

روان‌پزشکی و خانواده

فهرست

مقدمه..... ۷

بخش اول: زمینه‌ها و «گونه‌های بهنجار» استرس

۱. یک روز کاری..... ۱۳
۲. تحول بهنجار و چرخه زندگی..... ۳۱
۳. وراثت، فرزندپروری، و جامعه..... ۴۳
۴. استرس و واکنش‌های هیجانی رایج..... ۵۵
۵. مدیریت استرس..... ۷۱

بخش دوم: تمایز بیماری هیجانی از بیماری روانی

۶. اختلال‌های سازگاری و اختلال‌های روان‌تنی..... ۸۵
۷. اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های بدنی شکل و اختلال‌های تجزیه‌ای..... ۹۹
۸. الکلیسم و سوءمصرف مواد..... ۱۲۳
۹. مشکلات جنسی..... ۱۴۱
۱۰. اختلال‌های خوردن..... ۱۶۵
۱۱. اثرات هیجانی فقدان..... ۱۸۷
۱۲. اختلال‌های شخصیت..... ۲۰۵
۱۳. اختلال‌های روان‌پزشکی غیرمعمول..... ۲۲۳

بخش سوم: بیماری‌های روانی: سایکوزها

۱۴. اختلال‌های خلقی: حالت‌های مانیک و افسردگی..... ۲۳۳
۱۵. اسکیزوفرنی..... ۲۵۳
۱۶. سایر اختلال‌های روان‌پریشانه [=روان‌گسسته‌وار یا سایکوتیک]..... ۲۶۹
۱۷. دلیریوم، دمانس، فراموشی، و سایر اختلال‌های شناختی..... ۲۷۵

بخش چهارم: درمان بیماری‌های هیجانی و روانی

۱۸. روان‌پزشک چه کمکی می‌کند؟ ۲۹۱
۱۹. روان‌درمانی: چه کسی، چه چیزی، چه زمانی، و چگونه؟ ۳۰۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۳۲۹
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۳۳۵
- بحث پایانی ۳۴۱

مقدمه

پس از حادثه یازدهم سپتامبر، بعضی از مردم آمریکا طوری به زندگی‌شان ادامه دادند که گویی در آن روز اتفاق خاصی نیفتاده است؛ اما بیشتر مردم نگاه متفاوتی به این حادثه دارند و اضطراب و نگرانی بیشتری نسبت به روزهای پیش از آن احساس می‌کنند. رهبران ایالات متحده آمریکا احتمال وقوع حملات تروریستی بیشتری را پیش‌بینی کرده‌اند؛ هرچند هیچ‌کس نمی‌تواند زمان دقیق این رویدادهای خشونت‌بار و مخرب را پیش‌بینی کند. مبتلایان به اختلال‌های هیجانی و روان‌پزشکی در جریان چنین حوادثی بیشترین آسیب را می‌بینند و در نتیجه نیاز بیشتری به خدمات سلامت روان ایجاد می‌شود. همان‌طور که انتظار می‌رود، شیوع افسردگی، «اضطراب تعمیم‌یافته»^۱، و به‌خصوص «اختلال استرس پس از سانحه»^۲ افزایش یافته است.

در عین حال، به دلیل محدودیت‌های منابع بیمه دولتی و خصوصی، دستیابی به خدمات سلامت روان بسیار سخت‌تر شده است. برای مقابله با این روند، کنگره ایالات متحده در تلاش است تا لایحه برابری خدمات سلامت روان را با هدف پیشگیری از اعمال تبعیض از سوی مؤسسات بیمه در ارائه این خدمات تصویب کند.

این سؤال که چه نوع مشکلاتی بیماری در نظر گرفته شوند همواره برای ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات بیمه مطرح بوده است. وخیم‌ترین اختلال‌های بالینی، مانند اسکیزوفرنی [=روان‌گسیختگی]^۳، اختلال دو قطبی، و افسردگی اساسی [=افسردگی مهاد]^۴ قطعاً بیماری‌های مخربی هستند - و به همین دلیل لازم است تحت پوشش بیمه باشند. اما آیا مشکلات زناشویی، استرس‌های شغلی، و یا مسائل کم‌اهمیت‌تر از اینها هم باید توسط انجمن‌های متولی سلامت روان درمان شوند؟ یا اینکه چنین مواردی را باید به عنوان مشکلات معمول زندگی در نظر گرفت؟ در حال حاضر، بیشتر این مسائل تحت پوشش بیمه هستند؛ اما ممکن است با افزایش هزینه‌های سلامت، شرایط تغییر کند.

1. generalized anxiety

2. post-traumatic stress disorder (PTSD)

3. schizophrenia

[به دلیل اصرار ناشر محترم به استفاده از اصطلاحات رایج در ترجمه واژه‌های تخصصی، از کاربرد واژه‌هایی که بنا بر قواعد اصطلاح‌شناسی دقیق‌تر و صحیح‌تر می‌دانستیم اجتناب کردیم و واژه‌های پیشنهادی خود را در قلاب (=کروشه) آوردیم؛ در مواردی که بیش از یک اصطلاح در قلاب آمده اولی واژه پیشنهادی است، و در موارد معدودی که اصطلاح درون قلاب اصطلاح رایج‌تر (و نه صحیح‌تر) است علامت ستاره اضافه شده است. خواننده علاقه‌مند می‌تواند برای تأمل بیشتر به فصل اصطلاح‌شناسی «میرشمس‌الدین ادیب‌سلطانی» (۱۳۸۱). راهنمای آماده ساختن کتاب. شرکت انتشارات علمی و فرهنگی» و همچنین به مقدمه و متن «محمود منصور، پریخ دادستان، و مینا راد. (۱۳۶۵). لغتنامه روان‌شناسی. سازمان چاپ هنر» مراجعه کند.]

* [مطالب درون قلاب، در سراسر ترجمه، از ویراستار است.]

4. major depression

نقش روان‌پزشکان در ۲۰ سال اخیر به شکل معناداری تغییر کرده است. من در دوران اشتغالم بیماران را هفتگی و در اغلب موارد بیش از ۵۰ دقیقه معاینه می‌کردم - کاری که این روزها رایج نیست. در حال حاضر بیشتر روان‌پزشکان مراجعان‌شان را با همکاری تیم متخصصان سلامت روان درمان می‌کنند. روان‌پزشکان مراجع را یک جلسه ارزیابی می‌کنند و سپس به صورت هفتگی یا ماهانه جلسات معاینه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای ترتیب می‌دهند. مسئولیت روان‌درمانی هم، به‌عده روان‌شناس قرار گرفته است. این اقدام مشترک زمانی مفید خواهد بود که همکاری نزدیکی بین روان‌پزشک و روان‌شناس برقرار باشد - هرچند که معمولاً نظارت کافی‌ای بر فرایند درمان [و کیفیت این رابطه نزدیک] نیست.

در حال حاضر روان‌شناسان و روان‌پزشکان تنها یکی از منابع اطلاعات در زمینه سلامت روان به حساب می‌آیند؛ مجلات و روزنامه‌ها ستون‌هایی را به آخرین درمان‌ها برای بسیاری از اختلالات اختصاص می‌دهند؛ اینترنت هم یکی از منابع اطلاعات در مورد مسائل سلامت است. بیماران اغلب با اطلاعات بسیاری به مطب متخصص مراجعه می‌کنند و آن اطلاعات را با چیزهایی که متخصص می‌گوید مقایسه می‌کنند. استفاده از درمان‌های جایگزین، که با عنوان درمان‌های تکمیلی هم شناخته می‌شوند، به طور روزافزونی رواج می‌یابد. در حال حاضر پزشکان به طور معمول از بیماران خود درباره سایر درمان‌ها یا تکنیک‌هایی که دریافت می‌کنند (مانند طب سوزنی، بیوفیدبک^۱ یا ماساژدرمانی) سؤال می‌پرسند. متقاضیان داروهای گیاهی کمتر از گذشته هستند و بسیاری از مردم در ارزش دارویی این مواد طبیعی تردید دارند. تحقیقات جدید در مورد داروهای گیاهی نشان داده است که بعضی از آنها سودمند، بعضی بی‌فایده، و بعضی هم مضر هستند. در این روزها که نتایج پژوهش‌ها و درمان‌های جدید دائماً در حال تغییر هستند، طبیعی است که بیماران بخواهند از آخرین یافته‌ها در مورد بهترین درمان موجود برای بیماری‌شان مطلع باشند.

با وجود زمان کمی که برای مشورت با روان‌پزشکان در مورد درمان‌های در دسترس در اختیار است، بیماران و خانواده‌های آنها می‌توانند در جستجوی اطلاعات بیشتری [از سایر منابع] در حوزه سلامت روان باشند.

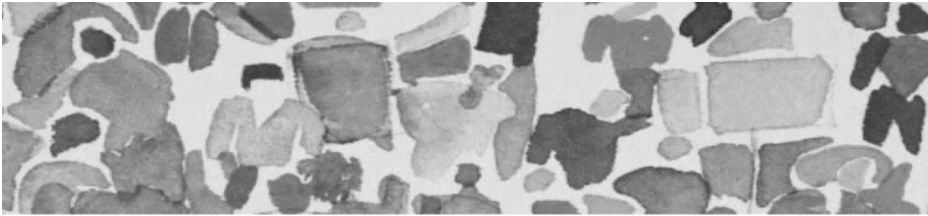
این کتاب آخرین اطلاعات در این حوزه را در اختیار شما قرار می‌دهد. در این ویرایش، آخرین یافته‌های حوزه ژنتیک در زمینه بیماری‌های روانی، تکنیک‌های جدید تشخیص، و روش‌های جدید اسکن مغز در دسترس قرار گرفته است. در این ویرایش به روش‌های روان‌درمانی جایگزین و درمان‌های دارویی جدید با عوارض جانبی کمتر هم پرداخته شده است. با توجه به افزایش شیوع

1. biofeedback

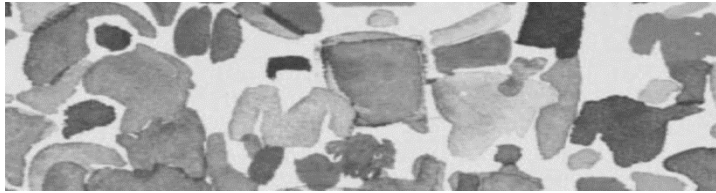
[استفاده از یک وسیله سنجش، مثل الکتروکاردیوگراف (دستگاه نوار قلب)، برای آگاه کردن فرد به وضع فیزیولوژیک خود. می‌توان از طریق همراه کردن این آگاهی با یک نظام پاداش یا تنبیه، از این روش برای کسب کنترل بر کنش‌های خودکار بدن، مثل ضربان قلب یا فشار خون، استفاده کرد و کنش‌های فیزیولوژیکی که تحت کنترل سیستم خودمختار (و غیر ارادی) هستند را به وضع مطلوب نزدیک کرد.]

بیماری آلزایمر، به این بیماری ویران‌گر و تأثیرش بر مراقبان، بیشتر از ویرایش اول، توجه داشته‌ام. همانند ویرایش اول، پیشنهادهای مفیدی برای خانواده‌ها و سایر مراقبان آمده است تا بدانند به بیمارانی که در تلاش برای مقابله با بیماری هیجانی یا رفتاری هستند، چه کم‌هایی می‌توانند بکنند. منابعی هم برای مطالعه بیشتر در مورد موضوعات مختلف در انتهای کتاب پیشنهاد شده است. بسیار خرسندم که مطالب قابل توجهی در این کتاب وجود دارد که به ویرایش دوم آن اعتبار می‌بخشد. امیدوارم بیماران و خانواده‌های‌شان اطلاعات لازم برای شناخت انواع بیماری‌های هیجانی و رفتاری و مواجهه با آنها را در این کتاب بیابند.

بخش ۱



زمینه‌ها و «گونه‌های بهنجار» استرس



یک روز کاری

همه ما در لحظه‌هایی این احساس را داشته‌ایم که «هیچ چیز خوب پیش نمی‌رود». همه ما مضطرب می‌شویم، از موقعیت‌های خاصی می‌ترسیم، و تعارض را تجربه می‌کنیم. اینها بخشی از تجربه «انسان بودن» ما است. بعضی‌ها انتظار دارند همیشه شاد باشند؛ اما این انتظار واقع‌بینانه نیست. از دست دادن عزیزان و دیگر وقایع غم‌انگیز زندگی را همه تجربه می‌کنند. استرس، همراه همیشه‌گی ما است؛ مهم این است که با شیوه‌های مناسبی با آن روبه‌رو شویم تا از آسیب پیشگیری کنیم.

بسیاری از ما استرس‌های معمولی را - بدون تجربه اضطراب، افسردگی، یا استرس جسمانی قابل توجه - مدیریت می‌کنیم؛ اما مواردی استثنائی هم وجود دارند. شخصی ممکن است سال‌های زیادی شکایتی از استرس‌های شغلی‌اش نداشته باشد؛ اما ناگهان یک پیشامد غیر معمول فشار زیادی به او وارد کند. مانند موقعیتی که برای "جیل"، حسابدار موفق ۴۵ ساله، پیش آمد: استرس محیط کار تا این سن برای او هیچ مشکلی ایجاد نکرده بود؛ تا اینکه یک روز رئیس‌اش از او خواست که در مورد بخشی از اسناد شرکت، در دادگاه شهادت دهد. صرفاً از او خواسته شده بود که از فعالیت‌های شرکت، در گذشته، گزارشی ارائه کند. کار خود جیل مورد بازخواست نبود، و فقط باید گزارشی از اطلاعات حسابداری ارائه می‌داد. قرار نبود از او بازجویی شود، و مسئولیت هیچ سندی به‌عهده او نبود. با این حال این موقعیت جدید فشار زیادی به جیل وارد کرد: مضطرب و افسرده شد؛ در طول شب نمی‌توانست بخوابد؛ و تمام روزش دلوپس حضور در دادگاه بود. جیل فکر می‌کرد ممکن است کنترل، یا حتی عقل‌اش را از دست بدهد. اما او فقط به یک دوره کوتاه مشاوره و دارو-درمانی نیاز داشت تا کنترل احساسات‌اش را دوباره به‌دست بیاورد. جیل بعد از حضور در دادگاه فعالیت‌های عادی‌اش را از سر گرفت و دیگر تحت فشار و استرس نبود.

تجربه موقت استرس شدید، پدیده رایجی است. همه ما اضطراب شدید را تجربه کرده‌ایم.^۱ خیلی اوقات، فرار از موقعیت‌های ناراحت‌کننده ممکن نیست. بعضی‌ها به راحتی با استرس و اضطراب کنار می‌آیند و نیازی به حمایت بیرونی ندارند. گروهی دیگر، با استفاده از شیوه‌های خودیاری - مثل ورزش، یوگا، و آرام‌سازی^۲ [=تنش‌زدایی] - با استرس و اضطراب مقابله می‌کنند. کسانی هم، رنج زیادی را تحمل کرده، و به کمک متخصص سلامت روان نیاز پیدا می‌کنند. کمک‌ها از منابع مختلفی (از گروه‌های خودیاری گرفته تا روان‌پزشک) در دسترس هستند. روان‌پزشک می‌تواند به مراجع‌اش کمک کند تا متوجه تفاوت استرسی که همه تجربه می‌کنند، با نشانه‌های شدیدتری که نیاز به درمان روان‌پزشکی دارند، باشد. تجویز محتاطانه و دقیق دارو هم، برای مراجع مفید خواهد بود. در موارد جدی‌تر ممکن است بیمار به پذیرش در بخش روان‌پزشکی بیمارستان عمومی یا بیمارستان روانی نیاز داشته باشد. البته شرایط همیشه به این شکل نبوده است؛ روان‌پزشکی، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، و شاخه‌های مشاوره حرفه‌هایی هستند که در قرن بیستم به وجود آمده‌اند.

در دوران باستان، بیماری‌های روانی و هیجانی را ناشی از مشکلات روحی^۳ آی می‌دانستند که به راه‌حل‌های معنوی نیاز داشتند. روحانیون محلی با رسوم مذهبی، دعا، و آئین‌های مختلف سعی می‌کردند به این بیماران کمک کنند. مشاوره با کشیشان برای درمان این مشکلات، در طول قرون وسطی هم رایج بوده است. در آن زمان با مبتلایان به بیماری روانی، که دیوانه خطاب می‌شدند، بدرفتاری می‌شد. این بیماران را از جامعه طرد می‌کردند، و خیلی از آنها را به زندان می‌انداختند. در قرن ۱۸، فیلیپ پینل^۴، پزشک فرانسوی، شرایط را بهبود بخشید و بیماران روانی را در ساختمان‌هایی که برای مراقبت از آنها آماده شده بود، اسکان داد. در طول انقلاب آمریکا، بنجامین راش^۵، بیماران روانی را در بیمارستانی در فیلادلفیا درمان می‌کرد. نوشته‌های راش بیانگر درک درستی است که از بیماری روانی داشته. او رفتار و افکار بیماران روانی را به خوبی فهمیده و توصیف کرده - هرچند که روش درمانی ناپخته‌ای را به کار می‌برده است. حجامت، مسهل‌ها برای پاک‌سازی بدن از سموم، و حمام آب یخ به خاطر اثر شوک‌آورش، در آن دوران مورد استفاده قرار می‌گرفتند. بعدها، در طول قرن نوزدهم، در هر ایالت بیمارستان‌هایی برای مراقبت از بیماران روانی تأسیس شد. تعداد زیادی از این

۱. [تندگی یا استرس (stress) فشار و تنش است که ارگانسیم، به دلیل مواجهه با محرکی که در کنترل و مدیریت آن کاملاً آماده نیست، تحمل می‌کند. مرگ همسر، تغییر رشته دانشگاهی، و ازدواج، از جمله موقعیت‌هایی (محرک‌هایی) هستند که موجب تندگی می‌شوند. اضطراب (anxiety) احساس دلهره‌ای مبهم است که از ادراک احتمال آسیب یا خطر، به شخص دست می‌دهد. این حس عمومی (برخلاف ترس و مواردی از تندگی) معمولاً فاقد محرکی است که شخص نسبت به آن آگاه باشد ظاهراً مؤلف توجهی به این تمایز مفهومی نداشته و در مواردی این دو اصطلاح را مترادف در نظر گرفته است.]

2. relaxation

3. spiritual

4. Philippe Pinel

5. Benjamin Rush

مؤسسات هنوز پابرجا هستند - اگرچه تعداد کسانی که در آنجا بستری هستند به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است.

در آن زمان مردم سعی می‌کردند مشکلات ذهنی‌ای که تجربه می‌کنند را با استفاده از درمان‌های خانگی، یا با کمک اعضای خانواده، دوستان، روحانی یا پزشک محله حل کنند. بیماری روانی برچسب بسیار منفی و تحقیرآمیزی بود. از افراد انتظار می‌رفت که یا خودشان به‌تنهایی مشکلاتشان را حل کنند و یا نهایتاً کمک اندکی از دیگران بخواهند. هر نشانه‌ای از بیماری روانی در اطرافیان ترس شدیدی ایجاد می‌کرد. بیمار طرد می‌شد و یا مورد تمسخر قرار می‌گرفت. اگرچه این نگرش در گذشته رایج بوده است، اما بعضی از برچسب‌ها^۱، علی‌رغم پیشرفت عظیم در زمینه سلامت روان، همچنان باقی مانده‌اند.

دوران روان‌پزشکی نوین در اواخر قرن نوزدهم آغاز شد. زیگموند فروید^۲ به این نتیجه رسید که مشکلاتی مثل اضطراب، هیستری، و فلج عضلانی ناشی از هیجان، به علت تعارضات روانی ایجاد می‌شوند، و آگاه کردن بیمار از این علل زیربنایی منجر به رفع این نشانه‌های روان‌نژند^۳ [= روان‌آزرده‌وار/روان‌آزرده یا نوروتیک] می‌شود. به‌واسطه کارهای فروید و پیروانش دوران نوین روان‌تحلیل‌گری^۴ [= روان‌کاوی*] و روان‌درمانی آغاز شد.

مدت زیادی از این تحول اولیه گذشت تا تحول مهم دیگری رخ دهد. در اوایل دهه ۱۹۵۰، داروهایی برای درمان مؤثر اختلالات روان‌پزشکی شدیدی مثل اسکیزوفرنی^۵ و اختلال دو-قطبی^۶ (که قبلاً شیدایی - افسردگی^۷ [= آشفتگی - افسردگی یا مانیا - افسردگی] نامیده می‌شد) تولید شدند. این، آغاز تحول زیستی در زمینه روان‌پزشکی بود. تا آن زمان، پزشکان پیشرفت قابل توجهی در درمان این بیماری‌ها نداشتند. این تحول دارویی راهی را برای درمان بیماری‌های هیجانی و روانی ناتوان‌کننده به کمک داروها باز کرد. در حال حاضر روان‌پزشکان، گزینه‌های متعددی برای درمان در اختیار دارند.

سوالات رایج

اعضای خانواده و دوستان بیمار، از روان‌پزشکانی که بیماران روانی یا هیجانی را درمان می‌کنند سوالاتی دربارهٔ مراقبت از بیمار می‌پرسند. بعضی از سوالات رایج عبارت‌اند از: «وقتی که همسرم دچار حملهٔ وحشت‌زدگی می‌شود من چه کار باید بکنم؟». «آیا باید شوهرم را مجبور کنم که حتی وقتی

1. stigma
2. Sigmund Freud
3. neurotic
4. psychoanalysis
5. schizophrenia
6. bipolar disorder
7. manic-depressive

افسرده است سر کار برود؟» «وقتی مادر پیرم یادش رفته است که کفش‌هایش را کجا گذاشته و فکر می‌کند که کسی آنها را دزدیده است چه باید بگویم؟» شخص دیگری ممکن است سؤال کند که چگونه می‌تواند رفتار عجیب یکی از اقوام که مبتلا به اسکیزوفرنی است و در خانه زندگی می‌کند را کنترل کند. چنین سؤالاتی، ذهن بستگان و دوستان بیمار، کسانی که در ارتباط مستقیم با بیمار هستند، و همچنین آنهایی که به‌سختی تلاش می‌کنند تا برای بیمار کاری بکنند، را مشغول می‌کند. اغلب معلمان، روحانیون، و گروه‌های مختلفی که در زمینه سلامت فعالیت می‌کنند، به اندازه کافی نسبت به این موضوعات آگاه و مسلط نیستند (آنقدر که بتوان مطمئن بود برای کمک به بیمار کار درست را انجام می‌دهند). این افراد، که نگران بیمار و درگیر بهبود وضعیت او هستند، می‌خواهند رابطه‌ای که با بیمار دارند و عملکردشان در ارتباط با او، برای بیمار مفید باشد.

اگرچه معمولاً صرفاً ارائه اطلاعات برای کمک به آنهایی که در تماس با بیمار روانی یا هیجانی هستند کافی نیست، اما این اطلاعات می‌تواند مبنا یا نقطه شروعی برای کمک به این افراد باشد. به‌عنوان مثال، برای کسی که با الکلیسم آشنا نیست، کمک کردن به یک الکلی ممکن است گیج‌کننده یا ناامیدکننده باشد. اما اطلاعاتی که به‌واسطه اعضای گروه الکلی‌های گمنام یا اعضای ال-انون^۱ به دست می‌آید می‌تواند بسیار مفید باشد. به همین نحو، آشنایی با اختلالات روان‌پزشکی، برای کسانی که به‌صورت روزمره با این مشکلات در ارتباطند، مفید است.

کاملاً طبیعی است که فردی به‌خاطر مشکلی که خفیف است یا به‌تازگی ایجاد شده، از روان‌پزشک مشاوره بخواهد. ممکن است مراجع در توضیح علت مراجعه‌اش بگوید: «فقط می‌خواستم ببینم که درست رفتار می‌کنم یا نه». بعضی مشکلات زیاد جدی نیستند و یک یا دو جلسه برای حل آنها کافی است. همه به یک دوره طولانی روان‌درمانی یا دارو-درمانی نیاز ندارند؛ اما مشکلاتی هم هستند که به راحتی برطرف نمی‌شوند.

در این کتاب، هم استرس‌های رایج زندگی روزمره و هم مشکلات روان‌پزشکی پیچیده مورد بحث قرار می‌گیرند. در صورت امکان، پیشنهادات مفیدی برای هر اختلال ارائه می‌شود که به بیمار، بستگان بیمار، یا دیگر مراقبان او کمک کند تا از ماهیت مشکلاتی که با آنها روبه‌رو می‌شوند و چگونگی کنار آمدن با آنها آگاه شوند.

بخش بعدی، شرح کلی‌ای از مشکلات رایجی است که در اتاق مشاوره روان‌پزشک مطرح می‌شود. بیماری‌ها و دغدغه‌هایی که عنوان می‌شوند مربوط به مشکلات رایج هستند.

۱. ر.ک. به پانوشتهای ص ۱۳۷ [Al-Anon]

مشکلات رایج در روان‌پزشکی

مثال موردی

همه چیز خیلی ناگهانی اتفاق افتاد: زمانی که «آنا» اصلاً انتظارش را نداشت، به شدت مضطرب و نگران شد. آنا داشت از کنسرت نیویورک لذت می‌برد و با تمام وجودش به موسیقی گوش می‌داد که ناگهان یک حس بدنی شدید به سراغش آمد. تنفس برای‌اش مشکل شده بود؛ قلب‌اش به شدت می‌تپید و احساس ضعف می‌کرد؛ حس می‌کرد سرش شروع به چرخیدن کرده و به‌زودی بیهوش می‌شود؛ کنترل‌اش را کاملاً از دست داده بود. فهمید که باید فوراً از تالار کنسرت خارج شود. بازوی همسرش را کشید و به او گفت که باید آنجا را ترک کند. همسرش، که نمی‌دانست آنا دچار واکنش وحشت‌زدگی^۱ شده است، از اصرار او متعجب شد. آنها از تالار خارج شدند و به طرف خانه حرکت کردند. وقتی از بزرگراه «وست ساید» به سمت پل «جرج واشنگتن» می‌رفتند آنا بهتر شد، اما هنوز احساس ضعف و اضطراب داشت. به محض اینکه به خانه رسید، کمی وُدکا خورد تا تیش خود را کم کند. روز بعد، آنا به پزشک‌اش مراجعه کرد. دکتر وضعیت جسمانی آنا را خوب ارزیابی کرد، ولی متوجه شد که ضربان نبض آنا کمی افزایش یافته. دکتر به او اطمینان داد که کاملاً سالم است و آنچه که تجربه کرده ناشی از اضطراب بوده است. آنا موقتاً متقاعد شد، اما همچنان نگران بود که حمله تکرار شود.

چندین روز بعد آنا در حال خرید در سوپر مارکت، باز دچار حمله شد. باز هم همان احساسات ناخوشایند ظاهر شدند، اما این‌بار شدیدتر. آنا فکر می‌کرد که ممکن است عقل‌اش را از دست بدهد. مدتی در فروشگاه استراحت کرد و سپس به خانه رفت. به پزشک‌اش زنگ زد و داستان را گفت. دکتر از او خواست دوباره به مطب برود. پزشک، علامتی که نشان‌دهنده بیماری جسمانی باشد پیدا نکرد و به آنا پیشنهاد کرد که با یک روان‌پزشک تماس بگیرد.

کلمه «روان‌پزشک» نگرانی‌های دیگری را به ذهن آنا آورد. از خودش پرسید که «آیا من هم همان مشکلی را دارم که عمومی‌ام داشت؟ او سال‌ها در بیمارستان روانی بستری بود. نکند بیماری او هم همینطور شروع شده باشد؟». اضطراب آنا بیشتر شد؛ با محل کار همسرش تماس گرفت و گفت که پزشک از او خواسته که به روان‌پزشک مراجعه کند و از او پرسید که چه کار باید بکند. همسرش که متوجه ترس و اضطراب آنا شده بود، گفت که سریعاً به منزل می‌آید و او را به مطب روان‌پزشک می‌برد.

جاده منتهی به مطب، برای آنا طولانی به نظر می‌رسید. در طول مسیر، اضطراب‌اش از بین نرفت. کمی بعد از اینکه وارد مطب من شد، سؤال‌هایی پرسید که به شدت ذهن‌اش را آزار

می‌دادند: «دکتر، من دارم دیوانه می‌شوم؟ باید به بیمارستان روانی بروم؟». با شنیدن این سؤال‌ها، برای‌ام روشن شد که او دچار یک اختلال وحشت‌زدگی^۱ معمولی شده است. به او اطمینان دادم که دیوانه نمی‌شود و گفتم تابحال ندیدم کسی با این نشانه‌ها، دیوانه شده باشد. بعد از شنیدن حرف‌های من، آنا احساس آرامش کرد؛ اما بعد پرسید: «این حملات تکرار خواهند شد؟». برای‌اش توضیح دادم که چنین علائمی ممکن است تکرار شوند اما داروهایی هستند که می‌توانند نشانه‌ها را تسکین دهند و از بازگشت حمله جلوگیری کنند. همچنین به او گفتم که لازم است برای کشف ریشه احتمالی حملات وحشت‌زدگی باز هم همدیگر را ببینیم. آنا قبول کرد، و درمان آغاز شد.

اختلال‌های هراس

اختلال هراس^۲ [=ترس مرضی]، به دلایل نامعلومی، در فرهنگ مدرن شیوع یافته است. این ترس نابهنجار^۳، در میان بخش بزرگی از جمعیت مشاهده می‌شود. بعضی‌ها به‌قدری از اشیاء یا موقعیت‌های معمولی‌ای مثل آسانسورها، پله‌برقی‌ها، مارها، و امثال اینها می‌ترسند، که از روبه‌رو شدن با آنها اجتناب می‌کنند و برای حل مشکل هم به‌دنبال درمان نمی‌روند. عده‌ای هم برای ترس‌شان دلیل تراشی می‌کنند: کسی که از سوار شدن به هواپیما می‌ترسد ممکن است بگوید که دیگران بی‌احتیاطی می‌کنند که سوار هواپیما می‌شوند؛ چون پرواز با هواپیما اساساً خطرناک است. برخی از ترس‌ها می‌توانند ناتوان‌کننده باشند—به‌خصوص اگر با شغل فرد تداخل کنند. برای مثال راننده کامیونی که ناگهان دچار ترس از رانندگی می‌شود مطمئناً بیش از فردی که شغل و درآمدش به رانندگی وابسته نیست، از این وضعیت تأثیر می‌پذیرد. گاهی اوقات هراس خودبه‌خود برطرف می‌شود، اما در بعضی بیماران باقی می‌ماند. در نتیجه افزایش موارد ابتلا به هراس در آمریکا، کلینیک‌های درمان هراس در تعداد زیادی از شهرهای بزرگ این کشور راه‌اندازی شده‌اند. به‌علاوه، روان‌پزشکان و سایر روان‌درمانگران هم تعداد زیادی از بیماران فوبیک را درمان می‌کنند. درمان‌های جدید، از جمله داروها و تکنیک‌های رفتاری، به‌طور گسترده‌ای جایگزین روان‌تحلیل‌گری شده‌اند، اما در برخی موارد روان‌تحلیل‌گری همچنان روش بلندمدت موفقی برای رفع علائم هراس است.

اختلالات خلقی^۴

تغییر در خلق به‌صورت ناگهانی یا تدریجی رخ می‌دهد و در هر دو صورت می‌تواند موجب ایجاد

1. panic disorder
2. Phobic Disorders
3. abnormal
4. mood disorders

اختلال در زندگی شود. شاید دوست یا فامیلی را بشناسید که افسردگی حاد^۱ را تجربه کرده است. احتمالاً متوجه شده‌اید که دچار کمبود شدید انرژی، از دست دادن اشتها، مشکلات خواب، احساس ناامیدی و حتی نشخوار ذهنی راجع به خودکشی بوده است. افسردگی ممکن است در مراقبِ شخصِ افسرده احساس درماندگی ایجاد کند. شرح نمونه‌ای از ابتلا به اختلال افسردگی را می‌توانید در ادامه بخوانید.

مثال موردی

یک مدیر ۵۵ ساله به دلیل تغییرات چشمگیر در خلق، به مطب من مراجعه کرد. «بیل» به‌طور واضح افسرده بود. چند هفته قبل، با توجه به موقعیت‌اش به‌عنوان مالک یک شرکت بزرگ، تصمیم‌های مهمی گرفته بود. بیل نمی‌فهمید که چطور این اتفاق برای او افتاده است. از خودش می‌پرسید که آیا شخصیت قوی‌ای نداشته؟ چطور می‌توانست ناگهان اینقدر افسرده شود که حتی نتواند تصمیمات جزئی و کوچک بگیرد؟ او اشتهاش را از دست داده بود و خوابیدن تقریباً برای‌اش غیر ممکن بود. بیل ناامید شده بود. او حتی نمی‌دانست که چطور می‌تواند به کارش برگردد و مسئولیت آنچه انجام می‌داد را بپذیرد. خانواده‌اش هم، با همین شدت، از حالات او شگفت‌زده شده بودند. آنها هرگز او را اینگونه ندیده بودند. اگرچه همسر بیل تلاش می‌کرد که او را مجبور کند بعضی از کارهای خانه را انجام دهد، اما به نظر می‌رسید که تقریباً هیچ‌کاری از بیل بر نمی‌آمد. حتی وظایف ساده، فراتر از توان او بودند. روزها به نظرش طولانی و دل‌گیر می‌رسیدند. بیل حتی به خودکشی هم فکر می‌کرد.

با پیشنهاد یکی از دوستان، همسر بیل وقتی را برای بیل ترتیب داد که من را در مطبام ببیند. بیل دوست نداشت به روان‌پزشک مراجعه کند؛ اما با اصرار همسرش، و با اکراه، برای مشاوره در مطب حاضر شد. به نظر می‌رسید که بیل دچار افسردگی شدیدی است و نیاز فوری‌ای به درمان دارد. به‌خاطر وجود افکار خودکشی لازم بود که او را در بخش روان‌پزشکی بیمارستان عمومی بستری کنم. آنجا تحت درمان دارویی بود و بر تغییرات وضعیت‌اش نظارت می‌شد. بیل با بی‌میلی توصیه من برای بستری شدن را پذیرفت. در ابتدا، افسردگی پابرجا ماند و بیل نتوانست برای کمک به خودش کاری کند؛ اما، به تدریج، به درمان پاسخ داد. در طول ۳ هفته آنقدر بهتر شده بود که بتواند به خانه برود و در آنجا مقدار ثابتی دارو مصرف کند. ۲ ماه بعد، به‌صورت پاره‌وقت، در محل کارش مشغول به‌کار شد و در ماه سوم عملکردی طبیعی و کامل داشت.

چنین نمونه‌هایی از افسردگی، رائجند. این نوع افسردگی ممکن است برای هر کسی اتفاق بیفتد. این اختلال، مشکلی جدی‌ای است که می‌تواند به دلیل مشکلات بیرونی، یا بدون هیچ دلیل آشکاری به وجود آید. در ۳۰ سال گذشته روان‌پزشکی، پیشرفت عظیمی در مقابله با افسردگی داشته و بیشترین موفقیت را در این دوره کوتاه، نسبت به تمام قرون گذشته، به دست آورده است.

برخی از مبتلایان به افسردگی، گاهی احساس می‌کنند حال‌شان بیش از حد خوب است؛ انرژی زیادی دارند و احساس سرخوشی می‌کنند. بارها در حین مشاوره با این سؤال مواجه شده‌ام: «آیا خلق من نوسان دارد؟ منظورم این است که آیا من آشفته-افسرده هستم؟» این سؤال مهمی است - مخصوصاً اگر تاریخچه‌ای از چنین بیماری‌ای در خانواده وجود داشته باشد. روان‌پزشک باید نوسانات روزبه-روز خلقی‌ای که معمول و بهنجار هستند را از نوسانات خلقی عظیم - که در بیماران دو-قطبی، که قبلاً اختلال شیدایی-افسردگی^۱ [=آشفتگی-افسردگی یا مانیا-افسردگی] نامیده می‌شد، دیده می‌شود - تفکیک کند. پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد این بیماری انجام گرفته و مشخص شده که افسردگی می‌تواند پایه زیستی داشته باشد. در گذشته، بسیاری از بیماران دو-قطبی برای مدت طولانی‌ای بستری می‌شدند. امروزه اثرات مخرب این اختلال در درصد بالایی از بیماران، با استفاده از لیتیوم^۲ و دیگر داروها کنترل شده است.

الکل و مواد^۳

بسیاری از بیماران سؤالانی راجع به الکلیسم دارند: «آیا الکلیسم ارثی است؟»؛ «پدر من الکی بود. چقدر محتمل است که من هم الکی شوم؟»؛ «اگر الکل بخورم، احتمال اینکه بچه‌های خودم هم الکل مصرف کنند بیشتر خواهد شد؟»؛ «آیا ممکن است با خوردن آبجو الکی شوم؟»؛ «چرا همسرم نمی‌تواند قبول کند که الکی است، درحالی‌که این مسأله برای همه واضح است؟» بسیاری از روان‌پزشکان می‌توانند به این سؤالات پاسخ دهند.

زمان زیادی طول کشید تا پزشکان، فجایعی که نتیجه مصرف افراطی الکل بود را بپذیرند. رانندگی بعد از مصرف الکل یکی از علل شناخته‌شده مرگ - و - میر است. بیماری‌هایی مثل سیروز کبدی، التهاب پانکراس، و انکش ترک الکل (دلیریوم ترمنس)^۴، و انواعی از بیماری‌های قلبی نتیجه افراط در مصرف الکل هستند. با اینکه پزشکان می‌دانستند که این مشکلات به دلیل مصرف الکل است، اما در گذشته از مواجه ساختن الکی‌ها با بیماری‌شان اکراه داشتند. پذیرش الکلیسم به‌عنوان یک بیماری (و نه یک عادت بد) منجر به ایجاد راهی به‌سوی برنامه‌های درمانی و توانبخشی برای مبتلایان به الکلیسم

1. Manic-depressive disorder

2. lithium

۳. [مواد مخدر (opiate) یکی از طبقات مواد (substances) است که گاهی -به اشتباه- به مجموعه مواد اطلاق می‌گردد]

4. withdrawal reactions (delirium tremens)

شد. ترکیب درمان دارویی با شرکت در جلسات الکلی‌های گمنام، روشی مؤثر در درمان الکلیسم است.

در طول نیمه اول قرن بیستم، مصرف داروهای روان‌گردان^۱ به مناطق فقیرنشین شهر و برخی بازیگران و هنرمندان محدود می‌شد. اما در ۳۰ سال گذشته، همه‌گیر شدن مصرف مواد بین نوجوانان و جوانان، اثرات خود را در بیماری‌ها و مرگ‌های نابهنگام نشان داده است. در این مدت، رسانه‌ها هم، جامعه را در معرض اطلاعاتی قرار می‌دادند که گاهی اوقات گیج‌کننده بودند.

اخیراً، شناخت دقیق‌تری از اثرات مواد بر سلامت جسم و روان، و همچنین نحوه تأثیر این داروها بر کنش سالم، حاصل شده است. درمان‌های جدیدی به کار گرفته می‌شوند، و اهمیت گروه‌های خود-یاری‌ای مثل الکلی‌های گمنام و معتادان گمنام زیاد شده است.

بیماران مکرراً از داروهایی سؤال می‌پرسند که برای‌شان تجویز شده: «آیا مصرف دارو، من را وابسته می‌کند؟ می‌توانم آن را کنار بگذارم؟ «آیا علائم ترک را تجربه خواهم کرد؟». طبق تجربه من، روان‌پزشک نباید نگران این باشد که مراجع‌اش به دارو وابسته یا معتاد شود. این افراد را باید تشویق کرد همان مقدار دارو مصرف کنند که برای درمان نیاز دارند. باید توجه داشت که اینها آنقدر از اعتیاد می‌ترسند که دوست دارند میزان دارو را [بدون دستور پزشک] کاهش دهند.

تغییرات در ازدواج

به نظر می‌رسد مشکلات مربوط ازدواج رو به افزایش است. وقتی که، چند سال پیش، شروع به کار کرده بودم، کتابی خواندم با عنوان «برهم‌کنش نوروتیک در ازدواج»^۲. نویسنده کتاب این واقعیت را برجسته کرده بود که «افراد به دلایل آگاهانه و ناآگاهانه، جذب یکدیگر می‌شوند». برای مثال، ممکن است شخصی که درونگرا، خجالتی و ساکت است، جذب شخصی برونگرا و پرحرف شود. در چنین مواردی، هر فرد صفت‌هایی را در دیگری جذاب می‌بیند که خود ندارد. اما این جذابیت‌ها همیشه، وقتی دو نفر برای اولین بار یکدیگر را ملاقات می‌کنند، به صورت آگاهانه ادراک نمی‌شوند. احتمالاً در هر ازدواجی، درجه‌ای از تعاملات نوروتیک بین زوجین ایجاد می‌شود. این تعاملات عموماً خارج از حوزه آگاهی فرد اتفاق می‌افتند. البته این به معنای نابهنگام بودن تعاملات نوروتیک نیست. این تعاملات یکی از منابع کشش، شیفتگی، و عشق هستند؛ معمولاً، سالم به حساب می‌آیند و برای

1. mind-altering

[داروهایی که موجب ایجاد تغییر در فرآیندهای روان‌شناختی‌ای مثل ادراک، تفکر، و هیجان می‌شوند را داروهای روان‌گردان (psychotropic drug یا psychoactive drug) یا mind-altering drug) می‌نامند این عنوان، هم شامل موادی مثل توهم‌زاها و مخدرهاست (که اساساً برای تجربه حالات متفاوتی از هشیاری تولید و مصرف می‌شوند) و هم شامل داروهایی مثل ضد اضطراب‌ها و ضد افسردگی‌ها (که با هدف بهبود نشانه‌های بیماری‌های روانی تولید شده‌اند).]

2. Neurotic Interaction in Marriage

روان‌درمانگر نگران‌کننده نیستند؛ اما وقتی شدید می‌شوند، گاهی می‌توانند مخرب باشند. به نظر می‌رسد که ازدواج، پدیده‌ای پیچیده و دشوار است. کمتر از نصف جمعیت می‌توانند این رابطه را به‌خوبی مدیریت کنند. شاید فقط یک سوم ازدواج‌ها موفق به‌حساب بیایند. از این گذشته، انتظارات همسران و تعهد نسبت به ازدواج به‌طور قابل توجهی تغییر کرده است. خیلی‌ها برای مشاوره در مورد مشکلات ازدواج، به روان‌پزشک یا دیگر روان‌درمانگران مراجعه می‌کنند. بعضی سؤال می‌کنند که چطور می‌توانند همسرشان را تغییر دهند؛ برخی می‌خواهند بدانند که چطور خود را تغییر دهند تا با همسرشان سازگار شوند. اگر دو طرف رابطه، برای ادامه زندگی مشترک انگیزه داشته باشند و برای بهتر شدن ارتباطشان متعهد شوند، کارهای زیادی برای تسهیل فرایند دستیابی به رابطه مطلوب دوطرفه می‌توان انجام داد.

مشکلات رایج در افراد سالخورده

شماری از اختلالات جسمانی، علائم روان‌شناختی ایجاد می‌کنند؛ این علائم در سالخورده‌ها رایج‌تر است. برای مثال بیماری ممکن است یک حمله ناگهانی از گیجی، گم‌گشتگی^۱، مشکل در به‌یاد آوردن چیزها، و از دست دادن کنترل عمومی داشته باشد. این نشانه‌ها می‌توانند برای مدت کوتاهی ظاهر، و به تدریج ناپدید شوند. این علائم آسیب‌زا هستند، و ممکن است بیمار فکر کند دارد دیوانه می‌شود. اغلب این علامت‌ها ناشی از مشکلات گردش خون هستند و ممکن است مقدمه مشکلات جدی‌تری در آینده باشند (مثل خونریزی مغزی یا ایجاد لخته خون که هر دو منجر به سکته می‌شوند). اگرچه اکثر بیماران فقط یک نوبت این علائم را تجربه می‌کنند و تا سال‌ها [بعد از آن] مشکلی نخواهند داشت.

مثال موردی

یک روز از من خواسته شد برای ویزیت یک خانم سالخورده به بیمارستان محلی بروم. سارا برای یک عارضه مرتبط با شکم پذیرش شده بود و، قبل از پذیرش، از لحاظ روانی خوب به‌نظر می‌رسید. بعد از ظهر روزی که به بیمارستان آمد، نشانه‌هایی حس کرد که او را به وحشت انداختند. سارا به‌شدت دچار گم‌گشتگی شده بود: فکر می‌کرد که در خانه دوران کودکی‌اش است؛ مادرش، که مدت‌ها پیش درگذشته بود، را صدا می‌کرد؛ فکر می‌کرد پرستاران خواهران‌اش هستند؛ و به‌سختی می‌توانست اسم همسرش را به‌یاد بیاورد. حافظه سارا به‌طور جدی آسیب‌دیده بود و او شدیداً مضطرب شده بود. اسم من را به‌خاطر نمی‌آورد و به‌نظر

1. Disorientation [ناتوانی در تشخیص هویت خود، زمان یا مکان]