

زندگی در سایه یک خاطره هولناک

اختلال استرس پس از سانحه، واکنشی روانی به تجربه‌های شدید و آسیب‌زا مانند جنگ، خشونت یا فجایع طبیعی است؛ اختلالی که با بازگشت مکرر خاطره حادثه و آشفتگی عاطفی همراه است



میدان‌های جنگ بسیار شناخته‌شده است، در زبان عامیانه گاه با عنوان «موج گرفتگی» توصیف می‌شود؛ اصطلاحی که به‌خوبی شدت تکانه‌های روانی ناشی از آن را بازتاب می‌دهد.

بازگشت مداوم حادثه در ذهن

اختلال استرس پس از ضربه در زمهره اختلال‌های اضطرابی شدید قرار می‌گیرد و ویژگی اصلی آن، بازتجربه مکرر حادثه آسیب‌زا در ذهن فرد است. کسانی که به این عارضه مبتلا می‌شوند، اغلب صحنه‌های مربوط به رویداد تلخ را بارها و بارها در ذهن خود مرور

زندگی انسان گاه با رخدادهایی مواجه می‌شود که شدت هراس و تلخی آنها از توان عادی روان برای هضم و فراموشی فراتر می‌رود. برخی از این تجربه‌های تکان‌دهنده نه‌تنها در حافظه باقی می‌مانند، بلکه همچون زخمی پنهان، سال‌ها در ذهن و احساس فرد تکرار می‌شوند. اختلال استرس پس از ضربه یا «پی‌تی‌اس‌دی» (PTSD) از جمله پیامدهای چنین رویدادهایی است؛ عارضه‌ای روانی که پس از تجربه حادثه‌ای دردناک، فرد را در چرخه‌ای از اضطراب، یادآوری‌های ناخواسته و آشفتگی عاطفی گرفتار می‌کند. این اختلال که در میان نظامیان بازگشته از

بتابلاکرها؛ داروهای مهم قلب

این داروها با کاهش فعالیت هورمون‌های استرس به کنترل فشارخون و ریتم قلب کمک می‌کنند

داروهای موسوم به «بتابلاکرها» یا مسدودکننده‌های گیرنده بتا از پرکاربردترین داروهای حوزه قلب و عروق به شمار می‌روند. این داروها با اثرگذاری بر گیرنده‌های خاصی در بدن، فعالیت برخی هورمون‌های محرک مانند آدرنالین را مهار می‌کنند و در نتیجه سرعت ضربان قلب و فشار خون را کاهش می‌دهند. به همین دلیل پزشکان از آنها برای درمان طیف وسیعی از مشکلات قلبی و حتی برخی اختلالات دیگر استفاده می‌کنند.

کاربردهای درمانی گسترده

داروهایی مانند پروپرانولول، آتنولول، متوپرولول، کارودیلول، بیسوپرولول، لابتالول، تیمولول و نادولول از شناخته‌شده‌ترین اعضای این خانواده دارویی هستند. این داروها با مهار گیرنده‌های بتا-یک و بتا-دو که در قلب، رگ‌ها و برخی اندام‌های دیگر وجود دارند، اثر هورمون‌هایی مانند اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین را محدود می‌کنند. نتیجه این فرایند کاهش فشار خون، کند شدن ضربان قلب و کاهش بار کاری قلب است. پزشکان بتابلاکرها را برای درمان آریتمی یا نامنظمی ضربان قلب، نارسایی قلبی، درد قفسه سینه ناشی از کاهش خون‌رسانی به قلب و همچنین کنترل فشار خون تجویز می‌کنند. افزون بر این، این داروها در درمان برخی اختلالات غیرقلبی نیز کاربرد دارند؛ از جمله کاهش حملات میگرن یا کمک به کنترل علائم اضطراب. در

چهار باور نادرست درباره خودکشی

شناخت باورهای غلط درباره خودکشی نخستین گام در پیشگیری، گفت‌وگو و نجات جان انسان‌هاست

باورهای نادرست درباره خودکشی می‌توانند مانع شناخت، گفت‌وگو و کمک‌شوندگی به موقع شوند. نخستین خطای رایج این است که گفته می‌شود کسانی که از خودکشی حرف می‌زنند، هرگز آن را انجام نمی‌دهند؛ در حالی که تقریباً همه قربانیان پیش از اقدام، نشانه‌ها یا هشدارهایی ابراز کرده‌اند. جملاتی مثل «وقتی من نباشم، دلتان برایم تنگ می‌شود» یا «دیگر راهی برای رهایی نمی‌بینم» نباید بی‌اهمیت تلقی شوند، حتی اگر به شوخی بیان شوند. باور دوم این است که اگر کسی تصمیم به خودکشی بگیرد هیچ چیز نمی‌تواند مانعش شود؛ اما واقعیت چنین نیست. حتی افراد بشدت افسرده می‌ان خواست زندگی و رهایی از درد در نوسانند. آن‌ها مرگ را نمی‌خواهند، بلکه در جست‌وجوی پایان رنج‌اند؛ پس مداخله، گفت‌وگو و حمایت می‌تواند

