

Module III: Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder

मॉड्यूल ३: चिंता आणि विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृती

3.1. Anxiety Disorders

A) Specific Phobia

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

B) Social Phobia

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

C) Agoraphobia (Panic Disorder)

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

D) Generalized Anxiety Disorder

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

3.2 Obsessive-Compulsive Related Disorder

A) Obsessive-Compulsive Disorder

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

B) Body Dysmorphic Disorder

- i) Prevalence, Age of Onset and Gender Differences ii) Causal Factors iii) Treatments

Learning Objectives	अध्ययन उद्दिष्ट्ये
<ul style="list-style-type: none">● Distinguish between fear and anxiety● Describe the essential features of anxiety disorders.● Explain the clinical features of specific phobias.● Discuss the clinical features of social phobia.● Describe the clinical features of panic disorder.● Explain the clinical aspects of generalized anxiety disorder.● Describe the clinical features of obsessive-compulsive disorder and how it is treated.	<ul style="list-style-type: none">● भीती आणि चिंतेतील फरक समजावून घेणे.● चिंता विकृतीच्या अत्यावश्यक/अनिवार्य वैशिष्ट्यांचे वर्णन करणे.● विशिष्ट दुर्भीती/भयगंडांशी संबंधित चिकित्सालयीन/निदानात्मक वैशिष्ट्ये स्पष्ट करणे.● सामाजिक दुर्भीती/भयगंडाच्या चिकित्सालयीन/निदानात्मक वैशिष्ट्यांची चर्चा करणे.● घबराटी विकृतीशी संबंधित चिकित्सालयीन/निदानात्मक वैशिष्ट्यांचे विवेचन करणे.● सामान्यीकृत चिंताविकृतीच्या चिकित्सालयीन/निदानात्मक पैलूंचे स्पष्टीकरण देणे● विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृतीची चिकित्सालयीन/निदानात्मक वैशिष्ट्ये विवेचित करणे आणि उपचारप्रक्रियेवर प्रकाश टाकणे.

3.1. Anxiety Disorders (चिंता विकृती):

चिंता आणि भीती हे रूढ भाषेत समान अर्थाने वापरले जाणारे शब्द असले तरी वैज्ञानिक परिभाषेत मात्र त्यांच्यात महत्त्वाचा असा फरक केला गेलेला आहे. चिंतेमध्ये भविष्यातील धोक्याबद्दल एक सामान्य धास्ती मनात घर करून राहिलेली असते तर भीती ही वर्तमानातील वा तात्कालिक (कालिकदृष्ट्या समीप) धोक्याचे सूचन करणारी संकेतवजा प्रतिक्रिया असते. डी.एस.एम. च्या विविध आवृत्त्यांमध्ये चिंता अथवा भीतीशी संबंधित लक्षणीय ठरू शकणा-या चिकित्सालयीन वा निदानात्मक लक्षणांच्या (Clinical Symptoms) आधारे चिंताविकृतीचे विविध प्रकार अंतर्भूत केलेले आहेत.

अमेरिकेन लोकसंख्येतील जवळपास २९ टक्के लोक आयुष्यात कोणत्या ना कोणत्या टप्प्यावर या चिंताविकृतीने प्रभावित झालेले दिसतात. सर्व मानसिक विकृतीप्रकार व बाधित रूग्णांची संख्या असा अभ्यास केल्यास अमेरिकेत स्त्रियांच्या बाबतीत चिंताविकृतीचा क्रमांक प्रथम तर पुरुषांच्या बाबतीत तो द्वितीय आढळून येतो (केसलर, बर्गलुण्ड, डेल्मर व सहकारी, २००५). कोणत्याही एका वर्षाचा काळ विचारात घेतल्यास जवळपास १८ टक्के अमेरिकन प्रौढ किमान एका चिंताविकृतीने ग्रासलेले दिसून येतात (केसलर, चिऊ व सहकारी; २००५). चिंताविकृतीने बाधित व्यक्तींना आणि परिणामी समाजाला प्रचंड मोठ्या प्रमाणावर व्यक्तिगत, आर्थिक आणि आरोग्यसुरक्षेच्या समस्यांना सामोरे जावे लागते. सर्व मानसिक विकारांमध्ये चिंताविकार हा वयाच्या सर्वात अलिकडच्या टप्प्यावर उद्भवू शकणारा विकार आहे (म्हणजेच तो लहान मुलांमध्येही आढळू शकतो) (केसलर, एग्युलर, गॅझीओला व सहकारी; २००९). एवढेच नव्हे, तर दमा (Asthma), जुनाट वेदना (Chronic Pain), अतिताण/उच्च रक्तदाब (Hypertension), संधीवात (Arthritis), हृदय-रक्तवाहिन्यासंबंधित आजार (Cardiovascular disease) आणि आतड्यातील जळजळीची लक्षणे (Irritable Bowel Syndrome) आदि आजारांची लक्षणे आणि परिणामी रूग्णांची संख्या वाढवण्याशीदेखील तो जवळून संबंधित आहे (रॉय-बायरन व सहकारी; २००८). अमेरिकेत वैद्यकीय सेवा घेणा-यांमध्ये चिंता विकृती असणा-या लोकांचे प्रमाण खूप जास्त आहे (चाविरा व सहकारी; २००९).

ऐतहासिकदृष्ट्या चिंताविकृती ह्या नसविकृती वर्गातील (Neurotic Disorders Category) एक चपखल प्रकार मानला जायचा. या नसविकृतींनी ग्रस्त अशा रूग्णांमध्ये विषमयोजित आणि आत्मखच्चीकरण करणारे वर्तन दिसून येते मात्र, ते धोकादायक, असंबद्ध अथवा भोवतालच्या वास्तवापासून तुटलेले नसतात. फ्रॉइडच्या मते, अंतर्मानसिक (Intrapsychic) अर्थात् स्वतःचा स्वतःशीच असणा-या महत्त्वपूर्ण संघर्षातून निर्माण होणा-या चिंतेमुळे नसविकृतींचा जन्म होत असतो. व्यक्तिच्या मनातील 'इदम'कडून (Id) व्यक्त होणा-या आदिम इच्छा आणि त्यांना प्रतिबंध घालणा-या 'अहम-पराअहम'मधल्या (Ego-Superego) जाणिवा यांच्यातील संघर्ष हे या चिंतेमधून प्रकट होतात, असे फ्रॉइडचे म्हणणे होते. चिंताविकृती असणा-या व्यक्तिच्या वर्तनातून ही चिंता प्रकट होताना दिसते. मात्र, इतर काही नसविकृतींमध्ये रूग्णांकडून मानसिक आत्मसंरक्षण यंत्रणांच्या (Psychological Defense Mechanism) वापराने ही चिंता आच्छादित/लपवली (Masking) जावू शकते वा तिची दिशा बदलली जावू शकते (Deflection), असेही त्याचे प्रतिपादन होते. १९८० पासून नसविकृती ही संकल्पनाच डी.एस.एम. मधून वगळली गेली. त्याबरोबरच चिंतेची ठळक लक्षणे दिसून न येणा-या काही विकृतींना डी.एस.एम.-३ मध्ये Dissociative Disorders किंवा Somatoform Disorders यामध्ये पुनर्वर्गीकृत केले (काही नसविकृती भावविकृतीत अंतर्भूत केल्या). डी.एस.एम.-५ मध्ये आणखी एक पुढचे पाऊल उचलले जाऊन चिंताविकृतींच्या यादीमधून अनिवार्य विचार-क्रिया विकृती (Obsessive-compulsive disorder-OCD) बाजूला काढून तिच्याशी संबंधित आजारांचा स्वतंत्र वर्ग तयार करण्यात आला.

'परिस्थितीला प्रतिसाद देण्याचे संघात/आकृतिबंध (Pattern)' या अर्थाने आपण भीती (भावनिक पैलू/अवस्था) आणि चिंता (बोधनिक पैलू/अवस्था) यांची सुरुवातीस चर्चेस करित आहोत. आपल्या जीवनात नव्या परिस्थितीला जूळवून घेण्यासाठी, उत्तम समायोजनासाठी त्यांचे मूल्य (Adaptive Value) फार मोठे आणि महत्त्वाचे आहे. मात्र, कधीकधी अतिसंवेदनशीलतेमुळे माणसे कमजोर, असुरक्षित आणि आघातयोग्य बनतानाही आपण पाहात असतो. त्यासाठीच नंतर आपण चिंताविकृतीसंबंधित चर्चेकडे वळणार आहोत. प्रकरणाच्या शेवटी, अनिवार्य विचार-क्रिया व संबंधित विकृती (Obsessive-

compulsive (OC) and related disorders) या स्वतंत्रपणे निर्माण केलेल्या वर्गातील विविध आजारांचा विचार करणार आहोत.

भीती आणि चिंता: परिस्थितीस प्रतिसाद देण्याचे संघात/आकृतीबंध (The Fear and Anxiety: Response Patterns):

भीती आणि चिंतेमधील फरक (Difference between Fear and Anxiety):

भीती आणि चिंता ह्या दोन संकल्पना परस्परांपासून किती प्रमाणात वेगळ्या करता येतील याबाबत अभ्यासकांमध्ये कधीच एकमत झालेले नाही. ऐतहासिकदृष्ट्या विचार करता दोघांमध्ये फरक करण्यासाठी बहुतांशवेळा वापरला गेलेला मार्ग म्हणजे 'स्पष्ट, सहज वा उघडउघड दिसून येणारा धोका अस्तित्वात आहे काय आणि बहुतांश लोकांना तो वास्तव वाटतोय काय' हा निकष होय. जेव्हा धोक्याचा उगम स्पष्ट असतो तेव्हा अनुभवलेली भावना भीतीची मानली जाते (उदा. मला सापाची भीती वाटते). चिंतेच्या बाबतीत मात्र धोका उत्पन्न करणा-या उद्दिष्टाचे स्पष्ट स्वरूप ब-याचदा नीट सांगता येत नाही (उदा. मला आई-वडीलांच्या तब्येतीची चिंता आहे.)

भीती (Fear):

अलिकडच्या काळात अनेक प्रमुख संशोधकांनी भीती आणि चिंतेस दिल्या जाणा-या प्रतिक्रियांच्या आकृतीबंधांमध्ये काही मूलभूत पातळीवरचे भेद सुचवले आहेत (उदा. बारलॉव्ह, २००२; बाऊटन, २००५; मॅकनॉटन, २००८). त्याच्या मते, भीती ही प्राथमिक भावना (की जी अनेक प्राण्यांमध्येही दिसून येते) असून तीमध्ये स्वायत्त मज्जासंस्थेद्वारे दिला जाणारा 'लढा वा पळा' हा प्रतिसाद अंतर्भूत आहे. धोकादायक भक्षक वा एखाद्याकडून रोखली गेलेली काडतुसाभरली बंदूक अशा प्रकारच्या कोणत्याही मोठ्या धोक्यास अगदी तात्काळ अशी दिली जाणारी ती प्रतिक्रिया आहे.

आपल्या जीवनात धोक्याचे सूचन करणारी व त्यातून सुटका करून घेण्यास मदत करणारी आदिम यंत्रणा (Primitive Alarm Response System) म्हणून भीतीला महत्त्वाचे असे समायोजन मूल्य (Adaptive Value) आहे. जेव्हा बाह्य धोका नसतानाही भीतीचा अनुभव येतो, तेव्हा आपण त्यास अचानकपणे आलेला घबराटीचा धक्का (Panic Attack) म्हणतो. घबराटीचा धक्का (Panic Attack) हा भीतीच्या अनुभवासारखाच वाटत असला तरी ब-याचदा त्यात आपले काहीतरी वाईट होईल, मृत्यू येईल, वेड लागेल वा नियंत्रण हरवून बसू असे व्यक्तिनिष्ठ समज (Subjective Sense) (वस्तूनिष्ठ आधार नसलेले) केंद्रस्थानी असतात. भीतीच्या अवस्थेत अशा प्रकारची बोधनिक लक्षणे सर्वसामान्यपणे आढळत नाहीत.

भीती (Fear) आणि घबराट (Panic) यांचे तीन पैलू आहेत.

१. बोधनिक/ व्यक्तिनिष्ठ पैलू (Cognitive/Subjective Components) उदा. 'मी आता मरणार आहे' हा विचार.
२. शारीरिक पैलू (Physiological Components) उदा. हृदयाची वाढलेली धडधड वा श्वासाची वाढलेली धाप
३. वार्तनिक पैलू (Behavioural Components) उदा. तात्काळ सुटका करून घेण्यासाठी वा पळण्यासाठी उद्युक्त होणे.

मात्र, ह्या तिन्ही पैलूंची परस्परांमधली वीण सैल आहे (Land, 1985). त्यामुळे एखाद्याच्या बाबतीत कधीकधी त्यातील एक वा दोन पैलूच आविष्कृत होताना दिसून येतील व इतर दिसणार नाहीत.

मानवासहीत अनेक प्राण्यांमध्ये भीती वा घबराट ही प्राथमिक भावना आढळते. तिला प्रतिसाद देताना 'लढा अथवा पळा' ही सहानुभावी/सहकंपी/अनुकंपी यंत्रणा (Sympathetic System) कार्यन्वित होण्याची दाट शक्यता असते. त्याद्वारे

संभाव्य धोक्यांना तात्काळ प्रतिसाद देता येतो. कोणत्याही बाह्य धोक्याविना जेव्हा माणसाला घबराटीचा धक्का (Panic Attack) बसतो तेव्हा ही सहानुभावी यंत्रणा चुकीच्या वेळी कार्यन्वित (Misfiring) झालेली असते.

चिंता (Anxiety):

भीती आणि घबराटीला दिल्या जाणा-या प्रतिसादाच्या नेमका उलट चिंतेला दिल्या जाणा-या प्रतिसादाचा आकृतिबंध (Response Pattern) दिसून येतो. चिंतेला दिलेल्या प्रतिसादात असुखकारक भावना आणि बोधन यांचे जटील मिश्रण तर असतेच पण त्या प्रामुख्याने भविष्यकाळाशी निगडीत आणि भीतीच्या तुलनेत ब-याच विखुरलेल्या स्वरूपात आढळतात (बारलॉव्ह, २००२). मात्र, भीतीप्रमाणेच चिंतेमध्येसुद्धा बोधनिक/ व्यक्तिनिष्ठ (Cognitive/Subjective), शारीरिक (Physiological) आणि वार्तनिक (Behavioural) असे तिन्ही पैलू आढळतात. बोधनिक पैलूमध्ये, भविष्यातील संभाव्य धोक्यांबाबत नकारात्मक भाव वा काळजी, मनाचा कब्जा केलेले विचार, भविष्यातील धोके ओळखू शकत नाही वा त्यावर नियंत्रण करता येणे शक्य नाही अशी मन पोखरणारी जाणीव आदिंचा अंतर्भाव होतो. शारीरिक पैलूमध्ये जोखीमेचे मूल्यमापन आणि धोके हाताळण्यास शरीर सज्ज राहावे म्हणून शरीराची अतिउत्तेजित किंवा ताणजन्य स्थिती यांचा समावेश होतो (उदा. काहीतरी भीषण घडणार आहे आणि मी तयार राहायला हवे). चिंतेच्या अवस्थेमध्ये 'लढा अथवा पळा' हा भीतीशी संबंधित प्रतिसाद प्रत्यक्षात कार्यन्वित होत नसला तरी शरीराला संभाव्य धोका हाताळण्यासाठी त्या दिशेने सज्ज ठेवण्याचा प्रयत्न केला जातो. वार्तनिक पैलूचा विचार करता, चिंतेचा प्रमुख कल हा धोका टाळण्याकडे असल्याने भीतीदरम्यान केली जाणारी तात्काळ सुटकेसाठीची कृती इथे फारशी दिसत नाही (बारलाव्ह, २००२). निवेदनात्मक आणि कार्यात्मकदृष्ट्या (Descriptively and Functionally) विचार करता चिंता ही भीती वा घबराटीपेक्षा भिन्न आहे हे सिद्ध करण्यासाठी पुरावे म्हणून व्यक्तिच्या चिंता व भीतीविषयक निवेदनकथनांचे सांख्यिकीय विश्लेषण (Statistical analyses of Subjective Reports) व मोठ्या प्रमाणावरील चैतन्यविक पुराव्यांचा (Neurobiological evidence) आधार घेतला गेला आहे (उदा. बाउटन, २००५; डेविस, २००६, ग्रिलॉन, २००८).

भीती आणि चिंता यांच्या विविध पैलूमधील तुलना आणि फरक खालील तक्त्यात दर्शवलेला आहे.

तक्ता: भीती आणि चिंतेचे घटक (Components of Fear and Anxiety)

घटक (Component)	भीती (Fear)	चिंता (Anxiety)
बोधनिक/व्यक्तिगत Cognitive/Subjective	“मला धोका आहे.” “I am in danger!”	“काय घडेल याची मला चिंता लागून राहिली आहे.” “I am worried about what might happen.”
शारीरिक Physiological	हृदयाच्या ठोके वाढणे, घाम येणे Increased heart rate, Sweating	ताण, दीर्घकाळाची अतिउत्तेजना Tension, chronic overarousal
वार्तनिक Behavioral	सुटका करून घेण्याची वा पळून जाण्याची इच्छा Desire to escape or run	अपेक्षित धोका टाळण्याकडे सामान्य कल General avoidance anticipated danger occur

चिंतेचे समायोजन मूल्य (Adaptive Value) हे आहे की ती आपल्याला घडू शकणा-या संभाव्य धोक्यांच्या हाताळणीबाबतचे नियोजन आणि सज्जता करण्यास मदत करते. सौम्य ते मध्यम प्रमाणातील चिंता आपल्या अध्ययनात/शिकण्यात आणि निष्पादनात/कामगिरीत मोलाची भर घालते. उदाहरणार्थ, नजिकच्या परीक्षेस वा टेनिसच्या सामन्यास सामोरे जाताना अनुभवास येणारी सौम्य चिंता प्रत्यक्षात लाभदायक ठरते. सौम्य वा मध्यम प्रमाणातील चिंता जरी समायोजनक्षमता वाढवणारी असली तरी दीर्घकाळ (Chronic) आणि तीव्र स्वरूपाची (Severe) चिंता मात्र माणसाला

विषमयोजित (Maladaptive) बनवते. चिंताविकृतीचे (Anxiety Disorder) निदान झालेल्या व्यक्तिसमूहामध्ये आपल्याला हे दिसून येते.

ब-याच धोकादायक परिस्थितींमध्ये भीती आणि चिंतेची निर्मिती आपोआपच घडून (Unconditionally) येताना दिसत असली तरी त्यांची मुळे वा उगमस्थाने (Sources) ही आपण अध्ययित केलेली वा शिकून आत्मसात केलेली (Learned) असतात. भीती आणि चिंतेच्या प्रतिसादाचे आकृतीबंध (Response Pattern) हे अत्यंत अभिसंधानक्षम आहेत (Highly Conditionable), हे मानव आणि मानवेतर प्राण्यांवर केल्या गेलेल्या अनेक वर्षांच्या प्रायोगिक संशोधनांनंतर प्रस्थापित झालेले आहे (फॅन्सेलॉव्ह आणि पोन्नुसॅमी, २००८; लिप्प, २००६). याचाच अर्थ, तटस्थ वा कोणताही संबंध नसणारा आधीचा वा नवा उद्दीपक (अभिसंधित उद्दीपक- Conditioned Stimuli) जर शारीरिक वा मानसिक आघात करू शकण्याचे सामर्थ्य असणा-या भीतीदायक वा असुखकारक घटनांबरोबर (अनअभिसंधित उद्दीपक-Unconditioned Stimuli) वारंवार सादर झाला वा जोडला गेला तर हा मूलतः तटस्थ असलेला उद्दीपक भीती वा चिंता उत्पन्न करण्यास (अभिसंधित प्रतिक्रिया-Conditioned Response) सक्षम बनतो. असे घडून येणारे अभिसंधान हे पूर्णतः सामान्य (Normal) स्वरूपाचे असून ती एक समायोजन प्रक्रिया (Adaptive Process) आहे. विशिष्ट सूचना वा संकेतांच्या आधारे भविष्यात घडू शकणा-या भीतीदायक घटनांचे नेमके पूर्वकथन करण्यास हे अभिसंधान उपयुक्त ठरते. मात्र, काही जणांच्या आयुष्यात, याच अभिसंधान प्रक्रियेतून वैद्यकीय वा नैदानिकदृष्ट्या लक्षणीय (Clinically Significant) म्हणावी अशी भीतीची वा चिंतेची अपसामान्य लक्षणे (Abnormal Symptoms) विकसित होऊ शकतात. ती कशी ते आपण पुढे पाहणार आहोत.

संध्याकाळच्या वेळी कधीकधी आपल्या वडीलांनी आईचा शारीरिक छळ केल्याचे अँजेलाने पाहिलेले आणि ऐकलेले आहे. असे चार-पाचवेळा घडल्यावर, संध्याकाळी घरी परतणा-या वडीलांच्या गाडीचा आवाज कानावर पडला की तिला चिंता जाणवू लागते. अशा परिस्थितीत, एरव्ही तटस्थ वाटणारे अनेक उद्दीपक (Neutral Stimuli or Conditioned Stimuli) आता काहीतरी वाईट आणि असुखकारक घडणार आहे, याचे संकेत देऊ लागतात आणि भीती वा चिंता निर्माण करण्यात यशस्वी होऊ लागतात. आपल्या मनातील काही प्रतिमा आणि विचारसुद्धा असे अभिसंधित उद्दीपकाचे (Conditioned Stimuli) कार्य बजावू शकतात व भीती वा चिंतेचे प्रतिसाद आकृतिबंध (Fear or Anxiety Response Pattern) विकसित करण्यात यशस्वी होतात. वरील उदाहरणात कालांतराने अँजेलाला वडीलांचा विचारही मनात आला तरी चिंतीत व भयभीत होऊन जाऊ लागली आहे.

चिंता विकृती आणि त्यांच्यातील साम्यस्थळांसदर्भातील आढावा/विहंगावलोकन (Overview of the Anxiety Disorders and Their Commonalities)

अवास्तव, अविवेकी भीती वा चिंतांनी निर्माण झालेले लक्षणीय असे क्लेशदायी ताण आणि/किंवा विविध कार्ये पार पाडण्यात येणारे अडथळे हे चिंता विकृतींचे स्वरूप आहे. डीएसएम-५ नुसार चिंता विकृतींमध्ये खालील विकारांचा समावेश होतो.

१. विशिष्ट दुर्भीती/भयगंड (Specific Phobias)

२. सामाजिक चिंता विकृती वा सामाजिक दुर्भीती/भयगंड (Social Anxiety Disorder or Social Phobia)

३. घबराट विकृती (Panic Disorder)

४. विवृत्त/अनावृत्त/सार्वजनिक स्थल दुर्भीती/भयगंड (Agoraphobia)

५. सामान्यीकृत चिंता विकृती (Generalized Anxiety Disorder)

ह्या विविध मानसिक विकारांनी त्रस्त असणारे रूग्ण एकमेकांपेक्षा वेगळे असतात. त्यांच्या भीती/घबराटीचे प्रमाण, अनुभवास येणारी चिंतेची लक्षणे तसेच या चिंता वा भीतीशी संबंधित वस्तू वा परिस्थिती या प्रत्येक रूग्णानुसार वेगवेगळ्या असतात. उदा. सामाजिक चिंता विकृती वा सामाजिक दुर्भीती/भयगंड (Social Anxiety Disorder or Social Phobia) असणा-या व्यक्ती काही वस्तू वा परिस्थितींना सामोरे जातानाच भीती वा घबराट अनुभव नाहीत तर केवळ त्यांना सामोरे जाव्या लागण्याच्या कल्पनेनेसुद्धा त्यांना घाबरेघुबरे व्हायला होते. घबराट विकृती (Panic Disorder) असणा-या व्यक्ती पुढे आणखी एक धक्का बसणार या विचाराने वारंवार तीव्र चिंता आणि घबराटीचे धक्के अनुभवतात. विवृत/अनावृत/सार्वजनिक स्थल दुर्भीती/भयगंडाने (Agoraphobia) त्रस्त व्यक्ती खुले रस्ते, पूल, गर्दीची सार्वजनिक ठिकाणे आदी भीती उत्पन्न करणारी स्थळे टाळण्याचा अतोनात आटापिटा करतात. याउलट, सामान्यीकृत चिंता विकृती (Generalized Anxiety Disorder) असणा-या व्यक्तींनी 'आपल्या आयुष्यात अनेक वाईट घटना घडणार आहेत' ह्या साधारण समज करून घेतलेला असल्याने त्यांच्या जगण्यावर सतत चिंता आणि काळजीचे सावट पसरलेले आढळते. त्यातील काहीजण कधीतरी घबराटीचा धक्काही अनुभवतात मात्र, तो त्यांच्या चिंतेचा प्रमुख कारणात मोडत नाही. याबरोबरच हेही लक्षात घेण्यासारखे आहे की एखाद्या चिंता विकृतीने ग्रस्त असणारे अनेक रूग्ण त्याचवेळी अथवा जीवनाच्या नंतरच्या टप्प्यात आणखी एका चिंता विकृती आणि/किंवा अवसादास (Depression) बळी पडताना दिसतात (ब्रून आणि बारलॉव्ह, २००९; केसलर, बर्गलुण्ड, डेमलर आणि सहकारी, २००५).

विविध चिंता विकृतींच्या लक्षणांमधील ही साम्यस्थळे पाहिली की त्यांच्या मूलभूत कारणांमध्येही काही महत्त्वपूर्ण साम्य दिसल्यास आश्चर्य वाटू वाटणार नाही (अर्थातच भेदही बरेच आहेत हे दुर्लक्षिता कामा नये). जैविक कारणघटकांचा विचार करता (Biological Causal Factors) यातील सर्व विकृतींमध्ये आनुवांशिकीचे (Genetics) काही एक योगदान असू शकते आणि या आनुवांशिक प्रवणतेचे (Genetic Vulnerabilities) काही पैलू हे अविशिष्ट (Nonspecific) असल्याने सर्व चिंताविकृतींमध्ये ते आढळून येऊ शकतात (शिमाडा-सुगिमोटो आणि सहकारी, २०१५). प्रौढांच्या बाबतीत ही आनुवांशिक प्रवणता भावनिकदृष्ट्या अस्थिर/चेतापदशित (Neurotic) व्यक्तिमत्त्व आणि मानसिकदृष्ट्या असंतुलित वर्तन यातून प्रकट होताना दिसते. चेतापदशितता (Neuroticism) हा व्यक्तिमत्त्वाचा गुण म्हणून संबोधताना त्यात सातत्य अभिप्रेत आहे.. यात नकारात्मक भावस्थिती सातत्याने अनुभवास येत असल्याने चिंता आणि भाव विकृतींमधील सामायिक कारणघटक (Common Risk Factor) म्हणून त्याकडे पाहिले जाते (क्लिन आणि सहकारी, २००९). बहुतेक सर्व चिंता विकृतींमध्ये, मेंदूच्या रचनेचा विचार करता, सामान्यतः लिंबिक यंत्रणेचा, जिला भावनिक मेंदू म्हटले जाते (Limbic system commonly known as Emotional Brain) आणि बाह्यकाचा (Cortex) प्रमुख सहभाग आढळून येतो तर चेतापारेषकांचा विचार करता गॅमा ऍमिनोब्युट्रीक ऍसिड-गाबा (Gamma aminobutyric acid - GABA), नॉरएपाईनफ्राईन (Norepinephrine) व सेरोटोनिन (Serotonin) या तिघांचा प्रमुख सहभाग आढळून येतो.

