

ओ.सी.डी.
रुग्ण माहिती पुस्तिका

डॉ. जनार्दन रेड्डी
डॉ. सुमंत खन्ना
डॉ. सुरेश मठ
डॉ. रवी राजकुमार

मराठी अनुवाद
उज्ज्वला प्रकाश दीक्षित

मराठी अनुवादाच्या निमित्ताने

ही पुस्तिका हातात पडली व लगेच ती मी वाचून संपविली देखील. अगदी नेमकेपणे लिहिलेली, काही शंका बाकी न ठेवणारी अशी पुस्तिका लिहिल्याबद्दल लेखक डॉ. जे. रेड्डी, डॉ. सुमंत खन्ना, डॉ. सुरेश मठ, डॉ. रवी राजकुमार यांचे मनोमन आभार मानावेसे वाटतात.

इंग्रजी जाणणाऱ्यांपैकी किती जण इंग्रजी पुस्तके वाचतात? खूपच कमी. मग ज्यांना इंग्रजीचा गंधच नाही त्यांच्यापर्यंत ही मौल्यवान माहिती कशी पोहोचणार? म्हणून या पुस्तिकेचे मराठीत भाषांतर झाले पाहिजे असे वाटत होते. ओ.सी.डी. या अतिशय गुंतागुंतीच्या मानसिक आजाराबाबत समाजात खूपच अज्ञान आहे, असे म्हणणेदेखील चुकीचे होईल कारण या आजाराबद्दल कुणाला काहीच माहिती नसते. आजारी व्यक्तीबाबत 'तो' किंवा 'ती' मुद्दामच असे वागते इथेपासून ते आई-वडिलांच्या लाडाने बिघडला/बिघडली आहे अशी मते माहितीच्या अभावातून समाजात व्यक्त केली

जातात. तसेच रुग्णही आजाराच्या अतित्रासदायक ते भयावह अशा अनुभवातून येणारे एकटेपण सहन करीत, मनाचा कोंडमारा सोसत असतात पण बरे होण्यासाठी काय केले पाहिजे, बिहेवियर थेरपी किंवा 'इआरपी' यांचा वापर कसा करावा, तो कसा महत्वाचा असतो, 'त्याचा फायदा कसा होतो हे त्यांना माहित नसते. सर्वात महत्वाची गोष्ट म्हणजे 'बहुसंख्य रुग्ण या आजारातून पूर्णपणे बरे होतात. अनेक रुग्ण स्वतःचे काम करू शकतील इतपत बरे होतात आणि किमान औषधे घेऊन व्यवस्थित राहतात', हे संशोधनातून उपजलेले सत्य या पुस्तकात स्पष्टपणे मांडले आहे. रुग्णांना हे माहित नसते. आधीच नैराश्याचे शिकार झालेले असतात, आजारामुळे रोजचे काम जमत नसते म्हणून खचत असतात व प्रत्येक वेळी डॉक्टरांना 'मी कधी बरा/बरी होणार? औषधे कधी थांबतील?' असे प्रश्न विचारत असतात. अशा वेळी त्यांना कुणी सांगितले की तू बरा/बरी होणार आहेस, तरी त्यांना ती चक्क भूल-थाप वाटते. पण प्रस्तुत पुस्तकात आकृतीसह (पायचार्ट - वर्तुळ चित्रे) दाखविलेले आजार बरे होण्याचे प्रमाण पाहिल्यावर रुग्णांना नक्कीच जगण्याची नवी उमेद जाणवते.

पालकांचा त्रासही खूप गंभीर स्वरूपाचा असतो रुग्णांना सांभाळताना आपणच रुग्ण होऊ की काय असे वाटत असते आणि आजाराबाबत नक्की व स्पष्ट कल्पना नसते. कार्य-कारणभावही माहित नसतो. कशामुळे रुग्णाला काय त्रास होतो हे प्रस्तुत पुस्तक वाचल्यानंतर त्यांना कळल्यामुळे त्यांच्या प्रेमाला सहानुभूतीची जोड मिळते. ते रुग्णास नीट समजून घेऊ शकतात. ते रुग्णास आजारातून बाहेर येण्यास शास्त्राधारे मदत करू शकतात. त्यांच्याही मनात आशावाद निर्माण होतो. असे हे वस्तुस्थितीचे शास्त्रशुद्ध व नेमकेपणे विवेचन करणारे पुस्तक आहे. या पुस्तकाच्या वाचनाने पालकांना आजाराबाबत डोळस, समंजस दृष्टीकोन निर्माण होतो. या सर्व फायद्यांपासून मराठी वाचक वंचित राहू नयेत म्हणून हा प्रयत्न केला.

यासाठी डॉ. जनार्दन रेड्डी यांनी हे पुस्तक प्रकाशित करण्याची जबाबदारीही घेतली व माझ्यासारख्या वैद्यकीय क्षेत्रातील नसलेल्या व्यक्तीवर विश्वास ठेवला त्याबद्दल अत्यंत कृतज्ञतापूर्वक मी त्यांचे आभार मानते.

प्रयत्नांती परमेश्वर म्हणतात तसे माझ्या मदतीला धाऊन आले माझे बंधू डॉ. नारायण बुरटे (एम्.डी. फॉरमेकॉलॉजी). त्यांनी केलेली मदत फार मोलाची होती. त्यांच्या वैद्यकशास्त्रीय दृष्टीकोनाचा लिखाणात फार उपयोग झाला. त्यांचे शाब्दिक आभार मानणे कृत्रिमपणाचे ठरेल.

डॉ. सतीश व समुपदेशक श्री. विद्यासागर यांच्यामुळे या पुस्तकाची माझी ओळख झाली. त्यांची मी आभारी आहे.

शेवटी असे म्हणावेसे वाटते की अनेकांना या पुस्तकाद्वारे मार्गदर्शन घडो आणि रुग्णांना आजारातून बाहेर पडण्याची प्रेरणा मिळो हीच ईश्वरचरणी प्रार्थना!

धन्यवाद!

उज्वला प्रकाश दीक्षित

एच-३ क्लेरियन पार्क, डी.पी.रोड,
औंध, पुणे ४११००७. महाराष्ट्र
ई-मेल : dixit.ujjala@gmail.com
मोबाइल : ९६०४१२५०९०
फोन : (०२०) २५८८०३३७

ओ.सी.डी. म्हणजे काय?

ऑब्सेसिव्ह कंपल्सिव्ह डिसऑर्डर हा एक बऱ्याच प्रमाणात सर्वसामान्यपणे आढळणारा मानसिक आजार आहे. पूर्वीच्याकाळी हा क्वचित आढळणारा आजार आहे असा समज होता पण संशोधनाने असे सिद्ध झाले आहे की समाजामध्ये लोकसंख्येतील २ ते ३ % लोकांना आयुष्याच्या कुठल्यातरी टप्प्यात ओ.सी.डी. झालेला असतो. हा बऱ्याच प्रमाणात आढळणारा आजार असला तरी आजारी व्यक्तींपैकी अनेकजण त्यावर उपचार घेत नाहीत. पाश्चिमात्य देशांमध्ये आजारी व्यक्तींपैकी ५० % पेक्षा देखील कमी व्यक्ती उपचार घेतात पण भारतात हे प्रमाण अजूनच कमी आहे. हा आजार सर्व वयोगटातील व्यक्तींना होऊ शकतो. सुमारे ६५ % रुग्णांमध्ये हा आजार वयाच्या २५ वर्षांपूर्वी उद्भवतो. काहींमध्येतर वयाच्या ५व्या वर्षाच्या पूर्वीच उद्भवतो. पण साधारणपणे फक्त १५टक्के रुग्णांमध्ये आजार वयाच्या ३५व्या वर्षानंतर उद्भवलेला दिसतो. हा आजार पुरुष व स्त्रियांमध्ये समान प्रमाणात आढळतो. बाल्यावस्थेत व पौगंडावस्थेत आजाराचा

प्रादुर्भाव होण्याचे प्रमाण मुलींपेक्षा मुलांमध्ये जास्त आढळून येते. ऑब्सेशनस् (obsessions) पुनरावर्ती विचार व कंपल्शनस् (compulsions) पुनरावर्ती कृती ही या आजाराची प्रमुख लक्षणे आहेत.

ऑब्सेशनस् एखाद्याच्या मनात येणारे विशिष्ट विचार, शंका, प्रतिमा किंवा काही करण्याच्या उत्कट इच्छेच्या स्वरूपात असतात आणि ती नको असली तरी पुनरावर्ती (परत परत येणारी) असतात. ओ.सी.डी. आजार असलेल्या बहुतेक रुग्णांना ही ऑब्सेशनस् निरर्थक, तर्कहीन, अतिरेकी प्रमाणात आहेत हे कळत असते पण ती ऑब्सेशनस्, ते विचार रुग्ण दाबून टाकू शकत नाहीत व त्याच्याकडे दुर्लक्ष करू शकत नाहीत. त्यांच्यावर काबू ठेवण्याचा प्रयत्न ते करतात पण त्यामध्ये त्यांना यश मिळत नाही. हे पुनरावर्ती विचार (ऑब्सेशनस्) खूप दुःखदायक व चिंताजनक असतात आणि त्यांच्यामुळे रुग्णाला रोजच्या जीवनात कार्यशील राहण्यात बाधा निर्माण होते.

Obsession - एखाद्या गोष्टीचा सतत विचार करणे. त्या विचारांवर स्वतःचा ताबा नसणे. ते थांबविता न येणे.

Compulsion - मंत्रचळेपणा, त्याच-त्याच निरर्थक गोष्टी परत-परत करणे.

कंपल्शनस् (compulsions) पुनरावर्ती कृती या अशा क्रिया असतात की ज्या करत असताना रुग्णाला त्या निरर्थक आहेत, अनावश्यक आहेत, अतिरेकी आहेत याची जाणीव असते. तरी त्या रुग्णाकडून केल्या जातात. पुनरावर्ती कृती (compulsions) या बहुतेक वेळा पुनरावर्ती विचार (obsessions) च्या प्रतिक्रिया असतात. उदाहरणार्थ एखाद्या रुग्णाला जंतुसंसर्गाची भीती सतत वाटते. असा रुग्ण सतत स्वच्छतेची खात्री पटावी म्हणून हात धूत राहतो. व्यक्ती हात धुणे थांबावे असा प्रयत्नही करते पण शेवटी चिंता (हात स्वच्छ नसण्याची) इतकी वाढते की चिंता व अस्वास्थ्यता कमी व्हावी म्हणून ती व्यक्ती हात धुण्याच्या तीव्र इच्छेला बळी पडते. त्यांच्या हातून काहीतरी भयानक घडेल अथवा त्यांना स्वतःला किंवा इतरांना त्यांच्याकडून काही इजा होईल ते सर्व थांबवावे किंवा टाळावे म्हणून ओ.सी.डी. चे रुग्ण काही क्रिया परत-परत करत असतात. उदाहरणार्थ घरातील कुणाला अपघात होऊ नये म्हणून रुग्ण जमीनीला समसंखेने स्पर्श करतो. या कृतींचा तार्किक दृष्टीने किंवा वास्तविकतः वस्तुस्थितिशी काही संबंध नाही. याची बहुतेक वेळा रुग्णास जाणीव असते. त्यांना हे ही महित असते

की या कृती अतिरेकी प्रमाणात आहेत. (सतत हात धुण्याच्या उदाहरणाच्या कंप्लेशनमधल्या प्रमाणे). पण त्या कृती काही क्षण तरी ताण, चिंता कमी करतात म्हणून रुग्ण त्या कृती रोखू शकत नाहीत.

काही पुनरावर्ती कृती एखाद्या कर्मकांडाप्रमाणे बऱ्याच वेळ चालणाऱ्या असतात. हे विधी म्हणजे व्यक्तीला जबरदस्तीने कराव्या लागणाऱ्या कृतींची मालिका असते. यातील कुठल्याही कृतीचा क्रम चुकला किंवा एखादी कृती करायची राहिली तर रुग्णाची चिंता वाढते. त्यामुळे परत एकदा पहिल्यापासून त्या कृतींची मालिका करावी लागते. याचा परिणाम असा होतो की साध्या हात धुण्यासारख्या दैनंदिन कृतीसाठी रुग्णाला खूप वेळ लागतो.

कोणत्या विचारांना ऑब्सेशनस् म्हणता येणार नाही?

ऑब्सेशन (एखाद्या विचाराने झपाटलेले असणे) हा शब्द आपण नेहमी वापरतो. जसे 'त्याला संगिताचे वेड (ऑब्सेशन) आहे.' हे ऑब्सेशन ओ.सी.डी.च्या संदर्भातील ऑब्सेशनपेक्षा वेगळे आहे. वरील उदाहरणामध्ये व्यक्ती स्वतःच्या पूर्ण इच्छेने ती कृती करित असते. ती कृती करण्यावर

व्यक्तीचे पूर्ण नियंत्रण असते आणि त्यातून ती व्यक्ती आनंदही मिळविते.

एखाद्या व्यक्तीला नोकरीवरून काढले गेले किंवा जवळच्या कुणा व्यक्तीचा मृत्यु झाला असेल तेव्हा ती व्यक्ती त्या घटनांबाबतच्या विचारात बुडून जाणे सहाजिक असते. जरी त्या व्यक्तीला त्या विचारांनी त्रास होत असला तरी असे सतत त्या विचारात असणे हे निरर्थक व तर्कदुष्ट मानले जात नाही किंवा एखाद्या परीक्षा देणाऱ्या विद्यार्थ्यास निकालाची चिंता, काळजी वाटते आणि त्यामध्ये त्या व्यक्तीचा बराच वेळ जातो. जरी हे विचार सुखद नसले तरी त्यावर त्या व्यक्तीचा ताबा असतो आणि ते विचार निरर्थकही नसतात म्हणून वरील प्रकारच्या विचारांना पुनरावर्ती विचार (obsessions) म्हणता येणार नाही.

नेहमी आढळणारे पुनरावर्ती विचार (obsessions) :

- ◆ भोवतालच्या गोष्टींमुळे घाण चिकटण्याची, वस्तू व व्यक्तींमुळे जंतुसंसर्ग होण्याची भीती.
- ◆ धर्म विरोधी विचार, देवादिकांबद्दल अनादर.

- ◆ स्वतःला किंवा इतरांना इजा करण्याचे किंवा जिवे मारण्याचे विचार.
- ◆ स्वतः केलेले काम नीट नसल्याचा अथवा चुकीचे असल्याचा संशय.
- ◆ मनात सतत लैंगिक विचार किंवा प्रतिमा येणे.
- ◆ अश्लील व अश्लाघ्य शब्द बोलले जाण्याची भीती.
- ◆ स्वतःला कुठलातरी जीवघेणा आजार होण्याची भीती.
- ◆ वस्तु ठराविक जागी ठराविक पद्धतीने ठेवण्याची गरज व त्याबद्दल सतत विचार.