در کنار این بازگشت‌های ذهنی، مجموعه‌ای از علائم روانی و جسمی نیز ظاهر می‌شود. افسردگی، اضطراب پایدار، اختلال در خواب، بی‌تفاوتی عاطفی، تحریک‌پذیری، خشم و دشواری در تمرکز از جمله نشانه‌های رایج این اختلال به شمار می‌روند. برخی بیماران نیز از احساس ناامیدی عمیق، گوشه‌گیری اجتماعی یا واکنش‌های شدید هیجانی نسبت به محرک‌های یادآور حادثه رنج می‌برند. برای بسیاری از افراد این علائم پس از مدتی فروکش می‌کند، اما در برخی دیگر ممکن است برای مدت طولانی ادامه یافته و کیفیت زندگی آنان را به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد.

چه کسانی بیشتر در معرض خطرند؟

هرچند اختلال استرس پس از ضربه می‌تواند در هر فردی و در هر سنی بروز کند، اما برخی تجربه‌ها احتمال ابتلا به آن را افزایش می‌دهند. قربانیان خشونت‌های شدید، از جمله تجاوز یا حملات فیزیکی، به دلیل شدت شوک روانی و احساس ناامنی عمیق، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. همچنین افرادی که فجایع طبیعی یا حوادث ناگهانی مانند زلزله، سیل، آتش‌سوزی یا تصادف‌های شدید را تجربه کرده‌اند، ممکن است پس از حادثه با نشانه‌های این اختلال مواجه شوند.

مواجهه با بیماری‌های جدی و تهدیدکننده زندگی نیز می‌تواند فشار روانی شدیدی ایجاد کند و زمینه بروز چنین اختلالی را فراهم آورد. افزون بر این، برخی مشاغل به‌طور ذاتی با تجربه‌های پرتنش و تکان‌دهنده همراه‌اند. نیروهای نظامی، افسران پلیس، آتش‌نشانان، امدادگران و اعضای تیم‌های جست‌وجو و نجات از جمله گروه‌هایی هستند که به دلیل مواجهه مکرر با صحنه‌های تلخ و خطرناک، بیش از دیگران در معرض ابتلا به این اختلال قرار می‌گیرند. این واقعیت نشان می‌دهد که PTSD صرفاً پیامد ضعف روانی فرد نیست، بلکه واکنشی طبیعی و قابل فهم به تجربه‌هایی است که فراتر از ظرفیت معمول انسان برای تحمل و پردازش هیجانی قرار دارند.

بسیاری از بیماران، به‌ویژه افرادی که دچار فشار خون بالا یا سابقه حمله قلبی هستند، ممکن است مصرف این داروها برای مدت طولانی یا حتی تا پایان ادامه یابد.

انواع داروهای مسدودکننده بتا

بتابلاکرها به طور کلی در دو گروه «انتخابی قلبی» و «غیرانتخابی» طبقه‌بندی می‌شوند. داروهای انتخابی قلبی عمدتاً گیرنده‌های بتا-یک را که بیشتر در قلب قرار دارند مهار می‌کنند و اثر محدودتری بر سایر اندام‌ها دارند. در مقابل، داروهای غیرانتخابی هر دو نوع گیرنده بتا-یک و بتا-دو را مهار می‌کنند و ممکن است اثرات گسترده‌تر و در برخی موارد عوارض بیشتری ایجاد کنند. با وجود فواید درمانی، مصرف این داروها ممکن است با عوارضی مانند سردی دست‌وپا، خستگی، افزایش وزن، سرگیجه، تنگی نفس یا اختلال خواب همراه باشد. همچنین بتابلاکرها می‌توانند مجاری هوایی را منقبض کنند و برای افراد مبتلا به آسم یا بیماری مزمن ریوی مشکل‌ساز شوند. از سوی دیگر، این داروها گاه نشانه‌های افت قند خون را در بیماران دیابتی پنهان می‌کنند. به همین دلیل، مصرف بتابلاکرها باید همواره تحت نظر پزشک انجام شود و در برخی افراد، از جمله بیماران مبتلا به برخی انواع آریتمی یا افرادی که سابقه حساسیت دارویی دارند، با احتیاط یا جایگزین‌های مناسب تجویز شود.

مسیر تصمیمشان را تغییر دهد. در باور نادرست سوم گفته می‌شود فردی که خودکشی می‌کند اصلاً تمایلی به کمک ندارد؛ اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیش از نیمی از قربانیان خودکشی در شش ماه پیش از مرگ، به دنبال یاری یا مشاوره پزشکی بوده‌اند. میل به کمک در آنان وجود دارد، ولی اغلب با ناامیدی و احساس بی‌فایده بودن پوشانده می‌شود. و سرانجام، تصور اشتباه چهارم آن است که صحبت درباره خودکشی ممکن است کسی را به فکر آن بیندازد. در واقع دقیقاً عکس آن درست است؛ گفت‌وگو صادقانه و بدون قضاوت درباره این موضوع، می‌تواند راهی برای تخلیه بحران درونی فرد و آغاز کمک حرفه‌ای باشد. خودکشی یک واقعیت تلخ اما قابل پیشگیری است؛ و اصلاح همین باورهای ساده اما خطرناک، می‌تواند به معنای نجات زندگی انسان‌ها باشد.