विशिष्ट अथवा सामाजिक दुर्भीतीचा आजार झालेल्या व्यक्ती त्यांच्याशी संबंधित घटना घडण्याच्या केवळ शक्यतेने देखील घाबरेघुबरे होतात. मानसशास्त्रीय कारणघटकांचा विचार करता (Psychological Causal Factors) भीती, घबराट वा चिंता यांचे विविध उद्दीपकांशी घडून आलेले अभिजात अभिसंधान (Classical Conditioning) हे या चिंता विकृतींमध्ये महत्त्वाची भूमिका बजावताना आढळते. (मिनेका आणि ओहेलबर्ग, २००८; मिनेका आणि झिनबर्ग, २००६). तसेच, सभोवतालच्या पर्यावरणावर वा स्वतःच्या भावनांवर वा दोन्हीवर आपले पुरेसे नियंत्रण नाही, असे वाटणा-या व्यक्तींमध्ये चिंता विकृती विकसित होण्याची बरीच शक्यता असते. असे संवेदन निर्माण होण्यात लहानाचे मोठे होताना व्यक्तीला लाभलेल्या सामाजिक पर्यावरणाचा (उदा. पालकत्वाच्या शैली) अत्यंत मोलाचा वाटा असतो (हडसन आणि रॅपी, २००९; मिनेका आणि झिनबर्ग, २००६). बोधनाचे वा विचारप्रक्रियांचे चुकीचे वा विस्कळित संघात/आकृतीबंध (Faulty or Distorted Patterns of Cognition) हेही काही विकृतींच्या निर्मितीमध्ये महत्त्वाची भूमिका बजावताना दिसतात. अंतिमतः, कोणत्या वस्तू वा

घटनांबाबतीत चिंता वा भीती उत्पन्न होईल यावर व्यक्ती ज्या सामाजिक-सांस्कृतिक पर्यावरणात वाढते तिचाही ठळक परीणाम दिसतो.

विविध चिंता विकृतींवरील उपचारतंत्रांच्या संदर्भातसुद्धा अनेक साम्य स्थळे आपल्याला अनुभवायला मिळतात. (बारलॉव्ह, २००४; कॅम्पबेल-सील्स आणि बारलॉव्ह, २००७). सर्व चिंता विकृतींच्या उपचारांमध्ये, सवय होऊन भीती कमी होईपर्यंत रूग्णास भीतीदायक उद्दीपक वा परिस्थिती वा संकेतांना (Cues) प्रागतिक/चढत्या तीव्रतेने सामोरे जाण्याचे दिले जाणारे प्रशिक्षण (Graduated Exposure Training) हे सर्वात प्रभावी तंत्र मानले जाते. काही तंत्रांमध्ये याबरोबरच रूग्णाचे चिंतेशी निगडित परिस्थितीबाबतचे असलेले चुकीचे आणि विस्कळीत असे विचारांचे आकृतीबंध (Distorted Thinking Pattern) समजावून देऊन त्यात विधायक बदल करण्यासाठी बोधनिक पुनर्रचना तंत्राचीही (Cognitive Restructuring Technique) मदत घेतली जाते. विशिष्ट दुर्भीती विकृतीचा अपवाद वगळता, उर्वरित सर्व विकृतींच्या बाबतीत औषधोपचाराचाही उपयोग होऊ शकतो. प्रामुख्याने दोन प्रकारची - चिंताविरोधी (Antianxiety medications-Anxiolytics) आणि अवसादविरोधी (Antidepressant Medications) - औषधे यासाठी वापरली जातात.

आता आपण प्रत्येक विकृतीची वैशिष्ट्ये, त्यांचे इतर विकृतींच्या वैशिष्ट्यांशी असणारे साम्य व भेद, उत्पत्तीची कारणे यावर तपशिलवार प्रकाश टाकूयात. चिंता विकृतीमधील सर्वात जास्त प्रमाणात आढळणा-या दुर्भीती वा भयगंड विकृतीपासून (Phobic Disorders) आपण सुरुवात करूयात.

‘विशिष्ट वस्तू वा परिस्थितीचा वास्तवात कोणताही धोका नसतानाही (No actual danger) वा अत्यंत सौम्य धोका संभवत असतानाही (Little danger) तिची सातत्याने आणि प्रमाणाबाहेर भीती (Persistent and Disproportionate Fear) वाटून ती कोणत्याही मार्गाने टाळण्याचा प्रयत्न करणे (A great deal of avoidance) म्हणजे दुर्भीती वा भयगंड (Phobia) होय’.

‘Phobia is a persistent and disproportionate fear of some specific object or situation that presents little or no actual danger and yet leads to a great deal of avoid-ance of these feared situations’.

तीन प्रकारांत तिचे वर्गीकरण केले जाते: विशिष्ट दुर्भीती/भयगंड (Specific Phobia), सामाजिक दुर्भीती/भयगंड (Social Phobia), विवृत्त/अनावृत्त/सार्वजनिक स्थल दुर्भीती/भयगंड (Agoraphobia).

3.1 A. विशिष्ट दुर्भीती/भयगंड (Specific Phobia):

धडकी भरवणारे चित्रपट, वाघ, विचित्र विदूषक, वाघावर स्वार झालेल्या विदूषकाचा चित्रपट आदींची आपणास भीती वाटणे हे सामान्य (Normal) आहे. पण व्यक्तीस एखाद्या वस्तू वा परिस्थितीच्या केवळ उपस्थितीने सतत व तीव्र भीती वाटून क्लेश उत्पन्न होणे व तिचा दैनंदिन कार्यात बिघाड होणे म्हणजे विशिष्ट दुर्भीती विकृती होय (डीएसएम-५ चे खालील तक्त्यातील नैदानिक निकष-Diagnostic Criteria पाहा). विकाराशी जोडला गेलेला उद्दीपक दिसला की विशिष्ट दुर्भीती विकृती असणा-या व्यक्ती तात्काळ भीतीची प्रतिक्रिया देतात. घबराटीचा धक्का म्हणावा (Like Panic Attack) इतका हा प्रतिसाद तीव्र स्वरूपाचा असतो आणि विशेष म्हणजे बाह्य धोक्याचा कोणताही स्पष्ट संकेत नसतानाही तो दिला जातो (अमेरिकन सायकॅट्रीक असोसिएशन - APA, २०१३). साहजिकच हे रूग्ण अशी परिस्थिती उत्पन्न होईल या कल्पनेनेही चिंतित होतात आणि ती परिस्थिती वा उद्दीपक टाळण्यासाठी खूप आटापिटा करताना दिसतात. अगदी छाय्याचित्रे वा दूरदर्शनवरील प्रतिमासुद्धा, की ज्या पूर्णतः निरूपद्रवी असतात, पाहण्याचे ते टाळतात. उदाहरणार्थ, विवृत्त/अनावृत्त/सार्वजनिक स्थल दुर्भीती/भयगंड (Agoraphobia) असणा-या व्यक्ती संपूर्ण जिने चढून जाण्याचे कष्ट घ्यायला तयार असतात मात्र, कोणत्याही परिस्थितीत बंद

खोली वा उद्वाहकाचा (Elevator/Lift) वापर टाळतात. एवढेच नव्हे, तर उद्वाहकाचा वापर करावा लागेल अशा ठिकाणच्या नोक-या स्वीकारणेही टाळू पाहतात. सामान्य परिस्थितीत असताना आपली ही भीती अती प्रमाणात आणि अविवेकी आहे हे त्यांना उमगते मात्र काहीवेळा हे तारतम्य सुटलेले असते. ही विशिष्ट उद्दीपक वा परिस्थिती टाळण्याची प्रवृत्ती हे दुर्भीतीचा प्रधान वैशिष्ट्य (Cardinal Characteristic) आहे. भीतीच्या दुःखदायक प्रतिक्रियेमुळे (Unpleasant Response) वा काहीतरी भयंकर घडेल अशा अतार्किक मूल्यांकनामुळे (Irrational Appraisal) ही टाळण्याची प्रवृत्ती दिसून येते.

डीएसएम-5 मधील विशिष्ट दुर्भीती/भयगंडासाठीचे निकष (DSM-5 Criteria for Specific Phobia):	
अ.	विशिष्ट वस्तू वा परिस्थितीबाबतची चिंता वा भीती ठळकपणे जाणवणे. (टीप: बालकांमध्ये रडणे, क्रोधाचे झटके, थिजून जाणे वा बिलगणे आदि माध्यमातून ही भीती आविष्कृत होते.)
ब.	भीती वा चिंतेशी जोडली गेलेली विशिष्ट वस्तू वा परिस्थिती दिसताक्षणी जवळपास प्रत्येकवेळी चिंता वा भीती उत्पन्न होणे.
क.	भीती वा चिंतेशी जोडली गेलेली विशिष्ट वस्तू वा परिस्थिती प्रयत्नपूर्वक टाळणे वा तीव्र भीती वा चिंतेचा अनुभव सहन करणे.
ड.	विशिष्ट वस्तू वा परिस्थितीच्या प्रत्यक्षातील धोक्यापेक्षा वा सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भाना अनुसरून मानल्या जाणा-या धोक्यापेक्षा कितीतरी जास्त प्रमाणात चिंता वा भीती अनुभवणे.
इ.	भीती, चिंता वा टाळण्याची/वर्ज्यनाची वृत्ती सातत्याने दिसून येणे. विशेषतः सहा अथवा त्यापेक्षा जास्त महिने ती दिसून येणे.
फ.	भीती, चिंता वा टाळण्याच्या/वर्ज्यनाच्या वृत्तीतून वैद्यकीय/नैदानिकदृष्ट्या लक्षणीय असे क्लेश, दुःख, हानिकारक ताण निर्माण होणे वा सामाजिक, व्यावसायिक आणि इतर महत्त्वाच्या कार्यातील अडथळा उत्पन्न होणे.
ग.	हा भीती, चिंता वा टाळण्याच्या/वर्ज्यनाच्या वृत्तीतून जगण्यात येणारा व्यत्यय वा अपसामान्यता इतर मानसिक आजारांच्या लक्षणाद्वारे जास्त चागल्या रीतीने स्पष्ट करता न येणे. (उदा. घबराट विकृती, ऍगोराफोबिया, विचार-क्रिया अनिवार्यता, आघातपश्चात ताण विकृती, विलगीकरण चिंता विकृती, सामाजिक चिंता विकृती यांसारख्या विकृतींमध्येसुद्धा भीती वा चिंतेचा अनुभव येतो. त्यामुळे निदान करताना इतरही निकष लावून तुलनात्मक विचार करावा लागतो आणि मगच विकारासंदर्भातील अंतिम निर्णय करावा लागतो.)

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

तक्ता: डीएसएम-5 मधील विशिष्ट दुर्भीती/भयगंडाचे उपप्रकार (Subtypes of Specific Phobias in DSM-5)

दुर्भीती/भयगंडाचे प्रकार (Phobia Type)	उदाहरण (Example)
Animal	Snakes, spiders, dogs, insects, birds
Natural environment	Storms, heights, water
Blood-Injection-Injury	Seeing blood or an injury, receiving an injection, seeing a person in a wheelchair
Situational	Public transportation, tunnels, bridges, elevators, flying, driving, enclosed spaces
Other	Choking, vomiting, "space phobia" (fear of falling down if away from walls or other support)

Source: Data from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

विशिष्ट वस्तू वा जागेबाबतच्या भयगंडाने त्रस्त व्यक्ती जेव्हा त्यांना सामोरे जाते तेव्हा भयभीत वा चिंतीत होते. सौम्य स्वरूपाची चिंता त्यांना शंकाकुल तर तीव्र स्वरूपाची चिंता आणीबाणीसदृश मानसिक स्थिती उत्पन्न करून 'लढा वा पळा' चा प्रतिसाद कार्यन्वित करते. जसजसा काळ जातो तसतसा भीती कमी करण्यासाठीचा हा वैशिष्ट्यपूर्ण प्रतिसाद पुन्हापुन्हा दिला गेल्याने पक्का होत जातो. ब-याचदा व्यक्तीला होणा-या त्रासामुळे मग इतरांकडून विशेष लक्ष वा सहानुभूतीही मिळू लागते. मात्र, दुर्भीतीचा आजार वाढत जातो. उदा. लहानपणापासून 'उंच जागेची भीती' (acrophobia) असणारी स्त्री लग्नानंतर बराच काळ गृहिणी म्हणून घरात व्यवस्थित राहू शकली. मात्र, चाळिशीनंतर घराबाहेर पडून आवडणा-या नोक-या स्वीकारण्यास तिने नकार दिला. कारण काय होते – त्या कंपन्यांची कार्यालये तिस-या-चौथ्या मजल्यांवर होती!

साधारणतः ३ ते ४ लोकांमध्ये आढळून येणारा दुर्भीतीचा एक विशिष्ट प्रकार म्हणजे 'रक्त-इंजेक्शन-जखम' यांची भीती (blood-injection-injury phobia) होय (अयाला आणि सहकारी, २००९). इतर विशिष्ट दुर्भीतींच्या प्रकारांमध्ये न दिसून येणारे या दुर्भीतीचे वेगळे वैशिष्ट्य असे की, यात भीतीबरोबरच किळस (टीचमन आणि सॅपोरिटो, २००९), सुरवातीस हृदयाची धडधड वा रक्तदाब वाढणे आणि नंतर तो वेगाने कमी होणे आणि त्यामुळे मग भोवळ येणे, मळमळणे, मूर्छा येणे अशी लक्षणेही दिसतात (ओस्ट आणि हेलस्ट्रॉम, १९९७; पेज आणि टॅन, २००९) शकतात. कार्यात्मक आणि उत्क्रांतीवादी दृष्टिकोनातून पाहू गेल्यास ही मूर्छा येणे वा रक्तदाब खालावणे हा आक्रमण झाल्यावर रक्त वाचवण्यासाठी व पुढील हल्ला थांबवण्यासाठी केलेली धडपड होय (क्रॅस्क, १९९९, मार्क्स आणि निस्से, १९९९). ह्या दुर्भीतीमध्ये आनुवांशिकतेचा वाटा मोठा आहे (झॅन्कोव्हस्की आणि सहकारी, २०११).

3.1. A. i). प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences):

सामान्यतः १२ % लोकांना जीवनाच्या कोणत्या तरी एका टप्प्यावर विशिष्ट दुर्भीतींचा (specific phobias) सामना करावा लागतो (केसलर, चिउ आणि सहकारी, २००५). दुर्भीतीच्या प्रकारानुसार स्त्री-पुरुष गुणोत्तर बदलत असले तरी स्त्रियांमध्ये हा आजार जास्त प्रमाणात आढळतो. उदा. प्राण्यांची दुर्भीती असणा-यांमध्ये ९० ते ९५ % स्त्रिया आढळतात. तर, 'रक्त-इंजेक्शन-जखम' दुर्भीती मध्ये स्त्री-पुरुष गुणोत्तर २ : १ असे आहे. प्राण्यांची दुर्भीती, 'रक्त-इंजेक्शन-जखम' दुर्भीती व दंत्यदुर्भीती (दाताच्या डॉक्टरला भेटण्याची भीती-Dental Phobia) ह्यांचा प्रारंभ बालवयातच होताना दिसतो तर बंद ठिकाणांची वा गाडी चालवण्याची दुर्भीती ही साधारणतः पौगंडावस्थेत वा पूर्व प्रौढावस्थेत प्रथम दिसून येते (बारलॉव्ह, २००२; ओस्ट, १९८७).

3.1. A. ii). कारक घटक (Causal Factors):

मानसिक कारक घटक (Psychological Causal Factors)

खोलवर रूतलेल्या मनोगतिक संघर्षांपासून (deep-seated psychodynamic conflicts) ते तुलनेने स्पष्टपणे दिसून येणा-या आघातांदरम्यानच्या भीतीशी घडून येणा-या अभिसंधानापर्यंत (conditioning) विविध मानसिक कारणे ह्या विशिष्ट दुर्भीतींच्या मुळांशी आढळून येतात.

मनोगतिक/मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोन (Psychoanalytic Viewpoint)

मनोगतिक/मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोनानुसार दुर्भीती म्हणजे व्यक्तीने आपल्या 'इदम'च्या दमन केलेल्या आवेगांमुळे उत्पन्न होणा-या चितेपासून स्वतःचे केलेले आत्मसंरक्षण होय. (Phobias represent a defense against anxiety that stems from repressed impulses from the id). या आवेगांची जाणिव ही अत्यंत वेदनादायी आणि धोकादायक वाटत असल्याने व्यक्ती तीपासून दूर पळण्यासाठी आत्मसंरक्षण यंत्रणेचा आधार घेते. हे आत्मसंरक्षण, ब-याचदा ख-याखु-या परिस्थितीची वा वस्तूची

चिंता त्यांच्याशी केवळ प्रतिकात्मक रूपाने जोडल्या गेलेल्या इतर वस्तू वा परिस्थितीवर विस्थापित (Displacement) करून केले जाते (फ्रॉईड, १९०९). मात्र, हे ठोकळेबाज विश्लेषण केवळ तार्किक स्वरूपाचे असून पुराव्यअभावी ते मान्य करणे जड असल्याची टीकाही त्यावर झाली आहे. त्यास पर्याय म्हणून अध्ययन सिद्धांताद्वारे (Learning Theory) प्रथम वोल्प आणि रॅचमन (१९६०) यांनी दुर्भीतीच्या कारणघटकांचे स्पष्टीकरण दिले ज्याचा नंतरच्या काळात सुधारणा आणि विस्तार घडून आला.

दुर्भीती – एक अध्ययित (शिकलेले) वर्तन (Phobias As Learned Behavior):

मनोविश्लेषणास पर्याय म्हणून अध्ययन सिद्धांताद्वारे (Learning Theory) प्रथम वोल्प आणि रॅचमन (१९६०) यांनी दुर्भीतीच्या कारणघटकांचे स्पष्टीकरण दिले. त्यांच्या मते, दुर्भीतीचे वर्तन हे अभिजात अभिसंधान प्रक्रियेद्वारे (Classical Conditioning) शिकले वा संपादित केले जाते. जेव्हा मूलतः तटस्थ (Neutral) वस्तू वा परिस्थिती आघातकारी वा वेदनादायी अनुभवांशी जोडली जाते, तेव्हा त्या अनुभवांना दिली जाणारी भीतीची प्रतिक्रिया कालांतराने तटस्थ वस्तू वा परिस्थितीलाही दिला जाऊ लागते. हीच ती अभिजात अभिसंधानाची प्रक्रिया होय. तटस्थ वस्तू वा परिस्थितीस दिली जाणारा हा प्रतिसाद अतार्किक, अवास्तव आणि अविवेकी असतो. या सिद्धांतामध्ये नंतरच्या काळात विविध सुधारणा आणि विस्तार घडून आला. फक्त अभिजात अभिसंधानाद्वारेच नव्हे, तर निरीक्षणात्मक अध्ययनातूनही (Vicarious or Observational Learning or Conditioning) दुर्भीतीची लागण शक्य असल्याचे शास्त्रज्ञांनी दाखवून दिले. केवळ दुर्भीतीने बाधित रूग्णांचे भीतीदायक वर्तन पाहूनही (म्हणजेच केवळ निरीक्षणातून) काही व्यक्तींमध्ये विशिष्ट वस्तू वा परिस्थितीबद्दलची तीव्र भीती संक्रमित होऊ शकते. कधीकधी तर धीट समजल्या जाणा-या व्यक्तीस एखाद्या प्रसंगात प्रचंड घाबरलेले पाहूनसुद्धा काही माणसे विशिष्ट प्रसंग वा वस्तूना कमालीचे घाबरू लागतात. उदा. आपल्या धाडसी आजोबांना मरताना झालेली उलटी पाहून नातवाला उलटीबाबतच प्रचंड दहशत बसते! इतकी की प्रौढपणी उलटी होण्याच्या भीतीने तो एकदा आत्महत्येचाही प्रयत्न करतो (मिनेका आणि झिनबर्ग, २००६). प्रयोगशाळेतील मुलांवर केल्या गेलेल्या दोन प्रायोगिक संशोधनांमधूनही अशाच प्रकारचे निष्कर्ष समोर आले आहेत. त्यात कांगारूप्रमाणे आपल्या पिलाला पिशाचीत ठेवणारा एक अपरिचित आस्ट्रेलियन प्राणी जेव्हा ७ ते ९ वर्षांच्या मुलांना भीतीदायक हावभाव असणा-या चेह-यासोबत दहावेळा दाखवला गेला तेव्हा त्यांच्या मनात त्या प्राण्याची भीती बसली व ते त्यास टाळण्याचा प्रयत्न करू लागल्याचे दिसून आले. हा परीणाम जवळपास आठवडाभर टिकला. मात्र, त्याचवेळी ज्या मुलांना त्या प्राण्याबरोबर आनंदी हावभावाचा चेहरा दाखवण्यात आला होता त्यांच्यात मात्र ही भीती आढळली नाही (ऍस्क्यू आणि फील्ड, २००७; २००८).

दुर्भीतीच्या अध्ययनातील व्यक्तिभेद (Individual Differences in Learning of Phobia):

जीवनातील आघातांना पचवण्याची वा सामोरे जाण्याच्या क्षमतेमध्ये व्यक्तीभिन्नता आढळून येत असल्याने दुर्भीतीची लागण सर्वांनाच होताना दिसून येत नाही. भूतकाळातील अनुभव वेदनादायी नसतील तर एखाद्या त्रासदायक अनुभवातून बालकांमध्ये दुर्भीती उत्पन्न होत नाही. मात्र, अशा अनुभवांची संख्या वाढल्यास बालकांमध्ये दुर्भीती विकसित होऊ शकते (टेन बर्ज आणि सहकारी, २००२). पाल, झुरळ, साप, कोळी, उंदीर आदिबाबत आईचे वर्तन अस्वस्थ आणि घाबरलेले दिसले तर निरीक्षणातूनही बालकांची या प्राणी वा कीटकांबाबत दुर्भीती विकसित होऊ शकते. याउलट, आई जर त्यांना शांत व स्थिरचित्ताने हाताळत असेल तर बालकांमध्येही आत्मविश्वास दिसतो. म्हणजेच, पालकांची भूमिकाही दुर्भीतीच्या विकासात महत्त्वाची असते (एग्लिस्टन आणि रॅपी, २००७).

ज्यातून सुटका होणे शक्य नाही वा ज्यावर नियंत्रण मिळवता येणे शक्य नाही अशी संकटे आल्यास माणसे दुर्भीतीची शिकार होण्याची मोठी शक्यता असते. त्यांच्याशी जोडली गेलेली नकारात्मक विचारप्रक्रिया आणि पूर्वग्रहाने व्यापलेले बोधन (Cognitive Bias) अशा प्रकारचे प्रसंग भविष्यात पुन्हा घडल्यास त्यांचे चुकीचे व अवास्तव मूल्यांकन (Overestimation) करून 'मोठा धोका आहे' अशा सूचना देत राहतात (ज्या चुकीच्या असतात) आणि ही दुर्भीती कालांतराने वाढत जाते

(मुहलबर्गर आणि सहकारी, २००६; ओहमन आणि मिनेका, २००१). काहीएक प्रयत्नांनी ही आघातजन्य परिस्थिती जर नियंत्रणात आणता आली (मिनेका, १९८५; मिनेका आणि झिनबर्ग, २००६) वा तिच्यापासून लक्ष दुसरीकडे वळविता आले (मिनेका आणि सहकारी, २००३) तर दुर्भीती निर्माण होण्याची शक्यता खूप कमी होते.

दुर्भीतीच्या अध्ययनासंदर्भातील उत्क्रांतीजन्य तत्परता (Evolutionary Preparedness for Learning Certain Fears and Phobias)

मोटारसायकल, बंदूक, साखळ्या आदिंच्या तुलनेत माणसे साप, बंद खोली, पाणी वा टोलेजंग वा उंच जागांना जास्त घाबरताना का दिसतात? उत्क्रांतीवाद्यांच्या मते आपल्या पूर्वजांना मोटारसायकल, बंदूक आदिंचा परिचय नव्हता मात्र साप, पाणी, बंद जागा इ. मुळे जीवाला खराखुरा धोका संभवत असल्याने त्याबाबतची भीती त्यांना स्वतःचा बचाव करून अस्तित्व टिकवण्यास उपयुक्त ठरली. अशी उपयोगी ठरणारी भीती (की जी जन्मजात नसून परिस्थितीनुरूप अर्जित केलेली असते) सहजासहजी नष्ट होत नाही. (मिनेका आणि ओहमन, २००२; ओहमन, २००२; सेलिंगमन, १९७१). मानवांवर केलेल्या प्रयोगांमधून या दुर्भीतीच्या तत्परता सिद्धांतास (Preparedness theory of phobia) सबळ पुरावाही उपलब्ध झाला आहे. भीतीशी संबंध नसणा-या उद्दीपकांपेक्षा (उदा. फुले) भीतीशी संबंधित उद्दीपकांबरोबर (उदा. साप) मानवी प्रयुक्तांचे आणि प्रयोगशाळेत वाढवलेल्या माकडांचे अभिसंधान (Conditioning) परीणामकारकरित्या घडून आलेले अनेक प्रयोगांत दिसून आले आहे (कूक आणि मिनेका, १९८९, १९९०). माकडांच्या बाबतीत तर सापासारखे प्राणी त्यांनी आधी कधीही पाहिलेले नव्हते! त्यामुळे उत्क्रांतीवादाच्या 'तत्परता सिद्धांता'स भक्कम पाठबळ मिळाले. एवढेच नव्हे, तर भीतीशी संबंधित उद्दीपकांच्या अवसीमीय पातळीवरील सादरीकरणातूनही (Subliminal presentation) मानवी प्रयुक्तांमध्ये भीतीची अभिसंधित प्रतिक्रिया निर्माण होताना दिसून आली. यात प्रामुख्याने मेंदूताल ऍमगडाला कार्यन्वित होत असतो (कार्लसन आणि सहकारी, २००४; ओहमन आणि सहकारी, २००७). अवसीमीय अभिसंधान जाणिवेच्या नियंत्रणात येत नसल्याने दुर्भीती अतार्किक आणि अविवेकी का असते हे समजायला मदत होते (ओहमन आणि मिनेका, २००१; ओहमन आणि मिनेका, १९९३).

जैविक कारक घटक (Biological Causal Factors):

भीतीशी व्यक्तीचे अभिसंधान किती वेगाने होईल आणि ते किती बळकट असेल यावर आनुवंशिक आणि स्वभावजन्य घटकांचाही परीणाम पाहायला मिळतो. उदाहरणार्थ, सेरोटोनिनचे वहन करणा-या रंगसुत्राच्या युग्मामधील (gene alleles) म्हणजेच दोन नक्कल प्रतीमधील उच्च भावनिक अस्थिरतेशी निगडीत असणारी नक्कल प्रत ज्या व्यक्तीत आढळते त्या व्यक्तीचे भीतीशी लवकर आणि तीव्र स्वरूपाचे अभिसंधान घडून येते (लोन्सडोर्फ आणि सहकारी, २००९). लाजाळू, भित्र्या, लवकर निराश होणा-या दोन वर्षे वयाच्या मुलांमध्ये वयाच्या आठव्या वर्षापर्यंत विविध प्रकारच्या दुर्भीतींना बळी पडण्याची शक्यता सामान्यांपेक्षा २७ टक्क्यांनी अधिक असते (कागन आणि सहकारी, २००१). द्विबीज जुळ्यांपेक्षा (Dizygotic/nonidentical) एकबीज जुळ्यांमध्ये (Monozygotic/identical) प्राण्यांची दुर्भीती (Animal Phobias) आणि पारिस्थितीक दुर्भीतीचे (Situational Phobias) (पाणी, उंच ठिकाणे इ.) प्रमाण जास्त आढळते. मात्र त्यांच्या परिवेशात बदल झाल्यास या प्रमाणात फरक पडतानाही दिसून येतो. याचाच अर्थ, अनुवंश आणि परिवेश या दोन्हींचा मानसिक विकृतींवर प्रभाव पडतो (हेटेमा, प्रीस्कॉट आणि सहकारी, २००५; केंडलर आणि सहकारी, १९९९ब). आणखी एका अभ्यासात प्राण्यांच्या दुर्भीतीपेक्षा सामाजिक दुर्भीतीसारख्या संकीर्ण दुर्भीतींमधील (Complex Phobias) आनुवंशिक घटक वेगळे असतात हे दिसून आले आहे (झॅंज्कोव्हस्की आणि सहकारी, २०११).

3.1. A. iii). उपचार (Treatments):

मोठ्या प्रमाणात उपलब्ध झालेल्या संशोधन व उपयोजित साहित्यानुसार विशिष्ट दुर्भीतींवर 'संपर्कानुभव उपचार' (Exposure Therapy) हे सर्वात परीणामकारक असल्याचे दिसून येते. यामध्ये भीतीदायक वाटणा-या उद्दीपकांचा वा

परिस्थितीचा रूग्णास प्रत्यक्ष वा काल्पनिक पातळीवर नियंत्रित पद्धतीने अनुभव दिला जातो व भीतीस सामोरे जायला शिकवून ती कमी वा नष्ट करण्याचा प्रयत्न केला जातो. मानसोपचार तज्ञ रूग्णाला ज्या उद्दीपकांची वा परिस्थितीची भीती वाटते त्यांचा टप्प्याटप्प्याने तीव्रता वाढवत प्रत्यक्ष वा काल्पनिक अनुभव देतात. त्यातून भीतीचा भावनानुभव हळूहळू तीव्र होत जाऊन एका मर्यादितपलिकडे गेला की रूग्णाची भीती कमी होऊ लागते व उद्दीपकास वा प्रसंगास तो सामान्य प्रतिक्रिया देऊ लागतो. थोडक्यात, भीतीला टाळण्यापेक्षा ती प्रत्यक्ष अनुभवून तिच्यावर मात करणे हे 'संपर्कानुभव उपचारा'चे उद्दिष्ट असते. केवळ संपर्कानुभव देण्याच्या तुलनेत जेव्हा मानसोपचार तज्ञ त्या परिस्थितीत कशी प्रतिक्रिया इष्ट होईल याचे सादरीकरण रूग्णाच्याबरोबर सहभागी होऊन करून दाखवतो तेव्हा उपचार जास्त परीणामकारक होताना दिसतात. या पद्धतीस 'सहभागी प्रतिरूपण संपर्कानुभव उपचार' (Participant Modelling Exposure Therapy) असे म्हणतात (बांडुरा, १९७७, १९९७). यात मेंदूतील एमॅग्डालाच्या कार्यात विधायक बदल घडून येतात व भीतीवर योग्य ते नियंत्रण प्रस्थापित होते. छोट्या प्राण्यांची भीती, हवेत उडण्याची भीती, बंद ठिकाणांची भीती, रक्त-जखमांची भीती घालवण्यासाठी ब-याचदा 'संपर्कानुभव उपचारा'चे एकच मोठे तीन तासांचे सत्र (Session) परीणामकारक सिद्ध होते. रूग्णाचेही अशा कमी संख्येच्या सत्रांना प्राधान्य असते. (ओस्ट, १९९७; ओस्ट व सहकारी, २००१). उंच जागांची वा विमानाची भीती घालवण्यासाठी ब-याचदा प्रत्यक्ष अनुभव देणे किफायतशीर नसते. अशावेळी आभासी वास्तव निर्माण करून रूग्णावर उपचार केले जातात. त्यांचीही परीणामकारकता चांगली आढळून आली आहे (चोय आणि सहकारी, २००७; पार्सन्स आणि रिड्झो, २००८; रॉथबाऊम आणि सहकारी, २००६).

'संपर्कानुभव उपचारा'बरोबर इतर उपचारपद्धतींची सांगड घालण्याचाही प्रयत्न झालेला आहे. डी-सायक्लेसेराईन हे औषध 'संपर्कानुभव उपचारा'बरोबर वापरल्यास प्राण्यांची तसेच उंच ठिकाणांची भीती कमी करण्यास मदत होते हे अलिकडच्या संशोधनात दिसले आहे (मात्र 'संपर्कानुभव उपचारा'विना केवळ हे औषध दिल्यास उपयोग होत नाही.) (डेव्हिस आणि सहकारी, २००६; नोरबर्ग आणि सहकारी, २००८; रेस्लर आणि सहकारी, २००४).. बोधनिक पुनर्संघटन तंत्रांचा (Cognitive Restructuring Techniques) वापर मात्र संपर्कानुभव उपचारापेक्षा कमी परीणामकारक असल्याचे दिसून आले आहे (क्रास्क आणि मायस्ट्रुकोव्हस्की, २००६; वोलिड्ट्की-टेलर आणि सहकारी, २००८).

3.1. B. सामाजिक दुर्भीती/भयगंड किंवा सामाजिक चिंताविकृती (Social Phobia or Social Anxiety Disorder):

दैनंदिन कार्यात बिघाड उत्पन्न करणारी विशिष्ट सामाजिक परिस्थितीबद्दलची (उदा. समूहासमोर बोलणे, सार्वजनिक स्वच्छतागृहात मलमूत्र विसर्जन करणे, चारचौघांमध्ये खाणे अथवा लिहीणे) तीव्र भीतीची वा चिंतेची लक्षणे या सामाजिक दुर्भीती/भयगंड किंवा सामाजिक चिंताविकृतीमध्ये दिसून येतात. इथे व्यक्तीला विशिष्ट सामाजिक परिस्थितींमध्ये आपली तपासणी होईल, इतरांकडून नकारात्मक मूल्यमापन होईल वा आपल्या हातून इतरांना शरम वाटेल असे वर्तन घडेल असे भय वाटत असते. या सामाजिक दुर्भीतीमुळे ती तीव्र नकारात्मक ताण तरी अनुभवते वा त्या परिस्थितीस टाळू तरी पाहते. सार्वजनिक ठिकाणी भाषण देण्याची तीव्र भीती ही सर्वात जास्त आढळणारा सामाजिक दुर्भीतीचा प्रकार आहे. डीएसएम-५ ने सामाजिक दुर्भीतीचे दोन उपप्रकार (Subtypes) सांगितले आहेत. पहिल्या उपप्रकारात व्यक्तिस इतरांसमोर काहीतरी सादर करावयाचे असते (Performing Situations) उदा.. सार्वजनिक ठिकाणी द्यावयाचे भाषण. तर दुसरा उपप्रकार हा साधारण स्वरूपाचा आहे ज्यात केवळ सामाजिक परिस्थितीच्या प्रभावाचा विचार असतो. यात व्यक्तिला इतरांसमोर काही सादर करावयाचे नसते. उदा. सार्वजनिक ठिकाणी आपला नाष्टा वा जेवण करणे. ह्या दुस-या प्रकारची दुर्भीती असणा-या व्यक्तींना अनेक प्रकारच्या सामाजिक परिस्थितींची भीती वाटते. त्यांच्याबाबतीत ब-याचदा वर्ज्यनात्मक व्यक्तिमत्त्व विकृतीसुद्धा (Avoidant Personality Disorder) आढळून येते (स्टीईन आणि स्टीईन, २००८).

डीएसएम-५ नुसार सामाजिक दुर्भीती/भयगंड किंवा सामाजिक चिंताविकृतीसाठीचे निकष

(DSM-5 Criteria for Social Phobia/Social Anxiety Disorder)

अ. एका अथवा एकापेक्षा जास्त सामाजिक परिस्थितींमध्ये आपल्या वर्तनाची इतरांकडून छाननी वा तपासणी होण्याची शक्यता आहे या विचाराने व्यक्तिस ठळकपणे जाणवणारी भीती वा चिंता (उदा. अपरिचित व्यक्तींशी संवाद करणे, खातापिताना इतरांकडून सतत लक्ष ठेवले जाणे, समूहासमोर काही करून दाखवणे इ.)

(टीप: बालकांच्या बाबतीत ही ठळक भीती केवळ प्रौढांसोबतच नव्हे तर समवयस्कांच्या बाबतीतही जाणवली पाहिजे.)

ब. आपल्या वर्तनामुळे इतर दुखावले जातील, त्यांचा अपमान होईल, त्यांना शरम वाटेल किंवा आपले नकारात्मक मूल्यमापन होईल वा नकारात्मक प्रतिमा निर्माण होईल अशी वाटणारी भीती वा चिंता

क. जवळपास प्रत्येकवेळी अनुभवास येणारी विशिष्ट सामाजिक परिस्थितीबाबतची भीती वा चिंता

(टीप: बालकांच्या बाबतीत अशा सामाजिक परिस्थितींमध्ये रडणे, चिडचिड करणे, थिजून जाणे, बिलगणे, आकसून घेणे, बोबडी वळणे आदि वर्तनांमधून ही ठळक भीती दिसून येते.)

ड. अशा सामाजिक परिस्थिती टाळण्याकडे कल वा त्यांच्या उपस्थितीत तीव्र भीती आणि चिंतेने युक्त अशा प्रतिक्रियांची निर्मिती

इ. अशा सामाजिक परिस्थितीद्वारे निर्माण होऊ शकणा-या प्रत्यक्षातील धोक्याच्या तुलनेत तसेच त्या सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भाचा विचार करता प्रमाणापेक्षा जास्त तीव्रपणे दिली जाणारी भीती वा चिंतेची प्रतिक्रिया

फ. सलग सहा महिने वा त्यापेक्षा जास्त काळ टिकून राहणारी विशिष्ट सामाजिक परिस्थितीबद्दलची भीती वा चिंता वा ती टाळण्याची प्रवृत्ती

ग. विशिष्ट सामाजिक परिस्थितीबद्दलची भीती, चिंता वा ती टाळण्याच्या प्रवृत्तीतून उत्पन्न होणारा वैदकीय वा निदानात्मकदृष्ट्या लक्षणीय (Clinically Significant) असा नकारात्मक ताण किंवा सामाजिक, व्यावसायिक वा इतर महत्त्वाच्या क्षेत्रांमधील कार्यात झालेला बिघाड.

घ. विशिष्ट सामाजिक परिस्थितीबद्दलची भीती, चिंता वा ती टाळण्याची प्रवृत्ती ही कोणत्याही शारीरिक स्थितीमुळे, औषधे/मादक द्रव्य सेवनामुळे वा इतर वैद्यकीय घटकांमुळे उत्पन्न झालेली नसावी.

च. हे सामाजिक दुर्भीती किंवा सामाजिक चिंताविकृतीसाठीचे नैदानिक स्पष्टीकरण इतर मानसिक आजार उदा. घबराट विकृती, स्वमग्नता विकृती विस्तृत श्रेणी (Autism), शारीर रूप बेढबता विकृती (Body Dysmorphic Disorder) इ. च्या लक्षणांच्या तुलनेत सरस असले पाहिजे.

छ. पार्किन्सन आजार (Parkinson Disease), लड्डुपणाचे आजार (Obesity), जखम वा जळण्यामुळे येणारी विद्रुपता (Disfigurement from burns or injury) आदि प्रकारच्या परिस्थितीमुळे ही भीती, चिंता वा वर्ज्यन प्रवृत्ती उत्पन्न झालेली वा वाढलेली नसावी.

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

3.1. B. i). प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences)

जीवनाच्या कोणत्यातरी एका टप्प्यावर सामाजिक दुर्भीती या आजाराचा सामना करावा लागलेल्या रूग्णांचे एकूण लोकसंख्येतील प्रमाण जवळपास १२ टक्के आहे (केसलर, बर्गलुण्ड, डेमलर आणि सहकारी, २००५; रुसिको आणि सहकारी,

२००८). पुरुषांच्या तुलनेत स्त्रियांमध्ये या आजाराचे प्रमाण जास्त असून एकूण रूग्णांमध्ये ६०% स्त्रिया आहेत! या आजाराचा प्रारंभ प्रामुख्याने पौगंडावस्थेत वा पूर्वप्रौढावस्थेत होताना दिसून येतो (ब्रुस आणि सहकारी, २००५; रूसिको आणि सहकारी, २००८). सामाजिक दुर्भीती असणा-या रूग्णांमधील जवळपास ५० % रूग्ण अवसाद विकृतीसही (Depressive Disorder) त्याचवेळी बळी पडताना दिसतात आणि जवळपास ६६ % रूग्णांना एक अथवा एकापेक्षा अधिक चिंता विकृतींचा (Anxiety Disorders) जीवनात कधीतरी सामना करावा लागतो. (केसलर, चिउ आणि सहकारी, २००५; रूसिके आणि सहकारी, २००८). सामाजिक दुर्भीती कमी करण्यासाठी एकूण रूग्णांपैकी जवळपास १/३ रूग्ण हे अतिरिक्त अल्कोहोल/दारूचे सेवन करतात (मॅगी आणि सहकारी, १९९६). नकारात्मक चिंता आणि सामाजिक परिस्थिती टाळण्याची प्रवृत्ती असल्याने सामाजिक दुर्भीती असणा-या रूग्णांचे रोजगाराचे प्रमाण आणि सामाजिक-आर्थिक स्थिती निम्न दर्जाची आढळून येते. तसेच, जवळपास १/३ रूग्णांमध्ये जीवनाच्या एक वा अधिक क्षेत्रांमधील कौशल्यांमध्ये तीव्र स्वरूपाची बिघाडीही (Severe Impairment) आढळून येते (हार्वे आणि सहकारी, २००५; रूसिके आणि सहकारी, २००८). विशेषत्वाने नोंदवायचे वैशिष्ट्य म्हणजे ह्या आजारात दीर्घकालीन सातत्य दिसून येते. केवळ १/३ रूग्ण बारा वर्षांच्या दीर्घ काळानंतर आपोआप (Spontaneously) बरे होताना एका अभ्यासात आढळले आहे (ब्रुस आणि सहकारी, २००५).

3.1. B. ii) कारक घटक (Causal Factors):

मानसिक कारक घटक (Psychological Causal Factors):

विशिष्ट दुर्भीतीप्रमाणेच सामाजिक दुर्भीतीमध्येही उत्क्रांतीजन्य घटकांनी आकाराला आलेले अध्ययित वर्तन दिसून येते. ज्या व्यक्ती आनुवंशिकदृष्ट्या वा स्वभावतःच जोखीमरेषेवर आढळतात त्यांच्याबाबतीत सामाजिक दुर्भीतीचे अध्ययन घडून येण्याची शक्यता सर्वात जास्त असते.

सामाजिक दुर्भीतीचे आनुवंशिक संदर्भ (An evolutionary context of social fears and phobia)

व्याख्येनुसार विचार करता सामाजिक दुर्भीती हे आपल्याच जातकुळीतील प्राण्याविषयी वाटणारी भीती (Fears of members of one's own species) आहे. उदाहरणार्थ, मानवाला दुस-या मानवाबाबत वाटणारी भीती. उत्क्रांतीच्या सुरुवातीच्या टप्प्यात, इतर प्राण्यांचे भक्ष्य होऊ नये म्हणून त्यांच्याबाबत वाटणा-या भीतीतून 'लढा अथवा पळा' (Fight or Flight) हा प्रतिसाद सजीवांमध्ये विकसित झाला. नंतरच्या काळात आदिम जमातींमध्ये (Primates) सामाजिक रचना (Social Arrangements) निर्माण होत असताना प्रभुत्वाचे जे स्तर/अधिश्रेण्या (Hierarchies of Dominance) सार्वत्रिकपणे आकाराला आलेल्या दिसतात, त्यांचा आनुवंशिक परीणाम (By-product) म्हणून सामाजिक भीती आणि दुर्भीती जन्माला आली असावी, असे उत्क्रांतीवाद्यांचे म्हणणे आहे (डिम्बर्ग आणि ओहमन, १९९६; ओहमन आणि सहकारी, १९८५). प्रभुत्वाच्या स्पर्धेतील आक्रमक लढायांमधून 'प्रभुत्व अधिश्रेण्या'ची निर्मिती (Hierarchies of Dominance) झाली आणि काही अपवाद वगळता, बहुतांश हरलेल्यांनी आपल्या समूहातून पूर्णपणे सुटका करून घेण्याचा मार्ग न निवडता जिंकलेल्यांसमोर भीती आणि शरणार्थी वर्तन (Fear and Submissive Behaviour) व्यक्त केले. म्हणूनच प्राण्यांची दुर्भीती असणारे लोक त्या परिस्थितीपासून ब-याचदा सुटका करून घेण्यात यशस्वी होत असले तरी सामाजिक दुर्भीती असणा-या रूग्णांना मात्र सामाजिक परिस्थितीतून सुटका करून घेणे अनेकदा शक्य होत नाही (लॉगिन आणि सहकारी, २०१०; ओहमन, २००९).

प्रभुत्वाच्या अधिश्रेण्यांमधून सामाजिक दुर्भीतीचा उगम झालेला असल्याने, इतर व्यक्तिकडून आक्रमकता, दडपशाही, सत्ता, प्रभुत्व इत्यादींशी संबंधित दर्शवले जाणारे वर्तन (राग, हिंसा इ.), प्रतिके, संकेत, चिन्हे आदिना चटकन भीतीची प्रतिसाद घ्यायची उत्क्रांतीजन्य प्रवृत्ती (Evolutionary Predisposition) बहुतांश मानवांमध्ये आढळल्यास आश्चर्य वाटायला नको (ओहमन, २००९; शुप्प आणि सहकारी, २००४). अभिसंधानादरम्यान सौम्य विद्युत धक्क्याच्या बरोबरीने आनंदी/तटस्थ (फारसे हावभाव नसलेले) चेहेरे आणि क्रोधित चेह-यांची चित्रे प्रयुक्तांसमोर वारंवार सादर केली असता क्रोधित चेह-यांना लवकर आणि

तीव्र स्वरूपाच्या भीतीचा प्रतिसाद प्रयुक्तांकडून दिला गेल्याचे अनेक प्रयोगांमधून प्रस्थापित झालेले आहे (डीम्बर्ग आणि ओहमन, १९९६). अगदी अवसीमिय पातळीवर ही चित्रे सादर केल्यावरही (Subliminal presentation) समान निष्कर्ष आढळून आलेले आहेत (पॅरा आणि सहकारी, १९९७). सामाजिक दुर्भीती असणा-यांमध्ये अशा भीतीच्या प्रतिसादावेळी मेंदूमधील भावनेची केंद्रे आणि विशेषत्वाने ऍम्ग्डाला (Amygdala) लवकर आणि जास्त सक्रीय झालेला दिसतो (गोल्डीन व सहकारी, २००९; फान व सहकारी, २००६). साहजिकच, इतरांकडून टीका अथवा मूल्यमापनाची शक्यता दिसताच ते अतार्किक आणि अविवेकी म्हणावा असा तीव्र भीतीचा नकारात्मक प्रतिसाद देताना आढळतात (ब्लेअर व सहकारी, २००८; शिन आणि लिबरझन, २००९).

सांवेदनिक अनियंत्रितता आणि अनिश्चितता (Perceptions of or Perceptual Uncontrollability and Unpredictability)

ब-याचदा सामाजिक दुर्भीतीच्या आजारात व्यक्तीच्या जीवनात घडलेल्या अनपेक्षित, अनिश्चित वा अनियंत्रित स्वरूपाच्या ताणदायक वा क्लेषकारक घटनांची (उदा. पालकांचा घटस्फोट, कौटुंबिक संघर्ष, लैंगिक अत्याचार इ.) मोठी भूमिका दिसून येते. 'परिस्थिती आपल्या हाताबाहेर असून तीवर आपण पुरेसे नियंत्रण ठेवू शकत नाही' ह्या संवेदनामुळे सामाजिक दुर्भीती असणारी व्यक्ती प्रचंड असहायता अनुभवते आणि हार पत्करणारी शरणात स्वीकारते. अशी परिस्थिती पुन्हा अनुभवताना नियंत्रणाबाबतची असहायता वाढत जाऊन आणखी तीव्र स्वरूपाच्या भीतीची निर्मिती तिच्यात होताना दिसून येते. प्राण्यांमध्येही हे शरणार्थी वा दुस-याचे वर्चस्व निमूटपणे मान्य करणारे वर्तन आपल्याला या प्रकारच्या 'सामाजिकदृष्ट्या पराभूत मानसिक संवेदना'मुळे (Perception of Social Defeat) दिसून येते (मिनेका व झिनबर्ग, २००६; लेऊंग व हाइमबर्ग, १९९६). अशी मानसिकता विकसित होण्यामध्ये अतिसुरक्षित वा वर्ज्यनात्मक पालकत्व शैली (Overprotective or Rejecting Parenting Styles) हा एक खूप महत्त्वाचा घटक आहे (लाइब आणि सहकारी, २०००).

बोधनिक कल/पूर्वग्रह (Cognitive Biases)

सामाजिक दुर्भीतीच्या निर्मिती आणि भरणपोषणामध्ये बोधनिक घटकांची महत्त्वाची भूमिका निभावतात. बेक आणि सहका-यांच्या (१९८५) मते, सामाजिक दुर्भीती असणा-या व्यक्तींना, इतरांकडून आपण नाकारले जाऊ अथवा आपले नकारात्मक मूल्यमापन केले जाईल असे विचार सतावत असतात. इतरांकडून आपल्याला इजा वा धोका पोहोचू शकतो या भीतीने ती अस्वस्थ आणि असुरक्षित होतात. क्लार्क आणि वेल्स (१९९५) यांच्या मांडणीनुसार हा 'धोक्याचा बोधनिक आकृतिबंध'च (Cognitive Schema of Danger) त्यांना सामाजिक परिस्थितीत विचित्र आणि अस्वीकारार्ह वर्तन करण्यास भाग पाडतो आणि परीणामी, इतरांकडून त्यांना नाकारले जाते अथवा त्यांच्या प्रतिष्ठेला बाधा पोहोचते. इतरांबद्दलच्या अशा नकारात्मक विचारांमुळे त्यांचे कायिक वर्तन (Bodily responses) साचेबद्ध आणि स्व-प्रतिमा नकारात्मक पद्धतीने सादर होते. आपण चिंतीत आहोत हे इतरांना तात्काळ कळते किंवा आपणच इतरांशी प्रमाणापेक्षा जास्त चांगले वागतो असे गैरसमज ह्या व्यक्ती मग स्वतःबद्दलच करून घेताना आढळतात (हिस्च आणि सहकारी, २००४). सामाजिक परिस्थितीत वावरत असतानाही स्वतःमध्येच गुरफटणे (Preoccupation with self), आपल्या शरीरंतर्गत होणा-या बदलांवर लक्ष केंद्रित करणे (उदा.. हृदयाचे ठोके, श्वासाची लय इ.) आदिंमुळे इतरांशी कौशल्यपूर्ण आंतरक्रिया करण्यात आणि मैत्रीपूर्ण संबंध विकसित करण्यात या व्यक्ती अपयशी ठरतात आणि इतरांबाबतचे आधी तयार केलेले नकारात्मक पूर्वग्रह यांच्या मनात आणखी दृढ होत जाऊन कालांतराने हे दृष्टचक्र (Vicious Cycle) भेदणे कठीण होऊन बसते (पाइनलेस व मिनेका, २००५; क्लार्क व मॅकमानस, २००२).

सामाजिक दुर्भीती असणा-यांमध्ये आणखी एक पूर्वग्रह ब-याचदा आढळून येतो.. नीटसा अर्थ न लागणा-या संदिग्ध सामाजिक परिस्थितीचा (Ambiguous Social Situation) सौम्य वा सहृदयतेने (Benign manner) विचार करण्याऐवजी ही मंडळी नकारात्मक पद्धतीने विचार करतात (उदा. एखाद्या व्यक्तीने हलके स्मित केल्यास 'तिला आपण आवडले असू' असा

विचार न करता 'ती आपल्याला मूर्ख तर समजत नसेल?' असा विचार यांच्या मनात डोकावेल). हे नकारात्मक मूल्यमापन त्यांच्या जास्त लक्षात राहते आणि कालांतराने सामाजिक दुर्भीतीची तीव्रता वाढवत नेण्यास ते हातभार लावते (हिस्चर्च आणि सहकारी, २००४).

जैविक कारक घटक (Biological Causal Factors):

चेतापदशितता/भावनिक अस्थिरता (Neuroticism) आणि अंतर्मुखता (Introversion) ह्या व्यक्तिमत्त्व घटकांच्या वैशिष्ट्यांशी साधर्म्य सांगणारा वार्तनिक/वर्तनात्मक निरोधन (Behavioural Inhibition) हा स्वभावधर्मविषयक परिवर्तक (Temperamental Variable) सामाजिक दुर्भीतीसंदर्भात सर्वात महत्त्वाचा जैविक कारक घटक आहे (बाइनवेनु आणि सहकारी, २००७). अपरिचित उद्दीपक वा परिस्थितीत चटकन निराश होणारी, लाजाळू व संपर्क टाळण्याकडे कल असणारी/वर्जनात्मक शैलीची (Avoidant Style) बालके ही वार्तनिक निरोधन मोठ्या प्रमाणात करतात आणि व वयात येईपर्यंत त्यांच्यात सामाजिक दुर्भीतीचा आजार बळावण्याची शक्यता बळावते (हेवार्ड आणि सहकारी, १९९८; कागन, १९९७). एका अत्यंत मूलभूत संशोधनात भावविकृती (Emotional Disorder) असणा-या बालकांच्या बालकांमध्ये वार्तनिक निरोधनातून सामाजिक दुर्भीतीचा विकास कसा होतो हा अभ्यास मांडण्यात आला होता. यात दोन ते सहा वयोगटातील ज्या बालकांचे वार्तनिक निरोधन तीव्र स्वरूपाचे होते त्यांच्यात वयाच्या दहाव्या वर्षापर्यंत सामाजिक दुर्भीती विकसित होण्याची शक्यता सौम्य वार्तनिक निरोधन असणा-या बालकांच्या तुलनेत जवळपास तीन पट (२२ टक्के विरुद्ध ८ टक्के) जास्त दिसून आली (हिर्षफेल्ड-बेकर आणि सहकारी, २००७). जुळ्यांवरील संशोधनांमधूनही (Twin Studies) सामाजिक दुर्भीतीच्या विकासात अनुवंशाचा वाटा (Genetic Variability) ३० टक्क्यांपर्यंत असावा असे अंदाज प्रसिद्ध झालेले आहेत. मात्र, ह्या जुळ्यांना वेगवेगळ्या पर्यावरणात वाढवल्यास निष्कर्ष बदलतानाही दिसले आहेत. म्हणजेच, सामाजिक दुर्भीतीच्या विकासात अध्ययनाची (Learning) फार मोठी भूमिका आहे या मांडणीला पुष्टीच मिळाली आहे (हेट्टेमा, प्रिस्कॉट व सहकारी, २००५; स्मोलर व सहकारी, २००८).

3.1. B. iii) उपचार (Treatments):

सामाजिक दुर्भीतीवरील उपचार प्रामुख्याने बोधनिक आणि वार्तनिक उपचारपद्धतींभोवती केंद्रित झालेले असले तरी काहीवेळा औषधांचाही वापर त्यासाठी केला जातो.

बोधनिक आणि वर्तनात्मक/वार्तनिक उपचारपद्धती (Cognitive and Behavioural Therapies):

सामाजिक दुर्भीतीचा विचार करता, भीतीदायक सामाजिक परिस्थितीचा दीर्घकाळ आणि टप्प्याटप्प्याने तीव्र होत जाणारा अनुभव रूग्णास देऊन ती नष्ट करण्याची उपचारपद्धती (विशिष्ट दुर्भीतीसंदर्भातही हे उपचार केले जातात) ही खूप परीणामकारक सिद्ध होताना दिसते. सामाजिक दुर्भीतीमध्ये सर्रास आढळणारे परिस्थितीचे विस्कळीत, अवास्तव व अतार्किक बोधन/आकलन तार्किक आणि विवेकी होण्यासाठी बोधनिक पुनर्संघटन तंत्रांचा (Cognitive Restructuring Techniques) समावेशही बोधनिक-वार्तनिक उपचारांच्या माध्यमातून नव्याने केला गेलेला दिसतो (बारलॉव्ह व सहकारी, २००७). यात रूग्णाचे सामाजिक परिस्थितीचा विपर्यास करणारे अतार्किक, अविवेकी आणि स्वयंचलित नकारात्मक विचार (Automatic Negative Thoughts)(जे ब-याचदा अबोध पातळीवरून कार्य करीत असतात उदा. 'मला कशातच रस नाही', 'मी कोणालाच आवडत नाही' इ.) त्यांच्या लक्षात आणून दिले जातात आणि त्यांचे तार्किक पुनर्विश्लेषण (Logical Reanalysis) करायला शिकवून दुर्भीती नष्ट केली जाते. स्वतःमध्ये गुरफटण्याने, स्वतःवरच जास्त लक्ष केंद्रित केल्याने सामाजिक परिस्थितीचे योग्य आकलन करण्यात कसा अडथळा निर्माण होतो याचा विविध स्वाध्यायांच्या माध्यमातून तसेच रूग्णाच्या वर्तनाची चित्रफीत तयार करून त्यास अनुभव दिला जातो व रूग्णामध्ये विधायक बदल केले जातात. अशा प्रकारचे संपर्क-उपचार वा अनुभवाधारित उपचार (Exposure Therapies) हे बोधनिक-वार्तनिक उपचारांइतकेच (Cognitive-Behavioural

Therapies) प्रभावी ठरलेले आहेत हे अलिकडच्या संशोधनांद्वारे सिद्ध झालेले आहे (क्लार्क व सहकारी, २००६; हेइंम्बर्ग, २००२; मोर्टबर्ग व सहकारी, २००७). बोधनिक-वार्तनिक उपचारांमध्ये अशी अनेक नवी तंत्रे समाविष्ट केलेली दिसतात. सॉक्रेटीस प्रश्नोपचार पद्धतीमध्ये (Socratic Questioning Method) रूग्णाच्या प्रश्नाला उत्तर न देता मानसोपचार तज्ञ प्रतिप्रश्न विचारतो व रूग्णास विचारप्रवृत्त करून स्वतःच्या आकलनातील विसंगती शोधायला प्रवृत्त करतो. बोधनिक-वार्तनिक गृहपाठांच्या (Cognitive-Behavioural Homework) आधारे रूग्णास दैनंदिन जीवनातील आपल्या विचारांमधील आणि वर्तनातील विसंगतीच्या नोंदी ठेवायला लावून तार्किक वर्तन प्रस्थापित करण्यास पाठपुरावा केला जातो. काहीवेळा लवकर बरे वाटावे म्हणून या बोधनिक-वार्तनिक उपचारांबरोबर औषधांचाही उपयोग करतात. यात प्रामुख्याने मोनोअमाइन ऑक्सिडेझ निरोधके (Monoamine oxidase inhibitors) आणि विशिष्ट प्रकारची सेरोटोनिन पुनर्ग्रहण निरोधके (Selective Serotonin reuptake inhibitors) या अवसादरोधी (Antidepressants) औषधांचा उपयोग केला जातो. आजार कालांतराने पुन्हा डोके वर काढू नये/उलटू नये (Relapse) म्हणून मानसोपचार हे औषधांपेक्षा जास्त प्रभावी ठरत असल्याचे नवी संशोधने स्पष्टपणे प्रतिपादन करित आहेत. कारण ती केवळ लक्षणांवर काम न करता रोगाच्या कारणाना नष्ट करण्याचा प्रयत्न करतात (इस्पर व सहकारी, २००८; रॉय-बायरन व काऊले, २००७; क्लार्क, एहलर्स व सहकारी, २००३; स्टेन आणि स्टेन, २००८).

3.1. C) विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल भयगंड/दुर्भीती (Agoraphobia)

‘Agora’ ह्या ग्रीक शब्दाचा अर्थ ‘खुल्या एकत्र जमण्याच्या/सार्वजनिक जागा (Open Gathering Places)’ असा होतो. विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल भयगंड/दुर्भीती असणा-या व्यक्ती सामान्यपणे गर्दीच्या जागा, रस्ते, मॉल्स, मंडई, चित्रपटगृहे, मोट्टी भांडारे यांसारख्या ठिकाणांची प्रचंड भीती वाटते व या ठिकाणांना ते टाळण्याचा प्रयत्न करतात. विशेषत्वाने रांगेत उभे राहणे त्यांना खूप कठीण कर्म वाटते. अशा प्रकारच्या परिस्थितीत काहींना घबराटीचा झटकाही (Panic Attack) अनुभवास येऊ शकतो. घबराटीचा झटका येईल किंवा आजारी पडू आणि परिस्थितीपासून सुटका करून न घेता आल्यास चारचौघात आपली लाज निघेल ह्या चिंतेने, अशा व्यक्ती मग जिथे काही वाईट घडल्यास मदत उपलब्ध होणार नाही असे वाटते, त्या ठिकाणी जाण्याचे टाळू लागतात (तपशिलवार निदानासाठी डीएसएम-५ चा खालील तक्ता पाहा). विशेषतः स्वतःच्या शरीरांतर्गत होणारी निरनिराळी वेदनेही (Own Bodily Sensations) रूग्णाच्या मनात तीव्र भीती उत्पन्न करतात. त्यामुळे व्यायाम करणे, भीतीदायक चित्रपट पाहणे, कॅफिनचे सेवन करणे, लैंगिक क्रिया करणे यांसारख्या शारीरिक उत्तेजनाच्या कृतीही (Physiological Arousal) ते टाळताना दिसतात.

विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल भयगंड/दुर्भीतीचा (Agoraphobia) विकास होताना सुरुवातीला ज्या परिस्थिती वा स्थळांच्या प्रत्यक्ष संपर्काने घबराट अनुभवली होती त्यांना टाळण्याचा रूग्ण प्रयत्न करतात मात्र नंतरच्या टप्प्यात ही दुर्भीती इतर परिस्थितींबाबतही वाटू लागते म्हणजेच सामान्यीकरण (Generalisation) घडण्याची शक्यता बळावते. मध्यम ते तीव्र स्वरूपाच्या विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीमध्ये रूग्ण अगदी एकटे घराबाहेर पडण्याचेही टाळू लागतो! अतितीव्र स्वरूपात तर अगदी घरातील एका विशिष्ट खोलीतून वा जागेतून बाहेर पडणेही रूग्णास अशक्य वाटू लागते!

अनेक विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीती असणा-या रूग्णांना घबराटीचे झटके अनुभवास आलेले नसल्याने डीएसएम-५ च्या वर्गीकरणामध्ये विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीस स्वतंत्र विकृती म्हणून स्थान देण्यात आलेले आहे. निदान करता असताना हा भेद समजून घेणे हा एक कळीचा मुद्दा आहे. विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीती जसजशी विकसित होत जाते तसतसा भोवतालच्या पर्यावरणातील वेगवेगळ्या परिस्थितींचा वा स्थळांबाबतच्या भीतीचा समावेश तिच्यात रूग्ण करताना दिसतात. अगदी अलिकडच्या अंदाजानुसार, घबराटीविना (Without Panic) विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीचा आजार आयुष्यभर सोबत करणा-या रूग्णांचे प्रमाण १.४ टक्के आहे (केसलर, चिऊ व सहकारी, २००६).

डीएसएम-५ नुसार विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल भयगंड/दुर्भीती साठीचे निकष

(DSM-5 Criteria for Agoraphobia)

- अ. खालील पाचपैकी कोणत्याही दोन वा त्यापेक्षा जास्त परिस्थितीत विशेषत्वाने दिसून येणारी भीती वा चिंता.
१. हृदयाची धडधड वाढणे वा गती वाढणे
 २. घाम येणे
 ३. थरथरणे
 ४. लघु श्वासाचा अनुभव/धाप लागल्यासारखे होणे , दम लागणे
 ५. गुदमरल्यासारखे वाटणे
 ६. छातीत वेदना होणे वा अस्वस्थ वाटणे
 ७. मळमळणे/ओकारीची भावना होणे, उदरपोकळीत अस्वस्थता वाटणे
 ८. मूर्छा वा चक्कर आल्यासारखे वाटणे, शरीरावरील नियंत्रण हरवल्यासारखे वाटणे, डोके चालेनासे होणे
 ९. शरीरात थंडाव्याच्या वा उष्णतेच्या लाटांचा अनुभव येणे
 १०. पॅरिस्थिशियाज (Paresthesias) म्हणजेच शरीरात सुया टोचल्यासारखे वाटणे, शरीर बधिर झाल्यासारखे वाटणे वा शरीरास झिणझिण्या/मुंग्या येणे
 ११. भोवतालच्या वास्तवापासून तुटल्याची (Derealization) वा स्वतःपासून तुटल्याची (Depersonalization) भावना निर्माण होणे
- ब. घबराटीच्या किमान एकातरी झटक्यानंतरच्या पहिल्या महिन्यात (कधीकधी हा कालावधी जास्तही असू शकेल) खालीलपैकी कोणतेही एक अथवा दोन्ही लक्षणे रूग्णामध्ये आढळली पाहिजेत.
१. घबराटीचा धक्का पुन्हा बसेल आणि तिचे लक्षणे पुन्हा सहन करावी लागतील ही चिंता सतत भेडसावत राहणे.
 २. घबराटीचा धक्क्यामुळे वर्तनात लक्षणीय असे विषमायोजित बदल होणे (उदा. अपरिचित ठिकाणी जाणे टाळणे, व्यायाम करणे टाळणे इ.)
- क. सदरची शारीरिक, मानसिक लक्षणे ही औषधे वा मादक द्रव्यांच्या सेवनाने वा अवटुअतिक्रियता (Hyperthyroidism), हृदय-फुफ्फुससंबंधी विकृती (Cardiopulmonary Disorders) वा इतर वैद्यकीय आजारांमुळे निर्माण झालेली नसावीत.
- ड. हे घबराट वा आतंक विकृतीसाठीचे नैदानिक स्पष्टीकरण इतर मानसिक आजार उदा. सामाजिक दुर्भीती, विशिष्ट दुर्भीती, विचार-क्रिया अनिवार्यता, विलगीकरण चिंता विकृती, ताणपश्चात विकृती इ. च्या लक्षणांच्या तुलनेत सरस असले पाहिजे.

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

3.1. C. i) प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences)

सर्व मानसिक आजारांचा विचार करता, विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीसहित (With Agoraphobia) वा विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीविना (Without Agoraphobia) आयुष्यात किमान एकदा तरी घबराट/आतंक विकृती (Panic Disorder) अनुभवणा-या प्रौढ रूग्णांचे प्रमाण जवळपास ४.७ टक्के आहे व त्यात विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीविना घबराटीविकृतीचा आजार असणारे जास्त आहेत (केसलर, चिऊ व सहकारी, २००५). वयाच्या विशी ते चाळिशीदरम्यान हा घबराटीविकृतीचा आजार होण्याचे प्रमाण सर्वात जास्त असले तरी काहींना तो पौगंडावस्थेच्या उत्तरार्धातही जडू शकतो. काळानुसार या विकृतीच्या लक्षणांची तीव्रता कमी होताना दिसत असली तरी हा दीर्घकाळ टिकणारा (Chronic)

आणि व्यक्तीच्या क्षमतांचा हळूहळू -हास (Disabling) करत जाणारा आजार आहे (व्हाईट आणि बारलॉव्ह, २००२). एका बारा वर्षे चाललेल्या अनुकालिक अभ्यासानुसार (Longitudinal Study) ४२ टक्के रूग्ण बारा वर्षांमध्ये पूर्णपणे बरे झालेले असले तरी ५८ टक्के रूग्णांच्या बाबतीत ही विकृती पुन्हा उफाळून (Recurrence) आल्याचे दिसून आले आहे (ब्रुस व सहकारी, २००५). पुरुषांच्या तुलनेत स्त्रियांमध्ये घबराटविकृतीचे प्रमाण दुप्पट असल्याचे दिसून येते आहे (एटॉन व सहकारी, १९९४; व्हाईट आणि बारलॉव्ह, २००२). विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीविकृतीही पुरुषांच्या तुलनेत स्त्रियांमध्ये जास्त प्रमाणात आढळून येते आणि जसजसा काळ जाईल तसतसे अनेक स्थळांच्या बाबतीत स्त्रियांची दुर्भीती पसरताना व ती स्थळे त्या टाळताना दिसतात. तीव्र स्वरूपाच्या विवृत्तस्थल/अनावृत्तस्थल दुर्भीतीविकृती असणा-या रूग्णांमध्ये ८० ते ९० टक्के स्त्रिया आढळतात (बेकर, १९९६; व्हाईट आणि बारलॉव्ह, २००२).

3.1. C. ii) कारक घटक (Causal Factors):

जैविक कारक घटक (Biological Causal Factors):

घबराट विकृतीच्या जैविक कारणांमध्ये आनुवांशिकता (Genetics), मेंदूतील क्रिया (Brain Activities) आणि जैवरासायनिक असंतुलन/अपसामान्यता (Biochemical Abnormalities) यांचा समावेश होतो.

आनुवांशिक घटक (Genetic Factors):

कुटुंबांच्या व जुळ्यांच्या अभ्यासातून आनुवांशिक घटकांचा घबराटीशी मध्यम स्वरूपाचा सहसंबंध आढळून आला आहे (मॅरॉन व सहकारी, २०१०; नॉरहोल्म व रेस्सलर, २००९). २०१४ मध्ये, लोपेझ-सोला व सहका-यांनी केलेल्या जुळ्यांच्या एका मोठ्या अभ्यासाद्वारे घबराटविकृतीच्या लक्षणांमध्ये आनुवांशिकतेचा ३० ते ३४ टक्के वाटा असल्याचा अंदाज वर्तवला आहे. व्यक्तिमत्त्वाच्या वार्तनिक अवरोधातून व्यक्त होणा-या (Behavioural Inhibition) चेतापदशितता (Neuroticism) या स्वभावगुणाद्वारे ही आनुवांशिकता काही प्रमाणात प्रकट होताना दिसते. मात्र, ह्या प्रकटीकरणासाठी केवळ आनुवांशिकता पुरेशी आहे की ताणदायक परिवेशाशी (Stressful Environment) तिची आंतरक्रिया आवश्यक आहे यावर अजून संशोधन सुरू आहे (स्ट्रूग व सहकारी, २०१०; क्लाऊक व सहकारी, २०१०). तसेच आनुवांशिकता ही केवळ घबराटविकृतीशी संबंधित असावी असे काही संशोधने सांगतात तर ती इतर चिंताविकृती व दुर्भीतींशीही संबंधित आहे असे काही संशोधकांचे प्रतिपादन आहे. (बाट्टाग्लिया व सहकारी, २००९; केंडलर, वॉल्टर व सहकारी, १९९५; बीडरमन व सहकारी, २००६; हेट्टेमा, प्रिस्कॉट व सहकारी, २००५). ही विसंगती दूर करण्यासाठी भविष्यात आणखी संशोधन होण्याची गरज आहे (नॉरहोल्म व रेस्सलर, २००९).

घबराट आणि मेंदूतील क्रिया (Panic and Brain):

चेताजैवविज्ञानातील सुरुवातीस मांडल्या गेलेल्या प्रमुख सिद्धांतांमध्ये घबराटीच्या झटक्यामध्ये मेंदूस्कंधातील स्थानीय भाग (Locus coeruleus in the brain stem) आणि नॉरएपाईनफ्राईन हा चेतापारेषक (Neurotransmitter) प्रामुख्याने सामील असतो असे मानले जायचे (गोड्डार्ड व सहकारी, १९९६). मात्र अलिकडे, लिंबिक यंत्रणेमधील (Limbic System) अश्वमीनसमोरील (Hippocampus) ऍमॅंडाला (Amygdala) हा घबराटीच्या धक्क्यासाठी वा भीतीच्या भावनेच्या निर्मितीमध्ये मध्यवर्ती भूमिका बजावतो हे सिद्ध झाले आहे. आणखी एक घबराटीच्या झटका बसेल या आगाऊ चिंतेमुळे ऍमॅंडालामधील केंद्रके अपसामान्यरित्या उत्तेजित होताना दिसतात. ऍमॅंडालामधील प्रमुख केंद्रकांच्या उत्तेजित (Activation of central nuclei) होण्याने मेंदूस्कंधातील स्थानीय भागांबरोबरच (Locus coeruleus in brain stem), अश्वमीन (Hippocampus), लिंबिक यंत्रणा (Limbic system) इतर स्वायत्त प्रतिक्रिया (Other autonomic responses), चेता-विनाल प्रतिसाद (Neuro-endocrine responses) व वार्तनिक प्रतिसाद (Behavioral responses) कार्यन्वित होऊन घबराटीचा धक्का अनुभवास येतो (उदा. गोरमन व सहकारी, २०००; लेडाऊक्स, २०००). विवृत्त स्थल दुर्भीतीसंदर्भातील (Agoraphobia) जैविक सिद्धांतही याची पुष्टी करताना दिसतो. आणखी एक नवे संशोधन मध्यमेंदूमधील नाल्यासदृश/ नलिकासदृश

भागाभोवतालच्या करड्या रंगाचा प्रदेशातील (Periaque-ductal gray area in the midbrain) उत्तेजनाही घबराटीशी संबंधित आहे असे सुचवते (डेल-बेन व ग्राइफ, २००९). काही संशोधनांमध्ये भयसंबंधित वेदनांचे जाळे (Fear Network) ऍमॅंडालास्थित असून, तिथून मेंदूतील वर सांगितलेल्या भागांबरोबरच पूर्वललाटी बाह्यकासही (Prefrontal cortex) अपसामान्यरित्या तीव्र स्वरूपाचे संदेश जातात, हे दिसून आले आहे (गोरमन व सहकारी, २०००). हे भयासंबंधीचे अपसामान्य संदेश देणारे जाळे विकसित होण्यात काही प्रमाणात आनुवांशिकतेचा वाटा असला तरी ताणदायक प्रसंगांना वारंवार सामोरे जावे लागल्यानेही (विशेषतः बालवयातील प्रसंग) ह्या जालाचा विकास होतो. म्हणजेच भीती वा घबराटीचा प्रतिसाद हा अध्ययितही असतो (लाड्ड व सहकारी, २०००). घबराटीच्या धक्क्यादरम्यान जाणवणारी मृत्यूची भीती, स्वतःचे नियंत्रण हरवल्याचे संवेदन वा शरीराकडून येणा-या धोक्याच्या संकेतांना दिली जाणारी अतितीव्र चिंतेची प्रतिक्रिया अशा बोधनिक लक्षणांचा विचार करता, मेंदूत घडणा-या प्रक्रियांवर प्रमस्तिष्कातील उच्च केंद्रांचाही (Higher cortical centers) प्रभाव पडतो हे समजून येते (एटकीन, २०१०).

जैवरासायनिक असंतुलन/अपसामान्यता (Biochemical Abnormalities)

१९८० च्या दशकातच शरीरांतर्गत निर्माण होणारे जैवरासायनिक असंतुलन/अपसामान्यता (Biochemical Abnormalities) घबराटीच्या झटक्यांसाठी कारणीभूत असते ह्या सिद्धांतास काही पुरावे दिले गेले होते. प्रयोगशाळेतील निष्कर्षानुसार, सोडीयम लॅक्टेटचे वाढलेले प्रमाण, कॅफेनचे अतिरिक्त सेवन, श्वसनादरम्यान कार्बन डाय ऑक्साईड जास्त प्रमाणात शरीरात प्रवेशणे यांसारख्या शरीरांतर्गत घडून येणा-या जैवरासायनिक असंतुलनामुळे चेताजैविक प्रणालीवर ताण पडतो आणि तीव्र शारीरिक उत्तेजनेची निर्मिती (हृदयाची धडधड, रक्तदाब, श्वासाचा दर वाढणे इ.) होऊन घबराटीचा धक्का उत्पन्न होतो. (गोरमन व सहकारी, १९८९; वूड्स, १९८७; उहड, १९९०; बारलॉव्ह, २००२).

वर्तमानात नॉरॅड्रेनेर्जिक आणि सेरोटोनेर्जिक या दोन प्रणाली घबराटीच्या धक्क्याशी प्रामुख्याने संबंधित आहेत असे सिद्ध झाले आहे (ग्राइफ व डेल-बेन, २००८; नेऊमेईस्टर व सहकारी, २००४). मेंदूतील नॉरॅड्रेनेर्जिक प्रणाली हृदय रक्तवाहिन्यांच्या उत्तेजनेचे काम करते तर सेरोटोनेर्जिक प्रणाली ह्या नॉरॅड्रेनेर्जिक प्रणालीच्या कार्यावर नियंत्रण प्रस्थापित करते. त्यामुळे घबराट विकृतीवरील उपचारांमध्ये सेरोटोनेर्जिक प्रणाली उत्तेजित करून चेतासंधीच्या पोकळीत सेरोटोनिन जास्त काळ राहावे म्हणून औषधे दिली जातात (गोरमन व सहकारी, २०००). गाबा (गामा अमायनो-ब्युट्रीक ऍसिड - GABA) हे निरोधी चेतापारेषकसुद्धा (Inhibitory Neurotransmitter) चिंतेचे नियंत्रण करण्यात महत्त्वाची भूमिका बजावते. त्यामुळे त्याची मात्रा कमी झाली तरी चिंतेचे वा घबराटीचे झटके येऊ शकतात (गोड्डार्ड व सहकारी, २००४).

मानसिक कारक घटक (Psychological Causal Factors):

अनेक मानसिक घटकांमुळे घबराट विकृती निर्माण होऊ शकते.

घबराटविकृतीचा बोधनिक सिद्धांत/उपपत्ती (Cognitive Theory of Panic)

बोधनिक सिद्धांतानुसार घबराटविकृती असणा-या व्यक्ती शारीरिक वेदनांसदर्भात (Physiological sensations) अतिसंवेदनशील असतात आणि त्या वेदनांचे अत्यंत नकारात्मक पद्धतीने मूल्यमापन करण्याची प्रवणता वा प्रवृत्ती त्यांच्यात दिसून येते (Beck et al., 1985; D. M. Clark, 1986, 1997). या प्रवृत्तीस क्लार्क या मानसशास्त्रज्ञाने 'विनाशकारी वा अनर्थकारी बोधनप्रवृत्ती (Catastrophizing)' असे संबोधले आहे. उदा. हृदयाची गती थोडीशी वाढली (ही गती व्यायाम, राग, काही मानसिक उत्तेजना वाढवणारी औषधे आदि कारणांनीही वाढलेली असू शकते) की ह्या व्यक्ती लगेच आपल्याला हृदयविकाराचा झटका येईल, मेंदूत गाठ झाली असेल, चक्कर येऊन आपण पांढरेफटक पडू असा टोकाचा विचार करू लागतात आणि त्यातून मग चिंतेत वाढ मग पुन्हा घबराटीत वाढ.....असे दुष्टचक्र (Vicious Cycle) सुरू होऊन त्याची परिणती शेवटी घबराटीच्या झटक्यात होते. ही विनाशकारी विचारांची शृंखला कधीकधी विशिष्ट परिस्थितीस सामोरे जाताना वा जाण्याच्या शक्यतेने आणि कधीकधी अगदी अचानकपणे, अगदी कोणत्याही कारणाविना, आपोआप/स्वयंचलित पद्धतीने/व्यक्तिला जाणीव

न होताच (Automatic Triggering) सुरु होताना दिसते क्लार्क डी.एम., १९९७). ज्या लोकांची अतिकाळजी वा पराचा कावळा करणे वा सशाची पाठीवर पान पडल्यानंतर ढग पडल्याचे संवेदन करण्याची वृत्ती असते अशा मंडळी संवेदनाच्या विनाशकारी दिशेमुळे घबराटविकृतीचे बळी होण्याची शक्यता जास्त असते. बोधनिक उपचारांद्वारे (Cognitive Therapy) त्यांच्या शारीरिक संवेदनांविषयाचे बोधन सुधारून त्यात विधायक असे समायोजनाकूल (Constructive and Adaptive Changes in Cognition) बदल केल्यास या विकृतीपासून निश्चितपणे मुक्ती मिळवता येते (क्लार्क व सहकारी, १९९९)

घबराटविकृतीचा सर्वकष/व्यापक अध्ययन सिद्धांत (Comprehensive Learning Theory of Panic Disorder)

सुरुवातीस तटस्थ असणा-या शरीरांतर्गत व पर्यावरणीय बाह्य संकेतांचे (अभिसंधित उद्दीपके - CS) घबराटीच्या/चित्तेच्या झटक्यांशी अभिसंधान (Conditioning) घडून आल्याने नंतरच्या काळात केवळ या संकेतांच्या (Cues) उपस्थितीने तीव्र घबराटीची/चित्तेची प्रतिक्रिया (अभिसंधित प्रतिक्रिया - CR) व्यक्ती द्यावयास शिकते व हे दुष्टचक्र वाढत जाताना दिसते. ह्या अभिसंधानातून प्रामुख्याने चित्तेची पूर्वापेक्षा (Anticipatory Anxiety) आणि विवृत्त स्थल दुर्भीतीही (Agoraphobia) विकसित होताना दिसते. ही घबराट काहीवेळा अचानकपणे, कोणत्याही पूर्वसुचनेशिवाय शरीरांतर्गत होणा-या बदलांबदलच्या अतिसंवेदनशीलतेमुळे रूग्णास अनुभवास येते. काहीवेळा कोणत्याही संकेतांविना वा अगदी झोपेतसुद्धा हे झटके येऊ शकतात. घबराटीचा झटका अनुभवणा-या सर्वच व्यक्ती घबराटविकृतीचे शिकार होत नाहीत तर स्व-भावजन्य, व्यक्तिमत्त्वसंबंधित वा बोधनिक-वार्तनिक असुरक्षितता (vulnerabilities) असणा-या व्यक्तींना प्रामुख्याने घबराटविकृती वा चिंताविकृती होण्याचा धोका संभवतो. (बारलॉव्ह, २००२; बाऊटन व सहकारी, २००१; मिनेका व झिनबर्ग, २००६) अभिसंधानानंतर सामान्यीकरण प्रक्रियेद्वारे (Generalization) हे रूग्ण इतर उद्दीपकांनाही तीव्र भीतीची प्रतिक्रिया देऊ लागतात आणि भेदबोधनाच्या क्षमतेचा -हास (Discriminative Capacity) घडून येत असल्याने ह्या भीतीच्या प्रतिसादांचे विलोपन (Extinction) घडून येणेही बरेच कठीण असते. (लायसेक व सहकारी, २०१०, मिखाएल व सहकारी, २००७).

चिंतासंवेदन आणि सांवेदनिक नियंत्रण (Anxiety Sensitivity and Perceived Control)

अध्ययन वा बोधनाचा विचार करता, विशिष्ट शारीरिक लक्षणांचे परीणाम विनाशकारीच असतात असा पक्का समज काहींनी करून घेतलेला असतो (हृदयाची गती वाढली की हृदयविकाराचा झटका येणारच). व्यक्तिमत्त्वाचे गुणवैशिष्ट्य बनावे इतके सातत्य त्यांच्या या अतिचिंतेत (Trait-like Anxiety) आढळते. त्यामुळे अशा व्यक्ती घबराटविकृतीस वा चिंताविकृतीस बळी पडण्याची शक्यता अधिक असते (मॅकनॅली, २००२; पॅगुरा व सहकारी, २००९; ली व झिनबर्ग, २००७; शिमड्ट व सहकारी, १९९७).

दुसरे महत्त्वाचे म्हणजे, परिस्थितीवर वा भावनांवर आपले नियंत्रण प्रस्थापित होऊ शकते या केवळ विचारानेसुद्धा म्हणजेच सांवेदनिक नियंत्रणानेसुद्धा (Perceived Control) घबराट वा चिंता/दुर्भीतीतून येणा-या झटक्यास अटकाव करता येऊ शकतो (उदा. हवा प्रदूषित असली तरी श्वास घेताना आपण कार्बन डाय ऑक्साईडच्या प्रमाणावर अंकुश ठेवू शकतो ही जाणिव किंवा सुरक्षेसाठी आपल्याबरोबर कोणीतरी आहे ही जाणिव) (उदा. सॅडरसन व सहकारी, १९८९; इवोलेन्स्की व सहकारी, १९९९). याउलट, ज्यांचे सांवेदनिक नियंत्रण निम्न दर्जाचे आहे त्यांना मात्र हा झटका नियंत्रित करणे अवघड जाते (बॅटले व सहकारी, २०१३).

सुरक्षित वर्तन आणि घबराटीतील सातत्य (Safety Behaviors and Persistence of Panic)

हृदयविकाराचा झटका, विवेकभ्रष्टता (insanity) वा मृत्यू ह्यांसारख्या कोणत्याही गोष्टींचा प्रत्यक्ष अनुभव आलेला नसूनही घबराटविकृती असणा-यांना पुन्हा पुन्हा घबराटीचे झटके अनुभवास येण्याचे महत्त्वाचे कारण म्हणजे त्यांची विनाशकारी बोधन वा संवेदन (Catastrophic Cognition or Perception) करण्याची मानसिकता होय. यामुळे घबराटीचा झटक्याने हृदयविकाराचा झटका येत नाही हे समजावून घेण्याऐवजी ते स्वतःच्या तात्कालिक सुरक्षेसाठी प्रयत्नशील राहतात आणि विचारांमध्ये विधायक बदल करण्याचे कष्ट घेत नाहीत. परीणामी, वारंवार ह्या झटक्यांना ते सामोरे जात राहतात. बोधनिक-

वार्तनिक (Cognitive Behavioural Therapy) उपचारांत हे तात्कालिक सुरक्षेचे वर्तन करू न देता रूग्णाला घबराट वा चिंतेच्या झटक्याचा अनुभव प्रत्यक्षात घ्यायला लावून त्यातून विनाशकारी असे काहीही घडत नाही, हे साधार पटवून दिले जाते. त्यातून परीणामकारकरित्या या विकृतींवर उपचार शक्य आहेत हे रूग्ण शिकतो व बरा होतो (रॅचमन व सहकारी, २००८).

बोधनिक पूर्वग्रह आणि घबराटीचा प्रतिपाळ वा अनुरक्षण (Cognitive Biases and Maintenance of Panic)

सामान्यांच्या तुलनेत घबराटविकृती असणा-या व्यक्तींचे शारीरिक वा मानसिक धोका दर्शवणा-या वेदनिक माहितीकडे अथवा संदिग्ध प्रकारच्या माहितीकडे त्वरित लक्ष जाते आणि ते तिचे टोकाचे नकारात्मक संवेदन करतात (उदा. लिम व किम, २००५; मिनेका व सहकारी, २००३ आदिंचे संशोधन आढावे). भीती, धडधड, चक्कर, बधीरता, कमजोरी, अस्वस्थता यांसारख्या शब्दांकडे या रूग्णांचे आपोआप लक्ष जाते आणि त्यांच्या मेंदूतील नकारात्मक भावनिर्मिती करणारी केंद्रे सामान्यांच्या तुलनेत जास्त क्रियाशील होताना दिसतात हे एफ. एम. आर. आय. तंत्राद्वारे केलेल्या पाहणीत आढळून आले आहे (मॅड्डोक व सहकारी, २००३). हे पूर्वग्रह आजाराआधीच अस्तित्वात असतात की आजारानंतर निर्माण होतात हे अजून अस्पष्ट असले ती रूग्णांच्या आजाराचा प्रतिपाळ वा अनुरक्षण करण्यात मोलाची भूमिका पार पाडतात हे मात्र निश्चित आहे.

सारांश, विविध जैविक आणि मनोसामाजिक घटकांच्या संशोधनात्मक अभ्यासानंतर १९८० मध्ये घबराटविकृतीला स्वतंत्र विकृती म्हणून दर्जा मिळालेला असला तरी या दोन्ही घटकांचे संश्लेषण (synthesis) करण्यासाठी आणखी अभ्यासाची गरज आहे.

3.1. C. iii) उपचार (Treatments):

वार्तनिक (Behavioural), बोधनिक-वार्तनिक (Cognitive-Behavioural) आणि वैद्यकीय अशा तीन प्रकारचे उपचार घबराटविकृतीसाठी अंमलात आणले जातात.

वार्तनिक व बोधनिक-वार्तनिक उपचार (Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments)

१९७० च्या दशकात, विवृत्त स्थल दुर्भीती, विशिष्ट दुर्भीती वा सामाजिक दुर्भीतीसारख्या रोगांवर मानसोपचारतज्ञ वा कुटुंबातील व्यक्तींच्या मदतीने, रूग्णास भीतीदायक परिस्थितीचा प्रत्यक्ष सामना करायला लावून तिच्यावर नियंत्रण मिळवले जायचे. ६० ते ७५ टक्के रूग्णांच्या बाबतीत या संपर्कोपचारांची (Exposure Therapy) परीणामकारकता, अगदी दोन ते चार वर्षांच्या पाठपुरावा केला असताही, टिकून राहिलेली दिसून आली आहे. मात्र २५ ते ४० टक्के रूग्णांच्या बाबतीत हे उपचार परीणामकारक ठरलेले दिसले नाहीत (बारलॉव्ह व सहकारी, २००२). १९८० च्या दशकाच्या मध्यावर, विशेषतः घबराट विकृतीच्या अनुषंगाने, दोन नवी उपचारतंत्रे विकसित करण्यात आली. त्यातील एक तंत्र म्हणजे अंतःसंवेदी संपर्कोपचार (Interoceptive Exposure Technique) होय. अंतःसंवेदी संपर्कोपचारात उद्दीपक वा परिस्थितीबाबत होणा-या शरीरान्तर्गत वेदनांवर वा संवेदनांवर (Within body sensations) रूग्णास दीर्घकाळ लक्ष द्यावयास सांगून कालांतराने त्यांची भीती कशी आपोआप कमी होत जाते व ते कसे धोकादायक नाहीत ह्याचा अनुभव दिला जातो. खुर्चीत बसून ती गोलगोल फिरवणे (Spinning a chair), अतिसंवातन/अतिवेगाने श्वासोच्छ्वास करणे (Hyperventilation), एका जागेवरच वेगाने धावणे (Running in place) अशा प्रकारचे स्वाध्यायही यासाठी तयार केले जातात व ते करताना शरीरान्तर्गत अनुभवास येणारी तीव्र स्वरूपाची वेदने/संवेदने सामान्य (Normal) होईपर्यंत त्यांचे निरीक्षण करावयास सांगितले जाते. यातून भीतीची अल्पकालिकता (Temporary Nature) समजून येते व तिची सवय होऊन व्यक्ती सामान्यांसारखा प्रतिसाद देण्यास शिकते.

दुसरे तंत्र हे बोधनिक पुनर्रचनेशी (Cognitive Restructuring) संबंधित असून यांत रूग्णाच्या मनात भीतीशी संबंधित विनाशकारी विचारप्रक्रिया (Catastrophic Thinking) कशा आकाराला आल्या आहेत हे समजावून देण्यावर भर दिला जातो. विवृत्तस्थल दुर्भीती वा घबराट विकृतीसंदर्भात वापरले जाणारे घबराट नियंत्रण उपचार (Panic Control Treatment) हे एकात्मिक बोधनिक-वार्तनिक तंत्र (Integrated Cognitive-Behavioural Technique) यासंदर्भात विशेष उपयुक्त आहे. यामध्ये सर्वप्रथम चिंता वा घबराटीचे स्वरूप वैज्ञानिक पद्धतीने रूग्णास समजावले जाते आणि त्यांच्याशी योग्य ते

समायोजन करण्याच्या व्यक्तिच्या आंतरिक क्षमतेविषयाही स्पष्टीकरण दिले जाते. त्यानंतर चिंता व घबराटीच्या धक्क्यादरम्यान श्वासावर नियंत्रण कसे प्रस्थापित करावयाचे हे शिकवले जाते. तिस-या टप्प्यात ह्या घबराट वा चिंताविकृतीस कारणीभूत ठरलेल्या स्वयंचलित विचारांमधील चूका (Errors in automatic thoughts) शोधून तर्कशुद्ध पुनर्विश्लेषण (Logical Reanalysis) करण्याचे प्रशिक्षण रूग्णास दिले जाते. शेवटी भीती वा घबराट उत्पन्न करणा-या परिस्थितीला प्रत्यक्ष सामोरे जात जात रूग्णास शरीरांतर्गत निर्माण होणारी वेदने/संवेदने आणि अस्वस्थता अनुभवून तिच्याशी विधायक समायोजन व सहनशीलता विकसित करण्यास सक्षम बनवले जाते. या नव्या तंत्रांद्वारे ८ ते १४ आठवड्यांच्या उपचारानंतर ७० ते ९० टक्के रूग्ण बरे झालेले दिसून आले आहेत आणि अगदी एक ते दोन वर्षांच्या पाठपुराव्यानंतरही ही उपचारोत्तर क्षमता टिकून राहिल्याचे दिसून आलेले आहे. निशाचारांविषयी वाटणा-या घबराटीवरच्या उपचारांसाठीही ही तंत्रे फार उपयुक्त सिद्ध झाली आहेत. सारांश, सुरुवातीच्या तंत्रापेक्षा ही नवी एकात्मिक तंत्रे जास्त परीणामकारक आहेत (आर्च व क्रास्क, २००८; मॅकबे व गिलफोर्ड, २००९). आणखी विशेष बाब म्हणजे वैद्यकीय गोळ्या व औषधांनी केलेल्या उपचारांच्या तुलनेतही ह्या मानसोपचारांतून होणारी सुधारणा दीर्घकालीन व जास्त परीणामकारक असल्याचे सिद्ध झाले आहे (आर्च व क्रास्क, २००९; बारलॉव्ह, २००२)

वैद्यकीय उपचार – औषधे व गोळ्या (Medications):

घबराटविकृती असणा-या अनेक रूग्णांना बेन्झोडायझेपाईन प्रवर्गातील अल्प्रॉझोलम (झॅनॅक्स) किंवा क्लोनाझेपाम (क्लोनोपिन) यांसारखी चिंता कमी करणारी औषधे दिली जातात. ३० ते ६० मिनिटांमध्ये त्यांचा परीणाम दिसायला सुरू होत असल्याने तीव्र घबराट वा चिंतानुभवाच्या परिस्थितीत ते विशेषत्वाने उपयुक्त ठरताना दिसतात. मात्र, या औषधांचे बौद्धिक आणि कारक कार्यातील बिघाड संभवणे, झोपेची गुंगी, थकवा आदि आनुषंगिक परीणामही आहेत. तसेच दीर्घकालीन वापराने त्यांच्यावरील शारीरिक अवलंबित्व वाढत जाऊन त्यांचा वापर कमी करणे वा थांबवणे बरेच अवघड जाते.. तो थांबवल्यास रूग्णांना झोपे न येणे, चक्कर येणे, अस्वस्थतेत वाढ, उदासी आदि लक्षणे जाणवतात आणि सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे अनेक रूग्णांच्या बाबतीत घबराट वा चिंताविकृती पुन्हा उलटताना दिसते (पोलॉक व सायमन, २००९; रॉय-बायरन व काऊले, २००७). त्यामुळे उपचारांसाठी ही औषधे हा पहिला पर्याय म्हणून विचारात घेतली जात नाहीत (कॅटोन, २००६).

चिंता वा घबराटविकृतीवरील औषधांचा दुसरा प्रवर्ग म्हणजे अवसादविरोधी औषधे होत (Antidepressants). यांत प्रामुख्याने ट्रायसायकलिक्स (Tricyclics), निवडक सेरोटेनिन पुनर्ग्रहण निरोधक (Selective Serotonin reuptake inhibitors – SSRIs) आणि अलिकडील काळात वापरात असलेल्या सेरोटेनिन-नॉरएपाइनफ्राईन पुनर्ग्रहण निरोधकांचा (Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors) समावेश होतो. यांचा मुख्य फायदा म्हणजे ते शारीरिक अवलंबित्व निर्माण करित नाहीत आणि अवसादविकृतीची सहयोगग्रस्तता (Comorbidity) नियंत्रित करण्यासही मदत करतात (पोलॉक व सायमन, २००९; रॉय-बायरन व काऊले, २००७). मात्र, त्यांचे लाभदायक परीणाम दिसण्यास साधारण चार आठवडे लागतात आणि घबराटीच्या झटक्यास नियंत्रित करण्यास त्यांचा उपयोग होत नाही. तसेच ट्रायसायकलिक्समुळे तोंडास कोरड पडणे, शौचाच्या समस्या वा दृष्टी अस्पष्ट होणे तर निवडक सेरोटेनिन पुनर्ग्रहण निरोधकांमुळे (SSRI) लैंगिक उत्तेजनेत अडथळा निर्माण होणे असे त्रासदायक आनुषंगिक परीणामही रूग्णांवर दिसून येतात. या आनुषंगिक परीणामांमुळे अनेक रूग्ण ही औषधे घेण्याचेच टाळतात वा ती मध्येच थांबवतात. बेन्झोडायफिनच्या तुलनेत थोडे प्रमाण कमी असले तरी ही औषधेही घ्यायची थांबवल्यानंतर आजार पुन्हा उफाळून येऊ शकतात. अलिकडे बरेच डॉक्टर बेन्झोडायफिनचे जास्त हानिकारक परीणाम होत असल्याने रूग्णांना औषधे म्हणून ट्रायसायकलिक्स (Tricyclics) व निवडक सेरोटेनिन पुनर्ग्रहण निरोधके (SSRIs) देतात. त्यातही SSRI बाबत अनेक रूग्णांची सहनशीलता (Tolerance) जास्त आढळत असल्याने त्यांना प्राधान्य दिले जाते (रॉय-बायरन व काऊले, २००७).

चिंताविरोधी औषधे किंवा बोधनिक-वार्तनिक उपचार यापैकी कोणत्याही एका उपचारापेक्षा, दोघांच्या एकत्रीकरणातून सरस परीणाम साधला जातो, औषधांचे आनुषंगिक दुष्परीणाम कमी होतात, औषधे मध्येच सोडून देणा-या रूग्णांचे प्रमाण घटते आणि रोग पुन्हा उलटण्याची शक्यताही खूप कमी होते (आर्च व क्रास्क, २००८; बारलॉव्ह व सहकारी, २००२; मार्क्स व सहकारी, १९९३). मानसोपचारादरम्यान स्वतः प्रयत्न केल्याने रूग्णांचे स्व-नियंत्रण आणि आत्मविश्वास वाढत असावा आणि

त्यामुळे विकार पुन्हा उलटत नसावा असे शास्त्रज्ञांचे म्हणणे आहे. अलिकडे डी-सायक्लोसेराईन (D-cycloserine) हे औषधही घबराटविकृती असणा-या रूग्णांना जबाबदार बनवण्यास काही प्रमाणात साहाय्यकारी ठरताना दिसून आले आहे (हॉफमन व सहकारी, २०१५).

3.1. D. सामान्यीकृत चिंताविकृती (Generalized Anxiety Disorder):

भविष्यातील गोष्टींबाबत असणा-या अनिश्चिततेमुळे प्रत्येक व्यक्ती चिंता वा काळजी अनुभवत असते. ही चिंता समायोजनासाठी उपयुक्त ठरते कारण तिच्यामुळे आपण संभाव्य धोक्यांना हाताळण्याची तयारी व नियोजन करतो. मात्र, काहींच्या बाबतीत ही चिंता अतिरेकी वा अविवेकी (Excessive and Unreasonable) रूप धारण करते. छोट्याछोट्या गोष्टींबाबतच्या प्रदीर्घ काळ केलेल्या (Chronic) चिंतेमुळे त्यांचे स्वास्थ्य बिघडते व या व्यक्तींना सामान्यीकृत चिंताविकृतीने (Generalized Anxiety Disorder-GAD) ग्रासल्याचे तज्ञांकडून निदान केले जाते. हे निदान करताना खालील निकषांचा आधार घेतला जातो.

डीएसएम-५ नुसार सामान्यीकृत चिंताविकृती साठीचे निकष :

(DSM-5 Criteria for Generalized Anxiety Disorder-GAD):

अ. विविध घटना वा परिस्थितींबाबतची (उदा. कामाच्या ठिकाणची वा शैक्षणिक कामगिरी) किमान सहा महिन्यांपेक्षा जास्त काळ जाणवणारी अति काळजी वा चिंता (काहीतरी वाईट, अनर्थकारक, असुखकारक घडेल अशी धास्ती)

ब. काळजीवर नियंत्रण मिळवण्यात व्यक्तीस जाणवणारी अडचण वा असमर्थता.

क. खालील सहापैकी किमान तीन लक्षणांशी ही चिंता वा काळजी संबंधित असावी व त्यातील काही लक्षणे किमान सहा महिन्यांपेक्षा जास्त काळ अनुभवलेली असावीत.

(टीप: बालकांच्या संदर्भात केवळ एक लक्षण पुरेसे आहे.)

१. अस्वस्थता, बांधून टाकल्याची/अडकून पडल्याची भावना वा टोकावर/तोफेच्या तोंडी उभे असल्याची भावना.

२. लवकर थकावट येत असल्याची जाणीव

३. काही न सुचणे वा एकाग्र होण्यात अडचणी येणे

४. चिडचिड होणे

५. स्नायूंमध्ये ताण जाणवणे

६. झोपेसंदर्भातील व्यत्यय (झोप न लागणे, झोपेदरम्यानची अस्वस्थता, झोप पुरेशी न होणे, झोपेत सलगता नसणे किंवा असमाधानकारक झोप)

ड. चिंता, काळजी वा शारीरिक लक्षणांमुळे चिकित्सात्मकदृष्ट्या लक्षणीय असा नकारात्मक ताण (Clinically Significant Distress) निर्माण होऊन सामाजिक, व्यावसायिक वा जीवनाच्या इतर महत्त्वाच्या क्षेत्रांमधील कार्यात बिघाड होणे

इ. वरील बिघाड हा औषधे वा मादक द्रव्यसेवन वा इतर वैद्यकीय परिस्थितीमुळे उत्पन्न झालेला नसावा.

फ. ह्या बिघाडासाठीचे नैदानिक स्पष्टीकरण इतर मानसिक आजार उदा. घबराट विकृती, सामाजिक दुर्भीती, विशिष्ट दुर्भीती, विचार-क्रिया अनिवार्यता, विलगीकरण चिंता विकृती, ताणपश्चात विकृती, क्षुधा विकृती, शारीरिक रूप बेढबता विकृती, विभ्रम विकृती, छिन्नमनस्कता इ. च्या लक्षणांच्या तुलनेत सरस असले पाहिजे.

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

ही विकृती असणा-या व्यक्ती भविष्यात नकारात्मक किंवा असुखकारक असे काहीतरी घडेल या ताणात व चिंतेत सतत आणि दीर्घकाळ राहतात आणि ती नियंत्रित करणे त्यांना शक्य होत नाही. भोवतालच्या पर्यावरणातील छोट्याछोट्या बदलांबाबत वा संभाव्य वाटणा-या धोक्यांबाबत ते अतिजागरूक राहतात आणि सामान्यांच्या तुलनेत अधिकदा प्रसंग हाताळण्याऐवजी टाळणे, काळजीमुळे निर्णय घेण्यात दिरंगाई/चालढकल करणे, जवळच्या व्यक्तींच्या सुरक्षेची सतत खातरजमा करणे यांसारखे वर्तन करताना दिसतात (बारलॉव्ह, २००२). इतर विकृतींमध्येही ही लक्षणे दिसून येत असली तरी सामान्याकृत चिंताविकृतीचा हा गाभा (Essence) आहे म्हणूनच हिला 'प्राथमिक चिंता विकृती' (Basic Anxiety Disorder) मानले गेले आहे. (बारलॉव्ह, २००२; रोएमेर व सहकारी, २००२; वेल्स व बटलर, १९९७). सततच्या चिंतेने ही मंडळी कायम नाराज, नाउमेद आणि खचलेली दिसतात. ही चिंता ब-याचवेळा कुटुंब, नोकरी, आर्थिक बाबी वा आजारांशी संबंधित असते (रोएमेर व सहकारी, १९९७). या व्यक्तींना निर्णय करण्यात अनेक अडचणी येतात आणि जरी तो केला तरी काही चुकेल का, भविष्यात नवे संकट येईल का अशा अनेक विवंचना त्यांची पाठ सोडत नाहीत.. या चिंतातूरतेमुळे तार्किक विचारांची क्षमता कुंठित होऊन आणि भविष्यातील काल्पनिक ओड्यांना ते बळी पडताना दिसतात. परीणामस्वरूप, क्षमतांचा -हास होत वर्तमानातील आनंदास ते पारखे होतात, जीवनाची गुणवत्ता खालावते आणि वेळीच उपाय न केल्यास तीव्र अवसादाकडे वाटचाल होण्याची शक्यता दुणावते (हॉफमन व सहकारी, २००८).

3.1. D. i) प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences):

कोणत्याही एक वर्षाचा कालावधी विचारात घेतल्यास त्या दरम्यान 'जीएडी' या रोगाने पीडित असणा-या रूग्णांची संख्या ३ टक्के आढळते तर आयुष्यभरात केव्हा ना केव्हा या रोगाचा सामना करावा लागलेले एकूण रूग्ण लोकसंख्येच्या ५.७ टक्क्यांइतके आढळतात. (केसलर, बर्गुलंड, डेमलर व सहकारी, २००५; केसलर, चिऊ व सहकारी, २००५). रूग्णांचा बारा वर्षे सलग आढावा घेतल्यानंतर जवळपास ४२ टक्के रूग्ण बरे न झालेले आढळले तर जे बरे झाले होते त्यातील जवळपास ५० टक्के रूग्णांच्या बाबतीत हा आजार पुन्हा बळावल्याचे संशोधकांना दिसून आले आहे. म्हणजेच हा आजार दीर्घकालीन आणि जुनाट रूप (Chronic) धारण करू शकतो (ब्रूस व सहकारी, २००५; हॉफमन व सहकारी, २००८). अनेकांच्या बाबतीत हा आजार पन्नाशीनंतर नाहीसा होताना दिसत असला तरी त्याची जागा मानसशारीर लक्षणांनी वा आरोग्याच्या तक्रारींनी घेतली जाण्याची शक्यताही दिसून येते (रुबिओ व लोपेझ-इबोर, २००७). पुरुषांच्या तुलनेत स्त्रियांमध्ये जीएडी रोगाचे प्रमाण जवळपास दुप्पट आढळते. तीव्र काळजी आणि जीवनस्वास्थ्याचा निम्न स्तर (Low level of well-being) जरी अनुभवत असले तरी या विकाराचे बरेचसे रूग्ण आयुष्याचे छान व्यवस्थापन (उत्तम नसले तरी) करत असतात (स्टेन, २००४). त्यामुळेच हे रूग्ण उपचार घेत नाहीत वा आपल्या तक्रारी शारीरिक आहेत (उदा. स्नायूमधील ताण, हृदय, जठर वा आतड्यांसंबंधित तक्रारी इ.) असे समजून मानसोपचार तज्ञाकडे न जाता वैद्यकीय मदत घेताना आढळतात. आयुष्यभर चिंता जाणवते आहे वा अगदी नकळतपणे आणि हळूहळू या आजाराने जीवनात प्रवेश केला आहे असे निवेदन करणा-या रूग्णांचे प्रमाण जवळपास ६० ते ८० टक्क्यांच्या दरम्यान आढळत असल्याने, या आजाराचा उद्भव नेमक्या कोणत्या वयात होतो हे सांगणे कठीण आहे (रोएमेर व सहकारी, २००२; वेल्स व बटलर, १९९७). काही संशोधकांच्या मते मात्र याचा उद्भव उत्तर प्रौढावस्थेत होतो (उदा. मॅकेन्झी व सहकारी, २००१; स्टेन, २००४).

3.1. D. ii) कारक घटक (Causal Factors):

मानयिक कारक घटक (Psychological Causal Factors)

सामान्यीकृत चिंताविकृतीच्या (जीएडी) आजारासाठी अनेक घटक कारणीभूत आहेत.

मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोन (The Psychoanalytic Viewpoint)

आत्मसंरक्षण यंत्रणा (Defence Mechanisms) विस्कळीत झाल्याने अथवा पुरेशी विकसित न झाल्याने इदमचे आवेग व अहम (Id impulses and Ego) यांच्यातील अबोध पातळीवर होणारे संघर्ष (Unconscious Conflicts) व्यक्तिसोडवू शकत नाहीत. त्यामुळे त्या सामान्यीकृत चिंताविकृतीस बळी पडतात. प्रामुख्याने लैंगिक वा आक्रमणाचे आवेग (Sexual or Aggressive impulses) व्यक्त करता न आल्याने वा व्यक्त झाल्यावर शिक्षेस सामोरे जावे लागल्याने व्यक्तिला सततच्या चिंतेचा सामना करावा लागतो, अशी मांडणी याबाबत फ्रॉइडने केली आहे. सततच्या आणि तीव्र चिंतेमुळे आत्मसंरक्षण यंत्रणेचे कार्य दडपले जाते. दुर्भीती आणि सामान्यीकृत चिंतेमधील महत्त्वाचा फरक इथे आपल्याला दिसतो. दुर्भीतीमध्ये जाणवणारी भीती ही बाह्य उद्दीपकामुळे असते तर सामान्यीकृत चिंतेमधील सततची जाणवणारी भीती ही आत्मसंरक्षण यंत्रणा काम करीत नसल्याने वा इदमचे आवेग मनामध्येच दडपले गेल्याने आकाराला आलेली असते (उदा.. लैंगिक वंचिततेचा दीर्घकालीन अनुभव). मात्र या दृष्टीकोनास वैज्ञानिक पुरावा न मिळाल्याने तो मागे पडला.

अनियंत्रितता व अनिश्चिततेबाबतची संवेदने (Perceptions of Uncontrollability and Unpredictability)

पूर्वानुमान व नियंत्रित करता येऊ शकणा-या नकारात्मक घटनांपेक्षा अनिश्चित व नियंत्रण न करता येणा-या नकारात्मक घटना जास्त त्रासदायक व ताणदायक असतात. त्यामुळे त्या अतिरिक्त भीती व चिंता उत्पन्न करतात. सातत्याने अशी चिंता उत्पन्न करणा-या सामान्यीकृत चिंताविकृतीसाठी अशा अनिश्चित व अनियंत्रित घटनांच्या भूतकाळातील श्रृंखला कारणीभूत असल्यात (उदा. क्षुल्लक कारणासाठी वरिष्ठांच्या वा पत्नीच्या अनिश्चित वा अचानकपणे अनुभवास येणा-या सततच्या नकारात्मक भावावस्था वा रागाचे स्फोट, बालपणीच्या आघातकारी घटनांची मालिका) असा कयास मांडून अनेक शास्त्रज्ञांनी त्या दिशेने संशोधन केले. त्यातून दीर्घकालीन व जुनाट चिंतेमुळे (Chronic Anxiety) सामान्यीकृत चिंताविकृती असणा-या व्यक्तींची अनिश्चिततेबाबतची सहनशीलता ही सामान्यांच्या तुलनेत, इतकेच काय, तर घबराट विकृती असणा-यांच्या तुलनेतही फार कमी असते हे दिसून आले (दुगास व सहकारी, २००४; कोईर्नर व दुगास, २००८). जितकी अनिश्चितता जास्त, तितकी ही सामान्यीकृत चिंताविकृती गंभीर स्वरूप धारण करताना दिसते. विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृतीतही असा संबंध दिसून येतो.

प्रभुत्वाची जाणीव: चिंतेवरील लसीकरणात्मक सुरक्षेची संभाव्यता (A Sense of Mastery: The Possibility of Immunizing Against Anxiety)

सामाजिक व मानसिक पर्यावरणातील महत्त्वाच्या पैलूवर नियंत्रण मिळवण्याबाबत असणारा व्यक्तिका इतिहास/अनुभव हा चिंता उत्पन्न करणा-या परिस्थितीला ती व्यक्ती कसा प्रतिसाद देते, हे ठरवण्यासाठीचा महत्त्वाचा प्रायोगिक परिवर्तक (Experimental Variable) ठरू शकतो. मानवाच्या बाबतीत असे प्रत्यक्ष प्रयोग करण्याला मर्यादा असल्या तरी प्राण्यांवर प्रयोगशाळेत केल्या जाणा-या प्रयोगांमधून आपल्याला खूप काही ज्ञान उपलब्ध होते. लघुपुच्छ वानरांच्या पिल्लांवर (Infant Rhesus Monkey) केलेल्या अनुकालिक अभ्यासाचे (Longitudinal Study) निष्कर्ष आपल्याला एक उत्तम उदाहरण म्हणून इथे अभ्यासात येतील. परिस्थितीवरील नियंत्रण आणि प्रभुत्व मिळवण्याचे प्रशिक्षण घेतलेल्या पिल्लांच्या वर्तनाची, ७ ते १० महिन्यांच्या अंतराने, असे प्रशिक्षण न घेतलेल्या पिल्लांच्या वर्तनासोबत, समान पर्यावरणात तुलना केली असता, भीतीदायक व चिंता उत्पन्न करणा-या अपरिचित परिस्थितीशी प्रशिक्षित पिल्ले उत्तम समायोजन करताना आढळून आली (मिनेका व सहकारी, १९८६; क्रास्क व वॉटर्स, २००५; मिनेका व झिनबर्ग, २००६). बालक-पालक नात्यासंदर्भातही मुलांना परिस्थितीवरील नियंत्रण व प्रभुत्वाची शिकवण चिंता हाताळण्यासाठी कळीची ठरते. दुर्दैवाने, चिंतित मुलांच्या आईवडीलांची पालकत्वाची शैली ही अतिदखल देणारी (Intrusive) वा अतिनियंत्रित (Overcontrolled) स्वरूपाची दिसून आली आहे. त्यामुळे या मुलांना

भोवतालचे जग राहण्याकरता असुरक्षित आहे आणि आपल्याला सतत कोणीतरी सुरक्षा द्यायला हवी असे वाटत राहते व कालांतराने ते परिस्थिती अपरिचित वा आढानात्मक परिस्थिती हाताळण्यास असमर्थ ठरतात (क्रास्क व वॉटर्स, २००५).

काळजीचे प्रबलनात्मक गुणधर्म (The Reinforcing Properties of Worry):

मागील वीस वर्षांमध्ये काळजी हे सामान्यीकृत चिंताविकृतीचे प्रधान वैशिष्ट्य मानून बरेच संशोधन केले गेलेले आहे. काळजी ही जर त्रासदायक आणि चिंता उत्पन्न करणारी असेल तर मुळात लोक ती का करतात, ह्या प्रश्नाने अनेक संशोधकांना बुचकळ्यात टाकले आहे. बोकॉर्वेक व सहका-यांना संशोधनात्मक अभ्यास करित असताना सामान्यीकृत चिंताविकृतीच्या रूग्णांना जाणवलेले काळजीचे आयुष्यातील काही कार्य व लाभ (Functions and benefits of worry in life) आढळून आले आहेत (बेहर व बोकॉर्वेक, २००६; बोकॉर्वेक, १९९४; बोकॉर्वेक व सहकारी, २००४).

सामान्यीकृत चिंताविकृतीच्या रूग्ण काळजीचे पुढील प्रमुख लाभ विशद करताना आढळतात. पहिला म्हणजे, काळजी केली की विनाशकारी घटना घडायची टळते (की जी प्रत्यक्षात अंधश्रद्धा आहे) (Superstitious avoidance of catastrophe). दुसरा म्हणजे, सतत काळजीत वा विचारांत गुंतवून घेतल्याने खोलवर त्रास देणा-या वा अतिसंवेदनशील विषयांना बाजूला ठेवता येते (Avoidance of deeper emotional topics). त्यांना जाणवणा-या या लाभांमुळे काळजीला प्रबलक (Reinforcer) म्हणून सामर्थ्य प्राप्त होते. तिसरे म्हणजे, काही रूग्ण 'नकारात्मक वा चिंता उत्पन्न करणा-या प्रसंगांचा आधीच विचार झाला तर मग प्रत्यक्ष अनुभवास सामोरे जायची मनाची तयारी होते' अशी श्रद्धा वा बोधनिक पूर्वग्रह बाळगताना आढळतात (बोकॉर्वेक व सहकारी, २००४). सामान्यीकृत चिंताविकृती विकसित होण्याच्या सुरुवातीच्या टप्प्यात हे विशेषत्वाने दिसून येते (डुगास व सहकारी, २००७). हा चिंतेबाबतचा दृष्टीकोन प्रबलकासारखा (Reinforcer) कार्य करतो आणि प्रत्यक्ष परिस्थितीला सामोरे जात असताना तीव्र चिंतेचा अनुभव देतो. या तीव्र चिंतेमुळे (बोधनिक पैलू) ताणदायक परिस्थितीला दिल्या जाणा-या भावनिक व शारीरिक प्रतिक्रिया थांबवल्या जातात वा त्यांचे दमन होते. त्यातून चिंता आणखी वाढत जाते व दृढ होत जाते. हे दुष्टचक्र सामान्यीकृत चिंताविकृती असणा-या रूग्णांना ताणदायक परिस्थितीस पूर्णांशाने (बोधनिक, भावनिक, शारीरिक अशा तिन्ही पातळीवर अनुभव घेणे) भिडू देत नाही आणि परिस्थितीला पूर्ण अनुभवल्याशिवाय ही भीती नियंत्रित वा नष्ट करता येत नाही (बोकॉर्वेक व सहकारी, २००४; सिब्रावा आणि बोकॉर्वेक, २००६).

चिंतेचे नकारात्मक परीणाम (The Negative Consequences of Worry):

सामान्य चिंताविकृती असणा-या रूग्णांना एखादी गोष्ट टाळण्यासाठी चिंता करणे काही वेळेस उपयोगी ठरते असे वाटत असले तरी तिचे काही परीणाम स्पष्टपणे नकारात्मक आहेत. मुळात चिंता करणे हीच फारशी आनंददायी बाब नाही. तिच्यामुळे एखादी गोष्ट जास्तच धोकादायक वाटू लागते, काळजीत भर पडते आणि सकारात्मक भाव घटतो. सततचे नकारात्मक विचार दैनंदिन कार्यात अडथळा उत्पन्न करतात. उदा. एका संशोधनानुसार, बीभत्स वा भयानक चित्रपट बघितल्यावर त्यातील नकारात्मक दृश्येच या रूग्णांना सामान्यांच्या तुलनेत जास्त आठवत राहतात असे आढळले आहे (पापाजॉर्जिओ, १९९५). शोकात्म चित्रपटांना त्यांचा प्रतिसाद तीव्र नकारात्मक असतो (मॅकलाफलिन व सहकारी, २००७). ही नकारात्मक चिंता नियंत्रित करण्याचा प्रयत्न केल्यास ती उलट वाढतानाच दिसते आणि आपण परिस्थितीवरचे नियंत्रण आणखीनच गमावतो आहोत असा अनुभव सामान्य चिंताविकृती असणा-या रूग्णांना येतो (अब्रामोविट्झ व सहकारी, २००१; वेल्स, १९९९; वेल्स व बटलर, १९९७). हे चिंतेचे दुष्टचक्र कालांतराने रूग्णास असहाय्य बनवताना दिसते (मिनेका, २००४; मिनेका व झिनबर्ग, २००६).

भयसूचक माहितीबाबतचे बोधनिक पूर्वग्रह (Cognitive Biases for Threatening Information):

सामान्य चिंताविकृती असणा-या रूग्णांच्या मनात धोक्यासंदर्भातील काही ठळक आकृतीबंध (Prominent Schemas of Danger) तयार झालेले दिसतात. भयसूचक घटनांचे संस्करण करताना वास्तव लक्षात न घेता स्मृतीमध्ये आधीच अस्तित्वात या आकृतीबंधाचा वापर ते करताना दिसतात. त्यामुळे त्यांचे आकलन बोधनिक पूर्वग्रहांनी दूषित झालेले असते (Cognitively Biased). सामान्य आणि भयसूचक असे दोन्ही संकेत परिस्थितीमध्ये उपलब्ध असतील तर चिंताविकृती

असणारे रूग्ण भयसूचक संकेतांवरच जास्त लक्ष देताना दिसतात. हे अवधानातील सुरुवातीच्या अबोध अवस्थेत (At Unconscious Stage) स्वयंचलित पध्दतीने (Automatically) घडत असल्याने पुढील सर्व आकलनावर त्याचा प्रभाव दिसतो. दुसरे असे की, परिस्थिती संदिग्ध म्हणजेच पुरेशी स्पष्ट नसेल (Ambiguous) तर तिच्यात त्यांना प्रथम धोकाच दिसतो आणि त्यातून चिंतेत भरच पडते. अवधानामधील हे पूर्वग्रह दाखवून ते हाताळण्याचे प्रशिक्षण दिल्यास रूग्णांची चिंता कमी होते हे प्रयोगांतून दिसून आले आहे. एवढेच नव्हे, तर सामान्यांच्या अवधानामध्ये असे पूर्वग्रहदूषित आकृतीबंध निर्माण केल्यास त्यांच्या चिंतेत वाढ होतानाही दिसून आली आहे. म्हणजेच बोधनातील पूर्वग्रह (Cognitive Bias) हा चिंता उत्पन्न करणारा एक कारणघटक आहे (मॅकलिओड व मॅथ्यूज, २०१२).

जैविक कारक घटक (Biological Causal Factors)

सामान्यीकृत चिंताविकृतीसाठी कारणीभूत असणा-या जैविक घटकांमध्ये आनुवांशिकता (Genetics), चेतापारेषकीय विचलन (neurotransmitter abnormalities) आणि चेताजैविक बदलांचा (neurobiological differences) समावेश होतो.

आनुवांशिक घटक (Genetic Factors):

सामान्यीकृत चिंताविकृतीसंदर्भात आनुवांशिक प्रभाव अभ्यासणा-या संशोधनांचे निष्कर्ष मिश्र स्वरूपाचे आहेत. सामान्यीकृत चिंताविकृतीची व्याख्या आणि नैदानिक निकषांसंदर्भातच अनेक चर्चा झडत राहिल्याने ह्या निष्कर्षांमध्ये ठोसपणा येण्यास अडचणी आल्या आहेत. अलिकडील संशोधनांनुसार दुर्भीती विकृतीचा अपवाद सोडल्यास इतर चिंताविकृतींच्या तुलनेत सामान्यीकृत चिंताविकृतीमध्ये आनुवांशिकतेचा प्रभाव कमी म्हणजे साधारणतः १५ ते २० टक्क्यांदरम्यान दिसून आला आहे (हेट्टेमा, प्रेस्कॉट व केंडलर, २००१). अवसाद विकृती (Depressive Disorders) आणि सामान्यीकृत चिंताविकृती या दोहोंमध्ये भावनिक अस्थिरता किंवा चेतापदशा (Neuroticism) हेच व्यक्तिमत्त्वाचे गुणवैशिष्ट्य महत्त्वाचे ठरत असल्याने निदान करत असताना रूग्णाच्या पर्यावरणीय घटकांमधील वेगळेपणाचा विशेषत्वाने अभ्यास करणे गरजेचे ठरते (हेट्टेमा व सहकारी, २००४; केंडलर, गार्डनर व सहकारी, २००७).

चेतापारेषके व चेताग्रंथीरससंबंधित अपसामान्यता (Neurotransmitter and Neurohormonal Abnormalities):

ताणदायक परिस्थितीत उत्पन्न होणा-या चिंतेशी मेंदूमधील लिंबिक प्रणाली ही प्रामुख्याने संबंधित आहे. व्यक्ती जेव्हा चिंतीत असते तेव्हा ताणाशी संबंधित कॉर्टिसोल (Cortisol) या ग्रंथीरसाची निर्मिती होते. तीव्र ताणास अटकाव करून परिस्थिती नियंत्रित पध्दतीने हाताळावयाची झाल्यास गॅमा-एमिनोब्युट्रीक एसिड (गाबा- GABA), सेरोटोनिन (Serotonin) व नॉरएपाईनफ्राईन (Norepinephrine) या तीन ग्रंथीरसांची भूमिका महत्त्वाची ठरते. सामान्यीकृत चिंताविकृती असणा-या व्यक्तिसंध्ये चिंतेवर नियंत्रण प्रस्थापित करणात महत्त्वाची भूमिका बजावणा-या मेंदूतील 'गाबा- GABA' या ग्रंथीरसाचे कार्य बिघडलेले दिसून येते. त्याची कमतरता जाणवल्याने कॉर्टिसोल हा ग्रंथीरसाचा मोठ्या प्रमाणात स्रवतो व अगदी सामान्य वाटणा-या प्रसंगांमध्येही ते तीव्र स्वरूपाचा ताण अनुभवतात. बेंझोडायझेपाईन वर्गातल्या (Benzodiazepine category) औषधांद्वारे 'गाबा- GABA' या ग्रंथीरसाचे प्रमाण वाढवून चिंतेवर नियंत्रण मिळवता येते असे, १९५० च्या आणि नंतर १९७० च्या दशकांमधील विविध संशोधनांमधून दिसून आले आहे. सेरोटोनिनची पातळी वाढल्यावरही चिंता नियंत्रित होते हेही अलिकडील संशोधनांमधून शास्त्रज्ञांनी दाखवून दिले आहे (गुडमन, २००४; नट व सहकारी, २००६). मात्र, चिंतेसंदर्भात गॅमा-एमिनोब्युट्रीक एसिड, सेरोटोनिन व नॉरएपाईनफ्राईन हे तीनही ग्रंथीरस परस्परांशी कशी आंतरक्रिया करतात, हे अजून स्पष्ट झालेले नाही (लेडाऊक्स, २००२).

ताण अथवा संवेदित धोक्यामुळे अधश्चेताक्षेपकाकडून (Hypothalamus) कॉर्टिकोट्रोपिन (Corticotropin) हा ग्रंथीरसाव निर्माण केला जातो आणि म्हणून अलिकडील संशोधनांमधून सामान्यीकृत चिंताविकृतीच्या (आणि अवसाद

विकृतीच्याही) दृष्टीने त्याचे महत्त्व अधोरेखित केले जाते आहे (लिओनार्दे व हेन, २००६; माइयर व वॅटकीन्स, २००५). या कॉर्टिकोट्रोफिनकडून पीयुषिका ग्रंथीस (Pituitary Gland) संदेश जातो आणि ती ऍड्रेनोकोर्टिकोट्रोफिन – एसीटीएच (Adrenocorticotrophic hormone - ACTH) या स्रवाची निर्मिती करते. हा ग्रंथीस्रव ऍड्रीनल ग्रंथीस संदेश देतो आणि तिच्याकडून कॉर्टिसोल (Cortisol) या ताण हाताळण्याशी संबंधित ग्रंथीरसाची निर्मिती होऊन तो रक्तात मिसळला जातो. अशाप्रकारे कॉर्टिकोट्रोफिन उत्तेजनाशी संबंधित यंत्रणा सामान्यीकृत चिंताविकृतीसंदर्भात विशेषत्वाने अभ्यासली पाहिजे.

चिंता आणि घबराटीमधील चैताजैविक स्तरावरील भिन्नता (Neurobiological Differences between Anxiety and Panic):

वर्तमानातील अभ्यासक चैताजैविक संशोधनांच्या आधारे भीती, चिंता आणि घबराट यांच्यातील मूलभूत फरक समजावून सांगतात. भीती आणि घबराटीमध्ये 'लढा अथवा पळा' (Flight or Fight) ही प्रतिसाद यंत्रणा उत्तेजित होते, मेंदूतील ऍमॅडाला (Amygdala) हा भाग आणि नॉरएपाईनफ्राईन (Norepinephrine) व सेरोटोनिन (Serotonin) ही चैतापारेषके त्या प्रक्रियेत सहभागी असतात. सामान्यीकृत चिंता (Generalized anxiety) ही भीती वा दुर्भीतीच्या तुलनेत थोडी सौम्य व पसरट (Diffused) म्हणजेच अनेक प्रसंगांना चिकटलेली असते. मेंदूतील लिंबिक यंत्रणा (Limbic System) तिच्याशी संबंधित असून गॅमा-एमिनोब्युट्रीक एसिड (गाबा- GABA) आणि कॉर्टिकोट्रोफिन ग्रंथीस्रव व्यवस्था (Corticotropin-Releasing Hormone System – CRH) ही चैतापारेषके त्यात सहभागी असतात. तसेच चिंता आणि घबराट या दोहोंत सेरोटोनिन (Serotonin) स्रवत असले तरी त्याचे कार्य हे वेगवेगळ्या पध्दतीने चालताना दिसते. अवसाद विकृती आणि सामान्यीकृत चिंता असणा-या व्यक्तींच्या मेंदूमधील डावा अश्वमीन प्रदेश हा सामान्यांच्या तुलनेत छोटा (Smaller Left Hippocampal Region) आढळून येतो.

3.1. D. iii) उपचार (Treatments):

वैद्यकीय उपचार (Medication):

सामान्यीकृत चिंताविकृती असणारे रूग्ण त्यांच्या चिंता व तिचे शारीरिक परीणाम कमी करण्यासाठी प्रथम कौंटुंबिक डॉक्टरांचे उपचार घ्यायला जातात. हे कौंटुंबिक डॉक्टर मग चिंतेची शारीर लक्षणे नियंत्रित करण्यासाठी, ताण कमी करण्यासाठी, शिथिलन घडवून आणण्यासाठी प्रामुख्याने बेन्झोडायझेफाईन वर्गातल्या (Benzodiazepine Category) झॅनॅक्स (Xanax) वा क्लोनोपिन (Klonopin) यांसारख्या चिंतानिरोधी औषधांचा वापर (किंवा गैरवापरही) करतानाही दिसतात. ती फारशी परीणामकारक नाहीत, हे इथे लक्षात घ्यायला हवे. एवढेच नव्हे तर त्यांच्यामुळे शारीरिक आणि मानसिक अवलंबित्व निर्माण निर्माण होऊ शकते (औषधे थांबवणे कठीण होऊ शकते) आणि विनिवर्तनही (Withdrawal) घडून येऊ शकते. त्याऐवजी बसपायरोन (Buspirone) हे औषध जास्त परीणामकारक असून ते अवलंबित्वही निर्माण करीत नाही. मात्र त्याचे परीणाम दिसण्यास दोन ते चार आठवड्यांचा कालावधी जावा लागतो. असाच चांगला परीणाम दिसण्यासाठी जास्त कालावधी लागत असला तरी अनेक अवसादविरोधी औषधेसुद्धा सामान्यीकृत चिंताविकृतीवर नियंत्रण मिळवण्यासाठी बेन्झोडायझेफाईनच्या तुलनेत अधिक उपयुक्त ठरताना दिसतात (रॉय-बायरन व कॉवले, २००२, २००७).

बोधनिक-वर्तनोपचार- सीबीटी (Cognitive-Behavioral Treatment- CBT):

सामान्यीकृत चिंताविकृतीवर उपचार करणे हे सुरुवातीस सर्वात जास्त आव्हानात्मक होते. मात्र, संशोधकांनी व व्यावसायिक मानसोपचार तज्ञांनी केलेल्या नवनवीन प्रयोग व सुधारणांमुळे सामान्यीकृत चिंताविकृतीसाठी बोधनिक-वर्तनोपचार/सीबीटी (Cognitive-Behavioral Treatment/CBT) दिवसेंदिवस प्रभावी ठरताना दिसू लागले आहेत. मानसिक चिंतेमुळे स्नायूत उत्पन्न होणारे ताण स्नायू शिथिलीकरणाचे प्रशिक्षण, की जे वार्तनिक तंत्र आहे (Muscle Relaxation Training which is Behavioural Technique), देऊन कमी करता येतात. विस्कळीत बोधन/विचारप्रक्रिया व माहिती संस्करण करताना वापरलेल्या पूर्वग्रहांमुळे निर्माण झालेली चिंतेची विकृती कमी करण्यासाठी बोधनिक पुनर्रचना तंत्रही

(Cognitive Restructuring Technique) अत्यंत परीणामकारक सिद्ध होते आहे (बारलॉव्ह व सहकारी, २००७; बोर्कोवेक, २००६). अगदी वैद्यकीय क्षेत्रात दिल्या जाणा-या औषधांइतकेच हे बोधनिक-वार्तनिक उपचार परीणामकारक ठरत आहेत. एवढेच नव्हे, तर बेन्झोडायझेफाईन वर्गातल्या चिंतानिरोधी औषधांमुळे निर्माण होणारे शारीरिक आणि मानसिक अवलंबित्व वा विनिवर्तनाची (Withdrawal) समस्याही या उपचारांद्वारे कमी करता येते आहे (गोसेलिन व सहकारी, २००६).

3.2. A. कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता आणि संबंधित विकृती (Obsessive-Compulsive and Related Disorders):

कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता व संबंधित विकृती ह्या बराच काळ चिंताविकृती अंतर्गत वर्गीकृत केलेल्या विकृती होत्या. मात्र, डीएसएम-५ (DSM-5) मध्ये या विकृतींना स्वतंत्र असे स्थान देण्यात आलेले आहे. डीएसएम-५ मध्ये कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता व संबंधित विकृती (Obsessive-Compulsive and Related Disorders) ह्या मथळ्याखाली कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृतीबरोबरच (Obsessive-Compulsive Disorder-OCD), शारीरिक रूप बेढबता विकृती (Body Dysmorphic Disorder), परिग्रह विकृती (अतिसंचय करणे, Hoarding Disorder), केशोच्छेदी उन्माद (केस ओढणे/उपटणे, Trichotillomania means compulsive hair pulling) आणि त्वचा विदारण उन्माद (कातडी ओढणे/सोलून काढणे, Excoriation Disorder) या विकृतींचाही समावेश केला गेला आहे.

डीएसएम-५ मध्ये कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता आणि संबंधित विकृतीला (Obsessive-Compulsive and Related Disorders) चिंताविकृतीमधून काढून स्वतंत्र स्थान देण्यामागील काही महत्त्वाची कारणे खालीलप्रमाणे आहेत.

- ओसीडीची तीव्रता मोजण्यासाठीचा निदर्शक म्हणून चिंतेचा फारसा उपयोग केला जात नाही. ओसीडीच्या काही प्रकारांचा विचार केला तर, उदा. प्रमाणबद्धतेसंदर्भातील अनिवार्य विचार-कृती, चिंता हे ठळक लक्षण म्हणूनही विचारात घेतले जात नाही. तसेच, विविध प्रकारच्या आजारांमध्ये चिंता असते, त्यामुळे ओसीडीचे निदान करण्यास चिंतेचा उपयोग होत नाही. चिंताविकृतीमध्ये परिस्थिती टाळण्यासाठी केलेली कृती आणि ओसीडीमधील साचेबद्ध व पुन्हापुन्हा केली जाणारी कृती यांच्यातही लक्षणीय फरक आहे (स्टेइन व सहकारी, २०१०).
- चेताजैविकदृष्ट्या ओसीडीमध्ये अंतर्भूत असलेले मेंदूचे भाग व चिंतेमध्ये कार्यरत असणारे भाग वेगवेगळे आहेत. ओसीडीमध्ये ऑर्बिटोफ्रंटल कॉर्टेक्स, ऍन्टीरिअर सिंग्युलर कॉर्टेक्स आणि स्ट्रिएटम (Orbitofrontal Cortex, Anterior Cingulate Cortex and Striatum) हे भाग महत्त्वाची भूमिका बजावतात.
- ओसीडीच्या तुलनेत चिंताविकृती नियंत्रणासाठी अनेक औषधे उपलब्ध आहेत.

सामान्यतः बहुतांश लोक (अमेरिकेचा विचार केल्यास जवळपास २५ टक्के लोक) सौम्य प्रमाणात कधीतरी अनिवार्य विचार वा कृतीचा अनुभव घेतच असतात (उदा. गॅस बंद केला आहे की नाही, दरवाजाचे कुलूप लावले आहे की नाही हे पुन्हा पुन्हा पाहणे). (रूस्किओ व सहकारी, २०१०). मात्र, ते वर्तन अपसामान्य आहे की नाही हे ठरवण्यासाठी ते अधिक प्रमाणात, सातत्याने आणि प्रतिदिन किमान एक तास घडणे आवश्यक मानले आहे. तसेच ते न केल्यास व्यक्तीस तीव्र अस्वस्थता वाटणेही आवश्यक आहे (स्टेकेटी व बारलॉव्ह, २००२). उदा. विशिष्ट क्रमाने आणि १५-२० मिनिटांपासून ते एक तासापेक्षाही जास्त वेळ हात साबणाने स्वच्छ धुणे. काही रूग्ण तर कातडी निघून रक्त येईपर्यंत ही क्रिया करताना दिसतात.

डीएसएम-५ नुसार कल्पना/विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृती साठीचे निकष :

(DSM-5 Criteria for Obsessive- Compulsive Disorder-OCD):

अ. कल्पना/विचार अनिवार्यता, क्रिया अनिवार्यता वा दोघांची उपस्थिती..

कल्पना/विचार अनिवार्यतेची व्याख्या खालील दोन मुद्यांच्या आधारे केलेला असावी.

१. नकोसे वाटणारे (Unwanted), अनाहूतपणे येणारे (Unintrusive) विचार, इच्छा, प्रतिमा की ज्या पुन्हापुन्हा (Recurrent) व सातत्याने (Persistent) अनुभवाला येतात व अस्वस्थता (Disturbance) निर्माण करित राहतात. बहुतांश व्यक्तींना त्यामुळे ठळक अशा चिंता वा दुःखास सामोरे जावे लागते.

२. बहुतांश व्यक्ती दुस-या एखाद्या अनिवार्य विचार वा अनिवार्य कृतीद्वारे (Compulsions) या नकोशा वाटणा-या व चिंता उत्पन्न करणा-या विचार, इच्छा, प्रतिमांकडे दुर्लक्ष करण्याचा (Ignore) वा दडपण्याचा (Suppress) वा त्यांचे प्रभावलोपन करण्याचा (Neutralize) प्रयत्न करतात.

क्रिया अनिवार्यतेची (Compulsions) व्याख्या खालील दोन मुद्यांच्या आधारे केलेला असावी.

१. अनिवार्य विचारांमुळे (Obsessions) येणारी अस्वस्थता टाळण्यासाठी विशिष्ट वर्तनाची पुनरावृत्ती (Repetitive behaviour) उदा. हात धुणे, गोष्टी व्यवस्थित क्रमाने लावणे, तपासून पाहणे इ. वा विशिष्ट मानसिक कृतीची पुनरावृत्ती (Repetitive Mental Acts) उदा. प्रार्थना करणे, अंक मोजणे, मनातल्या मनात काही विशिष्ट शब्दांची घोळवणे इ. करित राहणे. विशिष्ट नियमांचे काटेकोर (Applying rules rigidly) पालन करित या कृती करणे.

२. हे विशिष्ट वर्तन वा मानसिक कृती नकारात्मक चिंता/क्लेश कमी करण्यासाठी किंवा भीतीदायक घटना वा परिस्थिती टाळण्यासाठी वा नियंत्रित करण्यासाठी केले जाते. मात्र, त्या एकतर वास्तवाला धरून नसतात (Unrealistic) वा ठळकपणे 'अतिप्रमाणात' (Clearly Excessive) केलेल्या आढळतात.

टीप: मुलांना आपल्या हातून घडणा-या अनिवार्य विचार वा कृतीमागील उद्दिष्ट्येही काहीवेळा सांगता येत नाहीत.

ब. अनिवार्य विचार व क्रिया ह्या दीर्घकाळ चालणा-या असाव्यात (प्रतिदिन किमान एक तासापेक्षा जास्त) आणि सामाजिक, व्यावसायिक वा जीवनाच्या इतर महत्त्वाच्या क्षेत्रातील कार्यामध्ये वैद्यकीयदृष्ट्या लक्षणीय चिंता वा असमर्थता (Clinically significant distress and impairment) निर्माण करणा-या असाव्यात.

क. ही विचार-क्रिया अनिवार्यतेची लक्षणे बिघाड हा औषधे वा मादक द्रव्यसेवन वा इतर वैद्यकीय परिस्थितीचा परीणाम म्हणून उत्पन्न झालेली नसावीत.

ड. ह्या बिघाडासाठीचे नैदानिक स्पष्टीकरण इतर मानसिक आजार उदा. सामान्यीकृत चिंताविकृती, शारीरिक रूप बेढबता विकृती, परिग्रह विकृती (अतिसंचय करणे, Hoarding Disorder), केशोच्छेदी उन्माद (केस ओढणे/उपटणे, Trichotillomania), त्वचा विदारण उन्माद (कातडी ओढणे/सोलून काढणे, Excoriation Disorder), साचेबद्ध हालचाल विकृती (Stereotypic Movement Disorder), क्षुधा विकृतीमधील खाण्याची कर्मकांडे, द्रव्यासक्ती विकृतीमधील विशिष्ट पदार्थाने घेतलेला मनाचा कब्जा, व्यसनासंबंधित विकृतीमधील (उदा. जुगार) साचेबद्ध वर्तन वा विचार, चिंता विकृतीतील आजारासंबंधीच्या विचारांना घेतलेला मनाचा ताबा, अपकामुकता विकृतीमधील लैंगिक आवेग वा दिवास्वप्ने (Abnormal Sexual urges or fantasies in Paraphilia), आवेग-नियंत्रण (Impulse Control) व आचरण विकृतीमधील (Conduct Disorder) विचलित वर्तन, अवसाद विकृतीतील अपराधभावाचे रवंथ करणारे वर्तन (Rumination of guilt), छिन्मनस्कता विकृती प्रकारांतील विभ्रमी विचारांनी (Delusional Thoughts) घेतलेला मनाचा ताबा, स्वमग्नता विकृती प्रकारांमधील (Spectrum of Autistic Disorders) पुनरावृत्तीचे वर्तन साचे (Patterns of repetitive behaviours) इ. च्या लक्षणांच्या तुलनेत सरस असले पाहिजे.

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

3.2.A. ii) प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences)

जीवनात कोणत्यातरी एका टप्प्यावर ओसीडीचे निकष पूर्ण करणा-या व्यक्तींचे लोकसंख्येतील प्रमाण साधारणतः दोन ते तीन टक्के आहे. केवळ एक वर्षाचा कालावधी विचारात घेतल्यास हेच प्रमाण लोकसंख्येच्या एक टक्का आहे (रूस्किओ व सहकारी, २०१०). ओसीडीचा उपचार घेणा-यांपैकी नव्वद टक्के रूग्ण अनिवार्य विचार आणि अनिवार्य कृती या दोहोंनी त्रस्त असतात (फोआ व कोझॅक, १९९५; फ्रॅंकलिन व फोआ, २००७). आंतरव्यक्तिक आणि व्यावसायिक कार्यामध्ये मोठा अडथळा निर्माण करू शकणा-या ओसीडीच्या रूग्णांमध्ये घटस्फोटित वा वेगळे झालेले आणि बेरोजगार रूग्णांचा भरणा तुलनेने जास्त असल्यास आश्चर्य वाटायला नको. ओसीडीच्या रूग्णांमध्ये स्त्री-पुरुष भेद आढळत नसल्याने ही विकृती इतर चिंताविकृतीपेक्षा वेगळी ठरते. विशेषतः उत्तर-पौगंडावस्था (Late Adolescence) वा पूर्व-प्रौढावस्थाकाळात (Early Adulthood) ओसीडीचा उगम होताना आढळून येतो (कधीकधी बालकांमध्येही हा दिसून येऊ शकतो). उत्तर-पौगंडावस्थेत हा आजार सापडण्याचे प्रमाण, त्यावरील आनुवांशिक प्रभाव आणि त्याची तीव्रतासुद्धा मुलींच्या तुलनेत मुलांमध्ये जास्त आहे. ओसीडीच्या लक्षणांची तीव्रता काही रूग्णांच्या बाबतीत काळ जसजसा पुढे जाईल तसतशी कमी होताना दिसली तरी बहुतांशी रूग्णांच्या बाबतीत ही लक्षणे हळूहळू गंभीर रूप (Serious form) धारण करताना दिसतात व रोग दीर्घकालीन वा जुनाट (Chronic) होत जातो (मॅटॅक्स-कोल्स व सहकारी, २००२).

3.2. A. ii) कारक घटक (Causal Factors):

मानसिक कारक घटक (Psychological Causal Factors):

अनिवार्य विचार-क्रिया विकृती निर्माण होण्यास खालील काही मानसिक कारणे जबाबदार आहेत.

अनिवार्य विचार-क्रिया विकृती-ओसीडी: एक अध्ययित वर्तन (OCD as Learned Behavior):

अनिवार्य विचार-क्रिया वर्तन अध्ययित असते हे गृहीतक मॉवरर यांच्या वर्ज्यनात्मक अध्ययनातील द्वि-प्रक्रिया सिध्दांतावर (१९४७) प्रामुख्याने बेतलेले आहे. या सिध्दांतानुसार अभिजात अभिसंधानाच्या प्रक्रियेद्वारे तटस्थ उद्दीपकाचे (Conditioned Stimulus) भीतीदायक विचारांशी वा अनुभवाशी (Unconditioned Stimulus) साहचर्य निर्माण होते आणि त्या अनुभवांना दिली जाणारी प्रतिक्रिया ही कालांतराने तटस्थ उद्दीपकांना दिली जाते. उदा. दूषित झालेले हात (Unconditioned Stimulus) आपण स्वच्छ धुतो (Unconditioned Response). मात्र, दूषित होण्याच्या भीतीचे दरवाज्याच्या कडीशी (Conditioned Stimulus) अभिजात अभिसंधानाद्वारे साहचर्य (Association through Classical Conditioning) जोडले गेले की कडीला हात लावल्याबरोबर तीव्र भीती निर्माण होऊन ती कमी करण्यासाठी हात धुण्याची कृती (Conditioned Response) सुरू होते. भीती कमी झाल्याने प्रबलन मिळून ही कृती वारंवार केली जाते व हळूहळू ती अनिवार्य (Compulsive Act) बनते. पुढेपुढे तर कोणत्याही परिस्थितीत उत्पन्न होण्या-या चिंतेसाठी हात धुण्याची कृती केली जाऊ शकते म्हणजेच सामान्यीकरण (Generalization) घडून येऊ शकते. एकदा का हे वर्तन शिकले गेले की त्याचे विलोपन (Extinction) घडून येणे कठीण असते. भय कमी करण्यासाठी वा टाळण्यासाठी प्राणी आणि माणसे अनेक प्रकारची कर्मकांडे आवश्यक म्हणून सातत्याने करताना दिसतात, ही अनिवार्य विचार-कृतीचीच उदाहरणे आहेत (क्रेमर व सहकारी, २००७). रॅचमन व हॉजसन (१९८०) यांच्या अनेक अभिजात प्रयोगांमधून या सिध्दांतास पुष्टी मिळते. संपर्कोपचारातून (Exposure Therapy) ह्या विचार-कृती अनिवार्यतेवर विजय मिळवता येतो हेही या सिध्दांताने दाखवून दिले आहे. या वार्तनिक उपचारतंत्रातून भीती उत्पन्न करणा-या उद्दीपक वा परिस्थितीला प्रत्यक्षात सामोरे जाणे आणि अनिवार्य कृती न करता रूग्णास ती भीती अनुभवण्यास लावून कालांतराने आपोआप ती कशी कमी होत जाते हे रूग्णास दाखवून देता येते.

ओसीडी आणि सज्जतेची संकल्पना (OCD and Preparedness):

आपल्या पूर्वजांपासून ते आजतागायत भीती आणि चिंतेचा सजीवांना सातत्याने अनुभव येतो आहे, याचा अर्थ, भीती व चिंतेला उत्क्रांतीच्या प्रक्रियेत समायोजन मूल्य (Evolutionarily Adaptive Value) प्राप्त झालेले असणार आहे (डी सिल्वा, रॅचमन व सेलिंगमन, १९७७; रॅपोपोर्ट, १९८९). विशेषतः घाण, दूषितता वा इतर काही धोक्याचा संभव असणा-या परिस्थितींना दिल्या जाणा-या अनिवार्य विचार वा कृतींचे प्रतिसाद हे उत्क्रांतीच्या प्रक्रियेत विकसित झालेले असावेत (मिनेका व झिनबर्ग, १९९६, २००६). चिंतेच्या, संघर्षाच्या (Conflict) किंवा उच्च उत्तेजना (High Arousal) निर्माण करणा-या परिस्थितीपासून स्वतःचे संरक्षण करण्यासाठी विस्थापन (Displacement) ही आत्मसंरक्षण यंत्रणा (Defence Mechanism) वापरून प्राणी ज्या कृती करताना दिसतात त्यांमध्ये आणि विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृती असणा-यांकडून होणा-या अनिवार्य कृतींमध्ये (Compulsive Acts) एक प्रकारचे साधर्म्य (Resemblance) आढळताना दिसते. उदा, ताणदायक परिस्थितीतून सुटका व्हावी म्हणून पक्षी पंख पसरून स्वच्छ करतात (Grooming) तसे ओसीडी असणारे रूग्ण हात पाण्याने स्वच्छ करताना (Hand Washing) दिसतात. निराशा झाकण्यासाठी पक्षी घरे बांधायला (Nesting) घेतात तसे ओसीडी रूग्ण घरातील टापटीपीचा (Tidying) अतिरेक करताना दिसतात.

बोधनिक कारक घटक (Cognitive Causal Factors):

अनिवार्य विचार दडपण्याचा परीणाम (The Effects of Attempting to Suppress Obsessive Thoughts):

नको असणारे विचार दडपण्याचा प्रयत्न केला की ते आणखी वेगाने उफाळून येतात, हा अनुभव जवळपास सर्वच लोकांना येतो (वेनर, १९९४). मात्र, सामान्यांच्या तुलनेत ओसीडी असणा-यांसाठी तो जास्त त्रासदायक आणि अस्वस्थता निर्माण करणारा असतो. दैनंदिनी अभ्यास पध्दत (Naturalistic Diary Method) वापरून ओसीडी रूग्णांचा अभ्यास केला असता, नको असणारे विचार दडपण्याचा प्रयत्न करणा-या रूग्णांना ते दुपटीने अनुभवावे लागल्याचे तर दिसून आलेच पण त्यांची तीव्रताही वाढलेली दिसून आली (साकोवस्कीस व किर्क, १९९७; पर्डन व सहकारी, २००७).

जबाबदारीची अतिरिक्त जाणीव (Inflated Sense of Responsibility):

साकोवस्कीस (१९८९) व रॅचमन (१९९७) यांच्या मते, सामान्यांच्या तुलनेत ओसीडी रूग्णांमध्ये जबाबदारीची अतिरिक्त (Inflated) जाणीव दिसून येते. त्यामुळे विचार आणि कृती यांच्यातील भेद नष्ट होऊन केवळ एखादा नकारात्मक विचार जरी मनात आला तरी तसे आपल्या हातून घडेलच अशी त्यांना दाट शक्यता वाटते आणि ते होऊ नये म्हणून ते आटापिटा करू लागतात.. याला विचार-कृती संयोग (Thought- Action Fusion) असे म्हणतात. उदा. 'आपल्या बाळाला आपल्या हातून इजा होऊ शकते' हा नुसता विचार जरी ओसीडी मातेच्या मनात आला तर ती इतकी अस्वस्थ होते की जणू काही आपल्या कृतीने ती इजा नक्कीच होणार आहे. ही अस्वस्थता कमी करण्याच्या प्रयत्नात खरोखरच इजा होण्याची शक्यता मात्र ती वाढवून बसते (बर्ले व स्टारसेविक, २००५). पुढेपुढे तर कोणतीही कृती करताना 'इजा होईल काय' ह्या विचाराने ती त्रस्त होते आणि तो ताण कमी करण्यासाठी मग अनिवार्य कृती तिच्या हातून वारंवार घडू लागतात (रॅचमन व सहकारी, २००६). अशाप्रकारे नकारात्मक पण सातत्याने येणारे विचारांबाबतची 'जबाबदारीची अतिरिक्त जाणीव' (Inflated Sense of Responsibility) ही सामान्य आणि ओसीडी रूग्ण यांच्यातील भेद स्पष्ट करते.

बोधनिक कल/पूर्वग्रह आणि विरूपण (Cognitive Biases and Distortions):

चिंता विकृतीच्या रूग्णांसारखेच ओसीडी रूग्णांमध्येही अस्वस्थ करणा-या बाबींकडे जास्त अवधान देण्याची प्रवृत्ती/कल (Attentional Bias) आढळते (मॅकनॅली, २०००; मिनेका व सहकारी, २००३). अप्रस्तुत, नकारात्मक वा विचलित करणारी माहितीकडे त्यांना दुर्लक्ष करणे जमत नसल्याने त्यांचे अवधान त्यावर जातेच आणि मग ती दडपण्याच्या प्रयत्नात पुन्हापुन्हा तिचा सामना त्यांना करावा लागतो. ब-याचदा ओसीडी रूग्णांचा आपल्या 'लक्षात ठेवण्याच्या' (Memory Ability) क्षमतेवर फारसा विश्वास नसतो, असेही दिसून आले आहे. त्यावरचा उपाय म्हणून मग अर्थहीन अनिवार्य कृतींद्वारे (Ritualistic

Acts) ते माहितीची सतत पुनरावृत्ती करताना दिसतात (कॉऊगल व सहकारी, २००७; डार व सहकारी, २०००). ओसीडी रूग्णांमध्ये असंबद्ध माहिती आणि कृती वेळीच थांबवण्याच्या क्षमतेचाही अभाव दिसून येतो (मोरइन-झमीर व सहकारी, २०१०; बॅन्नोन व सहकारी, २००८)

जैविक कारक घटक (Biological Causal Factors):

अलिकडील विविध संशोधनांमधून इतर चिंता विकृतींच्या तुलनेत ओसीडीच्या बाबतीत जैविक घटकांचे कारक घटक म्हणून योगदान जास्त दिसून आलेले आहे.

आनुवांशिक घटक (Genetic Factors):

एकबीज जुळ्यांचा अनुवंश हा शंभर टक्के सारखा असतो तर द्विबीज जुळ्यांचा अनुवंश हा पन्नास टक्के सारखा असतो. त्यांच्यावर प्रकाशित झालेल्या १४ विविध संशोधनांच्या आढाव्यातून द्विबीज जुळ्यांच्या (Dizygotic twins) तुलनेत एकबीज जुळ्यांच्या (Monozygotic twins) बाबतीत ओसीडीचे प्रमाण जास्त दिसून आले आहे. (हॅन्ना, २०००; वॅन ग्रुथिस्ट व सहकारी, २००७). कुटुंबांच्या अभ्यासांमध्येसुद्धा रक्ताने अत्यंत जवळ असणा-या नात्यांमध्ये लांबच्या नातेवाइकांपेक्षा ओसीडी होण्याची शक्यता ३ ते १२ पट जास्त दिसून आली आहे (ग्रेब व सहकारी, २००६; हेट्टेमा, प्रीस्कॉट व केडलर, २००१). आणखी एक निरीक्षण म्हणजे, उशिरा ओसीडीला बळी पडणा-यांपेक्षा लहान वयात ओसीडीला बळी पडणा-यांमध्ये अनुवंशाचा प्रभाव तुलनेने जास्त आढळला आहे (ग्रिषम व सहकारी, २००८; मुन्डो व सहकारी, २००६).

ओसीडीच्या काही विशेष प्रकारांमध्ये अनुवंशाचा प्रभाव जास्त आढळून येतो. त्यातीलच एक म्हणजे टैट संलक्षण होय. टैट संलक्षणामध्ये (Tourette's Syndrome) स्नायूंचे (विशेषतः चेह-यावरील) अनैच्छिक आखडणे (प्रचलित भाषेत 'आकडी येणे') दिसून येते. ते तीव्र स्वरूपाचे आणि रूग्णास दीर्घकाळ (Severe and Chronic) अनुभवावे लागणारे असते. हे संलक्षण दुर्मिळ असूनसुद्धा त्याने बाधित झालेल्या रूग्णांच्या, रक्ताने जवळ असणा-या नातेवाइकांपैकी जवळपास २३ टक्के नातेवाइकांमध्ये ओसीडी विकसित होण्याची शक्यता आढळून येते (पाऊल्स व सहकारी, १९९५). अलिकडील काळातील रेण्विक पातळीवरील रंगसूत्रांचे बहुरूपिकीय अभ्यास (Molecular Studies of Genetic Polymorphisms) हे टैट संलक्षण आणि ओसीडीचे इतर प्रकार यांमध्ये आनुवांशिक पातळीवरच भेद करता येऊ शकतो, हे दाखवून देत आहेत (स्टेवार्ट व सहकारी, २००७).

ओसीडी आणि मेंदू (OCD and The Brain):

मागील तीस वर्षांमध्ये मेंदू-प्रतिमा तंत्रांच्या (Brain-Imaging Techniques) अभ्यासाद्वारे ओसीडी आणि मेंदूतील बिघाड यांवर संशोधकांनी बराच प्रकाश टाकला आहे. तल गंडिका (Basal Ganglia), ऍमॅग्डाला (Amygdala) व लिम्बिक प्रणाली (Limbic System) या भावनिक वर्तनाशी संबंधित असणा-या मेंदूतील विविध भागांचा ओसीडीशी संबंध दिसून आला आहे. पॉझिट्रॉन इमिशन टोमोग्राफी-पीइटी तंत्राद्वारे (Positron Emission Tomography-PET Technique) ओसीडी रूग्णांच्या मेंदूच्या अग्र बाह्यकातील (Frontal Cortex) वर्तुळाकार गुहा (Orbital Areas in Cortex) व संवलि/ मेखलित संवलि (Gyrus/ Cingulate Area in Cortex) या दोन भागांमध्ये प्रमाणाबाहेर जास्त उत्तेजना आढळते. तलगंडिकेतील सपुच्छ केंद्रकामध्येही (Caudate Nucleus) अशीच प्रमाणाबाहेर जास्त उत्तेजना दिसून येते. ताणदायक परिस्थिती वा उद्दिपकाला सामोरे जाताना ही उत्तेजना आणखी तीव्र होते आणि ह्या अग्र बाह्यक – तलगंडिका – चेतानेपकीय/ऍमॅग्डाला जुळणीच्या (Cortico-Basal Ganglionic-Thalamic Circuit) कार्यबिघाडामुळे रूग्णांकडून अपसामान्य अशी अनिवार्य विचार वा कृती घडून येते. बक्स्टरच्या सिध्दांतानुसार या जुळणीतील कार्य जेव्हा सामान्य स्तरावर व व्यवस्थितरित्या चालू असते तेव्हा व्यक्ती आपल्या विचार व कृतींना रोखू शकते. मात्र, कार्यबिघाडामुळे, विशेषतः आक्रमकता, लैंगिकता, स्वच्छता यांच्याबाबतीतले आवेग तिला रोखता येत नाहीत. मेंदूच्या काही भागातील पांढ-या द्रवात आढळणा-या समस्येमुळे हे आवेग नियंत्रण करण्यासाठी आवश्यक अशी जुळणी घडून न येणे, हेही ओसीडीसाठीचे एक महत्त्वाचे कारण असावे, असे अलिकडील

संशोधनाचे निष्कर्ष आहेत (झेसझको व सहकारी, २००४; यू व सहकारी, २००७). औषधोपचार आणि वर्तनोपचार यांद्वारे त्यावर नियंत्रण मिळवून रूग्णास सामान्य जीवन जगता येऊ शकते, हेही इथे लक्षात घेणे आवश्यक आहे (बक्स्टर व सहकारी, २०००; सक्सेना व सहकारी, २००९).

चेतापारेषणातील अपसामान्यता (Neurotransmitter Abnormalities):

१९७० च्या दशकात, ओसीडीवर परीणामकारक ठरणारे क्लोमिफ्रामाईन/एनाफ्रॅनील (Clomipramine/Anafranil) हे ट्रायसायक्लिक औषध (Tricyclic Drug) सापडल्याने ओसीडीवरील संशोधनाने मोठा वेग घेतला. हे औषध सेरोटोनिन या चेतापारेषकाची पातळी सुरुवातीस वाढवते व ओसीडीची लक्षणे वाढताना दिसतात. मात्र ६ ते १२ आठवडे सातत्याने हे औषध घेतल्यास नंतर मेंदूचे सेरोटोनिन निर्मितीचे कार्य मंदावत जाते व ओसीडी नियंत्रणात येतो. फ्लॉउक्सेटाईन-प्रोझॅक (Fluoxetine-Prozac) हे असेच दुसरे गुणकारी औषध आहे. हेही सेरोटोनिनशीच संबंधित आहे. (डॉएटी, राऊच व सहकारी, २००७). सेरोटोनिनबरोबरच डोपामाईन, गाबा, ग्लुटामेट या चेतापारेषकांचाही ओसीडीशी संबंध आहे. मात्र ते नेमका कसा परीणाम करतात, ह्यावर अजून संशोधन चालू आहे (स्टेवार्ट व सहकारी, २००९).

3.2. A. iii) उपचार (Treatments):

ओसीडीच्या उपचारांमध्ये बोधनिक-वार्तनिक तंत्रांचा आणि वैद्यकीय उपचारांचा समावेश होतो.

वार्तनिक आणि बोधनिक-वार्तनिक उपचार (Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments):

ओसीडीवर सर्वात प्रभावी ठरणारे उपचार म्हणजे संपर्कोपचार आणि प्रतिसाद प्रतिबंध उपचार हे वार्तनिक उपचार होत. संपर्कोपचारामध्ये, ज्या उद्दिपकांमुळे रूग्णास नकारात्मक अस्वस्थता येते, त्याच उद्दिपकांना कल्पनेच्या पातळीवर अथवा प्रत्यक्षात रूग्णाला सामोरे जायला लावले जाते (Exposure). मात्र, सामोरे गेल्यावर रूग्णाला त्यांच्याशी संबंधित अनिवार्य कृती करण्यास प्रतिबंध (Response Prevention) केला जातो. उदा. सार्वजनिक संडासामधील कमोडला स्पर्श केल्याने काही ओसीडी रूग्णांना प्रचंड अस्वस्थता येते व स्वच्छतेसाठी ते पुन्हापुन्हा साबणाणे हात धूत राहतात. अशा रूग्णांना उपचारक प्रथम कमोडला स्पर्श करायला लावतो. त्यातून येणारी नकारात्मक चिंता/अस्वस्थता प्रत्यक्षात अनुभवायला लावतो आणि ती अनुभवत असताना हात धुण्यास मात्र प्रतिबंध करतो. काही वेळाने ही चिंता आपोआप कमी होताना रूग्णास अनुभवाला येते. त्या अनुभवामुळे आपली चिंता अतार्किक व अविवेकी आहे, हे रूग्णास हळूहळू कळू लागते. उपचार परीणामकारक व्हावेत म्हणून चिंता निर्माण करणा-या उद्दिपकांची प्रथम चढत्या क्रमाने अधिश्रेणी (Hierarchy) तयार केली जाते व जितकी चिंता सहन करता येईल तितक्या मात्रेचा उद्दिपक उपचारक रूग्णास प्रथम सादर करतो. त्याला व्यवस्थित हाताळणे जमल्यावर पुढील उद्दिपक सादर केला जातो. प्रबलनाची विविध तंत्रे वापरून समायोजनशील प्रतिसादांची शृंखला प्रस्थापित केली जाते व ओसीडीवर नियंत्रण प्रस्थापित केले जाते. काहीवेळा शीघ्र गतीने परीणाम साधण्यासाठी जे रूग्ण दिवसातील दोन ते तीन तास आंघोळीसाठी वा हात धुण्यासाठी घालवतात त्या रूग्णांना सलग तीन दिवस आंघोळच करू दिली जात नाही! त्यानंतर दहा ते पंधरा मिनिटे आंघोळीसाठी व धुळीने माखल्यावर किंवा जेवणाआधी हात स्वच्छ धुण्यासाठी केवळ तीस सेकंदांचा अवधी दिला जातो. ब-याचदा रूग्णास ज्या गोष्टींची अस्वस्थता येते (उदा. कच-याचा वास, जनावरांच्या प्रेतांचा वास, रक्त इ.) त्या गोष्टी रत्यात दिसल्यास तो वास घेणे अथवा चप्पलने प्रेतास धक्का लावणे वा रक्तास स्पर्श करणे वा त्याजवळची वस्तू घेऊन जवळ ठेवणे अशा कृती वार्तनिक गृहपाठ (Behavioural Homework) म्हणून रूग्णास करावयास सांगितल्या जातात (फ्रॅकलिन आणि फोआ, २००८). काही रूग्ण असे गृहपाठ करायला धजत नसले तरी जे रूग्ण हे गृहपाठ करतात त्यांच्यात ओसीडीची लक्षणे ५० ते ७० टक्क्यापर्यंत नष्ट होऊन जीवनाची गुणवत्ता निश्चितपणे सुधारलेली दिसते. ७६ टक्के रूग्णांच्या बाबतीत ही सुधारणा अनेक वर्षे टिकून राहिल्याचेही आढळले आहे. हे उपचार औषधांपेक्षाही जास्त प्रभावी आहेत (अब्रामोविट्झ व सहकारी, २००९; फ्रॅकलिन आणि फोआ, २००८). अलिकडील काळात, विशेषतः अनिवार्य विचारांवर नियंत्रण मिळवण्यासाठी, बोधनिक उपचारही वार्तनिक उपचारांच्या साथीने (उदा. साल्कोवस्कीस यांची ओसीडीसाठीची बोधनिक-वार्तनिक उपचारपध्दती - Cognitive-Behavioral Therapy of Salkovskis) वापरले जातात.

वैद्यकीय औषधोपचार (Medications):

ओसीडीवर प्रामुख्याने परीणामकारक ठरणारे क्लोमिप्रामाईन/एनाफ्रॅनील (Clomipramine/Anafranil) व फ्लॉउक्सेटाईन-प्रोझॅक (Fluoxetine-Prozac) ही औषधे परीणामकारक ठरतात. या औषधांमुळे ४० ते ६० टक्के रूग्णांमध्ये सुधार दिसला आहे आणि त्यांच्या लक्षणांमध्ये २५ ते ३५ टक्के घट दिसून आली आहे. साधारणतः एक तृतीयांश रूग्णांमध्ये ह्या औषधांमुळे सुधारणा झालेली नाही. अशा रूग्णांना मग दुर्मनस्कताविरोधी (Antipsychotic) औषधे दिली जातात (ब्लोच व सहकारी, २००६).

या औषधांचा मोठा तोटा म्हणजे उपचारादरम्यान ही औषधे घेणे मध्येच थांबवल्यास ५० ते ९० टक्के रूग्णांच्या बाबतीत ओसीडी पुन्हा उफाळून (Relapse) येऊ शकतो. त्यामुळे वर्तनोपचारासारख्या पर्यायी तंत्रांचा वापर न करणा-या रूग्णांना अमर्यादित काळासाठी ही औषधे घेत राहावी लागतात. मात्र दोन्हीचा एकत्रितरित्या वापर केल्यास (विशेष करून बालके आणि किशोरांच्या बाबतीत) उपचार खूपच परीणामकारक ठरताना दिसतात (मार्च व फ्रॅकलिन, २००६).

सलग पाच वर्षांपेक्षा जास्त काळ गंभीर अशा ओसीडीचा सामना करत आहेत आणि कोणत्याही औषधांचा किंवा वर्तनोपचारांचा सकारात्मक परीणाम दिसत नाही असे जवळपास दहा टक्के रूग्ण आढळून येतात. केवळ अशा रूग्णांसाठी म्हणून चेताशस्त्रक्रियेसारख्या (Neurosurgery) अवघड व क्लिष्ट उपचाराचा विचार केला जाऊ शकतो. यामध्ये शस्त्रक्रियेद्वारा ओसीडीशी संलग्न असणा-या चेताऊतींचा (Brain Tissues) नाश केला जातो. त्यातून लक्षणांमध्ये जवळपास ३५ टक्क्यांनी घट संभवते (रूक व सहकारी, २००८). या उपचारांना ३५ ते ४५ टक्के रूग्ण चांगला प्रतिसाद देताना आढळून आलेले असले तरी याचे हानिकारक आनुषंगिक परीणाम (Adverse Side Effects) असल्याने या उपचाराबाबत फार विचारपूर्वक निर्णय करणे आवश्यक ठरते.

3.2. B. शारीर रूप बेढबता विकृती-बीडीडी (Body Dysmorphic Disorder- BDD):

डीएसएम IV- टीआर (DSM IV-TR) मध्ये 'शारीर रूप बेढबता विकृती-बीडीडी' (Body Dysmorphic Disorder- BDD) ही शरीराच्या विविध पैलूशी/अवयवांशी संबंधित अपसामान्य विचारांनी घेतलेल्या ताब्याशी निगडित असल्याने कायिक विकृतींतर्गत (Somatoform Disorders) समाविष्ट होती. मात्र, विचार-क्रिया अनिवार्यता विकृती-ओसीडी (Obsessive Compulsive Disorders-OCD) यांच्याशी ठळक व मोठे साधर्म्य आढळल्याने डीएसएम-५ मध्ये तिचा समावेश विचार-क्रिया अनिवार्यता व संबंधित विकृती-ओसीडी (Obsessive Compulsive and Related Disorders-OCD) या वर्गात केला गेला आहे. आपण बेढब आणि कुरूप आहोत व आपल्या दिसण्यात दोष वा वैगुण्य आहे असे ठाम संवेदन/समजूत बीडीडी असणा-या व्यक्तींनी करून घेतलेली असते (तपशिलासाठी डीएसएम-५ चा खालील तक्ता पाहा) एवढेच नव्हे, तर निदानात्मक/वैद्यकीयदृष्ट्या (Clinically) ही सांवेदनिक लक्षणे एवढी तीव्र असतात की हे रूग्ण लक्षणीय नकारात्मक ताण (Distress) अनुभवतात ज्यामुळे त्यांच्या सामाजिक आणि व्यावसायिक कार्यकौशल्यांमध्ये बिघाड होतो. सतत स्वतःचे रूप आरशात न्याहाळणे, त्यातील न्यून लपवणे वा दुरूस्तीचा प्रयत्न करत राहणे ही यातील अनेक रूग्णांची अनिवार्यता सवय असते (जरी हे लक्षण निदानासाठी आवश्यक मानले गेलेले नसले तरी). इतर लोकांना आपले शारीरिक वैगुण्य लक्षात येईल आणि ते आपल्याला झिडकारतील या भीतीने दैनंदिन कार्येही टाळण्याच्या प्रयत्न करणे हे लक्षणही या रूग्णांमध्ये सामान्यपणे आढळून येते. काही आणखी गंभीर रूग्ण तर स्वतःला घरात कोंडून घेतला आणि कोणत्याच कामासाठी बाहेर पडत नाहीत. यामुळेच बीडीडी रूग्णांमध्ये बेरोजगारीचा दर ५० टक्क्यांइतका उच्च आढळतो (नेझिरोगलू व सहकारी, २००४). साहजिक त्यांच्या जीवनाची गुणवत्ता बरीच खालावलेली आढळून येते (इसहाक व सहकारी, २०१२). जी कार्ये करताना बीडीडी रूग्णांना अडथळे जाणवतात अशा कार्यांची एक संक्षिप्त यादी खाली दिलेली आहे.

तक्ता: बीडीडी रूग्णांना जी कार्ये करताना तीव्र अडथळे येतात ती कार्ये

(Interference in Functioning due to BDD)

बीडीडी रूग्णांना जाणवणारी समस्या	बीडीडी रूग्णांमधील समस्या अनुभवणा-यांची टक्केवारी (%)
सामाजिक कार्यातील अडथळा/बिघाड (उदा. मित्र, कुटुंब, जिव्हाळ्याची नाती इ.)	९९
जवळपास सर्वच सामाजिक आंतरक्रिया टाळल्याचे अनुभव वा प्रसंग	९५
अवसादाचा अनुभव	९४
काम वा अभ्यासात/शैक्षणिक कार्यात येणारा अडथळा	९०
आत्महत्येचा विचार येणे	६३
किमान एक आठवडा घरातच कोंडून घेणे	२९
मनोचिकित्सेसाठी किमान एकदा तरी रूग्णालयात दाखल होणे	२६
आत्महत्येचा प्रत्यक्ष प्रयत्न करणे	२५
केवळ बीडीडीमुळे आत्महत्येचा प्रत्यक्ष प्रयत्न करणे	१४
कामाचे वाया गेलेले सरासरी दिवस (Average Number of Days Missed)	
बीडीडीमुळे व्यावसायिक कामाचे वाया गेलेले दिवस*	५२ दिवस
बीडीडीमुळे शाळेत गैरहजर राहिलेले दिवस *	४९ दिवस
*बीडीडीची सुरुवात झाल्यापासून	
<i>SOURCE: Adapted from Katherine A. Phillips. The Broken Mirror: Understanding and Treating Dysmorphic Disorder. © 2005 Oxford University Press. Reprinted with permission.</i>	

बीडीडी रूग्णांना शरीराच्या कोणत्याही भागाबाबत समस्या वाटू शकते. अनेक पीडितांना एकापेक्षा जास्त अवयवांमध्ये संवेदित दोष आहेत असे वाटत असते. हे वाटणे सामान्य नसून अत्यंत तीव्र स्वरूपाचे आणि वेदनादायी असते. जवळपास निम्म्या बीडीडी रूग्णांमध्ये तर ह्या वेदना विभ्रम (Delusions) निर्माण करणा-या तीव्रतेच्या असू शकतात (ऍलन आणि हॉलंडर, २००४). त्वचेवर डाग आहेत, स्तनांचा आकार खूप लहान आहे, चेहरा अतिशय कृश वा चरबीयुक्त आहे, रक्तवाहिन्यांचे शरीरावर दिसणारे आकार खूप विचित्र आहेत वगैरे विचारांनी ते हैराण झालेले असतात. दोषपूर्ण अवयवांचा विचार करता सामान्यपणे त्वचा (७३%), केस (५६%), नाक (३७%), डोळे (२०%), स्तन/छाती/स्तनाग्र (२१%), पोट (२२%), चेह-याचा आकार/ठेवण (१२%) या अवयवांबाबत त्यांच्यात नकारात्मक विचारांची शृंखला आढळते (फिलिप्स, २००५). इतरांना अनेकदा हे दोष वाटतही नसतात किंवा अतिशय सौम्यपणे जाणवतात, तरीही बीडीडी असणा-यांचे स्वतःबद्दलचे संवेदन मात्र खूप दोषपूर्ण बनलेले असते.

बीडीडी रूग्ण पदोपदी आपली छबी आरशात न्याहाळत राहतात (काहीजण तर नकारात्मक भावना टाळण्यासाठी आरसा पाहणेच टाळतात) (विईल व रिले, २००१), इतरांकडून वा मित्रांकडून आपण दिसायला व्यवस्थित आहोत ना याची खातरजमा करून घेत राहतात आणि त्यांच्याकडून मिळालेली सकारात्मक पावतीही केवळ काही कालावधीसाठीच रूग्णांचे समाधान करताना आढळते. ते सतत केशभूषा, वेषभूषा, साजशृंगार करत राहतात आणि विविध क्लुप्त्या वापरून स्वतःचे संवेदित दोष लपवण्याचा प्रयत्न करीत राहतात (सारवेर व सहकारी, २००४).

बीडीडीबाबत आताच का? (Why Now about BDD?):

युरोपियन देश, मध्या आशिया, चीन, जपान, आफ्रिका अशा सर्व ठिकाणी अगदी शेकडो वर्षांपासून बीडीडी अस्तित्वात आहे. मग अलिकडेच त्यावर एवढे साहित्य प्रसिद्ध का केले जात आहे? याचे एक कारण म्हणजे 'दिसण्यातच सर्वकाही सामावलेले आहे' या सध्याच्या पाश्चिमात्य धारणेचा सर्व जगात प्रभाव वाढल्याने साजशृंगार, कपडे, फॅशन, कायाकल्प

शस्त्रक्रिया आदिंवर हजारो कोटींची गुंतवणूक केली जात आहे. या वेडाने अलिकडील काळात बीडीडीचे प्रमाण वेगाने वाढते आहे. तसेच बरेच रूग्ण उपचारासाठी मनोचिकित्सा व मानसोपचाराचा मार्ग न निवडता त्वचातज्ञ वा कायाकल्प तज्ञांकडे जातात आणि आजार इतरांपासून लपवण्याच्या प्रयत्नात तो कालांतराने वाढवून घेतात (क्रॅड व सहकारी, २००४; फिलिप्स, २००१; टिमोल व सहकारी, २००७). मात्र, हा विषय आता माध्यमांच्या केंद्रस्थानी आल्याने, अलिकडील पंधरा वर्षांमध्ये त्याच्याभोवती असणारे गोपनीयतेचे व लांछनाचे कवच गळून पडू लागले असून लोक हळूहळू जागे होऊ लागले आहेत. याचा परीणाम म्हणून येत्या काळात मानसोपचार घेऊन बरे होणा-यांचे प्रमाण वाढेल, अशी आशा बाळगायला हरकत नाही.

**डीएसएम-५ नुसार शारीर रूप बेढबता विकृती-बीडीडी साठीचे निकष
(DSM-5 Criteria for Body Dysmorphic Disorder- BDD))**

अ. स्वतःच्या शारीरिक छबीबाबत, इतरांना न दिसणा-या वा सौम्यपणे जाणवणा-या, एक वा अनेक दोषांबद्दलच्या संवेदनांनी/विचारांनी व्यक्तिका मनाचा ताबा घेणे.

ब. आजाराचा विकास होत असताना कोणत्यातरी टप्प्यावर आपल्या दिसण्याबाबत पुनरुक्तीचे वर्तन (Repetitive behaviour) (उदा. सतत आरशात न्याहाळणे, अति नटणे/थटणे, कातडी सतत ओढून काढणे, इतरांकडून सतत खातरजमा करून घेणे इ.) वा मानसिक कृती (उदा. इतरांबरोबर सतत तुलना करणे इ.) घडून येणे.

क. वरील विचारांनी घेतलेल्या ताब्यांमुळे नकारात्मक भावनांचा लक्षणीय पातळीवर अनुभव येणे व सामाजिक, व्यावसायिक वा इतर महत्त्वाच्या क्षेत्रांमधील कार्यात बिघाड होणे.

ड. क्षुधाविकृतीशी (Eating Disorders) संबंधित असणा-या शरीराचे वजन वा वाढत्या चरबीच्या प्रमाणाबद्दलची काळजी आदि लक्षणांच्या तुलनेत शारीर रूप बेढबता विकृतीमधील दिसण्याबाबतच्या (Appearance) नकारात्मक विचारांनी घेतलेला ताब्याचे स्पष्टीकरण सरस असले पाहिजे.

Source: Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

3.2.B. i) प्रसार/फैलाव, विकृती-आरंभाचे वयोमान आणि लैंगिक भिन्नता (Prevalence, Age of Onset, and Gender Differences)

बरीच गोपनीयता बाळगली जात असल्याने या शारीर रूप बेढबता विकृतीच्या प्रमाणाबाबत अचूक अंदाज बांधणे बरेच कठीण आहे. मात्र, या क्षेत्रातील अभ्यासकांच्या म्हणण्यानुसार एकूण लोकसंख्येतील १ ते २ टक्के आणि अवसादी रूग्णांमधील जवळपास ८ टक्के व्यक्ती या आजाराने बाधित आहेत. (बहलमन व सहकारी, २०१०; फिलिप्स, २००५; राईफ व सहकारी, २००६). स्त्री आणि पुरुषांमध्ये या आजाराचे प्रमाण जवळपास सारखे आढळून येत असले तरी शारीरिक अवयवांबाबतच्या काळजीसंदर्भात मात्र फरक आढळतो. पुरुष आपल्या लिंग, देहयष्टी, टक्कल पडणे आदिंबाबतीत जास्त संवेदनशील असतात तर महिला आपली त्वचा, स्तन, पोट, कटिप्रदेश, नितंब, पाय आदिंबाबतीत जास्त संवेदनशील आढळतात (फिलिप्स, मेनार्ड व फे, २००६). साधारणतः पौगंडावस्थेत, जेव्हा व्यक्ती आपल्या दिसण्याबाबत जास्त जागरूक बनते, ह्या आजाराची सुरुवात होताना दिसते. ५० टक्क्यांपेक्षा जास्त बीडीडी रूग्णांमध्ये अवसादाचीही समस्या आढळून आल्याने (एॅलन व हॉलंडर, २००४) आत्महत्येचे प्रयत्नही घडण्याची शक्यता यांच्यात दिसून आलेली आहे (नेझिरोगलू व सहकारी, २००४; फिलिप्स व मेनार्ड, २००६). सहयोगग्रस्ततेचा (Comorbidity) विचार करता अवसादविकृतीबरोबरच बीडीडी रूग्णांमध्ये विचार क्रिया अनिवार्यता विकृती आणि सामाजिक दुर्भीती विकृतीसुद्धा लक्षणीय प्रमाणात एकत्रितरित्या आढळून येतात (एॅलन व हॉलंडर, २००४; कोल्स व सहकारी, २००६). साहजिकच, विचार क्रिया अनिवार्यता विकृती असणा-या रूग्णांसारखीच बीडीडी रूग्णांच्या जीवनाची गुणवत्ताही निम्न दर्जाची असल्यास आश्चर्य वाटणार नाही (इसहाक व सहकारी, २०१२).

एका अंदाजानुसार ७५ टक्क्यांपेक्षा जास्त बीडीडी रूग्ण मनोचिकित्सा उपचार (Psychiatric Treatment) वा मानसोपचार (Psychotherapy) घेण्याऐवजी त्वचा तज्ञ (Dermatologist) किंवा कायाकल्प तज्ञ (Plastic Surgeon) यांच्याकडे सामान्यपणे जातात (फिलिप्स व सहकारी, २००१). सौंदर्यवर्धक शल्यक्रिया (Cosmetic Surgery) करून घेणा-यांमध्ये बीडीडीची बाधा झालेल्या रूग्णांचे प्रमाण ८ ते २० टक्के इतके असल्याचा काही अभ्यास सांगतात (क्रेड व सहकारी, २००४; फिलिप्स, २००५). दुर्दैवाने काही अपवाद वगळता कायाकल्प तज्ञ या रूग्णांना मानसिक उपचाराची आवश्यकता सांगत नाहीत. त्यामुळे त्यांच्याकडून दिलेल्या सेवेतून या रूग्णांची मूळ मानसिक समस्या सुटत नाही (टिगनोल व सहकारी, २००७).

3.2. B. ii) कारक घटक (Causal Factors)

‘बीडीडी’बाबतचा जैवमानसिक दृष्टिकोन (A Biopsychosocial Approach To BDD)

‘बीडीडी’च्या कारणांचे आकलन अजूनही प्राथमिक अवस्थेत असले ती अलिकडच्या संशोधनातून काही एक वाजवी म्हणता येईल अशा जैवमानसिक सिद्धांतांची (Biopsychological) मांडणी होत आहे. शारीर रूपाबद्दलच्या संवेदित अतिचिंतेमध्ये (Perceived over-concern) आनुवंशिकतेचा मध्यम प्रमाणात सहभाग असू शकतो असे अलिकडील जुळ्यांवर झालेल्या संशोधनात (Twin Studies) दिसून आले आहे (मोंझानी व सहकारी, २०१२). दुसरे म्हणजे, ज्या सामाजिक-सांस्कृतिक वातावरणात आकर्षकता आणि शारीरिक सौंदर्यास फार महत्त्व दिले जाते तिथे लोक आकर्षकता हेच प्राथमिक मूल्य (Primary Value) म्हणून स्वीकारतात दिसतात. अशा पर्यावरणातील एका अभ्यासात तर ‘आकर्षकता नसल्यास आयुष्य अर्थहीन आहे’ असे वाटणा-यांचे प्रमाण ६० टक्क्यांच्या आसपास आढळले आहे! (बुहल्मन व विल्हेल्म, २००४). अशा पर्यावरणात लहानपणापासूनच वर्तनापेक्षा शारीरिक सौंदर्यावर भर दिला जातो, प्रबलन दिले जाते. ते नसल्यास वा त्याकडे कमी लक्ष दिल्यास टीका, मानहानी, हेटाळणी, भावनिक दुर्लक्षा व हेळसांडीला सामोरे जावे लागते असे ५६ ते ६८ टक्के लोकांनी सांगितल्याचे दुस-या संशोधनात आढळले आहे. एवढेच नव्हे तर जवळपास ३० टक्के लोकांना ह्या कारणामुळे शारीरिक अत्याचारालाही सामोरे जावे लागल्याचे निष्कर्ष दिसून आलेले आहेत (डीडी व सहकारी, २००६).

ठोस अशा पुराव्यांचा विचार करता, बीडीडी रूग्णांमध्ये आकर्षकतेसंदर्भातील माहितीकडे पूर्वग्रहयुक्त नजरेने पाहण्याची व चुकीचा अर्थ लावण्याची सवय दिसून आलेली आहे (बुहल्मन व विल्हेल्म, २००४). कुरूप, सुंदर इ.. सारख्या शारीरिक रूपासंदर्भातील विशेषणांकडे बीडीडी रूग्णांचे इतर शब्दांच्या तुलनेत फारच जास्त लक्ष असते आणि सामान्यांच्या तुलनेत इतरांच्या चेह-यावरील संदिग्ध भावांना (Ambiguous facial expressions) ते तिरस्कारयुक्त वा रागीट प्रतिक्रिया देताना दिसतात. स्वतःच्या चेह-याच्या प्रमाणाविषयाचे (Symmetry) मूल्यमापन करतानाही सामान्यांच्या तुलनेत त्यांच्या जास्त चुका होताना आढळतात (लॅम्ब्राऊ व सहकारी, २०११). कार्यात्मक चुंबकीय अनुनाद प्रतिमानिर्मिती (Functional Magnetic Resonance Imaging - fMRI) तंत्राद्वारे केलेल्या अभ्यासातून बीडीडी रूग्णांचा, सामान्यांच्या तुलनेत, दृश्य उद्दीपकांचे, विशेषतः चेह-याचे, जास्त सूक्ष्मतेने अवलोकन करण्याकडे ठळक कल आढळून येतो. दुस-या अशाच अभ्यासामध्ये बीडीडी रूग्ण स्वतःचा चेहरा पाहताना त्यांच्या मेंदूतील निरोधनाशी (inhibition) तसेच वर्तन व विचारांच्या ताठरतेशी (behaviour and thought rigidity) संबंधित असणारे भाग (Orbitofrontal Cortex and Caudate) सामान्यांच्या तुलनेत जास्त कार्यान्वित होताना दिसून आले आहेत (Feusner et al., 2010). मेंदूच्या पूर्व अग्र भागात (Pre Frontal Cortex) केल्या जाणा-या माहितीची जुळणी, नियोजन, संघटन अशा कार्यकारी केंद्राच्या प्रक्रियांच्या (Executive Functioning) कार्यक्षमतेत बीडीडी रूग्णांच्या बाबतीत त्रुटी आढळून आल्या आहेत. त्यामुळे हा आजार कालांतराने वाढताना दिसत असावा असा संशोधकांचा कयास आहे (Dunai et al., 2010).

3.2. B. iii) शारीर रूप बेढबता विकृती(बीडीडी) वरील उपचार (Treatment of Body Dysmorphic Disorder-BDD):

शारीर रूप बेढबता विकृती(बीडीडी) वरील उपचार हे विचारक्रिया अनिवार्यता विकृतीवरील (ओसीडी) उपचारांशी मिळतेजुळते आहेत. अवसादविरोधी औषधेसुद्धा उपचारासाठी मध्यम प्रमाणात उपयुक्त ठरताना दिसतात (फिलिप्स, २००४; फिलिप्स, पॅगानो व मेनार्ड, २००६). ओसीडीच्या तुलनेत बीडीडीवरील उपचारासाठी या औषधांची मात्रा थोडी तीव्र स्वरूपाची असावी लागते (हॅडले व सहकारी, २००६). मानसोपचाराचा विचार करता बोधनिक-वार्तनिक उपचारातील (Cognitive-Behavioural Intervention) संपर्कानुभव उपचार (Exposure Therapy) व प्रतिसाद प्रतिबंध उपचारांनी (Response Prevention Technique) ५० ते ८० रूग्णांमध्ये लक्षणीय सुधारणा झाल्याचे दिसून आले आहे. यामध्ये रूग्णास त्याच्या शारीर रूपाबाबत चिंता उत्पन्न करणा-या परिस्थितीचा अनुभव देऊन चुकीच्या धारणा नष्ट करण्यास व स्वतःच्या वास्तव रूपाचा आरोग्यपूर्ण स्वीकार करण्यास उद्युक्त केले जाते. तसेच सतत आरसा न्याहाळणे, इतरांना पुन्हापुन्हा विचारून रूपाची खातरजमा करून घेणे, काल्पनिक शारीर दोषांचे पुन्हापुन्हा परीक्षण करणे यांसारख्या विषमायोजित वर्तनांना प्रतिबंधही केला जातो. योग्य अशा पाठपुराव्यामुळे हे उपचार परीणामकारक होताना दिसतात (लूपर व किर्मायर, २००२; सर्वे व सहकारी, २००४).