

സഹായ്

മാനസിക രോഗികൾക്കും ബന്ധുക്കൾക്കും
രോഗങ്ങളെക്കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കാനും
അവകാശപ്പെട്ട ആനുകൂല്യങ്ങളെക്കുറിച്ച്
അറിയാനും ഒരു കൈപുസ്തകം

പ്രസിദ്ധീകരണം

തണൽ ആത്മഹത്യാ പ്രതിരോധ കേന്ദ്രം
കോഴിക്കോട്

Sahayi

(Malayalam)

For private circulation

Editors

Dr. P.N. Suresh Kumar

Mr. Muhammed Farooque K.S.

Dr. Arun Gopalakrishnan

Dr. Roshan Bijlee

ആമുഖം

മാനസിക വൈകല്യമുള്ളവരും അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങളും അനുഭവിക്കുന്ന കഷ്ടപ്പാടുകളും അവശതകളും ഏറെയാണ്. മാത്രമല്ല മാനസികരോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള അജ്ഞതമൂലം രോഗികളേയും ബന്ധുക്കളേയും നിരവധി പേർ സമൂഹത്തിൽ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നു. നമ്മുടെ സർക്കാർ ഇവരുടെ ക്ഷേമത്തിനായി നിരവധി പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും നിർഭാഗ്യവശാൽ ഇതിൽ ഒട്ടുമിക്കവാറും അർഹതപ്പെട്ടവർക്ക് ലഭിക്കുന്നില്ല. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ മാനസിക രോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും അവർക്ക് അർഹമായ ക്ഷേമ പദ്ധതികളെക്കുറിച്ചും പൊതുജനങ്ങളെ ബോധവൽക്കരിക്കേണ്ടതും മാനസികാരോഗ്യമേഖലയിലെ വിദഗ്ധർ എന്ന നിലക്ക് നമ്മുടെ ഉത്തരവാദിത്വമാണ്. ഈ കൈപുസ്തകം പ്രസ്തുത ധർമ്മം നിറവേറ്റുമെന്നു പ്രത്യാശിക്കുന്നു.

ഡോ. പി.എൻ. സുരേഷ്കുമാർ,
ചെയർമാൻ, തണൽ ആത്മഹത്യാ പ്രതിരോധ കേന്ദ്രംകോഴിക്കോട്,
വൈസ് ചെയർമാൻ, ഐ.എം.എ. മെന്റൽ ഹെൽത്ത് കമ്മിറ്റി,
കേളര ഉ സ്റ്റേറ്റ് ബ്രാഞ്ച്

ഡോ. അരുൺ ഗോപാലകൃഷ്ണൻ
കൺസൾട്ടന്റ് സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്
പി.വി.എസ്. ഹോസ്പിറ്റൽ, കോഴിക്കോട്

ഡോ. റോഷൻ ബിജ്ലി
ഡയറക്ടർ, കോമ്പോസിറ്റ് റീജ്യണൽ സെന്റർ
ഫോർ പേഴ്സൺസ് വിത്ത് മൾട്ടിപ്പിൾ ഡിസേബിലിറ്റീസ്

മുഹമ്മദ് ഫറൂഖ് കെ.എസ്., MSW (Med&Psych)
സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ
കെ.എം.സി.ടി. മെഡിക്കൽ കോളേജ്, കോഴിക്കോട്

ഉള്ളടക്കം

- 1 മാനസികാരോഗ്യം
- 2 മാനസികരോഗങ്ങൾ
- 3 മുതിർന്നവരിലെ മാനസിക രോഗങ്ങൾ
- 4 കുട്ടികളുടെ മാനസികപ്രശ്നങ്ങൾ
- 5 മരുന്നു ചികിത്സയും അനുബന്ധ ചികിത്സകളും
6. മനുഷാസ്ത്ര ചികിത്സകളും വൈകല്യങ്ങൾ ശരിയാക്കുന്നതിനുള്ള പെരുമാറ്റ ചികിത്സകളും
- 7 പുനരധിവാസം
- 8 മാനസികരോഗികൾക്കും കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കുമുള്ള ക്ഷേമാനുകൂല്യങ്ങൾ

മാനസികാരോഗ്യം

ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ നിർവ്വചനമനുസരിച്ച് ആരോഗ്യം എന്നാൽ കേവലം രോഗങ്ങളുടെ അഭാവം മാത്രമല്ല, മറിച്ച് ശാരീരികവും മാനസികവും സാമൂഹികവുമായ സ്വസ്ഥത അനുഭവിക്കുന്ന അവസ്ഥയാണ്. ഈയൊരു വീക്ഷണത്തിൽ മാനസികാരോഗ്യം എന്നത് വളരെ പ്രാധാന്യം അർഹിക്കുന്ന ഒന്നാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കാം. കാരണം മാനസികമായ സ്വസ്ഥതയും അനുഭവിക്കുമ്പോൾ മാത്രമാണ് ഒരു വ്യക്തി ആരോഗ്യവാനാകുന്നത്. സാമൂഹിക സാഹചര്യങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് വിചാരവികാരങ്ങളെ സംതുലനം ചെയ്യാൻ സാധിക്കുന്ന വ്യക്തികൾക്ക് മാനസികാരോഗ്യം ഉണ്ടെന്നു പറയാം.

കവികളും കഥാകാരന്മാരും മനസ് എന്ന സമസ്യയെ പലപ്പോഴും ഹൃദയവുമായി ബന്ധപ്പെടുത്തി വർണ്ണിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും ശാസ്ത്രീയമായി വിലയിരുത്തുമ്പോൾ മനുഷ്യ മസ്തിഷ്കത്തിന്റെ ചിന്തകളുടെയും വികാരങ്ങളുടെയും ചേഷ്ടകളുടേയും ആകെത്തുകയെ മനസ് എന്ന് വിളിക്കാം. ചുരുക്കത്തിൽ ആരോഗ്യമുള്ള മനസ് ഇല്ലെങ്കിൽ അത് നമ്മുടെ ശാരീരിക പ്രവർത്തനങ്ങളെയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കും. നമ്മുടെ ചിന്തകളും വികാരങ്ങളും സ്വഭാവവുമെല്ലാം പരസ്പരം ബന്ധപ്പെട്ടു കിടക്കുന്നവയാണ്. ഒന്നിലുണ്ടാകുന്ന താളപ്പിഴകൾ മറ്റുള്ളവയിലും പ്രതിഫലിക്കുന്നു. അതായത് നാം സന്തോഷത്തോടുകൂടിയിരിക്കുമ്പോൾ നമ്മുടെ മനസ് സഞ്ചരിക്കുന്ന വഴികളും നമ്മുടെ പെരുമാറ്റ രീതികളും നാം ദുഃഖിതരായിരിക്കുമ്പോൾ

മ്പോൾ ഉള്ളതിൽനിന്നും തികച്ചും വിഭിന്നമായിരിക്കും. മാനസികാരോഗ്യത്തോടുകൂടി ഇരിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് മാത്രമേ സാഹചര്യങ്ങളിൽ ഉണ്ടാകുന്ന പ്രതികൂല ഘടകങ്ങളെ ചെറുക്കാനും അതിനനുസരിച്ച് വിവേകത്തോടെ പെരുമാറാനും പറ്റുകയുള്ളൂ. മറ്റുള്ളവർക്കു അംഗീകരിക്കാനും, സാമൂഹ്യ മര്യാദകൾ പാലിക്കുവാനും, നിർണ്ണായക ഘട്ടങ്ങളിൽ തീരുമാനങ്ങളെടുക്കുവാനും, സ്വന്തം പോരായ്മകൾ ഉൾക്കൊള്ളാനും അതേ സമയം സ്വയം മതിപ്പ് നിലനിർത്താനും നമുക്കെല്ലാം മാനസികാരോഗ്യം കൂടിയേ തീരൂ.

മാനസികരോഗങ്ങൾ

മാനസികരോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള മിത്യാധാരണകൾ സമൂഹത്തിൽ നിരവധിയാണ്. പലരും ധരിച്ചുവെച്ചിരിക്കുന്നത് മനോരോഗങ്ങൾ എന്നാൽ ഒരുതരം മാറാവ്യാധിയാണ് എന്നാണ്. വാസ്തവത്തിൽ മാനസികരോഗങ്ങൾ മറ്റ് ശാരീരിക രോഗങ്ങളെപ്പോലെ പല വിധമുണ്ട്. അതിൽ ചിലത് തീരെ ലഘുവായിരിക്കും. എന്നാൽ മറ്റു ചിലത് തീവ്രതയേറിയവയുമാണ്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ രോഗാവസ്ഥ കുറയുമോ എന്നത് ഏത് രോഗമാണെന്നതിനനുസരിച്ചിരിക്കും. പല രോഗങ്ങൾക്കും പല കാരണങ്ങളാണ്. ജൈവികപരവും, മനുഷ്യാസ്പ്രതപരവും സാമൂഹ്യപരവുമായ പല കാരണങ്ങളും അതിൽ കാണാം. അതുതന്നെ ഓരോ വ്യക്തിയിലും വ്യത്യസ്തവുമായിരിക്കും. ഒരു രോഗത്തിന് ഒരു കാരണം എടുത്തു പറയാൻ ബുദ്ധിമുട്ടാണ്. പലപ്പോഴും പല കാരണങ്ങളുടെയും ആകത്തുകയാണ് മാനസിക രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടാകുക. ചില കാരണങ്ങൾ നമുക്ക് പരിശോധിക്കാം.

കാരണങ്ങൾ

- മസ്തിഷ്കത്തിലെ അടിസ്ഥാന കോശങ്ങളായ ന്യൂറോണുകൾ പരസ്പരം ആശയവിനിമയം നടത്താൻ ഉപയോഗിക്കുന്ന ന്യൂറോട്രാൺ സ്മിറ്റുകളുടെ അളവിലുണ്ടാകുന്ന ഏറ്റക്കുറച്ചിൽ.
- ന്യൂറോണുകളുടെ വളർച്ച, ഘടന, അവയ്ക്കേൽക്കുന്ന ആഘാതങ്ങൾ

- മസ്തിഷ്ക വർച്ചയെ ബാധിക്കുന്ന ഇതര രോഗങ്ങൾ
- ചില ഹോർമോണുകളുടെ അളവിലെ വ്യത്യാസം, ലഹരി ഉപയോഗങ്ങൾ
- പാരമ്പര്യ ഘടകങ്ങൾ, കുട്ടിക്കാലത്തെ തിക്താനുഭവങ്ങൾ
- പൊടുന്നനെയുണ്ടാകുന്ന വേർപാട്, സാമ്പത്തിക തകർച്ച, സാമൂഹ്യ-തൊഴിൽ ജീവിതത്തിലെ സംഘർഷങ്ങൾ
- നിത്യരോഗാവസ്ഥ, പ്രത്യേകിച്ചും പരാശ്രയത്വം കൂട്ടുന്ന രോഗങ്ങൾ.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ കാരണങ്ങളിൽ ഏതാണ് ഏറ്റവും പ്രധാനം എന്നു പറയാൻ കഴിയില്ല. മിക്കവരിലും ഒന്നിലധികം പ്രശ്നങ്ങൾ കാണാറുണ്ട് എന്നത് തന്നെ കാര്യം.

ലക്ഷണങ്ങൾ

മറ്റ് അസുഖങ്ങളെപ്പോലെതന്നെ മാനസികരോഗങ്ങൾക്കും കൃത്യമായ വിവിധ ലക്ഷണങ്ങളുണ്ട്. പല രോഗങ്ങൾക്കും ഒന്നിലധികം പ്രാരംഭ ലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടാവാം. ഇവയെക്കുറിച്ച് ഒരു ധാരണ ഉണ്ടായാൽ മാനസികരോഗങ്ങൾ പെട്ടെന്ന് തിരിച്ചറിയാനും ഉചിതമായ ചികിത്സ ഉടനടി തുടങ്ങുവാനും അതുവഴി രോഗിയെ സഹായിക്കുവാനും കഴിയും. വിവിധ മാനസിക രോഗങ്ങളിൽ കാണുന്ന വ്യത്യസ്ത ലക്ഷണങ്ങൾ താഴെ പറയുന്നവയാണ്. ഇവ കാണപ്പെടുന്ന അസുഖത്തിന്റെ പേരുകൾ ബ്രാക്കറ്റിൽ കൊടുക്കുന്നുണ്ട്.

സമൂഹത്തിൽനിന്നുള്ള ഉൾവലിയൽ, എല്ലാറ്റിനോടും വിരക്തി, സങ്കടം, കരച്ചിൽ, ഉറക്കക്കുറവ്/കൂടുതൽ, ശ്രദ്ധക്കുറവ്, ഉൻമേഷക്കുറവ്, ഉത്കണ്ഠ, അകാരണമായ ക്ഷീണം, വെറുപ്പ്, ആത്മഹത്യാചിന്ത (വിഷാദം).

അമിത സന്തോഷം, അമിത ഭക്തി, ധൂർത്ത്, അമിത ലൈംഗികത, അമിത ആത്മവിശ്വാസം, തനിക്ക് അപാര കഴിവുണ്ടെന്ന വിശ്വാസം, ദേഷ്യം (ഉന്മാദം).

സ്വന്തം ചിന്തകൾ മറ്റുള്ളവർ അടർത്തിയെടുക്കുന്നതായി തോന്നുക, തന്റെ ചിന്തകൾ താൻ പറയാതെതന്നെ മറ്റുള്ളവർ മന

സ്റ്റിലാക്കുന്നതായി തോന്നുക, പേടി, അകാരണ ഭയം, അശരീരികൾ കേൾക്കുക (സ്കീസോഫ്രീനിയ).

അമിതമായ വേവലാതി, അതിനോടനുബന്ധിച്ച് അമിതമായ വിയർപ്പ്, നെഞ്ചിടിപ്പ്, വിറയൽ, ശ്വാസം കിട്ടുന്നില്ല എന്ന തോന്നൽ, തല കറങ്ങുന്നതായി തോന്നുക (ഉത്കണ്ഠ).

വീണ്ടും വീണ്ടും കൈ കഴുകുക, ഗ്യാസ് പുട്ടിയോ, ഡോർ അടച്ചോ എന്ന് വീണ്ടും വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക, പ്രിയപ്പെട്ട ആർക്കെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും സംഭവിക്കുമോ എന്ന ആധി (ഒ.സി.ഡി.)

ലൂസനിംഗ് ഓഫ് അസോസിയേഷൻ

ഒരു ചിന്തയിൽ നിന്നോ ആശയത്തിൽനിന്നോ രോഗി പരസ്പരം ബന്ധമില്ലാത്ത മറ്റൊരു ചിന്തയിലേക്കോ, ആശയത്തിലേക്കോ വളരെ പെട്ടെന്ന് തന്നെ മാറുന്ന സാഹചര്യം (സ്കീസോഫ്രീനിയ)

ഫ്ലൈറ്റിംഗ് ഓഫ് ഐഡിയോസ്/പ്രഷർ ഓഫ് സ്പീച്ച്

ഒരു വിഷയത്തെ കുറിച്ചുള്ള സംസാരത്തിൽനിന്നും മറ്റൊരു വിഷയത്തിലേക്ക് രോഗി പെട്ടെന്ന് മാറിപ്പോകുന്ന അവസ്ഥയാണ് ഫ്ലൈറ്റിംഗ് ഓഫ് ഐഡിയോസ്. രോഗിയുടെ സംസാരത്തിന്റെ വേഗത തടഞ്ഞു നിർത്താനാവാത്ത വിധത്തിൽ വാക്കുകളുടെ എണ്ണം കൂടിപ്പോകുന്നതാണ് പ്രഷർ ഓഫ് സ്പീച്ച് (ഉന്മാദം).

ഇല്യൂഷനുകൾ

ഒരു വസ്തുവിനെ തെറ്റായി മനസ്സിലാക്കുകയോ മറ്റൊന്നായി വ്യഖ്യാനിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതാണ് ഇല്യൂഷൻ. ഉദാ. രാത്രിയിൽ വഴിയിൽ ഒരു ചരട് കിടക്കുന്നത് കണ്ട് പാവമാണെന്ന് തോന്നൽ.

ഹാലൂസിനേഷൻ

ഒരു അടിസ്ഥാനവുമില്ലാതെ ഉണ്ടാകുന്ന മിഥ്യാനുഭവങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നു. ഉദാ. അശരീരി കേൾക്കുന്നത്.

ഡെല്യൂഷനുകൾ

തീരെ സംഭവിക്കാൻ സാധ്യതയില്ലാത്ത തെറ്റായ അടിയുറച്ച വിശ്വാസങ്ങളാണിവ. ഇവ പല വിധത്തിലുണ്ട്. മറ്റൊരുകിലും തന്നെ

അപായപ്പെടുത്താൻ ശ്രമിക്കുന്നു എന്ന തോന്നൽ (പെർസിക്യൂഷൻ). മറ്റുള്ളവരുടെ സംസാരം തന്നെ കുറിച്ചാണെന്ന തോന്നൽ (ഡെല്യൂഷൻ ഓഫ് റഫറൻസ്). മറ്റുള്ളവരേക്കാൾ സാമ്പത്തിക ശേഷി, കഴിവ്, സൗന്ദര്യം, അധികാരം എന്നിവ തനിക്കുണ്ടെന്ന തോന്നൽ (ഡെല്യൂഷൻ ഓഫ് ഗ്രാന്റിയോസിറ്റി). തന്റെ ശരീരമോ, ശരീരാവയവമോ, സ്വത്തോ നശിച്ചുവെന്ന തോന്നൽ (നിഹിലിസ്റ്റിക് ഡെല്യൂഷൻ) . താൻ പാപിയാണെന്നും അമിതമായ കുറ്റബോധം തോന്നുന്നുവെന്നുമുള്ള അവസ്ഥ (ഡെല്യൂഷൻ ഓഫ് സിൻ/ഗിൽറ്റ്). തനിക്ക് എപ്പോഴും ഏതോ ഗുരുതരമായ രോഗമുണ്ടെന്ന തോന്നൽ (ഹൈപോകോൺട്രിയാക്കൽ ഡെല്യൂഷൻ). ജീവിത പങ്കാളിക്ക് മറ്റാരെങ്കിലുമായി രഹസ്യബന്ധമുണ്ടെന്ന തോന്നൽ (ഡെല്യൂഷൻ ഓഫ് ജലസി/ഇൻഫിഡിലിറ്റി).

മുതിർന്നവരിലെ മാനസികരോഗങ്ങൾ

കേരളീയരിൽ പത്ത് ശതമാനം പേർ ഗുരുതരമായ മാനസിക രോഗങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നവരാണ്. ഇന്ന് ഏകദേശം നൂറ് തരത്തിലുള്ള മാനസിക രോഗങ്ങൾ തിരിച്ചറിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. വിഷാദരോഗങ്ങളും ഉത്കണ്ഠാ രോഗങ്ങളുമാണ് ഇവയിൽ ഏറ്റവും സാധാരണമായവ. ഒട്ടുമിക്ക മാനസിക പ്രശ്നങ്ങളും ചികിത്സിച്ചു മാറ്റാവുന്നതാണ്. മുതിർന്നവരിൽ പൊതുവായി കാണുന്ന മാനസികരോഗങ്ങൾ ഇവയാണ്.

- 1) ഡിമെൻഷ്യ, ഡെലിറിയം, തലച്ചോറിന്റെ തകരാറുകൊണ്ടുണ്ടാകുന്നവ
- 2) മദ്യം, ലഹരി സാധനങ്ങളുടെ ഉപയോഗം മൂലമുണ്ടാകുന്നവ
- 3) സ്കിസോഫ്രീനിയയും സൈക്കോട്ടിക് രോഗങ്ങളും
- 4) വൈകാരിക അവസ്ഥയിലുണ്ടാകുന്ന മാറ്റങ്ങളാൽ ഉണ്ടാകുന്ന രോഗങ്ങൾ - വിഷാദം, ഉന്മാദം.
- 5) ഉത്കണ്ഠാ രോഗങ്ങൾ - അമിത ഉത്കണ്ഠാരോഗം, ഒസിഡി, പാനിക് ഡിസോർഡർ, ഫോബിയാസ്.
- 6) കടുത്ത മാനസികാഘാതം/സമ്മർദ്ദം എന്നിവ മൂലമുണ്ടാകുന്ന മാനസികാസ്വാസ്ഥ്യങ്ങൾ.
- 7) ഉറക്കം, ലൈംഗികത എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടവ.
- 8) വ്യക്തിത്വ വൈകല്യങ്ങൾ.

ഇവയിൽ സ്കീസോഫ്രീനിയ, സൈക്കോട്ടിക് രോഗങ്ങൾ, വിഷാദരോഗം, ഉന്മാദ-വിഷാദ രോഗം, മദ്യപാനരോഗം എന്നിവ ഗുരുതരാവസ്ഥയിൽ എത്താവുന്നതാണ്.

സൈക്കോസിസ് രോഗങ്ങൾ

സ്കീസോഫ്രീനിയ, സംശയരോഗം, പെട്ടെന്നുണ്ടാകുന്ന ചിത്തഭ്രമരോഗം എന്നിവ ഈ വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നു. ഇവിടെ രോഗിക്ക് താൻ രോഗിയാണെന്ന ജ്ഞാനം മിക്കവാറും ഉണ്ടാകില്ല. മീഥ്യാഭ്രമങ്ങളും സംശയങ്ങളും ഈ അസുഖങ്ങളിൽ സജീവമായിരിക്കും. ഈ വിഭാഗത്തിൽ സ്കീസോഫ്രീനിയയാണ് കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നത്.

