

इकाई 1 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की प्रकृति एवं प्रभाव (Nature and impact of behavioral & emotional issues)

इकाई लेखन

- 1.1 प्रस्तावना
- 1.2 उद्देश्य
- 1.3 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की अवधारणा
- 1.4 व्यावहारिक संवेगात्मक मुद्दों की प्रकृति
- 1.5 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों का जीवन में प्रभाव
- 1.6 व्यक्तित्व के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्षों की उपादेयता 1.7 सारांश
- 1.8 अभ्यास प्रश्नों के उत्तर
- 1.9 दीर्घ उत्तरीय प्रश्न
- 1.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

1.1 प्रस्तावना (Introduction)

किशोरावस्था में हो रहे शारीरिक एवं मानसिक विकास के कारण व्यक्ति को विभिन्न प्रकार के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों का सामना करना पड़ता है। मनुष्य एक सामाजिक प्राणी है। समाज का व्यक्ति पर तथा व्यक्ति का समाज पर प्रभाव पड़ता है। अधिकांश बच्चों के लिए किशोरावस्था अच्छे शारीरिक स्वास्थ्य की अवधि होती है। विकास की इस अवस्था में किशोर बचपन से वयस्कता की तरफ अग्रसर होते हैं। तथा अनेक प्रकार के अनुभव प्राप्त करते हैं। तथा निम्न प्रकार की चुनौतियों का सामना करना पड़ता है।

- ✓ तरक्की और विकास
- ✓ बचपन की बीमारियाँ जो किशोरावस्था तक जारी रहती हैं
- ✓ मानसिक स्वास्थ्य विकार
- ✓ जोखिमपूर्ण व्यवहार
- ✓ अवैध व्यवहार
- ✓ मोटर वाहन दुर्घटनाएं एवं अकस्मात हुई दुर्घटनाएं
- ✓ पारस्परिक हिंसा

शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक विकास होता है उसके साथ ही लोगों से संपर्क तथा अन्तः क्रियाओं का क्षेत्र भी बढ़ने लगता है। परिणामस्वरूप व्यक्ति के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्षों पर भी उसका प्रभाव पड़ने लगता है। एक प्रकार

से युवावस्था प्रारंभ होने लगती है। व्यक्ति स्वतंत्र जीवन की ओर अग्रसर होने लगता है। जीवन में इस अवस्था का विशेष महत्व है। यहाँ व्यक्ति की मजबूत एवं स्वस्थ नींव उसे बेहतर एवं सफल जीवन की तरफ ले जाती है। वही कमजोर एवं अस्वस्थ आधार व्यक्ति में अनेकों व्यावहारिक एवं संवेगात्मक समस्याएँ उत्पन्न करते हैं। जिसका व्यक्ति के व्यक्तित्व पर आजीवन प्रभाव पड़ता है। व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्ष एक दूसरे से पूरक है। कमजोर व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को एक अक्षमताओं की विशेष श्रेणी में रखा गया है। परिवार का वातावरण (family environment), माता-पिता के आपसी संबंध (parental relationship), अनुशासन की शैली (disciplining style), परिवार के सदस्यों के बीच वार्तालाप एवं आपसी संबंध बच्चे के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक प्रकृति में गहरा प्रभाव डालते हैं। किशोरों एवं युवाओं मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं में कई प्रकार के भावनात्मक और व्यवहार संबंधी विकार शामिल हैं, जिनमें भावनात्मक और व्यवहार संबंधी समस्याओं या विकारों को या तो "आंतरिककरण" (अवसाद और चिंता जैसे भावनात्मक विकार) या "बाहरीकरण" (एडीएचडी और सीडी जैसे विघटनकारी व्यवहार) के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। कुछ पर्यावरणीय कारक जैसे -सामाजिक संपर्क एवं पसंदीदा व्यवसाय के सीमित अवसर, प्रदूषित वातावरण, उपेक्षा एवं प्रतिकूल देखभाल भावनात्मक और व्यवहार संबंधी समस्याओं की संभावनाएँ बढ़ा देते हैं।

1.2 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप

1. मानव के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को समझ पाएंगे।
2. व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की पहचान के प्राथमिक कौशलों को विकसित कर सकेंगे।
3. व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की प्रति अपनी समझ विकसित कर सकेंगे।
4. व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को सुलझाने के लिए हस्तक्षेप के तरीकों का विकास कर सकेंगे।

1.3 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की अवधारणा

स्वतंत्रता (independency) की भावना, पहचान की इच्छा (identification), कामुकता (sexuality), रिश्तों को समझना तथा बनाना (relations) इस अवस्था के मुख्य मुद्दे हैं। मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ जैसे मूड डिसऑर्डर, चिंता विकार और अन्य विकार। किशोरावस्था के दौरान ये मुद्दे विकसित हो सकते हैं या पहली बार स्पष्ट हो सकते हैं।

किशोरावस्था के दौरान शुरू होने वाले अस्वास्थ्यकर व्यवहार जैसे -खराब आहार का सेवन ,मोटापा ,धूम पान ,मादक द्रव्यों का सेवन ,और हिंसा तथा आत्महत्या मुख्य रूप से शामिल है । कोविड 19 महामारी और इसके प्रति वैश्विक प्रतिक्रिया ने कई किशोरों के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित किया है ।

व्यावहारिक मुद्दे तथ्यों के आधार पर मानव व्यवहार को समझने में मदद करते हैं । जैसे - स्मृति (memory)एवं विस्मरण(forgetting) ,संवेदनशीलता तथा ध्यान ,व्यक्तिगत एवं सामाजिक संघर्ष ,सामाजिक उत्तरदायित्व आदि । हमारे जीवन में संवेगों का महत्वपूर्ण स्थान है । जो हमारे व्यवहार को प्रभावित करते हैं । किसी भी संवेग के अंदर सुख या दुख की भावना होती है जो विभिन्न तरीकों से प्रकट होती है ।

मानव के मूल संवेग हैं –

- डर
- क्रोध
- आश्चर्य
- उदासी
- खुशी
- विरक्ति

मूल संवेगों का आधार विकासपरक होता है । संवेग की अभिव्यक्ति पर सीखने का प्रभाव पड़ता है । संवेग वह बदलाव है जो शारीरिक उत्तेजना या संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं के रूप में प्रदर्शित होते हैं । जिसमें शारीरिक तथा भावात्मक स्तर पर बदलाव महसूस करते हैं जो अभिव्यक्ति के रूप में स्पष्ट देखे जा सकते हैं । ये व्यवहार में प्रतिबिंबित होते हैं । यद्यपि मूल संवेग जन्मजात होते हैं परंतु समाज के मानक ,व्यवस्था ,सीखने की प्रक्रिया ,वातावरण आदि का प्रभाव इन पर पड़ता है । संवेग एक भावात्मक प्रक्रिया है । संवेग परिस्थिति एवं व्यक्ति के बीच एक कड़ी के रूप में कार्य करते हैं । संवेग एक जटिल प्रक्रिया है जिसमें शारीरिक एवं संज्ञानात्मक परिवर्तन शामिल होते हैं जो परिस्थितियों के कारण उत्पन्न होते हैं तथा व्यवहार के माध्यम से व्यक्त होते हैं ।

1.4 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की प्रकृति

सामान्यतः बच्चों का समय खेलने ,पढ़ाई करने ,अपने माता-पिता के साथ अन्तः क्रियाओं ,भाई बहनों ,मित्रों के साथ खेलने तथा विभिन्न क्रियाओं में व्यतीत होता है । यदि बच्चा

संवेगात्मक रूप से स्वस्थ है तो वह उपरोक्त सभी गतिविधियों में आनंदित होता है तथा विभिन्न गतिविधियों में खुशी से प्रतिभाग करता/ती है एवं संतुष्ट रहता/ती है। वे अपने माता पिता तथा शिक्षकों की बातों पर ध्यान देते हैं तथा सुनते हैं। पढ़ाई एवं विभिन्न गतिविधियों को ध्यान से करते हैं। उनके अंदर सामंजस्य की बेहतर क्षमता होती है तथा सकारात्मक गुणों के साथ उसके समग्र व्यक्तित्व का विकास होता है। बच्चे के स्वस्थ मनोसामाजिक (psychosocial) विकास में विभिन्न कारक जैसे- बच्चे का स्वभाव, परवरिश की गुणवत्ता, घर का वातावरण, बच्चे की दक्षताएं, सकारात्मक अनुभव, पर्याप्त संसाधन, परिवार के अंदर एवं बाहर आदर्श व्यक्तित्व (role model) आदि का बहुत प्रभाव पड़ता है।

मनोवैज्ञानिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति के अंदर बेहतर सामंजस्य की क्षमता होती है जिसका मनोवैज्ञानिक रूप अस्वस्थ व्यक्ति में अभाव होता है। अस्वस्थ व्यक्ति भावनात्मक रूप से परेशान (emotionally disturbed) तथा व्यावहारिक तौर पर विभिन्न समस्याओं से घिरा रहता है। इन्हें घर तथा बाहर जैसे-शिक्षण संस्थानों या कार्यस्थल में समायोजित होने में अनेक प्रकार की जटिलताओं का सामना करना पड़ता है। अपनी व्यवहारगत एवं संवेगिक समस्याओं के कारण ये लोग अपने परिवार के सदस्यों, भाई-बहनों एवं मित्रों के साथ तादायात्मक स्थापित नहीं कर पाते हैं। तथा विभिन्न पाठ्य सहगामी क्रियाओं में प्रतिभाग करने में अपनी रुचि नहीं दिखाते। मानसिक स्वास्थ्य विकार बचपन में बहुत आम हैं और उनमें शामिल हैं-

- ✓ भावनात्मक-जुनूनी-बाध्यकारी विकार (obsessive compulsive disorder),
- ✓ चिंता (anxiety)
- ✓ उदासी (depression)
- ✓ विघटनकारी (ODD),
- ✓ आचरण विकार (conduct disorder),
- ✓ अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिव डिसऑर्डर (Attention deficit hyperactivity disorder)
- ✓ विकासात्मक विकार (intellectual disability)

भावनात्मक-जुनूनी-बाध्यकारी विकार (obsessive compulsive disorder)-

भावनात्मक-जुनूनी-बाध्यकारी विकार एक लंबे समय तक चलने वाला विकार है जिसमें व्यक्ति अनियंत्रित और बार बार समान विचारों के दोहराव का अनुभव करता है। उपचार के द्वारा इन लक्षणों को प्रबंधित (manage) एवं सुधारा जा सकता है। इनमें मुख्य रूप से –

- ✓ कीटाणुओं तथा संक्रमण का डर
- ✓ किसी चीज को भूल जाने या खोने का डर
- ✓ दूसरों या स्वयं के प्रति आक्रामक विचार
- ✓ धर्म से संबंधित अवांछित एवं निषिद्ध विचार
- ✓ अत्यधिक सफाई तथा बार बार हाथ धोना
- ✓ वस्तुओं को विशेष तरीके से व्यवस्थित करना
- ✓ बार- बार जांच करना जैसे -दरवाजे
- ✓ शब्दों को दोहराना

ये लक्षण कभी भी शुरू हो सकते हैं सामान्यतया ये किशोरावस्था तथा प्रारम्भिक युवावस्था के बीच दिखायी देने लगते हैं। सामान्यतया युवावस्था आते -आते ये विकार दूर होने लगते हैं। कभी कभी ये लक्षण बिगड़ भी सकते हैं। इन विकारों के मुख्य कारण हैं -

आनुवंशिकी (heredity)- माता- पिता या भाई- बहन एवं निकट रक्त संबंधी के विकार से ग्रसित होने पर इसके होने की संभावना बढ़ जाती है।

शरीर रचना (anatomy)- इस विकार से प्रभावित लोगों में अक्सर मस्तिष्क की संरचनाओं में अंतर होता है, जो व्यवहार और भावनात्मक प्रतिक्रियाओं को नियंत्रित करने की क्षमता को प्रभावित करते हैं।

स्वभाव (nature)- जो लोग अधिक संकोची व्यवहार प्रदर्शित करते हैं, तथा नकारात्मक भावनाओं से घिरे रहते हैं, उनमें इस प्रकार के विकार विकसित होने की संभावना अधिक होती है।

बचपन का आघात: बचपन के आघात एवं बुरे अनुभव इस प्रकार के विकारों को बढ़ावा देती है।

इन विकारों का मनोचिकित्सा द्वारा प्रभावी उपचार हो सकता है। इसमें मुख्य रूप से –

- **संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी** -यह लोगों को सोचने के दूषित तरीकों (toxic methods) को पहचानने में मदद करती है। ताकि व्यक्ति

चुनौतीपूर्ण स्थितियों को अधिक स्पष्ट रूप से देख सके तथा उनका सामना कर सकें।

- **एक्सपोजर और रिस्पॉन्स प्रिवेंशन थेरेपी** -इस चिकित्सा में पीड़ित व्यक्ति को एक सुरक्षित वातावरण में रखा जाता है और उन्हें धीरे-धीरे उन्हें ऐसी स्थितियों के संपर्क में लाया जाता है जो उनके जुनून को ट्रिगर करती हैं। इस प्रकार प्रभावित व्यक्ति को सीखने के अवसर उपलब्ध कराने का प्रयास किया जाता है।

चिंता (anxiety)-

यह एक ऐसी मानसिक स्वास्थ्य स्थिति है जो प्रत्येक उम्र एवं पृष्ठभूमि के लोगों को प्रभावित कर सकती है। सामान्य स्तर की व्याकुलता सभी व्यक्तियों में पायी जाती है जिसका कार्य निष्पादन (performance) पर प्रभाव पड़ता है। अत्यधिक एवं लगातार व्याकुलता व्यक्ति के व्यक्तिगत एवं सामाजिक जीवन पर नकारात्मक प्रभाव डालती है। इस विकार को दूर करने के अनेक तरीके उपलब्ध है जिसमें चिकित्सा ,दवा तथा जीवन शैली में परिवर्तन शामिल है। सही समय पर पहचान कर इस विकार को दूर किया जा सकता है।

चिंता एक प्रकार से अज्ञात कारणों से व्यक्तिगत रूप से बेचैनी ,आशंका ,खतरे की आशंका ,विनाश ,विघटन ,होने का अनुभव है जिसमें व्यक्ति खुद को असहाय महसूस करता है। इसका स्तर बढ़ने पर मानसिक तथा शारीरिक गतिविधियों पर इसका प्रभाव दिखायी देने लगता है। शारीरिक रूप से मांसपेशियों ,संचार तंत्र ,पाचन तंत्र में तनाव उत्पन्न होने के कारण विकार से प्रभावित व्यक्ति हाथ पैर ठंडे पड़ना ,अनियमित साँसे ,बार -बार पेशाब आना ,नींद में खलल महसूस करने लगता है।

अवसाद (depression)-

अवसाद दैनिक जीवन में नियमित रूप मूड में होने वाले बदलाव और भावनाओं से अलग है। अवसाद सामाजिक ,मनोवैज्ञानिक ,एवं जैविक कारणों से हो सकता है। जो लोग दुर्व्यवहार ,गंभीर नुकसान या अन्य प्रतिकूल घटनाओं का सामना करते हैं उनमें अवसाद विकसित होने की अधिक संभावना रहती है। घर ,शिक्षण संस्था तथा कार्य स्थल का वातावरण अवसाद को नियंत्रित अथवा बढ़ाने में प्रभावी भूमिका निभाता है।

अवसाद के लक्षण हैं- बहुत उदास रहना ,निराश एवं चिंतित महसूस करना,आसानी से चिढ़ जाना ,बहुत अधिक या बहुत कम खाना ,ध्यान केंद्रित करने तथा निर्णय लेने में कठिनाई ,आत्म क्षति के विचार मुख्य है। इसका उपचार किया जा सकता है। संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा तथा दवा ,पूरक चिकित्सा ,मस्तिष्क उत्तेजना चिकित्सा अवसाद के उपचार के प्रभावी तरीके हैं। नियमित व्यायाम ,अच्छी नींद ,पोष्टिक आहार ,नशे से दूरी ,उन लोगों को पहचानना जो आपको मदद करते हैं आदि अवसाद के लक्षणों को सुधारने में सहायक होते हैं।

विघटनकारी /विपक्षी उद्दंड विकार (Opposition disobedience disorder)

विघटनकारी विकारों में याददाश्त ,पहचान ,भावना ,धारणा ,व्यवहार ,स्वयं के प्रति जुड़ी धारणा से जुड़ी समस्याएं है । विघटनकारी विकार मानसिक स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करते है । यह एक सामान्य प्रक्रिया है। जैसे -दिवास्वप्न (day dreaming), सम्मोहन ,किसी पुस्तक या फिल्म में खो जाना आदि ।

उचित उपचार के साथ विघटनकारी पहचान विकारों को दूर किया जा सकता है । तथा व्यक्ति की कार्य करने की क्षमता ,उत्पादकता ,संतोषजनक जीवन जीने की क्षमता का बढ़ाया जा सकता है । उपचार में मुख्य रूप से मनोचिकित्सा शामिल होती है । मनोचिकित्सा विघटनकारी प्रक्रिया और लक्षणों पर नियंत्रण पाने में मदद कर सकती है ।

आचरण विकार (conduct disorder)

यह व्यावहारिक एवं संवेगात्मक विकारों का एक समूह है जो आक्रामक व्यवहार ,घातक /विघटनकारी आत्म नियंत्रण और आवेगों को नियंत्रित करने की विभिन्न समस्याओं से जुड़ा है । इसमें मुख्य रूप से लड़ाई करना ,संपत्ति को नष्ट करना ,अवज्ञा ,चोरी ,झूठ बोलना और नियम तोड़ना शामिल है । यह बच्चों एवं किशोरों को अधिक प्रभावित करता है । जिन वयस्कों में आचरण संबंधी विकार पाए जाते है उन्हें कार्यस्थल एवं रिश्तों को बनाये रखने में कठिनाई हो सकती है । आचरण विकार के कारणों में -आनुवंशिकता ,उच्च टेस्टोस्टेरोन,दौरे ,मस्तिष्क आघात ,तंत्रिका क्षति आदि शामिल है । मनोचिकित्सा एवं दवाओं के माध्यम से इस समस्या को दूर किया जा सकता है । उचित परिवेश ,सहयोगी एवं प्रेरक घर का वातावरण ,प्यार एवं अनुशासन में संतुलन आचरण विकार को कम करने में सहायक है । आचरण विकारों को रोका तो नहीं जा सकता है परंतु प्रबंधित किया जा सकता है ।

अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिव डिसऑर्डर (Attention deficit hyperactivity disorder)

अति सक्रियता विकार बच्चों को प्रभावित करने वाला आम मानसिक विकार है । इसमें मुख्यतया ध्यान केंद्रित न रख पाना ,अति सक्रियता (hyper activity) ,आवेगशीलता (impulsiveness) (बिना सोचे समझे किए जाने वाले कार्य) शामिल है। ये व्यक्ति की शैक्षिक ,व्यावसायिक उपलब्धियों ,पारस्परिक संबंधों ,दैनिक क्रियाकलापों को प्रभावित करते है ।

सामान्यतः अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिव डिसऑर्डर (Attention deficit hyperactivity disorder) प्रसित युवाओं में पाये जाने वाले लक्षण है -

- सीट पर बैठकर हाथ- पैर हिलाना ,
- बैठे रहने में असमर्थ होना ,
- अनुपयुक्त स्थानों पर दौड़ना या चढ़ना,
- शांतिपूर्वक खेलने या अवकाश संबंधी गतिविधियों में असमर्थता,
- बहुत बातूनी होना,
- प्रश्न समाप्त होने से पहले ही उत्तर देना,
- अपनी बारी का इंतजार करने में कठिनाई ,
- दूसरे के कार्यों में बाधा डालना या दखलंदाजी ,आदि

अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिव डिसऑर्डर (Attention deficit hyperactivity disorder) का निदान सामान्यतः मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं द्वारा किया जाता है । आनुवंशिक तथा गैर आनुवंशिक कारण जैसे -जन्म के समय कम वजन , समय पूर्व प्रसव ,माता का गर्भावस्था के दौरान नशीले पदार्थों का सेवन,गर्भावस्था के दौरान तनाव इसके मुख्य कारण है । शीघ्र पहचान एवं हस्तक्षेप (early identification and intervention)द्वारा इस समस्या को प्रबंधित किया जा सकता है ।

**विकासात्मक (बोलने में देरी, बौद्धिक विकलांगता) विकार (intellectual disability)
व्यापक विकार (autistic spectrum)**

विकास संबंधी विकार बाल्यावस्था से ही पाये जाते है । बड़े होने पर उनमें से ज्यादातर में सुधार हो जाता है लेकिन कुछ विकार ऐसे होते है जो आजीवन बने रहते है । विकासात्मक विकार वाले युवाओं में संवेगिक एवं व्यवहार संबंधी समस्यायें अधिक पायी है । संघर्षों एवं घटनाओं को समझने की उनकी संज्ञानात्मक क्षमता सीमित होती है ।ये ऐसे विकार हैं जो आमतौर पर जन्म के समय मौजूद होते हैं और व्यक्ति को जीवन भर प्रभावित करते हैं। विकासात्मक विकलांगताओं में ऑटिज्म, व्यवहार संबंधी विकार, मस्तिष्क की चोट, सेरेब्रल पाल्सी, डाउन सिंड्रोम, बौद्धिक विकलांगता और स्पाइना बिफिडा शामिल हैं।

1.5 व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों का जीवन में प्रभाव –

किशोरावस्था में शारीरिक, मानसिक, सामाजिक विकास की दर तीव्र होती है। किशोरावस्था में संवेगों में अस्थिरता होने के कारण उन्हें समायोजन की समस्या का सामना करना पड़ता है। इस अवस्था में व्यक्ति के अंदर आत्म सम्मान का स्थायी भाव विकसित हो जाता है तथा वह किसी भी प्रकार की अपने आत्म सम्मान पर लगी ठेस को सहन नहीं कर पाता है। तथा उनकी संवेगात्मक स्थिरता का संबंध उनकी शारीरिक एवं मानसिक शक्ति से होता है। सबल और स्वस्थ व्यक्ति में संवेगात्मक स्थिरता तथा दुर्बल एवं अस्वस्थ व्यक्ति में संवेगात्मक अस्थिरता पायी जाती है। इस अवस्था में संवेगों का बाहुल्य होता है। वे अपनी पसंद के चरित्र को अपने जीवन में उतारने का प्रयास करते हैं। यहाँ पर यदि उन्हें सही चरित्र अनुकरण के लिए मिलता है तो वे अपनी ऊर्जा सकारात्मक कार्यों में लगाते हैं तथा समाज के उत्पादक अंग बनकर जीवन में आगे बढ़ते हैं। सही चरित्र की कमी नकारात्मक कार्यों में संलग्न होने के लिये प्रेरित करती है।

व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों के स्रोत

व्यक्ति से संबंधित
परिवार से संबंधित
विधालय /शिक्षण संस्था
वातावरण

अ . व्यक्ति से संबंधित –

- कमजोर बुद्धि लब्धि
- संवेदी अक्षमता
- आघात
- आनुवंशिक दोष

ब . परिवार से संबंधित

- पारिवारिक कलह
- माता पिता के तनाव पूर्ण संबंध
- व्याकुलता एवं महत्वाकांक्षा
- कठोर दंड एवं अत्यधिक खुलापन
- सहोदर प्रतिद्वंद्वीता (sibling rivalry)
- आर्थिक तंगी

- घर का असामान्य वातावरण

स . विधालय /शिक्षण संस्था

- शैक्षिक दबाव /तनाव
- दंडात्मक एवं आलोचनात्मक शिक्षक
- धमकाने वाले सहपाठी (bully classmates)

उपरोक्त कारक व्यक्ति में विभिन्न व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को बढ़ावा देते हैं।

द . वातावरण

इसके अलावा पास पड़ोस ,बुरी संगत ,कलह ,असमानता ,हिंसा ,उन्माद इत्यादि व्यावहारिक एवं संवेगात्मक विकारों में बृद्धि करने में सहायक होते हैं।

पहचान एवं आँकलन

मनोवैज्ञानिक समस्याओं की शीघ्र पहचान एवं आँकलन अनेक व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को निपटने में अत्यंत उपयोगी हो सकता है। प्रभावी प्रबंधन एवं पारिवारिक परामर्श इस दिशा में प्रभावी कार्य करता है। मनोवैज्ञानिक विकारों को समझने के लिए निम्नलिखित बातों को जानना आवश्यक है -

- समस्या का प्रकृति एवं प्रकार
- समस्या के निर्धारक ,
- समस्या को बनाये रखने वाले कारक
- समस्या का प्रभाव ,
- बच्चे के सकारात्मक प्रवर्तियाँ और
- वातावरण

व्यक्ति किसी व्यावहारिक एवं संवेगात्मक समस्या से जूझ रहा है यह जानने के लिए निम्नलिखित बिन्दुओं पर ध्यान दिया जाना आवश्यक है

- कक्षा में अक्सर अनुपस्थिति
- दत्त कार्य में अनियमितता
- खेल एवं मनोरंजनात्मक गतिविधियों में न्यून प्रतिभाग
- अधिकांश अकेले रहना
- बार -बार दर्द एवं पीड़ा की शिकायत करना
- परीक्षाओं में निम्न श्रेणी का प्रदर्शन

- शैक्षिक गतिविधियों में ध्यान न देना
- आक्रामक होना
- अक्सर सहपाठियों एवं सहोदरों के साथ झगड़ा करना
- भूख न लगना
- नींद न आना

उपरोक्त में से कोई भी लक्षण प्रदर्शित होना दर्शाता है की व्यक्ति व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों से जूझ रहा है। व्यक्ति के व्यवहार का सावधानीपूर्वक अवलोकन, शैक्षिक उपलब्धि, स्करीनिंग उपकरणों, माता पिता का साक्षात्कार, मनोवैज्ञानिक एवं व्यवहारगत परीक्षण कुछ तरीके हैं जिनसे व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की पहचान की जा सकती है। नीचे एक प्रश्नावली दी गयी है जिनका उत्तर हाँ अथवा नहीं में देना है। इसे पूर्ण कीजिए, आपका केवल एक ही उत्तर होगा हाँ या नहीं

क्या आप भ्रमित रहते हैं	
क्या आप आसानी से गुस्सा हो जाते हैं	
क्या अपने सहपाठियों/सहकर्मियों से आपको बहुत शिकायतें रहती हैं	
क्या आपको को ध्यान लगाकर कार्य करने में परेशानी होती है	
क्या आप जिद्दी हैं	
क्या आप अक्सर दर्द एवं पीड़ा महसूस करते हैं	
क्या आप एकदम आक्रामक हो जाते हैं	
क्या आप अक्सर नियमों को तोड़ते हैं	
क्या आप अत्यधिक भयभीत रहते हैं	

यदि आपके अधिकांश उत्तर हाँ में हैं तो आपको अपने मानसिक स्वास्थ्य के प्रति जागरूक होने की आवश्यकता है। हमारा मानसिक स्वास्थ्य हमारे व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्ष पर गहरा प्रभाव पड़ता है। यहाँ पर यह बात महत्वपूर्ण है कि हम समस्या के प्रति जागरूक होकर समस्या के निदान के लिए प्रयास कर सकते हैं। जब यह पहचान हो जाती है कि व्यक्ति किसी व्यावहारिक एवं संवेगात्मक समस्या से जूझ रहा है तो सर्वप्रथम समस्या के कारणों को जानने के लिए संबंधित व्यक्ति से, उसके माता-पिता तथा संबंधित मुख्य लोगों से साक्षात्कार महत्वपूर्ण होता है। जिससे समस्या की जानकारी प्राप्त की जा सकती है।

आँकलन के तरीके (methods of assessment)

- अवलोकन
- शैक्षिक प्रदर्शन
- स्क्रीनिंग उपकरण
- माता पिता से साक्षात्कार
- मनोवैज्ञानिक परीक्षण

परिवार आधारित हस्तक्षेप रणनीति का उपयोग करने के लिए संबंधित परिवार की संरचना एवं कार्यप्रणाली को समझना महत्वपूर्ण है जिसमें परिवार के सदस्यों के बीच आपसी संबंध ,अन्तः क्रिया एवं संवाद का तरीका ,अनुशासन एवं नियंत्रण प्रक्रियाये ,समस्या समाधान नीतियाँ ,संवेगों पर नियंत्रण ,प्रोत्साहन ,तनाव प्रबंधन के तरीकों को जानना (explore) उपयोगी है ।

1. 6 व्यक्तित्व के व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्षों की उपादेयता (Relevance of behavioral and emotional aspects of personality) –

मानव का परम कर्तव्य है कि वे खुद को स्वस्थ एवं समाज में उत्पादक अंग के रूप में कार्य करते हुये अपने उत्तरदायित्वों का निर्वहन करे । आनुवंशिकी ,गर्भावस्था ,जन्म के समय की स्थितियाँ ,घर का वातावरण ,आस पड़ोस ,सामाजिक प्रथाएं ,शिक्षण व्यवस्थाये आदि व्यक्ति के विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है । कई बार जन्मजात विकृतियों या वातावरण से अर्जित विकृतियों के परिणामस्वरूप व्यक्ति को अनेक व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों का सामना करना पड़ता है ।जिससे की व्यक्ति को जीवन में विभिन्न कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है । जिसका व्यक्तिगत एवं सामाजिक जीवन में नकारात्मक प्रभाव पड़ता है । शीघ्र पहचान एवं हस्तक्षेप के द्वारा इस प्रकार की समस्याओं का प्रबंधन एवं उपचार संभव है । जो कीव्यक्ति एवं राष्ट्र दोनों के लिए लाभदायक है । मानव जीवन अमूल्य है । प्रत्येक मानव को बेहतर जीवन जीने का अधिकार है । शिक्षा का मुख्य लक्ष्य है व्यक्ति में स्वावलंबन की भावना के विकास को प्रोत्साहन दे तथा उनकी आवश्यकताओं के अनुसार शिक्षा के अवसर उपलब्ध हों । व्यक्ति में वैज्ञानिक सोच तथा सकारात्मक दृष्टिकोण से किशोरावस्था में पाई जाने वाली विभिन्न व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की पहचान कर उनका निदान किया जा सकता है । किशोरावस्था एवं युवावस्था जीवन का स्वर्णिम काल है । इस अवस्था में ऊर्जा का स्तर उच्च स्तर का होता है । इस ऊर्जा को सकारात्मक रास्तों में लगाया जाना महत्वपूर्ण है । व्यावहारिक एवं संवेगात्मक पक्ष्य जीवन में निर्णायक भूमिका निभाते है ।व्यवहार एवं संवेग हमारे व्यक्तिगत एवं सामाजिक जीवन के अभिन्न अंग है।

1.6 सारांश

किशोरावस्था में व्यक्ति की मजबूत एवं स्वस्थ नींव उसे बेहतर एवं सफल जीवन की तरफ ले जाती है। वही कमजोर एवं अस्वस्थ आधार व्यक्ति में अनेकों व्यावहारिक एवं संवेगात्मक समस्याएँ उत्पन्न करते हैं। जिसका व्यक्ति के व्यक्तित्व पर आजीवन प्रभाव पड़ता है। कमजोर व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को एक अक्षमताओं की विशेष श्रेणी में रखा गया है। इनमें मुख्य रूप से व्यग्रता (anxiety), भयभीत रहना (fearful), अवसाद (depression), आक्रामकता (aggressive), शत्रुतापूर्ण व्यवहार (hostile), शैक्षिक पिछड़ापन (scholastic backwardness), मनोदेहिक विकार (psychosomatic disorder) और कई प्रकार की मानसिक रुग्णताये हो सकती हैं। इस प्रकार के विकारों को दूर करने में परिवार की महत्वपूर्ण भूमिका है। वर्तमान समय में व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों को जानना एवं उनके प्रबंधन एवं रोकथाम के प्रति जागरूकता अत्यंत महत्वपूर्ण है। इस इकाई में आपने व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की प्रकृति, प्रकार एवं व्यक्तित्व पर उनके प्रभाव का अध्ययन किया। व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों की अवधारणा को समझना आपको जीवन के प्रति व्यापक दृष्टिकोण विकसित करने में सहायक होंगे। इनमें मुख्य रूप से व्यग्रता (anxiety), भयभीत रहना (fearful), अवसाद (depression), आक्रामकता (aggressive), शत्रुतापूर्ण व्यवहार (hostile), शैक्षिक पिछड़ापन (scholastic backwardness), मनोदेहिक विकार (psychosomatic disorder) युवाओं में अधिक प्रभावित कर रहे हैं। इनके प्रति जागरूकता एवं शीघ्र पहचान इनके निदान में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। मनोचिकित्सा, संतुलित आहार, अच्छी आदतें, नियमितता, योग, ध्यान शारीरिक एवं मानसिक सक्रियता के द्वारा व्यावहारिक एवं संवेगात्मक मुद्दों का बेहतर प्रबंधन एवं निदान संभव है।

1.9 दीर्घ उत्तरीय प्रश्न (Long answer type questions)

1. किशोरावस्था में संवेगिक और व्यवहार संबंधी मुद्दों के सामान्य कारण क्या हैं?
2. संवेगिक और व्यवहार संबंधी मुद्दों को हल करने में प्रारंभिक पहचान और हस्तक्षेप के महत्व की व्याख्या कीजिए ?
3. संवेगिक एवं व्यवहार संबंधी मुद्दों के प्रकारों का वर्णन कीजिये ?
4. मानसिक स्वास्थ्य विकारों को वर्गीकृत कीजिए ?
5. युवाओं में संवेगिक एवं व्यवहार संबंधी के प्रति जागरूकता क्यों आवश्यक है ?
6. आचरण विकार के लक्षण हैं ?

7. अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिव डिसऑर्डर (Attention deficit hyperactivity disorder) ग्रसित युवाओं में पाये जाने वाले मुख्य लक्षण कौन से है?
8. भावनात्मक-जुनूनी-बाध्यकारी विकार (obsessive compulsive disorder) के कारण लिखिए
9. चार कारक लिखिए जो व्यावहारिक एवं संवेगात्मक समस्याओ का बढ़ाते है –

1.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची (References)

- Parry TS (2005). Assessment of developmental learning and behavioral problems in children and young people. 183:43–48.
- Counselling: Theory & Process. Author, JC Hansen, RR Stevic, and RW Warner. Boston: Allyn & Bacon (1986)
- Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook (3rd Ed.). Editor, Melwin Lewis. Lippincott Williams & Wilkins
- Encyclopedia on Early Childhood Development. Author, MR Sanders & A Morawska (2005). Centre for excellence for early childhood development, University of Queensland, Australia
- <https://www.egyankosh.ac.in/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803568/#>
- <https://www.nimh.nih.gov/>
- <https://www.psychiatry.org/>
- <https://ici.umn.edu/>

**इकाई-2 मानसिक विकारों का वर्गीकरण तंत्र: डी.एस.एम. 5 एवम्
आई.सी.डी. 10 (Classification System of Mental Disorders: DSM 5
and I.C.D. 10)**

इकाई संरचना

- 2.1 परिचय
- 2.2 उद्देश्य
- 2.3 मनोविकृति विज्ञान के वर्गीकरण का अर्थ एवं उद्देश्य
 - 2.2.1 साइकोपैथोलॉजी के वर्गीकरण के लिए दृष्टिकोण
- 2.4 मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण का इतिहास
 - 2.4.1 प्राचीन काल में मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
 - 2.4.2 मध्य युग से पुनर्जागरण तक मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
 - 2.4.3 18वीं सदी मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
 - 2.4.4 19वीं सदी में मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
 - 2.4.5 20वीं सदी में मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
 - 2.4.6 21वीं सदी मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण
- 2.5 आईसीडी का विकास
 - 2.5.1 आईसीडी (ICD)-10 में मानसिक विकारों का वर्गीकरण
- 2.6 मानसिक विकारों का निदान और सांख्यिकीय मैनुअल (डीएसएम)
 - 2.6.1 डी.एस.एम के संशोधन
- 2.7 डी.एस.एम-5: डीएसएम का वर्तमान संस्करण
 - 2.7.1 DSM-5 अनुभाग II
- 2.8 सारांश
- 2.9 निबंधात्मक प्रश्न
- 2.10 शब्दकोष
- 2.11 सन्दर्भ ग्रंथ

2.1 परिचय (Introduction)

वर्गीकरण को विज्ञान का मूल माना जाता है अतः लगभग विज्ञान की सभी विधाओं में वर्गीकरण प्रणाली को बहुतायत से प्रयोग किया जाता है। चूँकि मनोविज्ञान, वर्तमान विज्ञान की एक अहम् शाखा है जिसमें हम व्यक्ति/व्यक्तियों के व्यवहारों का न केवल अध्ययन करते हैं बल्कि उन व्यवहारों को परिभाषित या वर्गीकृत करने का प्रयास करते हैं। असामान्य मनोविज्ञान इस धारणा पर आधारित है कि व्यवहार एक श्रेणी या विकार का हिस्सा है न कि किसी अन्य का।

इस इकाई में मानसिक विकारों के वर्गीकरण का विस्तृत विवरण प्रस्तुत किया जाएगा। सबसे पहले, हम मानसिक विकारों के वर्गीकरण के अर्थ, उद्देश्य और दृष्टिकोण पर चर्चा करेंगे। इसके बाद मानसिक विकारों के वर्गीकरण के इतिहास का विवरण दिया जाएगा। फिर हम व्यापक रूप से उपयोग किए जाने वाले DSM-5, DSM के वर्तमान संस्करण पर चर्चा करेंगे। अंत में, DSM-5 का मूल्यांकन किया जाएगा।

2.2 उद्देश्य (Objective)

इस इकाई को पढ़ने के बाद आप-:

- मानसिक विकारों के वर्गीकरण का अर्थ, उद्देश्य और दृष्टिकोण को स्पष्ट रूप से समझ सकेंगे।
- मानसिक विकारों के वर्गीकरण के इतिहास का विवरण प्रस्तुत कर सकेंगे।
- मानसिक विकारों के वर्गीकरण के लिए ICD-10 की व्याख्या कर सकेंगे।
- मानसिक विकारों के वर्गीकरण की एक प्रणाली के रूप में डीएसएम के विकास को समझ सकेंगे।
- डीएसएम-वी का लेखा-जोखा प्रस्तुत कर सकेंगे; और डीएसएम-5 का मूल्यांकन कर सकेंगे।

2.3 मनोविकृति विज्ञान के वर्गीकरण का अर्थ एवं उद्देश्य (Meaning and Objectives of the Classification of Psychopathology)

मनोविज्ञान विशेषकर नैदानिक मनोविज्ञान में व्यक्ति/व्यक्तियों से जुड़ी विभिन्न प्रकार की समस्याओं का विस्तृत विवरण दिया गया है जिसके द्वारा व्यक्ति न केवल उन समस्याओं की प्रकृति को समझ पाने में समर्थ होता है बल्कि इन समस्याओं के निराकरण के सन्दर्भ में भी ज्ञान अर्जित कर सकता है। चूँकि, नैदानिक मनोविज्ञान को मानसिक विकारों का महासागर कहा जाता है, इस स्थिति में अध्ययन की दृष्टि से हमें इन सभी समस्याओं के वर्गीकरण की आवश्यकता होती

है जिससे हम सभी मनोवैज्ञानिक समस्याओं को सही ढंग से समझ सके। वर्गीकरण शब्द का तात्पर्य श्रेणियों के निर्माण और लोगों को उनकी विशेषताओं के आधार पर इन श्रेणियों में निर्दिष्ट करने की प्रक्रिया से है। वैज्ञानिक संदर्भ में वर्गीकरण, वर्गीकरण विज्ञान को संदर्भित करता है। इसे दूसरे शब्दों में किसी वस्तु, व्यक्ति, या परिस्थितियों के देश-काल ओर समाज के अनुसार नामकरण को दर्शाता है। उदाहरण के लिए किसी समाज की सभी महिलाओं को उनके लिंग के आधार पर एक श्रेणी विशेष में नामकरण कर दर्शाया जाता है। वर्गीकरण प्रत्येक विज्ञान के मूल में है। यदि हम वस्तुओं या अनुभवों या व्यवहारों को लेबल और क्रमबद्ध नहीं कर सकते हैं तो वैज्ञानिक एक दूसरे के साथ संवाद नहीं कर पाएंगे और हमारा ज्ञान आगे नहीं बढ़ेगा। वर्गीकरण का समाज विज्ञान विशेषकर मनोविज्ञान के नैदानिक क्षेत्र में विशेष महत्त्व है जिसमें मनोविज्ञान से सम्बंधित विभिन्न विकारों को वर्गीकृत किया जाता है। इसके अतिरिक्त असामान्य व्यवहार के पैटर्न को लेबल और व्यवस्थित किए बिना, शोधकर्ता अपने निष्कर्षों को एक-दूसरे तक नहीं पहुंचा सकते हैं, और इन विकारों के बारे में समझने और निर्णय लेने की दिशा में प्रगति रुक जाएगी। कुछ मनोवैज्ञानिक विकार एक थैरेपी पर दूसरे की तुलना में या एक दवा पर दूसरे की तुलना में बेहतर प्रतिक्रिया करते हैं।

वर्गीकरण चिकित्सकों को व्यवहार की भविष्यवाणी करने में भी मदद करता है। अंत में, वर्गीकरण शोधकर्ताओं को असामान्य व्यवहार के समान पैटर्न वाली आबादी की पहचान करने में मदद करता है। उदाहरण के लिए, लोगों के समूहों को उदास के रूप में वर्गीकृत करके, शोधकर्ता सामान्य कारकों की पहचान करने में सक्षम हो सकते हैं जो अवसाद की उत्पत्ति को समझने में मदद करते हैं। मनोचिकित्सा का वर्गीकरण निम्नलिखित पाँच प्राथमिक उद्देश्यों को पूरा करता है:

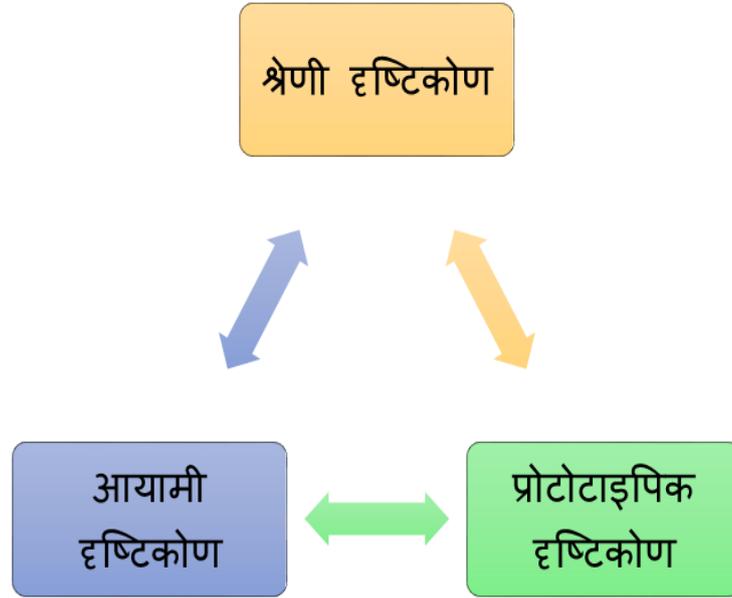
- I. संचार
- II. नियंत्रण
- III. समझ
- IV. भेद
- V. पूर्वानुमान/भविष्यवाणी

2.2.1 मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण के दृष्टिकोण (Approaches to Psychological Classification)

मनोवैज्ञानिक विकारों को समझने के लिए उसका वर्गीकरण Classification करना आवश्यक है। मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण के दृष्टिकोणसे तात्पर्य समय-समय पर विभिन्न विद्वानों द्वारा मनोवैज्ञानिक

समस्याओं के अध्ययन और इसके वर्गीकरण के सन्दर्भ में व्यक्त किये गये विचारों से है जिसे अध्ययन की दृष्टि से निम्न प्रकार से समझा जा सकता है:-

चित्र सं 2.1: मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण के दृष्टिकोण



मनोवैज्ञानिक विकारों को वर्गीकृत करने के लिए तीन दृष्टिकोण या रणनीतियों का उपयोग करते हैं:

- I. **श्रेणीबद्ध दृष्टिकोण (Hierarchical Approach):** क्रेपेलिन पहला मनोचिकित्सक था जिसने मनोवैज्ञानिक विकारों को जैविक या चिकित्सीय दृष्टिकोण से वर्गीकृत करने का प्रयास किया। शारीरिक विकारों के संदर्भ में क्रेपेलिन ने प्रेरक कारकों का एक सेट दिया जो अन्य विकारों के साथ अतिछादन (overlap) नहीं करता है। इसके अतिरिक्त क्रेपेलिन द्वारा प्रस्तुत वर्गीकरण को एक परिभाषित मानदंड के रूप में स्वीकार किया जाता है जो श्रेणी या समूह के प्रत्येक कारक का पूर्ण प्रतिनिधित्व करता है। वर्गीकरण का श्रेणीबद्ध दृष्टिकोण यह मानता है कि विभिन्न श्रेणियों के सदस्यों के बीच अंतर गुणात्मक होते हैं। दूसरे शब्दों में, अंतर राशि (मात्रा) में अंतर के बजाय प्रकार (गुणवत्ता) में दर्शाते हैं।
- II. **आयामी दृष्टिकोण (Dimensional approach):** दूसरी रणनीति एक आयामी दृष्टिकोण है, जिसमें हम रोगी द्वारा प्रस्तुत विभिन्न अनुभूतियों, मनोदशाओं और व्यवहारों को नोट करते हैं और उन्हें एक पैमाने पर मापते हैं। उदाहरण के लिए, 1 से 10 के पैमाने पर, एक मरीज को भावनात्मक कार्यप्रणाली (10,5,2) का प्रोफाइल बनाने के लिए गंभीर रूप से चिंतित (10), मध्यम रूप से उदास (5), और हल्के से उन्मत्त (2) के रूप में दर्जा दिया जा सकता है। यद्यपि मनोविकृति विज्ञान में आयामी दृष्टिकोण लागू

किए गए हैं, वे अपेक्षाकृत असंतोषजनक हैं। वर्गीकरण के लिए आयामी दृष्टिकोण निरंतर आयामों के संदर्भ में वर्गीकरण की वस्तुओं का वर्णन करता है। यह मानने के बजाय कि किसी वस्तु में कोई विशेष गुण है या नहीं है, किसी विशिष्ट विशेषता पर ध्यान केंद्रित करना और यह निर्धारित करना उपयोगी हो सकता है कि वस्तु उस विशेषता का कितना हिस्सा प्रदर्शित करती है।

- III. **प्रोटोटाइपिक दृष्टिकोण (Prototypical approach):** व्यवहार संबंधी विकारों को व्यवस्थित और वर्गीकृत करने के लिए एक तीसरा दृष्टिकोण, जो पहले दो का एक विकल्प है इसे प्रोटोटाइपिक दृष्टिकोण कहा जाता है। यह किसी विकार की कुछ आवश्यक विशेषताओं की पहचान करता है और यह कुछ गैर-आवश्यक विविधताओं की भी अनुमति देता है। विभिन्न संभावित विशेषताओं या गुणों के आधार पर विकार को वर्गीकृत करने के इस दृष्टिकोण के साथ, किसी भी उम्मीदवार को उस श्रेणी में आने के लिए उनमें से (लेकिन सभी को नहीं) पूरा करना होगा।

3.4 मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण का इतिहास (History of Psychological Classification)

2.4.1 प्राचीन काल (Ancient time): प्राचीन ग्रीस में, हिप्पोक्रेट्स और उनके अनुयायियों को आमतौर पर मानसिक बीमारियों की पहचान करने के लिए बनायी पहली वर्गीकरण प्रणाली बनाने का श्रेय दिया जाता है, जिसमें उन्माद, उदासी, व्यामोह, फोबिया और सीथियन रोग (ट्रांसवेस्टिज्म) शामिल हैं। उनका मानना था कि ये चार पित्त (Bile) में विभिन्न प्रकार के असंतुलन के कारण थे।

2.4.2 मध्य युग से पुनर्जागरण तक (Middle ages to Renaissance): फ़ारसी चिकित्सक 'अली इब्न अल-अब्बास अल-मजुसी और नजीब एड-दीन समरकंदी ने हिप्पोक्रेट्स की वर्गीकरण प्रणाली पर प्रकाश डाला। कैनेन ऑफ़ मेडिसिन में एविसेना (980-1037 सीई) ने "निष्क्रिय पुरुष समलैंगिकता" सहित कई मानसिक विकारों को सूचीबद्ध किया तो वहीं थॉमस सिडेनहैम (1624-1689), ने नैदानिक अवलोकन और निदान पर जोर देते हुए एक की ऐसी अवधारणा विकसित करी जो सामान्य पाठ्यक्रम से संबंधित लक्षणों को एक समूह में वर्गीकृत करता है।

2.4.3 18वीं सदी (18th Century): पुनर्जागरण और ज्ञानोदय के बाद 18वीं और 19वीं शताब्दी के अंत में मनोचिकित्सा (psychopathology) (शाब्दिक रूप से मन की बीमारियों का जिक्र) की वैज्ञानिक अवधारणाओं ने जोर पकड़ा। व्यक्तिगत व्यवहार जिनके सन्दर्भ में लम्बे से अध्ययन किया जा रहा था, उन्हें सिंड्रोम्स में समूहीकृत किया गया। बोइसिएर डी सॉवेज

(Boissier de Sauvages) जो कि एक फ्रेंच फिजीशियन और बोटानिस्ट थे ने 18वीं सदी के मध्य में थॉमस सिडेनहैम (Thomas Sydenham) की मेडिकल नोसोलॉजी (nosology) नोसोलॉजी मेडिकल साइंस की एक ब्रांच है जो बीमारियों के वर्गीकरण से सम्बंधित है) और कार्ल लिनिअस (Carl Linnaeus) की जैविक वर्गीकरण (taxonomy) से प्रभावित होकर मनोरोगों का एक अत्यंत व्यापक वर्गीकरण विकसित किया। यह 2400 चिकित्सीय रोगों के उनके वर्गीकरण का केवल एक हिस्सा था। इन्हें 10 "वर्गों" में विभाजित किया गया था, जिनमें से एक में अधिकांश मानसिक रोग शामिल थे, जिन्हें चार "ऑर्डर" और 23 "जेनेरा" (genera) में विभाजित किया गया था। एक जीनस (genus), मेलनकोलिया (melancholia), को 14 "प्रजातियों" (species) में विभाजित किया गया था। विलियम कुलेन (William Cullen) ने एक प्रभावशाली मेडिकल नोसोलॉजी को आगे बढ़ाया जिसमें न्यूरोसिस के चार वर्ग शामिल थे: कोमा (coma), एडिनमियास (adynamias), ऐंठन (spasms) और वेसानिया (vesanias)। वेसानिया में मनोभ्रंश (amentia), उदासी (melancholia), उन्माद (mania) और वनिरोडोनिया (oneirodynia) शामिल थे। 18वीं सदी के अंत और 19वीं सदी में, कुलेन की योजना से प्रभावित होकर, पिनेल (Pinel) ने अपनी खुद की शब्दावली विकसित की, और फिर से जेनेरा (genera) और प्रजातियों की शब्दावली को नियोजित किया। इससे उनके सरलीकृत संशोधन ने सभी मानसिक बीमारियों को चार बुनियादी प्रकारों में कम कर दिया। उन्होंने तर्क दिया कि मानसिक विकार अलग-अलग इकाइयां नहीं हैं बल्कि एक ही बीमारी से उत्पन्न होती हैं जिसे उन्होंने "मानसिक अलगाव" (Mental alienation) कहा।

2.4.4 19वीं सदी (19th Century): पिनेल (Pinel) के उत्तराधिकारी एस्क्वरोल (Esquirol) ने पिनेल की श्रेणियों को पाँच तक बढ़ा दिया। दोनों ने विक्षिप्तता ((उन्माद और मनोभ्रंश सहित) के विपरीत मानसिक मंदता (Mental retardation) के बीच अंतर स्पष्ट किया। एस्क्वरोल ने मोनोमेनिया (monomania) की एक अवधारणा विकसित की - एक विषय पर आवधिक भ्रमपूर्ण निर्धारण या अवांछनीय स्वभाव - जो एक व्यापक और सामान्य निदान बन गया और 19 वीं शताब्दी के अधिकांश समय में लोकप्रिय संस्कृति का एक हिस्सा बन गया। जेम्स प्राइसहार्ड (James Prichard) द्वारा गढ़ा गया "नैतिक पागलपन" ("moral insanity) का निदान भी लोकप्रिय हुआ; इस स्थिति वाले लोग भ्रमित या बौद्धिक रूप से कमजोर नहीं लग रहे थे बल्कि उनमें भावनाएं या व्यवहार अव्यवस्थित लग रहा था। वानस्पतिक वर्गीकरण दृष्टिकोण को 19वीं सदी में छोड़ दिया गया, एक शारीरिक-नैदानिक दृष्टिकोण के पक्ष में जो तेजी से वर्णनात्मक हो गया। उन्माद के विशेष रूपों में शामिल विशेष मनोवैज्ञानिक संकाय की पहचान करने पर ध्यान केंद्रित किया गया था, जिसमें फ्रेनोलॉजी भी शामिल थी, हालांकि कुछ लोगों ने अधिक केंद्रीय "एकात्मक" कारण के लिए तर्क दिया। फ्रांसीसी और जर्मन मनोचिकित्सीय

नास्तिकता प्रभुत्व में थी। शब्द "मनोचिकित्सा" ("साइकिएट्री") जर्मन चिकित्सक जोहान क्रिश्चियन रील द्वारा 1808 में ग्रीकसाइको ("आत्मा या मन") औरआईट्रोस ("हीलर या डॉक्टर") से गढ़ा गया था। शब्द "अलगाव" ने फ्रांस में एक मनोरोग संबंधी अर्थ ग्रहण कर लिया, जिसे बाद में चिकित्सा अंग्रेजी में अपनाया गया। मनोविकृति और न्यूरोसिस शब्द प्रयोग में आए, पहले को मनोवैज्ञानिक रूप से देखा गया और दूसरे को न्यूरोलॉजिकल रूप सोसदी के उत्तरार्ध में, कार्ल कहलबौम और इवालड हेकर ने सिंड्रोम का एक वर्णनात्मक वर्गीकरण विकसित किया, जिसमें डिस्टीमिया, साइक्लोथिमिया, कैटेटोनिया, पैरानोइया और हेबेफ्रेनिया जैसे शब्दों का इस्तेमाल किया गया। विल्हेम ग्रिजिंगर (1817-1869) ने मस्तिष्क विकृति विज्ञान की अवधारणा पर आधारित एक एकात्मक योजना को आगे बढ़ाया। फ्रांसीसी मनोचिकित्सकों जूलस बाइलार्गर (Jules Baillarger) ने "folie à double forme" का वर्णन किया और जीन-पियरे फाल्रेट (Jean-Pierre Falret) ने "la folie circulaire" का वर्णन किया - उन्माद और अवसाद का परिवर्तन। किशोर पागलपन या विकासात्मक पागलपन की अवधारणा को 1873 में स्कॉटिश शरण अधीक्षक और मानसिक रोगों के व्याख्याता थॉमस क्लॉस्टन द्वारा आगे बढ़ाया गया था, जिसमें एक मनोवैज्ञानिक स्थिति "द्वितीयक मनोभ्रंश" का वर्णन किया गया था जो आम तौर पर 18-24 वर्ष की आयु के लोगों, विशेष रूप से पुरुषों को प्रभावित करती है, और 30% मामलों में आगे बढ़ती है। हिस्टीरिया की अवधारणा लंबे समय से इस्तेमाल की जाती रही है, शायद प्राचीन मिस्र के समय से, और बाद में फ्रायड द्वारा अपनाया गया था। एक विशिष्ट सिंड्रोम का वर्णन जिसे अब सोमाटाइजेशन डिसऑर्डर के नाम से जाना जाता है, सबसे पहले 1859 में फ्रांसीसी चिकित्सक, पॉल ब्रिकेट द्वारा विकसित किया गया था। एक अमेरिकी चिकित्सक, बियर्ड ने 1869 में "न्यूरोस्थेनिया" का वर्णन किया था। जर्मन न्यूरोलॉजिस्ट वेस्टफाल ने "ऑब्सेसिव न्यूरोसिस" शब्द गढ़ा था जिसे अब मनोग्रस्था बाध्यता कहा जाता है।

एलियनवादियों (Alienists) ने निदान की एक पूरी नई श्रृंखला बनाई, जिसमें क्लेप्टोमैनिया, डिप्सोमैनिया, पायरोमैनिया और निम्फोमैनिया जैसे एकल, आवेगी व्यवहार पर प्रकाश डाला गया। उपयुक्त भूमिका से बचने की कोशिश कर रहे काले दासों की कथित अतार्किकता को समझने के लिए दक्षिणी संयुक्त राज्य अमेरिका में ड्रेपेटोमैनिया का निदान भी विकसित किया गया था। समलैंगिकता का वैज्ञानिक अध्ययन 19वीं शताब्दी में शुरू हुआ, जिसे अनौपचारिक रूप से या तो प्राकृतिक या एक विकार के रूप में देखा गया। क्रेपेलिन ने इसे अपने कंपेंडियम डेर साइकेट्री में एक विकार के रूप में शामिल किया जिसे उन्होंने 1883 से लगातार संस्करणों में प्रकाशित किया। 19वीं सदी के अंत में, कोच ने "मनोरोगी हीनता" को नैतिक पागलपन के लिए एक नए शब्द के रूप में संदर्भित किया। 20वीं शताब्दी में यह शब्द "साइकोपैथी" या

"सोशियोपैथी" के रूप में जाना जाने लगा, जो विशेष रूप से असामाजिक व्यवहार से संबंधित था। संबंधित अध्ययनों से असामाजिक व्यक्तित्व विकार की DSM-III श्रेणी सामने आई।

2.4.5 20वीं सदी (20th Century): कहलबौम और अन्य लोगों के दृष्टिकोण से प्रभावित होकर, और सदी के अंत में प्रकाशनों में अपनी अवधारणाओं को विकसित करते हुए, जर्मन मनोचिकित्सक एमिल क्रेपेलिन ने एक नई प्रणाली को आगे बढ़ाया। उन्होंने कई मौजूदा निदानों को एक साथ समूहीकृत किया, जो सभी को समय के साथ बिगड़ते हुए दिखाई दिए-जैसे कि कैटेटोनिया, हेबेफ्रेनिया और डिमेंशिया पैरानोइड्स-एक अन्य मौजूदा शब्द "डिमेंशिया प्राइकॉक्स" (जिसका अर्थ है "प्रारंभिक बुढ़ापा", बाद में इसका नाम बदलकर सिजोफ्रेनिया रखा गया) के तहत किया गया। निदान का एक और सेट जो आवधिक पाठ्यक्रम और बेहतर परिणाम दिखाता था, उसे उन्मत्त-अवसादग्रस्तता पागलपन (मनोदशा विकार) की श्रेणी के तहत एक साथ समूहीकृत किया गया था। उन्होंने मनोविकृति की एक तीसरी श्रेणी का भी प्रस्ताव रखा, जिसे व्यामोह कहा जाता है, जिसमें भ्रम शामिल है। कुल मिलाकर उन्होंने 15 श्रेणियां प्रस्तावित कीं, जिनमें मनोवैज्ञानिक न्यूरोसिस, मनोरोगी व्यक्तित्व और दोषपूर्ण मानसिक विकास (मानसिक मंदता) के सिंड्रोम भी शामिल हैं।

उन्होंने अंततः समलैंगिकता को "संवैधानिक मूल की मानसिक स्थितियों" की श्रेणी में शामिल किया। न्यूरोसिस को बाद में चिंता विकारों और अन्य विकारों में विभाजित किया गया। फ्रायड ने हिस्टीरिया पर विस्तार से लिखा और "चिंता न्यूरोसिस" शब्द भी गढ़ा, जो DSM-I और DSM-II में दिखाई दिया। इसके लिए चेकलिस्ट मानदंड ने उन अध्ययनों को जन्म दिया जो डीएसएम-III के लिए आतंक विकार को परिभाषित करने वाले थे। यूरोप और संयुक्त राज्य अमेरिका में 20वीं सदी की शुरूआती योजनाओं में 19वीं सदी के दौरान उभरे मस्तिष्क रोग मॉडल के साथ-साथ डार्विन के विकासवाद के सिद्धांत और/या फ्रायड के मनोविश्लेषणात्मक सिद्धांतों के कुछ विचार प्रतिबिंबित हुए। मनोविश्लेषणात्मक सिद्धांत विशिष्ट विकारों के वर्गीकरण पर आधारित नहीं था, बल्कि किसी व्यक्ति के जीवन के भीतर अचेतन संघर्षों और उनकी अभिव्यक्तियों का विश्लेषण करता था। यह न्यूरोसिस, मनोविकृति और विकृति से निपटता है। बॉर्डरलाइन व्यक्तित्व विकार और अन्य व्यक्तित्व विकार निदान की अवधारणा को बाद में ऐसे मनोविश्लेषणात्मक सिद्धांतों से औपचारिक रूप दिया गया था। एडॉल्फ मेयर ने एक मिश्रित जैवसामाजिक योजना को आगे बढ़ाया, जिसमें जीवन के अनुभवों के प्रति पूरे जीव की प्रतिक्रियाओं और अनुकूलन पर जोर दिया गया। 1945 में, विलियम सी. मेनिंगर ने अमेरिकी सेना के लिए मेडिकल 203 नामक एक वर्गीकरण योजना को आगे बढ़ाया, जिसमें उस समय के विचारों को पांच प्रमुख समूहों में संश्लेषित किया गया। इस प्रणाली को संयुक्त राज्य अमेरिका में वेटरन्स एडमिनिस्ट्रेशन द्वारा अपनाया गया और इसने डीएसएम को काफी प्रभावित किया। तनाव शब्द, जो 1930 के दशक में

एंडोक्राइनोलॉजी कार्य से उभरा था, तेजी से व्यापक बायोसाइकोसोशल अर्थ के साथ लोकप्रिय हुआ, और तेजी से मानसिक विकारों से जुड़ा हुआ था। मानसिक विकारों को पहली बार 1949 में रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी-6) के छठे संशोधन में शामिल किया गया था। तीन साल बाद, 1952 में, अमेरिकन साइकिएट्रिक एसोसिएशन ने अपनी स्वयं की वर्गीकरण प्रणाली, DSM-I बनाई। फ्रेगनर क्राइटेरिया समूह ने चौदह प्रमुख मनोरोग विकारों का वर्णन किया, जिनके लिए समलैंगिकता सहित शोध अध्ययन उपलब्ध थे।

इन्हें रिसर्च डायग्नोस्टिक क्राइटेरिया के रूप में विकसित किया गया, जिसे DSM-III द्वारा अपनाया गया और आगे विकसित किया गया। डीएसएम और आईसीडी का विकास, आंशिक रूप से, मुख्यधारा के मनोरोग अनुसंधान और सिद्धांत के संदर्भ में हुआ। मानसिक बीमारी की परिभाषा, चिकित्सा मॉडल, श्रेणीबद्ध बनाम आयामी दृष्टिकोण, और पीड़ा और हानि मानदंड को शामिल किया जाए या नहीं और कैसे किया जाए, इस पर बहस जारी रही और विकसित हुई।

2.4.6 21वीं सदी (21st Century): ICD-11 और DSM-5 को 21वीं सदी की शुरुआत में विकसित किया जा रहा है। ऐसा कहा जाता है कि वर्गीकरण में किसी भी मौलिक नए विकास को WHO की तुलना में APA द्वारा पेश किए जाने की अधिक संभावना है, मुख्यतः क्योंकि APA को केवल अपने स्वयं के न्यासी बोर्ड को राजी करना होता है जबकि WHO को 200 से अधिक देशों के प्रतिनिधियों को राजी करना होता है। ऐसा माना जाता है कि एपीए और डब्ल्यूएचओ अपने मैनुअल के नए संस्करणों का उत्पादन जारी रख सकते हैं और, कुछ मामलों में, एक दूसरे के साथ प्रतिस्पर्धा कर सकते हैं।

3.5 आईसीडी का विकास (Development of ICD)

1893 में मृत्यु के कारणों की पहली अंतर्राष्ट्रीय सूची प्रकाशित की गई। इसने रोगों के वर्गीकरण के लिए विश्वव्यापी संगठित प्रयास को प्रेरित किया जिसके परिणामस्वरूप 1900 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं का अंतर्राष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण-1 (ICD-1) का प्रकाशन हुआ। हालाँकि, केवल ICD-6 था जो मानसिक विकार पर एक अलग अनुभाग के साथ 1949 में प्रकाशित हुआ था। ICD-8 को मानसिक विकारों की एक व्यापक शब्दावली के साथ 1972 में प्रकाशित किया गया था। ICD-9 को अधिक नैदानिक संशोधन के साथ 1977 में प्रकाशित किया गया था। ICD-9 के खंड 1 और 2 में डायग्नोस्टिक कोड का वर्णन किया गया है, जबकि खंड 3 में मानसिक और व्यवहार संबंधी विकारों के लिए प्रक्रिया कोड की व्याख्या की गई है।

ICD-10: 1978 में, WHO ने संयुक्त राज्य अमेरिका में शराब, नशीली दवाओं के दुरुपयोग और मानसिक स्वास्थ्य प्रशासन (ADAMHA) के साथ एक दीर्घकालिक सहयोगी परियोजना में प्रवेश किया, जिसका उद्देश्य मानसिक विकारों, शराब, शराब के वर्गीकरण, उसका निदान और सुधार की सुविधा प्रदान करना था। इसके लिए WHO ने कई कार्यशालाएं की तथा उन कार्यशालाओं की एक श्रृंखला ने कई अलग-अलग मनोरोग परंपराओं और संस्कृतियों के शोधकर्ताओं और चिकित्सकों को एक साथ ला खड़ा किया, निर्दिष्ट क्षेत्रों में ज्ञान की समीक्षा की, और भविष्य के अनुसंधान के लिए योजनायें विकसित कीं। इन कार्यशालाओं से उभरी योजनाओं की समीक्षा करने और भविष्य के काम के लिए एक शोध एजेंडा और दिशानिर्देशों की रूपरेखा तैयार करने के लिए 1982 में कोपेनहेगन, डेनमार्क में वर्गीकरण और निदान पर एक प्रमुख अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन आयोजित किया गया था। कोपेनहेगन सम्मेलन की योजनाओं को लागू करने के लिए कई प्रमुख शोध प्रयास किए गए। इन सभी प्रयासों के परिणामस्वरूप 1992 में ICD-10 का प्रकाशन हुआ।

2.5.1 ICD-10 में मानसिक विकारों का वर्गीकरण (Classification of mental disorders in ICD-10)

ICD-10 के अनुसार मानसिक विकारों के वर्गीकरण का संक्षिप्त विवरण नीचे दिया गया है:

- ❖ F00-F09: जैविक, रोगसूचक, मानसिक विकारों सहित: मनोभ्रंश, प्रलाप, जैविक (Organic, including symptomatic, mental disorders: Dementia, delirium, organic.)
- ❖ F10-F19: मनो-सक्रिय पदार्थों के उपयोग के कारण मानसिक और व्यवहार संबंधी विकार: शराब, कोकीन और तंबाकू (Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances: Alcohol, cocaine and tobacco)
- ❖ F20-F29: सिज़ोफ्रेनिया, सिज़ोटाइपल और भ्रम संबंधी विकार (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders.)
- ❖ F30-F39: मनोदशा (भावात्मक) विकार: उन्मत्त, द्विध्रुवी, अवसादग्रस्तता (Mood (affective) disorders: Manic, bipolar, depressive.)
- ❖ F40-F48: न्यूरोटिक, तनाव-संबंधी और सोमैटोफॉर्म विकार: फोबिया, ओसीडी, समायोजन, विघटनकारी (Neurotic, stress-related and somatoform disorders: Phobia, OCD, adjustment, dissociative.)

- ❖ F50-F59: शारीरिक गड़बड़ी और शारीरिक कारकों से जुड़े व्यवहार संबंधी सिंड्रोम: भोजन, नींद, यौन विकार (Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors: Eating, sleep, sexual disorders.)
- ❖ F60-F69: वयस्क व्यक्तियों में व्यक्तित्व और व्यवहार के विकार: विशिष्ट, आवेग विकार, लिंग पहचान (Disorders of personality and behaviour in adult persons: Specific, impulse disorder, gender identity.)
- ❖ F70-F79: मानसिक मंदता (Mental retardation)
- ❖ F80-F89: मनोवैज्ञानिक विकास के विकार: वाणी और भाषा, व्यापक विकास (Disorders of psychological development: Speech and language, pervasive development.)
- ❖ F90-F98: व्यवहारिक और भावनात्मक विकार आमतौर पर बचपन और किशोरावस्था में होते हैं: हाइपरकिनेटिक, आचरण, टिक (Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence: Hyperkinetic, conduct, tic.)
- ❖ F-99: अनिर्दिष्ट मानसिक विकार (Unspecified mental disorders.)

2.6 मानसिक विकारों का निदान और सांख्यिकीय मैनुअल (डीएसएम) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM))

अमेरिकन साइकिएट्रिक एसोसिएशन द्वारा प्रकाशित द डायग्नोस्टिक एंड स्टैटिस्टिकल मैनुअल ऑफ मेंटल डिसऑर्डर, संयुक्त राज्य अमेरिका और अन्य देशों में मानसिक विकारों के निदान में सबसे अधिक उपयोग की जाने वाली पुस्तक है।

2.6.1 डी.एस.एम के संशोधन (Revisions to the DSM)

द्वितीय विश्व युद्ध से उत्पन्न जरूरतों को देखते हुए, मनोचिकित्सक और ब्रिगेडियर जनरल विलियम सी. मेनिंगर की अध्यक्षता वाली एक समिति ने अमेरिकी मनोचिकित्सकों की मदद से 1943 में मेडिकल 203 नामक एक नई वर्गीकरण योजना विकसित की।

- ❖ **डीएसएम (DSM)-I (1952):** 1949 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन ने रोगों के अंतर्राष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण (आईसीडी-10) का छठा संशोधन प्रकाशित किया जिसमें पहली बार मानसिक विकारों पर एक खंड शामिल था। नतीजतन, नामकरण और

सांख्यिकी पर एक एपीए समिति को संयुक्त राज्य अमेरिका में उपयोग के लिए एक वर्गीकरण प्रणाली विकसित करने का अधिकार दिया गया था। 1950 में एपीए समिति ने मानसिक विकारों के निदान और सांख्यिकी मैनुअल-1 (डीएसएम-1) को प्रसारित करने के लिए समीक्षा और परामर्श किया, जिसे 1951 में अनुमोदित किया गया और 1952 में प्रकाशित किया गया। संरचना और वैचारिक रूपरेखा मेडिकल 203 के समान थी। और पाठ के कई अंश समान हैं। मैनुअल 130 पेज लंबा था और इसमें 106 मानसिक विकारों को सूचीबद्ध किया गया था। डीएसएम-1 ने पूर्व प्रणाली से नामकरण में 94% परिवर्तन किए और सत्तर विकार शब्दों को बदलकर "प्रतिक्रिया" किया, उदाहरण के लिए, सिज़ोफ्रेनिक प्रतिक्रिया। DSM-I की आलोचना इस आधार पर की जाती है कि यह अपने सैद्धांतिक अभिविन्यास में मनोविश्लेषणात्मक था। DSM-I में मनोविक्षुब्ध विकारों का वर्णन करते समय "अचेतन" शब्द का कई बार उल्लेख किया गया था।

❖ **डीएसएम (DSM)-II (1968):** 1968 में आईसीडी-8 के मानसिक विकार अनुभाग के संशोधन में एपीए की भागीदारी के बावजूद, इसने 1968 में डीएसएम का एक संशोधन भी प्रकाशित किया, जिसमें 182 विकार सूचीबद्ध थे, और यह 134 पृष्ठ लंबा था। यह काफी हद तक DSM-I के समान था। "प्रतिक्रिया" शब्द को हटा दिया गया लेकिन "न्यूरोसिस" शब्द को बरकरार रखा गया। डीएसएम-1 और डीएसएम-II दोनों ने प्रमुख मनोचिकित्सा मनोरोग को प्रतिबिंबित किया, हालांकि उनमें क्रेपेलिन के वर्गीकरण प्रणाली से जैविक दृष्टिकोण और अवधारणाएं भी शामिल थीं। विशिष्ट विकारों के लिए लक्षण विस्तार से निर्दिष्ट नहीं किए गए थे। कई विकारों को व्यापक अंतर्निहित संघर्षों या जीवन की समस्याओं के प्रति कुत्सित प्रतिक्रियाओं के प्रतिबिंब के रूप में देखा गया, जो न्यूरोसिस और मनोविकृति (मोटे तौर पर, वास्तविकता के संपर्क में चिंता/अवसाद, या वास्तविकता से अलग दिखने वाले मतिभ्रम/भ्रम) के बीच अंतर में निहित हैं। एक ऐसे मॉडल में समाजशास्त्रीय और जैविक ज्ञान को भी शामिल किया गया था, जो सामान्यता और असामान्यता के बीच स्पष्ट सीमा पर जोर नहीं देता था। प्रकाशन के बाद डीएसएम-II की व्यापक आलोचना के बाद, 1973 में "समलैंगिकता" शब्द को "ईगो-डायस्टोनिक समलैंगिकता" से बदल दिया गया।

❖ **डीएसएम (DSM)-III (1980):** डीएसएम को रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं के अंतर्राष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण (आईसीडी) के अनुरूप बनाने के लिए डीएसएम का एक नया संशोधन बनाने का निर्णय 1974 में रॉबर्ट स्पिट्ज़र ने एक टास्क फोर्सकेसाथ अध्यक्ष के रूप में किया गया था। इस संशोधन का उद्देश्य मनोरोग निदान की एकरूपता और वैधता में सुधार करना, दुनिया भर में नैदानिक प्रथाओं को

मानकीकृत करना और DSM-II पर होने वाली आलोचनाओं से बचने के लिए फार्मास्युटिकल नियामक प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाना था। कई मानसिक विकारों के मानदंड रिसर्च डायग्नोस्टिक क्राइटेरिया और फेघनर क्राइटेरिया से लिए गए थे। समिति की बैठकों के दौरान सर्वसम्मति से वर्गीकरण की नई श्रेणियां और उनके मानदंड स्थापित किए गए। नियामक या विधायी मॉडल के पक्ष में मनोगतिक या शारीरिक दृष्टिकोण को त्याग दिया गया। एक नई "बहु-अक्षीय" प्रणाली ने केवल एक साधारण निदान के बजाय सांख्यिकीय जनसंख्या जनगणना के लिए अधिक उपयुक्त तस्वीर पेश करने का प्रयास किया। डीएसएम ने प्रत्येक मानसिक विकार को चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण व्यवहारिक या मनोवैज्ञानिक सिंड्रोम के रूप में अवधारणाबद्ध किया। अंततः 1980 में प्रकाशित, DSM-III 494 पृष्ठ लंबा था और इसमें 265 नैदानिक श्रेणियां सूचीबद्ध थीं। यह तेजी से व्यापक अंतरराष्ट्रीय उपयोग में आया। डीएसएम-III में उल्लेखित प्रत्येक विकार के लिए नैदानिक मानदंडों के साथ डीएसएम के पिछले संस्करण से नामकरण में 93% परिवर्तनों के साथ प्रकाशित किया गया था। यह पाँच अक्षों वाला एक बहु-अक्षीय वर्गीकरण था। DSM-III ने प्रत्येक विकार की पृष्ठभूमिकी जानकारी में के बारे में भारी वृद्धि प्रदान की, जिसमें नैदानिक विशेषताएं, संबंधित विशेषताएं, सांस्कृतिक और लिंग विशेषताएं; व्यापकता, पाठ्यक्रम, परिचित पैटर्न, विभेदक निदान, निर्णय वृक्ष और शब्दावली शामिल की गईं हालाँकि, बाद में DSM-III की इस आधार पर आलोचना की गई कि 20-30 प्रतिशत आबादी को बिना किसी गंभीर मानसिक समस्या के व्यवहार संबंधी विकारों के आधार पर निदान किया गया होगा।

❖ **डीएसएम (DSM)-III-R (1987):** DSM-III-R को 1987 में DSM-III के संशोधन के रूप में प्रकाशित किया गया था। श्रेणियों का नाम बदला गया, पुनर्गठित किया गया और मानदंडों में महत्वपूर्ण बदलाव किए गए। छह श्रेणियां हटा दी गईं, जबकि कुछ नई श्रेणियां जोड़ी गईं। मासिक धर्म पूर्व बेचैनी संबंधी विकार और मासोचिस्टिक व्यक्तित्व विकार जैसे विवादास्पद निदानों को खारिज कर दिया गया। "यौन अभिविन्यास गड़बड़ी" को भी हटा दिया गया था और इसे बड़े पैमाने पर "यौन विकार जो अन्यथा निर्दिष्ट नहीं है" के अंतर्गत शामिल किया गया था जिसमें "किसी के यौन अभिविन्यास के बारे में लगातार और चिह्नित परेशानी" शामिल हो सकती है। DSM-III-R में 292 निदान शामिल थे और यह 567 पृष्ठ लंबा था।

❖ **डीएसएम (DSM)-IV (1994):** DSM-IV को 1994 में 886 पृष्ठों में 297 विकारों को सूचीबद्ध करते हुए प्रकाशित किया गया था। DSM-IV के विकास की प्रक्रिया में निदान की व्यापक साहित्य समीक्षा, मानदंडों में आवश्यक परिवर्तन निर्धारित करने के

लिए विश्लेषण, नैदानिक अभ्यास और निदान से संबंधित बहुकेंद्रीय क्षेत्र परीक्षण शामिल थे। पिछले संस्करणों में से DSM-IV में एक बड़ा बदलाव सभी श्रेणियों में से लगभग आधे के लिए नैदानिक महत्व मानदंड का समावेश था, जिसके लिए आवश्यक लक्षण "सामाजिक, व्यावसायिक, या कामकाज के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में नैदानिक रूप से संकट या हानि" का कारण बनते थे।

❖ **डीएसएम (DSM)-IV TR (2000):** 2000 में एक पाठ संशोधन प्रकाशित किया गया था (DSM-IV-TR; अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन 2000)। इसका उद्देश्य त्रुटियों को ठीक करना और 1994 में उपलब्ध न होने वाली नई जानकारी को जोड़ना था। निदान मानदंडों में कोई बदलाव नहीं किया गया, न ही विकारों को जोड़ा या हटाया गया। प्रत्येक निदान पर अतिरिक्त जानकारी देने वाले पाठ अनुभागों को अद्यतन किया गया था, साथ ही आईसीडी के साथ स्थिरता बनाए रखने के लिए कुछ निदान कोड भी अपडेट किए गए थे।

विभिन्न डीएसएम संस्करण-उनकी लंबाई और उनमें निहित विकारों की संख्या-की तुलना तालिका में की गई है।

तालिका 2.1: DSMs 1952 से 2013

संस्करण	वर्ष	विकारों की संख्या	पेजों की संख्या
DSM-I	1952	106	132
DSM-II	1968	182	119
DSM-III	1980	265	494
DSM-III-R	1987	292	567
DSM-IV	1994	297	886
DSM-IV-TR	2000	297	943
DSM-5	2013	157*	947

*अन्य निर्दिष्ट और अनिर्दिष्ट विकार शामिल नहीं हैं।

2.7 डी.एस.एम-5: डीएसएम का वर्तमान संस्करण (DSM-5: Current Version of the DSM)

DSM-5 टास्क फोर्स 2006 में APA के अध्यक्ष स्टीवन एस. शार्फ़स्टीन, एम.डी., और APA मेडिकल निदेशक जेम्स एच. स्कली जूनियर, एम.डी. द्वारा बनाई गई थी, जिसके अध्यक्ष डॉ. क्लेफ़र और उपाध्यक्ष डॉ. रेगियर थे।

टास्क फोर्स में अतिरिक्त सदस्यों को नियुक्त किया गया, जिसमें 13 नैदानिक कार्य समूहों के अध्यक्ष भी शामिल थे, जो अनुसंधान और साहित्य की समीक्षा करने के लिए थे, जिस पर उनकी योजनायें आधारित थीं। एपीए बोर्ड ऑफ ट्रस्टीज ने नियुक्ति के सिद्धांतों की स्थापना की, यह अनिवार्य है कि किसी भी विश्वविद्यालय के दो से अधिक प्रतिनिधि टास्क फोर्स या एक ही कार्य समूह में भाग नहीं ले सकते हैं। टास्क फोर्स के सदस्यों की घोषणा जुलाई 2007 में और कार्य समूह के सदस्यों की घोषणा मई 2008 में की गई। डीएसएम के नाम से जुड़ी संख्या "5" इस पुस्तक के पांचवें - और सबसे हालिया - संस्करण को संदर्भित करती है। DSM-5®की मूल रिलीज तिथि मई 2013 थी। APA ने मार्च 2022 में पांचवें संस्करण का संशोधित संस्करण जारी किया। उस संस्करण को DSM-5-TR™के रूप में जाना जाता है, TR का अर्थ है "पाठ संशोधन।"

DSM-5 का उद्देश्य किसी भी स्वास्थ्य स्थिति (चाहे वह शारीरिक हो या मानसिक) के इलाज में पहला कदम स्थिति का सटीक निदान करना है। यह मानसिक स्वास्थ्य और मस्तिष्क से संबंधित स्थितियों की स्पष्ट, अत्यधिक विस्तृत परिभाषा प्रदान करता है। यह उन स्थितियों के संकेतों और लक्षणों का विवरण और उदाहरण भी प्रदान करता है। स्थितियों को परिभाषित करने और समझने के अलावा, DSM-5 उन स्थितियों को समूहों में व्यवस्थित करता है। इससे स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए स्थितियों का सटीक निदान करना और उन्हें समान संकेतों और लक्षणों वाली स्थितियों से अलग बताना आसान हो जाता है। DSM-5 बनाने के लिए, APA ने दुनिया भर से 160 से अधिक मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को इकट्ठा किया, जिनमें मनोचिकित्सक, मनोवैज्ञानिक और कई अन्य क्षेत्रों के विशेषज्ञ शामिल थे। सैकड़ों अन्य विशेषज्ञों ने विशिष्ट विषयों पर सलाहकार के रूप में योगदान और सहायता की। DSM-5 के निर्माण में फ्रील्ड परीक्षण और अन्य परीक्षण भी शामिल थे। DSM-5 मुख्य रूप से मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों पर केंद्रित है। हालाँकि, मानसिक स्वास्थ्य और मस्तिष्क कार्य अविभाज्य हैं, DSM-5 मस्तिष्क कैसे काम करता है उससे संबंधित स्थितियों और चिंताओं के अध्ययन को भी वर्णित करता है।

पुस्तक में डायग्नोस्टिक कोड भी शामिल हैं, जो स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन के रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण, 10वें संस्करण (ICD-10) के क्रॉस-रेफरेंस को आसान बनाते हैं।

2.7.1 DSM-5 में तीन खंड हैं:

- ❖ **अनुभाग I: DSM-5 मूल (Basic):** यह अनुभाग बताता है कि चिकित्सा सेवा प्रदाताओं को अपने काम में पुस्तक का उपयोग कैसे करना चाहिए। इसमें मानसिक

स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं में कानूनी सेवा प्रदाताओं, अदालती मामले आदि शामिल होने पर डीएसएम-5 का उपयोग किस प्रकार करना है के लिए भी मार्गदर्शन शामिल है।

❖ **अनुभाग II: नैदानिक मानदंड और कोड (Diagnostic Criteria and Codes):** यह खंड पुस्तक में सबसे बड़ा है। प्रत्येक अध्याय में एक प्रकार के विकार की स्थिति को शामिल किया गया है, जिसमें उस विकार के विशिष्ट लक्षणों को परिभाषित किया गया है। और समझाया गया है (इस अनुभाग के बारे में अधिक जानकारी के लिए नीचे दी गई तालिका में दी गयी है)।

❖ **अनुभाग III: उभरते उपाय और मॉडल (Emerging Measures and Models):** इस अनुभाग में विशिष्ट मूल्यांकन उपकरणों के बारे में जानकारी शामिल है, जिनका उपयोग प्रदाता कुछ स्थितियों के निदान के लिए दिशानिर्देश के रूप में करते हैं। इसमें इस बारे में भी जानकारी है कि सांस्कृतिक मतभेद निदान को कैसे प्रभावित कर सकते हैं, और उन स्थितियों के बारे में एक अध्याय है जो अंततः डीएसएम के बाद के संस्करण में जा सकते हैं लेकिन ऐसा होने से पहले और अध्ययन की आवश्यकता है।

2.7.1 DSM-5 अनुभाग II (DSM-5 Section II)

अनुभाग II नैदानिक मानदंड और कोड में शामिल मनोवैज्ञानिक विकार और उनके प्रकार के बारे में अधिक जानकारी

तालिका 2.2: अनुभाग II नैदानिक मानदंड और कोड (Table 2.2: Section II Diagnostic Criteria and Codes)

अनुभाग शीर्षक (Section Title)	अनुभाग में विकारों के उदाहरण (Examples of disorders in section)
तंत्रिका विकास संबंधी विकार (Neurodevelopmental Disorders)	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिस्ऑर्डर (Autism spectrum disorder) ध्यान-अभाव/अतिसक्रियता विकार (एडीएचडी) (Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) सीखने संबंधी विकार (जिसमें डिस्लेक्सिया, डिस्कैल्कुलिया आदि शामिल हैं) (Learning disorders (which cover Dyslexia, Dyscalculia, etc.))
सिज़ोफ्रेनिया स्पेक्ट्रम और अन्य मानसिक विकार (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic)	मनोविदलता (Schizophrenia) (सिज़ोइफेक्टिव विकार) Schizoaffective disorder. (भ्रमात्मक विकार) Delusional disorder

Disorders)	
द्विध्रुवी और संबंधित विकार (Bipolar and Related Disorders)	द्विध्रुवी I और द्विध्रुवी II विकार (Bipolar I and bipolar II disorders) साइक्लोथैमिक विकार (Cyclothymic disorder)
अवसादग्रस्तता विकार (Depressive Disorders)	प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार (Major depressive disorder) लगातार अवसादग्रस्तता विकार (Persistent depressive disorder)
चिंता विकार (Anxiety Disorders)	सामान्यीकृत चिंता विकार (Generalized anxiety disorder.) सामाजिक चिंता विकार (Social anxiety disorder.) पृथक्करण चिंता विकार (Separation anxiety disorder.) भय (Phobias)
मानोग्रस्तता- बाध्यता और संबंधित विकार (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)	मानोग्रस्तता- बाध्यता विकार (ओसीडी) (Obsessive-compulsive disorder (OCD)) जमाखोरी विकार (Hoarding disorder) शारीरिक कुरूपता विकार (Body dysmorphic disorder) त्वचा चुनने का विकार और बाल खींचने का विकार (Skin-picking disorder and hair-pulling disorder)
आघात- और तनाव-संबंधी विकार (Trauma- and Stressor-Related Disorders)	अभिघातजन्य तनाव विकार (पीटीएसडी) (Post-traumatic stress disorder (PTSD)) तीव्र तनाव विकार (Acute stress disorder) एडजस्टमेंट डिसऑर्डर (Adjustment disorder)
विघटनकारी विकार (Dissociative Disorders)	डिसोशिएटिव आइडेंटिटी डिसऑर्डर (Dissociative identity disorder) विघटनकारी भूलने की बीमारी (Dissociative amnesia) प्रतिरूपण/व्युत्पत्ति विकार (Depersonalization/derealization disorder)
दैहिक लक्षण और संबंधित विकार (Somatic Symptom and Related Disorders)	दैहिक लक्षण विकार (Somatic symptom disorder) बीमारी चिंता विकार (Illness anxiety disorder) कार्यात्मक न्यूरोलॉजिकल लक्षण विकार (रूपांतरण विकार) (Functional neurological symptom disorder (conversion disorder))
आहार एवं भोजन संबंधी विकार (Feeding and Eating Disorders)	एनोरेक्सिया नर्वोसा (Anorexia nervosa) बुलिमिया नर्वोसा (Bulimia nervosa) ज्यादा खाने से होने वाली गड़बड़ी (Binge-eating

	disorder)
नींद से जागने संबंधी विकार(Sleep-Wake Disorders)	अनिद्रा विकार (Insomnia disorder) नार्कोलेप्सी।(Narcolepsy) स्लीप एपनिया विकार(Sleep apnea disorders) दुःस्वप्न विकार(Nightmare disorder) पैर हिलाने की बीमारी(Restless legs syndrome)
यौन रोग(Sexual Dysfunctions)	यौन रोग(Sexual dysfunctions)
लिंग डिस्फोरिया(Gender Dysphoria)	लिंग डिस्फोरिया संबंधी विकार(Gender dysphoria-related disorders)
विघटनकारी, आवेग-नियंत्रण और आचरण विकार (Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders)	विपक्षी उद्दंड विकार (Oppositional defiant disorder) असामाजिक व्यक्तित्व विकार(Antisocial personality disorder) क्लेप्टोमैनिया (Kleptomania) पायरोमेनिया(Pyromania)
पदार्थ-संबंधी और व्यसनी विकार (Substance-Related and Addictive Disorders)	शराब सेवन विकार (Alcohol use disorder) इनहेलेंट उपयोग विकार (Inhalant use disorder) ओपिओइड उपयोग विकार(Opioid use disorder) विद्रोल संबंधी लक्षण(Withdrawal-related symptoms)
तंत्रिका-संज्ञानात्मक विकार(Neurocognitive Disorders)	प्रलाप(Delirium) अल्जाइमर रोग।(Alzheimer's disease) पार्किंसंस रोग।(Parkinson's disease) हनटिंग्टन रोग।(Huntington's disease) अभिघातजन्य मस्तिष्क की चोट(Traumatic brain injury)
व्यक्तित्व विकार(Personality Disorders)	सीमा रेखा व्यक्तित्व विकार (बीपीडी)(Borderline personality disorder (BPD)) आत्मकामी व्यक्तित्व विकार(Narcissistic personality disorder)
पैराफिलिक विकार(Paraphilic Disorders)	यौन व्यवहार संबंधी विकार(Sexual behavior disorders)
दवा-प्रेरित गतिशीलता विकार और दवा के अन्य प्रतिकूल प्रभाव(Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of	टारडिव डिस्कनीशिया।(Tardive dyskinesia) न्यूरोलेप्टिक मेलिग्नेन्ट सिंड्रोम (Neuroleptic malignant syndrome)

Medication)	
अन्य स्थितियाँ जो चिकित्सीय ध्यान का केन्द्र हो सकती हैं (Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention)	इनमें ऐसी परिस्थितियाँ या व्यवहार शामिल हैं जो स्थितियाँ नहीं हैं, लेकिन जो निदान योग्य स्थितियों के संबंध में प्रभावित हो सकती हैं या घटित हो सकती हैं। उदाहरणों में आत्म-नुकसान और आत्मघाती व्यवहार, किसी भी प्रकार के दुर्व्यवहार का इतिहास, बेरोजगारी आदि शामिल हैं। (These include circumstances or behaviors that aren't conditions, but that may affect or happen in relation to diagnosable conditions. Examples include self-harm and suicidal behaviors, a history of any type of abuse, unemployment, etc.)

