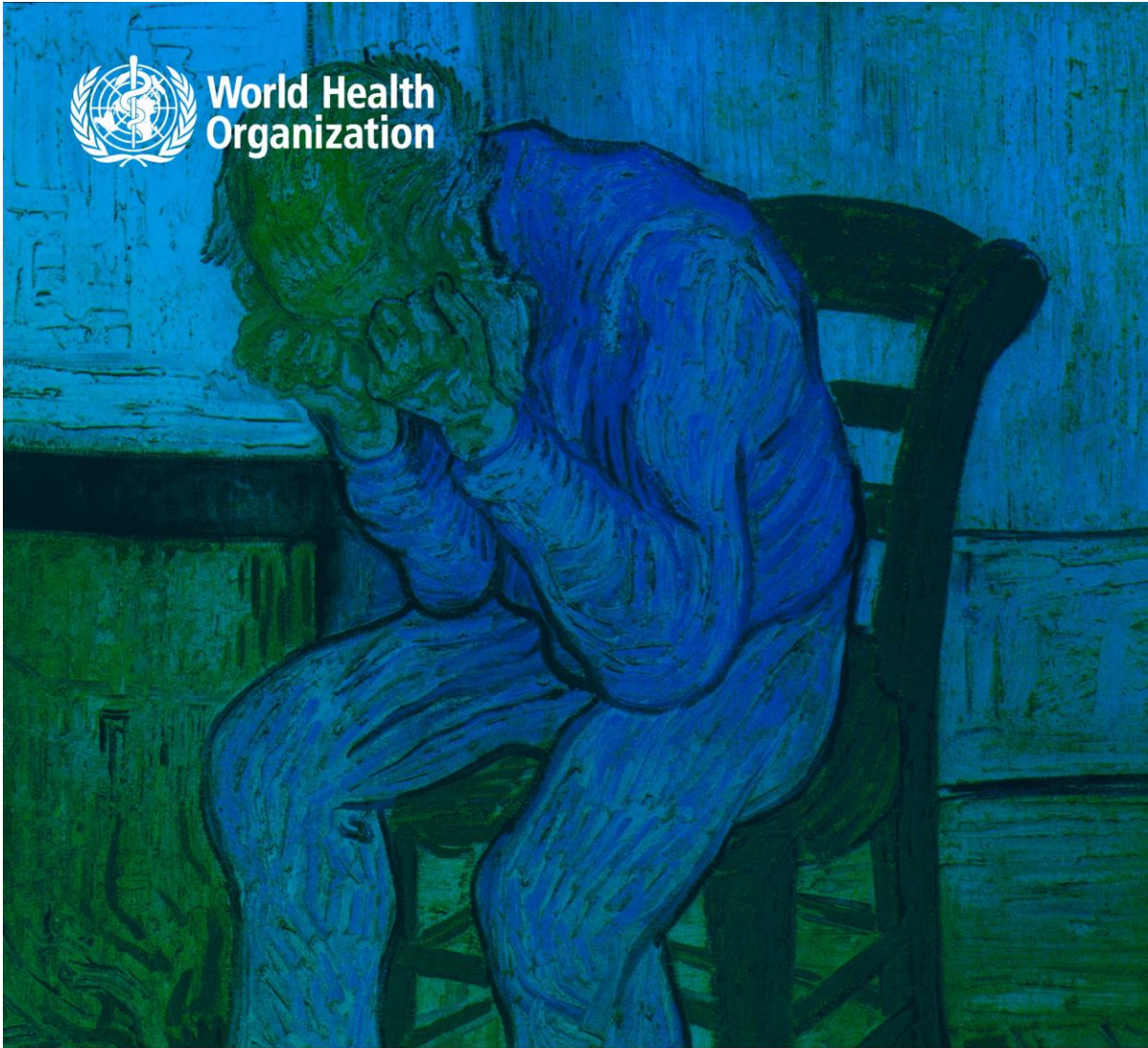




World Health
Organization



سازمان بهداشت جهانی

خروج از واماندگی روحی

نشانه‌ها و راه‌کارها

نوشته‌ی وی. ناگاسوامی و، هلموت نیل

ترجمه‌ی غلامعلی کشانی

شهریور ۱۴۰۰

در صورتی که این دست‌نامه را مفید دیدید، لطفاً برای دیگری هم بفرستید که مطمئن هستید "اهل خواندن" کتاب‌اند و آن را انبار و فراموش نمی‌کنند، با این هدف که "متنِ پرینت و جلد شده" در تاقچه‌های خانواده‌های فارسی‌زبان دم‌دست باشد.

امید که کمکی به کنترل وضعیتِ بیماران، و بهداشتِ روانیِ پیشگیرانه‌ی همه‌ی مردم و به‌خصوص کوتاه‌دستان و محرومان بشود.

لطفا دست‌به‌دست کنید.

تقدیم به

همه‌ی آنانی که از رنج‌های روحی خود و دیگران بی‌خبر یا کم‌اطلاع، یا نسبت به دردهای روحی دیگران بی‌اعتنا هستند؛ و همه‌ی آنانی که با عشق و همدلی و صبر و پیگیری، از راه کمک به بیماران روانی، تمرین "شراکت در رنج دیگری" می‌کنند: از مادران گرفته تا نزدیکان، تا بهداشت کاران و درمان‌گران، و تا یاریگران داوطلب "خدمت به همگان و به تهی‌دستان".

غ. ک.

سپاس از دانیال کشانی برای اجرای طرح جلد: cubex.nl

This is a Farsi translation of

"PROMOTING INDEPENDENCE OF PEOPLE WITH DISABILITIES DUE TO MENTAL DISORDERS"
by H. Sell and V. Nagaswami, published by WHO organization, ۱۹۹۷ edition; Translated into
Farsi by Gholamali Keshani, in ۲۰۲۱

چند نکته:

- ۱- راهنمایی‌های خود دست‌نامه همراه با اضافات مترجم، دانستنی‌های مهمی برای شناسایی، پیشگیری و کاهش مشکلات رفتاری و روانی همگان به‌خواننده می‌دهند و همین‌طور برای بهبود زندگی بیماران روانی ناتوان. به همین دلیل، عنوان فارسی کتاب عوض شده تا بتواند حس منفی "بیمار روانی" رایج در بین مردم را کم‌رنگ کند و نظر بیننده را در نگاه اول به واقعیت محتوای خود جلب کند. عنوان اصلی "کمک به استقلال بیماران روانی ناتوان" است.
- ۲- این کتاب عملاً دست‌نامه‌ای است برای عموم مردم. بنابراین جایش در تاقچه‌ی همه‌ی خانه‌هاست؛ یعنی فقط برای یک بار خواندن و کنار گذاشتن نیست، بلکه باید همیشه دم دست باشد تا به راهنمایی‌های آن توجه و عمل کرد.
- ۳- هدف اصلی نویسندگان این بوده که اول از همه یاریگران حرفه‌ای (بهداشت‌یاران و مددکاران) آن را بخوانند و به‌عمل درآورند. اما این نوشته را خیلی‌های دیگر هم می‌توانند دم دست داشته باشند و بخوانند، مثل هر یک از افراد جامعه و هر خانواری، نزدیکان بیمار، دوستان او، داوطلبان یاری‌رسانی و کسانی که اصلاً اطلاعاتی در باره‌ی بیماری‌های روانی و ناتوانی‌هایشان ندارند و همین‌طور کسانی که به هر دلیلی دست‌شان به مشاور و دکتر و درمان نمی‌رسد یا اصلاً آن‌ها را قبول ندارند. برای همین خاطر مترجم هم کتاب را به زبان خیلی ساده‌ی ترجمه کرده تا همه‌ی نوسوآدان و کم‌سوآدان و پُرسوآدان و کسانی که اهل کتاب نیستند بتوانند آن را به راحتی بخوانند، بفهمند و راهنمایی‌هایش را دنبال کنند.
- ۴- همه‌ی پانوشته‌ها و پیوست‌ها از مترجم اند.

مراکز کمک تخصصی روانی رایگان و فوری

شماره تلفن ۱۲۳ - اورژانس اجتماعی بهزیستی برای مشاوره و مداخله‌ی عملی
 شماره تلفن ۱۴۸۰ - صدای مشاور بهزیستی سراسر کشور برای طرح انواع مشکلات روانی (از ساعت ۸ تا ۲۴ هر روز)
 شماره تلفن ۱۱۵ - اورژانس عمومی پزشکی (برای راهنمایی و ارجاع فوری)
 شماره تلفن‌های ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۰۴ و ۰۲۱-۶۶۹۶۲۳۷۷ (خط ۴) - ساعت ۱۵ تا ۲۰، مرکز مشاوره دانشگاه تهران
 ره‌آوا - شماره تلفن ۰۲۱-۵۴۴۶۷۰۰۰ : خط مداخله‌ی فوری در بحران روانپزشکی از ساعت ۱۴ تا ۲۴ بیمارستان روزبه
 خط بحران ایران: ارائه‌ی خدمات در شرایط بحرانی روانی فردی: <https://iran-crisisline.org> (۲۴ ساعته/ ۷ روز هفته)
 مشاوره‌ی اینترنتی بهزیستی: <https://Moshaver.behzisti.ir>
 مشاوره‌ی حضوری بهزیستی آدرس مراکز در سراسر کشور: <https://Moshaver.behzisti.ir>
 مرکز مشاوره دانشگاه تهران: مشاوره‌ی اینترنتی: counseling.ut.ac.ir/fa / t.me/UTCounseling
 اپلیکیشن ترنج برای موبایل: <https://www.toranjapp.com>

متأسفانه نشر و ترویج و تفهیم اطلاعات لازم پزشکی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، دارویی و خوراکی برای آگاهی پیشگیرانه و مراقبتی مردم در ایران متولی‌هایی رسمی ندارد (با وجود هدر رفتن انواع منابع مالی و نیروی انسانی در آن‌ها). در نتیجه مردم برای کسب اطلاعات اولیه در باره‌ی مشکلات خود، ناخواسته به سایت‌های اکثراً غیرعلمی، تجاری، نامعتبر و بی‌مسئولیت، سایت‌های زرد و یا مدعیان طب سنتی و شبه-پزشکی، خرافی و رمالان یا به افرادی از این دست هدایت می‌شوند.

سایت‌های انجمن‌های ناظر یا صنفی متخصصان این حوزه‌ها هم فقط در باره‌ی مسائل صنفی خود انجمن صحبت می‌کنند. (البته سایت و مرکز فعالی مثل مرکز مشاوره‌ی دانشگاه تهران، مرکز مشاوره‌ی آن‌لاین و "مجله بهزیستن" سایت بهزیستی جزو استثنائات هستند).

درمقابل، در بعضی سرزمین‌های دیگر دیده می‌شود که درگاه‌های اینترنتی دولتی، ملی، عمومی، داوطلبانه و ناسودبر بزرگی برای اطلاع‌رسانی اینترنتی به مردم و نیز مراکز واقعی (غیرمجازی) در همین حوزه‌ها وجود دارد که آخرین یافته‌های علمی به زبان قابل فهم مردم عادی منتشر، به‌روز رسانی می‌شود یا رخ-به-رخ آموزش داده می‌شود. بعضی از این‌ها حتی اطلاعات خود را به زبان‌های دیگر از جمله فارسی در دسترس می‌گذارند.

این کمبود آموزشی، باعث به‌خطر افتادن هرچه بیشتر سلامت و پیشگیری و درمان پزشکی و روانی کل جامعه‌ی ما می‌شود. به همین دلیل، **نخبگان جامعه** باید برای پرکردن این خلاء هم‌فکری کرده و سایت‌ها و مراکزی مستقل برای اطلاع رسانی ایجاد کنند، مثل **اپلیکیشن‌های ترنج** (در موبایل برای مشاوره) و **اپلیکیشن همدم** (در موبایل برای مسائل بهداشتی خانم‌ها).

فهرست

پیش‌سخن مترجم/۱۰

پیش‌گفتار/۱۹

سپاس‌گزاری/۲۱

یادآوری به خواننده/۲۲

۱- مقدمه/۲۳

۲- بیمای‌های روانی چه هستند؟/۲۵

نشانه‌های بیمارانی روانی/۲۶

شناسایی بیمارانی روانی/۳۱

علت‌های بیماری‌های روانی/۳۱

درمان بیماری‌های روانی/۳۱

روش‌های درمانی/۳۲

۳- انواع بیماری‌های روانی/۳۴

روان‌پریشی/۳۴

افسردگی/۳۵

عقب‌ماندگی ذهنی/۳۷

صرع/۳۸

۴- ناتوانی به‌علت بیماری روانی/۴۰

ناتوانی در چه چیزهایی؟/۴۱

ناتوانی فردی/۴۱

ناتوانی در انجام کارهای خانوادگی/۴۱

ناتوانی اجتماعی/۴۱

ناتوانی شغلی/۴۱

ناتوانی عاطفی-هیجانی/۴۲

توضیح بیشتر در باره‌ی انواع ناتوانی‌ها/۴۲

الف. ناتوانی فردی/۴۲

مراقبت از خود/۴۲

فعالیت بامعنا/۴۲

کندی/۴۲

ب. ناتوانی در انجام کارهای خانوادگی/۴۳

وظایف همسری/۴۳

وظایف پدر-مادری/۴۳

پ. ناتوانی اجتماعی/۴۴

ارتباط بامعنا با مردم/۴۴

بی میلی به علاقه‌های عمومی/۴۴

ناسازگاری در تماس‌های اجتماعی/۴۴

ت. ناتوانی شغلی/۴۴

علاقه به کار/۴۴

عملکرد کاری/۴۵

ث. ناتوانی عاطفی-هیجانی/۴۵

دل‌مرده‌گی (بی‌احساسی، بی‌عاطفه‌گی)/۴۵

عواطف و هیجانات نامتناسب با شرایط مختلف/۴۵

ارزیابی ناتوانی‌ها و توانایی‌ها/۴۶

راه و رسم ارزیابی/۴۶

الف. ناتوانی فردی/۴۶

ب. ناتوانی در انجام وظایف خانوادگی/۴۶

پ. ناتوانی اجتماعی/۴۷

ت. ناتوانی شغلی/۴۷

ث. ناتوانی عاطفی-هیجانی/۴۷

دستورالعمل‌های توان بخشی/۴۸

راهنمای ۱- راهنمای عمومی کار با بیماران روانی/۴۹

کار با بیمار روانی/۴۹

جماعت‌ها به بیمار روانی چطور نگاه می‌کنند/۴۹

وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی باید کرد؟/۵۱

وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی نباید کرد؟/۵۲

راهنمای ۲- راهنمای عمومی کمک‌رسانی به بیماران روانی ناتوان/۵۴

کمک‌رسانی به بیماران روانی ناتوان/۵۴

تماس‌تان را منظم‌اً حفظ کنید/۵۴

بعضی وقت‌ها را با خانواده‌ی بیمار بگذرانید/۵۵

از ملاقات منظم با دکتر مطمئن بشوید/۵۵

مراقب باشید که داروها مطابق دستورات دکتر مصرف بشوند/۵۵

مراقب باشید کسی سربه‌سر فرد نگذارد و مزاحم‌اش نشود/۵۶

راهنمای ۳- کار با خانواده/۵۷

برخورد اولیه‌ی اعضای خانواده با بیماری روانی/۵۸

برخورد اعضای خانواده بعد از روبرو شدن با ناتوانی/۶۰

شما چه کمکی می‌توانید بکنید؟/۶۲

راهنمای ۴- کمک به فرد دچار ناتوانی شخصی/۶۵

کمک به مشکلات مراقبت از خود/۶۵

کمک به مشکلات کم‌کاری (کمی فعالیت)/۶۶

کمک به مشکلات گندکاری/۶۸

راهنمای ۵- کمک به فرد ناتوان در انجام وظایف خانوادگی/۶۹

کمک به افراد ناتوان برای مشارکت در فعالیت‌های خانواده/۶۹

کمک به افراد ناتوان در وظایف همسری/۷۰

کمک به افراد ناتوان در وظایف پدر-مادری/۷۱

راهنمای ۶- کمک به افراد دچار ناتوانی اجتماعی/۷۳

کمک به افراد کناره‌گیر از اجتماع/۷۳

راهنمای ۷- کمک به افراد ناتوان شغلی/۷۵

کمک به افرادی که اصلاً کار نمی‌کنند یا به کار و فعالیت‌های مفید و درآمدزا بی‌علاقه و کم‌علاقه‌اند/۷۵

کمک به کسانی که نمی‌توانند به‌خوبی کار کنند/۷۵

انواع کارهایی که بیمار روانی ناتوان می‌تواند انجام بدهد/۷۷

راهنمای ۸- کمک به افراد دچار ناتوانی عاطفی-هیجانی/۷۸

کمک به افرادی که از خود بی‌احساسی (دل‌مُرده‌گی، بی‌عاطفه‌گی) و ناتوانی در لذت بردن نشان می‌دهند یا

حساسیت عاطفی-هیجانی ندارند/۷۸

کمک به افرادی که نسبت به شرایط، احساسات نامتناسبی نشان می‌دهند/۷۹

پیوست‌ها / ۸۱

باز هم افسردگی/۸۲

سلامت روان/۸۳

سلامت روان و هرم مازلو/۸۴

هرم نیازهای مازلو/۸۴

نشانه‌های دیگر سلامت روانی/۸۹

گوش دادن فعال چیست؟/۹۰

طبقه‌بندی‌های بیماری‌های روانی/۹۲

اختلال فشارِ پس از روان‌زخم/۹۳

پیشگیری از خودکشی/۹۴

نشانه‌های پیشگیری موفق از خودکشی/۱۰۵

انواع دیگر خودکشی/۱۰۵

نگاه واقعی و سلامت روانی، خودکشی و افسردگی/۱۰۶

پیش‌سخن مترجم

به آینه نگاه کنیم، ممکن است خودِ ما اول از همه به این دست‌نامه احتیاج داشته باشیم.

هیچ کس از دستِ واماندگی، ملال و کسالتِ روحی در امان نیست. اصلِ دست‌نامه‌ای که می‌بینید در باره‌ی بیمارانیِ روانی ناتوان است. اما بهتر است قبل از هرچیز تعریفی از بهداشت یا سلامتِ روانی^۱ داشته باشیم تا بتوانیم ناسلامتیِ روانی را بهتر بفهمیم و در قدم اول خودمان را قدری ارزیابی کنیم و در گام دوم به دیگری کمک کنیم:

بر طبق تعریف سازمان بهداشتِ جهانی، سلامتِ روانی "نوعی وضعیتِ سلامتی (تندرستی) است که در آن انسان حس می‌کند توانایی‌هایش می‌تواند حریفِ تنش‌ها و سختی‌های معمولِ زندگی بشوند، می‌تواند با کارآمدی و نتیجه‌بخشی عمل کنند، و خودش هم می‌تواند تأثیری در کارهای جماعت‌اش داشته باشد." باز هم از نظرِ این سازمان، "سلامتِ روان چیزهایی مثل "سلامتیِ ذهنی، احساسِ کارآمدیِ شخصی، خودمختاری، توان‌مندی، بستگی و رابطه‌ی بینِ نسلی^۲ و خود شکوفاییِ توانایی‌های فکری و عاطفی فرد و همچنین موارد دیگر است". وضعیتِ سلامتیِ روان برای کسی به کار می‌رود که عملکردش "در سطح قابل قبولی از تنظیم و تعادلِ عاطفی و رفتاری" باشد. از دیدگاه روان‌شناسی مثبت گرا یا کل نگر، سلامتِ روان می‌تواند شامل تواناییِ فرد در لذت بردن از زندگی باشد، و این که برای رسیدن به تاب‌آوریِ روان‌شناختی بتواند تعادلی در بینِ انواعِ فعالیت‌ها و تلاش‌های مختلفِ زندگی خودش ایجاد کند.^۳ تاب‌آوری به معنای ظرفیتِ برگشت به حالِ عادی بعد از تجربه‌ی وضعیت‌های دشوارِ طولانی و ادامه‌دار، و توانایی در بازسازیِ خود است. تاب‌آوری یعنی این که فرد بتواند استقامت و سلامتِ روان‌شناختیِ خود را در موقعِ روبرویی با سختی‌ها حفظ کند. (به نقل از ویکی‌پدیا و سازمان بهداشتِ جهانی)

بنا به گزارش رسانه‌ها، و از قول مقاماتِ رسمی بهداشتی، (در اردیبهشت ۱۳۹۸) از هر چهار نفر ایرانی یک نفر دچار بیماریِ روانی است، یعنی ۲۱ میلیون نفر، و در این بین زنان بیشتر از مردان^۴. دو سوم این بیماری‌ها از گروهِ اختلالاتِ اضطرابی و گروهِ اختلالاتِ خلقی (مثل افسردگی) هستند. به این ترتیب آمار بیماری‌های روانی از بیماری‌های جسمی بیشتر است.^۵

این یعنی رنجِ بردنِ پنهانِ عده‌ی زیادی از آدم‌ها، رنج‌دادنِ نزدیکان و اطرافیان‌شان، و ایجاد مشکل در روابطِ این جمع‌ها، و در نتیجه‌ی این بیماری‌ها، شدیدتر شدنِ مشکلات در روابط اجتماعی، خشونت، دعوای دادگستری، آسیب به درآمدِ خانوار و اقتصادِ ملی، که سر به فلک می‌زنند. این‌ها همه در کنارِ کوهِ بحران‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی - خانواده‌ها و فرد را به زانو در می‌آورند.

^۱ - برای ادامه‌ی این بحث به پیوست‌های آخر نگاه کنید.

^۲ - یعنی رابطه‌ای که بین خود فرد و بستگانِ نسلِ قبل (مثل مادر و مادر بزرگ و ...) و نسلِ نو (فرزندان خود و بستگان) برقرار می‌شود.

^۳ - به این معنا که مثلاً بین فعالیت‌های معیشتی، تفریحی، عاطفی و ... تعادل و توازن برقرار کند و تمام تمرکزش روی معیشت یا تفریح نباشد، آن‌طور که مثلاً روابطِ عاطفی از یادش برود.

^۴ - این آمار ممکن است بنا به منابع مختلف کم و زیاد بشود. در هر صورت وضعیتی که از زبان مسئولین بیان می‌شود، همگی هشداردهنده اند. باز هم مقاماتِ رسمی گفته‌اند که آمار خودکشی در ایران (سال ۱۳۹۳)، مرتبه‌ی اول را در خاورمیانه دارد.

^۵ - برای اطلاع بیشتر در باره‌ی افسردگی به پیوست‌ها نگاه کنید.

با نگاه به شدت این بیماری‌ها می‌بینیم که توجه خود مردم به این نوع مشکلات سلامتی و آرامش خودشان خیلی کم است. مردم، برعکس، بیشتر به سلامت جسمی که مشخص‌تر است توجه می‌کنند. تعداد مشاوران روانی، روان‌پزشکان و روان‌پرستاران کم است و بیمارستان‌های روانی خیلی خیلی کمتر. در عوض تا دل‌تان بخواهد پزشک و صنعت پزشکی مخصوص بیماری‌های جسمی برای پاسخ به مردم بسیار در دسترس‌تر اند.

امروزه هم این بیماری‌ها در دنیا نسبت به ابتدای قرن بیستم شایع‌تر هستند. اما با یک حساب سرانگشتی وضعیت ما بارها بدتر از مردمان دیگر است، چون جامعه و زندگی ما بحران‌زده هم هست. ما سابقه و شدت شیوع این بیماری‌ها را در طول تاریخ گذشته‌ی جهان و ایران نمی‌توانیم به درستی بدانیم. در آن دوران وقتی که بیماری فرد شدید می‌شده، در بیشتر موارد بیمار را با برچسب کم‌عقل و دیوانه از اجتماع یا خانواده بیرون می‌انداخته‌اند و حتی در اروپای چندین قرن پیش در آتش می‌سوزاندند.

اما این را هم می‌دانیم که با یک حساب سرانگشتی، تعداد بیماران و شدت بیماری‌های روانی، با شهری شدن و آبر شهری شدن بیشتر جمعیت دنیا و ایران، باید نسبت به گذشته‌ی نزدیک به شدت زیاد شده باشد، چرا که میزان تعارضات فردی جمعی در جامعه‌ی آرام‌تر، آهسته‌تر و کم جمعیت‌تر روستایی و شهری کوچک طبعاً کم‌تر است^۶، هر چند که در دوران‌های دور هم عامل ژنتیکی (ارثی) مثل امروزه، به عنوان بستر و یا تک‌عامل بعضی از این بیماری‌ها عمل می‌کرده و می‌کند.

این بیماری‌ها به میزان بالایی خاموش اند و خود ما و دیگران را فوراً متوجه خودشان نمی‌کنند و به همین دلیل، مشکل بزرگ‌شان این است که بیشتر بیماران روانی و خانواده‌هایشان، یا مشکل را متوجه نمی‌شوند یا حاشا و انکار می‌کنند، یا آن را پیگیری نمی‌کنند، یا خود بیمار نسبت به درمان و پیگیری آن مقاومت می‌کند.

از طرفی دیگر، عموم دولت‌ها، که خود را به عنوان خدمت‌گزاران مردم معرفی می‌کنند، به علت دنبال کردن چندین و چند اولویت و ضرورت دیگر، مثل بقای حکومت و حزب و دسته‌ی خود، مثل دادن اولویت خدمت‌رسانی ناعادلانه به متحدین اقتصادی و سیاسی‌شان، و مثل اولویت‌های حیثیتی، جهان‌گیری و نفوذ سیاسی در کشورهای دیگر نمی‌توانند یا نمی‌خواهند که به این مشکلات بپردازند. این بی‌توجهی و بی‌سامانی در کشورهای شدیداً بحران‌زده‌ی سیاسی و اقتصادی و اجتماعی بیشتر می‌شود.

به این ترتیب متوجه می‌شویم که:

- در کشور ما بیمار روانی ناشناخته زیاد است.
- عموم مردم اطلاعات زیادی از این بیماری‌ها ندارند.
- "نگرانی از برچسب خوردن" باعث ناشناس ماندن این بیمارها می‌شود، چه از طرف خود بیمار و چه از طرف خانواده و اطرافیان او.

^۶ - در جایی گفته شده که نسبت جمعیت با تعارضات و درگیری‌های بین‌فردی نسبتی است تصاعدی یا لگاریتمی، و نه حسابی. یعنی مثلاً اگر جمعیت ۲ برابر بشود، تعارضات ۲ برابر نمی‌شوند، بلکه چندین و چند برابر می‌شوند. این برآورد ظاهراً معقول است.

- دسترسی به مشاور روانی، روان‌پزشک، بهداشت یار و روان‌پرستار در ایران سخت است، مخصوصاً در نقاط دور از دسترس.
 - به علت‌های مختلف، مثل بالا بودن خط فقر، بی‌اطلاعی خانواده از اهمیت سودمندی روانی مالی درمان، و ...، خرج کردن پول برای درمان در اولویت چندم بیشتر خانوارها قرار می‌گیرد.
 - هزینه‌ی نگهداری بیمار در آسایشگاه‌ها و بیمارستان‌های روانی سربه فلک می‌زند.
 - کشور ما مستعدتر است برای بیماری‌های روانی، چون در بیرون فرد و خانواده‌اش بحران‌های مختلفی آنان را محاصره کرده‌اند.

- نتیجه این که بهترین اقدام پیشگیری از بیماری است، مخصوصاً برای بیماری‌های روانی. بهداشت روانی برای همه لازم است تا اصلاً به این بیماری‌ها دچار نشوند. اما بعضی از این بیماری‌ها بیشتر به سابقه‌ی ارثی (ژنتیک) آدم‌ها مربوط می‌شوند و بعضی هم بر روی این سابقه سوار می‌شوند. برای درمان صد در صد این افراد کاری نمی‌شود کرد، اما می‌شود که از برگشت مریضی و بدتر شدن وضع‌شان پیشگیری کرد و آن‌ها را کنترل کرد تا به وضعیت بحرانی نرسند.

- حالا که باید برای پیشگیری از بیماری‌های روانی، برگشت و سخت‌تر شدن آن‌ها به بهداشت روانی توجه بشود، باید یادمان باشد که برای این هدف شرایط خیلی زیادی باید وجود داشته باشند، که ایجاد بعضی از آن شرایط دست خود ماست و بعضی هم در دست محیط اجتماعی (مدرسه، محیط کار و ...)، و شرایط سیاسی و اقتصادی است.

- قدم اول در بهداشت روانی و کمک به بیماران روانی اطلاع داشتن همه‌ی مردم از نشانه‌های این بیماری‌ها است. این اطلاعات به خود بیمار، خانواده و اطرافیان‌اش کمک می‌کند تا هر چه زودتر، قبل از این که بیماری شروع بشود یا دوباره شروع بشود یا خیلی پیشروی کند، به درمان بیماری مشغول بشوند. درمان زودتر مسئله‌ی مهمی است که این کتاب می‌خواهد و می‌تواند به آن هم کمک کند.

۱ راستی! بهتر است تا دیر نشده، نکته‌ی مهمی در همین جا برای تامین سلامت روانی یادآوری بشود:
 باید حتماً از مادر همه‌ی رازها، دم دست‌ترین و فوری‌ترین داروی کاملاً مجانی پیشگیری، درمان و کنترل همه‌ی بیماری‌ها - نه فقط بیماری‌های ذهنی، روانی، جسمی بلکه شاید هم روحی - در این جا اسم برد تا خواننده و یاری‌گیرنده به‌فوریت، به‌سادگی و به‌رایگان‌ترین شکل بتواند از آن استفاده کند: داروی ساده‌ای به اسم خواب!

بله، خواب مسئله‌ی خیلی مهمی است برای بشر، چیزی که ما مخصوصاً در دوران مدرن، دوران چراغ برق، دوران صنعت سرگرمی و رسانه‌ها از آن غافل شده‌ایم و رفتار طبیعی بدن و این دارو را لگدمال سبک‌های غلط زندگی مان کرده‌ایم. اغراق نیست اگر بگوییم خواب حتی روح ما را در کنار جسم و ذهن و روان و کار و زندگی روزانه در کنترل خود دارد. پس باید هر کاری کرد تا از بهداشت خواب مان مطمئن بشویم.

آدرس‌هایی در زیر می‌بینید که به خواب و بهداشت آن اختصاص دارند. امید آن که بتوانید برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های خود و دیگران آن‌ها را بررسی کنید و مطالب احیاناً مفیدشان را به کار ببندید:

رازهای خواب (نشنال جئوگرافیک): <https://ghkeshani.com/sleep-one-third-of-life>

چرا می‌خوابیم (پادکست بی‌پلاس): <https://bpls.me/fyofnm> (راوی تازه‌ترین یافته‌های علمی در باره‌ی یک سوم زندگی ما!)

بحث خواب در کانال تلگرامی گاه فرست: <https://t.me/GahFerestGhKeshani/۵۱۰۰>

و چندین و چند فرسته ولینک ارزنده‌ی زیر آن‌ها که همگی حاصل پژوهش‌های علمی هستند!

مطالعه‌ی موضوع خواب در سایت و کانال تلگرامی مدرسه زندگی فارسی: <https://imanfani.com>

و پادکست بی پلاس: <https://bpluspodcast.com>

- هدف مشخص دیگری که این کتاب دارد کمک به استقلال بیماران روانی ناتوان است. این کمک را اول از همه کسی که بااطلاع است می‌تواند شروع کند. این فرد می‌تواند عضوی از خانواده باشد، یا بهداشت‌یاری که از خانواده‌ها بازدید می‌کند یا از وضع اعضای خانوارها می‌تواند باخبر بشود؛ یا می‌تواند داوطلبی از فامیل یا دوست نزدیک یا حتی دور خانواده، ریش‌سفید محله، عضوی از شورای جماعت محلی، یا یک فرد داوطلب دیگر باشد. هر کس که باشد، با دانستن و به‌کار بردن راهنمایی‌های این کتاب می‌تواند قدم‌های موثری در بهبود اولیه‌ی حال بیمار بردارد. اما تا حد ممکن این تلاش‌ها باید همه در کنار مراجعه به مشاور و روان‌پزشک باشند.

- بنا به متن کتاب، درست است که مخاطب اولیه‌ی این نوشته بهداشت‌یاران مناطق دور از دسترسی هستند که یاریگرانی مثل مشاور و روان‌پزشک و ... ندارند، مناطقی مثل زاغه‌نشین‌ها و حاشیه‌نشین‌های شهری و همین‌طور روستاها. اما باید به یاد داشت که هر کس که دست‌اش می‌رسد تا همان وظایف بهداشت‌یار را به‌عهده بگیرد (چه در مناطق محروم و چه در شهرهای پر از دکتر و مشاور)، می‌تواند مخاطب این راهنما باشد، چه دوست بیمار باشد، چه کارفرمایش، چه همسایه‌ی دلسوز، چه عضوی از خانواده‌ی بیمار، و چه از بستگان دورتر او و چه یک داوطلب. کافی است که هشدارها و آگاهی‌های داخل این راهنما را کاملاً فهمیده باشد و جدی بگیرد تا مریض احتمالی را شناسایی کرده و کمک‌های اولیه‌ی این راهنما را در اختیار بیمار و خانواده‌ی او و سایر افراد دل‌نگران سلامت او بگذارد.

به این ترتیب مردم زاغه‌نشین و حاشیه‌نشین، مردم روستاها و محلات شهرها هم خیلی قبل از خطرناک شدن اوضاع با این بیماری‌ها کمی آشنایی پیدا می‌کنند و زودتر به سراغ درمان و پرستاری بیمار می‌روند. اگر همین مردم و حتی بیشتر مردم شهری از این بیماری‌ها بی‌اطلاع باشند، وقتی که به مطب روان‌پزشک یا مشاور می‌روند، انگار که به‌سراغ جادو-درمان‌گر یا رمال رفته باشند، حس می‌کنند از رمز و راز کار آن‌ها اصلاً اطلاع ندارند. اما با دانستن این نوع آگاهی‌ها، هم می‌توانند خدمات پزشک و مشاور را درست‌تر بفهمند و ارزیابی کنند، هم با آن‌ها بهتر همکاری کنند و هم به‌شکل پرستارهایی کاملاً دل‌سوز، تمام‌وقت و رایگان برای بیمارشان در بیایند.

- یک نکته در باره‌ی کاربرد اولیه‌ی این دست‌نامه در زاغه‌نشین‌های شهری که در اول کتاب گفته شده: نکته‌ی مهم در کاربرد این دست‌نامه در همین‌جا است، چرا که اطلاعاتی را تحویل مخاطب می‌دهد که نه‌تنها در فلاکت‌زده‌ترین و رهاسده‌ترین جماعت‌های انسانی می‌تواند به‌کار گرفته شود، بلکه هیچ محدودیتی هم برای کاربرد آن در جماعت‌ها و بخش‌های نسبتاً

برخوردارتر جامعه (مثلا جماعت‌های روستایی، و محلات شهری) باقی نمی‌گذارد.

- اما کسی که خود را مخاطب این جزوه می‌بیند و خود را در برابر بیمار و خانواده‌اش موظف می‌داند قبل از هر چیز و بیشتر از هر چیز باید حداقل خصوصیات مشترک مشاوران را داشته باشد، یعنی مشاورى باشد که به مراجع‌اش ضربه نمی‌زند و بی‌خطر است. در غیر این صورت هر نوع دخالتی، می‌تواند به شدت خطرآفرین و ضربه‌زننده باشد. این خصوصیات یعنی **همخوانی** (هماهنگی درون و بیرون)، **همدلی**، **توجه مثبت نامشروط** (بدون دخالت دادن قضاوت و داوری شخصی)^۷ نسبت به مراجع (در این‌جا خود بیمار و تک‌تک اعضای خانواده‌اش)، **راز داری** و **گوش دادن فعال** هستند. آن وقت است که فرد یاری‌گر می‌تواند اعتماد مخاطب‌اش را به دست بیاورد و "رابطه‌ی مشاوره‌ای" را ایجاد کند. ایجاد این اعتماد اساس کار مشاوره‌ای و بزرگ‌ترین موفقیت مشاور است. بدون ایجاد رابطه بر پایه‌ی اعتماد کاری برای بیمار و خانواده‌اش نمی‌توان انجام داد. نکته‌ی خیلی مهمی هم که لازم است مشاور، روان‌پزشک یا هر کسی دیگر در نظر داشته باشند، پرهیز شدید از برچسب زنی به بیمار است (مثلا مشاور به او بگوید تو دو قطبی یا افسرده هستی). این کار بسیار خطرناک و مخرب است و بیماری را در او تشدید می‌کند. لازم است معنای چند اصطلاح بالا را در همین‌جا توضیح داد:

- **همخوانی** یا هماهنگی درون و بیرون: یعنی این که مشاور نباید مثل بیشتر افراد متخصص خودش را بالاتر از مراجع نشان بدهد، خود را شخصیتی جز خود واقعی‌اش معرفی کند، به شکلی که بین خود و آن‌ها فاصله ایجاد کند. باید درون‌اش با بیرون‌اش همخوانی داشته باشد. نمایش متخصص بودن بازی نکند. باید فقط خود خودش باشد.

- **همدلی**: یعنی دنیا را از چشم مخاطب دیدن، با کفش او راه رفتن، بیشترین مواقع در کنار او راه رفتن، نه در جلوی او و نه در پشت او. این خصوصیت و مهارت باعث می‌شود که مراجع جرات کند تا از عمق همه‌ی زندگی‌اش حرف بزند.^۸

- **توجه مثبت نامشروط** (بدون دخالت دادن قضاوت و داوری شخصی): یعنی مراجع یا مخاطب را همان‌طور که هست بپذیریم، بدون هیچ قید و شرطی؛ نه آن‌طور که خودمان، خانواده، محله، جماعت، جامعه، دادگاه یا سیاست بر اساس ارزش‌ها و مقررات خود او را قضاوت می‌کنیم و قضاوت می‌کنند. معنای شرط این است که شرط نگذاریم که "اگر این یا

^۷ - کمتر انسانی می‌تواند خود را از قضاوت و داوری و همین‌طور ارزش‌داری شخصی آزاد کند. در این‌جا تاکید بر این است که این داوری‌ها به حداقل ممکن برسند و آن حداقل ممکن را هم اصلا در عمل و رفتار خود با مراجع (مخاطب) نشان ندهند.

