

دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية

للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان
في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية

برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية



المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية: للاضطرابات النفسية
والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير
التخصصية: برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية / منظمة الصحة العالمية.
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط -. الإصدار ١,٠ ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف ٢٠١٠ (٩-١٥٤٨٠٦٤-٤-٩٢-٩٧٨: ISBN)

١. الإضطرابات النفسية - وقاية ومكافحة ٢. أمراض الجهاز العصبي
٣. الإضطرابات الذهانية ٤. الإضطرابات المرتبطة بالمواد ٥. الإرشادات
أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WM ١٤٠)
(ISBN: ٩٧٨-٩٢-٩٠٢١-٩٥٩-٠)

(ISBN: ٩٧٨-٩٢-٩٠٢١-٩٦٠-٦)
(متاح على شبكة الإنترنت)

© منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣
جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها،
لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة 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.

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

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات
التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي
ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية
تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية
عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة المطبوعات
الصحية والإنتاج والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط،
ص.ب. (٧٦٠٨)، مدينة نصر، القاهرة ١١٣٧١، مصر
هاتف رقم: ٢٥٣٥ ٢٦٧٠ ٢٠٢؛ فاكس رقم: ٢٤٩٢ ٢٦٧٠ ٢٠٢؛
عنوان البريد الإلكتروني: HPD@emro.who.int.

علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي
لنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها
أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط،
على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int.

دليل تدخلات برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية

للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان
في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية

الإخراجة ١٠

برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية

مُنظَّمَةُ الصِّحَّةِ العَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

١٠	٤- الوحدات الاكتئاب	ج	تمهيد
١٨	الذهان	د	شكر وتقدير
٢٤	الاضطراب ثنائي القطب	ز	الرموز
٣٢	الصرع/ النوبات	١	١- مقدمة
٤٠	الاضطرابات النمائية	٦	٢- المبادئ العامة للرعاية
٤٤	الاضطرابات السلوكية	٨	٣- القائمة الرئيسية
٥٠	الخرف		
٥٨	تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول		
٦٦	استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان		
٧٤	إيذاء الذات/ الانتحار		
٨٠	الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبياً		
٨٢	٥- التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة		

على تقديم حزمة متكاملة من الرعاية من خلال الدعم والتدريب والإشراف.

ومن هذا المنطلق، يسرني أن أقدم «دليل تدخل برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية للاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي مواد الإدمان في الأطر الصحية غير المتخصصة» كأداة فنية لتنفيذ برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية. وجرى إعداد دليل التدخل من خلال عملية مراجعة منهجية للبراهين، تلتها عملية تشاورية وتشاركية دولية. وهو يقدم نطاقاً كاملاً من التوصيات لتيسير رعاية عالية الجودة في مرافق المستوى الأول والثاني من قبل مقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين في الأطر شحيحة الموارد، كما يقدم إدارة متكاملة للحالات المرضية ذات الأولوية باستخدام بروتوكولات لاتخاذ القرارات السريرية.

أمل أن يكون الدليل مفيداً لمقدمي الرعاية الصحية وصانعي القرار ومديري البرامج في تلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وتعاطي مواد الإدمان.

نحن نملك المعرفة. والتحدي الأكبر أمامنا الآن هو ترجمة هذه المعرفة إلى عمل والوصول إلى الأشخاص الذين هم في حاجة شديدة.

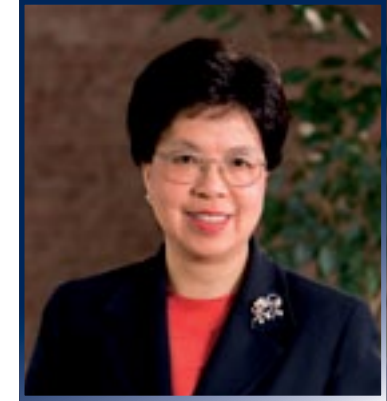
M. Lehan

د. مارجريت تشان
المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية

في عام ٢٠٠٨، أطلقت منظمة الصحة العالمية برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP)، للتصدي لانعدام تقديم الرعاية، ولا سيما في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وتعاطي مواد الإدمان، ف ١٤٪ من الأمراض عالمياً تُعزى لهذه الاضطرابات، وما يقرب من ثلاثة أرباعها تحدث في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض. لكن الموارد المتاحة في البلدان غير كافية، فالغالبية العظمى من البلدان تخصص أقل من ٢٪ من الميزانيات الصحية للصحة النفسية، مما يؤدي إلى فجوة في المعالجة تزيد عن ٧٥٪ في كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

لكن التحرك في هذا الصدد يتوافق مع المنطق الاقتصادي السليم. فالاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي مواد الإدمان تؤثر بصورة ملموسة في قدرة الأطفال على التعلم وقدرة الكبار على العيش في أسرهم وفي العمل والمجتمع ككل. كما أن التحرك هو أيضاً استراتيجية لصالح الفقراء. هذه الاضطرابات هي عوامل خطر، أو عواقب، للكثير من المشاكل الصحية الأخرى، وغالباً ما تكون مرتبطة بالفقر والتهميش والحرمان الاجتماعي.

وهناك فكرة شائعة على نطاق واسع - لكنها خاطئة - بأن التحسينات في مجال الصحة النفسية تتطلب تقنيات متطورة ومكلفة وموظفين على درجة عالية من التخصص. والحقيقة هي أن معظم الحالات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات المراضة والوفيات يمكن أن يديرها مقدمو رعاية صحية غير متخصصين. والمطلوب هو زيادة قدرة نظام الرعاية الصحية الأولية



تواجه النظم الصحية حول العالم تحديات هائلة في تقديم الرعاية للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وعصبية واستخدام مواد الإدمان وحماية حقوقهم الإنسانية. فالموارد المتاحة غير كافية، وهي موزعة بطريقة غير عادلة، ولا تستخدم بكفاءة. ونتيجة لذلك، فإن غالبية كبيرة من الناس مع هذه الاضطرابات لا يتلقون أية رعاية على الإطلاق.

شكر وتقدير

الرؤية والتصور

علاء علوان، المدير العام المساعد، ادارة الأمراض غير السارية والصحة النفسية - منظمة الصحة العالمية؛ بينيديتو ساراسينو، المدير السابق لإدارة الصحة النفسية معاقرة مواد الإدمان - منظمة الصحة العالمية؛ شيخار ساكسينا، مدير ادارة الصحة النفسية ومعاقرة مواد الإدمان - منظمة الصحة العالمية.

التحرير وتنسيق المشروع

تارون دوا، نيكولاس كلارك، إدويغه فايدي، ألكسندرا فليشمان، فلاديمير بوزنيك، مارك فان أوميرين، محمد تقي ياسامي، شيخار ساكسينا.

المساهمة والمشورة

قدّم العاملون الفنيون في المكتب الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، والعاملون في المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية، وخبراء دوليون مواد قيّمة ومساعدة ومشورة كان لها مساهمة حيوية في إعداد دليل التدخلات.

منظمة الصحة العالمية - جنيف

مينا كابرال دي ميلو، فنكاترامان شاندرامولي، ناتالي درو، دانييلا فور، ميشيل فونك، ساندراف غوف، سوزان هيل، جودي موريس، موانسا إنكوآنه، جيفري ريد، داغ ريكنه، روبرت شيربير، رامي صبحي، إزي فرومانز، سيلكه فاليسير.

الدعم الإداري

فرانسيس كاسكوتاس نورغان، أدلين لو، غراسيا موتوري جريبيل، تيس ناريسيسو، ميلين شرايبر، روزا سيميناريو، روزماري ويسترمابر.

المتدربون

سكوت بيكر، كريستينا بروسارد، لين غوتيه، نيللي هين، كوشال جين، كيلسي كليفر، جيسيكاميرز، ماناسي شارما، أديتي سينغ، ستيفن تانغ، كيكو وادا، إيسلين وليامز.

المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية

زهرة أباكوك، منظمة الصحة العالمية/ مكتب هايتي؛ تيريز أغوسو، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لأفريقيا؛ فيكتور أباريسيو، منظمة الصحة العالمية/ المكتب دون الإقليمي لبنما؛ أندريا بروني، منظمة الصحة العالمية/ مكتب سيراليون؛ فيجاي شاندراف، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا؛ سيباستيانا دا غاما إنكومو، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لأفريقيا؛ هاشم علي المسعد، منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأردن؛ كارينا فيريرا بورخيس، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لأفريقيا؛ نرجيسا خودايفا، منظمة الصحة العالمية/ مكتب الضفة الغربية وقطاع غزة؛ ليديا لازيري، منظمة الصحة العالمية/ مكتب ألبانيا؛ هيفاء ماضي، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط؛ ألبرت ماراميس، منظمة الصحة العالمية/ مكتب أندونيسيا؛ أنيتا ماريني، منظمة الصحة العالمية/ مكتب الأردن؛ راجيش ميهتا، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، ليندا ميلان، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ، لارس مولر، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لأوروبا؛ ماريستيلا مونتيرو، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ ماتيس مويان، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لأوروبا؛ إيمانويل موسى، منظمة الصحة العالمية/ مكتب نيجيريا؛ نينا رينا، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا؛ خورخي رودريغيز، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي للأمريكتين؛ خالد سعيد، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ إيمانويل ستريلو، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ وانغ جيانغ دونغ، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ.

الخبراء الدوليون

كلايف آدمز، المملكة المتحدة، روبرت علي، أستراليا؛ ألان أبتير، إسرائيل؛ يائيل أبتير، إسرائيل؛ خوسيه ايسو ماتيسوس*، إسبانيا؛ كورادو باربوي*، إيطاليا؛ إرين باربيول، أستراليا؛ إتوري بيجي، إيطاليا؛ غيل بيل، المملكة المتحدة؛ جريتشين بيريك*، الولايات المتحدة الأمريكية؛ جوناثان بيسون، المملكة المتحدة؛ فيليب بويس، أستراليا؛ فلاديمير كارلي، السويد؛ إريكو كاسترو كوستا، البرازيل؛ أندرو موهانراج شاندراسيكاران†، إندونيسيا؛ سونيا كيهيل، كندا؛ أندريا شيبيرياني، إيطاليا؛ كولن كوكسهيد، سويسرا؛ جايبير دي جيسوس ماري، البرازيل؛ كارلوس دي مندوسا، ليمما/البرتغال، ديبغو ديليو، أستراليا؛ كريستوفر دوريك، المملكة المتحدة؛ كولن درموند، المملكة المتحدة؛ جوليان إيتون†، نيجيريا؛ إريك إميرسون، المملكة المتحدة؛ كلوزا فيري، المملكة المتحدة؛ ألان فيشر*، جنوب أفريقيا؛ إريك فومبون، كندا؛ ماري لوسيا فورمغوني†، البرازيل؛ ميلفين فريمان*، جنوب أفريقيا؛ ليندا غاسك، المملكة المتحدة؛ بانتيليمون*، سويسرا؛ ريتشارد هيبستينغز، المملكة المتحدة، ألان هورويتز، الولايات المتحدة الأمريكية؛ تاكاشي إيروتسو، الولايات المتحدة صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ لين م. جونز†، المملكة المتحدة؛ ماريو جورونيا، البرازيل؛ بودي أنا كيليات†؛ إندونيسيا؛ كيري كولفرز، أستراليا؛ شاجي كونوكاتيل†، الهند؛ ستان كوتشر، كندا؛ تولي لاتي، فنلندا؛ نوبلين لات، أستراليا؛ اسحق ليفاف*، إسرائيل؛ نيكولاس لينتيريس، أستراليا؛ يوكو لونكغيسست، فنلندا؛ لارس ميلوم، النرويج؛ نالاكا منديس، سري لانكا؛ أنا كلير ماير، الولايات المتحدة الأمريكية؛ فاليريو ديزي ميغيليناكوستا، جمهورية الدومينيكان؛ لى لى مين، البرازيل؛ تشارلز نيوتن†، كينيا؛ إيزيدور أوبوت*، نيجيريا؛ لوبومير اوكروليك†، سلوفاكيا؛ اولانكا اوميبودون†*، نيجيريا؛ تيمو بارتونين، فنلندا؛ فيكرام باتيل*، الهند، والمملكة المتحدة؛ مايكل فيليبس*†، الصين؛ بيير ماري برو، فرنسا؛ مارتن برينس*†، المملكة المتحدة، عاطف رحمن†*، باكستان والمملكة المتحدة؛ افارين رحيمي موفاغار*، إيران؛ جانيت روبرتسون، المملكة المتحدة؛ جوسيمير ساندر*، المملكة المتحدة؛ سارداربور غودارزي شاروخ، إيران، جون سوندرز*، أستراليا؛ كيارا سيرفيلي†، إيطاليا؛ براتاب شاران†، الهند؛ لورنزو تارسيتاني، إيطاليا؛ رانغاسوامي تارا*†، الهند؛ غراهام ثورنيكروفت*†، المملكة المتحدة؛ بورغن اونوتزر*، الولايات المتحدة الأمريكية؛ مارك فاكور، سويسرا؛ بيتر فينتيغوغل†، هولندا، لاکشمي فيجايكومار*†، الهند؛ يوجينيو فيتيلي، إيطاليا؛ ون جي وانغ†، الصين.

* عضو في مجموعة تطوير المبادئ التوجيهية لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية الذي طوّره منظمة الصحة العالمية

† مشارك في لقاء استضافته مؤسسة روكفلر حول «تطوير حزمة أساسية للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام المواد ضمن برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية»

شكر وتقدير

المراجعة الفنية

بالإضافة إلى ذلك، قَدِّمَت المنظمات والخبراء الدوليون التالون ملاحظاتهم وتعليقاتهم على مسودة دليل التدخل:

المنظمات

Autistica (إيلين هوبكنز، جيني لونغمور، المملكة المتحدة)؛
Autism Speaks (جيري دوسون، أندي شيه، روبرتو توكمان، الولايات المتحدة الأمريكية)؛
CBM (جوليان إيتون، نيجيريا؛ ألان فوستر، بيرجيت راتكه، ألمانيا)؛
Cittadinanza (اندريا ميليا، رافايلا ميريفالي، إيطاليا)؛
Fondation d'Harcourt (مادلينا أوكيتا، سويسرا)؛
Fondazione St. Camille de Lellis (كيارا شيرمينيا، سويسرا)؛
اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ريناتو سوزا، البرازيل)؛
الاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر (نانا فايديمان، الدانمرك)؛
الهيئة العلمية الدولية (نيرجا شاودري، ألن داير، بيتر هيوز، لين جونز، نيك روز، المملكة المتحدة)؛
معهد كارولينسكا (دانوتا فاسرمان، السويد)؛
منظمة أطباء بلا حدود (فريدريك دروغول، فرنسا؛ باربرا لومون، بلجيكا؛ كارمن مارتينيز، إسبانيا؛ هانز ستوك، هولندا)؛
شبكة مستخدمي الصحة النفسية في زامبيا (سيلفستر كاتونتوكا، زامبيا)؛
المعهد الوطني للصحة العقلية (بامبلا كولنز، الولايات المتحدة الأمريكية)؛
جمعية التوعية بالفصام (غورودات كوندابوركار، الهند)؛
Terre des Hommes (سابين راکاتومالالا، سويسرا)؛
مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين (ماريان شيلبيرورد)؛
صندوق الأمم المتحدة للسكان (تاكاشي ايزوتسو)؛
الجمعية العالمية لإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي (ستيليو ستيليانديس، اليونان)؛
الاتحاد العالمي لعلم الأعصاب (يوهان آرلي، النرويج)؛
مركز التعاون للبحوث والتدريب في الصحة النفسية وتقييم الخدمات/ منظمة الصحة العالمية (ميشيل تانسيللا، إيطاليا)؛
الرابطة العالمية للطب النفسي (ديميتريس اناغناستوبولوس، اليونان)؛
فنست كامو، فرنسا؛
فولفغانغ غابل، ألمانيا؛
طارق جواد، مصر؛
هيلين هيرمان، أستراليا؛
ميغيل جورجي، البرازيل؛
ليفنت كاي، تركيا؛
ماريو ماج، إيطاليا؛
يوجينيا سوماسي، اليونان؛
ألان تاسمان، الولايات المتحدة الأمريكية).

المجتمع المدني / منظمة المستفيدين من الخدمات

راجع الدليل الخبراء التالون:

غريتيل أسيفيدو دي بينزون، بنما؛
أتالاي ألم، إثيوبيا؛
ضيف الله اللوزي، الأردن؛
مايكل انيبويزي، نيجيريا؛
جوزيف أساري، غانا؛
محمد عصفور، الأردن؛
ساويتري اسانانكورنتشاي، تايلند؛
فهيم بهجت، مصر؛
بيير باستن، بلجيكا؛
مايرون بيلغر، الولايات المتحدة الأمريكية؛
فيغيك بينغال، الهند؛
جوسيه بيرتولوتي، البرازيل؛
أرفين بانا، جنوب أفريقيا؛
توماس بورنيمان، الولايات المتحدة الأمريكية؛
ياريدا بويد، بنما؛
بوريس بودوسان، كرواتيا؛
اوديل تشانغ، فيجي؛
سوديتو تشاترجي، الهند؛
هيلاري دينيس، ليسوتو؛
م. باراميشافرا ديفا، ماليزيا؛
هيرفيتا دياتري، إندونيسيا؛
إيفان دوشي، سلوفاكيا، جوزيف إديم هوتاه، سيراليون، ربيع الشامي، لبنان؛
أريك امرسون، المملكة المتحدة؛
سعيد فاروق، باكستان؛
أبيو فيكادو، إثيوبيا؛
سالي فيلد، جنوب أفريقيا؛
أما دو غالو ديوب، السنغال؛
بول غيرتس، بلجيكا؛
تسيهايسنا غيتاهون، إثيوبيا؛
ريتا جكامان، الضفة الغربية وقطاع غزة؛
ميليسا غلادستون، المملكة المتحدة؛
مارغريت غريغ، أستراليا؛
أوبي غوراجي، نيجيريا؛
سيمون هونيكمان، جنوب أفريقيا؛
أسماء هومايون، باكستان؛
مارتسوموفسكس إيفور، أوكرانيا؛
بيوغونيه ارينيو جاكسون، إسبانيا؛
ريتشل جينكنز، المملكة المتحدة؛
أولوبونمي جونسون، جنوب أفريقيا؛
راجيش كالاريا، المملكة المتحدة؛
أنجلينا كاكوزا، أوغندا؛
ديغورا كيستل، الأرجنتين؛
شارون كلاينتيس، جنوب أفريقيا؛
فيجاي كومار، الهند؛
هانا كوبر، المملكة المتحدة؛
ليديا لازيري، ألبانيا؛
انطونيو لورا، إيطاليا؛
لينا لندغرين، الولايات المتحدة الأمريكية؛
أنا سيسيليا ماركيز بيتا روزيلي، البرازيل؛
توني مارسون، المملكة المتحدة؛
إدوارد امبيوي، زامبيا؛
أدريس موسوي، المغرب؛
مالك حسين مبشر، باكستان؛
جولبوس مورون، أوغندا؛
هيديوكي ناكاني، اليابان؛
جولبيت ناكو، أوغندا؛
فرايدي انسالامو، زامبيا؛
اميليو اوفوغا، أوغندا؛
فريدريك اويتي، كينيا؛
ام بيريرا، نيبال؛
إنجه بيترسن، جنوب أفريقيا؛
محمد بسام قاسم، الأردن؛
شوبا راجا، الهند؛
راجات راي، الهند؛
تيلمو رونزاني، البرازيل؛
اي بي ساشيداران، المملكة المتحدة؛
سارة سكين، جنوب أفريقيا؛
جان بيير سوبريه، فرنسا؛
ابانغ بينيت تانا، طه، دار السلام/ بروناي؛
أمبروس اوكتهاغن، سويسرا؛
كريستيان والبيك، فنلندا؛
لورنس فيسو، الولايات المتحدة الأمريكية؛
لودميلا يوريفا، أوكرانيا؛
دوغلاس زاتريك، الولايات المتحدة الأمريكية؛
أنتوني زيمبا، زامبيا.

فريق الإنتاج

تحرير: فيليب جينكنز، فرنسا

مخطط تصميم وتخطيط: إريكا ليفستاد وكريستيان باورله، ألمانيا
تنسيق الطباعة: باسكال برويسن، منظمة الصحة العالمية، جنيف

الدعم المالي

قدمت المنظمات التالية مساهمات مالية لتطوير وإنتاج دليل التدخل:

جمعية أطباء النفس الأميركيين، الولايات المتحدة الأمريكية؛
جمعية مستشفيات إيتشي للعلاج النفسي، اليابان؛
Autism Speaks، الولايات المتحدة الأمريكية؛
CBM؛
حكومة إيطاليا؛
حكومة اليابان؛
حكومة هولندا؛
المكتب الدولي للصرع؛
الرابطة الدولية لمكافحة الصرع؛
مجلس البحوث العلمية، المملكة المتحدة؛
المعهد الوطني للصحة العقلية، الولايات المتحدة الأمريكية؛
مؤسسة الصحة العامة الكندية، كندا؛
مؤسسة روكفيلر، الولايات المتحدة الأمريكية؛
مؤسسة شيرلي، المملكة المتحدة؛
سينجنتا، سويسرا؛
صندوق الأمم المتحدة للسكان؛
الرابطة العالمية للطب النفسي.

الرموز

إحالة للمستشفى 	أطفال رضّع/ صغار 
دواء 	أطفال/ يافعون 
تدخل نفسي اجتماعي 	نساء 
استشارة أخصائي 	حوامل 
إيقاف التقييم 	بالغون 
	كبار السن 
	مطلوب الحذر/ مشكلة 
	انتقل إلى/ انظر/ القفز عن هذه الوحدة 
نعم 	لا تفعل 
لا 	المزيد من المعلومات 

برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) - خلفية

هناك نحو أربعة من كل خمسة أشخاص يعانون من الاضطرابات النفسية والعصبية الإدمانية في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض لا يحصلون على علاج لها. وحتى عندما تتوفر، فإن التدخلات في كثير من الأحيان لا تستند إلى البراهين ولا تكون بجودة عالية. وقد أطلقت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) للبلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض وذلك بهدف تعميم خدمات رعاية الاضطرابات النفسية والعصبية الإدمانية. وقد تم إعداد دليل تدخل برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية من أجل تيسير تنفيذ التدخلات المستندة إلى البراهين المرتبطة بهذا البرنامج في أطر الرعاية الصحية غير المتخصصة.

وهناك فكرة شائعة على نطاق واسع - لكنها خاطئة - بأن جميع تدخلات الصحة النفسية متطورة ولا يمكن توفيرها إلا من قبل موظفين على درجة عالية من التخصص. فقد أظهرت الأبحاث في السنوات الأخيرة مدى جدوى تقديم التدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية في أطر الرعاية الصحية غير المتخصصة. ويستند الدليل النموذجي الحالي على مراجعة لجميع المعلومات العلمية المتاحة في هذا المجال، ويستعرض التدخلات الموصى باستخدامها في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل. كما يشمل دليل التدخلات توجيهات التدخلات القائمة على البراهين للتعرف على عدد من الحالات المرضية ذات الأولوية وإدارتها. وتضم هذه الحالات ذات الأولوية الاكتئاب، والذهان، والاضطرابات ثنائية القطب، والصرع، والاضطرابات النمائية والسلوكية لدى الأطفال واليافعين، والخرف، واضطرابات تعاطي الكحول، واضطرابات تعاطي المخدرات، وإيذاء الذات/ الانتحار، وغيرها من الشكاوى العاطفية الرئيسية أو غير المفسرة طبيًا. وقد تم اختيار هذه الحالات المرضية ذات الأولوية لأنها تمثل عبئًا كبيرًا من حيث الوفيات أو المراضة أو العجز، ولأنه يترتب عليها تكاليف اقتصادية باهظة وترتبط بانتهاكات لحقوق الإنسان.

إعداد دليل تدخل برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية

جرى إعداد دليل تدخل برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية من خلال عملية مكثفة لمراجعة البراهين، حيث تم إجراء مراجعات منتظمة لتطوير التوصيات المبنية على البراهين، بمشاركة فريق منظمة الصحة العالمية لتطوير المبادئ التوجيهية المؤلف من خبراء دوليين تعاونوا بشكل وثيق مع الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية. ثم تم تحويل هذه التوصيات إلى تدخلات معروضة بوضوح وعلى شكل خطوات، مرة أخرى بالتعاون مع مجموعة دولية من الخبراء. وبعد ذلك، تم إرسال دليل التدخلات لمجموعة أوسع من الخبراء من جميع أنحاء العالم لمراجعته وإدماج مساهماتهم المختلفة فيه.

ويستند دليل التدخلات إلى المبادئ التوجيهية لبرنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية حول التدخلات في الاضطرابات النفسية والعصبية الإدمانية (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en). جدير بالذكر أنه سيتم مراجعة كل من المبادئ التوجيهية ودليل التدخل لبرنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية وتحديثها بعد 5 سنوات، لكن أية مراجعة أو تحديث قبل ذلك الحين سيتم إدخالها على النسخة الإلكترونية.

الغاية من دليل تدخل برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية

تم إعداد دليل التدخل لبرنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية لاستخدامه في أطر الرعاية الصحية غير المتخصصة، وهو يستهدف مقدمي الرعاية الصحية في مرافق المستوى الأول والثاني. وقد يكون مقدمو الرعاية الصحية هؤلاء يعملون في مركز صحي أو كجزء من فريق سريري في مستشفى أو عيادة على مستوى المنطقة، ومن بينهم الأطباء العامين، وأطباء الأسرة، والممرضين، والمسؤولين السريريين. كما يمكن لمقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين الآخرين استخدام دليل التدخلات بعد إدخال بعض التعديلات الضرورية. وتشمل مرافق المستوى الأول مراكز الرعاية الصحية التي تشكل نقطة الاتصال الأولى مع أخصائيي الصحة وتقدم الرعاية الطبية والتمريضية للمرضى الخارجيين، ويقدم الخدمات فيها أطباء عامون، وأطباء أسنان، وأطباء سريريون، وممرضو الرعاية في المجتمع، والصيادلة، والقابلات، وغيرهم. أما مرافق المستوى الثاني فتشمل المستشفيات في مستوى الإحالة الأولى المسؤولة عن منطقة أو مساحة جغرافية محددة تحتوي على مجموعة سكانية محددة وتديرها مؤسسة سياسية إدارية، مثل فريق المنطقة للإدارة الصحية. ويقدم الطبيب السريري أو أخصائي الصحة النفسية للمنطقة الدعم لفريق الرعاية الصحية للمستوى الأول في جانبي الإرشاد والإحالة.

حرصنا أن يكون دليل التدخلات مختصرًا وذلك ليسهل على العاملين غير المتخصصين ذوي المشاغل في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل تنفيذ التدخلات. يصف الدليل بالتفصيل ما يجب القيام به ولكن لا يدخل في تفاصيل كيفية القيام بذلك. ومن المهم أن يتم تدريب مقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين ومن ثم الإشراف عليهم ودعمهم في استخدام دليل التدخلات في تقييم وإدارة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية إدمانية.

تنفيذ برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية - المسائل الرئيسية

ينبغي أن يبدأ التنفيذ على المستوى القطري بتعليم اجتماع للأطراف المعنية الوطنية، وتقييم الاحتياجات، وتحديد المعوقات التي تحول دون تعميم البرنامج. وينبغي أن يؤدي ذلك إلى إعداد خطة عمل لتعميم البرنامج، وجهود المناذاة، وتطوير العاملين وإجراء تحولات في مهامهم، ومسائل التمويل والميزانية، وتطوير نظام معلومات للحالات المرضية ذات الأولوية، والمراقبة والتقييم.

سيكون التنفيذ على مستوى المناطق أسهل بكثير بعد وضع القرارات على الصعيد الوطني موضع التنفيذ. ومن المطلوب في البداية عقد سلسلة من الاجتماعات التنسيقية على مستوى المناطق. ويجب تقديم المعلومات لجميع موظفي الدوائر الصحية، خاصة إذا كانت الصحة النفسية مجالاً جديداً سيتم إدماجها ضمن مسؤولياتهم. يُذكر أن هؤلاء الموظفين إن عرفوا أن دليل التدخلات بسيط، وينطبق على سياقهم، ويمكن دمجه في النظام الصحي، فإنهم سيشعرون باستعداد أكبر لاستخدامه. ومن جانب آخر، يتطلب بناء القدرات في مجال رعاية الصحة النفسية تدريباً أولياً ودعماً وإشرافاً متواصلين. ومع ذلك، يجب تنسيق أنشطة التدريب على تنفيذ دليل التدخلات بطريقة لا تعيق تواصل تقديم الخدمات.

تكييف دليل التدخلات في برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية

دليل التدخلات هو دليل نموذجي، لذلك من الضروري أن يتم تكييفه ليتوافق مع الظروف الوطنية والمحلية. ويمكن للمستخدمين اختيار مجموعة فرعية من الحالات المرضية ذات الأولوية أو التدخلات ومن ثم تكييفها وتنفيذها وفقاً للاختلاف في مدى انتشار وتوفير الموارد من سياق لآخر. كما أن التكييف ضروري لضمان تغطية الحالات المرضية التي تشكل العبء الأكبر في بلد ما، وإن دليل التدخلات ملائم للظروف المحلية التي تؤثر على رعاية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية وإدمانية في المرافق الصحية. وينبغي استغلال عملية التكييف كفرصة لخلق إجماع بشأن المسائل الفنية المرتبطة بالحالات المرضية المختلفة، وهذا يتطلب إشراك أبرز الأطراف المعنية الوطنية. وتتضمن عملية التكييف الترجمة اللغوية والتأكد من أن التدخلات مقبولة في السياق الاجتماعي والثقافي ومناسبة لنظام الرعاية الصحية المحلي.

والقصد من دليل التدخلات ليس تفعيل عملية تطوير الخدمات، فلدَى منظمة الصحة العالمية مسبقاً مواد نظرية يمكن الاسترشاد بها في تطوير الخدمات. ومن بين هذه المواد النظرية، أداة لتقييم أنظمة الصحة النفسية، وحزمة توجيهية لسياسات وخدمات الصحة النفسية، ومواد محددة حول إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية. كما أن هناك معلومات حول تنفيذ برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية في «برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية: الارتقاء برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية الإدمانية». وقد أوردنا في نهاية المقدمة قائمة بمواد نظرية مفيدة أنتجتها منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد وروابط مواقعها على الإنترنت.

وعلى الرغم من أن دليل التدخلات موجه في المقام الأول لغير المتخصصين، إلا أن المتخصصين قد يجدونه مفيداً في عملهم أيضاً. وبالإضافة إلى ذلك، يلعب المتخصصون دوراً أساسياً وبارزاً في الدعم والتدريب والإشراف، حيث يشير الدليل إلى الحالات التي يكون مطلوباً فيها الاتصال بمتخصصين للتشاور أو الإحالة. ولا بد من إيجاد حلول خلاقية عندما لا يتوفر المتخصصون في المنطقة. وعلى سبيل المثال، إذا كانت الموارد شحيحة، يمكن تنظيم تدريب إضافي في الصحة النفسية لمقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين ليتمكنوا من أداء بعض هذه الوظائف في ظل غياب المتخصصين. كما يمكن للمتخصصين أن يستفيدوا أيضاً من التدريب على جوانب الصحة العامة في البرنامج وتعليم الخدمات. وفي الوضع المثالي، يتطلب تنفيذ دليل التدخلات عملاً منسقاً من جانب خبراء ومديري الصحة العامة، والمتخصصين الملتزمين أصحاب التوجه للصحة العامة.

كيفية استخدام دليل التدخلات في برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية

« يبدأ دليل التدخلات بـ «المبادئ العامة للرعاية»، الذي يستعرض الممارسات السريرية الجيدة للتفاعل بين مقدمي الرعاية الصحية مع الأشخاص الساعين للحصول على رعاية للصحة النفسية. وينبغي لجميع مستخدمي دليل التدخلات أن يطلعوا على هذه المبادئ، وينبغي متابعتها بقدر الإمكان.

« يتضمن دليل التدخلات «مخططاً رئيسياً» يقدم معلومات عن التجليات المشتركة للحالات المرضية ذات الأولوية. والغاية من هذا المخطط إرشاد الأطباء إلى الوحدات المتعلقة بعملهم.

- إن كان هناك احتمال وجود مرضية مشتركة (وجود اضطرابين متزامنين)، فإن من المهم للأطباء تأكيد المرضية المشتركة ثم وضع خطة إدارة عامة للعلاج.

- ينبغي معالجة الحالات الأخطر أولاً. ويجب أن تشمل المتابعة في الزيارة التالية التحقق من حدوث تحسن في الأعراض أو العلامات الدالة على وجود أية حالة أخرى ذات أولوية. وإذا تمت الإشارة للحالة كحالة طارئة، فإنه يجب معالجتها أولاً. وعلى سبيل المثال، إذا كان الشخص مصاباً بتشنجات، ينبغي معالجة النوبة الحادة أولاً قبل الحصول على تاريخ مفصل حول وجود صرع.

« وحدات الدليل، المرتبة حسب الحالات ذات الأولوية، هي أداة لصنع القرارات والإدارة السريرية. وقد قمنا بتخصيص لون مختلف لكل وحدة للسماح بالتمييز بينها بسهولة. كما أوردنا مقدمة في بداية كل وحدة تستعرض الحالة (الحالات) التي تغطيها الوحدة.

تتألف كل وحدة من قسمين: القسم الأول وهو قسم تقييم وإدارة الحالة، يعرض المحتويات على شكل جداول مع نقاط متعددة لاتخاذ القرار. وقد تم تحديد رقم لكل نقطة قرار وصياغتها على شكل سؤال. كما أن المعلومات في كل نقطة قرار مرتبة في شكل ثلاثة أعمدة «تقييم، اتخاذ قرار، إدارة أو معالجة».

معالجة

اتخاذ قرار

تقييم

- يتضمن العمود الأيمن تفاصيل تقييم الشخص. وهو عمود التقييم الذي يوجه المستخدمين حول كيفية تقييم الحالة السريرية للشخص. وعلى المستخدمين النظر في جميع عناصر هذا العمود قبل الانتقال إلى العمود التالي.

- العمود الأوسط يحدد الاحتمالات المختلفة التي يمكن لمقدم الرعاية الصحية أن يواجهها. هذا هو عمود اتخاذ القرار.

- يقدم العمود الأيسر اقتراحات حول كيفية معالجة هذه المشكلة، وهو عمود المعالجة، ويحتوي على معلومات ومشورة مرتبطة بنقاط قرار محددة حول التدخلات النفسية والدوائية. ويتم ربط (عمل إسناد ترافقي) المشورة الخاصة بمعالجة الحالة مع تفاصيل التدخلات ذات الصلة التي لم يتم تضمينها في الجداول لشدة تفصيلها. ويتم تحديد تفاصيل التدخلات من خلال رموز. على سبيل المثال، يعني اكتئاب تفصيل التدخلات رقم ٣ في وحدة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد.

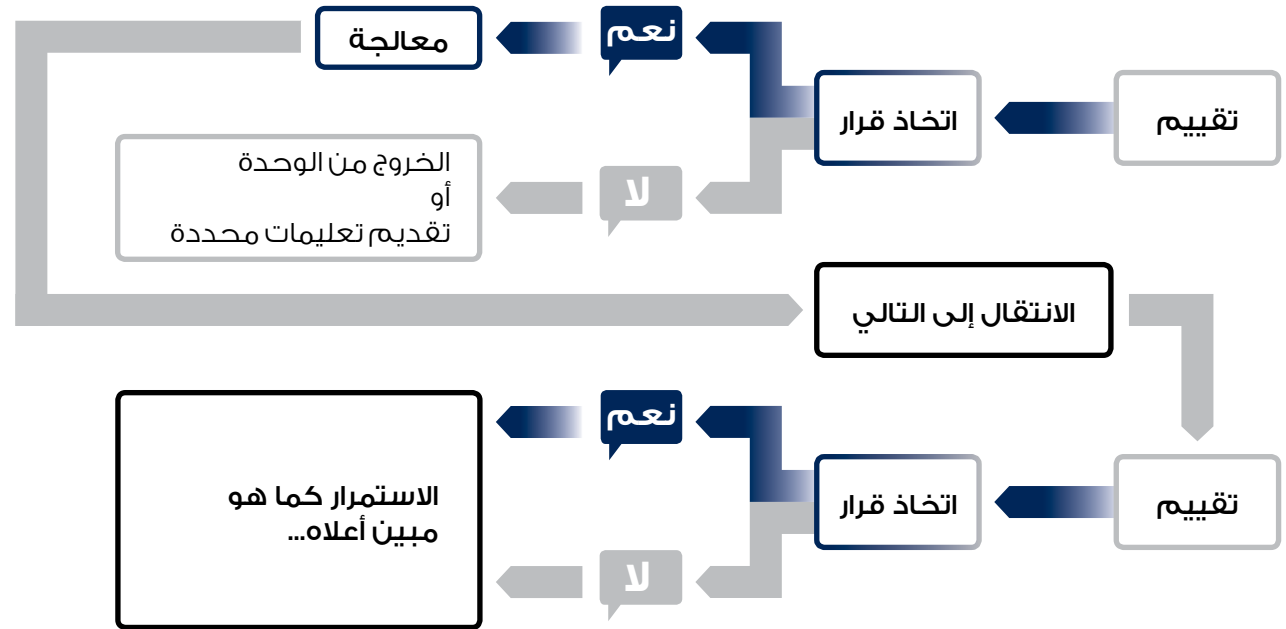
- يستخدم دليل التدخلات سلسلة من الرموز لتسليط الضوء على جوانب معينة ضمن أعمدة التقييم واتخاذ القرار والمعالجة في الجداول. وقد أوردنا في قسم الرموز قائمة بهذه الرموز وتفسيراتها.

« يتألف القسم الثاني من كل وحدة من تفاصيل التدخلات التي توفر المزيد من المعلومات بشأن المتابعة والإحالة، ومنع الانتكاس، والمزيد من التفاصيل الفنية حول العلاجات النفسية الاجتماعية/ غير الدوائية والدوائية، وأبرز الآثار الجانبية أو التفاعلات. وقمنا بعرض تفاصيل التدخلات بشكل عام، لذلك فهي تتطلب التكيف لتتماشى مع الظروف واللغة المحلية، وربما تحتاج إلى إضافة أمثلة ورسوم توضيحية لتعزيز مدى فهمها وقبولها وجاذبيتها.

« على الرغم من أن الدليل يركز في المقام الأول على التدخلات السريرية والعلاج، إلا أنه يتيح لمقدمي الرعاية الصحية فرصاً لتوفير تدخلات تستند إلى البراهين لمنع الاضطرابات النفسية والعصبية الإدمانية في المجتمع. ويمكن العثور على مبررات الوقاية لهذه التدخلات في نهاية بعض الحالات.

« القسم الخامس يغطي «تدخلات نفسية متقدمة» لأغراض خاصة بهذا الدليل، ويشير مصطلح «تدخلات نفسية متقدمة» إلى التدخلات التي يحتاج مقدم الرعاية الصحية أكثر من ساعات قليلة لتعلمها، وعادةً أكثر من بضع ساعات لتنفيذها. ويمكن تنفيذ هذه التدخلات في أطر الرعاية غير المتخصصة، ولكن فقط عند توفير ما يكفي من وقت الموارد البشرية. وتم الإشارة لمثل هذه التدخلات داخل الجداول في الوحدات اختصاراً برمز مشدّد لبيان أنها تتطلب عدداً أكبر نسبياً من الموارد البشرية.

