

المعالجة السريرية
للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان
في حالات الطوارئ الإنسانية

دليل التدخلات الإنسانية
لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية
(mhGAP-HIG)



برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية



World Health
Organization



UNHCR
The UN Refugee Agency

قام بمراجعة النسخة العربية

لبنان

- د. ميشال صوفيا - الهيئة الطبية الدولية
- د. ربيع الشماعي - وزارة الصحة العامة
- د. لينا صادق - وزارة الصحة العامة
- د. وسام خير - وزارة الصحة العامة
- ادوينا زغبي - منظمة الصحة العالمية

الاردن

- مرام شاهين - الهيئة الطبية الدولية
- د. علاء الدين المصري - الهيئة الطبية الدولية
- د. راما عبيلي - الهيئة الطبية الدولية
- د. رامي سميح - الهيئة الطبية الدولية
- ديما الفرغ - الهيئة الطبية الدولية

تركيا

- د. بسمه عبد الرحمن - الهيئة الطبية الدولية
- د. محمود حجازي - الهيئة الطبية الدولية
- د. ناصر حافظ - الهيئة الطبية الدولية
- د. نضال سعدون - الهيئة الطبية الدولية
- محمد عجوم - الهيئة الطبية الدولية

سويسرا

- د. فهمي بهجت حنا - منظمة الصحة العالمية

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies.

1. Mental Disorders. 2. Substance-related Disorders. 3. Nervous System Diseases. 4. Relief Work. 5. Emergencies.

I. World Health Organization. II. UNHCR.

ISBN 978 92 4 654892 7

(NLM classification: WM 30)

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من على موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int) أو شراءها من قسم الطباعة والنشر، منظمة الصحة العالمية 20 Switzerland، 1211 Geneva 27، Avenue Appia، (هاتف رقم: +41 22 791 3264؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

والتسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

طبع من قبل قسم خدمات إعداد وثائق منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

يواجه العالم اليوم عدداً لا سابق له من حالات الطوارئ الإنسانية الناشئة عن النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية. إن عدد اللاجئين والأشخاص النازحين داخلياً لم يبلغ هذا الحد المرتفع منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية، فعشرات الملايين من الأشخاص ولاسيما في الشرق الأوسط وإفريقيا وآسيا هم بحاجة ماسة للمساعدة، وذلك يشمل الخدمات القادرة على تلبية الحاجات المتصاعدة للسكان في مجال الصحة النفسية.

إن الأطفال والبالغين المتأثرين بحالات الطوارئ يعانون من مجموعة متنوّعة وجوهرية من المشاكل النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان. في المحن الشديدة، يُصاب معظم الأشخاص بالحزن والضيق الشديد كردود فعل نفسية طبيعية مؤقتة. أما بالنسبة إلى أقلية من السكان فالمحن الشديدة تسبّب لهم مشاكل نفسية كالاضطراب الاكتئابي أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة أو اضطراب الحزن الطويل الأمد، وهي جميعها اضطرابات من شأنها أن تقوّض بشدة الأداء الوظيفي اليومي للأشخاص. فضلاً عن أن الأشخاص الذين يعانون في الأصل من الاضطرابات الحادة كالذهان والإعاقة الذهنية والصرع يصبحون أكثر تأثراً، ربما بفعل النزوح والهجر وعدم الحصول على الخدمات الصحية. وأخيراً، إن تعاطي الكحول ومواد الإدمان يشكل خطراً حقيقياً في ما يتصل بالمشاكل الصحية والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي. في الوقت الذي تتعاظم فيه حاجات الصحة النفسية للسكان بدرجة كبيرة، غالباً ما تشخّ موارد الرعاية الصحية النفسية. وفي مثل هذه الظروف، نحتاج أكثر من أي وقت مضى إلى الأدوات العملية السهلة الاستخدام.

لقد تمّ تطوير هذا الدليل بالاستناد إلى هذه التحديات. إن دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية هو بمثابة أداة عملية بسيطة تهدف إلى مساندة مرافق الصحة العامة في المناطق المتأثرة بحالات الطوارئ الإنسانية في تقييم وتدبير الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان. ولقد تمّ إعداده إستناداً إلى دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (٢٠١٠)، وهو كتيب قائم على الأدلة، شائع الاستخدام، يرمي إلى معالجة هذه الاضطرابات في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية، ولقد تمّ تكييفه من أجل الاستخدام في حالات الطوارئ الإنسانية.

يتوافق هذا الدليل تماماً مع المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC) بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ ومع التوجيهات التنفيذية للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في عمليات اللاجئين، وهي توجيهات تدعو إلى استجابة متعدّدة القطاعات قادرة على مواجهة العواقب المترتبة عن حالات الطوارئ الإنسانية والنزوح على مستوى الصحة النفسية والمستوى الاجتماعي. كما يساعد هذا الدليل على تحقيق الهدف الرئيسي لخطة عمل منظمة الصحة العالمية الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠، لاسيما توفير خدمات رعاية اجتماعية وصحية نفسية شاملة، متكاملة وسريعة الاستجابة ضمن البيئات المجتمعية.

لذلك نناشد كافة الشركاء العاملين في المجال الإنساني ضمن القطاع الصحي اعتماد هذا الدليل الهام ونشره للمساعدة على تخفيف المعاناة وزيادة قدرة البالغين والأطفال ذوي الاحتياجات في مجال الرعاية الصحية النفسية على التصدي في مواقع الطوارئ الإنسانية.


انطونيو غوترس
لمفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين


مارغريت شان
المدير العام لمنظمة الصحة العالمية

شكر وتقدير IV

مقدمة ١

النصح الموجّه لمدرء العيادات ٣

المبادئ العامة لرعاية الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان

في مواقع الطوارئ الإنسانية (GPC) ٥

١. مبادئ التواصل ٥

٢. مبادئ التقييم ٧

٣. مبادئ التدبير ٨

٤. مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي ٩

٥. مبادئ حماية حقوق الانسان ١١

٦. مبادئ التنبّه لرفاه العام ١٣

الوحدات

١. الكرب الحاد (ACU) ١٤

٢. الحزن (GRI) ١٨

٣. الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) ٢٢

٤. اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) ٢٩

٥. الذهان (PSY) ٣٢

٦. الصرع / النوبات (EPI) ٣٧

٧. الإعاقة الذهنية (ID) ٤٣

٨. التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB) ٤٧

٩. الانتحار (SUI) ٥٢

١٠. شكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى (OTH) ٥٥

الملاحق

الملاحق ١: تعريف الحالات لنظام المعلومات الصحية (HIS) للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (٢٠١٤) ٥٨

الملاحق ٢: قائمة المصطلحات ٥٩

الملاحق ٣: قائمة الأعراض ٦٤

التصوّر

مارك فان اومرين (منظمة الصحة العالمية)، يوتارو سيتويا (منظمة الصحة العالمية)، بيتر فنتفوغل (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين) وخالد سعيد (منظمة الصحة العالمية)، تحت إشراف شيخار ساكسينا (منظمة الصحة العالمية) وماريان شيلبرورد (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين).

صياغة المشروع وفريق التحرير

بيتر فنتفوغل (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)، كا يونغ بارك (مدرسة كندي في جامعة هارفرد) ومارك فان اومرين (منظمة الصحة العالمية).

فريق مراجعة برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية

نيكولاس كلارك، ناتالي درو، تارون دويا، الكسندرا فلشمان، شيخار ساكسينا، شيارا سرفلي، يوتارو سيتويا، مارك فان اومرين، الكسندرا رايت وتاغي ياسامي.

المساهمون الآخرون/المراجعون

هلال اودين احمد (المعهد الوطني للصحة العقلية، بنغلادش)، كورادو باربوي (مركز تعاون منظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في الصحة النفسية، جامعة فيرونا)، توماس باريت (جامعة دنفر)، بيار باستن (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)، ميرون بلغر (كلية الطب في جامعة هارفرد)، مارغريت بلاو (المجموعة المرجعية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ)، بورييس بودوسان (منظمة مالتيزر الدولية)، كنيث كارسول (منظمة الصحة العالمية)، جورج كاستيلا (مكتب المفوضية الأوروبية للمساعدات الإنسانية والحماية المدنية)، فانيسا كافاليرا (منظمة الصحة العالمية)، اليزابيث سنتينو-تابلانت (منظمة الصحة العالمية)، لوكاس شيني (جامعة ملبورن)، راشيل كوهن (Common Threads)، أنا كوادرا (منظمة أطباء العالم)، كاتي داوسون (جامعة نيو تاوث ويلز)، جوب دي جونج (جامعة امستردام)، بامبلا ديكس (Disaster Action)، فريديريك دروغول (منظمة أطباء بلا حدود)، كارولينا اشيفري (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)، ربيع الشماع (وزارة الصحة العامة، لبنان)، محمد الشاذلي (الهيئة الطبية الدولية)، مايكل فرست (جامعة كولومبيا)، ريتشارد غارفيلد (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها)، انا غولاز (جامعة جنيف)، ديفيد غولدبرغ (كلية كينجز لندن)، مارلين غودفرد (منظمة أطباء بلا حدود)، مارغريت غريغ (MIND، استراليا)، نورمان غوستافسون (بارسا افغانستان)، فهمي حنا (منظمة الصحة العالمية)، ماثييز هوغستاد (in non-affiliated capacity، هولندا)، بيتر هيوغ (الكلية الملكية للأطباء النفسيين، المملكة المتحدة)، تاكاشي ايزوتسو (البنك الدولي)، لين جونز (كلية الصحة العامة في جامعة هارفرد)، ديفورا كستل (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية)، لويزا خورتا (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)، كاري كوغان (جامعة اوتاوا)، روس كورست (in2mentalhealth، هولندا)، مارك لابورتا (جامعة مكغيل)، جاك لو روي (in non-affiliated capacity، بلجيكا)، باربرا لوبيز كاردوزو (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها)، ايدو لوري (أطباء من أجل حقوق الانسان، اسرائيل)، اندرياس ماركر (جامعة زوريخ)، هيني ماكيلا (بعثة المساعدة الدولية، افغانستان)، ادلهيد مارشانغ (منظمة الصحة العالمية)، كارمن مارتيناز-فيسيانا (منظمة أطباء بلا حدود)، جيسي مبوامبو (جامعة موهيمبيلي للصحة والعلوم المتحالفة، تنزانيا)، فرناندا منا باريتو كروم (منظمة أطباء العالم)، اندرو موهانراج (CBM، ماليزيا)، اميليو اوفوغا (جامعة غولو، اوغندا)، سارا بائيس (منظمة الصحة العالمية)، هيزر بابوويتز (اليونيسف)، كسافي بريرا (Taylor's University School of Medicine and Health Equity Initiatives، ماليزيا)، بو برينز-سيلز (مستشفى لاباز، اسبانيا)، جيوفاني بتالدي (منظمة أطباء بلا حدود)، بهافا بوديال (in non-affiliated capacity، اذربايجان)، رشا رحمن (منظمة الصحة العالمية)، اندو راوبليسون (منظمة الرؤية الدولية للعالم)، نيك روز (جامعة اوكسفردي)، سيسيل روسو (جامعة مكغيل)، خالد سعيد (منظمة الصحة العالمية)، بندتو ساراينيو (Universidade Nova de Lisboa، البرتغال)، اليسون شافر (منظمة الرؤية الدولية للعالم)، ناتالي سفري (منظمة أطباء بلا حدود)، ياسوكو شينزاكي (منظمة أطباء العالم)، برامود موهان شيانغوا (المنظمة الدولية للهجرة)، ديريك سيلوف (جامعة نورث ساوث ويلز)، ستيفاني سميث (شركاء في الصحة)، لسلي سنايدر (مؤسسة رضوح الحرب)، يوريكو سوزوكي (المعهد الوطني للصحة النفسية، اليابان)، ساجي توماس (اليونيسف)، انا ماريا تيجرينو (منظمة أطباء بلا حدود)، ويتز تول (جامعة جونز هوبكنز ومؤسسة بيتر الدرمان)، سنوب تشاركرجان (منظمة أطباء العالم)، بهارات فيزا (منظمة الصحة العالمية)، انكا ويسبكر (الهيئة الطبية الدولية)، نانا ويدمن (الاتحاد الدولي للصليب الاحمر والهلال الاحمر) ووليام يول (كلية كينجز لندن).

التمويل

المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

التصميم

الينا شرشي

لقد تمّ إعداد هذا الدليل استناداً إلى دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-IG) للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية لمنظمة الصحة العالمية من أجل استخدامه في حالات الطوارئ الإنسانية. لذا نطلق عليه اسم دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-HIG).

ما هو برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP)؟

ويتوجّه أيضاً إلى الأطباء العامّين، والممرضين، والقابلات، والمسؤولين السريريين، فضلا عن الأطباء المتخصّصين في مجالات أخرى غير الطب النفسي أو طب الجهاز العصبي.

بالإضافة إلى المشورة السريرية، يوفر برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية مجموعة من الأدوات التي تهدف إلى دعم تنفيذ البرنامج وتساعد على تحليل الأوضاع، وتعديل الأنظمة السريرية وفقاً للظروف المحلية، وتخطيط البرامج، والتدريب، والإشراف والمراقبة¹.

إن برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية هو برنامج لمنظمة الصحة العالمية يسعى إلى سدّ النقص في مجال رعاية الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (MNS). وكجزء من هذا البرنامج تمّ إصدار دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-IG) عام ٢٠١٠، وهو دليل سريري في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان يتوجّه إلى مقدّمي الرعاية الصحية العامة العاملين في مواقع الرعاية الصحية غير التخصصية، لاسيّما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

لماذا نلتمس ضرورة التعديل وفقاً لظروف الطوارئ الإنسانية؟

وتضمّ التحديات ما يلي:

« ضرورة ملحة لتخصيص الموارد الشحيحة ومنحها الأولوية

« الوقت المحدود لتدريب مقدّمي الرعاية الصحية

« الوصول المحدود للأخصائيين (من أجل التدريب، الإشراف، الإرشاد،

الإحالة أو الاستشارة)

« الوصول المحدود للأدوية نظراً لاختلال سلسلة الإمداد العادية

لقد تمّ تطوير دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة

النفسية بهدف التصدي لهذه التحديات في مواقع الطوارئ الإنسانية.

خلال حالات الطوارئ الإنسانية الناتجة عن النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية والصناعية على حدّ سواء، تنشأ مجموعة واسعة من مواقع الطوارئ الحادة والمزمنة، كما يحصل غالباً في حالة النزوح الجماعي للسكان. وفي مثل هذه الظروف، إن حاجات السكان إلى الخدمات الأساسية تفوق الطاقات المحلية نظراً لإمكانية تضرّر النظام المحلي من جراء حالة الطوارئ. بالتالي فإن الموارد تتراوح وفقاً لتوفر المساعدات الإنسانية المحلية والوطنية والدولية ووفقاً لحجم هذه المساعدات. تطرح الأزمات الإنسانية سلسلة من التحديات وتتيح لمقدّمي الخدمات الصحية فرصاً استثنائية تتطلب إرادة سياسية وموارد متزايدة لتلبية خدمات الصحة النفسية وتحسينها².

محتوى هذا الدليل

يحتوي دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية على توصيات بشأن علاج الخط الأول للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، موجّهة لمقدّمي الرعاية الصحية من غير المتخصّصين في حالات الطوارئ الإنسانية حيث يكون الوصول إلى الأطباء المتخصّصين والى الخيارات العلاجية محدوداً.

يستخلص هذا الدليل المعلومات الأساسية من الدليل الكامل لتدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-IG) ويضيف عناصر أخرى ترتبط بشكل خاص بظروف الطوارئ الإنسانية.

يغطي هذا الدليل ما يلي:

« النصح الموجه لمدرّاء العيادات؛

« المبادئ العامة للرعاية القابلة للتطبيق في مواقع الطوارئ الإنسانية، بما

في ذلك:

• توفير الدعم المتعدّد القطاعات وفقاً للمبادئ التوجيهية للجنة

الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي

الاجتماعي في حالات الطوارئ (IASC، ٢٠٠٧) وللتوجيهات

التنفيذية بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في

عمليات اللاجئين (UNHCR، ٢٠١٣)؛ وأدوات أخرى متعلقة

بحالات الطوارئ؛

¹ للحصول على نسخة من هذه الأدوات، الرجاء المراسلة على البريد الإلكتروني mhgap-info@who.int

² مراجعة منظمة الصحة العالمية (WHO)، Building back better: sustainable mental health care after emergencies، جنيف، ٢٠١٣.

• تعليمات بشأن تقليص الضغط النفسي.

« وحدات موجزة تتعلق بتقييم وتدبير الحالات التالية:

• الكرب الحاد (ACU)

• الحزن (GRI)

• الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP)

• اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)

• الذهان (PSY)

• الصرع/النوبات (EPI)

• الإعاقاة الذهنية (ID)

• التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)

• الانتحار (SUI)

• شكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى (OTH)

كما تشمل التغييرات الأخرى ما يلي:

« لقد تمّت إعادة صياغة إرشادات الاضطراب السلوكي في شكل توجيهات

تتعلق بالمشاكل السلوكية لدى المراهقين، نجدها في وحدة شكاوى

الصحة النفسية الهامة الأخرى (OTH).

« لقد تمّ تقسيم الوحدة المتعلقة بتقييم وتدبير الحالات المرتبطة

بشكل خاص بالضغط النفسي لدليل تدخلات برنامج رَأب الفجوة في

الصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣) إلى ثلاث وحدات:

الكرب الحاد (ACU)، الحزن (GRI) واضطراب الكرب ما بعد

الصدمة (PTSD).

« لقد تمّت إضافة قائمة بالمصطلحات. إن التعابير المقترنة بعلامة (*) معرّفة في الملحق ٢.

يُعتبر هذا الدليل أصغر حجماً مقارنةً بدليل تدخلات برنامج رَأب

الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-IG) فهو لا يشتمل على

الإرشادات بشأن ما يلي:

« التسمّم بالكحول ومواد الإدمان والاعتماد* (dependence) (إلا أن

هذا الدليل يغطي الانقطاع عن الكحول والتعاطي الضار للكحول

ومواد الإدمان)؛

« اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (إلا أن هذا الدليل يغطي

المشاكل السلوكية لدى المراهقين ضمن وحدة شكاوى الصحة النفسية

الهامة الأخرى)؛

« اضطرابات طيف التوحّد؛

« الخرف (إلا أن هذا الدليل يغطي دعم القائمين على العناية بالأشخاص

المصابين بأي من الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد

الإدمان ضمن المبادئ العامة للرعاية)؛

« الخطر غير الوشيك بإيذاء الذات؛

« علاجات الخط الثاني لمعظم الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام

مواد الإدمان.

التوجيهات بشأن المواضيع الآتية الذكر لا تزال متوفرة في الدليل الكامل

لتدخلات برنامج رَأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-IG).

إن عملية دمج الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (MNS) ضمن حاجات الرعاية الصحية العامة يجب أن يشرف عليها قائد (مثلاً مسؤول الصحة العامة على مستوى المنطقة، المدير الطبي للوكالة، الخ) يتولى تصميم الرعاية وتنسيقها في عدد من المرافق الصحية بالاستناد إلى تحليل الأوضاع ذات الصلة (مراجعة مجموعة أدوات التقييم لمنظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ٢٠١٢). لكل مرفق صحي مدير عيادة (رئيس المرفق الصحي) يتولى مسؤوليات محدّدة. يتوجب على مدرء العيادات الاطلاع على النقاط التالية.

البيئة

« التنبّه لعدم تمييز الغرفة بأي علامة وذلك لتفادي عدم سعي الأشخاص للحصول على خدمات الرعاية في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان خوفاً من الوصمة الاجتماعية.

« تخصيص حيّز خاص، ويفضّل غرفة منفصلة، لإجراء الاستشارات بشأن الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان. إن لم تتوفر غرفة منفصلة، محاولة تقسيم الغرفة باستخدام الستائر أو غيرها من الوسائل وذلك بغية توفير درجة قصوى من الخصوصية.

نموذج الخدمة

« كبديل، يجب العمل على إقامة "عيادة خاصة بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان" مرّة أو مرتين في الأسبوع داخل مرفق الصحة العامة، خلال الأوقات التي تخفّ فيها أعمال العيادة. وفي حال قدوم المرضى خارج ساعات عمل العيادة الخاصة بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، يمكن الطلب منهم بلطف العودة في ساعات عمل العيادة. إن إقامة مثل هذه العيادات أمر مفيد في المرافق الصحية ذات حجم العمل الهام، لاسيّما لإجراء التقييم الأساسي الذي يستغرق عادة وقتاً أطول من زيارات المتابعة.

« الحرص على تواجد فرد مدرب واحد على الأقل من طاقم الموظفين في أي وقت في الخدمة من أجل الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، أي أن يتولّى شخص تقييم وتدير حالة الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

الهيكل الوظيفي والتدريب

والعصبية واستخدام مواد الإدمان (راجع أدناه)، (ب) مساندة الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في الحصول على المساعدة داخل العيادة و(ج) المساعدة على الرعاية في أثناء المتابعة.

« إعلام كافة الموظفين بضرورة توفير بيئة داعمة للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان. « تحديد الموظفين الواجب تدريبهم على توفير الرعاية في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

« النظر في تعيين فرد من فريق الرعاية الصحية (مثلاً ممرض، أخصائي نفسي اجتماعي، أخصائي اجتماعي محلي) ليتّم تدريبه على توفير الدعم النفسي الاجتماعي (كتوفير العلاج النفسي القصير، إدارة مجموعات المساعدة الذاتية، تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي) والإشراف عليه.

« التأكد من توفر الموارد ليس للتدريب فحسب وإنما للإشراف أيضاً. إن الإشراف السريري من جانب الموظفين يشكل جزءاً أساسياً من الرعاية الجيدة في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

« إرشاد كافة الموظفين بشأن تدابير الحماية المحلية:

- شروط موافقة الشخص وحدودها، بما في ذلك التبليغ عن الحالات المشتبه بها من الإساءة إلى الأطفال، والعنف الجنسي والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي وغيرها من انتهاكات حقوق الإنسان،
- تحديد الأسر، تتبّع أثرها وإعادة لم شملها. يجب بشكل خاص حماية الأطفال المنفصلين عن ذويهم واحالتهم إلى تدابير الرعاية المؤقتة الملائمة، عند الحاجة.

« إذا تمّ تدريب عدد ضئيل من الموظفين فقط على محتوى هذا الدليل، يجب الحرص على أن يتمكّن الموظفون السريريون والباقيون من تقديم الإسعافات النفسية الأولية* (psychological first aid - PFA) على الأقل. الإرشاد على الإسعافات النفسية الأولية يستغرق نصف نهار تقريباً. يمكن إيجاد دليل الإسعافات النفسية الأولية للعاملين الميدانيين والمواد التوجيهية المرافقة المخصصة للميسرين على الانترنت.

« في حال تعيين اختصاصيين دوليين في الصحة النفسية تابعين للعيادة بهدف الإشراف، يجب اطلاعهم باختصار على الثقافة والبيئة المحلية.

« إرشاد موظف الاستقبال (أو الشخص القائم بمثل هذا الدور) حول كيفية التعامل مع أشخاص في حال هياج قد تستدعي حالتهم اهتماماً فورياً.

« إرشاد كافة الموظفين حول كيفية الإحالة إلى الخدمات المتاحة.

« تدريب العاملين المجتمعيين والمتطوعين، في حال تواجدهم، على كيفية (أ) رفع مستوى الوعي بشأن الرعاية في مجال الاضطرابات النفسية

« التأكد من أن تتوفر داخل العيادة قائمة محدّثة بالأرقام العائدة لموارد الدعم الأخرى المتوفرة في المنطقة (كالحاجات الأساسية مثل المأوى والمساعدات الغذائية، الموارد والخدمات المجتمعية والاجتماعية، الحماية والدعم القانوني).

« عند الحاجة، النظر في مناقشة الرسائل مع المعالجين التقليديين والشعبيين المحليين فلعلهم يقدمون العلاج لأشخاص مصابين باضطرابات نفسية وعصبية واستخدام مواد إدمان ويرغبون في التعاون وحالة بعض الحالات (لمزيد من التوجيهات، مراجعة ورقة العمل ٤.٦ للمبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ [IASC, ٢٠٠٧])

« بلوغ المجموعات المهمّشة التي يمكن أن تكون غير منتهية للعيادة أو عاجزة عن الوصول إليها.

« التأكد من أن تتوفر داخل العيادة قائمة محدّثة بالأرقام من أجل الإحالة إلى خدمات الرعاية في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

رفع مستوى الوعي حول الخدمات المتوفرة

« إعداد رسائل مجتمعية تتعلق بالرعاية المتوفرة في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (على سبيل المثال، هدف هذه الرعاية وأهميتها، الخدمات المتوفرة في العيادة، موقع العيادة وساعات العمل).

« مناقشة الرسائل مع قادة المجتمع.

« استخدام قنوات نشر المعلومات المختلفة، كالراديو، الملصقات داخل العيادات، العاملين المجتمعيين أو الموارد المجتمعية الأخرى القادرة على إعلام مجمل السكان.

الأدوية

« العمل مع صانعي القرار المعنيين لضمان إمداد مستمر بالأدوية الأساسية.

« ضمان توفر ما يلي:

- على الأقل دواء واحد مضاد للذهان (في شكل قرص وأشكال قابلة للحقن)
- على الأقل دواء واحد لعلاج مرض باركنسون (لمعالجة الآثار الجانبية خارج الهرمية * extrapyramidal side effects) المحتملة (في شكل قرص)
- على الأقل دواء واحد مضاد للصرع / مضاد للاختلاج (في شكل قرص)
- على الأقل دواء واحد مضاد للاكتئاب (في شكل قرص)
- وعلى الأقل دواء واحد مضاد للقلق (في شكل قرص وأشكال قابلة للحقن).

« يمكنك الحصول على المجموعة الصحية المشتركة بين الوكالات لحالات الطوارئ (IEHK) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١)، وهي عبارة عن صندوق كبير يحتوي على الأدوية والمعدّات الطبية المصمّمة لتلبية حاجات الرعاية الصحية الأولية المتوقعة لعشرة آلاف شخص مع رضين لطوارئ إنسانية رئيسية لمدة ثلاثة أشهر.

إدارة المعلومات

« ضمان السريّة. الاحتفاظ بالملفات الصحية بشكل آمن.

« تحديد البيانات الواجب إدخالها في نظام المعلومات الصحية.

- النظر في استخدام تصنيف الاضطرابات العصبية النفسية ضمن سبع فئات لنظام المعلومات الصحية الخاص بالمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والاستناد عليه في توثيق الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (راجع الملحق ١)

- تحتوي مجموعة IEHK على الأدوية النفسانية التأثير التالية:
 - أقراص الاميتريبتيلين: قرص ٢٥ ملغم × ٤٠٠٠
 - أقراص البيبريدين: قرص ٢ ملغم × ٤٠٠
 - أقراص الديازيبام: قرص ٥ ملغم × ٢٤٠
 - حقن الديازيبام: ٥ ملغم / مل، ٢ مل / الامبولة × ٢٠٠
 - أقراص الهالوبيريدول: قرص ٥ ملغم × ١٣٠٠
 - حقن الهالوبيريدول: ٥ ملغم / مل، ١ مل / الامبولة × ٢٠
 - أقراص الفينوباربيتال: ٥٠ ملغم × ١٠٠٠
- إن كمية الأدوية ضمن مجموعة IEHK لا تكفي للبرامج الاستباقية التي تعمل على تقصّي وتدبير حالات الصرع والذهان والاكتئاب. يجب عندئذ طلب المزيد من الأدوية.
- على المدى الطويل، تصبح الكميات الضرورية من الأدوية معروفة من خلال الاستعمال الفعلي ويتم التبليغ عنها.
- « بالإضافة إلى الأدوية النفسانية التأثير، يجب توفر الاتروبين للمعالجة السريرية للتسمّم الحاد بالمبيدات، وهو شكل تقليدي من إيذاء الذات. الاتروبين متوفر داخل مجموعة IEHK (١ ملغم / مل، ١ مل / الامبولة × ٥٠)
- « التأكد من أن كافة الأدوية محفوظة بشكل آمن.

- في حالات الطوارئ الشديدة الواسعة النطاق، قد لا يكون صانعو القرار في مجال الصحة العامة على استعداد لإضافة سبعة عناصر لنظام المعلومات الصحية. في تلك الحالة، يجب على الأقل إضافة عنصر واحد يحمل عنوان "المشاكل النفسية أو العصبية أو استخدام مواد الإدمان" إلى نظام المعلومات الصحية. مع الوقت، يجب استبدال هذا العنصر بنظام أكثر تفصيلاً.
- « جمع البيانات وتحليلها وإبلاغ النتائج لصانعي القرار المعنيين في مجال الصحة العامة.

