

چرا خودکشی، چرا طلاق و چرا...؟

عجز و لایه افتاد. اتومبیل پیکان و هر چه را داشت فروخت و پول آنها را به همسر سابقش داد، و ریش سفیدهای قلمبلیش را به پا در میانی فرستاد تا از رضایت دهد بقیه مبلغ مهر قسطبندی شود.

از تحصیلکرده تا فرد عامی

گزارش را با شرح زندگی دو پزشک آغاز کردیم تا به مقدمه جینی کمتری نیاز باشد. طبعاً درصد پزشکانی که دچار ناهنجاری رفتاری و روحی هستند و کارشان به خودکشی، متازکه و یا رفتارهای غیرمتعارف دیگر می‌کشد، ناچیز است. اما واقع امر این که این درصد ناچیز، هم در بین پزشکان و هم در بین سایر تحصیلکرده‌ها رو به افزایش است. مروری بر آمار جرائم، طلاق‌ها و خسودکشی‌ها نشان می‌دهد ناهنجاریهای روانی و رفتاری در اقشار مختلف می‌تواند ما - از تحصیلکرده‌ها گرفته تا مردم - رو به رشد است. این ناهنجاریها پیامدهای گوناگونی را موجب می‌شود: سرفت، نواخ، قتل، متازکه، خودکشی و...

محققان این ناهنجاریها را طی سالهای اخیر مورد توجه و بررسی قرار داده‌اند و نتیجه گیری‌های گوناگونی هم کرده‌اند. برخی بر این باورند عامل اصلی رشد ناهنجاریهای روانی و رفتاری نتیجه جبری رشد شهرنشینی و زندگی ماشینی است. گروهی تعارض فرهنگ کهن و نو و تأثیرگذاری جنبه‌های مخرب مظاهر زندگی غربیان بر زندگی مردم ما را عامل رشد این ناهنجاریها می‌دانند. برخی معتقدند فقر، بیکاری و فشارهای مالی عامل رشد آمار مبتلایان به ناسامانیها و اختلالات روحی و رفتاری است. و سرانجام گروهی چنین نتیجه گیری می‌کنند که مجموعه عوامل پیش گفته شده، و همچنین ساختار شخصیتی و محیط پرورشی افراد همگی در رشد آمار مبتلایان به اختلالات روانی و رفتاری، و در نتیجه افزایش جرائم، خودکشی و از هم پاشیده شدن کانونهای خانوادگی مؤثرند.

اختلالات روحی و رفتاری در افراد مختلف شدت و ضعف و گوناگونی فراوان دارد. یک فرد فقط دچار افسردگی می‌شود و زندگی خود و اطرافیانش را تلخ و ناگوار می‌کند. فرد دیگر پرخاشگر و پرخاشجو می‌شود، روحیه تهاجمی می‌یابد و دانشمندی بر سر جزئی‌ترین امور با دیگران به مجادله و مشاجره می‌پردازد. شخص دیگر ناهنجاریهای روحی خود را در شکل معارضه لجباعت‌آمیز با رفتارهای عادی و

فاجعه‌ای که همین چند دقیقه پیش از آن آگاه شده بود ولی هنوز نمی‌توانست آن را بساور کند، با ناخن صورتش را می‌خراشد، صبحه‌ای می‌کشد و سپس بی‌هوش نقش بر زمین می‌شود.

دکتری که خبر خودکشی او این خانواده را عزادار کرده ۳۳ ساله بود. همسر و یک فرزند داشت. از لحاظ شغلی هم در مقایسه با بسیاری از پزشکان تازه فارغ‌التحصیل که بی‌کارند و یا مجبورند با حقوق‌های ناچیز استخدام شوند، در وضعیت بهتری قرار داشت. پس چرا خودکشی کرده است؟

در سالیهای اخیر پزشکان دیگر هم خودکشی کرده‌اند که دو-سه نفرشان از پزشکان قدیمی و سرشناس کشور بوده‌اند و این خودکشی اخیر ما را کنجکاوی می‌کند تحقیق کنیم چرا پدیده خودکشی حتی به درون جامعه پزشکان نیز رخنه کرده است.

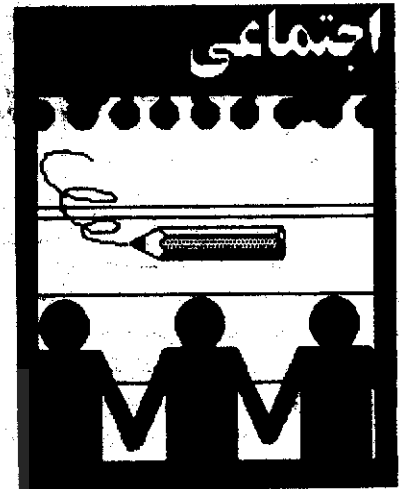
تحقیقات مفصل در این مورد نتیجه مشخصی را عاید نمی‌کند. پزشک ۳۳ ساله مورد بحث از لحاظ شغلی با مشکل ویژه‌ای مواجه نبوده است. اما از لحاظ خانوادگی چگونه؟

گرچه اطرافیان او در این باره اطلاعی نمی‌دهند، اما جسمه گریخته می‌شنویم که وی با بیومرزی از خویشاوندان خود ازدواج کرده است و برخی نزدیکان خانواده اگر نه با صراحت، اما در لفافه علت خودکشی را بی‌ارتباط با این ازدواج و ناسازگاری همسر دکترو نمی‌دانند.

در ادامه همین تحقیق به مورد جالب توجه دیگری برخورد می‌کنیم. در این مورد هم پای یک پزشک در میان است، اما این یکی خودکشی نکرده، بلکه کارش به متازکه با همسر جوانش کشیده است.

این دو یک سال قبل ازدواج کرده بودند. همسر جوان پزشک زن سازگار و آرامی بود. زندگی‌شان به خوشی و آرامی می‌گذشت که ناگهان توفانی بنیاد این زندگی را فرو ریخت. همسر جوان پزشک متوجه شد شوهرش چند سال قبل با زن بیوه‌ای که از شوهر اولش فرزندی هم دارد، ازدواج کرده و آن زن، هنوز هم همسر قانونی شوهرش است.

