

روانشناسی

سلامت روان



برای دسترسی به محتوای
روانشناسی سایت اسکن کنید



برای دسترسی به سایت
نوید اسکن کنید

قالب گذاری و ویراست علمی
• امین مرادی

تولید متن
• کیوان کلاهدوز

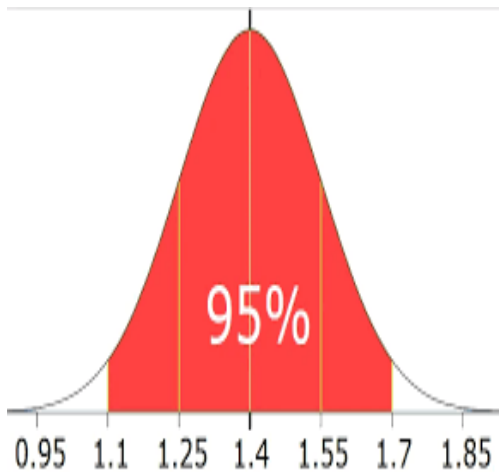
تعریف سلامت روان

مطابق تعریف WHO، سلامت روان حالتی از بهزیستی روانی (Mental Well-being) است که در آن فرد توانایی مقابله با فشارهای روانی زندگی را دارد، توانایی‌های خود را می‌شناسد و از آن‌ها استفاده می‌کند، قادر به یادگیری مؤثر است، توانایی کار کردن دارد و می‌تواند نقش مفیدی در جامعه ایفا کند. سلامت روان علاوه بر اینکه یک هدف ارزشمند است، ابزاری برای دستیابی به سلامت کلی نیز محسوب می‌شود و بخشی جدایی‌ناپذیر از بهزیستی انسان است.

- ✓ در تعریف سازمان جهانی بهداشت، تأکید بر کارکرد (Function) است، نه صرفاً نبود بیماری.
- ✓ توانایی سازگاری با استرس اهمیت دارد.
- ✓ رشد فردی و شکوفایی استعدادها اهمیت دارد.
- ✓ مشارکت اجتماعی یکی از ارکان سلامت روان است.
- ✓ و در این تعریف، سلامت روان صرفاً به معنای نداشتن اختلال روان‌پزشکی نیست.

دیدگاه‌های مختلف درباره سلامت روان

۱- دیدگاه آماری



در این دیدگاه، سلامت روان بر اساس توزیع نرمال تعریف می‌شود. اکثر ویژگی‌های انسانی از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. در این توزیع، حدود ۹۵٪ افراد در محدوده طبیعی قرار می‌گیرند و افرادی که در دو انتهای طیف قرار دارند، غیرطبیعی تلقی می‌شوند.

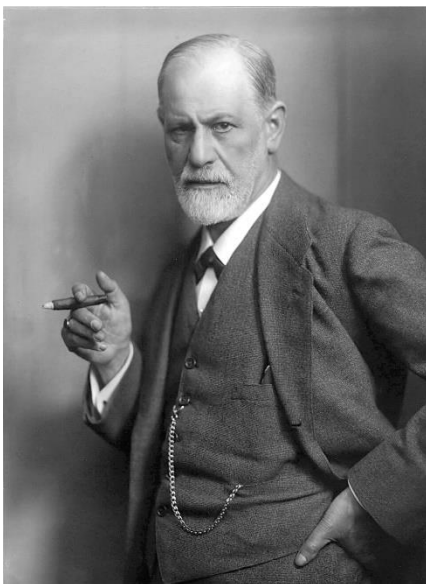
محدودیت‌های این دیدگاه

قرار گرفتن در انتهای طیف همیشه به معنای بیماری نیست؛ بلکه ممکن است برخی ویژگی‌های نادر، مطلوب باشند.

اگر یک رفتار ناسالم در جامعه شایع باشد، صرفاً به دلیل شیوع، سالم محسوب نمی‌شود؛ بنابراین طبیعی بودن از نظر آماری، الزاماً معادل سلامت نیست.

۲- دیدگاه روانکاوی

روانکاوان، به ویژه زیگموند فروید، معتقد بودند که سلامت روان مطلق وجود ندارد. در واقع، همه‌ی انسان‌ها درجاتی از تعارض‌های روانی را تجربه می‌کنند و تعارض، بخشی از سرشت انسان است. زندگی و تجربه‌های مختلف موجب شکل‌گیری این تعارض‌ها می‌شوند. بنابراین انسان‌ها روی یک پیوستار از سلامت تا بیماری قرار دارند و هیچ فردی کاملاً بدون تعارض نیست.



۳- دیدگاه ضد روان پزشکی (Anti-Psychiatry)

این دیدگاه توسط افرادی مانند توماس ساس و میشل فوکو مطرح شد.

توماس ساس معتقد بود بیماری روانی یک افسانه است؛ مشکلات روانی در واقع مسائل و درگیری‌های زندگی هستند، نه فرایندهای بیماری‌گونه مانند یک تومور مغزی.

میشل فوکو نیز می‌گفت دیوانگی یک واقعیت پزشکی عینی نیست؛ بلکه یک برچسب اجتماعی برای حبس کسانی است که هنجارهای غالب عقل‌گرایی را نقض می‌کنند.

اصول این دیدگاه این بود که بیماری روانی یک برچسب اجتماعی است و تفاوت‌های رفتاری افراد لزوماً بیماری محسوب نمی‌شوند. طبقه‌بندی بیماری‌های روان پزشکی ابزاری برای کنترل اجتماعی اقلیت‌ها توسط اکثریت است. در واقع، این افراد معتقدند تشخیص‌های روان پزشکی ابزارهای کنترل اجتماعی هستند که پزشکان را قادر می‌سازد رفتارهای غیر همسو با اکثریت را بدون نیاز به دلیل عینی قانونی، جداسازی و درمان اجباری کنند. به بیان دیگر، درمان‌های روان پزشکی باز کردن زنجیر از پای انسانها و بستن زنجیر در مغز ایشان است، بی آنکه نگاه کلی اکثریت به اقلیت تغییر کند.

نبود یافته‌های زیستی قطعی در بسیاری از اختلالات روان پزشکی، از دلایل مطرح شده توسط این گروه است.

در این نگاه، تفاوت‌های رفتاری انسان‌ها نباید به سادگی بیماری تلقی شوند.

۴- دیدگاه روان‌شناسی تکاملی

بر اساس این دیدگاه، انسان طی میلیون‌ها سال برای زندگی در محیطی ساده تکامل یافته است. تا حدود ۱۰ هزار سال پیش، انسان‌ها عمدتاً شکارچی و گردآورنده غذا بودند. تغییرات محیط زندگی بسیار آهسته رخ می‌داد و انتخاب طبیعی فرصت سازگاری ایجاد می‌کرد.

اما در حدود ۲۰۰ سال اخیر، با صنعتی شدن جوامع، سرعت زندگی به شدت افزایش یافته است و مقتضی آن، فشارهای روانی بیشتر شده‌اند و محیط بسیار سریع‌تر از توان سازگاری ژنتیکی انسان تغییر کرده است؛ در نتیجه بروز اختلالات روانی افزایش یافته است.

امروزه صدها اختلال روان پزشکی شناخته شده‌اند. افسردگی از مهم‌ترین علل بار بیماری‌ها در جهان محسوب می‌شود و پیش‌بینی می‌شود سهم آن در آینده بیشتر نیز شود.

تعریف کاربردی اختلالات روان پزشکی (DSM)

اختلال روانی، سندرومی است که با اختلال بالینی معنادار در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود.

به دلیل اختلاف دیدگاه‌های فلسفی درباره تعریف سلامت روان، نظام‌های طبقه‌بندی مانند DSM رویکردی عملی و بالینی را انتخاب کرده‌اند. در این رویکرد، اختلال روان پزشکی بر دو معیار اصلی استوار است:

۱- دیسترس (Distress)

رنج، ناراحتی یا عذاب قابل توجهی که برای خود فرد یا اطرافیان ایجاد می‌شود.

۲- دیس فانکشن (Dysfunction)

اختلال در عملکرد فرد در زمینه‌های مختلفی همچون عملکرد شخصی، روابط بین فردی، تحصیل، شغل و سایر جنبه‌های مهم زندگی.

