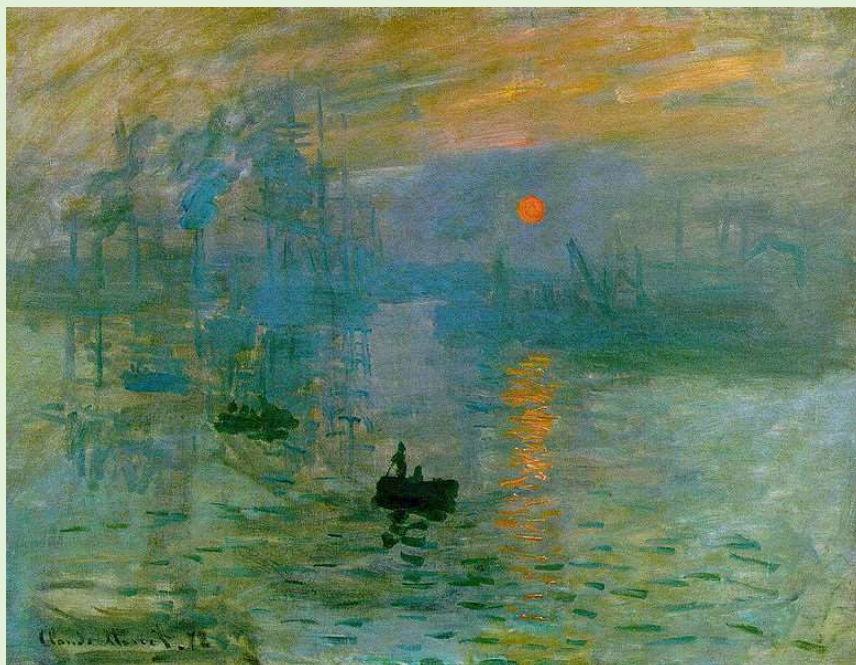


بهداشت روان برای مردم



مجموعه مقاله‌ها و مصاحبه‌های دکتر امیر شعبانی

(استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

منتشرشده در جراید و رسانه‌های عمومی

نسخه دوم؛ خرداد ۱۳۹۸

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴	بیماری‌های روانی در نگاه مردم
۶	درباره برخی برداشت‌های نادرست از روان‌پزشکی
۸	تیغ جهل و جفا بر گریبان افسرده‌ها
۱۳	افسردگی و افسرده‌ها را ببینیم
۱۵	موانع بهره‌گیری مردم از دانش روان‌پزشکی؛ بخش اول
۱۶	موانع بهره‌گیری مردم از دانش روان‌پزشکی؛ بخش دوم
۱۸	اهمیت بررسی افسردگی در موارد نشانه‌های جسمانی
۲۱	روش‌های علمی و راهکارهای بی‌اعتبار در درمان افسردگی
۲۴	کنترل خشم: اهمیت تشخیص پیش از مداخله
۲۶	چرا باید داروی اعصاب مصرف کنم؟
۲۸	خواب‌آورهای عامل بی‌خوابی
۳۱	آیا افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی قادرند روزه بگیرند؟
۳۳	بایدها و نبایدهای ریتالین
۳۵	اختلال دوقطبی قابل درمان است
۳۸	من یک فرد دچار اختلال دوقطبی هستم
۴۲	جانبازان به ناحق موجی خوانده می‌شوند
۴۹	قربانیان تبعات روانشناختی جنگ چه کسانی هستند؟
۵۱	صدای بی‌طنین قربانیان تجاوز
۵۳	پیشگیری از آزار جنسی در مدارس و جامعه
۵۵	مصایب بازماندگان

* طرح روی جلد: اثری از ونسان ون گوگ

ادامه فهرست مطالب

صفحه	عنوان	
۵۶	پیش‌داوری: عامل بقا یا مانع وفاق؟	۲۱
۵۸	آیا آلودگی هوا بر روان آدمی اثرگذار است؟	۲۲
۶۱	دلیریوم: تغییر ناگهانی وضعیت روانی سالمندان	۲۳
۶۲	چرا از خرافات و دانش کاذب استقبال می‌شود؟	۲۴
۶۴	آیا مواد غذایی در درمان افسردگی دوقطبی مفید است؟	۲۵
۶۶	ترس از الکتروشوک و داروهای اعصاب	۲۶
۶۹	چرا شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران رو به افزایش است؟	۲۷
۷۲	اشاره‌ای به تبلیغات غیرعلمی: آیا نوروفیدبک واقعاً مؤثر است؟	۲۸
۷۵	جایگاه کنونی نوروفیدبک در درمان اختلالات روان‌پزشکی	۲۹
۷۸	دشواری‌های ذهن‌خوانی از روی نمادهای لباس	۳۰
۸۰	سلامت روان: مطالبه‌گر سیاست‌مداران	۳۱
۸۴	سهم ما در سلامت روان مردم	۳۲
۸۷	سلامت روان: ندایی برای تغییر نگرش	۳۳
۹۰	قلمرو اثرگذاری روان	۳۴
۹۲	اخلاق‌مداری: ردپای دیگری از روان انسان	۳۵
۹۴	انسان امروز و چالش‌های فراروانی	۳۶
۹۵	کمک به سلامت روان قربانیان سوانح طبیعی	۳۷
۹۸	معرفی چند کتاب از نویسنده	۳۸

بیماری‌های روانی در نگاه مردم

۱۳۹۳/۶/۲۹؛ روزنامه شهروند

نگاه به بیماری‌های روانی در طول تاریخ دستخوش ناروایی‌ها و ناآگاهی‌های بسیار بوده است. گاه آن را ناشی از حلول ارواح خبیثه در کالبد فرد دانسته‌اند و فرد متأثر را سزاوار تنبیه یا تسلیم به خشونت اجتماع. این خشونت را برخی برای «پاک‌سازی» اجتماع ضروری می‌دانستند و از سوزاندن فرد نیز واهمه نداشتند. این پاک‌سازی در جایی با طرد فیزیکی فرد مبتلا از اجتماع روی داده و در جایی به مدد به‌کارگیری برچسب‌هایی چون دیوانه (به معنای دیو زده) یا مجنون (جن زده) آنها را از جمع غالب به انزوای تلخ می‌رانده و به بیانی، مجریان پاک‌سازی یا همان عموم مردم مدعی سلامتی را از هرگونه شباهت یا ملازمت با بیمار روانی می‌رهانده است. در مسیری دیگر و در یک رویکرد انسانی برای درمان این بیماران نیز در طول تاریخ

شیوه‌هایی به کار رفته که گاه در انطباق با باورهای تاریخی پیش گفته بوده و گاه به دانش امروزی ناساز با منطق و بدیهیات. سوراخ کردن جمجمه برای خروج ارواح نابه‌کار در قرن‌های دورتر، و عمل جراحی برای برداشتن اعضای داخلی یا کشیدن دندان‌ها در قرن گذشته نمونه‌هایی است از این رهیافت.



اثری از اونوره دومیه

حتی در عصر جدید و پس از آن که واژه‌های تشخیصی تخصصی به عرصه ظهور رسیدند، سوءبرداشت برخی صاحب‌نظران یا سوءاستفاده منابع قدرت از تشخیص‌های روانپزشکی به تداوم نگاه ناصواب به این بیماری‌ها و دیدی توأم با تردید یا حس تهدید نسبت به شیوه‌های درمانی آنها دامن زد. ساموئل کارترایت پزشک آمریکایی در عصر برده‌داری، با ابداع واژه دراپتومانیا (Drapetomania) نوعی از بیماری روانی را تعریف کرد که برده‌های ناسپاس فراری را دربرمی‌گرفت. به باور او، برده‌ها باید مطیع اربابان خود باشند و با آنها مانند کودکان و با مهربانی و بذل توجه رفتار شود. او ابزار چنین برخوردی از جانب اربابان را رفتاری انسانی و عامل «درمان» تمایل برده‌ها به فرار می‌دانست. از سویی دیگر و در تاریخی نزدیک‌تر، فجایعی با بهره‌کشی از دانش روانپزشکی در کشور شوروی به وقوع پیوست. خروشچف رئیس جمهور شوروی در سال

۱۹۵۹ گفته بود «جرم، انحرافی از استانداردهای عموماً پذیرفته‌شده رفتار است و به فراوانی به سبب اختلال روانی ایجاد می‌شود». بر این اساس، او وضعیت روانی مخالفان کمونیسم را غیرطبیعی می‌دانست. در همان عصر و دیار، برخی از روانپزشکان نیز به یاری اصحاب قدرت رفته و با گسترده کردن تعریف بیماری روانی، به حبس مخالفان حکومت به بهانه ابتلا به چنین بیماری‌هایی کمک کردند.

با مرور چنین تاریخچه‌ای، درک چرایی بروز مقاومت در برابر تشخیص‌های روانپزشکی و درمان‌های دارویی آن در اقلاری از جامعه و حتی برخی از صاحب‌نظران، ساده‌تر می‌شود و می‌توان ریشه باورهای عامیانه کنونی ضد روانپزشکی در میان بسیاری از مردم را نیز در تاریخچه شکل‌گیری دانش روانپزشکی دید. در واقع، حتی در عصر حاضر و با پیشرفت‌های قابل توجه علمی و ملاحظات کم‌نظیر اخلاقی و اجماع بر توجه دقیق به حقوق انسانی افراد و از جمله بیماران در رشته روانپزشکی،

باورهای ناکارآمد بسیاری از مردم در پرهیز از درمان‌های روانپزشکی ادامه یافته و عامل محروم شدن جمعیت زیادی از نیازمندان دانش روانپزشکی است. این نگرش منفی محدود به جمعیت یا کشور خاصی نیست. رد پای آن را می‌توان در اندیشه‌های سازندگان بسیاری از فیلم‌های سینمایی یا سریال‌های تلویزیونی ایران یا کشورهای دیگر دید و این نکته نیز می‌تواند شاهدهی بر همه‌گیری آن باشد. فیلم‌هایی که تصویری غیرعادی یا سیاه از چهره یا نگاه بیماران نمایش می‌دهد، آنها را انسان‌هایی متفاوت می‌نمایاند، مصرف داروهای اعصاب را به شکلی ناگوار به تصویر می‌کشد، زندگی فرد بیمار را رو به تباهی و غیرقابل اصلاح می‌داند، روند معمول بیماری و درمان را با حضور در آسایشگاه روانی یکسان می‌پندارد، و حتی روانپزشک را فردی متفاوت از عموم مردم معرفی می‌کند، همه و همه نشانگر متفاوت دانستن قشری از جامعه و تلاش برای جدا نگهداشتن آنها از سایرین است. به عبارت دیگر، رفتاری است در جهت حفظ «داغ متفاوت بودن» بر پیشانی گروهی از افراد جامعه. جالب اینجاست که تخمین زده می‌شود نزدیک به ۲۴ درصد افراد جامعه ایران در طول زندگی خود نوعی از اختلالات روانپزشکی را تجربه می‌کنند. به این ترتیب، این رویکرد متفاوت‌سازی، حدود یک‌چهارم جمعیت کشور را متأثر می‌کند و می‌توان رفتار حامیان آن را نوعی خودزنی به حساب آورد. به بیان دیگر، بسیاری از افرادی که با نگاهی طردکننده به بیماران روانپزشکی می‌نگرند و خود و نزدیکان‌شان را بسیار سالم‌تر از «آنها» می‌پندارند و بر این پایه دوستان و آشنایان خود را از پیگیری درمان‌های روانپزشکی برحذر می‌دارند، خود ممکن است دچار مشکلات مرتبط با روانپزشکی و نیازمند درمان باشند و با چنین باورهایی نخست خود و عزیزان خود را از امکان برخورداری از آرامشی والاتر، کیفیتی بهتر در زندگی و حضوری مؤثرتر در اجتماع محروم می‌کنند.

باورهای ناکارآمد مخل روند رو به رشد روانپزشکی در جامعه، تنها محدود به نگرش منفی به بیماری‌ها و درمان‌های استاندارد روانپزشکی نیست. تصورات گوناگونی در اقشاری از جامعه دیده می‌شود که با دانسته‌های کنونی متفاوت یا گاه در تضاد است و با این وجود در ذهن صاحبان خود به شکلی مستحکم نشسته است. از آن جمله می‌توان به اثربخش دانستن ازدواج در درمان بیماری‌های روان اشاره کرد. چنین باوری بسیاری از افراد دچار بیماری‌های شدید و نیازمند درمان مستمر را به ورطه تنش‌هایی بی‌پایان کشانده و خانواده‌های مرتبط با چنین وصلتی را سال‌ها درگیر کرده است. شاید محدود بودن منابع اطلاعات گروهی از افراد جامعه یا اعتماد بیش از حد آنها به اطلاعات سینه به سینه، روایتی یا محفلی نسبت به شیوه‌های روزآمد دسترسی به اطلاعات را بخشی از علت پایداری باورهای ناکارآمد بدانیم. با این حال، برخی از این باورها از حیطه خانواده‌ها فراتر رفته و در قاب تبلیغات خیابانی نمایان می‌شود. تنبل و تن‌پرور دانستن دسته‌ای از بیماران روانپزشکی که در واقع دچار وابستگی به مواد هستند و بیماری پیچیده و چندعاملی «اعتیاد» را ناشی از ضعف اراده دانستن، منتهی به اعلامیه‌ای می‌شود با مضمون: «ورزش آری، اعتیاد نه». تردیدی در مفید بودن ورزش و اثربخشی آن در بهبود کیفیت زندگی و حتی کمک به درمان برخی از بیماری‌ها نیست؛ اما باور یاد شده که ورزش را به تنهایی عامل رفع اعتیاد می‌داند و نگرش یک عبارت کوتاه در معابر را در کاهش شیوع این بیماری مؤثر می‌پندارد بر یافته‌های علمی استوار نیست و می‌دانیم که آموزش‌های منفعلانه و یک‌سویه بدون یک برنامه‌ریزی همه‌جانبه که خارج از حوصله این بحث است ره به جایی نخواهد برد.

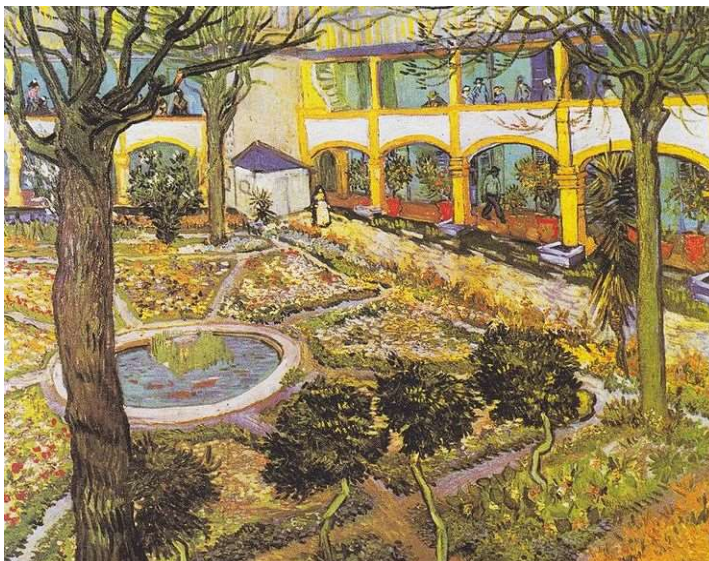
از اثر تبلیغات پزشکی بر نگرش مخاطبان نیز نباید گذشت. هنگامی که فرد نگرشی منفی به درمان‌های دارویی دارد و از روی اطلاعات ناکافی یا به تذکر اطرافیان، چنین درمانی را عامل اعتیاد یا موجب خواب‌آلودگی و ازکارافتادگی می‌داند، ممکن است با مشاهده تبلیغ یک داروی گیاهی یا روشی که نوین و «بدون دارو» خوانده می‌شود به آن تمایل نشان دهد و تنها با هدایت آگهی تبلیغاتی یا مشورت افراد فاقد صلاحیت، درمانی ناروا را پی بگیرد. به عنوان نمونه‌ای از تبلیغات گمراه‌کننده می‌توان به تبلیغ «شیمیایی بودن» داروهای مرسوم اعصاب و «شیمیایی نبودن» داروهای گیاهی اشاره کرد. در همین زمینه، نشانند

تأیید افراد خاص (حتی برخی از متخصصان) به جای ارائه تأییدیه سازمان‌های معتبر علمی قابل ذکر است. در نبودن نظارت جدی و دقیق سازمان‌های صاحب صلاحیت بر تبلیغات پزشکی، راه بر روش‌های درمانی غیرمعتبر گشاده می‌شود و بستر نگرش منفی به درمان‌های دارویی روانپزشکی و ناآگاهی از روش‌های مورد اجماع جامعه علمی روانپزشکی نیز مسیر گسترش روش‌های نابه‌جا را هموارتر می‌کند. نمونه مشخصی از تبلیغات پزشکی که یک شیوه درمان مقدماتی و بدون شواهد کافی را برجسته می‌کند و حتی گاهی آن را بر درمان‌های استاندارد و مؤثر موجود رجحان می‌دهد، تبلیغ روشی به نام نوروفیدبک است که برای درمان اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه (ADHD) مطرح شده است. این روش هم‌اکنون به عنوان روشی آزمایشی مطرح است و البته ممکن است در آینده جایگاهی در درمان این اختلال یا اختلالات دیگر پیدا کند. با این وجود، نوروفیدبک هنوز در راهنماهای بالینی معتبر جایگاهی ندارد و این مورد نشان دهنده آن است که استناد به تبلیغات و عدم ارتباط با منابع موثق در کنار نگرش منفی به درمان‌های دارویی روانپزشکی می‌تواند مانع از دسترسی به درمان استاندارد یا باعث تأخیر ناموجه در آغاز آن و بروز تبعات مربوطه شود.

کاهش انگ ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی و بهره‌گیری از درمان‌های آن، ارتقای آگاهی عموم مردم و به‌ویژه برنامه‌ریزان، برنامه‌سازان و افراد مرتبط با آحاد جامعه از بیماری‌های روانپزشکی و اصلاح نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند به رشد سطح سلامت روان و کیفیت زندگی افراد جامعه بینجامد و برای دستیابی به چنین هدفی، تقویت نقش اجتماعی نهادها و جوامع علمی مرتبط و مشارکت آنها در سیاست‌گذاری‌های کلان توصیه می‌شود.

درباره برخی برداشت‌های نادرست از روانپزشکی

۱۳۹۵/۴/۱؛ وبسایت «روانپزشکان»



اثری از ونسان ون گوگ

گاه و بی‌گاه و به ویژه در ایام اخیر مطالبی در مورد رشته روانپزشکی و حیطة کارکرد آن در رسانه‌های مجازی و حقیقی به چشم می‌خورد که با واقعیت ناساز است. تشکیل انجمن علمی روان‌درمانی ایران با مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از یک سو، و تدوین لایحه سلامت روان از سوی دیگر، دست‌مایه «برخی» ابراز نظرها شد که ناآشنایی مخاطب آنها با تعاریف و مفاهیم اولیه روانپزشکی، می‌تواند به برداشتی نادرست و به دور از واقعیت بینجامد. به این لحاظ، به نکاتی در این زمینه و در قالب پاسخ به چند پرسش اشاره می‌شود:

۱- آیا روانپزشکی رشته‌ای است که تنها به درمان اختلالات «شدید» روانی می‌پردازد؟

نه! بدیهی است که روان‌پزشکی با درمان همه مواردی که «اختلال روان‌پزشکی» نامیده می‌شود سروکار دارد؛ از یک اختلال افسردگی خفیف یا اضطراب خفیف یا وسواس خفیف گرفته تا شکل شدید آنها و سایر اختلالات. از سوی دیگر، شدت اختلالات روان‌پزشکی برخلاف آنچه برخی می‌پندارند از روی نام آنها تعیین نمی‌شود. به طور مثال، هرچند به شکلی کلی ممکن است گفته شود که اختلال دوقطبی اختلالی شدیدتر از اختلال افسردگی اساسی است، در بسیاری از موارد علایمی با شدت فزون‌تر و سیر وخیم‌تر در فرد دچار اختلال افسردگی اساسی نسبت به مورد مبتلا به اختلال دوقطبی دیده می‌شود. این عدم همخوانی شدت بیماری با نام آن منحصر به مثال مذکور نیست و تقریباً موضوعی عام تلقی می‌گردد. بنابراین نمی‌توان اختلالات روان‌پزشکی را بر مبنای نام آنها به دو دسته خفیف و شدید تقسیم کرد و موارد به ظاهر با «تشخیص خفیف» را بی‌نیاز از ملاقات با روان‌پزشک دانست.

۲- آیا روان‌پزشکی رشته‌ای است که تنها به «درمان اختلالات روان‌پزشکی» و نه «سلامت روان» می‌پردازد؟

نه! موضوع روان‌پزشکی سبب‌شناسی، علامت‌شناسی، طبقه‌بندی، تشخیص، ارزیابی پیش‌آگهی، درمان و پیش‌گیری از اختلالات روان‌پزشکی است. در واقع روان‌پزشک با ارزیابی تاریخچه وضعیت پزشکی فرد که بخش «روان» را نیز شامل می‌شود و نیز معاینه بالینی او که علاوه بر معاینه فیزیکی شامل معاینه وضعیت روانی نیز هست اقدام به تعیین «تشخیص» می‌کند. این تشخیص باید مبنای تعیین بهترین شیوه درمان و مستند بر شواهد علمی موجود قرار گیرد. همچنین شناسایی موارد در معرض ابتلا و تشخیص نشانه‌های پیش‌درآمد بروز یک اختلال روان‌پزشکی از کارکردهای روان‌پزشکان است. به جز رویکرد پیشگیرانه‌ای که روان‌پزشکان باید در کار روزمره خود در نظر داشته باشند، این رشته دارای شاخه‌ای است به نام «روان‌پزشکی جامعه‌نگر» که نگاه به شناسایی بیماران در سطح جامعه و ارتقای سلامت روان افراد جامعه دارد.

۳- آیا روان‌پزشکی تنها بخشی از درمان را که «بیولوژیک» تلقی می‌شود بر عهده دارد؟

نه! اصولاً طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی به «بیولوژیک»، «روان‌شناختی»، «اجتماعی» و «معنوی» امری به دور از دانسته‌های علمی است. در واقع می‌دانیم که عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی هر یک می‌تواند سهمی کوچک یا بزرگ در شکل‌گیری هر یک از اختلالات روان‌پزشکی داشته باشد، اما جدا کردن این عوامل در یک فرد مبتلا و ارجاع او برحسب این تفکیک به روان‌شناس یا روان‌پزشک کاری نشدنی و نامعقول است. چنین دیدگاهی که روان‌پزشک را منحصر به دخالت در امور بیولوژیک می‌بیند، اصولاً نگاه زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی را بر نمی‌تابد؛ چرا که این نگاه بدون جدا کردن عوامل یادشده، مجموعه‌ای از آنها را مهم می‌داند و «روان‌شناس و روان‌پزشک» معالج را مکلف به در نظر داشتن همه آن عوامل در جریان درمان بیمار می‌کند. بر این مبنای، نه اختلالی چون اسکیزوفرنیا تماماً بیولوژیک است و نه وضعیتی به نام اختلال انطباقی که آشکارا به دنبال یک عامل تنش‌زای محیطی شکل می‌گیرد تماماً روان‌شناختی.

۴- آیا بخش کوچکی از وضعیت سلامت روان مرتبط با عوامل زیستی است؟

نه! مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی مدلی برای فهم بیشتر سبب‌شناسی پیچیده و غیرقابل تفکیک بیماری‌های روانی و سلامت روان آدمی است. نشانه‌های رفتاری انسان چه آشکارا مرتبط با یک عامل بیولوژیک باشد و چه با واسطه تنش‌های محیطی و سایر عوامل بروز کند، از طریق کارکرد مغز هدایت یا برون داده می‌شود. به بیان دیگر، عواملی چون تنش‌زاهای محیطی و شرایط اجتماعی خود بر کنش مغز اثرگذارند و برون‌ده آن را تغییر می‌دهند. این که بخشی از سلامت روان و اختلالات روان‌پزشکی را بیولوژیک بدانیم و مرتبط با روان‌پزشکان و بخشی را روان‌شناختی و مرتبط با روان‌شناسان، اشاره‌ای بدون پشتوانه منطقی است.

۵- آیا برجسته بودن بخش روان‌شناختی یک اختلال، آن را از حیطه کار روان‌پزشکان خارج می‌کند؟

نه! الف- جدا کردن عوامل سبب‌شناختی گوناگون و تعیین سهم آنها در ایجاد اختلال – هرچند ممکن است در نگاه یک فرد غیرکارشناس ساده و بدیهی بیاید – بسیار دشوار یا غیرممکن است. ب- چه روان‌شناس بالینی، چه روان‌شناس سلامت و چه روان‌پزشک به درمان اختلالات روان‌پزشکی می‌پردازند و برجسته بودن یکی از عوامل سبب‌شناختی، هیچیک از آنها را بی‌صلاحیت در درمان نمی‌کند. پ- در میان اختلالات روان‌پزشکی اولیه، مهمترین شاخص تعیین کننده نوع درمان، عامل سبب‌شناختی برجسته آن اختلال نیست، بلکه بر پایه راهنماهای بالینی معتبر، این «تشخیص» یا «نوع اختلال» است که باید هادی اصلی درمان شود. بنابراین سخن راندن از روان‌شناختی بودن یا بیولوژیک بودن یک اختلال روان‌پزشکی و جدا کردن حوزه کارکرد متخصصان رشته‌های مرتبط با سلامت روان بر این پایه، بی‌پایه است.

۶- آیا برجسته بودن بخش روان‌شناختی یک اختلال، درمان آن را منحصر به مداخلات روان‌شناختی می‌کند؟

نه! باز هم مطابق با بیان پیش، انتخاب نوع درمان بستگی به «نوع اختلال» یا «تشخیص» دارد و نه اتکا بر این فرض که چه میزان از سبب‌شناسی اختلال، زیستی یا روان‌شناختی است. همچنین اثربخشی درمان‌های بیولوژیک و روان‌شناختی را نیز نمی‌توان به اثربخشی آنها به ترتیب بر نشانه‌های بیولوژیک و روان‌شناختی فروکاست. این امری بدیهی است که درمان از هر نوع که باشد در نهایت بر مجموعه‌ای از نشانه‌های گوناگون آن اختلال اثر می‌کند؛ درمان‌های زیستی بر نشانه‌های روان‌شناختی چون شیوه آشفته تفکر، و روان‌درمانی بر نشانه‌ای چون آشفتگی خواب مؤثر است. روان‌پزشکان و روان‌شناسان آگاه و ملتزم به قواعد حرفه‌ای، ضمن رعایت محدوده کار حرفه‌ای خود و استناد به راهنماهای بالینی معتبر، با بهره‌گیری از خدمات یکدیگر در اقدامی همکوشانه به خدمت به آحاد جامعه می‌پردازند. روان‌شناسان بالینی و سلامت نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌پزشکی دارند و بدون یاری آنها جامعه روان‌پزشکان قادر به اجرای همه وظایف خود نخواهد بود. روان‌پزشکان نیز ضمن کمک به حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه، نقشی اختصاصی در افتراق تظاهرات روان‌پزشکی از بیماری‌های غیرروان‌پزشکی و درمان‌های دارویی و نیز نقش مهمی در ارائه درمان‌های غیردارویی به نیازمندان این خدمات دارند.

تبغ جهل و جفا بر گریبان افسرده‌ها

۱۳۹۳/۶/۱۵؛ وبسایت «روانپزشکان»

افسردگی چیست؟ آیا افسردگی همان نارضایتی و دلخوری از وضعیت موجود است؟ یا بی‌برنامگی و بادی به هر جهت بودن در زندگی است؟ یا بی‌هدف دانستن جهان و پوچ و بی‌دلیل خواندن آن است؟ آیا افسردگی همان پشت پا زدن به دنیا، گوشه‌نشینی و اعتکاف است؟ یا دل به دنیای دیگر داشتن و بی‌اهمیت دانستن لذت‌های این جهانی؟ آیا غم داشتن همان افسردگی است؟ دلتنگ یک دوست بودن یا دوری یار را تحمل نکردن همان افسردگی است؟



ویرجینیا وولف، نویسنده انگلیسی که در ۱۹۴۱ خودکشی کرد؛ اثر راجر فرای

نه! هیچ‌کدام به تنهایی معادل افسردگی نیست. آنچه در این‌جا افسردگی نامیده می‌شود یک بیماری است و بیماری آن است که مانع زندگی روان روزمره شود، عامل زجر و عذاب گردد، مخرب باشد و مایه فروگذاری از اجرای منویات شخصی و وظایف جمعی. هر یک از نمونه‌های بالا حالتی است از احوال ما یا دیگران که در زندگی روزمره به آن شکل رفتار می‌شود، حس می‌گردد یا به اندیشه می‌آید. هیچ‌یک از این موارد یا موارد دیگر تا به آشفتگی زندگی فردی یا اجتماعی ما نینجامد بیماری به حساب نمی‌آید. افسردگی یک ژست اجتماعی نیست، یک دلتنگی گذرا نیست، یک تأسف سطحی نیست. پس افسردگی به چه می‌گوییم؟

امروزه از برخی می‌شنویم که «همه افسرده‌اند، مگر شما خودتان افسرده نیستید» یا «مگر می‌شود در این اوضاع اقتصادی با اجبار به چند شیفت کار روزانه، بدهکاری، آلودگی هوا، ترافیک و ناسالم بودن مواد غذایی افسرده نبود». آنچه به عنوان افسردگی در کلام معمول روزانه ما می‌آید همیشه همانی نیست که در یک بحث تخصصی مراد است. افسردگی یک بیماری است با همه مشخصات یک بیماری. افسردگی مجموعه‌ای از نشانه‌هاست. شاید به جای تعریف علمی و پیچیده افسردگی، نگاهی به نمونه زیر روشن‌تر باشد:

خانم الف ۳۸ ساله، از زمانی که به یاد دارد غم‌زده و پریشان است. در بیشتر اوقات خود را بی‌حوصله و کم‌انگیزه می‌داند. او که دارای دو فرزند و کارمند یک شرکت است، تمام وقت خود را صرف کارهای منزل یا کار در شرکت می‌کند و می‌گوید با غرق شدن در کارها غم‌هایش را از یاد می‌برد. با این همه تلاش، خود را کاملاً ناکارآمد می‌پندارد و از این‌که توانایی‌های خود را دست‌کم می‌گیرد واقعاً ناراحت است. سال‌هاست که در به‌خواب رفتن مشکل دارد ولی اشتهای عادی و تمرکزی نسبتاً مناسب دارد، انرژی خود را کافی می‌داند و نسبتاً امیدوار است که بتواند با معالجه به وضعیت بهتری برسد. (برگرفته از کتاب آموزش روانپزشکی با نمونه‌های بالینی)

این خانم دچار یک افسردگی خفیف ولی مزمن است. غمگینی او دائمی و آزارنده است و لذت کار و زندگی را از او گرفته. اعتماد به نفس خود را از دست داده و خود را ناتوان می‌داند. در واقع، افسردگی دارای سه دسته نشانه است که در این مثال، فرد مورد نظر بعضی از آنها را دارد: ۱- آنچه حس می‌کند [غم- بی‌انگیزگی- خستگی- بی‌حواسی]؛ ۲- آنچه رفتار می‌کند [کم‌حرفی- کناره‌گیری از دیگران- خیره شدن‌های طولانی- سستی در انجام وظایف- کم‌خوابی یا پرخوابی- کم‌خوری یا پرخوری]؛ و ۳- آنچه باور دارد [ناتوان بودن- به درد نخور بودن- اضافه بودن- بی‌ارزش بودن زندگی- پُرنرگی ناکامی‌های گذشته- تیره و تار بودن آینده].

چنین فردی نیاز به درمان دارد. اما ادامه داستان او را ببینید:

خانم الف تصمیم می‌گیرد برای درمان به روانپزشک مراجعه کند. بنابراین با همسرش مشورت می‌کند. اما در حین مشورت، با واکنشی بسیار غیرمنتظره روبه‌رو می‌شود. همسرش با عصبانیت می‌گوید: «مگه تو دیوونه‌ای که پیش روانپزشک بری. سابقه نداشته که هیچ‌کدام از اقوام ما همچین کاری کنند. اصلاً افسردگی یعنی چه؟ این حرفا مال توی کتاباست. سعی کن به خودت مسلط بشی. این قدر به خودت تلقین نکن که افسرده‌ای! پیش روانپزشک هم که بری یه مشت قرص خواب آور

تجویز می‌کنه که به جای این که سرحال بشی باید دائم بخوابی! یعنی دیگه از کار و زندگی می‌افتی. مگه چند سالته که باید از حالا قرص اعصاب بخوری؟».

همسر خانم الف تنها کسی نیست که چنین باورهایی دارد. این باورها ریشه در تاریخ و فرهنگ ما دارد و تغییر آنها در میان بسیاری از مردم کار ساده‌ای نیست. به هر حال، کار هر روزه روانپزشکان آموزش افراد برای اصلاح باورهایی این چنین است؛ باورهایی که رسیدن به یک زندگی مثبت، کارآمد و بارور را با یک حیات ناکام، فرصت‌سوز و در مواردی خانمان‌برانداز تاخت می‌زند. و ادامه داستان:

همسر خانم الف موفق می‌شود. خانم الف که به دلیل افسردگی توان و انگیزه زیادی برای به کرسی نشاندن خواسته‌هایش ندارد، سرانجام تسلیم می‌شود. با این حال در ماه‌های آینده به تدریج بی‌حوصله‌تر و بی‌حوصله‌تر می‌شود تا جایی که دیگر رمقی برای حاضر شدن در محل کارش ندارد. یک سال بعد شغلش را رها می‌کند و خانه‌نشین می‌شود. بیشتر وقتش را روی تخت‌خواب در حالی که به نقطه‌ای خیره شده و بدترین خاطرات زندگی‌اش را با خود مرور می‌کند می‌گذراند. شب‌ها خواب اندکی دارد و به دلیل اشتهای اندک، در حال از دست دادن وزن است. دیگر امیدی به بازگشت به سال‌های قبل ندارد و فکر می‌کند که باقی عمرش نیز با همین عذاب غیرقابل تحمل خواهد گذشت. همسرش اغلب او را سرزنش می‌کند؛ گاهی با فریاد از او می‌خواهد که بلند شود و به زندگی‌اش برسد. گاهی نیز او را تهدید می‌کند که با این رفتارهایش، شاید مجبور به تجدید فراش شود! چند بار هم با زدن ضرباتی سعی می‌کند خانم الف را به خود آورد ولی این ضربات تنها به کبودی صورت بیمار می‌انجامد و وخامت حس بدبختی او. دو سال پس از آن و در حالی که خانم الف از زبان اطرافیان زمزمه‌هایی از ازدواج دوباره همسرش می‌شنود، به اصرار بستگان، توسط همسرش نزد روانپزشک برده می‌شود.

این یک داستان تخیلی نیست. بسیاری از افرادی که در جامعه ما از افسردگی رنج می‌برند گرفتار باورهای نادرست خود یا اطرافیانشان هستند. ناآگاهی برخی از افراد از سوئی، و انگ بیماری‌های اعصاب و روان از سوی دیگر از موانع عمده تأخیر در درمان هستند. خانم الف در ابتدا دچار یک افسردگی خفیف بود که البته در همان زمان نیز می‌بایست تحت درمان قرار می‌گرفت. با این حال، در طول زمان نشانه‌های افسردگی شدت گرفتند و تا اینجای داستان به حدی رسیده که تداوم آن ممکن است مرگبار باشد. آری؛ جدا از عواقب فرصت‌سوزی چون «از دست دادن امکان پیشرفت و کیفیت زندگی» و عواقب خانمان‌براندازی چون «ورشکستگی و از دست دادن جمع گرم خانواده»، «مرگ» نیز می‌تواند سرنوشت عدم درمان افسردگی باشد. ادامه داستان را در مطب روانپزشک ببینید:

همسر خانم الف: آقای دکتر به او بگویید که باید خودش سعی کند تا از این وضع درآید. به او بگویید هیچی‌اش نیست و همه‌اش این فکرهای بی‌خودی است که او را به اینجا رسانده. تا خودش نخواهد هیچ‌چیز درست نمی‌شود. همه‌اش به خودش تلقین می‌کند که افسرده است. شما خودتان یک چیزی به او بگویید.

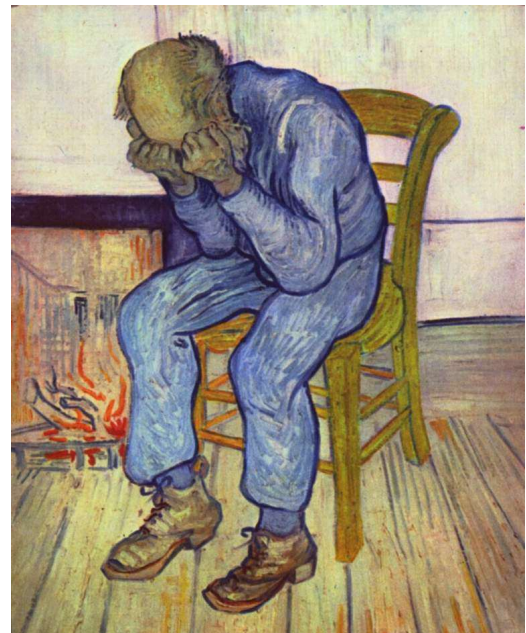
روانپزشک: این بیماری مدتهاست که شروع شده. باید هر کاری از دستان برمی‌آید برای بهبودی این افسردگی انجام دهیم. می‌فهمم که خانم الف چه اوقات سختی را می‌گذراند. به هر حال هنوز هم می‌توان کاملاً به بهبودی امیدوار بود. باید همه به کمک هم به جنگ این بیماری برویم.

خانم الف (در حال بغض و با چشمانی پراشک): دیگر فایده‌ای ندارد. بهتر است کمکم کنید تا راحت‌تر از این دنیا بروم. می‌خواهم بمیرم. واقعاً اگر می‌خواهید کمکم کنید، یک جوری راحت‌تر کنید. (سرش را پایین می‌اندازد و به شدت می‌گرید)
همسر خانم الف (با خشم): تمامش کن! این بازی‌ها را در نیآور. مگر دست خودت است که خودکشی کنی. (رو به پزشک):
او اهل این حرف‌ها نیست دکتر، شما جدی نگیرید.

بیماری که در چنین مرحله شدیدی از افسردگی است، بی‌تردید باید زیر نظر پزشک بستری شود. هنگام رؤیت عوامل خطر بروز خودکشی، نباید به سادگی از کنار موضوع رد شد و نگاه را به سوی دیگر انداخت. آری! «او هم ممکن است خودکشی کند. حتی او!». دست‌کم گرفتن چنین خطری در مورد بیمار افسرده، گاه سرنوشتی چون کوتاهی در پیگیری خطر سکت قلبی در فرد دچار تنگی عروق قلب می‌یابد. در شرح بالا، انواعی از باورهای نادرست یا مخرب دیده می‌شود که یک به یک از نگاه می‌گذرانیم:

- الف- «این دیوانگان هستند که به روانپزشک مراجعه می‌کنند!»
 ب- «افسردگی بیماری نیست، بلکه با تلقین فرد به خودش ایجاد می‌شود!»
 پ- «روانپزشکان برای درمان افسردگی قرص خواب‌آور تجویز می‌کنند و باعث می‌شوند فرد از کار و زندگی بیفتد!»
 ت- «خوردن قرص اعصاب برای جوانان و میانسالان زود است!»
 ث- «با فریاد و تهدید و زور می‌توان فرد افسرده را به زندگی برگرداند!»
 ج- «این‌ها افسرده نیستند، خوشی زیر دلشان زده!»
 چ- «نزدیکان ما خودکشی نمی‌کنند!»

امروزه افسردگی نوعی بیماری تلقی می‌شود که با واکنش مغز به عواملی چون زمینه ذاتی یا ارثی و تنش‌های محیطی شکل می‌گیرد و در صورت عدم رسیدگی و مدیریت مناسب، ممکن است به یک بیماری وخیم و صعب‌العلاج منتهی شود. این باور که داروهای روانپزشکی خواب‌آور و کسالت‌زا هستند در میان بسیاری از مردم رواج دارد و یکی از عوامل عدم مراجعه آنها به پزشک است. متأسفانه گاه با افرادی روبه‌رو می‌شویم که بدون دانش کافی، خود را صاحب‌نظر می‌یابند و به خود اجازه می‌دهند در زمینه معالجه بیماری‌ها از جمله افسردگی، به اطرافیان و دوستان‌شان مشورت دهند و آنها را به سوی روشی عوامانه که خود می‌پسندند هدایت کنند. چه فاجعه‌بار و چه شجاعت‌کوری!



اثری از ونسان ون گوگ در ۱۸۹۰

موضوع خواب‌آور دانستن همه داروهای روانپزشکی هم معضلی برای روانپزشکان است. تغییر باور برخی از افراد در این مورد ساده نیست. واقعیت آن است که بسیاری از داروهای روانپزشکی نه تنها خواب‌آور نیستند، بلکه ممکن است از خواب فرد هم کم کنند. البته

داروهای خواب‌آور متعددی نیز وجود دارد که آنها هم به کار افراد دچار کم‌خوابی می‌آید. به عبارتی، پزشک بر مبنای آن که فرد مراجع دچار کم‌خوابی است یا پرخوابی، از داروهایی با اثر متناسب با آن وضعیت بهره می‌گیرد. به هر حال، هدف از تجویز داروها در درمان افسردگی تغییر وضعیت خواب فرد نیست، بلکه اثر درمانی اصلی داروهای ضدافسردگی همان برطرف کردن روحیه غمگین و ناامیدی و بالابردن انرژی و اعتماد به نفس اوست. چنین اثراتی از طریق تغییر میزان خواب ایجاد نمی‌شود و مکانیسم جداگانه‌ای دارد. این داروها با اثر بر گیرنده‌های درون مغز و برقراری تعادل میان مواد مؤثر بر سلول‌های مغزی کار می‌کنند.

برخی نیز نگران شیمیایی بودن داروها هستند. البته که این داروها چنین‌اند و داروهای گیاهی نیز اتفاقاً شیمیایی‌اند! آب هم یک ترکیب شیمیایی است! منظور واقعی افرادی که داروها را شیمیایی می‌خوانند باید «مصنوعی» بودن این ترکیبات باشد نه شیمیایی بودن‌شان. آری این ترکیبات مصنوعی هستند، در آزمایشگاه ساخته می‌شوند و پس از سال‌ها پژوهش بر روی نمونه‌های حیوانی و سپس انسانی، و ارزیابی منافع و مضرات آنها، وارد کار بالینی پزشکی می‌شوند. مصنوعی بودن این ترکیبات به آن معنا نیست که با اثر بر مغز آن را از کار می‌اندازند یا باعث عوارض مغزی می‌شوند. آنچه نقطه قوت داروهای تأییدشده است، «آگاه بودن ما» از میزان اثربخشی، جایگاه اثربخشی، نوع و مقدار احتمال بروز عوارض جانبی و تداخلات بالقوه داروها با یکدیگر است. این آگاهی، ما را به بهترین و منطقی‌ترین تصمیم رهنمون می‌شود. به عبارتی، مصنوعی یا طبیعی بودن دارو در اینجا اهمیتی ندارد، بلکه مهم مورد تأیید بودن آن از نظر «غلبه وزن اثربخشی بر وزن عوارض جانبی» است. «شیمیایی» خطاب کردن داروها را می‌توان ترفند برخی از مراکز برای از میدان به در کردن داروهای مقبول‌تر رقیب دانست و سخنی عوامانه است برای فریب شیفتگان آگهی‌های بازگانی پزشکی. بدیهی است که داروهای گیاهی نیز عوارض جانبی و تداخلات ویژه خود را دارند و باز هم تنها و تنها در صورتی قابل تجویزند که از نظر «غلبه وزن اثربخشی بر وزن عوارض جانبی» بر رقبای خود چیره شوند؛ نه صرفاً به این دلیل که گیاهی‌اند! ادامه ماجرا:

اصرار پزشک برای بستری کردن خانم الف در بخش روانپزشکی به جایی نمی‌رسد. خانم الف مخالف است و همسرش از مطرح شدن این پیشنهاد بسیار ناراحت و ناخرسند. در نهایت داروی ضدافسردگی تجویز می‌شود و به آنها آموزش داده می‌شود که تا رسیدن به اثربخشی دارو چندین هفته زمان لازم است و در این مدت بیمار نیاز به مراقبت و حمایت جدی دارد. قرار ملاقات بعدی، هفته آینده است؛ ولی آنها مراجعه نمی‌کنند.

چهار ماه از آن زمان می‌گذرد. خانم الف این بار توسط خواهرش نزد همان پزشک آورده می‌شود. دارو را حدود دو هفته مصرف کرده و کنار گذاشته است. با برملا شدن ازدواج مجدد همسرش، از او جدا شده و با خواهر خود زندگی می‌کند. بسیار افسرده، تکیده و لاغر به نظر می‌رسد. چند هفته است که غذای اندکی می‌خورد. در چهار ماه اخیر دو بار اقدام به خودکشی کرده که به کمک خواهرش نجات پیدا کرده است. از این که زنده مانده بسیار پشیمان است. باز هم نظر پزشک بستری شدن خانم الف است. او باز هم نمی‌پذیرد اما با موافقت خواهرش بستری کردن او امکان‌پذیر می‌شود. در بخش روانپزشکی تجویز دارو شروع می‌شود و پس از آن که همکاری خانم الف به تدریج جلب می‌گردد و به درمان تمایل نشان می‌دهد، جلسات روان‌درمانی نیز آغاز می‌گردد. در چهار ماه اخیر، خانم الف دچار سوزش معده شدید بوده که در مواردی غیرقابل تحمل بوده است. در بررسی‌ها روشن می‌شود که زخم اثنی‌عشر بروز کرده و نیاز به دوره‌ای از درمان دارد. پس از گذشت یک ماه از آغاز درمان، اکنون وزن خانم الف به حال عادی پیشین بازگشته و روزنه‌های امید به بهبودی را در پیش چشم دارد. از بخش مرخص می‌شود و درمان را به شکل سریایی پی می‌گیرد.

در چنین موردی درمان دارویی ضروری است و نمی‌توان درمانی که دارو در آن دیده نشده باشد را به تنهایی در نظر داشت. با این حال، روان‌درمانی بی‌تردید کمک‌کننده است و بدون برقراری حمایت خانوادگی و اجتماعی ممکن است درمان‌ها اثربخشی درازمدت یا کافی نشان ندهند. حتی پس از بهبودی کامل نیز در چنین مواردی، نیاز به درمان نگهدارنده برای جلوگیری از عود افسردگی تا مدتی که توسط پزشک تعیین می‌شود وجود دارد.

تأخیر در درمان خانم الف مصایب زیادی به همراه داشته و این تأخیر حتی می‌توانست با مرگ او فاجعه‌ای اسف‌بار بیافریند. به علاوه، چنین تأخیری ممکن است به صدماتی جسمانی چون بیماری قلبی یا آن‌طور که خانم الف دچار شده، زخم گوارشی منتهی گردد. در واقع افسردگی هم از طریق افزایش احتمال بروز بیماری‌هایی چون بیماری عروق قلب و هم از راه افزودن

خطر خودکشی، طول عمر را کوتاه می‌کند و در غیر این صورت نیز به شدت از کیفیت زندگی می‌کاهد و حس خوشبختی را کلاً ذایل می‌کند. پس آگاه کردن افراد و به موقع وارد عمل شدن، در کاستن از چنین خطراتی نقش به‌سزایی دارد.

افسردگی و افسرده‌ها را ببینیم

۱۳۹۵/۱۱/۲۸؛ روزنامه شرق، صفحه ویژه اولین کنگره اختلالات خلقی

مفهوم افسردگی

افسردگی واژه‌ای است که در محاوره روزمره ما جا باز کرده و به تدریج به معنای مشترکی در میان مردم نزدیک می‌شود. از سوی دیگر همین واژه در میان اهل فن (کارشناسان و متخصصان مرتبط با سلامت روان) مفهوم ویژه‌ای در ارتباط با نوعی بیماری یا اختلال دارد. در معنای روزمره، افسردگی می‌تواند مفهومی کلی و معطوف به هرگونه نارضایتی، سرخوردگی، کسالت یا بی‌حوصلگی باشد که در مواجهه با رویدادهای هرروزه در آمد و شد و بر فراز و فرود است. اما در معنای تخصصی، افسردگی اختلالی است ناتوان‌کننده و نیازمند مدیریت. افسردگی در معنای دوم، به نوعی بیماری اشاره دارد که آشفته‌کننده روال معمول زندگی و مختل‌کننده روابط همیشگی فرد با اطرافیان، همکاران، مردم، تحصیل، شغل و جامعه است. روحیه (خُلق) فرد مبتلا به افسردگی بسیار آزارنده و گاه غیرقابل تحمل برای اوست و به کل با افسردگی در معنای اول، که حالتی بسیار گذرا، خفیف و اغلب قابل درک از جانب دیگران است تفاوت دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که اغلب نگاه متعجب اطرافیان به رفتار انزواطلب او را در پی دارد و فرد مبتلا نیز از این که از رساندن صدای زجر خود به شکلی باورپذیر به دیگران ناتوان است، دردی مضاعف می‌کشد. دردی که جایی برای مالیدن و بستن و ناله‌ای برای شنیده شدن ندارد. در این هنگام فرد ممکن است مجبور به تحمل نصایح مشفقانه دوستداران خود شود که «برخیز! فعال باش. مثل همیشه. مثل ما و دیگران. به خودت تلقین نکن که مریضی. تو می‌توانی. فقط باید بخواهی!». یا شاید بدتر از آن به شنیدن عتاب و تنبیه همان دوستداران و دلسوزان ناآگاه ناچار شود و برای وادار شدن به بازگشت به آنچه همیشه بوده، از روی دلسوزی طرد شود و محرومیت‌هایی بر خود مترتب بیند.

بنابراین اختلال افسردگی برخلاف بیماری‌هایی که ظاهری جسمانی‌تر دارند، پیش از پذیرفته شدن از جانب دیگران و حتی از سوی خود فرد مبتلا، مسیری را می‌گذراند که در جهت درمان نیست، بلکه در جهت اثبات خود است؛ اثبات این که واقعاً وجود دارد و یک حالت ساختگی، مصنوعی، نمایشی یا موقعیتی نیست. این دوران اثبات، گاه به اندازه‌ای طول می‌کشد که تبعات آشکار افسردگی همه جنبه‌های زندگی فرد و شاید خانواده او را درنوردیده و ردی عمیق بر کارکرد فرد و خانواده او بر جای گذاشته است. طولانی شدن افسردگی و رها کردن آن به روال معمول خود، مهارت‌های فرد را تخریب می‌کند و از امکان بهبودی حتی با وجود به‌کارگیری دیرهنگام درمان می‌کاهد. تبعات عدم درمان افسردگی محدود به از دست دادن قابلیت‌های همیشگی در ارتباط‌های اجتماعی، کارکرد شغلی و تحصیلی، و حضور مؤثر در خانواده نیست. از دست دادن کامل امید به ادامه زندگی، تمایل به مرگ و اقدام به خودکشی از تبعات بالقوه شدت گرفتن افسردگی است و بر این اساس، مرگ خودخواسته و زودهنگام فرد مبتلا، سرانجامی ناگوار رقم می‌زند و تبعات آن گریبان خانواده را تا سال‌های طولانی رها نمی‌کند.

به جز تبعات روانی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی، اجتماعی و افت کیفیت زندگی، افسردگی در درازمدت ارگان‌های مختلف بدن را بی‌نصیب نمی‌گذارد و این اثر در حدی است که حتی طول عمر فرد را از این طریق به میزان چشمگیری کاهش می‌دهد. به عنوان نمونه، افراد افسرده دچار بیماری عروق قلب که تحت درمان افسردگی قرار نمی‌گیرند عمر کوتاه‌تری از افراد مشابه تحت درمان افسردگی داشته‌اند.

آیا افسردگی رو به ازدیاد است؟

بر اساس بهترین مطالعه‌ای که تا کنون در ایران در زمینه شیوع افسردگی انجام شده (شریفی و همکاران، ۲۰۱۵)، نزدیک به ۲۴ درصد مردم ایران دچار دست‌کم یکی از اختلالات روان‌پزشکی طی یک سال منتهی به زمان ارزیابی بوده‌اند. همین بررسی نشان داد که نزدیک به ۱۳ درصد مردم دچار اختلال افسردگی اساسی (معمولاً به شکل افسردگی شدید و عودکننده) و بیش از یک درصد مبتلا به اختلال دیستایمیک (افسردگی خفیف و مزمن) هستند. شکل‌هایی از افسردگی نیز در زمینه مصرف مواد، به دنبال ابتلا به سایر بیماری‌ها، و یا در زمینه اختلال دوقطبی بروز می‌کند که خارج از فراوانی‌های فوق است. در مقایسه با تک تک اختلالات روان‌پزشکی مورد ارزیابی در این مطالعه، افسردگی در قالب «اختلال افسردگی اساسی» شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در میان ایرانیان است. البته این یافته به تنهایی به معنای افزایش شیوع افسردگی در ایران یا بیشتر بودن آن نسبت به سایر نقاط جهان نیست. در واقع، افسردگی یکی از قوی‌ترین عوامل ایجادکننده «بار بیماری» در جهان است و به تنهایی بخش زیادی از تأثیر ابتلا به بیماری‌ها بر مردم جهان را به دوش می‌کشد.