^۸ - مثال بسیار مشهوری که برای مشاور خوب آورده می‌شود این است که جنگلی انبوه، تاریک و پر از علف‌های در هم پیچیده داریم، آن قدر که نمی‌توان جلوی چشم را دید. مشاور، نه در عقب یا جلوی مراجع، بلکه در کنار و شانه‌به‌شانه‌ی او حرکت می‌کند. در دست‌انداختن داسی است. او فقط شاخه‌ها و گیاهان در هم پیچیده را از جلوی چشم مراجع کنار می‌زند تا او بتواند چشم‌انداز و راه‌های جلوی خود را بهتر ببیند و یکی از آن‌ها را خودش انتخاب کند. مشاور در این‌جا فقط تسهیل‌گر (facilitator) است و دیگر هیچ! راه‌ها را معرفی می‌کند، اما هیچ توصیه و پیشنهادی نمی‌کند و مراجع را "وابسته به خود" نمی‌خواهد؛ نقشی بی‌همتا، به‌عنوان پیامبران بی‌مرید دوران نوا (نک: سایت عدم خشونت: مشاوره، همچون پیامبری دوران مدرن!)

آن‌طور باشی، اگر گناه نکرده باشی، اگر کارِ خلاف قانونی نکنی یا نکرده باشی، من به تو کمک می‌کنم، وگرنه این کار را ادامه نمی‌دهم."

- رازداری: یعنی مراجع (مخاطب) باید خیال‌اش راحت بشود که حرف‌هایش به هیچ کس و هیچ‌جای دیگری درز نمی‌کند، حتی حرف‌های خیلی بی‌اهمیت و معمولی‌اش که ممکن است از نظرِ همه‌ی مردم اصلاً راز به‌نظر نرسند. این رازداری از قطع شدن "ارتباطِ مشاوره‌ای"، و "بی‌اعتمادی" جلوگیری می‌کند.

- گوش دادن فعال: یعنی گوش دادن به زبانِ کلامی و زبانِ غیرِ کلامی (زبانِ بدن) فردی دیگر با هدفِ به‌دست آوردنِ اعتماد او و کمک به درکِ وضعیت و حال و روز او. گوش دادنِ فعال عملی است غیر از "شنیدن"^۹.

به این ترتیب، با رعایتِ دقیقِ نکاتِ بالا، مشاوره، در کل، هنرِ گوش‌دادنِ سازنده است. هدف از مشاوره ایجاد رابطه‌ای با اعتماد و با کیفیتِ بالا است، تا فرصتی برای مخاطب (مراجع) فراهم کند که بدون قضاوت‌های سرزنش‌کننده‌ی خود یا دیگری، بتواند خودش را و زندگی‌اش را بررسی کند.

به این ترتیب است که "رابطه‌ی مشاوره‌ای" می‌تواند شکل بگیرد و راه را برای ارتباط با بیمار و اطرافیان‌اش باز کند. برقراری این رابطه برای مخاطبِ این کتاب که می‌خواهد به آن‌ها کمک کند، وظیفه‌ای واجب و حتمی است.

خودیاری برای سلامتِ روانی و بهداشت و درمانِ روانی:

برای تأمین و حفظِ نسبی سلامتِ روان یا پیشگیریِ نسبی از مشکلاتِ روانی در کنار استفاده از تخصصِ کارشناسِ سلامت، مشاور و روان‌پزشک، می‌توان خود آستین بالا زنی هم کرده و به خود کمک کرد: - داشتنِ یک روالِ مشخصِ روزانه (مثلاً تعهد به انجامِ یک یا چند کار به‌خصوص در یک زمانِ مشخص) - گرفتنِ دوشِ آبِ سرد هر صبح به مدتِ نیم تا دو دقیقه^{۱۰} - حضور در فضای باز و مخصوصاً طبیعت، حداقل به مدتِ یک ساعت در روز - تماشای جریانِ زندگی در فضای باز - پیاده‌روی معمولی - پیاده‌روی تند یا دویدن یا هر نوع ورزشِ دیگر ((تحرکِ بدنیِ روزانه حداقل ۱۵ دقیقه، همراه با تعریق، تند شدنِ تنفس و افزایش ضربان قلب)) - تمرینِ هر روزه‌ی فن‌های تنفسِ عمیقِ کلینیکی، مراقبه، آرمیدگی، یوگا و ذهن‌آگاهی علمی و

^۹ - برای آشنایی با نکاتِ عملیِ گوش‌دادنِ فعال به بخشِ پیوست‌ها نگاه کنید.

^{۱۰} - خواص دوش آب سرد (<https://bit.ly/3ni5zMd>) و چرا دوش آب سرد (<https://bbc.com/persian/magazine-۵۷۲۱۸۳۷۸>). در این گزارش‌ها ادعا شده که این کار هم بر روی درمانِ افسردگی موثر است و هم مثل الکتروشوکِ درمانی برای بیمارانِ روانی عمل می‌کند. طبعاً این کار باید کم‌کم در طی چند روز و حرکت از آبِ ولرم تا آبِ سرد در هر وعده شروع بشود تا شوکِ خطرناکی پیش نیاید. دوشِ آبِ سرد برای بعضی بیماران (از جمله بیماران قلبی) حتماً باید با اجازه‌ی پزشک باشد.

درمانی^{۱۱} بر اساس دستورالعمل‌های پذیرفته‌شده در جوامع علمی و کلینیکی معتبر، و ترجیحاً با اطلاع روان‌پزشکان و مشاوران معتبر پیگیر و وظیفه‌شناس - درد دل کردن با یک یا دو سه دوست معتمد و غیرقضاوت‌گر، و استفاده از "تکنیکِ صندلی خالی" که کمک می‌کنند تا آدم خالی و سبک شده، خودبیان‌گری کند و با مشکل خود روبرو بشود (پالایش یا Catharsis) - نوشتن از حال و روز و احساس فعلی، نوشتن سرگذشت (با پاره کردن و دور ریختن یا نگهداری نوشته)، یادداشت‌نویسی روزانه. این‌ها می‌توانند روح آدم را نسبتاً سالم‌تر نگهدارند و در صورت وجود مشکل رنج‌های اضطراب، افسردگی، فشار عصبی و نشخوارها و چرخه‌های آزارنده‌ی فکری و اشکال در تمرکز را کم کنند. برای هر یک از مواردی که در بالا مطرح شدند فیلم‌های کوتاه آموزشی در اینترنت وجود دارند. این آموزش‌ها باید از طرف مراکز دانشگاهی و علمی معتبر تایید شده باشند، ادعای میزان تاثیرگذاری‌شان بر پایه‌ی شواهد تحقیقاتی باشد و حتماً از نوع بازاری و شیادانه یا فرقه‌های شرقی یا غربی نباشند. - راه مهم دیگر، استفاده از کتاب‌های خودیاری معتبر کلینیکی و علمی است که با کتاب‌های زرد (بازاری و پرادعا و مخصوصاً همراه با کلماتی مثل موفقیت، خوشبختی و ...) فرق دارند. عنوان‌هایی مثل حل مشکلات در ۱۰۰ روز، ۳۶۵ کلید خوشبختی و ... نشانه‌هایی برای کتاب‌های زرد هستند. اما کتابی که فردی متخصص برپایه‌ی پژوهش‌های علمی مستند نوشته، می‌تواند حتماً مفید باشد، مثل کتاب مشاور خود باشید: <https://bit.ly/۳HWY۰oj> و <https://bit.ly/۳DIdQAV> و کتاب دارندگی در بسندگی است: <https://bit.ly/۳DIdQAV> و مثلاً کتاب پژوهشی "کی بود کی بود؟" ترجمه‌ی سما قرایی. یا کتاب‌های معتبر روان‌درمانی **اروین یالوم**.

باید توجه داشت که یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که درمان‌داری را بی‌نتیجه می‌کند نبودن مراقب و پرستار هشیار است. برای جلوگیری از نخوردن احتمالی و دست‌کاری در مقدار و تعداد داروها لازم است که آن‌ها را با نظارت چشمی یک نفر معین از نزدیکان به بیمار داد، چون که احتمال زیادی هست که بیمار خودش به نتیجه برسد که داروها بی‌فایده اند یا باید کم‌وزیادشان کرد. در صورت هر گونه شکایت جدید بیمار یا دیدن علائمی تازه در بیمار باید پزشک را در جریان گذاشت تا اگر لازم دانست، داروها را اصلاح یا کم‌وزیاد کند. داروهای روانی معمولاً با چند بار آزمون و خطا با وضعیت خاص بیمار تنظیم می‌شوند. این تماس با پزشک غیر از مراجعه‌ی منظم به او است.

مشکل دیگر، عوض کردن مکرر پزشک در کوتاه مدت است. در بیماری‌های روانی باید قدری صبورتر بود، یعنی با یکی دو بار مراجعه‌ی کوتاه‌مدت و باقی‌ماندن بعضی علائم یا ایجاد مشکلی تازه در بیمار، بهتر است برای اصلاح و تغییر داروها موضوع را فوراً و دقیقاً به همان دکتر گزارش کرد، تا این که دکتر را عوض کرد. در ایران رسم است که بعضی افراد یکی دو پزشک خوب، - مخصوصاً روان‌پزشک پنجه‌طلایی - را بشناسند که با یک نسخه مریضی را خوب کرده است. همین‌ها می‌توانند نزدیکان و خود بیمار را تشویق کنند حالا که این‌طور است، حتماً بروید به مطب او. به این ترتیب ممکن است بیمار مدت‌ها از این پزشک به آن پزشک برود و بیماری‌اش هم کنترل یا درمان نشده باشد.

^{۱۱} - ویدئوهایی برای آشنایی عملی با مراقبه و آرمیدگی بهداشتی و غیر فرقه‌ای. لطفاً به حروف کوچک و بزرگ آدرس‌ها دقت کنید:

<https://t.me/GahFeretGhKeshani/۴۹۰۷> / <https://www.aparat.com/v/PKLnX>
<https://www.aparat.com/v/ltNPH> / <https://www.aparat.com/v/YVHBT>
<https://www.aparat.com/v/aigzu/> / <https://www.aparat.com/v/Lhgvz>
<https://t.me/GahFeretGhKeshani/۴۹۰۷> / <http://youtube.com/watch?v=MDwBWqyGEEU>

و در آخر، نویسندگان تلاش کرده اند از کلمات تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناسی کمتر استفاده کنند تا خوانندگان بیشتری بتوانند پیام آن را بفهمند و عمل کنند.

اما در باره‌ی نشر ترجمه‌ی فارسی:

مترجم تلاش کرده تا با استفاده از ای‌میل، کتاب را رایگان به نهادهای رسمی خدمات بهداشتی بدهد تا در تیراژی وسیع آن را منتشر کنند. اما دریغ از یک پاسخ. به‌راستی که سیستم درست در جایی که باید کاری بکند، از کارکردن عاجز است؛ غولی بی‌دست‌وپا و نادان اما به‌همین دلیل خطرناک. بعداً با دوستی صحبت شد در این باره که چاپ کاغذی این راهنما باید میلیونی باشد و نه حداکثر ۵۰۰۰ نسخه‌ی چاپی؛ پس راهی نیست جز این که خطر خاک خوردن در کامپیوتر را پذیرفت و از نشر اینترنتی استفاده کرد، چون بالاخره چند نفری پیدا می‌شوند که کار را جدی بگیرند و بخوانند و بعد ترویج کنند. آن دوست اضافه کرد که لازم نیست بگردیم و نیازمندان را پیدا کنیم. کافی است به آینه نگاه کنیم! انسان سالم از نظر بعضی نهادهای معتبر جهانی باید بیش از ده‌ها ویژگی داشته باشد که به هزار و یک دلیل فرهنگی، تربیتی، محیطی، اقتصادی، سیاسی، تاریخی و جغرافیایی کمتر کسی در ایران آن ویژگی‌ها را می‌تواند داشته باشد. البته در دنیای بیرون هم وضع خیلی بهتر نیست، ولی ما در بحران زاده شده‌ایم و همیشه در بحران زیسته‌ایم، بحران‌هایی واقعی که ما -قبل از همه، نخبگان مشغول به شبهه‌مسئله‌ها^{۱۲} و بعد هم سواددارها و بعد هم مردم عادی- برای حل‌شان کمتر آستین بالا زده‌ایم. به همین دلیل هم، مطالبی در باره‌ی سلامت روانی، بهداشت روانی و پیشگیری روانی (بدون دست زدن به اصل متن) در این نوشته خواهیم دید.

^{۱۲} - شبهه‌مسئله: هر آن چیزی که مسئله‌ی فوری و موثر در زندگی امروز و فردای خود و دیگران نیست، اما فرد به آن مشغول می‌شود یا چیزی که به‌عنوان نیاز فوری و حیاتی برای فرد وانمود شده تا به آن مشغول شود و از حل مسائل واقعی موثر در زندگی غافل شود. منظور از شبهه‌مسئله، مسائلی است که اگر چه صادق هستند، یا دست کم کاذب نیستند، اما معضل یا دغدغه‌ی پراهمیتی نیز برای انسانها نیستند، یا نباید باشن و در درجه‌ی چندم اهمیت قرار دارند. ضرب‌المثل "فرستادن کسی پی نخودسیاه" یک نمونه از تولید شبهه مسئله است. این کار می‌تواند از طرف خود آدم، یا جامعه یا دولت‌ها انجام بشود، تا خود فرد (مخصوصاً از نظر ذهنی، روانی یا شخصیتی و روحی)، جامعه یا دولت از درگیر شدن با مسائل اصلی‌ای که باید به آن‌ها بپردازد، فرار کند. نمونه‌ی دولتی‌اش تولید دشمن و ترس از دشمن (جنگ سرد شوروی و آمریکا) بوده (نک: خشونت و آلودگی دستان همگان، سایت عدم خشونت). اما در مقابل، سخنی منسوب به انیشتین: "اگر یک ساعت وقت داشته باشم تا کره زمین را نجات بدهم، ۵۹ دقیقه از وقت‌ام را صرف طرح مسئله می‌کنم و یک دقیقه را صرف حل آن."

کمک به استقلالِ بیمارانِ روانیِ ناتوان

این مدرک شامل یک راهنمای توان بخشیِ روانی و هشت راهنمای عملی است، که هر یک در باره‌ی بحث‌های مختلف زیر اند:

- (۱) راهنمای عمومیِ کار با بیمارانِ روانی؛
 - (۲) راهنمای عمومیِ کمک‌رسانی به بیمارانِ روانیِ ناتوان؛
 - (۳) کار با خانواده؛
 - (۴) کمک به فردِ دچارِ ناتوانیِ شخصی؛
 - (۵) کمک به فردِ ناتوان در انجام وظایفِ معمولیِ خانوادگی؛
 - (۶) کمک به افرادِ دچارِ ناتوانیِ اجتماعی؛
 - (۷) کمک به افرادِ دچارِ ناتوانیِ شغلی؛ و
 - (۸) کمک به افرادِ دچارِ ناتوانیِ عاطفی-هیجانی.
- هدف این نوشته کمک به پرسنلِ سطحِ میانیِ بهداشتی است^{۱۳}، که در جریانِ کارشان، با افرادِ ناتوانِ روانی برخورد دارند. کلیدواژه‌ها:
- توان بخشی / توان بخشیِ روانی / مراقبت از بهداشتِ روانی / بیماری‌های روانی / راهنماهای عمل / پرسنل سطح میانیِ بهداشت / پرسنلِ سطحِ میانیِ توان بخشی / روان پریش‌ها / افسردگی / کند ذهنی / صرع

مرکزِ توان بخشی

بخشِ بهبودِ سلامت، آموزش و ارتباطات

مرکزِ کنترلِ بیماری‌های روانی

بخشِ بهداشتِ روانی و پیشگیری از مصرفِ مواد

سازمانِ بهداشتِ جهانی

ژنو-۱۹۹۷

^{۱۳} - لطفاً نگاه کنید به پیش‌سخن مترجم.

پیش‌گفتار

توان بخشی افراد ناتوان به روشی میان بخشی و میان رشته‌ای احتیاج دارد. انتشار این راهنما محصول همکاری بین واحد کنترل بیماری‌های روانی (بخش بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد) و واحد توان بخشی (بخش ارتقای بهداشت، آموزش و ارتباط) است. این همکاری در زمان برنامه‌ای درخواست شد که برای کاربرد تجربیات به دست آمده از "توان بخشی درون جماعتی (سی بی آر)"^{۱۴} بر روی افراد دچار ناتوانی و ضعف‌های اجتماعی در جماعت‌های زاغه‌نشین شهری انجام می‌گرفت.

هدف این سند رساندن خدمات توان بخشی به بیماران روانی ناتوان است. انتشار آن یکپارچه‌سازی توان بخشی و بهداشت روانی را با مراقبت بهداشتی اولیه آسان می‌کند، و به بهبود کیفیت مراقبت از بیمار و بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی و خانواده‌هایشان کمک عمده‌ای هم می‌کند.

این نوشته در اول کار برای دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در آسیای جنوب شرقی به منظور استفاده در همین منطقه تولید شده است. ما مدیران نویسنده‌گان آن، دکتر ایچ. سیل، مشاور منطقه‌ای بهداشت و رفتار، در دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در آسیای جنوب شرقی، در دهلی نو و دکتر وی. ناگاسوامی، از بنیاد پژوهشی اسکیزوفرنی (روان پریشی) در مدرسی هند هستیم. و همین‌طور، از انجمن مدیکو-پاستورال، یک سازمان غیردولتی دست‌اندرکار توان بخشی و گروه آمند، یک گروه خودیاری/کمک دوجانبه برای والدین فرد مبتلا، هر دو در بنگلور به خاطر آزمایش میدانی این دست‌نامه و پیشنهادات ارزش‌مندشان تشکر می‌کنیم.

سند اولیه از طرف دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی برای متخصصان بهداشت روانی و سی بی آر در هر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی فرستاده شده است تا بازبینی شود. متن بازبینی شده‌ی این سند، بر پایه‌ی نظرات آن‌ها به دست مولفان تهیه شد. از بررسی‌کنندگان این متن، از مشاوران منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در زمینه‌ی بهداشت روانی و توان بخشی برای بیان دیدگاه‌ها و نظرات اصلاحی‌شان بر روی نسخه‌ی قبلی این سند، و از دولت ایتالیا که هزینه‌ی چاپ را تأمین کرد سپاس‌گزاریم.

این متن در میدان عمل آزمایش شده است؛ اما نیازمند انطباق با هر موقعیت محلی است تا بر آن اساس بتواند به شکل آزاد ترجمه شده و بر اساس اطلاعات ارائه شده به سازمان بهداشت جهانی (WHO) منطبق با زبان و کاربرد محلی شود.

دکتر جی.ام. برتولوتی
کنترل بیماری‌های روانی

دکتر ای. پوپولین
توان بخشی

^{۱۴} - Community Based Rehabilitation (CBR): جماعت با جامعه فرق دارد. در جامعه ممکن است فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف و اهداف متفاوت مطرح باشد، اما جماعت مجموعه‌ی مردمی است که در یک جغرافیای متمرکز و مشخص‌تر از جامعه، غالباً با یک هدف مشترک، غالباً با یک نوع اشتغال، غالباً با یک زبان و فرهنگ و با یک سری مسائل و مشکلات مشترک در کنار هم زندگی می‌کنند. در این متن تعبیر جماعت بارها تکرار می‌شود و فرض اولیه بر کاربرد دستورالعمل‌ها بر روی همین جماعت‌های محلی است، جماعت‌هایی مثل روستاها، مثل محله‌های شهری و زاغه‌نشین‌ها.

بخش ارتقای بهداشت، آموزش و ارتباطات

بخش بهداشت روانی و پیشگیری از سوء
مصرف مواد

سازمان بهداشت جهانی
شماره ی ۱۲۱۱، ژنو-۲۷، سوئیس

سپاس‌گزاری

ما عمیقاً مدیون افراد متخصص زیر هستیم که، با رایگان بخشی و مهربانی زیاد، دیدگاه‌ها و نظرات‌شان را در باره‌ی نسخه‌ی قبلی این دست‌نامه و راهنماهای همراه‌شان ارائه داده‌اند:

احمد محیط، گلوریا تاجانلانگیت، آلسیدا پرز، ایتایی نیاماتوره، آلتا بوشوف، خوان جالاندونی پریونز، آن گوئرد، لائورا کرفتینگ، بابا کوماره، لی بن یونگ، بتی دای-مانکائو، لیندا میلان، کونستانس فاسیا، لیریا پرز پلائز، مارک دانزون، آر.ا. اوآکو، إم. پی. دوا، رابی لیبرادو، پادمانی مندیس، سیلویا رسندیز نوبه، پام زینکین^{۱۵}

^{۱۵} - در متن اصلی، پست‌ها و شغل‌های این افراد که از سراسر جهان هستند آمده است.

یادآوری به خواننده

متن حاضر به دو بخش تقسیم می‌شود: دست‌نامه‌ی اصلی عبارت است از چهار فصل و دربرگیرنده‌ی نشانه‌ها، انواع و علت‌های بیماری‌های روانی، درمان‌شان، و ناتوانی‌هایی است که می‌توانند به علت بیماری‌های روانی پیش بیایند. این متن همراه با هشت "راهنمای توان‌بخشی" است که به انواع ناتوانی ناشی از بیماری‌های روانی و راه‌های توان‌بخشی افراد ناتوان شده به علت آن بیماری‌ها می‌پردازند. فقط به بعضی از بیماری‌های روانی و خیم اشاره شده است، هر چند که بسیاری از باقی انواع مشکلات روانی خفیف‌تر هم ممکن است باعث بعضی ناتوانی‌ها بشوند.

آن چه که این دست‌نامه به شما خواهد گفت:

انواع مختلف بیماری‌های روانی چه هستند؛
 چگونه به وجود می‌آیند؛
 چگونه می‌توانید آن‌ها را تشخیص بدهید؛
 چه درمانی برای آن‌ها لازم است؛
 چگونه ناتوانی‌هایی می‌توانند پیش بیاورند؛ و
 چگونه می‌توانید به توان‌بخشی این افراد ناتوان کمک کنید.

ما با معنای کلمه‌ی بیماری آشنا هستیم. این واژه به معنای به‌هم خوردن عملکرد بخشی از بدن به علت‌های مختلف است. مثلاً، سیل نوعی بیماری است که بخشی از بدن، معمولاً ریه‌ها، از طرف نوعی موجود ذره‌بینی دچار مشکل می‌شود که باعث بد کار کردن بدن می‌شود. این بیماری باید با داروهایی درمان بشود که آن موجودات مهاجم را می‌کشند. انواع دیگری از بیماری‌ها هستند که نه از طرف موجودات، بلکه با عواملی دیگر به‌وجود می‌آیند. یک نمونه از این بیماری‌ها **دیابت (مرض قند)** است که بدن نمی‌تواند شکر را که با غذا خورده می‌شود هضم کند. افرادی که از این بیماری رنج می‌برند لازم است که مصرف شکر خود را کم کنند و داروهایی را منظم بخورند تا مطمئن بشوند که بدن می‌تواند شکر را هضم کند.

ذهن و روان هم، درست مثل بدن که دچار بیماری می‌شود، می‌تواند دچار بیماری بشود. این‌ها اسم‌شان اختلال‌های روانی یا بیماری‌های روانی است. معمولاً افرادی که دچار بیماری‌های روانی می‌شوند، پریشانی‌ها و آشفتگی‌هایی در رفتار دارند که از طرف همه‌ی ما به آسانی قابل تشخیص اند. وقتی که شخصی که تا به‌حالا رفتار عادی بوده، چه آهسته یا ناگهانی شروع می‌کند به رفتار عجیب و غریب یا غیرعادی، این آدم احتمالاً از یک اختلال روانی رنج می‌برد. بیماری‌های روانی هم، درست مثل بیماری‌های جسمی، احتیاج به درمان دارند. اگر بیماری‌های روانی به‌اندازه‌ی کافی زود کشف بشوند، درمان بگیرند و این درمان طبق دستور دکتر^{۱۶} در طول یک مدت مشخص ادامه پیدا کند، بیشترشان می‌توانند کنترل بشوند و ممکن است این بیماران بتوانند مثل دیگران در جماعت رفتار کنند.

هم بیماری‌های روانی و هم جسمی می‌توانند **ناتوانی‌های مختلفی** به‌وجود بیاورند. منظورمان این است که بیماری نتیجه‌ی بعضی تغییرات در فرد است که به‌علت آن‌ها شخص نمی‌تواند همه‌ی وظایف فردی و خانوادگی، و مسئولیت‌های اجتماعی را انجام بدهد که معمولاً از او انتظار می‌روند. اما، این نکته‌ی مهمی است که نقاط قوت و توانایی‌های همه‌ی افراد بیمار را بتوان شناسایی کرد. به‌همین دلیل افرادی که ناتوان اند **توان بخشی** لازم دارند. وقتی به توان بخشی فکر می‌کنیم، معمولاً به تأمین پای مصنوعی و تجهیزات دیگر برای بیمارانی که نمی‌توانند راه بروند، سمعک برای کسانی که نمی‌توانند خوب بشنوند، عینک برای کسانی که نمی‌توانند خوب ببینند و امثال این‌ها فکر می‌کنیم.

اما بیماران روانی هم به کمک احتیاج دارند. آن‌ها به ابزارهای پیچیده احتیاج ندارند، اما نیازمند محبت، درک و کمک بیشترند تا به آن‌ها کمک کند تا در حد ممکن زندگی عادی داشته باشند. همین‌طور بعضی کمک‌ها در محیط اجتماعی (مثلاً در محل کار و در مدرسه) به آن‌چه که توان بخشی می‌گوییم می‌تواند کمک بکنند، و در نتیجه به وحدت و مشارکت بیمار در خانواده، مدرسه یا محل کار و به زندگی او در جماعت یاری می‌کنند. این کارها می‌توانند به‌دست همه‌ی ما انجام بشوند، به این شرط که یاد گرفته باشیم چه کارهایی باید انجام بدهیم. این فعالیت‌ها، همراه با داروهای موثر می‌توانند به بیمار روانی ناتوان کمک کنند تا خیلی از مسئولیت‌های روزانه‌اش را انجام بدهد و شاید هم به زندگی عادی برگردد.

^{۱۶} - در این متن منظور از دکتر، روان‌پزشک است. اما ممکن است در نقاط فقیر و دورافتاده روان‌پزشکی وجود نداشته باشد. در شرایط وخیم، دکتر حاضر در محل می‌تواند بر اساس اخلاق و قواعد پزشکی و قانونی، به جای روان‌پزشک راهنمایی‌هایی بکند.

۲- بیماری‌های روانی چه هستند؟

در این فصل این‌ها را یاد می‌گیرید:

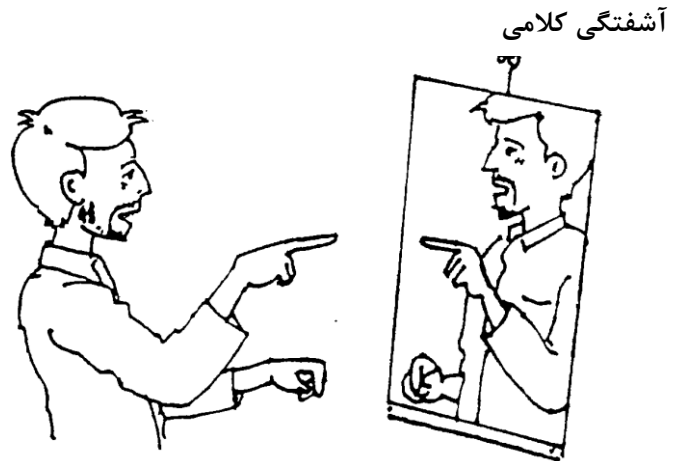
- نشانه‌های بیماری‌های روانی
- علت‌های بیماری‌های روانی
- درمان بیماری‌های روانی

بیماری‌های روانی همیشه، به‌خصوص در مراحل اولیه، به آسانی قابل تشخیص نیستند. همه‌ی ما افرادی را دیده‌ایم که دچار بیماری‌های روانی اند، اما ممکن است آن‌ها را به این شکل تشخیص نداده باشیم. هر جماعتی اسم‌های مختلفی برای این بیماری‌های روانی دارد. معمولاً اسم این افراد را **دیوانه**، **کم‌عقل** یا **جن‌زده** و امثال این‌ها می‌گذارند. بعد از خواندن این دست‌نامه متوجه می‌شوید افرادی که این اسم‌ها را بر روی‌شان می‌گذارند از بیماری‌های روانی رنج می‌برند و این را هم یاد می‌گیرید که حال خیلی از آن‌ها می‌تواند با دارو بهتر بشود یا حتی به زندگی عادی برگردند.

فصل بعدی در باره‌ی انواع بیماری‌های روانی برای‌تان می‌گوید. اما اول لازم است بعضی جنبه‌های همگانی بیماری‌های روانی را بدانیم و بفهمیم.

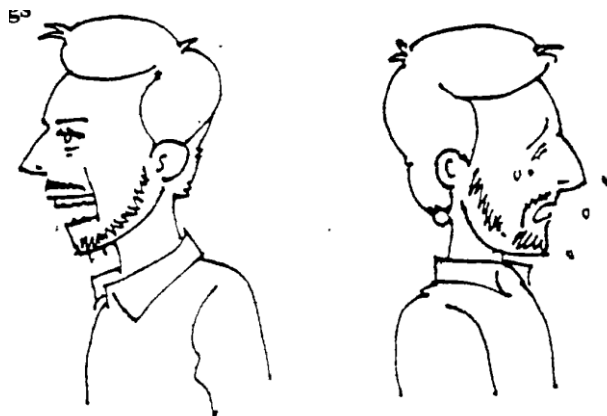
نشانه‌های بیماران روانی

بیماران روانی نوعی از تغییرات رفتاری را نشان می‌دهند که بیشترشان به آسانی قابل تشخیص اند. شما می‌توانید کسانی را در جماعت خودتان شناسایی کنید که بعضی از این نشانه‌ها یا همه‌ی این‌ها را دارند:



شخص ممکن است چیزهایی بگوید که احتمالا نمی‌تواند حقیقت داشته باشد؛ بیش از حد حرف می‌زند، یا خیلی کم، یا اصلا حرف نمی‌زند؛ یا طوری صحبت می‌کند که هیچ‌کس دیگری نمی‌تواند آن‌ها را بفهمد. بعضی وقت‌ها این افراد ممکن است حتی موقعی که دور و برشان کسی نیست، با خودشان حرف بزنند، یا حرفی که می‌زنند اصلا به نظر نمی‌آید که معنایی می‌دهد.

آشفته‌گی خلقی و احساسی



بعضی افراد وجود دارند که بارها و بارها برای خودشان بیش از حد می‌خندند یا گریه می‌کنند یا بی‌دلیل خیلی برانگیخته و عصبانی می‌شوند. وقتی علت را از آن‌ها می‌پرسند نمی‌توانند دلیل‌اش را بگویند. شخص ممکن است خیلی غمگین باشد یا ممکن است حتی به دلایل خیلی کم اهمیت گریه کند؛ یا کسی که قبلا بانشاط بوده ممکن است ترسان یا نگران بشود، از صحبت کردن خودداری کند؛ یا ممکن است حتی در مورد خودکشی فکر کند؛ یا بی‌خود و بی‌جهت بانشاط و هیجان‌زده بشود. ممکن است بی‌عاطفه‌گی هم نشان بدهد، انگار که همه‌ی احساسات‌اش از دست رفته باشد. ممکن است احساساتی نامناسب با

شرایط مختلف هم نشان بدهد. مثلاً، در صورت مرگ عضوی از خانواده، وقتی که همه‌ی دیگران غمگین اند و گریه می‌کنند، ممکن است بی تفاوت باشد، یا حتی بخندد.

آشفته‌گی فکر



بعضی اشخاص به فکرهای عجیبی دچار می‌شوند که جزو روش معمول فکر کردنشان نبوده. ممکن است اعتقاد داشته باشند یا فکر کنند که مردم از آن‌ها متنفرند یا می‌خواهند به شکلی به آن‌ها صدمه بزنند، در حالی که هرکسی در اطرافشان می‌داند که این حقیقت ندارد. ممکن است مشکوک باشند که افرادی دیگر، شناس یا ناشناس، دارند سعی می‌کنند مسمومشان کنند یا پولشان را به جیب بزنند. بعضی‌شان ممکن است به همسرشان مشکوک بشوند که روابط نامشروع دارند. آن‌ها به این فکرها و عقاید محکم می‌چسبند، در حالی که همه‌ی اطرافیان سعی می‌کنند آن‌ها را قانع کنند که این فکرها و باورها غلط اند.

نمونه‌ی این افراد:

مردی را دوستانش به بیمارستان آوردند که مریض احوال بود. از غذا خوردن در خانه خودداری می‌کرد و به هتلی برده شده بود، چون معتقد بود که زن‌اش سعی می‌کند او را مسموم کند. بعداً هم از غذا خوردن در هتل خودداری کرد، چون معتقد شده بود که زن‌اش با روابط نامشروعی که با رئیس هتل دارد، او را هم در توطئه‌ی قتل‌اش شریک کرده است. او فقط با نانی سر می‌کرد که از مغازه‌ی بغل‌دستِ هتل می‌خرید، اما آن قدر مشکوک شد که حتی این نان را هم فقط بعد از آن می‌خورد که چند تکه‌اش را به حیوانی می‌داد و آب را هم از شیر آبِ خیابان می‌خورد.



بعضی از بیماران روانی صداهایی می‌شنوند که با آن‌ها صحبت می‌کنند، حتی موقعی که هیچ کسی نزدیک‌شان نیست و، بنابراین، ممکن است به این صداها جواب بدهند. این صداها از نظرشان خیلی واقعی‌اند، و وقتی از آن‌ها دستور می‌گیرند که چه کار کنند، مطابق دستور عمل می‌کنند. به‌همین دلیل، در بعضی موارد، وقتی که رفتار عجیب از خودشان نشان می‌دهند، ممکن است آن را به این خاطر انجام بدهند که دارند دستور آن صداها را اطاعت می‌کنند. اما از این که بگذریم، در آدمی که باقی رفتارهایش طبیعی است، علت این آشفته‌گی می‌تواند چیز کاملاً دیگری باشد.

نمونه‌ی این افراد:

خانمی را به مطب آوردند چون شروع کرده بود با خودش حرف بزند و بی‌هیچ دلیل مشخصی بخندد. در ضمن، شروع کرده بود هر قوطی کبریت خالی را که می‌دید جمع کند. موقعی که علت را از او پرسیدند، فاش کرد که صدایی به او می‌گوید این کار را بکند. او می‌پذیرفت که این دستورات تا حدودی احمقانه‌اند، اما اضافه کرد که باید "چیز مقدس"ی باشند. اما از این که بگذریم، او به کارهای روزمره‌ی خانه و زندگی، و بچه‌هایش به‌خوبی رسیدگی می‌کرد.

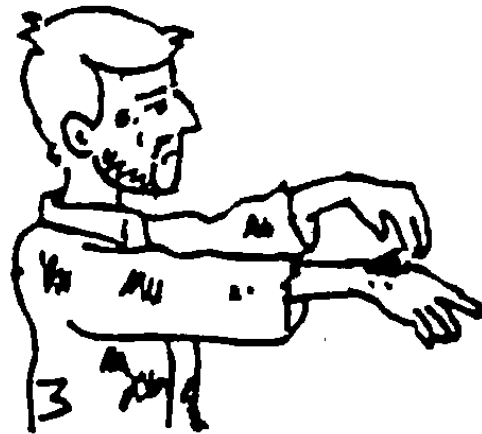
آشفته‌گی خواب و اشتها



خیلی از آدم‌هایی که به بیماری روانی دچارند نوعی اختلال در خواب هم دارند. نمی‌توانند به خواب بروند؛ یا اگر به خواب بروند بارها و بارها در طول شب بیدار می‌شوند؛ یا ممکن است صبح زود بیدار بشوند و نتوانند بعد از آن بخوابند. بعضی بیماران زیاد خوابی دارند. بعضی افراد هم ممکن است اشتهایشان اشکال داشته باشد. ممکن است علاقه به خوردن را از دست بدهند و

وزن کم کنند، یا ممکن است شدیداً خواهان چای، قهوه یا سیگار بشوند، یا ممکن است پراشته‌ها بشوند و بی حساب و کتاب وزن اضافه کنند.

آشفته‌گی بهداشت فردی



بعضی از بیماران روانی علاقه‌ی شان را به بهداشت فردی اولیه، مثل شستن دست، یا حمام کردن یا شانه کردن مو از دست می‌دهند. ممکن است روزهایی طولانی لباس کثیف بپوشند و حتی آن‌ها را خاکی کنند. در حالی که دیگران ظاهر شخصی نامناسب آن‌ها را ناراحت کننده و نادرست می‌بینند، خودشان از آن ناراحت نمی‌شوند.

آشفته‌گی رفتار اجتماعی



بعضی از بیماران روانی به شکلی رفتار می‌کنند که جامعه آن‌ها را به راحتی نمی‌پذیرد. ممکن است بدهن بشوند و به مردم اطراف‌شان حمله کنند، به خصوص در موقعی که عصبانی بشوند؛ غافل از آن که نمی‌توانند حس کنند که قبل‌ترها در همان موقعیت یا مشابه آن هم عصبانی شده بودند، اما این رفتار از آن‌ها سر نزده بوده. ممکن است وسط هر کاری ول کنند و تمام روز را پرسه بزنند. این تغییرها ممکن است کم کم یا یکباره باشند. ممکن است خودشان را خستگی ناپذیر نشان بدهند، ممکن است نتوانند در یک جا بنشینند، اما ممکن است مدت زیادی شوق بالا و پایین پریدن داشته باشند، یا بدن‌شان را پس و پیش

(مثل تاب) تکان بدهند، یا ممکن است بیش از حد فکرشان مشغول مسائل مذهبی یا فوق طبیعی بشود. ممکن است آشغال جمع کنند و آن‌ها را در خانه‌شان نگهدارند یا چیزهای عجیب و غریبی را در کیف بگذارند و هر جا که می‌روند با خود ببرند.

نمونه‌ی این افراد:

زنی ۳۵ ساله کم‌کم از پخت‌وپز و نگهداری از بچه‌هایش دست کشید. از خانه فرار می‌کرد و کم‌کم مدتی زیادتر از قبل در بیرون پرسه می‌زد، در حالی که نگران ظاهر و نحوه‌ی لباس پوشیدن‌اش نبود. وقتی در خانه بود به کسی اجازه نمی‌داد که وارد شود. بددهنی می‌کرد. همسایگان هم متوجه شدند که سروکار داشتن با او مشکل است، و در آخر، همه‌ی ارتباط‌های خودش را با دیگران قطع کرد.

یادآوری:

بعضی از افرادی که صرع دارند هم ممکن است مثل شخصی رفتار کنند که مشکلی روانی دارد: آن‌ها می‌توانند کارهای عجیبی انجام بدهند یا چیزهایی ببینند که واقعیت ندارند، چون که هم صرع و هم بیماری‌های روانی بیماری‌های مغزی اند. صرع معمولاً بیماری روانی به حساب نمی‌آید، بلکه آن را یک بیماری جسمی مغزی می‌دانند. این بیماری به شکل معمول باعث تشنج (گرفتگی پشت سرهم و شدید ماهیچه‌ها) بیمار می‌شود، اما بعضی وقت‌ها می‌تواند بر روی رفتار و ادراکات او به شکل‌های دیگری تاثیر بگذارد.

شناسایی بیماران روانی

با دانستن نشانه‌های بالا، ممکن است فکر کنید اشخاص زیادی را می‌شناسید که آشفتگی‌هایی در خواب یا فکرهای مشکوکی دارند یا به شکلی رفتار می‌کنند که به نظرشان عجیب می‌آید. ممکن است از خود پرسید آیا همه‌ی این افراد دچار بیماری روانی اند یا نه؟ پاسخ این است: "بله." امروزه بیشتر اشخاص مریض شناسایی نمی‌شوند. در عین حال، همه‌ی افرادی که غیرعادی رفتار می‌کنند حتماً نباید از نظر روانی مریض باشند. یعنی در حالی که بعضی از آن‌ها ممکن است دچار بیماری روانی باشند، بعضی دیگر ممکن است نباشند. در موقع تعیین این که آیا این فرد یا آن فرد اختلال روانی دارد یا نه، باید از خودتان این سه سؤال را پرسید:

۱- آیا رفتارش فقط در همین اواخر عوض شده است؟ (یا این که شخص مدت زیادی، مثلاً از دوران جوانی، این طور بوده.)

۲- آیا تغییر رفتار شخص باعث ناراحتی یا آشفتگی در خود شخص، یا خانواده یا در جماعت محل زندگی‌اش شده است؟

۳- آیا رفتارش آن قدر عجیب است و با جماعت فرق دارد که مردم قبول دارند این شخص بایستی "بیمار" باشد؟

اگر پاسخ هر سه سؤال "بله" باشد، آن وقت کاملاً احتمال دارد که شخص دچار نوعی بیماری روانی باشد. اگر شکّی در پاسخ به این پرسش‌ها داشته باشید، همیشه می‌توان توصیه کرد که از دکتر بخواهیم او را معاینه کند تا بودن یا نبودن بیماری روانی را مشخص کند. چون شناسایی زودتر بیماری برای شروع درمان اهمیت دارد، درمان زودرس می‌تواند از بدترشدن مریضی جلوگیری کند، یا شاید هم آن را معالجه کند.

علت‌های بیماری‌های روانی

ما در باره‌ی علت‌های این بیماری‌ها خیلی کم خبر داریم. بعضی وقت‌ها به ارث می‌رسند. حتماً مطمئن بشوید از این که چه چیزهایی باعث بیماری روانی نمی‌شوند: هیچ کس در این جا متهم و باعث بیماری نیست، نه والدین و نه ارواح شیطانی و نه خود افراد.

درمان بیماری‌های روانی

خیلی از مردم هنوز اعتقاد دارند که بیماری‌های روانی نمی‌توانند درمان بشوند. بنابراین، خیلی از اشخاص مبتلا هرگز برای درمان آورده نمی‌شوند و، به این ترتیب، بی‌خود و بی‌جهت همراه با خانواده‌هایشان رنج می‌برند.

وقتی که بدانید یا بشنوید کسی به درمان روانی احتیاج دارد، خیلی مهم است که به این افراد کمک کنید تا دست‌شان به درمان برسد. چون بیشتر این‌ها، هر چند همه‌شان نه، می‌توانند با دارو درمان بشوند یا می‌توانند بهتر بشوند. حالا ببینیم چه

نوعی از درمان‌های مختلف برای این افراد وجود دارد.

روش‌های درمانی

- درمان دارویی



معمولی‌ترین شکل درمان بیماری‌های روانی درمان دارویی است. این‌ها معمولاً در ساده‌ترین مراکز بهداشتی در دسترس اند یا می‌توانند از داروخانه‌ها تهیه بشوند. این داروها به شکل قرص، شربت، یا آمپول وجود دارند. حتی خیلی از اشخاص فقط یک آمپول در هر ماه نیاز دارند؛ بیشتر افراد دیگر فقط یک نوع دارو در موقع شب لازم دارند. خیلی مهم است که به یادمان باشد که داروها بایستی به مدتی که دکتر تعیین می‌کند به شکل منظم مصرف بشوند. برای این که مطمئن بشویم دارو در زمان درست و به مدت لازم مصرف می‌شود، بیمار باید تحت نظر باشد^{۱۷}. بعضی‌ها در تمام مدت زندگی‌شان به دارو نیاز دارند.

متأسفانه، دیدن شخص بیماری که داروها را چند روزی می‌خورد و بعد بدون مشورت با دکتر آن‌ها را ترک می‌کند خیلی عادی است. افرادی ممکن است مصرف دارو را ترک کنند چون حس می‌کنند حال‌شان بهتر شده، یا چون مصرف این داروها مشکلات دیگری (یعنی عوارض جانبی)^{۱۸} برای‌شان ایجاد می‌کند یا چون فوراً بهتر نشده‌اند. این کار معمولاً باعث مریض شدن دوباره‌ی شخص می‌شود، و هر بار که این وضع اتفاق می‌افتد، درمان با داروها سخت‌تر و کم‌اثرتر می‌شود.

وقتی که به بیمار دارو می‌دهید نکات زیر را به یاد داشته باشید:

- داروها ذاتاً اعتیادآور نیستند.
- این‌ها قرص خواب‌آور نیستند، اما داروهایی هستند برای این که شخص احساس خوب‌تر شدن داشته باشد و فکر کردن‌اش بهتر بشود.
- این داروها ممکن است باعث اثرهای بدی مثل خشک شدن دهان، گیجی یا خشکی ماهیچه یا گرفتگی عضله بشوند. از دکتر بپرسید که این مشکلات را چطور می‌شود حل کرد. این مشکلات تقریباً همیشه می‌توانند با داروهای دیگری حل بشوند که اثر

^{۱۷} - یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که درمان دارویی را بی‌نتیجه می‌کند نبودن مراقب و پرستار هشیار است. برای جلوگیری از نخوردن احتمالی و دست‌کاری در مقدار و تعداد داروها لازم است که داروها با نظارت چشمی یک نفر معین از نزدیکان به بیمار داده بشود، چون که احتمال زیادی هست که بیمار خودش به نتیجه برسد که داروها بی‌فایده اند یا باید کم‌وزیادشان کرد. در صورت هر گونه شکایت جدید بیمار یا دیدن علائمی تازه در بیمار باید پزشک را در جریان گذاشت تا داروها را اصلاح یا کم‌وزیاد کند. داروهای روانی معمولاً - با چند بار آزمون و خطای دکتر با وضعیت خاص بیمار تنظیم می‌شوند. این تماس با پزشک غیر از مراجعه‌ی منظم به او است.

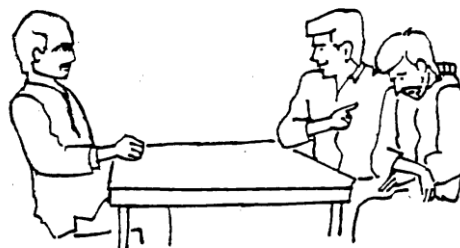
^{۱۸} - هر دارو به موازات اثرات مطلوب درمانی ممکن است باعث بعضی عوارض ناخواسته هم بشود. عوارض جانبی یعنی دارو ممکن است مشکل اصلی را درمان نکند، اما مثلاً ممکن است خواب‌آلودگی و گیجی یا فشار خون، خشک شدن دهان، خشکی ماهیچه یا گرفتگی عضله و ... را هم با خودش بیاورد.

کمی بر روی داروی اصلی موثری دارند که مصرف می‌شود.

- این داروها باید تا زمانی که دکتر دستور می‌دهد مصرف بشوند. اگر قبل از موعد قطع بشوند، ممکن است بیماری دوباره برگردد، حتی اگر شخص ظاهراً "درمان‌شده" باشد. در بعضی موارد درمان بایستی چندین سال یا تا آخر عمر بیمار طول بکشد.

- شروع زودتر درمان بهترین نتیجه را دارد.

- درمان با مشاوره (روان درمان‌گری)



در همه‌ی انواع بیماری‌های روانی، خود افراد بیمار و خانواده‌هایشان نیازمندند که با گوش کردن واقعی حرف‌هایشان درک بشوند و در این مورد که چطور می‌توانند با مشکلات‌شان برخورد کنند مشاوره بگیرند^{۱۹}. در بیشتر موارد فقط با گوش کردن بی‌قضاوت به حرف‌های فرد درمانده یا اعضای خانواده‌ی او به‌خوبی می‌توانید به آن‌ها کمک کنید. اگر با این حال نمی‌توانید کمکی کنید، می‌توانید از دکتر یا ریش‌سفید دهکده و جماعت بخواهید که به بیمار مشاوره بدهند.

- توان بخشی و احیای درمانی

راهنماهای ۱ تا ۸ در آخر این متن به شما کمک می‌کنند بفهمید که چطور می‌توانید به افرادی که اختلال روانی دراز مدت دارند و همین‌طور به خانواده‌هایشان کمک کنید که در حد ممکن زندگی عادی داشته باشند.

خلاصه‌ی کلام:

- بیماری‌های روانی می‌توانند با اختلال در کلام، در خلق و احساسات، در خواب و اشتها، در افکار، در شنیدن و دیدن، در بهداشت فردی و در رفتار اجتماعی؛ و به‌طور خلاصه، با تغییر چشمگیر در رفتار یا با فکرهای عجیب شناخته شوند.

- این بیماری‌های روانی می‌توانند با داروهایی در طی مدتی درمان بشوند. طول درمان تا حدی وابسته به طول مدت بیماری تا قبل از شروع درمان و طول مدت توان بخشی و اجتماع درمانی است.

- باین حال، بیماران روانی (هر نوع بیمار روانی) می‌توانند در کارها مشارکت فعالانه داشته باشند و به فعالیت‌های خانواده‌هایشان و حتی به جماعت‌شان کمک کنند.

^{۱۹} - این کار قبل از هر کس به کمک مشاور و روان‌شناس متخصص مشکلات روانی و شخصیتی انجام می‌گیرد. اما در صورت نبودن آن‌ها هر کس که بتواند گوش کردن بی‌قضاوت و بی‌دخالیت و بی‌نصیحت و همراهی با بیمار و خانواده‌اش را به‌درستی و با احتیاط انجام بدهد، می‌تواند کمکی فوری را به آن‌ها برساند.

۳- انواع بیماری‌های روانی^{۲۰}

بعد از آشنایی با مشخصات همگانی بیماری‌های روانی، حالا برویم به سراغ نگاه کوتاهی به انواع اصلی بیماری‌های وخیم اثرگذار بر ذهن و مغز که احتمال دارد در مدت کارتان در یک جماعت با آن‌ها برخورد کنید.

انواع بیماری‌های روانی/مغزی:

- روان‌پریشی (سایکوز)

- افسردگی

- عقب‌ماندگی ذهنی (کند ذهنی)

- صرع

روان‌پریشی

روان‌پریشی به گروهی از بیماری‌های شدید روانی اشاره می‌کند که همگی شباهت‌هایی با هم دارند. مشکل اصلی روان‌پریش‌ها این است که این افراد تماس‌شان را با واقعیت از دست می‌دهند و در دنیای "خیالی" خودشان زندگی می‌کنند. این وضعیتی است که معمولاً به آن دیوانگی یا جنون می‌گویند. شخص روان‌پریش معمولاً بعضی یا بیشتر علائم‌های زیر را از خود نشان می‌دهد:

- خیلی حرف می‌زند یا اصلاً حرف نمی‌زند، چیزهایی را می‌گوید که بی‌معنا هستند یا قابل فهم نیستند؛
- خلق او از عصبانیت تا بی‌احساسی (دل‌مرده‌گی، بی‌عاطفه‌گی) تا پرنشاطی و فریاد زدن بی‌دلیل کلمات عوض می‌شود؛
- بی‌خوابی زیاد و/یا آشفتگی خواب دارد؛
- باورهای نادرستی را به‌زبان می‌آورد، معمولاً به شکل بدگمانی و سوءظن؛
- بی‌دلیل با خود صحبت می‌کند و به خودش می‌خندد؛
- صداهایی را می‌شنود که واقعاً وجود ندارند؛
- به بهداشت فردی بی‌توجه است، دور از خانه و خانواده پُرسه می‌زند؛
- ممکن است بی‌خود و بی‌جهت عصبانی بشود و ممکن است سعی کند که به دیگران حمله کند؛
- عادات کاری‌اش ضعیف است (مثل دیر رفتن به سر کار، تمام نکردن وظایف در سر کار) یا خودداری از انجام هر نوع کاری.

به احتمال زیاد در جماعت‌تان افرادی را دیده‌اید یا در باره‌ی‌شان شنیده‌اید که رفتارشان این‌طوری است (بعضی از پزشکان ممکن است به این نوع مریضی اسکیزوفرنی یا شیذوفرنی بگویند).

در بعضی موارد، روان‌پریشی یک‌دفعه پیش می‌آید. در موارد دیگر ممکن است در طول گذشت زمان کم‌کم پیش بیاید. هر قدر که روان‌پریشی را زودتر کشف کنیم و به درمان مشغول بشویم، همان قدر برای خود شخص و خانواده‌اش بهتر است. خیلی از

^{۲۰} - برای آشنایی با طبقه‌بندی این بیماری‌ها به پیوست آخر این متن نگاه کنید.

افراد روان‌پیش با دارو به سرعت حال‌شان بهتر می‌شود [نه این که کاملاً درمان بشوند] و نیازی ندارند که در بیمارستان بستری بشوند. اشخاص روان‌پیش لازم است با داروهایی درمان بشوند که لازم است به‌شکل منظم و در طی مدت درازی مصرف بشوند. اگر حتی فرد بهتر بشود، و عادت رفتار کند، داروها نبایستی بدون دستور پزشک قطع بشوند. این کار برای پیشگیری از برگشت (عود) مریضی است. این پیشگیری به‌خصوص در موقعی مهم است که خوشنیتی افتاده باشد و خانواده ممکن باشد در صورت تکرار این خوشونت از مریض‌شان دیگر مراقبت نکنند. بعضی داروها به صورت آمپول‌هایی وجود دارند که هر ماه فقط یک بار تزریق می‌شوند. همین می‌تواند درمان منظم را آسان‌تر کند، یعنی درمان بیشتر دم دست مریض و خانواده‌اش باشد.^{۲۱}

لطفاً این نکات را در باره‌ی داروهای مریض‌های روان‌پیش به‌یاد داشته باشید:

- این‌ها قرص خواب‌آور نیستند، بلکه داروهایی هستند برای این که مریض حس بهتری داشته باشد و بهتر رفتار کند.
- این داروها بعضی اثرهای جانبی آزاردهنده، مثل گیجی یا گرفتگی عضله، دارند. از دکتر در مورد این مشکلات جانبی و راه درمان‌شان پرسش کنید.
- این داروها بایستی تا زمانی که دکتر دستور می‌دهد مصرف بشوند. اگر قطع بشوند، ممکن است مریضی برگردد. در بعضی موارد درمان ممکن است سال‌ها یا حتی در همه‌ی عمر طول بکشد.
- لطفاً به اعضای خانواده توصیه کنید که مصرف این داروها، تا زمانی که دکتر دستور قطع آن‌ها را بدهد، بایستی ادامه پیدا کنند - حتی بعد از این که مریض تا حدودی بهتر شده باشد.
- در وضعیت‌های وخیم مریضی، اگر بیمار نخواهد پیش دکتر برود، یا اگر ناآرامی یا خوشنیتی پیش آمده باشد، دارو می‌تواند به‌شکل قطره در هر غذایی یا آب و هر نوشابه‌ای به مریض داده شود. در این باره از دکتر بپرسید.
- برای خیلی از اشخاصی که مدتی طولانی به دارو نیاز دارند، یا از خوردن دارو خودداری می‌کنند، یک تزریق ماهیانه کافی است. با دکتر در این باره صحبت کنید تا راه و چاره را بگوید. قبل از شروع درمان دارویی، به توصیه‌های اخلاقی و شرایط قانونی مربوط به رضایت آگاهانه‌ی بیمار و خانواده‌ی او توجه داشته باشید.^{۲۲}

افسردگی

در این نوع بیماری روانی، فرد بی‌خود و بی‌جهت غمگین یا عصبانی و بدخلق است. در بیشتر موارد نسبت به دیگران احساس نفرت دارد، به‌خصوص در مورد افراد قبلاً عزیز خودش. در این وضعیت احساس گناه شدید می‌کند. ممکن است حس کند که نمی‌تواند هیچ کاری انجام بدهد، یا ممکن است بیشتر وقت‌اش را گریه کند، یا حتی ممکن است بخواهد دست به خودکشی بزند. هر کسی در جماعت گیج می‌شود که چرا این آدم این همه غمگین است؛ خود شخص هم نمی‌تواند بگوید چرا. نکات زیر مهم‌ترین نشانه‌های افسردگی اند:

^{۲۱} - بیمار و مراقب خانوادگی او ممکن است از خوردن چندباره و هر روزی دارو حوصله‌شان سر برود، گیج بشوند، فراموش کنند، یا عمداً یا اشتهاً دارو را کم یا زیاد کنند، اما تزریق یک بار در ماه خیلی مشخص و معلوم است. مشکل هزینه‌ی بالاتر داروی هر روزه هم ممکن است وجود داشته باشد.

^{۲۲} - رعایت اصول اخلاقی یعنی با خبر کردن مریض و خانواده‌ی مریض از اقداماتی است که کسی دیگر برای مریض می‌کند. رضایت آگاهانه‌ی بیمار یا خانواده‌ی او، بیشتر موقعی پیش می‌آید که می‌خواهند مریض را به زور به مطب یا بیمارستان ببرند یا به زور به او آمپول بزنند. قانون‌های هر کشوری باید شرایطی برای این کار پیش‌بینی کرده باشد. در هر دو وضعیت بالا، معمولاً بیمار نسبت به واقعیت وضع و حال‌اش ناآگاه است، و این خانواده است که باید از هر دو نظر رضایت داشته باشد.

- بی دلیل احساس غم، عصبانیت و بدبختی می کند؛
- گریه بی دلیل می کند؛
- نمی خواهد با مردم صحبت کند، و با دیگران قطع رابطه می کند؛
- احساس می کند که بی ارزش و ناامید است؛
- از خودکشی صحبت می کند و حتی شاید سعی کند این کار را انجام بدهد؛
- اشتهايش را از دست می دهد؛
- خواب آلودگی دارد؛
- از چندین درد بدن اش شکایت می کند؛
- در موارد وخیم؛ در انجام کارهای شغلی و انجام کارهای عادی خانوار یا مراقبت از بچه ها ناتوان است.

خود شما مشخصاً بعضی افراد را در جماعت خود دیده اید که به این شکل رفتار می کنند. اگر معلوم شد کسی بعضی از این نشانه ها را دارد، احتمال دارد که به افسردگی مبتلا باشد. افسردگی هم مثل روان پریشی محتاج درمان با دارو است. اگر درمان زود شروع بشود مهم است. اگر درمان عقب بیفتد ممکن است خطر خودکشی پیش بیاید.

نمونه ای از این افراد:

بیمار زنی ۳۲ ساله بود از خانواده ای طبقه متوسط که شادمان و باعاطفه بودند. بعد از تولد سومین بچه حساسیت و عصبانیت شدیدش شروع شد. به سادگی از همسر و بچه هایش عصبانی می شد. بعضی وقت ها حتی به یکی از بچه ها که قبلاً هیچ کاری نکرده بود سیلی می زد. خودش را به خاطر این کارها خیلی گناهکار می دانست، اما اصلاً نمی توانست خشم و نفرت اش را نسبت به اعضای خانواده کنترل کند. انجام کارهای خانه اش را هرروزه بیشتر مشکل می دید؛ در شروع به خواب رفتن مشکل پیدا کرده بود، و صبح ها با وحشت و ناامیدی منتظر بقیه ی روز می ماند.

دکتر برای افراد افسرده، مثل موارد روان پریشی، دستور دارو می دهد. این که مریض داروها را منظم بخورد مسئولیت شما است. یادتان باشد، اگر که مریض درمان را دنبال نکند، هم او و هم اعضای خانواده اش صدمه می بینند، و ممکن است خطر خودکشی واقعی مریض پیش بیاید. به خانواده مشورت بدهید که در برابر نشانه های هشداردهنده ی خودکشی هشیار باشند و از آن ها بخواهید که اگر حس می کنند این خطر وجود دارد مریض را به حال خود تنها نگذارند.

بعضی افراد افسرده، غیر از دارو به چیزهای دیگری احتیاج دارند مثل مشاوره با مشاور یا روان درمانگر، مثل دانستن اطلاعاتی در باره ی چند و چون بیماری و مثل اطمینان از این که حال شان می تواند بهتر شود. آن ها به کسی احتیاج دارند که به مشکلات شان گوش بدهد، آن ها را درک بکند، و کمک شان بکند تا حریف فشارهای زندگی بشوند. این جا همان جایی است که می توانید کمک زیادی به آن ها بکنید. مشغول شدن بیمار به فعالیت های با معنا هم می تواند به او کمک کند تا، با پرت کردن

حواس‌اش، دائم نگرانِ بیماری‌اش نباشد.^{۲۳}

لطفا نکات زیر را در باره‌ی داروهای افسردگی به یاد داشته باشید:

- این داروها داروی خواب نیستند، اما کاری می‌کنند که مریض حس بهتری داشته باشد، و بهتر عمل کند.
- این داروها معمولاً ۱ تا ۴ هفته طول می‌کشد تا تاثیرشان شروع بشود. پس لطفاً به مریض همین را توصیه کنید و صبر کنید تا درمان نتایج‌اش را نشان بدهد.
- این داروها ممکن است بعضی اثرهای جانبی ناخوشایند مثل خشکی دهان، گیجی، یا مشکل در ادرار کردن داشته باشند. در مورد این اثرهای جانبی و راه درمان‌شان از دکتر سؤال کنید.
- این داروها بایستی تا زمانی که دکتر دستور می‌دهد خورده شوند. اگر زود قطع شوند، ممکن است بیماری دوباره برگردد. در بعضی موارد درمان ممکن است چندین سال طول بکشد.
- لطفاً به اعضای خانواده توصیه کنید حتی اگر مریض احساس کرد که بهتر شده است باز هم خوردن این داروها بایستی ادامه پیدا کند، مگر این که دکتر دستور دیگری بدهد.
- شرکت بیمار در فعالیتهای بامعنا (مثل فعالیتهای جسمی) به جذب دارو کمک می‌کند و حُرْمَتِ نفسِ او را بالا می‌برد.^{۲۴}

عقب‌ماندگی ذهنی

عقب‌ماندگی ذهنی به گروه دیگری از شرایط اشاره می‌کند که بر روی مغز اثر می‌گذارند. عقب‌ماندگی ذهنی اگرچه که به معنای دقیق کلمه نوعی بیماری روانی نیست، با وجود این در خیلی از کشورها مددکاران بهداشت روانی با این بیماری سروکار دارند و به افراد مبتلا و خانواده‌هایشان کمک می‌کنند. بنابراین به‌شکل کوتاهی در این‌جا توضیح داده می‌شود:

احتمال زیادی هست بعضی بچه‌ها را در جماعت‌تان دیده باشید که مثل بچه‌های هم‌سن‌شان رفتار نمی‌کنند. مثلاً بچه‌های ۱۰ ساله که معلوم می‌شود نمی‌تواند کارهایی را انجام بدهد که بچه‌ی پنج ساله انجام می‌دهد. این نوع بچه‌ها مهارت‌ها را به‌سرعت بچه‌های دیگر یاد نمی‌گیرند و کامل نمی‌کنند. در باره‌ی این بچه‌ها می‌گویند که دچار عقب‌ماندگی ذهنی اند. لطفاً یادتان باشد که عقب‌ماندگی ذهنی نبایستی با "کودک‌واری" (بچه‌ماندگی) اشتباه بشود. خیلی از بچه‌ها کمی کودک‌وار و بازیگوش‌تر از سن‌شان رفتار می‌کنند. این رفتارها به معنی عقب‌ماندگی ذهنی آن‌ها نیست.

بچه‌های عقب‌مانده در همان سنی که بچه‌های دیگر می‌نشینند، می‌ایستند یا راه می‌روند، نمی‌توانند این کارها را بکنند. نمی‌توانند به‌اندازه‌ی بچه‌های دیگر هم‌سن‌شان چیزی را یاد بگیرند، و به نظر کندذهن می‌آیند. آن‌ها نمی‌توانند در بازی‌هایی شرکت کنند که بچه‌های هم‌سن‌شان معمولاً می‌کنند، و مشکلاتی با درس و مشق و فعالیتهای مدرسه دارند. علائم زیر،

^{۲۳} - شنیدنِ پادکست رادیو مرز، اپیزود ۴۶- افسردگی می‌تواند حس و حال افراد افسرده و مرز بین آنان با دیگران را می‌تواند روشن کند.

^{۲۴} - self esteem: حُرْمَتِ نفس یا عزتِ نفس، بازتابِ ارزیابی یا برآوردِ یک فرد از "من" خود و ارزش‌های خود است. self confidence به معنای اعتماد به نفس یا خودباوری است که نشانه‌ی اعتماد و باور به استعدادها و توانایی‌های خود در انجامِ موفقِ یک کار یا کارهای مختلف، به دلیلِ تجربیاتِ قبلی است. در این‌جا اولی مطرح است.

- نشانه‌های معمول عقب‌ماندگی ذهنی است:
 - رشد جسمی عمومی کند، در مقایسه با بچه‌های دیگر؛
 - کندی یادگیری؛
 - به نظر می‌رسد آن‌چه را که دیگران می‌گویند نمی‌فهمند؛
 - نمی‌توانند درست تمرکز کنند؛
 - حتی چیزهای ساده را با مشکل به یاد می‌آورند؛
 - دستورالعمل‌ها را به آسانی دنبال نمی‌کنند؛
 - نمی‌توانند حرکات‌شان را به خوبی بچه‌های هم‌سن‌شان کنترل کنند (حرکاتی مثل نشستن، ایستادن و راه رفتن)؛
 - فعالیت‌های ساده‌ای مثل خوردن و لباس پوشیدن ممکن است برای‌شان مشکل باشد.
- در بیشتر موارد بچه‌های دچار عقب‌ماندگی ذهنی ممکن است به سرعت هم مبتلا باشند، یا پرخاش‌گر و خشن بشوند. فقط بچه‌هایی که دچار سرعت یا خشم پرخاشگرانه اند بایستی با دارو درمان شوند و آن‌هم فقط برای کنترل غش و خشم‌شان. یادتان باشد که عقب‌ماندگی ذهنی نمی‌تواند با دارو درمان بشود. این نکته‌ی خیلی مهمی است چون والدین ناامید، بدون هیچ شانس بهبودی، ممکن است پول زیادی را خرج دارو و کلاه‌بردارها کنند. شما خودتان می‌توانید با توجه به سندهای زیر به آنان کمک‌هایی بکنید: دست‌نامه‌ی سازمان بهداشت جهانی در باره‌ی آموزش در جماعت برای افراد ناتوان، "بسته‌ی آموزشی برای عضوی از خانواده‌ی شخصی که مشکل یادگیری دارد"، شماره‌ی ۲۲، "بسته‌ی آموزشی برای عضوی از خانواده‌ی بچه‌ی دچار مشکل یادگیری"، شماره‌ی ۲۳، و "بسته‌ی آموزشی برای عضوی از خانواده‌ی فرد بالغ دچار مشکل یادگیری"، شماره‌ی ۲۴، که همگی از انتشارات سازمان بهداشت جهانی در ژنو هستند.^{۲۵}

صرع

- صرع نوعی بیماری مغزی است و به‌همین دلیل شبیه بیماری روانی است. در بعضی از انواع صرع، ممکن است علامت‌هایی شبیه نشانه‌های روان‌پریشی ظاهر بشود، نشانه‌هایی مثل دیدن چیزهای عجیب و غریب یا رفتار بی‌منطق و نامناسب.
- صرع وضعیتی است که همه‌تان بایستی با آن خیلی آشنا باشید. ممکن است آن را در بچه‌ها و بزرگسال‌های جماعت‌تان دیده باشید. معمولاً آن را غش می‌گویند که بر روی افراد زیادی از کودکان و بالغین اثر می‌گذارد. در این بیماری، شخص مبتلا یک‌دفعه هشیاری‌اش را از دست می‌دهد، به زمین می‌افتد، و شروع می‌کند به حرکات لرزشی در اعضا و بدن‌اش. این غش‌ها معمولاً همراه کف کردن دهان، گازگرفتن زبان و زخم‌زدن به بدن هستند. این وضع از چند ثانیه تا چند دقیقه‌ای طول می‌کشد و بعد از تمام‌شدن حمله، شخص هشیاری‌اش را به‌دست می‌آورد، اما چند دقیقه‌ای گیج به‌نظر می‌رسد. این حمله‌ها، بدون توجه به این که شخص کجا باشد، می‌توانند در هر وقت روز یا شب اتفاق بیفتند.
- به‌همین دلیل، خیلی مهم است که مطمئن بشویم که آدم صرعی، به تنهایی نزدیک آب نرود، رانندگی نکند یا سوار دوچرخه و موتور در جاده نشود یا نزدیک ماشین آلات خطرناک کار نکند. همین‌طور، بدون نظارت پزشکی مناسب، مثل سیم‌بان دکل برق در ارتفاع زیاد کار نکند، یا روی اجاق یا آتش غذا نپزد. مریض صرعی اساساً نیازمند درمان

پزشکی است. دکتر داروهای می دهد که جلوی غش های بیشترِ مریض را بگیرند یا حداقل کمتر از قبل غش کند. و مثل بیماری های دیگر، این داروها هم لازم است مدت زمانی طولانی مصرف بشوند، حتی اگر شخص غش های دیگری نکند. در واقع، میلیون ها نفر دچارِ صرع در همه ی دنیا این داروها را برای همه ی عمرشان می خورند.

برای دادنِ توصیه های بیشتر به خانواده ها، می توانید از دست نامه ی سازمان بهداشتِ جهانی در زمینه ی آموزشِ جماعت برای افرادِ دچارِ ناتوانی ها، شماره ی ۲۱ اطلاعاتِ بیشتری بگیرید که اسم اش این است: "بسته ی آموزشی برای عضوی از خانواده ی بیمارِ صرعی - اطلاعاتی در باره ی ناتوانی و آن چه که می توانید برای اش انجام بدهید" تهیه شده در سازمانِ بهداشتِ جهانی، ژنو، ۱۹۸۹.

لطفا نکات زیر را در باره ی داروهای صرع به یاد داشته باشید:

- این ها قرص خواب آور نیستند، بلکه داروهایی اند که باعث می شوند شخص غش نکند.
- این داروها ممکن است اثرهای جانبی ای مثل گیجی، لرزش، یا تورمِ لثه داشته باشند. از دکتر در باره ی این اثرهای جانبی و چاره شان بپرسید.
- این داروها تا زمانی که دکتر دستور می دهد باید مصرف بشوند. اگر قطع بشوند، حمله های صرعی می توانند دوباره اتفاق بیفتند. درمان ممکن است چندین سال و در بیشتر موارد تا همه ی عمر طول بکشند.
- لطفا به اعضای خانواده توصیه کنید که این داروها بایستی مصرف بشوند، حتی اگر غش قطع شود، مگر که دکتر دستور دیگری بدهد.

۴- ناتوانی به علت بیماری روانی

تا این جا چیزهایی در باره‌ی بیماری‌های روانی یاد گرفته‌ایم، این که چطور آن‌ها را شناسایی کنیم و این که چطور درمان می‌شوند. خیلی از افراد مبتلا، و شاید بیشتر بیماران روانی، کاملاً خوب می‌شوند یا زندگی بامعنایی را به کمک دارو، خانواده و جماعت دلسوز می‌گذرانند. باقی این راهنما به سراغ کسانی می‌رود که کاملاً خوب نمی‌شوند بلکه به دلیل یک بیماری روانی دائمی ناتوان می‌مانند. شما باید یاد بگیرید که چه وظایفی می‌توانید در درمان و توان بخشی این بیماران داشته باشید. برای این که بفهمیم چرا این بیماران نیاز به توان بخشی دارند، لازم است به بحث "ناتوانی به علت بیماری‌های روانی" توجه کنیم.

در این فصل این نکات را یاد می‌گیرید:

- ناتوانی چیست؛
- جنبه‌های مختلف زندگی بیمار که ناتوانی می‌تواند بر روی‌شان اثر بگذارد: ناتوانی شخصی، ناتوانی در انجام وظایف خانوادگی، ناتوانی اجتماعی، ناتوانی شغلی و ناتوانی عاطفی؛
- ناتوانی چطور ارزیابی می‌شود.

معمولاً، همه‌ی ما می‌توانیم به شکلی رفتار کنیم تا برای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم قابل قبول باشد. این یعنی همه‌ی ما وظیفه‌های مشخصی را که از ما انتظار می‌رود انجام می‌دهیم. بعضی از این وظیفه‌ها را خوب انجام می‌دهیم، و بعضی دیگر را آن قدر هم خوب انجام نمی‌دهیم. اما با این حال می‌دانیم که چه کارهایی را باید انجام بدهیم و چطور آن‌ها را انجام بدهیم. می‌دانیم که به عنوان همسر، یا پدر-مادر، یا کارگر چه کاری را باید بکنیم. همه‌ی ما می‌دانیم آدم‌های اطرافمان چه چیزهایی را تحمل می‌کنند و چه چیزهایی را تحمل نمی‌کنند؛ از آن جایی که برای‌مان مهم است مردم ما را بپذیرند، به شکلی رفتار می‌کنیم که از ما انتظار می‌رود. همه‌ی این کارها را به این دلیل می‌توانیم بکنیم که عمل کرد ذهنی‌مان آشفستگی ندارد.

اما، بعضی از افرادی که دچار بیماری روانی هستند حتی بعد از درمان با داروها و توان بخشی هم نمی‌توانند به عملکرد عادی‌شان برگردند. در بعضی موارد نمی‌توانند به شکلی رفتار کنند که مردم اطراف‌شان انتظار دارند. نمی‌توانند وظیفه‌های همسر، پدر-مادر، کارگر، دوست، شهروند، یا وظیفه‌هایی را که مردم معمولاً از آن‌ها انتظار دارند انجام بدهند. این یعنی ناتوانی. آن‌ها از نظر اجتماعی به شکلی رفتار می‌کنند که قابل قبول نیست. نه به این دلیل که به جامعه محل نمی‌گذارند و نه به این دلیل که از جامعه متنفر اند، بلکه به این علت که رفتارشان به طور طبیعی این شکلی است، چون بیماری‌شان در پشت سر خود مشکلاتی دائمی ایجاد کرده است، و در نتیجه ما آن‌ها را ناتوان می‌شناسیم.

آیا این واقعیت به این معناست که همه‌ی افرادی که بیماری روانی را تجربه می‌کنند حتی بعد از این که درمان می‌شوند نمی‌توانند عادی رفتار کنند؟ به هیچ وجه! خیلی از افراد بعد از درمان حال‌شان خیلی خوب می‌شود. این‌ها به شرطی که داروهایشان را منظم بخورند، از نظر اجتماعی به شکل قابل قبولی رفتار خواهند کرد. اما، بعضی افراد باز هم در انجام بعضی از وظیفه‌هایشان به شکلی آشفته رفتار می‌کنند و نمی‌توانند همه‌ی چیزهایی را که از آن‌ها انتظار می‌رود به شکل عادی انجام

بدهند. آن‌ها می‌توانند بعضی وظیفه‌ها را خوب انجام بدهند، اما وظیفه‌های دیگر را نمی‌توانند. همین گروه ناتوانان اند که محتاج کمک مخصوص شما هستند. در بیشتر موارد این اشخاص دچار روان‌پریشی اند: با وجود بهترین داروها بعضی از رفتارهای عجیب و غریب‌شان باز هم ادامه پیدا می‌کند. بنابراین، لازم است که به خانواده و جماعت آموزش بدهید و آن‌ها را پشتیبانی کنید تا حریف مشکلات بشوند و در نهایت این رفتارها را تحمل کنند.

ناتوانی در چه چیزهایی؟

مردم انتظار دارند ما وظیفه‌های مختلفی را انجام بدهیم. ناتوانی‌ها آشفتگی‌هایی در انجام هر یک از وظیفه‌هایی است که به یک زندگی بامعنا و مستقل کمک می‌کنند. برای فهم بهتر ناتوانی، می‌توانیم به شکل کوتاه به پیش‌آمدن ناتوانی در زمینه‌های زیر توجه کنیم:^{۲۶}

ناتوانی فردی

- وجود ناتوانی و/یا مشکلاتی در مراقبت از خود
- کم بودن فعالیت‌های بامعنا
- بی‌قراری
- کندی عمومی فعالیت‌ها

ناتوانی در انجام کارهای خانوادگی:

عیب‌و ایرادهایی در

- مشارکت در زندگی و/یا انجام وظیفه‌های خانوادگی
- وظیفه‌های همسری
- وظیفه‌های پدر-مادری

ناتوانی اجتماعی:

- کم بودن شدید ارتباط بامعنا با مردم
- بی‌علاقه‌گی به علاقه‌های عمومی
- ناسازگاری در تماس‌های اجتماعی

ناتوانی شغلی

- نداشتن علاقه به شغل

^{۲۶} - اگر بخواهیم تخصصی صحبت کنیم، بعضی از این زمینه‌ها به شکل درست‌تر اسم‌شان کم‌شدن توان‌مندی است، و باقی‌شان ناتوانی است. اما، به‌خاطر ساده‌کردن صحبت، با استفاده از کلمه‌ی ناتوانی، کم‌شدن توان‌مندی‌ها هم در این‌جا ناتوانی به حساب می‌آید. (پانویشت نویسندگان کتاب)

- کم شدن عمل کردِ کاری، مثلا کارهای خانه‌داری

ناتوانی عاطفی-هیجانی

- دل‌مرده‌گی (بی‌احساسی، بی‌عاطفه‌گی)، ناتوانی در لذت بردن از چیزها، نداشتن حساسیتِ عاطفی و هیجانی
- نشان دادن احساساتِ نامناسب در شرایطِ مختلف.

توضیح بیشتر در باره‌ی انواع ناتوانی‌ها

حالا به هر یک از این زمینه‌ها با دقتِ بیشتری نگاه می‌کنیم:

الف. ناتوانی فردی

مراقبت از خود:

از یک سن مشخص به بعد، از همه‌ی ما انتظار می‌رود که از خودمان و بهداشت فردیِ خودمان مراقبت کنیم. از ما انتظار می‌رود که به شکل منظم به مستراح برویم، بدن‌مان را تمیز نگهداریم، لباس‌های‌مان را تمیز نگهداریم، تمیز و مرتب غذا بخوریم، و بعضی کارهای اساسی را در خانه انجام بدهیم. اما افرادی که ناتوانی فردی دارند نمی‌توانند همه‌ی این کارها را انجام بدهند. آن‌ها ممکن است بعضی وقت‌ها این کارها را انجام بدهند، و بیشتر وقت‌ها اصلا انجام ندهند مگر این که از آن‌ها بخواهند که انجام بدهند. افرادِ شدیداً ناتوان تر ممکن است اصلا از خودشان مراقبت نکنند و نیاز به توجه دائمی داشته باشند. افرادی که ناتوانی خفیف‌تری دارند تلاش‌هایی می‌کنند تا خودشان را تمیز نگهدارند، اما باز هم برای همین کار به یادآوری احتیاج دارند.

فعالیت با معنا:

همه‌ی ما دوست داریم وقتی که بیداریم خودمان را از نظر ذهنی و جسمی با کاری مشغول کنیم. در موقع بیداری یا کاری در خانه انجام می‌دهیم، یا با خانواده و دوستان حرف می‌زنیم، یا به رادیو گوش می‌دهیم، یا به چیزی فکر می‌کنیم. خیلی کم پیش می‌آید که چندین ساعت بگذرد و اصلا هیچ کاری انجام ندهیم. بعضی بیمارانِ روانی به نظر می‌رسد که ساعت‌های زیادی را در روز بدون هیچ کاری می‌گذرانند. آدمِ شدیداً مریض می‌تواند کل روز را بدون هیچ کاری بگذراند، و ممکن است فقط در اتاقی بنشیند و تمام روز را به جایی خیره بشود، یا ممکن است دائما حالت‌هایی بی‌معنا و تکراری را از خود نشان بدهد. افرادِ ناتوانِ خفیف‌تر ممکن است یکی-دو تایی کار را انجام بدهند، اما باز هم نیاز به بارها ناز کشیدن دارند و ممکن است هم خیلی صریح بگویند که ترجیح می‌دهند اصلا کاری نکنند.

کندی:

معمولا وقتی کارهایی را انجام می‌دهیم یا از ما می‌خواهند که انجام بدهیم، آن‌ها را با سرعتی انجام می‌دهیم که بیشتر مردم می‌توانند آن را طبیعی بشناسند. بعضی وقت‌ها کارها را سریع انجام می‌دهیم، و در بعضی موارد، وقتی که احساس خستگی

می‌کنیم، آن‌ها را کند انجام می‌دهیم. افرادی که ناتوانی فردی دارند، معمولاً انجام کار با آن سرعتی که عادی تصور می‌شود برای‌شان مشکل است. آن‌ها کار را با سرعتی کندتر از سرعت معمولی انجام می‌دهند. افراد شدیداً ناتوان ممکن است اصلاً نتوانند آن کار را انجام بدهند، و کسانی که ناتوانی‌شان خفیف است کار را انجام می‌دهند، اما با سرعتی که خیلی کندتر از انتظار است.

ب. ناتوانی در انجام کارهای خانوادگی

همه‌ی ما وظایف و موقعیت‌های مشخصی در خانواده‌مان داریم. بعضی کارها هست که تنها انجام می‌دهیم و بعضی دیگر را با هم. هر خانواده‌ای معمولاً هر روز کمی وقت با هم می‌گذرانند، و وقتی که تصمیم‌های مهمی قرار است گرفته بشود، اعضای خانواده معمولاً در مورد آن با هم صحبت می‌کنند یا حداقل آن را به هم اطلاع می‌دهند. به عبارت دیگر، هر خانواده‌ای روش خودش را برای انجام کارها با یکدیگر دارد، و همه‌ی ما از این که بخشی از خانواده ایم احساس خوشحالی می‌کنیم. اما در مورد افراد ناتوان، این افراد ممکن است به نظر برسند که حس خانواده‌دار بودن را از دست داده باشند. افراد شدیداً ناتوان ممکن است هیچ علاقه‌ای به شرکت در هیچ فعالیتی در خانواده نشان ندهند. افراد با ناتوانی خفیف ممکن است در بعضی فعالیت‌های خانواده شرکت کنند، اما در فعالیت‌های دیگر شرکت نکنند؛ و ممکن است حتی در آن فعالیت‌هایی که شرکت می‌کنند، اعضای خانواده مجبور بشوند که تشویق‌شان کنند یا به آن‌ها بارها تذکر بدهند.

وظایف همسری:

همه‌ی ما آن‌چه را که به‌عنوان همسر از ما انتظار می‌رود می‌دانیم. معمولاً از نظر جسمی و روحی با همسرمان خیلی صمیمی‌تر از هر کس دیگری هستیم. حتی اگر با همسرمان توافق نداشته باشیم یا دچار سوء تفاهم باشیم، معمولاً با این مشکلات کنار می‌آییم، چرا که زندگی مشترک‌مان را بخش مهمی از زندگی‌مان می‌دانیم. هر جماعتی ممکن است انتظارات متفاوتی از یک همسر داشته باشد، اما اهل هر جایی که باشیم، معمولاً می‌دانیم که به‌عنوان همسر از ما چه انتظاری دارند، و سعی می‌کنیم تا به‌شکلی مناسب با همسرمان رفتار کنیم. افراد شدیداً ناتوان ممکن است نتوانند با همسرشان مثل قبل از مریضی رابطه برقرار کنند، و به‌همین دلیل خیلی از انتظارات همسری را نتوانند انجام بدهند، یا بعضی از آن‌ها را انجام بدهند اما نه همه‌ی‌شان را؛ و این وضع ممکن است رنج زیادی را به همسر تحمیل کند. این بی‌احساسی (دل‌مرده‌گی، بی‌عاطفه‌گی) می‌تواند هم از نوع جنسی و هم از نوع عاطفی و هیجانی باشد. افراد ناتوان خفیف ممکن است صمیمیت خود را تا حدودی به همسرشان نشان بدهند، اما این رفتارشان مثل پیش از مریضی نخواهد بود.

وظایف پدر-مادری:

اگر بچه داشته باشیم، بیشتر وقت آزادمان را با آن‌ها می‌گذرانیم، چون می‌خواهیم بچه‌هایمان خوشحال و سالم بزرگ بشوند. یعنی به مسائل آن‌ها علاقه داریم و نگران‌شان هستیم، و هر یک از ما یاد می‌گیریم که این علاقه و نگرانی را به روش خودمان نشان بدهیم. با آن‌ها بازی می‌کنیم؛ اگر مریض بشوند فوراً آن‌ها را به دکتر می‌رسانیم و امثال این کارها. اما افراد شدیداً ناتوان ممکن است به‌نظر برسند که علاقه‌ای به بچه‌ها ندارند. ممکن است آن‌چه را که قبلاً با بچه‌ها و برای‌شان انجام می‌دادند انجام ندهند. فرد ناتوان خفیف علاقه‌هایی برای بچه‌ها نشان می‌دهد، اما نه به‌صورت ثابت و دائمی، و ممکن است بعضی وقت‌ها در

نشان دادن علاقه به بچه‌ها شک داشته باشد.

پ. ناتوانی اجتماعی

ارتباط با معنا با مردم:

همگی مان رابطه‌های بامعنایی را با بعضی دوستان، بستگان یا همسایگانی برقرار و حفظ می‌کنیم، یعنی با کسانی که می‌توانند تاثیر فعالی در زندگی مان داشته باشند. اما افراد شدیداً ناتوان، مشکلاتی در معاشرت با دیگران دارند. علاقه‌ای به دیدن دوستان، بستگان و همسایگان ندارند یا کم‌علاقه‌اند. ممکن است به تلاش‌های آن‌ها برای تماس با خودشان جوابی ندهند یا ممکن است فعالانه از دیدن‌شان خودداری کنند و ترجیح بدهند که تنها بمانند. افراد ناتوان خفیف دنبال جستجوی دوست، بستگان و همسایگان نیستند، اما اگر از بیمار خواهش بشود ممکن است راضی به دیدار با آن‌ها بشوند، هرچند که ممکن است نتوانند روابط عادی قبلی خود را حفظ کنند.

بی میلی به علاقه‌های عمومی:

افراد دیگری که ما به آن‌ها توجه داریم جمع زیاد باقی جماعت خودمان هستند. همه‌ی آدم‌ها در بعضی از فعالیت‌های جماعتی شرکت می‌کنند. معمولاً همه‌ی ما خواهان انجام کارهایی هستیم که به عهده‌مان می‌گذارند یا از ما انتظار دارند، چون می‌خواهیم مال این یا آن جماعت باشیم. افراد شدیداً ناتوان ممکن است علاقه‌ای به جماعت یا آن‌چه که در دنیای اطراف‌شان می‌گذرد نداشته باشند یا ممکن است نسبت به پیش از مریضی علاقه‌ی کمتری نشان بدهند. ممکن است از برخورد با مردم هم خودداری کنند.

ناسازگاری در تماس‌های اجتماعی:

بعضی افراد ناتوان به جای بیرون رفتن از روابط اجتماعی عملاً ممکن است ارتباط با دوستان، بستگان، همسایگان و باقی جماعت را حفظ کنند. اما این‌ها به جای برقراری و حفظ رابطه‌ای عادی و دوستانه با آن‌ها، به شکلی ناپذیرفتنی به درستی و حقیقت نظرات محکم و پابرجای آن‌ها ایراد می‌گیرد و بر روی عقیده‌اش هم اصرار می‌کند، آن‌ها را به انواع کارهای نادرست متهم می‌کند، شروع به دعوا می‌کند و حتی ممکن است زدوخورد کند. مریض شدیداً ناتوان این کارها را بارها انجام می‌دهد، و فرد ناتوان خفیف فقط بعضی وقت‌ها، در نتیجه آدم‌های خیلی کمی در جماعت ممکن است بخواهند رابطه‌شان را با شخص مریض ادامه بدهند و رابطه‌های تازه‌ای هم شکل نمی‌گیرند.

ت. ناتوانی شغلی

علاقه به کار:

همه‌ی آدم‌ها میل دارند که یا برای رسیدن به هدفی یا برای رسیدن به درآمد شغلی داشته باشند. ممکن است این شغل در بیرون خانه باشد، یا کارهای خانگی باشد؛ مثلاً در مورد دانش‌آموز یا دانشجو، شغل او درس خواندن و حضور در مدرسه یا دانشگاه است. همه‌ی مان اگر مجبور بشویم کارمان را، به علت مریضی، مدت کوتاهی ترک کنیم علاقه‌داریم که دوباره به سر کار برگردیم. اما مریض شدیداً ناتوان علاقه‌ای به فعالیت‌های هدف‌مند یا برگشتن به کارش نشان نمی‌دهد. آدم ناتوان خفیف کمی

علاقه نشان می‌دهد، اما فقط به‌شکلی محدود و بی‌نظم و قاعده.

عملکرد کاری:

آن بیمارانی که علاقه‌ای به برگشتن به کارشان نشان می‌دهند و عملاً سعی می‌کنند که کارشان را دوباره شروع کنند، ممکن است متوجه بشوند که رسیدن به سطح عملکرد سابق برای‌شان سخت است. فردِ شدیداً ناتوان ممکن است به‌نظر بیاید همه‌ی مهارت‌های سابق‌اش را از دست داده است، و فرد ناتوانِ خفیف ممکن است نه‌همه‌ی مهارت‌ها را، بلکه بعضی‌شان را از دست داده باشد.

ث. ناتوانی عاطفی-هیجانی

دل‌مرده‌گی (بی‌احساسی، بی‌عاطفه‌گی):

یا، ناتوانی در لذت بردن از هر چیزی، نداشتن حساسیتِ عاطفی-هیجانی: این‌ها مشکلاتی‌اند که در بیمارانیِ روانی ناتوان کاملاً مشترک‌اند. اشخاصِ شدیداً ناتوان ممکن است به‌نظر برسند که از زندگیِ روزمره و محیط‌شان کاملاً منزوی شده‌اند. ممکن است به زندگیِ عاطفی-هیجانیِ غنیِ خود ادامه بدهند، اما این حس در برخورد با محیطِ زندگی‌شان دیده نمی‌شود. افرادِ شدیداً ناتوان ممکن است فقط تمام روز را در جایی بنشینند بدون این‌که علاقه‌ی زیادی به چیزهایی نشان بدهند که در اطراف‌شان می‌گذرد. در مواردِ خفیف‌ترِ ناتوانیِ هیجانی-عاطفی فقط بستگان ممکن است متوجهِ حساسیتِ ضعیفِ عاطفی-هیجانی آن‌ها نسبت به قبل از بیماری بشوند.

عواطف و هیجانات نامتناسب با شرایطِ مختلف:

بیمار ممکن است احساساتی مثل قبل از بیماری نشان بدهد، اما احساساتی که به‌نظر نمی‌رسد رفتاری متناسب با وضع و حال، و اتفاقاتِ دور و بر اش باشد. ممکن است بخندد، در حالی که افرادِ حاضر غمگین باشند، یا ممکن است گریه کنند در همان حالی که همه‌ی دیگران خوش‌حال‌اند یا جشن گرفته‌اند.

ارزیابی ناتوانی‌ها و توانایی‌ها

این که ناتوانی چطور ارزیابی (سبک-سنگین) بشود نکته‌ی مهمی است، چون وقتی فرد ناتوان را بار اول می‌بینید، باید ببینید او از چه جنبه‌هایی و با چه شدتی ناتوان است. فقط بعد از این کار است که خواهید توانست نظر روشنی پیدا کنید که در جریان توان بخشی چطور کمک کنید. مستطیل زیر راه و رسم ارزیابی ناتوانی‌ها را خلاصه می‌کند:

راه و رسم ارزیابی

- ۱- پرسش‌های زیر را یک به یک، آهسته و واضح برای هر زمینه‌ی ناتوانی پرسید.
- ۲- مطمئن بشوید که این سؤال‌ها را از فرد یا افرادی پرسید که عملاً در کنار فرد ناخوش زندگی می‌کنند و امکان دیدن دائمی کارهای او را دارند.
- ۳- باید بر اساس پاسخ هر یک از پرسش‌ها ارزیابی کنید که آیا شخص ناتوان است یا نه. برای این کار، از رفتار فرد قبل از شروع بیماری برای مقایسه استفاده کنید، نه این که از نظر خودتان در باره‌ی رفتار فعلی او.
- ۴- اگر مریض مدت درازی دچار بیماری باشد، عضو خانواده (کسی که از او اطلاعات می‌گیرید) ممکن است نتواند رفتار او را قبل از بیماری به یاد بیاورد. در این حالت، باید برای این مقایسه، رفتار او را از روی رفتار اعضای دیگر خانواده کشف کنید.
- ۵- برای ارزیابی شدت ناتوانی، از اعضای خانواده پرسید آیا بیمار فقط بعضی وقت‌ها این طور است و آیا تغییرات رفتاری او خفیف اند (ناتوانی خفیف)، یا بیشتر وقت‌ها این طوری است، اما تغییرات ملایم اند (ناتوانی ملایم)، یا بیشتر وقت‌ها این طور است و تغییرات شدید اند (ناتوانی شدید).

باید ناتوانی را در هر یک از ۵ زمینه‌ای که در بالا یاد گرفته‌اید ارزیابی کنید. در زیر بعضی از سؤال‌هایی را می‌بینید که با پاسخ‌هایشان می‌توانید ارزیابی کنید که آیا بیمار در هر یک از ۵ جنبه‌ای که گفته شد نوعی ناتوانی دارد یا نه. لازم نیست که برای هر پرسش شدت ناتوانی را ارزیابی کنید. با استفاده از روشی که در مستطیل بالا دیدید فقط یک ارزیابی کلی کنید که در هر یک از پنج زمینه آیا ناتوانی خفیف است یا ملایم یا شدید.

الف. ناتوانی فردی

- ۱- آیا فرد مثل قبل از بیماری به شکل منظم خودش را می‌شورد، مویش را مرتب می‌کند و لباس تمیز می‌پوشد یا حداقل شبیه اعضای دیگر خانواده عمل می‌کند یا نه؟
- ۲- آیا فرد مثل قبل از بیماری از نظر جسمی و روانی خود را مثل اعضای دیگر خانواده مشغول و سرگرم نگه می‌دارد یا بیشتر وقت‌اش را بدون انجام هیچ کاری می‌گذراند؟
- ۳- آیا فرد کارها را با همان سرعت قبل یا شبیه اعضای دیگر خانواده انجام می‌دهد یا کارهایی را که باید انجام بدهد خیلی کندتر انجام می‌دهد؟

ب. ناتوانی در انجام وظایف خانوادگی

- ۱- آیا فرد مثل قبل از بیماری یا مثل اعضای خانواده‌اش در فعالیت‌های خانوادگی شرکت می‌کند؟

۲- آیا فرد همان صمیمیت و نزدیکی را نسبت به همسرش دارد که قبل از بیماری داشته؟

۳- آیا فرد همان رفتار قبلی را نسبت به بچه‌ها دارد که قبل از بیماری داشته؟

پ. ناتوانی اجتماعی

۱- آیا فرد هنوز مثل قبل از بیماری فعالیت با دوستان، بستگان و همسایگان یا مثل اعضای دیگر خانواده‌اش ملاقات و صحبت می‌کند یا از دیدار دوستان، بستگان و همسایگان به شکلی خوداری می‌کند؟

۲- آیا حرکات فرد به طور واضح غیردوستانه و سرسنگین است، بحث و دعوا یا حتی زدوخورد را با دوستان، بستگان و همسایگان را بیشتر از قبل یا بیشتر از اعضای دیگر خانواده شروع می‌کند؟

۳- آیا فرد مثل قبل یا مثل اعضای خانواده‌اش به اتفاقات جماعت خودش و باقی دنیا علاقه‌مند است؟

ت. ناتوانی شغلی

۱- اگر که فرد قبلاً کار و شغل داشته، آیا به برگشت به کار علاقه نشان می‌دهد، و اگر بیکار بوده آیا دنبال کار می‌گردد، یا

کارهای معمول خانه را انجام می‌دهد یا اگر که دانش‌آموز یا دانشجو است آماده‌ی برگشت به درس و مشق است؟

۲- آیا در کار شغلی یا در کار خانه یا در درس و مشق عملکردش به همان خوبی قبل از بیماری است؟

ث. ناتوانی عاطفی-هیجانی

۱- آیا مثل قبل یا مثل هر کس دیگر در خانواده هیجان و عاطفه نشان می‌دهد؟

۲- آیا هیجان‌ها و عاطفه‌هایی که شخص نشان می‌دهد ربطی مشخص و واقعی با محیط بیرونی او دارد.

۳- آیا عاطفه‌ها و هیجان‌هایی که شخص نشان می‌دهد متناسب با وضعیتی هستند که می‌بیند؟

این ارزیابی به شدت مهم است، چون ناتوانی هیجانی-عاطفی می‌تواند بار خیلی سنگینی را به دوش مراقبت‌کنندگان بیمار بگذارد. درک و فهم اعضای خانواده به خصوص در باره‌ی این ناتوانی مهم است. در ارزیابی‌تان به نظر و احساس اعضای خانواده توجه کنید تا بفهمید که ناتوانی شدید، خفیف یا ملایم است.

تا این‌جا، ارزیابی‌تان را از شدت ناتوانی انجام داده‌اید و آماده شده‌اید تا نقشه‌ای بکشید که به توان بخشی بیمار کمک کنید. برای این کار، لطفاً دستورالعمل‌های مستطیل زیر را دنبال کنید:

دستورالعمل‌های توان بخشی

- لطفاً به دقت راهنمای ۱ (راهنمای عمومی کار با بیماران روانی)، راهنمای ۲ (راهنمای عمومی کمک‌رسانی به بیماران روانی ناتوان) و راهنمای ۳ (کار با خانواده) را بخوانید. این مطالب بر روی همه‌ی افراد - صرف‌نظر از نوع ناتوانی و شدت ناتوانی‌شان - کاربرد دارد.
- برای کمک به فرد دچار ناتوانی فردی، لطفاً راهنمای توان بخشی ۴ را بخوانید.
- برای کمک به کسی که دچار ناتوانی وظایف خانوادگی است، لطفاً راهنمای توان بخشی ۵ را بخوانید.
- برای کمک به فردی که نوعی ناتوانی اجتماعی دارد، لطفاً راهنمای توان بخشی ۶ را بخوانید.
- برای کمک به بیماری که ناتوانی شغلی دارد، لطفاً راهنمای توان بخشی ۷ را بخوانید.
- برای کمک به شخصی که ناتوانی هیجانی-عاطفی دارد، لطفاً راهنمای توان بخشی شماره ۸ را بخوانید.

"وقتی کسی به یک اختلال ذهنی/روانی مبتلاست آدم‌های زیادی درگیر می‌شوند - به‌خصوص کسانی که او را دوست دارند - و این میزان و کیفیت مقابله‌ی آن‌ها با وضعیت بیمار است که مستقیماً بر موفقیت یا شکست هر درمانی تأثیر می‌گذارد. یعنی، نوع برخورد ماست که بیماری را بدتر می‌کند، یا آن را خفیف‌تر می‌کند.... تجربه می‌گوید که قدری فاصله‌گیری از بیمار - از روی مهر و محبت - به همه‌ی افراد دل‌نگران کمک می‌کند." (به‌نقل از خبرنگار جهانی اسکیزوفرنی (روان‌پریشی))

راهنمای ۱

راهنمای عمومی کار با بیماران روانی

در این راهنما یاد می‌گیرید که:

- جماعت‌ها به بیمار روانی چطور نگاه می‌کنند؛
- وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی باید کرد؛
- وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی نباید کرد.

کار با بیمار روانی

حالا که می‌دانید نشانه‌های بیماری روانی چه هستند و این افراد چه نوع ناتوانی‌هایی را تجربه می‌کنند، بهتر است یاد بگیرید که در جماعت‌تان چه نوع کاری برای‌شان می‌شود کرد. اول از همه بیاییم بفهمیم به این افراد چطور می‌توانیم نزدیک بشویم:

جماعت‌ها به بیمار روانی چطور نگاه می‌کنند

باید به یاد داشته باشیم که افراد خیلی کمی در جماعت وجود دارند که چیزهای زیادی از بیماری‌های روانی بدانند. حتی اگر بیماران روانی را دیده باشند، احتمال زیادی هست که کاملاً در باره‌شان بی‌اطلاع باشند. علت این نیست که نمی‌خواهند بدانند، بلکه این است که در باره‌ی بیماری‌های روانی کسی باخبرشان نکرده است. به همین دلیل بیشتر افراد احتمالاً تعریف خودشان را در باره‌ی بیماری‌های روانی دارند. طبیعتاً معلوم است وقتی با کسی روبرو می‌شوند که بیمار روانی است، بیشترشان با یکی از روش‌های زیر برخورد می‌کنند:

- ترس

- چون فرض می‌گیرند که شخص ممکن است خطرناک باشد، چیزهایی را بشکنند یا از بین ببرد یا دست به خشونت بزند؛
- چون رفتار فرد پیش‌بینی ناپذیر است؛

- چون معتقدند که ارواح خبیث روح بیمار را زیر نفوذ خود گرفته‌اند؛
- چون این نوع افراد "متفاوت" اند و بنابراین باعث دردسر هستند.

- خشم

- چون رفتار فرد آزاردهنده و گیج‌کننده است؛

- چون فرد بعضی وقت‌ها غیرمنطقی است و ممکن است کنترل‌اش سخت باشد؛
- چون مردم نمی‌توانند بدانند چرا فرد این طور رفتار می‌کند؛
- چون خانواده‌ی فرد درگیر همه‌ی مسائلی می‌شود که او باعث می‌شود، هرچند که مایل نیستند مسئولیتِ کارهای بیمار ناتوان‌شان را قبول کنند..

- احساس سرخوردگی و ترحم

- چون شخص دارد رنج می‌کشد؛
- چون هیچ کسی نمی‌داند که چطور کمک کند.

- بیزاری، گریز و بی‌تفاوتی

- چون بعضی وقت‌ها شخص خیلی کثیف و ژولیده است؛
- چون از صدمه دیدن و نسنجیدگی رفتارِ فرد می‌ترسند.

- سرگرمی، کنجکاوی، مسخره کردن، دست‌انداختن

- چون فرد کارهای عجیبی می‌کند؛
- چون هیچ کسی حرف‌های شخص را نمی‌فهمد.

- انزوای اجتماعی، بی‌محلی کردن^{۲۷}، بدنامی

- به علتِ اخراج فرد از زندگی خانوادگی؛
- به علتِ دورنگهداشتنِ فرد از جریانات و رابطه‌های اجتماعی از طرفِ خودِ خانواده.

- احساس گناه

- اعضای خانواده در بیشتر مواقع احساسِ گناه می‌کنند، انگار که به یک شکلی مسئولِ گرفتاریِ فردِ ناتوان اند؛
- اعضای خانواده ممکن است فکر کنند که به‌خاطر کارِ بدی که کرده‌اند دارند مجازات می‌شوند.

اگر به گذشته‌ی خودتان نگاه کنید، ممکن است بتوانید به یاد بیاورید که شما هم در برخورد با بیمارِ روانی بعضی از رفتارهای بالا را داشته‌اید. یادتان باشد که این نوع برخوردها با چیزی عجیب و غریب مثل بیماریِ روانی "عادی" است. اگر به مردم در باره‌ی بیماری‌های روانی آموزش بدهیم، کم‌کم رفتارشان را عوض می‌کنند. در مواردِ خیلی کم، ممکن است با کسانی روبرو بشوید که واقعا می‌فهمند بیماریِ روانی چیست. این افراد می‌توانند منبعِ خوبی برای کمک به شما باشند.

وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی "باید" کرد؟

خیلی احتمال دارد که در طی بازپدیدهای تان از جماعت، با افرادی برخورد کنید که بعضی از علائم یک بیماری روانی را دارند. براساس تجربه، می‌توانید ارزیابی کنید که از چه نوع بیماری رنج می‌برند. وقتی که بار اول این افراد را می‌بینید باید چه کار کنید؟

۱- اول، از خودتان بپرسید که چه احساسی دارید. آیا هیچ یک از واکنش‌های اشتباهی را که در بالا دیدید در خودتان حس می‌کنید؟ اگر این‌طور است، به خودتان بگویید که این فرد بی‌خطر است، از بیماری روانی رنج می‌برد، و برای بهتر شدن به کمک من احتیاج دارد.

۲- بعد، از خودتان بپرسید که این فرد دچار کدام نوع بیماری روانی است.

۳- بعد از آن، از خودتان بپرسید که آیا خود فرد یا خانواده‌اش فوراً چه نیازهایی دارند. آیا کمک‌های اولیه (مثل مراقبت پزشکی فوری) لازم است؟ آیا خطر خودکشی وجود دارد؟ آیا خانواده خیلی نگران و سراسیمه است؟ آیا بیمار باعث مشکل برای باقی خانواده است؟ آیا در خانواده کسی هست که در صورت بروز خشونت بتواند او را کنترل کند؟ اگر خطر خودکشی وجود دارد، یا اگر رفتار خشونت‌آمیز و کنترل‌نشده وجود دارد، او را فوراً به نزدیک‌ترین دکتر برسانید. اگر خود شخص خیلی سراسیمه و پریشان نیست، و اگر رفتارش مشکل خیلی زیادی برای خانواده ندارد، می‌توانید ترتیبی بدهید که در خانه‌ی سلامت محله و جماعت معاینه بشود.

۴- با او آرام و ملایم صحبت کنید، و تأکید کنید که دوست‌اش هستید و می‌خواهید به او کمک کنید. خیلی مهم است که فرد بفهمد که می‌تواند به شما اعتماد کند، آن‌طور که در تلاش‌های توان‌بخشی آینده بتوانید به او کمک کنید.

۵- بگذارید او صحبت کند و خودتان هم با علاقه و احترام گوش بدهید، حتی اگر نتوانید چیز زیادی از آن حرف‌هایی بفهمید که می‌زند.

۶- به او دوباره اطمینان بدهید که نیت خیر دارید، و این که وضعیت فعلی‌اش را می‌فهمید. همین‌طور سعی کنید و توضیح بدهید که از دارو می‌شود کمک گرفت.

۷- سعی کنید فرد را از چشم خودش بفهمید.

۸- اگر دل‌اش می‌خواهد به سراغ درمانگر مذهبی یا روحانی یا معبد برود^{۲۸}، یا اگر خانواده می‌خواهد او را به سراغ درمانی دیگر بفرستد، با این فکر مخالفت نکنید. کاری کنید که متوجه بشوند شما حقیقتاً علاقمند به کمک هستید، هم به خود فرد و هم به خانواده‌اش. در طی نشست‌های درمانگری مذهبی، می‌توانید با ملایمت سعی کنید تا بیمار و خانواده را قانع کنید که به سراغ دکتر هم بروند و آن‌وقت که دکتر دارو داد، مطمئن بشوید که داروها خورده می‌شوند. باید مطمئن شوید که از درمان‌های سنتی باعث صدمه‌ی جسمی (مثل گزیدگی، سوختگی، گرسنگی) استفاده نشود. اگر درمانگر سنتی این نوع طبابت را پیشنهاد کرد، باید به شدت دخالت کنید و مانع بشوید.

۹- با شخص بیمار همان‌طور با عزت و احترام رفتار کنید که انگار هیچ نوع بیماری روانی ندارد. یادتان باشد که این فرد انسانی

^{۲۸} - ممکن است بیمار یا نزدیکان‌اش، به سراغ راه‌حل‌های دیگری غیر از کمک گرفتن از مذهب هم بروند، مثل مراجعه به، شمن (شامان)، جادو-درمان‌گرها، دعانویس‌ها و درمانگر طب سنتی و درمان با داروهای گیاهی و غیره در قبایل و جماعت‌ها و جوامع مختلف سراسر دنیا. در سواحل جنوبی ایران، مراسم زار و اهل هوا و نوبان، و دعانویس (اصطلاحاً، ملا) راه‌حل اول جدی و دم‌دستی برای بخشی از مردم است. به تازگی بعضی از سایر مردم باز هم ناآگاهانه به سراغ فال‌بینان (با قهوه یا بی‌قهوه) و کلاه‌برداران رمال یا مدعیان طب سنتی می‌روند که خود را در اینترنت و شبکه‌ها با عنوان مبهم "مشاور خانوادگی" یا دکتر سنتی یا گیاهی معرفی می‌کنند. روان‌شناسی و جامعه‌شناسی علت پذیرش این چنین افرادی از طرف مردم یک "باید" فوری است.

است که بیماری روانی را عمداً انتخاب نکرده است.

۱۰- اگر مراقب بهداشتی یا یاری‌گر بهداشتی هستید وقت زیادی را با خانواده بگذرانید. یادتان باشد که اعضای خانواده احتمالاً نمی‌فهمند که چه اتفاقی برای فرد دارد می‌افتد. سعی کنید ملایم و آرام باشید. سعی کنید برای‌شان توضیح بدهید که بیماری روانی چیست، و سعی کنید قانع‌شان کنید که به سراغ دکتر بروند. اگر ترجیح می‌دهند دنبال کمک مذهبی بروند، همراه‌شان بروید تا به آن‌ها بفهمانید می‌خواهید کمک‌شان کنید، و شاید در زمانی بعد بتوانید قانع‌شان کنید که درمان پزشکی را هم دنبال کنند. یادتان باشد اگر که می‌خواهید به توان بخشی فرد کمک کنید، کار مهم این است که کاری کنید که خانواده به شما اعتماد و با شما همکاری کنند. آن‌ها نیاز به پشتیبانی‌تان دارند تا معنای واقعی آن نوع ناتوانی بیمارشان را بفهمند.

وقتی کسی بیماری روانی دارد چه کارهایی "نباید" کرد؟

- ۱- وحشت نکنید و جاروجنجال راه نیندازید. ورود آرام به مشکل خیلی اساسی است.
- ۲- از بیمار عصبانی نشوید. یادتان باشد که این فرد نمی‌تواند چیزهای در حال اتفاق افتادن را کاملاً کنترل کند.
- ۳- وقتی حرف‌های عجیب و غریب می‌زند به او نخندید.
- ۴- پشت سرهم حرف نزنید. فقط با صبر گوش کنید.
- ۵- سعی نکنید با کسی که باورهای غیرمنطقی‌اش را تعریف می‌کند بحث کنید. فقط گوش کنید، و به آرامی مطمئن‌اش کنید که مشکلات حل خواهند شد و این که او را کمک خواهید کرد.
- ۶- او را به وحشت نیندازید و تهدید نکنید. همیشه آرام باشید و قبل از جواب دادن خوب گوش بدهید.
- ۷- سعی نکنید که نظر و رفتار فرد یا خانواده‌اش را در باره‌ی اعتقادات مذهبی عوض کنید. اگر به کمک گرفتن از مذهب معتقدند، جلوی‌شان را نگیرید مگر این که به جسم بیمار صدمه بزنند.
- ۸- او را دست نیندازید یا نگذارید دیگران هم این کار را بکنند.
- ۹- به بیمار و خانواده‌اش قول ندهید که بیماری با دارو کاملاً درمان می‌شود. سعی کنید به آن‌ها بگویید که داروها کمک می‌کنند بیماری ضعیف‌تر بشود، اما ممکن است آن را کاملاً درمان نکنند.
- ۱۰- از حرف‌ها و طرز برخورد‌های افراد خانواده نسبت به بیمار عصبانی نشوید. یادتان باشد که، آن‌ها نمی‌دانند چه اتفاقی دارد می‌افتد، و این که این افراد به پشتیبانی احتیاج دارند. آن‌ها برای قبول معنای دقیق ناتوانی بیمارشان نیاز به حمایت شما دارند.

خلاصه‌ی کلام:

- بیشتر مردم وقتی با کسی روبرو می‌شوند که دچار بیماری روانی است، برخوردشان به یک یا چند شکل است: ترس، خشم، غم و دلسوزی، تنفر و خودداری از دیدن بیمار، یا سرگرمی با وضع بیمار. معمولاً این رفتارها به دلیل ناآگاهی از بیماری‌های روانی است.

- وقتی با بیمار روانی روبرو می‌شوید، سعی کنید احساس خود را نسبت به او بفهمید، نوع بیماری روانی را ارزیابی کنید، بررسی کنید که آیا مراقبت فوری پزشکی لازم است و در این صورت ترتیب آن را بدهید، اعتماد بیمار را با آرامی و خونسردی و اطمینان بخشی بدست بیاورید، اگر بیمار یا خانواده‌اش به کمک مذهبی اصرار می‌کنند با آن‌ها بروید. ممکن است حتی بتوانید درمانگر سنتی را قانع کنید که به بیمار و خانواده‌اش اصرار کند که دارو هم بخورد. بعضی وقت‌ها، وقت‌تان را با خانواده بگذرانید تا اعتماد آن‌ها را هم به دست بیاورید.

- از دست بیمار عصبانی نشوید، به او نخندید، با او بحث نکنید، به کسی هم قول ندهید که بیمار با دارو کاملاً درمان می‌شود و با کمک مذهبی هم مخالفت نکنید.

راهنمای ۲

راهنمای عمومی کمک‌رسانی به بیماران روانی ناتوان

در این راهنما یاد می‌گیرید که:

- چطور تکلیف‌هایی را برای بیمار انتخاب کنید که می‌توانند برای او جالب باشند؛
- چطور به سمت استقلال و خودگردانی بیشتر بیمار روانی ناتوان حرکت کنید؛
- چطور خانواده‌ها را راضی به همکاری کنید.

کمک‌رسانی به بیماران روانی ناتوان

تا این‌جا متوجه شدید که چطور بیمار روانی را شناسایی کنید، چطور به بیمار و خانواده‌اش نزدیک بشوید، و چطور بتوانید انواع ناتوانی‌هایی را ارزیابی و سبک-سنگین کنید که بیمار دارد تجربه می‌کند. قدم بعدی این است که بفهمید چطور می‌توانید به این نوع اشخاص کمک کنید:

- ۱- یادتان باشد که شخص ناتوان است و این که پیشرفت احتمالا کند است. انتظار نتایج سریع و بزرگ نداشته باشید.
- ۲- اگر بهبود او کند است، ناامید نشوید. بهتر شدن بعضی آدم‌ها نسبت به دیگران بیشتر طول می‌کشد.
- ۳- اهدافی واقعی را تعیین کنید تا به آن‌ها برسید. مثلاً، اگر دارید کمک می‌کنید تا بیمار نوعی کار کشاورزی را دوباره شروع کند، می‌توانید به عنوان هدفی معقول مراقبت از چندتایی گاو و گوسفند را به او بسپارید.
- کارهایی را انتخاب کنید که ساده اند و می‌توانند برای شخص جالب باشند. وظیفه را به شکل مراحل و گام‌های ساده خرد کنید به شکلی که شخص بتواند آن‌ها را بفهمد. مثلاً، اگر فرد به خرید می‌رود، فقط خرید یک جنس را به او بسپارید، نه یک خروار کار را.
- ۴- اول کار، فعالیت را زیر نظر بگیرید. بعد کم‌کم نظارت را کنار بگذارید، و بگذارید فرد بدون کمک و بی نظارت تکلیف را انجام بدهد.
- ۵- کم‌کم هدف را زیادتر و بزرگتر کنید تا به سطح مطلوب برسید، مثلاً، شخص بتواند مثل یک دامدار مستقل کار کند.
- ۶- هر بار که کاری را خوب انجام می‌دهد با تحسین و تشویق با او مهربانی کنید. این نوع برخورد شجاعت‌آدامه‌ی کار را به او می‌دهد.
- ۷- سعی کنید که از اعضای خانواده کمک بگیرید تا به بیمار کمک کنند. تمام کارها را خودتان انجام ندهید. اعضای خانواده بایستی یاد بگیرند که چطور به مدیریت و توان بخشی بیمار کمک کنند.

وقتی که با بیماری روانی سروکار دارید، بایستی فعالیت‌های زیر را بدون توجه به نوع ناتوانی، یا شدت ناتوانی او انجام بدهید:

تماس‌تان را منظم‌اً حفظ کنید

ترتیبی بدهید که حتماً شخص را منظم ببینید، مثلاً هفته‌ای یک بار، حتی اگر چیز خاصی برای صحبت نداشته باشید. اگر قول

داده‌اید که با او دیدار کنید، حتماً به قول‌تان عمل کنید؛ اگر به دلیلی نمی‌توانید ببینیدش، حتماً شخص را قبل از آن با خبر کنید. اگر با شما دارد صحبت می‌کند، با توجه گوش کنید. اگر صحبت نمی‌کند، با او در باره‌ی سلامتی‌اش و موضوعات کلی دیگر صحبت کنید، حتی اگر علاقه‌ای به آن‌ها نشان ندهد.

بعضی وقت‌ها را با خانواده‌ی بیمار بگذرانید

یادتان باشد که اعضای خانواده ممکن است برای بیمارِ روانی‌شان خیلی ناراحت و نگران باشند. به همین دلیل، تلاش کنید که بعضی وقت‌ها را با آن‌ها بگذرانید و در باره‌ی نکاتِ خوب و مثبتِ او، و همین‌طور در باره‌ی موضوعات دیگری صحبت کنید که نه خوب اند و نه بد. خانواده متوجه می‌شود که شما دوستی قابل اعتماد هستید که مراقب رفاه‌شان هستید و سعی می‌کنید هر جایی که لازم باشد به آن‌ها کمک کنید. همین‌که فقط در باره‌ی احساس‌های اعضای خانواده صحبت بشود می‌تواند برای‌شان مفید باشد.

از ملاقاتِ منظم با دکتر مطمئن بشوید

دکتر معمولاً داروهایی برای مصرفِ دو هفته تا یک ماه دستور می‌دهد. حتماً مواظب باشید که خود شخص یا یکی از اعضای خانواده به‌موقع به مرکز بهداشت برود تا داروهای لازم را تهیه کند. اگر نمی‌توانند خودشان بروند، و برای‌تان راحت باشد می‌توانید پیشنهاد بدهید که از طرفِ آن‌ها داروها را بگیرید. خود بیمار حداقل هر سه ماه یک بار باید به سراغ دکتر برود و ویزیت بشود.

مراقب باشید که داروها طبق دستور دکتر مصرف بشوند

از دکتر یا اعضای خانواده خبر بگیرید که چه نوع و چه مقدار دارو دستور داده شده است. این دستورها را خیلی واضح به خود بیمار و اعضای دیگر خانواده توضیح بدهید. در هر ملاقاتی با شخص مراقب باشید که چقدر از داروها باقی مانده. به این شکل می‌توانید بفهمید آیا داروها مصرف شده‌اند یا نه. اگر داروها عوارض جانبی (اثرهای آزاردهنده یا بد) داشته باشند، باید هم خود فرد و هم خانواده را مطمئن کنید که این ناراحتی‌ها ممکن است مهم به نظر بیایند، اما جدی و مضر نیستند.^{۲۹} با مشورتِ دکتر باید مطمئن بشوید که قبل از شروعِ عوارضِ جانبی بلد باشید این عوارض را کنترل کنید.

بهبودِ نشانه‌های بیماری را به استفاده از داروها مرتبط کنید. به مصرفِ منظمِ داروها تاکید کنید، و بگویید در غیر این صورت ممکن است بیماری دوباره برگردد. به خانواده کمک کنید که برای شناساییِ زودرسِ نشانه‌های برگشتِ (عود، تکرار) بیماری هشیار باشند.

نسبت به فرد قاطع و احترام‌گذار باشید، اما مطمئن بشوید که داروهایش را قطع نمی‌کند. در صورتِ قطع (به‌دلیل

^{۲۹} - بعضی از عوارض جانبی ممکن است کم‌کم از بین بروند، اما بعضی دیگر می‌توانند خطرناک باشند و لازم بشود که فوراً به سراغ دکتر رفت. برای اطمینان از بی‌خطر بودن یا خطرناک بودن، اولین کار خواندنِ برگه‌ی راهنمای قوطی دارو است. ممکن است دکتر یا مسئولِ داروخانه این موارد خطرناک را بگویند. اما اگر نگفتند حتماً باید از آن‌ها پرسید.

بی‌حوصله‌گی یا ناامیدی بیمار)، به او تاکید کنید که برای سؤال در باره‌ی قطع کردن حتما باید دکتر را ببیند. در این حالت، به این راه حل فکر کنید که آیا می‌شود -با اجازه و دستور دکتر- به جای داروی روزانه، تزریق ماهانه انجام داد یا نه.^{۳۰}

مراقب باشید کسی سربه‌سر فرد نگذارد و مزاحم‌اش نشود

همان‌طور که خبر دارید، بعضی‌ها به علت نوع برخوردشان با اختلال روانی، ممکن است به شکل‌های مختلف بیمار را مسخره کنند یا آزار بدهند. سعی کنید ببینید او دچار این وضع هست یا نه. اگر این‌طور باشد، سعی کنید آن افراد را در باره‌ی بیماری‌های روانی آموزش بدهید. به خانواده آموزش بدهید که به دیگران کمک کنند تا بیماری‌های روانی را درک کنند. اگر بچه‌ها بیمار را آزار می‌دهند، با آن‌ها صحبت کنید، از آن‌ها کمک بخواهید؛ با مسئولین مدرسه و والدین هم صحبت کنید. والدین بچه‌ها ممکن است پرسند که: "پس چرا این فرد را در داخل خانه نگه نمی‌دارید؟" ممکن است مجبور بشوید از آن‌ها بخواهید که بیماری را درک کنند و به بیمار کمک کنند. پای فرد را به یک جشن یا مهمانی باز کنید، شاید آب‌نبات‌هایی به بچه‌ها بدهد. جلوی بیمار را بگیرد تا لباس‌هایی نپوشد که جلب توجه می‌کنند. سعی کنید مانع رفتار نامعقول او بشوید.

^{۳۰} - اگر داروهایی مشابه به شکل آمپول وجود داشته باشد، با این کار قطع کردن دارو شدیداً کم می‌شود و مراقب خانواده یا مددکار هم خیالش از بابت مصرف دارو خیلی راحت‌تر می‌شود.

راهنمای ۳

کار با خانواده

در این راهنما یاد می‌گیرید که:

- خانواده در برخورد اولیه با بیماری روانی چه کار می‌کند: بیماری معمولاً در اطرافیان مخلوطی از انکار، ترس، خشم، احساس غم، احساس گناه و، خوشبختانه در بعضی موارد، فرصتی برای تقویت پیوند خانوادگی به وجود می‌آورد.

- همین‌که معلوم بشود علاج کاملی وجود نخواهد داشت، بلکه بعضی ناتوانی‌ها باقی خواهند ماند، خانواده ممکن است دورانی را از سر بگذرانند که شبیه غم بعد از مرگ عزیزی است: آن‌ها دارند یک عضو "سالم" خانواده را از دست می‌دهند. این واکنش غم‌آلود مرحله‌ای را طی می‌کند که خواهید توانست آن‌ها را شناسایی کنید: انکار، خشم، تحقیر و ناامیدی (دل‌سردی و ضعف روحیه)، و خوشبختانه، در آخر کار قبول واقعیت^{۳۱}. گرچه، این قبول می‌تواند به شکل حساسیت و مراقبت بیش از حد به خود در بیاید، یا می‌تواند بی‌تفاوتی آشکار باشد.

- چطور می‌توان به آن‌ها کمک کرد تا بیماری را درک کنند، و با بیماری و ناتوانی بعد از آن کنار بیایند.

کار با خانواده

همان‌طور که همه می‌دانیم، ارزش‌مندترین چشمه‌ی حمایت‌همه‌ی ما خانواده‌مان است. در مورد کسانی هم که به علت بیماری روانی ناتوان شده‌اند همین‌طور است. اما، کاملاً معلوم است که اعضای خانواده متوجه می‌شوند سروکار داشتن با فامیل ناتوان یا بیمار روانی سخت است.

معمولاً متوجه می‌شوید که بیشتر خانواده‌ها در صورتی که حمایت و کمک کافی از شما و دکتر بگیرند حمایت‌گر بیمارشان می‌شوند. هیچ‌وقت فراموش نکنید که خانواده به اندازه‌ی خود شخص محتاج کمک شما هستند. اول بیایید سعی کنیم بفهمیم که آن‌ها چطور با بیماری روانی روبرو می‌شوند.

اول به سراغ برخورد بلافاصله یا برخورد اول اعضای خانواده در موقعی می‌رویم که بیمار شروع به نشان دادن نشانه‌های بیماری روانی می‌کند و بعد به برخورد آن‌ها در موقعی می‌رویم که ناتوانی بیمارشان کاملاً معلوم می‌شود.

^{۳۱} - حس‌های انکار، ترس، ... بخش‌هایی از مراحل فشار پس از روان‌زخم (یا پی.تی.اس.دی.) هستند. برای اطلاع دقیق‌تر از این فشار و مراحل آن به پیوست‌ها نگاه کنید.

برخورد اولیه‌ی اعضای خانواده با بیماری روانی

باید یادمان باشد که، تا آن جا که به بیماران روانی مربوط می‌شود، اعضای خانواده معمولاً همان قدر در باره‌ی بیماری روانی می‌دانند که دیگران. بنابراین، آن‌ها برداشت‌ها و برداشت‌های نادرست معمولی‌ای را در باره‌ی بیماری روانی به همدیگر منتقل می‌کنند که هر کس دیگری در بین جماعت دارد. تعجب نکنید که اگر حتی افراد تحصیل کرده در باره‌ی بیماری روانی برداشت‌های نادرست داشته باشند. این وظیفه‌ی شماست که مردم را در باره‌ی بیماری‌های روانی آموزش بدهید.

یادآوری:

منظور از کلمه‌ی "خانواده" در این جا هر کسی است که از نظر عاطفی به بیمار ناتوان نزدیک است. این افراد شامل اعضای خانواده‌ی دو سه نفره تا خانواده‌ی بزرگ و پر فامیل، و همین‌طور دوستان نزدیک و باقی فامیل‌های نزدیک هستند.

وقتی کسی شروع می‌کند به رفتار غیرعادی یا نشانه‌های اختلال روانی را نشان می‌دهد، باقی اعضای خانواده ممکن است یک یا چند برخورد زیر را از خود نشان بدهند:

انکار (حاشا کردن)

خیلی از افراد حاشا می‌کنند که مشکلی وجود دارد و به انجام کارهای عادی خود ادامه می‌دهند، انگار که چیزی اتفاق نیفتاده. حتی اگر سعی کنید به آن‌ها یادآوری کنید که فرد دچار نوعی بیماری است، از باور کردن حرف‌تان یا موافقت با شما خودداری می‌کنند، و معمولاً مشکل را ندیده می‌گیرند. این‌ها ممکن است معتقد باشند که:

- فرد دچار "تنش" (استرس) یا فشار عصبی است؛
 - اگر به حال خود گذاشته بشود، مشکل خودش حل می‌شود.
 - ازدواج فرد مجرد را درمان می‌کند، یا کار می‌تواند فرد بیکار را درمان کند؛
 - انجام مراسم "دعای مخصوصی" در عبادت‌گاه محلی یا عبادت‌گاه "خاصی" در همان اطراف یا بعضی درمان‌گران سنتی او را از دست مشکل نجات می‌دهند^{۳۲}؛
 - تغییر محیط به حل مشکل کمک خواهد کرد، مثلاً با فرستادن او به سفری کوتاه یا دیدار با بعضی از فامیل به او کمک می‌کند^{۳۳}.
- برای این کارها پول و وقت زیادی را صرف می‌کنند، و از آن جایی که بیماری روانی به شکل عادی، خودبه‌خود و در مدتی کوتاه نمی‌تواند خوب بشود، و حتی ناتوانی‌های روانی هم خیلی کمتر از آن خوب می‌شود، همین کارها بعدها باعث پشیمانی‌شان می‌شود.

^{۳۲} - همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در ایران و خیلی از نقاط دیگر دنیا، مراجعه به رمال و دعانویس هم مطرح می‌شود و در سواحل جنوب ایران هم پای درمان‌های سنتی آفریقایی یعنی مراسم زار و اهل هوا و نوبان به وسط کشیده می‌شود.

^{۳۳} - در زبان مردم به این راه حل می‌گویند "عوض کردن آب‌هوا".

به عنوان نمونه:

خانواده‌ای پول‌دار دختری ۲۲ ساله دارد که روان‌پریشی مزمن (قدیمی) دارد، یا ناتوانی ناشی از بیماری روانی دارد. این دختر به مدت دو سال در یک استراحت‌گاه روانی خصوصی بوده است. پسر ۱۸ ساله‌شان هم نشانه‌های واضح ناتوانی ناشی از بیماری روانی نشان می‌دهد. با این‌که در دوران دانش‌آموزی ممتاز بوده، اما الان از مدرسه اخراج شده است. روزهایش را با گیتار نواختن، سیگار به سیگار کشیدن و خواندن کتاب مصور خنده‌دار به‌تنهایی در اتاق‌اش می‌گذراند. والدین‌اش او را پیش تعداد زیادی از درمان‌گران سنتی و عبادت‌گاه و هر نوع دکتر شتاد برده‌اند تا به او کمک کنند تا به "بحران نوجوانی" اش غلبه کند. تا حالا یکی از دو خانه‌شان را فروخته‌اند تا خرج این کارها را بدهند.

با این‌همه هنوز از این خطر غافل‌اند که دومین فرزندشان هم ناتوانی ناشی از بیماری روانی داشته باشد؛ به عنوان دلیل بیمار نبودن‌اش می‌گویند که او خیلی خوب گیتار می‌زند، "او فقط هنرمند است!" آن‌ها دائماً از قبول این‌که هر دو فرزندشان ناتوان‌اند خودداری می‌کنند. یا به کلام دیگر، باز هم سعی می‌کنند از عبور از مرحله‌ی "حاشا" فرار کنند و از ورود به مرحله‌ی "نامیدی و تضعیف روحیه"، و بعد از ورود به مرحله‌ی "قبول و پذیرش واقعیت" خودداری می‌کنند.

ترس

بعضی از اعضای خانواده بعد از این‌که مرحله‌ی حاشا و انکار تمام بشود و به این نتیجه برسند که در فرد چیزی هست که واقعا مشکل دارد، ممکن است دچار ترس بشوند. نمی‌فهمند که برای عزیزشان چه اتفاقی دارد می‌افتد. حس می‌کنند که همه‌اش به‌خاطر بعضی گناهان گذشته بوده، و از آن‌چه که ممکن است اتفاق بیفتد می‌ترسند. اعضای خانواده ممکن است احساس گناه و شرم کنند. ممکن است به دنبال توصیه‌های ریش‌سفیدان یا رهبران مذهبی جماعت‌شان بروند. ممکن است به درمان‌گرانی دینی پناه ببرند که قول "درمان"ی را می‌دهند یا برای دعا و نیاز به جاهای دوری بروند که به داشتن خاصیت‌های درمانی برای این نوع مشکلات شهرت دارند^{۳۴}. آن‌ها حتی ممکن است از نزدیک شدن به شخص هم خودداری کنند، چرا که می‌ترسند چیزی غیرمنتظره اتفاق بیفتد.

خشم

بعضی از افراد خانواده بعد از قبول این‌که در فرد چیزی ایراد دارد، ممکن است خشم را تجربه کنند. از دست او عصبانی می‌شوند که چرا غیرعادی رفتار می‌کند، و خشم‌شان را علناً بروز می‌دهند. ممکن است از دست خدا عصبانی بشوند و حیران بمانند که چرا خانواده‌شان دچار "بلا" شده است. ممکن است این اعتقاد را کم‌کم پیدا کنند که کسی دارد بر علیه‌شان جادو می‌کند؛ و حتی ممکن است سعی کنند دنبال افراد جادو شکن و طلسم بازکن بروند. حتی ممکن است از دست شما عصبانی بشوند که پیشنهاد می‌دهید داروها می‌توانند به فرد کمک کنند، یا این‌که می‌گویید این مشکل یک جور مشکل پزشکی است یا این‌که باید به سراغ دکتری بروند. ممکن است بی‌دلیل و منطق به سر شما داد بکشند و با همسایه‌ها و دوستان‌شان در روستا و محله زد و خورد کنند. به همین دلیل، این خشم بخشی از حاشای وجود مشکلی پزشکی است در کار مغز، درست مثل اسهال که مشکلی است مربوط به کار شکم.

^{۳۴} - یعنی مکان یا قبر مقدسی که مثلاً می‌گویند به شکل تخصصی بیشتر نازی‌ها را شفا می‌دهد، دختر را یا پسر را است یا نابیناها را بینا می‌کند یا جنون و دیوانگی را خوب می‌کند.

بی تفاوتی

اما برخورد بعضی خانواده‌ها با پیشامد بیماری و ناتوانی خیلی فرق دارد. این‌ها خانواده‌هایی مشکل‌دار و بیشترشان خیلی فقیر هستند که به شکل‌های دیگری اهل همکاری نیستند. معمولاً بی توجه و نامرتب هستند، یا یکی از والدین نوعی مشکل روانی دارد، یا ممکن است پدری معتاد به الکل یا مواد مخدر در خانه‌ی‌شان وجود داشته باشد.

این نوع "خانوارهای پرخطر" ممکن است از روبرو شدن با یک بیمار روانی در خانه ناتوان یا بی‌میل باشند، بیماری که مشکل تازه‌ای هم به مشکلات قبلی خانواده اضافه می‌کند. این نوع خانواده‌ها ممکن است قبلاً هم نوعی درگیری جدی با مامور بهداشت داشته‌اند، مثلاً به این خاطر که به رعایت فاصله درست بین تولد کودکان، واکسن زدن، یا درمان با پودر ضد اسهال (ا-آر-اس)^{۳۵} و غیره بی‌توجهی کرده‌اند. خلاصه این‌که، آن‌ها خانوارهایی هستند که بیشترین نیاز را دارند، اما بهتر می‌بینند که کمترین پشتیبانی را بگیرند: خانواده‌هایی که هر چند ممکن است به بازدید شما از همه نیازمندتر باشند، اما با روی خوش به پیشواز نمی‌آیند.

یا این‌که ممکن است با این وضع روبرو بشوید که خانواده فرد ناتوان را از خانه بیرون کرده یا بیمار به شکل دیگری بی‌خانمان شده است. بایستی بتوانید کمک مخصوصی برای این خانواده‌ها برنامه‌ریزی کنید. یک راه انجام این کار این است که بیمار را، برای کمک‌رسانی موقت، به صورت موقت به بعضی از موسسات بسپارید. به جای این کار، ممکن است بتوانید جماعت یا خانواده‌ی دیگری را برای گرفتن همین کمک پیدا کنید تا شاید خانواده کمی فرصت پیدا بکنند که از این وضع سخت دور بمانند.

برخورد اعضای خانواده بعد از روبرو شدن با ناتوانی

بعد از این‌که برای خانواده معلوم شد که احتمالاً ناتوانی ماندگاری وجود خواهد داشت و احتمالاً بیمارشان کاملاً به اوضاع سابق برنخواهد گشت، وظایف‌تان حتی خیلی مهم‌تر می‌شود. حالا خانواده باید باز دست رفتن عزیزشان در جلوی چشم‌شان روبرو بشوند که برای‌شان مصیبتی است. متوجه می‌شوند که شوهر یا زن یا پسر یا دخترشان هیچ‌وقت حال‌اش دوباره عادی نمی‌شود. بیشتر وقت‌ها تحمل و اداره‌ی این وضع مشکل‌تر از آن است که فرد واقعاً بمیرد. در واقع، بیشتر وقت‌ها ممکن است از اهل خانواده بشنوید که ای کاش می‌مرد. بیاییم دوباره ببینیم اعضای خانواده اگر با واقعیت ناتوانی طولانی روبرو بشوند احتمالاً چه می‌کنند.

انکار (حاشا)

اهل خانواده از قبول وجود ناتوانی و این‌که اوضاع هرگز مثل قبل نخواهد شد خودداری می‌کنند. ممکن است دوباره او را به معابد و درمان‌گران مذهبی و دکان کلاه‌برداران ببرند، یا اصرار کنند که "دولت باید کاری بکند." اگر دلیل ناتوانی روشن باشد، قبول ناتوانی بیمار آسان‌تر است. مثلاً اگر کسی در حادثه‌ای یک پا را از دست بدهد. اما در صورتی که علت ناتوانی را نتوان با چشم دید و فقط روی رفتار شخص اثر بگذارد خیلی مشکل‌تر است که ناتوانی پذیرفته بشود و افراد با آن کنار بیایند.

^{۳۵} O. R. S. : پودری که قند و نمک و مواد شیمیایی خیلی لازمی را برای بیماری دارد که دچار اسهال یا گرم‌زدگی یا آفتاب‌زدگی یا ضعف خیلی زیاد است و در موقعی که سرم دم دست نیست به جای آن عمل می‌کند.

اول از همه، خودِ شما باید بفهمید که گفتنِ این که "این ادعا نمی‌تواند حقیقت داشته باشد" در خانواده‌ها کاری است عادی. اگر این را خوب فهمیده باشید، برای کمک به خانواده صبر لازم را خواهید داشت تا کم‌کم حاشا را کنار بگذارند و انتظار درمانِ خودبه‌خودی را هم نداشته باشند. این کار می‌تواند مسیری طولانی و سخت باشد. خانواده‌ها قبول نمی‌کنند. میل دارند که وجود ناتوانیِ دائمی را حاشا کنند و به انتظارِ درمان به‌دستِ درمان‌گرانِ سنتی و همه جور کلاه‌بردار ثروت‌هایشان را تلف کنند، یا ممکن است بیمار را یکی بعد از دیگری به متخصص‌های مختلفی نشان بدهند. آن‌ها نیازمندِ راهنماییِ دائمی و پیگیر شما هستند.

ناامیدی، خشم

همین که واقعیتِ ناتوانی از طرف اعضای خانواده کاملاً پذیرفته شد (مثل این که بالاخره قبول کنند همسری عزیز مرده است)، احتمال مرحله‌ی ناامیدیِ مخلوط با خشم وجود دارد. ممکن است از دستِ خدا عصبانی بشوند و حیرت کنند که چرا به خانواده‌ی آن‌ها این "بلا" را نازل کرده. ممکن است این باور در آن‌ها تقویت بشود که کسی دارد بر علیه‌شان جادو می‌کند. ممکن است از دستِ شما عصبانی بشوند که چرا در این مرحله به آن‌ها پیشنهاد می‌دهید با چیزهایی که به اسم کارهای توان‌بخشی یاد گرفته‌اید می‌توان به بیمار کمک کرد. این خشم ممکن است به نفرتِ آشکار از خودِ فرد برگردد به‌طوری که در بعضی خانواده‌ها ممکن است به او کاملاً بی‌محلی^{۳۶} کنند و از خانه بیرون بیندازند.

یادآوری:

در موقعی که خانواده در مرحله‌ی حاشا یا ناامیدی و خشم است، به کمکِ آن‌ها نمی‌توانید هیچ اقدام با فایده‌ای برای توان‌بخشیِ مریض انجام بدهید. تا زمانی که خانواده به مرحله‌ی قبولِ ناتوانیِ این عضوشان نرسیده باشد، هر کاری برای توان‌بخشی با کمکِ خانواده انجام می‌گیرند احتمالاً به‌جای کمک ضرر می‌زنند و احساس‌های گناه و بی‌عزیزگی را به احساس‌های ناامیدی و خشم اضافه می‌کنند. تنها کاری که در این مرحله می‌توانید انجام بدهید این است که کمک کنید خانواده ناتوانی را قبول کند.

حمایت‌گری بیش از حد

در بعضی موارد متوجه می‌شوید که اعضای خانواده بیش از حد حمایت‌گرِ عضوِ ناتوان‌شان می‌شوند و می‌خواهند هر کاری برای‌اش بکنند. سرانجام کار به آن‌جا می‌کشد که با او مثل بچه رفتار می‌کنند. این نوع رفتار جلوی خوب شدن بیمار را هم می‌گیرد، چون این بیمارها ممکن است اصلاً فرصتی پیدا نکنند که خودشان را به‌شکلِ یک انسانِ بالغ حس کنند یا این فرصت را کم داشته باشند.

کسی که حمایت بیشتر از حد می‌کند ممکن است به فرد اجازه ندهد هیچ کاری انجام بدهد یا ممکن است از دادن فرصت به او برای روبرو شدن با دنیای بیرون خودداری کند، چون می‌ترسد که بیماری دوباره برگردد یا مردم بیمارشان را مسخره کنند

^{۳۶} - طرد کردن

و ترس‌هایی از این جنس. اگر دقت بیشتری کنید متوجه می‌شوید این حمایت بیش از حد قبل از شروع بیماری وجود نداشته و می‌تواند به عنوان نشانه‌ی نوعی اندوه و همدردی افراطی باشد که آن کس نسبت به بیمار حس می‌کند. این روش رفتار برای فرد فایده‌ای ندارد.

شما چه کمکی می‌توانید بکنید

تا این‌جا متوجه شده‌اید که برای کمک به بیمار، باید به اعضای خانواده هم کمک کنید. برای انجام این کار باید از اصول راهنمای زیر استفاده کنید:

۱- به آن‌ها گوش بدهید و اعتمادشان را به دست بیاورید.

یادتان باشد که اعضای خانواده به همدلی و درک شدن احتیاج دارند و می‌خواهند کسی به آن‌ها گوش بدهد.^{۳۷} اگر آن‌ها دارند خشم، کینه یا غم خودشان را نشان می‌دهند، کمی وقت برای گوش دادن به آن‌ها بگذارید. حتی اگر فکری منفی در مورد بیمارشان به زبان می‌آورند، در باره‌شان قضاوت تند و سخت نکنید. همیشه سعی کنید به یاد داشته باشید که آن‌ها خانواده‌ای ماتم‌زده اند و یادتان باشد که در کنار همه‌ی مشکلات دیگری که هر روزه ممکن است داشته باشند حالا با مشکل جدی تازه‌ای هم درگیر شده‌اند.

۲- احساس‌های اعضای مهم خانواده را شناسایی کنید.

در طی گوش دادن به اعضای خانواده که به خاطر ناتوانی یکی از اهل خانواده - وضعیت تازه‌شان را تعریف می‌کنند، شما این امکان را دارید که اگر احساس مصیبت‌زدگی در آن‌ها وجود داشته باشد، برای‌شان توضیح بدهید که در کدام مرحله‌ی آن هستند. این نکته مخصوصاً برای سرپرست خانوار مهم است (اگر سرپرست قبلی خانوار خود فرد ناتوان بوده باشد، باید توجه داشته باشید که الان چه کسی این مسئولیت را به عهده گرفته است.) و همین‌طور برای کسی هم که بیشترین مراقبت را از فرد ناتوان به عهده گرفته است این مسئله اهمیت دارد که خانواده الان در کدام مرحله است. پس برای او هم توضیح بدهید.

به هر یک از بزرگسالان، به‌طور جداگانه توجه کنید که در کدام یک از وضعیت‌های **انکار**، **خشم**، **کینه**، **ناامیدی**، **گناه**، **خفت**، **قبول** بیماری یا **"حمایت بیشتر از حد"** هستند. از تک‌تک اعضای خانواده بپرسید که آیا تک‌تک این حس‌ها را در مورد فرد ناتوان دارند یا نه، و آن‌ها را **ارزیابی (سَبک-سنگین)** کنید، چون ممکن است چند تا از این حس‌ها با هم ظاهر بشوند، یا کسی ممکن است گاهی یک حس را داشته باشد و در مواقع دیگر حسی دیگر داشته باشد. برای امتحان کردن: بپرسید آیا بعضی وقت‌ها عصبانی، ناامید می‌شود و یا ... می‌شود یا نه. به خانواده اطمینان بدهید که همه‌ی این احساس‌ها بخش طبیعی برخورد با از دست دادن یک عضو "عادی" خانواده هستند. با صحبت کردن در باره‌ی مرحله‌های احساس سوگ (ماتم)^{۳۸}، به خانواده کمک می‌کنید که به مرحله‌ی قبول واقعیت برسند.

^{۳۷} این گوش دادن باید موثر و فعال باشد. یعنی قضاوت نکنیم، دائم به آن‌ها توصیه نکنیم و دستور ندهیم، حرف‌شان را قطع نکنیم، و با زبان بدن (حرکات زبان، مثلاً تکان دادن سر یا جملات خیلی کوتاه) به آن‌ها بفهمانیم که سر تا پا به گوش هستیم و درد آن‌ها را سعی می‌کنیم بفهمیم. برای اطلاع بیشتر، نگاه کنید به پیش‌سخن ابتدا و پیوست‌های آخر این متن.

^{۳۸} - به همگی این مرحله‌های انکار، خشم، کینه، ناامیدی، گناه، خفت، قبول بیماری، مرحله‌های سوگ یا ماتم می‌گویند. برای اطلاع بیشتر به بخش پیوست‌های آخر این متن، اختلال فشار پس از روان‌زخم نگاه کنید.

۳- مشکلات اصلی خانواده را در مراقبت از فرد ناتوان شناسایی کنید

تا این جا فهمیده‌اید که برای یک خانواده خیلی دردناک است که ببیند عضو قبلاً سالم‌شان به دلیل بیماری روانی ناتوان شده است. اما آن‌ها ممکن است با مشکلات دیگری هم روبرو باشند. ممکن است خیلی فقیر باشند و به همین دلیل مراقبت از یک "دهان بی‌فایده" در این نوع خانوار مشکل می‌شود، به خصوص که اگر این فرد قبلاً به درآمد خانواده کمک می‌کرده است. همین طور ممکن است برای خانواده مشکل باشد که خرج درمان را بدهد، به خصوص اگر برای‌شان روشن شده باشد که این درمان او را کاملاً معالجه نمی‌کند.

والدین ممکن است نگران این هم باشند که وقتی مردند به سرِ فرزندِ ناخوش‌شان چه می‌آید. از طرفی دیگر، به این علت که مراقبت از فرزند بیمارشان وقتِ خانواده را خیلی بیشتر از حدّ می‌گیرد [به همین خاطر اعضای خانواده نمی‌توانند با مردم بجوشند]، یا به دلیل احساس گناه، شرم و تحقیر در جلوی مردم به خاطر رفتار عجیب و غریب فرزندشان، ممکن است احساس کنند رابطه‌شان با مردم به خاطر وجود فرزند ناخوش‌شان خراب شده است.

روابط اعضای خانواده با همدیگر ممکن است به دلیل بدخواهی یا طرد بیمار از طرف بعضی از اعضای خانوار و حتی به دلیل سنگینی وظیفه‌ی مراقبت^{۳۹} و شاید حمایت‌گری بیشتر از حدّ اعضای دیگر هم خیلی خراب بشود. مخصوصاً اگر بیمار به علت بیماری دست به خشونت زده باشد، خانواده ممکن است همیشه از پیش آمدن دوباره‌ی خشونت در ترس و وحشت باشند. بررسی و شناسایی بارِ سنگینی که اعضای خانواده در مراقبت از فرد بر دوش خودشان حس می‌کنند، و چیزهایی که دقیقاً باعث حس کردن این بار می‌شود نکته‌ی مهمی است.

۴- توانایی‌ها و امکانات درون خانواده را شناسایی کنید.

مهم‌ترین توانایی خانواده‌ای که فردی ناتوان دارد اعتماد به نفس در برخوردشان با این وضعیت است. خانواده فقط موقعی می‌تواند به طور کامل در جریان توان بخشی مشارکت کند که ناتوانی را قبول کرده باشد و در اداره‌ی این وضعیت اعتماد به نفس هم داشته باشد. علاوه بر این ممکن است بتوانید نوعی احساس غرور و رضایت در اعضای خانواده ایجاد کنید که چه خوب می‌توانند از فرد مراقبت کنند. نزدیک بودن اعضای خانواده به هم، حمایت همسایگان و دوستان هم در این مراقبت‌ها مفید اند. صحبت کردن با همسایگان در باره‌ی چند و چون ناتوانی و در مورد نیازهای خانواده هم می‌تواند به این حمایت گرفتن کمک کند.

اگر خانواده‌های آسیب‌دیده از ناتوانی بیماری روانی دور هم جمع بشوند تا مشکلات و تجربه‌هایشان را با هم ردّ و بدل کنند کار خیلی خوبی است. این کار به آن‌ها کمک می‌کند تا احساس‌هایشان را روشن کنند، ناتوانی را قبول کنند، و اعتماد به نفس پیدا کنند که می‌توانند حریف این وضعیت بشوند.

اعضای خانواده اگر بفهمند که وقتی سعی می‌کنند مطمئن بشوند مریض‌شان داروهایش را منظم می‌خورد (اگر حتی فقط برای پیشگیری از برگشت دوباره‌ی بیماری باشد)، اگر بفهمند بیمارشان بایستی مشغول بعضی فعالیت‌های هم‌جنس با

^{۳۹} - یعنی کسی که مراقبت می‌کند، ممکن است انتظار داشته باشد دیگران هم کمک‌اش کنند و تقسیم کار کنند. همین انتظار ممکن است باعث اختلاف دامنه‌دارِ خانوادگی بشود.

توانایی‌اش باشد، اگر بفهمند با مطمئن شدن از این که از بیمارشان به هیچ شکلی انتقاد نمی‌شود، آزار نمی‌بینند، مسخره نمی‌شود یا بد رفتاری نمی‌بینند، به خود آن‌ها کمک می‌شود.

به‌خصوص در مرحله‌ی اولیه‌ی بیماری، و باز هم بعد از معلوم شدن ناتوانی طولانی، حمایت بیشتری از خانواده لازم است. این حمایت‌ها به بهترین شکلی می‌تواند از راه گروه‌های خودیاری و/یا همیاری خانواده‌های بیماران به‌دست بیاید. این نوع گروه‌ها نه‌تنها می‌توانند پشتیبان عاطفی خانواده باشند، بلکه می‌توانند پول و امکاناتی فراهم کنند تا برای وضعیت‌های خیلی سخت، و در صورت فوت فرد مراقب خانواده برای مراقبت از اعضای ناتوان خانواده مصرف بشوند.

راهنمای ۴

کمک به فرد دچار ناتوانی شخصی

در این راهنما یاد می‌گیرید که چطور به افراد زیر کمک برسانید:

- فردی که مشکلاتی در مراقبت از خود دارد.
- فردی که کم‌فعالیت است.
- فردی که در انجام هر کاری کند است.

کمک به فرد دچار ناتوانی شخصی

اول از همه به سراغ کمک به شخصی می‌رویم که به دلیل بیماری روانی دچار ناتوانی شخصی شده است: او در مراقبت از خودش مشکل دارد، کم‌فعالیت است و کند.

کمک به مشکلات مراقبت از خود

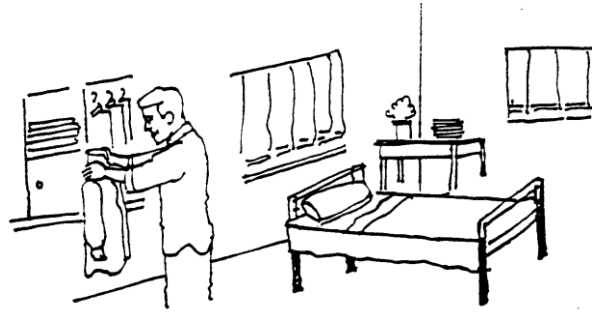
باید یادتان باشد که فرد دچار این ناتوانی حفظ بهداشت فردی را مشکل می‌بیند. در زیر آن کارهایی را می‌بینید که می‌توانید برای کمک به او انجام بدهید:

مطمئن بشوید که خودش را تمیز نگه می‌دارد



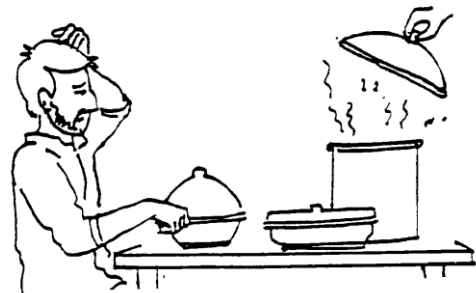
می‌توانید از کسی دیگر در خانواده بخواهید که به شما کمک کند. تلاش کنید تا بیمار را قانع کنید که خودش را منظم بشوید. برای افراد ناتوان شدید، برای شروع سعی کنید تا مطمئن بشوید که مثلاً برای شروع حداقل دو هفته‌ای یک بار حمام بکند، و کم‌کم تعداد آن را زیادتر بکند. برای افراد ناتوان خفیف، مطمئن بشوید که فرد خودش را هر روز با صابون می‌شوید؛ که سر و بدن‌اش شپش ندارد؛ که موی‌اش شانه کرده باشد و به صورت منظم کوتاه بشود و این که ظاهر کلی‌اش مرتب و مناسب باشد.

مطمئن بشوید که محیط زندگی فرد تمیز بماند



به او کمک کنید تا لباس‌ها و لوازم شخصی‌اش را به شکل مرتبی کنار بگذارد. مثل جریان حمام کردن، هدف‌هایی^{۴۰} تعیین کنید: اول، این کار دو هفته‌ای یک بار انجام می‌گیرد، و کم‌کم با تبدیل به عادتی روزانه زیادتر می‌شود. مطمئن بشوید که وسایل به شکل نامرتب دور اتاق پرت نشده باشند.

مطمئن بشوید که هر روزه غذا خورده بشود



در بعضی وعده‌ها با او هم غذا بشوید. این کار فرصت‌های خیلی خوبی را به وجود می‌آورد تا نشان بدهید که غذا را چطور باید تمیز خورد و بعد از غذا چطور باید سفره را تمیز کرد. هدف‌هایی را تعیین کنید و آهسته به سمت آن‌ها حرکت کنید. یادتان نرود که هر وقت پیشرفتی در جهت هدف انجام گرفت، کارش را تحسین کنید.

بعضی افراد ممکن است رفتارهای متفاوتی در موارد مختلف نشان بدهند. مثلاً، ممکن است فقط موقعی مرتب و تمیز غذا بخورند که آن غذا انتخاب خودشان باشد. خوب است که وعده‌های کوچک غذا به او داده بشود و همراه با دیگران خورده بشود. اگر هم امکان‌اش باشد، بردن آن‌ها به بیرون و به رستوران‌ها هم می‌تواند فایده داشته باشد.

کمک به مشکلات کم‌کاری (کمی فعالیت)

اگر به کسی برخوردید که وقت زیادی را بدون هیچ کاری می‌گذراند، این کارها را می‌توانید بکنید:

برای صحبت کردن یا کتاب خواندن برای او وقت بگذارید

^{۴۰} - منظور این است که قرار بگذارید بیمار به آن جایی برسد که فلان کار مشخص را بتواند درست انجام بدهد.