المبادئ العامة لرعاية الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع الطوارئ الإنسانية

١. مبادئ التواصل

في البيئات الإنسانية السريعة التغيّر وغير المتوقعة، يخضع مقدّمو الرعاية الصحية لضغوطات هائلة سعيًا لتلبية حاجات أكبر عدد ممكن من الأشخاص في أقل وقت ممكن. كما يجب أن تكون الاستشارات داخل المرافق الصحية مختصرة، مرنة و متمحورة حول المسائل الأكثر إلحاحاً. لذلك فإن مهارات التواصل الجيدة ستساعد مقدّمي الرعاية الصحية على تحقيق هذه الأهداف وتقديم الرعاية الفعّالة للبالغين والمراهقين والأطفال المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

« إيجاد بيئة تسهّل التواصل الصريح

- إن أمكن، مقابلة الشخص داخل حيّز خاص.
- جعل مستوى عينيك مواءمة عيني الشخص (على سبيل المثال، إذا كان الشخص جالساً، اجلس أنت أيضاً).
- الترحيب بالشخص، تقديم نفسك ومركزك / دورك بطريقة ملائمة من الناحية الثقافية.
- التعريف بكل شخص موجود.
- سؤال الشخص عن رغبته أو رغبتها ببقاء القائمين على العناية به أو بها أو غيرهم من الأشخاص في الغرفة.
- التعبير عن رغبتك في التحدث مع الشخص على انفراد إن أمكن، إلا إذا كان طفلاً صغيراً. إن رغب الشخص ببقاء الأشخاص الآخرين، يجب احترام ذلك.

- في حال مقابلة الشخص على انفراد، طلب الإذن منه:

- لطرح الأسئلة التقييمية ذات الصلة على القائمين على العناية به للاطلاع على وجهة نظرهم،
- لإشراك القائمين على العناية به عند مناقشة خطة التدبير العلاجي والموافقة عليها.

- إبلاغ الشخص أنّ المعلومات التي تمّت مناقشتها خلال الزيارة ستبقى سرّية ولن يطلع أحد عليها من دون موافقته، إلا في حال الشعور بخطر على الشخص أو الغير (تجدر الإشارة إلى أن هذه النقطة قد تحتاج إلى تعديل وفقاً للحدود القانونية الوطنية للسريّة).

« إشراك الشخص المصاب باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان قدر الإمكان

- محاولة إشراك الشخص في النقاش دوماً ولو كان مصاباً بخلل وظيفي. ينطبق ذلك أيضاً على الأطفال والشباب والمستئين المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان. لا يجدر تجاهلهم بمخاطبة القائمين على العناية بهم فقط.
- محاولة شرح ما تفعله للشخص دوماً (مثلاً خلال الفحص البدني) وما تنوي القيام به.

« البدء بالاستماع

- إتاحة الفرصة للشخص المصاب باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان للتكلم من دون مقاطعة. إنّ الأشخاص الذين يكونون في حال ضيق قد لا يعبرون دوماً بصورة واضحة. عند حصول ذلك، التحلّي بالصبر وطلب التوضيحات. عدم محاولة حثّ الشخص على الإسراع.
- عدم الضغط على الشخص لمناقشة أو وصف أحداث قادرة على التسبّب بصدمة* (potentially traumatic events) إن لم يبدِ رغبة في الإفصاح عنها. ببساطة دعه يشعر بأنك هنا للاستماع إليه.
- قد يحتاج الأطفال إلى مزيد من الوقت للشعور بالارتياح. يجب استخدام لغة يسهل عليهم فهمها. لإنشاء علاقة مع الأطفال، ربما يتطلّب ذلك التحدث معهم عن اهتماماتهم (الألعاب، الأصدقاء، المدرسة، إلخ).

« توكي الوضوح والاختصار

- استخدام لغة يألّفها الشخص. تجنّب استعمال المصطلحات التقنية.
- إن الضغط النفسي من شأنه أن يضعف قدرة الشخص على استيعاب المعلومات ومعالجتها. يجب طرح نقطة تلو الأخرى لمساعدة الشخص على فهم ما يُقال قبل الانتقال إلى النقطة الثانية.
- تلخيص النقاط الأساسية وتكرارها. من المفيد ربما الطلب من الشخص أو من القائمين على العناية به تدوين النقاط المهمة أو عوضاً عن ذلك تزويد الشخص بملخص مكتوب بالنقاط الأساسية.

« الاستجابة بتعاطف حين يفصح لك الأشخاص عن تجارب مؤلمة

(كاعتداء جنسي أو عنف أو إيذاء الذات)

- إعلام الشخص بأنك ستحترم سرّية المعلومات.
- عدم الاستخفاف أبداً بمشاعر الشخص، عدم الوعظ أو إصدار الأحكام.
- الاعتراف بصعوبة ما يشاركك به الشخص.
- إن كان لا بدّ من إحالة الشخص إلى خدمات أخرى، الشرح له بوضوح الخطوات التالية الواجب القيام بها والطلب منه الموافقة على مشاركة هذه المعلومات مع مقدّمي خدمات صحية آخرين يمكنهم تقديم المساعدة. على سبيل المثال:

- لقد قلت لي أن جارك قد أساء إليك جداً. أنا لن أبوح بهذه المعلومات لأحد، لكنني أعتقد أنني أعرف بعض الأشخاص القادرين على مساعدتك. فهل توافق أن أناقش تجربتك مع زميلي من الوكالة X؟

« عدم الحكم على الأشخاص من خلال سلوكهم

• إن الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وعصبية واستخدام مواد إدمان حادة قد يتصرفون بشكل يبدو غريباً أو غير اعتيادي. يجب الإدراك أن هذا السلوك قد يكون ناشئاً عن مرضهم. المحافظة على الهدوء والتحلي بالصبر. عدم الاستهزاء بهم أبداً.

- إذا كان سلوك الشخص غير ملائم (إن كان منفعلًا، عدائياً، متوعداً)، ابحث عن سبب المشكلة واقترح الحلول. إشراك القائمين على العناية به أو موظفين آخرين لخلق السكينة والهدوء داخل المكان. إن اعتزت الشخص حالة من الهياج أو الضيق الشديد، قد تحتاج لمنح هذه الاستشارة الأولوية واستدعاء الشخص إلى مكان الاستشارة في الحال.

« عند الضرورة، الاستعانة بالمتجمين الشفهيين الملائمين

• عند الضرورة، محاولة العمل مع مترجمين متمرسين، ومن الأفضل أن يكون المترجم من نفس جنس الشخص المصاب باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان. في حال عدم توفر مترجم متمرس، من الممكن أن يتولى موظفون آخرون من طاقم الرعاية الصحية أو القائمون على العناية بالشخص عملية الترجمة الشفهية بموافقة الشخص.

• إذا تولى القائم على العناية بالشخص عملية الترجمة، التنبيه إلى أن الشخص قد لا يفصح بشكل كامل عما في داخله. فضلاً عن أن تضارب المصالح بين الشخص والقائم على العناية به قد يؤثر في عملية التواصل. إن شكّل الأمر مشكلة، يجب توافر مترجم مناسب للزيارات المقبلة.

• إبلاغ المترجم بضرورة احترام السرية ومراعاة الترجمة الحرفية من دون إضافة الأفكار والتأويلات الخاصة به.

٢. مبادئ التقييم

ينص التقييم السريري على تحديد الاضطراب النفسي والعصبي واستخدام مواد الإدمان وعلى استكشاف استيعاب الشخص لمشكلته أو لمشاكله. من الضروري أيضاً تقييم قدرات الشخص وموارده (كالدعم الاجتماعي). هذه المعلومات الإضافية ستتيح لمقدمي الرعاية الصحية توفير رعاية أفضل. خلال التقييم، من المهم التنبّه دوماً إلى المظهر العام للشخص المُصاب باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان، إلى مزاجه، تعابير وجهه، لغة جسده وحديثه.

« استعراض الشكوى المعروضة

• ما الذي أتى بك إلى هنا؟ متى وكيف بدأت المشكلة؟ كيف تطوّرت مع الوقت؟

• ما شعورك حيال هذه المشكلة؟ ما مصدرها بحسب اعتقادك؟

• كيف تؤثر هذه المشكلة في حياتك اليومية؟

• كيف تؤثر هذه المشكلة في دراستك / عملك أو في حياتك اليومية ضمن المجتمع؟

• بأي طريقة حاولت حل هذه المشكلة؟ هل جرّبت أي دواء؟ في حال الإيجاب، ما نوع الدواء (على سبيل المثال، موصوف، غير موصوف، عشبي)؟ ما كانت تأثيراته عليك؟

« استعراض التاريخ العائلي المحتمل للاضطرابات النفسية والعصبية

واستخدام مواد الإدمان

• هل يعاني أي فرد من أسرتك من مشكلة مماثلة؟

« استعراض التاريخ الصحي العام للشخص

• الاستعلام عن أية مشكلة صحّية بدنية سابقة:

- هل أصبت في الماضي بأية مشكلة صحّية خطيرة؟

- هل تعاني حالياً من أية مشكلة صحّية تتلقى علاجاً لها؟

• سؤال الشخص عمّا إذا كان يتناول أي دواء:

- هل وصف لك مقدّم رعاية صحية أي دواء من المفترض أنك تتناوله حالياً؟

- ما اسم هذا الدواء؟ هل أحضرته معك؟ كم مرّة تتناوله؟

• سؤال الشخص عن حساسية سابقة لأي دواء.

« استعراض الضغوطات الحالية واستراتيجيات التأقلم والدعم الاجتماعي

• كيف تغيّرت حياتك منذ ... [أذكر الحدث الذي سبّب الأزمة الإنسانية]؟

• هل خسرت شخصاً عزيزاً؟

• كم شدّة الضغط النفسي في حياتك؟

• كيف يؤثر فيك؟

• ما هي مشاكلك الأكثر أهمية حالياً؟

• كيف تواجهه / تتعامل مع هذه المشاكل يوماً بعد يوم؟

• ما نوع الدعم الذي تحظى به؟ هل تحصل على المساعدة من أسرتك

أو أصدقائك أو الأشخاص ضمن مجتمعك؟

« استعراض أي تعاطٍ محتمل للكحول ومواد الإدمان

إن الأسئلة بشأن الكحول ومواد الإدمان قد تعتبر محرّجة وحتى

جارحة، إلا أنها مكوّن أساسي لتقييم الاضطرابات النفسية والعصبية

وإستخدام مواد الإدمان. الشرح للشخص بأنها جزء من التقييم

ومحاولة طرح الأسئلة بطريقة تراعي الخصوصيات الثقافية ولا تنمّ

عن أحكام.

• أوّلاً أن أطرح عليك بعض الأسئلة الروتينية كجزء من التقييم. هل

تشرب الكحول (أو تستهلك أية مادة أخرى يُعرف أنها تشكل

مشكلة في المنطقة)؟ [في حال الإيجاب] كم مرة في اليوم / الأسبوع؟

• هل تتناول أية أقراص عندما تشعر بالتوتر أو الضيق أو الخوف؟

ماذا تستخدم عندما تشعر بالألم؟ هل تتناول الأقراص المنومة؟ [في

حال الإيجاب] كم مرة في اليوم / الأسبوع وما كميّتها؟ منذ متى؟

« استعراض أية أفكار ومحاولات انتحار

إن الأسئلة بشأن الانتحار قد تعتبر جارحة أيضاً، لكنها أسئلة أساسية

أيضاً في تقييم الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

محاولة طرح الأسئلة بطريقة تراعي الخصوصيات الثقافية ولا تنمّ عن

أحكام.

• من الممكن البدء بالسؤال التالي: ما هي آمالك للمستقبل؟ إن عبّر

الشخص عن شعور باليأس، طرح أسئلة إضافية (< المربع ١ من

الوحدة الخاصة بالانتحار (SUI)، مثلاً هل تشعر بأن الحياة تستحق

العيش؟ هل تفكر بالحقاق الأذى بنفسك؟ أو هل وضعت خططاً

لوضع حدّ لحياتك؟ (< SUI)

« إجراء فحص بدني مستهدف

• يجب أن يكون الفحص البدني مركّزاً وموجهاً يستند على المعلومات

التي تمّ جمعها خلال تقييم الاضطرابات النفسية والعصبية

وإستخدام مواد الإدمان. في حال إيجاد أية حالة مرضية بدنية في

هذه المرحلة، يجب علاجها أو إحالته إلى الموارد المختصة.

« في حال الاشتباه باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان، مراجعة الوحدة المعنيّة من أجل التقييم.

« إذا كانت تبدو على الشخص سمات تشير إلى أكثر من اضطراب واحد نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان، يجب عندئذ مراجعة كافة الوحدات ذات الصلة.



٣. مبادئ التدبير

الكثير من الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان هي اضطرابات مزمنة تتطلب المراقبة والمتابعة على المدى الطويل. لكن في مواقع الطوارئ الإنسانية، قد تتعثر استمرارية الرعاية نظراً لأن الرعاية الصحية النفسية لا تتوفر باستمرار أو لأن السكان قد نزحوا أو هم على وشك النزوح. لذا فمن الضروري الإقرار بأهمية القائمين على العناية بالأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان كموارد قيمة، فهم قادرين على توفير الرعاية المستمرة والدعم والمراقبة على امتداد الأزمة. أولئك القائمون على العناية بالأشخاص يضمون كل من يشترك في تأمين رفاه الشخص المصاب باضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان، بما في ذلك الأسرة أو الأصدقاء أو أشخاص آخرون موثوقون. إن زيادة قدرة الشخص والقائم على العناية به على استيعاب الاضطراب النفسي والعصبي واستخدام مواد الإدمان، فضلاً عن خطتي التدبير العلاجي والمتابعة ستعزز الالتزام بالعلاج.

« معالجة الاضطرابات النفسية والبدنية عند الأشخاص المصابين

بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان

• توفير المعلومات للشخص عن حالته

• إن وافق الشخص، إبلاغ هذه المعلومات أيضاً للقائم على العناية به.

• تحديد الأهداف القابلة للتحقيق ومناقشتها ووضع خطة لتدبير أو

لعلاج الحالة والموافقة عليها بالتعاون مع الشخص

• إن وافق الشخص، إشراك القائم على العناية به أيضاً في هذا النقاش

• بالنسبة إلى خطة التدبير العلاجي المقترحة، توفير المعلومات بشأن الآتي:

• الفوائد المتوقعة للعلاج

• مدة العلاج

• أهمية الالتزام بالعلاج، بما في ذلك ممارسة أية تدخلات نفسية

ذات صلة (كالتدريب على الاسترخاء) في المنزل، وكيفية مساهمة

القائمين على العناية بالشخص في ذلك؛

• الآثار الجانبية المحتملة لأي دواء موصوف؛

• المساهمة المحتملة للأخصائيين الاجتماعيين، مدراء الحالات،

العاملين الصحيين المحليين أو أفراد آخرين موثوقين ضمن

المجتمع << مبادئ تقليل الضغط النفسي وتعزيز الدعم

الاجتماعي أدناه)؛

• التوقعات المرجحة لسير الحالة. خاطب الشخص بتفاؤل ولكن

كن واقعياً في ما يخص الشفاء.

• توفير المعلومات عن الجوانب المالية لخطة التدبير، إن توجّب الأمر.

« التعامل مع أسئلة ومخاوف الشخص والقائم على العناية به المتعلقة

بخطة التدبير

« قبل مغادرة الشخص

• التأكد من أن الشخص والقائم على العناية به مدركان لخطة تدبير

الحالة وموافقان عليها (كأن تطلب منهما تكرار النقاط الأساسية

للخطة).

• تشجيع الشخص على المراقبة الذاتية للأعراض وتثقيف الشخص

والقائم على العناية به بشأن الأعراض التي تستوجب الحصول على

الرعاية الفورية.

إذا كانت المرأة حاملاً أو مرضعة:

« تجنّب وصف الأدوية التي قد تشكل خطراً محتملاً على الجنين

وتسهيل الوصول إلى الرعاية السابقة للولادة.

« تجنّب وصف الأدوية التي قد تشكل خطراً محتملاً على رضيع/

طفل حديث المشي لامرأة مرضعة. راقب طفل امرأة مرضعة

تتناول الأدوية وانظر في تسهيل الوصول إلى الخيم/الأماكن

الصديقة للأطفال.

• تحديد زيارة متابعة.

• وضع خطة متابعة، مع الأخذ بعين الاعتبار الأوضاع الإنسانية

السائدة (السكان النازحون/الهاريون واختلال الخدمات).

• إن تعذّر على الشخص الوصول إلى العيادة نفسها:

• تزويد الشخص بخطة تدبير علاجي مكتوبة موجزة وتشجيعه

على حمل هذه الخطة في زيارته المقبلة لأي عيادة.

• توفير معلومات الاتصال الخاصة بمرفق الرعاية الصحية المجاورة

الأخرى.

• يجب أن تكون زيارات المتابعة الأولية أكثر تواتراً إلى أن تبدأ الأعراض

بالاستجابة للعلاج.

• ما أن تبدأ الأعراض بالتحسّن، ينصح بمواعيد منتظمة أقل تواتراً.

• الشرح للشخص أن بإمكانه العودة إلى العيادة في أي وقت بين زيارات

المتابعة إن دعت الحاجة (مثلاً عند الشعور بآثار جانبية للدواء).

« في كل زيارة متابعة، تقييم ما يلي:

• الاستجابة للعلاج، الآثار الجانبية للدواء، الالتزام بتناول الدواء

والتدخلات النفسية الاجتماعية. التنويه بكل تقدّم محرز باتجاه

تحقيق الأهداف وتعزيز الالتزام.

• الوضع الصحي العام. مراقبة الصحة البدنية بانتظام.

• الرعاية الذاتية (كالنظام الغذائي، النظافة، الملابس) والأداء الوظيفي

للشخص ضمن بيئته.

• المسائل النفسية الاجتماعية و/أو التغيرات في الأوضاع المعيشية التي

يمكنها التأثير في تدبير الحالة.

• استيعاب الشخص والقائم على العناية به للعلاج وتوقعاتهما منه.

• تصحيح أي تصوّر خاطئ.

• التحقق دوماً من أحدث معلومات الاتصال، إذ يمكن أن تتغير

باستمرار.

« خلال المدة الكاملة للمتابعة:

• التواصل بشكل منتظم مع الشخص والقائم على العناية به. إن أمكن،

تعيين عامل مجتمعي أو شخص آخر موثوق من المجتمع للبقاء على

اتصال مع الشخص. من الممكن أن يكون هذا الشخص فرداً من

الأسرة.

• الاحتفاظ بخطة عمل في حال تغيب الشخص.

• محاولة معرفة سبب عدم عودة الشخص. من الممكن أن يساعد

عامل مجتمعي أو شخص موثوق آخر في تحديد مكان الشخص

(من خلال زيارات منزلية).

• إن أمكن، محاولة حل المسألة بحيث أن يعاود الشخص زيارة

العيادة.

• إن لم تتحسن حالة الفرد، استشارة أخصائي.

٤. مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي

إن تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي يشكّلان جزءاً لا يتجزأ من علاج الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع الطوارئ الإنسانية التي يتعرّض فيها الأشخاص غالباً لمستويات عالية جداً من الضغط النفسي، ولا نعني الضغط النفسي الذي يشعر به الأشخاص المصابون بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان فحسب وإنما الضغط النفسي الذي يصيب أيضاً القائمين على العناية بهم ومعالجهم. يساهم الضغط النفسي كثيراً في هذه الاضطرابات أو يزيدهما تفاهماً. أما الدعم الاجتماعي فقادر على تقليص العديد من التأثيرات السلبية للضغط النفسي، لذا لا بدّ من إيلائه الأهمية اللازمة. إنّ تعزيز الدعم الاجتماعي يشكّل أيضاً مكوناً أساسياً من الحماية (<< مبادئ حماية حقوق الإنسان) والرفاه العام للسكان المتأثرين بالأزمات الإنسانية (<< مبادئ التنبّه للرفاه العام).

- إحالة الشخص إلى موارد مجتمعية أخرى للحصول على الدعم الاجتماعي وذلك بموافقتهم. قد يتمكّن الأخصائيون الاجتماعيون أو مدراء الحالات أو أشخاص موثوقون آخرون ضمن المجتمع من ربط الشخص بالموارد الملائمة مثل:

- الخدمات الاجتماعية أو خدمات الحماية
- المأوى والغذاء والمواد غير الغذائية
- مراكز المجتمعية، مجموعات المساعدة الذاتية والدعم
- الأنشطة المدرة للدخل والأنشطة المهنية الأخرى
- التعليم الرسمي/غير الرسمي
- الأماكن الصديقة للأطفال أو غيرها من الأنشطة المنهجية الموجهة للأطفال والمراهقين.

عند الإحالة، مساعدة الشخص على الوصول إليها (إعطاء التوجيهات بالنسبة إلى الموقع، ساعات العمل، أرقام الهاتف، إلخ) وتزويد الشخص برسالة إحالة مقتضبة.

- تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي:

- تحديد أساليب استرخاء إيجابية وتطويرها (كالاستماع إلى الموسيقى، ممارسة الرياضة، إلخ).

- تعليم الشخص والقائمين على العناية به تقنيات محدّدة للتعامل

مع الضغط النفسي (كتمارين التنفس (<< المربع GPC2)).

- في بعض المواقع، يمكن إحالتهم إلى عامل صحي (كممرض أو أخصائي نفسي اجتماعي) قادر على تعليمهم هذه التقنيات.

« التعامل مع الضغط النفسي لدى القائمين على العناية بالشخص

- سؤال القائم أو القائمين على العناية بالشخص بشأن:

- التوتر والقلق الناجمين عن العناية بالشخص المصاب باضطراب

نفسى أو عصبى أو استخدام مواد إدمان في حالة الطوارئ

الإنسانية القائمة؛

- التحدّيات العملية (كالأعباء الملقاة على كاهل القائمين على العناية

بالشخص من حيث الوقت والحرية والمال)؛

- القدرة على موازاة الأنشطة اليومية الأخرى، مثل العمل أو

المشاركة في المناسبات ضمن المجتمع؛

- الإرهاق الجسدي؛

- الدعم الاجتماعي المتوفّر للقائمين على العناية بالشخص:

- هل يستطيع أشخاص آخرون مساعدتك عندما تكون غير قادر

على الاعتناء بالشخص (على سبيل المثال، عندما تكون مريضاً

أو مرهقاً جداً)؟

« استعراض الضغوطات المحتملة وتوافر الدعم الاجتماعي

- ما يقلقك كثيراً في هذه الأيام؟

- كيف تتعامل مع هذا القلق؟

- ما هي الأمور التي تمنحك الراحة والقوة والطاقة؟

- لمن تترتاح أكثر في الإفصاح عن مشاكلك؟ عندما تشعر بالضيق، لمن

تتوجّه من أجل المساعدة أو النصح؟

- كيف تصف علاقتك بأسرتك؟ كيف يدعمك أصدقاؤك وأسرتك وكيف

يمكنهم أن يشكلوا مصدراً للتوتر بالنسبة إليك؟

« الانتباه لعلامات الإساءة أو الإهمال

- التنبّه لعلامات اعتداء جنسي أو جسدي محتملة (هما في ذلك العنف

الأسري) لدى النساء والأطفال والمسنين (كالكدّات أو الإصابات غير

المفسّرة، الإفراط في القلق، عدم الرغبة في مناقشة مسائل بحضور

فرد من الأسرة).

- التنبّه لعلامات إهمال محتملة، خاصة لدى الأطفال والأشخاص ذوي

الإعاقات والمسنين (على سبيل المثال، سوء تغذية داخل أسرة تتوفر

لها إمكانية الحصول على الغذاء الكافي، طفل شديد الانزواء).

- في حال وجود علامات اعتداء أو إهمال، مقابلة الشخص في مكان

خاص للاستفسار عمّا يسيء إليه.

- في حال الاشتباه بإهمال أو اعتداء:

- إبلاغ المسؤول عنك فوراً للتباحث معه في خطة عمل.

- تحديد الموارد المجتمعية (كالخدمات القانونية الموثوقة وشبكات

الحماية) للحصول على الحماية بموافقة الشخص.

« بالاستناد إلى المعلومات التي تمّ جمعها، النظر في الاستراتيجيات

التالية:

- حل المشاكل:

- استخدام تقنيات حل المشاكل* (problem-solving)

techniques) لمساعدة الشخص على التعامل مع الضغوطات

الرئيسية. إن لم يكن بالإمكان إزالة الضغوطات أو تقليصها،

يمكن اللجوء إلى تقنيات حل المشاكل لتحديد طرق التصدي

للضغوطات. بشكل عام، عدم تقديم النصح المباشر. محاولة

تشجيع الشخص على إيجاد الحلول بنفسه.

- عند التعامل مع الأطفال والمراهقين، من الضروري أيضاً تقييم

مصادر الضغط النفسي لدى القائمين على العناية بهم وتدريبها.

- تعزيز الدعم الاجتماعي:

- مساعدة الشخص على تحديد أفراد الأسرة والأصدقاء وأعضاء

المجتمع الموثوقين والداعمين واستقصاء كيفية مساهمة كل منهم

في بذل المساعدة.

- تقديم الإرشاد بحل المشاكل * (problem-solving)
- تقديم (counselling) وتعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي؛
- تدبير أي اضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان تمّ
استكشافه لدى القائم على العناية بالشخص.
• التنويه بأن رعاية الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية
واستخدام مواد الإدمان عملية مُجهدّة، ولكن لا بدّ من إبلاغ القائم
على العناية بالشخص بأهمية الاستمرار في تقديم هذه الرعاية.
وعلى الرغم من صعوبة الأمر، يتوجّب على القائم على العناية
بالشخص احترام كرامة الأشخاص الذين يتولّون رعايتهم وإشراكهم
بقدر الإمكان في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم.

- السلامة النفسية. إذا بدا القائمون على العناية بالشخص في
حال من الضيق أو عدم الاستقرار، تقييم إصابتهم بالاضطرابات
النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (على سبيل المثال
<< DEP, SUB).
• بعد التقييم، محاولة تدبير حاجات القائمين على العناية بالشخص
ومعالجة مخاوفهم. وقد يشمل ذلك:
- توفير المعلومات؛
- ربط القائمين على العناية بالشخص بالخدمات المجتمعية
وخدمات الدعم ذات الصلة؛
- مناقشة الرعاية المؤقتة، أي أن يتولى فرد آخر من الأسرة أو شخص
مناسب رعاية الشخص بشكل مؤقت في حين أنّ القائم الرئيسي
على العناية بالشخص يأخذ فترة من الراحة أو يقوم بأنشطة
مهمّة أخرى؛

المربع GPC1 : تعزيز الدعم المجتمعي

بالإضافة إلى المعالجة السريرية، تشجيع الأنشطة التي تعزّز الدعم المجتمعي والأسري للجميع، لاسيّما لأفراد المجتمع المهمّشين. لمزيد
من التوجيهات، مراجعة فهم الحماية المجتمعية (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠١٣) وورقة العمل ٢،٥ للمبادئ
التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ (IASC، ٢٠٠٧).

المربع GPC2 : تمرين الاسترخاء: تعليمات بشأن تقنية التنفس البطيء

سأعلمكم كيفية التنفّس بطريقة تساعدكم على الاسترخاء جسدياً وعقلياً. ستتطلب منكم هذه التقنية بعض الممارسة قبل الانتفاع كاملاً
من فوائدها.

تركّز هذه الاستراتيجية على التنفس لأنه عندما يكون المرء متوتراً يصبح تنفّسه سريعاً وضحلاً، فيزداد توتّره. للبدء بالاسترخاء، يجب
تغيير طريقة التنفس.

قبل البدء، سنعمد إلى إرخاء الجسد. القيام بهزّ الذراعين والساقين بلطف وإرخائها بحيث تصبح مرنة وليّنة. إرجاع الكتفين إلى الوراء
وتحريك الرأس من جانب إلى آخر بلطف.

وضع إحدى اليدين الآن على المعدة واليد الأخرى على أعلى الصدر. تخيّلوا أن في معدتكم بالوناً وعند الشهيق ستنفخون هذا البالون
بحيث أن المعدة تتوسّع. وعند الزفير، سيخرج الهواء من داخل البالون أيضاً بحيث أن المعدة تتسطّح. راقبوني أولاً. سأبدأ بالزفير أولاً
لإخراج الهواء من معدتي.

[عرض كيفية التنفس من المعدة التجربة والمبالغة في الدفع داخل المعدة وخارجها]

حسناً، لنحاول الآن التنفّس من المعدة سوياً. تذكروا نبدأ بالزفير لإخراج الهواء بالكامل ثم نقوم بالشهيق. إن أمكن، حاولوا إدخال
الهواء من الأنف وإخراجه من الفم.

عظيم! الخطوة التالية هي إبطاء سرعة التنفّس. لذلك سندخل الهواء في ثلاث ثوان، نوقف التنفس ثانيتين ثم نخرج الهواء في ثلاث
ثوان.

سنقوم بالعدّ سوياً. يمكنكم إغلاق العينين أو فتحهما.

حسناً، شهيق ١، ٢، ٣. توقف ١، ٢، ٣. هل تلاحظون كم أنني أعدّ ببطء؟

[تكرار تمرين التنفّس مدة دقيقة تقريباً]

عظيم! عندما تتمرّتون وحدكم، لا تقلقوا بشأن دقة الالتزام بالثواني الثلاث. افعّلوا ما بوسعكم فقط لإبطاء تنفّسكم عند الشعور
بالتوتر.

حسناً، حاولوا وحدكم الآن مدة دقيقة.