काही नेहमी आढळणाऱ्या पुनरावर्ती कृती :

- ◆ वारंवार हात धुणे, स्नानास खूप वेळ लागणे किंवा घरातील वस्तुंच्या स्वच्छतेस वेळ लागणे.
- ◆ वस्तु ठराविक क्रमाने व रचनेने पुन्हा-पुन्हा ठेवणे.
- ◆ कुलुप लागले आहे का? लाईट स्विच बंद केले आहे का? गॅस बटन बंद केले का? हे वारंवार तपासून खात्री करणे.
- ◆ वारंवार कपडे घालणे व काढणे.
- ◆ एका ठराविक अंकापर्यंत परत-परत मोजत रहाणे.
- ◆ एखाद्या वस्तुला विशिष्ट पद्धतीने स्पर्श करणे/हाताळणे.

- ◆ एखादी कृती परत-परत करणे. उदा. दरवाज्यातून आत-बाहेर करणे.
- ◆ सतत कुणीतरी चांगले म्हणावे ही अपेक्षा (विशेषतः लहान मुलांबाबत).

जंतु संसर्गाची भीती आणि प्रक्षालन व स्वच्छतेसंबंधी पुनरावर्ती विचार (obsessions) :

सर्वात जास्त प्रमाणात आढळणारे ऑब्सेशन जंतुसंसर्ग संबंधी असतात. दरवाजा उघडणे, खाली पडलेल्या वस्तु उचलणे, इतरांकडून आलेले पैसे हाताळणे किंवा कचऱ्याच्या डब्या जवळून जाणे यासारख्या गोष्टी करताना किंवा होताना रुग्णांना जंतुसंसर्गाची व आपण अस्वच्छ होत आहोत अशी भीती वाटते. ही भीती आणि या भीतीपाठोपाठ कराव्या लागणाऱ्या पुनरावर्ती कृती खूपच अतिरेकी स्वरूपात असतात. इतक्या की हात धुवून-धुवून हात सोलून निघतात आणि प्रचंड वेळ जातो. हे रुग्ण घर स्वच्छ करण्यात किंवा स्नानापूर्वी स्नानघर परत-परत स्वच्छ करण्यात तासन्-तास घालवतात.

काही रुग्णांना अशीही भीती वाटते की त्यांच्याकडून किंवा इतरांच्या बरोबर घरात आलेल्या रोगजंतूमुळे घरातील इतरांना काहीतरी अपाय होईल. म्हणून त्यांचे स्नान होईपर्यंत ते इतरांना हात लावण्याचे टाळतात. घरात इतर कुणी येऊन गेले असता सर्व घर स्वच्छ करतात ही त्यांची स्वच्छता अतिशय सांगोपांग व दीर्घ असते. उदाहरणार्थ एका ठराविक पद्धतीने हात घासून-घासून धुणे किंवा एक ठराविक पद्धतीने स्नान करणे इ. या गोष्टी जर विधीवत ठराविक क्रमाने न झाल्यास ते अतिशय विचलित व तणावग्रस्त होतात आणि परत त्या सर्व कृती क्रमशः करतात आणि त्यांचे समाधान होईपर्यंत किंवा थकून जाईपर्यंत ते ती कृती करत राहतात.

वारंवार शंका येणे आणि तपासून पाहणे :

या प्रकारचे ऑब्सेशन असलेल्या व्यक्तींना सतत असे वाटत राहते की काही गोष्टी नीट व संपूर्णपणे तपासून पाहिल्यानसल्यामुळे काही तरी वाईट होणार आहे, काहीतरी भयानक होणार आहे अशा भीतीमुळे ते परत-परत गोष्टी तपासून पाहतात. तथापि त्यांना हे कळत असते की असे

होण्याची शक्यता अगदीच कमी आहे. उदाहरणार्थ त्यांना अशी शंका वाटत असते की गॅसचे बटण नीट बंद केलेले नाही, त्यामुळे गॅस गळती होईल आणि आग लागेल. या प्रकारातील नेहमीचे उदाहरण म्हणजे सतत कुलुप लावले आहे का हे पाहणे, लाईटची बटणे तपासणे. दुसरे उदाहरण म्हणजे सतत पैसे मोजणे, लहान मुलांच्या बाबतीत गृहपाठात काही चूक राहिलेली आहे का हे अनेकवेळा तपासणे. अनेक वेळा तपासूनही या रुग्णांचे क्वचितच समाधान होते. कधी-कधी ते इतरांकडून वदवून घेतात की काही गंभीर अशी चूक त्यांच्याकडून झालेली नाही. एखाद्या नवख्या व्यक्तीला हे रुग्ण कामामध्ये जरा हळू व अकार्यक्षम वाटतात. ज्या लहान मुलांना असे परत-परत तपासून पाहण्याची सवय असते (compulsion) ते अभ्यासात मंद असतात व इतरांच्या मागे पडतात. एखाद्याने जर या रुग्णांस विचारले दरवाजा बंद आहे का असे कितीवेळा पाहिल्यावर तुझे समाधान होते? तेव्हा बऱ्याचवेळा ते सांगताना आढळतात की त्यांचे पूर्ण समाधान कधीच होत नाही. काही रुग्ण वेळ वाचविण्यासाठी काही योजना करतात. बहुतेक वेळा ते एखाद्या गोष्टीची

किती वेळा खात्री करायची हे ठरवितात. अशा रुग्णांना मोजत बसायची सवय लागते. त्यातही शुभ अंक किंवा अशुभ अंकांपर्यंत मोजायची सवय लागते.

क्रमवार रचना करण्याची व वस्तु विशिष्ट क्रमाने ठेवण्याची तसेच साधर्म्याची सवय :

अशा प्रकारचे ऑब्सेशन असणाऱ्या रुग्णांना टापटीप, व्यवस्थितपणाची आवड असते. पण या व्यवस्थितपणामध्ये त्यांचा प्रत्यक्ष दैनंदिन कृतीपेक्षा नीट-नेटकेपणात इतका वेळ जातो की व्यवस्थितपणा हाच त्यांचा प्रमुख उद्योग बनतो. त्याला जास्त महत्त्व दिले जाते. ते वस्तु ठराविक पद्धतीनेच ठेवतात व त्या तशा नसल्यास ते अतिशय अस्वस्थ होतात. त्या जागच्या जागी गेल्यावरच त्यांना स्वस्थ वाटते. वस्तु जागेवर नसल्यावर त्यांना भीती किंवा चिंतेपेक्षा अस्वस्थता आणि ताण जाणवतो. तासन् तास ते जेवणाचे टेबल लावण्यात, बिछाने टाकण्यात घालवतात. प्रत्येक गोष्ट अगदी बरोबर त्याच पद्धतीने झाल्यावर त्यांचे समाधान होते.

लैंगिक व आक्रमकतेबाबत ऑब्सेशनस् :

या प्रकारचे ऑब्सेशनस् (पुनरावर्ती विचार) असलेल्या व्यक्तींच्या मनात लैंगिक व आक्रमक स्वरूपाचे विचार किंवा प्रतिमा सतत असतात. उदाहरणार्थ लैंगिक ऑब्सेशनस् हे दुसऱ्या काही गोष्टी करताना किंवा इतर विचार करताना मध्येच येणारे असतात. ते घरातील लोकांच्या किंवा देव-देवतांच्या लैंगिक प्रतिमांच्या स्वरूपात असू शकतात. आक्रमक पुनरावर्ती विचार हे घरातील प्रियजनांना इजा करण्याबाबत असतात. लैंगिक पुनरावर्ती विचार (ऑब्सेशनस्) अरणारे रुग्ण भयंकर अपराधीपणाची भावना व चिंता यांनी त्रस्त असतात. सततच्या ऑब्सेशनस् प्रमाणे आपण कृती करू की काय या भीतीचे दडपण सतत त्यांच्या मनावर असते. म्हणून ते आपण अशी कुठलीही कृती करू शकणाऱ्यांपैकी नाही हे सतत इतरांकडून वदवून घेत असतात.

गणना व पुनरावर्तन :

ओ.सी.डी. असलेली लहानमुले अनावश्यक गणना करत तासन्तास घालवतात. ते रस्त्यावरील लोक, खिडकीचे गज, फरशीवरील रेषा मोजत बसतात. काहींना कुठलेही

काम सुरु होण्यापूर्वी व संपल्यानंतर गणना करावी लागते. कुठलेही अंतर चालताना पाउले मोजावीच लागतात. पुनरावर्ती कृतीची (compulsions) सवय असलेल्या व्यक्ती एखादे काम अनेकवेळा करतात. उदाहरणार्थ खुर्चीत बसण्यापूर्वी ते खुर्ची गरगर फिरवतात किंवा ठराविक वेळा सरकवतात.

चर्वित चर्वण / विचारांचे रवंथ :

ऑब्सेशन असलेले रुग्ण त्यांना असंबद्ध वाटणाऱ्या गोष्टींवर विचार करण्यात खूप वेळ घालवितात परंतु तो विचार ते थांबवू शकत नाहीत. कमी महत्वाचे, असंबद्ध वाटणारे हे त्यांचे दीर्घकाळ चालणारे विचार रोजच्या साध्या गोष्टींबाबत असतात, निष्कर्ष रहीत असतात. ते उत्तर व काही महत्व नसलेल्या प्रश्नांसंबंधी व रोजच्या घटनांबाबत अंतहीन शंका असू शकतात. ते एखाद्या दिवशी घडलेल्या एखाद्या घटनेबाबत किंवा एखाद्या झालेल्या संभाषणाबाबत असू शकतात.

संग्रह प्रवृत्ती :

जुन्या वापरलेल्या वस्तु, कपडे, डबे, पेपरस् नंतर उपयोगी पडतील म्हणून राखून ठेवणे ही बाब आपणासर्वांना

नवीन नाही पण ओ.सी.डी. रुग्णांमध्ये या गोष्टीचा अतिरेक दिसतो. मित्रमंडळी व कुटुंबातील लोक तक्रार करतात की रुग्णाने टाकावू व नको असलेल्या इतक्या गोष्टी खोलीत किंवा कार्यालयात साठविलेल्या आहेत की त्यामुळे त्याला काम करता येणे अशक्य झाले आहे आणि या रुग्णाला वारंवार 'यातील काही गहाळ तर झाले नाही ना?' या भीतीने या गोष्टी वारंवार तपासून पहाव्या लागतात. त्यांनी वापरलेल्या काही वस्तू टाकून द्यायला जर कुणी सांगितले तर ते खूप अस्वस्थ व चिंताग्रस्त होतात.

ओ.सी.डी. होण्याची कारणे :

ओ.सी.डी. कशामुळे होतो याचे नक्की कारण आज तरी ज्ञात नाही. पण या कारणांविषयी काही सिद्धांत मांडले गेले आहेत. ढोबळमानाने यांचे जीवशास्त्रीय व मानसशास्त्रीय असे वर्गीकरण केले जाते.

जीवशास्त्रीय सिद्धांत :

संशोधनाच्या या टप्प्यावर असे स्पष्ट झाले आहे की ओ.सी.डी. हा जैविक आजार आहे आणि तो होण्यास मेंदूतील

काही जीवरासायनिक बदल कारणीभूत असतात. या बदलात न्युरोट्रान्समिटरचा (चेतापेशीतील रासायनिक संदेश वाहकांचा) समावेश होतो. चेतापेशीतील (नर्व्ह सेलस्) संदेशवाहनाचे काम करणारे न्युरोट्रान्समिटरस् (संदेशवाहक) हे एक रासायनिक द्रव्य असते. ओ.सी.डी. च्या रुग्णांच्या मेंदूमध्ये सिरोटोनिन या चेतापेशीय संदेशवाहक द्रव्याची कमतरता असते असे मानले जाते. SRIs या वर्गाच्या औषधांची ओ.सी.डी. च्या रुग्णांमधील उपयुक्तताच या रुग्णांमधील 'सिरोटोनिन कमतरता' सिद्ध करण्यास आधारभूत ठरते. SRIs ही औषधे मेंदूमधील सिरोटोनिनचे प्रमाण व उपलब्धता वाढवितात व या रोगाची लक्षणे कमी करतात.

ओ.सी.डी. हा विकार अन्य चेतापेशीय विकारांसोबत आढळून येतो. यावरून ओ.सी.डी. या रोगाचे मूळ जैविक आहे असे म्हणता येते. मेंदूज्वर, टिक डिसऑर्डर व कोरिया या विकारांच्या रुग्णांना ओ.सी.डी. उद्भवण्याची जास्त शक्यता असते. शिवाय ओ.सी.डी. रुग्णांच्या मेंदूचा MRI (Magnetic Resonance Imaging) व PET (Positron Emission Tomography) तंत्राने काढलेल्या प्रतिमांमध्ये मेंदूच्या फ्रंटललोब,

सिंग्युलम आणि बेसल गॅलियामध्ये काही विकृती दिसून येते. ओ.सी.डी. च्या रुग्णांमध्ये वर सांगितलेल्या तीन भागांच्या मज्जपेशींच्या जोडणीमध्ये बिघाड असल्याचे मानले जाते.

ओ.सी.डी. हा काही रुग्णांच्या बाबतीत अनुवंशिक असतो असे आता मानले जाते. ओ.सी.डी. च्या रुग्णांपैकी सुमारे ३ ते ७ टक्के लोकांमध्ये त्यांच्या सर्वात जवळच्या म्हणजेच आई-वडील, भाऊ-बहिण किंवा मुले या नातेवाईकांमध्ये ओ.सी.डी. असलेला आढळतो. टुरेट डिसऑर्डर या रोगाशी ओ.सी.डी. जनुकशास्त्रीय रीतीने जोडला गेला आहे. ओ.सी.डी. रुग्णांच्या नातेवाईकांना केवळ ओ.सी.डी.च नव्हे तर टुरेट डिसऑर्डरसुद्धा होण्याची दाट शक्यता असते. त्याचप्रमाणे ज्यांना टुरेट डिसऑर्डर चा त्रास आहे अशा रुग्णांच्या जवळच्या नातेवाईकांना (मुले, भावंडे)

SRIs (सिरोटोनिन रिअपटेक इनहिबिटर्स) : मज्जातंतूमधून सिरोटोनिन स्त्रवल्यानंतर ते कार्यरत होते व त्वरीत त्याच मज्जातंतूमध्ये घेतले जाते या प्रक्रियेमुळे सिरोटोनिनची आधीच कमतरता असलेल्या ओ.सी.डी. रुग्णांमध्ये लक्षणे तीव्र होतात. **SRI**s औषधांमुळे मज्जातंतूमध्ये सिरोटोनिन परत घेतले जाण्याची प्रक्रिया थांबविली जाते व सिरोटोनिनची उपलब्धता वाढविली जाऊन रुग्णांमधील कमतरता भरून निघते व लक्षणे कमी होतात.

ओ.सी.डी. होण्याची शक्यता असते. तरीही ही गोष्ट महत्वाची आहे की अनुवंशिकता फक्त काही थोड्याच ओ.सी.डी. रुग्णांमध्ये आढळून येते. बहुतांश ओ.सी.डी. झालेल्या रुग्णांच्या कोणत्याही नातेवाईकास ओ.सी.डी. झालेला आढळत नाही.

तणावाचे स्थान :

कुठल्याही प्रकारचा तणाव हे ओ.सी.डी. होण्यास कारणीभूत होत नाही परंतु जे सहजासहजी बळी पडू शकतात अशा व्यक्तींना तणावामुळे ओ.सी.डी. होऊ शकतो. पूर्वीच अस्तित्वात असलेल्या लक्षणात तणावामुळे वाढ होते. व्यक्तीवर अचानक घाला करणाऱ्या तणावपूर्ण घटनांमध्ये प्रियजनांपासून विभक्त होणे (मृत्यू), जीवनातील महत्वाचे बदल - त्यामध्ये नोकरी जाणे, कामाच्या ठिकाणी असणाऱ्या समस्या, गरोदरपण, आपत्याचा जन्म, गर्भपात इत्यादी घटनांचा समावेश होतो.

आजारामध्ये व्यक्तिमत्वाचा वाटा :

काही व्यक्ती कडक स्वभावाच्या, काटेकोरपणे काम करणाऱ्या असतात. अशा व्यक्तींच्या जडणघडणीमध्ये नियम,

शिस्त, नेमकेपणा आणि सुव्यवस्थितपणा यांचे अधिक्य असते. अशा व्यक्तींमध्ये ओ.सी.पी.डी. (ऑब्सेसिव्ह कंपल्सिव्ह पर्सनॅलिटी डिसऑर्डर) असते पण त्यांना ओ.सी.डी. हा आजार नसतो. अशा व्यक्तींमध्ये ओ.सी.डी. उद्भवण्याची दाट शक्यता असते असे पूर्वी मानले जात असे पण आता असे सिद्ध झाले आहे की ओ.सी.पी.डी. असलेल्या व्यक्तींना ओ.सी.डी. होण्याची शक्यता असते असे म्हणता येत नाही. बहुतांश ओ.सी.डी. रुग्णांमध्ये ओ.सी.पी.डी. आढळत नाही. याउलट स्वतःबद्दल कमीपणाची भावना असणाऱ्या व्यक्ती आणि इतरांच्या टीकेने चटकन दुखावल्या जाणाऱ्या आणि इतरांशी संवाद साधताना तसेच पार्टी किंवा विवाह समारंभात सहभागी होताना अस्वस्थ असतात अशा व्यक्तींना तुलनात्मकतेने अधिकप्रमाणात ओ.सी.डी. होण्याची शक्यता असते.

मानसशास्त्रीय सिद्धांत :

मनोविकारतज्ज्ञ अनेक वर्षे असे मानत होते की कडक शिस्तीच्या आणि ताठर स्वभावाच्या पालकांच्या मुलांना ओ.सी.डी. होण्याची शक्यता जास्त असते. पण आता असे स्पष्ट झाले आहे की ही गोष्ट खरी नव्हे. आता असे स्पष्ट झाले आहे की

मानसिक द्वंद्व आणि बाल्यावस्थेतील खोल रुजलेल्या मानसिक समस्यांमुळे ओ.सी.डी. होत नाही. एका शैक्षणिक अभ्यासान्वये ऑब्सेशनस् व कंपल्शनस् ही दोन टप्प्यात सुरु होतात. पहिल्या टप्प्यात एखादा विचार किंवा प्रतिमेसारखा संवेदक अस्वस्थता व चिंता निर्माण करणारा ठरतो. कारण हा विचार किंवा ही प्रतिमा एखाद्या अस्वस्थता व चिंता निर्माण करणाऱ्या घटनेशी निगडीत असते. या निगडीत असण्याने हे विचार किंवा प्रतिमा रुग्णाला चिंताग्रस्त व वेदनाव्याकूळ बनवतात. दुसऱ्या टप्प्यात व्यक्ती बचावात्मक कृती करू लागते. उदाहरणार्थ आपण दुसऱ्यांना इजा करू अशी भीती असणारा रुग्ण सुरी वापरण्याचे टाळू लागतो. कारण ती गोष्ट टाळण्याने चिंता कमी होते, पण अशा भीती निर्माण करणाऱ्या सर्वच गोष्टी टाळणे शक्य नसते म्हणून अस्वस्थतेचा त्रास कमी व्हावा यासाठी कंपल्शनस्चा आधार घेतला जातो. भीती निर्माण करणाऱ्या गोष्टी पूर्णपणे टाळणे किंवा कंपल्शनस्चा आधार घेणे (पुनरावर्ती कृती करणे) यातून चिंता काही प्रमाणात कमी होते म्हणून या कृतीची सवय लागते व एक दुष्टचक्र सुरु होते जे तोडणे खूप

कठीण असते. (भय... त्यातून पुनरावर्ती कृती... परत भय विचार व परत कृती अशा प्रकारे हे दुष्टचक्र चालू राहते.) कारण बहुतेक रुग्ण एखादी घडलेली अस्वस्थ करणारी किंवा तिरस्करणीय घटना लक्षणांच्या प्रादुर्भावाशी जोडू शकत नाहीत. पण हे मात्र पुराव्याने सिद्ध झाले आहे की ठराविक भयप्रद प्रसंगांना न भिडता त्यांच्यापासून दूर जाण्याने, त्या टाळण्याने अथवा त्रास कमी व्हावा म्हणून कंप्लेशनस् (पुनरावर्ती कृती)चा आश्रय घेण्यानेच ऑब्सेशनस् तसेच राहतात - कमी होत नाहीत.

इतर आजार व ओ.सी.डी. :

ओ.सी.डी. बरोबर नेहमी इतर मानसिक आजारही आढळतात. नैराश्य आणि इतर भयचिंता निर्मित आजार, टिक डिसऑर्डर, स्किझोफ्रेनिया तसेच मद्य व इतर आमली पदार्थ अवलंबित्व हे त्यातील नेहमी आढळणारे आजार होत. ओ.सी.डी. समवेत असणाऱ्या आजारात भयभीत होणे (पॅनिक डिसऑर्डर), भयगंड (Phobia) आणि अति चिंतेचा आजार (General Anxiety Disorder) हे आहेत.

एखाद्या रुग्णास ओ.सी.डी. बरोबर असणाऱ्या इतर आजारांना ओळखणे आणि त्यावर उपचार करणे हे फार महत्वाचे असते कारण त्यावर उपचार झाले नाहीत तर मूळ आजार ओ.सी.डी. हा उपचारांना नीटसा दाद देणार नाही. तसेच समवेत असणाऱ्या आजारांमुळे आधीच ओ.सी.डी.ने त्रस्त असलेला रुग्ण अधिकच त्रस्त होईल आणि रोजचे जीवन जगण्याची त्याची क्षमता कमी होईल.

ऑब्सेशन आणि कंपल्शन यांच्या त्रासामुळे नैराश्याचा त्रास रुग्णांना होताना दिसतो. नैराश्यग्रस्त रुग्णांची मानसिक अवस्था अतिशय खालावलेली असते. त्याचबरोबर त्यांच्यात उत्साहाचा अभाव आढळतो व काही करण्याची इच्छा क्षीण असते. आनंदाने करण्याच्या गोष्टीत रस घेण्याची त्यांची क्षमता नष्ट होते आणि त्यामुळे मनोरंजनात्मक किंवा इतर मौजमजेच्या गोष्टीत त्यांना रस वाटत नाही. स्वतःबद्दल भोवतीच्या जगाबद्दल आणि भविष्याबाबत निराश आणि दुःखी असतात. स्वतःच्या क्षमता आणि कर्तृत्व यांना ते कमी लेखतात. त्यांना जगण्यात अर्थ नाही असे वाटत असते. म्हणून आत्महत्येचे विचार त्यांच्या मनात घोळत असतात.

भयग्रस्ततेचा आजार (पॅनिक डिसऑर्डर) असलेल्या व्यक्तींना अति भीती व चिंतेचे झटके (attacks) येतात. या अॅटॅक्समध्ये अतिशय भीती वाटणे, श्वास उथळ होणे, घाम येणे, हृदयाच्या ठोक्यांची नको तितकी जाणीव असणे, पोट ढवळून येणे, हात कापणे आणि मरणाची व वेड लागण्याची भीती वाटणे असा त्रास होतो. भयग्रस्ततेचा (Agoraphobia) या प्रकारचा आजार बहुतेकदा (Panic attacks) भयग्रस्ततेच्या झटक्यांमुळे होतो. झटका येऊन गेल्यावर अॅगोराफोबिया (Agoraphobia) या प्रकारचा भयग्रस्ततेचा झटका येतो. भयगंडाच्या (Phobia) रुग्णांना एखाद्या गोष्टीबाबत, प्रसंगाबाबत विसंगत व अकारण भीती वाटत असते म्हणून असे चिंता निर्माण करणारे प्रसंग ते टाळतात. अॅगोराफोबिक रुग्णांना भयग्रस्ततेचा झटका आला असता अशा काही ठिकाणांची किंवा प्रसंग ओढावण्याची भीती वाटते की जेथून त्यांना कुणीही सोडवू शकणार नाही. त्यांना नेहमी भीती वाटणारी ठिकाणे म्हणजे बाजार, दुकाने, गच्च भरलेल्या बसेस तसेच घराबाहेर पडून प्रवास करण्याची त्यांना भीती वाटते.

समाजाच्या भीतीचा भयगंड असलेले रुग्ण आपण सर्वांच्या अवधानाचे लक्ष्य बनू किंवा आपल्या वागण्यात

गफलत होईल या भीतीने समाजात मिसळण्याचे टाळतात. सततच्या भीतीयुक्त चिंतेचे (Generalized Anxiety Disorder) रुग्ण नेहमीच तणावाखाली वावरतात आणि अति प्रमाणात काळजी करतात. रोजच्या प्रसंगांबाबत, प्रश्नांबाबत अशा रुग्णांना सतत काळजीयुक्त भीती वाटत असते.

ज्यांना छिन्नमनस्कतेचा आजार आहे अशा रुग्णांना भास होतात किंवा उगाच संशय येतो. हे सर्व खरे असे त्यांना वाटते. अशा व्यक्तींना अमंगळ गोष्टी घडतील असे वाटत असते. पण त्यांच्या जवळच्या व्यक्तींना, परिवाराला असे काहीच वाटत नसते. त्यांना असे ही वाटू शकते की त्यांच्या विचारांवर, कृतींवर, भाव-भावनांवर दुसऱ्या कुणाचीतरी हुकुमत चालते. काहींना असेही वाटते की बाहेरील कुठलीतरी शक्ती किंवा लोक त्यांचे विचार रुग्णाच्या इच्छेविरुद्ध घुसडतात किंवा रुग्णाचे विचार काढून घेतात किंवा घोषित करतात. त्यांना लोकांच्या हेतूविषयी तसेच कृतीविषयी शंका येऊ शकतात. इतरांना न दिसणाऱ्या व न ऐकू येणाऱ्या गोष्टी त्यांना दिसू लागतात व ऐकू येऊ लागतात. जेव्हा

स्किझोफ्रेनिया बरोबर ओ.सी.डी. हा आजार असतो तेव्हा ते ओळखणे व त्यावर उपचार करणे खूप महत्वाचे असते. ओ.सी.डी. झालेल्या रुग्णांपैकी २० ते ३० % रुग्ण ऑब्सेशन ने वाटणाऱ्या भीतीयुक्त चिंतेतून बाहेर पडण्यासाठी मद्यपान करू लागतात ते रोज अतिप्रमाणात मद्य घेऊ लागतात त्यामुळे ते मद्यावर अवलंबी बनू लागतात. एकदा त्यांना दारूची सवय लागली की मद्यपान कसे कमी करावे कुठे थांबावे हे जमणे फार कठीण वाटते. त्यांनी मद्यपान कमी करण्याचा प्रयत्न केला की त्यांना व्यसन सोडताना होणाऱ्या शारीरिक त्रासाच्या लक्षणांचा (Withdrawal symptoms) चा त्रास होऊ लागतो. अंग कापणे, भीती-चिंता, रात्र-रात्र झोप न येणे, बेचैनी आणि खूप घाम येणे अशा प्रकारचा त्रास होऊ लागतो.

ऑब्सेसिव्ह कंपल्सिव्ह स्पेक्ट्रम डिसॉर्डर

जसे ऑब्सेशनस् आणि कंपल्शनस् प्रामुख्याने ओ.सी.डी. मध्ये दिसतात तसेच इतर ही मानसिक आवस्थांमध्ये ते दिसून येतात. त्या मानसिक आवस्थांमध्ये आणि ओ.सी.डी. मध्ये काही वैशिष्ट्यांबाबत साधर्म्य आढळते हे साधर्म्य रुग्णांच्या

लक्षणांमध्ये आजाराच्या प्रादुर्भाव होण्याच्या आवस्थांमध्ये, आजार होण्याच्या कारणांमध्ये, आणि औषधाला मिळणाऱ्या प्रतिसादामध्ये हे साधर्म्य असते त्या आजारांमध्ये बॉडी डिसमॉर्फिक डिसॉर्डर (Body dysmorphic disorder) (शरीराचा एखादा भाग उदा. नाक, विकृत आहे असे वाटणे), ट्रायकोटिलोमॅनिया (सतत केस ओढणे), टुरेट सिन्ड्रोम (शरीराच्या अनियंत्रित हलचाली), खाण्या मधील समस्या, विकृत पद्धतीने जुगार खेळणे, अतिरिक्त प्रमाणात विकृत घेत रहाणे हे सर्व इतर आजार असतात. विविध प्रकारच्या विकाराच्या छटा स्वतंत्रपणे एखाद्यामध्ये आढळून येऊ शकतात किंवा एखाद्यामध्ये ओ.सी.डी.ला या ही आजाराची संगत असते.

या शारीरिक डिसमॉर्फिक आजारामध्ये रुग्ण आपल्या शारीरिक दिसण्याबाबतच्या काल्पनिक वैगुण्याबाबत कमालीचा मग्न असतो. उदा. नाक वाकडे असणे, केस पातळ झालेले असणे, किंवा त्वचेवर डाग असणे. थोडेसे किंचित वैगुण्य जरी असले तरी त्याच्या बद्दलचा विचार खूपच अतिरिक्त असतो. हे रुग्ण दिवसाकाठचा बराचसा वेळ आरशा समोर

त्यांच्या कल्पनेतले वैगुण्य खरे आहे नाही हे तपासत बसतात आणि काही मेकअप करुण वैगुण्य झाकण्याचा प्रयत्न करतात आणि वैगुण्य झाकण्यासाठी वारंवार प्लॅस्टिक सर्जरी करणाऱ्या सर्जन कडे फेऱ्या मारतात.

