

भारतीय संस्कृति में मानसिक रोग से जुड़ा कलंक और सामाजिक अलगाव

बबीता कुमारी

शोध छात्रा, स्नातकोत्तर मनोविज्ञान विभाग, तिलका मांझी भागलपुर विश्वविद्यालय, भागलपुर

सारांश

यह शोध पत्र भारतीय सांस्कृतिक संदर्भ में मानसिक रोग से जुड़े कलंक (स्टिग्मा) और सामाजिक अलगाव की जटिल परिघटना का व्यापक एवं गहन विश्लेषण प्रस्तुत करता है। भारत जैसे सांस्कृतिक विविधता से परिपूर्ण देश में, जहाँ धर्म, जाति, परंपरा और आधुनिकता का अद्भुत संगम है, वहाँ मानसिक स्वास्थ्य के प्रति समाज का दृष्टिकोण अत्यंत जटिल और बहुआयामी है। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2015-16) के अनुसार, भारत में लगभग 15 करोड़ लोग किसी न किसी मानसिक विकार से पीड़ित हैं, परंतु उनमें से 80 प्रतिशत से अधिक को उचित उपचार नहीं मिल पाता। इस विशाल उपचार अंतराल (ट्रीटमेंट गैप) के मूल में कलंक और सामाजिक अलगाव की भूमिका केंद्रीय है। इस शोध में द्वितीयक आंकड़ों, पूर्व-प्रकाशित अध्ययनों तथा सांस्कृतिक-समाजशास्त्रीय सिद्धांतों के आलोक में यह विश्लेषण किया गया है कि किस प्रकार भारतीय समाज में मानसिक रोग को लेकर व्याप्त भ्रांतियाँ, पारंपरिक मान्यताएं और सामाजिक संरचनाएं रोगियों को बहुआयामी अलगाव की ओर धकेलती हैं। शोध के निष्कर्ष यह संकेत देते हैं कि कलंक निवारण के लिए समग्र एवं सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील नीतिगत हस्तक्षेप आवश्यक है।

मुख्य शब्द: मानसिक रोग कलंक, सामाजिक अलगाव, भारतीय संस्कृति, उपचार अंतराल, मानसिक स्वास्थ्य नीति, सामुदायिक मनोविज्ञान, सांस्कृतिक कलंक, भारतीय समाज

१. प्रस्तावना

भारत एक ऐसा देश है जहाँ विश्व की दूसरी सबसे बड़ी जनसंख्या निवास करती है। इस विशाल जनसंख्या में मानसिक स्वास्थ्य की समस्याएं अत्यंत व्यापक हैं, परंतु उनके समाधान की दिशा में सांस्कृतिक एवं सामाजिक बाधाएं अभी भी विद्यमान हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन के आंकड़ों के अनुसार भारत में प्रत्येक सात में से एक व्यक्ति किसी न किसी मानसिक विकार से पीड़ित है, फिर भी मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित कलंक इन व्यक्तियों के जीवन को और अधिक कठिन बना देता है।

मनोविज्ञान के क्षेत्र में 'कलंक' (स्टिग्मा) शब्द का प्रयोग उन नकारात्मक सामाजिक अभिवृत्तियों, रूढ़िवादी धारणाओं और भेदभावपूर्ण व्यवहारों को व्यक्त करने के लिए किया जाता है जो मानसिक रोगियों के प्रति समाज में व्याप्त हैं। एरविंग गॉफमैन ने अपनी महत्वपूर्ण कृति 'Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity' में (संदर्भ: ३) कलंक को 'बिगड़ी हुई सामाजिक पहचान' के रूप में परिभाषित किया। भारतीय सांस्कृतिक संदर्भ में यह कलंक और भी गहरा होता है क्योंकि यहाँ धर्म, जाति और परिवार की प्रतिष्ठा की अवधारणाएं इसे और अधिक जटिल बना देती हैं।

भारत में मानसिक रोग को अक्सर पिछले जन्म के पाप, बुरी नजर, भूत-प्रेत, तंत्र-मंत्र अथवा ईश्वर के क्रोध का परिणाम माना जाता है। ये सांस्कृतिक व्याख्याएं न केवल मानसिक रोगी को उचित चिकित्सा उपचार से वंचित रखती हैं, अपितु उन्हें समाज, परिवार और स्वयं अपनी दृष्टि में भी हीन और कलंकित बनाती हैं।

इस शोध पत्र का उद्देश्य इस बहुआयामी समस्या का सामाजिक-सांस्कृतिक, ऐतिहासिक और नीतिगत दृष्टि से विश्लेषण करना है।

१.१ शोध की प्रासंगिकता

वर्तमान समय में भारत के सकल घरेलू उत्पाद का मात्र 0.05 प्रतिशत मानसिक स्वास्थ्य पर व्यय किया जाता है, जबकि विकसित देशों में यह 4-5 प्रतिशत है। यह आंकड़ा यह बताता है कि मानसिक रोग को हमारी सरकारी नीतियों में अभी भी वह स्थान नहीं मिला है जिसका वह अधिकारी है। इस उपेक्षा के मूल में सामाजिक कलंक की केंद्रीय भूमिका है।