پژوهش

A T I V E N O

خبر N E W S

اضطراب پس از زایمان چگونه بروز می‌کند

در سال‌های اخیر آگاهی عمومی درباره افسردگی پس از زایمان افزایش یافته است، اما مشکلات سلامت روان در این دوره تنها به افسردگی محدود نمی‌شود. یکی از اختلالات شایع اما کمتر شناخته‌شده در این دوران «اضطراب پس از زایمان» است؛ وضعیتی که می‌تواند تجربه والد شدن را برای برخی زنان و حتی مردان به دوره‌ای همراه با نگرانی‌های شدید و فرساینده تبدیل کند. بررسی‌های علمی نشان می‌دهد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در دوران بارداری و ماه‌های پس از زایمان پدیده‌ای نسبتاً رایج هستند و حدود ۱۰ درصد از والدین را درگیر می‌کنند. برخلاف تصور رایج، این مشکل تنها به مادران محدود نمی‌شود و مطالعات نشان داده است نزدیک به یک‌دهم پدران نیز در ماه‌های نخست تولد فرزندشان نشانه‌هایی از اضطراب شدیداً تجربه می‌کنند. این اختلال ممکن است در هر زمانی، از دوران بارداری تا حدود یک سال پس از تولد نوزاد، آغاز شود. اضطراب پس از زایمان از نظر شدت و ماهیت با نگرانی‌های طبیعی والدین تفاوت دارد. نگرانی درباره سلامت و ایمنی نوزاد برای بیشتر پدران و مادران امری طبیعی است، اما در این اختلال ترس‌ها شکل افراطی و غیرمنطقی پیدا می‌کنند. فرد ممکن است به طور مداوم با افکار مزاحمی روبه‌رو شود که از آسیب دیدن خود یا نوزادش حکایت دارند؛ افکاری که اغلب بی‌پایه‌اند، اما به شکلی تکرارشونده و آزاردهنده در ذهن باقی می‌مانند. چنین نگرانی‌هایی می‌تواند آرامش روانی والدین را برهم بزند و تمرکز آنها را بر زندگی روزمره دشوار کند. در برخی موارد نیز این اضطراب‌ها با نوعی اختلال اضطرابی دیگر، یعنی اختلال وسواسی-اجباری، هم‌پوشانی پیدا می‌کند و فرد را گرفتار چرخه‌ای از افکار ناخواسته و رفتارهای کنترل‌کننده می‌سازد.

عوامل متعددی در شکل‌گیری اضطراب پس از زایمان نقش دارند. تغییرات شدید هورمونی پس از تولد نوزاد یکی از مهم‌ترین این عوامل به شمار می‌آید؛ افت ناگهانی برخی هورمون‌ها می‌تواند توانایی بدن برای مدیریت استرس را کاهش دهد. در کنار آن، فشارهای عملی و عاطفی ناشی از مراقبت از نوزاد، کمبود خواب، دشواری در شیردهی یا تجربه بارداری و زایمان دشوار نیز به افزایش تنش‌های روانی کمک می‌کنند. برخی شرایط فردی نیز احتمال بروز این اختلال را بیشتر می‌کند؛ از جمله سابقه اختلال‌های اضطرابی یا افسردگی، مشکلات خوردن و تغذیه، تجربه سقط جنین یا از دست دادن کودک در گذشته، یا مسئولیت همزمان مراقبت از چند کودک. گاه نیز شکاف میان تصور ایده‌آل از مادر یا پدر شدن با واقعیت پرچالش روزهای نخست تولد نوزاد، خود به عاملی برای تشدید اضطراب تبدیل می‌شود.

اضطراب پس از زایمان می‌تواند با مجموعه‌ای از نشانه‌های روانی و جسمی بروز کند. تحریک‌پذیری، دشواری در رسیدن به آرامش، اختلال در به خواب رفتن یا تداوم خواب از علائمی است که با افسردگی پس از زایمان همپوشانی دارد. در کنار این موارد، نشانه‌هایی مانند تپش قلب، تنگی نفس، بی‌قراری، تهوع، کاهش اشتها، دشواری در تمرکز، افکار شتاب‌گرفته و هراس‌آلود و تمایل به کناره‌گیری اجتماعی نیز در بسیاری از مبتلایان دیده می‌شود.

علی ملانکه

روزنامه‌نگار

“

مواجهه با

بیماری‌های

جدی و

تهدیدکننده

زندگی نیز

می‌تواند

فشار روانی

شدیدی ایجاد

کند و زمینه

بروز چنین

اختلالی را

فراهم آورد.

افزون بر این،

برخی مشاغل

به‌طور ذاتی

با تجربه‌های

پرتنش و

تکان‌دهنده

همراه‌اند