2.8 सारांश (Summary)

मनोवैज्ञानिक विकारों का वर्गीकरण असामान्य व्यवहारों की श्रेणियां बनाने और लोगों को उनके व्यवहार संबंधी गुणों और निष्क्रिय लक्षणों के आधार पर इन श्रेणियों में निर्दिष्ट करने की प्रक्रिया को संदर्भित करता है। यह मनोवैज्ञानिक विकारों के संचार, नियंत्रण, समझ, भेद और पूर्वानुमान/भविष्यवाणी के बुनियादी उद्देश्यों को पूरा करता है। मनोवैज्ञानिक विकारों को वर्गीकृत करने के लिए तीन दृष्टिकोण या रणनीतियों का उपयोग करते हैं: श्रेणीबद्ध, आयामी और प्रोटोटाइपिक दृष्टिकोण। मानसिक विकारों के वर्गीकरण के लिए कई व्यक्तिगत प्रयास किये गये हैं।

रोगों के वर्गीकरण के लिए इस विश्वव्यापी संगठित प्रयास को 1900 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं के अंतर्राष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण-1 (आईसीडी-1) के प्रकाशन से प्रेरित किया गया था। हालाँकि, यह केवल आईसीडी-6 था जिसे प्रकाशित किया गया था। 1949 में मानसिक विकार पर एक अलग खंड। ICD का सबसे हालिया, दसवां संस्करण 1992 में प्रकाशित हुआ था जिसमें अध्याय V (F) मानसिक विकारों के वर्गीकरण से संबंधित था जिसमें उनके समावेशन और बहिष्करण की शर्तों को समझाया गया था।

मनोवैज्ञानिक विकारों के वर्गीकरण के सबसे प्रभावशाली प्रयास अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन द्वारा प्रकाशित द डायग्नोस्टिक एंड स्टैटिस्टिकल मैनुअल ऑफ मेंटल डिसऑर्डर (डीएसएम) के साथ शुरू हुए, जिसे अब संयुक्त राज्य अमेरिका और अन्य देशों में मानसिक विकारों के निदान के लिए हैंडबुक के रूप में उपयोग किया जाता है। 1952 में इसके पहले संस्करण, DSM-1 के प्रकाशन के बाद, इसके बाद के 6 संस्करण प्रकाशित हो चुके हैं।

DSM का वर्तमान संस्करण DSM- 5 है जो 2013 में प्रकाशित हुआ था। DSM-5 में तीन खंड हैं: अनुभाग I: DSM-5 मूल (Basic); अनुभाग II: नैदानिक मानदंड और कोड; अनुभाग III: उभरते उपाय और मॉडल:

2.9 निबंधात्मक प्रश्न (Essay type question)

1. मनोविकृति विज्ञान के वर्गीकरण का अर्थ, उद्देश्य और दृष्टिकोण स्पष्ट करें।
2. मनोविकृति विज्ञान के वर्गीकरण के इतिहास का वर्णन करें।
3. मनोविकृति विज्ञान के वर्गीकरण में आईसीडी के महत्व का वर्णन करें तथा आईसीडी-10 में निर्धारित मानसिक विकारों के वर्गीकरण का विवरण प्रस्तुत करें।
4. DSM के विभिन्न संस्करणों के विकास का ऐतिहासिक विवरण प्रदान करें और DSM-5 के प्रमुख अनुभागों का वर्णन करें।
5. DSM-5 के द्वितीय अनुभाग का विस्तारपूर्वक विवरण प्रस्तुत करें।

2.10 शब्दकोष (Glossary)

मनोवैज्ञानिक विकारों का वर्गीकरण: मनोवैज्ञानिक विकारों का वर्गीकरण श्रेणियों के निर्माण और लोगों को उनकी विशेषताओं के आधार पर इन श्रेणियों में निर्दिष्ट करने की प्रक्रिया को संदर्भित करता है। श्रेणीबद्ध दृष्टिकोण: वर्गीकरण के लिए श्रेणीबद्ध दृष्टिकोण मानता है कि विभिन्न श्रेणियों के सदस्यों के बीच भेद गुणात्मक हैं।

- ❖ **आयामी दृष्टिकोण:** वर्गीकरण के लिए आयामी दृष्टिकोण निरंतर आयामों के संदर्भ में वर्गीकरण की वस्तुओं का वर्णन करता है।
- ❖ **प्रोटोटाइपिक दृष्टिकोण:** एक प्रोटोटाइपिक दृष्टिकोण एक विकार की कुछ आवश्यक विशेषताओं की पहचान करता है और यह कुछ गैर-आवश्यक विविधताओं की भी अनुमति देता है जो जरूरी नहीं कि वर्गीकरण को बदल दें।

2.11 सन्दर्भ ग्रंथ सूची (Bibliography)

- Murthy, R. Srinivasa; Wig, Narendra N. (2002-04-22). "Psychiatric Diagnosis and Classification in Developing Countries". In Mario Maj (ed.). *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Wiley. ISBN 0471496812.

- Berrios GE (July 1987). "Historical aspects of psychoses: 19th century issues". *Br. Med. Bull.* 43 (3): 484–98. doi:10.1093/oxfordjournals.bmb.a072197. PMID 3322481.
- Bolme, A (1991). "Portraying Monomaniacs to Service the Alienist's Monomania: Gericault and Georget". *Oxford Art Journal.* 14 (1): 79–91. doi:10.1093/oxartj/14.1.79. JSTOR 1360279.
- O'Connell P, Woodruff PW, Wright I, Jones P, Murray RM (February 1997). "Developmental insanity or dementia praecox: was the wrong concept adopted?". *Schizophr. Res.* 23 (2): 97–106. doi:10.1016/S0920-9964(96)00110-7. PMID 9061806. S2CID 6781094.
- Mendelson G (December 2003). "Homosexuality and psychiatric nosology". *Aust N Z J Psychiatry.* 37 (6): 678–83. doi:10.1111/j.1440-1614.2003.01273.x. PMID 14636381. Archived from the original on 2013-01-05.
- Viner R (June 1999). "Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory". *Social Studies of Science.* 29 (3): 391–410. doi:10.1177/030631299029003003. JSTOR 285410. S2CID 145291588.
- Katsching, Heinz (February 2010). "Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession". *World Psychiatry.* 9 (1): 21–28. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb 00257.x. PMC 2816922. PMID 20148149.
- Masten AS, Curtis WJ (2000). "Integrating competence and psychopathology: pathways toward a comprehensive science of adaptation in development". *Dev. Psychopathol.* 12 (3): 529–50. doi:10.1017/S095457940000314X. PMID 11014751. S2CID 27591546
- <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/24291-diagnostic-and-statistical-manual-dsm-5>

इकाई -3 मूल्यांकन उपकरण और नैतिक मानदंड (Assessment tools and ethical consideration)

इकाई संरचना

3.1 मनोविज्ञान में मूल्यांकन का परिचय

3.2 उद्देश्य

3.3 मूल्यांकन उपकरणों के प्रकार और श्रेणियाँ

- संज्ञानात्मक मूल्यांकन
- बुद्धिमत्ता परीक्षण
- योग्यता परीक्षण
- व्यक्तित्व मूल्यांकन
- प्रक्षेपी परीक्षण
- आत्म-रिपोर्ट इन्वेंटरी
- व्यवहारात्मक मूल्यांकन
- व्यवहार अवलोकन
- रेटिंग स्केल्स
- न्यूरोसाइकोलॉजिकल मूल्यांकन
- स्मृति परीक्षण
- कार्यकारी कार्य परीक्षण

3.4 मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में नैतिक विचार

- सूचित सहमति
- स्वैच्छिकता
- समझ
- क्षमता
- गोपनीयता और निजता
- डेटा सुरक्षा
- गोपनीयता की सीमाएं

- गुमनामी
- निष्पक्षता और समानता
- सांस्कृतिक संवेदनशीलता
- समायोजन
- पूर्वाग्रह से बचाव

3.5 मूल्यांकन परिणामों का उपयोग और व्याख्या

- सटीकता
- प्रतिक्रिया
- उचित उपयोग

3.6 मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में नैतिक दुविधाओं का समाधान

- उच्च-जोखिम मूल्यांकन
- दबाव और तनाव
- उचित प्रक्रियाएं
- गोपनीयता और कानूनी दायित्व
- बहुसांस्कृतिक नैतिकता

3.7 सारांश

3.8 शब्दार्थ

3.9 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

3.10 सन्दर्भ

3.11 निबंधात्मक प्रश्न

3.1 मनोविज्ञान में मूल्यांकन का परिचय

मनोविज्ञान में मूल्यांकन व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य, संज्ञानात्मक क्षमताओं, व्यक्तित्व गुणों, और समग्र मनोवैज्ञानिक कल्याण को समझने के लिए एक मौलिक प्रक्रिया है। विभिन्न मूल्यांकन उपकरणों का उपयोग करके, मनोवैज्ञानिक मूल्यवान डेटा इकट्ठा करते हैं जो मानसिक विकारों के निदान, उपचार की योजना बनाने, और व्यवहार की भविष्यवाणी करने में मदद करता है। हालांकि, इन उपकरणों के उपयोग में नैतिक निहितार्थ भी होते हैं। यह महत्वपूर्ण है कि मूल्यांकन

निष्पक्ष, विश्वसनीय, वैध, और मूल्यांकन किए जा रहे व्यक्तियों की गरिमा और अधिकारों का सम्मान करने के तरीके से किया जाए। इस अध्याय में मनोविज्ञान में उपयोग किए जाने वाले विभिन्न मूल्यांकन उपकरणों, उनके अनुप्रयोगों, गुण और सीमाओं, और उनके उपयोग को निर्देशित करने वाले नैतिक विचारों का अध्ययन किया गया है।

3.2 उद्देश्य

मनोविज्ञान में मूल्यांकन की आवश्यकता और महत्व को समझना।

मानसिक स्वास्थ्य, संज्ञानात्मक क्षमताओं, और व्यक्तित्व गुणों के आकलन में मूल्यांकन के उपयोग की पहचान करना।

विभिन्न प्रकार के मूल्यांकन उपकरणों (संज्ञानात्मक, व्यक्तित्व, व्यवहारात्मक, और न्यूरोसाइकोलॉजिकल) का अध्ययन करना।

प्रत्येक प्रकार के उपकरण के उदाहरण, उनके अनुप्रयोग, और उनकी सीमाओं को समझना।

3.3 मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन उपकरणों का अवलोकन

मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन विविध होते हैं और उनके उद्देश्य और अनुप्रयोग के आधार पर कई प्रकारों में विभाजित किए जा सकते हैं। इनमें संज्ञानात्मक मूल्यांकन, व्यक्तित्व मूल्यांकन, व्यवहार मूल्यांकन, और न्यूरोसाइकोलॉजिकल मूल्यांकन शामिल हैं।

संज्ञानात्मक मूल्यांकन

संज्ञानात्मक मूल्यांकन किसी व्यक्ति के बौद्धिक कार्य और संज्ञानात्मक क्षमताओं को मापते हैं। इन मूल्यांकनों का उपयोग अक्सर सीखने की अक्षमताओं, बौद्धिक अक्षमताओं के निदान के लिए किया जाता है, और वृद्ध वयस्कों में संज्ञानात्मक गिरावट का आकलन करने के लिए किया जाता है।

उदाहरण:

बुद्धिमत्ता परीक्षण: वेकशलर एडल्ट इंटेलिजेंस स्केल (WAIS) और स्टैनफोर्ड-बिनेट इंटेलिजेंस स्केल्स जैसे उपकरण सामान्य संज्ञानात्मक क्षमता को मापते हैं।

क्षमता परीक्षण: ये मौखिक तर्क, संख्यात्मक क्षमता, और स्थानिक तर्क जैसी विशिष्ट क्षमताओं का आकलन करते हैं। डिफरेंशियल एप्टीट्यूड टेस्ट (DAT) इसका एक उदाहरण है।

गुण

यह संज्ञानात्मक कार्य का एक मानकीकृत माप प्रदान करता है।

विशिष्ट संज्ञानात्मक शक्तियों और कमजोरियों की पहचान कर सकता है।

शैक्षिक और व्यावसायिक सेटिंग्स में उपयोगी।

सीमाएँ:

सांस्कृतिक और भाषाई कारकों से प्रभावित हो सकता है, जिससे पूर्वाग्रहित परिणाम हो सकते हैं। परीक्षण चिंता प्रदर्शन को प्रभावित कर सकती है, जिससे मूल्यांकन गलत हो सकता है। यह बुद्धिमत्ता के सभी पहलुओं, जैसे भावनात्मक या सामाजिक बुद्धिमत्ता को नहीं पकड़ता।

व्यक्तित्व मूल्यांकन

व्यक्तित्व मूल्यांकन का उद्देश्य किसी व्यक्ति के व्यक्तित्व गुणों और विशेषताओं का मूल्यांकन करना है। इन मूल्यांकनों का उपयोग अक्सर नैदानिक सेटिंग्स में व्यक्तित्व विकारों को समझने के लिए, संगठनात्मक सेटिंग्स में कर्मचारी चयन के लिए, और अनुसंधान में व्यक्तित्व सिद्धांत का अध्ययन करने के लिए किया जाता है।

उदाहरण:

प्रोजेक्टिव परीक्षण: इसमें रोशार्क इंक्ब्लॉट टेस्ट और थीमैटिक एपरसेप्शन टेस्ट (TAT) जैसे उपकरण शामिल हैं, जो अंतर्निहित विचारों, भावनाओं, और इच्छाओं का पता लगाने के लिए उपयोग किए जाते हैं।

स्व-रिपोर्ट इन्वेंटरीज: इनमें मिनेसोटा मल्टीफेसिक पर्सनालिटी इन्वेंटरी (MMPI) और NEO पर्सनालिटी इन्वेंटरी जैसे मानकीकृत प्रश्नावली शामिल हैं, जो विभिन्न व्यक्तित्व लक्षणों का आकलन करती हैं।

गुण

अंतर्निहित व्यक्तित्व गुणों और विकारों की अंतर्दृष्टि प्रदान करता है।

विविध सेटिंग्स में उपयोग किया जा सकता है, जिसमें नैदानिक, व्यावसायिक, और अनुसंधान शामिल हैं।

स्व-रिपोर्ट इन्वेंटरीज का संचालन और स्कोर करना आसान है।

सीमाएँ:

प्रोजेक्टिव परीक्षणों में उनकी व्यक्तिपरक प्रकृति के कारण विश्वसनीयता और वैधता की कमी हो सकती है।

स्व-रिपोर्ट इन्वेंटरीज सामाजिक वांछनीयता पूर्वाग्रह से प्रभावित हो सकती हैं, जहां व्यक्ति इस तरह से प्रतिक्रिया दे सकते हैं जो वे मानते हैं कि सामाजिक रूप से स्वीकार्य है बजाय सत्य के। सांस्कृतिक और भाषा भिन्नताएँ व्यक्तित्व मूल्यांकनों की सटीकता को प्रभावित कर सकती हैं।

व्यवहार मूल्यांकन

व्यवहार मूल्यांकन विशिष्ट संदर्भों में किसी व्यक्ति के व्यवहार का अवलोकन और मापन करने पर केंद्रित होते हैं। इन मूल्यांकनों का उपयोग आमतौर पर नैदानिक मनोविज्ञान में व्यवहार विकारों,

जैसे ADHD के निदान और उपचार के लिए किया जाता है, और शैक्षिक सेटिंग्स में सीखने और व्यवहार संबंधी चुनौतियों को संबोधित करने के लिए किया जाता है।

उदाहरण:

व्यवहार अवलोकन: व्यवहार की आवृत्ति, तीव्रता, और संदर्भ का आकलन करने के लिए किसी व्यक्ति के व्यवहार का प्राकृतिक या संरचित वातावरण में प्रत्यक्ष अवलोकन।

रेटिंग स्केल्स: कॉनर्स' रेटिंग स्केल्स और बिहेवियर एसेसमेंट सिस्टम फॉर चिल्ड्रेन (BASC) जैसे उपकरणों का उपयोग माता-पिता, शिक्षकों, या चिकित्सकों द्वारा बच्चे के व्यवहार को रेट करने के लिए किया जाता है।

गुण

विभिन्न सेटिंग्स में किसी व्यक्ति के कार्य करने के तरीके पर अंतर्दृष्टि प्रदान करने वाला वास्तविक समय डेटा प्रदान करता है।

आचरण में ट्रिगर्स और पैटर्न की पहचान करने में सहायक जो हस्तक्षेप रणनीतियों को सूचित कर सकते हैं।

विशेष रुचि के व्यवहारों का आकलन करने के लिए अनुकूलित किया जा सकता है।

सीमाएँ:

अवलोकनकर्ता पूर्वाग्रह से व्यवहार मूल्यांकनों की सटीकता प्रभावित हो सकती है।

व्यवहार में बदलाव हो सकता है जब व्यक्ति जानते हैं कि उन्हें देखा जा रहा है, जिससे कम सटीक परिणाम मिलते हैं (हॉथोर्न प्रभाव)।

रेटिंग स्केल्स व्यक्तिपरक रिपोर्टों पर निर्भर होते हैं, जो हमेशा किसी व्यक्ति के व्यवहार को सटीक रूप से प्रतिबिंबित नहीं कर सकते।

न्यूरोसाइकोलॉजिकल मूल्यांकन

न्यूरोसाइकोलॉजिकल मूल्यांकन मस्तिष्क संरचनाओं और प्रक्रियाओं से संबंधित संज्ञानात्मक कार्यों का मूल्यांकन करने के लिए विशेष उपकरण होते हैं। इन मूल्यांकनों का तंत्रिका संबंधी स्थितियों, जैसे कि मस्तिष्क की चोट, स्ट्रोक, और डिमेंशिया के निदान और उपचार में महत्वपूर्ण भूमिका होती है।

उदाहरण:

मेमोरी टेस्ट्स: वेकशलर मेमोरी स्केल (WMS) जैसे उपकरण स्मृति के विभिन्न पहलुओं का आकलन करते हैं, जिसमें अल्पकालिक, दीर्घकालिक, और कार्यशील स्मृति शामिल हैं।

एक्जीक्यूटिव फंक्शन टेस्ट्स: विस्कॉन्सिन कार्ड सॉर्टिंग टेस्ट (WCST) और स्टूप टेस्ट का उपयोग उच्च-क्रम संज्ञानात्मक कार्यों, जैसे समस्या-समाधान, लचीलापन, और निषेध का आकलन करने के लिए किया जाता है।

गुण

संज्ञानात्मक कार्यों का व्यापक मूल्यांकन प्रदान करता है जो तंत्रिका संबंधी स्थितियों के निदान में सहायक हो सकता है।

पुनर्वास रणनीतियों की योजना बनाने और तंत्रिका रोगियों में वसूली का ट्रैक करने में सहायक। सूक्ष्म संज्ञानात्मक घाटे की पहचान कर सकता है जो अन्य मूल्यांकनों के माध्यम से स्पष्ट नहीं हो सकते।

सीमाएँ:

न्यूरोसाइकोलॉजिकल मूल्यांकन समय लेने वाले हो सकते हैं और इनका संचालन और व्याख्या करने के लिए विशेष प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है।

परिणामों को परीक्षण के दौरान व्यक्ति की भावनात्मक स्थिति, थकान, और प्रेरणा से प्रभावित किया जा सकता है।

सांस्कृतिक और शैक्षिक पृष्ठभूमि न्यूरोसाइकोलॉजिकल परीक्षणों के प्रदर्शन को प्रभावित कर सकती है, जिससे संभावित पूर्वाग्रह उत्पन्न हो सकते हैं।

3.4 मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में नैतिक विचार

मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में नैतिक विचार अत्यधिक महत्वपूर्ण होते हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रक्रिया मूल्यांकन किए जा रहे व्यक्तियों की गरिमा, अधिकारों, और भलाई का सम्मान करती है। मूल्यांकन उपकरणों का नैतिक उपयोग कई प्रमुख सिद्धांतों पर आधारित होता है, जिसमें सूचित सहमति, गोपनीयता, निष्पक्षता, और मूल्यांकन डेटा का उचित उपयोग शामिल है।

सूचित सहमति

सूचित सहमति मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में एक मौलिक नैतिक आवश्यकता है। किसी भी मूल्यांकन की शुरुआत से पहले, व्यक्तियों को मूल्यांकन की प्रकृति, उद्देश्य और संभावित परिणामों के बारे में पूरी तरह से जानकारी दी जानी चाहिए। उन्हें मूल्यांकन प्रक्रिया से संबंधित किसी भी संभावित जोखिम या असुविधा के बारे में भी अवगत कराया जाना चाहिए।

स्वैच्छिकता: मूल्यांकन में भागीदारी स्वैच्छिक होनी चाहिए, बिना किसी दबाव या अनुचित प्रभाव के। व्यक्तियों को किसी भी समय मूल्यांकन से इनकार करने या इसे छोड़ने का अधिकार होना चाहिए, बिना किसी नकारात्मक परिणाम के।

समझ: व्यक्तियों को दी जाने वाली जानकारी स्पष्ट, संक्षिप्त और समझने योग्य होनी चाहिए। इसमें मूल्यांकन प्रक्रियाओं, एकत्र की जाने वाली जानकारी के प्रकार और परिणामों का उपयोग कैसे किया जाएगा, यह समझाना शामिल है।

क्षमता: यह आकलन करना महत्वपूर्ण है कि व्यक्ति सूचित सहमति प्रदान करने में सक्षम हैं या नहीं, विशेष रूप से नाबालिगों, संज्ञानात्मक हानि वाले व्यक्तियों, या मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों से प्रभावित व्यक्तियों के मामलों में। ऐसे मामलों में, कानूनी अभिभावक या प्रतिनिधि से सहमति प्राप्त करने की आवश्यकता हो सकती है।

गोपनीयता और निजता

मूल्यांकन डेटा की गोपनीयता और निजता की रक्षा करना एक और महत्वपूर्ण नैतिक विचार है। मनोवैज्ञानिकों की यह जिम्मेदारी होती है कि वे सुनिश्चित करें कि मूल्यांकन के परिणाम और संबंधित जानकारी गोपनीय रखी जाएं और केवल अधिकृत व्यक्तियों के साथ साझा की जाएं।

डेटा सुरक्षा: मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन डेटा, चाहे वह भौतिक या डिजिटल रूप में हो, को अनधिकृत पहुंच से बचाने के लिए सुरक्षित रूप से संग्रहीत किया जाना चाहिए। इसमें लॉक की गई फाइलों, एन्क्रिप्टेड डिजिटल स्टोरेज, और एक्सेस नियंत्रण का उपयोग शामिल हो सकता है।

गोपनीयता की सीमाएं: व्यक्तियों को गोपनीयता की सीमाओं के बारे में सूचित किया जाना चाहिए, जैसे कि उन स्थितियों में जहां कानूनी दायित्व के तहत जानकारी का खुलासा करना आवश्यक होता है (जैसे, आत्म-क्षति या दूसरों को नुकसान पहुंचाने वाले मामलों में)।

गुमनामी: अनुसंधान सेटिंग्स में, प्रतिभागियों की गुमनामी सुनिश्चित करना आवश्यक है। इसमें मूल्यांकन डेटा से पहचान की जानकारी को हटाना या व्यक्तियों की पहचान की सुरक्षा के लिए छद्म नामों का उपयोग करना शामिल हो सकता है।

निष्पक्षता और समानता

मूल्यांकन में निष्पक्षता और समानता सुनिश्चित करती है कि उपयोग किए गए उपकरण और विधियाँ किसी भी व्यक्ति या समूह के खिलाफ भेदभाव न करें। इसमें संस्कृति, भाषा, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, और अन्य कारकों से संबंधित संभावित पूर्वाग्रहों को संबोधित करना शामिल है।

सांस्कृतिक संवेदनशीलता: मूल्यांकन उपकरण सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त होने चाहिए और अलग-अलग सांस्कृतिक या भाषाई पृष्ठभूमि से आने वाले व्यक्तियों को नुकसान नहीं पहुंचाना चाहिए। इसमें परीक्षणों के अनुवादित संस्करणों का उपयोग करना या सांस्कृतिक रूप से अनुकूलित मूल्यांकन उपकरणों का उपयोग करना शामिल हो सकता है।

समायोजन: विकलांगता या विशेष आवश्यकताओं वाले व्यक्तियों को मूल्यांकन में पूरी तरह से भाग लेने के लिए समायोजन की आवश्यकता हो सकती है। इसमें वैकल्पिक स्वरूपों में परीक्षण

प्रदान करना, अतिरिक्त समय की पेशकश करना, या सहायक तकनीकों का उपयोग करना शामिल हो सकता है।

पूर्वाग्रह से बचाव: मनोवैज्ञानिकों को मूल्यांकन प्रक्रिया में संभावित पूर्वाग्रहों के प्रति जागरूक होना चाहिए और उन्हें कम करने के लिए कदम उठाने चाहिए। इसमें मान्य और मानकीकृत उपकरणों का उपयोग करना, व्यक्तिगत पूर्वाग्रहों के प्रति सचेत रहना, और व्यक्ति की पृष्ठभूमि और परिस्थितियों के संदर्भ में परिणामों की व्याख्या करना शामिल है।

3.5 मूल्यांकन परिणामों का उपयोग और व्याख्या

मूल्यांकन परिणामों का नैतिक उपयोग और व्याख्या यह सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है कि मूल्यांकन प्रक्रिया से व्यक्तियों को कोई हानि न हो और परिणामों का उचित उपयोग किया जाए।

सटीकता: मनोवैज्ञानिकों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मूल्यांकन परिणामों की व्याख्या सटीक रूप से की जाए और वे ठोस डेटा पर आधारित हों। इसके लिए मूल्यांकन उपकरणों की गहन समझ, उनकी सीमाओं, और जिस संदर्भ में मूल्यांकन किया गया है, उसकी आवश्यकता होती है।

प्रतिक्रिया: व्यक्तियों को मूल्यांकन के परिणामों के बारे में प्रतिक्रिया प्रदान की जानी चाहिए, जो समझने योग्य और सहायक हो। इसमें परिणामों की व्याख्या करना, उनका क्या अर्थ है और उनका उपयोग कैसे किया जाएगा, यह बताना शामिल है।

उचित उपयोग: मूल्यांकन परिणामों का उपयोग केवल उस उद्देश्य के लिए किया जाना चाहिए, जिसके लिए वे निर्धारित किए गए थे। परिणामों का दुरुपयोग करना, जैसे कि उनका उपयोग व्यक्तियों को अनुचित रूप से लेबल करने या कलंकित करने के लिए करना, अनैतिक है।

3.6 मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में नैतिक दुविधाओं का समाधान

मूल्यांकन प्रक्रिया के दौरान मनोवैज्ञानिक नैतिक दुविधाओं का सामना कर सकते हैं, जिसके लिए प्रतिस्पर्धी सिद्धांतों का सावधानीपूर्वक विचार और संतुलन आवश्यक होता है। इन दुविधाओं को समझना और उन्हें हल करने के लिए रणनीतियाँ होना नैतिक अभ्यास के लिए आवश्यक है।

उच्च-जोखिम मूल्यांकन

उच्च-जोखिम मूल्यांकन, जहां परिणामों का व्यक्ति पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है, जैसे कि न्यायिक मूल्यांकन, रोजगार निर्णय, या शैक्षिक प्लेसमेंट, नैतिक चुनौतियों का सामना करते हैं।

दबाव और तनाव: उच्च-जोखिम मूल्यांकन के दौरान व्यक्ति महत्वपूर्ण दबाव या तनाव का अनुभव कर सकते हैं, जो उनके प्रदर्शन को प्रभावित कर सकता है। मनोवैज्ञानिकों को इसे ध्यान में रखना चाहिए और उचित समर्थन प्रदान करना चाहिए।

उचित प्रक्रियाएं: उच्च-जोखिम मूल्यांकन में प्रक्रियाओं की निष्पक्षता और उचितता सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है। मनोवैज्ञानिकों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मूल्यांकन उपकरण मान्य, विश्वसनीय, और उस संदर्भ के लिए उपयुक्त हैं जिसमें उनका उपयोग किया जा रहा है।

गोपनीयता और कानूनी दायित्व

गोपनीयता और कानूनी दायित्वों के बीच संतुलन बनाना नैतिक दुविधा का कारण बन सकता है। उदाहरण के लिए, जब मूल्यांकन डेटा कानूनी मामलों में शामिल होता है, तो मनोवैज्ञानिकों को गोपनीयता की रक्षा और कानूनी आवश्यकताओं का पालन करने के बीच संतुलन बनाने की आवश्यकता होती है।

बहुसांस्कृतिक नैतिकता

मल्टीकल्चरल सेटिंग्स में मूल्यांकन करते समय नैतिक दुविधाएं उत्पन्न हो सकती हैं, जहां सांस्कृतिक अंतर मूल्यांकन प्रक्रिया और परिणामों को प्रभावित कर सकते हैं। मनोवैज्ञानिकों को सांस्कृतिक संवेदनशीलता को बनाए रखने और नैतिकता के वैश्विक सिद्धांतों का पालन करने के लिए सतर्क रहना चाहिए।

मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन एक जटिल और जिम्मेदारी भरी प्रक्रिया है, जिसमें विभिन्न उपकरणों और विधियों का उपयोग किया जाता है। नैतिकता मूल्यांकन की प्रक्रिया का एक अभिन्न हिस्सा है, यह सुनिश्चित करते हुए कि मूल्यांकन निष्पक्ष, सटीक, और व्यक्तियों के सर्वोत्तम हित में किया जाए। मनोवैज्ञानिकों को नैतिक सिद्धांतों को अपने अभ्यास में एकीकृत करने और मूल्यांकन प्रक्रिया के दौरान उत्पन्न होने वाली किसी भी नैतिक दुविधा का समाधान करने के लिए सतर्क रहना चाहिए।

3.7 सारांश

यह अध्याय मनोविज्ञान में मूल्यांकन उपकरणों और उनके नैतिक उपयोग पर केंद्रित है। इसमें विभिन्न प्रकार के मूल्यांकन उपकरणों, जैसे संज्ञानात्मक, व्यक्तित्व, व्यवहारात्मक, और न्यूरोसाइकोलॉजिकल परीक्षणों का परिचय दिया गया है, साथ ही उनके अनुप्रयोग, लाभ, और सीमाओं पर चर्चा की गई है। इसके अलावा, मूल्यांकन प्रक्रिया में नैतिक विचारों, जैसे सूचित सहमति, गोपनीयता, निष्पक्षता, और परिणामों की सटीक व्याख्या की महत्ता को भी रेखांकित

किया गया है। अंततः, अध्याय नैतिक दुविधाओं और उनके समाधान के तरीकों पर प्रकाश डालता है, जिससे मूल्यांकन प्रक्रिया को अधिक नैतिक और प्रभावी बनाया जा सके।

3.8 शब्दार्थ

- मूल्यांकन (Assessment): व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य, संज्ञानात्मक क्षमताओं, व्यक्तित्व लक्षणों, और व्यवहार को मापने और समझने के लिए विभिन्न उपकरणों और विधियों का उपयोग।
- नैतिकता (Ethics): उन सिद्धांतों और मानकों का समूह जो यह निर्धारित करते हैं कि क्या आचरण सही, उचित, और न्यायसंगत है। मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन में, नैतिकता गोपनीयता, सूचित सहमति, और निष्पक्षता सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है।
- संज्ञानात्मक मूल्यांकन (Cognitive Assessment): बुद्धिमत्ता, स्मृति, समस्या-समाधान क्षमता, और अन्य मानसिक प्रक्रियाओं का मापन और मूल्यांकन करने के लिए किए गए परीक्षण।
- व्यक्तित्व परीक्षण (Personality Assessment): व्यक्तियों के व्यक्तित्व लक्षणों और प्रवृत्तियों का मूल्यांकन करने के लिए उपयोग किए गए उपकरण, जैसे कि आत्म-रिपोर्ट इन्वेंटरी या प्रक्षेपी परीक्षण।
- गोपनीयता (Confidentiality): व्यक्तिगत जानकारी और मूल्यांकन के परिणामों को सुरक्षित रखना और केवल उन लोगों के साथ साझा करना जिनके पास यह जानकारी रखने का वैध अधिकार है।

3.9 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

प्रश्न 1: संज्ञानात्मक मूल्यांकन किसका आकलन करने के लिए उपयोग किया जाता है?

- मानसिक विकार
- बुद्धिमत्ता और संज्ञानात्मक क्षमताएं
- व्यक्तित्व लक्षण
- व्यवहारिक पैटर्न

उत्तर: B) बुद्धिमत्ता और संज्ञानात्मक क्षमताएं

प्रश्न 2: निम्नलिखित में से कौन-सा एक व्यक्तित्व आकलन का उदाहरण है?

- स्टैनफोर्ड-बिनेट इंटेलिजेंस स्केल
- वीक्सलर मेमोरी स्केल
- रोशार्क इंकब्लॉट टेस्ट

D) कॉनर्स' रेटिंग स्केल

उत्तर: C) रोशार्क इंक्ब्लॉट टेस्ट

प्रश्न 3: मूल्यांकन प्रक्रिया में सूचित सहमति क्यों महत्वपूर्ण है?

A) यह मूल्यांकन की लागत को कम करता है।

B) यह मूल्यांकन को वैध और नैतिक बनाता है।

C) यह मूल्यांकन के समय को कम करता है।

D) यह परिणामों को स्वचालित रूप से सुधारता है।

उत्तर: B) यह मूल्यांकन को वैध और नैतिक बनाता है।

प्रश्न 4: उच्च-जोखिम मूल्यांकन में किस नैतिक चुनौती का सामना करना पड़ सकता है?

A) समय की कमी

B) अवलोकन की कठिनाई

C) व्यक्तिगत दबाव और तनाव

D) उपकरण की उपलब्धता

उत्तर: C) व्यक्तिगत दबाव और तनाव

3.10 सन्दर्भ

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). American Psychological Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). Psychological testing (7th ed.). Prentice Hall.
- Behnke, S. H., & Koocher, G. P. (2004). Ethical issues in the assessment process. In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol. 1. General principles and assessment approaches (pp. 285-298). John Wiley & Sons.
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale (4th ed.). Pearson.

3.11 निबंधात्मक प्रश्न

- 1- नैतिकता का मूल्यांकन में क्या महत्व है विस्तार से समझाइये।
 - 2- सूचित सहमति की अवधारणा, उसकी प्रक्रिया, और उसके महत्व पर निबंध लिखिए।
 - 3- संज्ञानात्मक और व्यक्तित्व मूल्यांकन के उद्देश्यों, विधियों, उपयोगों, और चुनौतियों पर तुलनात्मक विश्लेषण कीजिये
-

इकाई 4-व्यवहारिक और संवेगात्मक मुद्दों से संबंधित कलंक और हाशियाकरण (Stigma and Marginalization related to Behavioural and emotional issues)

इकाई संरचना

- 4.1 प्रस्तावना
- 4.2 उद्देश्य
- 4.3 कलंक और हाशियाकरण का अर्थ और परिभाषा
 - 4.3.1 कलंक/सामाजिक कलंक की परिभाषाएं
 - 4.3.2 हाशियाकरण की परिभाषाएं
- 4.4 कलंक और हाशियाकरण के प्रकार
 - 4.4.1 कलंक के प्रकार
 - 4.4.2 हाशियाकरण के प्रकार
- 4.5 कलंक और हाशियाकरण के कारण
- 4.6 कलंक और हाशियाकरण के प्रभाव
- 4.7 कलंक और हाशियाकरण का समाधान
- 4.8 सार-संक्षेप
- 4.9 शब्दावली
- 4.10 निबंधात्मक प्रश्न
- 4.11 संदर्भ ग्रंथ सूची

4.1 प्रस्तावना

एक स्वस्थ व्यक्ति को किसी भी समाज या राष्ट्र की महत्वपूर्ण शक्ति के रूप में लिया जाता है। संभवतः अपने उद्देश्यों की पूर्ति हेतु प्रत्येक हर समाज कुछ ऐसी नीतियों का निर्माण करता है जो उस समाज में निर्वासित सभी लोगों के सर्वगण विकास को सुनिश्चित करता है। चूँकि समाज द्वारा प्रस्तावित संसाधनों की संख्या उस समाज विशेष में रहने वाले लोगों की तुलना में कम/सीमित होती है जिसके परिणामस्वरूप कभी-कभी समाज में मानसिक संघर्ष की स्थिति उत्पन्न होती है और इसी क्रम में समाज में कलंक और हाशिएकरण की समस्या उत्पन्न होती है। दूसरे शब्दों में, कलंक और हाशियाकरण को सामाजिक समस्याओं के सह-उत्पाद के रूप में लिया जाता है। इसी क्रम में, समकालीन समाज कलंक और हाशियाकरण को एक ऐसी शक्ति के रूप में लेता है जो न केवल किसी एक व्यक्ति के व्यवहार को तात्कालिक रूप में प्रभावित करती करती है बल्कि यह

व्यक्ति और अन्य व्यक्तियों और/या समाज के मध्य की संभावित बातचीत, धारणा और अवसरों को आकार देती है। प्रस्तुत इकाई मानव व्यवहार से संबंधित महत्वपूर्ण कारकों यथा कलंक और हाशियाकरण को समझने का न केवल एक प्रयास है बल्कि यह उन सभी कारकों और समाधानों को स्पष्ट करता है जिसके माध्यम से पाठक कलंक और हाशियाकरण के प्रत्यय को जाँच कर सकेंगे।

4.2 उद्देश्य

वर्तमान इकाई के अध्ययन के फलस्वरूप पाठक निम्न बिन्दुओं को समझ पाने में सफल रहेंगे:-

- कलंक और हाशियाकरण से संबंधित व्यावहारिक और संवेगात्मक प्रभावों का विस्तृत रूप में विश्लेषण करने में सक्षम होंगे।
- पाठक उन प्रक्रियाओं को बेहतर ढंग से समझ सकेंगे जिसकी साहयता से इस सामाजिक समस्या को सर्वात्तम रूप से हल किया जा सके।
- इससे उन्हें अपने व्यक्तिगत और व्यावसायिक जीवन में इन जटिल सामाजिक मुद्दों को संबोधित करने में सकारात्मक योगदान देने के लिए तैयार होने में भी मदद मिलेगी

4.3 कलंक और हाशियाकरण का अर्थ और परिभाषा

कलंक (Stigma) और हाशियाकरण (Marginalization) को किसी भी स्वस्थ समाज की प्रमुख समस्या के रूप में लिया जाता है। दूसरे शब्दों में, कलंक और हाशियाकरण को उन सामाजिक मुद्दों के रूप में लिया जाता है जो व्यक्तियों और समूहों को नकारात्मक रूप से प्रभावित करते हैं और जिनके परिणामस्वरूप समाज में व्यक्तियों के मध्य असमानताओं को बढ़ावा बल मिलता है। कलंक और हाशियाकरण को व्यक्तियों के मानसिक और भावनात्मक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारकों के रूप में भी लिया जाता है। सामान्यतः कलंक को सामाजिक कलंक के साथ जोड़कर देखा जाता है और इस प्रकार हम सामाजिक रूप से कलंकित व्यक्ति को उस व्यक्ति के रूप में मान सकते हैं जिसे समाज के अन्य सदस्यों या पुरे समाज द्वारा नकारात्मक रूप में लिया गया हो। सामान्य शब्दों में जहाँ एक ओर कलंक को एक ऐसी सामाजिक प्रक्रिया माना गया है जिसमें किसी व्यक्ति या समूह को उनके किसी विशेष लक्षण, व्यवहार या पहचान के कारण नकारात्मक दृष्टि से देखा जाता है। कलंक को सामाजिक भेदभाव, पूर्वाग्रह और नकारात्मक रूढ़ियों के उत्पाद के रूप में भी लिया जाता है जो व्यक्ति की सामाजिक पहचान और प्रतिष्ठा को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है। वहीं दूसरी ओर, हाशियाकरण एक ऐसी सामाजिक प्रक्रिया है जिसमें एक और समाज के कुछ लोगों या वर्गों के पास सभी प्रकार के संसाधन होते हैं तो वहीं अधिकांश लोगों या वर्गों को आर्थिक, सामाजिक, और राजनीतिक अवसरों से वंचित कर दिया

जाता है। हाशियाकरण के परिणामस्वरूप व्यक्ति या समूह को समाज के मुख्यधारा से बाहर रहने को मजबूर किया जाता है और उन्हें विभिन्न प्रकार की असमानताओं और भेदभाव का सामना करना पड़ता है।

इस प्रकार हम कलंक और हाशियाकरण के मध्य शाब्दिक समानता होने के बावजूद कुछ अंतर देखते हैं जिन्हें स्वतंत्र रूप से समझना आवश्यक है और जो इस प्रकार है:-

4.3.1 कलंक/सामाजिक कलंक की परिभाषाएं

- **लिंग और फेलन (2001)** कलंक तब होता है जब लेबलिंग (leveling), स्टीरियोटाइपिंग (stereotyping), अलगाव, हानि और भेदभाव के तत्व एक शक्ति स्थिति में एक साथ होते हैं जो उन्हें प्रकट होने की अनुमति देता है। कलंक एक सामाजिक प्रक्रिया है जो असमानताओं को बनाती है और उन्हें कायम रखती है।
- **क्रॉकर, मेजर और स्टील (1998)** कलंक एक सामाजिक पहचान है जिसका एक विशेष सामाजिक संदर्भ में अवमूल्यन किया जाता है। इसमें किसी ऐसे व्यक्ति के रूप में पहचाना जाना शामिल है जो आदर्श से विचलित होता है और इस प्रकार नकारात्मक रूप से माना जाता है।
- **जोन्स एट अल. (1984)** कलंक एक ऐसा चिह्न है जो किसी व्यक्ति को दूसरों से अलग करता है और चिह्नित व्यक्ति को अवांछनीय विशेषताओं से जोड़ता है। यह इस धारणा की ओर ले जाता है कि कलंकित व्यक्ति किसी तरह से कम मानवीय है।
- **कोरिगन और वॉटसन (2002) के अनुसार**, कलंक में तीन चरणों वाली प्रक्रिया शामिल होती है: अंतरों की पहचान करना और उन्हें लेबल करना, लेबल वाले व्यक्तियों को नकारात्मक रूढ़िवादिता के साथ जोड़ना, और लेबल वाले व्यक्तियों को उन लोगों से अलग करना जिन्हें लेबल नहीं किया गया है।
- **ऑक्सफोर्ड रिसर्च इनसाइक्लोपीडिया ऑफ साइकोलॉजी** के अनुसार “कलंक किसी व्यक्ति या समूह का अवमूल्यन है जो सामाजिक पहचान पर आधारित होता है और स्थिति की हानि और अन्य नकारात्मक परिणामों की ओर ले जाता है। यह संरचनात्मक और पारस्परिक दोनों स्तरों पर प्रकट हो सकता है, संसाधनों और सुरक्षा तक पहुंच को प्रभावित कर सकता है और साथ ही जानबूझकर या अनजाने में भेदभाव को जन्म दे सकता है।”
- **अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन के अनुसार** "कलंक किसी व्यक्ति या लोगों के समूह की मानसिक, शारीरिक या सामाजिक विशेषता के बारे में एक नकारात्मक दृष्टिकोण या विचार है, जो सामाजिक अस्वीकृति को दर्शाता है।"

- **गोफमैन (1963) के अनुसार**, कलंक "एक अवांछनीय या अस्वीकृत विशेषता है जो किसी व्यक्ति को पूरी तरह से अस्वीकार्य बनाती है और समाज में उसकी स्वीकृति में बाधा डालती है"।
- **विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार**, स्वास्थ्य के संदर्भ में, सामाजिक कलंक का अर्थ किसी व्यक्ति या व्यक्तियों के समूह के बीच नकारात्मक जुड़ाव है, जिनमें कुछ विशेषताएं और एक विशिष्ट बीमारी समान होती है।
- **गोफमैन और लीन** ने सामाजिक कलंक को स्पष्ट करते हुए कहा है कि सामाजिक कलंक किसी व्यक्ति या समूह के प्रति अस्वीकृति या भेदभाव है, जो कथित विशेषताओं के आधार पर होता है जो उन्हें समाज के अन्य सदस्यों से अलग करने का काम करते हैं। सामाजिक कलंक आमतौर पर संस्कृति, लिंग, जाति, सामाजिक आर्थिक वर्ग, आयु, यौन अभिविन्यास, कामुकता, शरीर की छवि, शारीरिक विकलांगता, बुद्धिमत्ता या उसकी कमी और स्वास्थ्य से संबंधित होते हैं। कुछ कलंक स्पष्ट हो सकते हैं, जबकि अन्य को छुपाने योग्य कलंक के रूप में जाना जाता है जिन्हें प्रकटीकरण के माध्यम से प्रकट किया जाना चाहिए। कलंक स्वयं के खिलाफ भी हो सकता है, जो नकारात्मक रूप से देखे गए व्यक्तिगत गुणों से उत्पन्न होता है, जिसके परिणामस्वरूप "खराब पहचान" (यानी, आत्म-कलंक) हो सकती है।

4.3.2 हाशियाकरण की परिभाषाएं

सामान्य शब्दों में, हाशियाकरण को ऐसी एक सामाजिक प्रक्रिया के रूप में लिया जाता है जिसमें समाज के कुछ वर्गों को आर्थिक, सामाजिक, और राजनीतिक अवसरों से वंचित कर दिया जाता है। यह प्रक्रिया उन्हें समाज के मुख्यधारा से बाहर रखती है और उन्हें विभिन्न प्रकार की असमानताओं और भेदभाव का सामना करना पड़ता है।

- **रॉबर्ट पार्क और अर्नेस्ट बर्गस (1921) के अनुसार** "हाशिए पर डालना उस प्रक्रिया को संदर्भित करता है जिसके द्वारा व्यक्तियों या समूहों को समाज में सक्रिय आवाज, पहचान या स्थान न देकर समाज के किनारे पर धकेल दिया जाता है।"
- **बिलसन (2005) के अनुसार** "हाशिए पर डालना हाशिए पर जाने या हाशिए पर जाने की सामाजिक प्रक्रिया है, विशेष रूप से बड़े समाज के भीतर एक समूह के रूप में; यह किसी व्यक्ति, समूह या अवधारणा को महत्वहीन या परिधीय के रूप में देखना है।"
- **पार्कर और एगलटन (2003) के अनुसार** "हाशिए पर डालना एक ऐसी प्रक्रिया है जिसके माध्यम से कुछ व्यक्तियों या समूहों को आर्थिक, सामाजिक और राजनीतिक संसाधनों तक पहुँच न देकर समाज के किनारे पर धकेल दिया जाता है, और समुदाय के सामाजिक जीवन में पूर्ण भागीदारी से वंचित कर दिया जाता है।"

- **यंग (2000) के अनुसार** "हाशिए पर डालना उत्पीड़न के चेहरों में से एक है, जो सामाजिक नुकसान और समाज के हाशिए पर धकेल दिए जाने को संदर्भित करता है। इसमें समाज में सार्थक भागीदारी से कुछ समूहों को बाहर करने की प्रक्रिया शामिल है।"
- **शूर (1984) के अनुसार** "हाशिए पर डाले जाने में वह प्रक्रिया शामिल होती है जिसके द्वारा लोगों के समूहों को अधिकारों, अवसरों और संसाधनों (जैसे, रोजगार, आवास, स्वास्थ्य सेवा) से व्यवस्थित रूप से वंचित कर दिया जाता है, जो सामान्य रूप से समाज के सदस्यों के लिए उपलब्ध होते हैं और जो सामाजिक एकीकरण के लिए महत्वपूर्ण होते हैं।"

4.4 कलंक और हाशियाकरण के प्रकार

4.4.1 **कलंक के प्रकार:** समाजशास्त्री इरविंग गोफमैन ने सर्वप्रथम 1963 में कलंक के तीन मुख्य प्रकारों को स्पष्ट किया था। हालांकि गोफमैन के प्रकार आज पहचाने जाने वाले प्रकारों से थोड़े अलग थे। आधुनिक समाज मनोवैज्ञानिकों ने अपने अध्ययनों कलंक (Stigma) के विभिन्न कारकों यथा सामाजिक, शारीरिक, मानसिक और सांस्कृतिक कारकों को स्पष्ट किया है और इस प्रकार से हम कलंक के निम्न प्रकारों में विभक्त कर सकते हैं:-

चित्र सं० 4.1: कलंक के प्रकार



- **सार्वजनिक कलंक (Public Stigma):** सार्वजनिक कलंक से तात्पर्य उन नकारात्मक दृष्टिकोणों और विश्वासों से है जो आम जनता कुछ विशेषताओं, व्यवहारों या स्थितियों वाले व्यक्तियों के प्रति रखती है। इससे भेदभाव और सामाजिक बहिष्कार हो सकता है। मानसिक बीमारी वाले व्यक्तियों को खतरनाक या अक्षम समझना और एचआईवी/एड्स से पीड़ित लोगों के साथ भेदभाव करना सार्वजनिक कलंक के कुछ प्रमुख उदाहरण हैं। जहाँ तक सार्वजनिक कलंक के प्रभाव का सवाल है, इसके निम्नलिखित प्रभाव हैं।

- सामाजिक अलगाव
- रोजगार और शिक्षा के अवसरों में कमी
- पूर्वाग्रह और भेदभाव में वृद्धि
- **स्वयं कलंक (Self Stigma):** आत्म-कलंक तब होता है जब व्यक्ति अपनी स्थिति या पहचान के बारे में समाज द्वारा रखे गए नकारात्मक विश्वासों और दृष्टिकोणों को अपने अंदर समाहित कर लेता है। इससे शर्म, कम आत्मसम्मान और आत्म-मूल्य की कमी की भावनाएँ पैदा हो सकती हैं। अवसाद से ग्रस्त व्यक्ति को लगता है कि वह कमजोर या दोषपूर्ण है। LGBTQ+ व्यक्ति को सामाजिक अस्वीकृति के कारण अपने यौन अभिविन्यास पर शर्मिंदगी महसूस होना आत्म-कलंक के कुछ प्रमुख उदाहरण हैं। आत्म-कलंक का मानव मन पर निम्नलिखित प्रभाव पड़ता है:
 - आत्म-सम्मान और आत्म-प्रभावकारिता में कमी
 - मदद या उपचार लेने में अनिच्छा
 - सामाजिक अलगाव और अलगाव
- **अनुभूत कलंक (Perceived Stigma):** अनुभूत कलंक दूसरों द्वारा कलंकित किए जाने के बारे में जागरूकता और भय है। इसमें यह विश्वास शामिल है कि किसी व्यक्ति को उसकी स्थिति या पहचान के आधार पर आंका जा रहा है या उसके साथ भेदभाव किया जा रहा है। मिर्गी से पीड़ित लोग दूसरों के बारे में चिंता करते हैं कि वे खतरनाक हैं या अस्वीकार किए जाने में असमर्थ हैं और एक अप्रवासी को अपनी जातीयता के आधार पर भेदभाव का डर है, ये कथित कलंक के कुछ प्रमुख उदाहरण हैं। कथित कलंक का मानव मन पर निम्नलिखित प्रभाव पड़ता है:
 - चिंता और तनाव
 - सामाजिक संपर्क से बचना
 - व्यक्तिगत जानकारी का खुलासा करने में अनिच्छा
- **एसोसिएशन द्वारा कलंक (Stigma by Association) :** संगति द्वारा कलंक तब होता है जब किसी व्यक्ति को कलंकित व्यक्ति या समूह से जुड़े होने के कारण कलंकित किया जाता है। इसमें परिवार के सदस्य, मित्र या देखभाल करने वाले शामिल हो सकते हैं। संगति द्वारा कलंक को कुछ उदाहरणों यथा मानसिक बीमारी से पीड़ित व्यक्तियों के परिवार के सदस्यों को सामाजिक अस्वीकृति का सामना करना और एचआईवी/एड्स से पीड़ित लोगों के साथियों के साथ भेदभाव के रूप में समझा जा सकता है। संगति द्वारा कलंक के निम्नलिखित प्रभाव हैं:-
 - कलंकित व्यक्ति और उसके साथियों का सामाजिक अलगाव

- देखभाल करने वालों पर तनाव और बोझ बढ़ना
- तनावपूर्ण रिश्ते
- **संरचनात्मक कलंक (Structural Stigma) :** संरचनात्मक कलंक से तात्पर्य सामाजिक स्तर की स्थितियों, नीतियों और प्रथाओं से है जो कलंकित समूहों के अधिकारों और अवसरों को प्रतिबंधित करती हैं। इसमें कानून, संस्थागत प्रथाएँ और सामाजिक मानदंड शामिल हो सकते हैं। समलैंगिक संबंधों को अपराध घोषित करने वाले कानून के परिणामस्वरूप उत्पन्न व्यवहार और संस्थागत नीतियाँ जो आपराधिक रिकॉर्ड वाले लोगों को रोजगार देने से मना करती हैं इत्यादि को संरचनात्मक कलंक के उदाहरणों के रूप में लिया जा सकता है। इसके निम्नलिखित प्रभाव हैं:-
 - प्रणालीगत भेदभाव और असमानता
 - संसाधनों और अवसरों तक सीमित पहुंच
 - सामाजिक असमानताओं का कायम रहना
- **लेबल परिहार (Label Avoidance) :** लेबल से बचने की स्थिति तब होती है जब व्यक्ति लेबल से बचने या कलंकित समूह से जुड़े होने से बचने के लिए मदद या सेवाएँ लेने से बचते हैं। उदाहरण: "मानसिक रूप से बीमार" के रूप में लेबल किए जाने से बचने के लिए मानसिक स्वास्थ्य उपचार से बचना। एचआईवी/एड्स से जुड़े होने से बचने के लिए एचआईवी परीक्षण नहीं करवाना। लेबल से बचने के प्रभाव को निम्न तरीके से ट्रैक किया जा सकता है:
 - देरी से या कोई उपचार नहीं
 - स्वास्थ्य स्थितियों का बिगड़ना
 - प्रतिकूल परिणामों का जोखिम बढ़ जाना
- **स्वास्थ्य व्यवसायी कलंक (Health Practitioner Stigma):** स्वास्थ्य व्यवसायी कलंक में स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा कुछ स्थितियों या पहचान वाले रोगियों के प्रति नकारात्मक दृष्टिकोण और व्यवहार शामिल है, जिसके कारण घटिया देखभाल होती है। उदाहरण: स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकार वाले रोगियों के प्रति भेदभावपूर्ण व्यवहार प्रदर्शित करना और डॉक्टरों द्वारा मोटे रोगियों के प्रति कम दयालु होना। जबकि स्वास्थ्य व्यवसायी कलंक के तात्कालिक प्रभाव इस प्रकार हैं:
 - रोगी-प्रदाता के बीच खराब संबंध
 - देखभाल की गुणवत्ता में कमी
 - चिकित्सा सहायता लेने में अनिच्छा

- **कलंक को अस्वीकार करना सीखें (Learn to Reject the Stigma):** कलंक को अस्वीकार करना सीखने में व्यक्तिगत और सामाजिक दोनों स्तरों पर कलंक को चुनौती देने और उससे उबरने के लिए रणनीतियाँ और अभ्यास विकसित करना शामिल है। इसमें शिक्षा, वकालत और समर्थन पहल शामिल हैं। उदाहरण: मानसिक स्वास्थ्य कलंक को कम करने के लिए शैक्षिक कार्यक्रम। भेदभावपूर्ण नीतियों को बदलने के लिए काम करने वाले वकालत समूह। कलंक को अस्वीकार करना सीखने के निम्नलिखित नकारात्मक परिणाम हैं:

- जागरूकता और समझ में वृद्धि
- कलंक और भेदभाव में कमी
- कलंकित व्यक्तियों और समूहों का सशक्तिकरण

4.4.1 **हाशियाकरण के प्रकार:** हाशियाकरण विभिन्न प्रकार के हो सकते हैं, जिनमें से कुछ प्रमुख प्रकार निम्नलिखित हैं:

चित्र सं० 4.2: हाशियाकरण के प्रकार



1. **आर्थिक हाशियाकरण:** इसमें व्यक्तियों या समूहों को आर्थिक अवसरों से वंचित किया जाता है। उदाहरण के लिए, निम्न आय वर्ग या जातीय अल्पसंख्यकों को रोजगार के अवसरों से वंचित किया जा सकता है। उदाहरण: बेरोजगारी दर में असमानता, न्यूनतम मजदूरी का अभाव, आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों को वित्तीय सेवाओं से वंचित करना।
2. **सामाजिक हाशियाकरण:** इसमें व्यक्तियों या समूहों को सामाजिक अवसरों और सहभागिता से वंचित किया जाता है। ये समूह सामाजिक कार्यक्रमों, शिक्षा, और स्वास्थ्य

सेवाओं से दूर रखे जाते हैं। उदाहरण: जातिगत भेदभाव, लैंगिक भेदभाव, विकलांग व्यक्तियों के प्रति भेदभाव।

3. **राजनीतिक हाशियाकरण:** इसमें व्यक्तियों या समूहों को राजनीतिक प्रक्रियाओं और निर्णय लेने में भाग लेने से वंचित किया जाता है। इसका परिणाम यह होता है कि उनकी आवाज़ और समस्याएं अनसुनी रह जाती हैं। उदाहरण: मतदान के अधिकार से वंचित करना, राजनीतिक प्रतिनिधित्व में कमी।

4.5 कलंक और हाशियाकरण के कारण

कलंक (Stigma) और हाशियाकरण (Marginalization) के पीछे कई कारण होते हैं जो व्यक्तिगत, सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक, और संरचनात्मक कारकों से जुड़े होते हैं। इन कारणों को समझना महत्वपूर्ण है ताकि इनके नकारात्मक प्रभावों को कम किया जा सके। यहां कुछ प्रमुख कारणों का विवरण दिया गया है:

1. **अज्ञानता और गलतफहमियाँ:** लोग अक्सर उन चीजों को कलंकित करते हैं जिनके बारे में उनके पास सही जानकारी नहीं होती। यह डर और पूर्वाग्रह का कारण बन सकता है। उदाहरण के लिए मानसिक बीमारियों को कमजोरी या नैतिक गिरावट के रूप में देखना, एचआईवी/एड्स को सामान्य संपर्क से फैलने वाली बीमारी मानना इत्यादि कुछ प्रमुख कारक हैं जिसके कारण से व्यक्ति को कलंक या हाशियाकरण का सामना करना पड़ता है।
2. **सांस्कृतिक और सामाजिक मानदंड:** कलंक (Stigma) और हाशियाकरण (Marginalization) के पीछे कई बार सांस्कृतिक और सामाजिक मानदंडों को प्रमुख कारकों के रूप में देखा जाता है। भारत जैसे देश में जहाँ आज भी एक बड़ा वर्ग गरीबी और बीमारी के साथ रह रहा है, सांस्कृतिक और सामाजिक मानदंड के कारण कलंक और हाशियाकरण को बढ़ावा मिलता है। लोग अपने परिवारों, साथियों और समुदायों से न केवल कलंकित दृष्टिकोण सीखते हैं बल्कि आने वाली पीढ़ी को भी साझा करते हैं। उदाहरण के लिए भारत जैसे कई अन्य देशों में आज भी मानसिक स्वास्थ्य के बारे में चर्चा करना सांस्कृतिक तौर पर वर्जित मानना जाता है। इसके साथ ही समाज में कुछ नस्लों, लिंगों, या यौनिकताओं को अन्य के मुकाबले अधिक महत्व दिया जाता है।
3. **मीडिया में चित्रण:** मीडिया को स्वस्थ लोकतान्त्रिक समाज का एक अभिन्न अंग माना जाता है। मीडिया के द्वारा जहाँ एक ओर सामाजिक समस्याओं को प्रमुखता से उठाया जाता है तो वहीं दूसरी ओर कई बार मीडिया में प्रसारित किसी विचार विशेष के कारण समाज में कलंक और हाशियाकरण को बढ़ावा मिलता है। दूसरे शब्दों में कई बार ऐसा देखा गया है कि मीडिया अक्सर कुछ समूहों या स्थितियों को नकारात्मक रूप से चित्रित

- करती है, जिससे रूढ़ियाँ मजबूत होती हैं और डर पैदा होता है। उदाहरण के लिए फिल्मों में मानसिक बीमार व्यक्तियों को हिंसक या खतरनाक दिखाना या एचआईवी/एड्स के नकारात्मक पहलुओं पर ध्यान केंद्रित करना।
4. **ऐतिहासिक और संरचनात्मक असमानता:** ऐतिहासिक और संरचनात्मक असमानता जैसे कि जातिगत भेदभाव और गुलामी का प्रभाव और संस्थागत नीतियाँ जो अल्पसंख्यक समुदायों को हाशिये पर रखती हैं, के कारण कुछ समूहों के खिलाफ भेदभाव कलंक और हाशियाकरण को बनाए रखते हैं, जबकि संस्थाएँ और प्रणालियाँ भेदभावपूर्ण प्रथाओं को शामिल करती हैं।
 5. **डर और चिंता:** डर और चिंता व्यक्ति के व्यक्तित्व का मूल तत्व है जिसके माध्यम से न केवल व्यक्ति अपने भावनात्मक व्यवहार को प्रदर्शित करता है बल्कि यह परोक्ष रूप में व्यक्ति के व्यवहार को अभिप्रेरित करता है। व्यक्ति में चिंता और डर के बहुत से कारण होते हैं। दूसरे शब्दों में हम यह भी कह सकते हैं कि प्रायः लोग उन चीजों से डरते हैं जिन्हें वे न तो समझ पाते हैं और न ही समझने का प्रयास करते हैं। परिणामस्वरूप व्यक्ति में एक ऐसी धारणा का निर्माण होता है जो किसी अन्य व्यक्ति, समय, परिस्थिति, या घटना के प्रति नकारात्मक दृष्टिकोण को प्रतिबिम्बित करता है और जिसके फलस्वरूप कलंक और हाशियाकरण को बढ़ावा मिलता है। उदाहरण के लिए मानसिक बीमारियों से जुड़े लोगों से डरना या संक्रामक बीमारियों वाले व्यक्तियों का सामाजिक बहिष्कार।
 6. **शक्ति गतिशीलता:** शक्ति को हासिल करना और उसे हमेशा के लिए अपने पास धारण करना व्यक्ति की आवश्यकताओं में से एक रहा है। चूँकि शक्ति को हासिल करने के लिए संघर्ष करना पड़ता है। अतः लगभग सभी समाज में कलंक और हाशियाकरण को शक्ति को हासिल करने के महत्वपूर्ण साधन के रूप में लिया जाता है। दूसरे शब्दों में, जो लोग सत्ता में होते हैं, वे दूसरों पर प्रभुत्व और नियंत्रण बनाए रखने के लिए कलंक और हाशियाकरण का उपयोग कर सकते हैं। उदाहरण के लिए राजनीतिक नियंत्रण बनाए रखने के लिए आदिवासी जनजातियों द्वारा हाशियाकरण का प्रयोग करना या पितृसत्तात्मक संरचनाओं को बनाए रखने के लिए महिलाओं के खिलाफ भेदभाव करना।
 7. **आर्थिक कारक:** Stigma और Marginalization के आर्थिक कारक व्यापक और गहरे होते हैं, जो समाज के विभिन्न समूहों के लिए आर्थिक असमानता और कठिनाइयाँ पैदा करते हैं। इन कारकों को समझना और संबोधित करना न केवल सामाजिक न्याय की दृष्टि से महत्वपूर्ण है, बल्कि आर्थिक विकास और सामाजिक समरसता के लिए भी आवश्यक है। Stigma (कलंक) और Marginalization (हाशियाकरण) के आर्थिक पहलू कई तरीकों से समाज के विभिन्न वर्गों को प्रभावित करते हैं। ये आर्थिक कारक व्यक्तियों और समुदायों के जीवन स्तर, रोजगार के अवसर, और आर्थिक विकास पर

गहरा प्रभाव डालते हैं। कलंक और हाशियाकरण के कारण कई समूहों के लोगों को रोजगार के अवसरों में भेदभाव का सामना करना पड़ता है। उदाहरण: मानसिक बीमारियों से पीड़ित लोगों को नौकरियों में कम अवसर मिलना। इसके साथ ही कलंकित और हाशिये पर रखे गए समूहों को अक्सर कम वेतन वाली नौकरियाँ मिलती हैं या वे बेरोजगार रह जाते हैं, जिससे उनकी आर्थिक स्थिति कमजोर होती है। उदाहरण: LGBTQ+ समुदाय के सदस्यों को उच्च आय वाली नौकरियों में कम प्रतिनिधित्व मिलना। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि कलंकित समूहों में स्कूल छोड़ने की दर अधिक होती है, जिससे उनके भविष्य के रोजगार के अवसर सीमित हो जाते हैं। उदाहरण: मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के कारण बच्चों का स्कूल छोड़ना।

8. **व्यक्तिगत पूर्वाग्रह और पक्षपात:** Stigma (कलंक) और Marginalization (हाशियाकरण) के कारणों में से एक प्रमुख कारण व्यक्तिगत पूर्वाग्रह (Personal Prejudice) और पक्षपात (Bias) है। ये व्यक्तिगत स्तर पर शुरू होते हैं, लेकिन इनके प्रभाव व्यापक और गहरे होते हैं, जिससे समाज में असमानता और अन्याय बढ़ता है। सामान्यतः ऐसा देखा गया है कि एक बच्चा अपने माता-पिता से नस्लीय पूर्वाग्रह सीख सकता है। पूर्वाग्रह केवल संज्ञानात्मक नहीं होते, वे अक्सर भावनात्मक प्रतिक्रियाओं से भी जुड़े होते हैं। किसी विशेष समूह के प्रति डर या घृणा महसूस करना।

4.6 कलंक और हाशियाकरण के प्रभाव

कलंक और हाशिए पर डाले जाने के दीर्घकालिक प्रभाव विभिन्न आयामों में व्यक्तियों और समाजों को गहराई से प्रभावित कर सकते हैं। यहाँ कुछ प्रमुख दीर्घकालिक प्रभाव दिए गए हैं:

- **मानसिक स्वास्थ्य प्रभाव:** कलंक और हाशिए पर डाले जाने से दीर्घकालिक तनाव, चिंता, अवसाद और अन्य मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ हो सकती हैं। लगातार भेदभाव और बहिष्कार आत्म-सम्मान को कम कर सकता है और समय के साथ बेकार और निराशाजनक भावनाओं में योगदान दे सकता है।
- **सामाजिक अलगाव:** कलंक और हाशिए पर डाले जाने का अनुभव करने वाले व्यक्ति सामाजिक संपर्कों से दूर हो सकते हैं, जिससे सामाजिक अलगाव और अकेलापन हो सकता है। यह अलगाव मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को और बढ़ा सकता है और व्यक्तिगत विकास और विकास के अवसरों को कम कर सकता है।
- **आर्थिक असमानताएँ:** कलंकित समूहों को अक्सर आर्थिक अवसरों में बाधाओं का सामना करना पड़ता है, जैसे कि रोजगार भेदभाव, कम वेतन और शिक्षा और

व्यावसायिक प्रशिक्षण तक सीमित पहुँचा पीढ़ियों से, ये असमानताएँ समुदायों के भीतर गरीबी और असमानता के चक्र को बनाए रख सकती हैं।

- **स्वास्थ्य असमानताएँ:** हाशिए पर पड़े व्यक्तियों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं, निवारक देखभाल और स्वास्थ्य शिक्षा तक कम पहुँच का अनुभव हो सकता है। इससे इन आबादी के भीतर उनके गैर-कलंकित समकक्षों की तुलना में खराब स्वास्थ्य परिणाम और पुरानी बीमारियों की उच्च दर हो सकती है।
- **शैक्षिक उपलब्धि:** कलंक और हाशिए पर होना गुणवत्तापूर्ण शिक्षा, संसाधनों और सहायक शिक्षण वातावरण तक पहुँच को सीमित करके शैक्षिक उपलब्धि में बाधा डाल सकता है। इसका कैरियर की संभावनाओं, आर्थिक स्थिरता और सामाजिक गतिशीलता पर दीर्घकालिक प्रभाव पड़ सकता है।
- **पारस्परिक संबंध:** कलंक और हाशिए पर होना समुदायों के भीतर अविश्वास, पूर्वाग्रह और भेदभाव को बढ़ावा देकर पारस्परिक संबंधों को प्रभावित कर सकता है। यह सामाजिक सामंजस्य और एकजुटता को कमजोर कर सकता है, सामाजिक परिवर्तन और समावेशन के लिए सामूहिक प्रयासों में बाधा उत्पन्न कर सकता है।
- **कानूनी और न्याय प्रणाली असमानताएँ:** कलंक और हाशिए पर होना कानूनी और न्याय प्रणालियों के भीतर असंगत व्यवहार को जन्म दे सकता है, जिसमें कारावास की उच्च दर, कठोर सजा और कानूनी प्रतिनिधित्व तक कम पहुँच शामिल है। ये असमानताएँ हाशिए पर होने के चक्र को बनाए रखती हैं और प्रणालीगत पूर्वाग्रहों को मजबूत करती हैं।
- **पीढ़ीगत प्रभाव:** कलंक और हाशिए पर होने के प्रभाव पीढ़ियों तक फैल सकते हैं, जो कलंकित व्यक्तियों के बच्चों और पोते-पोतियों के सामाजिक, आर्थिक और स्वास्थ्य परिणामों को प्रभावित करते हैं। संरचनात्मक बाधाएँ और प्रणालीगत असमानताएँ पीढ़ियों से चली आ रही हैं, जो नुकसान को बनाए रख सकती हैं।

4.7 कलंक और हाशियाकरण का समाधान

कलंक और हाशियाकरण को समाधान करने के लिए विभिन्न दिशाएँ हैं जिन्हें समाज, सरकार, और व्यक्तिगत स्तर पर अपनाया जा सकता है। इन समाधानों के माध्यम से, कलंक और हाशियाकरण के प्रभाव को कम किया जा सकता है और समाज में समानता और समावेश को बढ़ावा दिया जा सकता है। यहाँ कुछ महत्वपूर्ण उपाय हैं:

1. **शिक्षा और जागरूकता:** समाज में कलंक और हाशियाकरण के खिलाफ जागरूकता बढ़ाना और उसके मिथकों को दूर करना महत्वपूर्ण है। शिक्षा वाले प्रोग्राम और सार्वजनिक समाचार माध्यमों के माध्यम से इसे समझाना और शिक्षा देना चाहिए।
2. **नीति और कानूनी सुरक्षा:** समाज में न्यायिक समानता और कलंकमुक्त स्थिति को प्रोत्साहित करने के लिए समाज और सरकार को नीतियों और कानूनी सुरक्षा में सुधार करने की आवश्यकता है।
3. **समुदाय और संगठनित समर्थन:** समाजी संगठन और समुदाय के सहयोग से कलंक और हाशियाकरण से प्रभावित व्यक्तियों के लिए समर्थन सेवाएं और संगठन स्थापित करने चाहिए।
4. **समाज में सम्मान और समावेश:** समाज में सम्मान और समावेश को बढ़ावा देना चाहिए, जिससे सभी व्यक्ति समान अधिकारों का आनंद ले सकें और समाज का हिस्सा महसूस करें।
5. **प्राथमिक स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं:** स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति पहुंच में समानता बढ़ाने और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को सुधारने के लिए प्रयास करना चाहिए, जिससे समाज के सभी सदस्य अपने स्वास्थ्य की देखभाल कर सकें।

4.8 सार-संक्षेप

कलंक और हाशिए पर धकेले जाने की समस्याएँ गहरी जड़ें जमाए हुए सामाजिक मुद्दे हैं, जिन्हें संबोधित करने के लिए व्यापक और बहुआयामी दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है। इनसे निपटने के लिए प्रभावी रणनीति विकसित करने के लिए उनकी परिभाषाओं, कारणों, प्रकारों और दीर्घकालिक प्रभावों को समझना महत्वपूर्ण है। शिक्षा, नीतिगत सुधारों, सामुदायिक समर्थन और समावेश को बढ़ावा देकर, समाज कलंक और हाशिए पर धकेले जाने की समस्या को कम करने की दिशा में काम कर सकता है, जिससे अंततः सभी व्यक्तियों के लिए अधिक न्यायपूर्ण और समतापूर्ण वातावरण को बढ़ावा मिलेगा। इन मुद्दों को संबोधित करने से न केवल सीधे प्रभावित लोगों को लाभ होता है, बल्कि सामाजिक सामंजस्य भी मजबूत होता है और समुदायों की समग्र भलाई में वृद्धि होती है। कलंक और हाशिए पर धकेले जाने की समस्या से निपटने के प्रयास निरंतर, अनुकूलनीय और समावेशी होने चाहिए, ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि प्रगति समय के साथ बनी रहे और विस्तारित हो।

4.9 शब्दावली

- **कलंक (Stigma):** किसी व्यक्ति या समूह को उनके विशेष गुण, व्यवहार, या परिस्थितियों के कारण समाज में नकारात्मक रूप से देखा जाना। उदाहरण: मानसिक बीमारियों से पीड़ित लोगों को कमजोर या खतरनाक समझना।
- **हाशियाकरण (Marginalization):** किसी व्यक्ति या समूह को सामाजिक, आर्थिक, और राजनीतिक अवसरों से वंचित करना और उन्हें समाज के किनारे पर धकेल देना। उदाहरण: जातिगत भेदभाव के कारण दलित समुदायों का हाशियाकरण।
- **भेदभाव (Discrimination):** किसी व्यक्ति या समूह के साथ उनके लिंग, जाति, धर्म, यौनिकता आदि के आधार पर अनुचित व्यवहार करना। उदाहरण: नौकरी में किसी महिला को केवल उसके लिंग के कारण अवसर न देना।
- **पूर्वाग्रह (Prejudice):** किसी व्यक्ति या समूह के प्रति बिना किसी वास्तविक अनुभव या ज्ञान के नकारात्मक दृष्टिकोण रखना। उदाहरण: विभिन्न नस्लों के लोगों के प्रति नकारात्मक धारणाएँ रखना।
- **सामाजिक बहिष्कार (Social Exclusion):** किसी व्यक्ति या समूह को समाज की मुख्यधारा से अलग करना और उन्हें सामाजिक, आर्थिक, और सांस्कृतिक गतिविधियों में शामिल न करना। उदाहरण: LGBTQ+ समुदाय के सदस्यों का सामाजिक समारोहों में शामिल न होना।
- **रूढ़ियाँ (Stereotypes):** किसी व्यक्ति या समूह के बारे में साधारण और सामान्यीकृत धारणाएँ बनाना, जो अक्सर गलत या अतिसामान्य होती हैं। उदाहरण: सभी एशियाई लोगों को गणित में अच्छा समझना।
- **कलंकित पहचान (Stigmatized Identity):** वह पहचान या विशेषता जो समाज द्वारा नकारात्मक रूप से देखी जाती है। उदाहरण: मानसिक बीमारियों के साथ जी रहे लोग।
- **आत्म-कलंक (Self-Stigma):** जब कोई व्यक्ति समाज के नकारात्मक दृष्टिकोण को आंतरिक रूप से स्वीकार कर लेता है और खुद को नकारात्मक रूप से देखता है। उदाहरण: मानसिक बीमारी वाले व्यक्ति का खुद को कमजोर या अयोग्य समझना।
- **संरचनात्मक कलंक (Structural Stigma):** समाज की संस्थाओं और प्रणालियों में अंतर्निहित नीतियाँ और प्रथाएँ जो कलंक और भेदभाव को बढ़ावा देती हैं। उदाहरण: कानून जो LGBTQ+ व्यक्तियों के अधिकारों को प्रतिबंधित करते हैं।

4.10 निबंधात्मक प्रश्न

1. कलंक (Stigma) क्या है, और इसे कैसे परिभाषित किया जा सकता है?
2. हाशियाकरण (Marginalization) का अर्थ क्या है, और इसके विभिन्न प्रकार क्या हैं?
3. Stigma और Marginalization के प्रमुख कारण क्या हैं?
4. सांस्कृतिक और सामाजिक मानदंड कैसे कलंक और हाशियाकरण को प्रभावित करते हैं?
5. ऐतिहासिक और संरचनात्मक असमानता का कलंक और हाशियाकरण में क्या योगदान है?
6. कलंक के विभिन्न प्रकार (जैसे सार्वजनिक कलंक, आत्म-कलंक, संरचनात्मक कलंक) क्या हैं, और उनके प्रभाव क्या हैं?
7. हाशियाकरण के प्रभाव किन-किन क्षेत्रों में देखे जा सकते हैं (जैसे आर्थिक, सामाजिक, स्वास्थ्य)?
8. मीडिया के नकारात्मक चित्रण से किस प्रकार के समूह प्रभावित होते हैं?
9. व्यक्तिगत जीवन में कलंक और हाशियाकरण का क्या प्रभाव पड़ता है?

4.11 संदर्भ ग्रंथ सूची

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- IFRC, U. (2020). WHO. Social Stigma associated with COVID-19. A guide to preventing and addressing social stigma.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Lynn C. Holley, Natasha S. Mendoza, Melissa M. Del-Colle, and Marquita Lynette Bernard (2016). "Heterosexism, racism, and mental illness, or physical disability discrimination: Experiences of people with mental health conditions and their families". *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28:2, 93–116, DOI: 10.1080/10538720.2016.1155520.
- Derek Isetti (2020) Disclosure of a communication disorder during a job interview: A theoretical model, *Journal of Communication Disorders*, Vol. 87, ISSN 0021-9924, <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106038>

- <https://typeset.io/questions/what-is-the-definition-of-stigma-in-sociology-4dcq8z0kic>
- <https://www.verywellhealth.com/stigma-5215412#citation>
- Hart J, Richman S. (2020) why do we joke about killing ourselves? Suicide, stigma, and humor. *Modern Psychological Studies*. 25(2).
- Park, R. E., & Burgess, E. W. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. University of Chicago Press
- Billson, J. M. (2005). The Marginalization of Black Males: A Critical Issue for the 21st Century. *Western Journal of Black Studies*, 29(1), 7-17
- Parker & Aggleton (2003) HIV & AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework & implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13-24
- Young, I. M. (2000). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton University Press
- Schur, E. (1984). *Labeling Women Deviant: Gender, Stigma, and Social Control* Random House.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: W. H. Freeman.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination

- against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
 - Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142-157.
 - Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358-367.
 - Herek, G. M. (2002). Thinking about AIDS and stigma: A psychologist's perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(4), 594-607.
 - Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Pantheon Books
 - Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane
 - Greenwald, A. G., & Krieger, L. H. (2006). Implicit bias: Scientific foundations. *California Law Review*, 94(4), 945-967

इकाई 5. चिंता और अवसाद (Anxiety and depression)

इकाई संरचना

5.1 प्रस्तावना

5.2 उद्देश्य

5.3 चिंता और अवसाद का अर्थ और परिभाषा

5.3.1 चिंता की परिभाषाएं

5.3.2 अवसाद की परिभाषाएं

5.3.3 चिंता और अवसाद में समानता और अंतर

5.4 चिंता और अवसाद के प्रकार

5.4.1 चिंता के प्रकार

5.4.2 अवसाद के प्रकार

5.5 चिंता और अवसाद के कारण

5.6 चिंता और अवसाद के प्रभाव

5.7 चिंता और अवसाद का समाधान

5.8 सार-संक्षेप

5.9 शब्दावली

5.10 इकाई के अंत में प्रश्न

5.11 संदर्भ ग्रंथ सूची

5.1 प्रस्तावना

व्यक्तियों के जीवन और पूरे समाज पर उनके गहन प्रभाव को देखते हुए चिंता और अवसाद का परिचय विभिन्न कोणों से किया जा सकता है। चिंता और अवसाद प्रचलित मानसिक स्वास्थ्य स्थितियाँ हैं जो दुनिया भर में लाखों लोगों को प्रभावित करती हैं और जिनका प्रकटीकरण विभिन्न रूपों और तीव्रताओं में होता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि अत्यधिक चिंता और

अवसाद न केवल हमारे दैनिक कामकाज को बाधित करती है बल्कि यह व्यक्तियों में विभिन्न प्रकार के मनोवैज्ञानिक समस्याओं के उदय का प्रमुख कारण भी बनती है जिनमें सामान्यीकृत चिंता विकार (GAD), घबराहट विकार, सामाजिक चिंता विकार और विशिष्ट भय जैसे विकार प्रमुख रूप से शामिल हैं। सामान्यतः चिंता और अवसाद को एक दुसरे के साथ जोड़कर देखा जाता है। साथ ही ऐसा माना जाता है कि अवसाद किसी भी उम्र और किसी भी व्यक्ति को हो सकता है। अवसाद का अनुभव करने वाले लोगों में कई अन्य मानसिक स्वास्थ्य सम्बंधित स्थितियाँ भी देखने को मिलती हैं। अध्ययनों ने यह भी स्पष्ट किया है कि सामान्य तौर पर, हर 6 में से 1 वयस्क को अपने जीवन में कभी न कभी अवसाद होता है। साथ ही हर साल लगभग 16 मिलियन अमेरिकी वयस्क अवसाद से पीड़ित होते हैं। वर्तमान अध्याय व्यक्तियों में होने वाले चिंता और अवसाद की समस्या, उनके कारणों और इसके प्रभावों का चित्रण प्रस्तुत करता है।

5.2 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप-:

- ❖ चिंता और अवसाद सम्बंधित विकारों को स्पष्ट रूप से समझने में सक्षम होंगे
- ❖ चिंता और अवसाद प्रकारों को सूचीबद्ध करने में सक्षम होंगे

5.3 चिंता और अवसाद की अवधारणा एवं परिभाषा

चिंता और अवसाद वर्तमान दैनिक जीवन में बहुतायत से प्रयोग होने वाला शब्द है। जब कभी भी अपने लक्ष्यों को अपने उम्मीदों के अनुरूप प्राप्त नहीं कर पाते हैं तो संभवतः हम चिन्तित होना शुरू कर देते हैं और लंबे समय तक जब चिंता की स्थिति बनी रहती है तो हम स्वयं को अवसादित महसूस करते हैं। हालाँकि मनोवैज्ञानिक रूप से किसी व्यक्ति की अमुक स्थिति को चिंता या अवसाद कहना कितना तार्किक होगा यह सोचने वाली बात है। चिंता या अवसाद की स्थिति किसी खास व्यक्ति, लिंग धर्म या जाति से सम्बंधित नहीं होती है। कोई भी व्यक्ति अवसादग्रस्त हो सकता है, और अवसाद किसी भी उम्र में और किसी भी प्रकार के व्यक्ति में हो सकता है।

मनोवैज्ञानिक दृष्टि से चिंता और अवसाद दो प्रमुख मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के रूप में लिया जाता है जो व्यक्ति के जीवन को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकती हैं। यद्यपि चिंता और अवसाद दोनों अलग-अलग हैं, लेकिन कई बार एक दूसरे के साथ सम्बंधित होते हैं और एक दूसरे को बढ़ा देते हैं। जहाँ एक ओर उदास/उदासी को अवसाद का मुख्य लक्षण माना जाता है तो वहीं दूसरी ओर चिंता में मुख्य रूप से चिंता, घबराहट और डर की भावनाएँ शामिल होती हैं। फिर भी, कुछ ऐसी स्थितियाँ शामिल होती हैं जो चिंता और अवसाद दोनों ही में सामान्य रूप से बनी रहती हैं।

है उदाहरण के लिए, चिंता में अक्सर चिड़चिड़ापन शामिल होता है तो दूसरी और अवसाद से पीड़ित कुछ लोग दुखी होने की तुलना में ज्यादा चिड़चिड़े महसूस कर सकते हैं। इसके साथ ही एक ही समय में, एक ही व्यक्ति में चिंता और अवसाद दोनों के होने की संभावना रहती है। उदाहरण के लिए 2015 के एक विश्वव्यापी सर्वेक्षण में पाया गया कि लगभग 41.6 प्रतिशत लोगों ने एक ही 12 महीने की अवधि के दौरान गंभीर अवसाद और चिंता विकार दोनों होने की सूचना दी।

मनोवैज्ञानिकों ने अपने अध्ययनों के परिणामस्वरूप यह स्पष्ट किया है कि जिन लोगों को चिंता विकार होते हैं, वे चिंता, भय, चिंता और/या घबराहट की तीव्र और बेकाबू भावनाओं से जूझते हैं जो दैनिक गतिविधियों में बाधा डालती हैं और लंबे समय तक बनी रह सकती हैं। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि हर 6 में से 1 वयस्क को अपने जीवन में कभी न कभी अवसाद होता है। इसके साथ ही अवसाद हर साल लगभग 16 मिलियन अमेरिकी वयस्कों को प्रभावित करता है।

5.3.1 चिंता की अवधारणा एवं परिभाषाएं

डेनिश दार्शनिक कीर्केगार्ड ने चिंता को स्वतंत्रता, विकल्प और संभावनाओं की अनिश्चितता से संबंधित एक गहन अस्तित्वगत स्थिति के रूप में वर्णित किया है। कीर्केगार्ड ने भय और चिंता के मध्य के अंतर को स्पष्ट करते हुए कहा है कि एक और जहाँ भय एक विशिष्ट उद्देश्य होता है तो वहीं दूसरी ओर चिंता हमारी अपनी स्वतंत्रता और जिम्मेदारी के बारे में जागरूकता से उत्पन्न होती है। मार्टिन हाइडेगर, एक जर्मन दार्शनिक, ने चिंता को मानवीय स्थिति के लिए मौलिक माना, जो शून्यता और हमारी अपनी मृत्यु दर के साथ हमारे टकराव से उत्पन्न होती है। उन्होंने चिंता को दुनिया में होने का एक तरीका माना जो हमारे अस्तित्व और प्रामाणिकता को प्रकट करता है। इसी प्रकार जीन-पॉल सार्त्र, एक फ्रांसीसी दार्शनिक, चिंता की व्याख्या अस्तित्ववाद के संदर्भ में करते हुए स्वतंत्रता और निर्णय लेने की पीड़ा से इसके संबंध पर जोर दिया। उन्होंने चिंता को हमारी मौलिक स्वतंत्रता और पूर्वनिर्धारित मूल्यों की अनुपस्थिति को महसूस करने के परिणाम के रूप में देखा। इसी क्रम में चिंता की कुछ प्रमुख परिभाषाएं निम्न प्रकार से हैं:

- ❖ **अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन (APA) के अनुसार:** APA चिंता को "तनाव, चिंतित विचारों और रक्तचाप में वृद्धि जैसे शारीरिक परिवर्तनों की भावना से जुड़ी भावना" के रूप में परिभाषित करता है। यह तनाव या खतरे के प्रति एक स्वाभाविक प्रतिक्रिया है।
- ❖ **मानसिक विकारों का नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-5),** चिंता विकारों में अत्यधिक भय या चिंता शामिल होती है, जो महत्वपूर्ण संकट या हानि का

कारण बनती है। इन विकारों में सामान्यीकृत चिंता विकार, आतंक विकार, सामाजिक चिंता विकार, विशिष्ट भय और अन्य शामिल हैं।

- ❖ **फ्रायड** ने चिंता को एक अप्रिय आंतरिक स्थिति के रूप में वर्णित किया है जो अचेतन संघर्षों से उत्पन्न होती है, जो अक्सर दमित आवेगों, इच्छाओं या यादों से संबंधित होती है।
- ❖ **आरोन बेक** ने चिंता को एक संज्ञानात्मक-भावात्मक स्थिति के रूप में परिभाषित किया है जो भविष्य के खतरे या दुर्भाग्य के बारे में आशंका के साथ-साथ स्वायत्त उत्तेजना को दर्शाती शारीरिक संवेदनाओं की विशेषता है।
- ❖ **जोसेफ लेडॉक्स** मस्तिष्क प्रक्रियाओं के संदर्भ में चिंता का वर्णन करते हैं, और इस बात पर जोर देते हैं कि इसकी जड़ें तंत्रिका तंत्र में हैं, जिसमें एमिग्डाला और अन्य मस्तिष्क संरचनाएं शामिल हैं जो भय की कंडीशनिंग और प्रतिक्रिया के लिए जिम्मेदार हैं।
- ❖ **डेविड एच. बालों का ट्रिपल वल्लरेबिलिटी थ्योरी के अनुसार** “चिंता तीन कमजोरियों के बीच बातचीत से उत्पन्न होती है: सामान्यीकृत जैविक भेद्यता (जैसे, आनुवंशिक प्रवृत्ति), सामान्यीकृत मनोवैज्ञानिक भेद्यता (जैसे, प्रारंभिक जीवन के अनुभव), और विशिष्ट मनोवैज्ञानिक भेद्यता (जैसे, वर्तमान तनाव)।
- ❖ **नीत्शे, एक जर्मन दार्शनिक**, ने मानवीय स्थिति और आत्म-विनाश के संघर्ष के संबंध में चिंता (जर्मन में एंगस्ट) का पता लगाया। उन्होंने चिंता को एक आवश्यक तनाव के रूप में देखा जो व्यक्तिगत विकास और जीवन की चुनौतियों की पुष्टि को प्रेरित करता है।
- ❖ **लिथुआनियाई-फ्रांसीसी दार्शनिक इमैनुएल लेविनास** ने नैतिक जिम्मेदारी और दूसरे के साथ मुठभेड़ के संदर्भ में चिंता पर चर्चा की। उन्होंने चिंता को हमारी भेद्यता और दूसरों की जरूरतों पर प्रतिक्रिया करने की नैतिक मांग से उत्पन्न होने के रूप में वर्णित किया।

चिंता की उपरोक्त परिभाषायें चिंता के विभिन्न पहलुओं पर प्रकाश डालती हैं, जिनमें भावनात्मक प्रतिक्रियाओं से लेकर शारीरिक तंत्र और संज्ञानात्मक प्रक्रियाएँ शामिल हैं। वे मनोविज्ञान और मनोरोग विज्ञान में अध्ययन की गई चिंता की व्यापक समझ प्रदान करते हैं।

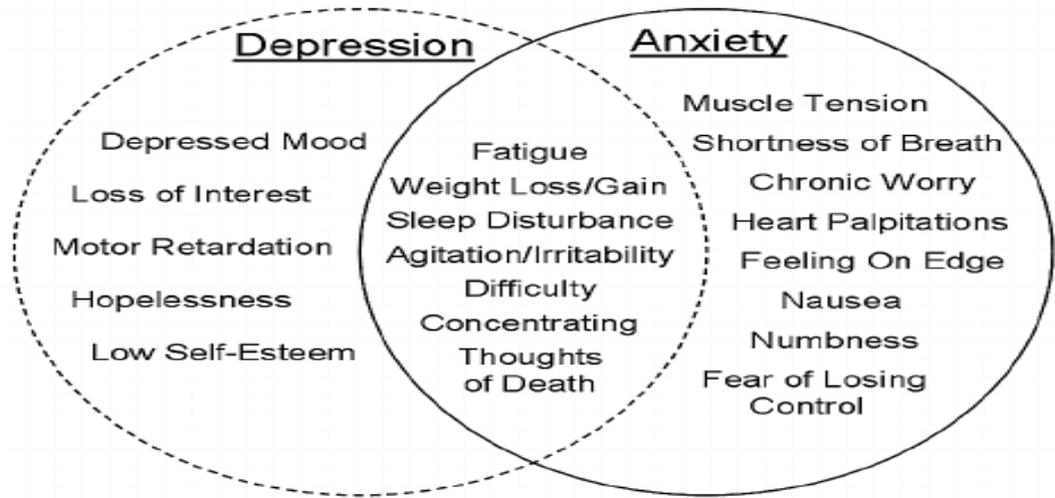
5.3.2 अवसाद की अवधारणा एवं परिभाषाएं: विद्वानों और दार्शनिकों ने अवसाद को अपने अपने शब्दों में स्पष्ट करने का प्रयास किया है। एक और जहाँ अस्तित्ववादी दार्शनिक सोरेन कीर्केगार्ड उदासी और निराशा को केंद्रीय विषय के रूप में चर्चा करते हुए निराशा के विभिन्न रूपों के बीच अंतर प्रस्तुत किया है। वहीं दूसरी ओर, नीत्शे ने पीड़ा, उदासी और शून्यवाद के

मनोवैज्ञानिक और दार्शनिक निहितार्थों की जांच करी है। इसी क्रम में, मार्टिन हाइडेगर चिंता और ऊब जैसे मूड की खोज करने के साथ ही अस्तित्व के पहलुओं को प्रकट करने का साधन माना है। जिन-पॉल सार्त्र का दर्शन के अनुसार "बुरे विश्वास" (मौवाइस फोई) निराशा और अस्तित्वगत शून्यता की भावनाओं को जन्म दे सकता है। लेविनास ने दुख के नैतिक आयाम और दूसरे के साथ मुठभेड़ पर जोर दिया। इसी क्रम में चिंता की कुछ प्रमुख परिभाषाएं निम्न प्रकार से हैं:

- ❖ **अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (DSM-5):** DSM-5 अवसाद को "एक सिंड्रोम के रूप में परिभाषित करता है, जिसमें एक ही 2-सप्ताह की अवधि के दौरान पाँच (या अधिक) लक्षण मौजूद होते हैं, जो पिछले कामकाज से बदलाव को दर्शाते हैं; लक्षणों में से कम से कम एक उदास मनोदशा या रुचि या आनंद की कमी है।"
- ❖ **विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO):** WHO अवसाद को "एक सामान्य मानसिक विकार के रूप में परिभाषित करता है, जो उदास मनोदशा, रुचि या आनंद की कमी, ऊर्जा में कमी, अपराधबोध या कम आत्म-सम्मान की भावना, नींद या भूख में गड़बड़ी और खराब एकाग्रता के साथ प्रस्तुत होता है।"
- ❖ **एरॉन टी. बेक:** संज्ञानात्मक चिकित्सा में अग्रणी एरॉन टी. बेक ने अवसाद को "एक मनोदशा विकार के रूप में वर्णित किया है, जिसमें लगातार उदासी और उन गतिविधियों में रुचि या आनंद की कमी होती है, जिनका व्यक्ति सामान्य रूप से आनंद लेता है, साथ ही संज्ञानात्मक और शारीरिक लक्षण भी होते हैं।"
- ❖ **डेविड एच. बाल्लो और वी. मार्क डूरंड:** बाल्लो और डूरंड अवसाद को "भावनात्मक अनुभव (जैसे उदासी), भावनात्मक अभिव्यक्ति (जैसे रोना) और भावनात्मक व्यवहार (जैसे वापसी) में गड़बड़ी से जुड़े मनोदशा विकार" के रूप में परिभाषित करते हैं।
- ❖ **मार्टिन सेलिंगमैन:** मार्टिन सेलिंगमैन, जो सकारात्मक मनोविज्ञान पर अपने कार्य के लिए जाने जाते हैं, ने अवसाद को "एक ऐसी स्थिति के रूप में वर्णित किया है, जिसमें निम्न मनोदशा, कम आत्म-सम्मान और जीवन में सामान्य रुचि की कमी होती है।"