ट्रायकोटिलोमॅनिया* किंवा सतत केस ओढण्याच्या उर्मीचा आजार यामध्ये रुग्ण परत-परत स्वतःचे केस ओढत राहतात. केस ओढले नाहीत तर ताण किंवा चिंता वाटते पण केस ओढत असताना मात्र एक प्रकारचा आनंद किंवा त्रासातून मुक्तता झाल्याची भावना होते. कधी-कधी रुग्ण शरीरावरील एखाद्या ठराविक भागातील केसच ओढतात पण बहुधा रुग्ण डोक्यावरचेच केस ओढतात.

टुरेट सिंड्रोम मध्ये रुग्णाच्या शरीराच्या कुठल्यातरी भागाच्या अनियंत्रित हलचाली होत असतात उदा. डोके हलवणे किंवा खांदे उडवणे, डोळे मिचकवणे इ. या खेरीज त्यांच्याकडून काही अनियंत्रित आवाजही होतात उदा. घसा साफ करणे, किंचाळणे, उचक्या देणे) आणि अनियंत्रितपणे अश्लील शब्दोच्चार करतात.

* ट्रायकोटिलोमॅनिया : यामध्ये रुग्ण परत परत स्वतःचे केस ओढत राहतात.

खाणे, विकत घेणे आणि क्वचित जुगार सुद्ध सर्वांना नेहमीच्याच सर्वसाधारण गोष्टी वाटतात. पण या गोष्टी जेव्हा प्रमाणाबाहेर, त्रासदायक वे अनियंत्रित होतात तेव्हा त्यांना खान-पान विकृती, प्रमाणा बाहेर विकत घेत सुटण्याचा आजार, प्रमाणाबाहेर अनियंत्रितपणे जुगार खेळणे असे म्हणले जाते.

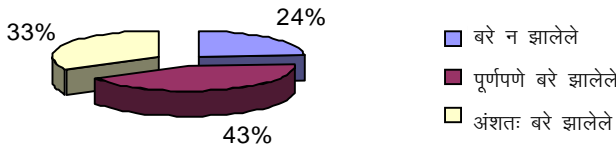
ओ.सी.डी. वाढीचे टप्पे वाटचाल व परिणाम

असे नेहमी म्हणले जाते की ओ.सी.डी. हा दीर्घ कालावधीचा किंवा न हटणारा आजार आहे आणि अगदी थोडे लोकच या आजारातून बरे होतात. पण अनेक तज्ज्ञांनी केलेल्या संशोधनातून हे सत्य नाही असे लक्षात येते. ओ.सी.डी. असले अनेक लोक बरे होतात असे संशोधनातून पुढे आलेले सत्य आहे.

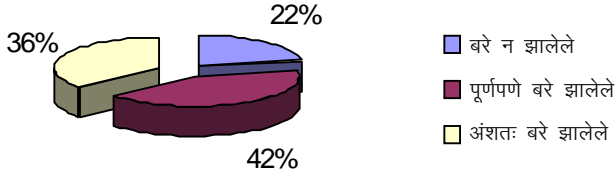
पुढे निम्हांस येथे केलेल्या दीर्घकालीन उपचार अभ्यासातून निष्पन्न झालेले निष्कर्ष दिले आहेत.

ओ.सी.डी. बरे होण्याचे प्रमाण

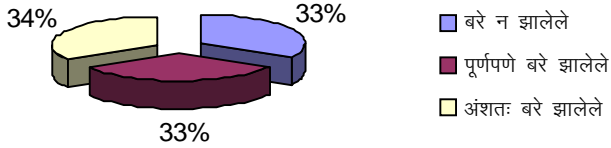
(११ ते १३ वर्षांच्या उपचार व अभ्यासावर आधारित)



५ वर्षांच्या उपचारानंतर प्रामुख्याने ऑब्सेसिव्ह ओ.सी.डी.
बरा होण्याचे प्रमाण



५ वर्षांच्या उपचारानंतर obsessions + compulsions
असलेला (मिश्र) ओ.सी.डी. बरा होण्याचे प्रमाण



पहिल्या ११ ते १३ वर्षांपर्यंत केलेल्या अभ्यास पहणीमध्ये
७५ ओ.सी.डी. रुग्ण होते त्यांच्या आजारात कसा फरक
पडला याचा पाठपुरावा करण्यात आला. त्यात असे आढळले
की ७५ पैकी ५७ (म्हणजे ७६%) रुग्ण व्यवस्थित होते. त्या

५७ मधले ३२ म्हणजे ४३% रुग्ण ओ.सी.डी. पासून पूर्ण बरे झाले. तर उर्वरित ५७ पैकी २५ म्हणजे ३३% काही प्रमाणात (अंशतः) बरे झाले होते. म्हणजेच त्यांच्या ओ.सी.डी. त्रासाच्या लक्षणांमध्ये खूप चांगला फरक पडलेला दिसला आणि उर्वरित लक्षणे (आजार) त्यांना नेहमीचे जीवन जगण्यास अडथळा करीत नव्हती (ते रोजचे जीवन सुरळीत पणे जगू शकत होते) त्यामधील बहुतेक रुग्ण औषधे घेत होते. पण ७५ पैकी २८ रुग्णांची (३७%) औषधे पूर्ण बंद झाली होती व आजाराचा कुठलाही त्रास नव्हता.

दुसऱ्या अभ्यासाद्वारे ज्या रुग्णांना फक्त obsession चा त्रास होता त्यांची तुलना obsession व compulsion दोन्हीचा त्रास आहे अशा रुग्णांशी केली व सतत पाच वर्षे त्यांचे निरीक्षण केले गेले. तेव्हा असे आढळून आले की फक्त obsessions असलेल्या रुग्णांपैकी ७८ % रुग्ण चांगल्या अवस्थेत आहेत (त्यांचे रोजचे काम व्यवस्थित करू शकतात) आणि mixed OCD असलेले (ऑब्सेशनस् व कंपल्शनस् दोन्ही असलेले) ६६% रुग्ण रोजचे काम व्यवस्थित करू शकत आहेत. फक्त ऑब्सेशनस् असलेल्या रुग्णांपैकी ३३%

आणि mixed OCD असलेल्या रुग्णांपैकी २१% रुग्ण आजारातून पूर्ण बरे झाले आहेत. त्यांना औषधाची गरज राहिली नाही.

म्हणून या संशोधनाद्वारे असा निष्कर्ष काढता येतो की ओ.सी.डी. झालेल्या रुग्णांचे भवितव्य पूर्वी मानले जात असे तसे अंधारमय नाही तर त्यांच्या पैकी बहुतेक लोक दीर्घकालावधीचा विचार करता व्यवस्थित राहतात. त्यातील काही रुग्णांचे औषध पूर्णपणे सुटते म्हणजेच ते आजारातून पूर्णपणे बरे होतात.

लहान मुले व युवक यांच्यातील ओ.सी.डी.

पूर्वी असे मानले जात असे की लहान मुले व युवक यांच्यामध्ये ओ.सी.डी. क्वचितच आढळतो. असे समजण्याचे कारण बहुधा लहान वयात आजाराची लक्षणे सूक्ष्म असतात व ओळखण्यास कठीण असतात तसेच ओ.सी.डी. लक्षणे आणि आजार नसलेल्या इतरांच्या वर्तन प्रकारांची गल्लत होते. उदाहरणार्थ लहान मुलांची 'लकी नंबरस्' ची कल्पना (शुभसूचक अंक) आणि झोपण्याच्या विशिष्ट सवयी म्हणजे झोपताना ठराविकच क्रमाने गोष्टी करणे. (या मुळे ओ.सी.डी.ची

लक्षणे व इतरांच्या सवयी या मध्ये गोंधळ होतो.) पण आता असे लक्षात आले आहे की किमान ५०% रुग्णांना ओ.सी.डी. ची लक्षणे प्रथमतः बालपणी किंवा पौगंडावस्थेत/कुमारवस्थेत जाणवलेली असतात. भारतातील व जगातील इतरत्र केलेले अभ्यास असे सुचवितात की ओ.सी.डी. १-४% मुलात आढळतो व त्याची लक्षणे ६ ते ७ या वयात किंवा पौगंडावस्थेत सुरु होतात व ती मुलींपेक्षा मुलांमध्ये अधिक प्रमाणात आढळतात.

बालके व प्रौढ व्यक्ती यांच्या बाबत ओसीडी निदान पद्धती एकसारखीच असते. तरीही त्यातील काही महत्त्वाचे फरक खालील प्रमाणे असतात.

१. लहान मुलांना त्यांचे वर्तन विचित्र वाटत नाही. पण बहुतेक प्रौढांना त्यांच्या वर्तनातील विचित्रता लक्षात येते.
२. लहानमुलांना त्यांच्या विचारांचे व मनातील भीतीचे स्वरूप नेमकेपणे सांगता येत नाही. उदा. लहानमुले कंप्लेशनस् (तिच-तिच कृती करणे) चे कारण सांगताना म्हणू शकतात की अगदी बरोबर आहे असे वाटे पर्यंत ते ती कृती करतात किंवा समाधान होईपर्यंत करतात पण खरे तर त्यांच्या मनातील भीतीयुक्त चिंता जाईपर्यंत ते ती कृती करीत

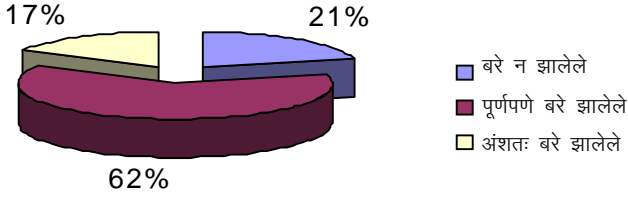
असतात किंवा नेमकेपणे न सांगता 'मी ही कृती केली नाही तर काही तरी वाईट होईल' असे मोघमपणे बोलतात.

काही नित्याची आढळणारी लक्षणे लहान मुले व प्रौढ यांच्यात सारखीच असतात. त्यापैकी-जंतुसंसर्ग बाबतचे ऑब्सेशन, आक्रमकतेबाबत कल्पना किंवा विचार (एखाद्याला मारावे असे वाटणे), साधर्म्य रचनेची आवश्यकता, नेमकेपणाची आवड, लैंगिक प्रतिमा आणि देवादिकांच्या बाबत अश्लाघ्य विचार याचा समावेश होतो. कंपल्शनस् मध्ये (पुनरावर्ती कृती) सतत हात धुणे, एखादी क्रिया परत परत करणे, सूचना देणे, परत परत मोजणे यांचा समावेश होतो. पण ही गोष्ट लक्षात घ्यायला हवी की बालकांपैकी १/३ बालकांना विविध ऑब्सेशनस् व कंपल्शनस् असतात ती वरील प्रकारांपेक्षा भिन्न असतात. ते आपली ऑब्सेशनस् व कंपल्शनस् सांगू शकत नाहीत उलट ते ती लपविण्याचा प्रयत्न करतात कारण त्याबाबत ते स्वतःच गोंधळलेले असतात. मंदपणा (हळू-हळू काम करणे, खूप वेळ घेऊन काम करणे), रोजच्या गोष्टी करताना (स्वतःचे आवरणे इ.) अतिशय जास्त वेळ लागणे काही प्रसंग टाळणे, समाजात न मिसळणे किंवा

अभ्यासातील अडचणी अशी ओ.सी.डी.ची प्रारंभिक लक्षणे असतात. अशी लक्षणे असलेल्या मुलांना ओ.सी.डी. आहे का हे तपासावे तसेच 'नैराश्य', किंवा 'शिकण्यामधील असमर्थता' किंवा 'अति काळजी' या लक्षणांपेक्षा त्यांच्या लक्षणांचा वेगळेपणा लक्षात घेणे आवश्यक आहे.

प्रौढांप्रमाणे २/३ मुलांमध्ये व कुमारांमध्येदेखील ओ.सी.डी बरोबर इतर मानसिक आजार असल्याचे आढळून येते या मध्ये नैराश्य, आणि भीतीयुक्त चिंतेचा आजार असल्याचे दिसते. काही लक्षणे फक्त मुले व पौगंडावस्थेतील (कुमारावस्थेतील) युवक यांच्यामध्येच दिसून येतात. त्यामध्ये पालकांपासून दूर जाण्याची भीती, लक्षविकेंद्रित होणे व अतिचंचलता विकृति (ADHD), वर्तन समस्या, शरीराच्या एखाद्या भागाच्या अनियंत्रित हालचाली (टिक व टॉरेट डिसॉर्डर्स) यांचा समावेश होतो. पूर्वी असा समज होता की लहान मुलांमध्ये आढळून येणारा ओ.सी.डी हा आजारच गंभीर प्रकारचा असतो आणि यातून बहुधा मुले बरी होत नाहीत पण NIMHANS 'निम्हांस' मध्ये व इतरत्र झालेल्या संशोधनातून वस्तुस्थिती तशी नाही हे सिद्ध झाले आहे.

२ ते ९ वर्षांच्या परीक्षणानंतरचे लहान मुलांच्या ओ.सी.डी.
वरील अभ्यासाचे फलित -



सलग ९ वर्षांपेक्षा अधिक काळ पाठपुरावा केल्यानंतर ओ.सी.डी. असलेल्या मुलांबाबत असे आढळून आले की सातत्याने उपचार घेणाऱ्या मुलांपैकी ६२% रुग्ण मुले पूर्णपणे बरी झाली. पुढच्या १७% रुग्णांची किरकोळ लक्षणे राहिली पण त्यामुळे त्यांच्या रोजच्या जीवनात काही बाधा येत नव्हती. फक्त २१% रुग्णांचा रोग बरा झाला नाही.

ओ.सी.डी. झालेल्या लहान मुलांना आणि प्रौढांना दिल्या जाणारा उपचार जवळ जवळ सारखाच आसतो.

ओ.सी.डी. औषधोपचार आणि वर्तनोपचार Behaviour Therapy दोन्ही ही परिणाम कारक असतात त्या बद्दल या नंतर सविस्तर माहिती दिली आहे.

ओ.सी.डी. वरील औषधोपचार योजना

१९८० पर्यंत ओ.सी.डी. वर कुठलेही परिणामकारक औषध उपलब्ध नव्हते. पण त्यानंतरच्या काळात औषधाच्या एका परिणामकारक गटाचा शोध लागला आहे आणि याच गटातील नवनवीन औषधे परिणामकारक ठरत आहेत या गटाचे नाव आहे 'सिरोटोनिन रिअपटेक इनहिबिटरस्' मेंदूमध्ये विविध न्युरोटान्समीटरस् किंवा विविध संदेशवाहक द्रव्ये असतात आणि 'सिरोटोनिन' हे त्या पैकी आहे. या औषधांमुळे मेंदूतील चेतापेशींना सिरोटोनिनचा पुरवठा अधिक प्रमाणात होतो. आजाराच्या कारणांचा शोध घेणाऱ्या अभ्यासावरून ओ.सी.डी.मधील सिरोटोनिन (चे महत्त्व) या परिकल्पनेशी हे संबंधित आहे. (ओ.सी.डी. ची कारणे हा विभाग पहा) मेंदूतील संदेशवहनाचे काम करणाऱ्या द्रव्यांवर परिणाम करणारे डोपोमाइन (अँटी सायकॉटिक), नॉरअँड्रेनालिन (दुसरे अँटी डिप्रेसंट) किंवा GABA रिसेप्टर

कॉम्प्लेक्स (sedative hypnotic) ही बाकी औषधे तितकी परिणामकारक नाहीत, या औषधांपैकी सर्वात जुने औषध आहे - क्लोमिप्रामिन (clomipramine) अधिक नेमकेपणे, निवडकपणे काम करणाऱ्या औषधांपैकी अलिकडेच या गटात दाखल झालेली काही औषधे पुढीलप्रमाणे - फ्लूवॉझामाइन, सरट्रालीन, पॅरोझेटीन, सिटालोप्राम, एस्सिटालोप्राम ही सर्व औषधे अँटीडिप्रसेंट नावाच्या एका मोठ्या वर्गातील औषधांमध्ये मोडतात. ही सर्व औषधे फक्त नैराश्यावर लागू पडतात की, ओ.सी.डी.वर ही परिणामकारक किंवा उपयुक्त आहेत याबाबत विरोधी मत-मतांतरे होती. पण आजवरचे परिणाम तपासून पहता असे आढळून आले आहे की जरी त्यांचा डीप्रेसन वर परिणाम कारक औषध म्हणून उपयोग होत असला तरी त्यांच्यामध्ये वेगळे अँटी ऑब्सेशनल गुणधर्म ही आहेत म्हणून एखाद्याला जरी नैराश्य नसले तरी ही औषधे ओ.सी.डी. असलेल्या रुग्णांना लागू पडतात औणि ओ.सी.डी.सह असणाऱ्या आजारांवरदेखील ही औषधे लागू पडतात या आजारांमध्ये हायपोकॉन्ड्रीऔसिस, सोशल

अॅन्झायटी डिसॉर्डर, सर्वसामान्य एन्झायटी डिसॉर्डर आणि प्रिमेंच्युअर इज्याक्युलेशन या आजारांचा समावेश होतो.

| टेबल १ : ओसीडी साठी दिली जाणारी औषधे व त्यांची मात्रा | | |
|---|---------------------------|-------------------------------|
| औषधे | सुरवातीचा डोस (मिलीग्रॅम) | जास्तीत-जास्त डोस (मिलीग्रॅम) |
| फ्लुऑक्झिटिन | 20 | 40-80 |
| सिट्रॅलिन | 50 | 150-200 |
| पॅरॉक्झेटिन | 20 | 40-60 |
| फ्लुऑक्झॅमिन | 50 | 200-300 |
| क्लोमिप्रॅमिन | 25 | 150-250 |
| सिटॅलोप्रॅम | 20 | 40-80 |
| एस्किटॅलोप्रॅम | 10 | 20-30 |
| व्हॅनलॅफॅक्झिन * | 37.5 | 225-300 |

* सिरोटोनिन नॉरेपिनफ्रिन रीअपटेक इनहिबिटर.

या पैकी कुठले औषध द्यायचे ते त्या रुग्णाला कोणत्या औषधाचे काय इतर दुष्परिणाम किंवा त्रास होतात यावर आधारित असते. एखादे औषध नव्हंमध्ये सिरोटोनिनची उपलब्धता वाढविण्यासाठी इतर औषधांपेक्षा किती परिणामकारक आहे यावर डॉक्टर औषधयोजना करत नाहीत. क्लोमिप्रॅमिन इतर औषधांपेक्षा जास्त प्रभावी आहे असे पुराव्यांनी सिद्ध झाले आहे. तरीही क्लोमिप्रॅमिनचे

इतर त्रास (साईड इफेक्ट) जास्त असल्यामुळे अन्य एखादे औषध जर परिणामकारक होत नसेल तरच याचा विचार केला जातो.

टेबल १ मध्ये थोडक्यात ओ.सी.डी.साठी नेहमी सुचविली जाणारी औषधे, योजना व त्यांची मात्रा(डोसेस) लिहिली आहे. क्लेमिप्रॅमाईन खेरीज इतर औषधांचेही क्लोमिप्रॅमाईन सारखेच साईड इफेक्ट आहेत यातील बहुतेक औषधे रात्री जेवणानंतर एकदाच दिली जातात याला अपवाद म्हणजे फ्लुऑक्झेटिन आणि सरट्रॅलिन ही औषधे सकाळी दिली जातात कारण या औषधांमुळे झोपेवर परिणाम होतो. फ्लुव्हॉझामाईन दिवसातून दोनदा दिले जाते. जेवणासमवेत औषधे घेण्याने मळमळ किंवा जुलाब होणे हे साईडइफेक्ट (इतर त्रास) कमी होतात. काही रुग्णांना ही औषधे घ्यायला लगल्यावर पहिले काही दिवस किंवा आठवडे चिंतातूर होणे अस्वस्थता हा त्रास वाढल्याचे जाणवते टेबल २ मध्ये दिलेले बहुतेक सर्व साईडइफेक्ट बहुधा सौम्य असतात आणि काही आठवड्यात ते शमतातही. जर एखाद्या रुग्णास साईडइफेक्ट जाणवत राहिले तर त्याने त्याच्या डॉक्टरांकडे जाणे आवश्यक आहे.

टेबल २ : औषधे व त्यांचे दुष्परिणाम खालीलप्रमाणे

| | |
|----------------|--|
| फ्लुऑक्झेटिन | अन्नावरची वासना उडणे, हगवण, भूक न लागणे, डोके दुखणे, झोप उडणे, जास्त झोप येणे, चिंता, अस्वस्थता, अंग कापणे, अनावश्यक अनियंत्रित हालचाल, थकवा, जांभया येणे, वीर्यपतनास विलंब. |
| सिट्रॅलिन | अन्नावरची वासना उडणे, हगवण, पोटात गुबार धरणे व भूक न लागणे, भूकेचा अभाव, डोके दुखणे, जास्त झोप येणे, गरगरल्यासारखे होणे, जांभया येणे, लैंगिक समाधानास विलंब. |
| पॉरॉक्झेटिन | मळमळणे, उलटीची भावना, डोके दुखी, जास्त झोप येणे, तोंडास कोरडे पडणे, खूप घाम येणे, दुर्बलता, घबराट होणे, बद्धकोष्ठता. |
| फ्लुऑक्झॅमिन | मळमळणे, डोकेदुखी, झोप उडणे, जास्त झोप येणे, गरगरणे, तोंड कोरडे पडणे, थकवा, खूप घाम येणे, दुर्बलता, घाबरल्यासारखे होणे, बद्धकोष्ठता. |
| क्लोमिप्रॅमाइज | तोंडास कोरण पडणे, बद्धकोष्ठता, लघवी थांबून-थांबून होणे, दृष्टी अंधुक होणे, अंग कापणे, झोप येणे, गरगरणे, हृदयात धडधडणे, अचानक रक्तदाब कमी होणे, लैंगिक असमर्थता, झटके येणे, भास होणे. |
| सिटॅलोप्रॅम | अन्नावरील वासना उडणे, डोके दुखी, झोप उडणे, चक्कर येणे, खूप घाम येणे, अथवा वीर्य पतनास विलंब. |
| एस्कीटॅलोप्रॅम | अन्नावरील वासना उडणे, डोके दुखी, झोप उडणे, चक्कर येणे, खूप घाम येणे, थकवा. |
| व्हेनलॅफॅक्झीन | अन्नावरील वासना उडणे, डोके दुखी, झोप उडणे, खूप झोप येणे, गरगरणे, तोंड कोरडे पडणे, खूप घाम येणे, घाबरल्यासारखे होणे, रक्तदाब वाढणे, लैंगिक इच्छा कमी असणे, वीर्यपतनास विलंब. |

ज्या रुग्णांवर एका किंवा अनेक औषधांचा परिणाम होत नाही त्यांच्यासाठी क्लोमिप्रॅमाइन या औषधाचा वापर

विशेषत्वाने केला जातो ज्या रुग्णांना ग्लोकोमा glaucoma, प्रोस्टेट ग्लॅंडस् वाढणे, फीट येणे (एपिलेप्सि) किंवा हृदय विकार असे रोग असतील त्यांच्या बाबत त्या-त्या रोगाच्या विशेषज्ञाकडून चिकित्सा करून मगच क्लोमिप्रॅमाईन त्या-त्या रुग्णांना दिले जाते. औषधामुळे फीट येणे हे फक्त क्वचित किंवा अपवादाने २५०मि.ग्रॅ. रोज इतक्या डोसमुळे होऊ शकते. एखाद्या रुग्णाची औषध योजना सलग किती काळ दिली जावी याचे सुस्पष्ट मार्गदर्शन कुठेही दिलेले नाही ही औषधे १ ते २ वर्षे परिणामकारक असतात असे निष्कर्ष आहेत, पण औषधे बंद कधी करावी याबाबत काही स्पष्टता नाही. काही छोट्या (कमी काळासाठी केलेल्या वा कमी सॅम्पलच्या) अभ्यास पहाणीच्या अन्वये बरा झालेला आजार औषधे बंद केल्यावर पुन्हा उद्भवण्याचे प्रमाण ६०% ते ८०% आढळले. हे प्रमाण, हा दर नक्कीच खूप जास्त आहे. पण औषधांबरोबर वर्तन-उपचार (behaviour therapy) घेणाऱ्यांच्या बाबत औषधे सोडल्यावर काय परिणाम होतो याची माहिती देणारे अभ्यासपूर्ण निष्कर्ष आपल्याकडे नाहीत. रुग्ण १ ते २ वर्षे ठीक असेल तर त्याचे नेहमीचे मानसोपचार

तज्ज्ञ डॉक्टर हळूहळू औषधे बंद करतील व परत लक्षणे येत आहेत का हे पहातील आणि रुग्णाला कुठलीही लक्षणे उद्भवली नाहीत तर औषधे घेण्याची आवश्यकता राहणार नाही. अन्यथा औषध परत सुरु करावी लागतील. दुर्दैवाने ओ.सी.डी. हा अतिशय दीर्घकाळ राहणारा, मूळ धरणारा, न हटणारा रोग आहे. त्याचे उपचार दीर्घकाळ घ्यावे लागतात. वैद्यकीय भाषेत मधुमेह किंवा उच्चरक्तदाबासारख्या आजारांशी याची तुलना होऊ शकते. पण बऱ्यापैकी सुधारणा झाल्यानंतर रुग्णाच्या औषधाचे प्रमाण (डोस) कमी करता येतो. डोस कमी करत असतांना छोट्या टप्प्यात तीन-तीन महिन्यांच्या अंतरांनी ६०% डोस कमी केला जातो. ज्या औषधांना रुग्णाने चांगला प्रतिसाद दिला असेल अशा औषधा बाबत हे प्रयत्न औषध सुरु केल्या नंतर ६ महिने ते १ वर्षानंतर केले जातात.

दुर्दैवाने बहुसंख्य रुग्ण (जवळ-जवळ ४०%) एका औषधाला दाद देत नाहीत. जर औषधाबरोबर वर्तन चिकित्सा behaviour therapy सुद्धा दिली जात असेल तर ही संख्या २०% ते ३०% पर्यंत येते अशा रुग्णांसाठी चालू औषधांसह दुसरी औषधे देण्याचा पर्याय असतो या औषधांना 'पूरक

औषधे' असे म्हणतात. खाली दिलेल्या तक्त्यात अशा पूरक औषधांची नावे डोस व त्याची मात्रा दिली आहे. जेव्हा अशी पूरक औषध देण्याची वेळ येईल तेव्हा तुमचे डॉक्टर तुम्हाला त्याबाबत जास्त माहिती देतील. क्वचित या खेरीज इतर औषधांची आवश्यकता असेल, तेव्हाही तुमचे डॉक्टर त्याबाबत तुम्हाला माहिती देतील. पण असे क्वचितच अपवादात्मक परिस्थितीत होईल.

टेबल ३ : ओसीडी मध्ये दिल्या जाणाऱ्या मुख्य औषधांना साह्यकारी औषधांची यादी व त्यांची मात्रा खाली दिली आहे.

| अनु क्र. | औषधे | जास्त/जास्त डोस मिलिग्रॅम मध्ये |
|--------------------------|--------------|---------------------------------|
| अँटिसायकॉटिक | | |
| 1 | रेस्पेरिडोन* | 2-4 |
| 2 | क्विटेपिन* | 100-200 |
| 3 | हेलोपेरिडोल* | 5-10 |
| 4 | ओलॅन्झपिन* | 5-10 |
| 5 | पिमोझाइड | 4-8 |
| बेन्झोडायझेपिन | | |
| 1 | क्लोनेझेपॅम | 2-4 |
| मूड स्टॅबिलायझर | | |
| 1 | लिथियम | 300-600 |
| अँन्झिओलायटिक्स | | |
| 1 | बसपिरोन | 30-40 |
| अँटिग्लुटामॅटरजिक | | |
| 1 | रिलुझोल | 50-100 |

* प्लेसबो-कंट्रोल्ड स्टडीज.

थोड्याप्रमाणात असले तरी असेही रुग्ण आहेत की ज्यांच्यावर शर्हीने केलेल्या उपचाराच्या प्रयत्नांनाही काहीच सुधारणा होत नाही. ओ.सी.डी. ट्रिटमेंटला दाद न देणाऱ्या (treatment refractory patients) रुग्णांच्या बाबतीत मनोवैज्ञानिक शल्यचिकित्सा हा शेवटचा (सर्जरीचा) पर्याय सुचविला जातो. पण सर्जरी करून सुधारणा होण्याचे प्रमाण ३०-५०% इतकेच आहे शिवाय सर्जरीमुळे काही गंभीर दुष्परिणाम होण्याची शक्यता असते. म्हणून जेव्हा औषधे आणि 'वर्तन सुधार पद्धती' (Behaviour Therapy) हे दोन्ही निष्प्रभ होतात तेव्हाच अशाप्रकारे सर्जरीचा 'अंतिम उपाय' सुचविला जातो. अशी सर्जरी सर्व ठिकाणी होऊ शकते असे नाही. त्यासाठी अत्यंत निष्णात सर्जनची आवश्यकता असते.

ओ.सी.डी.साठी 'वर्तन परिवर्तन योजना'

(Behaviour Therapy)

बिहेवियर थेरपी म्हणजे काय?

बिहेवियर थेरपीने (वर्तन परिवर्तन योजनेने) रुग्णांसाठी समाजमान्य नसलेल्या त्यांच्या वर्तनप्रकारांऐवजी वर्तन अधिक 'समाजमान्य' व्हावे यासाठी अनेक तंत्रे विकसित केली

आहेत. ही तंत्रे म्हणजे बिहेवियर थेरपी. ओ.सी.डी. आजारामध्ये दिसणारी पुनरावर्ती विचार (obsessions) आणि पुनरावर्ती कृती (compulsions) या असमाजमान्य वर्तनाचीच उदाहरणे असतात. या वर्तनामुळे अशा रुग्णाला खूप ताण येतो आणि ती व्यक्ती सर्वसामान्यांप्रमाणे काम करू शकत नाही, वावरू शकत नाही. 'बिहेवियर थेरपी'च्या मदतीने ऑब्सेशनस् (पुनरावर्ती विचार) व कंपल्शनस् (पुनरावर्ती कृती) दूर केल्या जाऊ शकतात आणि परिस्थिती खूप सुसह्य होते.

ओ.सी.डी. वर उपचार करताना बिहेवियर थेरपीच्या अनेक तंत्रांचा वापर केला जातो. त्यातील (Exposure and Response Prevention) हे सर्वात प्रभावी आणि सर्वत्र वापरले जाणारे तंत्र आहे. ओ.सी.डी. झालेल्या रुग्णांपैकी ६० ते ७०% रुग्णांबाबत परिणामकारक म्हणून सिद्ध झाले आहे.

बिहेवियर थेरपीमागील तार्किक कारणमिमांसा

आपणास हे माहित आहे की ओ.सी.डी.च्या रुग्णांपैकी बहुतेकांना ऑब्सेशनस् (पुनरावर्ती विचार) व कंपल्शनस् (पुनरावर्ती कृती) या दोन्हींचा त्रास होत असतो. ऑब्सेशनस्मुळे (पुनरावर्ती विचारांमुळे) येणारी अस्वस्थता व ताण कमी

करण्यासाठी कंप्लानस् (पुनरावर्ती कृती) रुग्णाकडून केली जातात. कंप्लानस् (पुनरावर्ती कृती) या ऑब्सेशनस् नंतर येतात त्यामुळे क्षणभर का होईना ताण कमी होतो, चिंता कमी होतात. त्यामुळे कृती अधिक दृढ होतात आणि ऑब्सेशनस्नंतर कंप्लानस् कृती होण्याची शक्यता वाढते किंवा ज्यावेळी, ज्या प्रसंगामुळे ऑब्सेसिव्ह विचार येतात अशा प्रसंगापाठोपाठ अशा कंप्लानस् कृती होण्याची शक्यता वाढते. बऱ्याच रुग्णांमध्ये ताण कमी करण्यासाठी म्हणून आलेल्या या कंप्लानस् कृतीच एक मोठा त्रास बनतात. सोप्या भाषेत सांगायचे तर ऑब्सेशनस् मुळे कंप्लानस् निर्माण होतात. कंप्लानस् (पुनरावर्ती कृती) मुळे ऑब्सेशन मुळे येणारा ताण व चिंता कमी होतात म्हणून कंप्लानस् कायम राहतात. अशा प्रकारे हे एक अभेद्य दुष्टचक्र बनते. 'Exposure and Response Prevention' नावाचे तंत्र 'भावनांची सवय केल्यास दुष्टचक्र भेदता येते' या तत्वावर आधारित आहे.

‘भावनांची सवय’ (habituation) हे तंत्र म्हणजे काय?

एखाद्या गोष्टीची रुग्णाला अवाजवी भीती वाटत असेल अशा परीस्थितीला वारंवार सामोरे जाण्यास भाग

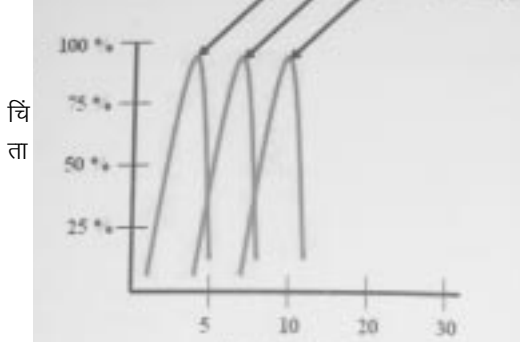
पाडणे ज्यामुळे रुग्णाला त्या गोष्टीची सवय होते व भीती नाहीशी होते व त्यामुळे होणारे विचित्र वर्तनही दूर होते अशा साध्या तत्वावर 'भावनिक सवय' हे तंत्र आधारित आहे. अनेकवेळा आणि जास्तकाळ 'त्या' गोष्टीला सामोरे गेल्याने रुग्णाला त्या ताणाची किंवा चिंतेची इतकी सवय होते की चिंता निर्माण करणारे घटक त्यांची चिंता किंवा ताण निर्माण करण्याची क्षमताच घालवून बसतात. एरवी ओ.सी.डी. रुग्णांना अशी सवय असते की ते भीती घालविण्यासाठी पुनरावर्ती कृतींचा आश्रय घेतात त्याद्वारे ते भीती निर्माण करणाऱ्या किंवा चिंता निर्माण करू शकणाऱ्या सर्व परिस्थितीला टाळतात. पण बिहेवियर थेरपीमध्ये रुग्णाला भीती वा चिंता निर्माण करणाऱ्या प्रसंगांना सामोरे जाण्यास हळूहळू उद्युक्त केले जाते. हळूहळू रुग्णांना त्या परिस्थितीची सवय होऊ लागते. कुठल्याही परिस्थितीत रुग्णाने भीती वा चिंता निर्माण करणाऱ्या प्रसंग/परिस्थितीला टाळता कामा नये यासाठी प्रोत्साहन दिले जाते आणि पुनरावर्ती कृती करू नयेत असे सांगितले जाते. स्वतःला पुनरावर्ती कृती करण्यापासून रोखण्याने पुनरावर्ती विचारांमुळे निर्माण होणाऱ्या

चिंता आपोआप नाहीशा होऊ लागतात. त्या प्रकारच्या चिंता वा ताण हाताळण्याची रुग्णाला सवय होते आणि ऑब्सेशनस् (पुनरावर्ती विचार) व कंपल्शनस् (पुनरावर्ती कृती) हळूहळू नाहीशा होऊ लागतात.

आता एक उदाहरण पाहू. एका रुग्णाला दरवाज्याच्या कडीला हात लागला की जंतू संसर्ग होईल अशी भीती वाटून तो सतत हात धूत बसे. बिहेवियर थिरपीमध्ये पेशंटला दरवाज्याच्या कडीला हात लावण्यास सांगितले जाते पण हात मात्र धुऊ दिला जात नाही. असे केल्यामुळे त्याची चिंता खूप वाढते. पण हळूहळू त्याची चिंता कमी होत जाते. पण पेशंटने हात धुणे चालू ठेवले तर त्याक्षणी त्याची चिंता लगेच दूर होईल परंतु प्रत्यक्षात त्याच्या मनात त्या गोष्टीची भीती वा चिंता तशीच राहिल. कारण त्याला त्याची सवय होणार नाही. त्याच्या मनातील जंतूसंसर्गाची भीती जाणार नाही. (आलेख क्रमांक १ मध्ये दाखविल्याप्रमाणे) जंतूसंसर्गाची भीती घालविण्याचा आणि दुष्टचक्र भेदण्याचा एकच मार्ग तो म्हणजे कडीला हात लावणे पण नंतर हात न धुणे. असे अनेकवेळा केल्यानंतर जंतूसंसर्ग होण्याची भीतीच नाहीशी

होईल व हात धूप्याच्या पुनरावर्ती कृतीचे कारण राहणार नाही. (आलेख क्रमांक २ मध्ये दाखविल्याप्रमाणे)

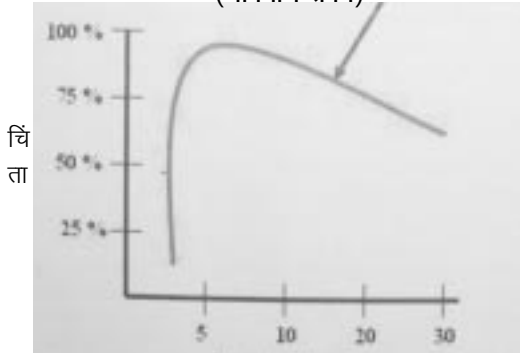
आलेख १ : पुनरावर्ती कृती केल्यामुळे मिळणारी तात्पुरती ताण मुक्तता



वेळ मिनिटांमध्ये

जर रुग्ण पुनरावर्ती विचरामधून यणरे ताण घालविण्यासाठी पुनरावर्ती कृती करेल तर त्याला परत-परत ताण व परत कृती या चक्रात आडकावे.

आलेख २ : पुनरावर्ती कृती करणे टाळल्यानंतर चिंता हळू-हळू कमी होतात. (भावनाच सवय)



वेळ मिनिटांमध्ये

जर पुनरावर्ती विचरांचा ताण घालविण्यासाठी रुग्णाने पुनरावर्ती कृतीचा आश्रय घेतला नाही तर चिंता हळू-हळू सवयीने कमी होतात आणि मग रुग्णाला पुनरावर्ती विचार जरी आले तरी कृती करण्याची गरज उरत नाही.

लक्षणांचे पृथःकरण आणि उपायांची अंमलबजावणी

१. पहिली पायरी - रुग्णाच्या ऑब्सेशनस् व कंप्लेशनस् बाबत बारीकसारीक तपशीलासह काळजीपूर्वक नोंद करणे.
२. नंतर रुग्णाला ज्या गोष्टी वा प्रसंगांमधून ऑब्सेशनस् व कंप्लेशनस् निर्माण होतात अशा सर्व प्रसंग वा परीस्थितींची नोंद करणे यामध्ये कमी तीव्रता निर्माण करणाऱ्या प्रसंगापासून क्रमशः अधिकाधिक चिंता निर्माण करणारे प्रसंग ओळखून त्यांची नोंद करणे.
३. असे प्रसंग किंवा परिस्थिती जी रुग्ण कंप्लेशनस्च्या भीतीने टाळतो अशा प्रसंगांची माहिती रुग्णाकडून काढून घेणे. उदा. एखादा रुग्ण सार्वजनिक प्रसाधनगृहात जाण्याचे टाळत असेल कारण त्याच्या मनात नंतर हात, सर्व अंग व कपडे धुवावे लागतील ही भीती असते. अशा प्रकारच्या वस्तू, प्रसंग किंवा मानात येणारे विचार प्रतिमा ज्यांच्यामुळे चिंता निर्माण होतात, प्रचंड भीती निर्माण होते आणि नंतर त्यांना कंप्लिसव्ह कृती करण्याशिवाय गत्यंतर रहात नाही अशा सर्व गोष्टींची नोंद करावी. उदाहरणार्थ देवादिकांचे फोटो पाहून किंवा मंदिरात गेल्यावर

एखाद्याच्या मनात वाईट विचार येतो. असे वाईट विचार टाळावे म्हणून हो रुग्ण मंदिरात जाणे किंवा प्रार्थना करणे टाळू लागतो.

४. काही रुग्णांच्या बाबतीत त्यांचे ऑब्सेशनस् व कंप्लेशनस् घरातच फक्त निर्माण होतात. ही माहिती जाणून घेणे हे खूपच महत्वाचे असते कारण असा रुग्णांचा उपचार घरातील लोकांच्या पूर्ण सहकार्यानिशी घरावरच केंद्रित करण्यात येतो.

५. काही रुग्णांची कंप्लेशनस् (पुनरावर्ती कृती) घरातल्या लोकांकडून दृढ केली जातात. कुटुंबियांच्या मदतीने याबाबत उपचार केले जातात.

हे लक्षात घेणे महत्वाचे आहे की सुरुवातीस या उपचारांमुळे अस्वस्थता निर्माण होते पण पूर्ण व कायमचे बरे होण्यासाठी काही काळ त्रास सोसण्याची तयारी असली पाहिजे. या उपचारपद्धतीमध्ये 'भावनिक प्रतिक्रियांची सवय' होण्यास प्रत्येक व्यक्तीस लागणारा वेळ वेगळा असतो. काही रुग्णांना कमी वेळात (उदा. ३० मिनिटे) परिस्थितीस सामोरे जाऊन सवय होते तर इतर रुग्णांना अनेक वेळा १ ते २ तास 'त्या'

परिस्थीतीस सामोरे जावे लागते मगच त्यांच्या चिंता वा ताण कमी होण्यास सुरुवात होते. सुरुवातीला पुनरावर्ती व विधीवत् चालणाऱ्या कृती प्रथम कमी होतात पण पुनरावर्ती विचार (ऑब्सेशनस्) जाण्यास बराच वेळ लागतो. बऱ्याच रुग्णांच्या बाबतीत दहा तास 'त्या परिस्थीतीला' सामोरे गेल्यावर व अर्थातच प्रतिक्रियात्मक पुनरावर्ती कृती टाळल्यानंतर परिणाम दिसू लागतात. या पद्धतीत यश मिळण्यासाठी रुग्णाला 'बरे होण्यास आणि थोडा काळ त्रास सहन करण्यास' प्रोत्साहन देणे हे फार महत्वाचे असते.

हे लक्षात ठेवा - ERP च्या महत्वाच्या पायऱ्या

(श्वार्ट्झ एट एल् १९९८ यावर आधारित)

पायरी पहिली - लक्षणांचे नामांकन ओळखणे :

ओ.सी.डी. आजारामुळे सतत मनात येणारे व कुठल्याही विचाराच्या अडथळ्याप्रमाणे मध्ये येणारे विचार आणि भावनांची तीव्र आंदोलने ओळखणे.

पायरी दुसरी - लक्षणे मूळ कारणाशी निगडीत करणे :

कुठल्याही विचारांच्या अडथळ्याप्रमाणे येणारे विचार हे

मेंदूतील चेतापेशीतील संदेशवहनाच्या बिघडलेल्या कामामुळे आणि जैवरासायनिक असंतुलनामुळे (सिरेटोनिनची पातळी खालावल्यामुळे) येत असतात. ते "मेंदूतून येणारे चुकीचे संदेश" असतात. "ते माझे नसतात ते ओ.सी.डी. आजाराचे विचार असतात."

पायरी तीसरी - लक्ष वळवणे / ध्यान देणे :

पुनरावर्ती कृती टाळा.

रोज ERP चा सराव करा : या तंत्राने यश मिळविण्याचे गमक रोजच्या सरावात आहे. रुग्णाने ERP तंत्राचा सराव अगदी नित्यनियमाने ताण पूर्ण कमी होईपर्यंत केला पाहिजे.

ठराविक गोष्टी टाळण्याकडे प्रवृत्ती नको : ओ.सी.डी. असलेले रुग्ण ठराविक गोष्टी करण्याचे टाळताना दिसतात किंवा त्या गोष्टी करणे पुढे ढकलताना दिसतात आणि नेमका त्याचमुळे ओ.सी.डी. जात नाही.

एका पुनरावर्ती कृती ऐवजी दुसरी कृती करण्याची सवय लावून घेऊ नका : एका निरर्थक पुनरावर्ती कृती

ऐवजी दुसरी कृती करण्याची सवय लावून घेऊ नका त्यामुळे ERP चा मूळ उद्देश जो 'त्या परिस्थितीची सवय लावून घेणे' हा सफल होत नाही.

ताण किंवा चिंता कमी करण्यासाठी युक्त्यांचा वापर करू नका : ताण कमी करणाऱ्या युक्त्या 'त्या परिस्थितीची सवय लावणे' या क्रियेमध्ये बाधा आणतात. याउलट ताण/चिंता यासोबत राहिल्यास हळूहळू त्या कमी होतात किंवा विरून जातात वा नष्ट होतात.

अपेक्षा : स्वतःकडून वास्तववादी अपेक्षा ठेवा अवाजवी अपेक्षा ठेवल्यास ERP तंत्राने बरे होण्याच्या प्रक्रियेस बाधक ठरतील.

पायरी चौथी - सिंहावलोकन व पुनर्विचार :

चौथी पायरी म्हणजे पहिल्या तीन पायऱ्यांमुळे सहज मिळणारा परिणाम असतो. पहिल्या तीन पायऱ्यांच्या यशामुळे आपल्या पुनरावर्ती कृतींचे फोलपण लक्षात येते व अशा विचारात अडथळा आणणाऱ्या निरर्थक विचारांकडे दुर्लक्ष करणे शक्य होते.

ओ.सी.डी.वरील उपचारामध्ये कुटुंबाची भूमिका

आमच्या वैद्यकीय अनुभवावरून असे दिसते की ओ.सी.डी.वरील उपचारांमध्ये रुग्णाच्या कुटुंबियांचे सहकार्य आणि कुटुंबियांचा रुग्णाला असणारा पाठिंबा फार मोलाचा असतो. ओ.सी.डी.चा कुटुंबावर फार खोलवर परिणाम होतो. ओ.सी.डी. चा रुग्ण सांभाळताना येणाऱ्या ताणामुळे संसार मोडतात, घटस्फोट होऊन पती-पत्नी विभक्त होतात असे अनेक गंभीर परिणाम नेहमी आढळतात. आपल्या मुलाच्या/मुलीच्या किंवा पत्नी अथवा पतीच्या आजाराबाबत काही कुटुंबिय स्वतःला अपराधी समजतात. कुटुंबाची अपराधीपणाची भावना आप्त-मित्रमंडळी यांच्या सल्ल्यामुळे आणखी वाढते कारण ते सांगतात की तुमचा मुलगा/मुलगी आजारी नाही फक्त वाईट कालावधीतून जात आहे. त्याला/तीला अधिक शिस्त व अधिक लक्ष दिल्यास त्याची समस्या सुटू शकेल. त्यांच्या रुग्णाचे पुनरावर्ती वर्तन प्रकार हे त्याच्या आजाराचा भाग आहेत की स्वतःकडे लक्ष वेधून घेण्यासाठी व परिस्थितीवर ताबा मिळविण्यासाठी मुद्दाम केलेले वर्तन आहे याबाबत कुटुंबिय

संभ्रमित असतात. कुटुंबाचे ओ.सी.डी.कडे पाहण्याचे तीन दृष्टिकोन आहेत. (१) सामोपचाराने राहणारे सहनशील कुटुंब (२) विरोध करणारे कुटुंब (३) मतभिन्नता असणारे कुटुंब.

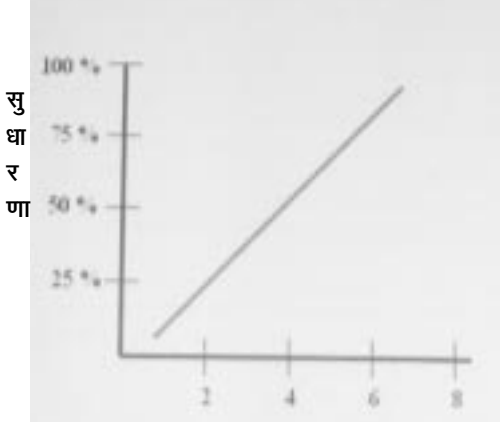
पहिल्या प्रकारच्या 'सहनशीलता' असणाऱ्या कुटुंबातील व्यक्ती रुग्णामध्ये जास्तच गुंतलेल्या, लक्ष घालणाऱ्या व नमते घेणाऱ्या असतात. रुग्णाच्या प्रत्येक गोष्टीत नको तितके लक्ष घालत असतात. कुटुंबातील ताण कमी व्हावा या हेतूने पेशंट करीत असलेल्या निरर्थक पुनरावर्ती कृतींनादेखील कुटुंबिय मदत करतात. यामुळे रुग्णाला अपाय तर होतोच पण कुटुंबातील ताण सुद्धा वाढतो. याउलट विरोध करणारी कुटुंबे रुग्णाच्या प्रश्नात आजिबात लक्ष घालत नाहीत. ते ताठर, अलिप्त, शत्रुत्व भावना ठेवणारे अति टीका करणारे, शिक्षा देणारे असतात. संताप, कुटुंबियांमध्ये भांडणे, क्वचित शारीरिक स्तरावर भांडणे, मारहाण या बाबी नित्याच्या असतात. तिसऱ्या प्रकारच्या दुभंग कुटुंबात कुणी खूपच लक्ष घालणारे व कुणी टीका करणारे, विरुद्ध असणारे आणि आजिबात लक्ष न घालणारे असे असतात. मात्र हे

स्पष्टपणे सांगता येते की हे तीनही कुटुंबप्रकार रुग्णास बरे करण्याकरिता अथवा उपचार करण्याकरिता उपकारक नाहीत. म्हणून ओ.सी.डी. बरा करण्याकरिता कुटुंबाचा सहयोग हा आवश्यक असतो. विशेषतः वर्तन चिकित्सेमध्ये व औषधांचे नियमन करण्याबाबत (रुग्णास नियमितपणे औषधे देण्याबाबत) कुटुंबियांचा सहभाग फार महत्वाचा असतो.

रुग्ण आणि त्याच बरोबर कुटुंबिय ERPची तत्त्वे आणि तंत्रे शिकून घेऊ शकतात. रुग्णाला 'परिस्थितीशी क्रमशः सामोरे जाताना व प्रतिक्रियात्मक पुनरावर्ती क्रिया टाळण्यास कुटुंबिय मदत करू शकतात.

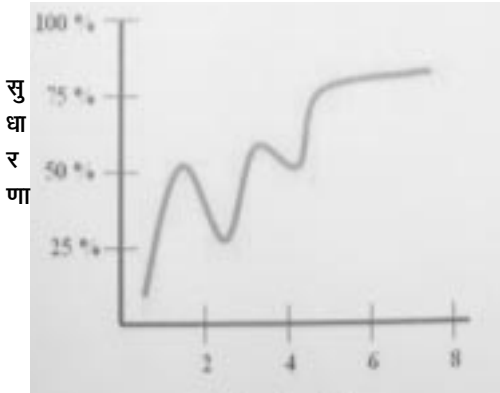
रुग्ण हॉस्पिटल बाहेर असताना, घरी असताना या तंत्राचा सराव करता येतो. अवास्तव स्वप्ने/अपेक्षा ठेवल्यास भ्रमनिरास होऊन थेरपी अपयशी होऊ शकते (आलेख ३ मध्ये दाखविल्याप्रमाणे) सुधारणा मात्र सावकाश आणि चढ-उतार करीत कमी-जास्त होत-होत (आलेख ४ मध्ये दर्शविल्या प्रमाणे) होते. हे समजल्यावर थेरपीच्या दरम्यान कुटुंब थोडी जरी सुधारणा झाली तरी तिला दाद देऊ शकतात.

आलेख ३ : अपेक्षा



कालावधी आठवड्यांमध्ये

आलेख ४ : इ.आर. पी. मधील वास्तववादी सुधारणा



कालावधी आठवड्यांमध्ये

केस स्टडीज : व्यक्ती इतिहास उदाहरणे

१. एका २५ वर्षांच्या विवाहित महिलेस तिचा पती व सासरची मंडळी घेऊन आली. कारण होते की ती स्त्री तासन्तास हात धूत बसे अधिक चौकशी केल्यावर तिने सांगितले की तिला तिचे हात खराब होत आहेत असे वाटे म्हणून ती हात स्वच्छ ठेवण्यासाठी हात धूत असे. ती दरवाज्याच्या कड्या, जमिनीवर पडलेल्या वस्तू उचलणे टाळत असे. तसेच जुन्या नोटा, खिडक्यांची तावदाने व इतरांनी वापरलेल्या बादल्या, पाण्याचे/प्लॅस्टिकचे तांबे (मग), इतर जे प्रसाधनगृह जे वापरतात ते वापरणेदेखील ती टाळत असे. तिला दात घासण्यास ३० मिनिटे लागत कारण तिला आपले दात घाण आहेत असेच वाटे. ती या स्वच्छतेच्या कल्पनेने एवढी पछाडलेली होती की प्रत्येक वेळी ज्या वस्तू घाण आहेत असे तिला वाटे अशा कुठल्याही वस्तूला हात लावला की २० ते ३० मिनिटे ती हात धुण्यात घालवी. ती स्नान करण्यापूर्वी सर्व स्नानगृह, कड्या, बादल्या, नळ, साबण सर्व तास-दोन तास स्वच्छ करीत बसे आणि नंतर पुढे स्नानास तिला दोन तास

लागत. तिला असे वाटे की अजूनही आपण अस्वच्छ आहोत. म्हणून परत-परत ती साबण लावत बसे असे करून जेव्हा न्हाणीघरातून ती बाहेर येई तेव्हा ती खूपच दमलेली असे. तिचे रोजचे जीवन आणि रोजची सर्व कामे व सर्व वेळ फक्त स्वच्छतेच्या विचारांभोवती घोंटाळत असत आणि अन्य काही करण्यास तिला वेळच शिल्लक रहात नसे. अलिकडे तिचे स्वच्छतेचे वेड इतके वाढले आहे की ती तिच्या पतीस काहीही करण्यापूर्वी परत-परत हात धुण्यास भाग पाडते. तिला ही हे माहित होते की तिचे हे स्वच्छतेचे वेड तर्कशुद्ध नाही अतिरेकी आहे पण काहीही झाले तरी तिला तिच्या ताण व चिंतांमुळे स्वतःला आवरता येत नसे.

२. एक तीस वर्षीय बँक कर्मचारी जो कॅशियर म्हणून काम करीत असे. त्याला ग्राहकाला नोटा देतांना आपण नोटा नीट मोजलेल्या नाहीत असा संशय येत असे. त्याला आपण कमी किंवा अधिक नोटा ग्राहकाला दिल्या असे वाटत असे. जास्ती नोटा दिल्या तर त्याला आपण जबाबदार असणार आणि कमी दिल्या तर ग्राहकाची

बोलणी खावी लागणार असे त्याला वाटत असे. त्यामुळे कॅशियर म्हणून कामकरतांना सततच या विचारांचा त्रास होत असे. महिन्याच्या पहिल्या आठवड्यात पैसे घेणाऱ्या ग्राहकांची खूप गर्दी असे तेव्हा त्याला हे विचार संत्रस्त करीत. मग त्याला नोटा पुन्हा-पुन्हा मोजत रहावे लागे. परिणतः ग्राहक त्याच्या कामात दिरंगाई होत असल्याने तो अकार्यक्षम आहे, धीमा आहे असे ओरडा करीत असत. त्याला कामासंबंधी मॅनेजर कडून 'मेमो' मिळाले आणि ऑफिसमध्ये सर्वांच्या थट्टेचा विषय बनला त्यामुळे त्याच्या मनात शरमिंदेपणाची भावना निर्माण झाली आणि त्यातून नैराश्य आले. तपासणीअंती कळले की घरीसुद्धा झोपण्यापूर्वी दरवाज्यांची कुलुपे लागली आहेत का हे तो १० ते १५ वेळा चेक करीत असे. सर्व विजेची बटने सुद्धा बंद आहेत का हे तो अनेक वेळा तपासत असे. सारखे तपासायचे, तेच-तेच पहायचे या उपचारांनी त्याला खूप ताण येत असे चिंता वाटत असे. त्याला याची पूर्णपणे जाणीव होती की या सर्व गोष्टी अतिरेकी आहेत व अनावश्यक आहेत.

३. एका जनरल प्रॅक्टिशनर डॉक्टरनी एका १६ वर्षाच्या मुलाला रेफर केलं / पाठवलं. शाळेत प्रत्यक्ष जाण्याच्या वेळापेक्षा या मुलाला शाळेत जाण्याची तयारी करण्यास खूपच जास्त वेळ लागतो आणि म्हणून तो कधीच शाळेत वेळेवर जाऊ शकत नाही. मुलाच्या पालकांच्या असे निदर्शनास आले की त्याच्या अभ्यासाच्या टेबलवर ठेवलेल्या वस्तूंची रचना-पुस्तके किंवा बॅग त्याला समाधानकारक वाटत नसे. म्हणून सकाळचे जवळ-जवळ दोन तास तो शाळेच्या संबंधित गोष्टी उलट-सुलट पद्धतीने ठेवण्यात रचना करण्यात-बदलण्यात तो घालवित असे व त्यामुळे तो शाळेला रोजच उशिरा जात असे. जर पालकांनी त्याला घाई केली किंवा इतरांनी त्याच्या वस्तूंना जर हात लावला तर तो त्यांच्यावर अत्यंत संतापत असे. त्याच्या पालकांनी सांगितले की झोपण्यापूर्वी बिछाना घालण्यासाठी त्याला एक तास लागत असे. वस्तू नीट जागच्या जागी असाव्या याचे अतिरिक्त वेड असल्याने त्यातच त्याचा इतका वेळ जाई की त्याला अभ्यास, गृहपाठ व इतर शालेय ट्युटोरियल्स, प्रकल्प इ. कामे

करण्यास वेळच शिल्लक रहात नसे. परिणामतः त्याचा वर्गातील नंबर घसरला, त्याच्या शिक्षकांच्या तो अभ्यासात मागे पडत आहे अशा तक्रारी येऊ लागल्या.

४. एका तेवीस वर्षीय शेतकी व्यवसायिकाला स्त्रियांच्या नग्न मूर्ती सतत दिसत असत. त्यामध्ये त्याच्या बहिणी, आई व इतर तरुण स्त्रियांचा समावेश होता. त्या नको असलेल्या प्रतिमांमुळे भयानक ताण आणि तीव्र अपराधीपणाची भावना त्याच्या मनात निर्माण होत असे. त्यामुळे त्याला अत्यंत नैराश्य आले आणि मनात आत्महत्येचे विचार येऊ लागले. त्यामुळे तो स्वतःच्या आईकडे व बहिणीकडे डोळे उचलून पाहू शकत नव्हता. नजरेला नजर देऊ शकत नव्हता व त्याचमुळे तो खूपच एकाकी झाला. त्याने सामाजिक कार्यक्रमांला, तेथे स्त्रिया नक्कीच असणार म्हणून जाणे बंद केले. या नग्न प्रतिमा डोक्यातून जाव्या म्हणून त्याने प्रार्थना, स्तोत्रे म्हणणे सुरू केले पण नग्न प्रतिमा येण्यावर तो ताबा मिळू शकत नव्हता. त्याच्या कुटुंबियांनी त्याला नैराश्य आले आहे आणि त्याने स्वतः फास लावून आत्महत्येचा प्रयत्न केला म्हणून डॉक्टरांकडे आणले होते.

५. एका २६ वर्षीय डॉक्टरला इतरांना इजा करावी अशा उर्मी येऊ लागल्या. या उर्मीमुळे तिला अतिशय ताण आला. ती चिंतेने व अपराधीपणाच्या भावनेने त्रस्त झाली कारण तिचा मुळचा स्वभाव खूप प्रेमळ होता. तिच्याजवळ जेव्हा तिची स्वतःची दोन वर्षांची मुलगी असे तेव्हा ही उर्मी खूपच प्रबळ होई. तिला अशी भीती वाटे की तिच्या मुलीला सुरी खुपसून ती मारून टाकेल म्हणून तिने घरातील सर्व सुन्या-चाकू फेकून दिले. तिची ही भीती इतकी वाढली की ती कुठल्या ना कुठल्या कारणाने सारखी आपल्या मुलीला आपल्या आई-वडिलांकडे पाठवून देई व परत आणत नसे. तिने मानसोपचार तज्ज्ञांची मदत घेतली कारण तिने उर्मी दाबण्याचा खूप प्रयत्न करूनही तिच्या उर्मी तिला कामाच्या ठिकाणीदेखील अडथळा आणीत होत्या.

६. एका उपचारासाठी आणलेल्या २४ वर्षीय शेतकी कामगाराला वयस्कर व्यक्ती, देवतांना घाण शिव्या द्याव्या अशी उर्मी येत असे. ही उर्मी त्याला वयस्कर व्यक्ती दिसल्यावर अथवा देवादिकांचे फोटो दिसल्यावर किंवा

मंदिरासमोरून जाताना येत असे. तो एक पापभिरू, धार्मिक व्यक्ती होता, त्याला वडिलधाऱ्यांबद्दल आदर होता म्हणून या उर्मीमुळे त्याला अतिशय ताण आला आणि तीव्र चिंता वाटू लागली. या उर्मी दाबण्यासाठी तो त्याचे ओठ घट्ट बंद करून घेई पण त्याला भीती वाटे की तो घाणेरडे अश्लील शब्द उच्चारेल पण त्याला उर्मी दाबणे शक्य होत नसे. मग त्याने वृद्धांशी बोलणेच सोडून दिले, मंदिरासमोरून जाणे बंद केले. तो त्या उर्मीनी हैराण झाल्याने त्याला मानसोपचार तज्ज्ञांकडून उपचार करावे लागले.

७. एक २७ वर्षीय व्यावसायिक फोटोग्राफर हॉस्पिटलमध्ये आला. त्याला दोन वर्षे सतत दिवसभरातील घटना लोकांशी झालेले संभाषण, त्याच्या मैत्रिणीशी झालेला संवाद इत्यादीच्या कल्पना, प्रतिमा व आठवणी तो इतर काही करत असतांना मध्ये-मध्ये व सतत येत असत. त्याला त्या प्रतिमा आनंददायक नाहीत हे कळत होते तसेच त्या नकोशा वाटणाऱ्या व अडथळ्याप्रमाणे येणाऱ्या आहेत हे ही समजत होते. त्याने 'आता त्याच्याबद्दल

विचारच करायचा नाही' असे ठरवून त्यांच्यावर ताबा मिळवायचा प्रयत्नदेखील केला. पण नाही! त्या प्रतिमा परत-परत येतच राहिल्या.

८. एका २२ वर्षीय सुरक्षा-रक्षक दरवानाला संत्रस्त करणाऱ्या विचारांच्या त्रासाबद्दल दवाखान्यात आणले गेले. त्याला त्याने वर्तमानपत्रात वाचलेल्या बातमीपैकी एखादी बातमी किंवा रेडिओवर ऐकलेल्या बातमीपैकी एखादी बातमी सतत मनात येत असे. संदर्भ नसतांना बातम्या क्षुल्लक असल्यातरी त्याच परत-परत मनात येत राहत. तो आपल्या भवितव्याबाबत किंवा इतर घटनांबाबत विचार करण्याचे ठरवून ते विचार थांबवायचा प्रयत्न करायचा पण तेच तेच बातम्यांचे तुकडे थोड्याच वेळात त्याच्या मनात येत राहत.

आपण उपचारासाठी निम्हान्सची निवड केल्याबद्दल धन्यवाद!

बाह्यरुग्ण विभाग सुविधा

नोंदणी

मंगळवारी दुपारी २.०० वाजता, ओ.सी.डी. दवाखाना, लहान मुले व युवकांसाठी मानसोपचार केंद्र, पहिला मजला, ओ.पी.डी. विभाग, निम्हान्स.

किंवा

शुक्रवारी सकाळी ९.०० वाजता, स्क्रीनिंग ब्लॉक, ओ.पी.डी. विभाग, निम्हान्स.

बाह्य रुग्णांसाठी खालील सेवा उपलब्ध आहेत :

१. अतिशय तपशीलवार सूक्ष्म तपासणी.
२. आजाराविषयी माहिती देणे व मार्गदर्शन.
३. औषधोपचार.
४. आवश्यकतेप्रमाणे 'वर्तन परिवर्तन योजना'.

टीप :

१. येण्यापूर्वी डॉक्टरची वेळ ठरवून घेण्याची (अपॉइंटमेंट) आवश्यकता नाही. सरळ या विभागास भेट द्या पण दवाखान्यात गर्दी असते, तरी थांबण्याच्या तयारीने यावे.
२. यापूर्वी डॉक्टरांकडे गेला असाल तर ती सर्व कागदपत्रे आणि औषधांची प्रिस्क्रीप्शन्स तसेच इतर तपासण्या केल्या असतील तर त्यांचे निकालपत्र (रिपोर्ट्स) सोबत आणावे.

रुग्णालयात दाखल होण्याबाबत

प्रथम ओ.पी.डी. (बाह्यरुग्ण विभागात) आपले नाव नोंदले गेले पाहिजे. रुग्णालयात दाखल करून घेण्याची आवश्यकता आहे का हे सखोल तपासणीनंतर डॉक्टरच ठरवतील व त्यानंतर प्रवेश घेता येईल.

अंतस्थ रुग्णांसाठी खालील सेवा उपलब्ध आहेत :

१. सूक्ष्म सखोल तपासणी.
२. औषधोपचार.
३. कॉग्नेटिव्ह बिहेवियर थेरपी / बिहेवियर थेरपी.
४. ज्या रुग्णांवर औषधोपचाराचा परिणाम होत नाही अशा रुग्णांबाबत 'न्युरोसर्जरी'चा इलाज.

बिहेवियर थेरपीची अंदाजे १५ ते २० सत्रे सहा ते आठ आठवड्यांच्या कालावधीत दिली जातात. ज्या रुग्णांना चार ते सहा आठवडे रुग्णालयात राहणे परवडू शकते त्यांना या उपचारांचा लाभ घेता येतो.

खालीलप्रकारच्या रुग्णांना दाखल करून घेता येते :

१. बाह्यरुग्ण विभागामार्फत दिलेल्या उपचारांना जे रुग्ण दाद देत नाहीत.
२. ओ.सी.डी. सह असणाऱ्या इतर त्रासांमुळे त्यावर उपचार करणे गुंतागुंतीचे होत असेल व हे आजार ओ.सी.डी. वरील उपचारांना बाधा आणत असतील तर.
३. ओ.सी.डी. हा तीव्र स्वरूपाचा असेल तर.

जर डॉक्टरांनी दवाखान्यात दाखल होण्यास सांगितले असेल तर खालील माहिती असणे आपणास आवश्यक आहे.

दवाखान्याचा नियम :

रुग्णासोबत कुटुंबातील एका व्यक्तीने राहणे आवश्यक.

दवाखान्यातील कालावधी :

'वर्तन चिकित्से'साठी रुग्णालयात किमान ६ ते ८ आठवडे राहणे गरजेचे असते. ओ.सी.डी. रुग्णांना 'वर्तन चिकित्से'साठी थेरपिस्ट बरोबर अंदाजे १८ ते २२ बैठका सांगितल्या जातात.

दवाखान्याचे दर व खोल्या मिळण्याची व्यवस्था :

कृपया दवाखान्याचे दर, अतिथिगृह व खोल्या मिळण्याबाबत माहितीसाठी खाली दिलेल्या निम्हान्स वेबपेजेसची मदत घ्या.

<http://stg1.kar.nic.in/nimhans/psychiatry/psychtr patients.htm>

<http://stg1.kar.nic.in/nimhans/psychiatry/psychtr patients2.htm>

इतर माहिती :

बंगलोर शहराच्या रेल्वे स्टेशन पासून ८ कि.मी. वर, बंगलोर एअरपोर्ट पासून ३५ कि.मी. वर निम्हान्स आहे. तेथून बस व टॅक्सी मिळू शकतात.

संपर्क पत्ता :

(स्पेशल वॉर्ड मधील किंवा लक्ष्मी मित्तल अतिथिगृहातील
खोली आरक्षित करण्यासाठी)

द रेसिडेंट मेडिकल ऑफिसर

निम्हान्स

होसर रोड, पोस्ट बॅग नं. २९००

बंगलोर ५६००२९

ई-मेल : rmo@nimhans.kar.nic.in

फोन नं. : ०८०-२६९९५२०३ / २६९९५२०४

फॅक्स : ०८०-२६५६२९२९

अधिक माहितीसाठी आमच्या वेबसाइटला भेट द्या.

<http://stg1.kar.nic/nimhans/ocdclinic/home.html>

ऑब्सेसिव्ह कंपल्सिव्ह डिसॉर्डर (OCD) हा एक सामान्यपणे आढळणारा व दौर्बल्य आणणारा मानसिक आजार आहे. 'स्किझोफ्रेनिया' किंवा 'बायपोलर' या आजारांपेक्षा दुपटीने आढळणारा हा आजार आहे. ओ.सी.डी. नीट निदान न होणारा व पुरेशा प्रमाणात ज्यावर उपचारही होत नाहीत असा आजार आहे. बऱ्याचवेळा ओ.सी.डी. पौगंडावस्थेत (१३ ते १८ या वयात) प्रथम उद्भवतो आणि आयुष्यभरासाठी व्यक्तीला दुर्बल बनवू शकतो. जरी पौगंडावस्थेत आजाराची सुरुवात होत असली तरी अगदी थोड्या रुग्णांना लवकर औषधोपचार मिळतात. ओ.सी.डी. आजारावर देखील एक सामाजिक कलंक आहे त्यामुळे उपचार मिळण्यास उशीर होतो, याचबरोबर डॉक्टर्स ना (जनरल प्रॅक्टिशनर्स - इतर डॉक्टर्सना) या आजाराची लक्षणे सुपरिचित नसल्यामुळे त्यांच्या कडून आजार ओळखण्यात व त्यायोगे योग्य उपचार मिळण्यास आणखिनच दिरंगाई होते.

सामान्यतः आढळणाऱ्या या आजारावरील औषधोपचार व आजार समजून घेण्याबाबत मागील दोन दशकात बरीच प्रगती झाली आहे. 'सिरोटोनिन रिअपटेक इनहिबिटरस्'

(औषधे) व 'बोधात्मक, वर्तनात्मक उपचार पद्धती' या दोन्ही मुळे पूर्वी अवघड वाटणाऱ्या या आजारावर उपचार करणे आता शक्य झाले आहे. पुनरावर्ती विचार व कृतीचा (वर्तनाचा) व अनुवंशिकता शास्त्र तसेच रोगप्रतिकार शास्त्र यांच्याशी असलेल्या सहसंबंधाचा विचार करता ओ.सी.डी. चे मज्जाशास्त्र समजून घेण्यामध्ये आता लक्षणीय प्रगती झाली आहे. जरी मज्जासंस्थेच्या कार्याबाबत आणि ओ.सी.डी. होण्याच्या कारण मिमांसेबाबत आपली समज वाढली असली आणि परिणामकारक औषधोपचार उपलब्ध असले तरीही सुमारे ४० ते ६० टक्के रुग्णांमध्ये समाधानकारक सुधारणा होत नाही. यावरून असे लक्षात येते की ओ.सी.डी.बाबत अजून खूप काही समजून घेणे बाकी आहे.

२४ जून १९९७ ला हे ओ.सी.डी. रुग्णचिकित्सालय डॉ. सुमंत खन्ना व डॉ. वाय. सी. जनार्दन रेड्डी यांनी सुरू केले. रुग्णांना वैद्यकीय सेवा मिळावी, मानसिक आरोग्य क्षेत्रातील डॉक्टर्सना अनुभव मिळावा व संशोधन करता यावे हा या मागे उद्देश होता. 'निम्हान्स' येथील हे रुग्ण चिकित्सालय खूप लोकमान्यता मिळालेले चिकित्सालय आहे.

प्रत्येक वर्षी १२० ते १५० नवीन रुग्ण येथील सुविधांचा लाभ घेतात व जवळ-जवळ १००० पूर्वी आलेले रुग्ण फेरतपासणी (फॉलोअप) साठी येतात. जुन्या चिवट ओ.सी.डी. आजाराने त्रस्त रुग्ण औषधोपचार, मार्गदर्शनासाठी देशभरातून 'निम्हान्स' कडे पाठविले जातात.

या ओ.सी.डी. रुग्ण चिकित्सालयाचे वैशिष्ट्य म्हणजे येथे चालणारी संशोधन प्रक्रिया येथून अनेक शोधनिबंध अंतराष्ट्रीय स्तरावर प्रसिद्ध झालेले आहेत. मुख्यत्वेकरून संशोधनाचा भर 'फेनोमेनॉलोजी' 'संशोध पद्धती व त्यांचे फलित' 'कुटुंबाचा अभ्यास' 'अनुवंशिकताशास्त्र' 'न्युरोइमेजिंग' (एम.आर.आय.च्या साहाय्याने मज्जासंस्थेतील विकृती शोधणी), 'न्युरोसायकॉलॉजी' या विषयावर राहिलेला आहे. खास ओ.सी.डी. साठी असलेल्या या चिकित्सालयाने दशकपूर्तीच्या समारंभानिमित्त एक चर्चासत्र दि. १० व ११ नोव्हेंबर २००७ रोजी 'निम्हान्स' बंगलोर येथे आयोजित केले होते.