ضربه روحی این خبر چنان شدید بود که نوه‌روس ابتدا به فکر خودکشی افتاد. اما پس از چند روز، خشم بجای یأس و سرخوردگی در وجودش لانه کرد و تصمیم به متازکه و مطالبه مهریه سنگین خود گرفت. هم طلاق گرفت و هم مهریه‌اش را به اجزا گذاشت؛ و شوهر که قادر به پرداخت مهریه نبود به



در یک مجتمع آپارتمانی ساکت و آرام در شمال شهر تهران، ناگهان صدای شیون چند زن از یک آپارتمان بلند می‌شود... ساکنان آپارتمان‌های دیگر سراسیمه بیرون می‌ریزند و خود را به آپارتمانی که زنها در آن شیون می‌کنند، می‌رسانند.

چه شده؟ کسی نمی‌تواند حدس بزند. همسایه‌ها از خانم خانه که بر سر و صورت خود می‌کوبد و ضجه‌هایش هیر لحظه گوش‌خراش‌تر و دردآورتر می‌شود می‌پرستند: خانم چه شده؟ ولی گریه مجال نمی‌دهد که خانم علت شیون خود و اطرافیانش را شرح دهد.

دختر تازه عقد شده این خانم هم دست کمی از مادرش ندارد و نمی‌تواند جواب پرسش‌های پیاپی همسایگان را بدهد. بقیه‌زنها حاضر در این آپارتمان هم که برای عید دیدنی به این خانه آمده‌اند سوگوارانه بر فاجعه‌ای نامعلوم می‌گریزند.

سرانجام، مردی از میهمانان نوروزی خانواده سوگوار می‌گوید:

- همین چند لحظه پیش از بروجرد تلفنی اطلاع دادند آقای دکتر خودکشی کرده است.

- کدام آقای دکتر؟

- پسر خانم... دیگر (منظور پسر صاحب خانه است)

و خانم... که تا همین چند لحظه پیش شادمانه سرگرم پذیرایی از میهمانان نوروزی خود بود، با شنیدن حرفهای میهمانش که تأییدی بود بر وقوع

بیماری (مثلاً در استرسی) بروز می‌دهد. افرادی خوره سوی جرم و جنایت سوز می‌دهد و در نتیجه گرومی مصائب زندگی را منتقل می‌آورند و تنها راه را در قطع این عوامل است. خود را به انسان و جهانیان می‌بخشد و اقدام به خودکشی می‌کند.

هر کسی در این گزارش ما به افرادی نظر داریم که قادر به رویارویی بهنجار با مشکلات زندگی نیستند و عواصل استرس را و فشار آورد زندگی بر روی آنان اثرات مخربی بر جای می‌گذارد. برای رسیدن به درک صحیحی از موضوع لازم است ابتدا بدانیم که اصولاً رفتار بهنجار و نابهنجار چیست و چه ملاک‌هایی برای تشخیص آنها از هم وجود دارد؟

پاسخ دادن به این پرسش آسان نیست،

چرا که برخلاف بیماری‌های جسمی که با ملاک‌های مشخصی قابل شناسایی و تعریف هستند، ملاکی معین برای تشخیص بهنجار و نابهنجاری رفتار وجود ندارد. در واقع ملاک تعیین رفتار طبیعی یا بهنجار فقط این نیست که مورد پذیرش یک اجتماع باشد بلکه رفتار بهنجار باید رفاه فرد و در نهایت رفاه جامعه را تأمین کند. بر همین اساس، اگر تطبیق با ارزش‌های اجتماعی ناسازگارانه باشد و به سازگاری فرد لطمه بزند نابهنجار تلقی می‌شود.

علت چیست و چه تعداد از جمعیت امروزه ما به تفریح مبتلا به اختلالات روانی خواهند شد و یا حداقل برای مدتی کوتاه قادر به ادامه زندگی عادی خویش نیستند؟ اگر ارضای نیازهای زمینی و روانی فرد به طور خود به خود انجام می‌شد زندگی واقماً آسان بود ولی چنانچه می‌دانیم عوامل مزاحم زیادی، خواه محیطی و خواه درونی وجود دارند که مغلط ارضای نیازها هستند. این عوامل موجب فشار روانی و پرخاشگری در صورت شدت یافتن فشار. منجر به کاهش ظرفیت روانی می‌شود. اما این که از میان عوامل و انواع فشارهای روانی کدام یک در بروز استرس یا یک نابهنجاری روانی دیگر نقش دارند نمی‌توان پاسخی داد. اما در هر حال این نکته مشخص شده که استرس رایج‌ترین و حادترین ناهنجاری روانی است که بسیاری از مردم شهرنشین به آن گرفتارند. استرس ویژه طبقه خاصی نیست، بلکه فرد تحصیلکرده و بی‌سواد و یا ثروتمند و فقیر یکسان در معرض آن قرار دارند. متغی پیش‌زمینه‌ای که موجب بروز استرس می‌شود در افراد مختلف متفاوت است. یک ثروتمند به دلیل ریسک‌های مالی ممکن است دچار استرس شود و یک فرد فقیر به دلیل کم‌عاش... یک نوجوان به دلیل ترس از نمره نیاوردن دچار استرس می‌شود و یک فارغ‌التحصیل جوان به دلیل نیافتن کار و نداشتن امید به آینده گرفتار استرس می‌شود. اما در شرایط کنونی جامعه به باور اهل فن، مهم‌ترین عامل ایجاد

می‌دانیم از سال ۱۳۶۸ با شروع اجرای برنامه‌های جدید اقتصادی (تعدیل نیروی انسانی- آزادسازی اقتصاد- حذف سوبسید و...)، پائین آمدن دستمزد در برابر تورم شدید و فزاینده افراد زیادی را با مشکلات معیشتی مواجه کرد. بنابراین می‌توان در مورد این سالها گفت عامل اصلی رشد آمار خودکشی (و یا حداقل زمینه تشدید کننده آن) مشکلات اقتصادی بوده است.