آیا تشخیص افسردگی کار پیچیده‌ای است؟

سندرم افسردگی با کنار هم گذاشتن نشانه‌هایی چون احساس عمیق غم، بی‌انگیزی، ناامیدی، خستگی، کم‌تمرکزی، از دست دادن اعتماد به نفس، تغییر خواب و اشتها و در مواردی تمایل به نیستی و مرگ تعریف می‌شود. اما این تنها ظاهر داستان است و برای دست یافتن به تشخیص درست، باید وضعیت پزشکی فرد، سابقه مصرف مواد، سابقه ابتلا به شیدایی (مانیا)، سابقه روان‌پریشی، سابقه مشکلات رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی فرد ارزیابی شود. بنابراین تنها بر پایه مجموعه چند علامت (سندرم افسردگی)، تشخیص «اختلال افسردگی» داده نمی‌شود و ابتدا باید تشخیص‌های افتراقی متعددی که ظاهری شبیه به اختلال افسردگی دارند اما درمانی متفاوت را طلب می‌کنند مورد توجه و ارزیابی قرار گیرند. در همین راستا باید تأکید شود، که پیش از ارزیابی تشخیصی، انتخاب نوع درمان کاری غیرمنطقی و گاه مضر است. به این معنا که در ابتدا (پیش از تشخیص) روشن نیست که آیا نیاز به درمان دارویی وجود دارد یا درمانی غیردارویی از قبیل انواع روان‌درمانی‌ها یا هر دو؛ یا حالتی گذراست که تنها نیازمند روش‌های حمایتی است؛ یا بخشی از یک اختلال شخصیت است که به یک پروتکل درمانی پیچیده و در مواردی تیمی از درمانگران محتاج است؛ یا ناکارآمدی روابط افراد خانواده مهم‌ترین وجه اختلال است و مداخله‌ای در این زمینه می‌طلبد. افراد مبتلایی که مرحله مهم «تشخیص» را دور می‌زنند و خود نوع درمان و گرایش درمانگر را انتخاب می‌کنند، مسیری دل‌به‌خواه را می‌پیمایند.

آیا باورهای نادرست در مورد داروهای روان‌پزشکی کماکان پابرجاست؟

متأسفانه انگ (استیگما) ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی کماکان یکی از موانع بزرگ مراجعه به متخصصان و شروع درمان است. به جز انگ، باورهای نادرست گسترده‌ای بر علیه داروهای روان‌پزشکی و کارکرد روان‌پزشکان وجود دارد که گاه از طریق رسانه‌ها و توسط برخی از افراد حتی به آن دامن زده می‌شود. بر این اساس باید تأکید شود که:

الف- درمان‌های روان‌پزشکی تنها شامل درمان دارویی نیست و روان‌درمانی در انواعی گوناگون و بسته به شرایط توسط روانشناسان بالینی و سلامت و روان‌پزشکان ارائه می‌شود.

ب- تجویز درمان‌های دارویی منحصر به اختلالات شدید روانی نیست، بلکه این تجویز بر پایه اطلاعات مربوط به میزان اثربخشی دارویی ویژه در یک اختلال خاص صورت می‌گیرد و هر جا منفعت فرد مبتلا اقتضا کند لازم است انجام شود.

پ- اختلالات روان‌پزشکی بر پایه مجموعه‌ای از عوامل روانشناختی، محیطی، اجتماعی و بیولوژیک شکل می‌گیرند و نمی‌توان آنها را به شکلی ساده و خام به دو دسته روانشناختی و بیولوژیک تقسیم کرد. باید اذعان کرد که انتخاب میان روش دارویی و شیوه روان‌درمانی اغلب بر اساس روانشناختی یا بیولوژیک بودن علائم بیماری انجام نمی‌شود و اصولاً این دو مقوله در عمل آنچنان در هم تنیده است که تفکیک‌ناپذیر به نظر می‌رسد. بنابراین انتخاب هر شیوه درمان در عمل به تناسب تشخیص و مستندات علمی موجود درباره اثربخش بودن یا نبودن آن شیوه در یک مورد خاص صورت می‌گیرد.

موانع بهره‌گیری مردم از دانش روانپزشکی؛ بخش اول

۱۳۹۶/۸/۱۱؛ برگرفته از روزنامه شرق

فقدان آگاهی کافی عمومی از گستره و اشکال اختلالات روانی

روانپزشکی بخشی از دانش پزشکی است و پیشگیری و درمان مشکلات ذهنی و رفتاری مردم از مهم‌ترین موضوعات مورد بحث آن است. با وجود فراوانی بسیار زیاد اختلالات و مشکلات روانپزشکی در میان مردم ایران و سایر کشورهای جهان، موانع بزرگی در مسیر بهره‌گیری نیازمندان از این دانش پزشکی وجود دارد. یکی از این موانع، فقدان آگاهی کافی عمومی از گستره و اشکال این اختلالات است. هنوز بسیاری از مردم اختلالات روانپزشکی را معادل با آنچه در گذشته «جنون» دانسته می‌شد و یا برابر با فقدان تعقل یا رفتار نامعقول می‌دانند. به بیان دیگر، این اختلالات در منظر بسیاری از افراد و حتی جمعیت تحصیل‌کرده، معادل بخشی از این دسته از بیماری‌هاست که در حقیقت «اقلیت کوچکی» از گروه بزرگ اختلالات روانپزشکی را شامل می‌شود. به عبارتی دیگر، وضعیت‌های روان‌پریشی که با ویژگی‌های توهّم، هذیان و آشفتگی‌های عمیق تفکری و رفتاری نمایان می‌شود تنها نسبت اندکی از اختلالات روانپزشکی را تشکیل می‌دهد و برخلاف باور عموم، «اکثریت قاطع» مبتلایان به این اختلالات، همان افراد عادی پیرامون ما و خود ما هستند و هستیم. با وجود ارتقای نسبی آگاهی‌های عمومی، به شکل حیرت‌انگیز و عمیقی باورهای نادرست درباره رشته روانپزشکی در میان عموم گسترده است، به گونه‌ای که مدت قابل‌توجهی از کار روزمره درمانی روانپزشکان به آموزش مراجعان درباره کارکرد این رشته و مفید بودن راهکارهای درمانی آن سپری می‌شود و تلاش مستمر آنها برای همراه کردن مراجعان خود و خانواده و اطرافیان آنها با ادامه درمان، امری روزمره و گاه به شکلی طاقت‌فرسا تکرار شونده است. نگرانی افراد از ادامه درمان‌های دارویی گاه در اندازه‌ای است که در هر ملاقات با روانپزشک به جای نشان دادن دغدغه خود برای بهبودی بیشتر یا در جهت مهار بازگشت نشانه‌های بیماری، دغدغه اصلی خود را حتی در شرایطی که به آرامشی آرمانی دست‌یافته‌اند و رنجی از عارضه جانبی دارو ندیده‌اند، «هرچه کوتاه‌تر شدن مدت درمان» بیان می‌کنند و بهبودی خود را در زمانی که در حال مصرف دارو هستند کم‌اهمیت می‌انگارند. این در حالی است که برخی به توصیه دیگران، مصرف مواد مخدر را جایگزین درمان دارویی می‌کنند و این را بر آن ترجیح می‌دهند! برای افراد اخیر، نگرش منفی به داروهای روانپزشکی بسیار بیش از مواد مخدر است.

هرچند درباره سایر علوم پزشکی نیز رایج به نظر می‌رسد، ارائه توصیه و راهکار درمانی توسط افراد عادی یا غیرحرفه‌ای برای رهایی دیگران از اختلالات روانپزشکی ظاهراً رایج‌تر است. از آنجا که روانپزشکی به مسائل ذهنی و رفتاری می‌پردازد و همه

دارای تجارب بسیاری در تقلای ذهنی و رفتاری در طول زندگی خود هستند، بسیاری می‌اندیشند که خود می‌توانند در جایگاه یک کارشناس به ارائه رهنمود بپردازند. حتی برخی پا را فراتر گذاشته و در عمل به معالجه مردم می‌نشینند و یا با استنباط‌های شخصی از متون علمی و حتی غیرعلمی، دست به تشخیص و درمان می‌زنند. به شکلی دیگر می‌توان گفت که «ساده و پیش‌پاافتاده دیدن» ارائه راه‌حل برای مسائل ذهنی و رفتاری، بسیاری از افراد را برای حل این قبیل از مشکلات خود به نزد افراد مدعی درمان و البته غیرکارشناس می‌کشاند. در واقع هنوز برای افراد زیادی روشن نیست که برای مشکلات رفتاری و ذهنی نیز دانشی وجود دارد که دستاوردهای خود را نه بر اساس تجربه‌های شخصی افراد، نه بر پایه باورهای سنتی آنها و نه حتی با تکیه بر نقل سینه‌به‌سینه روش‌های پیشینیان صاحب‌نام به چنگ آورده است؛ بلکه این دستاوردها حاصل فرایندی به نام «علم» (Science) است که از سوی دانشمندان و جامعه علمی روشی قابل قبول تلقی می‌شود و مورد اجماع آنهاست. در این فرایند، نظر اشخاص صرفاً به دلیل پیشینه و جایگاه آنها مورد قبول جامعه علمی قرار نمی‌گیرد و کسی نمی‌تواند تنها با استناد به سخنان تاریخی بزرگان علمی کشورش یا مشاهیر برجسته جهان در طول تاریخ، رهنمود یا شیوه‌ای برای درمان یک بیماری یا حل یک مسئله را به‌عنوان یک یافته علمی مطرح کند. به‌جای همه اینها، یافته‌ای «علمی» (Scientific) تلقی می‌شود که بر پایه «روش علمی» و در فرایندی مورد قبول «جامعه علمی کنونی» به‌دست آمده باشد و در این فرایند، امری که به پرسش‌گرفتنش نامقبول باشد، وجود ندارد. بنابراین افراد مدعی شیوه‌های درمانی، باید «چگونگی» دستیابی به نتایج خود را «منتشر» کنند و آن را به داوری جامعه علمی بگذارند. در واقع، ارزیابی اثربخشی روش‌های درمانی، شیوه‌ای علمی و پیچیده دارد و برخلاف آنچه به‌ظاهر به نظر می‌رسد، تنها با مشاهده بهبودی یک نفر با یک شیوه درمانی، نمی‌توان این بهبودی را الزاماً به آن شیوه نسبت داد! عکس این موضوع هم صادق است؛ همواره نمی‌توان عدم بهبودی یا حتی تشدید یک بیماری را با درمانی که برای آن به‌کار رفته مرتبط کرد. بنابراین، ارزیابی مؤثر بودن درمان‌ها را باید به جامعه علمی سپرد و نه به باورهای عمومی یا سنت‌های آزموده‌نشده و یا نظرات بزرگانی که هرچند در زمان خود سرآمد بوده‌اند، اما در عصر حاضر تنها ایده‌هایی امتحان نشده و یا نظریه‌هایی مردود تلقی می‌شوند. هرچند متولیان امر در زمینه هدایت مردم به روش‌های درمانی علمی در حیطه‌ای نظارت‌شده، دارای مسئولیت و بر آرای مردم اثرگذارند، گرایش مردم به شیوه‌های گوناگون درمانی صبغ‌های از شیوه تفکر و نگرش آنها به علم نیز دارد و الزاماً بر پایه توصیه‌های مراجع علمی یا رسمی، بدون تلاش برای اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مستحکم‌شده نادرست، شکل نمی‌گیرد. در ادامه این مطلب و در مجالی دیگر، باز هم به موانع بهره‌گیری مردم از دانش روانپزشکی پرداخته می‌شود.

موانع بهره‌گیری مردم از دانش روانپزشکی؛ بخش دوم

۱۳۹۶/۹/۹؛ برگرفته از روزنامه شرق

باورهای نادرست عمومی و مبلغان کم‌مسئولیت در یادداشت پیشین (۱۳۹۶/۸/۱۱) اشاره‌ای گذرا به فراوانی بسیار زیاد اختلالات و مشکلات روانپزشکی در ایران و سایر کشورهای جهان شد و این مفهوم به تحریر درآمد که بسیاری از مردم ممکن است اختلالات روانپزشکی را تنها با تصویری کهنه و تاریخی از اختلالات شدید روانی به یاد آورند و آنها را تنها برابر با انواع صعب‌العلاجشان بدانند، در حالی که «اکثریت قاطع» مبتلایان به این اختلالات، همان افراد عادی اجتماع هستند؛ و به بیانی واقعی‌تر خود ماییم. در آن یادداشت همچنین به نگرانی مفرط مردم از ادامه درمان‌های دارویی و تکیه بسیاری بر استنباط‌های شخصی برای تشخیص و درمان اشاره شد که هردوی آنها به عدم پیگیری درمان منطقی می‌انجامد. و در انتها بر علمی بودن فرایند تشخیص و درمان در روانپزشکی و تکیه آن بر دانشی مدون و شیوه‌مند تأکید شد و این نکته مهم آمد

که اعلام اثربخش بودن یا نبودن روش‌های تشخیصی و درمانی در روانپزشکی، مانند سایر «علوم» (Sciences) بر عهده «جامعه علمی» (Scientific community) است و به یک معنا، جامعه باید به سمتی هدایت شود که منابع جامعه علمی را بشناسد و صدای آن را در میان صداهای موجود که اغلب بلندتر است شناسایی کند.

در این بخش برخی از باورهای نادرست مرتبط با بحث که صبغه‌ای طولانی و محکم یافته و ممکن است در مواردی حتی از طریق تربیون‌های «به‌ظاهر علمی» به استحکام آنها در ذهن مخاطبان کمک شده باشد مطرح می‌شود.

یکی از باورهای رایج که با توجه به پذیرش عمومی آن مکرراً از رسانه‌های غیرعلمی گوناگون نیز ترویج می‌شود، باور به ارجحیت درمان‌های سنتی، گیاهان دارویی و نیز هر روشی که به‌گونه‌ای نیاز به پزشک نداشته باشد است. در این نگاه، داروهای روانپزشکی به‌طعنه «شیمیایی» خوانده می‌شود و عوارض جانبی آنها مهلک تلقی می‌گردد. متأسفانه بسیاری از رسانه‌ها، و حتی رسانه‌های رسمی اصلی، چه در برنامه‌های آموزشی خود و چه در آگهی‌های بازرگانی به‌گسترش این دیدگاه غیرعلمی دامن می‌زنند و با این شیوه، تفکر و رویکرد غیرعلمی را در میان مردم ترویج می‌کنند.

واقعیت آن است که در مسیر درمان اختلالات روانپزشکی، آنچه مهم است ابتدا تشخیص درست و آنگاه به‌کارگیری روشی مؤثر است؛ روشی که سود آن به شکل قابل‌توجهی بر هزینه و عوارضش بچربد. مؤثر بودن یک شیوه درمان بر اساس پژوهش‌هایی با روش مورد قبول مراجع علمی نشان داده می‌شود و مراجع علمی نیز هر پژوهشی با هر کیفیت را به‌عنوان یک بررسی معتبر تلقی نمی‌کنند و مسیر دست‌یابی به نتایج علمی اغلب راهی طولانی و البته بسیار دقیق است. در ارزیابی مؤثر بودن روش‌های درمانی، تفاوتی میان روش‌های طبی سنتی، داروهای با منشأ گیاهی و سایر داروها وجود ندارد و هر روشی که به شیوه‌ای علمی ارزیابی شده و با توجه به مجموع سود و زیان آن به تصویب مراجع علمی رسیده باشد، توسط افراد صاحب صلاحیت علمی قابل‌اجرا خواهد بود. بر این اساس، تکیه بر درمان‌هایی که این مسیر را طی نکرده‌اند و صرفاً با «برند» (نمانام، Brand) «داروی گیاهی بی‌ضرر» یا «درمان سنتی» جای خود را در میان بسیاری از مردم محکم کرده‌اند، در بسیاری از موارد درمان ضروری را به تأخیر انداخته و امکان بالقوه بهبودی را کاهش می‌دهند. در بسیاری از موارد افسردگی و سایر اختلالات روانپزشکی، به‌وضوح نشان داده شده که «تأخیر در درمان» با «صدمه بیشتر مغزی» یا آینده‌ای دشوارتر همراه است و میزان پاسخ به درمان را کاهش می‌دهد. به عبارتی، مراجعه دیر هنگام و شروع تأخیری درمان مناسب می‌تواند با عدم بهبودی کامل و کاهش درازمدت کارکرد ذهنی و رفتاری فرد همراه شود. به این ترتیب روشن است که تبلیغ عارضه‌دار بودن داروها و گرایش به درمان‌هایی که جایی که در راهنماهای بالینی معتبر ندارند، قابلیت سوق‌دادن فرد مبتلا به سوی چه تبعات ناگواری را دارد. تبعاتی که در مورد یادشده در بالا، یعنی اختلال افسردگی، ممکن است از کارافتادگی، اخراج شدن، طلاق، و خودکشی باشد.

شاید در اینجا لازم به توضیح باشد که چگونه برخی برای تبلیغ محصول درمانی خود و موجه جلوه دادن آن، به شکلی کاذب از عبارات‌ها یا استدلال‌هایی مردم‌پسند بهره می‌گیرند. به‌عنوان نمونه در معرفی اهمیت یک روش درمان، ممکن است گفته شود که این دارویی است که ابن‌سینا تجویز می‌کرده، یا یک ماده مغذی است که اثرات شگفت‌انگیزی برای آن بیان شده، یا روشی است که در کشورهای غربی طرفداران بسیار دارد، و یا دارویی است گیاهی که عناصری از آن در درمان معضلاتی گوناگون معجزه می‌کند. روشن است که در هریک از این شیوه‌های بیان، نکاتی حاکی از غیرعلمی سخن گفتن وجود دارد. امروزه در تبیین اثربخش بودن درمان‌ها، «افراد» جایی ندارند و تفاوتی نمی‌کند که چه کسی کار را انجام داده باشد، بلکه مهم آن است که «روش اثباتی» قابل قبولی برای اهل‌فن به کار گرفته شده و قاطبه آنها را متقاعد کرده باشد. همچنین در متون علمی اغلب از واژه‌هایی چون «شگفت‌انگیز»، «معجزه»، «پرطرفدار در جهان»، «بدون هرگونه عارضه»، «تضمینی»،

«درجه یک» و ... استفاده نمی‌شود، بلکه در معرفی هر روش نقاط قوت و ضعف آن بیان می‌شود و درباره محدودیت‌های احتمالی در به‌کارگیری آن هشدار داده می‌شود.

به‌جز این موارد، حتی ممکن است از سوی برخی از افراد کارشناس یا متخصص، در نشان دادن اثرات یک شیوه درمانی بزرگنمایی شود که این هم مغایر با یک بیان علمی است. به‌عنوان نمونه ممکن است یک کارشناس درباره مزایای زیاد مصرف یک نوع خوراکی به دلیل وجود عناصر مغذی مفید آن و تأثیر آن در کاهش افسردگی و اضطراب سخن بگوید و آن را در درمان این قبیل اختلالات بسیار مؤثر بداند. این در حالی است که پژوهش‌های مربوط به آن «ماده مغذی» در حدی نبوده‌اند که تجویز آن را به‌عنوان درمان اختلالات مذکور مطرح کند، چه رسد به آن که «غذای» حاوی آن ماده مغذی مؤثر باشد؛ هرچند مصرف آن قاعدتاً ضرری ندارد. در واقع، گوینده مطلب می‌بایست این محدودیت پژوهش‌ها را بیان می‌کرد و بر این نکته مهم تأکید می‌نمود که مثلاً درمان اختلالات افسردگی شیوه‌هایی دیگر دارد و این قبیل مواد مغذی نمی‌تواند جایگزین درمان‌های مؤثر موجود شود و نباید با مصرف این غذا پیگیری اصولی درمان را به تأخیر انداخت.

در نوشته‌های بعد، موانع بهره‌گیری مردم از دانش روانپزشکی و درمان‌های آن (که البته محدود به درمان‌های دارویی نیست) پی‌گرفته خواهد شد.

اهمیت بررسی افسردگی در موارد نشانه‌های جسمانی

۱۳۹۵/۵/۱؛ برگرفته از مصاحبه مجله همشهری تندرستی (شماره ۱۷۵)

افسردگی با چه نشانه‌های جسمی می‌تواند خود را نشان دهد؟

علائم جسمانی گوناگونی در همراهی با افسردگی تظاهر می‌کند. یکی از رایج‌ترین آنها درد است؛ سردرد، درد قفسه سینه، کمردرد، درد مفاصل و همچنین می‌توان از علائم گوارشی (سوءهاضمه، تهوع، یبوست، اسهال و ...)، تغییر اشتها و وزن، احساس گیجی و کاهش میل جنسی نام برد. تغییر خواب، چه افزایش و چه کاهش، نیز از همراهان معمول افسردگی است. شاید شایع‌ترین نشانه جسمانی واضح در افسردگی، «خستگی» است و بیشتر افراد افسرده از خستگی شکایت دارند. به هر حال، علائم جسمانی افسردگی محدود به این موارد نیست و طیف گسترده‌ای از آنها در افراد افسرده امکان بروز دارد.

این نشانه‌ها در کودکان و نوجوانان با هم متفاوت است؟ در افراد میان‌سال و سال‌خورده چگونه؟

نشانه‌های جسمانی افسردگی در سنین مختلف تظاهر می‌کند، اما احتمال چنین تظاهری در سنین کودکی و سالمندی بیشتر است. در این سنین هم نمی‌توان از روی نوع خاصی از علامت جسمانی به تشخیص افسردگی رسید، اما به دلیل ارتباط نزدیک‌تر علائم جسمانی با افسردگی در این سنین، پزشک معالج باید برای ارزیابی افسردگی در بیماران این گروه‌های سنی بیشتر گوش به زنگ باشد.

شیوع نشانه‌های جسمی افسردگی چقدر است؟ آیا همه مبتلایان آنها را تجربه می‌کنند؟

بیشتر موارد افسردگی با علائم جسمانی همراه است و در این میان «خستگی» با فراوانی بیش از ۷۰ درصد در صدر قرار می‌گیرد. برخی مطالعات غلبه علائم جسمانی بر تظاهرات روان‌شناختی افسردگی را در دو سوم موارد گزارش می‌کنند. به

بیان دیگر، در بسیاری از موارد افسردگی در همه سنین، فرد افسرده درگیر برخی علائم جسمانی است که با پیگیری تشخیصی و درمانی بیماری‌های غیرروان‌پزشکی به نتیجه نمی‌رسد.

تغییر الگو یا میزان خواب در بیش از ۶۰ درصد موارد افسردگی وجود دارد و سایر علائم جسمانی نیز با شیوعی متفاوت در این بیماران گزارش می‌شود.

چه علائمی افسرده‌ها را درگیر می‌کند که اغلب مبتلایان از ارتباط علامت مورد نظر با بیماری بی‌خبرند؟



اثری از «Jean Metzinger»

در اغلب موارد، علامت جسمانی افسردگی تشخیص را به بیراهه می‌برد و این خطای تشخیص حتی پس از ارزیابی پزشکی نیز ممکن است ادامه یابد. در کل، بیش از ۵۰ درصد بیماران روان‌پزشکی که علائم جسمانی دارند در بررسی پزشکان خانواده به اشتباه تشخیص می‌گیرند. به طور مثال، در فرد افسرده‌ای که از اسهال مزمن رنج می‌برد یا مشکلاتی در دفع ادرار دارد، ممکن است پس از ارزیابی پزشکی به کمک معاینه فیزیکی، آزمایشات خون و تصویربرداری‌های مختلف، تشخیص واضحی حاصل نگردد و برای بررسی بیشتر مشاوره به سایر پزشکان و مراکز تخصصی دیگر داده شود. در صورتی که اختلالات روان‌پزشکی و از جمله افسردگی در میان فهرست تشخیص‌های احتمالی قرار نگیرد، این ارزیابی‌های بی‌نتیجه ادامه می‌یابد و به سرخوردگی بیمار و تداوم افسردگی و علائم جسمانی مرتبط با آن می‌انجامد.

موردی از فلج هر دو اندام تحتانی پس از دو سال ارزیابی مفصل و پرهزینه تشخیصی را به یاد دارم که در نهایت به توصیه یکی از پزشکان متخصص داخلی برای ارزیابی روان‌پزشکی ارجاع شده بود. بیمار خانم سالمندی بود که به شکل دوره‌ای دچار ناتوانی در راه رفتن می‌شد و در روز مراجعه به

کمک صندلی چرخدار حرکت می‌کرد. او در زمان‌های بهبودی نسبی نیز قادر به راه رفتن بدون کمک نبود و از عصای مخصوصی استفاده می‌کرد. در جریان ارزیابی روان‌پزشکی، تشخیص‌هایی از جمله افسردگی مزمن مطرح شد. برای بیمار و خانواده او شگفت‌انگیز بود که چگونه پس از چند هفته از شروع درمان با داروی ضدافسردگی/ضداضطراب، صندلی چرخدار و عصا کاملاً کنار گذاشته شد و راه رفتن به شکل عادی صورت گرفت!

لازم به ذکر است که بررسی‌های پزشکی ابتدایی در مواردی که علائم جسمانی غلبه دارد اغلب ضروری است، اما نکته در این جاست که از ابتدا باید احتمال وجود یک اختلال روان‌پزشکی همراه را در نظر داشت و توجه به این احتمال باید در زمان به نتیجه نرسیدن اقدامات تشخیصی اولیه دوچندان شود.

این نشانه‌های غیرمعمول در صورت مصرف داروهای تجویزی روان‌پزشکان برطرف می‌شود یا برای خلاص شدن از برخی از آنها حتماً فرد باید جلسات روان‌درمانی را تجربه کند؟ آیا دارو به تنهایی می‌تواند علائم افسردگی را تسکین دهد؟

نوع درمان (دارو یا روان‌درمانی) بر اساس وجود یا فقدان علائم جسمانی تعیین نمی‌شود. درمان با دارو یا با روان‌درمانی هر دو می‌تواند مؤثر باشد و ارجحیت یکی از این دو روش با در نظر گرفتن عواملی از قبیل شدت افسردگی، فوریت درمان، و سابقه پاسخ به درمان‌های قبل تعیین می‌شود. به طور مثال، در صورتی که افسردگی از نوع شدید باشد یا به دلایلی بهبودی سریع ضروری شود درمان دارویی در ارجحیت است. البته بسیاری از بیماران از درمان توأم دارویی و روان‌درمانی بهره بیشتری می‌برند.

انتخاب شیوه درمان باید بر پایه دانسته‌های علمی انجام شود نه صرفاً بر پایه گرایش بیمار به دارو یا روان‌درمانی. با این حال بدیهی است که انتخاب نهایی در توافق میان پزشک و بیمار به دست می‌آید.

کدام دسته از افسرده‌ها به دارودرمانی نیازی ندارند؟

اصولاً درمان دارویی در موارد «خیلی خفیف» افسردگی کارایی ندارد. با این وجود باید توجه داشت که بسیاری از افراد افسرده، افسردگی خود را کم‌اهمیت یا خفیف می‌دانند در حالی که در واقع ممکن است از شدت زیادی برخوردار باشد. این یکی از دلایلی است که نباید بیمار یا خانواده او به سمتی سوق داده شوند که احساس کنند خود می‌توانند نوع درمان مناسب را تشخیص دهند. به هر حال درمان مواردی از افسردگی که «خفیف» تشخیص داده شده، بدون درمان دارویی (با روان‌درمانی) اغلب امکان‌پذیر است.

آیا ممکن است افسردگی فرد را با ناتوانی‌های جدی و مختل‌کننده جسمی روبرو کند؟

سلامت روان آدمی ارتباط تنگاتنگی با سلامت جسمانی او دارد و از مهمترین تعیین‌کننده‌های طول عمر و کیفیت زندگی اوست. به جز علائم جسمانی یاد شده که از همراهان معمول افسردگی هستند، افسردگی در درازمدت با انواع مشکلات جدی سلامت از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی و مغزی مرتبط است. درمان افسردگی از طریق کاهش تنش‌های روزمره و اثر بر انتقال‌دهنده‌ها و واسطه‌های شیمیایی، وضعیت قلب عروقی را بهبود می‌بخشد و امکان بروز پیامدهای وخیمی چون بیماری آلزایمر را کاهش می‌دهد.

مطالعه کریووی (Krivoy) و همکاران (۲۰۱۵) با پیگیری بیش از چهار و سه هزار فرد مبتلا به اختلال در خون‌رسانی قلب در مدت بیش از چهار سال، نشان داد که میان مصرف مرتب داروهای ضدافسردگی تجویز شده و کاهش مرگ و میر کلی این بیماران ارتباط وجود دارد. بنابراین نه تنها افسردگی قادر است به مخاطرات جدی سلامت جسمانی بینجامد، درمان آن می‌تواند این مخاطرات را محدود کند.

در صورتی که فرد احساس ناامیدی، بی‌انگیزی و ... را تجربه نکند و نشانه‌های معمول افسردگی را در خود نبیند، آیا باز هم ممکن است درد یا ناتوانی جسمی او با افسردگی مرتبط باشد؟

بی‌انگیزی و ناامیدی از نشانه‌های رایج افسردگی هستند، اما این نشانه‌ها در شرایط زیر ممکن است در ارزیابی فرد افسرده به دست نیاید:

۱- هنگامی که فرد افسرده وجود علائم بالا را انکار می‌کند. این انکار دلایل گوناگونی دارد؛ از جمله نگرانی از تبعات خانوادگی، اجتماعی یا شغلی پذیرفتن تشخیص افسردگی و ناتوانی در تحمل انگ مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی.

۲- هنگامی که فرد افسرده توان شناسایی افکار خود را ندارد یا این توان را از دست داده است. گاهی شدت زیاد افسردگی به شکل «فقدان فکر» و «بی‌تفاوتی» توسط فرد مبتلا گزارش می‌شود و در این موارد سخنی از «ناامیدی» یا «احساس پوچی» ممکن است بیان نشود.

۳- در برخی از فرهنگ‌ها یا خرده‌فرهنگ‌ها افسردگی اصولاً امری پذیرفته‌شده نیست و افراد آن را در غالب علایم جسمانی نشان می‌دهند. در واقع چنین حالتی را می‌توانیم در میان بسیاری از همشهری‌های خود که اصولاً فکر می‌کنیم نباید زیاد با هم تفاوتی داشته باشیم هم می‌بینیم.

آیا این نشانه‌ها به فرد به ارث می‌رسد؟ یعنی وراثت در تجربه کردن نشانه‌ها نقش دارد و به عبارت دیگر، یک فرد افسرده که مادری افسرده داشته، علایمی شبیه او را تجربه می‌کند؟

افسردگی مانند بیشتر بیماری‌ها یک عامل مشخص ندارد و بر پایه مجموعه‌ای از عوامل شکل می‌گیرد. ارث نیز به عنوان یکی از این عوامل کار می‌کند و می‌تواند در تعامل با سایر زمینه‌سازهای افسردگی فرد را در معرض ابتلا قرار دهد. بنابراین نمی‌توان تنها یک علت را در ایجاد افسردگی در نظر داشت و همه بار مشکل را بر دوش عامل ارث یا دلایل دیگری مانند مشکلات خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی یا تحصیلی و یا رویدادهایی از قبیل مرگ نزدیکان گذاشت. هریک از این عوامل به خودی خود مهم است و می‌تواند زمینه‌ساز بروز افسردگی در کنار سایر عوامل باشد.

در چه شرایطی تشخیص افسردگی دشوارتر است و ممکن است به خاطر تشخیص ندادن مشکل، بیماری فرد شدیدتر شود؟

دشواری‌ترین وضعیت در تشخیص افسردگی، هنگامی است که شکایت اصلی فرد، مسائل جسمانی باشد. در این وضعیت پزشکان اغلب نگرانند که از علل تهدیدکننده حیات غفلت کنند و این منجر به تأخیر در بررسی مسائل روان‌پزشکی می‌شود. همچنین ممکن است پزشک معالج برای شناسایی افسردگی در زمینه وجود علایم جسمانی، کمتر به خود اطمینان داشته باشد و به این ترتیب پیگیری علل جسمانی را ترجیح دهد. ذهنیت بیماران هم بر روی مدت رسیدن به تشخیص اثر دارد. افرادی که ذهنیت روان‌شناختی کمی دارند و به شکلی روزمره با نگاهی صرفاً جسمانی مشکلات بدنی خود را تفسیر می‌کنند، اغلب ترجیح می‌دهند پزشک معالج را به مسیر تشخیصی غیرروان‌پزشکی هدایت کنند.

انگ روان‌پزشکی هم مانع مهم دیگری برای ارزیابی مناسب به ویژه در ویزیت‌های اول پزشک است. این انگ هم در دید پزشک با پرهیز دادن او از انتساب مشکلات روان‌پزشکی به بیماری که تازه به او مراجعه کرده هویدا می‌شود، و هم در دید بیمار که تمایلی به حمل بار روانی-اجتماعی ابتلا به یک اختلال روانی و ایجاد تغییر در نگاه مردم به خود را ندارد، تظاهر می‌کند.

عدم ارتباط مستمر بیمار با «یک پزشک» هم علت دیگری است برای تأخیر در دستیابی به تشخیص درست. در واقع، تغییر مکرر پزشک معالج مانع از تکمیل ارزیابی یا ایجاد یک نگاه همه‌جانبه به بیمار می‌شود. صرف وقت اندک به هنگام ویزیت بیمار هم در این زمینه مؤثر است.

روش‌های علمی و راهکارهای بی‌اعتبار در درمان افسردگی

بخشی از این مقاله در ایسنا با عنوان «جایگزینی داروی گیاهی در درمان افسردگی؛ مردود یا قبول؟» در ۱۳۹۶/۹/۹ منتشر شده است.

منتشر شده است.

امروزه در جهان، اختلال افسردگی در میان شایع‌ترین و آسیب‌زاترین اختلالات و بیماری‌ها جای دارد و شعار سازمان جهانی بهداشت در سال جاری با عنوان «بیاوید درباره افسردگی صحبت کنیم (Depression: Let's talk)» در نظر گرفته شده

است. پژوهش معتبر اخیر نشان داده که فراوانی جاری اختلال افسردگی در ایران بالاست و از بسیاری از کشورهای دیگر نیز فزونی یافته است. همچنین می‌دانیم که افسردگی زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌های جسمانی است و اغلب بدون کنترل افسردگی، بیماری‌های جسمانی همراه نیز به بهبودی کامل نخواهند رسید. از نگاهی دیگر، وجود افسردگی در یک یا چند تن از اعضای هر خانواده، سلامت روان سایر افراد خانواده را نیز تهدید می‌کند و در مجموع به افت کارایی و کیفیت زندگی کل خانواده و از دست رفتن احساس خوشبختی می‌انجامد.

بر این اساس، پیشگیری از بروز افسردگی از یک سو و مدیریت و درمان مناسب آن از سوی دیگر، واجد اهمیتی زیاد در مسیر دستیابی به شاخص‌های سلامت فرد، خانواده و اجتماع است. موضوع پیشگیری فراتر از بحث حاضر است و در اینجا بر این نکته تأکید می‌شود که درمان مناسب افسردگی باید واجد «سه ویژگی مهم» باشد و با غفلت از هر یک از آنها ممکن است تبعات حاصل، درازمدت یا گاه جبران‌ناپذیر باشد؛ چرا که افسردگی در صورت مزمن شدن، شدیدتر شدن و یا راجعه (عودکننده) شدن، تغییرات مغزی و محیطی بیشتری به دنبال خواهد داشت و درمان آن به تدریج دشوارتر و تبعات آن غیرقابل بازگشت‌تر خواهد شد.

ویژگی مهم اول، «به‌موقع بودن» تشخیص و آغاز درمان است. در پژوهش‌ها نشان داده شده است که تأخیر در شروع درمان افسردگی به عود بیشتر آن منجر می‌شود و هر عود افسردگی نیز به‌نوبه خود با احتمال بالاتر عود بعدی و عواقب ناگوارتر همراه خواهد بود. به‌جز آن، گاه افسردگی در حدی است که تأخیر در درمان، در همان زمان می‌تواند تبعاتی جدی مانند از دست دادن شغل، ازهم‌پاشیدگی خانواده یا حتی خودکشی داشته باشد.

ویژگی مهم دوم، «تشخیص درست نوع افسردگی» است. شاید برخی ندانند که افسردگی انواع و اقسامی دارد و برحسب نوع، شدت و خصوصیات دیگر، روش درمانی مؤثر انتخاب می‌شود. به بیان دیگر، این شیوه که خود فرد افسرده یا خانواده او بر پایه باورهای پیشین، تمایلات شخصی یا القائات دیگران روشی را ترجیح دهند و روشی دیگر را کنار بگذارند «دور زدن» مرحله مهم «تشخیص نوع بیماری» است و چنین رویکردی در هر حوزه دیگر پزشکی نیز غیرقابل تأیید است. به‌عنوان مثال، ممکن است یک فرد ورزش کردن را برای درمان افسردگی خود کافی بداند، فردی دیگر سفر کردن را، یا مصرف دارو، روان‌درمانی، مشاوره، هیپنوز، طب سنتی، یا طب سوزنی. به‌کارگیری هر روش درمانی باید بر یک تشخیص درست استوار باشد؛ به‌عنوان نمونه، افسردگی ناشی از یک بیماری داخلی، هورمونی یا مغزی مشخص یا شناخته‌نشده، افسردگی ناشی از مصرف یا قطع یک ماده، افسردگی ناشی از یک علت محیطی، افسردگی دوقطبی، افسردگی فصلی، افسردگی همراه با سوگ و موارد دیگر؛ هرکدام پروتکل درمانی خاصی دارد.

ویژگی مهم سوم، «انتخاب روش مؤثر درمان» است. روش درمان بر اساس نوع افسردگی و شرایط ویژه هر فرد تعیین می‌شود و راهنماهای بالینی معتبری در جهان برای مشخص کردن جایگاه علمی و اولویت هر روش در میان سایر روش‌ها تدوین شده و مورد استفاده است. به‌عنوان نمونه، راهنماهای درمان افسردگی در کانادا، بریتانیا، ایالات متحده، کره جنوبی، استرالیا و نیوزیلند طراحی شده و هرچند در نظر داشتن ویژگی‌های بومی و فرهنگی هر منطقه برای تدارک این راهنماها لازم است، مشترکات زیادی میان آنها دیده می‌شود و برای سایر مناطق نیز تا زمانی که راهنمای بالینی ویژه آنها تهیه نشده می‌تواند قابل استفاده باشد. عدم بهره‌گیری از نتایج مطالعات معتبر و نتایج مورد اجماع جهانی، و به‌کارگیری روش‌هایی که به شیوه‌ای علمی (Scientific) آزموده نشده‌اند و بنابراین اطمینانی به کارآیی آنها نیست، به شکل بالقوه همان عواقبی را در پی خواهد داشت که در دو مورد بالا (درمان دیرنگام و تشخیص نادرست) بیان شد. هرچند فرد ممکن است با این تصور که روشی کم‌عارضه مانند ورزش کردن، اصلاح تغذیه یا استفاده از داروهای گیاهی را در پیش گرفته و به این شکل از مصرف داروهای ضدافسردگی جلوگیری کرده است، او در واقع با این شیوه شروع درمان مؤثر را به تأخیر انداخته و احتمال بروز تبعات بعدی را افزایش داده است. هرچند ورزش کردن امری بسیار پسندیده و اصلاح تغذیه نیز در مواردی ضروری است، کنار گذاشتن

روش اصلی و «خط اول» درمان افسردگی با انجام موارد فوق توجیه نمی‌شود. همچنین این توجیه که مصرف یک داروی گیاهی به دلیل کم‌عارضه بودن جایگزین مصرف داروی اصلی شود به کل مردود است.

پیش از آن که یک داروی کم‌عارضه‌تر جایگزین دارویی با احتمال عوارض جانبی بیشتر شود، آنچه دارای اهمیت اساسی است «مؤثر بودن» روش و حتی «مؤثرتر بودن» آن نسبت به سایر گزینه‌هاست. این که یک داروی گیاهی یا روش سنتی بخواهد به‌عنوان «خط اول» درمان اختلال افسردگی به کار رود باید در راهنماهای بالینی در جایگاهی بالاتر از سایر روش‌ها قرار گرفته باشد و البته هیچ‌یک از این داروها تا کنون در جایگاه مذکور ننشسته و هرچند اقلام «انگشت‌شماری» از آنها در راهنمای مذکور تعیین جایگاه شده‌اند، این موقعیت اصلاً در اندازه‌ای نیست که به شکلی که اکنون در رسانه‌های عمومی تبلیغ می‌شود بتواند آنها را فراتر از درمان‌های مؤثر موجود (داروها و روان‌درمانی‌ها) بنشانند. البته باید به این نکته هم توجه شود که داروهای گیاهی معدود مورد اشاره در راهنمای بالینی، اغلب با توصیه‌های رایج در رسانه‌ها متفاوت‌اند و اکثریت قاطع داروهای گیاهی رایج و تبلیغ شده جایی در راهنماهای علمی مورد اجماع ندارند. داروهای گیاهی انواع زیادی دارند که بر پایه دانش امروز، تنها تعداد انگشت‌شماری از آنها ممکن است برای موارد «غیرجدی» افسردگی قابل تجویز باشند.

در میان روش‌های علمی درمان اختلالات افسردگی که در خط اول درمان موارد متوسط تا شدید قرار گرفته‌اند، کماکان داروها مهم‌ترین هستند و بیشترین شواهد به نفع «اثربخشی» یا به عبارت دقیق‌تر «هزینه-اثربخشی» آنهاست. با این حال، روان‌درمانی (به‌ویژه از انواع شناختی-رفتاری و بین‌فردی) دارای شواهد کافی برای به‌کارگیری در موارد افسردگی خفیف تا متوسط است و به‌هنگامی که در کنار درمان دارویی استفاده شود کارایی بیشتری از اثر مستقل هر یک از درمان‌های دارویی و روان‌درمانی به‌دست خواهد آمد. روان‌درمانی را حتی می‌توان در کنار درمان دارویی در موارد «افسردگی شدید» به کار برد و به‌عنوان درمان نگهدارنده اختلال افسردگی (برای جلوگیری از بازگشت افسردگی) نیز در کنار درمان دارویی یا به‌تنهایی مؤثر است. با این حال، در بیشتر موارد اختلالات افسردگی متوسط تا شدید، با توجه به احتمال زیاد عود و تبدیل آن به شکل مقاوم به درمان، مصرف دارو ضروری است. ابزارهایی هم برای درمان افسردگی در موارد مقاوم به درمان در دسترس است که بیشترین شواهد موجود برای اثربخشی آنها به درمان با ECT (تشنج‌درمانی الکتریکی) تعلق دارد و پس از آن rTMS (تحریک مغناطیسی از طریق مجسمه) نیز به‌عنوان ابزاری با موارد تجویز محدودتر موجود است. ابزاری به نام نوروفیدبک نیز ممکن است برای درمان افسردگی تبلیغ شود، اما واقعیت آن است که تا کنون اثربخشی آن در این زمینه ثابت نشده و تجویز آن قابل تأیید نیست.

بنابراین با در نظر داشتن سه عامل مهم در درمان شامل (۱) «به‌موقع بودن» شروع درمان، (۲) «تشخیص درست» نوع افسردگی، و (۳) انتخاب «روش مؤثر» درمان، و بهره‌گیری از راهنماهای معتبر بالینی مورد اجماع جوامع علمی و البته توانمندی روانپزشک و روانشناس بالینی در به‌کارگیری دانش و تجربه خود، می‌توان به درمان مناسب‌تر اختلالات افسردگی که بار بزرگی بر دوش جوامع و از جمله ایرانیان است امید داشت. در این مسیر، پرهیز از راهکارهایی که فاقد مبنای علمی است و صرفاً بر اساس شاخص‌هایی چون باورهای رایج عمومی یا نظر افراد صاحب‌نام شکل گرفته و هنوز به شیوه‌ای قابل‌اعتنا به محک آزمون سپرده نشده، لازم است.

کنترل خشم: اهمیت تشخیص پیش از مداخله

۱۳۹۳/۱۱/۱۸؛ برگرفته از روزنامه شهروند

«خشم» واژه‌ای برای توصیف حس قوی رنجش و خصومت، و «تحریک‌پذیری» واژه‌ای برای نشان دادن ناتوانی یک فرد در کنترل خشم یا تحمل ناکامی و واکنش مفرط اوست. در این جا منظور از این واژه‌ها، نشانه‌هایی احساسی یا رفتاری است که مایه ناراحتی فرد و یا دیگران می‌شود. چنین احساسی ممکن است بیرونی نشود و به تنشی درونی محدود باشد یا به رفتارهایی علیه پیرامون بینجامد. در این نوشتار نخست به علت‌های بروز خشم اشاره می‌شود، آنگاه بر پیچیدگی تشخیص عوامل مؤثر در بروز آن تأکید می‌گردد و سپس از سطحی‌نگری در کنترل آن در جامعه پرهیز داده می‌شود.

خشم نشانه چه چیزی است؟ **الف-** ممکن است «نشانه بیماری خاصی نباشد» و در افراد سالم هم دیده می‌شود. در واقع، خشم نوعی از واکنش احساسی یا هیجانی طبیعی فرد در رویارویی با برخی محرک‌هاست و به خودی خود بیمارگونه تلقی نمی‌شود. با این حال، هنگامی که خارج از کنترل، مکرر و آسیب‌زا برای خود یا در رابطه با دیگران و به بیان دیگر، عامل اختلال کارکرد اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی یا شغلی و یا عامل رنجش مستمر باشد، نابهنجار و نیازمند بررسی تشخیصی است.

ب- ممکن است «حالتی گذرا» باشد که در واکنش به یک تنش روی می‌دهد. چنین خشمی در صورت رفع تنش عامل، اغلب به تدریج و در مدتی کوتاه رنگ می‌بازد و فرد به آرامش پیشین بازمی‌گردد. با این حال، ممکن است در همین دوره نیازمند یاری باشد.



اثری از «Honoré Daumier»

پ- ممکن است باز هم واکنشی به عوامل محیطی چون استرس‌های کوچک و بزرگ روزمره، ترافیک و کار طاقت‌فرسا باشد، ولی در عین حال گذرا نباشد و خشمی مستمر دیده شود. آموزش مهارت‌های کنترل خشم و اضطراب می‌تواند مفید باشد و در صورت عدم اثربخشی اقدامات بیشتری لازم است.

ت- ممکن است یک «ویژگی شخصیتی» به معنای خصوصیتی که فرد از دوران نوجوانی پیدا کرده و در طول زندگی به آن شناخته می‌شود باشد. «همه می‌گویند آدمی عصبانی است»، «تحمل انتقاد و مخالفت ندارد»، «زود از کوره در می‌رود» و مواردی دیگر از جمله نمونه‌های آن است. در واقع او در اغلب موقعیت‌ها چنین است و همواره چنین بوده. تغییر این ویژگی‌ها دشوار و اغلب نیازمند پروتکل درمانی درازمدت است.

ث- ممکن است علت مشخصی چون «مصرف مواد» یا ابتلا به یک «بیماری غیر روانپزشکی» داشته باشد که در صورت امکان رفع علت زمینه‌ای، قابل برطرف شدن است. بیماری‌های درگیرکننده سیستم‌های مختلف بدن از قبیل تغییرات هورمونی و اختلالات مغزی می‌تواند چنین تظاهر کند. با این وجود، رفع علت زمینه‌ای در بسیاری از موارد ساده نیست و

کنترل نشانه‌های تحریک‌پذیری بر پایه تشخیص سندرم مربوطه لازم می‌شود. همچنین، شدت علائم رفتاری گاه در حدی است که درمان اختصاصی آن در کنار اداره علت زمینه‌ای ضروری است.

ج- ممکن است نتیجه ابتلا به یک اختلال اضطرابی، اختلال وسواس (OCD)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یا یک اختلال خلقی مانند انواع افسردگی یا شیدایی (mania) و نیمه‌شیدایی (hypomania)، و حتی اختلال خواب باشد، یا در زمینه روان‌پریشی (psychosis) یا سایر اختلالات روان‌پزشکی رخ دهد. در افراد مبتلا، خشم کنونی ممکن است ردپا یا باقیمانده‌ای از علائم شدیدتر پیشین باشد و هم‌اکنون کل نشانه‌های بیماری عیان نشود. برطرف شدن چنین خشمی در ارتباط نزدیک با درمان بیماری عامل آن است و عموماً تنها با آموزش روش‌های کنترل خشم نتیجه‌زایی عاید فرد نمی‌شود.

چ- ممکن است به علت بقایای بیش‌فعالی دوران کودکی و تداوم آن تا بزرگسالی باشد. در این صورت فرد رفتارهایی به اصطلاح تکانشی دارد و واکنش‌هایی ناگهانی و بدون اندیشه قبلی گاه و بی‌گاه بروز می‌دهد. کنترل این رفتارها بستگی به رسیدگی مناسب به «اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه بزرگسالی» دارد.

به این ترتیب، فهرست بلندی از علت‌های بروز خشم یا تحریک‌پذیری در دست است و بر این اساس، راهکار مدیریت آن در هر مورد متفاوت. تعیین‌کننده راه حل درست مدیریت خشم، «تشخیص» است و بدون تشخیص درست، ارائه راهکارهای سطحی و یک‌دست برای همه موارد می‌تواند عواقب ناخوشایندی داشته باشد. به عبارت دیگر، تأخیر در شناسایی مشکل زیربنایی و عدم رسیدگی یا درمان آن و صرفاً ارائه یک مشاوره فردی یا خانوادگی و آموزش راهکارهایی رفتاری برای کنترل خشم، به شکل بالقوه تبعاتی از این قبیل خواهد داشت: الف- دست‌کم گرفتن اهمیت موضوع و عدم پیگیری مناسب؛ ب- از دست دادن زمان برای درمان سریع و مزمن شدن مشکل زیربنایی؛ پ- ناامید شدن فرد و خانواده او از بهبودی- چرا که شاید می‌پنداشتند فرد مشاوره دهنده احاطه کافی در تشخیص داشته است و عدم اثربخشی راهکارهای او به معنای بی‌علاج بودن است. این ناامیدی می‌تواند گسترش احساس ناکارآمدی سیستم‌های حرفه‌ای مرتبط با سلامت روان را در میان مردم در پی داشته باشد. در اینجا سخن از اهمیت تشخیص پیش از مداخله است و لزوم جدی گرفتن ارزیابی‌های تخصصی وضعیت روان افراد مراجعه‌کننده. برای تبیین بیشتر این موضوع، به آمار اخیر وطنی مبنی بر شیوع یک‌ساله نزدیک به ۲۴ درصدی اختلالات روان‌پزشکی که بیش از نیمی از آن را افسردگی تشکیل می‌دهد اشاره می‌شود. این میزان شیوع مربوط به جمعیت عمومی است و بدیهی است که در میان افراد مراجع به کلینیک‌های مشاوره - از قبیل کلینیکی که با عنوان «کنترل خشم» وعده راه‌اندازی آن داده شده - فراوانی بسیار بالاتری خواهد داشت. به زبانی دیگر، در بسیاری از افرادی که خود را دچار یک بیماری روان‌پزشکی نمی‌دانند یا چنین مشکلی در آنها شناسایی نشده، سابقه‌ای از اختلال روان‌پزشکی وجود دارد و همان زمینه، عامل بروز خشم‌ها و خشونت‌های گاه و بی‌گاه آنهاست؛ این افراد ممکن است در زمان مراجعه برای رفع مشکلات خانوادگی، علامت حاد مرتبط با روان نداشته باشند. در واقع به این ترتیب، بسیاری از افراد مراجع نه نیازمند پیشگیری از ابتلا، بلکه محتاج درمان هستند. ارائه توصیه متناسب، بدون ارزیابی دقیق و تخصصی پیشینه فرد ممکن نخواهد بود و استقرار یک سیستم قوی بیماریابی یا غربالگری در چنین مراکزی ضروری است. در واقع بدون چنین سیستمی، مراکزی از این قبیل ممکن است با ساده‌سازی غیرعلمی اختلالات و روش مقابله با آنها قابلیت زیان‌رسانی پیدا کنند. تقلیل مشکلات روان‌پزشکی جامعه به «خشم» و برجسته‌سازی «معلول» به جای «علت»، یا «نشانه» به جای «بیماری»، راهکاری منطقی در کاستن از بار گران مشکلات روان در جامعه نیست. البته خدمات ارتقای سلامت روان جامعه بی‌تردید دارای اهمیت و جایگاه والایی است که در مرحله «پیشگیری اولیه» با روش‌هایی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی یا کنترل خشم به جلوگیری از بروز بیماری‌ها در افراد سالم و ارتقای سطح سلامت روان آنها اقدام می‌کند و البته آن موضوع دیگری است.

چرا باید داروی اعصاب مصرف کنم؟

۱۳۹۳/۷/۹؛ وبسایت «روانپزشکان»

پس از تشخیص درست و انتخاب درست شیوه درمان یک اختلال روانپزشکی، چگونگی پیگیری درمان مطرح می‌شود که خود یکی از معضلات دستیابی به پاسخ مناسب درمانی است. در اینجا منظور از درمان بیشتر نوع دارویی آن است. بسیاری از افراد شروع‌کننده درمان، قادر به ادامه مناسب آن نیستند. آنها ممکن است به دلایل متفاوتی این راه را ناتمام بگذارند؛ بی‌تابی در رسیدن سریع به بهبودی، عوارض جانبی داروها، باورهای ضد مصرف دارو، فشار اطرافیان برای قطع مصرف دارو، عدم آموزش کافی در مورد چگونگی مصرف داروها و مقابله با عوارض آنها، مشکل بودن رعایت دقیق برنامه مصرف داروها، و ماهیت بیماری موجود که خود به بی‌انگیزگی فرد در ادامه درمان دامن می‌زند، از جمله این دلایل است. متن پیش رو برای پاسخگویی به پرسش‌های احتمالی مصرف‌کنندگان داروهای روانپزشکی و ارائه کمکی در جهت بهبود تداوم مؤثر درمان دارویی تهیه شده است.

چرا باید دارو بخورم؟ چرا خودم به خودم کمک نکنم؟

البته که «کمک کردن به خود» خوب است. بدیهی است که در هر شرایطی فرد باید یاد بگیرد که چگونه به خود کمک کند. اما این که «کمک کردن به خود» دلیلی باشد بر پیگیری نکردن درمان دارویی و نخوردن دارویی که پزشک تجویز کرده، سفسطه‌ای است در جهت «زیان رساندن به خود». هنگامی که درمان یک مشکل روانپزشکی با دارو به نتیجه می‌رسد، چه بسا مهم‌ترین بخش «کمک کردن به خود»، همان مصرف دارو باشد.

و اما پاسخ این پرسش که چرا گاهی مصرف داروی اعصاب ضروری می‌شود؟ اصولاً پزشک هنگامی باید دارو تجویز کند که سود آن را بیش از عوارض جانبی آن بداند. پزشک آگاه و دلسوز به هنگام انتخاب شیوه درمان یک بیماری روانپزشکی، همه روش‌های موجود را کنار هم می‌گذارد و در میان آنها دست به انتخاب می‌زند. وقتی انتخاب او تجویز دارو یا داروهایی است، این به آن معناست که او سودمندی مصرف آن دارو یا داروها را بیش از عوارض جانبی احتمالی آنها می‌داند؛ و بنابراین دلیل مصرف داروهای اعصاب این است: «مصرف‌شان سودمندتر از عدم مصرف است، و تن ندادن به چنین درمانی عواقبی زیان‌بار دارد.» البته بدیهی است که مواردی هم وجود دارد که به‌کارگیری درمان دارویی یا غیر دارویی سود یکسانی دارد یا درمان غیر دارویی ارجح است. تشخیص این موارد بر عهده پزشک است و اگر می‌خواهیم درمان مشکل خود را مطابق با نظری تخصصی پیش ببریم، باید نظر کارشناسی او را بر ایده سایر افراد (از جمله بر ایده خود، حتی اگر پزشک هستیم) ارجح بدانیم.

چه موقعی می‌توان روان‌درمانی را به جای دارو نشانند؟

این که درمان مناسب برای یک فرد شامل به‌کارگیری دارو، روان‌درمانی، مشاوره، یا ابزارهای درمانی چون الکتروشوک است در ابتدا به نوع «تشخیص» بستگی دارد. بنابراین انتخاب نوع درمان موضوعی نیست که فرد پیش از مراجعه به پزشک، خود آن را تعیین کند و مثلاً بخواهد تنها از طریق روان‌درمانی مشکل را حل کند. به طور مثال، در مورد بیماری افسردگی، ملاک‌های خاصی برای تعیین شدت آن وجود دارد که بر آن اساس، پزشک می‌تواند انواع خفیف، متوسط و شدید را شناسایی کند. در موارد متوسط و به ویژه نوع شدید افسردگی، یا در موارد وجود نشانه‌های خاصی، تجویز دارو ضروری است؛ در حالی که در موارد خفیف می‌توان روان‌درمانی را درمان خط اول دانست. با این حال به جز تعیین شدت افسردگی،

نکات تشخیصی تخصصی دیگری هم مطرح است که از آن جمله می‌توان به تعیین دوقطبی بودن یا نبودن افسردگی اشاره کرد. در موارد دوقطبی، که البته باز هم علائم بیمار هنگام مراجعه به پزشک معمولاً همان علائم افسردگی است، درمان دارویی متفاوتی خط اول درمان را تشکیل می‌دهد. روان‌درمانی‌ها در درمان اختلالات متنوعی از جمله انواع اختلالات اضطرابی، شخصیتی، شبه‌جسمی و مصرف مواد کاربرد دارد، ولی باید توجه داشت که در هر موردی نظر تخصصی در انتخاب مؤثرترین شیوه درمان موضوع پیچیده‌ای است و نیازمند دانش و تجربه کافی.

چه مدت طول می‌کشد تا دارو اثر کند؟

زجر ناشی از علائم بیماری، گاه توان صبر کردن برای رسیدن به پاسخ درمانی مناسب را از فرد می‌گیرد. با این حال، باید دانست که دیدن اثرات درمانی کافی داروها، اغلب به گذشت چند هفته از مصرف آنها نیاز دارد. این زمان ممکن است گاه به کوتاهی دو هفته و گاه به درازی دو تا سه ماه باشد. موارد کمتری هم که به عنوان مقاوم به درمان شناخته می‌شود ممکن است نیاز به مدتی طولانی‌تر و مصرف تعداد بیشتری از داروها داشته باشد. راهکاری که معمولاً از سوی روانپزشک برای تحمل این زمان توسط بیمار اندیشیده می‌شود، تجویز داروهایی سریع‌الاثربرای تسکین موقتی برخی از علائم است تا بیمار بتواند این مدت انتظار را راحت‌تر سپری کند. پس از بهبودی نسبی، داروهای کمکی مذکور به تدریج قطع می‌شوند و دارو یا داروهای اصلی ادامه می‌یابند. بنابراین، برای آن که از مؤثر بودن یا نبودن یک رژیم دارویی مطمئن شویم، باید آن را با «مقدار کافی» و «مدت کافی» مصرف کرده باشیم و سپس در مورد اثربخشی آن به قضاوت بنشینیم.

تا کی باید دارو بخورم؟

عموماً دو مرحله در درمان دارویی تعریف می‌شود. ابتدا مرحله درمان حاد و سپس دوره درمان نگهدارنده. درمان حاد به این معنی است که دارو برای کنترل علائم بیماری فعلی تجویز می‌شود و درمان نگهدارنده مربوط به زمانی است که درمان حاد به بهبودی بیمار منتهی شده است. به بیان دیگر، درمان نگهدارنده برای جلوگیری از عود بیماری در نظر گرفته می‌شود و بنابراین در مورد بیماری‌هایی به کار می‌رود که عودکننده است. این که به کارگیری درمان نگهدارنده لازم است یا نه، و اگر لازم است تا چه زمانی باید ادامه یابد، به عوامل مختلف و متنوعی وابسته است.

چرا وقتی نمی‌خواهم دارو بخورم، باز هم باید پیش روانپزشک بروم؟

به این پرسش پیش از این به نوعی پاسخ داده شد. پیش از انتخاب نوع درمان، تعیین «تشخیص» اهمیت دارد و «تشخیص» است که درمان مناسب را تعیین می‌کند. به عبارتی، تعیین مؤثرترین شیوه یا شیوه‌های درمان برای یک مشکل خاص روانپزشکی بر عهده پزشک است. البته در مواردی پزشک ممکن است بیش از یک شیوه درمانی را مناسب بداند و پیشنهاد کند و ارجحیت آشکاری میان آنها در نظر نگیرد.

چرا وقتی بیماری خفیفی دارم، دکتر داروی یک بیماری شدید را تجویز کرده؟

هر یک از داروهای مورد استفاده در روانپزشکی (و البته شاخه‌های دیگر طب) ممکن است کاربردهای متنوعی داشته باشد و مهم است که بدانیم حتی بعضی از متخصصان سایر رشته‌ها ممکن است با کارایی متنوع برخی از داروهای روانپزشکی آشنا نباشند. در واقع، کاربردهای همه داروها دقیقاً مطابق با نام مشهور دسته دارویی آنها نیست. به این ترتیب، فردی که به درستی تحت درمان با یک داروی ضدافسردگی برای درمان وسواس، یا یک داروی ضد تشنج برای درمان افسردگی (دوقطبی)، یا یک داروی ضد روانپریشی برای درمان تیک، و یا یک داروی خواب‌آور برای درمان دلشوره قرار گرفته، ممکن است پس از ابراز شگفتی فردی ناآگاه از این عدم تناسب ظاهری دارو با مورد مصرف آن، از ادامه درمان درست پشیمان شود و نسبت به دانش پزشک معالج خود تردید کند. در همین راستا باید به این نکته اشاره کرد که نوع داروی

تجویز شده عموماً ارتباطی با شدت بیماری ندارد و همان‌طور که در بالا اشاره شد، به طور مثال، همان داروی ضد روانپریشی که برای درمان بیماری اسکیزوفرنیا تجویز می‌شود، با دوز متفاوتی در درمان تیک به کار می‌رود.

در برابر فشار اطرافیان برای قطع مصرف داروها چه کنیم؟

گاهی فرد مصرف‌کننده داروهای روانپزشکی باید در چند جبهه بجنگد! یکی با افکار ضد درمان و ضد داروی خودش که او را بر علیه مصرف داروها نهیب می‌زند، و دیگر فشاری که دوستداران و اطرافیان وارد می‌کنند. برای مدیریت مورد دوم، راهکارهایی به این شرح قابل اجراست: (۱) اصلاح باورهای نادرست اطرافیان بیمار در مورد روانپزشکی و داروهای اعصاب؛ (۲) اطلاع‌رسانی به این افراد و آموزش آنها در مورد بیماری روانپزشکی فرد مراجع و چگونگی درمان او از طریق دعوت بیمار از آنها برای شرکت در برخی از جلسات ویزیت؛ (۳) افزایش اعتماد به نفس فرد تحت درمان برای ایستادگی در برابر توصیه‌های نادرست دیگران، دفاع از شیوه درمانی که پی گرفته و حتی آموزش دادن او به اطرافیان در این زمینه؛ (۴) ارائه بروشورها یا کتابچه‌های آموزشی به اطرافیان بیمار؛ (۵) ارتباط همدلانه پزشک با نزدیکان بیمار که در جلسه ویزیت حاضر شده‌اند، در جهت رفع نگرانی‌های آنها و پی‌بردن‌شان به دانش و مهارت پزشک معالج.

خواب‌آورهای عامل بی‌خوابی

۱۳۹۴/۶/۲۲؛ وبسایت «روانپزشکان»

وجود یک خواب راحت و بی‌دغدغه نقش مهمی در تداوم سلامت جسمانی که سلامت روان نیز بخشی از همان است دارد. کم‌خوابی چه به دنبال عوامل بیرونی یا بیماری‌های دیگر بروز کرده باشد و چه به عمد و به دلیل تمایل فرد به کار کردن زیاد یا اشتغالات و تفریحات شبانه باشد، در بروز برخی از بیماری‌ها و کوتاه کردن طول عمر فرد مؤثر است. بسیاری از مردم از مشکلات خواب شکایت دارند؛ کم‌خوابی، پرخوابی، خواب منقطع، خواب بی‌کفایت، خواب سبک، خُرخر یا مشکل تنفسی در خواب، بی‌قراری پاها پیش از خواب، کابوس، راه رفتن در خواب، حرف زدن در خواب و غیره و غیره. بسیاری از مردم نیز از داروهای خواب‌آور برای افزایش مقدار یا کیفیت خواب خود بهره می‌گیرند. در برخورد با افرادی که برای بهبود خواب خود به پزشک مراجعه می‌کنند، عموماً یکی از این دو نکته در ذهنیت آنها نسبت به داروهای خواب‌آور دیده می‌شود: «مخالفت با مصرف داروهای خواب‌آور که آنها را مضر و عامل اعتیاد می‌دانند» یا «درخواست برای ادامه داروی خواب‌آوری که مدت‌هاست مصرف می‌کنند». نظر کدام دسته درست‌تر است؟ آیا مصرف داروهای خواب‌آور اعتیادآور است؟ آیا خواب کسی که مدت‌هاست از این داروها مصرف می‌کند و کماکان دچار کم‌خوابی است قابل اصلاح است؟ به پاسخ این دو سؤال می‌پردازم.

آیا مصرف داروهای خواب‌آور اعتیادآور است؟

در گذشته از داروهای مانند فنوباریتال برای بهبود خواب استفاده می‌شد که اکنون اصلاً جایگاهی در این امر ندارد. امروزه داروهای متنوعی مانند دیازپام، کلونازپام، لورازپام و آلپرازولام به وفور به این منظور تجویز و مصرف می‌شوند. این داروها عموماً در ابتدای مصرف باعث ایجاد خوابی با کیفیت مطلوب می‌شوند و از طرفی اثر ضد اضطراب دارند و باعث افزودن بر آرامش فرد می‌شوند. با این حال، مصرف خودسرانه آنها به هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود و در بسیاری از موارد اثر خواب‌آوری آنها پس از مدتی کاهش می‌یابد. حتی ممکن است در مواردی در درازمدت به تشدید مشکلات خواب منجر شوند به طوری که کاهش مقدار یا قطع مصرف‌شان به بهبود کیفیت خواب کمک کند. از سوی دیگر، مصرف خودسرانه این داروها در

افرادی که مشکل تنفسی دارند ممکن است به وخامت وضعیت تنفسی بیانجامد. در پاسخ به سؤال بالا، می‌توان گفت که این داروها قابل سوءمصرف هستند و البته این سوءمصرف عموماً توسط افرادی که دچار اعتیاد به مواد مخدر یا محرک هستند دیده می‌شود. با این حال، این داروها در صورتی که زیر نظر پزشک مصرف شوند و بر اساس تشخیص درست و در مدت لازم به کار روند، تأثیر زیادی در بهبودی خواب و علائم اضطرابی افراد دارند و در واقع در این شکل مصرف، باید آنها را جزو داروهای بسیار کم‌عارضه به حساب آورد.

درمان کم‌خوابی

برای بهبود کم‌خوابی باید نکاتی را در نظر داشت که یک به یک در پی می‌آید:

الف- کم‌خوابی، نشانه یک بیماری دیگر است

بسیاری از بیماران ممکن است از سرفه، تب یا درد در رنج باشند. برطرف کردن هر یک از این نشانه‌ها بدون رسیدگی به علت آنها ممکن است عواقب وخیمی داشته باشد. به طور مثال، سرفه یا تب ممکن است نشانه‌ای از یک بیماری عفونی، و درد نشانه‌ای از هر یک از بیماری‌های سیستمیک بدن باشد. مصرف داروهای ضد سرفه، تب‌بر یا مسکن بدون تشخیص اختلال زیر بنای آنها به پیشرفته‌تر شدن بیماری زمینه‌ای کمک می‌کند و درمان را به تأخیر می‌اندازد. این در حالی است که در بسیاری از موارد، سرعت عمل نقش مهمی در مداوا دارد.

کم‌خوابی نیز عموماً یک نشانه است نه یک بیماری مستقل. بنابراین در اینجا نیز باید به دنبال علت گشت، نه آن که تنها با یک داروی خواب‌آور روی نشانه مهمی که می‌تواند در رسیدن به شناسایی بیماری عامل آن کمک کننده باشد، سرپوش گذاشت و درمان اصلی را به تأخیر انداخت. کم‌خوابی ممکن است تنها نشانه‌ای از عدم رعایت بهداشت خواب باشد که در زیر به آن اشاره می‌شود. در عین حال می‌تواند نشانه‌ای از ناتوانی در مدیریت مناسب تنش‌های روزمره یا رویدادهای ناخوشایند، یک بیماری سیستمیک یا عضوی (مانند بیماری‌های ریوی)، و یا حاکی از هر یک از بیماری‌های روانپزشکی مانند اختلالات افسردگی و اضطرابی باشد. پس ارزیابی علت بروز کم‌خوابی مهم‌تر از رفع فوری آن است.

ب- اصول بهداشت خواب

هر فردی - چه دچار بیماری باشد و چه نباشد - برای حفظ ویژگی‌های مطلوب خواب خود، لازم است نکاتی را همواره رعایت کند:

روش نادرست: «من هر شب بعد از صرف قهوه و تمام شدن برنامه‌های تلویزیون که در حالت استراحت روی تخت‌خوابم می‌بینم می‌خوابم».

روش درست: «من هر شب در ساعت معینی می‌خوابم و هر روز حتی در تعطیلات در ساعت معینی بیدار می‌شوم. از اتاق خواب برای تماشای تلویزیون یا رسیدگی به کارهای روزمره استفاده نمی‌کنم و پیش از خواب غذای سنگین، چای، قهوه، نوشابه یا سیگار مصرف نمی‌کنم. اصولاً پیش از خواب تلویزیون نمی‌بینم و با رایانه کار نمی‌کنم، ولی ممکن است روزنامه یا کتاب بخوانم».

روش نادرست: «خوشبختانه عصرها همیشه یک خواب حساسی دارم، ولی بدبختانه شب‌ها خیلی دیر خوابم می‌برد».

روش درست: «سعی می‌کنم روزها کمتر بخوابم تا شبها راحت خوابم ببرد. هر وقت دوره‌های بی‌خوابی شروع می‌شود، روزها جلوی خوابم را می‌گیرم».

روش نادرست: «برای رفع بی‌خوابی شبانه، روزها به شدت ورزش می‌کنم که تا نزدیک زمان شام طول می‌کشد».

روش درست: «به شکل مستمر و با برنامه ورزش می‌کنم، ولی سعی می‌کنم این برنامه شش ساعت پیش از خواب انجام شود. غروب‌ها گاهی از روش آرام‌سازی که یاد گرفته‌ام استفاده می‌کنم و حمام با آب گرم قبل از خواب هم گاهی به بهتر شدن خوابم کمک می‌کند».

روش نادرست: «هر وقت خوابم نمی‌برد تا حدود دو ساعت در تخت‌خواب در تقلا هستم و نگرانم که صبح خواب بمانم».

روش درست: «هر وقت خوابم نمی‌برد از تخت‌خواب بیرون می‌آیم و چند دقیقه به کارهای عقب‌افتاده‌ام می‌پردازم یا کتاب می‌خوانم. سعی می‌کنم محیط خواب خنک و کاملاً تاریک باشد».

پ- درمان علت زمینه‌ای

در قریب به اتفاق موارد کم‌خوابی، علتی پشت آن نهفته است. به جز دلایل جسمانی که اشاره‌ای به آن شد، انواع اختلالات افسردگی و اضطرابی زمینه‌ساز آن هستند. فرد افسرده به جز بی‌حوصلگی، ناامیدی و کاهش اعتماد به نفس، اغلب در خوابیدن نیز دچار مشکل است. اگر چنین فردی تنها با مصرف داروهای خواب‌آور، کم‌خوابی خود را به ظاهر جبران کند، در واقع با ایجاد تأخیر در درمان افسردگی، علاوه بر آن که زجر ناشی از این بیماری را تحمل می‌کند، ممکن است دست‌یابی به نتیجه مطلوب از درمان بعدی را دشوارتر کند و یا با ایجاد وابستگی به داروی خواب‌آور، یک «کم‌خوابی مقاوم به درمان» را نیز به مشکل افسردگی موجود بیافزاید. مانند آن که فرد دچار عفونت ریوی با مصرف خودسرانه داروی ضد سرفه و بدون درمان با آنتی‌بیوتیک، باعث گسترش عفونت ریوی و ایجاد بیماری مقاوم به درمان گردد. در صورتی که در موارد بیماری افسردگی یا اضطرابی، درمان از ابتدا به درستی معطوف به تسکین افسردگی و اضطراب شود، در نهایت مشکل خواب فرد نیز بهبود می‌یابد. حتی در مورد فرد افسرده‌ای که مدتها به شکل بی‌رویه داروهای خواب‌آور مصرف کرده و کماکان دچار کم‌خوابی است، شروع درمان با داروهای دارای اثر دوگانه ضدافسردگی و خواب‌آوری می‌تواند راه‌گشا شود.

ت- درمان دارویی

برای درمان علت زمینه‌ای کم‌خوابی که در بیشتر موارد یک اختلال افسردگی یا اضطرابی است، مصرف داروهایی که ضد افسردگی نام دارند و در واقع هم ضدافسردگی‌اند و هم ضد اضطراب، در بیشتر موارد کفایت می‌کند. با این حال، از آن جا که اثر این داروها معمولاً چند هفته پس از آغاز مصرف‌شان شروع می‌شود، پزشک معمولاً داروی سریع‌الاثری مانند داروهای خواب‌آوری که نام برده شد را به عنوان داروی کمکی تجویز و حداکثر پس از چند هفته قطع می‌کند. این قطع زودهنگام داروی خواب‌آور مانع از ایجاد وابستگی می‌گردد و البته داروی اصلی ضد افسردگی اغلب تا مدتی برای جلوگیری از بازگشت علائم ادامه می‌یابد. داروهای ضد افسردگی برخلاف داروهای خواب‌آور باعث وابستگی نمی‌شوند. البته همواره استثنائاتی در تجویز داروها وجود دارد که با نظر پزشک اعمال می‌گردد. به طور مثال، پزشک ممکن است مصرف طولانی‌مدت داروی خواب‌آور را نیز در مواردی لازم بداند.

ث- درمان غیر دارویی

روش‌های غیر دارویی مانند درمانی‌های شناختی- رفتاری نیز در درمان کم‌خوابی می‌تواند مؤثر باشد و البته این درمان‌ها در بیشتر موارد باز هم باید در اساس، معطوف به درمان اضطراب و افسردگی شود.

آیا افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی قادرند روزه بگیرند؟

وبسایت «روانپزشکان»؛ ۱۳۹۴/۳/۲۹

پرسش از توان روزه گرفتن سؤالی است که روانپزشکان هرساله در ابتدای ماه مبارک رمضان به کرات با آن مواجه می‌شوند. هرچند پژوهش‌هایی در حواشی این موضوع انجام شده، هنوز در بسیاری از موارد پاسخ روشنی به این پرسش نمی‌توان داد. واقعیت آن است که پاسخ بسیار وابسته به فرد است و در هر مورد بهترین کسی که می‌تواند قضاوت کند روانپزشک معالج بیمار است.

با وجود پژوهش‌های ناکافی کنونی، هرگونه استدلالی لازم است بر دانسته‌های مستند و تجربه‌های موجود استوار شود. همچنین به هنگام قضاوت در مورد توانایی بیمار برای روزه گرفتن، باید در نظر داشت که بسیاری از افرادی که چنین پرسشی دارند تمایل به روزه گرفتن دارند و محروم کردن آنها از ادای این فریضه ممکن است با ایجاد احساس گناه، خود به بروز هیجان‌های منفی و بدتر شدن شرایط روانی فرد بینجامد. به این لحاظ، روانپزشک در صورت مضر دانستن روزه گرفتن برای یک بیمار، لازم است توجیه مناسبی به او ارائه کند و ضمن قانع کردن او با تأکید بر وجود یک ضرورت پزشکی، به تفاهمی دوسویه دست یابد.

از آنجا که اختلالات روانپزشکی در انواع گوناگون و طیفی گسترده وجود دارند، توان روزه گرفتن مبتلایان به آنها نیز بسیار متفاوت است. گاهی گفته شده است که بیماری‌های روانپزشکی به دو دسته خفیف یا نوروتیک (مانند افسردگی، اضطراب و وسواس) و شدید (مانند اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا) تقسیم می‌شود و دسته اول شامل بیماران قادر به روزه گرفتن و دسته دوم شامل بیماران ناتوان است. در اینجا باید تأکید شود که این دسته‌بندی خفیف و شدید همواره صدق نمی‌کند و قضاوت بر مبنای آن در بسیاری از موارد منطبق بر واقعیت‌های بالینی نیست. در گروه به ظاهر خفیف، بسیاری از موارد اختلال افسردگی اساسی (MDD) از نوع مقاوم به درمان یا بسیار عودکننده وجود دارد و موارد قابل‌توجهی از اختلال وسواس به درمان‌های موجود پاسخی ناکافی می‌دهند. از سوی دیگر در مورد گروه به ظاهر شدید، موارد اختلال دوقطبی هرچند در بیشتر موارد مکرراً عودکننده و اغلب نیازمند درمان چند دارویی است، همواره دارای سیری وخیم نیست و بسیاری از افراد مبتلا می‌توانند با درمان مناسب به خوبی یا به شکلی نسبی آن را کنترل کنند. حتی در اسکیزوفرنیا که عموماً سیری مخرب‌تر دارد، چنین سیری قاعده‌ای بدون استثنا محسوب نمی‌شود. به بیان دیگر، هرچند نوع تشخیص دارای اهمیتی در قضاوت است، تصمیم‌نهایی در دادن یا ندادن مجوز طبی برای روزه‌داری تنها بر آن مبنا گرفته نمی‌شود و به عواملی فرد-ویژه نیز وابسته است.

به این ترتیب قاعده‌ای کلی نه تنها برای همه بیماران روانپزشکی وجود ندارد، بلکه حتی در یکی از انواع تشخیص‌ها نیز نمی‌توان حکمی عمومی صادر کرد. با این حال این موضوع بدون قاعده هم نیست و نکاتی که در زیر می‌آید را می‌توان در نظر داشت:

۱- گرسنگی می‌تواند به تشدید تحریک‌پذیری، اضطراب و اختلال تمرکز منجر شود و از این طریق ممکن است احتمال عود علائم روانپزشکی را افزایش دهد. با این حال می‌دانیم که این یک احتمال است و نمی‌توان گفت که عود قطعاً رخ خواهد داد. از سوی دیگر، در برخی از اختلالات پیشگیری از عود به قدری اهمیت دارد که در هر شرایطی لازم است از آن جلوگیری

کرد. مورد شناخته شده آن، اختلال دوقطبی نوع یک (BID) و اختلال افسردگی اساسی عودکننده است. بروز هر موردی از عود در این اختلالات احتمال عود بعدی را افزایش می‌دهد.

۲- سابقه فرد در روزه‌داری طی دوره‌ای که دچار بیماری یا تحت درمان بوده، می‌تواند به عنوان ملاکی برای پیامدهای روزه‌داری‌های بعدی باشد. به این ترتیب، فردی که تحت درمان است، حتی در شرایط پایداری کامل وضعیت کنونی و عدم ابتلا به اختلالات دسته شدیدتر، در صورتی که سابقه‌ای از واکنش روانی نامناسب به روزه‌داری داشته باشد، باید از انجام آن خودداری کند. به هر حال، از آنجا که سیر بیماری در هر فردی ویژه است، بهتر است قضاوت نهایی در مورد روزه‌داری به روانپزشکی که با پیشینه بیماری او آشناست سپرده شود و فرد مبتلا نیز در اجرای بی‌قید و شرط روزه‌داری اصرار نکند.

۳- در برخی از اختلالات روانپزشکی به ویژه اختلال دوقطبی، وجود یک سیکل منظم خواب و بیداری برای تداوم ثبات وضعیت خلقی بیمار لازم است. آداب روزه‌داری ممکن است به آشفتگی این سیکل منجر شود و جدا از اثرات گرسنگی، خود به افزایش احتمال عود بیماری بینجامد. در یک مطالعه، میزان عود در مبتلایان به اختلال دوقطبی طی یک ماه روزه‌داری، حدود ۴۵ درصد به دست آمد و این میزان مستقل از سطح سرمی لیتیموم مصرفی بیماران بود (کدروی و همکاران، ۲۰۰۰). این که این فراوانی بالای عود به گرسنگی، آشفتگی سیکل خواب و بیداری یا عواملی دیگر مربوط بوده روشن نیست.

۴- کم‌آبی بدن (دزیدراتاسیون) با کاهش کارکرد کلیه‌ها (فیلتراسیون گلومرولی)، سطح خونی داروهایی که از مسیر کلیه‌ها دفع می‌شوند را افزایش می‌دهد. بنابراین به هنگام تجویز چنین داروهایی به افراد روزه‌دار، لازم است تغییر دوز دارو در نظر گرفته شود. البته در مورد لیتیموم که فاصله مقدار درمانی و مقدار مسموم کننده آن کم است، مصرف‌کنندگان آن بهتر است از روزه‌داری خودداری کنند.

۵- گرسنگی می‌تواند با تحریک متابولیسم کبدی سطح سرمی داروهایی چون والپروات سدیم را کاهش دهد.

۶- طی دوران روزه‌داری باید مراقب عوارض آنتی‌کولینرژیک داروها از قبیل خشکی دهان، تاری دید و سردرگمی بود. این عوارض بیشتر در سالمندان در دسرساز است و در این گروه باید پایش شود.

۷- از آنجا که داروهای روانپزشکی ممکن است به شکل چندبار در روز تجویز شوند، برخی از بیماران ممکن است برای روزه‌داری، بدون مشورت با پزشک اقدام به کاهش دفعات مصرف داروها کنند. بنابراین بهتر است پیش از شروع ماه رمضان، در مواردی که روزه‌داری مجاز دانسته می‌شود، شیوه مصرف داروها به شکل یک یا دو بار در روز تغییر کند. به این منظور می‌توان از داروهای طولانی‌اثر یا آهسته‌رهش استفاده کرد. البته بسیاری از داروهای روانپزشکی این قابلیت را دارند که در صورت صلاح‌دید روانپزشک معالج، به شکل یک بار در روز مصرف شوند؛ مانند بسیاری از داروهای ضد افسردگی، برخی از داروهای ضد تشنج (تثبیت‌کننده خلق)، داروهای بنزودیازپینی، لیتیموم و آنتی‌سایکوتیک‌ها.

منابع برای مطالعه بیشتر:

Aadil N, Fassi-Fihri A, Houti I, Benaji B, Ouhakki M, Kotbi S, Diquet B, Hakkou F. Influence of Ramadan on the pharmacokinetics of a single oral dose of valproic acid administered at two different times. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 2000 Mar;22(2):109-14.
Benjamin AB, Dennis LW, Mosallaei-Benjamin MM. Medication concerns during Ramadan fasting. *Current Psychiatry* 2005, 4(9), 64-65.

Browning JD, Baxter J, Satapati S, Burgess SC. The effect of short-term fasting on liver and skeletal muscle lipid, glucose, and energy metabolism in healthy women and men. *J Lipid Res*. 2012 March; 53(3): 577-۵۸۶.

Kadri N, Tilane A, El Batal M, Taltit Y, Tahiri SM, Moussaoui D. Irritability during the month of Ramadan. Psychosom Med 2000;62:280-5.

بایدها و نبایدهای ریتالین

۱۳۹۶/۲/۱۵؛ مصاحبه روزنامه جام جم

عوارض مصرف ریتالین در کودکان یا بزرگسالان که خودسرانه اقدام به مصرف دارو می‌کنند چیست؟

ریتالین نام تجاری دارویی است به نام «متیل‌فنیدیت». همان‌طور که در مورد همه انواع درمان در همه بیماری‌ها و اختلالات صادق است، به کارگیری نوع خاصی از درمان هنگامی عملی و منطقی است که منافع آن بر مضراتش غلبه کند. بدیهی است که این اصل در مورد متیل‌فنیدیت نیز صادق است. موارد مصرف این دارو در پزشکی مشخص است و اگر به درستی تجویز و مصرف شود - مانند سایر داروهای مورد تأیید - در مجموع مفید و مؤثر است. با این حال، مصرف آن به جز موارد تأییدشده و زیر نظر پزشک، می‌تواند با مخاطراتی همراه باشد. پیش از شروع و در طول مدت مصرف متیل‌فنیدیت، ارزیابی بالینی و انجام آزمایشی برای اطمینان از وضعیت مناسب جسمانی و نیز ارزیابی وضعیت روانی فرد، ضروری است. در این میان، آنچه عمدتاً به هنگام تجویز متیل‌فنیدیت مورد نظر است، بررسی میزان احتمال سوءمصرف آن است و این احتمال تقریباً همیشه در مواردی قابل اعتناست که دارو در خارج از موارد تأییدشده پزشکی تجویز شود.

چه گروه‌هایی از افراد به این دارو نیاز دارند؟

مورد اصلی تجویز متیل‌فنیدیت، «اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی» (ADHD) است که در صورت فقدان نشانه‌های بیش‌فعالی، «اختلال نقص توجه» نامیده می‌شود. همچنین یکی از اختلالات خواب به نام نارکولپسی از موارد تجویز این داروست. کاربردهای دیگری از جمله برای کمک به درمان «افسردگی مقاوم به درمان» در کوتاه‌مدت نیز مطرح است. با این حال، در صورت عدم وجود بیماری یا اختلال مشخصی که متیل‌فنیدیت در درمان آن کاربردی داشته باشد، مصرف این دارو تنها برای موفقیت در امتحان مورد تأیید نیست.

احتمال وابستگی به این دارو چقدر وجود دارد و آیا مصرف در همه سنین وابستگی می‌آورد؟

موضوع عمده‌ای که در تجویز و مصرف متیل‌فنیدیت مطرح است، سوءمصرف و وابستگی به داروست. این نگرانی به ویژه در مورد افرادی که سابقه سوءمصرف مواد دارند جدی است. با این حال، این موضوع در مورد افراد دچار «اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی» (ADHD) یا «اختلال نقص توجه» که زیر نظر پزشک دارو مصرف می‌کنند عموماً مصداق ندارد و حتی در بیشتر موارد، مصرف متیل‌فنیدیت توسط افراد مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی منجر به کاهش رفتارهای پرخطر و از جمله کاهش سوءمصرف مواد می‌شود.

بنابراین، از یک سو، افراد مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی می‌توانند زیر نظر پزشک معالج در مدتی بسیار طولانی از مزایای این دارو سود ببرند، و از سوی دیگر، برای جلوگیری از سوءمصرف و مصرف خودسرانه متیل‌فنیدیت باید قوانین

محکمی در جهت محدودسازی دسترسی بدون تجویز پزشک به دارو، برقرار باشد. البته تجویز متیل فنیدیت در سنین کمتر از شش سال تأیید نشده است.

یادآوری این نکته هم مهم است که مصرف خودسرانه و بدون ارزیابی تشخیصی متیل فنیدیت، می‌تواند در افراد دچار اختلال دوقطبی (به معنای وجود سابقه ابتلا به مانیا [شیدایی] یا هایپومانیا [نیمه‌شیدایی]) با ناپایداری هیجانی و مشکلات رفتاری همراه شود.

برای افزایش تمرکز دانش‌آموزان و دانشجویان، جایگزین این دارو چه چیزی یا انجام چه کارهایی می‌تواند باشد؟

با این که این سؤال بسیاری از افراد است و بسیاری هم به دنبال پاسخی کوتاه و یک‌دست برای همه می‌گردند، راه حل یکسانی برای همه ندارد. بسیاری از کودکان، نوجوانان و افراد بزرگسال به دلیل اضطراب، دچار اختلال در تمرکز می‌شوند. هراس اجتماعی، افسردگی، سایر اختلالات روانپزشکی، خستگی، تنش‌های خانوادگی، مشکلات شغلی، آشفتگی در رابطه با اطرفیان، نارضایتی از وضعیت زندگی و بسیاری از موارد دیگر را می‌توان به عنوان عوامل مرتبط با بروز «کاهش تمرکز» نام برد. از سوی دیگر، مشکلات و بیماری‌های جسمانی، مصرف بعضی از داروها، و نیز مصرف یا سوءمصرف الکل و سایر مواد را باید به این فهرست اضافه کرد. همچنین گاه اختلالی به نام «اختلال یادگیری» وجود دارد که اصولاً ارتباطی با مشکل تمرکز ندارد و به اشتباه ممکن است موضوع تمرکز را مطرح کرده باشد. اختلالی به نام «اختلال نقص توجه» نیز وجود دارد که عموماً از دوران کودکی آغاز می‌شود و ممکن است با «بیش‌فعالی» همراه شود که در صورت اخیر به آن «اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی» (ADHD) گفته می‌شود. در این مورد، متیل فنیدیت یکی از داروهای مؤثر است و بر حسب مورد می‌تواند به مدت طولانی تجویز شود.

بنابراین نکته کلیدی در پاسخ به این سؤال که برای افزایش تمرکز چه باید کرد، این است که «در ابتدا بدون تردید نیاز به ارزیابی تشخیصی وجود دارد». بدیهی است شیوه مناسب کمک به افزایش تمرکز در هر فرد، بستگی به علت بروز نقص تمرکز و نتیجه ارزیابی تشخیصی دارد.

پس از ارزیابی تشخیصی و آغاز به کارگیری روش متناسب با درمان هر اختلال (مانند اختلال اضطرابی)، رفع مشکلات و تنش‌های محیطی نیز می‌تواند کمک کننده باشد. در مورد دانش‌آموزان، در بسیاری از موارد به نظر می‌رسد فشار خانواده و فشار اجتماع در ایجاد «فضایی متوقع» از دانش‌آموز و «محکومیت او به موفق شدن»، در ایجاد و تشدید مشکلات بسیار تأثیرگذار بوده و در چنین شرایطی تلاش برای منطقی‌سازی انتظارات و ارتقای توانایی فرد و خانواده او برای تصمیم‌گیری متناسب با شرایط، کمک کننده است. ایجاد این تغییرات و توانایی‌ها، فرایندی است که در آن نیاز به همراهی و پیگیری خانواده و دانش‌آموز وجود دارد و این فرایند گاه ممکن است به دلایل مختلف، از جمله ناتوانی افراد خانواده در تغییر نگرش خود یا ناتوانی آنها در مدیریت مناسب هیجانات و نگرانی‌های خود، ناکام بماند. در این زمینه می‌توان به مواردی اشاره کرد که دانش‌آموز در کل علاقه‌ای به ادامه تحصیل ندارد یا مایل به ادامه رشته تحصیلی مورد علاقه خانواده‌اش نیست و با این حال، والدین هنوز برای کمک گرفتن در رفع نقص تمرکز اقدام می‌کنند. به این ترتیب، رفع مشکل ظاهری تمرکز یک دانش‌آموز ممکن است موضوعی مرتبط با یک مسأله خانوادگی یا رفتار و انتظارات نامتناسب دیگران باشد و دلیل اصلی مشکل، ارتباط کمتری با «تمرکز» او داشته باشد.

لازم به ذکر است که برخی از وسایل درمانی برای ارتقای توانایی تمرکز و توجه افراد ابداع شده و تحت ارزیابی است. با توجه به هزینه زیاد به کارگیری این وسایل و نداشتن مقبولیت کافی از طرف بیشتر مراکز معتبر علمی، هنوز قابل ارائه عمومی نیستند.

اختلال دوقطبی قابل درمان است

۱۳۹۳/۴/۱۴؛ هفته‌نامه «زندگی مثبت»

چه کسی دچار اختلال دوقطبی است؟

دسته‌ای از بیماری‌های روانپزشکی به نام اختلالات «خُلقی» شناخته می‌شوند که نام‌آشناترین آنها اختلال افسردگی است. در واقع علامت بیمارگونه اصلی افراد مبتلا به این اختلالات، علامت مربوط به «خُلُق یا روحیه» دانسته شده است. اختلال افسردگی انواع گوناگونی دارد که هر یک دارای ویژگی‌هایی منحصر به خود است. این اختلال به شکل «دوره‌هایی» از علایمی چون بی‌حوصلگی، بی‌انگیزگی، غم‌زدگی، خستگی، کاهش امید به آینده، احساس پوچ بودن و عدم تمایل به زندگی یا حتی زنده‌بودن تظاهر می‌کند. گاهی نیز به شکل «دوره‌ای» نیست و به صورت درازمدت و حتی تا سال‌ها به طول می‌انجامد.

گروهی از افرادی که دچار افسردگی می‌شوند ممکن است در طول زندگی خود دوره یا دوره‌هایی از آشفتگی خُلُق تجربه کنند که به کلی متفاوت از دوره‌های افسردگی است. به این دوره‌ها شیدایی (mania) یا نیمه‌شیدایی (hypomania) می‌گویند و مورد زیر نمونه‌ای از آن است:

آقای الف ۲۸ ساله، متأهل، دیپلمه و کارمند است. او سه سال پیش، پس از یک مشکل مالی جدی دچار افسردگی شدید شد و با درمان دارویی بهبود یافت. یک سال پیش نیز دوباره و این بار به دنبال بروز بیماری سرطان در پسرعمویش مبتلا به افسردگی شد و این بار نیز به پزشک مراجعه کرد و با پنج هفته مصرف داروی ضد افسردگی بهبودی کامل یافت. آقای الف از دو هفته پیش اغلب سرکار نمی‌رود و تغییراتی در رفتارش مشاهده می‌شود: «شب‌ها حداکثر دو ساعت می‌خوابد در حالی که اصلاً در طول روز خسته یا خواب‌آلوده نیست. همه می‌گویند بیش از حد حرف می‌زند و گاهی شوخی‌هایی می‌کند که پیش از این از او سرزنزده بود. گاه و بی‌گاه شروع به تعریف و تمجید از توانایی‌ها و قابلیت‌های زیاد خودش می‌کند و در این مورد به داستان‌سرایی می‌پردازد. گاهی نیز برخلاف منش همیشگی، بسیار عصبانی می‌شود و با تندخویی با دیگران صحبت می‌کند.»

در نمونه بالا، روایتی از آقای الف را می‌بینید که پس از دو دوره افسردگی و درمان موفق، دچار دوره‌ای از آشفتگی «خُلُق» شده که «شیدایی» نام دارد. در چنین دوره‌هایی خُلُق فرد اغلب در حد بسیار بالا (احساس شادی و نشاط نامتناسب یا غیرمعمول) است و یا به شکل تحریک‌پذیر (عصبانیت یا واکنش‌های پرخاشگرانه مستمر به شکلی نامتناسب یا غیرمعمول) تظاهر می‌کند. به جز آن، فرد مبتلا ممکن است هر یک از ویژگی‌های پرحرف شدن، پُرکار شدن، خستگی‌ناپذیر شدن، مغرورتر شدن، خودبزرگ‌بینی، پرنرزی شدن، نیاز نداشتن به خواب و زیاد شدن تمایل جنسی را نشان دهد. در این دوره‌ها فرد خصوصیتی پیدا می‌کند که در حالت معمول در او مشاهده نشده و برای اطرافیان تازگی دارد. به دوره‌هایی که شکل خفیف‌تری دارد، «نیمه‌شیدایی» می‌گویند.

افرادی که دچار دوره یا دوره‌هایی از شیدایی یا نیمه‌شیدایی شده‌اند، در ارزیابی روانپزشک ممکن است تشخیص «اختلال دوقطبی» (Bipolar) بگیرند. در واقع، روانپزشک پس از ارزیابی دلایل دیگر بروز علائم شیدایی (مانند برخی از بیماری‌های غدد درون‌ریز یا مغزی و مصرف مواد یا برخی از داروها) و اطمینان از این که چنین دلایلی عامل بروز تغییر رفتار فرد نیست، تشخیص اختلال دوقطبی را مطرح می‌کند.

آیا اختلال چند شخصیتی، همان اختلال دوقطبی است؟

بسیاری از افراد، اختلال دوقطبی را با «اختلال چند شخصیتی» که اغلب در فیلم‌های سینمایی با آن آشنا شده‌اند، اشتباه می‌گیرند؛ در حالی که هیچ ارتباطی میان آنها نیست. مبتلایان به اختلال دوقطبی در صورت پیگیری درمان دارویی (که اساس درمان آنهاست) و تبعیت از دستورات پزشک، ممکن است در فواصل دوره‌های آشفتگی، زندگی کاملاً عادی داشته باشند، به تحصیلات خود تا بالاترین درجه آن ادامه دهند، به موفقیت‌های بزرگ شغلی دست یابند و روابط اجتماعی کاملاً عادی و حتی بهتر از بسیاری از افراد غیر مبتلا داشته باشند. چنین اهدافی برای بسیاری از افراد مبتلا قابل دستیابی است و البته برای آن دسته از کسانی که بهبودی کامل نمی‌یابند یا مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا خانوادگی خود دارند، کماکان پیگیری درمان برای نزدیک شدن به اهداف بالا بهترین راهکار است و همواره امید برای عملکرد بهتر و بهتر وجود دارد.

آیا اختلال دوقطبی انواعی دارد؟

این اختلال را به انواع (۱) اختلال دوقطبی نوع یک، (۲) اختلال دوقطبی نوع دو و (۳) اختلال خلق ادواری (سایکلوتایمیک) تقسیم می‌کنند. بیشترین آشفتگی خلقی که در افراد مبتلا به هر یک از این انواع سه‌گانه بروز می‌کند، از نوع دوره‌های افسردگی است. به عبارت دیگر، آنها بیشتر در وضعیت افسردگی هستند تا در حالت (نیمه)شیدایی، و بیشتر در وضعیت افسرده به پزشک مراجعه می‌کنند. اما آنچه این سه نوع را از هم متمایز می‌کند به این شرح است:

- الف-** اگر فرد دست کم یک دوره شیدایی را تجربه کرده باشد، دچار اختلال دوقطبی نوع یک است.
- ب-** اگر فرد به جز دوره یا دوره‌های افسردگی شدید (با نام علمی «ماژور» یا «اساسی»)، دست کم یک دوره نیمه‌شیدایی را تجربه کرده باشد (و نه هرگز دوره شیدایی)، مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو است.
- ج-** اگر فرد به مدت طولانی (بیش از دو سال)، در بیشتر اوقات در دوره‌های افسردگی خفیف و نیمه‌شیدایی (که گاه و بی‌گاه به هم تبدیل می‌شوند) باشد، دچار اختلال خلق ادواری است.

البته شکل یا اشکال خفیف‌تری از اختلال دوقطبی نیز تعریف شده که هنوز مورد اجماع صاحب‌نظران نیست.

چه درمانی برای اختلال دوقطبی در دسترس است؟

بی‌تردید درمان اصلی این بیماری، به کمک داروها انجام می‌شود. درمان غیر دارویی به شکل روان‌درمانی نیز در موارد خاصی مؤثر است، ولی نمی‌توان آن را جایگزین درمان دارویی نمود و تنها به عنوان مکملی برای افزایش اثربخشی داروها به کار می‌رود.

از آن جا که اختلال دوقطبی بسیار عودکننده است و عدم درمان دارویی تبعات نامطلوب و گاه ناگواری در زندگی فرد دارد، لازم است که مصرف دارو یا داروها به مدت طولانی و در مواردی برای همیشه ادامه یابد. در واقع، حتی پس از برطرف شدن کامل علائم بیماری و رسیدن به عملکرد شغلی، تحصیلی یا اجتماعی مطلوب، باز هم در بیشتر موارد لازم است که مصرف دارو برای تداوم بهبودی و ثبات کارکرد فرد ادامه پیدا کند.

داروهایی که برای درمان این بیماری به کار می‌رود انواع مختلفی دارد. برخی از آنها مانند لیتوم، والپروات، لاموترین و کاربامازین به نام داروهای «تثبیت‌کننده خلق» مشهورند. داروهای دوم تا چهارم فوق، در دسته داروهای ضد تشنج نیز قرار می‌گیرند که البته این کاربرد آنها ارتباطی با اثربخشی‌شان در درمان اختلال دوقطبی ندارد. از سایر داروهایی که قابل تجویز در درمان این بیماری است، می‌توان به کوئتیاپین، الانزاپین، ریسپریدون و آریپیپرازول اشاره کرد. داروهای دیگری نیز برای تجویز وجود دارد، اما آنچه یادآوری آن در اینجا مهم است، توضیحی در مورد جایگاه مصرف داروهای ضد افسردگی - از قبیل فلوکستین، سرتالین، فلووکسامین، سیتالوپرام، ونلافاکسین و دولوکستین - در درمان اختلال دوقطبی است. این داروها در درمان اختلالی به نام افسردگی اساسی مؤثرند، اما در تجویزشان برای افراد افسرده‌ای که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند (یعنی فرد افسرده‌ای که در گذشته دوره‌ای از شیدایی یا نیمه‌شیدایی را گذرانده است) باید احتیاط شود. روانپزشک می‌تواند آنها را در موارد خاصی در همراهی با سایر داروهای درمان‌کننده اختلال دوقطبی (که برخی از آنها در بالا نام برده شد) تجویز کند، اما مصرف خودسرانه داروهای ضدافسردگی ممکن است به وخامت سلامت روان فرد بیانجامد. در این افراد، گاهی مصرف داروی ضد افسردگی به بروز دوره جدیدی از نیمه‌شیدایی یا شیدایی منتهی می‌شود. ایمی‌پرامین، آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین و دزیرامین، برخی از داروهای ضدافسردگی‌اند که بیشتر در مظان اتهام ایجاد عود دوره شیدایی در فرد مبتلا به اختلالات دوقطبی قرار گرفته‌اند.

داروی دیگری که مصرف خودسرانه و نابه‌جای آن اکنون در اقشاری از جامعه دیده می‌شود و ممکن است برای فرد دچار اختلال دوقطبی مضر و مایه عود دوره خلقی شیدایی یا نیمه‌شیدایی شود، متیل‌فنیدیت (یا ریتالین) است. کاربرد پزشکی این دارو عمدتاً در درمان «اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه» (ADHD) است؛ هم‌چنین، به ندرت در درمان اختلال افسردگی اساسی مقاوم به درمان‌های مرسوم ممکن است توسط روانپزشک در دوره کوتاهی تجویز شود. برخلاف درمان اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، که مصرف این دارو ممکن است به مدت طولانی ادامه یابد، در درمان افسردگی مقاوم به درمان سعی روانپزشک بر آن است که آن را در کوتاه‌ترین دوره ممکن تجویز کند. به هر حال، مصرف آن در اختلال دوقطبی، حتی در دوره‌های افسردگی مورد پذیرش نیست و می‌تواند به وخیم شدن سیر بیماری منجر شود.

کم‌خوابی و اختلال دوقطبی

کم‌خوابی یکی از مشکلاتی است که ممکن است در دوره‌های افسردگی یا شیدایی دیده شود و نیاز به مداخله درمانی دارد. از سویی خود بی‌خوابی شبانه می‌تواند عاملی برای بروز یک دوره جدید نیمه‌شیدایی یا شیدایی باشد و بنابراین خود فرد نیز باید از بیدار نگه‌داشتن خود در شب پرهیز کند. بی‌خوابی ممکن است به کمک داروها درمان شود، ولی گاه این مشکل به طول می‌انجامد و به جز با رعایت دستورات بهداشت خواب، تغییری نمی‌کند. به عبارت دیگر، فرد لازم است که فعالیت جسمانی کافی در طول روز و در صورت امکان ورزش مرتب (مثلاً دست‌کم سه روز در هفته و هر بار حداقل ۲۰ دقیقه) داشته باشد، از خواب روزانه بپرهیزد، شبها قهوه نخورد، مکان خوابیدن خود را تغییر ندهد، هر صبح در ساعت مشخصی بیدار شود (فارغ از آن که شب در چه ساعتی به خواب رفته)، پیش از خوابیدن تلویزیون تماشا نکند و غذای سنگین نخورد، به جز برای خوابیدن مدتی طولانی را در بستر نگذراند، و اگر به خواب نمی‌رود تقلای زیادی نکند (مکان خواب را ترک کند و چند دقیقه به فعالیت مشغول شود).

مصرف مواد و اختلال دوقطبی

فرد مبتلا با توجه به نوساناتی که در خلق و رفتارش طی دوره‌های عود رخ می‌دهد ممکن است به مصرف مواد مخدر یا سایر مواد (از جمله الکل) روی آورد. برخی نیز با مصرف مواد در حقیقت به تنظیم روحیه یا خلق خود می‌پردازند. بدیهی است که با این رفتار به تدریج دچار وابستگی به مواد می‌شوند و درمان خود را پیچیده و پیچیده‌تر می‌کنند. مواردی از بروز شیدایی

نیز با قطع ناگهانی مصرف موادی چون تریاک گزارش شده است که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت ترک اصولی مصرف مواد - و نه ترک اجباری و ناگهانی در کمپ‌های ترک اعتیاد - باشد. به هر حال، پرهیز از مصرف مواد، اصلی از اصول درمان اختلال دوقطبی است. شگفت‌انگیز است که هنوز گاه و بی‌گاه کسانی را می‌بینیم که به عزیزشان توصیه می‌کنند داروهای اعصاب را قطع کند و با مصرف تریاک که به قول خودشان علاج هر دردی است به مداوا بپردازد!

خودکشی و اختلال دوقطبی

شدید شدن افسردگی ابتدا با بی‌میلی به تفریح، کار و فعالیت، و سپس با بی‌میلی به هر آنچه مربوط به زندگی و زنده‌بودن است و در نهایت با تمایل به مرگ یا حتی گرایش به خاتمه دادن به زندگی خود همراه می‌شود. به همین شکل، در اختلال دوقطبی که افسردگی تظاهر معمول و غالب آن است، تمایل به خودکشی ممکن است به‌ویژه در دوره‌های افسردگی بروز کند. درمان اختلال دوقطبی می‌تواند با کنترل این دوره‌ها به برطرف شدن افکار خودکشی و بازگشت فرد به زندگی عادی بیانجامد و از این راه در واقع طول عمر فرد را زیاد کند. اعضای خانواده و دوستان فرد مبتلا نیز با برخورد آگاهانه و ارتباط صمیمانه با او می‌توانند هم او را به ادامه ارتباط درمانی تشویق کنند و هم در صورت بروز گرایش به خودکشی، به موقع وارد عمل شده و از فرد متخصص کمک بگیرند. مشارکت دادن خود شخص مبتلا به اختلال دوقطبی در فرآیند درمان و حتی گاهی در تصمیم‌گیری‌های درمانی، به ارتقای سطح همکاری او می‌انجامد و افراد نزدیک بیمار نیز می‌توانند با هوشیاری وضعیت او را در نظر داشته باشند تا در صورت بروز اولین و خفیف‌ترین نشانه‌های عود دوره‌های افسردگی یا شیدایی به پزشک اطلاع دهند تا به کمک او از عود کامل جلوگیری شود.

من یک فرد دچار اختلال دوقطبی هستم

[متنی آموزشی برای بیمار و خانواده]

۱۳۹۵/۴/۲۶؛ وبسایت «روانپزشکان»

شرح کوتاهی از زبان فرد مبتلا

«من مرد ۲۹ ساله‌ای با مدرک کارشناسی و کارمند یک اداره دولتی هستم. از حدود ۱۸ سالگی در ارتباط با دیگران اغلب زود عصبی می‌شدم و کمی اضطراب داشتم. در حدود ۲۰ سالگی، وقتی به دنبال یک مشکل خانوادگی نتوانستم برای چند ماه خوب درس بخوانم و چند واحد دانشگاه را قبول نشدم، ناگهان دچار بی‌خوابی شدیدی شدم به طوری که در چهار شبانه‌روز در مجموع فقط حدود ۵ تا ۶ ساعت خوابیدم. همه اتفاقات آن روزها را به خاطر ندارم، ولی یادم می‌آید که یک روز به قدری عصبانی بودم که موقع رانندگی از اتومبیل پیاده شدم و بی‌دلیل با راننده اتومبیل دیگر به شدت درگیر شدم. در آن روزها خانواده‌ام به کمک دیگران من را به بیمارستان بردند و در بخش روان‌پزشکی بستری کردند.

آنها می‌گویند در آن موقع نمی‌توانستم یک‌جا بنشینم و دائم در حال راه رفتن یا حرف زدن با دیگران بودم. می‌گویند اغلب دیگران را نصیحت می‌کردم و خود را با همه بسیار صمیمی احساس می‌کردم. وقتی از بیمارستان مرخص شدم از هر نظر عادی بودم و به زودی توانستم روال طبیعی زندگی را از سر بگیرم. چند بار وسوسه شدم که داروهای تجویز شده را کنار بگذارم که با اصرار خانواده‌ام که همواره رعایت دستور اکید پزشک معالجم را ضروری می‌دانند از قطع مصرف داروها منصرف شدم. البته یک بار داروها را کنار گذاشتم که بعد از چند هفته اضطراب و بی‌قراری پیدا کردم و به ناچار دوباره تن

به درمان دادم. گاه و بی‌گاه بعضی از دوستان یا بعضی از بستگانم از روی دلسوزی، من را به قطع مصرف داروها تشویق می‌کنند و می‌گویند این‌ها عوارض زیادی دارد و تورا وابسته می‌کند، اما توضیحاتی که هر بار پزشکم در جلسه ویزیت می‌دهد دوباره آرامم می‌کند و الآن سعی می‌کنم تحت تأثیر دخالت افرادی که سررشته‌ای از درمان این بیماری ندارند قرار نگیرم.»

■ اختلال دوقطبی چیست؟

ویژگی اصلی اختلال دوقطبی، «سیر دوره‌ای» آن است؛ به شکلی که فرد به تناوب مدتی را در شرایط بیمارگونه و مدتی را در بهبودی کامل یا نسبی سپری می‌کند. آشفتگی اصلی در این اختلال آن است که «خُلُق» یا «روحیه» یا «احساس درونی مستمر» فرد دستخوش دگرگونی می‌شود. در اختلال افسردگی نیز «خُلُق» دچار دگرگونی است، اما اختلال دوقطبی دارای این تفاوت است که فرد مبتلا به جز سابقه احتمالی افسردگی، دست کم یک بار دوره‌ای از زندگی خود را در حالت به اصطلاح شیدایی (مانیا) سپری می‌کند. البته علایم این دوره ممکن است خفیف باشد که در این صورت «نیمه‌شیدایی» (هایپومانیا) نامیده می‌شود. افرادی که تجربه‌ای از مانیا دارند دچار اختلال دوقطبی نوع یک، و کسانی که سابقه افسردگی شدید دارند و دوره یا دوره‌هایی از هایپومانیا را نیز گذرانده‌اند مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو تلقی می‌شوند. نوع خفیف‌تری از اختلال دوقطبی نیز وجود دارد که در آن فرد به شکل مزمن (طولانی‌مدت) و متناوب یا در وضعیت افسردگی خفیف است و یا در حالت نیمه‌شیدایی. به این اختلال، «سایکوتایمیا» گفته می‌شود و فرد مبتلا به آن برخلاف اختلال دوقطبی نوع یک و دو، در بیشتر روزها در وضعیت خُلُق غیرعادی است.

■ علایم دوره شیدایی و نیمه‌شیدایی

فهرست این علایم به شرح زیر است و در نمونه بالا نیز برخی از علایم زیر قابل شناسایی است:

- ۱- احساس شادی بیش از حد (خُلُق بالا)، ۲- عصبانیت بیش از حد (تحریک‌پذیری)، ۳- فعالیت هدفمند بیش از حد، ۴- خودبزرگ‌بینی، ۵- کم شدن نیاز به خواب (خستگی‌ناپذیری)، ۶- پُرحرفی، ۷- پراکنده‌گویی/افکار پراکنده، ۸- حواس‌پرتی، ۹- بی‌قراری، ۱۰- ولخرجی و بی‌احتیاطی‌های بیش از حد

این علایم اغلب بیش از چهار روز طول می‌کشد و ممکن است تا چند ماه ادامه یابد. طبق تعریف، دوره نیمه‌شیدایی خفیف‌تر از دوره شیدایی و معمولاً کوتاه است.

■ لزوم تشخیص به موقع

تشخیص به موقع اختلال دوقطبی دست کم از دو جهت اهمیت دارد:

- ۱- با توجه به ماهیت دوره‌ای و عودکننده این اختلال، هر چه عود بیشتری رخ دهد، احتمال «عود بعدی» و «عدم بهبودی کامل» بیشتر می‌شود. بنابراین پیگیری مستمر درمان برای جلوگیری از عود امری بسیار ضروری است. به بیان دیگر، به جز درمان دوره حاد اختلال که ممکن است به شکل افسردگی، شیدایی یا نیمه‌شیدایی باشد، درمانی با عنوان «درمان نگهدارنده» برای جلوگیری از عود الزامی است. بدیهی است که درمان نگهدارنده در زمانی انجام می‌شود که فرد در بهبودی به سر می‌برد.
- ۲- فرد مبتلا، پس از تجربه اولین دوره بیماری، معمولاً بیش از آن که در دوره شیدایی یا نیمه‌شیدایی باشد در وضعیت افسردگی یا اضطراب به سر می‌برد. در چنین شرایطی، در صورتی که سابقه شیدایی یا نیمه‌شیدایی توسط پزشک معالج تشخیص داده نشود یا توسط فرد مبتلا یا خانواده او به اطلاع پزشک نرسد، ممکن است به اشتباه تنها یک داروی ضدافسردگی تجویز شود. این تجویز اشتباه اغلب به عدم بهبودی مناسب علایم بیماری منتهی می‌شود و ممکن است سیر آینده اختلال را نیز وخیم‌تر کند.

■ راه‌های درمان

شیوه‌های گوناگونی در درمان اختلال دوقطبی به کار گرفته می‌شود؛ دارو، آموزش فرد و خانواده، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، مشاوره، و الکتروشوک (تشنج‌درمانی الکتریکی یا ECT).

۱- دارو:

مصرف دارو بخش اصلی و غیرقابل حذف درمان اختلال دوقطبی است. دانستن این نکته اهمیتی حیاتی دارد که درمان دارویی معمولاً پس از چندین هفته و گاهی پس از چند ماه مصرف مداوم دارو اثر می‌کند و رعایت دقیق مقدار تجویز شده دارو ضروری است. بنابراین نباید پس از مدت کوتاهی از شروع مصرف یک داروی جدید در مورد مؤثر بودن یا نبودن آن قضاوت کرد. دسته‌های دارویی اصلی در این مورد عبارت است از:

الف- داروهای تثبیت‌کننده خلق: لیتیوم، دیوالپروئکس، والپروات سدیم، لاموتریزین، کاربامازپین

ب- داروهای آنتی‌سایکوتیک: از قبیل کوتیپین، آلانزپین، ریسپریدون، آریپیرازول

این دو دسته هم در درمان حاد (دوره وجود علائم) و هم در درمان نگهدارنده (دوره بهبودی و بدون علامت) تجویز می‌شود و دست کم یکی از این داروها باید همواره در میان داروهای تجویز شده وجود داشته باشد.

به جز این دو دسته، داروهای دیگری هم در درمان اختلال دوقطبی به کار می‌رود که برخی از مهم‌ترین آنها عبارت است از:

الف- داروهای ضد افسردگی: فلوکستین، سرتالین، سیتالوپرام، فلوکسامین، بوپروپیون، ونلافاکسین و دولوکستین نمونه‌هایی از داروهای ضد افسردگی هستند. این داروها ممکن است به عنوان درمان کمکی در دوره افسردگی تجویز شوند، اما این تجویز باید با احتیاط انجام شود و اشتباه در شناسایی شرایط مصرف آن ممکن است به تشدید علائم منجر شود. در این میان، تجویز بعضی از داروهای ضد افسردگی مانند آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین، ایمی‌پرامین و داکسپین حتی احتیاط بیشتری می‌طلبد. داروهای ضد افسردگی در اختلال دوقطبی معمولاً به شکل درازمدت تجویز نمی‌شود.

ب- داروهای خواب‌آور: کلونازپام، لورازپام، دیازپام، اکسازپام و آلپرازولام در این دسته هستند. این داروها برای کاهش اضطراب، بی‌قراری و کم‌خوابی تجویز می‌شوند اما به تنهایی قادر به درمان اختلال نیستند. دو داروی اول (کلونازپام و لورازپام) بیشتر به کار می‌رود و داروی آخر (آلپرازولام) اصولاً برای درمان این اختلال توصیه نمی‌شود.

۲- آموزش فرد و خانواده:

آگاهی فرد مبتلا و اطرافیان نزدیک او از اختلال دوقطبی و چگونگی جلوگیری از عود علائم آن، در کنترل بهتر این اختلال مؤثر است.

۳- روان‌درمانی:

روان‌درمانی بر اساس یک رابطه درمانی توأم با صداقت و همدلی میان درمانگر و بیمار انجام می‌شود. این درمان به روش‌هایی از قبیل «حمایتی»، «رفتاری»، «شناختی-رفتاری»، «بین فردی»، «روان‌پویشی (تحلیلی)» و «وجودی» به کار می‌رود. در میان انواع روش‌های روان‌درمانی، اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری و بین فردی در درمان اختلال دوقطبی بیشتر نشان داده شده است.

روان‌درمانی با گفتار انجام می‌شود، اما با «گفتاردرمانی» کاملاً متفاوت است. گفتاردرمانی روشی برای درمان اختلالات تکلم است و ارتباطی با روان‌درمانی ندارد.

۴- خانواده‌درمانی و مشاوره:

در درمان اختلال دوقطبی، روش‌هایی مانند خانواده‌درمانی و مشاوره بیشتر به مسائلی می‌پردازد که ممکن است مانع درمان مناسب اختلال یا باعث افزایش تنش‌های محیطی شده باشد. این تنش‌ها ممکن است به عود یا عدم بهبودی کامل منجر شود و بدیهی است که نیاز به رسیدگی دارد.

۵- الکتروشوک (تشنج‌درمانی الکتریکی یا ECT):

الکتروشوک عبارت است از قرار دادن دو الکتروود بر روی سر و انتشار یک جریان الکتریکی درون مغز که به بروز تغییرات شیمیایی در مغز منجر می‌شود و بهبودی بیمار را میسر می‌کند. این روش زیر بیهوشی عمومی انجام می‌شود.

الکتروشوک یکی از ابزارهای درمان حاد افسردگی و شیدایی است که در موارد لزوم مداخله سریع درمانی یا عدم پاسخ کافی به سایر درمان‌ها به کار می‌رود. برخلاف نظر منفی بسیاری از مردم و برخی از تبلیغات گمراه‌کننده، این روش معمولاً به شکلی بی‌خطر به کار گرفته می‌شود و در درمان دوره افسردگی، مؤثرترین روش است. عارضه جانبی معمول آن، اختلال حافظه در مورد رویدادهای اخیر است که عموماً گذراست.

چند توصیه مهم

- ۱- **درمان عوارض جانبی داروها:** در صورت بروز هر عارضه‌ای که به دنبال مصرف داروها روی دهد، لازم است موضوع به اطلاع پزشک معالج برسد تا با مدیریت درست، از قطع درمان جلوگیری شود و وقفه‌ای در درمان دارویی پیش نیاید.
- ۲- **تنظیم خواب:** تنظیم خواب اهمیت زیادی در ثبات روحیه فرد دارد. حتی در شرایط بهبودی، خواب کافی و به اندازه برای تداوم وضعیت سالم لازم است و در بسیاری از موارد، عود علائم شیدایی به دنبال دوره‌ای از کم‌خوابی یا معکوس شدن ساعات خواب و بیداری بروز می‌کند.
- ۳- **ورزش:** «ورزش منظم هوایی» در دوره افسردگی کمک‌کننده است. ورزش همچنین در حفظ سلامت جسمانی و جلوگیری از بروز عارضه جانبی برخی از داروها (افزایش وزن، افزایش چربی خون) مؤثر است.

مدیریت بحران‌ها

خانواده فرد مبتلا ممکن است گاهی در شرایط دشواری قرار گیرد. رفتارهای مزاحم یا پرخاشگرانه بیمار در دوره شیدایی، و احتمال تمایل او به خودکشی در دوره افسردگی از جمله این دشواری‌هاست. تلاش نزدیکان بیمار برای درک کردن او، ابراز حمایت از او، و دور نگه داشتن او از تنش‌های محیطی و خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین باید ضمن توجه به شرایط خُلقی و رفتاری بیمار، به استقلال فردی او احترام گذاشت و از توصیه‌های بی‌درپی و مداخلات بی‌مورد اجتناب کرد. «انگ زدن»، انتقاد مکرر، و خطاب‌های غیرمحترمانه شرایط بیمار و خانواده را دشوار می‌کند.

البته انجام این موارد همیشه کار ساده‌ای نیست و گاهی اطرافیان بیمار به دلیل ناتوانی در کنترل خشم خود یا ناتوانی در درک کردن بیمار نمی‌توانند به کنترل آشفتگی‌های او کمک کنند و حتی خود ممکن است عامل وخامت شرایط باشند. بنابراین گاهی لازم است اطرافیان بیمار برای ارزیابی رفتارهای خود با روان‌پزشک مشورت کنند. «مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی»، «روش‌های کنترل خشم»، «روش‌های کنترل اضطراب» و «روش‌های حل مسأله» همگی قابل آموزش به بیمار و افراد خانواده اوست.

جانبازان به ناحق موجی خوانده می‌شوند

۱۳۹۳/۵/۱۹؛ بررسی «اختلال استرس پس از جنگ» در گفت‌وگو با روزنامه شهروند

به نظر می‌آید اگر گفت‌وگو را با تعریف جامعی از بیماری اعصاب و روان ناشی از جنگ شروع کنیم، می‌تواند روشن‌کننده ادامه بحث باشد.

در متن‌های علمی به این بیماری اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) گفته می‌شود. این اختلال پس از یک سانحه ناگوار که تهدیدکننده حیات است به وجود می‌آید؛ مثل سیل، زلزله، تجاوز و جنگ. یعنی پس از آن‌که که فرد احساس کند عنقریب ممکن است فاجعه‌ای برایش اتفاق بیفتد یا شاهد فاجعه‌ای برای فرد دیگری باشد بیماری شروع می‌شود. اما چون بحث ما در مورد جنگ است، می‌توانیم نام بیماری را «اختلال استرس پس از جنگ» بگذاریم.

درمان و علائم هردوی این‌ها مثل هم است؟

بله، از این لحاظ تفاوتی با هم ندارند و علائم و اصول کلی درمان آن‌ها مثل هم است.

این بیماری با این اسم شناخته شده؟ گویا نام‌های دیگری هم مطرح است.

در گذشته به آن شِل شاک (shell shock) می‌گفتند؛ به معنای شوک ناشی از انفجار. از روی همین عبارت، واژه موجی و انگ‌هایی مانند آن رواج پیدا کرده و بر بیماران نام‌گذاری شده است. به این معنا که انفجاری رخ داده و موج آن فرد را پرت کرده و پس از آن فرد ضربه دیده و به خاطر انفجار دچار بیماری روانی شده است.

یعنی شما اعتقادی به کلمه موجی ندارید؟

خیر، این کلمه توسط عموم افراد به نادرستی استفاده می‌شود. بسیاری از خود بیماران هم فکر می‌کنند به دلیل آن‌که روزی بر اثر موج انفجار پرت شده‌اند این بیماری برایشان به وجود آمده؛ در صورتی که خود آن موج انفجار و پرت شدن ربطی به این موضوع ندارد. البته پرت شدن ممکن است باعث ایجاد ضربه مغزی شود، یا تکان مغزی شدیدی به وجود آورد که علائم خاصی را به دنبال داشته باشد؛ مانند اختلال تمرکز، اختلال حافظه، اختلال یادگیری و حتی اختلال رفتاری؛ اما اختلال استرس پس از جنگ برخلاف تصور عامه هیچ ربطی به موج و پرت شدن ندارد.

پس چه چیزی باعث این بیماری می‌شود؟

همان مفهوم روان‌شناختی زیربنایی رویداد فاجعه‌باری که گفته شد. یعنی فرد در شرایطی قرار گرفته که فکر می‌کرده هر لحظه ممکن است از بین برود و یا یک رویداد مصیبت‌بار را تجربه کند و یا این‌که این بلا بر فردی نازل شود که همراه اوست. حتی ممکن است فرد شاهد صحنه‌ای در تلویزیون باشد و اصلاً در محل اتفاق حضور نداشته باشد. از دیگر مواردی که می‌تواند سبب‌ساز بروز این بیماری شود می‌توان شکنجه شدن یا شاهد کشته شدن یا شکنجه شدن فرد دیگر یا فرد هم‌رزم را نام برد. این بیماری الزاماً به موج انفجار ربطی ندارد.

وقتی که فرد این اتفاق را تجربه می‌کند چه می‌شود؟ اصلاً این بیماری به فاصله چه مدت زمانی بروز می‌کند و خود را نشان می‌دهد؟

طیف این فاصله بسیار زیاد است؛ ممکن است از همان روز سانحه شروع شود و یا از سال‌ها بعد. بعضی از گزارش‌ها شروع بیماری را در ۳۰ سال بعد هم نشان داده است. اما این‌که ادعای کسانی که بعد از ۳۰ سال خود را به عنوان مبتلا به این

بیماری معرفی می‌کنند تا چه حد می‌تواند معتبر باشد، بحث دیگری است. آنچه گاهی می‌بینیم جانبازانی هستند که با مناعت طبع سال‌ها دنبال غرامت نرفته‌اند و بعد از سال‌ها که دچار مشکل اقتصادی شده‌اند حاضر به تن دادن به دریافت غرامت شده‌اند. آنها باورهایی داشته‌اند که اجازه نداده دنبال این موضوع بیایند. این جانبازان اغلب جزو آن دسته‌ای هستند که علائم‌شان خفیف‌تر بوده و به مرور با زیاد شدن سن و یا مشکلات اقتصادی و خانوادگی، علایم خفیف جدی‌تر شده است.

البته آن‌طور که جانبازان گفته‌اند اثبات این مورد هم بسیار سخت است...

به هر حال تمارض جزو تشخیص‌های افتراقی اختلال استرس پس از جنگ است و در تمام دنیا هر جا که غرامت پرداخت شود عده‌ای تمارض می‌کنند. یعنی آن دسته‌ای که مثلاً تنها در پشت جبهه حضور داشته‌اند و شاهد هیچ صحنه فاجعه‌بار یا دل‌خراشی هم نبوده‌اند ممکن است علایم عصبی خود را به فجایع جنگ مرتبط کنند. حالت عکس آن هم ممکن است؛ یعنی فرد دچار این بیماری است ولی پزشک به اشتباه تشخیص تمارض می‌گذارد.

شما چه پیشنهادی برای نحوه شناسایی این گروه از جانبازان دارید؟

به نظر من اگر به تمام کسانی که خود را جانباز اعصاب و روان معرفی می‌کنند و پزشکان نیز آنها را با احتمال نسبی دچار اختلال روانپزشکی ناشی از حضور در جبهه جنگ می‌دانند غرامت کافی پرداخت شود در نهایت به نفع جانبازان و به سود کشور است؛ چرا که ممکن است به علت مشکوک بودن به تمارض یا بزرگ‌نمایی، از پرداخت غرامت به عده‌ای که واقعاً دچار بیماری‌اند غفلت شود و این فاجعه‌بارتر از آن است که به عده‌ای از افراد بی‌جهت غرامت داده شود. از سوی دیگر، می‌دانیم که شماری از جانبازان اعصاب و روان صرفاً برای آن‌که به درصد جانبازی (غرامت صدمات وارده) متناسب خود برسند، به ناچار خود را در بیمارستان بستری می‌کنند و با در نظر داشتن مجموع این روند، هزینه‌ای غیرضروری، مستمر و هنگفت تحمیل می‌شود. اما با این روش پیشنهادی می‌توان از بستری‌شدن‌های ناب‌جا برای اثبات اختلال روانپزشکی به سیستم مسئول جلوگیری کرد. البته این بستری‌شدن‌های ناب‌جا عموماً به قصد تمارض نیست، بلکه برای دیده شدن و رساندن صدای نیاز است. نیازی که وظیفه داریم به آن پاسخ دهیم.

این بیماری چه علایمی دارد؟

معمولاً علایم آن در همان اوایل شروع می‌شود. در زلزله بم هم مشاهده شد که در همان روزهای ابتدایی خیلی‌ها دچار علایم PTSD شده بودند؛ البته اسم این حالت را در ابتدای بروز علایم، PTSD نمی‌گذارند؛ بلکه به آن اختلال استرس حاد می‌گویند که معمولاً بعد از چند روز برطرف می‌شود؛ اگر مدت علایم از یک ماه بگذرد به آن PTSD گفته می‌شود. البته بسته به شدت سانحه یا تروما مدت علایم اختلال متفاوت خواهد بود. مثلاً بیشتر کسانی که در اتاق‌های شکنجه اردوگاه نازی‌ها بودند دچار PTSD شدند، چرا که شرایط وحشتناکی داشتند. در جنگ ما هم اتفاق‌های ناگوار زیادی برای رزمندگان رخ داد. به هر حال، این بیماری جزو بیماری‌های وابسته به استرس قرار می‌گیرد و فرد دچار اضطراب شدید، بی‌قراری، حملات ناگهانی خشم و پرخاش، بی‌حوصلگی و بی‌انگیزگی و فعالیت زیاد سیستم سمپاتیک بدن مثل تپش قلب، لرزش و عرق کردن می‌شود.

اضطراب یادشده در جانبازان چگونه شکل می‌گیرد؟

این اضطراب در زمینه سه دسته از علایمی رخ می‌دهد که ارزش تشخیصی دارد؛ یعنی وقتی این علایم به مدت بیش از یک ماه در فردی بروز کرده که در معرض سانحه قرار گرفته تشخیص، «اختلال استرس پس از سانحه» یا PTSD است. یک دسته از علایم، تکرار مکرر خاطرات آن اتفاق است که به آن خاطرات تروماتیک گفته می‌شود؛ مثلاً کسی که از نزدیک

شاهد شهادت دوست خود بوده یا در آخرین لحظات او را در آغوش خود داشته، ممکن است تصویر این لحظات یا صحنه‌ای که آخرین ترکش به بدن او برخورد کرده مدام در ذهنش تکرار شود. فردی تعریف می‌کند که اسیر و شکنجه شده؛ او با جزئیات همه صحنه‌ها را در ذهن خود داشت، حتی صداهایی که به گوشش می‌رسیده یا بوی فردی که او را شکنجه می‌کرده. اکنون هر بویی که او را یاد فرد شکنجه‌گر می‌اندازد باعث می‌شود که بسیار برانگیخته شود و در شرایطی گاه خودزنی یا حتی اقدام به خودکشی کند. او در اغلب روزها و ساعت‌ها در حال تداعی ناخواسته خاطرات فاجعه‌بار خود است.

یعنی تداعی خاطرات هم جزو عواملی است که باعث برانگیختگی فرد می‌شود؟

بله؛ همان‌طور که گفته شد تداعی مکرر خاطرات فاجعه‌بار یکی از سه دسته علامت اصلی PTSD به شمار می‌آید. این تداعی گاهی آن‌قدر شدید است که جانباز اعصاب و روان فراموش می‌کند در حال حاضر کجا قرار گرفته و کاملاً وارد خاطره خود می‌شود؛ او فکر می‌کند که این‌جا جبهه است، زیر میز سنگر می‌گیرد و طی حملات مکرر ذهنی از محیط فعلی خود کنده می‌شود و به محیط دیگر که جبهه است وارد می‌شود. حتی ممکن است ساعت‌های طولانی در این وضعیت باقی بماند و روزها و هفته‌ها همین مورد برای او تکرار شود. این وضعیت گاهی آن‌چنان شدید است که هرچقدر به آنها توضیح داده شود قبول نمی‌کنند و می‌گویند «الان زمان جنگ است و باید به جبهه بروم، چرا من را در بیمارستان نگه داشته‌اید؟». این حالت در دوره‌های شدید بیماری اتفاق می‌افتد. نکته جالب آن‌جاست که قسمت‌هایی که فرد تمایلی برای به‌یادآوردن آنها ندارد مدام در ذهنش تکرار می‌شود، ولی قسمت‌هایی از داستان حادثه هم هست که هرچقدر کنکاش کند چیزی به یاد نمی‌آورد. این قسمت معمولاً محوری‌ترین بخش خاطره است؛ قسمتی که از فرط وحشتناک بودن نمی‌تواند به یاد آورده شود و انگار برای آن که فرد مصون بماند مغز ناخودآگاه آن را پنهان می‌کند.

این بخش، چه اتفاقات و خاطراتی را شامل می‌شود؟

این قسمت شامل ناگوارترین بخش خاطره است؛ ممکن است مربوط به خاطره مشاهده متلاشی شدن سر دوستش باشد یا مورد تجاوز قرار گرفتن یک فرد؛ لحظاتی که یادآوری‌اش برای او کشنده است. در واقع، خاطراتی هست که فرد می‌خواهد جلوی آنها را بگیرد اما مدام جلوی ذهنش می‌آید و بعضی دیگر هم هست که هرچقدر بخواهد آن را مرور کند چیزی به خاطر نمی‌آورد؛ یعنی ممکن است داستانی را تعریف کند و وقتی که به نقطه اوج هیجانی آن برسد بگوید: «دیگر چیزی به خاطر نمی‌آورم.» این کار تمارض نیست و فرد ممکن است واقعاً چیزی به یاد نیاورد.

خوب، به ادامه علایم زمینه‌ساز استرس بپردازیم...

دسته دوم علایم، علایم اجتنابی نام دارد؛ یعنی فرد از چیزهایی که یادآور خاطرات عذاب‌آور است دوری می‌کند. دوری از یک بوی خاص هم می‌تواند مصداق همین اجتناب باشد. وقتی که فرد شاهد یک صحنه فجیع بوده و حالا با فردی روبه‌رو می‌شود که چهره او شبیه به یکی از افراد حاضر در آن صحنه است و یا نوحه‌ای می‌شنود که در زمان حادثه می‌شنیده است؛ هر یک از این یادآورها برای دگرگونی او کافی است و بنابراین از مواجهه با چنین یادآورهایی دوری می‌کند. در واقع هنگامی که از این یادآورها اجتناب نکند، ممکن است دوباره صدای خمپاره‌ها را بشنود یا تصویر تانک، شکنجه‌گرها یا کسانی که دارند به او حمله می‌کنند جلوی چشمانش بیاید.

اگر این یادآورها زیاد شوند، چه اتفاقی می‌افتد؟

می‌تواند تا جایی پیش رود که هر صدای بلندی باعث یادآوری خاطرات بد آنها شود؛ مثلاً در روز حادثه انفجار بزرگی رخ داده و پس از آن با شنیدن هر صدای مهیبی یاد آن روز می‌افتد. در عین حال ممکن است به تدریج این تحمل آن‌قدر کم شود که حتی صدای کلیک بر جا گذاشتن گوشی تلفن هم یادآور خاطره شود و فرد را برانگیخته کند. در این وضعیت او هیچ

صدایی را تحمل نمی‌کند و کلاً قادر به زندگی عادی نیست. در این موقعیت هیچ‌کس حق ندارد در خانه بلند صحبت کند و حتی گاهی اصلاً نباید هیچ‌کس صحبت کند. کسی حق امرکردن به او را ندارد و باید به تمام حرف‌های او «بله» گفته شود. رفته رفته فرد «دوری‌ها» و «اجتناب‌ها» را در زندگی خود اعمال می‌کند و از مردم و خانواده فاصله می‌گیرد و حتی ممکن است زندگی کردن در یک اتاق را به هر چیزی ترجیح دهد. جانبازانی را می‌شناسم که اغلب خود را در یک اتاق منزل حبس می‌کنند تا مجبور به تحمل رفتار دیگران نباشند و یا باعث آزار افراد خانواده خود نشوند. حتی یکی از بیماران من به یک شهرستان رفته و در اتاقی گوشه یک باغ به تنهایی زندگی می‌کند. او می‌گوید که در آن‌جا حال بهتری دارم، تا این که بخواهم در خانواده‌ای زندگی کنم که حال من را درک نمی‌کنند.

شما با جانبازان و خانواده‌های آنها در ارتباط هستید. خانواده‌ها معمولاً در این شرایط چه واکنشی نشان می‌دهند؟

هیچ رفتاری را نمی‌توان به همه افراد و به شکل یکسان نسبت داد. با این حال بسیاری از خانواده‌هایی که جانبازان بهبودی نیافته و این علایم شدید را تجربه می‌کند، کم کم خسته می‌شوند. آنها نمی‌توانند در خانه‌ای بدون صدا و با تلویزیونی که اغلب باید خاموش باشد زندگی کنند؛ مهمانی به خانه آنها نیاید و آنها هم به خانه کسی نروند. فرزندان، پدر پرخاشگری را می‌بینند که گاه رفتارهایی بسیار خشونت‌آمیز نشان می‌دهد. بعضی از جانبازان اعصاب و روان با گوشه‌نشینی و دوری از اجتماع یا همان‌طور که گفته شد با تنها زندگی کردن توانسته‌اند تا حدی آرامش را به زندگی خود برگردانند. البته این آرامش یک آرامش غیرطبیعی و ناامیدانه است و به قیمت از دست دادن شاخص‌های ریز و درشت کیفیت زندگی به دست می‌آید. این جانبازان از مواردی هستند که ما توانایی خدمت کافی به آنها را نداشته‌ایم یا نتوانسته‌ایم اثری کافی در درمانشان بگذاریم. این ناتوانی نسبی و اثربخشی ناکافی ممکن است تا حدی به عواملی چون کمبود پرسنل و امکانات درمانی و توان‌بخشی موجود و عدم تأمین اقتصادی بیماران بازگردد.

اگر موافق باشید بحث علایم PTSD را ادامه دهیم...

دسته سوم علایم، علایم بیش‌برانگیختگی است که عمدتاً علایم بیش‌فعالی سیستم سمپاتیک است؛ در این مورد وقتی که فرد یاد خاطرات می‌افتد و اجتناب برای او ناممکن می‌شود تپش قلب، لرزش، بی‌قراری، تعریق و پرخاشگری شدید اتفاق می‌افتد. در بسیاری از موارد، فرد خاطرات فاجعه‌آمیز خود را در خواب به شکل کابوس می‌بیند. بنابراین خواب این افراد کیفیت بدی دارد؛ در خواب عرق می‌کنند و قلبشان تند می‌زند و به کرات از خواب می‌پرند. فردی را به یاد دارم که گاهی نیمه‌شب از خواب بلند می‌شد و فکر می‌کرد همسرش که در کنارش خوابیده سرباز عراقی است و گاهی در این حال به او حمله‌ور می‌شد.

این پرخاشگری کاملاً به صورت لحظه‌ای و ناخودآگاه انجام می‌شود؟

این نوع پرخاشگری کاملاً ناگهانی و بدون فکر انجام می‌شود. اگر در لحظه‌ای که با یادآورها مواجه می‌شوند و یا به دلیلی احساس ناکامی می‌کنند یا با تنشی مواجه می‌شوند - مانند این که مثلاً در یک محیط اداری احترام آنها حفظ نشده- ممکن است آرامشی که تا لحظه‌ای پیش از آن داشته‌اند به ناگهان ناپدید شود و رفتاری خشونت‌آمیز نشان دهند. در مورد این نکته آخر لازم است به شرایط اجتماعی و اقتصادی این افراد نیز اشاره شود. طبیعی است که انتظار داشته باشیم فردی که در جنگ جان بر کفی کرده، هم‌اکنون مدال‌های افتخار را بر سینه داشته باشد و جامعه احترامی در خور به او نشان دهد. حال که در بسیاری از موارد چنین شرایطی دیده نمی‌شود و به جای آن بسیاری از جانبازان در تأمین شرایط ابتدایی یک زندگی ناتوانند و از سویی ناملايمات ناشی از رفتارهای اجتماعی دیگران نیز بر این بار می‌افزاید، توجه به مسائل اجتماعی-اقتصادی جانبازان اهمیتی بسیار بیشتر می‌یابد. بسیاری از افراد هنوز با به کار بردن کلماتی مانند «موجی» جانبازان اعصاب و روان را خطاب می‌کنند و آنها را به عنوان افرادی غیرعادی با دست نشان می‌دهند. مسائل معیشتی، خانوادگی و اجتماعی

زیادی را می‌توان برای آنها نام برد. جانبازی هست که منزلش کنار یک ایستگاه تاکسی قرار گرفته و طبیعتاً راننده‌ها گاهی برای پیدا کردن مسافران خود در ایستگاه تاکسی بلند صحبت می‌کنند. این جانباز هم در واکنش به این صداها گاهی از پنجره آپارتمانش گلدان‌هایی را پایین می‌اندازد. او می‌گوید یک تابلو هم پایین منزلش نصب کرده و در آن چیزی با این مضمون نوشته که «یک جانباز اعصاب و روان در این محل زندگی می‌کند، لطفاً سکوت را رعایت کنید.» همسرش ظاهراً گلدان‌ها را جابه‌جا کرده و به جای آن بطری‌های پلاستیکی آب معدنی گذاشته است. با همه اوصافی که این جانباز کاملاً به بیماری‌اش آگاه است و درمان را به خوبی پیگیری می‌کند - دارو مصرف می‌کند، روان‌درمانی می‌شود و گاه در بیمارستان روانپزشکی بستری می‌گردد - به دلیل رفتارهای پرخاشگرانه ناگهانی که خارج از کنترل او روی می‌دهد شاکی‌های متعددی دارد و می‌گوید به دلیل درگیری مکرر با راننده‌های کنار منزلش یا سایر افراد، چندین پرونده دارد و بارها به دادگاه رفته است.

بعد از پایان این برانگیختگی چه اتفاقی می‌افتد؟ یعنی وقتی که یک فرد دچار PTSD به حالت عادی‌اش برمی‌گردد و اتفاقات حالت برانگیختگی خود را مرور می‌کند چه می‌شود؟

عموم آنها با مرور کردن آن حالت به شدت پشیمان می‌شوند و احساس انزجار از رفتار خود می‌کنند و می‌پندارند که دیگر شخصیت سابق را ندارند. برخی از آنها مسئولیت‌هایی در جنگ داشته‌اند یا نیروهایی از آنها فرمان‌برداری می‌کرده‌اند و حالا احساس می‌کنند که دیگر کسی آنها را به حساب نمی‌آورد. حتی خانواده‌شان ممکن است هر روز آرزو کنند زودتر از خانه بیرون بروند. به عنوان نمونه، دختری می‌خواهد ازدواج کند و خانواده طوری برنامه‌ریزی می‌کند که در روز خواستگاری پدر در خانه نباشد و در آن روز او را در بیمارستان بستری می‌کنند. یا در روزهای امتحان بچه‌ها، پدر را در بیمارستان بستری می‌کنند تا خانه ساکت و مناسب برای درس خواندن شود. رفتارهای پرخاشگرانه بیماران مبتلا به PTSD از نوع تکانشی است؛ یعنی بدون برنامه قبلی و به صورت ناگهانی انجام می‌شود؛ بنابراین طبیعی است که فرد پس از فرونشستن خشم بسیار پشیمان شود یا به شدت بی‌قرار و گریان شود و حتی در موارد شدید واکنشی به شکل خودزنی یا اقدام به خودکشی نشان دهد. در مواردی دیده می‌شود که این بیماران صدمات جسمانی شدیدی به افراد خانواده خود که اتفاقاً برای‌شان بسیار عزیز بوده‌اند وارد کرده‌اند. این واقعیت نشان می‌دهد که آنها در شرایط حادی که رفتاری خشونت‌آمیز نشان داده‌اند، این رفتار کاملاً خارج از کنترل و اراده آنها بوده است. بنابراین طبیعی است که پس از چنین رویدادی فرد دچار احساس تقصیر شود و چه بسا در مواردی تا آخر عمر این احساس گناه را به همراه داشته باشد. البته هنگامی که چنین رفتارها و واکنش‌هایی همه‌روزه رخ می‌دهد و کشمکش‌های درون خانواده روزمره می‌شود، ممکن است به تدریج پشیمان شدن رنگ ببازد و جای آن را سوءظن و بدگمانی بگیرد. فرد احساس می‌کند که دیگران او را درک نمی‌کنند. یا ممکن است از دیگران متوقع شود که در هر حال باید بدانند او یک بیمار اعصاب است و باید او را تحمل کنند.

راننده آژانسی که من را به این جا رساند از رزمنده‌های دوران جنگ بود؛ او برایم تعریف کرد که با یک گروه هفت نفره کاملاً در محاصره نیروهای عراقی قرار می‌گیرد، با تلاش زیاد راه خروجی پیدا می‌کنند و به آن سمت می‌دوند؛ هم‌رزم جلوتر از او با اصابت چند ترکش به پاهایش از دویدن جا می‌ماند، راننده آژانس هم مجبور می‌شود که از روی او پرت شود و به راهش ادامه دهد، در این موقع هم‌رزم به زمین افتاده می‌گوید: «صبر کن رفیق، من رو هم با خودت ببر، مادرم منتظره.» او با گفتن این جمله و یادآوری این صحنه به شدت گریه کرد و از عذاب وجدان این که نتوانسته او را نجات دهد به هم ریخت. آیا می‌شود این مورد را هم جزو ویژگی‌های مرتبط با بحث امروز طبقه‌بندی کرد؟

بله، به این وضعیت «احساس گناه فرد بازمانده» گفته می‌شود. برای تبیین این مورد سکانس یکی از فیلم‌های سینمایی را یادآور می‌شوم؛ در یک کش و قوس وقتی یک رزمنده می‌خواهد همراه خود را نجات دهد او را زیر آب می‌برد تا گلوله‌ای به او برخورد نکند. آنها بالا می‌آیند ولی به ناچار باز هم پایین می‌روند؛ آن‌قدر زیر آب می‌مانند تا مطمئن شوند شرایط آسوده

است. وقتی که بالا می‌آیند معلوم می‌شود که فرد همراه خفه شده و مُرده است. این شهادت باعث عذاب وجدان و احساس گناه فرد می‌شود. چنین احساسی ممکن است تا ابد باقی بماند و برای درمان این وضعیت حداقل احتیاج به روان‌درمانی است. در حالت دیگر مثلاً کسی به شما و دوستتان حمله می‌کند، شما فرار می‌کنید و او کشته می‌شود. فردی که زنده می‌ماند تا ابد احساس گناه می‌کند که باید می‌مانده و می‌جنگیده. در چنین شرایطی حتی با مرور داستان همیشه نمی‌توان اطمینان پیدا کرد که بهترین اقدام در آن موقعیت چه بوده و مثلاً در نمونه اخیر این امکان هم بود که در صورت ماندن فرد در موقعیت برای دفاع از دوستش هر دوی آنها به راحتی کشته شوند. کشمکش ذهنی برای تحلیل چنین وضعیت‌های دشواری و ناتوانی در رسیدن به یک پاسخ منطقی یا آرامش‌بخش، به روان فرد آسیب می‌زند.

آیا این بیماری علایم جسمانی هم دارد؟

در این مورد به جز علایم برانگیختگی مانند طپش قلب و تعریق و لرزش، و نیز مشکلات خواب مانند کابوس‌های مکرر که گفته شد، می‌توان به وجود درد اشاره کرد. منظور دردهایی است که منشأ روان‌شناختی دارد؛ البته بدیهی است که دردها و صدمات جسمانی هم شیوع زیادی در این افراد دارد. این دردهای با منشأ روان‌شناختی در بسیاری از موارد مزمن می‌شود و در صورت پیگیری نکردن ممکن است به سوء‌مصرف مواد بیانجامد. البته سوء‌مصرف مواد ممکن است ناشی از درمان ناکافی دردهای جسمانی توسط ما پزشکان باشد؛ مثلاً در مواردی که تجویز متادون برای مهار درد لازم است، مقداری ناکافی از آن را تجویز کنیم. در این شرایط فرد برای کنترل درد شاید به تریاک روی آورد. خیلی از بیماران PTSD بنا بر توصیه دوستان و اطرافیان خود مبنی بر این که با تریاک حال آدم خوب می‌شود، داروهای تجویزی را قطع می‌کنند. یکی از بیماران گفته بود: «بالاخره تونستم با کشیدن تریاک از شر قرص‌هام خلاص بشم!» متأسفانه هنوز مصرف داروهای روان‌پزشکی در میان مردم انگ‌های زیادی دارد و در بسیاری از موارد، وجود درد و توصیه دیگران به مصرف مواد باعث شروع اعتیاد می‌شود.

در مورد اعتیاد بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از جنگ، نکته مهم دیگری هم وجود دارد. اعتیاد در واقع یکی از عواقب عدم درمان و رسیدگی مناسب به این بیماران است و نباید آنها را به کوتاهی، بی‌ارادگی یا ضعف شخصیت متهم کرد. بیماری وخیمی که بسیاری از این افراد تحمل می‌کنند پیامدهای سنگینی از جمله انزوای اجتماعی، ازکارافتادگی شغلی و مشکلات جدی خانوادگی دارد و اعتیاد نیز در این سیر با فراوانی بالا روی می‌دهد. در تعیین غرامتی که برای این جانبازان در نظر گرفته می‌شود نیز نباید بروز اعتیاد عاملی در جهت کاهش آن قلمداد شود؛ برعکس، وجود اعتیاد در کنار PTSD نشان‌دهنده وخامت بیشتر بیماری و نیاز بیشتر بیمار به مراقبت و حمایت است.

تأمین اقتصادی جانبازان چه نقشی می‌تواند در درمان آنها داشته باشد؟

اختلالی به نام «روان‌نژندی غرامت» وجود دارد؛ یعنی وقتی شما به یک بیمار اعصاب و روان به خاطر وجود برخی از علایم پول پرداخت می‌کنید، در این شرایط بهبودی علایم به سادگی امکان‌پذیر نمی‌شود و حتی این ارتباط مالی منجر به ادامه یافتن علایم می‌گردد. در واقع به شکلی ناخودآگاه، مغز به این نتیجه می‌رسد که علایم نباید خوب شود. اگر فرد بیمار تنها در صورت رفتارهای پرخاشگرانه غرامت دریافت کند و هنگامی که برخلاف گذشته پرخاش نکند و شیشه‌ای نشکند غرامت او قطع شود، بیماری جدیدی در او شکل می‌گیرد که عامل آن تنها دریافت غرامت در قبال وجود بیماری است. البته این حالت همان تمارض نیست چرا که تمارض در وضعیتی کاملاً آگاهانه صورت می‌گیرد. بنابراین در چنین مواردی که یک بیماری مزمن روان‌پزشکی وجود دارد که به تبع آن فرد سال‌های فعال جوانی خود را از دست داده و اکنون مدتهاست که توانایی اشتغال یا حتی انجام وظایف ساده خود در خانواده را ندارد، پرداخت غرامت و تعیین درصد جانبازی باید به صورت مادام‌العمر و مستقل از میزان بهبودی کنونی علایم تعیین شود. اختلاف نظر در تشخیص متخصصان نیز موضوعی است که به تفاوت در نتیجه کار منتهی می‌شود. ممکن است پزشکی بگوید که برای تشخیص PTSD باید هر سه دسته علایمی

که گفته شد وجود داشته باشد و در صورتی که اکنون پس از سال‌ها از شروع بیماری، یکی از این سه دسته علایم در مصاحبه با بیمار آشکار نشود، فرد مورد نظر دیگر مبتلا به PTSD نیست. بدیهی است که در طول سال‌ها از شروع بیماری برخی از علایم آن ممکن است تغییر کند یا برطرف شود و یا آن‌که در یک مصاحبه روانپزشکی نتوان علایم کامل را به دست آورد. در روانپزشکی، اصولاً از تشخیص «همه عمر» استفاده می‌شود؛ به این معنا که مثلاً برای تشخیص PTSD لازم نیست که همه علایم آن «هم‌اکنون» وجود داشته باشد و در صورتی که برخی از علایم بیماری بهبودی یافته نیز تشخیص اولیه تغییر نمی‌کند. به جز این، توجه به این نکته دارای اهمیت است که فردی که سال‌های مفید عمرش را به دلیل ابتلا به یک بیماری از دست داده و اکنون در میانسالی یا کهنسالی است و توان جبران سال‌های از دست رفته را ندارد، نمی‌توان با بهبودی نسبی برخی از علایم بیماری، حمایت اجتماعی- اقتصادی از او را ناتمام گذاشت.

مسئله دیگر بحث انگ و نگاه اجتماعی به بیماری اعصاب و روان است. خود من یادم می‌آید در دوره‌ای نیاز به مشورت‌های روان‌پزشکی داشتم، وقتی که به روان‌پزشک مراجعه کردم، جرأت آن را نداشتم که کسی را از این موضوع باخبر کنم؛ حتی با حرف‌هایی که در جامعه رواج داشت به خودم شک کرده بودم که مشکل خاصی دارم که به روانپزشک مراجعه کرده‌ام. به نظر این موارد کار را برای جانبازان اعصاب و روان و خانواده‌هایشان سخت‌تر می‌کند.

هنوز بیماری‌های روانی به عنوان یک انگ در جامعه مطرح‌اند و اصلاً خود کلمه «روانی» به عنوان یک ناسزا به کار برده می‌شود. هرچقدر هم که از این کلمات در طنزها و شوخی‌هایمان استفاده کنیم به گسترش این انگ دامن زده‌ایم. خیلی‌ها به خاطر همین نگاه با وجود بیماری به روان‌پزشک رجوع نمی‌کنند، یا وقتی مراجعه می‌کنند به کسی نمی‌گویند؛ یا آنکه می‌گویند مراجعه کردیم و دکتر گفت که مشکلی نداری؛ یا در نهایت می‌گویند پزشک فقط یک قرص خیلی سبک تجویز کرد. برای جانبازان در کنار همه این انگ‌ها، انگ مضاعفی هم وجود دارد و آن به کار بردن کلماتی مانند «موجی» است؛ این کلمه یک انگ است نه یک بیماری. حتی آن‌قدر این کلمه مُصطلح شده که گاهی خود جانبازان می‌گویند ما موجی هستیم و چیزی در مورد اختلال استرس پس از سانحه نمی‌دانند. چنین نگاهی باعث طرد جانبازان از جامعه و گوشه‌نشینی آنها می‌شود. در این حالت ممکن است به آنها کار ندهند یا با کوچک‌ترین مشکلی اخراج‌شان کنند. وظیفه مهم همه ما و به‌ویژه افراد صاحب‌منصب و بانفوذ در جامعه و از جمله روزنامه‌نگاران و اهالی رسانه این است که تا می‌توانند در راه کم کردن انگ این بیماری‌ها قدم بردارند.

برای درمان این افراد چه روشی را پیش گرفته‌اید؟

درمان این موارد نیاز به یک تیم درمانی دارد. باید امکانات لازم برای درمان و توان‌بخشی مهیا شود و از نظر اقتصادی و اجتماعی و شغلی نیز حمایت صورت بگیرد. آنها از نظر اجتماعی باید جایگاهی در خور و فراتر از تعارفات الزام‌آور مرسوم ببابند. حتی در کلاممان باید از به کار بردن کلماتی مانند مجنون و دیوانه و موجی - چه به طعنه و چه غیر آن - خودداری کنیم. تغییر نگرش اجتماع و تلاش برای ارتقای موقعیت اجتماعی جانبازان در عمل، از مهم‌ترین مسائل این حوزه است. درمان‌های تخصصی پس از تشخیص روان‌پزشک و با تجویز دارو شروع می‌شود؛ داروهایی برای کم کردن اضطراب و افسردگی و بالا بردن کیفیت خواب و کنترل خشم. انواع روان‌درمانی هم به این جانبازان بسیار کمک می‌کند؛ اما معمولاً درمان این افراد طولانی است و هزینه بسیاری می‌طلبد و نیازمند پرسنل زیاد و مجرب برای اجرای روان‌درمانی و خدمات توان‌بخشی به همه بیماران است. در بخشی از روان‌درمانی باید متوجه کم کردن اضطراب، بی‌قراری و پرخاشگری در فرد شد و در قسمت دیگر، او را با خاطرات ناگوار خود مواجه کرد؛ یعنی در نهایت فرد باید بتواند چنین خاطراتی را بدون دگرگونی تعریف کند و با آن کنار بیاید و در عین حال با حفظ آرامش خود بر خشم غلبه کند. چنین فرایندی ممکن است در کوتاه مدت مؤثر باشد ولی در موارد شدید بیماری، ممکن است سال‌ها طول بکشد تا به نتیجه برسد. در مواردی هم هیچ‌وقت به

بهبودی کامل منجر نمی‌شود. روش دیگر توان‌بخشی و کاردرمانی است که باعث کاهش تبعات PTSD در جانبازان جنگ می‌شود. ایجاد توانایی اشتغال و مهیا کردن زمینه فعالیت‌های اجتماعی برای آنها، اغلب به بهبود علایم بیماری کمک می‌کند.

در پایان می‌خواهم بپرسم که نمونه‌هایی هم داشته‌اید که درمان صورت گرفته باشد و جانباز اعصاب و روان به زندگی عادی خود بازگشته باشد؟

بله. البته بهبودی نسبی و کوتاه‌مدت که در بیشتر موارد اتفاق می‌افتد، ولی به ویژه آنهایی که پشتوانه تحصیلی و شغلی و حمایت خانوادگی و اجتماعی قوی‌تری داشته‌اند، به بهبودی کامل‌تر و ماندگارتری رسیده‌اند و اصولاً این افراد در اصطلاح پزشکی، پیش‌آگهی بهتری دارند. افرادی هم هستند که بیماری شدیدی دارند اما تسلیم نمی‌شوند و به شدت با ناملایمات در حال مبارزه‌اند. تلاش آنها بی‌تردید در نتیجه درمان بسیار مؤثر خواهد بود. شخص جانبازی را می‌شناسم که هنر دستی خوبی دارد و کوزه‌های زیبایی می‌سازد، اما بارها در محل کار به دلیل عصبانیت کوزه‌ها را شکسته و اخراج شده است. با این حال او کماکان در تلاش است.

قربانیان تبعات روانشناختی جنگ چه کسانی هستند؟

۱۳۹۳/۶/۳۱؛ روزنامه شهروند

جنگ، فاجعه‌ای بشرساخته و بنابراین قابل پیشگیری است. بر مصیبت‌باری، تخریب‌گری و خانمان براندازی آن اجماع است و اندیشمندان عالم همواره سیاستمداران را از درافتادن به چنین دامی برحذر می‌دارند. با این همه، به تکرار روی می‌دهد و اقدامات پیشگیرانه فرهیختگان به سرانجام نمی‌رسد. آنچه بر جامعه می‌ماند تبعات ناگوار و بی‌شمار اقتصادی، اجتماعی، روانی و فرهنگی است و معضلات صعب‌العلاج و پرسش‌های بی‌جواب در انتظار علاج و پاسخ تا سال‌های سال مردم و دلسوزان‌شان را می‌آزارد.

افت شاخص‌های اقتصادی خیلی زود در آمارهای پس از جنگ نمایان می‌شود و پیش از آن نیز همه به سادگی آن را لمس



جنگ چهار روزه

می‌کنند. اما تبعات روانی و اجتماعی جنگ ممکن است تا مدتها پس از بازسازی خرابی‌ها و بهبود شاخص‌های اقتصادی نیز دوام یابد و رد پایی تا نسل‌های آینده به جا گذارد. این تبعات به هیچ عنوان محدود به افراد حاضر در جبهه نیست. مطالعات نشان داده که پس از جنگ، بروز و شیوع اختلالات روانپزشکی افزایش می‌یابد و این افزایش بیشتر در زنان، کودکان، سالمندان و افراد دچار هرگونه ناتوانی دیده می‌شود. شایع‌ترین آنها افسردگی، اضطراب، سوء‌مصرف مواد، علایم جسمانی بدون توضیح مشخص و

اختلال استرس پس از سانحه است. این آمار، تنها اختلالاتی با تعریف و ویژگی‌های مشخص را در بر می‌گیرد و در واقع باید دانست که نسبت قابل توجهی از آزاردیدگان جنگ را افرادی تشکیل می‌دهند که هرچند دیگر عملکرد شغلی، خانوادگی یا اجتماعی پیشین را ندارند، به دلیل نداشتن علائم کامل یک اختلال روانپزشکی، در آمار آن وارد نمی‌شوند.

جدا از بیماری‌های آشکار روانپزشکی، در چنین شرایطی نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد رواج می‌یابد که در درازمدت شرایط سلامت روان بسیاری از آحاد جامعه را متأثر می‌سازد. احساس ناامنی، نگرانی از بروز دوباره جنگ، و ترجیح روزمرگی به برنامه‌ریزی درازمدت از آن جمله است. برای آینده‌نگری در جنبه‌های مختلف زندگی، ضروری است که بدانیم جنگی در نخواهد گرفت. هرگونه تردید در این مقوله، تشویشی پیوسته را در پی دارد و به ویژه در جوانان و گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، سرخوردگی و کم‌انگیزی به بار می‌آورد و سلامت روان و حس خوشبختی را ذایل می‌کند. در افرادی که مستقیماً و از نزدیک از جنگ آسیب دیده‌اند حتی باورهای پایه‌ای‌تر صدمه می‌بینند. به عنوان نمونه، عموماً کسی نگران ریزش سقف خانه‌اش نیست و این که «ریزش سقف خانه امری بسیار بعید است» باوری مستحکم و قابل اتکا است. اما در فردی که در جریان جنگ شاهد تخریب خانه‌اش بوده، باور مستحکم پیشین بی‌پایه می‌شود و دیگر سقف را چیزی غیرقابل ریزش تصور نمی‌کند. چه دشوار خواهد بود زندگی زیر چنین سقف لرزانی! مفهوم سقف را در این نمونه می‌توان به برخی از مفاهیم دیگر گستراند و بدین‌سان احساس بی‌ثباتی عرصه‌های گوناگون زندگی به ثبات می‌رسد.

پس از موضوع اثرات روانی کلی جنگ بر جامعه، نگاهی به قربانیان به جا مانده از جنگ و خانواده یا مراقبان آنها ضروری است. جانبازان جنگ - چه آنها که دچار صدمات فیزیکی شده و چه آنها که جانباز اعصاب و روان خوانده می‌شوند - در این بحث مورد توجه‌اند. در واقع هرگونه صدمه فیزیکی جدی و محرومیت فرد از برخی از توانایی‌های پیشین، با کاستن از کیفیت زندگی فرد، سلامت روان او را تهدید می‌کند و در این شرایط، نیاز به حمایت خانوادگی، شغلی و اجتماعی فارغ از درخواست یا اعلان خود او، ضرورتی آشکار است. در واقع پدیده «از دست دادن»، چه اشاره‌ای به از دست دادن یک عضو باشد و چه نشانه‌ای از آنچه فرد می‌توانسته و دیگر نمی‌تواند، تشابهی با رویداد «سوگ» که «از دست دادن» عزیزی را یادآوری می‌کند دارد. سوگ ممکن است تا سال‌ها دوام یابد و صاحب خود را ناکام گذارد و «از دست دادن» کارایی و توانایی پس از آسیب دیدن در جنگ نیز گاه می‌تواند با یک سوگواری یا خشم بی‌انتها ملازم شود.

به شکلی بسیار جدی‌تر، همین مشکلات و مصایبی دیگر گریبانگیر جانبازان اعصاب و روان است. آنهایی که باز هم چیزی «از دست داده‌اند» ولی آن چیز برخلاف گم‌گشته دسته قبل، دیدنی نیست و به لمس نمی‌آید. آنها ممکن است همه اعضا و ارگان‌های بدن‌شان به ظاهر در جای خود باشد و در آزمایشات به درستی عمل کنند، اما ناتوان شده‌اند؛ نمی‌توانند کار کنند، معاشرتی درخور نشان دهند، و وظایف روزمره را به جا آورند. «توقع دیگران» برای دیدن توانمندی‌های پیشین آنها و اجرای حداقل‌های مورد انتظار، و «درک نشدن آنها» در ارتباط با زجر مستمری که متحمل‌اند و درد به ظاهر بی‌منبعی که امانی بر جا نگذاشته، بار مضاعفی بر جان نحیف شده‌شان سوار می‌کند. از سوی دیگر، برجسب‌های اجتماعی که از روی ناآگاهی بر پیشانی جانبازان اعصاب و روان زده می‌شود و از این طریق با به حاشیه‌راندن‌شان، یکی از مهم‌ترین حقوق اجتماعی آنها را سلب می‌کند، آزار دیگری بر آنهاست. مراد از برجسب اجتماعی تنها اطلاق واژه‌های نامبارکی چون «موجی» و «دیوانه» و «مجنون» نیست؛ هنگامی که این جماعت را از جنسی متفاوت با خود و مردم می‌دانیم و به تبع آن در قبال آنها به گونه‌ای دیگر رفتار می‌کنیم، با نگاهی دیگر می‌نگریم، به شکلی متفاوت می‌اندیشیم و به اشاره‌ای نابهنجار نشان‌شان می‌دهیم، در حقیقت آن برجسب نامیمون را به کار گرفته‌ایم و به یاری‌اش دیواری عریض میان «ما» و «آنها» به پا کرده‌ایم. به این ترتیب، فردی که بی‌تردید لایق جایگاهی رفیع در جامعه و شنیدن نوای تحسین اجتماع است، علاوه بر تحمل علائم شدید افسردگی، اضطراب، درد، بی‌قراری، خشم، بی‌خوابی، کابوس و خاطرات وحشتناک جنگ و احیاناً ابتلا به تبعات آنها از قبیل سوءتغذیه،

سوءمصرف مواد، بی‌کاری، مشکلات خانوادگی و بدهکاری، مجبور به تجربه «متفاوت بودن با مردم» هم می‌شود و لذت هم‌رنگ جماعت بودن را به خاطرات می‌سپارد.

بخشی از مشکلات اجتماعی جانبازان اعصاب و روان را خانواده آنها نیز تحمل می‌کند. آنها چه از نظر رویارویی با مشکلات رفتاری برخی از بیماران و چه از جنبه پیامدهای اجتماعی این رفتارها با دشواری‌های بسیاری دست به‌گیرانند. دوره‌های عود یا شدت اختلالی چون اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اغلب با رفتارهای خشونت‌آمیز همراه است و این خشونت هرچند در هر بروز آن معمولاً با پشیمانی فرد و آرامش او به پایان می‌رسد، ممکن است به صدمه دیدن جدی بیمار یا اطرافیانش منجر شود و وسایل گرانبهای خانه را نابود کند. بی‌خوابی‌ها و بی‌قراری‌های شدید فرد در این دوران، آرامش کل خانواده را مختل می‌کند و به یک بحران می‌انجامد. هنگامی که چنین وضعیتی گاه و بی‌گاه و در طول سالیان متمادی بروز کند و یا وخیم‌تر از آن، بدون وقفه‌ای قابل توجه همواره وجود داشته باشد، نمی‌توان انتظار داشت سایر افراد خانواده از سلامت روان مناسبی برخوردار باشند و بتوانند بدون حمایت قوی و مستمر اجتماعی از پس چنین دشواری‌هایی بیایند. البته بیش از سایر اعضای خانواده، کودکانی که در این محیط آسیب‌زا رشد کرده‌اند و دورانی پر از درگیری‌های کلامی و فیزیکی، شکستن وسایل، تعارضات خانوادگی، بستری شدن مکرر پدر و مشکلات گسترده اقتصادی را پشت سر گذاشته‌اند، نیازمند نظارت، پایش و حمایت مراکز حرفه‌ای هستند.

جانبازان اعصاب و روان، خانواده و به‌ویژه فرزندان آنها، سایر جانبازان، و در یک نگاه کلی، عموم مردم را باید قربانی تبعات روانشناختی جنگ‌ها دانست. فاجعه‌ای قابل پیشگیری که در صورت وقوع، جنبه‌های گوناگون زندگی افراد را تا مدت‌ها متأثر می‌کند و این اثر، قابل انتقال به نسل‌های بعدی است.

صدای بی‌طنین قربانیان تجاوز

۱۳۹۴/۱/۲۳؛ یادداشتی از هفته‌نامه سلامت



اثری از بوریس گریگوروف (۱۹۳۹-۱۸۸۶)

بیشتر مردم سانحه یا حادثه‌ای دلخراش یا سهمگین را از سر گذرانیده‌اند و در این مواجهه با چگونگی سیر رویدادها و تبعات آن آشنا شده‌اند. با این حال، گاه این سانحه به قدری جان‌گناه است که طاقت فرد را جا گذاشته و اثری عمیق بر روان او می‌گذارد. تجاوز جنسی یکی از این سوانح سهمگین است که با تخریب اعتماد به نفس قربانی و حس کنترل او بر بدن خود، خاطره‌ای مهیب را بر ذهن حک می‌کند و کارکرد فرد را در جنبه‌های گوناگون زندگی متأثر می‌سازد. فرد قربانی، احساس استقلال جسمانی‌اش را که همواره بدیهی می‌پنداشته، از دست رفته می‌بیند و تجاوز دیگران به حریم بدنش را که امری بی‌تردید ممنوع می‌دانسته از این پس ممکن می‌یابد. به این شکل، باورهای یقینی او که مایه

اطمینان خاطرش بودند دستخوش تردید می‌گردد و آرامش معمولش را به اضطراب و تنش بدل می‌کند. در این شرایط، مواجهه با فرد متجاوز، عامل رجعت خاطرات رویداد فاجعه‌بار خواهد بود و در خواب و بیداری چنین خاطراتی او را رها نخواهد کرد.

واقعیت آن است که تبعات روانی رویارویی با سوانحی چون تصادفات شدید، سیل، زلزله، بمباران، و تجاوز جنسی ممکن است به درازا نکشد، ولی در بسیاری از موارد با مزمن شدن این تبعات، اختلالی شکل می‌گیرد که بدون مداخله درمانی توان فرسا خواهد بود و فرد ممکن است هرگز به کارکرد پیشین خود بازنگردد. بنابراین پیش از بروز اختلال، مداخله پیشگیرانه ضروری است و البته بدون شناسایی به موقع رویداد و آگاهی از چگونگی مداخله صحیح، پیشگیری صورت نخواهد گرفت.

هرچند ناتوانی فرد قربانی از رویارویی با بازخوانی خاطره حادثه مانع عمده شناسایی آن و آغاز مداخله است، یکی از موانع مهم مداخله به موقع، هراس فرد قربانی از افشای ماجراست. این هراس ممکن است دلایلی متفاوت داشته باشد. شرم حاصل از ماهیت ماجرا و دشواری توضیح آن یکی از اینهاست. ترس از فرد متجاوز که در بسیاری از موارد از آشنایان یا نزدیکان است نیز می‌تواند مانع افشاگری شود. در واقع، فرد قربانی ممکن است نه تنها از خود عامل تجاوز هراسان باشد، بلکه در شرایطی که فرد متجاوز از بستگان نزدیک است، پیش‌بینی آشفتگی جدی در روابط میان اعضای فامیل پس از آشکار شدن رویداد، از افشاگری جلوگیری می‌کند. مانع دیگر شناسایی به موقع حادثه، نگرش برخی از افراد جامعه نسبت به گزارش چنین حادثه‌ای است. به عنوان نمونه، حتی در بررسی واکنش افراد پرسنل ارگان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی، دیده شده که ممکن است ادعای فرد قربانی را باور نکنند. از سوی دیگر، بسیاری از افراد، خود قربانی تجاوز را به نوعی مسئول بروز رویداد می‌دانند و به جای همدلی و حمایت از او، شدت تنش را در او می‌افزایند و شرایط دسترسی به احقاق حق و نیز شروع مداخله درمانی را از میان می‌برند. به بیان دیگر، ممکن است نزدیک‌ترین افراد فرد قربانی، او را متهم به رفتارهایی اغواگرایانه و مهیا کردن شرایطی برای رخداد تجاوز کنند و در جایگاه متهم ردیف اول بنشانند. حتی گاه خود قربانی تجاوز نیز چنین نظری پیدا می‌کند یا در مورد صداقت خود دچار تردید می‌شود. به عبارتی، پس از این حادثه و بروز نشانه‌های اضطرابی، از دست رفتن اعتماد به نفس و هجوم تکرارهای عذاب‌آور صحنه فاجعه، ممکن است بازخوانی بیمارگونه ماجرا تفسیر جدیدی از آن را در ذهن قربانی بنشانند و قربانی، خود به محکومیت خود حکم کند. به این ترتیب، او دوباره قربانی می‌شود و در این نوبت، نه قربانی تجاوز متجاوز، بلکه قربانی باورها و نگرش‌های مسلط فرهنگی پیرامون می‌شود؛ پیرامونی که خود نیز بخشی از آن است.

روشن است که برای یاری کارآمد این موارد، اصلاح نگرش‌های ناکارآمد امری حیاتی است و در این مسیر «آموزش» را باید اساس پیشگیری از این اختلال (اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD) دانست. آموزش باید در زمینه‌های مختلفی همگانی شود و در این راستا آموزش این مفاهیم به عنوان نمونه، کمک کننده است: (۱) رویداد مذکور، حادثه‌ای خیلی بعید نیست و باید در مورد آن گوش به زنگ بود. (۲) باید دانست که افشای ماجرا امری بی‌نهایت دشوار برای قربانی آن است و در صورت شنیدن چنین داستانی، عواقب جدی نگرفتن آن بسیار ناگوار است. (۳) این حادثه در موارد زیادی، از سوی افراد نزدیک، آشنا یا فامیل صورت می‌گیرد و اعتماد بی‌حد و مرز به چهره‌های آشنا و به ظاهر موجه ممکن است خطر بروز آن را افزایش دهد. (۴) فرد قربانی بیش از همه به اعتماد افراد خانواده، احترام و همدلی آنها و محیطی کاملاً حمایت‌گر و امن نیاز دارد. او باید بتواند بدون هراس از عواقب افشای راز خود، آنها را در جریان بگذارد تا به این ترتیب زمینه آغاز مداخله درمانی توسط افراد حرفه‌ای مهیا شود. ابراز موضوع نباید به شکل گیری «انگی» برای فرد قربانی یا خانواده او بیانجامد و البته رسیدن به چنین «نبایدی»، نیازمند تغییراتی در نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی است که شخصیت‌های فرهنگی، نهادهای اجتماعی و

رسانه‌های همگانی در اصلاح آن مؤثرند. بنابراین باید یادآور شد که به جز فرد قربانی، خانواده او نیز به حمایت و احترام نیاز دارد و هرگونه مداخله‌ای باید چنین جزئی را نیز دربرگیرد.

پیشگیری از آزار جنسی در مدارس و جامعه

۱۳۹۷/۳/۱۲؛ مصاحبه با ایسنا

آیا امکان بررسی اختلالات جنسی در گزینش‌های پیش از ورود به مشاغل که با دانش‌آموزان سروکار دارد توسط روانشناس یا روانپزشک وجود دارد؟ تدوین پروتکل ارزیابی سلامت روان و جنسی عملی است؟ گزینش در حوزه سلامت روان چه اختلالاتی را مشخص می‌کند؟ آیا معلمان پرخطر در این بررسی‌ها شناسایی می‌شوند؟

در این جا قاعدتاً منظور همه اختلالات جنسی نیست، بلکه آن دسته از اختلالات است که فرد در برخی از موقعیت‌ها یا در مواجهه با برخی از اشیا یا تصورات به شکلی غیرمعمول دچار برانگیختگی جنسی می‌شود و به آنها پارافیلیا می‌گویند. تشخیص این دسته از اختلالات یا گرایش‌های غیرمعمول جنسی که می‌تواند برای افراد هدف آنها بسیار آزارنده یا غیرقابل تحمل باشد در جریان یک مصاحبه یا انجام یک آزمون تشخیصی کار ساده‌ای نیست و اغلب نیاز به اطلاعات گسترده‌ای از سوی نزدیکان یا همکاران فرد مبتلا دارد. هرچند ممکن است با دستیابی به برخی از اطلاعات شخصی مانند ویژگی‌های شخصیتی یا سابقه ارتکاب مکرر جرم بتوان احتمال بیشتری برای وجود چنین اختلالی در یک فرد داد، امکان تعیین دقیق افراد مبتلا به پارافیلیا به‌طور کلی و در سطح گسترده اندک است. بنابراین در عمل آنچه مهم است پیشگیری از وقوع ارتکاب رفتارهای نامتناسب جنسی در محیط‌هایی چون مدارس با آموزش کارکنان مدارس، والدین و کودکان و نوجوانان است. غربال یا سرند کلی اختلالات روانپزشکی نیز راه‌گشا نیست. اولاً در بیشتر موارد، ابتلا به اختلالات روانپزشکی مانعی برای اشتغال محسوب نمی‌شود و اتفاقاً باید تلاش شود تا جای ممکن انگ یا استیگمای ابتلا به اختلالات روانپزشکی در جامعه کاهش یابد تا درمان به شکل گسترده‌تر و مؤثرتری در دسترس عموم قرارگیرد و از سویی از فشار اجتماع بر افراد مبتلا کاسته شود. در ثانی، می‌دانیم که حدود یک‌چهارم افراد جامعه دچار اختلالات روانپزشکی و نیازمند درمان هستند و نباید به این بهانه این نسبت قابل توجه از مردم را از حقوق اولیه خود محروم کرد. سوم این که بیشتر مبتلایان به اختلالات روانپزشکی دچار رفتارهای انحرافی یا کردارهای قانون‌شکنانه ناشی از این ابتلا نیستند و اغلب قانون‌شکنان را باید در میان افراد غیرمبتلا جست.

در کشورهای دیگر برای جلوگیری از حضور افرادی که دچار چنین اختلالاتی هستند چه راهکارهایی انتخاب شده است؟

مهم‌ترین عامل کمک‌کننده در شناسایی افرادی که احتمال ارتکاب به رفتارهای نامتناسب جنسی نسبت به دیگران دارند بررسی سابقه رفتاری آنهاست که گاهی با استفاده از سوابق قضایی قابل اتکا به‌دست می‌آید. با این حال، از آن‌جا که می‌دانیم اکثریت قاطع معلمان مدارس افرادی فرهیخته و دارای جایگاهی قابل احترام در جامعه هستند، به صرف تردید در وجود برخی از نشانه‌های مشکوک نمی‌توان و نباید کسی را پیش از ارتکاب به رفتار ناشایست زیر سؤال برد. لازم به ذکر این نکته مهم است که بیشتر موارد تعرض جنسی به کودکان و نوجوانان در مدارس اتفاق نمی‌افتد بلکه در خانه و توسط افراد بسیار نزدیک صورت می‌گیرد. بنابراین بازهم تأکید باید بر پیشگیری از وقوع ارتکاب این رفتارها با تمهیداتی از این قبیل باشد:

۱) آموزش معلمان، والدین و کودکان و نوجوانان، ۲) تذکر دادن به افرادی که نشانه‌های خطر را بروز می‌دهند، ۳) مهیا کردن بستری برای آشکارسازی این رویدادها، ۴) فرهنگ‌سازی عمومی برای هوشیار بودن اعضای خانواده و گفتگوی آنها در این باره، ۵) حمایت همه‌جانبه از افراد قربانی توسط خانواده، جامعه و مراجع قانونی و ۶) تأمین قوانین مورد نیاز و رسیدگی قانونی به موضوع.

از نشانه‌های خطری که در بالا ذکر شد می‌توان به این موارد اشاره کرد:

بزرگسالانی که به مرزها و محدوده‌های خصوصی و شخصی افراد بی‌توجه‌اند، به هنگام خشم و پرخاش توهین‌های جنسی بر زبان می‌آورند؛ کودکان را به داشتن اسرار شخصی و سکوت ترغیب می‌کنند؛ گرایش آشکاری به گذران اوقات شخصی خود با کودکان و ترجیح آن به ارتباط با همسالان دارند؛ دارای یک دوست کودک ویژه هستند؛ کودکان را با عبارات جنسی توصیف می‌کنند؛ به تماشای پورنوگرافی‌های کودکان می‌پردازند؛ به هنگام سوءمصرف الکل و سایر مواد رفتار نامتناسب جنسی نشان می‌دهند؛ رفتارهای نامتناسب خود را توجیه می‌کنند و به جای آن برای رفع مسئولیت از خود دیگران را سرزنش می‌کنند؛ و رفتارهای نامتناسب خود را کم‌اهمیت و بی‌ضرر جلوه می‌دهند.

آگاه‌سازی درباره مسائل جنسی از چه دوره‌ای، با چه ادبیاتی و توسط چه گروهی باید انجام شود؟

آگاه‌سازی باید از سنین خیلی کم و متناسب با مراحل رشدی کودک و البته متناسب با فرهنگ خانواده انجام شود. باید والدین از آموزش کافی جهت انتقال به موقع و تدریجی اطلاعات جنسی به فرزندان خود برخوردار شوند تا این اطلاعات به شکلی درست، کنترل‌شده و البته کافی منتقل شود. در صورت دریغ کردن این اطلاعات از کودکان، آنها به زودی به اطلاعاتی همراه‌کننده، نامتناسب و گاه تهدیدکننده از سایر منابع دست خواهند یافت. آموزش خانواده‌ها می‌تواند از طریق رسانه‌ها، کتاب‌های آموزشی و کارشناسان آموزش‌دیده صورت گیرد و با توجه به این که در بسیاری از موارد ممکن است سؤالات تخصصی باقی بماند، مراجعه به روانپزشکان و روانشناسان بالینی راه‌گشا خواهد بود.

نتیجه تابو بودن آموزش‌های جنسی در کشور چه بوده است؟

جای خالی آموزش‌های عمومی در عرصه‌های آموزشی رسمی و رسانه‌های عمومی به شدت احساس می‌شود. بدیهی است که سخن گفتن در این ارتباط برای بسیاری از افراد دشوار است و دامن زدن به این تابو در رسانه‌های عمومی رسمی نیز دشواری بیشتری در پی دارد. همچنین فقدان اطلاع‌رسانی مؤثر در ارتباط با رویدادهایی این‌چنین و سرپوش گذاشتن بر این اخبار، می‌تواند امنیت و بی‌پروایی بیشتری برای مرتکبین به این رفتارها مهیا کند.

اختلالات خاموش چطور شناسایی می‌شوند؟

گروهی از افراد ممکن است دارای گرایش به ارتکاب رفتارهای انحرافی جنسی باشند اما به سبب نبودن شرایط ارتکاب، چنین رفتاری نشان ندهند. آزار جنسی دیگران تنها در زمینه یک اختلال جنسی روی نمی‌دهد و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی نیز می‌توانند زمینه‌ساز باشند. برخی ویژگی‌های شخصیتی، افراد را برای ارتکاب به آزار دیگران آزاد می‌گذارد و این افراد برای اجرای منویات خود تنها نیاز به شرایط مناسب دارند. گرایش خاموش در چنین افرادی وجود دارد و در صورتی که افراد آسیب‌پذیر آگاهی کافی داشته باشند، اطرافیان آنها حمایت‌گر و آگاه باشند و قانون مؤثری جریان داشته و به اجرا درآید، این گرایش به احتمال زیاد خاموش می‌ماند و یا در صورت بروز به کمک عوامل یادشده سرکوب می‌شود.

مصایب بازماندگان

۱۳۹۴/۷/۷؛ وبسایت «روانپزشکان»

واژه داغدیدگی (bereavement) به مفهوم «از دست دادن» یا «فقدان» اشاره دارد و سوگ (grief) به معنی واکنش هیجانی، ذهنی و رفتاری فرد به رویداد داغدیدگی است. این «فقدان» می‌تواند مرگ یک عزیز باشد و یا به از دست دادن یک فرصت، یک دوستی، دوران جوانی یا یک توانایی کارکردی مربوط شود. برای سوگ طبیعی در حالت کلی پنج مرحله شرح داده شده است؛ شامل ۱- انکار («نه، چنین اتفاقی نیفتاده، محال است، دروغ است»)، ۲- خشم («چرا برای او، چرا برای ما، مگر ما چه گناهی کرده بودیم، این خیلی بی‌انصافی و بی‌عدالتی است، آنها مقصر این اتفاق بودند، چرا باید کوتاهی می‌کردیم»)، ۳- چانه‌زنی («هرکاری لازم باشد می‌کنم که او برگردد»)، ۴- افسردگی («او دیگر بر نمی‌گردد، این زندگی خیلی پوچ و بی‌معناست») و ۵- پذیرش (بازگشت به زندگی عادی با وجود تداوم ناخرسندی از رویداد). ولی سیر طبیعی سوگ آن‌چنان متغیر و وابسته به فرد و شرایط فرهنگی و مذهبی اوست که نمی‌توان الگوی ثابتی برای آن در همه شرایط در نظر گرفت.

واژه سوگواری کردن (mourning) کاربرد متغیری داشته، ولی معمولاً به شکلی اختصاصی‌تر، به تظاهرات رفتاری سوگ اشاره دارد. این تظاهرات تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی هستند؛ مانند مراسم عزاداری و رفتن به سر خاک متوفی. در مواردی که فرآیند سوگ و سوگواری به شکلی معمول و طبیعی سپری نمی‌شود، می‌تواند به شرایطی بیمارگونه با علایمی شدید یا طولانی‌مدت منتهی شود که به آن «سوگ بیمارگونه» می‌گویند.

پس از مرگ یک عزیز، طبیعی است که تا مدتی غم و یأس شدید، گریه کردن، آشفتگی خواب و اشتها، اختلال تمرکز، و بی‌انگیزگی در انجام فعالیت‌های روزمره وجود داشته باشد و نیز نشانه‌هایی مانند اشتغال خاطر مفرط با خاطرات فرد متوفی، دلشوره، ترس، احساس شدید تأسف، و احساس تقصیر از بابت کوتاهی‌های خود در مورد عزیز از دست رفته امکان‌پذیر است. به این وضعیت، «سوگ حاد» می‌گویند که واکنشی طبیعی تلقی می‌گردد. در این شرایط، از دست رفتن متوفی به مرور پذیرفته می‌شود ولی ممکن است ارتباط روانی فرد داغدیده با او به شکل دیگری ادامه یابد؛ به طور مثال، دیدن او در خواب، حس کردن حضور او، داشتن این حس که توسط او مراقبت می‌شود، و حتی شنیدن صدای او در منزل، صحبت کردن با او، یا دیدن او در خیابان در میان جمعیت. برخی از افراد داغدیده نیز به روش‌هایی مانند حفظ هدایای متوفی، همانندسازی با او یا ادامه دادن راه و رسالت او به تداوم ارتباط خود با عزیز از دست رفته کمک می‌کنند.

پس از چند ماه، معمولاً زخم‌های روانی به جا مانده به تدریج شروع به ترمیم شدن می‌کند و البته در این دوران فرد متوفی اغلب با غم و حس عمیق اشتیاق دیدار به یاد می‌آید. هرچند فرد به تدریج به ادامه فعالیت‌های لذت‌بخش پیشین و زندگی عادی خود بازمی‌گردد، فرد از دست رفته را فراموش نمی‌کند و همواره دلتنگ اوست. به این حالت، «سوگ پایدار» می‌گویند. در همین دوره نیز ممکن است در شرایط ویژه‌ای، وضعیت «سوگ حاد» برای مدتی بازگردد؛ مانند روزهای سالگرد، روزهای تعطیل، مراسم تولد، دوره‌های پرتنش، از دست دادن فردی دیگر، یا شرایطی چون رفتن به مکانی که در آن خاطرات زیادی با متوفی وجود دارد.

به هر صورت، اغلب حداکثر حدود ۶ تا ۱۲ ماه طول می‌کشد تا وضعیت سوگ حاد به سوگ پایدار تبدیل شود و اقلیتی از موارد سوگ حاد (حدود ۷٪) به وضعیتی بیمارگونه می‌انجامد.

برخی از افراد عدم واکنش هیجانی به رویداد از دست دادن فرد متوفی را حاکی از وجود یک اختلال در فرد می‌دانند و یا احتمال می‌دهند که آنها در آینده دچار سوگ بیمارگونه شوند. بر پایه شواهد علمی موجود، هنوز نمی‌توان چنین فرضیاتی را معتبر دانست و شواهدی نیز بر علیه آن وجود دارد.

شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان دارویی بر علائم سوگ طبیعی وجود ندارد و در این موارد، آموزش، اطمینان‌بخشی و برقراری شرایط حمایتی توسط خانواده، دوستان یا در مواردی توسط افراد حمایت‌کننده در جامعه چون روحانیون روش‌هایی قابل توصیه‌اند. در شرایطی که چنین حمایتی در دسترس فرد نیست، شرکت در جلسات گروه‌های حمایتی می‌تواند کمک‌کننده باشد. از جمله اقداماتی که می‌تواند در بازگرداندن فرد



اثری از «Jean Metzinger»

داغدیده به زندگی عادی کمک کند، این موارد قابل ذکر است: ایجاد شرایطی برای بازگویی مکرر داستان مرگ، شنیدن مشتاقانه و بدون قضاوت حرف‌های فرد داغدیده و پرهیز از ارائه تفسیرهای دل‌بخوایی، بحث و گفت‌وگو در مورد خاطرات مثبت و منفی از متوفی، متمرکز شدن بر خاطرات مثبت از او، تشویق به مشغولیت دوباره با زندگی پس از مرگ عزیز از دست رفته، تشویق به کاهش رفتارهای اجتنابی (مانند تشویق کردن به دوری نکردن از دوستان مشترک با فرد مرحوم و مکان‌های خاطره‌انگیز با او)، کمک برای پیش‌بینی رویدادهای برانگیزاننده خاطرات (مانند سالگرد مرگ متوفی و سالگرد تولد او) و تدارک دریافت حمایت دیگران در آن روزها.

هرچند واکنش سوگ و رفتارهای سوگوارانه در محدوده خاصی عادی و هنجار تلقی می‌گردد و نشان دادن چنین رفتارهایی، از جمله اجرای آیین‌های مرسوم آن، می‌تواند به گذراندن عادی‌تر اوقات بسیار تلخ سوگواری یاری کند، باید از نظر شدت و مدت واکنش سوگ گوش به زنگ بود و در شرایطی که مرزهای هنجار پشت سر گذاشته شده، با پیگیری تشخیصی از طریق اخذ نظر کارشناسان امر به مدیریت آن همت گماشت.

پیش‌داوری: عامل بقا یا مانع وفاق؟

۱۳۹۳/۱۰/۱۷؛ برگرفته از روزنامه شهروند

به کمک «پیش‌داوری» می‌توان با دسته‌بندی افراد و موقعیت‌ها، پیش از رویارویی با آنها یا آگاهی کامل نسبت به آنها فرضیه یا فرضیاتی ساخت. داشتن چنین فرضیه‌ای به ما در کنترل موقعیت مدد می‌رساند و مانع از آشفته‌گی فکری، هیجانی و رفتاری می‌شود. در زندگی روزمره و هر روزه با موقعیت‌های متفاوتی مواجه می‌شویم که باید در برابر آنها واکنش نشان دهیم در حالی که توان بررسی دقیق و موشکافانه همه این موقعیت‌ها را نداریم و داشتن قضاوتی در مورد آن پیش از تجربه

موقعیت، باعث ادامه کم‌تنش‌تر روزمرگی‌ها می‌گردد. این رفتار فرد را در کنار افراد هم‌تا، هم‌رده یا هم‌گروه خود که همگی کم و بیش قضاوت و پیش‌داوری یکسانی در مورد افراد و موقعیت‌های ویژه دارند می‌نشانند و این هم‌رنگ جماعت بودن هر یک از آنها را از چالش‌های درون‌گروهی محافظت می‌کند. از سوی دیگر، افراد در حالت کلی توان محدودی برای ارزیابی موشکافانه همه پدیده‌های روزمره دارند و در صورتی که بخواهند همه آنها را یک به یک و بدون قضاوت ببینند، اختلال در روند معمول و رضایت‌بخش زندگی را در پی خواهد داشت. به این ترتیب، پیش‌داوری باعث کاهش نگرانی‌ها، تنش‌ها و چالش‌های هر روزه است. در این مفهوم می‌توان پیش‌داوری را عامل بقای فردی دانست که در حال تعامل عادی با هم‌قطاران خود است و از آن در جهت سهولت تحلیل شرایط بهره می‌گیرد. به بیان دیگر، داشتن پیش‌داوری یک توان بیولوژیک، روانی و اجتماعی و عاملی در جهت تعامل ساده‌تر با محیط است و حتی بیماری‌هایی شناسایی شده که در آنها فرد توان پیش‌داوری ندارد. به عبارتی، فرضیه‌سازی برای پیش‌بینی احساسات، تفکر و رفتار دیگران نوعی از کارایی است که در شکل‌دهی به کنش‌ها و واکنش‌های فرد بسیار مؤثر است. از سوی دیگر، این پیش‌داوری‌ها که عموماً در جهت و هماهنگ با افراد هم‌گروه یا هم‌تاست، در راستای نزدیک شدن افراد هم‌تا به یکدیگر و گاه عامل اتحاد آنهاست. به بیانی، کنار گذاشتن این پیش‌داوری‌ها ممکن است از جانب سایر اعضای گروه به شنا کردن در خلاف جهت آب تعبیر شود و خود قضاوت یا برجسی شود بر پیشانی فردی که حاضر شده به رنگ جماعت نزدیک به خود نباشد.

مانند هر رفتار کارآمد دیگری که کارآمدی آن در محدوده ویژه‌ای تعریف می‌شود، پیش‌داوری نیز می‌تواند در محدوده‌ای ناکارآمد و مخرب باشد. در واقع، اصطلاح پیش‌داوری در ادبیات مربوطه در معنایی منفی به کار می‌رود و آن را «هرگونه نگرش غیرمستدل که تحت تأثیر منطق قرار نمی‌گیرد» می‌دانند. همان‌گونه که آمد، فرضیه‌سازی برای پیش‌بینی احساسات، تفکر و رفتار دیگران نوعی از کارایی است؛ اما در حالت مطلوب، این فرضیه‌سازی باید با آزمودن فرضیه پیگیری شود و عمل کردن بر مبنای همان قضاوت اولیه در بسیاری از موارد به نتیجه‌ای نامتناسب منتهی می‌شود. ما بسیاری از رفتارهای روزمره را بر اساس قضاوت اولیه انجام می‌دهیم و در صورتی که از تجربه‌ها بیاموزیم به تدریج قضاوت‌های خود را اصلاح می‌کنیم. با این حال بسیاری از افراد تن به اصلاح قضاوت‌ها نمی‌دهند و همواره بر همان مبنای اولیه عمل می‌کنند. به عبارت دیگر، فرضیه‌های خود را نیازمند آزمودن نمی‌دانند و حتی در مواجهه با شواهد ناهم‌خوان با پیش‌داوری خود بر همان مسیر گام می‌زنند. چنین منش و روشی با برجسب‌زدن به افراد و موقعیت‌ها، روابط اجتماعی این افراد را به افراد و موقعیت‌های شبیه خود محدود می‌کند و مانع از آگاهی‌شان از سایر مردم و موقعیت‌های دیگر می‌گردد. در چنین شرایطی، گرایش به این وجود دارد که گروهی از افراد جامعه همگی به یک چشم نگاه شوند و مثلاً سوء رفتار برخی از آنها به راحتی به همه افراد مشابه تعمیم داده شود. نگرش منفی بسیاری از مردان نسبت به کارایی زنان، بدبینی طبقه تهیدست نسبت به طبقه مرفه، کناره‌گیری طبقه مرفه از طبقه کم‌درآمد، متفاوت دیدن افراد سایر قومیت‌ها، تحقیر برخی از لهجه‌ها، غیراخلاقی دانستن صاحبان برخی از مشاغل، غیرقابل اعتماد بودن دسته خاصی از خارجی‌های مهاجر، و «متفاوت» دانستن افراد مبتلا به بیماری‌های روانپزشکی از این قبیل است.

بنابراین یک پیش‌داوری هنگامی کارآمد است که بر پایه تصورات قالبی از افراد و گروه‌ها تداوم نیابد و بر اساس تجربه‌ها اصلاح شود. در غیر این صورت، قضاوت‌ها و برجسب‌ها به دور شدن گروه‌های اجتماعی از یکدیگر و ناآگاه‌ماندن آنها از منش واقعی سایر جوامع منجر می‌شود. این دور ماندن باعث گسترش برجسب‌ها خواهد بود و اسطوره‌های ناکارآمد ذهنی مردم را تقویت می‌کند.

عوامل مختلفی را در شکل‌گیری پیش‌داوری‌ها می‌توان برشمرد: فضای رشد دوران کودکی و چگونگی رفتار والدین، پیش‌داوری‌های والدین، باورهای اجتماعی و فرهنگی جمع پیرامون، شکل‌گیری هویت فرد در یک گروه یا طبقه، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، وابستگی گروهی، تعصبات قومی، پیام رسانه‌های جمعی، انگ‌ها و برجسب‌های مرسوم‌شده، و خطاهای شناختی. منظور از خطاهای شناختی اشتباهاتی است که فرد در نتیجه‌گیری‌های خود از شواهد موجود دارد و

به شکلی تکرارشونده در موقعیت‌های مختلف بر پایه همان خطاها صورت می‌گیرد. «تفکر سیاه و سفید و ندیدن خاکستری‌ها» از این قبیل است. فردی که دیگران را - مانند داستان‌های کودکانه - تنها در دو حالت خوب یا بد می‌تواند تصور کند، در ارزیابی منطقی شرایط ناتوان خواهد بود. همچنین «تعمیم غیرمنطقی» دانسته‌ها ممکن است به الگو دانستن همه افراد یک گروه پس از برخورد با سجایای یکی از اعضای آن، یا غیرقابل بخشش دانستن همه اعضای گروهی دیگر پس از مشاهده رفتار نامناسبی از یکی از آنها بینجامد. علتی دیگر برای پیش‌داوری‌ها را می‌توان در «عدم تحمل بلا تکلیفی و ابهام» در بسیاری از افراد جستجو کرد. اغلب رسیدن به نتیجه و روشن شدن تکلیف یک موضوع، آرامش فرد مرتبط با آن را به دنبال دارد و بلا تکلیفی، عدم قطعیت یا وجود پاسخ‌های مختلف، برای بسیاری قابل تحمل نیست. به این لحاظ، پیش‌داوری، قضاوت زود هنگام و در نظر نگرفتن شواهد و نظرات مختلف کار را ساده می‌کند و مهارکننده تنش‌های فرد خواهد بود.

در مجموع، پیش‌داوری را شمشیری دولبه می‌توان دید: در شروع کارآمد و ضروری و در ادامه عامل جدایی. راهکاری قابل توصیه برای کاستن از قضاوت‌های ناصواب، افزودن بر ارتباط و تعامل نزدیک میان دسته‌ها، گروه‌ها و طبقات مختلف مردم است. این راهکار از طریق افزایش آگاهی مردم نسبت به یکدیگر، کاستن از نگرانی‌های آنها نسبت به این تعامل، و ارتقای سطح همدلی میان آحاد مردم عمل می‌کند.

آیا آلودگی هوا بر روان آدمی اثرگذار است؟

۱۳۹۴/۱۰/۱۹؛ خلاصه‌ای از این مطلب در شماره ۶۱۲۰ روزنامه ایران منتشر شده است.

آلودگی هوا چه تأثیری بر مغز و مواد شیمیایی آن می‌گذارد؟

تا کنون پژوهش‌های بسیاری در ارتباط با اثر آلاینده‌های موجود در هوا بر سلامت انسان انجام شده است. با این حال، پرسش‌های بی‌جواب بی‌شماری کماکان باقی است و دانسته‌های موجود را باید با در نظر داشتن محدودیت‌های روش‌شناختی به کار گرفت. بنابراین باید در ارائه اطلاعات جانب احتیاط را رعایت کرد و از تعمیم غیرعلمی آنها پرهیز نمود.

اثر آلودگی هوا بیشتر بر سیستم‌های قلبی-عروقی و ریوی مطالعه شده و اثر آن بر مغز کمتر مورد توجه پژوهشگران بوده است. البته تا همین جا می‌دانیم که آلاینده‌های هوا از طرق مختلف قادرند به سیستم عصبی مرکزی راه یابند یا به گونه‌ای عامل اثر بر آن شوند. یک راه ورود، از طریق سیستم تنفسی است. آلاینده‌ها پس از ورود به ریه‌ها قادرند از مانعی طبیعی که به اصطلاح «سد خونی-مغزی» نام دارد بگذرند و به مغز برسند. این سد که وظیفه‌ای ذاتی در جهت ممانعت از ورود مواد آسیب‌زا به مغز دارد، در مواجهه مستمر با مواد آلاینده هوا دچار ضعف کارکرد می‌شود و ورود آنها به مغز با مقاومت کمتری مواجه خواهد شد.

آلاینده‌های هوا به شکل غیرمستقیم نیز با ایجاد التهاب در سیستم تنفسی، سلول‌های این سیستم را وادار به آزادسازی موادی به نام «سایتوکاین» می‌کنند و این مواد پس از عبور از سد نام‌برده، به مغز وارد می‌شوند. سایتوکاین‌ها نوعی پروتئین هستند که به عنوان عامل انتقال پیام میان سلول‌های عصبی عمل می‌کنند و با توجه به انواع بسیار زیاد و گیرنده‌های متنوعی که دارند طیف گسترده‌ای از اثرات، از رشد گرفته تا مرگ سلولی، را باعث می‌شوند.



اثری از «Pieter Cornelis Mondriaan»

از سویی، آلاینده‌های هوا می‌توانند از مسیر بینی به اهدافی چون پیاز بویایی مغز دست یابند. هریک از مسیرهای یاد شده در نهایت آلاینده‌ها یا اثر آنها (مانندسایتوکاین‌ها) را به سلول‌های بافت سفید مغز می‌رساند. آلاینده‌ها این سلول‌ها را نیز وادار به تولید و ترشح مواد التهابی و سایتوکاین‌ها می‌کنند. مواد اخیر نیز منجر به واکنش‌هایی در سلول‌های عصبی مغز می‌شوند؛ مانند التهاب سلول‌ها، افزایش تولید رادیکال‌های آزاد و تجمع پروتئین‌ها که همگی فرآیندهایی مضر هستند. این فرآیندها در آخر به مرگ سلول‌های مغزی می‌انجامند.

تأثیر آلودگی هوا بر سلامت روان

اثر آلودگی هوا بر افسردگی در برخی کشورها ارزیابی شده و نتایج متناقضی داشته است. هرچند در مطالعات موردی اغلب نشان داده شده که وجود خلق افسرده در ارتباط با آلودگی هواست، در بررسی همه‌گیرشناسی، نتایج کشورها یک‌دست نبوده است. به طور مثال، در یک مطالعه بزرگ روی یک جمعیت هفتاد هزار نفره، در هلند ارتباط خلق افسرده مردم با آلودگی هوا نشان داده شد، در حالی که این ارتباط در نروژ وجود نداشت. در واقع عوامل مختلفی در بروز افسردگی به دلیل حضور در مناطق آلوده دخیل است و شروطنی از قبیل غلظت بالای آلاینده‌ها و احتمالاً مدت طولانی مواجهه با هوای آلوده اهمیت زیادی دارد. لازم به ذکر است که در این پژوهش‌ها بیشتر بر علامت «افسردگی» تکیه بوده و نه «اختلال یا بیماری افسردگی». بنابراین آنچه در این مورد تا کنون می‌دانیم عمدتاً ارتباط آلودگی هوا با کاهش سطح سلامت روان است و نه الزاماً علیت آن در افزایش شیوع بیماری‌های روانی. هرچند بر پایه یک استنتاج منطقی می‌توان نتیجه گرفت که اثر آلودگی هوا در کاستن از سطح سلامت روان افراد جامعه و افزودن بر تنش‌ها و نارضایتی‌های آنان می‌تواند به افزایش شیوع بیماری‌های مذکور بینجامد و از سوی دیگر، ممکن است به تشدید علائم یا عود اختلال روانپزشکی در افرادی که از پیش به آن مبتلا بوده‌اند منجر گردد. به هر حال، دست‌کم در یک مطالعه در کره جنوبی، آلودگی هوا به عنوان یک عامل خطر بروز اختلال افسردگی منجر به مراجعه به اورژانس، در افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی، دیابت و آسم شناسایی شده است. البته هرگونه نتیجه‌گیری از این دست نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

اما مهم‌تر از افسردگی و اضطراب که شواهدی نسبی مبنی بر ارتباط آنها با آلودگی هوا در دست است، موضوع بروز اختلال یا افت در کارکرد مغزی افراد است. این کارکرد مغزی که در اصطلاح، «کارکرد شناختی (cognitive)» نامیده می‌شود شامل بسیاری از توانایی‌های ما در کارهای مرسوم روزمره و اجرای وظایف در زندگی فردی و اجتماعی است. توجه، تمرکز، حافظه و توانایی درک مفاهیم و پردازش اطلاعات از جمله کارکردهای «شناختی» افراد است. با مقایسه افرادی که در معرض آلودگی شدید و طولانی مدت هوا بوده و کسانی که در سایر مناطق می‌زیسته‌اند، تفاوت قابل توجهی در کارکردهای شناختی دیده شده است. هرچند این خطر برای کودکان که در سنین تکوین کارکردهای مغزی خود هستند بیشتر است، احتمال افت توانایی‌های مغزی بزرگسالان ساکن در مناطق آلوده نیز وجود دارد. حتی مواجهه با هوای آلوده در دوران جنینی، با مشکلاتی در توجه و علائم اضطرابی و افسردگی کودک در آینده همراه بوده است. تغییرات مغزی کودکان در بررسی تصویر برداری

مغز با MRI نیز نشان داده شده و نشانه‌های التهاب و صدمه مغز در کورتکس پره‌فرونتال دیده شده است. در بررسی موش‌های مواجهه با آلاینده‌ها نیز تغییرات واضحی در سلول‌های عصبی یکی از مراکز عمده مرتبط با حافظه (به نام هیپوکمپ) مشهود بوده است.

به این ترتیب، تغییرات شناختی که از جمله به شکل کم‌بودن ضریب هوشی کودکان و افت قابلیت‌های فکری بزرگسالان متظاهر می‌شود به آلاینده‌های هوا نسبت داده شده است. اما آیا این تغییرات در حدی است که افراد مواجهه با آلودگی، در آینده در معرض ابتلای بیشتر به زوال عقل (دمانس) باشند؟ در این مورد روی مغز سگها مطالعاتی انجام شده و جالب است که تغییرات مغزی مشابه با تغییرات مشهود در بیماری آلزایمر در آنها یافت شده است؛ تغییراتی از قبیل پلاک‌های آمیلوئید و درهم‌تنیدگی‌های تارهای عصبی (neurofibrillary tangles).

اخبار آگاهی‌بخش و اخبار نگران‌کننده

عموماً اخبار و اطلاعاتی که به دست می‌آوریم یک سوی ماجراست و برداشت و تفسیری که از این اخبار و اطلاعات داریم سوی دیگر آن. آنچه احساس و رفتار ما را در قبال دانسته‌ها تعیین می‌کند، در واقع سوی دوم ماجراست. به عنوان نمونه، فردی با شنیدن خبر ابتلای خود یا دیگری به بیماری ام.اس. (اسکلروز مولتیپل) ممکن است در ابتدا بهت‌زده و تا مدتی ناامید از ادامه زندگی شود. اما همین فرد ممکن است پس از دریافت آموزش کافی در مورد سیر بیماری خود برداشتی کاملاً متفاوت پیدا کند و حتی یک زندگی پرتلاش‌تر از پیش را پی بگیرد. یا فردی با خواندن خبر یک قتل در صفحه حوادث روزنامه، شهر را بسیار ناامن پندارد. رسانه‌ها - چه رسانه‌های عمومی، چه شبکه‌های اجتماعی، و چه فردی که در یک گفت‌وگوی خصوصی موضوعی را منتقل می‌کند - نقش مهمی در شکل‌گیری برداشت و تفسیر ما از اخبار و اطلاعات دارند. همچنین گیرنده رسانه‌ها (ما!) که نقش نهایی را در تفسیر شخصی داده‌ها دارد بسیار تأثیرگذار است. افرادی که اغلب در تفسیر اخبار عجله می‌کنند، به بزرگ‌نمایی مشکلات می‌پردازند، فاجعه‌پنداری می‌کنند، به اعتبار منبع خبر توجهی ندارند، و واکنشی تکانه‌ای (ناگهانی و بدون تفکر کافی) به رویدادهای روزمره نشان می‌دهند، در معرض خطر سوء برداشت از اخبار و اطلاعات و به تبع آن رفتار نامتناسب و از دست رفتن سلامت روان خود هستند. در مورد موضوع آلودگی هوا نیز، هرچند موضوعی بسیار مهم و تأثیرگذار است، واکنش‌های هیجانی و تکانه‌ای بیش از آن که گامی به پیش در جهت حل معضل باشد، گامی به پس و افزایش اثرات مضر معضل است. به این معنا که با دامن زدن به احساس ناامنی، حس ناکامی و تنش عمومی ضربه دیگری به کیفیت زندگی و سلامت روان خود و جامعه می‌زنیم.

پیشگیری از عوارض

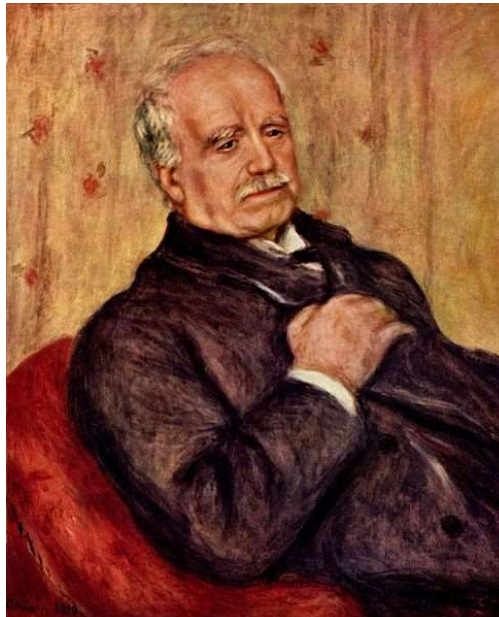
در اینجا موضوع بحث تنها سلامت روان است و نه پیشگیری کلی از سایر عوارض آلودگی هوا که بدیهی است از اهمیت زیادی برخوردارند. همان‌طور که گفته شد برداشت و تفسیر ما از موضوع بسیار تعیین‌کننده است. بنابراین لازم است شدت خطر از طریق منابع معتبر اطلاع‌رسانی شود و ما هم تلاش کنیم تنها از آن طریق به اطلاعات برسیم. واقعیت آن است که مدت‌هاست درگیر مسائل زندگی مدرن هستیم و به جز آن خطرات بیماری‌ها و حوادث طبیعی و غیرطبیعی همواره وجود دارد. با این حال در حالت عادی بدون تفکر روزانه به همه این مشکلات و خطرات به زندگی خود ادامه می‌دهیم، چرا که تحمل واکنش هیجانی به این مخاطرات خود بسی دشوارتر از ابتلا به آنهاست. پس کنترل هیجان‌ات خود و اطرافیان اهمیت به‌سزایی دارد و در صورت ناتوانی در اجرای آن کمک گرفتن از خبرگان امر می‌تواند راهگشا باشد.

از سوی دیگر هرچند محدودیت‌هایی در زندگی روزمره در ایام اوج خطرات آلودگی هوا، دشواری‌هایی را به همه تحمیل می‌کند، ادامه معمول سایر فعالیت‌ها به تداوم حس «عادی بودن» شرایط کمک خواهد کرد. به یک معنا، افراد باید یاد

بگیرند که چگونه از اوقات فراغت تحمیل شده خود به بهترین شکل سود ببرند و آن را هرچه بیشتر گوارا سازند. چه بسا در این شرایط و هر شرایط دشوار دیگری دستاوردی بیابند که در روزمرگی نیافته‌اند!

دلیریوم: تغییر ناگهانی وضعیت روانی سالمندان

۱۳۹۴/۳/۲۸؛ وبسایت «روانپزشکان»



اثری از «Pierre-Auguste Renoir»

برخی از افراد مشکلات روانی را بیماری سالمندان می‌پندارند و وقتی روانپزشک آنها را نیازمند درمان روانپزشکی می‌داند می‌گویند «مگر چند سال دارم که باید داروی اعصاب بخورم!» با این حال به خوبی می‌دانیم که زمان تظاهر بیماری‌های روانپزشکی عمدتاً از دوران جوانی یا حتی پیش از آن است و این که یک سالمند برای اولین بار دچار یک اختلال عمده روانپزشکی اولیه شود احتمال کمتری دارد. بنابراین هنگام مواجهه با علائم روانی در یک فرد سالمند، ابتدا باید به دنبال علت یا علل مشخص جسمانی برای آن گشت. لزوم پیدا کردن علل جسمانی برای علائم روانی بی‌سابقه یک فرد سالمند، هنگامی مهم‌تر می‌شود که این شرایط به شکلی حاد و ناگهانی بروز کرده باشد. در بسیاری از مواردی که فرد سالمند تحت عمل جراحی (به خصوص جراحی قلب) قرار گرفته باشد یا دچار نارسایی ارگان‌های حیاتی مانند کلیه شده باشد و یا حتی در شرایط به ظاهر خفیف‌تری مانند بیماری‌های عفونی یا حتی کم‌آبی، درد، یا مصرف همزمان چند دارو باشد ممکن است شرایط روانی او تغییر کند. این تغییر شرایط اغلب با

اختلال در آگاهی به زمان و مکان و محیط تظاهر می‌کند. علائم این وضعیت می‌تواند در همین حد محدود بماند و یا نشانه‌های دیگری هم اضافه شود: فرد ممکن است دچار توهمات شنیداری و دیداری شود، حرف‌هایی بی‌ربط بگوید، باورهای غیرمعمول پیدا کند و رفتارهای پرخاشگرانه نشان دهد.

به چنین وضعیتی در اصطلاح، «دلیریوم» گفته می‌شود و شناسایی و درمان به موقع آن، حتی مواردی که بدون مشکلات رفتاری و روانپزشکی است، گاه برای نجات زندگی فرد حیاتی است. علائم فرد مبتلا به دلیریوم اغلب در اوقات شب تشدید می‌شود و در طول روز نوسان دارد؛ به طوری که ممکن است گاهی فرد را در وضعیت نسبتاً عادی ببینیم و وخامت وضعیت او را تشخیص ندهیم.

خوشبختانه در بیشتر موارد، با شناسایی علل مشکل و مداخله به موقع، دلیریوم برطرف می‌شود. باید دانست که پیشگیری از دلیریوم اغلب امکان‌پذیر و ساده‌تر از درمان آن است. افرادی که از سالمندان بیمار نگهداری می‌کنند لازم است برای پیشگیری از بروز دلیریوم اقداماتی را انجام دهند:

- ۱- به او کمک کنند که در حالت بی‌حرکت نباشد. اگر قادر به راه رفتن است در حد توان و به طور منظم راه برود و اگر قادر به این کار نیست حداقل به او کمک شود که در حالت استراحت اندام‌هایش را حرکت دهد.
- ۲- تختخواب او در صورت امکان در کنار پنجره باشد و ساعت و تقویم همیشه در مقابل او.
- ۳- گفتگو با او و توضیح رویدادهای پیرامون به حفظ روحیه و نیز وضعیت شناختی او کمک می‌کند. حفظ ارتباط با نزدیکان و آمد و شد منظم نیز چنین اثری دارد.
- ۴- تشویق به کارهای ذهنی (مانند مطالعه و تعریف کردن خاطرات) یا حداقل در دسترس بودن یا در معرض دید بودن وسایل مورد علاقه‌اش مفید است.
- ۵- آموزش دیدن فرد مراقب بیمار سالمند هم ممکن است به کاهش بروز دلیریوم کمک کند.

چرا از خرافات و دانش کاذب استقبال می‌شود؟

۱۳۹۳/۸/۱۸؛ وبسایت «روانپزشکان»

در اینجا مراد از خرافات، باورهای ناهم‌ساز با عقل، تجربه و دانش است. باورهایی که گاه سینه به سینه منتقل می‌شود و با وجود شواهد آشکاری که بر غیرمنطقی بودن آن دلالت می‌کند، پایدار می‌ماند و بر شیوه تفکر و رفتار فرد مستولی است. در اینجا باورهای روانپزشانه دسته‌ای از بیماران دچار اختلال روانی مقصود نگارنده نیست، بلکه باورهایی مورد نظر است که هرچند به چالش کشیدن آنها مستلزم رویارویی با افراد یا ناهم‌رنگی با جماعتی باشد، در واقع با فرهنگ یا خرده‌فرهنگ صاحب آن عجین است. چنین ایده‌ها و افکاری را گاه می‌توان به نوعی اختلال در تعیین رابطه علت و معلولی حوادث پیرامون دانست. ولی در مواردی با وجود آگاهی ضمنی از غیرمعقول بودن آنها، رفتار مرتبط با آنها ادامه می‌یابد؛ مانند به چوب زدن برای پیشگیری از حوادث ناگوار. انگار فرد از مواجهه استدلالی با چرایی انجام چنین رفتاری گریزان است و ترجیح می‌دهد به هر دلیل تغییر رفتار ندهد؛ شاید یک در میلیون درست از آب درآمد!

و گاه باورهای بی‌مدرک آن‌چنان به شکل باورهایی جمعی و اسطوره‌ای درمی‌آیند که در کلام روزمره مردم و ادبیات مورد پسندشان تنیده شده و اصولاً به پرسش کشیدنشان دور از ذهن به نظر می‌رسد؛ یا حتی تابو تلقی می‌گردد. موضوعاتی چون «باهوش بودن ایرانی‌ها»، «چیره بودن بی‌چون و چرای ابرقدرت‌ها بر جزی‌ترین تغییرات سیاسی جهان»، «همیشه بهتر بودن اجناس غربی نسبت به نوع ایرانی»، یا حتی باورهای مرتبط با درمان چون «مفید بودن مصرف مستمر ویتامین-ها»، «پرعارضه بودن داروهای شیمیایی و بی‌عارضه بودن داروهای گیاهی»، «لازم بودن مصرف داروی ضد چرک به دلیل احساس چرک در گلو» و «اعتیادآور بودن داروهای اعصاب» از این قبیل‌اند. در برابر برخی از افراد، موافقت با هر یک از این عبارات نیاز به دلیل و مدرک ندارد و به راحتی پذیرفته می‌شود، در حالی که ابراز تردید در درستی آنها نیاز به توضیح مفصل و چالش مطول دارد یا با شگفتی مخاطب همراه می‌شود.

چرایی این پدیده (اختلال در تعیین ارتباط منطقی علت و معلول، یا اهمیت ندادن به منطق این ارتباط) پیچیده و چندعاملی می‌نماید و می‌توان آن را به دو دسته شرایط فردی و شرایط محیطی تقسیم کرد:



انثری از بوریس گریگوروف

الف- شرایط فردی

۱) **شرایط ذاتی:** ویژگی‌های شخصیتی خاصی در درصدی از افراد وجود دارد که آنها را متمایل به رفتار و تفکراتی چون جدی گرفتن حس ششم، اندیشه‌های جادویی و تله‌پاتی می‌کند و چنین باورهایی تعیین کننده ارتباط معمول آنها با دنیا و مردم است. این ویژگی‌ها عموماً آموخته نشده و جزو خصوصیات فردی آنهاست.

۲) **شرایط روانی:** پایین بودن اعتماد به نفس یا تحمل ناکامی‌های مستمر و نیافتن راهی برای هموار کردن دشواری‌های زندگی از مواردی است که ممکن است واکنشی به شکل غلو در توانایی‌های خود متظاهر شود. این ناباوری زمینه‌ای به خود، ممکن است آن‌چنان قوام و دوام یابد و در اقلشار مختلف در مقام مقایسه جامعه خود با جامعه‌ای دیگر قدرت بگیرد که باز هم واکنشی غلوآمیز این بار در سطح گروهی از افراد برانگیزاند و باورهای مشابهی را رواج دهد. به عبارتی، نیاز فرد یا گروه به تغییر شرایط می‌تواند آنها را به ترجیح کنار گذاشتن روابط معقول علت و معلولی رهنمون کند و به این شیوه به استحکام خودباوری زخم‌خورده خود بپردازند و قدرتی بیشتر برای ادامه مسیر زندگی بیابند.

۳) **ویژگی‌های تفکر:** تفکر بسیط و غیرنقادانه به راحتی به وادی خطاهای منطقی می‌افتد و شیوه‌ای غیرعلمی در برخورد با وقایع دارد. در واقع، تفکر علمی مختص دانشمندان نیست، بلکه افراد منطقی و نقدکننده دارای تفکر علمی هستند؛ به عبارتی، آنها به دنبال دلایل هستند و رابطه علت و معلولی میان رویدادها را تنها پس از بررسی منطقی شواهد می‌پذیرند. آنها آنچه را به عنوان حقیقت می‌شنوند، در ابتدا فرضیه می‌دانند و به دنبال شواهدی برای اثبات یا رد فرضیه‌اند. چنین شیوه‌ای از تفکر، جزئی از زندگی بسیاری از افراد است؛ افرادی که طبیعتاً خرافه‌گریزند و یافته‌های علمی را از اهلش طلب می‌کنند. آنها حتی این یافته‌های مستندتر را نیز محک می‌زنند. شیوه‌ای از تفکر که دنبال تحلیل و علت نیست و با ظاهرنگری توالی رویدادها را ناشی از ارتباط آنها می‌داند یا منبع پرطمطراق اطلاعات دریافتی را دلیلی بر صحت آن می‌پندارد، به سهولت به دام مدعیان می‌افتد و با تبلیغات فریبنده به تاراج می‌رود.

ب- شرایط محیطی

۱) **شرایط فرهنگی- اجتماعی:** هنگام رواج یک نظر یا گرایش بی‌مدرک یا غیرعلمی در جامعه - مانند نمونه‌هایی که پیشتر آمد - نپذیرفتن نظر جمع و به نوعی خود را خلاف جریان آب نشان دادن اغلب هزینه‌ای دارد که هرکس را توان پرداخت نیست. به این لحاظ، فشار جمع (دوستان، خانواده، هم‌قطاران) فرد را همراه می‌کند و پشیمان از روشن کردن خطاهای منطقی دیگران.

۲) **سوءاستفاده مروجان خرافات و تبلیغات غیراخلاقی:** بدیهی است که نادانسته‌های بشر بسیار بیش از دانسته‌های اوست. به این لحاظ، خلأهایی که در دانسته‌های انسان به هنگام حل مسائل روزمره پیش می‌آید غریب نیست و همه‌روزه پیش چشم همگان است. در تفکر علمی، فرد می‌داند که چه می‌داند و نیز می‌داند که چه‌ها نمی‌داند و در برخورد با نادانسته‌ها نیز شیوه‌ای علمی برمی‌گزیند. همین خلأ نادانسته‌ها، مکانی است برای جولان تبلیغ شیوه‌های غیرعلمی که هزینه‌ای گزاف بر دوش نیازمندان مستأصل می‌گذارد و سودی کلان به جیب مروجان آگاه این شیوه‌ها می‌برد. همه‌روزه شاهد تبلیغات غیرعلمی با بزک شبه‌علمی در برخی رسانه‌ها هستیم که از همین خلأهای ناکارآمدی روش‌های علمی سود می‌برند. گاهی

نیازی به تبلیغ رسانه‌ای هم نیست و بسیار هستند افرادی که در خفا و به رایگان مثلاً تبلیغ مصرف تریاک می‌کنند و دوستان خود را برای درمان یک بیماری به این روش فرامی‌خوانند.

به طور خلاصه، منشأ بروز و رواج خرافات و در حالت کلی تفکر غیرنقادانه، عوامل گوناگون و متنوعی است که قابل تفکیک به شرایط فردی و شرایط محیطی است. با این حال، بخش اعظم این عوامل ناصواب قابل تعدیل و اصلاح است و ارتقای سطح آگاهی عمومی، رواج تفکر علمی در جامعه و رساتر کردن صدای اندیشمندان در منظر عموم مردم به شرایطی قابل قبول‌تر منتهی می‌شود.

آیا مواد غذایی در درمان افسردگی دوقطبی مفید است؟

۱۳۹۴/۱/۱۴؛ وبسایت «روانپزشکان»



اثری از «Paul Cézanne»

به طور سنتی، بیماران اغلب از پزشک خود می‌پرسند که چه غذایی برای آنها خوب یا بد است. چنین پرسشی در مواردی خاص از قبیل دیابت قندی و ازدیاد فشار خون یا چربی خون پاسخ مشخص و متناسبی دارد و در بسیاری از موارد نیز پاسخی ندارد و رژیم غذایی ویژه‌ای بر پایه دانسته‌های موجود ارجح نیست. البته گاه اطلاعات اندک و نامطمئن وجود دارد که بیشتر به عنوان فرضیه مطرح است و هنوز قابلیت توصیه به عموم مردم را نیافته است. با این حال در جستجوی اینترنتی پاسخ به پرسش‌هایمان ممکن است از سوی برخی از وبسایت‌ها توصیه‌هایی غذایی ببینیم که در واقع بر پایه یافته‌های محکم علمی نیست. چگونه می‌توان به درستی این اطلاعات پی برد؟

بدیهی است که مطمئن‌ترین اطلاعات علمی را می‌توان با جستجو، مطالعه و استنتاج از لابه‌لای جدیدترین متون علمی دست اول به دست آورد؛ ولی این روشی است که عموماً از کارشناسان و متخصصان امر برمی‌آید و به کارگیری آن بسیار زمان‌بر و حتی در مواردی برای کاربر عادی گمراه‌کننده است. بنابراین راه عملی‌تر بهره‌گیری از پزشک معالجه است که به دانش روز مسلط و به اصول حرفه‌ای کار خود پایبند است.

اما چرا فقط پزشک معالج؟ می‌دانیم که روانپزشکان ممکن است مانند سایر پزشکان در حین درمان بیمار، از یاری کارشناسان و متخصصان رشته‌های دیگری بهره‌گیرند. متخصصان مغز و اعصاب (نورولوژیست‌ها) و سایر رشته‌های پزشکی، روانشناسان، کاردرمانگران، مددکاران اجتماعی، روانپرستاران و نیز کارشناسان و متخصصان تغذیه از آن جمله‌اند. روانپزشک ممکن است از نظر مشورتی این کارشناسان استفاده کند ولی در نهایت او به عنوان پزشک معالج بیمار است که با جمع‌بندی اطلاعاتی که گردآورده و نتیجه معایناتش تصمیم تشخیصی و درمانی را خواهد گرفت. به عنوان نمونه، در مورد توصیه‌های غذایی که موضوع این بحث است، ممکن است پیشنهادهایی توسط کارشناس تغذیه برای کاهش وزن به بیمار داده شود، ولی این پیشنهادها با توجه به بیماری زمینه‌ای روانپزشکی موجود لازم است از نظر لزوم و چگونگی اجرا به تأیید پزشک معالج برسد. و مهم‌تر از آن در مورد آن دسته از توصیه‌های درمانی است که ممکن است توسط کارشناس تغذیه ارائه شود.

روانپزشک قاعدتاً از یافته‌های علمی مرتبط با اثربخشی مواد غذایی آگاه است و در صورتی که بداند مواد غذایی طبیعی همان کارکرد داروهای مورد نظرش را بدون عوارض جانبی آنها دارد، بدیهی است که تجویز مواد غذایی را ترجیح خواهد داد. با این حال باید اذعان کرد که اطلاعاتی که روی تعدادی از وبسایت‌های فارسی در مورد درمان‌های غذایی اختلالات روانپزشکی آمده، حاوی نوعی بزرگنمایی در مورد اثربخشی نوع تغذیه در درمان این اختلالات و مطالبی غیرعلمی است و ممکن است با ایجاد انتظار کاذب از اثربخشی مواد غذایی در درمان، درمان اصلی این اختلالات را به تعویق اندازد و تبعات ابتلا به بیماری را افزون کند.

شاید در اینجا لازم باشد توضیحی در مورد استدلال متداول برخی از منابع شبه‌علمی برای اثربخش خواندن یک ویتامین یا عنصر در درمان افسردگی یا اضطراب داده شود. این استدلال متداول چنین است: «ویتامین یا عنصر X دارای چنین مکانیسم اثری است و به این دلیل باید در افسردگی و اضطراب مؤثر باشد!» در این برهان، داشتن مکانیسم اثری که احتمالاً در بروز افسردگی و اضطراب دخیل است، دلیل اثربخشی دانسته می‌شود. این در حالی است که افسردگی و اضطراب دارای مکانیسم بروز تک‌عاملی یا مشخصی در همه افراد نیست و تنها برهان قابل پذیرش در مورد اثربخش بودن یک ویتامین، عنصر و یا هر دارویی، ارزیابی این اثر با مطالعه بر روی نمونه‌های انسانی و با روشی علمی و قابل قبول است. به پژوهش‌هایی از این دست «کارآزمایی بالینی» گفته می‌شود و بدون دسترسی به نتایج کارآزمایی‌های بالینی با ویژگی‌های مورد پذیرش اهل فن، نمی‌توان در ارتباط با مؤثر بودن یا نبودن یک دارو اظهار نظر کرد.

البته اطلاعاتی از نوع مذکور در مورد اثربخشی برخی از مکمل‌های غذایی که به شکل دارو تهیه شده‌اند در موارد خاصی وجود دارد، که در واقع به معنای مؤثر بودن برخی از مواد موجود در غذاست که با مقدار زیادی در یک قرص یا کپسول فراوری شده است. بدیهی است که این فراورده‌های با منشأ طبیعی هم ممکن است عوارض جانبی یا تداخلات دارویی خود را داشته باشد.

بر پایه اطلاعات کنونی، رژیم غذایی خاصی برای درمان اختلال دوقطبی وجود ندارد. با این حال در مورد «مصرف کمکی» امگا ۳ برای درمان افسردگی دوقطبی شواهدی هرچند متناقض موجود است؛ البته میزان مصرف این مکمل در درمان افسردگی باید در حد مورد قبول برای درمان باشد و نه صرفاً مصرف روزانه هر نوعی از کپسول امگا ۳. به هر حال، شواهد اثربخشی سایر مواد مغذی و عناصر در درمان افسردگی دوقطبی [از قبیل ویتامین C، اسید فولیک، ان-استیل سیستئین (N-acetylcysteine)، اینوزیتول (inositol)، سیتی‌کولین (citicholine) و سیتیدین (cytidine)]، کمتر از شواهد موجود برای امگا ۳ است. به این ترتیب، شواهد علمی کنونی از تجویز روتین هیچیک از مواد مغذی نام‌برده در درمان افسردگی دوقطبی حمایت نمی‌کند؛ هرچند «لیتیوم» را که خود یکی از عناصر طبیعی است، باید تنها عنصر مورد تأیید و البته استاندارد طلایی در درمان اختلال دوقطبی دانست.

لازم به یادآوری است که با در نظر گرفتن فراوانی چاقی در افراد دچار اختلال دوقطبی و عارضه افزایش وزن که با مصرف برخی از داروهای درمان کننده این اختلال بروز می‌کند، توجه به کنترل وزن و میزان قند و چربی خون اهمیتی بسیار دارد. از این نظر، رژیم غذایی متناسب با این اهداف در کنار فعالیت کافی جسمانی و ورزش منظم کمک‌کننده است و کارشناس تغذیه می‌تواند کمک شایانی در رسیدن به این هدف نماید.

در مجموع، برای مطمئن شدن از اثربخشی عناصر و مواد غذایی مطرح در درمان افسردگی دوقطبی هنوز نیاز به مطالعات بیشتری وجود دارد.

منابعی برای مطالعه بیشتر

Rakofsky JJ, Dunlop BW. Review of nutritional supplements for the treatment of bipolar depression. *Depress Anxiety*. 2014;31(5):379-90.

Sarris J, Lake J, Hoenders R. Bipolar disorder and complementary medicine: current evidence, safety issues, and clinical considerations. J Altern Complement Med. 2011 Oct;17(10):881-90.

Sylvia LG, Peters AT, Deckersbach T, Nierenberg AA. Nutrient-based therapies for bipolar disorder: a systematic review. Psychother Psychosom. 2013;82(1):10-9.

ترس از الکتروشوک و داروهای اعصاب

متن زیر، مصاحبه‌ای است که در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ در روزنامه خورشید با عنوان «به بیماران روانی برچسب نزنید» منتشر شده است.

یکی از روش‌های درمان روان‌پزشکی که مردم از آن واهمه دارند، الکتروشوک است؛ این ابزار درمانی چیست و چرا با چنین ترسی همراه است؟

الکتروشوک عبارت است از قرار دادن دو الکتروود بر روی سر و انتشار یک جریان الکتریکی درون مغز که به بروز تغییرات شیمیایی در مغز منجر می‌شود و بهبودی بیمار روانی را میسر می‌سازد. درباره این روش درمانی نگرش‌های منفی زیادی وجود دارد. نارضایتی مردم و ترس آنان از الکتروشوک به تازگی استفاده از این وسیله در گذشته برمی‌گردد. در ابتدای پیدایش الکتروشوک، بیماران روانی را بدون بی‌هوشی و از طریق برق دچار تشنج می‌کردند که حالت بسیار ناخوشایندی را برای آنان به وجود می‌آورد. از طرف دیگر سوءاستفاده از شوک الکتریکی برای انگ زدن به زندانیان و قلمداد کردن آنان به عنوان بیمار روانی در آن زمان رواج یافت و باعث شد که الکتروشوک به عنوان یک وسیله تهاجمی در بین مردم شناخته شود و ترس و واهمه آنان از این وسیله درمانی را به دنبال داشته باشد.

یکی دیگر از رخدادهای مهمی که الکتروشوک را در اذهان جهانیان مخدوش کرد، فیلم «دیوانه از قفس پرید» بود. این فیلم که در سال ۱۹۷۵ با نام اصلی «پرواز بر فراز آشیانه فاخته» ساخته شد، نشان می‌داد که با بیماران روانی چه رفتار خشونت‌آمیزی می‌شود تا جایی که حتی برای تنبیه آنان از شوک‌های الکتریکی استفاده می‌شود. این فیلم به صورت خاطره‌ای در ذهن مردم باقی ماند و این‌گونه شیوه‌های درمانی روان‌پزشکی را زیر سؤال برد.

آیا درمان با الکتروشوک با عوارض همراه است؟

امروزه الکتروشوک در زمره مؤثرترین درمان‌های روان‌پزشکی قرار دارد که عوارض آن نسبت به گذشته خیلی کمتر شده چون با روش‌های بسیار پیشرفته‌تری انجام می‌شود. در حال حاضر برای شوک الکتریکی، بیماران را بی‌هوش می‌کنند تا متحمل درد ناشی از شوک نشوند. عارضه‌ای که این شیوه درمان برجای می‌گذارد، اختلال حافظه کوتاه مدت برای زمان کوتاهی است.

استفاده از الکتروشوک برای چه بیمارانی توصیه می‌شود؟

الکتروشوک برای بیمارانی که عوارض مصرف دارو را تحمل نمی‌کنند، به کار گرفته می‌شود. این شیوه همچنین برای افراد مسنی که به دلیل مسائل جسمانی و یا مصرف حجم بالای سایر داروها، امکان مصرف داروهای جدید برایشان میسر نیست، مناسب است.

از طرفی برای بیمارانی که در وضعیت اورژانسی روان‌پزشکی قرار می‌گیرند و درصدد آسیب رساندن به خود و دیگران هستند نیز از الکتروشوک استفاده می‌شود. در خانم‌های باردار نیز که در سه ماهه نخست بارداری قادر به مصرف دارو نیستند، از

این شیوه استفاده می‌شود. همچنین در افرادی که به دلیل مسائل حاد روانی از غذا خوردن امتناع می‌کنند و همکاری با پزشک ندارند، الکتروشوک می‌تواند مؤثر باشد. به طور کلی شوک الکتریکی برای درمان بیماری‌هایی مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، کاتاتونیا و اختلالات دیگر استفاده می‌شود. باید گفت سریع‌ترین اثر درمانی که در روان‌پزشکی وجود دارد، به‌وسیله الکتروشوک است و هیچ‌گونه منع مطلق برای استفاده از این وسیله برای بیماران وجود ندارد اما باید در نظر داشت که این شیوه درمان از عود بیماری پیش‌گیری نمی‌کند.



اولین دستگاه الکتروشوک در ایران؛ به همت مرحوم
دکتر عبدالحسین میرسپاسی

یکی دیگر از مسائلی که مردم را از درمان‌های روان‌پزشکی دور می‌کند، عدم تمایل آن‌ها به مصرف داروهای مرتبط با روان است. چرا چنین تصویری وجود دارد؟

بسیاری از مردم فکر می‌کنند داروهای اعصاب اعتیادآورند. این تصور نادرست ممکن است به دلیل سوءمصرف گروهی از این داروها توسط برخی از افراد معتاد به وجود آمده باشد.

دسته خاصی از داروهای روان‌پزشکی که در آن‌ها احتمال سوءمصرف وجود دارد، بنزودیازپین‌هاست که شامل داروهای مانند لورازپام، دیازپام، کلونازپام و آلپرازولام است. این داروها در صورت مصرف طولانی و بی‌رویه و بدون نسخه پزشکی می‌تواند باعث وابستگی شود. البته این موضوع به منزله آن نیست که مصرف این‌گونه داروها خطرناک باشد، بلکه لازم است تحت نظر پزشک معالج و با دوز مناسب و مدت کافی مصرف شود تا اثربخشی مفیدی برای درمان بیماری داشته باشد.

به جز نگرش منفی ترس از اعتیاد، چه عوامل دیگری مانع از مصرف داروهای روان‌پزشکی می‌شود؟

یکی دیگر از نگرش‌های منفی درمان‌های روان‌پزشکی، وجود این تصور است که جوانان نباید از داروهای روان‌پزشکی استفاده کنند و در این باره گفته می‌شود که چون هنوز خیلی جوان است، زود است که از این داروها مصرف کند؛ این در صورتی است که بیماری‌های روان‌پزشکی معمولاً جوانان را درگیر می‌کند و افرادی که سالمند هستند و تا سن سالمندی مشکل روانی پیدا نکرده‌اند، بعید است که در این سن برای نخستین بار مشکلات روان‌پزشکی بر آن‌ها عارض شود؛ مگر آن‌که بیماری‌های مغزی از قبیل آلزایمر، سکنه مغزی و یا تومور مغزی پیدا کنند. چنین تصویری مانع از درمان بیماری‌های روانی جوانان شده و منجر به این می‌شود که آن‌ها فرصت‌های زندگی خود را از دست بدهند و نتوانند از زندگی طبیعی مانند تحصیل، شغل و ازدواج برخوردار باشند و زندگی آن‌ها به تباهی کشیده شود.

وجود این تصور که داروهای روان‌پزشکی نیاز به مصرف طولانی دارد، یکی دیگر از نگرش‌های منفی مردم به درمان‌های روانی است.

برخی از بیماری‌های روانی در زمان کوتاهی درمان می‌شود که نیاز به مصرف دارو به مدت طولانی نیست؛ ولی درمان برخی دیگر از بیماری‌ها ممکن است چند ماه به طول بینجامد که در این صورت بیماران باید بعد از بهبودی نیز مصرف دارویشان را ادامه دهند تا بیماری عود نکند و باید بگوییم که از این نظر داروهای روان‌پزشکی با سایر بیماری‌هایی که مصرف مرتب دارو برای آن‌ها ضروری است، مانند ازدیاد فشارخون، تفاوتی ندارد.

واهمه مردم از عوارض داروهای روان‌پزشکی، یکی دیگر از نگرش‌های منفی آن‌ها نسبت به درمان‌های روانی است. عوارض این داروها تا چه حد است؟

بسیاری از داروها دارای عوارض هستند و این عارضه تنها متعلق به داروهای روان‌پزشکی نیست. به عنوان مثال مصرف طولانی داروی ضد فشار خون ممکن است منجر به افسردگی شود، ولی نمی‌توان برای جلوگیری از چنین عارضه‌ای از مصرف آن خودداری کرد. درمان‌های روان‌پزشکی نیز به همین ترتیب است و به ویژه برای درمان بیماری‌های حاد روانی مانند اسکیزوفرنیا، نمی‌توان مصرف دارو را به خاطر عوارض آن قطع کرد چون زندگی فرد مختل می‌شود. لازم به یادآوری است که در بیشتر موارد، عوارض داروهای روان‌پزشکی خفیف، گذرا یا به راحتی قابل درمان است.

به نظر می‌رسد خواب‌آور بودن داروها نیز می‌تواند مانع دیگری برای مراجعه مردم به روان‌پزشک باشد. خواب‌آور بودن برخی از داروهای روان‌پزشکی مربوط به سابقه این‌گونه داروها در گذشته است که غالباً خواب‌آور بودند و امروزه نیز برخی از این داروها این ویژگی را دارد. اما برخی از داروهای روان‌پزشکی دارای عارضه بی‌خوابی هستند و بنابراین نمی‌توان حکم کلی برای این داروها صادر کرد. مهم آن است که پزشک معالج معایب داروها را بسنجد و بهترین تصمیم را برای تجویز بگیرد.

امتناع از حضور در مراکز روان‌پزشکی به دلیل ترس از انگ روانی خوردن، وجود دارد. برای رفع این مشکل چه اقداماتی ضروری است؟

در این زمینه تصمیمات مهمی در کشور گرفته شده از آن‌جمله که صدور مجوز احداث بیمارستان تک‌تخصصی روان‌پزشکی، ممنوع شده و قرار بر این شده است که بخش روان‌پزشکی در داخل یک بیمارستان عمومی احداث شود و همچنین به بیمارستان‌هایی مجوز ساخت داده می‌شود که حتماً دارای یک بخش روان‌پزشکی باشد.

برای زدودن انگ در جامعه چه اقداماتی می‌توان انجام داد؟

به نظر من مسئولیت این کار بر عهده رسانه‌های گروهی است که سعی کنند بار منفی را از روی کلمات مربوط به مشکلات روانی بردارند. استفاده از کلماتی مانند دیوانه، مجنون و روانی برای تحقیر و یا شوخی کردن، جنبه‌های منفی زیادی را به همراه دارد که مهم‌ترین آن خودداری مردم از مراجعه به مراکز درمان روان است. از طرف دیگر خطاب کردن برخی از بیماران با عنوان موجی نیز کار درستی نیست؛ لازم به یادآوری است که هر آسیب روانی ناشی از صدمات جنگی، لزوماً به علت موج‌گرفتگی نیست بلکه می‌تواند ناشی از عوامل دیگری مانند مشاهده صحنه‌های دلخراش، احساس خطر کردن یا اتفاقات ناخوشایند دیگر باشد که این نوع اختلال با نام استرس پس از سانحه (PTSD) شناخته می‌شود و بنابراین اطلاق نام موجی بر این‌گونه بیماران نه مبنای درستی دارد و نه شایسته افرادی است که در جنگ دچار آسیب‌های روانی شده‌اند.

چرا شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران رو به افزایش است؟

۱۳۹۷/۶/۳؛ مصاحبه با ایسنا درباره دلایل شیوع بالای اختلالات روانپزشکی

آمار اعلام شده درباره میزان شیوع اختلالات روانپزشکی (یک چهارم) چقدر نزدیک به میانگین جهانی است؟ آیا آمار بالایی محسوب می‌شود؟

پیمایش ملی سال‌های اخیر نشان داده که حدود ۲۴ درصد مردم ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی ایران نیاز به مداخلات درمانی روانپزشکی دارند و به بیان دیگر «مبتلا» به یک اختلال روانپزشکی هستند. «اختلال» تنها به مفهوم وجود برخی از علائم یا نشانه‌ها نیست، بلکه به معنای مجموعه‌ای از علائم است که یک تشخیص مشخص را مطرح می‌کند و به افت کارکرد فرد می‌انجامد یا با رنجش قابل توجه او همراه است. با وجودی که این رقم قابل ملاحظه‌ای محسوب می‌شود، بررسی روش پیمایش مذکور نشان می‌دهد که در آن همه اختلالات روانپزشکی در افراد ارزیابی نشده و دسته‌هایی از این اختلالات از قبیل اختلالات شخصیت، اختلالات روان‌تنی و اختلالات جنسی را در نظر نگرفته است. بنابراین آمار واقعی اختلالات روانپزشکی در ایران بالاتر از این است. می‌دانیم که شیوع اختلالات روانپزشکی در سایر کشورهای جهان نیز بالاست و این اختلالات سهم بسیار زیادی از بار بیماری‌ها در جهان را به خود اختصاص داده‌اند. نکته نگران‌کننده، افزایش فراوانی اختلالات روانپزشکی در ایران بر اساس مطالعات سال‌های اخیر است که به عنوان مثال نشان می‌دهد شیوع اختلالات افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی رو به افزایش بوده و از بسیاری از کشورها پیشی گرفته است. برای تخمین درست میزان بار تحمیلی این اختلالات بر جامعه، باید دو ویژگی مهم اختلالات عمده روانپزشکی را هم در کنار شیوع آنها در نظر داشت؛ «مزمین بودن» و «بروز در سنین پایین». به این ترتیب، این اختلالات می‌توانند با درگیرکردن نیروی جوان جامعه به مدت طولانی، میانگین کارکرد و کیفیت زندگی افراد جامعه را به میزانی قابل ملاحظه کاهش دهند.

چه عواملی در افزایش ابتلا به اختلالات روانپزشکی نقش داشته است؟ آیا این علائم در ایران که دوره‌هایی مانند جنگ را پشت سر گذاشته‌اند بیشتر است؟ آیا می‌توانند ناشی از مسائل اجتماعی باشند؟

واضح است که علاوه بر عوامل زیست‌شناختی (مانند اثر وراثت) و عوامل روانشناختی، عوامل زیادی از جمله تنش‌های بزرگی مانند جنگ و عوامل گوناگون اجتماعی-اقتصادی بر شیوع اختلالات روانپزشکی مؤثر است. برای روشن شدن بیشتر موضوع باید به نکات مختلفی اشاره شود و فروکاستن دلایل افزایش شیوع این اختلالات در ایران به یک یا چند عامل مقطعی، نادیده گرفتن پیچیدگی این پدیده است.

ویژگی‌های جمعیت‌نگاشتی و شیوه زندگی در ایران در دهه‌های اخیر تغییرات قابل‌توجهی به خود دیده است. اوج‌گرفتن شهرنشینی، افزایش حاشیه‌نشینی، رشد چشمگیر تحصیل‌کردگان به‌ویژه در میان زنان، افزایش نسبت زنان شاغل، تغییر مآخذ و منابع مورد اعتماد، گرایش بیشتر به مهاجرت از کشور در میان تحصیل‌کردگان و نخبگان، گسترش بی‌نظیر ارتباط مجازی مردم در جهان و گردش فوق‌العاده اطلاعات از آن جمله است. بدیهی است که این تغییرات شگرف، دگرگونی‌هایی در شیوه زندگی و انتظارات و نگرش‌های افراد ایجاد می‌کند و بدون پایش و واکنش به‌هنگام و درخور، غفلتی نابخشودنی در تأمین نیازها و انتظارات نوظهور مردم در پی خواهد داشت. همچنین افزوده شدن تغییراتی چون گسترش خشکسالی و از دست رفتن منابع آب‌های زیرزمینی، آلودگی هوا، هجوم ریزگردها، و نیز افزایش جنگ و ناامنی در کشورهای اطراف، مدیریت

منابع و بحران‌ها را در زمینه مسائل پیش‌گفته بیش‌ازپیش دشوار می‌کند. افزایش گزارش فسادهای مالی در سال‌های اخیر (رتبه ۱۳۱ ایران در شاخص ادراک فساد [CPIA]، ۲۰۱۶) [در کنار رشد فاصله طبقاتی و به‌خصوص نمایش مکرر آنها در گردش بی‌سابقه اطلاعات در فضاهای مجازی، هم‌افزایی کم‌سابقه‌ای در برهم‌زدن آرامش جامعه داشته است. افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی و کاهش سطح سلامت روان در جامعه بر پایه مطالعات سال‌های اخیر و ناتوانی در مهار گسترش اعتیاد را باید در کنار همه این عوامل دید.

جدا از واقعیت‌های موجود، چه وجود مشکلاتی جدی در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را بپذیریم و چه نپذیریم، آنچه در میان آحاد مردم به‌عنوان یک احساس، باور یا برداشت شکل می‌گیرد از اهمیت زیادی برخوردار است و عملکرد آنها عمدتاً بر این اساس به ظهور می‌رسد. بنابراین «ادراک» جامعه از واقعیت‌ها بسیار بیش از خود واقعیت‌ها بر رفتار آنها اثرگذار است و در نظر داشتن این نکته برای تبیین وضعیت جامعه ضروری است.

«شاخص رفاه لگاتوم» که سطح رفاه کشورها را در نُه حوزه اقتصاد، فرصت‌های کسب‌وکار، حکومت‌داری، آموزش، سلامت، امنیت و ایمنی، آزادی‌های فردی، سرمایه اجتماعی و محیط طبیعی می‌سنجد نشان‌دهنده‌ی رتبه ۱۱۷ برای ایران در میان ۱۴۹ کشور در سال ۲۰۱۷ است. به‌جز دو گویه‌ی آموزش و سرمایه اجتماعی (به‌ترتیب رتبه ۷۵ و ۷۰) در سایر موارد ایران در نیمه پایین جدول قرار دارد. می‌دانیم که بر پایه پیمایش کشوری «ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان» (۱۳۸۳) نسبت قابل‌ملاحظه‌ای از جمعیت کشور از شیوه اجرای قوانین، میزان اجرای عدالت، تبعیض، فاصله طبقاتی و میزان توجه به شایسته‌سالاری ناراضی‌اند. آنها نرخ اعتیاد، جرم، جنایت و رذایل اخلاقی را رو به فزونی «درک کرده‌اند» و از سوی دیگر، با وجود گرایش مذهبی در اکثر افراد جامعه، بیشتر آنها نرخ‌گرایش مذهبی و تقید به آداب آن را در کشور رو افول دانسته‌اند. در همان پیمایش، بیشتر مردم اعتقاد داشتند که مسئولان کشور توجه زیادی به خواسته‌های آنها ندارند. شاخصی که اخیراً در «گزارش جهانی خوشبختی» بر پایه ارزیابی بیشتر کشورهای جهان منتشر شده نیز حاکی از جایگاه نامناسب مردم ایران از جهت میزان رضایت‌مندی آنهاست و بررسی اخیر ایسپا (۱۳۹۶) نیز نشان می‌دهد تنها حدود هشت درصد افراد وضع فعلی کشور را خوب و قابل دفاع دانسته‌اند، درحالی‌که این نسبت در سه سال پیش از آن حدود ۱۱ درصد بوده است.

در برابر این «ناراضی»، شاخص تعیین‌کننده‌ای که می‌تواند بار منفی آن را کاهش دهد و بی‌انگیزگی برای تلاش بیشتر را در افراد ناراضی جامعه مهار کند، امیدواری به تغییر و بهبود شرایط است. «سند آینده‌پژوهی ایران ۱۳۹۶» نشان می‌دهد که سه‌چهارم مردم آمیدی به بهبود وضع ندارند و نسبتی از جامعه هم در انتظار بدتر شدن اوضاع هستند. بر اساس همین سند، «ناامیدی درباره آینده» به‌عنوان یکی از ده مسأله اصلی در میان یک‌صد مسأله اصلی ایران مطرح شده بود. در ارزیابی اخیر ایسپا نیز با وجود آن که ۶۰ درصد مردم کماکان به اصلاح‌پذیر بودن شرایط کشور باور داشتند، ۳۱ درصد افراد باور به اصلاح‌پذیری بدون تغییرات زیاد را از دست داده بودند.

پس به‌این‌ترتیب، «ناراضی» و «ناامیدی» با یک برهم‌کنش، قابلیت نیل به برآیندی وخیم‌تر پیدا می‌کنند. ناراضی حاصل احساس «آسیب‌پذیری» (vulnerability) است و ناامیدی عامل تحلیل رفتن «تاب‌آوری» (resilience). در سال‌های اخیر آسیب‌پذیری مردم در کشورهای مختلف افزایش داشته و رکود اقتصادی از عوامل عمده آن بوده است. مستندات حاکی از آن است که در ایران نیز عوامل گوناگونی باعث افزایش آسیب‌پذیری مردم شده است. بر اساس پیمایش کشوری ۱۳۸۳، اشتغال، مشکلات اقتصادی، آینده فرزندان و جوانان، تحصیل، مسکن، مشکلات خانوادگی و مسائل ازدواج از مهم‌ترین دغدغه‌های مردم ایران در زندگی بوده است و همه اینها به ادراک آسیب‌پذیری می‌انجامد.

«تاب‌آوری» مفهومی روانشناختی و معنایی اجتماعی دارد. در مفهوم روانشناختی آن، توانایی فرد در تحمل و انعطاف در برابر مصائب و سوانح موردنظر است که در صورت مکرر یا طولانی شدن مشکلات به تدریج این توانایی از کف می‌رود و در صورت بی‌نتیجه‌ماندن تلاش‌ها یا ادراک بی‌فایده بودن برنامه‌ها و تحمل دشواری‌ها، ممکن است وضعیتی در فرد به نام «درماندگی» (helplessness) و سرخوردگی (frustration) ایجاد کند که در نهایت بی‌عملی و بی‌تفاوتی در پی دارد و از نظر رفتار اجتماعی نیز دوری‌گزینی از مشارکت‌های اجتماعی دیده می‌شود. اصطلاح «درماندگی» به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد احساس می‌کند تلاش و پیگیری سودی ندارد و شرایط در هر صورت تغییری نخواهد کرد یا تغییرات آن مستقل از تلاش‌های او صورت می‌گیرد و کاملاً غیرقابل پیش‌بینی است. گزارش PRC (Pew Research Center) نشان می‌دهد که در یک دهه اخیر وضعیت اقتصادی ایران بر پایه میزان رشد سالانه تولید ناخالص داخلی (GDP) بسیار متغیر و ناپایدار بوده است. امیدواری ایرانیان در به سرانجام رسیدن «برجام» و متعاقباً برآمدن نشانه‌های یأس بر زمینه‌ی دشواری‌های درازمدت اقتصادی و اقتصاد غیرقابل پیش‌بینی، می‌تواند از عوامل مهم تکوین درماندگی مذکور باشد.

معنای اجتماعی «تاب‌آوری» در ارتباط با امکان بالقوه بازسازی وضعیت و بازگشت به شرایط پیشین به دنبال بروز یک ضایعه است و به یک معنا به مفهوم «امید» نزدیک است. کاهش میزان امیدواری در جامعه ایران در بالا بیان شد و این یأس و سرخوردگی از ایجاد تحولی مثبت در آینده یا از وجود نهادهایی که در شرایط دشوار به کمک آنها بشتابند، تاب‌آوری جامعه را دستخوش فرسودگی می‌کند و افراد امکانی برای بازسازی شرایط نمی‌بینند. در پیمایش کشوری سال ۱۳۸۳، بیشتر مردم احتمال پیدا کردن یک شغل مناسب دیگر در صورت از دست دادن شغل فعلی خود را «کم» می‌دانستند.

«اعتماد عمومی» پایین نیز یافته دیگری است که در مطالعه «ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان» (۱۳۸۳) به‌دست آمده و مقایسه با نتایج پیمایش مشابه در سال ۱۳۵۳ حاکی از افت حدود ۵۰ درصد در اعتماد عمومی است. یافته عمده همین مطالعه، گسترده شدن سه ویژگی «احساس بی‌عدالتی»، «ادراک فرسایش ارزش‌های اخلاقی» و «بی‌اعتمادی» در میان مردم بود. همه این شرایط ناخوشایند، جامعه را به سوی «تفردگرایی» (individualism) و پیگیری منافع شخصی یا خانوادگی به جای اخلاق‌گرایی، قانون‌گرایی و مشارکت اجتماعی رهنمون می‌شود و ماحصل آن دشواری در پیشبرد طرح‌های نیازمند همکاری عمومی (از قبیل گردآوری مالیات)، اجرای قوانین و از دست رفتن سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سرمایه‌های کشور در دستیابی به اهداف توسعه خواهد بود.

در شرایط یادشده که اقدامات ضربتی در جهت افزایش سریع رضایت کوتاه‌مدت عمومی و پیشگیری از بحران‌های اجتماعی ضروری می‌شود، امکان برنامه‌ریزی درازمدت و انجام کارهای زیربنایی از میان می‌رود و یک دور باطل در جهت فرسایش هرچه بیشتر منابع مادی و انسانی شکل می‌گیرد.

کدام دسته از اختلالات روانپزشکی شایع‌تر هستند؟

اختلال افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است و اختلالات مصرف مواد، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس، اختلال دوقطبی و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از سایر اختلالات شایع هستند. البته اگر مجموع انواع اختلالات اضطرابی را به عنوان یک گروه در نظر بگیریم، از همه گروه‌ها، حتی از اختلالات خلقی که افسردگی زیرمجموعه آن است هم شایع‌تر است.

امکان بهبود آنها صرفاً با مراجعه به درمانگر امکان‌پذیر است؟ مداخلات اجتماعی می‌تواند در کاهش یا بهبود آن تأثیر داشته باشد؟

همان‌طور که بیان شد وجود مجموعه‌ای از عوامل در کنار هم به شکل‌گیری یک اختلال منجر می‌شود و واضح است که کنترل بیشتر این عوامل در اختیار درمانگران نیست. با این حال، درمان در بسیاری از موارد مؤثر است و در بیشتر موارد به میزان متوسط تا زیاد یا حتی به طور کامل علائم روانپزشکی را برطرف می‌کند. بدیهی است که این مداخلات درمانی در سطح فردی عمل می‌کند و برای ارتقای سلامت روان و پیشگیری از بروز و کم کردن شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد جامعه، مسئولان کشور باید در جهت رفع عوامل زمینه‌ای مورد اشاره تلاش کنند.

در ضمن، هنوز راه زیادی برای رسیدن به میزان مطلوب دسترسی مردم به خدمات روانپزشکی داریم. بر اساس پیمایشی که بیان شد، تنها یک سوم افراد مبتلا به افسردگی در ایران از حداقل درمان استفاده می‌کنند و می‌دانیم که بسیاری از آنها ادامه درمان را پیگیری نمی‌کنند. «انگ‌زدایی» از مراجعه برای ارزیابی تشخیصی و دریافت خدمات درمانی هنوز اولیوی برای افزایش دسترسی مردم به خدمات روانپزشکی است. همچنین گسترش «روانپزشکی جامعه‌نگر» با غربال کردن مشکلات و اختلالات و مداخله‌ی پیشگیرانه و درمانی در سطح جامعه راه‌حلی مؤثر و امتحان‌شده است؛ اما با توجه به درآمدزایی اندک این خدمات و خصوصیات گروه‌های هدف آن که عمدتاً شامل گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر جامعه است، این مداخلات بی‌تردید نیازمند حمایت گسترده دولت است.

اشاره‌ای به تبلیغات غیرعلمی: آیا نوروفیدبک واقعاً مؤثر است؟

۱۳۹۳/۷/۱۶؛ وبسایت «روانپزشکان»

در مورد اثربخشی نوروفیدبک در درمان اختلالات روانپزشکی و به ویژه اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه (ADHD)، در چند سال اخیر گاه و بی‌گاه مطالبی در جراید، فضای مجازی و سایر رسانه‌های کشور منتشر شده و نظر برخی از هموطنان به ویژه آنهایی که دچار مشکلات روانپزشکی هستند یا در خانواده خود فرد مبتلایی دارند را به خود جلب کرده است. به عنوان روانپزشک، گاهی با این پرسش مراجعان روبه‌رو می‌شویم که مثلاً آیا می‌توانم فرزندم که دچار بیش‌فعالی است را به روش نوروفیدبک درمان کنم و دیگر دارویی به او ندهم؟ یا آیا این روش می‌تواند قدرت یادگیری فرزندم که دچار اختلال یادگیری است را زیاد کند؟ سؤالاتی از این دست اغلب به دنبال مشاهده تبلیغ این روش، در ذهن افراد درگیر با موضوع که به دنبال راه‌حلی برای رفع مشکلات فردی و خانوادگی خود هستند شکل می‌گیرد. از سویی، تمایل به روش‌های درمانی بدون دارو، با توجه نگرش منفی افراد زیادی از جامعه نسبت به مصرف داروهای روانپزشکی (که عمدتاً ریشه در باورهای نابه‌جا نسبت به بیماری‌های روان و درمان آنها دارد)، به چنین گرایشی نسبت به هر درمانی به جز دارو دامن می‌زند.

اصولاً در رویارویی با تبلیغات پزشکی چه باید کرد و چگونه می‌توان از درستی آنها مطمئن شد؟ در حالت کلی، شیوه‌های تبلیغات مربوط به درمان‌ها به دلایل مختلف برای عموم مردم اغلب همراه‌کننده است. در شیوه‌های تبلیغی، فواید روش مورد نظر بزرگ و محدودیت‌ها و ضررهای آن کوچک شمرده می‌شود. البته این وضعیت حتی در کشورهایی که نظارت دقیق و گسترده‌ای بر عملکرد رسانه‌ها در امور تبلیغی وجود دارد و رسانه‌ها ملزم به رعایت اصول حداقلی علمی و اخلاقی تبلیغات هستند نیز دیده می‌شود. موضوع هنگامی بغرنج‌تر است که در فقدان نظارت جدی، تبلیغات از این مرز فراتر می‌رود و متولیان آن به خود اجازه می‌دهند مطالبی خلاف واقع در متن خود بگنجانند؛ مانند مورد تأیید بودن یک روش از جانب یک سازمان معتبر علمی؛ یا استفاده از واژه‌ها و عبارت‌های عوام‌فریبانه‌ای مانند «معجزه»، «درمان قطعی و بدون هیچ

عارضه» و «دارای اثرات همیشگی». با نگاهی به مقالات علمی می‌بینیم که کلمات هیجان‌انگیز و غلو آمیز جایی در آنها ندارد و همواره مطالب با احتیاط کامل گفته می‌شود و حتماً نقص‌ها و محدودیت‌های روش مورد نظر و جاهایی که آن روش قابل استفاده نیست یا نیاز به بررسی بیشتری دارد اعلام می‌شود.

از سوی دیگر، تبلیغات ممکن است به نکات درستی در مورد شیوه مورد نظر اشاره کند که با آن که درست است، در حقیقت فریبی برای افراد ناآشنا با دقت‌های منطقی و علمی باشد. به طور نمونه می‌توان از این موارد نام برد: «خانم الف، هنرپیشه معروف، هم از این روش استفاده کرده و آن را بسیار مؤثر دانسته»، «سازمان ب، که سازمان بسیار مهمی است، به پرسنل خود این روش را توصیه کرده»، «آقای دکتر پ، که رئیس بیمارستان معروفی است، تأکید کرده که حتماً از این روش استفاده شود»، «در کتابی که توسط خانم ت نوشته شده از این روش بسیار تعریف شده است»، و غیره. هیچ‌یک از این نمونه‌ها دلیلی بر قابل توصیه بودن یک روش درمانی نوظهور نیست. پس چگونه در شرایطی که نظارت محکمی بر شیوه‌های تبلیغی دیده نمی‌شود می‌توان از درستی آنها مطمئن شد؟

1955 print advertisement.

Why we have the youngest customers in the business

This young man is 11 months old—and he isn't our youngest customer by any means. For 7-Up is so pure, so wholesome, you can even give it to babies and feel good about it. Look at the back of a 7-Up bottle. Notice that all our ingredients are listed. (That isn't required of soft drinks, you know—but we're proud to do it and we think you're pleased that we do.) By the way, Mom, when it comes to toddlers—if they like to be treated to drink their milk, try this: Add 7-Up to the milk in equal parts, pouring the 7-Up gently into the milk. It's a wholesome combination—and it works! Make 7-Up your family drink. You like it... it likes you!

Nothing does it like Seven-Up!

تبلیغ سون-آپ در سال ۱۹۵۵؛ در دوره‌ای، نوع غنی‌شده آن با لیتیم به عنوان دارویی شفابخش تبلیغ می‌شد که خطایی بزرگ بود.

رسیدن به چنین اطمینانی همیشه ساده نیست، اما می‌توان در مورد روش‌های نوظهوری که فرد در مورد آنها هنوز تردیدهایی دارد پیشنهادی برای اطمینان بیشتر ارائه کرد. شاید دقیق‌ترین راه، مراجعه به راهنماهای بالینی سازمان‌های معتبر علمی مانند دانشگاه‌ها یا انجمن‌های معتبر علمی و مشورت با متخصصی که با روش مورد نظر آشنایی دارد باشد. هم‌چنین پیشنهاد باید از جانب پزشک مورد اعتماد فرد و نه بر اساس تبلیغات یا صرفاً سخن «هر» فردی که از روش مذکور سود اقتصادی می‌برد داده شده باشد. به دلیل اخیر است که در مقالاتی که در مجلات علمی معتبر چاپ می‌شود، نویسنده حتماً باید نام مؤسسه‌ای که برای پژوهش خود از آن پول دریافت کرده و وجود یا عدم وجود نفع مادی خود از موضوع مورد نظرش را اعلام کند.

این که فرد معروف یا غیر معروفی روشی را روی خودش مؤثر دیده دلیلی بر قابل تجویز بودن روش نیست و به هیچ عنوان نمی‌توان در این مورد به نقل قول افراد از رضایت خودشان تکیه کرد. در واقع تأیید مؤثر بودن و قابلیت به کارگیری یک روش، فرآیندی بسیار پیچیده است که اغلب اگر هم به نتیجه برسد، سال‌ها در این مسیر زمان می‌برد. شاید هنوز برخی از افراد ندانند که حتی ادعای یک پزشک متخصص در یک رسانه عمومی در مورد مؤثر بودن یک روش درمانی، الزاماً به معنای صحت مطلب نیست! در این‌جا منظور، بدیهی بودن اختلاف نظر میان متخصصان امر نیست، بلکه موضوع، نتیجه‌گیری اشتباه علمی از یافته‌های موجود یا جهت‌دادن تبلیغی نادرست به یک موضوع علمی است. چنین است که به هنگام تبلیغ یک ابزار تشخیصی یا درمانی در رسانه‌های عمومی، لازم است که موضع تبلیغی بودن برنامه یا گزارش به وضوح بیان شود و تعارض منافع فرد مبلغ اعلام گردد.

نوروفیدبک در درمان بیماران روانپزشکی چه جایگاهی دارد؟

ابتدا ببینیم نوروفیدبک چیست. نوروفیدبک یا نوروترابی روشی است که در آن به کمک ابزار نوار مغزی و به وسیله حسگرهایی که روی پوست سر تعبیه می‌شود و به آمپلی‌فایر و رایانه متصل است، امواج مغزی ثبت می‌شود و طی فرایندی با هدایت رایانه، بازخوردهای تصویری (به شکل بازی ویدیویی) و شنیداری به فرد داده می‌شود. این بازخوردها در واقع نمایانگر فعالیت مغز فرد است و او می‌تواند با تغییر فعالیت مغزی خود به بازی ادامه دهد. فرد به کمک این بازخوردها و طی فرایند شرطی شدن، به تدریج یاد می‌گیرد که چگونه الگوی امواج مغزی و فعالیت مغز خود را تنظیم کند. نوروفیدبک در واقع نوع خاصی از روش بیوفیدبک است که از سال‌ها پیش تا کنون عمدتاً به منظور آرام‌سازی در افراد مضطرب به کار می‌رفته است.

تردیدی نیست که نوروفیدبک جایگاه رو به رشدی در پژوهش‌ها یافته و البته کاربردهای بالقوه مختلفی نیز در عمل برای آن برشمرده شده که از مهم‌ترین آنها می‌توان اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD)، اوتیسم، صرع، اختلال یادگیری، اختلالات افسردگی و اضطرابی، و صدمه مغزی را نام برد. با این حال پرسش‌های بی‌جواب زیادی باقی است که نیازمند پژوهش است؛ به طور مثال، برای اجرای نوروفیدبک در درمان هر یک از اختلالات از کدام پروتکل اختصاصی باید استفاده کرد؟ چند جلسه نوروفیدبک باید اجرا شود؟ اثر درمان چه مدتی باقی می‌ماند؟ کدام مکانیسم دقیق مغزی دخیل است؟ و پرسش‌های بسیار دیگر. ولی مهم‌تر از همه این پرسش‌ها در کار بالینی پزشکی، این است که آیا نوروفیدبک در هریک از اختلالات نام‌برده مؤثر است؟ و اگر مؤثر است آیا از نظر قابلیت به کارگیری مورد تأیید راهنماهای معتبر پزشکی است؟ و اگر هست، در مقایسه با روش‌های دیگر در کدام جایگاه قرار دارد؟

به نظر می‌رسد مطرح‌ترین کاربرد بالینی نوروفیدبک به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD) مربوط است. با این همه، نتایج مطالعات در این مورد متناقض بوده و در مجموع، گاه اثربخشی نسبی و گاه عدم اثربخشی گزارش شده است. بررسی راهنماهای معتبر نیز نشان می‌دهد که در آنها هنوز نوروفیدبک برای درمان اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه یا یک روش آزمایشی دانسته شده، یا فاقد شواهد کافی شمرده شده، یا اصولاً توصیه نشده، و یا اصلاً نامی از آن برده نشده است) در راهنماهای NICE، SIGN، آکادمی آمریکایی متخصصان کودک، شورای ملی سلامت و پژوهش پزشکی استرالیا، و انستیتوی ارتقای سیستم‌های بالینی. (در بهترین حالت و با توجه به اثربخشی نسبی نوروفیدبک، برخی از محققان آن را به عنوان درمان کمکی و در مواردی که بهبودی کافی با درمان‌های استاندارد بیماری فوق حاصل نشده یا عوارض جانبی درمان‌های رایج قابل تحمل نبوده، توصیه کرده‌اند؛ به هر حال، اجماعی در این مورد وجود ندارد. در مورد اوتیسم هم شواهدی از اثربخشی در برخی از مطالعات گزارش شده ولی بیشتر آنها از ناکافی بودن شواهد یا بی‌اثر بودن حکایت می‌کنند. در سایر موارد نام‌برده شواهد کمتر از این و گاه متناقض بوده است. در مجموع، به کارگیری نوروفیدبک هنوز بیش از آن که جنبه بالینی داشته باشد و به عنوان یک راهکار درمانی دست اول قابل طرح باشد، در مرحله آزمایشگاهی است؛ هرچند ممکن است در آینده جایگاه مهم‌تری بیابد.

محدودیت‌های نوروفیدبک

بروز عارضه جانبی خطرناک یا تهدید کننده با اجرای نوروفیدبک مطرح نیست و عوارض دیگری چون اضطراب، تحریک-پذیری و سردرد، عموماً کوتاه‌مدت و گذرا هستند. با این وجود، به کارگیری نوروفیدبک دارای محدودیت‌ها و دشواری‌هایی است. به جز محدود بودن آسناد نشان دهنده مؤثر بودن این روش، هزینه زیاد آن و لزوم تبحر و تجربه داشتن در به کارگیری این ابزار از محدودیت‌های آن است. به عبارتی، فقدان دانش و تجربه کافی در اجرا و تفسیر نتایج می‌تواند به استفاده نادرست از اطلاعات حاصل از نوروفیدبک منجر شود. حتی اجرای درست نوروفیدبک و آشنایی کامل با این دستگاه، الزاماً به معنای توانایی تفسیر درست نتایج آن نیست. هم‌چنین هنجارهای مربوط به این دستگاه مربوط به جامعه یا جوامعی

است که این ابزار بر روی آن مورد تحقیق قرار گرفته و ممکن است با جمعیت هدف متفاوت باشد. به عبارتی، تطبیق این هنجارها پیش از به کارگیری آن در جمعیت هدف، ضروری است.

نتیجه‌گیری

نوروفیدبک روشی نوین برای پژوهش در حیطه فعالیت‌های مغز و امیدی برای کنترل مشکلات رفتاری و روانی و ارتقای عملکرد مغز است. هم اکنون پژوهش‌های مرتبط با آن به شدت در جریان است و ممکن است در آینده به نتایجی عملی برای ارتقای سلامت روان و کارکرد مغزی انسان بیانجامد. با این وجود، نتایج مطالعات بالینی که بتواند جایگاه درخوری برای نوروفیدبک در راهنماهای بالینی معتبر دست و پا کند، تاکنون متناقض یا غیر متقاعدکننده بوده است و از جنبه‌های گوناگون نیاز به ادامه مطالعات و اجرای تحقیقات دقیق‌تر و گسترده‌تر به شدت احساس می‌شود.

منابع

- Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults Issued: September 2008 last modified: March 2013 NICE clinical guideline 72 nice.org.uk/cg72.
- Dobie C, Donald WB, Hanson M, et al. Institute for Clinical Systems Improvement: Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. Updated March 2012.
- Holtmann M, Steiner S, Hohmann S, et al. Neurofeedback in autism spectrum disorders. Dev Med Child Neurol. 2011 Nov;53(11):986-93.
- Hurt E, Arnold LE, Lofthouse N. Quantitative EEG neurofeedback for the treatment of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorders, learning disorders, and epilepsy. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(3):465-486.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Guideline No. 112, ISBN 978 1 905813 53 7, October 2009.
- Simkin DR, Thatcher RW, Lubar J. Quantitative EEG and Neurofeedback in Children and Adolescents: Anxiety Disorders, Depressive Disorders, Comorbid Addiction and Attention-deficit/Hyperactivity Disorder, and Brain Injury. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(3):427-464.
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry. 2013;170(3):275-89.
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry. 2013 Mar 1;170(3):275-89.
- Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. 2011;128(5):1007-22.
- van Boxtel GJ, Gruzeliier JH. Neurofeedback: introduction to the special issue. Biol Psychol. 2014 Jan;95:1-3.
- Vollebregt MA, van Dongen-Boomsma M, Buitelaar JK, et al. Does EEG-neurofeedback improve neurocognitive functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A systematic review and a double-blind placebo-controlled study. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55(5):460-72.

جایگاه کنونی نوروفیدبک در درمان اختلالات روان‌پزشکی

۱۳۹۵/۷/۲۸؛ برگرفته از روزنامه جام جم

لطفاً نوروفیدبک را به زبان ساده تعریف بفرمایید.

نوروفیدبک نوعی تکنیک رفتاردرمانی است که به کمک نوار مغزی اجرا می‌شود. در این روش حسگرهایی به کار گرفته می‌شود که روی پوست سر تعبیه شده و به آمپلی‌فایر و رایانه متصل است. در این فرایند، امواج مغزی ثبت می‌شود و با هدایت رایانه بازخوردهای تصویری (به شکل بازی ویدیویی) و شنیداری به فرد داده می‌شود. این بازخوردها تغییرات فعالیت

مغز فرد را به او گوشزد می‌کند و او می‌تواند با تغییر فعالیت مغزی خود به بازی ادامه دهد. فرد به کمک این بازخوردها و طی فرایند شرطی-شدن، به تدریج یاد می‌گیرد که چگونه الگوی امواج مغزی و فعالیت مغز خود را تنظیم کند. نوروفیدبک در واقع نوع خاصی از روش بیوفیدبک است که سال‌هاست عمدتاً به منظور آرام‌سازی در افراد مضطرب به کار می‌رود.

آیا نوروفیدبک برای درمان هر بیماری مناسب است؟ کاربرد آن در درمان کدام بیماری‌ها نتیجه‌بخش بوده است؟

در روان‌پزشکی، نوروفیدبک برای درمان اختلالات مختلفی مورد آزمایش قرار گرفته است که در این میان می‌توان به اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه (ADHD)، اوتیسم، اعتیاد، پرخاشگری، تیک، اختلال یادگیری و اختلالات افسردگی و اضطرابی اشاره کرد. بیشترین پژوهش‌ها و نتیجه‌گیری‌های امیدبخش در بین اختلالات نامبرده مربوط به ADHD است. این اختلال عموماً از دوران کودکی آغاز می‌شود و در حدود نیمی از موارد تا سنین بزرگسالی ادامه می‌یابد. علایم این اختلال در سه دسته اصلی بیش‌فعالی، تکانشگری (به معنای واکنش‌های ناگهانی بدون تأمل) و نقص توجه بروز می‌کند و نوروفیدبک عمدتاً در درمان علایم دسته سوم (نقص توجه) مطرح شده است. از آنجا که پژوهش‌های مربوط به بررسی اثربخشی نوروفیدبک در درمان سایر اختلالات در مرحله مقدماتی‌تری است، در اینجا تنها به اثربخشی آن در ADHD می‌پردازم. تا کنون مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده و اثربخش بودن نوروفیدبک در درمان علایم این اختلال به کرات نشان داده شده است. از سوی دیگر، عدم اثربخشی این روش نیز در پژوهش‌هایی گزارش شده و نتیجه‌گیری نهایی را دشوار کرده است. حتی راهنماهای بالینی معتبر رهنمودهایی متفاوت در این مورد داشته‌اند. به لحاظ پیچیدگی‌های موجود در روش‌های علمی، جمع‌بندی نهایی یافته‌های متناقض نیاز به آشنایی با روش‌شناسی علمی دارد و در زمان تفسیر نتایج هر پژوهشی باید محدودیت‌های روش آن پژوهش را در نظر داشت. به این دلیل، اعلام عمومی نتایج مطالعات علمی در رسانه‌ها بدون ذکر تفسیر کارشناسان از این نتایج، اغلب به برداشتی نامتناسب با واقعیت می‌انجامد.

هرچند ذکر جزئیات روش‌شناسی علمی در مورد اثربخشی نوروفیدبک در درمان ADHD از حوصله این بحث خارج است، برای روشن‌تر شدن موضوع توضیح کوتاهی را بیان خواهم کرد. کورتیس و همکاران (۲۰۱۶) برای جمع‌بندی نتایج این پژوهش‌ها، از روشی به نام متآنالیز (فراتحلیل) استفاده کردند. این روش که شیوه‌ای مرسوم در این زمینه است، اطلاعات همه پژوهش‌های مرتبط را در یک ظرف می‌ریزد و با روش‌های آماری، اثربخشی نهایی درمان مورد نظر را گزارش می‌کند. در بررسی کورتیس و همکاران، ۱۳ پژوهش واجد صلاحیت برای ورود به ظرف مذکور دانسته شد و اطلاعات ۵۲۰ نفر مبتلا به ADHD در تحلیل وارد شد. آنها گزارش کردند که نوروفیدبک در حالت کلی در درمان علایم ADHD مؤثر به نظر می‌رسد، اما این اثربخشی پس از در نظر گرفتن یکی از استانداردهای مهم پژوهشی، دیگر وجود نخواهد داشت. این استاندارد عبارت است از «بی‌خبر بودن افراد ارزیابی‌کننده علایم از شیوه درمان اجرا شده». در واقع، به هنگام مقایسه یک روش درمانی با روش دیگر، افراد ارزیابی‌کننده نتیجه درمان باید از روش درمانی مورد استفاده بی‌خبر باشند تا قضاوت آنها تحت تأثیر پیش‌زمینه ذهنی خود و نظر قبلی‌شان در مورد آن درمان قرار نگیرد. این متآنالیز نشان داد که اگر تنها نظر ارزیابی‌کننده‌های بی‌خبر از نوع روش اجرا شده ملاک قرار گیرد، نوروفیدبک تأثیری در درمان ندارد.

در مجموع با اطلاعات فعلی، نمی‌توان نوروفیدبک را در عمل جایگزین درمان‌های مورد تأیید و شناخته شده اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی دانست و برای به کارگیری آن نباید اغراق کرد. در هر صورت، مطالعات در این زمینه در جریان است و ممکن است با بهبود و ارتقای روش اجرا نتایج بهتری حاصل شود؛ همان‌طور که هم‌اکنون شیوه‌های پیشرفته‌تری در اجرای نوروفیدبک در حال بررسی است.

باید اضافه کرد که با توجه به تعداد جلسات زیادی که برای انجام نوروفیدبک لازم است، به هنگام بررسی اثربخشی آن در مقایسه با سایر روش‌های درمانی، ضروری است که یک عامل مداخله‌گر دیگر را نیز در نظر داشت. این عامل که به آن در اغلب مطالعات توجه نشده، عبارت است از «اثر رابطه درمانگر و بیمار». در طول ۳۰ تا ۴۰ جلسه درمانی، بیمار به طور مرتب از برنامه نوروفیدبک و نیز از مجری آن «بازخورد مثبت» می‌گیرد و این اثری است که برای درک اثر خالص درمانی نوروفیدبک باید محاسبه یا کنترل شود.

آیا این روش عوارض جانبی دارد؟

عموماً عارضه جانبی مهمی بروز نمی‌کند و البته عوارضی از قبیل تحریک‌پذیری، عصبی شدن، سردرد، اضطراب و خستگی می‌تواند رخ دهد که معمولاً گذراست. همچنین تغییر آستانه تشنج گزارش شده است.

آیا بعد از درمان، اختلال برگشت‌پذیر است؟

اصولاً یک درمان قطعی که یک بار انجام شود و برای همیشه از بازگشت علایم جلوگیری کند وجود ندارد.

در جایی مطالعه کردم که نوروفیدبک در آمریکا یک روش آزمایشی است و تأثیرگذاری آن صددرصد اثبات نشده است، در حالی که در کشور ما یکی از روش‌های مهم درمان در برخی کلینیک‌ها معرفی و تبلیغ می‌شود؟

متأسفانه در برخی مراکز پیش از ارزیابی تشخیصی توسط فرد صاحب صلاحیت، و تنها بر اساس نتایج پرسش‌نامه‌های تشخیصی شیوه درمان تعیین می‌شود. واقعیت آن است که در روان‌پزشکی، هنوز هیچ شیوه تشخیصی برتر و پیش از مصاحبه بالینی استاندارد وجود ندارد و استفاده از پرسشنامه نباید پیش از مصاحبه تشخیصی صورت گیرد. تنها بر پایه چنین مصاحبه‌ای و پس از آن است که می‌توان در مورد روش‌های تشخیصی و درمانی لازم اظهار نظر کرد. همچنین، به کارگیری هر روش درمانی باید با در نظر گرفتن جایگاه واقعی آن در پروتکل درمانی صورت گیرد و استفاده از روش‌های درمانی استاندارد نباید تحت تأثیر گرایش درمانگر به یک شیوه درمانی خاص به تأخیر انداخته شود.

موضوع مهمی که باید به آن پرداخت، تأثیر مخرب تبلیغات غیرعلمی است. بدیهی است که در تبلیغ یک شیوه، بر نکات مثبت آن تأکید و در حد توان از ذکر نکات منفی اجتناب می‌شود. با این تعریف، تبلیغ شیوه‌های درمان با اثرگذاری بر اذهان عموم مردم، آنها را به استفاده از یک شیوه درمان تشویق و در واقع از به کارگیری آن شیوه در جایگاه اصلی خود دور می‌کند. تعیین روش درست درمان، کاری تخصصی است که پس از تشخیص بیماری و با در نظر گرفتن عوامل گوناگون انجام می‌شود، در حالی که انتخاب درمان بر اساس تبلیغات، شیوه‌ای بر پایه هیجان است که تحت تأثیر استدلال‌های عوام‌گرایانه یا شبه‌علمی صورت می‌گیرد. در حالت کلی، ترجیح دادن داروهای گیاهی به داروهای صناعی و پرعارضه دانستن و مضر اعلام کردن درمان‌های دارویی از جمله تبلیغاتی است که با سوار شدن بر احساسات و باورهای عمومی، ذهن عموم را در جهت خواسته خود شکل می‌دهد.

آیا نوروفیدبک یک روش درمانی مکمل است و در کنار استفاده از آن دارو یا کارهای دیگر روان‌درمانی نیز باید انجام شود؟

همان‌طور که بیان شد، شیوه درمان بر اساس تشخیص نوع بیماری و عوامل دیگری از جمله ویژگی‌های فردی بیمار تعیین می‌شود. در پروتکل‌های درمانی اختلالات عمده و شایع روان‌پزشکی از جمله اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و

وسواس، نوروفیدبک جایگاه مهمی ندارد و بیشترین پژوهش‌های روان‌پزشکی برای این ابزار در حیطه درمان ADHD انجام شده که نتایج آن گفته شد. جایگاه نوروفیدبک در بیشتر راهنماهای درمانی معتبر، هنوز در حدی نیست که در بهترین حالت بیش از یک درمان مکمل قابل توصیه باشد.

آیا این روش قابل استفاده در میان افراد عادی نیز هست یا فقط کاربرد درمانی دارد؟

نتایجی گاه امیدبخش در زمینه افزایش کارایی ذهنی افراد سالم گزارش شده که نیاز به بررسی بیشتری دارد.

آیا استفاده از دستگاه نوروفیدبک توسط افراد غیرمتخصص آثار سوء می‌تواند داشته باشد؟

مهم‌ترین اثر سوء مربوط به تشخیص اشتباه و یا جایگزینی درمان مؤثرتر با نوروفیدبک است. به جز این، هزینه زیاد و لزوم تبحر و تجربه داشتن در به-کارگیری این ابزار از محدودیت‌های آن است. به عبارتی، فقدان دانش و تجربه کافی در اجرا و تفسیر نتایج می-تواند به استفاده نادرست از اطلاعات حاصل از نوروفیدبک منجر شود. حتی اجرای درست نوروفیدبک و آشنایی کامل با این دستگاه، الزاماً به معنای توانایی تفسیر درست نتایج آن نیست. هم-چنین هنجارهای مربوط به این دستگاه مربوط به جامعه یا جوامعی است که این ابزار در آن مورد پژوهش قرار گرفته و ممکن است با جمعیت هدف متفاوت باشد. بنابراین تطبیق این هنجارها پیش از به کارگیری آن در جمعیت هدف، ضروری است.

دشواری‌های ذهن‌خوانی از روی نمادهای لباس

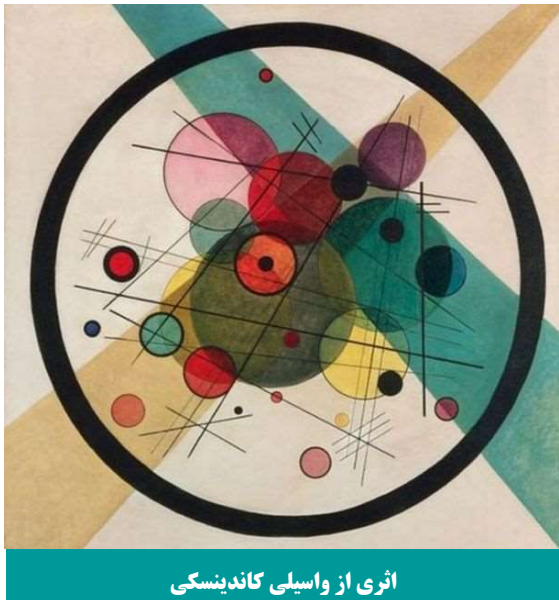
۱۳۹۵/۵/۷؛ برگرفته از مجله چلچراغ

موضوع دست‌یافتن به ویژگی‌های شخصیتی و افکار دیگران از روی شاخص‌هایی چون دست‌خط، چهره، نوع انتخاب رنگ و البته نمادهای پوشش، دغدغه‌ای بوده که به ویژه اغلب مورد توجه عامه قرار می‌گیرد. هرچند یافته‌هایی در این زمینه‌ها و به خصوص موضوع مورد بحث که «نمادهای پوشش» است وجود دارد، در این یادداشت تمرکز بر این نکته است که دستیابی به ویژگی‌های افراد و شناسایی چرایی انتخاب نوع پوشش یا رمزگشایی نمادهای پوشش از قبیل نوشته‌های روی آن کار ساده‌ای نیست.

اغلب تمایلی به ارائه تفسیری ساده و عینی از رویدادها وجود دارد و در محاورات روزمره ممکن است گاه فرصت یا تحملی برای نگاهی جز این نباشد. با این حال، در نوشته‌ها و گفته‌های عمومی نیز می‌توان قرآینی از همین تفسیر عینی مشاهده کرد که در فاصله‌ای اندک به نصیحت دیگران در جهت اصلاح می‌رسد در حالی که هنوز همه احتمالات زیربنای نوع پوشش را لحاظ نکرده و شرایطی برای درک شدن دغدغه‌های خود (گوینده/نویسنده) توسط مخاطبان و نیز درک کردن ایده‌های مخاطبان متنوع تدارک ندیده است. بنابراین پیش از ارائه فهرستی از احتمالات زمینه‌ای برای انتخاب نوع خاصی از پوشش، لازم است به برجسب‌ها یا انگ‌هایی که هرگونه تفسیر یا نتیجه‌گیری کلی و بدون محدودیت به دنبال خواهد داشت توجه شود.

هرگونه رفتار یا پدیده جدیدی که در افراد دیده می‌شود قابل بحث از جنبه‌های فردی و اجتماعی و با رویکردهای مختلف است. بنابراین همین یادداشت نیز محدود به رویکردی ویژه است و بی‌تردید می‌توان و باید از زوایای دیگر هم به این موضوع نگریست.

انتخاب نوع پوشش و نمادهای آن می‌تواند کاملاً آگاهانه یا کاملاً تحت تأثیر عوامل پیرامونی، و البته بسیار بیش از هر دو شق مذکور حالتی بینابین داشته باشد؛ نه کاملاً آگاهانه و نه کاملاً منفعل. رفتار افراد تحت تأثیر عواملی چون ویژگی‌های شخصیتی، الگوهای شخصی، و الگوها و فشارهای خانوادگی/گروهی/اجتماعی شکل می‌گیرد و عوامل ذاتی/بیولوژیک در چگونگی این شکل‌گیری اثرگذارند. از عوامل به ظاهر ذاتی، به یکی از توانایی‌های انسان به نام «نظریه ذهن» اشاره می‌شود. در افرادی که از منظر «نظریه ذهن» توانا محسوب می‌شوند، قدرت بیشتری برای تشخیص سلیقه و نوع نگاه سایر افراد به موضوعات دارند و بر این اساس می‌توانند بر پایه قصد خود در تعیین نوع رابطه اجتماعی، رفتار خود را تنظیم کنند. از سوی دیگر، افراد ضعیف در «نظریه ذهن»، قادر به این «ذهن‌خوانی» و شناسایی شرایط اجتماعی نیستند و به همین ترتیب رفتار دیگری خواهند داشت.



اثری از واسیلی کاندینسکی

ویژگی‌های شخصیتی خصوصیتی است که در هر فرد به شکلی پایدار در رفتار و کردار متظاهر است. حتی می‌توان الگوهای خاصی از تفکر و تفسیر که به شکل یکنواختی توسط فرد به کار گرفته می‌شود را نیز از ویژگی‌های شخصیت او دانست. این ویژگی‌ها هرچند ممکن است در شرایط خاصی تغییر کند، عموماً به شکل ثابتی در طول زندگی فرد وجود دارد و به عبارتی دیگران او را با داشتن همین خصوصیات از سایرین تمیز می‌دهند. بدیهی است که این وجوه متمایز و پایدار افراد در پوشش آنها هم نمود می‌یابد و همان‌گونه که «شخصیت» بنا به تعریف، بسیار به دشواری قابل تغییر است، آثار آن در انتخاب پوشش و شاخص‌های آن نیز به سادگی قابل دستکاری نیست. عوامل مختلفی که از شخصیت افراد اثر می‌پذیرد را می‌توان نام برد که هر یک به سهم خود ممکن است در شکل‌گیری نمای آراستگی آنها دخالت داشته باشد. تمایل به

دیده شدن یا دیده نشدن در گستره فراخی در افراد اجتماع وجود دارد و به مانند سایر رفتارها و تمایلات یک شاخص «همه یا هیچ» نیست. همچنین «چگونه دیده شدن» موضوعی است که به شکلی بسیار متنوع تفسیر می‌شود. تمایل به دیده شدن، گاه شکلی بیمارگونه می‌یابد که صورتی از آن در قالب «اختلال شخصیت نمایشی» توصیف شده است. اما فراوانی عمده این تمایل در قالب مذکور نمی‌گنجد و حتی در بسیاری از موارد نه تنها بیمارگونه نیست که کارکردی در جهت ارتقای اجتماعی فرد دارد.

به جز ویژگی‌های پایدار شخصیتی، وضعیت روان‌شناختی افراد را نیز باید در نظر داشت. مراد از وضعیت روان‌شناختی الزاماً وضعیتی بیمارگونه نیست؛ هرچند آن را نیز شامل می‌شود. اعتماد به نفس ضعیف، اعتماد به نفس مناسب و بزرگ‌منشی، هر یک به نوعی ممکن است در انتخاب پوشش دخیل شود و البته تفسیر از پیش تعیین شده محکمی برای انتساب پوشش نامتناسب با فرهنگ عام جامعه با هر یک از این وضعیت‌های روان‌شناختی نمی‌توان ارائه کرد. فرد دارای اعتماد به نفس پایین ممکن است پوششی هم‌رنگ جماعت اکثریت برگزیند تا از متفاوت بودن بپرهیزد؛ چرا که تحمل شاخص بودن را ندارد. فرد دیگری که او هم اعتماد به نفس ناکافی دارد، ممکن است پوششی کاملاً متفاوت با اکثریت را ترجیح دهد؛ چرا که با ایجاد تفاوتی آشکار، نقصان متصور خود را پوشش می‌دهد. در واقع، صرفاً از روی پوشش یک فرد نمی‌توان در مورد وضعیت روان‌شناختی او قضاوت کرد چرا که این موضوع با عواملی بسیار متنوع در ارتباط است. به این ترتیب بسیاری از افراد نیز، مستقل از وضعیت شاخص روان‌شناختی مورد بحث، ممکن است پوششی غیرمعمول را برگزینند.

شاخص روان‌شناختی مهم دیگر، وضعیت خلقی یا روحیه افراد است. اختلال افسردگی که فراوانی قابل ملاحظه‌ای در جامعه دارد با افزودن بر تمایل فرد به گوشه‌نشینی و جمع‌گریزی و بی‌تفاوت کردن او به رأی و نظر دیگران، موضوع نمایش ظاهری فرد در اجتماع را کم‌اهمیت می‌کند و به تبع آن پوشش ظاهری او تغییر می‌کند. از سوی دیگر، فرد افسرده ممکن است به شیوه‌ای معکوس عمل کند و سعی کند با بر تن کردن البسه‌ای به رنگ شاد روحیه بهتری بیابد. او حتی ممکن است با اغراق کردن در رنگ‌های مورد استفاده دیگران را به اشتباه بیندازد در حالی که با احساس عمیقی از غم درگیر است. به جز وضعیت بیمارگونه افسردگی، بسیاری از افراد جامعه روحیه‌ای کاملاً سرزنده و مؤثر ندارند یا قادر به مدیریت مطلوب تنش‌های زندگی نیستند و بدون ابتلا به یک اختلال روان‌پزشکی مشخص، مشغله‌های ذهنی و عینی زندگی رفتارشان را به گونه‌ای دیگر رقم می‌زند و اصولاً گزینش نوع خاصی از پوشش در نگاه آنها بی‌اهمیت است. از سوی دیگر، بسیاری از افراد دارای روحیه‌ای بسیار سرزنده هستند و نشاطی مسری دارند و بر این اساس پوشش دیگری خواهند داشت. «خلق» احساس درونی مستمر و غالب فرد است و هرچند انواع ناکارآمد آن را می‌توان به شیوه‌هایی اصلاح کرد، این اصلاح نیازمند مداخله‌ای حرفه‌ای است و معمولاً تنها با نصیحت و توصیه تغییر عمده‌ای نمی‌کند.

روابط اجتماعی و باورهای جمعی و سنتی/مذهبی/فرهنگی نیز به شکلی پیچیده در تعیین نوع پوشش افراد جامعه اثرگذار است. هرچند سنن به ظاهر مشخصی در هر جامعه جا افتاده و در خرده‌فرهنگ‌های آن نیز برخی قواعد به شکل تکرار شونده‌ای مشهود است، عوامل پیش‌گفته (ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی) و همچنین برداشت فرد-ویژه از هر یک از سنن، چگونگی اجرای آن را متنوع می‌کند. در میان عوامل مرتبط با روابط اجتماعی مؤثر بر رفتار افراد، می‌توان به شاخصی به نام «فشار همتایان» یا «فشار همسالان» اشاره کرد. نزدیک‌ترین افراد اجتماع به هر فرد می‌توانند به شکل گروهی، وضعیتی را تعریف کنند که تخطی از آن برای افراد آن گروه ساده نیست و نیازمند پرداخت هزینه است. در واقع، اعضای این گروه برای نشان دادن رفتار متفاوت باید نظر مخالف یا متفاوت سایر اعضای گروه خود را تحمل کنند. منظور از گروه در اینجا الزاماً فرقه نیست، بلکه حتی جمعی از دوستان همکلاسی یا گروهی از افراد فامیل می‌تواند مورد نظر باشد. در مجموع می‌توان چنین اشاره کرد که انتخاب شاخص‌های پوشش و به کارگیری نمادهای سنتی یا غیرسنتی آن در افراد جامعه به عواملی بسیار گوناگون وابسته است که تغییر بسیاری از آنها ساده نیست. اهداف ارتقای سطح سلامت روان، معالجه اختلالات روان‌پزشکی و اصلاح روابط و الگوهای ناکارآمد اجتماعی در قواره‌ای نیست که با بیانیه و مصوبه به دست آید. ساده‌سازی موضوعاتی این چنین پیچیده و ارائه صورت‌بندی غیرواقع‌بینانه، نه تنها کمکی به ارتقای وضعیت اجتماعی-روان‌شناختی جامعه نمی‌کند، ممکن است به فاصله گرفتن اقشار جامعه از یکدیگر و تشدید بی‌اعتمادی میان گروه‌های اجتماعی و آحاد جامعه بینجامد.

سلامت روان: مطالبه‌گر سیاست‌مداران

۱۳۹۶/۵/۱؛ برگرفته از ماهنامه ایران فردا

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران فرصت انتخابات دوازدهم ریاست جمهوری را برای طرح دوباره موضوع سلامت روان در منظر مسئولان و سیاست‌گذاران غنیمت دانست و مطالبات خود را خطاب به نامزدهای تصدی این جایگاه منتشر کرد. انجمن از نامزدهای انتخابات درخواست کرد که در برنامه‌ها و سیاست‌های خود به این مطالبات توجه کنند. آنچه نیاز به اعلام موضع و برنامه از سوی کاندیداها را برانگیخت، جای خالی اشاره مستقیم، آشکار و برجسته به چنین مطالباتی از سوی اغلب نامزدهای انتخابات بود. چنین اشاره‌ای البته بیشتر بر مبنای عرضه و تقاضا صورت می‌گیرد و به هنگام تهي بودن

عرصه از ندایی عمومی، شعارهای رأی‌طلب مسؤولیت‌گریز نیز واکنشی متناسب خواهد بود. انتشار مطالبات انجمن، تلاشی برای ورود کلیدواژه‌های سلامت روان به شعارهای انتخاباتی بود.

تردیدی نیست که متصدیان امر تا کنون تلاش‌هایی بسیار داشته و پیشرفت‌هایی محسوس را رقم زده‌اند. پوشش خدمات نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در روستاها و ادغام سلامت روان در این نظام، اصلاح ساختارهای زیربنایی PHC در حاشیه‌ی شهرها، تدوین و تلاش برای اجرای قانون ارزش نسبی خدمات سلامت روان، افزایش تخت‌های بستری روانپزشکی به‌ویژه در بیمارستان‌های عمومی، و حضور روانپزشک به عنوان مشاور علمی برنامه‌های حوزه سلامت روان در معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی (۱)، از جمله آنهاست.

با وجود همه این تلاش‌ها در توسعه امور مرتبط با سلامت روان، کماکان در قیاس با اهمیت واقعی موضوع و نزدیک شدن به آرمان‌های منطقی و شدنی، در ابتدای راهی بلندیم (۱) «اطلاعات» بسیاری از ما و مسئولان درباره میزان اثرگذاری اختلالات روانپزشکی و سطح بهداشت روانی مردم بر کارکرد جامعه در کل و فرد فرد اعضای آن هنوز نیازمند «ارتقای اساسی» است (۲). «نگاه و نگرش» بسیاری از ما و مسئولان به سلامت روان و اختلالات روانپزشکی هنوز محتاج «اصلاحی اساسی» است (۳). «اولویت‌گذاری» بسیاری از ما و مسئولان در عمل، به هنگام به‌کارگیری اطلاعات موجود و در راستای تعیین نیازهای اولیه، هنوز درخور «تحولی اساسی» است. تغییر «اطلاعات، نگرش و اولویت‌گذاری» در سطح جامعه و مسئولان از لوازم ضروری حرکت ما به سمت جامعه‌ای سالم‌تر، پویاتر و خوشبخت‌تر است. با این وجود، چنان‌که آمد، در ابتدای راهی بلندیم؛ چرا که ناگزیر هنوز گریزی از کوشش برای ورود این مطالبات به نخستین گام عملی نیست: کوشش برای ورود به شعارها! شعار یک فعال سیاسی-اجتماعی، یک سیاست‌مدار و یک حزب، شاخص و نمایی از «اطلاعات، نگرش و اولویت‌گذاری» اوست. نمایی که هرچند بی‌تردید متضمن مطلق رویکرد نهایی او نخواهد بود، پیش‌درآمدی ضروری برای تعیین مسیر است و بدون آن متضمن نسبی درپیش‌نگرفتن این آرمان‌ها.

اما در باب سه مقوله پیش‌گفته:

۱) اطلاعات

اکنون می‌دانیم که قریب به ۲۴ درصد ما ایرانیان نیاز به خدمات درمانی روانپزشکی داریم (آمار افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله) (۲)، و البته با نگاهی به پژوهش معتبری که چنین شیوعی را ارائه کرده، روشن است که این آمار مربوط به همه اختلالات روانپزشکی نیست و با لحاظ همه آنها به رقمی فراتر از این خواهیم رسید. بر پایه این مطالعه، اختلال افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است و در ایران بیش از شش میلیون نفر از این اختلال که البته تنها یکی از انواع متنوع اختلالات روانپزشکی است رنج می‌برند. با این حال، فقط حدود یک‌سوم این افراد از حداقل درمان بهره می‌گیرند و می‌توان انتظار داشت تنها اقلیتی از این یک‌سوم درمان را به درستی پیش‌برند و به بهبودی قابل توجه و درازمدتی دست یابند.

همچنین می‌دانیم که با وجود محدودیت‌های روش‌شناختی، به نظر می‌رسد فراوانی اختلال افسردگی در ایران از بسیاری از کشورها فراتر رفته (۲) و شیوع آن مانند برخی از دیگر کشورها رو به فزونی است (۲، ۳). در کنار «شیوع بالا»، باید ویژگی‌های دیگری از اختلالات روانپزشکی که دست‌کم نازل‌تر از اولی نیستند را نیز در نظر داشت؛ «ازمان اختلالات» و «جوان‌بودن در شروع بیماری».

طولانی بودن تبعات ابتلا به بسیاری از اختلالات این دسته، به استمرار اثر منفی بالابودن شیوع در طول زمان، ناتوانی درازمدت در افراد مبتلا، و افت کیفیت زندگی آنها و افراد خانواده‌شان می‌انجامد. به بیان دیگر، در کنار ضرورت آگاهی از «فراوان بودن» این اختلالات، برای تخمین درست «بار بیماری» - که شاخص مهمی است از اثرگذاری بیماری بر گرده فرد و اجتماع - شاخص‌های «ناتوانی» و «از دست رفتن کیفیت زندگی» ناشی از این ابتلای مزمن را نیز باید لحاظ نمود. از سوی دیگر، پایین بودن نسبی سن شروع این اختلالات، اثر مزمن بودن آنها را در افزایش بار بیماری تشدید و نیروی جوان و فعال جامعه را از صحنه تکاپوی اجتماع خارج می‌کند. بررسی جهانی بار بیماری‌ها نشان داده که «بیشترین سال‌های عمر توأم با ناتوانی» در میان همه بیماری‌ها در اختلالات عصب‌روانپزشکی و در میان آنها نیز در اختلالات روانپزشکی دیده می‌شود و بیشترین میزان این بار به گروه سنی ۱۰ تا ۲۹ سال تعلق دارد (۴، ۵).

آنچه گفته شد درباره «اختلالات» بود؛ اختلالاتی با تعریف مشخص پزشکی که درمانی مشخص برای هریک از آنها تعریف شده و پروتکلی روشن برای مدیریت آنها وجود دارد. اما مفهوم سلامت روان محدود به بیماری‌ها و اختلالات نیست. همان‌گونه که در نامه مطالبات انجمن علمی روانپزشکان ایران هم آمده، «گزارش جهانی خوشبختی» در سال ۲۰۱۷ نشان می‌دهد که ایران برای شاخص شادمانی و خوشبختی حائز رتبه ۱۰۸ در میان ۱۵۵ کشور جهان شده است. هرچند احساس خوشبختی تحت تأثیر ابتلا به بیماری‌هاست، معنایی گسترده‌تر دارد و از عوامل متنوعی که تنها در مقوله پزشکی و روانشناسی نمی‌گنجد تبعیت می‌کند؛ عواملی چون وضعیت اقتصادی، ثبات سیاسی، هویت جمعی و اجتماعی، ادراک عدالت، احساس عدم تبعیض، درک امنیت، اعتماد عمومی، امکانات رفاهی متناسب، استواری آینده شغلی، میزان آلودگی هوا، وضعیت ترافیک،...، و البته ادراک و برداشت عمومی از وضعیت واقعی این شاخص‌ها! بنابراین ارتقای سلامت روان افراد یک جامعه که در ارتباطی تنگاتنگ با توسعه همه‌جانبه جامعه است تنها به دست روانپزشکان، روانشناسان و جامعه‌شناسان حاصل نمی‌شود و البته به همه آنها محتاج است. به این ترتیب، ارزیابی تلاش متخصصان یاد شده و کارایی برنامه‌های مدون در راستای ارتقای سلامت روان و کاهش شیوع بیماری‌ها و اختلالات روانپزشکی، بدون رسیدگی و در نظر داشتن شاخص‌های واسط نام‌برده، کوششی کم‌بها خواهد بود.

۲) نگرش

نگاه متمرکز بر میزان مرگ‌ومیر و غافل از سطح ناتوانی و کیفیت زندگی مدتهاست از صحنه ارزیابی علمی وضعیت سلامت کنار رفته است. با این حال، این نگاه متروک کماکان به شکل گسترده‌ای در عمل - و کمتر در نظر - مشهود است و چنین نگرشی در نهایت مانع از توجه به نیازهای برآورده نشده مرتبط با ادراک خوشبختی می‌گردد. هرچند ابتلا به اختلالات روانپزشکی با «افزایش مرگ‌ومیر» از طریق خودکشی و یا با واسطه تسهیل ابتلا به بیماری‌های غیرروانپزشکی از قبیل بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است، «اثر ناتوان‌کننده» ابتلا به آنها در طول زندگی برجسته‌تر از کشندگی آنهاست.

نیاز به اصلاح نگرش به مقوله بهداشت روان تنها محدود به مدیران و برنامه‌ریزان کلان نیست. در هر یک از بخش‌های زیرمجموعه، فارغ از اثر مشکلات مالی ناشی از درآمدزا نبودن درمان اختلالات روانپزشکی، غیرضروری یا کم‌اولویت دیدن این مداخلات بهداشتی‌درمانی کماکان مانعی در اجرای منویات پیگیران ارتقای سلامت روان است. به جز آن، هنوز نیازمند آنیم که سایر پزشکان نیز احتیاج به خدمات روانپزشکی را احساس کنند و فراتر از حیطه درمانی مورد علاقه خود، با دیدی کل‌نگر به مدیریت مشکلات بیماران بپردازند. در حالی که شیوع اختلالات روانپزشکی و بار حاصل از آنها بر جامعه در صدر است، میزان درخواست مشاوره روانپزشکی از سوی سایر پزشکان نه‌تنها ناکافی که بسیار اندک می‌نماید. به بیان دیگر حتی

از سوی بسیاری از پزشکان غیرروانپزشک نیز موضوع ارجاع بیمار بیشتر محدود به موارد فوریت و بسیار آشکار است و نه متمرکز بر نظام بیماریابی و سرزند ناتوانی‌ها و کیفیت پایین زندگی.

۳) اولویت‌گذاری

در یک نظرسنجی از صاحب‌نظران حوزه سلامت روان در ایران، ده اولویت سلامت روان کشور به این شرح تعیین شد (۶): سه موضوع روانپزشکی (اعتیاد، افسردگی، خودکشی)، دو عامل تعیین‌کننده سلامت روان (خشونت خانگی و رفتارهای پرخاشگرانه، فشار روانی و بلایا)، سه موضوع در زمینه نظام ارائه خدمات (ادغام خدمات سلامت روان و اعتیاد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات بهداشت روان شهری، خدمات فوریتی روانپزشکی)، و دو گروه هدف ویژه (کودکان و نوجوانان، زنان آسیب‌پذیر). بر این اساس، هرچند درمان اختلالات در افراد مراجعه‌کننده یا ارجاع‌شده به نظام خدمات درمانی، به ویژه در موارد فوریتی، از جایگاهی بسیار مهم برخوردار است، توجه به افراد ظاهراً غیربیمار ولی ناکارآمد، آسیب‌پذیر، تحت فشار، و نیازمند خدمات اولیه در سطح اجتماع بسیار ضروری و ایجاد نگرش جامعه‌نگر برای خدمات پیشگیرانه اولویتی تام است.

با این همه، بایستگی توجه به بهداشت روان آحاد جامعه و تلاش برای ارائه خدمت به آسیب‌پذیران غیربیمار، نباید به برداشتی سطحی در جهت کفایت ارائه خدمات سطح پایین و عدم نیاز به ارزیابی تشخیصی در سطح جامعه بینجامد. برای توضیح این موضوع، بازگشتی به شیوع پیش‌گفته اختلالات روانپزشکی می‌کنیم. اختلالات روانپزشکی و نیاز به درمان در ۲۴ درصد مردم ایران گزارش شده ولی در پژوهش منتهی به این آمار، بخش قابل‌توجهی از این اختلالات ارزیابی نشده است؛ از جمله اختلالات شخصیت که خود فراوانی قابل ملاحظه‌ای دارد و در ایجاد آشفتگی رفتاری و مختل کردن روابط میان افراد سهمی درخور به خود اختصاص می‌دهد. بسیاری از افراد نیز دچار ویژگی‌های شخصیتی ناکارآمد یا مخرب‌اند که ممکن است در آن سطحی که در طبقه‌بندی رسمی به عنوان یک اختلال یا بیماری تلقی شود نباشد. با این حال، همه این موارد در اجتماع می‌توانند از سطح سلامت روان بکهند و بر میزان تنش‌های موجود بیفزایند. این نکته هم شایسته عنایتی ویژه است که شیوع ۲۴ درصدی (و بیشتر) مذکور، در میان «جمعیت عمومی» ایران به دست آمده و اگر این سنجش در میان خانواده‌ها یا افراد دچار روابط آشفته که «به زعم خود» دچار اختلال نیستند و صرفاً برای مشاوره مراجعه کرده‌اند و نیازی به درمان ندارند صورت گیرد، شیوعی به مراتب بالاتر گزارش خواهد شد. پس باید دانست که مواردی چون آشفتگی در روابط میان افراد خانواده، تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی و بسیاری از نمونه‌های دیگر که به ظاهر افرادی سالم‌اند و در یک بررسی سطحی بیمار به حساب نیامده‌اند، آنها هم چه بسا دچار اختلال روانپزشکی مغفولی‌اند و نیاز به ارزیابی همه‌جانبه و تشخیصی پیش از ارائه رهنمود برای رفع معضلات دارند.

امید است نشر و پیگیری مطالبات سلامت روان به باروری شعارها، شکل‌گیری نگرشی کارآمد، و استقرار گفتمانی پویا در سطح جامعه و مسئولان بینجامد و رؤیت شاخص‌های سلامت روان در میان اولویت‌های نخست برنامه‌ریزی محقق گردد.

منابع

۱- حاجی، ا. نگاهی به برنامه‌های دولت در حوزه سلامت روان. خبرنامه انجمن علمی روانپزشکان ایران. ۱۳۹۶؛(۱):۲۱-۲۰.

2- Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015;18(2):76-84.

3- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Hafezi M. Trends in change of mental health status in the population of Tehran between 1998 and 2007. Arch Iran Med. 2012;15(4):201-4.

4- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382(9904):1575-86.

5- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, et al. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS One. 2015;10(2):e0116820.

۶- رحیمی‌موقر آ، و همکاران. تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۳؛۲۰(۳):۱۸۹-۲۰۰.

سهم ما در سلامت روان مردم

۱۳/۸/۱۳۹۷؛ روزنامه ایران

در این یادداشت برای نشان دادن تصویری از وضعیت کنونی سلامت روان عمومی و یادآوری عوامل قابل اصلاح آن، نخست به مفهوم روزآمد سلامت روان اشاره می‌شود، سپس مروری بر وضعیت کنونی سلامت روان مردم و نیاز آنها به خدمات ارائه می‌گردد و در نهایت، برخی از عوامل دخیل در تعیین سطح سلامت روان مردم که خارج از کنترل درمانگران است و در ورای حیطه ارتباط درمانگران با نیازمندان خدمات عمل می‌کند معرفی می‌شود.

مفهوم «سلامت» مدتهاست که فراتر از وجود بیماری یا ناتوانی تعریف می‌شود و شاخص «رفاه» را نیز در بر می‌گیرد؛ رفاه جسمی، روانی و اجتماعی. در این راستا، مفهوم «سلامت روان» نیز تنها برای ارزیابی افراد بیمار در نظر گرفته نمی‌شود و باید اشاره کرد که افراد بدون اختلال ذهنی یا روان‌پزشکی نیز می‌توانند دارای سطح سلامت روان کم یا زیاد باشند و به این ترتیب سطح این نوع از سلامت در فردی که سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید داشته ممکن است اکنون بهتر از فردی باشد که تا کنون اختلال روان‌پزشکی عمده‌ای را تجربه نکرده است. بنابراین در دنیای امروز فراتر از بیمار بودن یا نبودن، برای ارزیابی میزان سلامت افراد جامعه از شاخص‌های دیگری نیز بهره گرفته می‌شود و بسیاری از جنبه‌های زندگی انسانی می‌تواند مورد هدف و برنامه‌ریزی برای مداخله فعالان و مسئولان باشد. در میان این شاخص‌ها و جنبه‌ها می‌توان از مواردی چون کیفیت زندگی، امنیت شغلی، طبقه اقتصادی، جایگاه اجتماعی، فاصله طبقاتی، احساس عدالت، احساس آزادی انتخاب، امید به آینده، اعتماد عمومی، پیش‌بینی‌پذیری رویدادهای جامعه و پیوستگی اجتماعی نام برد.

البته بدون در نظر داشتن مفهوم کلی سلامت روان و رفاه روانی، تنها با نگاهی به سهم «بیماری‌های روان‌پزشکی» نیز به ارقام قابل‌توجهی می‌رسیم که پس از لحاظ کردن ویژگی‌های بعضاً منحصربه‌فرد این گروه از بیماری‌ها و شرایط اجتماعی-اقتصادی فعلی کشور، وضعیت کنونی و آینده را نگران‌کننده نشان می‌دهد. برخی از این ویژگی‌های «بعضاً منحصربه‌فرد» عبارت‌اند از سن شروع نسبتاً پایین بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی، درگیر کردن نسبت قابل‌توجهی از نیروی فعال جامعه، طولانی بودن سیر اختلالات و ماهیت عودکننده، وجود انگ ابتلا به اختلال روان‌پزشکی برای فرد و خانواده او و در نتیجه پرهیز از مراجعه برای درمان، فاصله گرفتن برخی از افراد جامعه از تعامل با مبتلایان، محروم کردن افراد مبتلا از اشتغال از سوی مردم و نیز سازمان‌های دولتی و غیردولتی، مبتلا بودن بسیاری از افراد طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین و ناتوان از پیگیری درمان، و عدم حمایت کافی اجتماعی، دولتی و بیمه‌ای از نیازمندان خدمات.

می‌دانیم که دست کم یک چهارم جمعیت بزرگسال کشور دچار حداقل یکی از اختلالات روان‌پزشکی نیازمند درمان است و این شیوع بالای بیماری موضوعی جدا از مسئله رفاه روانی است که پیش از این بیان شد. همچنین می‌دانیم که اقلیتی از مبتلایان از خدمات درمانی کافی برخوردار می‌شوند و اقلیتی بسیار کمتر درمان مناسب را پی می‌گیرند.

اگر ایران را به‌عنوان یکی از اعضای کشورهای حوزه مدیترانه شرقی (EMR) که سازمان جهانی بهداشت وضعیت آنها را در قالب یک گروه پیگیری و گزارش می‌کند در نظر بگیریم، باید یادآوری کرد که در این کشورها در دو دهه اخیر شاخص «امید به زندگی» افزایش و «مرگ‌ومیر کودکان» کاهش یافته است. بر این مبنا با افزایش سن افراد این جوامع انتظار می‌رود که بار (Burden) بیماری‌های مزمن و از جمله بیماری‌های روان‌پزشکی افزایش یابد. اکنون می‌دانیم که در کشورهای این منطقه، بعد از بیماری‌های عضلانی-اسکلتی، اختلالات روان‌پزشکی عامل بیشترین سال‌های توأم با ناتوانی در مردم است و در این میان اختلالات افسردگی و سپس اختلالات اضطرابی بیشترین سهم را دارند و زنان نسبت به مردان سال‌های بیشتری از عمر خود را در ناتوانی ناشی از بیماری‌های روان‌پزشکی سپری می‌کنند.

بیشترین بار بیماری‌های روان‌پزشکی در کوتاه کردن عمر و تحمیل کردن سال‌های ناتوانی در گروه سنی ۲۵ تا ۴۹ سال و به‌ویژه با اوج در سنین ۳۵ تا ۳۹ سال وجود دارد. روشن است که درگیر شدن نسبت بالای افراد این گروه سنی لطمه سنگینی بر کیفیت زندگی و روابط در خانواده‌ها وارد می‌کند و تبعات اقتصادی برجسته‌ای با توجه به طولانی بودن ابتلای افراد در پی دارد.

فارغ از سطح چشمگیر ابتلا به این اختلالات و نیز بار زیاد وارده از آنها بر جامعه، یافته دیگری به دست آمده که موضوع را برجسته‌تر می‌کند و آن روند رو به رشد آن است. در مجموع، بار بیماری‌های روان‌پزشکی در کشورهای منطقه ما از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ حدود ده درصد افزایش داشته است؛ به بیان دیگر رقم سال‌های ازدست‌رفته زندگی سالم مردم به دلیل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی (شاخص DALY) در این فاصله ده درصد بیشتر شده است. همچنین به‌طور ویژه در مورد ایران می‌دانیم که شیوع اختلالی چون افسردگی که بیشترین بار بیماری‌های این گروه را به خود اختصاص داده، در سال‌های اخیر رو به فزونی بوده است. در میان کشورهای این منطقه، مصر تنها کشوری بوده که میانگین بار بیماری‌های روان‌پزشکی در آن از میانگین جهانی پایین‌تر بوده و به عبارتی ایران و سایر کشورهای حوزه مدیترانه شرقی وضعیتی بدتر از میانگین جهانی داشته‌اند.

این بررسی نشانه داده که تنها دو درصد بودجه سلامت کشورهای منطقه به سلامت روان اختصاص داده شده و تفاوت میان این کشورها با یکدیگر چشمگیر نبوده است، در حالی که این میزان به‌طور هم‌زمان در ایالات متحده بیش از شش درصد بوده است. همچنین حدود نیمی از این بودجه در کشورهای منطقه به بیمارستان‌های روان‌پزشکی اختصاص داده می‌شود که با توجه به نسبت کلی بخش سلامت روان از بودجه، به معنای سهم ناکافی تخصیص داده شده به حوزه خارج از بیمارستان اقدامات مداخله‌ای سلامت روان است؛ حوزه‌ای که در واقع باید تمرکز محوری و بخش غالب اقدامات پیشگیرانه و درمانی باشد. در کشور ما در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای بردن خدمات سلامت روان به میان مردم در قالب طرح‌های «روان‌پزشکی جامعه‌نگر» شده که باید به تلاش‌های شخصی فعالان آن دست‌مریزاد گفت؛ ولی این طرح‌ها تنها پاسخگوی بخشی بسیار اندک از نیازهای حجیم جامعه است و شکلی نظام‌مند و توانی کافی برای ارائه خدمات غربالگری و پیشگیرانه به بیشتر جمعیت موجود حتی در شهرهای بزرگ کشور ندارد.

به‌جز موضوع غربال و پیشگیری، نظام ارائه خدمات «درمانی» روان‌پزشکی نیز از یک ناکارآمدی سیستمی رنج می‌برد. امسال پیش‌بینی می‌شود که با در نظر گرفتن فارغ‌التحصیلان جدید رشته روان‌پزشکی، کمی بیش از دو روان‌پزشک فعال به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت در کشور وجود داشته باشد. این نسبت در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته که اغلب دارای بیش از ده روان‌پزشک به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت خود هستند به مراتب کمتر، اما در مقایسه با بیشتر کشورهای جهان بیشتر است و در منطقه مدیترانه شرقی می‌تواند نسبتی قابل‌قبول تلقی شود. بدیهی است که این «قابل‌قبول بودن» بر مبنای بودجه و امکانات موجود است و نه بر پایه نیازهای واقعی. با این حال در اینجا با مشکلات دیگری مواجهیم که در بهره‌گیری از همین تعداد «ناکافی قابل‌قبول» روان‌پزشک نیز ناتوانیم. گذشته از موضوع انگ این بیماری‌ها که مانعی غیرقابل کتمان در استفاده از خدمات است، توزیع بسیار ناکارآمد نیروهای متخصص روان‌پزشکی (و البته سایر متخصصان) در سطح کشور اثربخشی نسبت «ناکافی قابل‌قبول» مذکور را بسیار مخدوش کرده است. اکنون حدود نیمی از متخصصان کشور در تهران فعالیت می‌کنند و نسبت قابل‌توجهی از متخصصان هر استان نیز در مرکز آن استان. با این همه، روان‌پزشکانی که به‌عنوان دوره طرح به خدمت‌رسانی در مناطق محروم و زیر نظر دولت اشتغال دارند گاه مورد استقبال مسئولان درمان در این مناطق قرار نمی‌گیرند. به نظر می‌رسد دلایلی از جمله جدی گرفته نشدن رشته روان‌پزشکی در میان سایر شاخه‌های پزشکی از سوی مسئولان مراکز و نیز درآمدزایی اندک آن برای مراکز درمانی که به‌ویژه در تنگنای اقتصادی کنونی و دشواری‌های جدی اجرای طرح تحول سلامت برجسته‌تر شده، در این عدم استقبال دخالت داشته باشد. بر این مبنای بدون توجه به آشفتگی‌های زیرساختی کنونی، افزودن بر تعداد روان‌پزشکان مشکلی از نظام سلامت روان حل نمی‌کند.

در مجموع می‌توان گفت شیوع اختلالات روان‌پزشکی بالاست، بار تحمیلی حاصل از آنها بر جامعه (سال‌های ازدست‌رفته زندگی مردم) سنگین و در رتبه بالایی در میان همه بیماری‌هاست، روند تغییر شیوع و بار بیماری‌ها افزایشی است، بودجه تخصیص داده شده حتی نسبت به سایر بخش‌های سلامت اندک است و نظام توزیع منابع سلامت روان در سطح کشور ناکارآمد و میزان دسترسی مردم به آن بسیار ناکافی است. با در نظر داشتن این تصویر، در بخش انتهایی مطلب به برخی از عوامل «خارج از کنترل درمانگران» که در واقع باید برای کاهش شیوع اختلالات روان‌پزشکی، بهبود میزان سلامت روان و افزایش سطح خشنودی مردم مورد نظر مسئولان و سیاست‌گذاران کلان باشد اشاره می‌شود تا پیچیدگی موضوع بیش از پیش آشکار شود.

اغلب به شکلی کلاسیک بر ویژگی‌های فردی انسان‌ها در ابتلای آنها به اختلالات روان‌پزشکی تأکید و راهکارهایی متناسب برای بهبودی یا پیشگیری در سطح فردی ارائه می‌شده است. جدا از این شاخص‌ها و ویژگی‌ها که در غالب پژوهش‌ها مورد نظر بوده، سازمان جهانی بهداشت بر نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و محیطی در تکوین وضعیت سلامت روان و بروز اختلالات ذهنی تأکید دارد. پژوهشگرانی به ارزیابی عواملی فراتر از سطح فرد و محیط بلافاصله او پرداختند و به‌عنوان نمونه یوری برونفن‌برنر در نظریه سامانه‌های بوم‌شناختی خود از پنج سامانه محیطی نام برد که یکی از آنها با عنوان ماکروسystem می‌تواند مورد اشاره این متن باشد. در این حیطه عواملی چون فرهنگ، باورها، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و حاکمیت مطرح می‌شوند و تکوین بخشی از کلیت سلامت و رفاه روانی و خشنودی مردم به کارکرد این عوامل مرتبط است. در پایان به دو نمونه از این عوامل اشاره می‌شود:

۱- می‌دانیم که وضعیت معیشتی و درآمد مردم با خشنودی و رضایت آنها در ارتباط مستقیم است. بی‌بهرگی اجتماعی-اقتصادی که در شاخص‌هایی چون بیکاری و تحصیلات پایین خودنمایی می‌کند با سطح پایین سلامت روان همراهی دارد. اما نکته جالب این است که در واقع آنچه از میزان درآمد افراد مهم‌تر است، «ارزیابی» آنها از میزان درآمد خود و جایگاه یا «رتبه» خود در قیاس با سایرین است. در این قیاس، عمدتاً مقایسه با سطح بالاتر اجتماعی-اقتصادی صورت می‌گیرد و نه

سطح پایین‌تر و در پس آن احساس «محرومیت» شکل می‌گیرد؛ بنابراین «نابرابری درآمد» (income inequality) مهم‌تر از میزان مطلق درآمد است. به یک تعریف، «نابرابری درآمد» به‌عنوان نسبت سهم درآمد ۲۰ درصد غنی‌تر جامعه به سهم درآمد ۲۰ درصد فقیرتر جامعه در نظر گرفته شده است. مطالعات نشان داده که نابرابری درآمد با ناخوشی فیزیکی، مرگ‌ومیر و برخی پیامدهای روانی-اجتماعی چون خشونت در ارتباط است و از سوی دیگر در یک اثر عمومی به کاهش «پیوستگی اجتماع» (social cohesion) می‌انجامد. شاخص نابرابری درآمد در ارتباط خطی با نرخ اختلالات روان‌پزشکی بوده و برخلاف بیماری‌های فیزیکی و مرگ‌ومیر، هرچه کشور ثروتمندتر باشد، نابرابری درآمد با شیوع بیشتری از اختلالات ذهنی همراهی دارد.

۲- وجود عدالت در جنبه‌های گوناگون و از جمله جنبه اجتماعی، احساس پیش‌بینی‌پذیری، کنترل و امنیت به دنبال دارد و باز هم مهم‌تر از گسترش عدالت، «ادراک عدالت» از سوی عموم مردم است. بررسی‌ها نشان داده که «عدالت ادراک‌شده» (perceived justice) دارای اثر حفاظتی در برابر رنجش روانی است. همچنین اگر عدالت را به انواع «رویه‌ای» (به معنای وجود و اجرای یکسان قوانین و فرایندهای عادلانه) و «توزیعی» (به معنای توزیع عادلانه منابع) تقسیم کنیم، بر پایه پژوهش، باور به وجود عدالت رویه‌ای (و نه عدالت توزیعی) مستقیماً با کاهش ادراک استرس و به‌طور غیرمستقیم با رفتارهای انطباقی سلامت و شکایات کمتر جسمانی همراه بوده است.

پس همان‌گونه که در بالا هم بیان شد، این «ادراک» و «باور» مردم نسبت به جایگاه و رتبه اجتماعی-اقتصادی خود و نیز «ادراک» و «باور» آنها نسبت به وجود عدالت و برابری فرصت‌هاست که می‌تواند تعیین‌کننده سلامت، خشنودی و رضایت آنها باشد و نه اعلام رسمی وضعیت به کمک آمار و اظهارنظر. به این ترتیب جدا از تلاش برای ارتقای وضعیت اقتصادی، کاهش نابرابری و گسترش عدالت، اقناع عموم مردم برای تغییر ادراک و باور یادشده یا دست‌کم تلاش برای افزایش اعتماد عمومی و مهار از دست رفتن سرمایه اجتماعی راهکارهای ویژه خود را می‌طلبد.

سلامت روان: ندایی برای تغییر نگرش

۱۳۹۳/۱۰/۲۳؛ برگرفته از روزنامه شهروند



اثری از واسیلی کاندینسکی

واژه «روان» در این یادداشت متفاوت از «روح» است. در اینجا سخن از کارکردی از مغز است که قابل اندازه‌گیری، فرضیه‌سازی و پژوهش تجربی است. روان بخشی از موجودیت بشر است که ماحصل فعالیت مغز اوست و البته تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، بیولوژی سایر بخش‌های بدن، و عوامل محیطی از قبیل استرس‌های ریز و درشت و سایر رویدادهای پیرامون است. از کارکردهای «روان» یک فرد می‌توان به احساسات، باورها، نگرش‌ها، تفکر و رفتار او اشاره کرد. به این معنا، همان‌گونه که کبد، کلیه‌ها، ریه‌ها و سایر ارگان‌های بدن کارکردی دارند، بخشی از کارکرد

مغز به حوزه روان مرتبط است و بنابراین «روان» بخشی از جسم است و تقسیم حوزه کارکرد انسان به «جسمی» و «روانی»، یک طبقه‌بندی تصنعی و عرفی و برای سهولت در گفتگو به حساب می‌آید. روانپزشک نیز پزشک متخصص در امر روان است و روان را در ارتباط با سایر حوزه‌های جسم بیمار می‌آزماید. او روان را موضوعی ماورایی نمی‌بیند و غیرجسمانی نمی‌داند. همین غیرجسمانی دانستن «روان» از جانب گروهی از مردم، سهمی به سزا در انکار مشکلات یا علایم روانی دارد و اغلب افراد از برچسب مشکل روانی بر خود یا نزدیکانشان هراسان می‌شوند و با چنین برچسبی خود را «متفاوت» از مردم می‌یابند.

مشکل دیگر واژه «روان»، مرسوم بودن اطلاق آن بر شدیدترین بیماری‌های آن است؛ به طوری که اولین ذهنیت از بیماری روان، فردی است ژنده‌پوش و آلوده که در گوشه‌ای از خیابان به کاری عبث مشغول است و با خود سخن می‌گوید. با این حال، گستره بیماری‌های روان فراخ است. اضطراب امتحان، کم‌خوابی مزمن، پرخوری، تردید مکرر در تعداد رکعت‌های به جا آورده نماز، وابستگی به سیگار، خشمگینی مکرر، بی‌اختیاری ادرار و اختلالات جنسی نمونه‌هایی از اختلالاتی است که توسط روانپزشک مورد بررسی و درمان قرار می‌گیرد. در واقع، بیماری روانی یک فرد ممکن است از دید همه یا بسیاری از افرادی که با او سروکار دارند پنهان باشد یا شدت آن در یک رویارویی عادی اجتماعی قابل تشخیص نباشد. به هر حال همه این موارد، بیماری یا اختلال تلقی می‌شود و نیازمند درمان است. با این وجود، مفهوم سلامت روان فراتر از اینهاست.

امروزه مفهوم سلامت محدود به نداشتن بیماری و معلولیت نیست و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی را معادل سلامت بودن می‌دانند. به همین مفهوم، داشتن سلامت روان تنها با نداشتن بیماری روان به دست نمی‌آید و بشر به دنبال چیزی ورای آن است؛ به دنبال کیفیت بالای زندگی و رسیدن به حس خوشبختی. به این ترتیب، هنگام اشاره به سلامت روان، لزوماً بیماری‌های شدید یا خفیف روانپزشکی را مد نظر نداریم، بلکه ممکن است مراد مفاهیمی چون نامطلوب بودن رضایتمندی شغلی، ناخشنودی اجتماعی، افت سطح کیفی زندگی، و بالا بودن تنش‌های محیطی باشد؛ عواملی که ضرورتاً معادل وجود یک بیماری نیستند، بلکه حس خوشبختی را زایل می‌کنند و بشر را از مدینه فاضله خود می‌رانند.

همانگونه که بیان شد، عوامل مذکور نشانه بیماری نیستند اما به دو شکل زیان خود را در زمینه مورد بحث آشکار می‌کنند. از یک سو، کیفیت زندگی را تنزل می‌دهند و ناآسودگی مستمری را دامن می‌زنند. از سوی دیگر عامل خطری برای ابتلای فرد به بیماری روان هستند و احتمال بیمار شدن را می‌افزایند. بنابراین، کاستن از این عوامل خطر به بهبود سطح سلامت روان آحاد جامعه می‌انجامد و در مقوله «پیشگیری از بروز بیماری‌ها» نیز اهمیت می‌یابد.

اصولاً موضوع بهداشت با مقوله پیشگیری گره خورده و آن را در سه سطح می‌بینند؛ (۱) جلوگیری از بروز بیماری، (۲) درمان بیماری و جلوگیری از تبعات آن، و (۳) کاهش ناتوانی‌های حاصل از بیماری و جلوگیری از افت بیشتر کارکرد فرد (بازتوانی یا توانبخشی). شماره ۱ همان است که پیشگیری اولیه نامیده می‌شود و در واقع مداخله برای ارتقای سطح سلامت روان در جهت جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری‌های روان است. از آنجا که عوامل بسیاری در این سطح عمل می‌کند و کنترل همه آنها دشوار و در مواردی غیرممکن است، پیشگیری اولیه مسیری بس ناهموار و نیازمند تلاش مستمر خبرگان هر کشور است. مسائل اقتصادی، دشواری اشتغال، بحران‌های اجتماعی، تبعیض میان گروه‌ها، مرسوم شدن بی‌اخلاقی‌ها، سوءتغذیه، پایین بودن سطح آگاهی یا سواد، ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی، سست بودن تعلقات اجتماعی- خانوادگی، و پیش‌بینی‌ناپذیر بودن آینده، همگی بر سطح سلامت روان افراد اجتماع و در نتیجه آسیب‌پذیری آنها به ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی مؤثر است. در این مسیر، در پیش گرفتن گام‌هایی این چنین لازم است: برطرف کردن نیازمندی‌های اقتصادی؛ رسیدگی به وضعیت معیشتی، تحصیلی و اشتغال قشر محروم جامعه و افزایش توان آنها در حل مشکلات فردی، خانوادگی و گروهی؛ برقراری آرامش و امنیت در اجتماع؛ ارتقای سیستم غربالگری افراد در معرض خطر؛ تقویت حمایت‌های اجتماعی چون بیمه همگانی؛ دسترسی عادلانه به خدمات پیشگیری روانپزشکی و اجتماعی؛ افزایش آگاهی‌های عمومی؛ آگاه شدن از

حقوق فردی و اجتماعی؛ آموزش مهارت‌های زندگی؛ آموزش شیوه‌های فرزندپروری؛ آموزش مهارت اداره‌کردن تنش‌ها؛ بهبود روابط درون خانواده‌ها؛ برقراری مودت و کاستن از کینه‌ورزی‌ها میان گروه‌های اجتماعی؛ رفع تبعیض‌های اقتصادی، اجتماعی و تحصیلی؛ افزایش قابلیت پیش‌بینی وضعیت اقتصادی، اشتغال و تحصیل؛ ارتقای گرایش‌های اخلاقی در عملکردهای قابل سنجش؛ ارتقای امید و شور اجتماعی؛ ایجاد حس اثربخش بودن و مشارکت داشتن در اجتماع و برنامه‌های آن؛ بی‌نیازکردن مردم از کار مفراط و طاقت‌فرسا؛ رفع تنش‌های قابل پیشگیری روزمره مردم از قبیل مشکلات ترافیک؛ ایجاد شرایط مناسب برای پرکردن اوقات فراغت؛...

این فهرست طولانی و اجرای آن دشوار و البته ممکن است. رسیدگی به این امور در سطح اول پیشگیری واقع است و به کاهش بروز بیماری‌ها یاری می‌رساند. با وجود صعوبت دستیابی به این شاخص‌ها، نه تنها کارایی بیشتری نسبت به درمان بیماری‌ها دارند، برخلاف انتظار در مجموع هزینه کمتری هم بر دوش دولت‌ها می‌گذارند. با این حال حتی در صورت فعلیت حل همه معضلات فوق و اجرای فهرست مطول مذکور، رفع همه عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های روان غیرممکن است و هنوز بروز بیماری و نیاز به درمان باقی خواهد بود؛ چرا که اولاً همه عوامل خطر هنوز شناسایی نشده‌اند و در ثانی، عواملی چون ژنتیک و استعداد بیولوژیک هر فرد هنوز در کنترل قرار ندارد. به هر صورت، سطح دوم پیشگیری که شامل شناسایی موارد بیمار و درمان آنهاست از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. ارتقای سیستم غربالگری شناسایی نیازمندان درمان و شاید مهم‌تر از آن، آگاه کردن عموم مردم از این بیماری‌ها و فهرست بلند مشکلات قابل درمان روانپزشکی و نیز کاستن از انگ درخواست کمک از سیستم بهداشت روان از آن جمله است. درمان بیماری‌های روان جدا از برطرف کردن علایم مشخص بیماری، آشکارا به بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده او کمک می‌کند؛ شانس اشتغال را افزایش می‌دهد، هزینه‌های خانواده را کم و درآمد آن را زیاد می‌کند، روابط میان اعضای خانواده را بهبود می‌بخشد و از فراوانی جدایی‌ها می‌کاهد. به این ترتیب آغاز هرچه زودتر روند درمان، نخست از وخامت مشکل کم می‌کند و در نهایت می‌تواند به بازسازی حس از دست رفته خوشبختی بینجامد.

در همین سطح، جدا از گام‌هایی که در جهت ارتقای سیستم شناسایی و درمان بیماران به ضرورت باید برداشت، تغییر نگرش چه در سطح مردم و چه در میان مسئولان و متخصصان امری ضروری است. ابتدا مردم؛ با وجود پیشرفت‌های حاصله، هنوز راه درازی است تا گسترش دانش عمومی سلامت روان و پس از آن به عمل رسیدن این دانش در همه اقشار جامعه. تأسف‌بارتر آن است که این جریان‌سازی در میان لایه‌های نیازمندتر و محروم‌تر با کندی بیشتری پیش می‌رود و همان‌ها که باید در اولویت باشند مهجورترند. راه درازی است تا رسیدن به جایی که مراجعه به روانپزشک به تأخیر نیفتد و علاج پس از واقعه نباشد، جایی که مردم داروهای تجویز شده را اعتیادآور ندانند و رسانه‌ها درمان را با کنایه «قرص‌درمانی» نخوانند. جایی که افراد تحت سوء رفتار در خانواده بتوانند به شکلی از حقوق خود دفاع کنند، کودکی کارگر بتواند حق آسایش و تحصیل خود را پیگیری کند، ...

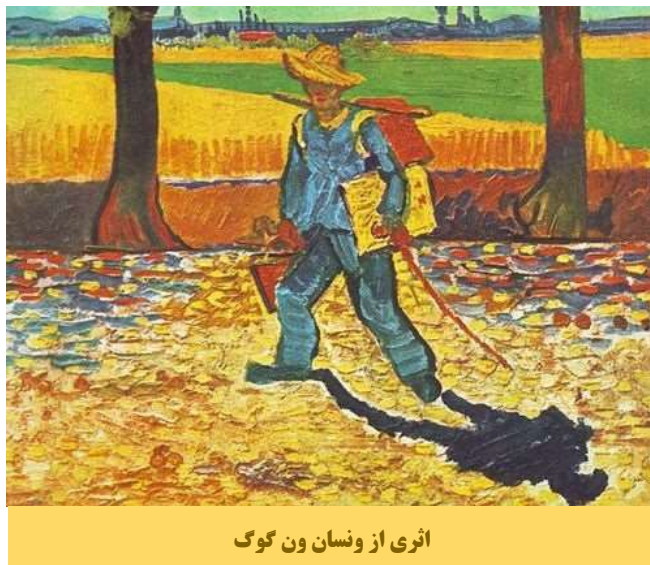
نگرشی که تنها رسیدگی به میزان مرگ و میر و نه کارایی آحاد مردم را در اولویت بداند محکوم به شکست است. تعریف داروهای در اولویت نباید بر پایه «حیاتی بودن» که به معنای ضروری برای ادامه زنده بودن است لحاظ شود و بیمه‌ها باید پوشش کافی برای انواع درمان‌های بیماری‌های روان قائل شوند. شاید بتوان گفت تغییر نگرش در جهت گسترش خدمات سطح دوم بهداشت روان (درمان) پیش‌نیاز ایجاد نگرش برای ورود جدی به بسیاری از حوزه‌های پیشگیری اولیه است. به بیان دیگر، هنگامی که آنچه دیدنی و ملموس است (بیماران کنونی) نادیده گرفته می‌شود، چگونه نادیدنی‌ها (بیماران آینده) به حساب آیند. البته بیماری‌های روانپزشکی هم مرگ و میر قابل توجهی دارند که در این میان خودکشی با فراوانی چشمگیرش جلب توجه می‌کند و مواردی از قبیل افسردگی و اضطراب از راه‌هایی چون تنزل سلامتی قلبی-عروقی از عمر فرد می‌کاهند.

اصلاح نگرش حتی در میان پزشکان نیز لازم است. هنوز فراوانی ارجاع بیماران برای مشاوره روانپزشکی از جانب سایر پزشکان ناکافی است. می‌دانیم که شیوع بیماری‌های روانپزشکی در جامعه قابل توجه است، اما این آمار هنگامی چشمگیرتر می‌شود که در میان جمعیت مبتلا به بیماری‌های غیرروانپزشکی ارزیابی شود. به این معنا، احتمال آن که فرد مراجع به یک درمانگاه غیرروانپزشکی یا بستری در یک بخش غیرروانپزشکی، دچار یک بیماری مرتبط با روان باشد به مراتب بیش از شیوع بیماری‌های روان در کل جامعه است. به این ترتیب یک از مکان‌های بسیار مناسب برای غربال افراد نیازمند خدمات بهداشت روان، مطب، درمانگاه و بیمارستان است؛ همان‌جایی که اجرای این دستورالعمل محتاج تغییر نگرش و عملکرد مسئولان آن است.

و سطح سوم پیشگیری که در ارتباط با کاهش تبعات بیماری و حفظ یا ارتقای کارکرد بیمار است. مراکز توانبخشی در این سطح عمل می‌کنند و گسترش آنها در کنار پوشش حمایتی برای ایجاد قابلیت استفاده اهمیت بسیاری دارد. نمونه مشخصی از این نیاز کم‌اجابت‌شده را در جمعیت جانبازان اعصاب و روان می‌بینیم؛ جایی که بدون این خدمات در دوری از ازکارافتادگی بیشتر و بیشتر می‌افتند. و البته این نیاز تنها محدود به این جمعیت خاص نیست. رسیدگی به موضوع سلامت روان افراد جامعه، رسیدگی به تمامیت زندگی آنهاست. نزدیک شدن به اهداف سلامت روان پیش‌نیازهایی دارد که از اهم آنها اصلاح نگرش است؛ در مردم، متخصصان و مسئولان.

قلمرو اثرگذاری روان

۱۳۹۴/۱/۲۹؛ برگرفته از روزنامه شهروند



اثری از ونسان ون گوگ

در جراید و رسانه‌ها در باب انواع بیماری‌ها و اختلالات روان و نیز در زمینه لزوم پیشگیری از آنها و چگونگی اجرای آن سخن بسیار رفته است. همچنین با توجه به شیوع زیاد این بیماری‌ها و اثر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد مبتلا و خانواده او، به کرات در مورد لزوم شناسایی و درمان حتی موارد به ظاهر خفیف آنها هشدار داده شده است. با این همه، در نوشتار پیش رو نگاهی گسترده‌تر به موضوع «روان» مطرح می‌شود و تلاش می‌گردد تا قلمرو اثرگذاری آن با بیان نمونه‌هایی روشن‌تر شود.

عملکرد روزمره ما تحت هدایت و نظارت مستمر و ماحصل فعالیت‌های مغزی است و عملکرد روان ما که خود بخشی از کارکرد مغز است سهم عمده‌ای در این

هدایت و نظارت دارد. البته بدیهی است که رویدادهای محیطی خوشایند و ناخوشایند و عوامل اجتماعی بر فعالیت مغز انسان اثرگذارند و برونداد آن را به شکل چشمگیری تغییر می‌دهند. اما کارکرد و قلمرو روان در این جایگاه مافوق و تعیین‌کننده چیست؟

برخی از کارکردهای روان شامل تعیین روحیه و انگیزه است. اینها از عواملی است که در هر لحظه تعیین کننده توان فرد در اجرای وظایف، برنامه‌ریزی، رسیدگی به امور روزمره و در نهایت برداشت او از سطح و کیفیت زندگی و حتی دیدگاه‌های او در نگاه به جهان هستی است. از کارکردهای دیگر روان می‌توان به تعیین سطح خودباروی و اعتماد به نفس اشاره کرد. افرادی که توان خود را در سطحی بالا ارزیابی می‌کنند، برنامه‌ای جدی برای پیشرفت دارند و به تناسب، تلاش خود را در این جهت متمرکز می‌کنند، در واقع از کارکرد مناسب روان خود سود برده‌اند. در این بخش، نقش برجسته برخی از برداشت‌ها و باورهای فرد در تعیین مسیر زندگی او عیان می‌شود و به همین ترتیب می‌توان در مورد نقش سایر برداشت‌ها و باورها در جزئی‌ترین امور زندگی اندیشید. هرچند در برخی از بیماری‌های روانی شیوه اندیشیدن دستخوش آشفتگی جدی است، در بسیاری از افراد جامعه بدون وجود چنین اختلالی، نگرش‌هایی کلیشه‌ای و برداشت‌هایی مبتنی بر خطاهای منطقی یا بدون لحاظ شواهد آشکار متناقض، بر تفکر و رفتار روزمره آنها سایه دارد و تعیین کننده نگاه و عملکرد آنها در زندگی است. به طور نمونه، برخی از والدین هرگونه سرپیچی کودک خود را غیرقابل اغماض می‌دانند و ابراز واکنشی تند در قبال آن را رفتار یک والد وظیفه‌شناس می‌شمارند؛ یا برخی از افراد، پذیرش پی در پی خواسته همسر را نشان از سادگی، کاهلی و حقارت خود می‌پندارند و واکنش خود در این تعامل را نه بر پایه مستندات و حقایق، که بر اساس باورهای ثابت فردی یا قومی سامان می‌دهند. مثال‌های بی‌شماری در تبیین ارتباط نگرش و رفتار قابل ارائه است که از آن میان می‌توان به برخی از نگرش‌ها یا واکنش‌های کلیشه‌ای که می‌تواند ناکارآمد باشد اشاره کرد: نگاه منفی یا احساس انفعال در برابر صاحبان قدرت یا ثروت، باور داشتن به وجود همیشگی پشت پرده‌ای مهم‌تر از اخبار رسمی، تفاوت قائل نشدن میان مخالفت با یک ایده و مخالفت با فرد صاحب آن ایده؛ ضروری دانستن واکنش فوری و تند به فردی که به ناحق به رفتارمان اعتراض می‌کند؛ لازم دانستن گرفتن تمام آنچه حق خود می‌دانیم به هر قیمتی؛ موجه بودن قانون‌گریزی به هنگام قانون‌گریزی برخی از دیگران؛ و برجسب زدن به افراد و گروه‌های مختلف در جهت قضاوت یک‌دست در مورد همه آنها. بر این مبنا، بسیاری از واکنش‌های فردی و گروهی بر پایه وضعیت روان افراد - که خود اغلب چندوجهی است - قابل تبیین می‌شود و کارکرد «روان» به عنوان بخشی از فعالیت «مغز» هادی رفتارها می‌گردد. بسیاری از اهمال‌کاری‌ها، مسؤلیت‌گریزی‌ها، قانون‌گریزی‌ها، زیر پا گذاشتن حقوق دیگران، و حتی سوء رفتارهای خانگی و غیرخانگی، قتل‌ها، تجاوزها و رفتارهای تنبیهی بسیار خشن چون اسیدپاشی در افرادی بدون اختلال مشخص روانی و بلکه در پس کارکرد ویژه‌ای از روان که نگرش‌ها و رفتارهای بخشی از افراد جامعه را متفاوت از دیگران می‌سازد شکل می‌گیرد.

جدا از برون‌دادهای غیرمعمول و نابهنجار روان که گفته شد، برخی از باورها و نگرش‌ها نیز ممکن است با وجود فقدان مابه‌ازای کافی پیرامونی و حتی با رؤیت شواهدی در بطلان آنها، به شکلی مستحکم و حتی رایج در میان بسیاری از افراد هنجار به حیات خود ادامه دهد. به بیانی دیگر، خطاهای رایجی در نتیجه‌گیری و منطق تفکر روی می‌دهد که به شکل نسبتاً ثابتی در افراد تکرار می‌گردد. اعتماد نکردن مطلق به رؤسا و منابع قدرت و گرفتن اطلاعات از منابع غیرمعتبر سینه به سینه (مثلاً اخیراً از منابع واببری)، تعمیم فجایی که خبر آنها از طریق صفحات حوادث روزنامه‌ها یا اخبار سایر رسانه‌ها منتشر می‌شود به زندگی روزمره مردم و در نتیجه خطرناک‌تر دانستن گذران امروزه زندگی، وحشت از آمار خودکشی، طلاق و تصادفات که در مقیاسی ملی یا جهانی اعلام می‌شود و سپس نتیجه‌گیری شخصی مبنی بر زیاد بودن این ارقام و بحرانی دانستن وضعیت زندگی، و بالاخره، تداوم حس کودکانه «زندگی در مدینه فاضله» در طول حیات و حیرت از رویدادهای تلخ آن، همه نمونه‌هایی است از خطاهای مذکور یا به اصطلاح «خطاهای شناختی».

به حوزه دیگری از قلمرو روان نیز اشاره‌ای می‌شود. قدرت تمرکز و حضور ذهن، ظرفیت حافظه، دقت و تیزبینی، توان برنامه‌ریزی، فصاحت کلام، توان انتقال مفاهیم، روابط اجتماعی، قدرت مذاکره و اقناع دیگران، توان «نه» گفتن، توانایی

کنترل و ابراز احساسات، و بسیاری موارد دیگر از شاخص‌هایی است که اثر فردویژه روان را در هر یک از ابناء بشر به نمایش می‌گذارد؛ هرچند برخی از این شاخص‌ها تنها مختص کارکرد روان نیست.

به طور خلاصه، «روان» به عنوان کارکرد مهمی از مغز، بر جنبه‌های بسیار متنوعی از زندگی آدمی تأثیرگذار است. در مبحث بیماری‌های روان، آشفتگی‌های مرتبط با این حوزه و پیشگیری و درمان آنها مطرح می‌شود. با این حال، «روان» تعیین‌کننده بسیاری از رویکردها و کیفیت‌های زندگی است و در تک‌تک واکنش‌های انسان مؤثر است. در واقع، اهمیت موضوع روان در زندگی منحصر به جامعه بیماران و حتی محاط بر موضوع پیشگیری و سلامتی نیست.

اخلاق‌مداری: ردپای دیگری از روان انسان

۱۳۹۴/۵/۳؛ برگرفته از روزنامه شهروند

نگارنده در متنی با عنوان «قلمرو اثرگذاری روان» (روزنامه شهروند، ۱۳۹۴/۱/۲۹) تلاش داشت که نمایی فراخ از حوزه عملکرد «روان» (psych) در زندگی آدمی نشان دهد. بر این پایه، روان کارکرد مهمی از مغز دانسته شد که بر جنبه‌های بسیار متنوعی از زندگی بشر تأثیرگذار است. این کارکرد فیزیولوژیک مغز که البته کاملاً متأثر از زمینه ژنتیکی و شرایط محیطی کنونی و گذشته فرد است، با شکل‌دهی به چگونگی برداشت‌های فرد از شرایط پیرامون، رفتارهای کنشی و واکنشی او را تعیین می‌کند. در متن یادشده چنین آمد که برخی از حالات هیجانی «در هر لحظه تعیین‌کننده توان فرد در اجرای وظایف، برنامه‌ریزی، رسیدگی به امور روزمره و در نهایت برداشت او از سطح و کیفیت زندگی و حتی دیدگاه‌های او در نگاه به جهان هستی است.»

اخلاق‌مداری و رفتارهای اخلاقی یا غیراخلاقی به عنوان موضوع نوشته حاضر را نیز می‌توان یکی از این کارکردهای مرتبط با عملکرد مغز دانست. برای نگاه جزئی‌تر به این ارتباط، وضعیت روانی افراد را می‌توان در دو شکل «صفت» و «حالت» در نظر گرفت. اولی (صفت) به ویژگی‌های پایدار و ذاتی رفتار و تفکر فرد اطلاق می‌شود که در درازمدت و به راحتی تغییر عمده‌ای نمی‌کند و دیگران اغلب او را به داشتن چنین ویژگی‌هایی می‌شناسند. دومی (حالت) به رفتار و تفکر مقطعی فرد اشاره دارد که البته در سایه «صفات» او عمل می‌کند اما ممکن است به شکل برجسته‌ای با این «صفات» در تعارض یا تناظر واقع شود. هرچند اصول کلی اخلاق و رفتارهای اخلاقی در هر جامعه را می‌توان بر پایه ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی و قومی آحاد آن جامعه مشخص کرد، چگونگی رویکرد هر فرد به این مسائل همچون سایر رفتارهای او، از «صفات» پایدار و «حالات» ناپایدار و گذرای او رنگ می‌گیرد. برای روشن شدن موضوع، نمونه‌هایی از این ارتباط در ادامه بیان می‌شود و البته ذکر این نکته ضروری است که نوشته پیش رو وارد بحث فلسفی جبر و اختیار نمی‌شود و اصولاً تنها در جهت بیان بخشی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای انسان است و صلاحیت نتیجه‌گیری‌های غیرتجربی را ندارد.

الف- اثر «صفت‌ها»: هر یک از انسان‌ها ویژگی‌هایی رفتاری، تفکری و احساسی دارد که نسبتاً باثبات است و تا حدی برای او ذاتی محسوب می‌شود. ویژگی‌هایی چون دمدمی بودن، مهربان بودن، متانت، صبر، گذشت، مقرراتی بودن، معاشرتی بودن، ارزش قائل شدن برای نظر دیگران، حساست، و بسیاری موارد دیگر. به عبارت دیگر، هرچند برخی از ویژگی‌ها کمتر ذاتی به نظر می‌رسد و ممکن است ماحصل شرایط رشد و پرورش یا تنش‌های خارج از کنترل محیط باشد، خصوصیات از افراد وجود دارد که به سختی قابل اصلاح است و این «صفات» که البته بر رفتار او در موقعیت‌های مختلف اثر می‌گذارد، شامل رفتارهای اخلاقی او نیز می‌گردد. نوعی از شخصیت به نام «ضداجتماعی» یا «آنتی‌سوشیال» نامیده شده که

مشخصه آن قانون‌گریزی و بی‌اهمیت دانستن ملاحظات اخلاقی است. عامل وقوع بسیاری از جرایم و جنایات چنین افرادی هستند و بخشی از ظرفیت زندان‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. با این حال، جدا از تشخیص روانپزشکی استاندارد به نام «اختلال شخصیت ضداجتماعی»، بسیاری از افراد نیز در جامعه حضور دارند که چنین تشخیصی بر آنها صدق نمی‌کند و بر این پایه بیمار محسوب نمی‌شوند، اما از آنها رفتارهای ضداجتماعی خاصی در موقعیت‌هایی ویژه سر می‌زند که معادل نادیده انگاشتن آشکار حقوق دیگران یا قانون‌گریزی است. چنین رفتارهایی ممکن است تنها در شرایط امن یا در موقعیت‌های قابل توجه گروهی یا صنفی رخ دهد و فرد حتی در منظر افراد جامعه فردی اخلاق‌مدار به نظر آید. این «صفات» شخصیتی که بخشی از وضعیت روانی فرد را به نمایش می‌گذارد، در هر موقعیتی با برساختن برداشت فرد از آن و شکل‌دهی به احساسات او، تظاهر رفتار اخلاقی خاص او در قبال موقعیت مذکور را به دنبال دارد. حتی ارتباط این ویژگی‌ها با نشانه‌های فیزیولوژیک بدنی فرد نیز گاهی به وضوح نشان داده شده است. به عنوان مثال، نشان داده شده که افراد دچار خصوصیات ضداجتماعی به هنگام ارتکاب جرایم، افزایش کمتری در ضربان قلب خود پیدا می‌کنند؛ در حالی که واکنش هنجار (افزایش بیشتر در ضربان قلب) شاید در بسیاری از افراد خود عاملی بازدارنده در آغاز رفتارهای مجرمانه باشد! در واقع، واکنش خفیف قلب این افراد به رفتارهای غیراخلاقی یا ضد قانون (که خود حاصل برداشت آنها از موقعیت و نوع واکنش مغز است)، متفاوت از سایر افراد است.

ب- اثر «حالت‌ها»: با وجود برداشت‌های تقریباً قالبی و تکرار شونده ذهن افراد از موقعیت‌های مشابه و بنابراین رفتارهای نسبتاً تکرار شونده آنها، تنش‌های زندگی روزمره و به ویژه استرس‌های بزرگ زندگی می‌تواند به تغییر برداشت‌های مذکور بینجامد. از سوی دیگر، بروز نشانه‌ها یا اختلالات اضطرابی و افسردگی که امری رایج در کسر قابل توجهی از افراد جامعه است، بر نگرش و دیدگاه افراد در ارتباط با مسائل زندگی و نوع نگاه آنها به جهان مؤثر است. بسیاری از افراد مضطرب، دنیا را مکانی ناامنی می‌شمارند و افسرده‌ها ممکن است آن را پوچ و بی‌معنا بیابند. به این شکل، رفتارهای اخلاقی یا تعریف چنین رفتارهایی نیز در دید آنها قابل دگرگونی است و می‌تواند تغییر منش آنها را در پی داشته باشد. در مسیری معکوس، می‌بینیم فردی که در دوره دشوار خاصی اصول اخلاقی را زیر پا گذاشته و نمایی ناهنجار از خود در جامعه به تصویر کشیده، پس از گذارن دوره دشوار به رفتارهای اخلاقی ذاتی خود برگشته است. همین شرایط را در افرادی مشاهده می‌کنیم که در دوره‌ای از سوءمصرف مواد مخدر یا محرک، دست به اعمالی زده‌اند که پس از رفع اثر مواد، از کرده خود انگشت حیرت به دندان گزیده‌اند.

با لحاظ «صفت‌ها» و «حالت‌ها»ی روانی افراد و نقش آشکار آنها در خلق رفتارها و واکنش‌های روزمره - از جمله از منظر رعایت نکات اخلاقی - در موقعیت‌های گوناگون زندگی، دست کم درک چرایی گونه‌گونی کنش‌های اخلاقی انسان‌ها ساده‌تر می‌شود؛ هرچند تغییر این کنش‌ها در جهت مقبول، موضوعی پیچیده و در حقیقت بحثی تخصصی است. به همین دلیل، قضاوت در مورد رفتار انسان‌ها بدون ارزیابی تفصیلی و تخصصی، نتیجه‌گیری کلی اجتماعی بدون لحاظ جزئیات پیش‌گفته، و پیچیدن نسخه‌ای قالبی و یک‌دست برای هرآنچه غیراخلاقی شمرده می‌شود، یک صورت‌بندی آگاهانه و مفید را در پی نخواهد داشت.

انسان امروز و چالش‌های فرا‌روانی

۱۳۹۴/۳/۱۲؛ برگرفته از روزنامه شهروند



اثری از ونسان ون کوک در سال ۱۸۹۰

می‌دانیم که امروزه عوامل نوظهوری در شیوه زندگی نمود یافته و با ارتقای کیفیت جنبه‌هایی از زندگی و سرعت اجرای بسیاری از منویات فردی و اجتماعی انسان‌ها همراه شده است. این نمودها برای بسیاری از مردم هیجان‌انگیز و مسرت‌بخش و مایه احساس پیشرفت و کنترل بر محیط است. با این حال، این گام‌های رو به جلو با تبعاتی رو به روست که در واقع سلامت فرد و جامعه را تا اندازه‌ای هزینه گسترش دامنه توانایی‌های آدمی می‌کند. امروزه انکار روند رو به فزونی عوامل تنش‌زای زندگی روزمره ناشدنی است و با گسترش و تنوع هرچه بیشتر امکانات، عاملان شکل‌گیری استرس بیشتر و بیشتر می‌شود. در مورد نقش استرس در افزایش فرسودگی افراد، افت کیفیت زندگی، بالا بردن شاخص‌های مشکلات اجتماعی، افزایش فراوانی بیماری‌های جسمانی و روانی، و حتی افزودن نرخ مرگ و میر یافته‌ها و شواهد بسیاری موجود است و اجتماعی در این مورد مشاهده می‌شود. البته این نقش استرس در میان افراد مختلف جامعه کاملاً متفاوت است و عواملی چون اختلاف در وضعیت بیولوژیک، زمینه‌های اجتماعی و

خانوادگی، و باورهای فردی تصویری رنگارنگ از تنوع نقش استرس در زندگی انسان‌ها می‌نگارد. وضعیت روانی هر یک از اعضای جامعه بر مبنای همین عوامل شکل می‌گیرد و با تغییر میزان مواجهه با عوامل تنش یا استرس، تغییر می‌کند. به این ترتیب، زندگی امروز با چالش‌های روانی نوظهوری متناسب با شکل، ماهیت و میزان استرس‌های دنیای جدید رویاروست. اما سخن پیش رو در مورد این چالش‌ها نیست، بلکه برای معرفی چالش‌هایی است که نگارنده آن را «فرا‌روانی» می‌خواند. نخست، منظور از این واژه.

پیش از این منظور نگارنده از «روان» در یادداشتی آمده بود (مقاله «سلامت روان: ندایی برای تغییر نگرش»، روزنامه شهروند، ۱۳۹۳/۱۰/۲۳)؛ به طور خیلی خلاصه، کارکردی از مغز که قابل اندازه‌گیری، فرضیه‌سازی و پژوهش تجربی است و به کل متفاوت از «روح». در اینجا واژه «فرا‌روانی» با معادل «metapsychic» می‌آید و در ردیف واژه‌هایی چون فرانگرانی، فراشناخت و فراحافظه، از پیشوند «فرا» (meta) بهره می‌گیرد. لازم به یادآوری است که در اینجا مراد از فراروان، مفهومی عرفانی یا ماورایی نیست؛ آن‌گونه که برخی چنین برداشت‌هایی از واژه‌های مشابه داشته‌اند. در اینجا موضوع روان و فراروان در ارتباط با روانپزشکی و روانشناسی دیده می‌شود. فرانگرانی، فراشناخت و فراحافظه به نگاه فرد به نگرانی‌ها، شناخت‌ها و وضعیت حافظه خود می‌پردازد. به طور نمونه، فردی را تصور می‌کنیم که نگران است ولی از بابت این نگرانی شکایت یا آزرده‌گی خاطری ندارد؛ به عبارتی ساده شده، «نگران نگرانی خود نیست». در این فرد «فرانگرانی» (metaworry) مشهود نیست و می‌تواند حالتی هنجار به حساب آید، نه وضعیتی بیمارگونه و نیازمند مداخله یا درمان.

و اما چالش‌های فراژوانی فراروی انسان امروز. موضوع این است که چالش‌های ما در ارتباط با تنش‌های زندگی جدید و اثرات بدنی آنها (روانی، غیر روانی و مرگ)، به خود این تنش‌ها و اثرات مستقیم آنها بر انسان محدود نمی‌شود، بلکه چگونگی نگاه انسان‌ها و جامعه به این اثرات و برداشت آنها از موضوع باید اثری چشمگیر بر دامنه و میزان اثرگذاری استرس بر چگونه زیستن آدمی داشته باشد. باورهای ما در بسیاری از موارد تعیین کننده اثر تنش‌هاست. مطالعه کِلر (Keller) و همکاران^۱ حاکی از افزایش نرخ مرگ و میر در افراد دچار استرس‌های شدید محیطی است، اما این افزایش مرگ و میر محدود به افرادی بوده که اثر تنش‌های محیطی را بر سلامت خود «زیاد» ارزیابی کرده بودند. همچنین افزایش مرگ و میر در افراد دچار استرس‌های اندک که اثر تنش‌های محیطی را بر سلامت خود «زیاد» ارزیابی کرده بودند دیده شد. از سوی دیگر، نرخ مرگ و میر در میان کسانی که باوری در مورد اثر مضر تنش‌های محیطی بر سلامت خود نداشتند افزایش نداشت؛ چه تنش زیادی را در زندگی اخیر خود تجربه کرده بودند و چه تنش اندک. هرچند تفسیر نتایج پژوهش‌هایی از این دست پیچیده و فراتر از حوصله این یادداشت است، این مطالعات اهمیت باورها و برداشت‌های ما را در ارتباط با رویدادهای زندگی نشان می‌دهد و آن را تعیین کننده می‌داند. در همین راستا، جالب است که نشان داده شده داشتن رفتارهای یاری‌رسان داوطلبانه به دیگران مانع از آثار مضر استرس بر روان انسان می‌شود^۲؛ اما جالب‌تر آن است که رفتارهای یاری‌رسان مذکور زمانی این اثر مفید را نشان می‌دهد که فرد نگاه مثبتی به دیگران و به انجام چنین رفتارهای خیرخواهانه‌ای برای آنها داشته باشد!^۳ به بیان دیگر، در اینجا هم «الاعمال بالنیات».

در شرایطی که وجود تنش‌های محیطی همواره و در هر سطحی زیانبار نیستند و این باورهای ماست که بخشی از پیامد آنها را می‌سازد و حتی تنش‌های متوسط ممکن است با افزایش انعطاف‌پذیری و مقاومت انسان در برابر ناملایمات همراه باشد، روشن است که آموزش‌دهندگان جامعه - آموزگاران و سایر منابع مورد وثوق مردم و به‌ویژه رسانه‌های عمومی - در این دنیای پرتنش نقشی بالقوه تعیین کننده دارند. به عبارت دیگر، با توجه به نقش مشخص این منابع در انتشار اخبار و شکل‌دهی باورهای عمومی، همانها می‌توانند جایگاهی تعیین کننده در طراحی چالش‌های فراژوانی جامعه یا مهار آنها، و بنابراین در بناساختن سطح «سلامت روان» مردم داشته باشند؛ همان شاخصی که در تعیین قابلیت‌های فردی، کیفیت زندگی، سلامت کلی جسمانی و حتی طول عمر افراد جامعه شاخص است.

منابع

- 1- Keller A, Litzelman K, Wisk LE, Maddox T, Cheng ER, Creswell PD, Witt WP. Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health Psychol.* 2012;31(5):677-84.
- 2- Poulin MJ, Brown SL, Dillard AJ, Smith DM. Giving to others and the association between stress and mortality. *Am J Public Health.* 2013;103(9):1649-55.
- 3- Poulin MJ. Volunteering predicts health among those who value others: two national studies. *Health Psychol.* 2014;33(2):120-9.

کمک به سلامت روان قربانیان سوانح طبیعی

۱۳۹۸/۲/۵؛ روزنامه ایران

کشور ما در میان مناطقی از جهان قرار داد که در معرض انواع متنوعی از سوانح و فجایع طبیعی است. بنابراین مشاهده مکرر چنین رویدادهایی امری طبیعی است و مسئولان و مردم همواره باید برای رویارویی با آنها آماده باشند. وقوع اخیر سیل‌های ویرانگر در بخش قابل توجهی از کشور بار دیگر همه را متوجه این موضوع کرده است. به این بهانه و به مناسبت

پنجمین روز از «هفته سلامت» (پنجم اردیبهشت) که عنوان «سلامت در حوادث و بحران‌ها» را بر خود دارد، در اینجا به چند نکته درباره چگونگی یاری‌رسانی به قربانیان سوانح بزرگ طبیعی با تأکید بر «سلامت روان» اشاره می‌شود.

۱- رفع فوری نیازهای اولیه:

پیش از اقدامات تخصصی‌تر معطوف به سلامت روان و در واقع به عنوان پیش‌نیاز آنها، شناسایی و رفع نیازهای اولیه زندگی در اولویت است؛ نیازهایی از قبیل غذا، پوشاک، امنیت و اسکان مناسب. در این شرایط پیدا کردن و گردهم آوردن اعضای خانواده و دوستان از اهمیت زیادی برخوردار است و توجه ویژه به افراد آسیب‌پذیرتر مانند کودکان، سالمندان، بیماران و افراد ناتوان ضروری است.

۲- حمایت فوری از آسیب‌دیدگان:

حمایت مسئولان و مردم در چنین شرایطی حیاتی است و «حضور سازمان‌دهی‌شده» و مؤثر نیروهای کمکی در منطقه، به جز اثر در اصلاح مشکلات معیشتی و اقلیمی محلی، باعث تقویت روحیه و افزایش امیدواری در مردم بحران‌دیده می‌شود. لازم است تدارک چتر حمایتی توأم با شکل‌دادن به «اعتماد مردم» به نیروهای کمکی و در عین حال «عدالت» در خدمت‌رسانی و «صداقت» در اطلاع‌رسانی باشد و در غیر این صورت «ادراک حمایت» و «ادراک عدالت» که اجزایی ضروری در بسته‌ی کمک‌رسانی به سلامت روان آسیب‌دیدگان و اثربخشی واقعی خدمات ارائه‌شده به آنهاست از دست می‌رود. شیوه عملکرد نیروهای امدادگر و خدمت‌رسان دولتی در بحران‌های پیشین نیز در هر بحران پسین اثرگذار است و در شکل‌دهی به میزان اعتماد مردم به نیروهای دولتی که باید نیروی اصلی مداخله در بحران باشند بسیار مؤثر. بنابراین استمرار حمایت و امداد و کارنامه عملکرد پس از هر بحران می‌تواند یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده «ادراک» حمایت و میزان بهره‌گیری مردم از خدمات این نیروها باشد.

همچنین می‌دانیم که در بحران‌های بزرگ، نیروهای دولتی یک کشور اغلب به تنهایی از پس مدیریت کامل بحران بر نمی‌آیند و نیاز به دریافت کمک از نیروهای مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و ارگان‌های بین‌المللی وجود دارد. زمینه‌سازی برای دریافت این کمک‌ها نیز باید به شکل مستمر و پیش از هر بحران انجام شود.

۳- خدمت‌رسانی سلامت روان:

نیروهای آموزش‌دیده باید از پیش برای ارائه خدمت در شرایط بحرانی آمادگی و تمرین داشته باشند و بر اساس دستورالعمل مشخصی رفتار کنند. خدمت‌رسانی افراد حتی کارشناس، بدون گذراندن دوره مدون مربوطه و بدون قرار گرفتن در ساختار پیش‌بینی‌شده ملی می‌تواند مشکل‌ساز شود. افراد تیم امداد سلامت روان در این شرایط به حمایت عاطفی از مردم بحران‌دیده می‌پردازند، به آنها و افراد خانواده‌شان آموزش‌هایی ارائه می‌دهند و افراد نیازمند خدمات ویژه‌تر سلامت روان را شناسایی و به مراکز تخصصی ارجاع می‌کنند.

۴- اطلاع‌رسانی رسانه‌ها:

انتقال اطلاعات مفید، هشدارهای ضروری و مطالب آموزشی به مردم منطقه از طریق رسانه‌های مختلف واجد اهمیت بسیار است و چگونگی انتشار اخبار گاه اهمیتی بیش از محتوای آنها می‌یابد. اخبار باید در عین درستی، دقت و اعتبار، برانگیزاننده امید و با پرهیز از تنش‌زایی باشد. به بیان دیگر، باید «تعادلی میان اطلاع‌رسانی و تنش‌زایی» برقرار کرد. بدیهی است که انتشار «همه» اخبار و اطلاعات منطقه مفید نیست و انتشار مکرر جزئیات اخبار ناگوار مربوط به بحران دارای قابلیت تشدید صدمات روانی مردم و افزودن حس ناامنی و خطر است. در عین حال، از انتشار اخبار و تفسیرهای

غیرواقع‌گرایانه‌ای که صرفاً برای ایجاد امید و نشاط در مردم تهیه شده‌اند باید پرهیز نمود و چنین عملکردی به از دست رفتن اعتماد عمومی به رسانه‌ها خواهد انجامید. برای افزایش امید و انگیزه‌ی افراد بحران‌دیده، نشان دادن خدمات ارائه‌شده و حمایت عملی مردم و دولت مفید است و در چنین شرایطی باید از تخطئه و تضعیف روحیه‌ی نیروهای امدادی جداً خودداری کرد. همچنین رسانه‌ها باید از دلهره‌آفرینی پرهیز کنند و برای جلوگیری از انتشار شایعات یا اطلاعات نامناسبی که رواج یافته، به تبیین موضوع به کمک کارشناسان قابل اعتماد مردم بپردازند.

یکی از صورت‌های انتشار غیرحرفه‌ای اخبار بحران‌ها که خود می‌تواند به ابتلای تعداد بیشتری از مردم به اختلالات روانپزشکی مرتبط با تجربه سوانح و فجایع منجر شود، نمایش مکرر صحنه‌های دلخراش فاجعه است. این رویارویی به خصوص اگر بدون هشدار قبلی به بیننده‌ی گزارش باشد، می‌تواند به آشفتگی‌هایی چون اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) منجر شود. واقعیت آن است که خطر ابتلا به این اختلال حتی در میان نیروهای امدادگر آموزش‌دیده نیز وجود دارد.

۵- رفتار اطرافیان:

چگونگی برخورد خانواده، دوستان و اطرافیان با افرادی که در جریان حادثه دچار سوگ یا نشانه‌های افسردگی، اضطراب و عصبی شده‌اند باید آموزش داده شود. اطرافیان باید تلاش کنند تا ضمن حفظ خونسردی، با همدلی و عطوفت شرایطی را برای ابراز احساسات و سخن گفتن فرد آسیب‌دیده مهیا کنند و با پرهیز از نصیحت و قضاوت نابه‌جا، «به حرف‌های او گوش کنند»، نظرات و طرز فکر خود را تحمیل نکنند، احساس گناه در او ایجاد نکنند و قوی که به آن عمل نمی‌کنند ندهند. به بیان دیگر، نباید به شکل دستوری گفت «گریه نکن!»، «بی‌قرار نباش!» یا «خوشحال باش!»؛ نباید تفسیرهای فی‌البداهه و دل‌به‌خواه و بدون ارزیابی اولیه از وضعیت تفکر و باورهای صدمه‌دیده‌ی فرد ارائه کرد و مثلاً گفت «مهم نیست همه چیز درست می‌شود!»، «نبايد اين طور ضعيف بود!»، «حالا که چیز مهمی نشده است!» یا «خدا را شکر کن که اقلأ خودت سالم مانده‌ای!». این‌گونه واکنش‌ها، نصیحت‌ها و قضاوت‌های عجولانه اغلب از جانب فرد آسیب‌دیده به عنوان نشانه‌هایی از عدم درک فرد نصیحت‌کننده از رنجی که او می‌کشد یا صادق نبودن و جعل واقعیت‌های فاجعه و مصیبت تلقی می‌شود. آنچه از فرد مددکار یا کمک‌کننده انتظار می‌رود عمدتاً «همدلی کردن» و «گوش کردن» است. در بسیاری از موارد، نشان دادن این رفتار مناسب به کاهش حس تنهایی و بی‌سرنواهی و ترمیم تدریجی زخم‌های روانی فرد قربانی می‌انجامد.

۶- رفتار فرد در معرض سانحه:

افراد سانحه‌دیده برای بهبود وضعیت سلامت روان خود بهتر است اوقاتشان را در کنار خانواده و دوستان بگذرانند، تلاش کنند تا افکار و احساسات‌شان را با آنها درمیان بگذارند، در صورتی که امکانی به دست آمد به اندازه کافی استراحت کنند، برای آنچه از دست داده‌اند به شکل مرسوم و دل‌خواه سوگواری کنند، اطلاعات مورد نیازشان را از منابع معتبر کسب کنند، در مواردی که نیاز دارند از دیگران کمک بخواهند و اگر از دست‌شان برمی‌آید به دیگران کمک کنند. آنها پس از رفع نیازهای اولیه خود و برقراری آرامش، بهتر است در بازسازی وضعیت بحران‌زده مشارکت فعال داشته باشند و هرچه زودتر با امکانات حداقلی موجود و درحد توان، برنامه روزمره پیشین زندگی خود را از سر گیرند، به علاقه‌مندی‌هایشان بپردازند (بازی، تفریح، مطالعه، ورزش، باغبانی، ...) و به یاری دیگران بشتابند (آموزش، حمایت، اهدای خون، ...).

معرفی چند کتاب از نویسندگان

عنوان کتاب: آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی
 نویسندگان: دکتر امیر شعبانی، دکتر سید وحید شریعت،
 دکتر امیرحسین جلالی، دکتر زهرا شهریور
 انتشارات: ارجمند
 ویرایش: دوم
 تاریخ چاپ: ۱۳۹۶
 تعداد صفحه: ۲۸۰



عنوان کتاب: اورژانس روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی
 نویسندگان: دکتر امیر شعبانی، دکتر سید وحید شریعت
 انتشارات: ارجمند
 تاریخ چاپ: ۱۳۹۵
 تعداد صفحه: ۱۷۶



عنوان کتاب: مشاوره روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی
 نویسندگان: دکتر امیر شعبانی، دکتر عاطفه قنبری جلفایی، دکتر محمد اربابی،
 دکتر علی‌اکبر نجاتی صفا، دکتر مهدی نصر اصفهانی
 انتشارات: ارجمند
 تاریخ چاپ: ۱۳۹۵
 تعداد صفحه: ۲۴۸