ملاحظة: على مستخدمي الدليل البدء من الجزء العلوي من قسم التقييم والإدارة والنظر في جميع نقاط القرار لوضع خطة إدارة شاملة للشخص.



تعليمات لاستخدام الجداول بشكل صحيح وشامل

مواد ذات صلة أصدرتها منظمة الصحة العالمية يمكن تحميلها من الروابط التالية:

العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية
Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

الرعاية خلال الحمل والولادة وبعد الولادة ورعاية الولدان: دليل للممارسة الأساسية
Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

الوقاية من الانتحار: سلسلة مراجع
Preventing suicide: a resource series
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية: مبادئ توجيهية لتقييم ومعالجة مخاطر القلب والأوعية الدموية
Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة وخيارات السياسات
Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة
Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نظم الصحة النفسية
World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en

تحسين النظم والخدمات الصحية للصحة النفسية
Improving health systems and services for mental health
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

تغذية الرضع وصغار الأطفال – أدوات ومواد
Infant and young child feeding – tools and materials
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

التدبير المتكامل لأمراض المراهقين والبالغين/ التدبير المتكامل لأمراض الطفولة
Integrated management of adolescent and adult illness/Integrated (management of childhood illness (IMAI/IMCI
[/http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en](http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en)

التدبير المتكامل لأمراض الطفولة
(Integrated management of childhood illness (IMCI
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية – منظور عالمي
Integrating mental health into primary care – a global perspective
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf

سلسلة لانسييت حول الصحة النفسية العالمية ٢٠٠٧
Lancet series on global mental health 2007
[/http://www.who.int/mental_health/en](http://www.who.int/mental_health/en)

برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية
(Mental health Gap Action Programme (mhGAP
http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

مركز المراجع الخاصة ببرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية
mhGAP Evidence Resource Centre
[/http://www.who.int/mental_health/mhgapevidence/en](http://www.who.int/mental_health/mhgapevidence/en)

تقييم اضطرابات عوز اليود ومراقبة القضاء عليها: دليل لمديري البرامج. الطبعة الثالثة (تم تحديثها في ١ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٨)
Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (updated 1st September 2008)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

التأهيل المجتمعي: استراتيجية لإعادة التأهيل وتكافؤ الفرص والحد من الفقر والإدماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من إعاقات (ورقة مواقف مشتركة ٢٠٠٤)
CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

المعالجة السريرية للتسمم الحاد بالمبيدات: الوقاية من السلوكيات الانتحارية
Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

الصرع: دليل للمسؤولين الطبيين والسريريين في أفريقيا
Epilepsy: A manual for medical and clinical officers in Africa
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ
IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf

الرعاية المتكاملة لأمراض الطفولة من أجل النمو ونماء صحيين للأطفال
IMCI care for development: For the healthy growth and development of children
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

المبادئ العامة للرعاية

المبادئ العامة
لرعاية

ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية اتباع الممارسات السريرية السليمة في تفاعلهم مع جميع الأشخاص الذين يلتمسون الرعاية، وعليهم على وجه التحديد احترام خصوصية الأشخاص الذين يلتمسون الرعاية للاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية، وإقامة علاقات جيدة معهم ومع الأشخاص الذين يعتنون بهم، والاستجابة لهم بطريقة داعمة، بعيدة عن الأحكام والوصم. وينبغي النظر في الإجراءات الرئيسية التالية عند تنفيذ دليل تدخلات برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتم تكرار هذه الإجراءات في جميع الوحدات.

١. التواصل مع الأشخاص الذين يلتمسون الرعاية ومن يقوم على العناية بهم

- « ضمان أن يكون التواصل واضحاً ومتعاملاً ومراعياً للفروق في العمر والجنس والثقافة واللغة.
- « الالتزام بالود والاحترام وعدم إصدار الأحكام في جميع الأوقات.
- « استخدام لغة بسيطة وواضحة.
- « التجاوب بحساسية مع الكشف عن معلومات خاصة ومؤلمة (مثلاً، فيما يتعلق بالاعتداء الجنسي أو إيذاء الذات).
- « تزويد الشخص بمعلومات عن حالته الصحية بمصطلحات يمكنه أن يفهمها.
- « سؤال الشخص عن مدى فهمه للحالة.

٢. التقييم

- « تسجيل التاريخ الطبي وتاريخ بداية الشكوى (الشكاوى)، والتاريخ الماضي والتاريخ الأسري بما له علاقة بالحالة.
- « إجراء فحص جسدي عام.
- « القيام بتقييم أو إدارة أو إحالة، حسب الاقتضاء، أية حالة طبية متزامنة.
- « تقييم المشاكل النفسية الاجتماعية، مع الأخذ في الاعتبار الوضع الماضي والحاضر للمشاكل الاجتماعية والمشاكل في العلاقات، والظروف المعيشية والمالية، وغيرها من الأحداث الحياتية المتواصلة المسببة للتوتر.

٣. العلاج والمراقبة

- « تحديد أهمية العلاج للشخص، واستعداده للمشاركة في الرعاية المقدمة له.
- « تحديد أهداف علاج الشخص المصاب ووضع خطة إدارة تحترم أشكال الرعاية التي يفضلها (والتي يفضلها أيضاً من يقوم على العناية به، إذا كان مناسباً).
- « وضع خطة لمواصلة العلاج ومتابعته، وذلك بالتشاور مع الشخص.
- « إبلاغ الشخص بالمدة المتوقعة للعلاج، والآثار الجانبية المحتملة للتدخل، وأية خيارات للعلاج البديل، وأهمية الالتزام بخطة العلاج، والتوقعات المرجحة لسير الحالة.
- « إجابة أسئلة الشخص وتبديد مخاوفه بشأن العلاج، ومدّه بأمل واقعي لتحسين نوعية حياته وتعافيه.
- « القيام بمراقبة مستمرة لآثار العلاج ونتائجه، وتفاعلات العقاقير (بما في ذلك مع الكحول، والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية، والأدوية التكميلية/ التقليدية)، والآثار الضارة للعلاج، وتعديله وفقاً لذلك.
- « تيسير الإحالة إلى الأخصائيين، متى كانت متاحة وحسب اللزوم.
- « بذل جهود لربط الشخص بجهود الدعم المجتمعي.
- « متابعة، وإعادة تقييم توقعات الشخص من العلاج، وحالته السريرية، وفهمه للعلاج، والتزامه بالعلاج، وتصحيح أية مفاهيم خاطئة لديه.
- « تشجيع الشخص على المراقبة الذاتية للأعراض، والشرح له متى عليه الحصول على الرعاية على الفور.
- « توثيق الجوانب الرئيسية من التعامل مع الشخص والعائلة في ملف الحالة.

- « استخدام موارد الأسرة والمجتمع للاتصال بالأشخاص الذين لم يعودوا للخضوع للمتابعة المنتظمة.
- « الطلب من الحوامل أو النساء اللاتي يخططن للحمل بالقيام بعدد أكبر من زيارات المتابعة.
- « تقييم المخاطر المحتملة للأدوية على الجنين أو الطفل عند تقديم الرعاية للمرأة الحامل أو المرضع.
- « التأكد من مراقبة أطفال النساء اللاتي يتناولن الأدوية ويُرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية لضمان عدم ظهور آثار ضارة أو علامات امتناع عليهم، وإخضاعهم لفحوص شاملة إذا لزم الأمر.
- « طلب عدد أكبر من زيارات المتابعة من كبار السن الذين يعانون من حالات مرضية ذات أولوية، وخاصة إن كانوا في حالة من فقدان الاستقلالية أو العزلة الاجتماعية.
- « ضمان معالجة الناس بطريقة شمولية، بتلبية احتياجات الصحة النفسية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات جسدية، فضلاً عن احتياجات الصحة البدنية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

٤. حشد وتقديم الدعم الاجتماعي

- « يجب مراعاة التحديات الاجتماعية التي قد يواجهها الشخص، وملاحظة أثرها المحتمل على الرفاه والصحة البدنية والنفسية.
- « حيثما كان ذلك مناسباً، إشراك من يقوم على العناية أو أحد أفراد أسرة الشخص في رعايته.
- « تشجيع المشاركة في مجموعات المساعدة الذاتية ودعم الأسرة، حيثما كانت متاحة.

المبادئ العامة للرعاية

- « تحديد وحشد المصادر المحتملة للدعم الاجتماعي والمجتمعي في المنطقة المحلية، بما في ذلك دعم الإسكان والتعليم والدعم المهني.
- « للأطفال واليا فعين، التنسيق مع المدارس لحشد الدعم التربوي والاجتماعي، حيثما أمكن.

٥. حماية حقوق الإنسان

- « إيلاء اهتمام خاص بمعايير حقوق الإنسان الوطنية والدولية (المربع الأول).
- « تعزيز العيش باستقلالية في المجتمع وعدم التشجيع على إدخال الشخص إلى الرعاية المؤسسية.
- « توفير الرعاية بطريقة تحترم كرامة الشخص، وتراعي الثقافة وتلائمها، وتخلو من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غيره، أو الأصل القومي أو العرقي أو الاجتماعي، أو الملكية، أو المولد، أو السن، أو أي وضع آخر.
- « التأكد من أن الشخص يفهم العلاج المقترح، ويقدم موافقة حرة وعن دراية على العلاج.
- « إشراك الأطفال واليا فعين في قرارات العلاج بطريقة تتفق مع قدراتهم المتطورة، ومنحهم الفرصة لمناقشة مخاوفهم بطريقة تراعي خصوصيتهم.
- « إيلاء اهتمام خاص للسرية، وحق الشخص في الخصوصية.
- « بموافقة الشخص، إبقاء القائمين على العناية بالشخص على اطلاع بحالته الصحية، بما في ذلك المسائل المتعلقة بالعلاج والتقييم والمتابعة أية آثار جانبية محتملة.
- « الحد من الوصم والتهميش والتمييز، وتعزيز الاندماج الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عصبية وإدمانية من

خلال تعزيز الروابط القوية مع قطاعات التوظيف والتعليم والقطاعات الاجتماعية (بما فيها السكن) وغيرها من القطاعات ذات الصلة.

٦. الاهتمام بالرفاه العام

- « تقديم المشورة حول النشاط البدني والمحافظة على وزن صحي.
- « التثقيف بشأن الاستخدام الضار للكحول.
- « تشجيع التوقف عن تعاطي التبغ واستخدام مواد الإدمان.
- « التثقيف بشأن السلوكيات الخطرة الأخرى (مثل الجنس غير الآمن).
- « إجراء فحوص منتظمة للصحة البدنية.
- « تجهيز الناس لتوقع التغيرات النمائية في الحياة مثل البلوغ وانقطاع الطمث، وتقديم الدعم اللازم.
- « مناقشة خلط لطرق الحمل ومنع الحمل مع النساء في سن الإنجاب.

المربع الأول

أبرز معايير حقوق الإنسان الدولية

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٤٦/٣٩، المرفق، ٣٩ UN GAOR، الملحق (رقم ٥١) في (١٩٨٤) ١٩٨٤، UN Doc. A/٣٩/٥١، ١٩٧٧. دخلت حيز التنفيذ في ٢٦ حزيران/يونيو ١٩٨٧. <http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩). تم اعتمادها بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٨٠/٣٤، بتاريخ ١٨ كانون أول/ديسمبر ١٩٧٩. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٣ كانون أول/ديسمبر ٢٠٠٦. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

اتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩). تم اعتمادها بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٥/٤٤، بتاريخ ٢٠ تشرين ثاني/نوفمبر ١٩٨٩. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (١٩٦٦). تم اعتماده بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة (XXI) A/٢٢٠٠، بتاريخ ١٦ كانون أول/ديسمبر ١٩٦٦. <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦). تم اعتماده بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة (XXI) A/٢٢٠٠، بتاريخ ١٦ كانون أول/ديسمبر ١٩٦٦

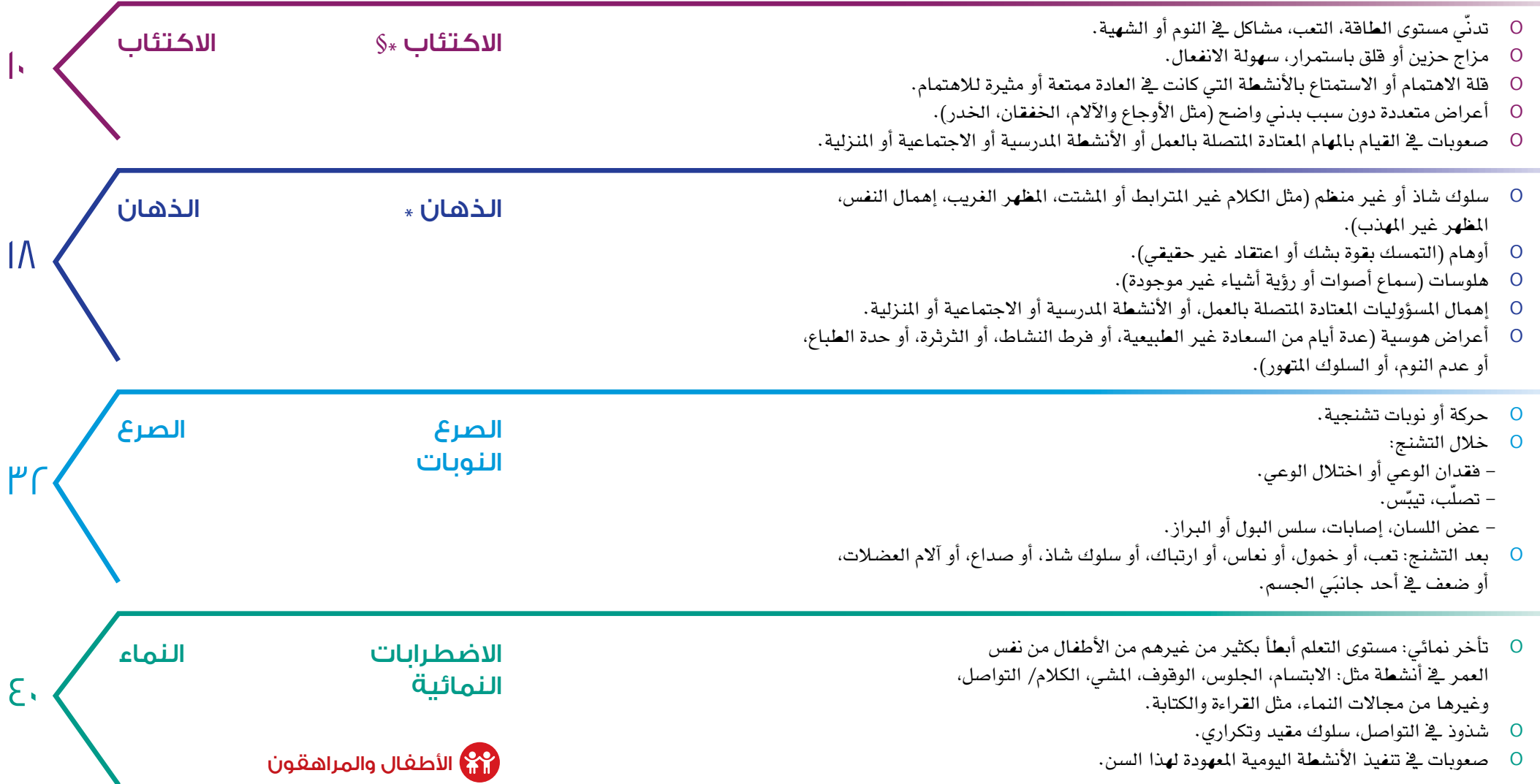
القائمة الرئيسية لدليل تدخلات برنامج رآب الفجوة في الصحة النفسية: ما هي الحالة (الحالات) ذات الأولوية في التقييم؟

1. هذه التجليات الشائعة تشير إلى الحاجة إلى تقييم.
2. إذا كان لدى الشخص مظاهر لحالة أو أكثر، عندئذ يجب تقييم جميع الحالات ذات الصلة.
3. جميع الحالات تنطبق على جميع الأعمار، ما لم يُذكر خلاف ذلك.

التجليات الشائعة

الحالة التي سيتم تقييمها

الانتقال إلى



٤٤

السلوك

الاضطرابات
السلوكية

الأطفال والمراهقون



- عدم اهتمام وشروع بشكل مفرط، تكرار ترك المهام قبل إتمامها والتحول إلى أنشطة أخرى.
- النشاط المفرط: الإفراط في الركض، صعوبات بالغة في البقاء جالساً، الإفراط في الكلام أو التملل.
- الاندفاع المفرط: القيام بأمور دون تفكير بشكل متكرر.
- القيام بسلوك يزعج الآخرين بشكل متكرر ومتواصل (مثل نوبات الغضب الحادة والمتكررة على نحو غير عادي، السلوك القاسي، العصيان الشديد والمتواصل، السرقة).
- تغيرات فجائية في السلوك أو العلاقات مع الأقران، بما في ذلك الانسحاب والغضب.

٥٠

الخرف

الخرف

كبار السن



- نقص أو مشاكل في الذاكرة (نسيان حاد) والاهتداء (الوعي بالمكان والزمان والذات).
- مشاكل مزاجية أو سلوكية مثل اللامبالاة (إبداء عدم الاهتمام) أو سهولة الانفعال.
- فقدان السيطرة على المشاعر - الشعور بالضيق أو تعكر المزاج أو الرغبة في البكاء بسهولة.
- صعوبات في القيام بالعمل أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة.

٥٨

الكحول

اضطرابات تعاطي
الكحول

- يبدو الشخص تحت تأثير الكحول (مثل أن تفوح منه رائحة الكحول، أو يبدو مخموراً، أو يعاني من آثار الكحول).
- التعرض لإصابة.
- أعراض جسدية مرتبطة بتعاطي الكحول (مثل الأرق، التعب، فقدان الشهية، الغثيان، والتقيؤ، عسر الهضم، الإسهال، الصداع).
- صعوبات في القيام بالعمل أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة.

٦٦

الإدمان

- يبدو تحت تأثير المخدرات (مثل تدني مستوى الطاقة، الاهتياج، التملل، صعوبة في النطق).
- تبدو على الشخص علامات استخدام مواد الإدمان (علامات الحقن، عدوى جلدية، مظهر غير مهذب).
- طلب وصفات لأدوية مهدئة (أقراص النوم، الأفيونيات).
- صعوبات مالية أو مشاكل قانونية متصلة بجرائم.
- صعوبات في القيام بالعمل أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة.

٧٤

الانتحار

إيذاء الذات
الانتحار

- تفكير أو تخطيط أو تصرف حالي لإيذاء الذات أو الانتحار.
- تاريخ سابق للتفكير أو التخطيط أو التصرف لإيذاء الذات أو الانتحار.

* يمكن الوصول إلى وحدة الاضطراب ثنائي القطب (ثنائي) من خلال إما وحدة الذهان أو وحدة الاكتئاب (المعتدل إلى الحاد).
 † أما وحدة الشكاوى العاطفية الخطيرة أو غير المفسرة طبياً الأخرى (أخرى) فيمكن الوصول إليها من خلال وحدة الاكتئاب (المعتدل إلى الحاد).

الاكتئاب المعتدل إلى الحاد

في نوبات الاكتئاب الاعتيادية، يشعر الشخص بأن مزاجه مكتئب، ويفقد الاهتمام والقدرة على الاستمتاع، ويكون مستوى الطاقة لديه متدنياً مما يؤدي إلى انخفاض النشاط لمدة لا تقل عن أسبوعين. كما أن الكثير من الناس المصابين بالاكتئاب يعانون أيضاً من أعراض القلق وأعراض جسدية غير مفسرة طبياً.

تغطي هذه الوحدة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد خلال جميع مراحل الحياة، بما في ذلك في الطفولة والمراهقة والشيخوخة.

الشخص الذي يقع في فئة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد في دليل التدخلات هذا يعاني من صعوبات في القيام بالعمل أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة بسبب أعراض الاكتئاب.

أما معالجة الأعراض التي لا تصل إلى درجة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد فتم تناولها في وحدة الشكاوى العاطفية الخطيرة أو غير المفسرة طبياً الأخرى. « أخرى

جدير بالذكر أن الأشخاص المعرضين حالياً لمحنة شديدة غالباً ما يعانون من صعوبات نفسية تتسق مع أعراض الاكتئاب، لكنهم لا يكونون بالضرورة مصابين باكتئاب معتدل إلى حاد. وعند النظر فيما إن كان الشخص مصاباً باكتئاب معتدل إلى حاد، من الضروري تقييم ليس فقط إذا كان الشخص يعاني من أعراض، بل إن كان يواجه أيضاً صعوبات في عيش حياته اليومية بسبب الأعراض.

١. هل الشخص يعاني من اكتئاب معتدل إلى حاد؟

« لما لا يقل عن أسبوعين، عانى الشخص مما لا يقل عن اثنين من أعراض الاكتئاب الرئيسية التالية:

- مزاج مكتئب (معظم اليوم، وتقريباً كل يوم)، (للأطفال والمراهقين: إما سهولة الانفعال أو المزاج المكتئب).
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة التي عادة ما تكون ممتعة.
- انخفاض مستوى الطاقة أو الشعور بالتعب بسهولة.

« خلال الأسبوعين الماضيين، عانى الشخص مما لا يقل عن ٣ مظاهر أخرى للاكتئاب:

- انخفاض مستوى التركيز والاهتمام.
- تدني تقدير الذات والثقة بالنفس.
- أفكار بالذنب وعدم الجدارة.
- نظرة قاتمة ومتشائمة للمستقبل.
- أفكار أو تصرفات لإيذاء الذات أو الانتحار.
- اضطراب النوم.
- فقدان الشهية.

« هل يواجه الشخص صعوبات في القيام بالعمل أو الأنشطة المنزلية أو الاجتماعية المعتادة؟

معرفة إذا كان الشخص تعرّض لفقدان شخص عزيز أو خسارة كبيرة أخرى في الشهرين الماضيين.

نعم

إذا كان الجواب بنعم على جميع الأسئلة الثلاثة: فمن المحتمل أن يكون الشخص مصاباً باكتئاب معتدل إلى حاد.

لا

إذا كان الجواب لا لبعض أو كل الأسئلة الثلاثة، وإذا لم يتم تحديد أية حالات أخرى ذات أولوية في القائمة الرئيسية لدليل التدخل.

i

في حالة فقدان شخص عزيز أو خسارة كبيرة أخرى حديثة.

« التثقيف النفسي « اكتئاب ١-٢
 « التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية « اكتئاب ٢-٢
 « إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية « اكتئاب ٢-٣
 « النظر في وصف مضادات الاكتئاب « اكتئاب ٣
 « إذا كان متوافرة، النظر في إمكانية تقديم علاج العلاقات الشخصية، أو التنشيط السلوكي أو العلاج السلوكي المعرفي. « مشدد
 « إذا كانت متوفرة، النظر في العلاجات المساعدة: برنامج نشاط بدني منظم « اكتئاب ٢-٤، التدريب على الاسترخاء أو العلاج بحل المشاكل. « مشدد
 « لا يجب معالجة الشكوى من خلال حقن أو علاجات غير فعالة أخرى (مثل الفيتامينات). «
 « عرض تقديم المتابعة المنتظمة « اكتئاب ٢-٥

« الخروج من هذه الوحدة، وإجراء التقييم من خلال وحدة الشكاوى العاطفية الخطيرة أو غير المفسرة طبياً الأخرى. « أخرى

يجب اتباع النصيحة المذكورة أعلاه ولكن دون النظر في اللجوء لمضادات الاكتئاب أو العلاج النفسي كخطوة علاج أولى. « مناقشة ودعم الحداد/ التأقلم الملائم ثقافياً.

٢. هل يعاني الشخص من اكتئاب ثنائي القطب؟

« سؤال الشخص عن أية نوبة سابقة لأعراض الهوس مثل المزاج المبتهج أو المتهيج أو المنتشي للغاية، أو زيادة النشاط والثرثرة الشديدة، أو جموح الأفكار، أو انخفاض حاد في الحاجة للنوم، أو الشعور بالعظمة، أو التشتت الشديد، أو السلوك المتهور. انظر وحدة الاضطراب ثنائي القطب. « ثنائي

نعم

الاكتئاب ثنائي القطب وارد في حال كان لدى الشخص:
« ٣ أو أكثر من أعراض الهوس تدوم ما لا يقل عن أسبوع أو
« تشخيص سابق بالاضطراب ثنائي القطب.

« إدارة الاكتئاب ثنائي القطب. انظر وحدة الاضطراب ثنائي القطب. « ثنائي

ملاحظة: الأشخاص المصابون بالاكتئاب ثنائي القطب معرضون لخطر الإصابة بالهوس. علاجهم مختلف!

٣. هل يعاني الشخص من اكتئاب مع مظاهر ذهانية (أوهام، هلوسات، ذهول)؟

نعم

إذا كان الجواب نعم.

« زيادة العلاج الوارد أعلاه للاكتئاب المعتدل إلى الحاد بإضافة مضاد للذهان بالتشاور مع طبيب مختص. «
انظر وحدة الذهان. « ذهان

٤. هل هناك حالات مرضية متزامنة مع هذه؟

نعم

إن وُجدت حالة مرضية متزامنة.

« إدارة كل من الاكتئاب المعتدل إلى الحاد والحالة المتزامنة. «
« مراقبة الالتزام بعلاج المرض الطبّي المتزامن، لأن الاكتئاب قد يقلل من مدة الالتزام.

« (إعادة) النظر في خطر الانتحار/ إيذاء الذات (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل).
« (إعادة) النظر في احتمال وجود اضطراب تعاطي الكحول أو غيرها من اضطرابات استخدام مواد الإدمان (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل).
« البحث عن مرض طبي متزامن، ولا سيما علامات/ أعراض تشير إلى وجود قصور في الغدة الدرقية، أو فقر الدم، أو الأورام، أو السكتة الدماغية، أو ارتفاع ضغط الدم، أو السكري، أو فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، أو السمّنة أو استخدام الأدوية، والتي يمكن أن تسبب أو تعاقم الاكتئاب (مثل الاستيرويدات).

٥. إذا كان الشخص أنثى في سن الإنجاب



يجب سؤال المرأة عن:

- « الحمل الحالي المعروف أو المحتمل.
- « موعد آخر دورة شهرية، في حالة الحمل.
- « إذا كانت المرأة مرضع.

نعم



إن كانت المرأة حامل أو مرضع.

- يجب اتباع النصيحة المذكورة أعلاه لإدارة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد، ولكن:
- « أثناء الحمل أو الإرضاع، ينبغي تجنب مضادات الاكتئاب قدر الإمكان. ❌
- « إذا لم تكن هناك استجابة للعلاج النفسي الاجتماعي، يمكن النظر في استخدام أقل جرعة فعالة من مضادات الاكتئاب.
- « استشارة أخصائي. ⚠️
- « في حالة الإرضاع، يجب تجنب الأدوية طويلة المفعول مثل الفلوكستين.

إذا كان الشخص أصغر من ١٢ عاماً.

- « يجب عدم وصف الأدوية المضادة للاكتئاب. ❌
- « التثقيف النفسي للوالدين « اكتتاب ١-٢
- « التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية « اكتتاب ٢-٢
- « عرض تقديم المتابعة المنتظمة « اكتتاب ٥-٢

إذا كان الشخص بعمر ١٢ عاماً أو أكبر.



٦. إذا كان الشخص طفلاً أو مراهقاً

- « يجب عدم وصف الأدوية المضادة للاكتئاب كخطوة علاج أولى. ❌
- « التثقيف النفسي « اكتتاب ١-٢
- « التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية « اكتتاب ٢-٢
- « إذا كان متوفراً، النظر في إمكانية تقديم علاج العلاقات الشخصية، أو التشييط السلوكي. « مشدد
- « إذا كانت متوفرة، النظر في العلاجات المساعدة: برنامج نشاط بدني منتظم « مشدد، التدريب على الاسترخاء أو العلاج بحل المشاكل. « مشدد
- « إن أثبتت التدخلات النفسية الاجتماعية عدم فعاليتها، يجب النظر في وصف الفلوكستين (ولكن ليس أي من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) أو مضادات اكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs) أخرى). « اكتتاب ٣
- « عرض تقديم المتابعة المنتظمة « اكتتاب ٥-٢



١-٢- العلاج والمشورة النفسية الاجتماعية/ غير الدوائية



١-٢- التثقيف النفسي

(للشخص أو أسرته، حسب مقتضى الحال)

- « الاكتئاب مشكلة شائعة جداً يمكن أن تحدث لأي شخص.
- « يميل الأشخاص المكتئبون إلى حمل آراء سلبية غير واقعية عن أنفسهم وحياتهم ومستقبلهم.
- « العلاج الفعال ممكن. في العادة، يستغرق الأمر ما لا يقل عن بضعة أسابيع قبل أن يبدأ العلاج بالتخفيف من الاكتئاب. من المهم الالتزام بأي علاج موصوف.
- « يجب التأكيد على ما يلي:
 - أهمية مواصلة، قدر الإمكان، الأنشطة المعتادة والتي كانت مثيرة للاهتمام أو تمنح السرور، بغض النظر عما إذا كانت تبدو مثيرة للاهتمام أو تمنح السرور في الوقت الراهن.
 - أهمية محاولة الحفاظ على دورة النوم منتظمة (أي، النوم في نفس الوقت كل ليلة، ومحاولة النوم نفس المدة كما في السابق، وتجنب النوم أكثر من اللازم).
 - فائدة القيام بنشاط بدني بانتظام، بقدر الإمكان.
 - فائدة الانخراط في الأنشطة الاجتماعية الجماعية، بما في ذلك المشاركة في الأنشطة الاجتماعية الجماعية، قدر الإمكان.
 - تمييز متى تتاب المرء أفكار إيذاء الذات أو الانتحار، والعودة للحصول على المساعدة عندما تحدث.
 - لدى كبار السن، أهمية الاستمرار في التماس المساعدة لمشاكل الصحة البدنية.

٢-٢- التعامل مع الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية

- « منح الشخص فرصة للتحدث، ويفضل أن يتم ذلك في مكان يراعي الخصوصية. وسؤاله حول فهمه الشخصي لأسباب الأعراض التي لديه.
- « سؤال الشخص عن الضغوطات النفسية الاجتماعية الحالية، وإلى أقصى حد ممكن تناول القضايا الاجتماعية ذات الصلة وحل المشاكل المرتبطة بالضغوطات النفسية الاجتماعية أو صعوبات العلاقات بمساعدة من الخدمات/ الموارد المجتمعية.
- « تقييم ومعالجة أية حالة من سوء المعاملة والإساءة (مثل العنف المنزلي) والإهمال (مثل إهمال الأطفال أو المسنين). والاتصال بالموارد القانونية والمجتمعية، حسب الحاجة.
- « تحديد أفراد الأسرة الداعمين وإشراكهم بأكبر قدر ممكن وملائم.
- « لدى الأطفال واليافعين:
 - تقييم معالجة المشاكل النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان (الاكتئاب بشكل خاص) لدى الوالدين (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخلات).
 - تقييم الضغوطات النفسية الاجتماعية للوالدين وإدارتها إلى أقصى حد ممكن بمساعدة من الخدمات/ الموارد المجتمعية.
 - تقييم ومعالجة سوء المعاملة أو الإقصاء أو التنمر (سؤال الطفل أو المراهق مباشرة عن ذلك).
 - إذا كان هناك مشاكل في الأداء المدرسي، مناقشة المعلمين كيفية تقديم الدعم للطلاب.
 - توفير تدريب على المهارات للوالدين يراعي الثقافة المحلية إن وُجد. « مُشَدَّدة

٣-٢- إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية

- « تحديد الأنشطة الاجتماعية السابقة للشخص التي استأنفها، سيكون لها القدرة على توفير الدعم النفسي المباشر أو غير المباشر (مثل التجمعات العائلية، الخروج مع الأصدقاء، زيارة الجيران، الأنشطة الاجتماعية في أماكن العمل، الرياضة، الأنشطة المجتمعية).
- « البناء على نقاط القوة لدى الشخص وقدراته، وتشجيعه على استئناف الأنشطة الاجتماعية السابقة قدر الإمكان.

٤-٢- برنامج نشاط بدني منظم

(خيار علاج مساعد للاكتئاب المعتدل إلى الحاد)

- « تنظيم أنشطة بدنية معتدلة المدة (٤٥ دقيقة مثلاً) ٣ مرات في الأسبوع.
- « العمل مع الشخص لاكتشاف أي نوع من الأنشطة البدنية التي يفضلها، وتقديم الدعم له ليزيد تدريجياً كمية النشاط البدني، بدءاً على سبيل المثال بخمس دقائق من النشاط البدني.

٥-٢- عرض تقديم المتابعة المنتظمة

- « القيام بمتابعة منتظمة (مثلاً، إما بشكل شخصي في العيادة، أو عن طريق الهاتف، أو عن طريق العاملين الصحيين المحليين).
- « إعادة تقييم الشخص لمعرفة إن كان حقق تحسناً (على سبيل المثال، بعد ٤ أسابيع).



الأدوية المضادة للاكتئاب

١-٣ وصف الأدوية المضادة للاكتئاب

« اختيار مضاد للاكتئاب

اختيار مضاد للاكتئاب من كتيّب الوصفات الوطني أو الخاص بمنظمة الصحة العالمية. الفلوكستين (ولكن ليس غيره من مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS) وأميتريبتيلين (وكذلك مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات الأخرى TCAS) ومضادات الاكتئاب المذكورة في كتيّب وصفات منظمة الصحة العالمية والمدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية. انظر « اكتئاب ٣-٥

في اختيار مضاد للاكتئاب للشخص، يجب النظر في نمط الأعراض لدى الشخص، والآثار الجانبية للدواء، ومدى فعالية العلاجات المضادة للاكتئاب السابقة، إن وجدت.

بالنسبة للحالات الطبية المرضية المشتركة: قبل وصف مضادات الاكتئاب، يجب النظر في التفاعل المحتمل للمرض مع الدواء أو الدواء مع الدواء. يجب الرجوع إلى كتيّب الوصفات الوطني أو الخاص بمنظمة الصحة العالمية.

الجمع بين مضادات الاكتئاب وأدوية أخرى ذات تأثير نفسي يتطلب الإشراف من قبل أخصائي أو التشاور معه. (٤)

« إخبار الشخص وأسرته عن:

التأخر في حدوث أثر العلاج.
الآثار الجانبية المحتملة ومخاطر هذه الأعراض، وضرورة طلب المساعدة على الفور في حال كانت هذه الآثار تسبب الضيق، وكيفية التعرف على علامات الهوس.

إمكانية حدوث أعراض الانقطاع/الامتناع في حال عدم أخذ الجرعة، وأن هذه الأعراض عادة ما تكون خفيفة ويتم الشفاء منها تلقائياً، ولكنها قد تكون شديدة في بعض الأحيان، لا سيما إذا تم إيقاف الدواء فجأة. مع ذلك، فإن مضادات الاكتئاب لا تسبب الإدمان. مدة العلاج، مع الإشارة إلى أن مضادات الاكتئاب فعالة في علاج الاكتئاب ومنع تكرار حدوثه على حد سواء.

٢-٣ الاحتياطات التي يتعين مراعاتها بالنسبة للأدوية المضادة للاكتئاب في الشرائح السكانية الخاصة !

« الأشخاص الذين لديهم أفكار أو خطط أو تصرفات لإيذاء الذات أو الانتحار

– SSRIS هي الخيار الأول.

– القيام بمراقبة على نحو متكرر (على سبيل المثال مرة واحدة في الأسبوع). لتجنب الجرعات الزائدة لدى الأشخاص المعرضين لخطر وشيك لإيذاء الذات/الانتحار، وضمان قدرة هؤلاء الناس على الحصول

على إمدادات محدودة من مضادات الاكتئاب فقط (مثل صرفها لأسبوع واحد فقط كل مرة). انظر وحدة الأذى الذاتي/الانتحار (٤) « الانتحار ١

« المراهقون في عمر ١٢ سنة وما فوق

– عندما تثبت التدخلات النفسية الاجتماعية عدم فعاليتها، يمكن النظر في الفلوكستين (ولكن ليس أية مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS أو مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS أخرى).

– حيثما أمكن، يجب استشارة أخصائي الصحة النفسية عند علاج المراهقين بالفلوكستين. (٤)

– مراقبة بشكل متكرر (مرة في الأسبوع في الوضع المثالي) المراهقين الذين يستخدمون الفلوكستين للتأكد من عدم ظهور أفكار انتحارية خلال الشهر الأول من العلاج. ويجب إخبار المراهقين والأهل عن زيادة خطر الأفكار الانتحارية، وأن عليهم الاتصال على الفور إذا لاحظوا ظواهر من هذا القبيل.

« كبار السن

– ينبغي تجنب الـ TCAS إذا أمكن، واللجوء لمضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS كخيار أول.

– مراقبة الآثار الجانبية بعناية، لا سيما من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS.

– النظر في زيادة خطر تفاعل الأدوية، وإعطاء مزيد من الوقت للتجاوب

(على الأقل من ٦-١٢ أسبوعاً قبل التفكير في أن الدواء غير فعال، و١٢ أسبوعاً إذا كان هناك تجاوب جزئي في غضون هذه الفترة).

« المصابون بأمراض القلب والأوعية الدموية

– اللجوء لمضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS كخيار أول.

– لا يجب وصف مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS للأشخاص المعرضين لعدم انتظام حاد في ضربات القلب، أو أصيبوا باحتشاء عضلة القلب في الفترة الأخيرة.

– في جميع حالات القلب والأوعية الدموية، يجب قياس ضغط الدم قبل وصف مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS ومراقبة الشخص لحدوث نقص ضغط الدم أثناء الوقوف عند البدء باستعمال مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS.

٣-٣ مراقبة الأشخاص الذين يستخدمون الأدوية المضادة للاكتئاب

« في حالة ظهور أعراض الهوس خلال فترة العلاج: يجب وقف مضادات الاكتئاب فوراً وتقييم ومعالجة الهوس والاضطراب ثنائي القطب. (٤) « الثنائية

« إذا ظهر لدى الأشخاص الذين يستخدمون مضادات الاكتئاب

المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS تعذر جلوس ملحوظ/ مطول (تلمل داخلي أو عدم قدرة على الجلوس بهدوء)، يجب إعادة النظر في الدواء، وإما التحول إلى المضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS أو التفكير في استخدام

الديازيبام (٥-١٠ ملغم/يوم) لفترة وجيزة (أسبوع). في حال التحول إلى مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS، يجب التنبيه إلى أن القدرة على التحمل تكون أضعف أحياناً مقارنة بالمضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIS

وإلى زيادة القابلية لسمية القلب والسمية جراء الجرعة المفرطة.

« في حالة الالتزام الضعيف، يجب تحديد أسبابه ومحاولة التعامل معها (مثل الآثار الجانبية، التكليف، رأي الشخص حول الاضطراب والعلاج).