با انجام این کار او را به نوعی از فعالیت ذهنی مشغول می‌کنید. اگر فرد به شکل صریح و علنی به آن نشست‌ها بی‌علاقگی نشان بدهد، در اول کار، مدت نشست‌ها را کوتاه کنید و بعد کم‌کم با دیدن کم‌شدن بی‌علاقگی‌شان این مدت را طولانی‌تر کنید.

اعضای خانواده را قانع کنید تا به طور منظم برای صحبت کردن با فرد ناخوش قدری وقت بگذارند
حتی اگر در اول کار به نظر بیاید که اعضای خانواده علاقه‌ای به این کار ندارند، می‌توانند به نوبت وقت بگذارند. باز هم هدف‌ها را تعیین کنید، اما کم‌کم حرکت کنید.

بیمار را قانع کنید که به طور منظم برای قدم‌زنی با شما بیاید



با این کار قدری فعالیت جسمی انجام می‌گیرد. تغییراتی در لباس، رفتار و نزاکت به او پیشنهاد کنید تا دیگران او را دست نیندازند. باز هم، هدف‌هایی تعیین کنید و کم‌کم به سمت رسیدن به آن‌ها حرکت کنید.

یادآوری:

نکته‌ی مهم این است که بهداشت یار برای این که رابطه‌اش اعتماد به وجود بیاورد باید در چند دیدار اول وقت مخصوصی برای بیمار بگذارد. با خانواده بایستی جداگانه دیدار و گفتگو بشود، و نه در وقتی که برای فرد ناخوش گذاشته شده. چون بیمار ممکن است از صحبت کردن بهداشت یار با او در حضور خانواده دلخور بشود.

کمک به مشکلاتِ گندکاری

- اگر شخص در انجام کارها خیلی کند باشد، در زیر می‌بینید که چطور می‌توانید به او کمک کنید:
- ۱- فهرستی از کارهای اصلی و اولیه‌ای که شخص باید انجام بدهد تهیه کنید.
 - ۲- آن کارهایی را که مورد علاقه‌ی اوست پیدا کنید و با آن‌ها شروع کنید.
 - ۳- از شخص بخواهید که آن‌ها را با سرعتی انجام بدهد که برای‌اش راحت باشد.
 - ۴- با راهنمایی او به سمتِ کاری که سرعت‌اش بیشتر است، کم‌کم سرعتِ کار کردن‌اش را بیشتر کنید.
 - ۵- از او بخواهید که به شکل منظم آن کار را باز هم تمرین کند، به طوری که بتواند در آن ماهر بشود.
 - ۶- مطمئن بشوید که شخص آن کار را ول نمی‌کند؛ کم‌کم، سرعتِ پیش از بیماری او بعد از مدتِ مناسبی دوباره به دست می‌آید.
 - ۷- اگر با چند بار امتحان، کارها به شکلی که نقشه کشیده‌اید پیش نرفتند، ناامید نشوید. اگر پیگیری داشته باشید نتایج راضی‌کننده‌ای می‌گیرید.
 - ۸- وقتی می‌بینید که شخص دارد عصبی و مضطرب (نگران) می‌شود اصرار به ادامه‌ی کار نکنید. یکی دو روزی استراحت بدهید، و بعد دوباره کار را شروع کنید.

نمونه:

معلمی ۴۲ ساله بعد از ۹ ماه تشخیصِ روان‌پریشیِ مزمن و ناتوانیِ روانی از بیمارستانی روانی مرخص شد. رفتارِ عجیب و غریب‌اش، صحبت کردن با خود، و خشونتِ گاه به گاه او با تزریقِ ماهیانه‌ای به خوبی کنترل شد، هرچند که با قدری مقاومتِ او انجام می‌شد. او شدیداً نسبت به وضعِ خودش و محیط‌اش بی‌توجه بود و فقط با سختی زیاد وادارش می‌کردند که در این یا آن فعالیت در خانه مشارکت کند. از ترکِ خانه یا انجام هر کاری برای بهداشتِ شخصی و تمیزی‌اش خودداری می‌کرد. وقتی که زن‌اش و مادرش از او کاری می‌خواستند انجام بدهد، از دست‌شان عصبانی می‌شد. یکی از فامیل‌های دور با او صحبت کرد. بیمار بالاخره قبول کرد که با او قدمی بزند. کمی بعد قبول کرد که بگذارد همسایه‌ای او را حمام کند و موهایش را بشوید. کم‌کم، با کمک همان فامیل دور و همسایه و بهداشتِ یار قبول کرد از بهداشتِ فردی و تمیزی‌اش مراقبت کند. باز هم با کمک و تشویقِ آن‌ها، شروع به انجام بعضی کارها در بیرون خانه کرد. او هرچند که هرگز کمک و تشویقِ زن‌اش یا مادرش را قبول نکرد، اما کم‌کم به شکلِ پشتِ سرِ هم، از راه تشویق‌های برنامه‌ریزی‌شده و صبورانه‌ی غیرخودی‌ها در همه‌ی فعالیت‌ها پیشرفت کرد.

راهنمای ۵

کمک به افراد ناتوان در انجام وظایف خانوادگی

در این راهنما یاد می‌گیرید چطور به کسی کمک کنید که این مشکلات را دارد:

- در مشارکت در فعالیت‌های خانواده

- در وظایف همسری

- در وظایف پدر-مادری

کمک به افراد ناتوان برای مشارکت در فعالیت‌های خانواده

نمونه‌های فعالیت خانوادگی:

- با هم غذا خوردن

- با هم به سینما/تفریح و گردش و سفر رفتن

- با هم صحبت کردن در شب

- تصمیم‌گیری با هم

۱- با اعضای خانواده در باره‌ی همه‌ی فعالیت‌هایی صحبت کنید که قبل از شروع بیماری فرد معمولاً با هم انجام می‌دادند.

۲- فهرستی از فعالیت‌هایی تهیه کنید که خود فرد معمولاً در آن‌ها شرکت می‌کرد، اما دیگر شرکت نمی‌کند.

۳- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها آن‌هایی هستند که همه‌ی خانواده در آن‌ها شرکت می‌کنند.

۴- در تنظیم این فهرست، از کارهایی شروع کنید که آسان‌تر هستند، و کم‌کم به سمت کارهای سخت‌تر پیش بروید. برای رسیدن به هر وظیفه هدف‌گذاری کنید. ممکن است شرکت در فعالیت‌های خانواده برای کسی که روان‌پریش است باعث اضطراب و حتی وحشت او بشود. در صورتی که حس می‌کنید این اتفاق دارد می‌افتد با دکتر صحبت کنید.

۵- فهرست را با اعضای خانواده در میان بگذارید و از آن‌ها همکاری بخواهید. اگر خودداری کردند، به آن‌ها فشار وارد نکنید. اگر در دوره‌های قبل‌تر بیماری، بیمار خشونت یا فحاشی کرده باشد، ممکن است از او بترسند. این مسئله را به دکتر بگویید و راهنمایی بگیرید. شاید لازم باشد دکتر داروها را دوباره تنظیم کند تا خیال خانواده راحت بشود که تا آن‌وقت که بیمار داروها را طبق دستور می‌خورد، فحاشی و خشونت تکرار نمی‌شود.

۶- اگر، با وجود چند بار تلاش، بیمار از همکاری خودداری کند، این مسئله را با دکتر در میان بگذارید تا به شما بگوید که بعد

از این چه کار بکنید.

- ۷- بعد از این که توانستید او را به همکاری راضی کنید، هم از خودش و هم از خانواده بخواهید فعالیت‌های نوشته‌شده در آن فهرست را به شکلی منظم انجام بدهند. در اول کار، سعی کنید که در چند فعالیت اول حضور داشته باشید. بعد از این که دیدید هدف‌ها دارند به دست می‌آیند، کم‌کم خودتان را بیرون بکشید.
- ۸- در صورتی که چند تلاش اول به شکلی که نقشه ریخته‌اید پیش نرفتند ناامید نشوید. اگر پیگیری کنید احتمال دارد که با نتایج راضی‌کننده‌ای جواب بگیرید.
- ۹- وقتی دیدید بیمار دارد عصبی و مضطرب (نگران) می‌شود، دست از اصرار بردارید. یکی دو روز استراحت بدهید و بعد دوباره شروع کنید.

نمونه

زن خانه‌دار ۳۷ ساله‌ای بعد از حمله‌ی روان‌پریشی همه‌ی علاقه‌اش را به خانواده از دست داد. حتی به بچه‌های ۷ ساله و ۱۰ ساله‌اش بیشتر از چند دقیقه‌ی کوتاه علاقه‌ای نشان نمی‌داد. خانواده، به توصیه‌ی بهداشت یار، یک سگ نژاد لابردور و چند توله خرید. این نقشه تجربه‌ی خیلی خوبی از کار در آمد. فرد ناتوان و بچه‌ها با هم شروع به مراقبت از سگ و توله‌ها کردند. به این ترتیب این کار آن‌ها را کم‌کم به هم نزدیک کرد.

کمک به افراد ناتوان در وظایف همسری

نمونه‌هایی از فعالیت‌های وظایف همسری:

- پرعاطفه بودن نسبت به هم؛
- خریدن گل، یا هدیه‌های کوچک یا غذایی مخصوص برای همسر؛
- صحبت کردن و گوش دادن به همدیگر؛
- حل و فصل مشکلات خانواده با همدیگر.

- ۱- با همسرش صحبت کنید که قبل از شروع بیماری به عنوان زن و شوهر چه کارهایی را معمولاً با هم انجام می‌دادند. اگر همسر او دل‌اش می‌خواهد در باره‌ی مسائل جنسی بین‌شان^{۴۱} صحبت کند، مانع نشوید؛ اما برای این کار همسر را زیر فشار نبرید. خیلی از بیماران روانی به علت خود بیماری یا به عنوان اثر جانبی داروها علاقه‌ی‌شان را به روابط جنسی از دست می‌دهند. اگر مشکلات جنسی باز هم ادامه پیدا کنند، توصیه کنید هر دو نفر با هم به دکتر بروند.
- ۲- فهرستی از وظایف همسری تهیه کنید که بیمار قبلاً در آن‌ها شرکت می‌کرده، اما حالا دیگر شرکت نمی‌کند.

^{۴۱} - هم‌بستری

- ۳- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها هر دو را درگیر می‌کنند.
- ۴- در تنظیم فهرست با کارهایی شروع کنید که آسان‌تر هستند، و کم‌کم به سراغ وظایف سخت‌تر بروید. هدف‌هایی برای رسیدن به هر وظیفه تعیین کنید. شرکت در وظایف همسری ممکن است فردِ روان‌پزش را مضطرب (نگران) و حتی وحشت‌زده کند. اگر حس می‌کنید این اتفاق دارد می‌افتد با دکتر صحبت کنید.
- ۵- فهرست را با بیمار در میان بگذارید و از او بخواهید همکاری کند. اگر خودداری کرد، فشار نیاورید. بعد از مدتی، دوباره امتحان کنید. این کار را تا زمانی که همکاری انجام بگیرد ادامه بدهید.
- ۶- فهرست را با همسر بیمار در میان بگذارید و از او بخواهید همکاری کند. اگر خودداری کرد، فشار نیاورید. اگر در دوره‌های قبلی بیماری بیمار فحاشی یا خشونت کرده باشد، همسرش ممکن است از تکرار آن وضع بترسد. این مشکل را به دکتر بگویید تا به شما بگوید چه باید کرد. شاید لازم باشد دکتر داروها را دوباره تنظیم کند تا خیال همسر را راحت کند که تا زمانی که بیمار داروها را طبق دستور دکتر می‌خورد، فحاشی و خشونت تکرار نخواهند شد.
- ۷- اگر با وجود چندین بار تلاش، بیمار از همکاری خودداری می‌کند، مسئله را با دکتر در میان بگذارید تا به شما بگوید بعد از این چه کار بکنید.
- ۸- بعد از این که خود بیمار و همسرش را راضی به همکاری کردید، از هر دو طرف بخواهید که فعالیت‌های نوشته‌شده در فهرست را با یکدیگر و به شکل منظم انجام بدهند. در اول کار، سعی کنید در چند فعالیت اول حضور داشته باشید. بعد از این که دیدید هدف‌ها دارند به دست می‌آیند، کم‌کم خودتان را بیرون بکشید.
- ۹- در صورتی که چند تلاش اول بر طبق نقشه پیش نرفتند ناامید نشوید. اگر پیگیر باشید احتمالاً نتایج راضی‌کننده‌ای می‌گیرید.
- ۱۰- وقتی می‌بینید بیمار دارد عصبانی و برانگیخته می‌شود فشار وارد نیاورید. یکی دو روز استراحت بدهید و بعد دوباره شروع کنید.

کمک به افراد ناتوان در وظایف پدر-مادری

نمونه‌هایی از فعالیت‌های پدر-مادری:

- مراقبت از بچه‌ها و وقت گذرانی با آن‌ها؛
- بردن آن‌ها به مدرسه؛
- خرید چیزهایی که لازم دارند؛
- بازی کردن با آن‌ها؛
- کمک به انجام درس و مشق‌شان.

- ۱- با همسر، باقی خانواده و بچه‌های بزرگ‌شده‌ی بیمار در این باره صحبتی داشته باشید که او قبل از شروع بیماری چه کارهایی برای بچه‌ها انجام می‌داده.
- ۲- سعی کنید برای بچه‌های کوچک‌تر ناتوانی را به شکلی توضیح بدهید که بتوانند بفهمند.

- ۳- فهرستی از وظایف پدر-مادری تهیه کنید که بیمار قبلاً به طور معمول انجام می‌داده، ولی حالا دیگر انجام نمی‌دهد.
- ۴- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها به مراقبت از بچه‌ها ربط داشته باشند.
- ۵- در تنظیم این فهرست با وظایفی شروع کنید که راحت‌تر اند، و کم‌کم به طرف وظایف سخت‌تر جلو بروید. هدف‌هایی را برای رسیدن به هر وظیفه تعیین کنید.
- ۶- فهرست را به خود بیمار نشان بدهید و او را راضی به همکاری کنید. اگر خودداری کرد، فشار وارد نکنید. بعد از مدتی دوباره سعی کنید. این کار را آن قدر تکرار کنید تا به همکاری رضایت بدهد.
- ۷- فهرست را به همسر، اعضای دیگر خانواده و بچه‌های بزرگ‌شده نشان بدهید و آن‌ها را راضی به همکاری کنید. اگر خودداری کردند، فشار وارد نکنید. بعد از چند روز باز هم امتحان کنید. این کار را آن قدر تکرار کنید که همکاری‌شان را به دست بیاورید.
- ۸- اگر با وجود چندین بار تلاش، بیمار از همکاری خودداری کرد، مسئله را به دکتر بگویید تا به شما بگوید بعد از این چه کار کنید.
- ۹- بعد از این که بیمار و همسر، اعضای دیگر خانواده و بچه‌های بزرگ‌شده را راضی به همکاری کردید، از آن‌ها بخواهید که، به شکل منظم، فعالیت‌های نوشته شده در فهرست را انجام بدهند. در اول کار، چند فعالیت اول را به راه بیندازید و در آن‌ها حضور داشته باشید. بعد از این که به چند تا هدف اول رسیدید، کم‌کم کنار بکشید.
- ۱۰- در صورتی که چند تلاش اول بر طبق نقشه پیش نرفتند ناامید نشوید. اگر پیگیر باشید احتمالاً نتایج راضی‌کننده‌ای می‌گیرید.
- ۱۱- وقتی می‌بینید بیمار دارد عصبانی و برانگیخته می‌شود فشار وارد نیاورید. یکی دو روز استراحت بدهید و بعد دوباره شروع کنید.

راهنمای ۶

کمک به افراد دچار ناتوانی اجتماعی

در این راهنما یاد می‌گیرید به کسی کمک کنید که مشکلات زیر را دارد:

- کناره‌گیری از اجتماع؛

- به چیزهایی که در دنیای اطرافش می‌گذرد کم‌علاقه است یا اصلاً علاقه‌ای ندارد.

کمک به افراد کناره‌گیر از اجتماع

لازم است به کسی که از جمع کناره می‌گیرد با احتیاط بیشتری نزدیک شد. اول بایستی کاری کنید که بیمار به شما به عنوان دوستِ بالارزشی اعتماد کند که می‌خواهد به او کمک کند. این کار را می‌توانید با وقت‌گذراندن با او به شکلی انجام بدهید که اصلاً احساس اجبار و زورکی بودن نکند. اگر فکر می‌کنید حضورتان عصبی‌کننده است، این دیدارها را کوتاه‌تر کنید. همین که متوجه شدید حضورتان او را ناراحت نمی‌کند، می‌توانید کم‌کم شروع کنید به بیرون بردن او از خانه تا دوباره به دیدن دنیای بیرون و همسایگان عادت کند.

تا زمانی که از طرف بیمار برای دیدن دوستان قدیم، همسایگان و بستگان میلی ندیده‌اید، فوراً به سراغ فعالیت‌های اجتماعی نروید. وقتی که شخص به شما اعتماد کرد، آن وقت است که باید آماده باشید تا این قدم‌های بعدی را برای از بین بردن تنهایی و کناره‌گیری اجتماعی او بردارید:

- ۱- با خود فرد، همسر، اعضای دیگر خانواده، دوستان و بستگان‌اش صحبت کنید تا ببینید که او قبل از شروع بیماری معمولاً در کدام نوع فعالیت‌های جمعی وارد می‌شده، با چه کسانی منظم دیدار می‌کرده، و چه کارهایی مثل این‌ها را انجام می‌داده.
- ۲- فهرستی از همان کارهای جمعی درست کنید که قبلاً در آن‌ها شرکت می‌کرده اما حالا دیگر شرکت نمی‌کند.
- ۳- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها نیازمند بده-بستان‌هایی با دوستان و بستگان هستند، بدون این که در اول کار حتماً تماس نزدیک‌تری با دیگران لازم باشد، کارهایی مثل باغبانی با همدیگر، بازار رفتن با همدیگر، آب آوردن با همدیگر و امثال این‌ها.

۴- در تنظیم این فهرست، با چیزهایی شروع کنید که ساده هستند، و کم‌کم به سمت کارهای مشکل‌تر جلو بروید. برای رسیدن به هر یک از این کارها هدف‌هایی تعیین کنید. ممکن است در کسی که روان‌پریشی دارد، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی اضطراب (نگرانی) و حتی وحشت به وجود بیاورد. اگر حس می‌کنید این مشکل دارد پیش می‌آید با دکتر صحبت

کنید.

۵- فهرست را به خود بیمار نشان بدهید و راضی‌اش کنید که همکاری بکند. اگر از همکاری خودداری کرد، فشار وارد نکنید. بعد از چند روز دوباره امتحان کنید. این کار را تا زمانی که همکاری کند ادامه بدهید.

۶- این فهرست را به همسر، اعضای دیگر خانواده، دوستان، بستگان و همسایگان نشان بدهید و آن‌ها را راضی به همکاری کنید. اگر از همکاری خودداری کردند، اصرار نکنید. بعد از چند روز دوباره امتحان کنید. تا زمانی که همکاری کنند این کار را ادامه بدهید. یادتان باشد که راضی کردن‌شان به همکاری خیلی مهم است. اگر همکاری نکنند اجتماعی کردن بیمار خیلی مشکل می‌شود.

۷- اگر چندین بار سعی کردید و بیمار باز هم از همکاری خودداری کرد، این مسئله را با دکتر درمیان بگذارید تا به شما بگوید بعد از این چه باید کرد.

۸- بعد از این که بیمار، همسر، اعضای دیگر خانواده، همسایگان و بستگان را راضی به همکاری کردید، از آن‌ها بخواهید کارهایی را که در فهرست نوشته شده به شکل منظم انجام بدهند. در اول کار، سعی کنید در چند فعالیت اول حضور داشته باشید. بعد از این که دیدید هدف‌ها به دست آمده‌اند، کم‌کم خودتان را از جریان بیرون بکشید.

۹- در صورتی که چند تلاش اول‌تان بر طبق نقشه پیش نرفته‌اند، ناامید نشوید. اگر پیگیر باشید نتایج راضی‌کننده‌ای می‌گیرید.

۱۰- وقتی می‌بینید بیمار دارد عصبی و مضطرب (نگران) می‌شود، از اصرار دست بردارید. یکی دو روز استراحت بدهید و دوباره کار را شروع کنید.

راهنمای ۷

کمک به افرادِ ناتوانِ شغلی

در این راهنما یاد می‌گیرید به فردی کمک کنید که:

- سرِ کار نمی‌رود یا کارِ خانه یا کارهای دیگری را که قبلاً می‌کرده انجام نمی‌دهد، و به انجام هر کاری بی‌علاقه یا کم‌علاقه است.
- در بیرون یا خانه کمی کار انجام می‌دهد یا کمی درس می‌خواند، اما نمی‌تواند آن‌ها را خوب انجام بدهد.

کمک به افرادی که اصلاً کار نمی‌کنند یا به کار و فعالیتِ مفید و درآمدزاییِ علاقه و کم‌علاقه اند

کاملاً ممکن است که با بعضی از افرادی برخورد کنید که سرِ کار نروند یا کارِ خانه یا کارهای دیگری را که معمولاً می‌کرده‌اند انجام ندهند. اگر نمی‌توانند کار گیر بیاورند یا اگر خانواده به آن‌ها اجازه نمی‌دهد، طبعاً این ناتوانی نیست. اما بعضی‌ها ممکن است برای کاریابی یا انجامِ کارِ بی‌علاقه یا کم‌علاقه باشند، حتی با این که خانواده یا دیگران از آن‌ها انتظار این رفتار را دارند. این ناتوانی است؛ و شما که می‌خواهید به او کمک کنید لازم است قبل از هر چیز با وقت‌گذراندن با او اعتمادش را به دست بیاورید. بعد از این کار، قدم‌های زیر را بردارید:

- ۱- با خودِ بیمار، همسر و اعضای دیگرِ خانواده در باره‌ی نوعِ کار، کارِ خانه یا کارهای دیگری که قبل از شروعِ بیماری معمولاً انجام می‌داده است صحبتی کنید.
- ۲- فهرستی از آن کارهایی که شخص قبلاً انجام می‌داده تهیه کنید، به‌خصوص کارهایی که لذت می‌برده، و حالا دیگر انجام‌شان نمی‌دهد.
- ۳- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها همان‌هایی هستند که قبل از بیماری انجام می‌داده یا از انجام‌شان لذت می‌برده، و نه کارهای تازه‌ای که باید یادگرفته شوند.
- ۴- در موقعِ تنظیمِ این فهرست با کارهایی شروع کنید که ساده‌تر هستند، و کم‌کم به سمتِ کارهای سخت‌تر جلو بروید. هدف‌هایی برای رسیدن به هر فعالیت تعیین کنید.
- ۵- فهرست را به خودِ بیمار، خانواده و "همکارانِ پیش از شروعِ بیماری" نشان بدهید و آن‌ها را راضی به همکاری کنید. اگر بیمار از همکاری خودداری کرد، اصرار نکنید. شاید شما یا خانواده بتوانید کارهای ساده‌تری را پیدا کنید، به‌خصوص آن‌هایی که بتوانند به‌تنهایی انجام بدهد، مثل چوپانی^{۴۲}. دوباره سعی کنید. این کار را آن‌قدر ادامه بدهید تا به همکاری رضایت

^{۴۲} - معلوم است که چوپانی کاری است مربوط به روستا. بنابر این در مناطقِ غیرِ روستایی باید کارهایی را در نظر گرفت که در آن‌جاها وجود داشته باشند و در عین‌حال معنادار هم باشند.

بدهد.

۶- اگر بیمار کاری را به خوبی انجام داد، مطمئن بشوید که جایزه‌ای برای این کار بگیرد - مثل هدیه‌ای کوچک یا تحسین، یا کوپنی که بعداً بتواند با آن چیز دلخواهی بخرد.

۷- اگر با وجود چندین بار تلاش، بیمار از همکاری خودداری نکند، مسئله را به دکتر بگویید تا به شما بگوید که بعد از این چه کار کنید.

۸- وقتی که بیمار را راضی به همکاری کردید، از او بخواهید که فعالیت‌های نوشته شده در فهرست را به شکل منظمی انجام بدهد. تکرار این کار سرانجام مهارت‌های او را بالا می‌برد. در اول کار، سعی کنید در چند تلاش اول حضور داشته باشید. بعد از این که به چندتایی از هدف‌ها رسیدید، کم‌کم خودتان را کنار بکشید.

۹- در صورتی که چند فعالیت اول طبق برنامه پیش نرفت، ناامید نشوید. اگر پیگیر باشید ممکن است به نتایجی راضی‌کننده برسید.

۱۰- وقتی می‌بینید که بیمار دارد عصبی و مضطرب (نگران) می‌شود، اصرار نکنید. یکی دو روز استراحت بدهید و بعد دوباره شروع کنید.

نکته:

برای خیلی از بیماران روانی ناتوانِ راحت‌تر این است که کارها را تنهایی انجام بدهند. با دیگران بودن، به خصوص با افراد خانواده، می‌تواند به آن‌ها فشار وارد کند.

کمک به کسانی که نمی‌توانند به خوبی کار کنند

بعضی از افرادی که با آن‌ها برخورد می‌کنید ممکن است میل داشته باشند کارهایی انجام بدهند، اما متوجه می‌شوید که نمی‌توانند کار را به خوبی قبل یا به تندی قبل انجام بدهند. این نوع افراد هم به کمک‌تان احتیاج دارند. قبل از این که به این افراد کمک کنید، با دکتر صحبت کنید که مبادا خوب کار نکردنِ شان به خاطرِ اثرِ جانبیِ دارو باشد. اگر مشکل به علتِ دارو نبود و اگر قبلاً توانسته باشید اعتمادِ بیمار را به دست آورده باشید، پس همان کارهایی را انجام بدهید که در بالا گفته شده. در این حالت به خصوص، خیلی خیلی مهم است که بیمار برای هر کاری که به خوبی انجام می‌دهد تحسین بشود یا جایزه بگیرد. ممکن است بیمار از کار کردن با دیگران هم خوشحال‌تر بشود و از آن‌ها به عنوان الگو هم استفاده کند.

۱- با بیمار، اعضای خانواده، و افرادی که قبلاً با آن‌ها کار می‌کرده صحبتی در این باره داشته باشید که او قبل از بیماری معمولاً کارها را چطور انجام می‌داده و از چه کارهایی هم خوشاش می‌آمده.

۲- با کارفرما هم در این باره صحبتی داشته باشید (البته اگر بیمار در استخدام باشد) که بیمار کدام وظایف را به خوبی انجام نمی‌دهد و از او درخواست کنید که به بیمار کمک کند.

۳- فهرستی از کارهایی که فرد نمی‌تواند به خوبی انجام بدهد و به تقویت احتیاج دارند تهیه کنید.

۴- مطمئن بشوید که این فعالیت‌ها آن‌هایی هستند که فرد قبل از بیماری معمولاً انجام می‌داده و نه کارهای تازه‌ای که لازم است یادگرفته شوند.

- ۵- در تنظیم این فهرست اول با وظیفه‌هایی شروع کنید که ساده‌تر اند و کم‌کم به سمت وظیفه‌های سخت‌تر جلو بروید.
- ۶- فهرست را با خود بیمار در میان بگذارید و او را به همکاری راضی کنید. اگر خودداری کرد، اصرار نکنید. بعد از چند روز دوباره امتحان بکنید. این کار را تا زمانی که راضی‌اش کنید تکرار کنید.
- ۷- اگر با وجود بارها تلاش، باز هم از همکاری خودداری کرد، این مسئله را به دکتر بگویید تا به شما بگوید بعد از این چه باید کرد.
- ۸- بعد از این که بیمار را به همکاری راضی کردید، از او بخواهید فعالیت‌هایی را که در فهرست نوشته شده‌اند به‌طور منظم انجام بدهد. در اول کار سعی کنید که در چند فعالیت اول حضور داشته باشید. بعد از رسیدن به هدف‌ها کم‌کم خود را کنار بکشید.
- ۹- اگر کاری را به خوبی انجام داد، مطمئن بشوید که جایزه‌ای برای این کار بگیرد - مثل هدیه‌ای کوچک یا تحسین کردن، یا کوپنی که بعدا با آن بتواند چیز دلخواهی بخرد.
- ۱۰- در صورتی که چند فعالیت اول بر طبق نقشه پیش نمی‌روند ناامید نشوید. اگر پیگیری کنید ممکن است نتایج راضی‌کننده‌ای بگیرید.
- ۱۱- وقتی می‌بینید بیمار دارد عصبی و مضطرب (نگران) می‌شود اصرار نکنید. یکی دو روز استراحت بدهید و بعد دوباره شروع کنید.

انواع کارهایی که بیمار روانی ناتوان می‌تواند انجام بدهد^{۴۳}

فعالیت‌های درامدزا:

مرغ‌داری، ماهیگیری، پرورش ماهی، چرای گاو و بز، شیردوشی، آب یا هیزم آوردن برای همسایگان، چوپانی، شخم‌زنی زمین، برنج درو کردن، میوه و سبزی کاری، فروش سبزی‌جات و میوه، کار در قهوه‌خانه، کار در مغازه‌های کوچک، کارگری ساختمانی، کارگری ساده.

تایپ کردن/ کار با کامپیوتر، خیاطی، کار با دستگاه فکس، کار با دستگاه فتوکپی، اپراتوری تلفن، شم‌سازی، نانواپی، پرینت گرفتن و غیره.

کمک به خانواده:

سبزی خرد کردن، خرید، پخت‌وپز، شستن ظرف و ظروف، لباس شستن، آماده کردن سفره‌ی غذا برای خانواده، تمیز کردن برنج، آب آوردن یا هیزم آوردن، چوپانی، رفتن به اداره‌ی پست.

^{۴۳} - معلوم است که فهرست این کارها در هر محل و هر موقعیتی می‌تواند با فهرست بالا فرق‌هایی داشته باشد.

راهنمای ۸

کمک به افراد دچار ناتوانی عاطفی-هیجانی

در این راهنما یاد می‌گیرید که به افراد زیر چطور کمک کنید:

- کسانی که احساسات کمی نشان می‌دهند، یا احساساتی خیلی کمتر از قبل نشان می‌دهند؛
- کسانی که احساساتی نشان می‌دهند، اما احساساتشان متناسب با شرایط مختلف نیست.

کمک به افرادی که از خود بی‌احساسی (دل‌مرده‌گی، بی‌عاطفه‌گی) و ناتوانی در لذت

بردن نشان می‌دهند یا حساسیت عاطفی-هیجانی ندارند

ناتوانی در نشان دادن احساسات بیشتر وقت‌ها نشانه‌ی شروع روان‌پریشی است. در این نوع بیمارها، این ناتوانی خیلی زودتر از بقیه‌ی نشانه‌های روان‌پریشی خودشان را نشان می‌دهد. شما نبایستی این حالت را با افسردگی اشتباه بگیرید. افراد افسرده از زودرنجی کنترل‌نشونده، نفرت، و خشم نسبت به عزیزان، غم، و بی‌قوتی در انجام کارهایی که قبلاً به آسانی می‌کردند رنج می‌برند. برعکس این رنج‌هایی که آدم افسرده به راحتی آن را به زبان می‌آورد، اگر از افراد دچار ناتوانی عاطفی در باره‌ی احساس‌هایشان پرسیده شود چیز زیادی نمی‌گویند یا ممکن است دیگران را متهم کنند که مزاحم حواس‌شان می‌شوند.

ممکن است ناتوانی اجتماعی و عاطفی قدری برای تان بی‌اهمیت باشند، اما اعضای خانواده ممکن است این واقعیت برای‌شان خیلی سنگین باشد که عضو مهربانی از خانواده حساسیت مهرآمیز و عاطفی خود را از دست داده است. اعضای خانواده ممکن است احساس بی‌محل شدن کنند و ممکن است آن‌ها هم با بی‌محلی به بیمار رفتار او را جواب بدهند.

نکته‌ی مهم این است که شما در باره‌ی این احساسات با خانواده صحبت کنید، و آن‌ها را مطمئن کنید که احساس‌های آن‌ها در باره‌ی بی‌محل‌ی نتیجه‌ی طبیعی ناتوانی عاطفی بیمار است.

۱- موقع صحبت کردن در باره‌ی حساسیت احساسی و عاطفی با بیمار، همسر و باقی خانواده باید خیلی احتیاط کنید. به خصوص این کار ممکن است به افراد ناتوان فشار زیادی وارد کند، هرچند که ظاهراً ممکن است خود را بی‌خیال نشان بدهند.

۲- برای خانواده توضیح بدهید که نداشتن حساسیت عاطفی یک نوع ناتوانی مربوط به بیماری روانی است، و تقصیری آگاهانه از طرف شخص نیست. این وضع با داروهایی که بیمار می‌خورد ممکن است بدتر هم بشود.

۳- با حوصله و چندین بار به خانواده توضیح بدهید که نشان دادن حس مهر و محبت، و همین‌طور بی‌محل‌ی به بیمار هر

دو می‌توانند برای فرد ناتوان عاطفی ضرر داشته باشند.

۴- آن عضو خانواده را که از همه بیشتر به بیمار نزدیک است شناسایی کنید. با این شخص تمرین کنید که به چه شکلی در برابر برخوردهای بی‌احساس بیمار در مقایسه با قبل خونسرد و آرام باشد. در اول کار این عضو خانواده ممکن است این تمرین‌ها را بچه‌گانه ببیند؛ اما بعد از قدری پیگیری از طرف شما، برای‌اش تجربه‌ای راضی‌کننده می‌شود که می‌فهمد با اصرار نکردن‌اش بر روی حساسیت عاطفی بیمار، این احساسات عاطفی کم‌کم با سرعت آهسته‌ی خود بیمار به او برمی‌گردند.

کمک به افرادی که نسبت به شرایط، احساسات نامتناسبی نشان می‌دهند

برای افراد ناتوان عاطفی، کارِ توان بخشی ربط زیادی با خود بیمار ندارد، بلکه به خانواده‌ی او مربوط است: هر قدر که خانواده به ناتوانی عاطفی کمتر توجه کند، همان قدر شانس بهبود بیمار بیشتر می‌شود.

برای توان بخشی بیمارانی که احساسات نامناسبی نسبت به شرایط مختلف نشان می‌دهند باید بیشتر از خود فرد ناتوان بر روی خانواده تمرکز کرد، شبیه افرادی که حساسیت عاطفی‌شان را از دست داده‌اند.

- ۱- با اعضای خانواده در باره‌ی این حس‌شان صحبت کنید که می‌بینند بیمار در مواردی احساساتی نشان می‌دهد که به نظر می‌آید کاملاً از مرحله پرت است، و سعی کنید که آن موارد را خودتان شناسایی کنید. با آن‌ها در باره‌ی راه‌های دیگر برای برخورد درست با این موارد در آینده صحبت کنید.
- ۲- به اعضای خانواده کمک کنید تا در وضعیت‌هایی که شاهدند بیمار احساساتی کاملاً پرت نشان می‌دهد احساس خودشان را شناسایی کرده و در صورت امکان آن‌ها را برای شما شرح بدهند. متوجه خواهید شد که اعضای خانواده با بی‌محلی کردن به بیمار، شرم، مراقبت بیش از حد از بیمار یا انکار با این رفتارها برخورد می‌کنند.
- ۳- ممکن است بتوانید بیمار را، به شکلی آسوده و با تمرین‌های نقش بازی کردن، در برابر همان وضعیت‌هایی بگذارید که در آن‌ها احتمال دارد احساسات نامناسب نشان بدهد. هر وقت که احساسات مناسب به این وضعیت‌ها نشان داد تأیید و تحسین‌اش بکنید.

نمونه‌ای از این بیماران:

برادر ۱۸ ساله‌ی یک فرد ناتوان عاطفی در تصادف خیابانی کشته شده است. خانواده با برنامه‌ای حساب شده برای توان بخشی بیمار، از او می‌خواهند که در مراسم عزاداری شرکت کند. در اوج مراسم، در لحظه‌ای که جنازه را در قبر می‌گذارند، بیمار شروع می‌کند به خنده و می‌گوید: "می‌دانید من هم یک روز غروب، ابری بودم در آسمان". و بعد هم خنده‌کنان به کسانی که در کنارش ایستاده‌اند می‌گوید: "چاله کندن در زمین کار درستی نیست. فقط باعث می‌شود که کرم از زمین بیرون بیاید". و دوباره خنده را سر می‌دهد.

این که خانواده را راضی کنید که فرد ناتوان را با هدفِ توان بخشی اجتماعی به مراسم عزاداری ببرند کاری قابل تحسین است، اما باید این احتمال را هم می دادید که او در این مراسم ناتوانی عاطفی نشان بدهد، و باید همراه با خانواده مطمئن می شدید که همه ی حاضرین، بدون این که از رفتار او برداشت های بد داشته باشند، آماده ی روبرویی با این وضعیتِ عجیب هستند.

پیوست‌ها:

باز هم افسردگی

غمگینی فقط جزء کوچکی از افسردگی است. این کسالت با غمگین بودن فرق دارد. ممکن است آدمی افسرده باشد، اما اصلاً غمگین نباشد. این اختلال مشکلات بسیار زیادتری ایجاد می‌کند، حتی مشکلات جسمی مختلف. افسردگی گه‌گاهی چیزی است مثل سرماخوردگی که برای روان پیش می‌آید. اما افسردگی طولانی‌مدت یا شدید روان‌نژدانه می‌تواند بر روی خُلق، احساس، فکر کردن (تحریف فکر در مغز، و نگاه کج و کوله به واقعیت‌ها و به کل زندگی)، و بر روی زندگی روزمره (مثل خواب، خوراک، کار) اثر شدید بگذارد، و در موارد شدیدتر فکر خودکشی را ایجاد کند. این مسئله یکی از شایع‌ترین مشکلات روحی است که در همه‌ی جهان در بین زنان شایع‌تر است. اما در جوامع دچار قیدوبند بیشتر (دارای خودبیان‌گری کمتر و عقلانیت کمتر)، و به خصوص، با تبعیض جنسیتی بیشتر در خانه و جماعت و جامعه، زنان با تعداد و شدت بسیار بیشتری دچار این رنج می‌شوند؛ رنجی که احتمال اقدام به خودکشی را نسبت به مردان در آنان بالا می‌برد.