5. مبادئ حماية حقوق الإنسان

إن الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الحادة يحتاجون إلى الحماية بسبب الخطر الشديد المحيط بهم من حيث انتهاكات حقوق الانسان، فغالباً ما يواجهون صعوبة في الاعتناء بأنفسهم وبأسرهم فضلاً عن التمييز الذي يواجهونه في مجالات عديدة من الحياة، بما في ذلك العمل والإيواء والحياة الأسرية. وقد يصعب عليهم الحصول على المساعدات الإنسانية ويتعرضون للإساءة والإهمال داخل أسرهم ويحرمون في كثير من الأحيان من فرصة المشاركة في المجتمع مشاركة كاملة. كما أنّ بعض الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الحادة ربما لا يدركون أنهم يعانون من مشكلة تستوجب الرعاية والدعم.

خلال حالات الطوارئ الإنسانية، قد يتعرّض الأشخاص المصابون بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان لمجموعة من انتهاكات حقوق الانسان، لاسيّما:

- « التمييز في الحصول على الحاجات الضرورية للبقاء مثل الطعام، والمياه، اولصرف الصحي، والمأوى، والخدمات الصحية، والحماية ودعم سبل العيش؛
- « الحرمان من حقهم في ممارسة الأهلية القانونية؛
- « انعدام الوصول إلى الخدمات التي تلبّي حاجات محدّدة لديهم؛
- « الاعتداء الجنسي والجسدي، الاستغلال، العنف، الإهمال والاحتجاز التعسّفي؛
- « الهجر أو الانفصال عن أسرهم خلال النزوح؛
- « الهجر والإهمال ضمن الأوساط المؤسّساتية.

لسوء الحظ إن أنظمة الحماية المجتمعية وبرامج الإعاقة لا تلحظ دوماً حماية الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الحادة، لا بل إنها في بعض الأحيان تستثنيهم بشدّة. لذا لا بدّ لمقدّمي الرعاية الصحية أن ينشطوا في المطالبة بحماية أولئك الاشخاص ويبدلوا كل جهد من أجل رآب الفجوة في هذا المجال.

نذكر في ما يلي الإجراءات الأساسية المساهمة في حماية الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الذين يعيشون ضمن تجمّعات في مواقع الطوارئ الإنسانية.

« إشراك الجهات المعنية الرئيسية

- تحديد الجهات المعنية الرئيسية التي يجدر بها أن تدرك مسائل الحماية المرتبطة بالأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، وهي تضم الجهات التالية:
 - الأشخاص المصابون بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان والقائمون على العناية بهم؛
 - قادة المجتمع (على سبيل المثال، ممثلون منتخبون عن المجتمع، شيوخ المجتمع، المعلمون، رجال الدين، المعالجون التقليديون والروحانيون)؛
 - المدراء في مختلف الدوائر (على سبيل المثال، الحماية/الأمن، الصحة، المأوى، المياه والصرف الصحي، الغذاء، التعليم، برامج دعم سبل العيش)؛
 - المسؤولون عن خدمات الإعاقة (الكثير من خدمات الإعاقة تتغاضى بغير قصد عن الإعاقة نظراً لإصابة الشخص بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان)؛
 - ممثلون عن مجموعات المجتمع المحلي (التجمّعات الشبابية أو النسائية) ومنظمات حقوق الإنسان؛ الشرطة والسلطات القانونية.
 - تنظيم أنشطة نشر الوعي الموجّهة للجهات المعنية الرئيسية:
 - النظر في تنظيم حلقات عمل توجيهية حول الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.
 - التباحث مع الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، ولقائمين على العناية بهم فضلاً عن دوائر الخدمات الاجتماعية وخدمات الإعاقة بشأن تصميم أنشطة نشر الوعي وتنفيذها.
 - في أثناء أنشطة نشر الوعي:
- تبديد المفاهيم الخاطئة والتثقيف بشأن الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.
 - التثقيف بشأن حقوق الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان، بما في ذلك التساوي في الحصول على المساعدات الإنسانية والحماية.
 - إزالة التمييز بحق الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.
 - المطالبة بدعم القائمين على العناية بالأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.
- « حماية حقوق الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الحادة في مواقع الرعاية الصحية
- معاملة الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان دوماً باحترام وصون كرامتهم.
 - ضمان حصول الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان على الرعاية الصحية البدنية على غرار الأشخاص غير المصابين بتلك الاضطرابات.
 - احترام حق الشخص في رفض الرعاية الصحية إلا إذا كان لا يملك القدرة على اتخاذ مثل هذا القرار (مراجعة الاتفاقيات الدولية الموقّعة).
 - عدم التشجيع على إحالة الشخص إلى الرعاية المؤسّساتية، إذا كان الشخص داخل مؤسسة، الدفاع عن حقوقه ضمن إطار المؤسسة.
- « تعزيز دمج الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الحادة داخل المجتمع

- المناشدة بدمج الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في برامج دعم سبل العيش، ببرامج الحماية وغيرها من الأنشطة المجتمعية.
- المناشدة بدمج الأطفال المصابين بالصرع وبغيره من الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان واعتمادهم على أنفسهم بقدر الإمكان.
- المناشدة بدمج برامج الأطفال والبالغين المصابين بإعاقات ذهنية/ تأخر في النمو ضمن برامج دعم الإعاقة المجتمعية.
- المناشدة بالحفاظ على استقلالية الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان واعتمادهم على أنفسهم بقدر الإمكان.

إن المبادئ العامة للحماية في إطار العمل الإنساني موصوفة في دليل اسفير (مشروع اسفير، ٢٠١١). للمزيد من التوجيهات بشأن حماية الأشخاص داخل مؤسسات/مستشفيات الأمراض العقلية، مراجعة ورقة العمل ٣.٦ للمبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ (IASC، ٢٠٠٧)

٦. مبادئ التنبّه للرفاه العام

بالإضافة إلى الرعاية السريرية، يحتاج الأشخاص المصابون بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان لأشكال أخرى من الدعم من أجل رفاههم العام. هذا ينطبق تماماً في مواقع الطوارئ الإنسانية التي غالباً ما تختل فيها الخدمات الأساسية والبنى الاجتماعية والحياة الأسرية والأمن، ويواجه فيها الأشخاص المصابون بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان تحديات إضافية إلى جانب روتينهم اليومي والرعاية الذاتية الأساسية. لذا فإن دور مقدّمي الرعاية الصحية يتخطى الرعاية السريرية ليُطال الدفاع عن الرفاه العام للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان عبر مختلف القطاعات، كما هو مبين في هرم المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (راجع الشكل GPC1).

« منح الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الأولوية في الوصول إلى الأنشطة ذات الصلة، مثل مساعدة الأطفال المصابين بتلك الاضطرابات في الوصول إلى الأماكن الصديقة للأطفال.

« دعم الصحة البدنية العامة للأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان:

- ترتيب تقييم صحي وتلقيح منتظمين.
- الإرشاد بشأن الرعاية الذاتية الأساسية (التغذية، التمارين البدنية، الجنس الآمن، تنظيم الأسرة، الخ).

« دعم الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان للوصول بشكل آمن إلى الخدمات الضرورية للبقاء والعيش الكريم (مثل المياه، والصرف الصحي، والمساعدات الغذائية، والمأوى، ودعم سبل العيش). هذا يشمل:

- الإرشاد بشأن توفير مثل هذه الخدمات وموقعها؛
- الإحالة النشطة والعمل مع القطاع الاجتماعي لربط الأشخاص بالخدمات الاجتماعية (كإدارة الحالات ضمن العمل الاجتماعي)؛
- الإرشاد بشأن المسائل الأمنية عندما لا يدرك الشخص الأخطار التي تهدد أمنه بشكل كافٍ.



الشكل GPC1 . هرم تدخلات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ الإنسانية (تمّ تكييفه مع الموافقة)

الكرب الحاد

في حالات الطوارئ الإنسانية، يتعرّض البالغون والمراهقون والأطفال في كثير من الأحيان لأحداث قادرة على التسبب بصدمة* (potentially traumatic events) من شأنها أن تثير لديهم مجموعة واسعة من ردود الفعل العاطفية والمعرفية والسلوكية والبدنية. على الرغم من أن معظم ردود الفعل تزول تلقائياً ولا تتطوّر إلى اضطراب نفسي إلا أنه من المحتمل أن يتوجّه الأشخاص ذوو ردود الفعل الحادة إلى المرافق الصحية طلباً للمساعدة.

في الكثير من حالات الطوارئ الإنسانية، يتعرّض الأشخاص لمجموعة متنوعة من الخسارات والأحداث القادرة على التسبب بصدمة. لذا فمن الممكن أن يصابوا بالكرب الحاد والحزن معاً. للكرب الحاد والحزن أوجه مشتركة من حيث الأعراض والتقييم والتدبير، إلا أنه قد تمّت تغطية الحزن في وحدة مستقلة (<<GRI).

إثر حدث مستجدّ قادر على التسبب بصدمة، يتوجّب على الطبيب السريري أن يحدّد الآتي:

« الأعراض الشديدة للكرب الحاد (<<ACU).

إن الأشخاص المصابين بهذه الأعراض قد يمرون بطائفة واسعة من الشكاوى النفسية غير المحددة والبدنية غير المفهومة طبيياً. وتشمل هذه الأعراض ردود الفعل الناجمة عن حدث قادر على التسبب بصدمة استجدّ في الشهر الماضي، يسعى الأشخاص بسببه للحصول على المساعدة أو أنه يسبب صعوبات هائلة في الأداء اليومي، فضلاً عن أنه لا يتطابق مع معايير الحالات الأخرى التي يتطرق إليها هذا الدليل. تغطي هذه الوحدة تقييم الأعراض الشديدة للكرب الحاد وتدبيرها.

« اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (<<PTSD).

إذا استمرت مجموعة مميزة من الأعراض (عيش التجربة من جديد، تجنّب، إحساس متصاعد بالخطر الراهن) أكثر من شهر بعد وقوع حدث قادر على التسبب بصدمة وان كانت لا تزال تسبب صعوبات هائلة في الأداء اليومي، ربما تكون حالة الشخص قد تطوّرت إلى اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

« المشاكل والاضطرابات التي يحتمل وقوعها بشكل أكبر بعد التعرّض لضغوطات (مثل أحداث قادرة على التسبب بصدمة) ولكن من الممكن أن تقع أيضاً في غياب مثل هذا التعرّض.

وهي تشمل: الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (<<DEP)، الذهان (<<PSY)، التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (<<SUB)، الانتحار (<<SUI) وشكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى (<<OTH).

« ردود الفعل غير الخطيرة على الصعيد السريري التي لا تستلزم معالجة سريرية.

من بين كافة ردود الفعل، هذه أكثرها شيوعاً. وهي تشمل ردود الفعل المؤقتة التي لا يسعى الأشخاص بسببها للحصول على المساعدة والتي لا تعيق أداءهم اليومي. في مثل هذه الحالات، يتوجب على مقدّمي الرعاية الصحية دعم الشخص ومساعدته على تلبية حاجاته ومواجهة مخاوفه ومراقبة ما إذا حصل التعافي الطبيعي المتوقّع.

السؤال التقييمي ١: هل تعرّض الشخص مؤخراً لحدث قادر على التسبب بصدمة؟

- « سؤال الشخص عمّا إذا تعرّض لحدث قادر على التسبب بصدمة، وهو كل حدث مرّوع أو مهدّد للحياة كعنف جسدي أو جنسي (بما في ذلك العنف الأسري)، مشاهدة أعمال وحشية، إصابات أو حوادث كبرى. النظر في الأسئلة التالية:
- ما الضغط النفسي الشديد الذي عشتَه؟ هل كانت حياتك في خطر؟ هل مررت بتجربة مخيفة جداً أو مرّوعة أو جعلتك تشعر بضيق شديد؟ هل تشعر بالأمان في المنزل؟
 - « كم من الوقت مضى منذ هذا الحدث أو هذه الأحداث؟
- إذا تعرّض الشخص فعلاً لحدث قادر على التسبب بصدمة خلال الشهر الماضي، الانتقال إلى السؤال التقييمي ٢.
- إذا تعرّض الشخص لخسارة كبيرة (كموت شخص عزيز)، إجراء تقييم للحزن أيضاً (<GRI).
- إذا تعرّض الشخص لحدث قادر على التسبب بصدمة منذ أكثر من شهر مضى، التفكير بحالات أخرى يتطرّق إليها هذا الدليل (<DEP (SUB, PSY, PTSD).

السؤال التقييمي ٢: إذا تعرّض الشخص لحدث قادر على التسبب بصدمة خلال الشهر الماضي، فهل يعاني من الأعراض الشديدة للكرب الحاد؟

- « البحث عن:
- قلق بشأن تهديدات متعلقة بالحدث أو الأحداث الصادمة
 - مشاكل في النوم
 - مشاكل في التركيز
 - كوابيس متكررة، ارتجاع* (flashback) أو ذكريات اقتحامية* (intrusive memories) للأحداث، يصحبها شعور بالخوف الشديد أو الرعب.
 - تجنّب متعمّد للأفكار أو الذكريات أو الأنشطة أو الأوضاع التي تذكّر الشخص بالأحداث (كأن يتجنّب الشخص التكلّم بالمسائل التي تذكّره بالأحداث، أو يتجنّب العودة إلى الأماكن التي حصلت فيها الأحداث)
 - سرعة تهيج أو انفعال؛ تخوّف شديد وتيقظ للخطر أو إصدار ردود فعل قوية على الأصوات الصاخبة أو الحركات غير المتوقّعة
 - شعور بالصدمة أو الذهول أو الخدر، أو عدم القدرة على الإحساس بشيء
 - أية مشاعر (مثل البكاء المتكرّر، الغضب) أو أفكار مزعجة
 - تغيير في السلوك مثل:
 - عدائية
 - عزلة وانسحاب اجتماعي
 - سلوك متهور لدى المراهقين
 - سلوك تراجع* (regressive behaviour) مثل التبول اللاإرادي، التعلق الزائد أو البكاء لدى الأطفال
- فرط تهوية (مثل تنفس سريع، ضيق نفس)
- شكاوى بدنية غير مفسّرة طبيّاً، مثل:
 - خفقان قلب، دوّار
 - صداع، أوجاع وآلام معمّمة
 - أعراض انشقاقية متعلقة بالجسد (كالشلل غير المفسّر طبيّاً* (medically unexplained paralysis)، عدم القدرة على الرؤية أو النطق، "النوبات الكاذبة أو الوهمية"*) (pseudoseizures).
 - « إن إصابة الشخص بالأعراض الشديدة للكرب الحاد أمر محتمل إذا انطبقت المعايير التالية كافة على الشخص:
 - حدث قادر على التسبب بصدمة وقع منذ شهر تقريباً
 - بدء الأعراض بعد وقوع الحدث
 - صعوبات هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض أو السعي للحصول على المساعدة بسبب الأعراض

السؤال التقييمي ٣: هل يعاني الشخص من حالة مرضية متزامنة؟

- « البحث عن أية حالات بدنية يمكنها أن تفسّر الأعراض وتديرها وفقاً لذلك إن وُجدت
- البحث عن أي اضطراب نفسي وعصبي واستخدام مواد إدمان آخر (بما في ذلك الاكتئاب) يتطرّق إليه هذا الدليل بإمكانه تفسير الأعراض، وتديره وفقاً لذلك إن وُجد.

« عدم وصف الأدوية لمعالجة أعراض الكرب الحاد (ما لم يذكر غير ذلك أدناه). »



١. في كافة الأحوال:

- التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية
- تعزيز الدعم الاجتماعي
- تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي
- « تثقيف الشخص بشأن ردود الفعل الطبيعية نتيجة الحزن والكرب الحاد، مثلاً:
- تكون ردود فعل الأشخاص غالباً بهذا الشكل بعد وقوع مثل تلك الأحداث.
- في معظم الحالات، تخف ردود الفعل مع الوقت.
- « معالجة الحالات المرضية المتزامنة
- توفير الدعم النفسي الاجتماعي الأساسي^٢
- الاستماع جيداً. عدم الضغط على الشخص للتكلم.
- سؤال الشخص عن حاجاته/حاجاتها ومخاوفه/مخاوفها.
- مساعدة الشخص على تلبية حاجاته الأساسية أو الحصول على الخدمات وإقامة الروابط مع الأسرة وأشكال الدعم الاجتماعي الأخرى.
- حماية الشخص من أي أذى (إضافي).
- « توفير الدعم النفسي الاجتماعي الإضافي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية):

٢. إن كانت المشاكل في النوم من أعراض الكرب الحاد، توفير التدبير الإضافي التالي:

- « الشرح بأن الأشخاص يعانون بشكل عام من مشاكل في النوم (الأرق) بعد التعرض لضغط نفسي شديد.
- « تقصي الأسباب البيئية للأرق (مثل الضوضاء) ومعالجتها.
- « تقصي أي سبب بدني للأرق (مثل الأم البدني) ومعالجته.
- « نصائح بشأن المبادئ الأساسية للنوم الصحي، بما في ذلك عادات النوم المنتظمة (على سبيل المثال، أوقات منتظمة للخلود إلى النوم والاستيقاظ)، تجنب القهوة والنيكوتين والكحول في ساعات متأخرة من اليوم أو قبل الخلود إلى النوم. التشديد على أن الكحول تسبب اضطرابات في النوم.
- « استثنائياً، في الحالات الشديدة الحدة حيث لا تكون التدخلات الموجهة نفسياً (مثل تقنيات الاسترخاء) متيسرة أو فعالة وحيث الأرق يسبب صعوبات هائلة في الأداء اليومي، التفكير في استخدام البنزوديازيبين كعلاج قصير الأجل (٣-٧ أيام).
- الجرعة:
 - للبالغين، وصف ٢ - ٥ ملغم من الديازيبام عند النوم.
 - للمسنين، وصف ١ - ٥,٢ ملغم من الديازيبام عند النوم.
 - التحقق من التفاعلات بين الأدوية قبل وصف الديازيبام.
 - إن الآثار الجانبية الشائعة للبنزوديازيبين تشمل النعاس وضعف العضلات.
 - تحذير: البنزوديازيبين يمكنه إبطاء التنفس. قد تكون المراقبة المنتظمة ضرورية.
 - تحذير: البنزوديازيبين قد يسبب الاعتماد* (dependence).
 - يجب استعماله كعلاج قصير الأجل فحسب.
- تجدر الإشارة إلى ما يلي:
 - هذا العلاج هو للبالغين فقط.
 - عدم وصف البنزوديازيبين للأطفال أو المراهقين.
 - تجنب هذا الدواء للنساء الحوامل أو المرضعات.
 - مراقبة الآثار الجانبية باستمرار عند استخدام هذا الدواء للمسنين.
 - هذا حل مؤقت لمشكلة في النوم شديدة الحدة.
 - لا يجب استخدام البنزوديازيبين لمعالجة الأرق الناجم عن فقدان شخص عزيز لدى البالغين أو الأطفال.
 - لا يجب استخدام البنزوديازيبين لمعالجة أعراض أخرى للكرب الحاد أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

٣. إن كان التبول اللاإرادي عند الأطفال من أعراض الكرب الحاد، توفير التدبير الإضافي التالي:

- يجب أن يحافظ القائم على العناية بالطفل على هدوئه ويكون داعماً للطفل على الصعيد العاطفي.
- «النظر في تدريب القائمين على العناية بالأطفال على استخدام التدخلات السلوكية البسيطة (على سبيل المثال، مكافأة تفادي شرب الكثير من السوائل قبل النوم، مكافأة استخدام المرحاض قبل النوم، مكافأة الليالي الجافة بلا بلل). يمكن أن تكون المكافأة أي شيء يحبه الطفل كوقت لعب إضافي، نجوم على جدول أو ما يعادلها محلياً.»
- «الحصول على تاريخ التبول اللاإرادي للتأكد من أنه بدأ بعد حصول حدث عصيب. استبعاد الأسباب الممكنة الأخرى (مثل التهاب المسالك البولية) ومعالجتها عند الاقتضاء.»
- «شرح:»
- التبول اللاإرادي هو رد فعل شائع غير مؤذٍ للأطفال الذين يعانون من الكرب.
- لا يجب معاقبة الأطفال بسبب تبولهم اللاإرادي لأن العقاب يزيد توتر الطفل ويمكنه أن يزيد المشكلة سوءاً. يجب أن يتجنب القائم على العناية بالطفل إحراجه بذكر التبول اللاإرادي أمام الغير.

٤. إن كان فرط التهوية (تنفّس متسارع جداً تتعذر السيطرة عليه) من أعراض الكرب الحاد، توفير التدبير الإضافي التالي:

- «المحافظة على الهدوء وإزالة المصادر المحتملة للقلق إن أمكن. مساعدة الشخص على استعادة تنفّسه الطبيعي بممارسة التنفّس البطيء (<) مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي ضمن المبادئ العامة للرعاية) (عدم اقتراح التنفّس داخل كيس ورق).»
- «استبعاد الأسباب الممكنة الأخرى ومعالجتها عند الاقتضاء، حتى لو بدأ فرط التهوية فور وقوع حدث عصيب. إجراء الفحوص الطبية الضرورية دوماً لتحديد الأسباب البدنية الممكنة كداء الرئة.»
- «إن لم يتم تحديد سبب بدني، طمأنة الشخص بأن فرط التهوية يحدث أحياناً بعد التعرّض لضغط نفسي شديد وأنه من المستبعد أن يشكل مشكلة طبية خطيرة.»

٥. إن كان عارض انشقاقي مرتبط بالجسد (كالشلل غير المفسّر طبيّاً، عدم القدرة على الرؤية أو النطق، "النوبات الكاذبة") من أعراض الكرب الحاد، توفير التدبير الإضافي التالي:

- «سؤال الشخص عن تفسيره الشخصي للأعراض وتطبيق التوجيهات العامة المتعلقة بمعالجة الأعراض البدنية غير المفسّرة طبيّاً (<) (OTH).»
- «طمأنة الشخص بأن هذه الأعراض قد تنشأ أحياناً بعد التعرّض لضغط نفسي شديد وأنه من المستبعد أن تشكل مشكلة طبية خطيرة.»
- «النظر في استخدام التدخلات المناسبة ثقافياً غير المؤذية.»
- «استبعاد الأسباب الممكنة الأخرى ومعالجتها عند الاقتضاء، حتى لو بدأت الأعراض فور وقوع حدث عصيب. إجراء الفحوص الطبية الضرورية دوماً لتحديد الأسباب البدنية الممكنة. مراجعة وحدة الصرع من أجل الإرشادات بشأن الفحوص الطبية المتعلقة بالصرع/النوبات (<) (EPI).»
- «الاعتراف بمعاناة الشخص وإظهار الاحترام المستمر. تفادي التشديد على أية فائدة قد يحصل عليها الشخص من الأعراض.»

٦. الطلب من الشخص العودة بعد أسبوعين إلى أربعة أسابيع إن لم تتحسن الأعراض، أو في أي وقت إذا ازدادت الأعراض سوءاً.

في حالات الطوارئ الإنسانية، يتعرّض البالغون والمراهقون والأطفال في أحيان كثيرة لخسارة كبيرة والحزن هو تعبير عن ضيق عاطفي يشعر به الأشخاص بعد الخسارة. على الرغم من أن معظم ردود الفعل الناجمة عن الخسارة تتلاشى تلقائياً دون أن تتطوّر إلى اضطراب نفسي، إلا أن الأشخاص الذين يعانون من أعراض حزن شديدة يميلون أكثر للتوجّه إلى المرافق الصحية سعياً للحصول على المساعدة.

بعد التعرّض لخسارة، يتوجّب على الطبيب السريري أن يحدّد الآتي:

« الأعراض الشديدة للحزن (<< GRI)

على غرار أعراض الكرب الحاد، إنّ الأشخاص الحزينين قد يمرون بطائفة واسعة من الشكاوى النفسية غير المحددة والبدنية غير المفسّرة طبيياً. إثر التعرّض لخسارة، من الممكن أن تشتدّ أعراض الحزن إن سببت لهم هذه الأعراض صعوبات هائلة في الأداء اليومي (تتخطى ما هو متوقع ثقافياً) أو إذا طلبوا المساعدة بشأن هذه الأعراض. تغطي هذه الوحدة تقييم الأعراض الشديدة للحزن وتديرها.

« اضطراب الحزن الطويل الأمد.

إذا استمرت أعراض الحزن الشديدة لفترة مطوّلة من الزمن، قد يُصاب الأشخاص باضطراب الحزن الطويل الأمد، وهو حالة تتّصف بانغماس عميق بالشخص المتوفي أو بشوق شديد إليه مصحوب بمشاعر أليمة مبرحة وبصعوبات هائلة في الأداء اليومي تمتد لفترة 6 أشهر على الأقل (ولفترة أطول بكثير مما هو متوقع ضمن ثقافة الشخص). في هذه الحالات، يتوجّب على مقدّمي الرعاية الصحية استشارة أخصائي.

« المشاكل والاضطرابات التي يحتمل وقوعها بشكل أكبر بعض التعرّض لضغوطات (كفقدان شخص عزيز) ولكن من الممكن أن تقع أيضاً في غياب مثل هذا التعرّض.

وهي تشمل: الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (<< DEP)، الذهان (<< PSY)، التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (<< SUB)، الانتحار/ إيذاء الذات (<< SUI) وشكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى (<< OTH).

« ردود الفعل غير الخطيرة على الصعيد السريري التي لا تستلزم معالجة سريرية.

من بين كافة ردود الفعل، هذه أكثرها شيوعاً. وهي تشمل ردود الفعل المؤقتة التي لا يسعى الأشخاص بسببها للحصول على المساعدة والتي لا تعيق أداءهم اليومي أبعد مما هو متوقع ثقافياً. في مثل هذه الحالات، يتوجب على مقدّمي الرعاية الصحية دعم الشخص ومساعدته على تلبية حاجاته ومواجهة مخاوفه ومراقبة ما إذا حصل التعافي الطبيعي المتوقع. إلا أنّ مثل ردود الفعل هذه لا تستدعي معالجة سريرية.

السؤال التقييمي ١: هل تعرّض الشخص مؤخراً لخسارة كبيرة؟

- «سؤال الشخص عما إذا تعرّض لخسارة كبيرة. النظر في الاسئلة التالية:
- كيف تأثرت بالكارثة/النزاع؟
 - هل خسرت أفراداً من أسرتك أو أصدقاء لك؟ منزلك؟ مالك؟ عمالك
 - أو سبل كسب رزقك؟ مجتمعك؟
 - كيف تأثرت بهذه الخسارة؟
 - هل ثمة أفراد من أسرتك أو أصدقاء لك مفقودون؟
- « سؤال الشخص كم من الوقت مضى منذ الحدث أو الأحداث.
- « إذا تعرّض الشخص فعلاً لخسارة كبيرة خلال الأشهر الستة الأخيرة، الانتقال إلى السؤال التقييمي ٢.
- « إذا تعرّض الشخص لخسارة منذ أكثر من ستة أشهر أو لحدث قادر على التسبب بصدمة منذ أكثر من شهر مضى، التفكير في حالات أخرى يتطرق إليها هذا الدليل (<< SUB, PSY, PTSD, DEP) أو في اضطراب الحزن الطويل الأمد.

السؤال التقييمي ٢: إذا تعرّض الشخص لخسارة كبيرة خلال الأشهر الستة الأخيرة، فهل يعاني من أعراض حزن شديدة؟

- « البحث عن:
- كآبة، قلق، غضب، يأس
 - تحسّر وانهماك في الخسارة
 - ذكريات اقتحامية* (intrusive memories)، صور وأفكار عن الشخص المتوفي
 - فقدان الشهية
 - انعدام الطاقة
 - مشاكل في النوم
 - مشاكل في التركيز
 - عزلة وانسحاب اجتماعي
 - شكاوى بدنية غير مفسّرة طبيياً (مثل خفقان قلب، صداع، أوجاع وآلام معمّمة)
 - ردود فعل ناجمة عن الحزن ملائمة على المستوى الثقافي (مثل سماع صوت الشخص المتوفي، رؤية الشخص المتوفي في الأحلام).
- « إن إصابة الشخص بالأعراض الشديدة للحزن أمر محتمل إذا انطبقت المعايير التالية كافة على الشخص:
- خسارة واحدة أو أكثر خلال ٦ أشهر تقريباً
 - أحد الأعراض المذكورة أعلاه قد بدأ بعد الخسارة
 - صعوبات هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض (تتخطى ما هو متوقع ثقافياً) أو السعي للحصول على المساعدة بسبب الأعراض.

السؤال التقييمي ٣: هل يعاني الشخص من حالة مرضية متزامنة؟

- « البحث عن أية حالات بدنية يمكنها أن تفسّر الأعراض وتديرها وفقاً لذلك إن وُجدت.
- « البحث عن أي اضطراب نفسي وعصبي واستخدام مواد إدمان آخر (بما في ذلك الاكتئاب) يتطرق إليه هذا الدليل بإمكانه تفسير الأعراض، وتديره وفقاً لذلك إن وُجد.

« عدم وصف الأدوية لمعالجة أعراض الحزن.



« مساعدة الشخص على تلبية حاجاته الأساسية والحصول على الخدمات وإقامة الروابط مع الأسرة وأشكال الدعم الاجتماعي الأخرى. حماية الشخص من أي أذى (إضافي).

١. توفير الدعم النفسي الاجتماعي الأساسي
« الاستماع جيداً. عدم الضغط على الشخص للتكلم.
« سؤال الشخص عن حاجاته/حاجاتها ومخاوفه/مخاوفها.