यह शोध पत्र इस दृष्टि से महत्वपूर्ण है क्योंकि: प्रथम, यह भारतीय भाषा (हिंदी) में मानसिक रोग कलंक पर व्यापक शैक्षणिक साहित्य उपलब्ध कराता है; द्वितीय, यह नीति-निर्माताओं, सामाजिक कार्यकर्ताओं और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए एक संदर्भ ग्रंथ के रूप में उपयोगी है; तृतीय, यह भारतीय समाज में कलंक की जड़ों को सांस्कृतिक-ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य में समझने में सहायता करता है।

१.२ शोध उद्देश्य

इस शोध के प्रमुख उद्देश्य निम्नलिखित हैं: (क) भारतीय सांस्कृतिक संदर्भ में मानसिक रोग कलंक की प्रकृति, प्रकार और प्रसार का विश्लेषण करना; (ख) सामाजिक अलगाव के विभिन्न आयामों तथा उनके मानसिक रोगियों पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करना; (ग) ऐतिहासिक एवं सांस्कृतिक कारकों की पहचान करना जो इस कलंक को पुनरुत्पादित करते हैं; (घ) कलंक निवारण के लिए किए जा रहे प्रयासों का मूल्यांकन करना; (ङ) भविष्य के लिए समग्र नीतिगत सुझाव प्रस्तुत करना।

२. शोध पद्धति

यह शोध पत्र समीक्षात्मक-विश्लेषणात्मक पद्धति (Systematic Analytical Review) पर आधारित है। इसमें प्राथमिक रूप से द्वितीयक आंकड़ों का उपयोग किया गया है जिनमें प्रमाणित शोध पत्र-पत्रिकाएं, राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय सर्वेक्षण रिपोर्टें, सरकारी नीति दस्तावेज और सांख्यिकीय आंकड़े सम्मिलित हैं।

तालिका 1: शोध पद्धति का संक्षिप्त विवरण

शोध पहलू	विवरण	टिप्पणी
शोध प्रकार	समीक्षात्मक विश्लेषणात्मक (Systematic Analytical Review)	द्वितीयक आंकड़ों पर आधारित
आंकड़ा स्रोत	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, WHO रिपोर्ट, पीअर-समीक्षित शोध पत्र	2000-2023 की अवधि
विश्लेषण पद्धति	गुणात्मक एवं मात्रात्मक सामग्री विश्लेषण	मिश्रित पद्धति दृष्टिकोण
भौगोलिक कवरेज	भारत के 22 राज्य एवं 4 केंद्र शासित प्रदेश	सभी क्षेत्रीय विविधताएं
समय-सीमा	2001-2023 (22 वर्षीय अनुदैर्घ्य दृष्टि)	ऐतिहासिक एवं समकालीन

स्रोत: शोधकर्ता द्वारा संकलित

शोध में PubMed, Google Scholar, JSTOR, PsycINFO तथा WHO के डेटाबेस से 2000 से 2023 के बीच प्रकाशित सामग्री का अध्ययन किया गया। साथ ही, भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, NIMHANS (राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिका विज्ञान संस्थान) और राज्य स्वास्थ्य विभागों की रिपोर्टों का भी उपयोग किया गया।

मात्रात्मक आंकड़ों के विश्लेषण के लिए वर्णनात्मक सांख्यिकी (Descriptive Statistics) का प्रयोग किया गया, जबकि गुणात्मक विश्लेषण के लिए विषय-आधारित सामग्री विश्लेषण (Thematic Content Analysis) की पद्धति अपनाई गई। ऐतिहासिक एवं सांस्कृतिक पहलुओं की व्याख्या के लिए व्याख्यात्मक सामाजिक विज्ञान (Interpretive Social Science) दृष्टिकोण का उपयोग किया गया है।

३. भारतीय सांस्कृतिक संदर्भ में मानसिक रोग: ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य

मानसिक स्वास्थ्य और रोग की अवधारणाएं भारतीय सभ्यता में अत्यंत प्राचीन काल से उपस्थित हैं। वेदों, उपनिषदों, चरक संहिता और सुश्रुत संहिता में मानसिक विकारों का उल्लेख मिलता है। चरक संहिता में 'उन्माद' (मनोविकृति), 'अपस्मार' (मिर्गी) और 'अत्ताव' (अवसाद) जैसे मानसिक रोगों का विस्तृत विवरण है।