- « في حالة التجاوب الضعيف (زيادة الأعراض سوءاً أو عدم تحسنها بعد ٤-٦ أسابيع): يجب إعادة النظر في التشخيص (بما في ذلك تشخيص المراضة المشتركة) والتأكد من أن الشخص أخذ الدواء بانتظام وأن الجرعة الموصوفة هي في الحد الأعلى. النظر في زيادة الجرعة. وإذا استمرت الأعراض ٤-٦ أسابيع مع وصف الجرعة القصوى، يجب النظر في التحوّل إلى علاج آخر (أي، العلاج النفسي) « مشدد، فئة مختلفة من مضادات الاكتئاب « الاكتئاب ٣-٥ ». عند التحوّل من مضاد اكتئاب لآخر، يجب القيام بذلك بعناية، أي: إيقاف الدواء الأول، ترك فجوة من بضعة أيام إذا كان ذلك ممكناً سريرياً، بدء الدواء الثاني. وإذا كان التحوّل من الفلوكستين إلى مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS، ينبغي أن تكون الفجوة أطول، أسبوع مثلاً.
- « في حالة عدم وجود أي تجاوب مع تجربة كافية لدوائين مضادين للاكتئاب أو عدم وجود أي تجاوب مع تجربة واحدة كافية من مضادات الاكتئاب وعلاج معرفي سلوكي (CBT) أو علاج العلاقات الشخصية (IPT). « استشارة أخصائي. »

٤-٣ إيقاف الأدوية المضادة للاكتئاب

- « النظر في وقف الأدوية المضادة للاكتئاب عندما يكون الشخص (أ) لا يبدي أيأ أو الحد الأدنى من أعراض الاكتئاب لمدة ٩-١٢ شهراً، و(ب) تمكّن من القيام بالأنشطة الروتينية لتلك الفترة الزمنية.
- « إنهاء الاتصال على النحو التالي:
- التحدث مع الشخص مسبقاً حول انتهاء العلاج.
 - بالنسبة لمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات TCAS ومعظم مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين SSRIs (ولكن أسرع بالنسبة للفلوكستين): تقليل الجرعات تدريجياً

- على مدى ما لا يقل عن ٤ أسابيع، لكن بعض الناس قد يحتاجون فترة أطول.
- تذكير الشخص باحتمال شعوره بأعراض الانقطاع/ الامتناع عند إيقاف الجرعة أو خفضها، وأن هذه الأعراض عادة ما تكون خفيفة ويتم الشفاء منها تلقائياً، ولكنها قد تكون شديدة في بعض الأحيان، لا سيما إذا تم إيقاف الدواء فجأة.
 - إخبار الشخص حول أعراض الانتكاس المبكرة (مثل التغيير في الشهية أو النوم لأكثر من ٣ أيام)، ومتى عليه العودة لمتابعة روتينية.
 - تكرار رسائل التثقيف النفسي، حسب الحاجة.
- « الاكتئاب ٢-١ »
- « مراقبة ومعالجة أعراض الانقطاع للأدوية المضادة للاكتئاب (الأعراض الشائعة: دوخة، وخز (تميل)، قلق، سهولة الانفعال، تعب، صداع، غثيان، مشاكل في النوم).
- إذا كانت أعراض الانقطاع خفيفة: طمأنة الشخص ومراقبة الأعراض.
 - إذا كانت أعراض الانقطاع شديدة: إعادة وصف نفس مضاد الاكتئاب بالجرعة السابقة الفعالة ومن ثم تقليلها بشكل تدريجي أكثر.
 - استشارة أخصائي « » إذا استمرت أعراض الانقطاع/ الامتناع بشكل شديد.
- « مراقبة احتمال معاودة ظهور أعراض الاكتئاب خلال الامتناع عن أخذ مضاد للاكتئاب: إعادة وصف نفس مضاد الاكتئاب بالجرعة السابقة الفعالة لمدة ١٢ شهراً في حال عاودت الأعراض الظهور.

الغرض من هذه المعلومات أن تكون مرجعاً سريعاً فقط وليس أن تكون دليلاً شاملاً للأدوية أو جرعاتها وآثارها الجانبية. للاطلاع على تفاصيل إضافية، يمكن مراجعة "العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية في رعاية الصحة الأولية" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)

٣-٥ معلومات حول مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs)

مضادات الاكتئاب المانعة لإعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs، مثل الفلوكستين)

الأثار الجانبية الخطيرة (وهي نادرة)

« تعذر جلوس ملحوظ/ مطوّل (تململ داخلي أو عدم قدرة على الجلوس بهدوء).

« حالات نزيف شاذة لدى الأشخاص الذين يستخدمون الأسبرين وغيره من مضادات الالتهاب اللاستيرويدية الأخرى بانتظام.

الأثار الجانبية الشائعة

(معظم الأثار الجانبية تزول بعد أيام قليلة، ولا أي منها دائم)

« التملل، الأرق، حدة الطباخ، فقدان الشهية واضطرابات هضمية أخرى، الصداع، الخلل الجنسي.

المحاذير

« خطر حدوث هوس محرض للأشخاص الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب.

وقت الاستجابة بعد بدء جرعة كافية

« ٤-٦ أسابيع.

جرعات الفلوكستين في معالجة البالغين الأصحاء

« بدء العلاج بـ ٢٠ ملغم يومياً (وللتخفيف من الأثار الجانبية التي تحدّ من الالتزام بالعلاج، يمكن البدء بـ ١٠ ملغم (نصف قرص مثلاً)

مرة واحدة يومياً وزيادتها إلى ٢٠ ملغم إذا تم تحمّل الدواء).

« في حال لم يكن هناك تجاوب خلال ٤-٦ أسابيع أو تجاوب جزئي خلال ٦ أسابيع، زيادة الجرعة بواقع ٢٠ ملغم (الجرعة القصوى

٦٠ ملغ) حسب التحمّل وتجاوب الأعراض.

جرعات الفلوكستين في معالجة المراهقين

« بدء العلاج بـ ١٠ ملغم يومياً (نصف قرص مثلاً) مرة واحدة يومياً وزيادتها إلى ٢٠ ملغم بعد أسبوعين (الجرعة القصوى

٢٠ ملغ).

« في حال لم يكن هناك تجاوب خلال ٦-١٢ أسبوعاً أو تجاوب جزئي خلال ١٢ أسبوعاً، يجب استشارة أخصائي.

جرعات الفلوكستين في معالجة كبار السن أو المريضين طبياً

« بدء العلاج بقرص ١٠ ملغم (إذا توفر) مرة واحدة يومياً أو ٢٠ ملغم كل يومين لأسبوع إلى أسبوعين ومن ثم زيادة الجرعة إلى ٢٠

ملغم إن كان هناك تحمّل لها.

« في حال لم يكن هناك تجاوب خلال ٦-١٢ أسبوعاً أو تجاوب جزئي خلال ١٢ أسبوعاً، زيادة الجرعة تدريجياً (الجرعة القصوى

٦٠ ملغ). يجب أن تكون زيادة الجرعة أكثر تدريجياً مما هي عليه في البالغين الأصحاء.

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs، مثل الأميتريبتيلين)

الأثار الجانبية الخطيرة (وهي نادرة)

« عدم انتظام ضربات القلب.

الأثار الجانبية الشائعة

(معظم الأثار الجانبية تزول بعد أيام قليلة، ولا أي منها دائم)

« انخفاض ضغط الدم أثناء الوقوف (خطر الوقوع)، جفاف الفم، الإمساك، صعوبة التبول، الدوخة، عدم وضوح الرؤية، الشعور بالتخدير.

المحاذير

« خطر التحوّل إلى هوس خاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب.

« ضعف القدرة على أداء مهام معينة تحتاج لمهارة (مثل القيادة) - يجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحين التعوّد على الدواء.

« خطر إيذاء النفس (خطر قاتل في حالة الجرعة المفرطة).

« يكون أقل فعالية ويؤدي إلى شعور أشدّ بالتخدير إذا ما وُصف لمتعاطي الكحول بانتظام.

وقت الاستجابة بعد بدء جرعة كافية

« ٤-٦ أسابيع (أعراض الألم والنوم تتحسن في غضون أيام قليلة).

جرعات الأميتريبتيلين في معالجة البالغين الأصحاء

« البدء بـ ٢٥ ملغم عند النوم.

« الزيادة بنسبة ٢٥-٥٠ ملغم كل أسبوع إلى اثنين، والهدف الوصول لجرعة من ١٠٠-١٥٠ ملغم خلال ٤-٦ أسابيع اعتماداً على

التجاوب والتحمّل.

« في حال لم يكن هناك تجاوب خلال ٤-٦ أسابيع أو تجاوب جزئي خلال ٦ أسابيع، زيادة الجرعة تدريجياً (الجرعة القصوى ٢٠٠

ملغ) موزّعة على جرعات (أو جرعة واحدة ليلاً).

جرعات الأميتريبتيلين في معالجة اليافعين

« لا يجب وصف الأميتريبتيلين لليافعين ❌

جرعات الأميتريبتيلين في معالجة كبار السن أو المريضين طبياً

« البدء بـ ٢٥ ملغم عند النوم.

« الزيادة بنسبة ٢٥ ملغم أسبوعياً، والهدف الوصول لجرعة من ٥٠-٧٥ ملغم خلال ٤-٦ أسابيع.

« في حال لم يكن هناك تجاوب خلال ٦-١٢ أسبوعاً أو تجاوب جزئي خلال ١٢ أسبوعاً، زيادة الجرعة تدريجياً (الجرعة القصوى

١٠٠ ملغم) موزّعة على جرعات.

« المراقبة للتأكد من عدم حدوث نقص ضغط الدم أثناء الوقوف.



يتميز الذهان بتشوش في التفكير والإدراك، ونطاق غير سليم أو ضيق من العواطف، قد يصاحبه عدم اتساق أو ترابط في الحديث. بالإضافة إلى احتمال وجود هلاوس (سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة)، أو أوهام، أو شكوك غير مبررة ومفرطة، كما يمكن ملاحظة شذوذ شديد في السلوك، مثل السلوك المضطرب، والهياج، والإثارة، والخمول أو فرط النشاط. ويمكن كذلك ملاحظة اختلال في العواطف، مثل اللامبالاة الواضحة أو الانفصال بين العاطفة والأثر الملحوظ لها (مثل تعبيرات الوجه ولغة الجسد). يُذكر أن الأشخاص المصابين بالذهان معرضون بشكل كبير لانتهاكات حقوق الإنسان.

١. هل الشخص مصاب بذهان حاد؟

- « عدم اتساق أو ترابط في الحديث.
- « أوهام.
- « هلاوس.
- « الانسحاب، الإثارة، السلوك المضطرب.
- « اعتقاد الشخص بأنه يتم إدخال أفكار في عقله أو بثها منه.
- « الانسحاب الاجتماعي وإهمال. المسؤوليات المعتادة المرتبطة بالعمل أو الأنشطة المدرسية أو المنزلية أو الاجتماعية.

سؤال الشخص أو القائم على العناية به

- « متى بدأت هذه النوبة؟
- « حدوث أية نوبات سابقة.
- « تفاصيل حول أي علاج سابق أو حالي.

نعم

في حال وجود عدة أعراض معاً، فمن المحتمل أن يكون الشخص مصاباً بالذهان.

إذا كانت هذا النوبة:

- « أول نوبة أو
- « انتكاسية أو
- « تفاقماً لأعراض ذهانية

فهي نوبة ذهانية حادة.

!

استبعاد الأعراض الذهانية الناجمة عن:
« شرب الكحول أو التسمم بالأدوية (راجع الكحول والإدمان)
« هذيان لسبب حالة طبية مثل الملاريا الدماغية والعدوى الجهازية ورضوض الرأس

نعم

إذا استمرت الأعراض لأكثر من ٣ أشهر، فمن الممكن أن يكون الشخص يعاني من ذهان مزمن.

٢. هل الشخص مصاب بذهان مزمن؟

- « تثقيف الشخص والقائمين على العناية به حول الذهان وعلاجه. « ذهان ٢-١
- « البدء بوصف مضادات للذهان. « ذهان ٣-١
- « إذا كانت متاحة، توفير التدخلات النفسية والاجتماعية، مثل العلاج الأسري أو علاج المهارات الاجتماعية. « مشدد
- « تيسير إعادة التأهيل. « ذهان ٢-٢
- « توفير المتابعة المنتظمة. « ذهان ٢-٣
- « المحافظة على مستوى واقعي من الأمل والتفاؤل.

! **ملاحظة:** لا يجب وصف الأدوية المضادة للكولينييات بشكل روتيني للحد من الآثار الجانبية لمضادات الذهان. ❌

- « تثقيف الشخص والقائمين على العناية به حول الذهان وعلاجه. « ذهان ٢-١

! **إذا كان الشخص لا يحصل على أي علاج، يجب البدء بنفس العلاج المحدد لنوبات الذهان الحادة.**

- « إعادة النظر بالعلاج وضمان الامتثال له.
- « إذا كان الشخص لا يستجيب على نحو كاف، يجب النظر في زيادة الأدوية الحالية أو تغييرها. « ذهان ٣-١ وذهان ٣-٢
- « إذا كانت متاحة، توفير التدخلات النفسية والاجتماعية، مثل العلاج الأسري أو علاج المهارات الاجتماعية. والنظر في إضافة تدخل نفسي اجتماعي لم يُستخدم في السابق، مثل العلاج السلوكي المعرفي، إذا توفر. « مشدد
- « توفير المتابعة المنتظمة. « ذهان ٢-٣
- « المحافظة على مستوى واقعي من الأمل والتفاؤل.
- « تيسير إعادة التأهيل. « ذهان ٢-٢

٣. هل الشخص يمر بنوبة هوس حادة؟

البحث عن الأعراض التالية:

- « أيام عدة من:
 - مزاج منشرج أو حاد بصورة كبيرة.
 - فرط الطاقة والنشاط.
 - كثرة الحديث.
 - التهور.
- « تاريخ سابق من:
 - المزاج المكتئب.
 - تدني الطاقة والنشاط (لمزيد من التفاصيل، انظر وحدة الاكتئاب). « اكتئاب

ملاحظة:

- « الأشخاص الذين يعانون من نوبات هوس فقط (دون اكتئاب) أيضا يصنفون بأنهم يعانون من الاضطراب ثنائي القطب.
- « الشفاء الكامل بين النوبات شائع في الاضطراب ثنائي القطب.

نعم

إذا كان الجواب نعم، قد يكون هذا اضطراباً ثنائي القطب.

« الخروج من الوحدة والانتقال إلى وحدة الاضطراب ثنائي القطب « الثنائية

٤. هل هناك حالات مرضية متزامنة مع هذه؟

- « اضطرابات تعاطي الكحول أو استخدام مواد الإدمان.
- « الانتحار/ إيذاء الذات.
- « الخرف.
- « مرض طبي متزامن: لا سيما علامات/ أعراض تشير لاحتمال وجود سكتة دماغية أو سكري أو ارتفاع ضغط الدم أو فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو الملاريا الدماغية أو أدوية (مثل الاستيرويدات).

نعم

إذا كان الجواب نعم، عندئذ

« معالجة كل من الذهان والحالة المتزامنة.

امرأة في سن الإنجاب؟

- « في حالة المرأة الحامل، يجب الربط مع أخصائي صحة الأم، إذا توفر، لتتظلم الرعاية. (٤)
- « شرح خطر الآثار السلبية على الأم والجنين، بما في ذلك خطر حدوث مضاعفات ولادة وانتكاس ذهاني (لا سيما إذا تم تغيير الدواء أو إيقافه).
- « بالنسبة للنساء اللاتي يعانين من ذهان ويخططن للحمل أو كن حوامل فعلاً أو مرضعات، يجب علاجهن بجرعة منخفضة عن طريق الفم من الهالوبريدول أو كلوربرومازين.
- « تجنب الاستخدام الروتيني لمضادات الذهان المدخنة.

التدخلات النفسية الاجتماعية

١-٢ التثقيف النفسي

« رسائل إلى الشخص الذي يعاني من ذهان

- قدرته على الشفاء.
- أهمية مواصلة الأنشطة العادية الاجتماعية والتعليمية والمهنية، قدر الإمكان.
- يمكن تقليل المعاناة والمشاكل بالعلاج.
- أهمية أخذ الدواء بانتظام.
- حق الشخص في أن يشارك في كل القرارات التي تتعلق بعلاجه.
- أهمية المحافظة على الصحة (مثل اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة النشاط البدني، والمحافظة على النظافة الشخصية).

« رسائل إضافية لأفراد أسرة الشخص الذي يعاني من ذهان

- قد يسمع الشخص الذي يعاني من ذهان أصواتاً أو يعتقد اعتقاداً راسخاً بأشياء غير صحيحة.
- عادة ما لا يوافق الشخص الذي يعاني من ذهان بأنه مريض ويمكن أن يُظهر عدائية بعض الأحيان.
- ينبغي التشديد على أهمية إدراك عودة/ تفاقم الأعراض والعودة للخضوع لإعادة تقييم.
- ينبغي التشديد على أهمية إشراك الشخص في أنشطة عائلية واجتماعية أخرى.
- على أفراد الأسرة تجنب التعبير عن الانتقاد المستمر أو الشديد أو العدائية تجاه الشخص الذي يعاني من ذهان.
- كثيراً ما يتعرض الأشخاص الذين يعانون من ذهان للتمييز ضدهم، لكن ينبغي أن يتمتعوا بنفس الحقوق التي يتمتع بها الآخرون.

- قد يواجه الشخص الذي يعاني من ذهان صعوبات في التعافي أو عيش حياة طبيعية في بيئات عمل أو معيشة شديدة التوتر.
- من الأفضل للشخص أن يحصل على وظيفة أو بخلاف ذلك أن يشغل نفسه بأمور مجدية.
- بصفة عامة، من الأفضل للشخص أن يعيش في أسرته أو مجتمعه في بيئة داعمة خارج المستشفيات. كما ينبغي تجنب الإدخال للمستشفيات لفترات طويلة.

٢-٢ تيسير إعادة التأهيل في المجتمع



إشراك الأشخاص الذين يعانون من ذهان والقائمين على العناية بهم بفاعلية في تصميم وتنفيذ وتقييم هذه التدخلات.

« تنسيق التدخلات مع العاملين الصحيين ومع الزملاء العاملين في الخدمات الاجتماعية، بما في ذلك المنظمات العاملة في مجال الإعاقة.

« تيسير الربط مع الموارد الصحية والاجتماعية المتاحة لتلبية الاحتياجات الصحية الاجتماعية والنفسية للأسرة.

« حث الشخص على استئناف الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والمهنية بما يتلاءم ووضعه، وتقديم المشورة لأفراد أسرته حول ذلك. وتيسير إشراكه في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية، بما في ذلك برامج التوظيف المدعوم الملائمة اجتماعياً وثقافياً. فالأشخاص الذين يعانون من ذهان يتعرضون للتمييز في كثير

من الأحيان، ولذلك من المهم التغلب على التحامل والتحيز على المستويات الداخلية والخارجية والعمل على تحقيق أفضل نوعية ممكنة من الحياة. كما يجب العمل مع المؤسسات المحلية لاستكشاف فرص العمل أو التعليم وفق احتياجات الشخص ومستواه المهاري.

« إذا لزم وكان متاحاً، استكشاف فرص دعم السكن/ الرعاية الدائمة. يجب النظر بعناية في قدرات الشخص الوظيفية وحاجته إلى الدعم من خلال تقديم المشورة وتسهيل الترتيبات الأمثل للسكن، مع الأخذ بعين الاعتبار حقوقه الإنسانية.

٣-٢ المتابعة

- « الأشخاص الذين يعانون من الذهان يحتاجون متابعة منتظمة.
- « ينبغي أن تكون المتابعة الأولية حثيثة قدر الإمكان، حتى إنها يجب أن تكون يومية، إلى أن تبدأ الأعراض الحادة بالاستجابة للعلاج.
- وبمجرد تجاوز الأعراض، يوصى بمتابعة شهرية إلى فصلية استناداً إلى الحاجة السريرية وعوامل الجدوى مثل توفر الموظفين، والبُعد عن العيادة، وما إلى ذلك.
- « المحافظة على مستوى واقعي من الأمل والتفاؤل خلال فترة العلاج.
- « خلال كل زيارة متابعة، يجب تقييم الأعراض والآثار الجانبية للأدوية والالتزام بها. فعدم الالتزام بالعلاج أمر شائع، لذلك فإن إشراك القائمين على العناية بالشخص خلال هذه المراحل أمر بالغ الأهمية.
- « تقييم ومعالجة الحالات الطبية المترامنة.
- « تقييم الحاجة لتدخلات نفسية اجتماعية في كل زيارة متابعة.



التدخلات الدوائية

١-٣ بدء وصف الأدوية المضادة للذهان

« من أجل تمكين السيطرة الفورية على الأعراض الذهانية الحادة، ينبغي لمقدمي الرعاية الصحية البدء بوصف الأدوية المضادة للذهان على الفور بعد التقييم. لا يجب التفكير في استخدام العلاج بالحقن العضلي للأعراض الحادة إلا إذا لم يكن العلاج عن طريق الفم مجدياً. لا يجب وصف الحقن المدخرية/ طويلة المفعول للسيطرة الفورية على الأعراض الذهانية الحادة. « وصف دواء مضاد للذهان واحد فقط في كل مرة. « البدء بجرعات منخفضة ضمن النطاق العلاجي (انظر جدول الأدوية المضادة للذهان للحصول على التفاصيل)، وزيادتها ببطء إلى أدنى جرعة فعالة من أجل الحد من الآثار الجانبية. « تجربة الدواء في جرعته المثلى لما لا يقل عن ٤-٦ أسابيع قبل التفكير في كونها غير فعالة. « ينبغي وصف الهالوبيريدول أو الكلوربرومازين عن طريق الفم بشكل روتيني للأشخاص الذين يعانون من اضطراب ذهاني.

جدول: الأدوية المضادة للذهان

الدواء:	هالوبيريدول	كلوربرومازين	فلوفيتازين دخري/ طويل المفعول
الجرعة الابتدائية:	١,٥-٣ ملغ	٧٥ ملغ	١٢,٥ ملغ
الجرعة الفعالة المعيارية:	٢-٣ ملغم/اليوم	٣٠٠-٧٥ ملغم/اليوم*	١٢,٥-١٠٠ ملغم كل ٢-٥ أسابيع
طريقة أخذ الدواء:	عن طريق الفم/ عضلي (للذهان الحاد)	عن طريق الفم	حقن عضلي عميق في الناحية الألوية
الآثار الجانبية الرئيسية:			
التخدر:	+	+++	+
التردد البولي:	+	++	+
نقص ضغط الدم عند الوقوف:	+	+++	+
الآثار الجانبية خارج الهرمية: **	+++	+	+++
المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان: ***	نادر	نادر	نادر
خلل الحركة المتأخر: ****	+	+	+
تغييرات في مخطط كهربية القلب:	+	+	+
موانع الاستعمال:	اختلال الوعي، كبت نخاع العظم، ورم القواتم، البورفيريا، مرض العقد القاعدية	اختلال الوعي، كبت نخاع العظم، ورم القواتم	الأطفال، اختلال الوعي، الباركنسونية، تصلب الشرايين الدماغية المحفوظ

القصد من هذا الجدول أن يكون مرجعاً سريعاً فقط وليس أن يكون دليلاً شاملاً للأدوية أو جرعاتها وآثارها الجانبية. للاطلاع على تفاصيل إضافية، يمكن مراجعة "العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)

* قد يلزم وصف ما يصل إلى ١ غرام في الحالات الشديدة.

** الأعراض خارج الهرمية تشمل تفاعلات لاتأثرية حادة، والتشنجات اللاإرادية والرعاش والتيبس على شكل الدولاب المسنن والتيبس العضلي.

*** المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان هي اضطراب نادر ولكنه قد يشكل خطراً على الحياة، يتميز بتصلب العضلات، وارتفاع درجة الحرارة، وارتفاع ضغط الدم.

**** خلل الحركة المتأخر هو أثر جانبي طويل الأجل للأدوية المضادة للذهان، يتميز بحركات عضلية لاإرادية، وخاصة في اليدين والوجه والجذع.



التدخلات الدوائية



٢-٣ مراقبة الأشخاص الذين يتناولون الأدوية المضادة للذهان

- « إذا لم تكن الاستجابة كافية لأكثر من واحد من الأدوية المضادة للذهان مع استخدام دواء واحد في كل مرة بالجرعة المناسبة لمدة كافية:
- إعادة النظر في التشخيص (وأية تشخيصات مرضية مشتركة أخرى).
 - استبعاد الذهان الناجم عن تعاطي الكحول أو استخدام المواد نفسانية المفعول (حتى لو كان قد تم استبعاده في البداية).
 - ضمان الالتزام بالعلاج. النظر في استخدام الحقن المضادة للذهان المدخرية/ طويلة المفعول بغية تحسين الالتزام.
 - النظر في زيادة الدواء الحالي أو التحول إلى دواء آخر.
 - النظر في الجيل الثاني من مضادات الذهان (باستثناء الكلوزابين)، إذا كانت متوفرة وتكاليها معقولة، كبديل للهاالوبيريديول أو الكلوربرومازين.
 - النظر في استخدام الكلوزابين للأشخاص الذين لم يستجيبوا للعوامل المضادة للذهان الأخرى وجرعات مناسبة لمدة كافية.
 - ويمكن لمقدمي الرعاية الصحية غير المتخصصين التفكير في وصف الكلوزابين، لكن من المفضل أن يتم ذلك تحت إشراف مختصين في مجال الصحة النفسية. وينبغي أن يتم ذلك فقط في حال توفر مراقبة مخبرية روتينية، بسبب احتمال وجود ندرة المحببات التي تشكل خطراً على الحياة.

« في حال ظهور آثار جانبية خارج الهرمية (مثل الباركنسونية أو خلل التوتر):

- تقليل جرعة الأدوية المضادة للذهان.
- التفكير في التحول إلى مضاد ذهان آخر (على سبيل المثال، التحول من الهالوبيريديول للكلوربرومازين).
- التفكير في استخدام الأدوية المضادة للكلولينيات على المدى القصير إذا فشلت هذه الاستراتيجيات أو كانت الآثار الجانبية خارج الهرمية حادة أو شديدة أو معيقة للمريض.

الأدوية المضادة للكلولينيات

إذا لزم الأمر، ينبغي البدء باستخدام البيبيريدين بواقع ١ ملغم مرتين يومياً، وزيادتها للوصول إلى الجرعة المستهدفة وهي من ٣-١٢ ملغم يومياً، عن طريق الفم أو الحقن الوريدية. تشمل الآثار الجانبية الشعور بالتخدير، الارتباك واضطراب الذاكرة، خاصة في كبار السن. أما الآثار الجانبية النادرة فتشمل زرق انسداد الزاوية، والوهن العضلي الوبيل، وانسداد الجهاز الهضمي.

يمكن استخدام التريهكسفينيديل (البنزهكسول) كدواء بديل بجرعة ١٢-٤ ملغم يومياً. آثاره الجانبية مشابهة لآثار البيبيريدين.

٣-٣ الانقطاع عن الأدوية المضادة للذهان

- « للذهان الحاد، مواصلة العلاج المضاد للذهان لمدة ١٢ شهراً بعد الوصول إلى هدأة كاملة.
- « للأشخاص الذين يعانون من ذهان مزمن، التفكير في وقف العلاج إذا كان الشخص مستقراً لعدة سنوات، بمقارنة زيادة خطر الانتكاس بعد وقف الدواء مقابل الآثار الجانبية للدواء، مع الأخذ بعين الاعتبار ما يفضله المريض بالتشاور مع الأسرة.
- « إذا أمكن، استشارة أخصائي (👨) فيما يتعلق بقرار وقف الأدوية المضادة للذهان.

الاضطراب ثنائي القطب

الثنائية

يتميز الاضطراب ثنائي القطب بنوبات يكون فيها مزاج الشخص ومستويات نشاطه مضطربة بشكل كبير. ويكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان على شكل انتشاء في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (الهوس)، وفي أحيان أخرى على شكل مزاج محبط وانخفاض في الطاقة والنشاط (الاكتئاب). وبشكل عام، يكون الشفاء كاملاً بين النوبات. يُذكر أن الأشخاص الذين يعانون من نوبات هوس فقط يُصنّفون بأنهم يعانون من الاضطراب ثنائي القطب أيضاً.

الاضطراب ثنائي القطب

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

١. هل الشخص في حالة الهوس؟

البحث عن الأعراض التالية:

- « المزاج المتهيج أو الحاد أو المنتشي للغاية.
- « زيادة النشاط والأرق والإثارة.
- « فقدان الموانع الاجتماعية الطبيعية.
- « الثرثرة الشديدة.
- « انخفاض الحاجة للنوم.
- « الشعور بالعظمة.
- « سهولة التشتت.
- « الطاقة الجنسية المرتفعة أو الطيش الجنسي.

سؤال الشخص عما يلي:

- « مدة الأعراض.
- « تدخل الأعراض مع المسؤوليات المعتادة المتصلة بالعمل أو الأنشطة المدرسية أو الاجتماعية أو المنزلية.
- « إذا كان الإدخال للمستشفى ضرورياً.

٢. هل تعرّض الشخص لنوبة هوس مسبقة معروفة ولكنه الآن يعاني من اكتئاب؟

(يتم التقييم وفقاً لوحدة الاكتئاب « اكتئاب »)

نعم

إذا كان لدى الشخص:

- « أعراض متعددة.
- « تدوم ما لا يقل عن أسبوع.
- « شديدة بما يجعلها تتدخل بشكل كبير في العمل والأنشطة الاجتماعية أو تتطلب دخول المستشفى.

يكون الهوس محتملاً.



إذا ارتبطت أعراض الهوس بالتسمم بمواد مخدرة، يجب الرجوع إلى وحدة اضطرابات استخدام المواد « الإدمان »

- « بدء علاج الهوس الحاد بالليثيوم أو الفالبروات والكاربامازيبين أو مضادات الذهان. « الثنائية ١-٣ »
- « التفكير في استخدام البنزوديازيبين لأجل قصير « الثنائية ٢-٣ » (مثل الديازيبام) للاضطراب السلوكي أو الاهتياج. « الثنائية ٢-٣ »
- « وقف أية مضادات اكتئاب. « الثنائية ٣-٣ »
- « نصح الشخص بتعديل نمط حياته، وتزويده بمعلومات حول الاضطراب ثنائي القطب وعلاجه. « الثنائية ١-٢ »
- « توفير المتابعة المنتظمة. « الثنائية ٢-٤ »

نعم

إذا كان الجواب نعم، فمن المحتمل أن يكون الشخص يعاني من اكتئاب ثنائي القطب.

- « بدء العلاج بمثبتات المزاج. « الثنائية ٤ »
- « التفكير في وصف مضاد اكتئاب إلى جانب مثبت مزاج للاكتئاب المعتدل/الشديد وفقاً لاقتراحات وحدة الاكتئاب. « اكتئاب »

! إبلاغ الشخص عن خطر تحول الحالة إلى هوس قبل وصف الأدوية المضادة للاكتئاب.

- « نصح الشخص بتعديل نمط حياته، وتزويده بمعلومات حول الاضطراب ثنائي القطب وعلاجه. « الثنائية ١-٢ »
- « إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية. « الثنائية ٢-٢ »
- « إذا توفرت، النظر في التدخلات النفسية. « مشدده »
- « البدء بإعادة التأهيل، بما في ذلك الأنشطة الاقتصادية والتعليمية الملائمة، وذلك باستخدام الأنظمة الرسمية وغير الرسمية. « الثنائية ٣-٢ »
- « توفير المتابعة المنتظمة. « الثنائية ٢-٤ »

الاضطراب ثنائي القطب

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

الثنائية ١

٣. هل هناك حالات مرضية متزامنة مع هذه؟

« اضطرابات تعاطي الكحول أو استخدام مواد الإدمان.
« الخرف.
« الانتحار/ إيذاء الذات.
« مرض طبي متزامن، خاصة فرط نشاط أو قصور الغدة الدرقية، أو أمراض الكلى أو أمراض القلب والأوعية الدموية.

نعم

إذا كان الجواب نعم.

« إدارة كل من الاضطراب ثنائي القطب والحالة المتزامنة.

٤. هل الشخص لا يعاني حالياً من الهوس أو الاكتئاب ولكن لديه تاريخ سابق مع الهوس؟

على الأرجح أن هذا الشخص يعاني من الاضطراب ثنائي القطب وهو حالياً في الفترة بين نوبات.

يجب منع الانتكاس إذا كان الشخص تعرض إلى:

« نوبتين حادتين أو أكثر (على سبيل المثال، نوبتا هوس، أو نوبة الهوس ونوبة اكتئاب).
أو

« نوبة هوس واحدة انطلوت على مخاطر كبيرة وعواقب سلبية.

نعم

« إذا كان الشخص لا يأخذ مثبت مزاج، وصف واحد له.

« الثنائية؛

« نصح الشخص بتعديل نمط حياته، وتزويده بمعلومات حول

الاضطراب ثنائي القطب وعلاجه. « الثنائية ١-٢

« إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية. « الثنائية ٢-٢

« البدء بإعادة التأهيل، بما في ذلك الأنشطة الاقتصادية والتعليمية

الملائمة، وذلك باستخدام الأنظمة الرسمية وغير الرسمية.

« الثنائية ٢-٣

« توفير المتابعة المنتظمة، ومراقبة الآثار الجانبية ومستوى الالتزام.

« الثنائية ٢-٤

الاضطراب ثنائي القطب

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

٥. هل الشخص ينتمي إلى فئة خاصة؟

نعم



« امرأة حامل أو مريض »

نعم



« كبار سن »

نعم



« مرافقون »

« استشارة أخصائي، إذا توفر. ⚠️ »

« تجنب وصف مثبتات المزاج. ! »

« التفكير في وصف جرعة منخفضة من الهالوبيرييدول (بحذر). »

« إذا أصيبت المرأة الحامل بهوس حاد أثناء تناول مثبت المزاج، يجب النظر »

« في التحول إلى الهالوبيرييدول بجرعة منخفضة. »

« استخدام جرعات منخفضة من الدواء. »

« توقع زيادة خطر التفاعلات بين الأدوية. »

« الأعراض المقدّمة قد تكون لانمطية. »

« إيلاء عناية خاصة لضمان الالتزام بالعلاج. »

« استشارة أخصائي، إذا توفر. ⚠️ »

الاضطراب ثنائي القطب

تفاصيل التدخلات

التدخلات النفسية الاجتماعية



١-٢ التثقيف النفسي

رسائل إلى الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب (وليسوا في الوقت الراهن في حالة هوسية حادة) وأفراد أسرهم.

«الشرح: الاضطراب ثنائي القطب هو حالة صحية نفسية تميل إلى أن تتسم بالمزاجية المتطرفة، قد تتراوح بين الشعور بالاكئاب والتعب الشديد إلى الشعور بغاية النشاط والتحمس والتهيج.»

«يجب أن تكون هناك طريقة لمراقبة المزاج، مثل عمل سجل يومي للمزاج يتم فيه تسجيل حالات التهيج أو الغضب أو النشوة.»

«أهمية الحفاظ على دورة النوم منتظمة (أي، النوم في نفس الوقت كل ليلة، ومحاولة النوم نفس المدة كما في السابق، وتجنب النوم أكثر من المعتاد).»

«ضرورة منع الانتكاس، عن طريق تمييز عودة ظهور الأعراض، مثل قلة النوم أو إنفاق المزيد من المال أو الشعور بنشاط أكبر من المعتاد، والعودة للحصول على علاج عند ظهورها.»

«الشخص المصاب بحالة هوس يفترض القدرة على فهم مرضه، وحتى من الممكن أن يستمتع بحالة النشوة وتحسن الطاقة، لذلك على القائمين على العناية به أن يكونوا جزءاً من عملية الوقاية من الانتكاس.»

«ينبغي تجنب الكحول والمؤثرات نفسانية المفعول الأخرى.»

«بما أن تغيير نمط الحياة يجب أن يستمر طالما كان هناك حاجة له (من المحتمل أن يكون ذلك إلى أجل غير مسمى)، ينبغي تخطيطه وتطويره بما يضمن استدامته.»

٣-٢ إعادة التأهيل

«تيسير فرص للأشخاص والقائمين على العناية بهم للمشاركة في الأنشطة الاقتصادية والتعليمية والثقافية الملائمة لبيئتهم الثقافية، وذلك باستخدام النظم الرسمية وغير الرسمية المتاحة.»

«النظر في التوظيف المدعوم لأولئك الذين يجدون صعوبة في الحصول على عمل عادي أو الاحتفاظ به.»

٤-٢ المتابعة

«المتابعة المنتظمة ضرورية. فمعدل الانتكاس مرتفع، والأشخاص المصابون بحالة هوس عادة لا يدركون الحاجة للعلاج، لذلك فإن عدم الالتزام بالعلاج شائع وإشراك القائمين على العناية بالشخص أمر بالغ الأهمية خلال فترات كهذه.»

«في كل زيارة متابعة، يجب تقييم الأعراض، والآثار الجانبية للأدوية، والالتزام بالعلاج، والحاجة إلى التدخلات النفسية الاجتماعية.»

«يجب أن يعود الشخص الذي يعاني من هوس للخضوع للتقييم بالقدر اللازم. وينبغي أن تكون عمليات التقييم أكثر تواتراً إلى أن تنتهي نوبة الهوس.»

«تقديم معلومات عن المرض والعلاج للشخص والقائمين على العناية به، ولا سيما فيما يتعلق بعلامات وأعراض الهوس، وعلى أهمية الالتزام بالدواء بانتظام، حتى في غياب الأعراض، والصعوبة التي عادة ما يواجهها الشخص في إدراك الحاجة للعلاج. إذا لم يكن لدى الشخص من يقوم على العناية به أو على الأقل من يعلم عليه بانتظام، من المفيد إيجاد شخص من المجتمع المحيط بالمريض ليقوم بذلك، وفي الوضع المثالي، يجب أن يكون هذا الشخص من شبكة أصدقاء المريض وعائلته.»

«ينبغي تشجيع الشخص على الحصول على الدعم بعد الأحداث الحياتية المهمة (فقدان شخص عزيز على سبيل المثال) والتحدث إلى العائلة والأصدقاء.»

«ضرورة تعزيز استراتيجيات التأقلم العامة، مثل التخطيط لجدول عمل أو مدرسة عادي بحيث يتم تجنب الحرمان من النوم، وتحسين نظم الدعم الاجتماعي، ومناقشة والتماس المشورة حول القرارات المهمة (خاصة تلك التي تتطوي على المال أو الالتزامات الرئيسية).»

«ضرورة الاهتمام باحتياجات الأسرة البدنية والاجتماعية والنفسية.»

«إنشاء علاقة جيدة: الثقة المتبادلة بين الشخص وعاملي الرعاية الصحية أمر حاسم للشخص المصاب بالاضطراب ثنائي القطب، بما أن تطوير تحالف علاجي إيجابية قد تحسّن من النتائج على المدى الطويل، لا سيما من خلال تحسين الالتزام بالعلاج.»

٢-٢ إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية

«تحديد الأنشطة الاجتماعية السابقة لدى الشخص والتي إذا تم استئنافها، سيكون لها القدرة على توفير الدعم النفسي الاجتماعي المباشر أو غير المباشر (مثل التجمعات العائلية، الخروج مع الأصدقاء، زيارة الجيران، الأنشطة الاجتماعية في أماكن العمل، الرياضة، الأنشطة المجتمعية).»

«تشجيع الشخص على استئناف هذه الأنشطة الاجتماعية، وتقديم المشورة لأفراد الأسرة حولها.»



علاج الهوس الحاد

١-٣ الليثيوم أو الفالبروات أو الكاربامازيبين أو مضادات الذهان

النظر في استخدام الليثيوم أو الفالبروات أو الكاربامازيبين أو مضادات الالتهاب لعلاج الهوس الحاد. لا يجب استخدام الليثيوم إلا في حال توفر مراقبة سريرية ومختبرية. وإذا كانت الأعراض شديدة، يمكن استخدام مضادات الالتهاب، لأن مفعولها يبدأ أسرع من مثبتات المزاج.

للحصول على تفاصيل بشأن الجرعات والمراقبة والآثار السلبية وما إلى ذلك، الرجاء الرجوع إلى القسم الخاص بمثبتات المزاج في المعالجة المتداومة للاضطرابات ثنائية القطب، والجدول الخاص بمثبتات المزاج. « الثنائية ٤

للحصول على تفاصيل عن استخدام مضادات الالتهاب، الرجاء الرجوع إلى التدخلات الدوائية في وحدة الالتهاب. « الالتهاب ٢

٢-٣ البنزوديازيبين

من الممكن للشخص المصاب بحالة هوس والذي يعاني من تهيج في مزاجه أن يستفيد من استخدام البنزوديازيبين (مثل الديازيبام) لمدة قصيرة.

ينبغي وقف البنزوديازيبينات تدريجياً بمجرد تحسن الأعراض، فمن الممكن أن يطور الشخص تحملاً لها.

٣-٣ مضادات الالتهاب

إذا تطور الهوس لدى شخص يتناول مضادات الالتهاب، يجب وقف مضادات الالتهاب في أسرع وقت ممكن، إما على الفور أو تدريجياً، مع الأخذ بعين الاعتبار خطر أعراض الانقطاع (يرجى الرجوع إلى التدخلات الدوائية في وحدة الالتهاب « الالتهاب ٤) مقابل خطر أن تفاقم مضادات الالتهاب الهوس. «

لا يجب وصف مضادات الالتهاب وحدها للأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب لأن ذلك قد يؤدي إلى إصابتهم بالهوس، ولا سيما في حالة مضادات الالتهاب ثلاثية الحلقات. فمضادات الالتهاب أقل عرضة للتسبب بالهوس عندما توصف بالتزامن مع الليثيوم أو الفالبروات أو مضادات الالتهاب.

٤-٣ المراقبة

ينبغي مراقبة العلاج بانتظام، وتقييم أثره بعد ٣ و٦ أسابيع.

إذا لم يظهر تحسن على الشخص بعد ٦ أسابيع، يجب التفكير في التحول إلى أدوية لم تُجرّب من قبل، أو إضافة دواء آخر إلى العلاج الحالي، كمضاد للالتهاب مع مثبت للمزاج. وإذا لم يكن ذلك مجدياً، يجب استشارة أخصائي. «

الاضطراب ثنائي القطب

تفاصيل التدخلات

الثنائية ع



المعالجة المداومة للاضطرابات ثنائية القطب



اختيار مثبت المزاج (ليثيوم، فالبروات، كاربامازيبين)

١-٤ الليثيوم

« لا يجب وصف الليثيوم إلا في حال توفر المراقبة السريرية والمخبرية.

« المعالجة الأحادية بالليثيوم فعالة ضد الانتكاس في كل من الهوس والاكتئاب، على الرغم من أنها أكثر فعالية كعامل مضاد للهوس.

« قبل البدء بالعلاج بالليثيوم، يجب الحصول على تحاليل لوظائف الكلى ووظائف الغدة الدرقية وتحليل دم كامل ومخطط رسم القلب وفحص حمل، إن أمكن.

ملاحظة: العلاج بالليثيوم يتطلب مراقبة عن كثب مستوى المصل، لأن له نطاقاً علاجياً ضيقاً. بالإضافة إلى ذلك، يجب فحص وظائف الغدة الدرقية كل ٦-١٢ شهراً. فإذا لم تكن الفحوص المخبرية متاحة أو ممكنة، ينبغي تجنب الليثيوم. من جهة أخرى، يمكن لعدم الانتظام في الالتزام بالعلاج بالليثيوم أو إيقافه فجأة أن يزيد من خطر الانتكاس. لذلك لا يجب وصف الليثيوم إذا كانت إمداداته كثيرة التقطع.

« البدء بجرعة منخفضة (٣٠٠ ملغم في الليل) وزيادتها تدريجياً مع مراقبة تركيز الدم كل ٧ أيام إلى أن يصل إلى ٠,٦-١,٠ مكافئ/ لتر. متى تحققت مستويات الدم العلاجية، يتم فحص مستويات الدم كل ٢-٣ أشهر.

« يلزم ما لا يقل عن ٦ أشهر لتحديد الفعالية الكاملة لليثيوم كعلاج مداومة للاضطراب ثنائي القطب.

« نصح الشخص بشرب السوائل، وخاصة بعد التعرق، أو إذا كان جالساً دون حركة لفترات طويلة أو مصاباً بالحمى.

« التماس الرعاية الطبية إذا حدث لدى الشخص إسهال أو قيء.

« على الشخص الذي يتناول الليثيوم تجنب الأدوية المضادة للالتهابات اللاستيرويدية.

« إذا حدث اضطراب تنفسي استقلابي أو أضي شديد، يجب التفكير في وقف العلاج بالليثيوم لمدة تصل إلى ٧ أيام.

٢-٤ الفالبروات

« قبل بدء العلاج بالفالبروات، يجب أخذ تاريخ الشخص فيما يتعلق بأمراض القلب والأوعية أو الكلى أو الكبد.

« البدء بجرعة منخفضة (٥٠٠ ملغم/ يوم)، وزيادتها (حسب التحمل) للوصول إلى الجرعة المستهدفة.

« المراقبة الحثيثة للتجاوب والآثار الجانبية والالتزام. شرح علامات وأعراض أمراض الدم والكبد، ونصح الشخص بطلب المساعدة الفورية إذا ظهرت لديه.

« تخفيض جرعة الدواء إذا كانت الآثار الجانبية غير المحتملة لا تزال موجودة. وفي حال لم يكن تخفيض الجرعة مفيداً، التفكير في التحول إلى عامل آخر مضاد للهوس.

٣-٤ الكاربامازيبين

« إذا لم يكن الليثيوم والفالبروات فعالين أو لم يتمكن الشخص من تحملهما، أو إذا كان العلاج بأحد هذه العوامل غير مُجدٍ، يجب التفكير في الكاربامازيبين.

« قبل وأثناء العلاج بالكاربامازيبين، يجب أخذ تاريخ الشخص فيما يتعلق بأمراض القلب والأوعية أو الكلى أو الكبد.

« البدء بجرعة منخفضة (٢٠٠ ملغم/ يوم في وقت النوم)، وزيادتها ببطء لحين الوصول إلى جرعة من ٦٠٠-١٠٠٠ ملغم/ يوم.

« على مقدمي الرعاية الصحية التفكير في ضرورة تعديل الجرعة بعد أسبوعين بسبب استثارة الأنزيمات الكبدية.

« تخفيض جرعة الدواء إذا كانت الآثار الجانبية غير المحتملة لا تزال موجودة. وفي حال لم يكن تخفيض جرعة مفيداً، التفكير في التحول إلى عامل آخر مضاد للهوس.

يجب تجنب الليثيوم والفالبروات والكاربامازيبين في الحوامل، والموازنة بين المخاطر والمنافع في النساء في سن الإنجاب. 🚫

إذا تعرّض الشخص لانتكاسات متكررة أو اضطراب وظيفي مستمر، يجب التفكير في التحول إلى مثبت مزاج مختلف أو إضافة مثبت مزاج ثانٍ. استشارة أخصائي. 🚫





المعالجة المداومة للاضطرابات ثنائية القطب



ع-ع الانقطاع عن مثبتات المزاج

جدول: مثبتات المزاج

« إذا كان الشخص يمر حالياً بحالة هوس أو اكتئاب (اضطراب ثنائي القطب بين النوبات)، يجب متابعته كل ٣ أشهر، ومواصلة العلاج ومراقبته عن كثب تحسباً لحدوث انتكاس.

« مواصلة معالجة المداومة بمتبث مزاج لما لا يقل عن سنتين بعد آخر نوبة اضطراب ثنائي القطب.

« مع ذلك، إذا كان الشخص قد أصيب بنوبات شديدة بأعراض ذهانية أو انتكاسات متكررة، يجب استشارة أخصائي (📞) بشأن قرار وقف معالجة المداومة بعد سنتين.

« عند وقف الأدوية، يجب تخفيفها تدريجياً على مدى فترة أسابيع أو أشهر.

« في حال التحول إلى دواء آخر، يتم أولاً بدء الدواء الجديد وعلاج الشخص بالدوائين لأسبوعين قبل إيقاف الدواء الأول بشكل تدريجي.

القصد من هذا الجدول أن يكون مرجعاً سريعاً فقط وليس أن يكون دليلاً شاملاً للأدوية أو جرعاتها وآثارها الجانبية. للاطلاع على تفاصيل إضافية، يمكن مراجعة "العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)

الدواء:	الليثيوم	الفالبروات	الكاربامازيبين
الجرعة الابتدائية (ملغ)	٣٠٠	٥٠٠	٢٠٠
الجرعة النموذجية الفعالة (ملغ):	١٢٠٠-٦٠٠	٢٠٠٠-١٠٠٠	٦٠٠-٤٠٠
طريقة إعطاء الدواء:	عن طريق الفم	عن طريق الفم	عن طريق الفم
مستوى الدم المستهدف:	٠,٦-١,٠ مل مكافئ/ لتر الهوس: ٠,٨-١,٠ مل مكافئ/ لتر المداومة: ٠,٦-٠,٨ مل مكافئ/ لتر من المهم جداً القيام بمراقبة منظمة لمستوى المصل	لا يوصف بشكل روتيني	لا يوصف بشكل روتيني
الآثار الجانبية المهمة:	خلل في التنسيق، البول، العطش، مشاكل في الإدراك، عدم انتظام ضربات القلب، سكري كاذب، قصور الغدة الدرقية	يجب الحذر إذا كان هناك مرض كبدي مستبطن. ومن الممكن حصول فقدان للشعر، ونادراً، التهاب في البنكرياس.	شفع، خلل في التنسيق، طفح جلدي، ارتفاع في إنزيمات الكبد نادراً: متلازمة ستيفنز جونسون، وفقر الدم اللاتسجعي.
التخدر:	++	++	++
الارتعاش:	++	++	++
زيادة الوزن:	++	++	++
تسمم الكبد:	-	++	+
نقص الصفائح:	-	+	+
نقص كريات الدم البيضاء مع أعراض خفيفة:	-	+	+

الصرع حالة مزمنة يتميز بنوبات متكررة دون وجود محفز، وله عدة أسباب، فقد يكون وراثياً أو يحدث في أشخاص لديهم تاريخ سابق من إصابة أثناء الولادة، أو التهابات الدماغ أو إصابات الرأس. في بعض الحالات، لا يمكن تحديد سبب محدد. أما النوبات فسببها إفرازات غير طبيعية في الدماغ، ويمكن أن تتخذ أشكالاً مختلفة، ويمكن أن يتعرض الأشخاص المصابون بالصرع لأكثر من نوع من النوبات، أبرز شكلين لها هما التشنجية وغير التشنجية. من علامات الصرع غير التشنجي تغيرات في الوعي أو العواطف أو السلوك أو الحواس (مثل الطعم أو الرؤية أو الشم أو السمع) تكون مشابهة لحالات الصحة النفسية، لذلك من الممكن أن يتم الخلط بينها. أما علامات الصرع التشنجي فتتمثل بتقلص العضلات المفاجيء، مما يؤدي إلى سقوط الشخص وبقائه في وضعية متصلبة، تليها التناوب بين الاسترخاء والتصلب في العضلات، مصاحباً أو دون فقدان للسيطرة على المثانة أو الأمعاء. يُذكر أن الصرع التشنجي أكثر ارتباطاً بوصمة العار وارتفاع معدلات المرضة والوفاة. وهذه الوحدة مخصصة لهذا النوع من الصرع فقط.

دليل تقييم الحالة وإدارتها « للحالات الطارئة



يجب أن يتم التقييم والإدارة في حالات الطوارئ بشكل متزامن!

١. هل الشخص في حالة تشنج أو فاقد للوعي؟

قياس:

« ضغط الدم ودرجة الحرارة ومعدل التنفس.

البحث عن:

« علامات على حدوث صدمة قوية في الرأس والعمود الفقري.
« هل الحدقتان: متوسعتان أو منقبضتان؟ غير متساويتين؟ لا تستجيبان للضوء؟
« علامات على وجود التهاب السحايا.
« خلل بؤري.

السؤال عن:

« إذا كان الشخص فاقد الوعي، سؤال الشخص المرافق له: "هل أصيب بتشنج مؤخراً؟"
« مدة اختلال الوعي/ التشنج.
« عدد التشنجات.
« تاريخ من صدمات الرأس أو الإصابات في العنق.
« مشاكل طبية أخرى أو أدوية أو سموم (مثل التسمم من مركبات الفوسفات) أو استخدام مواد الإدمان (مثل تسمم المنبهات أو البنزوديازيبين أو الانقطاع عن الكحول « الإدمان « الكحول) تاريخ من الصرع.

نعم

في جميع الحالات.

نعم

إذا كان الشخص في حالة تشنج.



استبعاد وجود حمل



إذا كانت الحامل في النصف الثاني من الحمل أو بعد أسبوع من الولادة

وليس لديها تاريخ سابق من الصرع.

الاشتباه بتسمم الحمل

نعم

في حال الاشتباه بإصابة في الرأس أو العنق، أو التهاب عصبي.

« تفقد المجرى الهوائي والتنفس والدورة الدموية.
« حماية الشخص من الإصابة: بالتأكد من أنه في مكان آمن بعيد عن النار أو أي شيء آخر يمكن أن يسبب له الأذى.
« يجب عدم ترك الشخص وحده. ويجب طلب المساعدة إذا أمكن.
« وضع الشخص على جنبه لمنع حدوث شفت. يجب عدم وضع أي شيء في فم الشخص.

« فتح خط وريدي، وإعطاء السوائل ببطء (٣٠ قطرة/ دقيقة).
« إعطاء جلوكوز بالوريد (٥ مل في ٥٠٪ من الجلوكوز في البالغين. ٢-٥ مل/ كجم في ١٠٪ الجلوكوز في الأطفال).
« إعطاء ١٠ ملغم ديازيبام بالوريد ببطء (الأطفال: ١ ملغم/ سنة من العمر) أو ٤ ملغم لورازيبام بالوريد (١، ٠ ملغم/ كغم)، إذا توفر.
« إعطاء الديازيبام بالمستقيم (نفس الجرعة على النحو الوارد أعلاه) إذا كان من الصعب فتح خط وريدي.

« يجب عدم إعطاء ديازيبام بالعضل. ❌
! إذا لم يتوقف التشنج بعد ١٠ دقائق من الجرعة الأولى من الديازيبام، يجب إعطاء جرعة ثانية من الديازيبام أو اللورازيبام (نفس جرعة الأولى) + وإحالة الشخص فوراً للمستشفى.
« يجب عدم إعطاء أكثر من جرعتين من الديازيبام. ❌

« إعطاء ١٠ غم سلفات المغنيسيوم بالعضل: إعطاء ٥ غم (١٠ مل في ٥٠٪ من المحلول) بالعضل عميقاً في الربع العلوي الخارجي من كل ردف مع ١ مل من ٢٪ من اللجنوكالين في نفس الحقنة.

« إذا كان ضغط الدم الانبساطي < ١١٠ مم زئبق: إعطاء ٥ ملغم هيدرالازين بالوريد ببطء (٣ - ٤ دقائق). إذا لم يكن بالإمكان وضع خط وريدي، إعطاء الحقنة بالعضل إذا بقي ضغط الدم الانبساطي < ٩٠ مم زئبق، وتكرار الجرعة كل ٣٠ دقيقة لحين يصل ضغط الدم الانبساطي حوالي ٩٠ مم زئبق. لكن لا يجب إعطاء أكثر من ٢٠ ملغم في المجموع.

+ إحالة الشخص فوراً للمستشفى، واتباع المبادئ التوجيهية المحلية لإدارة الحمل والولادة والرعاية بعد الولادة.

« إدارة التشنجات على النحو المبين أعلاه.

+ إحالة الشخص فوراً للمستشفى

« إصابة في الرأس أو العنق: لا يجب تحريك الرقبة وذلك بسبب احتمال إصابة العمود الفقري العنقي. ❌ التأكد من وجود الشخص في وضعية ثابتة عند التحرك.
« الالتهاب العصبي: إدارة الالتهاب وفقاً للمبادئ التوجيهية المحلية.

الصرع/ النوبات

دليل تقييم الحالة وإدارتها « للحالات الطارئة



الصرع ١



➕ **إحالة الشخص فوراً للمستشفى وإدارة الحالة في المستشفى.**

« تفقد المجرى الهوائي والتنفس والدورة الدموية.

« إعطاؤه الأكسجين.

« التأكد من الحاجة إلى تنبيب/ تهوية عند إعطاء جرعات متعددة من الأدوية المختلفة.

« وضع الشخص على جنبه لمنع حدوث استنشاق.

« يجب عدم وضع أي شيء في فم الشخص خلال التشنج. ❌

إعطاء الشخص:

« ١٠-١٥ ملغم/ كغم فينوباربيتال في الوريد (بمعدل ١٠٠ ملغم/ دقيقة). أو

« ١٥-١٨ ملغم/ كغم فينيتوين في الوريد (من خلال خط وريدي مختلف عن خط

الديازيبام) على مدى ٦٠ دقيقة. ومن الأهمية بمكان أن يتم وضع الخط الوريدي

بشكل جيد جداً لأن الدواء كاو جداً، وسيسبب ضرراً موضعياً كبيراً إذا حدث تسرب.

إذا استمرت النوبات:

« إعطاء الدواء الآخر (إن توفر) أو ١٠ ملغم/ كغم فينيتوين إضافية بالوريد (من

خلال خط وريدي مختلف عن خط الديازيبام) على مدى ٣٠ دقيقة.

« مراقبة الشخص تحسباً لحدوث هبوط تنفسي.



الاشتباه بحالة صرعية

٢. هل التشنجات ما زالت مستمرة؟

إذا كانت التشنجات

« تدوم لأكثر من ٣٠ دقيقة أو

« تحدث بشكل متكرر بحيث لا يستعيد الشخص وعيه بين التشنجات أو

« لا تستجيب لجرعتين من الديازيبام



يجب إجراء التقييم والمراجعة في حالات الطوارئ في وقت واحد

١. هل الشخص مصاب بنوبات تشنج؟

السؤال عن المعايير التالية:

- « فقدان أو اختلال الوعي.
- « تصلب، تيبس يدوم أكثر من دقيقة إلى دقيقتين.
- « حركات تشنج تدوم أكثر من دقيقة إلى دقيقتين.
- « عض اللسان أو إيذاء الذات.
- « سلس البول و/ أو البراز.
- « بعد الحركة غير الطبيعية: التعب، النعاس، التشوش، السلوك الشاذ، الصداع أو الآلم في العضلات.

لا

إذا كان لدى الشخص ٢ أو أقل من المعايير، الاشتباه بنوبات غير تشنجية أو حالة طبية أخرى.

- « المتابعة بعد ٣ أشهر.
- « في حالة تكرار النوبات، استشارة أخصائي. 🚑

نعم

إذا كان لدى الشخص حركات تشنجية ومعياران آخران، يمكن أن تكون هذه نوبات تشنجية، ويمكن أن يكون لها سبب حاد أو تكون ناجمة عن الصرع.

- « علاج الحالة الطبية.
- « معالجة المداومة للصرع غير لازمة.
- « المتابعة بعد ٣ أشهر لتقييم ما إذا كان الشخص يعاني من الصرع.

نعم

اشتباه وجود مسببات حادة
« التهاب عصبي (التهاب السحايا/ التهاب الدماغ).
« ملاريا دماغية.
« إصابة في الرأس.
« نقص جلوكوز الدم، نقص الصوديوم.
« استخدام مواد الإدمان أو الامتناع عنها.

- « الاشتباه بنوبة حمى معقدة.
- « **+** حالة الشخص للمستشفى.
- « البحث عن التهاب عصبي (الاشتباه بملاريا دماغية في المناطق التي تتسم بمستويات مرتفعة من توطن الملاريا).
- « متابعة الحالة.

٢. إذا كان هناك نوبات تشنج، فهل سببها حاد؟

السؤال والبحث عما يلي:

- « حمى، صداع، علامات تهيج سحائي، مثل تصلب العنق.
- « إذا بدأت على الفور بعد إصابة الرأس.
- « اضطراب استقلابي أو أبيض (نقص جلوكوز الدم، نقص الصوديوم).
- « استخدام مواد الإدمان أو الامتناع عنها.

لا

إذا لم يكن هناك سبب حاد



إذا كان الجواب نعم، وكان طفل يتراوح عمره بين ٦ أشهر إلى ٦ سنوات مصابا بحمى ونوبات لديه واحد من المعايير الثلاثة التالية:
« بؤري - يبدأ في جزء واحد من الجسم
« مطول - أكثر من ١٥ دقيقة
« متكرر - أكثر من نوبة خلال المرض الحالي

- « الاشتباه بنوبة حمى بسيطة.
- « إدارة الحمى والبحث عن سببها وفقا للمبادئ التوجيهية المحلية للرعاية المتكاملة للأمراض الطفولة.
- « مراقبة المريض لمدة ٢٤ ساعة.
- « متابعة الحالة.

إذا لم تكن أي من المعايير الثلاثة موجودة في طفل محموم

الصرع/ النوبات

دليل تقييم الحالة وإدارتها

الصرع ١

إذا لم يكن هناك سبب حاد

٣. هل أصيب الشخص بما لا يقل عن نوبتي تشنج في العام الماضي في يومين مختلفين؟

السؤال عن:
الحدة:

- ما مدى تكرار حدوثها؟
 - ما عدد النوبات التي أصيب بها في العام الماضي؟
 - متى حدثت آخر نوبة؟
- « المسببات المحتملة للصرع (مثل اختناق أو إصابة بمرض أثناء الولادة، وإصابة في الرأس، التهاب من الدماغ، تاريخ عائلي من الإصابة بالنوبات).

لا

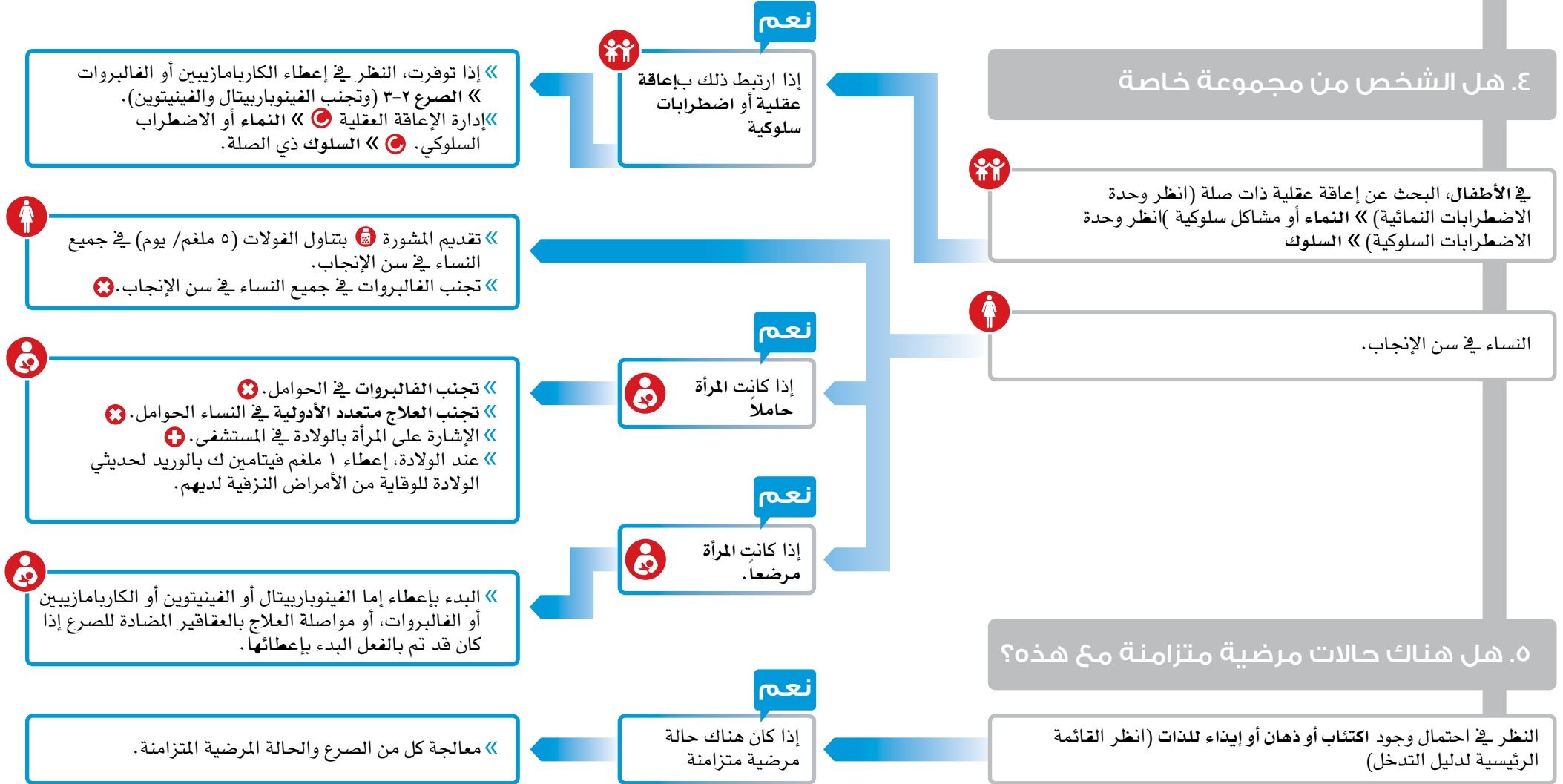
إذا لم يكن هناك سبب واضح وأصيب الشخص بنوبة تشنجية واحدة.

ليس صرعاً
« لا داعي للمداومة على العقاقير المضادة للصرع.
« المتابعة بعد ٣ أشهر. وإذا كان هناك تحركات غير طبيعية إضافية توحى بوجود نوبة، عندهما يتم التقييم على أساس احتمال وجود صرع.

نعم

إذا كان الجواب نعم، فقد تكون الحالة صرع.

« البدء بإعطاء مضاد الصرع «الصرع ١»، إما الفينوباربيتال أو الفينيتوين أو الكاربامازيبين أو الغالبروات. «الصرع ٢-٣»
« تثقيف الشخص حول الحالة ونمط الحياة وقضايا السلامة وأهمية الالتزام بالعلاج والمتابعة المنتظمة.
«الصرع ١-٣»
« متابعة منتظمة. «الصرع ٢-٢»



الصرع/ النوبات

تفاصيل التدخلات



الصرع ٢

المشورة والمعالجة الدوائية



١-٢ البدء بالعلاج بالعقاقير المضادة للصرع

يمكن التحكم بالغالبية العظمى من النوبات (وقفها أو تقليلها إلى حد كبير) بواسطة العقاقير المضادة للصرع.

« وصف الغينوباربيتال أو الفينيتوين أو كاربامازيبين أو الفالبروات حسب توفرها في كل بلد.

« بدء العلاج بدواء واحد فقط للصرع.

« بدء العلاج بأقل جرعة وزيادتها ببطء لحين تحقيق سيطرة كاملة على النوبات.

« الهدف من العلاج هو التوصل إلى أقل جرعة من معالجة المداومة التي تحقق السيطرة الكاملة على النوبات.

« إخبار الشخص وأسرته بما يلي:

- التأخر في بدء الشعور بأثر العلاج، والوقت اللازم له.
- الآثار الجانبية المحتملة ومخاطر هذه الأعراض، وطلب المساعدة فوراً إذا كانت الأعراض تسبب الضيق.
- خطر أعراض الانقطاع المفاجيء في حالة تقويت الجرعات.
- الحاجة إلى متابعة منتظمة.

« العلب من الشخص وأسرته عمل سجل بسيط للنوبات.

« في حالة المراضة المشتركة: قبل وصف مضاد الصرع، والنظر في التفاعل المحتمل للمرض مع الدواء أو الدواء مع الدواء. يجب الرجوع إلى كتيّب الوصفات الوطني أو الخاص بمنظمة الصحة العالمية.

٢-٢ المتابعة

« السؤال والبحث عن استجابة الأعراض للعلاج وآثاره السلبية ومدى الالتزام به.

« يمكن أن تكون الآثار السلبية ناجمة عن ارتفاع جرعة مضاد الصرع (مثل النعاس والرأرة والشفع والرنج)، أو قد تكو هذه الآثار ذاتية التحساس (مثل أمراض الحساسية، كبت نخاع العظم، والفشل الكبدى). للاطلاع على تفاصيل حول كل مضاد صرع بعينه، انظر «الصرع ٢-٣»

« جرعة مضاد الصرع الصحيحة هي أقل جرعة تحقق السيطرة الكاملة على النوبات دون آثار سلبية.

« إذا كان هناك آثار سلبية تسببها الجرعات، عندها يجب تقليل جرعة الدواء. أما في حال كانت التفاعلات ذاتية التحساس، يجب وقف مضاد الصرع الذي يتناوله الشخص والتحول إلى أي مضاد صرع آخر.

« إذا كانت الاستجابة ضعيفة (انخفاض أقل من ٥٠٪ في وتيرة النوبات) على الرغم من الالتزام الجيد بالعلاج، يجب الزيادة إلى الحد الأقصى من الجرعة المحتملة.

« وإذا بقيت الاستجابة ضعيفة، يتم تجربة علاج أحادي آخر، بحيث يتم بدء الدواء الثاني وزيادة الجرعة تدريجياً للوصول إلى الجرعة الملائمة أو أعلى جرعة محتملة، ومن ثم إيقاف الدواء الأول ببطء.

« إذا كانت النوبات نادرة الحدوث وكانت الجرعات المرتفعة من الأدوية تنتج آثاراً جانبية، فمن الممكن أن يكون الهدف هو تحقيق مستوى أقل من التحرر الكامل من النوبات.

« إذا استمرت النوبات بعد تجربة علاجين أحاديين، يجب إعادة النظر في التشخيص (بما في ذلك الأمراض المشتركة)، ومدى الالتزام بالعلاج، وإذا لزم الأمر، استشارة طبيب متخصص للمزيد من التقييم والعلاج.

« إذا كان هناك آثار سلبية أو استجابة ضعيفة، تتم المتابعة كل شهر.

« مواصلة مقابلة الشخص كل ٣ أشهر إذا تمت السيطرة بشكل جيد على النوبات.

كيف ومتى يتم إيقاف الأدوية المضادة للصرع

« عدم حدوث نوبات خلال السنتين الماضيتين.

« مناقشة القرار مع الشخص/ القائم على العناية به مع الأخذ بعين الاعتبار خطر حدوث نوبات مجدداً.

« في بعض حالات الصرع، قد يكون هناك حاجة لعلاج طويل المدى بالعقاقير المضادة للصرع، على سبيل المثال في حالات الصرع الناجم عن إصابة في الرأس أو التهاب عصبي، أو إذا كان من الصعب السيطرة على النوبات.

« تقليل العلاج تدريجياً على مدى شهرين.



٢-٣ الأدوية المضادة للصرع



فينوباربيتال

« لا حاجة لإعطائه سوى مرة واحدة في اليوم.

« يؤخذ عند النوم (يقلل من النعاس خلال النهار).

⚠️ في البالغين: البدء بـ ١ ملغم/ كغم/ يوم (قرص عيار ٦٠ ملغم) لمدة أسبوعين. إذا كانت الاستجابة ضعيفة، عندها يتم زيادة الجرعة إلى ٢ ملغم/ كغم/ يوم (١٢٠ ملغم) لمدة شهرين. وإذا استمرت النوبات، يتم زيادة الجرعة إلى ٣ ملغم/ كغم/ يوم (١٨٠ ملغم).

⚠️ في الأطفال: البدء بـ ٢ ملغم/ كغم/ يومياً لمدة أسبوعين. إذا كانت الاستجابة ضعيفة، عندها يتم زيادة الجرعة إلى ٣ ملغم/ كغم/ يومياً لمدة شهرين. وإذا استمرت النوبات، يتم زيادة الجرعة إلى حد أقصاه ٦ ملغم/ كغم/ يوم.

« يجب الاستمرار بإعطاء الدواء لمدة ١٤-٢١ يوماً لتحقيق مستويات ثابتة من الفينوباربيتال في الدم. لذلك، لا ينبغي أن يُعتبر حدوث نوبات خلال هذه الفترة فشلاً للعلاج.

« الآثار الجانبية: ناجمة عن الجرعات: نعاس، حمول، فرط نشاط في الأطفال. ذاتية التحساس: طفح جلدي، كبت نخاع العظم، فشل كبدي.

كاربامازيبين

« إعطاء الدواء مرتين يومياً.

« يتم الوصول إلى حالة ثابتة خلال ٨ أيام.

« الآثار الجانبية: تحسس جلدي (يمكن أن يكون شديداً)، عدم وضوح الرؤية، شفع (الرؤية المزدوجة)، ترنح، غثيان: الأعراض الأخيرة عادة تكون في بداية العلاج أو عند تناول جرعات مرتفعة.

فينيتوين

« في الأطفال، ⚠️ إعطاء الدواء مرتين يومياً، وفي البالغين، ⚠️ يمكن إعطاؤه مرة واحدة يومياً.

« يمكن أن تؤدي الزيادات الصغيرة في الجرعات إلى تغييرات كبيرة في التركيز، وبالتالي ينبغي أن تكون الزيادات بين ٢٥-٣٠ ملغم.

« أعراض ناجمة عن الجرعات: نعاس، ترنح وصعوبة في النطق، حركات مرتعشة وتشوش ذهني، خشونة في ملامح الوجه، تضخم اللثة والشعرانية (غير شائعين). الأعراض ذاتية التحساس: فقر الدم وتشوهات الدم الأخرى، تفاعلات فرط الحساسية بما في ذلك الطفح الجلدي، التهاب الكبد.

فالبروات الصوديوم

« هناك مستحضرات مختلفة، تعطى عادة مرتين أو ٣ مرات يومياً.

« الآثار الجانبية: شعور بالتخدير وارتعاش (ناجمة عن الجرعات)، فقدان شعر عابر (ينمو عادة في غضون ٦ أشهر)، زيادة في الوزن، اختلال وظائف الكبد (ذاتي التحساس).

المراهقون/ البالغون		الأطفال		
الجرعة الابتدائية	الجرعة الابتدائية	الجرعة الابتدائية	الجرعة الابتدائية	
٤٠٠-١٤٠٠ ملغم/ يوم	١٠٠-٢٠٠ ملغم/ يوم	١٠-٣٠ ملغم/ كغم/ يوم	٥ ملغم/ كغم/ يوم	كاربامازيبين
٦٠-١٨٠ ملغم/ يوم	٦٠ ملغم/ يوم	٢-٦ ملغم/ كغم/ يوم	٢-٣ ملغم/ كغم/ يوم	فينوباربيتال
٢٠٠-٤٠٠ ملغم/ يوم	١٥٠-٢٠٠ ملغم/ يوم	٣-٨ ملغم/ كغم/ يوم (بحد أقصى ٣٠٠ ملغم يومياً)	٣-٤ ملغم/ كغم/ يوم	فينيتوين
٤٠٠-٢٠٠٠ ملغم/ يوم	٤٠٠ ملغم/ يوم	١٥-٣٠ ملغم/ كغم/ يوم	١٥-٢٠ ملغم/ كغم/ يوم	فالبروات الصوديوم



المشورة النفسية الاجتماعية والمعالجة الدوائية

١-٣- تثقيف الأشخاص الذين يعانون من نوبات/ صرع والقائمين على العناية بهم

شرح

« ما هي النوبات/ الصرع (على سبيل المثال "النوبة هي مشكلة تتعلق الدماغ. والصرع هو مرضٍ ينطوي على نوبات متكررة. الصرع ليس مرضاً معدياً، وليس ناتجاً عن السحر أو الجن.").

« طبيعة النوبات التي يصاب بها الشخص وسببها المحتمل.

« أنه حالة مزمنة، لكن يمكن السيطرة على النوبات بالكامل في ٧٥٪ من الأفراد، وبعد ذلك يمكنهم العيش دون دواء لبقية حياتهم.

« وجود خيارات علاج مختلفة.

« أسباب الإحالة (عند الحاجة لذلك).

! الاحتياطات الواجب اتخاذها في المنزل خلال النوبات:

« تمديد الشخص على جنبه، بحيث يكون رأسه على الجنب أيضاً لمساعدته في التنفس ومنعه من شغط الإفرازات والقيء.

« التأكد من أن الشخص يتنفس بشكل سليم.

« تجنب محاولة تقييد الشخص أو وضع أي شيء في فمه.

« البقاء مع الشخص لحين توقف النوبة واستيقاظه.

« في بعض الأحيان، يعرف الشخص المصاب بالصرع أو يشعر بأن النوبة قادمة. في هذه الحالة، ينبغي أن يستلقي في مكان آمن لحماية نفسه من الوقوع.

« يجب تذكر أن الصرع ليس معدياً، لذلك لا يمكن الإصابة بالنوبات من خلال مساعدة.

مسائل متعلقة بنمط الحياة:

« يمكن للأشخاص المصابين بالصرع أن يعيشوا حياة طبيعية. ويمكن أن يتزوجوا وينجبوا أطفالاً.

« على أهل الأطفال المصابين بالصرع ألا يُخرجوهم من المدرسة أبداً. « يمكن للأشخاص المصابين بالصرع العمل في معظم الوظائف. لكن ينبغي عليهم تجنب وظائف معينة مثل تشغيل الآلات الثقيلة أو العمل بالقرب منها.

« على الأشخاص المصابين بالصرع تجنب طهي الطعام على نار مكشوفة والسباحة بمفردهم.

« على الأشخاص المصابين بالصرع تجنب الإفراط في شرب الكحول وأية مواد إدمان ترويحية، أو النوم أقل بكثير من المعتاد، أو الذهاب إلى أماكن فيها أضواء ساطعة.

« يتعين مراعاة القوانين الوطنية المتعلقة بالقيادة والصرع.

الاضطرابات النمائية مصطلح شامل يغطي اضطرابات مثل الإعاقة الذهنية/ التخلف العقلي، فضلاً عن اضطرابات نمائية سائدة أخرى مثل التوحد. وهذه الاضطرابات عادة تبدأ في مرحلة الطفولة، وتكون ناجمة عن اختلال أو تأخير في وظائف متعلقة بنضوج الجهاز العصبي المركزي، وتتسم بمسار ثابت بدلاً من الهدآت والانتكاسات التي تميّز عادة العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. وعلى الرغم من أنها تظهر في الطفولة، إلا أن الاضطرابات النمائية تميل إلى الاستمرار مع الشخص في مرحلة البلوغ. ويُذكر أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نمائية أكثر عرضة للإصابة بأمراض بدنية وحالات مرضية أخرى ذات أولوية مذكورة في دليل التدخل هذا، ولذلك فإنهم يتطلبون اهتماماً إضافياً من قبل مقدمي الرعاية الصحية.

الإعاقة الذهنية

تتسم الإعاقة الذهنية بضعف المهارات في جوانب نمائية متعددة (أي، المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية) خلال فترة النمو. فانخفاض معدلات الذكاء يقلل من القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية. ويمكن لاختبارات حاصل الذكاء توفير معلومات حول قدرات الشخص، ولكن لا ينبغي اللجوء إليها إلا إذا تم اعتمادها للاستخدام في المجموعة السكانية التي يجري تطبيقها فيها.

