



nami Family & Friends

National Alliance on Mental Illness



طراحی توسط سوزان رابینسون، 2017 © MSW

«مهم نیست تونل من چقدر بزرگ و چقدر طویل است . . . مهم این است که نوری در انتهای آن قابل مشاهده است . اما اگر سرم را پایین بیندازم و راه بروم، نمی توانم نوری مشاهده کنم.»

Carlos A., De Familia a Familia de NAMI teacher trainee, 2011—

تقدیر و تشکر

این سمینار دانش بیش از 500 رهبر NAMI را نشان می دهد که دیدگاه ها و پیشنهادات خود را از طریق نظرسنجی ها، رأی گیری ها، جلسات شبکه، و وبینارهای کمکی فنی، آموزش مربیان در تعطیلات آخر هفته و کنوانسیون های NAMI در سان فرانسیسکو و دنور به اشتراک گذاشتند.

از روانشناس و عضو خانواده، دکتر جویس برلند، نویسنده برنامه NAMI flagship و برنامه NAMI Family-to-Family تقدیر ویژه به عمل می آید. من در سال 1998 تدریس NAMI Family-to-Family را شروع کردم و خوشبختانه در سال 2001 توسط دکتر برلند به عنوان یک مربی دولتی برای این برنامه مورد تأیید قرار گرفتم.

این سمینار را به جامعه NAMI تقدیم می کنم که هر روز مرا بهت زده می کنند و الهام بخش من هستند. به خاطر می آورم چند سال پیش بعد از یک فاجعه مصیبت بار یک مدیر دولتی NAMI می گفت که او همزمان «همیشه هم از جامعه NAMI شگفت زده می شده است و هم هرگز از سوی جامعه NAMI تعجب زده نشده است.» منظور او این بود که فرقی نمی کند چه شرایطی حاکم باشد، اعضای NAMI همیشه با شفقت و مهربانی رفتار می کنند. آنها به افرادی که از جامعه جدا شده اند رسیدگی می کنند و به آنها در زمینه آموزش و از لحاظ عاطفی کمک می کنند. اعضای NAMI با تبعیض که اغلب اوقات مسبب اختلالات سلامت روان است، مبارزه می کنند. تقدیر ویژه ای دارم از تیم آموزشی فوق العاده NAMI و کارکنان خارق العاده در NAMI اوهایو که من قبل از پیوستن به جامعه NAMI در سال 2013، 14 سال افتخار خدمت در آنجا را به عنوان مدیر برنامه ها داشتم. من از والدینم سپاسگزارم که مرا تشویق کردند دوباره با NAMI شهرستان فرانکلین در سال 1997 به صورت داوطلبانه کار کنم.

هر روز از دیدن اینکه مادر و برادرم با بیماری روانی با شجاعت، محکم و حتی به دیده شوخی برخورد می کنند، شگفت زده می شوم. بنابراین، همانطور که کارلوس در سال 2011 به من یادآوری کرد، وقت آن است که پاشنه ها را بالا بکشیم و با هدف گام برداریم. اعمال ما زندگی ها را تغییر می دهد. تجربیات خود را به اشتراک بگذارید... NAMI را به اشتراک بگذارید... تفاوت ایجاد کنید.

—Suzanne Robinson, 2017

ایجاد این برنامه آموزشی و راه اندازی NAMI Family & Friends بدون حمایت سخاوتمندانه Providence St. Joseph Health امکان پذیر نبود.

مواردی نیز از برنامه های NAMI به شرح زیر در این سمینار گنجانده شده است: NAMI Basics، NAMI Ending the Silence، NAMI Family-to-Family، NAMI Homefront، NAMI In Our Own Voice و NAMI Peer-to-Peer. منابع جامع برای مواد آموزشی منبع را می توان در کتابچه های راهنمای هر یک از برنامه های فهرست شده یافت، لطفاً برای اطلاعات بیشتر با NAMI تماس بگیرید.

عکس ها و آثار هنری Stock

تصاویر استفاده شده به موجب یک توافقنامه مجوز با iStockPhoto.com، خریداری شده اند. این عکس ها فقط می توانند توسط NAMI و در چهارچوب این پروژه و مواد مختلف آموزشی آن مورد استفاده قرار گیرند. برای کسب اطلاعات در خصوص توافقنامه مجوز و محدودیت های آن از این سایت دیدن کنید: www.istockphoto.com/help/licenses. هر تصویر دیگری در مالکیت انحصاری NAMI است.

فهرست محتوا

۱. تقدیر و تشکر

۱. درباره NAMI (ائتلاف ملی بیماری های روانی)

1. NAMI چیست
2. سیستم اعتقادی و اصول برنامه آموزشی NAMI

۱۱. مقدمه ای بر سلامت روانی

3. اختلالات سلامت روان
4. ملاحظات فرهنگی
5. علائم هشداردهنده اختلالات سلامت روان
6. درک علائم اختلالات سلامت روان به عنوان شمشیری دو لبه
7. مراحل قابل پیش بینی واکنش هیجانی در میان اعضای خانواده
8. درک آسیب روحی
9. آسیب های روانی ثانویه برای خانواده ها

۱۱۱. اختلالات سلامت روان و تشخیص ها

10. اختلالات اضطراب
11. اختلال افسردگی
12. اختلال دو قطبی
13. اختلال وسواس فکری عملی (OCD)
14. اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD)
15. اسکیزوفرنی
16. اختلال شخصیت مرزی (BPD)
17. روان پریشی
18. تشخیص دوگانه
19. بیولوژی اختلالات سلامت روان

۱۱۱۱. استراتژی های ارتباط

20. ابراز همدلی
21. نکات کلیدی در ارتباط اولیه
22. اظهاراتی درباره احساسات و حالات خودم
23. پاسخ های انعکاسی

۱۱۱۱۱. درمان و احیا

24. ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی اختلالات سلامت روان
25. قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPPA)
26. تکنیک های مداخله درمانی
27. محیط های درمان
28. مداخلات روان درمانی
29. مداخلات فشرده مبتنی بر منزل و جامعه
30. رویکردهای سلامت تکمیلی
31. داروها و چگونگی کارکرد آنها

32. تجربه های هیجانی رایج که تصمیمات در خصوص درمان را تحت تأثیر قرار می دهند
33. حمایت از عزیزانتان در حین درمان

.VI برنامه ریزی بحران

34. علائم عمومی هشداردهنده عود (بیماری)
35. برنامه ریزی بحران
36. تماس با 911 و صحبت کردن با پلیس
37. افسانه ها و واقعیت هایی درباره سلامت روان
38. افسانه ها و واقعیت ها درباره خودکشی
39. علائم هشداردهنده ای حاکی از اینکه ممکن است عزیزانتان به خودکشی فکر کنند
40. پیشگیری از خودکشی از طریق ارتباط و صحبت
41. علائم هشداردهنده خودکشی را جدی بگیرید
42. نکات کلیدی برای کمک به تخفیف بحران
43. برنامه بحران
44. برنامه عود

.VII حمایت از اعضای خانواده و دوستان

45. اقدامات خود- مراقبتی برای اعضای خانواده
46. چالش های زندگی برای اعضای خانواده و مراقبان
47. اصول یک زندگی متعادل
48. تنفس دیافراگمی
49. محدودیت های محیطی
50. رها کردن

.VIII منابع NAMI

51. برنامه های NAMI
52. گروه های پشتیبان
53. سخنرانی های NAMI
54. کلاس های NAMI
55. هرگز امیدتان را از دست ندهید!
56. منابع

بخش ۱.

درباره NAMI (ائتلاف ملی بیماری های روانی)

NAMI چیست؟

What is NAMI?

National Alliance on Mental Illness



NAMI (انئتلاف ملی بیماری های روانی)، بزرگترین سازمان بهداشت روانی مردمی کشور است که در جهت ساختن زندگی ای بهتر برای میلیون ها آمریکایی که از بیماری روانی رنج می برند، تلاش می کند. NAMI مدافع دسترسی به خدمات، درمان، حمایت و تحقیق است و بر تعهد خود نسبت به افزایش آگاهی و ساختن جامعه ای مملو از امید برای همه افراد نیازمند، پایبند است. NAMI پشتیبان خانواده ها و همه افرادی است که از اختلالات سلامت روان رنج می برند و برای آنها برنامه های آموزشی فراهم می کند.

What does NAMI do?

National Alliance on Mental Illness



NAMI واقف است که مفاهیم کلیدی همچون بهبودی، انعطاف پذیری و پشتیبانی برای بهبود سلامتی و کیفیت زندگی تمامی افرادی که از اختلالات سلامت روان رنج می برند، لازم است.

آن گروه کوچکی از خانواده ها که در سال 1979 دور یک میز کوچک غذاخوری در آشپزخانه جمع شده بودند، اکنون به صدایی پیشرو در حوزه سلامت روان در کشور تبدیل شده اند. امروز ما انجمنی متشکل از صدها ائتلاف محلی، سازمان دولتی و عضو داوطلب هستیم که در جامعه کار می کنیم تا میزان آگاهی را بالا برده و حمایت ها و آموزش هایی را که قبلاً در دسترس افراد نیازمند نبوده، برای آنها فراهم کنیم.

NAMI بنیادی است برای سازمان های دولتی NAMI، با بیش از 900 ائتلاف NAMI و هزاران رهبر که در جوامع محلی سراسر کشور برای بالابردن سطح آگاهی و ارائه آموزش های لازم، دفاع و برنامه های آموزشی گروه پشتیبان به صورت داوطلبانه و بدون دریافت هیچ گونه هزینه ای از شرکت کنندگان کار می کنند. NAMI از رویکرد آموزش همگانی استفاده می کند به این معنا که تجربه زندگی معلمان، سخنرانان و تسهیل کنندگان در قلب برنامه های NAMI قرار دارد.

 **NAMI** Family & Friends
National Alliance on Mental Illness

سیستم اعتقادی و اصول برنامه آموزشی NAMI

ما معتقدیم:

شما متخصص هستید. ما به این حقیقت احترام می گذاریم که شما و عزیزانتان در خصوص اینکه چه کاری در شرایط شما مفید و چه کاری غیر مفید است، بهترین قضاوت کننده هستید. به واسطه این سمینار کسی از شما توقع ندارد که یک مراقب تمام عیار شوید. هیچ فشاری روی شما نخواهد بود که از پیشنهاداتی که ما ارائه می کنیم، پیروی کنید یا درباره مواردی که دوست ندارید به اشتراک بگذارید، صحبت کنید. از شما می خواهیم که یاد بگیرید به هوش طبیعی خود اعتماد کنید و از این سمینار مطالبی را که مفید است، یاد بگیرید.

لازم نیست همه چیز را بدانید. برنامه های NAMI برای این طراحی نشده اند که به شما تمامی این اطلاعات را بیاموزند یا یادآوری کنند. هدف ما این است که شما یک مهارت اساسی را بیاموزید و بتوانید آنچه را که نیاز دارید برآورده سازید. در پایان این سمینار، از شما می خواهیم که یاد بگیرید اطلاعاتی را که نیاز دارید از کجا بدست آورید و چگونه زمانی که به این اطلاعات نیاز دارید، آنها را پیدا کنید. ما در پی ساختن جامعه ای دلسوز هستیم که در حین یادگیری، باعث تقویت یکدیگر شویم.

شما نمی توانید چیزی را که کسی به شما نگفته بدانید. همانطور که واقعیت های جدیدی را در این سمینار یاد می گیرید، ممکن است احساس کنید که برخی از این اطلاعات را باید قبلاً می دانستید یا خودتان باید فرا می گرفتید. از شما می خواهیم که به خاطر داشته باشید که نمی توانید آنچه را که به شما گفته نشده یاد بگیرید. اگر این اطلاعات به ما گفته نمی شد، هیچ کدام از ما هیچ یک از این اطلاعات را نمی دانستیم.

در اختلالات سلامت روان کسی مقصر نیست. به دلیل شرمساری، بسیاری از خانواده ها به اشتباه به خاطر اختلالات عزیزانشان سرزنش می شوند. چنین سرزنشی ویرانگر است. روانپزشک دکتر کن ترکلسون می گوید: «فکر اینکه به یکی از اعضای خانواده و عزیزانتان عمداً یا سهواً، آگاهانه یا ناآگاهانه آسیب زده اید، باعث نوعی احساس گناه می شود که غیر قابل تحمل است.» ما سعی می کنیم این احساس گناه را با گفتن اینکه در بروز این اختلالات کسی مقصر نیست، رفع کنیم.

اختلالات سلامت روان بیولوژیکی هستند. ما متوجه شدیم که شرمساری ناشی از این اختلالات و حتی بکار بردن واژه هایی—مثل تشخیص، بیماری روانی، اختلال مغزی—به مشکلات خانواده ها می افزاید. این شرمساری نتیجه نوعی سوء تفاهم است—بسیاری از افراد نمی دانند که بیماری های روانی هم مانند سایر بیماری های جسمی نوعی اختلالات بیولوژیکی هستند. ما متوجه شدیم که این شرمساری حتی باعث می شود خانواده ها مشکلات مضاعفی را تجربه کنند. در این سمینار، ما به تشخیص های مختلفی از بیماری های روانی اشاره می کنیم و همه آنها را در مجموع با عنوان «اختلالات سلامت روان» مورد خطاب قرار می دهیم.

اختلالات سلامت روان دارای ویژگی های جامعی هستند. به جای صحبت درباره تشخیص های خاص، ما روی علائم و چالش هایی که بیماری از خود نشان می دهد، تمرکز می کنیم—و به تشخیص کاری نداریم. این برای شما مفید خواهد بود، چون تشخیص در گذر زمان ممکن است تغییر کند. چون بسیاری از اختلالات علائم مشترکی دارند و همگی چالش هایی را برای ما و عزیزانمان در بر دارند، می توانیم بدون توجه به اینکه چه تشخیصی ممکن است برای اختلال عزیزانمان داده شده باشد، از تجربیات یکدیگر بیاموزیم.

آنچه ما به شما پیشنهاد می کنیم:

اطلاعات جدید. محتوایی که در برنامه های NAMI به اشتراک گذاشته می شود، جدیدترین اطلاعاتی است که وجود دارد. ما برنامه درسی را به صورت منظم بررسی می کنیم تا پیشرفت های علمی را در این زمینه نشان دهیم.

راه حل های مختلف. طبیعی است که به دنبال راه حل های سریع برای مشکلاتی که خود و عزیزانمان با آنها مواجه هستیم باشیم. هیچ فرمول جادویی وجود ندارد که همه چیز را رفع و رجوع کند و هیچ روش تضمینی هم موجود نیست که بتواند برای همه مؤثر واقع شود؛ اما می دانیم که می توان با وجود اختلالات سلامت روان هم زندگی خوبی داشت. این می تواند سفری مادام العمر باشد و چالش ها هم با سیکلی دایره وار ادامه دارند. از آنجا که دانش ابزاری قدرتمند است، ما معتقدیم که با کمک به شما در درک هر چه بیشتر این اختلالات و درمان آنها، یافتن بهترین گزینه ها برای شما و خانواده تان راحت تر خواهد بود.

همدلی و درک. وقتی درک می‌کنیم که عزیزانمان چه تجربه‌ای از زندگی دارند، ارتباط با آنها و حل مشکلاتشان برای ما راحت‌تر خواهد بود. هدف برنامه‌های NAMI این است که به شما کمک کنند نیازهای عزیزانتان را برای داشتن عملکردی بهتر در جهان، بهتر بشناسید و بفهمید که برای کمک به آنها چه کاری می‌توانید انجام دهید. همانطور که به بینش عمیق‌تری دست پیدا می‌کنید، یاد می‌گیرید که از خود و عزیزانتان انتظارات واقع‌گرایانه‌تری داشته باشید.

اطلاعاتی درباره منابع موجود در جامعه شما. در این سمینار اطلاعاتی در خصوص خدمات اجتماعی در منطقه شما در اختیارتان قرار خواهیم داد. همچنین هر کدام از شما به دلیل تجربیاتی که با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، سیستم‌های خدماتی و سایر منابع اجتماعی دارید، منبعی ارزشمند برای ما محسوب می‌شوید.

بخش II.

مقدمه ای بر سلامت روانی

اختلالات سلامت روان

بیماری روانی اختلالی است که بر تفکر، احساس یا خلق و خوی فرد تأثیر می‌گذارد. چنین اختلالاتی ممکن است توانایی فرد را در ارتباط با دیگران و عملکردشان تحت تأثیر قرار دهند. هر فرد تجربیات متفاوتی دارد، حتی افرادی که تشخیص یکسانی در مورد آنها داده شده است.

اگر درمان در فرد دارای اختلال زود شروع شود، نقش مهمی در روند بهبودی آنها خواهد داشت و بهبودی که شامل نقش‌های معنادار در زندگی اجتماعی، مدرسه و کار شخص است، ممکن می‌شود.

اختلال سلامت روان در نتیجه یک رویداد یا اتفاق در شخص بروز نمی‌کند. تحقیقات نشان می‌دهند که علل مختلف و مرتبطی در این اختلال دخیل هستند. ژنتیک، محیط و سبک زندگی در احتمال بروز اختلال سلامت روان در فرد دخیل هستند. سیدهارتا مخرجی، پزشک و نویسنده ژن: یک داستان آشنا، علت اختلال را ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی، محرک‌ها و احتمالات می‌داند. شغل پر استرس یا خانه نشینی، همچنین اتفاقات غم‌انگیز در زندگی مثل قربانی جنایت شدن، برخی افراد را بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهد. فرایندهای بیوشیمیایی و جریان‌ها و ساختارهای اولیه مغزی نیز ممکن است در بروز این اختلالات نقش داشته باشند.

Facts



1 in 5 ADULTS and 1 in 5 YOUTH in the U.S. are experiencing or will experience a mental health condition at some point in their lives



Nearly 60% of ADULTS and 50% of YOUTH AGES 8-15 with a mental health condition don't receive treatment

STIGMA

STIGMA is a major reason people don't seek help

از هر 5 انسان بالغ، یک نفر سالانه دچار اختلال سلامت روان می‌شود. از هر 17 نفر، یک نفر به اختلال جدی مثل اسکیزوفرنی یا اختلال دو قطبی مبتلا می‌شود. علاوه بر فردی که مستقیماً این چالش‌ها را تجربه می‌کند، خانواده، دوستان و جوامع نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

نیمی از اختلالات سلامت روان از سن 14 سالگی بروز می کنند و 75% اختلالات سلامت روان تا سن 24 سالگی خود را نشان می دهند. تغییرات شخصیتی و رفتاری در نوجوانی ممکن است نشان دهنده یا پنهان کننده علائم اختلال سلامت روان باشند. مداخله و حمایت به موقع در بهبود نتایج و افزایش امید به بهبودی بسیار مؤثر است.

ملاحظات فرهنگی

اختلالات سلامت روان هر فردی را بدون توجه به نژاد، قومیت، جنس، گرایش جنسی یا فرهنگش ممکن است درگیر کند. فرهنگ عبارت است از اعتقادات، رسم و رسوم، ارزش ها و طرز تفکر، رفتار و ارتباطات یک گروه. پیش زمینه فرهنگی چگونگی عملکرد فرد را نسبت به موارد زیر تحت تأثیر قرار می دهد:

- دیدگاهش در خصوص اختلالات سلامت روان
- توضیح علنش
- ارتباطش با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی مثل پزشکان و متخصصان سلامت روان
- دریافت و واکنش او به درمان

فقط یک چهارم آمریکایی های آفریقایی تبار تحت مراقبت های سلامت روان هستند، حال آنکه این رقم در سفیدپوستان به 40% می رسد. دلایل آن شامل بی اعتمادی و تشخیص اشتباه است که گاهی اوقات به تعصب و تبعیض در سیستم مراقبت بهداشتی مربوط می شود، عوامل اجتماعی و اقتصادی که دسترسی به خدمات بهداشتی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ دلایل دیگری چون کمبود متخصصان سلامت روان آفریقایی آمریکایی (تنها 3.7% از اعضای انجمن روانپزشکی آمریکا و 1.5% از اعضای انجمن روانشناسی آمریکا آمریکایی آفریقایی هستند) نیز دخیل هستند؛ برخی تحقیقات نشان می دهند که متابولیسم دارو در آمریکایی های آفریقایی تبار بسیار آهسته تر از افراد عادی است، بنابراین ممکن است دوز بالاتری از دارو را دریافت کنند که باعث بروز عوارض جانبی شدیدتر می شود و به احتمال بیشتری ممکن است درمان را رها کنند.

لاتینی ها به عنوان یک جامعه خیلی تمایل ندارند درباره مسائل سلامت روان صحبت کنند و کمتر به دنبال درمان اختلالات سلامت روان هستند. سدهای زبانی نیز ممکن است ارتباط با پزشکان را سخت تر کند. برخی از متخصصین در حیطه پزشکی می توانند کمی زبان اسپانیایی پزشکی صحبت کنند، اما لزوماً قادر به درک تفاوت فرهنگی که ممکن است باعث تشخیص اشتباه اختلالات لاتینی ها شود، نیستند. برای مهاجرانی که بدون مدارک وارد می شوند، ترس از دیپورت شدن ممکن است مانع درخواست کمک از سوی آنها شود، این مسأله حتی ممکن است در کودکان آنها که شهروند آمریکایی هستند، نیز دیده شود. لاتینی ها یک سوم افراد بیمه نشده را تشکیل می دهند. درصد قابل توجهی از جامعه لاتینی ها در مشاغل پایین مشغول به کار هستند یا خود اشتغال هستند. اغلب این لاتینی ها معمولاً بیمه درمانی ندارند.

افراد LGBT (همجنسگرایان، دوجنسی ها و ترانجسی ها) معمولاً به دلیل گرایش یا هویت جنسی شان متحمل زورگویی، شرم و تعصب می شوند و این در حالی است که از طرفی دیگر با تعصب اجتماعی در برابر اختلالات سلامت روان نیز مواجه هستند.

تجارب پرسنل نظامی، سربازان و خانواده های آنها نیز باید با حساسیت مورد بررسی واقع شود. کمتر از 2% جمعیتی که در ارتش خدمت می کنند، خانواده های بازمانده نظامیان و سربازان به نوعی احساس طردشدگی می کنند، چون کل جامعه نمی تواند با آنچه که به معنای «شغل نظامی» است ارتباط برقرار کند. اغلب شرم اعضای فعال وظیفه را از درمان باز می دارد، چون می ترسند شغل نظامی آنها به خطر بیفتد. علاوه بر جراحات جنگی، آسیب هایی مثل اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD)، ضربه مغزی (TBI) و سایر اختلالات سلامت روان نیز ممکن است در فرایند انتقال از ارتش به دنیای غیرنظامی مؤثر باشد.

Know the WARNING SIGNS



تشخیص تفاوت بین رفتارهای مورد انتظار و آنچه ممکن است علائم هشداردهنده اختلالات سلامت روان باشد، همیشه کار آسانی نیست. آزمایش ساده ای وجود ندارد که بتوان به واسطه آن وجود بیماری روانی را تشخیص داد یا تشخیص داد که آیا رفتارهای فردی شخص نتیجه یک بیماری جسمی است.

در مورد کودکان و بزرگسالان لازم است که افرادی که علائم را تجربه می کنند، یک معاینه کامل به عنوان بخشی از روند تشخیصی خود درخواست و دریافت کنند. علائم «بدنی» اختلالات افسردگی ممکن است به دلیل بیماری های تیروئید و غدد آدرنال باشد در حالیکه اضطراب می تواند احساسی شبیه حمله قلبی ایجاد کند بنابراین ممکن است لازم باشد اختلالات جسمی مختلف یکی یکی بررسی و رد شوند. معاینه جهت آسیب مغزی آسیب زا (به لحاظ روانی)، بیماری لایم، زوال عقل، سرطان یا سایر مسائل نیز ممکن است برای تشخیص اینکه عزیزانتان چه چیزهایی را تجربه می کنند، لازم باشد. مشاهداتی که توسط اعضای خانواده و دوستان به اشتراک گذاشته می شود، می تواند به متخصصان بالینی در تشخیص کمک کنند.

هر بیماری علائم مربوط به خود را دارد، اما علائم رایج اختلالات سلامت روان در بزرگسالان و نوجوانان می تواند شامل موارد زیر باشد:

- نگرانی یا ترس بیش از حد
- احساس ناراحتی شدید یا خلق بسیار پایین
- آشفتگی افکار یا مشکلات تمرکز و یادگیری
- تغییرات خلق و خوی شدید، شامل خلق و خوی «بالای» غیر قابل کنترل یا احساس ناامیدی

- احساس شدید یا طولانی مدت زودرنجی یا خشم
- دوری از دوستان و فعالیت های اجتماعی
- مشکل در درک یا برقراری ارتباط با دیگر افراد
- تغییر در عادات خواب یا احساس خستگی و انرژی پایین
- تغییر در عادات غذایی مثل افزایش یا کاهش اشتها
- تغییر در تمایلات جنسی
- اختلال در درک واقعیت (توهمات یا خیالات که در آن فرد، اشیاء و چیزهایی را تجربه می کند که در دنیای واقعی وجود خارجی ندارد)
- عدم توانایی در درک تغییرات در احساسات، رفتار یا شخصیت فرد («عدم بینش» یا انوسوگنازیا)
- سوء مصرف الکل یا مواد مخدر
- بیماری های متعدد جسمی بدون دلایل آشکار (سردرد، دل درد، «دردهای مبهم و مداوم»)
- فکر کردن به خودکشی
- عدم توانایی در انجام فعالیت های روزانه یا کنترل مشکلات معمولی و استرس
- ترس شدید از اضافه وزن یا نگرانی درخصوص ظاهر (بیشتر در نوجوانان)
- علائم صدمه زدن به خود (بریدن، سوزاندن یا غیره)

اختلالات سلامت روان همچنین می توانند در کودکان کم سن و سال نیز دیده شوند. چون آنها هنوز مشغول یادگیری چگونگی تشخیص و صحبت درباره افکار و احساساتشان هستند، شایع ترین علائم در کودکان علائم رفتاری هستند. علائم در کودکان ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- تغییرات در عملکرد مدرسه
- نگرانی یا اضطراب شدید، برای مثال مقاومت در برابر خوابیدن یا رفتن به مدرسه
- رفتارهای بیش فعالانه
- کابوس های مکرر
- نافرمانی یا پرخاشگری مداوم
- اوقات تلخی یا کج خلقی مداوم

از کجا کمک بگیریم

اگر خود یا اطرافیانمان به کمک نیاز دارید، از کمک خواستن نهراسید. بسیار مهم است که یاد بگیرید هر آنچه از دستتان بر می آید در خصوص سلامت روان انجام دهید.

برای کسب اطلاعات بیشتر به سازمان بیمه درمانی، پزشک عمومی یا مقام مسئول دولتی/استانی در خصوص سلامت روان مراجعه کنید.

برای اطلاع از خدمات و پشتیبانی هایی که در جامعه شما ارائه می شود، با خط پشتیبانی NAMI به شماره 1-800-950-6264 تماس حاصل کنید.

اگر خود یا اطرافیانمان هم اکنون به کمک نیاز دارید، باید فوراً با خط تلفن پیشگیری از خودکشی ملی به شماره 1-800-273-8255 یا 911 تماس بگیرید.

تشخیص

شناخت علائم هشدار دهنده می تواند به شما در تشخیص اینکه آیا نیاز دارید با یک متخصص صحبت کنید یا خیر، کمک کند. در بسیاری از افراد یک تشخیص دقیق اولین قدم در برنامه درمانی آنهاست.