٢. توفير الدعم النفسي الاجتماعي الإضافي كما هو موصوف في مبادئ تقليل الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية):

« التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية.
« تعزيز الدعم الاجتماعي.

٣. تثقيف الشخص بشأن ردود الفعل الشائعة الناجمة عن الخسارة، مثلاً:

« في بعض الأحيان، قد يشعر الشخص بالتحسن لفترة من الزمن ثم يذكره أمر ما بالخسارة فيشعر بالسوء مجدداً. هذا أمر طبيعي. نكرّر بأن هذه التجارب تفقد من حدتها وتواترها مع الوقت. ما من طريقة صحيحة أو غير صحيحة للإحساس بالحزن، ففي بعض الأحيان قد تكون حزينة جداً وفي أوقات أخرى قد تتمكّن من التمتع. لا تنتقد ذاتك لأجل ما تشعر به الآن.

« بعد التعرّض لخسارة كبيرة، تختلف ردود الفعل باختلاف الأشخاص فمنهم من يتأثر كثيراً على الصعيد العاطفي على عكس آخرين. « البكاء ليس تعبيراً عن الضعف. « الأشخاص الذين لا يكون قد تعزّتهم مشاعر أليمة عميقة إلا أنهم يعبرون عنها بطرق مختلفة. « قد تظن أن الأسى والألم اللذين تشعر بهما لن يضمحلا أبداً، إلا أن هذه المشاعر في معظم الحالات تتلاشى مع الوقت شيئاً فشيئاً.

٤. معالجة الحالات المرضية المترامنة

٥. مناقشة إجراءات الحداد* (mourning) /التأقلم الملائمة ثقافياً ودعمها

« إذا كان إيجاد الجثة أمراً مستحيلاً، مناقشة الطرق البديلة للاحتفاظ بالذكريات، كالنصب التذكارية.

« سؤال الشخص عمّا إذا حصلت مراسم/شعائر الحداد المناسبة أو تمّ التخطيط لها. في حال النفي، مناقشة المعوقات وكيفية تخفيفها. « معرفة ما حصل للجثة. إذا كانت الجثة مفقودة، المساعدة على تعقب أثرها أو التعرّف على البقايا.

٦. إن كان ذلك ممكناً وملائماً ثقافياً، حثّ الشخص على استئناف أنشطته العادية السابقة (كالذهاب إلى المدرسة أو العمل، في المنزل أو على المستوى الاجتماعي).

٧. بالتحديد لمعالجة مشاكل النوم، التبول اللاإرادي، فرط التهوية، والأعراض الانشقاقية إثر خسارة مستجدة، مراجعة الأجزاء ذات الصلة في الوحدة المتعلقة بالكرب الحاد (<< ACU).

٨. إذا كان الشخص طفلاً صغيراً:

«البحث عن "التفكير السحري أو الخيالي" الشائع بين الأطفال الصغار وتصحيحه (على سبيل المثال، قد يعتقد الأطفال بأنهم مسؤولون عن الخسارة، قد يظنون مثلاً بأن الشخص العزيز على قلبهم قد مات لأنهم أسأؤوا التصرف أو أثاروا غضبه).

«الإجابة على أسئلة الطفل بإعطاء شروحات واضحة وصريحة تتوافق مع مستوى نموّه. عدم الكذب عندما يسألك الطفل عن الخسارة التي لحقت به (على سبيل المثال، أئين والدتي؟). فهذا سيربكه ويسيء إلى ثقته في مقدّم الرعاية الصحية.

٩. بالنسبة إلى الأطفال والمراهقين والأشخاص شديدي التأثير الآخرين الذين فقدوا أهلاً لهم أو قائمين آخرين على العناية بهم، التعامل مع حاجتهم للحماية وضمان منحهم الرعاية الثابتة والداعمة، بما في ذلك الدعم الاجتماعي العاطفي.

«عند الحاجة، ربط الشخص بوكالات/شبكات الحماية الموثوقة.

١٠. في حال الاشتباه باضطراب حزن طويل الأمد، استشارة طبيب مختص من أجل التوسع في التقييم والتدبير.

«من الممكن أن يكون الشخص قد أصيب باضطراب حزن طويل الأمد إذا اتسمت أعراض فقدان شخص عزيز بانغماس عميق بالشخص المتوفي أو بشوق شديد إليه مصحوب بمشاعر أليمة مبرحة وبصعوبات هائلة في الأداء اليومي خلال ٦ أشهر على الأقل^٦.

١١. الطلب من الشخص العودة بعد أسبوعين إلى أربعة أسابيع إن لم تتحسن الأعراض أو في أي وقت إذا ازدادت الأعراض سوءاً.

^٦ قد تطول هذه الفترة أكثر من ٦ أشهر في الثقافات التي تزيد فيها المدة المتوقعة للحداد/فقدان شخص عزيز عن ٦ أشهر.

الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد

من الممكن أن يصاب البالغون والمراهقون والأطفال بالاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد في غياب أية ضغوطات. ففي أي مجتمع نجد أشخاصاً يعانون من اضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد. إلا أنّ الضغط النفسي والخسائر الكبيرة الناجمة عن حالات الطوارئ الإنسانية قد تولّد الحزن والخوف والذنب والعار واليأس، فترفع من خطر الإصابة باضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد. لكن هذه المشاعر يمكنها أن تكون أيضاً ردود فعل طبيعية نتيجة المصاب الأليم المستجّد.

لا يجب التفكير في معالجة الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد إلا إذا استمرت أعراض الشخص بضعة أسابيع وسببت له صعوبات هائلة في أداء الأنشطة اليومية.

الشكاوى النموذجية للاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد:

تدني مستوى الطاقة، تعب، مشاكل في النوم

أعراض بدنية عديدة مستمرة لا سبب واضح لها (مثل الآلام والأوجاع)

حزن أو مزاج مكتئب مستمر، قلق

قلة الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة

السؤال التقييمي ١: هل يعاني الشخص من اضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد؟

- تدني القدرة على التركيز وعلى حصر الاهتمام بالمهام
- تردد
- هياج أو قملل بدني ملحوظ
- تكلم أو تحرك ببطء أكبر من المعتاد
- اليأس بشأن المستقبل
- أفكار أو أفعال انتحارية

ج. يواجه الشخص صعوبات هائلة في الأداء اليومي على المستوى الشخصي والعائلي والاجتماعي والتربوي والمهني أو على مستويات مهمة أخرى.

- « إن توفرت النقاط أ ب ج جميعها خلال أسبوعين على الأقل، يحتمل أن يكون الشخص عندئذ مصاباً باضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد.
- قد يعاني الشخص من الأوهام* (delusions) أو الهلوسات* (hallucinations). يجب تقصّيها. إن ثبت وجودها، يجب تكييف علاج الاضطراب الاكتئابي واستشارة أخصائي.
 - في حال لم تتطابق أعراض الشخص مع معايير الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد، الانتقال إلى وحدة شكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى << OTH لتقييم الشكاوى المعروضة وتديرها.

السؤال التقييمي ١: هل يعاني الشخص من اضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد؟

« تقييم ما يلي ٧:

أ. لقد عانى الشخص ممّا لا يقل عن واحد من أعراض الاضطراب الاكتئابي الرئيسية التالية خلال أسبوعين على الأقل:

- مزاج مكتئب مستمر

- عند الأطفال والمراهقين: إما سهولة انفعال أو مزاج مكتئب
- قلة الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة بدرجة ملحوظة، بما في ذلك الأنشطة التي كانت في السابق ممتعة
- تتصف بتدني الرغبة الجنسية.

ب. لقد عانى الشخص ممّا لا يقل عن بضعة من الأعراض الإضافية التالية للاضطراب الاكتئابي بشكل ملحوظ (أو العديد من الأعراض المذكورة بدرجة أخف) خلال أسبوعين على الأقل:

• اضطراب النوم أو النوم أكثر من اللازم

• تغير هام في الشهية أو الوزن (زيادة أو نقصاناً)

• أفكار بالذنب المفرط أو عدم الجدارة

• تعب أو فقدان الطاقة

السؤال التقييمي ٢: هل من تفسيرات ممكنة أخرى لهذه الأعراض (غير الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد)؟

- تقييم حجم الاختلال في الأداء الوظيفي للشخص أو حجم الخطر الذي أحقته الأعراض بالشخص أو بأشخاص آخرين. على سبيل المثال:

- هل شكّل نشاطك المفرط مشكلة لك أو لأسرتك؟ هل حاول أحدهم إدخالك إلى المستشفى أو احتجارك خلال ذلك الوقت بسبب سلوكك؟

- يكون الشخص قد أصيب فعلاً بنوبة أو نوبات هوس سابقة في حال تحقق الشرطين التاليين:

- ظهرت بضعة من الأعراض الستة المذكورة أعلاه لمدة تتعدّى الأسبوع.

- سببت الأعراض صعوبات هائلة في الأداء اليومي للشخص أو شكلت خطراً على الشخص أو آخرين.

- في حال حصول نوبة هوس في وقت من الأوقات، يحتمل أن يشكل الاكتئاب عندئذ جزءاً من اضطراب آخر يُعرف بالاضطراب ثنائي القطب* (bipolar disorder) وأن يستدعي معالجة مختلفة (<< مربع DEP2 في نهاية هذه الوحدة).

« استبعاد الحالات المرضية البدنية المترامنة التي قد تشبه الاضطراب الاكتئابي.

- استبعاد فقر الدم، سوء التغذية، قصور الغدة الدرقية*

(hypothyroidism)، السكتة الدماغية والآثار الجانبية للأدوية (مثل

تقلب المزاج بسبب الستيرويدات* (steroids)) ومعالجتها عند الاقتضاء.

- استبعاد حصول نوبة أو نوبات هوس سابقة.

- تقييم ما إذا ظهرت في فترة ماضية بضعة من الأعراض التالية بشكل متزامن:

- تدني الحاجة للنوم

- المزاج المنتشي أو المبهيج أو المتهيج

- تطاير الأفكار، سهولة التشتت

- زيادة النشاط، الإحساس بزيادة الطاقة أو الثثرة الشديدة

- السلوك المندفع أو المتهور مثل الإفراط في المقامرة أو الإنفاق،

اتخاذ القرارات الهامة من دون التخطيط الجدي لها

- شعور غير واقعي بالعظمة.

« استبعاد ردود الفعل الطبيعية نتيجة خسارة كبيرة (مثل فقدان

شخص عزيز، نزوح) (<< GRI)

• من المرجح أن تكون ردود الفعل هذه ردود فعل طبيعية ناجمة عن خسارة كبيرة في حال:

- حصول تحسّن ملحوظ مع الوقت بغياب أي تدخل سريري؛

- عدم ظهور أي من الأعراض التالية:

• شعور بعدم الجدارة

• أفكار انتحارية

• تكلم أو تحرك ببطء أكبر من المعتاد

• أعراض ذهان (أوهام أو هلوسات)؛

- لم يكن هناك تاريخ سابق من الاضطراب الاكتئابي أو نوبات الهوس؛

- ولم تسبب الأعراض صعوبات هائلة في الأداء اليومي.

• استثناء: اختلال الأداء الوظيفي يمكن أن يشكل جزءاً من

الاستجابة الطبيعية لفقدان شخص عزيز إذا كان الأمر متعارفاً عليه في ثقافة الشخص.

• استبعاد اضطراب حزن طويل الأمد: تتسم أعراضه بانغماس عميق

بالشخص المتوفي وبشوق شديد إليه مصحوب بمشاعر أليمة مبرحة

وبصعوبات هائلة في الأداء اليومي خلال ستة أشهر على الأقل (ولمدة

أطول بكثير مما هو متوقع في ثقافة الشخص). في حال الاشتباه بهذا

الاضطراب، استشارة أخصائي.

السؤال التقييمي ٣: هل يعاني الشخص من اضطراب نفسي وعصبي واستخدام مواد إدمان متزامن يستلزم المعالجة؟

« إذا كان الشخص يعاني من اضطراب نفسي وعصبي واستخدام مواد

إدمان متزامن، معالجة هذا الاضطراب فضلاً عن الاضطراب الاكتئابي

المعتدل إلى الحاد في الوقت عينه.

« تقييم أفكار أو خطط الانتحار أو إيذاء الذات (<< SUI).

« تقييم التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان (<< SUB).



١. توفير التثقيف النفسي

- على الرغم من صعوبة الأمر، يتوجب على الشخص محاولة القيام بأكثر عدد ممكن من الأمور التالية بحيث أنها تساعد جميعها على تحسين المزاج:
 - محاولة استئناف (أو مواصلة) الأنشطة التي كانت ممتعة في السابق.
 - محاولة الحفاظ على أوقات نوم واستيقاظ منتظمة.
 - محاولة ممارسة نشاط بدني بقدر الإمكان.
 - محاولة تناول الطعام بانتظام على الرغم من التغيير في الشهية.
 - محاولة قضاء الوقت مع الأصدقاء الموثوقين والأسرة.
 - محاولة المشاركة في الأنشطة المجتمعية وغيرها من الأنشطة الاجتماعية، بقدر الإمكان.
 - يجب أن يكون الشخص مدركاً لأفكار إيذاء الذات أو الانتحار. وإن أمكنه تمييزها، لا يجدر به تنفيذها إنما إبلاغ شخص موثوق والعودة لطلب المساعدة فوراً.
- « الرسائل الأساسية الموجهة للشخص وللقائمين على العناية به: »
- الاكتئاب مشكلة شائعة جداً يمكن أن تحدث لأي شخص.
 - إن الإصابة بالاكتئاب لا تعني أن الشخص ضعيف أو كسول.
 - إن المواقف السلبية للآخرين (كقولهم "يجب أن تكون أقوى" و"تمالك نفسك") ناجمة عن أن الاكتئاب ليس حالة مرضية مرئية (على اختلاف الإصابة أو الكسر) وعن الأفكار الخاطئة بأن الأشخاص يمكنهم السيطرة بسهولة على اكتئابهم بقوة إرادتهم.
 - يميل الأشخاص المصابون بالاكتئاب إلى تكوين آراء سلبية غير واقعية عن أنفسهم وحياتهم ومستقبلهم. ربما يكون وضعهم الحالي صعباً جداً، إلا أن الاكتئاب قد يمنحهم شعوراً غير مبرر باليأس وعدم الجدارة. من المرجح أن تتحسن هذه الأفكار بمجرد أن يتحسن الاكتئاب.

٢. توفير الدعم النفسي الاجتماعي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية):

- التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية.
- تعزيز الدعم الاجتماعي.
- محاولة إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية السابقة للشخص.
- تحديد الأنشطة الاجتماعية السابقة التي يمكنها في حال استئنافها توفير الدعم النفسي الاجتماعي المباشر أو غير المباشر (مثل التجمعات العائلية، زيارة الجيران، الأنشطة المجتمعية).

٣. في حال توفر المعالجين المدربين الخاضعين للإشراف، النظر في حث الأشخاص المصابين بالاكتئاب المعتدل إلى الحاد على استخدام أحد العلاجات النفسية القصيرة التالية كلما كانت متاحة:

- « الإرشاد يحل المشاكل * (problem-solving counselling)
- « العلاج السلوكي المعرفي * (cognitive behavioural therapy-CBT)
- « العلاج النفسي بين الأشخاص * (interpersonal therapy-IPT)
- « التنشيط السلوكي * (behavioural activation)

ثمة أدلة متزايدة على أن العلاجات النفسية القصيرة للاكتئاب يمكن أن يديرها عاملون مجتمعيون/غير متخصصون مدربون خاضعون للإشراف.



١. النظر في استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب

« للأطفال دون الثانية عشرة من العمر:

• عدم وصف الأدوية المضادة للاكتئاب

« للمراهقين ما بين ١٢ - ١٨ عاماً:

• عدم التفكير في وصف الأدوية المضادة للاكتئاب كخطوة علاج أولى.

توفير التدخلات النفسية الاجتماعية أولاً.

« للبالغين:

• إذا كان الشخص مصاباً بحالة مرضية بدنية متزامنة تشبه الاضطراب

الاكتئابي (<< السؤال التقييمي ٢)، معالجة هذه الحالة في البدء

دوماً. التفكير في وصف الأدوية المضادة للاكتئاب إذا لم يتحسن

الاضطراب الاكتئابي بعد معالجة الحالات المرضية البدنية المتزامنة.

• في حال الاشتباه بأن الأعراض مجرد ردود فعل طبيعية على خسارة

كبيرة (<< السؤال التقييمي ٢)، عدم وصف الأدوية المضادة

للاكتئاب.

٢. في حال الاتفاق على وصف الأدوية المضادة للاكتئاب، اختيار مضاد اكتئاب مناسب (<< الجدول DEPI)

• للمسنين:

• تجنّب الاميتريبتيلين إن أمكن.

« للمصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية:

• عدم وصف الاميتريبتيلين.

« للبالغين الذين لديهم أفكار أو خطط انتحارية:

• الفلوكستين هو الخيار الأول. إذا كان هناك خطر وشيك بإيذاء

الذات أو الانتحار (<< SUI)، تزويد الشخص بكمية محدودة من

مضادات الاكتئاب فحسب (على سبيل المثال، كمية تكفي أسبوعاً).

الطلب من القائمين على العناية بالشخص الاحتفاظ بالأدوية

ومراقبتها، والمتابعة على نحو متكرر لتفادي الجرعة الزائدة.

« اختيار مضاد اكتئاب وفقاً لعمر الشخص، للحالات المرضية المتزامنة

ولنمط الآثار الجانبية للدواء (<< الجدول DEPI).

« للمراهقين في عمر ٥٢ سنة وما فوق:

• النظر في استخدام الفلوكستين (ولكن لا غيره من مضادات الاكتئاب

المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRI) أو مضادات

الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA)) فقط إذا استمرت الأعراض أو

ازدادت سوءاً على الرغم من التدخلات النفسية الاجتماعية.

« للنساء الحوامل أو المرضعات:

• إن أمكن، تجنّب مضادات الاكتئاب. النظر في استخدام أدنى جرعة

فعّالة من مضادات الاكتئاب إذا لم تكن هناك استجابة للتدخلات

النفسية الاجتماعية. في حال الإرضاع، تجنّب الفلوكستين. استشارة

أخصائي إن توفر.

الفلوكستين (SSRI ^٤)	الاميتريبتيلين ^١ (TCA ^٢)	
١ ملغم مرة في اليوم. زيادتها الى ٢٠ ملغم بعد أسبوع.	٢٥ - ٥٠ ملغم قبل النوم	الجرعة الابتدائية للبالغين
١٠ ملغم مرة في اليوم	لا تنطبق (عدم وصف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات للمراهقين)	الجرعة الابتدائية للمراهقين
١٠ ملغم مرة في اليوم	٢٥ ملغم قبل النوم	الجرعة الابتدائية للمسنين والمريضين طبيياً
في حال عدم الاستجابة بعد ٦ أسابيع، زيادتها إلى ٤٠ ملغم مرة في اليوم	زيادة بنسبة ٢٥ - ٥٠ ملغم في الأسبوع	زيادة الجرعة للبالغين
٢٠ - ٤٠ ملغم (الجرعة القصوى ٨٠ ملغم)	١٠٠ - ١٥٠ ملغم (الجرعة القصوى ٣٠٠ ملغم) ^٣	الجرعة الفعالة المعيارية للبالغين
٢٠ ملغم (الجرعة القصوى ٤٠ ملغم)	٥٠ - ٧٥ ملغم (الجرعة القصوى ١٠٠ ملغم). عدم وصفها للمراهقين	الجرعة الفعالة المعيارية للمراهقين والمسنين والمريضين طبيياً
تعذر الجلوس* (akathisia) مطولاً حالات نزيف شاذة لدى الأشخاص الذين يستخدمون الأسبرين وغيره من مضادات الالتهاب اللاستيرويدية* (non-steroid anti-inflammatory drugs NSAIDs) أفكار إيذاء الذات (بشكل خاص لدى المراهقين والبالغين الشباب)	عدم انتظام ضربات القلب	الآثار الجانبية الخطيرة والنادرة
صداع، تملل، حدة طباع، اضطرابات هضمية، خلل جنسي قابل للعكس	انخفاض ضغط الدم أثناء الوقوف (خطر السقوط)، جفاف الفم، إمساك، صعوبة في التبول، دوخة، عدم وضوح الرؤية وشعور بالتخدير	الآثار الجانبية الشائعة
إن أُصيب الشخص بنوبة هوس، إيقاف الدواء فوراً	إن أُصيب الشخص بنوبة هوس، إيقاف الدواء فوراً	المحاذير

^١ متوفر في المجموعة الصحية المشتركة بين الوكالات لحالات الطوارئ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١)

^٢ تشير TCA إلى مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

^٣ تشير SSRI إلى مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية

^٤ الجرعة الفعالة الدنيا عند البالغين: ٧٥ ملغم (يمكن ملاحظة شعور بالتخدير بجرعات أصغر).

٣. المتابعة

« توفير المتابعة المنتظمة.

- ترتيب جلسات متابعة منتظمة وإجرائها وفقاً لمبادئ التدبير (< > المبادئ العامة للرعاية).
- تحديد الموعد الثاني خلال أسبوع والمواعيد اللاحقة وفقاً لتطور الاضطراب.

« مراقبة الاستجابة لمضادات الاكتئاب.

- إن مضادات الاكتئاب تحتاج لبضعة أسابيع قبل إعطاء مفعول. مراقبة الاستجابة بعناية قبل زيادة الجرعة.
- إذا ظهرت أعراض نوبة هوس (< السؤال التقييمي ٢ >)، إيقاف الدواء فوراً والانتقال إلى وحدة الذهان << PSY لمعالجة نوبة الهوس.
- النظر في تقليل جرعة الدواء ٩ إلى ١٢ شهراً بعد زوال الأعراض. تقليل الجرعة تدريجياً على امتداد أربعة أسابيع على الأقل.

المربع DEP2 : المعالجة الطبية لنوبة اكتئاب حالية لشخص مصاب باضطراب ثنائي القطب

للأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب، عدم وصف مضادات الاكتئاب وحدها من دون مثبت مزاج، لأن مضادات الاكتئاب قد تؤدي إلى نوبة هوس.



إذا كان للشخص تاريخ من نوبات الهوس:

« استشارة أخصائي.

« إن لم يتوفر أخصائي فوراً، وصف مضاد اكتئاب مع مثبت مزاج مثل الكاربامازيبين أو الفالبروات (<< الجدول DEP2).

• البدء بجرعة خفيفة من الدواء. زيادة الجرعة ببطء خلال الأسابيع اللاحقة.

– إن أمكن، تفادي الكاربامازيبين والفالبروات للنساء الحوامل أو النساء اللواتي يخططن للحمل، نظراً للأذى الذي يحتمل أن يسببه الدواء للجنين. إن قرار البدء بمثبتات المزاج لدى المرأة الحامل يجب اتخاذه بالتشاور مع المرأة. يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار حدّة نوبات الاكتئاب والهوس وتواترها.

• استشارة أخصائي بشأن العلاج القائم لاضطراب ثنائي القطب.

« إعلام الشخص والقائمين على العناية به بإيقاف مضاد الاكتئاب فوراً وبالعودة للحصول على المساعدة في حال ظهور أعراض نوبة هوس.

الجدول DEP2 : مثبتات المزاج في حال الاضطراب ثنائي القطب

كاربامازيبين	فالبروات	الجرعة الابتدائية
٢٠٠ ملغم/اليوم	٤٠٠ ملغم/اليوم	الجرعة الفعالة المعيارية
٤٠٠ - ٦٠٠ ملغم/اليوم (الجرعة القصوى ١٤٠٠ ملغم/اليوم)	١٠٠٠ - ٢٠٠٠ ملغم/اليوم (الجرعة القصوى ٢٥٠٠ ملغم/اليوم)	جدول الجرعات
مرتين في اليوم، عن طريق الفم	مرتين في اليوم، عن طريق الفم	الآثار الجانبية النادرة والخطيرة
<ul style="list-style-type: none"> • طفح جلدي حاد (متلازمة ستيفنز جونسون* (Stevens-Johnson syndrome)، تقشر الأنسجة المتتموتة البشرية التسممي* (toxic epidermal necrolysis) • كبت نخاع العظم* (bone marrow depression) 	<ul style="list-style-type: none"> • نعاس • تشوش 	الآثار الجانبية الشائعة
<ul style="list-style-type: none"> • نعاس • صعوبة في المشي • غثيان 	<ul style="list-style-type: none"> • خمول • شعور بالتخدير • ارتعاش • غثيان، إسهال • زيادة في الوزن • فقدان شعر عابر (ينمو عادة في غضون ٦ أشهر) • اختلال وظائف الكبد 	

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة

كما أوضحنا في الوحدة المتعلقة بالكرب الحاد (ACU)، من الشائع أن يُصاب البالغون والمراهقون والأطفال بمجموعة واسعة من ردود الفعل أو الأعراض النفسية بعد التعرّض لضغط نفسي شديد خلال حالات الطوارئ الإنسانية. بالنسبة إلى معظم الأشخاص، تكون هذه الأعراض مؤقتة.

في حال استمرار مجموعة مميزة ومعينة من الأعراض (عيش التجربة من جديد، تجنّب، إحساس متصاعد بالخطر الراهن) أكثر من شهر بعد وقوع حدث قادر على التسبّب بصدمة* (potentially traumatic event)، من المرجح أن تكون الأعراض قد تطوّرت إلى اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD).

على الرغم من اسمه، من غير الضروري أن يكون اضطراب الكرب ما بعد الصدمة الحالة المرضية الوحيدة أو الرئيسية الناتجة عن التعرّض لأحداث قادرة على التسبّب بصدمة. فمثل هذه الأحداث يمكنها التسبّب بالعديد من الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الأخرى التي تمّ وصفها في هذا الدليل.

الشكاوى النموذجية المتعلقة باضطراب الكرب ما بعد الصدمة

قد يصعب تمييز الأشخاص المصابين باضطراب الكرب ما بعد الصدمة من أولئك الذين يعانون من مشاكل أخرى إذ قد تظهر عليهم في البدء أعراض غير مميزة مثل:

- « مشاكل في النوم (كنقص في النوم)
- « سهولة انفعال، مزاج قلق أو مكتئب مستمر
- « أعراض بدنية عديدة متواصلة لا سبب بدني واضح لها (مثل الصداع، خفقان القلب بشدّة).

غير أنه في أثناء الاستجواب، قد يتّضح أنهم يعانون من الأعراض المميزة لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

السؤال التقييمي ١: هل تعرّض الشخص لحدث قادر على التسبب بصدمة منذ أكثر من شهر؟

« إذا تعرّض الشخص فعلاً لحدث قادر على التسبب بصدمة، السؤال عن زمن حدوثه.

« سؤال الشخص عما إذا تعرّض لحدث قادر على التسبب بصدمة. وهو كل حدث مروّع أو مهدّد للحياة كعنف جسدي أو جنسي (بما في ذلك العنف الأسري)، مشاهدة أعمال وحشية، تدمير منزل الشخص، إصابات أو حوادث كبرى. طرح الأسئلة التالية:

- كيف تأثرت بالنزاع/الكارثة؟ هل كانت حياتك في خطر؟ هل مررت داخل المنزل أو المجتمع بتجربة مخيفة جداً أو مروّعة أو جعلتك تشعر بضيق شديد؟

السؤال التقييمي ٢: إذا تعرّض الشخص لحدث قادر على التسبب بصدمة منذ أكثر من شهر، فهل أصيب بنتيجته باضطراب الكرب ما بعد الصدمة^١؟

« إن توفرت النقاط المذكورة أعلاه كافة بعد شهر من الحدث تقريباً، من المرجح أن تكون الأعراض قد تطورت إلى اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

« تقييم الآتي:

- أعراض عيش التجربة من جديد. إنها استعادة متكررة وغير مرغوب بها للحدث كما لو أنه يحصل الآن وهنا (على سبيل المثال، في الكوابيس، أو الارتجاع* (flashback)، أو الذكريات الافتحامية* (intrusive memories) المصحوبة بخوف شديد أو رعب).
- عند الأطفال، هذا يشمل لعب أو رسم الأحداث بشكل متكرر، أما الأطفال الأصغر سناً فقد تزعمهم الكوابيس الخالية من مضمون واضح.
- أعراض التجنّب. وتشمل التجنّب المتعمّد للأفكار أو الذكريات أو الأنشطة أو الأوضاع التي تذكر الشخص بالحدث (كأن يتجنّب التكلم بالمسائل التي تذكره بالحدث أو يتجنّب العودة إلى الأماكن التي حصل فيها الحدث).
- الأعراض المتعلقة بالإحساس المتصاعد بالخطر الراهن (تدعى غالباً "أعراض فرط التيقظ"). وهي تشمل التخوف الشديد والتيقظ للخطر أو إصدار ردود فعل قوية على الأصوات الصاخبة أو الحركات غير المتوقعة (كأن يكون الشخص سريع الاهتياج أو الانفعال).
- صعوبات هائلة في الأداء اليومي.

السؤال التقييمي ٣: هل يعاني الشخص من حالة مرضية متزامنة؟

« تقييم وتدبير كافة الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الأخرى التي يتطرق إليها هذا الدليل.

« تقييم وتدبير أية حالات مرضية بدنية متزامنة يمكنها أن تفسر الأعراض.