الاضطرابات النمائية السائد بما فيها التوحد

تتميز هذه الاضطرابات بضعف السلوك الاجتماعي والاتصال واللغة، وضيق نطاق الاهتمامات والأنشطة التي يتمرّد بها الشخص ويقوم بها بشكل متكرر. وتتشأ هذه الاضطرابات في مرحلة الرضاعة أو في مرحلة الطفولة المبكرة. وفي العادة، ولكن ليس دائماً، يكون هناك قدر من الإعاقة الذهنية. لكن السلوكيات المذكورة أعلاه كثيراً ما تكون موجودة لدى الأشخاص الذين يعانون من إعاقات ذهنية أيضاً.

١. هل الطفل يعاني من تأخر في النماء؟

تقييم نماء الطفل باستخدام مقاييس النماء المحلية أو مقارنة الطفل مع أطفال آخرين من نفس العمر في نفس البلد.

(على سبيل المثال، تحديد العمر الذي بدأ فيه الطفل بالابتسام، الجلوس، الوقوف بنفسه، المشي، الكلام، فهم التعليمات، التواصل مع الآخرين.)

بالنسبة للأطفال الأكبر: بالإضافة إلى ما سبق، ملاحظة مدى قدرتهم على القيام بالواجبات المدرسية أو الأنشطة المنزلية اليومية.

البحث عن:

- « شذوذ في التواصل (على سبيل المثال، عدم استخدام المهارات اللغوية اجتماعياً، أو الافتقار إلى المرونة في استخدام اللغة).
- « أنماط السلوك والاهتمامات والأنشطة ضيقة النطاق والمتكررة (النمطية).
- « توقيت وتسلسل ومسار هذه المظاهر.
- « فقدان مهارات مكتسبة من قبل.
- « تاريخ عائلي من الاضطراب النمائي.
- « وجود إعاقة بصرية وسمعية.
- « صرع مقترن.
- « علامات مقترنة من الإعاقة الحركية أو الشلل الدماغي.

نعم

إذا كان هناك تأخر في النماء أو الشذوذ المذكور في التواصل أو السلوك.

هل هناك أي نقص تغذوي بما في ذلك نقص اليود و/ أو حالات طبية؟

نعم

« إدارة المشاكل التغذوية، بما في ذلك نقص اليود والحالات الطبية، وذلك باستخدام المبادئ الإرشادية للإدارة المتكاملة للأمراض العنقولة.

في جميع الحالات

- « البدء بالتثقيف النفسي للأسرة. « النماء ٢-١
- « النظر في توفير التدريب على المهارات للأهل، عندما يكون متاحاً.
- « مشددة
- « توفير معلومات حول الخدمات التعليمية والاجتماعية المتاحة والتعاون معها.
- « الاتصال بمدرسة الشخص بعد الحصول على موافقة الشخص والقائمين على العناية به وإسداء المشورة لها بشأنه. « النماء ٢-٢
- « تقييم المستوى الحالي للأداء التكيفي بالتشاور مع المختصين، إذا كانوا متوفرين.
- « إدارة الحالات المقترنة مثل الإعاقة البصرية والسمعية.
- « تقديم الدعم للمواقف الصعبة المتوقعة في الحياة.
- « تيسير خدمات إعادة التأهيل المجتمعي والتعاون معها. « النماء ٢-٣
- « المساعدة على تعزيز وحماية حقوق الإنسان للطفل والأسرة. « النماء ٢-٤
- « تقديم الدعم للقائمين على العناية بالطفل. « النماء ٢-٥
- « الإحالة لأخصائي، إذا كان متوفراً، للمزيد من التقييم.
- « المتابعة المنتظمة. « النماء ٢-٦

الاضطرابات النمائية

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

٢. هو التأخير في النماء ناجم عن بيئة غير محفزة أو اكتئاب الأم؟

نعم

إذا كان السبب البيئة غير المحفزة أو اكتئاب الأم

« توفير التنشيط النفسي للأسرة. « النماء ٢-١ وتدريب الأهل على كيفية توفير بيئة محفزة للطفل.
« علاج اكتئاب الأم. انظر وحدة الاكتئاب « الاكتئاب وغيرها من وثائق منظمة الصحة العالمية الخاصة باكتئاب الأمهات وتنمية الطفولة المبكرة.

٣. البحث عن اضطراب ذي أولوية آخر من الاضطرابات الذهنية والنفسية، أو اضطراب استخدام الكحول أو مواد الإدمان (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل).

نعم

إذا كان الجواب نعم

« تقديم العلاج وفقاً للوحدة ذات الصلة

- الصرع « الصرع
- الاكتئاب « الاكتئاب
- الاضطرابات السلوكية « السلوك

البحث بشكل خاص عن:

- « الصرع
- « الاكتئاب
- « الاضطرابات السلوكية

⚠ يجب الحذر عند وصف الأدوية نفسانية التأثير للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نمائية لأنهم غالباً ما يكونون أكثر حساسية لآثارها الجانبية.

٤. هل لدى الطفل مشاكل سلوكية؟

نعم

إذا كان الجواب نعم

« معالجة أية مشكلة بدنية حادة كامنة وقابلة للعلاج تكون وراء تفاقم المشاكل السلوكية.
« النظر في تقديم المزيد من التنشيط النفسي للأسرة (انظر وحدة الاضطرابات السلوكية) « السلوك وتوفير التدريب على المهارات للأهل للتعامل مع المشاكل السلوكية. « مشددة
« النظر في العلاج السلوكي المعرفي، إذا توفرت الموارد المدربة. « مشددة
« تقديم المزيد من الدعم للقائمين على العناية بالطفل.
« النماء ٢-٥



المشورة والعلاج النفسي الاجتماعي



١-٢ التثقيف النفسي للأسرة

التثقيف النفسي يستهدف الشخص الذي يعاني اضطراباً نمائياً وأسرتة، بحسب شدة الحالة ومدى توفر دور أفراد الأسرة وأهميته في حياة الشخص اليومية. ويجب أن يتم تدريب الأهل أو أفراد الأسرة المهمين على:

« قبول الطفل الذي يعاني من اضطراب نمائي ورعايته.

« معرفة ما يسبب التوتر للطفل وما يجعله سعيداً، وما يسبب المشاكل السلوكية لديه وما يحد منها، ما هي نقاط قوته وضعفه، وأفضل طريقة يتعلم من خلالها.

« إدراك أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نمائية قد يواجهون صعوبات مع المواقف الجديدة.

« تنظيم اليوم بحيث يكون هناك أوقات منتظمة لتناول الطعام واللعب والتعلم والنوم.

« إشراكهم في الحياة اليومية، بدءاً بمهام بسيطة كل على حدة.

« إبقاؤهم في المدرسة إلى أقصى حد ممكن، والأفضل تسجيلهم في المدارس العادية حتى لو كان ذلك بدوام جزئي.

« الحرص على نظافتهم العامة وتدريبهم على الاعتناء بأنفسهم.

« مكافأة سلوكهم الجيد بعد أن يقوموا به، وحجب المكافأة عندما تكون هناك مشكلة سلوكية. « السلوك ١-٢

« حمايتهم من الإساءة.

« احترام حقهم في أن يكون لديهم منطقة أمان ضمن حدود يمكن مراقبتها، حيث يمكن أن يشعروا بالأمان والراحة والتحرك بحرية واللعب بالطريقة التي يريدونها.

« التواصل وتبادل المعلومات مع أهل آخرين لديهم أطفال يعانون من حالات مماثلة.

٢-٢ تقديم المشورة للمعلمين

« وضع خطة بشأن كيفية التعامل مع احتياجات الطفل التعليمية الخاصة. فيما يلي نصائح بسيطة:

- الطلب من الطفل الجلوس في مقدمة الصف.
- إعطاء الطفل وقتاً إضافياً لفهم الواجبات.
- تقسيم الواجبات الطويلة إلى أجزاء أصغر.
- التحسب لوجود تنمر ضد الطفل واتخاذ الإجراءات المناسبة لوقفه.

٣-٢ إعادة التأهيل المجتمعية

تركز إعادة التأهيل المجتمعية على إشراك المجتمعات المحلية في تحسين نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من إعاقات وأسرهم، وتلبية احتياجاتهم الأساسية، وضمان اندماجهم الاجتماعي ومشاركتهم. وتتيح إعادة التأهيل المجتمعية للأشخاص الذين يعانون من إعاقات فرص الحصول على إعادة التأهيل في مجتمعاتهم وباستخدام موارد محلية في معظمها، ويتم تنفيذها في المنازل والمدارس

والأماكن المركزية الأخرى في المجتمع من خلال الجهود المشتركة بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية من جهة، والخدمات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية الملائمة. وتتطوي إعادة التأهيل المجتمعية على تعزيز مناخ يحترم ويحمي حقوق الأشخاص الذين يعانون من إعاقات، وتدريب الأطفال، وتمكين الأسر، والمساعدة في تخفيف التوتر، وتحسين القدرة على التكيف مع الاضطراب النمائي. وقد تتراوح التدخلات بين أنشطة الحياة اليومية، والإحالة المدرسية، والتدريب المهني، ودعم الأهل.

٤-٢ تعزيز وحماية حقوق الإنسان للطفل والأسرة

« مراجعة المبادئ العامة للرعاية. وتوخي الحذر فيما يتعلق بمسائل حقوق الإنسان وكرامته. وعلى سبيل المثال:

- تجنب بدء التدخلات دون الموافقة المسبقة، ومنع سوء المعاملة.
- تجنب إدخال الطفل إلى مؤسسة رعاية.
- تعزيز فرص الالتحاق بالمدرسة وغيرها من أشكال التعليم.

٥-٢ تقديم الدعم للقائمين على العناية بالطفل

« تحديد التأثير النفسي الاجتماعي على القائمين على العناية بالطفل.

« تقييم احتياجات القائمين على العناية بالطفل وتعزيز توفير الدعم والموارد اللازمة لهم من حيث الحياة الأسرية والعمل والأنشطة الاجتماعية والصحة. وعمل ترتيبات رعاية مؤقتة، والتي تعني حصولهم على استراحة بين الحين والآخر عندما يتولى أشخاص آخرون جديرون بالثقة العناية بالطفل مؤقتاً.

الاضطرابات النمائية

تفاصيل التدخلات

المشورة والعلاج النفسي الاجتماعي

٦-٢ المتابعة

« متابعة الشخص بشكل منتظم.

« مرحلة الطفولة المبكرة، المتابعة باستخدام المبادئ الإرشادية للرعاية المتكاملة لأمراض الطفولة.

« معايير الإحالة:

- ملاحظة عدم تحسن أو المزيد من التدهور في النماء و/ أو السلوك.
- توقع خطر على الطفل أو غيره.
- تأثر الصحة البدنية (مثل المشاكل التغذوية).

الإحالة إلى أين:

- « إذا كان الشخص (أ) يستوفي معايير الإحالة المذكورة أعلاه، و(ب) لديه أعراض تتفق مع الإعاقة الذهنية، التي تتميز بتأخر عام في جوانب نمائية متعددة، مثل الجوانب المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية، عندئذ:
- تجنب الإحالة للرعاية المؤسسية.
- الإحالة إلى عيادات خارجية متخصصة بالإعاقة العقلية، إن توفرت.
- الإحالة إلى عيادات خارجية متخصصة بالنطق/ اللغة، إن توفرت.

- « إذا كان الشخص (أ) يستوفي معايير الإحالة المذكورة أعلاه، و(ب) لديه أعراض تتفق مع الاضطرابات النمائية السائدة، التي تتسم بمشاكل في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك (مقيّد/ تكراري)، عندئذ:
- تجنب الإحالة للرعاية المؤسسية.
- الإحالة إلى عيادات خارجية متخصصة بالاضطرابات النمائية السائدة أو التوحد، إن توفرت.

الوقاية من الاضطرابات النمائية

« توفير الرعاية والوقاية من سوء التغذية والعدوى في الحوامل وعلاجها. بالإضافة إلى توفير الولادة الآمنة ورعاية المولود بعد الولادة. والوقاية من إصابات الرأس، والالتهابات العصبية وسوء التغذية لدى الرضع والأطفال الصغار.

« تحديد مجموعات الأطفال الذين يعانون سوء التغذية أو يصابون بالمرض كثيراً وغيرهم من الأطفال المعرضين للخطر وتوفير الرعاية لهم. وترتيب لقاءات مع الأهل أو زيارتهم في منازلهم.

« تدريب الأهل حول كيفية تحسين التفاعل بين الأم والرضيع وكيفية توفير التحفيز النفسي الاجتماعي للطفل.

« في حال اكتشاف إصابة الأم باكتئاب، البدء بعلاج الأم ويفضل أن يتم ذلك من خلال التدخلات النفسية الاجتماعية.

« تقديم الدعم النفسي الاجتماعي الإضافي للأمهات المصابات باكتئاب أو أي اضطراب نفسي أو عصبي أو استخدام مواد إدمان آخر. وهذا قد يشمل الزيارات المنزلية، والتثقيف النفسي، وتحسين معرفة الأمهات بممارسات تربية الأطفال.

« ينبغي على النساء الحوامل، أو اللاتي يخططن للحمل النظر في تجنب تعاطي الكحول تماماً، وذلك لأن الدماغ النامي حساس بشكل خاص لآثار الكحول، حتى في الأسابيع القليلة الأولى من الحمل.

المزيد من مراجع منظمة الصحة العالمية

« الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en9

« زيادة مأمونية الحمل : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en

« http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf



اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه مع فرط النشاط

المظاهر الرئيسية هي ضعف الانتباه وفرط النشاط. يتميز ضعف الانتباه بترك المهام وعدم إنجاز الأنشطة، والانتقال من نشاط إلى آخر بشكل كبير. لكن لا يجب تشخيص هذه المشاكل في الانتباه والمواظبة على المهام بأنها اضطراب إلا إذا كانت مفرطة بالنسبة لسن الطفل أو المراهق وذكائه، وتؤثر على قدرته على التعلم وعيش حياته بشكل طبيعي. أما فرط النشاط فيتسم بالشعور بالتقلقل المفرط، لا سيما في المواقف التي تتطلب هدوءاً نسبياً. فقد يقوم الطفل أو المراهق بالركض والقفز، أو النهوض عن مقعده عندما يُفترض به البقاء فيه، أو الثرثرة المفرطة وإحداث ضجة، أو التملل. كما ينبغي أن تكون المشاكل السلوكية المميزة لهذا الاضطراب قد بدأت في سن مبكرة (قبل سن 6 سنوات) وتدوم مدة طويلة (أكثر من 6 أشهر) وغير مقتصرة على إطار واحد.

اضطرابات سلوكية أخرى

قد تكون هناك نوبات غضب حادة ومتكررة بشكل غير عادي، وعصيان شديد ومتواصل. وقد تتسم اضطرابات السلوك بنمط متكرر ومستمر للسلوك اللاجتماعي أو العدواني أو المتحدّي. ومثل هذا السلوك، عندما يكون في أقصى حدوده بالنسبة للفرد، ينبغي أن يكون أخطر من عبث الأطفال أو تمرد المراهقين العادي. ومن الأمثلة على هذه السلوكيات: مستويات مفرطة من العراك أو التتمر. القسوة مع الحيوانات أو الآخرين، إشعال النار، التدمير الشديد للممتلكات، السرقة، تكرار الكذب والهروب من المدرسة أو المنزل. وينبغي أن تأخذ الأحكام المتعلقة بوجود اضطرابات سلوكية أخرى في الاعتبار المستوى النمائي للطفل أو المراهق ومدة المشكلة السلوكية (ما لا يقل عن 6 أشهر).

"الاضطرابات السلوكية" هو مصطلح شامل يتضمن اضطرابات أكثر تحديداً، مثل اضطراب فرط الحركة أو اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط أو اضطرابات سلوكية أخرى. وتشيع الأعراض السلوكية متفاوتة الشدة بشكل كبير بين السكان. لكن لا يجب تشخيص الأطفال المراهقين الذين يعانون من إعاقات أو اختلال نفسي أو اجتماعي أو تعليمي أو مهني في أطر متعددة وبدرجة معتدلة إلى حادة. بأنهم يعانون من اضطرابات سلوكية. وبالنسبة لبعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، تبقى المشكلة معهم في مرحلة البلوغ.

١. هل يعاني الشخص من مشاكل قلة الانتباه وفرط النشاط؟

سؤال الشخص والقائمين على العناية به حول:

- « ضعف الانتباه.
- « الميل لترك المهام قبل الأوان.
- « الميل لعدم إنجاز المهام.
- « الميل للانتقال من نشاط لآخر.
- « فرط الحركة:
- الإفراط في النشاط (بما يتجاوز ما يحتاجه السياق أو الموقف).
- إيجاد صعوبة في الجلوس بهدوء.
- الإفراط في الحديث أو إحداث ضجة.
- التملل.
- « سن ظهور الحالة، واستمرار تجليها في أطر مختلفة: قد يكون لديهم مشاكل مع الأهل أو المعلمين أو الإخوة أو الأقران أو في كافة مجالات الأداء. إذا كانت المشاكل في مجال واحد فقط، يجب النظر في وجود أسباب محددة خاصة بذلك المجال.

« تقييم ما إذا كانت الأعراض مناسبة لمستوى الطفل النمائي.

- « استكشاف تأثير ما يلي:
- العوامل الاجتماعية أو العائلية أو التعليمية أو المهنية.
- المشاكل الطبية.

استبعاد:
« الحالات الطبية أو الحالات الأخرى ذات الأولوية التي يمكن أن تسبب اضطرابات سلوكية (مثل تضخم الغدة الدرقية أو الاكتئاب أو تعاطي الكحول أو استخدام المخدرات).

نعم

إذا كان هناك أعراض متعددة وكانت:
« تظهر في أطر متعددة.
« تفوق تلك التي تظهر لدى أطفال آخرين من نفس العمر ومستوى الذكاء.
« بدأت قبل سن ٦ سنوات.
« دامت ٦ أشهر على الأقل.
« تسبب اختلالاً كبيراً في أداء الطفل، عندئذ يمكن النظر في أن الطفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.



« توفير التثقيف النفسي للأسرة. « السلوك ٢-١
« النظر في توفير التدريب على المهارات للأهل، عندما يكون متاحاً. « مشددة
« معلم الشخص (إذا كان الشخص يذهب إلى المدرسة ويتم إعطاء موافقة الشخص ومقدم الرعاية)، وتقديم المشورة والتخطيط للاحتياجات التعليمية الخاصة. « السلوك ٢-٢
« النظر في توفير التدخلات النفسية الاجتماعية مثل العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية، حسب توفرها. « مشددة
« دعم الأسرة لتمكين من التعامل مع المشاكل الاجتماعية والأسرية التي تؤثر على سلوك الطفل. وعندما تكون متاحة، استخدام أساليب حل المشاكل. « مشددة
« تقييم القائمين على العناية بالشخص لمعرفة تأثير الاضطرابات السلوكية عليهم، ودعم احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية واحتياجات صحتهم النفسية. « السلوك ٢-٣
« إذا كان القائم على العناية بالشخص يعاني من اكتئاب، استخدام الوحدة المناسبة في دليل التدخل هذا. « اكتئاب



« استشارة أخصائي (٤) لوصف الميثيلفينيديت. « السلوك ٣ فقط إذا:
- فشلت التدخلات أعلاه.
- تم تقييم الطفل بعناية.
- عمر الطفل لا يقل عن ٦ سنوات.
« يجب عدم استخدام الميثيلفينيديت إذا كان الطفل أصغر من ٦ سنوات. «
« مراقبة الآثار الجانبية المحتملة وسوء الاستخدام وتحويل الدواء لشخص آخر.
« تسجيل تفاصيل الوصفة الطبية والآثار الجانبية بانتظام ودقة في ملف الحالة.

الاضطرابات السلوكية

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

٢. هل يظهر على الشخص آثار اضطرابات سلوكية أخرى؟

السؤال عن:

- « السلوك اللاجتماعي أو العدواني أو المتحدّي المتكرر والمستمر، مثل:
 - مستويات مفرطة من العراك أو التمر.
 - القسوة مع الحيوانات أو الآخرين.
 - إشعال النار.
 - التدمير الشديد للممتلكات.
 - السرقة.
 - تكرار الكذب.
 - التغيب عن المدرسة.
 - الهروب من المنزل.
 - السلوك الاستفزازي والمتحدّي.
 - نوبات غضب حادة ومتكررة.
- « سن بداية الأعراض ومدتها.

تقييم ما إذا كانت الأعراض مناسبة لمستوى الطفل النمائي.

استكشاف تأثير ما يلي:

- « العوامل الاجتماعية أو العائلية أو التعليمية أو المهنية
- « المشاكل العائلية
- « تعاطي الكحول أو مواد الإدمان

استبعاد:

« الحالات الطبية أو الحالات الأخرى ذات الأولوية التي يمكن أن تسبب اضطرابات سلوكية (مثل تضخم الغدة الدرقية أو الاكتئاب أو تعاطي الكحول أو استخدام المخدرات).

نعم

إذا كان هناك أعراض متعددة وكانت:

- « أخطر بكثير من العبث الطفولي أو تمرد اليافعين العادي.
- « استمرت على الأقل ٦ أشهر.
- « غير ملائمة للمستوى النمائي للطفل.

« ليست فقط استجابة

- لضغوطات اجتماعية أو عائلية
- أو تعليمية، عندئذ النظر في تشخيص الحالة بأنها اضطرابات سلوكية أخرى.



« توفير التثقيف النفسي للأسرة. « السلوك ٢-١

« النظر في توفير التدريب على المهارات للأهل، عندما يكون متاحاً. « مشددة

« معلم الشخص (إذا كان الشخص يذهب إلى المدرسة ويتم إعطاء موافقة الشخص ومقدم الرعاية)، وتقديم المشورة والتخطيط للاحتياجات التعليمية الخاصة. « السلوك ٢-٢

« توقع التغيرات الرئيسية في الحياة (مثل البلوغ، أو دخول المدرسة، أو ولادة أخ جديد) والترتيب لتقديم الدعم الشخصي والاجتماعي.

« النظر في توفير التدخلات النفسية الاجتماعية مثل العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية، حسب توفرها. « مشددة

« تقييم القائمين على العناية بالشخص لمعرفة تأثير

الاضطرابات السلوكية عليهم، ودعم احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية واحتياجات صحتهم النفسية. « السلوك ٢-٣

« يجب عدم استخدام الأدوية للتعامل مع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال واليافعين. ❌ ولا يجب النظر في وصف الميثيلفينيديت إلا وفق الشروط المذكورة أعلاه الخاصة باضطراب فرط الحركة.

٣. هل المشكلة السلوكية لدى الشخص هي رد فعل على خوف أو صدمة؟

استكشاف:

- « هل تعرض الطفل لمعاملة قاسية أو أذى خارج المنزل؟
- « هل هناك قلق من تعرّض الطفل للأذى أو التهديد داخل المنزل؟
- « هل يعاني الأهل من أية حالات ذات أولوية قد تتطلب الحصول على خدمات خاصة؟ (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل)

نعم

إذا كان الجواب نعم.

- « التشاور مع الأهل.
- « تثقيف الأهل والقيام بزيارات منزلية. وفي حالة وجود خطر جدي أو عدم تجاوب، إشراك الموارد الأخرى المتاحة والمختصين.
- « النظر في التدخلات القانونية وفقاً للتشريعات المحلية.
- « تقديم المشورة والخدمات للأهل الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة النفسية والحصول على الموافقة لاستقبالهم.

٤. هل يعاني الشخص من أية حالات أخرى ذات أولوية؟ (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل)

البحث عن وجود:

- « الاضطرابات النمائية.
- « الاكتئاب.
- « استخدام الكحول أو مواد الإدمان.
- « الصرع.
- « الذهان.
- « السلوك الانتحاري.

نعم

إذا كان الجواب نعم.

إدارة الحالة المتزامنة بالرجوع للوحدة المناسبة لذلك الاضطراب:

- « اضطرابات نمائية « النماء
- « الاكتئاب « الاكتئاب
- « اضطرابات تعاطي الكحول « الكحول
- « اضطرابات استخدام مواد الإدمان « الإدمان
- « الصرع « الصرع
- « الذهان « الذهان
- « الانتحار/ إيذاء الذات « الانتحار

الاضطرابات السلوكية

تفاصيل التدخلات

التدخلات النفسية الاجتماعية

١-٢ التثقيف النفسي للأسرة

- « أهمية تقبل ورعاية الطفل الذي يعاني من اضطراب سلوكي.
- « الالتزام بالثبات حول ما هو مسموح وغير مسموح للطفل القيام به.
- « مدح الطفل أو مكافأته إذا أظهر سلوكاً حسناً، وإظهار رد فعل فقط على أهم المشاكل السلوكية، وإيجاد سبل لتجنب المواجهات الحادة أو المواقف الصعبة التي يمكنه توقعها.
- « بدء التغيير السلوكي من خلال التركيز على عدد قليل من السلوكيات الواضحة جداً والتي نعتقد أن بإمكان الطفل القيام بها.
- « إعطاء أوامر واضحة وبسيطة وقصيرة تركز على ما ينبغي للطفل القيام به بدلاً من التركيز على الأمور التي ينبغي عليه عدم القيام بها.
- « يجب الامتناع التام عن الإساءة للطفل جسدياً أو عاطفياً. والتأكد من جعل العقوبة خفيفة وأقل تكراراً من الثناء. على سبيل المثال، حجب المكافآت (مثل الحلوى أو الأنشطة الممتعة) إذا قام الطفل بتصرف غير مقبول.
- « كبديل للعقوبة، استخدام "وقت مستقطع" واضح ولمدة قصيرة بعد قيام الطفل بالمشكلة السلوكية. "الوقت المستقطع" هو إبعاد مؤقت للطفل عن بيئة مجزية، كجزء من برنامج لتعديل السلوك، بحيث يتم التخطيط للبرنامج مسبقاً والاحتفاظ بسجل مكتوب لمجرياتهم. ومن المفيد إطلاع الأهل على كيفية تطبيق أسلوب "الوقت المستقطع" عند الحاجة.
- « تأجيل النقاش مع الطفل لحين يكون هادئاً.

٢-٢ تقديم المشورة للمعلمين

- وضع خطة بشأن كيفية التعامل مع احتياجات الطفل التعليمية الخاصة. وفيما يلي بعض النصائح البسيطة:
- « الطلب من الطفل الجلوس في مقدمة الصف.
- « إعطاء الطفل وقتاً إضافياً لفهم الواجبات.
- « تقسيم الواجبات الطويلة إلى أجزاء أصغر.
- « التحسب لوجود تنمر ضد الطفل واتخاذ الإجراءات المناسبة لوقفه.

٣-٢ تقديم الدعم للقائمين على العناية بالطفل

- « تحديد التأثير النفسي الاجتماعي على القائمين على العناية بالطفل.
- « تقييم احتياجات القائمين على العناية بالطفل وتعزيز توفير الدعم والموارد اللازمة لهم من حيث الحياة الأسرية والعمل والأنشطة الاجتماعية والصحة. وعمل ترتيبات رعاية مؤقتة، والتي تعني حصولهم على استراحة بين الحين والآخر عندما يتولى أشخاص آخرون جديرون بالثقة العناية بالطفل مؤقتاً.



التدخلات الدوائية: الميثيلفينيديت

« يجب عدم استخدام الدواء في الرعاية الصحية الأولية من دون استشارة أخصائي. ❌ »

« يجب عدم استخدام الأدوية للاضطرابات السلوكية العامة لدى الأطفال واليافعين. ❌ لذا لا يجب النظر في استخدام الميثيلفينيديت لعلاج اضطراب فرط الحركة إلا إذا فشلت التدخلات النفسية الاجتماعية، وتم إجراء تقييم دقيق للطفل وكان عمره لا يقل عن 6 سنوات، وتم استبعاد الحالات التي يمكن أن تتعقد باستخدام الميثيلفينيديت. »

« يجب أن يكون استخدام الأدوية المنبهة دائماً جزءاً من خطة شاملة للمعالجة تشمل التدخلات النفسية والسلوكية والتربوية. »

« يجب المواظبة على تسجيل كمية الدواء التي يتم وصفها وتاريخ الوصفة، فضلاً عن الاستجابة والآثار الجانبية، في السجلات الطبية. »

الميثيلفينيديت 1-3 بدء العلاج بالميثيلفينيديت

« التوفر: هناك قيود على استخدام الميثيلفينيديت في كثير من البلدان. لذلك يجب التعرف على التشريعات التي تنظم عملية وصف وتوفير المنبهات. »

« التركيبة: التركيبات فورية الإطلاق تتوفر عادة في أقراص 10 ملغم. وفي بعض البلدان، تتوفر التركيبات معدلة الإطلاق. »

« إجراء تقييم قبل وصف الميثيلفينيديت: بالإضافة إلى اقتراحات التقييم الواردة في الجدول، يجب تقييم ما يلي بشكل خاص: - الجهاز القلبي الوعائي - التاريخ المرضي، النبض، ضغط الدم،

فحص القلب (الحصول على تخطيط للقلب إذا كان مطلوباً سريرياً)، ممنوع استخدام الميثيلفينيديت في حال وجود أمراض القلب والشرايين. - الطول والوزن. - تقييم مخاطر وجود استخدام لمواد الإدمان وتحويل الدواء لشخص آخر. - أمراض طبية معينة (مثلاً، يجب استخدام الميثيلفينيديت بحذر في الأطفال الذين يعانون من كل من الصرع واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط). - اضطرابات نفسية أخرى: يمكن للميثيلفينيديت أن يؤدي إلى تفاقم القلق، وممنوع استخدامه في حالة الذهان. ❌

« يجب عدم وصف الميثيلفينيديت دون إشراف أخصائي. ❌ »

2-3 الجرعة وإعطاء الدواء

« التركيبة فورية الإطلاق: »

- البدء بـ 5 ملغم مرة أو مرتين يومياً. - زيادة الجرعة (موزعة على 2-3 جرعات) تدريجياً (خلال 4-6 أسابيع) إلى أن لا يكون هناك مزيد من التحسن وتكون الآثار الجانبية محتملة، وبحيث يكون الحد الأقصى الموصى به للجرعة اليومية 60 ملغم (موزعة على 2-3 جرعات).

« التركيبة بطيئة الإطلاق: إذا كانت متوفرة، يتم وصفها كجرعة واحدة في الصباح. »

3-3 تقييم الاستجابة

يجب تسجيل الأعراض والآثار الجانبية في كل مرة يتم فيها تغيير الجرعة. وفي حال حدوث فرط نشاط ارتدادي عندما يزول مفعول الدواء، يمكن تقسيم الجرعات لإدراج جرعة في وقت متأخر من المساء.

4-3 الآثار الجانبية

« الآثار الجانبية الشائعة: أرق، قلة الشهية، قلق، تقلب المزاج. - تقليل الجرعة واستشارة أخصائي. ❌ »

« الآثار الجانبية الأقل شيوعاً: ألم في البطن، صداع، غثيان، تأخر نمو وانخفاض وزن مؤقت (يجب مراقبة الطول والوزن، والنظر في إيقاف العلاج خلال العطلات المدرسية لإتاحة المجال لعملية النمو بتدراك ما فات)، تغير في ضغط الدم ومعدل ضربات القلب (مراقبتها قبل وبعد تغيير الجرعة ومرة كل 3 أشهر بعد ذلك - يجب استشارة طبيب إذا لوحظ تغير متواصل على مدى فحصين)، تقيؤ (عندها يجب إعطاء الدواء مع الطعام)، تشنجات لاإرادية. »

« فحوص الدم وتخطيط القلب بشكل روتيني ليست مطلوبة، بل يجب إجراؤها إذا كان هناك حاجة سريرية لها. »

5-3 المتابعة

« يجب إيقاف الميثيلفينيديت إذا لم يكن هناك استجابة بعد شهر واحد. »

« يجب أخذ وزن الطفل كل 3 أشهر وطوله كل 6 أشهر. وفي حال توقفت الزيادة في الوزن أو الطول، يجب إيقاف الميثيلفينيديت واستشارة أخصائي. ❌ »

« إذا استجاب الطفل للميثيلفينيديت، يستمر عليه لمدة سنة واحدة ومن ثم يتم استشارة أخصائي ❌ للتأكد إن كان هناك ما يبرر مواصلة استخدامه. »



الخرف متلازمة سببها مرض في الدماغ، وهو عادة ذو طبيعة مزمنة ومنتزيدة. تؤدي الحالات التي تسبب الخرف إلى تغييرات في قدرات الشخص العقلية وشخصيته وسلوكه. وفي العادة، يواجه الأشخاص الذين يعانون من الخرف مشاكل في الذاكرة والمهارات اللازمة للقيام بالأنشطة اليومية. لكن الخرف ليس جزءاً من عملية الشيخوخة الطبيعية. وعلى الرغم من أنه يمكن أن يحدث في أي عمر، إلا أنه أكثر شيوعاً بين كبار السن.

ويشكو الأشخاص الذين يعانون من الخرف في كثير من الأحيان من النسيان أو الشعور بالاكتراب. ومن الأعراض الشائعة الأخرى تدهور في السيطرة على المشاعر أو السلوك الاجتماعي أو الدافعية. ومن الممكن ألا يدرك الأشخاص الذين يعانون من الخرف على الإطلاق أنهم يمرون بهذه التغيرات، وقد لا يطلبون المساعدة، لذلك تكون أسرهم أحياناً من يطلب الرعاية لهم. وقد يلاحظ أفراد الأسرة أن الشخص يعاني من مشاكل في الذاكرة، أو تغير في الشخصية أو السلوك، أو ارتباك، أو التجوال، أو السلس. ولكن بعض الأشخاص الذين يعانون من الخرف والمقائمين على العناية بهم قد ينكرون أو يقللون من حدة فقدان الذاكرة والمشاكل المرتبطة به.

ويؤدي الخرف إلى تدني الأداء الفكري، ويؤثر عادة على أنشطة الحياة اليومية، مثل الاغتسال، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والنظافة الشخصية، والذهاب إلى المراض.

١. هل الشخص مصاب بالخرف؟

« سؤال الشخص، وكذلك شخصاً يعرفه جيداً، عمّا إن كان يواجه مشاكل مع الذاكرة، والكلام واللغة، والتوجه المكاني/ الزماني، بالإضافة إلى صعوبات في القيام بالأدوار والأنشطة الرئيسية.

« اختبار التوجه المكاني/ الزماني والذاكرة واللغة. « الخرف ٢

« سؤال الشخص أو القائم على العناية به عن الأعراض:

- متى لاحظ وجودها أول مرة؟
- كم عمر الشخص؟
- هل كان ظهور الأعراض فجائياً أو تدريجياً (على مدى عدة أشهر أو سنوات)؟
- ما مدة المرض؟
- هل تكون الأعراض أسوأ في الليل؟
- هل يقترن ذلك بالنعاس واختلال الوعي؟
- هل كان ظهور الأعراض مرتبطاً بإصابة في الرأس، أو إغشاء أو سكتة؟

«هل هناك تاريخ سريري من:

- الدراق أو بطء النبض أو جفاف الجلد أو قصور الغدة الدرقية؟
- الأمراض المتناقلة جنسياً أو فيروس نقص المناعة البشرية؟
- أمراض القلب والشرابين؟
- قلة الأكل، سوء التغذية، فقر الدم؟

نعم

إذا تبين بعد الفحص أن الشكوى من ضعف الإدراك أو الذاكرة: كانت موجودة لما لا يقل عن ٦ أشهر.

« ذات طبيعة متزايدة.

« مرتبطة بخلل في الوظائف الاجتماعية.

من المحتمل أن يكون الشخص مصاباً بالخرف.

لا

« إذا كان ظهور المرض فجائياً ومدته قصيرة (أيام إلى أسابيع).

« إذا كان الاضطراب يزداد في الليل ويترافق مع اختلال في الوعي.

« إذا كان هناك توهان مكاني/ زمني.

من المحتمل أن يكون الشخص مصاباً بهذيان.

لا

إذا كان هناك أية مظاهر غير عادية أخرى، مثل:

- « ظهور المرض قبل سن ٦٠ سنة.
- « قصور غدة درقية سريري.
- « أمراض القلب والشرابين.
- « تاريخ من مرض متناقل جنسياً سابق أو فيروس نقص المناعة البشرية.
- « تاريخ من الإصابات في الرأس أو السكتات.

« نقل نتيجة التقييم. « الخرف ٣-١

« تقديم علاجات نفسية اجتماعية للأعراض المعرفية والأداء الوظيفي. « الخرف ٣-٢

« تعزيز الاستقلالية والحفاظ على الوظائف العادية. « الخرف ٣-٣

« المتابعة. « الخرف ٣-٣

« استشارة أخصائي.

« استشارة أخصائي.

الخرف

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

٢. هل يعاني الشخص من اضطراب نفسي ذي أولوية آخر؟

« **اكتئاب معتدل إلى حاد** ملاحظة: الاكتئاب شائع في الخرف، ولكن قد يصعب الحصول على الأعراض من الشخص، لذلك قد يكون من الضروري الاعتماد على المعلومات التي يقدمها القائم على العناية به حول أية تغيرات بارزة في الفترة الأخيرة.

« **الذهان**

(يجب التقييم وفق القائمة الرئيسية في دليل التدخل).

٣. هل يعاني الشخص من أعراض سلوكية ونفسية للخرف؟

سؤال القائمين على العناية بالشخص حول:
« السلوك: التجوال، اضطراب ليلي، هياج، عدائية.
« الأعراض النفسية: هلوسة، أوهام، قلق، مزاج مكتئب.
« متى تحدث هذه الأعراض ومدى تكرارها.
« إن كانت هذه الأعراض تخلق مشاكل للشخص أو القائمين على العناية به.

استكشاف المسببات المحتملة:

« الجسدية، مثل الألم، الإمساك، التهابات المسالك البولية.
« النفسية، مثل الاكتئاب.
« البيئية، مثل الاكتظاظ أو الانتقال من مكان لآخر.

! يجب البحث فيما إن كان هناك خطر وشيك لحصول أذى للشخص (على سبيل المثال، التجوال) أو القائم على العناية به (على سبيل المثال من سلوك تهجمي يخيف القائم على العناية بالشخص أو تسبب بالأذى للآخرين).

نعم

إذا كان هناك اكتئاب معتدل إلى حاد.

نعم

إذا كان هناك ذهان.

« إدارة الاكتئاب المعتدل إلى الحاد المقترنة « اكتئاب أو ذهان
« **الذهان**
« إعادة النظر في تشخيص الخرف بعد نجاح علاج الاكتئاب.
قد يكون الاختلال الإدراكي نتيجة لاكتئاب حاد، وليس الخرف. فإذا حدث شفاء كامل، قد يعني ذلك أن المشكلة الرئيسية هي الاكتئاب.

نعم

إذا كان هناك أعراض سلوكية ونفسية.

نعم

إذا كان هناك خطر وشيك لحصول أذى للشخص أو القائم على العناية به.

« إدارة الحالة بالعلاج النفسي الاجتماعي. « الخرف ٣-٤
« المتابعة. « الخرف ٣-٦

« تقديم العلاج النفسي الاجتماعي. « الخرف ٣-٤
« بالإضافة إلى ذلك، تقديم التدخلات الدوائية. « الخرف ٤

٤. هل يعاني الشخص من أمراض القلب والشرابيين أو عوامل خطر مرتبطة بها؟

إجراء تقييم لمعرفة إن كان هناك:

- « ارتفاع ضغط الدم.
- « زيادة الدهون في الدم.
- « تدخين.
- « سكري.
- « سمنة (الوزن، نسبة محيط الخصر إلى الورك).
- « أمراض القلب (ذبحة صدرية أو احتشاء عضلة القلب).
- «سكتة دماغية سابقة أو نوبات نقص تروية قلبية عابرة.

٥. هل الشخص يعاني من حالات مرضية بدنية أخرى؟

- « تقييم التغذية، البصر، السمع، حالة الأسنان، وظائف المثانة والأمعاء، الألم.
- « الحصول على تحليل للبول.
- « مراجعة الأدوية، ولا سيما تلك التي لها آثار جانبية مضادة للكوليستيرول قوية (مثل الأميترابتيلين) مضاد للاكتئاب، (والكثير من مضادات الحساسية، ومضادات الذهان).

٦. هل القائم على العناية بالمريض يعاني من توتر أو في حاجة إلى الدعم؟

- يجب تقييم ما يلي:
- « من هو القائم الرئيسي على العناية بالمريض؟
- « من غيره يقدم الرعاية للمريض وما نوع الرعاية التي يقدمها؟
- « هل هناك شيء محدد يجدون صعوبة في التعامل معه؟
- «هل القائم على العناية بالمريض قادر على التعامل مع الوضع؟ هل يواجه توتراً؟ هل هو مكتئب؟
- «هل فقد دخلاً و/ أو يتكبد نفقات إضافية بسبب ما تحتاجه العناية بالمريض؟

نعم

إذا كان هناك عوامل خطر أو أمراض قلب وشرابيين.

- « خفض عوامل الخطر المرتبطة بالجهاز القلبي الوعائي وفقاً للمبادئ التوجيهية المحلية:
- نصيحة الشخص بالتوقف عن التدخين.
- معالجة ارتفاع ضغط الدم.
- نصيحة الشخص باتباع حمية لإنقاص الوزن لمعالجة السمنة.
- معالجة السكري.
- « الإحالة للاختصاصيين المناسبين. (٤٩)

نعم

إذا كان هناك حالات مرضية بدنية مقترنة، لا سيما:

- « ضعف الحالة التغذوية.
- « التهاب المسالك البولية.
- « إمساك أو إسهال.
- « تفاعلات الدوائية أو آثار جانبية للأدوية.

- « علاج الحالات المرضية المادية المقترنة لأن ذلك قد يؤدي إلى تحسن الإدراك.
- « الإحالة إلى الأخصائيين المناسبين. (٤٩)

نعم

إذا كان القائم على العناية بالمريض:

- « يعاني من توتر.
- « مكتئباً.
- « يعاني من الارتفاع الكبير في تكاليف العلاج.

- « توفير التدخلات للقائمين على العناية بالمريض.
- « النظر في التدخلات النفسية الاجتماعية:
- الدعم المالي مثل خدمات الإعاقة.
- معلومات عن حالة الشخص.
- الرعاية المؤقتة.
- تفعيل شبكة الدعم المجتمعية.
- العلاج الأسري أو الفردي، إذا توفر.
- « المتابعة. « الخرف ٣-٦
- « تقييم الاكتئاب الذي يعاني منه القائم على العناية بالمريض بالرجوع لوحدة الاكتئاب وإدارته وفقاً لها. (٥٠) « الاكتئاب

الخرف

تفاصيل التدخلات

الكشف عن الخرف

الكشف عن الخرف يتطلب ما يلي:

« تقييم أداء الذاكرة والإدراك باستخدام اختبارات بسيطة

و

« مقابلة أحد أفراد العائلة أو شخص آخر يعرف الشخص جيداً للتأكد من أن هذه المشاكل:

- ظهرت مؤخراً إلى حد ما .
- وتزداد سوءاً .
- وتسبب صعوبات متكررة في القيام بالعمل والأنشطة الاجتماعية والمنزلية اليومية .

كما يمكن تقييم الخرف باستخدام أية أداة أخرى معتمدة محلياً .

١-٢ تقييم الذاكرة والأداء المعرفي

« تقييم الذاكرة عن طريق الطلب من الشخص تكرار ثلاث كلمات شائعة على الفور، ومن ثم مرة أخرى بعد ٣-٥ دقائق.

« تقييم التوجه الزمني (الوقت من اليوم، يوم الأسبوع، الموسم، السنة) والمكاني (أين يتم فحص الشخص، أو أين يقع أقرب سوق أو متجر من منزله).

« اختبار المهارات اللغوية عن طريق الطلب من الشخص تسمية بعض أعضاء الجسم، وشرح وظيفة شيء ما، مثل "ماذا تفعل بالمطرفة؟".

٢-٢ مقابلة مصدر مطلع

« في مقابلة مع مصدر مطلع (شخص يعرف المريض جيداً)، يتم سؤاله عن تغيرات حدثت مؤخراً في التفكير والتدبير العقلي والذاكرة والتوجه المكاني/ الزمني. يُذكر أن هفوات الذاكرة العرضية شائعة في كبار السن، في حين أن بعض المشاكل قد تكون خطيرة وإن كانت نادرة الحدوث.

« السؤال، على سبيل المثال، عمّا إذا كان الشخص ينسى كثيراً أين وضع الأشياء. هل ينسى أحياناً ما حدث في اليوم الغائت؟ هل ينسى الشخص أحياناً أين هو؟

« سؤال المصدر المطلع متى بدأت هذه المشاكل، وما إذا كانت تزداد سوءاً مع الوقت. هل هناك أوقات، تمتد أياماً أو أسابيع أو أكثر، يعود فيها التفكير والذاكرة تماماً إلى طبيعتهما؟

« قد يكون من الصعب تحديد المشاكل مع الأنشطة اليومية إذا كانت الأسرة تقلل من شأن هذه المشاكل، أو إذا كانت المشاكل بسيطة نسبياً، أو إذا كانت الأسرة توفر مستوى حثيثاً من الدعم والرعاية بشكل روتيني لكبار السن. في العادة، أول ما يتأثر تكون المهام الأكثر تعقيداً مثل إدارة ميزانية الأسرة أو التسوق أو الطبخ. أما أنشطة الرعاية الذاتية الأساسية مثل ارتداء الملابس والاغتسال والأكل واستخدام المراحيض فلا تتأثر إلا في وقت لاحق.

« يجب معرفة "الأنشطة المعتادة" لكبار السن في المنطقة، ولهذه الأسرة بشكل خاص. كما يجب السؤال عن حدوث أية تغييرات ذات طبيعة متزايدة في الفترة الأخيرة. وهل الشخص يرتكب أخطاء أو يستغرق وقتاً أطول لتنفيذ المهام، أو لا يقوم بها كما يجب، أو يتوقف عن القيام بها؟



التدخلات النفسية الاجتماعية

١-٣ إيصال نتائج التقييم

يجب سؤال الأشخاص الذين يتم تقييمهم لمعرفة ما إن كانوا مصابين بالخرف وإذا كانوا يرغبون في معرفة التشخيص وإطلاع آخرين عليه. وينبغي صياغة التفسير بحيث يتناسب مع قدرتهم على فهم المعلومات والاحتفاظ بها.

يجب البدء بالمعلومات الأساسية، لكن يجب تجنب إثقال كاهل الشخص بالمعلومات. وفيما يلي أمثلة على ما يمكن قوله:

«الخرف هو مرض يصيب الدماغ، وفي العادة يسوء مع الوقت.»

«على الرغم من عدم وجود علاج، هناك الكثير مما يمكن القيام به لمساعدة ودعم الشخص والأسرة.»

«يمكن التعامل مع الكثير من المخاوف والسلوكيات المحددة حال نشوئها. ويمكن القيام بالكثير لجعل الشخص أكثر راحة وجعل الحياة أقل إرهاقاً على القائمين على العناية به.»

ويجب تقديم عرض واقعي للمساعدة والدعم المستمرين، وإطلاع الشخص والقائمين على العناية به على أي شكل آخر من الدعم المتاح في مجتمعهم المحلي.

٢-٣ التدخلات النفسية الاجتماعية للتعامل مع الأعراض المعرفية والأداء المعرفي

«تقديم معلومات منتظمة خاصة بالتوجه المكاني/ الزماني (على سبيل المثال، اليوم، التاريخ، الوقت، الطقس، أسماء الأشخاص) للأشخاص الذين يعانون الخرف لمساعدتهم على المحافظة على توجههم الزماني والمكاني والشخصي.»

«استخدام مواد مثل برامج الإذاعة أو التلفزيون أو الصحف، وألبومات العائلة، وأغراض المنزل لتعزيز التواصل معهم، وجعلهم على اطلاع على مستجدات الأحداث، وتحفيز ذكرياتهم، وتمكينهم من تشارك تجاربهم وتثمينها.»

«استخدم جمل قصيرة بسيطة لجعل التواصل الكلامي واضحاً. ومحاولة تقليل الأصوات التي قد تشوش على الانتباه أثناء الحديث، مثل الراديو أو التلفزيون أو المحادثات بين آخرين. والإصغاء بانتباه لما يقوله الشخص.»

«المحافظة على البساطة في كل شيء، وتجنب تغيير الروتين أو تعريض الشخص لأماكن غير مألوفة وغريبة إلا إذا كان ذلك ضرورياً.»

٣-٣ تعزيز الاستقلالية والقدرة على أداء الأعمال اليومية والحركة

التخطيط لأنشطة الحياة اليومية بطريقة تعزز الاستقلالية، وتقوي القدرة على أداء الأعمال اليومية، وتساعد على التكيف، وتطور المهارات، وتقلل من الحاجة إلى الدعم. كما يجب تيسير إعادة

التأهيل داخل المجتمع بحيث يتم إشراك الشخص والقائمين على العناية به في تخطيط هذه التدخلات وتنفيذها، والمساعدة في ربطهم مع الموارد الاجتماعية المتاحة. ويجب النظر فيما يلي على وجه التحديد:

«تقديم المشورة حول الحفاظ على الاستقلالية في استخدام المرحاض، بما في ذلك تحفيز وتنظيم تناول السوائل (في حالة سلس البول، ينبغي تقييم جميع الأسباب المحتملة وتجربة خيارات العلاج قبل الاستنتاج بأن الحالة دائمة).»

«إخبار أفراد الأسرة بأهمية المحافظة على أرضية المنزل دون فوضى للحد من خطر الوقوع.»

«اقتراح إدخال تعديلات على منزل الشخص. فقد يكون مفيداً إضافة درابزين أو منحدر للكرسي المتحرك، كما يمكن وضع إشارات عند الأماكن الرئيسية (مثل المرحاض، غرفة النوم، الحمام) للمساعدة على ضمان ألا يضيع الشخص أو يشعر بالتوهان في المنزل.»

«نصح الشخص بممارسة النشاط البدني والرياضة للحفاظ على القدرة على الحركة والحد من خطر الوقوع.»

«نصح الشخص بالمشاركة في أنشطة ترفيهية (مصممة خصيصاً لمرحلة الخرف).»

«الإحالة إلى العلاج الوظيفي، إن توفر.»

«إدارة الاختلال الحسي (مثل ضعف البصر والسمع) باستخدام الأجهزة المناسبة (مثل، عدسة مكبرة أو معينات سمعية).»



التدخلات النفسية الاجتماعية

٤-٣ إدارة الأعراض السلوكية والنفسية

« تحديد ومعالجة المشاكل الصحية الجسدية الكامنة والتي قد تؤثر على السلوك (الألم، الالتهابات، الخ).

« النظر في إدخال تعديلات على البيئة المحيطة، مثل ترتيبات الجلوس المناسبة، مناطق آمنة للتجوال، إشارات (مثل إشارة "لا يوجد مخرج" على الباب المؤدي للشوارع، أو إشارة عند المراض).

« تحديد الأحداث (مثل التسوق في سوق مزدحمة) أو العوامل (مثل الخروج وحده) التي قد تسبق أو تؤدي أو تعزز المشكلة السلوكية، ومحاولة معرفة ما إذا كان بالإمكان تعديلها.

« النظر في استخدام استراتيجيات لتهدئة الشخص أو إلهائه، مثل الاقتراح عليه بالقيام أنشطة ممتعة (مثل المشي، الاستماع للموسيقى، الحديث)، وخصوصاً عندما يشعرون بالهياج.

بما أن الأشخاص الذين يعانون من الخرف معرضون للإساءة والإهمال، ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا متيقظين لحماية المصاب بالخرف، وعليهم تطبيق أية سياسات محلية خاصة بهذا الأمر.!

٥-٣ تدخلات لمساعدة القائمين على العناية بالمريض

« تحديد المعاناة النفسية والتأثير النفسي الاجتماعي على القائمين على العناية بالمريض. وتقييم احتياجات القائمين على العناية بالمريض لضمان الدعم والموارد اللازمة لحياتهم الأسرية، وعملهم، والأنشطة الاجتماعية، والصحة.

« الاعتراف بأن العناية بالمصابين بالخرف يمكن أن تكون محبطة ومرهقة للغاية. ومن المهم أن يستمر هؤلاء الأشخاص في العناية بالمصاب بالخرف، وتجنب التصرف بعدائية معه أو إهماله. كما

يجب تشجيعهم على احترام كرامة المصاب بالخرف، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم إلى أقصى حد ممكن.

« توفير المعلومات للمصاب بالخرف، وكذلك أسرته وغيرهم ممن يقوم على العناية به بشكل غير رسمي، من وقت التشخيص. يجب أن يتم ذلك بحساسية وبالأخذ في الاعتبار رغبات الشخص والقائمين على العناية به.

« توفير التدريب والدعم في مهارات محددة (مثل التعامل مع السلوك الصعب) إذا لزم الأمر. ولجعل هذه التدخلات أكثر فعالية، ويجب تشجيع المشاركة النشطة من جانب القائم على العناية بالمريض (على سبيل المثال من خلال لعب الأدوار).

« النظر في تقديم الدعم العملي، وعلى سبيل المثال، حيثما أمكن، توفير الرعاية المؤقتة المنزلية، كأن يقوم فرد آخر من الأسرة أو شخص مناسب بالإشراف على المصاب بالخرف والعناية به (يفضل أن يكون ذلك في البيئة المنزلية المعتادة)، مما يزيل العبء مؤقتاً عن القائم الرئيسي على العناية بالمريض ويتيح له الراحة أو القيام بأنشطة أخرى.

« استكشاف ما إذا كان الشخص مؤهلاً للحصول على أية معونات عجز أو أي دعم اجتماعي أو مالي آخر. قد يكون ذلك من جهة حكومية أو غير حكومية أو شبكات اجتماعية.

« إذا أمكن، محاولة التعامل مع التوتر النفسي الذي يعاني منه القائمون على العناية بالمريض من خلال الدعم، أو المشورة في حل المشاكل، أو التدخلات المعرفية السلوكية (انظر وحدة الاكتئاب ووحدة التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة). « الاكتئاب و « تدخلات

« تقييم وعلاج الاكتئاب المعتدل إلى الحاد لدى القائمين على العناية

بالمريض (انظر وحدة الاكتئاب). « الاكتئاب

٦-٣ المتابعة

« إجراء مراجعة منتظمة للرعاية الطبية والاجتماعية مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل.

« في كل متابعة، يجب تقييم:

- الحالات الطبية والنفسية المرضية المشاركة، بما في ذلك الإعاقة البصرية والسمعية، الألم، السلس.
- استقرار أو تزايد أعراض الخرف، البحث عن أية أعراض جديدة وأية تغيرات سريعة.
- القدرة على المشاركة في أنشطة الحياة اليومية، وأية احتياجات رعاية جديدة.
- المخاطر التي تهدد السلامة (مثل القيادة، الإدارة المالية، التعامل مع الدواء، مخاطر تهدد السلامة داخل المنزل مثل الطهي أو التدخين، إمكانية التجوال، إلخ).!
- وجود اكتئاب وشدته.
- وجود أعراض سلوكية ونفسية للخرف وشدتها.
- خطر إلحاق الأذى بالنفس.
- إذا كان الشخص يتناول دواءً: استجابته للعلاج، الآثار الجانبية، الالتزام بالعلاج، فضلاً عن الأعراض المعرفية والأعراض المستهدفة من العلاج.
- أية حواجز تحول دون المشاركة في العلاج.
- مدى تكيف القائم على العناية به مع الوضع والتوتر الذي يشعر به، وحاجته للتدريب والمعلومات والدعم.
- « مقارنة التقييم الحالي بالملاحظات السابقة، ومناقشة النتائج الجديدة مع الشخص والقائم على العناية به.
- « تحديد أية احتياجات دعم جديدة للشخص و/ أو القائم على العناية به وتسييرها حسب الضرورة.
- « مناقشة أية تغييرات في خطة العلاج والاتفاق عليها.




التدخلات الدوائية




يجب عدم استخدام مثبطات أسيتيل كولينستيراز (مثل الدونبيزيل وغالانتامين وريفاستيغمين) أو الميمانتين بصورة روتينية في جميع حالات الخرف، بل فقط عندما يكون بالإمكان عمل تشخيص محدد لمرض الزهايمر، وعندما يتوفر الدعم والإشراف الكافي من قبل أخصائيين، والمراقبة (تحتسباً لحدوث آثار جانبية) من قبل القائمين على العناية بالمريض.

« لعلاج الأعراض السلوكية والنفسية للخرف، يمكن وصف الأدوية المضادة للذهان مثل الهالوبيريديول أو مضادات الذهان اللانمطية، لكن ليس قبل تجربة التدخلات النفسية الاجتماعية. ويمكن وصف هذه الأدوية إذا استمرت الأعراض وكان هناك خطر وشيك بحصول أذى.

« استشارة أخصائي. 

« البدء بـ ٥، ٠ ملغم هالوبيريديول عن طريق الفم، أو في العضل إذا لزم الأمر. تجنب إعطاء الهالوبيريديول بالوريد. وتجنب الديازيبام.

« البدء بجرعات منخفضة وزيادتها ببطء، معايرة الدواء، مراجعة الحاجة له بانتظام (شهرياً على الأقل)، وفحص الشخص تحسباً لوجود آثار جانبية خارج الهرمية. ويجب استخدام أقل جرعة فعالة.

« الرجوع إلى وحدة الذهان للحصول على تفاصيل حول الأدوية المضادة للذهان.  « الذهان ٣

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

الكحول

من بين الحالات الناجمة عن الأنماط المختلفة لتعاطي الكحول: تسمم الكحول الحاد، والتعاطي الضار للكحول، ومتلازمة الاعتماد على الكحول، وحالة الانقطاع عن الكحول. التسمم الحاد هو حالة عابرة تلي تعاطي الكحول، وهو يؤدي إلى اضطرابات في الوعي أو المعرفة أو الإدراك أو المشاعر أو السلوك. والتعاطي الضار للكحول هو نمط من أنماط استهلاك الكحول يضر بالصحة. وقد يكون الضرر جسدياً (مثل أمراض الكبد)، أو نفسياً (مثل نوبات الاضطراب الاكتئابي)، وكثيراً ما يرتبط بعواقب اجتماعية (مثل المشاكل العائلية، أو مشاكل في العمل).

والاعتماد على الكحول هو مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية يحتل فيها تعاطي الكحول أولوية كبيرة لدى فرد معين على حساب سلوكيات أخرى كانت في السابق أكثر قيمة. أما حالة الانقطاع عن الكحول فتشير إلى مجموعة من الأعراض التي قد تحدث عند وقف الكحول بعد تعاطيه يوماً لفتترات طويلة.

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

دليل تقييم الحالة ومعالجتها « للحالات الطارئة



١. هل الشخص مصاب بتسمم كحول حاد؟

البحث عن:
« رائحة الكحول في النفس.
« صعوبة في النطق.
« السلوك الجامح.

تقييم:
« مستوى الوعي.
« المعرفة والإدراك.

نعم

إذا كان هناك اضطراب في مستوى الوعي أو المعرفة أو الإدراك أو المشاعر أو السلوك بعد استهلاك الكحول مؤخراً.

من المحتمل أن يكون لدى الشخص تسمم كحول.

« تقييم مجرى الهواء والتنفس.
« وضع الشخص على جنبه لمنع من بلع القيء إن كان هناك تقيؤ.
« إحالته إلى المستشفى إذا لزم الأمر + أو مراقبته حتى تزول آثار الكحول.
« إذا كان هناك اشتباه بحدوث تسمم الميثانول، الإحالة إلى + المستشفى للتعامل مع الحالة كحالة طوارئ.

٢. هل يبدو على الشخص مظاهر انقطاع عن الكحول؟

يحدث الانقطاع عن الكحول بعد وقف استهلاك الكحول بكميات كبيرة، ويكون في العادة بعد ما بين ٦ ساعات و٦ أيام من تناول آخر مشروب.

البحث عن:
« رجفان في اليد.
« تعرق.
« تقيؤ.
« زيادة النبض وارتفاع ضغط الدم.
« هياج.

السؤال عن:
« غثيان.
« صداع.
« قلق.

نعم

هل من المحتمل أن يكون الانقطاع شديداً؟ البحث عن:

« نوبات سابقة شديدة من الانقطاع عن الكحول، بما في ذلك هذيان ونوبات.
« مشاكل طبية أو نفسية أو الاعتماد على البنزوديازيبين.
« ظهور أعراض انقطاع شديدة بعد ساعات قليلة فقط من وقف الشرب.

« العلاج فوراً بالديازيبام. « الكحول ١-٣
« العلاج في مستشفى أو مركز لإزالة السمية إن توفر. +

« إذا تعقد الانقطاع بسبب الهذيان: « الكحول ١-٣
- معالجة الانقطاع بالديازيبام.
- إدارة الحالة في بيئة آمنة.
- التأكد من عدم إصابة الشخص بجفاف.
- إذا استمر الهذيان أو الهلوسة على الرغم من العلاج من أعراض الانقطاع الأخرى، يمكن النظر في استخدام مضادات الذهان مثل ٥-٢،٥ ملغم هالوبيريديول عن طريق الفم لحد ٣ مرات يوميا.

« إذا صاحب الانقطاع مضاعفات بدون نوبات، يتم العلاج بالديازيبام في المقام الأول ويجب عدم استخدام مضادات التشنج للحد من المزيد من النوبات.



ملاحظة: قد تحدث نوبات وارتباك في الحالات الشديدة.

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

دليل تقييم الحالة ومعالجتها « للحالات الطارئة



نعم

٣. هل الشخص مصاب بتشنُّش حاد أو تغييب الوعي ولديه تاريخ حديث مع استهلاك الكحول بكميات كبيرة؟

هل هذا اعتلال دماغي فيرنكي حاد، أو إصابة في الرأس، أو هذيان بسبب الانقطاع عن الكحول؟

« فحص الشخص لمعرفة إن كان هناك رؤية ورنح مرتبطين بالاعتلال الدماغي الفيرنكي. قد يحدث شلل العين في الحالات الشديدة.

« فحص الشخص بحثاً عن علامات على وجود إصابة في الرأس مثل تمزقات أو نزف حول الرأس أو الأذنين.

« إعادة تقييم الحالة للنظر في احتمال وجود هذيان ناجم عن الانقطاع عن الكحول.

اعتلال دماغي فيرنكي حاد

« علاج جميع الحالات المشتبه بها بـ ١٠٠ ملغم ثيامين بالوريد أو العضل ٣ مرات يومياً لمدة ٣ - ٥ أيام.
« إحالة الشخص على وجه السرعة إلى المستشفى. +

إصابة في الرأس

« مراقبة مستوى الوعي.
« التماس رأي جراحي. +

هذيان الامتناع عن الكحول

« علاج هذيان الامتناع عن الكحول. « الكحول ١-٣



استبعاد الأسباب الشائعة الأخرى للتشنُّش، مثل الالتهابات، ونقص الأكسجين، ونقص سكر الدم، واعتلال الدماغ الكبدي، والحوادث الوعائية الدماغية.

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

أ. البحث عن نمط استهلاك الكحول والأذى المرتبط بالكحول.

« معرفة ما إذا كان الشخص يستهلك الكحول.

إذا كان الجواب نعم

« معرفة إن كان الشخص يستهلك الكحول بطريقة تجعله عرضة للأذى.

مقدار وتكرار الشرب:

- استهلك 5 مشروبات معيارية × أو أكثر (أو 60 غم كحول) في أية مناسبة خلال الأشهر الـ 12 الماضية.
- يشرب في المتوسط أكثر من كأسين يومياً.
- يشرب في كل يوم من أيام الأسبوع.

* المشروب المعياري هو مقياس لكمية الكحول المستهلكة الصرفة، يكون عادة بين 8-12 غم. إذا كانت كمية الكحول الموجودة في المشروب المعياري في هذا البلد خارج هذه الحدود، قد يتوجب تعديل عدد المشروبات المعيارية.

ملاحظة: اكتشاف اضطرابات تعاطي الكحول في الرعاية الروتينية.

اضطرابات التعاطي الخطر للكحول وتعاطي الكحول شائعة. ما عدا المناطق التي يكون فيها تعاطي الكحول منخفضاً جداً، يجب سؤال الأشخاص الذين يأتون إلى المرافق الصحية حول تعاطيهم للكحول. ويمكن القيام بذلك بشكل غير رسمي أو عن طريق استخدام استبيان مثل اختبار اكتشاف اضطرابات تعاطي الكحول التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO-AUDIT)، أو فحص استعمال الكحول والتدخين ومواد الإدمان التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO-ASSIST).

نعم

إذا كان الجواب نعم

« أخذ تاريخ أكثر تفصيلاً للبحث عن التعاطي أو الاعتماد الضار على الكحول (انظر النقطة 2 أدناه و « الكحول 1-2 »)

إذا لم يكن هناك اعتماد على الكحول

« فإن الاحتمال السريري هو وجود تعاطي كحول خطير أو تعاطي كحول ضار

« ذكر نتائج تقييم تعاطي الكحول بوضوح وشرح العلاقة بين هذا المستوى من تعاطي الكحول والمشاكل الصحية التي يعاني منها الشخص، بالإضافة للمخاطر على المدينين القصير والطويل لاستمرار التعاطي على المستوى الحالي.

« معرفة إن كان الشخص يتعاطى مواد أخرى. (2) « الإدمان

« إجراء مناقشة قصيرة حول ما يدفع الشخص لتعاطي الكحول.

1 « انظر تدخلات موجزة « الكحول 2-2 » للحصول على تفاصيل.

« إخبار الشخص بشكل واضح بأن من الأفضل له أن يخفض مستويات الكحول التي يتعاطاها لمستويات أكثر أمناً أو التوقف تماماً، واستعدادك لمساعدته على القيام بذلك.

- إذا كان الشخص على استعداد لمحاولة تقليل أو التوقف عن تعاطي الكحول، عندئذ يجب مناقشة سبل تحقيق هذا الهدف.

- إذا لم يكن مستعداً، يجب إخباره بثقة أن من الممكن وقف أو تقليل التعاطي الخطر أو الضار للكحول وتشجيعه على العودة إذا كان يريد مناقشة المسألة أكثر.

« متابعة الحالة في الفرصة القادمة.

« التماس مشورة متخصصة (3) حسب الحاجة للأشخاص الذين يعانون من تعاطي ضار متواصل للكحول ولم يفلحوا في الاستجابة للتدخلات الموجزة.

2 « إذا كان الشخص يافعاً، انظر « الكحول 2-6 »

3 « إذا كان امرأة حامل أو مرضع، انظر « الكحول 2-7 »

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

٢. هل لدى الشخص اعتماد على الكحول؟

أخذ مفصل لتاريخ تعاطي الكحول « الكحول ١-٢

البحث عن:

- « رغبة أو شعور قسري قوي بتعاطي الكحول.
- « صعوبات في السيطرة على تعاطي الكحول من ناحية البدء أو التوقف أو مستويات التعاطي.
- « حالة انقطاع فسيولوجية عند التوقف عن تعاطي الكحول أو التقليل من تعاطيه كما يتضح من سمات متلازمة الانقطاع عن الكحول، أو استخدام نفس المادة (أو مادة قريبة منها) بقصد تخفيف أو تجنب أعراض الانقطاع.
- « وجود دليل على التحمل، مثل الحاجة إلى جرعات زائدة من الكحول لتحقيق آثار كانت تنتج سابقاً من جرعات منخفضة.
- « إهمال متزايد للاهتمامات أو مصادر المتعة البديلة بسبب تعاطي الكحول، وزيادة المدة الزمنية اللازمة للحصول على الكحول أو تناوله أو التعافي من آثاره.
- « استمرار تعاطي الكحول رغم وجود أدلة واضحة من عواقب ضارة علنية، مثل الضرر للكبد، أو حالات اكتئاب المزاج، أو ضعف الوظائف المعرفية.

YES

في حال وجود ثلاثة مظاهر أو أكثر:

فإن السيناريو السريري هو وجود اعتماد على الكحول

- « ذكر نتائج تقييم تعاطي الكحول بوضوح وشرح المخاطر على المدين القصير والعلويل لاستمرار التعاطي على المستوى الحالي.
- « إجراء مناقشة قصيرة حول ما يدفع الشخص لتعاطي الكحول. انظر تدخلات موجزة « الكحول ٢-٢
- « نصح الشخص بالتوقف تماماً عن شرب الكحول.
- « نصح الشخص باستهلاك ما مقداره ١٠٠ ملغم ثيامين يومياً.
- « إذا كان الشخص على استعداد لمحاولة وقف تعاطي الكحول، تيسير عملية التوقف هذه.
- تحديد المكان المناسب لوقف الكحول.
- وضع خطة لوقف الكحول.
- الترتيب لإزالة السممية إذا لزم الأمر.
- خلال إزالة السممية، علاج أعراض الانقطاع بالديازيبام. ⚠️
- « الكحول ١-٣
- « بعد إزالة السممية، الوقاية من الانتكاس باستخدام الدواء (نالتريكسون، أو أكامبروسيت، أو ثنائي السلفيرام)، ⚠️ إن توفر. « الكحول ٢-٣
- « تقييم وعلاج أي مرض طبي أو نفسي مشترك. في الوضع المثالي، يجب القيام بذلك بعد ٢-٣ أسابيع من الامتناع لأن بعض المشاكل تحل مع الامتناع.
- « النظر في الإحالة إلى مجموعة مساعدة ذاتية (مثل جمعية مدمني الكحول مجهولي الهوية)، أو مجموعة علاج داخلية. « الكحول ٣-٢
- « يجب عدم عقاب الشخص باسم العلاج. ⚠️
- « تلبية احتياجات السكن والعمل. « الكحول ٤-٢
- « توفير المعلومات والدعم للشخص والقائمين على العناية به وأفراد أسرته. « الكحول ٥-٢
- « إذا كانت متاحة، توفير التدخلات النفسية الاجتماعية مثل الإرشاد أو العلاج الأسري، الإرشاد أو العلاج بحل المشاكل، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج التحفيزي، العلاج بالتعزيز. « مشدد
- « النظر في الإحالة إلى مركز علاج متخصص. ⚠️
- « المتابعة حسب الحاجة، لكن في البداية بشكل متكرر.
- « التماس الدعم المتخصص حسب الحاجة. ⚠️

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

تفاصيل التدخلات

٢-١ أخذ تاريخ تعاطي الكحول

عند السؤال عن استهلاك الكحول:

« طرح أسئلة دون الإشارة إلى وجود إجابة مفضلة، ومحاولة عدم إظهار المفاجأة على إجابات معينة.

« السؤال عن مستوى ونمط استهلاك الكحول، بالإضافة إلى السلوكيات المرتبطة بتعاطي الكحول التي قد تشكل خطراً على صحة الشخص والآخرين (أي، أين ومتى ومع من يتم تعاطي الكحول في العادة، وما يسبب تعاطي الكحول، الأنشطة التي يقوم بها الشخص وهو تحت تأثير الكحول، والآثار المالية، القدرة على رعاية الأطفال، والعنف تجاه الآخرين).

« السؤال عن الأضرار المترتبة على تعاطي الكحول، ومنها:

- الحوادث، القيادة تحت تأثير الكحول.
- مشاكل في العلاقات.
- المشاكل الطبية مثل قرحة المعدة/ أمراض الكبد.
- مشاكل قانونية/ مالية.
- ممارسة الجنس تحت تأثير الكحول، بحيث يشكل خطورة أو يليه شعور بالندم.
- العنف المرتبط بالكحول، بما في ذلك العنف الأسري.

« السؤال عن بدء وتطور تعاطي الكحول فيما يتعلق بأحداث أخرى في حياة الشخص، وعلى سبيل المثال، عن طريق أخذ تاريخ مرتب زمنياً.

« إذا كان هناك دليل على التعاطي الخطر أو الضرر للكحول، يجب التحقق من وجود اعتماد على الكحول من خلال السؤال عن ظهور تحمّل للكحول، أو أعراض للانقطاع، أو تعاطي بكميات أكبر أو خلال مدة زمنية أطول مما كان مقصوداً، أو التعاطي المتواصل للكحول في مواجهة المشاكل المتصلة بتعاطيها، أو صعوبة في وقف أو

التخفيف من تعاطي الكحول، أو الرغبة القوية في تعاطي الكحول.

« السؤال عن الشبكات الاجتماعية وأنماط تعاطي الكحول وغيره من مواد الإدمان لدى الشخص.

عند فحص الشخص، البحث عن:

« وجود تسمم وانقطاع.

« أدلة على التعاطي بكميات كبيرة والمدى الطويل للكحول، مثل أمراض الكبد (تضخم الكبد، علامات طرفية على وجود إصابة في الكبد)، تلف مخيخي أو تلف الأعصاب المحيطة.

ينبغي النظر في الفحوص التالية (عند الإمكان):

« إنزيمات الكبد وفحص كامل للدم.

٢-٢ تدخلات موجزة للتخفيف من الاستهلاك الضار للكحول

« أمثلة على طرق للتقليل من التعاطي الضار أو الخطر للكحول

- عدم الاحتفاظ بالكحول في المنزل.
- عدم الذهاب إلى الحانات أو أماكن أخرى يتعاطى فيها الناس الكحول.
- طلب الدعم من العائلة أو الأصدقاء.
- الطلب من الشخص العودة للمركز الصحي بمرافقة شخص من العائلة أو الأصدقاء لمناقشة الخطوات القادمة معهم.

« التحدث مع الناس عن أسباب تعاطيهم للكحول

- فتح حوار مع الشخص حول تعاطي الكحول بطريقة تمكّنه من

الحديث عمّا يعتقد أنها فوائد الكحول وأضراره الفعلية و/ أو المحتملة، مع الأخذ بعين الاعتبار الأمور التي يعتبرها الشخص الأكثر أهمية في الحياة.

- توجيه النقاش نحو تقييم متوازن للآثار الإيجابية والسلبية للكحول من خلال تحدي الادعاءات المبالغ بها لفوائده والتحدث عن بعض الجوانب السلبية التي ربما يجري التقليل من شأنها.
- تجنب الجدل مع الشخص ومحاولة صياغة العبارات بطريقة مختلفة إذا أظهر أية مقاومة في محاولة لفهم الأثر الحقيقي للكحول على حياة الشخص بقدر ما هو ممكن له في ذلك الوقت.
- تشجيع الشخص أن يقرر بنفسه إذا كان يريد تغيير نمطه في تعاطي الكحول، ولا سيما بعد إجراء نقاش متوازن حول إيجابيات وسلبيات نمطه الحالي في تعاطي الكحول.
- إذا ظل الشخص غير مستعد لوقف أو التقليل من تعاطي الكحول، يتم الطلب منه العودة مرة أخرى لمواصلة النقاش.

٢-٣ مجموعات المساعدة الذاتية

« التفكير في تقديم النصح للأشخاص الذين يعانون من اعتماد على الكحول بالانضمام إلى مجموعة مساعدة ذاتية، مثل جمعية مدمني الكحول مجهولي الهوية. ومن المفيد في هذا الصدد تيسير الاتصال الأولي مع المجموعة، على سبيل المثال عمل الموعد ومراقبة الشخص إلى الجلسة الأولى.

٢-٤ تلبية احتياجات السكن والعمل

« حيثما أمكن، العمل مع المؤسسات المحلية وموارد المجتمع لتوفير التوظيف المدعوم للذين يحتاجون إلى دعم للعودة إلى العمل أو إيجاد وظيفة ولتمكينهم من الوصول إلى فرص العمل (أو التعليم) المحلية وفق احتياجاتهم ومستوى مهاراتهم.

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

تفاصيل التدخلات

« إن أمكن، العمل مع المؤسسات المحلية وموارد المجتمع لتوفير السكن المدعوم أو مرافق السكن المدعومة، بالإضافة إلى مرافق السكن المستقل، إذا كان هناك حاجة لها. يجب الأخذ بعين الاعتبار قدرة الشخص ومدى توفر الكحول أو غيره من مواد الإدمان عند تيسير وتقديم المشورة حول ترتيبات السكن المثلى.

٥-٢ دعم الأسر والقائمين على العناية بالشخص

مناقشة الأسرة والقائمين على العناية بالشخص حول تأثير تعاطي الكحول والاعتماد على الكحول على أنفسهم وأفراد الأسرة الآخرين، بمن فيهم الأطفال. ووفقاً للتغذية الراجعة من الأسرة:

« تقديم تقييم لاحتياجاتهم الصحية والشخصية والاجتماعية والنفسية.

« توفير المعلومات والتثقيف حول تعاطي الكحول والاعتماد عليه.

« المساعدة في تحديد مصادر التوتر المتصلة بتعاطي الكحول، واستكشاف أساليب التكيف وتعزيز سلوكيات التكيف الفعالة.

« إعلامهم حول مجموعات الدعم (مثل جماعات المساعدة الذاتية للأسر والقائمين على العناية بالشخص) والموارد الاجتماعية الأخرى ومساعدتهم على الوصول إليها.

٦-٢ تعاطي مواد الإدمان لدى اليافعين

« توضيح الطبيعة السرية لنقاش الرعاية الصحية، بما في ذلك الظروف التي يتم من خلالها توفير المعلومات للأهل أو غيرهم من البالغين.

« تحديد أهم القضايا بالنسبة المراهق، مع الأخذ في الاعتبار أن المراهقين غالباً ما لا يكونون قادرين على التعبير عن مشاكلهم بشكل جيد. وهذا قد يعني طرح أسئلة مفتوحة تغطي مجالات المنزل والتعليم/ العمل/ تناول الطعام والأنشطة والمخدرات والكحول والنشاط الجنسي/ السلامة/ الانتحار، وإتاحة الوقت الكافي لمناقشتها.

« على الرغم من أن مشاكل تعاطي مواد الإدمان تكون أقل حدة لدى الشباب، إلا أن اعتمادهم عليها قد يكون شديداً. لذلك، من المهم فحصهم لتحديد إن كانوا يعانون من مشاكل مواد الإدمان والكحول مثلما يتم فحص البالغين.

« تزويد المراهق وأهله بمعلومات عن آثار الكحول وغيرها من مواد الإدمان على صحة الفرد وأدائه الاجتماعي.

« التشجيع على إحداث تغيير في بيئة المراهق بدلاً من التركيز مباشرة على المراهق باعتباره مشكلة، كأن يتم تشجيعه على المشاركة في المدرسة أو العمل في أنشطة بعد الدوام المدرسي/ العمل لتشغل وقته، وتشجيعه على المشاركة في الأنشطة الجماعية التي تساعد في اكتساب المهارات والمساهمة في مجتمعه. ومن المهم أن يشارك المراهقون في الأنشطة التي تهمهم.

« تشجيع الأهل و/ أو المسؤولين الكبار على البقاء على علم بالأماكن التي يذهب إليها المراهق، ومن يرافق، وماذا يفعل، ومتى سيعود للمنزل، وأن يتوقعوا من المراهق أن يكون مسؤولاً عن أنشطته.