സ്കീസോഫ്രീനിയ

ചിന്തകൾ, പെരുമാറ്റം, വികാരങ്ങൾ, പ്രവർത്തനശേഷി എന്നിവയിൽ മസ്തിഷ്ക കോശങ്ങളിൽ സംഭവിക്കുന്ന ഭൗതികവും രാസായനികവുമായ മാറ്റങ്ങളാൽ വരുന്ന താളപ്പിഴകളാണ് സ്കീസോഫ്രീനിയ എന്ന അവസ്ഥ. പ്രമേഹവും ഹൃദ്രോഗവും പോലെ ജീവശാസ്ത്രപരമായ രോഗമാണ് സ്കീസോഫ്രീനിയ. ഇന്ത്യയിൽ ഏകദേശം ഒരു കോടി ജനങ്ങൾക്കും, കേരളത്തിൽ മൂന്ന് ലക്ഷം ജനങ്ങൾക്കും ഈ അസുഖമുണ്ട്. ഇരുപതിനും മുപ്പതിനും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ള യുവതീയുവാക്കളെ ഈ രോഗം ഒരുപോലെ ബാധിക്കുന്നു.

രോഗകാരണങ്ങൾ

- മസ്തിഷ്കത്തിൽ ഡോപ്ലമിന്റെ അളവിലെ വർദ്ധനവ്
- പാരമ്പര്യം
- മനുഷ്യാസ്ത്രപരമായ വസ്തുതകൾ

കുടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ, സംഘർഷം നിറഞ്ഞ ജീവിതം, സാമൂഹികസാംസ്കാരിക ഘടകങ്ങൾ എന്നിവ ഈ അസുഖ കാരണങ്ങളല്ലെങ്കിലും അസുഖത്തിന്റെ തീവ്രത കൂട്ടുന്നു.

രോഗലക്ഷണങ്ങൾ

ഒന്നിലും താൽപര്യമില്ലായ്മ, മറ്റുള്ളവരിൽനിന്നും ഒഴിഞ്ഞുമാറുക, പഠനം, ജോലി, വൃത്തി, ആഹാരം എന്നിവയിൽ അലസതയും താൽപര്യക്കുറവും.

- സംശയ സ്വഭാവം - തന്നെ ആക്രമിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു, പിന്തുടരുന്നു, ബാഹ്യശക്തികൾ തന്റെ ചിന്തകളെയും പ്രവർത്തികളെയും നിയന്ത്രിക്കുന്നു എന്നീ തരത്തിലുള്ള ചിന്തകൾ
- മിഥ്യാനുഭവങ്ങൾ - മറ്റുള്ളവർക്ക് കേൾക്കാൻ കഴിയാത്ത സാങ്കല്പിക ശബ്ദങ്ങൾ കേൾക്കുക
- വൈകാരിക മാറ്റങ്ങൾ - ഭയം, ഉത്കണ്ഠ, നിർവ്വീകാരത, കാരണമില്ലാതെ ചിരിക്കുക, കരയുക
- ഇല്ലാത്ത വ്യക്തികളുമായി സംസാരിക്കുക, ബന്ധമില്ലാത്ത അർത്ഥമില്ലാത്ത സംസാരം, കണ്ണാടി നോക്കി ചേഷ്ടകൾ കാണിക്കുക, ആത്മഹത്യാപ്രവണത.

ചികിത്സ

സ്കിസോഫ്രീനിയയിൽ ആരംഭ ദിശയിൽ ചികിത്സ ലഭിച്ചവർക്ക് രോഗം സുഖപ്പെടുന്നതിനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്. ഔഷധ ചികിത്സ, മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സ, അസുഖത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ബോധവൽക്കരണം, പുനരധിവാസം എന്നിവ ചികിത്സയുടെ ഭാഗമാണ്. സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്, സൈക്കോളജിസ്റ്റ്, സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ, സൈക്യാട്രിക് നഴ്സ്, ഓക്യുപേഷണൽ തെറാപിസ്റ്റ് എന്നിവരുടെ പരസ്പര ധാരണയോടുകൂടിയ കൂട്ടായ ചികിത്സയാണ് അഭികാമ്യം.

സംശയരോഗം

വിവിധതരത്തിലുള്ള സംശയങ്ങളാണ് ഈ രോഗത്തിന്റെ കാര്യം. മറ്റുള്ളവർ എന്നെ ഉപദ്രവിക്കൽ/കൊല്ലാൻ ശ്രമിക്കുന്നു, പങ്കാളിയുടെ ചാരീത്ര്യശുദ്ധിയിലുള്ള സംശയം, തന്നെക്കാൾ ഉയർന്ന പദവിയിലുള്ളവർ തന്നെ പ്രേമിക്കുന്നു, തനിക്ക് ഗുരുതരമായ എന്തോ രോഗമുണ്ടെന്ന വിശ്വാസം എന്നിവയാണ് സാധാരണ കാണുന്ന സംശയങ്ങൾ. മിഥ്യാഭ്രമങ്ങൾ, പെരുമാറ്റത്തിലെ അപാകതകൾ, വൈകാരിക മാറ്റങ്ങൾ എന്നിവ സ്കിസോഫ്രീനിയയിലേതുപോലെ സംശയരോഗങ്ങളിൽ കാണാറില്ല. വ്യക്തിപരമായും കുടുംബപരമായും സാമൂഹ്യപരമായും വൻ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാമെന്നതിനാൽ ഈ അസുഖം പ്രത്യേകം പരിഗണനയർഹിക്കുന്നു. ചികിത്സ ഏകദേശം സ്കിസോഫ്രീനിയയുടേതുപോലെ തന്നെയാണ്.

പൊടുന്നനെയുണ്ടാകുന്ന ചിത്തഭ്രമരോഗം

യാതൊരു മാനസിക അസ്വാസ്ഥ്യവുമില്ലാത്ത ഒരാൾക്ക് ഏതാനും മണിക്കൂറിലോ ആഴ്ചകൾക്കുള്ളിലോ ഉണ്ടാകുന്ന തികച്ചും വികലമായതും അസാധാരണമായതും ആയ മാനസികാവസ്ഥയിലെത്തുന്നതാണ് ഈ അസുഖം. വിവിധ തരത്തിലുള്ള സംശയങ്ങളും, മിഥ്യാനുഭവങ്ങളും, അക്രമാസക്തമായ പെരുമാറ്റവും ഈ അസുഖത്തിൽ ഉണ്ടാവാം. വേണ്ട വിധത്തിലുള്ള ചികിത്സ ലഭിച്ചാൽ രണ്ടുമൂന്നു മാസംകൊണ്ട് രോഗത്തിന് പരിപൂർണ്ണ ശമനം ലഭിക്കാം. സ്കിസോഫ്രീനിയക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്ന ആന്റി സൈക്കോട്രിപ്പിക് ഔഷധങ്ങൾ തന്നെയാണ് ഈ അസുഖത്തിലും ഉപയോഗിക്കുന്നത്.

മൂഡ് ഡിസോർഡർ

മനുഷ്യമനസിന്റെ സ്ഥിര മനോനിലയായ മൂഡിനെ ബാധിക്കുന്ന മാനസിക പ്രശ്നങ്ങളെ മൂഡ് ഡിസോർഡർ എന്നു പറയുന്നു. മൂഡ് ഡിസോർഡർ പ്രധാനമായും രണ്ടു തരത്തിലുണ്ട്.

- എ) വിഷാദരോഗം
- ബി) ഉൻമാദ-വിഷാദ രോഗം

വിഷാദരോഗം

സ്ഥിരമായി നിലനിൽക്കുന്ന കടുത്ത ദുഃഖമാണ് വിഷാദരോഗത്തിന്റെ മുഖ്യമായ ലക്ഷണം. ഇതു കൂടാതെ താഴെ പറയുന്ന ലക്ഷണങ്ങളും കണ്ടുവരുന്നു.

- ജീവിച്ചിരുന്നിട്ട് കാര്യമില്ലെന്നും മരണമാണ് നല്ലതെന്നുമുള്ള ചിന്ത
- വിശപ്പില്ലായ്മ, ഉറക്കം കുറയുക
- ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ അസ്വസ്ഥത
- പല കാര്യങ്ങളിലും മുൻപുണ്ടായിരുന്ന താൽപര്യം നഷ്ടപ്പെടൽ
- ഉറക്കം കുറയൽ/നേരത്തെ ഉണരൽ/അമിത ഉറക്കം
- ഒറ്റയ്ക്കിരിക്കാൻ താൽപര്യം

- സുഹൃത്ബന്ധങ്ങളിലും ലൈംഗികതയിലും താൽപര്യക്കുറവ്
- ശുഭാപ്തിവിശ്വാസം നഷ്ടപ്പെടൽ
- താൻ ഒന്നിനും കൊള്ളില്ലെന്നും സഹായിക്കാൻ ആരുമില്ലെന്നുമുള്ള തോന്നൽ
- അനാവശ്യമായി കുറ്റബോധം തോന്നൽ
- എല്ലാ കുഴപ്പങ്ങൾക്കും താനാണ് നിമിത്തം എന്ന ചിന്ത
- ശാരീരിക ശുചിത്വത്തിലും ദിനചര്യയിലും താൽപര്യം കുറയുക.

രോഗകാരണം

വിഷാദരോഗത്തിന്റെ കാരണങ്ങളെ ജനിതകപരം, മനുഷാസ്ത്രപരം, സാമൂഹികം എന്നിങ്ങനെ തരംതിരിക്കാം. ജീവിതത്തിലെ അവിചാരിത സംഭവങ്ങൾ, രോഗം, സാമ്പത്തിക ബുദ്ധിമുട്ട് എന്നിവ വിഷാദത്തിന് ആക്കം കൂട്ടുന്നു. ഹോർമോണുകളുടെ സംതുലനാവസ്ഥ, രക്തസമ്മർദ്ദം, ഹൃദയത്തിന്റെ പ്രവർത്തനം എന്നിവയെ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്ന വിഷാദരോഗത്തിൽ പക്ഷാഘാതം, ഹൃദയാഘാതം, പാർക്കിൻസൺസ് രോഗം എന്നിവയുമുണ്ടാകാം.

ചികിത്സ

ആന്റിഡിപ്രസന്റ്സ് ഔഷധങ്ങൾ, സൈക്കോതെറാപ്പി, കൗൺസിലിംഗ് എന്നിവയുൾപ്പെടുത്തിയ ചികിത്സയാണ് വിഷാദരോഗത്തിനാവശ്യം. ചികിത്സ ആരംഭിച്ച് രണ്ടാഴ്ച മുതൽ ഒരു മാസംവരെയുള്ള കാലയളവ്കൊണ്ടേ രോഗം അൽപം ശമിക്കുകയുള്ളൂ. രോഗീപരിപാലകർ രോഗിയുമായി അടുത്ത് ഇടപഴകുന്നവരും, രോഗി മരുന്ന് യഥാക്രമം കഴിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തുന്നവരും, രോഗി പറയുന്നത് സഹാനുഭൂതിയോടെ കേൾക്കുന്നവരുമായിരിക്കണം.

ഉൻമാദ-വിഷാദരോഗം

രോഗിയുടെ മാനസികാവസ്ഥ ഉൻമാദ-വിഷാദാവസ്ഥകളിലേക്ക് വ്യതിചലിക്കുന്ന അസുഖമാണിത് (ബൈപോളാർ മൂഡ് ഡിസോർഡർ). ഈ രോഗത്തിൽ വിഷാദ അവസ്ഥയിലുള്ളവർ വിഷാദരോഗലക്ഷണങ്ങൾ കാണിക്കുന്നു.

ഉൻമാദാവസ്ഥ

അതിയായ ആഹ്ലാദം, അക്ഷമ, അതിവേഗത്തിലുള്ള കോപം, അതിവേഗത്തിലുള്ള സംസാരം, അമിതമായ അഹങ്കാരവും പൊങ്ങച്ചവും പ്രകടിപ്പിക്കൽ എന്നിവയെല്ലാം ഉൻമാദാവസ്ഥയുടെ പ്രത്യേകതകളാണ്. തന്റെ രോഗാവസ്ഥ തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയാതെ രോഗികൾ ഉൻമാദ-വിഷാദാവസ്ഥകളിൽ ആഴ്ചകളോളം ജീവിക്കേണ്ടിവരുന്നു. ചികിത്സയെടുക്കുമ്പോൾ രോഗാവസ്ഥയിൽനിന്നും മുക്തി നേടുകയും ചെയ്യുന്നു.

രോഗകാരണം

വികാരങ്ങളെ നിയന്ത്രിക്കുന്ന മസ്തിഷ്ക ഭാഗങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്ന അപാകതകളാണ് ഈ രോഗത്തിന് കാരണം. ജീവശാസ്ത്രഘടകങ്ങളോടൊപ്പം മനുഷാസ്ത്രപരവും സാമൂഹ്യപരവുമായ ഘടകങ്ങളും ഈ രോഗകാരണങ്ങളായി വർത്തിക്കുന്നു.

ചികിത്സ

മൂഡ് സ്റ്റേബിലൈസർ വിഭാഗത്തിൽ പെട്ട ഔഷധങ്ങളാണ് ചികിത്സയിൽ പ്രധാനമായും ഉപയോഗിക്കുന്നത്. രോഗം ഭേദമായാലും തുടർചികിത്സ ആവശ്യമാണ്. അസുഖം വീണ്ടും വരുന്നത് തടയാനാണ്. കൗൺസിലിംഗ്, സൈക്കോതെറാപ്പി എന്നിവയ്ക്കും ചികിത്സയിൽ പങ്കുണ്ട്. രോഗിയുടെ തിരിച്ചുവരവിൽ ബന്ധുക്കളുടെയും സമൂഹത്തിന്റെയും പിന്തുണക്ക് വളരെ പ്രസക്തിയുണ്ട്.

അമിത മദ്യപാനരോഗം

മദ്യാപാനസക്തി എന്നത് കേവലം ഒരു പെരുമാറ്റദോഷമല്ല, മറിച്ച് ഒരു മാനസികരോഗമാണ്. അതായത് ശാരീരികവും മാനസികവുമായ ഒട്ടേറെ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്ന ഒരു രോഗാവസ്ഥ. ഇന്ത്യയിൽ സ്ത്രീകൾക്കിടയിലും ദിനംപ്രതി മദ്യാപാനം വർദ്ധിച്ചുവരുന്നതായി പല പഠനങ്ങളും പറയുന്നു. ജീവശാസ്ത്രപരവും, മനുഷാസ്ത്രപരവും സാമൂഹികവുമായ ഒട്ടേറെ ഘടകങ്ങൾ ഈ രോഗത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.

ലക്ഷണങ്ങൾ

- തീവ്രമായ മദ്യാസക്തി

- മദ്യപാനശീലം സ്വയം നിയന്ത്രിക്കാൻ പറ്റാത്ത അവസ്ഥ
- മദ്യം ഉപയോഗിക്കാതിരുന്നാൽ ഉറക്കക്കുറവ്, കൈവിറയൽ എന്നിവ അനുഭവപ്പെടൽ
- ഉത്തേജനം ലഭിക്കാൻ മുമ്പത്തെക്കാൾ കൂടുതൽ അളവിൽ മദ്യം ഉപയോഗിക്കേണ്ടിവരുന്ന അവസ്ഥ
- ജീവിതത്തിലെ സുപ്രധാന കാര്യങ്ങളെല്ലാം അനിശ്ചിതമായി മാറ്റിവെക്കൽ
- മദ്യാപനം ശരീരത്തിനും മനസ്സിനും ദോഷം വരുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നു ബോധ്യമായിട്ടും ഉപയോഗം നിർത്താൻ കഴിയാതിരിക്കൽ.

ശാരീരിക പ്രശ്നങ്ങൾ

- കരൾവീക്കം, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ്, മഹോദരം എന്നീ കരൾ രോഗങ്ങൾ
- അപസ്മാരം
- ലൈംഗിക പ്രശ്നങ്ങൾ
- ഉറക്കക്കുറവ്, ഓർമ്മക്കുറവ്
- ഞരമ്പുകളുടെയും പേശികളുടെയും ബലക്കുറവ്
- വീഴ്ചകളും അപകടങ്ങളും
- മറ്റു മരുന്നുകളുമായുള്ള പ്രതിപ്രവർത്തനം
- രക്തം ഛർദ്ദിക്കുകയും ദഹനേന്ദ്രിയ വ്യവസ്ഥയിലെ രോഗങ്ങളും
- വായ, ഗ്രസനി, അന്നനാളം, കരൾ എന്നിവിടങ്ങളിലെ അർബുദം
- ഹൃദയപേശികളുടെ ബലക്കുറവ്, ഹൃദയമിടിപ്പിന്റെ താളം തെറ്റൽ.

സാമൂഹിക-കുടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ

മദ്യപാനരോഗം തീർച്ചയായും സാമ്പത്തിക തകർച്ച, അക്രമങ്ങൾ, ദാമ്പത്യകലഹം, സംശയരോഗം, ആത്മഹത്യകൾ എന്നിവയിലേക്കും നയിക്കാം. അനിയന്ത്രിതമായി മദ്യം കഴിക്കുന്നവരെ സമൂഹം

ഒറ്റപ്പെടുത്തുന്നു. ഇന്ന് സമൂഹത്തിൽ വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന കുറ്റകൃത്യങ്ങൾ, സ്ത്രീകൾക്കെതിരെയുള്ള അക്രമങ്ങൾ, റോഡപകടകങ്ങൾ എന്നിവയിൽ മദ്യത്തിന് വലിയൊരു പങ്കുണ്ട്.

ചികിത്സ

വിശദമായ ശാരീരിക പരിശോധനക്ക് ശേഷമാണ് മദ്യപാനരോഗത്തിന്റെ ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്നത്. ശേഷം രോഗിയുടെ തലച്ചോറിന്റെ പ്രവർത്തനത്തെ മദ്യത്തിന്റെ സ്വാധീനത്തിൽനിന്നും മുക്തമാക്കിയുള്ള ഡിടോക്സിഫിക്കേഷൻ ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്നു. ബെൻസോഡയസപൈൻ വിഭാഗം ഗുളികയോടൊപ്പം വിറ്റാമിൻ ഗുളികകളും നൽകുന്നു. ഈ ഘട്ടത്തിൽ രോഗികൾ അപസ്മാരം, അക്രമണോത്സുകത, സ്വബോധമില്ലായ്മ എന്നിവ കാണിച്ചേക്കാം. അടുത്ത ഘട്ടത്തിൽ മദ്യപാനശീലം ഇല്ലാതാക്കാനുള്ള മനഃശാസ്ത്രപരവും സാമൂഹികവുമായ പ്രവർത്തികളിലേക്ക് കടക്കുന്നു. മദ്യാപനത്തിന്റെ കാരണം കണ്ടെത്താനും അത് എത്രമാത്രം സങ്കീർണ്ണമാണെന്ന് തിരിച്ചറിയാനും മനഃശാസ്ത്രത്തിന്റെ എല്ലാ സങ്കേതങ്ങളും ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ചികിത്സയിലൂടെ നിശേഷം മാറ്റിയെടുത്ത മദ്യപാനശീലം വീണ്ടും തുടങ്ങാതിരിക്കാൻ എന്തൊക്കെയാണ് ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നതെന്ന് രോഗിയുമായുള്ള സംസാരത്തിലൂടെ മനസ്സിലാക്കണം. ആൽക്കഹോളിക് അനോണിമസ് പോലെയുള്ള അന്താരാഷ്ട്ര സംഘടനകളും മദ്യപാനം പുനരാരംഭിക്കുന്നതിൽനിന്നും വ്യക്തിയെ വിട്ടുനിൽക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു. മദ്യപാന രോഗികളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങളുടെയും സുഹൃത്തുക്കളുടെയും കൂട്ടായ്മയാണ് അൽ അനോൻ. മദ്യപാനരോഗികളും കുടുംബാംഗങ്ങളും നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾ ചർച്ച ചെയ്യാനും പരിഹാരമാർഗ്ഗങ്ങൾ കണ്ടെത്താനും ഇത്തരം സംരംഭങ്ങൾ സഹായിക്കുന്നു.

കുട്ടികളുടെ മാനസിക പ്രശ്നങ്ങൾ

കുട്ടിക്കാലം മനുഷ്യന്റെ വളർച്ചാ-വികാസ ചക്രത്തിലെ നിർണ്ണായക ഘട്ടമായാണ് കണക്കാക്കുന്നത്. കാരണം ശാരീരിക മാറ്റങ്ങളോടൊപ്പം ബുദ്ധിപരമായ വികാസവും വ്യക്തിത്വവികാസവും സംഭവിക്കുന്ന കാലമാണിത്. ചിലർക്കെല്ലാം ബുദ്ധിപരമായ പിന്നോക്കാവസ്ഥ, പഠന വൈകല്യങ്ങൾ, സ്വഭാവ വൈകല്യങ്ങൾ, ശ്രദ്ധക്കുറവ്, ഓർമ്മക്കുറവ് തുടങ്ങിയ പ്രശ്നങ്ങൾ ഈ ഘട്ടത്തിൽ കണ്ടേക്കാം. ഇത്തരം പ്രശ്നങ്ങളെ അവയുടെ ആരംഭത്തിൽ തന്നെ കണ്ടെത്തുകയും അതുവഴി നേരത്തെയുള്ള വിദഗ്ദ്ധോപദേശവും അനുയോജ്യമായ ചികിത്സയും തേടുന്നതും വൈകല്യാവസ്ഥ മുർച്ഛിക്കാതിരിക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു. കുട്ടികളുമായി കൂടുതൽ ഇടപഴകുന്നവർ എന്ന നിലയിൽ മാതാപിതാക്കളും അധ്യാപകരും ഈ വക കാര്യങ്ങളെ കുറിച്ച് അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. തങ്ങളുടെ പ്രിയപ്പെട്ട മക്കളുടെ വൈഷ്യമ്യങ്ങളുടെ വേഗത്തിലുള്ള സുഖപ്രാപ്തിക്കായി ഒരു സഹ ചികിത്സകരായും അവർക്ക് വർത്തിക്കാവുന്നതാണ്. കുട്ടികളിൽ കാണപ്പെടുന്ന പ്രധാനപ്പെട്ട മാനസികരോഗങ്ങൾ താഴെ പറയുന്നവയാണ്.

1. ബുദ്ധിമാന്ദ്യം (Mental Retardation)

ബുദ്ധിമാന്ദ്യം ഒരു രോഗമല്ല, മറിച്ച് ബുദ്ധിപരമായ കഴിവുകൾ തീരെ പ്രകടമാവാതിരിക്കുകയോ, വ്യക്തിയുടെ സമപ്രായക്കാരായ ആളുകൾ കൈവരിക്കുന്ന അത്ര അറിവ് നേടുവാൻ പര്യാപ്തമാവും വിധം ബുദ്ധി വികസിക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥയാവു സഹായി

ന്നു. എന്താണ് ബുദ്ധിമാന്ദ്യം എന്നത് ഒരു നിർവ്വചനത്തിൽ ഒരു ക്കാൻ പ്രയാസമാണ്. മാനസികമായ നിരവധി കഴിവുകളെ സൂചിപ്പിക്കുന്ന ഒരു പൊതു പ്രയോഗമാണ് ബുദ്ധിശക്തി. പഠിപ്പിച്ച കാര്യം പിന്നീട് ഓർത്തെടുക്കാനുള്ള കഴിവ്, പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കാനും അതിന് ഉത്തരം കണ്ടെത്തുവാനുമുള്ള കഴിവ്, പുതിയ സാഹചര്യവുമായി ഇണങ്ങിച്ചേരാനുള്ള ശേഷി, ചുറ്റുപാടുകളെ ഉൾക്കൊള്ളാനും അപഗ്രഥിക്കാനും, മാറ്റിനിർത്താനുമുള്ള കഴിവ് തുടങ്ങിയവയെല്ലാം ബുദ്ധിശക്തിയുടെ വ്യത്യസ്ത അളവുകോലുകളാണ്. ബുദ്ധിവികാസത്തിന്റെ തോത് കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള അളവുകോലാണ് ഇന്റലിജന്റ് കോഷ്യോ, അഥവാ ഐ.ക്യു. ഓരോ കുട്ടിയുടെയും ശരിയായ പ്രായം, ശാരീരിക-മാനസിക പക്ഷത കൈവരിക്കുന്ന പ്രായം, ജീവിത സാഹചര്യങ്ങൾ, സാമൂഹിക നിലവാരം, അച്ഛനമ്മമാരുടെ വിദ്യാഭ്യാസം എന്നീ വിവിധ തലങ്ങൾ വ്യക്തിയുടെ ഐ.ക്യു. നിർണ്ണയിക്കുന്നതിൽ പ്രധാന പങ്കു വഹിക്കുന്നു.

$$\text{ഐ.ക്യു} = \frac{\text{മാനസിക വളർച്ച (Mental Age)}}{\text{ശരിയായ പ്രായം (Chronological Age)}} \times 100$$

ബുദ്ധിമാന്ദ്യത്തെ പ്രധാനമായും നാലായി തരം തിരിച്ചിരിക്കുന്നു.

1. നേരിയ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം (Mild Mental Retardation) IQ 50-70
2. സാമാന്യ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം (Moderate Mental Retardation) IQ 35-49
3. രൂക്ഷമായ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം (Severe Mental Retardation) IQ 20-34
4. ഗുരുതരമായ ബുദ്ധിമാന്ദ്യം (Professional Mental Retardation) IQ 20 നുതാഴെ.

ഗർഭാവസ്ഥയിൽ ചെയ്യുന്ന പരിശോധനകളിലൂടെ (അൾട്രാസോണോഗ്രാഫി, ആൽഫ പ്രോട്ടീൻ നില, ടോർച്ച് സ്ക്രീനിംഗ്) ബുദ്ധിമാന്ദ്യത്തോടെ പിറക്കുന്ന കുട്ടികളെ കണ്ടെത്താൻ കഴിയും. കുട്ടി ജനിച്ചശേഷം വളർച്ചയുടെ നാഴികക്കല്ലുകൾ യഥാസമയം പിന്നിടുന്നുണ്ടോ എന്ന് വിലയിരുത്തുന്നതിലൂടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് കുട്ടിക്ക് ഇത്തരം തകരാർ ഉണ്ടോ എന്ന് മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയും. സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്, ശിശുരോഗ വിദഗ്ദ്ധൻ, സൈക്കോളജിസ്റ്റ്, സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ, ഫിസിയോ തെറാപ്പിസ്റ്റ്, റിഹാബിലിറ്റേഷൻ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ് എന്നിവരടങ്ങിയ വിദഗ്ദ്ധ സംഘം ബുദ്ധിമാന്ദ്യവും അനുബന്ധ ശാരീരിക അസുഖങ്ങളും വിലയിരുത്തിയശേഷം സഹായി

യഥാവിധി കുട്ടിയുടെ ശാരീരിക മാനസിക-വിദ്യാഭ്യാസ-സാമൂഹിക ശേഷി പരിപോഷിപ്പിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകുന്നതാണ്.

2. ഡൗൺ സിൻഡ്രോം (Down Syndrom)

ഡൗൺ സിൻഡ്രോം അഥവാ മംഗോളീസം എന്നറിയപ്പെടുന്ന ജനിതക വൈകല്യം ക്രോമസോമുകളുടെ എണ്ണത്തിലുണ്ടാകുന്ന തകരാർ മൂലമാണ് ഉണ്ടാകുന്നത്. ഈ അസുഖത്തിൽ ക്രോമസോമുകളുടെ എണ്ണം സാധാരണയായ 46നു പകരം 47 ആയിരിക്കും. 21-ാ മത്തെ ക്രോമസോം ഒരു ജോഡിക്കു പകരം ഒരു കോശത്തിൽ 3 എണ്ണം ഉണ്ടാകുമ്പോഴാണ് ഡൗൺ സിൻഡ്രോം എന്ന അവസ്ഥ ഉണ്ടാകുന്നത്. 600 കുട്ടികളിൽ ഒരാൾക്ക് എന്ന നിലയിലാണ് ഇത് കണ്ടുവരുന്നത്. ഇത്തരം കുട്ടികളിൽ കണ്ണുകൾ രണ്ടും സാധാരണത്തേക്കാൾ കൂടിയ അകലത്തിലും, മുകളിലേക്ക് ചെരിഞ്ഞും മൂക്കിന്റെ പാലം പരന്നുമായിരിക്കും. തല താരതമ്യേന ചെറുതും പിൻഭാഗം പരന്നുമായിരിക്കും. വായ് വളരെ ചെറുതായിരിക്കുന്നതിനാൽ നാക്ക് മിക്കവാറും പുറത്തായിരിക്കും. കഴുത്ത് നീളം കുറഞ്ഞതും കൈവെള്ളയിലെ രേഖകൾക്ക് പകരം കുറുകെ ഒറ്റ വര മാത്രമേ കാണൂ.

മംഗോളീസം ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്ക് ബുദ്ധി പിന്നോക്കമായതിനാൽ സാധാരണ വിദ്യാഭ്യാസം സാധ്യമാവുകയില്ല എങ്കിലും പ്രത്യേക സ്കൂളുകളിൽ ഇത്തരം കുട്ടികളെ പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതിന് സഹായകമാകും. സ്വഭാവ വൈകല്യങ്ങൾ, ആക്രമണ പ്രവണത, അപസ്മാര സാധ്യത എന്നിവയും ഉത്തരക്കാരിൽ കൂടുതലാണ്. ഇവർ മറ്റുള്ളവരുമായി എളുപ്പം സൗഹൃദം സ്ഥാപിക്കുന്നവരായതിനാൽ സാമൂഹികമായി ഒറ്റപ്പെടലിനുള്ള സാധ്യത കുറവാണ്. ഇവർക്ക് സുകുമാരകലകളിൽ പ്രത്യേക താൽപര്യം ഉള്ളതിനാൽ സംഗീതാസ്വാദനത്തിനും നൃത്തം അഭ്യസിക്കുവാനും പ്രത്യേകം കഴിവുണ്ടാകും.

3. പഠന വൈകല്യങ്ങൾ (Specific Learnign Disabilities)

പഠനത്തിൽ ബുദ്ധിമുട്ട് വിവിധ കാരണങ്ങൾ കൊണ്ട് കുട്ടികൾക്ക് സംഭവിക്കാറുണ്ട്. അതിൽപെട്ട ഒരു പ്രധാന അവസ്ഥയാണ് പഠന വൈകല്യം എന്നറിയപ്പെടുന്നത്. ഇത് ഒന്നിലേറെ വൈകല്യങ്ങൾക്ക് പൊതുവെ പറയുന്ന പേരാണ്. വിവിധ കഴിവുകൾ സ്വന്തമാക്കാനും

യഥാസമയം ഉപയോഗിക്കാനും ഈ വൈകല്യമുള്ളവർക്ക് കഴിയില്ല. വായനയിലെ വൈകല്യത്തെ ഡിസ്‌ലെക്സിയ (dyslexia) എന്നും, എഴുത്തിനോടനുബന്ധിച്ച വൈകല്യത്തെ ഡിസ്‌ഗ്രാഫിയ (Dysgraphia) എന്നും കണക്കു സംബന്ധമായ വൈകല്യത്തെ (Dyscalculia) എന്നും പറയും.

വായനയിലെ വൈകല്യം (Dyslexia)

വായന എന്നത് ഡിസ്‌ലെക്സിക് കുട്ടിയെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം മടുപ്പുള്ളവാക്കുന്ന ഒരു അനുഭവമായിരിക്കും. അക്ഷരങ്ങൾ വിട്ടുപോകുക, സ്വന്തമായി കുട്ടിച്ചേർക്കുക, വിരാമചിഹ്നങ്ങൾ സൂക്ഷിക്കാതിരിക്കുക, ആദ്യത്തെ അക്ഷരം മാത്രം ശ്രദ്ധിക്കുകയും ബാക്കി ഊഹിച്ച് വായിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നിവയാണ് ഇവരുടെ പ്രത്യേകതകൾ. വരിയും വാക്കുകളും ഇവർക്ക് നഷ്ടപ്പെട്ടുപോകാം. ചിലപ്പോൾ നേരത്തെ വായിച്ച് വരികൾ വീണ്ടും വായിച്ചെന്നും വരും. ഇവർ ഒരേ താളത്തിൽ വായിക്കുകയാണ് പതിവ്.

എഴുത്തിലെ വൈകല്യം (Dysgraphia)

ഇത്തരം കുട്ടികൾ എഴുത്തിൽ വളരെ ദയനീയമായിരിക്കും. വളരെ സാവധാനം എഴുതുക, മോശം കൈയക്ഷരം, വിചിത്രമായ രീതിയിൽ പെൻസിൽ പിടിക്കുക, വരികൾക്കിടയിലെ അകലം തെറ്റുക, വിരാമചിഹ്നങ്ങൾ ഇടാതിരിക്കുക, വലിയക്ഷരങ്ങൾ, ദീർഘം, വള്ളി എന്നിവ വിട്ടുപോകുക, അക്ഷരങ്ങൾ തിരിച്ചെഴുതുക എന്നിവയാണ് ലക്ഷണങ്ങൾ. ഡിസ്‌ഗ്രാഫിക് കുട്ടികൾക്ക് ക്ലാസ് നോട്ട്സ് പൂർണ്ണമായി എഴുതുവാൻ കഴിയുകയില്ല. ബോർഡിൽനിന്നും പകർത്തുക ഇവർക്ക് ബുദ്ധിമുട്ടായിരിക്കും. മാത്രമല്ല സ്‌പെല്ലിംഗും, വാക്യഘടനയും മോശമായിരിക്കും.

കണക്കിലെ വൈകല്യം (Dyscalculia)

ഇത്തരക്കാർ എട്ടു വയസിന് ശേഷവും കൈവിലകൾ ഉപയോഗിച്ചായിരിക്കും കണക്ക് കൂട്ടുന്നത്. സങ്കലന-ഗുണന പട്ടികകൾ ഓർത്തുവെയ്ക്കാൻ ഇവർക്ക് കഴിയില്ല. സംഖ്യകൾ ചിലപ്പോൾ മറിച്ചാകും വായിക്കുക. ഉദാ. 16 അവർക്ക് 61 ആയേക്കാം. ഉത്തരക്കടലാസിൽ ക്രിയ ചെയ്ത് ഒരു വശത്ത് നിന്നും എടുത്ത് എഴുതുമ്പോഴും ഇത്തരം കുട്ടികൾ തെറ്റിക്കാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.

മസ്തിഷ്കത്തിലെ രണ്ട് അർദ്ധഗോളങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ വരുന്ന താളപ്പിഴകൾ പഠനവൈകല്യങ്ങൾക്ക് നിതാനമാകുന്നു. റെമൈഡിയൽ എഡ്യൂക്കേഷൻ (തെറ്റു തിരുത്തൽ വിദ്യാഭ്യാസ ചികിത്സ) ആണ് ഇതിന്റെ പ്രധാന ചികിത്സ. കുട്ടികൾക്കും രക്ഷിതാക്കൾക്കും അസുഖത്തെക്കുറിച്ചും പ്രതിവിധിയെക്കുറിച്ചുമുള്ള അവബോധം നൽകലും ചികിത്സയിൽ പ്രധാനപ്പെട്ട ഘടകമാണ്.

4. ഓട്ടിസം (Autism)

1943ൽ ലിയോ കാനർ എന്ന മനോരോഗ വിദഗ്ധനാണ് കുട്ടികളിൽ അപൂർവ്വമായി കാണുന്ന ഓട്ടിസം എന്ന അസുഖത്തെപ്പറ്റി ആദ്യമായി വിശദീകരിച്ചത്. മൂന്ന് വയസിന് മുമ്പേ കുട്ടികൾ അസുഖ ലക്ഷണങ്ങൾ കാണിച്ചുതുടങ്ങും. പക്ഷേ ഈ രോഗത്തെക്കുറിച്ച് നമ്മുടെ സമൂഹത്തിനുള്ള അജ്ഞതമൂലം അസുഖം മുർദ്ധന്യാവസ്ഥയിൽ എത്തുമ്പോഴാണ് മാതാപിതാക്കൾ ഡോക്ടറെ സമീപിക്കുന്നത്. പെൺകുട്ടികളെ അപേക്ഷിച്ച് അഞ്ചിരട്ടിയാണ് ആൺകുട്ടികളിൽ രോഗസാധ്യത. ഓട്ടിസത്തിൽ ചില കുട്ടികളിൽ നന്നേ ചെറുപ്പത്തിൽ തന്നെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ കാണപ്പെടുമ്പോൾ, ചിലരിൽ ഇത് ഏകദേശം ഒന്നര വയസുവരെ യാതൊരു പ്രശ്നവും കാണിക്കാതിരിക്കുകയും അതിനുശേഷം വളർച്ചയുടെ നാഴികക്കല്ലുകൾ ഓരോന്നായി കുറഞ്ഞുവരികയും ചെയ്യുന്നു. ഓട്ടിസ്റ്റിക് കുട്ടികളിൽ അച്ഛനമ്മമാരോടും മറ്റു വേണ്ടപ്പെട്ടവരോടും അടുപ്പവും പരിചയത്തോടെയുള്ള ചിരിയും, എടുക്കാൻവേണ്ടി കൈനീട്ടുന്ന സ്വഭാവവും കാണപ്പെടാറില്ല. ചില ഓട്ടിസ്റ്റിക് കുട്ടികൾ തങ്ങളോട് ആരെങ്കിലും സംസാരിക്കുമ്പോൾ ബധിരരെപോലെ അങ്ങോട്ട് ശ്രദ്ധിക്കുകയേയില്ല. ചിലരാകട്ടെ പരിചിതരോടും അപരിചിതരോടും ഒരുപോലെ അടുപ്പം പ്രകടിപ്പിച്ചെന്നിരിക്കും.

ഓട്ടിസം ബാധിച്ച കുട്ടികളുടെ കളികളിലും പ്രത്യേകതയുണ്ട്. കളിപ്പാട്ടങ്ങൾ വട്ടം കറക്കുക, നിലത്തിട്ട് അടിക്കുക, വരിവരിയായി അടുക്കി വെക്കുക എന്നിവയാണ് ഇവരുടെ പ്രധാന വിനോദങ്ങൾ. ദൈനംദിന കാര്യങ്ങൾ ഒരേപോലെ ചെയ്യാനാണ് ഇവർക്കിഷ്ടം. ഉദാഹരണമായി ഭക്ഷണം കഴിക്കുവാൻ ഒരേ പ്ലേറ്റ്, ഒരേ ഇരിപ്പിടം, ഒരേ വസ്ത്രം എന്നിങ്ങനെ ഇവർ വാശി പിടിച്ചെന്നിരിക്കും. ഒരു കാരണവുമില്ലാതെ ചിരിക്കുക, കരയുക, വാശി പിടിക്കുക, കോപി

ക്കുക, സ്വയം മുറിവേൽപ്പിക്കുക എന്നീ സ്വഭാവങ്ങളും ഓട്ടിസത്തിൽ കാണാം. പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത് ഓട്ടിസ്റ്റിക് കുട്ടികളിൽ തലച്ചോറിൽ ആശയവിനിമയത്തിന് ഉപയോഗിക്കുന്ന സിറടോണിൻ എന്ന രാസവസ്തുവിന്റെ അളവ് കുടുതലാണ് എന്നാണ്. പാരമ്പര്യ ഘടകങ്ങളും ഒരു പരിധിവരെ ഓട്ടിസത്തിന് കാരണമാണ്.

ഓട്ടിസത്തിന്റെ ചികിത്സ വളരെ വൈവിധ്യമാർന്ന മേഖലയാണ്. ഇതിന് സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്, സൈക്കോളജിസ്റ്റ്, സൈക്യാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ, സ്പീച്ച് തെറാപിസ്റ്റ്, ഡവലപ്മെന്റൽ തെറാപിസ്റ്റ് എന്നിവരടങ്ങിയ വിദഗ്ധ സംഘത്തിന്റെ സേവനം ആവശ്യമാണ്. അസുഖത്തെ കുറിച്ച് സമഗ്രമായ വിവരങ്ങൾ സംഘം മാതാപിതാക്കൾക്ക് നൽകണം. ഓട്ടിസ്റ്റിക് കുട്ടികൾക്കായുള്ള സ്കൂളുകളിൽ ബിഹേവിയർ തെറാപ്പി, വൈജ്ഞാനിക ശക്തി, ഭാഷ, പഠനരീതി എന്നിവ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ എന്നിവ നൽകിവരുന്നു. മാത്രമല്ല ഹാലോപെരിഡോൾ, റിസ്പെറിഡോൺ, ഒലാൻസിപൈൻ, ക്ലോസപ്പിൻ, നാൽട്രെക്സോൺ, ലിഥിയം എന്നീ ഔഷധങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ഔഷധ ചികിത്സയും ഇന്ത്യയിൽ ലഭ്യമാണ്.

5. ശ്രദ്ധക്കുറവ് - അമിത ചുരുചുറുക്ക് രോഗം

ശ്രദ്ധക്കുറവ്, അമിത പിരുപിരിപ്പ്, എടുത്തുചാട്ടം എന്നിവയാണ് ADHD എന്ന് വിളിക്കുന്ന ഈ വൈകല്യത്തിന്റെ മുഖ്യമായ ലക്ഷണങ്ങൾ. ജീവിതത്തിൽ 17 വയസിന് മുമ്പ് ചുരുങ്ങിയത് 6 മാസക്കാലയളവ് എങ്കിലും തുടർച്ചയായി ഈ അവസ്ഥ കാണപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ രോഗം ADHD ആണെന്ന് മനസ്സിലാക്കാം. സൂക്ഷ്മമായ എന്നാൽ വ്യക്തതയില്ലാത്ത തലച്ചോറു സംബന്ധമായ തകരാറുകൾ കൊണ്ടാണ് ADHD ഉണ്ടാകുന്നത് എന്ന് കരുതപ്പെടുന്നു. തലച്ചോറിലെ വിവിധ കോശങ്ങൾക്ക് പരസ്പരം ആശയവിനിമയം നടത്താൻ സഹായിക്കുന്ന രാസപദാർത്ഥങ്ങളായ ഡോപമിൻ, സിറടോണിൻ, നോർഎപിനെഫ്രിൻ എന്നിവയുടെ അസന്തുലിതാവസ്ഥയാണ് രോഗകാരണം എന്നതിന് വ്യക്തമായ തെളിവുകൾ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. 20-25% പേരിൽ യൗവനാരംഭത്തിലും ചിലരിൽ പ്രായപൂർത്തിയായതിനു ശേഷവും അസുഖലക്ഷണങ്ങൾ നീണ്ടുനിൽക്കാം. ഇതിനോടനുബന്ധിച്ചുള്ള പെരുമാറ്റ വൈകല്യമുള്ളവരിൽ ചിലർ കുറ്റവാളികളും സാമൂ

ഹികവിരുദ്ധ വ്യക്തിത്വമുള്ളവരുമായിത്തീരുന്നു.

ADHD രോഗം എത്ര നേരത്തെ കണ്ടുപിടിച്ച് ചികിത്സ തുടങ്ങുന്നുവോ അത്രയും കുട്ടിക്ക് ഗുണകരമായിരിക്കും. മനോരോഗവിദഗ്ധനേയോ, മനശാസ്ത്രജ്ഞനേയോ കാണുന്നതുമൂലം മനോരോഗി എന്ന മുദ്രകുത്തൽ ഉണ്ടാകുമോ എന്ന മാതാപിതാക്കളുടെ തെറ്റിദ്ധാരണയാണ് അകറ്റിനിർത്തേണ്ടത്. ADHD ഒരു പരിധിവരെ മനോരോഗവിദഗ്ധന്റെ ഔഷധ ചികിത്സയിലൂടെ നിയന്ത്രണവിധേയമാക്കാം. കൂടാതെ കൗൺസിലിംഗ്, ബിഹേബിയർ മോഡിഫിക്കേഷൻ തെറാപ്പി, ഒക്യുപേഷണൽ തെറാപ്പി, പരിഹാര വിദ്യാഭ്യാസം നൽകൽ എന്നിവയും ആവശ്യമായി വരുന്നു. ADHDയുടെ അനുബന്ധ ലക്ഷണങ്ങളായ എതിർപ്പോടുകൂടിയ പെരുമാറ്റം, അമിത ദേഷ്യം, പഠന വൈകല്യങ്ങൾ, ഉത്കണ്ഠ എന്നിവയ്ക്ക് മനുശാസ്ത്രപരമായ ഇടപെടലുകൾ വേണ്ടിവന്നേക്കാം. മാതാപിതാക്കൾക്ക് കുട്ടികളോട് ശാസ്ത്രീയമായി ഇടപഴകാനുള്ള വ്യക്തമായ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളും ADHD ചികിത്സയിലെ അവിഭാജ്യ ഘടകമാണ്.

6. സ്വഭാവ ദുഷ്യരോഗം

സ്വഭാവ ദുഷ്യരോഗത്തെ കുറിച്ച് പ്രതിപാദിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സ്വഭാവം എന്നാൽ എന്ത് എന്ന് പരിശോധിക്കാം. തന്റെ പ്രായത്തിലുള്ള ഒരു സംഘത്തിനുള്ളിൽ ഒരു വ്യക്തിയുടെ സമൂഹം അംഗീകരിക്കുന്ന രീതിയിലുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളെയും പെരുമാറ്റരീതികളെയുമാണ് സ്വഭാവം എന്നതുകൊണ്ട് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. 18 വയസിന് താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ സമൂഹത്തിലെ നിയമസംഹിതകൾക്ക് നിരക്കാത്തതായി തുടർച്ചയായി കണ്ടുവരുന്ന അസാധാരണമായ പെരുമാറ്റത്തെയാണ് സ്വഭാവ ദുഷ്യരോഗം എന്നു വിളിക്കുന്നത്. ഇളം പ്രായക്കാരുടെ കുസൃതിയോ കേവലം വാശിയോ ഇതിൽപ്പെടുന്നില്ല. കളവു പറയൽ, മോഷണം, ഒളിച്ചോടൽ, മനുഷ്യർക്കും മൃഗങ്ങൾക്കും നേരെ അക്രമം കാട്ടുക, മറ്റു കുട്ടികളെ ഭീഷണിയിലൂടെ ലൈംഗിക വൈകൃതങ്ങൾക്ക് പ്രേരിപ്പിക്കുക, രാത്രിയിൽ വീട് വിട്ടിറങ്ങുക, സ്കൂളിൽ പോകുന്നതിനുള്ള കടുത്ത മടി, മദ്യത്തിന്റെയും മയക്കുമരുന്നിന്റെയും ഉപയോഗം എന്നിവയാണ് ഈ രോഗത്തിന്റെ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ. സാമൂഹിക നിയമങ്ങൾക്കും മറ്റുള്ളവരുടെ അവകാശങ്ങൾക്കും പുല്ലുവില കൽപ്പിക്കുന്നവരായിരിക്കും ഇത്തരക്കാർ.

സ്വഭാവദുഷ്യരോഗം 10 വയസ്സിന് താഴെയുള്ളവരിലും (ADHDയോടുകൂടിയ സ്വഭാവദുഷ്യവും ആവാം) 10 വയസിനു ശേഷമുള്ള കൗമാരക്കാരിലും രണ്ടുവിധമായി കാണപ്പെടുന്നു. കൗമാരപ്രായത്തിൽ ആരഭിക്കുന്ന സ്വഭാവദുഷ്യരോഗക്കാർ താരതമ്യേന അക്രമസ്വഭാവം കുറഞ്ഞവരും സുഹൃദ്ബന്ധങ്ങൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിൽ തൽപരരുമായിരിക്കും. സ്വഭാവദുഷ്യരോഗത്തിന് ജനിതകപരവും മനശാസ്ത്രപരവുമായ കാരണങ്ങൾ ഉണ്ട്. മോശപ്പെട്ട ഗൃഹാന്തരീക്ഷം, വികലമായ വളർത്തുരീതികൾ, സാമൂഹികവും സാംസ്കാരികപരവുമായ ജീർണ്ണത എന്നിവയും സ്വഭാവദുഷ്യരോഗത്തിന് നിതാനമാകുന്നു.

സ്വഭാവദുഷ്യരോഗം പരിഹരിക്കാൻ ചിട്ടയോടുകൂടിയ ചികിത്സാരീതി അനിവാര്യമാണ്. അതിൽ ഒഴുഷധം, വിദ്യാഭ്യാസം, കുടുംബത്തിന്റെ പിന്തുണ, മനശാസ്ത്ര ചികിത്സ എന്നിവയെല്ലാം കോർത്തികണക്കേണ്ടതുണ്ട്. അതുകൊണ്ട് അത്തരം ചികിത്സ ഒരു വിദഗ്ധസംഘത്തിന്റെ നിയന്ത്രണത്തിലായിരിക്കും പുരോഗമിക്കേണ്ടത്. മനശാസ്ത്ര ചികിത്സയിൽ പാരന്റ് മാനേജ്മെന്റ് ട്രെയിനിങ് എന്ന രീതിക്ക് കുട്ടികളിലെ സ്വഭാവദുഷ്യങ്ങൾ മാറ്റിയെടുക്കുന്നതിൽ വളരെ വലിയ പങ്കുണ്ട്. കുട്ടികളും രക്ഷിതാക്കളും തമ്മിൽ നല്ല ബന്ധം ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കലാണ് ഇതിന്റെ അടിസ്ഥാന ലക്ഷ്യം. കൂടാതെ പെരുമാറ്റത്തിൽ അഭിലക്ഷണമീയമായ മാറ്റങ്ങൾ കൊണ്ടുവരാൻ സൈക്കോതെറാപ്പിയും സഹായിക്കുന്നു. സ്വഭാവദുഷ്യമുള്ളവർക്ക് ആവശ്യമായ ചികിത്സ നൽകിയില്ലെങ്കിൽ അവർ പ്രായപൂർത്തിയകുന്ന ഘട്ടത്തിൽ മദ്യം, മയക്കുമരുന്ന് എന്നിവയുടെ കൂടുതലായ ഉപയോഗം, ലൈംഗികാതിക്രമങ്ങൾ, ആത്മഹത്യാശ്രമങ്ങൾ, സാമൂഹികവിരുദ്ധ സ്വഭാവം എന്നിവ പ്രകടമാകുന്നു.

7. ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിലെ വൈകല്യങ്ങൾ (Feeding and Eating Disorders)

കുട്ടികളിൽ കാണപ്പെടുന്ന മാനസികരോഗങ്ങളിൽ ഒന്നായ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിലെ വൈകല്യങ്ങളെ പ്രധാനമായും നാലായി തരംതിരിക്കാം. പൈക്കാ (Pica), അയവിറക്കൽ രോഗം (Rumination Disorder), അനോറെക്സിയ നെർവോസ (Anorexia Nervosa), ബുളിമിയ നെർവോസ (Bulimia Nervosa) എന്നിവയാണ് അവ.

എ) പൈകാ (Pica)

കുറഞ്ഞത് ഒരു മാസമെങ്കിലും പോഷകഗുണമില്ലാത്ത വസ്തുക്കൾ ആവർത്തിച്ചു ഭക്ഷിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നതിനെയാണ് പൈകാ എന്നു പറയുന്നത്. ഓട്ടിസം, സ്കിസോഫ്രീനിയ, ക്ലൈൻ ലെവിൻ സിൻഡ്രോം എന്നീ അസുഖങ്ങളിലും പൈകായുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടേക്കാം. സമൂഹത്തിൽ കൂട്ടിയോടുള്ള അവഗണന, അയേൺ, സിങ്ക് തുടങ്ങിയ മൂലകങ്ങളുടെ കുറവ് എന്നിവയുമായി ഇത് ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. സ്ഥിരമായി പെൻസിൽ, കളിപ്പാട്ടം എന്നിവ കടിച്ചു ചവക്കുന്നതിനാൽ ലെഡിന്റെയോ മറ്റോ വിഷബാധയും ഇവരിൽ സംഭവിക്കാറുണ്ട്.

ലെഡ് വിഷബാധയുണ്ടെങ്കിൽ അത് ചികിത്സിക്കുക, അയേൺ, സിങ്ക് എന്നിവയുടെ അപര്യാപ്തതയുണ്ടെങ്കിൽ അത് പരിഹരിക്കുക, കൂട്ടിക്ക് ബിഹേവിയർ തെറാപ്പി, മാതാപിതാക്കൾക്ക് കൂട്ടികളോടുള്ള ശാസ്ത്രീയ സമീപനത്തിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകുക എന്നിവയാണ് പൈകായുടെ ചികിത്സയിൽ ഉൾപ്പെടുന്നത്.

ബി) അയവിറക്കൽ രോഗം (Rumination Disorder)

കൂട്ടി ചുരുങ്ങിയത് ഒരു മാസക്കാലയളവിലെങ്കിലും കഴിച്ച ഭക്ഷണം ആവർത്തിച്ച് ഛർദ്ദിക്കുകയും പുറത്തേക്ക് വരുന്നതുമാണ് ഈ അസുഖത്തിൽ കാണുന്നത്. ആമാശയം, കൂടൽ എന്നിവയെ സംബന്ധിച്ച രോഗങ്ങളുടെയും, അനോറെക്സിയ നെർവോസ, ബുളീമിയ നെർവോസ എന്നീ രോഗങ്ങളുടെയും അഭാവത്തിലാണ് ഈ അസുഖം സ്ഥിരീകരിക്കാൻ സാധിക്കുന്നത്. ഇവർ വിഴുങ്ങിയ ഭക്ഷണം വായിലേക്ക് തന്നെ തിരികെ കൊണ്ടുവരികയും വീണ്ടും വിഴുങ്ങുകയോ തുപ്പിക്കളയുകയോ ചെയ്യുന്നു. ഏകദേശം മൂന്ന് മാസത്തിനും പന്ത്രണ്ട് മാസത്തിനും ഇടയിൽ തുടങ്ങുന്ന ഈ അസുഖം അപൂർവ്വമാണ്. ഒരുപക്ഷേ ഇത് തനിയെ വിട്ടുമാറുകയോ, പോഷക കുറവിലേക്കോ മരണത്തിലേക്കോ നയിക്കുകയും ആവാം. ഇതിന്റെ അനന്തരഫലങ്ങളെ കുറിച്ച് വളരെ കുറച്ച് മാത്രമേ ഇപ്പോൾ അറിവുള്ളൂ. കൂടെക്കൂടെ ഭക്ഷണം നൽകൽ, പെരുമാറ്റ ചികിത്സ, കൂട്ടിയെ പ്രധാനമായും അമ്മതന്നെ പരിപാലിക്കൽ, കൂട്ടിയുമൊത്തുള്ള കളികൾ എന്നിവ ചികിത്സയുടെ ഭാഗമാണ്.

സി) അനോറെക്സിയ നെർവോസ (Anorexia Nervosa)

യൗവനാരംഭത്തിൽ പ്രത്യേകിച്ചും യുവതികളിൽ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്ന ഒരു രോഗമാണിത്. തന്റെ ശരീരത്തിന്റെ പ്രതിച്ഛായയെക്കുറിച്ച് മനസിൽ രൂപം കൊള്ളുന്ന വികലമായ സങ്കല്പം രോഗനിർണ്ണയത്തിന്റെ കേന്ദ്രമായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നു. സാധാരണ വേണ്ടതായിട്ടുള്ള ശരീരഭാരം നിലനിർത്താൻ വിസമ്മതിക്കുകയും ഭാരം ഗണ്യമായി കുറയുന്ന വിധത്തിൽ ഭക്ഷണം ക്രമീകരിക്കുന്നതിനായുള്ള ശ്രമങ്ങൾ രഹസ്യമായി ഇത്തരക്കാർ നടത്തുന്നു. ശരീരത്തിന് വേണ്ട നിശ്ചിത ഭാരത്തേക്കാൾ ചുരുങ്ങിയത് 15% എങ്കിലും കുറയുന്നു.

ഔഷധചികിത്സയും, പെരുമാറ്റചികിത്സയും, കുടുംബത്തിനായുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളും, വ്യക്തിഗത മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സയും ഈ അസുഖത്തിനുള്ള പ്രതിവിധികളാണ്.

ഡി) ബുളീമിയ നെർവോസ (Bulimia Nervosa)

ചികിത്സിച്ചു മാറ്റാൻ ക്ലേശമുള്ള ഒരു രോഗമായിട്ടാണ് ഇതിനെ കണക്കാക്കുന്നത്. അത്യർത്ഥിയോടെ ഭക്ഷണം വാരിവലിച്ചു കഴിക്കുകയും താൻ തിരിച്ചുപോകുമോ എന്ന് കരുതി അവ വായിൽ കൈയിട്ട് ഛർദ്ദിച്ചു കളയുകയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥ വിശേഷമാണ് ബുളീമിയ നെർവോസ. ചിലപ്പോൾ വയറിളക്കി ഭക്ഷണം പുറത്തെത്തിക്കാനും ഇത്തരക്കാർ പരിശ്രമിക്കുന്നു.

ഇത്തരക്കാരിൽ അമിതമായ ബിൻജിങ് കൊണ്ടും, വയറിളക്കൽകൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന അപകടസാധ്യത ഉള്ള രോഗികളെയും, കഠിനമായ വിഷാദരോഗമോ ആത്മഹത്യാപ്രവണതയോടുകൂടിയ രോഗികളെയും ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കുന്നതാണ് അഭികാമ്യം. പെരുമാറ്റ ചികിത്സയും, രോഗിക്ക് അവബോധം നൽകിക്കൊണ്ടുള്ള ചികിത്സയും ആവശ്യമെങ്കിൽ ഔഷധ ചികിത്സയും ബുളീമിയ ചികിത്സയിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

8. വിസർജ്ജന വൈകല്യരോഗങ്ങൾ (Elimination Disorder)

എ) എൻകോപ്രെസിസ് (Encopresis)

നാലു വയസ്സിനു ശേഷം കാര്യമായ ശാരീരിക കാരണങ്ങൾ

ഇല്ലാതെയും ഇച്ഛാപൂർവ്വമല്ലാതെയും, മലബന്ധത്തോടുകൂടിയോ അല്ലാതെയോ വസ്ത്രങ്ങളിൽ ആവർത്തിച്ച് മലം വിസർജ്ജിച്ചു പോകുന്ന അവസ്ഥയാണ് എൻകോപ്രസിസ്. അഞ്ചു വയസുവരെയുള്ള കുട്ടികളിൽ ഏകദേശം ഒരു ശതമാനമാണ് ഇതിന്റെ ആധിക്യം. ആൺകുട്ടികളിൽ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നു. അസുഖം എൻകോപ്രസിസ് ആണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുന്നതിന് മുമ്പ് വൻകുടലിനെ ബാധിക്കുന്ന Hirschsprong disorder തുടങ്ങിയ ശാരീരിക രോഗങ്ങൾ ഇല്ല എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തുക.

ടോയ്ലറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനുള്ള അപര്യാപ്തമായ പരിശീലനം, കുട്ടിയും മാതാപിതാക്കളും തമ്മിലുള്ള വടംവലി, മാതാപിതാക്കളിൽനിന്നുള്ള വേർപാട്, മറ്റൊരു കുഞ്ഞിന്റെ ജനനം തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ പലപ്പോഴും മലവിസർജ്ജന രോഗങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതിനു കാരണമാകുന്നു. കുട്ടിക്കുള്ള മനഃശാസ്ത്ര കൗൺസിലിംഗും രക്ഷിതാക്കൾക്കുള്ള അവബോധം നൽകലും, മലദാർശനിയിൽ വ്രണങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ശിശുരോഗവിദഗ്ധന്റെ ഉപദേശവും ഇതിന്റെ ചികിത്സയിൽ ഉൾപ്പെട്ടതാണ്.

ബി) അറിയാതെ മൂത്രമൊഴിഞ്ഞുപോകൽ (Enuresis/bed wetting)

മൂന്നു വയസ്സിനു താഴെയുള്ള 15% കുട്ടികളിലും ഈ അസുഖം കാണപ്പെടുന്നു. പെൺകുട്ടികളിൽ അപൂർവ്വമാണ്. പകൽ സമയത്ത് അറിയാതെ മൂത്രമൊഴിയുന്നത് ആൺകുട്ടികളിൽ വളരെ കുറച്ചുമാത്രം കാണപ്പെടുന്നതും പെൺകുട്ടികളിൽ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നതുമാണ്. പല രോഗികൾക്കും അനുബന്ധ മാനസികരോഗങ്ങളൊന്നും തന്നെ കാണാറില്ല. രക്ഷിതാക്കളുമായുള്ള കലഹം, ആത്മാഭിമാനക്കുറവ്, സാമൂഹിക ബഹിഷ്കരണം എന്നിവ ഒരുപക്ഷേ കണ്ടേക്കാം. മാതാപിതാക്കൾനിന്നുള്ള വേർപാട്, മറ്റൊരു കുഞ്ഞിന്റെ ജനനം തുടങ്ങിയവ ഇതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. പ്രത്യേക ചികിത്സയൊന്നുമില്ലാതെ ഇത് തനിയെ വിട്ടുമാറാറുണ്ട്.

വിഷാദരോഗ ചികിത്സയിൽ ഉപയോഗിച്ചുവരുന്ന Imipramine എന്ന ഔഷധം ഈ അസുഖത്തിന് സുഖപ്രാപ്തി നൽകുന്നു. എങ്കിലും ആറ് ആഴ്ചകൾക്ക് ശേഷം അവയോടുള്ള പ്രതികരണം കുറഞ്ഞുവരുന്നു. ബെല്ലും പാഡുമടങ്ങിയ ഇലക്ട്രോണിക് ഉപകരണം ഉപയോഗിച്ചുള്ള പെരുമാറ്റ ചികിത്സ, മൂത്രമൊഴിക്കാത്ത രാത്രി

കൾക്ക് പ്രോത്സാഹന സമ്മാനങ്ങൾ നൽകിക്കൊണ്ടുള്ള മനുഷാസ്ത്ര ചികിത്സ, രക്ഷിതാക്കൾക്കുള്ള അവബോധം, കുട്ടിക്ക് ആത്മാഭിമാനം ഉയർത്താനുള്ള കൗൺസിലിംഗ് എന്നിവ വിവിധ ചികിത്സാരീതികളാണ്.

8. ടിക് രോഗങ്ങൾ (Tic Disorders)

രോഗിയുടെ ഇഷ്ടത്തിനനുസരിച്ച് അല്ലാതെ പെട്ടെന്ന് ദ്രുതഗതിയിൽ താളക്രമത്തിലല്ലാതെ ആവർത്തിച്ചുള്ള ശാരീരിക ചലനങ്ങളോ ശബ്ദപ്രകടനങ്ങളോ ഉണ്ടാകുന്ന അവസ്ഥയാണ് ടിക് രോഗങ്ങൾ. രോഗിക്ക് ഇവയെ പൂർണ്ണമായി പിടിച്ചുനിർത്താൻ സാധിക്കില്ല എങ്കിലും ഏതാനും മിനുട്ടുകൾ മുതൽ മണിക്കൂറുകൾ വരെ നിയന്ത്രിച്ചുനിർത്താവുന്നതാണ്. കൺചിമ്മൽ, കഴുത്ത് തുള്ളൽ, തോളുകൾ മുകളിലേക്ക് ചലിപ്പിക്കൽ, മുഖം കോട്ടൽ എന്നിവയാണ് സാധാരണയായി കാണപ്പെടുന്ന ചലന വൈകല്യങ്ങൾ. ശബ്ദവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ടിക് രോഗങ്ങളിൽ ചുമയ്ക്കൽ, തൊണ്ട വൃത്തിയാക്കൽ, അമറൽ, മൂക്രയിടൽ എന്നിവ കാണപ്പെടുന്നു. ഒന്നിലധികം പേശികൾ ഉൾപ്പെട്ട സങ്കീർണ്ണ ടിക് രോഗത്തിൽ (complex motor tics) മുഖംകൊണ്ടുള്ള ആംഗ്യങ്ങൾ, സ്വയം ഇടിക്കുകയോ കടിക്കുകയോ ചെയ്യൽ, ചാടൽ, വേണ്ടാതെ സ്പർശിക്കൽ, ചവിട്ടി മെതിക്കൽ, വസ്തുക്കളുടെ മണംപിടിക്കൽ എന്നിവയാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. അനവസരത്തിൽ പ്രത്യേക വാക്കുകൾ ആവർത്തിക്കുക, മറ്റൊരാളിൽനിന്നും കേട്ട ശബ്ദമോ പദമോ, അവസാനം കേട്ട പദമോ ആവർത്തിക്കുക, മറ്റൊരാളുടെ ചലനങ്ങൾ അനുകരിക്കുക എന്നിവയും ടിക് രോഗത്തിൽ കാണപ്പെടുന്നു.

ഹാലൊപെരിഡോൾ, പൈമോസൈഡ്, റിസ്പെരിഡോൺ തുടങ്ങിയ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് ഔഷധങ്ങൾ പലപ്പോഴും 85% വരെ രോഗികളിൽ പുരോഗതിയുണ്ടാക്കുന്നു. ഔഷധ ചികിത്സയോടൊപ്പം കുട്ടിക്കോ, കുടുംബത്തിനോ, ഇവർക്ക് ഒരുമിച്ചുള്ളതോ ആയ കൗൺസലിങ് പലപ്പോഴും ആവശ്യമായി വരുന്നു. നിസ്സാര ടിക് രോഗങ്ങൾക്ക് ചികിത്സ ആവശ്യമായെന്നു വരില്ല. എന്നാൽ കാഠിന്യമേറിയ രോഗത്തിൽ പെരുമാറ്റ ചികിത്സയും ഔഷധ ചികിത്സയും അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്.

9. സ്കിസോഫ്രീനിയ (Schizophrenia)

ചില കുട്ടികളിൽ മിഥ്യാധാരണകളോ (ഡെല്യൂഷൻസ്) മിഥ്യാ നുഭവമോ (ഹാല്യൂസിനേഷൻസ്) കണ്ടുവരുന്നുവെന്ന് പല പഠനങ്ങളും കാണിക്കുന്നു. എന്നിരുന്നാലും മുതിർന്നവരെ അപേക്ഷിച്ച് കുട്ടികളിൽ ഇത്തരം ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കുക പ്രയാസകരമാണ്. സ്കിസോഫ്രീനിയ കുട്ടികളിൽ പിടിപെടുമ്പോൾ അവർ കൂട്ടുകാരും മൊത്തം ഇടപഴകാൻ മടിക്കുക, സ്കൂളിൽ പോകാൻ മടിക്കുക, കൂട്ടിക്കാണും വസ്ത്രം മാറാനും വിസമ്മതിക്കുക, സ്വയം സംസാരിക്കുകയും ചിരിക്കുകയും ചെയ്യുക, ആളുകൾ തനിക്കെതിരെ ഗൂഢാലോചന നടത്തുന്നുവെന്ന് പറയുക തുടങ്ങിയ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടിപ്പിക്കുന്നു.

മുതിർന്നവരെ ചികിത്സിക്കുന്നതിന് ഉപയോഗിക്കുന്ന ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് ഔഷധങ്ങൾ, മനുഷ്യാസ്ത്രചികിത്സ, കൂടുംബാംഗങ്ങൾക്കുള്ള കൗൺസിലിംഗ്, പുനരധിവാസം എന്നിവതന്നെയാണ് ഈ രോഗം ബാധിച്ച കുട്ടികൾക്കും സാധാരണയായി നൽകുന്ന ചികിത്സകൾ.

10. വിഷാദം (Depression)

തുടർച്ചയായി രണ്ടാഴ്ചയെങ്കിലും ദിവസത്തിന്റെ മിക്ക സമയങ്ങളിലും കാണപ്പെടുന്ന വിഷാദാവസ്ഥയാണ് വിഷാദരോഗത്തിന്റെ മുഖ്യലക്ഷണം. തൂക്കത്തിൽ കുറവ് അല്ലെങ്കിൽ വിശപ്പ് വർദ്ധിക്കുക, സന്തോഷകരമായ കാര്യങ്ങളിൽ സന്തോഷം ഉളവാക്കാതിരിക്കുക, ഉറക്കക്കുറവോ അല്ലെങ്കിൽ അമിതമായ ഉറക്കമോ, ക്ഷീണം, കുറവോ, ചിന്തിക്കുവാനോ ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിക്കുവാനോ കഴിയാതെ വരിക, ആത്മഹത്യാചിന്ത എന്നിവയാണ് വിഷാദരോഗത്തിന്റെ പ്രധാന ലക്ഷണങ്ങൾ. ആത്മഹത്യാ ചിന്തയുള്ള രോഗിയാണെങ്കിൽ കിടത്തി ചികിത്സയാണ് അഭികാമ്യം. വിഷാദരോഗം ഫലപ്രദമായി ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കുന്നതിനായി ആന്റി ഡിപ്രസന്റ് ഔഷധങ്ങൾ, കൗൺസിലിംഗ്, കൂടുംബങ്ങൾക്കുള്ള അവബോധം നൽകൽ എന്നിവ സഹായിക്കുന്നു.

11. ഉത്കണ്ഠാരോഗങ്ങൾ (Anxiety Disorder)

അമിതമായ, അകാരണമായ, തുടർച്ചയായി നിലനിൽക്കുന്ന സഹായി

ഉത്കണ്ഠ (Generalised Anxiety Disorder), പ്രത്യേക വസ്തുക്കളോടുള്ള അസാധാരണമായ ഭയം (specific phobias), സാമൂഹിക ചുറ്റുപാടിനോടുള്ള ഭയം (social phobia), ഒബ്സെസ്സീവ് കമ്പൽസീവ് ഡിസ് ഓർഡർ (OCD) എന്നിവയാണ് പ്രധാന ഉത്കണ്ഠാരോഗങ്ങൾ.

ഇളംപ്രായക്കാരായ കുട്ടികളിൽ നൂഴത്തുകയറുന്ന ചിന്തകളോലോ, ഭാവനകളോലോ, ആശയങ്ങളോലോ, ദൃശ്യങ്ങളോലോ ബുദ്ധിമുട്ടുകയും ഇതിൽനിന്നും രക്ഷപെടാനായി അവർ ചില അനുഷ്ടാനങ്ങൾ നിർവ്വഹിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥയാണ് ഒസിഡി. എന്നാൽ സമൂഹവുമായി ഇടപഴകുന്നതിൽനിന്നും കൂട്ടിയ അകറ്റി നിർത്തുന്ന അനിയന്ത്രിതമായ ഉത്കണ്ഠയാണ് സോഷ്യൽ ഫോബിയ. ആന്റീ ഡിപ്രസന്റ് ഔഷധങ്ങൾ, ഉത്കണ്ഠ കുറയ്ക്കാനുള്ള ബെൻസോഡയസപൈൻ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഔഷധങ്ങൾ, പെരുമാറ്റ ചികിത്സ, റിലാക്സേഷൻ തെറാപ്പി, എക്സ്പോഷർ തെറാപ്പി എന്നിവ ഉത്കണ്ഠാരോഗ ചികിത്സയിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

12. വേർപാടിനോട് അനുബന്ധിച്ചുള്ള ഉത്കണ്ഠാരോഗം (Separation Anxiety Disorder)

ഈ രോഗമുള്ള കുട്ടികളിൽ തന്റെ മാതാപിതാക്കളിൽനിന്നുള്ള വേർപാടോ, വേർപെടുമെന്ന തോന്നലോ കഠിനമായ ഉത്കണ്ഠ ഉണ്ടാക്കുന്നു. ഇതിന്റെ വ്യാപ്തി കൂട്ടിയുടെ വളർച്ചാപരമായ ഘട്ടത്തിൽ പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്ന അളവിനും അപ്പുറമായിരിക്കും. കുട്ടി സ്കൂൾ പഠനംവരെ ഇതുമൂലം ഒഴിവാക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു. കുട്ടിക്കാലത്തിന്റെ പ്രാരംഭദിശയിൽ കാണപ്പെടുന്ന ഈ രോഗം ജനിതകപരമായി പകർന്നു കിട്ടുന്നതാണോ എന്നു വ്യക്തമല്ല. ഇതു ബാധിക്കപ്പെട്ട ചില കുട്ടികളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് ഈ രോഗം ഉണ്ടായിരുന്നതായും പിന്നീട് പരിഭ്രാന്തി, വിഷാദം തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾ പിടിപെട്ടതായും പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

ആന്റീ ഡിപ്രസന്റ്, ആന്റ് ആൻക്സൈറ്റി ഔഷധങ്ങളോടൊപ്പം വ്യക്തിഗത മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സ, പെരുമാറ്റ ചികിത്സ, മാതാപിതാക്കൾക്ക് ബോധവൽക്കരണം തുടങ്ങിയവയാണ് ചികിത്സാ മാർഗ്ഗങ്ങൾ.

13. പ്രത്യേക സാഹചര്യങ്ങളിൽ മാത്രം കാണപ്പെടുന്ന മൂകത (Selective Mutism)

സംസാരിക്കുകയും കാര്യങ്ങൾ ഗ്രഹിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന കുട്ടി ചില പ്രത്യേക സാമൂഹ്യസാഹചര്യങ്ങളിൽ ചുരുങ്ങിയത് ഒരു മാസത്തേക്കെങ്കിലും സംസാരിക്കുവാൻ വിസമ്മതിക്കുന്നതാണ് മൂകത. പെൺകുട്ടികളിൽ കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്ന ഈ മൂകത രോഗം അപൂർവ്വമാണ്. നാലു വയസിനും എട്ട് വയസിനും ഇടയിൽ ആരംഭിക്കുന്ന ഈ രോഗം മാതാപിതാക്കളുടെ അമിത സംരക്ഷണം, ആശയവിനിമയ വൈകല്യങ്ങൾ, ലജ്ജ, കുട്ടികളുടെ എതിർക്കുന്ന സ്വഭാവം എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. വ്യക്തിഗത മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സയും, മാതാപിതാക്കൾക്കുള്ള കൗൺസിലിംഗും, SSRI വർഗത്തിൽപ്പെട്ട ആന്റി ഡിപ്രസന്റ് ഔഷധങ്ങളും ഈ രോഗ ചികിത്സയ്ക്കായി അവലംബിക്കുന്നു.

14. ഉറക്കോത്തോടനുബന്ധിച്ച രോഗങ്ങൾ (Sleep Disorder)

എ) ഉറക്കത്തിലെ ദുഃസ്വപ്നങ്ങൾ (Night Terror)

ഉറക്കത്തിൽനിന്നും തുടർച്ചയായി പേടിച്ചുരണ്ട നിലവിലുമായി പെട്ടെന്ന് ഉണരുന്നതാണ് ഈ രോഗത്തിന്റെ മുഖ്യലക്ഷണം. ഉറക്കം തുടങ്ങിയതിന് ശേഷം അര മണിക്കൂറിനും രണ്ടു മണിക്കൂറിനും ഇടയിലുള്ള സമയത്താണ് ഇത് സാധാരണ സംഭവിക്കുന്നത്. പേടിച്ചുരണ്ടു കരയുമെങ്കിലും ഉറക്കത്തിൽ നടന്ന സംഭവങ്ങൾ ഒന്നും ഓർത്തെടുക്കാൻ കുട്ടിക്ക് പറ്റില്ല. മാതാപിതാക്കൾക്കുള്ള കൗൺസലിംഗും സമാശ്വസിപ്പിക്കലുമാണ് പ്രധാന ചികിത്സ. ചില അവസരങ്ങളിൽ വിഷാദത്തിലും ഉത്കണ്ഠയിലും ഉപയോഗിക്കുന്ന ഔഷധങ്ങൾ കുറഞ്ഞ അളവിൽ ചികിത്സയിൽ ഉപയോഗിക്കാറുണ്ട്.

ബി) പേടിപ്പെടുത്തുന്ന സ്വപ്നം (Nightmare)

പേടിപ്പെടുത്തുന്ന സ്വപ്നം (Nightmare) എന്ന അവസ്ഥയെ ഉറക്കത്തിൽ പേടിച്ചുരണ്ടുണ്ടാകുന്ന ദുഃസ്വപ്ന രോഗത്തിൽനിന്നും (Night Terror) വേർതിരിച്ച് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്. നൈറ്റ്മെയർ ഉള്ള രോഗിക്ക് തന്റെ സ്വപ്നത്തെക്കുറിച്ച് സ്പഷ്ടമായതും വിശദമായതുമായ ഓർമ്മയുണ്ടായിരിക്കും എന്നതാണ് പ്രധാന വ്യത്യാസം. ഇതിന് ചികിത്സ ആവശ്യമില്ല.

15. ആത്മഹത്യ (Suicide)

13 വയസ്സിനു താഴെയുള്ള കുട്ടികളിൽ ആത്മഹത്യയ്ക്കുള്ള തീവ്ര ശ്രമമോ, ആത്മഹത്യ ചെയ്ത സംഭവമോ വിരളമാണ്. എന്നാൽ ആത്മഹത്യാചിന്ത, ആത്മഹത്യാ ഭീഷണി എന്നിവ കുട്ടി കാണിക്കുകയാണെങ്കിൽ അതിനെ ഗൗരവമായി കാണേണ്ടതും ചിലപ്പോൾ ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സ ആവശ്യമായെന്നും വരാം. ആത്മഹത്യാപ്രവണത കാണിക്കുന്ന കുട്ടികൾ വിഷാദമുള്ളവരോ, എടുത്തു ചാട്ടക്കാരോ, അടുത്ത കാലത്ത് വൈകാരികമായി മുറിവേറ്റവരോ ആവാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.

യൗവനാരംഭത്തിലുള്ള ആത്മഹത്യാപ്രവണത സമീപകാലത്ത് വർദ്ധിച്ചുവരികയാണ്. ഇത് പലപ്പോഴും വിഷാദം, മദ്യപാനം, ലഹരിഉപയോഗം എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ആത്മഹത്യാചിന്തയും, അത്തരം പെരുമാറ്റവും നിലനിൽക്കുന്നത് ചിലപ്പോൾ മാതാപിതാക്കൾ അറിഞ്ഞെന്നുവരില്ല. അതുകൊണ്ടുതന്നെ ചികിത്സകർ കുട്ടിയോട് ആത്മഹത്യാചിന്തയെക്കുറിച്ച് നേരിട്ട് ചോദിക്കേണ്ടതാണ്. 15-45 വയസ്സിനിടയിലാണ് മിക്കവാറും ആത്മഹത്യകൾ നടക്കുന്നത്. വിവാഹമോചനം, ഉറ്റവരുടെ മരണം, ബന്ധങ്ങൾ വേർപിരിയൽ, സാമ്പത്തിക പ്രശ്നങ്ങൾ എന്നിവയൊന്നും കുട്ടികളെ കാര്യമായി ബാധിക്കാത്തതുകൊണ്ടാണ് അവരിൽ ആത്മഹത്യകൾ കുറയുന്നത്. പൊതുജനബോധവൽക്കരണം, സ്കൂൾ ഗെയ്റ്റ് കീപ്പർ ട്രെയിനിംഗ് (ആത്മഹത്യാപ്രവണതയുള്ള കുട്ടികളെ തിരിച്ചറിയാനും സഹായിക്കാനും അധ്യാപകർക്കും മറ്റും നൽകുന്ന പരിശീലനം), പ്രായം, ചിന്താഗതി എന്നിവയിൽ സമാനത പുലർത്തുന്ന ഗ്രൂപ്പുകൾക്കുള്ള സഹായം (peer support programmes), അപകട മാർഗ്ഗങ്ങൾ അവലംബിക്കുന്നത് തടയൽ തുടങ്ങിയവ കുട്ടികൾക്കും കൗമാരക്കാർക്കും ഇടയിലെ ആത്മഹത്യാ പ്രതിരോധ മാർഗ്ഗങ്ങളാണ്.

16. തീവെപ്പ് (Pyromania)

സാധനങ്ങൾ നശിപ്പിക്കൽ, മോഷണം, കളവുപറയൽ, സ്വയംഹാനി വരുത്തുന്നതിനുള്ള പ്രവണത, മൃഗങ്ങളോടുള്ള ക്രൂരത എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന ഈ വൈകല്യത്തിന്റെ ആൺപെൺ അനുപാതം 9:1 ആണ്.

17. പൊണ്ണത്തടി (obesity)

അഞ്ചുമുതൽ ഇരുപത് ശതമാനം വരെ കുട്ടികളിലും യൗവനാരംഭത്തിലുള്ളവരിലും ഇതു കാണപ്പെടുന്നു. ഇതിൽ ചെറിയൊരു ശതമാനം പേർക്ക് പൊണ്ണത്തടിയാലുള്ള ശ്വാസന വൈഷമ്യം അനുഭവപ്പെടുന്നു. കുർക്കംവലിച്ചുറങ്ങുന്ന ഇവരിൽ ഉറക്കത്തിനിടെ ശ്വാസതടസ്സവും (sleep apnea) അതുമൂലം രക്തത്തിലെ ഓക്സിജന്റെ അളവ് ക്രമാതീതമായി കുറഞ്ഞ് ഒരൂപക്ഷേ മരണംവരെയും സംഭവിക്കാം. ഇത്തരം രോഗികളിൽ തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോണിന്റെ കുറവ്, പിക്ക് വിക്കിയൻ (Pick Wickian Syndrome) എന്നിവ ഇല്ല എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തേണ്ടതാണ്.

18. എയ്ഡ്സ് (AIDS)

എയ്ഡ്സ് മൂലമുള്ള അസുഖങ്ങളോ എയ്ഡ്സ് മൂലമുള്ള മാതാപിതാക്കളുടെ മരണമോ താഴ്ന്ന സാമൂഹിക-സാമ്പത്തിക സ്ഥിതിയുള്ള കുടുംബങ്ങളിലെ കുട്ടിയുടെ പരിപാലനം കൂടുതൽ സങ്കടകരമാക്കുന്നു. എച്ച്.ഐ.വി. പോസിറ്റീവായ യൗവനാരംഭത്തിലുള്ള മാനസിക രോഗികൾക്ക് വീട്ടിൽതന്നെ താമസിച്ചുള്ള ചികിത്സയാണ് അഭികാമ്യമെങ്കിലും രോഗം പടരുമോയെന്ന ഭീതിയാൽ ചികിത്സ നിഷേധിക്കപ്പെടുന്നു. ലൈംഗിക അരാജകത്വം, മയക്കുമരുന്നുപയോഗം എന്നിവയും പ്രശ്നത്തെ കൂടുതൽ സങ്കീർണ്ണമാക്കുന്നു.

19. സഹോദരി-സഹോദരൻമാരോടുള്ള അസുയ (Sibling Rivalry)

ഇഷ്ടപ്പെടുന്ന വസ്തുവോ, വ്യക്തിയേയോ അധികാരമോ, ഉടമസ്ഥതയോ നേടിയെടുക്കാൻ ഉള്ള പരിശ്രമങ്ങളെ തടസ്സപ്പെടുത്തുവാൻ ശ്രമിക്കുമ്പോൾ ഉളവാകുന്ന അസുഖകരമായ അവസ്ഥയാണ് അസുയ. ആരമവിശ്വാസക്കുറവ്, മാനഹാനി, ഒളിപ്പിച്ചുവെക്കൽ, ലജ്ജ എന്നിവയും ഇതോടൊപ്പം കാണപ്പെടുന്നു. പരസ്പര മത്സരമുണ്ടാകുമ്പോൾ ഇതു കൂടുതൽ പ്രകടമാകുന്നു. ഇളം പ്രായത്തിലുള്ള കുട്ടികളിൽ അസുയ സാർവ്വത്രികമാണെന്ന് കാണുവാൻ സാധിക്കും. മൂന്നു വയസിനു താഴെയുള്ള 20-40% കുട്ടികളിൽ ഇത് കണ്ടുവരുന്നപ്പോൾ 16 വയസിനു മുകളിലുള്ള 3% പേരിൽ മാത്രമേ ഇത് കാണുന്നുള്ളൂ. പെൺകുട്ടികളിൽ ഈ അവസ്ഥ 2-3 മടങ്ങ് കൂടുതലാണ്. സ്വാർത്ഥത, കലഹപ്രിയം, നശീകരണ സ്വഭാവം, അമിത ദേഷ്യം,

ഉത്കണ്ഠ, വിഷാദം തുടങ്ങിയ പ്രത്യേകതകളും ഇത്തരക്കാരിൽ കാണാം.

സ്വാർത്ഥത ഉണ്ടാക്കുന്ന ചെറുപ്പകാല അനുഭവങ്ങൾ, ഗാർഹിക സംഘർഷങ്ങൾ, കുട്ടിയെ പരിഹസിക്കൽ, മാതാവിന്റെ സ്വാർത്ഥസ്വഭാവം, അമിതമായി സംരക്ഷിക്കപ്പെടുക, പുതിയ കുഞ്ഞ് കടന്നുവരുമ്പോൾ മാതാപിതാക്കളിൽനിന്നും വാത്സല്യം കുറയൽ തുടങ്ങിയ കാരണങ്ങൾ ഈ അവസ്ഥയിലേക്ക് നയിക്കുന്നു. മാതാപിതാക്കൾക്കുള്ള മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങളും, കുട്ടിക്കുള്ള കൗൺസിലിങ്ങും പരിഹാരമാർഗ്ഗങ്ങളാണ്.

20. കുട്ടികളെ ശാരീരികമായും ലൈംഗികമായും ദുരുപയോഗപ്പെടുത്തൽ, അവഗണിക്കൽ (Child Abuse and Neglect)

അമേരിക്കയിൽ വർഷത്തിൽ ഒരു മില്യൺ കുട്ടികളെ ഇത്തരത്തിൽ ദുരുപയോഗപ്പെടുത്തുകയോ, അവഗണിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതായി കാണിക്കുന്നു. ഇതു വർഷംതോറും 2000 മുതൽ 4000 വരെ മരണങ്ങൾക്ക് കാരണമാകുന്നു. ജനിക്കുമ്പോൾ തൂക്കക്കുറവുള്ള കുട്ടികൾ, വളർച്ചയെത്താതെയുള്ള ജനനം, ബുദ്ധിമാന്ദ്യം, സെറിബ്രൽ പാൾസി, ധിക്കാരപരമായ പെരുമാറ്റം എന്നിവയുള്ള കുട്ടികളാണ് ദുരുപയോഗത്തിന് കൂടുതലായും ഇരകളാകുന്നത്. ദുരുപയോഗം ചെയ്യുന്ന രക്ഷിതാക്കൾ പലപ്പോഴും ലഹരിക്ക് അടിമപ്പെട്ടവരോ, വിഷാദമുള്ളവരോ, സാമൂഹികവിരുദ്ധ സ്വഭാവമുള്ളവരോ ആയിരിക്കും. വർഷംതോറും 15000 മുതൽ 20000 വരെ പുതിയ ലൈംഗിക ദുരുപയോഗ വാർത്തകൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്നു. ചില അവസരങ്ങളിൽ അക്രമി ബന്ധുതന്നെയായിരിക്കും.

ശിശുരോഗവിദഗ്ധൻ, മനോരോഗ വിദഗ്ധൻ, നേഴ്സ്, സാമൂഹിക പ്രവർത്തകർ എന്നിവരടങ്ങിയ ഒരു സംഘമാണ് ഇത്തരം കുട്ടികളെ ചികിത്സിക്കേണ്ടത്. കുട്ടിയെ ദുരുപയോഗം ചെയ്യുന്നതിലേക്ക് നയിച്ച ഘടകങ്ങളെ യുക്തമായി വിലയിരുത്തുകയും അതു പരിഹരിക്കുകയും വേണം. അഭയ കേന്ദ്രങ്ങൾ, പകരക്കാരായുള്ള രക്ഷിതാക്കൾ, ചികിത്സാ നേഴ്സറികൾ, പരിപാലന കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവ വഴി ചൂഷണത്തിലേക്ക് നയിക്കപ്പെടുന്നതും, അവയെ ശാശ്വതമായി നിലനിർത്തിപ്പോരുന്നതുമായ ഘടകങ്ങളെ പരിഹരിക്കപ്പെടേണ്ടതുണ്ട്.

21. ദത്തെടുക്കപ്പെട്ട കുട്ടി (Adopted Child)

ഒന്നോ അതിലധികമോ പ്രായപൂർത്തിയായവർ തങ്ങൾ മാതാപിതാക്കൾ അല്ലാത്തതും, എന്നാൽ നിയമപരമായും ആചാരപരമായും മാതാപിതാക്കളായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടതുമായ കുട്ടിയെ തങ്ങളുടെ കുടുംബത്തിലേക്ക് സ്വീകരിക്കുന്ന പ്രക്രിയയാണ് ദത്തെടുക്കൽ. പകുതിയിലധികം കുട്ടികളെയും രക്തബന്ധമോ വിവാഹബന്ധമോ വഴി ബന്ധങ്ങളില്ലാത്ത കുടുംബങ്ങളിലേക്കാണ് ദത്തെടുക്കുന്നത്. ശേഷിക്കുന്ന വിഭാഗം ബന്ധുക്കളാൽ ദത്തെടുക്കപ്പെടുന്നു. ദത്തെടുക്കപ്പെടുന്ന ഭൂരിഭാഗം കുഞ്ഞുങ്ങളും വിവാഹബന്ധത്തിലൂടെ ജനിക്കുന്നവരല്ല. 12 മാസം പ്രായമെത്തപ്പെടുംമുമ്പാണ് മിക്കവരെയും ദത്തെടുക്കുന്നത്.

രക്ഷിതാക്കളെ ദീർഘകാലം പിരിമുറുക്കത്തിലേക്ക് നയിക്കാം എന്നതിനാലും താൻ ദത്തെടുക്കപ്പെട്ടവനാണെന്ന് കുട്ടി മറ്റുള്ളവരിൽനിന്നും അറിഞ്ഞ് ഗുരുതരമായ പ്രതിസന്ധി ഉണ്ടായേക്കാം എന്നതിനാലും ദത്തെടുത്തതാണെന്ന വിവരം കുട്ടിയിൽനിന്നും രഹസ്യമാക്കി സൂക്ഷിക്കരുത്. ദത്തെടുത്തതാണെന്ന വിവരം കുട്ടിയോട് വെളിപ്പെടുത്തുന്നത് പടിപടിയായുള്ള ഒരു ആശയവിനിമയ പ്രക്രിയയാണ്. രക്ഷിതാക്കളുമായുള്ള സ്നേഹബന്ധം ഊഷ്മളമാവുന്നതിന് ദത്തെടുക്കൽ കുട്ടിയുടെ ജീവിതത്തിന്റെ ആദ്യ ആഴ്ചകളിലായിരിക്കുന്നതാണ് നല്ലത്. കുട്ടിയുടെ ഉത്തമമായ വികാസത്തിന് അത് രണ്ടു മാസം ആയിരിക്കുന്നതാണ് നല്ലത്. യഥാസമയമുള്ള ദത്തെടുക്കൽ വൈകിയുള്ള ദത്തെടുക്കൽമൂലമുള്ള അപകടസാധ്യതകളും അനാഥകുട്ടിയായി തീരുന്നതിനുള്ള സാധ്യതകളും ഒഴിവാക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു.

22. സ്കൂൾ ഭയം (School Phobia)

സ്കൂളിനെ ഭയം, സ്കൂളിൽ പോവാൻ മടി എന്നീ വാക്കുകൾ ചില കുട്ടികളിൽ കണ്ടുവരുന്ന യുക്തിരഹിതവും സ്ഥിരവുമായ സ്കൂളിനെ ചുറ്റിപറ്റിയുള്ള പേടിയെ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ഈ കൂട്ടരേയും, പഠിക്കാൻ താല്പര്യമില്ലാതെ പഠനം ഉപേക്ഷിച്ച് പോകുന്നവരെയും ഒരേ ഗണത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുവാൻ സാധിക്കുകയില്ല. പഠനം ഉപേക്ഷിച്ച് പോകുന്നവരെ അവരുടെ വഴിക്ക് വിടാമെങ്കിലും, സ്കൂൾ ഫോബിയക്കാരെ രക്ഷിതാക്കളും അധ്യാപകരും നല്ലവണ്ണം ശ്രദ്ധി

ക്കണം. കാരണം ഇവർ മിക്കവാറും ആകാംക്ഷാഭരിതരും പെട്ടെന്ന് വികാരങ്ങൾക്ക് അടിമപ്പെടുന്നവരുമായിരിക്കും. സ്കൂൾ ഫോബിയ ക്കാർ പലപ്പോഴും സ്കൂളിൽ പോകുന്നതിനെപ്പറ്റി ചിന്തിക്കുമ്പോൾതന്നെ പരിഭ്രാന്തിയും ശാരീരിക അസ്വസ്ഥ്യങ്ങളും കാണിക്കാറുണ്ട്. സ്കൂൾ ഭയമുള്ള കുട്ടികളിൽ നടത്തിയ പഠനത്തിൽ 59% പേർ അഞ്ചു മുതൽ ഏഴു വയസുവരെയുള്ളവരും 32% പേർ എട്ടു മുതൽ പത്തുവരെ പ്രായമുള്ളവരും 9% പതിനൊന്നോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ളവരുമാണെന്നു കാണുന്നു. വീടു വിട്ടുനിൽക്കാനുള്ള പേടി സാധാരണയായി ഒന്നരമുതൽ രണ്ടു വയസുവരെയുള്ള കുട്ടികളിലാണ് കാണുന്നത്. എന്നാൽ കുട്ടികൾ വളരുന്തോറും ഈ പ്രശ്നവും നിലനിന്നാൽ അതൊരു രോഗാവസ്ഥയായി മാറുന്നു. രക്ഷിതാക്കളുടെ അമിതമായ ശ്രദ്ധയും സംരക്ഷണവും ചിലപ്പോൾ ആത്മവിശ്വാസം കുറയാൻ കാരണമാകുകയും കുട്ടികളെ സ്കൂൾ ഫോബിയയിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

എന്തുകൊണ്ട് കുട്ടി സ്കൂളിനെ ഭയക്കുന്നുവെന്ന് വസ്തുനിഷ്ടമായി മനസ്സിലാക്കുകയും പരിഹരിക്കുകയുമാണ് വേണ്ടത്. ചിലപ്പോൾ ആലസ്യംകൊണ്ടാവാം. മറ്റു ചിലപ്പോൾ മുതിർന്ന കുട്ടികളിൽനിന്നുള്ള അക്രമം, ഭീഷണി മൂലമാവാം, ചിലപ്പോൾ പഠനവൈകല്യംകൊണ്ടോ, തെറ്റായ പഠിപ്പിക്കൽ രീതികൊണ്ടോ ആവാം. ആസ്മയുള്ള കുട്ടികളിലാണെങ്കിൽ തികാളാഴ്ച രാവിലെ (Monday Morning Syndrome) രോഗം വർദ്ധിക്കുന്നു. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സ്കൂൾ ഫോബിയയുടെ കാരണങ്ങൾ പരിശോധിക്കുമ്പോൾ കുട്ടിയുടെ അസുഖം, ഗൃഹാന്തരീക്ഷം, സ്കൂൾ അന്തരീക്ഷം എന്നിവയൊന്നും തന്നെ ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടാതെ പോകരുത്. യഥാർത്ഥ കാരണം കണ്ടെത്തിയശേഷം അതു പരിഹരിക്കുകയും പിന്നീട് കുട്ടിക്ക് സ്കൂളിനോട് ഇഷ്ടമുണ്ടാക്കുന്ന രീതിയിലുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ പ്രത്യേകിച്ചും ആരോഗ്യകരമായ അധ്യാപക-വിദ്യാർത്ഥി ബന്ധവും, അധ്യാപക-രക്ഷാകർതൃബന്ധവും നിലനിർത്തുകയും വേണം. ഇതുകൊണ്ടൊന്നും പ്രയോജനമില്ലെങ്കിൽ ഒരു സൈക്കോളജിസ്റ്റിന്റെയോ, സൈക്യാട്രിസ്റ്റിന്റെയോ സഹായം തേടുന്നതാകും നല്ലത്.

മാതാപിതാക്കൾ കുട്ടികളുടെ ആദ്യ അധ്യാപകരും അധ്യാപകർ കുട്ടികളുടെ രണ്ടാം മാതാപിതാക്കളുമായാണ് കണക്കാക്കപ്പെടുന്നത്. അതുകൊണ്ട് തന്നെ കുട്ടികളുടെ ശൈശവ-ബാല്യ-കൗമാര

ഘട്ടങ്ങളിൽ അവരുടെ പഠന-പെരുമാറ്റ സംബന്ധമായ കാര്യങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള ശാസ്ത്രീയമായ അറിവ് നമുക്ക് പല പ്രശ്നങ്ങളെയും അസുഖങ്ങളെയും പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനും, അതുപോലെ പെട്ടെന്ന് തന്നെ കണ്ടെത്തി പരിഹരിക്കുന്നതിനും സഹായിക്കുന്നു. ഇന്നത്തെ കാലത്ത് പരീക്ഷയെക്കുറിച്ച് അനാവശ്യമായ മുൻവിധി സൃഷ്ടിക്കുന്നതിൽ അധ്യാപകരും രക്ഷിതാക്കളും ഒരുപോലെ പങ്കുവഹിക്കുന്നു. ഓരോ പരീക്ഷ കഴിയുമ്പോഴും കുട്ടിയോട് പരീക്ഷയിലെ പ്രകടനത്തെക്കുറിച്ച് ചോദിച്ച് പേടിപ്പിക്കാതെ അടുത്ത പരീക്ഷയ്ക്ക് ധൈര്യമായി തയ്യാറെടുക്കുന്നതിന് കുട്ടികളെ സഹായിക്കുകയാണ് വേണ്ടത്. തുടർപഠനം, മികച്ച കോഴ്സുകൾക്കുള്ള പ്രവേശനം എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള അനാവശ്യ ചിന്തകൾ വിദ്യാർത്ഥികളിൽ സൃഷ്ടിക്കുന്നത് ഒരു പരിധിവരെ പരീക്ഷാഭയമാണ്. പരീക്ഷാ സാഹചര്യങ്ങൾക്കുമേൽ തങ്ങൾക്ക് ഒരു പരിധിവരെ നിയന്ത്രണമുണ്ടെന്ന ബോധം കുട്ടികളിൽ സൃഷ്ടിക്കുന്നതിൽ അധ്യാപകർക്ക് ഒരു വലിയ പങ്കുണ്ട്. ഇപ്രകാരം കുട്ടികളും മാതാപിതാക്കളും അധ്യാപകരും ഒത്തൊരുമിച്ച് പ്രവർത്തിച്ചാൽ ഉന്നത വ്യക്തിത്വമുള്ള ഒരു ഭാവി തലമുറയെ വാർത്തെടുക്കാൻ സാധിക്കും.

മരുന്നു ചികിത്സയും അനുബന്ധ ശാരീരിക ചികിത്സയും

മനോരോഗ ചികിത്സയിൽ മരുന്നു ചികിത്സയ്ക്കുള്ള പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ച് പൊതുജനങ്ങൾക്കുള്ള അവബോധം ഇനിയും പുരോഗമിക്കേണ്ടതുണ്ട്. കാരണം മനോരോഗ ചികിത്സക്കാൽ ഉപയോഗിക്കുന്ന മരുന്നുകളെക്കുറിച്ച് ജനങ്ങൾ പല സംശയങ്ങളും ഉന്നയിക്കാറുണ്ട് എന്നതുതന്നെ. തലച്ചോറിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ നേരിട്ട് ഇടപെട്ടാണ് മരുന്നുകൾ രോഗത്തെ നിയന്ത്രിക്കുന്നത്. തലച്ചോറിലെ രാസവസ്തുക്കളുടെ അളവിലും പ്രവർത്തനത്തിലും മാറ്റങ്ങളുണ്ടാക്കിയാണ് മരുന്നുകൾ രോഗിയെ സാധാരണ നിലയിലെത്തിക്കുന്നത്.

രോഗികളുടെ രക്തം, മൂത്രം, ഹോർമോൺ, ഇസിജി എന്നിവ പരിശോധിച്ചശേഷമാണ് മരുന്നു ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്നത്. ഡോക്ടറുടെ (സൈക്യാട്രിസ്റ്റിന്റെ) നിർദ്ദേശപ്രകാരമുള്ള പരിശോധനകളും ചികിത്സയുമാണ് ആവശ്യം.

പ്രധാനപ്പെട്ട മാനസികരോഗ മരുന്നുകൾ

എ) ഹിപ്നോട്ടിക് : ഉറക്കം കുറഞ്ഞവർക്ക് വേണ്ടിയുള്ളത്.

ബി) ആന്റി സൈക്കോട്ടിക്: രോഗിയുടെ വ്യക്തിത്വത്തെ മൊത്തത്തിൽ ബാധിക്കുന്ന സ്കീസോഫ്രിനിയയിലും മറ്റ് സൈക്കോസിസ് രോഗങ്ങളിലും ഉപയോഗിക്കുന്നവ. ഉദാ. ഹാലോപെരിഡോൾ, റിസ്പെരിഡോൺ.

സി) ആന്റി ആംഗ്സൈറ്റി: ഉത്കണ്ഠ ലക്ഷണങ്ങളെ ചികി

ത്രിക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്നവ. ബുസ്‌പിറോൺ, ബെൻസോ ഡയ സ്പിൻ മുതലായവ ഈ വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നു.

ഡി) ആന്റിഡിപ്രസന്റ്സ്: വിഷാദരോഗങ്ങൾക്ക് ഉപയോഗിക്കു ന്നവ. എസിറ്റിലോപ്രാം, അമിട്രിപറ്റലിൻ എന്നിവ ഉദാഹരണങ്ങളാ ണ്ട്.

ഇ) മൂഡ് സ്റ്റബിലൈസർ: അമിതമായ മനോവികാരങ്ങളെ നിയന്ത്രിക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു. ഉന്മാദ-വിഷാദ രോഗങ്ങളിൽ ഉപയോഗിച്ചുവരുന്നു. ഉദാ. ലിതിയം, സോഡിയം വാർപൊറൈറ്റ്

എഫ്) മറ്റുള്ളവ: ഇവ മരുന്നുകളുടെ പാർശ്വഫലങ്ങളുടെ ചികിത്സക്കായി ഉപയോഗിക്കുന്നു. ആന്റി കോളിനെർജിക് മരുന്നുകൾ കൂട്ടിക്കളി ലെ ഹൈപർകൈനറ്റിക് ഡിസോർഡർ, പ്രായമായവരിലെ ഡിമൻഷ്യ എന്നിവയ്ക്കുള്ളവ ഉദാഹരണങ്ങളാണ്.

ചികിത്സ തുടങ്ങുന്ന ഘട്ടങ്ങളിൽ തന്നെ മരുന്നിന്റെ പാർശ്വഫലങ്ങളെക്കുറിച്ച് ഡോക്ടറോട് ചോദിച്ചറിയുകയും രോഗി അത്തരം ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടിപ്പിക്കുന്നുണ്ടോ എന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുകയും വേണം. പാർശ്വഫലങ്ങൾ അനുഭവപ്പെട്ടാൽ അക്കാര്യം എത്രയും പെട്ടെന്ന് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുകയും വേണം.

രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം കണക്കിലെടുത്താണ് ചികിത്സയുടെ ദൈർഘ്യം തീരുമാനിക്കുന്നത്. സ്കീസോഫ്രീനിയ, ബൈപോളാർ ഡിസോർഡർ എന്നിവ ദീർഘകാലം ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ള അസുഖങ്ങളാണ്. മനോരോഗത്തിനുള്ള മരുന്നുകൾക്ക് ആരുംതന്നെ അടിമകളാകാറില്ല. എന്നാൽ ചിലയിനം മരുന്നുകൾ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശമില്ലാതെ രോഗികൾ പൊടുന്നനെ നിർത്തുമ്പോൾ ചില അസ്വസ്ഥതകൾ ഉണ്ടാവാറുണ്ട്. പരസ്പരം പൊരുത്തമില്ലാത്ത ചില മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നത് അസ്വസ്ഥത ഉണ്ടാക്കുന്നതിനാൽ രോഗി മറ്റൊരതെങ്കിലും അസുഖത്തിന് മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അത് ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറോട് പറയണം.

മരുന്നു ചികിത്സയിൽ രോഗീ പരിചാരകർ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടത്

- ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരമല്ലാതെ മരുന്ന് ഉപയോഗം നിർത്തുകയോ അളവ് കൂട്ടുകയോ കുറയ്ക്കുകയോ ചെയ്യരുത്.

- രോഗി തന്റെ അവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് പൂർണ്ണ ബാധ്യമുണ്ടാക്കാൻ ശ്രമിക്കണം.
- മരുന്നുകൾ കഴിക്കാൻ കൂട്ടാക്കാത്ത രോഗിയാണെങ്കിൽ ആ കാര്യം ഡോക്ടറെ അറിയിക്കണം. മിക്ക മരുന്നുകളും കുത്തിവെയ്പ്പിലൂടെയും ചില മരുന്നുകൾ ആഹാരസാധനങ്ങളിൽ കലർത്തിയും നൽകാവുന്നതാണ്.
- രോഗത്തിന്റെ കാരണം, സ്വഭാവം, ചികിത്സാരീതികൾ, മരുന്നുപയോഗം, പാർശ്വഫലങ്ങൾ എന്നിവയെപ്പറ്റി രോഗിയെയും രോഗിയുമായി സമ്പർക്കത്തിലേർപ്പെടുന്നവരേയും ബോധവൽക്കരിക്കുക.

ഇലക്ട്രോ കൺവൾസിവ് തെറാപ്പി (ഇസിടി)

മാനസികരോഗ ചികിത്സയിലെ ഷോക്ക് ട്രീറ്റ്മെന്റ് എന്ന പേരിൽ അറിയപ്പെടുന്ന ഈ ചികിത്സാരീതി ഇന്ന് ഗണ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തിക്കൊണ്ട് മോഡിഫൈഡ് ഇലക്ട്രോ കൺവൾസിവ് തെറാപ്പി (modified ECT) എന്നാണ് അറിയപ്പെടുന്നത്. വൈദ്യ്യമുള്ള അനസ്തെറ്റിസ്റ്റും സൈക്യാട്രിസ്റ്റും കൂടി ചേർന്നാണ് ഇത്തരം ചികിത്സ സാധ്യമാക്കുന്നത്. രോഗിയെ മയക്കുന്നതുകൊണ്ട് അയാൾ ഒന്നും അറിയുന്നില്ല. മാത്രമല്ല ചികിത്സ കഴിഞ്ഞ് എഴുന്നേൽക്കുമ്പോൾ ഉറക്കത്തിൽനിന്നും എഴുന്നേൽക്കുന്ന പ്രതീതിയാണ് അയാൾക്കുണ്ടാകുക. ഇസിടി ചെയ്യുന്ന സമയത്ത് സാധാരണ ഇളജിയിൽ ചെയ്യുന്നതുപോലെ തന്നെ രണ്ട് ഇലക്ട്രോഡുകൾ വശത്ത് ഒട്ടിച്ച് ഇളജി യന്ത്രവുമായി ഘടിപ്പിച്ച് മോണിറ്ററിൽകൂടി രോഗിയിൽ അപസ്മാരം ഉണ്ടാവുന്നതായി കാണാം. ഏകദേശം അര മണിക്കൂറിനുശേഷം രോഗിക്ക് മയക്കുമരുന്നിന്റെ പ്രവർത്തനം കഴിഞ്ഞാൽ സാധാരണപോലെ ഉണർന്ന് സംസാരിക്കുവാനും, നടക്കുവാനും, ഭക്ഷണം കഴിക്കുവാനും സാധിക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയക്ക് എന്നപോലെ modified ECT കൊടുക്കുന്നതിന്റെ ഏകദേശം 6-8 മണിക്കൂർ മുമ്പാകെ ഭക്ഷണമോ വെള്ളമോ കഴിക്കരുതെന്ന് നിഷ്കർഷയുണ്ട്. ഭക്ഷണസാധനമോ വെള്ളമോ ശ്വാശകോശത്തിൽ കയറി aspiratory pneumonia എന്ന അവസ്ഥ ഉണ്ടാകാതിരിക്കാനുള്ള ഒരു മുൻകരുതലാണിത്. താഴെ പ്രതിപാദിക്കുന്ന മാനസികരോഗാവസ്ഥകളിലാണ് സാധാരണ ഇസിടി നൽകാനുള്ളത്.

- കടുത്ത വിഷാദരോഗം
- തീവ്രമായ ആത്മഹത്യാ ചിന്ത/ശ്രമം
- കാറ്റടോണിയ (രോഗി ഭക്ഷണമോ വെള്ളമോ കഴിക്കാതെ നിശ്ചലമായി കിടക്കുന്ന അവസ്ഥ)
- അക്രമാസക്തനായ രോഗി
- മാനസിക രോഗ മരുന്നുകൾ ഏൽക്കാത്ത അവസ്ഥ
- സ്കിസോഫ്രീനിയ

ഔഷധങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ഒന്നോ രണ്ടോ ഇസിടി കഴിയുമ്പോഴേക്കും രോഗിയിൽ പ്രകടമായ വ്യത്യാസങ്ങൾ കാണുന്നു. മാത്രമല്ല മറ്റു മരുന്നുകൾക്കുള്ളതുപോലെ മയക്കം, ശരീരക്ഷീണം, കൈകാൽ വിറയൽ എന്നീ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഇസിടി ചികിത്സയിൽ ഇല്ല.

ചികിത്സിക്കുന്ന രോഗമനുസരിച്ച് കൊടുക്കേണ്ട ഇസിടിയുടെ എണ്ണം വ്യത്യാസപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ആത്മഹത്യാ ചിന്ത, വിഷാദരോഗം എന്നീ അവസ്ഥകൾക്ക് 5 മുതൽ 7 വരെ ഇസിടി മതിയാകും. കാറ്റടോണിയപോലുള്ള അവസ്ഥകളിൽ ഒരു ഇസിടി കൊണ്ടുതന്നെ പുരോഗതി കാണാം. സ്കിസോഫ്രീനിയ പോലുള്ള രോഗങ്ങളിൽ 7 മുതൽ 10 വരെ ഇസിടി വേണ്ടവന്നേക്കാം. ഒരു ആഴ്ചയിൽ ഒന്നിടവിട്ട് മൂന്നോ നാലോ ഇസിടികളാണ് കൊടുക്കുക. 6 മണിക്കൂർ അനപാനീയ വർജ്ജനം ഉറക്കത്തിൽ തന്നെ കഴിയുന്നതിനാൽ അതിരാവിലെയാണ് ഇസിടി കൊടുക്കാൻ അഭികാമ്യമായ സമയം. ഇസിടി ഇത്രയും സുരക്ഷിതമായ ചികിത്സാ രീതിയാണെങ്കിലും സാധാരണ ജനങ്ങൾക്കിടയിലെ ഇതിനെക്കുറിച്ചുള്ള ആശങ്കയും മിഥ്യാധാരണകളും ഇനിയും മാറേണ്ടതായിരിക്കുന്നു.

ഇസിടി പോലെതന്നെ മരുന്നല്ലാതെയുള്ള ശാരീരിക ചികിത്സാ രീതികളായ റിപ്പിറ്റഡ് ട്രാൻസ്ക്രേനിയൽ മാഗ്നെറ്റിക് സ്റ്റിമുലേഷൻ (rTMS), ട്രാൻസ്ക്രേനിയൽ ഡയറക്ട് കറന്റ് സ്റ്റിമുലേഷൻ (tDCS), ഡീപ് ബ്രെയൻ സ്റ്റിമുലേഷൻ (DBS), വാഗസ് നെർവ് സ്റ്റിമുലേഷൻ (VNS) തുടങ്ങിയ നൂതന ചികിത്സകളും ഇന്ന് ഇന്ത്യയിൽ ലഭ്യമാണ്.

മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സകളും വൈകല്യങ്ങൾ ശരിയാക്കുന്നതി നുള്ള പെരുമാറ്റ ചികിത്സകളും

മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സയ്ക്ക് എത്രയോ നൂറ്റാണ്ടുകളുടെ ചരിത്രമുണ്ട്. വേരുകൾ അന്വേഷിച്ചുപോയാൽ ഭഗവദ്ഗീതയിലും പതഞ്ജലി സൂക്തങ്ങളിലുമൊക്കെയാണ് നാം എത്തിച്ചേരുക. പാശ്ചാത്യരാജ്യങ്ങളിൽ 19-ാം നൂറ്റാണ്ടിലാണ് വിവിധ മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സാരീതികൾ പ്രചാരത്തിൽ വന്നുചേർന്നത്. സിഗ്മണ്ട് ഫ്രോയിഡിന്റെ മാനസികാപഗ്രഥനം (Psycho Analysis), പാവ്ലോവിന്റെ ക്ലാസിക്കൽ കണ്ടീഷനിംഗിനെയും, സ്കിനറുടെ ഓപറന്റ് കണ്ടീഷനിനെയും ആധാരമാക്കിയുള്ള പെരുമാറ്റ വൈകല്യങ്ങളെ തിരുത്തുവാനുള്ള ബിഹേബിയർ തെറാപ്പി, ആരോൺ ബെക്കിന്റെ ഡൈഷണിക് ചികിത്സ (CBT), അസ്തിത്വ വാദത്തിലൂന്നിയ എക്സിസ്റ്റൻഷൻ സൈക്കോതെറാപ്പി (Existential psychotherapy), ട്രാൻസാക്ഷണൽ അപഗ്രഥനം (Transactional Analysis), ഉപസ്തംഭ മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സ (Supportive psychotherapy) ഇങ്ങനെ ചികിത്സാരീതികൾ ഏറെയുണ്ട്.

വിവിധ ചികിത്സാരീതികൾ പലരുപത്തിൽ പ്രാവർത്തികമാക്കുന്നുണ്ട്. കുടുംബാംഗങ്ങളെ കൂടി പങ്കെടുപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ഫാമിലി തെറാപ്പി (Family therapy), ഒരേ അസുഖമുള്ള ഒന്നിൽകൂടുതൽ ആളുകളെ സംഘടിപ്പിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഗ്രൂപ്പ് തെറാപ്പി (Group therapy), ദാമ്പത്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കാനുള്ള ദാമ്പത്യ ചികിത്സ (Couple therapy) മുതലായവ ഉദാഹരണമായി പറയാം.

കൗൺസലിംഗ് (Counselling) ആണ് മറ്റൊരു പ്രധാന ചികിത്സാ

രീതി. കേവലം ഉപദേശം നൽകൽ മാത്രമല്ല കൗൺസലിംഗും ശാസ്ത്രീയമായ പഠനംകൊണ്ടും പരിശീലനംകൊണ്ടും മാത്രമേ ഒരാൾക്ക് കൗൺസിലിംഗിൽ വൈദഗ്ധ്യം നേടുവാൻ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. സ്വയംപ്രഖ്യാപിത കൗൺസിലർമാർ യഥേഷ്ടം ചികിത്സ നടത്തുന്ന ഇക്കാലത്ത് ഇക്കാര്യം എടുത്തുപറയേണ്ടതുണ്ട്. ഇതുപോലെ ഹിപ്നോട്ടിസം എന്ന പേരിലും പലരും രോഗികളെ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. മോഹാലസ്യരോഗം, ചിലതരം ഫോബിയ രോഗങ്ങൾ ഇവക്കൊക്കെ ഫലപ്രദമായ ഈ ചികിത്സാരീതി (Hypno therapy) യിൽ വൈദഗ്ധ്യം നേടിയവർക്കേ ചികിത്സിച്ച് രോഗം ഭേദമാക്കാൻ കഴിയൂ.

മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സയിൽ വൈദഗ്ധ്യം നേടണമെങ്കിൽ മനഃശാസ്ത്രത്തിൽ ചുരുങ്ങിയത് ബിരുദവും ബിരുദാനന്തരബിരുദവും നേടിയിരിക്കണം. മനോരോഗവിദഗ്ധർക്ക് അടിസ്ഥാന ബിരുദമായ എംബിബിഎസ്സിനുശേഷം ഔഷധചികിത്സയിലും മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സയിലും വേണ്ടത്ര പരിശീലനം ലഭിക്കുന്നുണ്ട്. അതുകൊണ്ട് രണ്ട് ചികിത്സാരീതികളും സമന്വയിപ്പിച്ചുകൊണ്ടു പോകാൻ അവർക്കു കഴിയും. ക്ഷമയും വേണ്ടത്ര സമയവുമുണ്ടെങ്കിൽ മനഃശാസ്ത്ര വിദഗ്ധർക്ക് ഏറെ ഫലപ്രദമായി മനഃശാസ്ത്ര ചികിത്സ (Psychotherapy) നടത്താൻ കഴിയും. പ്രത്യേകിച്ചും ഔഷധ ചികിത്സ ആവശ്യമില്ലാത്ത ഘട്ടങ്ങളിൽ.

മനോരോഗ ചികിത്സയിൽ ഏറെ പ്രാധാന്യമുള്ള ഒന്നാണ് ഫാമിലി തെറാപ്പി (Family therapy). കാരണം ഒട്ടുമിക്ക അസുഖങ്ങളിലും കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തത്തിലൂടെ അവരെ ഒരു സഹ ചികിത്സകരായി ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതാണ്. രോഗത്തെക്കുറിച്ചും രോഗീപരിപാലനത്തെക്കുറിച്ചും ശാസ്ത്രീയമായി കുടുംബാംഗങ്ങളെ ബോധവൽക്കരിക്കുക എന്നത് തെറാപിസ്റ്റിന്റെ കർത്തവ്യമാണ്. രോഗിയോടുള്ള ബന്ധുക്കളുടെ പെരുമാറ്റം, വൈകാരികപ്രകടനം എന്നിവ പരമപ്രധാനമാണ്. അമിതമായ ഇടപെടലുകളും എപ്പോഴുമുള്ള കുറ്റപ്പെടുത്തലുകളും ശത്രുതാമനോഭാവവും ഒരുപോലെ ദോഷകരമാണ്. രോഗം ഭേദമാകുന്നതിനനുസരിച്ച് രോഗിയെ സ്വന്തമായി കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യാൻ അനുവദിക്കണം. ഒരു വ്യക്തി എന്ന നിലക്കുള്ള പരിഗണന നൽകണം. ആത്മാഭിമാനം മറിപ്പെടുത്തുന്ന വാക്കുകളോ

പ്രവർത്തികളോ ബന്ധുകളുടെ ഭാഗത്തുനിന്നും ഉണ്ടാകരുത്. ഈവക
കാര്യങ്ങൾ ശ്രദ്ധിച്ചു നടപ്പിലാക്കുന്നതിന് കുടുംബാംഗങ്ങളെ ഫാമിലി
തെറാപ്പി പ്രാപ്തരാക്കുന്നു.

പുനരധിവാസം

ഗുരുതരമായ മാനസികരോഗങ്ങൾ പിടിപെടുമ്പോൾ അത് വ്യക്തിയുടെ വ്യക്തി ജീവിതത്തെയും, സാമൂഹ്യ ജീവിതത്തെയും, തൊഴിൽ ജീവിതത്തെയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്നു. ചെറിയ പ്രായത്തിലേ മാനസികരോഗം പിടിപെടുമ്പോൾ ജീവിക്കാൻ ആവശ്യമായ വൈദഗ്ധ്യങ്ങൾ ആർജ്ജിക്കാൻ കഴിയാതെ പോകുകയും, ആർജ്ജിച്ച കഴിവുകൾ പിന്നീട് രോഗം മൂലം അന്യംവന്നുപോകുകയും ചെയ്യുന്ന അവസ്ഥകൾ സംജാതമാകുന്നു.

ഇങ്ങനെയുള്ള വ്യക്തികളെ അവർക്ക് വൈകല്യങ്ങൾ ഇല്ലാതിരുന്നെങ്കിൽ സാധ്യമാകുമായിരുന്ന സാധാരണ ജീവിതത്തിലേക്ക് പരമാവധി കൊണ്ടുവരാൻ സഹായിക്കുന്ന ചിട്ടയായ പരിശീലനങ്ങളാണ് പുനരധിവാസം എന്നതുകൊണ്ട് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. എന്നാൽ ലഘു മാനസിക രോഗങ്ങൾ ഉള്ളവർക്കും, വ്യക്തിത്വ വൈകല്യങ്ങൾ ഉള്ളവർക്കും പുനരധിവാസം ആവശ്യമില്ല.

പുനരധിവാസത്തിന്റെ ഘടകങ്ങൾ

ഭൗതിക-അടിസ്ഥാന ആവശ്യങ്ങൾ: ഭക്ഷണം, വസ്ത്രം, പാർപ്പിടം

ശാരീരികം : ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾക്കുള്ള പരിഹാരം, ചികിത്സ

മാനസികം: മനോരോഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സ, മാനസിക ഉല്ലാസം, പിന്തുണ, സഹായം, പ്രചോദനം, ജീവിത നൈപുണ്യ പരിശീലനം.

സാമൂഹികം : ആശയവിനിമയം, സഹകരണം, കൂട്ടായ്മയിലൂന്നിയ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, വരുമാനം, വ്യക്തിബന്ധങ്ങൾ, കുടുംബ-സാമൂഹ്യ ജീവിതം മെച്ചപ്പെടുത്തൽ.

പുനരധിവാസ രീതികൾ പ്രധാനമായും നാല് വിധമുണ്ട്.

1) ആശുപത്രി കേന്ദ്രീകൃത പുനരധിവാസം

മാനസികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽനിന്നും ചികിത്സാനന്തരം രോഗികളെ സ്വീകരിക്കാൻ കുടുംബാംഗങ്ങൾ തയ്യാറാവാതിരിക്കുമ്പോൾ രോഗിയെ ആശുപത്രിയിൽതന്നെ പാർപ്പിക്കേണ്ടിവരുന്നു. ഇവർക്ക് മരുന്നുകളോടൊപ്പം തൊഴിൽ പരിശീലനം, ദിനചര്യകൾക്കുള്ള പരിശീലനം, സാമൂഹ്യപരമായി ഇടപഴകാനുള്ള നൈപുണ്യ പരിശീലനം മുതലായവ ചികിത്സയുടെ ഭാഗമായി ഇത്തരം കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നൽകുന്നു.

2) സ്ഥാപനവൽകൃത പുനരധിവാസം

രോഗികളായിരുന്ന വ്യക്തികളെ രോഗം മാറുന്നതോടുകൂടി മാറ്റിപ്പാർപ്പിക്കുന്ന പുനരധിവാസ കേന്ദ്രങ്ങളാണിവ. ഹ്രസ്വകാലത്തേക്ക് താമസസൗകര്യവും പരിശീലനവും നൽകുന്ന ഹാഫ്വേ ഹോമുകൾ, ദീർഘകാല പരിചരണ കേന്ദ്രങ്ങൾ, കുടുംബത്തിലേക്ക് പല കാരണങ്ങൾകൊണ്ട് മടങ്ങിപ്പോകാൻ കഴിയാത്ത, എന്നാൽ പകൽ സമയം പല ജോലികളും ചെയ്യുന്നവരായ രോഗമുക്തി നേടിയവർക്കുള്ള ഹോസ്റ്റലുകൾ എന്നിവ സ്ഥാപനവൽകൃത പുനരധിവാസത്തിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

3) സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസം

രോഗിക്ക് അവന്റെ ചുറ്റുപാടുമായും സാമൂഹ്യജീവിതവുമായും ചേർന്നു പോകാൻ അവസരം ഒരുക്കുന്ന സംവിധാനമാണിത്. സർക്കാർ, സർക്കാർ ഇതര സംഘടനകൾ, വ്യക്തികൾ തുടങ്ങിയവർ ഇത്തരം പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് മേൽനോട്ടം വഹിക്കുന്നു. രോഗികൾക്ക് കൂടുതൽ സ്വാതന്ത്ര്യവും ചുമതലകളും ദൈനംദിന പ്രവർത്തികളിൽ നൽകുന്ന തെറാപ്യൂട്ടിക് കമ്മ്യൂണിറ്റികളും പുനരധിവാസത്തിൽ വലിയ പങ്കാണ് വഹിക്കുന്നത്.

4) താമസ സൗകര്യമില്ലാത്ത പുനരധിവാസകേന്ദ്രങ്ങൾ

സമീപപ്രദേശക്കാരായ രോഗികൾക്ക് പകൽസമയം ക്രിയാത്മകമായി ചെലവിടാനുള്ള പകൽ പരിചരണ കേന്ദ്രങ്ങൾ ഈ വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നു. അതുപോലെ താമസസൗകര്യം നൽകാതെ എന്നാൽ ഓരോരുത്തരുടെ ശേഷിക്ക് അനുസരിച്ച് ചെറിയ തൊഴിലുകളിൽ വ്യാപൃതരാവാൻ അവസരം ഒരുക്കുന്ന സംരക്ഷിത തൊഴിൽ കേന്ദ്രങ്ങളും ഈ ഗണത്തിൽ പെടുന്നു. പുനരധിവാസത്തിൽ വ്യക്തികളുടെ സുരക്ഷ ഉറപ്പാക്കുക എന്നത് പരമപ്രധാനമാണ്.

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസം

ഓരോരുത്തരുടെയും കഴിവിനും ശേഷിക്കുമനുസരിച്ച് വിവിധ തൊഴിലുകളിലും പ്രവർത്തനങ്ങളിലും പരിശീലനം നൽകിക്കൊണ്ട് രോഗികളായിരുന്നവരെ അവരുടെ ദൈനംദിന ജീവിതത്തിലും തൊഴിൽ ശേഷിയിലും പ്രകടമായിട്ടുള്ള പോരായ്മകളെ പരിഹരിച്ച് സാധ്യമാകുന്നത്ര നന്നായി ജീവിക്കുവാനും ഉപജീവനമാർഗ്ഗം കണ്ടെത്തുവാനും സമൂഹത്തിന്റെ മുഖ്യധാരയിലേക്ക് ചേർക്കുവാനും സഹായിക്കുന്ന രീതിയെയാണ് തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസം എന്നു പറയുന്നത്. ആരംഭത്തിൽ ലളിതമായ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെടുവിച്ചുകൊണ്ട് ക്രമേണ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധയും അധ്വാനവും വേണ്ട കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യുന്നതിലേക്ക് പരിശീലനം നൽകുന്നു.

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസത്തിന്റെ ഗുണങ്ങൾ

- വിരസത നീങ്ങുകയും ആത്മവിശ്വാസവും ഉന്മേഷവും കൈവരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
- ജീവിതത്തിൽ സമയക്രമവും ചിട്ടയും കൈവരുന്നു.
- ഏൽപ്പിക്കപ്പെട്ട ഉത്തരവാദിത്വങ്ങൾ നിർവ്വഹിക്കുമ്പോൾ മറ്റുള്ളവർ അവരെ കൂടുതൽ അംഗീകരിക്കുന്നതായി അവർക്ക് മനസ്സിലാകുന്നു.
- ജോലികൾ ചെയ്യുമ്പോൾ ജീവിത്തിന് ഒരു അർത്ഥം ഉണ്ടെന്ന് തോന്നിത്തുടങ്ങുന്നു.

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസത്തിന്റെ അവശ്യ ഘടകങ്ങൾ

- ദിനചര്യ ചിട്ടപ്പെടുത്തൽ

- സമയക്രമം പാലിക്കാനുള്ള പരിശീലനം
- അത്യാവശ്യകാര്യങ്ങൾ സ്വയം ചെയ്യാനുള്ള പരിശീലനം
- മരുന്നുകൾ സ്വയം കഴിക്കാനുള്ള പരിശീലനം
- വ്യായാമത്തിനുള്ള സംവിധാനം
- കഴിവിനും അഭിരുചിക്കുമനുസൃതമായുള്ള തൊഴിൽ പരിശീലനം
- പണം കൈകാര്യം ചെയ്യാനുള്ള പരിശീലനം
- വിനോദങ്ങളിലും കളികളിലും ഏർപ്പെടാനുള്ള സംവിധാനം

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസത്തിൽ വ്യത്യസ്ത തൊഴിൽ പരിശീലനത്തിനായി പ്രത്യേകം രൂപരേഖകൾ ഉണ്ടെങ്കിലും ഒരു സാധാരണ മാതൃകയിൽ മുകളിൽ പറഞ്ഞ ഘടകങ്ങൾ നിർബന്ധമായും ഉണ്ടായിരിക്കണം. ദീർഘവീക്ഷണത്തോടുകൂടിയുള്ള ശാസ്ത്രീയ പരിശീലനം ലഭിച്ച റിഹാബിലിറ്റേഷൻ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റുകളുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസം പ്രായോഗികമാക്കുമ്പോൾ അത് രോഗികളെ സാധാരണ ജീവിതത്തിലേക്ക് കൊണ്ടുവരുന്ന കച്ചിത്തരുമ്പായി വർത്തിക്കുന്നു.

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസത്തിന്റെ മാതൃകകൾ

തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസം പ്രധാനമായും ലക്ഷ്യമിടുന്നത് നൈപുണ്യ പരിശീലനത്തിലൂടെ വ്യക്തികളുടെ ആത്മാഭിമാനം ഉയർത്തിക്കൊണ്ടു വരിക എന്നതാണ്. അതോടൊപ്പം സാമ്പത്തിക നേട്ടം എന്നത് ഭാവി ഭാസുരമാക്കാനും സഹായിക്കുന്നു. തൊഴിലധിഷ്ഠിത പുനരധിവാസത്തിലെ വ്യത്യസ്ത മാതൃകകൾ താഴെ പറയുന്നു. വ്യക്തികളുടെ പ്രായം, ആരോഗ്യസ്ഥിതി, അഭിരുചി എന്നിവയ്ക്ക് അനുസരിച്ച് വ്യത്യസ്ത രീതികൾ അവലംബിക്കുന്നതാണ്.

- കൗരകൗശല നിർമ്മാണ പരിശീലനം
- പേപ്പർ ബാഗ്/പേപ്പർ ഔഷധ കവർ നിർമ്മാണം
- അച്ചാർ/പപ്പട നിർമ്മാണ പരിശീലനം
- സോപ്പ്/അലക്കുപൊടി നിർമ്മാണ പരിശീലനം
- പച്ചക്കറി കൃഷി/അടുക്കളത്തോട്ടം നിർമ്മാണ പരിശീലനം

- വളർത്തുമൃഗ പരിപാലന പരിശീലനം
 - മത്സ്യകൃഷി
 - കൂടനിർമ്മാണ പരിശീലനം
- ഫയൽ നിർമ്മാണ പരിശീലനം

മാനസികരോഗികൾക്കും കുടുംബങ്ങൾക്കുമുള്ള ക്ഷേമാനുകൂല്യങ്ങൾ

മാനസികാരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്കായ് സർക്കാർ നിരവധി പദ്ധതികളാണ് ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പിലാക്കിവരുന്നത്. അതുകൊണ്ട് തന്നെ അത്തരം പദ്ധതികളെക്കുറിച്ചും അവ ലഭ്യമാക്കാൻ വേണ്ട മാനദണ്ഡങ്ങളെക്കുറിച്ചും പൊതുസമൂഹതം അറിഞ്ഞിരിക്കണം. കാരണം വിവിധതരം മാനസികരോഗങ്ങൾ കൊണ്ടും വൈകല്യങ്ങൾകൊണ്ടും പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒരു ജനവിഭാഗത്തെ ഒരു വലിയ അളവോളം സ്വന്തം കാലിൽ നിൽക്കാൻ പ്രാപ്തരാക്കുവാൻ ഇത്തരം പദ്ധതികൾക്ക് സാധിക്കും എന്നത് സുനിശ്ചിതമാണ്. PWD Act 1995 പ്രകാരം ബുദ്ധിവൈകല്യവും മനോരോഗങ്ങളും മറ്റ് ശാരീരിക രോഗങ്ങളുടെ കൂടെ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. 40 ശതമാനത്തിൽ കൂടുതൽ വൈകല്യമുള്ള വ്യക്തികൾക്ക് ഈ ആക്ട് പ്രകാരം ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്.

വൈകല്യം അനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തികൾക്ക് കേന്ദ്ര-സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ വിവിധ സ്ഥാപനങ്ങളിൽനിന്ന് നിയമാനുസൃതം അർഹമായ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്ന രേഖയായ വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ക്ഷേമാനുകൂല്യങ്ങളിൽ പ്രധാനപ്പെട്ട ഒന്നാണ്. ഇതിനായി താമസ സർട്ടിഫിക്കറ്റും, സമീപകാലത്തെ രണ്ട് പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോകളും, അപേക്ഷകൻ സ്വന്തം വൈകല്യത്തിന് ചികിത്സ സ്വീകരിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന സർക്കാർ ആശുപത്രിയിലെ ബന്ധപ്പെട്ട മെഡിക്കൽ അധികാരി മുമ്പാകെയും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

കുട്ടികൾക്കും കൗമാരക്കാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള മാനസികാരോഗ്യ ക്ഷേമ പദ്ധതികളും ആനുകൂല്യങ്ങളും

എ) ബുദ്ധിവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന പരീക്ഷാ ഇളവുകൾ

- ഒരു മണിക്കൂറിന് 10 മിനിറ്റ് അധിക സമയം
- സഹായിയെ ഉപയോഗിക്കുവാനുള്ള സൗകര്യം
- 25% ഗ്രെയ്സ് മാർക്ക്
- ഹിന്ദി ഒഴികെ ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം ഭാഷാ വിഷയങ്ങൾ ഒഴിവാക്കപ്പെടാം
- പാചക കല, ചിത്രകല, പുന്തോട്ടനിർമ്മാണം, കമ്പ്യൂട്ടർ പഠനം എന്നിവ ഒഴിവാക്കപ്പെട്ട വിഷയങ്ങൾക്ക് പകരം സ്വീകരിക്കാം.

ബി) പഠനവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന പരീക്ഷാ ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- പരീക്ഷാ എഴുതാൻ സഹായിയെ ലഭ്യമാക്കാം
- പരീക്ഷക്ക് കൂടുതൽ സമയം അനുവദിക്കപ്പെടുന്നു.

ഇതിനായി വിദ്യാഭ്യാസ ഡയറക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ബോർഡ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സഹിതം അപേക്ഷാ ഫോറം മാതാവിന്റെ/പിതാവിന്റെയും വിദ്യാർത്ഥിയുടെയും കയ്യൊപ്പ് സഹിതം പൊതു വിദ്യാഭ്യാസ ഡയറക്ടർക്ക് അയക്കേണ്ടതുണ്ട്.

സി) സ്കോളർഷിപ്പ്

മാനസിക വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ 1 മുതൽ 4-ാം ക്ലാസ് വരെ പ്രതിമാസം 100 രൂപയും 5-ാം ക്ലാസ് മുതൽ 10-ാം ക്ലാസ് വരെ പ്രതിമാസം 125 രൂപയും 11,12 ക്ലാസുകളിൽ പ്രതിമാസം 150 രൂപയും സ്കോളർഷിപ്പ് ലഭിക്കുന്നതാണ്. ഇതിനായി മാതാപിതാക്കളുടെ വാർഷിക വരുമാനം 24000 രൂപയിൽ കവിയരുത്. അതുപോലെ ജില്ലാ വികലാംഗ ക്ഷേമ ഓഫീസിൽനിന്നുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നവരും ഇതിന് അപേക്ഷിക്കാൻ അർഹരല്ല.

ഡി) താലോലം പദ്ധതി

താലോലം പദ്ധതിയിലൂടെ ലക്ഷ്യമിടുന്നത് രണ്ട് ലക്ഷം രൂപയ്ക്ക് താഴെ പ്രതിവർഷ വരുമാനമുള്ള കുടുംബങ്ങളിലെ 18 വയസ്സിന് താഴെ പ്രായമുള്ള കുട്ടികൾക്കുണ്ടാകുന്ന ഓട്ടിസം, സെറിബ്രൽ പാൾസി, ന്യൂറോ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ, ഹൃദയ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ, അസ്ഥി വൈകല്യങ്ങൾ, കിഡ്നി സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ. എൻഡോസൾഫാൻ ബാധിതരുടെ രോഗങ്ങൾ, ഡയാലിസിസ്, ശസ്ത്രക്രിയ അടക്കമുള്ള ചികിത്സ തുടങ്ങിയവയ്ക്ക് വേണ്ടി ധനസഹായം നൽകുക എന്നതാണ്. ഇതിനായി ഈ സേവനം ലഭ്യമായ ആശുപത്രികളിലെ സുരക്ഷാമിഷന്റെ കൗൺസിലറുമായി ബന്ധപ്പെട്ടാൽ മതിയാകും.

ഇ) കൗമാരക്കാരായ കുട്ടികൾക്കുള്ള സ്കൂൾ കൗൺസിലിംഗ് പ്രോഗ്രാം

ആരോഗ്യ വകുപ്പ്, എൻ.ആർ.എച്ച്.എം. എന്നീ ഏജൻസികളുടെ സഹകരണത്തോടെ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട സ്കൂളുകളിൽ കൗമാരക്കാരായ പെൺകുട്ടികൾക്ക് ആരോഗ്യ പരിശോധന, ആരോഗ്യ പോഷണ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകുക, മനശാസ്ത്ര കൗൺസിലിംഗ് നൽകുക തുടങ്ങിയ സേവനങ്ങൾ നൽകിവരുന്നു.

എഫ്) ചൈൽഡ് ലൈൻ സർവ്വീസ്

ഇതൊരു കേന്ദ്ര സർക്കാർ ആവിഷ്കൃത പദ്ധതിയാണ്. ഇതിൽ വിഷമഘട്ടത്തിൽ പെട്ടവരോ, ചൂഷണങ്ങൾക്ക് ഇരയാകുന്നവരോ ആയ കുട്ടികൾക്ക് പുനരധിവാസ പദ്ധതികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്ത് നടപ്പാക്കി വരുന്നു. ചൈൽഡ് ലൈൻ സർവ്വീസിന് 1098 എന്ന ടോൾഫ്രീ നമ്പരിലേക്ക് 24 മണിക്കൂറും വിളിക്കാവുന്ന ഒരു ഹെൽപ്പ് ഡസ്ക് പ്രവർത്തിക്കുന്നു. മുംബൈ ആസ്ഥാനമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന ചൈൽഡ് ലൈൻ സർവ്വീസിന് കേരളത്തിൽ തിരുവനന്തപുരം, എറണാകുളം, തൃശൂർ, പാലക്കാട്, മലപ്പുറം, കോഴിക്കോട്, വയനാട്, കണ്ണൂർ, കാസർഗോഡ് എന്നീ 9 ജില്ലകളിൽ സർവ്വീസുകളുണ്ട്.

ജി) ഹോം ഫോർ മെന്റലി ഡെഫിഷ്യന്റ് ചിൽഡ്രൻ

4 വയസ്സിനും 16 വയസ്സിനും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ള ബുദ്ധിവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്ക് സംരക്ഷണം നൽകുന്ന കോഴിക്കോട് പ്രവർത്തി

ക്കുന്ന സ്ഥാപനമാണിത്. കൂട്ടി മുമ്പ് താമസിച്ചിരുന്ന സ്ഥാപനമേ ധാവിയുടെ ശുപാർശക്കത്തോ, ആഫ്റ്റർ കെയർ ഓഫീസറുടെ ശുപാർശക്കത്തോ ഉൾപ്പെട്ട അപേക്ഷ ഇവിടെ പ്രവേശനത്തിന് ആവശ്യമാണ്. ഇവിടെ കൂട്ടികൾക്ക് പാർപ്പിട സൗകര്യങ്ങളും ചികിത്സയും നൽകിവരുന്നു.

മുതിർന്നവരുടെയും വയോജനങ്ങളുടെയും മാനസികാരോഗ്യ പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള പദ്ധതികൾ

എ) സംസ്ഥാന വികലാംഗ പെൻഷൻ

വാർഷിക വരുമാനം 25000 രൂപയിൽ കുറവുള്ള അംഗവൈകല്യമുള്ള കേരളത്തിൽ സ്ഥിരതാമസിക്കാറായ വ്യക്തികളാണ് ഇതിന് അർഹരാകുക. വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, താമസരേഖ, പാസ്പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ എന്നിവയാണ് ഇതിന്റെ അപേക്ഷയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടത്. 40% മുതൽ 80% വരെ വൈകല്യമുള്ളവർക്ക് പ്രതിമാസം 700 രൂപയും 80% ത്തിനു മുകളിൽ വൈകല്യമുള്ളവർക്ക് പ്രതിമാസം 1100 രൂപ വീതവും ലഭിക്കുന്നു.

ബി) യാത്രാ ആനുകൂല്യം

റെയിൽവേ: മാനസികവൈകല്യമുള്ളവർക്കും കൂടെ അനുഗമിക്കുന്നവർക്കും നിലവിലെ യാത്രാകൂലിയിൽ 50-70 ശതമാനംവരെ ഇളവ് ലഭിക്കുന്നതാണ്. റെയിൽവെ കൺസഷൻ ഫോറവും വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റുമാണ് ആവശ്യമായ രേഖകൾ.

കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി.: 50 ശതമാനം വൈകല്യമുള്ളവർക്ക് ബസിൽ 40 കി.മീ.വരെ നിലവിലുള്ള യാത്രാ നിരക്കിൽ 50 ശതമാനം ഇളവ് ലഭിക്കുന്നതാണ്. ഇതിനുവേണ്ടി വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, നിശ്ചിത അപേക്ഷാഫോറം ഫോട്ടോ പതിച്ച് അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്ത ശേഷം ജില്ലാ ട്രാൻസ്പോർട്ട് ഓഫീസർക്ക് അപേക്ഷിക്കണം. അപേക്ഷകന്റെ വാർഷിക വരുമാനം 15000 രൂപയിൽ കവിയാൻ പാടില്ല.

വിമാനയാത്ര: സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിലുള്ളതും, ചില സ്വകാര്യ വിമാനക്കമ്പനികളും വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളവർക്ക് 25 മുതൽ 50% വരെ നിലവിലുള്ള യാത്രാനിരക്കിൽ ഇളവ് അനുവദിക്കുന്നുണ്ട്.

സി) റേഷൻ കാർഡ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ

40 ശതമാനത്തിൽ കുറയാത്ത മാനസിക വൈകല്യമുള്ള ഒരു വ്യക്തി ഒരു കുടുംബത്തിൽ ഉണ്ടായിരിക്കുകയും , ആ കുടുംബത്തിന്റെ റേഷൻ കാർഡ് എപിൻ വിഭാഗത്തിലായിരിക്കുകയും ചെയ്യുമ്പോൾ എപിഎല്ലിൽനിന്നും ബിപിഎല്ലിലേക്ക് റേഷൻ കാർഡ് മാറ്റാൻ കഴിയും. ഇതിനായി റേഷൻകാർഡ് പുതുക്കുവാനുള്ള അപേക്ഷ നൽകുമ്പോൾ ഈ കാര്യം ബന്ധപ്പെട്ട കോളത്തിൽ നൽകണം. മറ്റ് അപേക്ഷ ഇതിനായി ആവശ്യമില്ലെങ്കിലും വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഹാജരാക്കേണ്ടതുണ്ട്.

ഡി) ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി

80 ശതമാനത്തിലേറെ ശാരീരിക/മാനസിക വൈകല്യവുമായി വീട്ടിൽ കഴിയുന്ന രോഗികളുടെ പരിപാലകർക്ക് മാസംതോറും 525 രൂപ സഹായധനം നൽകുന്ന പദ്ധതിയാണിത്. വികലാംഗ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, രോഗിയുടെയും ശുശ്രൂഷകന്റെയും പേരുകൾ ചേർത്ത റേഷൻ കാർഡ് എന്നിവയാണ് സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ. ദാരിദ്ര്യരേഖക്ക് താഴെയുള്ള കുടുംബങ്ങളായിരിക്കണം അപേക്ഷിക്കേണ്ടത് എന്ന നിബന്ധനയുണ്ട്.

ഇ) വയോമിത്രം പദ്ധതി

65 വയസ്സിനു മുകളിൽ പ്രായമുള്ള വ്യക്തികളുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ പദ്ധതിയാണിത്. നഗരപ്രദേശങ്ങളിൽ സഞ്ചരിക്കുന്ന ക്ലിനിക്, സൗജന്യ വൈദ്യസഹായവും മരുന്നുവിതരണവും, കിടപ്പുരോഗികളുള്ള വീടുകളിൽ പോയിക്കൊണ്ടുള്ള പാലിയേറ്റീവ് ഹോം കെയർ, ആശുപത്രികളിൽ വയോജനങ്ങളെ എത്തിക്കുന്നതിനും തിരികെ വീട്ടിലേക്കും സൗജന്യ ആംബുലൻസ് സേവനം എന്നിവ ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ലഭ്യമാക്കുന്നു. ഇതിനായി അതാത് പ്രദേശത്തെ വാർഡ് കൗൺസിലർമാർ/വയോമിത്രം കോ-ഓർഡിനേറ്റർ എന്നിവരുമായി ബന്ധപ്പെട്ടാൽ മതിയാവും.

എഫ്) വൃദ്ധജനങ്ങളുടെ ശാരീരിക-മാനസികാരോഗ്യപദ്ധതി

വയോജനങ്ങൾക്കുവേണ്ടി കൗൺസിലിംഗ്/ഹെൽപ്പ്ലൈൻ എന്നിവ ഏർപ്പെടുത്തുന്ന സന്നദ്ധസംഘടനകൾക്കും, അംഗീകൃത ചാരിറ്റബിൾ/സർക്കാർ ആശുപത്രികൾക്കും പ്രതിവർഷം 572000 രൂപ

ധനസഹായം സംസ്ഥാന സർക്കാർ നൽകുന്നു. കൂടാതെ പ്രായമായവരുടെ ശാരീരിക-മാനസിക ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനായി ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ, ആശുപത്രികൾ, നഴ്സിംഗ് ഹോമുകൾ, സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ എന്നിവയ്ക്ക് ഒരു ക്യാമ്പിന്റെ നടത്തിപ്പിനായി 9500 രൂപ ധനസഹായം നൽകുന്നു.

ജി) പ്രതീക്ഷാഭവൻ

മലപ്പുറം ജില്ലയിലെ തവന്നൂരിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന പ്രതീക്ഷാഭവൻ ബുദ്ധിമാന്ദ്യമുള്ള പ്രായപൂർത്തിയായ പുരുഷന്മാർക്കുള്ള സ്ഥാപനമാണ്. അന്തേവാസികൾക്ക് വസ്ത്രവും, ഭക്ഷണവും, കിടക്കയും, ആരോഗ്യപരിപാലനവും ഇവിടെ നൽകിവരുന്നു. മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ ശുപാർശക്കത്ത് അടക്കമുള്ള അപേക്ഷകൾ സ്ഥാപനമേധാവിക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. പ്രതീക്ഷാഭവൻ, തവന്നൂർ, മലപ്പുറം, ഫോൺ 0494-2103507 എന്ന നമ്പറിൽ ബന്ധപ്പെടുക.

എച്ച്) പ്രത്യാശാ ഭവൻ

തൃശൂർ ജില്ലയിലെ രാമവർമപുരത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന ബുദ്ധിമാന്ദ്യമുള്ള പ്രായപൂർത്തിയായ സ്ത്രീകൾക്കുവേണ്ടിയുള്ള സ്ഥാപനമാണിത്. ലഭ്യമാകുന്ന സേവനങ്ങളും പ്രവേശനരീതിയും പ്രതീക്ഷാഭവൻ പോലെ തന്നെയാണ്. പ്രത്യാശാഭവൻ, രാമവർമപുരം, തൃശൂർ, ഫോൺ 0487-2325863.

മനോരോഗികൾക്ക് കേരളത്തിൽ ലഭ്യമായ മറ്റ് ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- വിവാഹധനസഹായം - ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്ക് താഴെ വരുന്ന ഭിന്നശേഷിയുള്ള സ്ത്രീകൾക്കും, ഭിന്നശേഷിയുള്ള വ്യക്തികളുടെ പെൺമക്കൾക്കും വിവാഹശേഷം 10000 രൂപ ഒറ്റത്തവണ ധനസഹായമായി ലഭിക്കുന്ന പദ്ധതിയാണിത്.
- 50 വയസ് കഴിഞ്ഞ അവിവാഹിതർക്കുള്ള പെൻഷൻ
- വൈകല്യമുള്ള സ്ത്രീകൾക്ക് കുട്ടികളുടെ പരിപാലനത്തിന് ലഭിക്കുന്ന പ്രത്യേക അലവൻസ്
- വൈകല്യമുള്ള ഉദ്യോഗസ്ഥരായ വ്യക്തികൾക്ക് ആദായനികുതിയിൽ ഇളവ്

- വികലാംഗനായ/വികലാംഗയായ ആശ്രിതർക്ക് പെൻഷൻ ട്രാൻസഫർ ചെയ്യാനുള്ള വ്യവസ്ഥ
- മനോവൈകല്യമുള്ളവർക്ക് ലോണുകൾ എളുപ്പം കിട്ടുന്നതിനുള്ള സൗകര്യം
- മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസ നിധിയിൽനിന്നുള്ള സഹായം
- കാരൂണ്യ ഡെപ്പോസിറ്റ് പദ്ധതി
- വൈകല്യനിർണ്ണയ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നൽകുന്ന പദ്ധതി
- സ്വയംതൊഴിൽ പദ്ധതി
- അംഗവൈകല്യമുള്ളവർക്കുള്ള പ്രൊഫിഷ്യൻസി അവാർഡ്
- പൂർണ്ണ അംഗവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്കുള്ള സ്ഥിരനികേഷപദ്ധതി
- നാഷണൽ ട്രസ്റ്റ് ആക്ട് 1999: 18 വയസ് പൂർത്തിയായ ഓട്ടിസം, സെറിബ്രൽ പൾസി, മനോവൈകല്യം, മൾട്ടിപ്പിൾ ഡിസബിലിറ്റി എന്നിവ ബാധിച്ച വ്യക്തികൾ പൊതുവെ തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാൻ പ്രാപ്തരല്ല. ഈ നിയമപ്രകാരം പ്രസ്തുത വ്യക്തിയുടെ മാതാപിതാക്കളുടെ മരണശേഷം അവരുടെ ക്ഷേമപരിപാലനത്തിന് ഒരു രക്ഷിതാവിനെ നിയമിക്കാവുന്നതാണ്.

വൈകല്യബാധിത സമൂഹം പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെടാതിരിക്കുക എന്നതാണ് മേൽപ്പറഞ്ഞ ക്ഷേമാനുകൂല്യങ്ങൾ വിഭാവനം ചെയ്യുന്നത്. അനവധി പദ്ധതികൾ ലഭ്യമാണെങ്കിലും പൊതുസമൂഹത്തിന്റെ അജ്ഞതയും നടപ്പാക്കുന്നതിലെ വീഴ്ചകളും യഥാവിധി പരിഹരിച്ചുകൊണ്ട് നാം മുന്നോട്ടു പോകുകയാണെങ്കിൽ വൈകല്യബാധിതരോടുള്ള സമൂഹത്തിന്റെ മനോഭാവംതന്നെ മാറുന്നതായി കാണുവാൻ കഴിയും. സർക്കാരിന്റെയും സർക്കാരിതര സംഘടനകളുടെയും കൂട്ടായ പരിശ്രമം ഈ ലക്ഷ്യപ്രാപ്തി സുഗമമാക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു.