

अवसाद की अवधारणाएं

डॉ. के. एस. जैकब

अवसाद (डिप्रेशन) के कई अलग-अलग मॉडल्स प्रस्तावित किए गए हैं और उन पर काफी चर्चा भी हुई है। इस क्षेत्र में सबसे ज्यादा उलझन मानसिक बीमारी की प्रकृति को लेकर विवाद की वजह से है। यह उलझन इस तथ्य से और भी बढ़ जाती है कि अवसाद नामक चिकित्सकीय रोग के प्रमुख लक्षण (जैसे मायूसी और नाउम्मीदी व बेबसी का भाव) सामान्य तनाव की प्रतिक्रिया और सामान्य दुखी मनःस्थिति के हिस्से भी होते हैं।

मेडिकल मॉडल

मेडिकल मॉडल में मनोविकारों को रोग माना जाता है। इसे मस्तिष्क की गड़बड़ी माना जाता है, इसके लक्षणों को रिकॉर्ड करके उपचार करवाने की अनुशंसा की जाती है। गंभीर अवसाद का तमगा उन लोगों पर भी चरपा कर दिया जाता है जो दरअसल तनाव और तनाव का सामना करने की कमजोर क्षमता से पीड़ित हैं। मेडिकल मॉडल में अवसाद का परीक्षण लक्षणों पर केन्द्रित रहता है और परिवेश, तनाव व उसका सामना करने की क्षमता का आकलन नहीं किया जाता। अपने इनपुट को न्यायोचित ठहराने के लिए चिकित्सा कारोबारी मेडिकल मॉडल्स की ज़रूरत बताते हैं। बीमा अदायगी के लिए भी किसी रोग का लेबल ज़रूरी होता है। नतीजा यह होता है कि मनोचिकित्सक सभी अवसादों व विपत्तियों को रोग के रूप में ही देखते हैं।

सामान्य चिकित्सक

रोगी सामान्य चिकित्सकों (जनरल प्रैक्टिशनर्स) के पास तब जाते हैं जब वे बहुत परेशान और दुखी होते हैं, जब उन्हें दर्द होता है या फिर वे अपने लक्षणों के अर्थ को लेकर चिंतित होते हैं। अपने किसी प्रियजन की मृत्यु, वैवाहिक अनबन, कार्य करने में अक्षमता और वित्तीय समस्याओं की वजह से भी लोग अक्सर चिकित्सकीय परामर्श लेते हैं।



इस संदर्भ में देखें तो दुख (डिस्ट्रेस) और अवसाद (डिप्रेशन) के बीच फर्क करना एक बड़ी चुनौती है। सामान्य चिकित्सक रोगियों में अवसाद की मुख्य वजह व्यक्तिगत और सामाजिक तनाव, जीवन शैली या फिर परिस्थितियों के साथ सामंजस्य न बिठा पाने के परिणाम के रूप में देखते हैं। अर्थात् सामान्य चिकित्सक अक्सर अवसाद के मनोवैज्ञानिक और सामाजिक मॉडल का इस्तेमाल करते हैं।

आम लोगों के मॉडल

आम लोग अक्सर सामाजिक विपत्ति को अवसाद की वजह मान लेते हैं। ऐसी परिस्थितियों में लोग चिकित्सकों से परामर्श लेने में हिचकते हैं। उपचार के रूप में काउंसिलिंग को सबसे ज्यादा पसंद किया जाता है। अवसाद निरोधक औषधियों को रोगी संदेह की नज़रों से देखते हैं, क्योंकि उन्हें लगता है कि इन्हें लेने से वे उनके आदी बन जाएंगे। लोगों के बीच मनोरोग के धार्मिक मॉडल्स भी लोकप्रिय हैं। आम जनता उपचार के कई मॉडलों (और कई बार विरोधाभासी) का एक साथ उपयोग करती है। वे स्वास्थ्य लाभ प्रदान करने वाले विविध केन्द्रों से तरह-तरह के उपचार के लिए प्रयासरत रहते हैं। जीर्ण तनाव, जीवन

शैली की समस्याओं व तनाव से निपटने की क्षमता में कमी के कारण अवसाद का लंबा दौर लोगों को तरह-तरह के उपचार अपनाने को धकेलता है।

औषधीय मॉडल

दवा उद्योग अवसाद के मेडिकल मॉडल का समर्थन करता है। इसने अपने लाभ की खातिर व्यक्तिगत एवं सामाजिक दुख को चिकित्सा के दायरे में लाने यानी उसके चिकित्साकरण को बढ़ावा दिया है। शैक्षिक गतिविधियों, पेशेवर मनोचिकित्सकों व उपयोगकर्ताओं के लिए बैठकें व सम्मेलन प्रायोजित करके मेडिकल मॉडल के पक्ष में राय बनाने में सफलता मिली है। नई दवाइयों, जिनकी जड़ें मेडिकल मॉडल में हैं, के विकास और परीक्षण में दवा कंपनियों बड़ी भूमिका निभाती हैं, हालांकि उनका यह कार्य विज्ञान से कम, अपने लाभ से ज्यादा प्रेरित रहता है।

प्रतिस्पर्धी धारणाएं

मनोचिकित्सा के अंतर्गत प्रभावशाली जीव वैज्ञानिक धारणा और दवा उद्योग मेडिकल मॉडल का बचाव करते हैं। लेकिन प्राथमिक चिकित्सा और समाज के संदर्भ में मनोवैज्ञानिक व सामाजिक मुद्दों पर जोर देने वाले अन्य मॉडल व धारणाएं भी उतनी ही जायज़ हैं। मगर अकादमिक प्रभाव और वित्तीय संसाधनों के अभाव की वजह से उनकी राय इतनी मज़बूती से नहीं उभर पाती है। विभिन्न परिप्रेक्ष्यों में अवसाद की अलग-अलग धारणाओं और इनके द्वारा उत्पन्न दबावों को समझने की ज़रूरत है।

जिन मुद्दों पर फिर से विचार करने की ज़रूरत है, उनमें शामिल हैं : (1) अवसाद की अवधारणा में अनेकरूपता, (2) दुख के विविध मानवीय संदर्भों को वर्णित करने के लिए इकलौते अवसाद के लेबल की अपर्याप्तता जो पूरी तरह से केवल बाह्य लक्षणों पर निर्भर करता है, (3) जांच के लिए एक मानक की ज़रूरत जिसमें परिवेश, व्यक्तित्व के कारकों, जीर्ण तनाव की उपस्थिति या अनुपस्थिति और तनाव का सामना करने की क्षमता को शामिल किया जाए, (4) अवसाद निरोधक दवाइयों कम या मध्यम स्तरीय अवसाद का समाधान

नहीं हैं और इनका इस्तेमाल अवसाद के काफी गंभीर मामलों में ही किया जाना चाहिए, (5) तनाव के प्रबंधन की ज़रूरत पर जोर देना और तनाव का सामना करने की रणनीति को बदलना, ऐसे लोगों के लिए मनोवैज्ञानिक उपचार का इस्तेमाल करना, (6) व्यक्तिगत एवं सामाजिक परेशानियों के चिकित्साकरण से बचना (7) मानवीय विपत्तियों के अन्य परोक्ष कारणों (जैसे गरीबी, अपूरित ज़रूरतें और अधिकार का अभाव इत्यादि) पर ध्यान देना।

शारीरिक लक्षण

अवसाद के लक्षणों में मन में निराशा होना, किसी भी काम में मज़ा नहीं आना, एकाग्रता की कमी, थकान, चिकित्सकीय रूप से अनसमझे लक्षण, अनिद्रा, अपराध बोध और आत्महत्या के विचार आना शामिल हैं। चिकित्सा और उपचार की दृष्टि से अवसाद की तीन श्रेणियों की पहचान की जा सकती है। पहले को तालमेल की गड़बड़ी (एडजस्टमेंट डिसऑर्डर) कहा जाता है, जो उन लोगों में तीव्र व गंभीर तनाव की सामान्य प्रतिक्रिया होती है जिनका अतीत में तनाव से सामना करने का अच्छा रिकॉर्ड रहा है। ऐसे लोग तनाव बढ़ने से अस्थाई तौर पर अस्थिर हो जाते हैं। यह स्थिति केवल कुछ समय के लिए होती है और आम तौर पर इससे प्रभावित लोग कुछ ही सप्ताह या महीनों के भीतर सामान्य ज़िन्दगी जीने लगते हैं। ऐसे मामलों में अवसाद या आत्महत्या का पारिवारिक इतिहास नहीं होता है।

दूसरे प्रकार का अवसाद दीर्घकालीन होता है जिसे डिस्थिमिया कहते हैं। तनाव के कारक आम तौर पर हल्के मगर एकाधिक होते हैं और ये लक्षणों को न सिर्फ पैदा करते हैं बल्कि उन्हें बनाए रखते हैं। यह स्थिति आम तौर पर वयस्क ज़िन्दगी की शुरुआत में उत्पन्न हो सकती है और ऐसे लोगों में अवसाद के लक्षणों का लंबा इतिहास होता है। उनकी मनःस्थिति बदलती रहती है और वे परिवेश में आए बदलावों को लेकर संवेदनशील होते हैं। उनका इतिहास हालात से सामंजस्य न बिठा पाने और तनाव का सामना करने की कमजोर क्षमता का होता है। इसके उपचार में मुख्यतः मनोवैज्ञानिक तरीकों का इस्तेमाल किया जाता है

जिनमें तनाव का सामना करने की क्षमता में इज़ाफा करने और व्यक्तित्व, रवैयों, जीवन दर्शन व जीवन शैली में बदलाव पर ज़ोर होता है।