« تشجيع الأهل على وضع توقعات واضحة (وفي الوقت نفسه، أن يكونوا مستعدين للتفاوض حول هذه التوقعات مع المراهقين)، ومناقشة المراهقين حول عواقب سلوكياتهم وعدم الالتزام بتلك التوقعات.

« تقديم المشورة للأهل بالحد من سلوكياتهم الخاصة التي قد تسهم في تعاطي أطفالهم لمواد الإدمان، بما في ذلك شراء أو تقديم الكحول أو توفير المال الذي يتم إنفاقه على تعاطي مواد الإدمان، مع الأخذ في الاعتبار التأثير المحتمل لتعاطيهم هم للكحول ومواد الإدمان على أطفالهم.

٧-٢ النساء - الحوامل والمرضعات

« تقديم النصح للنساء الحوامل أو اللاتي يفكرن في الحمل بتجنب الكحول تماماً.

« تقديم النصح للنساء بأن استهلاك حتى كميات صغيرة من الكحول في وقت مبكر من الحمل يمكن أن يؤدي الجنين النامي، وأن كميات كبيرة من الكحول يمكن أن تؤدي إلى متلازمة من المشاكل النمائية الحادة المسماة متلازمة الجنين الكحولي.

« تقديم النصح للنساء المرضعات بتجنب الكحول تماماً.

« نظراً لفوائد الرضاعة الطبيعية الحصرية (وبخاصة في أول ٦ أشهر)، إذا واصلت الأمهات شرب الكحول، فإنه ينبغي نصحن بالحد من استهلاكهن للكحول، والتقليل من نسبة الكحول في حليب الثدي، كأن يقمن بإرضاع أطفالهن قبل شرب الكحول، وألا يقمن بالإرضاع مرة أخرى إلا بعد هبوط مستويات الكحول في الدم إلى الصفر (منح حوالي ساعتين لكل مشروب، أي ٤ ساعات إذا استهلكت مشروبين)، أو شطف حليب الثدي.

« ينبغي توفير خدمات الدعم الاجتماعي المتاحة للأمهات اللاتي يتعاطين مواد الإدمان الضارة وأطفالهن الصغار، بما في ذلك الزيارات الإضافية بعد الولادة، والتدريب على الرعاية الوالدية، وتقديم الرعاية للأطفال أثناء الزيارات الطبية.

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

تفاصيل التدخلات

٣-١ التعامل مع الانقطاع عن الكحول

« التيقظ لوجود شخص معرض لمتلازمة الانقطاع، على سبيل المثال، وجود شخص يعاني من اعتماد على الكحول غير مشخص في المستشفى.

« عندما يكون هناك دليل على ظهور متلازمة الانقطاع (أو قبل ظهور أعراض الانقطاع كما هو الحال في الانقطاع المخطط له)، يجب إعطاء الشخص الديازيبام بجرعة أولية تصل إلى ٤٠ ملغم يومياً (أي ١٠ ملغم أربع مرات يومياً أو ٢٠ ملغم مرتين يومياً) لمدة ٣ - ٧ أيام. أما في الأشخاص الذي يعانون من خلل في عملية الاستقلاب في الكبد (مثل مرضى الفشل الكبدى أو المسنين)، يجب استخدام جرعة واحدة منخفضة في البداية (٥ - ١٠ ملغم) وتحديد مدة عمل هذه الجرعة قبل وصف جرعات أخرى.



ينبغي تحديد مدة وجرعة الديازيبام لكل فرد على حدة، وذلك وفقاً لشدة الانقطاع ووجود اضطرابات طبية أخرى. فإذا كان الشخص في المستشفى، فيمكن إعطاؤه الديازيبام بشكل متكرر (أي كل ساعة)، وجرعات يومية أعلى (أي ما يصل إلى ١٢٠ ملغم يومياً في الأيام الثلاثة الأولى) إذا لزم الأمر واستناداً إلى التقييم المتكرر للشخص.

« إعطاء ١٠٠ ملغم/ يوم ثيامين عن طريق الفم لمدة ٥ أيام (أو أكثر إذا لزم) لمنع ظهور متلازمات نقص الثيامين مثل الاعتلال الدماغي الغيرنيكي. وإعطاء غيره من مكملات الفيتامين عند اللزوم.

« ضمان حصول الشخص على كميات كافية من السوائل واحتياجاته من الكهارل. وتصحيح مستويات البوتاسيوم والمغنيسيوم التي عادة ما تكون منخفضة.

« ضمان دعم القائمين على العناية بالشخص.

« قدر الإمكان، توفير بيئة هادئة وغير محفزة، تكون جيدة الإضاءة

نهاراً، ومضاعة ليلاً بما يكفي لمنع الشخص من الوقوع إن تحرك.

« إن كان لدى الشخص اعتماد شديد على الكحول (لديه تاريخ سابق من الحالات الشديدة للانقطاع عن الكحول أو النوبات أو الهذيان)، أو اضطرابات طبية أو نفسية متزامنة خطيرة، أو كان يفتقر إلى الدعم الكافي، يجب استشارة أخصائي، إذا كان متاحاً. ٤٤

« البحث عن مشاكل طبية أخرى وعلاجها (مثل الاعتلال الدماغي الغيرنيكي، الاعتلال الدماغي الكبدى، نزيف المعدة والأمعاء، إصابة في الرأس مع أو بدون ورم دموي تحت الجافية). ولا ينبغي استخدام البنزوديازيبينات في الأشخاص الذين يعانون من اعتلال دماغي كبدى أو تشييط في الجهاز التنفسي.

« أين يذهب الشخص للانقطاع عن الكحول؟

« هل مر الشخص من قبل بحالة شديدة من أعراض الانقطاع أو النوبات أو الهذيان؟

« هل يعاني الشخص من مشاكل طبية أو نفسية خطيرة أخرى؟

« هل يظهر على الشخص علامات انقطاع شديدة خلال ٦ ساعات من آخر مرة شرب فيها الكحول؟

« هل كانت محاولات الانقطاع عن الكحول في مرافق صحية خارجية فاشلة؟

« هل الشخص بلا مأوى أو بدون أي دعم اجتماعي؟

! إذا كان الجواب نعم على أي من الأسئلة أعلاه، يفضل أن تتم عملية الانقطاع في مرفق صحي داخلي.

« هذيان الانقطاع عن الكحول

« علاج الشخص في بيئة آمنة وقليلة التحفيز بما يضمن عدم قيامه بإيذاء نفسه.

« علاج انقطاع الكحول الكامن بالديازيبام. ٤٥

« إعطاء ١٠٠ ملغم ثيامين بالوريد أو في العضل ٣ مرات يومياً لمدة ٥ أيام. ٤٦

« استخدام الأدوية المضادة للذهان إذا لزم الأمر، و فقط لمدة الأعراض الذهانية (مثل ٢,٥ - ٥ ملغم هالوبيريديول عن طريق الفم ثلاث مرات يومياً). ٤٧

« التأكد من عدم إصابة الشخص بجفاف.

« تجنب تقييد الشخص.

يجب دائماً النظر في أسباب أخرى للهذيان والهلوسة (مثلاً، وجود إصابة في الرأس، نقص سكر الدم، التهابات) أكثرها شيوعاً الالتهاب الرئوي، نقص الأكسجين، الاعتلال الدماغي الكبدى، الحوادث الوعائية الدماغية).

تعاطي الكحول واضطراب تعاطي الكحول

تفاصيل التدخلات

٢-٣ أدوية الوقاية من الانتكاس بعد الانقطاع عن الكحول

هناك عدة أدوية مفيدة في علاج الاعتماد على الكحول وزيادة احتمال استمرار الشخص في الامتناع عن الكحول. الأدوية الرئيسية هي أكامبروسيت وثنائي السلفيرام ونالتريكسون. وينبغي أن يأخذ قرار استخدام أي من هذه الأدوية في الاعتبار ما يفضله الشخص نفسه وتقييم المنافع مقابل المخاطر (على سبيل المثال، هل هناك خطر أكبر إذا كان من يعطي الدواء ليس عاملاً صحيحاً حاصلًا على تدريب طبي، أو إذا كان الشخص مصاباً بأمراض الكبد أو يستخدم عقاقير أخرى). كما ينبغي تجنب استخدام جميع الأدوية الثلاثة، إذا أمكن، في النساء الحوامل أو المرضعات، وفي الأشخاص الذين يعانون من اختلالات كلوية أو كبدية شديدة. مع ذلك، ينبغي تقييم كل وضع على حدة. وفي حال وجود مركز متخصص، يمكن إحالة الشخص إليه لتلقي هذا العلاج وغيره. يُذكر أن الاستجابة الفعالة لهذه الأدوية قد تشمل انخفاضاً في كمية وتكرار استهلاك الكحول، إن لم يكن امتناعاً كاملاً.

١-٢-٣ أكامبروسيت

أكامبروسيت يثبط الرغبة في شرب الكحول في الأشخاص الذي لديهم اعتماد على الكحول. وأفضل وقت لوصفه هو على الفور بعد تحقيق الانقطاع عن الكحول. ويتم إعطاء الدواء بجرعة مقدارها قرصين (يحتوي كل قرص على ٢٢٢ ملغم أكامبروسيت) ثلاث مرات يومياً، إلا في الأشخاص الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كغم، حيث يتم تقليل الجرعة إلى قرصين مرتين يومياً. وتستمر المعالجة بالدواء عادة ١٢ شهراً. وتحدث التفاعلات السلبية للعلاج بالأكامبروسيت في حوالي ٢٠٪ من المرضى، وتشمل الإسهال والغثيان والتقيؤ وآلام البطن والحكة، وطفح حطاطي فقاعي أحياناً، بالإضافة إلى تفاعلات جلدية فقاعية، لكن هذه الأخيرة نادرة الحدوث.

٢-٢-٣ نالتريكسون

النالتريكسون أيضاً يثبط الرغبة في شرب الكحول. ويمكن البدء بإعطائه بعد الانقطاع عن الكحول بجرعة مقدارها ٥٠ ملغم يومياً. ومن ثم يتم المحافظة على جرعة بين ٥٠-١٠٠ ملغم لمدة ١٢ شهراً. ومن المهم التنبيه إلى وجوب ألا يكون الشخص قد تناول أية عقاقير أفيونية في الأيام السبعة السابقة. ويجب تحذير الشخص أن النالتريكسون يعيق العقاقير الأفيونية في حال كان بحاجة للمسكنات الأفيونية في المستقبل القريب. أما التفاعلات السلبية فتظهر في حوالي ٢٠٪ من المرضى وتشمل الغثيان، والتقيؤ، وآلام البطن، والقلق، ومشاكل النوم، والصداع، وانخفاض مستوى الطاقة، وآلام المفاصل والعضلات. كما يمكن أن تحدث سمية الكبد في حالة الجرعات الكبيرة من النالتريكسون، لذلك إن أمكن، ينبغي إجراء فحوص لوظائف الكبد بشكل روتيني.

٣-٢-٣ ثنائي السلفيرام

يستند تأثير ثنائي السلفيرام على الخوف من التفاعلات المزعجة والتي قد تكون خطيرة، والتي تشمل احمرار الوجه والغثيان والتقيؤ والإغماء عندما يقوم شخص يتناول هذا الدواء مع تعاطي الكحول. لذلك يجب إعلام الشخص حول آلية عمل ثنائي السلفيرام وطبيعة التفاعل بينه وبين الكحول، بما في ذلك حقيقة أن واحد من بين ١٥ ألف مريض يتوفى نتيجة للتفاعل الناجم عن هذا العلاج (وهي نسبة منخفضة بالمقارنة بخطر الموت إن بقي الاعتماد على الكحول دون علاج). وينبغي وصف ثنائي السلفيرام في حال كان المريض متحمسون للعلاج وكان هناك عاملون متخصصون بالعلاج أو قاثمون على العناية بالمريض أو أفراد أسرته لمراقبة مدى الالتزام بالعلاج، وكان مقدمو الرعاية الصحية على بينة بالأثار الضارة المحتملة، بما في ذلك التفاعل بين ثنائي السلفيرام والكحول. وتكون الجرعة عادة ٢٠٠ ملغم يومياً، وتشمل التفاعلات السلبية النعاس، والتعب، والغثيان، والتقيؤ، وانخفاض الرغبة الجنسية، والتفاعلات الدوائية (وهي نادرة)، والتهاب الجلد التحسسي، والتهاب الأعصاب المحيطية أو تلف الخلايا الكبدية. ويمنع وصف ثنائي السلفيرام للأشخاص المصابين بمرض القلب التاجي، أو فشل القلب، أو ممن لديهم تاريخ من الحوادث الوعائية الدماغية، أو ارتفاع ضغط الدم، أو الذهان، أو اضطرابات الشخصية الحادة، أو خطر الانتحار.

استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان

من بين الحالات الناجمة عن الأنماط المختلفة لاستخدام مواد الإدمان الإصابة بآثار حادة نتيجة جرعة زائدة من المسكنات، أو تسمم حاد أو جرعة زائدة من المنبهات، أو استخدام ضار أو خطر لمواد الإدمان، أو اعتماد على القنب، أو اعتماد على الأفيونيات، أو اعتماد على المنبهات، أو اعتماد البنزوديازيبين، وأية حالات امتناع مقابلة لها.

استخدام مواد الإدمان الضارة هو نمط من أنماط تعاطي مواد الإدمان التي تضر بالصحة. وقد يكون الضرر بدنياً (كما في حالات الإصابات المتصلة باستخدام مواد الإدمان) أو النفسية (مثل نوبات الاضطراب الاكتئابي)، وكثيراً ما يرتبط بأضرار مرتبطة بالأداء الاجتماعي (مثل المشاكل الأسرية أو المشاكل القانونية أو المشاكل المتعلقة بالعمل).

الاعتماد على مواد الإدمان عبارة عن مجموعة من الظواهر النفسية والسلوكية والمعرفية يأخذ فيها استخدام مواد الإدمان أولوية أعلى بكثير لدى أحدهم من سلوكيات أخرى كان لها في السابق قيمة أكبر.

تشير حالة الامتناع عن استخدام مواد الإدمان إلى مجموعة من الأعراض التي تحدث عند وقف مواد الإدمان بعد استخدامها لفترات يومية طويلة.



استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان

دليل تقييم الحالة ومعالجتها « للحالات الطارئة



١. هل يعاني الشخص من جرعة زائدة من المسكّنات؟

جرعة زائدة من الأفيونيات أو المسكّنات الأخرى أو مواد إدمان مخلوطة مع أو بدون جرعة زائدة من الكحول.
 عدم استجابة أو استجابة قليلة جداً.
 معدل تنفس بطيء.
 حدقتا العينين مستدقتان (جرعة زائدة من الأفيونيات).

٢. هل الشخص يعاني من حالة تسمم أو جرعة زائدة حادة من المنبهات؟

حدقتا العينين متوسعتان.
 أفكار مستثارة أو متسارعة، اضطراب في التفكير، بارانويا.
 استخدام الكوكايين أو غيره من المنبهات في الأونة الأخيرة.
 ارتفاع النبض وضغط الدم.
 السلوك العدواني أو المضطرب أو العنيف.

٣. هل الشخص يعاني من امتناع حاد عن الأفيونيات؟

تاريخ من الاعتماد على الأفيونيات - توقف عن الاستخدام المفرد في الأيام القليلة الماضية.
 آلام في العضلات، تشنجات في البطن، صداع.
 غثيان، تقيؤ، إسهال.
 حدقتا العينين متوسعتان.
 ارتفاع النبض وضغط الدم
 تتأوب، سيلان العينين والأنف، انتصاب الشعريات الجلدية (قشعريرة الجلد).
 قلق وتلمل.

نعم

إذا كان معدل الجهاز التنفسي > ١٠ أو تشبع الأكسجين > ٩٢٪

« علاج مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية.
 ٠,٤ ملغم نالوكسون بالوريد أو بالعضل (للجرعة زائدة من الأفيونيات - لكنه غير فعال للجرعة الزائدة من المسكّنات الأخرى)، وتكرارها إذا لزم الأمر.
 « مراقبة الشخص من ساعة إلى ساعتين بعد إعطاء النالوكسون.
 « في حالة الجرعات الزائدة بسبب الأفيونيات طويلة المفعول، يجب نقل الشخص للمستشفى + لإعلائه النالوكسون أو التنفس الصناعي.



إذا لم يكن هناك استجابة للنالوكسون!
 « توفير دعم لمجرى الهواء والتنفس، ونقل الشخص للمستشفى.

نعم

تسمم أو جرعة زائدة من الكوكايين أو المنبهات الأمفيتامينية

« إعطاء الدياتيزيام بجرعات معايرة حتى يهدأ الشخص.
 « إذا لم تستجب الأعراض الذهانية للبنزوديازيبينات، عندئذ يجب التفكير في استخدام مضادات الذهان لمدة قصيرة.
 « يجب عدم البدء بإعطاء مضادات الذهان لمدة طويلة. ✖
 « مراقبة ضغط الدم ومعدل النبض ومعدل التنفس ودرجة الحرارة كل ٢-٤ ساعات.
 « إذا كان الشخص يشكو من ألم في الصدر، أو إذا كان هناك اضطراب نظم تسرعى، أو إذا أصبح الشخص عنيفاً أو أصبح من الصعب السيطرة عليه، يجب نقله إلى المستشفى. +
 « خلال مرحلة ما بعد السمية، يجب التنبه تحسباً لوجود أفكار أو أفعال انتحارية.

نعم

امتناع عن الأفيونيات

« معالجة الشخص بتقليل جرعات الأفيونيات (الميثادون، البوبرينورفين) أو عوامل ألغا الأدرينالية (كلونيدين، لوفيكسيدين) إما بالإشراف على الجرعات أو صرفها يوماً بيوم.
 « علاج الأعراض محددة حسب الحاجة (الإسهال، التقيؤ، آلام العضلات، الأرق).
 « النظر في بدء علاج مداومة بشبائه الأفيونيات.
 « الإماهة عن طريق الغم أو بالوريد، إذا لزم الأمر.

استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان

دليل تقييم الحالة ومعالجتها

١. هل يستخدم الشخص مواد إدمان غير مشروعة أو بدون وصفة طبية بطريقة قد تضر بالصحة؟

« السؤال عن وجود استخدام لمواد الإدمان في الفترة الأخيرة. « الإدمان ١-٢
« البحث عن الضرر المتصل بمواد الإدمان.

ملاحظة: يمكن استخدام استبيانات التحري، مثل فحص استعمال الكحول والتدخين ومواد الإدمان التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO-ASSIST) للكشف عن استخدام مواد الإدمان وما يتصل به من مشاكل.

ملاحظة: اكتشاف الحالات

هناك تفاوت كبير في انتشار اضطرابات تعاطي مواد الإدمان بحسب اختلاف الحالات. وفي حالات المستويات المرتفعة لاستخدام مواد الإدمان، قد يكون من المناسب سؤال جميع المرضى حول استهلاكهم لمواد الإدمان. يمكن القيام بذلك بشكل غير رسمي أو عن طريق استخدام استبيان مثل فحص تعاطي الكحول والتدخين ومواد الإدمان التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO-ASSIST).

في حالات أخرى، يتم السؤال عن استخدام مواد الإدمان عندما تشير الدلالات السريرية لوجود اضطراب استخدام مواد الإدمان. ومن بين هذه الدلالات، المظهر غير المهذب، الإصابات، الالتهابات، مشاكل الصحة النفسية.

نعم

إذا كان الجواب نعم
يتم تقييم الشخص لاكتشاف احتمال وجود اعتماد (انظر رقم ٢ أدناه) وضرر متصل بمواد الإدمان. لكن إن لم يكن الشخص يعاني من اعتماد على مواد الإدمان، فإن السيناريو السريري المحتمل هو إما:

استخدام خطر لمواد الإدمان
أو
استخدام ضار لمواد الإدمان

« ذكر نتائج تقييم استخدام مواد الإدمان بوضوح وشرح العلاقة بين هذا المستوى من استخدام مواد الإدمان والمشاكل الصحية التي يعاني منها الشخص، بالإضافة للمخاطر على المدين القصير والطويل لاستمرار الاستخدام في المستوى الحالي.
« السؤال عن استخدام الكحول وغيره من مواد الإدمان. (٢)
« الإدمان ١-٢
« إجراء مناقشة قصيرة حول الأسباب التي تدعو الشخص لاستخدام مواد الإدمان.
« انظر التدخلات الموجزة « الإدمان ٢-٢ للحصول على تفاصيل.
« نصيحة الشخص بشكل واضح أن يتوقف عن الاستخدام الضار لمواد الإدمان واستعدادكم لمساعدته على القيام بذلك. - إذا كان الشخص مستعداً لمحاولة خفض أو وقف استخدام مواد الإدمان، عندئذ يجب مناقشة سبل تحقيق هذا الهدف معه.
- إذا لم يكن مستعداً، يجب إخباره بثقة أن من الممكن وقف أو تقليل الاستخدام الخطر أو الضار لمواد الإدمان وتشجيعه على العودة إذا كان يريد مناقشة المسألة أكثر.
« إذا كان الشخص مراهق، انظر القسم الخاص بتعاطي المراهقين لمواد الإدمان (٢) « الكحول ٦-٢
« إذا كانت امرأة حاملاً أو مرضعاً، انظر « الإدمان ٧-٢
« متابعة الحالة في الفرصة القادمة.
« التماس مشورة متخصصة حسب الحاجة للأشخاص الذين يعانون من استخدام ضار متواصل لمواد الإدمان ولم يفلحوا في الاستجابة للتدخلات الموجزة. (٤)

٢. هل هناك مظاهر للاعتماد على مواد الإدمان؟

إجراء تقييم مفصل لاستخدام مواد الإدمان. « الإدمان ٢-٣

البحث عن:

« رغبة أو شعور قسري قوي باستخدام مواد الإدمان.

« صعوبات في السيطرة على استخدام مواد الإدمان من ناحية البدء أو التوقف أو مستويات الاستخدام.

« حالة انقطاع فسيولوجية عند التوقف عن استخدام مواد الإدمان أو التقليل من استخدامه كما يتضح من سمات متلازمة الانقطاع عن مواد الإدمان، أو استخدام نفس المادة (أو مادة قريبة منها) بقصد تخفيف أو تجنب أعراض الانقطاع.

« وجود دليل على التحمّل، مثل الحاجة إلى جرعات زائدة من مواد الإدمان لتحقيق آثار كانت تنتج سابقاً من جرعات منخفضة.

« إهمال متزايد للاهتمامات أو مصادر المتعة البديلة بسبب مواد الإدمان، وزيادة المدة الزمنية اللازمة للحصول عليها أو تناولها أو التعاطي من آثارها.

« استمرار استخدام مواد الإدمان رغم وجود أدلة واضحة من عواقب ضارة علنية.

نعم

إذا كان هناك ٣ مظاهر أو أكثر، فالسيناريو السريري المحتمل هو:

اعتماد على مواد الإدمان

« شرح التشخيص بوضوح وكذلك المخاطر على المدين القصير والطويل لاستمرار الاستخدام في المستوى الحالي.

« استكشاف ما يدفع الشخص لاستخدام مواد الإدمان. انظر تدخلات موجزة « الإدمان ٢-٢

« نصح الشخص بالتوقف تماماً عن استخدام مواد الإدمان، واستعدادكم لمساعدته على القيام بذلك.

« سؤال الشخص إن كان على استعداد لمحاولة وقف استخدام مواد الإدمان.

« اعتماد على القنب أو المنبهات

- توفير تدخلاً وجيزاً أكثر تركيزاً (أي ما يصل إلى ٣ جلسات، مدة الجلسة ٤٥ دقيقة). « الإدمان ٢-٢
- علاج أعراض الامتناع. « الإدمان ٣-٣
- الترتيب لتقديم خدمة إزالة السمّية إذا لزم الأمر.

« الاعتماد على الأفيونيات

- تقييم شدة الاعتماد. « الإدمان ١-٢
- في معظم الحالات، النصيحة بعلاج مداومة بشبائه الأفيون (المعروف أيضاً باسم العلاج ببدائل الأفيون). تقديم العلاج ببدائل الأفيون أو الإحالة إليه إذا توفر. « الإدمان ١-٣
- الترتيب لإزالة السمّية إذا طلبت. « الإدمان ١-٣

« الاعتماد على البنزوديازيبين

- خفض التدرّج للبنزوديازيبينات مع إما بصرفه مع الإشراف أو بشكل أسرع في عيادة داخلية. « الإدمان ٢-٣

في جميع الحالات

- « النظر في الإحالة إلى مجموعة مساعدة ذاتية وجماعات إعادة التأهيل/ العلاج. « الإدمان ٢-٣
- « تلبية احتياجات السكن والعمل. « الإدمان ٢-٤
- « توفير المعلومات والدعم للشخص والقائمين على العناية به وأفراد أسرته. « الإدمان ٥-٢
- « إذا كانت متاحة، توفير التدخلات النفسية الاجتماعية مثل الإرشاد أو العلاج الأسري، الإرشاد أو العلاج من خلال حل المشاكل، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج التحفيزي، العلاج بالتعزيز. « مشددة
- « توفير استراتيجيات الحد من الضرر للأشخاص الذين يتعاطون مواد الإدمان بالحقن. « الإدمان ٦-٢

استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان

تفاصيل التدخلات

٢-١ إجراء تقييم

أخذ تاريخ استخدام مواد الإدمان

عند السؤال عن استخدام مواد الإدمان:

« السؤال عن إطلاق استخدام مواد الإدمان غير المشروعة بطريقة لا تتم عن أحكام، ربما بعد السؤال عن استخدام التبغ/ النيكوتين والكحول وأي مواد إدمان شائعة قد يكون لها صلة.

« السؤال عن مستوى ونمط الاستهلاك، وأي سلوكيات مرتبطة باستخدام مواد الإدمان قد تشكل خطراً على صحة الشخص وصحة الآخرين (مثل تدخين المخدرات، حقن المخدرات، الأنشطة التي يمارسها الشخص وهو في حالة تأثر بمواد الإدمان، الآثار المالية، القدرة على رعاية الأطفال، العنف تجاه الآخرين).

« السؤال عن بدء وتطور استخدام مواد الإدمان بما يتعلق بأحداث حياتية أخرى، عن طريق على سبيل المثال أخذ تاريخ مرتب زمنياً.

« السؤال عن أضرار استخدام مواد الإدمان، بما في ذلك:

- إصابات وحوادث.
- القيادة تحت تأثير مواد الإدمان.
- مشاكل في العلاقات.
- حقن المخدرات وما يتصل بذلك من مخاطر.
- مشاكل قانونية/ مالية.
- ممارسة الجنس تحت تأثير مواد الإدمان، بحيث يشكل خطورة أو يليه شعور بالندم.

« الاستفسار حول وجود اعتماد على مواد الإدمان من خلال السؤال عن ظهور تحمّل لها، أو أعراض للانقطاع، أو استخدام كميات أكبر أو خلال مدة زمنية أطول مما كان مقصوداً، أو الاستخدام المتواصل لمواد الإدمان في مواجهة المشاكل المتصلة باستخدامها، أو

صعوبة في وقف أو التخفيف من استخدام مواد الإدمان، أو الرغبة القوية في استخدامها.

عند فحص الشخص، البحث عن:

« علامات الحقن: من مواقع الحقن الشائعة حفرة المرفق أو الفخذ. قد يشير الشخص بنفسه للأماكن التي يقوم بالحقن فيها. تظهر علامات الحقن القديمة على شكل تصبغ أو ترقق في الجلد. أما مواقع الحقن الجديدة فصغيرة وتكون عادة حمراء وملتهبة قليلاً. في حالات الاعتماد على المخدرات بالحقن (مثل الهيروين)، ينبغي أن يكون كل من مواقع الحقن الجديدة والقديمة مرئية.

وجود آثار استخدام أو انقطاع:

- آثار استخدام الأفيونيات: النعاس، حالة من التراجع بين الوعي وفقدان الوعي، بطء الكلام، تضيق حدقتي العين، مشاكل في التنفس.
- انقطاع عن الأفيونيات: القلق، اتساع حدقة العين، تشنجات في البطن، تشاؤب، سيلان الأنف، انتصاب الشعريات الجلدية (قشعريرة الجلد).
- آثار استخدام البنزوديازيبينات: شعور بالخدر، بطء وصعوبة النطق، مشاكل في التنفس.
- انقطاع عن البنزوديازيبين: قلق وانفعال، تشنجات العضلات، تشنجات في البطن، ارتفاع النبض وضغط الدم، أرق، وفي حالة الانقطاع الحاد) نوبات وهذيان.
- آثار استخدام المنبهات: فرط النشاط، الكلام السريع، اتساع حدقة العين.
- انقطاع عن المنبهات: في البداية تعب، زيادة الشهية، تهيج، اكتئاب عاطفي، قلق.
- آثار استخدام القنب (الحشيش): احمرار الملتحمة، تأخر الاستجابة، حجم حدقة العين طبيعي.
- انقطاع عن القنب: مزاجية، قلق، تشنجات عضلية (قد لا يكون

هناك أي ميزات يمكن ملاحظتها).

« المظهر الخارجي والحالة الذهنية. المظهر الخارجي هو دليل جيد على القدرة على الاعتناء بالنفس.

« المضاعفات الصحية الشائعة لتعاطي المخدرات بالحقن: قد يكون هناك دليل على عدوى فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المرتبطة به، أو التهاب الكبد ب و ج، أو التهابات في مواقع الحقن، أو الإصابة بالسل.

« حالات صحية شائعة أخرى مرتبطة باستخدام مواد الإدمان:

تسنين سييء، التهابات جلدية طفيلية (القمل والجرب)، أمراض منقولة جنسياً، سوء التغذية.

فحوص ينبغي التفكير في إجرائها

« فحص البول لاكتشاف مواد الإدمان: يمكن أن يكون وسيلة مفيدة للتحقق من تاريخ استخدام مواد الإدمان، ولا سيما إذا كان الشخص يستفيد من عدم قول الحقيقة. وينبغي إجراؤه قبل بدء العلاج ببدائل الأفيون، وينبغي أن تكون النتائج متاحة قبل الجرعة الثالثة (لمنع حدوث جرعة مفرطة بطريق الخطأ لدى الأشخاص الذين لا يعانون من اعتماد على الأفيونيات ممن يبدؤون العلاج ببدائل الأفيون). يمكن استخدام شرائط البول، لكن نتائجها أقل موثوقية.

« فحص الأمصال للبحث عن الفيروسات التي تنتقل عن طريق الدم (فيروس نقص المناعة البشرية، التهاب الكبد ب و ج).

« فحص الأمراض المنقولة جنسياً.

« فحص البصاق (عند الاشتباه بالسل).

استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان



التدخلات النفسية الاجتماعية

٢-٢ تدخلات موجزة

سبل لمناقشة استخدام مواد الإدمان:

« فتح حوار مع الشخص حول استخدام مواد الإدمان بطريقة تمكنه من الحديث عما يعتقد أنها فوائدها وأضرارها الفعلية و/ أو المحتملة، مع الأخذ بعين الاعتبار الأمور التي يعتبرها الشخص الأكثر أهمية في الحياة.

« توجيه النقاش نحو تقييم متوازن للأثار الإيجابية والسلبية لمواد الإدمان من خلال تحدي الادعاءات المبالغ بها لفوائده والتحدث عن بعض الجوانب السلبية التي ربما يجري التقليل من شأنها.

« تجنب الجدل مع الشخص ومحاولة صياغة العبارات بطريقة مختلفة إذا أظهر أية مقاومة في محاولة لفهم الأثر الحقيقي لمواد الإدمان على حياة الشخص بقدر ما هو ممكن له في ذلك الوقت.

« تشجيع الشخص أن يقرر بنفسه إذا كان يريد تغيير نمطه في استخدام مواد الإدمان، ولا سيما بعد إجراء نقاش متوازن حول إيجابيات وسلبيات نمطه الحالي في استخدام مواد الإدمان.

« إذا ظل الشخص غير مستعد لوقف أو التقليل من استخدام مواد الإدمان، يتم الطلب منه العودة مرة أخرى لمواصلة النقاش، ربما مع أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء.

٣-٢ مجموعات المساعدة الذاتية

« التفكير في تقديم النصح للأشخاص الذين يعانون من اعتماد على مواد الإدمان بالانضمام إلى مجموعة مساعدة ذاتية، مثل جمعية مدمني المخدرات مجهولي الهوية. ومن المفيد في هذا الصدد تيسير الاتصال الأولي مع المجموعة، على سبيل المثال عمل الموعد ومرافقة الشخص إلى الجلسة الأولى.

٤-٢ تلبية احتياجات السكن والعمل

« حيثما أمكن، العمل مع المؤسسات المحلية وموارد المجتمع لتوفير التوظيف المدعوم للذين يحتاجون إلى دعم للعودة إلى العمل أو إيجاد وظيفة ولتمكينهم من الوصول إلى فرص العمل (أو التعليم) المحلية وفق احتياجاتهم ومستوى مهاراتهم.

« حيثما أمكن، العمل مع المؤسسات المحلية وموارد المجتمع لتوفير السكن المدعوم أو مرافق السكن المدعومة، بالإضافة إلى مرافق السكن المستقل، إذا كان هناك حاجة لها. ويجب الأخذ بعين الاعتبار قدرة الشخص ومدى توفر الكحول أو غيره من مواد الإدمان عند تيسير وتقديم المشورة حول ترتيبات السكن المثلى.

٥-٢ دعم الأسر والقائمين على العناية بالشخص

مناقشة الأسرة والقائمين على العناية بالشخص حول تأثير استخدام مواد الإدمان والاعتماد عليها على أنفسهم وأفراد الأسرة الآخرين، بمن فيهم الأطفال. ووفقاً للتغذية الراجعة من الأسرة:

« تقديم تقييم لاحتياجاتهم الصحية والشخصية والاجتماعية والنفسية.

« توفير المعلومات والتثقيف حول استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان.

« المساعدة في تحديد مصادر التوتر المتصلة باستخدام مواد الإدمان، واستكشاف أساليب التكيّف وتعزيز سلوكيات التكيّف الفعالة.

« إعلامهم حول مجموعات الدعم (مثل جماعات المساعدة الذاتية للأسر والقائمين على العناية بالشخص) والموارد الاجتماعية الأخرى ومساعدتهم على الوصول إليها.



استخدام مواد الإدمان واضطرابات استخدام مواد الإدمان

تفاصيل التدخلات

التدخلات النفسية الاجتماعية

٦-٢ استراتيجيات الحد من الضرر

« إسداء المشورة بشأن مخاطر تعاطي المخدرات بالحقن.
« توفير المعلومات حول أساليب الحقن الأقل خطورة وأهمية استخدام الحقن المعقمة.

« توفير معلومات حول كيفية الوصول إلى برامج تبادل الإبر والمحاقن حيثما وُجدت، أو غيرها من مصادر أدوات الحقن المعقمة.

« تشجيع وتوفير فحوص للأمراض الفيروسية التي تنتقل عن طريق الدم، كلما أمكن.

« توفير العلاج للمضاعفات الناجمة عن استخدام مواد الإدمان وغيرها من المشاكل العلبية والنفسية، بالإضافة إلى الدعم النفسي الاجتماعي، حتى لو كان الشخص لا يرغب في وقف استخدام مواد الإدمان في هذا الوقت.

« بمرور الوقت، بعد أن تكون العلاقة أصبحت أقوى، ينبغي بذل جهود مكثفة لتشجيع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن لتلقي العلاج لاضطرابات استخدام مواد الإدمان.

٧-٢ النساء - الحوامل والمرضعات

« الاستفسار عن الدورة الشهرية وإعلام المرأة أن استخدام مواد الإدمان يمكن أن يتدخل مع دورة الطمث، ويخلق أحياناً الانطباع الخاطئ بأن حدوث حمل غير ممكن.

« تقديم المشورة والدعم للنساء الحوامل بعدم استخدام أية مواد ذات تأثير نفسي. ويجب نصح النساء الحوامل اللاتي يعانين من اعتماد على الأفيونيات بأخذ بدائل من شبائنه الأفيون مثل الميثادون.

« فحص أطفال الأمهات اللاتي يعانين من اضطرابات استخدام مواد الإدمان تحسباً لإصابتهم بأعراض انقطاع (المعروفة أيضاً باسم متلازمة الامتناع لدى حديثي الولادة). ينبغي معالجة متلازمة الامتناع لدى حديثي الولادة الناجمة عن استخدام الأم للأفيونيات بجرعات منخفضة من الأفيونيات (مثل المورفين) أو الباربيتورات.

« تقديم المشورة والدعم للنساء المرضعات بعدم استخدام أية مواد ذات تأثير نفسي.

« تقديم المشورة والدعم للأمهات اللاتي يعانين من اضطرابات استخدام مواد الإدمان بإرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حصرية لمدة ستة أشهر على الأقل، ما لم يقدم لهن أخصائي نصيحة بعدم إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية.

« ينبغي توفير خدمات الدعم الاجتماعي المتاحة للأمهات اللاتي يتعاطين مواد الإدمان الضارة وأطفالهن الصغار، بما في ذلك الزيارات الإضافية بعد الولادة، والتدريب على الرعاية الوالدية، وتقديم الرعاية للأطفال أثناء الزيارات الطبية.

المعالجة الدوائية

١-٣ تدبير الانقطاع عن الأفيونيات

⚠ الحذر مطلوب قبل الشروع في عملية الانقطاع عن الأفيونيات، وخصوصاً في حالة استخدام الحقن. حيث يؤدي الانقطاع إلى تدني تحمل الأفيونيات، لذلك إذا تم استئناف استخدام الأفيونيات، سيكون الشخص عرضة للجرعة الزائدة. وأفضل وقت للشروع في عملية الانقطاع هو عندما تكون هناك خطة لإدخال الشخص في برنامج إعادة تأهيل داخلي. وكبديل آخر، يمكن الترتيب لوصف معالجة مدائمة بشبائه الأفيون إما بالميثادون أو البوبرينورفين. عندما يتم اتخاذ قرار ببدء الانقطاع، يجب إطلاع الشخص عن العوارض والمدة المتوقعة لعملية الانقطاع، واختيار أحد الأدوية التالية:

« البوبرينورفين: يتم إعطاء البوبرينورفين تحت اللسان بجرعة نطاقها ٤ حتى ١٦ ملغم يومياً لمدة ٣ إلى ١٤ يوماً. قبل الشروع في العلاج بالبوبرينورفين، من المهم الانتظار لحين تصبح أعراض وعلامات الانقطاع عن الأفيون واضحة (٨ ساعات على الأقل بعد آخر جرعة من الهيروين، وما لا يقل عن ٢٤ إلى ٤٨ ساعة بعد آخر جرعة من الميثادون) لأن هناك خطراً بأنه قد يعجل حدوث متلازمة الانقطاع، وينبغي توخي الحذر، خاصة إذا كان الشخص موصوفاً له عقاقير مهدئة أخرى.

« الميثادون: يتم إعطاؤه عن طريق الفم بجرعة أولية بين ١٥ إلى ٢٠ ملغم، يتم رفعها إذا دعت الحاجة إلى ٣٠ ملغم يومياً، ومن ثم تقليلها تدريجياً على مر ٣ إلى ١٠ أيام. وينبغي توخي الحذر، خاصة إذا كان الشخص موصوفاً له عقاقير مهدئة أخرى.

« كلونيدين أو لوفيكسيدين: يتم إعطاؤه بجرعة تتراوح من ١,٠ إلى ٠,١٥ ملغم ٣ مرات يومياً (بحسب وزن الجسم). قد ينتج شعور

بالدوخة والخدر. وينبغي معالجة الأعراض، مثل معالجة الغثيان بمضادات القيء، والألم بالمسكنات البسيطة، والأرق بالمهدئات الخفيفة. كما يجب مراقبة ضغط الدم عن كثب.

٢-٣ إدارة الانقطاع عن البنزوديازيبين

الانقطاع الاختياري عن البنزوديازيبينات يستخدم خفصاً تدريجياً للجرعات على مدى ٨ - ١٢ أسبوعاً، والتحول إلى البنزوديازيبينات طويلة المفعول، ويتم ذلك بالتزامن مع الدعم النفسي الاجتماعي.

في حال حدوث انقطاع حاد غير منضبط عن البنزوديازيبين (أو حدوثه بطريقة عشوائية عند وقف مواد الإدمان هذه بشكل مفاجيء): استشارة أخصائي ⚠ أو شخص مرجعي آخر موجود بشأن بدء نظام تهدئة بجرعة عالية من البنزوديازيبين مع إدخال الشخص إلى المستشفى.

⚠ يجب عدم وصف البنزوديازيبينات لمرضى العيادات الخارجية غير المعروفين.

٣-٣ الانقطاع عن مواد إدمان أخرى (الأمفيتامينات والقنب والكوكايين)

« إدارة أعراض الانقطاع فور ظهورها، مثل معالجة الغثيان بمضادات القيء، والألم بالمسكنات البسيطة، والأرق بالمهدئات الخفيفة. الإماهة.

« تجنب تعييد الشخص.

« السماح للشخص بمغادرة مركز العلاج إذا رغب بذلك.

« قد تظهر أعراض اكتئاب بعد الانقطاع أو خلال فترة الانقطاع، وقد يكون الشخص يعاني من اكتئاب من قبل. كما يجب التيقظ لخطر محاولة الشخص الانتحار.

٤-٣ استمرار العلاج والدعم بعد إزالة السمية

توفير العلاج والدعم والمراقبة المستمرة لجميع الأشخاص بعد إزالة السمية بنجاح، بغض النظر عن الإطار الذي تم توفير الدعم والعلاج فيه.

٥-٣ معالجة المدوامة بشبائه الأفيون (المعروف أيضاً باسم العلاج ببدايل الأفيون)

معالجة المدوامة بالمواد الشبيهة بالأفيون تتطلب وجود إطار قائم ومنظم (لا ينبغي وصف هذه الأدوية في غياب ذلك الإطار). يتميز هذا النوع من العلاج بوصف أفيونيات طويلة المفعول، مثل الميثادون والبوبرينورفين، في ظل إشراف يومي عادة. هناك براهين قوية على أن معالجة المدوامة بشبائه الأفيون من ميثادون وبوبرينورفين تقلل بفعالية من الاستخدام غير المشروع لمواد الإدمان والوفيات وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية والإجرام، وتحسن الصحة البدنية والنفسية والأداء الاجتماعي.

المراقبة: يمكن أن تتعرض الأدوية المستخدمة في علاج المدوامة بالمواد الشبيهة بالأفيون لسوء استخدام أو يتم تحويلها لشخص آخر، لذلك، تتبّع البرامج أساليب مختلفة للحد من خطر تحويل الدواء لشخص آخر، بما في ذلك ضمان استهلاكه تحت الإشراف.

الانتحار هو فعل قتل النفس عمداً. أما إيذاء الذات فهو مصطلح أوسع يشير إلى تسميم النفس أو التسبب بإصابة للنفس، قد يكون (أو لا يكون) لها نية أو نتيجة قاتلة. وأي شخص عمره أكثر من ١٠ سنوات يعاني من أي من الحالات التالية يجب سؤاله إن كان لديه أفكار أو خطط لإيذاء الذات خلال الشهر الماضي، وأي قيام فعلي بإيذاء الذات خلال العام الماضي:

« أي من الحالات ذات الأولوية الأخرى (انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل).
« ألم مزمن.
« ضيق عاطفي حاد.

يجب إجراء تقييم تحسباً لوجود أفكار وخطط وأفعال إيذاء الذات خلال التقييم الأولي، وبعد ذلك بشكل دوري حسب الحاجة. كما يجب إيلاء اهتمام بحالة الشخص النفسية وأي ضيق عاطفي يعاني منه.



الاستفسار عن إيذاء الذات لا يثير أية أفعال من إيذاء الذات، بل هو في العادة يخفف من القلق المرتبط بتلك الأفكار أو الأفعال، ويساعد الشخص بأن يشعر بأن هناك من يفهمه. لكن يجب محاولة إقامة علاقة مع الشخص قبل طرح أسئلة حول إيذاء الذات. يجب كذلك الطلب من الشخص أن يشرح الأسباب التي تدفعه لإيذاء نفسه.

١. هل أقدم الشخص على فعل خطير طبيياً لإيذاء الذات؟

ملاحظة وجود علامات على إصابات تسبب بها الشخص لنفسه.

البحث عن:

- « علامات على التسمم أو تناول مواد إدمان.
- « أعراض/علامات تتطلب المعالجة الطبية العاجلة مثل:
 - نزيف من إصابة ألحقها الشخص بنفسه.
 - فقدان الوعي.
 - خمول شديد.

السؤال عن:

« تسمم أو غيره من أشكال إيذاء الذات في الفترة الأخيرة.

نعم

إذا كان شخص بحاجة لعناية طبية عاجلة لمعالجة قيامه بإيذاء ذاته

« علاج الإصابة أو التسمم طبيياً. 🏥»
« في حالة التسمم الحاد بالمبيدات، اتبع إجراءات معالجة التسمم بالمبيدات. « الانتحار ٢-٣»
« في حال الحاجة إلى إدخال للمستشفى، مواصلة مراقبة الشخص عن كثب لمنع الانتحار.

لا

إذا لم يكن بحاجة لعناية عاجلة، تقييم الشخص تحسباً لوجود خطر وشيك لإيذاء الذات/ الانتحار

في جميع الحالات:
وضع الشخص في بيئة آمنة وداعمة في المركز الصحي (وعدم تركه بمفرده).

« رعاية للشخص الذي قام بإيذاء ذاته. « الانتحار ٢-١»
« توفير وتفعيل الدعم النفسي الاجتماعي. « الانتحار ٢-٢»
« استشارة أخصائي صحة نفسية إن وُجد. 🏥»
« الاتصال مع الشخص ومتابعته بشكل منتظم. « الانتحار ٢-٤»

إيذاء الذات/ الانتحار

دليل تقييم الحالة وإدارتها

٢. هل هناك خطر وشيك بالإقدام على إيذاء للذات/ انتحار؟

سؤال الشخص والقائمين على العناية به حول:
 « الأفكار أو الخطة الحالية للانتحار أو إيذاء الذات.
 « وجود تاريخ من أفكار أو خطط إيذاء الذات خلال الشهر الماضي أو القيام فعلياً بإيذاء الذات خلال العام الماضي.
 « سهولة الوصول إلى وسائل إيذاء الذات

البحث عن:

- « ضيق عاطفي شديد .
- « شعور باليأس .
- « هياج حاد .
- « عنف .
- « صعوبة التواصل .
- « عزلة اجتماعية .

نعم

إذا كان هناك:
 « أفكار أو خطة حالية للانتحار/ إيذاء الذات

أو

« تاريخ من أفكار أو خطط إيذاء الذات خلال الشهر الماضي أو القيام فعلياً بإيذاء الذات خلال العام الماضي لدى شخص يعاني من حالة شديدة من الضيق أو السلوك العنيف أو الهياج أو صعوبة التواصل

فإن هناك خطراً وشيكاً بالإقدام على إيذاء الذات/ الانتحار

لا

إذا لم يكن هناك خطر وشيك بالإقدام على إيذاء الذات/ الانتحار، ولكن هناك تاريخ من أفكار أو خطط إيذاء الذات خلال الشهر الماضي أو القيام فعلياً بإيذاء الذات خلال العام الماضي

« اتخاذ الاحتياطات التالية:!

- إزالة وسائل إيذاء الذات .
- إشاعة بيئة آمنة وداعمة، وإذا أمكن، وضع الشخص في غرفة مستقلة هادئة أثناء الانتظار .
- عدم ترك الشخص وحده .
- الإشراف على الشخص وتعيين أحد العاملين أو أفراد الأسرة لضمان سلامته .
- إيلاء اهتمام بحالة الشخص النفسية وأي ضيق عاطفي يعاني منه .

« توفير وتفعيل الدعم النفسي الاجتماعي . « الانتحار ٢-٢

« استشارة أخصائي صحة نفسية إن وُجد . « الانتحار ٢-٤

« الاتصال مع الشخص ومتابعته بشكل منتظم . « الانتحار ٢-٤

« توفير وتفعيل الدعم النفسي الاجتماعي . « الانتحار ٢-٢

« استشارة أخصائي صحة نفسية إن وُجد . « الانتحار ٢-٤

« الاتصال مع الشخص ومتابعته بشكل منتظم . « الانتحار ٢-٤

٣. هل يعاني الشخص من أية اضطرابات نفسية أو عصبية أو إدمانية أخرى ذات أولوية؟
(انظر القائمة الرئيسية لدليل التدخل)

- « اكتئاب .
- « اضطرابات تعاطي الكحول أو استخدام مواد الإدمان .
- « الاضطراب ثنائي القطب .
- « ذهان .
- « صرع .
- « اضطرابات سلوكية .

نعم

في حال وجود حالات ذات أولوية متزامنة

معالجة الحالات المتزامنة (انظر الوحدات ذات الصلة) بالإضافة إلى ما ورد أعلاه من إجراءات .

٤. هل يعاني الشخص من ألم مزمن؟

نعم

في حال وجود ألم مزمن

معالجة الألم وعلاج أي مرض طبي ذي صلة .

٥. هل يعاني الشخص من أعراض نفسية حادة تستدعي معالجتها سريريًا؟

نعم

إذا كان الجواب نعم، يجب تقديم معالجة سريرية إضافية للأعراض

انظر وحدة الشكاوى العاطفية الخطيرة أو غير المفسرة طبياً الأخرى « أخرى

- « صعوبة في القيام بالعمل أو الأنشطة المدرسية أو المنزلية أو الاجتماعية المعتادة .
- « ضيق واضح أو تكرار طلب المساعدة .
- « تكرار التهيب الذاتي للتعامل مع الضيق العاطفي أو أعراض جسدية غير مفسرة .

إيذاء الذات/ الانتحار

تفاصيل التدخلات

المشورة والعلاج

١-٢ العناية بالشخص الذي أقدم على إيذاء الذات

يجب وضع الشخص في بيئة آمنة وداعمة في المركز الصحي (وعدم تركه بمفرده). وإذا كان الشخص الذي أقدم على إيذاء الذات ينتظر العلاج، يجب توفير بيئة تقلل الضيق، إذا أمكن في غرفة مستقلة هادئة تحت إشراف أحد العاملين أو أفراد الأسرة لضمان سلامته.

« إزالة وسائل إيذاء الذات.

« استشارة أخصائي صحة نفسية، إن وُجد. »

« إن لم يكن هناك استشارة أخصائي صحة نفسية، حشد الأصدقاء والأسرة وأفراد مهتمين آخرين أو موارد المجتمع المتاحة لمراقبة الشخص ودعمه خلال فترة الخطر الوشيك. » الانتحار ٢-٢

« توفير نفس الرعاية والاحترام والخصوصية المقدمة لآخرين للأشخاص الذين أقدموا على إيذاء أنفسهم، ومراعاة احتمال وجود ضيق عاطفي مرتبط بإيذاء الذات.

« إشراك القائمين على العناية بالشخص إن هو أراد الحصول على دعمهم خلال التقييم والعلاج. ومع ذلك، ينبغي أن يتم التقييم النفسي والاجتماعي في مقابلة فردية بين الشخص والعامل الصحي للمساعدة على استكشاف الهموم أو القضايا الخاصة.

« توفير الدعم العاطفي لأقارب القائمين على العناية بالشخص إذا كانوا بحاجة له.

« ضمان استمرارية الرعاية.

« لا ينصح بإدخال الشخص لمستشفى عامة للاستفادة من خدماتها غير النفسية بهدف منعه من إيذاء نفسه. وإذا كان من الضروري إدخال الشخص لمستشفى (غير نفسي) لمعالجة العواقب الطبية لفعل إيذاء الذات، عندئذ يجب مراقبة الشخص عن كثب لمنع إقدامه على إيذاء نفسه لاحقاً في المستشفى.

« في حال وصف الدواء: »

- استعمال الأدوية التي تشكل أقل مستوى من الخطورة في حالة الجرعة الزائدة.
- إعطاء وصفات طبية لمدة قصيرة (مثل أسبوع واحد كل مرة).

٢-٢ توفير وتفعيل الدعم النفسي الاجتماعي

توفير الدعم النفسي الاجتماعي
« توفير الدعم للشخص.

« استكشاف أسباب وسبل البقاء على قيد الحياة مع الشخص.
« التركيز على نقاط القوة الإيجابية لدى الشخص بجعله يتحدث عن الطريقة التي حل بها مشاكله في السابق.
« النظر في العلاج بجل المشاكل للأشخاص الذي أقدموا على إيذاء أنفسهم خلال العام الماضي وذلك إن توفرت الموارد البشرية الكافية. » مشددة



الانتحار ٢

تفعيل الدعم النفسي الاجتماعي

« حشد الأصدقاء والأسرة وأفراد مهتمين آخرين أو موارد المجتمع المتاحة لضمان مراقبة الشخص عن كثب خلال فترة الخطورة.

« إرشاد الشخص والقائم/ين على العناية به بالحد من قدرته للوصول إلى وسائل إيذاء الذات (مثل المبيدات الحشرية والمواد السامة الأخرى، الأدوية، الأسلحة النارية) طالما كان لدى الشخص أفكار وخطط أو أفعال لإيذاء الذات.

« تعزيز الدعم الاجتماعي من الموارد المجتمعية المتاحة، ومن بينها الموارد غير الرسمية مثل الأقارب والأصدقاء والمعارف والزملاء ورجال الدين، أو الموارد الرسمية إذا توفرت، مثل مراكز معالجة الأزمات ومراكز الصحة النفسية المحلية.

« إخبار القائمين على العناية بالشخص وغيرهم من أفراد الأسرة بأن الاستفسار عن الانتحار من شأنه أن يقلل القلق المحيط بهذا الشعور إلى حد كبير. فقد يشعر الشخص بالارتياح والتفهم.

« في الغالب، يعاني القائمون على العناية بالشخص المعرض لخطر إيذاء الذات من ضغط شديد، لذلك يجب توفير الدعم العاطفي لأقارب/ القائمين على العناية بالشخص إذا كانوا بحاجة لها.

« إخبار القائمين على العناية بالشخص المعرض لخطر إيذاء الذات أنه على الرغم من أنهم قد يشعرون بالإحباط منه، إلا أن الأفضل أن يتجنبوا التصرف بعدوانية معه أو ينتقدوه بشدة.

المشورة والعلاج

٣-٢ معالجة التسمم بالمبيدات

« إذا توفر في مركز الرعاية الصحية الحد الأدنى من المهارات والموارد، عندئذ يتم معالجة الحالة وفق المادة التي طوّرتها منظمة الصحة العالمية حول المعالجة السريرية للتسمم الحاد بالمبيدات [http://www.who.int/mental_health/prevention/sui-\(cide/pesticides_intoxication.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/sui-(cide/pesticides_intoxication.pdf)

بإخلاف ذلك، يتم نقل الشخص فوراً إلى مركز لديه الموارد التالية: +

- مهارات ومعارف حول كيفية إنعاش الأفراد وتقييم العلامات السريرية للتسمم بالمبيدات.
- مهارات ومعارف لإدارة مجرى الهواء، ولا سيما التنبيب، ودعم التنفس لحين ربط الشخص بجهاز التنفس الصناعي.
- الأتروبين وسبل إعطائه بالوريد إذا ظهرت علامات التسمم الكولينيني.
- الديازيبام وسبل إعطائه بالوريد إذا أصيب الشخص بنوبات.

« التفكير في إعطاء الشخص الفحم المنشط إذا كان واعياً، وأعلى موافقته عن دراية على ذلك، وحضر للمرفق الصحي في غضون ساعة واحدة بعد التسمم.

« لا يُنصح بالتقيؤ القسري.

« لا ينبغي إعطاء الشخص سوائل عن طريق الفم.

٤-٢ الاتصال مع الشخص ومتابعته بشكل منظم

« البقاء على اتصال منتظم مع الشخص (عن طريق الهاتف، الزيارات المنزلية، الرسائل، أو بطاقات الاتصال)، في البداية بشكل متكرر) على سبيل المثال، أسبوعياً في أول شهرين) وبفترات متباعدة أكثر مع تحسّن الشخص (مرة كل أسبوعين إلى ٤ أسابيع بعد ذلك). التفكير في الإبقاء على اتصال أكثر تكراراً أو لفترة أطول إذا لزم الأمر.

« متابعة الشخص طالما استمر خطر الانتحار. وفي كل مقابلة، إجراء تقييم روتيني للأفكار والخطط الانتحارية. وفي حال وجود خطر وشيك، الانتقال إلى القسم الفرعي "خطر وشيك بإيذاء الذات/ الانتحار" في قسم "تقييم الحالة وإدارتها" في هذه الوحدة. « الانتحار ١

٥-٢ الوقاية من الانتحار

في ما عدا التقييم السريري معالجة الحالات ذات الأولوية، يمكن لمسؤولي الصحة ومقدمي الرعاية الصحية على مستوى المديرية اتخاذ إجراءات معينة للوقاية من الانتحار، على النحو التالي:

« الحد من قدرة الشخص على الوصول إلى وسائل إيذاء الذات (مثل المبيدات الحشرية والأسلحة النارية والأماكن المرتفعة).

- إشراك المجتمع بفاعلية لإيجاد سبل مجدية محلياً لتنفيذ تدخلات على مستوى السكان للحد من قدرة الشخص على الوصول إلى وسائل الانتحار.
- إيجاد تعاون بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة.

« تطوير سياسات للحد من تعاطي الكحول بشكل ضار، فهذه السياسات أحد عناصر الوقاية من الانتحار لا سيما بين الشرائح السكانية حيث يرتفع معدل انتشار تعاطي الكحول.

« مساعدة وتشجيع وسائل الإعلام إلى اتباع الممارسات المسؤولة في تغطية مواضيع الانتحار.

- تجنب اللغة التي ترسم صورة طبيعية أو عاطفية للانتحار أو تقدّمه كحل للمشاكل.
- تجنب الصور والوصف الواضح لطرق الانتحار.
- توفير معلومات حول أماكن طلب المساعدة.

الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبيياً

الأشخاص الذين يقومون في فئة "الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبيياً" في دليل تدخلات برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية يعانون من أعراض قلق أو اكتئاب أو أعراض جسدية غير مفسرة طبيياً، وهم لا يعانون من أية حالات تم تفعيلها في مكان آخر في هذه الوثيقة (باستثناء ربما لحالة إيذاء الذات). قد يشعر الأشخاص في هذه الفئة بضيق أو اضطراب نفسي "طبيعي" غير مشمول في دليل تدخلات (مثل اضطراب جسدي الشكل، اكتئاب معتدل، اكتئاب جزئي، اضطرابات الهلع، اضطراب القلق العام، اضطراب الكرب التالي للصدمة، التفاعل الحاد للكرب، اضطراب التكيف).

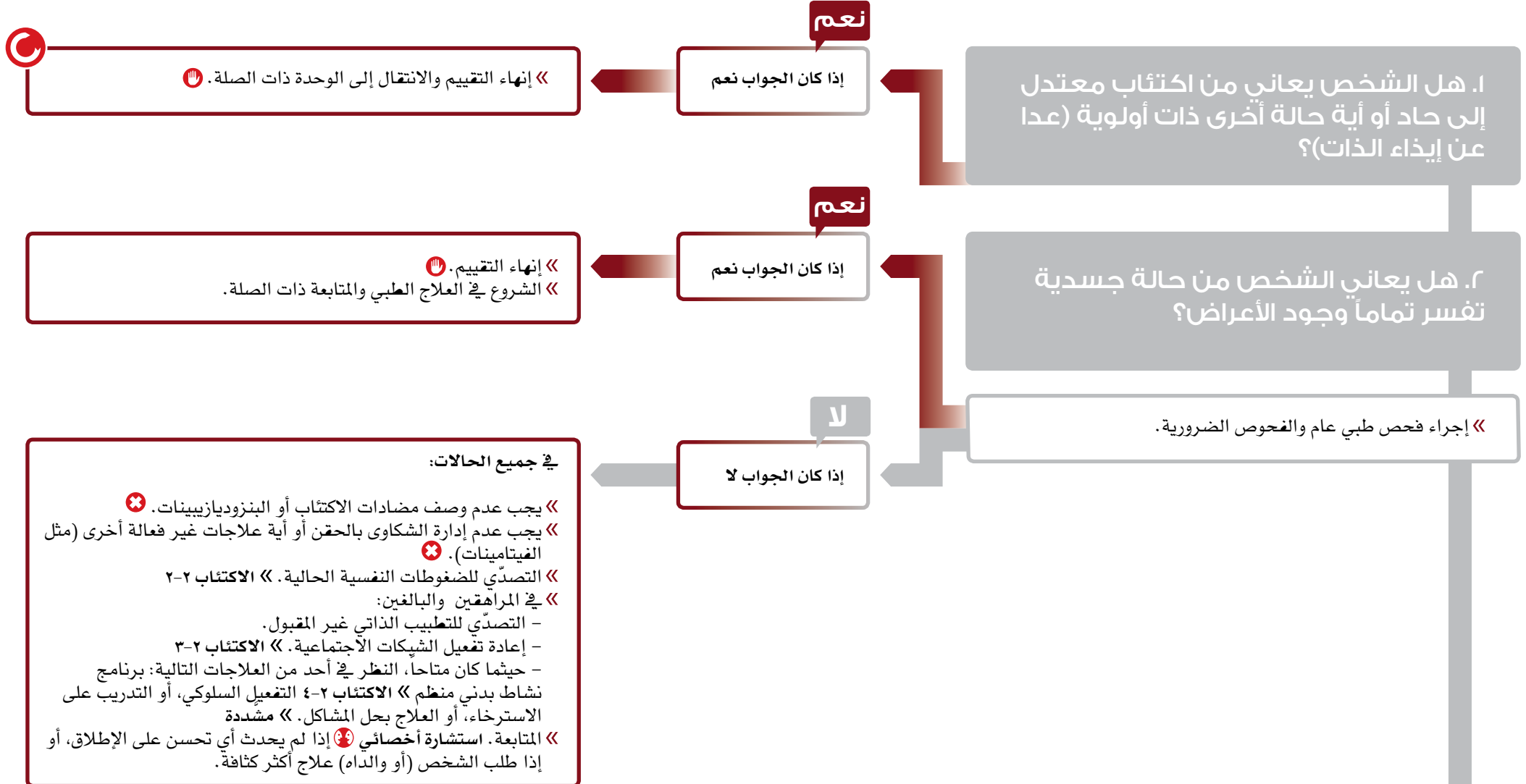
تستثني إدارة "الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبيياً" الأطباء الحاصلين على تدريب على دليل التدخلات الأدوية نفسانية التأثير. ومع ذلك، قد تستفيد مجموعة من الناس في هذه الفئة من الدواء الموصوف من قبل أطباء مؤهلين حاصلين على تدريب على التشخيص والعلاج القائم على البراهين للحالات غير المشمولة في دليل التدخلات هذا.

« ينبغي عدم اللجوء إلى هذه الوحدة للتعامل مع الأشخاص الذين يستوفون معايير أية حالات ذات أولوية في برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية (باستثناء حالة إيذاء الذات).

« ينبغي عدم استخدام هذه الوحدة إلا بعد استبعاد الاكتئاب المعتدل إلى الحاد بشكل واضح. (« الاكتئاب)

الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبيياً

دليل تقييم الحالة وإدارتها



الشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفسرة طبيياً

دليل تقييم الحالة وإدارتها

٣. هل هناك أعراض جسدية بارزة غير مفسرة طبيياً؟

نعم

إذا كان الجواب نعم

اتباع النصائح أعلاه (التي تنطبق على جميع الحالات)، بالإضافة إلى: ✖
 « يجب تجنب الفحوص/ الإحالات الطبية التي لا داعي لها، وعدم إعطاء الدواء الوهمي.
 « إدراك أن الأعراض ليست "متخيلة".
 « إعلام الشخص بنتائج الفحوص، وإخباره بأنه لا يعاني من مرض خطير، وأنه مع ذلك من المهم معالجة الأعراض المسببة للضيق.
 « الطلب من الشخص أن يشرح الأعراض الجسدية.
 « إخبار الشخص بأنه يمكن للأحاسيس الجسدية (ألم في المعدة، توتر في العضلات) أن ترتبط بالمشاعر، وسؤاله عن الصلات المحتملة بين الأحاسيس الجسدية لدى الشخص ومشاعره.
 « تشجيع الشخص على مواصلة الأنشطة العادية (أو العودة لها تدريجياً).
 « الطلب من الشخص العودة للخضوع لاستشارة أخرى إذا ازدادت الأعراض سوءاً.

٤. هل تعرّض الشخص مؤخراً لضغوطات شديدة (فقدان، صدمات شديدة)؟

نعم

إذا كان الجواب نعم

اتباع النصائح أعلاه (التي تنطبق على جميع الحالات)، بالإضافة إلى:
 « في حالة فقدان الأجزاء: دعم ممارسات الحداد/ التكيف المناسب ثقافياً وإعادة تفعيل الشبكات الاجتماعية. « الاكتئاب ٢-٣
 « في حال الضيق الشديد إثر وقوع أحداث مؤلمة مؤخراً: توفير الدعم النفسي الأساسي (الإسعافات الأولية النفسية)، أي الاستماع للشخص دون الضغط عليه ليتحدث، وتقييم احتياجاته وهمومه، وضمان تلبية احتياجاته البدنية الأساسية، وتوفير أو حشد الدعم الاجتماعي وحمايته من المزيد من الأذى.
 « يجب عدم عرض القيام باستخلاص للمعلومات النفسية (أي، يجب عدم تشجيع التهوية بالطلب من الشخص أن يصف بإيجاز لكن بطريقة منهجية تصورات وأفكاره وردود فعله العاطفية خلال الحدث المؤلم الذي مرّ به مؤخراً). ✖

٥. هل كان هناك (أ) أفكار أو خطط للانتحار/ إيذاء الذات خلال الشهر الماضي، أو (ب) إقدام فعلي على إيذاء الذات خلال العام الماضي؟

نعم

إذا كان الجواب نعم

« معالجة كل من الشكاوى غير المفسرة طبيياً أو العاطفية الخطيرة (انظر أعلاه) وخطر إيذاء الذات. « الانتحار ١

التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة

تدخلات

لأغراض دليل تدخلات برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية، فإن مصطلح "التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة"، يشير إلى التدخل الذي يستغرق أكثر من بضع ساعات ليتمكّن مقدم الرعاية الصحية من تعلمه وفي العادة أكثر من بضع ساعات لتنفيذه. ويمكن تنفيذ هذه التدخلات في أطر الرعاية غير المتخصصة، ولكن فقط عندما يتوفر ما يكفي من الوقت والموارد البشرية.

التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة

تدخلات

تشمل التدخلات الموضحة في هذا القسم كلاً من التدخلات النفسية والاجتماعية التي تتطلب الكثير من الوقت. بعضها يُعرف بالعلاجات النفسية. في جميع أنحاء العالم، في العادة يقدم هذه العلاجات متخصصون مدربون على وجه التحديد على هذه التدخلات. مع ذلك، من الممكن أن يقدمها عاملون صحيون غير متخصصين في ظل التدريب والإشراف المناسبين. وعادة ما يتم توفير هذه العلاجات النفسية أسبوعياً على مدى عدة أشهر سواء بشكل فردي أو جماعي.

وقد تم تنفيذ بعض التدخلات، مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي للعلاقات الشخصية، بنجاح من قبل العاملين الصحيين المحليين في البلدان منخفضة الدخل كجزء من برامج بحوث ضمنت إتاحة الوقت الكافي للعاملين الصحيين المحليين لتعلم هذه التدخلات وتنفيذها تحت الإشراف. وتبين هذه الأمثلة أن بالإمكان إتاحة هذه التدخلات من خلال الموارد البشرية غير المتخصصة، مما يفتح المجال أمام تعميمها.

ويتطلب تعميم الرعاية استثمارات، حيث ينبغي على مديري النظام الصحي تخصيص الموارد البشرية الكافية لرعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية من أجل ضمان إتاحة التدخلات التي يشملها هذا القسم على نطاق واسع.

وتقدم بقية هذا القسم وصفاً موجزاً لكل واحد من هذه من التدخلات. وداخل الوحدات، يتم الإشارة لتدخلات بالرمز «**م**» شديدة للدلالة على أنها تتطلب استخداماً أكبر نسبياً من الموارد البشرية. ويبقى القول إنه يجب تطوير بروتوكولات وكتيبات تدريب محددة لتنفيذ هذه التدخلات في مؤسسات الرعاية الصحية غير المتخصصة.

التنشيط السلوكي

التنشيط السلوكي، وهو أيضاً مكوّن للعلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب، هو علاج نفسي يركز على وضع جدول أنشطة لتشجيع الشخص على تجنب وقف الأنشطة المفيدة. ويوصي دليل التدخلات بالتنشيط السلوكي كخيار علاجي للاكتئاب (بما في ذلك الاكتئاب ثنائي القطب) والشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفصرة طبيياً.

العلاج السلوكي المعرفي

يستند العلاج السلوكي المعرفي على فكرة أن المشاعر تتأثر بالتفكير والسلوك. فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية في العادة يحملون أفكاراً مشوهة غير واقعية، والتي يمكن أن تؤدي إلى سلوكيات غير مفيدة إن لم يتم التصدي لها. ويشتمل العلاج المعرفي السلوكي عادةً على مكوّن معرفي (مساعدة الشخص على تطوير القدرة على تحديد وتحدي الأفكار السلبية غير الواقعية)، ومكوّن سلوكي. ويختلف العلاج المعرفي السلوكي باختلاف مشاكل الصحة النفسية. ويوصي دليل التدخلات به كخيار علاجي للاكتئاب (بما في ذلك الاكتئاب ثنائي القطب) أو الاضطرابات السلوكية أو اضطرابات تعاطي الكحول أو اضطرابات الإدمانية، ويوصى به أيضاً كخيار علاجي للذهان فقط بعد انتهاء المرحلة الحادة.

العلاج بالتعزيز

العلاج بالتعزيز هو أسلوب منظم لمكافحة بعض السلوكيات المرغوبة، مثل حضور جلسات العلاج، والتصرف بشكل لائق أثناء العلاج، وتجنب استخدام المواد الضارة. ويتم تخفيض مكافآت السلوكيات المرغوبة بمرور الوقت، عندما تصبح المكافآت الطبيعية راسخة. ويوصي دليل التدخلات بالعلاج بالتعزيز كخيار علاجي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول أو اضطرابات الإدمانية.

العلاج أو الإرشاد الأسري

يجب أن يشارك الطفل في العلاج أو الإرشاد الأسري إذا كانت مشاركته مجدية. وينطوي هذا العلاج على جلسات متعددة (عادة أكثر من ستة) مخطط لها على مدى أشهر، ويمكن توفيره لأسرة واحدة أو مجموعة من الأسر. وللعلاج أو الإرشاد الأسري وظائف داعمة وتربوية أو علاجية، ويشمل في كثير من الأحيان على حل المشاكل بالتفاوض أو تمارين إدارة الأزمات. ويوصي دليل التدخلات بالعلاج أو الإرشاد الأسري كخيار علاجي للذهان أو اضطرابات تعاطي الكحول أو اضطرابات استخدام مواد الإدمان.

العلاج النفسي للعلاقات الشخصية

العلاج النفسي للعلاقات الشخصية هو علاج نفسي يهدف إلى مساعدة الشخص على تحديد ومعالجة المشاكل في علاقاتهم مع شركائهم وأسرهم وأصدقائهم وغيرهم. ويوصي دليل التدخلات بهذا النوع من العلاج كخيار علاجي للاكتئاب، بما في ذلك الاكتئاب ثنائي القطب.

العلاج التحفيزي

العلاج التحفيزي هو علاج منظم، يستغرق عادةً أربع جلسات أو أقل، ويهدف لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اعتماد على مواد الإدمان. وينطوي العلاج التحفيزي على نهج لتحفيز التغيير باستخدام آليات المقابلات التحفيزية الموضحة في قسم التدخلات الموجزة. «**ك**» الكحول ٢-٢ ويوصي دليل التدخلات بالعلاج التحفيزي كخيار علاجي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول أو الاضطرابات الإدمانية.

التدخلات النفسية الاجتماعية المتقدمة

تدخلات

العلاج بالمهارات الاجتماعية

يساعد العلاج بالمهارات الاجتماعية على إعادة بناء المهارات والتكيف في المواقف الاجتماعية للحد من الضيق في الحياة اليومية. ويستخدم هذا الأسلوب لعب الأدوار، والمهام الاجتماعية، والتشجيع والتعزيز الاجتماعي الإيجابي للمساعدة في تحسين القدرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي. ويمكن أن يتم التدريب على المهارات مع أفراد وأسرة ومجموعات. وفي العادة يتألف العلاج من جلسة مدتها ٤٥ إلى ٩٠ دقيقة مرة أو مرتين في الأسبوع لمدة ٣ أشهر في المرحلة الأولى، ومن ثم مرة في الشهر. ويوصي دليل التدخل بالعلاج بالمهارات الاجتماعية كخيار علاجي للأشخاص الذين يعانون من الذهان أو الاضطرابات السلوكية.

الإرشاد أو العلاج بحل المشاكل

الإرشاد أو العلاج بحل المشاكل هو علاج نفسي يشمل تقديم الدعم المباشر والعملي، حيث يعمل المعالج والشخص معاً لتحديد والتعرف على المشاكل الرئيسية التي قد تساهم في مشاكل الصحة النفسية التي يعاني منها الشخص، وتفصيلها إلى مهام محددة يمكن التعامل معها، والقيام بحل المشاكل ووضع استراتيجيات تكيف لمشاكل بعينها. ويوصي دليل التدخلات بالتدريب على الاسترخاء كخيار علاجي مساعد للاكتئاب (بما في ذلك الاكتئاب ثنائي القطب)، وكخيار علاجي لاضطرابات تعاطي الكحول أو لاضطراب الإدمان. كما يوصى به في حالات إيذاء الذات، أو الأخرى الشكاوى العاطفية الخطيرة أو غير المفهومة طبيياً، أو لأهل الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية.

التدريب على الاسترخاء

ينطوي هذا التدخل على تدريب الشخص على أساليب مثل تمارين التنفس والاسترخاء التدريجي للوصول إلى استجابة الاسترخاء. والاسترخاء التدريجي يعلم الشخص كيفية تحديد وإرخاء مجموعات محددة من العضلات. وفي العادة، ينطوي العلاج على تمارين استرخاء يومية لفترة لا تقل عن شهر إلى شهرين أشهر. ويوصي دليل التدخلات بالتدريب على الاسترخاء كخيار علاجي مساعد للاكتئاب (بما في ذلك الاكتئاب ثنائي القطب)، وكخيار علاجي للشكاوى العاطفية الخطيرة أو الأخرى غير المفهومة طبيياً.

التدريب على مهارات الرعاية الوالدية لأهل الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية

ينطوي التدريب على مهارات الرعاية الوالدية لأهل الأطفال المراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية على تدريب يركز على التفاعلات الإيجابية والتواصل العاطفي بين الأهل والطفل، وتدريبهم أهمية الانساق في التربية، وثبيتهم عن استخدام العقوبات القاسية، وحثهم على ممارسة مهارات جديدة مع أطفالهم خلال التدريب. وعلى الرغم من أن محتوى التدريب ينبغي أن يراعي الفروقات الثقافية، إلا أنه يجب ألا يسمح بأي انتهاك للحقوق الإنسانية الأساسية للأطفال وفقاً لمبادئ متفق عليها دولياً. ويتطلب تدريب الأهل أن يحصل مقدمو الرعاية الصحية أنفسهم على تدريب.

التدريب على مهارات الرعاية الوالدية لأهل الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نمائية

ينطوي التدريب على مهارات الرعاية الوالدية لأهل الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نمائية على استخدام مواد تدريب ملائمة ثقافياً تتناسب مع المشكلة من أجل تحسين نماء الطفل ومشاركته وقدرته على العيش بطريقة طبيعية داخل أسرته ومجتمعه المحلي. وهو يشمل أساليب تعلم مهارات اجتماعية وتواصلية وسلوكية محددة باستخدام مبادئ سلوكية (مثل تدريس سلوكيات جديدة من خلال المكافأة على هذه السلوكيات، أو في معالجة المشاكل السلوكية عن طريق تحليل دقيق لمسبباتها) لتغيير العوامل البيئية التي تساهم في تلك المشاكل. ويجب دعم الأهل في تطبيق التدريب، كما أن أهل الأطفال الذين يعانون من مستويات مختلفة من الإعاقة الفكرية ومشاكل سلوكية محددة بحاجة لتطوير مهارات إضافية يتم تكييفها وفقاً لاحتياجات أطفالهم. وبدورهم، يحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى تدريب إضافي ليكونوا قادرين على تدريب الأهل.

"إن دليل التدخلات لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية يشكّل فتحاً علمياً لمجال الصحة النفسية، ويوفر الأمل للأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية. ويوفر تعليمات واضحة وسهلة الاستعمال لتشخيص وعلاج الأمراض النفسية. أعتقد بأن هذا أفضل دليل للدول."

توماس بورنيمان « مركز كارتر، الولايات المتحدة الأمريكية

"دليل عملي ممتاز لمقدمي الخدمات الصحية غير المتخصصين الذين يعالجون الاضطرابات النفسية والعصبية والإدمانية في مرحلتي المستويين الأولي والثانوي من الرعاية الصحية، في النظم الحكومية وكذلك غير الحكومية."

آلن فوستر « رئيس منظمة CBM

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
شارع منظمة الصحة العالمية (عبد الرزاق
السنهوري سابقاً)
ص. ب. ١١٣٧١، مدينة نصر، القاهرة، مصر
www.emro.who.int

البريد الإلكتروني: mhgap-info@who.int
الموقع الإلكتروني:
www.who.int/mental_health/mhgap

"سيفتح دليل التدخلات لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية الباب أمام المزيد من الفرص لمعالجة الاضطرابات التي تسببها في المعاناة التي يعاني منها الأفراد وأسرتهم في جميع أنحاء العالم. تعترف هذه الإرشادات بأنه ليس هناك تدخل واحد يناسب جميع الحالات، بل أنه يمكن ويجب تصميم العلاج القائم على البراهين التي يقدمها العاملون غير المتخصصين بحيث تتناسب مع الاحتياجات الفردية والبيئات الثقافية."

توماس إنسيل « مدير المعهد الوطني للصحة النفسية، الولايات المتحدة الأمريكية

"معالجة شاملة ومفيدة للغاية، ستساهم بشكل كبير في إدماج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل."

ماريو ماج « رئيس الرابطة العالمية للطب النفسي

"سيساعدنا دليل التدخلات القائمة على البراهين الذي طوّره منظمة الصحة العالمية على تقديم الرعاية لجميع الأشخاص المصابين بأمراض نفسية من خلال برنامج الصحة النفسية الوطني والمحلي في البلاد."

ك. سوجاتا راو « وزيرة الصحة ورعاية الأسرة، الحكومة الهندية

