای اختصاصی برای سم زدایی، تثبیت و کاهش وابستگی به مواد وجود ندارد. هدف کاهش تدریجی مقدار مصرف اوپیوئید، کاهش اعراض حاد ترک و کمک به مریضان برای انتقال به تداوی طولانی مدت وابستگی به مشتقات تریاک است.

دستور العمل ملی جلوگیری از اعتیاد (وزارت مبارزه با مواد مخدر) شامل روش‌های اصلی ذیل برای تداوی مصرف مواد می‌باشد:

- روش‌های مت مرکز در جامعه
- روش‌های متناوب برای مصرف مضر
- آگاهی از طریق رسانه‌های گروهی
- روش‌های مت مرکز در مکتب
- برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی
- تربیه و آموزش معلمان
- امتحان، ارزیابی و نظارت

در بعضی از برنامه‌های تداوی تخصصی، از دواهای کاهش اعراض ترک مشتقات تریاک داده می‌شود به عنوان وسیله اولیه برای تداوی این حالت استفاده می‌کنند. برای مثال دواهای خواب آور آرامبخش یا ضد اضطراب برای تداوی بیخوابی و اضطراب استفاده می‌شوند، از دواهای ضد استقراغ برای تداوی دلبدی و استقراغ، از مسکن‌ها برای کاهش دردهای عضلی و از ضد اسپاسم‌ها برای تداوی کرامپ‌های معده معاوی استفاده می‌شود.

نکات مهم:

- نکته کلیدی برای استفاده از دواها برای تداوی اعتیاد این است که این دواها اعراض رفتار منفی و ناخواسته را در تداوی کاهش میدهند و به این ترتیب باعث ارتقای روش‌های دیگر روانی اجتماعی می‌شوند.
- موفق ترین تداوی ترکیب تداوی دوایی با انکشاف مهارت‌های روانی اجتماعی است.
- سیستم‌های نوروترانسمیترها و خط سیرهای عصبی عمدۀ در مغز نقش مهمی را در تداوی بازی می‌کنند و همه اینها به مداخلات دوایی مربوط می‌شوند.
- اشخاصی که معتاد هستند و باوجود تداوی‌های مکرر باز هم به مواد روی آورده اند در اغلب موارد مریضی روانی تشخیص نشده دارند که به تداوی نیاز دارد.
- هم اعتیاد و هم مریضی روانی مریضی‌های مغز هستند. استفاده از مواد دوایی برای جایگزین کردن مواد کیمیاوی که در مغز کاهش یا افزایش یافته اند و یا برای بستن و باز کردن راه‌های عصبی اصلی در مغز، جهت بازیابی سلامتی شخص ضروری هستند.

مداخلات روانی اجتماعی در تمام سه مرحله پروسه تداوی اجرا می‌شوند. زمانیکه سم زدایی، کاهش مواد یا تداوی نگهدارنده انجام شود، بهبودی پایدار بستگی به تغییرات رفتاری دارد. اگرچه بعضی از داکتران به خاطر مسائل اینمی مریض در مورد جنبه‌های مختلف تجویز دواها نگران هستند، در واقع بخش عده مداخلات درمانی بخش روانی اجتماعی است.

استراتژی های سازش برای مریضانی که با مشکل مصرف مواد سر دچار اند:

- ارزیابی خود (پادداشت گرفتن از مقدار موادی که مصرف میکنند)
- وضع محدودیت های برای مصرف مواد
- کنترول کردن مقدار مصرف
- یادگارفتن مهارتهای رد کردن، ثبت اندیشه و آرام سازی
- استفاده کردن از روشاهای جدید یا جایگزین پاداش
- شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی اتوماتیک که زمینه را برای سو مصرف مواد آمده میکنند.

دکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراضی که با استفاده مواد بروز میکنند.
- بررسی اعراض ترک
- بررسی شدت اعراض
- روش و تکرار استفاده از مواد
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی
- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض

مهمنت از همه معلومات در مورد:

- سو مصرف مواد در فامیل
- مریضی های جسمی در مریض
- استفاده از دیگر مواد یا دواها
- مشکلات اجتماعی و مالی
- شخصیت فرد قبل از وابستگی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از وابستگی
- خطر خودکشی و یا تلاش برای خودکشی
- اختلال روانی مرتبط

2. ارجاع به مرکز تداوی وابستگی:

- اعراض ترک شدید هستند.
- تلاش برای خودکشی یا خطر خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی مترافق وجود دارد.
- مشاوره اولیه موثر نبوده است.
- اختلال روانی موجود است.
- استفاده از تداوی های سنتی

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، مدت و تغییرات در طی زمان، عوامل خطر احتمالی، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب اعتیاد، تداوی، تعقیب تداوی، عود مریضی و پیشگیری از آن ضروری است.

توصیه های مهم:

- مریض نباید به خاطر سومصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن مورد سرزنش قرار گیرد.
- کنترول یا قطع مصرف مواد اغلب نیازمند تلاش های متعدد است.
- قطع یا کاهش مواد منافع فزیکی و روانی زیادی دارد.
- استفاده از مواد در طی حاملگی به طفل صدمه خواهد زد.
- با استفاده زرقی از مواد خطر ابتلا به ایدز، هپاتیت و دیگر انتانات خونی وجود دارد.
- عود مجدد در شش ماه اول بعد از ترک مواد شایع است.
- مریضی روانی ممکن است با سومصرف مواد همراه باشد.

4. مشاوره روانی اجتماعی:

- انگیزه دادن قبل از سم زدایی یا کاهش استفاده از مواد
- باز توانی یا مراقبت های بعدی: جستجوی فشارهای روانی اجتماعی در زندگی مریض که در ایجاد رفتار اعتیاد آور سهیم اند.
- حمایت از مریض و فامیل وی به منظور اطمینان از دوامدار بودن تداوی.
- ارجاع به گروه های خودیار.

5. تعقیب تداوی:

در شش ماه اول بعد از سم زدایی بیشترین خطر برای عود مجدد وجود دارد. عواملی که باعث عود مجدد میشوند:

- فشارهای روانی اجتماعی
- در دسترس بودن مواد
- روشهای دشوار مجادلوی
- مریضی روانی
- آفات روانی-عصبي
- مریضی جسمی

سومصرف و وابستگی بنزدیازپین ها:

بنزدیازپین ها یکی از دسته های دوایی هستند که در افغانستان بسیار زیاد تجویز میشوند. نامهای آشنا دیازپام و آلپرازولام هستند. اینها در کوتاه مدت مفید هستند ولی استفاده دراز مدت (بیشتر از چند هفته) با وابستگی و اعراض ترک همراه است. بعضی مردم از این دواها بدون نسخه داکتر برای تاثیرات

آر امبخش استفاده میکنند ولی در دراز مدت استفاده تبدیل به سومصرف میشود. و سومصرف تبدیل به وابستگی میشود. داکتران ممکن است بنزدیازپین ها را برای تداوی اضطراب، بیخوابی، کنترول اختلالات، ترک الکھول، قبل از بیحس کردن (مثالاً قبل از عمل جراحی) تجویز کنند. دوز های بالاتر بنزدیازپین ها ممکن است عوارض جانبی جدی تری به دنبال داشته باشند.

اعراض و علایم دوز بالا ممکن است شامل موارد ذیل باشد:

- خواب آلودگی و گیجی
- گنگسیت
- خیرگی دید
- کمقوتی
- گفتار مشوش
- فقدان هماهنگی در حرکات
- دشواری در تنفس
- کوما

اعراض و علایم سومصرف مزمن میتواند غیروصفتی باشند و شامل تغییراتی در ظاهر و رفتار بوده که بر روابط و عملکرد کاری تاثیر میگذارند.

اعراض و علایم ذیل در سومصرف مزمن این دواها شایع هستند:

- اضطراب
- بی خوابی
- بی اشتہای عصبی
- سردردی
- کمقوتی

وابستگی و ترک در کسانیکه این دواها را برای مدت اندک و در دوز های معمولی مصرف میکنند بسیار کم اتفاق می افتد. وابستگی منجر به سندروم ترک و در صورت قطع ناگهانی باعث اختلالات میشود. اعراض ترک ممکن است از اعراض اضطراب به مشکل قابل تفریق باشد. اعراض معمولاً در طی 3-4 روز بعد از آخرین مصرف آشکار میشوند. اگرچه ممکن است در سومصرف بنزدیازپین های سریع الاثر زودتر آشکار شوند.

عواقب احتمالی قطع بنزدیازپین ها:

- عود مجدد اختلال اصلی
- اعراض برگشت کننده – که چندین روز طول میکشند.

سندروم ترک:

- اعراض شایع: اضطراب متزايد، لرزه، تخرشیت، بیقراری، افسردگی، گنگسیت، تعرق، بی خوابی، خواب های ترسناک، دردهای بطئی، افزایش ضربان قلب و فشار بلند خون (معمولًا "خفیف")
- اعراض جدی: اختلال، دلیریوم، گیجی
- اعراض دیگر: بی اشتہایی عصبی، استفراغ، احساس صدا در گوش، حساسیت به نور و صدا و احساس غیرواقعی بودن محیط اطراف.

کنترول وابستگی بنزدیازپین ها در مریضان بدون سو استعمال:

1. اگر مریض با معیارات فوق همخوانی دارد تشخیص وابستگی را بگذارد.
2. آموزش دهید که چرا بنزدیازپین ها در صورت استفاده طولانی مضر خواهد بود؟ مشکلات ناشی از مصرف دوامدار این دواها را تشریح کنید.
3. قطع تدریجی دوا مفید است.
- بنزدیازپین ها را به نوع دارای تاثیر طولانی مثل دیازپام تعویض کنید. درنوع دارای تاثیر آغاز آنی اعراض ترک کمتر دیده میشود.
- به تدریج دوز را کاهش دهید. مثلاً 7-5% هر روز برای مثل اگر مریض 40 میلی گرام دیازپام را روزانه برای یک سال مصرف کرده است با دوز 35 میلیگرام برای یک هفته شروع کنید سپس 30 میلی گرام برای یک هفته و بعد 25 میلیگرام برای یک هفته وغیره. اگر این مریض اعراض ترک را با دوز 30 میلیگرام نشان داد به 35 میلیگرام برگردید و بعد از یک هفته دیگر آن را به 30 میلیگرام کاهش دهید و همین طور ادامه دهید.
- منظم با مریض در تماس باشید و تنها برای یک هفته در یک وقت دوا تجویز کنید.
- ممکن است به دوره های طولانی تری برای کاهش دادن نیاز باشد.
4. مشاوره روانی اجتماعی را برای تمام مریضان مد نظر داشته باشید.

توصیه های برای استفاده از بنزدیازپین ها:

- برای کسی که سابقه سومنصرف مواد و وابستگی دارد بنزدیازپین ها را تجویز نکنید.
- کمترین دوز ممکنه را تجویز کنید.
- تنها برای کمتر از 4 هفته دوا تجویز کنید.
- به خاطر داشته باشید اگر برای مریض بنزدیازپین های با دوام تاثیر کوتاه مثل الپرازولم تجویز میکنید، بین دوزها مریض ممکن است اعراض ترک را از خود نشان دهد.
- از بنزدیازپین ها فقط برای اضطراب یا بی خوابی شدید یا ناتوان کننده استفاده کنید.
- از روش های جایگزین بنزدیازپین ها استفاده کنید. مثلاً "تکنیک های آرامبخش یا دوز های کم دواهای ضد افسردگی برای تداوی کوتاه مدت بیخوابی میتواند استفاده شود.
- به مریضان خطر وابستگی و بطي شدن زمان عکس العمل در مقابل حرکات را گوشزد کنید.
- بنزدیازپین ها میتوانند از پلاستنا عبور کنند و باعث بروز عوارض جانبی در نوزادان شوند.

شکایات مبهم جسمی (Unexplained Somatic Complaints)

مطالعه سازمان صحی جهان نشان داده است که اعراض وظیفوی (functional symptoms) در مریضان کلینیک های مراقبتهای اولیه صحی در تمام کشورها و فرهنگ های تحت مطالعه، شایع و ناتوان کننده هستند. نیمی از این مریضان حتی تا یک سال بعد از مراجعه، هنوز هم از باعث این اعراض ناتوانی داشته و این حالت نزد آنها بیکه به مراکز صحی ثانوی و ثالثه راجع میگرددند و خیم تر میباشد. اهمیت اعراض وظیفوی از نظر صحت عامه و کلینیکی تا حد وسیعی نادیده گرفته شده بود.

علل اعراض جسمی وظیفوی چیست؟

عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی متعدد با اعراض وظیفوی ارتباط دارند. سهم این عوامل در بین مریضان متفاوت است. با توجه به یافته های جدید بهتر است نسبت به علل اعراض وظیفوی بیطریقی خود را حفظ کنیم زیرا مهمترین کار مشخص کردن عواملی است که باعث باقی ماندن اعراض و ناتوانی مریض میشوند.

- عوامل تثبیت کننده: اعراض ممکن است از سبب آگاهی زیاد در مورد تغییرات فیزیولوژیک مترافق با استرس، افسردگی، اضطراب و بعضی مریضی ها و صدمات ایجاد شود. این اعراض برای مریض مهمتر میشوند هرگاه شدیدتر شوند و با ترس از مریضی و یا اعتقادات وی به مریضی مرتبط باشند.
- عوامل مساعد کننده: چنان اینکه این اعراض ممکن شوند را زیاد میکنند. بعضی مردم از نظر بیولوژیکی و روانی برای بروز اینگونه اعراض مساعد هستند. ترس از مریضی ممکن است از سبب تجربه قبلی باشد.
- عوامل نگهدارنده: اینها عواملی هستند که باعث میشوند اعراض یا ناتوانی مربوط به آن باقی بمانند. تلاش های مریض برای کاهش اعراض ممکن است اعراض را بدتر کند. برای مثال استراحت بیش از حد برای کاهش درد یا خستگی ممکن است با ناتوانی در دراز مدت همراه باشد. داکتران نیز ممکن است با رسیده گی نکردن به نگرانی های مریض یا افزایش دادن ترس از مریضی با درخواست آزمایشات بیشتر، باعث دوامدار شدن اعراض شوند. عوامل نگهدارنده که در تداوی مریضان با اعراض جسمی چندگانه، باید بر روی آنها تمرکز کرد عبارتند از:
 - (a) افسردگی، اضطراب یا اختلال پانیک
 - (b) اختلافات و منازعات قدیمی فامیلی و زناشویی
 - (c) صفات شخصیت وابسته یا اجتنابی
 - (d) استرس شغلی
 - (e) عقاید غیرنورمال در مورد مریضی
 - (f) عقاید ناشی از تداوی یا داکتران
 - (g) دعوای قانونی متعلق

عوامل Iatrogenic در ایجاد اعراض مبهم:

- وجود شک و عدم اطمینان یا ناتوانی در ارایه توضیح مناسب

- نگرانی ها در مورد تشریح مریضی
- ناتوانی در قانع کردن مریض که مشکل وی یک واقعیت پذیرفته شده است.
- اطمینان بخشیدن بدون ارایه توضیح مثبت
- توصیه های ضد و نقیض و مبهم
- آزمایشات و تداوی های بیش از حد

1. ظاهرات کلینیکی:

مهم است به خاطر داشته باشیم که اعراض فزیکی در مشکلات مبهم جسمی (USC) واقعی هستند و بطور ارادی ایجاد نشده اند. USC بیشتر در زنان دیده میشود و معمولاً "بعد از مشاوره با متخصصان متعدد تشخیص میگردد. اعراض جسمی مبهم مخصوصاً" وقتی که عود کند و مزمن شوند، مشکل آفرین میشوند. بعضی از مشکلات مبهم جسمی شایع عبارتند از:

- سردردی
- کمر دردی
- درد دست و پاها و مفاصل
- دلبدی و استقراغ
- جاندربدی و ناراحتی عضلی
- عسرت بلع
- درد قفس صدری
- درد صورت
- ادرار مکرر
- درد های بطنی
- گیجی
- از دیاد یا سرعت در ضربان قلب
- مشکلات عادت ماهانه: خونریزی زیاد، دوره های غیر منظم

مریضان USC معمولاً" اعراض افسردگی، اضطراب و اختلالات خواب را نیز به همراه دارند.

2. خطرات و عوایق احتمالی:

افزایش ترس از مریضی، انجام آزمایشات و تداوی های غیر ضروری و تزئید ناتوانی احتمالاً" تاثیرات مضر مشاوره های طبی هستند. اگرچه انکار کردن از واقعیت اعراض مریض ممکن است به رابطه داکتر و مریض صدمه بزند و مریض را از مراقبت های درست و علمی به سوی تداوی های غیر علمی و بی پروا و بی فایده سوق دهد. مریضان اغلب اعراض عود کننده افسردگی دارند و در روابط شخصی مشکلات طولانی دارند و ممکن است به سومصرف مواد نشه آور یا صدمه به خود روی بیاورند.

3. معاینه وضعیت روانی:

موارد زیر اساسات ارزیابی را تشکیل میدهند:

- شناسایی نگرانی‌ها و عقاید مریض
- مرور تاریخچه اعراض وظیفوی
- در نظر گرفتن هر دو یعنی هم مریضی و هم تشخیص‌های وظیفوی.
- ارزیابی طبی مناسب با تشریح دقیق یافته‌ها
- در مورد عکس العمل و مجادله مریضان در برابر اعراض سوال کنید.
- سعی کنید بفهمید که داکتران دیگر به مریض چه گفته‌اند (همچنین دوستان و بستگان وی). آیا این گفته‌ها با یافته‌های طبی موافق هستند یا نه؟
- عوامل روانی و بین فردی مثل کیفیت مراقبت والدین، تجربیات سواستفاده در طفولیت، تاریخچه روانپزشکی وغیره را در رشد مریض مورد بررسی قرار دهید.
- با یک دوست یا معلومات دهنده معتبر مصاحبه کنید.
- از سوالات غربالگری برای مشکلات روانپزشکی و اجتماعی استفاده کنید.
- با بستگان و خانواده مریض مصاحبه کنید.
- بعد از مصاحبه سعی کنید فورمول بندی موقتی از گفته‌های افراد داشته باشید.

4. تشخیص:

- در عمل، اعراض وظیفوی به یک علت خاص ارتباط داده می‌شوند که ممکن است پتوولوژیک باشد مثل یک ویروس یا روانی باشد مثل یک استرس. شواهد موجود نشان میدهند که عوامل بیولوژیکی، روانی، بین فردی و صحی همه مهم هستند.
- اکثر اعراض وظیفوی زودگذر هستند اما بعضی از آنها پایدار می‌شوند. اعراض دوامدار اغلب "چندگانه و ناتوان کننده هستند. اختلالات روانی مثل اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات، پرسه روانی و تعداد اعراض جسمی را (بدون توجه به اینکه مربوط به کدام سیستم بدن می‌شوند) پررنگ تر و شدیدتر می‌سازند. افسردگی و اضطراب معمولاً" با اعراض جسمی ظاهر می‌شوند که این اختلالات با تداوی موثر، برطرف می‌شوند. شگفت آور اینکه هرچه اعراض جسمی در یک شخص بیشتر باشد، احتمال اینکه این اعراض مربوط به یک مریضی جسمی باشند کمتر می‌شود و از طرف دیگر احتمال وجود افسردگی و اضطراب بیشتر می‌شود.

5. تداوی:

ارزیابی و تداوی دست به دست هم پیش می‌روند. تداوی مشکلات جسمی مبهم "عدمتا" روانی اجتماعی است و میتوان آن را در سطح کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه انجام داد. یکی از اهداف تداوی این است که انتظارات غیرواقعی مریض از کارکنان طبی را تغییر دهیم و برای آنها محدودیت‌های دوا را یادآور شویم. در بسیاری از موارد امیدهای نابجا بوجود می‌آید و مریضان انتظار تداوی یا حد اقل بهبودی چشمگیر اعراض را دارند. در عوض داکتر باید تلاش کند تا دید مریض را وسیع تر نماید و بر کمک به

مریض برای رسیدگی به تشویش های شخصی و مشکلات زندگی و نیز مشکلات جسمی تاکید کند. همچنین مهم است مریض را تشویق کنیم تا به جای جستجوی تداوی، بر مقاومت در برابر مشکلات خود تمرکز کند.

هدف نهایی برای تداوی عبارتست از:

- کاهش ناراحتی، اعراض و ناتوانی مریض
- کاهش دادن یا محدود کردن استفاده نامناسب از خدمات طبی و دواها

اصول تداوی:

- توضیح دهید که اعراض واقعی اند و داکتر با آن آشنا است.
- توضیحات مثبت ارایه کنید. توضیح دهید که چگونه عوامل رفتاری، روانی و هیجانی اعراض جسمی را که اساس فیزیولوژیک دارند، بدتر میکنند.
- به مریض و فamilی وی برای صحبت کردن در مورد تشویش ها فرصت دهید.
- توصیه های عملی برای مقاومت با اعراض ارایه کنید و بازگشت به کار و فعالیت های نورمال را تشویق کنید.
- اختلالات اضطرابی و افسردگی را شناسایی و تداوی کنید.
- روی یک پلان تداوی بحث و موافقه کنید.
- پیگیری و ارزیابی کنید.

اجزای کلیدی زیربرای رویکرد روانی اجتماعی در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد شده اند:

- قبول اینکه اعراض، ناراحتی و ناتوانی واقعی هستند.
- استراتژی تداوی را تشریح کنید.
- جستجوی کمک را در مریض محدود بسازید.
- طبیعت مشکلات جسمی را تشریح کنید.
- بر مدل های توضیحی مریض تمرکز کنید.
- از تداوی ها و آزمایشات غیرضروری اجتناب کنید.
- بازگشت به فعالیت های نورمال را تشویق کنید.
- ثبت و ارزیابی پیشرفت.

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض مشکلات جسمی مبهم.
- بررسی شدت اعراض.
- بررسی فشارهای روانی اجتماعی.

- تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض.
 - مروری بر تاریخچه اعراض عملکردی.
- مهمنتر از همه معلومات در مورد:
- مشکلات مبهم جسمی در فامیل.
 - نگرانی ها و عقاید مریض را شناسایی کنید.
 - افکار خودکشی یا تلاش برای خودکشی
 - استفاده از مواد نشه آور و الکهول یا مسکن های نارکوتیک
 - شخصیت فرد قبل از مشکل فعلی
 - تغییرات در زندگی شخص قبل از مریضی فعلی
 - مشکلات روانی اجتماعی فعلی و روش های سازگاری
 - نگرش اعضا فامیل نسبت به مشکلات مبهم جسمی:
 - استفاده از تداوی های سنتی
 - از مریض در مورد عکس العمل در مقابل اعراض و سازگاری با آنها پرسان کنید.
 - مصاحبه با بستگان مریض را مد نظر بگیرید.

2. ارجاع:

- هنگامی که USC تشخیص داده شد از ارجاع به متخصصان پرهیز کنید. این مریضان در کلینیک های مراقبت اولیه به خوبی تداوی میشوند. به یاد داشته باشید که مریضان ممکن است به خاطر ارجاع به یک روانپژوه آزرده شوند و در جستجوی مشاوره های طبی اضافه تر در یک جای دیگر بر آیند.

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت اعراض، عوامل خطر، فشارهای روانی اجتماعی، عواب، نقش اعضا فامیل در پیشگیری، تعقیب تداوی و ارتباط بین جسم و روان.

بعضی توصیه های مهم:

- به جای تلاش برای تداوی، از USC مراقبت کنید.
- برای از بین بردن کامل اعراض تلاش نکنید زیرا نمیتوانید.
- پلان مداخلات را با مریض بحث کنید.
- بر کنترول اعراض تمرکز کنید نه بر کشف علت آنها.
- USC مزمن خطرناک نیست حتی اگر باعث ناراحتی شدید شوند.
- اعراض واقعی اند و باعث مشکلات واقعی در زندگی میشوند.
- وقتی این اشخاص برای دردهای هیجانی تسکینی پیدا کنند، اعراض خوب میشوند.
- بر سازش و فعال بودن تمرکز کنید.
- اختلال اضطراب و افسردگی اعراض جسمی مشابه دارند.

- دواهای نارکوتیک مشکل را بر طرف نمیکنند و ممکن است مورد سوصرف قرار گیرند.
- اطمینان بخشی مناسب مثلاً "درد بطئی نشانه سرطان نیست."
- ورزش منظم باعث میشود شخص احساس بهتری داشته باشد.

4. مداخلات روانی اجتماعی:

- مشاور به طور واضح ریشه اعراض جسمی را مشخص میکند. سعی میکند حالاتی را که باعث افزایش یا کاهش اعراض میشود، پیدا کند و مداخلات روانی اجتماعی را بر اساس مشکلی که بیشترین ناراحتی را در شخص ایجاد کرده تعقیب میکند.

5. تعقیب تداوی:

برای مشاوره یا ارزیابی بهبودی مریض، ارزیابی افکار خودکشی، سهیم ساختن فامیل و تغییرات در سازگاری با فشارهای روانی صورت میگیرد.

خودآزاری و خودکشی

خودآزاری:

خودآزاری اقدام قصدی برای آسیب یا صدمه رساندن به خود است. خودآزاری معمولاً" بعد از یک آشفتگی هیجانی شدید یا ناراحتی روانی بعد از منازعه فامیلی حاد و جدی اتفاق می‌افتد. خودآزاری نشاندهنده عکس العمل خاص به یک وضعیت خاص زندگی است، عکس العملی که هدف نهایی آن نجات خود است نه از بین بردن خود. کسانیکه دست به خودآزاری میزنند معمولاً" از سوی کارکنان صحی برخورد سرد و خصومت آمیز را تجربه میکنند مخصوصاً" از سوی داکتران و نرس‌های که در اتفاق عاجل یا کلینیک‌ها کار میکنند. جلوگیری از خودآزاری و خودکشی باید در اولویت‌های پالیسی صحی شامل شود. همچنین علاوه از کلینیک‌های BPHS نیاز به ایجاد روش‌های درمانی جدگانه وجود دارد. برای تداوی بهتر موارد خودآزاری پروتوكول‌ها باید تهیه و ترتیب شود مخصوصاً برای استفاده در مناطق روستایی که مریضان در ابتدا به مراکز صحی مراجعه میکنند.

در افغانستان خودآزاری در بین افراد جوان مخصوصاً" زنان شایع است.

مشکلات شایعی که باعث خودآزاری میشوند:

- مشکلات با والدین یا منازعه‌های فامیلی
- مشکلات در محل کار یا مکتب
- مشکلات با دوستان
- مریضی جسمی
- افسردگی
- عزت نفس پایین
- مشکلات جنسی
- سومنصرف مواد نشه آور و الکهول

1. تظاهرات کلینیکی:

افراد برای خودآزاری از روش‌های مختلف استفاده میکنند. مسموم کردن توسط ادویه ضد حشرات و خودسوزی یکی از علل اصلی مرگ و میر در مناطق روستایی است. اطفال از دیگران (به شمول کسانیکه با آنها زندگی میکنند و قبلًا" دست به خودکشی زده اند) یاد میگیرند.

بعضی از روش‌های شایع برای خودآزاری در افغانستان عبارتند از:

- سوزاندن با تیل (خودسوزی)
- غرغره کردن
- غرق کردن
- خوردن ادویه ضد حشرات

- بربین رگ یا گلو
- سوراخ کردن بدن
- خوردن ادویه (دوز بلند دواها)
- پرتاب از ارتفاع

انگیزه ها یا علی که در عقب خودآزاری وجود دارد:

- فرار از رنج غیرقابل تحمل
- تغییر دادن رفتار دیگران
- نشان دادن نالمیدی و بیچارگی به دیگران
- باعث شود که دیگران احساس گناه کنند.
- رهایی از فشارها
- جستجوی کمک

2. خطرات و عواقب احتمالی:

خطرات شایع عبارتند از:

- تکرار خودآزاری و خودکشی
- افسردگی
- سومصرف مواد نشه آور
- مشکلات ارتباطی
- تبعیض

3. معاینه وضعیت روانی:

هدف ارزیابی روانی اجتماعی نزد کسانیکه دست به خودآزاری زده اند، شناسایی افرادی است که مريضی روانی دارند، در معرض خطر بلند خودکشی قرار دارند، مشکلاتی مثل سومصرف مواد نشه آور و الکهول دارند یا در بحران اجتماعی قرار دارند. آنهايي که مريضی روانی یا مشکل سومصرف مواد نشه آور دارند به تداوی روانپزشکی موثر نیاز دارند و مريضانی که از مشکلات روانی اجتماعی دیگر رنج میبرند نیاز به کمک های مختلف روانی اجتماعی و اجتماعی دارند.

موضوعات مهم در ارزیابی کسانی که دست به خودآزاری میزنند:

- واقعاتی که در اطراف خودآزاری وجود دارد
- درجه ای جدی بودن و دلایل دیگر برای انجام این عمل چیست؟
- مشکلات فعلی
- اختلال روانی احتمالی
- تاریخچه شخصی و فامیلی

- تاریخچه روانپردازی یا خودآزاری
- خطر خودآزاری یا خودکشی در آینده
- نگرش‌ها نسبت به کمک

هدف کلیدی ارزیابی بعد از خودآزاری شناسایی کسانی است که در خطر تکرار خودکشی هستند، اما گفتن اینکه کارکنان صحی در پیش بینی خطر چقدر خوب هستند، دشوار است. ارزیابی خطر ممکن است بر تداوی‌های بعدی تاثیر بگذارد. اگرچه اکثر موارد خودآزاری تلاش برای خودکشی نیست ولی مواردی نیز وجود دارد که واقعاً "چنین قصدی در بین بوده است.