तीसरी श्रेणी मेलेन्कोलिया कहलाती है। मेलेन्कोलिया में अवसाद के मूल लक्षणों के अलावा ऐसी व्यापक अवसादग्रस्त मनःस्थिति होती है जिसमें परिवेश के बदलावों के प्रति कोई प्रतिक्रिया नहीं होती है, हमेशा अनिद्रा की शिकायत रहती है, तड़के जल्दी ही नींद खुल जाती है और मन भी ठीक नहीं रहता है जो सुबह और भी खराब हो जाता है, वज़न काफी कम हो जाता है, बेचैनी बनी रहती है, घबराहट रहती है या फिर सक्रियता कम हो जाती है। मेलेन्कोलिया जीवन के उत्तरार्द्ध में होता है और इसके पीछे अवसाद या आत्महत्या का पारिवारिक इतिहास हो सकता है। ऐसे लक्षण द्विध्रुवीय विकार (मैनिक डिप्रेशन) का भी हिस्सा हो सकते हैं जिसमें मनःस्थिति काफी तेज़ी से बदलती रहती है अथवा चिकित्सकीय, तंत्रिका सम्बंधी और अंतःस्त्रावी कारणों से भी ऐसा हो सकता है। इसका उपचार अवसाद निरोधी दवाइयों तथा इससे जुड़े मेडिकल कारणों के प्रबंधन और अस्पताल में भर्ती करने में निहित है।

प्रबंधन

अवसाद के मरीजों का इलाज करने वाले चिकित्सकों और मनोचिकित्सकों को अवसाद के सभी प्रकारों से निपटने में दक्ष होना चाहिए। उन्हें अवसाद के विविध प्रकारों के उपचार की उचित रणनीति चुनने में भी समर्थ होना चाहिए। जांच के दौरान ज़रूरत इस बात की होती है कि मात्र लक्षणों से परे हटकर देखें; व्यक्तित्व व परिस्थितिजन्य कठिनाइयों और तनाव का सामना करने की क्षमता की भी जांच करें, ताकि जैविक दुर्बलता, व्यक्तित्व सम्बंधी कारणों व तनाव का समग्र मूल्यांकन किया जा सके।

उपचार पैकेज में मनोवैज्ञानिक मदद, तनाव कम करने की सामान्य तकनीकों (जैसे योग, ध्यान, शारीरिक कसरत, फुरसत के लम्हे, शौक पूरे करना) और समस्या समाधान तकनीकों (उदाहरण के तौर पर संज्ञान थेरेपी) को भी शामिल किया जाना चाहिए। अस्पताल में भर्ती करने और

अवसाद निरोधी दवाइयों का इस्तेमाल अवसाद के गंभीर मामलों में ही करना चाहिए। इलेक्ट्रोकन्वल्सिव थेरेपी (ईसीटी) का इस्तेमाल केवल उन रोगियों के साथ किया जाना चाहिए जो स्वयं अपने लिए या दूसरों के लिए घातक हो सकते हैं। शारीरिक लक्षण मिश्रित हो सकते हैं। ऐसे में उपचार में विभिन्न तकनीकों का सम्मिश्रण ज़रूरी होगा। शारीरिक लक्षणों, परिवेश और पृष्ठभूमि के मनोवैज्ञानिक निरूपण से मुद्दों को सही संदर्भ में देखने में मदद मिलेगी।

तकलीफों के चिकित्सकीय समाधान में प्रगति के साथ ही लोगों की सहन करने की क्षमता में कमी आई है और हल्के अवसाद के लक्षण दिखते ही वे तुरंत चिकित्सकों के पास पहुंच जाते हैं। परेशान होने या कोई विपत्ति आने पर लोग चिकित्सकों से परामर्श लेते हैं। किसी की मृत्यु का गम, विफलता पर निराशा, मोहभंग, लंबी परेशानी की वजह से निरुत्साह इत्यादि का समाधान आम तौर पर बगैर किसी मनोचिकित्सकीय दखल के संभव होता है।

तकलीफ व भावनाओं को रोग नहीं माना जाना चाहिए, भय व आशंका को दुश्चिंता अथवा दुख को अवसाद नहीं समझा जाना चाहिए।

अवसाद के विभिन्न पहलुओं के समाधान में एक मॉडल की असफलता ने एकाधिक मॉडलों के विकास व उपयोग को प्रेरित किया है। कहने का मतलब यह है कि हम अलग-अलग परिप्रेक्ष्यों को आंशिक सत्य के रूप में स्वीकार करें। इन मॉडलों को एक-दूसरे का प्रतिस्पर्धी मानने के बजाय एक-दूसरे का पूरक माना जाना चाहिए। हो सकता है कि कोई मॉडल किसी संदर्भ में अन्य से ज़्यादा जायज़ हो। रोगी अपनी अस्वस्थता को लेकर चिकित्सक से परामर्श करता है जबकि चिकित्सक उसकी बीमारी का निदान करके इलाज करता है। अस्वस्थता और बीमारी तथा स्वस्थ करने व इलाज करने के बीच अंतर को पाटने में विफलता अवसाद के निदान व प्रबंधन को लेकर दुविधा की सबसे बड़ी वजह है। यहां ज़रूरत कहीं अधिक व्यावहारिक नज़रिए को अपनाने की है, जो अवसाद के विशिष्ट मॉडलों से परे जाकर सांस्कृतिक परिप्रेक्ष्यों को समीप ला सके। (स्रोत फीचर्स)