بنابراین هر تغییری در شناخت (افکار)، هیجان یا رفتار که موجب دیسترس یا دیس فانکشن شود، می‌تواند به عنوان اختلال روان پزشکی در نظر گرفته شود.

موارد زیر، به تنهایی اختلال روان پزشکی نیستند:

- ❑ واکنش طبیعی و مورد انتظار به استرس های زندگی (مانند سوگ و فقدان)
- ❑ تفاوت های فرهنگی
- ❑ هنجارهای اجتماعی
- ❑ سبک های مختلف زندگی

در نتیجه، وجود دیسترس یا دیس فانکشن مهم ترین معیار تشخیص اختلال روان پزشکی است.

مدل زیستی، روانی و اجتماعی (Biopsychosocial Model)

این مدل در سال ۱۹۷۷ توسط جورج انگل (George Engel) ارائه شد و امروزه یکی از مهم ترین مدل های تبیین اختلالات روان پزشکی است.

بر اساس این مدل، هر اختلال روان پزشکی حاصل تعامل سه دسته عامل است:

- ۱- **عوامل زیستی (Biological):** مانند ژنتیک، هورمون ها، نوروترانسمیترها و بیماری های جسمی
- ۲- **عوامل روان شناختی (Psychological):** همچون هیجانات، سبک های شناختی، شخصیت، باورها و تعارض های ناخودآگاه
- ۳- **عوامل اجتماعی (Social):** شامل فرهنگ، روابط اجتماعی، وضعیت اقتصادی، مهاجرت، جنگ و سایر عوامل محیطی

کاربرد بالینی مدل Biopsychosocial

در ارزیابی هر بیمار باید هر سه بعد بررسی شوند، زیرا علت اصلی اختلال ممکن است در هر یک از این حوزه ها غالب باشد.

غلبه عوامل اجتماعی: افسردگی ناشی از فقر، ناامنی، مهاجرت یا مشکلات اجتماعی. در این موارد دارو می تواند کمک کننده باشد، اما درمان اصلی رفع یا کاهش عوامل مضر اجتماعی است.

غلبه عوامل روان شناختی: افسردگی ناشی از الگوهای شناختی منفی، باورهای ناکارآمد یا انتظارات غیرواقع بینانه. در این شرایط، روان درمانی نقش اصلی را دارد.

غلبه عوامل زیستی: اختلالاتی با زمینه ژنتیکی، اختلالات نوروترانسمیتری، مشکلات هورمونی یا بیماری های جسمی با تظاهر روان پزشکی که بیشتر به درمان های زیستی مانند دارودرمانی نیاز دارند.

✓ در روان پزشکی، ارزیابی و درمان همواره بر پایه نگاه زیستی، روانی و اجتماعی انجام می شود.

اضطراب (Anxiety)

اضطراب، سیستم هشدار طبیعی بدن در برابر خطر است. با فعال شدن این سیستم، سیستم سمپاتیک فعال می شود و سیستم پاراسمپاتیک کاهش فعالیت پیدا می کند.

تظاهرات اضطراب

۱- **علائم جسمی:** تپش قلب، خشکی دهان، افزایش تعداد تنفس، تعریق و مور مور شدن بدن

۲- **علائم روانی:** احساس دلشوره، نگرانی، انتظار وقوع خطر و افکار معطوف به آینده

اضطراب یک پاسخ انطباقی (Adaptive) است که در طول تکامل به بقای انسان کمک کرده است. در مواجهه با خطر، اضطراب باعث آماده شدن بدن برای یکی از پاسخ‌های فرار (Flight)، جنگیدن (Fight) یا انجماد (Freeze) آماده می‌شود. به همین دلیل، وجود مقدار مشخصی اضطراب طبیعی و حتی مفید است و اضطراب خفیف می‌تواند باعث افزایش تمرکز و بهبود عملکرد شود.

در بسیاری از موقعیت‌ها، اضطراب پاسخ طبیعی محسوب می‌شود؛ مانند: امتحان، جنگ، بلایای طبیعی و بحران‌های اقتصادی. اضطراب زمانی به اختلال تبدیل می‌شود که موجب دیسترس شدید شود یا باعث اختلال عملکرد (دیس فانکشن) در زندگی فرد شود. مثل اختلال در روابط خانوادگی، افت عملکرد تحصیلی، کاهش عملکرد شغلی یا ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره.

انواع اختلالات اضطرابی

۱- اضطراب موقعیتی (Situational Anxiety)

در این حالت، فرد می‌داند که در موقعیت خاصی دچار اضطراب خواهد شد. دو نمونه‌ی معروف آن شامل موارد زیر هستند:

الف) فوبیای اجتماعی (Social Phobia): اضطراب هنگام صحبت یا حضور در جمع.

ب) فوبیای اختصاصی (Specific Phobia): ترس غیرمنطقی از موقعیت یا شیء خاص.

✓ ترس از موجودات یا موقعیت‌های ذاتاً خطرناک (مانند مار یا شیر) فوبیا محسوب نمی‌شود. فوبیا به ترس غیرمنطقی از مواردی گفته می‌شود که معمولاً خطر قابل توجهی ندارند؛ مثلاً گربه، جوجه یا تاریکی.

۲- اضطراب غیرموقعیتی

در این حالت، اضطراب وابسته به موقعیت خاصی نیست و ممکن است بدون محرک مشخص ایجاد شود؛ مثل حملات پانیک (Panic Attacks) یا اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder).

حدود ۱۰٪ جامعه به یکی از اختلالات اضطرابی مبتلا هستند و شیوع اختلالات اضطرابی در زنان بیشتر از مردان است.

ابتلا به بیماری جسمی معمولاً موجب افزایش اضطراب می‌شود. این اضطراب می‌تواند رفتارهای متفاوتی مانند اجتناب از مراجعه به پزشک، مراجعه مکرر و بیش از حد به پزشکان و انجام مکرر آزمایش‌ها و بررسی‌های پزشکی ایجاد کند؛ بنابراین اضطراب می‌تواند بر نحوه استفاده افراد از خدمات درمانی اثر قابل توجهی داشته باشد.

درمان اختلالات اضطرابی

در صورت ایجاد دیسترس یا دیس فانکشن، درمان ضرورت پیدا می‌کند.

۱- درمان دارویی

دو گروه اصلی داروها عبارت‌اند از:

الف) داروهای با اثر سریع در کاهش اضطراب

ب) داروهایی که پس از چند هفته مصرف، موجب کاهش اضطراب می‌شوند. (اثر کندتر)

۲- درمان‌های رفتاری

الف) مواجهه‌سازی تدریجی (Gradual Exposure)

در این روش، فرد به صورت مرحله‌به‌مرحله در معرض عامل ترس قرار می‌گیرد تا به تدریج اضطراب کاهش یابد.

مثلاً فرد مبتلا به ترس از ارتفاع، ابتدا در ارتفاع کم قرار می‌گیرد و سپس به تدریج ارتفاع افزایش می‌یابد یا در فوبیای حیوانات، ابتدا تصور ذهنی، سپس مشاهده عکس، ماکت و در نهایت مواجهه واقعی با حیوان انجام می‌شود. این فرایند با ایجاد عادت‌پذیری (Habituation)، شدت اضطراب را به تدریج کاهش می‌دهد.

ب) آرامش‌سازی (Relaxation)

کاهش تنش جسمی و روانی با تکنیک‌های آرامش‌سازی.

ج) ذهن‌آگاهی (Mindfulness)

تمرکز بر لحظه حال و کاهش نگرانی‌های مربوط به آینده.

۳- درمان شناختی (Cognitive Therapy)

هدف، اصلاح افکار اضطراب‌زا است.

توضیحات را با یک مثال ادامه می‌دهیم. فرض کنید افکار اولیه‌ی ما این است که «نکند فقیر شویم.»

* تبدیل جمله به حالت خبری (می‌گوییم «ما فقیر خواهیم شد. (با این وضع اقتصادی نیازی به ادامه‌ی مراحل نیست!)»

* بررسی احتمال واقعی وقوع آن.

* بررسی شواهد موافق و مخالف.

* بررسی راه‌های پیشگیری و کنترل.

در نهایت، فکر واقع‌بینانه‌تر می‌شود:

«ممکن است فقیر شویم، اما احتمال آن زیاد نیست و راه‌هایی برای پیشگیری یا کاهش پیامدهای آن وجود دارد.»

✓ با اصلاح افکار، احساسات نیز به دنبال آن تغییر می‌کنند و اضطراب کاهش می‌یابد.

افسردگی (Depression)

افسردگی حالتی است که با یکی از دو علامت اصلی مشخص می‌شود:

الف) خلق افسرده و غمگینی پایدار.

ب) کاهش لذت از فعالیت‌ها. (Anhedonia)

برای تشخیص اختلال افسردگی، این علائم باید حداقل ۲ هفته و در بیشتر ساعات و بیشتر روزها وجود داشته باشند.

افسردگی شایع‌ترین دلیل ناتوانی (Disability) به صورت جهانی است. ۱۷٪ مردم دوره‌ای از افسردگی بالینی را در طول زندگی تجربه می‌کنند.

افسردگی طبیعی در پاسخ به رویدادهای متداول زندگی مانند نمره‌ی پایین، از دست دادن عزیزان و شکست‌ها ایجاد می‌شود و معمولاً کوتاه‌مدت است.

اما اختلال افسردگی علاوه بر خلق افسرده یا کاهش لذت، باعث Dysfunction و Distress می‌شود.

علائم اختلال افسردگی

- خلق افسرده
- کاهش لذت
- اختلال خواب (کم خوابی یا پرخوابی)
- تغییر اشتها (کاهش یا افزایش)
- اختلال در تصمیم‌گیری
- کاهش عملکرد روزانه
- افکار مرگ یا خودکشی
- ممکن است همراه اضطراب باشد یا نباشد.

شدت افسردگی می‌تواند در سه درجه‌ی خفیف، متوسط و شدید ارزیابی شود. بیماری ممکن است حاد (چند هفته تا چند ماه) یا مزمن (گاهی چند سال) باشد.

✓ درمان دارویی در افسردگی‌های متوسط و شدید اثربخشی بیشتری دارد و در موارد خفیف معمولاً مداخلات غیردارویی ارجح هستند.

همبودی (Comorbidity)

تقریباً در تمام رشته‌های پزشکی (داخلی، جراحی، پوست، چشم و...) بیماران دارای همبودی (Comorbidity) روان‌پزشکی دیده می‌شوند؛ بنابراین آشنایی با روان‌پزشکی برای همه پزشکان ضروری است.

افسردگی همراه با اختلالات روان‌پزشکی مختلفی همچون اضطراب، وسواس، اعتیاد و سایر اختلالات ظاهر می‌شود.

افسردگی می‌تواند همراه با بیماری‌های جسمی نیز ظاهر شود. در سکت‌های قلبی، سکت‌های مغزی، ام‌اس (MS)، صرع، بیماری‌های گوارشی، جراحی‌های ارتوپدی و انواع سرطان‌ها می‌توان کیس‌های افسرده نیز مشاهده نمود.

✓ درمان نشدن افسردگی باعث بدتر شدن پیش‌آگهی بیماری زمینه‌ای و کاهش پایداری بیمار به درمان می‌شود.

علل افسردگی

۱- عوامل زیستی (Biological)

- اختلال نوروترانسمیترهای سروتونین، دوپامین، نوراپی‌نفرین (نورآدرنالین) و ...
- ژنتیک
- سابقه خانوادگی افسردگی یا اختلال دوقطبی
- مصرف الکل و مواد
- کم‌کاری تیروئید و سایر اختلالات هورمونی

۲- عوامل روان‌شناختی (Psychological)

الف) مثلث شناختی بک (Beck's Cognitive Triad)

نگاه منفی به: خود، محیط و آینده. وجود این سه نگرش، با تلقین حس بی‌ارزش بودن، زمینه‌ساز افسردگی است.

ب) درماندگی آموخته شده (Learned Helplessness)

در یک آزمایش کلاسیک، اگر حیوان پس از تلاش بتواند از شوک الکتریکی فرار کند، در دفعات بعد نیز تلاش می‌کند. اگر تلاش او هیچ اثری نداشته باشد، یاد می‌گیرد که «کاری از دستش بر نمی‌آید» و حتی زمانی که راه فرار وجود دارد نیز اقدامی نمی‌کند.

✓ می‌توان گفت که مواجهه مکرر با استرس‌هایی که فرد قادر به تغییر آن‌ها نیست، می‌تواند به احساس ناتوانی و افسردگی منجر شود.

ج) خشم معطوف به درون

از دیدگاه روانکاوی، گاهی خشم نسبت به دیگران به سمت خود فرد برمی‌گردد و به صورت افسردگی بروز می‌کند. این عامل خود را بیشتر در خودکشی نمایان می‌کند.

۳- عوامل اجتماعی (Social)

فقر، بیکاری، طلاق، سوگ، مشکلات محیط کار، مهاجرت، حاشیه‌نشینی و تجربه حوادث ناگوار در کودکی (مانند از دست دادن والدین) تنها نمونه‌هایی از تأثیر عوامل اجتماعی بر افسردگی هستند.

افسردگی تک قطبی و دوقطبی

الف) افسردگی تک قطبی: در این نوع، فقط دوره‌های افسردگی وجود دارد و نوسان خاصی در خلق دیده نمی‌شود.

ب) افسردگی دوقطبی: دوره‌های افسردگی با دوره‌های افزایش خلق (مانیا یا هیپومانیا) به صورت متناوب رخ می‌دهند. شدت اختلال دوقطبی از انواع خفیف‌تر مانند Cyclothymia تا انواع شدیدتر مانند Bipolar Disorder متغیر است.

درمان افسردگی

۱- درمان‌های زیستی (Biological)

- ❑ داروهای ضد افسردگی
- ❑ الکتروشوک (ECT): اثر درمانی ECT ابتدا با مشاهده بهبود بیماران مبتلا به افسردگی پس از تشنج کشف شد. امروزه تشنج به صورت کنترل شده، تحت بیهوشی و با جریان الکتریکی ایجاد می‌شود.
- ❑ تحریک مغناطیسی مغز (rTMS)

۲- درمان‌های روان‌شناختی (Psychological)

- ❑ درمان شناختی رفتاری (CBT)
- ❑ روان‌درمانی فردی
- ❑ روانکاوی
- ❑ درمان روان‌پوی (Psychodynamic Therapy)

۳- درمان‌های اجتماعی (Social)

- ❑ حمایت اجتماعی، خانوادگی و مالی
- ❑ اشتغال
- ❑ اسکان
- ❑ پیگیری تلفنی

چندین نکته در باب افسردگی:

- ✓ درمان افسردگی معمولاً ترکیبی از سه محور است؛ مثلاً بیماری که زمینه ژنتیکی، فقر و افکار منفی نسبت به خود دارد، ممکن است هم‌زمان به دارودرمانی، روان‌درمانی و حمایت اجتماعی نیاز داشته باشد.
- ✓ یک سوم بیماران که در بیمارستان بستری می‌شوند علائم افسردگی دارند.
- ✓ بیش از ۵۰٪ بیماران بستری در بیمارستان‌های جنرال، حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دارند.
- ✓ در جمعیت عمومی ایران، حدود ۲۵٪ افراد به نوعی اختلال روان‌پزشکی مبتلا هستند.
- ✓ میزان مرگ بعد از انفارکت قلبی در افرادی که افسرده‌اند به طرز معنی‌داری بیشتر است. دلیل اصلی این موضوع عدم پیگیری درمان و عدم تغییر سبک زندگی است.
- ✓ افسردگی مانع درمان‌های مدیکال است. (بی‌انگیزگی در مصرف داروها، تغییرات در خواب و اشتها و ...)
- ✓ بعضی بیماری‌های مدیکال مانند هیپوتیروئیدی و آپنه‌ی خواب تظاهرات شبیه افسردگی دارند.

واکنش‌های روان‌شناختی پس از سوانح (Trauma)

سوانح شایع شامل تصادفات، زلزله، سیل، طوفان، سونامی، جنگ، تجاوز و شکنجه و... می‌شوند. پس از حادثه، بیشتر افراد دچار واکنش طبیعی روانی می‌شوند که معمولاً به مرور زمان برطرف می‌شود. این واکنش‌ها در چهار گروه کلی قرار می‌گیرند:

۱- بازتجربه (Re-experiencing)

یادآوری ناخواسته حادثه در قالب فلش‌بک، کابوس یا زنده شدن خاطره با دیدن محرک‌های مشابه.

۲- اجتناب (Avoidance)

پرهیز از مکان‌ها، افراد یا موقعیت‌هایی که حادثه را یادآوری می‌کنند.

۳- بیش‌برانگیختگی (Hyperarousal)

فرد همیشه گوش‌به‌زنگ است و با صداهای کوچک هم از جا می‌پرد. تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس خطر مداوم در این افراد غالب است.

۴- افکار و هیجانات منفی

احساس بیگانگی و نگاه منفی به خود و دنیا، با جملاتی همچون «دنیا جای خوبی نیست» و یا «من با همه فرق دارم.» زمانی این واکنش‌ها اختلال محسوب می‌شوند که باعث Distress (رنج شدید) یا Dysfunction (اختلال عملکرد) شوند و نیاز به مداخله درمانی به وجود می‌آید. اگر اختلال کمتر از ۱ ماه به طول انجامد، اختلال استرس حاد (Acute Stress Disorder) و اگر بیشتر از ۱ ماه وجود داشته باشد، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مطرح است. مثلاً فردی پس از تصادف از رانندگی می‌ترسد، کابوس تصادف می‌بیند، با صداهای ناگهانی می‌ترسد و تحریک‌پذیر شده است. اگر زندگی عادی خود را ادامه دهد، معمولاً این علائم خودبه‌خود برطرف می‌شوند. اما اگر عملکرد روزانه مختل شود یا رنج شدیدی ایجاد شود، درمان لازم است.

۱- درمان زیستی: داروها

۲- درمان روان شناختی: روان درمانی مبتنی بر تروما (Trauma-focused) و CBT

۳- درمان اجتماعی: حمایت خانواده، حمایت اجتماعی و خدمات حمایتی

روان‌پریشی (Psychosis)

روان‌پریشی حالتی است که در آن واقعیت‌سنجی (Reality Testing) مختل می‌شود؛ یعنی فرد تجربه‌هایی دارد که دیگران آن‌ها را تجربه نمی‌کنند.

تظاهرات اصلی آن شامل توهم و هذیان هستند.

۱- توهم (Hallucination)

ادراک چیزی که در واقعیت وجود ندارد؛ مثل شنیدن صدا، دیدن اشخاص یا اشیا و یا احساس بو یا مزه‌ای که وجود ندارد.

۲- هذیان (Delusion)

باور غلط، غیرقابل اصلاح و مغایر با واقعیت یا فرهنگ.

❑ هذیان گزند و آسیب: «همه می‌خواهند مرا بکشند.»

❑ هذیان بزرگ منشی: «من پیامبر هستم»، «من امام زمان هستم.»

❑ هذیان انتساب: «تلویزیون برای من پیام می‌فرستد.»

❑ هذیان کنترل: «دیگران از راه دور افکار مرا کنترل می‌کنند.»

❑ هذیان سرقت فکر: «افکارم را از ذهنم می‌دزدند.»

علل روان‌پریشی

۱- علل اولیه

اختلالات روان‌پزشکی مانند:

🕌 اسکیزوفرنی

🕌 اسکیزوفرنی فرم

🕌 اسکیزوافکتیو

۲- علل ثانویه

🕌 مصرف مواد

🕌 تومورهای مغزی

🕌 برخی انواع تشنج و سایر بیماری‌های جسمی

ممکن است روان‌پریشی هسته‌ای اصلی بیماری باشد یا در کنار اختلالاتی مانند افسردگی شدید ظاهر شود. همچنین امکان دارد کوتاه مدت یا مادام‌العمر باشد.

خودکشی (Suicide)

✓ اکثر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، دارای یک اختلال روان‌پزشکی زمینه‌ای هستند؛ بنابراین خودکشی معمولاً نشانه وجود Dysfunction و Distress است.

در پزشکی، خودکشی بیشتر به عنوان یک علامت (Symptom) در نظر گرفته می‌شود، نه موضوعی برای قضاوت اخلاقی. اختلالاتی که ممکن است با خودکشی همراه باشند شامل موارد زیر می‌گردند:

🧠 افسردگی

🧠 روان‌پریشی (Psychosis)

🧠 اختلال انطباق (Adjustment Disorder)

🧠 اختلالات شخصیت و سایر اختلالات روان‌پزشکی

مطالعات نشان می‌دهند که پزشکان بیش از جمعیت عمومی در معرض خطر خودکشی هستند. دلایل احتمالی این موضوع شامل استرس شغلی بالا، کشیک‌های طولانی و کم‌خوابی، مسئولیت سنگین در قبال بیماران، مواجهه مداوم با بیماری، مرگ و شرایط بحرانی و حتی آشنایی با روش‌های مرگ و دسترسی بیشتر به ابزارهای آن می‌شوند. این مسئله در کشورهای مختلف، مستقل از میزان درآمد پزشکان، مشاهده شده است.

باورهای نادرست درباره خودکشی

🧠 «کسی که قصد خودکشی داشته باشد، چیزی نمی‌گوید و مستقیم اقدام می‌کند.»

در بیشتر موارد، افراد قبل از اقدام به اطرافیان نشانه می‌دهند، صحبت‌هایی درباره مرگ یا ناامیدی مطرح می‌کنند و تغییرات رفتاری نشان می‌دهند؛ بنابراین اطرافیان باید نسبت به این نشانه‌ها هوشیار باشند.

🧠 «پرسیدن درباره افکار خودکشی باعث القای خودکشی می‌شود.»

کاملاً برعکس، صحبت کردن درباره افکار خودکشی باعث تخلیه هیجانی (Ventilation) می‌شود، فرصت دریافت حمایت را فراهم می‌کند و خطر اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین اگر احتمال خطر وجود دارد، باید با رعایت اصول مناسب، درباره افکار خودکشی سؤال کرد.

✓ حدود ۹۰٪ افرادی که اقدام به خودکشی کرده ولی زنده مانده‌اند، دیگر هرگز اقدام مجدد نمی‌کنند. این نشان می‌دهد که نجات جان فرد می‌تواند اثر بلندمدت داشته باشد و مداخله به موقع ارزش فراوانی دارد.

✓ اما حدود ۱۰٪ افراد ممکن است دوباره اقدام کنند؛ بنابراین، سابقه‌ی اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای اقدام مجدد است و این افراد نیازمند پیگیری و مراقبت بیشتر هستند.

نجات فردی که اقدام به خودکشی کرده است، ممکن است جان یک انسان را حفظ کند، یک خانواده را از آسیب نجات دهد و آثار مثبت بلندمدتی بر زندگی فرد داشته باشد.

استرس (Stress)

استرس هر عاملی است که فشار روانی بر فرد وارد کند. استرس لزوماً اضطراب یا افسردگی نیست؛ اما می‌تواند زمینه‌ساز هر دو باشد. استرس‌ها اثر تجمعی (Cumulative) دارند؛ یعنی استرس‌های متعدد روی هم جمع می‌شوند. اگر مجموع استرس‌ها از حد مشخصی بیشتر شود، احتمال بروز اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های Psychosomatic (روان‌تنی) افزایش می‌یابد.

جدول هولمز و راهه (Holmes & Rahe)

در این جدول برای رویدادهای مختلف زندگی همچون مرگ همسر، مرگ والدین، مرگ فرزند، بیماری، بیکاری، ورشکستگی و حوادث طبیعی، امتیاز استرس تعیین شده است.

اگر مجموع امتیاز استرس‌های یک فرد طی یک سال از حد مشخصی بیشتر شود، خطر ابتلا به بیماری افزایش پیدا می‌کند.