आयुर्वेद में मानसिक रोगों को तीन दोषों—वात, पित्त और कफ—के असंतुलन से जोड़ा गया है। इस चिकित्सकीय दृष्टिकोण में मानसिक रोगों के उपचार को शारीरिक रोगों के समकक्ष माना गया था। परंतु कालांतर में, विशेषकर मध्यकाल में, मानसिक रोगों की व्याख्या तेजी से धार्मिक और अलौकिक दिशा में मुड़ गई।

मध्यकाल में भूत-प्रेत, जादू-टोना और ईश्वरीय दंड की व्याख्याएं प्रभावी हो गईं। औपनिवेशिक काल में अंग्रेजों ने मानसिक रोगियों के लिए 'पागलखाने' (Lunatic Asylums) की स्थापना की, जिन्होंने एक प्रकार का संस्थागत अलगाव प्रारंभ किया। स्वतंत्रता के पश्चात भी इस मानसिकता में मूलभूत परिवर्तन बहुत धीमी गति से हुआ है।

३.१ भारत में मानसिक स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति

वर्तमान भारत में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति अत्यंत चिंताजनक है। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2015-16 के अनुसार, भारत में 10.6 प्रतिशत वयस्क आबादी किसी न किसी मानसिक विकार से पीड़ित है। इनमें से सामान्य मानसिक विकार (Common Mental Disorders) की दर 7.5 प्रतिशत, गंभीर मानसिक विकार की दर 1.9 प्रतिशत और मादक पदार्थ उपयोग विकार की दर 4.1 प्रतिशत है।

तालिका 2: राज्य-वार मानसिक रोग कलंक सूचकांक, उपचार प्राप्ति एवं जागरूकता स्तर

राज्य/केंद्र शासित प्रदेश	कलंक सूचकांक (%)	उपचार प्राप्ति (%)	जागरूकता स्तर (%)
उत्तर प्रदेश	82	18	24
बिहार	80	20	22
राजस्थान	78	22	26
मध्य प्रदेश	76	24	28
महाराष्ट्र	58	42	48

केरल	42	58	65
कर्नाटक	48	52	59
तमिलनाडु	50	50	56
दिल्ली	45	55	62
राष्ट्रीय औसत	63	37	44

स्रोत: NIMHANS राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2015-16) एवं राज्य स्वास्थ्य रिपोर्टें

तालिका 2 से स्पष्ट है कि उत्तर भारतीय राज्यों में कलंक सूचकांक सबसे अधिक है। उत्तर प्रदेश (82%), बिहार (80%) और राजस्थान (78%) में कलंक का स्तर सर्वाधिक है, जबकि केरल (42%), कर्नाटक (48%) और दिल्ली (45%) में यह अपेक्षाकृत कम है। यह अंतर साक्षरता दर, शहरीकरण के स्तर और स्वास्थ्य अवसंरचना से सीधे संबंधित है।

४. मानसिक रोग कलंक के प्रकार एवं आयाम

मानसिक रोग से जुड़े कलंक को मोटे तौर पर तीन परस्पर संबंधित श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है: सामाजिक कलंक (Public Stigma), आत्म-कलंक (Self-Stigma) और संरचनात्मक कलंक (Structural Stigma)। लिंग एवं फेलन ने (संदर्भ: ६) कलंक की अवधारणा को पाँच परस्पर संबंधित घटकों में विभाजित किया: रूढ़िवादिता (Stereotyping), नामकरण (Labeling), पृथक्करण (Separation), स्थिति हानि (Status Loss) और भेदभाव (Discrimination)।

४.१ सामाजिक कलंक

भारतीय समाज में मानसिक रोगियों के प्रति अनेक प्रकार की रूढ़िवादी धारणाएं प्रचलित हैं। उन्हें 'पागल', 'बावला', 'सिरफिरा', 'दिमागी कमजोर' जैसे अपमानजनक नामों से संबोधित किया जाता है। ये नाम न केवल रोगी की सामाजिक पहचान को नकारात्मक रूप से परिभाषित करते हैं, बल्कि उन्हें समाज की मुख्यधारा से अलग भी करते हैं।

सामाजिक कलंक की अभिव्यक्ति विविध रूपों में होती है: विवाह में बाधा (मानसिक रोगी या उनके परिवार के सदस्यों के विवाह में कठिनाई), रोजगार में भेदभाव (नियोक्ताओं द्वारा मानसिक रोगियों को रोजगार देने से इनकार), सामाजिक समारोहों से बहिष्कार (विवाह, धार्मिक आयोजनों में अनाहूत करना) और पड़ोसियों का दुर्व्यवहार।

४.२ आत्म-कलंक

आत्म-कलंक तब उत्पन्न होता है जब मानसिक रोगी स्वयं समाज की नकारात्मक धारणाओं को आत्मसात कर लेते हैं। भारतीय संस्कृति में 'लाज' और 'शर्म' की भावनाएं अत्यंत प्रबल हैं, जिसके कारण मानसिक रोगी अपनी समस्या को छुपाते हैं, उपचार से मना करते हैं और सामाजिक जीवन से स्वयं को अलग कर लेते हैं।

कॉरिगन के अनुसार (संदर्भ: १), आत्म-कलंक के कारण मानसिक रोगियों में 'व्हाई ट्राई इफेक्ट' (Why Try Effect) उत्पन्न होता है, अर्थात् वे यह सोचने लगते हैं कि उपचार और पुनर्वास के प्रयास निरर्थक हैं। भारतीय

संदर्भ में यह प्रभाव और भी गहरा होता है क्योंकि यहाँ व्यक्ति की स्वयं की पहचान उसके परिवार और समाज की पहचान से अलग नहीं होती।

४.३ संरचनात्मक कलंक

संरचनात्मक कलंक वे संस्थागत नीतियां और प्रथाएं हैं जो जानबूझकर या अनजाने में मानसिक रोगियों के विरुद्ध भेदभाव करती हैं। भारत में यह अनेक रूपों में प्रकट होता है: बीमा कंपनियों द्वारा मानसिक रोगों के लिए कम या कोई कवरेज नहीं देना (यद्यपि 2017 के अधिनियम के बाद इसमें सुधार हुआ है), सरकारी नीतियों में मानसिक स्वास्थ्य को कम प्राथमिकता, न्यायिक व्यवस्था में मानसिक रोगियों के अधिकारों की उपेक्षा और चिकित्सा पाठ्यक्रम में मानसिक स्वास्थ्य को अपर्याप्त स्थान।

५. सामाजिक अलगाव: आयाम एवं परिणाम

मानसिक रोग से जुड़े कलंक का सबसे विनाशकारी परिणाम सामाजिक अलगाव है। गॉफमैन ने अपने सिद्धांत में (संदर्भ: ३) बताया कि कलंकित व्यक्ति को 'विकृत सामाजिक पहचान' के कारण समाज के 'सामान्य' लोगों से अलग कर दिया जाता है। भारत में यह अलगाव अनेक स्तरों पर होता है।

५.१ पारिवारिक एवं वैवाहिक अलगाव

भारत में परिवार की संस्था सर्वाधिक महत्वपूर्ण सामाजिक इकाई है। मानसिक रोग की स्थिति में यही परिवार कभी-कभी कलंक का सबसे प्रथम और गहरा स्रोत बन जाता है। कोस्कोर्क एवं अन्य के अध्ययन में (संदर्भ: ५) पाया गया कि भारत में सिज़ोफ्रेनिया के रोगियों में से 60 प्रतिशत ने अपने परिवार के सदस्यों द्वारा किसी न किसी रूप में भेदभाव का अनुभव किया था।

विवाह के संदर्भ में मानसिक रोग का कलंक अत्यंत व्यापक है। न केवल रोगी के विवाह की संभावनाएं कम हो जाती हैं, बल्कि उनके भाई-बहनों और बच्चों के विवाह पर भी नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। इस कारण परिवार अक्सर मानसिक रोग को छुपाने की कोशिश करते हैं, जो रोगी को उचित उपचार से वंचित करता है।

५.२ व्यावसायिक एवं शैक्षणिक अलगाव

कार्यस्थल पर मानसिक रोगियों के साथ भेदभाव भारत में एक सामान्य परिघटना है। यद्यपि मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम 2017 में कार्यस्थल पर भेदभाव को अवैध माना गया है, तथापि व्यवहार में यह भेदभाव जारी है। नियोक्ता मानसिक रोग के इतिहास वाले व्यक्तियों को नियुक्त करने से बचते हैं, और यदि किसी कर्मचारी को मानसिक रोग होता है तो उन्हें पदोन्नति से वंचित रखा जाता है।

शैक्षणिक क्षेत्र में भी मानसिक रोगियों के बच्चों को अक्सर अन्य बच्चों के माता-पिता और शिक्षकों द्वारा हेय दृष्टि से देखा जाता है। इससे बच्चों के शैक्षणिक विकास और सामाजिक जीवन पर गंभीर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

तालिका 3: मानसिक रोगियों के परिवार पर सामाजिक अलगाव का प्रभाव

प्रभाव का क्षेत्र	प्रत्यक्ष प्रभाव	दीर्घकालिक परिणाम
विवाह संस्था	रोगी एवं परिवार के लिए विवाह में कठिनाई	पारिवारिक अलगाव एवं सामाजिक संकुचन
आर्थिक स्थिति	रोजगार हानि, उपचार व्यय वृद्धि	ऋणग्रस्तता एवं निर्धनता

शैक्षणिक अवसर	बच्चों की शिक्षा में बाधा	पीढ़ी दर पीढ़ी पिछड़ापन
मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य	पारिवारिक सदस्यों में अवसाद	मानसिक रोग का पारिवारिक बोझ
सामाजिक संपर्क	सामाजिक कार्यक्रमों से दूरी	सामाजिक नेटवर्क का क्षरण
धार्मिक-सांस्कृतिक जीवन	धार्मिक अनुष्ठानों से बहिष्कार	सांस्कृतिक पहचान का संकट

स्रोत: शर्मा एवं भुगरा (संदर्भ: ११) तथा कोस्कोर्के एवं अन्य (संदर्भ: ५)

५.३ लैंगिक आयाम

भारतीय समाज में मानसिक रोग का कलंक स्त्री और पुरुष के लिए अलग-अलग रूपों में प्रकट होता है। थारा एवं पटेल के अनुसार (संदर्भ: १२), महिला मानसिक रोगियों को विशेष रूप से विवाह के संदर्भ में अधिक कलंक का सामना करना पड़ता है। जहाँ पुरुष मानसिक रोगियों के विवाह में 72 प्रतिशत बाधा आती है, वहीं महिला रोगियों के विवाह में यह बाधा 88 प्रतिशत तक है।

६. कलंक के सांस्कृतिक-धार्मिक आधार

भारत में मानसिक रोग से जुड़े कलंक के सांस्कृतिक और धार्मिक आधार अत्यंत गहरे हैं। इन्हें समझे बिना कलंक की समस्या का समाधान संभव नहीं है।

६.१ धार्मिक व्याख्याएं एवं अंधविश्वास

भारत के अधिकांश भागों में आज भी मानसिक रोग को अलौकिक शक्तियों—देवी-देवताओं का कोप, पूर्वजों का शाप, भूत-प्रेत का असर या 'नजर' (बुरी नजर)—के रूप में व्याख्यायित किया जाता है। इस कारण मानसिक रोगी को सबसे पहले धार्मिक उपायों—झाड़-फूंक, ओझा-गुनी, मंदिर-मस्जिद और दरगाह—की ओर ले जाया जाता है।

डूबे ने उत्तर प्रदेश में (संदर्भ: २) किए गए अपने अध्ययन में पाया कि अधिकांश मानसिक रोगियों के परिवार उन्हें आधुनिक चिकित्सक के पास ले जाने से पहले 18-24 महीने तक पारंपरिक और धार्मिक उपचारकर्ताओं के पास ले जाते हैं। इस देरी से मानसिक रोग अधिक गंभीर हो जाता है और रोगी का पुनर्वास अधिक कठिन हो जाता है।

६.२ जाति व्यवस्था और मानसिक रोग कलंक

भारत की जाति व्यवस्था मानसिक रोग के कलंक को और अधिक जटिल बनाती है। निम्न जातियों में मानसिक रोग को 'पिछले जन्म के कर्मों का फल' मानने की मान्यता विशेष रूप से प्रचलित है। साथ ही, उच्च जातियों में 'कुल की प्रतिष्ठा' की भावना मानसिक रोग को छुपाने की प्रवृत्ति को प्रोत्साहित करती है।

यह भी देखा गया है कि अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति के मानसिक रोगियों को दोहरे कलंक का सामना करना पड़ता है: एक ओर जाति-आधारित भेदभाव और दूसरी ओर मानसिक रोग से जुड़ा कलंक। इस दोहरे कलंक के कारण इन समुदायों में उपचार प्राप्ति की दर सबसे कम है।

६.३ भाषायी एवं क्षेत्रीय विविधता का प्रभाव

भारत की भाषायी और सांस्कृतिक विविधता मानसिक रोग कलंक के अनुभव को भी विविध बनाती है। विभिन्न राज्यों और समुदायों में मानसिक रोग को व्यक्त करने के लिए अलग-अलग शब्द और अवधारणाएं प्रयुक्त होती हैं, जिनमें से अधिकांश अपमानजनक हैं: हिंदी में 'पागल', बंगाली में 'पागोल', तमिल में 'पिचु' आदि।

इसी प्रकार, पूर्वोत्तर भारत में मानसिक रोग को लेकर अलग सांस्कृतिक व्याख्याएं हैं, जबकि केरल और तमिलनाडु में अपेक्षाकृत आधुनिक और वैज्ञानिक दृष्टिकोण है। यह क्षेत्रीय विविधता तालिका 2 के आंकड़ों में भी परिलक्षित होती है

७. उपचार अंतराल: कलंक की भूमिका

भारत में मानसिक रोगों के लिए उपचार अंतराल (Treatment Gap) विश्व में सर्वाधिक में से एक है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, भारत में गंभीर मानसिक रोगों के लिए उपचार अंतराल 70-90 प्रतिशत है, अर्थात् 70-90 प्रतिशत रोगियों को कोई उचित उपचार नहीं मिलता।

७.१ उपचार में देरी के कारण

मानसिक रोग के उपचार में होने वाली देरी के अनेक कारण हैं: प्रथम, कलंक के भय से परिवार रोग को छुपाता है और रोगी को चिकित्सक के पास ले जाने में विलंब करता है; द्वितीय, पारंपरिक एवं धार्मिक उपचारकर्ताओं पर निर्भरता के कारण आधुनिक चिकित्सा तक पहुंच में देरी होती है; तृतीय, मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की अपर्याप्तता एवं असमान वितरण के कारण ग्रामीण क्षेत्रों में सेवाओं तक पहुंच कठिन है; चतुर्थ, मानसिक स्वास्थ्य उपचार की उच्च लागत और बीमा कवरेज की कमी भी एक बाधा है।

पटेल एवं अन्य ने अपने अध्ययन में (संदर्भ: ९) पाया कि भारत में आत्महत्या की उच्च दर का एक प्रमुख कारण मानसिक रोगों का अनुपचारित रह जाना है, जो प्रत्यक्षतः कलंक से संबंधित है। यह तथ्य उपचार अंतराल की गंभीरता को और अधिक रेखांकित करता है।

८. नीतिगत एवं विधायी ढांचा

भारत में मानसिक स्वास्थ्य के लिए नीतिगत ढांचे का विकास धीरे-धीरे हुआ है। 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (NMHP) की शुरुआत हुई, जिसका उद्देश्य जिला स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार करना था। परंतु इस कार्यक्रम के क्रियान्वयन में अनेक कमियां रहीं।

2017 में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम (Mental Healthcare Act, 2017) का पारित होना एक महत्वपूर्ण कदम था। इस अधिनियम में मानसिक रोगियों के अधिकारों को कानूनी संरक्षण दिया गया, जिसमें उचित उपचार का अधिकार, भेदभाव से सुरक्षा का अधिकार और सूचित निर्णय का अधिकार सम्मिलित हैं। इस अधिनियम ने बीमा कंपनियों को मानसिक रोगों के लिए भी शारीरिक रोगों के समान बीमा कवरेज देना अनिवार्य किया।

८.१ नीतियों के क्रियान्वयन में चुनौतियां

नीतियों के क्रियान्वयन में अनेक चुनौतियां हैं। भारत में प्रति एक लाख जनसंख्या पर मात्र 0.3 मनोचिकित्सक, 0.12 मनोवैज्ञानिक और 0.07 सामाजिक कार्यकर्ता उपलब्ध हैं, जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठन की अनुशंसित संख्या इससे कई गुना अधिक है। इस मानव संसाधन की कमी के कारण मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं अपर्याप्त और असमान रूप से वितरित हैं।

मूर्ति के अनुसार (संदर्भ: ७), भारत में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का 90 प्रतिशत से अधिक भाग बड़े शहरों में केंद्रित है, जबकि भारत की 65 प्रतिशत जनसंख्या ग्रामीण क्षेत्रों में निवास करती है। यह भौगोलिक असमानता कलंक के साथ मिलकर ग्रामीण मानसिक रोगियों की स्थिति को अत्यंत विकट बना देती है।

९. कलंक निवारण के प्रयास एवं हस्तक्षेप रणनीतियां

विश्व भर में और विशेषकर भारत में मानसिक रोग कलंक को कम करने के लिए अनेक प्रकार के हस्तक्षेप किए जा रहे हैं। इन्हें मुख्यतः तीन श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है: शिक्षा-आधारित हस्तक्षेप, संपर्क-आधारित हस्तक्षेप और विरोध-आधारित हस्तक्षेप।

तालिका 4: भारत में कलंक निवारण हस्तक्षेप रणनीतियों का मूल्यांकन

हस्तक्षेप का प्रकार	कार्यक्रम/पहल	प्रभावशीलता	चुनौतियां
सामुदायिक जागरूकता	'मन की बात' अभियान	मध्यम (42%)	ग्रामीण पहुंच सीमित
विधायी उपाय	मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम 2017	उच्च (68%)	क्रियान्वयन दोष
मीडिया अभियान	'दिमागी सेहत' डिजिटल अभियान	मध्यम (38%)	डिजिटल विभाजन
शिक्षा क्षेत्र	विद्यालय मानसिक स्वास्थ्य पाठ्यक्रम	उच्च (72%)	शिक्षक प्रशिक्षण
धार्मिक संस्थाएं	धर्मगुरुओं का संवेदनशीलता प्रशिक्षण	उच्च (65%)	सांस्कृतिक प्रतिरोध
स्वयं-सहायता समूह	'सहयोग' राष्ट्रीय नेटवर्क	बहुत उच्च (78%)	संसाधन की कमी

स्रोत: राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम रिपोर्ट (2022) एवं WHO भारत कार्यालय

तालिका 4 से स्पष्ट होता है कि स्वयं-सहायता समूहों (78% प्रभावशीलता) और विद्यालय मानसिक स्वास्थ्य पाठ्यक्रम (72%) के हस्तक्षेप सबसे अधिक प्रभावी हैं। विधायी उपाय (68%) भी महत्वपूर्ण हैं, परंतु उनकी सफलता उचित क्रियान्वयन पर निर्भर है। सामुदायिक जागरूकता कार्यक्रमों की प्रभावशीलता मध्यम (42%) रही है, जो यह दर्शाता है कि केवल जानकारी प्रदान करना पर्याप्त नहीं है।

९.१ सामुदायिक स्तर पर हस्तक्षेप

भारत में कुछ सफल सामुदायिक हस्तक्षेपों के उदाहरण उल्लेखनीय हैं। केरल में 'अष्टाश्री' और 'मनोशांति' जैसे सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों ने कलंक कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। तमिलनाडु में SCARF (Schizophrenia Research Foundation) ने समुदाय-आधारित देखभाल के माध्यम से कलंक निवारण में उल्लेखनीय सफलता पाई है।

धर्मगुरुओं और सामाजिक नेताओं को मानसिक स्वास्थ्य जागरूकता अभियानों में सम्मिलित करना एक प्रभावी रणनीति सिद्ध हुई है। चूंकि भारतीय समाज में धार्मिक नेताओं का अत्यधिक प्रभाव है, इसलिए उनका सहयोग सांस्कृतिक रूप से जड़ जमाए कलंक को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है।

१.२ डिजिटल एवं मीडिया हस्तक्षेप

हाल के वर्षों में सोशल मीडिया और डिजिटल प्लेटफॉर्म ने मानसिक स्वास्थ्य जागरूकता के प्रसार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। 'iCall', 'Vandrevala Foundation' और 'iMind' जैसे डिजिटल मानसिक स्वास्थ्य प्लेटफॉर्म ने कलंक के भय से प्रत्यक्ष रूप से चिकित्सक के पास न जा पाने वाले लोगों के लिए एक सुरक्षित विकल्प प्रदान किया है।

मीडिया में मानसिक रोगियों के सकारात्मक चित्रण की भूमिका भी महत्वपूर्ण है। 'तारे ज़मीन पर', 'मैरी कॉम', 'डियर ज़िंदगी' जैसी फिल्मों ने मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों को संवेदनशीलता से प्रस्तुत कर लोगों में इसके प्रति सहानुभूति और समझ बढ़ाई है।

१०. निष्कर्ष एवं सिफारिशें

इस शोध के विश्लेषण से निम्नलिखित प्रमुख निष्कर्ष उभरते हैं। प्रथम, भारत में मानसिक रोग कलंक एक गहरी, बहुआयामी और व्यापक सामाजिक समस्या है जिसकी जड़ें सांस्कृतिक, धार्मिक और ऐतिहासिक परंपराओं में गहरे जमी हुई हैं। द्वितीय, यह कलंक उपचार अंतराल का एक प्रमुख कारण है और मानसिक रोगियों की पीड़ा को बहुगुणित करता है। तृतीय, सामाजिक अलगाव के विभिन्न आयाम—पारिवारिक, व्यावसायिक, सामाजिक और आर्थिक—एक दुष्चक्र का निर्माण करते हैं जिससे निकलना अत्यंत कठिन है। चतुर्थ, पिछले दो दशकों में कुछ सुधार अवश्य हुआ है, परंतु प्रगति की गति अत्यंत धीमी है।

१०.१ नीतिगत सिफारिशें

इस शोध के आधार पर निम्नलिखित नीतिगत सिफारिशें प्रस्तुत हैं: (१) राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति में कलंक निवारण को एक स्वतंत्र और प्राथमिक घटक के रूप में सम्मिलित किया जाए; (२) विद्यालय पाठ्यक्रम में मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा को अनिवार्य किया जाए; (३) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का एकीकरण किया जाए; (४) मानसिक स्वास्थ्य के लिए सकल घरेलू उत्पाद का न्यूनतम दो प्रतिशत आवंटित किया जाए; (५) धार्मिक नेताओं, ग्राम सेवकों और आशा कार्यकर्ताओं को मानसिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण दिया जाए।

१०.२ भविष्य के शोध के लिए सुझाव

भविष्य में इस क्षेत्र में निम्न विषयों पर शोध की आवश्यकता है: भारत के विभिन्न सांस्कृतिक समुदायों में कलंक के स्वरूप की तुलनात्मक अध्ययन; डिजिटल हस्तक्षेपों की दीर्घकालिक प्रभावशीलता का मूल्यांकन; ग्रामीण-नगरीय कलंक अंतराल को पाटने के लिए नवाचारी मॉडलों का विकास; तथा मानसिक रोग कलंक और अन्य सामाजिक भेदभाव (जाति, लिंग, वर्ग) के अंतर्संबंध का अध्ययन।

उपसंहार: भारत में मानसिक रोग कलंक को समाप्त करना एक दीर्घकालिक और जटिल कार्य है, परंतु यह असंभव नहीं है। इतिहास साक्षी है कि समाज ने कुष्ठ रोग, एड्स और कैंसर जैसी बीमारियों से जुड़े कलंक को काफी हद तक कम किया है। मानसिक रोग के संदर्भ में भी यह परिवर्तन संभव है, बशर्ते कि शिक्षा, नीति, संस्कृति और व्यक्तिगत स्तर पर एकीकृत प्रयास किए जाएं। प्रत्येक व्यक्ति को यह समझना होगा कि मानसिक स्वास्थ्य, शारीरिक स्वास्थ्य जितना ही महत्वपूर्ण है और कलंक रहित समाज का निर्माण हम सबकी सामूहिक जिम्मेदारी है।

संदर्भ-सूची

1. कॉरिगन, पैट्रिक डब्ल्यू. "कलंक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में किस प्रकार बाधा डालता है।" *अमेरिकन साइकोलॉजिस्ट*, खंड 62, अंक 7, 2007, पृष्ठ 616–625.
2. डूबे, के.सी. "उत्तर प्रदेश, भारत के ग्रामीण एवं नगरीय समुदाय में मानसिक रोग की व्यापकता एवं जैव-सामाजिक चरों का अध्ययन।" *एक्टा साइकियाट्रिका स्कैंडिनेविका*, खंड 46, अंक 4, 1970, पृष्ठ 327–359.
3. गॉफमैन, एरविंग. *कलंक: बिगड़ी पहचान के प्रबंधन पर टिप्पणियाँ*। प्रेंटिस-हॉल, 1963.
4. गुरुराज, जी., एवं अन्य. "राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, भारत 2015–16: सारांश।" *राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिका विज्ञान संस्थान (निम्हान्स)*, प्रकाशन संख्या 128, बेंगलुरु, 2016.
5. कोस्कोर्के, मिर्जा, एवं अन्य. "भारत में सिज़ोफ्रेनिया पीड़ित व्यक्तियों के कलंक एवं भेदभाव के अनुभव।" *सोशल साइंस एंड मेडिसिन*, खंड 123, 2014, पृष्ठ 149–159.
6. लिंक, ब्रूस जी., एवं जो सी. फेलन. "कलंक की अवधारणा।" *एनुअल रिव्यू ऑफ सोशियोलॉजी*, खंड 27, 2001, पृष्ठ 363–385.
7. मूर्ति, आर.एस. "भारत का राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम: इतिहास एवं प्रगति की समीक्षा।" *इंडियन जर्नल ऑफ साइकियाट्री*, खंड 53, अंक 4, 2011, पृष्ठ 293–302.
8. मूर्ति, आर.एस. "भारत में मानसिक स्वास्थ्य पहलें (1947–2010)।" *द नेशनल मेडिकल जर्नल ऑफ इंडिया*, खंड 24, अंक 2, 2011, पृष्ठ 98–107.
9. पटेल, विक्रम, एवं अन्य. "भारत में आत्महत्या मृत्यु दर: एक राष्ट्रीय प्रतिनिधि सर्वेक्षण।" *द लैसैट*, खंड 379, अंक 9834, 2012, पृष्ठ 2343–2351.
10. साहा, सुकांत, एवं अन्य. "सिज़ोफ्रेनिया की व्यापकता का एक व्यवस्थित समीक्षा।" *पीएलओएस मेडिसिन*, खंड 2, अंक 5, 2005, पृष्ठ 413–433.
11. शर्मा, इंदिरा, एवं दिनेश भुगरा. "मानसिक रोग में सांस्कृतिक एवं सामाजिक कारक: कारणों से देखभाल तक।" *इंटरनेशनल साइकियाट्री*, खंड 9, अंक 2, 2012, पृष्ठ 34–36.
12. थारा, आर., एवं विक्रम पटेल. "महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य: एक सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता।" *रीजनल हेल्थ फोरम डब्ल्यूएचओ दक्षिण-पूर्व एशिया क्षेत्र*, खंड 14, अंक 1, 2010, पृष्ठ 10–18.
13. विश्व स्वास्थ्य संगठन. *मानसिक स्वास्थ्य कार्य योजना 2013–2020*। डब्ल्यूएचओ प्रेस, जिनेवा, 2013.
14. विश्व स्वास्थ्य संगठन. *विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2001: मानसिक स्वास्थ्य — नई समझ, नई आशा*। डब्ल्यूएचओ, जिनेवा, 2001.
15. विग, एन.एन. "मानसिक रोग के विरुद्ध कलंक।" *इंडियन जर्नल ऑफ साइकियाट्री*, खंड 39, अंक 3, 1997, पृष्ठ 187–189.
16. केर्मोड, मिशेल, एवं अन्य. "तंजानिया के किलिमंजारो क्षेत्र में मानसिक रोग के प्रति दृष्टिकोण: एक अनुप्रस्थ सर्वेक्षण।" *बीएमसी साइकियाट्री*, खंड 9, 2009, पृष्ठ 71 [भारतीय तुलनात्मक संदर्भ हेतु उद्धृत]