^١ يتوافق وصف اضطراب الكرب ما بعد الصدمة مع المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-١١، مع اختلاف واحد: إن المراجعة الحادية عشرة ICD-١١ تتيح تصنيف اضطراب الكرب ما بعد الصدمة في ظرف شهر (مثلاً بضعة أسابيع) بعد الحدث. وهي لا تشمل أعراضاً غير مميزة لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة مثل الانفعال والشعور بالتخدير.

١. التثقيف بشأن اضطراب الكرب ما بعد الصدمة

« شرح ما يلي:

الأخرى مثل الآلام والأوجاع البدنية، تديني الطاقة، التعب، الانفعالية والمزاج المكتئب.

« تقديم النصح للأشخاص:

- مواصلة حياتهم الروتينية اليومية العادية بقدر الإمكان.
- التحدّث مع أشخاص موثوقين عمّا أصابهم وعن مشاعرهم، إنّما فقط حينما يكون الشخص مستعداً لذلك.
- القيام بأنشطة تساعد على الاسترخاء بهدف تقليص القلق والتوتر.
- تجنّب الكحول أو مواد الإدمان بهدف التصدي لأعراض اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

- إن العديد من الأشخاص يتعافون مع الوقت من اضطراب الكرب ما بعد الصدمة من دون علاج في حين أن البعض الآخر يتطلب علاجاً.
- إن الأشخاص المصابين باضطراب الكرب ما بعد الصدمة يستعيدون بشكل متكرر وغير مرغوب به ذكريات الحدث الصادم. وعند حصول ذلك، تغمرهم مشاعر خوف ورعب مماثلة لتلك التي شعروا بها عند وقوع الحدث فعلاً. كما قد تزعجهم الكوابيس.
- إن الأشخاص المصابين باضطراب الكرب ما بعد الصدمة كثيراً ما يشعرون بأن الخطر ما زال يهدق بهم وبالتالي يكونون شديدي التوتر. هم يجفلون بسهولة (سريعو الاهتياج) أو يبقون متيقظين للخطر.
- إن الأشخاص المصابين باضطراب الكرب ما بعد الصدمة يحاولون تجنّب كل ما يذكرهم بالحدث مما يسبّب لهم المشاكل في حياتهم.
- (حيثما ينطبق)، إن الأشخاص المصابين باضطراب الكرب ما بعد الصدمة يعانون أحياناً من المشاكل الصحية النفسية والبدنية

٢. توفير الدعم النفسي الاجتماعي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية)

« تعزيز الدعم الاجتماعي
« تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي.

« التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية.
• عندما يكون الشخص ضحية انتهاكات صارخة لحقوق الإنسان، التباحث معه بشأن إمكانية الإحالة إلى هيئة حماية موثوقة أو وكالة دفاع عن حقوق الإنسان.

٣. في حال توفر المعالجين المدربين الخاضعين للإشراف، النظر في الإحالة إلى:

« العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة * (cognitive behavioural) « إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة * (eye movement desensitization and reprocessing-EMDR) (therapy with a trauma focus)

٤. عند البالغين، النظر في استخدام مضادات الاكتئاب (مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات) عند فشل أو عدم توفر العلاج السلوكي المعرفي، إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة أو التعامل مع الضغط النفسي

« عدم وصف مضادات الاكتئاب لمعالجة اضطراب الكرب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين.

« مراجعة الوحدة المتعلقة بالاكتئاب المعتدل إلى الحاد للحصول على توجيهات مفصلة حول وصف مضادات الاكتئاب (<< DEP).

٥. المتابعة

« تحديد الموعد الثاني بعد أسبوعين إلى أربعة أسابيع والمواعيد اللاحقة وفقاً لتطوّر الاضطراب.

« ترتيب جلسات متابعة منتظمة وإجرائها وفقاً لمبادئ التدبير (<< المبادئ العامة للرعاية).

إن البالغين والمرهقين المصابين بالذهان يعتقدون اعتقاداً راسخاً أو يشعرون بأمر غير حقيقية، وتعتبر عموماً أفكارهم وتجاربهم غير طبيعية من قبل مجتمعاتهم. إن الأشخاص المصابين بالذهان غالباً ما لا يدركون أنهم يعانون من اضطراب نفسي وهم في كثير من الأحيان غير قادرين على التصرف بشكل طبيعي على مستويات كثيرة.

إن حالات الطوارئ الإنسانية قد تولد الضغط النفسي والخوف الشديدين وتتسبب في انهيار الدعم الاجتماعي واختلال خدمات الرعاية الصحية وامدادات الأدوية، وقد تؤدي هذه التغييرات إلى الذهان الحاد أو تزيد أعراض الذهان القائمة سوءاً. في ظروف الطوارئ، يصبح الأشخاص المصابون بالذهان أكثر عرضة لمختلف أنواع انتهاكات حقوق الانسان مثل الإهمال، والهجر، والتشرد، والإساءة والوصمة الاجتماعية.

الشكاوى النموذجية للذهان

السلوك غير الطبيعي (كالمظهر الغريب، إهمال النفس، الكلام غير المترابط، التجوال من دون هدف، التمتمة أو الضحك لوحده)

المعتقدات الغريبة

سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة

الشك القوي

عدم الرغبة في البقاء برفقة أشخاص آخرين أو في التحدث إليهم، الافتقار إلى الدافع للقيام بالأعمال والمهام الربية اليومية.

السؤال التقييمي ١: هل يعاني الشخص من الذهان؟

- السلوك غير الطبيعي كالنشاط الغريب والعجيب والانفعالي والذي لا هدف منه أو إبقاء الجسد في وضعية غي طبيعية أو عدم التحرك بتاتاً.
- الأعراض المزمنة التي تتسم بانعدام الأداء الطبيعي، بما في ذلك:
 - فقدان الطاقة أو الدافع للقيام بالأعمال والمهام الريفية اليومية.
 - اللامبالاة أو الانسحاب الاجتماعي
 - قلة الاهتمام بالنفس أو الإهمال
 - غياب القدرة التعبيرية والتجربة الانفعالية.
- « الإصابة بالذهان أمر محتمل بوجود أعراض متعددة. التقييم دائماً لمعرفة ما إذا كان هناك خطر وشيك بالانتحار (< SUB) والأذى للآخرين وللنفس.

- « على الرغم من أن الأشخاص المصابين بالذهان لديهم أفكار أو معتقدات أو أحاديث غير طبيعية، إلا أن هذا لا يعني أن كل ما يقوله خطأ أو من نسج الخيال. إن الاستماع الجيد هو الأساس في تقييم الذهان. وقد لا تكفي زيارة واحدة لإجراء تقييم شامل. في كثير من الأحيان، يشكل القائمون على العناية بالشخص مصدراً للمعلومات المفيدة.
- « تقييم ما يلي:
 - الأوهام* (delusions) (معتقدات أو شكوك خاطئة راسخة يتمسك بها الشخص بقوة على الرغم من وجود إثبات بالعكس)
 - نصيحة: التدقيق أكثر بسؤال الشخص عن معنى كلامه والاستماع جيداً.
 - الهلوسات* (hallucinations) (سماع أو رؤية أو الإحساس بأشياء غير موجودة)
 - هل تسمع أو ترى أشياء لا يسمعها أو يراها الأشخاص الآخرون؟
 - الأفكار غير المنتظمة التي تنتقل من موضوع لآخر من دون أي ترابط منطقي؛ الكلام الذي تصعب متابعته وفهمه
 - التجارب الغريبة كاعتقاد الشخص بأن الآخرين يدخلون الأفكار في عقله أو بأن الآخرين يخرجون الأفكار من عقله أو بأن أفكاره تبت للآخرين.

السؤال التقييمي ٢: هل من أسباب بدنية حادة للأعراض الذهانية يمكن معالجتها؟

- « استبعاد التسمم بالكحول أو مواد الإدمان/الانقطاع عنها (< SUB).
- السؤال عن تعاطي الكحول أو استخدام المسكنات أو غيرها من مواد الإدمان.
- اشتباه رائحة الكحول.

- « استبعاد الهذيان* (delirium) من الأسباب البدنية الحادة كالرضوض في الرأس، العدوى (على سبيل المثال، الملاريا الدماغية، الإنتان* (sepsis) أو الإنتان البولي* (urosepsis)، الجفاف والاضطرابات الاستقلابية (على سبيل المثال، نقص جلوكوز الدم* (hypoglycaemia)، نقص الصوديوم* (hyponatraemia)).
- « استبعاد الآثار الجانبية للدواء (كتلك الناجمة عن بعض الأدوية المضادة للملاريا).

السؤال التقييمي ٣: أهذه نوبة هوس؟

- « الإصابة بنوبة هوس أمر محتمل مع استمرار العديد من هذه الأعراض لأكثر من أسبوع، وإما أن تسبب هذه الأعراض صعوبات هائلة في الأداء اليومي للشخص أو أن يتعذر الاهتمام بالشخص في المنزل بشكل آمن.

- « استبعاد الهوس. التقييم لمعرفة ما إذا توفرت الأعراض التالية:
 - تديني الحاجة للنوم
 - المزاج المنتهجي أو المتهيج أو المتهيج
 - الأفكار المتسارعة، سهولة التشتت
 - زيادة النشاط، الإحساس بزيادة الطاقة أو الثثرة الشديدة
 - السلوك المندفع أو المتهور مثل الإفراط في المقامرة أو الإنفاق، اتخاذ القرارات الهامة من دون التخطيط الجدي لها
 - شعور غير واقعي بالعظمة.

أ. التدخلات الدوائية



١. للذهان غير الناتج عن أسباب بدنية حادة

« البدء بوصف مضاد ذهان عن طريق الفم. التفكير في العلاج بالحقن العضلي فقط حينما يتعذر العلاج عن طريق الفم. التحقق مما إذا سبق للشخص استخدام مضاد ذهان ساعده في السيطرة على الأعراض. في حال الإيجاب، وصف الدواء نفسه مجدداً بالجرعة ذاتها. إذا كان الدواء غير متوفر، يجب وصف دواء جديد. إن مساهمة القائم على العناية بالشخص أو مقدم الرعاية الصحية في الاحتفاظ بالدواء وإعطائه للشخص أمر أساسي في بداية العلاج لضمان الالتزام الآمن به. وصف مضاد ذهان واحد في آن واحد (مثل الهالوبيريدول << الجدول PSY1)»

• البدء بالجرعة العلاجية الأصغر وزيادتها ببطء للحصول على المفعول المرغوب به بالحد الأدنى من الجرعة الفعالة.

• تجربة الدواء لمدة زمنية كافية بالجرعة الفعالة النموذجية قبل التفكير بأنه غير فعال (لما لا يقل عن ٤ - ٦ أسابيع << الجدول PSY1).

- وصف الحد الأدنى من الجرعة الفعالة عن طريق الفم للنساء اللواتي يخططن للحمل، للنساء الحوامل أو المرضعات.

• إن لم ينجح مضاد الذهان وحده في السيطرة على الاحتياج بشكل مناسب، وصف جرعة من البنزوديازيبين (مثل الديازيبام، جرعة قصوى ٥ ملغم عن طريق الفم) واستشارة أخصائي فوراً.

٢. للأعراض الذهانية الناتجة عن أسباب بدنية حادة (كالانقطاع عن الكحول أو الهذيان)

« معالجة السبب الحاد

• لمعالجة الانقطاع عن الكحول، راجع المربع ١ في الوحدة المتعلقة بالتعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان.

٣. لنوبة هوس

« البدء بوصف مضاد ذهان عن طريق الفم << الفقرة ١ أعلاه تحت التدخلات الدوائية).»

« إذا كان الشخص مصاباً بحالة من الاحتياج الشديد على الرغم من العلاج بمضاد ذهان، التفكير في إضافة جرعة من البنزوديازيبين (كالديازيبام، جرعة قصوى ٥ ملغم عن طريق الفم) واستشارة أخصائي على الفور.

• السيطرة على الآثار الجانبية.

- في حال حصول آثار جانبية خارج الهرمية* (extrapyramidal side effects) حادة مهمة مثل الباركنسونية (توليفة من الرعاش* (tremor) والتيبس العضلي وانخفاض حركة البدن) أو تعذر الجلوس* (akathisia) (عدم القدرة على الجلوس من دون حركة):
- تقليص جرعة مضاد الذهان.
- إذا استمرت الآثار الجانبية خارج الهرمية على الرغم من تقليص الجرعة، النظر في استخدام الأدوية المضادة للكولينيات لأجل قصير (مثل البيبيريدين لمدة أربعة إلى ثمانية أسابيع << الجدول PSY2).
- في حال حصول ديستونيا/خلل توتر حاد (تشنج عضلي حاد، بشكل خاص في العنق أو اللسان أو الفك):
- إيقاف مضاد الذهان بشكل مؤقت وإعطاء الأدوية المضادة للكولينيات (مثل البيبيريدين << الجدول PSY2). في حال عدم توفرها، يمكن وصف الديازيبام لإثارة الاسترخاء العضلي.
- إن أمكن، استشارة أخصائي بشأن مدة العلاج ووقت إيقاف مضادات الذهان.
- بشكل عام، مواصلة مضاد الذهان لمدة ١٢ شهراً على الأقل بعد زوال الأعراض.
- في حال إيقاف الدواء، تخفيض الجرعة تدريجياً على امتداد بضعة أشهر.
- عدم إيقاف الدواء بشكل مفاجئ.

- إن لم يكن الانقطاع عن الكحول هو السبب البدني الحاد، وصف مضاد للذهان عن طريق الفم حسب الحاجة (مثل الهالوبيريدول، في البدء جرعة ٠.٥ ملغم ثم زيادتها إلى ٠.٢ - ٥ ملغم ثلاث مرات في اليوم). وصف مضاد ذهان فقط عند الحاجة للسيطرة على الاحتياج أو الأعراض الذهانية أو العدائية. إيقاف الدواء فور زوال هذه الأعراض. عدم التفكير في العلاج بالحقن العضلي إلا إذا تعذر العلاج عن طريق الفم.

« نوبة الهوس هي جزء من الاضطراب ثنائي القطب* (bipolar disorder). بعد السيطرة على الهوس الحاد، يجب تقييم ما إذا كان الشخص مصاباً بالاضطراب ثنائي القطب ومعالجته بمثبت مزاج مثل الفالبروات أو الكاربامازيبين. استشارة أخصائي لتدبير الحالة و/أو اتباع التعليمات بشأن الاضطراب ثنائي القطب في الدليل الكامل لتدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية.

الجدول PSY1: الأدوية المضادة للذهان

الدواء	هالوبيريدول ^أ	كلوربرومازين	ريسبيريدون
الجرعة الابتدائية	٥,٢ ملغم/اليوم	٥٠ - ٧٥ ملغم/اليوم	٢ ملغم/اليوم
الجرعة الفعالة النموذجية	٤ - ١٠ ملغم (الجرعة القصوى ٢٠ ملغم)	٣٠٠ - ٧٥ ملغم/اليوم ^ب (الجرعة القصوى ١٠٠٠ ملغم)	٤ - ٦ ملغم/اليوم (الجرعة القصوى ١٠ ملغم)
طريقة إعطاء الدواء	عن طريق الفم/الحقن العضلي	عن طريق الفم	عن طريق الفم
الآثار الجانبية المهمة:			
الآثار الجانبية خارج الهرمية* (extrapyramidal side effects)	+++	+	+
الشعور بالتخدر (لاسيما لدى المسنين)	+	+++	+
التردد البولي		++	
انخفاض ضغط الدم عند الوقوف* (orthostatic hypotension)	+	+++	+
المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان* (neuroleptic malignant syndrome)	نادرة ^ج	نادرة ^ج	نادرة ^ج

^أ متوفر في المجموعة الصحية المشتركة بين الوكالات لحالات الطوارئ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١)

^ب يمكن الوصول إلى غرام واحد في الحالات الحادة.

^ج إيقاف مضاد الذهان فوراً في حال الاشتباه بهذه المتلازمة والحفاظ على برودة الشخص وتزويده بالسوائل الكافية.

الجدول PSY2: الأدوية المضادة للكولينيات

الدواء	بيبيريدين ^أ	تريهكسفينيديل
الجرعة الابتدائية	١ ملغم مرتين في اليوم	١ ملغم/اليوم
الجرعة الفعالة النموذجية	٣ - ٦ ملغم/اليوم (الجرعة القصوى ١٢ ملغم)	٥ - ١٥ ملغم/اليوم (الجرعة القصوى ٢٠ ملغم)
طريقة إعطاء الدواء	عن طريق الفم	عن طريق الفم
الآثار الجانبية المهمة:		
التشوش، اضطراب الذاكرة (لاسيما لدى المسنين)	+++	+++
الشعور بالتخدر (لاسيما لدى المسنين)	+	+
التردد البولي	++	++

^أ متوفر في المجموعة الصحية المشتركة بين الوكالات لحالات الطوارئ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١)



لكافة الحالات:

١. توفير التثقيف النفسي

الرسائل الأساسية الموجهة إلى الشخص والقائم أو القائم على العناية به:

« يمكن معالجة الذهان وبإمكان الشخص الشفاء منه.

« إن الضغط النفسي يزيد الأعراض الذهانية سوءاً.

« محاولة مواصلة الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والمهنية المنتظمة

بقدر الإمكان، على الرغم من صعوبة الأمر في مواقع الطوارئ.

« عدم استهلاك الكحول أو القنب أو الأدوية الأخرى غير الموصوفة، فقد

تزيد أعراض الذهان سوءاً.

« الأشخاص المصابون بالذهان بحاجة لتناول الأدوية الموصوفة لهم

ومتابعة حالتهم بشكل منتظم.

« تحديد ما إذا كانت الأعراض الذهانية تعود أو تزداد سوءاً. يجب

عندها زيارة العيادة مجدداً فلعله يتوجب تعديل العلاج وفقاً لذلك.

٢. تيسير إعادة التأهيل في المجتمع

« التحدّث مع قادة المجتمع لزيادة تقبّل المجتمع للشخص والتعامل

معه برحابة صدر.

« تسهيل إشراك الشخص في الأنشطة المجتمعية الاقتصادية والاجتماعية.

« التواصل مع الموارد المجتمعية مثل العاملين الصحيين المحليين، العاملين

في مجال خدمات الحماية، الأخصائيين الاجتماعيين، والعاملين في مجال

خدمات الإعاقة. طلب مساعدتهم من أجل مساندة الشخص في

استئناف الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والمهنية المناسبة.

٣. توفير الرعاية للقائمين على العناية بالشخص وفقاً لمبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة

للرعاية)

ج. المتابعة

« ترتيب جلسات متابعة منتظمة وإجراؤها وفقاً لمبادئ التدبير (<<

المبادئ العامة للرعاية).

« تحديد الموعد الثاني بعد أسبوع والمواعيد اللاحقة وفقاً لتطوّر

الاضطراب.

« مواصلة العلاج بمضاد الذهان مدة ١٢ شهراً على الأقل بعد زوال

الأعراض بالكامل. إن أمكن، استشارة أخصائي بشأن قرار متابعة الدواء

أو إيقافه.

مراجعة المربع EPI 2 في الصفحة ٤٠ المتعلق بتقييم وعلاج شخص مصاب بتشنجات أو فاقد للوعي بعد تعرضه لنوبة* (seizure).



الصرع هو من أكثر الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان التي يتم علاجها في مواقع الطوارئ الإنسانية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. يصيب الصرع كافة الفئات العمرية بما في ذلك الأطفال الصغار.

الصرع حالة عصبية مزمنة تتسم بنوبات متكررة لا محفّز لها، ناجمة عن نشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ. والصرع أنواع عديدة تغطي منها هذه الوحدة النوع الأكثر شيوعاً فقط، ألا وهو **الصرع الاختلاجي**. يتميز الصرع الاختلاجي بنوبات تسبب تقلصاً عضلياً غير إرادي مفاجئاً يتناوب مع استرخاء العضلات، مما يؤدي إلى اهتزاز البدن والأطراف أو تصلبها. ترتبط النوبات في كثير من الأحيان باختلال الوعي. إن الشخص المصاب بتشنجات معرض للسقوط والإصابة برضوض.

خلال الطوارئ الإنسانية، غالباً ما تختل الإمدادات بالأدوية المضادة للاختلاج. وفي غياب مستمر للوصول إلى هذه الأدوية، يتعرّض الأشخاص المصابون بالصرع لنوبات جديدة قد تشكل خطراً على حياتهم.

الشكاوى النموذجية للصرع الاختلاجي

■ تاريخ من النوبات أو الحركات التشنجية.

السؤال التقييمي ١: هل تتحقق معايير النوبة التشنجية لدى الشخص؟

- « سؤال الشخص والقائم على العناية به عمّا إذا كان الشخص قد أصيب بأيّ من الأعراض التالية:
- حركات تشنجية تدوم أكثر من دقيقة إلى دقيقتين.
 - فقدان أو اختلال الوعي.
 - تصلّب أو تيبّس للبدن أو الأطراف يدوم أكثر من دقيقة إلى دقيقتين.
 - عض أو ازرقاق اللسان أو إصابة بدنية.
 - فقدان السيطرة على المتانة أو الأمعاء في أثناء النوبة.
 - بعد انقضاء الحركات غير الطبيعية، قد يبدو الشخص مشوشاً أو نعساناً أو يظهر سلوكاً شاذاً. قد يشكو أيضاً من التعب أو الصداع أو آلام في العضلات.
- « تتحقق معايير النوبة التشنجية إن توفرت لدى الشخص حركات تشنجية وما لا يقل عن عارضين آخرين من الأعراض المذكورة أعلاه. الاشتباه بنوبات غير تشنجية أو بحالات طبية أخرى إن توفر معيار واحد أو معياران فقط من المعايير المذكورة أعلاه.
- استشارة أخصائي إن أصيب الشخص بأكثر من نوبة غير تشنجية واحدة.
 - معالجة الأمر بما يتوافق في حال الاشتباه بحالات طبية أخرى.
 - متابعة الحالة بعد ٣ أشهر من أجل إعادة التقييم.

السؤال التقييمي ٢: هل من مسبب حاد للنوبة التشنجية؟

- « البحث عن علامات وأعراض التهاب عصبي:
- حمى
 - صداع
 - تهيج السحايا* (meningeal irritation) (مثل تصلّب العنق).
- « البحث عن مسببات أخرى محتملة للتشنجات أو الاختلاج:
- إصابة في الرأس
 - اضطراب استقلابي* (metabolic abnormality) (مثل نقص جلوكوز الدم* (hypoglycaemia) ، نقص الصوديوم* (hyponatraemia))
 - التسمّم بالكحول أو المواد المدمنة أو الانقطاع عنها (<< المربع SUB 1 في الصفحة ٤٨)
- « في حال توفر مسبب حاد قابل للتمييز للنوبة التشنجية، معالجة المسبب.
- إن المعالجة المداومة بالأدوية المضادة للصرع غير ضرورية في هذه الحالات.

السؤال التقييمي ٣: أمام نوبة تشنجية من دون تمييز مسبب حاد لها، هل تكون حالة صرع؟

- « تعتبر حالة صرع إذا أصيب الشخص بنوبتين تشنجيتين أو أكثر لا محفز لهما في يومين مختلفين خلال الأشهر الاثني عشر الماضية.
- « إذا أصيب الشخص بنوبة تشنجية واحدة خلال الأشهر الاثني عشر الماضية من دون مسبب حاد لها، لا يكون العلاج بالأدوية المضادة للصرع ضرورياً. متابعة الحالة بعد ٣ أشهر.

١. تثقيف الشخص والقائمين على العناية به بشأن الصرع

« شرح ما يلي:

• مفهوم الصرع وأسبابه:

- الصرع حالة مزمنة. ولكن بفضل الأدوية، ثلاثة من أصل أربعة أشخاص يتخلصون من النوبات.

- ينطوي الصرع على نوبات متكررة. النوبة مشكلة ناتجة عن نشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ.

- الصرع ليس ناتجاً عن السحر أو الجن.

- الصرع غير معدٍ ولا ينتقل باللعاب.

• المسائل المتعلقة بنمط الحياة ذات الصلة:

- الأشخاص المصابون بالصرع يمكنهم أن يعيشوا حياة طبيعية:

• يمكنهم أن يتزوجوا وأن ينجبوا أطفالاً بصحة جيدة.

• يمكنهم أن يشغلوا معظم الوظائف بأمان وأن يكونوا منتجين.

• إن الأطفال المصابين بالصرع يمكنهم الذهاب إلى المدرسة.

- على الأشخاص المصابين بالصرع أن يتجنبوا ما يلي:

- الوظائف التي تتطلب العمل بالقرب من الآلات الثقيلة أو النار
- طهي الطعام على نار مكشوفة
- السباحة بمفردهم
- الكحول و مواد الإدمان الترويحية
- النظر إلى الأضواء الساطعة
- تغيير نمط النوم (كالنوم أقل بكثير من المعتاد).
- ما يجب عمله في المنزل عند حصول النوبات (رسائل إلى القائمين على العناية بالشخص):
- إن بدأت النوبة فيما الشخص واقف أو جالس، الوقاية من الإصابات الناتجة عن السقوط بمساعدته على الجلوس أو التمدد على الأرض.
- التأكد من أن الشخص يتنفس بشكل طبيعي. إرخاء الثياب حول العنق.
- تركيز الشخص في وضعية الإفاقة (راجع الرسوم A - D أدناه).

الرسوم A - D: وضعية الإفاقة



- د. إن الذراع العليا للشخص تسند رأسه فيما ذراعه السفلى توقف تدرجه إلى البعيد (راجع الرسم D أعلاه). فتح المجرى الهوائي للشخص بإمالة رأسه إلى الوراء بلطف ورفع ذقنه والتأكد من خلو المجرى الهوائي ممّا يعيقه. هذه العملية تخرج اللسان من المجرى الهوائي، تساعد الشخص على التنفس بشكل أفضل وتمنع الاختناق بسبب الإفرازات والقيء.
- عدم محاولة تقييد أو تثبيت الشخص إلى الأرض.
 - عدم وضع أي شيء في فم الشخص.
 - إبعاد الأدوات الحادة أو الصلبة عن الشخص لتفادي الإصابات.
 - البقاء مع الشخص إلى أن تتوقف النوبة ويستعيد وعيه.

- أ. الجثو على الأرض بجانب الشخص.
- تثبيت ذراع الشخص القريبة منك عند زاوية قائمة بالنسبة إلى جسده على أن تكون يده موجهة إلى الأعلى باتجاه رأسه (راجع الرسم A أعلاه).
- ب. تثبيت يده الأخرى تحت جانب رأسه بحيث تلامس الجهة الخلفية من يده خده (راجع الرسم B أعلاه).
- ج. ثني الركبة البعيدة عنك عند زاوية قائمة.
- د. قلب الشخص بعناية على جنبه بجذب الركبة المثنية (راجع الرسم C أعلاه).

« الطلب من الشخص والقائمين على العناية به الاحتفاظ بسجل بسيط بالنوبات (راجع الرسم 1 EPI GPC).

٢. بدء أو استئناف الأدوية المضادة للصرع

- جدول الجرعات (<< الجدول EPI 1).
• الآثار الجانبية المحتملة (<< الجدول EPI 1).
معظم الآثار الجانبية خفيفة وتزول مع الوقت. في حال حصول آثار جانبية حادة، يجب أن يتوقف الشخص فوراً عن تناول الدواء وأن يحصل على المساعدة الطبية.
• أهمية الالتزام بالدواء. إن تفويت الجرعات أو التوقف المفاجئ يمكنهما التسبب في معاودة النوبات. يجب تناول هذه الأدوية في الوقت نفسه كل يوم.
• الوقت الضروري قبل أن يعطي الدواء مفعولاً. يحتاج الأمر عادة بضعة أسابيع قبل أن يصبح تأثير الدواء واضحاً.
• مدة العلاج. الاستمرار في تناول الدواء حتى انقضاء عامين على الأقل لم تتخللها أية نوبة.
• أهمية المتابعة المنتظمة.

التحقق مما إذا سبق للشخص تناول دواء مضاد للصرع ساعده في السيطرة على النوبات. في حال الإيجاب، وصف الدواء نفسه بالجرعة نفسها.

« في حال عدم توفر هذا الدواء، وصف دواء جديد.

« اختيار دواء واحد مضاد للصرع (مراجعة الجدول EPI 1).

- النظر في الآثار الجانبية المحتملة، والتفاعلات للمرض مع الدواء* (drug-disease interactions) أو التفاعلات للدواء مع الدواء* (drug-drug interactions). مراجعة كتيب الوصفات الوطني أو الخاص بمنظمة الصحة العالمية، حسب الضرورة.
• البدء بإعطاء أدنى جرعة وزيادتها تدريجياً حتى السيطرة الكاملة على النوبة.

« شرح ما يلي للشخص وللقائمين على العناية به:

الجدول EPI1: الأدوية المضادة للصرع.