۵ چیز که باید در باره‌ی افسردگی بدانید:

۱- افسردگی وضعیتی است واقعاً نیازمند درمان؛

۲- افسردگی می‌تواند به معنای دقیق کلمه آسیب برساند؛

اگر هر یک از این حال‌ها را به مدت حداقل ۲ هفته حس کنید، ممکن است درگیر افسردگی شده باشید:

- خُلق غمگین، مضطرب، یا حس "پوچی"؛

- احساس ناامیدی و بدبینی؛

- زودرنجی؛

- احساس گناه، بی‌ارزشی، یا درمانده‌گی؛

- خستگی یا انرژی کم

- سخت خوابیدن، زودتر بیدار شدن، زیاد خوابی؛

- نداشتن علاقه یا لذت نبردن از سرگرمی‌ها و فعالیت‌هایی که قبلاً داشته؛

- کندتر حرف زدن یا کندتر حرکت کردن؛

- بی‌قرار بودن یا مشکل در یک‌جا نشستن؛

- مشکل در تمرکز، به‌خاطر سپردن، یا تصمیم‌گیری؛

- تغییر اشتها (پر خوری یا کم خوری) یا وزن؛

- احساس تنفر نسبت به فرد، افراد یا جامعه؛

- احساس دلتنگی نسبت افراد نزدیک و عزیز؛

- آشفتگی روان

- فکر کردن به مرگ یا خودکشی، یا راه‌های اقدام به خودکشی؛

- انواع درد جسمی، سردرد، گرفتگی عضله، یا مشکلات گوارشی بدون علت جسمی واضح که حتی با درمان هم خوب نمی‌شوند؛

۳- بعضی از افسردگی‌ها فقط در زنان پیش می‌آیند. افسردگی به شکل‌های مختلفی بر روی آنان تاثیر می‌گذارد؛ مثل افسردگی‌های حامله‌گی، پس از زایمان، قاعدگی، چرخه‌ی قاعدگی، بحران پیشا-یائسگی و میان‌سالی؛

۴- افسردگی می‌تواند درمان بشود؛ با دارو یا گفتار درمانی؛

۵- افسردگی در همه‌ی مردان و زنان به یک شکل ظاهر نمی‌شود.

سلامت روان

در پیش‌سخن از سلامت روان و بهداشت روان صحبت شد، اما تعریف اکثریت دانشمندان از سلامت روان، فقط تعریفی است توصیفی. اما باید دو نوع تعریف داشته باشیم: تعریف توصیفی و تعریف هنجاری (اخلاقی یا ارزشی) سلامت روان. ممکن است کسی افسرده و مضطرب نباشد، اما باز هم احساس سلامت روان (یا وجدان و اصطلاحاً "روح") نکند، چون از نظر اخلاقی دچار دغدغه‌هایی است که به کلی او را به هم می‌ریزد، مثلاً حس می‌کند -یا واقعاً- با کسی یا کسانی ضد اخلاقی رفتار کرده یا می‌کند. این نوع سلامت هم باید مورد توجه روان‌شناسی علمی باشد. از طرف دیگر، از نظر روان‌شناسان، روان‌کاوان و فیلسوفان وجودگرا و انسان‌گرا، اضطراب‌هایی همیشگی در انسان وجود دارند، مثل اضطراب آزادی، تنهایی و مرگ. این‌ها در کنار مشکلات اعصاب و روان -به شدت بر روی رفتار و خلق عمومی فرد در تمام عمر تاثیر می‌گذارند و روان‌رنجوری یا روان‌نژندی‌هایی دائمی ایجاد می‌کنند که نیازمند ترمیم و توجه هستند. روان‌نژندی و روان‌رنجوری هر گونه ناهنجاری عاطفی و روحی است که در آن، فرد مبتلا ارتباطش با واقعیت قطع نشده، اما روابط موثر، سازنده و مناسب با محیط ندارد.

سلامت روان و هرم مازلو

در پیش‌سخن، تا حدودی با تعریف‌های سلامت روان آشنا شدیم. همه‌ی آن‌ها بر روی خود فرد و قدرت انطباق او با شرایط پرنوسان بیرونی تمرکز داشتند. اما نباید از یاد برد که هر فرد در جامعه‌ای زندگی می‌کند. روان‌شناسی اجتماعی مطالعه‌ی علمی و روش‌مند شیوه‌ی فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن انسان‌ها در حضور مستقیم و ضمنی دیگران است. هم‌چنین مطالعه‌ی رفتار و افکار و احساسات انسان‌ها، وقتی به عکس‌العمل دیگرانی فکر می‌کنند که در آن زمان و مکان نیستند، در حوزه روانشناسی اجتماعی است. مطالعه علمی تعامل انسان‌ها و مجموعه آگاهی‌های مربوط به تعامل انسان‌ها که از چنین مطالعه‌ای حاصل می‌شود به معنای جامعه‌شناسی است. جامعه‌شناسی یکی از علوم اجتماعی است که بر بررسی جامعه، رفتار اجتماعی انسان، الگوهای مناسبات اجتماعی، رابطه‌ی اجتماعی و جنبه‌هایی از فرهنگ مرتبط با زندگی روزمره تمرکز دارد. در هر دوی این نوع بررسی‌ها معلوم می‌شود که رفتار هر جمعی بر روی فرد درون آن تاثیر می‌گذارد. به همین دلیل، سلامت روانی فرد را نمی‌توان کاملاً بدون توجه به شرایط اجتماعی محیطی او فهمید. در جامعه‌ای که "خودبیان‌گر"تر است، طبعاً احتمال بالا رفتن افسردگی کم می‌شود و برعکس، جامعه‌ای که بیشتر دهان‌ها بسته اند، افسردگی بالاتر می‌رود. جامعه‌ای که ارزش‌های سکولار-عقلانی قوی‌تری دارد، طبعاً تفاوت‌های زیادی از نظر سلامت روانی با جامعه‌ی ضعیف‌تر دارد. نتیجه‌ی برهم‌کنش این دو خصوصیت از یک طرف قیدوبند بر دست‌های فرد است و از طرف دیگر قدرت انتخاب بالاتر. در این‌جا است که به‌خوبی می‌بینیم شرایط اجتماعی نقش پررنگی در تامین سلامت روان بر یک فرد خاص و بر کل جامعه دارند. (نک: نمایی از توسعه‌ی انسانی، بخش کتاب‌ها در سایت عدم خشونت).

با توجه به نکته‌ی مهم بالا، باز هم می‌توانیم به سراغ چندوچون سلامت روان برویم، اما همیشه در نظر داشته باشیم که خصوصیتی که قبلاً گفته شدند و در زیر هم مطرح می‌شوند، همگی در زیر سایه‌ی شرایط جمعی رشد می‌کنند، بارور می‌شوند و یا تخریب می‌کنند.

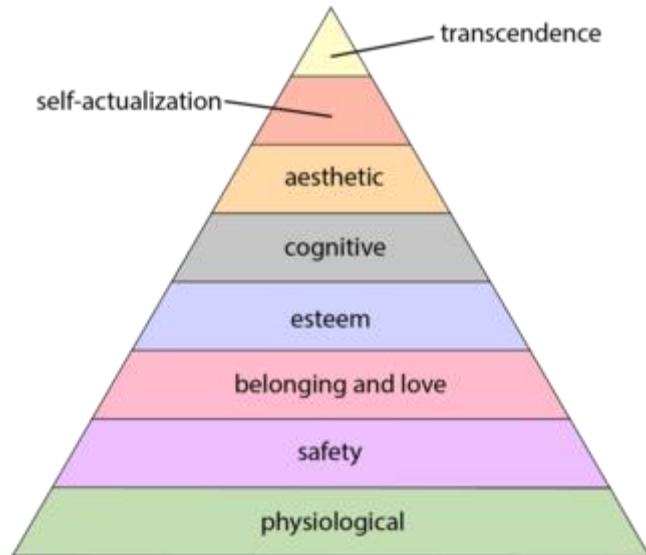
هرم نیازهای مازلو

آبراهام مازلو (مزلو) یکی از روان‌شناسانی است که در کنار کارل راجرز روانشناسی انسان‌گرا را بنا کردند. او، برخلاف بسیاری از روان‌شناسان و روانکاوان پیشین خود که فقط به درمان بیماری‌ها توجه داشتند، به انسان سالم و رشدیافته و شاد هم فکر کرد.

نظریه‌ی هرم سلسله نیازهای مازلو اول از همه در بهداشت روانی و بعد در آموزش و مدیریت اهمیت پیدا می‌کند. او ادعا می‌کرده که اگر این نیازها (نیازهای جسمی؛ امنیت؛ عشق و تعلق؛ "حرمت نفس، عزت نفس و اعتماد به نفس، و احترام اجتماعی") تامین بشوند، نیازهای شناختی و بعد نیازهای زیبایی‌شناختی و بالاتر از آن نیاز به خودشکوفایی برای انسان مطرح می‌شود. انسان خود شکوفا از نظر روانی سالم است. اما او باز هم جلوتر می‌رود و به سراغ تامین نیاز تعالی و "اوج‌گیری -

معنوی" می‌رود.

مزلو تأکیدی بر شکلی هرمی این نیازها نداشته، اما دیگران آن‌ها را به این شکل تصویر کرده‌اند:



همان‌طور که در بالا اشاره شد، نیازها می‌توانند به این شکل هم تصور بشوند

هر قدر از اولین طبقه‌ی پایین به بالا می‌رویم، نیازها از جنس روانی‌تر می‌شوند.

نیازهای کمبودی: نیازهای کمبودی: نیازهای جسمی، ایمنی، اجتماعی، و حرمتِ نفسِ نیازهای کمبودی اند، که به‌خاطر محرومیت اند. تامین و ارضای این نیازهای سطحِ پایین برای خودداری از احساس‌ها و پیامدهای ناخوشایند مهم است.

نیازهای رشدی: مازلو نیازهای بالای مثلث را نیازهای رشدی نامید. این نیازها از نبودِ چیزی ریشه نمی‌گیرند، بلکه در عوض از میل به رشد به‌عنوان یک انسان مایه می‌گیرند.

اگر نیازهای کمبودی کاملاً تامین نشوند، آدم به سراغ نیازهای بالاتر نمی‌رود، اختلال رفتاری پیدا می‌کند و در نتیجه به خودشکوفایی (یعنی سلامتِ روانِ کامل) نمی‌رسد. خودشکوفایی و اوج‌گیری-معنوی بالاترین مراحل تودرتویی هستند که یک انسانِ سالم به آن می‌رسد.

برداشت‌های مختلفی از نظریه‌ی انگیزش و رشدِ انسان سالم و شادِ مازلو شده است. انتقاداتِ زیادی هم به علمی بودنِ تفصیلی این نظریه وارد شده. اما بدون ورود به بحثِ کارکردِ این سلسله مراتبِ پایین به بالا، می‌توان به نیازهایی اساسی که او برای انسان رشد یافته نشان داده توجه کرد و تلاش کرد تا حداقل آن‌ها را تامین کرد. این نگاه، برداشتی سرانگشتی و از سرِ عقل سلیم برای تامینِ بهداشتِ روانی می‌تواند باشد، نه بر مبنای پژوهش‌های روان‌شناسی و علوم انسانی و نیز بالاتر از آن‌ها نه بر اساسِ مطالعاتِ عینی-پژوهانه و عملکردِ نورون‌های آینه‌ای و اعصاب و روان.

مطالعات روان‌شناسی گسترده و متنوعی لازم است تا تاثیر بود و نبود یک نیاز تامین شده را در گروه‌های متنوع قومی، نژادی، جنسی، درآمدی و ... تحت مطالعه قرار دهند. اما از آن بالاتر حرف از تاثیر فیزیکی حرکات سلول‌های عصبی و مواد عصب‌رسانه‌ای است که دانش‌مندان ثابت می‌کنند مغز ما و در نتیجه‌ی آن رفتار ما تحت تاثیر رفتار آن‌ها است. نظریه‌ی مازلو این نوع امتحان‌ها را هم پس نداده.

با این حال می‌توان به این مصالحه هم رسید که ارضا یا ارضا نشدن این یا آن نیاز می‌تواند، مثل ماشه‌ی اسلحه، محرک عصبی خاصی را در مغز شروع کند که کم‌کم یا ناگهان رفتار خاصی را در انسان شکل می‌دهد.

در هر صورت، فهرست نیازهای مازلویی در زیر می‌آید تا بتوان برای تامین بهداشت روانی از آن‌ها استفاده‌ی عمومی کرد.

نیازهای جسمی:

هوا، دمای مناسب، پوشاک، خوراک، بهداشت فردی، نور، آب، ادرار کردن، دفع (توالت رفتن)، سرپناه، روابط جنسی، خواب.

نیازهای ایمنی:

سلامتی، امنیت شخصی (شامل سرپناه امن)، امنیت عاطفی، امنیت مالی

نیازهای عشق و تعلق اجتماعی:

خانواده، دوستی، صمیمیت، اعتماد، پذیرش از طرف دیگران، داد و ستد عشق و دلبستگی (البته مازلو تاکید می‌کند که دادن (و نه گرفتن) بی‌چشمداشت عشق، مهر و دلبستگی به دیگری، به‌خودی‌خود، از نشانه‌های رفتار انسان خودشکوفا است.

نیاز به احترام / نیاز به قدر و قیمت

نیازهای سطح بالای عزت نفس (حرمت نفس)، اتکا به نفس، توان‌مندی، کفایت، استادی در کار، استقلال و آزادی، و نیازهای سطح پایین‌تر دریافت احترام از دیگران، منزلت، آدم حساب شدن، شهرت، آبرو، و توجه.

بیشتر آدم‌ها به احترام با ثبات نیاز دارند، یعنی احترامی که مستقیماً بر پایه‌ی ظرفیت یا دستاوردهای واقعی‌شان باشد.

نیازهای شناختی

خلاقیت، آینده‌نگری (دوراندیشی)، کنجکاوی، و معنا کردن

نیازهای زیباشناختی:

در طی زندگی روزمره، درک زیبایی‌ها، لذت بردن از آن‌ها، بیان آن‌ها و زیبا کردن خود.

نیازهای خودشکوفایی:

یافتن شریک عاطفی، والد شدن، استفاده از/ تکامل استعدادها و توانایی‌ها، دنبال کردن اهداف. البته ممکن است کسانی باشند که در کنار تامین سایر این نیازها، خودخواسته یا ناخواسته والد نشوند، اما دارای حس والد بودن نسبت به کسی یا کسانی یا همگان باشند.

مازلو معتقد است "آن‌چه که انسان می‌تواند باشد، باید بشود." این یعنی شکوفایی. معنای آن این است که آدمی که در مسیر سلامت جلو می‌رود به مرحله‌ای می‌رسد که بتواند اکثر یا همه‌ی ظرفیت‌های درونی‌اش را در بیرون عملی و شکوفا کند.

نیازهای اوج‌گیری و معنوی (استعلاء)

مزلو بعداً بالای مثلث را دو قسمت کرد تا بتواند نیازهای معنوی را در آن جا بدهد. نیازهای معنوی با انواع نیازهای دیگر فرق دارند، چون می‌توانند در چندین سطح ارضا بشوند. وقتی این نیازها تامین بشوند، احساس یک‌دلی و صداقت ایجاد می‌کند و مسائل را به مرحله‌ی وجودی بالاتری می‌کشاند. مازلو بازهم نظری دیگر اضافه کرد: انسان شکوفایی کامل را در بخشش و دهش (رایگان بخشی) خود به چیزی ورای شخص خود پیدا می‌کند، مثلاً در دگردوستی (هم‌نوع دوستی) یا معنویت. او این را با میل به رسیدن به ابدیت برابر کرد. "اوج‌گیری (استعلاء) به سطوح بسیار بالا و بسیار فراگیر (یا کل‌نگر) خودآگاهی، رفتار و ارتباط با همه‌ی باشنده‌ها و هستی " به عنوان هدف و نه ابزار" اشاره می‌کند، چه آن‌که با خود، با اشخاص مهم دیگر از نظر خود، با کل انسان‌ها، با گونه‌های دیگر موجودات، با طبیعت، و با کل کیهان باشد.

در جایی دیگر او معتقد است که انسان خودشکوفا کسی است که به دیگری یا دیگران، بدون نیاز به پس گرفتن چیزی عشق می‌ورزد و همگویی می‌کند. (نک: اپیزود ۴۵ / قلب شناسی، در باب عشق / پادکست رواق)

مازلو تامین ناقص و ارضای ناقص نیازها را عامل روان‌نژندی و روان‌رنجوری می‌داند. به این ترتیب، ممکن است کسی نیازهای قبل از خودشکوفایی را کاملاً تامین کرده باشد، اما روان‌رنجوری در او ظاهر شود.

از طرفی دیگر، پس از تامین نیازهای جسمی و ایمنی که بیشتر غیر روانی اند، این طور نیست که انسان حتماً باید مرحله‌ی

بعدی را به طور کامل طی کند و ارضا بشود و بعد به سراغ تامین نیاز مرحله‌ی بعدتر برود. هر فرد همزمان به سراغ تامین نیازهای چندگانه‌ی بالاتر می‌رود و در هر یک از آن عرصه‌ها می‌تواند قدمی به جلو بگذارد. مثلاً یک آدم ۴۰ ساله، ممکن است در هر یک از چند طبقه‌ی آخر توانسته باشد بخشی از نیازهایش را تامین کند، اما لازمه‌ی رسیدن به خودشکوفایی کامل احساس بی‌نیازی از نیازهای مراحل قبلی است.

مثلاً کسی می‌تواند خودشکوفای شده باشد، اما نیم‌گرسنه بتواند زندگی را بگذراند، یا اصلاً احترام اجتماعی نداشته باشد. از طرفی دیگر در عین تقلا برای نیازهای جسمی اصلی، همزمان نیاز به ایمنی و دریافت عشق و تعلق، و احترام اجتماعی و عزت نفس داریم. برای بعضی‌ها هم ممکن است نیاز به عشق و تعلق، بعد از نیاز به عزت نفس مطرح بشود. در هر صورت تامین همزمان هر یک از این نیازها به درجات مختلفی لازم است.

شادمانی عمیق یا نقطه‌ی اوج تجربه‌ها در هر یک از این مراحل، رویداد عاطفی پرشوری است که انسان را دچار حال جذبه، "بی‌خودی" و از یاد بردن نفس خود یا شادمانی بسیار بسیار عمیق درونی می‌کند. این حال گذرا است و دائمی نیست. مازلو می‌گوید برای احساس رفاه و شادی لازم است انسان بپذیرد که این لحظات همیشگی نیستند و نباید باشند.

به‌تصور مازلو آدم‌های خودشکوفای این خصوصیات را دارند:

- واقعیت را به طور موثر درک می‌کنند و می‌توانند برآورده نشدن انتظاراتشان را به‌خوبی تحمل کنند؛ پذیرش کوتاهی‌های خود و دیگران، همراه با شوخی و رواداری (تحمل)
- خود و دیگران را به خاطر آنچه هستند می‌پذیرند؛
- در افکار و اعمال، خودجوش و خودانگیزه هستند؛
- مشکل‌محور هستند نه خودمحور؛
- شوخی می‌کنند، اما نه نسبت به دیگران. به این معنی که می‌توانند به کارهای خودشان بخندند؛
- قادرند که به زندگی به صورت عینی نگاه کنند؛
- بسیار خلاق هستند؛
- مقاومت در برابر فرهنگ‌پذیری، اما نه به صورت لج‌بازانه؛
- نگران رفاه انسان‌ها هستند؛
- توانایی درک عمیق از تجربیات پایه‌ی زندگی را دارند؛

- ایجاد روابط صمیمانه‌ی رضایت‌بخش عمیق با تعداد کمی از افراد؛
- به حفظ حریم خصوصی و داشتن فرصت خلوت نیاز دارند؛
- با دیگران آزادنگر برخورد می‌کنند؛
- قواعد اخلاقی قوی برای خود دارند؛
- قدرشناسی تازه به تازه از اعطاشده‌های هر روزه‌ی هستی، حتی طلوع و غروب آفتاب.

باز هم به نظر او رفتارهایی که باعث خودشکوفایی می‌شوند، از این نوع هستند:

- زندگی کردن مثل یک کودک، با موشکافی و تمرکز بالا؛
- امتحان کردن چیزهای جدید به جای پیروی از مسیرهای پذیرفته‌ی کهنه؛
- توجه به درک خود در ارزیابی تجارب، به جای در نظر گرفتن سنت‌ها و نظر اکثریت؛
- خودداری از تظاهر؛
- آمادگی برای رد شدن نظرات و ایده‌های‌شان؛
- قبول مسئولیت و سخت‌کوشی.

نشانه‌های دیگر سلامت جسمی و روانی

بلوغ کامل انسان، بنا به قول یک روان‌شناس، به ترتیب به ۴ دسته بلوغ تقسیم می‌شود:

- بلوغ جسمی: رسیدن به خصوصیات و توان‌مندی‌های جسمی یک انسان کامل؛
- بلوغ جنسی: رسیدن به توان‌مندی تولید مثل که نیازمند تغییرات جسمی و هورمونی لازم است (در این میان، کسانی هستند که در عین سالم بودن رفتارشان، جنسیت‌شان دقیقاً با الگوهای دگرجنس‌گرایی "کمی یا خیلی" فاصله دارد.)؛

- بلوغ عقلی: رسیدن به توان مندی انتزاع و تجرید و توانایی‌های دیگر ذهنی و استدلالی؛

- بلوغ عاطفی-هیجانی: رسیدن به حس والد شدن (طبیعی است که حس والد شدن با خودِ والد شدن فرق دارد. ممکن است کسی امکان والد شدن را پیدا نکرده باشد، اما نسبت به کسی یا کسانی یا همگان احساس والد بودن کند).

طبعاً با توجه به این نگاه، نقص در رسیدن به این توانایی‌ها می‌تواند علتِ روان‌رنجوری و روان‌نژندی باشد.

همان‌طور که گفته شد، در این یادداشت، نکته‌ی مهم، خصوصیتی بودند که برای شناختِ سلامتِ روانی پیشنهاد شده بودند. این فهرست‌ها هنوز بر اساس مطالعاتِ دقیقِ علمی اثبات نشده‌اند، اما می‌توان به عنوانِ راهنمایی سرانگشتی برای ارزیابیِ خود و در مواردِ کمتری برای کمک به دیگران از آن‌ها استفاده کرد.

گوش دادن فعال چیست؟

"گوش دادن فعال" فرایندی شناختی، آگاهانه، و عمدی است. وقتی در خیابان راه می‌رویم، صداهای زیادی را "می‌شنویم"، اما وقتی که سعی می‌کنیم منبعِ یک صدای خاص و کیفیتِ آن را کشف کنیم، در حال "گوش کردن" هستیم. زمانی که در حال گوش دادن فعال هستید، روی آنچه گفته می‌شود تمرکز بالایی دارید و تمام حواس و توجه خود را درگیر شخصی می‌کنید که در حال صحبت کردن است. در گوش کردن فعال این نکات باید رعایت بشوند: بی طرفی و بی‌قضاوتی در موقع صحبت‌های دیگری، صبور بودن (در زمان‌هایی که نیاز به سکوت هست)، نشان دادنِ بازخوردهای (عکس‌العمل‌های) کلامی (مثل گفتنِ "بله"، "متوجه می‌شوم"، "بله، می‌فهمم"، "شما را درک می‌کنم")، و غیرکلامی برای نشان دادن توجه و گوش دادن‌تان به او (یعنی استفاده از زبانِ بدن، مثلاً لبخند زدن، تماس چشمی اعتمادبخش و پذیرنده‌ی مخاطب (نگاه کردن به چشم و باقی صورت و بدنِ او، تقلید مناسب [نه آزار دهنده‌ی] رفتار و حرکاتِ مخاطب، تکان دادن سر به معنای درک کردنِ او)، سوال پرسیدن برای دریافتِ اطلاعات بیشتر یا فهم بیشتر، خلاصه کردنِ به موقعِ صحبت‌های مخاطب با جملاتِ خودمان و نه با جملاتِ او. اما این رفتارها در گوش کردنِ فعال نباید انجام بشود: با چشم خیره شدن، نداشتنِ تماسِ چشمی، قطع کردن و پریدن توی صحبتِ او، نشان دادنِ بازخورد زیاد و بی موقع، فراموش کردنِ آنچه که لحظات قبل گفته شده، درخواستِ نالازمِ جزییات بیشتر (مخصوصاً در موردِ رازهای او) و فراموش کردنِ تصویرِ مسائلِ بزرگتر، نادیده گرفتنِ آنچه نفهمیده‌اید (مثلاً باید بگوییم که: "ببخشید! من این نکته را نفهمیدم")، در فکر فرو رفتن، وانمود کردن به گوش دادن (در حالی که واقعا و فعالانه گوش نمی‌دهیم).

گفته شده که بیشترِ مردم نه برای فهمیدنِ حرف دیگری، بلکه برای جواب دادن به حرف‌های گوینده وانمود می‌کنند که دارند گوش می‌دهند. (نقل از سایت خودشکوفای)

مهارتِ گوش دادنِ فعال، هنری است که، قبل از هر کارکردِ درمانی و پیشگیرانه، نقش مهمی در نجاتِ تمدنِ بشری و

پیشگیری از هر نوع کینه یا دشمنی احتمالی بین افراد و درون خانوار و خانوارها و جماعات، و بین افراد و اجتماعات با دولت‌شان و بین دولت‌های مختلف دارد. این مهارت مقدمه‌ی اصلی وادارسازی طرف مقابل به شروع گفتگوی سازنده است. پس از اقدام به گوش دادن فعال است که ممکن است گفتگوی سازنده شروع شود.

آشنایی بیشتری با گوش دادن فعال:

گوش دادن فعال (Effective Listening) یکی از مهارت‌های مهم هر انسانی و به‌خصوص هر مشاور است:

"شنیدن" اتفاقی است که به‌شکل غیر ارادی انجام می‌شود. بخش اصلی این فعالیت در گوش انجام می‌گیرد. اما گوش کردن، آن‌هم "گوش کردن فعال" کاری است کاملاً ارادی و بخش اصلی آن در مغز انجام می‌گیرد. شنیدن کاری است فیزیولوژیک، اما گوش کردن کاری شناختی است.

بعضی از مشخصات گوش دادن فعال در زیر آمده است:

نکات مهم در گوش دادن:

- ۱- گوش دهنده به هنگام گوش دادن نباید صحبت کند زیرا در یک لحظه نمی‌توان هم صحبت کرد و هم گوش داد .
- ۲- گوش دهنده نباید صحبت گوینده را قطع کند، مگر این که گوینده کاملاً از مسیر اصلی گفتگو بیرون رفته باشد. در این حالت مشاور می‌تواند بگوید: انگار داشتید در این باره ... صحبت می‌کردید و مراجع را به اصل صحبت‌اش برگرداند.
- ۳- مشاور موقع گوش دادن هیچ وقت نباید خود را برای پاسخ آماده کند. باید فقط به یک نکته توجه داشته باشد، آن هم حس و حال و پیام‌های گوینده.
- ۴- لازمه گوش دادن آن است که گوینده به گرمی پذیرفته شود و رابطه حسنه با او برقرار گردد .
- ۵- گوش دهنده در مواقع ضروری از گوینده سوال (ترجیحاً سوال کوتاه) کند.
- ۶- زبان بدن مراجع باید کاملاً پذیرنده و گوش دهنده به مراجع باشد. مثلاً خود را کمی به سمت او خم کرده باشد (چه در حالت ایستاده یا نشسته). وضعیت بدنی خود را ناگهانی تغییر نمی‌دهد.
- ۷- رابطه‌ی چشمی: گوش دهنده نگاهش به سمت گوینده باشد، اما به او به‌شکل غیرعادی خیره نشود. تمام توجه خود را به مخاطب خود می‌دهد.
- ۸- گوش دهنده عوامل مزاحم را از خود دور کند
- ۹- گوش دهنده از قضاوت عجولانه درباره ی گوینده می‌پرهیزد.
- ۱۰- گوش دهنده به صحبت های مراجع با عباراتی مثل : گوشم با شماست، متوجه‌ام، می‌فهمم، عجب!، اوه! و یا با حرکات سر پاسخ می‌دهد، به‌طوری که مراجع حس کند دارد شنیده و درک می‌شود، بدون این که کارهایش را تایید کند.

۱۱- گوش‌دهنده حواسِ گوینده را با مطرح کردن موضوعاتِ دیگر پرت نمی‌کند.

۱۲- اگر گوینده از موضوع خارج شده باشد، بعد از پایان یک جمله‌اش، موضوع اصلی و قبلی را با این جمله به یادش می‌آورد: داشتید می‌گفتید که ...

۱۳- از جزئیات بی‌ارزش پرسش نمی‌کند.

۱۴- نکته‌ای را که نفهمیده است با پرسش دوباره می‌پرسد: متوجه نشدم، می‌گفتید که ... ؟

۱۵- تظاهر به توجه نمی‌کند.

۱۶- با احساس‌های او همراهی می‌کند، با شادی او لبخند می‌زند، وقتی مخاطب جدی حرف می‌زند، نگاه شنونده جدی می‌شود، وقتی مخاطب مضطرب است، نگاهی صبورانه و همدلانه دارد.

۱۷- با جملات کوتاهی غیر از تعابیر مخاطب، محتوا یا احساس مخاطب را جمع‌بندی می‌کند: این طور که فهمیدم شما از دست فرزندان خیلی خشمگین هستید و به‌نظرتان این ظلم به شما است.

۱۸- شنونده به هیچ وجه قضاوت نمی‌کند.

طبقه‌بندی‌های بیماری‌های روانی

طبقه‌بندی سال ۲۰۱۹ سازمان بهداشت جهانی (WHO) در باره‌ی بیماری‌های روانی:

افسردگی، اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های سایکوز (روان‌پریشی)، زوال عقل، و بیماری‌های رشدی از جمله اوتیسم.

یک سری از بیماری‌های رشدی هم شامل کم‌توانی‌های ذهنی یا عقب‌ماندگی ذهنی اند که از نوع بیماری‌های رشدی عصبی هستند.

سایکوز یا روان‌پریشی به آن دسته از بیماری‌های روانی می‌گویند که باعث از دست رفتن توانایی تشخیص واقعیت از خیال می‌شوند و دارای دو نشانه‌ی مهم هستند: توهم (دیدن، شنیدن و حس کردن غیرعمد چیزی که اساساً نبوده و نیست) و هذیان (بیان غیرعمد باورهایی که واقعاً حقیقت ندارند و درک نادرست از واقعیات). علت‌های پریشانی روان بیماری‌های اسکیزوفرنی (شیزوفرنی، جنون)، اختلال دو قطبی و افسردگی وخیم (همراه با توهم و هذیان) هستند.

طبقه‌بندی اختلالات روانی به روایت ۵ DSM (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۵، منتشره در ۲۰۱۳. این راهنما به‌عنوان دست‌نامه‌ی فراگیر روان‌درمانگران و روان‌پزشکان در سراسر جهان معرفی می‌شود):

۱- اختلالات رشدی-عصبی؛ ۲- اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی؛ ۳- اختلالات دوقطبی و مرتبط با آن؛ ۴- اختلالات افسردگی؛ ۵- اختلالات اضطرابی؛ ۶- اختلالات وسواس فکری عملی و مرتبط با آن؛ ۷- اختلالات "روان زخم"ی (ضربه‌ی عاطفی) و مرتبط با تنش‌زها (فشارهای روحی)؛ ۸- اختلالات تجزیه‌ای (گسستی)؛ ۹- اختلالات نشانه‌های جسمی و مرتبط با آن؛ ۱۰- اختلالات تغذیه و خوردن؛ ۱۱- اختلالات دفع؛ ۱۲- اختلالات خواب- بیداری؛ ۱۳- اختلالات کژکاری جنسی؛ ۱۴- ملال جنسیتی؛ ۱۴- اختلالات اخلاص گری، ضعف در کنترل تکانش و کردار؛ ۱۵- اختلالات اعتیادی و اعتیاد به مواد؛ ۱۶- اختلالات عصبی شناختی؛ ۱۷- اختلالات شخصیت؛ ۱۸- اختلالات جنسی. هر یک از این انواع چند یا چندین زیربخش دارد.

یکی از موارد روان پریشی اختلال دوقطبی (مانیک-دپرسیو) است:

در حال حاضر ۴۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به این بیماری اند. به شکل معمول، این بیماری عبارت است از دوره‌های سرخوشی و شنگولی (شیدایی، مانیا)، و افسردگی (دپرشن، دپرسیون) که با دوره‌های خلق عادی از هم جدا می‌شوند. دوره‌های شیدایی و سرخوشی با خلق بالاتر از عادی یا تحریک پذیر، بیش‌فعالی، کلام سریع، اتکا به نفس از خود راضی و کم‌شدن نیاز به خواب، توهم، هذیان، ابراز یا اعمال خشونت، احتمال رفتار بی‌بندوبار جنسی، و میل شدید به خرید (مخصوصاً در زنان) همراه است. کسانی هم که حمله‌های مانیک دارند، اما دوره‌های افسردگی را طی نمی‌کنند به عنوان دوقطبی طبقه بندی می‌شوند.

برای مرحله‌های وخیم بیماری دوقطبی و جلوگیری از عود آن‌ها درمان‌های موثری وجود دارند. این درمان‌ها داروهایی هستند که خلق را تثبیت می‌کنند و نمی‌گذارند پایین و بالا برود. حمایت روانی اجتماعی یک بخش مهم درمان این بیماری است.

اختلال فشار پس از روان زخم

PTSD یا Post Traumatic Stress Disorder: آدم بعد از مرگ یک عزیز، قتل عام جمعی یا قتل ناگهانی یک عزیز در درگیری‌های سیاسی و اجتماعی و جنگ، تجاوز جنسی، طلاق یا زلزله و سیل و بی‌خانمانی دچار ضربه‌ی روحی می‌شود. در بعضی افراد این ضربه‌ی روحی آن قدر شدید است که آن‌ها را از کار می‌اندازد و دچار اختلال فشار (تنش، افسردگی یا اضطراب) پس از روان زخم (ضربه‌ی عاطفی) می‌کند. این فشار به صورت درماندگی سوگ و ماتم خود را نشان می‌دهد. کسی که دچار آن اتفاقات می‌شود، به صورت معمول چند مرحله‌ی خلقی را از سر می‌گذراند تا به وضعیت عادی برگردد و وضع تازه را قبول کند (گذار از مراحل سوگ یا ماتم). این مراحل عبارت اند از انکار واقعیت، خشم، کینه، ناامیدی، احساس گناه، احساس خفت، و در آخر قبول واقعیت و عبور از حال پرفشار و بد. گذشتن از این دوران ممکن است حداقل شش ماه یا بیشتر طول بکشد. در این مدت آدم‌هایی که حس می‌شود دچار درماندگی ماتم و سوگ شده‌اند، مخصوصاً در مورد بی‌خانمانی، تجاوز جنسی، قتل عام، درگیری‌های سیاسی و جنگ، باید زیر نظر مشاور، روان‌درمانگر و روان‌پزشک هم باشند. در موارد طبیعی

(مثل مرگ معمولی یک عزیز) بیشتر افراد زخم خورده معمولاً به مرحله‌ی آخر می‌رسند؛ مثل بیشتر کسانی که عزیزی را از دست می‌دهند و در عین حال، امکان عبور سالم از این مراحل را در جمع خانواده پیدا می‌کنند و پس از مدتی به زندگی عادی برمی‌گردند. اما بعضی از کسانی که دچار این اختلال می‌شوند، حتی اگر برای مرگی طبیعی باشد، ممکن است به مرحله‌ی آخر نرسند و تا مدت‌هایی بیشتر یا سال‌ها یا تا آخر عمر دچار افسردگی بمانند و واقعیت را قبول نکنند. این افراد حتماً نیازمند دسترسی دائم به روان‌درمانی و روان‌پزشکی دراز مدت هستند.

در وضعیتی که اعضای خانواده‌ای متوجه می‌شوند که "بیمار"ی روانی در خانه دارند که ممکن است حال‌اش تا آخر عمر خوب نشود، بعضی از آنان دچار همین ضربه و همین سوگ و ماتم می‌شوند. اینان هم نیازمند مشاوره‌ی روان‌درمان‌گر و روان‌پزشک هستند.

پیشگیری از خودکشی

پیشگیری از خودکشی ناشی از اختلال فشار (تنش) پس از روان‌زخم اجتماعی

در جریان تحولات سخت و خشن اجتماعی-سیاسی، و به‌خصوص پس از احساس شکست در کنش‌های اجتماعی جوانانی که آسیب روحی می‌خورند، احتمال فکر کردن‌شان به خودکشی و اقدام به آن بسیار بالا می‌رود.

بیماری فشار (تنش) پس از روان‌زخم (پی‌تی‌اس‌دی)، فشار سنگینی است که بعد از تجربه‌های سخت، مثل مرگ عزیزان، طلاق، بی‌خانمانی پس از زلزله و سیل، و ... حس می‌شود. این فشار در بیشتر موارد با پشتیبانی‌های دیگران و روان‌شناسان مراحل را پشت سر می‌گذارد و کم‌کم حل می‌شود. اما اگر حل نشود، ممکن است به شکل روان‌رنجوری و روان‌نژندی عمیق و حتی روان‌پریشی خود را نشان بدهد و در مواردی فرد را به فکر خودکشی بیندازد. در جریان تحولات اجتماعی‌ای که گفته شد، از همین نوع فشار هم بر شخص وارد می‌شود.

برای پیشگیری از این اقدام، با کسی که در جنگ، درگیری یا شرایط سخت زندان و بحران‌های اجتماعی دچار فشار روحی پی‌تی‌اس‌دی یا تنش پس از ضربه‌ی روحی (روان‌زخم) بسیار شدید شده و احتمال دارد خودکشی کند، در برخورد اول باید نکات زیر را در نظر داشته باشیم. رعایت این نکات باید هم‌زمان با استفاده از خدمات تخصصی بی‌طرفانه‌ی مشاور و روان‌شناس باشد:

- انتظار نداشته باشید فرد بعد از ضربه‌ی روحی بلافاصله به زندگی عادی برگردد؛

- از او درباره جزئیات اتفاقات آن دوران سوال نکنید؛

- به او نگویند چه خوب که اتفاق بدتری نیفتاد؛

- از او قهرمان‌سازی نکنید؛

- هر وقت آمادگی حرف زدن داشت، برایش گوش شنوایی باشید؛

- محیط آرام، بدون تنش و قضاوت برایش فراهم کنید؛

- به او بگویید دوستش دارید و حامی‌اش هستید؛
- نقاط قوت‌اش را به او یادآوری کنید؛
- از دوستان‌اش بخواهید مرتب با او در تماس باشند و اگر جواب نداد مایوس نشوند.

پیشگیری از خودکشی (عمومی)

خودکشی در ایران پدیده‌ای رو به رشد دانسته شده است. طبق ادعاها و آمار رسمی (که در ایران نمی‌توان چندان به آن‌ها اعتماد کرد)، ایران بالاترین آمار خودسوزی زنان را (در سال ۱۳۹۸) در خاورمیانه داشته‌است. این نوع ارقام اعلامی، با حداکثر محافظه‌کاری سازمانی اعلام می‌شود و به همین دلیل، شاید بتوان آن‌ها را کف واقعیت دانست. در سال‌های بعد هم تقریباً همین‌طور بوده است. بنابه‌گفته‌ی سعید مدنی پژوهش‌گر مطرح و مستقل آسیب‌شناسی اجتماعی میانگین نرخ خودکشی در جهان ۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر است. این میانگین در برخی از شهرهای ایران بسیار بالاتر است. به طور مثال میانگین نرخ خودکشی در مسجد سلیمان ۲۷,۲ و در کرمانشاه ۲۶,۲ می‌باشد (ایرنا - اول بهمن ۱۳۹۶). در این بین، خودکشی‌های زنان در استان‌های لرستان، خوزستان، ایلام، کهگیلویه، کرمانشاه ... بیشتر از جاهای دیگر به شکل خودسوزی بوده است که نکته‌ای است قابل پیگیری پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی و اجتماعی. در ظاهر امر، سلطه‌ی فرهنگ قبیله‌ای، طایفه‌ای و پدرسالاری می‌تواند عامل تشدید و الگوپذیری این رفتار شایع باشد.^{۴۴} البته یکی از ابزارهای معمول خودکشی زنان قرص برنج هم هست.

مشکلات اقتصادی، ۳۰ درصد شدن فقر مطلق (۱۴۰۰)، بیماری‌های روانی، جبر فرهنگی، مسائل سیاسی و فشارهای اجتماعی برخی از سبب‌های اصلی خودکشی در کشور ایران به‌شمار می‌آیند. تقریباً نیمی از افرادی که خودکشی می‌کنند متأهل هستند. میزان خودکشی در غرب کشور بیشتر بوده‌است.

به همین دلیل، در زیر ترجمه‌ی مقاله‌ای از سایت ناسودبر و معتبری در این مورد می‌آید. این نوشته فقط بر روی مسائل روانی فرد مایل به خودکشی تمرکز می‌کند و طبعاً فضای خانوادگی، معیشتی و اجتماعی فرد را کنار می‌گذارد:

راه‌های عملی پیشگیری از خودکشی^{۴۵}

پیشگیری از خودکشی با تشخیص علائم هشدار دهنده و جدی گرفتن این علائم آغاز می‌شود. اگر فکر می‌کنید یکی از دوستان یا اعضای خانواده‌تان قصد خودکشی دارد، کارهای زیادی می‌توانید برای کمک به نجات زندگی او انجام بدهید.

شناخت خودکشی

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سالانه تقریباً ۸۰۰ هزار نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند (سال ۲۰۲۱). این خودکشی‌ها بیشتر در کشورهای کم درآمد و میانه‌درآمد رخ می‌دهند. چه عاملی باعث می‌شود که بسیاری از افراد تصمیم بگیرند که به زندگی خود پایان دهند؟

^{۴۴} - نک: زنان خود سوخته، پروین بختیار نژاد؛ لرستان و زنان خود سوخته، فریده کمالوند، نشر ژرف؛ چرا خودسوزی؟ علیرضا احمدی، نشر پایگان

^{۴۵} - نوشته‌ی Melinda Smith, M.A., Lawrence Robinson, and Robert Segal, M.A.

منبع: <https://www.helpguide.org/articles/suicide-prevention/suicide-prevention.htm>

برای کسانی که درگیر افسردگی و ناامیدی منجر به خودکشی نیستند، درک اینکه چه عاملی باعث می شود افراد زیادی جان خود را بگیرند سخت است. اما فردی که تصمیم به خودکشی می گیرد آن قدر زیر فشار درد است که نمی تواند راه های دیگر نجات از افسردگی و ناامیدی را ببیند.

خودکشی تلاشی است ناچار برای فرار از رنجی غیر قابل تحمل. کسی که در احساس انزجار از خود، بی امید و انزوا غرق شده است نمی تواند راهی تسکین دهنده تر از مرگ پیدا کند.

افرادی که دست به خودکشی می زنند با وجود تمایل شان به پایان درد، اکثراً در مورد پایان دادن به زندگی خود درگیری عمیقی دارند. این افراد آرزو می کنند که گزینه ای دیگر به جای خودکشی وجود داشته باشد. اما در چنین شرایطی نمی توانند انتخاب های دیگر را ببینند. از این رو لازم است که اطرافیان آنها در مورد پیشگیری از خودکشی اطلاعاتی داشته باشند تا همین شرایط آنها را زودتر درک کرده و به آنان کمک کنند تا راه های دیگر را هم ببینند.

خودکشی یک اقدام فردی عمدی برای به خطر انداختن جان خود و در عین حال مشکلی بهداشتی و اجتماعی است که بر تمام ساختار جامعه تاثیر می گذارد. در جهان به طور متوسط میزان اقدام به خودکشی در زنان بیش از مردان است، اما میزان مرگ در اثر خودکشی در مردان بیشتر از زنان است. افرادی که سابقه خودکشی خود یا اعضای خانواده دارند، بیماران روانی دچار افسردگی شدید، جنون جوانی (اسکیزوفرنیا) و افسردگی دوقطبی و بیماران لاعلاج مثل سرطان پیشرفته در خطر بیشتری هستند. یکی از عمده ترین ابزارهای مورد استفاده برای این کار در زنان ایرانی، خودسوزی و استفاده از برخی داروها و سموم گیاهی و نیز قرص برنج است، اما در مردان، از روش های دیگری مثل دار زدن و سلاح گرم هم استفاده می شود.

اهمان طور که قبلاً گفته شد وضعیت روحی خود فرد انگیزه ی ظاهری اقدام است. اما این علت به عوامل خرد و کلان دیگری هم می تواند وابسته باشد. بعضی از این عوامل در ایران مشکلات شدید معیشتی خانوار، اختلافات خانوادگی، فشارها و باید و نبایدهای عرفی و فرهنگی مخصوصاً بر روی زنان، و در سطح کلان، بحران های اقتصادی و اجتماعی و سیاسی، و احساس نامطلوب بودن شرایط زیست سیاسی-اجتماعی هستند.

باورهای غلط رایج در مورد خودکشی

باور نادرست: افرادی که در مورد خودکشی صحبت می کنند واقعاً این کار را نمی کنند.

واقعیت: تقریباً هرکسی که اقدام به خودکشی می کند، از قبل نشانه یا هشدارهایی داده است. بنابراین حتی اشاره غیر مستقیم فرد به مرگ یا خودکشی را نادیده نگیرید. جمله هایی مثل:

- وقتی من رفتم متأسف خواهید شد؛

- من هیچ راه دیگری را نمی توانم ببینم؛

مهم نیست که این گفته ها چقدر ساده باشند یا به شوخی گفته شود. باید آنها را برای اقدام به خودکشی جدی گرفت.

باور نادرست: هر کسی که سعی در خودکشی دارد حتماً باید دیوانه باشد.

واقعیت: بیشتر افراد دچار افکار خودکشی روان پریش یا دیوانه نیستند. آنان خشمگین یا ماتم زده، افسرده یا ناامید هستند. اما پریشانی شدید و رنج عاطفی لزوماً نشانه بیماری روانی نیست. افسردگی گاهی چیزی است مثل سرماخوردگی که برای روان پیش می آید. البته افسردگی شدید روان نژندانه می تواند بر روی خلق، احساس، فکر کردن، نگاه تیره به هر مسئله و به کل زندگی، و بر روی زندگی روزمره (مثل خواب، خوراک، کار) اثر شدید بگذارد و در موارد شدیدتر فکر خودکشی را ایجاد کند.

باور نادرست: اگر کسی مصمم به کشتن خود باشد، هیچ چیزی مانع او نمی شود.

واقعیت: حتی یک فرد کاملاً افسرده احساسات متفاوتی در مورد مرگ دارد که بین تمایل به زندگی و تمایل به مرگ نوسان دارد. آنها به جای اینکه مرگ را انتخاب کنند، فقط می خواهند که رنج تمام شود. از این رو انگیزه آنها برای پایان دادن به زندگی همیشه ادامه ندارد.

باور نادرست: افرادی که با خودکشی می میرند کسانی هستند که تمایلی به کمک گرفتن ندارند.

واقعیت: بسیاری از افراد سعی می کنند قبل از اقدام به خودکشی از دیگران کمک بگیرند. در حقیقت، مطالعات نشان می دهد بیش از ۵۰ درصد از قربانیان خودکشی شش ماه قبل از مرگ خود به دنبال کمک های درمانی بوده اند.

باور نادرست: صحبت در مورد خودکشی ممکن است طرف مقابل را به فکر خودکشی بیندازد.

واقعیت: با صحبت در مورد خودکشی کسی را به فکر خودکشی نمی اندازید. برعکس، صحبت صریح و صادقانه در مورد افکار و احساسات خودکشی می تواند به نجات یک زندگی کمک کند.

باور نادرست: کسانی که خودکشی می کنند مثلاً بیشترشان نوجوان اند یا میان سال اند، یا سال مند اند.

باید متوجه باشیم که همه گروه های سنی در جوامع مختلف دنیا در معرض خطر خودکشی هستند. (مخصوصاً افراد با سابقه خودکشی، کسانی که فرد مهمی را از دست داده یا شکست عشقی خورده اند، افراد دچار بیماری مزمن، افرادی که جنگ، خشونت (خانوادگی یا دولتی)، سوء استفاده جنسی، آسیب روانی یا تبعیض را تجربه کرده اند و همین طور افراد بسیار افسرده، منزوی و گوشه گیر).

علائم هشدار دهنده ی خودکشی

هرگونه صحبت یا رفتار مربوط به خودکشی را جدی بگیرید. چون این فقط یک علامت هشداردهنده در مورد فکر به خودکشی نیست، بلکه التماسی است غیرمستقیم برای گرفتن کمک.

بیشتر افراد مایل به خودکشی علائم هشداردهنده یا نشانه هایی از قصد خود را نشان می دهند. بهترین راه برای پیشگیری از خودکشی شناخت این علائم هشداردهنده است و دانستن این که اگر نشانه ها را دیدید چه کار کنید.

اگر فکر می کنید یکی از دوستان یا اعضای خانواده دچار افکار خودکشی است. می توانید به راه های دیگر اشاره کنید، نشان دهید که به او اهمیت می دهید و برایتان مهم است و دکتر یا روان پزشکی را برایش فراهم کنید.

علائم مهم هشدار دهنده ی خودکشی شامل صحبت در مورد خودکشی یا آسیب رساندن به خود، صحبت کردن یا نوشتن مطالب زیادی درباره مرگ یا مردن و جستجوی چیزهایی است که می تواند در اقدام به خودکشی استفاده شود، مانند اسلحه و دارو [و حشره کش، سم های گیاهی، و قرص برنج].

اگر فرد دچار اختلال خلقی مانند افسردگی یا اختلال دوقطبی باشد، از وابستگی به الکل رنج ببرد، قبلاً اقدام به خودکشی کرده باشد یا سابقه خودکشی در خانواده داشته باشد، نشانه های بالا باید خیلی جدی تر گرفته شوند.

یک علامت هشداردهنده ی دیگر که نامحسوس اما به همان اندازه خطرناک است، ناامیدی است. مطالعات نشان داده است که ناامیدی یک عامل پیش آگهی قوی برای خودکشی است. افرادی که احساس ناامیدی می کنند ممکن است در مورد احساسات "غیرقابل تحمل" صحبت کنند، آینده ای تاریک را پیش بینی کنند و بگویند که برای آینده هیچ دلخوشی ای ندارند.

علائم هشداردهنده‌ی دیگری که به چارچوب افکار خودکشی اشاره می‌کنند، شامل تغییرات خلقی چشمگیر یا تغییرات ناگهانی شخصیت، مانند تغییر حالت از حالت برون‌گرا به حالت منزوی و گوشه‌گیر، یا خوش‌رفتاری به سرکشی است. فرد خودکشی‌گرا ممکن است علاقه خود را هم به کارهای روزمره از دست بدهد، از ظاهر خود غافل شود و تغییرات شدیدی در عادات غذایی یا خواب داشته باشد.

بعضی از نشانه‌های هشدارِ خودکشی:

صحبت در مورد خودکشی: شامل هر گونه صحبت در مورد خودکشی، مرگ یا خودآزاری، مانند "ای کاش اصلاً به دنیا نمی‌آمدم"، "اگر دوباره تو را می‌دیدم، ... و" ای کاش مرده بودم".

به دنبال وسایل کشنده بودن: جستجوی دسترسی به اسلحه، قرص، چاقو یا سایر چیزهایی که می‌تواند برای خودکشی استفاده شود.

مشغولیت ذهنی به مرگ: تمرکز غیرمعمول بر مرگ، جریان مردن یا خشونت. نوشتن شعر یا داستان درباره مرگ.

ناامیدی از آینده: احساس درماندگی، ناامیدی و بن‌بست ("هیچ راه چاره‌ای نیست"). اعتقاد به اینکه اوضاع هیچ‌وقت بهتر نخواهد شد یا تغییر نمی‌کند.

نفرت دائمی و تنفر از خود: احساس بی‌ارزشی، گناه، شرم و نفرت از خود یا احساس بار اضافی بودن ("همه بدون من راحت‌تر اند").

تعیین تکلیف اموال، پزشکی، درآمد خانواده ...: نوشتن وصیت‌نامه، بخشش اموال گرانبها. گرفتن قول‌وقرارهایی از اعضای خانواده.

خداحافظی: دیدارها یا تماس‌های غیرمعمول یا غیرمنتظره با خانواده و دوستان. خداحافظی کردن با مردم، انگاری که قرار نیست دوباره همدیگر را ببینند.

انزوا از دیگران: قطع رابطه با دوستان و خانواده. افزایش انزوای اجتماعی و میل به تنها ماندن.

رفتار خودتخریب: افزایش مصرف الکل یا مواد مخدر، رانندگی خطرناک، رابطه جنسی پرخطر. انجام کارهای خطرناک غیر ضروری، انگاری که "آرزوی مرگ" داشته باشد.

احساس آرامش ناگهانی: احساس ناگهانی آرامش و خوشبختی پس از افسردگی شدید می‌تواند به معنای تصمیم‌گیری فرد برای اقدام به خودکشی باشد.

نکته‌های پیشگیری از خودکشی:

نکته‌ی ۱: اگر نگران هستید، با او صحبت کنید.

اگر نشانه‌های هشداردهنده‌ی خودکشی را در عزیزتان ببینید، ممکن است شک کنید که حرف زدن برای‌اش خوب است یا نه. اگر اشتباه کرده‌باشید چطور؟ اگر عصبانی بشود چه؟ در این شرایط احساس ناراحتی یا ترس در شما طبیعی است. اما بدانید

که هر کسی که در مورد خودکشی صحبت می‌کند یا علائم هشداردهنده‌ی دیگری را نشان می‌دهد، نیاز به کمک فوری دارد. پس هرچه زودتر، بهتر!

صحبت با دوست یا یکی از اعضای خانواده در مورد افکار و احساسات خودکشیِ او می‌تواند برای هر فردی بسیار دشوار باشد. اما اگر مطمئن نیستید شخصی دچار افکار خودکشی است، بهترین راه برای پی بردن به آن پرسیدن است.

با نشان دادن این‌که می‌خواهید کمک‌اش کنید، او را دچار افکار خودکشی‌گرا نمی‌کنید. در حقیقت، دادن فرصتی به فرد برای ابراز احساسات، او را از تنهایی و احساس‌های منفیِ فروخورده رها می‌کند، و ممکن است مانع اقدام به خودکشی بشود.

راه‌های شروع مکالمه در مورد خودکشی

- این روزها نگرانات شده‌ام؛

- این اواخر، متوجه تغییراتی در تو شده‌ام و نمی‌دانم حالات چطور است؛

- می‌خواستم حال و اوضاع‌ات را بپرسم. چون جدیداً انگار خیلی هم شبیه خودت نیستی.

پرسش‌هایی که می‌شود پرسید:

- از کی این حس‌ات این‌طوری است؟

- اتفاقی افتاده است که باعث شروع این احساس شده؟

- همین الان چه‌طوری می‌توانم به بهترین شکل از تو حمایت کنم؟

- آیا به کمک گرفتن فکر کرده‌ای؟

راه‌های کمک گرفتن:

- تو در این مسیر تنها نیستی. من کنارت هستم؛

- ممکن است الان باور نکنی، اما بعداً احساسات عوض خواهد شد؛

- ممکن است نتوانم دقیقاً احساس تو را بفهمم، اما مراقبات هستم و می‌خواهم کمک‌ات کنم؛

- وقتی که می‌خواهی تسلیم بشوی، به خودت بگو که حداقل برای یک روز، یک ساعت، یا یک دقیقه دیگر دوام می‌آوری - هر قدر که می‌توانی.

وقتی با آدم خودکشی‌گرا صحبت می‌کنید

این کارها را انجام بدهید:

خودتان باشید. کاری کنید که بفهمد دل‌نگران‌اش هستید و او تنها نیست. یافتن کلمات مناسب به اندازه نشان دادن نگرانی‌تان با زبان بدن اهمیت ندارد.

گوش کنید. بگذارید دوست یا عزیزتان صحبت کند و احساسات خود را تخلیه کند. مهم نیست که مکالمه چقدر منفی به نظر می‌رسد. همین‌که این گفتگو می‌تواند انجام بگیرد خودش نشانه‌ی مثبتی است.

همدردی کنید، اما قضاوت نکنید. فرد خودکشی‌گرا با صحبت کردن در مورد احساسات خود دارد کار درستی انجام می‌دهد. مهم نیست که شنیدن‌اش ممکن است چه‌قدر سخت باشد.

به او امید بدهید. به عزیزان خود اطمینان بدهید که کمک در دسترس است و احساسات خودکشی موقتی است. به او بگویید که زندگی‌اش برای‌تان مهم است.

او را جدی بگیرید. اگر جملاتی مثل این‌ها را بگوید "من خیلی افسرده‌ام، نمی‌توانم ادامه بدهم"، از او بپرسید آیا فکر خودکشی دارد؟ قرار است به او فرصت بدهید که درد‌اش را با شما در میان بگذارد، نه این‌که فکرهايش را در ذهن نگه دارد.

اما این کارها را انجام ندهید:

با آدم خودکشی‌گرا بحث نکنید. این حرف‌ها را ننویسید: "تو انگیزه‌های زیادی برای زندگی کردن داری"، "خودکشی تو به خانواده‌ات آسیب می‌رساند" یا "کلاً از این فکرها بیرون بیا."

حیرت‌زده نشوید. در مورد ارزش زندگی موعظه نکنید یا در مورد اشتباه بودن خودکشی دلیل نیاورید.

قول ندهید رازدار باشید یا قسم نخورید که رازداری می‌کنید. زندگی یک نفر در معرض خطر است و ممکن است لازم بشود برای حفظ سلامتی‌اش با یک متخصص سلامت روان صحبت کنید. اگر قول بدهید که این صحبت‌ها را مخفی نگه دارید، ممکن است مجبور شوید زیر قول بزنید.

روش‌هایی برای رفع مشکلات عزیزتان مطرح نکنید، نصیحت نکنید یا این‌که مجبورشان کنید که احساسات خودکشی خود را توجیه کنند. مسئله این نیست که مشکل چه‌قدر پیچیده است، بلکه چه‌قدر به عزیزتان ضرر می‌رساند.

خود را سرزنش نکنید. شما نمی‌توانید افسردگی آدم دیگری را برطرف کنید. شما مسئول شادمانی یا ناشادی دوست یا عزیزتان نیستید.

نکته‌ی ۲: در شرایط بحرانی سریع پاسخ بدهید

اگر یکی از دوستان یا اعضای خانواده به شما بگوید که به مرگ یا خودکشی فکر می‌کند، بسیار مهم است که خطر فوری برای سلامتی او را سبک‌سنگین کنید. آن‌هایی که در معرض بالاترین خطر خودکشی در آینده نزدیک قرار دارند:

- برنامه‌ی خاصی برای خودکشی دارند؛

- وسایل و ابزارهای آن را تهیه کرده‌اند؛

- برای آن زمان خاصی را مشخص کرده‌اند؛

- قصد انجام آن را هم دارند.

حالا با این سوالات میزان خطر را حدس می‌زنید:

- آیا برنامه خودکشی داری؟ (برنامه)
- آیا آنچه را که برای اجرای برنامه خود نیاز داری، تهیه کرده ای (قرص، اسلحه، و ...)? (ابزار)
- آیا می دانی چه زمانی این کار را انجام خواهی داد؟ (تعیین زمان)
- آیا قصد پایان دادن به زندگی خود را داری؟ (قصد)

میزان خطر خودکشی

- کم:** دارای برخی از افکار خودکشی، بدون برنامه خودکشی. چنین فردی می گوید که اقدام به خودکشی نمی کند.
- متوسط:** دارای افکار خودکشی، داشتن طرح مبهمی که بسیار کشنده نیست. می گوید اقدام به خودکشی نمی کند.
- شدید:** دارای افکار خودکشی. طرح خاصی دارد که بسیار کشنده است. می گوید اقدام به خودکشی نمی کند.
- وخیم:** دارای افکار خودکشی. طرح خاصی دارد که خیلی کشنده است. می گوید اقدام به خودکشی می کند.

اگر اقدام به خودکشی خیلی فوری به نظر برسد، بهتر است با یک مرکز بحران تماس بگیرید [در ایران، شماره تلفن ۱۲۳ و ۱۴۸۰ و ۱۱۵ (اورژانس پزشکی) و سایت iran-crisisline.org] و از آن‌ها کمک بخواهید. اسلحه، دارو و قرص او حشره کش، سم‌های گیاهی، و قرص برنج، چاقو و سایر اشیا بالقوه کشنده را از نزدیکاش دور کنید، اما تحت هیچ شرایطی او را تنها نگذارید.

نکته‌ی ۳: کمک و پشتیبانی بکنید

اگر یکی از دوستان یا اعضای خانواده دارای افکار خودکشی است، بهترین راه برای کمک به او هدیه کردن یک گوش همدل و شنوا است. به عزیزتان بفهمانید که او تنها نیست و برای شما مهم است. اما مسئولیت شفای عزیز خود را بر عهده نگیرید. می‌توانید از او حمایت کنید اما نمی‌توانید حال او را بهتر کنید. او باید خودش نسبت به بهبودی خود متعهد شود.

کمک به شخص خودکشی‌گرا شهادت زیادی لازم است. مشاهده این که یکی از عزیزان‌تان فکر خودکشی دارد می‌تواند باعث ایجاد عواطف مشکلی در شما شود. وقتی که به فرد خودکشی‌گرا کمک می‌کنید، یادتان نرود که از خودتان هم مراقبت کنید. برای صحبت کردن در مورد احساسات خود و حمایت از خود، کسی را پیدا کنید که به او اعتماد دارید، مثل یکی از دوستان، عضو خانواده یا مشاور باشد.

نکته‌ی ۴: نحوه‌ی کمک‌رسانی:

- کمک تخصصی بگیرید

تمام توان خود را به کار بگیرید تا فرد کمکی را که نیاز دارد بدست آورد. برای گرفتن راهنمایی یا پیشنهاد ارجاع به متخصص با یک خط بحران تماس بگیرید. فرد را تشویق کنید که به یک متخصص سلامت روان مراجعه کند، به یک مرکز درمانی برود یا او را برای ویزیت دکتر ببرید.

- پیگیری درمان

اگر پزشک دارویی تجویز کرد، مطمئن شوید که عزیز شما آن را طبق دستور مصرف می‌کند. حواس‌تان به عوارض جانبی احتمالی دارو باشد و در صورت بدتر شدن وضعیت حتماً به پزشک اطلاع دهید. پیدا کردن دارو یا درمانی که برای هر شخص بخصوصی مناسب باشد، بیشتر وقت‌ها پشتکار و پیگیری و زمان می‌برد.

- پیش قدم باشید

کسانی که در فکر خودکشی اند بیشتر مواقع قبول ندارند که می‌توان به آن‌ها کمک کرد. بنابراین ممکن است مجبور باشید در ارائه کمک پیش قدم‌تر باشید. گفتن این که “اگر به چیزی احتیاج داشتی با من تماس بگیر” خیلی مبهم است. منتظر نمانید تا با شما تماس بگیرد یا حتی به تماس‌های شما جواب بدهد. به خانه‌اش بروید، با او تماس بگیرید، او را به بیرون رفتن دعوت کنید.

- او را به تغییرات مثبت در سبک زندگی تشویق کنید

رژیم غذایی سالم، خواب کافی (۷ تا ۹ ساعت) و بیرون آمدن زیر نور خورشید یا طبیعت حداقل ۳۰ دقیقه در روز را تشویق کنید. ورزش هم خیلی مهم است، چون باعث ترشح اندورفین (ماده‌ی ضد درد و شادی‌آور) در مغز، از بین بردن فشار روحی و بهبود عاطفی می‌شود.

نکته‌ی ۵: یک برنامه ایمن تنظیم کنید

به او کمک کنید مجموعه‌ای از کارهایی را برنامه‌ریزی کند که قول بدهد طی بحران خودکشی آن‌ها را دنبال کند. در این برنامه باید هر محرکی را که منجر به بحران خودکشی می‌شود، مانند سال‌مرگ کسی، الکل یا فشار روحی در روابط با دیگران شناسایی بشود. همین‌طور فهرست شماره‌های تماس با پزشک یا درمانگر خودش و هم‌چنین شماره‌ی دوستان و اعضای خانواده را که در موارد اضطراری به او کمک می‌کنند باید در این برنامه بیاید.

نکته‌ی ۶: ابزارهای احتمالی را از دسترس خارج کنید

ابزارهای احتمالی خودکشی، مانند قرص، چاقو، تیغ یا اسلحه گرم را از دست دور کنید. اگر ممکن است بیش از حد دارو مصرف کند (آور دوز کند)، داروها را از دسترس خارج کرده و فقط در صورت نیاز به او بدهید.

نکته‌ی ۷: پشتیبانی خود را در طولانی مدت ادامه دهید

حتی پس از عبور از بحران فوری خودکشی، با فرد در تماس باشید، منظم یا سرزده او را چک کنید. پشتیبانی شما برای اطمینان از باقی‌ماندن عزیزتان در مسیر بهبودی خیلی مهم است.

عوامل خطر در خودکشی

بر اساس تحقیقات انجام شده در آمریکا، حداقل ۹۰ درصد از افرادی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، از یک یا چند اختلال روانی مانند افسردگی، اختلال دوقطبی (افسردگی-شیدایی)، اسکیزوفرنی (جنون جوانی)، یا اعتیاد به الکل رنج می‌برند.

در این میان افسردگی بیش‌تر از موارد دیگر در خودکشی نقش دارد. این مشکل که افراد خودکشی‌گرا به این راه‌حل می‌رسند، تا حدی به دلیل تحریف فکر به علت افسردگی در مغز آنان است. افسردگی نگاه به واقعیت را کج‌وکوله می‌کند.

عوامل معمول خطر خودکشی:

بیماری روانی، اعتیاد به الکل یا مصرف مواد مخدر

اقدام به خودکشی قبلی، سابقه خانوادگی خودکشی، یا سابقه آسیب روانی (روان‌زخم) یا آزار دیدن (جنسی یا غیر آن)
بیماری بی‌درمان منجر به مرگ یا درد مزمن، به‌تازگی از دست دادن یک عزیز، طلاق، یا رویدادی پر از فشار روحی در زندگی،
انزوا و تنهایی اجتماعی.

نقش داروهای ضد افسردگی در خودکشی

برای بعضی از افراد داروهای افسردگی به جای کاهش آن، باعث افزایش افسردگی و افکار و احساسات خودکشی می‌شوند. به همین دلیل است که متخصصان (اداره دارو و غذای آمریکا) توصیه می‌کنند که هر کسی که از داروهای ضد افسردگی استفاده می‌کند باید از نظر افزایش افکار و رفتارهای خودکشی زیر نظر دیگران باشد.
اگر اولین بار است که فرد از داروی افسردگی استفاده می‌کند یا دوز مصرفی او به تازگی تغییر کرده است، نظارت اهمیت بیشتری دارد. بالاترین احتمال خطر خودکشی در دو ماه اول درمان با داروهای ضد افسردگی است.

خودکشی در نوجوانان و افراد مسن

علاوه بر عامل‌های خطرزای عمومی برای خودکشی، هم نوجوانان و هم افراد مسن بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند.

خودکشی در نوجوانان

خودکشی در نوجوانان مسئله‌ای جدی و رو به رشد است. سالهای نوجوانی می‌تواند از نظر عاطفی متلاطم و پر فشار باشد. نوجوانان برای کسب موفقیت و پذیرش از طرف دیگران تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند.
نوجوانان ممکن است با مشکلات عزت نفس (حرمت نفس)، شک به خود و احساس بیگانگی دست و پنجه نرم کنند. برای برخی، این مشکلات منجر به خودکشی می‌شود. افسردگی هم یکی از عامل‌های خطرزای اصلی برای خودکشی در نوجوانان است.

سایر عوامل خطر خودکشی در نوجوانان عبارتند از:

- تجربه‌ی کودک آزاری جنسی؛
- واقعه‌ی بسیار دردناک (روان‌زخم) اخیر؛
- محرومیت از شبکه حمایتی (مثل خانواده یا ...)
- دسترسی به اسلحه؛

- خصمانه بودن محیط اجتماعی یا مدرسه؛

- باخبر بودن از خودکشی نوجوانان دیگر.

علائم هشدار دهنده در نوجوانان

سایر نشانه‌های هشدار دهنده‌ی خودکشی احتمالی نوجوان:

- تغییر در عادات غذایی و خواب؛

- کناره گیری از دوستان، خانواده و فعالیت‌های عادی؛

- رفتار خشونت آمیز یا سرکشی، قلدری، فرار از خانه؛

- مصرف مواد مخدر و الکل؛

- غفلت غیر عادی از نظم شکل و ظاهر خود؛

- بی‌حوصلگی دائمی، مشکل در تمرکز، یافت در کیفیت تکالیف مدرسه؛

- شکایت مکرر از نشانه‌های بیماری جسمی، مانند درد معده، سردرد یا خستگی؛

- رد کردن تحسین یا پاداش.

خودکشی در افراد سال مند

بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۶۵ سال به بالا اتفاق می افتد. افسردگی عاملی موثر در خودکشی افراد مسنی است که بیماری‌شان تشخیص داده نشده و درمان نشده باقی مانده.

سایر عوامل خطرزا در خودکشی افراد مسن عبارت اند از:

- مرگ اخیر یک عزیز، انزوا و تنهایی؛

- بیماری جسمی، ناتوانی یا درد؛

- تغییراتی بزرگ در زندگی، مانند بازنشستگی یا از دست دادن استقلال؛

- از دست دادن حس هدف‌داری زندگی.

علائم هشدار دهنده در بزرگسالان و افراد مسن

سایر علائم هشداردهنده‌ی خودکشی افراد مسن:

- خواندن مطالبی درباره مرگ و خودکشی؛

- تغییر در الگوی خواب؛
- افزایش مصرف الکل یا داروهای دکتر؛
- غفلت از خود یا کوتاهی از دستورات پزشکی؛
- ذخیره کردن دارو [و حشره کش، سم های گیاهی، و قرص برنج] یا علاقه ی ناگهانی به سلاح گرم؛
- گوشه گیری از دوستان، خانواده و فعالیتهای اجتماعی، خداحافظی های تمام و کمال یا عجله در اصلاح وصیت نامه.

نشانه های پیشگیری موفق از خودکشی

در نتیجه ی تمام تلاش های شما، شخص خودکشی گرا به شکل غیر مستقیم حداقل باید به این نتیجه ها برسد:

- در زمان و مکان مناسب و آرام با آدم مطمئنی در باره ی افکار اش و خودکشی صحبت کند؛
- دیگرانی هم هستند که سعی می کنند او را بفهمند و به او کمک کنند؛
- با وجود همه ی سختی ها، هنوز هم می توان به آینده امید داشت؛
- دوران سختی ها هم می گذرد؛
- می تواند دنبال راه حل های دیگری هم بگردد؛
- فوراً از مشاور، روان شناس، کارشناس بهداشت روانی، مددکار اجتماعی، روان پزشک، یا پزشک کمک بگیرد.

نکته ی آخر این که: در صورت داشتن فرصت، ضمن رعایت تمام راه کارهای بالا، اول از همه بهتر است خود شخص کمک کننده هر چه سریع تر با متخصص روان شناس، مشاور و نهادهای مداخله ی فوری در بحران روانی تماس بگیرد تا راه کارهای کمک رسانی مشخص بشود.

انواع دیگر خودکشی: تا این جا از خودکشی ناشی از احساس درماندگی کامل روحی صحبت شد. اما انواع دیگر

خودکشی هم وجود دارند، مثلاً خودکشی خودخواسته ی ناشی از حس پوچی در هستی (بدون علت روحی شخصی)، خودکشی از فرط خستگی از طول عمر، خودکشی به دلیل فرار از ناتوانی جسمی احتمالی در سنین بالا، خودکشی از روی شرم (هزارگیری در فرهنگ ژاپن)، خودکشی با اراده به تعیین زمان مرگ (با این استدلال که "اجباراً آمده ام، اما با اختیار می روم"، در سازمان EXIT)، یا درخواست قتل از روی ترحم (آتانازی، یوتینیژا)، خودکشی با کمک دیگری، خودکشی به علت فرار از شکنجه و خودکشی به عنوان اعتراض سیاسی، خودکشی تدریجی با روزه یا اعتصاب غذا و

معرفی یک منبع: پیشگیری از خودکشی، انستیتو روان پزشکی تهران، برای بهورزان و رابطین آموزشی:

<http://sbmu.ac.ir/uploads/behvrzmtn.pdf>

نگاه رواقی و سلامت روانی، خودکشی و افسردگی

رواقی‌ها اسم گروهی از متفکرینی است که بیشتر از ۲۰۰۰ سال پیش در یونان و روم پیدا شدند. این‌ها بیشتر در باره‌ی "بهبتر زندگی کردن" صحبت می‌کردند. چندین پیشنهاد می‌دادند. اما یکی از آن‌ها حتما به درد همه می‌خورد و آن این است که:

"همیشه و در خوش‌ترین حالت زندگی، آماده‌ی بدترین وضعیت زندگی باش!"

نترس، مضطرب نباش، اما همیشه آماده باش که یک‌شبه، همه‌چیز به‌هم بریزد و زندگی‌ات از این رو به آن رو بشود. فرض کن ممکن است یک باره فرزند یا مادر یا شغل یا خانه یا اعتبارت را از دست بدهی. البته باید امید هم داشته باشی که این اتفاق نیفتد. اما اگر زد و اتفاق افتاد، چون قبلاً هم آمادگی‌اش را داشته بودی دچار فروریزی، درماندگی کامل، ماتم و سوگ‌ماندگار نمی‌شوی، بلکه باز هم و باز هم زندگی را از نو و از صفر شروع می‌کنی، هرچند که زندگی بر تو سخت گذشته است. مهم راه رفتن تو است!

شاید این پیشنهاد را شبیه تزریق واکسن دانست. واکسن می‌زنیم تا بدن مان با بدترین حالت آشنا بشود و در زمانی که ویروس حمله‌ای بزرگ را شروع کرد، هول نکند، سقط نشود و بتواند اوضاع را مدیریت کند.

حالا فایده‌ی این پیشنهاد برای جلوگیری از بعضی افسردگی‌ها، ماتم‌ها و سوگ‌های ماندگار، و خودکشی‌ها معلوم می‌شود، هر چند که همه‌ی این مشکلات عامل‌های دیگری هم دارند که ممکن است از دست ما بیرون باشند و ما حتی با همین پیشنهاد هم نتوانیم جلوی آن‌ها را بگیریم. اما بعد از برخورد با هزار مانع، بر روی پای خود ایستادن برای هزار و یکمین بار، راه نجات خیلی خوبی است. در هر صورت، پیشنهاد بی‌فایده‌ای نیست و به زندگی ما می‌تواند رنگ و بوی تازه‌ای ببخشد.

یک رواقی بدون ادعای ایرانی (همایون صنعتی‌زاده)، برای رهایی خواهش از ملال و افسردگی شدید نسخه‌ی زیر را می‌پیچد:

... خودم دنبال لذت نیستم. نه این که گاهی لذت نمی‌برم. چرا می‌برم، اما آن‌چه که من دنبال‌اش می‌روم نشاط است و

زنده‌دلی. وقت‌ات را تقسیم کن مابین امرار معاش، تماشای ورزش، نوشتن و استراحت کردن. حساب این امور و اوقات را با هم مخلوط نکن و در هر یک جدی و صادق باش. ...

برای اطلاع بیشتر از رواقی‌ها نک: "فلسفه‌ای برای زندگی"، ویلیام اروین؛ "تأملات"، مارکوس اورلیوس (این کتاب خیلی

خیلی ساده است)؛ و نیز با گوگل کردن و سرچ کلمات رواقی، رواقیون، اورلیوس، سنکا، ثورو، موخیکا در اینترنت و در

کانال‌های تلگرامی "گاه فرست غلامعلی کشانی"، "آهستگی سادگی"، و نیز در "سایت عدم خشونت" نوشته‌ها و

ویدئوهایی می‌توان پیدا کرد.

بعضی کارهای دیگر مترجم

نافرمانی مدنی، هنری دیوید ثورو؛
 دارندگی در بسندگی است، اقتصاد جایگزین ثورو؛
 گاندی و استالین؛
 گاندی، گونه‌ای زندگی و ... چند نقد و نظر؛
 سارودایا، بهروزی برای همه، نوشته‌ی مهاتما گاندی؛
 خودگردانی روستایی، مهاتما گاندی؛
 برچیدن همه احزاب سیاسی، سیمون وی؛
 ۵۰ واقعیتی که جهان را باید دگرگون کنند؛
 صد و یک راه که جوانان می‌توانند جهان را دگرگون کنند؛
 کتاب پرسش‌ها؛
 مهاتما گاندی، عبدالغفار خان و فلسطین؛
 سه چهره‌ی اورشلیم (قدس)؛
 بسیار خردسال‌تر از آن که عروس شوند؛
 رازهای خواب؛
 چندهمسران آمریکایی؛
 زایش دین؛
 میراث مشترک بشری (فهرست بعضی واژگان مشترک بین فرهنگ‌ها)
 سایت نوشته‌ها و دانلود کارها: <http://ghkeshani.com>
 ای میل: keshanifgh@gmail.com