

{Mood Disorders and Suicide}

①

classmate

Date _____
Page _____

4. भावविकृती आणि आत्महत्या

कृतिका ही कॉलेज विद्यार्थिनी आहे. तिचा वयस सर्व विषयात 'A' ग्रेड मिळतो. ती उत्कृष्ट वेळेत मानसशास्त्र प्रयोगशाळेत संशोधन सहाय्यक म्हणून काम करते. तिचा जवळचे खूप मित्र आहेत. तसेच ती तिच्या स्वप्नातल्या मुलासोबत 2 वर्षांपासून रिलेशनशिपमध्ये आहे. गोष्टी बदलत जाताना, जेव्हा तिचा बॉयफ्रेंड अनपेक्षितपणे तिचा सांगातो की, तो दुसऱ्यासाठी तिचा सोडून जात आहे. या स्फुरवातीच्या धक्क्यामुळे ती अनेक दिवस खूप रडत राहते. ती इतर नातेसंबंधाबाबत संशय व्यक्त करू लागली. यासोबतच ती तिच्या वगतील आणि संशोधन प्रयोगशाळेतील क्षमतेबाबत ही संशय घेऊ लागली. निर्णय घेणे हे तिच्यासाठी अग्निपरिक्षेसारखे वाटू लागले. तिच्यातील चैतन्य कमी झाले. आणि ती जास्तीत जास्त वेळ बिछान्यामध्ये घालू लागली. तसेच ती इतरांशी बोलायला नकार देऊ लागली. तिचे मद्यपानाचे प्रमाण टोकाला गेले. काही आठवड्यांच्या काळात तिचे ग्रेडस कमी झाले. कारण तिने लेक्चर केली नाही आणि झड्यासही केला नाही. तिचा 'संपूर्ण अपयशी' झाल्याचे वाटू लागले. तिचे मित्र तिचा तिच्या संपादनाबाबत सांगातचे पण तरीही तिचे स्वतःवर टीका करण्याचे प्रमाण हळूहळू वाढू लागले. शेवटी तिच्या पालकांनी तिचा चिकित्सात्मक मानसशास्त्रज्ञाला भेटण्यासाठी तयार केले.

कृतिका सोबत काही चुकीचे बदल होते का ? किंवा तिचा बॉयफ्रेंड तिचा सोडून गेल्यामुळे ती सामान्य मानवी भावना अनुभवत होती का ? मानसशास्त्रज्ञाने असा निष्कर्ष काढला की, ती गंभीर भावस्थिती विकृतीतून जात आहे, आणि तिचा उपचाराची गरज आहे. तिच्या लक्षणांची तीव्रता आणि बिछाडाच्या प्रमाणावरून तिचे निदान 'प्रमुख अवसाद विकृती' असे करण्यात आले. दुसरे म्हणजे तिच्यात गंभीर मद्यपानाची समस्या विकसित झाली होती. ती अनेक वेळा प्रमुख अवसाद विकृतीसोबत निर्माण होते.

आपत्त्यापैकी अनेक अण अनेक वेळेला अवसाह अनुभवतात. उदा. परीक्षेत नापास होणे, मित्रांशी भांडण, हवे ते कॉलेज किंवा नोकरी न मिळाल्याने प्रणयी नाते तुटल्यामुळे इ. या घटनांमुळे व्यक्ती अवसादी भाव अनुभवते. भावस्थिती विकृतीमध्ये भावनिक बदल हा अधिक आणि दीर्घकाळ पर्यंत होणारा असतो. तीव्र आणि सातत्यपूर्ण भावस्थितीतील अडथळ्यांमुळे व्यक्तीच्या नातेसंबंधात आणि कार्य निष्पादनात गंभीर समस्या वाढतात. भावस्थिती विकृतीमध्ये अनेक प्रकारचे अवसाह दिसतात. तसेच या विकृतीमध्ये अतिरेकी भावना भाव [उन्माद] आणि खालावलेल्या भावना [अवसाह] दिसतात. यामध्ये इतर नक्षणे उपस्थित असतात पण 'अपसामान्य भाव' हे याचे महत्त्वाचे वैशिष्ट्य आहे. भावस्थिती विकृतीतील दोन महत्त्वाच्या / प्रमुख भावना म्हणजे, अवसाह आणि उन्माद होय. अवसादांमध्ये अतिरेकी दुःख, खिन्नता, आणि औदासिन्य या भावनांचा समावेश होतो. उन्मादांमध्ये तीव्र आणि अवास्तव उत्तेजित आणि अत्यानेदाची भावना असते.

4.1 एकध्रुवीय अवसाह विकृती -

दुःख, निराशा, माडमेद आणि नैराश्य या भावनांशी अनेक लोक परिचित असतात. अवसादी भावना असुखकारक असते. जेव्हा आपण ती अनुभवतो. पण ही भावना दीर्घकाळ टिकत नाही. काही दिवस किंवा आठवड्यांच्या काळ झाला किंवा त्या भावनेने विशेष सधदा गाठली की ती नष्ट / कमी होत जाते. खर म्हणजे सौम्य किंवा शोच्या काळाची अवसादी भावना ही सामान्य असते. आणि तिथ्याशी समायोजन करता येते.

सौम्य अवसाह काही वेळेला आपत्त्याला खूपशी शक्ती / ऊर्जा वाया घालविण्यापासून वाचवतो. जीवनातील सामान्य वेदनांदाची घटना [उदा. व्यक्तीगत आंतरव्यक्तीगत किंवा द्वार्थिक नुकसान] अवसाह निर्माण

करतात हे लोकांना अपेक्षित असते पण अवसादाची तीव्रता आणि कालावधी जसा वाढत जाईल तशी ती एक विकृती बनत जाते.

A) प्रमुख अवसाद विकृती - [Major Depressive Disorder - MDD]

प्रमुख अवसाद विकृतीचा निदानात्मक निकष म्हणजे व्यक्ती प्रामुख्याने अवसादाचा अनुभव घेते. ती उन्माद, हायपोमॅनिक किंवा मिश्र अवस्थेचा अनुभव घेत नाही.

DSM-5 नुसार निकष -

① पुढील 5 किंवा अधिक लक्षणे 2 झाडवेडे उपस्थित असणे तसेच त्यामुळे झाधीन्ये कार्य बदललेले असणे.

- i) दिवसभर अवसादी भावस्थिती
- ii) जवळपास सर्व कार्य / कृती मधील आवड / रस आणि आनंद कमी होणे
- iii) वजन लक्षणीय रित्या कमी होणे किंवा वाढणे
- iv) जवळपास प्रत्येक दिवशी निद्रानाश [सोपेचा अभाव]
- v) मनोकारक उत्तेजन किंवा मंदन
- vi) बकवास किंवा शक्ती गमावणे
- vii) निरुपयोगी / अतिरेकी / अयोग्य अपराधी भावना
- viii) विचार करणे, लक्ष केंद्रीत करणे किंवा निर्णय घेणे या क्षमता कमी असणे / होणे.
- ix) मृत्यूचे विचार, आत्महत्येची लक्षणे किंवा आत्महत्येचा प्रयत्न वारंवार करणे.

② या लक्षणांमुळे व्यक्तींना लक्षणीय चिकित्सानयनाचा त्रास होणे किंवा तिच्या सामाजिक, व्यावसायिक आणि इतर महत्त्वाच्या क्षेत्रातील कार्यात बिघाड होणे.

③ ही लक्षणे इतर वैद्यकीय स्थितीद्वारे स्पष्ट करता न येणे.

④ प्रमुख अवसादी घटना इतर मानसिक विकृतींनी अधिक स्पष्ट करता न येणे.

⑤ व्यक्तीमध्ये उन्मादी किंवा हायपोमॅनिक अवस्था नसाव्यात. [अवसाद विकृतीबाबत पुढील बाकी महत्त्वाच्या आहेत.]

1] अवसाद ही वारंवार होणारी विकृती आहे. अवसादी अवस्था पुन्हा-पुन्हा निर्माण होते. उपचार केले नसल्यास अवसादी अवस्था 6 ते 9 महिने टिकून राहते. जवळपास 10 ते 20% MADP च्या लोकांमध्ये 2 वर्षांपर्यंत अवसादी लक्षणांच्या जोर कमी होत नाही. गंभीर अवसाद हा गंभीर बाल्यकालीन कौटुंबिक समस्यांशी आणि बाल्यकालीन चिंताग्रस्त व्यक्तींमधून यांच्याशी संबंधित आहे.