مشخصات خودآزاری قصد بالای خودکشی را نشان میدهد:

- انجام دادن عمل در خفا
- طوری عیار شده باشد که مداخله امکان پذیر نباشد، مثلاً "وقتی والدین به سر کار خود رفته اند.
- تدبیر برای کشف نشدن
- صحبت کردن با دیگران در مورد افکار خودکشی قبل از انجام آن.
- قبلًاً برای انجام این عمل برای ساعت‌ها و یا روز‌ها برنامه ریزی شده باشد.
- نوشتن پیام خودکشی
- هشدار ندادن به دیگران در حین انجام یا بعد از انجام عمل.

4. تشخیص:

اعراض و علیمی که ممکن است با احساسات خودکشی همراه باشند:

- صحبت کردن در مورد احساس خودکشی یا امید به مردن
- احساس نالمیدی که چیزی بهتر نخواهد شد یا هرگز چیزی تغییر نخواهد کرد.
- احساس درمانگی که اقدام چیزی را تغییر نخواهد داد.
- احساس بار دوش بودن به فامیل و دوستان
- سواستفاده از مواد نشه آور و یا الکھول
- تنظیم کارها (مثلاً) رسیدگی به سرمایه، بخشیدن دارایی‌ها، آماده‌گی برای مردن)
- نوشتن یادداشت خودکشی
- قرار گرفتن قصدی در موقعیت‌های آسیب زننده یا موقعیت‌های که خطر کشته شدن وجود دارد.

5. تداوی:

اشخاصی که دست به خودآزاری زده اند باید از نظر صدمات فزیکی و مشکلات روانی اجتماعی ارزیابی شوند. بعضی از موارد مثل خودسوزی و یا سم خوردن نیاز به مراقبت‌های خاص و شاید نیاز به بستر دارند. ارزیابی مشکلات روانی اجتماعی باید هرچه زودتر انجام شود. در مواردی که اختلال روانی مثل افسردگی وجود دارد تداوی باید روانی اجتماعی باشد. اگر مرضی شدید است دواهای ضد افسردگی باید تجویز شود. پلان مداخلات باید با مریض بحث شود.

اکثر اشخاصی که دست به خودآزاری میزنند در پاسخ به بحرانهایی بین فردی دست به این کار میزنند و میتوان آنها را به صورت سرپا تداوی کرد. ولی اشخاص مصاب به افسردگی یا اختلال سایکوتیک شدید که در خطر مداوم برای تکرار خودکشی هستند، یا کسانی که در معرض مشکلات روانی اجتماعی شدید مثل سواستفاده جنسی قرار دارند، ممکن است نیاز به مشاوره با یک متخصص داشته باشند. در بیشتر موارد مداخله در بحران مناسب خواهد بود. تداوی حل مشکل اغلب "برای جوانان استفاده میشود و این مزیت را دارد که مستقیم است و به راحتی توسط مریض درک میشود. استفاده از تکنیک‌های حل مشکل و آموزش روش‌های سازش به جوان کمک میکند تا در بحرانهایی آینده نیز از این روش‌ها استفاده کند و با اینگونه بحرانها به خوبی مقابله کند.

خودکشی:

بسیاری از ما گاهی از اوقات در زندگی خود احساس میکنیم که دیگر زندگی کردن بس است. برای بسیاری از افراد افکار خودکشی زودگزار است و اغلب عکس العملی در مقابل یک حادثه ناراحت کننده است. برای بسیاری دیگر، افکار یا پلان‌های خودکشی دوامدار بوده و با مریضی روانی یا مشکلات سخت زندگی یکجا هستند.

تلash برای خودکشی جز خودآزاری است اما تمام خودآزاری‌ها تلاش برای خودکشی نیستند.
• خودکشی: پایان دادن به زندگی.

• تلاش برای خودکشی: رفتاری که هدف از آن مردن باشد اما منجر به مرگ نشود.
• افکار خودکشی: داشتن افکار از بین بردن خود

• خودآزاری قصدی: افکار عمده‌ی صدمه رساندن به خود که باعث درد و جراحت میشود ولی هدف از آن مرگ نیست.

مریضی‌های زیر با خودکشی مرتبط هستند:

• افسردگی: علت مهم خودکشی است. افسردگی باعث میشود فرد احساس غم و اندوه کند و همچنان علاقه به زندگی و امید به آینده را از دست بدهد.

• سوصرف الکهول و مواد نشه آور: اگرچه بسیاری از مردم برای اینکه احساس بهتری داشته باشند الکهول مبنوشنند و مواد نشه آور مصرف میکنند ولی در واقع این مواد باعث میشوند که شخص احساس بدتری داشته باشد.

• مشکلات صحی طولانی مدت

• اختلالات روانی شدید: اشخاص مصاب به سایکوز و مانیا نیز در خطر پایان دادن به زندگی خود قرار دارند.

عوامل فردی و اجتماعی نقش عمده را در بوجود آوردن مریضی روانی بازی میکنند. عوامل اجتماعی مهم که باعث ایجاد افکار خودکشی میشوند عبارتند از:

• روابط ناراحت کننده مخصوصاً "ازدواج‌های اجباری و غم انگیز"
• فقر و مشکلات اقتصادی مخصوصاً "وقتیکه به طور ناگهانی بوجود آیند".

• از دست دادن یک عزیز
• نداشتن کسی که مشکلات و احساسات را با او شریک سازیم.

چگونه بفهمیم که یک شخص قصد خودکشی دارد؟

برای فهمیدن اینکه شخص قصد خودکشی دارد سوالات را مستقیم ولی به آرامی پرسان کنید. پرسان کردن از شخص در مورد خودکشی باعث ایجاد افکار خودکشی نمیشود یا او را برای انجام رفتار خودآزاری وانمیدارد. بر عکس تمایل کارمند صحی برای پرسان کردن از مریض در مورد افکار وی میتواند خطر خودکشی را با دادن فرصت به مریض برای صحبت کردن در مورد احساساتش کاهش دهد.

میتوانید سوالات زیر را بپرسید:

- آیا فکر میکنید که زندگی ارزش زندگی کردن را ندارد؟
- آیا ترجیح میدهید که بمیرید؟
- آیا در مورد کشتن خود فکر کرده اید؟
- آیا فکر کرده اید که این کار را چگونه انجام دهید؟
- آیا سعی کرده اید خود را بکشید یا پلانی برای کشتن خود دارید؟

همچنین درمورد تلاش های قبلی برای خودکشی پرسان کنید (تلاش های قبلی خطر خودکشی را افزایش میدهد و به شما این گمان را میدهد که آنها در آینده چه انجام خواهند داد).

با کسی که قصد خودکشی دارد چگونه کار بکنیم؟

سوالاتی که باید از دوستان و فامیل پرسیده شود:

- چه اتفاقی افتاد؟ آیا تلاش خطرناک بود؟
- آیا قبلاً هم این اتفاق افتاده بود؟ کسانیکه تاریخچه قبلی خودکشی داشته باشند احتمال انجام دوباره آن بیشتر است.
- آیا تاریخچه مریضی روانی یا مریضی جسمی جدی وجود دارد؟
- آیا اخیراً کسی را از دست داده است، برای مثال جدایی از همسر؟

سوالاتی که باید از شخص که تلاش خودکشی را نموده است، پرسیده شود:

- چه اتفاقی افتاد؟ آیا میخواستید که به زندگی خود خاتمه دهید؟ چرا؟
- آیا کدام پلانی داشتید؟ برای چه مدت در حال پلان کردن آن بودید؟ آیا به کس دیگری در مورد پلان خود گفته اید؟
- تلاش های که با دقت پلان شده باشند و از دیگران مخفی نگه داشته شده باشند جدی تر هستند.
- اکنون چگونه احساس میکنید؟ بسیاری از مردم خوشحال اند که این عمل منجر به مرگشان نشده است.
- آنهایی که از زنده ماندن خود راضی نیستند احتمال قصد دوباره نزد شان زیاد است.
- آیا اخیراً احساس افسردگی کرده اید؟ آیا اخیراً علاقه به زندگی را از دست داده اید؟ (این سوالات را برای کشف افسردگی بپرسید).
- چه دلایلی برای ادامه دادن زندگی وجود دارد؟ این راه مهمی است تا شخص را وادار کنیم در مورد چیزهای خوب در زندگی فکر کند. بعضی مردم آنقدر افسرده هستند که نمیتوانند چیز مثبتی در زندگی خود ببینند. این نشانه آن است که مریضی آنها بسیار جدی است.

پیش بینی احتمال تلاش دوباره برای خودکشی:

پیش بینی اینکه آیا شخص دوباره قصد خودکشی دارد یا نه، دشوار است. عواملی که شما را در مورد خطر خودکشی دوباره باید نگران کنند عبارتند از:

- تلاش جدی و پلان شده برای خودکشی، فرد این کار را از دیگران مخفی کرده و از روش خطرناک برای خودکشی استفاده کرده است.
- افکار مداوم خودکشی.
- نالمیدی نسبت به آینده
- شواهد افسردگی شدید
- شواهدی از دشواری ها در زندگی و یا از دست دادن عزیزان
- نداشتن حمایت اجتماعی
- سومصرف الکهول یا مریضی شدید جسمی
- تلاش های قبلی برای خودکشی
- سن بالای شخص

بعدا" چی کار کنیم:

- مریضی را که برای خودکشی تلاش کرده است، به مشاور روانی اجتماعی ارجاع کنید.
- سعی کنید مسایل اجتماعی را که ممکن است باعث افسردگی مریض شده باشند، شناسایی کنید. با دوستان و اقارب مهم وی صحبت کنید.
- مریضی روانی زمینه ای مثل افسردگی شدید را تداوی کنید (بخش افسردگی را ببینید) به خاطر داشته باشید: "معمولًا" دو تا چهار هفته طول میکشد تا تاثیرات دواهای ضد افسردگی شروع شود. در این زمان مشاوره و حمایت فامیل بسیار حیاتی است.
- اگر فکر میکنید ممکن است دوباره به خود آسیب برساند، از اقرب وی بخواهید تا او را تنها نگذارند.

- چگونه با شخصی که افکار خودکشی دارد یا برای خودکشی تلاش کرده است صحبت کنیم:
- با مریض در خلوت صحبت کنید. خودکشی یک موضوع حساس است. وقت کافی بدھید تا احساس راحتی کند و به طور بی پرده دلایل خود را شریک سازد.
- به گفته های شخص با توجه کامل گوش دهید. اجازه دهید صحبت کند و حتی الامکان سعی کنید که بفهمید دلیل این احساسات خودکشی چیست.
- مریض را با کلمات تشویق کننده آرام بسازید. از روش معمولی برای کلمات حمایتی خود استفاده کنید.
- اگر خطر بلند خودکشی موجود باشد او را تنها نگذارید.
- "کاملاً" واضح و باز در مورد افکار خودکشی، تلاش های قبلی و پلان های آینده وی پرسان نمایید.
- قضابت نکنید: در مورد شخصیت فرد قضابت نکنید. حمایت کننده و باپروا باشید. اجازه دهید که شخص احساسات خود را اظهار کند و این احساسات را بدون قضابت و کم اهمیت شمردن آنها قبول کنید. طوری رفتار نکنید که شوک زده شده اید، در مورد ارزشهای زندگی لکچر ندهید یا به شخص نگویید که او انسان بدی است.
- در ارایه جملات محتاط باشید، نمیخواهید که احساس شخص را نسبت به گذشته خرابتر سازید.

- به مریض امید دهید ولی از جملات امیدوارکننده بدون درک وضعیت استفاده نکنید (این ممکن است شخص را بیشتر نامید کند). مریض را مطمین سازید که کمک در دسترس قرار دارد و احساسات خودکشی موقتی هستند. هرگز دردی را که او احساس میکند نادیده نگیرید اما در مورد روش های جایگزین خودکشی صحبت کنید و اجازه دهید بداند که زندگی اش مهم و ارزشمند است.
- به مریض کمک کنید تا "پلانی برای زندگی" یعنی اقداماتی را که او قول میدهد که در جریان بحران خودکشی از آنها پیروی میکند، تهیه کند. این پلان باید مریضانی را که به سرویس های عاجل مراجعه میکند نیز دربر بگیرد. حتی میتوان قراردادی با مریض بست که طی آن قول میدهد در دوره معین دست به خودکشی نزند (مثلًا" یک هفته).

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی:

- بررسی اعراض مریضی های روانی
 - بررسی شدت اعراض
 - بررسی فشار های روانی اجتماعی
 - تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- مهمنراز همه معلومات در مورد:**

- شرایطی که در آن خودآزاری رخ داده است.
- خودآزاری یا خودکشی، افسردگی یا دیگر اختلال روانی در فامیل
- تلاش های قبلی و عواقب آنها
- مریضی های جسمی فعلی
- استفاده از مواد نشه آور و الکھول
- شخصیت فرد قبل از مشکل فعلی
- تغییرات در زندگی شخص قبل از خودآزاری
- مشکلات روانی اجتماعی فعلی
- نگرش اعضای فامیل

2. ارجاع به مشاور روانی اجتماعی یا سطح بالاتر:

- تلاش برای خودکشی یا خطر بالای خودکشی وجود دارد.
- اختلال روانی وجود دارد.
- مریضی جسمی احتمالی همراه با آن وجود دارد.
- مشاوره اولیه موثر نبوده است.

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

آموزش مریض و فامیل وی در مورد طبیعت خودآزاری و خودکشی، عوامل خطر، فشار های روانی اجتماعی، عواقب، نقش اعضای فامیل در پیشگیری، تعقیب تداوی باید صورت بگیرد.

بعضی توصیه های مهم:

- خودآزاری نباید سطحی گرفته شود.
- شخص به خاطر خودآزاری نباید سرزنش شود.
- بعد از اولین تلاش خطر خودآزاری بیشتر میشود.
- پرسان کردن در مورد افکار یا پلان های خودکشی این افکار را در ذهن شخص وارد نمیکند.
- دوستان و اعضای فامیل میتوانند خطر خودآزاری را کاهش دهند.
- خودآزاری ممکن است عکس العملی به حوادث استرس زا باشد.
- خودآزاری معمولاً "بوسیله تغییرات ناگهانی و غیرقابل انتظار در زندگی رخ میدهد.
- افکار خودکشی میتوانند بخشی از یک مریضی جدی باشند.

4. تعقیب تداوی:

تعقیب تداوی برای مشاوره یا ارزیابی بهبودی در افکار خودآزاری، خطر تکرار، ارزیابی فشار های روانی، سهمگیری فامیل، و تغییر در سازگاری با فشار های روانی صورت میگیرد. بسیاری از مریضانی که دست به خودآزاری میزنند تمایل به نقض قراردادهای تعقیبی دارند.

مرگی (صرع)

مرگی یا صرع یک اختلال مغزی است که با اختلالات مکرر و خودبخود مشخص میشود. (حداقل دو مورد اختلال تحریک نشده با فاصله 24 ساعته). مرگی اختلال روانی نیست، بلکه یک اختلال نورولوژیک است. در طی حمله صرع فعالیت نورمال حجرات عصبی مختلف میشود که منجر به اسپاسم های عضلی، از دست دادن هوشیاری و اعراض دیگر میشود. اعراض یا عالیم کلینیکی اختلالات به موقعیت تغییرات برقی صرعی و وسعت و خاصیت انتشار تغییرات برقی صرعی در مغز، بستگی دارد. در طبقه بندی بین المللی اختلالات صرعی به دو طبقه عده تقسیم میگردد:

- اختلالات قسمی: که از یک محراق در قشر دماغ شروع میشود و شامل انواع زیراست: اختلال قسمی ساده (SPS) و اختلال قسمی مغلق (CPS) و نیز اختلال قسمی با منتشر شدن ثانوی.
- اختلالات منتشر: این اختلالات به طور همزمان در هر دو نیم کره مغز شروع میشوند.

علل شایع اختلالات صرعی:

- مشکلات و اختلالات قبل از ولادت، حین ولادت یا بعد از ولادت
- امراض او عیه دماغی مثل احتشای مغزی، خونریزی مغزی و ترومبوز اورده دماغ
- ترضیض قحفی: ضربات زمانی مهم تلقی میشوند که همراه با ضیاع شعور بوده بیشتر از 30 دقیقه طول بکشد و نیز فراموشی که بیشتر از 30 دقیقه دوام کند، موجود باشد.
- انتانات سیستم اعصاب مرکزی مثل منژیت یا آنسفالیت
- تومورهای مغزی
- مسمومیت دوایی، ترک مواد نشه آور یا ترک الکھول

1. تظاهرات کلینیکی:

A. اختلالات منتشر:

اختلالات منتشر نتیجه فعالیت برقی غیرنورمال در بخش های مختلف مغز است.

دو نوع اختلال منتشر وجود دارد:

1) اختلالات تونیک کلونیک:

این اختلالات ممکن است باعث ضیاع شعور، افتادن و اسپاسم کنلوی عضلات شوند. مشخصات اصلی اختلال منتشر عبارتند از:

- افتادن ناگهانی همراه با جراحت و صدمه، جویدن زبان، آمدن کف از دهان
- حرکات تکان مانند در اعضای بدن
- خیره شدن در جریان حمله
- بی اختیاری ادرار و مواد غایطه
- ضیاع شعور در جریان حمله

شخص ممکن است هنگام خواب یا در تنهایی حمله صرع داشته باشد و در بدن وی نیز ممکن است نشانه های ترضیضات و سوختگی های قبلی موجود باشد.

صرع منظر سه مرحله دارد: تونیک، کلونیک و مرحله بعد از حمله.

I. مرحله تونیک:

- مرحله تونیک با قبض تن، بالارفتن و تبعد آرنج و بسط کمر و گردن شروع میشود و با بسط دستها و پaha ادامه پیدا میکند. همراه با این حالت ممکن است توقف تنفس که بصورت ثانوی از سبب اسپاسم حنجره صورت میگیرد، اتفاق بیافتد.
- عالیم اتونومیک در جریان این مرحله شایع است و شامل سریع شدن نبض و بالا رفتن فشار خون، تعرق وغیره است.
- این مرحله 10-20 ثانیه دوام میکند.

II. مرحله کلونیک

- مرحله تونیک موقع را برای حرکات کلونیک مساعد میسازد که در جریان آن عضلات متقلص به صورت متناوب به حالت استرخا میایند. مدت دوام این مرحله مقاوت است.

- در طی دوره کلونیک لرزش عمومی رخ میدهد. این از سببی است که مراحل اتونی عضلات (استرخای عضلات) با اسپاسم ها مکرر (متقلص عضلات) به صورت متناوب دیده میشود. هر اسپاسم با توسع و تقبض مردمک ها همراه است.
- مراحل سنتی عضلات به تدریج طولانی تر میشوند تا وقتی که آخرین اسپاسم انجام میشود. بی اختیاری (ادرار و مواد غایطه) ممکن است در آخر مرحله کلونیک زمانیکه معصره ها استرخا میکنند رخ دهد. مرحله اتونیک حدود 30 ثانیه طول میکشد و مریض ممکن در طی این مرحله دچار توقف تنفس شود. اختلاجی که شامل مراحل تونیک و کلونیک باشد برای 1-2 دقیقه دوام میکند.

III. مرحله بعد از حمله

مرحله بعد از حمله شامل دوره ای از بیهوشی است که طی آن مریض آرام میشود و تنفس نورمال میگردد. مریض به تدریج و اغلب بعد از یک خواب کوتاه بیدار میشود و کمی گیج میباشد. سردردی و دردهای عضلی شایع هستند. مریض از آنچه در جریان حمله رخ داده است چیزی به یاد نمیآورد.

(2) صرع غایب (Absence):

- صرع غایب یک شکل خاص از اختلالات منتشر است و اغلبًا "نادیده گرفته میشوند. صرع غایب شامل دوره های کوتاه ضیاع شعور است که تنها چند ثانیه طول میکشد (کمتر از 30 ثانیه). اغلبًا چشمها به یک طرف خیره میماند و ممکن است مدت کوتاهی چشمها به سمت بالا بچرخد. وقتی که با شخص صحبت میشود پاسخ نمیدهد. صرع غایب دفعنا" شروع میشود و دفعنا" خاتمه می یابد. بعد از حمله شخص به کاری که قبل از حمله انجام میداد ادامه میدهد. هیچ چیزی از حمله به خاطر نخواهد داشت. اختلالات غایب بیشتر در اطفال رخ میدهد و اغلب اوقات تشخیص داده نمیشود. والدین و معلمان فکر میکنند که طفل بی توجه است و نمیخواهد که گوش دهد.

B اختلالات قسمی:

- در اختلالات قسمی تغییرات برقی در یک بخش مغز رخ میدهد (شکل 9.2 را ببینید) در نتیجه اعراض متغیر بوده و بستگی به این دارد که کدام قسمت دماغ دچار اختلال شده است. حدود نیمی از افراد مصاب به صرع دچار اختلالات قسمی هستند. دو نوع اختلال قسمی وجود دارد:
 - (1B) صرع قسمی ساده:
 - در صرع قسمی ساده شخص هوشیار باقی میماند. حمله شامل اعراض صرعی است که تنها در یک قسمت بدن رخ میدهد. اکثر اوقات اختلال منجر به تقلص گروپی از عضلات اغلب در صورت و بازو میشود. صرع قسمی ساده ممکن است خود را به صورت اعراض حواسی نشان دهد برای مثال دیدن روشنایی مختصر یا نور بارنگ روشن.
 - (2B) صرع قسمی مغلق:
 - در صرع قسمی مغلق در حالت شعوری شخص تغیر وارد میشود ولی شعور به طور کامل از بین نمیرود. در طی حمله مریض به صحبت های نورمال عکس العمل نشان نمیدهد و ممکن است به نظر برسد که در رویا به سر میبرد. کسانی که صرع قسمی مغلق دارند ممکن است رفتارهای تکراری و عجیب و غریب از خود نشان دهند مثل چشمک زدن، تکان خوردن یا حرکات دهان. این حرکات تکرار شونده اوتوماتیزم نامیده میشوند. در صرع قسمی مغلق بعضی از مریضان ممکن است پاسخ های ساده کلامی را ارایه کنند یا دستورات ساده را پیروی کنند یا حالت های بدنی ساده را اجرا کنند. صرع قسمی مغلق به طور وصفی از فص صدغی بر میخورد اما از هر ناحیه دماغ منشأ گرفته میتواند. این اختلالات معمولاً "کوتاه هستند و از چند ثانیه تا نهایتاً" دو دقیقه دوام میکنند. معمولاً "تا دو دقیقه دوام میکند.
 - بعضی مصابین به صرع ممکن است اورا را تجربه کنند: احساسات غیرمعمولی که وقوع اختلال را هشدار میدهند. اعراض اورا (aura) ممکن اند از قبیل احساس عجیب و غریب معمول در شکم، بوهای غیرخوشایند یا یک احساس رویاگونه. این اوراها در واقع اختلالات قسمی ساده هستند که در طی آنها شخص هوشیار باقی میماند.

2. خطرات و اختلالات احتمالی:

عوامل خطر برای اختلالات عود کننده شامل موارد زیر میشوند:

- سن کمتر از 16 سال
- اختلال عرضی بعد Remote symptomatic seizure
- اختلالاتی که بین نیمه شب و 8:59 صبح اتفاق بیافتد.
- اختلالات تحریک شده قبلی
- Remote symptomatic seizure در مریضی که خواهر یا برادرش صرع دارد
- صرع پایدار یا صرع چندگانه در طی 24 ساعت به عنوان Remote symptomatic seizure ابتدائی.
- صرع قسمی
- تاریخچه آفات نورولوژیک دوران طفولیت مثل فلج مغزی یا تاخر عقلی
- EEG غیرنورمال

مشکلاتی که ممکن است در طی حمله یا بعد از آن اتفاق بیافتد:

- صدمه به سر، زبان، لب ها و گونه ها
- کسر های ستون فقرات
- Aspiration pneumonia ●

3. تشخیص:

تاریخچه دقیق در 90 فیصد مریضان منجر به تشخیص درست میشود. تشخیص صرع فرآیند چندمرحله ای است که معمولاً " شامل ارزیابی های زیر میشود:

- تایید از طریق تاریخچه مریض، معاینه نورولوژیکی و تست خون و دیگر تستهای کلینیکی در صورت لزوم
- مشخص کردن نوع اختلالات
- ارزیابی کلینیکی برای مشخص کردن علت صرع
- با توجه به تمام یافته ها، انتخاب مناسب ترین تداوی.
- مهمترین وسیله برای تشخیص صرع تاریخچه طبی دقیق است.
- الکتروانسفالوگرافی (EEG) به تایید تشخیص در بعضی موارد کمک میکند. اما منفی بودن EEG صرع را رد نمیتواند.

صرع اعراض مشابه با اختلال کانورژن دارد. جدول زیر به تعریق این دو از هم کمک میکند.

کانورژن	صرع	
ناراحتی بعد از بحث های فامیلی و تغییر خلق یا جر بحث کردن	ناراحتی های بطنی، بو یا مزه های غیرمعمولی	اورا
آهسته	ناگهان	شروع
در حضور دیگران	در هرجا	مکان
معمولًاً بعد از بحث و جدل کردن	هیچ	عوامل آغاز کننده
به تدریج	ناگهانی	سقوط
غیرمنتظم	حرکات تونیک کلونیک، متناظر	حرکات غیرارادی
وجود ندارد	وجود دارد	کف کردن دهان
وجود ندارد	وجود دارد	بی اختیاری ادرار و تغوط
وجود ندارد	شاید	جویدن زبان
وجود ندارد	وجود دارد	سیانوز در طی حمله
شاید	وجود دارد	جراحت در طی حمله
بخشی از آن	خیر	به خاطر آوردن حمله

4. تداوی:

تمدوی دوایی اولین تداوی برای کنترول حملات اختلالی است. روش تداوی عبارت است از:

- تصمیم گیری در مورد نیاز به تداوی بر اساس انذار مریضی.
- انتخاب یک دوا و افزایش دوز آن به طور آهسته، دادن اطلاعات واضح به فامیل در مورد اینکه چگونه صرع پایدار را کنترول کنند.
- در صورت دوامدار شدن اختلالات استفاده از دوز اعظمی.
- اگر صرع کنترول نشد، یک دوای دیگر را اضافه کنید، تداوی ترکیبی را تا زمان کافی برای ارزیابی تاثیر دوای دومی به عنوان یک انتخاب احتمالی، قبل از ترک دوای اولی ادامه دهید.
- استفاده از دواهای دیگر و انجام معاینات دقیق در صورتیکه صرع به دو نیز جواب نمیدهد، عدم موجودیت عوامل ناسازگار تشخیص صرع را زیر سوال می آورد.
- نباید در برابر دسته از اختلالات مختصر عکس العمل نشان داد، هرگاه صرع به خوبی قابل کنترول شده باشد.
- بدترشدن حالت را در هر ساحه وظیفوی بصورت آنی باید ارزیابی کرد.



تداوی با دوا واحد اولین روش برای تداوی دوایی در صرع است

مزایای تداوی تک دوایی (Monotherapy):

- 70-80٪ فیصد موارد صرع با یک دوا کنترول میشود.
- عوارض جانبی کمتر خواهد بود.
- سمیت دوایی کاهش پیدا میکند
- اثر مقابل دواها بالای یکدیگر وجود نخواهد داشت.
- تنظیم دوز دوا آسانتر میشود و امکان پذیرش آن توسط مریض بیشتر است.
- مصرف آن کمتر است.

انتخاب یک دوا برای صرع بستگی به عوامل مختلف دارد. عواملی که در انتخاب دوا تاثیر میگذارند

عبارتند از:

- انواع صرع و تکرار اختلالات
- عوارض جانبی ادویه
- دستیابی به کنترول اختلال

دواهای مختلف برای تداوی اختلالات استفاده میشوند. دواهای زیر در لیست ادویه اساسی افغانستان شامل آند:

- والپروپیک اسید انتخاب اول برای تداوی صرع است، زیرا طیف تاثیر وسیع داشته، انواع اختلالات را تداوی میکند. دوز والپروپیک اسید 250-750 میلیگرام در روز است (در دوزهای کسری). دوای انتخابی در صرع های منتشر اولیه است و برای تداوی صرع های قسمی نیز میتوان از آن استفاده کرد. یگانه زیان آن قیمت بالای آن است.

- کاربامازپین که در اختلالات قسمی استفاده میشود. دوز آن 200-400 میلیگرام است. نباید از 1000mg/d اضافه تر داده شود.
- فنوباربیتال نیز در تداوی صرع استفاده میشود ولی عوارض جانبی آن باعث شده که کمتر از آن استفاده شود. این دوا توسط سازمان صحي جهان به عنوان دواي خط اول در تداوی صرع در کشور های در حال توسعه توصیه شده است. دوز آن 60 تا 200 میلیگرام در روز است. این دوا هم در تداوی اختلال قسمی و هم اختلال عمومی موثر است.

جدول دواهای مورد استفاده در تداوی صرع:

دوا	عوارض	دوز دوایی کاهلان	دوز در اطفال
فنوباربیتال (تابلیتهای 15 تا 100 ملیگرام، شربت 15mg/ml)	خواب آلودگی، گنگسیت، آتاکسی	با 50 میلیگرام در روز در دو دوز مساوی شرع میشود 50 میلیگرام در هفته افزایش دهید تا اختلالات کنترول شوند. حد اکثر دوز در کاهلان 200 میلیگرام	دوز شروع کننده: اطفال بالای سه سال: 15 ملیگرام روزانه به صورت دوز واحد در وقت خواب اطفال 3-10 ساله: 30 ملیگرام در روز اطفال بزرگتر از 10 سال: 60 تا 100 ملی گرام، 15 ملیگرام در هفته افزایش دهید. دوز نگهدارنده: 5mg/kg/day دوز
کاربامازپین (قرص های 200 ملیگرام)	سرچرخی، استقراغ، خشکی دهان، اندفاعات جلدی (اگر اندفاعات زیاد شود، دوا را قطع کنید و دواي دیگري را انتخاب کنید)	شرع با 100 میلیگرام دو بار در روز. تا 20mg/kg در دو دوز کسری افزایش دهید.	شروع با 50 میلیگرام دو بار در روز. تا 40mg/kg افزایش دهید.
سودیم والپروات در سه ماه اول حاملگی نباید استفاده شود.	استقراغ لرزش افزایش وزن	800 میلیگرام در دو دوز کسری هر بار 200 ملیگرام افزایش دهید. دوز معمولی 1200 ملیگرام است، اما میتوان تا 3000 میلیگرام تجویز کرد.	15mg/kg تا 40mg/kg افزایش دهید.

مدت تداوی صرع 5-2 سال بدون حمله بعد از آخرین اختلال است.

مشخصات انذار خوب و بد برای نتایج صرع:

نتیجه بد	نتیجه خوب
<ul style="list-style-type: none"> • نوع اختلاج چند گانه • وجود آفات نورولوژیکی دیگر(مخصوصاً" در عملکرد شناختی) • شروع در سنین پایین (برای سندروم اختلاجات خود به خودی • صرع پایدار • اختلاجات زیاد • پاسخ ضعیف به دواهای ضد صرع 	<ul style="list-style-type: none"> • نوع اختلاج ساده • اختلال دیگری وجود نداشته باشد. • شروع حملات در سنین بالاتر • حمله به یک مریضی با بهبودی کامل مرتبه است یا توسط عاملی تحریک شده است • اختلاجات کوتاه • اختلاجات کم • پاسخ خوب به دواهای ضد صرع

<p>اگر کسی دچار حمله صرع شود چه باید بکنیم</p> <p>شخص را به یک طرف بچرخانید تا از خفه شدن به وسیله مایعات یا استفراغ جلوگیری کنید.</p> <p>بالشت زیر سر شخص قرار دهید.</p> <p>لباس های تنگ دور گردن وی را شل کنید.</p> <p>راه هوایی را باز نگه دارید. در صورت ضرورت الاشه مریض را آرام با دست بگیرید و سروی را به عقب کج کنید.</p> <p>هرگز جلو تکان خوردن مریض را نگیرید مگر اینکه وی در خطر باشد.</p> <p>هیچ چیز در دهان مریض قرار ندهید، حتی دوا یا مایعات. این کار ممکن است باعث خفه شدن مریض یا صدمه رساندن به فک، زبان یا دندانهای مریض شود. برخلاف عقیده رایج، شخص در طی حمله یا هر زمان دیگری زبان خود را بلع نخواهد کرد.</p> <p>هرگونه شی تیز یا سخت را که ممکن است شخص در جریان حمله به آن برخورد کند، دور کنید.</p> <p>توجه کنید که حمله تا چه وقت دوام میکند و چه اعراضی ظاهر میشوند.</p> <p>تا زمانی که حمله ختم شود با مریض بمانید.</p> <p>شخص را به شفاخانه منتقل دهید اگر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حمله بیشتر از 10 دقیقه طول بکشد. • مریض بعد از ختم حمله به هوش نیاید یا نمیتواند دوباره تنفس را شروع کند. • مریض در جریان حمله صدمه دیده است. <p>بعد از ختم حمله شخص ممکن است بسیار خسته باشد. ممکن است سردردی داشته باشد یا گیج و خجالت زده باشد. با مریض صبور باشید و سعی کنید که به وی کمک کنید تا یک جای مناسب برای استراحت پیدا کند. در صورت ضرورت به مریض کمک کنید که به طور مصوبون به خانه برسد.</p>
--

صرع پایدار:

صرع پایدار صرع شدید و تهدید کننده زندگی است که در آن شخص اختلاجات طولانی دارد یا در بین دو اختلاج شعور احیا نمیشود. در حالیکه اکثر اختلاجات نیاز به تداوی طبی عاجل ندارند ولی کسی که اختلاجات وی بیشتر از 10 دقیقه دوام کند باید به زودترین فرصت به داکتر برده شود. در کلینیک صحی

زرقیات و ریدی دیازپام را میتوان در این موقع تجویز کرد. دیازپام را به آهستگی و در طی چند دقیقه برای مریض زرق کنید.

توصیه های برای تجویز:

- 5mg در اطفال زیر 5 سال
- 10mg برای اطفال 5-10 ساله
- 20mg برای کاهلان

اگر اختلالات متوقف نگردد، بعد از نیم ساعت این دوز را تکرار کنید. اگر تجویز دیازپام و ریدی امکان نداشت دیازپام را میتوان از طریق مقدع با استفاده از یک سرنج پلاستیکی تطبیق کرد. دیازپام میتواند صرع پایدار را سریعاً متوقف سازد اما اثر آن کوتاه مدت است. به محض اینکه صرع پایدار تحت کنترول آمد باید فنوباربیتال (3mg/kg) را عضلی تزریق کنید.

صرع در حاملگی و مادر:

زنان مصاب به صرع معمولاً در مورد اینکه میتوانند حامله شوند و طفل سالم داشته باشند نگران هستند. بسیاری از زنان مصاب به صرع میتوانند حامله شوند و طفل سالم ولادت کنند. زنان مصاب به صرع بیشتر از 90% چانس داشتن طفل سالم و نورمال را دارند.

بعضی اقدامات احتیاطی است که این زنان قبل و در حین حاملگی باید رعایت کنند تا خطرات احتمالی در ارتباط با حاملگی و زایمان را کاهش دهند. زنان مصاب به صرع که میخواهند طفل دار شوند باید با داکتر در مورد دواها صحبت کنند. بعضی از دواهای ضد صرع مخصوصاً "سodim والپروات و فنی تویین خطر انومالی با نقص های ولادی مانند کام چاک، مشکلات قلبی یا نقص در انگشتان پا و دست را افزایش میدهند.

در کل خانم باید گرفتن دواهای ضد صرع را طبق تجویز داکتر برای جلوگیری از بروز حملات صرع ادامه دهد. اختلالات در حین حاملگی میتواند بر رشد طفل صدمه بزند یا باعث سقط شود، مخصوصاً اگر اختلالات شدید باشند. با این همه بسیاری از زنان مصاب به صرع در جریان حاملگی اطفال سالم و نورمال دارند. زایمان و ولادت معمولاً در زنان مصاب به صرع به طور نورمال پیش میروند. زنانی که از دواهای ضد صرع استفاده میکنند میتوانند به اطفال خود شیر دهند. تنها مقدار کمی از این دواها در شیر مادر میگذرد و این مقدار به اندازه ای نیست که بتواند به طفل آسیب برساند.

وقایه صرع:

بسیاری از موارد صرع قابل پیشگیری هستند. کارکنان صحی با ترویج موارد زیر میتوانند در وقایه صرع سهم بگیرند:

- مراقبت های کافی قبل از ولادت (کنترول فشار خون بالا و انتنات در حین حاملگی میتواند از صدمه دیدن مغز جنین در حال رشد جلوگیری کند. در غیر آن این مشکلات میتوانند منجر به صرع و دیگر مشکلات نورولوژیکی شوند).

- ولادت مصوون توسط شخص ماهر که قادر به رسیدگی به مشکلات در حین ولادت باشد.
- کنترول تب بالا در اطفال
- پیشگیری از ترضیضات مغزی
- کنترول امراض پرازیتی و انتانی
- بستن کمربند در موترها و استفاده از کلاه ایمنی هنگام موترسیکل رانی.

داکتر چه کار کرده میتواند؟

1. ارزیابی

- بررسی اعراض قبل، حین و بعد از حمله صرع
 - بررسی شدت اعراض
 - بررسی تکرار و مدت حملات
 - بررسی فشارهای روانی اجتماعی
 - تاثیر اعراض بر زندگی روزمره مریض
- همه تراز همه معلومات در مورد:

- صرع در فامیل
- مریضی های جسمی
- استفاده از دوا
- استفاده از مواد نشه آور یا الکهول
- تغییر در شخصیت شخص بعد از مریضی
- خطر خودکشی یا تلاش برای خودکشی
- استفاده از تداوی های سنتی

2. ارجاع به سطح بالاتر:

- حملات مکرر اتفاق می افتد.
- خطر خودکشی وجود دارد.
- مریضی جسمی احتمالی همراه با صرع وجود دارد.
- تداوی دوایی موثر نبوده است.
- اختلال روانی وجود دارد.

3. آموزش روانی و مشاوره روانی اجتماعی:

آموزش مریض و فامیل در مورد طبیعت اعراض، مدت و تکرار حملات، تغییرات در طی زمان، عوامل خطر احتمالی برای حملات، فشارهای روانی اجتماعی، عواقب، مسائل تداوی، تعقیب تداوی و پیشگیری از حملات جدید.

توصیه های مهم:

- صرع مریضی روانی نیست.
- مریض صرع میتواند مصاب به مریضی روانی شود.
- بسیاری از موارد صرع در طفولیت شروع میشوند.
- پلان تداوی را با مریض بحث کنید.
- دواها حملات را کنترول میکنند.
- مقاومت در برابر استرس تعداد حملات را کاهش میدهد.
- مشاوره اضطراب و افسردگی را بهبود می بخشد و از حملات جلوگیری میکند.
- حملات در هر وقتی اتفاق می افتد به شمول زمان خواب استیگما و تبعیض زیاد است.
- مدت تداوی حدود سه سال است.

4. مداخلات روانی اجتماعی:

تمرکز آن بر حمایت فامیلی، استرسورهای روانی اجتماعی و مریضی روانی، اگر با صرع وجود داشت، است.

5. تعقیب تداوی:

مریضان صرع تا زمانی کنترول اختلالات نیاز به پیگیری دارند. جلسات تعقیبی بر بهبودی در کنترول اختلالات، عوارض جانبی ادویه، پذیرش تداوی، مشکلات روانی اجتماعی و حمایت فامیلی تمرکز دارد.

روش های برای کاهش خطرات حملات صرع:

- خواب کافی داشتن
- اجتناب از مواد نشه آور و الکھول
- مصرف ادویه بر اساس تجویز داکتر - حتی یک دوز را فراموش نکنید.
- گرفتن دوای کافی وقتی که میخواهید به سفر بروید.
- اجتناب از گرفتن دواهای دیگر مگر اینکه داکتر به شما اجازه داده باشد.
- تب ممکن است حمله جدید را سبب گردد. از ادویه ضد تب استفاده کنید.
- گاهی اوقات گرسنگی میتواند حمله صرع را تحریک کند.

ضمیمه

I مداخله در بحران منازعات و خشونت فامیلی:

افرادیکه مورد خشونت قرار میگیرند اغلب^a در این مورد احساس شرم نموده خود را ملامت میکنند. جامعه نیز اغلب این افراد را مورد قضاوت قرار میدهد. اعتقاد بر اینست که شخصی که مورد خشونت قرار گرفته حتماً^b کاری انجام داده است که مستحق آن میباشد. بنابراین این امر قطعی است که مشاور نگرش قضاوتمندانه نداشته باشد و یا به فرد پیشنهاد نکند که مسؤول این خشونت میباشد.

اهمیت حمایت از مراجعه کننده که مورد خشونت قرار گرفته است:

- با این درک کار کنید که خشونت فامیلی شامل سواستفاده های هیجانی، جنسی و فزیکی است و تمام اشکال خشونت عواقب وخیم میتوانند داشته باشد. (تروماتیزه شدن و صدمه دیدن)
 - بی باک باشید و در برابر خشونت فامیلی موقف واضح بگیرید.
 - => رفتارهای خشونت آمیز را نام ببرید.
 - خشونت خانواده گی که بحیث یک الگوی رفتاری شناخته شده است، برای تقوق حاصل نمودن، کنترل کردن و یا از نهایت بیچاره گی استفاده میشود.
 - => همراه مراجعته کننده یکجا این الگوی کنترول و خشونت را بررسی کنید.
 - => روی وقایع خاص خشونت تمرکز نکنید.
 - مصووبنیت مراجعته کننده در کار شما به عنوان یک مشاور بسیار مهم است.
 - => بنابراین باید نگرانیهای خود را در مورد مصووبنیت، ابراز کنید.
 - ❖ میزان خطر را بررسی کنید و ببینید آیا خشونت با گذشت زمان بیشتر شده است.
 - ❖ مراجعته کننده باید از علایم هشداردهنده وقوع احتمالی خشونت آگاه باشد.
 - ❖ همراه مراجعته کننده ستراتیژی های را برای اجتناب از پرخاشگری و یا بیرون شدن آنی از حالت پرخاشگری، طرح ریزی کنید.



اگر زندگی مراجعته کننده در خطر باشد، به سرعت باید عمل کنید.

منابع:

- باید به دنبال منابعی بگردید که مراجعته کننده برای سازگاری با وضعیت از آنها استفاده کند.
 - => خانواده و دوستان
 - => آیا مهارت های دارد که با استفاده از آنها بتواند در جایی مشغول به کار شود.
 - => آیا استعداد خاصی دارد.



- مراجعه کننده نیاز دارد تا احساس کند که با او به احترام برخورد میشود و باید متین شود که کسی به حرف های او گوش میدهد و او را درک میکند.
- هرگز فراموش نکنید که این حق مراجعه کننده است تا خودش تصمیم بگیرد و این تصامیم باید تشویق شوند و همیشه باید به آنها احترام گذاشته شود.



اصول راهنمای سه گانه عبارتند از: **مصوونیت، رازداری و احترام**

(a) **مصطفوونیت:**

- برای تمام دست اندر کاران و در تمام اوقات اطمینان از مصوونیت مراجعه کننده باید اولویت شماره اول باشد. به خاطر داشته باشید که مراجعه کننده ممکن است ترسیده باشد و نیاز دارد تا از مصوونیت خود اطمینان حاصل کند.

(b) **رازداری:**

- همیشه به خلوت و رازداری مراجعه کننده (زن، افراد فامیل و بستگانش) احترام بگذارید.
- تنها اطلاعات ضروری و مرتبط را (نه تمام جزییات) با کسان دیگر که در کمک کردن به او شامل هستند شریک سازید. تنها هنگامی این کار را انجام دهید که از شما در خواست شود و خود فرد نیز با اینکار موافق باشد. اطلاعات در مورد اینگونه قضایا، اگر شامل اسم اشخاص یا دیگر معلومات شناسایی کننده باشند، نباید با دیگران شریک ساخته شوند. اطلاعات در مورد فرد تنها وقتی باید با شخص ثالث شریک ساخته شوند که موافقه واضح و کتبی از مراجعه کننده (یا والدین آنها در مورد اطفال) داشته باشید.

(c) **احترام:**

- مصاحبه ها را در جای خلوت و تا جایی که امکان دارد با کارمندان عین جنس مراجعه کننده انجام دهید.
- شنونده خوب باشید.
- رفتار غیرقضاؤتمدانه را حفظ نکنید.
- صبور باشید. اگر مراجعه کننده برای صحبت کردن در مورد تجربه خود آماده نیست، برای بدست آوردن اطلاعات بیشتر بالای او فشار نیاورید.
- تنها سوالاتی را که به مسئله مربوط است، بپرسید.
- هرگز از مراجعه کننده نخواهید تا داستان خودش را در مصاحبه های مختلف تکرار کرد.
- اصل عدم تبعیض را رعایت کنید. به شخص، فرهنگ، خانواده و یا وضعیت وی نخنجدید و یا بی احترامی نکنید.

II. تمرینات آرامبخش:

تمرینات آرامبخش کمک میکند تا فشار فزیکی و روانی کم شود. این کار به کاهش تشویش ها و اضطراب کمک میکند، اعراض استرس فزیکی را از بین میرد و در حل مشکلات خواب مفید است.

1. تمرین تنفسی:

- یک انف ساکت را انتخاب کنید جایی که هیچکس مزاحم شما نشود.
- به مراجعه کننده خود دستورات زیر را بدهید:
 - ⇒ چشمان خود را بیندید و یا به یک شی یا به دیوار نگاه کنید. این در تمرکز شما کمک خواهد کرد.
 - ⇒ بعد از لحظه یی بر ریتم تنفس تمرکز کنید. تنفس خود را زیرنظر بگیرید. مخصوصاً بیرون شدن هوای را زفير را طولیتر سازید و انتظار باشید تا شهیق خود به خود آید.
 - ⇒ به اینکه بدن شما چه احساسی دارد توجه کنید. آگاه باشید که پشت شما چگونه احساس میکند.
 - ⇒ چگونه در چوکی خود نشسته اید و کف پای شما چگونه زمین را تماس میکند.
 - ⇒ بصورت آگاهانه متوجه تنفس، شهیق و زفير خود باشید.
 - ⇒ حالا بالای نفسهای عمیق، آرام و منظم از طریق بینی تمرکز کنید. ریتم تنفس شهیق و زفير را تحت نظر بگیرید. به وقهه های بین شهیق و زفير توجه کنید.
 - ⇒ هنگام زفير، تصور کنید که تمام تنفس عضلات از بدن شما خارج میشود.
 - ⇒ اگر در حین تنفس در جایی از بدن مانع احساس میکنید که نمیگذارد با تمام بدن خود تنفس کنید: پس همانجا بمانید. اگر احساس فشار در سینه میکنید تلاش کنید بر آن تمرکز کنید. از طریق این نقطه تنفس کنید و اجازه دهید فشار آن ناحیه همراه با هوای شش ها از بدن شما خارج شود.
 - ⇒ تصور کنید با تمام هوای که بدن شما را ترک میکند، تشویشها، درد و افکار منفی از بدن شما به بیرون پرواز میکنند.
 - ⇒ هنگامی اجرای شهیق تصور کنید که انرژی جدید را با تنفس خود داخل میکنید. میتوانید این انرژی را بگیرید زیرا شما صاحب آن هستید.



- ابتدا تمرین را تشریح کنید سپس برای انجام آن هدایت بدهید. سر انجام سعی کنید تمرین را با هم یکجا انجام دهید تا مراجعه کننده احساس نکند که زیر نظارت قرار دارد.
- توضیح دهید که میتواند این تمرین را همه روزه انجام دهد و بعد از مدتی در حالات مختلف هنگامی که نیاز به آرامش دارد میتواند از آن استفاده کند.

2. تمرین آرامسازی عضلات (جاکوبسون):

- از مراجعه کننده بخواهید در وضعیت راحت بنشیند و توضیح دهید که در آرامش عمیق فرو خواهد رفت. این کار با آموزش شخ و سست کردن عضلات خاص در بدن انجام میشود.
- از تمرکز ساختن بالای تنفس شروع کنید. (به تمرین تنفس مراجعه کنید)
- از مراجعه کننده بخواهید که چشمها را بینند و کاملاً بر تنفس خود تمرکز کند.
- سپس به او هدایات زیر را بدهید:

⇒ پیشانی خود را چین بدهید. کوشش کنید که ابروها با خط موی شما در تماس آید، این حالت را برای 10 ثانیه نگه دارید. دوباره راحت شوید و سعی کنید این آرامش را در تمام بدن احساس

- کنید. ببینید در کجای بدن احساس تنفس میکنید. همچنین تنفس خود را در نتیجه این آرامش تحت نظر بگیرید. نظر به وقت حسیت جسمی را بعد از هر یک از تمرین زیر احساس کنید:
- ← چشمهاخود را تا جایی که میتوانید برای 10 ثانیه سخت محکم ببندید. دوباره راحت شوید.
 - ← لبها، روی و الاشههای دهن را به عقب بکشانید و برای 10 ثانیه خود را قواره بسازید و دوباره راحت شوید.
 - ← بازوها را به جلو دراز کنید و مشتها رامحکم فشار دهید. البته برای 10 ثانیه و دوباره راحت شوید.
 - ← بازوها را به دو طرف دراز کنید و دیوارهای غیرمریب را با تمام قوت به پیش برانید، برای 10 ثانیه، دوباره راحت شوید
 - ← آرنجها را قات کنید. عضلات جلوی بازو را برای 10 ثانیه یا بیشتر با ازدیاد نیرو شخ بسازید و دوباره راحت شوید.
 - ← شانهها را به سمت گوشها بالا کنید برای 10 ثانیه و یا زیاده تر با افزایش نیرو نگه دارید و دوباره راحت شوید.
 - ← کمر خود را بالاتر از زمین یا بستر به شکل کمان درآرید. اگر در حالت نشسته باشید کمر خود را از چوکی جدا کنید و به شکل کمان درآرید. این حالت را برای 10 ثانیه حفظ کنید و دوباره راحت شوید.
 - ← عضلات شکم را برای 10 ثانیه یا بیشتر با ازدیاد قوا شخ کنید و دوباره راحت شوید.
 - ← عضلات پاهارا را با فشار دادن پاهای به همیگر با همه قدرت، برای 10 ثانیه یا بیشتر با ازدیاد قوه شخ کنید. دوباره راحت شوید.
 - ← پاهارا از جلک تا جایی که میتوانید به سمت بدن به عقب خم کنید، البته برای 10 ثانیه و یا بیشتر و با ازدیاد قوا. دوباره راحت شوید.
 - ← انگشتان پارا برای 10 ثانیه و یا بیشتر با ازدیاد قوت، حلقه کرده دوباره راحت شوید.
 - ← اکنون همه تمرین ها را با هم به یکبارگی انجام دهید. تمام عضلات را شخ کنید. نفس خود را در حالی که تقلص عضلات را بیشتر میکنید نگه دارید. تا جایی که میتوانید به همین حالت باقی بمانید البته با ازدیاد قوه، و سپس همه عضلات را به استرخا بیاورید و احساس کنید که چگونه تمام عضلات در حالت استرخا قرار دارند و بدن شما روی کف زمین رها شده است، شانه های شما کف زمین را تماس کرده و احساس وسعت مینماید. دهان خود را باز کنید. الاشههای پایین افتاده و شروع به فائزه کشیدن کنید. در این حالت باقی بمانید و از این احساس لذت ببرید.

از مراجعه کننده بپرسید آیا احساس آرامش میکند. پرسان کنید آیا از این تمرین خوشش آمده است، آیا فهمیده است که در کجای بدنش تنفس وجود داشته است. از مراجعه کننده بخواهید که در خانه نیز این تمرین را انجام دهد.

مآخذ

1. Anderson, J. R. (1995). *Learning and Memory. An integrated approach.* Carnegie Mellon University. USA.
2. Asefi, Burna (1988). *Mental Health for All. A mental health manual for General Practitioners in Dari.* Kabul.
3. Asefi, Burna (1988). *Drug Abuse. A Manual for Health Workers in Dari.* Kabul.
4. Beck, A. T. et al. (1999). *Kognitive Therapie der Depression.* Weinheim: Beltz.
5. Bond, T. (2000), *Standards and Ethics for Counselling.* Sage Publications. Los Angeles.
6. Clarke-Stewart, A., & Friedman, S. (1987). *Child Development: Infancy through Adolescence.* University of California, Irvine. USA.
7. Culley, S. & Bond, T. (1991/2004). *Integrative Counselling Skills in Action.* Sage Publications. London
8. Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen.* Paderborn: Junfermann.
9. Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation. A physiological and clinical investigation of muscular state and their signifi.* Univ. of Chicago Press.
10. Kast, V. (1995). *Imagination als Raum der Freiheit.* Dtv, München
11. Maercker, A. (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.* Berlin; Heidelberg: Springer.
12. Medica Mondial. *Trainingsmanual. Psycho-social-intervention.* 2006.
13. Missmahl,I., Queedes, F., Aminulla, Wahid, S., & Khalil, A. (2008). *Psychosocial Training Manual.*
14. Missmahl. I. (2005). *Curriculum for the Training of psycho-social-counsellors.*
15. National Institute of Mental Health (2008). *When unwanted thoughts take over: Obsessive-Compulsive Disorder.* National Institutes of Health
16. Jung, C.G. (1993). *Gesamtwerk.* Walter-Verlag: Düsseldorf.
17. Patel, V. (2003). *Where there is no Psychiatrist. A mental health care manual.* Gaskell. Royal college of psychiatrists. London.
18. Reddemann, L., Dehner-Rau, C., (2004). *Trauma.* Trias, Stuttgart.
19. Reddemann, L.(2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual.* Pfeiffer bei Klett-Cotta.
20. Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy (NET).* A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture. Hogrefe & Huber.

21. WHO (1998). *Diagnosis and Management of Common Mental Disorders in Primary Care*, in : WHO Education Package.
22. WHO/adapted for EMRO (2008). *Mental Health in Primary Care Diagnostic and Treatment Guidelines*, in WHO Primary Care Guidelines for Mental Disorders.
23. Watzlawick, P. & Nardone, G. (1999). *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.
24. WHO (2008). *Mental Health in Primary Care. Diagnostic and Treatment Guidelines*.
25. Seeley, J., & Plunkett, C. (2002). *Women and Domestic Violence: Standards for Counselling Practice*. The Salvation Army Crisis Service. Australia.
26. Vivo. (2008). *Interpersonal therapy: Short term Intervention for the Treatment of Depression*. Field Manual.
27. West, M. *Effective Teamwork*. British Psychological Society, Leicester, 1994

روابط و اوضاع فرهنگی، اجتماعی و بین فردی در افغانستان

دیپارتمنټ صحت رواني وزارت صحت عامه
گروپ کابل - 2008

گروپ کابل-2008

در خزان سال 2008 میلادی، ریاست صحت روانی وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان تحت ریاست داکتر عالیه ابراهیم زی و اعضای گروه کابل-2008 طی سه ورکشاپ به اتفاق هم مواد آموزشی حاضر را برای حمایت از ادغام مراقبت های روانی اجتماعی در مجموعه خدمات صحی اساسی تهیه نمودند. اعضای این گروپ عبارتند از:

داکتر عالیه ابراهیم زی (MOPH)

داکتر سعید عظیمی (EC/MOPH)

داکتر بشیر احمد سوری (MOPH)

پوهنیار داکتر عبدالوحید سلیم (HOSA)

داکتر امین الله امیری (HOSA)

داکتر فرشته قدیس (HOSA)

داکتر سید عطا الله (AKU)

داکتر حفیظ الله فیض (HNTPO)

احمد فرهاد حبیب (WFL)

داکتر ایریس جوردی (IAM)

کرسی جوکیلا (IAM)

اینگه میسمهال (EC/MOPH)

داکتر صفی الله ندیب (WHO)

سوزانا پاکلار (medica mondial)

حمیرا رسول (medica mondial)

داکتر پیتر ونتووگل (HNTPO)

مریم زرمی (WFL)

مسول این بسته آموزشی: داکتر فرشته قدیس، داکتر امین الله امیری، اینگه میسمال

مقدمه

به منظور درک وضعیت صحی و صحت روانی مراجعه کننده گان و مریضان باید محیط اجتماعی و فرهنگی را که مراجعه کننده گان و مریضان در آن زندگی می کنند و همچنین عملکرد آنها را در این محیط مدنظر بگیریم.

رابطه واضحی میان وضعیت صحت عمومی مخصوصاً "در گروه های آسیب پذیر مانند زنان و کودکان و عوامل محیطی مانند خصوصیات رفتاری، عادات سنتی، فرهنگ و اثرات جنگ های گذشته و فعلی، خشونت و بدتر شدن محیط وجود دارد.

به عنوان مشاوران روانی اجتماعی و داکتران طب به سختی میتوانیم بر وضعیت بیماران و مراجعه کنندگان خود تاثیر بگذاریم. اما میتوانیم آنها را کمک و تشویق کنیم تا سعی کنند در این عرصه ها موثر واقع شوند.

در این مجموعه علمی، سوالاتی که در چوکات های زرد رنگ (چوکات های دو خطه) وجود دارند به شما کمک می کنند تا راجع به شرایط فرهنگی اجتماعی زندگی خودتان فکر کنید. جواب دادن به آنها با دقت و تفکر عمیق به شما کمک خواهد کرد تا مراجعه کننده و مریض را بهتر درک کنید.

فهرست

1.....	روابط و اوضاع فرهنگی، اجتماعی و بین فردی.....
1.....	I. وضعیت اجتماعی و روانی-اجتماعی در افغانستان.....
7.....	II. رابطه دین و رسوم.....
8.....	III. عقاید نگهداشته شده سنتی.....

روابط و اوضاع اجتماعی - فرهنگی - بین فردی

سی سال جنگ، ناامنی و افزایش شرایط دشوار زندگی تاثیر واضحی بر روی حالت روانی افراد داشته است. تقریباً همه به نحوی خشونت را تجربه کرده اند. از دست دادن دارایی و اعضای فامیل سبب فقر و مهاجرت ها شد. عودت کننده گان افغان بعد از چندین سال زندگی در نظام های ارزشی متفاوت، برای سازگاری مجدد با فرهنگ افغانی مخصوصاً در نواحی روستایی مشکلات دارند. به طور مثال ارزش‌های خانواده های گسترده به دلیل مهاجرت و از دست دادن اعضای فامیل اغلب از بین رفته است. سه میلیون افغان در زمان مهاجرت به ایران، پاکستان و کشور های دیگر در معرض نظام های ارزشی دیگر بوده اند. توقعات و نگرش های ایشان در طول زمان مهاجرت تغییر کرده و تلاش برای سازگاری مجدد با رسم و فرهنگ افغانی میتواند باعث منازعات شود.

اماکن پر از خاطرات از بین رفته اند و به دلیل اثرگذاری دنیای غرب از طریق رسانه ها و جامعه بین المللی ارزشها دگرگون شده اند. همزمان با تغییر ارزشها نقش مردان و زنان نیز تغییر میکند. تمام این موضوعات اساسی ظرفیت خاصی را برای ایجاد منازعه در خود دارا هستند. هویت فرهنگی و اجتماعی در هم شکسته شده است، فرضیات اساسی در مورد زندگی دیگر کارآیی ندارند (تغییر ارزشها). بر علاوه عوامل فوق الذکر، فقر و عدم دسترسی به تحصیلات در زمان طالبان و همچنین امروز عوامل محدود کننده بهبود وضعیت روانی اجتماعی هستند و سبب پریشانی زیادی نیز شده اند.

I. وضعیت اجتماعی و روانی در افغانستان:

- هر شخص جز یک نظام اجتماعی بزرگ بوده و تحت تاثیر آن میباشد.
 - => **جامعه:** جامعه سنتی - جامعه مترقی
 - => **خانواده:** خانواده گسترش یافته - خانواده بسته

تمرین: لطفاً در گروه سه نفری خانواده تانرا توضیح دهید و سعی کنید بفهمید که چگونه این دنیاهای متفاوت بر زندگی شما تاثیر میگذارند. قضاوت نکنید، فقط با مثال آنرا توضیح بدهید.

• هر شخص وابسته و تاثیریزیر است از:

- => وضعیت اقتصادی خود
- => وضعیت صحي خود
- => وضعیت روانی خود
- => تاریخچه شخصی خود
- => منابع خود

تمرین: مثالی از اعضای فامیل و یا دوستان خود را بیاورید که یکی از عوامل فوق الذکر در زندگی آنها نقش عمده ای داشته طوری که تمام زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده باشد؟

- ذیلاً لست اعراضی که در نزد مراجعه کننده گان دریافت شده است، ذکر میگردد:
 - => به شاک رفقن

- ← سردردی
- ← بی خوابی
- ← عصبانیت و بدخوبی
- ← نامیدی
- ← پرخاشگری
- ← احساس بیچاره گی و درمانده گی
- ← شک و بدگمانی

تمرین:

- آیا افرادی را می شناسید که از این مشکلات رنج ببرند؟
- آیا افرادی را می شناسید که در این اوآخر این اعراض نزد شان بوجود آمده باشد؟
- آیا در مورد علت این اعراض نظری دارید؟

• رنج های مردم میتواند عوامل فرهنگی داشته باشد:

- (1) اثرات مستقیم و غیرمستقیم جنگ
- (2) محدودیت های ناشی از رسوم
- (3) ازدواج اجباری، عدم رعایت آزادی فردی مرد و زن

← قربانی قرارگرفتن حالتی است که در آن شخص احساس میکند که قربانی شده است. این موضوع همیشه واضح نیست. در اکثر موقع این حالت بصورت احساس تاثیرنداشتن بالای آینده و زندگی خود مشاهده می شود.

← اتفاقات واقعی در سالهای اخیر، شرایط سخت زندگی و جنبه محدود کننده جامعه و عنعنات باعث شده تا بسیاری از مردم در افغانستان احساس قربانی شدن را داشته باشند.

تمرین: لطفاً" در گروه های کوچک مثالهایی از قربانی قرار گرفتن مردم را در یابید.

ارزشها و عنعنات در جامعه افغانی:

بیشتر منازعات فamilی و شرایط دشوار زندگی فردی میتوانند به صورت تضاد در بین علیق و توقعات مختلف، برخورد رفتارهای شخصی و تعارض با نورمهای اجتماعی و ارزشها جامعه، خانواده یا قبیله مشاهده شوند.

- در چنین دوره های نامنی یا انتقالی تمایل برای برگشت به ارزشهای سنتی و محافظه کارانه زیادتر میشود زیرا حداقل آن ارزشها در گذشته ها کارآیی داشته اند و بعضی گرایش ها را تامین کرده اند.
- بنابراین مهم است که راجع به این ارزشها صحبت کنیم و همچنین نگاه دقیقی بر شرایط دشوار احتمالی که ممکن است مردم به آن دچار شوند بیندازیم.
- از طرف دیگر آن ارزشها فرهنگی را میتوان به عنوان منبع بزرگی در نظر گرفت و یادآوری و توضیح مجدد آنها میتواند به بازیابی معنای زندگی در اشخاصیکه رنج میبرند مفید باشند.

ارزش‌های عمدۀ اجتماعی و فرهنگی جامعه افغانی:

- این ارزشها به رسوم و دین جامعه افغانی ارتباط دارند.
- این ارزشها به گذشته‌ها تعلق می‌گیرند و ذریعه طرز تفکر، احساسات، بینش حقایق و طرز تربیه او لادها مشخص می‌شوند.
- این ارزشها توسط اکثریت مردم در جامعه پذیرفته شده‌اند و با توجه به نیازهای فعلی جامعه تعریف و تعیین شده‌اند.

تمرین:

- => لطفاً" لستی از ارزش‌هایی جامعه افغانی را که می‌شناسید ترتیب کنید.
=> لطفاً" لستی از ارزش‌های خانواده و والین تان را ترتیب کنید.
=> لطفاً" لستی از ارزش‌های شخصی خودتان را ترتیب کنید.
لطفاً" در مورد این ارزشها بحث کرده و مقایسه کنید: در کجا مشابه و در کجا متفاوت هستند؟

تغییر ارزشها در زمان تحول:

- این تحول میتواند یک تحول جمعی یا تغییر در جامعه باشد.
- به طور مثال تحول یک جامعه سنتی به یک جامعه مدرن، چیزی که هم اکنون در بعضی نقاط افغانستان مشاهده می‌کنیم.
- این تحول میتواند یک تحول در زندگی فردی یا فامیلی باشد: ازدواج، تولد اولین فرزند، از دست دادن اعضای فامیل، افزایش فقر و غیره.

تمرین:

- => آیا مراحلی از تحول را در زندگی خود یا فامیل تان تجربه کرده‌اید؟ لطفاً آنها را نام بگیرید.
=> آیا در جریان اینگونه تحول یا بعد از آن ارزش‌های شما تغییر کرده است؟ به طور مثال با مسؤولیت جدید بعد از ازدواج یا بعد از پدر یا مادر شدن؟

بعضی از ارزش‌های جامعه افغانی که همه در آن سهیم‌اند:

مذهبی بودن:

- => احساس مسؤولیت در برابر جامعه (زکات و عشر)
- => نظام اخلاقی قوی و محکم
- => منبع امید
- => معنی دادن به زندگی
- => فروتنی (با حیا بودن)
- => شجاع بودن

محترم و با عزت بودن و احترام و عزت قابل شدن به دیگران:

- => داشتن خانواده بزرگ که یکدیگر را حمایت می‌کنند و همگی برای بقا خود تلاش می‌کنند.
- => نگهداری مسایل فامیلی در میان فامیل: موضوع رازداری
- => حفاظت فامیل از بی‌آبرویی و رسوایی
- => دفاع از خانه، زمین

- احترام به خانم ها، مراقبت از آنها، مهیا کردن ضروریات ایشان
- احترام به حقوق اطفال و فراهم کردن امکانات تحصیل برای آنها
- احترام به دیگران: "به دیگران احترام کنید تا شما را احترام کنند"
- احترام کردن به کلانسالان، معلمین، والدین، مهمانها
- گوش دادن به گفته های کلانسالان بدون قطع کردن حرف های شان
- ایستادن در برابر فرد کلان سال که داخل اتاق میشود.
- ابتدا با افراد کلان سال احوالپرسی کردن.
- راه رفتن در عقب کلانسالان نه در جلو آنها.
- **مهمان نوازی**
- ارج و احترام گذاشتن به مهمان، فراهم کردن هرچه مهمان نیاز دارد.
- نشان ندادن خشم و احساسات منفی در برابر مهمان.
- افغانها هرگز از مهمان نمی خواهند که خانه آنها را ترک کند یا به خانه آنها نیاید، حتی اگر آنها بسیار مصروف و یا پول بسیار کم هم داشته باشند. حتی دشمن حق دارد که مصوون باشد اگر این تقاضا را کند.

تمرین:

- زندگی فamilی را که در قریه و بر اساس ارزش‌های سنتی زندگی می‌کند شرح دهید و آنرا با زندگی در کابل، جایی که تاثیر زندگی مدرن بیشتر دیده می‌شود مقایسه کنید.
- رسانه‌ها و همچنان اقماربی که از کشورهای غربی به وطن باز می‌گردند چه تاثیری بر زندگی سنتی افغان‌ها دارند؟
- آیا مردمانی را دیده اید که در مواجه شدن با زنده‌گی مدرن دچار مشکل شده باشند؟
- در گروه‌های کوچک در مورد نتایج ازدواج‌های اجباری و ازدواج دوران کودکی صحبت کنید.

تابو:

تابو موضوعاتی است که شخص جرات نمی‌کند در مورد آن با دیگران و یا در جمع صحبت کند. تابوهای به مهمترین ارزش‌های یک جامعه ارتباط دارند. کنترول اجتماعی در مورد تابوهای بسیار قاطع است. تابوهای به مطالب ممنوعه مربوط می‌شوند که خطرناک هستند. تخلف از تابوهای نتایج بسیار جدی برای شخص دارد و باعث شرمندگی می‌گردد.

تمرین: [اطفا]" لیست بعضی تابوهای را که در جامعه افغانی وجود دارند تهیه کنید

- بیشتر تابوهای در جامعه افغانی مربوط به ارتباطات مرد و زن می‌شود:
 - از دست دادن بکارت
 - تجاوز جنسی
 - سوابق اتفاقیه جنسی
 - طلاق

==> حاملگی بدون نکاح قانونی و شرعی
==> زنا با محارم
==> همجنس گرایی

شرم:

شرم احساس خجالت، بی آبرویی، بی احترامی، رسوای و بی کفایتی است. این احساس بطور خودکار زمانی که شخص از تابوهای تخطی می کند یا اصول را مختل می کند و یا زمانی که به ارزش‌های اساسی جامعه صدمه می رساند پیدید می آید. احساس شرم به دلیلی تبارز می کند که فرد ارزشها و نورمهای اساسی جامعه را درونی ساخته و همچنین می داند که دیگران در مورد او چه فکر می کنند و چه خواهند گفت.

- شرم میتواند مستقل از تجربه و برداشت فرد از سوی دیگران بالای وی تحمیل شود.
- شرم شامل حقیر شدن در محضر عام نیز میشود چرا که به ارزشها، اصول و نورمهای اساسی جامعه، فامیل و یا قوم صدمه میرساند.

تمرین:

- لطفاً" تجربه شرم آور شخصی را که میشناسید و یا از خود را توضیح دهید.
- لطفاً" یک تجربه از خودتان یا شخص دیگر را که مربوط به تابو و شرم میشود به یاد آورده و در مورد آن فکر کنید. همچنین به این نکته توجه کنید که چگونه اوضاع دوباره به حالت عادی برگشت نمود.

- در اینجا بعضی از عوامل شرم را نام می بریم که پریشانی زیادی را برای مردم ایجاد میکند و به صورت تدریجی منجر به بروز اعراض استرس و افسردگی و شکایات جسمی می شوند.
 - ==> تجاوز از تابوهای فقر
 - ==> تجاوز از اصول دینی
 - ==> چشم پوشی از ارزش‌های فرهنگی
 - ==> قیودات بیش از حد در خانواده
 - ==> عدم احترام از سوی دیگران (بی احترامی به مقام و مرتبه) و یا در داخل فامیل معیوبیت
 - ==> مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن
 - ==> گرفتار شدن در کار جنایی
- ==> از دست دادن کنترول (در یک حادثه تروماییک، در زندان، در تحت شکنجه یا به عنوان عوقب این تجربیات از طریق اعراض تحریک مزید)
- ==> قادر نبودن به برآورده نمودن وظایف و توقعات فامیل مخصوصاً" نسبت به همسر، اطفال و والدین

ابراز شرم در جامعه افغانی:

- سرخ شدن روی، به زمین چشم دوختن، خپ شدن صدا، فرار کردن، جمع شدن بدن، لرزیدن، نداشتن سخنی برای گفتن، لکنت زبان.
- متهمن کردن افراد با الفاظی چون: "تو به طریق شرم آوری رفتار می کنی" یا "گستاخ استی" بالای عزت نفس شخص شدیداً اثر می گذارد. همچنین این مورد زمانی می تواند اتفاق بیافتد که فرد از زندگی، عقاید و آرزو هایش صحبت می کند زیرا این به معنی احترام نکردن به مکلفیت های خانوادگی است.

شرم اکثراً" موجب خشونت می شود. می توان خشونت را تلاش نامیدانه برای بازیابی زندگی نورمال حساب کرد.

- برای مثال: زدن، لت و کوب خانم ها و افراد ناتوان و اعضای فامیل، تعویض زنان (بدل کردن)، مجبور کردن آنها به ازدواج، ازدواج اطفال.
- مثال های دیگر: زمانی که افراد جوان عاشق می شوند و اعضای فامیل از این موضوع خبر می شوند اغلب عروسی فرد را همراه کس دیگری روبراه می کنند (ازدواج اجباری) و در موارد بدتر حتی کس را می کشنند. به صورت عموم می توانیم بگوییم اعمال خشونت آمیز در ظاهر برای دوباره بدست آوردن عزت و وقار فامیل استفاده می شوند.

عزت و ناموس:

- عزت و ناموس مستقیماً" به شرم مربوط می شود چرا که شرم موجب صدمه رساندن به عزت و ناموس فرد می شود.
- عزت شخص بستگی دارد به:
 - ⇒ درجه تحصیل
 - ⇒ موقف اجتماعی
 - ⇒ مذهبی بودن
 - ⇒ پیروی از ارزشها و نورمهای فرهنگی و سنتی
 - ⇒ شهرت خوب خانواده

تمرین:

- "لطفاً" در گروه های کوچک مثالی در مورد خانواده یا فردی بیابید که شرم و ناموس موجب بروز یک حادثه خشونت آمیز شده باشد و در مورد آن بحث کنید.
- "لطفاً" قضایای ذیل را مورد بررسی قرار دهید و دریابید که کدام از ارزش ها در قضایای ذیل ذیدخل اند:

1. قضیه: یک خانم بیوه که چهار فرزند دارد بعد از مرگ شوهرش در یک مکتب به حیث خدمه کار میکند و از این طریق فرزندان خود را حمایه مینماید، اما به طور قابل ملاحظه از مراسم و محافل فامیلی به دور نگه داشته شده زیرا آنها به علت اینکه او فقیر است از خواستن او احساس شرمنده گی میکنند.

2. قضیه: پدری دارای 4 دختر و 3 پسر از خانه بیرون نمی‌رود و مطلقاً از جامعه منزوی شده است. در خانواده بین زن و شوهر اکثراً مشاجره صورت می‌گیرد، علت این مشاجرات از این قرار است که یکی از دختران وی عاشق پسر همسایه گردید، زمانی که خانواده پسر به خواستگاری آمدند والدین دختر خواستگاری را رد کردند. دختر از خانه فرار کرد.
3. قضیه: پسری از خانه مقداری پول را که از مهمان ایشان بود دزدید و فرار کرد. پدر او را دنبال کرد و پول را به مهمان برگشتاند. پدرکلان شروع به گفتن این داستان به دیگران کرد، اکنون پدر و پدرکلان همیشه دعوا دارند.
4. قضیه: یک پیلوت سابقه از افسری رنج می‌برد. در وقت طالبان زمانی که او در مراسم عروسی خواهرزاده اش مشغول رقصیدن بود طالبان داخل شدند و دستگیری شدند. بعد از سیاه کردن صورتش او را در موتوز به دور کابل گشتنند. او همچنین به زندان رفت و شلاق زده شد.
5. قضیه: یک خانم جوان توسط همسرش پس از اولین شب عروسی طلاق داده شد چرا که او پس از اولین مقاربت خونریزی نداشت.

II ارتباط میان دین و عنوانات:

از آنجا که افغانستان یک کشور اسلامی و فرهنگی (سنی) است مردم از تمام اصول اسلامی و اصول فرهنگی اطاعت می‌کنند. اما قابل ذکر است که تمام اصول فرهنگی از اصول اسلامی اخذ نشده اند، بعضی از این اصول از ارزش‌های جامعه افغانی منشا گرفته اند اما به عنوان یک مشاور باید بتواند اصول فرهنگی و اسلامی را از یکدیگر فرق دهد. چرا که بعضی اوقات بعضی از اصول فرهنگی مناسب نیستند و حتی باعث رنج بردن مردم می‌شوند. زیرا مردم به این عقیده اند که اینها اصول اسلامی اند.

ازدواج اجباری:

- از نظر اسلام هر زوج جوانی (دختر و پسر) که قصد ازدواج دارند باید با یکدیگر ملاقات کرده و پس از صحبت تصمیم بگیرند که می‌خواهند ازدواج کنند یا خیر.
- اسلام به دختران اجازه داده است تا احساسات و عقاید خویش را در مورد ازدواج بیان کنند.
- متاسفانه این اصول اکثراً در افغانستان عملی نمی‌شود: در عوض یک دختر از اظهار اینکه به مردی علاقه مند نیست احساس شرم می‌کند و حتی نظر او در مورد ازدواج پرسیده نمی‌شود.



بعضی اوقات اطلاع دادن در مورد این تفاوت‌ها به مراجعین تان می‌تواند مفید واقع شود.



بعضی از مواردی که اسلامی فرض می‌شوند بیشتر اصول سنی هستند تا یک اصل دینی. بنابراین تفاوت قایل شدن بین شریعت و موارد سنی از اهمیت بالایی برخوردار است. به دلیل اینکه رفتار خشونت آمیز مربوط به اسلام نمی‌باشد.

III. عقاید وابسته به رسوم (عنعات):

جنیات:

باور بر این است که جنیات مخلوق بسیار قدر تمندی هستند که به دنیا انسانها در ارتباط اند اما وجود خارجی ندارند. آنها از آتش بدون دود ساخته شده اند و نیز تابع قوانین قرآنی میباشند.

- **جنیات اکثراً "تخریبکار پنداشته میشود":** پس افراد باید مراقب باشند و از آنها دوری کنند.

=> جن ها در خرابه ها، نزدیک آب، تشناب ها، جاهای تاریک و قبرستان زندگی میکنند.

=> تنها در شب ظاهر می شوند. رفتن به چنین اماکن، خطر آسیب توسط جنیات را به همراه دارد و حتی ممکن است جن وارد بدن مردم شود.

=> تعویذ میتواند انسان را از جادوی جنیات محافظت کند، همینطور نقره و دیگر فلزات.

=> قرائت قرآن در زمان گذشتن از چنین جاهای خطرناک انسان را از جنیات محافظت می کند.

- بعضی اوقات جنیات از انسانها حمایت می کنند.



بدون زیر سوال بردن موجودیت جنیات، آنها را از نظر روان شناسی بررسی می کنیم!

•

برای بعضی از بیماران جنیات حکم وسیله ای را دارند که توسط آنها می توانند افکار و عقایدی را بیان کنند که در حالت عادی قادر به بیان آنها نیستند. این افکار "معمول" مربوط به تابوهای موضوعاتی هستند که برای بحث نایسنده شمرده می شوند.

•

همچنین کم و بیش موضوعات نیمه خودآگاه میتواند به قسم فرافکنی به گونه که (جنیات با فرد صحبت میکنند) اظهار شود.

•

قضیه:



=> زنی که درخانواده موقف بدی دارد (ازدواج اجباری، لت و کوب از جانب پدر شوهر، حمایه کم از جانب فامیل و شوهر) شروع به صحبت با جنیات کرد. جنیات دائماً به او میگفتند او زن خوبی است و زندگی خوبی خواهد داشت.

=> به این موضوع می توانیم به عنوان یک منبع نگاه کنیم: همه در فامیل با او به طریقه بدی رفتار میکردند. اما قدرتهای شفایخش خود او، باورها و عقاید مثبت او را در جنبه مثبت یک جن فرافکنی میکند که او را پشتیبانی میکند و به او می گوید که زن خوبی است.

=> او همچنین دیده بود که جن یک کفن سفید و قرآن برای پدر شوهرش آورده بود. مطمیناً او احساس خشم و پرخاشگری زیادی نسبت به پدر شوهرش داشت که با او رویه بسیار خراب میکرد اما جرات نمیکرد آن احساسات را بروز دهد.

=> پس با فرافکنی جنیات، این پرخاشگری را اظهار مینمود: به این تصور که پدر شوهرش خواهد مرد.



نکته مهم!

- در چنین مواردی که می توانیم یک رابطه منطقی برای فرافکنی بیمار پیدا کنیم، این فرافکنی از علایم سکیزوفرینیا نمی باشد! (مشابهت علایم را مقایسه کنید.)

بیماریهای روانی مربوط به جنیات:

• سه نوع اختلال مربوط به جنیات وجود دارد:

1) مصیبت زده شدن توسط جنیات (جن زده گی): تماس مستقیم با جنیات که باعث فلج شدن و حمله میشود.

(2) تحت سایه یک جن آمدن

(3) وارد شدن جنیات به بدن

• تحت سایه جنیات رفتن منجر به مشکلات زیر میشود:

(1) ناراحتی و گریه مداوم اطفال

(2) تغییرات رفتاری

(3) بیماریهای جسمی مانند خونریزی مهبل

(4) سقط جنین پی در پی بدون دلیل

در ارتباط با مشاوره:

• این نکته مهم است تا به افرادی که از مشکلات روانی رنج می برند تاپه زده نشود و یا به دلیل اینکه برای خانواده شرم آور است در جایی زندانی نشوند و یا به دلیل ارتباط با جنیات خطرناک محسوب نشوند.

• پروسه تداوی توسط درک و حمایت بیمار و خانواده او سریعتر و بهتر پیش می رود.

چشم زدن (نظر کردن):

نظر کردن عقیده است که نگاه خیره بعضی از مردم نتایج خطرناکی دارد و میتواند به دیگران آسیب برساند!

• اکثراً "نگاه خیره" از قصد و غرض نیست بلکه چشمها جادوکننده اشخاص است که برای دیگران بدختی بار می آورد.

• اکثراً این کار را به رشك و حسادت ربط می دهد.

چشم زدن میتواند به افراد بالغ، اطفال، مواشی و خانه ها آسیب برساند اما آسیب جدی متوجه نوزادان و اطفال است. چرا که اغلب آنها توسط زنان بی اولاد دیگر مورد لطف قرار می گیرند و این سبب حسادت و چشم زدن توسط آنان می شود.

• معمولاً" حادثه ترافیکی یا بلاهای ناگهانی مثل فرو ریختن دیوار، بیماریهای غیرمنتظره مربوط به چشم زدن می شوند.

محافظت کردن در برابر چشم زدن:

==> دود بعضی مواد خشک (اسفند): دود را در اطراف کسانی می برند که ممکن است چشم زده شده باشند و همزمان اشعاری را می خوانند.

==> ملاها قرآن مجید را تلاوت میکنند

==> جادوهای (تعویذ) مشخص

سایه:

"سایه معمولاً" به فال بد گرفته می‌شود و معنای منفی دارد.

- ندرتاً" به شکل مثبت در نظر گرفته می‌شود.
- در جامعه افغانی به اعتقاد مردم سه نوع سایه وجود دارد:

(1) پاک

=> سایه پاک به کسی ربط داده می‌شود که زندگی عالی، اخلاق خوب و بخت خوب در زندگی دارد.
=> بر اساس عقیده عام، این شخص در زیر سایه خوب یک شخص پرهیزکار زندگی می‌کند.
=> گفته دیگر این است که یک شخص خوب تحت سایه پاک پدرس کلان شده است. سایه چنین شخصی مثبت پنداشته می‌شود.
=> این تشویقی برای طلب شدن همراهی با افراد پرهیزکار است.

(2) سایه ناپاک

=> سایه ناپاک به سایه ارواح ربط داده می‌شود. همچنین گفته می‌توانیم که سایه ناپاک تاثیر مردمان دارای اخلاق ضعیف است.
=> مثلاً" اگر شخص بد سیرتی به خانه‌های که نوزاد دارند برود و پس از مدتی نوزاد دچار مشکل جسمی یا روانی شود گفته می‌شود که سایه ناپاک به طفل افتاده است.

(3) سایه جنیات (بخش مربوط به جنیات را مطالعه کنید)

در ارتباط با مشاوره:

- مجبور هستیم این عقاید را جدی بگیریم.
- از طرف دیگر باید مراقب باشیم تا شخص توانایی انجام کار و تاثیرگذاری در زندگی را از دست ندهد.
- خطر زمانی است که شخص به علت چشم بد (نظر شدن) احساس عجز و ناتوانی در ایجاد تغییر می‌کند، کاملاً" تسلیم آن عقاید می‌شود و همه چیز بدتر خواهد شد.

عقاید مختلف دیگر:

• در ارتباط با زنان:

=> زنان و دختران باید ابتدا اطاعت پدر، سپس برادر کلان و بعداً برادران دیگر را بکنند.
=> زنان در مواظیت از خود ضعیف و ناتوان هستند.
=> زنان با مردان برابر نیستند: سهم ارث زن نصف سهم مرد است.
=> خود زنان عقیده دارند که با مردان برابر نیستند.
=> عادت ماهانه نشانه ضعف خانم‌ها است.

• در ارتباط با مردان:

=> مردان گریه نمی‌کنند

تمرین: "لطفاً" عقاید ذکر شده را به دقت مطالعه کنید. به کدام یک از آنها اعتقاد دارید، آیا در زمینه این اعتقادات تجربه‌ای دارید؟ آیا عقیده دیگری نیز هست که بر زندگی شما تاثیر کند؟

تداوی عنعنوی (ستنی):

شفا بخشن سنتی معمولاً "ملاها هستند. ملا یک شخص با نفوذ است و اکثر اوقات یک درمانگر نیز است. او میانجی در بین دنیای نامرئی خطرناک جنیات و انرژیهای مثبت و منفی است. ابتدا به مشکلات گوش می کند و سپس اقدام می کند.

- از آنجا که مردم به او باور دارند او قادر است تا نیروی درمان کننده درونی افراد را برانگیزد.
- در اینجا چند مثال وجود دارد:

=> سوزاندن مواد و ساختن دوا از خاکستر آن
 => نوشتن کاغذهای، ساختن تعویذ و آویختن به گردن
 => نوشتن بر کاغذ، انداختن آن در آب و نوشیدن آب
 => نوشتن بر کاغذ و قرار دادن آن در زیر زبان
 => پرهیز کردن
 => داستان: ملا چند پرنده دارد. دستهایش را به هم می زند و پرنده ها پرواز می کند. سپس می گوید: "ببینید، برای موثر بودن به دو دست نیاز است."

=> لت و کوب جنیات تخریب کار توسط شلاق و کمربند.

=> صحبت کردن با جنیات: ملا مریض را بر روی تخت می خواباند و جن را صدا می کند. سپس با جن صحبت می کند و می گوید اگر این را رها نکنی تو را خواهم کشت. وقتی مریض بر می خیزد، خوب شده است.

=> آویزان کردن پیاز به دور گردن

=> یکجا نمودن بعضی از علوفه با مقدار کمی روغن سیاه و صرف آن در وقت صبح و شام.

=> ملا عصای فلزی را در آتش می اندازد و با آن شخص را می سوزاند. سپس کاغذ و روغن سیاه را بر روی زخم می گذارد.

=> ضعف جنسی: ملا تخم مرغ را می گیرد و کلمات جادویی را بالای آن می خواند. بیمار آن را میخورد.

تمرین: لطفاً با یکدیگر در مورد تجربه شخصی خود از تداوی های عنعنوی (ستنی) صحبت کنید. اگر تکنیک های دیگری را تجربه کرده اید یا شاهد آن بوده اید آنها را به لیست اضافه کنید.

در ارتباط با مشوره:

- بعضی از این تمرینات قدرتها و توانایی های خود درمانگری شخص را تقویت می کند، به دلیل اینکه بیمار به اینها عقیده داشته و با اعتقاد به اینکه این روش نتیجه خواهد داد اعتماد به نفس خود را تا حدی دوباره به دست می اورد.