نگاهی به نتیجه برخی پروسی‌ها

در ایران مردان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال بیشترین اقدام به خودکشی را داشته‌اند و زنان بین سنین ۱۶ تا ۲۰ سال بیشتر اقدام به خودکشی کرده‌اند. اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر و در حدود ۳ برابر است ولی تقریباً ۰/۶ درصد از زنانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند جان خود را از دست داده‌اند در حالی که گرچه مردان کمتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند (در حدود یک سوم) اما خودکشی واقعی در بین مردان ۳ برابر زنان بوده است.^۱ براساس تحقیقاتی که تاکنون انجام شده علل و انگیزه‌های خودکشی در ایران را می‌توان چنین طبقه‌بندی کرد:

- ۱- اختلالات زناشویی و نامناسب بودن شرایط زندگی.
- ۲- ناراحتی‌های روانی، شکست در عشق و عدم تعادل شخصیت.
- ۳- فقر و بیکاری و احتیاد و شرایط نامساعد اقتصادی.
- ۴- شرایط امروزی زندگی شهری ویژه شهرهای بزرگ و صنعتی.
- ۵- از هم پاشیدگی خانواده و جدایی در میان گروه‌های اجتماعی.
- ۶- تأثیر عوامل محیطی، فرهنگی و فردگرای.

داشتن شغل به طرز کلی محافظتی در مقابل خودکشی است. تأثیر بیکاری و تاوان روانی و جسمی ناشی از آن بسیار زیاد است. به عبارتی بهتر و گویاتر میزان بروز الکلیسم- دیگر کشی- خودکشی و خشونت و بیماری روانی با بیکاری افزایش می‌یابد و به این ترتیب هسته مرکزی هویت شخص که غالباً به حرفه وی وابسته است به شدت آسیب می‌بیند.

در بین مشاغل، از نظر طبقه‌بندی افراد حرفه‌ای به خصوص پزشکان بطور سستی در بالاترین سطح خودکشی قرار داشته‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که پزشکان خودکشی کننده دچار انواع اختلال روانی هستند. سه اختلال شایع روانی در بین پزشکان و بین پزشکانی که خودکشی می‌کنند عبارتند از افسردگی، وابستگی دارویی و الکلیسم (مورد اخیر بیشتر در مورد پزشکان خارجی صدق می‌کند). غالباً پزشکی که خودکشی می‌کند اخیراً دچار مسائل حرفه‌ای،

استرس در مبتلایان به این ناهنجاری گرفتاری‌های مالی و اقتصادی است.

این نکته به اثبات رسیده است که جزو و مدهای اقتصادی و تغییرات سریع تکنولوژیکی، خصوصاً در جوامع صنعتی تأثیرات خود را به صورت بیکاری، از دست دادن شغل و فقر و تنگدستی برجا می‌گذارد. از سوری دیگر، انفجار جمعیت و مسائل ناشی از آن تنش‌های خاص خود را به همراه دارد. استمرار استرس عواقب گوناگونی برجا می‌گذارد که می‌تواند فرد را به انسانی ترسو و بی‌اراده، یا دائماً خشمگین تبدیل کند. استرس همچنین می‌تواند پیش‌زمینه‌ای باشد برای اقدام به خودکشی. اگر فردی به مدت طولانی گرفتار استرس باشد، و بهبودی در شرایطی که موجب ایجاد استرس در او شده بوجود نیاید، و یا از امکان مراجعه به روانپزشک و درمان بی‌بهره بماند، برحسب ساختار روانی خود ممکن است تا آنجا پیش برود که کشتن خویش را تنها راه رهایی از مصائب بداند. مصائبی که در این مرحله از پیشرفت بیماری ممکن است همگی واقعی نباشند و برخی از آنها از روان نامتعادل خود وی زائیده شوند.

در هر حال، استرس یک پیش‌زمینه برای افزایش آمار خودکشی‌هاست و چنانکه پیش‌تر متذکر شدیم در جامعه ما اینک مسائل مالی و معیشتی از عوامل مهم ایجاد استرس و خودکشی است.

نگاهی به تعداد خودکشی‌های ثبت شده از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۷۲ که آخرین آمار ارائه شده توسط مرکز آمار می‌باشد دلیلی بر اثبات این ادعاست.

در سال ۱۳۶۵ تعداد خودکشی، ۲۸۴ مورد- در سال ۱۳۶۹، ۲۴۴ مورد- در سال ۱۳۷۰، ۱۳۲۷ مورد- در سال ۱۳۷۱، ۱۶۹۱ مورد- در سال ۱۳۷۲، ۲۸۰۹ مورد و در سال ۱۳۷۳، ۳۲۷۲ مورد بوده است.

ملاحظه می‌شود که تعداد موارد خودکشی از سال ۱۳۷۰ به بعد رشد فزاینده‌ای داشته و در سال ۷۳ تقریباً ۷ برابر سال ۱۳۶۵ شده است.

اجتماعی

شخصی و خانوادگی بوده است. پزشکان زن نیز به صورت غیرعادی در معرض خطر ابتلا به اختلالات خلقی هستند چیزی که عامل عمده در خطر بالاتر خودکشی در آنها می باشد. در بین پزشکان، روانپزشکان در معرض بالاترین خطر خودکشی قرار دارند^۱ و به طور کلی خودکشی با بالا رفتن میزان بیکاری، بحران اقتصادی و افسردگی فزونی می یابد. از دیگر عوامل اجتماعی که می توان به آن اشاره کرد آلودگی هوا و آلودگی صدا خصوصاً در شهرهای بزرگی مانند تهران است که موجب به خطر افتادن امنیت روانی مردم شده است. گرچه این بررسی کلی است، اما نمی توانیم اثرات جنگ تحمیلی هشت ساله را در بروز ناهنجاریهای روانی نادیده بگیریم و بگذریم.

جنگ به دلیل تشوهای موجود در آن از عوامل بسیار مهم در ناهنجاریهای روانی است. در واقع تأثیر این عامل را از یک جهت در بین افرادی که در جنگ شرکت داشته اند و به طور مستقیم درگیر آن بوده اند و از جهتی دیگر در بین خانواده ها و افرادی که به طور غیرمستقیم از آن آسیب دیده اند نمی توان نادیده گرفت. (گرچه فشار روانی تا حد زیاد یک پاسخ شخصی است ولی بعضی از موقعیتها تقریباً در همه افراد فشار روانی زیادی را موجب می شوند و جنگ یکی از آن عوامل و موقعیتهاست) مطالعات روان شناختی درباره افرادی که از جنگ نظامی یا اسارت یا یک سانحه و بلا جان سالم بدر برده اند نشان داده است که آنها همه یا بعضی از تجارب ذیل را داشته اند:

۱- اضطراب مرگ و تخمیل مرگ (به این ترتیب که در خلال و بعد از آن اشتغالات ذهنی درباره ترس از مرگ ناگهانی داشتند که موجب برانگیختن واکنشهای هیجانی شدید در آنان شده که حتی سالها بعد نیز ادامه داشته است). ۲- خوابهای وحشتناک. ۳- احساس گناه مرگ (بازماندگان احساس دردناکی از خود محکوم سازی داشتند که چرا زنده مانده اند ولی دیگران کشته یا شهید شده اند) ۴- کسرختی روان شناختی (به این ترتیب که نشانه هایی از قبیل بی حسی عاطفی، کناره گیری، افسردگی نشان می داده اند) ۵- روابط اجتماعی آسیب دیده ۶- در جستجوی معنی^۲ و برای مثال می توانیم به شمار بیماران روانی از آغاز جنگ کشمیر از هشت سال پیش تا کنون اشاره کنیم که ده برابر افزایش داشته است.^۵

آمار نگران کننده طلاق

خانواده پایه و اساس اجتماع و سلول سازنده زندگی و حیات بشری است و در وسیعترین مفهوم کلمه، پناهگاه اعضای خویش است. اما امروزه پایه های این پناهگاه متزلزل شده است که اگر به دلایل آن توجه نکنیم می تواند به صورت تهدید مهمی برای سلامت جامعه درآید. طلاق مهمترین عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی ترین بخش جامعه یعنی خانواده است. کما این که از نظر جامعه شناسان طلاق یکی از آسیب های اجتماعی است. در گذشته اگر درباره طلاق و عواقب آن و پیامدهایش کمتر سخن گفته می شد به این دلیل بود تعداد آن به فزونی امروز نبود. بر طبق آمار ارائه شده توسط دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی

همین سال ۳۳۲۱۰ و در روستاها ۶۱۲۶ مورد.

سال ۱۳۷۱: ۲۹۹۷۲۵ مورد ازدواج در شهرها- ۱۲۲۷۳۲ مورد در روستاها. ۲۸۲۸۹ مورد طلاق در شهرها- ۵۶۹۴ مورد در روستاها.
سال ۱۳۷۲: ۳۳۲۶۲۹ مورد ازدواج در شهرها- ۱۳۰۸۵۸ مورد در روستاها، ۲۵۴۶۹ مورد طلاق در شهرها- ۳۸۲۳ مورد در روستاها.
سال ۱۳۷۳: ۳۲۹۶۸۷ مورد ازدواج در شهرها- ۱۴۳۹۸۲ مورد در روستاها، ۲۸۳۸۵ مورد طلاق در شهرها- ۴۳۲۱ مورد طلاق در روستاها.
سال ۱۳۷۴: ۳۴۰۸۰۷ مورد ازدواج در شهرها- ۱۲۲۰۴۸ مورد ازدواج در روستاها، ۳۰۲۷۷ مورد طلاق در شهرها- ۴۴۶۱ مورد در روستاها.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

با توجه به این آمار سال ۱۳۷۰ را نباید در ایران سال طلاق نامید زیرا آمار طلاق در مقایسه با سالهای قبل و بعد افزایش بسیاری را نشان می دهد. نگاهی دقیق به این آمار و ارقام نشان دهنده این واقعیت است که میزان طلاق در شهرها طی این سالها رشد فزاینده ای داشته است در حالی که آمار طلاق در روستا در همین سالها تقریباً ثابت بوده و تغییر چندانی نکرده است.

بر اساس داده های اولیه آمارگیری سال ۱۳۷۵ می توان گفت میزان طلاق ها طی سال ۱۳۷۵ در مقایسه با سال ۱۳۷۴ ثابت بوده و رقم اولیه اعلام شده آن ۳۴۲۳۸ می باشد.^۱

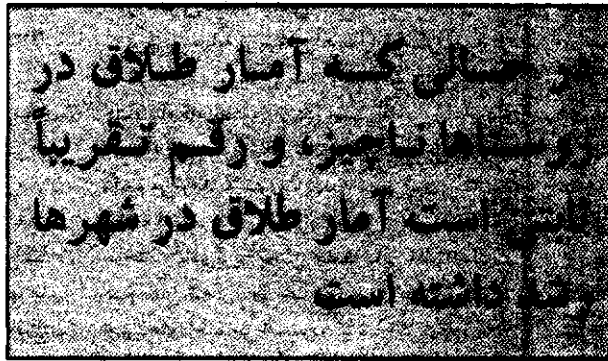
عواقب و پیامدهای ناشی از طلاق به ویژه اثرات شدید روانی آن بر کودکان و عواقب دیگری از قبیل

(مرکز آمار ایران) در سال ۱۳۶۰ جمعاً ۲۹۴۲۹۹ مورد ازدواج در نقاط شهری و روستایی ثبت شده است. میزان طلاق در همین سال ۲۴۴۲۳ مورد بوده که از این بین ۳۹۷۴ مورد مربوط به روستاها و ۲۰۴۴۹ مورد مربوط به شهرها است. در سال ۱۳۶۵ جمعاً ۳۲۰۳۴۲ مورد ازدواج و ۳۵۲۱۱ مورد طلاق اتفاق افتاده که از این میان ۵۸۳۲ مورد طلاق مربوط به روستاها و ۲۹۳۷۹ مورد طلاق مربوط به شهر بوده است. تعداد ازدواج ها در همین سال در روستاها ۱۱۵۳۳۱ مورد و در شهر ۲۲۵۰۱۱ مورد اعلام شده است.

آمار ازدواج و طلاق از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ در نقاط شهری و روستایی به ترتیب عبارتند از:

سال ۱۳۷۰: ازدواج ۳۱۱۰۲۰ مورد در شهرها و ۱۳۷۸۳۱ مورد در روستاها، تعداد طلاق در شهرها در

برهکاری کودکان و نوجوانان، انحراف زنان و دختران به ویژه در حالت فقر و ناآگاهی، اعتیاد زنان و مردان و کودکان و استفاده از کودکان در توزیع مواد مخدر، پرخاشگری و ناسازگاری کودکان، کاهش میل به ازدواج در دیگر افراد خانواده، رابسته نامشروع و بساا رفتن سرخ ازدواجهای خلاف عرف، خودکشی زن یا شوهر و حتی کودکان و ایجاد آسیب‌های روانی و اجتماعی از جمله عواقب طلاق هستند.



از طرفی، بسیاری از گزارشگرانی که برای مجلات اجتماعی و یا صفحه حوادث روزنامه‌ها گزارش تهیه می‌کنند اظهار می‌دارند، ریشه اکثر طلاق‌ها را باید در مسائل اقتصادی جستجو کرد.

روان‌پریشی و دیدگاه‌های ایرانیها

یک موضوع قابل تأمل و درخور تعمق تلقی عمومی جامعه ما از ناهنجاریهای روانی و روان‌پریشی است. در باور عامه، یک روان پریش کسی است فاقد شعور-اراده و اختیار؛ یعنی دیوانه، و لذا چنین آدمی است که باید تحت مراقبت و درمان قرار گیرد، یا در صورتی که رفتاری خطرناک دارد به تیمارستان فرستاده شود.

این باور موجب شده کمتر کسی به این نکته مهم توجه کند روان‌پریشی، افسردگی، استرس و... نیز نوعی بیماری است که نیاز به درمان دارد.

هنوز بسیاری از مردم، و حتی افراد تحصیلکرده اگر هم به تازمحتی روحی و اختلالات رفتاری خود آگاهی یابند در مورد مشاوره با روانپزشکان دچار تردید می‌شوند؛ زیرا هنوز به این باور نرسیده‌اند که ناهنجاریهای روانی نیز مانند اختلالات بدنی قابل بهبود و درمان است. این تصور غلط که بیماریهای روانی غیرعلاج است موجب شده کسانی که از بیمارستانهای روانی مرخص می‌شوند افرادی بی‌ثبات و خطرناک شناخته شوند. گرچه این تصور در انواع معینی از این قبیل اختلالات که با ضایعه مغزی همراه است قابل رد نیست ولی اکثر بیماریهای روانی نسبت به درمان خوب پاسخ می‌دهند. اما گذشته از کسانی که در بیمارستانها تحت درمان قرار گرفته‌اند در جامعه به تعداد زیادی از این افراد بیمار برمی‌خوریم که تحت هیچ درمانی قرار نگرفته و هم چنان بر این عقیده پافشاری می‌ورزند که بیماری روانی یک سنگ است. هر چند آمار دقیقی در مورد تعداد این افراد در دست نیست اما در یکی از تحقیقات غیررسمی اداره پزشکی قانونی وزارت دادگستری ایران تعداد این نوع «دیوانگان آزاده» در سال ۱۳۶۲ بیش از پانصد هزار نفر بوده است.^۷

حدی مشخص شده است. با توجه به شیوع اسکیزوفرنی که در تمام نقاط دنیا تأیید شده است که از هر ۱۰۰ نفر یک نفر به این بیماری مبتلاست و با در نظر گرفتن جمعیت کشورمان، در حال حاضر در حدود ششصد هزار ایرانی نفر مبتلا به آن هستند به همین ترتیب در مورد بیماران افسرده ۲۴٪ برای زنان و ۱۵٪ برای مردان در طول عمر به این بیماری مبتلا می‌شوند و چنانچه نصف جمعیت کشور را زنان تشکیل دهند رقمی در حدود ۴ میلیون نفر

زن و ۲ میلیون نفر مرد در خطر ابتلاء به این بیماری هستند. در مورد اختلالات روان‌تنی-اختلالات اضطرابی و شبه جسمی اعداد متفاوتی وجود دارد. ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که در بسیاری از مناطق حدود ۴۰ تا ۵۰٪ از کسانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و نزدیک به ۳۰٪ مراجعه‌ین به متخصصین از مشکلات روانی رنج می‌برند.

● چه امکاناتی برای این افراد در جامعه ما موجود است و اصولاً این افراد دارای چه مشکلاتی هستند؟

■ متأسفانه امکاناتی که در کشور ما وجود دارد بسیار کم است. علیرغم این که در طول تاریخ درخشان گذشته پزشکان سنتی به مشکلات روانی مردم توجه داشتند و حتی در هزار سال قبل بیماران روانی را در بیمارستانهای عمومی یزد و جندیشاپور و بغداد بستری می‌کردند و تحت درمان قرار می‌دادند ولی از شروع هجوم فرهنگی غرب این سنت پسندیده فراموش شد و در کشور ما هم به جای بستری کردن اینسن قسبیل بیماران در بیمارستانهای عمومی، دارالمجانین و دیوانه‌خانه و تیمارستان ساختند و این دسته از بیماران را روانه این مراکز کردند که متأسفانه هنوز هم این روش غلط با تغییرات کمی در جهت بهبود شرایط بیماران حتی در بسیاری از مراکز دانشگاهی بیمارستانهای دولتی و بیمارستانهای خصوصی اعمال می‌شود. در حالی که توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی و همه کارشناسان برجسته بهداشت روانی بر این اصل متکی است که به هیچ وجه نباید بیماران روانی را به طوری جداگانه و در مراکز خاص بستری کرد و درست‌ترین روش این است که هر بیمارستان عمومی یک بخش روانپزشکی داشته باشد. مشکل دیگر این است که در حال حاضر در بیشتر دانشکده‌های پزشکی معتبر دنیا درس روانپزشکی درسی است که در کلیه سالهای تحصیلی آموزش داده می‌شود ولی در دانشکده‌های ما در تمام طول هفت سال آموزش پزشکی فقط یک دوره دو ماهه به آموزش بیماریهای روانی اختصاص دارد که آن هم در بسیاری از مراکز به عللی، از جمله کمبود

آمار جدیدی در این مورد اعلام نشده، و یا اگر شده ما به آن دسترسی نیافتیم، اما بهر حال عده «دیوانگان آزاده» اکنون رقم بالاتری را نسبت به سال ۶۲ شامل می‌شود.

اینک، و در پایان این بخش از گزارش مصاحبه‌ای را که در مورد اختلالات روانی، علل آن و اثراتی که بر زندگی مردم دارد با آقای دکتر مجتبی جزایری متخصص بیماریهای روان-روانکاو و روان درمانی انجام داده‌ایم درج می‌کنیم.