2] अवसाद जीवनभरात कधीही येऊ शकतो - एकध्रुवीय अवसादी विकृती अधिकतर उत्तर किशोरावस्था ते मध्य प्रौढावस्थे दरम्यान सुरु होते पण सध्याच्या संशोधनानुसार 1 ते 3% शाळेतील मुलांनाही ही विकृती होते असे दिसून आले आहे. तसेच प्रौढांपेक्षा लहान मुलांमध्ये या विकृतीच्या पुनरावृत्तीचा दर अधिक आहे. अवसादी विकृती प्रौढावस्थेनंतर देखील सुरु राहते. पण 65 वर्षांनंतरच्या लोकांमध्ये तिचे प्रमाण कमी आहे.

3] अवसादी विकृतीमध्ये विशिष्ट लक्षणांच्या समुहामुळे / आकृतीबंधामुळे काही विशिष्ट उपप्रकार पडतात ते पुढील तक्त्यात दर्शविले आहे.

Specifiers of Major Depressive Episodes	
Specifiers	वैशिष्ट्यपूर्ण लक्षणे
विषण वैशिष्ट्यांनी युक्त (उदासीन) →	पुढीलपैकी तीन वैशिष्ट्ये - सकाळी लवकर उठणे, सकाळी अवसाद अधिक त्रासदायक, मनोशारीरिक उत्तेजना किंवा मंदन, पचनक्षमता / वजन कमी होणे, अतिरेकी अपराधीभाव, शुणालक दृष्ट्या वेगळी अवसादी भावस्थिती
चेतापदरी वैशिष्ट्यांनी युक्त →	भ्रम, विभ्रम, अपराधी आणि निरुपयोगी भावना

Atypical वैशिष्ट्यांनी
युक्त →

भाव प्रतिक्रिया - सकारात्मक घटनांनी
उजळणे.

पुढील 4 पैकी 2 लक्षणे - वजन वाढणे
किंवा पचनक्षमतेत वाढ होणे, हाथपर -
सोपनिया, पक्षाघात [हात/पाय जड होणे]
आंतरव्यक्तिक नकारात्मक अति संवेदनशील होणे.

वर्तनदोष वैशिष्ट्यांनी
युक्त →

मनोकायिक लक्षणे, शारीरिक हालचाल
न होणे ते अनिरीकी हालचाल / कृतीशीलता,
बोलण्यात समस्या, ताठरता

हंगामी (ऋतुमानाप्रमाणे)
प्रकार →

मागील दोन वर्षात 2 किंवा अधिक
अवसादी घटना विशिष्ट / समान वेळी
घडणे [उदा. हिवाळा] आणि समानवेळी
अवसादानुन बाहेर येणे [उदा. वसंतऋतु]
त्या 2 वर्षात इतर विनहंगामी अवसादी
घटना नसणे.

B] सातत्यपूर्ण अवसाद विकृती - [persistent Depressive
Disorder]

सातत्यपूर्ण अवसाद विकृती पूर्वी सामान्य अवसाद
विकृती म्हणून ओळखली जात होती. या विकृतीमध्ये व्यक्ती
जवळपास संपूर्ण दिवसभर अवसादी भावस्थितीत असते. ही
स्थिती जवळपास 2 वर्षे असते. [मुले आणि किशोरांमध्ये
1 वर्षे]. तसेच या विकृतीत सामान्य भावस्थिती काही
दिवस ते काही आठवडे [जास्तीत जास्त 2 महिने] दिसून
येते. सामान्य भावस्थिती हे या विकृतीचे सर्वात महत्त्वाचे
वैशिष्ट्य आहे. ज्यामुळे MDD पासून ही विकृती वेगळी
करता येते. MDD प्रमाणे या विकृतीच्या व्यक्तीच्या
कार्य निष्पादनात अडथळे येतात तसेच जीवनाच्या मह-
त्त्वाच्या क्षेत्रात विघात निमण झालेला असतो.

DSM-5 नुसार निकष -

- ① दिवसभर अवसादी भावस्थिती
- ② पुढीलपैकी २ किंवा अधिक लक्षणे -
 - i) कमी मूख किंवा अतिखाणे
 - ii) निद्रानाश किंवा अती झोप
 - iii) कमी शक्ती / ऊर्जा किंवा शकवा
 - iv) कमी स्व - आदर
 - v) लक्ष केंद्रित करण्यात किंवा निर्णय घेण्यात अडथळे
 - vi) नैराश्याची भावना
- ③ वी) दोन वर्षांच्या कालावधीत २ महिन्यापेक्षा अधिक काळ १ आणि २ निकषांमधील लक्षणे असतात.
- ④ ADP ची लक्षणे सातत्याने २ वर्षे उपस्थित असतात.
- ⑤ हा बिघाड इतर मानसिक विकृतींनी अधिक स्पष्ट करता येणे.
- ⑥ उन्मादी किंवा सौम्य अवसादी उन्मादी अवस्था नसते.
- ⑦ ही लक्षणे इतर वैद्यकीय स्थितीमुळे निर्माण झालेली नसतात.
- ⑧ ही लक्षणे व्यक्तीच्या सामाजिक, व्यावसायिक आणि इतर महत्वाच्या क्षेत्रातील कार्यात बिघाड निर्माण करतात.

सातत्यपूर्ण अवसाद विकृतीचे जीवन भरतील प्रमाण २.५ ते ६% दरम्यान आहे. या विकृतीचा सरासरी कालावधी ५ ते ६ वर्षे असतो पण तो काही वेळेस २० वर्षे किंवा अधिक असू शकतो. या विकृतीची सुरुवात किशोरावस्थेत होते. एका १० वर्षांच्या अभ्यासानुसार या विकृतीचे ७५% लोक १० वर्षांच्या काळात बरे झाले आहेत. पण यातील ७१% लोकांमध्ये पुन्हा अवसादी लक्षणे दिसू लागली.

- v) कारण घटक - एकधुत्रीय अवसाद विकृतीची कारणे पुढीलप्र-
- i) जैविक कारण घटक - ① आनुवंशिक प्रभाव - कौटुंबिक अभ्यास दर्शवितात की, भाव विकृतीची व्याप्ती जवळपास दुप्पट ते तिप्पट रक्तसंबंधीत व्यक्तीमध्ये आहे ज्यांचे

निदान एकद्वयीय अवसाद असे केले आहे. जुळ्यांच्या अभ्यासातून AD ११ मध्ये आनुवंशिक प्रभाव मध्यम असल्याचे दिसते.

② मज्जारसायन घटक - अवसाद विकृतीमध्ये मज्जाश्रावांच्या संतुलनाचा मोठा प्रभाव पडतो. मोनोअमीन वर्गातील नॉरएपिनेफ्राइन आणि सेरोटोनिन या दोन मज्जाश्रावांच्या संबंध या विकृतीमध्ये आहे. यानुसार 'अवसादाची मोनोअमीन उपपत्ती' विकसित झाली आहे. हे दोन मज्जाश्राव वर्तन कृती, ताण, भावनिक प्रकटीकरण आणि पचन, शोष व उत्तेजना यांचे नियमन करण्यामध्ये भूमिका बजावतात आणि भावस्थिती विकृतीत यामध्ये झडथळे येतात.

③ ग्रंथी नियमन आणि प्रतिकार यंत्रणामधील अपसामान्यत्व - भावस्थिती विकृतीमध्ये 'hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis' आणि कॉर्टिसोल ग्रंथीश्राव यांची भूमिका महत्त्वाची आहे. HPA axis मध्ये कृतीशीलता वाढणे हे ताण प्रतिक्रियेशी संबंधित आहे. ज्यावर नॉर एपिनेफ्राइन आणि कॉर्टिसोलचे अंशतः नियंत्रण असते. कॉर्टिसोलमध्ये वाढलेली क्रियाशीलता अल्पकाळासाठी [जिवंत राहण्यासाठी] उपयुक्त आहे पण त्यामधील सातत्याने होणारी अति-क्रियाशीलता व्यक्तीला अपयकारक आहे. यानुसार उच्च रक्त-दाब, हृदयविकार, लक्ष्ण वाढीस लागतो. [अवसादी विकृतीमध्येही यात वाढ होताना दिसते.]

④ मज्जाशरीरशास्त्रीय प्रभाव - मेंदूतील anterior prefrontal cortex चा हाती झाल्यास अवसाद वाढीस लागतो. अवसादी लोकांच्या मेंदूच्या डाव्या अर्धगोलातील या भागामध्ये कृतीशीलता कमी तर उजव्या अर्धगोलातील या भागामध्ये अधिक कृतीशीलता दिसून येते. थायसोबन हिप्पोकॅंपस आणि अॅमिग्डाला यांच्याही अवसादाशी संबंध असल्याचे दिसते.

⑤ सोप आणि इतर जैविक घटक - अवसादी व्यक्तीच्या सोपेमध्ये दृढतेने येत असतात. तिना सोप लागत नाही, सोपेमध्ये जाग येणे, सकाळी लवकर जाग येणे इ. समस्या तिना निर्माण होतात. थाचबरोबर Circadian Rhythms [२५ तासांचे चक्र] आणि अवसाद यांच्या जवळच्या संबंधाच्या संशोधकांचे मत आहे. तसेच सूर्यप्रकाश आणि त्रहून यांच्याही अवसादावर प्रभाव पडतो. बहुसंख्य लोकांमध्ये हिवाळ्यात अवसादी लक्षणे दिसतात तर उन्हाळ्यात ती नाहीशी होतात.

⑥ लिंगभिन्नतेचे जैविक स्पर्शिकरण - लिंगभिन्नता आणि अवसाद यावरील संशोधनामध्ये सातत्य नाही. पण तरीही काही अभ्यासानुसार अवसादाबाबत महिलांमध्ये पुरुषांपेक्षा अधिक आनुवंशिक प्रवणता असते. पण इनेक अभ्यासात या निष्कर्षाला पुष्टी मिळालेली नाही.

ii) मानसशास्त्रीय कारण घटक - एकध्रुवीय भावस्थिती विकृतीमध्ये मानसशास्त्रीय कारण घटक महत्त्वाचे असल्याचे पुरावे आढळून आले आहेत.

① ताणपूर्व जीवन घटना - जीवनातील ताणजन्य घटनांना योग्यरितीने हाताळता न आल्याने प्रमुख अवसाद विकृती विकसीत होते. उदा., जवळची व्यक्ती हरवणे, घनिष्ठ नाते संबंधांना धोका निर्माण होणे, तीव्र आर्थिक / आरोग्याच्या समस्या इ.

② प्रवणतेचे विविध प्रकार आणि एकध्रुवीय अवसाद - ताणपूर्ण जीवन घटनांचा अनुभव घेताना अवसाद विकसीत होणे याबाबत काही लोक अधिक प्रवणतातर काही लोक कमी प्रवणता दर्शवितात. संशोधनाच्या निष्कर्ष दर्शविता की व्यक्तीमत्त्वाच्या neuroticism [भावनिक दृष्ट्या अस्थिर] हा घटक

अवसादी विकृतीमध्ये प्रवणता घटक म्हणून कार्य करतो. या व्यक्तीमत्वाचे लोक नकारात्मक भावना [दुःख, चिंता, अपराधीभाव, वैरभाव, इ.] अनुभवतात. याचबरोबर इच्च प्रकारची अंतुर्मुखता देखील काही प्रमाणात अवसादांमध्ये प्रवणता घटक म्हणून कार्य करते. नकारात्मक विचार पद्धती हा देखील प्रवणता घटक असल्याचे दिसून द्यावे आहे.

③ मनोगतिक सिद्धांत -

फ्रॉइड आणि कार्ल अब्राहम [1927] यांच्या मते जवळच्या व्यक्तीच्या मृत्यूमुळे व्यक्ती विकासाच्या मौखिक अवस्थेमध्ये जाते. ज्यामध्ये ती स्वतः आणि इतर असा फरक करू शकत नाही. त्यामुळे त्यांच्या स्वतः बाबत आणि गमावलेल्या व्यक्तीबाबत समान भावना असतात. या भावनांमध्ये राग आणि वैरभाव असतो. कारण फ्रॉइडच्या मते ज्यांच्यावर आपण प्रेम करतो त्यांच्याबद्दल आपण अबोधपणे नकारात्मक भावना बाळगून असतो. रागाची भावना स्वतःकडे आत वळविणे म्हणजेच अवसाद होय ही मनोगतिक सिद्धांत कल्पना आहे. फ्रॉइडच्या मते अवसाद ही काल्पनिक / सौकेतिक गमावणे याला दिलेली प्रतिक्रिया असते.

④ वर्तनवादी सिद्धांत -

वर्तनवादी सिद्धांताच्या मते जेव्हा व्यक्ती तिच्या प्रतिक्रियांमधून सकारात्मक प्रवर्तनीकरण निर्माण करीत नाही किंवा जेव्हा त्यांच्या नकारात्मक अनुभवांचे प्रमाण वाढत जाते. तेव्हा ती अवसादी बनते.

⑤ बेक या बोधात्मक सिद्धांत -

बेकच्या मते अपकायत्मिक श्रद्धा / विश्वास ज्यांना अवसादात्मक रचना म्हणतात. यामध्ये ताठरता, अतिरेकीपणा आणि अनुत्पादकता असल्यास अवसादी विकृती विकसित होते. तसेच नकारात्मक स्थापित विचार आणि स्वतःबाबत,

जगाबाबत आणि भविष्याबाबत नकारात्मक बौध्द
थातून अवसाद विकसित होतो.

⑥ असहाय्यता आणि निराशावाद सिद्धांत -
ज्या व्यक्ती जेव्हा परिस्थितीमध्ये असहाय्यता अनुभवते
तेव्हा ती अवसादी बनते. तसेच ज्या व्यक्तीची निरा-
शावादी आरोपन शैली बदलते त्यांच्यात अवसाद विकसित होतो.

⑦ इतर घटक - आंतरव्यक्तीक समस्या, सामाजिक आधा-
राची कमतरता, तसेच सामाजिक कौशल्यांची कमतरता
यामुळे अवसादी भावना वाढिस लागते.

4.2 द्विध्रुवीय आणि संबंधित विकृती [Bipolar and
Related Disorders] -

द्विध्रुवीय विकृती या एकध्रुवीय विकृतीपेक्षा
वेगळ्या आहेत. या विकृतीमध्ये उन्मादी अवस्था दिसते.
त्यासोबत अवसादी अवस्थाही उपस्थित असते. उन्माद
म्हणजे तीव्र, वाढलेल्या, अतिरेकी भावना तसेच अत्या-
नंदाची भावना होय. तसेच यामध्ये हिंसक, चिडचिड
करण्याची भावनाही समाविष्ट असतात. उन्मादाशिवाय
काही व्यक्तीमध्ये सौम्य उन्मादी लक्षणेही दिसतात.

A] चक्राकार विकृती [Cyclothymic Disorder] -
काही लोक चक्राकार भाव बदल अनुभवतात,
जे सामान्यापेक्षा अधिक गंभीर आहे. चक्राकार विकृती
म्हणजे 2 वर्षांपर्यंत सौम्य उन्मादी लक्षणांचा पुन्हा-पुन्हा
अनुभव घेणे होय. हा द्विध्रुवीय विकृतीचा कमी गंभीर
प्रकार आहे. कारण यामध्ये तीव्र भावना आणि वर्तन
बदल नसतात. तसेच यामध्ये चेतापदरी वैशिष्ट्ये आणि
लक्षणीय विघाड ही दिसत नाही. चक्राकार विकृतीमधील
सौम्य उन्मादी लक्षणे ही सातत्यपूर्ण अवसाद विकृती-
मधील लक्षणांच्या विरुद्ध असतात.

या अवस्थेत व्यक्ती सर्जनशील आणि उत्पादनशील बनते कारण तिच्यात शारीरिक आणि मानसिक ऊर्जा वाढलेली असते. या विकृतीचे निदान करण्यासाठी सौम्य उन्माद आणि अवसादी लक्षणे २ वर्ष (मुळे आणि किशोरांसाठी १ वर्ष) असावी लागतात तसेच या लक्षणांमुळे चिकित्सानयन लक्षणीय त्रास किंवा कायमिष्टे बिघाड निर्माण झालेला असावा. चक्राकार विकृतीच्या व्यक्तीमध्ये द्विध्रुवीय - I किंवा II विकृती निर्माण होण्याचा धोका अधिक वाढलेला असतो.

चक्राकार विकृतीच्या अवसादी अवस्थेमध्ये शान्त्यपूर्ण अवसाद विकृतीची लक्षणे दिसतात. [कानावधी हा निकष सोडून] यामध्ये व्यक्ती निराश, विन्नतेची भावना अनुभवते. तसेच ती आत्ताच्या किंवा आधीच्या कृतीमधील आवड आणि शुभ वमावण्यांचा अनुभव घेते. थांबरोबरच कमी शक्ती, अपुरेपणाची भावना, सामाजिक दुरावा आणि निराशावादी अमिठती ही लक्षणेही दिसतात.