بر خلاف دیابت یا سرطان، هیچ آزمایش پزشکی که بتواند به صورت دقیق اختلال سلامت روان را تشخیص دهد، وجود ندارد. یک متخصص سلامت روان برای ارزیابی علائم و تشخیص، از دفترچه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به چاپ رسیده است، بهره خواهد برد. جهت طبقه بندی رسمی علائم، تحت عنوان یک اختلال سلامت روان، این دفترچه معیارهایی را که شامل احساسات و رفتارها و محدوده های زمانی می شود، به صورت فهرست وار ذکر کرده است.

بعد از تشخیص، ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی یک برنامه درمانی ترتیب می دهد که می تواند شامل دارو، درمان یا تغییراتی در سبک زندگی باشد.

یافتن درمان

تشخیص اولین قدم است، شناخت اولویت ها و ارجحیت ها و اهداف نیز مهم است. درمان بیماری روانی بر حسب تشخیص و بیمار متفاوت است. هیچ درمان «واحدی که مناسب همه باشد» وجود ندارد. گزینه های درمان می تواند شامل دارو، مشاوره (درمانی)، حمایت اجتماعی و آموزش باشد.

The Double-Edged **SWORD**



Mental health conditions can strike from two sides like a double-edged sword

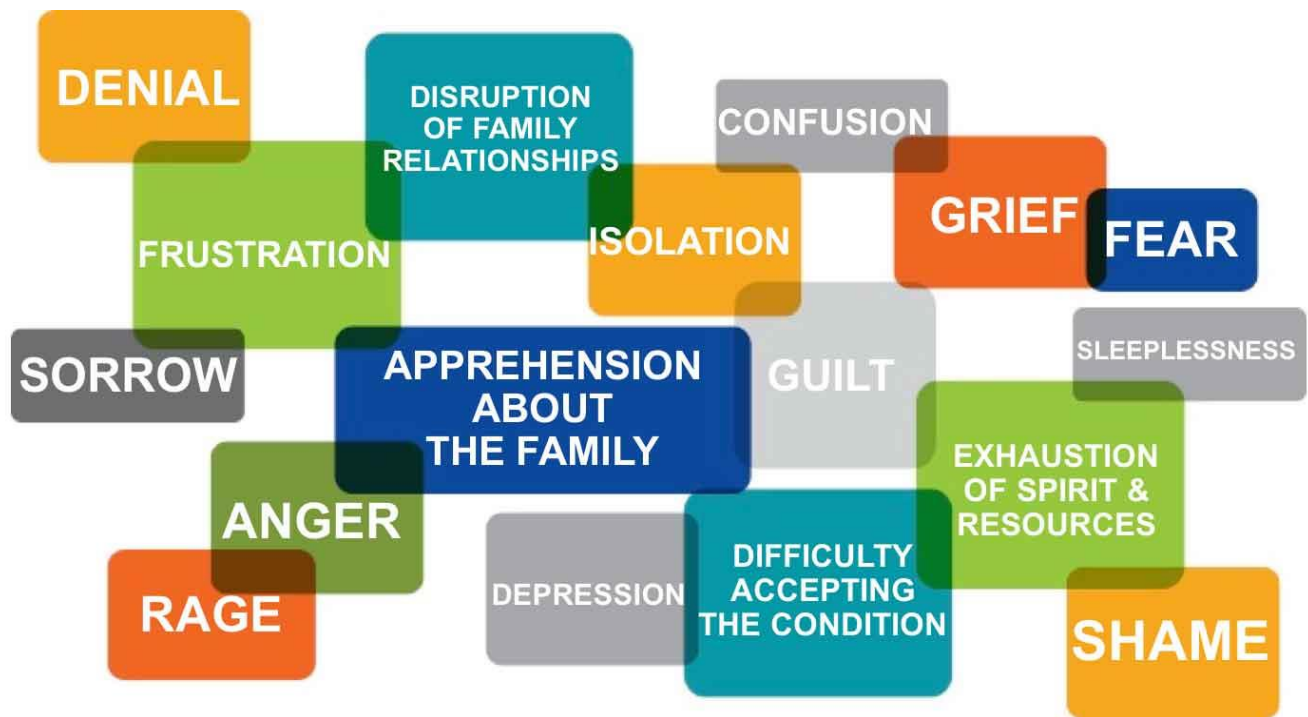
وقتی فردی دچار اختلالات سلامت روان می شود، علائم باعث تغییراتی در شخصیت و رفتار او می شود. رفتارهای جدید از خود نشان می دهند و عادت ها و توانایی های قبلی خود را از دست می دهند. در ستون (+)، در ذیل، علائم مثبتی ذکر شده اند (که اضافه شده اند). ستون منفی (-) رفتارهایی را که از بین رفته یا کاهش یافته اند، می بینیم. فقدان چنین رفتارهایی علائم منفی نامیده می شوند.

علائم مثبت (+)	علائم منفی (-)
تغییرات رفتاری که به دلیل بیماری ظاهر می شود	تغییرات رفتاری یا کمبودهایی که فرد به دلیل بیماری تجربه می کند
مداوماً احساس ناراحتی می کند یا عصبی است زودرنج، ابرادگیر و بدزبان شده است رفتارهای نامناسب و عجیب از خود نشان می دهد بی ادب و متخاصم است بسیار خیره سر (لجوج) است ترسو است و از همه خطرات احتمالی آگاه است (حساسیت بیش از حد) ابراز خشم یا اوقات تلخی بیش از حد واکنش بیش از حد به امور به شیوه ای غیر قابل پیش بینی صحبت کردن و پاسخ دادن به شیوه های غیر منطقی مشغول کردن خود به فعالیت ها و علایق	قادر هستند ابراز لذت کنند شوخ طبعی دارند در روابط احساس گرمی و عقل مندی از خود نشان می دهند از خانواده، دوستان و مدرسه لذت می برند نسبت به رویدادها و تجربیات جدید اشتیاق نشان می دهند به لحاظ احساسی و جسمی ابراز صمیمیت می کنند قادر هستند روی مسأله ای تمرکز کنند قادر به کنترل خود هستند قادر به حل و فصل مشکلات کوچک هستند

تصور عظیم و غیر منطقی از خود دارد (خود بزرگ پنداری)
تمایل به گوشه گیری و تنهایی دارد
غالباً غمگین است و نمی تواند جلوی گریه اش را بگیرد
به هیچ چیز علاقه نشان نمی دهد (بی تفاوت بودن)
روحیه اش از عدم تأیید دوستان و هم سن و سالان بسیار
تخریب می شود
در تصمیم گیری مشکل دارد
به راحتی کارها و امور را فراموش یا اشیاء را گم می کند
به خودشان آسیب می زنند (بریدن، خراشیدن، کندن پوست)

از لحاظ احساسی انعطاف پذیر هستند و قادرند از حالت غم
بیرون بیایند و به حالت عادی بازگردند (انعطاف پذیر)
آنچه را که برای آنها اتفاق می افتد، درک می کنند (بیش دارند)
خوش بین هستند، به آینده ایمان و اعتقاد دارند
قادر به ستایش دیگران و قبول کمک از طرف آنها هستند
قادر هستند که دیدگاه افراد دیگر را درک کنند
از قبول مسئولیت احساس غرور می کنند
به ظاهر و بهداشت فردی اهمیت می دهند

مراحل قابل پیش بینی واکنش هیجانی در میان اعضای خانواده



I. مواجه شدن با رویداد مصیبت بار

بحران/ هرج و مرج/ شوک: احساس آشفتگی و گیجی می کنند، نمی دانند چه کاری باید انجام دهند

انکار: حفاظت از خود با قبولاندن این که موقعیت آنقدرها که ما از آن هراس داریم، جدی نیست. جستجوی برای توضیحاتی که به سلامت روان ربطی ندارد. باور کردن اینکه موقعیت فقط یک مرحله از زندگی است و سپری خواهد شد. مقاومت در برابر آنچه در حال اتفاق افتادن است.

امید کور داشتن: شروع کنیم به درک اینکه موقعیت جدی تر از آن است که فکر می کنیم، و اینکه نمی توانیم نادیده اش بگیریم. امیدوار باشیم که این اتفاق موقتی است و همه چیز به نحوی به حالت عادی باز می گردد.

نیازها: پشتیبانی، راحتی، همدلی در مواقع سر در گمی، کمک به یافتن منابع، مداخله زود هنگام، پیش بینی، همدلی در دردها و

NAMI

II. یادگیری مواجهه با

عصبانیت/تقصیر/خشم: سرزنش افراد دچار اختلالات سلامت روان. باورکردن اینکه فرد روی رفتارش کنترل دارد و این کار را عمداً انجام می دهد. اصرار به تغییر فرد و متوقف کردن رفتار غیر عادی. احساس گناه عمیق و ترس از اینکه مشکل آنها در واقع تقصیر ماست. سرزنش کردن خود.

شناخت: ادراک اینکه این شرایط در واقع در حال اتفاق افتادن است و این واقعیت جدید ما است. فهمیدن این مسأله که این برای همیشه زندگی ما را تغییر خواهد داد.

غم: درک عمیق این واقعیت تأسف بار که بر سر عزیزان ما چه آمده است. غصه خوردن برای افکار و امیدهایی که برای آینده آنها تصور می کردیم. این احساس غم هرگز از بین نمی رود.

نیازها: احساس بیرون ریزی، مراقبت از خود، آموزش، مهارت آموزی، شبکه سازی، همکاری گرفتن از سیستم، بیرون راندن غمها، حفظ امید و NAMI

III. پیش به سوی پشتیبانی

ادراک: رسیدن به احساسی جامع از آنچه که عزیزان ما تجربه می کنند، مثل این است که با آنها احساس همدلی می کنیم. احترام گذاشتن به شهامت آنها در مواجهه با بیماریشان.

قبول: در نهایت قبول می کنیم که این اتفاق برای خانواده ما افتاده است («اتفاقات بد برای انسان های خوب می افتد») و این تفصیر هیچ کسی نیست. می فهمیم که ما می توانیم با این اتفاق بد و تجربه سخت زندگی مواجه شویم و به زندگی ادامه دهیم.

پشتیبانی/اقدام: از خشم و اندوه خود به نحو سازنده ای استفاده کنیم. از دیگران دفاع کنیم و با تبعیض بجنگیم. به گروه های پشتیبانی ملحق شویم یا به روش های آنان درگیر علت شویم.

نیازها: بازگرداندن تعادل به زندگی، فعالیت گرایی، واکنش از سوی سیستم و NAMI

درک آسیب روحی

این تعریف اختلالات سلامت روان تحت عنوان «عوامل استرس زای مصیبت بار» از کتاب کمک به خانواده های آسیب دیده از چارلز فیگلی گرفته شده است. او «عوامل استرس زای مصیبت بار» را اینگونه تعریف می کند:

- این معمولاً رویدادی غیر قابل پیش بینی است
- زمان کمی داریم تا برای آن آماده شویم
- فرد تجربه قبلی کم و منابع راهنمای کمی دارد
- این رویداد تأثیر احساسی عمیقی دارد
- ممکن است برای فرد یا دیگران تهدید یا خطر به حساب آید

Important Points about the STAGES



- None of these stages are “wrong” or “bad”
- This process is ongoing - for most of us it takes years to navigate
- Different family members are often at different places in the cycle
- This cyclical process is not about expectations
- With time, you will begin to recognize these stages and emotional reactions

آسیب های روانی ثانویه برای خانواده ها

خانواده ها مسئولیت بسیار بزرگی را بر عهده دارند

برای خانواده ها این مسأله که حمایت کننده اصلی عزیزانشان باشند، مسأله عجیبی نیست. بروکرسی سیستم درمان اختلالات سلامت روان پیچیده است و بسیاری از افراد در دریافت مراقبت ها و خدمات مورد نیازشان با مشکل مواجه می شوند. بیماران حق دارند در خصوص بستری شدن یا نشدن یا استفاده و عدم استفاده از درمان هایی که به آنها پیشنهاد می شود، تصمیم گیری کنند. اعضای خانواده ممکن است به عزیزانشان به روش هایی که برای آن آمادگی ندارند، کمک کنند. آنها ممکن است به نگرانی ها و نیازهایی پاسخ دهند که متخصصان برای آنها آموزش دیده اند—متخصصانی مثل دکترها، مدیران پرونده، پرستارها، افسران پلیس و درمانگران.

خانواده ها احساس محدودیت می کنند

همه افراد خانواده گاهی جنبه های ترسناکی را در خصوص چگونگی تأثیر بیماری روانی بر افرادی که دوستشان دارند، تجربه می کنند. این مسأله ممکن است برای فرد، خانواده و دوستان آنها استرس زا و تنش زا باشد. وقتی خانه به مرکز درمانی مبدل می شود، همه به صورت شبانه روزی و هفت روز هفته کار می کنند. در چنین محیط جدا شده/ایزوله ای چالش های رفتاری می تواند بدتر شود. مثل سایر محیط های درمانی، خانواده ها با علائمی روبرو می شوند که ممکن است ترسناک یا مخرب باشد. این علائم می تواند شامل تمایل به بحث و جدل، اقدامات عجیب، گوشه گیری، آسیب زدن یا تهدید خود و دیگران، فحاشی، درخواست های غیر منطقی، عدم همکاری با برنامه های خانوادگی و کارهای خانه و غیره باشد. اعضای خانواده هم از اینکه می بینند عزیزانشان کمک هایی را که لازم است دریافت نمی کنند، دچار غم و اندوه فراوان می شوند.

خانواده ها بی اطلاع باقی می مانند

بسیاری از خانواده ها هیچ پیشینه اطلاعاتی از بیماری روانی ندارند و نمی توانند علائم آن را درک کنند یا بشناسند. از نظر آنها، فرد خویشاوندشان از روی عمد چنین اعمالی را انجام می دهد. ممکن است از نظر آنها، این افراد نابالغ، تنبل، خیره سر یا ضعیف به نظر بیایند. بسته به اعتقادات مذهبی شان، حتی آنها را گناهکار می پندارند. ممکن است فکر کنند رفتارهای ناشی از علائم بیماری تحت کنترل آنهاست. ممکن است تصور کنند که فرد از مسئولیت سر باز می زند و تن پرور است. با گذشت زمان، این سرزنش ممکن است به این اعتقاد تبدیل شود که افرادی که به این شیوه عمل می کنند، لیاقت کمک را ندارند. هر چه اعتقاد خانواده بر اینکه این رفتارهای ناشی از علائم، تحت کنترل فرد است، محکمتر شود، آنها تمایل کمتری برای کمک به فرد از خود نشان می دهند. این مسأله می تواند در خانواده هایی که از اختلالات سلامت روان اطلاعات ندارند یا نمی دانند چه باید بکنند، یکی از عواقب تأسّف بار باشد.

خانواده ها از لحاظ احساسی خسته می شوند

خستگی و سردرگمی که افراد در مواقعی که عزیزانشان در بحران سلامت هستند، تجربه می کنند، ممکن است عاملی تفرقه انگیز باشد. وقتی مشکل مربوط به سلامت روانی باشد، شرمساری نیز به مشکلات افزوده شده و ممکن است باعث شود افراد تمایلی به دریافت حمایت اجتماعی نداشته باشند. به دلیل شرمساری و سردرگمی که با اختلالات سلامت روان همراه است، افراد معمولاً احساس گناه می کنند، خجالت می کشند یا اندوهگین می شوند. آنها ممکن است به دلیل استرسی که شرایط عزیزانشان بر دیگران تحمیل می کند، از آنها برنجند و عصبانی شوند، و سپس از این احساس عصبانیت شرمسار می شوند یا سعی می کنند برای مقابله با چنین احساساتی از آنها دوری کنند. چون علائم ممکن است بر ویژگی های شخصیتی و ارتباطات تأثیر بگذارد، اعضای خانواده ممکن است در ارتباط با عزیزانشان با مشکل مواجه شوند و احساس بدی از فقدان رابطه صمیمی با آنها داشته باشند.

خانواده ها حمایت کافی دریافت نمی کنند

وقتی افراد سر در گم می شوند، ممکن است امید بیش از حدی به کمک پیدا کنند که این امید بیش از حد وضعیت را دگرگون خواهد کرد. وقتی خانواده ها به سیستم مراقبت های بهداشتی برای کمک مراجعه می کنند، معمولاً به آنها می گویند که ارائه دهندگان نمی توانند به دلیل رعایت قوانین حفظ حریم خصوصی، مسائل مربوط به عزیزانشان را برای آنها بازگو کنند. وقتی ارائه دهندگان در خصوص مسائلی که به صورت قانونی می توانند به اشتراک بگذارند، مطمئن نیستند، ممکن است تمایلی به گوش دادن به صحبت های خانواده ها نداشته باشند، در صورتی که این از نظر قانونی مجاز است. این مسأله خانواده ها را در وضعیتی مشقت بار قرار می دهد که در آن کمک خواستن و طلب حمایت خود منبعی برای آسیب روانی ثانویه است.



**OVERWHELMING
RESPONSIBILITY**

**FEEL
CONFINED**

UNINFORMED

**EMOTIONALLY
EXHAUSTED**

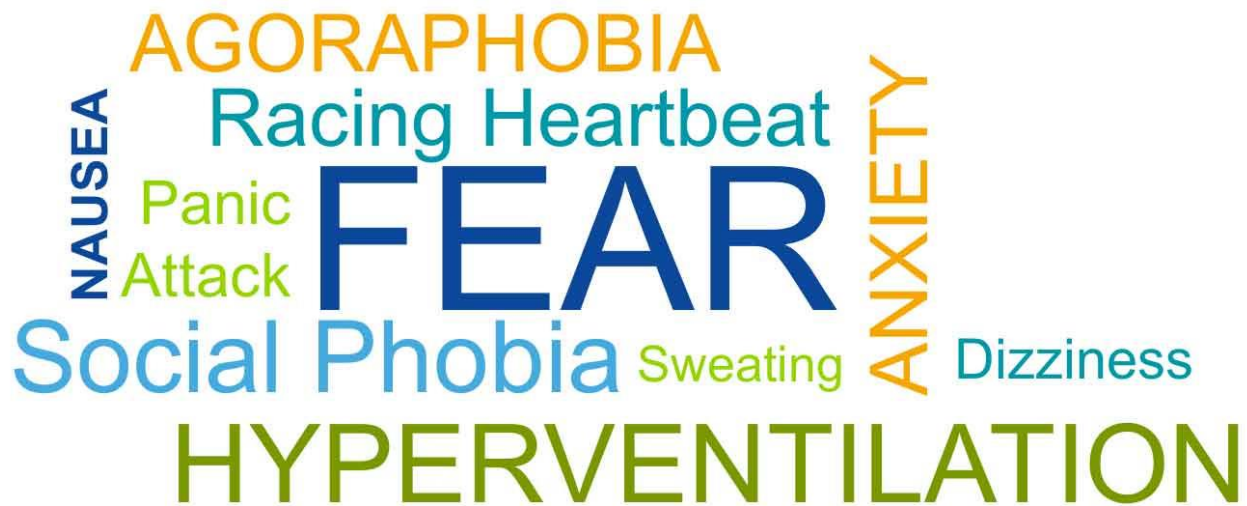
**INADEQUATE
SUPPORT**

بخش III.

اختلالات سلامت روان و تشخیص ها

اختلالات اضطراب

هر فردی دچار اضطراب می شود. با این حال، وقتی احساس ترس و ناامیدی غالب می شود و ما را از انجام کارهای روزمره باز می دارد، ممکن است علت آن اختلال اضطراب باشد. اختلالات اضطراب رایج ترین مشکل سلامت روان در ایالات متحده است. تخمین زده می شود 40 میلیون فرد بالغ در ایالات متحده یا 18% آنها به اختلال اضطراب مبتلا باشند. تقریباً 8% کودکان و نوجوانان تأثیر منفی اختلال اضطراب را در مدرسه و خانه تجربه می کنند.



علائم

مانند تمامی اختلالات سلامت روان، افراد دارای اختلال اضطراب نیز علائم متفاوتی را تجربه می کنند. اما در اغلب افراد اضطراب نحوه عملکرد روزانه افراد را تغییر می دهد. افراد می توانند یک یا چندین مورد از علائم زیر را تجربه کنند:

- علائم هیجانی
- احساس دلهره یا ترس
- احساس تنش و تلاطم
- بی آرامی و زودرنجی
- پیش بینی بدترین ها و گوش به زنگ بودن برای علائم خطر

علائم جسمی:

- تپش قلب و ضربان تند و سریع و تنگی نفس
- ناراحتی معده
- تعریق، رعشه و تکان های ناگهانی
- سردرد، خستگی و بی خوابی
- ناراحتی معده، تکرر ادرار و اسهال

انواع اختلال اضطراب

انواع مختلف اختلال اضطراب، علائم متفاوتی دارند. همچنین این بدین معناست که هر یک از انواع اختلال اضطراب برنامه درمانی مخصوص به خود را دارد. رایج ترین انواع اختلال اضطراب عبارتند از:

- **اختلال ترس.** که ویژگی آن حمله های ترس—احساسات ناگهانی وحشت—برخی اوقات مشت زدن های پی در پی و بدون هشدار قلبی است. برخی اوقات حمله ترس علائم جسمی شدیدی مثل درد در ناحیه سینه، تپش قلب، گیجی، تنگی نفس و ناراحتی معده ایجاد می کند که با حمله قلبی اشتباه گرفته می شود.
- **ترس ها.** اغلب افراد با عوامل ترس گوناگون، محرک های مختلفی دارند. برای اجتناب از حمله ترس، افرادی که ترس از موارد خاصی دارند، بسیار می کوشند تا از عوامل محرک ترس در خود دوری کنند. بسته به نوع ترس و عوامل محرک آن، این گونه ترس و تلاش هایی که فرد در جهت دوری از عوامل محرک آن می کند، گاهی ممکن است زندگی روزمره اش را مختل کند.
- **اختلال اضطراب فراگیر (GAD).** اختلال اضطراب فراگیر باعث نگرانی مزمن و شدید درباره زندگی روزمره می شود. این اختلال ممکن است چندین ساعت در روز وقت فرد را تلف کند و تمرکز یا اتمام کارهای روزمره را برای فرد مشکل کند. فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر ممکن است از نگرانی خسته شود و دچار سردرد، تنش یا حالت تهوع شود.
- **اختلال اضطراب اجتماعی.** بر خلاف گوشه گیری، این اختلال باعث ترس شدید، که اغلب از نگرانی های بی مورد در خصوص تحقیر اجتماعی نشأت می گیرد، می شود—فرد همواره می ترسد «حرف احمقانه ای بزند» یا «نداند چه بگوید». فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است از شرکت در مکالمات، فعالیت در بحث های کلاسی یا پیشنهاد ایده های خود ممانعت ورزد و گوشه گیر شود. علائم حمله ترس یکی از واکنش های رایج در این اختلال است.

علت ها

دانشمندان معتقدند عوامل بسیاری در بروز اختلالات اضطراب نقش دارند:

- **ژنتیک.** تحقیقات نشان داده اند که اختلالات اضطراب در خانواده ها ارثی است. ژنتیک می تواند یکی از عوامل بروز اختلال اضطراب در فرد باشد.
- **استرس.** موقعیت استرس زا یا آسیب زا (به لحاظ روانی) مثل مورد سوء استفاده قرار گرفتن، مرگ عزیزان، خشونت یا بیماری طولانی مدت اغلب یکی از علل بروز اختلال اضطراب است.

تشخیص

علائم جسمی اختلال اضطراب ممکن است به سادگی با سایر عارضه های پزشکی مثل حمله قلبی یا پُرکاری تیروئید اشتباه گرفته شود. بنابراین، یک پزشک احتمالاً برای تشخیص، ارزیابی هایی مثل معاینات جسمی، مصاحبه و آزمایشات پزشکی را انجام خواهد داد. بعد از اینکه احتمال بیماری جسمی رد شد، پزشک ممکن است به فرد پیشنهاد کند که به یک متخصص سلامت روان مراجعه کند تا او تشخیص درست را انجام دهد.

درمان

از آنجا که هر نوع اختلال اضطراب علائم متفاوتی دارد، متخصص سلامت روان ممکن است درمان های متفاوتی پیشنهاد دهد. درمان های رایجی که مورد استفاده قرار می گیرد عبارتند از:

- **روان درمانی،** شامل شناخت درمانی (CBT)
- **دارو** شامل داروهای ضد اضطراب و داروهای ضد افسردگی
- **رویکردهای سلامت تکمیلی،** شامل مراقبه، ورزش، تغذیه و اسب درمانی

اختلال افسردگی

اختلال افسردگی چیزی فراتر از احساس اندوه یا تجربه مشکلات فراوان در دوره ای خاص از زندگی است. این اختلال یک عارضه سلامت روان جدی است که نیاز به درک و مراقبت پزشکی دارد. اختلال افسردگی اگر درمان نشود، می تواند برای افراد مبتلا به آن و خانواده های آنها بسیار ویرانگر باشد. خوشبختانه در صورت تشخیص به موقع، تعیین و اجرای برنامه درمانی زودهنگام که شامل دارو، روان درمانی و تغییر سبک زندگی است، بسیاری از افراد به راحتی بهبود می یابند.

برخی از افراد فقط در یک دوره از زندگی این اختلال را تجربه می کنند، اما در اغلب افراد اختلال افسردگی بارها اتفاق می افتد. اگر این اختلال درمان نشود، دوره ها ممکن است از چند ماه تا چندین سال طول بکشد.

تخمین زده می شود که 16 میلیون فرد بالغ آمریکایی—تقریباً 7% جمعیت آن—حداقل یکبار دوره زمانی افسردگی را به صورت جدی در سال گذشته تجربه کرده اند. افراد در هر سن و هر پیشینه نژادی، از هر قومیتی و در هر رده اقتصادی اجتماعی که باشند، افسردگی را تجربه می کنند، اما این اختلال برخی گروه ها را بیش از افراد دیگر تحت تأثیر قرار می دهد. زنان تا 70% بیشتر از مردان افسردگی را تجربه می کنند، و جوانان بین 18-25 سال 60% بیشتر از افراد بالای 50 سال یا مسن ترها دچار افسردگی می شوند.

Indecisiveness
Changes in Sleep GUILT
SADNESS
Isolation FATIGUE DISTRESS

علائم

مانند تمامی اختلالات سلامت روان، افراد دارای اختلال افسردگی نیز علائم متفاوتی را تجربه می کنند. اما در اغلب افراد افسردگی نحوه عملکرد روزانه افراد را تغییر می دهد. علائم رایج افسردگی عبارتند از:

- تغییر در عادات خواب
- تغییر در اشتها
- فقدان تمرکز
- از دست دادن انرژی
- از دست دادن انگیزه
- عزت نفس پایین
- ناامیدی

- تغییر در حرکات
- دردها و ناراحتی های جسمی

علت ها

اختلال افسردگی یک دلیل خاص ندارد. این اختلال ممکن است به خودی خود و بدون اینکه با هیچ بحران، بیماری جسمی یا خطرات دیگری مرتبط باشد، اتفاق بیفتد. دانشمندان معتقدند عوامل متعددی در بروز افسردگی نقش دارند:

- **آسیب روحی.** وقتی یک فرد در سنین پایین دچار آسیب روحی می شود، این آسیب ممکن است تغییرات طولانی مدتی در نحوه واکنش مغز آنها به ترس و استرس ایجاد کند. این تغییرات مغزی ممکن است پاسخی برای این سؤال باشد که چرا افرادی که پیشینه آسیب روحی در کودکی دارند، بیشتر از افراد دیگر احتمال دارد که دچار افسردگی شوند.
- **ژنتیک.** اختلالات خلق و خو و خطر خودکشی به نظر می رسد که در خانواده ها ارثی است، اما وراثت ژنتیکی فقط یک عامل است.
- **شرایط زندگی.** وضعیت تأهل، موقعیت مالی و محل زندگی فرد احتمال بروز افسردگی در فرد را تحت تأثیر قرار می دهد، اما اینکه چالش زندگی اول اتفاق می افتد یا افسردگی، معلوم نیست. **ساختار مغزی.** مطالعات تصویربرداری نشان داده است که وقتی فرد افسرده می شود فعالیت لوب جلویی مغز کمتر می شود. افسردگی همچنین باعث تغییراتی در نحوه پاسخ دهی غده هیپوفیز و هیپوتالاموس به تحریکات هورمونی می شود.
- **سایر عارضه های پزشکی.** افرادی که سابقه اختلالات خواب، بیماری جسمی، درد مزمن، اضطراب و نقص توجه ناشی از اختلال بیش فعالی (ADHD) دارند، بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند.
- **سوء مصرف الکل و مواد مخدر.** تقریباً 30% افرادی که سابقه سوء مصرف مواد دارند، به افسردگی نیز مبتلا می شوند.