5.3.3 चिंता और अवसाद में समानता और अंतर: सामान्यतः चिंता और अवसाद को समानार्थी रूप से लिया जाता है। यदि चित्र सं०1 को ध्यान से देखा जाये हम चिंता और अवसाद के मध्य जहाँ एक और समानता पाते हैं तो वहीं दूसरी ओर कुछ महत्वपूर्ण अंतरों को भी महसूस करते हैं जिन्हें तालिका 1 के द्वारा स्पष्ट रूप से समझा जा सकता है।

चित्र सं0 5.1 : चिंता और अवसाद में समानता



तालिका 5.1: चिंता और अवसाद में अंतर

विशेषता	चिंता	अवसाद
परिभाषा	चिंता एक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति है जिसमें व्यक्ति अत्यधिक डर, चिंता और तनाव का अनुभव करता है। यह प्रतिक्रिया आमतौर पर किसी संभावित खतरे या चुनौती के प्रति होती है, और इसमें शारीरिक और मानसिक लक्षण शामिल हो सकते हैं।	अवसाद एक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति है जिसमें व्यक्ति लगातार उदासी, निराशा, और रुचि की कमी का अनुभव करता है। यह भावना हफ्तों से लेकर महीनों या सालों तक बनी रह सकती है और व्यक्ति की दैनिक गतिविधियों और जीवन की गुणवत्ता पर नकारात्मक प्रभाव डाल सकती है।
स्वरूप	अत्यधिक चिंता और डर	गहरी उदासी और निराशा
अवधि	चिंता आमतौर पर एक अस्थायी स्थिति होती है और तब तक रहती है जब तक कि चिंता उत्पन्न करने वाला कारण मौजूद रहता है।	अवसाद आमतौर पर अधिक समय तक रहता है, जैसे कि हफ्तों, महीनों या वर्षों तक
लक्षण	दिल की धड़कन तेज, पसीना आना, ध्यान केंद्रित करने में कठिनाई	ऊर्जा की कमी, नींद और भूख में बदलाव, आत्महत्या के विचार
कारण	चिंता का कारण आमतौर पर किसी भविष्य की घटना के बारे में होता है, जैसे कि परीक्षा, नौकरी का इंटरव्यू, या किसी प्रकार का सामाजिक कार्यक्रम।	जैविक, आनुवंशिक, पर्यावरणीय और मनोवैज्ञानिक कारक

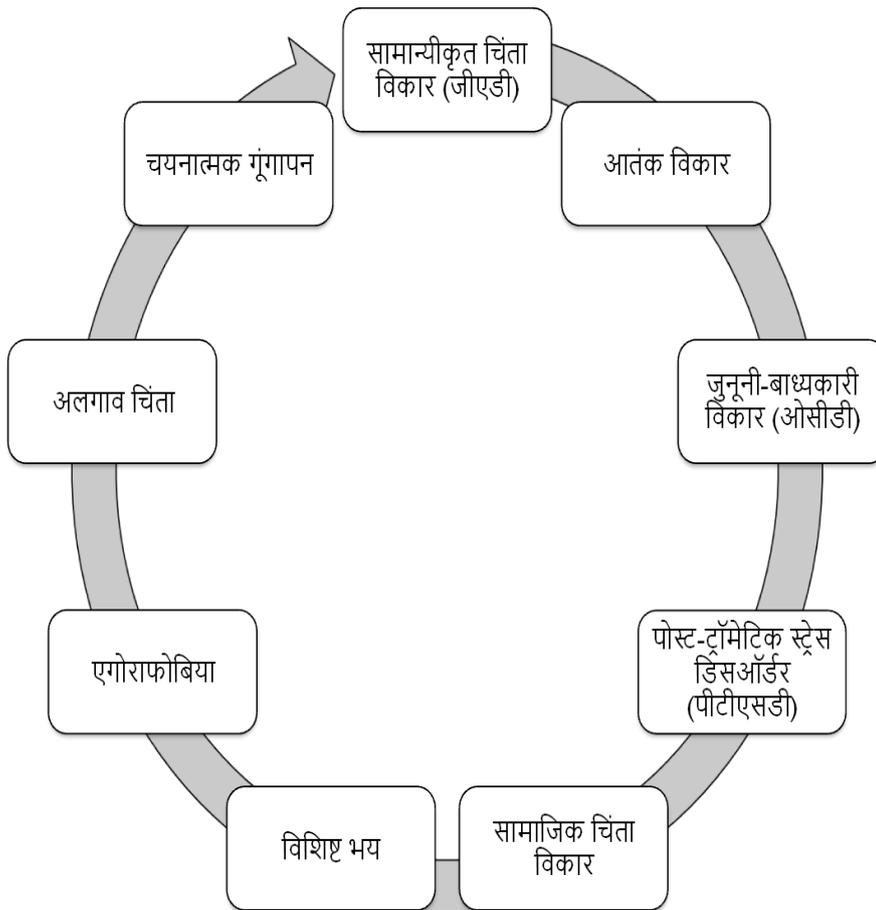
उपचार	मनोचिकित्सा, मैडिटेशन, व्यायाम, और कभी-कभी दवाओं का उपयोग।	मनोचिकित्सा, दवाएं, जीवनशैली में बदलाव और इलेक्ट्रोकोन्वल्सिव थेरेपी
-------	--	--

5.4 चिंता और अवसाद के प्रकार

चिंता और अवसाद विकार कई विशिष्ट स्थितियों को शामिल करते हैं, जिनमें से प्रत्येक के अपने अलग-अलग लक्षण और निदान मानदंड होते हैं। चूँकि चिंता और अवसाद की प्रकृति व्यक्ति से व्यक्ति और स्थिति के अनुसार अलग-अलग होती है, इसलिए, दोनों शब्दों को अलग-अलग समझना ज़रूरी हो जाता है

5.4.1 चिंता के प्रकार: चिंता विकारों में कई विशिष्ट प्रकार शामिल हैं, जिनमें से प्रत्येक की विशेषता विशिष्ट लक्षण और निदान मानदंड हैं। चिंता विकारों के कुछ सामान्य प्रकार इस प्रकार हैं:

चित्र सं0 5.2: चिंता के प्रकार



❖ **सामान्यीकृत चिंता विकार (Generalized Anxiety Disorder):** सामान्यीकृत चिंता विकार, जिसे संक्षिप्त रूप में GAD कहा जाता है, चिंता का एक सामान्य प्रकार/विकार है जिसमें व्यक्ति में किसी एक खास चीज को लेकर चिंता या व्यग्रता या परेशानी देखने को मिलती है। उदाहरण के लिए, हमने अपने आस-पास बहुत से ऐसे लोग देखे होंगे जो हमेशा किसी न किसी समस्या को लेकर रोते रहते हैं जैसे पैसे की समस्या, काम में परेशानी, या पारिवारिक कठिनाइयों का होना इत्यादि। हालाँकि, ऐसे लोगों में से अधिकांश लोगों की सामाजिक आर्थिक स्थिति सामान्य या सामान्य से उच्च देखने को मिलती है। सामान्यीकृत चिंता विकार में आमतौर पर चिंता या भय की लगातार भावना शामिल होती है जो आपके जीवन जीने के तरीके में बाधा डालती है। यह कभी-कभी चीजों के बारे में चिंता करने या तनावपूर्ण जीवन की घटनाओं के कारण चिंता का अनुभव करने जैसा नहीं है। सामान्यीकृत चिंता विकार से पीड़ित लोग महीनों या सालों तक लगातार चिंता का अनुभव करते हैं। सामान्यीकृत चिंता विकार धीरे-धीरे विकसित होता है। यह अक्सर 30 साल की उम्र के आसपास शुरू होता है, हालाँकि यह बचपन में भी हो सकता है। यह विकार पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अधिक आम है। सामान्यीकृत चिंता विकार से सम्बंधित एक अध्ययन के अनुसार प्रत्येक वर्ष विश्व भर में तक्करीबन 6.8 मिलियन वयस्क या यू.एस. की आबादी का लगभग 3.1% आबादी को कभी न कभी सामान्यीकृत चिंता विकार का सामना करना पड़ता है। किसी भी व्यक्ति में किसी भी समय सामान्यीकृत चिंता विकार होने के लिए निम्नलिखित लक्षणों में से कम से कम तीन का होना आवश्यक है:-

- सदैब घबराया हुआ या तनावग्रस्त महसूस करना
- जल्दी और आसानी से थक जाना
- किसी भी काम में ध्यान लगाने में दिक्कत महसूस करना
- चिड़चिड़ाहट का होना
- मांसपेशियां तनावग्रस्त महसूस करना
- नींद का ना होना या सही से न आना

❖ **आतंक विकार (Panic Disorder):** जैसा की इसके नाम से स्पष्ट है कि आतंक विकार (Panic Disorder) चिंता का वह विकार है। जहाँ व्यक्ति अप्रत्याशित और बार-बार तीव्र भय के एपिसोड से ग्रस्त रहता है। इसके लक्षण आमतौर पर शुरू होने के 10 मिनट के भीतर चरम पर होते हैं और फिर जल्द ही गायब हो जाते हैं। पैनिक अटैक अचानक, तीव्र भय की भावनाएँ हैं जो तेज़ दिल की धड़कन, तेज़ साँस और पसीना जैसे शारीरिक लक्षण पैदा करती हैं। पैनिक अटैक और एंग्जाइटी अटैक में अंतर होता है। जैसा

कि हम जानते हैं कि एंजाइटी कुछ खास तनावों के कारण होती है और यह धीरे-धीरे बढ़ सकती है। जबकि पैनिक अटैक आमतौर पर अप्रत्याशित और अचानक होता है। इसी तरह एंजाइटी के मामले में लक्षण आम तौर पर पैनिक अटैक की तुलना में कम तीव्र होते हैं और लंबे समय तक चलते हैं, जिसके लक्षण बहुत तीव्र लेकिन संक्षिप्त होते हैं। अध्ययनों से पता चला है कि मनुष्यों में पैनिक अटैक काफी आम है। हर साल, संयुक्त राज्य अमेरिका में 11% तक लोग पैनिक अटैक का अनुभव करते हैं। इसी तरह, अमेरिका में लगभग 2% से 3% लोग जीवन में एक बार पैनिक डिसऑर्डर से पीड़ित होते हैं। शोधकर्ताओं का मानना है कि एमिग्डाला (आपके मस्तिष्क का वह हिस्सा जो डर और अन्य भावनाओं को संसाधित करता है) की शिथिलता, पैनिक डिसऑर्डर का मूल कारण है। इसके अलावा, शोधकर्ता पैनिक डिसऑर्डर में गामा-अमीनोब्यूटिरिक एसिड (GABA), कोर्टिसोल और सेरोटोनिन जैसे रासायनिक असंतुलन की सक्रिय भूमिका में भी विश्वास करते हैं। आतंक विकार के कुछ महत्वपूर्ण लक्षण इस प्रकार हैं:

- तेज़ दिल की धड़कन या दिल की धड़कन का अहसास
- पसीना आना
- कांपना
- सांस लेने में कठिनाई या घुटन महसूस होना
- डूबने जैसा महसूस होना
- सीने में दर्द या बेचैनी
- मतली या पेट में दर्द
- चक्कर आना, अस्थिरता, बेहोशी या चेतना का खो जाना
- ठंड लगना या गर्मी लगना
- सुन्नता या झुनझुनी
- अवैयक्तिकरण
- नियंत्रण खोने या पागल हो जाने का डर
- आसन्न मृत्यु का डर

❖ **जुनूनी-बाध्यकारी विकार (Obsessive-Compulsive disorder):** जुनूनी-बाध्यकारी विकार (OCD) चिंता विकारों के प्रमुख प्रकारों में से एक है जिसे "एक जीर्ण विकार के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिसमें बार-बार विचार आते हैं जो दोहराए जाने वाले व्यवहारों को जन्म देते हैं"। सामान्य शब्दों में, जुनूनी-बाध्यकारी विकार को एक ऐसी मानसिक स्वास्थ्य स्थिति के रूप में लिया जाता है जिसमें लगातार, अवांछित विचार (जुनून) और व्यवहार (बाध्यता) शामिल होते हैं और जिन्हें व्यक्ति

चाहकर भी नियंत्रित नहीं कर सकता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि संयुक्त राज्य अमेरिका में, लगभग 40 वयस्कों में से 1 और 100 बच्चों में से 1 को जुनूनी-बाध्यकारी विकार (OCD) है। अमेरिका में लगभग 40 में से 1 वयस्क (जनसंख्या का लगभग 2.3%) और 100 में से 1 बच्चा जुनूनी-बाध्यकारी विकार से पीड़ित है। जुनूनी-बाध्यकारी विकार से पीड़ित व्यक्ति में दोनों के लक्षण हो सकते हैं या फिर केवल जुनून या मजबूरी के लक्षण हो सकते हैं।

❖ **पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (Post-Traumatic Stress Disorder**

(PTSD): पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर PTSD सबसे गंभीर मानसिक और व्यवहार संबंधी विकारों में से एक है जो यौन उत्पीड़न, युद्ध, यातायात टकराव, बाल उत्पीड़न, घरेलू हिंसा या किसी व्यक्ति के जीवन या कल्याण के लिए अन्य खतरों जैसे दर्दनाक घटना का अनुभव करने से विकसित होता है। पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर से पीड़ित व्यक्ति में घटनाओं से संबंधित परेशान करने वाले विचार, भावनाएँ या सपने, मानसिक या शारीरिक परेशानी से लेकर आघात-संबंधी संकेत, आघात-संबंधी संकेतों से बचने का प्रयास, व्यक्ति के सोचने और महसूस करने के तरीके में बदलाव और लड़ाई-या-भागने की प्रतिक्रिया में वृद्धि शामिल हो सकती है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर से पीड़ित व्यक्तियों में लक्षणों की तीव्रता घटना के एक महीने से ज्यादा समय तक बने रहने की संभावना रहती है। इसके साथ ही इस समस्या से पीड़ित व्यक्ति में आत्महत्या और जानबूझकर खुद को नुकसान पहुँचाने का जोखिम ज्यादा होता है। हालाँकि छोटे बच्चों में परेशानी दिखाने की संभावना कम होती है जिसका कारण खेल के ज़रिए अपनी यादें व्यक्त कर देना माना गया है।

❖ **सामाजिक चिंता विकार (Social Anxiety Disorder):** सामाजिक चिंता विकार,

जिसे आमतौर पर सामाजिक भय के रूप में जाना जाता है, चिंता विकारों के प्रमुख प्रकारों में से एक है, जहाँ व्यक्ति को सामाजिक स्थितियों में भय और चिंता की भावनाएँ होती हैं, जो दैनिक जीवन के कम से कम कुछ पहलुओं में संकट और कार्य करने की क्षमता को बाधित करती हैं। सामान्य शब्दों में, सामाजिक चिंता विकार एक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति है, जिसमें व्यक्ति को दूसरों द्वारा नकारात्मक रूप से आँके जाने और/या देखे जाने का तीव्र और निरंतर भय महसूस होता है। संयुक्त राज्य अमेरिका में लगभग 12.1% वयस्क अपने जीवन में किसी न किसी समय सामाजिक चिंता विकार का अनुभव करते हैं। अत्यधिक शर्मिंदगी, अत्यधिक पसीना आना, कांपना, घबराहट, तेज दिल की धड़कन, मांसपेशियों में तनाव, सांस लेने में तकलीफ और मतली सामाजिक चिंता के कुछ महत्वपूर्ण लक्षण हैं।

❖ **विशिष्ट भय (Specific Phobias):** विशिष्ट भय जैसा कि इसके नाम से स्पष्ट होता है वह भय है जिसमें व्यक्ति किसी विशिष्ट वस्तु, स्थिति, या स्थिति के सामने आने या आने की कल्पना मात्र से भयभीत हो जाता है विशिष्ट भय को भय-अवरोधन विकार भी कहा जाता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि व्यक्ति के मन में दमित चिंताओं के कारण से व्यक्ति में विशिष्ट भय की उत्पत्ति होती है और ये भय व्यक्ति के दैनिक जीवन और कार्यक्षमता को प्रभावित करते हैं। विशिष्ट भय व्यक्ति को उन सम्बंधित वस्तु, स्थिति, या स्थिति से बचने या उससे दूर रहने के अग्रसरित करते है जो व्यक्ति में भय का कारण बनती है। विशिष्ट भयों के कुछ महत्वपूर्ण प्रकार निम्न प्रकार से है:

- ऊंचाई का भय (Acrophobia): ऊंचाई से संबंधित डर।
- पाइथनोबिया (Ophidiophobia): सांपों से डर।
- उड़ने का भय (Aviophobia): उड़ान से संबंधित डर।
- आधार फोबिया (Agoraphobia): अधिक स्थान से बाहर निकलने का डर।
- क्लॉस्ट्रोफोबिया (Claustrophobia): छोटे और अंगुठे जगह में बंद होने का डर।

❖ **एगोराफोबिया (Agoraphobia):** एगोराफोबिया (Agoraphobia) को चिंता (Anxiety) का एक प्रमुख प्रकार माना गया है। एगोराफोबिया की स्थिति में व्यक्ति में विशेष परिस्थितियों या स्थानों विशेष से डर सम्बंधित डर देखने को मिलती है जैसे कि सामाजिक घबराहट, भीड़-भाड़, या निराशा के डर इत्यादि। इसके साथ ही एगोराफोबिया होने की स्थिति में व्यक्ति में विभिन्न प्रकार के शारीरिक लक्षण जैसे हाथों का नम हो जाना, पसीना आना, दिल की धड़कनों का तेज हो जाना, या जिम्मेदारी से बचने/भागने का प्रयास करना, देखने को मिलती है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि एगोराफोबिया का तात्कालिक प्रभाव व्यक्ति की समायोजन क्षमता पर पड़ता है। दुसरे शब्दों में, एगोराफोबिया की तीव्रता व्यक्ति को सामाजिक रूप से अलग कर देता है।

❖ **अलगाव चिंता (Separation Anxiety):** अलगाव चिंता विकार एक विशिष्ट प्रकार का चिंता विकार है जिसका निदान तब किया जाता है जब लक्षण किसी व्यक्ति की विकासात्मक आयु के लिए अपेक्षा से कहीं अधिक होते हैं और दैनिक गतिविधियों को करने में बड़ी परेशानी या समस्याएँ पैदा करते हैं। इसे बचपन के विकास का एक सामान्य हिस्सा भी माना जाता है क्योंकि आम तौर पर यह 8 से 12 महीने की उम्र के बच्चों में होता है और आमतौर पर 2 साल की उम्र के आसपास गायब हो जाता है। हालाँकि, यह वयस्कों में भी हो सकता है। चूँकि अलगाव की चिंता किसी प्रियजन के बारे में सामान्य चिंताओं से कहीं अधिक है, इसलिए यह किसी करीबी लगाव वाले व्यक्ति से अलग होने

पर केंद्रित भय और चिंता का कारण बनती है। इसके अलावा, वयस्कों में अलगाव की चिंता के लक्षण कम से कम छह महीने और बच्चों में चार सप्ताह तक बने रहते हैं। अलगाव की चिंता में कुछ महत्वपूर्ण लक्षण शामिल हैं जो इस प्रकार हैं:

- माता-पिता से चिपके रहना
- अत्यधिक और गंभीर रोना
- अलगाव की आवश्यकता वाले काम करने से इनकार करना
- शारीरिक बीमारी, जैसे सिरदर्द या उल्टी
- हिंसक, भावनात्मक गुस्सा
- स्कूल जाने से इनकार करना
- स्कूल में खराब प्रदर्शन
- अन्य बच्चों के साथ स्वस्थ तरीके से बातचीत करने में विफलता
- अकेले सोने से इनकार कर
- बुरे सपने

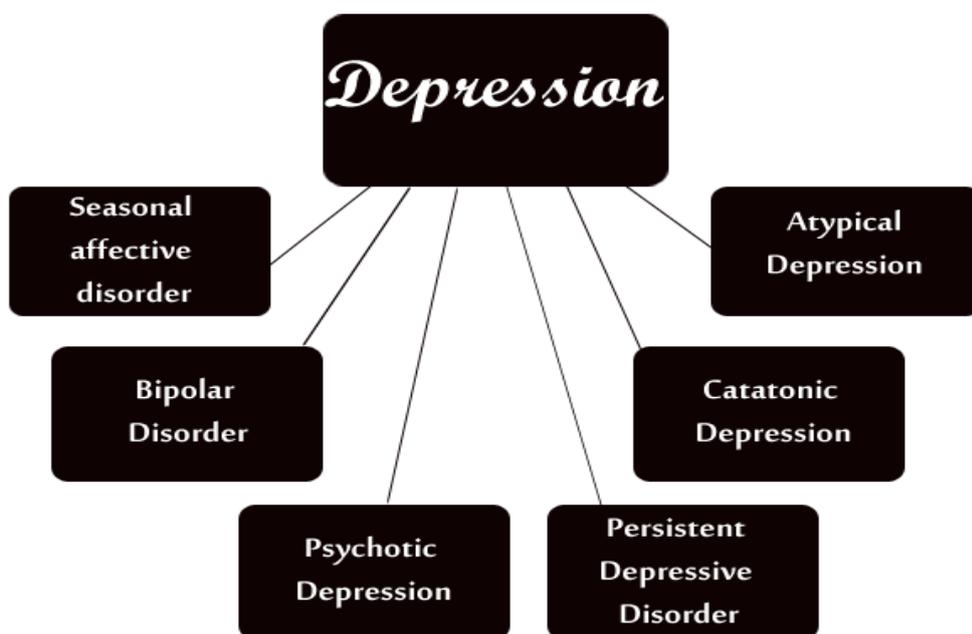
❖ **चयनात्मक गूंगापन (Selective Mutism):** चयनात्मक गूंगापन (एस.एम.) एक चिंता विकार है जिसमें एक व्यक्ति जो आम तौर पर बोलने में सक्षम होता है, कुछ विशिष्ट स्थितियों, विशिष्ट स्थानों या विशिष्ट लोगों से बात करने में असमर्थ हो जाता है। आम तौर पर, यह माना जाता है कि चयनात्मक गूंगापन फ्रीज प्रतिक्रिया के कारण होता है और आमतौर पर सामाजिक चिंता विकार के साथ सह-अस्तित्व में रहता है। चयनात्मक मूकता के लक्षणों में शामिल हैं:

- कुछ स्थितियों/व्यक्तियों/स्थानों आदि में बोलने में असमर्थता, यद्यपि सामान्य दैनिक जीवन और स्थान को बोलने और समझने में सक्षम होना।
- बोलने में यह कठिनाई कम से कम 1 महीने तक रहती है, जिसमें स्कूल के पहले महीने का समय शामिल नहीं हो सकता है, क्योंकि स्कूल में पहले कुछ दिनों के दौरान बच्चे शर्मीले होते हैं।
- इसके अलावा, बच्चे तब नहीं बोलते हैं जब वे संवादित भाषाओं से कम परिचित होते हैं या उन्हें भाषा का ज्ञान नहीं होता है।
- इसके अलावा, चयनात्मक मूकता को ऑटिज्म, हकलाना या मानसिक स्वास्थ्य विकारों जैसी स्थितियों से नहीं समझाया जा सकता है।

5.4.2 अवसाद के प्रकार

डिप्रेशन कई तरह का हो सकता है, हल्का और गंभीर, अल्पकालिक और दीर्घकालिक। डिप्रेशन विशेष परिस्थितियों में या ऐसी परिस्थितियों में भी प्रकट होता है, जिनसे व्यक्ति सही तरीके से निपटने में असमर्थ होता है। हालांकि, डिप्रेशन के प्रकार की पहचान करना सही तरह का उपचार प्रदान करने में बहुत मददगार होता है। इसके अलावा, सही तरह की जानकारी होना भी व्यक्ति के लिए बेहद मददगार होता है। यहाँ डिप्रेशन के 12 प्रकार बताए गए हैं और बताया गया है कि वे एक-दूसरे से कैसे भिन्न हैं।

चित्र सं0 5.3: अवसाद के प्रकार



सौजन्य: <https://www.medicalindiatourism.com/blog/neurology/types-depression>

- ❖ **प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार:** प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार, जिसे नैदानिक अवसाद के रूप में भी जाना जाता है, अवसाद का सबसे आम रूप है जो बड़ी संख्या में लोगों को प्रभावित करता है। ऐसा माना जाता है कि दुनिया भर में 16 मिलियन से अधिक वयस्कों ने अपने जीवन में किसी न किसी समय प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के कम से कम एक प्रकरण का अनुभव किया है। प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के निदान में आमतौर पर डॉक्टर पाँच बुनियादी लक्षणों की तलाश करते हैं जो आपके विचारों, कार्यों और व्यवहार को प्रभावित करते हैं। आमतौर पर इस विकार से जुड़े अन्य लक्षण उदासी, किसी भी तरह की गतिविधि को आगे बढ़ाने में उत्साह की कमी, नींद न आना,

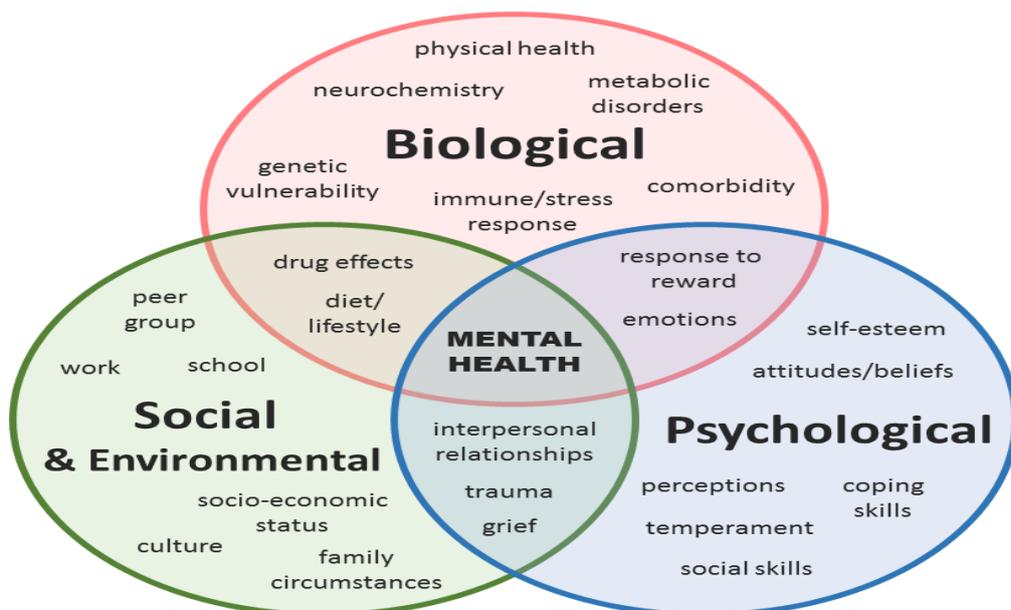
निर्णय लेने में परेशानी, ध्यान केंद्रित करने में असमर्थ होना, अत्यधिक नींद आना और आत्महत्या के विचार या कार्यों का अनुभव करना हैं।

- ❖ **लगातार अवसादग्रस्तता विकार:** अगर आप पिछले दो सालों से निराश और उदास हैं, तो यह स्पष्ट है कि आप लगातार अवसादग्रस्तता विकार से पीड़ित हैं। डॉक्टर अक्सर इस तरह की घटना को डिस्टीमिक डिसऑर्डर या डिस्टीमिया कहते हैं। हालाँकि, ऐसा लगता है कि पुरुषों की तुलना में महिलाएँ ज़्यादा लगातार अवसादग्रस्तता विकार से पीड़ित हैं। बच्चों के साथ-साथ किशोर भी इस विकार से पीड़ित हो सकते हैं, जिससे वे काफी चिड़चिड़े और चिड़चिड़े हो जाते हैं। अगर बच्चों के मामले में PDD के लक्षण एक साल तक रहते हैं, तो उन्हें इस निदान से गुज़रना चाहिए।
- ❖ **बाइपोलर डिसऑर्डर:** बाइपोलर डिसऑर्डर, जिसे मैनिक डिप्रेशन भी कहा जाता है, भावनात्मक उतार-चढ़ाव (जिसे आम तौर पर उन्माद के रूप में जाना जाता है) और चढ़ाव (जिसे आम तौर पर अवसाद के रूप में जाना जाता है) की अवधि की विशेषता है। ये व्यवहार परिवर्तन न केवल आपके महसूस करने के तरीके पर बल्कि आपके व्यवहार और निर्णय लेने की क्षमता पर भी काफी प्रभाव डालते हैं। यह आपके काम, रिश्तों और रोज़मर्रा की ज़िंदगी से जुड़ी कई तरह की समस्याएँ पैदा कर सकता है। बाइपोलर डिसऑर्डर आत्महत्या के विचारों और जान लेने वाले व्यवहार से भी जुड़ा हुआ है। 5. मौसमी भावात्मक विकार मौसमी भावात्मक विकार (SAD) से पीड़ित लोगों के लिए, सर्दियों का मौसम असहनीय रूप से मुश्किल हो सकता है। SAD के लक्षण अवसाद के समान ही होते हैं। हालाँकि, वे आम तौर पर सर्दियों की शुरुआत के साथ ही दिखाई देते हैं, जब काफ़ी कम खुशियाँ होती हैं। यह अनुमान लगाया गया है कि अमेरिका में लगभग 5% लोग मौसमी भावात्मक विकार से पीड़ित हैं। लक्षणों को कम करने के लिए जिन उपचारों का उपयोग किया जाता है उनमें प्रकाश चिकित्सा और दवाएँ शामिल हैं। दूसरा तरीका वसंत ऋतु के आने तक इंतज़ार करना है, जो मूड को बेहतर बनाने के लिए चमत्कार करने के लिए जाना जाता है।
- ❖ **साइकोटिक डिप्रेशन:** साइकोटिक डिप्रेशन डिप्रेशन का एक उन्नत चरण है जो आमतौर पर भ्रम और मतिभ्रम से जुड़ा होता है। साइकोटिक डिप्रेशन का अनुभव करने वाला व्यक्ति आमतौर पर काफी उत्तेजित होता है और आराम करने में असमर्थ होता है। स्पष्ट रूप से सोचने या सामान्य रूप से चलने की क्षमता बहुत कम हो जाती है। साइकोटिक डिप्रेशन से पीड़ित व्यक्ति को आमतौर पर थोड़े समय के लिए अस्पताल में रहने की आवश्यकता हो सकती है।

- ❖ **प्रसवोत्तर अवसाद:** अधिकांश माताएँ, अपने बच्चे के जन्म के बाद, आमतौर पर थोड़ा निराश महसूस करती हैं। कुछ मामलों में, ये भावनाएँ आपको प्रसवोत्तर अवसाद का अनुभव करा सकती हैं। लक्षण आम तौर पर बच्चे के जन्म के कुछ हफ्ते बाद और कुछ मामलों में एक साल बाद तक प्रकट होते हैं। प्रसवोत्तर अवसाद के सामान्य लक्षण मूड में उतार-चढ़ाव, अपने बच्चे के साथ संबंध बनाने में कठिनाई, विचारों और व्यवहार में बदलाव और अपनी माँ होने के बारे में संदेह हैं। अगर प्रसवोत्तर अवसाद से जुड़े कोई भी लक्षण दिखाई देते हैं, तो आपको तुरंत डॉक्टर से मिलना चाहिए।
- ❖ **प्रीमेंस्ट्रुअल डिस्फोरिक डिसऑर्डर:** महिलाओं में प्रीमेंस्ट्रुअल सिंड्रोम (PMS) के दौरान ऐंठन और मूड खराब होना आम बात है। हालाँकि, अगर PMS बहुत गंभीर है और आपकी नौकरी और रिश्तों पर नकारात्मक प्रभाव डालता है, तो आप प्रीमेंस्ट्रुअल डिस्फोरिक डिसऑर्डर (PMDD) से पीड़ित हो सकती हैं। लक्षण आमतौर पर आपके पीरियड्स शुरू होने से 7 से 10 दिन पहले दिखाई देते हैं और अपने आप ठीक हो जाते हैं। अगर आपको लगता है कि आप PMDD से पीड़ित हैं, तो आपको तुरंत अपने डॉक्टर से मिलना चाहिए। इस विकार से निपटने के कुछ उपचारों में जीवनशैली में बदलाव, जैसे आहार और व्यायाम, मौखिक गर्भनिरोधक और अवसादरोधी शामिल हैं।

5.5.4 चिंता और अवसाद के कारण

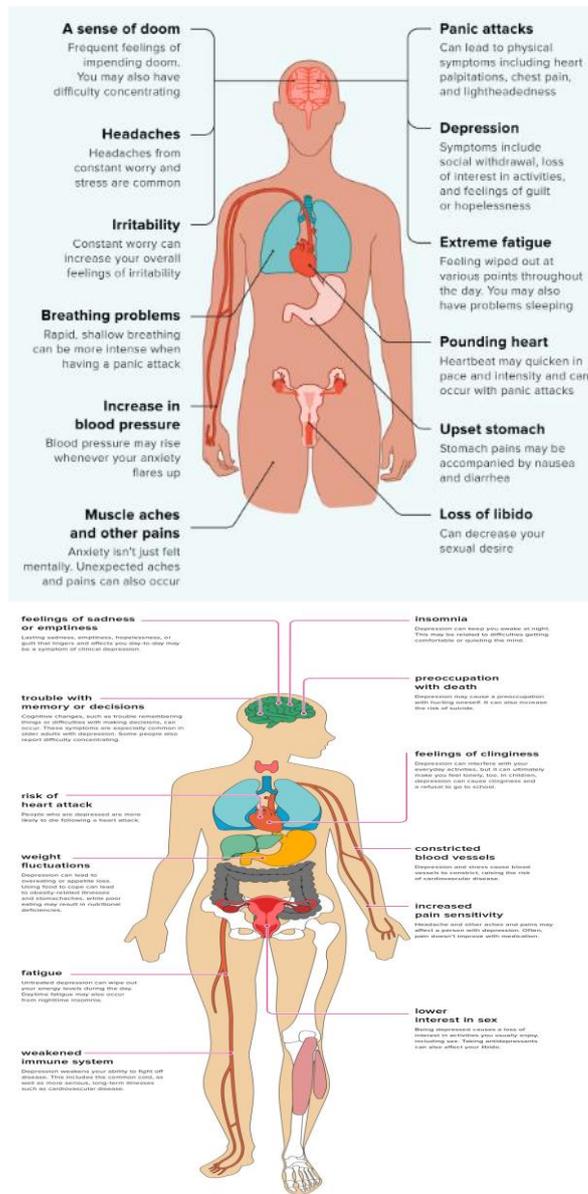
चित्र सं0 5.4: चिंता और अवसाद के कारण



सौजन्य: <https://www.open.edu/openlearn/science-maths-technology/exploring>

5.6 चिंता और अवसाद के प्रभाव

चित्र सं0 5.5: मानव शरीर पर चिंता और अवसाद का प्रभाव



- लंबे समय तक चिंता और घबराहट के दौर आपके मस्तिष्क को नियमित आधार पर तनाव हार्मोन जारी करने के लिए प्रेरित कर सकते हैं। इससे सिरदर्द, चक्कर आना और अवसाद जैसे लक्षणों की आवृत्ति बढ़ सकती है।
- चिंता विकार के कारण हृदय गति तेज़ हो सकती है, घबराहट हो सकती है और सीने में दर्द हो सकता है जिसके कारण उच्च रक्तचाप और हृदय रोग का भी खतरा बढ़ सकता है।

- चिंता विकार के कारण मल-मूत्र और पाचन तंत्र को भी प्रभावित करती है जिसके कारण व्यक्ति में भूख न लगना पेट दर्द, मतली, दस्त और अन्य पाचन संबंधी समस्याएं हो सकती हैं।
- चिंता तनाव की प्रतिक्रिया को ट्रिगर कर सकती है और मानव शरीर में एंड्रेनालाईन जैसे रसायनों और हार्मोन की बाढ़ ला सकती है। अल्पावधि में, यह नाड़ी और श्वास दर को बढ़ाता है ताकि मस्तिष्क को अधिक ऑक्सीजन मिल सके। इसलिए, शरीर एक तीव्र स्थिति के लिए उचित रूप से प्रतिक्रिया करने के लिए तैयार हो सकता है। हालाँकि, तनाव के गुजर जाने पर शरीर सामान्य कामकाज पर वापस आ जाता है। लेकिन अगर कोई व्यक्ति लगातार तनाव का अनुभव करता है, तो शरीर को नियमित कामकाज पर वापस लौटने का संकेत कभी नहीं मिलता है। इस प्रकार यह प्रतिरक्षा प्रणाली को बाधित कर सकता है जिससे वायरल संक्रमण और बार-बार बीमारियाँ होती हैं।
- चिंता के कारण सांसें तेज और उथली हो जाती हैं। अगर किसी को क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज (सीओपीडी) है, तो चिंता से जुड़ी जटिलताओं के कारण अस्पताल में भर्ती होने का जोखिम बढ़ सकता है। चिंता अस्थमा के लक्षणों को भी बदतर बना सकती है।
- स्थायी उदासी, खालीपन, निराशा या अपराधबोध जो दिन-प्रतिदिन आपको प्रभावित करता है, नैदानिक अवसाद का लक्षण हो सकता है।
- अवसाद आपको रात में जगाए रख सकता है। यह आरामदायक महसूस करने या मन को शांत करने में कठिनाई से संबंधित हो सकता है।
- संज्ञानात्मक परिवर्तन, जैसे कि चीजों को याद रखने में परेशानी या निर्णय लेने में कठिनाई, हो सकते हैं। ये लक्षण अवसाद से पीड़ित वृद्ध वयस्कों में विशेष रूप से आम हैं। कुछ लोग ध्यान केंद्रित करने में कठिनाई की भी रिपोर्ट करते हैं।
- अवसाद खुद को चोट पहुँचाने में व्यस्तता पैदा कर सकता है। यह आत्महत्या के जोखिम को भी बढ़ा सकता है।
- अवसाद आपकी रोजमर्रा की गतिविधियों में बाधा डाल सकता है, लेकिन अंततः यह आपको अकेला भी महसूस करा सकता है। बच्चों में, अवसाद चिपचिपाहट और स्कूल जाने से इनकार कर सकता है।
- जो लोग उदास होते हैं, उनमें दिल का दौरा पड़ने के बाद मरने की संभावना अधिक होती है।

- अवसाद के कारण ज़्यादा खाना या भूख कम लगना हो सकता है। इससे निपटने के लिए भोजन का उपयोग करने से मोटापे से संबंधित बीमारियाँ और पेट दर्द हो सकता है, जबकि खराब खाने से पोषक तत्वों की कमी हो सकती है।
- अवसाद और तनाव के कारण रक्त वाहिकाएँ सिकुड़ जाती हैं, जिससे हृदय रोग का जोखिम बढ़ जाता है।
- सिरदर्द और अन्य दर्द और पीड़ा अवसाद से पीड़ित व्यक्ति को प्रभावित कर सकते हैं। अक्सर, दर्द दवा से ठीक नहीं होता।
- अनुपचारित अवसाद दिन के दौरान आपके ऊर्जा स्तर को खत्म कर सकता है। दिन के समय थकान रात के समय अनिद्रा से भी हो सकती है।
- अवसादग्रस्त होने से उन गतिविधियों में रुचि कम हो जाती है जिनका आप आमतौर पर आनंद लेते हैं, जिसमें सेक्स भी शामिल है। एंटीडिप्रेसेंट लेने से आपकी कामेच्छा भी प्रभावित हो सकती है।
- अवसाद बीमारी से लड़ने की आपकी क्षमता को कमजोर करता है। इसमें सामान्य सर्दी-जुकाम के साथ-साथ हृदय रोग जैसी अधिक गंभीर, दीर्घकालिक बीमारियाँ भी शामिल हैं।

5.7 चिंता और अवसाद का समाधान

चिंता और अवसाद का समाधान व्यक्ति के व्यक्तिगत अनुभवों, स्थितियों, और परिवार के समर्थन पर निर्भर करता है। इन समस्याओं का समाधान अक्सर व्यक्ति के व्यक्तिगत परिस्थितियों, मानसिक स्वास्थ्य के स्तर पर और उसके जीवनशैली पर निर्भर करता है। यहां कुछ महत्वपूर्ण समाधान तकनीकों और दृष्टिकोणों को सम्मिलित किया गया है:

- ❖ **मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सा:** चिकित्सा विशेषज्ञों द्वारा प्रदान की जाने वाली दवाओं और मानसिक स्वास्थ्य की सेवाओं का उपयोग करके अवसाद और चिंता का इलाज किया जा सकता है। चिकित्सा द्वारा निर्धारित उपचार योजनाएँ, जैसे कि दवाओं का सेवन और मानसिक स्वास्थ्य का संशोधन, अक्सर इस समस्या को नियंत्रित करने में मदद कर सकती हैं।
- ❖ **चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य का संरक्षण:** स्वस्थ रहने के लिए नियमित शारीरिक गतिविधियों, ध्यान, और अन्य स्वास्थ्य संरक्षण की दिशा में कदम उठाना

अत्यंत महत्वपूर्ण है। यह मानसिक तनाव को कम करने और अवसाद से बचाव करने में मदद कर सकता है।

- ❖ **सामाजिक समर्थन:** अक्सर परिवार और मित्रों का समर्थन भी मानसिक समस्याओं का समाधान में महत्वपूर्ण होता है। सामाजिक समर्थन व्यक्ति को आत्मविश्वास देने और उसे अकेलापन से बचाने में मदद कर सकता है।
- ❖ **व्यक्तिगत उपचार और समाधान:** व्यक्तिगत अनुकूलन, मनोवैज्ञानिक तकनीकें, और अन्य तकनीकों का उपयोग करके व्यक्तिगत समस्याओं का समाधान किया जा सकता है। यह व्यक्ति की व्यक्तिगत प्राथमिकताओं और जरूरतों के अनुसार होता है।

5.8 सार-संक्षेप

"चिंता और अवसाद" एक अनुभवों और भावनाओं का मिश्रण है जो व्यक्ति के मानसिक स्थिति को व्यक्त करता है। यह विभिन्न कारणों से उत्पन्न हो सकता है, जैसे कि व्यक्तिगत, सामाजिक, वित्तीय या स्वास्थ्य से संबंधित मुद्दे। चिंता और अवसाद का अनुभव व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकता है और उनके दैनिक जीवन को प्रभावित कर सकता है। चिंता और अवसाद की अवस्था में व्यक्ति अकेलापन, उदासी, असमंजस और निराशा का अनुभव कर सकता है। इन भावनाओं के साथ व्यक्ति को अक्सर सामाजिक और व्यक्तिगत जीवन में रुचि ही नहीं रहती और वे अपने कार्यों में भी दिक्कत महसूस कर सकते हैं। यह समय लेता है और प्रोत्साहन की आवश्यकता होती है ताकि व्यक्ति इस स्थिति से बाहर आ सके। सामाजिक समर्थन, अपने भावनाओं को साझा करना, सक्रिय रहना, और व्यक्तिगत या व्यावसायिक मार्गदर्शन लेना, चिंता और अवसाद को दूर करने में मदद कर सकता है। ध्यान, योग, और मनोवैज्ञानिक सलाह भी उपयुक्त हो सकती हैं।

5.9 शब्दावली

- **चिंता (Anxiety):** भविष्य की घटनाओं के बारे में अत्यधिक चिंता और डर।
- **पैनिक अटैक (Panic Attack):** अचानक और तीव्र डर का दौरा, जिसमें शारीरिक लक्षण शामिल होते हैं।
- **सोशल एंजायटी (Social Anxiety):** सामाजिक स्थितियों में अत्यधिक चिंता और डर।

- **फोबिया (Phobia):** किसी विशेष वस्तु या स्थिति के प्रति अत्यधिक और अवास्तविक डर।
- **आगोराफोबिया (Agoraphobia):** ऐसी जगहों या स्थितियों से डर जहां से भागना मुश्किल हो।
- **ओब्सेसिव कंपल्सिव डिसऑर्डर:** अनचाहे विचार और दोहराए जाने वाले व्यवहार।
- **जनरलाइज़्ड एंजायटी डिसऑर्डर:** विभिन्न स्थितियों के बारे में अत्यधिक और निरंतर चिंता।
- **अवसाद (Depression):** लगातार उदासी, निराशा, और रुचि की कमी।
- **मेज़र डिप्रेसिव डिसऑर्डर:** गंभीर अवसाद की स्थिति जो जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित करती है।
- **डिस्थिमिया (Dysthymia):** दीर्घकालिक हल्की अवसाद की स्थिति।
- **बायपोलर डिसऑर्डर (Bipolar Disorder):** अवसाद और मैनिक एपिसोड की स्थिति।
- **मैनिक एपिसोड (Manic Episode):** अत्यधिक ऊर्जा, खुशी, और व्यवहार में बदलाव का समय।
- **सीजनल अफेक्टिव डिसऑर्डर:** मौसमी परिवर्तन, विशेषकर सर्दियों में, अवसाद के लक्षणों का अनुभव करना।

5.10 निबंधात्मक प्रश्न

1. चिंता की परिभाषा दें और इसके प्रमुख लक्षणों का वर्णन करें।
2. सामान्यीकृत चिंता विकार (Generalized Anxiety Disorder - GAD) और पैनिक विकार (Panic Disorder) में अंतर बताएं।
3. सामाजिक चिंता विकार (Social Anxiety Disorder) के कारणों और लक्षणों का विश्लेषण करें।
4. विशिष्ट फोबिया (Specific Phobias) क्या है? इसके सामान्य प्रकार और लक्षणों का वर्णन करें।
5. ओब्सेसिव कंपल्सिव डिसऑर्डर के लक्षण और उपचार विकल्पों का वर्णन करें।

6. चिंता विकारों के निदान और उपचार के लिए उपयोग किए जाने वाले विभिन्न मनोचिकित्सकीय तरीकों का वर्णन करें।
7. अवसाद की परिभाषा दें और इसके प्रमुख लक्षणों का वर्णन करें।
8. प्रसवोत्तर अवसाद (Postpartum Depression) के लक्षण और उपचार विकल्पों का वर्णन करें।
9. अवसाद के इलाज में एंटीडिप्रेसेंट्स (Antidepressants) की भूमिका का वर्णन करें।
10. अवसाद के लक्षणों की पहचान करने और निदान के लिए उपयोग किए जाने वाले विभिन्न मनोचिकित्सकीय तरीकों का वर्णन करें।

5.11 संदर्भ ग्रंथ सूची

- "Notice of final decision to amend (or not amend) the current Poisons Standard – June 2022 ACMS #38 – Psilocybine and MDMA". Therapeutic Goods Administration, Department of Health and Aged Care, Australian Government. Retrieved 19 April 2023.
- "Post-traumatic stress disorder (PTSD) – Symptoms and causes". Mayo Clinic Retrieved 8 October 2019
- "Post-Traumatic Stress Disorder". National Institute of Mental Health. February 2016. Archived from the original on 9 March 2016. Retrieved 10 March 2016.
- "Post-Traumatic Stress Disorder". www.nimh.nih.gov. Retrieved 13 January 2024.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 271–80. ISBN 978-0-89042-555-8.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (7th ed.). Stamford, CT: Cengage Learning.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press
- Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Kinrys G, Fontenelle LF, Marmar CR, et al. (March 2009). "Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review". *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. **33** (2): 169–80. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.12.004. PMC 2720612. PMID 19141307.
- Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP (2015). "Post-traumatic stress disorder". *BMJ*. **351**:h6161. doi:10.1136/bmj.h6161. PMC 4663500. PMID 26611143.
- *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. p. 276. ISBN 978-0-89042-555-8. OCLC 830807378.
- Forman-Hoffman V, Cook Middleton J, Feltner C, Gaynes BN, Palmieri Weber R, Bann C, et al. (17 May 2018). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update (Report)*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). doi:10.23970/ahrqepccer207 (inactive 23 March 2024). PMID 30204376. Archived from the original on 10 July 2018. Retrieved 25 August 2020.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. London: Hogarth Press.
- Heidegger, M. (1927). *Being and Time*. Translated by J. Macquarrie & E. Robinson. New York: Harper & Row.
- Heidegger, M. (1927). *Being and Time*. Translated by J. Macquarrie & E. Robinson. New York: Harper & Row.
- Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson N, Andrade LH, de Girolamo G, Demyttenaere K, Haro JM, Karam AN, Kostyuchenko S, Kovess V, Lara C, Levinson D, Matschinger

- H, Nakane Y, Browne MO, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Stein DJ. Age Differences in the Prevalence and Co-Morbidity of DSM-IV Major Depressive Episodes: Results From the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety* 2010;27(4):351–64
- Kierkegaard, S. (1844). *The Concept of Anxiety: A Simple Psychologically Orienting Deliberation on the Dogmatic Issue of Hereditary Sin*. Copenhagen: C. A. Reitzel.
 - Kierkegaard, S. (1849). *The Sickness unto Death*. Copenhagen: C. A. Reitzel.
 - LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
 - Levinas, E. (1961). *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority*. Translated by A. Lingis. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
 - National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. *Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment, and Treatment*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013. PMID 25577940
 - Nietzsche, F. (1886). *Beyond Good and Evil*. Translated by W. Kaufmann. New York: Vintage Books.
 - Nietzsche, F. (1887). *On the Genealogy of Morality*. Translated by M. Clark & A. Swensen. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company.
 - Sartorius N, Henderson A, Strotzka H, Lipowski Z, Yu-cun S, You-xin X, et al. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines" (PDF). www.who.int World Health Organization. Microsoft Word. bluebook.doc. p. 110. Retrieved 3 July 2021 via Microsoft Bing
 - Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.
 - sSartre, J.-P. (1943). *Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology*. Translated by H. E. Barnes. New York: Philosophical Library
 - Viana, A. G.; Beidel, D. C.; Rabian, B. (2009). "Selective mutism: A review and integration of the last 15 years". *Clinical Psychology Review*. 29 (1): 57–67. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.009
 - World Health Organization. (2022). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 - <https://adaa.org/understanding-anxiety/generalized-anxiety-disorder-gad>

- <https://beyondocd.org/ocd-facts>
- <https://my.clevelandclinic.org>
- https://worklovevs.shop/product_details/51073540
- <https://www.google.com/imgres/depression>
- <https://www.healthline.com>
- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/separation-anxiety-disorder/symptoms>
- <https://www.msdmanuals.com/hi-in/home/quick-facts-mental-health-disorders/anxiety-and-stress-related-disorders/generalized-anxiety-disorder>
- <https://www.nimh.nih.gov>

इकाई 6: खाने के विकार (Eating Disorders)

इकाई संरचना

- 6.1 प्रस्तावना
- 6.2 उद्देश्य
- 6.3 खाने के विकार की परिभाषा और अवधारणा
 - 6.3.1 खाने के विकार की परिभाषा
 - 6.3.2 खाने के विकार की विशेषताएँ
- 6.4 खाने के विकारों के प्रकार खाने के विकार मूलत
 - 6.4.1 एरेक्सिया नर्वोसा
 - 6.4.2 बुलिमिया नर्वोसा
 - 6.4.3 बिंज ईटिंग डिसऑर्डर
 - 6.4.4 पिका डिसऑर्डर
 - 6.4.5 रुमिनेशन डिसऑर्डर
 - 6.4.6 परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार
 - 6.4.7 अन्य ईटिंग डिसऑर्डर
- 6.5 भोजन विकार के कारण
- 6.6 भोजन विकारों की चिकित्सीय जटिलताएँ
 - 6.6.1 रक्त परीक्षण में परिवर्तन
 - 6.6.2 आंतरिक संरचना में परिवर्तन
 - 6.6.3 अंतःस्रावी तंत्र की जटिलताएँ
- 6.7 भोजन संबंधी विकारों का उपचार
- 6.8 सार-संक्षेप
- 6.9 प्रयुक्त शब्दावली
- 6.10 परीक्षा हेतु संभावित प्रश्न
- 6.11 सुझाए गए पठन संदर्भ
- 6.12 संदर्भ ग्रंथ सूची

6.1 प्रस्तावना

भोजन व्यक्ति की मूलभूत आवश्यकताओं में से एक है और संभवतः हम से कोई भी ऐसा नहीं है जो बिना भोजन के एक लंबे समयांतराल के बाद जीवित रह सके। इसके अतिरिक्त भोजन की मानवीय जीवन में अहम् योगदान को देखते हुए हमारे (भारतीय) ग्रंथों में 'अर्थ' को मानवीय पुरुषार्थ में दूसरा स्थान दिया है जिसका उद्देश्य ही व्यक्ति के मूल आवश्यकताओं की पूर्ति करना है। हालाँकि विकास के क्रम में, जहाँ एक और व्यक्ति ने विकास के नए आयामों को प्राप्त किया है तो वही दूसरी और अब भोजन के प्रकार और उससे सम्बंधित हमारे विश्वासों में भी परिवर्तन आया है। बदलती जीवन शैली और विकास के अन्धानुकरण के परिणामस्वरूप प्रसंस्कृत भोजन या फ़ास्ट फ़ूड ने जहाँ एक और हमारे परम्परागत भोजन का स्थान ले लिया है तो वही दूसरी ओर लोगों में बिना किसी कारण से पतले होने (Zero Figure) की एक नयी सोच विकसित हुई है। संभवतः जिसका उद्देश्य हमेशा जवां दिखना हो सकता है। इस प्रकार भोजन से सम्बंधित हमारे विश्वासों और पाक कलाओं में होने वाले परिवर्तनों के फलस्वरूप एक नए विकार की उत्पत्ति हुई है जिसे भोजन से सम्बंधित विकार या खाने के विकार भी कहते हैं। इसी क्रम में, वर्तमान इकाई एक प्रयास है जिसका उद्देश्य अध्ययनकर्ताओं को भोजन से सम्बंधित विभिन्न विकारों से परिचित कराना है जिससे की अध्ययनकर्ताओं सहित हम सभी विकारों को समझ सकें और अपने शारीरिक और मानसिक विकास को आगे बढ़ा सकें। इसके अतिरिक्त इस इकाई में हम खाने के विभिन्न प्रकार के विकारों, उनके कारणों, लक्षणों और उपचार पर चर्चा करेंगे।

6.2 उद्देश्य

वर्तमान इकाई के अध्ययन के फलस्वरूप छात्र निम्नलिखित बिन्दुओं को समझ सकेंगे:

- ❖ खाने के विकारों को परिभाषित करना
- ❖ खाने के विकारों की विशेषताओं को स्पष्ट करना;
- ❖ खाने के विकारों के विभिन्न प्रकारों का वर्णन करना;
- ❖ खाने के विकारों के लक्षणों को स्पष्ट करना;
- ❖ खाने के विकारों के कारणों की व्याख्या करना; और
- ❖ प्रत्येक खाने के विकार के लिए उपचार हस्तक्षेपों का वर्णन करना।

6.3 खाने के विकार की परिभाषा और अवधारणा

भोजन व्यक्ति की मूलभूत आवश्यकतों में एक से है विश्व की सभी सम्भाव्यताओं के उदय और विनाश के मूल में भोजन कही न कही और प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप में एक प्रमुख कारक माना गया है। इसके साथ ही भोजन का अपना सामाजिक और सांस्कृतिक महत्व भी है संभवतः इसी कारण से भारत जैसे देश में जहाँ न केवल सभी भोज्य पदार्थों (अन्न) को देव तुल्य 'अन्नपूर्णा' माना जाता है बल्कि इसका किसी भी रूप में अपमान निषेध माना गया है। भारत सहित विश्व के सभी भूभागों में न केवल भोज्य पदार्थों की विविधता देखने को मिलती है बल्कि इसको लेने से सम्बंधित कुछ नियमों और परंपराओं का भी पालन किया जाता है। जैसे कि विश्व के लगभग सभी समाजों में परिवार की महिलाओं को परिवार के सदस्यों के भोजन को सुनिश्चित करने का कार्य दिया गया है। परन्तु हमारे तथाकथित रूप से विकसित होने के परिणामस्वरूप जहाँ एक और हमारे जीवन के कई पहलुओं में परिवर्तन आया है तो वहीं दूसरी इसने हमारे भोजन करने की आदतों को भी प्रभावित किया है। उदाहरण के लिए विश्व के सभी समाजों में जंक फूड या प्रसंस्कृत खाद्य ने परंपरागत भोज्य पदार्थों का स्थान ले लिया है जिसके परिणामस्वरूप न केवल हमारे शारीरिक स्वास्थ्य बल्कि मानसिक स्वास्थ्य पर भी नकारात्मक प्रभाव देखने को मिल रहा है। दूसरे शब्दों में, हम कह सकते हैं कि भोजन सम्बंधित विकार हमारे तथाकथित विकास की परिणिति है और यह विकसित और विकासशील देशों में बढ़ते विकारों में से एक है। इसके साथ ही लगभग सभी समाजों में पतला होने का एक प्रचलन शुरू हो गया है।

परिणामस्वरूप महिलाओं के साथ-साथ युवा, मध्यम आयु वर्ग और वृद्ध लोगों के खान-पान के आदतों में परिवर्तन आया है जिसे सामान्य शब्दों में, हम असामान्य खाने की आदतों की विशेषता वाली स्थितियों के समूह के रूप में संदर्भित करते हैं। हालाँकि भोजन सम्बंधित विकार रोमन काल से ही अस्तित्व में थे जहाँ रोमन लोग अतिभोग या 'ऑर्गी' नाम से उन लोगों को संबोधित करते थे जो ज्यादा खाते थे।

अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि महिलाओं में पुरुषों की तुलना में खाने के विकार विकसित होने की संभावना अधिक होती है और यह संख्या किशोरावस्था में सर्वाधिक देखने को मिलती है। इसके साथ ही अध्ययनों ने यही भी स्पष्ट किया है कि भोजन सम्बंधित सभी समस्याओं को भोजन के विकारों के रूप में नहीं लिया जा सकता है। केवल भोजन सम्बंधित उन्ही गंभीर स्थितियों को, जिसमें व्यक्ति अपने भोजन और वजन को लेकर चिंतित रहना शुरू कर देता है या व्यक्ति की अतर्किक चिंता उसके दैनिक जीवन को प्रभावित करना शुरू कर देती है, को ही हम भोजन के विकार के रूप में लेते हैं। दूसरे शब्दों में, भोजन संबंधी विकारों में बिना किसी पोषण मूल्य के पदार्थों का असामान्य रूप से सेवन करना शामिल है, जबकि खाने के विकारों में सामान्य

भोजन खाने से संबंधित समस्याएँ शामिल हैं। इस विकार के होने का कोई विशेष कारण नहीं है। हालाँकि इसमें कई पर्यावरणीय और पारिवारिक परिस्थितियाँ शामिल हो सकती हैं। भोजन सम्बंधित विकार की परिस्थिति में भोजन का सामान्य से कम या अधिक मात्रा में सेवन, शरीर के वजन या आकार आदि के बारे में अत्यधिक परेशानी या चिंता की भावना का होना इत्यादि लक्षण देखने को मिलते हैं। खाने का विकार एक गंभीर मनोवैज्ञानिक स्थिति है जिसमें पीड़ित व्यक्ति भोजन, आहार और अक्सर शरीर की छवि से इस हद तक ग्रस्त हो जाता है कि उसके जीवन की गुणवत्ता प्रभावित होती है और लंबे समय तक खराब या अपर्याप्त आहार से उसका स्वास्थ्य अत्यधिक जोखिम में रहता है।

यह विकार किसी व्यक्ति के मानसिक रूप से बीमार होने आदि का संकेत नहीं है, बल्कि समस्या भोजन के सेवन की है और विकार वास्तव में उस व्यक्ति के जीवन में किसी अंतर्निहित समस्या का लक्षण मात्र है।

6.3.1 खाने के विकार की परिभाषा

सामान्य शब्दों में, खाने के विकार को एक मनोवैज्ञानिक विकार के रूप में परिभाषित किया जाता है जो भोजन से परहेज, अत्यधिक खपत या भोजन को त्यागने पर केंद्रित होता है। खाने के विकार के बारे में यह भी कहा जाता है कि यह एक प्रकार की निर्भरता है जिसमें व्यक्ति के लिए भोजन, निर्भरता की एक वस्तु बन जाता है और जिसके परिणामस्वरूप दैनिक जीवन के संतुलन बिगड़ जाता है। इसके अतिरिक्त कई बार इसे एक ऐसी बीमारी के रूप में लिया जाता है जो किसी व्यक्ति को हानिकारक खाने की आदतों को अपनाने का कारण बनती है। ये विकार किशोर लड़कियों और युवा महिलाओं में अधिक आम हैं।

- ❖ **DSM 5** ने भोजन संबंधी विकारों और खाने के विकारों को एक श्रेणी में सूचीबद्ध किया है जो खाने के व्यवहार से संबंधित विकारों का प्रतिनिधित्व करता है। ये दोनों विकार किसी भी उम्र में हो सकते हैं, हालाँकि बच्चों और युवा वयस्कों में भोजन और खाने के विकार ज्यादा देखे जाते हैं।
- ❖ **क्रिस्टोफर जी. फेयरबर्न (2008) के अनुसार** "खाने के विकार खाने या खाने से संबंधित व्यवहार में लगातार गड़बड़ी की विशेषता रखते हैं, जिसके परिणामस्वरूप भोजन की खपत या अवशोषण में बदलाव होता है और जो शारीरिक स्वास्थ्य या मनोसामाजिक कार्यप्रणाली को काफी हद तक खराब करता है।"
- ❖ **जेम्स ई. मिशेल एट अल. (2007) के अनुसार** "खाने के विकार खाने के व्यवहार में गंभीर गड़बड़ी हैं, जो वजन के बारे में चिंता और वजन को नियंत्रित करने के

अस्वास्थ्यकर प्रयासों की विशेषता रखते हैं, जिसके परिणामस्वरूप मनोसामाजिक और शारीरिक कार्यप्रणाली में गंभीर व्यवधान होता है।"

- ❖ **वाल्टर एच. केय एट अल. (2009) के अनुसार** "खाने के विकार जटिल मानसिक बीमारियाँ हैं, जो खाने के व्यवहार और संबंधित विचारों और भावनाओं में गंभीर गड़बड़ी की विशेषता रखते हैं। वे मनोसामाजिक कार्यप्रणाली में महत्वपूर्ण हानि से जुड़े हैं और उनके गंभीर चिकित्सा परिणाम हो सकते हैं।"
- ❖ **केली डी. ब्राउनेल एट अल. (2002) के अनुसार** "खाने के विकार मानसिक बीमारियाँ हैं, जो खाने के व्यवहार में गंभीर गड़बड़ी और शरीर के वजन और आकार के बारे में चिंता की विशेषता रखते हैं। वे किसी भी उम्र, लिंग या सामाजिक-आर्थिक स्थिति के व्यक्तियों को प्रभावित कर सकते हैं।"

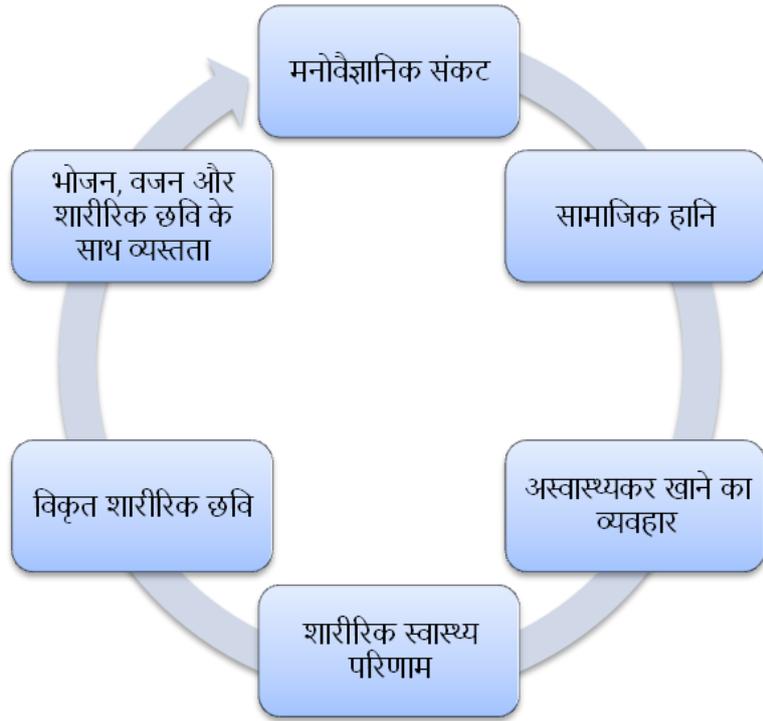
उपरोक्त परिभाषाओं के आलोक में हम कह सकते हैं कि खाने के विकारों को खाने में गंभीर गड़बड़ी के रूप में परिभाषित किया जाता है, जिसकी निम्नलिखित विशेषताएँ हैं:

- ❖ वजन की चिंता,
- ❖ शरीर से असंतुष्टि, और
- ❖ खाने की समस्याएँ जो सामान्य से ज्यादा गंभीर होती हैं, जिससे व्यक्ति को बहुत ज्यादा परेशानी और शिथिलता होती है।

6.3.2 खाने के विकार की विशेषताएँ

खाने के विकार कई तरह के जटिल व्यवहार और मनोवैज्ञानिक मुद्दों को शामिल करते हैं। ये विशेषताएँ विभिन्न प्रकार के भोजन विकारों में तीव्रता और प्रस्तुति में भिन्न होती हैं, लेकिन सामूहिक रूप से वे इन स्थितियों से प्रभावित व्यक्तियों द्वारा अनुभव की जाने वाली शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक कार्यप्रणाली में महत्वपूर्ण हानि में योगदान करती हैं। खाने के विकार वाले व्यक्तियों द्वारा साझा की जाने वाली कुछ सामान्य विशेषताएँ इस प्रकार हैं:

चित्र सं० 6.1: खाने के विकार की विशेषताएँ



- ❖ **भोजन, वजन और शारीरिक छवि के साथ व्यस्तता:** खाने के विकार वाले व्यक्ति अक्सर भोजन, वजन और शरीर के आकार के बारे में जुनूनी विचार रखते हैं। वे लगातार अपने कैलोरी सेवन की निगरानी कर सकते हैं, बार-बार अपना वजन माप सकते हैं और भोजन और शरीर की जाँच से संबंधित अनुष्ठानों में शामिल हो सकते हैं।
- ❖ **विकृत शारीरिक छवि:** खाने के विकार वाले कई व्यक्ति अपने शरीर को गलत तरीके से देखते हैं, अक्सर खुद को अधिक वजन वाला या दोषपूर्ण मानते हैं, भले ही उनका वजन कम हो या वे स्वस्थ वजन सीमा के भीतर हों। यह विकृति अवास्तविक शरीर आदर्श प्राप्त करने के उद्देश्य से अस्वास्थ्यकर व्यवहार में योगदान दे सकती है।
- ❖ **अस्वास्थ्यकर खाने का व्यवहार:** खाने के विकारों में अस्वास्थ्यकर खाने के व्यवहार की एक श्रृंखला शामिल होती है, जैसे कि प्रतिबंधात्मक आहार, अत्यधिक खाना, शुद्ध करना (उदाहरण, स्व-प्रेरित उल्टी, जुलाब या मूत्रवर्धक का दुरुपयोग), या बाध्यकारी व्यायाम। इन व्यवहारों का उपयोग व्यक्ति द्वारा अक्सर भावनात्मक संकट से निपटने या किसी के शरीर पर नियंत्रण रखने के लिए मुकाबला करने के तंत्र के रूप में किया जाता है।
- ❖ **शारीरिक स्वास्थ्य परिणाम:** खाने के विकारों के गंभीर शारीरिक स्वास्थ्य परिणाम हो सकते हैं, जिनमें कुपोषण, इलेक्ट्रोलाइट असंतुलन, जठरांत्र संबंधी समस्याएं,

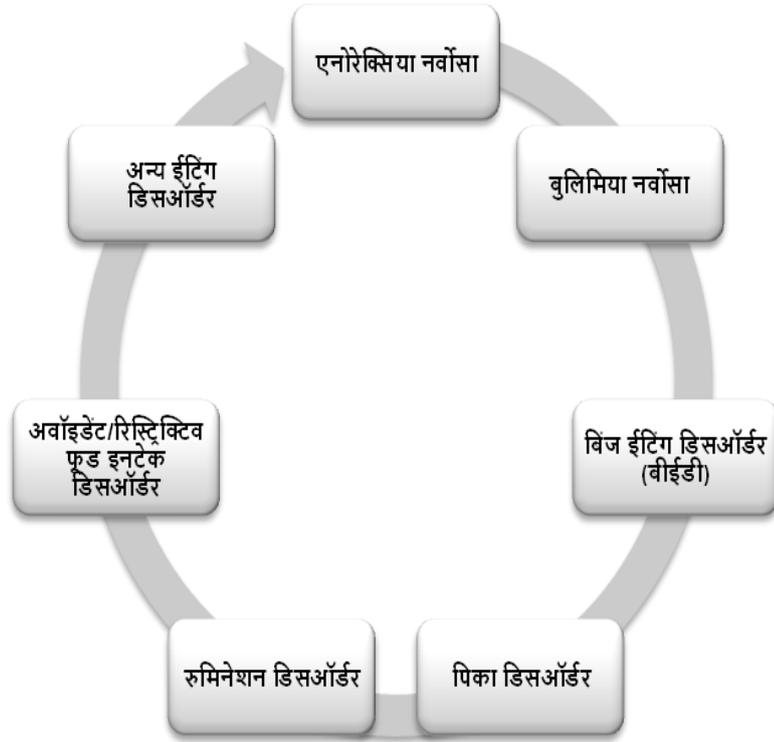
निर्जलीकरण और हृदय संबंधी जटिलताएं शामिल हैं। लंबे समय तक कुपोषण और वजन में उतार-चढ़ाव से दीर्घकालिक स्वास्थ्य समस्याएं भी हो सकती हैं।

- ❖ **मनोवैज्ञानिक संकट:** खाने के विकार वाले व्यक्ति अक्सर चिंता, अवसाद, कम आत्मसम्मान और अपने खाने के व्यवहार और शरीर की छवि से संबंधित शर्म या अपराध की भावनाओं सहित महत्वपूर्ण मनोवैज्ञानिक संकट का अनुभव करते हैं। ये मनोवैज्ञानिक मुद्दे अव्यवस्थित खाने के चक्र को बढ़ा सकते हैं।
- ❖ **सामाजिक हानि:** खाने के विकार सामाजिक कामकाज और रिश्तों को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकते हैं। व्यक्ति भोजन से जुड़ी सामाजिक गतिविधियों से दूर हो सकते हैं, अपनी खाने की आदतों के बारे में शर्म या शर्मिंदगी के कारण खुद को अलग-थलग कर सकते हैं, या अपने व्यवहार को लेकर परिवार और दोस्तों के साथ संघर्ष का अनुभव कर सकते हैं।
- ❖ **इनकार या न्यूनीकरण:** खाने के विकार वाले कई व्यक्ति अपनी स्थिति की गंभीरता को नकार सकते हैं या कम कर सकते हैं, जिससे उनके लिए मदद मांगना या उपचार की आवश्यकता को स्वीकार करना चुनौतीपूर्ण हो जाता है।

6.4 खाने के विकारों के प्रकार खाने के विकार

भोजन सम्बंधित विकारों के लक्षण इनके विभिन्न प्रकारों के अनुसार अलग-अलग हो सकते हैं। जिन्हे निम्न प्रकार से समझा जा सकता है:-

चित्र सं० 6.2: खाने के विकार के प्रकार



6.4.1 एरेक्सिया नर्वोसा (Anorexia nervosa): एनोरेक्सिया नर्वोसा एक प्रकार का खाने का विकार है, व्यक्ति किसी न किसी रूप से शरीर की छवि के बारे में अवास्तविक विचार और वजन बढ़ने का तीव्र भय से ग्रसित रहता है। इस स्थिति से पीड़ित व्यक्ति अपने वजन पर अत्यधिक ध्यान केंद्रित करते हैं फलस्वरूप वह अक्सर अत्यधिक व्यायाम या जुलाब का दुरुपयोग जैसे चरम उपायों का सहारा लेते हैं। व्यक्ति के व्यवहारात्मक परिवर्तनों के परिणामस्वरूप व्यक्ति के दैनिक जीवन और मानसिक स्थिति पर नकारात्मक प्रभाव पड़ने लगता है। इसके साथ ही व्यक्ति में वजन बढ़ने से रोकने के लिए अपने कैलोरी सेवन को नियंत्रित रखने और अपने भोजन के सीमित सेवन, इत्यादि आदतों का विकास देखने को मिलता है।

जहाँ एक ओर 2014 के एक अध्ययन ने इस समस्या को किशोरों में एक अहम् समस्या माना है तो वहीं दूसरी ओर 2006 के एक अध्ययन ने पाया है कि युवा महिलाओं में एनोरेक्सिया की औसत व्यापकता दर 0.3% है। इस प्रकार समस्या की विकरालता के परिणामस्वरूप हम इस समस्या से सम्बंधित प्रमुख लक्षणों और संकेतों को निम्न प्रकार से समझ सकते हैं:-

- सीमित भोजन
- पतला दिखना
- असामान्य रक्त गणना

- थकान, अनिद्रा, चिड़चिड़ापन एवं उदास या आत्महत्या की प्रवृत्ति
- चक्कर आना या बेहोशी
- उंगलियों का नीला पड़ना
- वजन बढ़ने का डर
- बार-बार अपने शरीर का वजन और माप लेना
- बार-बार आईने में खुद को कमियों के लिए देखना
- मोटा होने या शरीर के कुछ हिस्सों में वसा होने की शिकायत करना
- कपड़ों की परतों से खुद को ढकना
- उदास मनोदशा या भावना की कमी, सामाजिक अलगाव

6.4.2 बुलिमिया नर्वोसा (Bulimia Nervosa): इसी क्रम में बुलिमिया नर्वोसा भोजन से सम्बंधित एक अन्य विकार है जिसे संभावित रूप से जीवन-धमकाने वाला भोजन विकार के रूप में लिया जाता है। व्यक्ति जो इस समस्या से ग्रसित होते हैं, बहुत ज़्यादा खाने की समस्या देखने को मिलती है। दूसरे शब्दों में, बुलिमिया नर्वोसा से पीड़ित व्यक्ति को ऐसा लगता है कि उन्होंने अपने खाने पर नियंत्रण खो दिया है। साथ ही ऐसे लोग एक बार में बहुत ज़्यादा खाना खा लेते हैं। चूँकि इन लोगों को अपने असामान्य व्यवहार के बारे में जानकारी रहती है।

अतः अपने भोजन से सम्बंधित विकार के कारण इन लोगों में आत्मग्लानी और शर्मिंदगी को भाव भी देखने को मिलता है। बुलिमिया एक जटिल बीमारी है जो आपके मस्तिष्क के काम करने के तरीके और आपके निर्णय लेने के तरीके को प्रभावित करती है। इस समस्या से ग्रसित लोगों के प्रमुख लक्षण निम्न प्रकार से हैं-

- ❖ बार-बार अत्यधिक खाने की घटनाएं
- ❖ प्रतिपूरक व्यवहार जैसे कि पेट साफ करना
- ❖ अत्यधिक खाने की घटनाओं के दौरान नियंत्रण की कमी का अनुभव करना
- ❖ सामान्य आयु और उचित वजन होने के बावजूद वजन बढ़ने का तीव्र डर
- ❖ दांतों में सड़न
- ❖ दांतों के इनेमल का खत्म होना
- ❖ गले में सूजन और दर्द
- ❖ एसिड रिफ्लक्स
- ❖ हार्मोनल असंतुलन

6.4.3 बिंज ईटिंग डिसऑर्डर (Binge Eating Disorders-BED): बिंज ईटिंग डिसऑर्डर भी बुलिमिया नर्वोसा की भांति भोजन से सम्बंधित विकार है जिसमें व्यक्ति में अत्यधिक भोजन लेने की समस्या देखने को मिलती है। इस स्थिति वाले लोग भूख न होने पर भी खाते हैं और पेट भर जाने के बाद भी खाना जारी रख सकते हैं। 2016 के एक अध्ययन में बताया गया है कि बिंज ईटिंग डिसऑर्डर वाले व्यक्ति अक्सर अपने ज्यादा खाने, शरीर के आकार और वजन को लेकर अत्यधिक परेशानी महसूस करते हैं। रिपोर्ट बताती है कि दुनिया भर में लगभग 2% लोग बिंज ईटिंग डिसऑर्डर से पीड़ित हैं और आहार से संबंधित अतिरिक्त स्वास्थ्य समस्याएँ भी पैदा कर सकते हैं।

सामान्य से बहुत अधिक तेजी से खाना, असहज रूप से भरा हुआ महसूस होने तक खाना, शारीरिक रूप से भूख न होने पर भी बहुत अधिक खाना, खाए जा रहे भोजन की मात्रा पर शर्मिंदगी के कारण अकेले खाना और बिंज के दौरान या बाद में घृणा, शर्म या अपराध की भावनाएँ शामिल हो सकती हैं। कोई व्यक्ति जो कम से कम तीन महीनों तक सप्ताह में कम से कम एक बार इस तरह के कष्टदायक बिंज ईटिंग एपिसोड का अनुभव करता है, उसे बिंज ईटिंग डिसऑर्डर होने की संभावना है।

6.4.4 पिका डिसऑर्डर (Pica Disorder): पिका विकार एक खाने का विकार है जिसमें ऐसी चीजें खाने की आदत होती है जिन्हें भोजन नहीं माना जाता है। इस स्थिति वाले व्यक्ति अक्सर बर्फ, चाक, गंदगी, मिट्टी, साबुन, बाल, कंकड़ और अन्य गैर-खाद्य पदार्थों की लालसा करते हैं। इस स्थिति का अनुभव करने वाले बच्चों या व्यक्तियों में विषाक्तता, संक्रमण, आंत की चोट और पोषण संबंधी कमियों का जोखिम बढ़ सकता है। सेवन किए गए पदार्थ के अनुसार, पिका घातक भी हो सकता है। पिका की सटीक व्यापकता दर चुनौतीपूर्ण हो सकती है। 804 बच्चों एक अध्ययन ने यह स्पष्ट किया कि लगभग 12.6% बच्चे अर्थात् 804 बच्चों में से 99 अपने जीवन में किसी न किसी समय पिका व्यवहार में लिप्त रहे हैं। पिका विकार के सबसे आम संकेत और लक्षण पेट खराब होना, पेट दर्द एवं दांतों में चोट, कब्ज जैसी आंत्र समस्याएं एवं मल में खून आना जो अल्सर का संकेत हो सकता है।

6.4.5 रुमिनेशन डिसऑर्डर (Rumination Disorder): रुमिनेशन डिसऑर्डर एक खाने का विकार है जिसमें व्यक्ति पहले खाया हुआ खाना उगल देता है और फिर उसे चबाकर निगल लेता है या थूक देता है। यह स्थिति भोजन खाने के पहले 30 मिनट के भीतर होती है। रेगुर्गिटेशन आमतौर पर तब होता है जब खाया हुआ खाना ग्रासनली, गले और मुंह तक पहुँच जाता है लेकिन यह मुंह से अनैच्छिक रूप से बाहर नहीं निकलता है जैसा कि उल्टी करते समय होता है।

रुमिनेशन, जिसे रेगुर्गिटेशन के रूप में भी जाना जाता है, गायों और भेड़ों जैसे कम्पार्टमेंटलाइज्ड पेट वाले जानवरों में एक पाचन क्रिया है। लेकिन यह मनुष्यों में एक दुर्लभ स्थिति मानी जाती है। इस विकार के संकेत और लक्षण इस प्रकार हैं:

- ❖ खाने के 10 मिनट के भीतर भोजन को उलट देना
- ❖ भोजन को उलटकर पेट में दर्द या दबाव से राहत
- ❖ वजन कम होना, पाचन संबंधी समस्याएं, फटे होंठ एवं दांतों की समस्याएं

6.4.6 परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder): परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार एक नया शब्द है जो लोगों को कम खाने के लिए प्रेरित करती है। यह स्थिति बचपन या बचपन के दौरान विकसित होती है और वयस्कता के दौरान भी जारी रह सकती है। यह पुरुषों और महिलाओं में एक आम स्थिति है। खाने में रुचि की कमी या कुछ खास गंध, स्वाद, रंग, बनावट या तापमान में अरुचि के कारण लोग खाने के पैटर्न में गड़बड़ी का अनुभव करते हैं। 2018 के एक अध्ययन में पाया गया कि इस स्थिति की व्यापकता दर 3.2% है। बच्चे खाने में बहुत ज्यादा नखरे करते हैं। वयस्कों के मामले में, वे कम भोजन का सेवन करते हैं। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि इस शर्त में उपलब्धता की कमी, धार्मिक या सांस्कृतिक प्रथाओं के कारण खाद्य पदार्थों से परहेज या प्रतिबंध शामिल नहीं है। इस समस्या के सामान्य संकेतों और लक्षणों में शामिल हैं:

- ❖ व्यक्ति को पर्याप्त कैलोरी या पोषक तत्व खाने से रोकता है
- ❖ खाने की आदतें जो सामान्य सामाजिक कार्यों में बाधा डालती हैं
- ❖ वजन कम होना या उम्र और ऊंचाई के हिसाब से खराब विकास
- ❖ पोषक तत्वों की कमी या सप्लीमेंट या ट्यूब फीडिंग पर निर्भरता

6.4.7 अन्य ईटिंग डिसऑर्डर (Other Eating Disorders)

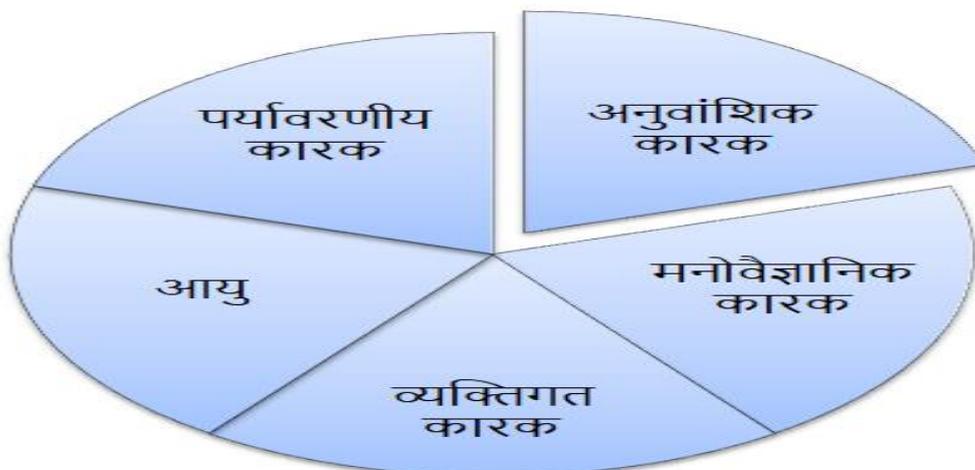
- ❖ **डायबुलिमिया (Diabulimia) :** यह शब्द टाइप 1 मधुमेह वाले व्यक्तियों द्वारा अपने वजन को नियंत्रित करने के लिए इंसुलिन की खुराक में जानबूझकर हेरफेर करने को संदर्भित करता है। वे हाइपरग्लाइसेमिया को प्रेरित करने के लिए इंसुलिन इंजेक्शन को छोड़ सकते हैं या कम कर सकते हैं, जिससे वजन कम हो जाता है, लेकिन गंभीर स्वास्थ्य जटिलताओं का जोखिम होता है।
- ❖ **ड्रंकोरेक्सिया (Drunkorexia) :** ड्रंकोरेक्सिया या अल्कोहल एनोरेक्सिया एक गैर-चिकित्सा स्लैंग शब्द है जो शराब पीने से खपत कैलोरी की भरपाई के लिए भोजन की

कैलोरी को सीमित करने को संदर्भित करता है। इस व्यवहार का प्राथमिक कारण वजन बढ़ने का डर है। यह अवधारणा कॉलेज में महिलाओं के बीच सबसे लोकप्रिय है, हालांकि कुछ पुरुष भी ड्रंकोरेक्सिक हैं। कुछ चरम मामलों में, ड्रंकोरेक्सिया एनोरेक्सिया या बुलिमिया से जुड़ा हुआ है। अध्ययनों में पाया गया है कि जैसे-जैसे शराब की खपत बढ़ती है, आपके भोजन का सेवन कम होता जाता है। हालांकि, ड्रंकोरेक्सिया वाले सभी लोगों में खाने के विकार नहीं होते हैं।

- ❖ **नाइट ईटिंग सिंड्रोम (Night eating syndrome):** इस विकार वाले व्यक्ति रात के समय अपने दैनिक भोजन का एक महत्वपूर्ण हिस्सा खाते हैं। उन्हें बिना खाए सोने में कठिनाई हो सकती है और अक्सर रात के दौरान खाने के लिए जागते हैं, अक्सर रात के खाने की आदतों के बारे में अपराध या शर्म की भावना का अनुभव करते हैं।
- ❖ **रात में नींद में खाने का डिसऑर्डर (Nocturnal sleep eating disorder):** रात्रिकालीन खाने के सिंड्रोम के समान, इस विकार में नींद के दौरान खाने के बार-बार होने वाले एपिसोड शामिल हैं। व्यक्तियों को इन एपिसोड के बारे में बहुत कम या बिल्कुल भी याद नहीं हो सकता है और सोते समय असामान्य या गैर-पोषक वस्तुओं का सेवन कर सकते हैं।
- ❖ **ऑर्थोरेक्सिया नर्वोसा (Orthorexia Nervosa):** ऑर्थोरेक्सिया, या ऑर्थोरेक्सिया नर्वोसा प्रमुख खाने के विकारों में से एक है, जहां एक व्यक्ति को स्वस्थ खाने और अपने दैनिक आहार में भोजन की गुणवत्ता और शुद्धता के प्रति हानिकारक जुनून होता है। ऑर्थोरेक्सिया नर्वोसा की अवधारणा अमेरिकी चिकित्सक स्टीवन ब्रैटमैन द्वारा गढ़ी गई थी, जिन्होंने इस शब्द को "धार्मिक खाने पर जुनून" के रूप में परिभाषित किया था। हालांकि, मानसिक विकारों का नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-5) ऑर्थोरेक्सिया नर्वोसा को खाने के विकार के रूप में मान्यता नहीं देता है। सरल शब्दों में, ऑर्थोरेक्सिया नर्वोसा एक व्यक्ति की मानसिक स्थिति है जो सर्वोत्तम गुणवत्ता और पोषण निर्धारित करती है और व्यक्ति भोजन को अस्वीकार कर देता है यदि उसे कम गुणवत्ता महसूस होती है, भले ही भोजन की गुणवत्ता उत्कृष्ट हो या न हो।

6.5 भोजन विकार के कारण

चित्र सं० 6.3: भोजन विकार के कारण



- ❖ **अनुवांशिक कारक:** भोजन के विकार में कुछ विद्वानों ने आनुवंशिकी को प्रमुख कारक माना है। यद्यपि अब तक किये गए किसी भी शोध कार्य ने भोजन के विकार में आनुवंशिक कारकों के महत्त्व को स्पष्ट रूप से नहीं पाया है तदपि विद्वानों का कथन है कि जिस प्रकार विभिन्न मानसिक समस्याओं जैसे चिंता या अवसाद जैसे लक्षणों को विरासतन आगे बढ़ने में साहयता मिलती है वैसे ही भोजन से सम्बंधित विकार भी आगे एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी को हस्तांतरित हो सकते हैं। शोधकर्ताओं ने एनोरेक्सिया और बुलिमिया से अपने शोध कार्य में रिश्तेदारों में खाने के विकारों का जीवनकाल में उच्च प्रसार पाया है। इसी क्रम में यह भी देखा गया है खाने के विकारों का पारिवारिक इतिहास रखने वाले व्यक्ति इस समस्या से ग्रसित होने की संभावना अधिक रहती है। शोधकर्ताओं ने जुड़वां गोद लेने के अध्ययन से भोजन सम्बंधित विकार में आनुवंशिकी की भूमिका ने पुष्टि की है और कहा है कि एनोरेक्सिया, बुलिमिया और बिंज ईटिंग डिसऑर्डर के ग्रसित होने वाले लोगों में से 40% से 60% जोखिम आनुवंशिक प्रभाव द्वारा निर्धारित होता है। एक अन्य अध्ययन ने स्पष्ट किया है कि किशोरावस्था के अंत या वयस्कता की शुरुआत खाने के विकार की शुरुआत के लिए चरम अवधि है।
- ❖ **मनोवैज्ञानिक कारक:** 1995 के एक अध्ययन ने बताया कि व्यक्ति अपने शरीर का आकलन आदर्श शरीर के वजन से तुलना करके करते हैं। इसके परिणामस्वरूप किशोरों के साथ-साथ वयस्कों में भी शरीर से असंतोष होता है। इसके कारण, व्यक्ति खाने के मामले में सख्त नियमों का पालन कर सकते हैं और जब उनकी अपेक्षाएं पूरी नहीं होती हैं तो वे अत्यधिक आलोचनात्मक हो जाते हैं। कुछ मनोवैज्ञानिक स्थितियां भी खाने के

विकारों को ट्रिगर कर सकती हैं, जैसे- पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (PTSD) पैनिक डिसऑर्डर चिंता, फोबिया डिप्रेशन इन स्थितियों वाले लोग अक्सर भोजन और भोजन के आसपास प्रतिबंध का उपयोग अपनी भावनाओं और भावनाओं की भरपाई के लिए करते हैं जो भारी लगती हैं। कुछ लोगों के लिए डाइटिंग, बिजिंग और पर्जिंग दर्द और भारी भावनाओं से निपटने का एक तरीका बन जाता है।

- ❖ **आयु:** भोजन के विकारों को आयु के साथ भी जोड़ा जाता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि किशोरावस्था के दौरान हार्मोनल परिवर्तनों के कारण किशोरों में ये विकार विकसित होने की संभावना सर्वाधिक रहती है। सामान्यतः ऐसा देखा गया है कि किशोरावस्था के अंत या वयस्कता की शुरुआत में व्यक्ति, विशेषकर महिलाओं में अपने शरीर की छवि और दिखावट को लेकर सामाजिक और साथियों का दबाव देखने को मिलता है जो उन्हें असामान्य खाने से सम्बंधित के व्यवहार को ट्रिगर करती है। यद्यपि यह एक सामान्य सोच है परन्तु यह सामान्य सोच उस समय एक समस्या बन जाती है जब किशोर लगातार अपने शरीर के वजन, दिखावट या आहार को लेकर जुनूनी व्यवहार दिखाने लगते हैं। खाने के विकार से पीड़ित किशोर के प्रमुख लक्षणों में से एक असामान्य वजन बढ़ना या घटना और अपने वजन या दिखावट के बारे में नकारात्मक टिप्पणी करना है। संभवतः इसी कारण से किशोरावस्था के अंत या वयस्कता की शुरुआत को भोजन से सम्बंधित विकारों के लिए एक चरम अवधि माना जाता है।
- ❖ **व्यक्तित्व:** अध्ययनों ने भोजन के विकारों और व्यक्तित्व के मध्य भी सार्थक सम्बन्ध स्थापित किया है। शोध कार्यो ने स्पष्ट किया है कुछ व्यक्तित्व और व्यवहार संबंधी लक्षणों यथा कम आत्मसम्मान, स्वीकृति चाहने वाला व्यवहार, निर्भरता या पूर्णतावादी होना, वाले लोग अक्सर असामान्य खाने के व्यवहार में लिप्त पाए जाते हैं। कई अध्ययनों में पाया गया है कि व्यक्तित्व लक्षण जैसे कि नवीनता की तलाश, आवेगशीलता, नुकसान से बचना, पूर्णतावाद और अन्य लक्षण खाने के विकारों वाले रोगियों में आम हैं।
- ❖ **पर्यावरणीय कारक:** पर्यावरणीय कारकों को खाने के विकारों को प्रभावित करने वाले कारकों में से सबसे प्रमुख कारक माना जाता है। पर्यावरणीय कारकों के अंतर्गत सहकर्मी दबाव, मीडिया प्रभाव, आहार संस्कृति इत्यादि को शामिल किया जाता है। जैसे कि हम जानते हैं कि वर्तमान समय के डिजिटल युग में हमारे आचार-व्यवहार सभी कुछ मीडिया विशेषकर सोशल मीडिया द्वारा प्रभावित होता है। ऐसे समय में किशोर या यहाँ तक कि वयस्क भी लगातार ऐसे मीडिया के संपर्क में रहते हैं जो आदर्श वजन के रूप में पतले होने पर जोर देते हैं। वे यह मानने लगते हैं कि सुंदर दिखने के लिए उन्हें यही आदर्श वजन हासिल करना चाहिए। इसके साथ ही सहकर्मी और माता-पिता के नकारात्मक संदेशों के