४) द्विध्रुवीय विकृती (I आणि II) - (Bipolar Disorder)

६ व्या शतकामध्ये उन्माद आणि अवसाद यांचे वारंवार होणारे चक्र ओळखले गेले होते. १८९९ मध्ये केपलिनने 'उन्मादी - अवसादी वेडेपणा' [Manic-depressive insanity] ही संकल्पना प्रथम वापरली आणि तिचे चिकित्सानयन चित्र स्पष्ट झाले. या विकृतीचे वर्णन केपलिनने उन्मादी - अवसादी अरक्यांची सानिका असे केले आहे. आज आपण या विकृतीला द्विध्रुवीय विकृती म्हणतो, यण यामध्ये उन्माद - अवसाद या संकल्पना अचूकही वापरल्या जातात.

द्विध्रुवीय विकृती - I - ही विकृती NPD चेशा वेगळी असून यामध्ये उन्मादी अवस्था उपस्थित असते. यामध्ये पूर्ण उन्मादी अवस्था आणि प्रमुख अवसादी अवस्था यांची लक्षणे मिश्र स्वरूपात एक आठवड्यामर्यत

दिसतात. ही लक्षणे एकतर संमिश्र असतात किंवा जलद बदलणारी असतात. संमिश्र अवस्था क्वचित दिसते पण सध्याच्या 18 अभ्यासानून असे दिसते की जवळपास 28% लोक [विकृतीग्रस्त] काही वेळेला संमिश्र अवस्थेचा अनुभव घेतात.

अनेक रूग्ण उन्मादी अवस्थेमध्ये अवसादी भाव, चिंता, अपराधीभाव आणि आत्महत्येचे विचार अशी लक्षणे दर्शवितात. जर व्यक्ती फक्त उन्मादी लक्षणे दर्शवित असेल तर त्याला द्विध्रुवीय विकृती समजले जात नाही. काही संशोधक या विकृतीला एकध्रुवीय उन्माद विकृती किंवा शुद्ध उन्माद [pure mania] म्हणतात. परंतु यावर टीकाकार म्हणतात की, ही विकृती द्विध्रुवीय आहे. याने अवसादी लक्षणे सौम्य स्वरूपात असतात त्यामुळे ती ओळखली जात नाहीत. काही संशोधक ~~या विकृतीला~~

द्विध्रुवीय विकृती - II -

DSM-5 नुसार द्विध्रुवीय विकृती - II मध्ये व्यक्ती तीव्र उन्मादी (किंवा मिश्र) अवस्था अनुभवत नाही पण ती स्पष्टपणे सौम्य उन्मादी अवस्था तसेच प्रमुख अवसादी अवस्था अनुभवते. ही विकृती द्विध्रुवीय - I पेक्षा अधिक सामान्य आहे. अमेरिकेतील 2 ते 3%, लोकसंख्या यात दोनपैकी एक विकृतीने ग्रस्त आहेत. द्विध्रुवीय - I विकृती, द्विध्रुवीय - II विकृतीत 5 ते 15% केसेसमध्ये विकसित होतात. MADDD चे निदान झालेल्या 40% व्यक्तीमध्ये द्विध्रुवीय - II विकृती दिसून येते.

द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये स्त्री - पुरुष प्रमाण समान असल्याचे दिसते. तसेच या विकृतीची सुरुवात किशोरावस्था किंवा पूर्ण प्रौढावस्थेमध्ये होते. सुरुवात होण्याचे सरासरी वय 18 ते 22 वर्षे आहे. द्विध्रुवीय - II विकृतीचे सुरुवातीचे

वय हे द्विध्रुवीय - I विकृती नंतर संशयशी 5 वर्षे आहे. द्विध्रुवीय I आणि II या दोन्ही विकृती वारंवार होणाऱ्या असून लोक यातील एका अवस्थेचा अनुभव घेण्याचे प्रमाण दुर्मिळ आहे. 2 लोकांमध्ये उन्मादी अवस्थेनंतर लगेच अवसादी अवस्था येते. इतर केसेसमध्ये उन्मादी आणि अवसादी अवस्था सामान्य कार्यात्मकतेने [स्थितीने] वेगळ्या केल्या जातात.

द्विध्रुवीय विकृतीचे उल्लेख करणारे लक्षणमुक्त अवस्थेचा अनुभव घेतात. 20 ते 30% लोक लक्षणीय व्यावसायिक किंवा आंतरव्यक्तिक बिघाडाचा अनुभव घेतात. आणि 60% गंभीर व्यावसायिक किंवा आंतरव्यक्तिक समस्या अनुभवतात. एकध्रुवीय प्रमुख अवसादाप्रमाणे द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये हंगामी आकृतीबंध दिसून येतो.

v कारण घटक [Causal factors] -

द्विध्रुवीय विकृतीच्या कारणांमध्ये जैविक कारणे अधिक प्रभावी असल्याचे संशोधनानुन दिसते. याउलट, मानसशास्त्रीय कारणांकडे कमी लक्ष दिल्याचे दिसते. बहुतांशी संशोधने द्विध्रुवीय-I विकृतीवर लक्ष केंद्रित करतात.

i) जैविक कारण घटक - द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये अनेक जैविक घटक कारण म्हणून ओळखतात. त्यामध्ये आनुवंशिकता, मज्जारसायने, ग्रंथीस्त्राव, मज्जाशरीरशास्त्रीय आणि जैविक चक्र प्रभाव यांचा समावेश होतो.

① आनुवंशिक प्रभाव -

एकध्रुवीय विकृतीपेक्षा द्विध्रुवीय - I विकृतीमध्ये आनुवंशिक प्रभाव अधिक आहे. ज्या व्यक्तीचे अवलंबून नानलग द्विध्रुवीय - I विकृतीचे आहेत. त्यांच्यात द्विध्रुवीय

विकृती होण्याचे प्रमाण अवलपास 8 ते 10% आहे. तर सामान्य लोकसंख्येमध्ये हे प्रमाण 1% आहे. तसेच ज्या व्यक्तीने जातलग द्विध्रुवीय विकृतीचे आहेत. त्यांच्यात एकध्रुवीय प्रमुख अवसाद विकृती होण्याचा धोका वाढतो.

एकबीज जुळ्यांमध्ये द्विध्रुवीय विकृतीचे प्रमाण अवलपास 60% तर द्विबीज जुळ्यांमध्ये 12% आहे. [Kelsey, 1997]. द्विध्रुवीय विकृती ही बहुजनक [polygenic] आहे. पण अनेक घट्यांसातून द्विध्रुवीय विकृतीमधील आनुवंशिक प्रभाव सातत्याने दिसून येत नाही.

② मज्जारसायने - अवसाद विकृती ही नॉरएपिने-फ्रॉइन किंवा सेरोटोनिन यांच्या कमतरतेमुळे निर्माण होते तर उन्माद या मज्जारसायनांच्या अतिरेकी वाढीमुळे निर्माण होते. उन्मादी अवस्थेत नॉरएपिने-फ्रॉइनमध्ये कृतीशीलता वाढते तर अवसादी अवस्थेमध्ये कमी होते. पण सेरोटोनिन कृतीशीलता उन्मादी आणि अवसादी क अवस्थेमध्ये कमी होते. टोपामीन कृतीशीलता वाढल्यामुळे व्यक्तीमध्ये उन्मादी लक्षणे [अतिकृतीशीलता, भयता, अत्यानेद] दिसून येतात.

③ ग्रंथीस्त्राव निवमन यंत्रणेमध्ये अपसामान्यत्व - द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये HPA axis ची भूमिका महत्त्वाची आहे. द्विध्रुवीय अवसादांमध्ये कॉर्टिसोलची पातळी वाढते. पण उन्मादी अवस्थेमध्ये ती नेहमी वाढते असे नाही.

द्विध्रुवीय विकृतीचे लोक अवसादी अवस्थेमध्ये असताना Dexamethasone [उन्माद कमी करणारे औषध] suppression test (DST) मध्ये अपसामान्यत्व दर्शवितात.

पण उत्पादी अवस्थेमध्ये DST अपसामान्यत्वाचे प्रमाण सामान्यपणे कमी दिसून येते. संशोधनातून असे दिसते की, HPA axis मध्ये अपसामान्यत्व निर्माण झाल्यामुळे द्विध्रुवीय विकृती निर्माण होते.