تشخیص

شرط لازم برای تشخیص افسردگی این است که فرد یک دوره زمانی افسردگی را که بیش از دو هفته طول می کشد، تجربه کرده باشد. علائم دوره زمانی افسردگی عبارتند از:

- از دست دادن انگیزه یا از دست دادن لذت در تمامی فعالیت ها
- تغییر در اشتها یا وزن
- اختلالات خواب
- احساس اضطراب یا احساس بی حالی
- خستگی
- احساس کم ارزش بودن، احساس گناه یا کمبود
- مشکل در تمرکز یا تصمیم گیری
- فکر به خودکشی یا قصد خودکشی

درمان ها

گرچه اختلال افسردگی می تواند عارضه مخربی باشد، ولی اغلب به درمان جواب می دهد. راه حل این است که یک ارزیابی و یک برنامه درمان مخصوص به خود دریافت کنید. درمان می تواند شامل یکی یا ترکیبی از درمان های زیر باشد:

- **داروهای ضد افسردگی،** تثبیت کننده های خلق و خو و داروهای ضد روان پریشی
- **روان درمانی** شامل رفتار درمانی شناختی، درمان با محوریت خانواده و درمان بین فردی است

- **درمان های تحریک مغز** شامل درمان با ضربه الکتریکی تشنج آور (ECT) یا تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال تکرارشونده (rTMS) است
- **نور درمانی** که در آن از یک جعبه نور استفاده می شود، بدین صورت که فرد را در معرض نور با طیف کامل قرار می دهند تا میزان هورمون ملاتونین را تنظیم کنند
- **ورزش**
- **رویکردهای سلامت تکمیلی**، شامل مراقبه، ورزش، تغذیه و اسب درمانی
- **استراتژی های خود-مدیریتی و آموزش**
- **رویکردهای ذهن/بدن/روح** مثل مراقبه، ایمان و عبادت

اختلال دو قطبی

اختلال دو قطبی یک عارضه سلامت روان مزمن است که باعث تغییرات قابل توجه در خلق و خوی فرد، انرژی و توانایی فکر کردن درست او می شود. افراد دارای اختلال دو قطبی خلق و خوی بالا و پایین دارند، مثل جنون و افسردگی، که با فراز و نشیب های خلق و خو که افراد عادی تجربه می کنند، فرق دارد. اختلال دو قطبی اگر درمان نشود، علائم آن معمولاً بدتر می شوند. با این حال، یک سبک زندگی قدرتمند که شامل خود-مدیریتی و یک برنامه درمانی خوب است، می تواند به بسیاری از افراد کمک کند که با این عارضه به زندگی عادی خود ادامه دهند.

گرچه اختلال دو قطبی می تواند در هر مرحله ای از زندگی فرد اتفاق بیفتد، به طور میانگین شروع آن از 25 سالگی به بعد است. هر ساله، در 2.9% از جمعیت آمریکا اختلال دو قطبی تشخیص داده می شود، که تقریباً نزدیک به 83% موارد آن جدی است. اختلال دو قطبی معمولاً در مردان و زنان به یک میزان بروز می کند.



علائم

افراد با اختلال دو قطبی ممکن است جنون مشخص یا حالات افسردگی داشته باشند. دوره زمانی شیدایی دو قطبی به صورت جدی ممکن است شامل علائم روان پریشی مثل توهمات یا خیالات باشد. معمولاً این علائم روان پریشی نشان دهنده خلق شدید در فرد هستند.

جنون:

اگر در فردی اختلال دو قطبی تشخیص داده شود، فرد حتماً شیدایی یا جنون خفیف را تجربه کرده است. جنون خفیف نوع خفیف تری از جنون است که شامل دوره های زمانی روان پریشی نمی شود. افراد دارای جنون خفیف اغلب در موقعیت های اجتماعی و شغلی عملکردی طبیعی دارند. برخی از افراد دارای اختلال دو قطبی ممکن است بسیاری از اوقات دوره های شیدایی یا جنون خفیف را تجربه کنند؛ و سایرین ممکن است بسیار به ندرت آن را تجربه کنند.

گرچه فرد دارای اختلال دو قطبی ممکن است از داشتن خلق بالا لذت ببرد، به ویژه اگر آن را بعد از افسردگی تجربه کند، اما این حالات خلقی «بالا» در سطح مناسب و قابل کنترلی متوقف نمی شوند. خلق و خو ممکن است به سرعت تُند شود، رفتار غیر قابل پیش بینی شود و قضاوت ها مختل شود. در دوران شیدایی، افراد به کرات ممکن است رفتارهای مخرب، تصمیمات بی پروا و ریسک های غیر معمول از خود نشان دهند. اغلب اوقات، افرادی که در حالات شیدایی قرار دارند از عواقب منفی اعمال خود آگاه نیستند.

افسردگی:

افسردگی ترکیبی از علائم جسمی و هیجانی است که برای مدت زمان حداقل دو هفته مانع فرد در انجام کارهای روزانه می شود. میزان افسردگی می تواند از خلق پایین به میزان شدید تا متوسط و خفیف متغیر باشد، که در صورت مزمن بودن به آن افسرده‌خویی می گویند.

علت ها

دانشمندان به علت واحدی برای اختلال دو قطبی دست نیافته اند. آنها بر این اعتقادند که علل متفاوتی در این اختلال دخیل هستند:

- ژنتیک. در صورتی که والدین یا خواهر و برادر فرد دچار اختلال دو قطبی باشند، احتمال بروز این اختلال در فرد بیشتر می شود. اما نقش ژنتیک مطلق نیست.
- استرس. یک رویداد استرس زا مثل مرگ عزیزان در خانواده، بیماری، رابطه مشکل دار یا مشکلات مالی می تواند محرک اولین دوره اختلال دو قطبی باشد. در برخی از موارد، سوء مصرف مواد می تواند عاملی محرک برای اختلال دو قطبی باشد.
- ساختار مغزی. با اسکن های مغزی نمی توان اختلال دو قطبی را در فرد تشخیص داد. با این حال، محققان تفاوت های ظریفی را در میانگین اندازه و میزان فعالیت برخی از ساختارهای مغزی در افراد دارای اختلال دو قطبی تشخیص داده اند.

تشخیص

اگر در فردی اختلال دو قطبی تشخیص داده شود، فرد حتماً باید شیدایی یا جنون خفیف را تجربه کرده باشد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) چهار نوع بیماری دو قطبی را تعریف می کند:

- **اختلال دو قطبی I** | بیماری است که در آن افراد یک یا چند دوره زمانی شیدایی را تجربه می کنند. اغلب افرادی که اختلال دو قطبی I در آنها تشخیص داده شده است هم دوره زمانی شیدایی و هم دوره زمانی افسردگی را تجربه خواهند کرد، گرچه دوره زمانی افسردگی به تنهایی برای تشخیص اختلال دو قطبی I کافی نیست. برای تشخیص اختلال دو قطبی I، دوره های زمانی شیدایی یا دوره های ترکیبی باید حداقل هفت روز طول بکشد یا به قدری شدید باشد که لازم باشد فرد بستری شود.
- **اختلال دو قطبی II** | زیر مجموعه ای از اختلال دو قطبی است که در آن افراد دوره های زمانی افسردگی را به همراه دوره های زمانی شیدایی به صورت متناوب تجربه می کنند، اما هرگز دچار دوره جنون کامل نمی شوند.
- **اختلال خلق ادواری یا سایکلو تایمیا** نوعی حالت خلقی مزمن است که در آن افراد جنون خفیف و افسردگی را حداقل به مدت دو سال تجربه می کنند. افراد دارای اختلال خلق ادواری ممکن است دوره های کوتاه مدتی دارای خلق طبیعی باشند، اما این دوره ها بیش از هشت هفته طول نمی کشد.
- **اختلال دو قطبی «سایر تشخیص ها» یا «نامشخص»** زمانی تشخیص داده می شود که فرد معیارهای لازم برای اختلال دو قطبی I، اختلال دو قطبی II، یا اختلال خلق ادواری را ندارد، اما به لحاظ بالینی تجربه دوره های افزایش خلق شدید و غیرطبیعی را داشته است.

درمان

اختلال دو قطبی یک بیماری مزمن است، بنابراین درمان باید ادامه دار باشد. اختلال دو قطبی اگر درمان نشود، ممکن است علائم آن شدیدتر شود، بنابراین تشخیص آن و شروع درمان در مراحل اولیه بسیار مهم است. چندین درمان تثبیت شده برای انواع اختلال دو قطبی وجود دارد:

- داروهایی مثل تثبیت کننده های خلق، درمان ها و داروهای ضدروان پریشی و داروهای ضد افسردگی
- روان درمانی مثل شناخت درمانی و درمان های مبتنی بر خانواده
- **درمان با ضربه الکتریکی تشنج آور (ECT)**
- **استراتژی های خود-مدیریتی و آموزش**
- رویکردهای سلامت تکمیلی مثل مراقبه، ورزش و تغذیه

اختلال وسواس فکری عملی (OCD)

مشخصه های اختلال وسواس فکری عملی (OCD) افکار مزاحم ناخواسته و تکرار شونده (وسوسه) و میل غیر منطقی و شدید برای انجام کارهایی خاص (اعمال اجباری) است. گرچه افراد با اختلال وسواس فکری عملی (OCD) می دانند که افکار و رفتار آنها بی معناست، اغلب نمی توانند جلوی آنها را بگیرند.

علائم معمولاً از دوران کودکی، نوجوانی یا آغاز بزرگسالی شروع می شود، گرچه مردان اغلب در سنین پایین تری نسبت به زنان علائم را نشان می دهند. بیش از 2% جمعیت ایالات متحده (تقریباً 1 نفر از هر 40 نفر) در طول زندگی خود دچار اختلال وسواس فکری عملی (OCD) می شوند. اگر والدین یا خواهر و برادر شما دچار اختلال وسواس فکری عملی باشند، تقریباً 25% احتمال اینکه یکی دیگر از افراد درجه یک خانواده دچار این اختلال شود، افزایش می یابد.

Compulsions
Obsessions
GERM PHOBIA
REPETITIVE ACTS
FEAR
Intrusive Thoughts
Or Impulses
CHECKING

علائم

مانند تمامی اختلالات سلامت روان، افراد دارای اختلال وسواس فکری عملی نیز علائم متفاوتی را تجربه می کنند. اغلب افراد آگاه افکاری دائمی دارند یا رفتارهای اجباری از خود نشان می دهند.

با این حال در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) علائم معمولاً بیش از یک ساعت در روز طول می کشد و زندگی روزمره فرد را مختل می کند. وسوسه ها، افکار و انگیزه های مزاحم و غیر منطقی هستند که مکرراً تکرار می شوند.

اعمال اجباری کارهای تکرار شونده ای هستند که موقتاً استرس ناشی از وسوسه را کاهش می دهند. افراد ممکن است سعی کنند اعمال اجباری را نیز مثل وسوسه ها انجام ندهند و از خود دور کنند، ولی نوعی حس اجبار آنها را مجبور می کند برای کم کردن استرس خود این اعمال را انجام دهند.

وسوسه ها ممکن است شامل:

- افکاری راجع به آسیب رساندن به دیگران به صورت مستقیم یا غیر مستقیم باشد.
- شک و تردید راجع به انجام دادن درست کارها مثل خاموش کردن اجاق گاز یا قفل کردن درب منزل.
- تصورات سکسی ناخوشایند.
- ترس از گفتن یا فریاد زدن کلمات یا حرف های ناخوشایند در جمع.

اعمال اجباری ممکن است شامل:

- شستن دست ها به دلیل ترس از میکروب ها.
- شمارش مکرر پول به دلیل عدم اطمینان فرد از درست جمع زدن آن.
- چک کردن مکرر اجاق گاز برای اطمینان از خاموش بودن آن یا قفل بودن درب.
- «بررسی ذهنی» که با افکار مزاحم همراه است نیز ممکن است نمونه ای از اعمال اجباری باشد.

علت ها

دلیل قطعی اختلال وسواس فکری عملی ناشناخته است، اما محققان معتقدند که فعالیت در چندین قسمت از مغز می تواند دلیل این اختلال باشد. یا دقیقتر بگوییم، این نواحی مغز ممکن است به سروتونین به صورت طبیعی واکنش ندهند، سروتونین یک ماده شیمیایی است که سلول های عصبی برای ارتباط با دیگر سلول ها از آن استفاده می کنند. عوامل ژنتیکی نیز ممکن است به افزایش احتمال بروز اختلال وسواس فکری عملی (OCD) کمک کنند.

تشخیص

در مواقع ظهور ناگهانی علائم در کودکان یا سالمندان لازم است ارزیابی دقیق پزشکی انجام شود تا اطمینان حاصل شود که بیماری دیگری باعث ایجاد این نشانه ها نشده باشد. فردی که تشخیص اختلال وسواس فکری عملی (OCD) در مورد او داده شده است، باید علائم زیر را از خود نشان دهد:

- وسوسه، اعمال اجباری یا هر دو.
- وسوسه ها یا اعمال اجباری که ناراحت کننده هستند و باعث اختلال در کار، رابطه و سایر بخش های زندگی می شوند و معمولاً هر روز حداقل یک ساعت طول می کشند.

درمان

در مورد بسیاری از افراد ترکیبی از دارو و درمانگری بهتر از هر کدام از روش ها به تنهایی است. در حالی که دارو مستقیماً روی مغز تأثیر می گذارد، درمانگری ها معمولاً به مغز آموزش می دهند که «تهدیدهای نادرست» را تشخیص دهد.

دارو

رایج ترین انواع دارو که برای درمان اختلال وسواس فکری عملی (OCD) مورد استفاده قرار می گیرد، داروهای ضد افسردگی است. با این حال ممکن است فرد به دوز بالاتری نیاز داشته باشد و نسبت به درمان افسردگی مدت زمان بیشتری مجبور شود از داروهای ضد افسردگی استفاده کند تا علائم اختلال وسواس فکری عملی (OCD) را تحت تأثیر قرار دهد.

روان درمانی

دو نوع روان درمانی وجود دارد که برای درمان اختلال وسواس فکری عملی (OCD) سودمند است:

- **روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ (ERT).** در روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ، فرد را در معرض عامل اضطراب قرار می دهند. برای مثال، پزشک یا درمانگر ممکن است از فردی که ترس از میکروب دارد بخواهد که چیزی که فکر می کند کثیف است مثل دستگیره درب را لمس کند. بعد از آن به آنها اجازه نمی دهند که فوراً دست های خود را بشویند. مدت زمان بین دست زدن به شیء آلوده و شستن دست ها طولانی تر و طولانی تر می شود.

- **شناخت درمانی (CBT).** شناخت درمانی بر افکاری تمرکز می کند که باعث پریشانی می شود و افکار و رفتار منفی را که با آن مرتبط است، تغییر می دهند. در مورد اختلال وسواس فکری عملی، هدف این درمان تشخیص افکار منفی و کم کردن شدت آن به وسیله تمرین تا حدی است که آزار دهنده نباشد.

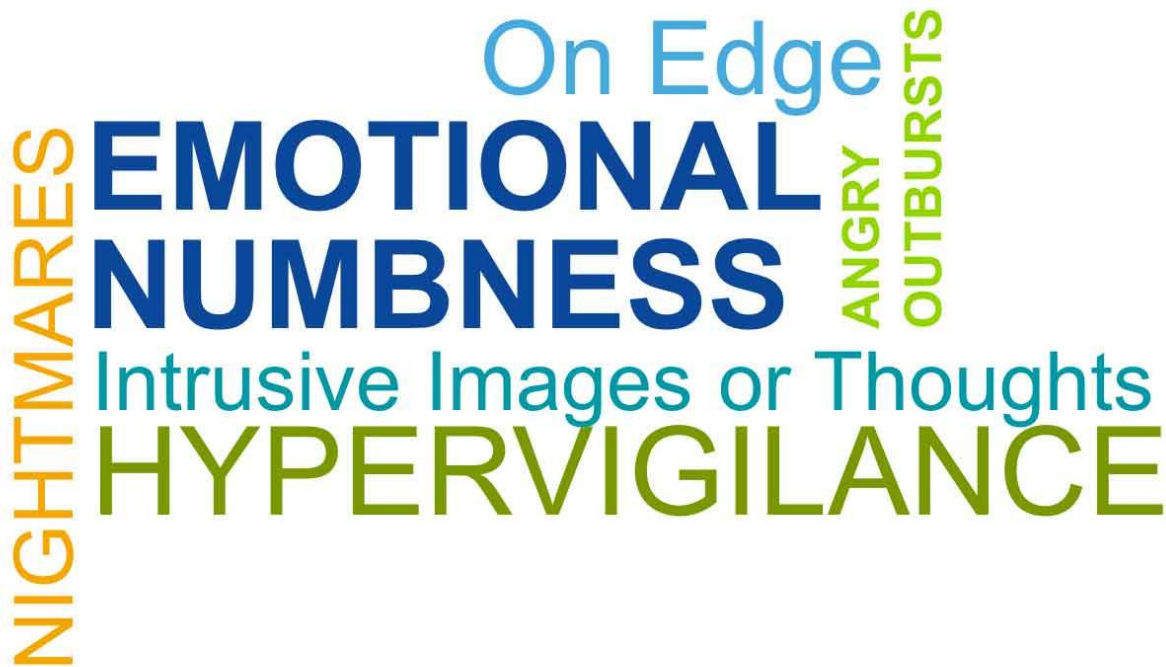
رویکردهای سلامت تکمیلی

تمرین ایروبیکی یکی از مداخلات کلیدی تکمیلی است که می تواند برای ارتقای کیفیت زندگی افراد دچار اختلال وسواس فکری عملی (OCD) مفید باشد. ورزش می تواند سطح پایه اضطراب را در افراد کاهش دهد.

اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD)

رویدادهای آسیب زا مثل جنگ یا حمله نظامی، یک حادثه یا یک فاجعه طبیعی، می تواند اثرات منفی طولانی مدت داشته باشد. گاهی اوقات واکنش های بیولوژیکی و غریزه های ما که می توانند در بحران ها نجات دهنده باشند، علائم روانی پایداری روی افراد می گذارند چون با خودآگاه افراد تلفیق نشده اند.

اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) تقریباً 3.5% جمعیت بزرگسال ایالات متحده را که حدود 7.7 میلیون آمریکایی هستند تحت تأثیر قرار داده است که در این میان زنان بیشتر از مردان دچار این عارضه می شوند. تقریباً 37% این موارد در رده جدی طبقه بندی می شوند. با اینکه اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) ممکن است در هر سنی اتفاق بیفتد، سن میانگین برای بروز این عارضه اوایل 20 سالگی است.



علائم

علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) به صورت زیر طبقه بندی می شوند:

- خاطرات آزاردهنده که می توانند لحظاتی از ضایعه روانی را دوباره زنده کنند، کابوس ها و افکار ترسناک.
- اجتناب، که می تواند شامل دوری از برخی مکان ها و چیزهایی باشد که ضایعه روانی را برای فرد تداعی می کنند. همچنین ممکن است فرد، بی تفاوت شده یا احساس نگرانی و افسردگی کند یا در به خاطر آوردن ضایعه روانی دچار مشکل شود.
- گسستگی که ممکن است شامل تجربیات خارج از جسم باشد یا فرد اینگونه احساس کند که دنیا «واقعی» نیست (مسخ واقعیت).
- گوش بزنگی بیش از حد، که ممکن است باعث شود فرد خیلی زود وحشت زده شود، احساس هیجان زدگی داشته باشد، دچار اختلالات خواب و عصبانیت های ناگهانی شود.

تحقیق اخیر نشان داده است که کودکان 1-6 سال می توانند دچار اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) شوند و علائم کاملاً با اختلال در بزرگسالان متفاوت است. علائم در کودکان ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- اجرای حرکات ترسناک در حین بازی.
- از دست دادن توانایی صحبت کردن.
- وابستگی و چسبیدن به بزرگترها.
- کج خلقی و بهانه گیری های شدید، همچنین رفتارهای خشونت آمیز بیش از حد.

تشخیص

علائم اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) معمولاً بعد از سه ماه از گذشت ضایعه روانی آغاز می شود، اما در برخی موارد سالها بعد از حادثه بروز می کنند. برای اینکه اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) تشخیص داده شوند، علائم باید بیش از یک ماه طول بکشد. اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) معمولاً با افسردگی، سوء مصرف مواد یا یک اختلال اضطراب دیگر همراه است. چون کودکان کم سن و سال در حال کسب شناخت انتزاعی بوده و بیان کلامی محدودی دارند، تحقیق نشان داده است که معیارهای تشخیصی باید بیشتر محوریت رفتاری داشته باشند و به لحاظ رشدی در تشخیص اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) در کودکان زیر سن دبستان، حساسیت داشته باشند.

درمان

داروها

یک درمان مشخص که بتواند تمامی موارد اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) را پوشش دهد، وجود ندارد. برای تخفیف علائم، ترکیب مؤثر روان درمانی و دارو باید توأم با یکدیگر مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به همزمانی اختلالات اضطراب مرتبط با افسردگی، خشونت و تکانشگری، انتخاب داروهایی که این اختلالات مرتبط را مورد درمان قرار می دهد، توصیه می شود. دسته بندی های رایج داروها شامل داروهای ضد افسردگی، داروهای ضد روان پریشی و تثبیت کننده های خلق هستند.

روان درمانی

افراد دارای اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD)، بهتر است مداخلات سازمان یافته را انتخاب کنند تا روان درمانی حمایتگرانه غیر سازمان یافته. علاوه بر درمان های فوق، تحقیقاتی در خصوص درمان یادآوری رویا یا نمایش تمرینی رویا (IRT) نیز در حال انجام است.

- **شناخت درمانی (CBT)** به تغییر افکار و رفتار منفی مرتبط با افسردگی کمک می کند. هدف از این درمان این است که افکار منفی را تشخیص داده و آنها را با افکار مثبت جایگزین کنیم، که به رفتار مؤثرتری منجر می شود.

- **حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)** نوعی مداخله روان درمانی الکتریکی است که برای درمان نوعی آسیب روحی استفاده می شود که در آن طی جلساتی سازمان یافته به کمک یک متخصص ذیصلاح در استفاده از روش حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) از محرک قرار دادن فرد در معرض خاطرات آسیب زا (به لحاظ روانی) استفاده می شود (حرکات چشم یکی از چندین گزینه موجود است).
- **مواجهه درمانی** به افراد در مواجهه با آنچه که از آن می ترسند کمک می کند تا بتوانند به صورتی کارآمد با آن روبرو شوند. برای مثال برنامه های واقعیت مجازی به فرد کمک می کنند تا موقعیتی را که در آن آسیب روحی را تجربه کرده دوباره تجربه کند.

دیگر اشکال درمان عبارتند از استفاده از سگ های پشتیبان یا گروه های پشتیبان.

روش های تکمیلی یا جایگزین

اخیراً بسیاری از متخصصان مراقبت بهداشت و سلامت برخی رویکردهای تکمیلی را در سیستم های درمانی خود وارد کرده اند. برخی از روش هایی که برای درمان اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) مورد استفاده قرار می گیرد، عبارتند از:

- یوگا
- آب درمانی، مثل اتاق های شناور یا موج سواری
- طب سوزنی
- تمرکز حواس و مراقبه

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی یک عارضه سلامت روانی جدی است که توانایی فرد را در درست فکر کردن، مدیریت احساسات، تصمیم گیری و ارتباط با دیگران مختل می کند. این یک نوع عارضه پزشکی پیچیده و طولانی مدت است که تقریباً 1% از آمریکایی ها را مبتلا کرده است. گرچه اسکیزوفرنی در هر سنی ممکن است اتفاق بیفتد، میانگین سن شروع آن در اواخر نوجوانی یا اوایل بیست سالگی در مردان و اواخر بیست سالگی یا اوایل سی سالگی در زنان است. معمولاً تشخیص اسکیزوفرنی در افراد زیر 12 سال یا بالای 40 سال نادر است.



علائم

مانند تمامی اختلالات سلامت روان، افراد دارای اسکیزوفرنی نیز علائم متفاوتی را تجربه می کنند. علائم عبارتند از:

- توهمات، که ممکن است به شکل شنیدن صداهایی توسط فرد، دیدن اشیاء یا بوهایی باشد که افراد دیگر قادر به درک آنها نیستند.
- خیالات که عبارت است از باورهای غلطی که حتی هنگامی که فرد در معرض واقعیات یا ایده های جدید قرار می گیرد، تغییر نمی کنند.
- افکار درهم و برهم مثل تلاش برای یادآوری خاطرات، سازماندهی افکار یا انجام دادن کارها.
- آنوسگنوزیا که به معنای این است که آنها فاقد بینش هستند و از بیماری خود آگاه نیستند.
- علائم منفی مثل بی تفاوتی از نظر احساسی یا صحبت کردن به صورت مقطع و کسل کننده.

علت ها

تحقیقات نشان داده است که اسکیزوفرنی ممکن است علل مختلفی داشته باشد:

- **ژنتیک:** اسکیزوفرنی با یک نوع دگرگونی ژنتیکی ایجاد نمی شود، اما تلفیقی پیچیده از عوامل ژنتیکی و تأثیرات محیطی است. با اینکه اسکیزوفرنی در تنها 1% جمعیت اتفاق می افتد، دارا بودن سابقه روان پریشی در خانواده خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را به میزان قابل توجهی افزایش می دهد. اسکیزوفرنی تقریباً در 10% افرادی که در بستگان درجه یک خود سابقه اختلال دارند، مثل یکی از والدین یا خواهر و برادرها اتفاق می افتد.
- **محیط:** قرار گرفتن در معرض ویروس یا سوء تغذیه قبل از تولد، به ویژه در سه ماهه اول و دوم بارداری خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را افزایش می دهد. بیماری های التهابی یا خودایمنی نیز می توانند باعث به خطر افتادن سیستم ایمنی شوند.
- **شیمی مغز:** اختلالاتی در مواد شیمیایی خاص در مغز، مثل پیام رسان های عصبی مانند دوپامین و گلوتامات ممکن است به بروز اسکیزوفرنی منجر شوند. پیام رسان های عصبی به سلول های مغزی اجازه می دهند تا با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. شبکه های نورونی نیز دخیل هستند.
- **مصرف مواد:** برخی مطالعات نشان دادند که مصرف داروهای روان گردان در اوایل نوجوانی و بزرگسالی می تواند خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را افزایش دهد. شواهد رو به رشدی نشان می دهند که کشیدن ماری جوانا خطر ابتلا به عوارض روان پریشی و روان پریشی مزمن را افزایش می دهد. هرچه مصرف کننده جوانتر باشد و هر چه تعداد دفعات استفاده بیشتر باشد، خطر بیشتری فرد را تهدید می کند. تحقیق دیگری نشان می دهد که کشیدن ماری جوانا باعث شروع زود هنگام اسکیزوفرنی و به دنبال آن ظاهر شدن نشانه های بیماری می شود.

تشخیص

تشخیص اسکیزوفرنی آسان نیست. پیچیدگی آن زمانی بیشتر می شود که با این واقعیت توأم می شود که بسیاری از افرادی که بیماری اسکیزوفرنی در مورد آنها تشخیص داده شده است، باور نمی کنند که به این بیماری مبتلا هستند. عدم آگاهی یکی از علائم شایع افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است و به میزان قابل توجهی درمان را پیچیده تر می کند. برای تشخیص اسکیزوفرنی لازم است که فرد دو یا چند مورد از علائم زیر را که به صورت مداوم رخ می دهد و با کاهش عملکرد همراه است از خود نشان دهد:

- خیالات
- توهمات
- سخن درهم و برهم
- رفتار درهم و برهم و ناشی از روان گسیختگی
- علائم منفی

درمان

علائم اسکیزوفرنی را می توان با مراقبه، توانبخشی روانشناختی و پشتیبانی خانواده کاهش داد. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به محض شروع علائم عارضه باید تحت درمان قرار گیرند، چون مداخله زود هنگام می تواند شدت علائم را کاهش دهد. گزینه های درمان شامل موارد زیر هستند:

- **داروهای ضد روان پریشی:** معمولاً یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای تخفیف علائم روان پریشی در فرد مانند خیالات و توهمات از داروهای ضد روان پریشی استفاده می کند. به دلیل عدم آگاهی از بیماری و عوارض جانبی جدی دارو، افراد معمولاً در مصرف داروهای ضد روان پریشی تردید می کنند.

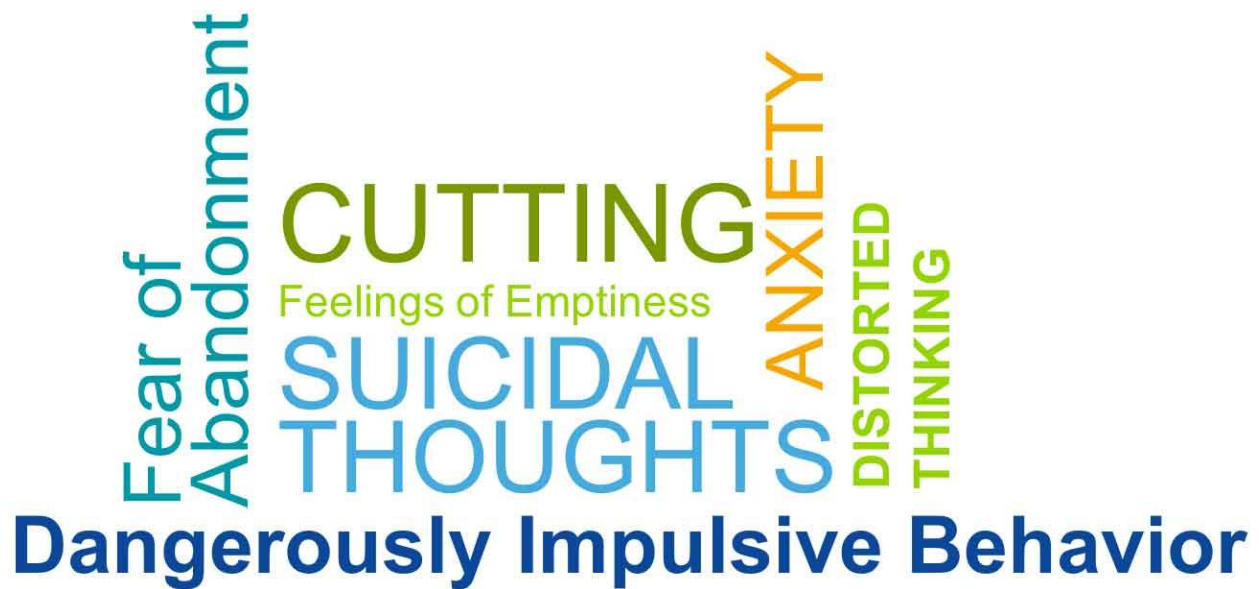
- **روان درمانی:** مانند شناخت درمانی (CBT) یا درمان افزایش شناخت (CET).
- **درمان های روانی اجتماعی:** افرادی که در مداخلات درمانی شرکت می کنند، اغلب شاهد بهبودی هایی هستند و از ثبات ذهنی بیشتری برخوردار هستند. درمان های روانی اجتماعی باعث می شود تا افراد موانعی را که به دلیل بیماری اسکیزوفرنی در زندگی آنها پیش می آید، از میان برداشته و با موفقیت زندگی کنند. اگر فرد در توانبخشی روانی اجتماعی شرکت کند به احتمال بیشتری درمان را ادامه می دهد و احتمال عود بیماری کمتر می شود. برخی از درمان های روانی اجتماعی که رواج بیشتری دارد شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است.

اختلال شخصیت مرزی (BPD)

اختلال شخصیت مرزی (BPD) عارضه ای است که مشخصه آن اختلال در تنظیم احساسات است. این اختلال منجر به نوسانات شدید خلقی، تکانشگری و بی ثباتی می شود، تصویر ضعیف از نفس و روابط شخصی مغشوش نیز از نشانه های آن هستند.

افراد ممکن است مکرراً تلاش کنند که از موقعیت های فرضی یا واقعی که در آن فرد طرد می شود، فرار کنند. اختلال شخصیت مرزی (BPD) نهایتاً با آشفتگی عاطفی تشخیص داده می شود. افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) احساسات را بسیار شدیدتر و طولانی تر حس می کنند و برای آنها بازگشت به حالتی ثابت بعد از یک رویداد شدید احساسی سخت است. تهدید به خودکشی و اقدام به آن در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) بسیار شایع است. اقداماتی مثل خود زنی مانند بریدن و خود سوزی نیز رایج است.

تخمین زده می شود که 1.6% از جمعیت بزرگسال ایالات متحده دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) هستند اما ممکن است این رقم تا 5.9% نیز برسد. تقریباً 75% افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) را زنان تشکیل می دهند، اما تحقیق اخیر نشان داده است که مردان نیز ممکن است به همین میزان مبتلا به این نوع اختلال باشند. در گذشته، اختلال شخصیت مرزی (BPD) در مردان اغلب با اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) یا افسردگی اشتباه گرفته می شد.



علائم

افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) نوسانات خلقی شدیدی را تجربه می کنند و می توانند حس بی ثباتی و ناامنی شدیدی از خود نشان دهند. علائم و نشانه ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- تقلای جنون آمیز برای اجتناب از طرد و رها شدن به وسیله دوستان و خانواده.
- روابط شخصی نامتعادل که بین ایده آل گرایی و پوچ پنداری نوسان می کند. به این عارضه گاهی «دوپارسازی» گفته می شود.
- تصویر ذهنی مغشوش و بی ثبات از خود که ممکن است بر خلق و خو، ارزش ها، عقاید، اهداف و روابط تأثیر بگذارد.

- رفتارهای تکانشی که می‌توانند عواقب خطرناکی داشته باشند.
- اقدام به خودکشی و خودزنی.
- دوره‌های زمانی شدید افسردگی، زودرنجی یا اضطراب که از چند ساعت تا چند روز طول می‌کشد.
- احساس کسالت مزمن یا پوچی.
- خشم بیجا، شدید یا غیر قابل کنترل—که اغلب با احساس شرم و عذاب وجدان همراه است.
- احساسات جداکننده (احساس جدا شدن از افکار یا هویت، یا حس «جدا شدن از جسم») و افکار پارانوئیدی مرتبط با استرس. موارد شدید استرس همچنین می‌تواند به دوره‌های زمانی روان‌پریشی کوتاه منجر شود.

علت‌ها

علل اختلال شخصیت مرزی به صورت کامل شناخته شده نیست، اما دانشمندان معتقدند که ترکیبی از عوامل مختلف دلیل این نوع اختلال است که عبارتند از:

- **ژنتیک.** با اینکه ژن خاصی دلیل اختلال شخصیت مرزی (BPD) نیست، مطالعات در دو قلوها نشان می‌دهد که عوامل موروثی قوی در این عارضه دخیل هستند. احتمال بروز اختلال شخصیت مرزی (BPD) در افرادی که یکی از بستگان درجه یک آنها به این اختلال مبتلاست، تا پنج برابر بیشتر است.
- **عوامل محیطی.** افرادی که رویدادهای آسیب‌زا (به لحاظ روانی) را در زندگی تجربه می‌کنند، مثل سوء استفاده جسمی یا جنسی در دوران کودکی یا بی‌توجهی از سوی والدین یا جدایی آنها، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) قرار دارند.
- عملکرد مغز. شیوه عملکرد مغزی در افراد مختلف دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) متفاوت است، که این بیانگر این است که برخی از علائم مبنای عصبی دارند. به ویژه ممکن است قسمت‌های مختلف مغز که احساسات، تصمیم‌گیری و قضاوت را کنترل می‌کنند، قادر به برقراری ارتباط درست با یکدیگر نباشند.

تشخیص

آزمایش پزشکی خاصی برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی (BPD) وجود ندارد و تشخیص نمی‌تواند بر پایه یک نشانه یا علامت انجام گیرد. اختلال شخصیت مرزی (BPD) توسط یک متخصص سلامت روان و به دنبال یک مصاحبه جامع با روانپزشک تشخیص داده می‌شود، مصاحبه ممکن است شامل صحبت با متخصصان بالینی قبلی، آزمایشات پزشکی و در صورت صلاحدید صحبت با دوستان و خانواده باشد. برای اینکه اختلال شخصیت مرزی (BPD) در فرد تشخیص داده شود، او باید حداقل 5 تا 9 مورد از علائم اختلال شخصیت مرزی (BPD) را که در فهرست بالا آورده شده، دارا باشد.

درمان

درمان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) اغلب به صورت ترکیبی از روان‌درمانی، پشتیبانی دوستان و خانواده و داروهای جهت علائم همزمان است.

- **داروها** مستقیماً علائمی چون احساس پوچی، احساس رها شدن و اختلالات هویتی را مورد هدف قرار نمی دهند، اما می توانند در درمان سایر علائم مرتبط با اختلال شخصیت مرزی (BPD)، مثل خشم، افسردگی و اضطراب مفید باشند. داروها ممکن است شامل تثبیت کننده های خلق، داروهای ضد روان پریشی، داروهای ضد افسردگی و داروهای ضد اضطراب باشند.
- **روان درمانی** یکی از راه های درمانی اساسی برای درمان فرد دارای اختلال شخصیت مرزی (BPD) است. علاوه بر رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) که به طور خاص برای درمان اختلال شخصیت مرزی (BPD) طراحی شده است، چندین روش روان درمانی دیگر هم وجود دارند که مفید هستند. این درمان ها شامل شناخت درمانی (CBT) و روش درمانی مبتنی بر ذهنی سازی (MBT) است.

روان پریشی

دوره زمانی روان پریشی وقتی اتفاق می افتد که فرد از واقعیت فاصله می گیرد و اغلب شامل دیدن، شنیدن و باور امور غیر واقعی می شود. تقریباً 3 نفر از هر 100 نفر در طول زندگی خود یک دوره زمانی روان پریشی را تجربه می کنند. جوانان بیشتر در معرض خطر تجربه دوره زمانی روان پریشی هستند چون در دوران بلوغ تغییرات غیر طبیعی در مغز رخ می دهد، اما دوره زمانی روان پریشی ممکن است در هر مرحله ای از زندگی اتفاق بیفتد.

روان پریشی یک بیماری نیست، بلکه یکی از علائم بیماری است. یک دوره زمانی روان پریشی ممکن است در نتیجه یک بیماری جسمی یا روحی، مصرف مواد، آسیب روحی یا استرس شدید رخ دهد.

DELUSIONS
Lack of
SUSPICIOUS Personal
Withdrawal Hygiene
HALLUCINATIONS
PARANOIA
Trouble Concentrating

علائم

علائم دوره زمانی روان پریشی ممکن است شامل کلام غیر منسجم و رفتار نابسامان، مانند خشم ناگهانی باشد اما روان پریشی معمولاً در برگیرنده یک یا دو تجربه عمده است:

- **توهمات** در دیدن، شنیدن یا حس فیزیکی اشیائی که واقعاً وجود ندارند.
- **خیالات** که باورهای قوی هستند که درست نیستند و ممکن است برای دیگران آزاردهنده باشد.

نشانه های هشدار زودهنگام

اغلب افراد روان پریشی را نوعی جدایی ناگهانی از واقعیت می پندارند، اما اغلب علائم هشداردهنده ای قبل از بروز دوره زمانی روان پریشی وجود دارند. اینکه بدانیم به دنبال چه باید باشیم می تواند فرصت مداخله زودهنگام را فراهم کند. برخی علائم عبارتند از:

- **آفت نگران کننده** در نمرات یا در عملکرد کاری فرد.
- **مشکل در صریح فکر کردن** یا تمرکز.
- **مشکوک بودن** به دیگران یا با آنها احساس ناراحتی کردن.

- بی میلی در اقدامات خود- مراقبتی یا عدم رعایت بهداشت شخصی.
- تمایل بیش از حد معمول به تنها بودن.
- احساسات قوی و نامناسب یا بی احساس بودن.

علت ها

عوامل مختلفی می تواند در بروز روان پریشی دخیل باشند:

- **ژنتیک.** ژن های بسیاری در بروز روان پریشی دخیل هستند، اما این دلیل به تنهایی برای بروز روان پریشی در فرد کافی نیست.
- **آسیب روحی.** یک رویداد آسیب زا مثل مرگ، جنگ یا تجاوز جنسی می تواند عامل محرکی برای یک دوره زمانی روان پریشی باشد.
- **مصرف مواد.** مصرف ماری جوانا، مشروبات تریاک، هروئین و سایر مواد می توانند خطر ابتلا به روان پریشی را در افرادی که آسیب پذیر هستند، افزایش دهند.
- **بیماری جسمی یا جراحی.** جراحات مغزی آسیب زا، تومورهای مغزی، سکته، ایدز و برخی بیماری های مغزی مثل پارکینسون، آلزایمر و زوال عقل ممکن است در برخی مواقع منجر به روان پریشی شوند.

تشخیص

تشخیص یک بیماری را شناسایی می کند و علائم مؤلفه های یک بیماری هستند. روان پریشی یک علامت است نه یک بیماری.

ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی با توجه به اطلاعات و سوابق پزشکی و خانوادگی و همچنین معاینات فیزیکی تشخیص را انجام می دهند. اگر عللی مثل تومور مغزی، عفونت یا صرع رد شوند، عارضه سلامت روان ممکن است علت روان پریشی باشد.

درمان روان پریشی

شناسایی و درمان هر چه زودتر روان پریشی باعث حصول بهترین نتایج می شود. مداخله زودهنگام همیشه بهترین روش برای درمان یک عارضه سلامت روان است، چون احتمال پیشگیری از پیشرفت عارضه فراهم می شود.

مراکز تخصصی بسیاری هستند که منحصراً بر روان پریشی و درمان بحران در جوانان تمرکز می کنند. انجمن روانپزشکی آمریکا (APA)، بخش ایالتی APA، پزشک عمومی، بیمه گذار و ایالت یا شهرستان مسئول سلامت روان منابع دیگری هستند که می توانند به شما کمک کنند.

درمان ها برای روان پریشی می تواند به صرت تلفیقی از روان درمانی، مراقبه، رویکردهای سلامت تکمیلی یا حتی بستری شدن باشند. لازم است که با یک متخصص سلامت روان در خصوص تعیین برنامه درمانی مناسب مشورت کنید.

تشخیص دوگانه

تشخیص دوگانه واژه ای است که در مواقعی که فرد یک بیماری روانی و اختلال ناشی از مصرف مواد را به صورت همزمان تجربه می کند، به کار می رود. تشخیص دوگانه همچنین به تشخیص علائم همزمان اشاره دارد که یک دسته بندی بسیار گسترده است. ممکن است از فردی با افسردگی خفیف ناشی از زیاده روی در نوشیدن تا بروز علائم اختلال دو قطبی که با سوء مصرف هروئین در دوران شیدایی در فرد تشدید شده است، تغییر کند.

هرکدام از دو عامل سوء مصرف مواد یا بیماری روانی می تواند ابتدا اتفاق افتاده باشد. فردی که دچار عارضه سلامت روان شده است ممکن است به عنوان نوعی خود-درمانی برای بهبود علائم آزادکننده عارضه روانی به مصرف مواد یا الکل روی بیاورد. با این حال تحقیقات نشان داده اند که مواد مخدر و الکل فقط علائم اختلالات سلامت روان را بدتر می کنند. سوء مصرف مواد چه بسا باعث اختلالات سلامت روان شود چون مواد بر خلق و خوی فرد، افکار، شیمی مغزی و رفتار او تأثیر می گذارد.

ARREST Supporting
a Habit ALCOHOL
SUBSTANCE ANXIETY OPIATES
Meth ABUSE Heroin
Sudden Behavior Changes
MARIJUANA Withdrawal

تشخیص دوگانه چقدر احتمال دارد رخ دهد؟

تقریباً یک سوم افراد اختلالات سلامت روان را تجربه می کنند که حدود نیمی از افرادی که با اشکال جدی تری از این عوارض زندگی می کنند، تجربه مصرف مواد نیز داشته اند. این آمارها بازتابی از جامعه مصرف کنندگان مواد هستند، که در آن تقریباً یک سوم افراد الکلی و بیش از نیمی از افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند، دچار عوارض سلامت روان هستند.

مردها بیشتر از زنان دچار اختلال همزمانی می شوند. افراد دیگری که به طور خاص در معرض خطر تشخیص دوگانه هستند، عبارتند از افرادی که در رده های پایینتر جامعه به لحاظ اقتصادی اجتماعی قرار دارند، سربازان نظامی و افراد دارای بیماری های جسمی.

علائم

ویژگی بارز تشخیص دوگانه این است که هم اختلال سلامت روان و هم سوء مصرف مواد توأم با یکدیگر رخ دهند. چون ترکیبات بسیار زیادی از اختلالات ممکن است رخ دهند، علائم تشخیص دوگانه بسیار گسترده هستند. علائم سوء مصرف مواد ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- کناره گیری از دوستان و خانواده.
- تغییرات ناگهانی در رفتار.
- مصرف مواد تحت شرایط خطرناک.
- مشارکت در رفتارهای پرخطر در هنگام مستی یا خلق بالا.
- از دست دادن کنترل در مصرف مواد.
- انجام کارهایی که معمولاً آنها را انجام نمی دهید برای حفظ عادات.
- بروز علائم کناره گیری و رواداری.
- احساس نیاز به مواد مخدر برای انجام عملکردها.

علائم عارضه سلامت روانی نیز ممکن است بسیار گسترده باشند. شناخت علائم هشداردهنده، مثل تغییرات خلقی شدید، افکار گنج کننده یا اختلالات تمرکز، کناره گیری از دوستان و فعالیت های اجتماعی و فکر کردن به خودکشی، می تواند در تشخیص اینکه آیا فرد به کمک نیاز دارد یا خیر، مفید باشد.

تشخیص دوگانه چگونه درمان می شود؟

امروزه رایج ترین روش برای درمان تشخیص دوگانه مداخله یکپارچه است، که در آن فرد هم برای عارضه سلامت روان خاص و هم سوء مصرف مواد، مراقبت هایی دریافت می کند. چون عوامل زیادی وجود دارد که باعث بروز تشخیص دوگانه می شوند، درمان معمولاً برای همه یکسان نیست.

سم زدایی

اولین چالشی که افراد دارای تشخیص دوگانه باید بگذرانند، سم زدایی است. در سم زدایی از طریق بستری بیمار، فرد به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته به مدت 7 روز تحت نظر پرسنل پزشکی آموزش دیده قرار می گیرد. سم زدایی از طریق بستری بیمار معمولاً به دلیل خماری اولیه مؤثرتر از روش سم زدایی بدون بستری است. این به این دلیل است که در سم زدایی به روش بستری فردی که با اعتیاد دست و پنجه نرم می کند در محیطی یکنواخت قرار گرفته و از قرار گرفتن در معرض افراد و مکان هایی که با مصرف مواد در ارتباط هستند، دور می ماند.

توانبخشی به روش بستری

ممکن است توانبخشی به روش بستری در مرکز توانبخشی برای فردی که دچار یک عارضه سلامت روانی جدی است یا الگوهای مصرف خطرناک یا وابستگی شدید دارد، بهتر باشد چون در مرکز مراقبت های سلامت روان، مراقبت های پزشکی متمرکزتری به صورت 24 ساعته در 7 روز ارائه می شود. این مراکز درمانی به ارائه درمان، پشتیبانی، دارو و خدمات سلامت با هدف درمان اعتیاد و علل وابسته به آن می پردازند. اسکان حمایتگرانه، مثل خانه های گروهی یا خانه های هوشیاری نوع دیگری از مراکز درمانی دارای اسکان هستند که برای افرادی که به تازگی مصرف الکل را کنار گذاشته اند و مایل به بازگشت به سوی آن نیستند، بسیار مفید است.

داروها

داروها هم ابزار مهمی برای درمان عارضه های مختلف سلامت روان هستند. بسته به علائم سلامت روان که فرد تجربه می کند، داروهای مختلف ممکن است نقش مهمی در بازپروری او ایفا کنند. داروهای خاص نیز همچنین برای افرادی که سوء مصرف مواد را تجربه می کنند، مفید هستند. این داروها برای تخفیف علائم ترک یا ارتقای بهبودی مورد استفاده قرار می گیرند. داروهای که برای ترک مورد استفاده قرار می گیرند، در فرایند سم زدایی به کار می روند.

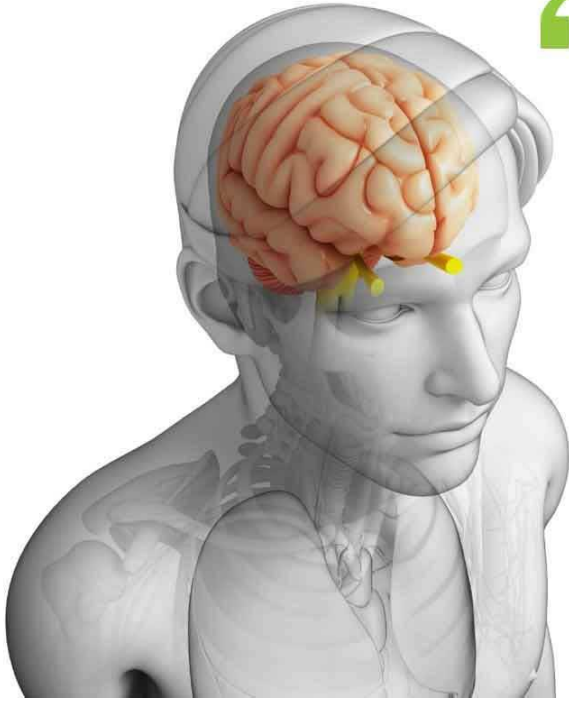
روان‌درمانی

روان‌درمانی تقریباً همیشه بخش بزرگی از برنامه درمانی تشخیص دوگانه بوده است. در بهبود علائم عوارض سلامت روان و سوء مصرف مواد، اهمیت آموزش در خصوص بیماری فرد و چگونگی تأثیر باورها و رفتارها روی افکار در مطالعات بسیاری نشان داده شده‌اند. شناخت درمانی (CBT) در کمک به افراد دارای تشخیص دوگانه در یادگیری چگونگی مواجهه با تغییر الگوهای تفکر ناکارآمد، تأثیر ویژه‌ای دارد.

خودحمایتگری و گروه‌های پشتیبان

دست و پنجه نرم کردن با تشخیص دوگانه می‌تواند چالش برانگیز بوده و باعث گوشه‌گیری فرد شود. وقتی فرد در مرحله بهبودی است، گروه‌های پشتیبان امکان تبادل اطلاعات در خصوص ناامیدی‌ها، موفقیت‌ها، معرفی به متخصصین و پیشنهاد مکان‌هایی که بهترین منابع اجتماعی و نکات مفید را در خصوص اینکه چه کاری بهتر است ارائه می‌دهند، برای افراد فراهم می‌کنند. افراد همچنین دوست و اسپانسرهایی که می‌توانند به آنها کمک کنند را پیدا می‌کنند تا هوشیار بمانند.

بيولوژی اختلالات سلامت روان



“ What we have to get across, is how it is that people get mental illness. Nobody is to blame. This is not a mental weakness. These are diseases just like any other neurobiological disorders. They just happen to affect complex behaviors. ”

Dr. Steven Hyman, former Director of the National Institute of Mental Health (NIMH)

بخش IV.

استراتژی های ارتباط

Empathic GUIDELINES

- **پشتیبانی به جای نقد کردن.** افرادی که در بحران سلامت روان به سر می‌برند، بسیار آسیب‌پذیر هستند. وقتی آنها را نقد می‌کنیم، یا الفاظ منفی در مورد آنها به کار می‌بریم، در واقع از آسیب‌پذیری آنها سوء استفاده می‌کنیم. این با هدف ما برای کمک به آنها در تأمین نیازهای اولیه و پشتیبانی آنها در مسیر بهبودی در تضاد است. قسمت عمده‌ای از تلاش‌های ما این است که به عزت نفس آنها احترام بگذاریم و آن را حفظ کنیم. هرگونه توصیه و پیشنهادات را از این منظر که چه فایده‌ای می‌توانند داشته باشند باید طبقه‌بندی کرد نه از این منظر که فرد چه کار «اشتباهی» انجام داده است.

- **تشویق به جای تنبیه.** کارآمدترین راه برای کمک به افراد جهت شروع رفتاری سودمند، این است که به تجربیات آنها با دیدگاهی دلسوزانه نگاه کنید، دیدگاه آنها را ارزیابی کنید، یک هدف مشترک پیدا کنید، به ایده‌های آنها گوش کنید و سپس پیشنهاد خود را مطرح کنید. وقتی از این فرایند پیروی می‌کنیم و صادقانه ایده‌ها و نگرانی‌های خود را مطرح می‌کنیم، ما بین خود و عزیزانمان اعتماد سازی می‌کنیم. این مؤثرترین راه برای تشویق به تغییر بلند مدت است. تحت تأثیر قرار دادن افراد از طریق ترساندن یا تنبیه روشی قهری است و باعث درگیری بیشتر شده و عواقب بدتری به دنبال دارد. اعضای خانواده این مسأله را به صورت ملموس تجربه می‌کنند. جو تالیوت، یک والد در کتاب *The Family Face of Schizophrenia* اثر پاتریشا بک لرمی گوید:

«با این بیماری جایی برای جنگ نمی‌ماند. شما نمی‌توانید بجنگید. فقط باید آن را قبول کنید و با آرامش برخورد کنید. و به خاطر داشته باشید که *تن صدایتان را پایین نگه دارید*. . . [همچنین] تنبیه در مورد این بیماری مؤثر نیست. اکنون که تجربه زندگی کردن با یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را دارم، از اینکه می‌بینم کارکنان حوزه سلامت روان سعی می‌کنند رفتار نامناسب مشتریان را با تنبیه اصلاح کنند، ناراحت می‌شوم، چون می‌دانم که تنبیه مؤثر نیست.»

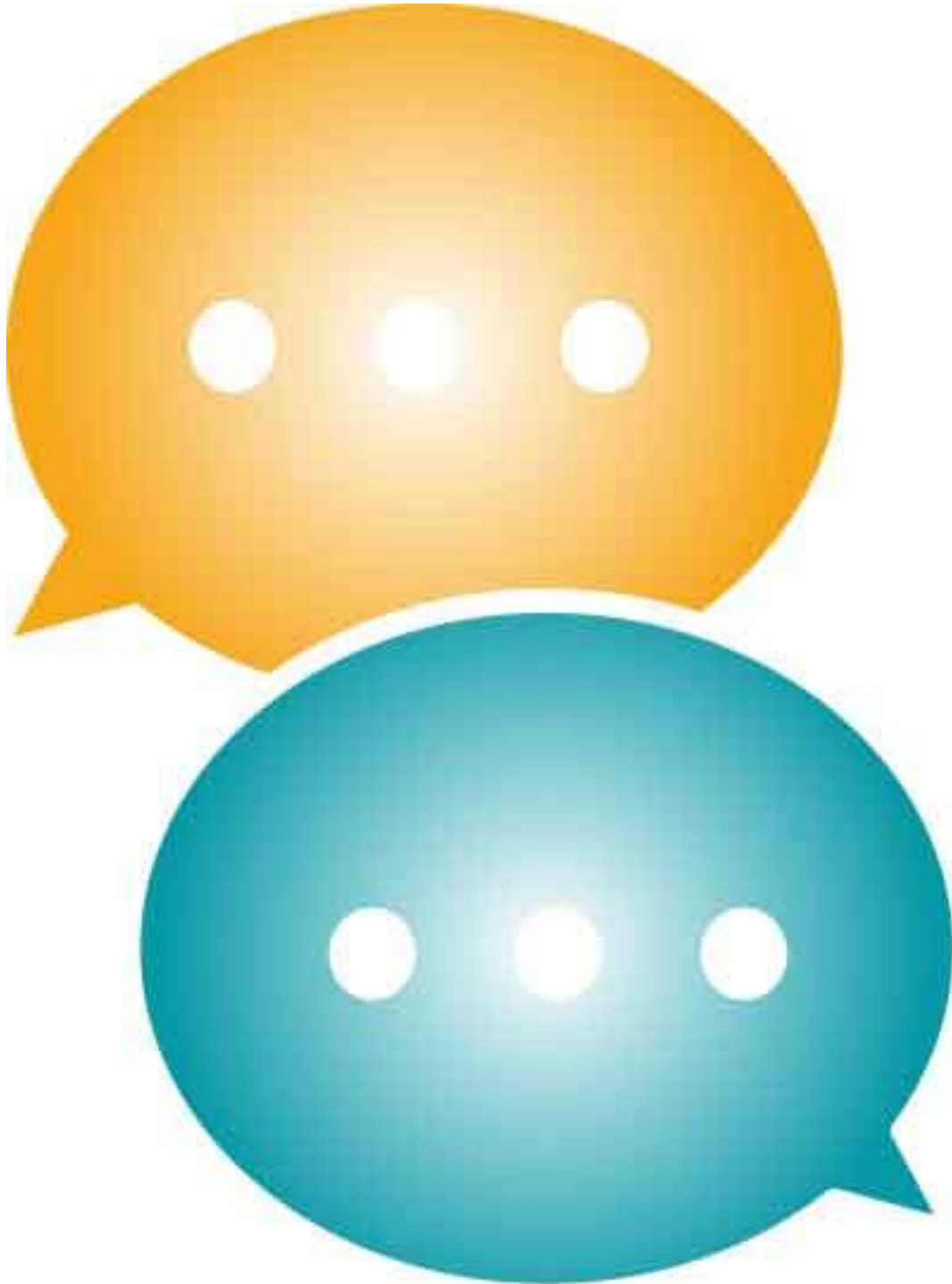
- **به رفتار مثبت پاداش دهید و رفتار منفی را نادیده بگیرید.** مطالعات نشان دادند که افراد می خواهند به صورتی رفتار کنند که مورد احترام و تأیید قرار گیرند. تحقیقات این گونه نشان می دهند که نقد، درگیری و فشار احساسی شدیداً باعث عود بیماری می شود. فقط بهتر است که منتظر بمانید و رفتار منفی را در صورتی که خطری ایجاد نکند، نادیده بگیرید، تا اینکه واکنش نشان دهید و بر آن رفتار تمرکز کنید.
- **تمام علائم فرد را بشناسید و قبول کنید.** ممکن است میل به «اصلاح» علائم فرد وسوسه انگیز باشد چون ممکن است این طور به نظر بیایند که رفتارها عمدی هستند. لازم است به خاطر داشته باشیم که فقدان انگیزه در یک فرد افسرده یکی از علائم بیماری او است و نباید با آن مبارزه کنیم تا از بین برود، مگر اینکه به واسطه یک برنامه درمانی کارآمد به این کار اقدام ورزیم. نمی توانیم با خیالات یک بیمار روان پریش مبارزه کنیم یا تصویر ذهنی یک فرد خودشیفته را که از خود ترسیم کرده است، کوچک کنیم، آنها در حال گذراندن دوران شیدایی هستند. اینها رفتارهای اجتماعی نیستند—بلکه علائم پزشکی هستند که می توان آنها را از طریق درمان های مختلف مورد هدف قرار داد. در عوض پشتیبانی و همدلی می تواند احساس گناه و اضطراب فرد را کم کرده و باعث درمان مؤثرتری شود.
- **صبورانه رفتار مستقل را تشویق کنید.** برای تشویق عزیزانتان به برداشتن گام های مستقل در فرایند بهبودی، از آنها بپرسید احساس می کنند آمادگی انجام چه کاری را دارند. برنامه ها و اهداف کوتاه مدت بچینید برای تغییرات و توقعات آماده باشید. پیشرفت در بیماری روانی به انعطاف پذیری نیاز دارد. ممکن است لازم باشد که اعضای خانواده و ارائه دهندگان استانداردهایی را که از طریق آنها پیشرفت را می سنجند، زیر پا بگذارند و بیشتر به این مسأله که خود فرد دارای عارضه سلامت روان چگونه پیشرفت را می سنجد، توجه کنند. صبوری و انتظار می تواند کمک کننده باشد. توجه داشته باشید که فرد دارای عارضه سلامت روان ممکن است در مورد اینکه چه موقع علائم بهبودی را نشان می دهند، یا اینکه سیستم پشتیبانی کننده آنها عقب بکشد و در معرض خطر بیشتری قرار گیرند، مضطرب باشد. به عزیزانتان اطمینان دهید که توجه و پشتیبانی شما ادامه خواهد داشت حتی زمانی که او در بحران نباشد.
- **توقعات اولیه را حفظ کنید.** مثل توقعاتی که از افراد دیگر داریم، می توانیم از افراد دچار اختلالات سلامت روان نیز توقع رفتارهای معقول و ساده داشته باشیم. وقتی توقعات رفتاری و همکاری کاملاً تعریف شده و مشخص باشند، فرصت همزیستی مسالمت آمیز برای هر فردی بهتر فراهم می شود، بنابراین حتماً باید توقعات خود را مطرح کنیم.
- **میزان هیجاناتی را که عزیزانمان بروز می دهند، ارزیابی کنید.** دلسوزی اغلب با گوش کردن و پاسخ به حقیقت احساسی که هر فرد بروز می دهد همراه است. ما ممکن است با جزئیات یا ایده هایی که آنها مطرح می کنند، موافق نباشیم اما باید اعتبار واکنش هیجانی آنها را نسبت به تجربیاتشان بشناسیم و ابراز کنیم. برای مثال، وقتی کسی می گوید، «همه در این خانه فکر می کنند که من مایه بدبختی هستم» می توانیم دشواری شرایط احساسی را که در آن هستند درک کنیم بدون اینکه با این ایده موافق باشیم. می توانیم عبارتی شبیه این را بگوییم، «اینکه فکر کنی از تو ناامید شده ایم واقعاً ممکن است غم انگیز باشد. این می تواند دردناک باشد.» این نشان می دهد، ما به دقت به حرف آنها گوش کرده ایم، و به آنها فرصت رفع هر گونه سوء تفاهم را داده ایم و نشان می دهد که آنها می توانند به درک ما از احساس واقعی شان اعتماد کنند. وقتی اینگونه اعتمادسازی می کنیم، می توانیم شروع کنیم به شفاف سازی این مسأله که موقعیت آنها را چگونه می بینیم و همان طور که پیش می رویم نکاتی را که با آن موافق هستیم پیدا می کنیم.
- **همدلی را برای خودمان نگه داریم.** ما ابر قهرمان نیستیم، و بسیاری از امور خارج از کنترل ما هستند. فردی که برای ما عزیز است، ممکن است سرانجامی را که ما می پسندیم رقم نزنند، یا ممکن است به نظر بیاید که مدت ها است در شرایط سختی گیر افتاده است. اینکه تمام تلاش خود را بکنیم تا به آنها در بهبود سلامتی شان کمک کنیم قابل ستایش است ولی نمی توانیم آنچه را که دقیقاً مورد انتظار است، تضمین کنیم. باید نسبت به خودمان و محدودیت هایمان دلسوز باشیم.

بیشتر بیاموزیم

برای اینکه تصویری دقیق و جذاب از بیان همدلی داشته باشید، انیمیشن برن براون را در مورد فرق همدلی و دلسوزی ببینید:

<https://www.youtube.com/watch?v=1Evwgu369Jw>

نکات کلیدی در ارتباط اولیه



- از جملات کوتاه، شفاف و مستقیم استفاده کنید. توضیحات طولانی و پیچیده می توانند برای افرادی که علائم سلامت روان را تجربه می کنند، سخت باشند. ممکن است به این توضیحات گوش ندهند.

- جملات خود را به زبان ساده بگویید. در هر زمان فقط یک موضوع را مورد بحث قرار دهید و فقط یک جهت گیری انجام دهید. تا حد امکان شفاف صحبت کنید.
- سطح تحریک کنندگی را تا جایی که امکان دارد پایین نگه دارید تا عزیزانتان قادر به گوش دادن به حرفهای شما و ادراک آنها باشند. با صدای آرام صحبت کنید و آرامش خود را حفظ کنید، از زبان اشاره و زبان بدن با آرامش استفاده کنید و به جای نقد کردن و متهم کردن با احترام و به دقت سخن بگویید.
- آرام و متین باشید. گفتن حرف های ضد و نقیض و گفتن یک چیز و انجام دادن کاری که آن را نقض می کند، درک و اعتماد به شما را برای عزیزانتان مشکل می کند. وقتی به خوبی و شفاف ارتباط برقرار می کنید، به عزیزانتان نشان می دهید که از حد و مرز مناسبی برخوردار هستید و آنها باید به این حد و مرزها احترام بگذارند.
- این طور فرض کنید که ممکن است فرد قادر به درک بسیاری از حرف هایی که به او می گوئید نباشد. اغلب مجبور خواهید شد تا دستورالعمل ها و راهنمایی ها را تکرار کنید. صبور باشید.
- اگر فرد خویشاوند شما تمایلی به صحبت نداشت و کناره گیری کرد، مکالمه را متوقف کنید و کمی به آنها فرصت بدهید. آنها را مجبور به مکالمه نکنید. وقتی عزیزانتان قادر به تعامل با شما باشند، احتمال اینکه پاسخ دریافت کنید بیشتر است.

اظهاراتی درباره احساسات و حالات خودم

- ابراز احساسات در مورد خود، بر واقعیت‌ها تمرکز دارد بدون اینکه کسی سرزنش شود. این کار به شما اجازه می‌دهد تا احساسات شخصی خود را درباره بیان و انجام آنچه عزیزانتان تصمیم گرفته‌اند، نشان دهید.
- استفاده از تکنیک بیان احساسات خود به صورت منظم می‌تواند جو منزل شما را تغییر دهد. اگر یکی از افراد خانه سبک ارتباطی‌اش را تغییر دهد، قطعاً بر نحوه ارتباط بقیه خانواده نیز تأثیر خواهد گذاشت.
- وقتی به ابراز احساسات در مورد خود عادت کردید، اشتباه نکنید و با نشان دادن شک و تردید باعث تأثیر عکس در روند رسیدن خود به نقطه‌ای که هم اکنون رسیده‌اید، نشوید. آنچه که به آن ایمان دارید بر زبان آورید و به آنچه بر زبان می‌آورید، ایمان داشته باشید، همین و بس.
- به خاطر داشته باشید که افکار فرد محبوب شما ممکن است مغشوش، نابسامان یا آشفته شود. وقتی شفاف، آرام و کوتاه صحبت می‌کنیم، به آنها کمک بسیاری می‌کنیم. ابراز احساسات در مورد خود همچنین می‌تواند به شما در تقاضای چیزی از عزیزانتان کمک کند و به آنها بازخورد مثبت دهد، مثل ستایش کردن.

نمونه‌هایی از ابراز احساسات در مورد خود:

- از اینکه ظرف کثیف در آشپزخانه می‌بینم حس خوبی ندارم.
- وقتی تا دیر وقت بیدار هستید، نگران می‌شوم. می‌دانم چقدر برایت سخت است که صبح زود از خواب بیدار شوی.
- وقتی با من حرف نمی‌زنی احساس ترس می‌کنم—نگران می‌شوم از اینکه مشکلی پیش آمده باشد.
- وقتی با بچه دعوا می‌کنی ناراحت می‌شوم.

پاسخ های انعکاسی

اقدامات اولیه برای یک پاسخ انعکاسی:

1. واقعیت تجربی زندگی عزیزانتان را بشناسید— بدانید چه چیزی از نظر آنان (نه از نظر شما) واقعی است و چه چیزی حقیقی.
2. روی پاسخ این سؤال تمرکز کنید که فردی که دارای این تجربه است چه احساسی دارد (نه اینکه شما چه احساسی دارید).
3. این را بر زبان آورید که شما درک می کنید که عزیزانتان چه اعتقاداتی و چه احساسی دارند.

بخش کلیدی پاسخ های انعکاسی، به جای بحث کردن با آنها درباره اینکه آنها موقعیت را چگونه می بینند، پایبند بودن به محتوای احساسی آنچه عزیزانتان بر زبان می آورند است. سعی نکنید عزیزانتان را قانع کنید که آنچه شما می گوئید درست است. در عوض آنچه را از نظر آنان واقعی است به رسمیت بشناسید. در اینجا مثالی ارائه می شود. تصور کنید اگر فرد محبوب شما بگوید: «همه در مدرسه از من متنفرند»، معمولاً چه واکنشی نشان می دهید. ممکن است فکر کنید، «این درست نیست— که همه از او متنفر باشند»، و ممکن است سعی کنید نظرش را عوض کنید. اما از شما می خواهیم روش دیگری را امتحان کنید. ممکن است این درست نباشد که همه از آنها متنفر باشند، اما احساسات عزیزانتان از اینکه همه از آنها متنفرند، حقیقی است. احساسات آنها به واقع وجود دارند.

آنچه را که احساس می کنند به رسمیت بشناسید. اگر فرد محبوب شما بگوید، «من از مدرسه متنفرم و هرگز به مدرسه باز نمی گردم»، شما می توانید در جواب بگویید «مثل اینکه واقعا دوست نداری دیگر به مدرسه بروی.» اگر فرد محبوب شما بگوید، «از تو متنفرم و از زندگی در این خانه متنفرم!» می توانید در جواب به او بگویید «این خیلی بد است که اینقدر از بودن با ما احساس بدی داری.»

اینها پاسخ های انعکاسی هستند. شما روی احساساتی تمرکز می کنید که عزیزانتان بر زبان می آورند. شما به دقت به محتوای احساسی آنچه که می شنوید گوش می دهید، به جای اینکه از کلماتی که به کار می برند ناراحت شوید یا با دیدگاه آنها به موقعیت موافقت یا مخالفت کنید. شما به آنها درباره آنچه درباره احساساتشان مشاهده می کنید، می گوئید. بدین صورت، شما به بخش عمده ای از آنچه عزیزانتان با شما در میان می گذارند، پاسخی انعکاسی می دهید. این کمک می کند که عزیزانتان احساس ارزشمندی کنند و حس کنند شنیده می شوند. احساس درک شدن می تواند به عزیزانتان کمک کند به شما اعتماد داشته باشند و ارتباط بیشتری را ممکن می سازد.

نمونه هایی از پاسخ های انعکاسی:

- ممکن است اینکه فکر کنید کسی می خواهد شما را آزار دهد، حس ترس در شما بوجود آورد.
- ممکن است امروز ناراحت باشید.
- من می دانم که این برای شما ناامید کننده است.
- شرکت داده نشدن در گروه سخت است.
- نسبت به مدرسه احساس دلسردی دارید.

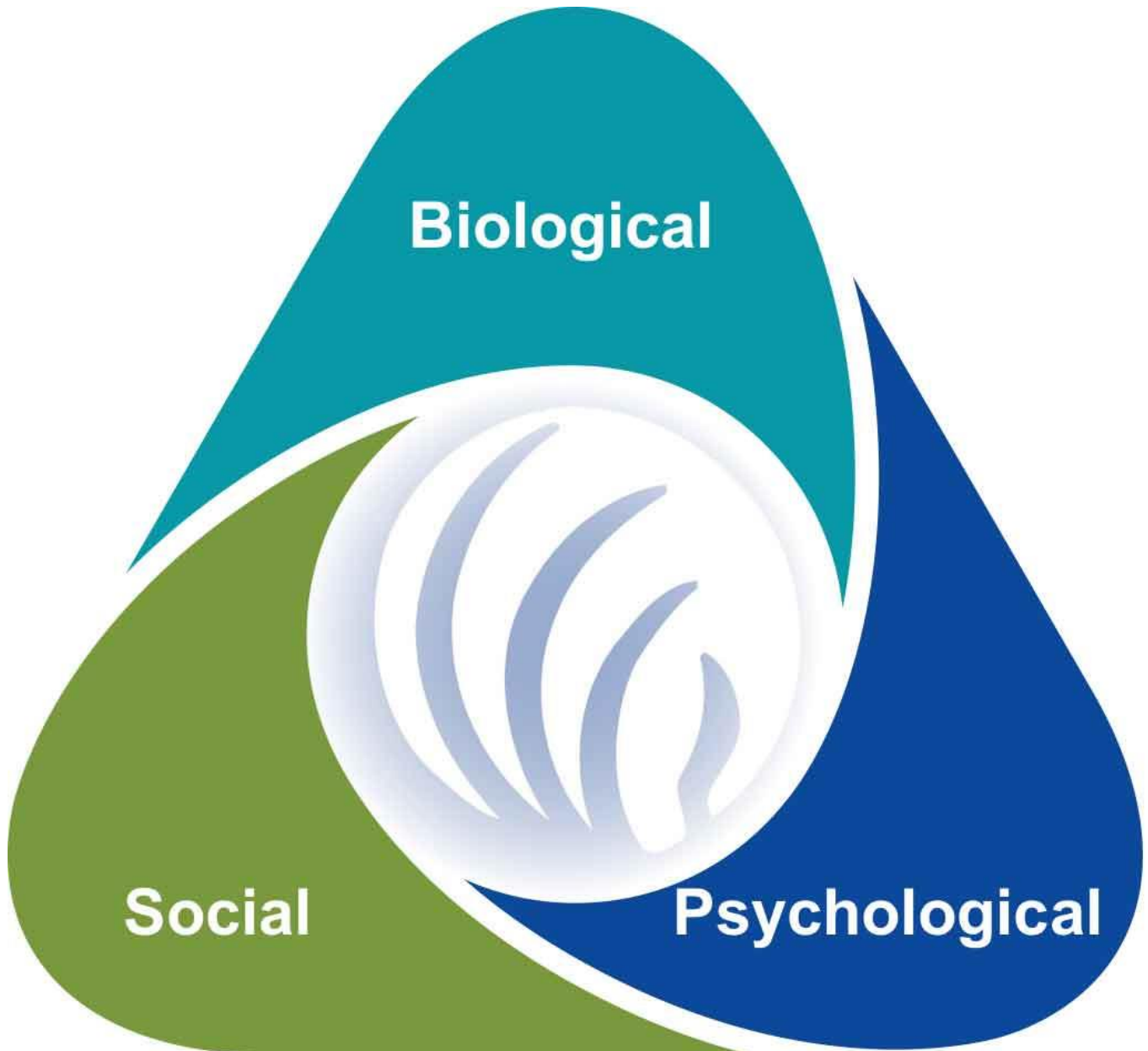
بخش ۷.

درمان و بهبودی

ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی اختلالات سلامت روان

سه بُعد اختلالات سلامت روان، زیستی-روانی-اجتماعی به یکدیگر وابسته هستند.

- هیچ یک از بُعدها مستقل از پایگاه دانش دو بُعد دیگر نیست
- تمرکز بر یک بُعد به تنهایی برای بهبودی کافی نیست



بُعد توانبخشی اجتماعی/شغلی: دانش مبتنی بر خدمات	روانشناسی/اجتماعی ابعاد شخصی: دانش مبتنی بر روانشناسی	بیولوژیکی/فیزیکی بُعد پزشکی: دانش مبتنی بر علم
---	--	---

<p>تمرکز: برقراری مجدد ارتباط</p> <p>تعریف و توصیفاتی از بهبودی</p> <p>اصول توانبخشی</p> <p>چالش های شغلی (کسب مهارت از طریق آموزش یا مدرسه)</p> <p>منابع پشتیبانی سیستم/جامعه</p> <p>بازسازی روابط اجتماعی</p> <p>بازسازی بعد از انتقالات (بستری، حبس، نقل مکان، آرایش نظامی، جدا شدن از ارتش)</p> <p>مراقبت بلند مدت</p> <p>افزایش خود جرمی</p> <p>حداکثر رضایت شخصی و کیفیت زندگی</p> <p>مهارت های حل مسأله</p> <p>مهارت های ارتباطی</p> <p>پشتیبانی از خدمات بهتر و خط مشی های منصفانه</p> <p>جشن گرفتن برای پیشرفت ها</p>	<p>تمرکز: هیجانات و احساسات</p> <p>تجربه درونی عوارض سلامت روان</p> <p>واکنش های عادی خانواده به فشار های ناشی از بیماری روانی</p> <p>بازگو کردن داستان خود، ارزیابی نقاط قوت خانواده</p> <p>استراتژی های رویارویی برای حفظ عزت نفس در عارضه های سلامت روان</p> <p>گوش کردن دلسوزانه و مهارت در پاسخ دهی</p> <p>چالش های مربوط به نقش های متفاوت خویشاوندی در خانواده</p> <p>مدیریت خشم، ناامیدی و احساس محدودیت</p> <p>استفاده از واژگانی نظیر «رؤیاهای سرکوب شده»</p> <p>مهارت های خود-مراقبتی؛ به زندگی ادامه دادن</p> <p>ارزش درک همسالان و پشتیبانی آنها</p>	<p>تمرکز: جنبه های پزشکی عارضه</p> <p>علائم، تشخیص</p> <p>دوره آینده بیماری (پیش بینی)</p> <p>مراقبت حاد در دوران بحران</p> <p>داروها و عوارض جانبی</p> <p>دنبال کردن درمان</p> <p>پیشرفت های علمی در داروها</p> <p>علائم زودهنگام هشداردهنده عود بیماری</p> <p>تأثیر سلامت روان بر سلامت عمومی</p> <p>نگاهی به حقایق بالینی اختلالات مغزی</p> <p>بهترین استراتژی های پزشکی برای بهبودی حداکثر</p> <p>تحقیق معاصر در خصوص اختلالات مغزی</p>
---	--	--

قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPAA)



قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPAA) چیست و چرا مهم است؟

قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی سال 1996 (HIPAA) استاندارد ملی برای حفاظت از انواع خاصی از اطلاعات مراقبت سلامت تعریف کرده است. دپارتمان خدمات انسانی و سلامت ایالات متحده سپس یک «قانون حریم خصوصی» وضع کرد تا ملزومات قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPAA) را پیاده سازی کند. قانون حریم خصوصی شرایطی را که در آن اطلاعات بهداشتی قابل شناسایی بتواند مورد استفاده قرار گیرد و توسط بیمه گذاران مراقبت سلامت، ارائه دهندگان و شرکت های تسویه وجوه فاش شود، محدود می کند. قانون حریم خصوصی به این نوع از اطلاعات تحت عنوان «اطلاعات سلامت حفاظت شده» (PHI) اشاره می کند.

قانون حریم خصوصی استفاده و افشاء PHI را توسط «اشخاص تحت پوشش» محدود می کند. این سایر سازمان ها و افراد را تحت تأثیر قرار نمی دهد. اشخاص تحت پوشش می توانند از اطلاعات سلامت حفاظت شده استفاده کرده و آن را بدون هیچ محدودیتی فقط به منظور درمان، پرداخت و عملیات مراقبت سلامت افشاء کنند. مجوز برای سایر موارد استفاده و افشاء اطلاعات باید توسط فرد یا به موجب بخشی از قانون حریم خصوصی داده شود.

- وقتی شخصی از قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPPA) صحبت می کند، نترسید
- بسته به تشخیص بیماری در فرد، برنامه درمان، داروها و غیره، اعضای خانواده باید بدانند که چه نوع اطلاعاتی باید به دست آورند.
- دریافت یک نسخه امضا شده از طرف فرد محبوب شما یکی از راه های دسترسی به این اطلاعات است
- قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی (HIPPA) شما را از به اشتراک گذاری اطلاعات، مشاهدات و نگرانی هایتان در خصوص ارائه دهنده های مراقبت درمان به فرد محبوب شما منع نمی کند

مروری اجمالی بر قانون حریم خصوصی:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>





The most effective treatment usually involves a combination of:



Psychotherapy - to address the psychological



Medication - to address the biological

محیط درمان

محیط درمان:

- **خدمات سرپایی** سلامت روان در حالی به فرد ارائه می شود که فرد در خانه خود زندگی می کند و به زندگی روزمره، کار و زندگی خانوادگی اش ادامه می دهد. به همین دلیل، خدمات سرپایی از درمان هایی محسوب می شوند که میزان محدودیت آنها حداقل است.
 - **بستری** به این معناست که فرد در یک محیط درمانی پذیرش می شود که نیاز است شب را در آنجا سپری کند. این محیط درمانی ممکن است یک بیمارستان، مرکز درمانی با اسکان، یا یک واحد بحران از هر نوعی باشد، اما درمان در حالی ارائه می شود که فرد به صورت 24 ساعته در محل مرکز درمان حضور دارد.
 - محیط های درمانی «تلفیقی» هم وجود دارند که مراکز درمان روزانه، یا برنامه های بستری محدود نام دارند. در این برنامه ها، فرد شبها به خانه می رود، اما بیشتر روز را در مرکز درمان می گذراند و در فعالیت های درمانی سازمان یافته شرکت می کند.
- تکنیک های درمانی بسیاری وجود دارند که ممکن است مورد استفاده قرار گیرند، فرقی نمی کند که درمان به صورت سرپایی انجام شود یا در مراکز بستری، مراکز بستری محدود، مراکز درمانی روزانه ارائه شود.

مداخلات روان درمانی

مداخله	توضیح
شناخت درمانی	به فرد کمک می کند رفتارهای منفی را تغییر دهد و رفتارهایش را از طریق سیستم های پاداش و پیامد بهبود بخشد. در شناخت درمانی، اهداف تنظیم می شوند و پاداش های کوچک از پیش تعیین شده ای کسب می شوند تا رفتار مثبت را تشویق کنند.
شناخت درمانی (CBT)	به افراد آموزش می دهد تا چگونه متوجه افکار و رفتارهایی که احساسات آنها را تحت تأثیر قرار می دهند شده، به آنها توجه کنند و در نهایت آنها را تغییر دهند. در شناخت درمانی فرد افکار منفی را بررسی می کند و افکار منفی خودکار را که باعث می شود به نتایج نامناسب در مورد خود و دیگران منجر شوند، متوقف می کند. شناخت درمانی به فرد کمک می کند که افکاری را که باعث احساساتی می شود که رفتار را تحت تأثیر قرار می دهد، بشناسد.
شناخت درمانی (CBT)	برنامه آموزشی توانبخشی شناخت درمانی برای بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو که در دریافت داروهای ضد روان پریشی، به وضعیت ثابتی رسیده اند و مواد مخدر مصرف نمی کنند. شناخت درمانی برای ارائه آموزش شناختی به منظور کمک به بهبود اختلالات مربوط به عصب شناختی (شامل حافظه ضعیف و توانایی های حل مسأله)، سبک شناختی (شامل سبک شناختی ضعیف یا نابسامان و سخت)، شناخت اجتماعی (از جمله فقدان دیدگاه، پیش بینی و ارزیابی محیط اجتماعی) و سازگاری اجتماعی (از جمله فعالیت اجتماعی، شغلی و خانوادگی)، که مشخصه های این اختلالات روانی هستند و بهبود عملکرد و سازگاری با زندگی در جامعه را محدود می کنند. شرکت کنندگان یاد می گیرند تا تفکر خود را از پردازش سریالی سختگیرانه به پردازشی کلی تر از ماهیت درونی یا نکات مهم وضعیت اجتماعی و نوعی انتزاع غریزی از موضوعات اجتماعی تغییر دهند.
شناخت درمانی دیالکتیکی (DBT)	روش شناخت درمانی با دو ویژگی کلیدی: تمرکز رفتاری حل مسأله که با استراتژی های مبتنی بر پذیرش و تأکید روی فرایندهای دیالکتیکی تلفیق شده است. «دیالکتیکی» به مسائلی که در درمان بیماران دارای چندین اختلال بکار می رود و همچنین به نوع پردازش های افکار و سبک های رفتاری مورد استفاده در استراتژی های درمانی اشاره می کند. شناخت درمانی دیالکتیکی پنج مؤلفه دارد: (1) افزایش قابلیت ها (مهارت آموزی)؛ (2) افزایش انگیزه (برنامه های درمانی رفتاری فردی)؛ (3) کلیت بخشی (دسترسی به درمانگران خارج از فضای بالینی، تکلیف شب و شرکت دادن خانواده در درمان)؛ (4) ساختار بندی محیط (تأکید با برنامه بر تقویت رفتارهای تطبیقی)؛ و (5) افزایش قابلیت ها و انگیزه های درمانگران (گروه مشاوره تیم درمانگران). شناخت درمانی دیالکتیکی بر توازن تغییر رفتاری، حل مسأله و تنظیم هیجانی با اعتبارسنجی، تمرکز حواس و پذیرش بیماران تأکید می کند. درمانگران از یک دستورالعمل رویه ای دقیق پیروی می کنند.
درمان از طریق رویارویی	به افراد آموزش می دهد که چگونه به منظور کاهش پریشانی، ترس ها و نگرانی های خود را مدیریت کنند. فرد به تدریج در معرض موقعیت های تهدید کننده، افکار یا خاطراتی که او را به شدت مضطرب و نگران می کند، قرار می گیرد.
حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)	یک روش روان درمانی غیر سنتی. محبوبیت آن رفته رفته بیشتر می شود به ویژه در درمان اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD). اختلال استرسی پس از ضایعه روانی (PTSD) معمولاً بعد از تجربیاتی مثل جنگ نظامی، حمله فیزیکی، سوء استفاده احساسی یا جنسی، بلایای طبیعی یا تصادفات رانندگی رخ می دهد. حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر صحبت درمانی یا داروهای تکیه نمی کند. در عوض، حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) از حرکات چشمی ریتمیک و سرعت خود فرد استفاده می کند. این حرکات چشم قدرت خاطرات دارای بار احساسی از وقایع آسیب زای گذشته را کم می کنند. فرضیه این است که حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) تأثیر احساسات منفی را تضعیف می کند و از قدرت مخرب خاطرات ناخوشایند کم می شود.
آموزش و پشتیبانی خانواده	تمرین مبتنی بر رویداد در سلامت روان بزرگسالان. این تمرین برای افراد دچار بیماری روانی طراحی شده است و به این طریق عمل می کند که با ایجاد مشارکت در میان افراد،

<p>خانواده ها، ارائه دهندگان و دیگران که از فرد و خانواده حمایت می کنند باعث دستیابی به نتایج اصلاح شده می شود. ممکن است توسط متخصصان بالینی یا سایر اعضای خانواده (برنامه های NAMI در این دسته قرار می گیرند) رهبری شود.</p>	
<p>برای درمان علائم افسردگی طراحی شده است. روابط و تغییرات را بررسی می کند و اینکه چگونه بر تفکر و احساس شخص تأثیر می گذارند. بر روی فرد و کمک به آنها در مدیریت تغییرات عمده زندگی، مانند طلاق و از دست دادن مثلاً یکی از عزیزان تمرکز می کند.</p>	<p>درمان بین فردی (IPT)</p>
<p>روش های درمان برای کمک به افراد مبتلا به بیماری روحی طراحی شده تا بتوانند تا حد امکان مشارکتی غنی و کامل در زندگی معمول جامعه داشته باشند. مداخله بر اطلاع رسانی به خانواده ها و حمایت از مردم در مورد بیماری، توسعه مهارت های مقابله ای، حل مشکلات، ایجاد حمایت اجتماعی و ایجاد اتحاد بین مصرف کنندگان، پزشکان و خانواده های آنها و سایر افراد حمایت کننده تمرکز دارد. پزشکان از پنج تا شش نفر و خانواده های آنها برای شرکت در یک گروه آموزشی روانشناسی دعوت می کنند که معمولاً هفته در میان به مدت حداقل 6 ماه یکدیگر را ملاقات می کنند. «خانواده» تحت عنوان افراد متعهد به مراقبت و حمایت از فرد مبتلا به بیماری روحی تعریف شده است. افرادی که در حال بهبودی هستند اغلب از یک دوست نزدیک یا همسایه می خواهند به عنوان پشتیبان آنها در گروه باشد. جلسات گروهی برای کمک به افراد در توسعه مهارت های مورد نیاز برای رسیدگی به مشکلات ناشی از اختلالات سلامت روان سازماندهی شده است.</p>	<p>گروه های چند خانواده ای روانشناسی آموزشی (PMFG)</p>

مداخلات فشرده مبتنی بر منزل و جامعه

میانگین طول درمان	توضیح	مداخله
4 ماه با تقریباً 60 ساعت تماس با تیم درمان های چند نظامی (MST)	درمان کوتاه مدت و فشرده در خانه. درمانگران درمان های چند نظامی (MST)، دارای بار کاری کمی هستند که برای پاسخگویی به نیازهای فوری خانواده ها طراحی شده اند. تیم درمان های چند نظامی (MST)، به صورت 24 ساعته و هفت روز هفته در دسترس است تا با خانواده ها کار کند.	درمان های چند نظامی (MST)
بلند مدت (بدون محدودیت)	به طور کلی، به یک مدیر پرونده تکیه دارد که به منظور همکاری نزدیک با خانواده و دیگر متخصصان برای ایجاد یک طرح جامع خدمات فردی برای فرد و خانواده اختصاص داده شده است.	سلامت روان متمرکز مدیر پرونده (با عنوان MHICM، مدیریت پرونده بیماری روانی در VA به آن اشاره می شود)
بلند مدت (بدون محدودیت)	یک فلسفه مراقبتی است که شامل یک فرآیند برنامه ریزی قابل تعریف متشکل از فرد و خانواده است که مجموعه ای منحصر به فرد از خدمات اجتماعی و حمایت های طبیعی انفرادی برای آن فرد و خانواده به منظور دستیابی به مجموعه ای مثبت از نتایج را تشکیل می دهد.	سرویس های جامع حمایتی

رویکردهای سلامت تکمیلی

روش های سنتی پزشکی و درمانی در طی سال ها بهبود یافته است، اما اغلب آنها علائم بیماری های روانی را به طور کامل کاهش نمی دهند یا از بین نمی برند. در نتیجه، بسیاری از مردم از روش های مکمل و جایگزین برای کمک به بهبودی استفاده می کنند. این درمان های غیر متعارف می تواند مفید باشد اما لازم است که به خاطر داشته باشید که بر خلاف داروهای نسخه ای، سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) بیشتر آنها را مورد بررسی یا مورد تأیید قرار نمی دهد.

مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (NCCAM) از اصطلاح «رویکردهای بهداشتی تکمیلی»، که شامل سه حوزه درمان غیرواقعی است، استفاده می کند:

- روش های تکمیلی که در آن درمان های غیر سنتی نیز علاوه بر روش های استاندارد پزشکی ارائه می شود
- روش های جایگزین درمان که به جای درمان های معمول استفاده می شود
- روش های یکپارچه سازی که ترکیبی از روش های سنتی و غیر سنتی را به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی ارائه می دهد

هنوز داده های اندکی در مورد اثربخشی و ایمنی بسیاری از اقدامات تکمیلی در دست است، اما مطالعاتی وجود دارد که نشان می دهد بعضی از این استراتژی ها یا اثرات نامطلوب ندارند یا میزان اثرات نامطلوب آن بسیار کم است.

محصولات طبیعی

بعضی افراد متوجه می شوند که مصرف مکمل ویتامین و مواد معدنی علائم بیماری های روانی آنها را کاهش می دهد. این مکمل ها به چندین صورت می توانند مفید باشند.

اسیدهای چرب امگا 3

اسیدهای چرب امگا 3، گروهی از مواد شیمیایی هستند که در غذاهای مختلفی از جمله ماهی، آجیل و دانه های خاص یافت می شوند. مطالعات نشان داده اند که انواع خاصی از اسیدهای چرب امگا 3 در کنترل بیماری های جسمی و روانی مفید هستند. تحقیقات نشان می دهد که برای جوانانی که برای اولین بار یک دوره زمانی روان پریشی را تجربه می کنند، درمان با اسید چرب امگا 3 ممکن است به کاهش خطر ابتلا به شکل مزمن و جدی اسکیزوفرنی کمک کند.

اسید فولیک

اسید فولیک ویتامین مورد نیاز در بدن انسان برای انجام بسیاری از فرآیندهای ضروری روزمره است. این ویتامین اسید فولیک یا ویتامین B9 نامیده می شود، اسید فولیک ترکیبی است که بدن انسان قادر به ساخت آن نیست. در برخی از افراد مبتلا به بیماری های روانی نشان داده شده است که سطح اسید فولیک در بدن آنها پایین است و ممکن است به درمان با مکمل های اسید فولیک اضافی نیاز داشته باشند. در حال حاضر، FDA تنها یک نوع اسید فولیک یعنی l-methylfolate (لومفولیک اسید) را برای درمان افسردگی و اسکیزوفرنی تأیید کرده است. L-methylfolate به عنوان یک درمان اولیه تأیید نشده است، بلکه به عنوان یک شکل اضافی درمان مورد تأیید قرار گرفته است.

غذاهای طبی

غذاهای طبی نوع دیگری از محصولات حاوی مواد طبیعی است. این ها غذاهایی هستند که با یا بدون مواد مغذی خاص ساخته شده اند که برای کمک به درمان یک بیماری مورد استفاده قرار می گیرند. به عنوان مثال، غذاهای بدون گلوتن برای افراد مبتلا به بیماری سلیاک طراحی شده اند تا مواد مغذی مورد نیاز آنها را بدون نیاز به گلوتن به آنها برسانند. غذاهای طبی مانند مکمل ها، به عنوان داروهای تجویزی تحت نظارت دقیق FDA نیستند.

درمان های ذهن و بدن

بسیاری از مردم می دانند که فعالیت بدنی برای سلامت آنها مفید است. برخی از انواع درمان های ذهن و بدن عبارتند از:

- یوگا
- ورزش (هوازی و غیر هوازی)
- مراقبه
- تای چی

بعضی از اینها، مانند مراقبه، تمرینات ذهنی هستند، در حالی که سایر تمرینات بیشتر به حرکات عضلانی می پردازند. با این حال، تمامی تمرینات ذهن و بدن می توانند خلق و خوی، اضطراب و سایر علائم بیماری روانی را بهبود بخشد. علاوه بر این، فعالیت بدنی می تواند به کاهش وزن، خستگی و تخفیف سایر عوارض جانبی بسیاری از داروهای متداول مورد استفاده برای درمان بیماری های روانی کمک کند.

اسب درمانی

اسب درمانی یا روان درمانی به کمک اسب (EAP)، یک روش درمانی با حیوان است که به افراد یاد می دهد که چگونه اسب ها را پرورش داده، از آنها مراقبت کنند و اسب سواری کنند. هدف از اسب درمانی بهره بردن از تجربه با اسب برای بهبود نتایج احساسی و رفتاری است.

مطالعات اندک و شواهد حاکی از آن است که اسب سواری می تواند به کاهش نشانه های اضطراب، افسردگی و تکانشگری که علائم رایج بسیاری از اختلالات سلامت روان است کمک کند. با این حال، برای اثبات اثربخشی آن، داده های بیشتری لازم است.



مهم!

مطمئن شوید که با پزشک خود مشورت کنید. حتی ویتامین های ساده می توانند تداخل دارویی ایجاد کنند. ممکن است مصرف چیزی با یک نسخه از دارو ضرری نداشته باشد اما اثر داروهای دیگر را کم کند یا باعث سمی شدن آنها شود. همچنین، هر گونه فعالیت ورزشی یا فعالیت در فضای باز باید با یک دکتر در میان گذاشته شود. افرادی که داروهای خاصی برای افسردگی، اسکیزوفرنی یا

سایر اختلالات مصرف می کنند، بایستی خود را خنک نگه دارند و آب کافی برای جلوگیری از سکنه ناشی از گرما بنوشند. ممکن است داروهای دیگر دمای بدن را کاهش دهند که در نتیجه به آمادگی ویژه برای هوای سرد نیاز است.

داروها و چگونگی کارکرد آنها

MEDICATIONS & How They Work



تجربه های هیجانی رایج که تصمیمات در خصوص درمان را تحت تأثیر قرار می دهند



نداشتن بینش کافی در مورد این عارضه: «من مریض نیستم»

نداشتن بینش کافی پدیده ای است که طی آن فرد دچار عارضه سلامت روان متوجه رخ دادن مشکلی در سلامت خود نیست. این وضعیت هنگامی رخ می دهد که فرد حقیقتاً از ادراک و باورهای مشترک در اجتماعی بزرگتر فاصله دارد. فردی که بینش کافی ندارد قادر به درک اعتبار دیدگاه دیگران نیست. از آنجایی که چنین افرادی غیرعادی بودن هیچ امری را درک نمی کنند، نیازی برای درمان نیز قائل نمی شوند.

پدیده ای رایج به نام «انوسوگنوزیا» وجود دارد. که به ویژه در اسکیزوفرنی و دوره های زمانی شیدایی رایج است. این پدیده تا حدی رایج است که یکی از علائم قابل اطمینان این عارضه ها در تشخیص طبی به شمار می رود. افراد دچار افسردگی نیز ممکن است تشخیص ندهند که عارضه آنها حاد است.

افرادی که از وضعیت خود بینش کافی ندارند، حتی اگر علائم آنها با درمان بهبود پیدا کند شاید با این باور پیش بروند که هیچ مشکلی وجود ندارد. در بسیاری از افرادی که داوطلبانه به بیمارستان می روند، علت، تشویق کردن آنها است، اما خود این افراد نیاز خود به درمان را باور ندارند.

استفاده از انکار به عنوان راهکار محافظتی و مقابله ای: «من نیازی به درمان ندارم»

هنگامی که فرد آشفته است یا آمادگی رفع اتفاقاتی که می افتد را ندارد، شاید به امید از بین رفتن مشکل وجود آن را انکار کند یا آن را نادیده بگیرد. این افراد شاید متوجه شوند که مشکلی وجود دارد، اما اعتراف آن برای خود یا دیگران بیش از حد دشوار است. همانطور که پیش تر گفتیم، افراد از روش انکار برای کنار آمدن با بسیاری از وقایع ناراحت کننده و بحران های پزشکی و نه صرفاً عارضه های سلامت روان استفاده می کنند. انکار به طور موقت از فرد محافظت می کند. هنگامی که فردی در حال انکار است، انتخاب درمان به معنای قبول وجود مشکلی از نظر پزشکی خواهد بود. اگر فرد در حال انکار به سر می برد اما در هر صورت از دارو استفاده می کند، وقتی نمی تواند موفقیت های حاصل از درمان را ببیند احتمالاً عوارض جانبی را نیز تحمل نخواهد کرد.

از دست دادن هیجان جنون: بیش از احساس بی حوصلگی یا کرختی، احساس درد به دنبال دارد

برخی از درمان های سلامت روان شدت هیجانات فرد را کاهش می دهد. برخی افراد گزارش داده اند که با مصرف داروهایی خاص اصلاً هیجانی حس نمی کنند. با تغییر مبنای هیجانی، فرد باید برای خود حس جدیدی از آنچه هنجار است ایجاد نماید که این امر می تواند فرد را ناامید یا روحیه او را تضعیف کند. در اینصورت ممکن است فرد تحمل فراز و نشیب های عارضه را به رها کردن احساساتی که به آنها عادت دارد یا بی احساسی ترجیح دهد. در این وضعیت، آزمون و خطای فرد در شروع و توقف مصرف دارو قابل درک است.

تمایل به دیده شدن به عنوان یک فرد، و نه بیماری او؛ عدم تمایل به شکسته دیده شدن

افرادی که درمان را انتخاب و سودمندی آن را تجربه می کنند ممکن است حتی با حاصل شدن مزایایی تصمیم به ادامه ی طولانی مدت درمان نداشته باشند. بسیاری افراد مفهوم داشتن عارضه ای مزمن که مستلزم درمان یا مصرف دارو تا زمانی نامعلوم است را نمی پذیرند. اغلب افراد شاکی از این هستند که دقیقاً «عین» تشخیص دیده می شوند یا با آنها رفتار می شود، نه فردی کامل با انواعی از رفتارها، نیازها و امیدها.

این تجربه در افراد مختلف دارای عوارض سلامت روان متعدد و نه تنها عارضه سلامت روان صادق است. درگیری با درمان یا مصرف دارو به صورت بلند مدت اینگونه به نظر می رسد که شما پذیرفته اید هرگز به وضعیتی که قبلاً داشته اید باز نمی گردید. پذیرش این مسئله به شدت دشوار است. افراد ممکن است به این دلیل با شروع بهبودی درمان یا مصرف دارو را ترک کنند که به نظر می رسد و امیدوار هستند که نیاز آنها به درمان تمام شده است.

بی میلی به پذیرش مسائل به همان صورتی که هستند یا پذیرش نسبی

اغلب علت اینکه فرد قادر به پذیرش موقعیت یا مشکلی نیست، تجربه درد شدیدی است که با تحمل همراه می شود. بی توجهی به مشکل حتی اگر پیامدهایی منفی در آینده داشته باشد ساده تر به نظر می رسد.

بخش VI.
برنامه ریزی بحران

حمایت از عزیزانتان در حین درمان



- اگر فردی از عزیزان شما با عارضه سلامت روان مایل به گفتگو درباره درمان می باشد، به وی کمک کنید شیوه اثر درمان و گفتگودرمانی و همچنین مزایایی که دارند را درک کند
- باید برنامه ای اثرگذار برای نظارت مصرف دارو (برای درمان و ایمنی) داشته باشید
- تمامی مسائل مربوط به مصرف دارو باید به صراحت بیان شوند
- گاهی با اجتناب از معنای ضمنی «بیماری روانی» که با مصرف این داروها همراه می شود (پرداختن به اثر درمان بر علائمی که موجب اضطراب می شوند به جای تأکید بر خود عارضه ی تشخیصی)، پیگیری افزایش پیدا می کند
- ثبت کتبی داروهایی که فرد محبوب شما مصرف نموده است، دوز داروها و عوارض جانبی که مشکل ساز بوده اند، سودمند است
- در صورت دریافت اجازه از فرد، محرمانگی مانعی برای ارتباط با ارائه دهنده درمان نخواهد بود. اگر اجازه داده نشد، می توانید با ارائه دهنده صحبت کنید اما وی نمی تواند متقابلاً به شما اطلاعات بدهد.
- اگر فرد از درمان سر باز زند، باید خود را برای دوره ی بحران جدیدی آماده کنید
- «متکی به مصرف دارو نباشید و امتحان کردن آن را نیز رد نکنید.» (برگرفته از NAMI Basics، پیتر جنسن)

علائم عمومی هشداردهنده عود (بیماری)

تغییرات قابل توجه در این رفتارها و عواطف:

کمتر لذت بردن	احساس ناراحتی یا عصبی بودن
احساس پرخاشگری یا سلطه جویی بیشتر	داشتن مشکلات بیشتری در خوابیدن
احساس هیجان بیش از حد یا بیش فعالی	احساس اینکه افراد درباره من صحبت می کنند
کمتر خوردن	تغییر در سطح فعالیت
داشتن مشکلاتی در رابطه با خانواده	داشتن مشکل بیشتر در تمرکز
داشتن افکار مذهبی بیشتر	بیشتر کابوس یا خواب های بد دیدن
داشتن درد و ناراحتی بیشتر	شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی (به طور غیر معمول)
درگیری ذهنی با یک یا دو موضوع	احساس افسردگی بیشتر
نوشیدن بیشتر الکل	احساس اینکه کسی دیگر من را کنترل می کند
داشتن مشکل در درک معنا حین صحبت	بی اهمیتی به اینکه چگونه به نظر می رسم
مصرف بیشتر/سوء مصرف مواد مخدر (حشیش، مشتقات تریاک، هروئین، مواد استنشاقی)	داشتن احساس بد بدون دلیل آشکار
احساس اینکه بیشتر فراموش می کنم	از دست دادن علاقه به اموری که انجام آنها را دوست دارم
احساس بی ارزشی	احساس عصبانیت بیشتر بر سر موضوعات بی اهمیت
فکر کردن درباره صدمه زدن به دیگری	دیدار کمتر دوستان
احساس اینکه دارم دیوانه می شوم	فکر کردن درباره صدمه زدن به خودم

منبع: مک فارلان، دابلو، ترکلسون، کی.. «رویکردهای جدید به خانواده هایی که با اسکیزوفرنی زندگی می کنند. مؤسسه»، جلسه 62 ام سالانه ی روانپزشکی پیشگیرانه، نیویورک.



- هیچ زمانی بیشتر از لحظاتی که فرد محبوب ما شدت بیشتری در علائم تجربه می کند که منجر به شرایط بحرانی می شود، در حفظ ذهنیت همدلی نسبت به فرد عزیزمان حائز اهمیت نیست. از دست دادن ناگهانی کنترل کامل افکار، احساسات و رفتارها نادر است.
- اعضای خانواده یا دوستان نزدیک علائمی مانند بی خوابی، درگیری های مذهبی با فعالیت های خاص، پارانویا/بدبینی، طغیان های غیرقابل پیش بینی و غیره را می بینند.
- اختلال را از فردی که دوست دارید جدا کنید، و رفتارهای وی حتی موارد ترسناک را بی طرفانه نگاه کنید؛ این یعنی دیدگاهی برای محافظت از زندگی فرد و همچنین بقیه خانواده حین زندگی با این عارضه.
- هنگام بحران، هدف پیشگیری از بدتر شدن شرایط و محافظت و پشتیبانی فوری از فردی است که بحران را تجربه می کند.
- حل کردن علائم هشدار اولیه اغلب به پیشگیری از بحران کامل کمک می کند.
- به بصیرت خود اعتماد کنید. اگر احساس ترس یا وحشت دارید، این وضعیت مستلزم اقدام فوری است. به یاد داشته باشید که وظیفه اصلی شما کمک به فرد محبوبتان برای به دست آوردن دوباره ی کنترل، حفظ امنیت همه و جلوگیری از تشدید وضعیت است.
- آرام بمانید. اگر تنها هستید، تا زمان رسیدن متخصصین با فردی تماس بگیرید تا شما را همراهی کند.

تماس با 911 و صحبت کردن با پلیس

اگر شرایط تا حد بحران تشدید شد، باید با پلیس تماس بگیرید. چند کار برای حفظ آرامش تا حد امکان می‌توانید انجام دهید.

پشت تلفن

تمامی اطلاعاتی که می‌توانید را با اعزام‌کننده 911 در میان بگذارید. به اعزام‌کننده بگویید که یکی از عزیزان شما دچار بحران سلامت روانی شده است و سابقه و تشخیص سلامت روانی وی را توضیح دهید. اگر پلیس حاضر از رخ دادن بحران سلامت روان مطلع نباشد نمی‌تواند وضعیت را به درستی مدیریت کند. بسیاری از جوامع دارای برنامه تیم مداخله بحران (CIT) هستند که مدیریت و پاسخ صحیح به تماس‌های مربوط به بحران در عوارض روانپزشکی را به افسران پلیس آموزش می‌دهد. همه افسران پلیس در برنامه CIT آموزش ندیده‌اند، اما باید درخواست کنید که در صورت ممکن فردی از برنامه CIT فرستاده شود.

حین بحران

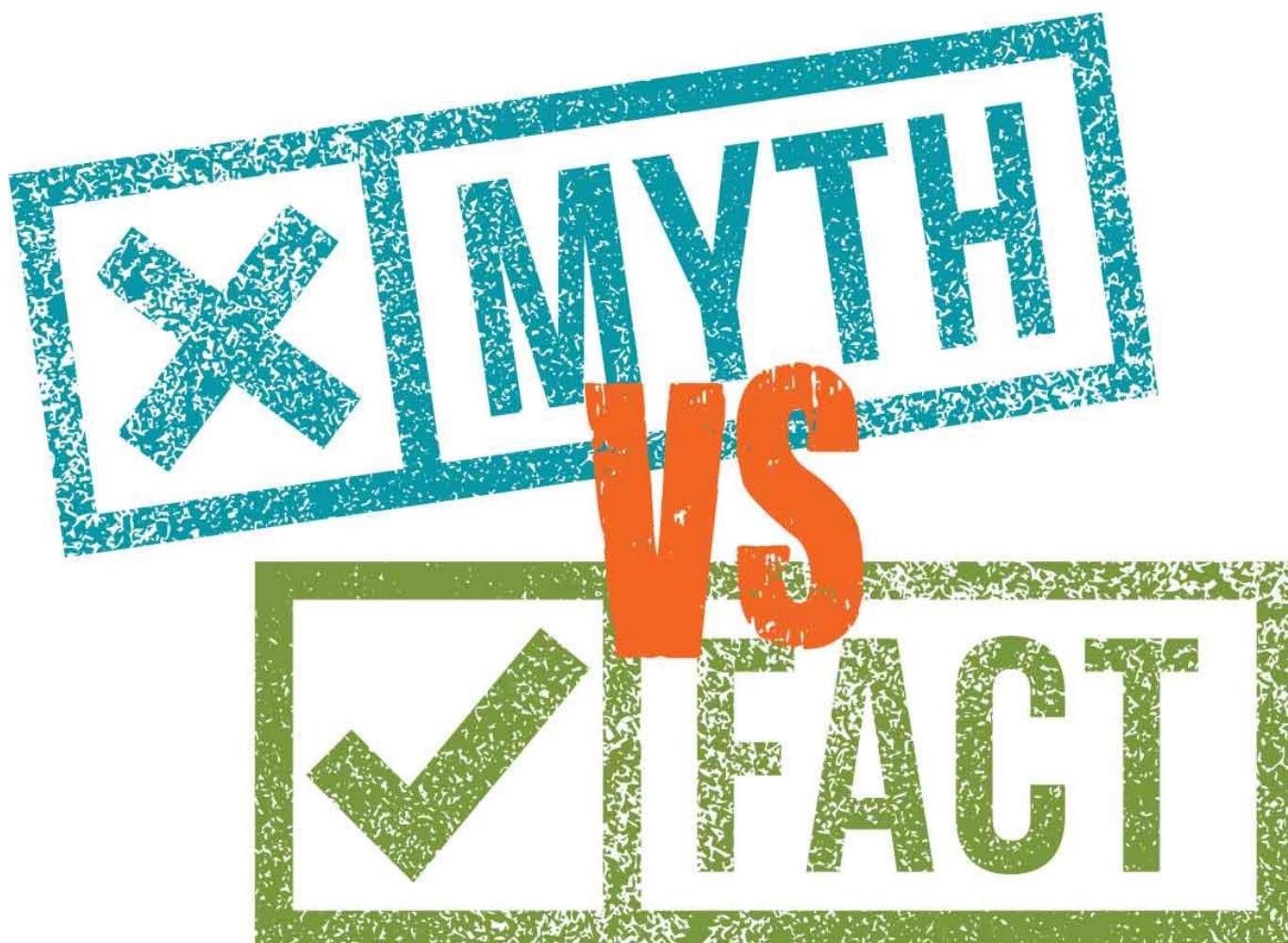
پلیس برای حفظ کنترل و امنیت اجتماع آموزش دیده است. اگر شما نگران افراط در عملکرد پلیس هستید، آرام ماندن بهترین راه برای اطمینان از رسیدن به نتیجه ای اطمینان بخش است. هنگامی که افسر پلیس به خانه شما می‌رسد، بگویید که «این یک وضعیت بحران سلامت روانی است.» عنوان کنید که می‌توانید هر اطلاعات سودمندی ارائه دهید و سپس از سر راه کنار بایستید. دادن زدن یا بیش از حد نزدیک شدن باعث می‌شود که افسر پلیس حس کند وضعیت در حال تشدید است.

مطلع باشید که ممکن است فرد محبوب شما دستبند زده شده و به ماشین پلیس انتقال داده شود. دیدن این صحنه بسیار ناراحت‌کننده است و باید آماده باشید.

پلیس چه کاری می‌تواند انجام دهد؟

- **انتقال فردی که قصد رفتن به بیمارستان را دارد.** افسر آموزش دیده و با مهارت CIT اغلب با فردی که ناراحت است صحبت و او را آرام می‌کند و سپس او را متقاعد به رفتن داوطلبانه به بیمارستان می‌نماید.
- **بردن شخص به بیمارستان به طور غیرداوطلبانه برای ارزیابی.** در شرایطی خاص، پلیس می‌تواند فرد دچار بحران را برای بررسی سلامت روانی به طور غیرداوطلبانه و اجباری به بیمارستان ببرد. قوانین در هر ایالت متفاوت است.
- **بررسی آسایش و رفاه عزیز شما در صورتی که نگران هستید و به وی دسترسی ندارید.** با شماره ی غیر اضطراری اداره پلیس در شهر خود تماس بگیرید و علت نگرانی خود را توضیح دهید. از آنها بخواهید که رفاه و آسایش شخص را بررسی کنند.

افسانه ها و واقعیت هایی درباره سلامت روان



- **حقیقت:** افراد دچار اسکیزوفرنی و جنون که به طور منظم دارو مصرف می کنند، همچنین سوء مصرف مواد یا الکل ندارند دیگر نسبت به بقیه ی اجتماع خشن محسوب نمی شوند
- **حقیقت:** تلفیقی از عوارض جدی سلامت روانی و سوء مصرف مواد عامل پیش بینی جدی رفتار تهاجمی است
- **حقیقت:** احتمال خشونت در میان مردان در اواخر نوجوانی یا اوایل دهه ی بیست زندگی بیشتر است
- **حقیقت:** بهترین پیش بینی رفتار آینده رفتار گذشته است
- **حقیقت:** فرد محبوب شما احتمالاً با تجربه ی از دست دادن کنترل رفتار و احساسات خود وحشت زده خواهد شد

- **حقیقت:** اگر فرد محبوب شما توهماتی صوتی -مانند صداها- را تجربه می کند، ممکن است فرمان هایی بشنود که زندگی اش را تهدید می کنند؛ پیام هایی از تلویزیون شنیده شود؛ اتاق پر از دودهای سمی باشد؛ تیراندازهایی در مکان های عمومی مخفی شده باشند؛ افراد قابل اعتماد به طور تصادفی به صورت دشمن دیده شوند
- **حقیقت:** هیچ راهی برای اطلاع شما از تجربه های فرد عزیزتان وجود ندارد، اما مطمئن باشید که این صحنه ها برای وی حقیقی است

افسانه ها و واقعیت ها درباره خودکشی

افسانه: افرادی که درباره خودکشی صحبت می کنند هرگز مرتکب آن نمی شوند.

حقیقت: اغلب اوقات، افرادی که دست به خودکشی زده اند سرخ هایی از مقاصد خود داده اند.

افسانه: صحبت درباره خودکشی با دیگران ممکن است به وی ایده ای برای انجام این کار بدهد.

حقیقت: صحبت درباره خودکشی با فرد محبوب به وی فرصت ابراز افکار و احساسات درباره چیزی را می دهد که ممکن است تاکنون به صورت راز نگه داشته شده باشد. صحبت این مسئله را آشکار و فرصت مداخله را فراهم می کند.

افسانه: تنها «انواع» خاصی از افراد به دلیل خودکشی می میرند.

حقیقت: هیچ نوع خاصی وجود ندارد. درحالی که برخی عوامل جمعیتی به خطر خودکشی می افزایند، باید به یاد داشته باشید که خودکشی تبعیض قائل نمی شود. افراد در هر دو جنسیت و در تمامی نژادها، قومیت ها، سنین و هر نوع تربیت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی خودکشی می کنند. به حرف ها و اعمال فرد توجه کنید - نه اینکه چطور به نظر شما می رسد یا اینکه به نظر شما فرد چطور باید فکر، عمل و احساس کند.

افسانه: افرادی که مرتکب خودکشی می شوند نسبت به رویدادهای زندگی اعمال افراطی دارند.

حقیقت: مشکلی که ممکن است برای فردی خیلی مهم نباشد، آشفتگی بسیاری برای فردی دیگر ایجاد می کند. برای مثال، یک نوجوان شاید نسبت به مسائلی که از نظر بزرگسالان پیش پا افتاده است واکنش شدید نشان دهد؛ اعضای خانواده ممکن است اثراتی که «زخم های ناپیدا» مانند PTSD یا TBI یا صدمه معنوی بر یک سرباز دارد را درک نکنند. ما باید به یاد داشته باشیم که بحران های درک شده به اندازه ی بحران های حقیقی نگران کننده و پیش بینی کننده ی رفتار خودکشی هستند.

افسانه: خودکشی رفتاری ناشی از پرخاشگری، خشونت، انتقام و خودخواهی است.

حقیقت: اغلب افرادی که به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند احساس می کنند که تعلق نسبت به آنها وجود ندارد یا باری بر دوش دیگران هستند. این افراد فکر می کنند که مرگ آنها باعث برداشته شدن این بار از دوش عزیزانشان می شود. بسیاری از خودکشی ها در مکان ها و روش هایی انجام می شود که فرد امید دارد به کمتر شدن رنج و شوک بازماندگان کمک کند.

افسانه: هنگامی که فردی تصمیم به گرفتن جان خود داشته باشد کسی نمی تواند او را منصرف کند.

حقیقت: اغلب افرادی که مرتکب خودکشی می شوند از هم گسیخته هستند. این افراد رنج می کشند و می خواهند رنج خود را تمام کنند. و لزوماً برای رخ دادن آن واقعاً مایل به مردن نیستند. اما نمی توانند درک دیگری داشته باشند، و اغلب اوقات فریاد آنها برای کمک شنیده نمی شود.

علائم هشداردهنده ای حاکی از اینکه ممکن است عزیزانتان به خودکشی فکر کنند

وجود هر یک یا تمامی این علائم بدین معنا نیست که فرد محبوب شما سعی در خودکشی دارد یا حتی درباره آن فکر کرده است. معنای این علائم این است که فرد محبوب شما دچار مشکل بوده و اکنون زمان اقدام است.

اگر فرد درباره موارد زیر صحبت می کند، شما باید سریعاً مداخله کنید:

- کشتن خود
- نداشتن دلیلی برای زندگی
- باری بر دوش دیگران بودن
- احساس اسیری
- درد غیرقابل تحمل

شناسایی دیگر علائم احتمالی هشدار مانند موارد زیر ممکن است دشوارتر باشد. احتمال خطر خودکشی در صورتی بیشتر است که رفتاری به ویژه در ارتباط با واقعه ای دردناک، فقدان، یا تغییر جدید باشد یا شدت بگیرد. به این رفتارها توجه داشته باشید و از پرسیدن سوال نترسید.

- افزایش مصرف مواد یا الکل
- گشتن به دنبال راهی برای کشتن خود، مانند جستجوی آنلاین برای وسایل یا راهکار
- اقدامات بی پروا
- کناره گیری از فعالیت ها
- انزوا از دوستان و خانواده
- خواب بیش از اندازه کم یا زیاد
- ملاقات یا تماس با افراد برای خداحافظی
- بخشیدن دارایی های با ارزش
- پرخاشگری

منبع: بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی

پیشگیری از خودکشی از طریق ارتباط و صحبت

فهرستی برای کمک به والدین و خانواده های افرادی که با بیماران ذهنی زندگی می کنند به منظور ارتباط با ارائه دهندگان خدمات درمانی **

تهیه شده توسط شورای روانپزشکی کودک و نوجوان اورگون با کسب مجوز از NAMI

هدف

آمار دریافت شده از مراکز پیشگیری و کنترل بیماری ها (CDC) حاکی از این است که بیش از 44000 نفر در سال 2015 بر اثر خودکشی از بین رفته اند (جدیدترین سالی که داده های کاملی از آن در دسترس است) که این امر موجب شده است خودکشی دهمین علت مرگ در ایالات متحده باشد. بالاترین میزان خودکشی در میان گروه سنی 45 تا 54 سال و پس از آن گروه سنی 55 تا 64 سال رخ داده است. در میان نوجوانان گروه سنی 10 تا 14 سال، صدمات غیر عمد علت اصلی مرگ است درحالیکه خودکشی در جوانان سن 15 تا 19 سال و همچنین 20 تا 34 سال علت اصلی مرگ به شمار می آید. در سال 2015، 49.8% مرگ های رخ داده به علت خودکشی با استفاده از اسلحه ی گرم، 26/8% به علت خفگی و تقریباً 15.4% با مسمومیت صورت گرفته بود (وبسایت CDC).

طبق گزارش بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی (AFSP)، در ایالات متحده آمار کاملی از تلاش های خودکشی ثبت نشده است، البته CDC هر ساله اطلاعات مربوط به صدمات غیرکشنده به دلیل آسیب به خود را از بیمارستان ها جمع آوری می کند. 494,169 نفر به دلیل صدماتی به بیمارستان مراجعه کرده بودند که علت آن آسیب به خود بود. این رقم نشان می دهد که تقریباً به ازای هر مرگ گزارش شده به علت خودکشی 12 نفر به خود آسیب می زنند. البته، به دلیل شیوه ی جمع آوری این داده ها ما قادر به تمایز تلاش های عمدی برای خودکشی از رفتارهای غیر عمدی آسیب به خود نیستیم. همچنین بسیاری از تلاش ها برای خودکشی یا گزارش نشده و یا درمان نمی شوند. تحقیقات حاکی از این هستند که حداقل یک میلیون نفر در سال در ایالات متحده درگیر صدمات غیر عمد به خود می شوند. زنان سه برابر بیش از مردان دست به خودکشی می زنند. میزان تلاش برای خودکشی نیز مانند میزان مرگ و میر به علت خودکشی در میان گروه های مختلف جمعیتی متفاوت است. بااینکه احتمال مرگ مردان به دلیل خودکشی چهار برابر زنان است، زنان سه برابر بیشتر از مردان دست به خودکشی می زنند. تخمین زده می شود که نسبت تلاش برای خودکشی به مرگ به علت خودکشی در جوانان 25:1 باشد درحالی که این نسبت در بزرگسالان 4:1 است (وبسایت AFSP).

ارتباط بین اعضای خانواده ی افرادی که به دنبال درمان بیماری های روانی هستند با ارائه دهندگان اصلی مراقبت اولیه و پزشکان مراقبت روانی، کیفیت مراقبت انجام شده برای این افراد را بهبود و خطر خودکشی و رفتارهای خودزنی را کاهش می دهد، همچنین موجب افزایش رواج استفاده از منابع اجتماعی برای بهبود پیامدهای کلی درمانی برای این افراد می شود. درعین حال که محرمانگی از مؤلفه های اصلی رابطه درمانی به شمار می آید، این مسئله امری مطلق نبوده و سلامت بیمار بر وظیفه ی حفظ محرمانگی ارجحیت دارد. سوء تفاهم متخصصین بالینی درباره ی محدودیت های ایجاد شده با قوانین FERPA، HIPAA و قوانین ایالتی برای حفظ محرمانگی بیماران سبب ایجاد دغدغه هایی غیرضروری درباره ی افشای اطلاعات بالینی مربوطه شده است. ارتباط بین اعضای خانواده یا دیگر افراد مهم شناخته شده و ارائه دهندگان باید بهترین عمل بالینی معرفی شود و هرگونه انحراف از این امر تنها باید در شرایط خاص و نادر باشد.

شورای روانپزشکی کودک و نوجوان اورگون به منظور رفع مواردی از نقص ارتباطی مشاهده شده، فهرستی برای ارائه دهندگان سلامت در سال 2012 منتشر نموده است. این فهرست همراه برای کمک به اعضای خانواده در دسترسی به اطلاعاتی طراحی شده است که شاید برای حفظ زندگی عزیزان آنها ضروری باشد.

تعاریف

فرد درحال درمان: فردی تحت درمان بیماری های روانی که ممکن است کودک، خواهر والدین یا دیگر افرادی باشد که شما قصد پشتیبانی از خدمات درمانی آن ها را دارید در اینجا به طور مختصر با عنوان «فرد» معرفی می شود.

خدمات درمانی: می تواند شامل درمان سرپایی، تجویز دارو، گروه های پشتیبان یا دیگر پشتیبان های درمانی، بستری موقت، یا برنامه های اقامت درمانی باشد.

ارائه دهنده: می تواند شامل ارائه دهندگان مراقبت اولیه، پزشک اتاق اورژانس، پزشک روانپزشک، پرستار، مددکار اجتماعی بالینی مجاز، مشاور تخصصی مجاز و دیگر متخصصین دارای صلاحیت در حیطه مراقبت از سلامت روان باشد.

خانواده: می تواند شامل خویشاوندان سببی درجه یک، خانواده ی ناتنی، والدین ناتنی، همسر یا دیگر افرادی باشد که جایگاهی مشابه در زندگی فرد درحال درمان دارند.

****نکته:** اگر بیمار صغیر باشد، والدین می توانند با مشورت قوانین ایالتی مشخص کنند که چه زمانی ارائه دهنده می تواند یا باید اطلاعات بیمار را برای والدین افشاء کند.

برای تمامی افراد دچار مشکلات سلامت روانی، خانواده ها باید موارد ذیل را درخواست دهند:

- آیا ارائه دهنده از فرد برای امضای مجوز صحبت با خانواده درخواست امضا نموده است؟ اگر خیر، چرا؟ اگر بله، و فرد امتناع نمود، آیا ارائه دهنده ارزش درمانی صحبت با خانواده را توضیح داده است؟
- آیا ارائه دهنده یا متخصص دارای صلاحیت دیگری ارزیابی ریسک جامع شامل مصاحبه شخصی با فرد، مرور سوابق و کسب اطلاعات از خانواده را انجام داده است یا خیر؟
- آیا ارائه دهنده و یا هر متخصص دیگری به این نتیجه رسیده است که فرد در معرض خطر شدید خودکشی است؟
- آیا ارائه دهنده سوابق ارائه دهندگان قبلی خدمات مراقبت روانی را مرور کرده است و با تمامی دیگر افراد حاضر در فرآیند مراقبت و درمان فرد گفتگو نموده است (برای مثال، درمانگر، پزشک خانواده، مدیر پرونده و سایرین)؟
- شما باید به ارائه دهنده پیشنهاد فراهم کردن سوابق بیشتر را بدهید و آنچه را که درباره بیماری عضو خانواده و همچنین نیاز به درمان می دانید، به ویژه در اتفاقی که حاکی از احتمال خودزنی است به ارائه دهنده اطلاع دهید.

در صورت شناسایی خطر شدید خودکشی در افراد تحت درمان، تمایل شدیدی در خانواده برای اطلاع از موارد زیر وجود دارد:

- چه توصیه های درمانی و تشخیصی صورت گرفته است؟ خانواده چگونه می تواند به بهترین شکل ممکن از توصیه های ارائه دهنده پشتیبانی کند؟ چگونه می توان درباره بیماری تشخیص داده شده اطلاعات بیشتری کسب کرد؟
- ارائه دهنده خطر خودکشی در این پرونده را چگونه ارزیابی می کند؟ علائم هشداردهنده خاص برای خودکشی درباره ی وضعیت این فرد چه مواردی هستند (که با عوامل خطر تفاوت دارد)؟ در صورتی که خانواده متوجه رخ دادن این علائم شوند، چه اقداماتی از قبیل بردن فرد به بیمارستان برای ارزیابی باید انجام دهد؟ می توانید از ارائه دهنده برای تهیه برنامه ی نظارت و پشتیبانی اعضای خانواده درخواست کمک کنید. چه عواملی برای محافظت وجود دارند و چگونه می توان این عوامل را برای فرد بهبود یا توسعه داد؟
- منابع اجتماعی موجود برای کمک به خانواده و فرد تحت درمان چه مواردی است، شامل منابع برای مدیریت پرونده، گروه های پشتیبانی خانواده و همتا، بهبود سلامت روانی در خانه؟

- به چه نوعی از درمان مداوم نیاز است؟ این خدمات مراقبتی را چه کسی باید ارائه دهد؟ خانواده چگونه به این مراقبت دسترسی پیدا می کند؟
- خانواده برای کمک به فرد تحت درمان به نحو احسن چه کاری می تواند انجام دهند؟ خانواده چه کارهایی نباید انجام دهد؟
- هنگامی که فرد از یک مرحله درمانی به مرحله ی دیگر یا از ارائه دهنده ای به مورد دیگری انتقال پیدا می کند، تدارکات مراقبت چگونه باید هماهنگ شود؟ می توانید درخواست کنید که ارائه دهنده اطمینان دهد که پیگیری با ویزیت های منظم و مشخص انجام می گیرد، ارائه دهنده ی پذیرنده دانش کاملی از سوابق/مسائل خطر و پیشینه دارد، و ارائه دهنده ی اصلی تأیید می کند که عضو خانواده در جلسات پیگیری حضور داشته است.

در صورتی که فرد در دانشگاه یا محیط های مشابه حضور داشته باشد، خانواده می تواند از مدیر سؤال کند:

- برای پشتیبانی از دانشجویانی که با مشکل بیماری روانی زندگی می کنند و اجتناب از خودزنی چه سیستم هایی برقرار شده است؟ آیا برای دانشجویان دچار بیماری روانی مشاوره همتا وجود دارد؟ آیا خدمات مراقبتی و مشاوره به صورت بیست و چهار ساعته و هفت روز هفته در دسترس هستند؟ اگر خیر، چه ساعتی این خدمات برقرار هستند؟ آیا شماره تلفنی 24 ساعته برای تماس در موارد اضطرار وجود دارد؟
- آیا برای دانشجویانی که احساس آشفتگی یا اضطراب بالا دارند، دفتری برای وساطت و هماهنگی با مربیان تدارک دیده شده است؟ آیا استفاده از این منابع هرگونه کمک هزینه ای که ممکن است دانشجو داشته باشد را به مخاطره می اندازد؟

علائم هشداردهنده خودکشی را جدی بگیرید



این سوالات را بپرسید:

- آیا احساس ناراحتی یا بدبختی داشته اید؟
- آیا هرگز احساس ناامیدی داشته اید؟ آیا اینگونه به نظر می رسد که اوضاع هرگز بهتر نخواهد شد؟
- آیا به مرگ فکر می کنید؟
- آیا تابحال هیچ انگیزه حقیقی برای خودکشی داشته اید؟ آیا انگیزه ای برای کشتن خود دارید؟
- آیا هیچ برنامه حقیقی برای کشتن خود دارید؟
- {در این صورت...} چه زمانی قصد کشتن خود را دارید؟
- آیا چیزی مانند اثر فردی در خانواده، تعهدات دینی یا حیوان خانگی وجود دارد که مانع شما شود؟
- آیا هرگز در گذشته دست به خودکشی زده اید؟
- آیا مایل هستید که با فردی درباره احساس درماندگی خود یا برای درخواست کمک صحبت کنید؟ آیا فرد خاصی هست که مایل به صحبت با وی باشید؟

- آنها را تنها نگذارید

- با مرکز بحران خودکشی تماس بگیرید
- به اتاق اورژانس بروید یا با شماره 911 تماس بگیرید
- علائم هشدار خودکشی را در خفا نگهداری نکنید

-شماره های بحران:

- مرکز تماس ملی خودکشی به شماره (8255) 800-273-TALK
- مرکز تماس بحران سربازان به شماره 800-273-8255، شماره 1 را فشار دهید

نکات کلیدی برای کمک به تخفیف بحران



- **تهدید نکنید.** این کار یک بازی قدرت تلقی می شود و ترس یا رفتار توهین آمیز را در فرد بر می انگیزد
- **فریاد نزنید.** اگر به نظر می رسد فردی با علائم مشکل سلامت روانی به حرف شما گوش نمی دهد، به این دلیل نیست که سنگین گوش است. ممکن است «صداها»، افکار و اضطراب های دیگر یا پارانوئیا در فرد غالب یا درحال تداخل باشد.
- **انتقاد نکنید.** این کار تنها وضعیت را بدتر می کند، اما ممکن نیست اوضاع را بهتر کند
- **با دیگر اعضای خانواده بر سر «بهترین راهکارها» یا اینکه چه کسی مقصر است، جروبحث نکنید.** برای اثبات مسائل زمان کافی وجود ندارد.
- **عزیزان خود را بازیچه ی انجام تهدیدات خشونت آمیز نکنید؛** پیامدها فاجعه آمیز خواهد بود
- **مقابل عزیزان خود نایستید** اگر فرد نشسته است این کار تجربه ی مورد تهدید واقع شدن را به وی القا می کند. در عوض، بنشینید. البته، اگر فردی با مشکل سلامت روانی بیش از پیش ناراحت بوده و ایستاده است، می توانید بایستید تا اگر وضعیت فرد تا حد تهدید آمیزتری تشدید شد، بتوانید سریعاً اتاق را ترک کنید.

- از تماس چشمی مستقیم و مداوم یا لمس فرد محبوب خود اجتناب کنید. با درخواست هایی که خطر ساز یا فراتر از حد معقول نیستند موافقت کنید. این کار به فرد تحت بحران فرصتی برای احساس نوعی «کنترل داشتن» را می دهد.
- مسیر ورودی را مسدود نکنید. البته، حتماً بین یک خروجی و فرد محبوب خود قرار گیرید. در صورت امکان آرامش را القا کنید. اگرچه هیچ کس نباید فکر کند که برای کمک باید احساسات فرد را فرونشاند، تحقیقات نشان داده است که ابراز احساسات شدید عواطف منفی می تواند موجب اغتشاش بیشتر در فرد دارای مشکل روانی شود.

این بخش با کمک الحوری، بیمارستان ایالت غربی و پزشک عضو NAMI دکتر آناند پاندیا تهیه شده است

برنامه بحران

برنامه بحران باید شامل موارد ذیل باشد:

- تماس اورژانسی چندگانه - تلفن، همراه و ایمیل
- پزشک - تلفن
- روانپزشک - تلفن
- درمانگر یا مشاور - تلفن، همراه و ایمیل
- مدیر پرونده - تلفن، همراه و ایمیل
- متخصص پشتیبانی هم‌تا - تلفن، همراه و ایمیل
- داروهای فعلی و دوز مصرفی
- آلرژی (به داروها یا مواد غذایی و غیره)
- اقداماتی رسمی که در صورت رسیدن بحران به حد نیاز به کمک‌های بیرونی
- برنامه‌ها باید شامل شیوه‌ی مراقبت از دیگر اعضای خانواده، به ویژه کودکان، افراد نیازمند مراقبت فیزیکی 24 ساعته یا دیگر سالمندان باشد

برنامه عود

برنامه عود باید شامل موارد ذیل باشد:

مشارکت

- فرد دچار بیماری روانی و خانواده/سیستم پشتیبان همراه با یکدیگر برنامه ای تهیه و بر سر آن به توافق برسند

پاسخ به سؤالات ویژه:

- چگونه متوجه شویم که دچار بحران شده اید؟
- علائم و نشانه های عود، از خفیف تا حاد را فهرست کنید

در صورتی که دچار بحران شوید، ما چه کاری انجام خواهیم داد؟

- هنگامی که علائم خفیف رخ دهد، ما این اقدام را انجام خواهیم داد:
- هنگامی که علائم حادثری رخ دهد، ما این اقدام را خواهیم کرد:
- هنگامی که علائم با احتمال خطر/شدید رخ دهد، ما این اقدام را خواهیم کرد...

در چه مرحله ای بستری کردن نیز لحاظ می شود؟

- چه اقدامات و علائمی سبب تماس گرفتن خواهند شد؟
- چه بیمارستانی در اولویت است؟

در چه مرحله ای با خدمات اورژانسی یا اعمال قانون تماس گرفته می شود؟

- چه اقدامات و علائمی سبب تماس گرفتن خواهند شد؟

در وبسایت NAMI به آدرس ذیل، اطلاعات بیشتری می توانید کسب کنید: www.nami.org

بخش VII.