संपर्क में आना भी इन स्थितियों को विकसित करने में योगदान देता है जिसके परिणामस्वरूप सामाजिक तुलना और पतलेपन वर्तमान समय में प्रत्येक नवयुवक के दो प्रमुख आदर्श बन चुके हैं जो न केवल उनके मन-मस्तिष्क को दूषित कर रहे हैं बल्कि खराब शारीरिक छवि और असामान्य खाने के पैटर्न का कारण भी बन रहे हैं। लोग मीडिया से अपनी शारीरिक छवि के लिए अवास्तविक अपेक्षाएँ विकसित करते हैं और पतले होने के महत्व पर अत्यधिक जोर देते हैं।

6.6 भोजन विकारों की चिकित्सीय जटिलताएँ

भोजन संबंधी विकार को जटिल मनोवैज्ञानिक और चिकित्सीय स्थितियों के साथ भी जोड़ा जाता है जो किसी व्यक्ति भी स्वस्थ व्यक्ति के स्वास्थ्य पर विनाशकारी परिणाम जैसे दौरे, कोमा, दिल का दौरा और यहां तक कि मृत्यु, जैसे समस्या पैदा कर सकती हैं। भोजन सम्बंधित विकार का सबसे अधिक प्रभाव मानसिक स्वास्थ्य पर पड़ता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि जिन व्यक्तियों में एनोरेक्सिया के लक्षण देखने को मिलता है उनमें सामान्य आबादी की तुलना में मृत्यु दर 500% अधिक होती है। वहीं दूसरी ओर बुलिमिया वाले लोग और एनोरेक्सिया वाले लोग जिनका आउटपेशेंट आधार पर इलाज किया जाता है, उनमें नियंत्रण की तुलना में मृत्यु दर का जोखिम दोगुना होता है। इसके अतिरिक्त अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि दुनियाभर में भोजन से सम्बंधित विकारों से ग्रसित 3 मिलियन से अधिक लोग किसी न किसी रूप से स्वास्थ्य सम्बंधित समस्या से ग्रसित हैं। भोजन से सम्बंधित विकारों से उत्पन्न मनोवैज्ञानिक और चिकित्सीय स्थितियों को निम्न प्रकार से समझा जा सकता है:-

6.6.1 रक्त परीक्षण में परिवर्तन: हमारा रक्त चमत्कारी है क्योंकि यह हमेशा स्थिरता और संतुलन बनाए रखने के लिए काम करता है, यहाँ तक कि खाने के विकार के दौरान भी। खाने के विकार वाले कई लोगों का रक्त परीक्षण सामान्य हो सकता है, जिसका अर्थ है कि जब किसी व्यक्ति की प्रयोगशाला रिपोर्ट असामान्य आती है, तो यह एक महत्वपूर्ण समस्या का संकेत हो सकता है जिसके परिणामस्वरूप खतरनाक परिणाम हो सकते हैं।

6.6.2 आंतरिक संरचना में परिवर्तन

- ❖ **इलेक्ट्रोलाइट गड़बड़ी:** खाने के विकार आम तौर पर इलेक्ट्रोलाइट की गड़बड़ी से जुड़े होते हैं, जिससे कई अन्य समस्याएं हो सकती हैं। हाइपोनेट्रिमिया और हाइपोकैलिमिया नामक दो सबसे आम इलेक्ट्रोलाइट समस्याएं हैं।

- **हाइपोनेट्रेमिया:** सामान्यतः हाइपोनेट्रेमिया कोई विशेष बीमारी नहीं है बल्कि यह कई चिकित्सा स्थितियों का संकेत हो सकता है। जैसी कि हम जानते हैं कि कोशिकाओं में और उसके आसपास मौजूद पानी की मात्रा को नियंत्रित करने के लिए शरीर को एक विशिष्ट मात्रा में सोडियम की आवश्यकता होती है परन्तु व्यक्ति द्वारा अत्यधिक मात्रा में पानी पीने के कारण सोडियम पतला हो जाता है अर्थात् शरीर में सोडियम का स्तर सामान्य से कम हो जाता है परिणामस्वरूप शरीर में सूजन आ जाती है – इस सूजन के कारण होने वाली समस्याएं हल्की से लेकर जानलेवा स्थिति तक होती हैं। एक व्यक्ति के जीवन में हाइपोनेट्रेमिया की स्थिति दो कारणों से होती है-पहला जब व्यक्ति जरूरत से ज्यादा भूखा रहे/अनावश्यक रूप से उपवास रखे और दूसरा जब खाने के विकार वाले व्यक्ति के गुर्दे ठीक से काम नहीं कर रहे हों। इस समस्या के होने पर व्यक्ति में निम्नलिखित लक्षण दिखायी देते हैं- सिरदर्द, भ्रम, कम ऊर्जा, उर्नीदापन, बेचैनी और चिड़चिड़ापन, मांसपेशियों में ऐंठन या कमजोरी, दौरै, कोमा और अन्य
- **हाइपोकैलिमिया:** हाइपोकैलिमिया एक ऐसी स्थिति है जिसमें व्यक्ति के शरीर में पर्याप्त पोटेशियम नहीं मिलता है। पोटेशियम की कमी के कारण व्यक्ति को उच्च रक्तचाप, कब्ज, मांसपेशियों की कमजोरी, और थकान जैसे लक्षण महसूस हो सकते हैं। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि पर्याप्त मात्रा में पोटेशियम युक्त खाद्य पदार्थ न खाने या उपवास करने से धीरे-धीरे हाइपोकैलिमिया की शुरुआत हो सकती है। इसके साथ ही अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि एनोरेक्सिया नर्वोसा वाले या केटोजेनिक आहार पर रहने वाले लोगों में हाइपोकैलिमिया के होने की संभावना अधिक रहती है। इस समस्या के होने पर व्यक्ति में निम्नलिखित लक्षण दिखायी देते हैं-थकान, मांसपेशियों में कमजोरी, ऐंठन, झुनझुनी, दिल की धड़कन तेज होना, हृदय अतालता
- **हाइपोग्लाइसीमिया:** आम तौर पर, जब कोई व्यक्ति भोजन करता है, तो पोषक तत्व रक्तप्रवाह में अवशोषित हो जाते हैं और अग्न्याशय में पहुँच जाते हैं, जो फिर इंसुलिन जारी करता है। इंसुलिन ग्लूकोज को रक्तप्रवाह से कोशिकाओं में जाने में मदद करता है, जहाँ यह कोशिका कार्यों के लिए ऊर्जा प्रदान करने का अपना काम कर सकता है। जब किसी को एनोरेक्सिया जैसा खाने का विकार होता है, तो उसे भोजन प्रतिबंध के कारण हाइपोग्लाइसीमिया (कम रक्त शर्करा) का अनुभव हो सकता है, जो कई लक्षणों का कारण बन सकता है, जैसे: कंपकंपी, पसीना, चिंता, चिड़चिड़ापन, चक्कर आना, सिरदर्द

इत्यादि हाइपोग्लाइसीमिया की जटिलताएँ जानलेवा हो सकती हैं और इनमें शामिल हो सकती हैं: समन्वय की कमी, बोलने में कठिनाई, धुंधली दृष्टि, असंवेदनशीलता, भ्रम, दौरा, कोमा

- ❖ **फॉस्फोरस की कमी:** फॉस्फोरस हमारे शरीर के लिए आवश्यक तत्वों में से एक है जो हमारे शरीर की कोशिकाओं को ऊर्जा प्रदान करता है और प्रभावी मांसपेशी संकुचन का कारण बनता है। इसके साथ ही फॉस्फोरस व्यक्ति की शारीरिक संरचना विशेषकर हड्डियों को मजबूत बनाने में महत्वपूर्ण योगदान देता है। साथ ही एडेनोसिन ट्राइफॉस्फेट (एटीपी) के घटक के रूप में फॉस्फोरस ऊर्जा चयापचय में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है और न्यूक्लिक एसिड के निर्माण में शामिल होता है। फॉस्फोरस आपको स्वस्थ रखने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। चूंकि फॉस्फोरस के अनेक स्रोत हैं जिसके कारण व्यक्ति में इसकी कमी होने की संभावना न के बराबर रहती है। फॉस्फोरस की कमी, जिसे हाइपोफॉस्फेटेमिया भी कहा जाता है, की समस्या तब आती है जब व्यक्ति को अत्यधिक शराब पीने की आदत हो या फिर व्यक्ति कुछ वंशानुगत विकारों से ग्रसित हो। इसके अतिरिक्त खाने के विकार व्यवहार जैसे कि प्रतिबंध लगाना, उल्टी करना, व्यायाम करना और रेचक का दुरुपयोग शरीर में फॉस्फोरस की कमी का कारण बन सकता है। परिणामस्वरूप व्यक्ति को दिल का दौरा, मांसपेशियों में दर्द और कमजोरी, मृत्यु जैसी समस्याओं का सामना करना पड़ता है।
- ❖ **ब्रैडीकार्डिया:** एक सामान्य दिल की धड़कन 60 से 90 बीट प्रति मिनट के बीच होती है, लेकिन जब भोजन की कमी के कारण दिल भूखा रहता है, तो यह कम ऊर्जा का उपयोग करने के लिए धीमी गति से धड़कने लगता है। इस प्रकार खाने के प्रकार विशेषकर एनोरेक्सिया वाले लोगों में हृदय गति 60 बीट प्रति मिनट से कम होती है। हालाँकि कम आराम की हृदय गति वाले सभी लोगों का दिल अस्वस्थ नहीं होता है। उदाहरण के लिए एथलीटों की आराम की हृदय गति 60 से कम होती है क्योंकि उनका दिल भूखा होने के बजाय मजबूत होता है।
- ❖ **ऑर्थोस्टेटिक हाइपोटेंशन:** भोजन से सम्बंधित एक अन्य विकार जिसे ऑर्थोस्टेटिक हाइपोटेंशन कहते हैं शरीर की वह स्थिति है जहाँ व्यक्ति की किसी भी शारीरिक परिवर्तन के फलस्वरूप अचानक रक्तचाप में गिरावट होने लगती है जैसे कि बैठने से खड़े होना या लेटने से बैठने पर। ऑर्थोस्टेटिक हाइपोटेंशन के कुछ लक्षणों में चक्कर आना, बेहोशी और बेहोशी शामिल हैं।
- ❖ **एक्रोसायनोसिस:** एक्रोसायनोसिस एक अन्य प्रकार का शारीरिक परिवर्तन है जिसमें व्यक्ति के अंगों पर नीलापन आना शुरू हो जाता है जिसका कारण शरीर के इन अंगों

तक ऑक्सीजन कम पहुँचने को माना जाता है। एक्रोसायनोसिस खाने के विकार वाले रोगियों में आम है क्योंकि उनका रक्त संचार बाधित होता है, जिससे संभवतः हाइपोथर्मिया के कारण उनके हाथों और पैरों में रक्त जमा हो जाता है।

- ❖ **गैस्ट्रोपेरेसिस:** गैस्ट्रोपेरेसिस जठरांत्र प्रणाली के धीमे होने को संदर्भित करता है। यह खाने के विकार वाले रोगियों में होता है क्योंकि शरीर पोषक तत्वों को अवशोषित करने के लिए अधिक समय देकर भोजन के सेवन की कमी की भरपाई करता है। इससे मतली, उल्टी, पेट में सूजन, पेट में दर्द, कुछ ही काटने के बाद पेट भरा होने का एहसास, एसिड रिफ्लक्स और रक्त शर्करा के स्तर में बदलाव हो सकता है। गैस्ट्रोपेरेसिस के कारण, खाने के विकार वाले लोगों में कब्ज आम तौर पर देखा जाता है। यह एनोरेक्सिया वाले रोगियों में गंभीर खाद्य प्रतिबंध या रेचक दुरुपयोग के कारण हो सकता है, जो बृहदान्त्र को नुकसान पहुंचा सकता है।

6.6.3 अंतःस्रावी तंत्र की जटिलताएँ: कुपोषण, जिसे भोजन की अनियमिता की परिणिति माना जाता है, एक ऐसी की स्थिति है जिसमें अंतःस्रावी तंत्र को जीवित रहने लिए अनुकूलन करता है। हालाँकि, ये अनुकूलन अंततः हानिकारक भी हो सकते हैं और शरीर के अन्य क्षेत्रों को प्रभावित कर सकते हैं। भोजन के विकार के फलस्वरूप होने वाली अंतःस्रावी तंत्र की जटिलताओं को निम्न बिन्दुओं की साहयता से समझा जा सकता है-

- ❖ **यूथायरॉइड सिक सिंड्रोम:** यूथायरॉइड सिक सिंड्रोम एक ऐसी स्थिति को संदर्भित करता है व्यक्ति थायरॉयड से ग्रसित प्रतीत होता है जबकि ऐसा होता नहीं है। ऐसा इसलिए है क्योंकि थायरॉयड शरीर में चयापचय का चालक का कार्य करता है और कम भोजन/असंतुलित भोजन के आभाव में और संचित उर्जा को बचाने के लिए शरीर थायरॉइड हार्मोन के स्तर को कम कर देता है परिणामस्वरूप व्यक्ति को ठंड, थकान और कब्ज की समस्या महसूस हो सकती है और जिसका समाधान थायरॉइड की दवा न होकर उचित पोषण को माना गया है।
- ❖ **सेक्स हार्मोन के स्तर में गिरावट:** खाने के विकार का व्यक्ति की प्रजनन क्षमता भी देखा गया है। अध्ययनों में देखा गया है कि खाने के विकार वाले पुरुषों में टेस्टोस्टेरोन का स्तर कम हो सकता है जबकि महिलाओं में एस्ट्रोजन और प्रोजेस्टेरोन का स्तर कम होने की संभावना रहती है। जिसके परिणामस्वरूप महिलाओं में गर्भाशय और अंडाशय के सिकुड़ने की समस्या उत्पन्न होती है। इसके अतिरिक्त खाने के विकार के कारण महिलाओं में मेनोरिया या प्राकृतिक मासिक धर्म में रुकावट का अनुभव भी देखने को मिलता है।

6.7 भोजन संबंधी विकारों का उपचार

- ❖ **मनोवैज्ञानिक कारक और सामाजिक-सांस्कृतिक पहलू:** चूँकि खाने के विकारों को उत्पन्न करने में मनोवैज्ञानिक कारक और सामाजिक-सांस्कृतिक पहलूओं की अहम् भूमिका रहती है। अतः इस समस्या के समाधान के लिए सर्वप्रथम मनोवैज्ञानिक उपचारों पर ध्यान केन्द्रित करने की आवश्यकता रहती है। इस समस्या में मनोचिकित्सा देने का उद्देश्य रोगी के गिरते/कम आत्मसम्मान और पारिवारिक बातचीत और संचार के अव्यवस्थित पैटर्न को सही करना रहता है। इसी क्रम में संज्ञानात्मक-व्यवहार चिकित्सा द्वारा बुलिमिया रोगी को बिंज खाने और शौच करने के शारीरिक परिणामों और उल्टी और वजन नियंत्रण के लिए जुलाब के दुरुपयोग की अप्रभावीता के बारे में सिखाया जाता है। इसके साथ ही मनोवैज्ञानिक चिकित्कीय विधियों द्वारा व्यक्ति को खाने-पीने की इच्छा को रोकने और खाने के बाद अकेले समय न बिताने की व्यवस्था करने की रणनीतियों को भी सिखाया जाता है।
- ❖ **बच्चों में स्वस्थ शरीर की छवि विकसित करना:** जैसा कि हम जानते हैं कि भोजन से सम्बंधित विकार युवावस्था में सर्वाधिक रूप से देखने को मिलता है जिसका कारण इस अवस्था में व्यक्ति, विशेषकर महिलाओं, में अपने साथी समूहों से आकार और वजन को नियंत्रित करने के लिए दबाव देखने को मिलता है। इस प्रकार भोजन से सम्बंधित विकार का सबसे सरलतम समाधान व्यक्ति में उनके शरीर को लेकर स्थापित नकारात्मक धारणाओं को सकारात्मक और स्वस्थ धारणा से प्रतिस्थापित करके किया जा सकता है। जैसे ही व्यक्ति को अपने शरीर को लेकर सकारात्मक सोच विकसित होती है वैसे ही उसमें उत्तम आत्मसम्मान को बनाए रखने में मदद मिलती है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि बच्चों में सकारात्मक सोच और उत्तम आत्मसम्मान को बनाये रखने में माता-पिता और परिवार के सदस्यों के साथ-साथ उनके शिक्षकों की अहम् भूमिका रहता है जो बच्चे के शरीर के आकार, माप और वजन से सम्बंधित किसी भी प्रकार की आलोचना, तुलना या असंतोष व्यक्त करने से बचकर मदद कर सकते हैं।
- ❖ **भोजन के साथ संबंध:** भोजन हमारे लिए पोषण प्रदान करने के साथ ही हमारे शारीरिक और मानसिक विकास के लिए महत्वपूर्ण है। यह हमें विभिन्न प्रकार के शारीरिक और मानसिक कार्यों को पूरा करने के लिए ऊर्जा प्रदान करता है। इसलिए हम सभी को न केवल बल्कि अपने अनुजों को भी भोजन का सम्मान और महत्व के बारे में जागरूक करना चाहिए। इसके अतिरिक्त भोजन के साथ एक स्वस्थ संबंध विकसित

करने से बच्चे को भोजन के प्रति अपनी धारणा बदलने में मदद मिलती है और इसके बाद उन्हें अपने शरीर की एक स्वस्थ छवि विकसित करने में भी मदद मिलती है।

- ❖ **दवा उपचार:** एनोरेक्सिया नर्वोसा के उपचार में दवाओं के उपयोग का कोई सबूत नहीं है, हालांकि, बुलिमिया नर्वोसा, विशेष रूप से बिजिंग और पर्जिंग चक्र में उनके उपयोग के कुछ सबूत हैं। सबसे प्रभावी साबित होने वाली दवाएं एंटी-डिप्रेसेंट हैं, हालांकि, अकेले दवाओं का बुलिमिया नर्वोसा पर कोई दीर्घकालिक प्रभाव नहीं पाया गया है।

6.8 सार-संक्षेप

भोजन सम्बंधित विकार आधुनिक समय की प्रतिस्पर्धा का परिणाम है जो व्यक्ति को किसी भी उम्र में प्रभावित कर सकता है। इसके साथ ही वर्तमान समय में, भोजन सम्बंधित विकारों में गैर-खाद्य पदार्थ खाना भी शामिल हो गया है जिसका प्रभाव विकसित समाज के साथ-साथ विकासशील देशों में भी देखने को मिल रहा है। इसके अतिरिक्त जहाँ पहले नियमित व्यायाम को एक स्वस्थ शारीरिक और मानसिक व्यक्तित्व के लिए अहम् माना जाता था तो वही दूसरी और समय के आभावों के कारण व्यक्तियों ने नियमित व्यायाम के स्थान पर कम भोजन को लेनी की आदतें विकसित कर ली है। अतः यह आवश्यक हो जाता है कि हम सभी न केवल भोजन से सम्बंधित विकारों के बारे में पूर्ण जानकारी रखें बल्कि यह भी ध्यान रखें कि स्वस्थ भोजन के माध्यम से स्वस्थ शरीर को प्राप्त किया जा सकता है।

6.9 प्रयुक्त शब्दावली

- ❖ **एनोरेक्सिया नर्वोसा:** एक मानसिक विकार जिसमें अत्यधिक भोजन प्रतिबंध, वजन बढ़ने का डर और शरीर की विकृत छवि होती है।
- ❖ **बुलिमिया नर्वोसा:** एक खाने का विकार जिसमें अत्यधिक खाने के बाद उल्टी या अत्यधिक व्यायाम जैसे व्यवहार होते हैं।
- ❖ **बिज ईटिंग:** थोड़े समय में बहुत अधिक मात्रा में भोजन करना और साथ ही नियंत्रण खोने की भावना।
- ❖ **पर्जिंग:** उल्टी, जुलाब या मूत्रवर्धक का दुरुपयोग, या अधिक खाने की भरपाई करने या वजन को नियंत्रित करने के लिए अत्यधिक व्यायाम जैसे व्यवहार में संलग्न होना।
- ❖ **ऑर्थोरेक्सिया:** केवल "स्वस्थ" या "शुद्ध" खाद्य पदार्थ खाने का जुनून, जिसके कारण कठोर आहार नियम और प्रतिबंध होते हैं।

- ❖ **बॉडी डिस्मॉर्फिया:** एक मानसिक स्वास्थ्य विकार जिसमें व्यक्ति अपने रूप में कथित खामियों के बारे में जुनूनी रूप से चिंतित रहता है, जो अक्सर खाने के विकार वाले व्यक्तियों में पाया जाता है।

6.10 परीक्षा हेतु संभावित प्रश्न

- 1) खाने के विकार की समग्र अवधारणा का वर्णन करें।
- 2) एनोरेक्सिया नर्वोसा के लक्षणों और कारणों पर चर्चा करें।
- 3) खाने के विकार के रोगियों के लिए महत्वपूर्ण उपचार युक्तियों को विस्तार से लिखें।
- 4) बुलिमिया नर्वोसा क्या है? इसकी विशिष्ट विशेषताओं को सामने रखें।
- 5) बुलिमिया पर काबू पाने के लिए विभिन्न उपचार हस्तक्षेप क्या हैं?
- 6) बिंज ईटिंग क्या है? स्पष्ट करें।

6.11 सुझाए गए पठन संदर्भ

- ❖ कोलमैन, जे.सी. (200)। असामान्य मनोविज्ञान और आधुनिक जीवन। एलिन और बेकन, नई दिल्ली।
- ❖ बाली, डेविड एच. और डूरंड, मार्क वी. (2002)। असामान्य मनोविज्ञान एक इंटरगेटिव दृष्टिकोण वड्सवर्थ सेन्गेज प्रकाशक। एनवाई
- ❖ केव, सुसान, (2005)। मनोवैज्ञानिक असामान्यता का वर्गीकरण और निदान। रटलेज, एनवाई।

6.12 संदर्भ ग्रंथ सूची

- अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (APA)। आइए खाने के विकारों के बारे में तथ्यों पर बात करें। 2005
- अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन। मानसिक विकारों के लिए नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल, चौथा संस्करण (DSM-IV)। वाशिंगटन, डीसी: अमेरिकन साइकियाट्रिक प्रेस, 1994।
- अर्नोल्ड एलएम, मैकलेरॉय एसएल, हडसन जेआई, वेगले जेए, बेनेट एजे, क्रेक पीई जूनियर। बिंज-ईटिंग डिस्ऑर्डर के उपचार में फ्लुओक्सेटीन का एक प्लेसबो-नियंत्रित यादृच्छिक परीक्षण। जर्नल ऑफ क्लिनिकल साइकियाट्री, 2002; 66:1028-1066
- अल नासर वार्ड, मुको ई, अलसाद एजे। पिका। [अपडेट 2020 दिसंबर 30]। इन: स्टेटपल्स ट्रेजर आइलैंड (FL): स्टेटपल्स पब्लिशिंग; 2021 जनवरी। यहाँ से उपलब्ध: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532242/#>

- आइस्लर आई, डेयर सी, होड्स एम, रसेल जी, डॉज और ले ग्रेंज डी. किशोर एनोरेक्सिया नर्वोसा के लिए पारिवारिक चिकित्सा: दो पारिवारिक हस्तक्षेपों की नियंत्रित तुलना के परिणाम। जर्नल ऑफ चाइल्ड साइकोलॉजी एंड साइकियाट्री, 2000; 1: 727- 766
- आर्सेलस, जे., विटकॉम्ब, जी., और मिशेल, ए.. (2014)। नर्तिकियों में खाने के विकारों की व्यापकता: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण (संस्करण 1)। लॉफ़बोरो विश्वविद्यालय। <https://hdl.handle.net/2134/18993>
- इकबाल ए, रहमान ए। बिंज ईटिंग डिसऑर्डर। [अपडेट 2021 जनवरी 6]। इन: स्टेटपल्स। ट्रेजर आइलैंड (FL): स्टेटपल्स पब्लिशिंग; 2021 जनवरी-। यहां से उपलब्ध: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551700>
- इनसेल टीआर और क्विरियन आर। नैदानिक तंत्रिका विज्ञान अनुशासन के रूप में मनोरोग। जर्नल ऑफ द अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन, 2 नवंबर, 2005; 294 (17): 2221-2224।
- एंडरसन एई। पुरुषों में खाने के विकार: महत्वपूर्ण प्रश्न। आर लेम्बर्ग (एड) में, तथ्यों, सलाह और संसाधनों के साथ खाने के विकारों को नियंत्रित करना। फीनिक्स, एजेड: ओरिक्स प्रेस, 1992, पृष्ठ 20-28।
- एंडरसन एई। पुरुषों में खाने के विकार। इन: ब्राउनेल केडी, फेयरबर्न सीजी, एड्स। खाने के विकार और मोटापा: एक व्यापक पुस्तिका। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 1995; 177-187।
- के, डब्ल्यू. एच., बुलिक, सी. एम., थॉर्नटन, एल., बारबेरिच, एन., मास्टर्स, के., और प्राइस फाउंडेशन सहयोगी समूह। (2009)। एनोरेक्सिया और बुलिमिया नर्वोसा के साथ चिंता विकारों की सहवर्तीता। अमेरिकन जर्नल ऑफ साइकियाट्री, 166(2), 221–223.
- क्लंप केएल, बर्ट एसए, मैकगु एम, इकोनो डब्ल्यूजी. किशोरावस्था में अव्यवस्थित खाने पर आनुवंशिक और पर्यावरणीय प्रभावों में परिवर्तन: एक अनुदैर्घ्य जुड़वां अध्ययन. आर्क जन साइकियाट्री. 2007 दिसंबर;64(12):1409-15. doi: 10.1001/archpsyc.64.12.1409. पीएमआईडी: 18056549.
- खाने के विकारों पर अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन कार्य समूह। खाने के विकारों वाले रोगियों के उपचार के लिए अभ्यास दिशानिर्देश (संशोधन)। अमेरिकन जर्नल ऑफ साइकियाट्री, 2000; 157(1 अनुपूरक): 1-69
- चेन, एल. पी., मुराद, एम. एच., पारस, एम. एल., कोलबेन्सन, के. एम., सैटलर, ए. एल., गोरानसन, ई. एन., एलामिन, एम. बी., सेइम, आर. जे., शिनोजाकी, जी., प्रोकोप, एल. जे., और ज़िरकजादेह, ए. (2010)। यौन शोषण और मानसिक विकारों का आजीवन निदान: व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। मेयो क्लिनिक कार्यवाही, 85(7), 618–629। <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- डेल ग्रेव आर, कैलुगी एस, ब्रैम्बला एफ, एबेट-डागा जी, फसीनो एस, मार्चिसिनी जी. खाने के विकारों के लिए इनपेशेंट संज्ञानात्मक-व्यवहार थेरेपी का स्वभाव और चरित्र पर प्रभाव। बिहेव रेस थेरा 2007 जून;45(6):1335-44. doi: 10.1016/j.brat.2006.09.016. ईपब 2006 अक्टूबर 30. पीएमआईडी: 17074299

- थॉमस, जे. जे., लॉसन, ई. ए., मिकाली, एन., मिसरा, एम., डेकर्सबैक, टी., और एडी, के. टी. (2017)। परहेज/प्रतिबंधात्मक खाद्य सेवन विकार: एटियलजि और उपचार के लिए निहितार्थ के साथ न्यूरोबायोलॉजी का एक त्रि-आयामी मॉडल। वर्तमान मनोरोग रिपोर्ट, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर क्लिनिकल एक्सीलेंस (एनआईसीई)। एनोरेक्सिया नर्वोसा, बुलिमिया नर्वोसा और बिंज ईटिंग डिसऑर्डर के ईटिंग डिसऑर्डर उपचार और प्रबंधन में मुख्य हस्तक्षेप, 2004: लंदन: ब्रिटिश साइकोलॉजिकल सोसाइटी।
- नेशनल गाइडलाइन एलायंस (यूके)। खाने के विकार: पहचान और उपचार। लंदन: नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ एंड केयर एक्सीलेंस (यूके); 2017 मई। (एनआईसीई गाइडलाइन, नंबर 69)। 2, परिचय। यहां से उपलब्ध: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533174>
- पेजावास एल, मेयर-लिंगेनबर्ग ए, ड्रेबेंट ईएम, वेर्चिस्की बीए, मुनोज़ केई, कोलाचना बीएस, एट अला। 5-एचटीटीएलपीआर बहुरूपता मानव सिंगुलेटेडैमिग्डाला इंटरैक्शन को प्रभावित करती है 8 (6): 828-864.
- पोप एचजी, ग्रुबर एजे, चोई पी, ओलिवाडी आर, फिलिप्स केए. मांसपेशी डिस्मॉर्फिया: शारीरिक डिस्मॉर्फिक विकार का एक कम पहचाना जाने वाला रूपा साइकोसोमैटिक्स, 1997; 68: 548-557.
- फिट्ज़गेराल्ड के.डी., वेल्श आर.सी., गेहिंग डब्ल्यू.जे., एबेलसन जे.एल., हिमले जे.ए., लिबरज़ोन आई, टेलर एस.एफ. ऑब्सेसिवकंपल्सिव डिसऑर्डर में पूर्ववर्ती सिंगुलेटेड कॉर्टेक्स की त्रुटि-संबंधी अति सक्रियता। जैविक मनोरोग, 1 फरवरी, 2005; 57 (6): 287-294।
- फेयरबर्न, सी. जी. (2008)। खाने के विकार: ट्रांसडायग्नोस्टिक दृष्टिकोण और संज्ञानात्मक व्यवहार सिद्धांत। टी. डी. वेड, सी. जी. फेयरबर्न (संपादक), खाने के विकारों के लिए संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी (पृष्ठ 7-22)। गिलफोर्ड प्रेस
- बच्चों और किशोरों में रुमिनेशन सिंड्रोम: व्यापकता और लक्षण विज्ञान का आकलन करने वाला एक स्कूल सर्वेक्षण। बीएमसी गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी, 12, 163. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-12-163>
- बर्मिंघम सीएल, सु जे, हिलिंस्की जेए, गोल्डनर ईएम, गाओ एम. एनोरेक्सिया नर्वोसा की मृत्यु दरा इंटरनेशनल जर्नल ऑफ़ ईटिंग डिसऑर्डर। 2005 सितंबर; 68(2):146-146
- बुलिक सी.एम., सुलिवन पी.एफ., केंडलर के.एस. मोटापे से ग्रस्त महिलाओं में बिंज ईटिंग डिसऑर्डर के साथ और बिना चिकित्सीय और मानसिक सह-रुग्णता। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ़ ईटिंग डिसऑर्डर, 2002; 62: 72-78
- बेकर एई, ग्रिनस्पून एसके, क्लिबांस्की ए, हर्जोग डीबी। खाने के विकार। न्यू इंग्लैंड जर्नल ऑफ़ मेडिसिन, 1999; 640(14): 1092-1098
- ब्राउनली केए, बर्कमैन एनडी, पीट सीएम, लोहर केएन, कुलेन केई, बैन सीएम, बुलिक सीएम। वयस्कों में बिंज-ईटिंग डिसऑर्डर: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। एन इंटर्न मेड।

2016 सितंबर 20;165(6):409-201 doi: 10.7326/M15-2455। ईपब 2016 जून 28। पीएमआईडी: 27367316; पीएमसीआईडी: पीएमसी5637727

- ब्राउनेल, के.डी., फेयरबर्न, सी.जी. (2002). खाने के विकार और मोटापा: एक व्यापक पुस्तिका (दूसरा संस्करण). गिलफोर्ड प्रेस
- ब्रायंट-वॉ आर, लास्क बी. बचपन में शुरू होने वाले खाने के विकार। सीजी फेयरबर्न, केडी ब्राउनेल (संपादकों) में, खाने के विकार और मोटापा न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2002, पृ. 210-214
- ब्रिज जेए, अयंगर एस, सैलरी सीबी, बारबे आरपी, बिरमाहर बी, पिंगस एचए, रेन एल, ब्रेंट डीए। बाल चिकित्सा अवसादरोधी उपचार में रिपोर्ट किए गए आत्मघाती विचार और आत्महत्या के प्रयासों के लिए नैदानिक प्रतिक्रिया और जोखिम, यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षणों का मेटा-विश्लेषण। जर्नल ऑफ द अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन, 2007; 297(15): 1686-1696
- मरे एचबी, थॉमस जेजे, हिंज ए, मुंश एस, हिल्बर्ट ए। प्राथमिक विद्यालय के युवाओं में पिका और रुमिनेशन व्यवहार की व्यापकता: कम अध्ययन किए गए फीडिंग विकार। इंट जे इंट डिऑर्डर 2018 अगस्त;51(8):994-998। doi: 10.1002/eat.22898। ईपब 2018 सितंबर 21। पीएमआईडी: 30175409
- मिमिडिस, के., और पापाडोपोलोस, वी. (2007)। वयस्कों में रुमिनेशन सिंड्रोम: पैथोफिजियोलॉजी, निदान और उपचार की समीक्षा। जर्नल ऑफ पोस्टग्रेजुएट मेडिसिन, 53(3), 203. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.33868>
- मिशेल, जे. ई., पीटरसन, सी. बी., और क्रो, एस. जे. (2007)। खाने के विकार। एम. बी. फर्स्ट, ए. तस्मान (संपादक), मानसिक विकारों के निदान और उपचार के लिए नैदानिक मार्गदर्शिका (पृष्ठ 509-524)। अमेरिकन साइकियाट्रिक पब्लिशिंग
- मेयर-लिंगेनबर्ग एएस, ओल्सन आरके, कोह पीडी, ब्राउन टी, एगन एमएफ, वेनबर्गर डीआर, एट अल। सिजोफ्रेनिया में डोर्सोलेटरल फ्रीफ्रंटल-हिप्पोकैम्पल कार्यात्मक कनेक्टिविटी की क्षेत्र विशेष रूप से विशिष्ट गड़बड़ी। जनरल साइकियाट्री के अभिलेखागार, अप्रैल 2005; 62(4)
- मैकिन्टोश वीडब्ल्यू, जॉर्डन जे, कार्टर एफए, लूटी एसई, एट अल. एनोरेक्सिया नर्वोसा के लिए तीन मनोचिकित्सा: एक यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षण। द अमेरिकन जर्नल ऑफ साइकियाट्री, अप्रैल 2005; 162: 741-747
- यूनिवर्सिटी डी मॉन्ट्रियल। (2014, 8 अक्टूबर)। बचपन में खाने की कठिनाइयाँ अंतर्निहित मनोवैज्ञानिक मुद्दों का संकेत हो सकती हैं। साइंसडेली। 21 मार्च, 2021 को www.sciencedaily.com/releases/2014/10/141008083159.htm
- रसेल जीएफ, स्ज़मक्लर जीआई, डेयर सी, आइस्लर आई. एनोरेक्सिया नर्वोसा और बुलिमिया नर्वोसा में पारिवारिक चिकित्सा का मूल्यांकन 44: 1047-1056
- राजिंद्रजीत, एस., देवनारायण, एन.एम., और क्रिस्पस परेरा, बी.जे. (2012)
- रिकानी, ए.ए., चौधरी, जेड., चौधरी, ए.एम., इकराम, एच., असगर, एम.डब्ल्यू., काजल, डी., वहीद, ए., और मोबसराह, एन.जे. (2013)। भोजन विकारों के एटियलजि पर साहित्य

- की आलोचना। न्यूरोसाइंसेस के इतिहास, 20(4), 157-161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- रोमानो एसजे, हल्मी केजे, सरकार एनपी, कोक एससी, ली जेएस. सफल तीव्र फ्लुओक्सेटीन उपचार के बाद बुलिमिया नर्वोसा के निरंतर उपचार में फ्लुओक्सेटीन का एक प्लेसबो-नियंत्रित अध्ययन। अमेरिकन जर्नल ऑफ साइकियाट्री, जनवरी 2002; 151(9): 96-102
 - लासेटर एल, मेहलर पी। बुलिमिया नर्वोसा की चिकित्सा जटिलताएँ। खाने का व्यवहार, 2001; 2:279-292
 - लियोन जी.आर., फुलकर्सन जे.ए., पेरी सी.एल., अर्ली-ज़ाल्ड एम.बी. विकारग्रस्त भोजन के बाद के विकास में व्यक्तित्व और व्यवहार संबंधी कमजोरियों और लिंग प्रभावों का संभावित विश्लेषण। जे एबनॉर्म साइकोला 1995 फरवरी;104(1):140-9. doi: 10.1037//0021-843x.104.1.140. पीएमआईडी: 7897036
 - लेविनसन पीएम, स्ट्रीगल-मूर आरएच, सीली जेआर. किशोरावस्था से युवा वयस्कता तक युवा महिलाओं में खाने के विकारों की महामारी विज्ञान और प्राकृतिक पाठ्यक्रमा जे एम एकेड चाइल्ड एडोलसेंट साइकियाट्री। 2000 अक्टूबर;39(10):1284-92. doi: 10.1097/00004583-200010000-00016. पीएमआईडी: 11026183
 - लॉक जे, एग्रास डब्ल्यूएस, ब्रायसन एस, क्रेमर, एचसी. किशोर एनोरेक्सिया नर्वोसा के लिए लघु और दीर्घकालिक पारिवारिक चिकित्सा की तुलना, जर्नल ऑफ द अमेरिकन एकेडमी ऑफ चाइल्ड एंड एडोलसेंट साइकियाट्री, 2005; 44: 662-669
 - लॉक जे, कॉउट्यूरियर जे, एग्रास डब्ल्यूएस. पारिवारिक चिकित्सा से इलाज किए गए एनोरेक्सिया नर्वोसा वाले किशोरों में दीर्घकालिक परिणामों की तुलना। जर्नल ऑफ द अमेरिकन एकेडमी ऑफ चाइल्ड एंड एडोलसेंट साइकियाट्री, 2006; 45: 666-672
 - लॉक जे, ले ग्रेंज डी, एग्रास डब्ल्यूएस, डेयर सी. एनोरेक्सिया नर्वोसा के लिए उपचार मैनुअल: एक परिवार-आधारित दृष्टिकोण। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2001
 - वंडरलिच एसए, लिलेनफील्ड एलआर, रिसो एलपी, एंगेल एस, मिशेल जेई। व्यक्तित्व और एनोरेक्सिया नर्वोसा। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ ईटिंग डिसऑर्डर्स, 2005; 67: S68- S71
 - वाल्श एट अल। एनोरेक्सिया नर्वोसा में वजन बहाली के बाद फ्लुओक्सेटीन: एक यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षण। जर्नल ऑफ द अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन। 2006 जून 14; 295(22): 2605-2612
 - विटौसेक के, मैन्के एफ. एनोरेक्सिया नर्वोसा और बुलिमिया नर्वोसा में व्यक्तित्व चर और विकार। जे एबनॉर्म साइकोला 1994 फरवरी;103(1):137-47. doi: 10.1037//0021-843x.103.1.137. PMID: 8040475
 - विल्सन जीटी और शफ़रान आर। एनआईसीई से खाने के विकारों के दिशानिर्देश। लैसेट, 2005; 665: 79-81
 - शरण, पी., और सुंदर, ए.एस. (2015)। महिलाओं में खाने के विकार। इंडियन जर्नल ऑफ साइकियाट्री, 57 (सप्ल 2), S286-S295। <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161493>

- स्टीनर एच, लॉक जे। बच्चों और किशोरों में एनोरेक्सिया नर्वोसा और बुलिमिया नर्वोसा: पिछले दस वर्षों की समीक्षा। जर्नल ऑफ द अमेरिकन एकेडमी ऑफ चाइल्ड एंड एडोलसेंट साइकियाट्री, 1998; 67: 652-659
- स्ट्रीगल-मूर, आर.एच., रोसेली, एफ., पेरीन, एन., डेबार, एल., विल्सन, जी.टी., मे, ए., और क्रेमर, एच.सी. (2009)। खाने के विकार के लक्षणों की व्यापकता में लिंग अंतर। खाने के विकारों का अंतर्राष्ट्रीय जर्नल, 42(5), 471-474। <https://doi.org/10.1002/eat.20625>
- स्ट्रीगल-मूर आरएच, फ्रेंको डीएला। बिंज ईटिंग डिसऑर्डर की महामारी विज्ञान। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ ईटिंग डिसऑर्डर, 2006; 21: 11-27। □ टेलर सीबी, ब्रायसन एस, लूस केएच, कनिंग डी, डॉयल एसी, अबस्कल एलबी, रॉकवेल आर, देव पी, विंजेलबर्ग एजे, विल्फली डीई। जोखिम वाली कॉलेज-आयु की महिलाओं में खाने के विकारों की रोकथाम। जनरल साइकियाट्री के अभिलेखागार; 2006 अगस्त; 66(8):881-888।
- स्ट्रोबर एम, फ्रीमैन आर, लैम्पर्ट सी, डायमंड जे, केय डब्ल्यू। एनोरेक्सिया नर्वोसा और बुलिमिया नर्वोसा का नियंत्रित पारिवारिक अध्ययन: साझा दायित्व और आंशिक सिंड्रोम के संचरण का सबूत। अमेरिकी मनोरोग पत्रिका। 2000 मार्च;157(3):393-401। doi: 10.1176/appi.ajp.157.3.393। पीएमआईडी: 10698815
- स्पिट्जर आरएल, यानोवस्की एस, वेडन टी, विंग आर, मार्कस एमडी, स्टंकर्ड ए, डेवलिन एम, मिशेल जे, हसीन डी, हॉर्न आरएल। बिंज ईटिंग डिसऑर्डर: एक मल्टीसाइट अध्ययन में इसका आगे का सत्यापन। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ ईटिंग डिसऑर्डर, 1996; 16(2): 167-156।
- स्मिंक, एफ. आर., वैन होकेन, डी., और होएक, एच. डब्ल्यू. (2013)। खाने के विकारों की महामारी विज्ञान, पाठ्यक्रम और परिणाम। मनोरोग विज्ञान में वर्तमान राय, 26(6), 543-548. <https://doi.org/10.1097/yc0.0b013e328365a24>
- स्मिंक, एफ.आर., वैन होकेन, डी., और होएक, एच.डब्ल्यू. (2012)। खाने के विकारों की महामारी विज्ञान: घटना, व्यापकता और मृत्यु दरा वर्तमान मनोरोग रिपोर्ट, 14(4), 406-414। <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282>
- स्लोफ़-ऑप 'टी लैंडट एमसी, वैन फ़र्थ ईएफ, म्यूलेनबेल्ड आई, स्लैगबूम पीई, बार्टेल्स एम, बूमस्मा डीआई, बुलिक सीएम। खाने के विकार: जुड़वां अध्ययनों से लेकर उम्मीदवार जीन तक और उससे आगे। ट्विन रेस ह्यूम जेनेटा 2005 अक्टूबर;8(5):467-82। doi: 10.1375/183242705774310114। PMID: 16212836
- हडसन जेआई, पोप एचजी जूनियर, जोनास जेएम, युर्गेलुन-टॉड डी, फ्रैंकेनबर्ग एफआर. बुलिमिया का एक नियंत्रित पारिवारिक इतिहास अध्ययन. साइकोल मेड. 1987 नवंबर;17(4):883-90. doi: 10.1017/s0033291700000684
- हेल, एल., और ले ग्रेंज, डी. (2018)। किशोरों में बुलिमिया नर्वोसा: व्यापकता और उपचार चुनौतियाँ। किशोर स्वास्थ्य, चिकित्सा और चिकित्सा, 9, 11-16। <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135326>

-
- हैल्मी सीए, एग्रास डब्ल्यूएस, क्रो एस, मिशेल जे, विल्सन जीटी, ब्रायसन एस, क्रेमर एचसी। एनोरेक्सिया नर्वोसा में उपचार स्वीकृति और पूर्णता के पूर्वानुमान: भविष्य के अध्ययन डिजाइनों के लिए निहितार्थ। जनरल मनोरोग के अभिलेखागार; 2005; 62: 776-781
 - होएक एचडब्ल्यू। एनोरेक्सिया नर्वोसा और अन्य खाने के विकारों की घटना, व्यापकता और मृत्यु दर। कर ओपिन साइकियाट्री। 2006 जुलाई;19(4):389-94। doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78। पीमआईडी: 16721169.
 - <https://withinhealth.com/learn/within-summit-series/medical>
 - <https://healthlibrary.askapollo.com/hindi/hyponatremia-associated-facts>
 - <https://www.healthline.com/health/phosphorus-deficiency>
 - <https://www.microco.info/en/phosphorous-313000>
 - <https://www.webmd.com/vitamins-and-supplements/what-is-phosphorus>

इकाई 7-अभिघातजन्य तनाव विकार (Post Traumatic Stress Disorder)

इकाई संरचना**संरचना**

7.1 परिचय

7.2 उद्देश्य

7.3 अभिघातजन्य तनाव विकार (Post-Traumatic Stress Disorder)

7.3.1 अभिघातजन्य तनाव विकार की परिभाषायें

7.3.2 अभिघातजन्य तनाव विकार के प्रकार

7.3.3 अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षण

7.3.4 अभिघातजन्य तनाव विकार और संबंधित समस्याएँ

7.4 अभिघातजन्य तनाव विकार उत्पन्न करने वाले कारक(आघात)

7.5 अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार

7.6 सार-संक्षेप

7.7 शब्दावली

7.8 निबंधात्मक प्रश्न

7.9 सुझाई गई पुस्तकें

7.10 सन्दर्भ ग्रंथ सूची

7.1 प्रस्तावना

हम सभी अपने जीवन में कभी न कभी प्रत्येक या परोक्ष रूप में उन परिस्थितियों यथा कोई गंभीर दुर्घटना, आतंकवादी हमला, आकाल या किसी अन्य प्रकार की प्राकृतिक या मानव जनित परिस्थितियों, से अवश्य गुजरे होंगे जिनका प्रभाव हमारे जीवन पर सर्वाधिक देखने को मिलता है। कुछ परिस्थितियों में हमें इनके शिकार भी हुए होंगे तो वही कुछ परिस्थितियां ऐसी भी रही होंगी

जहाँ हम स्वयं तो नहीं परन्तु हमारे दूर के पहचान के लोगों ने नुकसान झेला होगा। ऐसा भी हो सकता है कि हमने कभी भी इस प्रकार की परिस्थितियों को ना तो झेला हो और ना ही महसूस किया हो, परन्तु दूरसंचार माध्यमों यथा टेलिविज़न प्रसारण या किसी अन्य के द्वारा हम इनसे परिचित हो रहे हों। चूँकि ये घटनाएँ पूरी तरह से अप्रत्याशित होती हैं अर्थात् हमारा मन-मस्तिष्क इन सभी के लिए पूर्व से तैयार नहीं होता है अतः इस प्रकार की घटनाओं का हमारे जीवन पर अत्यधिक प्रभाव देखने को मिलता है। इसके अतिरिक्त इन सभी घटनाओं, भले ही वो मानव निर्मित हों या प्राकृतिक, के कारण से व्यक्तिगत जीवन में कुछ ना कुछ परिवर्तन देखने को मिलता है। दूसरे शब्दों में, ऐसी घटनाओं के कारण व्यक्ति के सामने बदलती परिस्थितियों के अनुरूप दुबारा से समायोजन करने की आवश्यकता होती है। परिणामस्वरूप व्यक्ति इन परिस्थितियों के प्रति सकारात्मक या नकारात्मक रूप से प्रतिक्रिया करता है। उदाहरण के लिए 6 दिसम्बर, 1984 की एक रात भोपाल के एक क्षेत्र विशेष से एक रासायनिक गैस का रिसाव होने के परिणामस्वरूप अगली सुबह कई लोगों के जान चली जाती है और अगले कुछ दिनों तक न केवल भोपाल बल्कि पूरे भारत में उहापोह की स्थिति बनी रही है। ऐसी परिस्थिति में व्यक्ति के सामने दो ही विकल्प रहते हैं पहला कि इस समस्या को तात्कालिक रूप में लें, इसका मुकाबला करने का प्रयास करें और समस्या के नकारात्मक प्रभाव को अपने मन-मस्तिष्क पर न पड़ने दें। वहीं दूसरी और जब एक व्यक्ति या कुछ व्यक्तियों द्वारा ऐसी परिस्थितियों को केवल नकारात्मक रूप में ही लिया जाता है या जब व्यक्ति के मन पर इसका गहरा प्रभाव पड़ता है तो व्यक्ति ऐसी दुखद स्मृतियों को लंबे समय तक धारण किये रहता है। दूसरे शब्दों में, व्यक्ति लंबे समय तक मनोवैज्ञानिक रूप से ग्रसित रहता है। गंभीर आघात के संपर्क के परिणामस्वरूप विकसित होने वाली अपेक्षाकृत दीर्घकालिक मनोरोग स्थिति को पोस्ट टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (पीटीएसडी) के रूप में जाना जाता है। वर्तमान इकाई अभिघातजन्य तनाव विकार (पीटीएसडी) के लक्षणों, कारणों और हस्तक्षेप को स्पष्ट करती है। इस साथ ही वर्तमान इकाई में दिए गए सभी केस अध्ययनों के नाम काल्पनिक हैं।

7.2 उद्देश्य

इस इकाई को पूरा समझने के उपरांत आप-

- अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षणों को समझने में सक्षम होंगे
- उन परिस्थितियों को समझने में सक्षम होंगे जो अभिघातजन्य तनाव विकार उत्पन्न करने में साहयक होती है
- अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार को समझने में सक्षम होंगे

7.3 अभिघातजन्य तनाव विकार (Post Traumatic Stress Disorder-PTSD)

अभिघातजन्य तनाव विकार, अंग्रेजी रूपांतरण पोस्ट-ट्रॉमैटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (Post Traumatic Stress Disorder), को व्यक्ति की प्रतिक्रियाओं के एक समूह के रूप में लिया जाता है जिसके विकसित होने की संभावना उन लोगों में सर्वाधिक रहती है जिन्होंने अपने जीवन काल में कभी न कभी और किसी न किसी प्रकार की दर्दनाक घटना का अनुभव किया हो या उसे देखा है तथा जो उनके जीवन या सुरक्षा के लिए किसी भी प्रकार का खतरा उत्पन्न करती हो। नेशनल सेंटर फॉर पीटीएसडी के अनुसार, प्रत्येक 100 में से लगभग छह लोग अपने जीवन में किसी न किसी समय पीटीएसडी का अनुभव करते हैं। इसके अलावा, अध्ययन में यह भी कहा गया है कि पुरुषों की तुलना में महिलाओं में पीटीएसडी विकसित होने की अधिक संभावना है। दर्दनाक घटना के कुछ पहलू और कुछ जैविक कारक (जैसे जीन) कुछ लोगों में पीटीएसडी विकसित होने की अधिक संभावना बना सकते हैं (National Institute of Mental Health)। दूसरे शब्दों में, अभिघातजन्य तनाव विकार (पीटीएसडी) एक मानसिक और व्यवहार संबंधी विकार है जो किसी चौंकाने वाली, डरावनी, खतरनाक घटना, या दर्दनाक घटना का अनुभव करने, जैसे- यौन हमला, युद्ध, यातायात टकराव, बाल शोषण, घरेलू हिंसा, या किसी व्यक्ति के जीवन या कल्याण के लिए अन्य खतरे, तथा उस व्यक्ति विशेष द्वारा लंबे समय तक उन घटनाओं का अनुभव करने के रूप में परिभाषित किया जा सकता है (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन 2013)।

मनोवैज्ञानिक अध्ययनों ने अभिघातजन्य तनाव विकार को ऐसी एक मानसिक स्थिति के रूप में लिया गया है जो गंभीर आघात के परिणामस्वरूप विकसित होती है जिसमें अक्सर हिंसा और विध्वंस शामिल होता है। डीएसएम IV-टीआर ने समयावधि को अभिघातजन्य तनाव विकार का प्रमुख विशेषता माना है। दूसरे शब्दों में, डीएसएम IV-टीआर गंभीर आघात के परिणामस्वरूप व्यक्ति के होने वाले दीर्घकालीन परिवर्तनों को अभिघातजन्य तनाव विकार के रूप में लेता है। संभवतः ऐसा माना जाता है कि अभिघातजन्य तनाव विकार में, पीड़ित व्यक्ति दर्दनाक अनुभव की स्मृतियों से छुटकारा पाने में स्वयं को असमर्थ महसूस करता है। इसके साथ ही चिकित्सा के दौरान ऐसा भी देखा गया है कि पीड़ित व्यक्ति में कटु अनुभव के कुछ न कुछ लक्षण (यथा पीड़ित व्यक्ति, परेशान करने वाला सपना, आंतरिक या बाहरी संकेत जो परेशानी को संदर्भित करते हो) को पुनर्जीवित हो जाते हैं। उदाहरण- सितम्बर 2001 में अमेरिका में घटित आतंकवादी घटनाओं के वैश्विक प्रभाव देखने को मिला जिसके परिणामस्वरूप लोगों ने इस घटना को एक वुरे सपने को रूप में लेने की कोशिश करी जिसको हम सभी लोग भूलना चाहते थे परन्तु आज भी विश्व के किसी भी भाग में होने वाली कोई भी रूप से आतंकवादी घटना में हमें उस समयावधि को याद करा देती है।

इसी प्रकार 2013 में उत्तराखण्ड राज्य में घटित केदारनाथ घटना ने जनमानस में एक ऐसा दर्द दिया जिसके परिणामस्वरूप एक छोटी सी बरिश या कोई छोटा सा भुस्कलन हमें न केवल घटना की दिलाता है बल्कि एक अनकहे और अतार्तिक डर की उत्पत्ति भी करता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि इस समस्या की दीर्घकालीन उपस्थिति व्यक्ति में याददाश्त विकृत की समस्या को उत्पन्न करती है जिसके परिणामस्वरूप वह अपने अनुभव के कुछ महत्वपूर्ण हिस्सों को याद रखने/करने में स्वयं को असमर्थ महसूस करता है।

7.3.1 अभिघातजन्य तनाव विकार की परिभाषायें

- बेसेल ए. वैन डेर कोल्क एट अल. (2005) के अनुसार "PTSD की विशेषता उत्तेजना की स्थिति, ध्यान और चेतना को नियंत्रित करने की क्षमता में व्यवधान; पहचान और आत्म-अवधारणा के संगठन में परिवर्तन; और दूसरों के साथ संबंधों में गड़बड़ी है।"
- जूडिथ हरमन (1992) के अनुसार "PTSD एक चरम तनाव के प्रति एक सामान्य प्रतिक्रिया है जिसमें पुनः अनुभव, सुन्नता और अति उत्तेजना के लक्षण शामिल हैं।"
- राहेल येहुदा एट अल. (1998) के अनुसार "PTSD आघात के प्रति भावनात्मक और शारीरिक प्रतिक्रिया का एक सिंड्रोम है जिसमें आघात को पुनः अनुभव करना, भावनात्मक सुन्नता और अति उत्तेजना शामिल है।"
- राहेल येहुदा एट अल. (2015) के अनुसार "PTSD एक सिंड्रोम है जो एक दर्दनाक घटना के संपर्क में आने से उत्पन्न होता है, जिसकी विशेषता घुसपैठ पुनः अनुभव, आघात की याद दिलाने वाले तत्वों से बचना, अनुभूति और मनोदशा में नकारात्मक परिवर्तन और उत्तेजना और प्रतिक्रियाशीलता में परिवर्तन है।"
- रॉबर्ट एस. पाइनोस और एलन एम. स्टीनबर्ग (2014) के अनुसार "पीटीएसडी एक विकार है, जिसमें घुसपैठ के लक्षण, अनुभूति और मनोदशा में नकारात्मक परिवर्तन, उत्तेजना और प्रतिक्रिया में उल्लेखनीय परिवर्तन और आघात से संबंधित उत्तेजनाओं से बचना शामिल है।"
- टेरेंस एम. कीन एट अल. (2018) के अनुसार "पीटीएसडी एक विकार है, जिसमें एक या अधिक दर्दनाक घटनाओं के संपर्क में आने के बाद घुसपैठ, परेशान करने वाले लक्षणों का विकास होता है।"

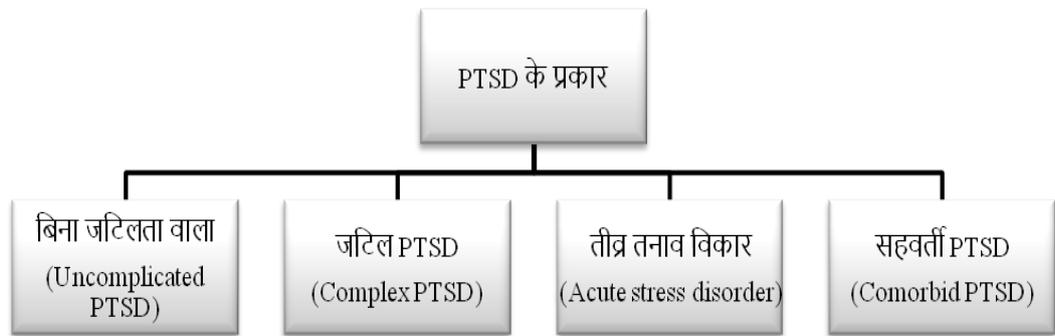
7.3.2 अभिघातजन्य तनाव विकार के प्रकार

अभिघातजन्य तनाव विकार को एक ऐसी कमजोर मानसिक स्वास्थ्यकी स्थिति के रूप में लिया जाता है जो व्यक्ति के किसी दर्दनाक घटना जैसे प्राकृतिक आपदाओं, बाल शोषण, युद्ध, यौन उत्पीड़न इत्यादि को देखने या अनुभव करने के बाद से ही शुरू हो जाती है। जैसा की हम जानते हैं कि किसी कटु अनुभव से सम्बंधित विकार को PTSD होने के लिए सोने में कठिनाई,

चिड़चिड़ापन, क्रोध का प्रकोप, एकाग्रता में समस्या और अतिरंजित चौंका देने वाली प्रतिक्रिया में से कम से कम दो लक्षण का होना अनिवार्य है। सामान्यतः ऐसा देखा गया है कि आघात के समय या उपरांत अधिकांश पीड़ितों में कई लक्षण देखे जाते हैं जिनकी तीव्रता समय के साथ कम होती जाती है। लेकिन किसी समय किसी व्यक्ति विशेष में इन लक्षणों की उपस्थिति और तीव्रता कम से कम एक महीने तक बनी रहती है तो हम कह सकते हैं कि अमुक व्यक्ति PTSD से ग्रसित है। दूसरे शब्दों में, लक्षणों की उपस्थिति और तीव्रता और दर्दनाक अनुभव की विशिष्ट प्रकृति के कारण इस विकृति के विभिन्न रूप देखने को मिलते हैं जिन्हें अध्ययन के आलोक में समझना और उपयोग करना आवश्यक है।

इस प्रकार यह आवश्यक हो जाता है कि अभिघातजन्य तनाव विकार को उसके लक्षणों और समयावधि के आधार पर स्पष्ट रूप से समझ सकें जिनका वर्गीकरण निम्नलिखित प्रकार से है:-

चित्र सं० 7.1: अभिघातजन्य तनाव विकार के प्रकार



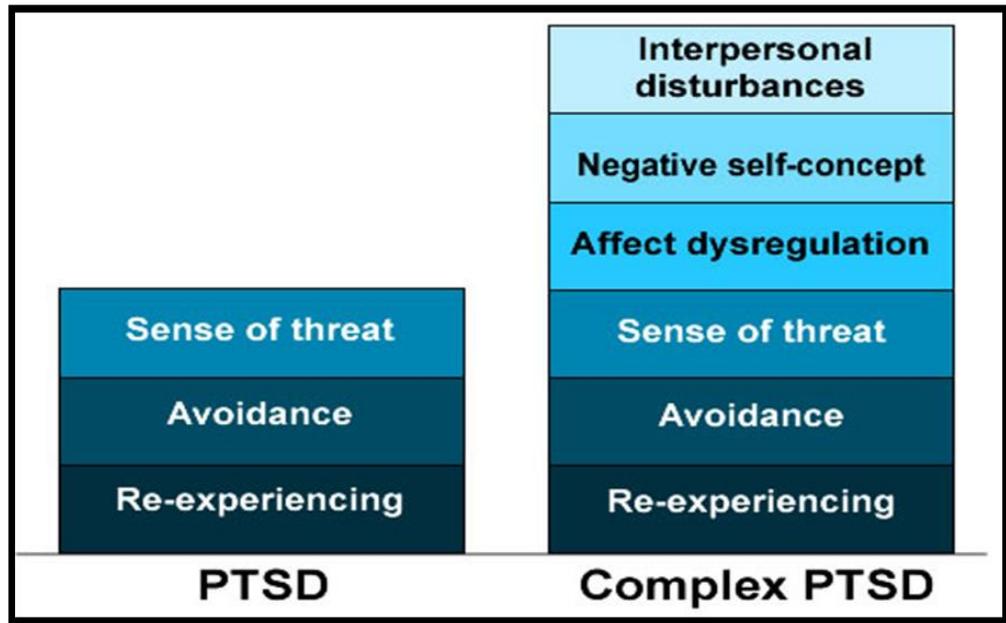
1. **बिना जटिलता वाला (Uncomplicated PTSD):** जैसा कि इसके नाम से ही स्पष्ट हो जाता है, बिना जटिलता वाला अभिघातजन्य तनाव विकार, जिसे सरल PTSD भी कहते हैं, वह विकार है जिसके प्रयोग आमतौर पर हम अपने दैनिक जीवन में प्रयोग करते हैं। सरल PTSD को परिभाषित करते हुए DSM-5 कहता है कि सरल PTSD वाले लोग एक दर्दनाक घटना (प्रत्यक्ष रूप से या अप्रत्यक्ष) का अनुभव करते हैं। इसके साथ ही इन लोगों द्वारा फ्लैशबैक, बुरे सपने और एक महीने से अधिक समय तक चलने वाले घुसपैठ विचारों जैसे लक्षणों का अनुभव किया जाता है। उदाहरण के लिए कोरोना काल के दौरान 27 वर्षीय एक नवयुवक जो हाल ही में शहर से अपने घर वापस बेजा गया है। शहर में रहने के दौरान उस नवयुवक ने अपने आस-पास हर दिन किसी न किसी (अपने परिचित या अपरिचित) को कोरोना के वजह से अकाल मरते हुए देखा है। उसकी घर वापसी के बहुत से कारणों में से एक कारण उन कड़वे अनुभवों से बाहर निकलना भी है, जो उसने कोरोना के वजह से मरते हुए लोगों के रूप में महसूस किया है। परन्तु अपने घर वापसी के कई हफ्तों या महीनों बाद भी उसे अक्सर अपने द्वारा देखे गए दर्दनाक

अनुभवों की याद आती है और अक्सर ऐसा लगता है कि वह खुद या उसके परिवार के सभी सदस्यों को ऐसे ही जाना पड़ेगा। इन कड़वे अनुभवों की पुनारुत्पत्ति और समय के साथ बढ़ती तीव्रता के कारण नवयुवक बैचैन, थकान, नींद की कमी, भूख की कमी, अर्थ या उद्देश्य की भावना का नुकसान, दूसरों पर अविश्वास करना, अपराधबोध या असहायता, दूसरों से अलग महसूस करना जैसे लक्षणों से ग्रसित है। सरल PTSD की श्रेणी में, तीन सामान्य उप प्रकार निम्न प्रकार से हैं:

- **विलंबित अभिव्यक्ति के साथ PTSD:** विलंबित शुरुआत या विलंबित अभिव्यक्ति PTSD वह PTSD है जो किसी दर्दनाक घटना के छह महीने या बाद तक पूर्ण मानदंडों को पूरा नहीं करता है। लक्षण पहले विकसित हो सकते हैं, लेकिन वे कई महीने बीत जाने तक निदान स्तर तक नहीं पहुँचते हैं।
- **छह और उससे कम उम्र के बच्चों में PTSD:** वयस्कों की तरह, बच्चे भी आघात का अनुभव कर सकते हैं, जिसमें दुर्व्यवहार, घरेलू हिंसा, दुर्घटनाएँ और बहुत कुछ शामिल है। और, वयस्कों की तरह, बच्चे भी PTSD के लक्षणों का अनुभव कर सकते हैं, जिसमें घुसपैठ के विचार, बचने के लक्षण और बढ़ी हुई उत्तेजना शामिल है। चिकित्सक PTSD से पीड़ित बच्चों का निदान करने के लिए विशिष्ट नैदानिक प्रथाओं का उपयोग करते हैं, जैसे लक्षणों के बारे में सवाल पूछना, जिनका उत्तर देना बच्चों के लिए आसान हो सकता है।
- **विघटनकारी लक्षणों के साथ PTSD:** चिकित्सक अक्सर निर्दिष्ट करेंगे कि PTSD वाले व्यक्ति में विघटनकारी लक्षण हैं या नहीं। विघटनकारी में आपके मस्तिष्क या शरीर से अलग महसूस करना शामिल है (जैसे कि आप एक सपने में जी रहे हैं), या ऐसा महसूस करना कि आपके आस-पास की दुनिया अवास्तविक या विकृत है।

2. **जटिल PTSD (Complex PTSD):** जटिल अभिघातजन्य तनाव विकार सिर्फ एक दर्दनाक घटना के कारण नहीं होता, बल्कि लंबे समय तक होने वाली दर्दनाक घटनाओं के कारण होता है। सामान्यतः जटिल अभिघातजन्य तनाव विकार के उदय के लिए उन कारकों को माना जाता है जो लंबे समय तक व्यक्ति के जीवन में बने रहते हैं जैसे व्यक्ति द्वारा एक युद्ध बंदी के रूप में प्रताड़ित होना या घरेलू हिंसा के हिस्से के रूप में बार-बार शारीरिक और यौन शोषण का शिकार होना।

चित्र सं० 7.2: सरल और जटिल अभिघातजन्य तनाव विकार के मध्य अंतर



जटिल PTSD, सरल PTSD के समान ही है, लेकिन जटिल PTSD के कुछ विशिष्ट लक्षण जैसे पृथक्करण और नकारात्मक आत्म-छवि इसे सरल PTSD से अलग करते हैं। सामान्य शब्दों में सरल PTSD और जटिल PTSD के मध्य के अंतर को स्पष्ट करते हुए कहा जा सकता है कि जटिल PTSD, सरल PTSD की तुलना में लक्षणों की एक विस्तृत श्रृंखला है। इसके साथ ही जटिल PTSD के अतिरिक्त लक्षणों को स्व-संगठन में गड़बड़ी (डीएसओ) के रूप में लिया जाता है (क्लोइट्रे और अन्य 2014)। इसके अतिरिक्त जहाँ एक और जटिल PTSD को DSM-IV में "PTSD की संबद्ध विशेषताओं" अत्यधिक तनाव के विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं हैं (DESNOS) नाम से पहचाना जाता तो वहीं दूसरी ओर ICD-10 या DSM-5 में शामिल नहीं किया गया है। इसके अतिरिक्त जटिल PTSD के साथ जीने का मतलब लापरवाही से व्यवहार करना या शत्रुता या अलगाव की भावनाएँ रखना है जो दैनिक जीवन को कठिन बना देती हैं। कोई भी व्यक्ति जो जटिल PTSD से पीड़ित है, उसे ऐसा लग सकता है कि उसने अपनी आध्यात्मिकता की भावना खो दी है या शर्म से अभिभूत महसूस कर रहा है।

3. तीव्र तनाव विकार (Acute stress disorder): तीव्र तनाव विकार (ASD) एक निदान है जो PTSD विकसित होने के शुरुआती जोखिम वाले लोगों का वर्णन करता है। DSM-5 के अनुसार, कोई व्यक्ति ASD के मानदंडों को पूरा करता है यदि वह मृत्यु, गंभीर चोट या यौन उल्लंघन के संपर्क में रहा हो और PTSD के लक्षण कम से कम तीन दिनों तक लेकिन एक महीने से कम समय तक रहे हों। जब लक्षण एक महीने से अधिक

समय तक रहते हैं, तो व्यक्ति को आमतौर पर PTSD का निदान किया जाता है। अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन के अनुसार, ASD वाले लगभग आधे लोगों में ऐसा ही होता है। ASD का निदान PTSD के लक्षणों का अनुभव करने वाले लोगों को जल्द से जल्द उपचार प्राप्त करने की अनुमति देता है। उपचार के विकल्प, जिसमें थेरेपी और दवा शामिल हैं, ASD वाले लोगों को अपने लक्षणों को जल्दी से प्रबंधित करने और संभवतः PTSD की प्रगति को रोकने में मदद कर सकते हैं। जंगल की आग में अपने घर के नष्ट होने के दो सप्ताह बाद, एक 12 वर्षीय लड़के को बुरे सपने आते हैं, वह अपने परिवार से अलग-थलग हो जाता है, और परिवार के कुत्ते से आसानी से चौंक जाता है। बच्चे के माता-पिता तुरंत इन लक्षणों को नोटिस करते हैं और बच्चे को PTSD में विशेषज्ञता रखने वाले मनोवैज्ञानिक के पास थेरेपी में भर्ती कराते हैं। तीन सप्ताह बाद, लक्षण कम हो गए हैं। हालांकि लड़का अभी भी इस घटना को लेकर दुखी है, लेकिन उसके लक्षण अब उसे दिन-प्रतिदिन की गतिविधियों में भाग लेने और उनका आनंद लेने से नहीं रोकते, जैसे कि नहाना, स्कूल जाना, खाना खाना और परिवार के साथ समय बिताना।

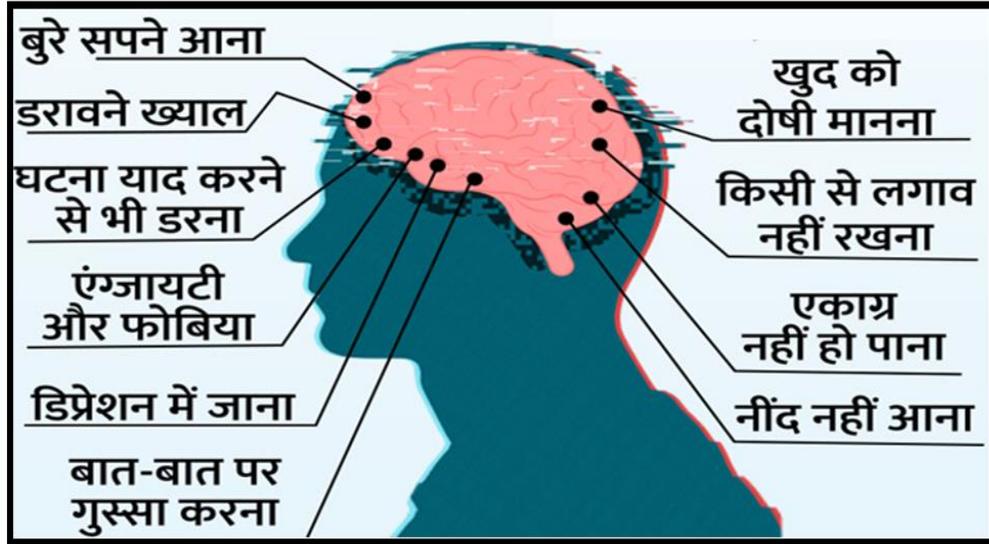
4. **सहवर्ती PTSD (Comorbid PTSD):** सहवर्ती PTSD उन लोगों को संदर्भित करता है जो एक साथ कई मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों के लिए नैदानिक मानदंडों को पूरा करते हैं। DSM-5 के अनुसार, PTSD वाले लोगों में PTSD के अलावा मानसिक स्वास्थ्य की अन्य स्थितियाँ होने की संभावना PTSD के बिना लोगों की तुलना में 80% अधिक होती है। PTSD के साथ ही होने वाली सामान्य स्थितियों में चिंता, अवसाद, पदार्थ उपयोग विकार, तथा व्यवहार संबंधी विकार, जिनमें विरोधी अवज्ञा विकार और आचरण संबंधी विकार शामिल हैं, शामिल हैं।

7.3.3 अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षण

जैसा कि हम जानते हैं कि मानवीय जीवन एक अनवरत प्रक्रिया है और इस प्रक्रिया के दौरान हम सबके जीवन में कुछ न कुछ ऐसी अप्रिय घटनाएँ घटित हो जाती है जिसका हमारे मन पर दूरगामी प्रभाव देखने को मिलता है। जीवन के इसी क्रम में कुछ लोग इन अप्रिय घटनाएँ जनित प्रभाव से बाहर निकल जाते हैं तो वही कुछ लोग आजीवन इससे ग्रसित रहते हैं जिसका कारण बहुत हद तक इस समस्या से उत्पन्न लक्षणों को न पहचान पाने के कारण होता है। उदाहरण के लिए हाल ही में ब्रिटिश रॉयल फैमिली के प्रिंस हैरी ने खुलासा किया कि अपनी मां राजकुमारी डायना की असमय मृत्यु से वह गहरे सदमे में चले गए थे। परिणामस्वरूप वो खुद को असहाय महसूस करने लगे थे और उनको लगता था कि अब वो इससे निकल नहीं पाएंगे। तद्परांत सही समय और सही मनोवैज्ञानिक चिकित्सा के द्वारा न केवल उनके लक्षणों को सही रूप में पहचाना गया बल्कि

उनके कटु अनुभवों को भी कम किया गया। इस प्रकार अभिघातजन्य तनाव विकार को सही ढंग से समझने और इससे उत्पन्न समस्याओं के समाधान के लिए यह आवश्यक हो जाता है इस समस्या से जनित सभी लक्षणों को सही रूप से समझा जाये। यद्यपि चित्र सं 7.2 अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षणों को काफी हद तक समझाने का प्रयास करते हैं तदपि हम इन लक्षणों को मुख्य रूप से चार भागों में विभक्त किया जा सकता है जो निम्न प्रकार से है:-

चित्र सं० 7.3: अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षण



श्रोत: दैनिक भास्कर (nd)<https://www.bhaskar.com/women/news/fear-of-bomb-blast>

- ❖ **फिर से अनुभव करने के लक्षण:** फिर से अनुभव करने के लक्षण वे होते हैं जो आपको ऐसा महसूस कराते हैं जैसे आप घटना को फिर से जी रहे हैं। फ्लैशबैक, बुरे सपने और बुरी यादें फिर से अनुभव करने के लक्षणों के उदाहरण हैं। ये लक्षण, विशेष रूप से फ्लैशबैक, तेज़ दिल की धड़कन या पसीना आने जैसे शारीरिक प्रभाव भी डाल सकते हैं। NIMH के अनुसार, "शब्द, वस्तुएँ या परिस्थितियाँ जो घटना की याद दिलाती हैं, वे भी फिर से अनुभव करने के लक्षणों को ट्रिगर कर सकती हैं।"
- ❖ **परिहार के लक्षण:** इन लक्षणों का अनुभव करते समय कुछ स्थानों, लोगों और स्थितियों से बचना आम बात है जो बुरी यादों को ट्रिगर करती हैं। कोई व्यक्ति घटना के बारे में सोचने या चर्चा करने से भी बच सकता है और इस कारण से अपनी दिनचर्या बदल सकता है। उदाहरण के लिए, कोई व्यक्ति जो काम से घर लौटते समय लूटा गया हो, वह अपने सामान्य मार्ग से बचने का विकल्प चुन सकता है, या अपनी परिवहन विधि को बदलकर गाड़ी चला सकता है।

- ❖ **संज्ञानात्मक लक्षण:** संज्ञानात्मक लक्षणों में खुद या दुनिया के बारे में नकारात्मक विचार रखना शामिल है। नेशनल सेंटर फॉर PTSD के अनुसार, संज्ञानात्मक लक्षणों का अनुभव करने वाले लोगों को लोगों पर भरोसा करने में कठिनाई हो सकती है और उन्हें खुश महसूस करना मुश्किल हो सकता है। उन्हें घटना के महत्वपूर्ण पहलुओं को याद करने में परेशानी हो सकती है और वे अपराधबोध या दोष महसूस कर सकते हैं।
- ❖ **हाइपरएरोसल (प्रतिक्रियाशीलता) लक्षण:** किसी विशेष व्यक्ति या स्थिति से ट्रिगर होने के बजाय, उत्तेजना के लक्षण लगातार होते रहते हैं। इसमें तनाव, गुस्सा, और उछल-कूद या आसानी से चौंक जाना शामिल हो सकता है। इन प्रतिक्रियाशील लक्षणों का अनुभव करने वाले व्यक्ति को सोने या ध्यान केंद्रित करने में परेशानी हो सकती है। वह धूम्रपान, शराब का सेवन या गैर-जिम्मेदाराना तरीके से गाड़ी चलाने जैसे अस्वास्थ्यकर या जोखिम भरे व्यवहार में भी भाग लेना शुरू कर सकता है। दर्दनाक स्थिति के दौरान या उसके बाद डर महसूस करना सामान्य है। हालाँकि, जो लोग एक महीने से अधिक समय तक लक्षणों का अनुभव करते रहते हैं, या जिन्हें लगता है कि उनके लक्षण उनके रिश्तों और दैनिक दिनचर्या को प्रभावित कर रहे हैं, उन्हें PTSD का निदान किया जा सकता है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि ये लक्षण घटना के कारण ही होने चाहिए, और किसी भी ऐसे लक्षण से अलग हैं जो किसी व्यक्ति को मादक द्रव्यों के सेवन, मानसिक बीमारी या किसी अन्य कारण से हो सकता है।

7.3.4 अभिघातजन्य तनाव विकार और संबंधित समस्याएँ

अध्ययनों ने स्पष्ट किया है आघात से बचे लोगों में अक्सर अभिघातजन्य तनाव विकार के अलावा अवसाद, चिंता विकार और मनोदशा संबंधी विकार भी विकसित हो जाते हैं। PTSD से पीड़ित ५०% से अधिक लोगों में सह-रुग्ण चिंता, मनोदशा या पदार्थ उपयोग विकार होते हैं। पदार्थ उपयोग विकार, जैसे शराब उपयोग विकार, आमतौर पर PTSD के साथ होते हैं। अभिघातजन्य तनाव विकार या अन्य चिंता विकारों से उबरना बाधित हो सकता है, या स्थिति खराब हो सकती है, जब पदार्थ उपयोग विकार PTSD के साथ सहवर्ती हों। इन समस्याओं का समाधान करने से व्यक्ति की मानसिक स्वास्थ्य स्थिति और चिंता के स्तर में सुधार आ सकता है। PTSD का टिनिटस के साथ एक मजबूत संबंध है, और संभवतः यह टिनिटस का कारण भी हो सकता है। बच्चों और किशोरों में, भावनात्मक विनियमन कठिनाइयों (जैसे मूड स्विंग, क्रोध का विस्फोट, गुस्सा) नैतिक चोट शर्म और अपराधबोध से जुड़ी होती है, जबकि PTSD चिंता और भय से जुड़ी होती है। वियतनाम युद्ध के दिग्गजों की जांच करने वाले एक जनसंख्या आधारित अध्ययन में, PTSD की उपस्थिति और युद्ध के मैदान पर उच्च स्तर के तनावों के संपर्क में आने

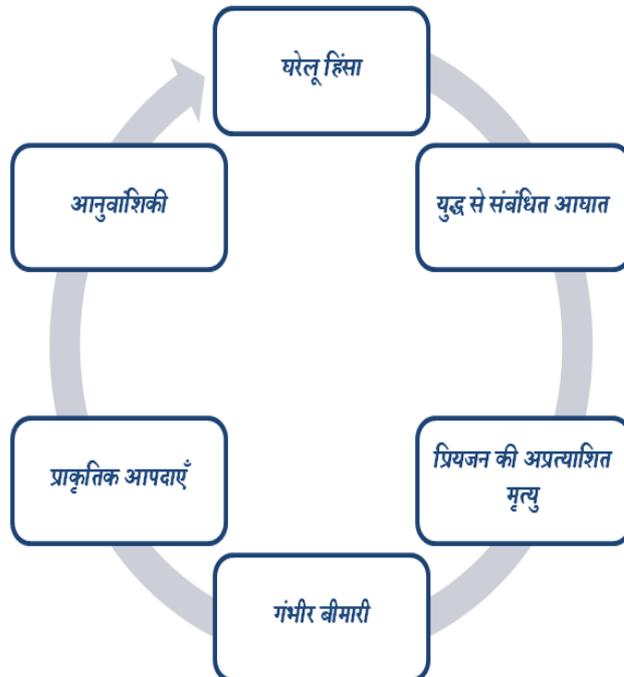
से मृत्यु का जोखिम 2 गुना बढ़ गया, जिसमें मृत्यु के प्रमुख कारण इस्केमिक हृदय रोग या फेफड़ों के कैंसर सहित श्वसन पथ के कैंसर थे।

7.4 अभिघातजन्य तनाव विकार उत्पन्न करने वाले कारक (आघात)

जैसा कि हम जानते हैं कि व्यक्तिगत जीवन में होने वाले समस्याओं की प्रकृति अलग-अलग होती है परिणामस्वरूप व्यक्ति के मनोमस्तिष्क पर इनका प्रभाव भी अलग-अलग देखने को मिलता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि यौन हिंसा (11.4%), विशेष रूप से बलात्कार (19.0%) व्यक्तिगत जीवन में अभिघातजन्य तनाव विकार उत्पन्न करने वाले कारकों में सर्वाधिक महत्वपूर्ण कारक है। इसके बाद, मोटर वाहन टक्कर से बचे लोगों, बच्चों और वयस्कों दोनों को PTSD का खतरा (2.6%) अधिक होता है।

अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि यद्यपि बच्चों में PTSD की दर वयस्कों की तुलना में कम हो सकती है, लेकिन उपचार की अनुपस्थिति में, लक्षण दशकों तक जारी रह सकते हैं। वहीं दूसरी ओर अध्ययनों से पता चलता है कि विकसित देश में गैर-युद्धग्रस्त आबादी में PTSD वाले बच्चों और किशोरों का अनुपात वयस्कों के 1.5% से 3% की तुलना में 1% हो सकता है। भविष्यवक्ता मॉडल ने स्पष्ट किया है कि बचपन का आघात, पुरानी प्रतिकूलता, न्यूरोबायोलॉजिकल अंतर और पारिवारिक तनाव वयस्कता में एक दर्दनाक घटना के बाद PTSD के जोखिम से जुड़े हैं। अभिघातजन्य तनाव विकार को उत्पन्न करने वाले कारकों को निम्न प्रकार से समझ सकते हैं:-

चित्र सं० 7.4: अभिघातजन्य तनाव विकार करने वाली परिस्थितियां



- **घरेलू हिंसा:** घरेलू हिंसा PTSD के विकास के लिए अतिसंवेदनशील कारक होता है। गर्भावस्था के दौरान घरेलू हिंसा का सामना करने वाली माताओं में PTSD के विकास की संभावना सर्वाधिक रहती है। जिन लोगों ने यौन उत्पीड़न या बलात्कार का अनुभव किया है, उनमें PTSD के लक्षण विकसित होने संभावना सर्वाधिक रहती है। यदि पीड़ित के आस-पास के लोग बलात्कार को अनदेखा करते हैं या पीड़ित को दोषी ठहराते हैं, तो गंभीर लक्षणों के बने रहने की संभावना भी अधिक होती है।
- **युद्ध से संबंधित आघात:** युद्ध से संबंधित आघात को PTSD के विकास के लिए एक जोखिम कारक माना गया है। PTSD विकसित करने वाले लगभग 25% सैन्य कर्मियों में, इसका प्रकटन देरी से होता है। युद्ध, कठिनाइयों और दर्दनाक घटनाओं के संपर्क में आने के कारण शरणार्थियों को PTSD का जोखिम भी बढ़ जाता है। शरणार्थी आबादी में PTSD की दर 4% से 86% तक रहती है। जबकि युद्ध के तनाव से इसमें शामिल सभी लोग प्रभावित होते हैं, विस्थापित व्यक्तियों को दूसरों की तुलना में अधिक प्रभावित पाया गया है। शरणार्थी आबादी में अभिघात के बाद का तनाव और अवसाद भी उनकी शैक्षिक सफलता को प्रभावित करता है।
- **प्रियजन की अप्रत्याशित मृत्यु:** किसी प्रियजन की अचानक, अप्रत्याशित मृत्यु क्रॉस-नेशनल अध्ययनों में रिपोर्ट की गई सबसे आम दर्दनाक घटना है। WHO वर्ल्ड मेंटल हेल्थ सर्वे के विश्लेषण में पाया गया कि किसी प्रियजन की अप्रत्याशित मृत्यु के बारे में जानने के बाद PTSD विकसित होने का जोखिम 5.2% है। इस प्रकार की दर्दनाक घटना के उच्च प्रचलन के कारण, दुनिया भर में PTSD के लगभग 20% मामले किसी प्रियजन की अप्रत्याशित मृत्यु के कारण होते हैं।
- **गंभीर बीमारी:** PTSD के बढ़ते जोखिम में चिकित्सा से जुड़ी स्थितियों जैसे कैंसर, दिल का दौरा और स्ट्रोक शामिल हैं। कैंसर से बचे 22% लोग आजीवन PTSD जैसे लक्षणों के साथ मौजूद रहते हैं। गहन देखभाल इकाई (ICU) में अस्पताल में भर्ती होना भी PTSD के लिए एक जोखिम कारक है। कुछ महिलाओं को स्तन कैंसर और स्तन उच्छेदन से संबंधित अपने अनुभवों से PTSD का अनुभव होता है। जीवन के लिए खतरा पैदा करने वाली बीमारियों का अनुभव करने वाले लोगों के प्रियजनों को भी PTSD विकसित होने का जोखिम होता है। अध्ययनों ने स्पष्ट किया है कि मनोविकृति प्रकरणों के बचे हुए लोग जैसे सिज़ोफ्रेनिया, सिज़ोफेक्टिव डिसऑर्डर, बाइपोलर I डिसऑर्डर और अन्य, के दौरान और बाद में होने वाले अनुभवों के कारण PTSD के लिए अधिक जोखिम में होते हैं। इस तरह के दर्दनाक अनुभवों में मनोरोग अस्पतालों में मरीजों द्वारा अनुभव किया जाने वाला उपचार, मनोविकृति के कारण पुलिस की

बातचीत, आत्महत्या का व्यवहार और प्रयास, मनोविकृति के दौरान व्यवहार के कारण सामाजिक कलंक और शर्मिंदगी, मनोविकृति के कारण बार-बार होने वाले डरावने अनुभव और नियंत्रण खोने या वास्तव में नियंत्रण खोने का डर शामिल है। मनोविकृति से बचे लोगों में PTSD की घटना 11% से लेकर 67% तक हो सकती है। कैंसर से संबंधित PTSD की व्यापकता का अनुमान 7% से 14% के बीच है, इसके अलावा 10% से 20% रोगियों में सबसिंड्रोमल पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस लक्षण (यानी, PTSS) का अनुभव होता है। डायग्नोस्टिक और स्टैटिस्टिकल मैनुअल, फोर्थ एडिशन (DSM-IV) के लिए PTSD फील्ड ट्रायल से पता चला है कि 22% कैंसर सर्वाइवर आजीवन कैंसर से संबंधित PTSD (CR-PTSD) के साथ मौजूद रहते हैं, जो कैंसर के निदान और उपचार को एक दर्दनाक तनाव के रूप में दर्शाता है। गर्भपात का अनुभव करने वाली महिलाओं को PTSD का खतरा होता है। जो लोग बार-बार गर्भपात का अनुभव करते हैं, उनमें केवल एक बार गर्भपात करने वालों की तुलना में PTSD का जोखिम अधिक होता है। PTSD बच्चे के जन्म के बाद भी हो सकता है और अगर किसी महिला ने गर्भावस्था से पहले आघात का अनुभव किया है तो जोखिम बढ़ जाता है। सामान्य प्रसव (यानी, मृत जन्म या प्रमुख जटिलताओं को छोड़कर) के बाद PTSD का प्रचलन छह सप्ताह के प्रसवोत्तर पर 2.8 और 5.6% के बीच होने का अनुमान है, जो छह महीने के प्रसवोत्तर पर 1.5% तक गिर जाता है। प्रसव के बाद PTSD के लक्षण आम हैं, छह सप्ताह में 24-30.1% की व्यापकता के साथ, छह महीने में 13.6% तक गिर जाता है। आपातकालीन प्रसव भी PTSD से जुड़ा हुआ है।

- **प्राकृतिक आपदाएँ:** चरम मौसम की घटनाएँ मानसिक स्वास्थ्य पर महत्वपूर्ण प्रभाव डालती हैं। जलवायु परिवर्तन के कारण इन घटनाओं की बढ़ती आवृत्ति और गंभीरता के साथ, यह समझना महत्वपूर्ण है कि वे कैसे लंबे समय तक चलने वाले मनोवैज्ञानिक आघात का कारण बन सकते हैं।
- **आनुवंशिकी:** इस बात के प्रमाण हैं कि PTSD के प्रति संवेदनशीलता वंशानुगत है। PTSD में लगभग 30% भिन्नता अकेले आनुवंशिकी के कारण होती है। वियतनाम में युद्ध के संपर्क में आए जुड़वां जोड़ों के लिए, PTSD के साथ एक मोनोजायगोटिक (समान) जुड़वां होने से सह-जुड़वां के PTSD होने का जोखिम उन जुड़वां बच्चों की तुलना में अधिक था जो डिजायगोटिक (गैर-समान जुड़वां) थे। प्रारंभिक निष्कर्षों के आधार पर, छोटे हिप्पोकैम्पस वाली महिलाओं में दर्दनाक घटना के बाद PTSD विकसित होने की संभावना अधिक हो सकती है। शोध में यह भी पाया गया है कि PTSD में अन्य मानसिक विकारों के समान कई आनुवंशिक प्रभाव होते हैं। घबराहट और सामान्यीकृत चिंता विकार और PTSD में 60% समान आनुवंशिक भिन्नता होती

है। शराब, निकोटीन और नशीली दवाओं की लत में 40% से अधिक आनुवंशिक समानताएँ होती हैं।

7.5 अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार

यदि आप जानते हैं कि एक व्यक्ति चरम स्थितियों और संभावित दर्दनाक अनुभवों के संपर्क में आने वाला है, तो आप निवारक उपाय के रूप में उसे प्रशिक्षित करने के बारे में सोच सकते हैं। व्यक्ति को तनाव टीकाकरण प्रशिक्षण के लिए प्रेरित किया जा सकता है, जिसमें आमतौर पर तीन चरण शामिल होते हैं।

- प्रारंभ में इसके बारे में जानकारी प्रदान करी जाती कि व्यक्ति को किस प्रकार की स्थिति का सामना करना पड़ेगा, क्या तनाव हो सकता है और लोग उनसे कैसे निपट सकते हैं।
- दूसरे चरण में व्यक्ति को स्वयं बयान देने के लिए कहा जा सकता है जैसे 'यह दर्द हमेशा के लिए नहीं रहेगा, घबराएं नहीं।'
- तीसरे चरण में वास्तव में व्यक्ति को इस उद्देश्य के लिए बनाई गई खतरनाक स्थितियों से अवगत कराया जाता है और उन्हें इसका अभ्यास भी कराया जाता है।

हालाँकि, कोई भी उस तरह से सभी आपदाओं के लिए तैयार नहीं रह सकता है। इसके विपरीत, आघात के बाद के तनाव विकार का उपचार करने के लिए मनो-सक्रिय दवाओं की एक शृंखला का उपयोग किया जाता है। इसके साथ ही, अवसादरोधी और शांत करने वाली दवाओं का कुछ प्रभाव पाया गया है, विशेषकर एसएसआरआई विशेष रूप से सफल रहे हैं। इस कठिन समय में दवाइयों के अलावा शॉर्ट टर्म क्राइसिस थेरेपी की भी जरूरत पड़ सकती है। आमतौर पर ऐसा देखा गया है कि किसी घटना या घटनाओं की शृंखला के बाद व्यक्ति दुनिया में विश्वास और सुरक्षा की भावना खो देता है। कभी-कभी किसी की स्थिरता खोने का डर हावी हो जाता है।

एक चिकित्सक के रूप में पहला काम व्यक्ति को पीटीएसडी की प्रकृति और अपेक्षित लक्षणों के बारे में शिक्षित करना होता है और इस बात पर जोर देना होता है कि इन्हें नियंत्रित किया जा सकता है। द्वितीय विश्व युद्ध के दौरान थके हुए सैनिकों का इलाज नारकोसिंथेसिस से किया गया। इसके अतिरिक्त इस समस्या के समाधान में मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोण को भी अहम् माना गया है जिसमें व्यक्तियों को आघात के पश्चात फिर से जीने के लिए प्रेरित करने पर बल दिया जाता है साथ ही मनोविश्लेषणात्मक रूप से उन्मुख चिकित्सा की सामान्य तकनीक के बाद, बचाव और स्थानांतरण का विश्लेषण करने पर जोर दिया जाता है। हालाँकि इसकी प्रभावकारिता की जाँच करने वाले नियंत्रित अध्ययन उपलब्ध नहीं हैं। अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार में केंद्रित संज्ञानात्मक-व्यवहार थेरेपी सबसे व्यापक रूप से उपयोग की जाने वाली तकनीकों में से एक माना गया है। इस विधि में, पीड़ित को धीरे-धीरे खुद को उन विचारों, भावनाओं और स्थितियों के सामने लाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है जो आघात से जुड़े हैं।

और जिनसे वह इतने लंबे समय तक बचने/साझा करने की कोशिश करता है। इसके साथ ही इस विधि में, व्यक्ति के घटना के बारे में गलत तर्कहीन विचारों का व्यक्ति को विश्लेषण करने और समझने पर बल दिया जाता है और फिर धीरे-धीरे गलत विचारों को अधिक वास्तविकता उन्मुख विचारों के साथ बदलने के लिए प्रेरित किया जाता है।

इसके अतिरिक्त, अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार में EMDR को भी एक कारगर तकनीक माना गया है इसे 1987 में फ्रांसिन शापिरो द्वारा विकसित किया गया था। इसे संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी की एक शाखा के रूप में अवधारणाबद्ध किया जाता है। इस विधि में, आंखों की गतिविधियों, हाथों की थपथपाहट या ध्वनियों का उपयोग एक लयबद्ध रूप से बाएं-दाएं करके किया जाता है जो इस मान्यता पर आधारित है कभी-कभी दर्दनाक यादें मस्तिष्क में इस तरह से 'फंस' जाती हैं कि बात करने से उन्हें बेअसर नहीं किया जा सकता है। ऐसा माना जाता है कि द्विपक्षीय उत्तेजना मस्तिष्क की सूचना प्रसंस्करण प्रणाली को अव्यवस्थित कर सकती है, और अप्रिय यादें एक समेकित स्मृति में एकीकृत और संसाधित हो सकती हैं।

अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम और उपचार में अस्तित्ववादी दृष्टिकोण को भी अहम् माना गया है जिसे विक्टर फ्रैंकल ने प्रस्तुत किया था जो इस कथन पर विश्वास करता है कि अमानवीय व्यवहार के आघात को केवल अस्तित्वगत अर्थ के व्यापक ढांचे में एकीकृत करके ही बेअसर किया जा सकता है। फ्रैंकल के दृष्टिकोण को लोगोथेरेपे के रूप में भी जाना जाता है। "लोगोथेरेपी" या "लोगोथेरेपी" एक मनोचिकित्सा उपचार है जो मुख्य रूप से व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य और संबंधों के बारे में समझौते के लिए उपयोगी है। यह तकनीक उनके विचारों, भावनाओं, और व्यवहार की समझ को बदलने के लिए डिज़ाइन की गई है ताकि वे अपने जीवन में सकारात्मक परिवर्तन कर सकें। लोगोथेरेपी अनेक समस्याओं के लिए उपयोगी हो सकती है, जैसे कि डिप्रेशन, अंकुश, उतार-चढ़ाव, संबंधों में संघर्ष, और ट्रौमा से संबंधित समस्याएँ। इस तकनीक का उपयोग सकारात्मक सोच और संबंधों को सुधारने के लिए किया जाता है, जिससे व्यक्ति अपने जीवन में स्थिरता और सुख की दिशा में आगे बढ़ सकता है। लोगोथेरेपी आमतौर पर एक प्रशिक्षित पेशेवर मनोचिकित्सक या चिकित्सक द्वारा संचालित की जाती है, जो व्यक्ति को सहायता प्रदान करते हैं ताकि वे अपने जीवन के विभिन्न पहलुओं को समझ सकें और उन्हें सुधार सकें।

7.6 सार-संक्षेप

इस इकाई में हमने अभिघातजन्य तनाव विकार के बारे में सीखा। हमने सीखा है कि यह विकार, जिसे आमतौर पर पीटीएसडी के रूप में जाना जाता है, एक दर्दनाक अनुभव के संपर्क में आने के बाद विकसित होता है। लक्षणों और नैदानिक विशेषताओं पर चर्चा की गई है। हमने यह भी सीखा है कि एक बच्चे और एक वयस्क के बीच की विशेषताएं अलग-अलग होती हैं, क्योंकि बच्चे में

प्रभाव को व्यक्त करने की क्षमता कम होती है। सामान्य आबादी में इन विकारों की व्यापकता और शुरुआत के समय पर भी चर्चा की गई है। हमने जैविक, मनोवैज्ञानिक और सांस्कृतिक कारकों के संदर्भ में उनकी प्रकृति के बारे में सीखा है। हमने यह भी सीखा है कि कमजोर व्यक्तित्व वाले व्यक्तियों में PTSD विकसित होने की अधिक संभावना होती है। यदि प्रत्याशित तनाव हो तो हम तनाव टीकाकरण प्रशिक्षण नामक निवारक उपाय के बारे में जानते हैं। लेकिन ज्यादातर मामलों में आपदा अप्रत्याशित रूप से आती है और व्यक्ति तैयार नहीं हो सकता है।

उपचार में अल्पकालिक संकट हस्तक्षेप के साथ-साथ दीर्घकालिक समायोजन और एकीकरण भी शामिल है। विभिन्न उपचार दृष्टिकोणों पर चर्चा की गई है।

7.7 शब्दावली

- **अभिघातज के बाद का तनाव विकार:** अभिघातज के बाद का तनाव विकार (पीटीएसडी) एक मानसिक स्थिति है जो गंभीर आघात के परिणामस्वरूप विकसित होती है जिसमें अक्सर हिंसा और विध्वंस शामिल होता है। यह आघात की गहन स्मृति, अत्यधिक उत्तेजना, व्यवहार संबंधी समस्याओं और भावनात्मक कठिनाइयों की विशेषता है।
- **उत्तरजीवी का अपराधबोध:** जब किसी व्यक्ति का कोई करीबी किसी आपदा या युद्ध में मर जाता है तो व्यक्ति उन्हें मरने देने के लिए खुद को दोषी मानता है। इसे उत्तरजीवी के अपराध के रूप में जाना जाता है।
- **तनाव टीकाकरण प्रशिक्षण:** किसी संभावित दर्दनाक अनुभव के लिए चरण दर चरण तैयारी। इसमें जानकारी, मुकाबला करने की तकनीकों का प्रशिक्षण और अनुरूपित तनावपूर्ण स्थितियों में तकनीकों का अभ्यास शामिल है।
- **आघात केंद्रित संज्ञानात्मक:** आघात-केंद्रित संज्ञानात्मक-व्यवहार में व्यवहार थेरेपी पीड़ित को धीरे-धीरे खुद को उन विचारों, भावनाओं और स्थितियों से अवगत कराने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है जो आघात से जुड़े होते हैं। दर्दनाक घटना के बारे में गलत तर्कहीन विचारों का विश्लेषण करने और उन्हें अधिक वास्तविकता उन्मुख विचारों से बदलने की आवश्यकता है।
- **नार्को सिंथेसिस:** पोस्ट टॉमैटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर वाले व्यक्ति में उनींदापन की स्थिति उत्पन्न करने और दर्दनाक स्मृति को उभरने की अनुमति देने के लिए सोडियम पेंटाथोल का इंजेक्शन। बाद में जागृत अवस्था में यह स्मृति वर्तमान से एकीकृत हो जाती है। लोगो थेरेपी : 'लोगो' का अर्थ है अर्थ।

- **लोगो थेरेपी:** विक्टर फ्रैंक की प्रस्तावित चिकित्सा पद्धति को संदर्भित करती है जहां यह माना जाता है कि अमानवीय उपचार के आघात को केवल अस्तित्वगत अर्थ के व्यापक ढांचे में एकीकृत करके ही बेअसर किया जा सकता है।
- **ईएमडीआर:** आई मूवमेंट डिसेन्सिटाइजेशन एंड रिप्रोसेसिंग 1987 में फ्रांसिन शापिरो द्वारा विकसित एक तकनीक है। यहां आप आंखों की गतिविधियों, हाथ की थपथपाहट या ध्वनियों का उपयोग करते हैं, जो मूल रूप से लयबद्ध, बाएं दाएं उत्तेजना के विभिन्न रूप हैं। यह इस आधार पर आधारित है कि कभी-कभी दर्दनाक यादें मस्तिष्क में 'फंस' जाती हैं और द्विपक्षीय गतिविधि उन्हें मुक्त कर देती है।

7.8 निबंधात्मक प्रश्न

1. विभिन्न प्रकार के अभिघातजन्य तनाव विकारों के लक्षणों और नैदानिक विशेषताओं पर केस उदाहरणों के साथ चर्चा करें।
2. बच्चों और वयस्कों के अभिघातजन्य तनाव विकार के सामान्य नैदानिक लक्षणों के बीच अंतर करें।
3. अभिघातजन्य तनाव विकार के रोग संबंधी कारकों पर चर्चा करें।
4. अभिघातजन्य तनाव विकार की रोकथाम तकनीक पर चर्चा करें।
5. अभिघातजन्य तनाव विकार के उपचार विकल्पों पर चर्चा करें।

7.9 सुझाई गई पुस्तकें

- कपलान, एच.आई. और सैडॉक, बी.जे. मनोचिकित्सा का सारांश। फिलाडेल्फिया: लिपिंकॉट विलियम्स।
- सेम्पल, डी., स्मिथ, आर., बर्न्स, जे., डीएर्जी, आर. और मैकिन्टोश, ए. (2005) ऑक्सफोर्ड हैंडबुक ऑफ साइकेट्री। लंदन: ओयूपी

7.10 सन्दर्भ ग्रंथ सूची

- "कैंसर से संबंधित पोस्ट-ट्रॉमेटिक तनाव" राष्ट्रीय कैंसर संस्थान जनवरी 1980. 16 सितंबर 2017 को पुनःप्राप्त
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 271–80. ISBN 978-0-89042-555-8

- लाई बीएस, लुईस आर, लिविंग्स एमएस, ला ग्रीका एएम, एस्नार्ड एएम (दिसंबर 2017) "आपदा जोखिम के बाद बच्चों में पोस्टटॉमेटिक तनाव लक्षण प्रक्षेपवक्र: एक समीक्षा" जर्नल ऑफ टॉमेटिक स्ट्रेस 30 (6): 571–582. doi:10.1002/jts.22242. PMC 5953201 PMID 29193316
- अटवोली एल, स्टीन डीजे, किंग ए, पेटुखोवा एम, एगुइलर-गैक्सियोला एस, अलोंसो जे, एट अला (अप्रैल 2017)। "किसी प्रियजन की अप्रत्याशित मृत्यु से जुड़ा पोस्टटॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर: विश्व मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षणों से क्रॉस-नेशनल निष्कर्ष" डिप्रेशन और एंजायटी 34 (4): 315–326. doi:10.1002/da.22579. पीएमसी 5661943 पीएमआईडी 27921352
- अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (2013) मानसिक विकारों का निदान और सांख्यिकीय मैनुअल: DSM-5। (5वां संस्करण)। वाशिंगटन, डीसी: अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन आईएसबीएन 0890425558। Read more: <https://traumadissociation-com.translate.google.com/complexptsd>
- अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (2013)। मानसिक विकारों का निदान और सांख्यिकीय मैनुअल: DSM-5। (5वां संस्करण)। वाशिंगटन, डीसी: अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन आईएसबीएन 0890425558। <https://traumadissociation-com.translate.google.com/complexptsd>
- अर्नाबोल्डी पी, रीवा एस, क्रिको सी, प्रवेदोनी जी (2017)। "पोस्ट-टॉमेटिक तनाव विकार की व्यापकता और स्तन कैंसर के निदान और प्रक्षेपवक्र में तनाव और दर्दनाक तनाव द्वारा निर्भाई गई भूमिका की खोज करने वाली एक व्यवस्थित साहित्य समीक्षा"। स्तन कैंसर: लक्ष्य और चिकित्सा। 9: 473–485। doi:10.2147/BCTT.S111101. PMC 5505536 PMID 28740430
- एडमंडसन डी, रिचर्डसन एस, फालज़ोन एल, डेविडसन केडब्ल्यू, मिल्स एमए, नेरिया वाई (2012)। "एक्यूट कोरोनरी सिंड्रोम के रोगियों में पोस्टटॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर की व्यापकता और पुनरावृत्ति का जोखिम: एक मेटा-एनालिटिक समीक्षा"। PLOS ONE 7 (6): e38915. बिबकोड: 2012PLoSO 738915E. doi:10.1371/journal.pone.0038915. पीएमसी 3380054 पीएमआईडी 22745687
- एडमंडसन डी, रिचर्डसन एस, फॉसेट जेके, फालज़ोन एल, हॉवर्ड वीजे, क्रोनिश आईएम (19 जून 2013)। "स्ट्रोक और क्षणिक इस्केमिक अटैक के बचे लोगों में PTSD की व्यापकता: एक मेटा-एनालिटिक समीक्षा" PLOS ONE 8 (6): e66435। बिबकोड: 2013PLoSO 866435E। doi:10.1371/journal.pone.0066435। पीएमसी 3686746 पीएमआईडी 23840467
- एबी जी, थॉम्पसन एसबी, हिक्किश टी, हीथकोट डी (अप्रैल 2015) "कैंसर से संबंधित पोस्ट-टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर के लिए व्यापकता दरों और मॉडरेटिंग कारकों का मेटा-विश्लेषण" साइको-ऑन्कोलॉजी 24 (4): 371–81। doi:10.1002/pon.3654. PMC 4409098 PMID 25146298

- एयर्स एस, बॉन्ड आर, बर्टुलीज़ एस, विज्मा के (अप्रैल 2016)। "प्रसव के बाद पोस्ट-ट्रॉमेटिक तनाव की एटियोलॉजी: एक मेटा-विश्लेषण और सैद्धांतिक रूपरेखा"। मनोवैज्ञानिक चिकित्सा। 46 (6): 1121–34. doi:10.1017/s0033291715002706. पीएमआईडी 26878223
- एलिसिक ई, ज़ाल्टा ए.के., वैन वेसल एफ, लार्सन एसई, हाफस्टैड जीएस, हसनपुर के, एट अल. (2014) "ट्रॉमा-एक्सपोज़्ड बच्चों और किशोरों में पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर की दरें: मेटा-विश्लेषण" (पीडीएफ)। ब्रिटिश जर्नल ऑफ साइकियाट्री 204 (5): 335–40. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227. पीएमआईडी 24785767
- एल्डर जे, स्टैडलमेयर डब्ल्यू, त्सुडिन एस, बिट्ज़र जे (जून 2006)। "प्रसव के बाद के दर्दनाक लक्षण: हमें क्या पेश करना चाहिए?"। जर्नल ऑफ साइकोसोमैटिक ऑब्सेट्रिक्स एंड गायनेकोलॉजी। 27 (2): 107–12। doi:10.1080/01674820600714632। पीएमआईडी 16808085। एस2सीआईडी 21859634
- ओट्टे सी, नेलन टीसी, पोल एन, मेट्ज़लर टी, बेस्ट एस, हेन-हासे सी, एट अल। (जनवरी 2005)। "पुलिस अकादमी में भर्ती होने वाले लोगों में बचपन के आघात और मनोवैज्ञानिक तनाव के लिए कैटेकोलामाइन प्रतिक्रिया के बीच संबंध"। जैविक मनोरोग 57 (1): 27–32। doi:10.1016/j.biopsych.2004.10.009। पीएमआईडी 15607297 एस2सीआईडी 35801179
- ओ'डॉनेल एमएल, क्रीमर एम, ब्रायंट आरए, श्राइडर यू, शालेव ए (जुलाई 2003)। "चोट के बाद पोस्टट्रॉमेटिक विकार: एक अनुभवजन्य और पद्धतिगत समीक्षा"। क्लिनिकल साइकोलॉजी रिव्यू 23 (4): 587–603. doi:10.1016/S0272-7358(03)00036-9. पीएमआईडी 12788111
- ओल्डे ई, वैन डेर हार्ट ओ, क्लेबर आर, वैन सोन एम (जनवरी 2006)। "प्रसव के बाद पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस: एक समीक्षा"। क्लिनिकल साइकोलॉजी रिव्यू 26 (1): 1–16। doi:10.1016/j.cpr.2005.07.002। एचडीएल:1874/16760। पीएमआईडी 16176853. एस2सीआईडी 22137961.
- कीन, टी.एम., रुबिन, ए., लाचोविच, एम., ब्रीफ, डी., एंगगैसर, जे.एल., रॉय, एम., और हर्मोस, जे.ए. (2018)। समस्याग्रस्त शराब पीने वाले नमूने में DSM-5 पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर मानदंड की अस्थायी स्थिरता। मनोवैज्ञानिक मूल्यांकन, 30(10), 1359–1366
- केस्टिंग ए, वैगनर बी (जून 2012)। "प्रसवकालीन नुकसान के बाद जटिल दुःख"। नैदानिक तंत्रिका विज्ञान में संवाद 14 (2): 187–94। doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting। पीएमसी 3384447. पीएमआईडी 22754291.
- केसलर आरसी, एगुइलर-गैक्सियोला एस, अलोंसो जे, बेनजेट सी, ब्रोमेट ईजे, कार्डसो जी, एट अल. (27 अक्टूबर 2017)। "डब्ल्यूएचओ विश्व मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण में आघात और PTSD" यूरोपीय जर्नल ऑफ साइको-ट्रॉमेटोलॉजी 8 (sup5): 1353383. doi:10.1080/20008198.2017.1353383. पीएमसी 5632781 पीएमआईडी 29075426

- केसलर आरसी, सोनेगा ए, ब्रोमेट ई, ह्यूजेस एम, नेल्सन सीबी (दिसंबर 1995) "नेशनल कोमोर्बिडिटी सर्वे में पोस्टटॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर" आर्काइव्स ऑफ जनरल साइकियाट्री 52 (12): 1048-60
- कैपेज़ानी एल, ओस्टाकोली एल, कैवलो एम, कार्लेटो एस, फर्नांडीज आई, सोलोमन आर, एट अल. (2013)। "कैंसर रोगियों के लिए ईएमडीआर और सीबीटी: पीटीएसडी, चिंता और अवसाद पर प्रभावों का तुलनात्मक अध्ययन"। जर्नल ऑफ ईएमडीआर प्रैक्टिस एंड रिसर्च 7 (3): 134-143। doi:10.1891/1933-3196.7.3.134. आईएसएसएन 1933-3196
- कॉर्डोवा एमजे, रीबा एमबी, स्पीगल डी (2017) "पोस्ट-टॉमेटिक तनाव विकार और कैंसर" द लैंसेट मनोरोग विज्ञान 4 (4): 330-338. doi:10.1016/S2215-0366(17)30014-7. PMC 5676567 PMID 28109647
- कोएनेन केसी, मोफिट टीई, पॉल्टन आर, मार्टिन जे, कैस्पी ए (फरवरी 2007)। "पोस्ट-टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर के विकास से जुड़े बचपन के कारक: एक अनुदैर्घ्य जन्म समूह से परिणाम"। मनोवैज्ञानिक चिकित्सा 37 (2): 181-92. doi:10.1017/S0033291706009019. PMC 2254221 PMID 17052377
- कोहेन एसआई (फरवरी 1995) "शराब और बेंजोडायजेपाइन चिंता, घबराहट और भय पैदा करते हैं"। जर्नल ऑफ द रॉयल सोसाइटी ऑफ मेडिसिन 88 (2): 73-7. पीएमसी 1295099. पीएमआईडी 7769598
- क्रिस्टियनसेन डीएम (फरवरी 2017)। "शिशु मृत्यु के बाद माता-पिता में पोस्टटॉमेटिक तनाव विकार: एक व्यवस्थित समीक्षा"। नैदानिक मनोविज्ञान समीक्षा 51: 60-74। doi:10.1016/j.cpr.2016.10.007. PMID 278384601
- क्लोड्रे, एम., गार्वर्ट, डी.डब्लू., ब्रूविन, सी.आर., ब्रायंट, आर.ए., और माएर्कर, ए. (2013)। प्रस्तावित ICD-11 PTSD और जटिल PTSD के लिए साक्ष्य: एक अव्यक्त प्रोफाइल विश्लेषण। यूरोपियन जर्नल ऑफ साइकोटॉमेटोलॉजी, 4(1), 20706. doi:10.3402/ejpt.v4i0.20706
- क्लोड्रे, एम., गार्वर्ट, डी.डब्लू., वीस, बी., कार्लसन, ई.बी., और ब्रायंट, आर.ए. (2014)। PTSD, कॉम्प्लेक्स PTSD और बॉर्डरलाइन पर्सनैलिटी डिसऑर्डर में अंतर: एक लैटेंट क्लास विश्लेषण। यूरोपियन जर्नल ऑफ साइकोटॉमेटोलॉजी, 5(1), 25097. doi:10.3402/ejpt.v5.25097
- क्विडे वाई, एंडरसन एफ, डुफोर-रेनफ्रे डी, डेस्क्रिड सी, ब्रिजार्ड बी, गिसोट वी, एट अल. (अक्टूबर 2018)। "महिलाओं में यौन उत्पीड़न के बाद हिप्पोकैम्पल की छोटी मात्रा पोस्ट-टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर से जुड़ी है"। एकटा साइकियाट्रिका स्कैंडिनेविका 138 (4): 312-324. doi:10.1111/acps.12920. पीएमआईडी 29952088. S2CID 49484570
- जेनॉफ-बुलमैन आर (1992)। बिखरी हुई धारणाएँ: आघात के एक नए मनोविज्ञान की ओर। न्यूयॉर्क: फ्री प्रेस
- जेम्स एस (दिसंबर 2015)। "आघातक प्रसव के बाद पोस्टटॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (PTSD) के लक्षणों के बारे में महिलाओं के अनुभव: एक समीक्षा और आलोचनात्मक

- मूल्यांकन"। महिलाओं के मानसिक स्वास्थ्य के अभिलेखागार। 18 (6): 761–711
doi:10.1007/s00737-015-0560-x। पीएमसी 4624822। पीएमआईडी 26264506।
- जेरो आई, आर्टिगास एल, उरीबे एस, गार्सिया एलई, कैवाज़ोस एमए, गिवाउडन एम (2015)। "महिला कैंसर रोगियों के साथ आई मूवमेंट डिसेन्सिटाइजेशन और रीप्रोसेसिंग इंटीग्रेटिव ग्रुप ट्रीटमेंट प्रोटोकॉल के प्रावधान पर पायलट रिसर्च स्टडी"। जर्नल ऑफ ईएमडीआर प्रैक्टिस एंड रिसर्च। 9 (2): 98–105. doi:10.1891/1933-3196.9.2.98. ISSN 1933-3196.
 - टू डब्ल्यूआर, राइस जे, ईसेन एसए, हीथ एसी, गोल्डबर्ग जे, लियोन्स एमजे, एट अल. (अप्रैल 1993)। "पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस लक्षणों के लिए देयता में आनुवंशिक और पर्यावरणीय योगदान का एक जुड़वां अध्ययन"। जनरल साइकियाट्री के अभिलेखागार। 50 (4): 257–264. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820160019002. पीएमआईडी 8466386
 - डेकेल एस., गिल्बर्टसन एम.डब्ल्यू., ऑर एस.पी., राउच एस.एल., वुड एन.ई., पिटमैन आर.के. (2016)। "ट्रॉमा और पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर" स्टर्न टी.ए., फवा एम., विलेन्स टी.ई., रोसेनबाम जे.एफ. मैसाचुसेट्स जनरल हॉस्पिटल कॉम्प्रिहेंसिव क्लिनिकल साइकियाट्री लंदन: एल्सेवियर। पीपी. 380–392. आईएसबीएन 978-0-323-29507-9 ओसीएलसी 905232521
 - डेविडोव डीएस, गिफर्ड जेएम, देसाई एसवी, नीधम डीएम, बिएनवेनु ओजे (2008) "सामान्य गहन देखभाल इकाई के बचे लोगों में पोस्टट्रॉमेटिक तनाव विकार: एक व्यवस्थित समीक्षा"। जनरल हॉस्पिटल साइकियाट्री 30 (5): 421–34। doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006। PMC 2572638 PMID 18774425
 - डौगिरदैते वी, वैन डेन अक्कर ओ, प्योरवाल एस (2015)। "गर्भावस्था की समाप्ति और प्रजनन हानि के बाद पोस्टट्रॉमेटिक तनाव और पोस्टट्रॉमेटिक तनाव विकार: एक व्यवस्थित समीक्षा"। जर्नल ऑफ प्रेग्नेसी। 2015: 646345. doi:10.1155/2015/646345. पीएमसी 4334933. पीएमआईडी 25734016
 - दाई डब्ल्यू, लियू ए, कामिंगा एसी, डेंग जे, लाई जेड, वेन एसडब्ल्यू (अगस्त 2018)। "सड़क यातायात दुर्घटनाओं के बाद बच्चों और किशोरों में पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर की व्यापकता: एक मेटा-विश्लेषण"। कैनेडियन जर्नल ऑफ साइकियाट्री 63 (12): 798–808। doi:10.1177/0706743718792194. PMC 6309043 PMID 30081648
 - दिमित्रोव एल, मोस्कोपोलू ई, कोर्सजुन ए (5 अप्रैल 2019)। "कैंसर से संबंधित दर्दनाक तनाव के लक्षणों के उपचार के लिए हस्तक्षेप: साहित्य की एक व्यवस्थित समीक्षा"। साइको-ऑन्कोलॉजी। 28 (5): 970–979। doi:10.1002/pon.5055. आईएसएसएन 1057-9249। पीएमआईडी 30847978।
 - नेनोवा एम, मॉरिस एल, पॉल एल, ली वाई, एप्पलबाम ए, डुहामेल के (2013)। "कैंसर से संबंधित दर्दनाक तनाव के लक्षणों के उपचार के लिए संज्ञानात्मक-व्यवहार घटकों के साथ मनोसामाजिक हस्तक्षेप: यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षणों की समीक्षा"। जर्नल ऑफ कॉग्निटिव साइकोथेरेपी। 27 (3): 258–284। doi:10.1891/0889-8391.27.3.258. आईएसएसएन 0889-8391। पीएमसी 11056102. पीएमआईडी 32759144.

- नेशनल कोलैबोरैटिंग सेंटर फॉर मेंटल हेल्थ (यूके) (2005) पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर: प्राथमिक और माध्यमिक देखभाल में वयस्कों और बच्चों में PTSD का प्रबंधन। नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ एंड क्लिनिकल एक्सिलेंस: मार्गदर्शन। गार्स्केल (रॉयल कॉलेज ऑफ साइकियाट्रिस्ट्स)। आईएसबीएन 978-1-904671-25-1 एनआईसीई क्लिनिकल गाइडलाइन्स, नंबर 26
- नेशनल कोलैबोरैटिंग सेंटर फॉर मेंटल हेल्थ (यूके) (2005) पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर: प्राथमिक और माध्यमिक देखभाल में वयस्कों और बच्चों में PTSD का प्रबंधन। नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ एंड क्लिनिकल एक्सिलेंस: मार्गदर्शन संख्या 26. गैसकेल (रॉयल कॉलेज ऑफ साइकियाट्रिस्ट्स)। आईएसबीएन 978-1-904671-25-1
- पाइनस, आर.एस., और स्टीनबर्ग, ए.एम. (2014)। लेने, सी.एम., वॉरेन, जे.एस., मुरली, आर.वी., और साल्ट्जमैन, डब्ल्यू.आर. (संपादक), DSM-5 और बच्चों और किशोरों में आघात का मूल्यांकन। गिलफोर्ड प्रेस।
- पोर्टर एम, हसलाम एन (अक्टूबर 2001) "यूगोस्लाविया में जबरन विस्थापन: मनोवैज्ञानिक परिणामों और उनके मध्यस्थों का मेटा-विश्लेषण" जर्नल ऑफ ट्रॉमेटिक स्ट्रेस 14 (4): 817–34. doi:10.1023/A:1013054524810 PMID 11776427 S2CID 41804120
- फोर्ड, जेडी और कोर्टोइस, सीए (2021)। जटिल PTSD और सीमा रेखा व्यक्तित्व विकार। बॉर्डरलाइन व्यक्तित्व विकार और भावना विकृति, 8(1), 16. doi: 10.1186/s40479-021-00155-9
- बर्नस्टीन एम, फ्रेजरबाम बी (मई 2018)। "बच्चों और किशोरों में प्राकृतिक आपदाओं के प्रति प्रतिक्रिया के रूप में पोस्टट्रॉमेटिक ग्रोथ" करेंट साइकियाट्री रिपोर्ट्स 20 (5): 37. doi:10.1007/s11920-018-0900-4. PMID 29766312. S2CID 21721645
- बसवेल जी, हैम जेड, लॉयड-इवांस बी, बिलिंग्स जे (जनवरी 2021)। "PTSD से लेकर मनोविकृति के अनुभव तक की व्यवस्थित समीक्षा: व्यापकता और संबंधित कारक"। बीएमसी साइकियाट्री 21 (1): 9. doi:10.1186/s12888-020-02999-x. पीएमसी 7789184 पीएमआईडी 33413179
- बिसन जेआई, बर्लिनर एल, क्लोइट्रे एम, फोर्ब्स डी, जेन्सन टीके, लुईस सी, एट अल. (अगस्त 2019)। "द इंटरनेशनल सोसाइटी फॉर ट्रॉमेटिक स्ट्रेस स्टडीज पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर की रोकथाम और उपचार के लिए नए दिशानिर्देश: कार्यप्रणाली और विकास प्रक्रिया" (पीडीएफ)। जर्नल ऑफ ट्रॉमेटिक स्ट्रेस 32 (4): 475–483। doi:10.1002/jts.22421. hdl:10852/77258. PMID 31283056 S2CID 195830995
- मजुरेक बी, हॉप्ट एच, ओल्ज़ एच, स्ज़ेपेक ए (2022)। "तनाव और टिनटस - बिस्तर से बेंच तक और वापस"। फ्रंटियर्स इन सिस्टम न्यूरोसाइंस 6 (47): 47. doi:10.3389/fnsys.2012.00047. पीएमसी 3371598. पीएमआईडी 22701404
- मार्टिन सी (2012). प्रसवकालीन मानसिक स्वास्थ्य: एक नैदानिक मार्गदर्शिका। कुम्ब्रिया, इंग्लैंड: एम एंड के पब। पी. 26. आईएसबीएन 978-1-907830-49-5.

- मेरकर, ए., क्लोइटर, एम., बाकेम, आर., श्लम्पफ, वाईआर, खौरी, बी., हिचकॉक, सी., और बोहस, एम. (2022)। जटिल अभिघातजन्य तनाव विकार। लैंसेट, 400(10345), 60-72। <https://traumadissociation-com.translate.google.com/complexptsd>
- मेसन एफ, लॉड्रिक जेड (2013) "यौन उत्पीड़न के मनोवैज्ञानिक परिणाम" बेस्ट प्रैक्टिस एंड रिसर्च क्लिनिकल ऑब्स्टेट्रिक्स एंड गायनेकोलॉजी 27 (1): 27-37. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015. PMID 23182852
- मैक्समेन जेएस, वार्ड एनजी (2002). साइकोट्रोपिक ड्रग्स: फास्ट फैक्ट्स न्यूयॉर्क: डब्ल्यू.डब्ल्यू. नॉर्टन एंड कंपनी. पृष्ठ 348. आईएसबीएन 978-0-393-70301-6
- मॉटमैसन एच, बर्ट्रेड पी, पेरोटिन एफ, एल-हेज डब्ल्यू (अक्टूबर 2012)। "[प्राइमिपेरस माताओं में प्रसवोत्तर दर्दनाक तनाव विकार के पूर्वानुमान]" (पीडीएफ)। जर्नल डे गायनेकोलॉजी, ऑब्स्टेट्रिक एट बायोलॉजी डे ला रिप्रोडक्शन। 41 (6): 553-60। doi:10.1016/j.jgyn.2012.04.010. PMID 22622194. S2CID 196363612.
- यूनेस्को (2018) सीखने के लिए एक जीवन रेखा: शरणार्थियों के लिए शिक्षा का समर्थन करने के लिए मोबाइल प्रौद्योगिकी का लाभ उठाना। यूनेस्को आईएसबीएन 978-92-3-100262-5
- येहुदा, आर., मैकफारलेन, ए. सी., और शालेव, ए. वाई. (1998)। किसी दर्दनाक घटना की तीव्र प्रतिक्रिया से अभिघातजन्य तनाव विकार के विकास की भविष्यवाणी करना। जैविक मनोचिकित्सा, 44(12), 1305-1313.
- येहुदा, आर., होंगे, सी. डब्ल्यू., मैकफारलेन, ए. सी., वर्मेन, ई., लैनियस, आर. ए., नीवरगेल्ट, सी. एम., ... और हाइमन, एस. ई. (2015) अभिघातजन्य तनाव विकार। नेचर रिव्यूज़ डिसीज़ प्राइमर्स, 1(1), 150571
- लिन डब्ल्यू, गोंग एल, जिया एम, दाई डब्ल्यू (जनवरी 2018)। "सड़क यातायात दुर्घटना से बचे लोगों में पोस्टटॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर की व्यापकता: एक PRISMA-अनुरूप मेटा-विश्लेषण"। मेडिसिन 97 (3): e9693. doi:10.1097/md.0000000000009693. पीएमसी 5779792 पीएमआईडी 29505023
- लियू सी, झांग वाई, जियांग एच, वू एच (5 मई 2017)। "डिम्बग्रंथि के कैंसर से पीड़ित चीनी रोगियों में सामाजिक समर्थन और अभिघातजन्य तनाव विकार के लक्षणों के बीच संबंध: एक बहु मध्यस्थता मॉडल"। PLOS ONE 12 (5): e0177055. बिबकोड:2017PLoS1277055L doi:10.1371/journal.pone.0177055. PMC 5419605 PMID 28475593
- लू डब्ल्यू, मुएसर केटी, रोसेनबर्ग एसडी, यानोस पीटी, महमूद एन (2017)। "साइकोसिस के लिए पोस्टटॉमेटिक रिएक्शन: एक गुणात्मक विश्लेषण"। फ्रंटियर्स इन साइकियाट्री। 8: 129. doi:10.3389/fpsy.2017.00129. PMC 5515869. PMID 28769826. एबी जी, थॉम्पसन एसबी, हिकिश टी, हीथकोट डी (20 मई 2014)। "व्यापकता दरों और मॉडरेटिंग फैक्टरों का मेटा-विश्लेषण
- लैप केजी, बोसवर्थ एचबी, स्ट्रॉस जेएल, स्टेचुचक केएम, हॉर्नर आरडी, कैलहॉन पीएस, एट अला (सितंबर 2005)। "युद्ध से संबंधित पोस्ट-टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर वाले पुरुष दिग्गजों

- के बीच आजीवन यौन और शारीरिक उत्पीड़न" मिलिट्री मेडिसिन 170 (9): 787–90। doi:10.7205/MILMED.170.9.787। PMID 16261985
- विलियम्स, एमबी, (2002)। दर्दनाक तनाव के लक्षणों पर काबू पाने के लिए PTSD कार्यपुस्तिका सरल, प्रभावी तकनीक। ओकलैंड, कैलिफ़ोर्निया: न्यू हार्विगर प्रकाशन। आईएसबीएन 160882148एक्स।
 - विल्लाल्टा एल, स्मिथ पी, हिकिन एन, स्ट्रिंगारिस ए (अप्रैल 2018) "आघातग्रस्त युवाओं में भावना विनियमन कठिनाइयाँ: एक मेटा-विश्लेषण और वैचारिक समीक्षा" (पीडीएफ) यूरोपीय बाल और किशोर मनोचिकित्सा। 27 (4): 527–544. doi:10.1007/s00787-018-1105-4. पीएमआईडी 29380069. S2CID 4731753
 - विश्व स्वास्थ्य संगठन। (2023)। ICD-11 (2023)। विश्व स्वास्थ्य संगठन क्लोइटर, एम., कोर्टोइस, सीए, फोर्ड, जेडी, ग्रीन, बीएल, अलेक्जेंडर, पी., ब्रिगे, जे., हरमन, जेएल, लैनियस, आर., स्टोलबैक, बीसी, स्पिनाज़ोला, जे., वैन डेर कोल्क, बीए, वैन डेर हार्ट, ओ. (2012)। वयस्कों में जटिल PTSD के लिए ISTSS विशेषज्ञ आम सहमति उपचार दिशानिर्देश। 5 मई, 2023 को
http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ComplexPTSD.pdf
 - वैन डेर कोल्क, बी. ए., रोथ, एस., पेलकोविट्ज़, डी., संडे, एस., और स्पिनाज़ोला, जे. (2005)। अत्यधिक तनाव के विकार: आघात के लिए एक जटिल अनुकूलन का अनुभवजन्य आधार। जर्नल ऑफ़ ट्रॉमेटिक स्ट्रेस, 18(5), 389–399।
 - व्यूंग डब्ल्यू.वी., जूलियस डी.ए., फर्नांडीज ए., बीटी-ब्रूक्स एम., हेटेमा जे.एम., पांडुरंगी ए.के. (मई 2006)। "पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर: नैदानिक विशेषताएं, पैथोफिजियोलॉजी और उपचार"। अमेरिकन जर्नल ऑफ़ मेडिसिन 119 (5): 383–90. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.09.027. PMID 16651048
 - शालेव ए, लिबरज़ोन आई, मार्मर सी (जून 2017) "पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर" द न्यू इंग्लैंड जर्नल ऑफ़ मेडिसिन 376 (25): 2459–2469. doi:10.1056/NEJMra1612499. पीएमआईडी 28636846
 - शेरिंगा एमएस (2015) "युवा बच्चों में मनोरोग सहवर्तीता को सुलझाना जिन्होंने एकल, बार-बार या तूफान कैटरीना दर्दनाक घटनाओं का अनुभव किया" चाइल्ड एंड यूथ केयर फोरम 44 (4): 475–492। doi:10.1007/s10566-014-9293-7. PMC 4511493 PMID 26213455
 - शॉ के, मैकफर्लेन ए, बुकलेस सी (जुलाई 1997) "साइकोटिक बीमारी के लिए दर्दनाक प्रतिक्रियाओं की घटना" जर्नल ऑफ़ नर्वस एंड मेंटल डिजीज 185 (7): 434-441. doi:10.1097/00005053-199707000-00003. पीएमआईडी 9240361
 - श्लेजर डब्ल्यूई, कॉरी एनएच, विलियम्स सीएस, कुलका आरए, मुलवेनी-डे एन, डेबेकी एस, एट अला। (2 दिसंबर 2015) "वियतनाम के दिग्गजों के राष्ट्रीय स्तर पर प्रतिनिधि नमूने के बीच मृत्यु दर और आघात से संबंधित जोखिम कारकों का एक संभावित अध्ययन" अमेरिकन जर्नल ऑफ़ एपिडेमियोलॉजी 182 (12): 980–990। डीओआई:10.1093/एजेई/केडब्ल्यूवी217. पीएमआईडी 26634285

- सीमा आर, माजुरेक बी, हैदर एच, किकिडिस डी, लापिरा ए, नोरेना ए, एट अल.(2019). "टिनितस के लिए एक बहु-विषयक यूरोपीय दिशानिर्देश: निदान, मूल्यांकन और उपचार". HNO. 67 (सप्ल 1): 10–42. doi:10.1007/s00106-019-0633-7. पीएमआईडी 30847513. S2CID 71145857
- सुरीस ए, लिंड एल, काशनर टीएम, बोरमैन पीडी, पेटी एफ (2004)। "महिला दिग्गजों में यौन उत्पीड़न: PTSD जोखिम, स्वास्थ्य देखभाल उपयोग और देखभाल की लागत की जांच"। साइकोसोमैटिक मेडिसिन 66 (5): 749–56. Cite Seer X 10.1.1.508.9827 doi:10.1097/01 psy.0000138117.58559.7b PMID 15385701. S2CID 14118203
- स्केल्टन के, रेस्लर केजे, नॉरहोम एसडी, जोवानोविक टी, ब्रैडली-डेविनो बी (2012) "पीटीएसडी और जीन वेरिएंट: नए रास्ते और नई सोच"। न्यूरो-फार्माकोलॉजी 62 (2): 628–37. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.02.013. पीएमसी 3136568 पीएमआईडी 21356219
- स्पेट्स आर, सूजा टी (2007) "पीटीएसडी और मादक द्रव्यों के सेवन से होने वाली सह-रुग्णता का उपचार" (पीडीएफ) व्यवहार विश्लेषक आज 9 (1): 11–26. doi:10.1037/h0100643. मूल (पीडीएफ) से 6 नवंबर 2014 को संग्रहीत
- स्वार्ट्जमैन एस, बूथ जेएन, मुनरो ए, सानी एफ (अप्रैल 2017) "वयस्कों में कैंसर के निदान के बाद पोस्ट-ट्रॉमेटिक तनाव विकार: एक मेटा-विश्लेषण" अवसाद और चिंता 34 (4): 327–339 doi:10.1002/da.22542 hdl:20.500.11820/b8651f89-9611-4f50-8766-3d5b64b8be23 पीएमआईडी 27466972 S2CID 1828418
- हरमन, जे.एल. (1992)। जटिल PTSD: लंबे समय तक और बार-बार आघात से बचे लोगों में एक सिंड्रोम। जर्नल ऑफ ट्रॉमेटिक स्ट्रेस, 5(3), 377–391।
- हरमन, जेएल (1992)। जटिल PTSD: लंबे समय तक और बार-बार आघात से बचे लोगों में एक सिंड्रोम। जे आघात तनाव, 5(3), 377–391. doi:10.1007/bf00977235 विश्व स्वास्थ्य संगठन। (1992)।
- हॉफमैन बीएल, शॉर्गे जेओ, ब्रैडशॉ केडी, हैल्वरसन एलएम, शेफ़र जेआई, कॉर्टन एमएम, एड्स। (2016)। विलियम्स गायनोकोलॉजी (तीसरा संस्करण)। मैकग्रॉ हिल प्रोफेशनल आईएसबीएन 978-0-07-184909-8
- हॉल एनए, एवरसन एटी, बिलिंग्सले एमआर, मिलर एमबी (जनवरी 2022) "नैतिक चोट, मानसिक स्वास्थ्य और व्यवहारिक स्वास्थ्य परिणाम: साहित्य की एक व्यवस्थित समीक्षा" नैदानिक मनोविज्ञान और मनोचिकित्सा 29 (1): 92–110. doi:10.1002/cpp.2607. पीएमआईडी 33931926. S2CID 233471425
- हॉवर्ड एलएम, ओरम एस, गैली एच, ट्रेविलियन के, फेडर जी (2013)। "घरेलू हिंसा और प्रसवकालीन मानसिक विकार: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण"। पीएलओएस मेडिसिन 10 (5): ई1001452। doi:10.1371/journal.pmed.1001452। पीएमसी 3665851 पीएमआईडी 23723741

- होलीफील्ड एम, वार्नर टीडी, लियान एन, क्राको बी, जेनकिंस जेएच, केसलर जे, एट अल. (2002) "शरणार्थियों में आघात और स्वास्थ्य स्थिति को मापना: एक महत्वपूर्ण समीक्षा"। JAMA 288 (5): 611–21. doi:10.1001/jama.288.5.611. PMID 12150673

वेब-सन्दर्भ ग्रंथ सूची

- <https://www.betterhealth.vic.gov.au/post-traumatic-stress-disorder-hindi>
- <https://www.charliehealth.com/post/types-of-ptsd>
- <https://traumadissociation-com.translate.goog/complexptsd>
- <https://www.bhaskar.com/women/news/fear-of-bomb-blast-when-utensils-fall-90-minutes-therapy-will-remove-bad-memories>
- <https://www.rwjbh.org/treatment-care/mental-health-and-behavioral-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder/the-four-types-of-symptoms-of-ptsd>
- <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

इकाई 8. आचरण विकार (Conduct Disorder)

इकाई की संरचना

- 8.1 प्रस्तावना
- 8.2 उद्देश्य
- 8.3 आचरण विकार
- 8.4 आचरण विकार के लक्षण
- 8.5 आचरण विकार के कारण
- 8.6 आचरण संबंधी विकारों? के मूल्यांकन और रोकथाम के लिए महत्व
- 8.7 आचरण विकार का प्रबंधन एवं उपचार
- 8.8 आचरण विकारों के प्रबंधन में शिक्षकों और परिवार की भूमिका
- 8.9 अभ्यास प्रश्न
- 8.10 सारांश
- 8.11 शब्दावली
- 8.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची
- 8.13 निबंधात्मक प्रश्न

8.1 प्रस्तावना

पिछली इकाइयों में आपने व्यावहारिक और संवेगात्मक समस्याओं के अंतर्गत चिंता और अवसाद, भोजन विकार, अभिघातजन्य तनाव विकार, का अध्ययन किया। इस इकाई के अंतर्गत आचरण विकार के संप्रत्यय, उसके निदान आदि के बारे में अध्ययन करेंगे।

8.2 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के उपरांत आप –

- आचरण विकार क्या है समझ पाएंगे।
- आचरण विकार के लक्षण बता पाएंगे।
- आचरण विकार के कारण समझ पाएंगे।
- आचरण संबंधी विकारों? के मूल्यांकन और रोकथाम का महत्व बता पाएंगे।
- आचरण विकार का प्रबंधन एवं उपचार को जान पाएंगे।
- आचरण विकारों के प्रबंधन में शिक्षकों और परिवार की भूमिका को समझ पाएंगे।

8.3 आचरण विकार (Conduct Disorder)

आचरण विकार की DSM-IV-TR परिभाषा उन व्यवहारों पर केंद्रित है जो दूसरों के मूल अधिकारों और प्रमुख सामाजिक मानदंडों का उल्लंघन करते हैं। आचरण विकार व्यावहारिक और भावनात्मक समस्याओं का एक समूह है जो आमतौर पर बचपन या किशोरावस्था के दौरान शुरू होता है। आचरण विकार वाले बच्चों और किशोरों को नियमों का पालन करने और सामाजिक रूप से स्वीकार्य तरीके से व्यवहार करने में कठिनाई होती है। वे आक्रामक, विनाशकारी और धोखेबाज व्यवहार प्रदर्शित कर सकते हैं जो दूसरों के अधिकारों का उल्लंघन कर सकते हैं। वयस्क और अन्य बच्चे उन्हें मानसिक बीमारी के बजाय "बुरा" या अपराधी मान सकते हैं। वे सख्त और आत्मविश्वासी दिखाई दे सकते हैं। हालाँकि, वास्तविकता में, जिन बच्चों को आचरण विकार होता है, वे अक्सर असुरक्षित होते हैं। आचरण विकार वाले बच्चे सभी जातियों, संस्कृतियों और सामाजिक-आर्थिक समूहों में पाए जा सकते हैं। इस प्रकार के बच्चों व किशोरों में सहानुभूति और पश्चाताप का निम्न स्तर पाया जाता है। आचरण विकार का निदान तब किया जा सकता है जब लक्षण 6 महीने या उससे अधिक समय तक जारी रहते हैं।

आचरण विकार (सीडी) बचपन और शुरुआती किशोरावस्था में उभरने वाला एक मानसिक विकार है, जिसमें दूसरों के अधिकारों का उल्लंघन और गंभीर शारीरिक आक्रामकता सहित गुप्त और प्रकट असामाजिक व्यवहार से संबंधित व्यवहार संबंधी लक्षण होते हैं (फेयरचाइल्ड एट अल., 2019)।

DSM-IV में, आचरण विकार (CD) को ध्यान अभाव और विघटनकारी व्यवहार विकार” नामक एक व्यापक श्रेणी में विपक्षी अवज्ञा विकार (oppositional defiant disorder (ODD) और ध्यान अभाव अति सक्रियता विकार (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) के साथ समूहीकृत किया गया है। ODD और ADHD को कभी-कभी आचरण विकार (CD) के विकासात्मक अग्रदूत माना जाता है (Lahey, McBurnett, & Loeber, 2000)।

8.4 आचरण विकार के लक्षण (Symptoms of Conduct disorder):

आचरण विकार बालकों एवं किशोरों में पाये जाने वाले सामान्य विद्रोह से परे है। इसमें गंभीर व्यवहार संबंधी समस्याएं शामिल हैं जो शिक्षकों, माता-पिता, साथियों और अन्य वयस्कों के बीच चिंता पैदा कर सकती हैं। आचरण विकार के लक्षण बच्चे की उम्र और विकार के हल्के, मध्यम या गंभीर होने के आधार पर अलग-अलग होते हैं। आचरण विकार के निदान के लिए बच्चों में पिछले वर्ष में इनमें से कम से कम तीन लक्षण और पिछले छह महीनों में कम से कम एक लक्षण प्रदर्शित होना चाहिए।

सामान्य तौर पर, आचरण विकार के लक्षण चार सामान्य श्रेणियों में आते हैं:

आक्रामक व्यवहार:

1. दूसरों को धमकाना, धमकाना या डराना
2. शारीरिक लड़ाई शुरू करना
3. ऐसे हथियार का इस्तेमाल करना जिससे गंभीर नुकसान हो सकता है
4. लोगों के साथ शारीरिक क्रूरता
5. जानवरों के साथ शारीरिक क्रूरता
6. पीड़ित का सामना करते समय चोरी करना
7. जबरन यौन क्रियाकलाप

विनाशकारी व्यवहार:

8. इसमें जानबूझकर संपत्ति को नष्ट करना शामिल है जैसे
9. आगजनी (जानबूझकर आग लगाना) और बर्बरता (किसी दूसरे व्यक्ति की संपत्ति को नुकसान पहुँचाना)।

छलपूर्ण व्यवहार:

10. चोरी करने के लिए घरों या कारों में सेंध लगाना,
11. दायित्वों से बचने व व्यक्तिगत लाभ के लिए झूठ बोलना शामिल हो सकता है।
12. दुकानों से सामान चुराना

नियमों का उल्लंघन: इसमें समाज के स्वीकृत नियमों के विरुद्ध जाना या ऐसा व्यवहार करना शामिल है जो व्यक्ति की उम्र के लिए उपयुक्त नहीं है। इन व्यवहारों में -

13. माता-पिता के निषेध के बावजूद 13 वर्ष की आयु से पहले रात में बाहर रहना
14. माता-पिता या अभिभावक के घर से कम से कम दो बार रात भर घर से भागना
15. 13 वर्ष की आयु से पहले स्कूल से अनुपस्थित रहना।

डीएसएम V के अनुसार पिछले 12 महीनों के दौरान उपरोक्त 15 मानदंडों में से कम से कम 3 मौजूद होने के साथ दूसरों के अधिकारों और सामाजिक मानदंडों का उल्लंघन करने वाला व्यवहार का दोहराव की प्रवृत्ति हो।

B) गड़बड़ी के कारण कामकाज के एक या अधिक महत्वपूर्ण क्षेत्रों में चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण हानि होती है।

C) यदि व्यक्ति की आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, तो असामाजिक व्यक्तित्व के लिए मानदंड पूरे नहीं होते हैं।

वयस्कों में आचरण विकार के लक्षण

जिन वयस्कों को आचरण विकार होता है, उन्हें नौकरी रखने या रिश्ते बनाए रखने में कठिनाई हो सकती है। वे अवैध या खतरनाक व्यवहार करने के लिए प्रवण हो सकते हैं। वयस्कों में आचरण विकार के लक्षणों का निदान असामाजिक व्यक्तित्व विकार के रूप में किया जा सकता है।

8.5 आचरण विकार के कारण

आचरण विकार का सटीक कारण ज्ञात नहीं है, लेकिन ऐसा माना जाता है कि जैविक, आनुवंशिक, पर्यावरणीय, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक कारकों का संयोजन इसमें भूमिका निभाता है।

जैविक:

कुछ अध्ययनों से पता चलता है कि मस्तिष्क के कुछ क्षेत्रों में दोष या चोट लगने से व्यवहार संबंधी विकार हो सकते हैं। आचरण विकार को व्यवहार, आवेग नियंत्रण और भावना को विनियमित करने में शामिल विशेष मस्तिष्क क्षेत्रों से जोड़ा गया है। यदि इन मस्तिष्क क्षेत्रों के साथ तंत्रिका कोशिका सर्किट ठीक से काम नहीं करते हैं तो आचरण विकार के लक्षण हो सकते हैं। इसके अलावा, आचरण विकार वाले कई बच्चों और किशोरों को अन्य मानसिक बीमारियाँ भी होती हैं, जैसे कि ध्यान की कमी /अति सक्रियता विकार (ADHD), सीखने के विकार, अवसाद, मादक द्रव्यों के सेवन या चिंता विकार, जो आचरण विकार के लक्षणों में योगदान कर सकते हैं। उच्च टेस्टोस्टेरोन का स्तर भी आक्रामकता से जुड़ा हुआ है विकास की धीमी गति खराब सामाजिक कौशल, सीखने की अक्षमता, औसत से कम बौद्धिक क्षमता का कारण बनती है, जिससे सीखने में कठिनाई, शैक्षणिक कठिनाइयाँ, कम आत्मसम्मान और बच्चों में विघटनकारी व्यवहार करने की प्रवृत्ति पैदा होती है।

आनुवंशिकी:

आचरण विकार वाले कई बच्चों और किशोरों के करीबी या परिवार के सदस्य मानसिक बीमारियों से पीड़ित होते हैं, जिनमें मूड विकार, चिंता विकार, मादक द्रव्यों के सेवन के विकार और व्यक्तित्व विकार शामिल हैं। इससे पता चलता है कि आचरण विकार के प्रति संवेदनशीलता कम से कम आंशिक रूप से विरासत में मिली हो सकती है।

पर्यावरणीय:

माता-पिता और परिवार: Parental and Family

- घर का माहौल जिसमें संरचना और पर्याप्त पर्यवेक्षण की कमी हो, माता-पिता के बीच अक्सर वैवाहिक संघर्ष, असंगत अनुशासन के कारण यह व्यवहार उत्पन्न होता है।
- बच्चों के प्रति मौखिक और शारीरिक आक्रामकता के साथ कठोर पालन-पोषण

- बच्चों के साथ घरेलू हिंसा, यौन हिंसा
- देखभाल करने वालों में आपराधिकता और विघटनकारी व्यवहार का पारिवारिक इतिहास।
- मादक द्रव्यों के सेवन, विशेष रूप से माता-पिता में शराब पर निर्भरता
- भीड़भाड़ और बेरोजगारी के साथ कम सामाजिक, आर्थिक स्थितियों में रहने से पर्याप्त पालन-पोषण की कमी के साथ आर्थिक और सामाजिक तनाव होता है।

विद्यालय (School):

विद्यालय व शिक्षा बालक के जीवन में महत्वपूर्ण स्थान रखती है आचरण विकार के लिए विद्यालय के ये कारण जिम्मेदार हो सकते हैं-

- शिक्षकों से सकारात्मक प्रतिक्रिया की कमी।
- बच्चों में सामाजिक-आर्थिक कठिनाइयों को दूर करने के लिए सहायक कर्मचारियों और परामर्श की कमी
- समुदाय में बढ़ती गैंग हिंसा के संपर्क में आना

सहवर्ती स्थितियाँ Comorbid Conditions

- कठिन स्वभाव वाले बच्चे जो खराब अनुकूलन क्षमता और बार-बार नकारात्मक भावनाओं का प्रदर्शन करते हैं।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार (ADHD) वाले लगभग एक-तिहाई बच्चों में आचरण विकार और अन्य केंद्रीय तंत्रिका तंत्र की शिथिलता या क्षति के लक्षण होते हैं।
- आघात से संबंधित विकार, विशेष रूप से बच्चों में दुर्व्यवहार के साथ बार-बार शारीरिक और यौन शोषण, पोस्ट टॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (PTSD) और अन्य चिंता इस विकार का कारण बन सकता है।
- मनोदशा संबंधी विकार जिनमें अवसाद और द्विध्रुवी विकार शामिल है
- विकास संबंधी विकार

आचरण विकार के जोखिम कारक (Risk factor of conduct disorder)

जिन बच्चों और किशोरों में आचरण विकार का जोखिम अधिक होता है, उनमें वे शामिल हैं जिन्होंने-

- बाल दुर्व्यवहार या गंभीर प्रतिकूलता का अनुभव किया हो
- जिनके माता-पिता नशीली दवाओं और/या शराब का दुरुपयोग करते हों

- जिनके माता-पिता मानसिक विकारों से पीड़ित हों, जैसे कि द्विध्रुवी विकार, सिज़ोफ्रेनिया, ध्यान घाटे की सक्रियता विकार (ADHD), या आचरण विकार
- जिनका ADHD से निदान किया गया हो
- जिनका विपक्षी अवज्ञा विकार से निदान किया गया हो
- घरेलू हिंसा या पड़ोस की हिंसा के संपर्क में रहे हों
- गरीबी में रहते हों
- गर्भ में शराब या तंबाकू के संपर्क में रहे हों
- अपराधी साथियों के समूह से जुड़े हों

बचपन में शुरू होने वाले आचरण विकार के संबंध में साहित्यिक समीक्षा दर्शाती है कि बचपन में शुरू होने वाले आचरण संबंधी समस्याएं कई कारकों जैसे कि आनुवंशिक या तंत्रिका संबंधी कमियों, आवेग नियंत्रण समस्याओं और भावनात्मक विनियमन समस्याओं का परिणाम हैं।

शोधों से पता चलता है कि आचरण विकार (CD) की शुरुआती शुरुआत वाले (One set type) बच्चे प्री-स्कूल से ही परेशान करने वाले, विरोधी अवज्ञाकारी, नखरे दिखाने वाले व्यवहार दिखाना शुरू कर देते हैं जो किशोरावस्था और वयस्कता में जारी रहता है। शुरुआती शुरुआत वाले आचरण विकार (CD) वाले बच्चों के पास माता-पिता के मनोविकृति और असंगत अनुशासनात्मक रणनीतियों का पारिवारिक इतिहास होता है, जिसके परिणामस्वरूप उनमें विघटनकारी व्यवहार संबंधी प्रवृत्तियों का विकास होता है। इसके अलावा, ऐसे बच्चे बचपन में ही अकादमिक समस्याओं के साथ-साथ साथियों के साथ संबंध बनाने में कठिनाई दिखाते हैं। इसके विपरीत, किशोरावस्था में होने वाली आचरण विकार (CD) शुरुआत में होने वाली आचरण विकार में, प्रारंभिक शुरुआत वाली आचरण विकार (CD) के विपरीत, बच्चे को बचपन से ही व्यवहार संबंधी कठिनाइयाँ होने लगती हैं, लेकिन वे किशोरावस्था की शुरुआत में ही प्रकट होती हैं।

T. E. Moffitt (2006), के अनुसार किशोरावस्था में होने वाली शुरुआत में होने वाली आचरण विकार माता-पिता द्वारा देखरेख की कमी और बच्चे के विचलित साथियों के जुड़ाव के कारण उभरती है। D.L. Odgers, (2008), व अन्य बताते हैं कि बचपन में होने वाली शुरुआत में होने वाली आचरण विकार में जो न्यूरोलॉजिकल कमियाँ स्पष्ट थीं, वे किशोरावस्था में होने वाली शुरुआत में स्पष्ट नहीं हैं। जबकि D. M. Dandreaux (2009), ने अपने अध्ययन में बताया कि किशोरावस्था में होने वाली शुरुआत में होने वाली आचरण विकार (CD) में संज्ञानात्मक और न्यूरोलॉजिकल कारकों की भूमिका कम होती है, जबकि विद्रोही, मानदंडों के

प्रति लापरवाही और नियम तोड़ने वाले व्यवहार जैसे व्यवहार संबंधी कारक उनकी शुरुआत के लिए अधिक प्रमुख होते हैं।

8.6 'आचरण संबंधी विकारों' के मूल्यांकन और रोकथाम के लिए महत्व:

आचरण संबंधी समस्याओं वाले बच्चों में अपराधी प्रवृत्ति होती है और इसलिए, वे आपराधिक गतिविधियों में शामिल होने का जोखिम उठाते हैं [P. J. Frick व अन्य 2005]। आक्रामक प्रवृत्ति के कारण आचरण संबंधी विकार वाले बच्चों को साथियों के साथ झगड़े में पड़ने का जोखिम होता है, जिसके परिणामस्वरूप उन्हें स्कूल से निकाल दिया जाता है और निलंबित कर दिया जाता है और आगे चलकर वे शैक्षणिक रूप से असफल हो जाते हैं [P. J. Frick व अन्य 2012]। आचरण संबंधी समस्याओं वाले बच्चों में अन्य बच्चों की तुलना में चिंता की समस्याएँ, आत्महत्या की प्रवृत्ति, अवसादग्रस्तता विकार और कानूनी कठिनाइयों का अनुभव करने का जोखिम अधिक होता है [D. L. Odgers व अन्य, 2007, 2008]। आचरण संबंधी विकार वाले बच्चे अपने व्यवहार में मनोरोगी विचलन दिखाते हैं, जिससे उन्हें भविष्य में असामाजिक व्यक्तित्व विकसित होने का जोखिम होता है [K. A. Dodge and G. S. Pettit;2003, P. J. Frick and E. M. Viding P. J. Frick;2009, T. E. Moffitt;2006)]। आचरण संबंधी समस्याएं जीवन के सामाजिक, व्यावसायिक, शैक्षणिक और कानूनी क्षेत्रों में कठिनाइयों के लिए एक 'डायथेसिस'(Diathesis)के रूप में कार्य करती हैं, इसलिए, बच्चों में आचरण आधारित समस्याओं को रोकने के लिए इसमें योगदान देने वाले विभिन्न कारकों का मूल्यांकन करना आवश्यक हो जाता है [P. J. Frick;2014)]।

8.7 आचरण विकार का प्रबंधन एवं उपचार

आचरण विकार को सही देखभाल और एक सकारात्मक सहयोग से प्रबंधित किया जा सकता है। इसका उपचार अक्सर दीर्घकालिक मनोचिकित्सा और व्यवहार चिकित्सा होता है ताकि बच्चे को सोचने और व्यवहार करने के स्वस्थ और अधिक स्वीकार्य तरीके सीखने में मदद मिल सके। उपचार जटिल और चुनौतीपूर्ण हो सकता है। और यह कई महीनों तक चल सकता है। आचरण विकार वाले बच्चे दूसरों के साथ असहयोगी होते हैं। वे अक्सर वयस्कों से डरते हैं और उन पर भरोसा नहीं करते हैं। आचरण विकार के लिए उपचार रोगियों को कम आक्रामक और अधिक भावनात्मक रूप से नियंत्रित बनने में मदद करने के लिए डिज़ाइन किए गए हैं। आचरण विकार का

उपचार जल्दी शुरू किया जाए साथ ही माता-पिता और परिवार के अन्य सदस्य इस प्रक्रिया में शामिल हों तो यह सफल होता है। उपचार में शामिल हैं:

माता-पिता प्रबंधन प्रशिक्षण (Parent management training):

यह दृष्टिकोण **माता-पिता** या अभिभावकों को सिखाता है कि अपने बच्चों से अधिक सकारात्मक व्यवहार को प्रोत्साहित करने के लिए अपनी पेरेंटिंग तकनीकों को कैसे बदला जाए। माता-पिता को लगातार सकारात्मक प्रतिक्रिया देना सिखाया जाता है जो नकारात्मक व्यवहार पर ध्यान केंद्रित करने और उसे दंडित करने के बजाय अच्छे व्यवहार को प्रोत्साहित करना सिखाते हैं। उन्हें बच्चों को अस्पष्ट दिशा-निर्देशों के बजाय उन कार्यों के बारे में विशिष्ट निर्देश देने की सलाह दी जाती है जो उन्हें करने की आवश्यकता होती है। जब अनुशासन की आवश्यकता होती है, तो माता-पिता को परिस्थितियों के लिए बहुत कठोर दंड देने के बजाय उचित दंड देना सिखाया जाता है।

बहु-प्रणालीगत चिकित्सा (Multi-systemic therapy):

यह चिकित्सा आचरण विकार वाले रोगियों को घर, स्कूल और अन्य स्थानों पर सुधार प्राप्त करने में मदद करती है। डॉक्टर आचरण विकार और ADHD जैसी किसी भी संबंधित स्वास्थ्य स्थिति को प्रबंधित करने में मदद करने के लिए रोगी की व्यक्तिगत ज़रूरतों का निर्धारण करते हैं। इसके अंतर्गत पारिवारिक गतिशीलता को बेहतर बनाने के समाधान, स्कूल के शैक्षिक परिणाम को बेहतर बनाने में मदद, क्रोध प्रबंधन प्रशिक्षण, सामाजिक कौशल प्रशिक्षण, समस्या-समाधान कौशल प्रशिक्षण, पर जोर दिया जाता है।

मनोचिकित्सा (Psychotherapy):

बच्चों या किशोरों के लिए चिकित्सा में संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी (CBT) महत्वपूर्ण कार्य करती है, जो रोगियों को इस बात पर ध्यान केंद्रित करने में मदद करती है कि उनकी विचार प्रक्रिया उनके व्यवहार को कैसे प्रभावित करती है, ताकि उन्हें अधिक सकारात्मक विकल्प बनाने में मदद मिल सके, या कौशल प्रशिक्षण, जो रोगियों को साथी समूह और परिवार के सदस्यों के साथ बातचीत के लिए मुकाबला करने के कौशल हासिल करने में मदद कर सकता है।

दवाइयां (Medication):

ADHD या अवसाद जैसी अन्य स्थितियों के साथ आचरण विकार वाले रोगियों को उन स्थितियों को प्रबंधित करने में मदद करने वाली दवा से लाभ हो सकता है जो कि मनोचिकित्सक की सलाह पर दी जा सकती हैं। दवाइयों द्वारा प्रबंधन रोगी के आत्म-सम्मान और/या आत्म-

नियंत्रण को बेहतर बनाने में मदद कर सकता है, जो आचरण विकार के लक्षणों को कम कर सकता है।

8.7 आचरण विकारों के प्रबंधन में शिक्षकों और परिवार की भूमिका

आचरण विकारों से ग्रस्त बच्चों के प्रबंधन में परिवार और स्कूल के माहौल की प्रमुख भूमिका होती है।

- **पारिवारिक हस्तक्षेप:** किशोर की पारिवारिक व्यवस्था, आचरण विकारों की रोकथाम और उपचार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। अध्ययनों से पता चला है कि आचरण विकार से ग्रस्त बच्चों के माता-पिता में कुछ बुनियादी पालन-पोषण कौशल की कमी होती है। बच्चे के व्यवहार को समझने के लिए हमेशा उसे अपने परिवार की व्यवस्था के एक घटक के रूप में माना जाना चाहिए।
- **प्रभावी पालन-पोषण कौशल का विकास** किशोर आचरण विकारों में बदलाव के लिए प्राथमिक तंत्र है। इससे विकार की गंभीरता, अवधि और अभिव्यक्ति को कम किया जा सकता है। अध्ययनों से पता चला है कि जिन माता-पिता को प्रशिक्षण कार्यक्रमों से अवगत कराया गया था, वे अपने किशोरों के आक्रामकता के स्तर को 20 - 60% तक कम करने में सफल रहे। माता-पिता प्रशिक्षण कार्यक्रमों में निम्नलिखित बातों पर ध्यान केंद्रित किया जाना चाहिए:
 - बच्चे के समायोजन के बारे में माता-पिता की धारणा
 - अपने किशोरों के व्यवहार को प्रबंधित करने में माता-पिता के कौशल
 - माता-पिता को व्यावहारिक अनुबंध, आकस्मिक प्रबंधन जैसी रणनीतियाँ सिखाना।
 - माता-पिता को उचित सुदृढ़ीकरण और अनुशासनात्मक तकनीक सिखाना
 - माता-पिता को बच्चे के साथ प्रभावी संचार और समस्या समाधान और बातचीत की रणनीतियों के प्रशासन में सहायता करने के लिए कौशल सिखाना। इनके अलावा, परिवार को परिवार प्रणाली के भीतर कुछ विशेषताओं के लिए अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो सकती है जो माता-पिता की सामना करने की क्षमता पर प्रभाव डाल सकती हैं। इसमें अवसाद, जीवन तनाव और वैवाहिक संकट शामिल हैं।

स्कूल आधारित कार्यक्रम और शिक्षक की भूमिका:

स्कूल आधारित निवारक कार्यक्रमों का उद्देश्य बच्चे में निम्नलिखित संज्ञानात्मक कौशल विकसित करना है:

- निर्णय लेने और संज्ञानात्मक प्रक्रिया विकसित करने में किशोर की मदद करना।
- किशोरों को पारस्परिक समस्या समाधान कौशल, शारीरिक जागरूकता बढ़ाने की रणनीतियाँ और समस्या स्थितियों के दौरान आत्म-चर्चा और आत्म-नियंत्रण का उपयोग करना सिखाना।
- क्रोध प्रबंधन प्रशिक्षण - उन्हें अपने कार्यों और भाषा अभि व्यक्ति को नियंत्रित करना सिखाना।
- पुरस्कार प्रणाली के माध्यम से उचित कक्षा व्यवहार विकसित करना।
- उन्हें ऐसे माहौल में पालना जहाँ उनकी भावनाओं को समझा जा सके।
- उनसे दोस्ताना व्यवहार करना, दोस्तों से बात करना और स्कूल में सफल होना सिखाना।
- स्वीकृत व्यवहार को सकारात्मक रूप से सुदृढ़ करके उन्हें यह देखना सिखाना कि उनके व्यवहार का दूसरों पर क्या प्रभाव पड़ता है। इससे उन्हें विवेक विकसित करने में मदद मिलेगी।
- संबंध कौशल – अन्य लोगों और साथियों के साथ सफल संबंध बनाने का कौशल विकसित करना।

हैं।

8.9 अभ्यास प्रश्न

1. आचरण विकार में सम्मिलित है-

- A. आक्रामक व्यवहार
- B. विनाशकारी व्यवहार
- C. उपरोक्त दोनों
- D. उपरोक्त में से कोई नहीं

उत्तर: C

2. आचरण विकार (CD) को..... नामक श्रेणी में रखा गया है।

- A. ध्यान अभाव और विघटनकारी व्यवहार विकार
- B. व्यक्तित्व विकार
- C. मनोविकृत विकार
- D. उपरोक्त में से कोई नहीं

उत्तर: C

8.10 सारांश

आचरण विकार व्यवहारिक और भावनात्मक समस्याओं का एक समूह है जो आमतौर पर बचपन या किशोरावस्था के दौरान शुरू होता है। आचरण विकार वाले बच्चों और किशोरों को नियमों का पालन करने और सामाजिक रूप से स्वीकार्य तरीके से व्यवहार करने में कठिनाई होती है। वे आक्रामक, विनाशकारी और धोखेबाज व्यवहार प्रदर्शित कर सकते हैं जो दूसरों के अधिकारों का उल्लंघन कर सकते हैं। सामान्य तौर पर, आचरण विकार के लक्षण चार सामान्य श्रेणियों में आते हैं: आक्रामक व्यवहार, विनाशकारी व्यवहार, **छलपूर्ण व्यवहार व नियमों का उल्लंघन**।

जिन वयस्कों को आचरण विकार होता है, उन्हें नौकरी रखने या रिश्ते बनाए रखने में कठिनाई हो सकती है। वे अवैध या खतरनाक व्यवहार करने के लिए प्रवण हो सकते हैं। वयस्कों में आचरण विकार के लक्षणों का निदान असामाजिक व्यक्तित्व विकार के रूप में किया जा सकता है। आचरण विकार का सटीक कारण ज्ञात नहीं है, लेकिन ऐसा माना जाता है कि जैविक, आनुवंशिक, पर्यावरणीय, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक कारकों का संयोजन इसमें भूमिका निभाता है।

जिन बच्चों और किशोरों में आचरण विकार का जोखिम अधिक होता है, उनमें वे शामिल हैं जिन्होंने-बाल दुर्व्यवहार या गंभीर प्रतिकूलता का अनुभव किया हो। जिनके माता-पिता नशीली दवाओं और/या शराब का दुरुपयोग करते हों अपराधी साथियों के समूह से जुड़े हों। आचरण संबंधी समस्याओं वाले बच्चों में अपराधी प्रवृत्ति होती है और इसलिए, वे आपराधिक गतिविधियों में शामिल होने का जोखिम उठाते हैं। आक्रामक प्रवृत्ति के कारण आचरण संबंधी विकार वाले बच्चों को साथियों के साथ झगड़े में पड़ने का जोखिम होता है, जिसके परिणामस्वरूप उन्हें स्कूल से निकाल दिया जाता है और निलंबित कर दिया जाता है और आगे चलकर वे शैक्षणिक रूप से असफल हो जाते हैं [

आचरण विकार को सही देखभाल और एक सकारात्मक सहयोग से प्रबंधित किया जा सकता है। इसका उपचार अक्सर दीर्घकालिक मनोचिकित्सा और व्यवहार चिकित्सा होता है ताकि बच्चे को सोचने और व्यवहार करने के स्वस्थ और अधिक स्वीकार्य तरीके सीखने में मदद मिल सके। उपचार जटिल और चुनौतीपूर्ण हो सकता है। आचरण विकारों से ग्रस्त बच्चों के प्रबंधन में परिवार और स्कूल के माहौल की प्रमुख भूमिका होती है।

8.11 शब्दावली

ADHD= attention deficit hyperactivity disorder

CD= Conduct disorder

DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

ODD= Oppositional defiant disorder

 PTSD= Traumatic stress disorder

8.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- American Psychiatric Association, “Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)”, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, (2013).
- T. E. Moffitt, “Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior” Edited in D. Cicchetti and J. Cohen, Wiley Publishers, New York, (2006), pp. 570- 598.
- P. J. Frick and E. M. Viding, “Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective” Development and Psychopathology, vol. 21, (2009), pp. 1111–1131.
doi:10.1017/S0954579409990071
- D.L. Odgers, T.E. Moffitt, J.M. Broadbent, N. Dickson, R. J. Hancox, H. Harrington and A. Caspi, “Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes”, Developmental Psychopathology, vol. 20, (2008), pp. 673–716.
doi:10.1017/S0954579408000333
- D. M. Dandreaux and P. J. Frick, “Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent-onset distinction”, Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 37, (2009), pp. 375–385.
doi:10.1007/s10802-008-9261-5
- P. J. Frick, T. R. Stickle, D. M. Dandreaux, J. M. Farrell, and E. R. Kimonis, “Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency”, Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 33, (2005), pp. 471–487. doi:10.1007/s10648-005-5728-9
- [P. J. Frick, “Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment”, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, vol. 41, (2012), pp. 378–389. doi:10.1080/15374416.2012.664815
- D. L. Odgers, A. Caspi, J. M. Broadbent, N. Dickson, R. J. Hancox, H.

- Harrington. . . and T. E. Moffitt, “Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males”, Archives of General Psychiatry, vol. 64, (2007), pp. 476–484. doi:10.1001/archpsyc.64.4.476
- K. A. Dodge and G. S. Pettit, “A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence”, Developmental Psychology, vol. 39, (2003), pp. 349–371. doi:10.1037/0012-1649.39.2.349
- P. J. Frick, J. V. Ray, L. C. Thornton and R. E. Kahn, “Annual research review: A developmental psychopathological approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with conduct problems”, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 55, (2014), pp. 632–548. doi:10.1111/jcpp.12152
- Fairchild et al., 2019
G. Fairchild, D.J. Hawes, P.J. Frick, W.E. Copeland, C.L. Odgers, B. Franke, C.M. Freitag, S.A. De Brito Conduct disorder Nat. Rev. Dis. Primers, 5 (1) (2019), p. 43, 10.1038/s41572-019-0095-y
- Lahey, B.B., McBurnett, K., & Loeber, R. (2000). Are attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder? In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.) Handbook of Developmental Psychopathology, 2 nd Ed. (pp. 431-446.)
- www.yalemedicine.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov

8.13 निबंधात्मक प्रश्न

1. आचरण विकार क्या है? इसके प्रमुख कारणों का वर्णन कीजिए।
2. आचरण विकार के प्रबंधन में परिवार और स्कूल की भूमिका पर प्रकाश डालिए।
3. आचरण विकार के कौन कौन से लक्षण हैं ?
4. आचरण विकार के जोखिम कारकों को बताइए।

इकाई 9 मादक द्रव्यों का उपयोग और व्यवहारिक लत

(Substance use and Behavioral addiction)

इकाई संरचना

- 9.1 प्रस्तावना
- 9.2 उद्देश्य
- 9.3 मादक द्रव्य का अर्थ
- 9.4 मादक द्रव्य के उपयोग से संबंधित महत्वपूर्ण शब्दावली
- 9.5 मादक पदार्थ सेवन और निर्भरता विकार
- 9.6 मादक द्रव्यों के दुरुपयोग के कारण
- 9.7 मादक द्रव्यों के दुष्प्रयोग कुप्रभाव
- 9.8 मादक पदार्थ सेवन विकार का उपचार
- 9.9 जुआ विकार
- 9.10 मादक द्रव्य दुष्प्रयोग नियंत्रण के उपाय
- 9.11 सारांश
- 9.12 अभ्यास प्रश्न
- 9.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

9.1 प्रस्तावना

विश्व के सभी देशों में मादक द्रव्यों का प्रयोग किया जा रहा है। इन द्रव्यों का प्रयोग करना कोई नहीं बात नहीं है बल्कि इसका प्रयोग प्राचीन युग से होता आ रहा है। प्राचीनकाल में लोग इन मादक-द्रव्यों का प्रयोग सांस्कृतिक मान्यताओं के अनुरूप चिकित्सा के लिए करते थे। लेकिन वर्तमान समय में इसका उपयोग नशे के लिए विशेष तौर पर किया जाता है। यद्यपि अब विश्व के लगभग सभी देशों में ऐसे पदार्थों के आयात निर्यात पर खुलेआम प्रयोग करने पर प्रतिबंध लगाया जा रहा है। इसके अलावा भी विश्व के लगभग सभी देशों में ऐसे द्रव्यों की पूर्ति अवैध रूप से असामाजिक तत्वों द्वारा की जा रही है। इसी कारण नशा आज तक शोक एवं व्यवसन बनता जा रहा है। प्रसिद्ध समाजशास्त्री लिण्ड स्मिथ के अनुसार- 'प्रायः यह देखने में आया है कि जब एक बार ऐसे मादक पदार्थों के सेवन की आदत पड़ जाती है तो उसे छोड़ना बहुत मुश्किल हो जाता है और वह सामान्य आदत के रूप में परिवर्तित हो जाती है।'

9.2 उद्देश्य (Objective)

इस इकाई के अध्ययन के उपरान्त आपके लिए यह जानना सम्भव होगा कि-

1. मादक द्रव्य का अर्थ का वर्णन करना।
2. मादक द्रव्य के उपयोग से संबन्धित महत्वपूर्ण शब्दावली को समझ सकेंगे।
3. मादक पदार्थ सेवन और निर्भरता विकार को समझना।
4. मादक द्रव्यों के दुरुपयोग के कारण व कुप्रभाव को समझ सकेंगे।
5. मादक द्रव्य दुष्प्रयोग नियंत्रण के उपायों को बताना।

9.3 मादक द्रव्य का अर्थ

मादक द्रव्य अंग्रेजी के 'ड्रग्स' शब्द का रूपांतरण है जो नशीली दवाओं से सम्बन्धित है। वास्तव में मादक द्रव्य एक ऐसा रासायनिक पदार्थ है जो व्यक्ति के कार्यों और प्रक्रियाओं को प्रभावित करता है। अंग्रेजी में इसे संवेदन मंदक औषधि (नारकोटिक ड्रग्स) भी कहा जा सकता है। हिंदी में ड्रग्स का अर्थ औषधि है जो चिकित्सक द्वारा किसी रोग के निदान के लिए निर्दिष्ट की जाती है। मनोवैज्ञानिक दृष्टि से देखा जाए तो मादक द्रव्य या ड्रग्स एक ऐसा रासायनिक पदार्थ है जो व्यक्ति के मस्तिष्क एवं स्नायु मंडल को प्रभावित करता है। समाजशास्त्रीय दृष्टि से आदत-निर्माण के लिए इसका उपयोग किया जाता है। देखा जाए तो मादक द्रव्य एक ऐसा रासायनिक पदार्थ है जो व्यक्ति के मनोमस्तिष्क और चेतना को प्रभावित करता है और व्यक्ति और समाज दोनों के लिए हानिकारक है।

मादक द्रव्य के साथ 'दुरुपयोग' तथा 'एब्ज्यूज' शब्द जुड़ा है जिसका अर्थ है उसे मादक द्रव्य का सेवन जो शारीरिक एवं मानसिक दृष्टि से हानिकारक है। मादक द्रव्यों का दुरुपयोग से ही मिलता जुलता एक शब्द है मादक द्रव्यों का व्यसन अथवा ड्रग्स एडिक्शन। इसका अर्थ है उन्माद की वह अवस्था जो किसी नशीली औषधि के निरंतर प्रयोग से उत्पन्न होती है। 'व्यसन' शब्द वास्तव में शारीरिक निर्भरता की स्थिति को इंगित करता है जिसका अर्थ है शरीर संचालन के लिए मादक द्रव्यों का नियमित प्रयोग किया जाए अन्यथा शरीर संचालन बाधित हो जायेगा। अवैध मादक पदार्थों का उपयोग या वैध मादक पदार्थों का दुरुपयोग, मादक पदार्थों का दुष्प्रयोग कहलाता है जिससे शारीरिक व मानसिक हानि होती है। इसके अंतर्गत गांजा, हशीश, हेरोइन, कोकीन, धूमपान, मॉर्फिन का इंजेक्शन लेना, स्मैक एवं शराब पीना आदि सम्मिलित है।

इस प्रकार मादक द्रव्य वचन की चार विशेषताएं हैं:

- (1) इसमें मादक पदार्थ ग्रहण करने की शरीर द्वारा तीव्र इच्छा या आवश्यकता व्यक्त की जाती है जिसे वह हर संभव साधन द्वारा प्राप्त करने का प्रयत्न करता है।
- (2) इसमें खुराक की मात्रा में उत्तरोत्तर वृद्धि की प्रवृत्ति होती है।
- (3) मादक पदार्थों के ऊपर प्रभावों पर मानसिक एवं शारीरिक निर्भरता पैदा होती है।

(4) इसका व्यक्ति एवं समाज पर हानिकारक प्रभाव पड़ता है।

9.4 मादक द्रव्य के उपयोग से संबंधित महत्वपूर्ण शब्दावली

मादक द्रव्य के उपयोग को समझने के लिए निम्नलिखित शब्द महत्वपूर्ण है –

मादक द्रव्यों का उपयोग: मादक द्रव्यों के उपयोग का तात्पर्य मध्यम मात्रा में मनोक्रियाशील (साइकोएक्टिव) पदार्थों से होता है, जो सामाजिक, व्यावसायिक या शैक्षणिक कार्यों में ज्यादा बाधाएँ नहीं पैदा करते हैं। जैसे, कुछ संस्कृतियों में कई पारिवारिक समारोहों में शराब का उपयोग सामान्य है। इसी तरह, हर कोई चाय और कॉफी के अपने दैनिक उपभोग में कैफीन के उपयोग से परिचित है।

मादक द्रव्यों का नशा: नशा का तात्पर्य मनोसक्रिय पदार्थों का शरीर पर प्रतिक्रिया से है। इसमें मनोवैज्ञानिक अवस्थाओं में परिवर्तन (जैसे खराब निर्णय और मनोदशा में बदलाव) और शारीरिक क्षमताओं में कमी (उदाहरण के लिए, चलने-फिरने और बात करने की समस्याएँ) सम्मिलित हैं। इससे नशा हो सकता है यह पदार्थ के नशे में होने या उच्च होने की शारीरिक प्रतिक्रिया है। किसी पदार्थ का नशा या शारीरिक प्रभाव इस बात पर निर्भर करता है कि किस प्रकार से पदार्थ का उपभोग हुआ है, उसे कितनी मात्रा में लिया गया है, तथा जैविक प्रतिक्रिया में व्यक्तिगत अंतर क्या है।

मादक पदार्थों का दुरुपयोग: मादक पदार्थों का सेवन असाध्य नशीली दवाओं के प्रयोग से होता है, यानी बार-बार और अत्यधिक मादक पदार्थों का सेवन इस सीमा तक होता है कि बार-बार आने वाली समस्याएँ स्पष्ट होने लगें। उदाहरण के लिए, अगर कोई शराब पीता है और उसकी कहानी नियमित झगड़े में समाप्त होती है, इस तरह के व्यक्ति को अन्य लोग अप्रिय मानते हैं, और अंततः लोग उससे मेल-मिलाप करना बंद कर देंगे। मादक पदार्थों के सेवन में उस पदार्थ का उपयोग तब होता है जब यह किसी व्यक्ति के शैक्षणिक, व्यक्तिगत, पारस्परिक, सामाजिक और व्यावसायिक कामकाज को प्रभावित करता है और/या स्वयं या दूसरों को शारीरिक खतरा उत्पन्न करता है।

मादक पदार्थ निर्भरता / लत: मादक पदार्थ निर्भरता या व्यसन, पदार्थ प्रयोग के अधिक गंभीर रूपों को बताता है, जिसमें सहिष्णुता और वापसी के लक्षण हैं, जो उनके जीवन के कई हिस्सों को प्रभावित करते हैं और अधिकांश समस्याओं का कारण बनते हैं। पहले, सहिष्णुता एक शारीरिक निर्भरता है जिसमें किसी व्यक्ति के शरीर को समान प्रभाव का अनुभव करने के लिए अधिक से अधिक मात्रा में दवा की आवश्यकता होती है। इससे पहले दी गई दवा की समान मात्रा का प्रभाव समान नहीं होता। दूसरा, खाना नहीं खाने पर अप्रिय अनुभव होता है, जो "वापसी" कहलाता है। "वापसी" के लक्षण सिरदर्द से लेकर चाय या कॉफी की कमी के कारण विभ्रम हो सकते हैं। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि सभी दवाएँ "सहिष्णुता और गंभीर वापसी" नहीं दिखाती हैं;

उदाहरण के लिए, एलएसडी या मारिजुआना जैसे "नशीली दवाओं की माँग-व्यवहार" के रूप में दवा निर्भरता को बेहतर समझा जाता है, इसलिए यह दवाओं पर निर्भरता को कम करने के लिए प्रयोग किया जाता है। "नशीली दवाओं की माँग व्यवहार" का मतलब है कि ठंड में धूम्रपान करना या ड्रग्स खरीदने के लिए पैसे चोरी करना अच्छा या आराम महसूस करने के लिए अधिक मारिजुआना या एलएसडी खाना चाहिए।

9.5 मादक पदार्थ सेवन और निर्भरता विकार

शराब के अलावा, सबसे अधिक दुरुपयोग और व्यसन वाले मनोसक्रिय औषधी में सम्मिलित हैं

- (1) अफीम या ओपियोइड जैसे नशीले पदार्थ, जिनमें अफीम और हेरोइन सम्मिलित हैं
- (2) उपशामक जैसे बार्बिटुरेट्स
- (3) उत्तेजक जैसे कोकीन और एम्फैटेमिन
- (4) विश्वामक दवा जैसे एलएसडी
- (5) अन्य विविध औषधियाँ जैसे इनहेलेंट, स्टेरॉयड, ओटीसी, प्रिस्क्रिप्शन दवाएँ आदि।

अधिकांश पदार्थ अवैध है या उनके उपयोग के लिए चिकित्सीय निर्देश की आवश्यकता होती है। कैफीन और निकोटीन जैसे अन्य पदार्थों पर निर्भरता को भी वर्गीकृत किया है जिन्हें आसानी से वयस्कों द्वारा खरीदा जा सकता है। मनोसक्रिय पदार्थ दो कारणों से भिन्न होते हैं। (1) निर्भर क्षमता (नशीली दवाओं के उपयोग पर नियंत्रण खोना या दवाओं की माँग और लेने की मजबूरी) (2) घातक मात्रा अनुपात (वह खुराक जिसमें मृत्यु हो जाती है)।

1- अफीम और उसके मादक पदार्थ-

खसखस में पाई जाने वाली अफीम एक प्राकृतिक रसायन है जो दर्द को कम करता है और आपको नींद आने में मदद करता है। कोडीन, हेरोइन और मॉर्फिन, ओपियोइड्स का दुरुपयोग करने वाले तीन शक्तिशाली वर्ग हैं। धूम्रपान, सूंघने, खाने या हाइपोडर्मिक सूइयों से वे शरीर में आते हैं। हेरोइन 60 सेकंड के लिए अत्यधिक खुशी देता है, जो कई नशेड़ी यौन संभोग से मिलने वाली खुशी से बराबर है। इसके बाद नशेड़ी सुस्त हो जाता है, जिसमें उनकी शारीरिक आवश्यकताएँ (भोजन और सेक्स) कम हो जाती हैं। उत्साह और प्रसन्नता का सुखद अनुभव हावी होता है। यह स्थिति लगभग चार से पांच घंटे तक रहती है, फिर यह नकारात्मक हो जाता है, जहाँ नशेड़ी ड्रग्स के लिए बहुत प्यार करते हैं। हेरोइन की निर्भरता बहुत अधिक है 30 दिनों के लगातार उपयोग से आमतौर पर शारीरिक निर्भरता पैदा होती है।

हेरोइन नशेड़ी बुरा स्वास्थ्य और सामान्य व्यक्तित्व खो देते हैं। यह दवा के औषधीय प्रभाव का सीधा परिणाम नहीं हो सकता, लेकिन वह अधिक हताश हो जाता है क्योंकि वह धन की कमी, उचित आहार की कमी, सामाजिक स्थिति में गिरावट और एक नशेड़ी के रूप में अपने आप को कम महसूस करता है। आवश्यक दैनिक मात्रा की खरीद करने में वह और भी परेशान हो जाता है।

आदत को बनाए रखने के लिए लोग अक्सर झूठ बोलते हैं और चोरी करते हैं। या वेश्यावृत्ति का उपयोग करते हैं। एचआईवी-एड्स भी जीवाणुरहित हैं, इसलिए बहुत से लोग नशा नहीं करते। हेरोइन लेने वाली गर्भवती महिलाओं में गर्भपात, समय से पहले जन्म या कम वजन वाले बच्चे का जन्म होने की अधिक संभावना होती है।

2- अवसादक

शराब के अलावा, अवसादक के वर्ग में शामक (शांत), सम्मोहक (नींद उत्प्रेरण), और चिंतामुक्त (चिंता कम करने वाली) दवाएँ सम्मिलित हैं। बारबिटुरेट्स अवसादों का एक शक्तिशाली वर्ग है, जो शराब की तरह ही केंद्रीय तंत्रिका तंत्र की क्रिया को धीमा कर देता है। चिकित्सक रोगियों को शांत करने के लिए इसका उपयोग करते हैं, और ज्यादा मात्रा से वे तुरंत सो जाते हैं। शराब जैसे अन्य अवसादों के साथ विशेष रूप से बारबिटुरेट्स की अधिकता घातक होती है क्योंकि वे मस्तिष्क के श्वसन केंद्रों के पक्षाघात में परिणत हो जाते हैं। अन्य प्रभावों में खराब निर्णय लेना, समस्याओं का हल न निकाल पाना, सुस्ती, धीमी गति से आवाज निकलना और अचानक मनोदशा में बदलाव सम्मिलित है। मध्यम आयु वर्ग और प्रौढ़ लोगों में शारीरिक और मनोवैज्ञानिक निर्भरता सामान्य है, जो अक्सर नींद की गोलियों के रूप में इसे लेते हैं। उन्हें मूक दुरुपयोगकर्ता कहा जाता है क्योंकि वे अपने घरों में गोपनीय रूप से नशे का सेवन करते हैं और सामान्यतः सार्वजनिक उपद्रव नहीं करते हैं।

3- उत्तेजक

कोकीन, अवसादक के विपरीत, एम्फैटेमिन, निकोटीन और कैफीन जैसे उत्तेजक केंद्रीय तंत्रिका तंत्र की गतिविधि को बढ़ाते हैं। कोकीन, अफीम की तरह, एक पौधे का अर्क है। और इसे इंजेक्शन, निगलने या सूंघने से लिया जा सकता है। लेकिन कोकीन, ओपियेट्स से अलग, मस्तिष्क को उत्तेजित करता है। कोकीन बहुत महंगा होता है, इसलिए आमतौर पर उच्च वर्ग और अमीर लोग इसका उपयोग करते हैं। यह चार से छह घंटे तक उत्साहपूर्ण स्थिति में रहता है, जैसे ओपियेट्स। उस दौरान नशेड़ी उत्साह, साहस और खुशी का अनुभव करते हैं। प्रारंभ में माना जाता था कि उपयोग के साथ कोकीन की खपत नहीं बढ़ती है, लेकिन आज यह सोच बदल गई है। जब कोकीन एक आदत बन जाता है तो विद्वानों के लक्षणों के साथ-साथ तीव्र मनोविदलता जैसे अन्य लक्षणों में भी अवसाद हो सकता है। कोकीन का इस्तेमाल बेरोजगारी, मनोवैज्ञानिक समस्याओं और कानूनी मुद्दों से जुड़ा हुआ है।

4- विभ्रमजनक औषधियाँ

इसे 'साइकेडेलिक्स' भी कहा जाता है। विश्वमजनक औषधियों, ओपियेट्स, उत्तेजक और अवसादक जैसी नहीं होती, जो लोगों को या तो 'अप' या 'डाउन' की भावना कराकर प्रभावित करती है। विभ्रमजनक औषधियाँ अनिवार्यतः लोगों की संसार देखने के तरीके में बदलाव लाती हैं। साइकेडेलिक्स 'इंद्रियग्राही बिंबों' का निर्माण नहीं करता बल्कि दृष्टि ध्वनि, भावनाओं, स्वाद

और गंध को भी विकृत कर देता है। ज्यादा उपयोग किया जाने वाला भ्रांतिजनक ड्रग्स 'लेजेरिक एसिड डायथाइलैमाइड (एलएसडी) है। एलएसडी का स्थानीय नाम एसिड है। यह एक गंधहीन, रंगहीन और बेस्वाद ड्रग्स है। इसे 1938 में हॉफमैन में पहली बार रासायनिक ढंग से संश्लेषित किया गया था। विवाति अवस्थाओं के अध्ययन के लिए इसे उपयोगी समझा गया था और 1960 तक प्रयोगशाला में ही बनाया जा रहा था। इसी वर्ष इसे पहली बार मनोरंजक उपयोग के लिए उत्पादित किया गया था। एलएसडी उपयोग करने के बाद, व्यक्ति में आमतौर पर भावनाओं में परिवर्तन, मनोदशा में बदलाव और व्यक्तित्वलोप और निर्लिप्तता की मनोदशा से गुजरता है।

5- अन्य औषधियों का दुरुपयोग

आर्थिक रूप से कमजोर परिवारों के युवाओं (13-15 वर्ष) में स्प्रे पेंट, हेयर स्प्रे, पेंट थिनर, गैसोलीन, नाइट्रस ऑक्साइड (हँसने वाली गैस), नेल पॉलिश रिमूवर, व्हाइटनर और फेल्ट- वाली मार्कर जैसे इनहेलेंट लेने की संभावना होती है। इनहेलेंट्स का नशा शराब के नशे के समान होता है। इसे बार-बार लेने से सहनशक्ति विकसित हो जाती है और वापसी में नींद की गड़बड़ी, झटके, चिड़चिड़ापन और मतली आती है। स्टेरॉयड हार्मोन टेस्टोस्टेरोन से प्राप्त होता है और इसका चिकित्सीय उपयोग होता है, लेकिन खिलाड़ी, बॉडी बिल्डर और मॉडल अक्सर प्रदर्शन और शरीर के आकार को बढ़ाने के लिए इनका उपयोग करते हैं। इनहेलेंट, स्टेरॉयड और दर्द निवारक दवाओं के नियमित उपयोग से शरीर को नुकसान पहुंचता है और मनोदशा गड़बड़ होती है।

9.6 मादक द्रव्यों के दुरुपयोग के कारण

प्रश्न यह है कि व्यक्ति इन मादक द्रव्यों का दुरुपयोग क्यों करता है? जे. एट. विल्स, जो इंग्लैंड के प्रसिद्ध मनोचिकित्सक हैं- निम्नलिखित कारण प्रभावित मानते हैं-

- (1) **मनोवैज्ञानिक कारण-** जिन व्यक्तियों का सांवेगिक विकास अपूर्ण होता है, अति संवेदनशील होते हैं, स्वावलंबी नहीं है, स्वयं को अयोग्य, अकुशल और कमजोर समझते हैं, वे इन मादक द्रव्यों का दुरुपयोग करते हैं क्योंकि ये द्रव्य उनके तनाव, संघर्ष आलस्य को कम करते हैं, अवसाद को शांत करते हैं, उनके कौतूहल और आनंद को जागृत करते हैं और उनकी अनुभूति को तीव्रता प्रदान करते हैं।
- (2) **सामाजिक कारण -** जिन समाज में मादक द्रव्यों के सेवन को स्वीकृति प्राप्त है, उसे उच्च प्रतिष्ठा माना जाता है, सांस्कृतिक और धार्मिक स्वीकृति प्राप्त है और उन्हें आध्यात्मिक चिंतन और मनन का उत्प्रेरक माना जाता है वहां इनका प्रचलन अधिक है क्योंकि वहां मित्र द्वारा इसे स्वीकार किया जाता है और सामाजिक मूल्यों का प्रतीक माना जाता है।
- (3) **शारीरिक कारण -** सुखानुभूति की आकांक्षा, मनोदशा-परिवर्तन, उदासी व विषाद को कम करना और स्वयं में उत्तेजना पैदा करने के लिए भी इन मादक द्रव्यों का दुरुपयोग किया जाता है। ये

पदार्थ दुःख निवारक, निद्रा लाने वाले, काम-भावना को उत्तेजित करने वाले और निराशा की समाप्ति पर अवर्णनीय आनंद की सृष्टि करते हैं।

(4) सुगमता से उपलब्ध - इन मादक द्रव्यों के दुरुपयोग का एक कारण यह भी है कि समाज में उनकी उपलब्धि सुगमता से हो जाती है। प्राचीन समय से ही अफीम, गांजा, चरस, बीड़ी, शराब और मारफीन जैसे द्रव्य सरलता से व्यक्तियों को उपलब्ध होते रहे हैं। व्यक्तिगत समस्याओं के हल व स्वयं को उत्कृष्ट बनाने के लिए इनका प्रयोग किया जाता है।

9.7 मादक द्रव्यों के दुष्प्रयोग कुप्रभाव

मादक द्रव्यों के प्रयोग से शारीरिक क्षमता घट जाती है दुर्बलता पैदा होती है एवं अनेक रोग उत्पन्न होते हैं। व्यक्ति, परिवार एवं समाज का विघटन होता है। अपराध की प्रवृत्ति पैदा होती है। अपराधों की वृद्धि, पुलिस, प्रशासन और व्यवस्था की समस्याएं खड़ी होती है। मादक द्रव्य नाड़ी संस्थान को प्रभावित कर तनावों से क्षणिक मुक्ति तो दिलाते हैं, किंतु आगे चलकर नशे की आदी होने पर व्यसनी शीघ्र ही मौत के मुंह में चले जाते हैं। हम यहां मादक द्रव्यों के दुष्प्रभावों का उल्लेख करेंगे-

(1) शारीरिक प्रभाव - लंबे समय तक अधिक मात्रा में नशीली दवाएं पीने पर गैस बनने, जिगर संबंधी बीमारी, नड़ियों से संबंधित खराबी, गठिया, बेहोशी आदि बीमारियां पनपती है। इनके प्रयोग से मस्तिष्क के तंतु निर्जीव हो जाते हैं। अधिक संख्या में तंतुओं के नष्ट होने जाने से चक्कर आने लगते हैं। ऐसे व्यक्ति को रोगों के कीटाणुओं से मुकाबला करने की शक्ति क्षीण हो जाती है।

(2) मानसिक बीमारी - नशीली दवाओं के सेवन से व्यक्ति में मानसिक दक्षता की कमी हो जाती है, मस्तिष्क कमजोर हो जाता है और स्नायु-तंतु नष्ट हो जाते हैं। इससे मनुष्य की भावात्मक एवं बौद्धिक शक्ति क्षीण हो जाती है।

(3) दुर्यवहार - नशीली दवाओं का संबंध अपराध, वेश्यावृत्ति, जुआखोरी, चोरी, आदि गैर-कानूनी व्यवहारों से जोड़ा जाता है। इनके कारण, कानून को लागू करने की समस्या पैदा होती है। यह बाल अपराध, यौन अपराध, हत्या, वेश्यावृत्ति आदि के लिए भी उत्तरदायी है।

(4) दुर्घटना - कई लोगों का विश्वास है कि नशीली दवाएं दुर्घटनाओं के लिए उत्तरदायी है। प्रमुखतः औद्योगिक एवं यातायात संबंधी दुर्घटनाओं के लिए इनको उत्तरदायी ठहराया जाता है। इन दवाओं के सेवन से नींद एवं बेहोशी आती है, व्यक्ति लापरवाह हो जाता है और दुर्घटना घटित हो जाती है।

(5) कार्यक्षमता - नशीले पदार्थ औद्योगिक क्षमता, उत्पादन, अनुपस्थिति, दुर्घटना आदि को प्रभावित करते हैं। अतः कई देशों में इनके प्रयोग पर रोक लगाने के लिए कानून बनाए हैं।

(6) वैयक्तिक विघटन - नशीले पदार्थ वैयक्तिक विघटन का संकेत और कारण दोनों है। ये संकेत इस रूप में है कि अधिकांश नशेबाज बीमार और मानसिक रूप से पीड़ित व्यक्ति है। जब

उन्होंने पहली बार इनका सेवन प्रारंभ किया था, उसी समय से उनकी समस्या प्रारंभ हो गई थी। ये कारण इस अर्थ में है कि यदि इनका सेवन न किया जाता तो व्यक्ति नशेबाज नहीं बनता। ऐसे व्यक्ति अपनी संपत्ति शराब में नष्ट करते हैं और मित्रों एवं अपरिचितों से झगड़ा कर बैठते हैं, उनका व्यवसाय खतरे में पड़ जाता है, वे अपने मित्रों का ध्यान नहीं रख पाते, वे पत्नी को पीटते हैं। ऐसे व्यक्ति सामान्य जीवन व्यतीत नहीं कर पाते। वे सामाजिक अनुकूलन करने में असमर्थ रहते हैं और सामाजिक प्रतिमानों की अवहेलना करते हैं।

(7) **गरीबी** - नशीली दारों के सेवन से गरीबी और बेकारी पनपती है क्योंकि नशेबाज की अधिकांश आय नशे में ही फूंक जाती है।

(8) **बेकारी** - नशे की आदत बेकारी को बढ़ावा तब देती है जब व्यक्ति नशीली दवाओं का अधिक प्रयोग करने लगता है और उसकी कार्यक्षमता घट जाती है तथा वह कार्य से अनुपस्थित रहने लगता है। ऐसी स्थिति में उसे नौकरी से निकाल दिया जाता है। उसे कोई भी जिम्मेदारी का काम सौंपना नहीं चाहता।

(9) **पारिवारिक विघटन** - मादक पदार्थ पारिवारिक संगठन का भी एक महत्वपूर्ण कारक है। एक नशेबाज व्यक्ति कभी-कभी ही एक अच्छा पारिवारिक व्यक्ति होता है। उसका पत्नी एवं बच्चों के प्रति कोई स्नेह नहीं होता है। ऐसा व्यक्ति नशे के लिए अपना धर्म, समय, शक्ति इतना खर्च करता है कि परिवार के लिए कुछ भी शेष नहीं रहता। कुछ व्यक्ति जो युवावस्था की दहलीज पर पांव रखते ही इनका बहुत अधिक सेवन करने लगते हैं, वे या तो शादी करते ही नहीं या विवाह के अयोग्य होते हैं।

(10) **सामाजिक समस्या** - आदिम और छोटे समाजों में नशीले पदार्थों का प्रयोग सामूहिक उत्सवों तथा त्यौहारों आदि के समय किया जाता है। फसल काटने, बंसत के आगमन एवं विशिष्ट अवसरों पर इन पदार्थों का सेवन सामूहिक रूप से किया जाता है। इसके प्रयोग से जब व्यक्ति अपने आप को मित्रों, परिवार के सदस्यों एवं समाज से पृथक पाता है और असुरक्षित महसूस करने लगता है तो ऐसी दशा सामाजिक विघटन का सूचक है। इनके प्रयोग से प्राथमिक संबंध टूट जाते हैं।

9.8 मादक पदार्थ सेवन विकार का उपचार

पदार्थ प्रयोग विकारों के कारणों में जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों का संयोजन सम्मिलित है। इसके अलावा, 25% से कम लोग, जिन्हें इन पदार्थों के प्रयोग करने पर ज्यादा समस्या होती है, समस्याओं के समाधान की तलाश करते हैं। शराब और नशीली ड्रग्स के आदी हो चुके लोगों का उपचार व्यक्तियों और चिकित्सा पेशेवरों के लिए एक चुनौतीपूर्ण कार्य है। इसके उपचार में कई घटक सम्मिलित हैं विशेष रूप से पहला कदम है। किसी व्यक्ति को इस पीड़ादायी निकास प्रक्रिया से निकलने में सहायता करना और अंतिम लक्ष्य है मद्यत्याग। कुछ

पदार्थों (जैसे कैफीन) के उपयोग में, लक्ष्य पदार्थ के उपयोग को एक निश्चित मात्रा तक सीमित करना है (जैसे 2 कप)।

1-जैविक उपचार

कुछ पदार्थों की वापसी प्रक्रियाओं में दवाइओं का उपयोग बेहद महत्वपूर्ण है। हेरोइन और शराब जैसी कुछ ड्रग्स लेने के मामले में, चिकित्सा पेशेवर की उपस्थिति में वापसी की समस्याओं से जुड़े लक्षणों से निपटने के लिए शामक जैसी दवाएँ निर्धारित की जाती हैं। इसके अलावा, कुछ मामलों में झटकों और दिल के दौरों जैसे खतरनाक वापसी लक्षणों के प्रभाव को कम करने के लिए दवाएँ महत्वपूर्ण होती हैं। जैविक उपचार का उद्देश्य मद्यपान के सुखद अनुभव को नकारात्मक अनुभवों से बदल देना अथवा ऐसे अन्य पदार्थ खोजना है, जो व्यसनी गुणों के बिना इसी प्रकार का सकारात्मक परिणाम दे। ओपियेट्स जैसी मनोविश्लेषक ड्रग्स के मामले में, नालट्रेक्सोन जैसी एंटागोनिस्ट दवा दी जाती है, जो अफीम के प्रभाव को अवरुद्ध और रद्द कर देती है और तत्काल वापसी के लक्षण भी उत्पन्न करती है, जो बेहद अप्रिय हैं। अल्कोहल सेवन के मामले में, एकामप्रोसेट का उपयोग किया जाता है, जो शराब पर निर्भर लोगों में इसकी चाहत को कम करती है। यह पता चला है कि विरोधी दवाओं का उपयोग अन्य चिकित्सीय प्रयासों के संयोजन में भी उपयोगी है। प्रतिक्रियात्मक उपचार में दुरुपयोग के पदार्थ को एंटाब्यूज जैसी औषधि के साथ दिया जाता है, जो मतली और उल्टी की भावना उत्पन्न करते हैं। निकोटीन दुरुपयोग के मामले में, सिल्वर नाइट्रेट युक्त गम्स दिया जाता है, जो खराब स्वाद उत्पन्न करता है। यह एक सफल उपचार है, जब व्यक्ति डॉक्टर की देखरेख के बगैर उन्हें जारी रखने के लिए बेहद प्रेरित होता है। पदार्थ के उपयोग के साथ प्रतिकूल अनुभवों को जोड़ने के लिए एक वैकल्पिक उपचार उन विकल्प दवाओं को खोजना है, जो दुरुपयोग वाले पदार्थ के समान सकारात्मक अनुभव देते हैं। उदाहरण के लिए, हेरोइन के आदी लोगों को वैकल्पिक मेथाडोन दिया जाता है, जिसमें हेरोइन के दर्द को कम करने वाले गुण होते हैं, हो सकता है कि कोई व्यक्तिगत रूप से इसका आदी ना बने, खासकर जब यह परामर्श के साथ संयोजन में उपयोग किया जाता है। निकोटीन की लत के मामले में, निकोटीन पैच, गोंद, इनहेलर या नाक स्प्रे का उपयोग किया जा सकता है। जिसमें सिगरेट के धुएँ के कैंसरकारी तत्वों की कमी है। समय के अंतराल में, लोग इसके उपयोग को कम करने और अंत में निकोटीन पर छोड़ देने में सक्षम होते हैं। हालांकि कुछ मामलों में व्यक्ति निकोटीन निर्भरता के मामले में निकोटीन पैच की तरह, इसके बदले किसी दूसरे पदार्थ के आदी हो सकते हैं।

2- मनो-सामाजिक उपचार

पदार्थ उपयोग विकारों में केवल जैविक उपचार बहुत प्रभावी नहीं होता है। अधिकांश व्यक्तियों को परामर्श और चिकित्सा की आवश्यकता भी होती है। कई कार्यक्रम और मॉडल विकसित किए गए हैं। सबसे पहले, मर्ती रोगी सुविधाओं को मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ, विड्राल

प्रक्रिया से सफलतापूर्वक निकलने के लिए डिजाइन किया गया है। ये उन्हें परामर्श देते हैं ताकि वे सफलतापूर्वक अपने परिवार और जीवन में काम पर वापस जा सकें। हालांकि, भारत सहित अधिकांश देशों में, भर्ती रोगी (इन पेशेंट) सुविधाएँ बेहद महंगी हैं और जनसंख्या के कई भागों के लिए उपलब्ध नहीं हो सकती है। बाहरी रोगी देखभाल अपेक्षाकृत सस्ती है। बाहरी रोगी देखभाल भी इन पदार्थों के उपयोग को रोकने में सहायता कर सकती है।

अल्कोहलिक्स एनोनिमस (ए.ए) उन लोगों का एक वैश्विक संगठन समूह है। जो शराबियों के रूप में पहचाने जाते हैं और स्वयं की सहायता करना चाहते हैं। संगठन को चिकित्सा समुदाय से स्वतंत्र होने के लिए डिजाइन किया गया है और यह उन गुमनाम व्यक्तियों का स्वयं-सहायता समूह है, जो शराब को एक बीमारी के रूप में देखते हैं और व्यक्तियों को

इसके सेवन से बचाना चाहते हैं। ए.ए. बैठकों का अनाम पहलू कलंक और दूसरों के द्वारा अपने प्रति अवधारणा बना लिए जाने के कष्ट का अनुभव किए बिना व्यक्तिगत सहायता देना है। ए.ए. अत्यधिक प्रेरित व्यक्तियों के कारण काफी प्रभावी साबित हुआ है। ए.ए. भी भारत में कई समान सहायता समूहों के साथ उपस्थित है, जो व्यसन निवारण प्रक्रियाओं के लिए सामाजिक और संवेगात्मक सहायता करते हैं। ऐसे सहायता समूहों का गठन अन्य पदार्थों जैसे कोकीन एनोनिमस और नारकोटिक्स एनोनिमस के लिए भी किया गया है।

अल्कोहलिक्स एनोनिमस का यों तो लक्ष्य है- पूर्ण संयम, फिर भी कुछ कार्यक्रम ऐसे विकसित किए गए हैं जो पूर्ण संयम के बजाय नियंत्रित उपयोग पर जोर देते हैं, क्योंकि उन्हें लगता है कि पूर्ण संयम कई व्यसनियों के लिए एक अव्यवहारिक लक्ष्य हो सकता है। इन विवादास्पद कार्यक्रमों का लक्ष्य मादक पदार्थों के सामाजिक उपयोग को स्वीकारना है, जैसे शराब, पदार्थ के उपयोग की जगह ले सकती है। वर्षों से, विशेष रूप से यूनाइटेड किंगडम में कुछ शोधकर्ताओं ने नियंत्रित उपयोग पर केंद्रीत कार्यक्रमों का आयोजन किया है, जबकि संयुक्त राज्य अमेरिका जैसे अन्य देशों में पूर्ण संयम आधारित कार्यक्रमों का आयोजन किया जाता है।

3- निवारण कार्यक्रम

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों ने विकासशील कार्यक्रमों पर ध्यान केंद्रीत किया है, जो न केवल मादक द्रव्यों के सेवन से जुड़े उपचारों में सहायता करते हैं, बल्कि कुछ ऐसे कार्यक्रम भी हैं जो भविष्य में संभावित उपयोग और किशोरों और युवा वयस्कों की उच्च जोखिम वाले वर्ग को इसके दुरुपयोग से रोक सकते हैं। सामान्य तौर पर, इन कार्यक्रमों में सहकर्मियों के दबाव से निकलने का प्रशिक्षण, उन विश्वासों और अपेक्षाओं का सुधार जो उन्हें नशे की तरफ ले जाती है, जनसंचार संदेशों से बने गलत विश्वासों को तोड़ना, और सहकर्मी नेतृत्व पर ध्यान केंद्रीत किया जाता है। व्यक्तियों को आत्म-सम्मान, सामाजिक कौशल और प्रतिरोध प्रशिक्षण (केवल ना कहना) सिखाया जाता है। इसके परिणाम काफी मिश्रित हैं। जबकि आत्म-सम्मान पर ज्यादा ध्यान देने को बहुत प्रभावी नहीं माना गया है। प्रतिरोध और सामाजिक कौशल प्रशिक्षण लड़कियों में

ज्यादा प्रभावी साबित हुआ है। यह समझना महत्वपूर्ण है। क्योंकि किसी भी पदार्थ की निर्भरता (हेतु कारण) जैविक मनो-सामाजिक कारकों की पारस्परिक प्रभाव पर निर्भर करती है। एक प्रभावी कार्यक्रम में व्यक्तिगत, परिवार, पड़ोस, साथियों, स्कूलों, कॉलेजों, मीडिया, सरकारी, निजी और गैर-सरकारी संगठनों सहित कई हितधारकों को सम्मिलित करते हुए कई स्तरों पर परिवर्तन की आवश्यकता होती है।

9.9 जुआ विकार

जुए का एक लंबा इतिहास है, उदाहरण के लिए, पासा से जुड़े खेल कई सभ्यताओं के अंग रहे हैं। महाभारत में युधिष्ठिर ने अपनी सारी धन-सम्पत्ति, अपना सारा साम्राज्य, अपने भाई और यहां तक कि अपनी पत्नी को भी पासे के खेल में खो दिया था। कुछ देशों ने जुए को वैध कर दिया है जबकि अन्य देशों में जुए पर प्रतिबंध है। जुआ कई रूपों में खेला जाता है, जैसे कैसीनो जुआ, घुड़दौड़ पर दांव या क्रिकेट सट्टे आदि है। इसमें इंटरनेट गेम, नंबर गेम, लॉटरी आदि जैसे खेल भी सम्मिलित हैं। ऐसे किसी भी मामले में, वैकृतिक जुआ एक व्यक्ति के सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, पारिवारिक और आर्थिक हालात को प्रभावित करता है। विकृतितजन्म जुआरी अपनी सारी बचत को दांव पर लगा सकता है, अपने परिवार की आवश्यकताओं की उपेक्षा कर सकता है, दोस्तों और रिश्तेदारों से पैसे उधार ले सकता है या जुए के लिए धन प्राप्त करने के लिए अवैध साधनों का सहारा ले सकता है।

जुआ विकार के लिए उपचार:

जुआ विकार का उपचार अन्य व्यसन विकारों के समान और उतना ही कठिन है। वैकृतिक जुआ अपनी समस्या, आवेग और दृढ़ आशावाद (मैं अपने सभी नुकसानों की भरपाई करने के लिए पर्याप्त जीत प्राप्त करूंगा) से इनकार करता है। संज्ञानात्मक- व्यवहार चिकित्सा (सीबीटी) का प्रयोग विभिन्न दरों की सफलता के साथ किया गया है। सीबीटी में वित्तीय सीमाएँ स्थापित करना, वैकल्पिक गतिविधियों की योजना बनाना, पुनरावृत्ति रोकना और काल्पनिक विसंवेदन सम्मिलित है। एक अध्ययन में पाया गया कि सीबीटी ने अपनी दक्षता में सुधार किया जब इसे गैम्बलर एनोनिमस (अल्कोहलिक एनोनिमस के समान संगठन) के संगम के साथ जोड़ा गया था। इसके अतिरिक्त, उपचार में सकारात्मक परिणाम भी पाए जाते हैं जब पारिवारिक सम्बंधों की जिम्मेदारियों को उपचार के अंग के रूप में प्रयोग किया जाता है। जुआ विकार वाले कई लोग उपचार से मना करते हैं। अधिक प्रभावी उपचार के लिए जुए की लत को रोकने से जुड़ी चिंताओं पर भी ध्यान देना चाहिए।

9.10 मादक द्रव्य दुष्प्रयोग नियंत्रण के उपाय

मादक द्रव्यों से अनेक प्रकार की हानियां होती हैं। यही कारण है कि इसे रोकने के लिए सरकार ने समय-समय पर कई कानून बनाए हैं। 1893 में मादक द्रव्यों के प्रयोग को रोकने के लिए 'रॉयल कमीशन' की नियुक्ति की गई जिसने अफीम की रोकथाम एवं दुष्प्रभावों का अध्ययन किया। 1895 में एक आयोग की नियुक्ति की गई जिसने सरकार की मादक वस्तुओं के प्रयोग, प्रभाव एवं रोकथाम से संबंधित जानकारी दी। 1936 में भारत सरकार ने मंत्रियों के सम्मेलन में 1959 तक देश भर में अफीम के प्रयोग पर रोक लगाने का निर्णय लिया। मादक पदार्थों के दुरुपयोग को रोकने के लिए 'नारकोटिक्स ड्रग्स एंड साइक्रोट्रापिक सबस्टेंसेज एक्ट, 1985' बनाया गया जिसमें 1989 में कुछ और संशोधन किए गए। इसमें अवैध व्यापार की रोकथाम संबंधी प्रावधान भी हैं। इस कानून के अंतर्गत कानून का उल्लंघन करने वालों को दंडित करने के लिए कई प्रावधान दिए गए हैं, जैसे इसमें कम से कम 10 वर्ष का कारावास, संपत्ति जब्त करने, एक लाख रुपए तक जुर्माना करने एवं मृत्युदंड तक की सजा का प्रावधान है।

राष्ट्रीय मादक पदार्थ दुरुपयोग निवारण कार्यक्रम (एन. सी. डी. ए. पी.) के लिए तकनीकी निविष्ट उपलब्ध कराने तथा उसे और सुदृढ़ बनाने के लिए एक राष्ट्रीय नशाखोरी निवारक केंद्र, संयुक्त राष्ट्र मादक पदार्थ नियंत्रण कार्यक्रम की सहायता से राष्ट्रीय समाज सुरक्षा संस्थान, नई दिल्ली में स्थापित किया गया है।

कानून के अतिरिक्त मादक द्रव्यों के नियंत्रण हेतु अन्य उपाय भी किए जाने चाहिए। उनमें से प्रमुख इस प्रकार हैं-

1. मादक वस्तुओं का सेवन रोकने के लिए जन-शिक्षण आवश्यक है तथा लोगों को इनसे होने वाली हानि का ज्ञान कराया जाए।
2. जो लोग इन पदार्थों के सेवन के आदी हो गए हैं, रासायनिक एवं अन्य विधियों से उपचार कर उनकी आदत धीरे-धीरे कम कर छुड़ाने के प्रयास किए जाने चाहिए। कल्याणकारी संस्थाएं भी इस ओर अपना सहयोग प्रदान कर सकती हैं।
3. इसके अतिरिक्त, स्वयं व्यक्ति को भी मादक वस्तुओं के सेवन को त्यागने का दृढ़ संकल्प लेना होगा, तभी वह ऐसा कर पाने में सफल होगा।
4. चिकित्सकों के दृष्टिकोण में भी परिवर्तन किया जाना चाहिए। रोगी के उपचार हेतु कई बार वे मादक द्रव्यों का उल्लेख करते हैं। इससे उपचार तो होता है किंतु रोगी की उन पर निर्भरता बढ़ जाती है और वह इन दावाओं का प्रयोग करने का डॉक्टर से प्रमाण पत्र मिलने पर उनका दुरुपयोग प्रारंभ कर देते हैं। अतः इस संबंध में डॉक्टर को विशेष सावधानी बरतनी चाहिए।
5. मादक द्रव्यों के दुरुपयोग को रोकने में माता-पिता में परिवार के लोग भी महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। माता-पिता को चाहिए कि वे बच्चों के प्रति उपेक्षापूर्ण व्यवहार ना करें। वे इस प्रकार का ध्यान रखें की पारिवारिक वातावरण प्रेम एवं स्नेह में हो।

6. जो लोग मादक द्रव्यों को बढ़ावा देने एवं तस्करी में सम्मिलित हो, जैसे पुलिस आदि उनके विरुद्ध कठोर कानूनी कार्यवाही कर उन्हें दंडित किया जाए।
7. मादक द्रव्यों के प्रयोग विरोधी अभियान जैसे 'ऑपरेशन ब्लैक बोर्ड' आदि चला कर इनकी तस्करी को रोका जाए एवं नशेबाजों को पड़कर दंडित किया जाए तथा उनका उपचार किया जाए।
8. धार्मिक तथा सामुदायिक नेताओं सहित समाज की सभी क्षेत्रों में सबकी भागीदारी होनी चाहिए।
9. मादक-द्रव्य व्यसन को रोकने संबंधी कानूनों का पालन कठोरता से किया जाना चाहिए।

9.11 सारांश

इस अध्याय में अपने मादक द्रव्यों के दुरुपयोग के विभिन्न शारीरिक, मानसिक और सामाजिक प्रभाव के बारे में पढ़ा है। मादक द्रव्य शरीर विशेषकर केंद्रीय तंत्रिका प्रणाली पर अपना प्रभाव छोड़ते हैं उसके कार्य में परिवर्तन कर देते हैं। मादक द्रव्य शरीर के अन्य भागों पर भी दुष्प्रभाव डालते हैं। मादक द्रव्य व्यसनकर्ता के व्यक्तित्व को उसके आचरण और व्यवहार में परिवर्तित कर देते हैं। भारत में मादक द्रव्य व्यसन की समस्या भयावह है और युवा वर्ग इससे ज्यादा ग्रसित है जिसका परिणाम यह हुआ है कि व्यक्ति का निजी जीवन तनाव ग्रस्त हुआ है और युवा समाज की दिशा विघटित हुई है। कुछ पदार्थों की वापसी प्रक्रियाओं में दवाओं का उपयोग बेहद महत्वपूर्ण है। जैविक उपचार भी नकारात्मक अनुभवों के साथ शराब के आनंददायक अनुभव को प्रतिस्थापित करने या अन्य पदार्थों को खोजने के उद्देश्य से हैं, जो नशे की लत के बिना समान सकारात्मक अनुभव देते हैं। मादक द्रव्यों के सेवन की रोकथाम के कार्यक्रम, भविष्य के संभावित उपयोग और किशोरों और युवा वयस्कों जैसी उच्च जोखिम वाले वर्ग में पदार्थ की लत को रोकने की दिशा में काम करते हैं। भारत में व्यापक पैमाने पर प्रचलित विभिन्न नियमों और कानून को सशक्त तरीके से लागू करने की आवश्यकता है सामाजिक जागरूकता और उचित उपचार से ही व्यसनी को व्यसन से दूर किया जा सकता है।

9.12 अभ्यास प्रश्न

1. मादक द्रव्य व्यसन से आप क्या समझते हैं? इसके प्रयोग के कारणों की विवेचना कीजिए।
2. भारत में मादक पदार्थों के उपयोग के कारणों एवं कुप्रभावों की व्याख्या कीजिए। इन समस्या के निवारण के लिए कार्यक्रमों का विवरण दीजिए।
3. मादक पदार्थ सेवन विकार के कारणों को स्पष्ट कीजिए।
4. मादक पदार्थ सेवन के विकारों के मनो-सामाजिक उपचार की व्याख्या कीजिए।

4. जुआ विकार के कारणों एवं उपचार पर चर्चा कीजिए।

9.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- प्रो.एम.एल गुप्ता एवं डॉ. डी.डी. शर्मा, 'भारतीय समाज: मुद्दे एवं समस्याएँ', साहित्य भवन पब्लिकेशन्स: आगरा
- राम आहूजा (2016) 'सामाजिक समस्याएं', रावत पब्लिकेशन
- प्रतिमा चतुर्वेदी (2011) 'भारत में सामाजिक समस्याएं', वाईकिंग बुक्स प्रकाशन

इकाई 10. बौद्धिक विकलांगता (Intellectual disability)

इकाई संरचना

- 10.1 प्रस्तावना
- 10.2 उद्देश्य
- 10.3 बौद्धिक अक्षमता: प्रकृति
- 10.4 बौद्धिक अक्षमता: व्यापकता और कारण
- 10.5 बौद्धिक अक्षमता: प्रकार और विशेषताएँ
- 10.6 बौद्धिक अक्षमता: मूल्यांकन
- 10.7 बौद्धिक अक्षमता: आवश्यकताएँ
- 10.8 सारांश
- 10.9 शब्दावली
- 10.10 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न और उनके उत्तर
- 10.11 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची
- 10.12 निबन्धात्मक प्रश्न

10.1 प्रस्तावना-

बौद्धिक अक्षमता (आईडी) एक आजीवन स्थिति है, जो मस्तिष्क को कुछ आघात पहुँचाने के कारण होती है, जिसके परिणामस्वरूप कम बुद्धि होती है। बौद्धिक अक्षमता को ठीक नहीं किया जा सकता है। बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों में स्वतंत्र बनने के लिए व्यवस्थित और नियोजित सहायता के साथ प्रशिक्षित होने की क्षमता होती है। बौद्धिक अक्षमता मानसिक बीमारी नहीं है। मानसिक बीमारी को ठीक किया जा सकता है। मानसिक बीमारी वाले व्यक्तियों के विकास के मील के पत्थर सामान्य होते हैं, लेकिन वे मनोवैज्ञानिक गड़बड़ी से पीड़ित होते हैं, जिसके लिए व्यवस्थित उपचार और कभी-कभी दवा की आवश्यकता होती है, जबकि बौद्धिक अक्षमता एक ऐसी स्थिति है जब बच्चे का मानसिक विकास उसकी कालानुक्रमिक उम्र से मेल नहीं खाता है। उदाहरण के लिए - आईडी से पीड़ित आठ साल के बच्चे की मानसिक क्षमता और व्यवहार बहुत छोटे बच्चे की तरह हो सकता है। स्थिति की गंभीरता के आधार पर, मानसिक क्षमता कुछ महीनों से लेकर छह साल के बच्चे की मानसिक क्षमता तक भिन्न हो सकती है।

10.2 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप -

बौद्धिक अक्षम बच्चों को परिभाषित कर सकेंगे।

बौद्धिक अक्षम बच्चों को वर्गीकृत कर पाएंगे।

बौद्धिक अक्षम बच्चों की आवश्यकताओं को समझ सकेंगे।

बौद्धिक अक्षम बच्चों के हस्तक्षेप को जान पाएंगे।

10.3 परिभाषा

अंतरराष्ट्रीय स्तर पर बौद्धिक अक्षमता की परिभाषा चिकित्सा मॉडल से हटकर पुनर्वास मॉडल की ओर चली गई है। वर्तमान प्रवृत्ति नैदानिक शब्दों के बजाय कार्यात्मक और शैक्षिक शब्दों का उपयोग करके स्थिति का वर्णन करने की है। हाल की कुछ परिभाषाएँ नीचे सूचीबद्ध हैं:

अमेरिकन एसोसिएशन ऑन इंटेलिक्चुअल एंड डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ (AAIDD) 2010 के अनुसार जिसे पहले AAMR के नाम से जाना जाता था, बौद्धिक विकलांगता एक ऐसी स्थिति है जिसमें बौद्धिक कार्यप्रणाली और अनुकूलित व्यवहार दोनों में महत्वपूर्ण सीमाएँ होती हैं, जिसमें कई रोज़मर्रा के सामाजिक और व्यावहारिक कौशल शामिल होते हैं। यह विकलांगता 18 वर्ष की आयु से पहले उत्पन्न होती है।

रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं का अंतरराष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण (ICD-10)-WHO ICD-10 मानसिक मंदता को इस प्रकार परिभाषित करता है: मन के विकास में रुकावट या अपूर्णता की स्थिति, जो विशेष रूप से विकासात्मक अवधि के दौरान प्रकट कौशल की हानि की विशेषता है, कौशल जो बुद्धिमत्ता के समग्र स्तर में योगदान करते हैं, यानी संज्ञानात्मक, भाषा, गामक और सामाजिक क्षमताएँ। आईसीडी-11 कार्य समूह मानसिक विकलांगता को बौद्धिक विकासात्मक विकारों (आईडीडी) से बदलने का प्रस्ताव करता है, एक शब्द जिसे यह 'विकासात्मक स्थितियों का एक समूह' के रूप में परिभाषित करता है, जिसमें संज्ञानात्मक कार्यों की हानि होती है, जो सीखने, अनुकूलित व्यवहार और कौशल की सीमाओं से जुड़ी होती है। डीएसएम-5 के लिए प्रस्तावित नया शब्द बौद्धिक विकलांगता (आईडी)/आईडीडी है (साल्वाडोर, रीड, वेज़, 2011)।

भारत में, दिव्यांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम, 2016 बौद्धिक अक्षमता को एक ऐसी स्थिति के रूप में परिभाषित करता है, जिसमें बौद्धिक कामकाज (तर्क, सीखना, समस्या समाधान) और अनुकूलित व्यवहार दोनों में महत्वपूर्ण सीमाएँ होती हैं, जो हर दिन, सामाजिक और व्यावहारिक कौशल की एक श्रृंखला को कवर करती हैं।

1-**बौद्धिक कार्यप्रणाली/ Intellectual Functioning-** बौद्धिक कामकाज-जिसे बुद्धिमत्ता भी कहा जाता है-सामान्य मानसिक क्षमता को संदर्भित करता है, जैसे सीखना, तर्क करना, समस्या समाधान। बौद्धिक कामकाज को मापने का एक तरीका आईक्यू टेस्ट है। आम तौर पर, 70 या 75 के आसपास का IQ टेस्ट स्कोर बौद्धिक कार्यप्रणाली में सीमा को दर्शाता है।

2-अनुकूलित व्यवहार /Adaptive Behaviour- अनुकूलित व्यवहार वैचारिक, सामाजिक और व्यावहारिक कौशल का संग्रह है जो लोगों द्वारा अपने दैनिक जीवन में सीखा और निभाया जाता है

- वैचारिक कौशल- भाषा और साक्षरता; धन, समय और संख्या अवधारणाएँ; और आत्म-निर्देशन।
- सामाजिक कौशल- पारस्परिक कौशल, सामाजिक जिम्मेदारी, आत्म-सम्मान, भोलापन, सामाजिक समस्या समाधान, और नियमों का पालन करने/कानूनों का पालन करने और पीड़ित होने से बचने की क्षमता।
- व्यावहारिक कौशल- दैनिक जीवन की गतिविधियाँ (व्यक्तिगत देखभाल), व्यावसायिक कौशल, स्वास्थ्य सेवा, यात्रा/परिवहन, कार्यक्रम/दिनचर्या, सुरक्षा, धन का उपयोग, टेलीफोन का उपयोग।

शुरुआत की उम्र/ Age of Onset- यह स्थिति कई विकासात्मक विकलांगताओं में से एक है यह 18 वर्ष की आयु से पहले दृष्टिगत हो जाती है।

लेकिन बौद्धिक अक्षमता को परिभाषित करने और उसका आकलन करने में, AAIDD इस बात पर जोर देता है कि अतिरिक्त कारकों पर विचार किया जाना चाहिए, जैसे कि व्यक्ति के साथियों और संस्कृति के लिए विशिष्ट सामुदायिक वातावरण। पेशेवरों को लोगों के संवाद करने, चलने और व्यवहार करने के तरीके में भाषाई विविधता और सांस्कृतिक अंतर पर भी विचार करना चाहिए। अंत में मूल्यांकन में यह भी मान लेना चाहिए कि व्यक्तियों में सीमाएँ अक्सर ताकत के साथ सह-अस्तित्व में होती हैं, और यदि निरंतर अवधि में उचित व्यक्तिगत सहायता प्रदान की जाती है, तो व्यक्ति के जीवन के कामकाज के स्तर में सुधार होगा। केवल ऐसे बहुआयामी मूल्यांकनों के आधार पर ही पेशेवर यह निर्धारित कर सकते हैं कि किसी व्यक्ति में बौद्धिक अक्षमता है या नहीं और व्यक्तिगत सहायता योजनाएँ तैयार कर सकते हैं।

10.4 बौद्धिक अक्षमता की व्यापकता और कारण

बौद्धिक अक्षमता की व्यापकता

भारत में बौद्धिक अक्षमता की व्यापकता के बारे में बहुत कम जानकारी है। भारत में दुनिया की सबसे बड़ी बाल आबादी है, जो विकासात्मक अक्षमताओं के उच्च जोखिम में है। भारत में बौद्धिक अक्षमता की व्यापकता आयु, लिंग, जनसंख्या-प्रकार और निवास स्थान के अनुसार भिन्न होती है। ये जनसांख्यिकीय और भौगोलिक कारक बौद्धिक अक्षमता, इसकी रोकथाम, स्वास्थ्य देखभाल और पुनर्वास सेवाओं के बारे में जागरूकता को प्रभावित करते हैं, जो इसके प्रसार और व्यापकता को और अधिक प्रभावित करते हैं। समग्र जनसंख्या में बौद्धिक अक्षमता

की संचयी व्यापकता 10.5 मामले/1000 पाई गई (Lakhan, Ekundayò, Shahbazi (2015))लखन, एकुंडायो, शाहबाजी (2015) I बौद्धिक अक्षमता सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक, नस्लीय/जातीय और अन्य पर्यावरणीय कारकों से भी प्रभावित हो सकती है, जिसमें आयु और लिंग की जनसांख्यिकी शामिल है। लगभग 3% (पिलंट एट अल., 1995) जनसंख्या का बुद्धि लब्धि (आईक्यू) 70 से कम है, जिनमें से आधे से भी कम में मानसिक मंदता का कारण स्थापित किया जा सकता है। कई पर्यावरणीय, आनुवंशिक या कई कारक बौद्धिक अक्षमता का कारण बन सकते हैं। यह भी माना जाता है कि गरीबी, कुपोषण, मातृ नशीली दवाओं और शराब के उपयोग जैसे व्यवहारिक या सामाजिक कारक,आईडी में योगदान कर सकता है। दुर्भाग्य से, लगभग 30 से 50 प्रतिशत मामलों में; गहन नैदानिक मूल्यांकन के बाद भी एटियलजि (ethology) की पहचान नहीं की जाती है। कुछ व्यक्तियों में मस्तिष्क की जन्मजात विकृति होती है; अन्य में पूर्व या प्रसवोत्तर विकास के दौरान महत्वपूर्ण अवधि में मस्तिष्क को नुकसान होता है। अक्षमता के अधिग्रहित कारणों में दर्दनाक मस्तिष्क की चोट और केंद्रीय तंत्रिका तंत्र को नुकसान शामिल है।

बौद्धिक अक्षमता के कारण-

1. आनुवंशिक स्थितियाँ/ Genetic conditions
2. जन्मपूर्व समस्याएँ/ Prenatal problems
3. प्रसवकालीन समस्याएँ/Perinatal problems
4. जन्म के बाद की समस्याएँ (शैशवावस्था और बचपन में)/ postnatal problems (in infancy and childhood)
5. चयापचय संबंधी विकार/ metabolic disorders
6. कुछ प्रकार की बीमारी या विषाक्त पदार्थों के संपर्क में आना/ Exposure to certain types of disease or toxins.
7. आयोडीन की कमी (क्रेटिनिज्म)/Iodine deficiency (cretinism)
8. कुपोषण/Malnutrition

10.5 बौद्धिक अक्षमता के प्रकार और विशेषताएँ

बौद्धिक अक्षमता के प्रकार

शैक्षिक वर्गीकरण

शुरुआती वर्षों में एमआर/आईडी वाले लोगों की योग्यता के स्तर को उनके आईक्यू के आधार पर आंका जाता था

- शिक्षणीय मानसिक मंदता (ईएमआर): (आईक्यू 50-69)/Educable Mental Retardation (EMR): (IQ 50-69).

- प्रशिक्षणीय मानसिक मंदता (टीएमआर) (आईक्यू 35 -50)/ Trainable Mental Retardation (TMR) (IQ 35 -50)
- अभिरक्षणीय मानसिक मंदता (सीएमआर) (आईक्यू 25 से कम)/Custodial Mental Retardation (CMR) (IQ below 25)

इस तरह का वर्गीकरण वर्तमान में उपयोग में नहीं है। स्कूल में बच्चों को निम्नलिखित प्रकार से वर्गीकृत किया जाता है

- प्री-प्राइमरी (6 वर्ष तक),
- प्राइमरी (7 से 10 या 11 वर्ष),
- माध्यमिक (11 से 15 वर्ष)
- प्रीवोकेशनल (16 से 18 वर्ष)।

क्षमताओं और योग्यताओं के आधार पर ये बच्चे संसाधन सहायता के साथ या बिना नियमित स्कूलों में या विशेष स्कूलों में पढ़ते हैं। इस प्रकार, शैक्षिक व्यवस्था में वर्गीकरण IQ आधारित समूहीकरण से बदलकर आयु आधारित, समावेश उन्मुख समूहीकरण में बदल गया है जैसा कि नियमित स्कूलों में किया जाता है।

चिकित्सकीय वर्गीकरण

इस प्रकार का वर्गीकरण बौद्धिक अक्षमता से जुड़े कार्य-कारण या चिकित्सा निदान से संबंधित है

- संक्रमण और नशा:
- आघात या शारीरिक कारक:
- चयापचय या पोषण// metabolic disorders
- सकल मस्तिष्क रोग (प्रसवोत्तर)
- अज्ञात जन्मपूर्व प्रभाव:
- गुणसूत्र असामान्यता: (डाउन सिंड्रोम एक ऑटोसोमल विकार है, ट्राइसॉमी 21, ट्रांसलोकेशन, मोजेकिज्म, सेक्स गुणसूत्रों में असामान्यताएं, क्लाइनफेल्टर सिंड्रोम टर्नर सिंड्रोम)
- गर्भावधि विकार
- मानसिक विकार
- पर्यावरणीय प्रभाव

मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण

- सीमा रेखित/धीमी गति से सीखना- IQ 71 से 84 के बीच/ Borderline/ Slow learning- IQ range between 71 to 84
- अतिअल्प- IQ 50-55 से 70 के बीच/ Mild- IQ range between 50-55 to 70.
- अल्प- IQ 35-40 से 50-55 के बीच/ Moderate- IQ range between 35-40 to 50-55
- गंभीर- IQ 20-25 से 35-40 के बीच/ Severe- IQ range between 20-25 to 35-40
- गहन- IQ 20-25 से कम/ Profound- IQ below 20-25

बौद्धिक अक्षम व्यक्तियों की विशेषताएँ

बौद्धिक अक्षमता वाले बच्चों में कौशल की कमी होती है जो बौद्धिक अक्षमता की गंभीरता और स्तर के अनुरूप प्रकट होती है। गंभीरता मस्तिष्क को हुए नुकसान की डिग्री को संदर्भित करती है और स्तर बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्ति की प्रशिक्षण और सहायता से सीखने की क्षमता के स्तर को संदर्भित करता है। गंभीरता मस्तिष्क क्षति की सीमा के कारण सीमाओं को दर्शाती है और अपेक्षित विकास में कमी को समझाने के लिए नैदानिक विवरण देती है। बौद्धिक अक्षमता वाले बच्चों की मुख्य विशेषताएं इस प्रकार हैं:

शारीरिक विशेषताएं

- माइक्रोसेफली - असामान्य रूप से छोटा सिर
- हाइड्रोसेफली - असामान्य रूप से बड़ा सिर जिसमें मस्तिष्कमेरु द्रव भरा होता है
- डाउन सिंड्रोम - मोटी उंगलियां, चंद्रमा के आकार की आंखें, छोटी नाक, खुला मुंह हो सकता है।
- क्रेटिनिज्म - बौने जैसा, खुरदरी और मोटी त्वचा, छोटे और रूखे हाथ-पैर, मोटी पलकें, नींद में डूबा हुआ दिखना
- धीमी गति से शारीरिक विकास
- तीव्र या दीर्घकालिक स्वास्थ्य समस्या प्रकट हो सकती है

मानसिक/बौद्धिक/संज्ञानात्मक विशेषताएँ

- कम ध्यान अवधि
- निर्णय लेने की क्षमता में कमी
- कम तर्क क्षमता और समझ
- सीखने में धीमा

- खराब सुनने, सोचने का कौशल
- अमूर्तता में खराब
- खराब याददाश्त
- प्रेरणा की कमी
- रचनात्मकता की कमी
- धीमी प्रतिक्रिया
- स्पष्टता का अभाव
- आँख-हाथ समन्वय में कमी

व्यवहार संबंधी विशेषताएँ

- अनुकूलन
- दोहराव
- उम्र के अनुरूप नहीं
- सीमित सामाजिक कौशल - विभिन्न सामाजिक स्थितियों में अपरिपक्वता
- सामाजिक स्थितियों को समझने में कठिनाई
- सहनशीलता में कमी
- खराब आत्म-अवधारणा (आत्म-छवि) आत्मविश्वास की कमी
- बेचैनी प्रदर्शित करना

शैक्षणिक विशेषताएँ

- बुनियादी शैक्षणिक कौशल (जैसे पढ़ना, लिखना और अंकगणित) में औसत से कम सीखना और प्रदर्शन
- पढ़ने और सुनने की समझ की आवश्यकता वाली गतिविधियों में कठिनाई
- मौखिक संचार कौशल आम तौर पर लिखित संचार कौशल से बेहतर होते हैं
- अनुभव के माध्यम से प्राप्त आकस्मिक सीखने में सीमित

संचार विशेषताएँ

- सीमित शब्दावली प्रदर्शित करना
- भाषण और भाषा विकास में देरी
- उच्चारण संबंधी विकार प्रदर्शित करना

- सीमित लिखित संचार कौशल
- प्रश्नों को धीरे-धीरे संसाधित करना जिसके परिणामस्वरूप अक्सर देरी से उत्तर मिलते हैं
- खराब भाषण
- कई निर्देशों को समझने में समस्याएँ
- असामान्य आवाज़

सभी बच्चों में ऊपर सूचीबद्ध सभी विशेषताएँ नहीं होंगी। कई बच्चों में मस्तिष्क को हुए नुकसान और स्थिति की गंभीरता के आधार पर अधिकांश विशेषताएँ होती हैं।

10.6 बौद्धिक अक्षमता: मूल्यांकन

बौद्धिक विकलांगता और संबंधित स्थितियों वाले व्यक्तियों के मूल्यांकन के लिए विशेषज्ञों की अंतःविषय टीम से बहुआयामी दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है। अनुकूलित व्यवहार का मूल्यांकन, जो बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्ति को दूसरों से अलग करता है, एक महत्वपूर्ण घटक बन गया है। चूंकि बौद्धिक अक्षमता वाले कई व्यक्तियों में संबंधित समस्याएं भी होती हैं, इसलिए प्रभावी कार्यक्रम प्रदान करने के लिए बहु-विषयक टीम से युक्त कई पेशेवरों की विशेषज्ञता आवश्यक है। विशेष शिक्षक एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। सबसे आम तौर पर शामिल सदस्यों में विशेष शिक्षक, मनोवैज्ञानिक, फिजियोथेरेपिस्ट, व्यावसायिक चिकित्सक, भाषण चिकित्सक, सामाजिक कार्यकर्ता और बाल रोग विशेषज्ञ/मनोचिकित्सक शामिल हैं। एक उपयुक्त व्यक्तिगत कार्यक्रम योजना के लिए, व्यक्ति की सटीक और व्यापक जानकारी आवश्यक है। इस उद्देश्य के लिए, एक मानक मूल्यांकन उपकरण आवश्यक है। एक बच्चे के कामकाज के वर्तमान स्तर का व्यवस्थित मूल्यांकन उसकी ताकत, क्षमताओं और विकासात्मक जरूरतों के बारे में जानकारी प्रदान करता है। यह शैक्षिक कार्यक्रम का आधार बनता है। आम तौर पर, बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्तियों के व्यापक मूल्यांकन में बुद्धि, व्यक्तित्व, शिक्षा, सामाजिक उपलब्धि, विशेष योग्यता और योग्यता शामिल होती है। प्राथमिक मूल्यांकन में केस इतिहास की रिकॉर्डिंग, बच्चे की शारीरिक जांच, प्रीस्कूल मूल्यांकन, स्कूल में सीखना और स्कूल के बाद समायोजन शामिल हैं। बौद्धिक अक्षमता वाले बच्चों के लिए भारत में इस्तेमाल किए जाने वाले विशेष शैक्षिक मूल्यांकन के लिए सामान्य उपकरण इस प्रकार हैं;

मद्रास विकासात्मक प्रोग्रामिंग सिस्टम (MDPS), जयचंद्रन, विमला (1975)/ Madras Developmental Programming System (MDPS), Jayachandran, Vimala (1975)

मद्रास विकासात्मक प्रोग्रामिंग प्रणाली (एमडीपीएस) 18 कार्यात्मक क्षेत्रों में व्यक्ति की क्षमताओं के बारे में जानकारी प्रदान करती है: गामक कौशल, (सकल और शूक्ष्म); स्व-सहायता कौशल

(खाना, कपड़े पहनना, तैयार होना, शौचालय जाना); संचार कौशल (ग्रहणशील भाषा यानी भाषा को समझने की क्षमता; और अभिव्यंजक भाषा यानी बोलने की क्षमता); सामाजिक संपर्क; कार्यात्मक शैक्षणिक कौशल (पढ़ना, लिखना, संख्या, समय, पैसा); घरेलू व्यवहार, सामुदायिक संपर्क; मनोरंजन और अवकाश समय की गतिविधियाँ; व्यावसायिक गतिविधियाँ; प्रत्येक क्षेत्र में, 20 आइटम हैं जो विकासात्मक कठिनाई के बढ़ते क्रम में व्यवस्थित हैं। इसका मतलब यह है कि गतिविधियों को इस तरह से अनुक्रमित किया जाता है कि सरल गतिविधियाँ पहले सूचीबद्ध होती हैं, उसके बाद जटिल गतिविधियाँ सूचीबद्ध आइटम कार्यात्मक गतिविधियाँ हैं जो आम तौर पर किसी व्यक्ति के दैनिक जीवन में होती हैं, इस प्रकार, कुल 360 आइटम (कार्य) हैं जिनके आधार पर आप व्यक्ति का मूल्यांकन कर सकते हैं और इससे आपको इस बारे में जानकारी मिलती है कि बच्चा/वयस्क वर्तमान में क्या कर सकता है या नहीं कर सकता है और इसलिए, ऐसे कौन से क्षेत्र हैं जिनमें उसे प्रशिक्षण की आवश्यकता है। प्रत्येक आइटम पर व्यक्ति को स्कोर करते समय, आपको कार्य करने में निर्भरता/निर्भरता की डिग्री देखनी होगी। प्रत्येक आइटम के संबंध में जानकारी घर/स्कूल की स्थिति में बच्चे के प्रत्यक्ष अवलोकन या अभिभावक/माता-पिता से पूछकर (साक्षात्कार करके) प्राप्त की जा सकती है कि बच्चा कार्य कर सकता है या नहीं। व्यक्ति के प्रदर्शन को समय-समय पर (पहली तिमाही, पहली तिमाही, 11वीं तिमाही) रिकॉर्ड करने के लिए एक प्रारूप है और इसे परिवार के सदस्यों और बच्चे की शिक्षा में शामिल अन्य लोगों को सूचित किया जा सकता है। एमडीपीएस शिक्षक के लिए बच्चे का आकलन करने और व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम की योजना बनाने के लिए उपयोगी है।

स्कोरिंग

यदि छात्र आइटम को पूरा करता है, तो उपलब्धि को A से चिह्नित किया जाता है

यदि छात्र आइटम को पूरा करने में विफल रहता है, तो असफलता को B से चिह्नित किया जाता है

A नीले रंग से और B लाल रंग से दिखाया जाता है

मानसिक मंदता वाले बच्चों के लिए उपनयन विकासात्मक प्रोग्रामिंग सिस्टम (UDPS) (मधुरम नारायण सेंटर फॉर एक्सेप्शनल चिल्ड्रन, मद्रास), 1987/ Upanayan Developmental Programming System (UDPS) for Children with Mental Retardation (Madhuran Narayan Centre for Exceptional Children, Madras), 1987

आरसीआई (भारतीय पुनर्वास परिषद) उपनयन को एक व्यापक परीक्षण के रूप में वर्णित करता है, जिसमें 0-5 वर्ष और 2-6 वर्ष की आयु के मानसिक मंदता वाले बच्चों के प्रबंधन को शामिल किया जाता है, ताकि व्यवस्थित प्रशिक्षण की 'आवश्यकता' को पूरा किया जा सके। (ii) भारतीय परिस्थितियों और सांस्कृतिक परिवेश के अनुकूल, मुद्रित कार्यक्रम एक उपयोगकर्ता

पुस्तिका और गतिविधि कार्ड के सेट से सुसज्जित है। उपनयन प्रारंभिक हस्तक्षेप विकासात्मक प्रोग्रामिंग प्रणाली: इस प्रणाली में पृष्ठभूमि सूचना प्रपत्र (केस इतिहास), उपनयन चेकलिस्ट, प्रोफाइल और मूल्यांकन प्रारूप - ग्राफिकल और संख्यात्मक, एक मूल्यांकन किट, गतिविधि कार्ड, प्रशिक्षण सामग्री और उपयोगकर्ता मैनुअल शामिल हैं। जन्म से 2 वर्ष तक के विकास के पांच क्षेत्रों को कवर करने वाली चेकलिस्ट को सामान्य विकासात्मक अनुक्रम में व्यवस्थित किया गया है, जिसमें कुल 250 कौशल शामिल हैं, प्रत्येक क्षेत्र से 50, जैसे:

- (i) गामक
- (ii) स्व-सहायता
- (iii) भाषा
- (iv) अनुभूति और
- (v) समाजीकरण।

गतिविधि कार्ड आसानी से पहचाने जाने के लिए अलग-अलग रंग के होते हैं। मैनुअल में चेकलिस्ट और गतिविधि कार्ड के उपयोग के निर्देश और मूल्यांकन के दौरान उपयोग की जाने वाली सामग्रियों की सूची दी गई है।

उपनयन कार्यक्रम में, 2 से 6 वर्ष की आयु में, चेकलिस्ट में चयनित 12 क्षेत्र में से प्रत्येक में 50 कौशल शामिल हैं, कुल 600 कौशल। क्षेत्र हैं:

- संचार
- स्व-देखभाल
- भोजन के समय की गतिविधियाँ
- व्यक्तिगत दैनिक गतिविधियाँ
- सामाजिक गतिविधियाँ
- सामुदायिक उपयोग
- स्व-निर्देशन
- स्वास्थ्य और सुरक्षा
- कार्यात्मक शैक्षणिक-लेखन, पढ़ना/अंकगणित
- कार्यात्मक शैक्षणिक संख्याएँ
- अवकाश का समय और
- कार्य

मैनुअल में उपयोग के लिए निर्देश शामिल हैं। सुझाई गई गतिविधियों वाले चेकलिस्ट और गतिविधि कार्ड का देश के विभिन्न हिस्सों में माता-पिता, विशेष शिक्षकों और अन्य पेशेवरों के साथ व्यापक रूप से परीक्षण किया गया है।

(बेसिक-एमआर)-पेशावरिया और वेंकटेशन, एनआईएमएच, 1992/ Behavioural Assessment Scale for Indian Children with Mental Retardation (BASIC-MR) - Peshavaria and Venkatesan, NIMH, 1992

- यह 3 से 16 (या 18) वर्ष की आयु के मानसिक मंदता वाले स्कूल जाने वाले बच्चों में व्यवहार के वर्तमान स्तर पर व्यवस्थित जानकारी प्राप्त करने के लिए बनाया गया है।
- शिक्षक को यह पैमाना गंभीर मंदता वाले बड़े व्यक्तियों के लिए भी उपयोगी लग सकता है।
- यह व्यवहार मूल्यांकन के लिए भी प्रासंगिक है।
- इस पैमाने का चयनित नमूने पर क्षेत्र परीक्षण किया गया है और इसे व्यक्तिगत आवश्यकताओं के आधार पर कार्यक्रम नियोजन और प्रशिक्षण के लिए पाठ्यक्रम मार्गदर्शिका के रूप में भी इस्तेमाल किया जा सकता है।

बेसिक-एमआर पैमाना दो भागों में विकसित किया गया है:

1. बेसिक-एमआर, भाग-ए और
2. बेसिक एमआर, भाग-बी

बेसिक-एमआर, भाग-ए में 280 आइटम शामिल हैं जिन्हें सात आयामों/क्षेत्र के अंतर्गत समूहीकृत किया गया है:

- गामक
- दैनिक जीवन की गतिविधियाँ (एडीएल)
- भाषा
- पढ़ना-लिखना
- संख्या-समय
- घरेलू-सामाजिक और
- पूर्व-व्यावसायिक-पैसा

बेसिक-एमआर, भाग-बी में 75 आइटम शामिल हैं जिन्हें 10 क्षेत्र/आयामों के अंतर्गत समूहीकृत किया गया है, अर्थात:

- हिंसक और विनाशकारी व्यवहार

- गुस्सा
- दूसरों के साथ दुर्व्यवहार
- खुद को चोट पहुँचाने वाला व्यवहार
- दोहराव वाला व्यवहार
- अजीब व्यवहार
- अति सक्रिय व्यवहार
- विद्रोही व्यवहार
- असामाजिक व्यवहार और
- भया

स्केल का मैनुअल:

- यह स्केल बच्चे में समस्या व्यवहार के वर्तमान स्तर का आकलन करने में मदद करता है, एक वर्णनात्मक स्केल के साथ, अर्थात्, स्वतंत्र, संकेत, मौखिक संकेत, शारीरिक संकेत, पूरी तरह से निर्भर और लागू नहीं, प्रत्येक स्केल ने उस क्रम में 5 से 0 का स्कोर दिया।
- किसी भी आयाम के भीतर किसी भी आइटम का परीक्षण प्रशासन बच्चे द्वारा लगातार पांच बार असफल होने के बाद रोका जा सकता है, बाकी आइटमों का स्कोर '0' होना चाहिए।
- ऐसे मामलों में, प्रत्येक आयाम में बच्चे के लिए अधिकतम संभव स्कोर 200 है।
- बच्चे को भाग-बी के प्रत्येक आइटम पर वर्णनात्मक स्केल के साथ रेट किया जाता है, अर्थात्, गंभीरता और आवृत्ति के तीन स्तरों के आधार पर 'कभी नहीं' के लिए 0, 'कभी-कभी' के लिए 1 और 'अक्सर' के लिए 2

प्रोग्रामिंग, के लिए कार्यात्मक मूल्यांकन चेकलिस्ट, नारायण, मायरेड्डी, राव और राजगोपाल, एनआईएमएच (1990) / **Functional Assessment Checklist for Programming, Narayan, Myreddi, Rao**

& Rajagopal, NIMH (1990)-

सातों चेकलिस्ट में से प्रत्येक बच्चे के कामकाज के विभिन्न स्तरों को संबोधित करती है, अर्थात्:

- (i) प्री-प्राइमरी
- (ii) प्राइमरी-I
- (iii) प्राइमरी-II
- (iv) सेकेंडरी

(v) प्रीवोकेशनल-I

(vi) प्री-वोकेशनल-II और

(vii) केयर ग्रुप

स्केल का मैनुअल:

a) प्रत्येक स्तर पर, सावधानीपूर्वक चयनित और वस्तुनिष्ठ रूप से लिखे गए, अपेक्षित देखभाल समूह, चेकलिस्ट कौशल मुख्य रूप से पांच क्षेत्र को कवर करती है, जैसे, व्यक्तिगत, सामाजिक, शैक्षणिक, व्यावसायिक और मनोरंजक।

b) जब कोई बच्चा किसी दिए गए स्तर पर 80% सफलता प्राप्त करता है, तो अगले उच्च स्तर पर पदोन्नति पर विचार किया जाता है।

c) चेकलिस्ट में प्रत्येक आइटम को एक वर्णनात्मक पैमाने पर रेट किया गया है, अर्थात् हाँ (+) का अर्थ है कि बच्चा बिना किसी मदद के आइटम करता है, कभी-कभी संकेत (OC), मौखिक संकेत (VP), शारीरिक संकेत (PP), और नहीं (-) का अर्थ है कि बच्चे को कार्य के प्रदर्शन में पूरी तरह से सहायता करनी है।

d) शिक्षण लक्ष्य और उद्देश्य तिमाही (तीन महीने में एक बार) निर्धारित किए जाते हैं और प्रत्येक तिमाही के अंत में प्रगति का मूल्यांकन किया जाता है, चेकलिस्ट आवधिक मूल्यांकन प्रदान करती है।

प्रारंभिक शिक्षा के लिए पोर्टेज गाइड

इसे एस.एम. ब्लूमा, एम. शियरर, ए.एच. फ्रोहमैन और जीन एम. हिलियार्ड (यूएसए) द्वारा विकसित किया गया है। यह मूल रूप से विकासात्मक देरी वाले प्री-स्कूल बच्चों को कौशल सिखाने की एक प्रणाली है। पोर्टेज परियोजना एक घर आधारित प्रशिक्षण प्रणाली है, जो प्रारंभिक बचपन यानी 0-6 वर्ष की आयु में अपने बच्चों की शिक्षा में सीधे माता-पिता को शामिल करती है। प्रशिक्षण विशेष रूप से प्रशिक्षित शिक्षक या छात्र विकास के क्षेत्र में विशेष प्रशिक्षण और अनुभव वाले सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा प्रदान किया जाता है। हालाँकि, घर-आधारित कार्यक्रम में मुख्य व्यक्ति माता-पिता/परिवार के सदस्य हैं। इसका उपयोग आंगनवाड़ी, बालवाड़ी के कर्मचारियों जैसे पैरा-पेशेवरों, माता-पिता, भाई-बहन जैसे गैर-पेशेवरों और प्री-स्कूल शिक्षकों, मनोवैज्ञानिकों और डॉक्टरों जैसे पेशेवरों द्वारा किया जा सकता है। विवरण पोर्टेज चेकलिस्ट में शिशु उत्तेजना, स्व-सहायता, मोटर, संज्ञानात्मक, भाषा और समाजीकरण जैसे क्षेत्र शामिल हैं। प्रत्येक क्षेत्र में, गतिविधियों को आयु के अनुरूप अनुक्रमिक क्रम में सूचीबद्ध किया गया है। चेकलिस्ट के अलावा, प्रत्येक कौशल के लिए गतिविधि कार्ड हैं, जो छात्र को प्रशिक्षित करने के लिए उपयोग की जाने वाली सामग्री और प्रक्रिया को समझाते हैं। चेकलिस्ट मार्जिन पर प्रत्येक कार्य के लिए आयु मानदंड भी प्रदान करती है, जो प्रशिक्षक को छात्र के कामकाज की आयु तुल्यता का अनुमान लगाने में मदद करती है।

प्रशासन- पहला कदम सभी क्षेत्रों में सूचीबद्ध कौशल की जाँच करना और कॉलम प्रविष्टि व्यवहार के तहत प्रत्येक कौशल के विरुद्ध छात्र के प्रदर्शन को रिकॉर्ड करना है। उपलब्धि की तारीख और टिप्पणियों को चिह्नित करने का भी प्रावधान है। गतिविधियों, उपलब्धि और लक्ष्यों को रिकॉर्ड करने के लिए एक अलग प्रावधान (गतिविधि चार्ट) बनाया गया है। चूंकि प्रारूप में प्रगति की दैनिक और साप्ताहिक रिकॉर्डिंग शामिल है, इसलिए बारीकी से निगरानी की जाती है।

एनआईएमएच - मानसिक मंदता वाले व्यक्तियों के लिए व्यावसायिक मूल्यांकन और प्रोग्रामिंग प्रणाली (एनआईएमएच-वीएपीएस)/ NIMH - Vocational Assessment and Programming System for Persons with Mental Retardation (NIMH-VAPS)

इस पैमाने को 1998 में सुश्री ए.टी. थ्रेसिया कुट्टी की देखरेख में एनआईएमएच में विकसित किया गया था। यह पैमाना मानसिक रूप से मंद वयस्कों की सामान्य क्षमता, व्यावसायिक क्षमता और कार्य व्यवहार का आकलन करने के लिए विकसित किया गया है। इसका उद्देश्य एमआर वाले वयस्क की व्यावसायिक क्षमता का आकलन करना और व्यावसायिक प्रशिक्षण की योजना बनाने और उसे क्रियान्वित करने में मदद करना है। यह कार्य तत्परता कौशल के बारे में जानकारी प्रदान करता है, समुदाय में उपयुक्त नौकरियों की पहचान करने में मदद करता है। यह व्यावसायिक प्रशिक्षण के रचनात्मक और यौगात्मक मूल्यांकन के लिए भी उपयोगी है। इसका उपयोग प्रशिक्षण व्यवस्था में संस्थान, आश्रय कार्यशाला (sheltered workshop) या कार्यशाला में किया जा सकता है या नौकरी प्रशिक्षण के दौरान खुली रोजगार प्रणाली में किया जा सकता है।

पैमाने को मुख्य रूप से 4 भागों में विभाजित किया गया है:-

1. व्यावसायिक प्रोफ़ाइल।
2. सामान्य कौशल मूल्यांकन चेकलिस्ट।
3. नौकरी विश्लेषण प्रारूप।
4. कार्य व्यवहार मूल्यांकन चेकलिस्ट

स्कोरिंग सिस्टम

प्रशिक्षु द्वारा प्रत्येक आइटम का प्रदर्शन अवश्य देखा जाना चाहिए तथा प्रत्येक आइटम के सामने नीचे दिए गए निर्देशानुसार कोड दिए जाने चाहिए:-

विवरण कोड

हमेशा -3

अकसर- 2

दुर्लभ -1

कभी नहीं- 0

उपयोग

- चयनित नौकरियों के बारे में जानकारी प्रदान करता है
- उन क्षेत्रों की पहचान करता है जिनमें प्रशिक्षण की आवश्यकता है
- नौकरी प्रशिक्षण पर जोर देता है।
- कार्य संबंधी कौशल और कार्य व्यवहार का मूल्यांकन करता है।
- मूल्यांकन किए गए सभी प्रशिक्षुओं के लिए रोजगार को लक्षित करता है।
- नौकरी बनाए रखने के लिए समर्थन प्रदान करता है

10.7 बौद्धिक अक्षमता: आवश्यकताएं एवम् हस्तक्षेप

कार्यात्मक और सामाजिक कौशल के लिए रणनीतियाँ/ Strategies for Functional Academics and Social Skills

कार्यात्मक शैक्षणिक (functional Academic) केवल कार्यात्मक रूप से डिजाइन किया गया पाठ्यक्रम है जो कौशल सिखाने के लिए डिजाइन किए गए हैं जो प्रत्येक छात्र को घर, स्कूल, काम और समुदाय में वास्तविक जीवन की स्थितियों में सफल होने की अनुमति देते हैं। कार्यात्मक शैक्षणिक पाठ्यक्रम में कई क्षेत्र शामिल हैं जैसे:

- पूर्व-आवश्यक अवधारणाएँ/ Pre-requisite concepts
- गणित/Maths
- पढ़ना/Reading
- लेखन/Writing
- संचार/ Communication
- सामुदायिक अभिविन्यास/ Community orientation
- कौशल उन्मुख गतिविधियाँ आदि...../ Skill oriented activities etc.....

इन क्षेत्रों को देखते हुए शिक्षक छात्र की उम्र, लिंग, जरूरतों और कामकाज के हिसाब से शैक्षणिक कार्यक्रम तैयार करते हैं। प्रत्येक उपघटक को कौशल स्तर में विभाजित किया जाता है और अनुक्रमिक चरणों में कार्य का विश्लेषण किया जाता है जो प्रारंभिक बचपन से लेकर संक्रमणकालीन कौशल तक होता है। ऐसे कौशल अलगाव में नहीं बल्कि बहु-संवेदी दृष्टिकोण के हिस्से के रूप में सिखाए जाते हैं। कार्यात्मक कौशल का मुख्य परिणाम छात्रों के लिए नियंत्रण की अधिकतम भावना का प्रयोग करना, स्व-निर्देशित व्यवहार में संलग्न होना और अपने पर्यावरण पर स्वायत्तता प्राप्त करना है।

सामाजिक कौशल

किसी भी व्यक्ति के लिए समाज का स्वीकार्य सदस्य बनने के लिए उचित सामाजिक व्यवहार आवश्यक है। प्रत्येक मनुष्य से अपेक्षा की जाती है कि वह समाज द्वारा निर्धारित सांस्कृतिक मानदंडों और व्यक्तियों के आयु स्तर के अनुसार सामाजिक व्यवहार के कुछ मानकों का पालन करे।

बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के मामले में, उचित सामाजिक व्यवहार विकसित करने के लिए गहन प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है। उन्हें समाज से दूर रखने के बजाय, बचपन से ही समाज में घुलने-मिलने के अवसर देने से उनमें सामाजिक योग्यता प्राप्त करने की दिशा में आगे बढ़ाया जा सकता है। प्रशिक्षण जीवन में बहुत कम उम्र में ही शुरू कर दिया जाना चाहिए। बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के सामाजिक कौशल प्रशिक्षण के लिए परिवार, रिश्तेदार, पड़ोसी, मित्र और समाज जिम्मेदार हैं।

निम्नलिखित सामाजिक कौशल सिखाए जाने की आवश्यकता है:

- जरूरतों की पूर्ति के लिए इंतजार करना
- साथियों के साथ खेलना, वस्तुओं को साझा करना
- दूसरों का अभिवादन करना
- आज्ञाओं का पालन करना
- उचित रूप से 'कृपया', 'धन्यवाद', 'क्षमा करें' कहना
- घरेलू कार्यों में माता-पिता की मदद करना
- अनुमति मांगना
- बारी लेना/ turn taking
- भोजन के समय उचित रूप से भाग लेना
- परिस्थिति के अनुसार कपड़े पहनना और तैयार होना
- रिश्तेदारों और दोस्तों से मिलना
- सामाजिक कार्यों में भाग लेना
- विपरीत लिंग के साथ उचित व्यवहार करना
- उधार ली गई सामग्री लौटाना
- मानव सेवा व्यक्तियों और सामुदायिक सहायकों की पहचान करना/ Identifying human service persons and community helpers

सहायक उपकरण, अनुकूलन, व्यक्तिगत शिक्षा योजना, जीवन कौशल शिक्षा/ Assistive Devices, Adaptations, Individualized Education Plan, Life Skill Education

सहायक उपकरण- सहायक तकनीक शब्द का उपयोग बौद्धिक अक्षमताओं और/या अन्य विकलांगताओं वाले लोगों द्वारा उपयोग किए जाने वाले उपकरणों का वर्णन करने के लिए किया जाता है जो कार्यात्मक सीमाओं की भरपाई करने और सीखने, स्वतंत्रता, गतिशीलता, संचार, पर्यावरण नियंत्रण और विकल्प को बढ़ाने में मदद करते हैं। यह शब्द प्रत्यक्ष सेवाओं को भी संदर्भित करता है जो व्यक्तियों को ऐसे उपकरणों को चुनने, प्राप्त करने या उपयोग करने में सहायता करते हैं।

बौद्धिक अक्षमता वाले लोग सहायक तकनीक का उपयोग कैसे करते हैं?

संचार: कम से लेकर उच्च तकनीक वाले संचार उपकरण ऐसे व्यक्ति के लिए संचार का साधन हो सकते हैं जो शारीरिक और/या संज्ञानात्मक कारणों से अपनी आवाज़ से संवाद नहीं कर सकता।

पर्यावरण नियंत्रण: पर्यावरण को नियंत्रित करने वाले उपकरण गंभीर या कई शारीरिक अक्षमताओं और/या संज्ञानात्मक अक्षमताओं वाले लोगों के लिए महत्वपूर्ण हैं, जिनकी अपने वातावरण में घूमने या बिजली के उपकरणों को नियंत्रित करने की सीमित क्षमता होती है। तकनीक किसी व्यक्ति को बिजली के उपकरणों, ऑडियो/वीडियो उपकरणों जैसे कि होम एंटरटेनमेंट सिस्टम को नियंत्रित करने या दरवाज़े बंद करने और खोलने जैसा बुनियादी काम करने की अनुमति देती है।

गतिशीलता: सरल मैनुअल से लेकर परिष्कृत कंप्यूटर-नियंत्रित व्हीलचेयर और वॉकर और छड़ी जैसे गतिशीलता सहायक उपकरण ऐसे व्यक्ति के लिए उपलब्ध हैं जो चल नहीं सकता।

शिक्षा: कंप्यूटर बेहतर साक्षरता, भाषा विकास, गणितीय, संगठनात्मक और सामाजिक कौशल विकास के लिए एक उपकरण हो सकता है। जो लोग कीबोर्ड नहीं चला सकते उनके लिए कंप्यूटर तक पहुँचने के वैकल्पिक तरीके उपलब्ध हैं। दृष्टिबाधित कंप्यूटर-उपयोगकर्ताओं की मदद करने और प्रिंट अक्षमता वाले व्यक्तिगत उपयोगकर्ताओं के लिए वर्तनी और साक्षरता कौशल में सुधार करने के लिए कई तरह के सॉफ्टवेयर उपलब्ध हैं।

दैनिक जीवन की गतिविधियाँ:

- स्मृति संबंधी कठिनाइयों वाले व्यक्ति को कोई कार्य पूरा करने या शुरू से अंत तक चरणों के एक निश्चित अनुक्रम का पालन करने में सहायता करने के लिए उपकरण, जैसे बिस्तर बनाना या दवा लेना
- श्रवण संकेतों के साथ दिशात्मक मार्गदर्शन प्रणाली किसी व्यक्ति को एक स्थान से दूसरे स्थान पर जाने में मदद करती है

- किसी व्यक्ति को खरीदारी करने, चेक लिखने, बिलों का भुगतान करने या एटीएम मशीन का उपयोग करने में मदद करने के लिए उपकरण

रोजगार: विकलांग अमेरिकियों के अधिनियम (Americans with Disabilities Act) के जवाब में, नियोक्ता (employers) कार्यस्थल को अधिक संज्ञानात्मक रूप से सुलभ बना रहे हैं। इसके लिए नियोक्ता द्वारा कार्यस्थल में संशोधन किया जा सकता है, ताकि कर्मचारी के लिए काम करना सरल हो सके। उदाहरण के लिए किसी कर्मचारी को नौकरी में प्रत्येक कार्य को पूरा करने के लिए प्रेरित करने के लिए एक ऑडियोटेप का उपयोग किया जा सकता है।

खेल और मनोरंजन: कंप्यूटर गेम में अनुकूलन किए जा सकते हैं जो गेम गतिविधि को उस उपयोगकर्ता के लिए धीमा करने की अनुमति देते हैं जो गेम की चाल और निर्णय लेने पर जल्दी से प्रतिक्रिया नहीं कर सकता है। कार्यात्मक सीमाओं की भरपाई के लिए विशेष रूप से अनुकूलित खेल उपकरण उपलब्ध हैं, जैसे कि विशेष रूप से डिज़ाइन किए गए बॉल रैप जो गेंदबाजी में उपयोग किए जाते हैं।

अनुकूलन

अनुकूलन निर्धारित पाठ्यक्रम सीखने के परिणामों को बनाए रखते हैं, और इसलिए प्रदान किए जाते हैं ताकि छात्र नियमित सीखने के परिणामों को चुनौती दे सके। अनुकूलित कार्यक्रम पर एक बच्चा कक्षा के मानक से काफी नीचे हो सकता है, लेकिन फिर भी वह न्यूनतम रूप से ग्रेड स्तर की अपेक्षाओं को पूरा करने में सक्षम हो सकता है। यह निर्धारित करने के लिए कि क्या कोई छात्र अपेक्षाओं को पूरा करता है, कक्षा या ग्रेड स्तर की तुलना से बचना चाहिए। इन अनुकूलनों में वैकल्पिक प्रारूप, निर्देशात्मक रणनीतियाँ और मूल्यांकन प्रक्रियाएँ शामिल हो सकती हैं। निम्नलिखित अनुकूलन में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:

- असाइनमेंट या टेस्ट के लिए विस्तारित समय,
- अध्ययन कौशल विकसित करने और अभ्यास करने के लिए एक शिक्षण सहायता ब्लॉक निर्धारित किया जाता है,
- ऑडियो टेप या सहकर्मी सहायक जो निर्धारित रीडिंग में सहायता कर सकें,
- लिखित असाइनमेंट को पूरा करने में सहायता के लिए कंप्यूटर,
- समझ प्रदर्शित करने के लिए लिखित असाइनमेंट के विकल्प,
- टेस्ट और परीक्षाओं के लिए अलग-अलग सेटिंग और टेस्ट और परीक्षाओं के लिए निगरानी वाले ब्रेक।

अनुकूलन/समायोजन:

अति अल्प से अल्प बौद्धिक अक्षमता के लिए:

- मानसिक रूप से धीमे व्यक्ति के साथ जटिल वाक्यों का प्रयोग न करें। ठोस विचारों और कौशलों पर ध्यान केंद्रित करें।
 - बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्ति को अक्सर अमूर्त अवधारणाओं में परेशानी होती है।
 - निर्देशों को स्पष्ट और संक्षिप्त बनाएं।
 - निर्देशों को छोटे चरणों या कार्यों में विभाजित करें।
 - जब भी संभव हो प्रदर्शन विधि का प्रयोग करें।
 - धैर्यवान, दृढ़ और सुसंगत रहें। गर्मजोशी और स्वीकृति प्रदान करें।
 - मुस्कान, प्रशंसा के शब्दों या स्नेह की शारीरिक अभिव्यक्तियों के माध्यम से सुरक्षा की भावना को बढ़ावा दें। सम्मान दिखाएं। कृपालु न बनें।
 - व्यक्ति से एक व्यक्ति के रूप में बात करें; वयस्क से एक वयस्क के रूप में बात करें, न कि एक बच्चे के रूप में।
 - बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्ति से कम उम्मीदें न रखें। प्रशिक्षण और सहायता दिए जाने पर, मंदबुद्धि व्यक्ति को लाभकारी रोजगार दिया जा सकता है और उसे समाज में एक मूल्यवान, योगदान देने वाले सदस्य के रूप में पूरी तरह से एकीकृत किया जा सकता है।
- गंभीर से लेकर गहन बौद्धिक अक्षमता के लिए:**

- ऊपर सूचीबद्ध सुविधाओं का उपयोग करें।
- गंभीर विकलांगता वाले व्यक्ति से पहली बार मिलते समय दया, चिंता या अन्य नकारात्मक भावनाओं के साथ प्रतिक्रिया न करें।
- उम्र के अनुसार बातचीत करें।
- उम्र के अनुसार गतिविधियाँ करें।

व्यक्तिगत शिक्षा योजना (IEP)

बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्ति के लिए शिक्षण और सीखने को प्रभावी बनाने के लिए, बच्चे की व्यक्तिगत ज़रूरतों को पूरा करने के लिए एक व्यक्तिगत शैक्षिक कार्यक्रम तैयार किया जाता है क्योंकि हर बच्चा अलग होता है और ज़रूरतें विशिष्ट होती हैं। इसलिए, कार्यक्रम नियोजन की प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाने के लिए एक व्यापक मूल्यांकन किया जाता है। मूल्यांकन में स्वास्थ्य इतिहास, शिक्षा इतिहास, पारिवारिक इतिहास आदि मानसिक क्षमता, संवेदी क्षमता, अनुकूलित व्यवहार, कुअनुकूलित व्यवहार, शैक्षणिक स्थिति और कई अन्य तत्व शामिल होते हैं। बौद्धिक अक्षमता वाले लोगों के बीच व्यक्तिगत अंतर इस हद तक भिन्न होते हैं कि हर बच्चे की ज़रूरतों को केवल एक अच्छी तरह से नियोजित आईईपी के माध्यम से ही पूरा किया जा

सकता है। बहु-विषयक टीम (व्यावसायिक चिकित्सक, फिजियोथेरेपिस्ट, सामाजिक कार्यकर्ता, नर्स, मनोवैज्ञानिक आदि) की आवश्यकताओं के अनुसार विशेष शिक्षक, प्रिंसिपल, शिक्षक, माता-पिता और अन्य पेशेवर जो छात्रों की जरूरतों से चिंतित हैं, उन्हें IEP विकसित करने और उसका मूल्यांकन करने के लिए बैठकों में भाग लेने की आवश्यकता है। अच्छी तरह से प्रारूपित लिखित IEP दस्तावेज हस्तक्षेप के लिए एक प्रबंधन उपकरण के रूप में कार्य करता है। बच्चे की जरूरतों के आधार पर IEP में विशेष शिक्षा कार्यक्रम के साथ-साथ PT (Physical therapy), OT (Occupational Therapy), ST (Speech therapy) में कार्यक्रम होना चाहिए। कुल मिलाकर IEP कार्यक्रम को लागू करने, निगरानी करने और उसका मूल्यांकन करने में मदद करता है।

IEP के घटक- वैश्विक स्तर पर IEP लिखने के लिए सभी घटकों के साथ एक विशिष्ट प्रारूप होता है।

इसे दो भागों में लिखा जाता है।

भाग-A

1. जनसांख्यिकीय डेटा

इसमें बच्चे का नाम, आयु, लिंग, शिक्षा, मातृभाषा, पता, माता-पिता का नाम, व्यवसाय, आय, आईईपी भरने की तिथि, पंजीकरण संख्या, कक्षा और रोल नंबर आदि शामिल हैं, जिन पर जानकारी आवश्यक है।

2. बौद्धिक अक्षमता के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी

बच्चे के संबंध में कोई भी महत्वपूर्ण और विशिष्ट जानकारी दस्तावेजित की जा सकती है। जैसे संवेदी प्राथमिकता, सीखने का समय प्राथमिकता, ध्यान अवधि, सीखने की दर आदि।

3. लक्ष्य: वार्षिक आधार पर चुने गए लक्ष्य जिन्हें शिक्षक छात्रों से पाठ्यक्रम सामग्री के अनुसार एक वर्ष की अवधि में प्राप्त करने की अपेक्षा करते हैं, उनका दस्तावेजीकरण किया जाता है।

4. संबद्ध स्थिति: बौद्धिक अक्षमता वाले कई व्यक्तियों में एक या अधिक अतिरिक्त विकलांगता होती है, जिन्हें तकनीकी रूप से बहु विकलांगता/विकलांगता कहा जाता है। उदाहरण के लिए मानसिक मंदता, दृश्य हानि, मानसिक मंदता और श्रवण हानि, मानसिक मंदता और मस्तिष्क पक्षाघात, मानसिक मंदता और मिर्गी, मानसिक मंदता और ऑटिज्म आदि। अतिरिक्त विकलांगता वाले मामलों में पाठ्यक्रम संबंधी रणनीति और योजना भिन्न हो सकती है।

5. जिम्मेदार व्यक्ति/ Responsible Personnel : IEP के कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार व्यक्ति को प्रशासनिक और नैदानिक कारणों से दस्तावेजित किया जाता है।

भाग-बी

1. कौशल: कौन सा कौशल/कार्य/गतिविधि सिखाई जानी है, इसका विशिष्ट विवरण विशिष्ट शब्दों में दर्ज किया जाता है। जैसे कि वर्ष के महीने के नाम लिखना।

2. आधार रेखा या वर्तमान स्तर: शिक्षण के लिए कार्य/कौशल/गतिविधि के संदर्भ में छात्र का वर्तमान स्तर या आधार रेखा प्रदर्शन स्तर दर्ज किया जाता है।

जैसे कि नाम, 3-4 अक्षर के शब्द लिख सकते हैं।

3. विशिष्ट उद्देश्य या व्यावहारिक उद्देश्य: यह विवरण है कि छात्र क्या सीखेगा (विषयवस्तु), छात्र विषयवस्तु के साथ क्या करेगा (व्यवहार), विषयवस्तु में छात्र का प्रदर्शन स्तर (मानदंड) और लक्ष्य प्राप्त करने के लिए कितना समय अवधि आवश्यक है (अवधि)।

4. सामग्री और शिक्षण सहायक सामग्री: शिक्षण सहायक सामग्री सीखने को सार्थक और आसान बनाती है।

प्रत्येक बच्चे की ज़रूरतें अलग-अलग होती हैं, इसलिए एक बच्चे के लिए प्रभावी शिक्षण सहायक सामग्री दूसरे बच्चे के लिए प्रभावी नहीं हो सकती है। क्या सिखाया जाना है और बच्चे की विशिष्ट रुचि, स्तर और ज़रूरतों के आधार पर एक ही गतिविधि के लिए शिक्षण सहायक सामग्री अलग-अलग हो सकती है।

5. प्रक्रिया: बच्चे को गतिविधि सीखने के लिए कैसे प्रेरित किया जाए और कार्य कैसे सिखाया जाएगा, यह प्रक्रिया के तहत चरणबद्ध तरीके से वर्णित किया गया है। इसमें सीखने को प्रभावी बनाने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली विभिन्न रणनीतियाँ शामिल हैं।

6. मूल्यांकन: विशिष्ट उद्देश्य के अनुसार निर्धारित मानदंडों के विरुद्ध चुने गए विशेष कार्य में छात्र के प्रदर्शन को नोट किया जाता है।

जीवन कौशल शिक्षा/ Life Skills Education

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा जीवन कौशल को “अनुकूलित और सकारात्मक व्यवहार की क्षमताएँ” के रूप में परिभाषित किया गया है जो व्यक्तियों को रोजमर्रा की ज़िंदगी की माँगों और चुनौतियों से प्रभावी ढंग से निपटने में सक्षम बनाती हैं। वे मनोवैज्ञानिक-सामाजिक कौशल का प्रतिनिधित्व करते हैं जो मूल्यवान व्यवहार निर्धारित करते हैं और इसमें समस्या-समाधान और आलोचनात्मक सोच जैसे चिंतनशील कौशल, आत्म-जागरूकता जैसे व्यक्तिगत कौशल और पारस्परिक कौशल शामिल हैं। जीवन कौशल का अभ्यास करने से आत्म-सम्मान, मिलनसारिता और सहनशीलता जैसे गुण विकसित होते हैं, कार्रवाई करने और बदलाव लाने की कार्य क्षमताएँ विकसित होती हैं और यह तय करने की स्वतंत्रता होती है कि क्या करना है और कौन बनना है। इस प्रकार जीवन कौशल शारीरिक या अवधारणात्मक मोटर कौशल, जैसे व्यावहारिक या स्वास्थ्य कौशल, साथ ही आजीविका कौशल, जैसे शिल्प, धन प्रबंधन और उद्यमशीलता कौशल से अलग हैं। हालाँकि, स्वास्थ्य और आजीविका शिक्षा को जीवन कौशल शिक्षा के पूरक के रूप में डिज़ाइन किया जा सकता है, और इसके विपरीत।

डब्ल्यूएचओ (WHO) द्वारा निर्धारित दस मुख्य जीवन कौशल हैं:

1. आत्म-जागरूकता

2. सहानुभूति
3. आलोचनात्मक सोच
4. रचनात्मक सोच
5. निर्णय लेना
6. समस्या समाधान
7. प्रभावी संचार
8. पारस्परिक संबंध
9. तनाव से निपटना
10. भावनाओं से निपटना

जीवन कौशल सिखाने में इस्तेमाल की जाने वाली विधि सामाजिक सीखने के सिद्धांत पर आधारित है और हम जो जानते हैं कि युवा लोग अपने पर्यावरण से कैसे सीखते हैं; दूसरों के व्यवहार को देखकर और व्यवहार से क्या परिणाम निकलते हैं।

इसमें 4 बुनियादी घटकों का उपयोग करके भागीदारी सीखने की प्रक्रिया शामिल है:

1. व्यावहारिक गतिविधियाँ
2. प्रतिक्रिया और प्रतिबिंब
3. समेकन और पुनर्बलन
4. दिन-प्रतिदिन की जीवन चुनौतियों के लिए व्यावहारिक अनुप्रयोग।

Vocational Training and Independent Living/ व्यावसायिक प्रशिक्षण और स्वतंत्र जीवन

दुनिया में लगभग 156 मिलियन लोग (दुनिया की आबादी का लगभग 3%) बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्ति हैं। अनुमान है कि भारत में कुल आबादी का 1.8% (18.53 मिलियन) विकलांग व्यक्ति हैं। बौद्धिक अक्षमता की व्यापकता 1,00,000 आबादी में से 100-94 है (एनएसएसओ 2002)। विकलांगता पुनर्वास के दृष्टिकोण में दान के तरीके से अधिकार आधारित बदलाव हुआ है। इससे विकलांग व्यक्तियों को समाज के सभी पहलुओं में शामिल करने में मदद मिलती है।

रोजगार में विकलांग व्यक्तियों को शामिल करना पूरी दुनिया में प्रचलित एक चलन है। विकलांग लोगों के लिए काम एक महत्वपूर्ण लक्ष्य है, लेकिन कार्यस्थल और समाज में शारीरिक और मनोवृत्ति संबंधी बाधाओं के कारण, उन्हें प्रतिस्पर्धी कार्य वातावरण में उत्पादक कार्य से वंचित रखा जाता है। हालाँकि, बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्ति विशिष्ट नौकरियों में अपने कौशल को साबित कर रहे हैं। राष्ट्रीय मानसिक विकलांग संस्थान (NIMH) का वयस्क स्वतंत्र जीवन विभाग (DAIL) व्यावसायिक प्रशिक्षण और प्लेसमेंट सेवाओं के माध्यम से बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्तियों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने की दिशा में प्रयास करता है। इन सेवाओं के हिस्से के रूप में, बौद्धिक विकलांगता वाले वयस्क व्यक्तियों को व्यावसायिक और

स्वतंत्र जीवन कौशल हासिल करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। स्वतंत्र जीवन का अर्थ है समान सीमाओं और समान अवसरों के साथ किसी और की तरह रहना। बौद्धिक विकलांगता वाले व्यक्ति भी अपने समाज के अन्य व्यक्तियों की तरह ही जीवन जीने की शैली का पालन करते हैं। बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों की उत्पादक होने की क्षमता सामाजिक व्यवहार और अभ्यास से जुड़ी हुई थी और उनकी बुद्धिमत्ता से बहुत कम संबंध रखती थी (कॉर्नेलियस डी.जे.के., 2009)। व्यावसायिक प्रशिक्षण से संबंधित दक्षताएँ और निर्देशात्मक क्षेत्र नीचे सूचीबद्ध हैं:

10.8 सारांश

अतिअल्प/अल्प बौद्धिक अक्षमता वाले छात्रों को शिक्षित करने का चलन बदल रहा है। पारंपरिक रूप से अति-अल्प/अल्प बौद्धिक अक्षमता वाले छात्रों को विशेष स्कूलों में पढ़ाया जाता था। आज छात्रों की बढ़ती संख्या नियमित स्कूलों में शामिल हो रही है, जहाँ संसाधन शिक्षक या विशेष शिक्षक द्वारा पूरक निर्देश प्रदान किए जाते हैं। केवल छात्रों को सामान्य शिक्षा कक्षा में रखने का मतलब यह नहीं है कि छात्र सफल हो जाएगा। टीम गतिविधि, समूह परियोजनाओं और सभी छात्रों को एक-दूसरे के साथ बातचीत के लिए विशिष्ट कौशल में सीधे प्रशिक्षण के माध्यम से कक्षा में छात्र के समावेश की व्यवस्थित योजना बनाना कुछ ऐसे तरीके हैं जो सफल समावेश में मदद करते हैं। हालाँकि यह चलन बदल रहा है, और अधिक छात्रों को उनके स्कूल के दिन के एक हिस्से के लिए सामान्य शिक्षा व्यवस्था में रखा जाता है।

पिछले कुछ वर्षों में, सरकार ने विकलांग बच्चों की शिक्षा के प्रति अपनी प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए विभिन्न कार्यक्रम और योजनाएँ शुरू की हैं। इन प्रयासों में सबसे पहले यूनिसेफ के सहयोग से 1987 में शुरू की गई परियोजना थी, विकलांग बच्चों की एकीकृत शिक्षा (पीआईईडी)। पीआईईडी के परिणामों और सिफारिशों को ध्यान में रखते हुए, विकलांग बच्चों के लिए एकीकृत शिक्षा (आईईडीसी) योजना, जिसे शुरू में 1974 में शुरू किया गया था, को बाद में 1992 में संशोधित किया गया था। भारत द्वारा सलामांका वक्तव्य (यूनेस्को, 1994) पर हस्ताक्षर करने के साथ, 1990 के दशक में विभिन्न आधिकारिक दस्तावेजों, एनसीईआरटी जैसी संस्थाओं द्वारा प्रकाशित रिपोर्टों और मीडिया में 'समावेशी शिक्षा' शब्द का तेजी से समावेश देखा गया। इस प्रकार सर्व शिक्षा अभियान, एसएसए एक "बहु-वैकल्पिक वितरण प्रणाली" का प्रचार करके विकलांग बच्चों की शिक्षा के प्रति ऐतिहासिक रूप से अपनाए गए दोहरे दृष्टिकोण को आगे बढ़ाता है। यह विकलांग बच्चों या जिन्हें यह "विशेष आवश्यकता वाले बच्चे (CWSN)" कहता है, की चिंताओं को "समावेशी शिक्षा" (IE) के ढांचे के अंतर्गत लाता है: SSA यह सुनिश्चित करेगा कि विशेष आवश्यकता वाले प्रत्येक बच्चे को, चाहे उसकी विकलांगता का प्रकार, श्रेणी और डिग्री कुछ भी हो, उचित वातावरण में शिक्षा प्रदान की जाए। SSA 'शून्य

अस्वीकृति' नीति अपनाएगा ताकि कोई भी बच्चा शिक्षा प्रणाली से वंचित न रहे। (SSA, 2007:1) SSA विशेष और मुख्यधारा/नियमित स्कूलों से लेकर शिक्षा गारंटी योजना/वैकल्पिक और अभिनव शिक्षा (EGS/AIE) और घर-आधारित शिक्षा (HBE) तक विकल्पों की सीमा को आगे बढ़ाता है। इन छात्रों के लिए कार्यात्मक पाठ्यक्रम लक्ष्य विकसित करना अधिकांश शिक्षकों का प्राथमिक उद्देश्य है। गंभीर-गहन मानसिक मंदता वाले छात्रों के साथ उपयोग करने के लिए एक प्रभावी तकनीक कार्य विश्लेषण है। यह एक ऐसी विधि है जिसमें गतिविधियों को छोटे उप-कार्यों की एक श्रृंखला के रूप में तोड़ा और अनुक्रमित किया जाता है। छोटे, आसान उप-कार्य छात्र को अधिक आसानी से सीखने में सक्षम बनाते हैं। उप-कार्यों को उनके प्रदर्शन के प्राकृतिक क्रम में अनुक्रमित किया जाता है। पाठ्यक्रम कार्य, संचार और स्व-सहायता कौशल पर जोर देता है। यदि छात्रों को अभ्यास और प्रतिक्रिया के लिए बार-बार अवसर प्रदान किए जाएं, साथ ही उचित व्यवहार के लिए सकारात्मक सुदृढीकरण दिया जाए, तो उनके सफल होने की संभावना अधिक होती है। सक्रिय कक्षा भागीदारी के बिना केवल आईडी वाले छात्रों को सामान्य शिक्षा में रखने से छात्रों के लिए सकारात्मक लाभ होने की संभावना नहीं होगी। विशिष्ट अनुकूलन सीखने को बढ़ा सकते हैं सहायक तकनीक कक्षा अनुकूलन को और बेहतर बना सकती है।

10.9 शब्दावली

1-बौद्धिक अक्षमता- बौद्धिक अक्षमता एक ऐसी स्थिति है जिसमें बौद्धिक कार्यप्रणाली और अनुकूलित व्यवहार दोनों में महत्वपूर्ण सीमाएँ होती हैं, जिसमें कई रोजमर्रा के सामाजिक और व्यावहारिक कौशल शामिल होते हैं। यह विकलांगता 18 वर्ष की आयु से पहले उत्पन्न होती है।

2-बौद्धिक कार्यप्रणाली/ Intellectual Functioning- बौद्धिक कामकाज-जिसे बुद्धिमत्ता भी कहा जाता है-सामान्य मानसिक क्षमता को संदर्भित करता है, जैसे सीखना, तर्क करना, समस्या समाधान। बौद्धिक कामकाज को मापने का एक तरीका आईक्यू टेस्ट है। आम तौर पर, 70 या 75 के आसपास का IQ टेस्ट स्कोर बौद्धिक कार्यप्रणाली में सीमा को दर्शाता है।

2-अनुकूलित व्यवहार /Adaptive Behaviour- अनुकूलित व्यवहार वैचारिक, सामाजिक और व्यावहारिक कौशल का संग्रह है जो लोगों द्वारा अपने दैनिक जीवन में सीखा और निभाया जाता है।

10.10 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न और उनके उत्तर

1.बौद्धिक अक्षमता के मुख्य कारण कौन से हैं।

- आनुवंशिक स्थितियाँ/ Genetic conditions
- जन्मपूर्व समस्याएँ/ Prenatal problems

- प्रसवकालीन समस्याएँ/Perinatal problems
- जन्म के बाद की समस्याएँ (शैशवावस्था और बचपन में)/ postnatal problems (in infancy and childhood)
- चयापचय संबंधी विकार/ metabolic disorders
- कुछ प्रकार की बीमारी या विषाक्त पदार्थों के संपर्क में आना।/ Exposure to certain types of disease or toxins.
- आयोडीन की कमी (क्रेटिनिज्म)/Iodine deficiency (cretinism)
- कुपोषण/Malnutrition

2 डब्ल्यूएचओ (WHO) द्वारा निर्धारित कितने मुख्य जीवन कौशल हैं?

- दस

3 IEP को मुख्य रूप से कितने भागों में बाटा गया है?

- दो

10.11 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- <http://142.93.128.11:8080/jspui/bitstream/123456789/683/2/U2.pdf>
- <https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/46062/1/Unit-3.pdf>
- https://www.wbnsou.ac.in/online_services/SLM/BED/B8.pdf
- <https://tnou.ac.in/wp-content/uploads/2021/06/SED-15-Introduction-to-Neuro-Developmental-Disabilities-English.pdf>

10.12 निबन्धात्मक प्रश्न

1. व्यवहार संबंधी विशेषताओं का क्या अर्थ है?
2. बौद्धिक अक्षम बच्चों के शैक्षिक आकलन के लिए प्रयोग होने वाले किसी एक उपकरण का उल्लेख किजिए।
3. बौद्धिक अक्षमता को परिभाषित करते हुए इसके प्रकारों का उल्लेख किजिए।

इकाई 11.विशिष्ट अधिगम विकलांगता (Specific Learning Disability (SLD)

इकाई संरचना

- 11.1 प्रस्तावना
- 11.2 उद्देश्य
- 11.3 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: प्रकृति
- 11.4 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: ऐतिहासिक परिदृश्य
- 11.5 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: कारण
- 11.6 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: प्रकार
- 11.7 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: विशेषताएँ
- 11.8 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: मूल्यांकन
- 11.9 विशिष्ट अधिगम अक्षमता: हस्तक्षेप
- 11.10 सारांश
- 11.11 शब्दावली
- 11.12 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्नों के उत्तर
- 11.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची
- 11.14 निबन्धात्मक प्रश्न

11.1 प्रस्तावना –

अधिगम अक्षमता” पद दो अलग-अलग पदों “अधिगम” और “अक्षमता” से मिलकर बना है। अधिगम शब्द का आशय “सीखने” से है तथा “अक्षमता” का तात्पर्य “क्षमता के अभाव” या “क्षमता की अनुपस्थिति” से है। अर्थात् सामान्य भाषा में “अधिगम अक्षमता” का तात्पर्य “सीखने की क्षमता अथवा योग्यता” की कमी या अनुपस्थिति से है। सीखने में कठिनाइयों को समझने के लिए हमें एक बच्चे की सीखने की क्रिया को प्रभावित करने वाले कारकों का

आकलन करना चाहिए। प्रभावी अधिगम के लिए मजबूत अभिप्रेरणा, सकारात्मक आत्म छवि, और उचित अध्ययन अभ्यास एवं रणनीतियाँ आवश्यक शर्तें हैं (एरो, जेरे-फोलोटिया, हेनगारी, कारिउकी तथा म्कानडावायर, 2011)। औपचारिक शब्दों में, “अधिगम अक्षमता” को विद्यालयी पाठ्यक्रम में सीखने की क्षमता की कमी या अनुपस्थिति के रूप में परिभाषित किया जा सकता है। “अधिगम अक्षमता” पद का सर्वप्रथम प्रयोग 1963 ई. में सैमुअल किर्क द्वारा किया गया था और इसे निम्न शब्दों में परिभाषित किया था-“अधिगम अक्षमता को वाक्, भाषा, पठन, लेखन या अंकगणितीय प्रक्रियाओं में से किसी एक या अधिक प्रक्रियाओं में मंदता, विकृति अथवा अवरुद्ध विकास के रूप में परिभाषित किया जा सकता है, जो संभवतः मस्तिष्क कार्यविरूपता और/या संवेगात्मक अथवा व्यावहारिक विक्षोभ का परिणाम है न कि मानसिक मंदता, संवेदी अक्षमता अथवा सांस्कृतिक या अनुदेशन कारक का” (किर्क, 1963)

2013 में, DSM-5 ने विशिष्ट अधिगम विकार (SLD) के लिए नैदानिक मानदंड को बदल दिया, ताकि तीनों अधिगम विकारों (पढ़ना, गणित और लिखित अभिव्यक्ति) को एक व्यापक निदान में जोड़ा जा सके। विशिष्ट अधिगम विकार (अक्सर अधिगम विकार या अधिगम अक्षमता के रूप में संदर्भित) तंत्रिका-विकासात्मक विकार (neurodevelopmental disorder) हैं जिनका आमतौर पर शुरुआती स्कूली आयु के बच्चों में निदान किया जाता है, हालांकि वयस्क होने तक उन्हें पहचाना नहीं जा सकता है। ये कम से कम पढ़ना, लिखित अभिव्यक्ति और गणित इन तीन प्रमुख क्षेत्रों में से एक में लगातार क्षति की विशेषता रखते हैं विशिष्ट अधिगम अक्षमता (एसएलडी) का अर्थ है, बोली जाने वाली या लिखित भाषा को समझने या उपयोग करने में शामिल एक या अधिक बुनियादी मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं में विकार, जो सुनने, सोचने, बोलने, पढ़ने, लिखने, वर्तनी या गणितीय गणना करने की अपूर्ण क्षमता में प्रकट हो सकता है, इसे अक्सर गलत समझा जाता है क्योंकि यह एक छिपी हुई अक्षमता है। इसे बच्चे के जानबूझकर असहयोगी व्यवहार के रूप में गलत समझा जा सकता है। हाल के वर्षों में, एसएलडी के क्षेत्र में काफी ध्यान दिया जा रहा है। बताया जाता है कि थॉमस अल्वा एडिसन, अल्बर्ट आइंस्टीन, अभिषेक बच्चन और कई अन्य प्रतिष्ठित व्यक्ति अधिगम अक्षमता से प्रभावित थे अधिगम अक्षमता किसी व्यक्ति की सूचना को संसाधित करने, संग्रहीत करने या पुनः पेश करने की क्षमता में बाधा डालती है। ऐसी अक्षमता बच्चों और वयस्कों दोनों को प्रभावित करती है। यह हमेशा तुरंत स्पष्ट नहीं होता है कि किसी व्यक्ति में सीखने की अक्षमता है। वे काफी सूक्ष्म हो सकते हैं जिसका जीवन भर पता नहीं चल पाता।

11.2 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप

- विशिष्ट अधिगम अक्षमता को परिभाषित कर सकेंगे
- विशिष्ट अधिगम अक्षमता की विशेषताओं के आधार पर इसके प्रकारों में अंतर कर सकेंगे
- विशिष्ट अधिगम अक्षमता के आकलन उपकरणों का प्रयोग कर सकेंगे
- विशिष्ट अधिगम अक्षमता की हस्तक्षेप को जान पाएंगे

11.3 परिभाषा

1981 में यूएसए में अधिगम अक्षमता कि राष्ट्रीय संयुक्त समिति (NJCLD) द्वारा प्रस्तावित परिभाषा "सीखने की अक्षमता एक सामान्य शब्द है जो विकारों के एक विषम समूह को संदर्भित करता है जो सुनने, बोलने, पढ़ने, लिखने, तर्क करने और गणितीय क्षमताओं के अधिग्रहण और उपयोग में महत्वपूर्ण कठिनाइयों से प्रकट होता है। ये विकार व्यक्ति के लिए आंतरिक हैं और केंद्रीय तंत्रिका तंत्र की शिथिलता के कारण माना जाता है। भले ही सीखने की अक्षमता अन्य बाधा स्थितियों (जैसे संवेदी हानि, मानसिक मंदता, सामाजिक और भावनात्मक गड़बड़ी) या पर्यावरणीय प्रभावों (जैसे सांस्कृतिक अंतर, अपर्याप्त या अनुचित निर्देश, मनोवैज्ञानिक कारक) के साथ हो सकती है, यह उन स्थितियों या प्रभावों का प्रभाव नहीं है।

सीखने के विकार किसी व्यक्ति की देखी और सुनी गई बातों की व्याख्या करने में असमर्थता या मस्तिष्क के विभिन्न हिस्सों से जानकारी को जोड़ने में असमर्थता के कारण सीखने में महत्वपूर्ण कमी को संदर्भित करते हैं (GEON, 2005)।

वर्ष 1994 में अमेरिका की अधिगम अक्षमता की राष्ट्रीय संयुक्त समिति (द नेशनल ज्वायंट कमीटी ऑन लर्निंग डिसएबलिटीज्स) ने अधिगम अक्षमता को परिभाषित करते हुए कहा कि "अधिगम अक्षमता एक सामान्य पद है, जो मानव में अनुमानतः केन्द्रीय तंत्रिका तंत्र के सुचारु रूप से नहीं कार्य करने के कारण उत्पन्न आंतरिक विकृतियों के विषम समूह, जिसमें की बोलने, सुनने, पढ़ने, लिखने, तर्क करने या गणितीय क्षमता के प्रयोग में कठिनाई शामिल होते हैं, को दर्शाता है। जीवन के किसी भी पड़ाव पर यह उत्पन्न हो सकता है। हालाँकि अधिगम अक्षमता अन्य प्रकार की अक्षमताओं (जैसे कि संवेदी अक्षमता, मानसिक मंदता, गंभीर संवेगात्मक विक्षोभ) या सांस्कृतिक भिन्नता, अनुपयुक्तता या अपर्याप्त अनुदेशन के प्रभाव के कारण होता है लेकिन ये दशाएँ अधिगम अक्षमता को प्रत्यक्षतः प्रभावित नहीं करती हैं" (द नेशनल ज्वायंट कमीटी ऑन लर्निंग डिसएबलिटीज्स-1994) .

आईडिया (IDEA 2004) 2004: संघीय कानून में अधिगम अक्षमताओं की परिभाषा में, विशिष्ट अधिगम अक्षमता शब्द का अर्थ है, बोली या लिखी गई भाषा को समझने या उसका उपयोग करने में शामिल एक या अधिक बुनियादी मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं में विकार, जो विकार सुनने, सोचने, बोलने, पढ़ने, लिखने, वर्तनी या गणितीय गणना करने की अपूर्ण क्षमता में प्रकट हो सकता है।

दिव्यांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम (आरपीडब्ल्यूडी) 2016 में अधिगम अक्षमता को शामिल किया गया है और इस स्थिति को इस प्रकार परिभाषित किया गया है। 'विशिष्ट अधिगम अक्षमता' का अर्थ है स्थितियों का एक विषम समूह जिसमें बोली जाने वाली या लिखित भाषा को संसाधित करने में कमी होती है, जो समझने, बोलने, पढ़ने, लिखने, वर्तनी या गणितीय गणना करने में कठिनाई के रूप में प्रकट हो सकती है और इसमें अवधारणात्मक अक्षमता, डिस्लेक्सिया, डिस्ग्राफिया, डिस्कैलकुलिया, डिस्प्रेक्सिया और विकासात्मक वाचाघात जैसी स्थितियाँ शामिल हैं।

उपर्युक्त परिभाषाओं की समीक्षा के आधार पर यह कहा जा सकता है कि अधिगम अक्षमता एक व्यापक संप्रत्यय है, जिसके अंतर्गत वाक्, भाषा, पठन, लेखन, एवं अंकगणितीय प्रक्रियाओं में से एक या अधिक के प्रयोग में शामिल एक या अधिक मूल मनोवैज्ञानिक प्रक्रिया में विकृति को शामिल किया जाता है, जो अनुमानतः केन्द्रीय तंत्रिका तंत्र के सुचारू रूप से नहीं कार्य करने के कारण उत्पन्न होता है। यह स्वभाव से आंतरिक होता है।

11.4 ऐतिहासिक परिदृश्य

अधिगम अक्षमता के इतिहास पर दृष्टिपात करने से आप पाएँगे कि इस पद ने अपना वर्तमान स्वरूप ग्रहण करने के लिए एक लंबा सफर तय किया है। इस पद का सर्वप्रथम प्रयोग 1963 ई. में सैमुअल किर्क ने किया था। यही पद आज सार्वभौम एवं सर्वमान्य है। इसके पूर्व विद्वानों ने अपने-अपने कार्यक्षेत्र के आधार पर अनेक नामकरण किए थे। जैसे- न्यूनतम मस्तिष्क क्षतिग्रस्तता (औषधि विज्ञानियों या चिकित्सा विज्ञानियों द्वारा), मनोस्नायुजनित विकलांगता (मनोवैज्ञानिकों + स्नायुवैज्ञानिकों द्वारा), अतिक्रियाशीलता (मनोवैज्ञानिकों द्वारा), न्यूनतम उपलब्धता (शिक्षा मनोवैज्ञानिकों द्वारा) आदि।

रेड्डी, रमार एवं कुशमा (2003) ने अधिगम अक्षमता के क्षेत्र के विकास को तीन निम्नलिखित चरणों में विभाजित किया है-

- प्रारम्भिक (Foundation) काल
- रूपान्तरण (Transition) काल
- स्थापन (Recognition) काल

प्रारम्भिक काल- यह काल अधिगम अक्षमता के उदभव से सम्बन्धित है। वर्ष 1802 से 1946 के मध्य का यह समय अधिगम अक्षमता के लिए कार्यकारी साबित हुआ। अधिगम अक्षमता प्रत्यय की पहचान एवं विकास इसी समय से आरम्भ हुई तथा उनकी पहचान तथा उपयुक्त निराकरण हेतु प्रयास किए जाने लगे।

रूपान्तरण काल - यह काल अधिगम अक्षमता के क्षेत्र में एक नये रूपान्तरण का काल के रूप में जाना जाता है। जब अधिगम अक्षमता एक विशेष अक्षमता के रूप में स्थापित हुई तथा जब अधिगम अक्षमता प्रत्यय का उद्भव हुआ, इन दोनों के मध्य का संक्रमण का काल ही रूपान्तरण काल से सम्बन्धित है।

स्थापन काल - 60 के दशक के मध्य में अधिगम अक्षमता से सम्बन्धित कठिनाइयों को सामूहिक रूप से पहचान की प्राप्ति हुई। इस काल में ही सैमुअल किर्क ने 1963 में अधिगम अक्षमता (Learning Disability) शब्द को प्रतिपादित किया।

11.5 कारण

नए साक्ष्यों से पता चलता है कि अधिकांश सीखने की अक्षमताएँ मस्तिष्क के किसी एक विशिष्ट क्षेत्र से नहीं, बल्कि विभिन्न मस्तिष्क क्षेत्रों से सूचनाएँ एकत्रित करने में कठिनाइयों से उत्पन्न होती हैं। सीखने की अक्षमताएँ मस्तिष्क की संरचनाओं और कार्यों में सूक्ष्म गड़बड़ी से उत्पन्न होती हैं। कुछ वैज्ञानिकों का मानना है कि, कई मामलों में, गड़बड़ी जन्म से पहले ही शुरू हो जाती है। लगभग 4.6% स्कूली आयु वर्ग के बच्चों की पहचान सीखने की अक्षमता के रूप में की जाती है। कुछ मुख्य कारण निम्नलिखित हैं।

- प्रसवपूर्व
- जटिल गर्भधारण
- विषाक्तता
- समय से पहले जन्म
- कम वजन का जन्म
- आरएच - असंगतताएं
- एनोक्सिया
- मातृ अंतःस्रावी विकार
- विकिरण
- मातृ आयु
- दवाओं, शराब और तंबाकू का सेवन

- गर्भावस्था के दौरान दुर्घटनाएं
- प्रसवोत्तर
- सिर की चोट
- सीसा विषाक्तता
- पोषण संबंधी दोष
- संवेदी उत्तेजना से वंचित होना
- आनुवंशिक कारक
- जैव रासायनिक कारक
- हाइपोग्लाइसीमिया, हाइपोथायरायडिज्म

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

1. अधिगम अक्षमता पद का सर्वप्रथम प्रयोग 1963 ई. में द्वारा किया गया था
2. विशिष्ट अधिगम विकार एक हैं
3. रेड्डी, रमार एवं कुशामा (2003) ने अधिगम अक्षमता के क्षेत्र के विकास को चरणों में विभाजित किया है।

11.6 विशिष्ट अधिगम अक्षमता के प्रकार:

डिस्लेक्सिया/Dyslexia (पढ़ने में महत्वपूर्ण समस्याएँ)

यह सीखने की अक्षमता व्यक्ति के पढ़ने और लिखने के कौशल को प्रभावित करती है। कुछ गंभीर मामलों में, व्यक्ति की वाणी भी प्रभावित हो सकती है। इसे भाषा-आधारित सीखने की अक्षमता भी कहा जाता है।

डिस्लेक्सिया के लक्षण:

- 56 के बजाय 65 लिखने जैसे अंकों को मिलाना
- एक ही शब्द की बार-बार अलग-अलग स्पेलिंग लिखना। उदाहरण के लिए writing Maria, Maaria, Mariaa (their different spellings)
- बहुत धीरे-धीरे पढ़ता है
- जो सुनता है और जो लिखता है, उसमें बहुत अंतर दिखाता है
- लिखावट खराब है
- जो शब्द उसे पहले से याद हैं उन्हें याद रखने में कठिनाई होती है
- शब्दों की स्पेलिंग में परेशानी

- कई निर्देशों का पालन करने में कठिनाई उदाहरण- लाइट जलाओ और मेरे लिए एक गिलास पानी लाओ।

डिस्कैलकुलिया/Dyscalculia(गणित में महत्वपूर्ण समस्याएँ)

इस प्रकार की सीखने की अक्षमता में, व्यक्ति गणित से जूझता है। उसे संख्याओं, गणनाओं, आंकड़ों, याद करने, गिनती करने आदि में परेशानी होती है।

डिस्कैलकुलिया के लक्षण

- शब्द समस्याओं को हल करने में कठिनाई होती है
- समय, मात्रा, ले जाने और उधार लेने, सकारात्मक और नकारात्मक मूल्य आदि की अवधारणाओं का पालन करने में कठिनाई प्रदर्शित करता है।
- भिन्नो से परेशानी
- पैसे संभालने में कठिनाई
- जोड़, घटाव, गुणा और भाग करने में उलझन
- दिन, सप्ताह, महीने आदि जैसी अवधारणाओं से जूझना।

डिसग्राफिया/ Dysgraphia(लिखने में महत्वपूर्ण समस्याएँ)

डिसग्राफिया से पीड़ित व्यक्ति को लिखावट में परेशानी होती है। उसे शब्दों के बीच अंतर, खराब वर्तनी, एक ही समय में सोचने और लिखने में भी परेशानी होती है।

डिसग्राफिया के लक्षण

- लिखावट में असंगति जैसे अपर और लोअर केस का मिश्रण,
- अक्षरों का आकार, अक्षरों का अनियमित आकार आदि।
- अधूरे शब्द लिखता है
- हाथ की अजीब स्थिति से लिखता है
- लिखने में धीमा है पेन/पेंसिल पर असामान्य पकड़
- एक ही समय में सोचने और लिखने में कठिनाई

अधिगम अक्षमता के अन्य प्रकार

पढ़ना, लिखना और गणित ही एकमात्र कौशल नहीं हैं जो अधिगम विकारों से प्रभावित होते हैं। अन्य प्रकार की अधिगम अक्षमताओं में गामक कौशल (परिचालन और समन्वय), बोली जाने वाली भाषा को समझना, ध्वनियों के बीच अंतर करना और दृश्य सूचना की व्याख्या करने में कठिनाइयाँ शामिल हैं।

डिस्फेसिया /Dysphasia - यह भाषण और भाषा विकार है, जो बोलने, लिखने या संवाद करने के लिए संकेतों का उपयोग करने की क्षमता में कमी के कारण होता है; बोली जाने वाली या लिखित भाषा को समझने की क्षमता भी कमजोर होती है।

डिस्प्रेक्सिया/ Dyspraxia - एक प्रकार की अधिगम अक्षमता है जो गामक कौशल विकास, विशेष रूप से ठीक मोटर कौशल से जुड़ी होती है। डिस्प्रेक्सिया का अर्थ है कि परिचालन और समन्वय प्रभावित होता है। यह एक गामक नियोजन विकार है न कि मांसपेशियों की कमी।

गामक कठिनाई से तात्पर्य परिचालन और समन्वय से जुड़ी समस्याओं से है, चाहे वह सूक्ष्म गामक कौशल/fine motor skills (काटना, लिखना) या सकल गामक कौशल/gross motor skills (दौड़ना, कूदना)के साथ हो।

गामक विकलांगता को कभी-कभी "आउटपुट" गतिविधि के रूप में संदर्भित किया जाता है, जिसका अर्थ है कि यह मस्तिष्क से सूचना के आउटपुट से संबंधित है। दौड़ने, कूदने, लिखने या कुछ काटने के लिए, मस्तिष्क को क्रिया को पूरा करने के लिए आवश्यक अंगों के साथ संवाद करने में सक्षम होना चाहिए। बच्चे में गामक समन्वय अक्षमता के संकेत में शारीरिक क्षमताओं की समस्याएं शामिल हैं, जिनके लिए हाथ-आंख समन्वय की आवश्यकता होती है, जैसे कि पेंसिल पकड़ना या शर्ट का बटन लगाना।

नॉनवर्बल लर्निंग डिसऑर्डर या NVLD- एक विकासात्मक शिक्षण विकार है, जिसमें शारीरिक-संवेदी और मोटर कार्यों, दृश्य-स्थानिक और दृश्य-संरचनात्मक कार्यों, अंकगणित, सामाजिक अनुभूति और अनुमानात्मक तर्क में अभिव्यक्तियाँ होती हैं। उनकी कमी न तो मौखिक है और न ही विशुद्ध रूप से अकादमिक (पढ़ने, लिखने, गणित में), बल्कि उनमें सामाजिक धारणा की कमी है। हालाँकि उनके पास अच्छी तरह से विकसित मौखिक कौशल हैं, ये बच्चे अपने पर्यावरण के कई पहलुओं के महत्व को समझने में असमर्थ हैं। उन्हें दूसरों के कार्यों, इशारों और चेहरे के भावों का अर्थ समझने में कठिनाई होती है।

11.7 विशेषताएँ

लर्नर (2000) ने अधिगम अक्षमता वाले व्यक्तियों की आठ सीखने और व्यवहार संबंधी विशेषताओं की पहचान की। ये हैं-

- ध्यान के विकार
- खराब गामक क्षमताएँ
- मौखिक भाषा की कठिनाइयाँ
- पढ़ने में कठिनाई
- लिखित भाषा की कठिनाइयाँ

- मात्रात्मक विकार
- सामाजिक कौशल की कमी

SLD वाले बच्चे एक विषम समूह हैं, यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि सभी बच्चे ऊपर सूचीबद्ध सभी व्यवहारों को दिखा भी सकते हैं और नहीं भी। कुछ बच्चे शिक्षा में सफल भी हो सकते हैं और इसी तरह सभी कम उपलब्धि और शैक्षणिक विफलता सीखने की अक्षमता के कारण नहीं होती है। हालाँकि, सीखने की अक्षमता वाले बच्चों द्वारा दिखाई गई अन्य कठिनाइयाँ इस प्रकार हैं;

शैक्षणिक कठिनाइयाँ

SLD वाले व्यक्तियों में शैक्षणिक समस्याएँ अच्छी तरह से पहचानी जाती हैं। शैक्षणिक कमियाँ पढ़ने, लिखित कार्य और गणित में प्रकट होती हैं। ये सभी शैक्षणिक समस्याएँ प्रत्येक शैक्षणिक क्षेत्र में विशिष्ट कौशल की कमी के कारण उत्पन्न होती हैं। पढ़ने के कौशल में समस्याएँ दिखती हैं क्योंकि छात्रों को पर्याप्त शब्द पहचान और समझ के लिए आवश्यक ध्वन्यात्मक कौशल हासिल करना मुश्किल लगता है। इसके कारण मौखिक पढ़ने की प्रवाहशीलता भी प्रभावित होती है। मौखिक भाषा का उपयोग करते समय, यह देखा जाता है कि वाक्यविन्यास, शब्दार्थ, स्वर विज्ञान, आकृति विज्ञान, अभिव्यक्ति और व्यावहारिकता की कठिनाइयाँ/समस्याएँ मौजूद हैं। ये समस्याएँ छात्रों की कक्षा निर्देश के साथ-साथ सामाजिक बातचीत को समझने की क्षमता में बाधा डालती हैं। लिखित भाषा में समस्याएँ खराब लेखनी, वर्तनी की त्रुटियाँ, और विराम चिह्नों के साथ-साथ रचनात्मक अभिव्यक्ति की कमी की होती हैं। रचनात्मक अभिव्यक्ति की कठिनाइयों के बारे में जो देखा जाता है वह यह है कि छात्रों में विचारों को उत्पन्न करने और विकसित करने, सामग्री को व्यवस्थित करने और संवाद करने के लिए भाषा का उचित उपयोग करने की क्षमता में कमी दिखाई देती है। जैसे पढ़ने और लिखने में समस्याएँ अलग-अलग होती हैं, वैसे ही गणित में भी छात्रों को कई तरह की समस्याएँ आती हैं। गणितीय अवधारणाओं का अधिग्रहण, संगणना, मापन, आकलन, ज्यामितीय गणना, समस्या समाधान समस्याग्रस्त क्षेत्र हैं। स्मृति कौशल यह देखा गया है कि एसएलडी वाले व्यक्तियों में स्मृति की कमी होती है जो छात्रों के शैक्षणिक प्रदर्शन को प्रभावित करती है। ये कमी छात्रों की अल्पकालिक स्मृति के साथ-साथ दीर्घकालिक स्मृति से जानकारी को एनकोड करने, प्रक्रिया करने, संग्रहीत करने और पुनः प्राप्त करने की क्षमता में देखी जाती है। संज्ञानात्मक और मेटाकॉग्निटिव कौशल कार्यों को पूरा करने के लिए व्यक्ति को संज्ञानात्मक और मेटाकॉग्निटिव क्षमताओं का उपयोग करने की आवश्यकता होती है। संज्ञानात्मक कौशल व्यक्ति को कार्यों को पूरा करने के लिए जानकारी एकत्र करने, संग्रहीत करने और/या पुनः प्राप्त करने में मदद करते हैं। दूसरी ओर मेटाकॉग्निटिव कौशल कार्यों को कुशलतापूर्वक पूरा करने के लिए तकनीकों का उपयोग करने में सहायता करते हैं। इस प्रकार, यह कार्य को पूरा करने के लिए स्व-निगरानी और स्व-नियामक व्यवहार का उपयोग करता है।

एल.डी. वाले लोगों में अपर्याप्त संज्ञानात्मक और मेटाकॉग्निटिव कौशल पाए जाते हैं, इस प्रकार उनके शैक्षणिक और गैर-शैक्षणिक प्रदर्शन में बाधा आती है। यह देखा गया है कि उनके पास उपयोग किए जाने वाले उचित कौशल के बारे में कम जागरूकता है और साथ ही व्यवहार की निगरानी और विनियमन करने की कम क्षमता है। अर्जित कौशल को सामान्य बनाने की क्षमता भी कम है। ध्यान और अति सक्रियता एल.डी. वाले कई छात्रों में उनके गैर-विकलांग साथियों की तुलना में ध्यान की समस्या प्रदर्शित होने की संभावना है। ध्यान की समस्याओं की प्रकृति चयनात्मक ध्यान और निरंतर ध्यान में कठिनाई है। इस प्रकार ध्यान की कमी किसी कार्य को शुरू करने के लिए उसके प्रासंगिक पहलुओं को चुनने में बाधा डालती है, साथ ही इसे पूरा करने के लिए कार्य को लेकर भ्रमित भी करती है। इस प्रकार, कार्य पर व्यवहार कम हो जाता है, जो शैक्षणिक और गैर-शैक्षणिक गतिविधियों को पूरा करने को प्रभावित करता है। अति सक्रियता बेचैनी, बेचैनी, सीट पर बैठने में कठिनाई, व्यवहार में बाधा डालना आदि के माध्यम से देखी जाती है। आवेगशीलता या 'बिना सोचे-समझे कार्य करना' भी देखा जा सकता है। कभी-कभी, अति सक्रियता और आवेगशीलता दोनों देखी जाती हैं।

अवधारणात्मक कौशल/ Perceptual Skills

अवधारणात्मक कौशल किसी भी सीखने की प्रक्रिया की आधारशिला हैं। ये कौशल हमारे आस-पास के वातावरण को समझने में मदद करते हैं। एसएलडी वाले छात्रों में दृश्य और/या श्रवण संबंधी अवधारणात्मक क्षमताओं में कमी पाई जाती है। दृश्य और/या श्रवण भेदभाव और बंद होना, और स्थान और समय की अवधारणा भी समस्याग्रस्त रहती हैं।

प्रेरणा

प्रेरणा और रुचि अकादमिक प्रदर्शन के लिए आवश्यक विशेषताएँ हैं। शोध ने संकेत दिया है कि एसएलडी वाले कुछ छात्रों में अकादमिक गतिविधियों को सफलतापूर्वक पूरा करने के लिए आवश्यक प्रेरणा की कमी होती है। असफलता का श्रेय खुद को दिया जाता है, यानी आंतरिक कारकों को, जो उनके प्रेरणा स्तरों को काफी प्रभावित करते हैं।

सामाजिक कौशल

कई शोधकर्ताओं ने एलडी वाले छात्रों में सामाजिक कौशल की कमी को उजागर किया है। उनकी निर्णय लेने की क्षमता में समस्याएँ पाई जाती हैं।

11.8 विशिष्ट अधिगम अक्षमता वाले व्यक्तियों का आकलन

विशिष्ट अधिगम अक्षमता का निदान

छात्र का विशेष मूल्यांकन करने से पहले, शिक्षकों द्वारा समस्या की प्रकृति के बारे में पूर्व-संदर्भ चर्चाएँ, तथा कक्षा में दिए जाने वाले निर्देशों में क्या संभावित संशोधन किए जा सकते हैं, यह महत्वपूर्ण है। बच्चे का संदिग्ध विकलांगता से संबंधित सभी क्षेत्रों में मूल्यांकन किया जाना

चाहिए जैसे कि स्वास्थ्य, दृष्टि, श्रवण, सामाजिक और भावनात्मक स्थिति, सामान्य बुद्धि, शैक्षणिक इस विकार को प्रस्तुत लक्षणों या समस्याओं के अन्य संभावित कारणों से अलग करने के लिए अधिगम अक्षमता का सटीक निदान आवश्यक है। व्यक्ति की शक्तियों का दस्तावेजीकरण करना और विशिष्ट मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं में कमियों के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाली आवश्यकताओं की पहचान करना भी आवश्यक है। घर, स्कूल, समुदाय और कार्यस्थलों पर विशेष हस्तक्षेपों के विकास के लिए सटीक निदान मौलिक है। प्रदर्शन, संचार स्थिति और मोटर क्षमताएँ। (विकलांग बच्चों और युवाओं के लिए राष्ट्रीय सूचना केंद्र, 2000)। एसएल.डी. के लिए आदर्श मूल्यांकन एक लंबी प्रक्रिया है जिसके लिए योग्य शैक्षिक मनोवैज्ञानिक के साथ कई सत्रों की आवश्यकता होती है। परीक्षणों की एक श्रृंखला को संचालित करने के अलावा, मनोवैज्ञानिक शिक्षकों और स्कूल के रिकॉर्ड से बच्चे के बारे में प्रासंगिक जानकारी भी एकत्र करता है।

एसएल.डी. के लिए मूल्यांकन प्रक्रिया में निम्नलिखित चरण शामिल हैं:

माता-पिता की सहमति और माता-पिता का साक्षात्कार

शिक्षकों/स्कूल से जानकारी एकत्र करना

छात्र कार्यपुस्तिकाओं को देखना

परीक्षण का संचालन करना

एक टीम यह निर्धारित कर सकती है कि बच्चे में एक विशिष्ट सीखने की अक्षमता है यदि: बच्चा इस खंड के पैराग्राफ में सूचीबद्ध एक या अधिक क्षेत्रों में अपनी उम्र और क्षमता के स्तर के अनुरूप हासिल नहीं करता है, जब बच्चे की उम्र और क्षमता के स्तर के लिए उपयुक्त सीखने के अनुभव प्रदान किए जाते हैं; और टीम को पता चलता है कि बच्चे की उपलब्धि और बौद्धिक क्षमता के बीच निम्नलिखित में से एक या अधिक क्षेत्रों में गंभीर विसंगति है:

- मौखिक अभिव्यक्ति,
- सुनने की समझ,
- लिखित अभिव्यक्ति,
- बुनियादी पढ़ने का कौशल,
- पढ़ने की समझ,
- गणित की गणना, या
- गणितीय तर्क

टीम बच्चे को एक विशिष्ट सीखने की अक्षमता के रूप में नहीं पहचान सकती है यदि क्षमता और उपलब्धि के बीच निम्न गंभीर विसंगति हो

- दृश्य, श्रवण, या मोटर बाधा
- मानसिक मंदता
- भावनात्मक गड़बड़ी या
- पर्यावरणीय, सांस्कृतिक, या आर्थिक नुकसान

आकलन के उपकरण

निमहंस एसएलडी बैटरी/NIMHANS SLD Battery

इसका उपयोग भारत और कुछ आस-पास के देशों में कई मनोवैज्ञानिकों द्वारा किया जाता है। इसे शुरू में कपूर और उनके सहयोगियों द्वारा 1991 में NIMHANS (राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य और तंत्रिका विज्ञान संस्थान), बैंगलोर के नैदानिक मनोविज्ञान विभाग में विकसित किया गया था। भारत में, एनएसबी एसएलडी के निदान के लिए 'शैक्षणिक पाठ्यक्रम अंतर/अंतराल वाले मानदंड' का उपयोग करता है

विकलांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम 2016 के अनुसार, मूल्यांकन में शामिल तीन चरण हैं

1) एक बाल रोग विशेषज्ञ द्वारा किया गया श्रवण और दृश्य तीक्ष्णता परीक्षण, 2) एक IQ परीक्षण, जिसके लिए विषय का IQ 85 से ऊपर होना चाहिए, और 3) NIMHANS SLD बैटरी। यदि किसी बच्चे का प्रदर्शन बच्चे की वर्तमान कक्षा से 3 मानकों से नीचे है, तो उसे SLD का निदान किया जाता है। उदाहरण के लिए, यदि बच्चा वर्तमान 9 न में 7वीं कक्षा में नामांकित है और बैटरी पर 4वीं कक्षा के स्तर पर प्रदर्शन करता है, तो बच्चे को एसएलडी (रूपेश, 2021) माना जाता है। एनएसबी को दो स्तरों में बांटा गया है: स्तर I निम्नलिखित डोमेन में 5 से 7 वर्ष तक के बच्चों का मूल्यांकन करता है- ध्यान, दृश्य भेदभाव, श्रवण भेदभाव, श्रवण स्मृति, भाषण और भाषा, दृश्य मोटर कौशल और लेखन कौशल; स्तर II निम्नलिखित डोमेन में 8 से 16 वर्ष की आयु के बच्चों का मूल्यांकन करता है- ध्यान, भाषा (पढ़ना, समझना, वर्तनी, नकल करना, लिखित अभिव्यक्ति), अवधारणात्मक मोटर क्षमताएं, स्मृति (दृश्य और श्रवण) और गणित

रीडिंग डिसऑर्डर का डायग्नोस्टिक टेस्ट (DTRD)/Diagnostic Test of Reading Disorder (DTRD)

एसएनडीटी महिला विश्वविद्यालय, मुंबई की डॉ. स्मृति स्वरूप और डॉ. धर्मिष्ठा एच. मेहता द्वारा 2003 में विकसित किया गया। अवधारणात्मक और संज्ञानात्मक कमियों को, जिन्हें सीखने में अक्षम लोगों में पढ़ने, लिखने की समस्याओं के लिए अंतर्निहित कारण माना जाता है, ने रीडिंग डिसऑर्डर के डायग्नोस्टिक टेस्ट के विकास के लिए आधार प्रदान किया। यह परीक्षण प्रक्रिया की कमियों की पहचान करता है और उनका निदान करता है जो पढ़ने की प्रवाह और सटीकता दोनों में विकारों का कारण बनता है। यह एक व्यक्तिगत रूप से प्रशासित उपकरण है। प्रत्येक बच्चे को लेवल I और लेवल II दोनों परीक्षण दिए जाने हैं। इसे 8-11 वर्ष की आयु सीमा में 1100

स्कूल जाने वाले लड़के और लड़कियों के नमूने पर मानकीकृत किया गया था। यह एक गैर-समयबद्ध परीक्षण है।

रीडिंग डिसऑर्डर का डायग्नोस्टिक टेस्ट (DTRD)

उत्पाद कोड: 16-0232-KT

लेखक: स्मृति स्वरूप और धर्मिष्ठा एच. मेहता

आयु सीमा: 8-11 वर्ष

प्रशासन: व्यक्तिगत

समय: 45 -50 मिनट

उपलब्ध भाषा: अंग्रेजी

श्रेणी: बौद्धिक योग्यता और संज्ञानात्मक

**सीखने में अक्षम लोगों की जांच के लिए व्यावहारिक जांच सूची (BCSLD)/
Behavioural Checklist for Screening the Learning Disabled (BCSLD)**

एसएनडीटी महिला विश्वविद्यालय, मुंबई की डॉ. स्मृति स्वरूप और डॉ. धर्मिष्ठा एच. मेहता द्वारा 2003 में विकसित किया गया। यह एक जांच उपकरण है जो बच्चे में सीखने की अक्षमता के आकलन और निर्धारण के लिए अन्य नैदानिक उपकरणों के उपयोग की वकालत करता है।

यह एक स्क्रीनिंग टूल है जो बच्चे में सीखने की अक्षमता के आकलन और निर्धारण के लिए अन्य नैदानिक उपकरणों के उपयोग की वकालत करता है। चेकलिस्ट में 30 आइटम होते हैं, सकारात्मक और नकारात्मक, जिन्हें शिक्षक द्वारा भरा जाना होता है। यह आठ क्षेत्रों को कवर करता है, जिनमें से प्रत्येक एक विशेष क्षमता में कमी का प्रतिनिधित्व करता है, और हमें मानसिक बनावट के बारे में जानकारी देता है, जो बच्चे की कम उपलब्धि के कारण को समझने का प्रयास करता है। इसे 8-11 वर्ष की आयु के 1000 बच्चों पर मानकीकृत किया गया है। 300 शिक्षकों ने भी नमूना बनाया।

उत्पाद कोड: 16-0234-केटी

लेखक: स्मृति स्वरूप और धर्मिष्ठा एच. मेहता

आयु सीमा: 6 - 13 वर्ष

प्रशासन: व्यक्तिगत

समय: 10 - 15 मिनट

उपलब्ध भाषा: अंग्रेजी

श्रेणी: व्यवहार और दृष्टिकोण

स्कूलों में सीखने की समस्याओं वाले बच्चों के लिए ग्रेड स्तर मूल्यांकन उपकरण (GLAD)/ Grade Level Assessment Device for Children with learning problems in schools (GLAD)

यह उपकरण प्राथमिक स्कूल के बच्चों की सीखने की समस्याओं का आकलन करने के लिए NIMH, सिकंदराबाद की जयंती नारायण (1997) द्वारा विकसित किया गया था। ग्रेड लेवल असेसमेंट डिवाइस (GLAD) कक्षा IV स्तर तक के बच्चों में शैक्षणिक प्रदर्शन के स्तर का आकलन करता है। यह उन बच्चों के लिए विशेष रूप से उपयोगी है जो शैक्षणिक रूप से पिछड़े हैं और यह बताने में असमर्थ हैं कि वे “क्यों” असफल होते हैं। यह डिवाइस भारत में कक्षा I से कक्षा IV तक की मानक पाठ्यचर्या सामग्री को ध्यान में रखती है।

GLAD के दो प्रारूप हैं

प्रारूप I

प्रारूप I में कक्षा I से कक्षा IV तक की टेस्ट बुकलेट हैं जो वर्कशीट के रूप में दी गई हैं। प्रत्येक कक्षा में हिंदी, अंग्रेजी और गणित की वर्कशीट हैं। आइटम में ऐसे कार्य शामिल हैं जिनमें प्रश्नों के लिए मौखिक, हावभाव और/या लिखित प्रतिक्रिया की आवश्यकता होती है। पाठ्यचर्या सामग्री में कार्यों के आधार पर प्रत्येक अनुभाग और प्रत्येक कक्षा स्तर में आइटम की संख्या भिन्न होती है। तुलना के लिए इन्हें स्कोर किया जाता है और प्रतिशत में परिवर्तित किया जाता है।

प्रारूप II

प्रारूप II का उपयोग चिकित्सक द्वारा अवलोकनों को नोट करने के लिए किया जाना है, जबकि बच्चा प्रारूप I पर प्रदर्शन कर रहा है। प्रारूप II में तीन खंड और एक सारांश पत्रक है।

खंड I- में बच्चे की पृष्ठभूमि की जानकारी को नोट करने का प्रावधान है जिसमें व्यक्तिगत विवरण, पारिवारिक इतिहास और स्कूल का इतिहास शामिल है। इससे जांचकर्ता को बच्चे को बेहतर तरीके से जानने में मदद मिलती है और इसलिए परीक्षण शुरू करने से पहले इसे सावधानीपूर्वक भरना चाहिए। यह अनुभाग जांचकर्ता के अवलोकनों के साथ-साथ माता-पिता से जानकारी प्राप्त करके भरा जाता है।

खंड II- जांचकर्ता को यह आकलन करने में मदद करती हैं कि क्या बच्चे में कोई अन्य अक्षमता के लक्षण तो नहीं हैं यदि हैं तो ऐसे बच्चों को चिकित्सक के पास भेजा जाना चाहिए।

खंड III- में बच्चे के प्रदर्शन के दौरान अवलोकन के लिए विशिष्ट कथन हैं। अंग्रेजी, हिंदी और गणित के लिए अलग-अलग अवलोकन कथन उपलब्ध हैं, ताकि इनमें से प्रत्येक क्षेत्र में बच्चे की प्रसंस्करण समस्याओं को विशेष रूप से नोट किया जा सके। परीक्षण पूरा करने के बाद, इस खंड को पढ़ने से जांचकर्ता को बच्चे में विशिष्ट समस्या की पहचान करने में मदद मिलेगी, जिससे उपचार अधिक केंद्रित और लक्ष्यपूर्ण हो जाएगा।

व्यापक सारांश पत्रक

यह बच्चे की कक्षा स्तर की कार्यप्रणाली और प्रसंस्करण शैली का संक्षिप्त समग्र चित्र प्रदान करता है, जिसमें प्रारूप I और II दोनों की जानकारी शामिल है। प्रारूप I में, किसी दिए गए कक्षा स्तर में अंकों को प्रतिशत में परिवर्तित करने पर उन्हें इस प्रकार समूहीकृत किया जाता है:

70% से अधिक स्वतंत्रता स्तर

40% से 69% निर्देशात्मक स्तर

40% से कम निराशा स्तर

सीखने की अक्षमता का निदान परीक्षण (DTLD)/ Diagnostic Test of Learning Disability (DTLD)

यह परीक्षण श्रवण/दृश्य बोध से लेकर संज्ञानात्मक क्षेत्रों तक दस क्षेत्रों में सीखने की अक्षमता का निदान करता है। इसमें 10 उप-परीक्षण शामिल हैं। इसे 8-11 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों को व्यक्तिगत रूप से दिया जाना है। किसी भी क्षेत्र या क्षेत्रों में कमी या किसी के संयोजन से सीखने की समस्या हो सकती है। यह परीक्षण 8-11 वर्ष की आयु सीमा के 1050 बच्चों के नमूने पर मानकीकृत किया गया था। आँख-हाथ समन्वय, आकृति-भूमि बोध, आकृति स्थिरता, स्थान में स्थिति, स्थानिक संबंध, श्रवण बोध, स्मृति, संज्ञानात्मक क्षमताएँ, ग्रहणशील भाषा, अभिव्यंजक भाषा।

उत्पाद कोड: 16-0231-KT

लेखक: स्मृति स्वरूप और धर्मिष्ठा एच. मेहता

आयु सीमा: 8-11 वर्ष

प्रशासन: व्यक्तिगत

समय: 40 - 50 मिनट

उपलब्ध भाषा: अंग्रेजी

11.9 विशिष्ट अधिगम अक्षमता वाले छात्रों का हस्तक्षेप

सीखने की अक्षमता वाले बच्चों के लिए यह समझना मुश्किल होता है कि वे क्या देखते हैं (दृश्य धारणा)। एक बच्चा आकार, आकृति, स्थान, गति और रंग का आकलन करने में सक्षम नहीं हो सकता है क्योंकि उसके लिए ये गुण बदलते रहते हैं। कठिनाई के कारण, उन्हें अग्रभूमि और पृष्ठभूमि को छांटने में समस्या होती है; ये बच्चे अक्सर अप्रासंगिक विवरणों पर ध्यान केंद्रित करते हैं। बच्चों के लिए समानता और अंतर (दृश्य भेदभाव) को पहचानना मुश्किल है। जब वे संख्याओं और अक्षरों को पहचानना सीखने की कोशिश करते हैं, तो उनकी समस्याएँ बढ़ जाती हैं, क्योंकि अंतर मामूली होते हैं। जो अक्षर उलटे जा सकते हैं वे विशेष रूप से कठिन होते हैं (बी, डी), साथ ही "पूँछ" वाले (पी, क्यू, जे, जी)। दृश्य ट्रैकिंग आँखों को एक बिंदु पर केंद्रित करने और फिर उन्हें एक तरफ से दूसरी तरफ, ऊपर और नीचे की ओर लयबद्ध रूप से कुछ बच्चों की आँखें झटके से हिलती हैं, या वे सिर्फ अपनी आँखों के बजाय पूरा सिर हिलाते हैं। खराब दृश्य स्मृति भी अनुक्रमों को याद रखना मुश्किल बनाती है। दृश्य-मोटर एकीकरण या आँख-हाथ समन्वय अक्सर समस्याग्रस्त होता है। बच्चों को ड्राइंग, चिपकाने और विशेष रूप से काटने में

चुनौतीपूर्ण समय लगता है। श्रवण कौशल भी चुनौतीपूर्ण होते हैं श्रवण भेदभाव ध्वनियों के बीच अंतर बताने की क्षमता है। सीखने की अक्षमता वाले बच्चों को ध्वनियों या शब्दों में अंतर पहचानने में कठिनाई होती है; इसलिए वे अक्सर अर्थों की गलत व्याख्या करते हैं (चूहा, रैप)। उन्हें शब्दों के तुकबंदी तत्वों की पहचान करने में भी समस्या होती है। उन्हें शब्दों को वर्गीकृत करना लगभग असंभव लगता है (उदाहरण के लिए, ए से शुरू होने वाले सभी शब्दों को ढूँढना)। पदानुक्रमिक वर्गीकरण आम तौर पर उनकी क्षमता से परे होते हैं। जैसा कि आप अनुमान लगा सकते हैं, ये वे बच्चे हैं जो ध्वनि और शब्द के खेल का आनंद नहीं लेते हैं और जो अक्सर विचारों और विचारों को स्पष्ट रूप से व्यक्त नहीं कर सकते हैं। श्रवण स्मृति सुनी गई बातों को याद रखने की क्षमता है। कभी-कभी बच्चे लंबे वाक्य के अंत तक पहुँचने तक शुरुआत भूल जाते हैं। दो-चरणीय निर्देशों में दूसरा निर्देश याद नहीं हो सकता है। उन्हें ध्वनि के स्रोत का पता लगाने में भी परेशानी हो सकती है (यदि आप उनका नाम पुकारते हैं तो वे कमरे में इधर-उधर खोज सकते हैं और यह नहीं पा सकते हैं कि आप कहाँ हैं)। कक्षा में और घर पर कार्य के लिए समान और आसान पहुँच प्रदान करने के लिए समायोजन किए जाते हैं। समायोजन के कुछ उदाहरण जो नियमित कक्षा में सीखने की अक्षमता वाले बच्चों की सहायता के लिए प्रदान किए जा सकते हैं, उन्हें निम्नलिखित छह श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है।

1. प्रस्तुति

- ऑडियो टेप पर उपलब्ध कराएं
- बड़े प्रिंट में उपलब्ध कराएं
- प्रति पृष्ठ या पंक्ति में आइटम की संख्या कम करें
- एक निर्दिष्ट पाठक उपलब्ध कराएं
- मौखिक रूप से निर्देश प्रस्तुत करें

2. प्रतिक्रिया

- मौखिक प्रतिक्रियाओं की अनुमति दें
- उत्तर लिखने वाले को लिखवाने की अनुमति दें
- प्रतिक्रियाओं को रिकॉर्ड करने के लिए टेप रिकॉर्डर के उपयोग की अनुमति दें
- कंप्यूटर के माध्यम से उत्तर देने की अनुमति दें
- उत्तरों को सीधे टेस्ट बुकलेट में रिकॉर्ड करने की अनुमति दें

3. समय निर्धारण

- ब्रेक की अनुमति दें
- परीक्षण के लिए आवंटित समय बढ़ाएँ

4. सेटिंग

- अधिमान्य बैठने की व्यवस्था करें
- विशेष प्रकाश व्यवस्था या ध्वनिकी प्रदान करें
- न्यूनतम विकर्षणों वाला स्थान प्रदान करें
- एक छोटे समूह में परीक्षण संचालित करें
- एक निजी कमरे या वैकल्पिक परीक्षण स्थल में परीक्षण संचालित करें

5. परीक्षण शेड्यूलिंग

- कई समयबद्ध सत्रों में या कई दिनों में परीक्षण संचालित करें
- उप-परीक्षणों को अलग क्रम में लेने की अनुमति दें
- दिन के किसी विशिष्ट समय पर परीक्षण का संचालन करें

6. अन्य

- विशेष परीक्षण की तैयारी प्रदान करें
- ऑन-टास्क/फोकसिंग प्रॉम्प्ट प्रदान करें
- बोर्ड पर दिन की गतिविधियों की रूपरेखा प्रदान करें
- गतिज अवसर प्रदान करें (यानी जोड़-तोड़)
- सफलता को पहचानें चाहे वह कितनी भी छोटी क्यों न हो

समावेशी कक्षा को बढ़ावा देना

विशिष्ट सीखने की अक्षमता वाले छात्रों के लिए सामान्य शिक्षा कक्षा में सफल समावेशन को बढ़ावा देने के लिए, शिक्षक को पाठ्यक्रम और निर्देशों दोनों में अनुकूलन का उपयोग करने की आवश्यकता है। अनुकूलन में समायोजन और संशोधन दोनों शामिल हैं। समायोजन शिक्षण और सीखने में इनपुट और आउटपुट प्रक्रियाओं में परिवर्तन को संदर्भित करता है जबकि संशोधन सामग्री या मानकों में परिवर्तन को संदर्भित करता है।

शिक्षक सामान्य शिक्षा कक्षा में निम्नलिखित पाठ्यक्रम और निर्देशात्मक अनुकूलन पर विचार कर सकता है।

- सामग्री अनुकूलन
- अनुदेशात्मक वितरण अनुकूलन
- उत्पाद और असाइनमेंट अनुकूलन
- गृह कार्य में अनुकूलन।

- कक्षा शिक्षण में अनुकूलन
- कक्षा ग्रेडिंग में अनुकूलन।

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

4. आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम 2016 के अनुसार सीखने की अक्षमताओं को परिभाषित करें।
5. सीखने की अक्षमता की कोई 3 विशेषताएँ लिखिए।
6. विशिष्ट अधिगम अक्षमताओं के प्रकारों के नाम लिखिए?

11.10 सारांश

अधिगम संबंधी कठिनाई, श्रवण, दृष्टि, स्वास्थ्य, वाक् एवं संवेग आदि से संबंधित अस्थायी समस्याओं से जुड़ी होती है। समस्या का समाधान होते ही अधिगम संबंधी वह कठिनाई समाप्त हो जाती है। इसके विपरीत अधिगम अक्षमता उस स्थिति को कहते हैं जहाँ व्यक्ति की योग्यता एवं उपलब्धि में एक स्पष्ट अंतर हो। यह अंतर संभवतः स्नायुजनित होता है तथा यह व्यक्ति विशेष में आजीवन उपस्थित रहता है।

राष्ट्रीय शिक्षा नीति (एनईपी) 2020 विकलांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम (आरपीडब्ल्यूडी) 2016 के अनुरूप "समानता और समावेश: सभी के लिए सीखना" पर जोर देती है। आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम 2016 विशिष्ट सीखने की अक्षमता (एसएलडी) को मान्यता देता है जो एक व्यापक शब्द है जो किसी व्यक्ति द्वारा सामना की जाने वाली कई कठिनाइयों को इंगित करता है जो मौखिक या अशाब्दिक जानकारी के अधिग्रहण, संगठन, अवधारण, समझ, अनुभूति या उपयोग को प्रभावित कर सकता है। आमतौर पर, सीखने की अक्षमता वाले बच्चे अपने सर्वोत्तम प्रयासों के बावजूद स्कूल के काम का सामना करने में कठिनाई का अनुभव करते हैं। एसएलडी निम्नलिखित में से एक या अधिक में हस्तक्षेप कर सकता है:

1. मौखिक भाषा में अभिव्यक्ति (जैसे सुनना, बोलना, समझना आदि);
2. पढ़ना (जैसे डिकोडिंग, ध्वन्यात्मक ज्ञान, शब्द पहचान, समझ आदि);
3. लिखित भाषा (जैसे वर्तनी और लिखित अभिव्यक्ति आदि); और
4. गणित (जैसे संख्या अनुमान, गणना, समस्या समाधान आदि);
5. संगठन (जैसे छंटाई, वर्गीकरण आदि);
6. सामाजिक कौशल (जैसे संचार, सहयोग आदि)

सीखने की अक्षमता वाले लोगों में आम तौर पर औसत से लेकर बेहतर बुद्धि होती है और वे अक्सर विज्ञान, गणित, ललित कला और अन्य रचनात्मक माध्यमों में प्रतिभाशाली होते हैं। हालांकि, उनकी क्षमता और उनकी उम्र के व्यक्ति से अपेक्षित कौशल के बीच अंतर हो सकता

है। फिर भी, इतिहास के कुछ सबसे सफल, प्रभावशाली लोगों में सीखने की अक्षमता थी, जिनमें अल्बर्ट आइंस्टीन, लियोनार्डो दा विंची, थॉमस एडिसन और विंस्टन चर्चिल शामिल हैं।

11.11 शब्दावली

'विशिष्ट अधिगम अक्षमता'

'विशिष्ट अधिगम अक्षमता' का अर्थ है स्थितियों का एक विषम समूह जिसमें बोली जाने वाली या लिखित भाषा को संसाधित करने में कमी होती है, जो समझने, बोलने, पढ़ने, लिखने, वर्तनी या गणितीय गणना करने में कठिनाई के रूप में प्रकट हो सकती है अवधारणात्मक कौशल

अवधारणात्मक कौशल किसी भी सीखने की प्रक्रिया की आधारशिला हैं। ये कौशल हमारे आस-पास के वातावरण को समझने में मदद करते हैं

डिसग्राफिया/ Dysgraphia

डिसग्राफिया से पीड़ित व्यक्ति को लिखावट में परेशानी होती है। उसे शब्दों के बीच अंतर, खराब वर्तनी, एक ही समय में सोचने और लिखने में भी परेशानी होती है।

11.12 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्नों के उत्तर

- 1.सैमुअल किर्क
- 2.तंत्रिका-विकासात्मक विकार(neurodevelopmental disorder)
- 3.तीन
- 4.'विशिष्ट अधिगम अक्षमता' का अर्थ है स्थितियों का एक विषम समूह जिसमें बोली जाने वाली या लिखित भाषा को संसाधित करने में कमी होती है, जो समझने, बोलने, पढ़ने, लिखने, वर्तनी या गणितीय गणना करने में कठिनाई के रूप में प्रकट हो सकती है और इसमें अवधारणात्मक अक्षमता, डिस्लेक्सिया, डिसग्राफिया, डिस्कैलकुलिया, डिस्प्रेक्सिया और विकासात्मक वाचाघात जैसी स्थितियाँ शामिल हैं।
5. खराब गामक क्षमताएँ
मौखिक भाषा की कठिनाइयाँ
पढ़ने में कठिनाई
6. डिसग्राफिया/ Dysgraphia(लिखने में महत्वपूर्ण समस्याएँ)
डिस्कैलकुलिया/Dyscalculia(गणित में महत्वपूर्ण समस्याएँ)
डिस्लेक्सिया (पढ़ने में महत्वपूर्ण समस्याएँ)/ Dyslexia (significant problems with reading)
डिस्फेसिया/ Dysphasia
डिस्प्रेक्सिया/ Dyspraxia

नॉनवर्बल लर्निंग डिसऑर्डर या NVLD

11.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- <https://www.psychiatry.org/patients-families/specific-learning-disorder/what-is-specific-learning-disorder>
- <https://ciet.ncert.gov.in/activity/issld?lang=en>
- https://indianpsychiatricsociety.org/wp-content/uploads/2020/01/sld_childadol.pdf
- <https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/46062/1/Unit-3.pdf>
- <https://www.studocu.com/in/document/ethiraj-college-for-women/abnormal-psychology/nimhans-sld-battery/82340728>

11.14 निबन्धात्मक प्रश्न

1. विशिष्ट अधिगम अक्षमता की प्रकृति, कारण और प्रकार का वर्णन किजिए।
2. विशिष्ट अधिगम अक्षमताओं की मनोसामाजिक समस्याओं से आप क्या समझते हैं?
3. GLAD की व्याख्या करें।

इकाई 12. ध्यान अभाव सक्रियता विकार (Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD))

इकाई संरचना

- 12.1 प्रस्तावना
- 12.2 उद्देश्य
- 12.3 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: प्रकृति
- 12.4: ध्यान अभाव सक्रियता: इतिहास
- 12.5: ध्यान अभाव सक्रियता विकार: प्रकार
- 12.6 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: लक्षण
- 12.7 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: कारण
- 12.8 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: निदान
- 12.9 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: उपचार
- 12.10 सारांश
- 12.11 शब्दावली
- 12.12 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न के उत्तर
- 12.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची
- 12.14 निबन्धात्मक प्रश्न

12.1 प्रस्तावना

ध्यान अभाव सक्रियता विकार, यह एक चिकित्सा स्थिति है। ADHD से पीड़ित व्यक्ति के मस्तिष्क के विकास और मस्तिष्क की गतिविधि में अंतर होता है जो ध्यान, स्थिर बैठने की क्षमता और आत्म-नियंत्रण को प्रभावित करता है। ADHD बच्चे को स्कूल, घर और दोस्ती में प्रभावित कर सकता है। एडीएचडी मस्तिष्क की एक ऐसी स्थिति है जो बच्चों के लिए अपने व्यवहार को नियंत्रित करना मुश्किल बना देती है। यह बचपन की सबसे आम पुरानी स्थितियों में

से एक है। यह स्कूली बच्चों में से 4% से 12% को प्रभावित करता है। लड़कियों की तुलना में लगभग 3 गुना अधिक लड़कों एडीएचडी से प्रभावित है। ध्यान-अभाव अति सक्रियता विकार (ADHD) वाले बच्चों में व्यवहार संबंधी समस्याएँ इतनी बार-बार और गंभीर होती हैं कि वे सामान्य जीवन जीने की उनकी क्षमता में बाधा डालती हैं। इन बच्चों को अक्सर स्कूल, घर और अन्य जगहों पर भाई-बहनों और दूसरे बच्चों के साथ घुलने-मिलने में परेशानी होती है। जिन बच्चों को ध्यान देने में परेशानी होती है, उन्हें आमतौर पर सीखने में परेशानी होती है। कुछ बच्चों का स्वभाव आवेगपूर्ण होता है और यह उन्हें वास्तविक शारीरिक खतरे में डाल सकता है। चूँकि ADHD वाले बच्चों को अपने व्यवहार को नियंत्रित करने में कठिनाई होती है, इसलिए उन्हें "बुरे बच्चे" के रूप में लेबल किया जा सकता है। यदि एडीएचडी का उपचार न किया जाए तो इसके अधिक गंभीर रूप, आजीवन समस्याएं उत्पन्न हो सकती हैं, जैसे स्कूल में खराब ग्रेड, असफल रिश्ते, मादक द्रव्यों का सेवन और नौकरी न रख पाने की समस्या।

12.2 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप -

- ध्यान अभाव सक्रियता विकार को परिभाषित कर सकेंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार के इतिहास को जान पाएंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार को वर्गीकृत कर पाएंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार के लक्षणों को पहचान सकेंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार के कारणों को जान सकेंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार की निदान प्रक्रिया को समझ सकेंगे।
- ध्यान अभाव सक्रियता विकार के उपचारों का प्रयोग कर सकेंगे।

12.3 ध्यान अभाव सक्रियता विकार: प्रकृति

ध्यान अभाव सक्रियता विकार एक आम लेकिन जटिल तंत्रिका-विकासात्मक विकार (neurodevelopmental disorders) है। जो मस्तिष्क तथा केंद्रीय तंत्रिका तंत्र के विकास को रोक देते हैं। इसे आमतौर पर बचपन में पहचाना जाता है इसका स्कूल के प्रदर्शन, पारिवारिक संबंधों और सामाजिक जीवन पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ सकता है। यह सामान्य स्पेक्ट्रम से अलग है क्योंकि इसमें अति सक्रियता, आवेगशीलता और असावधानी के सभी या एक संयोजन के उच्च स्तर होते हैं, जिसके परिणामस्वरूप मध्यम स्तर की मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, शैक्षिक और/या व्यावसायिक हानि होती है।

डीएसएम-5 में एडीएचडी को न्यूरोडेवलपमेंटल डिसऑर्डर की श्रेणी में रखा गया है। सीडीसी एडीएचडी को इस प्रकार परिभाषित करता है

अति सक्रियता-आवेगशीलता का एक लगातार पैटर्न जो:

- कामकाज या विकास में बाधा डालता है
- दो या अधिक सेटिंग्स (जैसे, घर, स्कूल या काम पर) में लक्षण प्रस्तुत करता है
- सामाजिक, शैक्षणिक या व्यावसायिक कामकाज पर सीधे नकारात्मक प्रभाव डालता है।

नेशनल इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ एंड क्लिनिकल एक्सप्लोरेशन (एनआईसीई) का कहना है कि एडीएचडी की गंभीरता का निर्धारण नैदानिक निर्णय का विषय है; हानि की गंभीरता, व्यापकता, व्यक्तिगत कारक, पारिवारिक और सामाजिक संदर्भ को ध्यान में रखते हुए। हर कोई कभी-कभी अति सक्रिय, आवेगशील या असावधान हो सकता है, खासकर बच्चे। एडीएचडी वाले बच्चे में, अधिकांश समय, ऐसे लक्षण होते हैं जो उनके रोजमर्रा के जीवन को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकते हैं। यह एक से अधिक स्थिति में हानि पैदा करने के लिए जिम्मेदार है, आम तौर पर घर और स्कूल दोनों में।

रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र (सीडीसी) के अनुसार, एडीएचडी की पहचान अक्सर प्राथमिक विद्यालय के वर्षों में की जाती है। हालाँकि, वयस्कों में भी लक्षण दिखाई दे सकते हैं और उनका निदान भी किया जा सकता है। लड़कियों की तुलना में लड़कों में एडीएचडी होने की संभावना दोगुनी से अधिक है, लेकिन जरूरी नहीं कि महिलाएं कम संवेदनशील हों। एडीएचडी वाली महिलाओं का कई कारणों से कम निदान किया जाता है, जिसमें लक्षणों में कुछ अंतर और शोध में पुरुषों पर असमान ध्यान शामिल है।

अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (APA) ने औपचारिक रूप से इसे एक मानसिक विकार के रूप में मान्यता दी, और 1980 के दशक में, निदान को "अति सक्रियता के साथ या बिना ध्यान अभाव विकार" के रूप में जाना जाने लगा।

12.4 ध्यान अभाव सक्रियता विकार का इतिहास/ The History of ADHD

1900 के दशक की शुरुआत/ Early 1900s

ADHD का पहली बार 1902 में उल्लेख किया गया था। ब्रिटिश बाल रोग विशेषज्ञ सर जॉर्ज फ्रेडरिक स्टिल ने इसे "बच्चों में नैतिक नियंत्रण का एक असामान्य दोष" बताया। उन्होंने पाया कि कुछ प्रभावित बच्चे अपने व्यवहार को उस तरह नियंत्रित नहीं कर सकते थे जिस तरह एक सामान्य बच्चा करता है, लेकिन फिर भी वे बुद्धिमान थे।

बेंजेड्रिन की शुरूआत/ The introduction of Benzedrine

खाद्य एवं औषधि प्रशासन (FDA) ने 1936 में बेंजेड्रिन को एक दवा के रूप में मंजूरी दी। अगले साल डॉ. चार्ल्स ब्रैडली को इस दवा के कुछ अप्रत्याशित साइड इफेक्ट्स का पता चला। जब उन्होंने इसे युवा रोगियों को दिया तो उनके व्यवहार और स्कूल में प्रदर्शन में सुधार हुआ। हालाँकि, ब्रैडली के समकालीनों ने उनके निष्कर्षों को काफी हद तक नज़रअंदाज़ कर दिया। कई सालों बाद, डॉक्टरों और शोधकर्ताओं ने ब्रैडली द्वारा खोजी गई दवा के लाभ को पहचानना शुरू किया।

मान्यता नहीं/ No recognition

APA ने 1952 में पहला “मानसिक विकारों का नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM)” जारी किया। इस मैनुअल में सभी मान्यता प्राप्त मानसिक विकारों को सूचीबद्ध किया गया था। इसमें प्रत्येक स्थिति के लिए ज्ञात कारण, जोखिम कारक और उपचार भी शामिल थे। APA ने पहले संस्करण में ADHD को मान्यता नहीं दी थी। 1968 में दूसरा DSM प्रकाशित हुआ। इस संस्करण में पहली बार बचपन की हाइपरकाइनेटिक प्रतिक्रिया को शामिल किया गया था।

रिटालिन की शुरूआत/ The introduction of Ritalin

FDA ने 1955 में साइकोस्टिमुलेंट मेथिलफेनिडेट (रिटालिन) को मंजूरी दी। यह ADHD उपचार के रूप में अधिक लोकप्रिय हो गया क्योंकि विकार को बेहतर ढंग से समझा जाने लगा और निदान में वृद्धि हुई। आज भी ADHD के इलाज के लिए इस दवा का उपयोग किया जाता है।

बदलती परिभाषा/ A changing definition

APA ने 1980 में DSM (DSM-III) का तीसरा संस्करण जारी किया। उन्होंने इस विकार का नाम बचपन की हाइपरकाइनेटिक प्रतिक्रिया से बदलकर ध्यान अभाव विकार (ADD) कर दिया। वैज्ञानिकों का मानना था कि हाइपरएक्टिविटी इस विकार का एक सामान्य लक्षण नहीं था। इस सूची ने ADD के दो उपप्रकार बनाए: हाइपरएक्टिविटी के साथ ADD, और हाइपरएक्टिविटी के बिना ADD।

उपयुक्त नाम/ appropriate name

APA ने 1987 में DSM-III का संशोधित संस्करण जारी किया। उन्होंने हाइपरएक्टिविटी भेद को हटा दिया और नाम बदलकर अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर (ADHD) कर दिया। APA ने असावधानी, आवेगशीलता और अतिसक्रियता के तीन लक्षणों को लक्षणों की एक सूची में शामिल किया और विकार के उपप्रकारों की पहचान नहीं की।

APA ने 2000 में DSM का चौथा संस्करण जारी किया। चौथे संस्करण ने आज स्वास्थ्य सेवा पेशेवरों द्वारा उपयोग किए जाने वाले ADHD के तीन उपप्रकारों की स्थापना की:

- संयुक्त प्रकार ADHD/ Combined type ADHD

- मुख्य रूप से असावधान प्रकार ADHD/ Predominantly inattentive type ADHD
- मुख्य रूप से अतिसक्रिय-आवेगशील प्रकार ADHD/ Predominantly hyperactive-impulsive type ADHD

निदान में वृद्धि/ A climb in diagnoses

1990 के दशक में ADHD के निदान में उल्लेखनीय वृद्धि होने लगी। निदान में वृद्धि के पीछे कुछ संभावित कारक हो सकते हैं:

- डॉक्टर ADHD का अधिक कुशलता से निदान करने में सक्षम थे।
- माता-पिता ADHD के बारे में अधिक जानते थे और अपने बच्चों के लक्षणों की रिपोर्ट कर रहे थे।
- बच्चों में ADHD के अधिक लक्षण विकसित हो रहे थे।

ADHD के मामलों की संख्या बढ़ने के साथ ही विकार के इलाज के लिए अधिक से अधिक दवाएँ उपलब्ध होने लगीं। ADHD के इलाज में दवाएँ अधिक प्रभावी भी हो गईं। कई दवाएँ उन लोगों को लंबे समय तक लाभान्वित कर रही हैं जिन्हें लंबे समय तक लक्षणों से राहत की आवश्यकता होती है।

वर्तमान परिपेक्ष/ Current Perspective

वैज्ञानिक ADHD के कारणों के साथ-साथ संभावित उपचारों की पहचान करने की कोशिश कर रहे हैं। अध्ययनों की 2020 की समीक्षा विश्वसनीय स्रोत एक बहुत मजबूत आनुवंशिक लिंक की ओर इशारा करती है। जिन बच्चों के जैविक माता-पिता या भाई-बहन इस विकार से पीड़ित हैं, उनमें यह होने की संभावना अधिक है। यह वर्तमान में स्पष्ट नहीं है कि ADHD होने में पर्यावरणीय कारक क्या भूमिका निभाते हैं। शोधकर्ता विकार के अंतर्निहित कारण का पता लगाने के लिए समर्पित हैं। उनका लक्ष्य उपचारों को अधिक प्रभावी बनाना और इलाज खोजने में मदद करना है।

भारत में ADHD

भारत में, कोयंबटूर में आयोजित प्राथमिक विद्यालय के बच्चों में अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर की व्यापकता नामक एक अध्ययन में पाया गया कि बच्चों में एडीएचडी का प्रसार वैश्विक अनुमान से अधिक, 11.32% है। सबसे अधिक प्रसार 9 वर्ष (26.4%) और 10 (25%) की उम्र में पाया जाता है। इसके अलावा, अध्ययन से पता चला कि अधिक पुरुषों (66.7%) में एडीएचडी पाया गया। जिन बच्चों में एडीएचडी है, उनमें न केवल खराब शैक्षणिक प्रदर्शन और व्यवहार संबंधी कठिनाई देखी गई, बल्कि पढ़ने और लिखने में भी समस्याएं थीं। भारत के विभिन्न हिस्सों में आयोजित एक अन्य एडीएचडी अध्ययन में भी 2% से

लेकर 17% तक की व्यापकता दिखाई गई। इंडिया टुडे में प्रकाशित एक लेख में उल्लेख किया गया है कि अनुमान है कि सालाना 10 मिलियन भारतीय बच्चों में एडीएचडी का निदान किया जाता है।

12.5 ध्यान अभाव सक्रियता विकार (ADHD) के प्रकार हैं

- असावधान प्रस्तुति/ Inattentive presentation.
- अति सक्रिय/आवेगपूर्ण प्रस्तुति/ Hyperactive/impulsive presentation
- संयुक्त प्रस्तुति/ Combined presentation.

निदान लगातार लक्षणों की उपस्थिति पर आधारित होता है जो एक निश्चित समयावधि में हुए हैं ADHD का निदान किसी भी उम्र में किया जा सकता है, यह विकार बचपन में शुरू होता है।

असावधान प्रस्तुति/Inattentive presentation

असावधान का तात्पर्य कार्य पर बने रहने, ध्यान केंद्रित करने और संगठन के साथ चुनौतियों से है। इस प्रकार के ADHD के निदान में, निम्नलिखित लक्षणों में से छह (या 17 वर्ष या उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों के लिए पाँच) अक्सर होते हैं:

- विवरणों पर पूरा ध्यान नहीं देता या स्कूल या नौकरी के कार्यों में लापरवाही से गलतियाँ करता है।
- कार्यों या गतिविधियों पर ध्यान केंद्रित करने में समस्याएँ, जैसे व्याख्यान, बातचीत या लंबे समय तक पढ़ने के दौरान।
- जब उससे बात की जाती है तो वह सुनता नहीं है (यानी, ऐसा लगता है कि वह कहीं और है)।
- निर्देशों का पालन नहीं करता है और स्कूल का काम, घर के काम या नौकरी के कर्तव्यों को पूरा नहीं करता है (कार्य शुरू कर सकता है लेकिन जल्दी ही ध्यान खो देता है)।
- कार्यों और काम को व्यवस्थित करने में समस्याएँ (उदाहरण के लिए, समय का अच्छी तरह से प्रबंधन नहीं करता है; गन्दा, अव्यवस्थित काम करता है; समय सीमा चूक जाता है)।
- ऐसे कार्यों से बचता है या उन्हें नापसंद करता है जिनमें निरंतर मानसिक प्रयास की आवश्यकता होती है, जैसे रिपोर्ट तैयार करना और फ़ॉर्म भरना।
- अक्सर कामों या रोज़मर्रा की जिंदगी के लिए ज़रूरी चीज़ें खो देता है, जैसे स्कूल के पेपर, किताबें, चाबियाँ, बटुआ, सेल फ़ोन और चश्मा।
- आसानी से विचलित हो जाता है।

- रोजमर्रा के काम भूल जाता है, जैसे घर के काम करना और कामों को निपटाना। बड़े किशोर और वयस्क फ़ोन कॉल का जवाब देना, बिल का भुगतान करना और अपॉइंटमेंट रखना भूल सकते हैं।

अति सक्रिय/आवेगपूर्ण प्रस्तुति/ **Hyperactive/impulsive presentation.**

अति सक्रिय का मतलब है अत्यधिक हरकतें जैसे बेचैनी, अत्यधिक ऊर्जा, स्थिर न बैठना और बातूनी होना। आवेगशीलता का मतलब है बिना सोचे-समझे लिए गए फ़ैसले या काम। इस प्रकार के ADHD के निदान में, निम्नलिखित में से छह (या 17 वर्ष या उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों के लिए पाँच) लक्षण अक्सर होते हैं:

- हाथों या पैरों से बेचैनी या थपथपाना, या सीट पर ऐंठ जाना।
- (कक्षा, कार्यस्थल में) बैठे रहने में असमर्थ।
- जहाँ अनुपयुक्त हो वहाँ दौड़ना या चढ़ना।
- चुपचाप खेलने या मौज-मस्ती करने में असमर्थ।
- हमेशा "चलते-फिरते", जैसे कि मोटर से चलाया जा रहा हो।
- बहुत ज़्यादा बात करना।
- प्रश्न समाप्त होने से पहले ही उत्तर बोल देता है (उदाहरण के लिए लोगों के वाक्यों को पूरा कर सकता है, बातचीत में बोलने के लिए इंतजार नहीं कर सकता)।
- अपनी बारी का इंतजार करने में कठिनाई होती है, जैसे कि लाइन में प्रतीक्षा करते समय।
- दूसरों को बाधित या दखलंदाजी करता है (उदाहरण के लिए, बातचीत, खेल या गतिविधियों में हस्तक्षेप करता है, या बिना अनुमति के अन्य लोगों की चीजों का उपयोग करना शुरू कर देता है)। बड़े किशोर और वयस्क दूसरों के कामों को अपने हाथ में ले सकते हैं।

संयुक्त प्रस्तुति/ **Combined presentation.**

इस प्रकार के ADHD का निदान तब किया जाता है जब असावधान और अतिसक्रिय/आवेग दोनों प्रकार के दोनों मानदंड पूरे होते हैं।

ADHD का निदान आमतौर पर मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं या प्राथमिक देखभाल प्रदाताओं द्वारा किया जाता है। एक मनोरोग आकलन में रोगी और देखभाल करने वालों द्वारा लक्षणों का विवरण, रोगी की देखभाल करने वालों और शिक्षकों द्वारा मापदंड और प्रश्नावली को पूरा करना, पूरा मनोरोग और चिकित्सा इतिहास, पारिवारिक इतिहास और शिक्षा, पर्यावरण और पालन-

पोषण के बारे में जानकारी शामिल होगी। इसमें अन्य चिकित्सा स्थितियों को खारिज करने के लिए चिकित्सा आकलन के लिए एक रेफरल भी शामिल हो सकता है।

यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि कई स्थितियाँ ADHD जैसी हो सकती हैं जैसे कि सीखने संबंधी विकार, मनोदशा संबंधी विकार, चिंता, पदार्थ का उपयोग, सिर की चोटें, थायरॉयड की स्थिति और स्टेरॉयड जैसी कुछ दवाओं का उपयोग (ऑस्टरमैन, 2015)। ADHD अन्य मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों के साथ भी मौजूद हो सकता है, जैसे कि विपक्षी अवज्ञा विकार (oppositional defiant disorder) या आचरण विकार, चिंता विकार और सीखने संबंधी विकार (ऑस्टरमैन, 2015)। इस प्रकार, एक पूर्ण मनोरोग आकलन बहुत महत्वपूर्ण है। ADHD निदान के लिए कोई विशिष्ट रक्त परीक्षण या नियमित इमेजिंग नहीं है। कभी-कभी, रोगियों को अतिरिक्त मनोवैज्ञानिक परीक्षण (जैसे न्यूरोसाइकोलॉजिकल या साइकोएजुकेशनल परीक्षण) के लिए भेजा जा सकता है या लक्षणों की गंभीरता का आकलन करने के लिए कंप्यूटर-आधारित परीक्षणों से गुजरना पड़ सकता है।

12.6 ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार के लक्षण/Symptoms of ADHD

ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) में असावधानी और/या अति सक्रियता-आवेगशीलता का एक निरंतर स्वरूप होता है जो कामकाज या विकास में बाधा डालता है। ADHD वाले लोग निम्न प्रकार के लक्षणों के निरंतर स्वरूप का अनुभव करते हैं:

- **असावधानी/Inattention** का मतलब है कि किसी व्यक्ति को काम पर बने रहने, ध्यान केंद्रित करने और संगठित रहने में कठिनाई हो सकती है, और ये समस्याएँ अवज्ञा या समझ की कमी के कारण नहीं हैं।
- **अति सक्रियता/Hyperactivity** का मतलब है कि कोई व्यक्ति लगातार इधर-उधर घूमता हुआ दिखाई दे सकता है, जिसमें ऐसी स्थितियाँ भी शामिल हैं जब यह उचित नहीं होता है, या अत्यधिक बेचैनी, टैप या बात करना शामिल है। वयस्कों में, अति सक्रियता का मतलब अत्यधिक बेचैनी या बहुत अधिक बात करना हो सकता है।
- **आवेगशीलता/Impulsivity** का मतलब है कि कोई व्यक्ति बिना सोचे-समझे काम कर सकता है या उसे आत्म-नियंत्रण में कठिनाई हो सकती है। आवेगशीलता में तत्काल पुरस्कार की इच्छा या संतुष्टि में देरी करने की असमर्थता भी शामिल हो सकती है। एक आवेगी व्यक्ति दूसरों को बाधित कर सकता है या दीर्घकालिक परिणामों पर विचार किए बिना महत्वपूर्ण निर्णय ले सकता है।

मानसिक विकारों के नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-5) में परिभाषित ADHD के लक्षण निम्नलिखित हैं।

अति सक्रियता/आवेगशीलता
Hyperactivity/impulsivity

ध्यान न देना/ Inattention

अति सक्रियता/आवेगशीलता की विशेषताएँ/Features of hyperactivity/impulsivity

- अक्सर हाथ हिलाता है या थपथपाता है या सीट पर ऐंठता है।
- अक्सर ऐसी स्थितियों में सीट छोड़ देता है जब बैठे रहना अपेक्षित होता है, उदाहरण के लिए कक्षा में, कार्यालय में या अन्य कार्यस्थल में अपनी सीट छोड़ देता है, या अन्य स्थितियों में जहाँ बैठे रहने की आवश्यकता होती है।
- अक्सर ऐसी स्थितियों में दौड़ता या चढ़ता है जहाँ यह अनुचित होता है। किशोरों या वयस्कों में, यह बेचैनी महसूस करने तक सीमित हो सकता है।
- अक्सर चुपचाप खेलने या अवकाश गतिविधियों में शामिल होने में असमर्थ।
- अक्सर चलता रहता है, ऐसा व्यवहार करता है जैसे कि "मोटर द्वारा संचालित", उदाहरण के लिए लंबे समय तक स्थिर रहने में असमर्थ या असहज, जैसे कि रेस्तराँ, बैठकों में।
- अक्सर अत्यधिक बात करता है।
- अक्सर प्रश्न पूरा होने से पहले ही उत्तर बोल देता है, उदाहरण के लिए लोगों के वाक्यों को पूरा कर देता है या बातचीत में बारी का इंतज़ार नहीं कर पाता।
- अक्सर बारी का इंतज़ार करने में कठिनाई होती है, उदाहरण के लिए लाइन में प्रतीक्षा करते समय।
- अक्सर दूसरों को बाधित करता है या दखल देता है, उदाहरण के लिए बातचीत, खेल या गतिविधियों में दखल देता है। बिना पूछे या अनुमति लिए दूसरे लोगों की चीजों का इस्तेमाल करना शुरू कर सकता है। किशोरों और वयस्कों में, दूसरों के काम में दखलंदाजी कर सकता है या उन पर कब्ज़ा कर सकता है।

ध्यान न देने की विशेषताएँ/ Features of inattention

- अक्सर विषय पर पूरा ध्यान नहीं दे पाता। स्कूल के काम या अन्य गतिविधियों के दौरान लापरवाही से गलतियाँ करता है, उदाहरण के लिए बातों को अनदेखा करता है या छोड़ देता है, काम गलत होता है।

- अक्सर कार्यों या खेल गतिविधियों में ध्यान बनाए रखने में कठिनाई होती है, उदाहरण के लिए व्याख्यान, बातचीत या लंबी पढ़ाई के दौरान ध्यान केंद्रित करने में कठिनाई होती है।
- अक्सर सीधे बात करने पर सुनता नहीं
- अक्सर निर्देशों का पालन नहीं करता और स्कूल का काम या कार्यस्थल में कर्तव्यों को पूरा करने में विफल रहता है, उदाहरण के लिए कार्य शुरू करता है लेकिन जल्दी ही ध्यान आसानी से भटक जाता है।
- अक्सर कार्यों और गतिविधियों को व्यवस्थित करने में कठिनाई होती है, उदाहरण के लिए अनुक्रमिक कार्यों को प्रबंधित करने में कठिनाई; सामग्री और सामान को क्रम में रखने में कठिनाई; गन्दा, अव्यवस्थित काम; खराब समय प्रबंधन और समय सीमा को पूरा करने में विफल रहता है।
- अक्सर उन कार्यों में संलग्न होने से बचता है या अनिच्छुक होता है जिनके लिए निरंतर मानसिक प्रयास की आवश्यकता होती है, उदाहरण के लिए स्कूल का काम या होमवर्क; बड़े किशोरों और वयस्कों में, रिपोर्ट तैयार करना, फॉर्म भरना, लंबे-लंबे पेपर की समीक्षा करना।
- अक्सर कामों या गतिविधियों के लिए ज़रूरी चीजें खो देता है, उदाहरण के लिए स्कूल की सामग्री, पेंसिल, किताबें, उपकरण, पर्स, चाबियाँ, कागजात, चश्मा और मोबाइल फ़ोन।
- अक्सर बाहरी उत्तेजनाओं से आसानी से विचलित हो जाता है। बड़े किशोरों और वयस्कों में, इसमें असंबंधित विचार शामिल हो सकते हैं।
- अक्सर रोज़मर्रा की गतिविधियों में भुलक्कड़ हो जाता है, उदाहरण के लिए घर के काम करना, काम चलाना; बड़े किशोरों और वयस्कों में, कॉल वापस करना, बिलों का भुगतान करना, अपॉइंटमेंट रखना।

12.7 ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) के कारण

ध्यान अभाव की सक्रियता विकार का कोई सटीक कारण नहीं है, हालाँकि कई कारकों के संयोजन को इसके लिए जिम्मेदार माना जाता है:

आनुवांशिकी कारण

ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार परिवारों में चलता है। नतीजतन, ADHD वाले बच्चों के माता-पिता और भाई-बहनों में सामान्य व्यवहार वाले बच्चे के रिश्तेदारों की

तुलना में इसके होने/विकसित होने की संभावना चार से छह गुना अधिक होती है। ADHD के कारण के रूप में किसी एक जीन की पहचान नहीं की गई है। यह अधिक संभावना है कि कई जीन शामिल हैं; प्रत्येक अत्यंत जटिल तरीकों से पर्यावरण के साथ कार्य करता है। परिणामस्वरूप, एक ही परिवार के सदस्यों में ADHD के विभिन्न प्रकार हो सकते हैं।

मस्तिष्कीय कारण

ADHD वाले अधिकांश बच्चों में मस्तिष्क की चोट या मस्तिष्क को नुकसान का कोई इतिहास नहीं होता है। हालाँकि, मस्तिष्क स्कैनिंग तकनीकों का उपयोग करने वाले अध्ययनों में पाया गया कि ADHD के गंभीर लक्षणों वाले बच्चों में मस्तिष्क के ललाट लोब (frontal lobe) में सामान्य से कम गतिविधि होने की संभावना अधिक होती है। ADHD वाले बच्चों के मस्तिष्क के अग्र भाग में कुछ प्राकृतिक रासायनिक संदेशवाहकों - डोपामाइन और नॉरएड्रेनालाईन - की कमी के साथ एक रासायनिक असंतुलन होता है। माना जाता है कि मस्तिष्क का कार्यकारी कार्य (executive functions) कम कार्य करता है जिसके परिणामस्वरूप ADHD के लक्षण होते हैं।

पर्यावरणीय कारक

गर्भावस्था के दौरान धूम्रपान, शराब और नशीली दवाओं के दुरुपयोग, समय से पहले जन्म, (गर्भावस्था के 37वें सप्ताह से पहले) कम जन्म वजन और मस्तिष्क क्षति के संपर्क में आने से बच्चे में ADHD होने का जोखिम बढ़ सकता है। हालाँकि, इनमें से कई कारकों के लिए सबूत अनिर्णायक हैं, और यह निर्धारित करने के लिए अधिक शोध की आवश्यकता है कि क्या वे वास्तव में ADHD में योगदान करते हैं।

आम गलतफहमियाँ

- ADHD एक शरारती बच्चे के लिए दूसरा शब्द नहीं है।
- ADHD खराब पालन-पोषण के कारण नहीं होता है, हालाँकि खराब व्यवहार प्रबंधन द्वारा समस्या व्यवहार को बढ़ाया जा सकता है और विशेष प्रबंधन तकनीकों द्वारा सुधारा जा सकता है।
- स्थिति और अलग-अलग पेंटिंग स्टाइल को समझकर, आप अपने बच्चे के जटिल और अक्सर चुनौतीपूर्ण व्यवहार का अधिक उचित तरीके से जवाब देने में सक्षम और सशक्त होंगे।

कुछ विशेष रणनीतियाँ हैं जो बच्चे के व्यवहार को बेहतर बनाने में मदद करेंगी:

1. सकारात्मक प्रशंसा

ADHD से पीड़ित बच्चे अक्सर आलोचना के घेरे में आ जाते हैं, जिससे उन्हें अपने बारे में बुरा लगता है और अक्सर आत्म-सम्मान कम हो जाता है और उसके बाद

व्यवहार में गिरावट आती है। प्रशंसा का एक अच्छा घेरा बनाने का लक्ष्य रखें, जिससे उन्हें अपने बारे में अच्छा महसूस हो और बदले में, उनके व्यवहार को बेहतर बनाने में मदद मिले। बच्चे को उन चीजों में प्रोत्साहित करके उसका आत्मविश्वास बढ़ाएँ जिनमें वे अच्छे हैं। बच्चे को समझाएँ कि वे गतिविधि में कितने अच्छे हैं। उन्हें बताएं कि क्या करना है, न कि क्या नहीं करना है। उन्हें अच्छा करते हुए देखें और तुरंत मौखिक प्रशंसा करें। अच्छे व्यवहार को सुदृढ़ करने के लिए उपयोग किए जाने वाले अच्छे वाक्यांशः मैं आपसे बहुत प्रसन्न हूँ क्योंकि...

2. अपने बच्चे को अच्छे व्यवहार के लिए पुरस्कृत करें

किसी खास काम पर एक निश्चित समय तक ध्यान केंद्रित करने के लिए एक समझौता करें। यह जितना लगता है उससे कहीं ज्यादा मुश्किल है क्योंकि काम को बच्चे की थोड़ी अतिरिक्त मेहनत से पूरा किया जाना चाहिए और इनाम के बारे में सावधानीपूर्वक विचार करना चाहिए। विवरणों को सावधानीपूर्वक समझाया जाना चाहिए और एक दृश्य अनुस्मारक (reminder) को रणनीतिक स्थिति में रखा जाना चाहिए। रुचि और अनुपालन बनाए रखने के लिए, कार्यों और पुरस्कारों को नियमित रूप से समायोजित करने और बच्चे के साथ चर्चा करने की आवश्यकता होती है।

उदाहरण के लिए: व्यवहार - दो घंटे तक भाई-बहन के साथ अच्छे से खेलना।

पुरस्कार - किसी वयस्क के साथ 15 मिनट का अतिरिक्त विशेष खेल समय।

3. दिनचर्या का पालन करें

ADHD वाले बच्चे ज्यादा खुश, शांत और सुरक्षित महसूस करते हैं अगर उन्हें पता हो कि उनसे क्या अपेक्षा है। दिनचर्या में बदलाव अक्सर अनिश्चितता और चिंता का कारण बन सकते हैं, जो विघटनकारी व्यवहार को ट्रिगर कर सकते हैं। यदि बदलाव बिल्कुल जरूरी हैं, तो व्यवहार में संभावित गिरावट को कम करने में मदद करने के लिए बच्चे को जल्द से जल्द सूचित करें।

4. छोटे-छोटे निर्देश देने से पहले ध्यान आकर्षित करें

ADHD से पीड़ित बच्चों को अक्सर निर्देशों की सूची याद रखने में समस्या होती है। वे आमतौर पर किसी भी समय दिए गए केवल एक या दो निर्देशों को ही पूरा कर पाते हैं। निर्देश देने से पहले उनका ध्यान आकर्षित करें और सुनिश्चित करें कि वे आपके अनुरोध को समझें।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि ध्यान दिया जा रहा है, कभी-कभी आपको निम्न कार्य करने की आवश्यकता होती है:

- टीवी/रेडियो/संगीत बंद करें (सावधानीपूर्वक विचार करने के बाद)
- बच्चे का नाम लें

- शांति से उनके हाथ पकड़ें और धीरे से उनका सामना करें (छोटे बच्चों के लिए)
- सामने से संपर्क करें (बड़े बच्चों के लिए)
- आँखों से संपर्क करें
- बिना चिल्लाए स्पष्ट रूप से बोलें।
- समझाकर, दिखाकर और संभवतः, शुरू में एक साथ कार्य करके एक नया आवश्यक व्यवहार सिखाएँ। फिर बच्चे को इसे स्वतंत्र रूप से करने दें।

5. स्पष्ट नियम बनाएँ

अपने साथी के साथ दृढ़, निष्पक्ष, सुसंगत घरेलू नियमों को लिखें और उन पर सहमति दें और उन्हें प्रमुख स्थान पर प्रदर्शित करें। परस्पर विरोधी नियम बच्चे को भ्रमित और परेशान करते हैं। उन व्यवहारों पर ध्यान दें जो आपके और परिवार के अन्य सदस्यों के लिए वास्तव में महत्वपूर्ण हैं। कोई भी खतरनाक या विनाशकारी कार्य, जैसे मारना, लात मारना, काटना, थप्पड़ मारना, मुक्का मारना या कोई भी

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

- 1- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) के प्रकारों के नाम लिखिए।
- 2- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) के मुख्य कारण कौन-कौन से हैं?
- 3- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) के मुख्य लक्षण कौन-कौन से हैं?

12.8 ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) का निदान/Diagnosing ADHD

निदान को साबित करने के लिए कोई विशिष्ट रक्त परीक्षण या जांच नहीं है। एडीएचडी के तीन अलग-अलग प्रकार हैं और एडीएचडी वाले हर बच्चे में अति सक्रियता, आवेगशीलता और असावधानी के सभी लक्षण नहीं होते हैं। एडीएचडी के निदान के लिए 17 वर्ष से कम आयु के लोगों में असावधानी और/या अति सक्रिय आवेगी लक्षणों में से कम से कम छह लक्षण प्रदर्शित होने चाहिए और ये लक्षण 12 वर्ष की आयु से पहले मौजूद होने चाहिए। ADHD के मुख्य तीन लक्षण हैं संयुक्त प्रस्तुतीकरण, असावधानी प्रस्तुतीकरण और अति सक्रिय-आवेगपूर्ण प्रस्तुतीकरण। लक्षण समय के साथ बदल सकते हैं, साथ ही प्रस्तुतीकरण भी बदल सकते हैं। कठिनाइयाँ आमतौर पर माता-पिता और शैक्षिक कर्मचारियों दोनों द्वारा देखी जाती हैं। अक्सर आपका परिचित ही आपके बच्चे को सामुदायिक बाल रोग विशेषज्ञों के पास भेजेगा, जिसमें दोनों पक्षों द्वारा उठाई गई चिंताओं पर प्रकाश डाला जाएगा। यदि बच्चे में ADHD होने की संभावना के बारे में चिंता बनी रहती है, तो आगे की जानकारी मांगी जाएगी और एक परामर्शदाता बाल रोग विशेषज्ञ या विशेषज्ञ सामुदायिक बाल रोग विशेषज्ञ द्वारा विस्तृत आकलन किया जाएगा। ADHD आकलन से पहले, शैक्षिक प्रतिष्ठान और घर से, मानकीकृत प्रश्नावली और फ़ॉर्म के रूप में पर्याप्त जानकारी मांगी जाएगी।

आकलन में माता-पिता/देखभालकर्ता के साथ एक साक्षात्कार शामिल है, जिसमें निम्नलिखित विषयों को शामिल किया गया है:

- बच्चे की समग्र व्यवहार संबंधी समस्याएं
- गर्भावस्था और जन्म का विवरण
- बच्चे का चिकित्सा इतिहास
- चिकित्सा समस्याओं और दवाओं सहित बच्चे का विकास
- प्रासंगिक पारिवारिक इतिहास
- संक्षिप्त हृदय संबंधी आकलन
- सामान्य प्रस्तुति।

कुछ आकलनों में बच्चे का संक्षिप्त संज्ञानात्मक आकलन किया जाता है, आमतौर पर एक विशेषज्ञ (ADHD) नर्स के साथ। इसमें गैर-मौखिक, शब्दावली, पढ़ना, शूक्ष्म गामक और अल्पकालिक श्रवण स्मृति कौशल शामिल हैं। बच्चे के समग्र प्रदर्शन की निगरानी की जाती है, साथ ही एक विचलित वातावरण (disturbed environment) में उनकी बौद्धिक क्षमता की भी निगरानी की जाती है।

12.9 ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) का उपचार/ Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

हालांकि एडीएचडी का कोई सटीक इलाज नहीं है, लेकिन वर्तमान में उपलब्ध उपचार लक्षणों को कम कर सकते हैं और कामकाज में सुधार कर सकते हैं। उपचारों में दवा, मनोचिकित्सा, शिक्षा या प्रशिक्षण, या उपचारों का संयोजन शामिल है।

दवा/ Medication

कई लोगों के लिए, एडीएचडी की दवाएँ अति सक्रियता और आवेग को कम करती हैं और ध्यान केंद्रित करने, काम करने और सीखने की उनकी क्षमता में सुधार करती हैं। कभी-कभी किसी विशेष व्यक्ति के लिए सही दवा या खुराक खोजने से पहले कई अलग-अलग दवाएँ या खुराकें आज्ञमानी पड़ती हैं। दवाएँ लेने वाले किसी भी व्यक्ति की उनके डॉक्टर द्वारा बारीकी से निगरानी की जानी चाहिए।

Stimulants एडीएचडी के इलाज के लिए इस्तेमाल की जाने वाली सबसे आम दवा को "उत्तेजक" कहा जाता है। हालाँकि एडीएचडी का इलाज उत्तेजक मानी जाने वाली दवा से करना असामान्य लग सकता है, लेकिन यह मस्तिष्क के रसायनों डोपामाइन और नॉरपेनेफ्रिन को बढ़ाकर काम करता है, जो सोचने और ध्यान में आवश्यक भूमिका निभाते हैं। चिकित्सा पर्यवेक्षण के तहत, उत्तेजक दवाओं को सुरक्षित माना जाता है। हालांकि, सभी दवाओं की तरह, इनके भी

साइड इफेक्ट हो सकते हैं, खास तौर पर जब इनका दुरुपयोग किया जाता है या निर्धारित खुराक से ज्यादा लिया जाता है, और व्यक्ति के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को यह निगरानी करने की ज़रूरत होती है कि वे दवा पर किस तरह से प्रतिक्रिया कर रहे हैं।

Non-stimulants कुछ अन्य ADHD दवाएँ गैर-उत्तेजक हैं। इन दवाओं को उत्तेजक दवाओं की तुलना में काम करना शुरू करने में ज्यादा समय लगता है, लेकिन ये ADHD वाले व्यक्ति में फ़ोकस, ध्यान और आवेगशीलता में भी सुधार कर सकती हैं। डॉक्टर गैर-उत्तेजक दवा लिख सकते हैं: जब किसी व्यक्ति को उत्तेजक दवाओं से परेशान करने वाले साइड इफेक्ट होते हैं, जब कोई उत्तेजक दवा प्रभावी नहीं होती है, या प्रभावशीलता बढ़ाने के लिए उत्तेजक दवा के साथ संयोजन में। हालाँकि, ADHD के उपचार के लिए विशेष रूप से U.S. खाद्य एवं औषधि प्रशासन (FDA) द्वारा अनुमोदित नहीं है, कुछ एंटीडिप्रेसेंट का उपयोग ADHD के उपचार के लिए अकेले या उत्तेजक दवा के साथ संयोजन में किया जाता है। गैर-उत्तेजक ADHD दवाओं और अवसादरोधी दवाओं के दुष्प्रभाव भी हो सकते हैं।

मनोचिकित्सा और मनोसामाजिक हस्तक्षेप /Psychotherapy and psychosocial interventions

ADHD से पीड़ित व्यक्तियों और उनके परिवारों को, लक्षणों को प्रबंधित करने और रोज़मर्रा के कामकाज को बेहतर बनाने में मदद करने के लिए कई विशिष्ट मनोसामाजिक हस्तक्षेप बताए गए हैं। स्कूली बच्चों के लिए, बच्चे के निदान से पहले परिवार के भीतर निराशा, दोष और क्रोध का निर्माण हो सकता है। नकारात्मक भावनाओं पर काबू पाने के लिए माता-पिता और बच्चों को विशेष मदद की आवश्यकता हो सकती है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर माता-पिता को ADHD के बारे में शिक्षित कर सकते हैं और यह बता सकते हैं कि यह परिवार को कैसे प्रभावित करता है। वे बच्चे और उसके माता-पिता को नए कौशल, दृष्टिकोण और एक-दूसरे से संबंध बनाने के तरीके विकसित करने में भी मदद कर सकते हैं। ADHD से पीड़ित बच्चों और किशोरों के लिए सभी प्रकार की चिकित्सा में माता-पिता की सक्रिय भूमिका की आवश्यकता होती है। मनोचिकित्सा जिसमें बच्चे के साथ केवल व्यक्तिगत उपचार सत्र शामिल हैं (माता-पिता की भागीदारी के बिना) ADHD लक्षणों और व्यवहार के प्रबंधन के लिए प्रभावी नहीं है। इस प्रकार का उपचार ADHD के साथ होने वाली चिंता या अवसाद के लक्षणों के उपचार के लिए अधिक प्रभावी होने की संभावना है।

व्यवहार चिकित्सा/Behavioural therapy एक प्रकार की मनोचिकित्सा है जिसका उद्देश्य किसी व्यक्ति को अपना व्यवहार बदलने में मदद करना है। इसमें व्यावहारिक सहायता शामिल हो सकती है, जैसे कार्यों को व्यवस्थित करने या स्कूल का काम पूरा करने में मदद करना, या भावनात्मक रूप से कठिन घटनाओं से निपटना। व्यवहार चिकित्सा व्यक्ति को यह भी सिखाती है कि कैसे:

- अपने स्वयं के व्यवहार की निगरानी करें
- वांछित तरीके से कार्य करने के लिए खुद की प्रशंसा करें या पुरस्कार दें, जैसे कि क्रोध को नियंत्रित करना या कार्य करने से पहले सोचना
- माता-पिता, शिक्षक और परिवार के सदस्य भी कुछ व्यवहारों पर प्रतिक्रिया दे सकते हैं और व्यक्ति को अपने व्यवहार को नियंत्रित करने में मदद करने के लिए स्पष्ट नियम, काम की सूची और संगठित दिनचर्या स्थापित करने में मदद कर सकते हैं। चिकित्सक बच्चों को सामाजिक कौशल भी सिखा सकते हैं, जैसे कि अपनी बारी का इंतजार कैसे करें, खिलौने साझा करें, मदद मांगें या चिढ़ाने पर प्रतिक्रिया दें। दूसरों के चेहरे के भाव और आवाज के लहजे को पढ़ना और उचित तरीके से प्रतिक्रिया देना भी सामाजिक कौशल प्रशिक्षण का हिस्सा हो सकता है।

संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी/Cognitive behavioural therapy व्यक्ति को यह सीखने में मदद करती है कि ध्यान और एकाग्रता में सुधार करने के लिए अपने विचारों और भावनाओं के प्रति जागरूक और स्वीकार करने का तरीका कैसे अपनाया जाए। चिकित्सक ADHD से पीड़ित व्यक्ति को उपचार के साथ आने वाले जीवन परिवर्तनों के साथ तालमेल बिठाने के लिए भी प्रोत्साहित करता है, जैसे कि कार्य करने से पहले सोचना, या अनावश्यक जोखिम लेने की इच्छा का विरोध करना।

पारिवारिक और वैवाहिक चिकित्सा/Family and marital therapy परिवार के सदस्यों और जीवनसाथी को विघटनकारी व्यवहारों को संभालने, व्यवहार में बदलाव को प्रोत्साहित करने और ADHD से पीड़ित व्यक्ति के साथ बातचीत में सुधार करने के लिए उत्पादक तरीके खोजने में मदद कर सकती है।

पेरेंटिंग कौशल प्रशिक्षण (व्यवहारिक अभिभावक प्रबंधन प्रशिक्षण) /Parenting skills training (behavioural parent management training) इसके अन्तर्गत माता-पिता को अपने बच्चों में सकारात्मक व्यवहार को प्रोत्साहित करने और पुरस्कृत करने के कौशल सिखाये जाते हैं।

बच्चों और किशोरों के लिए विशिष्ट व्यवहारिक कक्षा प्रबंधन हस्तक्षेप और/या शैक्षणिक समायोजन/ Specific behavioural classroom management interventions and/or academic accommodations ADHA लक्षणों के प्रबंधन स्कूल में तथा साथियों के साथ कामकाज में सुधार के लिए प्रभावी साबित हुए हैं। हस्तक्षेपों में व्यवहार प्रबंधन योजनाएँ या संगठनात्मक या अध्ययन कौशल सिखाना शामिल हो सकता है। समायोजन में कक्षा में अधिमान्य बैठने की व्यवस्था, कक्षा में काम का कम बोझ या परीक्षाओं और परीक्षाओं में अधिक समय शामिल हो सकता है। स्कूल योजना या विशेष शिक्षा सेवाओं के

लिए योग्य बच्चों के लिए व्यक्तिगत शिक्षा योजना (IEP) के माध्यम से समायोजन प्रदान कर सकता है।

तनाव प्रबंधन तकनीकें /Stress management techniques ADHD से पीड़ित बच्चों के माता-पिता को निराशा से निपटने की उनकी क्षमता बढ़ाकर लाभ पहुँचाया जा सकता है ताकि वे अपने बच्चे के व्यवहार पर शांति से प्रतिक्रिया कर सकें।

सहायता समूह/ Support groups माता-पिता और परिवारों को ऐसे अन्य लोगों से जुड़ने में मदद कर सकते हैं जिनकी समान समस्याएँ और चिंताएँ हैं। समूह अक्सर निराशाओं और सफलताओं को साझा करने, अनुशंसित विशेषज्ञों और रणनीतियों के बारे में जानकारी का आदान-प्रदान करने और विशेषज्ञों से बात करने के लिए नियमित रूप से मिलते हैं।

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

4. एडीएचडी के इलाज के लिए इस्तेमाल की जाने वाली सबसे आम दवा कोकहा जाता है।

5. एडीएचडी वाले हर बच्चे में

.....के सभी लक्षण नहीं होते हैं।

6. ADHD से पीड़ित व्यक्तियों और उनके परिवारों को, लक्षणों को प्रबंधित करने और रोजमर्रा के कामकाज को बेहतर बनाने में मदद करने के लिए..... हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है।

12.10 सारांश

ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) कोई नई स्थिति नहीं है। ADHD शब्द पर हाल ही में सहमति बनी है, लेकिन इसके लक्षण कई सालों से पहचाने जाते रहे हैं। जर्मन चिकित्सक हेनरिक हॉफमैन द्वारा 1865 में लिखी गई कविता _ द स्टोरी ऑफ फिजेट फिलिप - जो एक बच्चे का पहला ज्ञात वर्णन है जिसमें कई लक्षण दिखाई देते हैं जिन्हें अब हम ADHD को परिभाषित करने में मदद करने के रूप में स्वीकार करते हैं। 1980 में, डायग्नोस्टिक एंड स्टैटिस्टिकल मैनुअल ऑफ़ मेंटल डिसऑर्डर (DSM-2) के तीसरे संस्करण ने पहली बार हाइपरएक्टिविटी के साथ अटेंशन डेफिसिट डिसऑर्डर (ADHD) और हाइपरएक्टिविटी के बिना ADD (ADD/noH) शब्दों की स्थापना की। ADHD दुनिया भर के लोगों को प्रभावित करता है। लगभग 20 स्कूली बच्चों में से एक ADHD से पीड़ित है, और हर 100 बच्चों में से एक इसके अधिक गंभीर रूप से पीड़ित है। इसलिए, औसत कक्षा में ADHD से पीड़ित कम से कम एक बच्चा शामिल होता है। यह आमतौर पर लड़कियों की तुलना में लड़कों में ज्यादा होता है। यह आंशिक रूप से लड़के और लड़कियों द्वारा अपनी कठिनाइयों को व्यक्त करने के विशेष तरीकों के कारण हो सकता है। लड़कों में अति सक्रिय और विघटनकारी होने की संभावना अधिक होती है, जिससे प्रबंधन में

कठिनाई होती है। कई लड़कियों में ADHD का मुख्य रूप से असावधान प्रकार होता है; उनके लक्षण आसानी से नज़रअंदाज़ हो सकते हैं क्योंकि वे अक्सर स्वप्निल दिखाई देती हैं, अपनी ही दुनिया में और कोई व्यवधान पैदा नहीं करती हैं। हालाँकि, अगर उचित तरीके से इलाज नहीं किया जाता है तो उनकी समस्याएँ शैक्षणिक और सामाजिक विफलता का कारण बन सकती हैं।

12.11 शब्दावली

1-ADHD- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार

2- अति सक्रिय/ Hyperactive- अति सक्रिय का मतलब है अत्यधिक हरकतें जैसे बेचैनी, अत्यधिक ऊर्जा, स्थिर न बैठना और बातूनी होना।

3- आवेगपूर्ण प्रस्तुति/ impulsive presentation- आवेगशीलता का मतलब है बिना सोचे-समझे लिए गए फ़ैसले या काम।

12.12 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न के उत्तर

1- असावधान प्रस्तुति/ Inattentive presentation.

अति सक्रिय/आवेगपूर्ण प्रस्तुति/ Hyperactive/impulsive presentation

संयुक्त प्रस्तुति/ Combined presentation.

2- अनुवांशिकीय

पर्यावरणीय

मस्तिष्कीय

3- असावधानी

अतिसक्रियता

आवेगशीलता

4 . "उत्तेजक"(Stimulants)

5. अति सक्रियता, आवेगशीलता और असावधानी

6 . मनोसामाजिक हस्तक्षेप

निदान को साबित करने के लिए कोई विशिष्ट रक्त परीक्षण या जांच नहीं है। एडीएचडी के तीन अलग-अलग प्रकार हैं और एडीएचडी वाले हर बच्चे में अति सक्रियता, आवेगशीलता और असावधानी के सभी लक्षण नहीं होते हैं। एडीएचडी के निदान की गारंटी के लिए, 17 वर्ष से कम आयु के लोगों में कम से कम नौ असावधानी और/या अति सक्रिय आवेगी लक्षणों में से छह लक्षण प्रदर्शित होने चाहिए और ये लक्षण 12 वर्ष की आयु से पहले मौजूद होने चाहिए इसके मुख्य तीन लक्षण हैं संयुक्त प्रस्तुतीकरण

,असावधानी प्रस्तुतीकरण और अति सक्रिय-आवेगपूर्ण प्रस्तुतीकरण। लक्षण समय के साथ बदल सकते हैं, साथ ही प्रस्तुतीकरण भी बदल सकते हैं

12.13 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

- <https://kidshealth.org/en/parents/adhd.html#:~:text=ADHD%20stands%20for%20attention%20deficit,at%20home%2C%20and%20in%20friendships>
- <https://www.kentcht.nhs.uk/leaflet/an-introduction-to-adhd/>
- <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd>
- <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>
- <https://sebpmg.com/special-topics/introduction-to>
- <https://www.healthline.com/health/adhd/history>
- <https://www.neeuro.com/blog/adhd-india>

12.14 निबन्धात्मक प्रश्न

- 1- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) का अर्थ और प्रकारों का वर्णन किजिए।
- 2- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि का वर्णन किजिए।
- 3- ध्यान-अभाव/अति सक्रियता विकार (ADHD) के उपचार प्रबंधन का वर्णन किजिए।

इकाई 13. ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (Autism spectrum disorder (ASD))

इकाई संरचना

13.1 प्रस्तावना

13.2 उद्देश्य

13.3 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) की परिभाषा

13.4 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार की व्यापकता और कारण

13.5 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD)के प्रकार

13.5.1 डी एस एम-IV के अनुसार

- ऑटिस्टिक विकार /Autistic Disorder
- एस्पर्जर विकार/Asperger's Disorder
- बचपन का विघटनकारी विकार/Childhood Disintegrative Disorder
- व्यापक विकासात्मक विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं (पीडीडी-एनओएस) शामिल हैं Pervasive Developmental Disorder – not otherwise specified (PDD-NOS)
- रेट सिंड्रोम/ Rett Syndrome

13.5.2 डी एस एम-V के अनुसार

13.6 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार की विशेषताएं

13.7 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार के स्तर

13.8 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) आकलन के उपकरण और क्षेत्र

13.8.1 आकलन के क्षेत्र

13.8.2 आकलन के उपकरण

- स्क्रीनिंग उपकरण
- नैदानिक उपकरण

13.9 सारांश

13.10 शब्दावली

13.11 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्नों के उत्तर

13.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

13.13 निबन्धात्मक प्रश्न

13.1 प्रस्तावना

ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD)) एक न्यूरोलॉजिकल और विकासात्मक विकार है ऑटिज्म वाले लोगों में अक्सर अन्य लोगों के साथ संचार और बातचीत में कठिनाई, सीमित रुचियां और दोहराए जाने वाले व्यवहार, ऐसे लक्षण जो स्कूल, कार्यस्थल और जीवन के अन्य क्षेत्रों में कार्य करने की उनकी क्षमता को प्रभावित करते हैं दृष्टिगोचर होते हैं ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) स्थितियों का एक विविध समूह है। जिसे "स्पेक्ट्रम" विकार के रूप में जाना जाता है क्योंकि लोगों द्वारा अनुभव किए जाने वाले लक्षणों के प्रकार और गंभीरता में व्यापक भिन्नता होती है। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से पीड़ित लोगों की क्षमताएं और ज़रूरतें अलग-अलग होती हैं जो समय के साथ विकसित हो सकती हैं। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से पीड़ित कुछ लोग स्वतंत्र रूप से रह सकते हैं, वहीं अन्य लोगों में गंभीर विकलांगताएं होती हैं और उन्हें जीवन भर देखभाल और सहायता की आवश्यकता होती है। ऑटिज्म का असर अक्सर शिक्षा और रोजगार के अवसरों पर पड़ता है। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से पीड़ित लोगों में अक्सर सहवर्ती स्थितियाँ होती हैं, जिनमें मिर्गी, अवसाद, चिंता, ध्यान में कमी, सोने में कठिनाई और आत्म-चोट जैसे चुनौतीपूर्ण व्यवहार शामिल हैं। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से पीड़ित लोगों के बीच बौद्धिक कामकाज का स्तर व्यापक रूप से भिन्न होता है, जो निम्न स्तर से लेकर बेहतर स्तर तक फैला हुआ है। ऑटिज्म से पीड़ित एक उच्च-कार्यशील व्यक्ति का आईक्यू उच्च हो सकता है, वह मौखिक हो सकता है और दूसरों के साथ सामाजिक रूप से बातचीत कर सकता है, जबकि ऑटिज्म से पीड़ित एक कम-कार्यशील व्यक्ति में मानसिक मंदता हो सकती है, वह पूरी तरह से गैर-मौखिक हो सकता है और दूसरों के साथ बातचीत नहीं कर सकता है। यह विस्तृत श्रृंखला कई ऑटिज्म स्थितियों का प्रतिनिधित्व करती है जिन्हें ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार के रूप में जाना जाता है। एएसडी एक जटिल विकासात्मक विकलांगता है जो आम तौर पर जीवन के पहले तीन वर्षों के दौरान प्रकट होती है। यह एक न्यूरोलॉजिकल विकार का परिणाम है जो मस्तिष्क के कामकाज को प्रभावित करता है।

13.2 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप -

- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) को परिभाषित कर सकेंगे।
- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) के प्रकार जान पाएंगे।
- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) की विशेषताओं को समझ सकेंगे।
- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) के स्तर को स्पष्ट कर सकेंगे।
- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) के क्षेत्र का वर्णन कर पाएंगे।
- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) के उपकरणों का प्रयोग कर सकेंगे।

13.3 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर(एएसडी)की परिभाषाएँ/ Definitions of Autism Spectrum Disorder (ASD)

ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) एक जटिल विकासात्मक स्थिति है जिसमें सामाजिक संचार, प्रतिबंधित रुचियों और दोहराए जाने वाले व्यवहार के साथ लगातार चुनौतियां शामिल हैं। ऑटिज़्म को आजीवन विकार माना जाता है

विकलांग व्यक्ति शिक्षा अधिनियम (IDEA) के अनुसार “एक विकासात्मक विकलांगता जो मौखिक और गैर-मौखिक संचार और सामाजिक संपर्क को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करती है, आमतौर पर 3 साल की उम्र से पहले स्पष्ट होती है जो बच्चे के शैक्षिक प्रदर्शन पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है।

दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016(RPWD ACT 2016) के अनुसार "ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर" का अर्थ है एक न्यूरो-विकासात्मक स्थिति जो आमतौर पर जीवन के पहले तीन वर्षों में दिखाई देती है जो किसी व्यक्ति की संवाद करने, रिश्तों को समझने और दूसरों से संबंधित होने की क्षमता को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करती है, और अक्सर असामान्य या रूढ़िवादी अनुष्ठानों या व्यवहारों से जुड़ी होती है।

मानसिक विकारों के निदान और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-V) के पांचवें संस्करण के अनुसार,

- 1-सामाजिक संचार और संपर्क की निरंतर कमी;
- 2-प्रतिबंधित और दोहराव वाले व्यवहार, रुचियाँ, गतिविधियाँ।

राष्ट्रीय न्यास अधिनियम 1999 के अनुसार(National Trust Act-1999)

"ऑटिज़्म" का अर्थ है असमान कौशल विकास की एक स्थिति जो मुख्य रूप से किसी व्यक्ति की संचार और सामाजिक क्षमताओं को प्रभावित करती है, जो दोहराव और अनुष्ठानिक व्यवहार द्वारा चिह्नित होती है;

13.4 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार की व्यापकता और कारण/ Prevalence and Causes of Autism Spectrum Disorder

ए एस डी(ASD) स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय शैक्षिक और राजनीतिक एजेंडा में सबसे आगे है। ऑटिज़्म वर्तमान में प्रमुख ध्यान आकर्षित कर रहा है क्योंकि पिछले एक दशक में दुनिया भर में इसकी व्यापकता दर में विस्फोट हुआ है (फोमबोन, 2000)। हालाँकि एएसडी एक आजीवन विकलांगता है, प्रशिक्षण और देखभाल से स्थिति में काफी सुधार हो सकता है। एएसडी की शुरुआत तीन साल की उम्र से पहले होती है और जैसा कि शोध से पता चलता है इसके शुरुआती संकेत शीघ्र पहचान में मदद कर सकते हैं। शीघ्र पता लगाने का प्रमुख लाभ शीघ्र

हस्तक्षेप सेवाओं तक समय पर पहुंच है। ऑटिज़्म और उससे जुड़े व्यवहारों का अनुमान 500 में से 1 व्यक्ति में होता है (INCLIN, 2016)। ऑटिज़्म लड़कों में लड़कियों की तुलना में चार गुना अधिक प्रचलित है और यह कोई नस्लीय, जातीय या सामाजिक सीमा नहीं जानता। ऑटिज़्म होने की संभावना को पारिवारिक आय, जीवन-शैली और शैक्षिक स्तर प्रभावित नहीं करते हैं।

ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार(ASD) का विशिष्ट कारण ज्ञात नहीं है, लेकिन वर्तमान शोध ऑटिज़्म को मस्तिष्क में जैविक और न्यूरोलॉजिकल अंतर से जोड़ता है, लेकिन पर्यावरणीय प्रभाव भी इसमें भूमिका निभाते हैं। यह सुरक्षित रूप से कहा जा सकता है कि ऑटिज़्म खराब पालन-पोषण या 'रेफ्रिजरेटर माताओं' के कारण नहीं होता है, जैसा कि 1950 के दशक में मनोचिकित्सक ब्रूनो बेटेलहेम ने सुझाव दिया था।

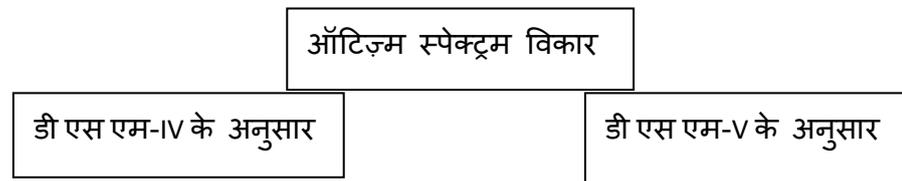
ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) होने के सामान्य कारण

1. ए एस डी (ASD) से पीड़ित एक भाई-बहन का होना,
2. बड़े माता-पिता का होना
3. कुछ आनुवंशिक स्थितियाँ होने पर - डाउन सिंड्रोम, फ्रैजाइल एक्स सिंड्रोम और रेट सिंड्रोम जैसी स्थितियों वाले लोगों में दूसरों की तुलना में एएसडी होने की संभावना अधिक होती है।
4. जन्म के समय बच्चे का वजन बहुत कम होता है।

शुरुआत/Onset

DSM-IV के 36 महीने की उम्र से पहले ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकारों (ASD) की शुरुआत के नैदानिक मानदंड को DSM-V में एक नये रूप में परिभाषित किया गया है: "स्वलीनता के लक्षण बचपन में मौजूद होने चाहिए, लेकिन हो सकता है जब तक सामाजिक मांगों सीमित क्षमताओं से अधिक न हो जाएं तब तक पूरी तरह प्रकट नहीं होते"।

13.5 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) के प्रकार



13.5.1 डी एस एम-IV(DSM-IV) के अनुसार-

DSM-IV में ऑटिज़्म को व्यापक विकासात्मक विकार (PDDs) की श्रेणी में शामिल किया गया है। डीएसएम-4 में पीडीडी (PDDs) के अन्तर्गत ऑटिस्टिक डिसऑर्डर /Autistic Disorder, एस्पर्जर विकार/Asperger's Disorder, रेट सिंड्रोम /Rett Syndrome, बचपन

विघटनकारी विकार/Childhood Disintegrative disorder और व्यापक विकासात्मक विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं (पीडीडी-एनओएस)/ Pervasive Developmental Disorder – not otherwise specified (PDD-NOS) शामिल हैं।

डी एस एम IV वर्गीकरण में, व्यापक विकास संबंधी विकारों की श्रेणी में ऑटिज्म को पांच अलग-अलग उप प्रकारों में शामिल किया गया है-

व्यापक विकासात्मक विकार (PDDs) :

- ऑटिस्टिक विकार/Autistic Disorder
- एस्पर्जर विकार/Asperger's Disorder
- बचपन विघटनकारी विकार/Childhood
- व्यापक विकास संबंधी विकार (पीडीडी-एनओएस)/Pervasive Developmental Disorder – not otherwise specified (PDD-NOS)
- रेट सिंड्रोम/ Rett Syndrome

5.5.1.1.ऑटिस्टिक विकार/ Autistic Disorder

इसे "क्लासिक" ऑटिज्म भी कहा जाता है ऑटिज्म शब्द सुनते ही ज्यादातर

लोग यही सोचते हैं ऑटिस्टिक विकार से प्रभावित

लोगों में आमतौर पर निम्न लक्षण दिखाई देते हैं भाषा में देरी, सामाजिक और सम्प्रेषण चुनौतियाँ, और असामान्य व्यवहार और रुचियाँ। इस विकार में व्यक्ति बौद्धिक विकलांगता से भी प्रभावित होता है।

एस्पर्जर विकार /Asperger's Disorder

एस्पर्जर सिंड्रोम वाले लोगों में आमतौर पर ऑटिस्टिक विकार के कुछ हल्के लक्षण होते हैं। इसमें मुख्य रूप से उनके सामने सामाजिक चुनौतियाँ और असामान्य व्यवहार और रुचियाँ दृष्टिगोचर होती हैं। हालाँकि, उन्हें आमतौर पर भाषा या बौद्धिक विकलांगता की समस्या नहीं होती है।

बचपन का विघटनकारी विकार/Childhood Disintegrative Disorder

बचपन का विघटनकारी विकार एक ऐसी स्थिति है जिसमें बच्चे 3 या 4 साल की उम्र तक सामान्य रूप से विकसित होते हैं। फिर कुछ महीनों में, वे भाषा, गामक, सामाजिक और अन्य कौशल खो देते हैं जो उन्होंने पहले सीखे थे।

व्यापक विकासात्मक विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं (पीडीडी-एनओएस) शामिल हैं।
Pervasive Developmental Disorder – not otherwise specified (PDD-NOS)

यदि व्यक्ति ऑटिस्टिक विकार या एस्पेर्जर सिंड्रोम के कुछ मानदंडों को पूरा करते हैं, तो उनका निदान पीडीडी-एनओएस के अन्तर्गत किया जा सकता है पीडीडी-एनओएस से प्रभावित व्यक्तियों में आमतौर पर ऑटिस्टिक विकार वाले लक्षणों की तुलना में कम और हल्के लक्षण दिखाई देते हैं ये लक्षण केवल सामाजिक और संप्रेषण कौशल को प्रभावित करते हैं।

रेट सिंड्रोम/ Ret syndrome.

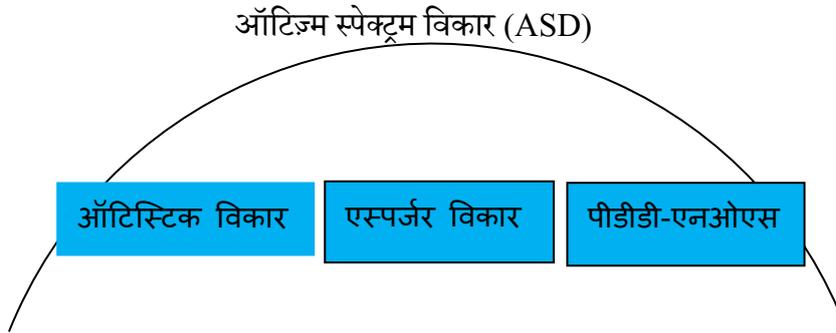
रेट सिंड्रोम एक दुर्लभ आनुवंशिक तंत्रिका संबंधी विकार है जो लगभग विशेष रूप से लड़कियों में होता है, और गंभीर हानि का कारण बनता है जो बच्चे के जीवन के लगभग हर पहलू को प्रभावित करता है जैसे कि उनकी चलने, खाने और यहां तक कि आसानी से सांस लेने की क्षमता, संवाद करने या अपने हाथों का उपयोग करने की क्षमता। रेट सिंड्रोम आमतौर पर 6 से 18 महीने के बीच के बच्चों में पहचाना जाता है समय के साथ, रेट सिंड्रोम वाले बच्चों में गति, समन्वय और संचार को नियंत्रित करने वाली मांसपेशियों के उपयोग में समस्याएं बढ़ जाती हैं। रेट सिंड्रोम और बौद्धिक विकलांगता का कारण भी बन सकता है। हाथों की असामान्य हरकतें, जैसे बार-बार रगड़ना या ताली बजाना, हाथों के उद्देश्यपूर्ण उपयोग की जगह ले लेती हैं।

अमेरिकन साइकिएट्रिक एसोसिएशन ने 2013 में अपने मानसिक विकारों के नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-V) को संशोधित किया, जिसमें रेट सिंड्रोम /Rett syndrome और बचपन का विघटनकारी विकार/Childhood disintegrative disorder को सम्मिलित नहीं किया गया है।

13.5.2 डी एस एम-V: (DSM-V)

DSM-V को 2013 में जारी किया गया था। DSM-V ने ऑटिज्म को फिर से परिभाषित किया। डी एस एम-V के वर्तमान संस्करण में ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर ऑटिज्म का एकमात्र वर्गीकरण है। कोई उपश्रेणियाँ नहीं हैं। हालाँकि, अगर किसी को DSM-IV से एस्पेर्जर, ऑटिस्टिक डिसऑर्डर या पीडीडी-एनओएस का स्थापित निदान मिला है, तो उन्हें संभवतः ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) माना जाएगा। डीएसएम-V ने ऑटिज्म को अम्ब्रेला टर्म विकार माना और ऑटिस्टिक विकार, एस्पेर्जर विकार और पीडीडी-एनओएस को ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) के अन्तर्गत रखा गया है।

डीएसएम-V के अनुसार ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार में निम्नलिखित तीन स्थितियाँ शामिल हैं-



13.6 ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार की विशेषताएं/Characteristics of Autism Spectrum Disorder (ASD)

मानसिक विकारों के निदान और सांख्यिकीय मैनुअल (DSM-V) के पांचवें संस्करण के अनुसार,

- 1-सामाजिक सम्प्रेषण और संपर्क की निरंतर कमी;
- 2-प्रतिबंधित और दोहराव वाले व्यवहार, रुचियाँ, गतिविधियाँ।

ए एस डी(ASD) से पीड़ित लोगों में सामाजिक सम्प्रेषण, प्रतिबंधित रुचियाँ, और दोहराए जाने वाले व्यवहार दृष्टिगोचर होते हैं। नीचे दी गई सूची में ए एस डी से प्रभावित लोगों में देखे जाने वाले

व्यवहार के कुछ उदाहरण दिए गए हैं। ए एस डी से प्रभावित लोगों में सभी व्यवहार नहीं दिखाई देते, लेकिन अधिकांश व्यवहार दिखाई देते।

1-सामाजिक सम्प्रेषण/अंतःक्रिया व्यवहार

- आखों से कम या असंगत संपर्क बनाना
- लोगों की ओर न देखने या उनकी बात न सुनने की प्रवृत्ति
- वस्तुओं या गतिविधियों का आनंद उठा करके साझा करने में कठनाई
- किसी को कॉल करने पर जवाब देने में असफल होना, या धीमा होना
- ध्यान आकर्षित करने के लिए नाम या अन्य मौखिक प्रयास
- बातचीत को आगे-पीछे करने में कठिनाई होना
- अक्सर बिना ध्यान दिए किसी पसंदीदा विषय के बारे में विस्तार से बात करना जिसमें दूसरों की रुचि नहीं है या दूसरों को मौका दिए बिना जवाब देना

- आवाज का असामान्य स्वर होना जो गाना-गाना या सपाट लग सकता है या रोबोट जैसा
- दूसरे व्यक्ति के दृष्टिकोण को समझने में परेशानी होना या अन्य लोगों के कार्यों को समझने में असमर्थ होना

2. प्रतिबंधात्मक/दोहराए जाने वाले व्यवहार, रुचियाँ, गतिविधियाँ।

- कुछ व्यवहारों को दोहराना या असामान्य व्यवहार करना। जैसे शब्दों या वाक्यांशों को दोहराना (इकोलिया)
- कुछ विषयों में स्थायी गहन रुचि होना, जैसे संख्याएँ, विवरण, या तथ्य
- अत्यधिक केंद्रित रुचियाँ, जैसे चलती वस्तुओं के साथ
- दिनचर्या में थोड़े से बदलाव से परेशान हो जाना
- संवेदी इनपुट के प्रति अन्य लोगों की तुलना में अधिक या कम संवेदनशील होना, जैसे प्रकाश, शोर, कपड़े, गंध या तापमान ए एस डी(ASD) से पीड़ित लोगों को नींद की समस्या और चिड़चिड़ापन का भी अनुभव होता है। इससे प्रभावित लोगों में कई सकारात्मक विशेषताएँ भी होती हैं जिनमें शामिल हैं:
- चीजों को विस्तार से सीखने और जानकारी को लंबे समय तक याद रखने में सक्षम होना
- मजबूत दृश्य और श्रवण शिक्षार्थी
- गणित, विज्ञान, संगीत या कला में उत्कृष्ट होना

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान के अनुसार, एएसडी(ASD) के शुरुआती लक्षण:

- आखों का कम या असंगत संपर्क
- वस्तुओं या गतिविधियों का आनंद दूसरों के साथ साझा नहीं करना
- वयस्कों के ध्यान आकर्षित करने के प्रयासों का जवाब देने में कठिनाई आगे और पीछे संचार में कठिनाई
- दूसरों की रुचि का अनुमान लगाए बिना विस्तार से बात करना
- आवाज का एक सपाट स्वर
- परिप्रेक्ष्य लेने में कठिनाई
- संवेदी संवेदनाएँ
- कुछ व्यवहारों, शब्दों या वाक्यांशों को दोहराना
- विशिष्ट चीजों में गहन रुचि
- दिनचर्या में बदलाव से परेशान होना

- नींद आने में समस्या

कक्षा में देखे गए ए एस डी(ASD) के लक्षण

1. सामाजिक कौशल

- साथियों के साथ बातचीत करने में कठिनाई होना
- सामाजिक संकेतों या स्थितियों को पढ़ने और समझने में कठिनाई होती है
- सामाजिक स्थितियों से पीछे हट जाता है या असामान्य प्रतिक्रियाएँ देता है
- ऐसे खेल में संलग्न होना जिसमें सामाजिक कल्पनाशील गुणों का अभाव हो

2. सम्प्रेषण कौशल

- विचारों और जरूरतों को मौखिक और गैर-मौखिक दोनों तरीकों से संप्रेषित करने में कठिनाई होती है
- गैर-मौखिक संचार में कठिनाई होती है, जैसे कि इशारों, चित्रों, आंखों के संपर्क और चेहरे के भावों का उपयोग
- दोहराव, प्रतिध्वनि, या असामान्य सम्प्रेषण

3. व्यवहार कौशल

- विशिष्ट वस्तुओं और व्यक्तियों के प्रति अति लगाव प्रदर्शित करता है
- क्रमबद्धता पसंद करते हैं खिलौनों को कतार में लगाना
- बार असामान्य व्यवहार करना है, जैसे हिलना, घूमना, या हाथ फड़फड़ाना
- दिनचर्या या शेड्यूल में बदलाव से बेहद परेशान हो जाता है
- तेज आवाज या अन्य संवेदी उत्तेजनाओं पर असामान्य प्रतिक्रिया

13.7 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार के स्तर/ Levels of Autism Spectrum Disorder(ASD)

ऑटिज्म के स्तर चिकित्सा समुदाय द्वारा ऑटिज्म से पीड़ित व्यक्तियों की जरूरतों और क्षमताओं को स्पष्ट करने में मदद करने का एक प्रयास है।

स्तर 1

स्तर 1 को ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार का सबसे कम गंभीर या सबसे हल्का रूप माना जाता है। हालाँकि ऐसे लक्षणों का केवल एक प्रारूप नहीं है जो स्तर 1 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से ग्रसित किसी व्यक्ति के पास हो, बल्कि कुछ सामान्य लक्षण और अनुभव हैं जो स्तर 1 ए एस डी वाले लोगों में हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, स्तर 1 ए एस डी वाले अधिकांश लोग (बच्चे और

वयस्क) स्तर 3 ऑटिज्म वाले लोगों की तुलना में शब्दों और अधिक जटिल भाषा का उपयोग करके मौखिक रूप से संवाद करने में सक्षम होते हैं

स्तर 2

स्तर 2 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर के मध्य में है स्तर 2 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर के लिए नैदानिक मानदंडों पर विचार करते समय, एक व्यक्ति को "पर्याप्त समर्थन" की आवश्यकता होती है। स्तर 2 ऑटिज्म से पीड़ित व्यक्ति को स्तर 1 ऑटिज्म वाले व्यक्ति की तुलना में अधिक सहायता या अधिक समर्थन की आवश्यकता होती है। स्तर 2 में व्यक्ति को संचार और सामाजिक कौशल में अधिक कठिनाइयाँ होती हैं।

स्तर 3

स्तर 3 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार से पीड़ित किसी व्यक्ति को, डी एस एम-V द्वारा, "बहुत महत्वपूर्ण समर्थन की आवश्यकता" माना। इसका मतलब यह है कि व्यक्ति को स्वतंत्र रूप से और सफलतापूर्वक कार्य करने के लिए अपने दैनिक जीवन में - घर, स्कूल, काम, समुदाय में, रिश्तों आदि में अधिक सहायता और अधिक समर्थन की आवश्यकता होती है। स्तर 3 ऑटिज्म से पीड़ित किसी व्यक्ति को स्तर 1 या स्तर 2 ऑटिज्म वाले लोगों की तुलना में किशोर या वयस्क होने पर भी बहुत अधिक पर्यवेक्षण की आवश्यकता हो सकती है

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

1. डी एस एम V के अनुसार ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार की मुख्य विशेषतायें बताए।
2. डी एस एम IV में ऑटिज्म को कितने भागों में विभाजित किया गया है?
3. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार को कितने स्तर में बांटा गया है?
4. दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016(RPWD ACT 2016) के अनुसार ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार(ASD) को परिभाषित किजिए।

13.8 ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) आकलन के उपकरण और क्षेत्र /Tools and Areas of Assessment of ASD

• आकलन के क्षेत्र/Areas of Assessment

1. पारस्परिक सामाजिक संपर्क/Reciprocal Social Interaction
2. सम्प्रेषण/Communication
3. प्रतिबंधित और दोहरावदार व्यवहार/ Restricted and Repetitive Behaviours

5.8.2 आकलन के उपकरण /Tools of Assessment

ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) के निदान के लिए कोई एकल परीक्षण नहीं है। एएसडी(ASD) के निदान में आमतौर पर कई प्रकार के परीक्षण और उपाय शामिल होते हैं। अक्सर, इसमें कई अलग-अलग विशेषज्ञ और पेशेवर भी शामिल होते हैं। इसके अलावा, निदान यह देखने पर

आधारित है कि बच्चा कैसे खेलता है और दूसरों के साथ कैसे बातचीत करता है (वर्तमान विकास), माता-पिता का साक्षात्कार, और बच्चे के विकासात्मक इतिहास (पिछले विकास) की समीक्षा करना। उपकरणों के संयोजन का उपयोग करके, पेशेवर एएसडी वाले बच्चे का निदान कर सकते हैं, और यह निर्धारित कर सकते हैं कि बच्चा स्पेक्ट्रम में किस स्तर पर आता है।

स्क्रीनिंग उपकरण

नैदानिक उपकरण

- **स्क्रीनिंग उपकरण**

स्क्रीनिंग उपकरण लघु प्रश्नावली या संक्षिप्त आकलन हैं जिनका उपयोग ऑटिज्म जैसी विकासात्मक विकलांगता के जोखिम वाले बच्चों की पहचान करने के लिए किया जाता है। ए एस डी (ASD) स्क्रीनिंग विकार के निदान में पहला कदम है। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार का उपयोग अक्सर 2 वर्ष और उससे कम उम्र के बच्चों में ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) के लक्षणों की जांच के लिए किया जाता है। हालांकि ए एस डी (ASD) का कोई इलाज नहीं है, लेकिन शुरुआती उपचार से ऑटिज्म के लक्षणों को कम करने और जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने में मदद मिल सकती है।

ए एस डी (ASD) के लिए कोई विशेष परीक्षण नहीं है। स्क्रीनिंग में आमतौर पर शामिल हैं

प्रश्नावली - माता-पिता के लिए एक प्रश्नावली जो उनके बच्चे के विकास और व्यवहार के बारे में जानकारी मांगती है।

अवलोकन- आपके बच्चे का प्रदाता यह देखेगा कि आपका बच्चा कैसे खेलता है और दूसरों के साथ कैसे बातचीत करता है।

परीक्षण - जो आपके बच्चे से ऐसे कार्य करने के लिए कहते हैं जो उनके सोचने के कौशल और निर्णय लेने की क्षमता की जांच करते हैं।

कभी-कभी कोई शारीरिक समस्या ऑटिज्म जैसे लक्षणों का कारण बन सकती है। इसलिए स्क्रीनिंग में ये भी शामिल हो सकते हैं:

रक्त परीक्षण - विषाक्तता और अन्य विकारों की जांच के लिए रक्त परीक्षण

श्रवण परीक्षण- सुनने की समस्या भाषा कौशल और सामाजिक संपर्क में समस्या पैदा कर सकती है।

आनुवंशिक परीक्षण-ये परीक्षण फ्रैगाइल एक्स सिंड्रोम (Fragile X syndrome) जैसे वंशानुगत विकारों की तलाश करते हैं। फ्रैगाइल एक्स बौद्धिक अक्षमताओं और एएसडी के समान लक्षणों का कारण बनता है। यह अक्सर लड़कों को प्रभावित करता है।

स्क्रीनिंग उपकरण के प्रकार

कई अलग-अलग विकासात्मक स्क्रीनिंग उपकरण हैं जिन्हें पेशेवरों, सामुदायिक सेवा प्रदाताओं और कुछ मामलों में माता-पिता द्वारा प्रशासित किया जा सकता है। इसमें शामिल है

1. उम्र और चरण प्रश्नावली/(Ages and Stages Questionnaires (ASQ))

उम्र और चरण प्रश्नावली (ए एस क्यू) माता-पिता द्वारा प्रयोग की जाने वाली एक प्रश्नावली है जिसका उपयोग सामान्य विकासात्मक स्क्रीनिंग टूल के रूप में किया जाता है। एएसक्यू को ओरेगन विश्वविद्यालय में जे. स्कॉयर और डी. ब्रिकर 42,49,50 द्वारा डिजाइन और विकसित किया गया था और इसे माता-पिता द्वारा 12-18 मिनट में पूरा किया जाता है। एएसक्यू-3 एक प्रारंभिक रिपोर्ट वाला प्रारंभिक स्तर का विकासात्मक स्क्रीनिंग उपकरण है जिसमें 21 अंतराल शामिल हैं, प्रत्येक में पांच क्षेत्रों में 30 आइटम हैं: (i) व्यक्तिगत सामाजिक, (ii) सूक्ष्म मोटर, (iii) स्थूल मोटर, (iv) समस्या समाधान, और (v) सम्प्रेषण 2-66 महीने के बच्चों के लिए प्रयुक्त होता है। ज्यादातर मामलों में, ये प्रश्नावली उन छोटे बच्चों की सटीक पहचान करती हैं जिन्हें आगे मूल्यांकन की आवश्यकता होती है और वे प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए पात्र हैं।

2. संचार और प्रतीकात्मक व्यवहार स्केल/(Communication and Symbolic Behaviors Scales (CSBS))

संचार प्रतीकात्मक और व्यवहार स्केल-(सीएसबीएस; वेदरबी और प्रिजेंट, 1993) एक मानक-संदर्भित, मानकीकृत परीक्षण है जो उन शिशुओं, बच्चों और प्रीस्कूलरों का आकलन करने के लिए डिज़ाइन किया गया है जिनको सम्प्रेषण कौशल में समस्या हैं। इसके अलावा, इसका उपयोग बच्चे के सम्प्रेषण, प्रतीकात्मक और सामाज-प्रभावी कार्यपद्धति की प्रोफ़ाइल स्थापित करने, समय के साथ व्यवहार परिवर्तन में निगरानी करने और हस्तक्षेप के लिए एक दिशा प्रदान करने के लिए किया जाता है। यह आकलन 22 डोमेन में 5-पॉइंट रेटिंग स्केल (संचार डोमेन में 18, प्रतीकात्मक डोमेन में 4) का उपयोग करके इशारों, चेहरे के भाव और खेल सहित भाषा कौशल और प्रतीकात्मक विकास दोनों का सर्वेक्षण करता है। इस उपकरण का उपयोग 6-24 महीने आयु वाले शिशुओं और बच्चों और असामान्य विकास प्रदर्शित करने वाले 72 महीने तक के बच्चों के कार्यात्मक सम्प्रेषण के साथ किया जाता है। इसे स्पीच-लैंग्वेज पैथोलॉजिस्ट (एसएलपी), मनोवैज्ञानिक, प्रारंभिक हस्तक्षेपकर्ता और साथ काम करने के लिए प्रशिक्षित अन्य पेशेवर द्वारा प्रशासित किया जा सकता है...

3. माता-पिता का विकासात्मक स्थिति का मूल्यांकन (पीईडीएस)/ Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)

माता-पिता का विकासात्मक स्थिति का मूल्यांकन-संशोधित (पीईडीएस-आर®) एकमात्र साक्ष्य-आधारित स्क्रीन उपकरण है जो बच्चों की भाषा, मोटर, स्व-सहायता, प्रारंभिक शैक्षणिक कौशल, व्यवहार और सामाजिक-भावनात्मक/मानसिक स्वास्थ्य के बारे में माता-पिता की चिंताओं को उजागर करती है और उनका समाधान करती है। यह उपकरण जन्म से सात वर्ष और 11 महीने की आयु के बच्चों में विकासात्मक और व्यवहार संबंधी समस्याओं का पता लगाने और उनका समाधान करने के लिए एक साक्ष्य-आधारित विधि है। पीईडीएस एक सरल, 10-आइटम प्रश्नावली है जिसे माता-पिता द्वारा पूरा किया जाता है। माता-पिता द्वारा प्रश्नावली पूरी करने के बाद, अभ्यासकर्ता, माता-पिता को साझेदारी में, अंक देता है और माता-पिता की चिंताओं की व्याख्या करता है। पीईडीएस का कुशल

अनुप्रयोग शिशुओं और बच्चों में विकासात्मक और व्यवहार संबंधी चिंताओं का शीघ्र पता लगाने में सहायता करता है। पीईडीएस जन्म से आठ वर्ष तक के बच्चों के लिए उपयुक्त है।

4. बच्चों में ऑटिज़्म के लिए संशोधित चेकलिस्ट (MCHAT)/ Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT)

बच्चों में ऑटिज़्म के लिए संशोधित चेकलिस्ट, संशोधित (एम-चैट-आर)-यह एक स्क्रीनर है जो बच्चे के व्यवहार के बारे में 20 प्रश्नों की एक श्रृंखला है। यह 16 से 30 महीने की उम्र के बच्चों के लिए है। इसके परिणाम यह बताएंगे कि क्या आगे मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है। माता-पिता बच्चे के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के साथ अपनी किसी भी चिंता पर चर्चा करने के लिए स्क्रीनर के परिणामों का उपयोग कर सकते हैं

5. छोटे बच्चों में ऑटिज़्म के लिए स्क्रीनिंग टूल/Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children (STAT)

STAT™ (बचपनावस्था और छोटे बच्चों में ऑटिज़्म के लिए स्क्रीनिंग टूल) यह एक अनुभवजन्य रूप से व्युत्पन्न एक अन्तक्रिया स्क्रीनिंग टूल है जिसे 24 से 36 महीने की उम्र के बच्चों में ऑटिज़्म की जांच के लिए विकसित किया गया है। इसे सामुदायिक सेवा प्रदाताओं द्वारा उपयोग के लिए डिज़ाइन किया गया है जो मूल्यांकन या हस्तक्षेप क्षेत्र में छोटे बच्चों के साथ काम करते हैं या जिनके पास ऑटिज़्म का अनुभव है। STAT™ में 12 आइटम होते हैं और इसे प्रशासित करने में लगभग 20 मिनट लगते हैं। इसमें सामाजिक और सम्प्रेषण व्यवहार का आकलन किया जाता है जिसमें अनुकरण, खेलगतिविधि, अनुरोध और निर्देशित ध्यान को सम्मिलित किया गया है

6. गिलियम ऑटिज़्म रेटिंग स्केल - दूसरा संस्करण (GARS-2)/ Gilliam Autism Rating Scale – Second Edition (GARS-2)

GARS-2 डॉ.जेम्स ई. गिलियम द्वारा विकसित एक ऑटिज़्म स्क्रीनिंग टूल है, जो प्रारंभिक बचपन के विकासात्मक स्क्रीनिंग के एक व्यावहारिक पक्ष के रूप में काम करता है, जब शिक्षक, माता-पिता और बच्चों का निरीक्षण करने वाले अन्य लोग चिंतित होते हैं कि बच्चे को ऑटिज़्म हो सकता है। यह 3-22 आयु वर्ग के व्यक्तियों के लिए 3-खंड, 42-

प्रश्न मानदंड-संदर्भित स्क्रीनिंग फॉर्म है। यह बच्चे के विकार की गंभीरता का अनुमान लगाने में भी मदद करता है।

7. ऑटिज़्म के आकलन के लिए भारतीय पैमाना (आईएसएए)/ Indian Scale for Assessment of Autism (ISAA)

एनआईआईपीआईडी(NIEPID) सिकंदराबाद द्वारा विकसित।

ISAA ऑटिज़्म से पीड़ित व्यक्तियों के लिए एक वस्तुनिष्ठ मूल्यांकन उपकरण है जो ऑटिज़्म का निदान करने के लिए अवलोकन, व्यवहार का नैदानिक मूल्यांकन, विषय के साथ बातचीत द्वारा परीक्षण और माता-पिता या देखभाल करने वालों द्वारा पूरक जानकारी का उपयोग करता है। ISAA में 1 (कभी नहीं) से 5 (हमेशा) तक के 5-बिंदु पैमाने पर रेटिंग किए गए 40 आइटम शामिल हैं। ISAA की 40 वस्तुओं को निम्नलिखित छह डोमेन में विभाजित किया गया है।

1. सामाजिक संबंध और पारस्परिकता
2. भावनात्मक व्यवहार पैटर्न
3. भाषण - भाषा और सम्प्रेषण
4. व्यवहार पैटर्न
5. संवेदी पक्ष
6. संज्ञानात्मक पक्ष

परीक्षण का समय

ऑटिज़्म से पीड़ित व्यक्तियों के मूल्यांकन में 20-30 मिनट लग सकते हैं

परीक्षण प्रशासन के लिए दिशानिर्देश

परीक्षण की शर्तें

ISAA को नीचे दिए गए अनुसार मानक परीक्षण शर्तों और परीक्षण विधियों के तहत प्रशासित किया जाना चाहिए।

- व्यक्ति की शारीरिक स्थिति (थकान, नींद और स्थिति में बदलाव)
- जिस व्यक्ति का परीक्षण किया जा रहा है उसका आराम स्तर

- परीक्षण किए जा रहे व्यक्ति में भय या विरोध की अवधि
- सूचना देने वाले के शब्दों की गुणवत्ता
- पर्यावरण और सांस्कृतिक प्रभावों पर विचार
- मुखबिरो का साक्षात्कार लेते समय अनुकूल वातावरण और तालमेल
- व्यक्तिगत भिन्नताओं को समझना
- परीक्षण सामग्री और प्रक्रियाओं से पूरी तरह परिचित होना
- परीक्षक का लचीलापन

मूल्यांकन की विधि

1. अवलोकन/ Observation
2. सूचना देनेवाला साक्षात्कार/ Informant interview
3. परीक्षण/ Testing

परीक्षण में प्रयोग होने वाली सामग्री

मूल्यांकन किट में निम्नलिखित आइटम शामिल होते हैं।

1. कार 2. गेंद (विभिन्न आकार) 3. गुड़िया (विभिन्न प्रकार) 4. रैटल 5. चित्र पुस्तक 6. पेग बोर्ड छल्लों के साथ, 7. सॉर्टिंग बोर्ड, 8. कप, 9. चम्मच, 10. मोती डोरी के साथ, 11. रंगीन कार्ड/बोर्ड, 12. चाभी, 13. घड़ी, 14. हाथकीघंटी, 15. कागज और क्रेयॉन, 16. ब्लॉक, 17. स्क्वीजर-बिल्ली/कुत्ता, 18. फल/सब्जी के आकार वाले खिलौने, 19. बक्सा, 20. बोटल और पेटलेट, 21. दर्पण, 22. आकार सॉर्टर, 23. स्लाइड रोलिंग बॉल के साथ 24. संगीतमय खिलौने

स्कोरिंग प्रणाली

आईएसए को नीचे दी गई स्कोरिंग प्रणाली के अनुसार स्कोर किया जाता है।

40 परीक्षण वस्तुओं में से प्रत्येक को 5 श्रेणियों पर रेटिंग दी जाती है इन्हें आवृत्ति, डिग्री और तीव्रता को इंगित करने के लिए प्रतिशत प्रदान करके आगे बढ़ाया जाता है

1- शायद ही कभी/Rarely (20% तक)- इंगित करता है कि व्यक्ति 20% समय तक इस व्यवहार पैटर्न को प्रदर्शित करता है।

स्कोर 1-यह स्कोर उनकी उम्र और सामाजिक-शैक्षणिक पृष्ठभूमि के लिए सामान्य व्यवहार प्रदर्शित करता है

2- कभी-कभी /Sometime(21-40%)- इंगित करता है कि व्यक्ति 21%-40% समय के लिए इस व्यवहार पैटर्न को प्रदर्शित करता है। इनमें से कुछ व्यवहार ध्यान और चिंता का कारण हो सकते हैं, यदि वे बड़े पैमाने पर हैं उनकी उम्र और

सामाजिक-शैक्षिक पृष्ठभूमि के लिए उनका व्यवहार सामान्य सीमा के भीतर माना जाता है।

स्कोर 2. व्यक्ति दैनिक जीवन की गतिविधियों को पूर्णतः स्वतंत्र रूप से कर लेता है

3. **अक्सर/Frequently (41 - 60%)**- इंगित करता है कि व्यक्ति 41% - 60% समय के लिए इस व्यवहार पैटर्न को प्रदर्शित करता है। ये व्यवहार इतनी आवृत्ति और नियमितता के साथ घटित होते हैं कि वे व्यक्ति के दैनिक जीवन के कामकाज में हस्तक्षेप करते हैं। इस स्तर पर व्यवहार निश्चित रूप से अक्षम करने वाला होगा।

स्कोर 3- व्यक्ति न्यूनतम सहायता के साथ दैनिक जीवन की गतिविधियाँ करने में सक्षम हो सकता है

4. **अधिकतर/Mostly (61-80%)**- इंगित करता है कि व्यक्ति 61% - 80% समय के लिए इस व्यवहार पैटर्न को प्रदर्शित करता है। दिया गया व्यवहार बिना किसी स्पष्ट उत्तेजना के हो सकता है। यह व्यवहार विचाराधीन हैं यह इतने नियमित रूप से होता है कि इससे व्यक्ति को दैनिक गतिविधियाँ करने में काफी बाधा आती है।

स्कोर 4- व्यक्ति को दैनिक जीवन की गतिविधियों में सहायता की आवश्यकता है

5. **हमेशा/Always(81% - 100%)** -इंगित करता है कि व्यक्ति लगभग हर समय इस व्यवहार पैटर्न को प्रदर्शित करता है इतना कि इसे एक बड़ी बाधा माना जाएगा। दिखाया गया व्यवहार शायद ही कभी दी गई स्थिति के लिए उपयुक्त होता है।

स्कोर 5. व्यक्ति की दैनिक जीवन की गतिविधियों पूर्णतः दूसरों पर निर्भर है

प्राप्त किया जा सकने वाला न्यूनतम स्कोर 40 है।

प्राप्त किया जा सकने वाला अधिकतम अंक 200 है।

वर्गीकरण	कोई ऑटिज़्म नहीं/No Autism	हल्का ऑटिज़्म/ Mild Autism	मध्यम ऑटिज़्म/ Moderate Autism	गंभीर ऑटिज़्म/ Severe Autism
कुल स्कोर	<70	70 से 106	107 से 153	>153

• **नैदानिक उपकरण/Diagnostic Tools**

छोटे बच्चों में एएसडी का आकलन करने के लिए कई उपकरण हैं, लेकिन निदान के आधार के रूप में किसी एक उपकरण का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। निदान उपकरण आमतौर पर जानकारी के दो मुख्य स्रोतों पर निर्भर करते हैं - माता-पिता या देखभाल करने वालों द्वारा अपने बच्चे के विकास का विवरण और एक पेशेवर द्वारा बच्चे के व्यवहार का अवलोकन। कुछ मामलों में, प्राथमिक देखभाल प्रदाता आगे के

मूल्यांकन और निदान के लिए बच्चे और परिवार को किसी विशेषज्ञ के पास भेजने का विकल्प चुन सकता है। ऐसे विशेषज्ञों में न्यूरोडेवलपमेंटल बाल रोग विशेषज्ञ, विकासात्मक-व्यवहार बाल रोग विशेषज्ञ, बाल न्यूरोलॉजिस्ट, आनुवंशिकीविद् और प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यक्रम शामिल हैं जो मूल्यांकन सेवाएं प्रदान करते हैं।

1. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार के लिए एम्स-संशोधित INCLIN डायग्नोस्टिक टूल/ INCLIN Diagnostic Tool for Autism Spectrum Disorder

(INDT-ASD) इस टूल को INCLIN डायग्नोस्टिक टूल फॉर ASD (INDT-ASD) नाम दिया गया। टूल में दो खंड हैं: खंड ए और बी। खंड ए में 29 लक्षण/आइटम हैं और खंड बी में डीएसएम-आईवी-टीआर के अनुरूप 12 प्रश्न बी और सी डोमेन के अन्तर्गत है जिसमें, शुरुआत का समय, लक्षणों की अवधि, स्कोर और डायग्नोस्टिक एल्गोरिदम सम्मिलित हैं।

संशोधित INCLIN टूल को विशेषज्ञों की एक टीम द्वारा मौजूदा टूल (2-9 वर्ष) को संशोधित करके 1 महीने से 18 साल तक की आयु सीमा तक कर दिया गया है। इसे भारतीय सांस्कृतिक के अनुरूप अनुकूलित किया गया है। नैदानिक कार्य के दौरान मूल्यांकन करने के लिए चिकित्सकों और मनोवैज्ञानिकों के लिए लक्षण समूहों में परिवर्तित किया गया है। इस टूल को INCLIN डायग्नोस्टिक टूल फॉर ASD (INDT-ASD) नाम दिया गया। उपकरण को प्रशासित करने और स्कोर करने में लगभग 45-60 मिनट लगते हैं। मूल्यांकनकर्ता/साक्षात्कारकर्ता को एक तीन भागों वाला (trichotomous) समर्थन विकल्प ('हां', 'नहीं', 'अनिश्चित/लागू नहीं') दिया जाता है। इसके अलावा, चिकित्सक/मनोवैज्ञानिक को बच्चे के व्यवहार का अवलोकन करना होता है और आइटम का स्कोर भी करना होगा। माता-पिता की प्रतिक्रिया और साक्षात्कारकर्ता के मूल्यांकन में किसी भी विसंगति के लिए, प्रत्येक प्रश्न के लिए यह संकेत दिया जाता है कि क्या माता-पिता की प्रतिक्रिया या मूल्यांकनकर्ता के अवलोकन को प्राथमिकता दी जानी चाहिए। प्रत्येक लक्षण/आइटम को 'हां' के लिए '1' और 'नहीं' या 'अनिश्चित/लागू नहीं' के लिए '0' अंक दिया जाता है।

2. ऑटिज्म निदान साक्षात्कार - संशोधित (एडीआई-आर)/ Autism Diagnosis Interview – Revised (ADI-R)

ऑटिज्म डायग्नोस्टिक साक्षात्कार-संशोधित (एडीआई-आर) एक संरचित साक्षात्कार है जिसे संभावित एएसडी के मूल्यांकन के लिए संदर्भित किया गया है। ADI-R लगभग 18 महीने और उससे अधिक की मानसिक आयु वाले बच्चों और वयस्कों के लिए उपयुक्त है। जो इन बच्चों और वयस्कों के माता-पिता या देखभाल करने वाले के साथ

आयोजित किया जाता है एडीआई-आर एएसडी का निदान करने, उपचार की योजना बनाने और अन्य विकास संबंधी विकारों को एएसडी से अलग करने के लिए उपयोगी है। एडीआई-आर में आम तौर पर 1-2 घंटे लगते हैं इसमें पारस्परिक सामाजिक संपर्क, सम्प्रेषण और भाषा और व्यवहार के पैटर्न के क्षेत्रों में एक निश्चित बिंदु पर बच्चे के वर्तमान व्यवहार या व्यवहार पर ध्यान केंद्रित किया जाता है। साक्षात्कार को पांच खंडों में विभाजित किया गया है: प्रारंभिक प्रश्न, सम्प्रेषण प्रश्न, सामाजिक विकास और खेल से सम्बन्धित प्रश्न, दोहराव और प्रतिबंधित व्यवहार प्रश्न, और सामान्य व्यवहार समस्याओं के बारे में प्रश्न होते हैं। लंबे साक्षात्कार के कारण, ADI-R का उपयोग मुख्य रूप से नैदानिक या अनुसंधान सेटिंग्स में किया जाता है।

3. ऑटिज्म डायग्नोस्टिक ऑब्जर्वेशन शेड्यूल - जेनेरिक (एडीओएसजी)/Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic (ADOSG)

ऑटिज्म डायग्नोस्टिक ऑब्जर्वेशन शेड्यूल-जेनेरिक (एडीओएसजी) ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार होने के संदेह वाले व्यक्तियों के लिए सामाजिक संपर्क, संचार, खेल और सामग्री के कल्पनाशील उपयोग का एक अर्ध-संरचित, मानकीकृत मूल्यांकन है। अवलोकन कार्यक्रम में 30 मिनट के चार मॉड्यूल शामिल हैं, प्रत्येक को अलग-अलग व्यक्तियों को उनकी अभिव्यंजक भाषा के स्तर के अनुसार प्रशासित करने के लिए डिज़ाइन किया गया है।

4. बचपन का ऑटिज्म रेटिंग स्केल (CARS)/ Childhood Autism Rating Scale (CARS)

CARS को एरिक शॉपलर, रॉबर्ट रीचियर और बारबरा रोचेन रेनर द्वारा विकसित किया गया था। किसी भी अन्य ऑटिज्म मूल्यांकन उपकरण की तरह, इसे बच्चों में ऑटिज्म के निदान में मदद करने के लिए बनाया गया था। इससे स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, शिक्षकों और माता-पिता के लिए ऑटिज्म से पीड़ित बच्चों की पहचान करना और उनका वर्गीकरण करना आसान हो जाता है।

CARS में ऑटिज्म से जुड़े व्यवहारों का आकलन करने वाले 14 डोमेन शामिल हैं, जिसमें 15वां डोमेन ऑटिज्म के सामान्य प्रभावों की रेटिंग करता है। प्रत्येक डोमेन को एक से चार तक के पैमाने पर स्कोर किया जाता है; उच्च स्कोर उच्च स्तर की हानि से जुड़े होते हैं। कुल स्कोर न्यूनतम 15 से लेकर अधिकतम 60 तक हो सकते हैं; 30 से नीचे के स्कोर दर्शाते हैं कि व्यक्ति गैर-ऑटिस्टिक श्रेणी में है, 30 और 36.5 के बीच के स्कोर हल्के से मध्यम ऑटिज्म को दर्शाते हैं, और 37 से 60 के बीच के स्कोर गंभीर ऑटिज्म को दर्शाते हैं (शॉपलर एट अल 1988)।

CARS का उपयोग आमतौर पर 2 वर्ष और उससे अधिक उम्र के बच्चों के साथ किया जाता है। हालांकि टेक्सास यूनिवर्सिटी हेल्थ साइंस सेंटर द्वारा किए गए एक अध्ययन के अनुसार, CARS का उपयोग किशोरों के निदान में भी किया गया है।

5. बचपन का ऑटिज़्म रेटिंग स्केल, दूसरा संस्करण (CARS-2)/Childhood Autism Rating Scale, 2nd Edition (CARS-2)

लेखक

एरिक शॉपलर, पीएच.डी., मैरी ई. वान बौर्गोडियन, पीएच.डी., ग्लेना जेनेट वेलमैन, पीएच.डी., और स्टीवन आर. लव, पीएच.डी.

संशोधित दूसरा संस्करण परीक्षण के नैदानिक मूल्य का विस्तार करता है, जिससे यह ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम के "उच्च-कार्यशील" छोर पर व्यक्तियों के लिए अधिक संवेदनशील हो जाता है - जिनके पास औसत या उच्च आईक्यू स्कोर, बेहतर मौखिक कौशल और अधिक सूक्ष्म सामाजिक और व्यवहार संबंधी कमियां हैं। मूल परीक्षण की सरलता, संक्षिप्तता और स्पष्टता को बरकरार रखते हुए, CARS2 ऐसे रूप और सुविधाएँ जोड़ता है जो आपको नैदानिक जानकारी को एकीकृत करने, कार्यात्मक क्षमताओं को निर्धारित करने, माता-पिता को प्रतिक्रिया प्रदान करने और लक्षित हस्तक्षेप डिजाइन करने में मदद करते हैं।

CARS-2 में तीन फॉर्म शामिल हैं:

मानक संस्करण रेटिंग पुस्तिका (CARS-2-ST)

मूल CARS के समतुल्य; 6 वर्ष से कम उम्र के व्यक्तियों और संचार कठिनाइयों या औसत अनुमानित आईक्यू से कम वाले व्यक्तियों के साथ उपयोग के लिए

हाई-फंक्शनिंग वर्जन रेटिंग बुकलेट (CARS-2-HF)

80 से ऊपर आईक्यू स्कोर वाले 6 वर्ष और उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों की धाराप्रवाह मौखिक भाषा का आकलन करने का एक विकल्प

माता-पिता या देखभाल करने वालों के लिए प्रश्नावली (CARS-2-QPC)

बिना अंक वाला पैमाना जो CARS-2-ST और CARS-2-HF रेटिंग बनाने में उपयोगी जानकारी एकत्र करता है

CARS-2-ST और CARS-2-HF प्रत्येक में निम्नलिखित कार्यात्मक क्षेत्रों को संबोधित करने वाले 15 आइटम शामिल हैं:

1. लोगों से संबंधित
2. नकल (एसटी); सामाजिक-भावनात्मक समझ (एचएफ)
3. भावनात्मक प्रतिक्रिया (एसटी); भावनात्मक अभिव्यक्ति और भावनाओं का विनियमन (एचएफ)

4. शारीरिक उपयोग
5. वस्तु उपयोग (एसटी); खेल में वस्तु का उपयोग (एचएफ)
6. परिवर्तन के प्रति अनुकूलन (एसटी); परिवर्तन/प्रतिबंधित रुचियों के लिए अनुकूलन (एचएफ)
7. दृश्य प्रतिक्रिया
8. सुनकर प्रतिक्रिया
9. स्वाद, गंध और स्पर्श प्रतिक्रिया और उपयोग
10. डर या घबराहट (एसटी); डर या चिंता (एचएफ)
11. मौखिक संवाद
12. अनकहा संचार
13. गतिविधि स्तर (एसटी); सोच/संज्ञानात्मक एकीकरण कौशल (एचएफ)
14. बौद्धिक प्रतिक्रिया का स्तर और निरंतरता
15. सामान्य प्रभाव

मानक फॉर्म के आइटम मूल कारों की नकल करते हैं, जबकि एचएफ फॉर्म के आइटम को उच्च कार्यशील ऑटिज्म या एस्पेर्जर सिंड्रोम वाले लोगों की विशेषताओं पर वर्तमान शोध को प्रतिबिंबित करने के लिए संशोधित किया गया है।

चिकित्सक 4-बिंदु प्रतिक्रिया पैमाने का उपयोग करके प्रत्येक आइटम पर व्यक्ति का मूल्यांकन करता है। रेटिंग न केवल संबंधित व्यवहार की आवृत्ति पर आधारित होती है, बल्कि इसकी तीव्रता, विशिष्टता और अवधि पर भी आधारित होती है। हालाँकि यह अधिक सूक्ष्म दृष्टिकोण आपको नैदानिक जानकारी को एकीकृत करने में अधिक लचीलापन देता है, फिर भी यह मात्रात्मक परिणाम देता है।

कुछ अन्य परीक्षण और स्क्रीनिंग उपाय जो ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD)के निदान में सहायता कर सकते हैं

- ऑटिज्म डायग्नोस्टिक ऑब्जर्वेशन शेड्यूल (एडीओएस)
- ऑटिज्म डायग्नोस्टिक साक्षात्कार (एडीआई)
- विकासात्मक व्यवहार चेकलिस्ट (डीबीसी)
- सामाजिक संचार प्रश्नावली (एससीक्यू)
- साइको एजुकेशनल प्रोफाइल - संशोधित (पीईपी-आर)
- ऑटिज्म व्यवहार चेकलिस्ट (एबीसी)

स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न

5. ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) के आकलन के क्षेत्रों को लिखिए I
6. बच्चों में ऑटिज़्म के लिए संशोधित चेकलिस्ट (MCHAT)/Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT) का वर्णन किजिए I
7. ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) के स्क्रीनिंग उपकरण से आप क्या समझते हैं?
8. ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार के लिए एम्स-संशोधित INCLIN डायग्नोस्टिक टूल का वर्णन करें।

13.9 सारांश

ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (ASD) एक आजीवन विकार है जो दुनिया भर में लाखों लोगों को प्रभावित करता है। यह सभी नस्लों, लिंग और सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि के लोगों को प्रभावित करता है। ऑटिज़्म से पीड़ित लोगों में सामाजिक और संचार कठिनाइयों के साथ-साथ व्यवहार के प्रतिबंधित या दोहराव वाले पैटर्न भी होते हैं। ये ऑटिज़्म के मुख्य लक्षण हैं। हालाँकि, उन लक्षणों के भीतर, लोगों में एएसडी (ASD) के लक्षणों का अनुभव करने के तरीकों में व्यापक रूप से भिन्नता हो सकती है। यही कारण है कि ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) को स्पेक्ट्रम के रूप में जाना जाता है। इसके अतिरिक्त, ऑटिज़्म को तीन स्तरों में विभाजित किया गया है जिससे व्यक्ति के जीवन में ऑटिज़्म की तीव्रता स्तर का पता चलता है। ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (ASD) एक जटिल विकार है। ऑटिज़्म से पीड़ित लोगों की विशिष्ट जरूरतें होती हैं और जीवन के कुछ क्षेत्रों में उन्हें सहायता की आवश्यकता हो सकती है। इसके बावजूद, ऑटिज़्म से पीड़ित लोगों में भी अद्भुत ताकतें और क्षमताएं होती हैं जिन्हें पहचाना और समर्थन किया जाना चाहिए।

13.10 शब्दावली:**1. ऑटिस्टिक विकार/ Autistic Disorder**

इसे "क्लासिक" ऑटिज़्म भी कहा जाता है। ऑटिस्टिक विकार से प्रभावित लोगों में आमतौर पर निम्न लक्षण दिखाई देते हैं: भाषा में देरी, सामाजिक और सम्प्रेषण चुनौतियाँ, और असामान्य व्यवहार और रुचियाँ। इस विकार में व्यक्ति बौद्धिक विकलांगता से भी प्रभावित होता है।

2. ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार /Autism Spectrum Disorder

DSM-V को 2013 में जारी किया गया था। DSM-V ने ऑटिज़्म को फिर से परिभाषित किया। डीएसएम के वर्तमान संस्करण में ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर ऑटिज़्म का एकमात्र वर्गीकरण है। कोई उपश्रेणियाँ नहीं हैं। डीएसएम-V ने ऑटिज़्म को अम्ब्रेला टर्म विकार माना। ऑटिस्टिक विकार, एस्पेर्जर विकार और पीडीडी-एनओएस को ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (एएसडी) के अन्तर्गत रखा गया है।

13.11 स्व मूल्यांकन हेतु प्रश्नों के उत्तर

1. सामाजिक सम्प्रेषण और संपर्क की निरंतर कमी;
प्रतिबंधित और दोहराव वाले व्यवहार, रुचियाँ, गतिविधियाँ
2. DSM-IV में ऑटिज्म को व्यापक विकासात्मक विकार (PDDs) की श्रेणी में शामिल किया गया है। डीएसएम-4 में पीडीडी (PDDs) में ऑटिस्टिक डिसऑर्डर, एस्पेर्जर डिसऑर्डर, रेट सिंड्रोम, चाइल्डहुड डिसइंटीग्रेटिव डिसऑर्डर और व्यापक विकासात्मक विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं (पीडीडी-एनओएस) शामिल हैं।
3. तीन स्तर में
4. "ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर" का अर्थ है एक न्यूरो-विकासात्मक स्थिति जो आमतौर पर जीवन के पहले तीन वर्षों में दिखाई देती है जो किसी व्यक्ति की संवाद करने, रिश्तों को समझने और दूसरों से संबंधित होने की क्षमता को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करती है, और अक्सर असामान्य या रूढ़िवादी अनुष्ठानों या व्यवहारों से जुड़ी होती है।
5. पारस्परिक सामाजिक संपर्क/Reciprocal Social Interaction, सम्प्रेषण/Communication, प्रतिबंधित और दोहरावदार व्यवहार/ Restricted and Repetitive Behaviors
6. बच्चों में ऑटिज्म के लिए संशोधित चेकलिस्ट, संशोधित (एम-चैट-आर)-यह एक स्क्रीनर है जो बच्चे के व्यवहार के बारे में 20 प्रश्नों की एक श्रृंखला है। यह 16 से 30 महीने की उम्र के बच्चों के लिए है। इसके परिणाम यह बताएंगे कि क्या आगे मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है। माता-पिता बच्चे के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के साथ अपनी किसी भी चिंता पर चर्चा करने के लिए स्क्रीनर के परिणामों का उपयोग कर सकते हैं।
7. स्क्रीनिंग उपकरण लघु प्रश्नावली या संक्षिप्त आकलन हैं जिनका उपयोग ऑटिज्म जैसी विकासात्मक विकलांगता के जोखिम वाले बच्चों की पहचान करने के लिए किया जाता है। एएसडी स्क्रीनिंग विकार के निदान में पहला कदम है। ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर स्क्रीनिंग का उपयोग अक्सर 2 वर्ष और उससे कम उम्र के बच्चों में ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (एएसडी) के लक्षणों की जांच के लिए किया जाता है।
8. इस टूल को INCLIN डायग्नोस्टिक टूल फॉर ASD (INDT-ASD) नाम दिया गया। टूल में दो खंड हैं: खंड ए और बी। खंड ए में 29 लक्षण/आइटम हैं और खंड बी में डीएसएम-आईवी-टीआर के अनुरूप 12 प्रश्न बी और सी डोमेन के अन्तर्गत है जिसमें, शुरुआत का समय, लक्षणों की अवधि, स्कोर और डायग्नोस्टिक एल्लोरिदम सम्मिलित हैं। संशोधित INCLIN टूल को विशेषज्ञों की एक टीम द्वारा मौजूदा टूल (2-9 वर्ष) को संशोधित करके 1 महीने से 18 साल तक की आयु सीमा तक कर दिया गया है। इसे भारतीय सांस्कृतिक के अनुरूप अनुकूलित किया गया है। नैदानिक कार्य के दौरान मूल्यांकन करने के लिए चिकित्सकों और मनोवैज्ञानिकों के लिए लक्षण

समूहों में परिवर्तित किया गया है। इस टूल को INCLIN डायग्नोस्टिक टूल फॉर ASD (INDT-ASD) नाम दिया गया। उपकरण को प्रशासित करने और स्कोर करने में लगभग 45-60 मिनट लगते हैं।

13.12 सन्दर्भ ग्रंथ सूची:

- <https://behavioral-innovations.com/blog/types-and-levels-autism-spectrum-disorder/>
- <https://paa.com.au/product/cars-2/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612531/>
- [http://www.nimhindia.org.autism-india.com/autism.../Indian-scale-for-assessment-of ऑटिज्म-isa](http://www.nimhindia.org.autism-india.com/autism.../Indian-scale-for-assessment-of-ऑटिज्म-isa)
- <https://thenationaltrust.gov.in/upload/uploadfiles/files/Training%20Module%20for%20AIIMS%20Modified%20INCLIN.pdf>
- http://www.wbnsou.ac.in/online_services/SLM/BED/B8.pdf
- <https://tnou.ac.in/wp-content/uploads/2021/06/SED-15-Introduction-to-Neuro-Developmental-Disabilities-English.pdf>
- <https://specialeducationnotes.co.in/bedspl.php>
- <https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/46062/1/Unit-3.pdf>
- https://www.sparsh.mp.gov.in/Sparsh/RPWD_Act_Hindi_2016%281%29.pdf
- <https://www.thenationaltrust.gov.in/upload/uploadfiles/files/ISAA%20TES T%20MANNUAL%282%29.pdf>

13.13 निबंधात्मक प्रश्न

1. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार को परिभाषित करते हुए इसके प्रकारों का वर्णन करें।
2. ऑटिज्म के आकलन के लिए भारतीय पैमाना (आईएसए)/ Indian Scale for Assessment of Autism (ISAA) का वर्णन किजिए।