④ मज्जाशरीरशास्त्रीय प्रभाव -

PET स्कॅनिंगमधून असे दिसते की, अवसादी आणि उन्मादी अवस्थेमध्ये मेंदू-शर्करा-चयापचय दरामध्ये [brain glucose metabolism rates] बदल होतात. तसेच अवसादी अवस्थेमध्ये डाव्या मेंदूच्या पुढील कॉर्टेक्समध्ये रक्तप्रवाह कमी होतो तर उन्मादी अवस्थेमध्ये या भागात रक्तप्रवाह वाढतो. द्विध्रुवीय विकृतीच्या लोकांमध्ये मेंदूच्या पुढील कॉर्टेक्समध्ये कृतीशीलता कमी होत असल्याचे दिसते. यामुळे या लोकांमध्ये समस्या सोडविणे,

नियोजन, कार्यरत स्मृती, अवधान बंदन आणि अवधानातील स्मृत्य [बोधात्मक कायमिधील] यामध्ये कमतरता दिसते. मेंदू अभ्यासातून असे दिसते की, बेशक गॅंग्लीया आणि अॅमिग्डाला यांचा आकार द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये मोठा होतो तर एकध्रुवीय अवसादांमध्ये कमी होतो. याबरोबरच PARI तंत्राच्या अभ्यासातून असे दिसते की द्विध्रुवीय विकृतीच्या लोकांमध्ये कॉर्टेक्सखालील मेंदूच्या विविध भागांमध्ये कृतीशीलता वाढलेली असते.

⑤ झोप आणि इतर जैविक चक्रे -

जैविक चक्रे [24 तासांचे चक्र] आणि द्विध्रुवीय विकृती यांच्यात अवकाशा संबंध आहे. उन्मादी अवस्थेत रुग्णा कमी झोप घेतो हे उन्मादाचे महत्त्वाचे वैशिष्ट्य आहे. याउलट अवसादी अवस्थेत ती खूप अधिक झोप घेते. तसेच या दोन अवस्थेमध्ये रुग्णा झोपेच्या समस्या अनुभवतो. द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये हेरागी आकृतीबंध दिसून येतो. एकूणच त्यांच्या दैनंदिन चक्रामध्ये समस्या निर्माण झालेल्या असतात.

ii) मानसशास्त्रीय कारणां घटक -

द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये मानसशास्त्रीय कारण घटक संबंधीत असल्याचे दिसून येते. या घटकांमध्ये ताणपूर्ण जीवनधरता, निम्न सामाजिक आधार, काही व्यक्तीमत्त्व गुण आणि बोधात्मक शैली यांचा समावेश होतो.

① ताणपूर्ण जीवन धरता -

द्विध्रुवीय विकृतीमध्ये ताणपूर्ण जीवन धरता महत्त्वाची भूमिका बजावतात. बाल्यकालीन ताणपूर्ण धरता उदा. शारीरिक आणि लैंगिक गैरवर्तन) आणि सध्याची जीवन ताणके [उदा. मित्र आणि जोडीदारासोबतच्या समस्या, धार्मिक अडचणी] यामुळे द्विध्रुवीय विकृती अधिक विकसित होते तसेच ती पुन्हा - पुन्हा होण्याची शक्यता वाढते.

② इतर मानसशास्त्रीय घटक -

इतर सामाजिक - वातावरणीय घटकांचा प्रभाव द्विध्रुवीय विकृतीवर होतो, उदा., एका अभ्यासात असे दिसते की, तिला सामाजिक आधारामुळे अवसादी अवस्था पुन्हा - पुन्हा निर्माण होते. व्यक्तीमत्त्व आणि बोधात्मक घटकांचा प्रभावदेखील द्विध्रुवीय विकृतीवर होतो. उदा., भावनिकदृष्ट्या अस्थिर व्यक्तीमत्त्व असणाऱ्या व्यक्तीमध्ये अवसाद आणि उन्मादाची लक्षणे अधिक दिसतात. याबरोबरच निराशावादी आरोपन शैली असणारे लोक नकारात्मक जीवन- धरतांमध्ये अवसादी लक्षणे अधिक प्रमाणात दर्शवितात. याबरोबरच ते उन्मादी लक्षणेही अधिक प्रमाणात दर्शवितात.

4.3 भावविकृतीचे उपचार [Treatments]

भावविकृतीचे अनेक रूग्ण (विशेषतः एकध्रुवीय विकृती) उपचार घेत नाहीत. औपचारिक उपचार शिवाय अनेक व्यक्ती उन्माद आणि अवसादांमधून एक वर्षाच्या आत बचा [तात्पुरत्या] होतात. व्यक्तीगत त्रास मोठ्या प्रमाणात झाल्यास तसेच उत्पादनशीलता कमी झाल्यास लोक उपचार घेतात. 1997-1998 पासून अवसादासाठी उपचार घेण्याचे प्रमाण अधिक वाढले आहे. तरीही भावविकृतीचे 40% लोक पुरेसे उपचार घेतात तर 60% लोक उपचार घेत नाहीत किंवा अपुरे उपचार घेतात. [Khang, Lane et al., 2005]. तीव्र एकध्रुवीय उन्माद आणि द्विध्रुवीय विकृतीचे लोक अधिक प्रमाणात उपचार घेतात. (Kessler et al., 2007). भावविकृतीच्या उपचारांमध्ये प्रामुख्याने औषधोपचार, पर्यायी जैविक उपचार आणि मानसोपचारांचा समावेश होतो.

अ) औषधोपचार [pharmacotherapy] -

अवसादरोधी, भाव-स्थिरक आणि चिंतरोधी औषधे एकध्रुवीय आणि द्विध्रुवीय विकृतीच्या उपचारासाठी वापरतात. अवसादरोधी औषधांच्या प्रकारांमध्ये मोनोअॅमिन ऑक्सिडेज इनहिबिटर्स [MAOIS] हे औषध अवसादासाठी वापरले जाते, पण याचे घातक परिणाम [side effects] होत असल्याकारणाने सध्या ते वापरले जात नाही. 1960 ते 1990 दरम्यान द्रायसायक्लीक अवसादरोधी [TCAS] हे औषध वापरले जात होते, या औषधामुळे 50% रूग्ण सुधारणा झाल्याचे दर्शित होते, पण याचेही असुखकारक साईड इफेक्ट काही लोकांमध्ये दिसत होते. [उदा., तोंड कोरडे पडणे, मूळब्याध, लैंगिक अपकार्यत्मिकता, वजन वाढणे], त्यामुळे आता मनोचिकित्सक selective serotonin reuptake inhibi-
tors [SSRIS] हे औषध वापरतात.

SSRIS हे औषध तीव्र अवसादासोबत सौम्य अवसादाच्या उपचारांसाठीही वापरले जाते. ही औषधे 3 ते 5 झाठवड्यांनी परिणाम दाखवितात. लिथियम इप्यार झाना खूपच अधिक प्रमाणात वापरले जातात. लिथियम भाव स्थिरक म्हणून अवसाद आणि उन्माद अवस्थेच्या उपचारांमध्ये वापरले जाते. लिथियम उपचाराचे देखील काही असुखकारक परिणाम होतात. लिथियमचा दीर्घकाळ वापर केल्यास कीडनीमध्ये अपकायत्मिकता निर्माण होते किंवा कीडनी कायमची निकामी होण्याची शक्यता असते.

पाठीमागील काही दशकांमध्ये आणखी एक प्रकारचे औषध द्विध्रुवीय विकृतीच्या उपचारांमध्ये उपयोगी ठरताना दिसते. ते म्हणजे Anticonvulsants [e.g., carbamazepine, divalproex, and valproate] होय. जे रूग्ण लिथियमला प्रतिशब्द देत नाहीत. त्यांच्यासाठी हे औषध प्रभावी ठरते. द्विध्रुवीय किंवा एकध्रुवीय अवसाद विकृतीचे लोक मनोविक्षिप्तीची लक्षणं दाखवितात [विभ्रम व भ्रम] यांच्यासाठी चित्तरोधी औषधे [Antipsychotic medications] अवसादरोधी किंवा भाव-स्थिरक औषधांसोबत वापरली जातात.

B) पर्यायी जैविक उपचार - [Alternative Biological Treatments]

औषधोपचारासोबत इतर पर्यायी जैविक उपचार वापरले जातात. हे उपचार पुढीलप्रमाणे -

- ① विद्युत्केपचिकित्सा उपचार [Electroconvulsive Therapy] अवसादरोधी औषधांच्या परिणाम दिसून येण्यासाठी 3 ते 4 झाठवडे कालावधी लागता. त्यामुळे गंभीर अवसादी रूग्णांसाठी विद्युत्केपचिकित्सा उपचार [ECT] नेहमी वापरले जातात. त्याचबरोबर त्यांच्यामध्ये आत्महत्येची लक्षणं (बोका) अधिक असता.

तसेच ज्योच्यात मनोविक्षिप्तीची लक्षणे असतात, त्यांच्यासाठी ECT प्रभावी ठरते. जे रूग्ण अवसादरोधी औषधे घेत नाहीत त्यांच्यासाठीही ECT वापरली जाते. एक दिवस - आठ ते 12 वेळा ECT दिल्याने रूग्णाची अवसाद लक्षणे नाहीशी होतात. ECT ही उन्मादी लक्षणांसाठी देखील उपयुक्त असल्याचे संशोधनातून दिसते. ECT मुळे 80% उन्मादी रूग्णांमध्ये सुधारणा झाल्याचे दिसते.

② ट्रान्सकॅनियल मॅग्नेटिक स्टिमुलेशन [TMS] -
मागील दशकापासून TMS ही एक पर्यायी त्रैविक उपचार पद्धती म्हणून लक्ष वेधून घेत आहे. TMS हे जाव्या रूग्णाच्या मेंदूला उत्तेजन देण्याचे एक तंत्र आहे. रूग्णाच्या डोक्याभोवती चुंबकीय क्षेत्र निर्माण करून मेंदूच्या विविध भागास विद्युत्कीय कृतीशीलता निर्माण केली जाते. ही प्रक्रिया वेदनादायी नसून हजारो उत्तेजना प्रत्येक सेशनमध्ये दिल्या जातात.

हे उपचार आठवड्यातून 5 दिवस असे 2 ते 6 आठवडे चालतात. हे उपचार काही रूग्णांसाठी प्रभावी ठरतात, तर काहींसाठी नाहीत. TMS हे उपचार एकध्रुवीय अवसादी रूग्णांसाठी अधिकतर वापरले जातात. TMS उपचारांचा एक फायदा म्हणजे याचा व्यक्तीच्या बोधात्मक निष्कादनावर आणि स्मृतीवर विपरीत परिणाम होत नाही (जो ECT उपचारांमध्ये होण्याची शक्यता असते). याचसोबत TMS उपचार लहान मुले आणि किशोरांसाठीही वापरणे सुरक्षित असते.

③ डीप ब्रेन स्टिमुलेशन [Deep Brain Stimulation] -
जे अवसादी रूग्ण इतर उपचारांना प्रतिसाद देत नाहीत त्यांच्यासाठी ही उपचार पद्धती वापरली जाते. यामध्ये मेंदूमध्ये खोलवर इलेक्ट्रोड लावले जातात. त्यात इलेक्ट्रिक करंट सोडून मेंदूचे भाग उत्तेजित केले जातात. यावर अधिक संशोधनाची गरज आहे. याला

प्राथमिक संशोधने दर्शितान की, ही उपचार पद्धती नीव अवसादासाठी उपयुक्त आहे.

④ ब्राइट लाइट उपचार [Bright light therapy] -
मागील दशकामध्ये ब्राइट लाइट ही एक पर्यायी जैविक उपचारपद्धती समोर आली आहे. ही उपचार पद्धती प्रामुख्याने हंगामी अवसादी विकृतीसाठी वापरली जाते, पण आता निची उपयुक्तता विनहंगामी अवसादासाठीही वाढताना दिसत आहे.

मानसोपचार [Psychotherapy] -

1970 नंतर मानसोपचारांचे विविध प्रकार विकसित झाले हे उपचार एकद्वुवीय अवसादासाठी प्रभावी सिद्ध झाले आहेत, हे उपचार औषधपचारांसोबत दिल्यामुळे अवसादी लक्षणे लक्षणीयरीत्या कमी होतात. तसेच हे उपचार द्विद्वुवीय विकृतीसाठीही उपयोगी ठरतात. मानसोपचारांचे प्रकार पुढीलप्रमाणे -

① बोधात्मक - वर्तनवादी उपचार -

[Cognitive - Behavioural Therapy - CBT]

एकद्वुवीय अवसादासाठी बोधात्मक - वर्तनवादी उपचारपद्धती प्रभावी ठरते. ही उपचारपद्धती वैक आणि सहकाऱ्यांनी विकसित केली. हे उपचार 10 ते 20 सेशनमध्ये पूर्ण केले जातात. यामध्ये प्रामुख्याने रुग्णाच्या सहाय्याच्या समस्येवर लक्ष केंद्रीत केले जाते. उदा., एकद्वुवीय अवसादी रुग्णांना त्यांच्या अपकार्यात्मिक प्रवृत्ती आणि नकारात्मक स्वायत्त विचार यांचे पद्धतशीरपणे मुन्यभाषन करण्यास उपचारक शिकविते. यान्यवेर त्यांचे पूर्वग्रह किंवा माहिती प्रक्रियेमधील चुका ओळखून त्या दुरुस्त करण्यास सांगितले जाते.

तसेच अवसादी वृद्धीतके आणि प्रकृष्टा यांना उघड करून त्यांना आत्मन देखील सांगितले जाते. या उपचारांमध्ये रुग्णांना त्यांच्या प्रकृष्टा त्या सिद्धांत - कल्पनेप्रमाणे मानून त्या वर्तनवादी प्रयोगांच्या साहाय्याने तपासण्यास सांगितले जाते. [उदा., रुग्ण - उपचारक संवाद] बोधात्मक उपचारक अर प्रशिक्षित झालेल तर अवसादी विकृतीसाठी औषधोपचारांपेक्षा ही उपचारपद्धती प्रभावी ठरते. या उपचारांमुळे अवसादी लक्षणे पुन्हा निर्माण होण्याला प्रतिबंध होतो. सध्याच्या संशोधनातून असे दिसते की CBT आणि औषधोपचार चांभीर अवसादाच्या उपचारांमध्ये समान प्रभावी ठरतात.

बोधात्मक उपचारांचा आणखी एक प्रकार म्हणजे 'सावधपणावर आधारित बोधात्मक उपचार'

[mindfulness - based cognitive Therapy] होय.

त्यांच्यामध्ये अवसादी लक्षणे पुन्हा - पुन्हा निर्माण होताना त्यांच्यासाठी ही उपचारपद्धती वापरली जाते. या उपचारांमागील तर्क असा की, ज्या लोकांमध्ये अवसादी लक्षणे पुन्हा - पुन्हा निर्माण होताना कारण ते जेव्हा अवसादी स्थितीत असतात तेव्हा त्यांची नकारात्मक विचार प्रक्रिया कृतीशील होते. या उपचारांमध्ये त्या व्यक्तीचे नकारात्मक विचार बदलण्यावर भर न देता, ते त्यांचे विचार, भावना आणि शारीरिक वेदना कशापद्धतीने अवसादाशी जोडतात. त्यामध्ये बदल करण्यावर भर दिला जातो. या उपचारांमध्ये उपचारक ध्यान धारणा

[meditation] तंत्राच्या साहाय्याने रुग्णांमध्ये त्यांच्या नकोश्या भावना, विचार आणि वेदने यांची आणखी विकसीत करतो. त्यामुळे रुग्ण या गोष्टी राबण्याचा प्रयत्न न करता त्या स्वीकारण्यास शिकतो आणि हे विचार त्या क्षणापुरते आहेत. त्यांचा प्रभाव वास्तवात नाही हेही तो शिकतो.

एकेदरीत CBT उपचारपद्धती एकद्वितीय अवसादासाठी तसेच औषधोपचारांसोबत वापरल्यास द्विद्वितीय विकृतीच्या

उपचारांसाठीही प्रभावी ठरते.

② वार्तनिक कृतीशीलता उपचार

[Behavioural Activation Treatment] -

एकध्रुवीय अवसादाच्या उपचारांसाठी नवीन आणि खात्रीशीर उपचार पद्धती म्हणजे वार्तनिक कृतीशीलता उपचार होय. या उपचाराचा भर हा रुग्णाला जास्तीत जास्त कृतीशील बनविणे आणि त्याच्या परिस्थितीमध्ये तसेच आंतरव्यक्तिक नात्यांमध्ये गुंतवून ठेवणे यावर आहे. या तंत्रामध्ये रुग्णाला रोज उपक्रम / कार्ये दिली जातात आणि त्यांचे आनंद तसेच नैपुण्य या आधारे मूल्यमापन केले जाते. नवनवीन वर्तनाद्वारे घुस्से रोपवून करणे, भूमिका वठविणे यानुन रुग्णाच्या कमतरता दूर करणे हे उपचाराचे काम असते. या उपचारांमध्ये रुग्णाचे बोधात्मकतेमध्ये प्रत्यक्ष बदल न करता त्याच्या वर्तन बदलावर भर दिला जातो. ही उपचार पद्धती बोधात्मक उपचारांप्रमाणे प्रभावी असल्याचे दिसते.

[Jacobson et al., 2001].

③ आंतरवैयक्तिक उपचार [Interpersonal Therapy - IPT]

हे उपचार बोधात्मक उपचारांप्रमाणे सर्वत्र उपलब्ध नाहीत. तरीही अभ्यासातून ही उपचार पद्धती एकध्रुवीय अवसादासाठी प्रभावी असल्याचे दिसते. तसेच हे उपचार औषधोपचार आणि बोधात्मक - वर्तनवादी उपचारांप्रमाणे प्रभावी आहेत. IPT रुग्णाच्या नातेसंबंधातील गोष्टींवर लक्ष केंद्रीत करते आणि रुग्णाला त्याच्या अपशमयोजित आंतर किंवा आकृतीबंध समजून घेणे आणि बदल करण्यासाठी मदत करणे यावर भर देते.

हे उपचार शंभर वारंवार होणाऱ्या एकद्वितीय अवसादाच्या उपचारांमध्ये उपयोगी ठरते. संशोधनातून असे दिसते की, IPT आणि औषधोपचार एकत्रित दिल्याने अवसादाची लक्षणे पुन्हा-पुन्हा निर्माण होण्याचे प्रमाण कमी होते. [Cvijppers et al., 2011]
 IPT द्विद्वितीय विकृतीच्या उपचारांसाठीही वापरली जाते. ज्यामध्ये व्यक्तीचे दैनंदिन सामाजिक चक्र स्थिर करण्यावर भर दिला जातो.

4) कौटुंबिक आणि विवाह उपचार -

[Family and Marital Therapy] -

कोणत्याही उपचारांमध्ये रुग्णाच्या जीवनातील ताणके कोणी तसेच तो रुग्ण त्या ताणकांना कसे हाताळतो याचा विचार करणे गरजेचे असते. त्यामुळे त्या रुग्णाच्या कौटुंबिक जीवनाच्या तकारात्मक बाजू पाहणे महत्त्वाचे आहे. रुग्ण त्याच्या जोडीदाराबद्दल टीकात्मक विश्लेषण करित असले तर अवसादी लक्षणे पुन्हा निर्माण होतात. म्हणूनच एकद्वितीय अवसाद आणि वैवाहिक मतभेद यावर विवाह उपचार प्रभावी ठरतात. या उपचारांमध्ये वैवाहिक नाते समृद्ध करण्यावर भर दिला जातो. तसेच एकमेकांवर होणाऱ्या टीका कमी करणे, एकमेकांचा आदर करणे, समजून घेणे यावर भर दिला जातो.

4.4 आत्महत्या [Suicide] -

सर्व प्रकारच्या अवसादांमधील महत्त्वपूर्ण धरक म्हणजे आत्महत्येचा धोका, हा होय. सर्व मानसशास्त्रीय विकृती आत्महत्या वर्तनाचा धोका वाढवतात. त्यामुळे जवळपास 90 ते 95% जे आत्महत्या करतात. त्यांच्यात किमान एक मानसिक विकृतीचा इतिहास असतो. अवसाद विकृती सामान्यपणे आत्महत्या वर्तनाशी

जो डली जाने ज्या व्यक्तींमध्ये दोन किंवा अधिक मानसिक विकृती आहेत त्यांच्यात हा धोका अधिकच असतो.

सध्या आत्महत्या हे जगभरातील मृत्यूंचे 15 वे कारण आहे. एकूण मृत्यूंमध्ये 1.4% प्रमाण आत्महत्येचे आहे. [WHO, 2015a]. युद्धे, वार्षिक हत्या आणि आंतरवैयक्तिक हिंसा-कारांमुळे जेवढे मृत्यू जगभरात होतात. त्यांच्यापेक्षा अधिक मृत्यू एका वर्षात आत्महत्येमुळे होतात. [WHO, 2015a]. जवळपास 5% अमेरिकन लोक त्यांच्या जीवनभरात प्राणघातक शस्त्रांनी आत्महत्येचा प्रयत्न करतात आणि 15% आत्महत्येचा विचार अनुभवतात. आत्महत्येचा विचार ते आत्महत्येचा प्रयत्न याचा धोका पहिल्या वर्षात अधिक असतो.

WHO च्या रिपोर्टनुसार जगभरामध्ये आत्महत्येसाठी 15-29 हा वयोगट अधिक प्रवण आहे. ज्या देशात संसाधने आणि सेवांची कमतरता आहे तेथे आत्महत्येची व्याप्ती अधिक आहे. कारण या देशात गरज असणाऱ्या लोकांना सुरवातीची लक्षणे ओळखणे, उपचार आणि मदत करणे याचे प्रमाण कमी असते. जगभरात होणाऱ्या एकूण आत्महत्येपैकी निम्म्या आत्महत्या भारत आणि चीन या देशात होतात.

भारतात 1980 मध्ये आत्महत्येचे प्रमाण 6.3/लाख होते ते वाढून 2005 मध्ये 10.3/लाख इतके झाले आहे. माध्यमे भारतातील ग्रामीण भागातील शेतकऱ्यांच्या आत्महत्यांवर लक्ष केंद्रित करतात. पण शहरी भागातील आत्महत्येचे प्रमाण देखील लक्षणीय आहे. चेन्नई आणि जवळपूर मध्ये हे प्रमाण 29.9/लाख एवढे असून देशातील 35 शहरांमध्ये सरासरी प्रमाण 11.4/लाख एवढे आहे.

[National Crime Records Bureau, MoHA, 2007]

गरीबी आणि जगव्याची मर्यादित साधने आणि खंडी यामुळे भारतातील शहरी झोपडपट्टीमध्ये राहणाऱ्या लोकांमध्ये अनेक मानसिक आरोग्य समस्या आणि आत्महत्या दिसून येतात. [Porkka, fernandas, weiss, 2003]

A) मानसशास्त्रीय विकृती [Psychological Disorder] -

आत्महत्या ही मानसशास्त्रीय विकृती आहे किंवा मानसशास्त्रीय विकृतीच्या उपस्थितीमुळे आत्महत्या वर्णन केले जाते. अनेक विविध मानसिक विकृतींच्या आत्महत्येशी संबंध कसा आणि का आहे? शब्दाची संशोधने दर्शविताने की, विविध विकृती आत्महत्येचा मार्ग तयार करण्यास मदत / कारणीभूत ठरतात.

उदा., अनशाद विकृतीच्या लोकांमध्ये आत्महत्येचे विचार येण्याचे पूर्वानुमान करता येते. घटनापश्चात ताण विकृती, द्विध्रुवीय विकृती, अडून मडून येणारी स्फोरक विकृती यामधील आक्रमकता आणि आवेगपूर्णता यांच्या आधारे एखाद्याच्या आत्महत्या विचाराने पूर्वकथन करता येते.

वेगवेगळ्या विकृती आत्महत्येच्या वर्तनाच्या वेगवेगळ्या बाजूंचे पूर्वकथन करतात. यामुळे मानसिक विकृतींच्या आकडा आणि आत्महत्या वर्तनाचा थोका यामध्ये संबंध जोडता येतो. जगातील 17 विविध देशांतील लोकांच्या अभ्यासातून असे दिसते की, ज्या लोकांमध्ये मानसिक विकृतींच्या इतिहास नाही. त्यांच्यापेक्षा एक जरी मानसिक विकृती झरणाच्या लोकांमध्ये आत्महत्या विचार आणि वर्तनाचा थोका वाढलेला दिसतो. ज्यांच्यात दोन विकृती असतात त्यांच्यात हा थोका दुप्पट वाढतो तर ज्यांच्यात तीन किंवा अधिक विकृती असतात त्यांच्यात हा थोका सहा ते नऊ पर अधिक वाढतो.

B) आत्महत्याशी संबंधित घटक [Factors associated with suicide] -

मानसशास्त्रीय विकृतीसोबत इतरही घटक आत्महत्येचे वर्तन वाढवतात. दिसतात. Edwin shneidman यांच्या मते, तीव्र मानसिक वेदनेमुळे [pain] लोक आत्महत्या करतात. संशोधने मानसिक आणि शारीरिक वेदना आणि आत्महत्या यामध्ये दुवा [link] असल्याचे दर्शविताने. वेदनेमुळे लोक आत्महत्येचा मार्ग का निवडतात. याचे उत्तर देणे सोपे नाही. यामध्ये अनेक घटकांचा सहभाग असतो (बाल्यावस्थेपासून). जे लोक आत्महत्या करतात त्यांच्या कुटुंबात मानसिक विकृतीचा इतिहास, बाल्यकालीन गैरवर्तन आणि कौटुंबिक अस्थिरता अशी पार्श्वभूमी असते. याचबरोबर व्यक्तीमत्त्व गुण उदा., निराशावादी, आवेगपूर्ण, आक्रमक, नैराश्य आणि नकारात्मक भाव यामुळे देखील आत्महत्येचा धोका वाढतो. अवसादी रुग्णामधील इतर लक्षणे उदा., तीव्र, चिंता, आतंकीत स्वटेके, निद्रानाश, विभ्रम, मद्यासक्ती, इ. याद्वारेही आत्महत्येचे पूर्वकथन करता येते. आत्महत्येचा धोका आणि आनुवंशिक घटक यांच्यात सहसंबंध असल्याचे दिसून येते. [Brent et al, 2015] यातील २२ अभ्यास असे दर्शविताने की, ट्विबिज जुळ्यांपेक्षा एकबीज जुळ्यांमध्ये आत्महत्येचे प्रमाण तीन पट अधिक आहे. आत्महत्या आणि मज्जारसायने यामध्येही सहसंबंध असल्याचे अभ्यासातून दिसते. सेरोटोनिन कृतीशीलता कमी होणे हे आत्महत्येचा धोका वाढव्याशी संबंधित आहे.

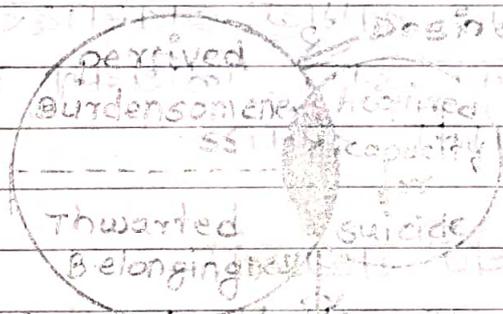
C) आत्महत्या वर्तनाची सैद्धांतिक प्रारूपे - [Theoretical models of suicide Behaviours] -

संशोधकांनी आत्महत्या वर्तन अनेक सैद्धांतिक प्रारूपांनी स्पष्ट केले आहे. अनेकांनी

diathesis-stress model [प्रवणता-ताण प्रारूप] च्या सहाय्याने आत्महत्या वर्तन स्पष्ट केले आहे. यामध्ये आनुवंशिक किंवा सज्जात्रैविक प्रवणता आणि ताणपूर्ण जीवन घटना यांच्यातील आंतरक्रियेतून आत्महत्या विचार आणि वर्तन निर्माण होते. असे सांगितले आहे.

इतर प्रारूपांमध्ये Joiner's interpersonal psychological model of suicide [जोयनरचे आंतरवैयक्तिक मानस-शास्त्रीय प्रारूप] यांचा समावेश करता येईल. या प्रारूपानुसार मानसशास्त्रीय स्थिती / अवस्था ज्यामध्ये संपादित दबाव आणि आपुलकी / जवळीकतेमधील विपुलता [एकरे वारणे] यांच्या आंतरक्रियेतून आत्महत्या विचार आणि इच्छा निर्माण होते. यामध्ये आत्महत्येसाठी संपादित क्षमता हा तिसरा घटक उपस्थित असेल तर व्यक्तीच्या आत्महत्या विचारांचे वर्तनामध्ये रूपांतर होते.

Joiner's Interpersonal-psychological model of suicide



High risk for suicide completion or serious attempt

D) आत्महत्या प्रतिबंध आणि मध्यस्थी - [suicide prevention and intervention] -

आत्महत्या प्रतिबंध करणे खूपच अवघड आहे. अनेक अवसादी लोक जे आत्महत्येचा विचार करतात. त्यांना मदतीची गरज आहे, असे वाटत नाही. आत्महत्या विचारांचे 40% लोकच उपचार घेताना दिसतात.

उपचार घेताना दिसतात. उपचार घेण्याचे प्रमाण उच्च उत्पन्न देशांमध्ये अधिक [56%] तर कमी उत्पन्न देशांमध्ये [17%] आहे आणि हे उपचार इथिकतर फॅमिली डॉक्टरकडून घेतले जातात. आत्महत्या विचारांच्या लोकांना वाटते की, त्यांना मदतीची गरज नाही. (58%) किंवा त्यांना वाटते, त्यांची समस्या ते स्वतः सोडवू शकतात (40%) [Bryant et al., 2001].

सध्या आत्महत्या प्रतिबंधासाठी प्रमुख तीन मार्ग वापरले जातात. ते पुढीलप्रमाणे -

① मानसिक विकृतींवर उपचार - आत्महत्येचा विचार करणाऱ्या व्यक्तीमध्ये असणाऱ्या मानसिक विकृतींवर उपचार करणे हा एक एक प्रतिबंधात्मक उपाय आहे. इहा, अवसादी व्यक्तीसाठी अवसादरोधी औषधे वापरणे. परंतु अवसादरोधी औषधांमुळे आत्महत्येचे विचार वाढ्याचा धोका किशोरामध्ये असतो असे काही संशोधनातून दिसून आले आहे. त्यामुळे अवसादरोधी औषधांचा वापर कमी झाला आहे. निश्चिंम उपचार आत्महत्या-रोधक म्हणून प्रभावी ठरतो.

② पेचप्रसंग / संघर्ष मध्यस्थी -

या मध्यस्थीचा मुख्य उद्देश म्हणजे व्यक्तीला त्यांच्या जीवनातील संघर्षजन्य परिस्थितीशी लढण्यास मदत करणे होय. आत्महत्येचा प्रयत्न केल्यानंतर व्यक्तीला आंतररुग्ण किंवा बाह्यरुग्ण मानसिक आरोग्य उपचार मिळणे गरजेचे आहे. यामुळे त्या व्यक्तीकडून पुन्हा आत्महत्येचा प्रयत्न करण्याचा धोका कमी होतो.

[Stolberg et al., 2002]

जेव्हा व्यक्ती आपली समस्या किंवा आत्महत्येचे विचार प्रतिबंधक केंद्रातील मदतनीसाला सांगते तेव्हा ती व्यक्ती आत्महत्येच्या

वर्तनापासून दूर राहण्यासाठी प्रतिबंधात्मक उपाय शक्य होताना. यामध्ये आत्महत्याग्रस्त व्यक्तीला तिच्या तात्पुरत्या समस्यांशी लढा देण्यास शिकविले जाताना, त्यांची क्षमता वाढविली जाते. यामध्ये प्रामुख्याने

- ① त्या व्यक्तीशी सातत्याने संपर्क राहून तिच्याशी सहकार्याने वागणे.
- ② तीव्र त्रासामुळे तिची परिस्थितीचे मूल्यमापन करण्याची क्षमता तीव्र कमी झाली आहे हे सांगणे तसेच समस्या सोडविण्याचे इतर मार्ग दाखविणे.
- ③ सध्याच्या त्रास आणि भावनिकता ही संपणार आहे हे समजून देणे या गोष्टींचा समावेश होतो.

1960 पासून आत्महत्या प्रतिबंधक केंद्रांमध्ये suicide hot lines सुरु केल्या आहेत. यामध्ये आत्महत्येचा विचार करणाऱ्या व्यक्ती फोनद्वारे मदत मिळवू शकतात. भारतात देखील अनेक स्वयंसेवी संस्थाद्वारे अशा hotlines सुरु केलेल्या आहेत. यामध्ये AASRA - 91-9820466726. icall - 91-9152987821 यांचा समावेश होतो.

- ③ 'उच्च धोका' समूहावर लक्ष केंद्रित करणे - सध्याची संशोधने आत्महत्येचे विचार आणि वर्तन प्रत्यक्ष कमी करण्यावर भर देतात. उदा., ज्यांनी एकदा आत्महत्येचा प्रयत्न केला आहे, त्यांच्यासाठी बोधात्मक उपचारपद्धती वापरल्यास त्यांच्यातील आत्महत्येचा धोका कमी होतो किंवा पुन्हा आत्महत्या करण्याचे प्रयत्न कमी होतात. [Brown et al., 2005]. ज्या रुग्णाला सलग 18 महिने बोधात्मक उपचार दिले त्यांच्यात पुन्हा आत्महत्येचे प्रयत्न करण्याचे प्रमाण 50% कमी झाले. तसेच त्यांच्यातील अवसादी आणि निराशावादी लक्षणेही कमी झाल्याचे दिसते. संशोधनातून असे दिसते की, किशोरांच्या (ज्यांनी आत्महत्येचा प्रयत्न केला आहे). आत्महत्या प्रतिबंधासाठी बोधात्मक - वर्तनवादी उपचार प्रभावी ठरतात. (Stanley et al., 2009)