فالبروات	فينيتوين	كاربامازيبين	فينوباربيتال ¹	الجرعة الابتدائية للأطفال
١٥ - ٢٠ ملغم/كغم/اليوم	٣ - ٤ ملغم/كغم/اليوم	٥ ملغم/كغم/اليوم	٢ - ٣ ملغم/كغم/اليوم	الجرعة الابتدائية للأطفال
١٥ - ٣٠ ملغم/كغم/اليوم	٣ - ٨ ملغم/كغم/اليوم	١٠ - ٣٠ ملغم/كغم/اليوم	٢ - ٦ ملغم/كغم/اليوم	الجرعة الفعالة النموذجية للأطفال
٢٠٠ ملغم/اليوم	١٥٠ - ٢٠٠ ملغم/اليوم	٢٠٠ - ٤٠٠ ملغم/اليوم	٦. ملغم/اليوم	الجرعة الابتدائية للبالغين
٤٠٠ - ٢٠٠٠ ملغم/اليوم	٢٠٠ - ٤٠٠ ملغم/اليوم	٤٠٠ - ١٤٠٠ ملغم/اليوم	٦٠ - ١٨٠ ملغم/اليوم	الجرعة الفعالة النموذجية للبالغين
عادة مرتين أو ٣ مرات في اليوم	للأطفال، مرتين في اليوم. للبالغين، بالإمكان مرة في اليوم	مرتين في اليوم	مرة في اليوم قبل النوم	جدول الجرعات
• نعاس • تشوش	• فقر الدم وتشوهات الدم الأخرى • فرط الحساسية بما ذلك الطفح الجلدي الحاد (متلازمة ستيفنز جونسون* Stevens-Johnson syndrome) • التهاب الكبد	• طفح جلدي حاد (متلازمة ستيفنز جونسون* Stevens-Johnson syndrome)، تقشر الأنسجة المتموتة البشرية التسممي* (toxic epidermal necrolysis) • كبت نخاع العظم* (bone marrow depression)	• طفح جلدي حاد (متلازمة ستيفنز جونسون* Stevens-Johnson syndrome) • كبت نخاع العظم* (bone marrow depression) • فشل كبدي	الآثار الجانبية النادرة والخطيرة
• خمول • شعور بالخدر • رعاش • غثيان، إسهال • زيادة في الوزن • فقدان شعر عابر (ينمو عادة في غضون ٦ أشهر) • اختلال وظائف الكبد	• غثيان، تقيؤ، إمساك • عرّاش • نعاس • ترنّح وصعوبة في النطق • حركات مرتعشة • تشوش ذهني	• نعاس • صعوبة في المشي • غثيان	• نعاس • فرط الحركة عند الأطفال	الآثار الجانبية الشائعة
• تجنّب الفالبروات للنساء الحوامل			• تجنّب الفينوباربيتال للأطفال المصابين بإعاقة ذهنية أو لديهم مشاكل سلوكية	المحاذير

¹ متوفر في المجموعة الصحية المشتركة بين الوكالات لحالات الطوارئ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١).

« توفير متابعة منتظمة

- تحديد مواعيد متابعة منتظمة بتواتر مرة في الشهر على الأقل خلال الأشهر الثلاثة الأولى أو حتى السيطرة على النوبات.
 - مقابلة الشخص مرة كل ٣ أشهر بعد السيطرة على النوبات.
 - الانتقال إلى مبادئ التدبير (<< المبادئ العامة للرعاية) للحصول على المزيد من التوجيهات المفصلة الخاصة بالمتابعة.
- « في كل جلسة متابعة:
- مراقبة السيطرة على النوبات:
 - مراجعة سجل النوبات للتحقق من مدى السيطرة على النوبات.
 - مواصلة العلاج بمضاد الصرع أو تعديله وفقاً لمدى السيطرة على النوبات.
 - إن لم تتم السيطرة بعد على النوبات بالجرعة العلاجية القصوى لمضاد صرع واحد أو إن أصبحت الآثار الجانبية غير محتملة، استبداله بدواء آخر. زيادة الجرعة تدريجياً حتى السيطرة على النوبات.

- إذا كانت النوبات نادرة جداً وكانت أية زيادة للجرعة قد تنتج آثاراً جانبية حادة، تكون حينئذ الجرعة الحالية مقبولة.
- استشارة طبيب متخصص إن تمت تجربة دوائين الواحد تلو الآخر ولم ينجح أحدهما في السيطرة على النوبات بشكل ملائم. تجنّب العلاج بأكثر من مضاد صرع واحد في آن واحد.
- النظر في إيقاف مضاد الصرع إن لم تحصل أية نوبة في العامين المنصرمين.
- عند إيقاف مضاد الصرع، يجب تقليل الجرعة تدريجياً على امتداد بضعة أشهر لتفادي النوبات الناتجة عن الانقطاع عن الدواء.
- إشراك القائمين على العناية بالشخص في مراقبة السيطرة على النوبات.
- مراجعة المسائل المتعلقة بنمط الحياة وتقديم المزيد من التثقيف النفسي/الدعم للشخص والقائمين على العناية به (<< الخطوة ١ من خطة التدبير الأساسية أعلاه).



المربع EPI 1: إعتبرات خاصة لعلاج النساء المصابات بالصرع

- « يجب إشراك المرأة الحامل في اتخاذ قرار البدء بمضاد صرع. يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار حدّة النوبات وتواترها فضلاً عن الأذى المحتمل الذي قد يلحقه مضاد الصرع أو تلحقه النوبات بالجنين. في حال اتخاذ القرار ببدء مضاد صرع، يمكن وصف الفينوباربيتال أو الكاربامازيبين. يجب تفادي الفالبروات والعلاج متعدد الأدوية* (polytherapy).
- « يمكن وصف الكاربامازيبين للنساء المرضعات.

- « إذا كانت المرأة في سن الإنجاب:
- وصف الفولات ٥ ملغم/اليوم لتفادي التشوهات الخلقية الممكنة إذا أصبحت المرأة حاملاً.
 - « إذا كانت المرأة حاملاً:
 - استشارة طبيب متخصص ص لمعالجة حالتها.
 - إعلام المرأة بضرورة زيادة عدد الزيارات السابقة للولادة وإنجاب مولودها في المستشفى.
 - عند الولادة، إعطاء ١ ملغم من الفيتامين ك بالعضل لحديثي الولادة.

الرسم EPI 1: مثال عن سجل نوبات

الأدوية التي تناولها الشخص		وصف النوبة (هما في ذلك أعضاء الجسم المتأثرة ومدة النوبة)	متى حدثت النوبة	
اليوم	في الأمس		الوقت	التاريخ



« تقييم النوبات:

« معالجة النوبات:

- الحفاظ على الهدوء.
 - معظم النوبات تتوقف بعد بضعة دقائق.
 - تفقد المجرى الهوائي والتنفس والدورة الدموية بما في ذلك ضغط الدم ومعدل التنفس ودرجة الحرارة.
 - البحث عن علامات حدوث إصابة في الرأس أو العمود الفقري (على سبيل المثال، إن توسّع الحدقتين قد يشير إلى إصابة قوية في الرأس).
 - البحث عن تصلب العنق أو الحمى (علامات على وجود التهاب السحايا).
- « سؤال القائم على العناية بالشخص:
- متى بدأت هذه النوبة؟
 - هل للشخص تاريخ من النوبات؟
 - هل للشخص تاريخ من الإصابات في الرأس أو العنق؟
 - هل يعاني الشخص من مشاكل طبية أخرى؟
 - هل سبق للشخص أن تناول أي دواء أو سمّ أو كحول أو مواد مدمنة؟
 - إذا كان الشخص أنثى: هل هي في النصف الثاني من الحمل أو في الأسبوع الأول بعد الولادة؟
- « الإحالة فوراً إلى المستشفى:
- في حال وجود أية علامة لإصابة رئيسية، صدمة* (shock) أو مشكلة في التنفس.
 - إذا أصيب الشخص بإصابة قوية في الرأس أو العنق:
 - لا يجب تحريك عنق الشخص.
 - تطبيق تقنية * Log-roll عند نقل الشخص.
 - إذا كان الشخص أنثى في النصف الثاني من الحمل أو ما دون أسبوع بعد الولادة.
 - في حال الاشتباه بالتهاب عصبي.
 - في حال مضي أكثر من 5 دقائق منذ بدء النوبة.
- « الإحالة فوراً إلى المستشفى:
- في حال الاشتباه بحالة صرعية (راجع أعلاه).
 - إن لم يستجب الشخص لأول جرعتين من البنزوديازيبين.
 - إذا كان الشخص يعاني من مشاكل في التنفس بعد تناول البنزوديازيبين.

الإعاقة الذهنية

تتسم الإعاقة الذهنية^٩ بالمحدودية غير القابلة للعكس في جوانب عديدة من النمو الذهني المتوقع (كالمهارات المعرفية* (cognitive) واللغوية والحركية والاجتماعية). هذه المحدودية قائمة منذ الولادة أو بدأت في مرحلة الطفولة. إن الإعاقة الذهنية تعيق عملية التعلم والأداء الوظيفي اليومي والتكيف مع بيئة جديدة.

الأشخاص المصابون بإعاقة ذهنية بحاجة غالباً إلى خدمات رعاية جوهريّة ويواجهون في كثير من الأحيان التحديات في الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم. هم شديداً متأثرين بالإساءة والإهمال ومعرضون لأوضاع خطيرة ضمن بيئات الطوارئ المضطربة. على سبيل المثال، من الممكن جداً أن يتجول الأشخاص المصابون بإعاقة ذهنية في المناطق الخطيرة دون التنبيه للأمر. فضلاً عن ذلك، قد يشكلون عبئاً على أسرهم ومجتمعاتهم وقد يتعرضون للهجر في أثناء النزوح. بالتالي، هم بحاجة إلى المزيد من الانتباه خلال حالات الطوارئ الإنسانية. تغطي هذه الوحدة الإعاقة الذهنية المتوسطة والحادة والشديدة لدى الأطفال والمراهقين والبالغين.

الشكاوى النموذجية

« لدى الرضيع: صعوبة في الرضاعة، إخفاق في النمو، ضعف عضلي حركي، تأخر في بلوغ مقاييس النمو المتوقعة المتناسبة مع سن الرضيع ومرحلة نموه مثل الابتسام والجلوس والوقوف.

« لدى الأطفال: تأخر في بلوغ مقاييس النمو المتوقعة المتناسبة مع سن الطفل مثل المشي والتدرب على استخدام المرحاض والنطق والقراءة والكتابة.

« لدى البالغين: ضعف القدرة على العيش مستقلين أو رعاية أنفسهم و/أو أطفالهم.

« لدى كافة الفئات العمرية: صعوبة في الاضطلاع بالأنشطة اليومية التي تعتبر عادية بالنسبة إلى عمر الشخص، صعوبة في فهم التعليمات، صعوبة في تلبية الحاجات اليومية.

السؤال التقييمي ١: هل يعاني الشخص من إعاقة ذهنية؟

«مراجعة مهارات الشخص وأدائه:

- بالنسبة إلى الأطفال الصغار وحديثي المشي، تقييم ما إذا بلغ الطفل تماماً مقاييس النمو المناسبة مع سنّه على كافة المستويات (<< المربع ID 1، الإشارات التحذيرية).
- الأسئلة المقترحة للقائمين على العناية بالأطفال:
 - هل يتصرف طفلك كما يتصرف أطفال آخرون في نفس سنّه؟
 - ما هي الأمور التي يستطيع طفلك القيام بها وحده (الجلوس، المشي، تناول الطعام، ارتداء الملابس أو استخدام المراحيض)؟
 - كيف يتواصل طفلك معك؟ هل يتسم لك؟ هل يستجيب عندما تنادي اسمه/اسمها؟ كيف يتحدث معك؟ هل هو قادر على طلب ما يريد؟
 - كيف يلعب طفلك؟ هل هو قادر على اللعب جيداً مع أطفال آخرين في نفس سنّه؟
- بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سناً والمراهقين، السؤال عمّا إذا كانوا يذهبون إلى المدرسة وفي هذه الحال كيف يتممون واجباتهم المدرسية (مثل التعلم والقراءة والكتابة) والمهام المنزلية اليومية.
- هل تذهب إلى المدرسة؟ كيف حال دراستك؟ هل أنت قادر على إتمام واجباتك المدرسية؟ هل تواجه الصعوبات في المدرسة غالباً لأنك لا تستطيع فهم التعليمات أو اتباعها؟
- بالنسبة إلى البالغين، السؤال عمّا إذا كانوا يعملون وفي هذه الحال كيف يتدبرون المهام المهنية وغيرها من الأنشطة اليومية.
- هل تعمل؟ ما نوع المهنة التي تزاولها؟ هل تواجه المشاكل في عملك غالباً لأنك لا تستطيع فهم التعليمات أو اتباعها؟
- بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سناً والمراهقين والبالغين، السؤال عن مقدار المساعدة التي يحصل عليها الشخص حالياً للاضطلاع بمهامه اليومية (على سبيل المثال، في المنزل والمدرسة والعمل).

«إن كان هناك تأخر في بلوغ مقاييس النمو المتوقعة، استبعاد الحالات المرضية القابلة للعلاج أو القابلة للعكس التي يمكنها أن تشبه الإعاقة الذهنية.

● استبعاد ضعف النظر:

- لطفل فوق الستة أشهر، سؤال القائم على العناية به عمّا إذا كان الطفل قادراً على فعل ما يلي ذكره في حين أنك تراقب الطفل بنفسك مباشرة:
 - إن كان الطفل قادراً على تتبع جسم متحرك بعينه
 - إن كان الطفل قادراً على التعرف إلى أشخاص مألوفين
 - إن كان الطفل قادراً على التقاط غرض بين يديه
- إن كانت الإجابة بالنفي على أي من الأسئلة السابقة، إبلاغ القائم على العناية بالطفل بأن الطفل قد يكون مصاباً بضعف نظر واستشارة طبيب مختص إن توفر.

السؤال التقييمي ٢: هل يعاني الشخص من مشاكل سلوكية متزامنة؟

«عدم الاستماع للقائمين على العناية به

«نوبات غضب. سلوك عدائي و إيذاء الذات عند الشعور بالغضب.

«استهلاك المواد غير العضوية

«سلوك جنسي متهور أو سلوك شاذ آخر.

● استبعاد ضعف السمع:

- لطفل فوق الستة أشهر، سؤال القائم على العناية به عمّا إذا كان الطفل قادراً على فعل ما يلي ذكره في حين أنك تراقب الطفل بنفسك مباشرة:
 - إن كان الطفل يدير رأسه لرؤية المتكلم من الخلف
 - إن كان الطفل يبدي ردود فعل على الأصوات الصاخبة
 - إن كان الطفل يصدر أصواتاً مختلفة (تاتا، دادا، بابا).
- إن كانت الإجابة بالنفي على أي من الأسئلة السابقة، إبلاغ القائم على العناية بالطفل بأن الطفل قد يكون مصاباً بضعف سمع واستشارة طبيب مختص إن توفر.

● استبعاد المشاكل الموجودة ضمن البيئة المحيطة بالطفل:

- إصابة الأم أو القائم الرئيسي على العناية بالطفل باضطراب اكتئابي معتدل إلى حاد (<< DEP)
- غياب التحفيز (التحفيز أساسي لنمو دماغ الأطفال الصغار).
- من يتفاعل بانتظام مع طفلك ويلعب معه؟
- كيف تلعب أو يلعب الأشخاص الآخرون مع طفلك؟ وبأي وتيرة؟
- كيف تتواصل أو يتواصل الأشخاص الآخرون مع طفلك؟ وبأي وتيرة؟
- استبعاد سوء التغذية وأي نقص تغذوي أو هورموني بما في ذلك نقص اليود* (iodine deficiency) وقصور الغدة الدرقية* (hypothyroidism).

● استبعاد الصرع (<< EPI)، الذي يمكن أن يحاكي الإعاقة

الذهنية أو التزامن معها.

«معالجة المشاكل المستكشفة القابلة للعلاج والمتابعة من أجل إعادة تقييم ما إذا كان الشخص مصاباً بإعاقة ذهنية.

- بالنسبة إلى حالات ضعف السمع والبصر المؤكدة، توفير الأجهزة المناسبة (العدسات، المعينات السمعية) أو المطالبة بها.
- عند الاقتضاء، معالجة الاضطراب الاكتئابي لدى القائم على العناية بالشخص.
- تعليم القائم على العناية بالشخص كيفية توفير بيئة أكثر تحفيزاً للأطفال الصغار. مراجعة إساءة المشورة للأسرة بشأن رعاية النمو: بطاقات المشورة (منظمة الصحة العالمية واليونيسف، ٢٠١٢).
- عند الاقتضاء، إحالة الشخص إلى برامج تنمية الطفولة المبكرة (ECD).

«إن إصابة الشخص بإعاقة ذهنية أمر محتمل إذا (أ) كان هناك تأخر

- هام في بلوغ مقاييس النمو المتوقعة وصعوبة في تلبية الحاجات اليومية و(ب) تمّ استبعاد أو معالجة الحالات القابلة للعلاج أو القابلة للعكس.

١. توفير التثقيف النفسي

- إن القائمين على العناية بالشخص يجب أن يكافئوا الشخص عندما يُحسن التصرف وأن يجنبوا عنه المكافأة عندما يسيء التصرف. يجب التوازن في التأديب:
 - إعطاء تعليمات واضحة، بسيطة ومختصرة عمّا ينبغي للشخص القيام به بدلاً مما لا ينبغي له القيام به. تقسيم الأنشطة المعقدة إلى خطوات أصغر بحيث يكون الشخص قادراً على التعلم بشكل تدريجي فيكافأ عن كل خطوة (مثل تعلم كيفية ارتداء البنطال قبل قفل الأزرار).
 - عندما يحسن الشخص التصرف، تجدر مكافأته. إلهاء الشخص عن الأشياء التي لا ينبغي له القيام بها، إلا أن هذا الإلهاء لا يجب أن يكون أمراً ممتعاً أو مجزياً للشخص.
 - عدم اللجوء إلى التهديد أو العقوبات الجسدية عندما يكون سلوك الشخص غير مقبول.
 - « تثقيف القائمين على العناية بالشخص بأن الشخص المصاب بإعاقة ذهنية أكثر تعرضاً بشكل عام للاعتداء الجنسي والجسدي لذا فهو يستلزم المزيد من الاهتمام والحماية.
 - « إبلاغ القائمين على العناية بالشخص أن يتجنبوا إدخال الشخص إلى مؤسسات الرعاية.
- شرح الإعاقة للشخص وللقائمين على العناية به. لا يجب لوم الأشخاص المصابين بإعاقة ذهنية على إعاقتهم. بالنسبة إلى القائمين على العناية بالشخص، يجب أن تكون توقعاتهم واقعية وأن يدعموا الشخص ويعاملوه بلطف.
- « توفير التدريب على مهارات الرعاية الودية بهدف تحسين التفاعل الإيجابي بين الأهل/القائم على العناية بالشخص والطفل.
- تدريب القائمين على العناية بالشخص على المهارات القادرة على تقليص المشاكل السلوكية لديه.
- إن القائمين على العناية بالشخص يجب أن يدركوا أهمية تعليم الشخص كيفية الاعتناء بنفسه والاهتمام بنظافته الشخصية (كالتدريب على استخدام المراحيض وتنظيف الأسنان).
 - إن القائمين على العناية بالشخص يجب أن يعرفوا الشخص تمام المعرفة، أن يعلموا ما يزعجه وما يسعده، ما يثير المشاكل السلوكية لديه وما يمنعها، ما هي نقاط الضعف ونقاط القوة لديه وما هي أفضل طريقة للتعلم بالنسبة إليه.
 - إن القائمين على العناية بالشخص يجب أن يحافظوا بقدر الإمكان على أنشطة يومية منتظمة للشخص مثل تناول الطعام، اللعب، التعلم، العمل والنوم.

٢. تعزيز الحماية المجتمعية

- « تقييم ما إذا كانت تتوفر الحماية المجتمعية (مثل المجموعات غير الرسمية، المنظمات غير الحكومية المحلية، الوكالات الحكومية أو الوكالات الدولية) وطلب الدعم المناسب للشخص.

٣. المطالبة بإشراك الأشخاص المصابين بإعاقة ذهنية في الأنشطة المجتمعية

- التشجيع على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية الممتعة داخل المجتمع.
 - تقييم ما إذا كانت تتوفر برامج إعادة التأهيل المجتمعية (community-based rehabilitation-CBR) والمطالبة بإشراك الأشخاص المصابين بإعاقة ذهنية في مثل هذه البرامج.
- إذا كان الشخص طفلاً، إبقاؤه في مدارس التعليم العام بقدر الإمكان.
- إقامة الروابط مع مدرسة الطفل لاستكشاف إمكانية تكييف البيئة التعليمية وفقاً لحاجات الطفل. تتوفر بعض النصائح البسيطة في التعليم الجامع للأطفال المعرضين للخطر (INEE).

٤. تقديم الرعاية للقائمين على العناية بالأشخاص وفقاً لمبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية)

٥. إن أمكن، الإحالة إلى طبيب متخصص من أجل التوسع في تقييم وعلاج الاضطرابات النمائية المتزامنة المحتملة

- « الإعاقة الحركية غير القابلة للعكس أو الشلل الدماغي* (cerebral palsy) مثل التشوهات الخلقية، الشذوذ الوراثي أو المتلازمات الوراثية (مثل متلازمة داون* (Down syndrome))

٦. المتابعة

- « ترتيب جلسات متابعة منتظمة وإجرائها وفقاً لمبادئ التدبير (<< المبادئ العامة للرعاية)

المربع ID 1 : مقاييس النمو: الإشارات التحذيرية الواجب التنبيه لها

<ul style="list-style-type: none"> ● صعوبة الرضاعة من الثدي أو رفض الرضاعة ● ضعف حركة الذراعين والساقين ● ضعف أو غياب ردود الفعل على الأصوات الصاخبة أو الأضواء الساطعة ● البكاء مدة طويلة من دون سبب واضح ● التقيؤ والإسهال، اللذان قد يسببان الجفاف 	في عمر الشهر
<ul style="list-style-type: none"> ● تصلب أو صعوبة في تحريك الأطراف ● تحريك متواصل للرأس (مما قد يدل على التهاب الأذن، الذي قد يؤدي إلى الصمم إن لم يُعالج) ● ضعف أو غياب الاستجابة للأصوات أو الوجوه المألوفة أو الثدي ● رفض الثدي أو طعام آخر 	في عمر الستة أشهر
<ul style="list-style-type: none"> ● عدم إصدار الأصوات استجابة للآخرين ● عدم النظر إلى الأجسام المتحركة ● عدم الاكتراث وغياب الاستجابة للقائم على العناية به ● فقدان الشهية أو رفض الطعام 	في عمر الاثني عشر شهراً
<ul style="list-style-type: none"> ● عدم الاستجابة للآخرين ● صعوبة التوازن في أثناء المشي ● الكدمات والتغيرات السلوكية غير المفهومة (لاسيما إن تولى غرباء العناية بالطفل) ● فقدان الشهية 	في عمر السنتين
<ul style="list-style-type: none"> ● فقدان الاهتمام باللعب ● سقوط متكرر ● صعوبة في التقاط الأشياء الصغيرة ● إخفاق في فهم الرسائل البسيطة ● عدم القدرة على النطق بعدة كلمات ● ضعف أو غياب الاهتمام بالطعام 	في عمر الثلاث سنوات
<ul style="list-style-type: none"> ● خوف، غضب أو عنف في أثناء اللعب مع أطفال آخرين، مما قد يدل على إساءة أو مشاكل عاطفية 	في عمر الخمس سنوات
<ul style="list-style-type: none"> ● صعوبة في كسب الأصدقاء والحفاظ عليهم، وفي المشاركة في الأنشطة الجماعية ● تجنب مهمة أو تحدٍ من دون المحاولة، أو إظهار علامات عجز ● صعوبة في التعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر ● صعوبة في التركيز على المهام، في فهم الواجبات المدرسية واتمامها ● عدائية أو خجل مفرط مع الأصدقاء والأسرة 	في عمر الثماني سنوات

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة، منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الايديز، برنامج الأغذية العالمي والبنك الدولي (٢٠١٠)

التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان

مراجعة المربع 1 SUB في الصفحة ٤٨ المتعلق بتقييم وتدبير الانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص.



إن تعاطي الكحول أو مواد الإدمان (مثل الأفيونات* (opiates) كالهيروين)، القنب* (cannabis)، الامفيتامينات* (amphetamines)، القات* (khat)، الأدوية الموصوفة المختلفة مثل البنزوديازيبين* (benzodiazepine) والترامادول* (tramadol)) يمكنه أن يسبب مشاكل متنوعة، ومنها الانقطاع (أي الأعراض الجسدية والنفسية التي تظهر عند وقف أو التقليل من التعاطي بشكل ملحوظ)، والاعتماد* (dependence) والتعاطي الضار (الأذى الذي يلحق بالصحة الجسدية أو النفسية و/أو الرفاه العام). إن تعاطي الكحول أو مواد الإدمان أمر ضار عندما يكون مسؤولاً عن الاضطرابات الجسدية أو النفسية، السلوك الصحي الخطير، المشاكل العائلية أو المشاكل في العلاقات، العنف الجسدي والجنسي، الحوادث، الإساءة إلى الأطفال واهمالهم، الصعوبات المالية وغيرها من المسائل المتعلقة بالحماية. إن التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان قد يزداد انتشاراً في حالات الطوارئ الإنسانية حيث أن البالغين والمراهقين يحاولون التصدي للضغط النفسي أو الخسارة أو الألم بالتطبيب الذاتي* (self-medicating).

في حالات الطوارئ الشديدة، قد تختل إمدادات الكحول أو مواد الإدمان فتتسبب بأعراض انقطاع غير متوقعة تهدد حياة الأشخاص الذين اعتادوا منذ زمن طويل استهلاك المواد المدمنة بجرعات عالية نسبياً. هذا ينطبق بشكل خاص على الكحول.

تركز هذه الوحدة على التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان وتنطوي على مربع يتعلق بالانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص (< المربع 1 SUB). أما بالنسبة إلى الجوانب الأخرى لتعاطي الكحول أو مواد الإدمان، فتجد مراجع الوحدتين المتعلقتين بتعاطي الكحول واستخدام مواد الإدمان في الدليل الكامل لتدخلات برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية.

الشكاوى النموذجية

- « يبدو الشخص تحت تأثير الكحول أو مواد الإدمان (على سبيل المثال، تفوح منها رائحة كحول، يبدو مخموراً، يعاني من الالتهاب، التملل، تدني مستوى الطاقة، صعوبة في النطق، يظهر مظهر غير مهذب، حدقاته متوسّعتان/منقبضتان* (dilated/constricted pupils))
- « إصابة حديثة
- « علامات استخدام مواد الإدمان بالوريد (علامات حقن، عدوى جلدية)
- « طلب الأقراص المنومة أو مسكنات الألم.

السؤال التقييمي ١: هل يلحق تعاطي الكحول أو مواد الإدمان الأذى بالصحة الجسدية أو النفسية و/أو بالرفاه العام للشخص؟

- المشاكل في العلاقات/الحياة الزوجية
- هل سبب لك يوماً تعاطي الكحول أو مواد الإدمان مشكلة مع الشريك؟
- « إجراء فحص بدني عام سريع للبحث عن علامات تعاطٍ مزمن للكحول أو مواد الإدمان
- نزيه معدي معوي
 - آلام البطن
 - دم في القيء
 - دم في البراز أو براز أسود
- أمراض الكبد
 - الحادة: اليرقان، استسقاء البطن * (ascites)، كبد وطحال متضخمان ومتصلبان، اعتلال الدماغ الكبدي * (hepatic encephalopathy)
 - سوء التغذية، فقدان الوزن الشديد
 - وجود دليل على عدوى مرتبطة باستخدام مواد الإدمان (مثل فيروس نقص المناعة البشرية، التهاب الكبد ب أو ج، التهابات جلدية في مواقع الحقن، أو السل).
- « تقييم التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان على السواء عند الشخص نفسه بما أن المشكلتين تفتنان معاً في كثير من الأحيان.
- « التحقيق في تعاطي الكحول أو مواد الإدمان بطريقة لا تنم عن أحكام.
- « السؤال عمّا يلي:
 - الكمية ومُط التعاطي أو الاستخدام
 - هل تشرب الكحول؟ في حال الإيجاب، بأي شكل؟ كم مشروب تتناول في اليوم/الأسبوع؟
 - هل تتناول الأقراص المنومة/الحبوب المضادة للقلق/مسكنات الألم الموصوفة؟ أي نوع منها؟ كم عددها في اليوم/الأسبوع؟
 - هل تستخدم مواد الإدمان غير المشروعة؟ أي نوع منها؟ ما هي طريقة الاستخدام-عن طريق الفم، الحقن، الاستنشاق؟ ما الكمية/التواتر في اليوم/الأسبوع؟
 - دوافع استخدام الكحول أو مواد الإدمان
 - ما الذي يجعلك ترغب في تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
 - الأذى للنفس أو للآخرين
 - المشاكل الطبية أو الإصابات الناجمة عن تعاطي الكحول أو مواد الإدمان.
 - هل عانيت من مشاكل صحية منذ أن بدأت بشرب الكحول أو استخدام مواد الإدمان؟
 - هل تعرضت يوماً للإصابة حينما كنت تحت تأثير الكحول أو مواد الإدمان؟
 - الاستهلاك المتواصل للكحول أو مواد الإدمان على الرغم من النصح بالتوقف.
 - عندما كانت المرأة حاملاً أو مرضعة.
 - عندما أبلغ الشخص بأنه يعاني من مشكلة في المعدة أو الكبد بسبب شرب الكحول أو استخدام مواد الإدمان.
 - عندما كان الشخص يتناول الأدوية ذات التفاعلات الضارة مع الكحول أو مواد الإدمان، مثل المهدئات أو المسكنات أو أدوية السل.
 - المشاكل الاجتماعية الناجمة عن تعاطي الكحول أو مواد الإدمان:
 - المشاكل المالية أو القانونية
 - هل عانيت يوماً من مشاكل مالية أو خالفت القانون بسبب تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
 - المشاكل المهنية
 - هل خسرت يوماً وظيفة أو كان أداؤك في العمل سيئاً بسبب تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
 - صعوبة في العناية بالأطفال أو بمُعالين آخرين
 - هل وجدت يوماً صعوبة في رعاية طفلك/أسرتك بسبب تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
 - العنف تجاه الآخرين
 - هل أذيت يوماً أحداً في أثناء تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟

١. تدبير التأثيرات الضارة لتعاطي الكحول أو مواد الإدمان

- « توفير الرعاية الطبية الضرورية لما يترتب عن تعاطي الكحول أو مواد الإدمان من أذى جسدي.
- « تدبير الحالات النفسية المتزامنة، مثل الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد، اضطراب الكرب ما بعد الصدمة والذهان (<< DEP, PTSD, PSY).
- « معالجة النتائج الاجتماعية الملحة (مثل الربط بخدمات الحماية في حال الاعتداء كالعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي).