حمایت از اعضای خانواده و دوستان

اقدامات خود- مراقبتی برای اعضای خانواده



چالش های زندگی برای اعضای خانواده و مراقبان

چالش های زندگی برای پرستاران اصلی (معمولاً همسران/شریک زندگی و والدین):

- گذر از بحران با فرد محبوب شما و در عین حال تأمین نیاز سایر اعضای خانواده؛ تحمل تعارض های اجتناب ناپذیر خانواده به دلیل دیدگاه ها، مراحل پذیرش و سبک تحمل متفاوت
- یادگیری شیوه برخورد با علائم باقی مانده - انزوای اجتماعی، سکوت، تمایل به خودکشی و یا خشونت، بی عاطفگی، زودرنجی، مقاومت- به طور «دائمی»
- تلاش برای هوشیاری نسبت به علائم عود و انجام اقدامات مناسب؛ برخورد با پلیس، تیم بحران، تعهد غیرداوطلبانه؛ تلاش برای کسب اطلاعات و کمک از متخصصین مراقبت از سلامت روانی؛ یافتن خدمات، پذیرش نقش «مدیر_پرونده» اصلی به صورت دائم
- کنار آمدن با اضطراب درباره عود، اعتیاد به الکل، مواد مخدر، موقعیت تقریبی عزیز گم شده، گزینه های درمانی، ایمنی فیزیکی، بارداری، تغذیه، مصرف دخانیات و غیره.
- یافتن راهی برای ایجاد تعادل در مسئولیت های کار با مسئولیت های مراقبت؛ تلاش برای تصمیم گیری درباره زندگی در شرایط آینده ی نامعلوم
- کنار آمدن با اثراتی که علائم اختلال فرد محبوب شما بر رابطه یا ازدواج خود شما خواهد داشت؛ از بین رفتن صمیمیت و زمان سبکباری در کنار یکدیگر؛ نگرانی درباره اینکه این منابع پشتیبان اصلی از بین بروند یا در مخاطره قرار گیرند
- کنار آمدن با نگرانی های مالی و برنامه برای مراقبت های آینده

چالش های زندگی برای خواهر برادران، بزرگسالان و کودکان:

- کنار آمدن با توجه نامتناسبی که به خواهر/برادر یا والدین دچار مشکل روانی داده می شود؛ رشد کردن در فضایی از پنهانکاری، سردرگمی، سکوت، خجالت؛ مشاهده حملات روانی وحشتناک یا تغییرات شخصیتی
- تهدید شدن، مورد صدمه یا تهدید فردی واقع شدن که قرار است عضو مراقب و محافظ خانواده باشد، تجربه ی والدین یا خواهر/برادر بد به جای کسی که تجربه ی علائم مشکلات روانی را دارد
- بدک کشیدن ننگ اجتماعی عزیز که «عجیب» یا «ترسناک است»
- مدیریت نیاز های عاطفی والدین پرستار یا همسر/شریک نادیده گرفته شده
- داشتن وظایف خانگی و مسئولیت های بیشتر؛ اجبار برای «زودتر بزرگ شدن»؛ فشار برای فرزند ی «کامل» بودن برای جبران والدین یا خواهر/برادری که دچار مشکل روانی است
- نگرانی درباره اینکه شما علت این اختلال بوده اید، یا اینکه شما نیز دچار این مشکل شوید، یا اینکه موجب بدتر شدن وضعیت والدین یا خواهر/برادر شوید

- نگرانی درباره اینکه چقدر باید برای فرد محبوب خود تلاش کنید؛ نگرانی درباره زمان فوت والدین و اینکه مراقبت وظیفه شما خواهد بود

برخی چالش های زندگی برای شریک/همسر:

تمامی چالش های اصلی پرستار علاوه بر:

- کنار آمدن با از دست رفتن محرم اسرار صمیمی، از دست رفتن شریک در کارهای خانه، و اغلب از دست رفتن فرد درآمدزا خانواده؛ کنار آمدن با حس مشارکت از بین رفته در ازدواج یا تعهد
- کنار آمدن با «سکوت عاطفی» و سدری جنسی که با بیماری روانی شریک/همسر ایجاد می شود؛ کنار آمدن با تغییرات عواطف نسبت به همسر/شریک؛ کنار آمدن با احساسات نامتناقض درباره طلاق، درباره ناامیدی، درباره «خودخواه» بودن، درباره تمایل به داشتن زندگی متفاوت و بهتر
- به عهده گرفتن نقش دوگانه ی والد تنها و پرستار اصلی؛ نگرانی درباره پول، تأثیر مشکل روانی در خانه بر فرزندان، کنار آمدن با تمامی این مطالبات به تنهایی، بدون شناخت یا تشکر
- تصمیم درباره تشکیل یا گسترش خانواده پس از یک صدمه جدی یا تشخیص اختلال سلامت روان
- مورد هدف عصبانیت زیاد شریک/همسر خود (که مایل نیست با او مثل «کودک» رفتار شود) و فرزند قرار گرفتن (که فکر می کنند شما قدرت «حل» مشکل بفرنج خانواده را دارید)؛ کنار آمدن با عدم دریافت بازخورد از ارزشمندی و اهمیت شخص شما
- کنار آمدن با تنگ، انزوای اجتماعی، نداشتن گروه های همتا در میان دوستان «متألم»؛ کنار آمدن با فشار یا مخالفت های خانواده همسر

اصول یک زندگی متعادل

هنگامی که فردی از اعضای خانواده دچار مشکل روانی است، سعی کنید برای بهتر شدن زندگی اقدامات مثبت ذیل را انجام دهید:

- برای بهبود شرایط از نظر مالی و فیزیکی هرچه در توان دارید انجام دهید، اما درباره کارهایی که قادر به انجام آن نیستی احساس گناه نکنید. اگر حفظ آرامش، رفاه و شأن خانواده در وضعیتی که فردی دچار عارضه سلامت روانی در خانه زندگی می کند ممکن نیست، شاید نیاز به ترتیب دادن اقداماتی دیگر باشد. در صورت لزوم، از درخواست پشتیبانی عمومی از طریق خدمات اجتماعی مانند کلینیک های عمومی یا بیمارستان های دولتی احساس شرم نکنید. شما هر چه برای درخواست اطلاعات و کمک از دفتر سلامت روانی ایالت خود دارید. مبالغ مالیات با هدف کمک به افراد نیازمند به خدمات اجتماعی دریافت می شود.
- برای داشتن سلامت جسمی مطلوب تلاش کنید. هم اعضای خانواده و هم فرد محبوب شما می توانند از رژیم غذایی سالم، ورزش منظم و محیط زندگی امن بهره مند شوند.
- مراقب سطح استرس خود باشید. اجازه ندهید کنترل شما از دست رود. هنگامی که حس می کنید دچار اضطراب شدید استراحت کنید و نفس عمیق بکشید. انجام کاری که مسیر فکری شما را تغییر داده یا متوقف می کند سودمند خواهد بود.
- به یاد داشته باشید که زندگی هیچ کس بدون اضطراب نیست. یادگیری کنار آمدن با استرس کلید حفظ تعادل در زندگی است. به دنبال چیزهایی باشید که به شما آسودی خاطر می دهد و از آن لذت می برید: قدم زدن در ساحل یا در جنگل، فیلم، بازی، کتاب خوب، نقاشی، نمایش طنز تلویزیونی، گفتگو با دستی عزیز، دعا. باید خود را رها کنید، استراحت کنید، به ذهن و جسم خود فرصت بازسازی دهید تا انرژی شما بازگردد.
- تلاش برای حفظ ارتباط اجتماعی ضروری است. اگر فرد عزیز شما دچار مشکلات جسمی تحلیل برنده شد - برای مثال بیماری قلبی یا سرطان - همسایه ها، دوستان و همکاران می توانند پشتیبان باشند. اگر مشکل روانی باشد، خانواده ی درگیر ممکن است احساس انزوا کنند. بنیان خانواده اغلب از ننگ در اجتماع کناره گیری می کند. بهتر است که اعضای خانواده به حضور خود در اجتماع به عادی ترین شکل ممکن ادامه دهند. اعضای خانواده در جایگاهی منحصر به فرد برای مقابله با تبعیض و ترس همراه با عارضه سلامت روانی قرار دارند. اغلب درک و همدردی قابل توجهی در صورت وجود ارتباط بین خانواده های تحت تأثیر عارضه سلامت روانی و همسایه های آنها حاصل می شود.
- به دنبال گروه پشتیبانی باشید که توسط خانواده های افراد دچار عارضه سلامت روان تشکیل شده است و به آن ملحق شوید. در چنین گروه هایی دانش و آرامش قابل توجهی وجود دارد. اگر در اجتماع شما چنین گروهی تشکیل نشده است شما می توانید شروع کننده باشید.
- به پیگیری علایق خود ادامه دهید. دفن کردن امیدها و آرزوها برای توجه کامل به فرد عزیز که دچار عارضه سلامت روانی است، نه تنها چالش ها را رفع نمی کند بلکه به آنها می افزاید. اگر هنرمند هستید، به نقاشی و طراحی ادامه بدهید. اگر از کارهای چوبی لذت می برید، اگر به دوندگی علاقه دارید، اگر عضو فعالی از یک باشگاه هستید، به انجام کارهایی که به شما لذت می دهند و زندگی شما را تأمین می کنند ادامه دهید. به دلیل اینکه همچنان زندگی شخصی خود را دارا هستید بهتر قادر به تحمل چالش ها خواهید بود. اجازه ندهید که با رها کردن علایق و آرزوها برای تأمین نیازهای عزیزتان وجود شما مملو از نفرت شود. این کار نفعی برای هیچ کدام از شما ندارد. با خود و همچنین دیگران مهربان باشید.
- کاری برای دیگر افراد انجام دهید. هنگامی که مشغول پشتیبانی از دیگران باشیم، مشکلات خود ما کمتر توانایی شکست دادن ما را خواهند داشت.

تنفس دیافراگمی

یکی از راه های مقابله با غضب و آرام کردن خود این است که عمیقا و از طریق دیافراگم نفس بکشید!



محدودیت های محیطی

- شما تنها نیستی
- از خانواده، دوستان و مسئولین تقاضای کمک کنید
- زمانی که رفتار یا علائم روان پریشان مطرح می شود مرزهایی سالم تعیین کنید و به آنها احترام بگذارید
- برای رفتار روان پریشان محدودیت تعیین کنید و برنامه ای برای مواردی که تحمل می کنید و مواردی که تحمل خواهید کرد مشخص کنید
- به غریزه ی خود اعتماد کنید
- دغدغه های مربوط به خشونت و خودکشی را نادیده نگیرید
- حتی اگر عصبانی هستید یا ترسانده شده اید، با احترام با فرد عزیز خود رفتار کنید
- اقدام به محافظت از عزیزداشتنی که دچار عارضه سلامت روانی هستند والاترین شکل ممکن مراقبت از آنان است
- اقدام به حفظ خود از خطر نیز والاترین شکل مراقبت از خود است

رها کردن



رها کردن...

- به معنای محروم کردن خودم نیست، بلکه فهمیدن این مسئله است که من نمی توانم فرد دیگری را کنترل کنم
- به معنای قطع توجه و مراقبت نیست، بلکه فهمیدن این مسئله است که نمی توانم برای فردی دیگر این کار را کنم
- به معنای این است که اجازه دهیم افراد از پیامدهای طبیعی درس بگیرند
- درک این است که چه زمانی پیامدها از کنترل من خارج هستند
- به معنای وابستگی نیست، بلکه به معنای اهمیت دادن است
- به معنای حل کردن نیست، بلکه به معنای پشتیبانی است
- به معنای قضاوت نیست، بلکه به معنای اجازه دادن به فردی دیگر برای انسان بودن است
- به معنای انتقاد و کنترل هر کس دیگری نیست، بلکه تلاش برای تبدیل شدن به کسی است که در رویاهایم قادر به بودن جای او هستم
- به معنای انتظار معجزه داشتن نیست، بلکه به معنای پذیرش هر روز به هر شکلی که اتفاق می افتد و گرامی داشتن خودم در آن شرایط است
- به معنای حسرت خوردن برای گذشته نیست، بلکه رشد کردن و زندگی برای آینده است؛ رها کردن به معنای ترس کمتر و عشق بیشتر است



هنگامی که در پرواز آماده ی عزیمت می شویم، مهماندارتان پرواز به ما چه می گویند؟

- پیش از کمک به فرزند یا شخص مجاور خود، ماسک اکسیژن خود را بگذارید!
- چرا؟ برای اینکه پیش از کمک به دیگران از بین نروید!

راهی عالی برای مراقبت از خود حضور در کلاس ها، گروه های پشتیبانی و سخنرانی NAMI است!

بخش VII
منابع NAMI

برنامه های NAMI



گروه های پشتیبان NAMI



“ I don't know where I'd be without NAMI Connection; it literally saved my life. I'm so grateful for my group and now I just want to share this program with everyone living with a mental illness. ”

NAMI Connection یک برنامه گروه پشتیبانی و بهبودی است که هر فرد بزرگسال (+18) دچار عارضه سلامت روانی می تواند در آن شرکت کند. این گروه با استفاده از مدل تشکیلاتی گروه پشتیبان در محیطی آرامشبخش و با هدف ایجاد ارتباط، تشویق و پشتیبانی از شرکت کنندگان طراحی شده است. گروه ها محرمانه و شرکت در آنها رایگان است و جلسات به صورت هفتگی یا دوهفتگی به مدت 90 دقیقه برگزار می شود. حضور شرکت کنندگان بدون ثبت نام قبلی انجام می شود و نیازی به تشخیص پزشکی رسمی نیست. گروه پشتیبان در زبان اسپانیایی با عنوان «NAMI Conexión» Grupo de Apoyo y Recuperación در استان های محدودی ارائه می شود.

گروه های **NAMI Connection**:

- توسط مربیان آموزش دیده ای هدایت می شود که خود دچار عارضه سلامت روانی هستند



“ Family Support Group training is essential to the success of our support groups. Without the training.... support groups would become nothing more than “cry” sessions or “gripe” sessions. ”

گروه پشتیبان خانواده **NAMI** گروه پشتیبانی است برای اعضای خانواده، افراد پرستار و عزیزدشتنی که دچار بیماری روانی هستند و توسط همسالان هدایت می شود. این گروه در شرایطی محرمانه خدمات پشتیبانی ارائه می دهد و چالش ها و موفقیت های دیگران را معرفی می کند. نسخه ی زبان اسپانیای برنامه، یعنی Grupo de Apoyo para Familiares de NAMI در تعداد محدودی از استان ها ارائه می شود.

گروه های پشتیبان خانواده **NAMI**:

- توسط مربیان آموزش دیده ای هدایت می شود که خود دچار عارضه سلامت روانی هستند

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ی برنامه های آموزشی **NAMI**، گروه های پشتیبان و سخنرانی ها لطفاً به وبسایت ذیل مراجعه کنید: www.nami.org

سخنرانی های NAMI



NAMI Presentations



NAMI Ending the Silence

National Alliance on Mental Illness



Thank you for coming to my school and sharing our story. You have changed my life forever. The things you explained about your depression relate to how I feel. When I got home, I immediately talked to my parents and hopefully I will get some help.

I have had many thoughts of suicide...



NAMI Ending the Silence (ETS) یک برنامه مداخله زودهنگام و پیشگیری 50 دقیقه ای است که جوانان را در بحث هایی درباره سلامت روان شرکت می دهد. ETS افسانه ها را باطل می کند و پیامی از امیدواری و بهبود را نشر می دهد و همچنین نوجوانان را به کاهش شرمساری تشویق می کند. نوجوانان برای تشخیص علائم هشدار اولیه ی عوارض سلامت روانی آموزش می بینند و همچنین اینکه اگر آنها یا فردی دیگر چنین علائمی را بروز داد چه کنند. سخنرانی های ETS برای کارکنان مدارس و خانواده

ها نیز به اهمیت مداخله زودهنگام و پیشگیری می پردازد؛ همچنین علائم هشداردهنده و شیوه ی برخورد با آنها؛ ارتباطات؛ راهکارهای پشتیبانی از یادگیری در مدرسه و خانه را مورد بررسی قرار می دهد.

:NAMI Ending the Silence

- توسط گروهی دو نفره ارائه می شود که یکی از آنها بزرگسالی جوان با عارضه سلامت روانی است



“ After seeing an In Our Own Voice presentation, several of the mental health staff stated that they saw recovery as a real option for the first time ever. ”

برنامه **NAMI با صدای خود ما** یک سخنرانی تعاملی است که دانشی درباره سبک زندگی با بیماری روانی ارائه می دهد. این سخنرانی شامل ویدئو و بحث است. نسخه زبان اسپانیایی برنامه، یعنی **En Nuestra Propia Voz de NAMI** در تعداد محدودی از استان ها در دسترس است.

برنامه **NAMI با صدای خود ما:**

- توسط دو بزرگسال با عارضه سلامت روان هدایت می شود

کلاس های NAMI



“ This course has given me a sense of who I am. I understand what is going on with me and I am able to cope. I have gained employment and committed to my recovery. ”

NAMI Peer-to-Peer یک دوره بازیابی رایگان و هشت هفته ای برای بزرگسالان (18+) دچار عارضه سلامت روانی است. این دوره مهارت ها، اطلاعات، منابع و پشتیبانی اجتماعی فراهم می کند. شرکت کنندگان در محیطی از احترام، درک، تشویق و امیدواری آموزش می بینند. افراد علاقمند به شرکت در دوره باید ثبت نام کنند. اما نیازی به تشخیص پزشکی رسمی نیست. موضوعات پوشش داده در این دوره مغز و بدن؛ تشخیص ها؛ ارتباطات؛ روابط؛ گزینه های درمانی؛ کار با ارائه دهندگان؛ کاهش

استرس؛ تعیین هدف و خودآگاهی است. این دوره در زبان اسپانیایی با نام De Persona a Persona de NAMI در تعداد محدودی از استان ها ارائه می شود.

:NAMI Peer-to-Peer

- توسط مربیان آموزش دیده و همسالان تدریس می شود که خود دچار عارضه سلامت روانی هستند



“ I have been working at the hospital for 20 years, and this is one of the best programs I have been through for staff. We have worked hard over the years to create a more humanistic and compassionate culture. This program will definitely help us in that direction. ”

ارائه دهنده NAMI به صورت دوره ای 5 جلسه ای یا سمینار مقدماتی 4 جلسه ای برای کارکنان مراقبت از سلامت ارائه می شود. این برنامه درک تازه ای از همدلی برای تجربه ی حقیقی زندگی مراجعه کنندگان و خانواده های آنان -به ویژه حین درمان- ارائه می دهد. همچنین مشارکت بین فرد دچار عارضه سلامت روانی، خانواده و ارائه دهنده، خدمات مراقبت از سلامت را برای دستیابی به بهترین میزان بهبودی ممکن ارتقا می دهد.

:ارائه دهنده NAMI

- توسط تیم آموزشی هدایت می شود که شامل فردی که دچار عارضه سلامت روان و در حال بهبود است، یک عضو خانواده ی فرد دچار عارضه سلامت روان و متخصص مراقبت از سلامت است که خود یک عضو خانواده یا دچار عارضه سلامت روان است



“ This is such a great step by step program that walks parents every step of the way. It is as if you are holding their hand through it all. ”

اصول اولیه NAMI دوره ای 6 جلسه ای برای والدین/پرستاران افراد زیر 22 سال است که تجربه ی چالش های سلامت روانی را داشته اند. این برنامه اطلاعات عملی و به روز درباره مشکلات سلامت روان و همچنین اطلاعات لازم برای پشتیبانی مؤثر با مدرسه ی کودک و همچنین ارائه دهنده خدمات سلامت روان فراهم می کند. اصول اولیه NAMI همچنین مهارت های ارتباطی و حل مسئله را آموزش می دهد. این دوره در زبان اسپانیایی با نام Bases y Fundamentos de NAMI در تعداد محدودی از استان ها ارائه می شود.

اصول اولیه NAMI:

- توسط اعضای خانواده ای اداره می شود که فرزندانشان آنها تجربه ی چالش های سلامت روان را دارند



“ Learning as a family member will allow me to deal with my Dad’s suicide and helping my family cope. Learning as a Service Member and with a mental illness, hopefully I will be able to help my wife and family deal with what goes on with me. The training was so helpful! I appreciate the time and effort that went into this class. It was well worth the time. ”

NAMI Homefront دوره ای 6 جلسه ای برای خانواده ها، والدین و دوستان نیروهای نظامی و سربازان است. این دوره شامل کلاس هایی 2 ساعته است که برای کمک به خانواده ی سربازان/نظامیان طراحی شده تا بتوانند مشکلات سلامت روان را درک کنند و توانایی خود در پشتیبانی از کارکنان نظامی خود را بهبود بخشند. برخی از موضوعات مورد بحث در این دوره تشخیص های سلامت روان شامل گزینه های درمانی PTSD و TBI، مدیریت بحران، مهارت های ارتباطی، اثر اضطراب جنگ و صدمه اخلاقی، شرمساری همراه شده با درمان سلامت روان حین خدمت نظامی است که برای هر دو گروه سربازان و پرسنل کادر ثابت ارائه می شود. NAMI Homefront همچنین به صورت آنلاین موجود است و به طور زنده در کلاس های مجازی تدریس می

شود. کلاس های آنلاین برخی موانع ایجاد شده با جغرافیا و مسئولیت های پرستاری (برای خانواده های مبارزان آسیب دیده و/یا کودکان) را از بین می برد و همچنین موجب شده است دوره در دسترس خانواده کارکنان کادر ثابت باشد که نگران هستند با شرکت در کلاس های سنتی شغل آنها به عنوان یک فرد نظامی در خطر قرار گیرد.

:NAMI Homefront

- توسط اعضای خانواده های سربازان/نظامی آموزش دیده ای هدایت می شود که عزیزانشان دچار عارضه سلامت روان هستند



“ The course should be on every psychiatrist prescription pad for families for their loved ones. A lot of heartache would be spared. ”

دوره خانواده به خانواده NAMI دوره ای 12 جلسه ای برای خانواده ها، شرکا و دوستان افراد دچار عارضه سلامت روان است. این دوره بدین منظور طراحی شده است تا به شرکت کنندگان کمک کند به درک بهتری از عارضه های سلامت روان برسند، تکنیک های ارتباطی و مهارت های کنار آمدن را بهبود دهند و به پشتیبان های قدرتمندی برای عزیزان خود تبدیل شوند. این دوره توسط (سوء مصرف مواد و اداره خدمات بهداشت روان) (SAMHSA) به صورت برنامه ای مبتنی بر شواهد در سال 2013 طراحی شد. این دوره در زبان اسپانیایی با نام De Familia a Familia de NAMI در تعداد محدودی از استان ها ارائه می شود.

:دوره خانواده به خانواده NAMI

- توسط اعضای خانواده هایی هدایت می شود که عزیزانشان دچار عارضه سلامت روان هستند

IMPACT of NAMI Programs

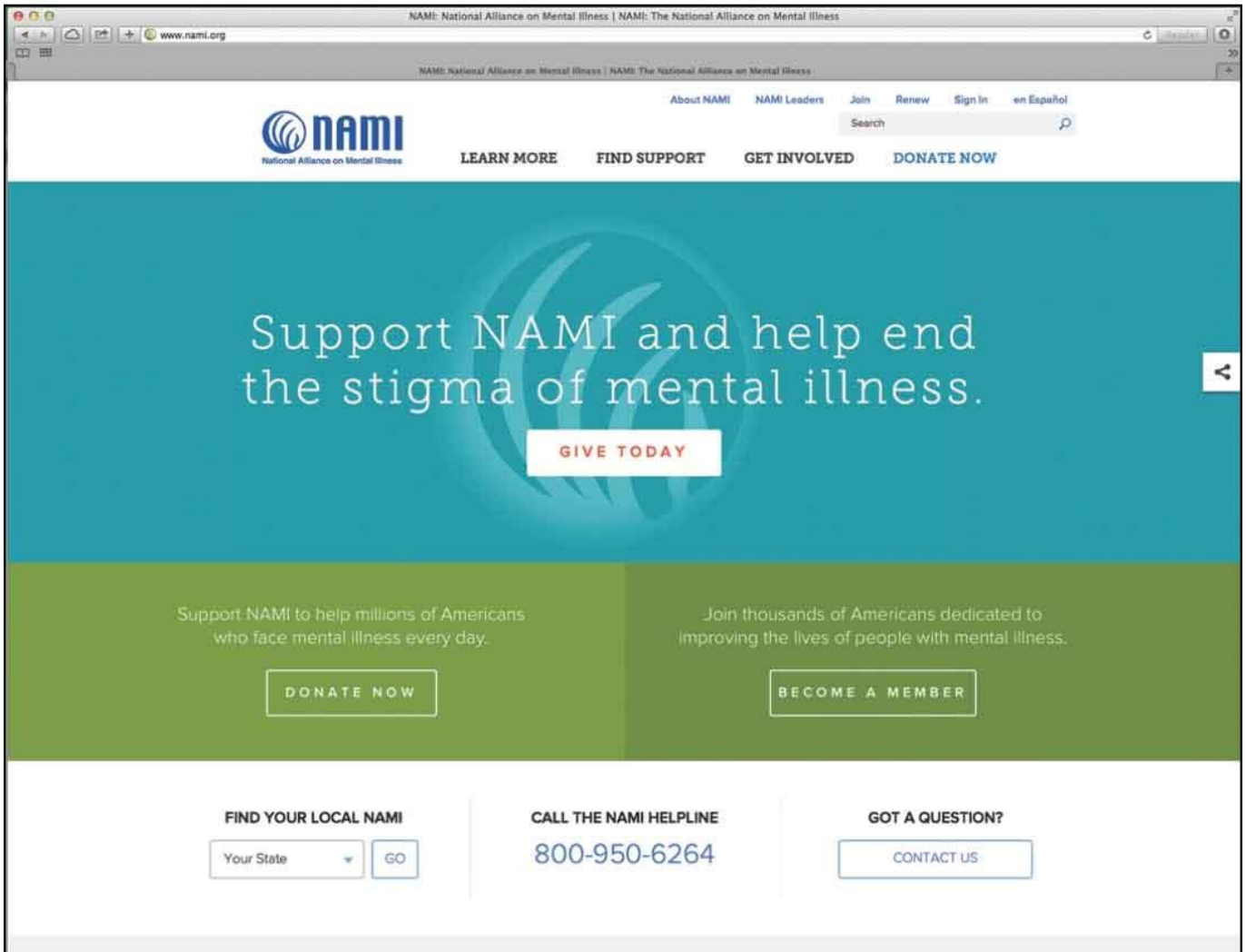


هرگز امیدتان را از دست ندهید!



- به یاد داشته باشید که شما تنها نیستی!
- عارضه های سلامت روان مشکلاتی پزشکی هستند
- این تقصیر هیچ کس نیست
- علائم هشداردهنده را بشناسید
- بهبود امکانپذیر است، زیرا امیدواری وجود دارد

www.nami.org



The image shows a screenshot of the NAMI website homepage. At the top, the browser address bar displays "www.nami.org". The website header includes the NAMI logo (National Alliance on Mental Illness) on the left, and navigation links for "About NAMI", "NAMI Leaders", "Join", "Renew", "Sign In", and "en Español" on the right. A search bar is also present. Below the header, there are four main navigation buttons: "LEARN MORE", "FIND SUPPORT", "GET INVOLVED", and "DONATE NOW". The main content area features a large teal banner with the text "Support NAMI and help end the stigma of mental illness." and a prominent "GIVE TODAY" button. Below this banner, there are two columns of text with corresponding buttons: "Support NAMI to help millions of Americans who face mental illness every day." with a "DONATE NOW" button, and "Join thousands of Americans dedicated to improving the lives of people with mental illness." with a "BECOME A MEMBER" button. At the bottom, there are three sections: "FIND YOUR LOCAL NAMI" with a dropdown menu for "Your State" and a "GO" button; "CALL THE NAMI HELPLINE" with the phone number "800-950-6264"; and "GOT A QUESTION?" with a "CONTACT US" button.

[/http://www.nami.org](http://www.nami.org)

منابع

مواردی نیز از برنامه های NAMI به شرح زیر در این سمینار گنجانده شده است: NAMI Basics، NAMI Ending the Silence، NAMI Family-to-Family، NAMI Homefront، NAMI In Our Own Voice و NAMI Peer-to-Peer. منابع کامل برای مطالب آموزشی منبع را می توان در کتابچه های راهنمای هر یک از برنامه های فهرست شده یافت، لطفاً برای اطلاعات بیشتر با NAMI تماس بگیرید.

مواردی نیز از وبسایت های NAMI به شرح زیر در این سمینار ارجاع داده شده است:

- NAMI (ائتلاف ملی بیماری های روانی) www.nami.org
- سوء مصرف مواد و اداره خدمات بهداشت روان (SAMHSA) www.samhsa.gov
- NIMH (مؤسسه ملی سلامت روان) www.nimh.nih.gov
- VA (وزارت امور سربازان ایالات متحده) www.va.gov