● با توجه به افزایش مشکلات اجتماعی چه افرادی بیشتر در خطر ابتلاء به اختلالات روانی هستند؟

■ افرادی که بیشتر در معرض هستند از نظر آماری به چند گروه تقسیم می‌شوند. عده‌ای زمینه مستعد ژنتیکی دارند و اگر در شرایط نامناسبی قرار بگیرند دچار مشکل می‌شوند. دسته دوم افرادی هستند که به علل مختلف در معرض فشار روانی یا استرس قرار دارند و بررسی‌ها نشان داده‌اند که حتی اگر افراد در نهایت سلامت باشند وقتی میزان معینی استرس یا فشار روانی به آنها وارد شود (در طول سال) مثل علل اقتصادی-شرایط نامساعد اجتماعی-مسائل شغلی، مشکلات خانوادگی، همه آنها می‌توانند فرد را برای بروز اختلالاتی مثل اختلالات روانی-روان‌تنی-مشکلات جسمانی با منشاء روانی مستعد کنند.

● در میان عوامل اجتماعی چه عواملی در بروز بیماریهای روانی بیشتر مؤثر است؟

■ تغییرات اجتماعی... تغییرات سریع اجتماعی می‌توانند موجب بروز بیماریهای روانی شوند، حوادثی چون جنگ و انقلاب به مقدار بیشتری می‌توانند این خطر را ایجاد کنند. هم چنین نبودن عدالت اجتماعی-بی‌قانونی و هرج و مرج نیز می‌تواند موجب بروز بیماریهای روانی شود.

● در حال حاضر چه عده بیمار روانی در جامعه ما وجود دارد؟

■ متأسفانه در کشور آمار درستی از میزان ابتلاء وجود ندارد و تهیه نشده است ولی بر اساس آمارهای دیگر، در دنیا حداقل میزان شیوع اختلالات روانی تا

امکانات جدی گرفته نمی‌شود.

مشکل دیگر در تربیت سایر تخصص‌هایی است که می‌توانند در کمک به این بیماران مؤثر باشند؛ مثل پرستارهای روانی-مددکاری اجتماعی روانی-تکنیسینهای روانپزشکی و روان‌شناسان بالینی که به حد کفایت آموزشهای عملی دیده باشند. مشکل دیگر عدم پوشش بیمه برای بیماریهای روانی است. چون عده زیادی از مردم هنوز پوشش بیمه ندارند و درمانهای روانپزشکی در بسیاری از موارد درمانهای دراز مدت هست توده مردم توان پرداخت هزینه‌های لازم برای بیماران را ندارند، به همین خاطر لازم است همانطور که برای بیماریهای خاص مثل پیوند کلیه و قلب و دیالیز از طریق دولت یا مؤسسات خیریه خصوصی تمام یا قسمتی از هزینه درمان تأمین می‌شود در مورد بیماران روانی هم این سیاست مثبت اعمال شود تا این دسته از بیماران که از محروم‌ترین مردم هستند به دلیل مشکلات مالی از درمانهای مناسب و مؤثر محروم نمانند. نکته بسیار مهم دیگر این که حتی سازمانهای اصلی تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح و سازمان تأمین اجتماعی و مؤسسات رفاهی و سازمانها و نهادهایی مثل شهرداری تهران- بانکها و وزارتخانه‌هایی که در مورد پرسنل خود مستقلاً عمل می‌کنند و هزینه‌های درمان آنها را می‌پردازند برای بسیاری از خدمات مهم و اصلی روانپزشکی هزینه‌ای را نمی‌پردازند.

● شایعترین اختلالات که مردم از آن رنج می‌برند در عصر حاضر کدام‌ها هستند؟

■ اختلالات خلقی (افسردگی) بالاترین رقم را دارد و دومین اختلال شایع در عصر حاضر اضطراب است. بعضی از دانشمندان قرن حاضر را قرن افسردگی و عده‌ای قرن اضطراب نامیده‌اند که شاید هر دو اسم‌های مناسبی باشند چون در شرایط حاضر این بیماریها بسیار زیاد است که می‌تواند ناشی از کم شدن باورهای دینی-اعتقادات مذهبی- تهدید بشریت به جنگ و نابسامانیهای اجتماعی و اقتصادی و نظایر آنها باشد.

و نگاهی به خارج

در پایان این گزارش نگاهی هم به خارج می‌اندازیم؛ به آمریکا که مردمش بیش از مردم سایر کشورها مشتری روانپزشکان هستند و بیشترین بودجه‌های تحقیقاتی را هم در همین کشور برای شناخت بیماریهای روانی و یافتن روشها و یا داروهای جدید برای درمان این بیماریها اختصاص می‌دهند. مطلب زیر از یکی از آخرین شماره‌های نشریه پژوهشی شرکت‌های دارویی آمریکا به فارسی

برگردانده شده است:

هر ساله تقریباً ۴۰ میلیون آمریکایی به بیماریهای روانی نظیر نابسامانی (اختلال) هراس، افسردگی^۱ و روان گسیختگی^۲ دچار می‌شوند. خطر ابتلاء به چنین امراضی همه افراد را، صرفنظر از سن، نژاد، درآمد یا تحصیلات تهدید می‌کند. به این ترتیب توانایی نیک‌اندیشی، درست کرداری و پیوند با سایرین از آنان سلب می‌گردد و امکان زندگی شادمانه، پر شرم و بهنجار (عادی) برایشان سختی فراهم می‌شود.

می‌شدند. از این حیث خود شخص مقصر قلمداد می‌شد و علت را ناشی از ضعف منش (طبع)^{۱۱} نبود. خسویشن داری^{۱۲} یا دوران غم‌انگیز کودکی می‌دانستند. اکنون دریافته‌ایم که قضیه غیر از اینست. یا لاقط عوامل دیگری هم در این رهگذر مؤثرند.

در حال حاضر دانشمندان می‌دانند افراد پر شماری که از بیماریهای روانی رنجورند، دچار عدم تعادل هستند، بنحوی که مغزشان به سوخت و ساز برخی مواد شیمیایی بنام ناقلهای عصبی^{۱۳} می‌پردازند. ممکنست مقدار بسیار زیاد و یا خیلی کم از این مواد شیمیایی به افسردگی، آسیبگی (اضطراب)^{۱۴} یا دیگر اختلالهای هیجانی یا جسمی منجر گردد.

این قبیل دانستنیها سبب شده است که پژوهندگان شرکت‌های دارویی، داروهای بسازند تا بتوانند شیوه تولید، حفظ و آزادسازی مواد شیمیایی ناقل عصبی را که توسط مغز انجام می‌شود، دگرگون سازند در زیر به بازنگری نابسامانیهای عمده و شیوه درمان آنها می‌پردازیم.

نابسامانیهای خلقی

نابسامانیها (اختلالات) خلقی شامل افسردگی و افسردگی شدیدایی یا بقول دانشمندان «اختلال قطبی» است. حدوداً از هر چهار زن، یک نفر و از هر ده مرد، یک تن، در دوران زندگی خویش، با حادثه تضعیف‌کننده نابسامانی خلقی روبه رو بوده است.

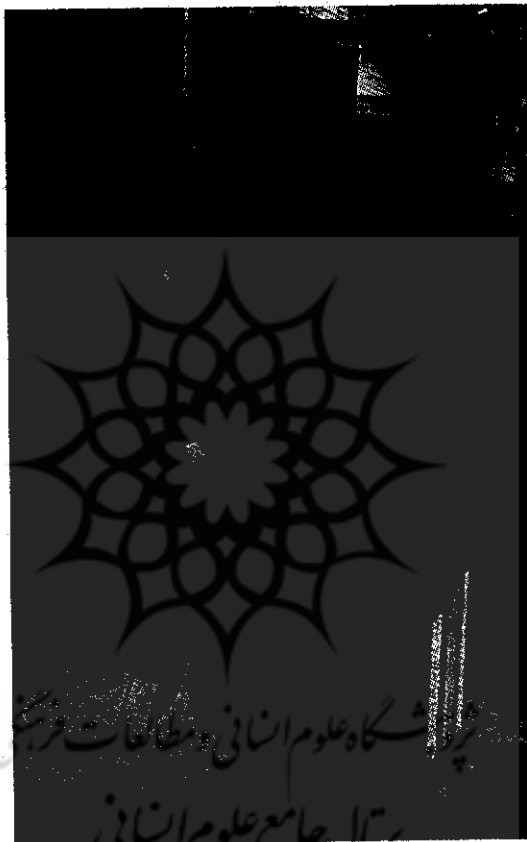
افسردگی عمده (اساسی)

بسیاری از مردم، افسردگی را به احساس «غم‌گینی» یا «اندوه» و دل‌مردگی ربط می‌دهند. اما بیماری افسردگی خیلی وخیم‌ترست و نباید آن را با احساسات گذاری ناخشنودی، که گهگاه گریبانگیر همه می‌شود، اشتباه گرفت.

افسردگی عمده، بیماری فراگیرست مشتمل بر نشانه‌های توانفرسا که اگر خوب درمان نشود، ماهها و یا حتی سالها طول می‌کشد. شادی‌ها و یا دگرگونیهای معمولی نمی‌تواند به از میان بردن افسردگی منجر شود.

افسردگان دارای تعدادی علائم می‌باشند که تقریباً هر روز یا حداقل هر دو هفته بروز می‌کنند. آن نشانه‌ها عبارتند از:

- افسردگی، دل‌مشغولی (اضطراب) مداوم یا احساسات تهی و گریه مداوم
- بی‌علاقگی نسبت به چیزهایی که زمانی لذتبخش بوده مثل مسایل جنسی
- توان کاهش یافته و خستگی



با اینحال خیلی از مردم هنوز نمی‌دانند که بیماریهای روانی درست همانند مرض قند، فشار خون بالا یا ناراحتی قلبی در زمره امراض پزشکی قرار داشته و درمان کاملاً میسر است.

امروزه در پرتو پژوهشهای جاری معلوم شده است که نابسامانیهای روانی حدود ۹۰٪ مردم بشرطی کاهش می‌یابد و یا درمان می‌شود که تحت معالجه اساسی قرار گیرند. تشخیص صحیح پزشک یا کارشناس بهداشت روانی، به سلامت روحی شخص می‌انجامد.

مردم سالیان سال از اختلالات روانی رنج می‌بردند و خود و خانواده‌هایشان، بخاطر اینگونه امراض، مورد سرزنش قرار می‌گرفتند و بدنام

- بی خوابی، بیداری نامدادی توأم با بخواستن
- زدن مجدد یا پرخواستن
- تغییرات در اشتها و وزن
- کم توانی در تمرکز، یادآوری یا تصمیم گیری
- احساس گناه یا ناامیدی
- فکر خودکشی

بنابر گزارشهای منتشره حدود ۱۵٪ از کسانی که دچار افسردگی شدید هستند، سرانجام به زندگی خود خستاتمه می دهند. اگر شما و یا یکی از اعضای خانواده تان چنین اندیشه ای در سر می پرورانید، بی درنگ به پزشک مراجعه کنید و هرگز امید از کف ندهید.

نابسامانی (اختلال) قطبی

وجه مشخصه این اختلال دوره های متناوب افسردگی و شیدایی یعنی رخدادهای فزون کاری (بیش فعالی) و سرخوشی اند. نشانه های مرحله شیدایی عمدتاً مشتمل بر نیروی فزاینده، بی خوابی، تصورات بزرگ پنداری، پرحرفی، افکار برق آسا و تعایل فزانون به امور جنسی. علایم دیگرش عبارت است از تحریک پذیری (زودخشمی)، پرخاشگری و میل به نادیده گرفتن پیامدهای کنشها (اعمال) شخصی است.

نابسامانیهای اضطرابی

حدود ۸٪ آمریکاییان گرفتار چنین اختلالی هستند. اختلال اضطراب منتشر ۱۵، سبب بروز احساسات مبهمی می شود و نشانگر آنست که گویی اتفاق ناکواری در شرف رخ دادن است. اشکالات ناشی از این حالت بقرار زیر است:

- بی خوابی، عدم تمرکز، تپش سریع قلب و مشکلات بلع غذا.
- سایر نابسامانیهای اضطرابی عبارتند از:

نابسامانی های هراس

این رخداد ناگهانی و توانفرسای وحشت، بدون هیچ دلیل آشکاری، روی می دهد و در حال حاضر نزدیک به سه میلیون [آمریکایی] را مبتلا ساخته است. ویژگیهای حمله هراس^{۱۶} از این قرار است:

- ضربان تند قلب، گیجی، تنگی نفس و ترس از دست دادن تعادل، دیوانه شدن یا مردن.

هراس (فوبی)^{۱۷}

هراس از این نوع زمانی رخ می نماید که شخص از وضع یا شیئی خاصی دچار وحشت یا ترس شدید شود. از اینکه همه می ترسند، شک نداریم، اما اشخاصی هستند که شدت هراسناکند و برای دوری جستن از چیزهایی که در آنها ترس ایجاد می کند، مانند آسانسور، هواپیما یا پل، زندگی عمویش را منحل می سازند.

اختلاس وسواس جبری (اوس دی)^{۱۸}

بطور تقریباً از هر ۴۰ نفر، یک تن مبتلا به «اوس دی» است که شاید دشوارترین نابسامانی اضطرابی، از لحاظ درمان، باشد. وسواسهای فکری، افکار مزاحمتی هستند که موجب آسیبگی (تشویش) فراوان می شوند.

بعضی اوقات وسواس فکری ریشه در ترس دارد، همچو ترس از میکروب یا بیم از سوختن و به خاکستر بدل شدن خانه. برای جلوگیری از اینگونه رویدادهای وحشتناک، شخص رفتارهای آیینی موسوم به «اعمال وسواس» را در پیش می گیرد.

اعمال وسواسی شامل آب تنی، حمام کردن و نظافت منزل منتها در حد الفراط مثلاً جهت از میان بردن میکروبها و نیز بررسی اموری مانند خاموش کردن اجاق گاز است.

درمان نابسامانیهای اضطرابی

تصور بر اینست که اختلالهای اضطرابی نظیر بسیاری از بیماریهای روانی شامل یک ناهمترای (عدم تعادل) شیمیایی در مغز است. شمار زیادی از اشخاص مبتلا به این گونه نابسامانی به یاری مصرف داروهای خاص توأم با رفتار یا گفتار درمانی بطور چشمگیری بهبود می یابند.

نابسامانیهای مربوط به روان گسیختگی و روان پریشی روان پریشی، اختلال شدید روانی را گویند و آن موقعی روی می دهد که شخص نتواند با واقعیت ارتباط برقرار کند. این اختلال غالباً همراه با روان گسیختگی یعنی بیماری است که در حدود ۲/۵ میلیون نفر را مبتلا کرده و آغازش را معمولاً بین سنین ۱۵ تا ۲۰ می دانند. شاید روان گسیختگی، توانفرساترین، ترساننده ترین و پیچیده ترین بیماری روانی باشد. اگرچه معنی تحت اللفظی واژه «شیزوفرنیا»، «ذهن دو پاره» است، اما کسانی که درگیر این قسم اختلال اند، فاقد شخصیت دوگانه هستند.

دانشمندان علت واقعی مرض یاد شده را نمی دانند، ولی بر اثر پژوهش مجدد معلوم شده است که خواص شیمیایی مغز و بافتش را می توان عامل آن دانست.

نشانه های روان گسیختگی شامل حواس متغیر، توهم، هذیان، هیجانان آشکار و دگرگونیهایی بی اندازه رفتاری است.

درمان نابسامانیهای روان پریشانه

امکان دارد اشخاصی که واقعاً روان گسیخته اند، نیاز به بستری شدن و مصرف یک دوره دارو داشته باشند. درمان این بیماری مشتمل بر استفاده از داروهای ضد جنون یا نورولپتیک توأم با روان درمانی است که در تسکین توهمات، هذیانها و مشکلات تفکر، تأثیر بسزایی دارند. کشف دسته های جدید از داروهای ضد جنون،

بسیاری از بیماران را قادر ساخته است که بیشتر در اجتماع بسر برند، زندگی خویشتن را بنحو بازاری بهبود بخشند تا بدینوسیله از مصرف هزینه های مراقبتی بهداشتی کاسته شود.

چند یادآوری

۱- هر سال تقریباً ۴ میلیون آمریکایی از افسردگی عمده در رنج و عذابند. اگر یکی از نشانه های افسردگی یا هر یک از نابسامانیهای روانی پیش گفته را در خود سراغ دارید، فوراً به پزشک یا کارشناس پیشه مند (حرفه ای) بهداشت روانی، رجوع کنید تا تشخیص درست امکان پذیر شود.

آنانی که از افسردگی یا اختلال قطبی رنجورند، ممکنست توسط یکی از چند شیوه روان درمانی (گفتار درمانی) یا بسویله یکی از داروهای ضد افسردگی که بدن به آن عادت نمی کند، بهبود یابند.

۲- هر چند تأثیر داروهای ضد افسردگی متفاوتست، لکن بیشتر آنها سوخت و ساز ناقلهای عصبی را در مغز تغییر می دهند. برای معالجه مرحله شیدایی اختلال قطبی هم چند نوع دارو وجود دارد. علاوه بر روان درمانی و دارو، تشنج درمانی (ای سی تی) نیز در درمان افسردگیهای شدید اثر بخشند.

درمانهای آتی

پژوهندگان شرکتهای دارویی پیوسته سرگرم جمع آوری اطلاعاتی فزونت در زمینه مواد شیمیایی مغز هستند که با بیماریهای روانی مرتبطند. یکی از آنها ناقل عصبی SHT و دیگری دوپامین^{۱۹} است. هر ماده شیمیایی جدید شناخته شده دلالت بر وجود داروی جدیدی دارد که می توان به منظور تأثیرگذاری در خواص شیمیایی و درمان بیماریهای روان بکار برد. تا کنون شرکتهای دارویی افزون بر ۶۰ قلم از اینگونه داروها را ساخته و به بازار مصرف عرضه کرده اند.

- ۱- آمار ارائه شده فقط ۹ ماه اول سال ۱۳۶۹ را پوشش می دهد.
- ۲- آسیب شناسی روانی دکتر حسین آزاد.
- ۳- خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری- روانپزشکی ترجمه دکتر نصرت الله پورافکاری.
- ۴- روزنامه مشهوری ۲۷ دی ماه ۱۳۷۵ شماره ۱۱۷۲
- ۵- آسیب شناسی روانی دکتر حسین آزاد
- ۶- روزنامه ایران چهارشنبه ۳ اردیبهشت سال ۱۳۷۶ شماره ۶۴۰
- ۷- بهداشت روانی تألیف دکتر سعید شاملو

- 8- panic disorder
- 9- depression
- 10- schizophrenia
- 11- character
- 12- self-control
- 13- neurotransmitter
- 14- anxiety
- 15- generalized anxiety disorder
- 16- panic attack
- 17- phobia
- 18- OCD = Obsessive Compulsive Disorder
- 19- dopamine

اجتماعی