٢. تقييم الحوافز التي تدفع الشخص لوقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان

- « تقييم ما إذا كان الشخص ينظر إلى تعاطي الكحول أو مواد الإدمان على أنه مشكلة وإن كان مستعداً للتصرف حيال الأمر.
- هل تظن أنه لديك مشكلة تتعلق بالكحول أو مواد الإدمان؟
- هل فكرت يوماً بوقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
- هل سبق لك أن حاولت وقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان

٣. تحفيز الشخص لوقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان

- « إجراء حديث تحفيزي قصير مع الشخص حول التعاطي الضار:
- سؤال الشخص عن منافع وأضرار تعاطي الكحول أو مواد الإدمان بحسب اعتقاده. عدم إصدار الأحكام، إنما محاولة فهم الأسباب التي تدفعه إلى تعاطي الكحول أو مواد الإدمان.
- ما المتعة التي يمنحك إيها تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
- هل ترى أية جوانب سلبية لتعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
- هل ندمت يوماً على تعاطي الكحول أو مواد الإدمان؟
- تحدّي أي ادعاء مبالغ به لفوائد تعاطي الكحول أو مواد الإدمان. على سبيل المثال، إذا كان الشخص يتعاطى الكحول أو مواد الإدمان لسيان مشاكل الحياة، التوجّه إليه بالقول:
- هل تناسي المشكلة أمر جيّد حقاً؟ هل يبّد المشكلة فعلاً؟
- التشديد على بعض الجوانب السلبية لتعاطي الكحول أو مواد الإدمان التي يقلل الشخص من أهميتها.
- كم من المال تنفق لشراء الكحول أو مواد الإدمان؟ في الأسبوع؟ في الشهر؟ في السنة؟ ماذا يمكنك فعله بهذا المال غير ذلك؟
- إعطاء معلومات إضافية بشأن التأثيرات الضارة للكحول ومواد الإدمان سواء على المدى الطويل أو القصير.
- قد تسبّب الكحول أو مواد الإدمان المشاكل النفسية والطبية الخطيرة، بما في ذلك الإصابات والإدمان.
- التنويه بأن وقف تعاطي الكحول أو مواد الإدمان أمر صعب. إعلام الشخص باستعدادك لدعمه. تشجيعه لأن يقرّر بنفسه إن كان وقف تعاطي الكحول أو مواد الإدمان فكرة صائبة.
- إذا ظلّ الشخص غير مستعد لوقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان، احترام قراره. الطلب منه العودة في وقت آخر لمواصلة الحديث.
- تكرار الحديث التحفيزي القصير الموصوف أعلاه في جلسات عديدة.

٤. مناقشة الأساليب المختلفة لوقف أو التقليل من التعاطي الضار

- « مناقشة الاستراتيجيات التالية:
- عدم الاحتفاظ بالكحول أو مواد الإدمان في المنزل.
- عدم الاقتراب من الأماكن التي يتعاطى فيها الأشخاص الكحول أو مواد الإدمان.
- طلب دعم الأصدقاء والقائمين على العناية بالشخص.
- الطلب من القائمين على العناية بالشخص مرافقته في زيارات المتابعة.
- تشجيع الأنشطة الاجتماعية التي لا تتخللها كحول أو مواد إدمان.
- « النظر في الإحالة إلى مجموعة مساعدة ذاتية تُعنى بتعاطي الكحول أو مواد الإدمان، إن توفرت.
- « إذا وافق الشخص على وقف تعاطي الكحول أو مواد الإدمان، تحذيره من إمكانية ظهور أعراض انقطاع مؤقتة (مثلاً في أقل من أسبوع).
- وصف الأعراض (كالقلق والانفعال بعد الانقطاع عن الأفيونات والبنزوديازيبين والكحول). التنبيه بضرورة العودة إلى العيادة في حال اشتداد الأعراض.

٥. توفير الدعم النفسي الاجتماعي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي

(<< المبادئ العامة للرعاية)

- « التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية
- « تعزيز الدعم الاجتماعي
- « تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي

٦. توفير المتابعة المنتظمة

« مواصلة توفير الدعم، التباحث والعمل مع الشخص والقائمين على العناية به بشأن وقف أو التقليل من تعاطي الكحول أو مواد الإدمان. المبادئ العامة للرعاية). « ترتيب وإجراء جلسات متابعة منتظمة (<< مبادئ التدبير ضمن



المربع SUB1: تقييم وتدبير الانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص الشكاوى النموذجية لشخص يعاني من انقطاع عن الكحول يشكل خطراً على حياته

« الاهتياج والقلق الحاد
« التشوش أو الهلوسات* (hallucinations) (رؤية أو سماع أو الإحساس بأشياء غير موجودة)
« الارتجاجات/النوبات
« ارتفاع ضغط الدم ١ (مثلاً < ١٨٠/١٠٠ ملم زئبق) و/أو ارتفاع في معدل ضربات القلب (مثلاً < ١٠٠ نبضة في الدقيقة).

تقييم الانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص

السؤال التقييمي ١: هل يعاني الشخص من انقطاع عن الكحول؟

« استبعاد ومعالجة الأسباب الأخرى التي يمكنها أن تفسر الأعراض، بما في ذلك:

- الملاريا، فيروس نقص المناعة البشرية/الايذز، العدوى الأخرى، الإصابة في الرأس، الاضطرابات الاستقلابية* (metabolic abnormality) (على سبيل المثال، نقص جلوكوز الدم* (hypoglycaemia)، نقص الصوديوم* (hyponatraemia)، اعتلال الدماغ الكبدي، تضخم الغدة الدرقية* (hyperthyroidism)، السكتة الدماغية، استخدام المواد المدمنة (مثل الامفيتامينات)، تاريخ مؤكد من الذهان وتاريخ مؤكد من الصرع.

« إذا تم استبعاد الأسباب المذكورة أعلاه، التحقيق في تاريخ تعاطي الكحول بطرح الأسئلة التالية على الشخص والقائمين على العناية به:

- هل يشرب الشخص الكحول؟
- متى تناول آخر مشروب؟
- كم الكمية التي يشربها عادة؟
- « إن الانقطاع عن الكحول أمر محتمل عند ظهور الأعراض بعد وقف التعاطي المنتظم للكحول أو بكميات كبيرة، عادة يوماً إلى يومين بعد تناول آخر مشروب.
- إذا أصيب الشخص بنوبات أو هلوسات ولم يُشبهه بأعراض انقطاع عن الكحول، يجب عندئذ تقييم إمكانية إصابته بالصرع (<<

السؤال التقييمي ٢: إذا كان الشخص يعاني من انقطاع عن الكحول، فهل يشكل ذلك خطراً على حياته؟

« تقييم الأعراض التي تشكل خطراً على حياة الشخص:

- الاختلاجات/النوبات (عادة خلال ٤٨ ساعة)
- علامات الهذيان* (delirium) (عادة خلال ٩٦ ساعة)
- التشوش الحاد، التوهان
- الهلوسات.

« تقييم ما إذا كان الشخص معرضاً بدرجة كبيرة لظهور أعراض تشكل خطراً على حياته (اختلاجات أو هذيان) في اليوم أو اليومين القادمين:

- أعراض سابقة شكلت خطراً على حياته (اختلاجات أو هذيان)
- أو أعراض انقطاع حاد حالية:
- احتياج شديد، سرعة انفعال، قلق شديد
- تعرق مفرط، رجفان اليد
- ارتفاع ضغط الدم (مثلاً < ١٨٠/١٠٠ ملم زئبق) و/أو ارتفاع في معدل ضربات القلب (مثلاً < ١٠٠ نبضة في الدقيقة).

في حال الاشتباه بهذيان ناتج عن الانقطاع عن الكحول، إطلاق خطة التدبير الطارئة للانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على الحياة (ارجع أدناه) والعمل على نقل الشخص إلى أقرب مستشفى.



خطة التدبير الطارئة للانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص

١. معالجة الانقطاع عن الكحول فوراً بوصف الديازيبام (<< الجدول

(SUB 1)

« إن جرعة الديازيبام تعتمد على تحمل* (tolerance) الشخص

لليازيبام، حدة أعراض الانقطاع ووجود اضطرابات بدنية متزامنة.

- تعديل الجرعة وفقاً للتأثير الملحوظ. إن الجرعة الصحيحة هي تلك التي تسبب نسبة قليلة من التخدير.

- إن الجرعة العالية جداً يمكنها التسبب بتخدير مفرط وبتثبيط

التنفس. مراقبة معدل تنفس الشخص ومستوى التخدير (مثل

النعاس) على نحو متكرر.

- إن الجرعة المنخفضة جداً يمكنها التسبب بنوبات/هذيان.

« مراقبة أعراض الانقطاع على نحو متكرر (كل ٣-٤ ساعات). مواصلة

إعطاء الديازيبام حتى زوال الأعراض (عادة لمدة ٣-٤ أيام على ألا

تتعدى ٧ أيام).

- « في حال حصول نوبة انقطاع، عدم استخدام مضادات الصرع. مواصلة إعطاء الديازيبام.
- « قد تستمر أعراض الهذيان كالْتَشْوَش أو الاهتياج أو الهلوسات بضعة أسابيع بعد زوال الأعراض الأخرى للانقطاع عن الكحول. في هذه الحال، النظر في استخدام مضادات الذهان مثل الهالوبيريدول ٥.٢-٥ ملغم حتى ثلاث مرات في اليوم عن طريق الفم إلى أن تتحسن أعراض التَشْوَش أو الاهتياج أو الهلوسات. في بعض الحالات، قد يستغرق الأمر بضعة أسابيع قبل زوال التَشْوَش والهلوسات. عدم الإفراط في تخدير الشخص.
- « إن أمكن، ايجاد بيئة هادئة، غير محفزة، جيدة الإضاءة. محاولة توفير بعض الإضاءة في الليل أيضاً لتفادي سقوط الشخص إذا قرّر النهوض في منتصف الليل. النظر في وضع الشخص على فراش على الأرضية لتفادي الإصابات. إن أمكن، الطلب من القائم على العناية بالشخص البقاء معه ومراقبته. تجنّب تقييد الشخص إن أمكن ذلك.
٢. معالجة سوء التغذية
« إعطاء الفيتامين ب ١ (الثيامين) ١٠٠ ملغم/اليوم عن طريق الفم لمدة ٥ أيام.
« تقييم سوء التغذية ومعالجته.
٣. التأكد من عدم إصابة الشخص بالجفاف.
« الإمهاء بالوريد إن أمكن.
« التأكد من حصول الشخص على السوائل عن طريق الفم (على الأقل ٣-٢ ليترات/اليوم).
٤. عند انتهاء الانقطاع المهّد للحياة، الانتقال إلى تقييم وتدابير التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان (مراجعة النص الأساسي لهذه الوحدة).

الجدول 1 SUB: الديازيبام لعلاج الانقطاع عن الكحول الذي يشكل خطراً على حياة الشخص

الديازيبام^١

الجرعة الأولية	١٠-٢٠ ملغم حتى ٤ مرات/اليوم لمدة ٣-٧ أيام
الجرعة التالية	تخفيف الجرعة و/أو تواترها تدريجياً حالما تتحسن الأعراض. المراقبة على نحو متكرر بما أن الاستجابة لهذا الدواء تختلف بحسب الأشخاص
طريقة إعطاء الدواء	عن طريق الفم
الآثار الجانبية الخطيرة (نادرة)	تثبيط التنفس* (respiratory depression)، اختلال شديد للوعي تحذير: مراقبة معدل التنفس ومستوى التخدير على نحو متكرر
الآثار الجانبية الشائعة	النعاس، فقدان الذاكرة، تغير في حالة الوعي، ضعف في العضلات تحذير: عدم إعطاء جرعة أخرى إذا كان الشخص يشعر بالنعاس
محاذير بالنسبة إلى مجموعات خاصة	استخدام ربع إلى نصف الجرعة المقترحة للأشخاص المسنّين عدم وصفه للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في التنفس

الاضطراب النفسي والضييق العاطفي الحاد والشعور باليأس كلها مشاكل شائعة في مواقع الطوارئ الإنسانية، يمكنها أن تؤدي إلى الانتحار* (suicide) أو أفعال إيذاء الذات* (self-harm). يخشى بعض مقدمي الرعاية الصحية بشكل خاطئ من أن الاستفسار عن الانتحار سيدفع بالشخص إلى محاولة الانتحار. على العكس من ذلك، إن التكلم عن الانتحار يخفف غالباً القلق حيال الأفكار الانتحارية ويساعد الشخص على الإحساس بتفهم الآخرين له ويعطيه فرصة لمناقشة مشكلته بشكل موسع.

إن البالغين والمراهقين المصابين بأي من الاضطرابات النفسية أو العصبية أو استخدام مواد الإدمان التي يغطيها هذا الدليل مع رضون لخطر الانتحار أو إيذاء الذات.

الشكاوى النموذجية لشخص معرض لخطر الانتحار أو إيذاء الذات

الشعور بالضييق أو الكآبة الشديدين

شعور عميق باليأس أو الحزن

محاولات سابقة لإيذاء الذات (مثل التسمم الحاد بالمبيدات، الجرعة الزائدة من الأدوية، إصابة ألحقها الشخص بنفسه).

السؤال التقييمي ١: هل أقدم الشخص مؤخراً على محاولة الانتحار أو إيذاء الذات؟

« تقييم ما يلي:

- التسمم، التسمم بالكحول/مواد الإدمان، الجرعة الزائدة من الأدوية أو غيرها من أفعال إيذاء الذات
- علامات تتطلب المعالجة الطبية العاجلة
- نزيف من إصابة ألحقها الشخص بنفسه
- فقدان الوعي
- خمول شدي

السؤال التقييمي ٢: هل هناك خطر وشيك بالإقدام على الانتحار أو إيذاء الذات؟

- « سؤال الشخص و/أو القائمين على العناية به عن:
- أفكار أو خطط انتحار (حالية أو خلال الشهر الماضي)
 - أفعال إيذاء الذات خلال العام الماضي
 - سهولة الوصول إلى وسائل الانتحار (مثل المبيدات، الحبل، الأسلحة، السكاكين، الأدوية الموصوفة والمواد المدمنة).
- « البحث عن:
- ضيق عاطفي شديد أو شعور باليأس
 - سلوك عنيف أو هياج حاد
 - علامات انسحاب أو رفض التواصل
- « يعتبر الشخص معرضاً لخطر وشيك بالإقدام على الانتحار أو إيذاء الذات في حال توفر أي من النقاط التالية:
- أفكار، خطط أو أفعال انتحار حالية
 - تاريخ من أفكار أو خطط إيذاء الذات خلال الشهر الماضي أو القيام فعلياً بإيذاء الذات خلال العام الماضي لدى شخص يعاني الآن من حالة شديدة من الضيق أو السلوك العنيف أو الهياج أو صعوبة التواصل.

السؤال التقييمي ٣: هل يعاني الشخص من حالات مرضية مترابطة بالانتحار أو إيذاء الذات؟

- « تقييم وتدبير الحالات المرضية المترابطة المحتملة:
- ألم مزمن أو إعاقة (على سبيل المثال، ناجمة عن إصابة حديثة
 - ناجمة عن حالة الطوارئ الإنسانية)
 - الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (<< DEP)
 - الذهان (<< PSY)
 - التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان (<< SUB)
 - اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (<< PTSD)
 - الضيق العاطفي الحاد (<< OTH, GRI, ACU)

المربع SUI 1 : كيفية التحدث عن الانتحار أو إيذاء الذات

1. إيجاد بيئة آمنة تراعي خصوصية الشخص يعبر فيها عن أفكاره. « عدم إصدار الأحكام بسبب ميول الشخص الانتحارية.
 2. استخدام مجموعة من الأسئلة حيث كل إجابة تؤدي تلقائياً إلى سؤال آخر. على سبيل المثال:
 - « [البدا بالوقت الحاضر] كيف تشعر؟
 - « [التنويه بمشاعر الشخص] تبدو حزينا/كئيباً. أود أن أطرح عليك بعض الأسئلة بهذا الخصوص.
 - « كيف ترى مستقبلك؟ ما هي تطلعاتك المستقبلية؟
 - « لقد قال لي بعض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل مماثلة أنهم يشعرون بأن الحياة لا تستحق العيش. هل تذهب إلى الفراش ليلاً متمنياً عدم الاستيقاظ في الصباح؟
 3. إذا عبر الشخص عن أفكار انتحارية:
 - « عدم إعطاء وعود كاذبة.
- « اقتراح التحدث مع الشخص على انفراد أو برفقة أشخاص آخرين من اختياره.

١. إذا أقدم الشخص فعلاً على محاولة انتحار، توفير الرعاية الطبية الضرورية والمراقبة والدعم النفسي الاجتماعي

« توفير الرعاية الطبية:

- للأشخاص الذين أقدموا على إيذاء أنفسهم توفير نفس الرعاية والاحترام والخصوصية كما لآخرين. عدم معاقبتهم.
- معالجة الإصابة أو التسمم.
- للتسمم الحاد بالمبيدات، مراجعة المعالجة السريرية للتسمم الحاد بالمبيدات (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨)
- في حال حصول جرعة زائدة من دواء موصوف لا يزال استخدامه ضرورياً، اختيار الدواء البديل الأقل ضرراً. إن أمكن، وصف الدواء الجديد لفترات قصيرة فقط (كبضعة أيام إلى أسبوع في كل مرة) لتجنب جرعة زائدة أخرى.

٢. إذا كان الشخص معرضاً لخطر وشيك بالإقدام على الانتحار أو إيذاء الذات، مراقبته وتوفير الدعم النفسي الاجتماعي

« مراقبة الشخص:

- إيجاد بيئة آمنة وداعمة للشخص. إزالة كافة وسائل الانتحار/إيذاء الذات وإن أمكن توفير غرفة هادئة مستقلة. في كل الأحوال، عدم ترك الشخص بمفرده. الطلب من القائمين على العناية به أو الموظفين البقاء معه في كافة الأوقات.
 - عدم استقبال الأشخاص بصورة روتينية في أجنحة الطب العام بهدف حمايتهم من الإقدام على الانتحار، فلعل موظفي المستشفى غير قادرين على مراقبة شخص ذي ميول انتحارية بشكل فعال. ولكن إن كان لا بد من إدخال شخص إلى الجناح العام لمعالجة العواقب الطبية لفعل إيذاء الذات، يجب عندها مراقبته عن كثب لمنع من الإقدام على إيذاء نفسه في المستشفى.
 - بغض النظر عن الموقع، ضمان مراقبة الشخص ٢٤ ساعة في اليوم حتى زوال الخطر الوشيك بالانتحار.
- « توفير الدعم النفسي الاجتماعي:
- عدم البدء بتقديم الحلول الممكنة لمشاكل الشخص. عوضاً من ذلك، محاولة زرع الأمل. على سبيل المثال:
- أشخاص كثيرون مروا في ظروف مماثلة - شعور باليأس، رغبة في الموت - اكتشفوا لاحقاً أن الأمل لم يزل قائماً فتحسنت مشاعرهم مع الوقت.
 - مساعدة الشخص على استكشاف أسباب تجعله يتعلق بالحياة.
 - البحث مع الشخص عن حلول لمشاكله.
 - تعبئة القائمين على العناية بالشخص، الأصدقاء، أفراد موثوقين آخرين والموارد المجتمعية من أجل مراقبة الشخص ودعمه إن كان معرضاً لخطر وشيك بالانتحار. شرح الحاجة لمراقبة الشخص ٢٤ ساعة في اليوم. التأكد من وضعهم خطة ملموسة ومُجدية (على سبيل المثال، من يراقب الشخص وفي أي وقت من اليوم).
 - توفير الدعم النفسي الاجتماعي الإضافي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية).
- « استشارة أخصائي صحة نفسية إن وجد.

٣. توفير الرعاية للقائمين على العناية بالشخص كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز

الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية)

٤. التواصل مع الشخص ومتابعته بشكل منتظم

- « التأكد من أن تتوفر خطة ملموسة لجلسات المتابعة وأن يتحمل القائمون على العناية بالشخص مسؤولية ضمان المتابعة (<< مبادئ التدبير ضمن المبادئ العامة للرعاية).
 - « البقاء على تواصل منتظم مع الشخص (عن طريق الهاتف أو الرسائل النصية أو الزيارات المنزلية).
- « في البدء، المتابعة على نحو متكرر (على سبيل المثال، أسبوعياً في الشهرين الأولين) وعلى فترات متباعدة مع تحسن حال الشخص (مرة كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع).
- « متابعة الشخص ما دام خطر الانتحار قائماً. وفي كل مقابلة، إجراء تقييم روتيني للأفكار والخطط الانتحارية.

شكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى

على الرغم من أن هذا الدليل يغطي الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان الرئيسية المرتبطة بمواقع الطوارئ الإنسانية، إلا أنه لا يغطي كافة اضطرابات الصحة النفسية الممكن حصولها. لذا، تهدف هذه الوحدة لتوفير التوجيهات الأساسية بشأن الدعم المبدئي للبالغين والمراهقين والأطفال الذين يعانون من مشاكل نفسية لم تتم تغطيتها في وحدات أخرى من هذا الدليل.

تشمل شكاوى الصحة النفسية الأخرى ما يلي:

(أ) أعراض بدنية مختلفة ما من مسببات بدنية لها

(ب) والتقلبات المقلقة في المزاج والسلوك التي لا تنطبق بشكل قاطع مع معايير الحالات التي تمت تغطيتها في وحدات أخرى من هذا الدليل.

وقد تضمّ الشكاوى التي تتسم باضطراب اكتئابي خفيف ومجموعة من الحالات دون السريرية.

تعتبر شكاوى الصحة النفسية الأخرى هامة عندما تعيق الأداء اليومي للشخص أو عندما يسعى الشخص للحصول على المساعدة بسببها.

السؤال التقييمي ١: هل من سبب بدني يفسر بشكل قاطع الأعراض القائمة؟

« إجراء فحص بدني عام وفحوص طبية لاحقة مناسبة. معالجة أي سبب بدني تمّ استكشافه وإعادة التحقق ممّا إذا كانت الأعراض مستمرة.»

السؤال التقييمي ٢: هل هو اضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان تمّت مناقشته في وحدة أخرى من هذا الدليل؟

« استبعاد:

- الأعراض الشديدة للكرب الحاد (<< ACU) - السمات الرئيسية
- حدث قادر على التسبب بصدمة حصل في الشهر الماضي
- بدأت الأعراض بعد الحدث
- السعي للحصول على المساعدة لتخفيف الأعراض أو صعوبة هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض.
- الأعراض الشديدة للحزن (<< GRI) - السمات الرئيسية
- خسارة كبيرة
- بدأت الأعراض بعد الخسارة
- السعي للحصول على المساعدة لتخفيف الأعراض أو صعوبة هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض
- الاضطراب الاكتيبي المعتدل إلى الحاد (<< DEP) - السمات الرئيسية (لمدة أسبوعين على الأقل)
- مزاج مكتئب مستمر
- تدنٍ ملحوظ للاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة التي كانت في السابق ممتعة
- صعوبة هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض.
- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (<< PTSD) - السمات الرئيسية
- حدث قادر على التسبب بصدمة حصل منذ أكثر من شهر
- كوابيس متكررة، ارتجاع* (flashback) أو ذكريات احتمالية* (intrusive memories) للحدث، يرافقها شعور بالخوف الشديد أو الرعب
- تجنب متعمد لما يذكّر الشخص بالحدث
- إحساس متصاعد بالخطر الراهن (تخوف شديد وتيقظ للخطر أو إصدار ردود فعل قوية على الأصوات الصاخبة أو الحركات غير المتوقعة)
- صعوبة هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض.
- التعاطي الضار للكحول أو مواد الإدمان (<< SUB) - السمة الرئيسية
- تعاطي الكحول أو مواد الإدمان التي تلحق الأذى بالنفس و/أو الآخرين.
- الانتحار/إيذاء الذات (<< SUI) - السمات الرئيسية
- أفعال إيذاء ذات حالية؛ أفكار وخطط انتحارية حالية
- أو أفكار وخطط وأفعال إيذاء الذات لدى شخص يعاني من حالة شديدة من الضيق أو الهياج أو صعوبة التواصل أو الانسحاب.

« في حال الاشتباه بأحد الاضطرابات المذكورة أعلاه، الانتقال إلى الوحدة المناسبة بهدف التقييم والتدبير.

« إذا (١) تمّ استبعاد الأسباب البدنية، (٢) تمّ استبعاد الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان المذكورة أعلاه و (٣) كان الشخص يسعى للحصول على المساعدة بهدف تخفيف الأعراض أو يعاني من صعوبات هائلة في الأداء اليومي بسبب الأعراض، تكون لديه عندئذ شكوى هامة أخرى تتعلق بالصحة النفسية.

• إن استبعاد الأسباب البدنية والاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان المذكورة أعلاه يحتاج عادة إلى أكثر من مقابلة واحدة.

السؤال التقييمي ٣: إذا كان الشخص مراهقاً، فهل يعاني من مشكلة سلوكية؟

حول:

- الضغوطات الشديدة في المرحلة السابقة أو الحالية من حياة المراهق (مثل الاعتداء الجنسي)
- مهارات الأبوة (تأديب متباين أو صارم جداً، دعم عاطفي محدود، مراقبة محدودة، حالة نفسية لدى القائم على العناية بالمراهق)
- كيفية قضاء المراهق معظم وقته. السؤال:
- (إذا كان المراهق يعمل أو يذهب إلى المدرسة). كيف تقضي وقتك بعد المدرسة/العمل؟ هل تمارس أنشطة منتظمة؟
- هل تشعر بالملل في أحيان كثيرة؟ ماذا تفعل حينما تشعر بالملل؟
- « مقابلة المراهق والقائمين على العناية به على السواء بهدف تقييم ما إذا كانت هناك مشاكل سلوكية مستمرة أو مقلقة.
- الأمثلة هي التالية:
- سلوك عنيف
- استخدام المواد المسببة للإدمان
- التنمر أو القسوة تجاه الأنداد
- الأعمال التخريبية
- السلوك الجنسي المتهوّر.
- « إذا كان المراهق يعاني فعلاً من مشكلة سلوكية، طرح الاسئلة الإضافية

عدم وصف الأدوية لـ "شكاوى الصحة النفسية الهامة الأخرى" (إلا بنصيحة طبيب متخصص).
عدم إعطاء حقن الفيتامين أو غيرها من العلاجات غير الفعالة.



١. في كافة الأحوال (إن كان الشخص يعاني من مشاكل عاطفية أو بدنية أو سلوكية)، توفير الدعم النفسي الاجتماعي الأساسي كما هو موصوف في مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية).

« التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية
تعزيز الدعم الاجتماعي
« تعليم كيفية التعامل مع الضغط النفسي

٢. إذا لم يتم استكشاف حالة بدنية تفسر بشكل قاطع العارض البدني القائم، التسليم بحقيقة الأعراض وتقديم التفسيرات الممكنة

- « عدم طلب المزيد من الفحوص المخبرية أو غيرها من الفحوص الا إذا كانت هناك حاجة طبية واضحة لها (كالعلامات الحياتية غير الطبيعية).
- إن طلب الفحوص السريرية غير الضرورية قد يرسخ اعتقاد الشخص بوجود مشكلة بدنية.
- للفحوص السريرية آثار جانبية سلبية محتملة.
- « إخبار الشخص بأنه لا يعاني من مرض خطير وإبلاغه النتائج السليمة للفحوص السريرية والفحوص الأخرى.
- لم نجد أي مشكلة بدنية خطيرة. لا نرى حاجة لإجراء المزيد من الفحوص في الوقت الحالي.
- « إن أصّر الشخص على إجراء المزيد من الفحوص، إجابته بالقول:
• إن إجراء فحوص غير ضرورية قد يكون مضرراً لأنها تسبب قلقاً وآثار جانبية لا فائدة منها.

٣. إذا كان الشخص مراهقاً يعاني من مشاكل سلوكية

- نقاط محددة تجدر مناقشتها مع المراهق:
- تتوفر طرق سليمة للتعامل مع الملل أو التوتر أو الغضب (مثل القيام بأنشطة تساعد على الاسترخاء، ممارسة نشاط بدني، الانشغال بأنشطة مجتمعية).
 - من المجدي التحدث مع أشخاص موثوقين حول الشعور بالغضب أو الملل أو القلق أو الحزن.
 - إن شرب الكحول واستخدام مواد الإدمان الأخرى يزيدان مشاعر الغضب والاكتئاب سوءاً، لذا يجب تجنبها.
 - « تعزيز المشاركة في:
• التعليم الرسمي وغير الرسمي
• الأنشطة ذات الفائدة المشتركة الهادفة والملموسة (كبناء المآوي)
• البرامج الرياضية المنهجية.
 - « تذكر أيضاً تطبيق مبادئ تقليص الضغط النفسي وتعزيز الدعم الاجتماعي (<< المبادئ العامة للرعاية) على هذه المجموعة من المراهقين والقائمين على العناية بهم.
- « تخصيص الوقت اللازم للاستماع إلى المراهق عن تصوّره الخاص للمشكلة (من الأفضل القيام بذلك في غياب القائمين على العناية به).
« توفير التثقيف النفسي للمراهق والقائمين على العناية به. شرح ما يلي:
• يبدي المراهقون أحياناً سلوكاً شاذاً عندما يملكهم شعور بالغضب أو الملل أو القلق أو الحزن. هم بحاجة للرعاية والدعم المستمرين بغض النظر عن سلوكهم.
• يجب أن يبذل القائمون على العناية بالمراهقين أقصى الجهود للتواصل معهم على الرغم من صعوبة الأمر.
• رسائل خاصة بالقائمين على العناية بالمراهقين:
- محاولة تحديد أنشطة ممتعة إيجابية يمكنهم القيام بها معاً.
- عدم التساهل بشأن ما هو مسموح وغير مسموح للمراهق القيام به.
- مدح المراهق أو مكافأته لسلوكه الحسن وتصحيح السلوك الأكثر شذوذاً فقط.
- عدم استخدام العقاب الجسدي أبداً. تفضيل مدح السلوك الحسن على معاقبة السلوك الشاذ.
- عدم مواجهة المراهق حينما تكون مستاءً جداً. التريث لحين أن تهدأ.

٤. المتابع

« إذا استمرت الأعراض أو ازدادت سوءاً أو أصبحت غير محتملة، الطلب من الشخص العودة.

« إذا لم يلحظ أي تحسن أو أصّر الشخص أو القائمين على العناية به على إجراء المزيد من الفحوص وتكثيف العلاج، استشارة أخصائي.

١. الصرع/النوبات

إن الشخص المصاب بالصرع يتعرض لنوبتين على الأقل لا سبب ظاهر لهما كالحمى أو العدوى أو الإصابة أو الانقطاع عن الكحول. تتميز هذه النوبات بفقدان الوعي يصحبه اهتزاز للأطراف ويرتبط في بعض الأحيان بالإصابات الجسدية، سلس البول أو البراز وعض اللسان.

٢. اضطراب تعاطي الكحول أو غيرها من مواد الإدمان

يعمد الشخص المصاب بهذا الإضطراب إلى استهلاك الكحول أو غيرها من المواد المسببة للإدمان ويواجه صعوبة في ضبط استهلاكه، مما يتسبب غالباً في تدهور العلاقات الشخصية والأداء المهني والصحة الجسدية. وعلى الرغم من تلك المشاكل، يواصل الشخص استهلاك الكحول أو غيرها من المواد المسببة للإدمان.

٣. التأخر العقلي

يكون مستوى الذكاء لدى الشخص متدنياً جداً مما يتسبب بمشاكل في حياته اليومية. ففي مرحلة الطفولة، يعاني هذا الشخص من بقاء في تعلم الكلام. وفي مرحلة الرشد، لا يتمكن من إنجاز سوى الأعمال البسيطة. ونادراً ما يتمكن من العيش باستقلالية أو الاعتناء بنفسه و/أو بمُعالِيه من دون مساعدة الآخرين. وفي حالات الإعاقة الحادة، قد يعاني الشخص من صعوبات في التكلم مع الآخرين وفهمهم وقد يحتاج إلى مساعدة دائمة.

٤. الاضطراب الذهاني (بما في ذلك الهوس)

قد يسمع الشخص أو يرى أشياء ليست موجودة، أو يصدق أموراً بشدة فيما هي غير صحيحة في الواقع. ومن الممكن أن يكلم هذا الشخص نفسه، وأن يكون كلامه مشوشاً أو غير مترابط، كما قد يظهر بمظهر غير اعتيادي أو يهمل نفسه. وفي المقابل، قد يعيش هذا الشخص فترات يكون خلالها سعيداً للغاية، سريع الانفعال، نشيطاً، ثرثاراً ومتهوراً. ويعتبر سلوك الشخص "مجنوناً"/غريباً جداً من قبل الأشخاص الآخرين من الثقافة نفسها. وتضم هذه الفئة الذهان الحاد، الذهان المزمن، الهوس والهديان.

٥. الاضطراب العاطفي المعتدل إلى الحاد/الاكتئاب

يضعف الأداء اليومي العادي للشخص بشكل واضح لأكثر من أسبوعين من جراء (أ) حزن شديد/لامبالاة و/أو (ب) قلق/خوف مبالغ فيه خارج عن السيطرة. وغالباً ما يؤثر هذا الاضطراب في العلاقات الشخصية والشهية والنوم والتركيز. كما قد يشتكي الشخص من تعب شديد وينعزل اجتماعياً، بحيث يلزم السرير معظم النهار. ويعد التفكير في الانتحار أم شائعاً.

تضم هذه الفئة الأشخاص الذين يعانون من أشكال مُعقّقة من الاكتئاب واضطرابات القلق واضطراب الكرب ما بعد الصدمة (الذي يتسم بعيش التجربة من جديد والتجنب وفرط التيقظ). إن الأشكال الأخف من هذه الاضطرابات مصنّفة تحت عنوان "الشكاوى النفسية الأخرى".

٦. الشكاوى النفسية الأخرى

تغطي هذه الفئة الشكاوى ذات الصلة بالمشاعر (مثل المزاج المكتئب، القلق) أو الأفكار (مثل اجترار الأفكار، ضعف التركيز) أو السلوك (مثل الخمول والعدائية والتجنب). ويميل الشخص إلى أن يكون قادراً على تأدية معظم الأنشطة اليومية العادية. وقد تمثل الشكاوى عارضاً من أعراض اضطراب عاطفي أقل حدة (كالأشكال الأقل حدة من الاكتئاب أو اضطراب القلق أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة) أو ربما تكون ضيقاً عادياً (أي أنه ليس اضطراباً). معايير الإدراج: يجب ألا تطبق هذه الفئة إلا (أ) في حال طلب الشخص المساعدة بسبب الشكاوى، و(ب) إذا كانت حالة الشخص لا تنطبق بشكل قاطع على أي من الفئات الخمس السابقة.

٧. الشكاوى الجسدية غير المفسرة طبياً

تشمل هذه الفئة أي شكاوى جسدية ليس لها أي سبب عضوي واضح. معايير الإدراج: يجب ألا تطبق هذه الفئة إلا (أ) بعد إجراء الفحوص الجسدية اللازمة، (ب) إذا كانت حالة الشخص لا تنطبق بشكل قاطع على أي من الفئات الست السابقة، و(ج) في حال طلب الشخص المساعدة بسبب الشكاوى.

إنها شذوذ في حركة العضلات، ناتج في الغالب عن الأدوية المضادة للذهان. وهي تشمل الرعاش، التصلب، التشنج العضلي و/أو تعذر الجلوس.	Extrapyramidal side effects	الآثار الجانبية خارج الهرمية
أي أن يعتقد الشخص ويتصرف لبعض الوقت كما لو أنه عاد إلى زمن حصول الحدث فيعيشه من جديد. في حال الارتجاع، يفقد الأشخاص الاتصال بواقعهم لوقت وجيز، عادة لبضعة ثوان أو دقائق.	Flashback	الارتجاع
إنه علاج نفسي قائم على الاستخدام المنهجي لتقنيات تحديد المشاكل وحلها في عدد من الجلسات.	Problem-solving counselling	الإرشاد بحل المشاكل
إنها علاج نفسي يستند إلى فكرة أن السلوك والأفكار والمشاعر السلبية وليدة الذكريات غير المعالجة لأحداث صادمة. ينطوي هذا العلاج على إجراءات موحدة تنص على التركيز في آن واحد على (أ) مجموعات مترابطة من الصور والأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية المؤلمة و(ب) التحفيز الثنائي الذي هو غالباً في شكل حركات متكررة للعينين.	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة
إنه تجمّع غير طبيعي للسوائل في البطن، له أسباب متنوعة.	Ascites	استسقاء البطن
إنها مجموعة من الهرمونات المتوفرة في شكل دواء، لها وظائف هامة بما في ذلك إيقاف الاستجابة الالتهابية لعدوى وسموم وغيرها من الاضطرابات المتعلقة بالمناعة. الأمثلة عن الأدوية الستيرويدية تشمل القشرانية السكرية (الكالبريدنيزولون) وموانع الحمل الهرمونية.	Steroids	الستيرويدات
توفّر الرعاية الداعمة للأشخاص الذين يمرّون بحال من الضيق بعد تعرّضهم مؤخراً لأزمة. تشمل الرعاية تقييم الحاجات الملحة للشخص ومخاوفه؛ ضمان تلبية احتياجاته البدنية الأساسية الملحة؛ توفير أو تعبئة الدعم الاجتماعي؛ وحمايته من المزيد من الأذى.	Psychological first aid (PFA)	الإسعافات النفسية الأولية
إنه اختلال في هرمونات، معادن، كهارل أو فيتامينات الجسم.	Metabolic abnormality	الاضطراب الاستقلابي
إنه اضطراب نفسي حاد يتّسم بتناوب نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب.	Bipolar disorder	الاضطراب ثنائي القطب
إنها كناية عن مجموعة من التدخلات المُسدّدة داخل البيئات المجتمعية، من خلال استراتيجية متعددة القطاعات تستخدم الموارد والمؤسسات المجتمعية المتاحة ضمن هذه البيئات. وهي تهدف إلى إعادة التأهيل بتحسين نوعية حياة الأشخاص المصابين بإعاقات وحياة أسرهم، وتلبية حاجاتهم الأساسية وضمان اندماجهم ومشاركتهم في المجتمع.	Community-based rehabilitation (CBR)	إعادة التأهيل المجتمعية

^{١٠} إن مصطلحات القائمة تقترن في النص بعلامة *.

^{١١} إن التعريفات الإجرائية الواردة في هذه القائمة يجب استخدامها فقط في نطاق دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-HIG): المعالجة السريرية للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في حالات الطوارئ الإنسانية (منظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠١٥).

إنه حالة نفسية غير طبيعية تشمل الخمول أو التشوش أو الغيبوبة، سببها خلل الكبد الوظيفي.	Hepatic encephalopathy	اعتلال الدماغ الكبدي
إن اعتماد الأشخاص على مادة (مواد الإدمان أو الكحول أو التبغ) يشير إلى الحالة التي يُصاب فيها الأشخاص بأعراض معرفية وسلوكية وجسدية مزعجة في غياب هذه المادة. تدفعهم أعراض الانقطاع لأن يسعوا لاستهلاك المزيد من هذه المادة لأنهم غير قادرين على ضبط استهلاكهم للمادة ويستمررون في ذلك على الرغم من عواقبها السلبية.	Dependence	الاعتماد
إنه مادة مخدرة مستمدة من خشخاش الأفيون. تشكل المواد الأفيونية مسكنات ألم فعالة جداً ولكنها قد تسبب الإدمان والاعتماد. الهيروين مخدر أفيوني.	Opiate	الأفيون
إنه تهيج طبقات الأنسجة التي تغطي الدماغ والنخاع الشوكي، ناجم عادة عن التهاب.	Meningeal irritation	تهيج السحايا
إنه التهاب يطال الدماغ و/أو النخاع الشوكي.	Neuroinfection	الالتهاب العصبي
إنها مجموعة من الأدوية لها تأثير منشط على الجهاز العصبي المركزي، يمكنها مضاعفة التنبيه الذهني والشعور باليقظة. يمكن استخدامها كعلاج أساسي لبعض الاضطرابات الصحية ولكنها أيضاً مواد يمكن إساءة استخدامها تسبب الهلوسات والاكتئاب والتأثيرات على الجهاز القلبي الوعائي.	Amphetamines	الامفيتامينات
إنه حالة مرضية تهدد حياة الشخص، سببها التهاب شديد. تكون هذه الحالة مصحوبة بعلامات كالحمى واختلال الدورة الدموية واختلال الأعضاء الوظيفي.	Sepsis	الإنتان
إنه إنتان ناجم عن التهاب المسالك البولية.	Urosepsis	الإنتان البولي
إنه فعل قتل النفس عمداً.	Suicide	الانتحار
إنه انخفاض مفاجئ لضغط الدم يمكن حدوثه عندما يغير الشخص وضعيته من الاستلقاء إلى الجلوس أو الوقوف، مسبباً عادة دوخة أو دواراً. وهو لا يشكل خطراً على حياة الانسان.	Orthostatic hypotension	انخفاض ضغط الدم أثناء الوقوف
إنه تسميم النفس أو التسبب بإصابة النفس، قد يكون أو لا يكون له نية أو نتيجة قاتلة.	Self-harm	إيذاء الذات
إنها فئة من الأدوية ذات مفعول مهدئ (باعث على النوم)، مضاد للقلق، مضاد للتشنج ومرخٍ للعضلات.	Benzodiazepines	البنزوديازيبين
إنه معدل تنفس بطيء غير ملائم يسبب نقصاً في الأكسجين، من أسبابه الشائعة إصابة في الدماغ والتسمم (مثل التسمم بالبنزوديازيبين).	Respiratory depression	تثبيط التنفس
إنه تدنٍ لتأثير دواء عند استخدام الجرعة نفسها منه، ناتج عن اعتياد الجسم على الدواء بسبب الاستهلاك المتكرر. يحتاج الشخص عندها لجرعات أعلى من أجل الحصول على التأثير نفسه.	Tolerance	التحمل
إنه مادة أفيونية توصف لتخفيف الألم، يمكن إساءة استخدامها حيث أنها تثير شعوراً بالنشوة (يكون الشخص "منتشياً" أو سعيداً).	Tramadol	ترامادول
إنه حالة تنتج وتفرز فيها الغدة الدرقية كميات كبيرة جداً من الهرمونات الدرقية. يمكن الخلط بين بعض من أعراضها كالهذيان والرعاش وارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل ضربات القلب وبين أعراض الانقطاع عن الكحول.	Hyperthyroidism	تضخم الغدة الدرقية

إنه تناول ذاتي للكحول أو مواد الإدمان (بما في ذلك، الأدوية الموصوفة) يهدف إلى تقليص المشاكل البدنية أو النفسية من دون استشارة طبيب مختص.	Self-medicating	التطبيب الذاتي
إنه شعور داخلي بالتململ، تصحبه غالباً حركة مفرطة ملحوظة (مثل حركات تملل الساقين، التأرجح من قدم إلى أخرى، المشي بخطوات سريعة، عدم القدرة على الجلوس أو الوقوف من دون حركة).	Akathisia	تعذر الجلوس
أي أن يتفاعل دواءان يتناولهما الشخص نفسه معاً، مما يغير في تأثير أحد الدواءين أو كليهما. وقد تشمل التفاعلات تخفيف تأثير دواء، تقوية أو تسريع تأثير، أو إنتاج تأثير سام.	Drug-drug interaction	تفاعل الدواء مع الدواء
أي أن يؤثر دواء موصوف لعلاج حالة صحية في حالة صحية أخرى يعاني منها الشخص نفسه.	Drug-disease interaction	تفاعل المرض مع الدواء
إنه تقشر للجلد يشكل خطراً على حياة الشخص، ناجم عادة عن تفاعل مع دواء أو التهاب. وهو شبيه بمتلازمة ستيفنز جونسون ولكنه أكثر حدة.	Toxic epidermal necrolysis	تقشر الأنسجة الميتة البشرية التسممي
إنها تقنيات تشمل العمل مع الشخص على استثارة أفكاره من أجل إيجاد الحلول واستراتيجيات التأقلم مع المشاكل التي تم تحديدها، منحها الأولوية ومناقشة كيفية تنفيذ هذه الحلول والاستراتيجيات. في دليل برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية، تستعمل عبارة "الإرشاد بحل المشاكل" عند استخدام هذه التقنيات بشكل منهجي في عدد من الجلسات.	Problem-solving techniques	تقنيات حل المشاكل
إنه علاج نفسي يركز على تحسين المزاج من خلال استئناس الأنشطة (في شكل مهام) التي كانت في السابق ممتعة، على الرغم من انخفاض مزاج الشخص حالياً. يمكن استخدامه كعلاج قائم بحد ذاته وهو أيضاً جزء من العلاج السلوكي المعرفي.	Behavioural activation	التنشيط السلوكي
إنه الأسلوب الذي يلتفت به الشخص المفجوع إلى الشخص المتوفي، مودّ عا إياه ومخلداً ذكره، سرّاً وعلانية. في الحداد، تمارس عادة الشعائر كإقامة المآتم وتحترم التقاليد كتغيير الثياب والبقاء في المنزل والصوم.	Mourning	الحداد
إنه أي حدث مروّع أو مهدّد للحياة كعنف جسدي أو جنسي، مشاهدة أعمال وحشية، تدمير منزل الشخص أو أية إصابات أو حوادث كبرى. أما اختبار الشخص لهذه الأنواع من الأحداث على أنها صادمة أو لا فيعتمد على استجابته العاطفية.	Potentially traumatic event	حدث قادر على التسبب بصدمة
الحدقة (الجزء الأسود من العين) هي فتحة في وسط القرنية تنظم كمية الضوء الداخل إلى العين. تنقبض الحدقتان عادة في الضوء لحماية الجزء الخلفي من العين وتتوسّعان في الظلام للسماح بدخول كمية قصوى من الضوء إلى العين. إن توسّع أو انقباض الحدقتين قد يشير إلى أن الشخص تحت تأثير مواد مدمنة.	Dilated/ constricted pupils	الحدقتان المتوسّعتان / المنقبضتان
إنها ذكريات أليمة متكررة غير مرغوب بها لحدث صادم.	Intrusive memories	الذكريات الاقتحامية
إنه اهتزاز أو رجفان، عادة لأصابع اليدين.	Tremor	الرعاش
إنه سلوك لا يتناسب مع السن الفعلي لنمو الطفل بل ينطبق على من هم أصغر سناً. من الأمثلة الشائعة: التبول اللاإرادي والتعلق الزائد لدى الأطفال.	Regressive behaviour	السلوك التراجعي
إنه اضطراب للقدرة الحركية والذهنية سببه تضرّر مبكر ودائم للدماغ في طور النمو.	Cerebral palsy	الشلل الدماغي

إنه فقدان جزئي أو تام للقوة في أي جزء من البدن، لا سبب عضوي واضح له.	Medically unexplained paralysis	الشلل غير المفسر طبياً
إنها الحالة التي تنهار فيها الدورة الدموية للشخص نتيجة عدوى أو سموم أخرى حيث قد ينخفض ضغط الدم إلى مستوى لا يتيح للشخص البقاء على قيد الحياة. أما علامات هذه الحالة فتشمل ضغط دم منخفض أو غير محسوس، بشرة باردة، غياب أو ضعف النبض، ضيق تنفس واختلال مستوى الوعي.	Shock	الصدمة
إنه علاج نفسي يجمع بين المكونات المعرفية (التي تحث الشخص على التفكير بشكل مختلف، مثلاً من خلال تحديد ومواجهة الأفكار السلبية غير الواقعية) والمكونات السلوكية (التي تحث الشخص على التصرف بشكل مختلف، مثلاً بمساعدة الشخص على ممارسة عدد أكبر من الأنشطة المجزية).	Cognitive behavioural therapy (CBT)	العلاج السلوكي المعرفي
إنه علاج نفسي يستند إلى فكرة أن الأشخاص الذين تعرّضوا لحدث صادم يختبرون أفكاراً ومعتقدات غير مجدية مرتبطة بهذا الحدث ويعواقبه. هذه الأفكار والمعتقدات تؤدي إلى تجنب غير مجدٍ للمنبهات التذكيرية للحدث وتولد إحساساً بتهديد قائم. يتضمن العلاج عادة التعرّض لهذه المنبهات التذكيرية ومواجهة الأفكار أو المعتقدات غير المجدية المتعلقة بالصدمة.	Cognitive behavioural therapy with a trauma focus (CBT-T)	العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة
إنه علاج نفسي يركز على الصلة بين أعراض الاكتئاب والمشاكل ما بين الأشخاص، لاسيّما تلك التي تشمل خسارة، نزاعاً، عزلة وتغيرات حياتية رئيسية.	Interpersonal therapy (IPT)	العلاج النفسي بين الأشخاص
وصف أكثر من دواء في آن واحد لمعالجة الحالة المرضية نفسها.	Polytherapy	العلاج متعدد الأدوية
إنه تنفس متسارع بشكل غير طبيعي، يؤدي إلى نقص الكربمية (كمية قليلة من ثاني أكسيد الكربون في الدم)، ما قد يتسبب بأعراض مميزة من إحساس بوخز الإبر والدبابيس في أصابع اليدين وحول الفم، ألم في الصدر ودوار.	Hyperventilation	فرط التهوية
إنه أوراق نبتة كاتا ايدوليس (<i>Catha edulis</i>) التي تحتوي على مادة منشطة. يعتبر على السواء مادة مدمنة ترويحوية ومادة يمكن إساءة استخدامها تسبب للشخص اعتماداً.	Khat	القات
إنه تدن غير طبيعي في نشاط الغدة الدرقية. عند البالغين، قد يتسبب بمجموعة من الأعراض مثل التعب والخمول وزيادة الوزن وانخفاض المزاج التي يمكن الخلط بينها وبين الاكتئاب. إذا كان قصور الغدة الدرقية موجوداً منذ الولادة ولم يتم علاجه، يمكن أن يؤدي إلى إعاقة ذهنية واخفاق في النمو.	Hypothyroidism	قصور الغدة الدرقية
يشير إلى أجزاء نبتة القنب التي تستخرج منها الماريجوانا والحشيش وزيت الحشيش، وكلها يمكن تدخينها أو تناولها لإثارة الشعور بالنشوة والاسترخاء والتصورات المتغيرة كما يمكنها تخفيف الألم. التأثيرات الضارة للقنب هي فقدان الحافز والهياج والبارانويا.	Cannabis	القنب
إنه انعدام لوظيفة نخاع العظم يمكن أن يؤدي إلى اختلال في إنتاج خلايا الدم.	Bone marrow depression	كبت نخاع العظم
إنها اضطراب نادر يشكل خطراً على حياة الانسان، سببه الأدوية المضادة للذهان. وهو يتسم بأعراض مثل الحمى، والتهذيان، وتصلب العضلات وارتفاع ضغط الدم.	Neuroleptic malignant syndrome	المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان
إنها حالة وراثية سببها وجود كروموسوم إضافي ٢١ وهي ترتبط بدرجات متفاوتة من الإعاقة الذهنية، بتأخر في النمو الجسدي وبملامح مميزة في الوجه.	Down syndrome	متلازمة داون

متلازمة ستيفنز جونسون	Stevens-Johnson syndrome	إنها مرض جلدي يشكل خطراً على حياة الشخص، وهو يتسم بتقشر مؤلم للجلد وبتقرح وفقاعات وجلبيات في الأنسجة المخاطية مثل الفم والشفاه والحنجرة واللسان والعينين والأعضاء التناسلية. يكون أحياناً مصحوباً بحمى. وهو ناجم في أغلب الأحيان عن تفاعل شديد مع الأدوية لاس يما مضادات الصرع.
مضادات الالتهاب اللاستيرويدية	Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	إنها مجموعة من الأدوية المستخدمة للقضاء على الالتهاب وهي تستخدم في كثير من الأحيان لتخفيف الألم (على سبيل المثال، الايبوبروفين هو NSAID).
معرفي	Cognitive	إنه مصطلح يشير إلى العمليات الذهنية المرتبطة بالتفكير كالتحليل، والتذكر، والحكم، وحل المشاكل والتخطيط.
نقص جلوكوز الدم	Hypoglycaemia	إنه تدرن غير طبيعي لتركيز الجلوكوز (لسكر) في الدم.
نقص الصوديوم	Hyponatraemia	إنه تدرن غير طبيعي لتركيز الصوديوم (الملح) في الدم.
نقص اليود	Iodine deficiency	إنه افتقار الجسم لليود الضروري لإنتاج الهرمونات الدرقية الطبيعي، وهو يؤثر في النمو.
النوبة	Seizure	إنها حالة من الخلل الوظيفي الدماغي الناجم عن شحنات كهربائية غير طبيعية في الدماغ.
"النوبة الكاذبة" أو الوهمية"	Pseudoseizure	تبدو كنوبة صرع لكنها ليست كذلك في الواقع. يمكنها أن تحاكي نوبات الصرع بشدة من حيث التغيرات في الوعي والحركة، على الرغم من أن عض اللسان والكدمات القوية الناجمة عن السقوط ولسلس البول أمور نادر حدوثها. مثل هذه النوبات لا تظهر النشاط الكهربائي لنوبات الصرع. ولا تعود الأعراض لحالة عصبية أو للتأثيرات المباشرة لمادة أو دواء. في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-11، هذه النوبات مذكورة تحت عنوان الاضطراب الحركي الانشقاقي.
الهذيان	Delirium	إنه حالة نفسية متقلبة مؤقتة تتسم بتشوش الانتباه (أي قدرة منخفضة على توجيه وتركيز وتثبيت ونقل الانتباه) وتشوش الوعي (أي تقلص الاهتمام بالمحيط) تنشأ في فترة زمنية قصيرة وتميل إلى التقلب خلال اليوم. تصحبها اضطرابات (أخرى) في الإدراك أو الذاكرة أو التفكير أو المشاعر أو الوظائف النفس حركية. وقد تكون أسبابها عضوية حادة مثل العدوى أو الأدوية أو الاضطرابات الاستقلابية أو التسمم بمواد الإدمان أو الانقطاع عن مواد الإدمان.
الهلوسة	Hallucination	إنها إدراك خاطئ للواقع حيث يرى الشخص أو يسمع أو يحس أو يشم أو يتذوق أشياء غير حقيقية.
الوهم	Delusion	إنه اعتقاد ارسخ مخالف للأدلة المتوافرة لا يمكن تغييره بالجدال العقلاني ولا يقبله الأفراد الآخرون في ثقافة الشخص أو ثقافته الثانوية (أي أنه ليس جانباً من المعتقد الديني).
	Log-roll	إنها تقنية قلب الشخص من جانب لآخر دون ثني العنق أو الظهر تفادياً لإلحاق الأذى بالنخاع الشوكي.
	SSRI	مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية: إنها فئة من مضادات الاكتئاب التي تمنع انتقائياً إعادة امتصاص السيروتونين. السيروتونين هي مراسل كيميائي (ناقل عصبي) في الدماغ يؤثر في مزاج الشخص. الفلوكستين هو SSRI.
	TCA	مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات: إنها فئة من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص الناقلين العصبيين، السيروتونين والنورادرينالين. على سبيل المثال، نذكر الاميتريبتيلين والكلويميبرامين.

الكرب الحاد (ACU) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)	الارتجاع
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	الأرق
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)	الأعراض البدنية غير المفسرة
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	انخفاض مستوى التركيز
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) الذهان (PSY)	الانسحاب الاجتماعي
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	الانفعال
الذهان (PSY)	الأوهام
الانتحار (SUI)	إيذاء الذات
الكرب الحاد (ACU) الإعاقة الذهنية (ID)	التبول اللاإدائي
الذهان (PSY) الصرع/النوبات (EPI) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	التشوش
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)	الذكريات الاقتحامية
الصرع/النوبات (EPI) الإعاقة الذهنية (ID)	السلس

الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) الذهان (PSY) الإعاقة الذهنية (ID) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	صعوبة في القيام بالأنشطة العادية
الكرب الحاد (ACU)	فرط التهوية
الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP)	فقدان الطاقة
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP)	قلة الاهتمام/الاستمتاع
الذهان (PSY) الإعاقة الذهنية (ID) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	قلة النظافة الشخصية
الكرب الحاد (ACU) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) الذهان (PSY) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	القلق
الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP)	المزاج الحزين
الإعاقة الذهنية (ID)	مشاكل التعلم
الكرب الحاد (ACU) الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP)	مشاكل الشهية
الصرع/النوبات (EPI) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	النوبات/التشنجات
الذهان (PSY) التعاطي الضار للكحول ومواد الإدمان (SUB)	الهلوسات
الحزن (GRI) الاضطراب الاكتئابي المعتدل إلى الحاد (DEP) الانتحار (SUI)	اليأس

خلال حالات الطوارئ الإنسانية، يجب أن يتولى موظف واحد على الأقل خاضع للإشراف من طاقم الرعاية الصحية داخل كل مرفق صحة عامة عملية تقييم وتدبير الاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان.

يشكل دليل التدخلات الإنسانية لبرنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP-HIG) أداة عملية بسيطة تهدف إلى تحقيق هذا الهدف.



برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية

