VIDYA UNIVERSITY PRESS

TOUCH n PASS

सर्वश्रेष्ठ परीक्षा पथ-प्रदर्शक

B.A.
द्वितीय वर्ष
(डिप्लोमा कोर्स)
सेमेस्टर-IV

मनोविज्ञान

असामान्य मनोविज्ञान

SYLLABUS

UNIT-I

Abnormal Psychology : Concept and criteria, Classification of Abnormality (ICD 11 and DSM V).

UNIT-II

Anxiety Disorders : Clinical Picture and Etiology : Generalized Anxiety Disorder (GAD), Phobla, Panic Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD).

UNIT-III

Somatic and Dissociative Disorders : Somatic Symptom and Related Disorders, Dissociative Disorders-Types, Clinical Picture and Etiology.

UNIT-IV

Depressive and Bipolar Disorders : Types Clinical Picture and Etiology.

UNIT-V

Schizophrenia : Types, Clinical Picture and Etiology.

UNIT-VI

Learning Disabilities : Reading, Written Expression and Mathematics Disorders.

UNIT-VII

Substance Related Disorder : Substance Abuse and Dependence; Alcohol, Nicotine, Marijuana, Sedatives and Stimulants: Etiology.

UNIT-VIII

Clinical Picture and Etiology of Neurodevelopmental Disorders : Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Autism Spectrum Disorders, Intellectual Disability.

TOUCH 'n' PASS

VIDYA®
UNIVERSITY PRESS

पंजीकृत कार्यालय
विद्या एम्पायर, बागपत रोड,
मेरठ, उत्तर प्रदेश (NCR) 250 002
www.vidyauniversitypress.com

© प्रकाशक

लेखन एवं सम्पादन
शोध एवं अनुसन्धान प्रकोष्ठ

मुद्रक
विद्या यूनिवर्सिटी प्रेस

TOUCH 'n' PASS

विषय-सूची

UNIT-I	:	असामान्य मनोविज्ञान : अवधारणा व कसौटी	...3
UNIT-II	:	चिन्ता विकृति	...22
UNIT-III	:	दैहिक एवं मनोविच्छेदी विकृतियाँ	...46
UNIT-IV	:	विषादी एवं द्विध्रुवीय विकृति	...69
UNIT-V	:	मनोविदलता	...90
UNIT-VI	:	अधिगम असमर्थता	...111
UNIT-VII	:	द्रव्य-सम्बद्ध विकृति	...132
UNIT-VIII	:	तंत्रिकाजन्य विकार के कारण एवं नैदानिक वर्णन	...152

UNIT-I

असामान्य मनोविज्ञान : अवधारणा व कसौटी
Abnormal Psychology : Concept and Criteria

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. असामान्य मनोविज्ञान से आप क्या समझते हैं?
What do you understand by Abnormal Psychology?

उत्तर असामान्य मनोविज्ञान, मनोविज्ञान की एक प्रमुख शाखा है जिसमें असामान्य व्यक्तियों के व्यवहारों एवं मानसिक प्रक्रियाओं का वैज्ञानिक अध्ययन किया जाता है। इसे मनोविकृति विज्ञान भी कहा जाता है जिसका शाब्दिक अर्थ होता है—मन का रोगविज्ञान (pathology of mind)। इससे स्पष्ट है कि असामान्य मनोविज्ञान का विषय-वस्तु असामान्य व्यवहार (abnormal behaviour) का अध्ययन है।

प्र.2. असामान्य मनोविज्ञान को परिभाषित कीजिए।
Define Abnormal Psychology?

उत्तर **कारसन** एवं **बुचर** के अनुसार, "असामान्य मनोविज्ञान या मनोरोग विज्ञान को लम्बे अरसे से मनोविज्ञान का एक ऐसा क्षेत्र समझा जाता है जो असामान्य व्यवहार को समझने, उपचार तथा उसके रोकथाम से सम्बन्धित है।"

प्र.3. नैदानिक मनोवैज्ञानिक के तीन कार्य लिखिए।
Write three works of Clinical Psychologist.

उत्तर 1. मानसिक रोगों की पहचान एवं निदान (diagnosis) 2. मानसिक रोगों की चिकित्सा (therapy)
3. मानसिक रोगों के क्षेत्र में शोध (research) करना।

प्र.4. मनोविश्लेषक क्या है?
Who is a psychoanalyst?

उत्तर मनोविश्लेषक एक ऐसा मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ होता है जिसे किसी मनोविश्लेषण संस्थान (psychoanalytic institute) में विशिष्ट प्रशिक्षण प्राप्त होता है और साथ-ही-साथ मनोविश्लेषण की कला में काफी निपुण होता है। यद्यपि सिगमण्ड फ्रॉयड (Sigmund Freud) ने यह स्पष्टत: कहा था कि एक मनोविश्लेषक को मेडिकल प्रशिक्षण (medical training) की आवश्यकता नहीं है फिर भी अभी हाल तक कई मनोविश्लेषण संस्थानों द्वारा प्रशिक्षु को एम०डी० (M.D.) तथा मनश्चिकित्सीय रेसिडेन्सी (psychiatric residency) आवश्यक माना जाने लगा है।

प्र.5. असामान्य व्यवहार को परिभाषित कीजिए।
Define Abnormal Behaviour.

उत्तर **किस्कर** (Kisker, 1985) के अनुसार, "मानव के ऐसे व्यवहारों तथा अनुभवों को असामान्य माना जाता है, जो अनोखे, असाधारण या भिन्न होते हैं।"

प्र.6. साक्षात्कार विधि के गुण लिखिए।
Write merits of Interview Method.

उत्तर (i) साक्षात्कार के उपयोग से व्यक्ति का गहन अध्ययन सम्भव होता है। आवश्यकता अनुसार अधिक-से-अधिक संगत प्रश्नों के माध्यम से साक्षात्कार देने वाले के सम्बन्ध में गहन रूप से संगत सूचनाएँ प्राप्त करना सम्भव होता है।

TOUCH 'n' PASS

(ii) इस विधि में एक गुण यह भी है कि इसके द्वारा साक्षात्कार देने वाले व्यक्ति के शारीरिक हाव-भाव (bodily gestures) तथा व्यवहार करने के ढंग का अध्ययन करना सम्भव होता है।

(iii) इस विधि से साक्षात्कार देने वाले व्यक्ति के पारिवारिक पृष्ठभूमि (family background) से सम्बन्धित सूचनाओं की जानकारी हासिल करना सम्भव होता है। इस आधार पर असामान्य व्यवहार का निरूपण (diagnosis) सम्भव होता है।

प्र.7. असामान्य मनोविज्ञान की प्रयोगात्मक विधि के गुण बताइए।
State the merits of Experimental Method of Abnormal Psychology.

उत्तर प्रयोगात्मक विधि के कई गुण (merits) हैं—

(i) यहाँ अध्ययन परिस्थिति पूर्णत: नियन्त्रित रहती है। इसलिए, कारणात्मक सम्बन्धों (causal relationships) को यथार्थ रूप में निर्धारित करना सम्भव होता है।

(ii) इस विधि में परिशुद्धता (precision) का गुण पाया जाता है। इसलिए, असामान्य व्यवहार के पूर्ववर्ती कारकों (antecedents) को निर्धारित करने में सुविधा होती है।

(iii) इस विधि की विश्वसनीय (reliability) सन्तोषजनक होती है। इसके आधार पर विश्वसनीय परिणाम प्राप्त होते हैं।

(iv) इस विधि में उच्च वैधता (validity) पायी जाती है। इसके आधार पर जो परिणाम प्राप्त होते हैं वे विश्वसनीय होने के साथ-साथ वैध भी होते हैं।

प्र.8. प्रयोगात्मक विधि के दोष लिखिए।
Write demerits of Experimental Method.

उत्तर प्रयोगात्मक विधि के कई दोष (demerits) हैं—

(i) इस विधि का क्षेत्र सीमित होता है। इसका उपयोग सभी परिस्थितियों में सम्भव नहीं है। कारण, सभी परिस्थितियों को नियन्त्रित करना सम्भव नहीं हो पाता है।

(ii) इस विधि में लचीलापन (flexibility) का अभाव पाया जाता है। अत: जटिल एवं लचीलापन वाली परिस्थितियों में इस विधि का उपयोग असामान्य व्यवहार के अध्ययन हेतु अनुकूल नहीं होता है।

(iii) अध्ययन पर प्रयोगकर्त्ता को व्यक्तिगत पक्षपातों का भी प्रभाव पड़ता है, जिस कारण परिणाम दोषपूर्ण बन जाता है।

(iv) परिस्थिति को नियन्त्रित करने के कारण वातावरण अस्वाभाविक बन जाता है। इसलिए प्राप्त परिणामों पर इसका प्रतिकूल प्रभाव पड़ने की सम्भावना बन जाती है।

प्र.9. DSM-5 व ICD-11 में एक प्रमुख अंतर बताइए।
Mention a major difference between DSM-5 and ICD-11.

उत्तर एक प्रमुख अंतर कार्यात्मक हानि की भूमिका है, जो DSM-5 में अनिवार्य हैं, लेकिन ICD-11 में नहीं। समय पाठ्यक्रम मानदंड सुसंगत थे और दोनों प्रणालियों में आयामी आकलन शुरू किए गए थे। संक्षिप्त मानसिक विकारों के संबंध में अवधि मानदंड में अंतर विभिन्न दृष्टिकोणों को जन्म देता है।

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. सुस्पष्ट उपागम क्या है?
What is Categorical Approach?

उत्तर

सुस्पष्ट उपागम
(Categorical Approach)

वर्गीकरण के इस उपागम की उत्पत्ति का स्रोत क्रेपलिन (Kraeplin) द्वारा प्रतिपादित वर्गीकरण तन्त्र (classification system) है तथा असामान्य व्यवहारों के अध्ययन में जैविक परम्पराओं का समावेश है। इस उपागम की मुख्य मान्यताएँ इस प्रकार हैं—

(i) सभी मानवीय व्यवहारों का वर्गीकरण सामान्य (normal) तथा असामान्य (abnormal) जैसी श्रेणियों में स्पष्ट रूप से किया जा सकता है।

TOUCH 'n' PASS

(ii) प्रत्येक मानसिक रोग अपूर्व (unique) होता है अर्थात् असामान्य व्यवहार के जो विभिन्न प्रकार (types) हैं, वे अलग-अलग तथा परस्परव्यापी (overlapping) नहीं होते हैं।

इस तरह के उपागम का उपयोग मेडिकल विज्ञान में रोगी की पहचान के लिए अधिक किया जाता है क्योंकि ऐसे रोगों का स्वरूप पृथक् (distinct) होता है और प्रत्येक रोग का एक स्पष्ट कसौटी या लक्षण होता है जो यदि किसी व्यक्ति में पाया जाता है, तो उसे उस रोग का रोगी समझा जाता है। जैसे, निमोनिया (pneumonia) रोग के एक स्पष्ट लक्षण होते हैं जो यदि किसी व्यक्ति में पाये जाते हैं, तो उसे उस रोग का रोगी समझा जाता है। **कारसन** तथा **बुचर** (Carson & Butcher, 1982) ने यह स्पष्टत: कहा है कि यह उपागम अधिकतर मानसिक विकृतियों के लिए अनुपयुक्त है। **विजर** तथा **फ्रांसेस** (Widger & Frances, 1986) ने भी कहा है कि सुस्पष्ट उपागम निश्चित रूप से मनोवैज्ञानिक विकृतियों की जटिलताओं के ख्याल से अनुपयुक्त (inappropriate) है। फिर भी इसे एक औपचारिक ढंग से उपयोग होने वाला उपागम माना जाता है।

प्र.2. विमीय उपागम का वर्णन कीजिए।

Describe Dimensional Approach.

उत्तर

विमीय उपागम
(Dimensional Approach)

इस उपागम की पूर्वकल्पना यह होती है कि व्यक्ति का विशेष व्यवहार विभिन्न परिभाष्य (definable) विमाओं जैसे मनोदशा (mood), सांवेगिक स्थिरता, आक्रमकता, अन्तर्वैयक्तिक विश्वास, चिंतन की स्पष्टता तथा संचार, सामाजिक अन्तर्मुखता (social introversion) पर व्यवहार की विभिन्न तीव्रताओं की मात्राओं का परिणाम होता है। जब इन विमाओं का निर्धारण कर लिया जाता है, तो वे सभी व्यक्तियों के लिए एक समान होते हैं। इस उपागम के अनुसार एक व्यक्ति दूसरे व्यक्ति से इन विमीय शीलगुणों (dimensional traits) जो बहुत कम से बहुत अधिक के परास (range) में होता है, के रूप में भिन्न होता है। अत: यहाँ व्यक्ति के व्यवहार का अध्ययन एक मापनी (scale) पर किया जाता है। जैसे, सांवेगिक स्थिरता (emotional stability) के विमीय शीलगुण पर किसी व्यक्ति या रोगी को 1 से 10 के मापनी पर अध्ययन किया जा सकता है—गम्भीर रूप से चिंतित (severely anxious) के लिए 10, साधारण ढंग से विषादित (moderately depressed) के लिए 5 तथा हल्के ढंग से उत्साहित रहने के लिए 1 का उपयोग किया जाता है। DSM-III-R का IV तथा V आयाम (axes) तथा DSM-IV TR का आयाम विमीय मापनी (dimensional scales) के उत्तम उदाहरण है।

यद्यपि विमीय उपागम का उपयोग मानसिक रोगों के वर्गीकरण में किया गया हैं, फिर भी **बारलो** तथा **डुरंड** (Barlow & Durand, 2000) के अनुसार, इस उपागम को भी तुलनात्मक रूप से असंतोषजनक माना गया है। अधिकतर विशेषज्ञों में इस बात की असहमति है कि किसी मानसिक विकृति को सही-सही समझने एवं वर्गीकृत करने के लिए कितने विमाओं की आवश्यकता है। **मिल्लोन** (Millon, 1994) के अनुसार, कुछ लोगों का मत है कि इसके लिए एक ही विमा पर्याप्त है तो कुछ का कहना है कि कम-से-कम 33 विमाओं का होना अनिवार्य है। इन तथ्यों के आलोक में विमीय उपागम को भी नैत्स (routine) नैदानिक उपयोग के लिए एक बोझिल (cumbersome) प्रविधि माना गया है।

प्र.3. प्रोटोटाइपल उपागम पर संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।

Write a short note on Prototypal approach.

उत्तर

प्रोटोटाइपल या प्रोटोटिपिकल उपागम
(Prototypal or Prototypical Approach)

मानसिक विकृतियों को वर्गीकृत करने का प्रोटोटाइपल या प्रोटोटिपकल उपागम एक नवीनतम प्रविधि है जिसका उपयोग सुस्पष्ट उपागम तथा विमीय उपागम के विकल्प के रूप में किया जा रहा है।

इस उपागम को खासियत यह है कि इसमें सुस्पष्ट उपागम तथा विमीय उपागम दोनों के अलाभों (disadvantages) को अलग रखते हुए दोनों के सम्भावित लाभों को सम्मिलित करने का भरसक प्रयास किया गया है। इसलिए यह एक तरह का संकर उपागम (hybrid approach) है। इस उपागम में किसी मानसिक विकृति के प्रमुख लक्षणों या विशेषताओं को मिलाकर एक प्रोटोटाईप (prototype) तैयार किया जाता है जिसमे कुछ ऐसे भी अनावश्यक विशेषताएँ होती हैं जिनसे उस विकृति की श्रेणी में कोई परिवर्तन नहीं होता है। कोई मानसिक विकृति (mental disorder) को वर्गीकृत करने के लिए जब इस उपागम का उपयोग किया जाता है, तो उस विकृति के विभिन्न सम्भावित विशेषताओं की सूची तैयार किया जाता है और कोई भी व्यक्ति को उस

मानसिक विकृति से रखने के लिए यह आवश्यक होता है कि उसमें उन विशेषताओं में से अधिक-से-अधिक (परंतु सभी नहीं) मौजूद हों। DSM-IV TR में जो मानसिक विकृतियों का वर्गीकरण किया गया है, उसका आधार यही प्रोटोटिपिकल उपागम है। इस उपागम का मुख्य दोष यह है कि इसके आधार पर मानसिक प्रकृति के जो विभिन्न नैदानिक श्रेणियाँ (diagnostic categories) तैयार की जाती हैं, उनमें आपस की सीमाएँ (boundaries) बहुत ही अस्पष्ट होती हैं जिसका परिणाम यह होता है कि शोधकर्त्ताओं तथा नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को इन श्रेणियों के बारे में एक स्पष्ट विचार व्यक्त करने में काफी कठिनाई होती है।

प्र.4. भारतीय वर्गीकरण तन्त्र पर एक लेख लिखिए।

Write a short note on Indian Classification System.

उत्तर

भारतीय वर्गीकरण तन्त्र
(Indian Classification System)

मानसिक रोगों के भारतीय वर्गीकरण में दो तरह की प्रवृत्तियाँ (trends) स्पष्ट रूप से देखने को मिलती हैं—

(i) भारत के अधिकतर मानसिक अस्पताल एवं उपचारगृहों में ICD तथा DSM द्वारा प्रस्तावित वर्गीकरण को या तो पूर्णत: स्वीकार कर लिया गया है या फिर उसमें हल्का-फुल्का परिमार्जन करके उसे उपयोग में लाया जा रहा है।

(ii) कुछ भारतीय मनोवैज्ञानिकों एवं मनश्चिकित्सकों द्वारा इन पद्धतियों से पूर्णरूपेण सन्तुष्टि नहीं होने से इन पद्धतियों में कुछ परिवर्तन तथा संशोधन का सुझाव दिया गया है। इसमें एन०एन० विज एवं एम० सक्सेना (N.N. Wig & M. Saxena, 1982) ए० वर्घीज (A. Verghese, 1982) तथा आर० गोयल (R. Goel) एवं उनके सहयोगियों के नाम प्रमुख हैं। कुछ भारतीय विशेषज्ञों ने पुरातन भारतीय साहित्य में उपयुक्त विकल्पी मॉडल तथा शब्दावली (terminology) आदि में खोज करके उसका सम्बन्ध आधुनिक तन्त्रों विशेषकर ICD से स्थापित करने की कोशिश की है। इनमें के० सी० दूबे, एस० दूबे तथा एच० जी० सिंह (H.G. Singh) के नाम मुख्य हैं।

एच० जी० सिंह (H.G. Singh, 1982) जो गुरुकुल कांगड़ी विश्वविद्यालय के हैं, ने मानसिक रोगों को निम्नांकित तीन प्रमुख श्रेणियों में बाँटा है—

1. **गम्भीर विकृतियाँ** (Severe Disorders)—इसके तहत उन्होंने निम्नांकित प्रमुख रोगों को रखा है—
   (i) उन्माद (Insanity)
   (ii) ग्राही (Seizure or Hysterial Fits)
   (iii) मिरगी या अपस्मार (Epilepsy)
   (iv) दुर्भीति (Phobia)
   (v) मनोविदालिता (Schizophrenia)
   (vi) पाप-भाव तथा हीनता भाव (Guilt Complex and Inferiority Complex)
2. **साधारण रोग** (Mild Disorders)—
   (i) क्रोध (Anger)
   (ii) ईर्ष्या (Jealousy)
   (iii) मोह (Eroticism)
   (iv) दु:स्वप्न (Evil Dream)
   (v) बाह्य श्राप (Compulsive Evil Suggestion)
3. **स्वास्थ्य एवं संगठन** (Health and Integration)—इसके तहत निम्नांकित रोगों को रखा गया है—
   (i) बुद्धि एवं स्मृति वर्द्धन (Intelligence and Memory Improvement)
   (ii) पुस्तिकानी (Pustikani) अर्थात् अहं-ऊर्जन (Ego Energing)
   (iii) सामांसा सस्यानी (Samansa Sasyani) अर्थात् सामाजिक संगठन (Social Integration)

एन० एन० विज एवं जी० सिंह (N.N. Wig and G. Singh, 1967) ने मनोविक्षिप्ति (psychosis) के निम्न प्रकारों पर बल डाला है—

(i) मनोविक्षिति विषादी प्रतिक्रिया (Psychotic Depressive Reaction)
(ii) हिस्ट्रीकल मनोविक्षिप्ति (Hysterical Psychosis)
(iii) अज्ञात कारणों से उत्पन्न मनोविक्षिप्ति जिसमें संभ्रान्तीय छवि की प्रधानता होती है। (Psychosis of Unknown Etiology with Predominantly Confusional Picture)।
(iv) अज्ञात कारणों से उत्पन्न मनोविक्षिप्ति जिसमें व्यामोही विभ्रमात्मक तस्वीर की प्रधानता होती है (Psychosis of Uncertain Etiology with Paranoid Hallucinatory Symptom)।

TOUCH-n-PASS

(v) अज्ञात कारणों से उत्पन्न मनोविक्षिति जिसमें मनोविदाली भावात्मक लक्षणों की प्रधानता होती है (Psychosis of Uncertain Etiology with Schizophrenic Affective Symptom)।
(vi) चिरकालिक मनोविक्षिप्ति–अभावात्मक एवं अमनोविदाली (Chronic Psychosis-Non-affective Non-schizophrenic)

जे० एस० तेजा (J.S. Teja, 1975) ने अन्य मनोविक्षिप्तियों को निम्नांकित पाँच भागों में बाँटा है—

1. अज्ञात कारणों से उत्पन्न अन्य मनोविक्षिप्ति
   (i) प्रतिक्रियाशील विषादी मनोविक्षिप्ति (Reactive Depressive Psychosis)
   (ii) प्रतिक्रियाशील हिस्टेरिकल मनोविक्षिप्ति (Reactive Hysterical Psychosis)
   (iii) तीव्र हिस्टेरिकल मनोविक्षिप्ति (Acute Hysterical Psychosis)
   (iv) हिस्टेरिकल स्वत्वात्मक अवस्था (Hysterical Possessive States)
2. प्रतिक्रियाशील संभ्रान्ति (Reactive Confusion)
3. तीक्ष्ण व्यामोही प्रतिक्रिया (Acute Paranoid Reaction)
4. प्रतिक्रियाशील मनोविक्षिप्त (Reactive Psychosis)
5. अविशिष्ट मनोविक्षिप्ति (Unspecified Psychosis)

इसी तरह कुछ भारतीय मनोवैज्ञानिकों तथा मनश्चिकित्सकों ने विषादी स्नायुविकृतियाँ (Depressive Neurosis) को दो भागों में बाँटा है—स्नायुविकृति विषादी (Neurotic Depression) तथा प्रतिक्रियावादी विषादी (Reactive Depressive)। इस तरह के समूहन का कारण यह है कि स्नायुविकृत विषाद (Neurotic Depression) में एक ऐसा स्नायुविकृत पूर्णरून्न व्यक्तित्व होता है जिसमें कोई मनोजन्य कारक नहीं होते हैं। दूसरे तरफ, प्रतिक्रियावादी विषाद (Reactive Depression) में एक ऐसा सामान्य पूर्वरून्न व्यक्तित्व होता है जिसमें मनोजन्य कारक (Psychogenic Factors) होते हैं।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. असामान्य मनोविज्ञान से आप क्या समझते हैं? असामान्य मनोविज्ञान का क्षेत्र या विषय-वस्तु का वर्णन कीजिए।
What do you understand by Abnormal Psychology? Describe the scope or subject matter of Abnormal Psychology.

उत्तर

असामान्य मनोविज्ञान की परिभाषा
(Definition of Abnormal Psychology)

प्रकृति (nature) ने मनुष्य को अनेक गुणों से सँवारा है। इन्हीं गुणों में एक गुण जिज्ञासा (curiosity) है। इस गुण के कारण मनुष्य अपने सम्बन्ध में तथा दूसरों के सम्बन्ध में जानकारी (knowledge) हासिल करने का प्रयास करता रहा है। इसी प्रयास के क्रम में भिन्न-भिन्न विज्ञानों (sciences) का जन्म हुआ। इन्हीं विज्ञानों में मनोविज्ञान (Psychology) भी शामिल है। जब मनुष्य ने अपने व्यवहारों तथा दूसरों के व्यवहारों को वातावरण के सन्दर्भ में समझने का प्रयास किया तो मनोविज्ञान नामक विज्ञान का जन्म हुआ। फिर धीरे-धीरे मनोविज्ञान की कई शाखाएँ (branches) विकसित की गईं, जिनमें सामान्य मनोविज्ञान, बाल-मनोविज्ञान, असामान्य मनोविज्ञान, शारीरिक मनोविज्ञान, पशु मनोविज्ञान, प्रयोगात्मक मनोविज्ञान आदि शुद्ध मनोविज्ञान (Pure Psychology) तथा औद्योगिक मनोविज्ञान, शिक्षा मनोविज्ञान, समाज मनोविज्ञान, नैदानिक मनोविज्ञान, अपराध मनोविज्ञान आदि व्यावहारिक मनोविज्ञान (Applied Psychology) के उदाहरण हैं।

असामान्य मनोविज्ञान की परिभाषा भिन्न-भिन्न मनोवैज्ञानिकों ने भिन्न-भिन्न रूपों में देने का प्रयास किया है। उनकी परिभाषाओं में बहुत हद तक समानताएँ पाई जाती हैं।

पेज (Page, 1976) के अनुसार, "असामान्य मनोविज्ञान वास्तव में मनोविज्ञान की वह शाखा है, जो असामान्य व्यक्तियों के मानसिक प्रक्रियाओं तथा व्यवहारों के अध्ययन तक सीमित है।"

इसी प्रकार **कोलमैन** (Coleman, 1988) के अनुसार, "असामान्य मनोविज्ञान वस्तुत: मनोविज्ञान का वह क्षेत्र है जो असामान्य व्यवहार को समझने के लिए मनोवैज्ञानिक सिद्धान्तों के विकास एवं समाकलन का प्रयास करता है।"

किसकर (Kisker, 1985) ने भी असामान्य मनोविज्ञान की परिभाषा देते हुए कहा है कि, "असामान्य मनोविज्ञान, मनोविज्ञान का एक विशिष्ट क्षेत्र है, जो व्यक्तित्व-उपद्रवों तथा व्यवहार विकृतियों का अध्ययन करता है।"

TOUCH 'n PASS

लेकिन **कारसन, बूचर एवं मीनेका** (Carson, Butcher and Mineka, 2005) के द्वारा दी गयी परिभाषा अधिक आधुनिक, समग्र तथा सन्तोषजनक है। उनके अनुसार, "असामान्य मनोविज्ञान वास्तव में मनोविज्ञान का एक क्षेत्र या शाखा है, जिसमें असामान्य व्यवहार के स्वरूप, कारण, उपचार तथा निवारण का अध्ययन किया जाता है।"

इस परिभाषा के विश्लेषण (analysis) से असामान्य मनोविज्ञान के सम्बन्ध में निम्नलिखित बातें स्पष्ट होती हैं—

(i) असामान्य मनोविज्ञान वास्तव में मनोविज्ञान की एक शाखा (branch) है। मुख्य रूप से मनोविज्ञान की दो शाखाएँ हैं—शुद्ध मनोविज्ञान (Pure Psychology) तथा व्यावहारिक मनोविज्ञान (Applied Psychology)। असामान्य मनोविज्ञान की गणना प्राय: शुद्ध मनोविज्ञान के अन्तर्गत की जाती है।

(ii) असामान्य मनोविज्ञान असामान्य व्यवहार-प्रतिरूपों का वर्णन प्रस्तुत करता है। दूसरे शब्दों में, असामान्य मनोविज्ञान इस बात का उल्लेख करता है कि असामान्य व्यवहार किसे कहते हैं, इसके मापदण्ड क्या हैं, तथा यह सामान्य व्यवहार से कैसे भिन्न है।

(iii) असामान्य मनोविज्ञान असामान्य व्यवहार के कारणों का उल्लेख करता है। यह मनोविज्ञान इस बात का उल्लेख करता है, असामान्य व्यवहार के विकास में जैविक कारकों (Biological Factors), मनोवैज्ञानिक कारकों (Psychological Factors) तथा सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों (Socio-cultural Factors) का हाथ कहाँ तक होता है।

(iv) असामान्य मनोविज्ञान असामान्य व्यवहार के उपचार का अध्ययन करता है तथा सही चिकित्सा-विधि का उल्लेख करता है।

(v) असामान्य मनोविज्ञान असामान्य व्यवहार से बचाव का भी वर्णन करता है। यह ऐसे उपायों का सुझाव देता है, जिनका उपयोग कर व्यक्ति असामान्य व्यवहारों से अपना बचाव कर सकता है।

असामान्य मनोविज्ञान का क्षेत्र या विषय-वस्तु
(Scope or Subject Matter of Abnormal Psychology)

असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र (scope or field) या विषय-वस्तु (subject matter) का अर्थ वे सारी चीजें हैं, जिनका अध्ययन इस मनोविज्ञान में किया जाता है। साधारण अर्थ में असामान्य मनोविज्ञान में असामान्य व्यक्तियों के अनुभव (experience) तथा व्यवहार (behaviour) का अध्ययन किया जाता है। अत: असामान्य व्यक्तियों के अनुभव तथा व्यवहार को ही असामान्य मनोविज्ञान की विषय-वस्तु (subject matter) कहेंगे। लेकिन, असामान्य व्यक्तियों के अनुभव तथा व्यवहार के विभिन्न रूप (forms) होते हैं, जिनका अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत किया जाता है। इस अर्थ में असामान्य मनोविज्ञान का क्षेत्र काफी व्यापक है। सच तो यह है कि इसका क्षेत्र इतनी तेजी से विकसित होता जा रहा है कि सारी बातों को समाहित करना व्यावहारिक रूप से सम्भव नहीं है। सुविधा के लिए असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र (scope) या विषय-वस्तु (subject matter) को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया जा सकता है—

1. **सामान्यता एवं असामान्य के सम्प्रत्यय** (Concepts of Normality and Abnormality)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत सामान्यता तथा असामान्यता के सम्प्रत्ययों की व्याख्या की जाती है। सामान्यता एवं असामान्यता किसे कहते हैं, इनकी कौन-कौन सी कसौटियाँ (criteria), मापदण्ड (measures) या विशेषताएँ (characteristics) हैं, सामान्य व्यवहार तथा असामान्य व्यवहार के बीच क्या अन्तर हैं, इन सारी बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत किया जाता है।
2. **असामान्य व्यवहार के कारण** (Causes of Abnormal Behaviour)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र में असामान्यता या असामान्य व्यवहारों के कारणों का भी अध्ययन किया जाता है। असामान्य व्यवहार के विकास में मुख्य रूप से तीन प्रकार के कारकों अर्थात जैविक कारक (Biological Factors), मनोवैज्ञानिक कारकों (Psychological Factors) तथा सामाजिक कारकों (Social Factors) का हाथ होता है। अत: असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत इन तीनों कारकों से विकसित होने वाले असामान्य व्यवहारों का विधिवत अध्ययन किया जाता है।
3. **असामान्य व्यवहार के लक्षण** (Symptoms of Abnormal Behaviour)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र में असामान्य व्यवहारों के लक्षणों का अध्ययन किया जाता है। मुख्य रूप से शारीरिक लक्षणों तथा मानसिक लक्षणों का अध्ययन किया जाता है। मानसिक लक्षणों में संज्ञानात्मक विकृतियों (cognitive disorders), भावात्मक विकृतियों (affective disorders) आदि का अध्ययन किया जाता है। लक्षणों के आधार पर असामान्य व्यक्तियों अथवा मानसिक विकृत व्यक्तियों को विभिन्न वर्गों में विभाजित करने में सुविधा होती है।

TOUCH 'n' PASS

4. **असामान्य व्यवहार का उपचार** (Treatment of Abnormal Behaviour)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत असामान्य व्यवहार के उपचार का प्रयास किया जाता है। भिन्न-भिन्न प्रकार के असामान्य व्यवहारों के उपचार का प्रयास करना, इस मनोविज्ञान की एक महत्त्वपूर्ण विषय-वस्तु (subject matter) है। मुख्य रूप से दो प्रकार के उपचारों का अध्ययन किया जाता है, जिन्हें निरोधक उपचार (Preventive Treatment) तथा रोगनाशक उपचार (Curative Treatment) कहते हैं। निरोधक उपचार का अर्थ यह है कि रोग को उत्पन्न करने वाले सम्भावित कारणों को नियन्त्रित कर लिया जाता है, जिससे व्यक्ति उस रोग का शिकार होने से बचा रहता है। दूसरी ओर, रोगनाशक उपचार का अर्थ यह है कि रोग हो जाने के बाद कुछ विशेष उपायों (measures) की सहायता से उस रोग को दूर किया जाता है। अत: असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत दोनों तरह के उपायों अर्थात निरोधक उपायों (Preventive Measures) तथा रोगनाशक उपायों (Curative Measures) का अध्ययन किया जाता है तथा उनके अपने-अपने महत्त्व को निर्धारित किया जाता है।
5. **मानसिक विकृतियों का वर्गीकरण** (Classification of Mental Disorders)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र या विषय-वस्तु का एक आवश्यक भाग मानसिक विकृतियों का वर्गीकरण है। असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत शुरू से ही व्यवहार विकृतियों (Behavioural Disorders) या मानसिक विकृतियों (Mental Disorders) को विभिन्न भागों में विभाजित करने का प्रयास जारी रहा है। प्राचीन भारतीय चिन्तकों ने असन्तुलन (Disequilibrium) के आधार पर असामान्य व्यवहार को सतगुण (Satguna), रजोगुण (Rajoguna) तथा तमोगुण (Tamoguna) में विभाजित किया। हीपोक्रेट्स (Hippocrates) ने असामान्य व्यवहार को उत्साह (Mania), विषाद (Melancholia) तथा उन्माद (Phrenesis) तीन भागों में विभाजित किया। आधुनिक समय में अमेरिकन मनोवैज्ञानिक संघ (American Psychological Association, APA) के द्वारा व्यवहार विकृति या मानसिक विकृति के वर्गीकरण का प्रयास कई बार किया गया, जो DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) के नाम से प्रसिद्ध है। अब तक DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-IIIR, DSM-IV, DSM-V आ चुके हैं। असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत इन सब का अध्ययन विस्तार से किया जाता है तथा उनके तर्क आधार (rationale) एवं सार्थकता (significance) को निश्चित करने का प्रयास किया जाता है। व्यवहार विकृति या मानसिक विकृति के वर्गीकरण से सम्बन्धित असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया जा सकता है—
   (i) **कार्यात्मक विकृति** (Functional Disorder)—यहाँ कार्यात्मक विकृति से सम्बन्धित विभिन्न बातों का अध्ययन किया जाता है। कार्यात्मक विकृति किसे कहते हैं, इसके कौन-कौन से लक्षण होते हैं, इसके क्या कारण हैं, इसके कौन-कौन से प्रकार हैं, यह संरचनात्मक विकृति (Structural Disorder) से कैसे भिन्न है, आदि बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत किया जाता है। स्मरण रखना चाहिए कि कार्यात्मक विकृति के अन्तर्गत स्नायुविकृति जिसको आजकल चिन्ता-विकृति (Anxiety Disorder) कहते हैं तथा मनोविकृति (Psychosis) के विभिन्न प्रकारों का अध्ययन किया जाता है।
   (ii) **संरचनात्मक विकृति** (Structural Disorder)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत कार्यात्मक विकृति (Functional Disorder) के साथ-साथ संरचनात्मक विकृति (Structural Disorder) का भी अध्ययन किया जाता है। संरचनात्मक विकृति किसे कहते हैं, इसके कौन-कौन से लक्षण (Symptoms) हैं, इसके कौन-कौन से कारण हैं, इसके कौन-कौन से प्रकार हैं, इसका उपचार कैसे किया जाता है, आदि बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान में किया जाता है। स्मरण रखना चाहिए कि संरचनात्मक विकृति का तात्पर्य मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) या मानसिक मन्दन (Mental Retardation) से है।
   (iii) **मनोदैहिक विकृति** (Psychosomatic Disorder)—असामान्य मनोविज्ञान में मनोदैहिक विकृति के विभिन्न पक्षों का अध्ययन किया जाता है। मनोदैहिक विकृति किसे कहते हैं, इसके क्या लक्षण (symptoms) होते हैं, किन कारणों (causes) से यह विकृति विकसित होती है, इसके कौन-कौन से मुख्य प्रकार (types) हैं, इस विकृति का उपचार कैसे किया जाता है, आदि बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत किया जाता है। स्मरण रखना चाहिए कि आमाशयांत्र विकृति (Gastrointestinal Disorder), श्वसन विकृति (Respiratory Disorder), हृदयवाहिका विकृति (Cardio-vascular Disorder), त्वचा-विकृति (Skin Disorder), आदि की गणना मनोदैहिक विकृति के अन्तर्गत की जाती है।

TOUCHPASS

(iv) **मस्तिष्क विकृति** (Brain Disorder)—असामान्य मनोविज्ञान की एक विषय-वस्तु (subject matter) मस्तिष्क विकृति है। मस्तिष्क विकृति किसे कहते हैं, इसके कौन-कौन से लक्षण (symptoms) हैं, इसके कारण क्या हैं, इसका उपचार कैसे किया जाता है, इन सारी बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत किया जाता है।

(v) **व्यक्तित्व विकृति** (Personality Disorder)—असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र के अन्तर्गत व्यक्तित्व विकृति के विभिन्न पहलुओं का अध्ययन किया जाता है। व्यक्तित्व विकृति किसे कहते हैं, इसके कौन-कौन से लक्षण हैं, इसके कारण क्या हैं, इसके कौन-कौन से प्रकार (types) हैं, इसका उपचार कैसे किया जाता है आदि बातों का अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान में किया जाता है। स्मरण रखना चाहिए कि DSM-III (1980) के अनुसार, व्यक्तित्व विकृति के अन्तर्गत मनोविकारी-विकृति (Psychophathic Disorder), बाध्यता व्यक्तित्व (Compulsive Personality), संविभ्रम-व्यक्तित्व (Paranoid Personality), भिदुर-व्यक्तित्व (Schizoid Personality), यौन विकृति (Sex Disorder), मद्यपान (Alcoholism), औषध-व्यसन (Drug Addiction) आदि की गणना की जाती है।

इस प्रकार स्पष्ट हो जाता है कि असामान्य मनोविज्ञान का क्षेत्र वास्तव में काफी व्यापक है और इसकी विषय-वस्तु काफी जटिल तथा बहुविमीय (multi-dimensional) है।

प्र.2. असामान्य मनोविज्ञान के महत्त्व पर प्रकाश डालिए।
Throw light on the importance of Abnormal Psychology.

उत्तर

असामान्य मनोविज्ञान का महत्त्व
(Importance of Abnormal Psychology)

असामान्य मनोविज्ञान का महत्त्व जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में देखा जाता है। मानव जीवन को सन्तुलित बनाये रखने तथा समायोजन (adjustment) को बेहतर बनाने में असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से निश्चित रूप से लाभ होता है। अत: असामान्य मनोविज्ञान की सार्थकता (significance) या महत्त्व (importance) को निम्नलिखित प्रसंगों में देखा जा सकता है—

1. **अन्धविश्वासों का उन्मूलन** (Eradication of Superstitions)—असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से एक लाभ यह हुआ है कि भिन्न-भिन्न प्रकार अन्धविश्वासों को नाश करने में मदद मिली है। असामान्य मनोविज्ञान के विकास के पहले असामान्यता या असामान्य व्यवहार को भूत-पिशाच का प्रकोप समझा जाता था। विश्वास किया जाता था कि जिस व्यक्ति के शरीर में प्रेत-शक्ति (Evil Spirit) प्रवेश कर जाती है, वह व्यक्ति असामान्य व्यवहारों से पीड़ित हो जाता है। इसी विश्वास के कारण रोगी (असामान्य व्यवहार से पीड़ित व्यक्ति) को तरह-तरह के शारीरिक कष्ट देकर प्रेत-शक्ति को शरीर से बाहर निकालने का प्रयास किया जाता था। इस अमानवीय उपचार (Inhuman Treatment) के कारण कितने लोग बेमौत मर जाते थे। लेकिन, असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से क्रमश: यह अन्धविश्वास दूर हो सका और असामान्यता (abnormality) के प्रति सही दृष्टिकोण विकसित हो सका।
2. **असामान्य व्यवहारों के कारणों का ज्ञान** (Knowledge of Causes of Abnormal Behaviours)—असामान्य मनोविज्ञान की सार्थकता (significance) अथवा महत्त्व इस बात से भी प्रमाणित होता है कि इसके अध्ययन से विभिन्न प्रकार के असामान्य व्यवहारों या मानसिक विकृतियों (Mental Disorders) के वास्तविक कारणों को समझने में सहायता मिलती है। असामान्य व्यवहारों या मानसिक विकृतियों से सम्बन्धित किये गये अध्ययनों के आलोक में हम यह जान सकें हैं कि ऐसे व्यवहारों या विकृतियों के विकास में जैविक कारकों (Biological Factors), मनोवैज्ञानिक कारकों (Psychological Factors) तथा सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों (Socio-cultural Factors) का हाथ होता है। इस ज्ञान के आधार पर आज हम असामान्य व्यवहारों या मानसिक विकृतियों के निरोध (prevention) तथा उपचार (cure) में बहुत हद तक सफल हो सके हैं।
3. **असामान्य व्यवहार के प्रति सही दृष्टिकोण** (Correct Approach to Abnormal Behaviour)—असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से असामान्यता (abnormality) या असामान्य व्यवहार के प्रति सही दृष्टिकोण का विकास सम्भव हो सका है। हमारी यह गलतफहमी (misunderstanding) या गलत धारणा (misconception) कि असामान्यता का आधार भूत-प्रेत या जादू-टोना है, अब दूर हो गयी है। अब हम जान चुके हैं कि असामान्यता एक मानसिक रोग (mental illness) है। अत: जिस प्रकार सही उपचार के द्वारा शारीरिक रोग को ठीक किया जाता है, उसी तरह उपयुक्त उपचार के द्वारा असामान्यता का इलाज किया जा सकता है तथा असामान्य व्यक्ति को फिर से सामान्य (normal) बनाया जा सकता है।

TOUCH N PASS

4. सामान्य एवं असामान्य व्यक्तियों के बीच विभेदन (Differentiation between Normal and Abnormal Persons)—असामान्य मनोविज्ञान का एक महत्त्व यह है कि इसके अध्ययन के आधार पर सामान्य व्यक्तियों तथा असामान्य व्यक्तियों के बीच अन्तर समझने में सुविधा होती है। सामान्य व्यवहार तथा असामान्य व्यवहार के लक्षणों (symptoms) या कसौटियों (criteria) को समझ लेने के बाद हम आसानी से जान पाते हैं कि सामान्य (normal) कौन है और असामान्य (abnormal) कौन है। इस ज्ञान से लाभ यह होता है कि हम अपने आपको तथा दूसरे लोगों को असामान्य व्यवहारों से बचाने का प्रयास करते हैं।
5. **विशिष्ट व्यवहार विकृतियों का निरूपण** (Diagnosis of Specific Behavioural Disorders)—असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से एक लाभ यह होता है कि विभिन्न व्यवहार विकृतियों (Behaviour Disorders) या मानसिक विकृतियों (Mental Disorders) की पहचान सम्भव होती है। प्रत्येक व्यवहार विकृति या मानसिक विकृति के कुछ निश्चित लक्षण (symptoms) होते हैं। इन लक्षणों के आलोक में यह निश्चित करना सम्भव होता है कि अमुक व्यक्ति किस मानसिक रोग से पीड़ित है। इस निरूपण (diagnosis) के अनुकूल रोगी का उपचार करके उसे फिर से सामान्य बनाना सम्भव होता है।
6. **असामान्यता का निरोध एवं उपचार** (Prevention and Treatment)—असामान्य मनोविज्ञान का एक व्यावहारिक महत्त्व यह है कि इसके अध्ययन के आलोक में भिन्न-भिन्न मानसिक रोगों या व्यवहार विकृतियों की रोकथाम (prevention) अथवा उपचार (treatment) सम्भव होता है। असामान्य मनोविज्ञान उन विधियों (methods) या प्रविधियों (techniques) का उल्लेख करता है, जिनकी सहायता से व्यवहार विकृतियों या मानसिक विकृतियों (mental disorders) की रोकथाम की जा सकती है। इसी प्रकार असामान्य मनोविज्ञान उसका चिकित्सा प्रविधियों (therapeutic techniques) का उल्लेख करता है, जिनका उपयोग करके व्यवहार विकृतियों या मानसिक रोगों का निराकरण किया जा सकता है। देश तथा विदेशों में आज अनेक मानसिक चिकित्सालय (mental hospitals) उपलब्ध हैं, जहाँ असामान्य लोगों (Abnormal Persons) का अनुकूल उपचार करके उन्हें फिर से सामान्य (normal) बनाया जा रहा है।
7. **मानसिक दुर्बल बच्चों का कल्याण** (Welfare of Mentally Retarded Children)—असामान्य मनोविज्ञान का महत्त्व मानसिक दुर्बल बच्चों को कल्याण (welfare) के सम्बन्ध में भी देखा जाता है। असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से माता-पिता, शिक्षक, समाज-सुधारक (Social Reformers) तथा अधिकारीगण को इस बात की जानकारी मिल पाती है कि वे मानसिक दुर्बल बच्चों के उपचार तथा पुनर्वास (rehabilitation) के लिए किस प्रकार सहायक हो सकते हैं। वे अपने-अपने तौर पर उपयुक्त योजनाओं (adequate schemes) का आयोजन करके ऐसे बच्चों के कल्याण में सहायक होते हैं।
8. **विशिष्ट व्यावसायकों के लिए सहायक** (Helpful for Certain Professionals)—असामान्य मनोविज्ञान कुछ विशेष व्यावसायकों के लिए अधिक सहायक होता है। इस मनोविज्ञान के ज्ञान से वकील (lawyers), जेल अधिकारी तथा निर्णायक (judges) को अपने-अपने व्यावसायिक दायित्व को सफलतापूर्वक निभाने में मदद मिलती है। इसी प्रकार चिकित्सकों, शिक्षकों तथा समाज-सुधारकों को असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से इस बात का ज्ञान हो पाता है कि असामान्य लोगों अथवा मानसिक विकृत व्यक्तियों के साथ कैसा व्यवहार करना चाहिए।
9. **साधारण घटनाओं की व्याख्या के लिए** (For Understanding Everyday Phenomena)—असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन से जो ज्ञान प्राप्त होता है, वह हमें दैनिक जीवन की सामान्य घटनाओं की व्याख्या करने में मदद करता है। हम दैनिक जीवन में अनेक भूल करते हैं। जैसे—बोलने की भूल, लिखने की भूल, पहचानने की भूल, वस्तुओं को गलत जगह रखने या छोड़ने की भूल, इत्यादि। इसी प्रकार हम प्राय: प्रति रात तरह-तरह के स्वप्न (dreams) देखते हैं। इन घटनाओं की सही व्याख्या असामान्य मनोविज्ञान के विकसित होने के पहले हम नहीं कर पाते और इन्हें आकस्मिक (accidental) एवं संयोगवश (by chance) मानकर सन्तुष्ट ही रहते हैं। लेकिन, असामान्य मनोविज्ञान के विकास के बाद हमें सही जानकारी मिल सकी कि इन घटनाओं के पीछे अचेतन प्रेरणाओं (Unconscious Motivations) का हाथ होता है।

10. **साहित्य के विश्लेषण में सहायक** (Helpful in the analysis of literature)—असामान्य मनोविज्ञान और विशेष रूप से फ्रॉयड के मनोविश्लेषण (Freud's Psycho-analysis) के अध्ययन के साहित्य जैसे—लेख, उपन्यास, कहानी, नाटक, कविता आदि के समुचित विश्लेषण में मदद मिलती है। साहित्य वास्तव में साहित्यकार के व्यक्तित्व का दर्पण (mirror) होता है। अत: आज इस विचार से सभी सहमत हैं कि साहित्य के घटकों का विश्लेषण (Content Analysis) समुचित रूप में मनोविश्लेषण के ज्ञान के बिना सम्भव नहीं है।
11. **सफल तथा स्वस्थ समायोजन में सहायक** (Helpful in Effective and Healthy Adjustment)—असामान्य मनोविज्ञान के ज्ञान से व्यक्ति को अपने पारिवारिक समायोजन (Home Adjustment), सामाजिक समायोजन (Social Adjustment), संवेगात्मक समायोजन (Emotional Adjustment), वैवाहिक समायोजन (Marital Adjustment) तथा व्यावसायिक समायोजन (Vocational Adjustment) को सफल तथा स्वस्थ बनाने में मदद मिलती है। कारण, असामान्य मनोविज्ञान से सम्बन्धित अपने ज्ञान के आलोक में वह अपने तथा दूसरों के व्यवहारों का मूल्यांकन निष्पक्ष रूप से (objectively) करने में सफल होता है, जिससे उसका मानसिक सन्तुलन (mental balance) कायम रह पाता है।

    इस प्रकार स्पष्ट है कि असामान्य मनोविज्ञान की सार्थकता (significance) उपयोगिता (utility) अथवा महत्त्व (importance) जीवन के भिन्न-भिन्न क्षेत्रों में देखा जाता है।

प्र.3. असामान्य मनोविज्ञान की कसौटी का वर्णन कीजिए।
Describe the Criteria of Abnormal Psychology.

उत्तर

मनोविज्ञान की कसौटी
(Criteria of Abnormal Psychology)

असामान्य मनोविज्ञान की कसौटियाँ निम्नांकित हैं—

1. सांख्यिकी अबारंबारता (Statistical Infrequency) की कसौटी
2. मानक अतिक्रमण (Norms Violation) की कसौटी
3. व्यक्तिगत व्यथा (Personal Distress) की कसौटी
4. अयोग्यता या दुष्क्रिया की कसौटी (Criterion of Disability or Dysfunction)
5. अप्रत्याशा (Unexpectedness) की कसौटी।

इन पाँचों कसौटियों के आधार पर असामान्य व्यवहार को अलग-अलग ढंग से परिभाषित किया गया है—

1. **सांख्यिकी अबारंबारता की कसौटी** (Criterion of Statistical Infrequency)—इस कसौटी के अनुसार वे सभी व्यवहार असामान्य हैं जो सांख्यिकी रूप से अबारंबार (infrequent) होते हैं। दूसरे शब्दों में, इन कसौटी के अनुसार वे सभी व्यवहार असामान्य होते हैं जो सांख्यिकीय औसत (statistical average) से विचलित होते हैं। जो व्यवहार उस औसत में आते हैं, वे सामान्य कहलाते हैं और उससे जो भिन्न होते हैं, उन्हें असामान्य कहा जाता है। इस कसौटी का उपयोग मानसिक मंदता (Mental Retardation) जैसे असामान्य व्यवहार को परिभाषित करने में प्राय: किया गया है। जिन व्यक्तियों की बुद्धि-लब्धि 70 से कम होता है, तो उसकी बुद्धि इतनी कम समझी जाती है कि उसे मानसिक रूप से मंद (Mentally Retarded) होने की संज्ञा दी जाती है। स्पष्ट हुआ कि इस कसौटी के अनुसार व्यक्ति के औसत निष्पादन को ही सामान्य कहा जाता है और जो भी इस औसत निष्पादन से विचलित होता है, उसे असामान्य कहा जाता है।

    परन्तु इस कसौटी के कुछ स्पष्ट दोष हैं। जैसे—इस कसौटी के अनुसार न केवल औसत से कम बुद्धि-लब्धि वाले बल्कि औसत से ऊपर जैसे 140 या 160 या इससे भी अधिक बुद्धि-लब्धि वाले भी असामान्य कहलायेंगे जो कि सर्वथा गलत होगा। इस कसौटी का कोई मूल्य (value) नहीं है तथा इसमें वांछित व्यवहार एवं अवांछित व्यवहार में अन्तर करने में कोई स्पष्ट तन्त्र (system) नहीं है। ऐसे तन्त्र का न होने का ही यह परिणाम है कि इसमें औसत व्यवहार को ही सामान्य मान लिया जाता है। इसका एक दोष यह भी बतलाया गया है कि यह कसौटी मनोवैज्ञानिकों को यह निर्देश नहीं देता है कि कौन-सा आबारंबार व्यवहार (infrequent behaviour) का उसे अध्ययन करना चाहिए?

TOUCH 'n' PASS

2. **मानक अतिक्रमण की कसौटी** (Criterion of Norm Violation)—प्रत्येक व्यक्ति एक समाज में रहता है जिसका अपना मानक (norm) होता है जो यह बतलाता है कि उसे क्या करना चाहिए या क्या नहीं करना चाहिए। जब व्यक्ति का व्यवहार इस मानक के अनुकूल होता है तो उसे सामान्य कहा जाता है परन्तु जब उसका व्यवहार इस मानक का अतिक्रमण करता है, तो उसे असामान्य (abnormal) कहा जाता है। जैसे—कुछ समाज के मानक ऐसे हैं जिनमें अपने ही चचेरे-फुफेरे भाई-बहन की आपस में शादी को सामान्य समझा जाता है जबकि कुछ ऐसे हैं जिनमें ऐसे व्यवहार को असामान्य समझा जाता है। अत: इस तरह का व्यवहार अपनी परिस्थिति में मानक अतिक्रमण नहीं कहलायेगा जबकि दूसरी परिस्थिति में मानक अतिक्रमण कहलायेगा और उसे सामान्य व्यवहार की संज्ञा दी जाएगी।
   इस कसौटी के भी कुछ दोष हैं। एक ही व्यवहार एक समाज या संस्कृति में सामान्य हो सकता है परन्तु वही व्यवहार दूसरे समाज में असामान्य हो सकता है क्योंकि उस व्यवहार से मानक का अतिक्रमण हो सकता है। ऐसी परिस्थिति में इस कसौटी के अनुरूप असामान्य व्यवहार का कोई सार्विक परिभाषा (Universal Definition) देना सम्भव नहीं है। स्पष्टत: इसका अर्थ यह भी निकलता है कि यह कसौटी असामान्य व्यवहार को एक सापेक्ष सम्प्रत्यय (relative concept) में तब्दील कर देता है। इतना ही नहीं, यह कसौटी जरूरत से ज्यादा विस्तृत तथा कुछ विशेष परिस्थिति में जरूरत से ज्यादा संकीर्ण भी दिखता है। यही कारण है कि अपराधी एवं वेश्याएँ जो सामाजिक मानक का अतिक्रमण करती हैं, असामान्य मनोविज्ञान में प्राय: अध्ययन के लिए सम्मिलित नहीं किये जाते हैं। दूसरे तरफ, अत्यधिक चिन्तित व्यक्ति जो असामान्य मनोविज्ञान के अध्ययन का केन्द्र बिन्दु है, पर आम लोगों द्वारा ध्यान भी नहीं दिया जाता है। ऐसा भी हो सकता है कि अमुक व्यवहार से मानक अतिक्रमण तो हो परन्तु उसे असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है। जैसे—1992 में एक छात्र बर्कले विश्वविद्यालय में कक्षा (class) में नंगा आया। इससे स्पष्टत: मानक अतिक्रमण तो हुआ परन्तु इससे उस छात्र में किसी प्रकार की असामान्यता तो नहीं दिख पड़ती है।
3. **व्यक्तिगत व्यथा की कसौटी** (Criterion of Personal Distress)—असामान्य व्यवहार को व्यक्तिगत व्यथा (Personal Distress or Suffering) की कसौटी के रूप में भी परिभाषित किया गया है। अगर व्यक्ति का व्यवहार ऐसा होता है जिससे उसमें अधिक तकलीफ तथा यातना उत्पन्न होता है तो इसे असामान्य व्यवहार कहा जाएगा। दुर्श्चिता विकृति (Anxiety Disorders) तथा विषाद (Depression) से ग्रस्त व्यक्तियों को अधिक यातना सहना पड़ता है। अत: उनके इस व्यवहार को इस कसौटी के अनुरूप निश्चित रूप से असामान्य व्यवहार कहा जाएगा। सचमुच में असामान्य व्यवहार को परिभाषित करने का यह उपागम (approach) पहले दोनों उपागमों या कसौटियों की तुलना में अधिक उदारवादी है क्योंकि इसमें लोग अपनी सामान्यता (normality) का परख स्वयं करते हैं न कि समाज या कोई विशेषज्ञ। शायद यही कसौटी ऐसी है जिसका उपयोग प्राय: कम गम्भीर मानसिक विकृतियों की पहचान करने में किया जाता है। अधिकतर लोग जो मनश्चिकित्सा (psychotherapy) के लिए आते हैं, ऐसे होते हैं जिन्हें कोई असामान्य घोषित नहीं किया है परन्तु वे इसलिए आये होते हैं कि अपनी जिन्दगी के कुछ व्यवहार से वे काफी तंग हो चुके होते हैं, तथा काफी यातना झेल चुके होते हैं।
   इस कसौटी के साथ भी कुछ कठिनाइयाँ हैं, जो इस प्रकार हैं—
   (i) कुछ विकृतियाँ (disorders) ऐसी होती हैं जो व्यक्ति में कोई व्यथा, यातना तथा चिन्ता नहीं उत्पन्न करती हैं। जैसे मनोविकारी लोग (psychopath) तरह-तरह के समाज-विरोधी व्यवहार करते हैं परन्तु उनमें न तो कोई दुर्श्चिता उत्पन्न होती है और न ही कोई दोष-भाव। अत: इस कसौटी के अनुसार ऐसे व्यवहार को असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है जो सर्वथा अनुपयुक्त होगा।
   (ii) सभी तरह के व्यक्तिगत व्यथा या यातना उत्पन्न करने वाले व्यवहार को असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है। जैसे—तीव्र भूख, तीव्र प्यास, किसी तरह का साधारण दर्द जो निश्चित रूप से व्यक्ति को यातना देता है, को असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है।
   (iii) इस कसौटी में आत्मनिष्ठता (Subjectivity) अधिक है। व्यक्ति अपनी व्यथा की मात्रा को स्वयं ही निर्धारित करता है और तब यह बतलाता है कि वे कितना इससे प्रभावित है। ऐसी परिस्थिति में दो या दो से अधिक व्यक्तियों की व्यथा की मात्रा की तुलना करना कठिन है क्योंकि उनके इस अपनी मनोवैज्ञानिक अवस्था को परिभाषित करने का मानक परिवर्तित होता रहता है।

4. **अयोग्यता या दुष्क्रिया की कसौटी** (Criterion of Disability or Dysfunction)—अयोग्यता के आधार पर भी असामान्य व्यवहार को परिभाषित किया गया है। अगर कोई व्यक्ति अपने लक्ष्य की प्राप्ति करने में अयोग्यता के कारण असमर्थ रहता है, तो उसके इस व्यवहार को असामान्य व्यवहार कहा जाएगा। जैसे—अगर कोई व्यक्ति हवाई जहाज से कहीं जाने से इतना डरता है कि अपनी पदोन्नति को भी त्याग देता है, तो इस तरह की अयोग्यता (disability) को असामान्य व्यवहार का एक तत्त्व (component) माना जाएगा। वेकफील्ड (Wakefield, 1992) ने इस क्षेत्र में किये गये शोधों का विश्लेषण करने के बाद यह बतलाया है कि असामान्य व्यवहार का एक महत्त्वपूर्ण तत्त्व दुष्क्रिया (dysfunction) भी है। दुष्क्रिया से तात्पर्य व्यक्ति के किसी प्रक्रम (Mechanism) के स्वाभाविक कार्यवाही का इस तरह से असफल हो जाने से होता है कि उससे व्यक्ति को हानि हो जाती है। जैसे—यदि कोई व्यक्ति को तैरना अच्छी तरह आता है और वह यह भी जानता है कि पानी में उसे किसी प्रकार का कोई खतरा नहीं है, परन्तु फिर भी वह पानी में प्रवेश करने में काफी डरता है, तो ऐसे दुष्क्रियात्मक व्यवहार (Dysfunctional Behaviour) को असामान्य व्यवहार कहा जाएगा।

इस कसौटी के साथ भी कुछ कठिनाइयाँ हैं जिनमें निम्नांकित प्रमुख हैं—

(i) अयोग्यता (disability) एक ऐसी कसौटी है जो कुछ ही व्यवहार के लिए सही है, न कि सभी तरह के व्यवहार के लिए। जैसे—ट्रान्सवेसटिज्म (Transvestism) जिसमें व्यक्ति विपरीत यौन के वस्त्र पहनकर लैंगिक सुख प्राप्त करता है, में किसी तरह की अयोग्यता (Disability) का तत्त्व नहीं होते हुए भी उसे असामान्य व्यवहार में रखा जाता है।

(ii) कुछ विशेषताएँ ऐसी होती हैं जिन्हें अयोग्यता (Disability) कहा जा सकता है परन्तु फिर भी उनका अध्ययन असामान्य मनोविज्ञान में नहीं होता है क्योंकि उन्हें असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है। जैसे—पुलिस सेवा में पदाधिकारी बनने के लिए निर्धारित शारीरिक ऊँचाई का किसी व्यक्ति में न होना, स्वभावत: यह उसकी एक अयोग्यता है। परन्तु इसे असामान्य व्यवहार भी निश्चित रूप से नहीं कहा जा सकता है।

(iii) दुष्क्रिया की कसौटी में यह मानकर चला जा रहा है कि व्यक्ति को यह पता पहले से होता है कि मनुष्य की सामान्य अवस्था या आन्तरिक कार्यवाही (Internal Functioning) क्या होता है। इसी में उत्पन्न असफलता या गड़बड़ी को असामान्य व्यवहार का आधार माना जाता है। परन्तु ऐसी भी परिस्थितियाँ होती हैं जिनमें व्यक्ति के आन्तरिक कार्यवाही के बारे में पहले से पता नहीं होता है। फलत: असामान्य व्यवहार के बारे में अनुमान लगाना मुश्किल हो जाता है।

5. **अप्रत्याशा की कसौटी** (Criterion of Unexpectedness)—**डेविसन एवं नील** (Davison & Neale, 1996) ने अप्रत्याशा की कसौटी को भी महत्त्वपूर्ण बतलाया है और यह कहा है कि इसे भी असामान्य व्यवहार का एक तत्त्व मानना आवश्यक है। सचमुच में बहुत सारे असामान्य व्यवहार पर्यावरणी तनाव उत्पन्न करने वाले उद्दीपक के प्रति एक तरह का अप्रत्याशित अनुक्रिया ही होता है। जैसे—जब व्यक्ति अपनी वित्तीय मजबूती के बावजूद भी अपनी आर्थिक स्थिति के बारे में लगातार चिन्तित रहता है और जब यह चिन्ता सामान्य अनुपात से अधिक हो जाती है, तो इससे व्यक्ति में चिन्ता रोग (Anxiety Disorder) उत्पन्न हो जाता है। परन्तु इस कसौटी को भी एक सर्वमान्य कसौटी नहीं कहा जा सकता है क्योंकि सभी अप्रत्याशित व्यवहार को असामान्य व्यवहार नहीं कहा जा सकता है। जैसे—रास्ते में जाते समय अचानक साँप देखकर डर कर चिल्लाना एक अप्रत्याशित व्यवहार है परन्तु उसे असामान्य नहीं कहा जाएगा।

स्पष्ट हुआ कि असामान्य व्यवहार को समझने के लिए कई कसौटियों या दृष्टिकोणों को अपनाया गया है। परन्तु इनमें से किसी के भी द्वारा असामान्य व्यवहार की एक ऐसी व्याख्या नहीं की गयी है जिसे सन्तोषजनक कहा जा सके तथा जो सभी परिस्थिति में मान्य हो। ओल्टमैन्स तथा एमरी (Oltmanns & Emery, 1995) ने इन शब्दों में एक उत्तम निष्कर्ष दिया है, "असामान्य व्यवहार को परिभाषित करने के बहुत सारे प्रयास किये गये हैं परन्तु इनमें से कोई भी सन्तोषजनक नहीं है। किसी ने भी एक ऐसी संगत परिभाषा नहीं दी है जो सभी परिस्थितियों में जिसमें सम्प्रत्यय का उपयोग होता है, इसकी व्याख्या कर सके (गोरेनस्टीन,1992)।"

TOUCH 'n' PASS

इसके बावजूद भी यदि हम गौर से असामान्य व्यवहार के स्वरूप की व्याख्या करने के ख्याल से दिये गये विचारों की समीक्षा करें, तो यह स्पष्ट होगा कि अधिकतर विचारों में जैसा कि कोमर (Comer, 1995) ने कहा है, असामान्य व्यवहार को चार डी (Four D's) के रूप में समझने पर आम सहमति है। ये चार डी हैं—विचलन (Deviance), तकलीफ (Distress), दुष्क्रिया (Dysfunction) तथा खतरा (Danger)। इन सभी का वर्णन इस प्रकार है—

(i) **विचलन** (Deviance)—इसके अन्तर्गत उन व्यवहारों को असामान्य व्यवहार की श्रेणी में रखा जाता है जो सामाजिक मानक (social norm) से भिन्न एवं असाधारण होते हैं।

(ii) **तकलीफ** (Distress)—असामान्य व्यवहार वैसे व्यवहार को कहा जाता है जो स्वयं व्यक्ति के लिए दु:खदायी या तकलीफदेह होता है।

(iii) **दुष्क्रिया** (Dysfunction)—असामान्य व्यवहार वैसे व्यवहार को कहा जाता है जो व्यक्ति के दिन-प्रतिदिन के व्यवहार या क्रिया को करने में बाधक सिद्ध होता है। यह व्यक्ति को इतना अधिक अशान्त कर देता है कि वह साधारण सामाजिक परिस्थिति या कार्य में भी अपने आपको ठीक ढंग से समायोजित नहीं कर पाता है।

(iv) **खतरा** (Danger)—असामान्य व्यवहार सामान्यत: स्वयं व्यक्ति या रोगी के लिए तो खतरनाक होता ही है, साथ-ही-साथ वह अन्य व्यक्तियों के लिए भी खतरनाक साबित होता है। ऐसे व्यक्तियों में चूँकि असावधानी, घटिया निर्णय, विद्वेष या कुव्याख्या (misinterpretation) आदि अधिक होता है, अत: उनका व्यवहार अपना एवं दूसरों के कल्पना के ख्याल से कहीं अधिक चिन्ताजनक होता है।

स्पष्ट हुआ कि असामान्य व्यवहार के अर्थ एवं स्वरूप को समझने का चार आयामीय पहलू (Four-Dimensional Aspect) कहीं अधिक व्यापक एवं मान्य है।

प्र.4. असामान्य व्यवहार की विशेषताओं का उल्लेख कीजिए।
Mention the characteristics of Abnormal Behaviour.

उत्तर

असामान्य व्यवहार की विशेषताएँ या तत्त्व
(Characteristics or Elements of Abnormal Behaviour)

असामान्य व्यवहार से तात्पर्य सामान्यत: वैसे व्यवहार से होता है जो सामाजिक मानक (Social norms) एवं प्रत्याशाओं (expectations) के प्रतिकूल होता है तथा साथ-ही-साथ अपअनुकूलित (Maladaptative) भी होता है। परन्तु मात्र इतना कह देने से असामान्य व्यवहार का स्वरूप पूर्णत: स्पष्ट नहीं होता है। असामान्य व्यवहार के स्वरूप (nature) को पूर्णत: समझने के लिए यह आवश्यक है कि इसकी कुछ विशेषताओं पर प्रकाश डाला जाए। ऐसी कुछ प्रमुख विशेषताएँ निम्नांकित हैं—

1. **समाज-विरोधी व्यवहार** (Anti-social Behaviour)—असामान्य व्यवहार सामान्य रूप से स्वीकृत नियमों, सामाजिक मानकों (Social Norms) एवं मूल्यों (Values) का विरोधी होता है। जब व्यक्ति कोई भी व्यवहार इस ढंग का करता है कि उससे समाज के नियमों एवं मानकों (Norms) का उल्लंघन होता है, तो यह निश्चित रूप से असामान्य व्यवहार कहलाता है। उदाहरणार्थ चोरी करना, बलात्कार करना, हत्या करना आदि कुछ ऐसे व्यवहार हैं जिनसे समाज के मानक एवं मूल्यों का उल्लंघन होता है। इस तरह के व्यवहार को निश्चित रूप से असामान्य व्यवहार की संज्ञा दी जाती है। अत: असामान्य व्यवहार की एक विशेषता यह है कि यह समाज-विरोधी होता है।
2. **मानसिक असन्तुलन** (Mental Imbalance)—असामान्य व्यवहार करने वाले व्यक्ति मानसिक रूप से असन्तुलित होते हैं। ऐसे व्यक्तियों के विचारों एवं व्यवहारों में काफी अस्थिरता पायी जाती है। वे अभी कुछ सोचते हैं तथा कुछ समय के बाद ठीक उसके विपरीत सोचने लगते हैं और जब वे विपरीत सोचते हैं तो ठीक पहले से उल्टा करना भी प्रारम्भ कर देते हैं। मानसिक असन्तुलन के कारण इस तरह से असामान्य व्यक्तियों के सोचने एवं व्यवहार करने के ढंग में काफी असंगतता (inconsistency) दिखलाई पड़ती है जो स्पष्टत: एक सामान्य व्यक्ति के व्यवहारों में नहीं पाया जाता है।
3. **अपर्याप्त समायोजन** (Poor Adjustment)—असामान्य व्यवहार की एक विशेषता यह भी है कि ऐसे व्यवहार में समायोजन की अपर्याप्तता होती है। असामान्य व्यवहार दिखलाने वाले व्यक्ति आज समाज की भिन्न-भिन्न परिस्थितियों में अपने आप को ठीक ढंग से समायोजित नहीं कर पाते हैं। समायोजन न करने की इस समस्या के कारण वे प्राय: तिरस्कार के पात्र भी बने रहते हैं।

TOUCH 'n' PASS

4. **सूझपूर्ण व्यवहार की कमी** (Lack of Insightful Behaviour)—असामान्य व्यवहार में सूझ की काफी कमी होती है। इस तरह की कमी के कारण असामान्य व्यक्ति को सही-गलत, नैतिक-अनैतिक, अच्छे-बुरे का ज्ञान नहीं होता है। फलस्वरूप ऐसे व्यक्ति अपनी जिम्मेदारियों को ठीक ढंग से मूल्यांकन नहीं कर पाते हैं। सूझ के अभाव के कारण असामान्य व्यक्ति किसी भी तरह के गलत कार्य को करने में तनिक भी हिचकिचाता नहीं है। इस तरह का व्यक्ति जब जैसा मन होता है वैसा करता है। न तो इन्हें किसी की आलोचना कर डर होता है और न ही इन्हें सामाजिक बन्धनों एवं नियमों की परवाह।
5. **विघटित व्यक्तित्व** (Disorganized Personality)—असामान्य व्यवहार की एक विशेषता यह भी है कि इस तरह का व्यवहार विघटित व्यक्तित्व (disorganized personality) द्वारा अधिक किया जाता है। दूसरे शब्दों में, असामान्य व्यवहार दिखलाने वाले व्यक्तियों का व्यक्तित्व अधिक विघटित होता है। उनके संज्ञानात्मक (Cognitive), क्रियात्मक (Motor) एवं भावात्मक (Affective) पक्षों में कोई ताल-मेल नहीं होता है। सचमुच में इनका व्यक्तित्व इतना छिन्न-भिन्न होता है कि उनके व्यवहारों में किसी तरह की संगतता (Consistency) नहीं रह जाती बल्कि उनका व्यवहार इतना अविवेकी (Irrational) तथा असन्तुलित (Unbalanced) हो जाता है कि उससे लोगों के लिए कोई सही अर्थ निकालना सम्भव नहीं रह जाता है।
6. **आत्मज्ञान तथा आत्म-सम्मान की कमी** (Lack of Self-knowledge and Self-esteem)—असामान्य व्यक्ति के व्यवहारों से यह स्पष्ट झलकता है कि इसमें आत्म-ज्ञान तथा आत्म-सम्मान की कमी होती है। ऐसे व्यक्ति यह नहीं समझते हैं कि वह क्यों किसी से खास व्यवहार करता है और उसमें दूसरों के प्रति क्यों एक विशेष तरह का भाव उत्पन्न होता है। ऐसे व्यक्ति अपने गुण (Assets) एवं दायित्व (Liability) का भी सही-सही मूल्यांकन (Evaluation) नहीं कर पाते हैं। इतना ही नहीं, असामान्य व्यक्तियों में आत्म-सम्मान (Self-esteem) की भी कमी होती है। ऐसे व्यक्ति अपने आप को अनादर एवं हीनता के भाव से देखते हैं और विभिन्न सामाजिक परिस्थितियों में वे अपने को अपअनुकूलित (Maladapted) पाते हैं।
7. **असुरक्षा की भावना** (Feeling of Insecurity)—असामान्य व्यक्तियों में असुरक्षा की भावना तीव्र होती है। प्राय: यह देखा गया है कि ऐसे व्यक्ति अपने आप को समाज का एक स्वीकृत हिस्सा (Accepted Part) नहीं मानते हैं। ऐसे व्यक्ति अन्य व्यक्तियों को शक की निगाह से देखते हैं और विभिन्न सामाजिक परिस्थितियों में कभी भी खुलकर अपने विचारों को अभिव्यक्त (express) नहीं कर पाते हैं। वे प्राय: डरे-डरे से रहते हैं।
8. **संवेगात्मक अपरिपक्वता** (Emotional Immaturity)—असामान्य व्यवहार की एक विशेषता यह भी है कि उसमें संवेगात्मक अपरिपक्वता स्पष्टत: देखने को मिलती है। ऐसे व्यक्तियों को अपने संवेग पर न के बराबर नियन्त्रण रहता है। अकारण रो देना तथा अकारण हँस देना ऐसे व्यक्तियों की आदत-सी होती है। परिस्थिति के अनुकूल संवेग को नियन्त्रित कर उसकी उचित अभिव्यक्ति (Appropriate Expression) तो इन्हें आता ही नहीं। अत: ऐसे लोग संवेगात्मक रूप से अनुपयुक्त (Emotionally Misfit) होते हैं जिसके चलते इनमें सांवेगिक अभियोजन (Emotional Adjustment) की समस्या भयंकर रूप से उत्पन्न हो जाती है।
9. **सामाजिक अनुकूलन की क्षमता का अभाव** (Lack of Social Adaptability)—असामान्य व्यक्तियों के व्यवहारों में सामाजिक अभियोजन की क्षमता का अभाव होता है। ऐसे लोग अपने सहकर्मियों, पास-पड़ोसियों के साथ अधिक सन्तोषजनक सामाजिक सम्बन्ध बनाये रखने में असमर्थ रहते हैं। इतना ही नहीं, ऐसे व्यक्तियों का अनुकूलन अपने घर के सदस्यों के साथ भी ठीक नहीं होता है। सांवेगिक अस्थिरता (Emotional Instability) के कारण इनकी मानसिक अवस्था में तुरन्त-तुरन्त परिवर्तन होता रहता है जिससे इनकी सामाजिक एवं घरेलू अनुकूलन की क्षमता बद से बदतर हो जाती है।
10. **तनाव एवं अतिसंवेदनशीलता** (Tension and Hypersensitivity)—असामान्य व्यक्तियों का व्यवहार तनावपूर्ण एवं संवेदनशील होती है। ऐसे व्यक्तियों को अपने संवेग एवं भाव पर कोई नियन्त्रण नहीं रहता है। फलत: प्राय: उनमें मानसिक तनाव की स्थिति बनी रहती है जिससे वे कोई भी कार्य या घटना पर ध्यान-केन्द्रित नहीं कर पाते हैं। इससे उनमें ध्यान-अन्यमनस्यकता (Distraction of Attention) भी अधिक देखने को मिलता है। ऐसे व्यक्ति कोई साधारण-सी घटना से भी इतना अधिक उत्तेजित हो जाते हैं कि वे बेचैन दिखाई देने लगते हैं और उसके व्यवहार में नियमितता (Regularity) तथा प्रासंगिकता (Relevancy) नाम की कोई चीज ही नहीं रह जाती।

TOUCH 'n PASS

11. **पश्चाताप का अनुभव नहीं होना** (No Feeling of Remorse)—असामान्य व्यक्ति को अपनी गलतियों के लिए किसी प्रकार का पश्चाताप नहीं होता है। ऐसे व्यक्ति को यह समझ ही नहीं होती है कि उनके द्वारा किया गया कोई भी कार्य गलत भी हो सकता है। फलतः उसे सुधारने का तो कोई प्रश्न ही नहीं उठता है। ऐसे व्यक्तियों को गलत कार्यों के लिए किसी तरह का अफसोस या पश्चाताप कभी नहीं होता है। फलतः वे एक गलत कार्य के बाद दूसरा गलत कार्य निसंकोच होकर करते जाते हैं। उन्हें इस बात की कोई चिन्ता नहीं रहती है कि इस तरह के गलत कार्य करने से समाज उन्हें क्या कहेगा या किस ढंग का दण्ड देगा।

इस तरह से हम देखते हैं कि असामान्य व्यक्तियों का व्यवहार जिसे असामान्य व्यवहार कहा जाता है, की कुछ खास-खास विशेषताएँ हैं जिनके आधार पर उन्हें आसानी से समझा जा सकता है।

प्र.5. सामान्य व्यवहार एवं असामान्य व्यवहार में अन्तर बताइए।
Differentiate between normal behaviour and abnormal behaviour.

उत्तर

सामान्य व्यवहार एवं असामान्य व्यवहार में अन्तर
(Difference between Normal Behaviour and Abnormal Behaviour)

मनोवैज्ञानिकों ने असामान्य व्यवहार के स्वरूप को ठीक ढंग से समझने के लिए इसे सामान्य व्यवहार (Normal Behaviour) से भिन्न करके अध्ययन किया है। ऐसे तो असामान्य व्यवहार अपने आप में ही कुछ ऐसा होता है जो सामान्य व्यवहार से भिन्न दिखाई पड़ता है परन्तु फिर भी वैज्ञानिक अध्ययन करने के लिए विशेषज्ञों ने इसे सामान्य व्यवहार से गुणात्मक (Qualitative) एवं मात्रात्मक (Quantitative) दोनों ही ढंगों से भिन्न किया है। इसका मतलब यह हुआ कि सामान्य व्यवहार एवं असामान्य व्यवहार में गुणात्मक अन्तर (Qualitative Difference) एवं मात्रात्मक अन्तर (Quantitative Difference) दोनों ही हैं। गुणात्मक अन्तर (Qualitative Difference) से तात्पर्य वैसे गुणों की मात्रा (Degree) से होता है जो असामान्य व्यवहार में दिखलाई देता है परन्तु सामान्य व्यवहार में नहीं दिखलाई देता है। मात्रात्मक अन्तर से तात्पर्य वैसे गुणों की मात्रा (Degree) से होता है जो दोनों तरह के व्यवहारों में दिखलाई तो देता है परन्तु कम और ज्यादा की मात्रा में। इन दोनों व्यवहारों में वास्तव में अधिकतर अन्तर मात्रात्मक (Quantitative) ही है। सामान्य व्यवहार (Normal Behaviour) एवं असामान्य व्यवहार (Abnormal Behaviour) में प्रमुख अन्तर निम्नांकित हैं—

1. **सूझपूर्ण व्यवहार** (Insightful Behaviour)—सामान्य व्यवहार हमेशा सूझपूर्ण (Insightful) होता है। एक सामान्य व्यक्ति को इस बात का स्पष्ट सूझ होता है कि वह क्या कर रहा है, कैसे कर रहा है, उसे कौन-सा व्यवहार किस परिस्थिति में करना चाहिए और किस परिस्थिति में नहीं करना चाहिए आदि, आदि। ऐसे व्यक्तियों को नैतिक-अनैतिक एवं सही-गलत का भी यथेष्ट ज्ञान रहता है। असामान्य व्यवहार में इन गुणों की कमी पायी जाती है। सचमुच में असामान्य व्यक्ति को न के बराबर नैतिक एवं अनैतिक में अन्तर तथा सही एवं गलत में अन्तर की सूझ-बूझ रहती है। प्रत्येक कार्य जिसे वह करता है उसे सही लगता है चाहे सचमुच में वह कितना भी गलत एवं अनैतिक कार्य ही क्यों न हो। असामान्य व्यवहार में अनिर्णायकता (Indecision) की भी अवस्था स्पष्टतः झलकती है जबकि सामान्य व्यक्ति का व्यवहार पूर्णतः निर्णयात्मक (Decisive) एवं ठोस (Firm) होता है।
2. **सन्तुलित सामाजिक समायोजन** (Balanced Social Adjustment)—सामान्य व्यक्ति के परिवार में सदस्यों के साथ पास-पड़ोसियों एवं अपने सहयोगियों (Colleagues) के साथ सौहार्द्रपूर्ण सामाजिक सम्बन्ध होता है। फलस्वरूप उसका सामाजिक समायोजन पूर्णतः सन्तुलित होता है। ऐसे व्यक्ति समाज के नियमों एवं रीति-रिवाजों का आदर करते हैं और उसी के अनुकूल एक सौहार्द्रपूर्ण सामाजिक सम्बन्ध बनाये रखने की कोशिश करते हैं। असामान्य व्यक्ति सामाजिक नियमों एवं रीति-रिवाजों को अनदेखी करके व्यवहार करता है। सचमुच में ऐसे व्यक्तियों की दुनिया अपनी निजी होती है जो वास्तविक सामाजिक वातावरण से भिन्न होता है। ऐसे व्यक्तियों में सामाजिक समायोजन (Social Adjustment) की समस्याएँ तीव्र होती हैं और उनके व्यवहार में सामाजिक कुसमायोजन (Social Maladjustment) अपनी चरम सीमा पर होती है। ऐसे व्यक्तियों में सहयोग की भावना और मिल-जुलकर काम करने की प्रवृत्ति का सर्वथा अभाव रहता है।
3. **सांवेगिक परिपक्वता एवं नियन्त्रण** (Emotional Maturity and Control)—सामान्य व्यक्तियों का सांवेगिक व्यवहार (emotional behaviour) सन्तुलित एवं नियन्त्रित होता है। दूसरे शब्दों में, ऐसे व्यक्तियों को अपने संवेग की

TOUCHIN PASS

अभिव्यक्ति एवं उसके स्तर पर पूर्ण नियन्त्रण रहता है। वह परिस्थिति के अनुकूल ही क्रोध, प्रेम, डर आदि जैसे संवेगों की अभिव्यक्ति करता है। उसके संवेगात्मक व्यवहार में स्थिरता एवं धैर्यता दिखलाई पड़ती है। दूसरी तरफ, असामान्य व्यक्तियों के सांवेगिक व्यवहार में अस्थिरता एवं अपरिपक्वता (immaturity) दिखलाई पड़ती है। ऐसे व्यक्तियों को अपने संवेग पर नियन्त्रण भी नहीं रहता है और परिस्थिति के अनुकूल संवेग की अभिव्यक्ति (expression) का तो कोई प्रश्न ही नहीं उठता है। ऐसे व्यक्ति अकारण ही खुश हो जाते हैं और फिर अकारण ही दुखी हो जाते हैं। अन्य लोगों को इनकी खुशी का न तो कारण पता चलता है और न ही इनके दुख का ही। इस तरह से असामान्य व्यक्तियों का व्यवहार सामान्य व्यक्तियों के व्यवहार से सांवेगिक रूप से पूर्णत: भिन्न होता है।

4. **वास्तविकता का ज्ञान** (Knowledge of Reality)—सामान्य व्यक्तियों को वास्तविकता का पूर्ण ज्ञान होता है। वह हमेशा अपने व्यवहार एवं क्रियाओं को सामाजिक मानकों (social norms) की वास्तविकता के अनुकूल बनाये रखता है। उन्हें काल्पनिक सच्चाई एकदम पसंद नहीं होती है। फलस्वरूप उनका व्यवहार भ्रम (illusion), विभ्रम (hallucination), एवं व्यामोह (delusion) आदि से ग्रसित नहीं होता है। दूसरी तरफ, असामान्य व्यक्तियों का व्यवहार काल्पनिकता एवं अवास्तविकताओं से ओत-प्रोत रहता है। असामान्य व्यक्ति को यह ज्ञान नहीं रहता है कि सामाजिक आदर्श या मानक क्या हैं तथा उनकी हकीकतें क्या हैं। उन्हें तो बस अपनी काल्पनिक दुनिया से मतलब होता है जिसमें वे लम्बी उड़ानें भरते रहते हैं। सचमुच में उनका व्यवहार भ्रम (illusion), विभ्रम (hallucination), व्यामोह (delusion) तथा संभ्रान्ति (confusion) से इतना ग्रसित रहता है कि उनके व्यवहारों में वास्तविकता उनके पास फटकती तक नहीं है।
5. **विचित्र एवं ऊटपटांग व्यवहार** (Strange and Bizzare Behaviour)—सामान्य व्यक्ति का व्यवहार न तो विचित्र ही होता है और न ही ऊटपटांग (bizzare) ही होता है। ऐसे व्यक्तियों के सोचने एवं व्यवहार करने के ढंग में एक संगतता (consistency), एवं एकरूपता (uniformity) पायी जाती है। इतना ही नहीं, इनके व्यवहारों में स्पष्ट नियमितता (regularity) एवं यथार्थता (relevancy) पायी जाती है। संक्षेप में, सामान्य व्यवहार पूर्णत: विवेकी (rational), तार्किक (logical) एवं प्रासंगिक होता है। दूसरी तरफ, असामान्य व्यवहार बेतुका एवं ऊटपटांग (bizzare) होता है। सचमुच में ऐसा व्यवहार बिना सिर-पैर का होता है एवं असमन्वित होता है। इन व्यवहारों से यह स्पष्ट रूप से झलकता है कि वे सामाजिक मान्यताओं के विपरीत हैं एवं असंगत (inconsistent) हैं। असामान्य व्यक्तियों का व्यवहार आत्म-विरोधी (self-contradictory) भी होता है एवं अपने गलतियों के लिए किसी तरह का पश्चाताप भी उनमें नहीं होता है।
6. **अपनी देखभाल** (Self-care)—सामान्य व्यक्तियों का व्यवहार अपनी देखभाल एवं सुरक्षा (security) के लिए पर्याप्त होता है। वह ऐसा व्यवहार करता है जिससे उसके अहं (ego) को चोट न पहुँचे तथा उसका मानसिक स्वास्थ्य (mental health) बना रहे। वह हर सम्भव कोशिश करता है कि उसका व्यक्तित्व सन्तुलित (balanced) एवं स्वस्थ बना रहे। वह कभी कोई ऐसा व्यवहार नहीं करता है कि उसका ही अस्तित्व (existence) खतरे में पड़ जाए। दूसरी तरफ असामान्य व्यक्तियों के व्यवहार में उतनी कुशलता नहीं होती है कि वह अपनी देखभाल कर सके एवं अपने आपको पर्याप्त सुरक्षित रख सके। सचमुच में उसे देखभाल एवं सुरक्षित रखने का कार्यभार परिवार या समाज के अन्य लोगों को ही करना पड़ता है। इससे स्पष्ट मतलब यह हुआ कि वह समाज पर एक बोझ बनकर पलता है।

इस तरह से हम देखते हैं कि सामान्य व्यवहार तथा असामान्य व्यवहार में काफी अन्तर है। उपर्युक्त विवरण से यह भी स्पष्ट है कि इन दोनों तरह के व्यवहारों का अन्तर गुणात्मक (qualitative) तथा मात्रात्मक (quantitative) दोनों ही है। जैसे—सूझपूर्ण व्यवहार, सन्तुलित सामाजिक समायोजन, सांवेगिक परिपक्वता एवं नियन्त्रण, वास्तविकता का ज्ञान, विचित्र एवं ऊटपटांग व्यवहार का न होना, अपनी देखभाल कर लेने की क्षमता का होना, सामान्य व्यवहार को असामान्य व्यवहार से पूर्णत: भिन्न कर देता है (गुणात्मक अन्तर)। परन्तु इन दोनों में मात्रात्मक अन्तर (quantitative difference) भी है क्योंकि कभी-कभी परिस्थितिवश एक सामान्य व्यक्ति का भी व्यवहार ऊटपटांग हो जाता है, उसमें सूझ-बूझ की कमी हो जाती है, संवेगात्मक नियन्त्रण खत्म हो जाता है तथा उसे सामाजिक आदर्शों एवं मानकों के विपरीत कार्य करने में तनिक भी हिचकिचाहट नहीं होती है।

TOUCH N PASS

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. मनोविज्ञान का शाब्दिक अर्थ माना जाता है—

(a) भावनाओं का ज्ञान (b) विचारों का ज्ञान (c) आत्मा का ज्ञान (d) व्यवहार का ज्ञान

उत्तर (c) आत्मा का ज्ञान

प्र.2. 'मनोविज्ञान' का पर्याय शब्द 'Psychology' है। यह शब्द मूल रूप से यूनानी भाषा के 'साइकी-लॉगस' का पर्यायवाची है यहाँ साइकी तथा लागस का क्रमशः अर्थ है—

(a) आत्मा, ज्ञान (b) मगन, लगाव (c) विज्ञान, आत्मा (d) शरीर, ज्ञान

उत्तर (a) आत्मा, ज्ञान

प्र.3. असामान्य मनोविज्ञान को मनोविकृति विज्ञान भी कहा जाता है जिसका शाब्दिक अर्थ है—

(a) शरीर के अन्दर की आकृतियों का ज्ञान (b) मन के विचारों का विज्ञान

(c) मन का रोगविज्ञान (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) मन का रोगविज्ञान

प्र.4. नैदानिक मनोविज्ञान का कार्य है—

(a) मानसिक रोगों की पहचान एवं निदान (b) मानसिक रोगों की चिकित्सा

(c) मानसिक रोगों के क्षेत्र में शोध (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.5. असामान्य व्यवहार की परिभाषा देते हुए किसने कहा कि "मानव के ऐसे व्यवहारों तथा अनुभवों को असामान्य माना जाता है, जो अनोखे, असाधारण या भिन्न होते हैं"—

(a) कारसन एवं बुचर ने (b) किस्कर (c) क्रेपलिन (d) विजर तथा फ्रांसेस

उत्तर (b) किस्कर

प्र.6. इस उपागम का प्रतिपादन किसने किया जिसमें सभी मानवीय व्यवहारों का वर्गीकरण सामान्य तथा असामान्य जैसी श्रेणियों में विभाजित करके किया जाता है?

(a) किस्कर ने (b) क्रेपलिन ने (c) कारसन तथा बुचर ने (d) विजर तथा फ्रांसेस ने

उत्तर (b) क्रेपलिन ने

प्र.7. जब किसी व्यक्ति के विशेष व्यवहार-विमाओं जैसे मनोदशा (mood), सांवेगिक स्थिरता (emotional stability) चिन्तन की स्पष्टता तथा संचार, सामाजिक अन्तर्मुखता (Social introversion) आदि पर व्यवहार का अध्ययन एक मापनी (Scale) (1-10) पर किया जाता है यह किस उपागम के अन्तर्गत आता है?

(a) सुस्पष्ट उपागम (b) विमीय उपागम (c) प्रोटोटाइपल उपागम (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) विमीय उपागम

प्र.8. किस उपागम में मानसिक विकृति के प्रमुख लक्षणों को मिलाकर एक प्रोटोटाइप तैयार किया जाता है फिर किसी व्यकित को मानसिक विकृति में होने के लिए उसमें उन लक्षणों में से अधिक-से-अधिक लक्षण मौजूद होने का पता लगाया जाता है—

(a) सुस्पष्ट उपागम (b) विमीय उपागम

(c) प्रोटोटिपिकल उपागम (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) प्रोटोटिपिकल उपागम

प्र.9. भारतीय एच०जी० सिंह ने मानसिक रोगों को कितनी श्रेणियों में बाँटा है?

(a) दो (b) तीन (c) चार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) तीन

TOUCH 'n' PASS

प्र.10. उन्माद (Insanity), मिरगी (Epilepsy), दुर्भीत (Phobia) किसके अन्तर्गत आते हैं?

(a) गम्भीर विकृति
(b) साधारण विकृति
(c) स्वास्थ्य एवं संगठन विकृति
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) गम्भीर विकृति

प्र.11. ''असामान्य मनोविज्ञान वस्तुतः मनोविज्ञान का वह क्षेत्र है जो असामान्य व्यवहार को समझने के लिए मनोवैज्ञानिक सिद्धान्तों के विकास एवं समाकलन का प्रयास करता है'' यह परिभाषा दी है—

(a) पेज (page)
(b) कोलमैन (Coleman)
(c) किस्कर (Kisker)
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) कोलमैन (Coleman)

प्र.12. कारसन, बूचर एवं मीनेका के अनुसार, ''असामान्य मनोविज्ञान वास्तव में मनोविज्ञान का एक क्षेत्र है, जिसमें असामान्य व्यवहार के स्वरूप, कारण, उपचार तथा निवारण का अध्ययन किया जाता है।'' इस परिभाषा के विश्लेषण में सत्य कथन है—

(a) यह असामान्य व्यवहार-प्रतिरूपों का वर्णन करता है, कि यह सामान्य व्यवहार से कैसे भिन्न है।
(b) यह सही चिकित्सा-विधि का उल्लेख करता है।
(c) असामान्य व्यवहार से बचाव का भी वर्णन करता है।
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.13. चिन्ता-विकृति (Anxiety Disorder) तथा मनोविकृति (Psychosis) के विभिन्न प्रकारों का अध्ययन किया जाता है—

(a) कार्यात्मक विकृति में
(b) संरचनात्मक विकृति में
(c) मनोदैहिक विकृति में
(d) मस्तिष्क विकृति में

उत्तर (a) कार्यात्मक विकृति में

प्र.14. मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) या मानसिक मन्दन (Mental Retardation) का सम्बन्ध किस विकृति से है?

(a) कार्यात्मक विकृति
(b) संरचनात्मक विकृति
(c) मनोदैहिक विकृति
(d) व्यक्तित्व विकृति

उत्तर (b) संरचनात्मक विकृति

प्र.15. निम्नलिखित में से किसका अध्ययन व्यक्तित्व विकृति के अन्तर्गत किया जाता है?

(a) मनोविकारी-विकृति (Psychophatic Disorder)
(b) यौन विकृति (Sex Disorder)
(c) मद्यपान (Alcoholism)
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.16. निम्नलिखित में से कौन-सा कारक मद्यव्यसनिता के लिए उत्तरदायी है?

(a) जैविक कारक
(b) मनोसामाजिक कारक
(c) सामाजिक-सांस्कृतिक कारक
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.17. मानसिक आघात और शारीरिक आघात के कारण उत्पन्न असामान्य विस्मृति है—

(a) अम्नीषिया (Amnesia)
(b) फ्यूग
(c) डेजा वू
(d) दमन

उत्तर (a) अम्नीषिया (Amnesia)

TOUCH 'n' PASS

प्र.18. अज्ञान स्थिति में प्रवेश करने से उत्पन्न भय को .... कहा जाता है।

(a) संत्रास विकार (b) बाध्यता विकार (c) विवृति दुर्भीत (d) रूपान्तरण विकार

उत्तर (c) विवृति दुर्भीत

प्र.19. नई समस्याओं को हल करने के लिए रचनात्मक रूप से पूर्व अनुभवों का उपयोग करने की क्षमता को .... के रूप में जाना जाता है।

(a) संगीतज्ञ बुद्धि (b) अन्तवैयक्तिक बुद्धि (c) अनुभवजन्य बुद्धि (d) संदर्भगत बुद्धि

उत्तर (c) अनुभवजन्य बुद्धि

प्र.20. निम्नलिखित व्यवहार किसके प्राथमिक लक्षण हैं—आवेग, कम ध्यान अवधि, घबराहट, लंबे समय तक बैठने में असमर्थता—

(a) स्वलीनता (b) प्रतिभाशाली (c) ध्यानाभाव सक्रियता (d) सृजनात्मकता

उत्तर (c) ध्यानाभाव सक्रियता

प्र.21. यदि किसी व्यक्ति को लगातार यह विश्वास होता है कि चिकित्सकीय आश्वासन के बावजूद उसे कोई गम्भीर बिमारी है, तो इस विकार को .... कहा जाता है।

(a) रूपान्तरण विकार (b) विघटनकारी विकार

(c) रोगभ्रम (d) उपरोक्त सभी

उत्तर (c) रोगभ्रम

प्र.22. परिचित वस्तुओं को पहचानने में असमर्थता के लिए सामान्य शब्द है—

(a) एम्नेसिया (b) एडिप्सिया

(c) एफेसिया (d) एग्नोसिया

उत्तर (d) एग्नोसिया

प्र.23. कोमर ने असामान्य व्यवहार को चार (D) के रूप में समझाया है उनके अनुसार इनमें से कौन-सा सही नहीं है?

(a) विचलन (Deviance) (b) तकलीफ (Distress)

(c) आपदा (Disaster) (d) खतरा (Danger)

उत्तर (c) आपदा (Disaster)

प्र.24. कायप्रारूप विकार के लक्षण हैं—

(a) सीने में दर्द (b) थकावट

(c) बीमार महसूस करना (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.25. निम्नलिखित में से कौन-सा विकल्प ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर की विशेषता नहीं है?

(a) दृष्टि और श्रवण में समस्या (b) सामाजिक सम्पर्क में समस्या

(c) शाब्दिक और अशाब्दिक संचार में समस्या (d) दोहराव वाला व्यवहार

उत्तर (a) दृष्टि और श्रवण में समस्या

❑

TOUCH 'n PASS

UNIT-II

चिन्ता विकृति
Anxiety Disorders

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मनोग्रस्ति को परिभाषित कीजिए।
Define Obsession.

उत्तर **फिशर** (Fisher) ने मनोग्रस्ति की परिभाषा देते हुए कहा है, "मनोग्रस्ति एक ऐसे विशिष्ट स्वरूप की मानसिक या आन्तरिक क्रिया है जिसे व्यक्ति अतार्किक समझता है, लेकिन उस पर उसका कुछ भी नियन्त्रण नहीं रहता है।"

प्र.2. बाध्यता को परिभाषित कीजिए।
Define Compulsion.

उत्तर **होम्स** (Holmes, 1998) के अनुसार, "बाध्यता का तात्पर्य एक अप्रतिरोध्य आवेग से है, जो बार-बार किसी ऐसे कार्य में लगाये रखता है, जो प्राय: कुअनुकूली होता है।"

प्र.3. मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के सिद्धान्त बताइए।
Explain theories of Obsessive-compulsive Disorder.

उत्तर मनोग्रस्ति बाध्यता विकृति के कारणों के सम्बन्ध में चार सिद्धान्तों का उल्लेख **होम्स** (Holmes, 1998) ने किया है, जिन्हें मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त (Psychoanalytic Theory), व्यवहारवादी सिद्धान्त (Behavioural Theory), संज्ञानात्मक सिद्धान्त (Cognitive Theory) तथा जैविक सिद्धान्त (Biological Theory) कहते हैं।

प्र.4. व्यवहारवादी सिद्धान्त के तीन मॉडल कौन-से हैं?
Which are the three models of the Behavioural Theory?

उत्तर इस सम्बन्ध में तीन प्रकार के व्यवहारवादी दृष्टिकोण (views) हैं—
1. प्रतिहार अनुकूलन मॉडल (Avoidance Conditioning Model)
2. प्रतिनिधिक अनुकूलन मॉडल (Vicarious Conditioning Model)
3. प्रवर्तन अनुकूलन मॉडल (Operant Conditioning Model)।

प्र.5. फोबिया के लिए मुख्य चिकित्सा उपागमों को लिखिए।
Write the main Therapeutic Approaches for Phobias.

उत्तर
1. मनोविश्लेषणात्मक उपागम (Psychoanalytic Approach)
2. व्यवहारवादी उपागम या चिकित्सा (Behavioural Approach or Therapy)
3. संज्ञानात्मक उपागम (Cognitive Approach) तथा
4. जैविक उपागम (Biological Approach)।

प्र.6. स्नायुविकृति को परिभाषित कीजिए।
Define Neurotic disorder.

उत्तर **डेविसन** एवं **नील** के अनुसार, "स्नायुविकृति का तात्पर्य अमनोविकृतियों के एक समूह से है जिनके लक्षण हैं अवास्तविक चिन्ता तथा विचार बाध्यताएँ अन्य सम्बद्ध समस्याएँ जैसे मनोभीतिक तथा व्यवहार बाध्यताएँ हैं।"

TOUCH 'n PASS

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. एगोराफोबिया के लक्षण बताइए।
State the symptoms of Agoraphobia.

उत्तर

एगोराफोबिया के लक्षण
(Symptoms of Agoraphobia)

एगोराफोबिया (Agoraphobia) के निम्नलिखित लक्षण हैं, जिनके आधार पर इसे फोबिया के अन्य प्रकारों से अलग किया जा सकता है—

1. एगोराफोबिया का एक मुख्य लक्षण खुले स्थान के प्रति भय है। रोगी खुले मैदान में होने पर भय का अनुभव करता है और अधिक गम्भीर अवस्था होने पर केवल खुले स्थान में होने की कल्पना से ही भयभीत हो जाता है।
2. एगोराफोबिया में सार्वजनिक स्थान से भी भय महसूस होता है। ऐसा इसलिए भी कि सार्वजनिक स्थान प्राय: खुले होते हैं। अन्य व्यक्तियों की उपस्थिति के बावजूद रोगी अपने आपको अकेला महसूस करता है।
3. रोगी में असुरक्षा भाव (Feeling of Insecurity) प्रधान होता है। यदि रोगी अपने घर पर भी खुली जगह में होता है तो वह अपने आपको असुरक्षित महसूस कर भयभीत रहता है।
4. एगोराफोबिया का एक लक्षण आतंक आक्रमण (Panic Attack) है, जो अधिक गम्भीर अवस्था में देखा जाता है। ऐसी स्थिति में डरावनी परिस्थितियों में रोगी को अपना बचाव करना कठिन हो जाता है। इसी आधार पर DSM-IV में एगोराफोबिया को आतंक विकृति का एक उप-प्रकार (sub-type) माना गया है।
5. एगोराफोबिया के रोगी में साधारण बाध्यता विकृति (Compulsive Disorder) देखी जाती है। जैसे—रात में बन्द कमरे की बार-बार जाँच करना, अपने हाथों को बार-बार धोना इत्यादि।
6. एगोराफोबिया के कुछ रोगियों में विषाद (Depression) के साधारण लक्षण देखे जाते हैं। रोगी भय तथा असुरक्षा के भावों के परिणामस्वरूप विषादी स्वरूप (Depressive Nature) का बन जाता है।
7. एगोराफोबिया से पीड़ित कुछ रोगियों में ऊँचे स्थानों (high places) तथा बन्द स्थानों (closed places) से भी भय महसूस होता है।

इस प्रकार स्पष्ट है कि एगोराफोबिया के रोगी में उपर्युक्त कई लक्षण पाये जाते हैं। **बर्ट** आदि (Burt et al; 1995) के अनुसार, फोबिया के लगभग 80% रोगी एगोराफोबिया के शिकार होते हैं। एक अध्ययन में 7% स्त्रियाँ तथा 3.5% पुरुष एगोराफोबिया से पीड़ित पाये गये (Kessker et al; 1994)। इससे पता चलता है कि यह रोग पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में अधिक पाया जाता है।

प्र.2. सामाजिक दुर्भीति के लक्षणों पर प्रकाश डालिए।
Throw light on the symptoms of Social Phobia.

उत्तर

सामाजिक दुर्भीति के लक्षण
(Symptoms of Social Phobia)

सामाजिक दुर्भीति के निम्नलिखित लक्षण दृष्टिगोचर होते हैं—

1. सामाजिक दुर्भीति का एक मुख्य लक्षण सामाजिक परिस्थिति या परिस्थितियों के प्रति भय है। इस आधार पर फोबिया का यह प्रकार अन्य प्रकारों से भिन्न है। रोगी का यह भय दृढ़ स्वरूप (persistent nature) का होता है।
2. सामाजिक फोबिया में चिन्ता तथा भय का आधार रोगी का विकृत चिन्तन है। उसे यह भय लगा रहता है कि उस परिस्थिति में उपस्थित लोग उसे लज्जित करेंगे तथा मजाक उड़ायेंगे। यह सोचकर वह चिन्तित रहता है।
3. इस दुर्भीति का एक लक्षण बचाव या परिहार (avoidance) है। वह सामाजिक परिस्थिति में अन्य लोगों से बचने का प्रयास करता है। कारण, उसे भय लगा रहता है कि लोग उसकी आलोचना करेंगे तथा अवांछित रूप में व्यवहार करने हेतु बाध्य करेंगे।
4. मनोविश्लेषणात्मक अर्थ में सामाजिक फोबिया को दुर्भीति-चरित्र (Phobic Character) कहा जाता है। कारण इस रोग से पीड़ित व्यक्ति दूसरे लोगों से बचने तथा सुरक्षित वातावरण तलाश करने का प्रयास करते रहते हैं।
5. यह रोग किशोरावस्था (adoless) में अधिक देखा जाता है। किशोर पुरुषों तथा किशोर स्त्रियों में इस रोग के विकसित होने की सम्भावना समान होती है।

TOUCH 'n PASS

6. **होम्स** (Holmes, 1998) तथा **रेबर** (Reber, 1995) के अनुसार, अन्य विकृतियों (disorders) के साथ सामाजिक फोबिया के होने की सम्भावना अधिक होती है। विशेष रूप से आतंक विकृति (Panic Disorder), बाध्यता विकृति (Compulsive Disorder) तथा सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (Generalized Anxiety Disorder) के साथ इसके घटित होने की सम्भावना अधिक होती है।

प्र.3. आतंक विकृति तथा सामान्यकृत चिन्ता में अन्तर लिखिए।
Write the difference between Panic Disorder and Generalized Anxiety.

उत्तर

आतंक विकृति तथा सामान्यकृत चिन्ता में अन्तर
(Difference between Panic Disorder and Generalized Anxiety)

आतंक विकृति अथवा आतंक आक्रमण वास्तव में चिन्ता विकृति के अन्य प्रकारों से भिन्न है। **एन्डरसन** आदि (Anderson et. al, 1984) से आतंक विकृति तथा सामान्यीकृत चिन्ता के बीच कई अन्तरों का संकेत मिलता है—

1. चिन्ता विकृति के इन दोनों प्रकारों के बीच एक समानता (similarity) यह है कि दोनों में शारीरिक लक्षण (physical symptoms) पाये जाते हैं। लेकिन उनके स्वरूप में अन्तर होता है। सामान्यीकृत चिन्ता के रोगी में शारीरिक लक्षण कम पाये जाते हैं जबकि आतंक विकृति के रोगी में ये लक्षण अधिक पाये जाते हैं।
2. सामान्यीकृत चिन्ता आतंक विकृति की तुलना में अधिक चिरकालिक (chronic) होती है और परिणाम (outcome) के अनुकूल (favourable) होने की सम्भावना अधिक रहती है।
3. जिस परिवार में सामान्यीकृत चिन्ता (generalized anxiety) का रोगी होता है, उस परिवार के सदस्यों में इस रोग के होने की सम्भावना बहुत कम होती है। इसके विपरीत आतंक विकृति से पीड़ित परिवार के सदस्यों में आतंक वृतान्त (Panic Episode) की सम्भावना बहुत अधिक होती है। अत: आतंक विकृति में वंशानुक्रम (heredity) का हाथ अपेक्षाकृत अधिक होता है।
4. सामान्यीकृत चिन्ता विकृति में चिन्ता का बिखराव (diffusion) देखा जाता है जबकि आतंक विकृति में चिन्ता की केन्द्रित तीव्रता (focused intensity) देखी जाती है।
5. जहाँ स्त्रियों में आतंक विकृति के विकसित होने की सम्भावना अधिक होती है, वहाँ पुरुषों में सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के विकसित होने की सम्भावना अधिक होती है।
6. विषाद (depression) का लक्षण इन दोनों विकृतियों में पाया जाता है, फिर भी आतंक विकृति में यह लक्षण असाधारण रूप से अधिक पाया जाता है।
7. आतंक विकृति के साथ-साथ सामान्यीकृत चिन्ता विकृति में भी शारीरिक लक्षण पाये जाते हैं। फिर भी आतंक विकृति में इन लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना बहुत अधिक रहती है।

प्र.4. आतंक विकृति तथा दुर्भीति विकृति के बीच अन्तर बताइए।
Explain the differences between Panic Disorder and Phobia Disorder.

उत्तर

आतंक विकृति तथा दुर्भीति विकृति के बीच अन्तर
(Differences between Panic Disorder and Phobia Disorder)

आतंक विकृति (Panic disorder) तथा दुर्भीति विकृति (Phobia Disorder) के बीच कुछ समानताएँ (similarities) दिखती हैं। जैसे—इन दोनों मानसिक विकृतियों में चिन्ता (anxiety) का लक्षण सामान्यत: देखा जाता है। इन दोनों विकृतियों के रोगी में भय (fear) का लक्षण देखा जाता है। तथा रोगी का समायोजन बिगड़ जाता है।

उपर्युक्त समानताओं के होते हुए भी आतंक विकृति तथा दुर्भीति विकृति में निम्नलिखित अन्तर हैं—

1. आतंक विकृति में लक्षणों का आवर्तक इंगित आक्रमण (Recurrent Cued Attack) के साथ-साथ आवर्त अइंगित आक्रमण (Recurrent Uncued Attack) भी होता है। इंगित आक्रमण का तात्पर्य उस आक्रमण से है, जिसका सम्बन्ध विशेष परिस्थिति या परिस्थितियों से होता है। जैसे—गाड़ी चालन (car driving) से उत्पन्न आक्रमण। अइंगित आक्रमण (uncued attack) का तात्पर्य उस आक्रमण से है, जो सुदम्य परिस्थितियों (Benign Situations) से सम्बद्ध होता है। जैसे—शिथिलता (relaxation) या निद्रा (sleep) की अवस्था में आतंक आक्रमण घटित होना। इन

TOUCH N PASS

दोनों तरह के आक्रमण आतंक विकृति में देखे जा सकते हैं। लेकिन फोबिया या दुर्भीति विकृति (phobia disorder) में केवल इंगित आक्रमण (cued attack) ही देखा जाता है। इस कसौटी (criterion) पर आतंक विकृति के रोगी को दुर्भीति विकृति के रोगी से बहुत आसानी से अलग किया जा सकता है।

2. आतंक विकृति की दर (rate) पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में अधिक पायी जाती है। अध्ययन के अनुसार यह विकृति स्त्रियों में 1% से अधिक पायी जाती है जबकि पुरुषों में लगभग 0.7% पायी जाती है (Myers, 1984)। लेकिन दुर्भीति विकृति (phobia disorder) स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में अधिक पायी जाती है।
3. आतंक विकृति का आरम्भ विशिष्ट रूप से प्रारम्भिक वयस्कावस्था (early adulthood) से होता है और इसका आक्रमण (onset) तनावपूर्ण जीवन-अनुभूतियों से सम्बद्ध होता है। लेकिन दुर्भीति के लिए कोई आयु-सीमा (age limit) निर्धारित नहीं है।
4. आतंक विकृति कभी तो दुर्भीति के साथ होती है और कभी इसके अभाव में भी। विशेष रूप से बाह्य दुर्भीति (Agoraphobia) के साथ आतंक विकृति घटित होती है। ऐसी स्थिति में रोगी खतरनाक या संकटपूर्ण परिस्थितियों से बचने का प्रयास करता है और उसका यह बचाव या परिहार (avoidance) व्यापक (widespread) बन जाता है। इसे बाह्य दुर्भीति सहित-आतंक (Panic with Agoraphobia) कहा जाता है। इसके विपरीत बाह्य दुर्भीति के अतिरिक्त अन्य दुर्भीति विकृतियों में आतंक विकृति शामिल नहीं पायी जाती है।
5. आतंक आक्रमण (panic attack) आकस्मिक (sudden) होता है, प्रत्याशित (expected) अथवा क्रमिक (gradual) नहीं। दूसरी ओर दुर्भीति विकृति (phobia disorder) क्रमिक होती है (Sarason and Sarason, 1998)।

प्र.5. आतंक विकृति का उपचार या चिकित्सा की व्याख्या कीजिए।
Discuss the treatment or therapy of Panic Disorders.

उत्तर

आतंक विकृति का उपचार या चिकित्सा
(Treatment or Therapy of Panic Disorders)

आतंक विकृति के रोगी के उपचार अथवा चिकित्सा के लिए सामान्यत: निम्नलिखित चिकित्सा प्रविधियों (therapeutic techniques) का उपयोग किया जाता है—

1. औषध चिकित्सा (Drug Therapy)

आतंक विकृति के उपचार के लिए औषध चिकित्सा का उपयोग किया जा सकता है। इस चिकित्सा-प्रविधि में रोगी को विषाद-विरोधी औषध (anti-depressant drugs) दिये जाते हैं। ऐसे औषधों में अल्पराजालम (Alprazalam) के उपयोग से रोगी को अधिक लाभ होता है (Ballenger et al; 1988)।

2. विश्राम चिकित्सा (Relaxation Therapy)

इस चिकित्सा प्रविधि में रोगी को अपनी माँसपेशियों (muscles) को विश्राम देने के तरीके बतलाये जाते हैं। उन्हें बतलाया जाता है कि वे अपनी माँसपेशियाँ कैसे शिथिल बना सकते हैं। जैसे-जैसे पेशियाँ शिथिल बनती जाती हैं, रोगी में संवेगात्मक शिथिलता विकसित होती जाती है अर्थात् रोगी के भय, असुरक्षा के भाव तथा चिन्ता में कमी होती जाती है। कई सत्रों (sessions) के बाद वह रोगमुक्त हो जाता है। यह चिकित्सा प्रविधि जैकब्सन (Jacobson, E) की प्रगामी विश्राम प्रविधियों (Progressive Relaxation Techniques) पर आधारित है (Reber & Reber, 2001)।

3. संज्ञानात्मक-व्यवहार हस्तक्षेप (Cognitive Behavioural Interventions)

आतंक विकृति के उपचार में संज्ञानात्मक व्यवहार हस्तक्षेप भी काफी प्रभावी प्रविधि (effective technique) प्रमाणित हुई है (Davison and Neale, 1996)।

4. अनावरण चिकित्सा (Exposure Therapy)

इस चिकित्सा प्रविधि में आतंक विकृति के रोगी को उन आन्तरिक मनोभावों (internal cues) जो आतंक को उत्पन्न करते हैं, उन्हें रोगी को स्पष्ट रूप से बतला दिया है। जब रोगी को इस बात की समझदारी हो जाती है कि जिन शारीरिक लक्षणों को वे हृदय आघात का लक्षण समझ रहे हैं वे वस्तुत: सामान्य शारीरिक लक्षण हैं। इस समझदारी से रोगी के तनाव एवं चिन्ता में कमी होती है।

प्र.6. मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति का मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त क्या है?
What is psychoanalytic theory of Obsessive-compulsive Disorder?

उत्तर

मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त
(Psychoanalytic Theory)

इस सिद्धान्त के अनुसार मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के विकास में अचेतन इच्छाओं का हाथ होता है। अचेतन इच्छा के अनैतिक या कामुक (sexual) होने के कारण उससे उत्पन्न द्वन्द्व एवं चिन्ता के समाधान हेतु व्यक्ति अचेतन रूप से कुछ निश्चित प्रतिरक्षा क्रिया तन्त्र (defense mechanism) का उपयोग करता है और वह बाध्यता के रोग से पीड़ित हो जाता है। जैसे एक महिला के दो पुत्र थे। दोनों को वह बहुत स्नेह तथा प्यार से पालन-पोषण करती थी। अचानक उसके एक पुत्र की मृत्यु हो गयी। उस बालक के कफन-दफन के समय उस महिला को बहुत आश्चर्य हुआ जब उसने बहुत दिनों से बिछुड़े अपने प्रेमी को देखा। उसकी खुशी का ठिकाना नहीं रहा जब उसने उसके समीप जाकर सम्पर्क स्थापित किया। फिर दोनों बिछुड़ गये। अब उस महिला के मन में बार-बार यह विचार उठता था कि उसका नौकर मर जाएगा। जिसे वह बहुत प्यार करती थी। लाख कोशिश करने पर भी उसका यह विचार समाप्त नहीं हुआ। मनोविश्लेषण से पता चला कि वास्तव में अपने दूसरे बेटे की मृत्यु चाहती थी ताकि उसके अचेतन मन में दमित प्रेमी से मिलने की इच्छा पूरी हो सके। इसी इच्छा की सन्तुष्टि विस्थापन मनोरचना (Mechanism of Displacement) के माध्यम से हुई और वह बाध्यता से पीड़ित हो गयी। इसी प्रकार प्रतिस्थापन (Substitution), प्रतिक्रिया निर्माण (Reaction Formation) आदि मनोरचनाओं के माध्यम से अचेतन इच्छाओं की सन्तुष्टि के कारण मनोग्रस्ति अथवा मनोग्रस्ति बाध्यता विकृति विकसित होती है। लेकिन यह सिद्धान्त इस मानसिक रोग के कारणों की व्याख्या करने में केवल आंशिक रूप से ही सफल है।

प्र.7. अनावश्यक विचारों की पुनरावृत्ति पर संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।
Write a short note on Repetition of Unnecessary Ideas.

उत्तर

अनावश्यक विचारों की पुनरावृत्ति
(Repetition of Unnecessary Ideas)

इस रोग का मुख्य लक्षण पुनरावृत्तिक विचारों (repetitive ideas) का शिकार होना है। वे विचार व्यक्ति को निकम्मा बना देते हैं। इसका रोगी अत्यधिक विचारशील तथा बौद्धिक (intellectual) होता है। उसे यह पता रहता है कि उसका विचार अर्थहीन है तथा उसका कोई महत्त्व नहीं है; किन्तु फिर भी वह उसका गुलाम बना रहता है। जब कभी वह इस मनोग्रस्ति विचार से छुटकारा पाने का प्रयास करता है, इसी प्रकार के दूसरे विचार आ जाते हैं और इसी तरह उसके मान पर उसका ताँता लगा रहता है। विचारों की एक लड़ी-सी लग जाती है। इस प्रकार के लक्षण को स्पष्ट करने के लिए अर्नेस्ट जोन्स (Ernest Jones) द्वारा किया गया निम्नलिखित एक उदाहरण दिया जाता है—

"इस मानसिक रोग का एक रोगी था, जिसकी उम्र 46 साल थी। उस पर विचार-बाध्यता के रोग (obsession) का आक्रमण कई बार हुआ। इस रोग के प्रथम आक्रमण के समय वह 28 साल का था। उस समय उसके मन में यह विचार आया कि उसकी माँ ने किसी व्यक्ति की हत्या कर डाली है। यह विचार उसके मन में करीब एक महीने तक बना रहा। वह अपनी माँ के कमरे तथा वस्तुओं का छान-बीन करता रहता था कि कहीं खून के चिह्न तो नहीं हैं। इस विचित्र विचार से वह बहुत परेशान था और उसके चंगुल से छुटकारा पाने की उसने काफी कोशिश की परन्तु इसमें वह असफल रहा। इस विचार के आक्रमण के चार साल बाद उसके मन में यह विचार घर कर गया कि उसे मधुमेह (diabetes) की बीमारी हो गयी है। इस विचार से भी वह बहुत दिनों तक परेशान रहा। तीसरे आक्रमण में उसके मन में यह विचार घर कर गया कि उसकी लड़की का शव (dead body) को किसी ने कब्र से निकाल लिया है। इस विचार से वह इतना परेशान रहने लगा कि उसका खाना-पीना, सोना-जागना, घूमना-फिरना सब दुर्लभ हो गया। यह विचार उसके मन में उस समय आया जबकि एक दिन सड़क पार करते समय उसे यह भ्रम हुआ कि वास्तव में उसने अपनी लड़की के शव को एक गाड़ी में जाते देखा है। बहुत लोगों ने उसे समझाया, पर उस पर उसका कोई असर नहीं पड़ा। वह अपने कमरे की खिड़की पर बराबर इसी आशा में बैठा रहता कि उसकी लड़की का शव दिखलायी पड़ जाए। घरवाले ने उससे परेशान होकर कमरे की खिड़की बन्द कर दी, परन्तु वह इस मनोग्रस्ति विचार के चंगुल में फँसा रहा।"

उपर्युक्त उदाहरण से स्पष्ट है कि किस प्रकार मनोग्रस्ति विचार से पीड़ित व्यक्ति (obsessed person) एक विचार से छुटकारा पाने पर दूसरे विचार का शिकार हो जाता है। इसका फल यह होता है कि वह प्रत्येक बात तथा प्रत्येक व्यक्ति पर अत्यधिक सन्देह करने लगता है। इस मनोग्रस्ति विचार के कारण व्यक्ति कभी-कभी अपनी शक्ति के बाहर काम करने लगता है। कुछ मनोवैज्ञानिकों का कहना है कि इसी मनोग्रस्ति विचार के चलते हिटलर ने संसार पर विजय प्राप्त करना चाहा था।

TOUCH N PASS

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति से क्या आशय है? स्नायुविकृति के सामान्य लक्षण का वर्णन कीजिए।
What is meant by Neurotic Disorder or Anxiety Disorder? Describe the general symptoms of Neurosis Disorder.

उत्तर

स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति के अर्थ
(Meaning of Neurotic Disorder or Anxiety Disorder)

स्नायु विकृति तथा चिन्ता विकृति दोनों समानअर्थी शब्द या पद (terms) हैं। जिन मानसिक विकृतियों को इंगित करने के लिए पहले स्नायुविकृति शब्द का व्यवहार किया जाता था, उन्हीं मानसिक विकृतियों को इंगित करने के लिए आज चिन्ता विकृति शब्द का व्यवहार किया जाता है।

भिन्न-भिन्न मनोवैज्ञानिकों ने स्नायुविकृति अथवा चिन्ता विकृति को परिभाषित करने का प्रयास किया है। **ब्राउन** (Brown, 1960) के अनुसार, "मन:स्नायुविकृति का अर्थ बोधात्मक, संवेगात्मक तथा क्रियात्मक प्रक्रियाओं की साधारण असामान्यताएँ हैं, जो व्यक्ति को प्राय: केवल आंशिक रूप में अक्षम बना देती हैं और जिनके मौलिक लक्षणों का सम्बन्ध चिन्ता से होता है।"

डेविसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) के अनुसार, "स्नायुविकृति का तात्पर्य अमनोविकृतियों के एक समूह से है जिनके लक्षण हैं अवास्तविक चिन्ता तथा विचार बाध्यताएँ अन्य सम्बद्ध समस्याएँ जैसे मनोभीतिक तथा व्यवहार बाध्यताएँ हैं।"

इसी तरह **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 1998, 2002, 2007) के अनुसार, "चिन्ता विकृति एक मानसिक विकृति है, जिसे पहले स्नायुविकृति कहा जाता था, जिसका मुख्य लक्षण चिन्ता है। इसके अन्तर्गत आतंक विकृति, मनोभीतिक विकृति, बाध्यता, सामान्यीकृत चिन्ता तथा प्रतिबलक के प्रति प्रतिक्रिया की गणना की जाती है।"

प्रस्तुत परिभाषाओं के विश्लेषण से स्नायुविकृति (neurosis) या चिन्ता विकृति के सम्बन्ध में निम्नलिखित बातें स्पष्ट होती हैं—

(i) स्नायुविकृति (चिन्ताविकृति) एक साधारण मानसिक विकृति है। इसमें व्यक्ति की ज्ञानात्मक, संवेगात्मक तथा क्रियात्मक प्रक्रियाओं में साधारण असामान्यता विकसित हो जाती है।

(ii) स्नायुविकृति से पीड़ित व्यक्ति का मुख्य लक्षण चिन्ता है। रोगी किसी-न-किसी तरह की चिन्ता से पीड़ित होता है, किन्तु चिन्ता का कारण ज्ञात नहीं रहता है।

(iii) स्नायुविकृति के रोगी के दैनिक जीवन के कार्य कुछ हद तक बाधित हो जाते हैं।

(iv) स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति के अन्तर्गत कई मानसिक विकृतियों की गणना की जाती है, जिनमें मनोभीति, बाध्यता आदि मुख्य हैं।

स्नायुविकृति (चिन्ता विकृति) के सामान्य लक्षण
(General Symptoms of Neurosis or Anxiety Disorder)

स्नायुविकृति (चिन्ता विकृति) की परिभाषाओं से इस मानसिक रोग के कुछ लक्षण स्पष्ट हो गये हैं। फिर भी हम इन सामान्य लक्षणों का उल्लेख यहाँ करना चाहेंगे ताकि इनके आलोक में इस मानसिक रोग के निरूपण (diagnosis) तथा पहचान (identification) में सुविधा हो। इस मानसिक विकृति के सामान्य लक्षणों को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया जा सकता है—

1. **चिन्ता** (Anxiety)—स्नायुविकृति (Neurotic Disorder) अथवा चिन्ता विकृति (Anxiety Disorder) का एक मुख्य लक्षण चिन्ता (anxiety) है। इस रोग से पीड़ित व्यक्ति में किसी-न-किसी तरह की चिन्ता का लक्षण प्रधान होता है। रोगी में किसी दुर्घटना के शिकार हो जाने, किसी खतरनाक रोग का शिकार हो जाने, पानी में डूब जाने, किसी की हत्या कर देने अथवा किसी के द्वारा हत्या कर दिये जाने से सम्बन्धित चिन्ता देखी जा सकती है। स्नायुविकृत चिन्ता (neurotic anxiety) सामान्य चिन्ता (normal anxiety) से इस अर्थ में भिन्न है कि स्नायुविकृत रोगी अपनी चिन्ता के कारण को नहीं जानता है और चिन्ता की मात्रा इतनी अधिक होती है कि इसके कारण रोगी के दिन-प्रतिदिन के कार्य बाधित हो जाते हैं। दूसरी ओर सामान्य व्यक्ति अपनी चिन्ता के कारण को जानता है और इससे उसके दैनिक जीवन के कार्य बाधित नहीं होते हैं। सच तो यह है कि सामान्य चिन्ता प्राय: व्यक्ति के निष्पादन को उन्नत बना देती है। स्नायुविकृत चिन्ता से ग्रसित व्यक्ति के मुख्य लक्षण हैं। अनिश्चितता का भाव (feelings of uncertainty), निस्सहाय (helplessness), घबड़ाहट, पेट दर्द, सिर दर्द, पेशीय तनाव, शारीरिक उत्तेजना आदि (Sarason and Sarason, 1998)। स्मरण रखना चाहिए कि चिन्ता का लक्षण किसी-न-किसी रूप में सभी स्नायुविकृतियों में पाया जाता है।

TOUCH MY PASS

2. **संवेगात्मक तनाव** (Emotional Tension)—स्नायुविकृति (चिन्ता विकृति) का एक सामान्य लक्षण संवेगात्मक तनाव है। रोगी सदा किसी-न-किसी संवेगात्मक तनाव से पीड़ित रहता है। वह संवेगात्मक रूप से अत्यधिक क्रियाशील तथा पीड़ा एवं प्रतिबल (stress) के प्रति अति प्रतिक्रियात्मक (hyperreactive) बन जाता है। ऐसे रोगी में तनाव सिरदर्द (tension headache) का लक्षण भी पाया जाता है (Lehorer and Murphy, 1991)। रोगी में चिड़चिड़ापन (irritibility), प्रतिहार (withdrawal) आदि लक्षण भी देखे जा सकते हैं।
3. **दोष एवं निराशा का भाव** (Feeling of Guilt and Frustration)—चिन्ता विकृति अथवा स्नायुविकृति आत्मदोष तथा निराशा के भाव से पीड़ित होता है। रोगी को ऐसा महसूस होता है कि उसने अपने विगत जीवन में कुछ पाप किये हैं, जिनके कारण उसका वर्तमान जीवन दुखद है अथवा भविष्य में दुखद घटनाओं के घटने की पूरी सम्भावना है। जैसे—रोगी महसूस कर सकता है कि प्राकृतिक प्रकोपों के मुख्य कारण उसके अतीत में किये गये अनैतिक कार्य हैं। रोगी निराशावादी (pessimist) बन जाता है तथा उदासीन जीवन (indifferent life) बिताने लगता है।
4. **अयोग्यता तथा असुरक्षा का भाव** (Feeling of Inadequacy and Insecurity)—स्नायुविकृति के रोगी में अयोग्यता तथा असुरक्षा का लक्षण पाया जाता है। रोगी साधारण काम के लिए भी अपने आपको अयोग्य समझने लगता है। इसलिए वह साधारण परिस्थिति को भी जटिल तथा कठिन समझने लगता है। फलत: वह किसी कार्य या परिस्थिति का मूल्यांकन तटस्थ रूप से नहीं कर पाता है और भय, चिन्ता तथा असुरक्षा के भाव से पीड़ित रहा करता है। **ब्रैनर** (Brenner, 1985) के अध्ययन से इन बातों की पुष्टि होती है।
5. **स्वार्थवाद तथा विच्छिन्न पारस्परिक सम्बन्ध** (Egocentricity and Disturbed Interpersonal Relationships)—स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति के रोगी में आत्मकेन्द्रिता का लक्षण पाया जाता है। वह परिवार तथा समाज के लोगों से अलग-थलग रहने का प्रयास करता है और केवल व्यक्तिगत आवश्यकताओं में रुचि लेता है, वे दूसरे लोगों की समस्याओं में रुचि लेते हैं, लेकिन दूसरे लोगों से अपनी समस्याओं के समाधान में अपेक्षा रखते हैं। लेकिन उनकी अपेक्षाएँ इतनी अयथार्थ (unrealistic) होती हैं कि उनकी पूर्ति करना सम्भव नहीं होता है। फलत: दूसरे लोगों के साथ रोगी का पारस्परिक सम्बन्ध बिगड़ जाता है। **रॉबिन्स एवं रेगियर** (Robins and Regier, 1991) के अनुसार, पारस्परिक सम्बन्धों के विच्छिन्न हो जाने का कारण यह है कि रोगी विभिन्न प्रकार के अतार्किक भय, चिन्ता एवं असुरक्षा से पीड़ित होता है, जिससे उसके प्रत्यक्षीकरण के ढंग (modes of perceiving) अयथार्थ बन जाते हैं।
6. **अनम्यता तथा सूझ की कमी** (Rigidity and Lack of Insight)—स्नायुविकृति (चिन्ता विकृति) के रोगियों में अनम्यता का लक्षण पाया जाता है। वे अपने विचार एवं व्यवहार में दृढ़ होते हैं, उनके स्वभाव में हठ्डीपन पाया जाता है। बाह्य परिस्थितियों के परिवर्तन के अनुकूल वे अपने दृष्टिकोण, कार्यप्रणाली तथा प्रतिक्रिया में परिवर्तन नहीं लाते हैं। इस प्रकार वे बाह्य परिस्थितियों के साथ समायोजन (adjustment) स्थापित नहीं कर पाते हैं। सूझ की मात्रा कम होने के कारण वे नहीं समझ पाते हैं कि उन्हें अपने दृष्टिकोण तथा कार्यप्रणाली में किस तरह से लचीलापन (flexibility) लाना चाहिए। **रीच** (Reich, 1933, 1949) के अनुसार, सूझ की कमी के कारण बाध्यता का रोगी अपने विचार एवं व्यवहार में आवृत्तिक (repetitive) तथा दृढ़ (rigid) बना रहता है।
7. **मनोवैज्ञानिक एवं शारीरिक लक्षणों की अभिव्यक्ति** (Expression of Psychological and Physical Symptoms)—मन:स्नायुविकृति, स्नायुविकृति अथवा चिन्ता विकृति के रोगियों में मनोवैज्ञानिक तथा शारीरिक दोनों तरह के लक्षण पाये जाते हैं। मनोवैज्ञानिक लक्षणों में चिन्ता, भय, विचार बाध्यता, कार्य बाध्यता (compulsions), संदेह, आदि लक्षण मुख्य हैं। शारीरिक लक्षणों में लकवा (paralysis), थकान (fatigue), सिर दर्द (headache), आदि मुख्य हैं। उल्लेखनीय है कि इन शारीरिक लक्षणों का कारण या आधार भी मनोवैज्ञानिक ही होता है।
8. **दोषपूर्ण समायोजन** (Faulty Adjustment)—स्नायुविकृति अथवा चिन्ता विकृति के रोगी का समायोजन दोषपूर्ण होता है। चिन्ता, असुरक्षा का भाव, अयोग्यता का भाव, स्वार्थवाद (egocentricity), संदेह, अनम्यता (rigidity) आदि के कारण रोगी के पारिवारिक, सामाजिक, संवेगात्मक, व्यवसायिक तथा वैवाहिक समायोजन बिगड़ जाते हैं। फिर भी रोगी का सम्बन्ध वास्तविक जगत से कायम रहता है।

इस प्रकार स्पष्ट हुआ कि स्नायुविकृति (Neurotic Disorder), जिसे वर्तमान समय में चिन्ता विकृति (Anxiety Disorder) कहा जाता है, उसके उपर्युक्त अनेक लक्षण हैं। इन लक्षणों के बावजूद रोगी का अहम् (ego) इतना सबल अवश्य

TOUCH N PASS

होता है कि वह इद (id) तथा सुपर इगो (super ego) के विरोधी माँगों (antagonistic demands) के बीच समायोजन करने में बहुत हद तक सफल होता है। इसीलिए अनेक लक्षणों के होते हुए भी रोगी अपनी जीविका चलाने में सामान्यत: सफल होता है। यह भी उल्लेखनीय है कि इस मानसिक रोगी के एक-दो लक्षण प्रत्येक सामान्य व्यक्ति में देखे जा सकते हैं। इसीलिए, कहा जाता है कि प्रत्येक सामान्य व्यक्ति कुछ हद तक स्नायुविकृत है।

प्र.2. स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति के सामान्य कारणों का उल्लेख कीजिए।
Mention the general causes of Neurotic Disorder or Anxiety Disorder.

उत्तर

स्नायुविकृति या चिन्ता विकृति के सामान्य कारण
(General Causes of Neurotic Disorder of Anxiety Disorder)

स्नायुविकृति को वर्तमान समय (DSM-IV, 1994) में चिन्ता विकृति की संज्ञा दी गयी है। इस सन्दर्भ में किये गये अध्ययनों के आलोक में इस मानसिक रोग के जिन कारणों या कारकों का पता चल पाया है, उन्हें निम्नलिखित तीन वर्गों में विभाजित किया जा सकता है—

(i) जैविक कारक (Biological Factors), (ii) मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological Factors) तथा
(iii) सामाजिक सांस्कृतिक कारक (Socio-cultural Factors)।

इनमें से प्रत्येक कारक की व्याख्या विस्तार से नीचे की जा रही है।

1. **जैविक कारक** (Biological Factors)—जैविक कारक का तात्पर्य जननिक कारक (genetic factors), शरीर गठनात्मक कारक (constitutional factors), हारमॉन उपद्रव (harmonal disturbance) आदि से है। सर्वप्रथम **फ्रायड** (Freud) ने वंश परम्परा को स्नायुविकृति के पूर्ववृत्तिक कारण (predisposing cause) के रूप में माना। उन्होंने कहा कि जिन लोगों के परिवार में स्नायुविकृत रोगियों का इतिहास पहले से होता है, उन लोगों में इस रोग के विकसित होने की सम्भावना अधिक होती है। **शेपौक** (Schepauk, 1974) के द्वारा जुड़वाँ बच्चों पर किये गये अध्ययनों से ज्ञात होता है कि वंश परम्परा या जननिक कारक के कारण इस रोग के होने की सम्भावना 40% से 60% तक रहती है। **यंग** आदि (Young et al; 1971) के अनुसार जननिक कारक का प्रभाव सभी स्नायुविकृत व्यवहारों पर सामान्य रूप से नहीं पड़ता है, बल्कि कुछ विशेष प्रकार की स्नायुविकृतियों के विकास पर अधिक पड़ता है। इसके साथ-साथ शारीरिक गठन तथा अन्त:स्रावी तन्त्र (endocrine system) में उपद्रव (disturbance) हो जाने के कारण भी स्नायुविकृति का रोग विकसित हो सकता है। **किस्कर** (Kisker, 1985) के अनुसार, जब व्यक्ति के स्नायुमण्डल (nervous system) तथा अन्त:स्रावी तन्त्र में वंशागत प्रतिरोध (inhereted resistance) कमजोर हो जाता है तो प्रतिबल (stress) के प्रति संवेदनशीलता (senstivity) बढ़ती है और चिन्ता (anxiety) के प्रति सहनशीलता (tolerance) घट जाती है। परिणामत: व्यक्ति स्नायुविकृति का शिकार बन जाता है।

(ii) **मनोवैज्ञानिक कारक** (Psychological Factors)—अध्ययनों से पता चलता है कि स्नायु विकृति अथवा चिन्ता विकृति की उत्पत्ति में मनोवैज्ञानिक कारकों का हाथ अधिक होता है। **फ्रायड** (Freud) के अनुसार, स्नायुंविकृति की उत्पत्ति मूलत: दमित कामुक एवं आक्रामक आवेगों (sexual and aggressive impulses) के कारण होती है। इन आवेगों को चेतन स्तर पर आ जाने की स्थिति में व्यक्ति असहनीय चिन्ता का शिकार हो जा सकता है। इसलिए, इन आवेगों को दमन (repression), प्रतीकीकरण (symbolism), स्वरकल्पना (fantasy) आदि प्रतिरक्षा-मनोरचनाओं (defence mechanisms) के सहारे अचेतन स्तर पर ही रोक रखा जाता है। लेकिन इन प्रतिरक्षा-मनोरचनाओं के अपर्याप्त (inadequate) हो जाने की स्थिति में व्यक्ति स्नायुविकृति चिन्ता (neurotic anxiety) तथा चिन्ता-विकृति के लक्षणों से पीड़ित हो जाता है।

कामुक तथा आक्रामक इच्छाओं (sexual and aggressive urges) की उत्पत्ति में दोषपूर्ण पैतृक मनोवृत्ति (faulty parental attitude), दोषपूर्ण पैतृक पालन-पोषण (faulty parental style) दोषपूर्ण अनुशासन (faulty discipline), आदि का हाथ होता है। अनेक अध्ययनों से इन बातों की पुष्टि होती है।

(iii) **सामाजिक सांस्कृतिक कारक** (Socio-cultural Factors)—चिन्ता स्नायुविकृति या चिन्ता-विकृति (Anxiety Disorder) के विकास में जैविक कारकों तथा मनोवैज्ञानिक कारकों के साथ-साथ कई सामाजिक एवं सांस्कृतिक कारकों का हाथ होता है। अध्ययनों तथा दैनिक जीवन के अनुभवों से पता चलता है कि चिन्ता स्नायुविकृति का एक

कारण सामाजिक एवं सांस्कृतिक जटिलता है। जिस समाज या संस्कृति में आर्थिक, शैक्षिक आदि जटिलताएँ अधिक होती हैं, वहाँ के लोगों में इस मानसिक रोग के लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना अधिक होती है। इसी प्रकार देहाती लोगों की अपेक्षा शहरी लोगों में इस रोग के लक्षण अधिक पाये जाते हैं (Mangal, 1993)। अधिक उन्नत, शिक्षित एवं सभ्य समाज या संस्कृति में इस मानसिक रोग के विकसित होने की सम्भावना अपेक्षाकृत अधिक रहती है (Wolin, 1980)। इस प्रकार स्पष्ट हुआ कि चिन्ता-विकृति के उपर्युक्त कई कारण हैं।

प्र.3. दुर्भीति से आप क्या समझते हैं? दुर्भीति के प्रकारों का वर्णन कीजिए।
What do you understand by Phobia? Describe the types of Phobia.

उत्तर

दुर्भीति का अर्थ
(Meaning of Phobia)

दुर्भीति या दुर्भीति-प्रतिक्रिया वास्तव में एक मानसिक रोग है, जिसकी गणना स्नायु विकृति (neurotic disorder) अर्थात् चिन्ता विकृति (anxiety disorder) के अन्तर्गत की जाती है। फोबिया (Phobia) शब्द की उत्पत्ति ग्रीक शब्द फोबोस (phobos) से हुई है, जिसका अर्थ है भय (fear), आतंक (panic) या पलायन (flight)। यह भय अतार्किक (illogical) तथा अविवेकी (irrational) होता है।

भिन्न-भिन्न मनोवैज्ञानिकों ने दुर्भीति को परिभाषित करने का प्रयास किया है—

डेवीसन तथा **निल** (Davison and Neale, 1996) के अनुसार, "दुर्भीति विकृति एक चिन्ता विकृति है, जिसमें तीव्र भय तथा उन विशिष्ट वस्तुओं एवं परिस्थितियों से बचने के लक्षण पाये जाते हैं, जिन्हें व्यक्ति अविवेकी समझता है।"

मंगल (Mangal, 1993) के द्वारा दी गयी दुर्भीति की परिभाषा अधिक स्पष्ट, समग्र तथा सन्तोषप्रद है। उनके अनुसार, "दुर्भीति वह व्यवहार विकृति है, जिसमें व्यक्ति किसी विशिष्ट परिस्थिति या वस्तु के प्रति दृढ़ तीव्र एवं अविवेकी भय का अनुभव करता है।"

सरासन एवं सरासन (Sarason and Sarason, 2007) ने इस परिभाषा का समर्थन करते हुए कहा है कि, "दुर्भीति का तात्पर्य कुछ ऐसी वस्तु या परिस्थिति के प्रति अत्यधिक या अनुपयुक्त भय से है, जो वास्तव में खतरनाक नहीं होती है।"

स्पष्ट है कि दुर्भीति का अर्थ ऐसा भय है जो दृढ़ एवं अविवेकी होता है और उसका सम्बन्ध ऐसी वस्तु या परिस्थिति से होता है जो वस्तुत: हानिप्रद या खतरनाक नहीं होती है। इसीलिए दुर्भीति को असामान्य भय कहते हैं।

दुर्भीति के प्रकार
(Types of Phobia)

फोबिया (Phobia) या दुर्भीति को मुख्य रूप से निम्नलिखित तीन प्रकारों में विभाजित किया गया है—

I. विशिष्ट दुर्भीति (Specific Phobia)
II. एगोराफोबिया (Agoraphobia)
III. सामाजिक दुर्भीति (Social Phobia)

I. विशिष्ट दुर्भीति (Specific Phobia)

विशिष्ट दुर्भीति का अर्थ वह फोबिया है जिसमें भय या चिन्ता का सम्बन्ध किसी वस्तु जैसे—जानवर, बीमारी, आग आदि से होता है। इसके निम्नलिखित प्रकार हैं—

1. ऊँची जगह का भय (Acrophobia),
2. बन्द या तंग जगह का भय (Claustrophobia),
3. भीड़ का भय (Ochlophobia),
4. पशुओं का भय (Zoophobia),
5. खून का भय (Hematophobia),
6. जहर दिये जाने का भय (Toxophobia),
7. रोग का भय (Pathophobia),
8. अन्धकार का भय (Nyctophobia),
9. छूत का भय (Mysophobia),
10. आग का भय (Pyrophobia),
11. अकेलेपन का भय (Monophobia)

यहाँ हम उपर्युक्त फोबिया के विभिन्न प्रकारों में से कुछ खास मुख्य प्रकारों का वर्णन करेंगे—

1. **ऊँची जगह का भय** (Acrophobia)—इस प्रकार के भय से ग्रस्त रोगी ऊँची जगह जैसे छत, पहाड़ आदि पर जाने से डरता है। यहाँ तक कि वह ऊँचे स्थान के बारे में सोचने से भी भयभीत हो जाता है। वास्तव में, जन्म से उसमें इस प्रकार का भय नहीं रहता है। वह धीरे-धीरे यह जानने लगता है कि ऊँचे स्थानों पर जाने से खतरा है। दूसरे शब्दों में कहा जा

सकता है कि इस प्रकार के भय को व्यक्ति प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से सीखता है। लेकिन असामान्य भय में इस प्रकार की बात नहीं होती। रोगी को पता नहीं चलता कि वह ऊँचे स्थान से क्यों डरता है।

2. **तंग स्थान का भय** (Claustrophobia)—इस प्रकार के भय से ग्रस्त रोगी जब कभी भी अपने को बन्द या तंग स्थान में पाता है या इस सम्बन्ध में सोचता भी है तो उसे असंगत या असामान्य चिन्ता का अनुभव होने लगता है। उसमें तनाव की स्थिति हो जाती है तथा उसकी श्वास-गति तथा हृदय गति में वृद्धि हो जाती है। जब वह इस तरह के तंग स्थान से दूर रहने लगता है तो वह आराम का अनुभव करता है।
3. **भीड़ का भय** (Ochlophobia)—इस प्रकार के भय से ग्रस्त रोगी किसी भी भीड़ को देखकर डर जाता है तथा वह भीड़ वाले स्थान पर जाने से कतराता है। यहाँ तक कि वह भीड़ की कल्पना या चिन्तन मात्र से अत्यधिक चिन्तित हो जाता है। वह जानता है कि भीड़ को देखकर डरने की कोई बात नहीं है, फिर भी वह डरता है। सही कारणों का पता चलने पर रोगी चंगा हो जाता है।
4. **पशुओं का भय** (Zoophobia)—इस प्रकार का रोगी किसी खास पशु या अन्य सभी पशुओं से डरता है। पशुओं के पास जाने की बात तो अलग है, वह पशुओं को देखकर ही चिन्तित हो जाता है।

इस प्रकार, फोबिया के कुछ प्रमुख विशिष्ट प्रकारों का वर्णन हमने ऊपर किया और यह पाया कि असामान्य भय का कोई खास कारण होता है, पर रोगी को उसका ज्ञान नहीं रहता है। यदि रोगी को उसका ज्ञान करा दिया जाता है तो वह रोग मुक्त हो जाता है। हम यहाँ फोबिया अर्थात् दुर्भीति के दो मुख्य प्रकारों पर विशेष रूप से प्रकाश डालेंगे जो निम्नलिखित हैं—

II. एगोराफोबिया (Agoraphobia)

सामान्यत: एगोराफोबिया का तात्पर्य खुले स्थान के भय से है। लेकिन इस सरल परिभाषा से इस फोबिक विकृति का जटिल स्वरूप स्पष्ट नहीं हो पाता है। इसमें रोगी कई तरह के भय से पीड़ित होता है, हालाँकि भय का केन्द्र बिन्दु सार्वजनिक स्थान (public place) होता है। कभी-कभी रोगी में आतंक (panic) के लक्षण भी देखे जाते हैं। एगोराफोबिया के इस जटिल स्वरूप को स्पष्ट करते हुए **रेबर** एवं **रेबर** (Reber & Reber, 2001) ने एक सन्तोषजनक परिभाषा दी है। उनके अनुसार, "एगोरोफोबिया एक दुर्भीति विकृति है जो मनश्चिकित्सीय अथवा मनोवैज्ञानिक उपचार चाहने वाले व्यक्तियों में सर्वाधिक पायी जाती है।"

III. सामाजिक दुर्भीति (Social Phobia)

सामाजिक दुर्भीति वास्तव में व्यापक स्वरूप की चिन्ता विकृति (anxiety disorder) है। इसकी परिभाषा देते हुए **रेबर** एवं **रेबर** (Reber & Reber, 2001) ने कहा है कि, "सामाजिक दुर्भीति एक चिन्ता विकृति है, जिसमें विशिष्ट सामाजिक परिस्थितियों के प्रति दृढ़ भय बना रहता है कि लोग उसके सम्बन्ध में छानबीन (scrutiny) करेंगे और उसे कुछ इस तरह व्यवहार करना होगा जिससे उसका अपमान (humiliation) या लज्जा (embarrassment) का सामना करना पड़ेगा।"

इसी प्रकार **होम्स** (Holmes, 1998) के अनुसार, "सामाजिक दुर्भीति एक विकृति है, जिसमें रोगी बाधक तरीके से व्यवहार करने तथा निन्दित होने के भय से पीड़ित रहता है और परिणामस्वरूप दूसरों से बचने के लिए परेशान रहता है।"

प्र.4. दुर्भीति के सामान्य लक्षण एवं कारणों का विस्तृत वर्णन कीजिए।
Describe in detail the general symptoms and etiology of Phobia.

उत्तर

दुर्भीति के सामान्य लक्षण
(General Symptoms of Phobia)

फोबिया या दुर्भीति के कुछ निश्चित लक्षण हैं, जिनके आलोक में असामान्य भय (abnormal fear) को सामान्य भय (normal fear) से भिन्न किया जा सकता है तथा फोबिया के रोगी की पहचान की जा सकती है। इस सन्दर्भ में निम्नलिखित लक्षण मुख्य हैं—

1. **दमित भय एवं चिन्ता** (Repressed Fear and Anxiety)—दुर्भीति का एक मुख्य लक्षण भय तथा चिन्ता है। उत्तेजना-परिस्थिति में व्यक्ति के दमित भय एवं चिन्ता अचानक फूट पड़ते हैं। व्यक्ति की अहम-प्रतिरक्षा (ego defense) कमजोर हो जाती है, जिससे वह व्याकुल तथा भयभीत हो जाता है। उसका यह लक्षण तब तक जारी रहता है, जब तक कि वह उत्तेजना परिस्थिति उसके सामने बनी रहती है। उदाहरण—एक युवती सात वर्ष की आयु से ही पानी से डरती थी। बहते हुए पानी, तीव्र आवाज के साथ गिरते हुए पानी, यहाँ तक कि नल से गिरते हुए पानी से वह डरा करती थी।

TOUCH n PASS

बात यह थी कि सात साल की आयु में जब वह अकेले घूमने चली गयी और एक झरने में पत्थर में फँस गयी। वह भय और चिन्ता से चिल्लाती रही और अन्त में उसकी मौसी ने उसकी जान बचाई। तब से वह जल-मनोभीति (hydrophobia) की शिकार बन गयी।

2. **भय का सामान्यीकरण** (Generalization of Fear)—दुर्भीति के रोगी में सामान्यीकृत भय का लक्षण पाया जाता है। भय का सम्बन्ध पहले किसी खास उत्तेजना से होता है। लेकिन बाद में उसके समान सभी उत्तेजनाओं से हो जाता है। जैसे—जन्तु मनोभीति (Zoophobia) का रोगी पहले किसी खास पशु से डरता है और बाद में सभी पशुओं से डरने लगता है।
3. **पलायन-बाध्यता** (Escape Compulsion)—दुर्भीति के रोगी में भय एवं चिन्ता उत्पन्न करने वाली परिस्थिति अथवा उसके समान परिस्थितियों से अलग रहने का लक्षण पाया जाता है। जैसे—जलदुर्भीति (hydrophobia) का रोगी नदी, तालाब, झरना, पानी के नल आदि से दूर भागने का प्रयास करता है।
4. **शैशवकालीन व्यवहार** (Infantile Behaviour)—दुर्भीति के रोगी का लक्षण, विशेषता या पहचान यह भी है कि उसके अधिकांश व्यवहार शैशवकालीन स्वरूप के होते हैं। जैसे—जिस प्रकार बच्चे के भय अविवेकी (irrational) होते हैं, उसी तरह रोगी के भय भी निरर्थक, अतार्किक तथा अविवेकपूर्ण लगते हैं। जन्तु-दुर्भीति का रोगी छोटे बच्चों की तरह पशुओं को देखकर रोने-चिल्लाने लगता है।
5. **शारीरिक लक्षण** (Physical Symptoms)—दुर्भीति के रोगी में कई तरह के शारीरिक लक्षण देखे जा सकते हैं। जैसे—सिरदर्द, कमर दर्द, अनिद्रा, सिर का चकराना आदि लक्षण मुख्य हैं। यहाँ यह बात उल्लेखनीय है कि इन शारीरिक लक्षणों का सम्बन्ध भी परिस्थिति विशेष से ही होता है। जल-दुर्भीति (hydro-phobia) के रोगी में ये लक्षण तभी दृष्टिगोचर होते हैं जब उसके सामने इस भय को उत्पन्न करने वाली मूल उत्तेजक परिस्थिति या उसके समान उत्तेजक परिस्थिति उपस्थित होती है।

उपर्युक्त लक्षणों के आलोक में दुर्भीति के रोगियों को पहचाना जा सकता है। लेकिन एगोराफोबिया (Agoraphobia) तथा सामाजिक फोबिया (social phobia) के रोगियों के नैदानिक चित्र (clinical picture) का उल्लेख पहले किया जा चुका है।

दुर्भीति के कारण
(Etiology of Phobia)

कार्लसन आदि (Carlson et al; 1996) के अनुसार फोबिया या दुर्भीति के निम्नलिखित कारण हैं—

1. **चिन्ता का विस्थापन** (Displacement of Anxiety)—फोबिया के तनावपूर्ण स्थिति से उत्पन्न चिन्ता का विस्थापन अन्य वस्तु या स्थिति में हो जाता है। इस रक्षात्मक क्रिया के महत्त्व को मनोविश्लेषणवादी सिद्धान्त के समर्थकों ने सबसे पहले बताया था। **फ्रॉयड** (Freud) ने अपने अनुभवों के आधार पर बतलाया कि, फोबिया में चिन्ता का जो विस्थापन होता है वह मातृ-प्रेम-ग्रन्थि से सम्बन्धित होता है। फ्रॉयड ने अपने इस कथन के समर्थन में एक वर्ष के बच्चे का उदाहरण दिया है, जिसकी मातृ-प्रेम-ग्रन्थि का अच्छी तरह से समाधान नहीं हुआ था। फलत: उसने अपने पिता के प्रति भय को विस्थापित कर घोड़ों के साथ जोड़ दिया था। अत: फ्रॉयड ने अपने इस रोगी के आधार पर यह निष्कर्ष निकाला कि प्रौढ़ों में भी फोबिया का मुख्य कारण उनकी बाल्यावस्था की मातृ-प्रेम-ग्रन्थि हो सकता है। बाद के अनुसन्धानों में यह पाया गया कि फोबिया का कारण सिर्फ लैंगिक समस्याएँ (sexual problems) ही नहीं हैं बल्कि अन्य तनावपूर्ण परिस्थितियाँ (stress situations) भी हैं जिनके विस्थापन का कारण फोबिया होता है।

   अरीटी (Arieti) ने बतलाया कि अधिकतर फोबिया के रोगियों में व्यापक चिन्ता की स्थिति पायी जाती है। व्यक्ति की अचेतन चिन्ता केवल विस्थापित ही नहीं होती है, बल्कि कभी-कभी प्रतीकात्मक (symbolic) रूप में भी अभिव्यक्ति होती है। अचेतन चिन्ता को प्रतीकात्मक रूप से अभिव्यक्ति करने में ईगो (ego) को अपनी वास्तविकता का आभास नहीं होता है। वह अवमूल्यन से बच जाता है। इन प्रतीकात्मक रूपों में रोगी की अचेतन चिन्ता कुछ समय तक दबी रहती है जिसके कारण रोगी को आराम महसूस होता है। किन्तु अधिक तीव्र हो जाने पर उसके सभी व्यवहार असन्तुलित हो जाते हैं।
2. **खतरनाक आवेगों के प्रति सुरक्षा** (Defence against Dangerous Impulses)—फोबिया का एक कारण व्यक्ति की दमित आक्रामक या लैंगिक आवेगों (aggressive or sexual impulses) को भी माना जाता है। इस तरह

TOUCH 'n' PASS

का आवेग व्यक्ति को खतरनाक स्थिति में ला सकता है। व्यक्ति इस खतरनाक स्थिति से बचने के लिए फोबिया की प्रतिक्रियाओं का सहारा ले लेता है। यहाँ भी चिन्ता विस्थापित हो जाती है जिससे व्यक्ति भयभीत होता है। वह वास्तव में चिन्ता की वस्तु नहीं है। जैसे—एक पति के अचेतन मन में अपनी पत्नी को पानी में गिराकर मारने की इच्छा उठती है तो उसमें पानी से भय (water phobia) उत्पन्न हो सकता है। इसी प्रकार एक पत्नी के अचेतन मन में अपने पति की हत्या चाकू से उसकी गर्दन काटकर करने की इच्छा उत्पन्न होती है तो उसमें चाकू से भय उत्पन्न हो सकता है। वह घर में चाकू देखकर भयभीत हो जाएगी। यहाँ पति अपनी पत्नी के प्रति विरोध की भावना को छिपाने के लिए जल-फोबिया का सहारा लेता है। ठीक इसी प्रकार, पत्नी-पति के प्रति विरोध की भावना को छिपाने के लिए चाकू से भयभीत होने लगी; क्योंकि न चाकू घर में रहेगा न उसके मन में पति की हत्या की भावना उठेगी।

3. **अनुकूलन** (Conditioning)—एक सरल भय प्रतिक्रिया के सम्बन्ध होने के कारण भी फोबिया का विकास होता है। यहाँ व्यक्ति सम्बन्ध प्रत्यावर्तन के कारण फोबिया की भय-परिस्थिति से सम्बन्ध स्थापित कर लेता है। अनेक प्रयोगों के आधार पर यह देखा गया है कि भयावह उद्दीपन (stimulus) के साथ सामान्य उत्तेजक को भी प्रस्तुत किया जाए तो आगे चलकर सामान्य उत्तेजक ही भयावह उत्तेजक का रूप ले लेता है। इसका सुन्दर उदाहरण आपने सामान्य मनोविज्ञान के शिक्षण अध्याय के **वाटसन** के प्रयोग में देखा होगा। **अलबर्ट** नामक बच्चा आवाज से डरते-डरते रोयेंदार खिलौने से भी डरने लगा।

प्र.5. आतंक विकृति से क्या तात्पर्य है? आतंक विकृति के लक्षणों का वर्णन कीजिए।
What is meaning of Panic Disorder? Describe the symptoms of Panic Disorder.

उत्तर

आतंक विकृति का अर्थ
(Meaning of Panic Disorder)

डी०एस०एम० IV (DSM-IV, 1994) के अनुसार, आतंक विकृति वास्तव में चिन्ता विकृति (anxiety disorder) का एक प्रकार है।

क्रूक्स (Crooks, 1995) ने कहा है कि, ''आतंक विकृति का तात्पर्य उस चिन्ता विकृति से है, जिसमें व्यक्ति को कई बार आतंक आक्रमणों का अनुभव होता है, जिनकी विशेषताएँ होती हैं, अत्यधिक आतंक तथा प्राय: अवास्तविकता अथवा अव्यक्तिकरण का भाव।''

सरासन तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) ने आतंक विकृति से सम्बद्ध यूनानी पौराणिक कथा (myth) की चर्चा करते हुए कहा है कि जंगलों के भगवान का नाम पैन (Pan) था जो एकान्त स्थानों में अव्याख्येय भय (inexplicable dread) फैलाता था, जिसका अनुभव प्राय: उन स्थानों से गुजरने वाले यात्रियों को हुआ करता था। उसी भगवान के नाम को इस मानसिक विकृति से सम्बद्ध माना गया।

सरासन एवं सरासन (2002) के अनुसार, ''आतंक विकृति वास्तव में चिन्ता विकृति का एक प्रकार है जिसकी विशेषताएँ हैं आवर्तक आतंक या चिन्ता आक्रमण तथा अत्यधिक घबड़ाहट जिसका डरावनी परिस्थितियों के अनावरण से सम्बद्ध होना आवश्यक नहीं होता है।''

आतंक विकृति के लक्षण
(Symptoms of Panic Disorder)

उपर्युक्त परिभाषाओं के विश्लेषण से आतंक विकृति के लक्षणों की झाँकी मिलती है। लेकिन इस विकृति के वास्तविक स्वरूप को समझने तथा इस मानसिक विकृति से पीड़ित व्यक्ति के सही निरूपण (diagnosis) के मद्देनजर इसके लक्षणों का आकलन स्पष्ट रूप किया जाना आवश्यक प्रतीत होता है। इस सन्दर्भ में किये गये अध्ययनों के आलोक में इसके निम्नलिखित प्रभेदक लक्षण (distinct symptoms) महत्त्वपूर्ण हैं—

1. **तीव्र तथा स्वत: प्रवर्तित चिन्ता** (Intense and Spontaneous Anxiety—आतंक विकृति का एक मौलिक लक्षण तीव्र चिन्ता है। रोगी असाधारण तीव्र चिन्ता या भय से पीड़ित रहता है। इस चिन्ता या भय की प्रभेदी विशेषता यह है कि यह लगातार नहीं होता है बल्कि पृथक या असतत अवधियों (distinct periods) में होता है। अपनी इस विशेषता के कारण यह विकृति अन्य चिन्ता विकृतियों से भिन्न हो जाती है। दूसरी विशेषता यह है कि इस चिन्ता का सम्बद्ध चिन्ता या

भय उत्पन्न करने वाली परिस्थितियों (threatening situations) के अनावरण (exposure) से होना आवश्यक नहीं है। इसी अर्थ में इस चिन्ता को स्वत: प्रवर्तित कहा गया है।

2. **अव्यक्तिकरण का भाव** (Feeling of Depersonalization)—आतंक विकृति का एक लक्षण अव्यक्तिकरण का भाव है। इसका अर्थ यह है कि आतंक विकृति के रोगी का सम्पर्क अपनी व्यक्तिगत वास्तविकता से मानो टूट जाता है। अधिक गम्भीर स्थिति में रोगी को लगता है कि उसका कोई अंग उसके शरीर से अलग हो गया है अथवा आकार में छोटा-बड़ा हो गया है। कभी-कभी उसे लगता है कि वह अपने शरीर से बाहर हो गया है और यहाँ तक वह अपने शरीर को दूर से देख सकता है। स्मरण रखना चाहिए कि जब यदि किसी व्यक्ति को अपने स्व (self) अथवा वैयक्तिगत तादात्म्य (personal identity) की क्षति (loss) का बोध हो अर्थात् यह बोध हो कि परिवार या समाज में उसका कोई स्थान नहीं है और केवल एक सामाजिक मशीन (social machine) के रूप में वह जीवित है तो इसे अव्यक्तिकरण विकृति (Depersonalization Disorder) अथवा अव्यक्तिकरण स्नायुविकृति (Depersonalization Neurosis) नहीं कहेंगे। (Reber, 1995)।
3. **बाह्य वास्तविकता-बोध क्षति** (Derealization)—आतंक विकृति के रोगी में अव्यक्तिकरण (depersonalization) के साथ-साथ बाह्य वास्तविकता-बोध क्षति का लक्षण भी देखा जाता है। वातावरण से सम्बन्धित रोगी का प्रत्यक्षीकरण इस अर्थ में बदल जाता है कि मानो उसका सम्बन्ध बाह्य वास्तविकता से टूट गया है। रोगी को ऐसा महसूस होता है कि यह संसार वास्तविक नहीं है। नियन्त्रण खोने, सनकी विकसित हो जाने और यहाँ तक मरने के भावों (feeling) से रोगी पीड़ित रहता है।
4. **शारीरिक लक्षण** (Physical Symptoms)—आतंक विकृति के रोगी में तीव्र एवं स्वत: प्रवर्तित चिन्ता या भय के साथ-साथ कई तरह के शारीरिक लक्षण भी पाये जाते हैं। जैसे—श्वास का अल्पकालिक होना (shortness of breath), हृदय धड़कन (heart palpitations), छाती दर्द (chest pain), दम घुटने या गला घोंटने (choking or smothering) की संवेदनाएँ, चक्कर (dizziness), परम संकटों की सुन्नता या जलन (numbness or tingling of extremities), पसीने-पसीने होना (sweating), बेहोशी या मूर्छा (faintness), काँपना-थरथराना (trembling), मिचली (nausea) तथा कम्पायमान (shaking)। इन शारीरिक लक्षणों के सम्बन्ध में तीन बातें महत्त्वपूर्ण हैं। पहली बात यह है कि ये सारे लक्षण अप्रत्याशित रूप से (unexpectedly) घटित होते हैं और सामान्यत: 10 मिनट तक जारी रहकर एकाएक समाप्त हो जाते हैं। दूसरी बात यह है कि इन लक्षणों को घटित होने का कोई समय निश्चित नहीं होता है। फिर भी वे प्राय: ऐसे समय में घटित होते हैं जब व्यक्ति विश्राम की स्थिति में होता है अथवा गहरी निद्रा में होता है। निद्रा की अवस्था में घटित होने वाले आतंक आक्रमण (panic attack) को रात्रिक आतंक आक्रमण (nocturnal panic attack) कहते हैं। तीसरी बात यह है कि इन लक्षणों का आधार दैहिक (organic) नहीं होता है। इन विशेषताओं के आधार पर आतंक विकृति के रोगी की पहचान (identification) अथवा निरूपण (diagnosis) में सुविधा होती है।
5. **आतंक आक्रमण का स्वरूप** (Nature of Panic Attack)—आतंक विकृति (panic disorder) की पहचान (identification) अथवा आतंक विकृति के रोगी का निरूपण या निदान (diagnosis) करते समय आतंक आक्रमण के स्वरूप पर ध्यान देना भी आवश्यक है—
   (i) आतंक आक्रमण आकस्मिक (sudden) तथा अप्रत्याशित (unexpected) घटित होता है। पहले से इसके घटित होने का अनुमान नहीं लगाया जा सकता है।
   (ii) इसका सत्ताकाल (duration) 10 से 15 मिनट से अधिक सामान्यत: नहीं होता है।
   (iii) आतंक आक्रमण अक्सर शिथिलता (relaxation) की स्थिति में घटता है और कभी-कभी गहरी निद्रा की स्थिति में। लेकिन निद्रा की स्थिति में होने वाला आतंक आक्रमण (nocturnal panic attack) इस अर्थ में रात्रि आतंक (night terrors) से भिन्न होता है कि रात्रि आतंक की समाप्ति के तुरन्त बाद व्यक्ति को नींद आ जाती है और बाद में स्मरण नहीं रहता है, जबकि निद्रा आतंक आक्रमण (nocturnal panic attack) के बाद जल्दी नींद नहीं आती है और बाद में उसका स्पष्ट प्रत्याह्वान सम्भव होता है (Craske and Barlow, 1989)।
   (iv) आतंक आक्रमण अत्यधिक तीव्र तथा भयानक होता है। परिणामत: आत्महत्या (suicide) की प्रवृत्ति बढ़ जाती है। एक अध्ययन के अनुसार ऐसे रोगी में एक सामान्य व्यक्ति की अपेक्षा 18 गुणा आत्महत्या करने की सम्भावना अधिक होती है (Weissman et al; 1989)।

TOUCH 'n PASS

आतंक आक्रमण में इंगित आक्रमण (cued attack) तथा अइंगित आक्रमण (uncued attack) दोनों देखे जाते हैं। लेकिन फोबिया (phobia) में केवल इंगित आक्रमण की उपस्थिति होती है। इस आधार पर फोबिया के रोगी से आतंक विकृति (panic disorder) के रोगी को अलग करने में मदद मिलती है (Davison and Neale, 1996)।

6. **बाह्य दुर्भीति** (Agoraphobia)—अधिकांश आतंक विकृतियों में बाह्य दुर्भीति का लक्षण पाया जाता है (APA, 1987)। बाह्य दुर्भीति वास्तव में दुर्भीति (phobia) का एक प्रकार है, जिसमें रोगी को घर से बाहर (outside home), खुली जगह (open space), मैदान आदि से तीव्र भय का अनुभव होता है तथा उन जगहों या स्थानों से बचाव करना कठिन महसूस होता है अथवा आतंक आक्रमण (panic attack) की स्थिति में उन स्थानों से बचाव करने का कोई उपाय उपलब्ध नहीं भी हो सकता है (Crooks, 1995)। यह भी ध्यान रखना चाहिए कि सभी आतंक विकृतियों के साथ बाह्य दुर्भीति का उपस्थित होना आवश्यक नहीं है। अत: बाह्य दुर्भीति मुक्त आतंक विकृति सम्भव है।
7. **आतंक विकृति का आपतन** (Incidence of Panic Disorder)—यह मानसिक पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में तथा प्रौढ़ों की अपेक्षा किशोरों में अधिक होता है (Robins and Regier, 1991)। एक अध्ययन में 8,098 व्यक्तियों के सर्वेक्षण करने पर 15% ने अपने जीवनकाल में एक आतंक आक्रमण (panic attack) का अनुभव किया और 3% ने पूर्ववर्ती माह (preceding month) में आतंक आक्रमण का अनुभव किया (Eaton et al; 1994)।
8. **आत्महत्या के प्रति प्रवणता** (Proneness to Suicide)—सामान्य लोगों की अपेक्षा आतंक विकृति के रोगी में आत्महत्या की प्रवृत्ति या प्रवणता अधिक पायी जाती है। **कलरमैन** आदि (Klerman et al; 1991) ने अपने अध्ययन में पाया कि आतंक विकृति से पीड़ित 20% रोगियों ने बतलाया कि उन्होंने आत्महत्या करने का प्रयास किया है। लेकिन फोबिया के रोगी में आत्महत्या के प्रति यह प्रवणता तीव्र रूप में नहीं देखी जाती है।

प्र.6. आतंक विकृति के प्रकार एवं कारणों पर प्रकाश डालिए।

Throw light on the types and etiology of Panic Disorder.

***अथवा* आतंक आक्रमण के सिद्धान्त या उपागम का उल्लेख कीजिए।**

Mention theories or models of Panic Attack.

उत्तर

आतंक विकृति के प्रकार
(Types of Panic Disorder)

डी०एस०एम-IV (DSM-IV) के कथन (dictum) के अनुसार आतंक विकृति के निम्नलिखित दो प्रकार हैं—

1. बाह्य दुर्भीति सहित आतंक विकृति (Panic Disorder with Agoraphobia) तथा
2. बाह्य दुर्भीति रहित आतंक विकृति (Panic Disorder without Agoraphobia)।

1. **बाह्य दुर्भीति सहित आतंक विकृति** (Panic Disorder with Agoraphobia) उसे कहते हैं, जिसमें रोगी एक ही साथ आतंक विकृति तथा बाह्य दुर्भीति दोनों से पीड़ित होता है। APA (American Psychiatric Association, 1987) के अनुसार आतंक विकृति से पीड़ित अधिकांश रोगियों में बाह्य दुर्भीति (Agoraphobia) के लक्षण देखे जाते हैं। वे अपने घर से बाहर अकेले रहने या खुले मैदान या सार्वजनिक स्थान जैसे—बस, ट्रेन, पार्क, आदि से डरते हैं तथा बचने का प्रयास करते हैं। अत: इन परिस्थितियों से परिहार (avoidance) करने के क्रम में आतंक विकृति से पीड़ित रोगी अपने घरों में ही कैदी बनकर रह जाता है (Dilsaver, 1989)। स्पष्टत: आतंक विकृति का यह प्रकार अधिक गम्भीर तथा घातक होता है।
2. **बाह्य दुर्भीति रहित आतंक विकृति** (Panic Disorder without Agoraphobia) के रोगियों की संख्या दुर्भीति सहित आतंक की रोगियों की तुलना में बहुत कम पायी जाती है (Gelder, 1989)। दूसरे शब्दों में कुछ परिस्थितियों में आतंक विकृति के लक्षण के बिना भी बाह्य दुर्भीति (agoraphobia) घटित होता है (APA, 1987)। उपलब्ध प्रदत्त से इस बात की समुचित व्याख्या नहीं हो पाती है कि आतंक विकृति के कुछ रोगियों में बाह्य दुर्भीति क्यों पायी जाती है और कुछ में क्यों नहीं पायी जाती है (Crooks, 1995)। इसी तरह कुछ मनोवैज्ञानिकों ने आतंक विकृति को निम्नलिखित दो प्रकारों में विभाजित किया है—
   (i) आक्रमण सहित आतंक विकृति (Panic Disorder with Attack) तथा
   (ii) आक्रमण रहित आतंक विकृति (Panic Disorder without Attack)

कभी-कभी हम आतंक विकृति (panic disorder) तथा आतंक आक्रमण (panic attack) को समानार्थ (synonymous) समझने की भूल कर बैठते हैं। वास्तविकता यह है कि इन दोनों में घनिष्ठ सम्बन्ध होने के बावजूद दोनों में भिन्नता है, जो निम्नलिखित विवरण से स्पष्ट होता है—

(i) आक्रमण सहित आतंक विकृति (Panic Disorder with Attack) वास्तव में आतंक विकृति का वह प्रकार है, जिसमें आतंक (terror) तथा चिन्ता (anxiety) के साथ-साथ आक्रमण भी शामिल होता है। आतंक आक्रमण की स्थिति में तीव्र आतंक के कारण हृदय धड़कन (heart palpitation) बढ़ जाता है, साँस लेने में कठिनाई महसूस होती है, छाती में दर्द (chest pain) शुरू हो जाता है तथा हाथ काँपने लगते हैं।

आक्रमण (panic attack) कभी-कभी गहरी निद्रा (sound sleep) की अवस्था में भी घटित होता है (Craske and Barlow, 1989; Dilsaver, 1989)। आक्रमण सहित आतंक विकृति इतना भयावह होती है कि रोगी में आत्महत्या-प्रवणता (suicide proneness) काफी बढ़ जाती है। इसे रोगियों में आत्महत्या करने की प्रवृत्ति सामान्य व्यक्तियों की अपेक्षा 18 गुणा ज्यादा होती है (Weissman et al; 1989)। ऐसे रोगी में अव्यक्तिकरण (depersonalization) तथा बाह्य वास्तविकता की क्षति (derealization) के लक्षण विकसित हो जाते हैं।

(ii) आक्रमणरहित आतंक विकृति (Panic Disorder without Attack) की विशिष्टीकरण (specification) यह है कि इससे पीड़ित रोगी को आतंक (terror) का अनुभव होता है, परन्तु लक्षणों का आक्रमण नहीं होता है। ऐसे रोगियों की संख्या कम होती है। सामान्यत: ऐसे रोगियों में शारीरिक लक्षणों की गम्भीरता बहुत कम होती है। उनमें बाह्य दुर्भीति (agoraphobia) का भी अभाव पाया जाता है। एक अध्ययन में देखा गया कि जहाँ प्रदर्शन के 12% के लोग आतंक आक्रमण (panic attack) से पीड़ित थे, वहाँ केवल 2.4% लोग आतंक विकृति से पीड़ित थे (Telch et al; 1989)।

आतंक विकृति के कारण
(Etiology of Panic Disorder)
अथवा
आतंक आक्रमण के सिद्धान्त या उपागम
(Theories or Models of Panic Attack)

आतंक विकृति (panic disorder) अथवा आतंक आक्रमण (panic attack) अथवा आतंक प्रतिक्रिया (panic reaction) के कारण (etiology) के सम्बन्ध में निम्नलिखित सिद्धान्त, मॉडल (models) अथवा दृष्टिकोण (viewpoints) महत्त्वपूर्ण हैं—

1. जैविक सिद्धान्त (Biological Theory)

जैविक सिद्धान्त अथवा जैविक मॉडल (Biological Model) के अनुसार आतंक विकृति के विकास में जैविक कारकों (biological factors) का हाथ होता है। ऐसे कारकों को मुख्य रूप से दो प्रकारों में विभाजित किया जा सकता है—(i) जननिक कारक (Genetic Factors) तथा (ii) शारीरिक कारक (Physiological Factors)। हम यहाँ इस प्रकार के कारकों की अलग-अलग व्याख्या आतंक विकृति (panic disorder) अथवा आतंक आक्रमण (panic attacks) के कारणों (causes) के रूप में करना चाहेंगे।

(i) **जननिक कारक** (Genetic Factors)—जननिक कारक का तात्पर्य वंशानुक्रम (heredity) या वंशागत कारक (hereditory factor) से है। टॉरगर्सन (Torgerson, 1983) के अनुसार यह मानसिक रोग प्रधानत: वंशागत है। उन्होंने अपने अध्ययन में असमान जुड़वाँ बच्चों (fraternal twins) की अपेक्षा समान जुड़वाँ बच्चों (identical twins) के बीच आतंक विकृति के लक्षणों में अधिक समानता पायी।

(ii) **शारीरिक कारक** (Physiological Factors)—शारीरिक कारक का तात्पर्य अतिश्वसन (hyperventilation), स्वचालित स्नायु तन्त्र (autonomic nervous system) के उपद्रव, हृदय धड़कन (heart palpitation) आदि से है। **ली** (Ley, 1987) ने अपने अध्ययन में पाया कि अतिश्वसन आतंक विकृति का एक प्रमुख कारण है। **कॉरमन** आदि (Corman et al; 1988) के अध्ययनों से पता चलता है कि सामान्य मात्रा से अधिक मात्रा में वायु के CO_2 को श्वसन द्वारा ग्रहण करने पर आतंक आक्रमण (panic attack) की सम्भावना बढ़ जाती है। **कैन्टोर** आदि (Kantor et al; 1980) के अनुसार, हृदय

TOUCH N PASS

धड़कन के तीव्र होने की स्थिति में आतंक विकृति की सम्भावना बढ़ जाती है। क्रो आदि (Crowe et al; 1980) ने अपने अध्ययन में देखा कि आतंक विकृति के रोगी में सामान्य व्यक्ति की अपेक्षा शारीरिक समस्याएँ अधिक पायी जाती हैं।

2. मनोवैज्ञानिक सिद्धान्त या कारक (Psychological Theory or Factors)

आतंक विकृति के विकास में कुछ मनोवैज्ञानिक कारकों का भी हाथ होता है। मनोवैज्ञानिक सिद्धान्त इस खोज पर आधारित है कि आतंक विकृति के सभी रोगियों में शारीरिक समस्याएँ (physiological problems) यथा अतिश्वसन (hyperventilation), अति हृदय धड़कन (over heart palpitation), कार्बन डाईऑक्साइड (Carbon dioxide) आदि नहीं पाये जाते हैं (Margraf, Ehlers and Roth, 1986)। इसी प्रकार आतंक विकृति के सभी रोगियों के बच्चों में यह रोग नहीं पाया जाता है जबकि इस रोग से मुक्त कुछ व्यक्तियों के बच्चों में भी यह रोग विकसित हो जाता है। इन निरीक्षणों से पता चलता है कि इस रोग के विकास में मनोवैज्ञानिक कारकों का हाथ होता है। ऐसे कारकों में निम्नलिखित मुख्य हैं—

(i) **महाविपत्ति भ्रान्ति व्याख्या** (Catastrophic Misinterpretation)—जो व्यक्ति अपने भीतर उत्पन्न शारीरिक समस्याओं की भ्रान्ति व्याख्या एक महाविपत्ति के रूप में करता है, उसमें आतंक विकृति के लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना अधिक बन जाती है, परन्तु जो लोग इस भ्रान्ति के शिकार नहीं होते हैं, उनमें यह रोग विकसित नहीं होता है (Holt and Anderson, 1989)।

(ii) **प्रत्यक्षित नियन्त्रण की अयोग्यता** (Perceived Inability of Control)—अध्ययनों तथा दैनिक जीवन के निरीक्षणों से पता चलता है कि जिन लोगों में प्रत्यक्षित नियन्त्रण की योग्यता की कमी होती है, उनमें आतंक विकृति के विकसित होने की सम्भावना अधिक होती है (Sanderson, Rapee and Barlow, 1989)।

(iii) **भय परिकल्पना** (Fear Hypothesis)—मनोवैज्ञानिक सिद्धान्त के अनुसार आतंक विकृति का कारण व्यक्ति का व्यक्तिगत भय है। जैसे—एगोराफोबिया का रोगी सार्वजनिक स्थान से नहीं डरता है जबकि सार्वजनिक स्थान में आतंक आक्रमण से डरता है। यदि उसमें इस आक्रमण का भय नहीं हो तो वह सार्वजनिक स्थान से भयभीत नहीं होगा। स्पष्टत: यहाँ प्रत्यक्षित नियन्त्रण ही महत्त्वपूर्ण कारक है।

इस प्रकार स्पष्ट है कि शारीरिक या जैविक कारक वास्तव में आतंक विकृति के पूर्ववृत्तिक कारण (predisposing cause) हैं जबकि मनोवैज्ञानिक कारक इस रोग का तात्कालिक कारण (immedicate cause) है।

प्र.7. मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के कारण बताइए।

Explain causes or Etiology of Obsessive-compulsive Disorder.

उत्तर

मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के कारण
(Causes or Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder)

मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के कारण सम्बन्ध में मनोवैज्ञानिकों ने निम्नलिखित कारणों का उल्लेख किया है—

1. **मानसिक संघर्ष** (Mental Conflict)—फ्रॉयड का कहना है कि इस रोग का कारण लैंगिक इच्छा का दमन ही है। कामेच्छा के दमन के कारण मानसिक संघर्ष उत्पन्न हो जाता है और इस संघर्ष से निर्मुक्त होने के लिए व्यक्ति बाध्यता का शिकार हो जाता है। उसने काम-शक्ति (libido) के प्रतिगमन और उसकी असन्तुष्टि पर विशेष जोर दिया है। उसने बार-बार हाथ धोने की बाध्यता को हस्तमैथुन का द्योतक कहा है। परन्तु अन्य लोग फ्रॉयड (Freud) के इस विचार से सहमत नहीं हैं। खासकर नव्य फ्रॉयडवादियों (Neo-Freudians) का कहना है कि सामाजिक समस्याओं से उत्पन्न मानसिक संघर्ष भी इस रोग को उत्पन्न करता है। जैसे—वैवाहिक असन्तुष्टि, आर्थिक क्षति, हीनभावना आदि से उत्पन्न मानसिक संघर्ष भी इस रोग को जन्म देते हैं।
2. **पुनरावृत्ति** (Repetition)—कुछ मनोवैज्ञानिकों ने पुनरावृत्ति को इस रोग का कारण माना है। उनका कहना है कि बचपन में बहुत से खेल ऐसे होते हैं, जिनमें किसी संख्या या शब्द को बार-बार दुहराना पड़ता है। इसके साथ-साथ खेल के नियम का पालन करने के लिए भी एक ही क्रिया की पुनरावृत्ति करनी होती है। बार-बार एक शब्द या संख्या को दुहराने या किसी क्रिया विशेष को बार-बार करने से उसकी आदत पड़ जाती है। अत: कुछ दिनों के बाद व्यक्ति मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति का शिकार हो जाता है। परन्तु यह विचार भी सर्वमान्य नहीं हैं।
3. **असुरक्षा की भावना** (Feeling of Insecurity)—कुछ मनोवैज्ञानिकों का मत है कि व्यक्ति अपनी सुरक्षा-भावना को दृढ़ बनाने के लिए बाध्यताओं का सहारा लेता है। रोगी में असुरक्षा की भावना प्रबल होती है और उसकी पूर्ति

TOUCH 'n' PASS

बाध्यताओं के द्वारा होती है। इस तरह बार-बार हाथ धोना, बीमारी तथा गन्दगी से बचने का उपाय है। बार-बार ताला खींचकर देखना इसी रक्षात्मक मानसिक रचना की देन है। आन्तरिक संघर्ष से उत्पन्न चिन्ता तथा बेचैनी का न्यूनीकरण भी इसी रक्षात्मक उपायों से किया जाता है।

4. **आनुवंशिकता** (Heredity)—**लेविस** (Lewis) ने इस रोग के सौ रोगियों का अध्ययन किया और बतलाया कि इस रोग का कारण आनुवंशिकता (heredity) है। जितने रोगियों का अध्ययन किया गया उनमें सिर्फ अट्ठारह के माता-पिता सामान्य थे और बाकी सभी इस रोग से ग्रस्त थे। इसमें अनुशासन की शिथिलता तथा कठोरता का विशेष हाथ रहता है। लेकिन आनुवंशिकता के साथ-साथ इसमें पारिवारिक वातावरण का भी हाथ रहता है।
5. **स्थानापन्न क्रियाएँ** (Substitute Activities)—कुछ मनोवैज्ञानिकों ने स्थानापन्न के आधार पर इसकी व्याख्या की है। उनका कहना है कि बाध्यताएँ सिर्फ स्थानापन्न (substitute) की क्रियाएँ हैं। एक समय व्यक्ति एक ही विचार को मन में स्थान दे सकता है या एक ही क्रिया कर सकता है। इस तरह, यदि व्यक्ति बार-बार पैसे या सीढ़ियाँ गिनता रहे तो उसे दुखद बातें सोचने का मौका ही नहीं मिलेगा। अत: एक ही कार्य की पुनरावृत्ति उसे दुखद विचारों या कार्यों से रक्षा करती है और जब उसे उसकी आदत पड़ जाती है तो वह बिना प्रयत्न के उसका सहारा लेता है। यह रोगी के लिए बहुत ही सरल है। इसके आधार पर कुछ ही रोगियों की व्याख्या सफलतापूर्वक हो सकती है, सभी रोगियों की नहीं। अत: यह सर्वमान्य नहीं है।

स्पष्ट है कि मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति के उपर्युक्त कई कारण हैं।

प्र.8. सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के अर्थ एवं स्वरूप को स्पष्ट कीजिए। इसके लक्षणों का भी वर्णन कीजिए।
Clarify the meaning and nature of Generalized Anxiety Disorder. Also describe its symptoms.

उत्तर

अर्थ एवं स्वरूप
(Meaning and Nature)

DSM-IV में सामान्यीकृत चिन्ता विकृति को चिन्ता-विकृतियों (Anxiety Disorders) का एक मुख्य प्रकार माना गया है। मन:स्नायु विकृतियों (neuroses) के स्थान पर चिन्ता विकृति (anxiety disorders) का उल्लेख किया है और जिन विकृतियों को मन:स्नायुविकृति का प्रकार माना गया था उनमें से अधिकांश को चिन्ता विकृति के प्रकार के रूप में माना गया। इनमें दुर्भीति विकृति (Phobic Disorder), आतंक विकृति (Panic Disorder), मनोग्रस्ति-बाध्यता विकृति (Obsessive-compulsive Disorder) तथा सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (Generalized Anxiety Disorder) मुख्य हैं। स्पष्टत: सामान्यीकृत चिन्ता विकृति वास्तव में चिन्ता विकृतियों (Anxiety Disorders) का एक प्रकार है। सामान्य चिन्ता विकृति को चिन्ता प्रतिक्रिया (Anxiety Reaction) भी कहा जाता है (Reber, 1995)।

डेवीसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) के अनुसार, "सामान्यीकृत चिन्ता विकृति चिन्ता विकृतियों का एक प्रकार है, जिसमें चिन्ता इतनी अधिक चिरकालिक, दृढ़ तथा व्यापक होती है कि यह स्वतन्त्र प्रवाही (free-floating) लगती है।"

इसी प्रकार **होम्स** (Holmes, 1998) के अनुसार, "सामान्यीकृत चिन्ता विकृति एक विकृति है जिसमें व्यक्ति उत्तेजना परिस्थिति से बिना प्रभावित हुए ही चिन्तित रहता है, चिन्ता स्वतन्त्र प्रवाही होती है।"

लक्षण (Symptoms or Clinical Picture)

सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (generalized anxiety disorder, GAD) की कई परिभाषाओं का उल्लेख ऊपर किया गया है। इनके आलोक में इस मानसिक रोग के कुछ निश्चित लक्षण का पता चलता है, जिनके आधार पर इस मानसिक रोग की नैदानिक पहचान (clinical recognition) या निदान (diagnosis) सम्भव होता है। इन लक्षणों को निम्नलिखित वर्गों में विभाजित किया जा सकता है—

1. **गति-तनाव** (Motor Tension)—सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) के रोगी में गति-तनाव देखा जाता है। इस लक्षण से पीड़ित व्यक्ति उत्तेजित, बेचैन (tense) तथा प्रत्यक्षत: कम्पायमान (visibly shaky) होता है और वह शिथिल रहने या विश्राम करने में असमर्थ होता है। रोगी की मुखाकृति (facial expression) गम्भीर आहों (deep sighs) से परिपूर्ण प्राय: तनी हुई (strained) होती है।

2. **स्वायत्त प्रतिक्रिया क्षमता** (Autonomic Reactivity)—इस मानसिक रोग का एक लक्षण स्वायत्त प्रतिक्रिया क्षमता है। इस लक्षण वाले रोगी में सहानुभूतिक (sympathetic) तथा उपसहानुभूतिक स्नायु तन्त्र (parasympathetic nervous system) अधिक क्रियाशील रहते हैं। परिणामत: रोगी में पसीना बहना (sweating), चक्कर (dizziness), धड़कता हुआ हृदय (pounding heart), सर्द एवं चिपचिपा (clammy) हाथ, गड़बड़ पेट (upset stomach), बार-बार पेशाब या पाखाना होना, गला (throat) में सूजन तथा नाड़ी-स्पंद तथा श्वसन गति में तेजी आदि लक्षण पाये जाते हैं।
3. **भविष्य के प्रति आशंकित भाव** (Apprehensive Feelings about the Future)—सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) का एक लक्षण यह है कि इस विकृति से पीड़ित रोगी अपने भविष्य के सम्बन्ध में चिन्तित तथा सशंकित रहता है। वह यह सोच-सोच कर सशंकित रहता है कि उसका भविष्य असुरक्षित है और उसका भविष्य उसके लिए दुर्भाग्यपूर्ण सिद्ध हो सकता है। इसके साथ-साथ रोगी अपने सम्बन्धियों, मित्रों अथवा अपनी मूल्यवान सम्पत्तियों के सम्बन्ध में सशंकित तथा चिन्तित रहा करता है।
4. **अति सतर्कता** (Hypervigilance)—सामान्यीकृत चिन्ता विकृति से पीड़ित रोगी अपने जीवन के प्रति संतरी जैसा उपागम (sentry approach) रखता है। वह अपने जीवन के प्रति अतिसतर्कता की नीति रखता है। वह निरन्तर वातावरण को खतरों (dangers) से परिपूर्ण समझता है यद्यपि वह खतरों को अलग-अलग बतलाने में प्राय: सफल नहीं होता है। इस अतिसतर्कता का बाधक प्रभाव रोगी की निद्रा पर पड़ता है।
5. **सहज ध्यान भंग** (Easy Distraction)—अतिसतर्कता तथा अतिसंवेदनशीलता के कारण रोगी का ध्यान आसानी से भंग होता रहता है। ध्यान भंग के कारण रोगी किसी एक विषय या वस्तु पर अपने ध्यान को केन्द्रित नहीं कर पाता है।
6. **चिड़चिड़ापन एवं अतिसंवेदनशीलता** (Irritability and Hypersensitivity)—सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के रोगी में चिड़चिड़ापन तथा अतिसंवेदनशीलता का लक्षण पाया जाता है। रोगी प्राय: चिड़चिड़ा बना रहता है और साधारण बात पर भी अति उत्तेजन एवं अतिसंवेदनशीलता व्यक्त करता है।
7. **स्वतन्त्र प्रवाही चिन्ता** (Free-floating Anxiety)—इस मानसिक रोग का सबसे प्रमुख तथा प्रभेदक लक्षण (distinguishing symptom) स्वतन्त्र-प्रवाही चिन्ता है। यह लक्षण मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त पर आधारित प्रवाही भाव (floating affect) के जैसा है, जिसका तात्पर्य ऐसी संवेगात्मक अवस्थाओं से है जो किसी खास वस्तु या घटना से सम्बद्ध नहीं होती हैं। इसी पृष्ठभूमि में स्वतन्त्र प्रवाही चिन्ता (free-floating anxiety) का तात्पर्य व्यक्ति के सामान्यीकृत भावों से है, जो मौलिक कारणात्मक परिस्थितियों से स्वतन्त्र हो गये हैं। ऐसी स्थिति में स्वतन्त्र प्रवाही चिन्ता अस्पष्ट, अवास्तविक, चिरकालिक दृढ़ तथा अति व्यापक होती है।

प्र.9. सामान्यीकृत चिन्ता विकृति कारणों का विस्तृत विवेचन कीजिए।
Explain in detail etiology or causes of Generalized Anxiety Disorder.

उत्तर

सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के कारण
(Etiology or Causes of Generalized Anxiety Disorder)

सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के कारण के सम्बन्ध में चार तरह के दृष्टिकोण (views) हैं, जिन्हें मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोण (psycho-analytic view), अधिगम दृष्टिकोण (learning view), संज्ञानात्मक दृष्टिकोण (cognitive view) तथा जननिक दृष्टिकोण (genetic view) अथवा शारीरिक दृष्टिकोण (physiological views) कहते हैं। इन दृष्टिकोणों के आधार पर सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) के कारणों को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया जा सकता है—

1. **मनोवैज्ञानिक कारक** (Psychological Factors)—मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोण के अनुसार सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (generalized anxiety disorder GAD) के विकास में मनोवैज्ञानिक कारकों का हाथ होता है। **सिगमण्ड फ्रॉयड** (Sigmund Freud) के अनुसार, इस रोग का कारण इड (id) तथा ईगो (ego) के आवेगों (impulses) के बीच अचेतन द्वन्द्व (unconscious conflict) है। इड की कामुक (sexual) अथवा आक्रमणशील (aggressive) इच्छाएँ चेतन रूप से सन्तुष्ट नहीं हो पाती हैं तो वे अचेतन में दमित हो जाती हैं। किन्तु ये दमित या अचेतन इच्छाएँ अपनी अभिव्यक्ति एवं सन्तुष्टि के लिए हमेशा प्रयत्नशील रहती हैं। किन्तु ईगो (ego) इस पर रोक लगाये रहता है, क्योंकि इसे दण्ड का भय लगा

रहता है। इस प्रकार इड (id) तथा ईगो (ego) के विरोधी आवेगों से उत्पन्न द्वन्द्व या संघर्ष के कारण व्यक्ति चिन्ता का शिकार बन जाता है। यह चिन्ता शुरू में विशिष्ट स्वरूप का होती है किन्तु बाद में स्वतन्त्र प्रवाही (free floating) बन जाती है। चिन्ता का स्रोत (source) अर्थात् इड (id) की दण्डित इच्छाएँ (आवेग), जो अपनी अभिव्यक्ति हेतु प्रयत्नशील रहती हैं, सदा मौजूद रहती हैं। फलत: व्यक्ति चिन्ता से हमेशा पीड़ित रहता है। असल में चिन्ता से बचाव का कोई उपाय नहीं रहता है। यदि व्यक्ति इड (id) से अलग हो जाए तो वह जीवित नहीं रह सकेगा। परिणामत: वह हर समय चिन्तित करता है।

2. **अधिगम-कारक** (Learning Factors)—अधिगम मॉडल (learning model) अथवा व्यवहारवादी-मॉडल (behavioural model) के अनुसार सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) के विकास में बाह्य कारकों (external factors) का हाथ होता है। दूसरे शब्दों में इस चिन्ता विकृति का स्रोत (source) वास्तव में वातावरणीय कारक (environmental factors) हैं। **उल्पे** (Wolpe, 1958) के अध्ययन से इस विचार का समर्थन होता है।
   व्यवहारवादी मॉडल (Behavioural Model) के अनुसार फोबिया या दुर्भीति के समान सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAO) भी क्लासिकी अनुबन्धन (classical conditioning) पर आधारित होती है। **बारलो** (Barlow, 1988) के अनुसार, अनिवार्य घातक घटना (unescapable threatening event) के लगातार प्रभावन (exposure) के कारण यह विकृति विकसित होती है। चूहे पर किये गये अध्ययन से प्राप्त परिणाम इस दृष्टिकोण के पक्ष में हैं (Mowrer and Viek, 1998)। इसी तरह मनुष्य पर किये प्रयोगों के परिणाम भी इस दृष्टिकोण के पक्ष में हैं। कई अन्य अध्ययनों में भी इसी प्रकार के परिणाम प्राप्त हुए हैं।
3. **संज्ञानात्मक कारक** (Cognitive Factors)—संज्ञानात्मक दृष्टिकोण (cognitive view) के अनुसार सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) का आधार व्यक्ति का विकृत संज्ञान (distorted cognition) है। संज्ञान का अर्थ है प्रत्यक्षण (perception), चिन्तन (thinking), विवेक (reasoning) इत्यादि। व्यक्ति किसी उत्तेजना से उत्तेजित होते समय क्या (what) प्रत्यक्षण करता है, कैसे (how) प्रत्यक्षण करता है, वह क्या सोचता है, कैसे सोचता है, आदि का गहरा प्रभाव जिस रूप में उसकी मानसिकता पर पड़ता है, उसी के अनुकूल परिणाम घटित होते हैं। इसीलिए, एक घटना से भिन्न-भिन्न लोगों में भिन्न-भिन्न प्रभाव देखे जाते हैं। विशेष रूप से अस्पष्ट घटनाओं या परिस्थितियों के प्रति व्यक्ति घातक तथा सम्भावित शकुनात्मक परिणामों को आरोपित करके चिन्ता का शिकार बन जाता है (Butler and Mathews, 1983)।
   डेवीसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के संज्ञानात्मक कारण की व्याख्या करते हुए कहा है कि प्रतिबलक (stressors) को नियन्त्रित करने की असमर्थता से उत्पन्न भावों के साथ-साथ संज्ञानों के घातक संघटकों के भ्रान्त-प्रत्यक्षण (misperceptions) के कारण व्यक्ति पूर्वानुमानित भावी संकटों से उत्पन्न चिरकालिक, दृढ़ एवं व्यापक चिन्ता का शिकार बन जाता है (Back et al; 1987; Kendall and Ingram, 1989)।
4. **जैविक कारक** (Biological Factors)—जैविक कारकों में जननिक कारक (genetic factor) एक महत्त्वपूर्ण कारक है जिसका प्रभाव इस विकृति पर पड़ता है। जननिक दृष्टिकोण के अनुसार सामान्यीकृत चिन्ता विकृति (GAD) वंशागत होती है। जो माता-पिता या पूर्वज इस रोग से पीड़ित होते हैं, उनके बच्चे भी इस रोग से पीड़ित हो जाते हैं। **स्लेटर** तथा **शिल्ड्स** (Slater and Shields, 1969) ने समान जुड़वाँ बच्चों (identical twins) के 17 जोड़ों तथा असमान जुड़वाँ बच्चों (fraternal twins) के 28 जोड़ों का अध्ययन किया। प्रत्येक जोड़ा का एक बच्चा चिन्ता स्नायुविकृति (anxiety neurosis) से पीड़ित था। देखा गया कि समान जुड़वाँ बच्चों के 49% तथा समान जुड़वाँ बच्चों के 4% सह-जोड़ा (co-twins) भी चिन्ता स्नायु विकृति से पीड़ित थे। **टोरगरसन** (Torgerson, 1983) ने यही सामंजस्य (concordance) सामान्यीकृत चिन्ता विकृति के लिए समान जुड़वाँ तथा असमान जुड़वाँ बच्चों के जोड़े (pairs) में पाया। लेकिन वंशानुक्रम (heredity) को इस रोग के लिए अपवर्जक कारक (exclusive factor) नहीं माना जा सकता है। कारण, इस रोग से पीड़ित सभी पूर्वज या माता-पिता के बच्चे इस रोगी से पीड़ित नहीं होते हैं। दूसरी सामान्य माता-पिता के बच्चे भी इस रोग से पीड़ित हो जाते हैं। अत: निश्चित रूप से इसके अन्य कारण भी हैं।

जैविक कारकों में लिंग (sex) तथा कालक्रमिक आयु (chronological age) का उल्लेख भी आवश्यक है। अध्ययनों से पता चलता है कि यह विकृति पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में अधिक होती है। इसी तरह आयु का प्रभाव भी इस रोग के विकास पर पड़ता है। एक अध्ययन में 15 से 45 साल की उम्र में यह रोग 5% लोगों में पाया गया।

TOUCH 'n PASS

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. निम्नलिखित में से एगोराफोबिया का लक्षण है—

(a) खुले स्थान के प्रति भय होता है।
(b) एगोराफोबिया में सार्वजनिक स्थान से भी भय महसूस होता है।
(c) यह रोग पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में अधिक पाया जाता है।
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.2. सामाजिक दुर्भीति का लक्षण में सही कथन नहीं है—

(a) इसमें सामाजिक परिस्थितियों के प्रति भय होता है
(b) उसे लोगों द्वारा लज्जित होने का भय रहता है
(c) इससे पीड़ित व्यक्ति दूसरे लोगों से बचने तथा सुरक्षित वातावरण तलाश करता है
(d) यह रोग किशोरावस्था में अधिक नहीं देखा जाता।

उत्तर (d) यह रोग किशोरावस्था में अधिक नहीं देखा जाता।

प्र.3. स्नायुविकृति से पीड़ित व्यक्ति का मुख्य लक्षण क्या है?

(a) सिर दर्द (b) चिन्ता (c) मूर्च्छा (d) नींद

उत्तर (b) चिन्ता

प्र.4. दुर्भीति की परिभाषा देते हुए किसने कहा–''दुर्भीति का तात्पर्य कुछ ऐसी वस्तु या परिस्थिति के प्रति अत्यधिक या अनुपयुक्त भय से है, जो वास्तव में खतरनाक नहीं होती है।''

(a) डेवीसन तथा निल (b) मंगल
(c) सरासन एवं सरासन (d) किस्कर

उत्तर (c) सरासन एवं सरासन

प्र.5. चिन्ता विकार है—

(a) पैनिक अटैक से पहचानी जाने वाली भावनात्मक स्थिति
(b) अत्यधिक जाँच द्वारा वर्गीकृत एक भावनात्मक स्थिति
(c) अव्यवस्थित सोच
(d) आशंका, अनिश्चितता और भय की भावनाओं की विशेषता अत्यधिक या उत्तेजित अवस्था

उत्तर (d) आशंका, अनिश्चितता और भय की भावनाओं की विशेषता अत्यधिक या उत्तेजित अवस्था

प्र.6. चिन्ता विकारों में सह-रुग्णता के सामान्य पहलू निम्नलिखित में से कौन से हैं?

(a) घबराहट के शारीरिक लक्षण न केवल आतंक विकार में पाये जाते हैं, बल्कि विशिष्ट फोबिया में फोबिक उत्तेजनाओं की प्रतिक्रियाओं में भी पाये जाते हैं।
(b) संज्ञानात्मक पक्षपात जैसे कि सूचना प्रसंस्करण पूर्वाग्रह जो चिन्तित लोगों को चुनिंदा रूप से खतरनाक उत्तेजनाओं (मैथ्यूज एण्ड मैकलियोड, 1994) में भाग लेने के लिए प्रेरित करते हैं—लगभग सभी चिन्ता विकारों ।के लिए आम हैं
(c) कुछ विशिष्ट शुरुआती अनुभव कई अलग-अलग चिन्ता विकारों (जैसे बचपन के दौरान शारीरिक या यौन शोषण) के एटिओलॉजी में पाये जा सकते हैं और इस तरह के अनुभव व्यक्ति के कई चिन्ता-आधारित समस्याओं के विकास के जोखिम को बढ़ा सकते हैं।
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.7. विशिष्ट फोबिया को इस प्रकार परिभाषित किया गया है—

(a) किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति से उत्पन्न होने वाली अत्यधिक चिन्ता

(b) प्रकाश के प्रति असामान्य संवेदनशीलता

(c) किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति से उत्पन्न होने वाला अत्यधिक, अनुचित, लगातार भय

(d) सामाजिक स्थितियों का लगातार डर

उत्तर (c) किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति से उत्पन्न होने वाला अत्यधिक अनुचित, लगातार भय

प्र.8. फोबिया में व्यक्ति फोबिक विश्वासों का एक मजबूत समूह प्राप्त करते हैं जो—

(a) इस बारे में जानकारी कि उन्हें क्यों लगता है कि फोबिया खतरा पैदा कर रहा है

(b) जब वे फोबिक स्थिति में हों तो कैसे प्रतिक्रिया दें

(c) अपने डर पर काबू पाते दिख रहे हैं

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.9. फ्रॉयड द्वारा विकसित मनोगतिकी सिद्धान्त ने फोबिया को इस प्रकार देखा—

(a) दमित अहंकार
(b) दमित आईडी आवेग
(c) दमित महाअहंकार
(d) दमित रक्षा तन्त्र

उत्तर (b) दमित आईडी आवेग

प्र.10. कंडीशनिंग सिद्धान्त के अनुसार ऊष्मायन एक ऐसी घटना है जिसका सम्बन्ध—

(a) विकार/समस्या के भेद से है
(b) विकार/समस्या के विलुप्त करने के समाधान से है
(c) विकार/समस्या के जानने से है
(d) केवल आगे से है

उत्तर (b) विकार/समस्या के विलुप्त करने के समाधान से है

प्र.11. निम्नलिखित में से कौन-सा फोबिया का एक प्रमुख विकासवादी सिद्धान्त है?

(a) गैर-सहयोगी भय अधिग्रहण
(b) डर प्रतिक्रियाएँ सीखीं
(c) जैविक तैयारी
(d) विशिष्ट फोबिया अधिग्रहण

उत्तर (c) जैविक तैयारी

प्र.12. हाल के साक्ष्य बताते हैं कि कम-से-कम कुछ फोबिया भावनाओं से निकटता से जुड़े हैं—

(a) गुस्सा (b) घृणा (c) उत्साह (d) उदासी

उत्तर (b) घृणा

प्र.13. पशु फोबिया का रोग-परिहार मॉडल (मैचेट और डेवी, 1991) निम्नलिखित में से किसके द्वारा समर्थित है?

(a) सबूत है कि एक चिकित्सा दृष्टिकोण मनोवैज्ञानिक गड़बड़ी का समर्थन करता है

(b) निष्कर्ष है कि बीमार व्यक्ति जानवरों से बचते हैं

(c) सभी मकड़ियाँ बीमारी फैलती हैं

(d) निष्कर्ष है कि उच्च स्तर की घृणित संवेदनशीलता पशु फोबिया के लिए एक भेद्यता कारक है

उत्तर (d) निष्कर्ष है कि उच्च स्तर की घृणित संवेदनशीलता पशु फोबिया के लिए एक भेद्यता कारक है

प्र.14. विशिष्ट फोबिया के लिए चिकित्सा में एक महत्त्वपूर्ण मुद्दा है—

(a) सुनिश्चित करें कि व्यक्ति कभी भी फोबिक घटना या स्थिति के सम्पर्क में न आये

(b) फोबिक विश्वास जो पीड़ित अपने फोबिक घटना या स्थिति के बारे में रखते हैं

(c) व्यक्ति के पास फोबिक घटना या स्थिति के बारे में बात करने का पर्याप्त अवसर होता है

(d) फोबिक घटना या स्थिति के बारे में किसी भी सपने का विश्लेषण किया जाता है

उत्तर (b) फोबिक विश्वास जो पीड़ित अपने फोबिक घटना या स्थिति के बारे में रखते हैं

TOUCH 'n PASS

प्र.15. सोशल फोबिया की कुछ परिभाषित विशेषताएँ DSM-IV-TR में वर्णित हैं—

(a) सोशल फोबिया वाले व्यक्ति शर्मिंदगी के बारे में चिन्ता का अनुभव करते हैं और डरते हैं कि दूसरे उन्हें चिन्तित, कमजोर, ''पागल'' या मूर्ख समझेंगे

(b) वे इस चिन्ता के कारण सार्वजनिक रूप से बोलने से डर सकते हैं कि दूसरे उनके काँपते हाथों या आवाज को नोटिस करेंगे

(c) वे दूसरों के साथ बातचीत करते समय अत्यधिक चिन्ता का अनुभव कर सकते हैं क्योंकि डर के कारण वे अस्पष्ट दिखाई देंगे

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.16. ऐसा माना जाता है कि सोशल फोबिया के सफल सीबीटी उपचार में निम्नलिखित तत्त्व शामिल हैं—

(a) जोखिम चिकित्सा
(b) सामाजिक कौशल प्रशिक्षण
(c) संज्ञानात्मक पुनर्गठन
(d) ये सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.17. निम्न में से कौन-सा सामाजिक भय के लिए एक दवा उपचार है—

(a) सेरोटोनिन रीअपटेक इनहिबिटर (एसएसआरआई)

(b) एंटीबायोटिक्स

(c) एंटीसाइकोटिक दवाएँ

(d) विरोधी भड़काऊ दवाएँ

उत्तर (a) सेरोटोनिन रीअपटेक इनहिबिटर (एसएसआरआई)

प्र.18. निम्नलिखित में से कौन-से शारीरिक लक्षण पैनिक अटैक से जुड़े हैं—

(a) दिल की घबराहट
(b) पसीना आना
(c) अतिवातायनीय (हाइपरवेंटिलेटिंग)
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.19. पैनिक अटैक की एक सामान्य विशेषता हाइपरवेंटिलेशन है और इसके कारण हैं—

(a) निष्क्रिय श्वास पैटर्न

(b) रक्त पीएच स्तर बढ़ाना

(c) तब ऑक्सीजन को शरीर की कोशिकाओं तक कम कुशलता से पहुँचाया जाता है

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.20. CO_2 में वृद्धि के प्रति संवेदनशीलता को पैनिक डिसऑर्डर (Papp, Klein & Gorman, 1993) के लिए एक जोखिम कारक के रूप में समझाया गया है और पैनिक डिसऑर्डर के ''घुटन अलार्म सिद्धान्त'' के रूप में जाने जाने वाले को जन्म दिया है जहाँ CO_2 सेवन में वृद्धि हो सकती है—

(a) हाइपोथैलेमस को सक्रिय करें

(b) फ्रंटल लोब्स को सक्रिय करें

(c) एक अति-संवेदनशील घुटन अलार्म प्रणाली को सक्रिय करें

(d) अधिवृक्क प्रणाली को सक्रिय करें।

उत्तर (c) एक अति-संवेदनशील घुटन अलार्म प्रणाली को सक्रिय करें

प्र.21. आतंक विकृति (Panic Disorder) में चिन्ता संवेदनशीलता का अर्थ है—

(a) चिन्ता अवसाद का कारण बन सकती है

(b) चिन्ता के लक्षणों का डर जो इस विश्वास पर आधारित है कि ऐसे लक्षणों के हानिकारक परिणाम होते हैं

(c) चिन्ता के लक्षण खुद को नुकसान पहुँचाने की भविष्यवाणी कर सकते हैं

(d) चिन्तित महसूस करना हमेशा नकारात्मक घटनाओं की ओर ले जाता है

उत्तर (b) चिन्ता के लक्षणों का डर जो इस विश्वास पर आधारित है कि ऐसे लक्षणों के हानिकारक परिणाम होते हैं

प्र.22. क्लार्क का (1986, 1988) शारीरिक संवेदनाओं की विनाशकारी गलत या दोषपूर्ण व्याख्या का सिद्धान्त बताता है कि व्यक्ति—

(a) हृदय रोग विकसित होने की अधिक सम्भावना है

(b) उनकी संवेदनाओं की अधिक खतरनाक व्याख्या को स्वीकार करने के प्रति एक संज्ञानात्मक पूर्वाग्रह है

(c) वे यह निर्धारित करने में कम सक्षम होते हैं कि वे कब किसी चीज के लिए बीमार हो रहे हैं

(d) चिकित्सा पेशेवरों से उपचार लेने की सम्भावना कम है।

उत्तर (b) उनकी संवेदनाओं की अधिक खतरनाक व्याख्या को स्वीकार करने के प्रति एक संज्ञानात्मक पूर्वाग्रह है

प्र.23. सामान्यीकृत चिन्ता विकार एक व्यापक स्थिति है जिसमें पीड़ित अनुभव करता है—

(a) भय का भय

(b) भविष्य की घटनाओं के बारे में लगातार आशंका और चिन्ता

(c) पिछली घटनाओं के लिए लगातार फ्लैशबैक

(d) यह जाँचने की इच्छा कि पर्यावरण सुरक्षित है।

उत्तर (b) भविष्य की घटनाओं के बारे में लगातार आशंका और चिन्ता।

प्र.24. पैथोलॉजिकल और क्रॉनिक चिन्ता की मुख्य नैदानिक विशेषता है, लेकिन इसके साथ शारीरिक लक्षण हो सकते हैं जैसे—

(a) थकान और काँपना (b) माँसपेशियों में तनाव (c) सिरदर्द और मतली (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.25. सामान्यीकृत चिन्ता विकार के लिए प्रोत्साहन नियन्त्रण उपचार में शामिल है—

(a) व्यक्ति को चिन्ता न करने का निर्देश देना

(b) अनुष्ठान करके व्यक्ति को अपनी चिन्ता को नियन्त्रित करने के लिए प्रोत्साहित करना

(c) किसी विशिष्ट समय या किसी विशिष्ट स्थान पर व्यक्ति को चिन्ता करने का निर्देश देना

(d) उनकी चिन्ताओं की एक डायरी रखें

उत्तर (c) किसी विशिष्ट समय या किसी विशिष्ट स्थान पर व्यक्ति को चिन्ता करने का निर्देश देना।

प्र.26. सामान्यीकृत चिन्ता विकार (GAD) के उपचार में संज्ञानात्मक पुनर्गठन शामिल है। इसमें शामिल है—

(a) चिन्ता करने के फायदों के बारे में बेकार की मान्यताओं को चुनौती देना और बदलना

(b) ऐसे विचार उत्पन्न करें जो अधिक सटीक हों

(c) पीड़ितों के पूर्वाग्रहों को चुनौती दें कि बुरी घटनाएँ कितनी बार हो सकती हैं

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.27. अनियन्त्रित जुनूनी विकार (OCD) में मजबूरियों को आमतौर पर निम्नलिखित में से क्या माना जाता है—

(a) दोहराये जाने वाले कर्मकाण्ड वाले व्यवहार पैटर्न जिन्हें व्यक्ति कुछ नकारात्मक परिणामों को होने से रोकने के लिए प्रदर्शन करने के लिए प्रेरित महसूस करता है।

(b) दूसरों को नुकसान पहुँचाने या परेशान करने के बारे में बार-बार आने वाले विचार

TOUCH 'n' PASS

(c) अनुचित तरीके से व्यवहार करने की अत्यधिक इच्छा
(d) घटनाओं के नकारात्मक परिणाम के बारे में चिन्ता करने का अनुष्ठान

उत्तर (a) दोहराये जाने वाले कर्मकाण्ड वाले व्यवहार पैटर्न जिन्हें व्यक्ति कुछ नकारात्मक परिणामों को होने से रोकने के लिए प्रदर्शन करने के लिए प्रेरित महसूस करता है।

प्र.28. OCD में सबसे महत्त्वपूर्ण दुष्क्रियात्मक विश्वासों में से एक बढ़ी हुई जिम्मेदारी के रूप में परिभाषित किया गया है। यह है—

(a) किसी के कार्यों की जिम्मेदारी लेने में असमर्थता
(b) भव्यता के भ्रम
(c) यह विश्वास कि किसी के पास शक्ति है जो व्यक्तिपरक रूप से महत्त्वपूर्ण नकारात्मक परिणामों को लाने या रोकने के लिए महत्त्वपूर्ण है
(d) आत्म महत्त्व की भावना में वृद्धि

उत्तर (c) यह विश्वास कि किसी के पास शक्ति है जो व्यक्तिपरक रूप से महत्त्वपूर्ण नकारात्मक परिणामों को लाने या रोकने के लिए महत्त्वपूर्ण है

प्र.29. OCD जैसे दृढ़ मनोविकृति विज्ञान में मूड की भूमिका मानी जाती है। ऐसा ही एक खाता इनपुट परिकल्पना के रूप में मूड है, जो बताता है कि OCD अपनी बाध्यकारी गतिविधियों से पीड़ित है क्योंकि—

(a) वे बाध्यकारी गतिविधि के लिए एक निहित 'रोक नियम' का उपयोग करते हैं जो कहता है कि उन्हें केवल तभी रुकना चाहिए जब वे सुनिश्चित हों कि उन्होंने कार्य को पूरी तरह से और ठीक से पूरा कर लिया है
(b) वे एक मजबूत नकारात्मक मूड में कार्य करते हैं
(c) 'सूचना' के रूप में समवर्ती मूड यह आकलन करने के लिए कि क्या वे अपने सख्त रोक नियम मानदण्डों को पूरा कर चुके हैं
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.30. कभी-कभी अन्तिम उपाय के रूप में न्यूरोसर्जरी OCD में एक हस्तक्षेप बन गयी है। सबसे आम प्रक्रिया है—

(a) न्यूरोबायोटैक्सिस
(b) आदत
(c) भावनात्मक संज्ञाहरण
(d) सिंगुलाटॉमी

उत्तर (d) सिंगुलाटॉमी

प्र.31. निम्नलिखित में से किसे अभिघातज के बाद का तनाव विकार (PTSD) का लक्षण माना जाता है—

(a) कामेच्छा में वृद्धि
(b) भावनाओं का परिहार और सुन्न होना
(c) पुन: अनुभव करना
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

❑

TOUCH 'n' PASS

UNIT-III

दैहिक एवं मनोविच्छेदी विकृतियाँ
Somatic and Dissociative Disorders

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. दैहिक लक्षण विकार (SSD) कब होता है?
When does Somatoform Symptom disease occur?

उत्तर दैहिक लक्षण (SSD) तब होता है जब कोई व्यक्ति किसी रोग अथवा चोट लगने के बाद शारीरिक लक्षणों के बारे में अत्यधिक व अतिरंजित चिंता कर अनुभव करता है। रोग अथवा चोट के पश्चात् किसी भी लक्षण को लगातार महसूस करना, स्ट्रैस अथवा बोलने में दिक्कत आना, सेहत को लेकर अत्यधिक चिंता करना आदि इसके कारण है।

प्र.2. शरीर दुष्क्रिया आकृति विकृति क्या है?
What is Body Dysmorphic Disorder?

उत्तर इस विकृति में रोगी को अपने चेहरे में कुछ कल्पित दोष (imagined defect) उत्पन्न हो जाने की आशंका उत्पन्न हो जाती है। जैसे सम्भव है कि रोगी को यह विश्वास हो जाए कि उसका नाक का आकार दिनों दिन बड़ा होता जा रहा है या उसके ऊपरी होंठ ऊपर की दिशा में तथा निचली होंठ नीचे की दिशा में लटकता जा रहा है। इस तरह के कल्पित दोष से वह इतना अधिक चिन्तित रहता है कि उसके दिन-प्रतिदिन के सामाजिक जिन्दगी में काफी परेशानी आ जाती है और समायोजन सम्बद्ध समस्याएँ उत्पन्न हो जाती हैं।

प्र.3. रोगभ्रम से क्या आशय है?
What is meant by Hypochondriasis?

उत्तर रोगभ्रम (Hypochondriasis)—इस विकृति में रोगी अपने स्वास्थ्य के बारे में जरूरत से ज्यादा सोचता है तथा उसके बारे में चिन्ता करता है। उसके मन में अक्सर यह बात बनी रहती है कि उसे कोई-न-कोई शारीरिक व्याधि या बीमारी हो गयी है और उसकी यह चिन्ता इतनी अधिक हो जाती है कि वह अपने दिन-प्रतिदिन की जिन्दगी के साथ समायोजन करने में असमर्थ रहता है। DSM-IV (TR) की कसौटी के अनुसार इस तरह की चिन्ता व्यक्ति में कम-से-कम छह महीना तक बने रहने पर ही उसे रोगभ्रम (Hypochondriasis) की श्रेणी में रखा जा सकता है अन्यथा नहीं।

प्र.4. पेशीय लक्षण से आप क्या समझते हैं?
What do you understand by Motor Symptoms?

उत्तर रूपान्तरित हिस्टीरिया के रोगी के पेशीय अंगों (motor organs) के कार्यों में भी कुछ विकृतियाँ देखने को मिलते हैं जिन्हें विशेषज्ञों ने पेशीय लक्षण (motor symptoms) कहा है। पेशीय लक्षणों में हिस्टीरिकल पक्षाघात (Hysterical Paralysis) सबसे अधिक सामान्य है। हिस्टीरिकल पक्षाघात में रोगी के किसी एक पाँव या हाथ में पक्षाघात हो जाता है जिसके कारण उससे सम्बन्धित शारीरिक क्रिया अवरूद्ध हो जाती है। कभी-कभी यह भी देखा गया है कि हिस्टीरिकल पक्षाघात में पक्षाघात का सम्बन्ध किसी कार्य विशेष तक ही सीमित रहता है। जैसे, सम्भव है कि भोजन करते समय हाथ की माँसपेशियाँ न कार्य करें परन्तु अन्य कार्य, जैसे, लिखना, बंदूक चलाना।

प्र.5. मनोविच्छेदी विकृति के प्रमुख चार प्रकार लिखिए।
Write four major types of Dissociative Disorder.

उत्तर मनोविच्छेदी विकृति के कई प्रकार बतलाये गये हैं जिनमें निम्नांकित चार प्रमुख हैं—

1. मनोविच्छेदी स्मृतिलोप (Dissociative Amnesia)

TOUCH 'n PASS

2. मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति (Dissociative Fugue)
3. मनोविच्छेदी पहचान विकृति (Dissociative Identity Disorder, DID)
4. व्यक्तिलोप विकृति (Depresonalization Disorder)

प्र.6. दर्द विकृति के तीन उपचार बताइए।
State three treatments of Pain Disorder.

उत्तर 1. दर्द-विकृति के प्राथमिक प्रकार (primary type) के रोगियों के उपचार के लिए मनोगतिक चिकित्सा (Psychodynamic Therapy) अथवा मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychoanalytic Therapy) अधिक उपयोगीहै।

2. व्यवहार चिकित्सा (Behaviour Therapy) भी एक लाभप्रद चिकित्सा प्रमाणित होती है। इससे प्राथमिक प्रकार तथा द्वितीयक प्रकार के रोगियों को अधिक लाभ होता है।

3. परिवार-चिकित्सा तथा समुदाय चिकित्सा से भी रोगी को राहत मिलती है। अत: अन्य चिकित्सा प्रविधियों के साथ-साथ समुदाय-चिकित्सा का उपयोग भी किया जा सकता है।

प्र.7. कायप्रारूप विकृति को परिभाषित कीजिए।
Define Somatoform disorders.

उत्तर डेविसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) के शब्दों में, "काय प्रारूप विकृतियों का तात्पर्य उन विकृतियों से है, जिनके शारीरिक लक्षणों से शारीरिक समस्या का संकेत मिलता है, किन्तु उनका कोई ज्ञात शारीरिक कारण नहीं होता है, अतएव विश्वास किया जाता है कि वे मनोवैज्ञानिक द्वन्द्वों तथा आवश्यकताओं से सम्बद्ध हैं, किन्तु स्वेच्छा से मान्य नहीं होते हैं।

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. उन्माद या रूपान्तर विकृति के उपचार बताइए।
State the treatment of Hysteria or Conversion Disorder.

उत्तर

उन्माद या रूपान्तर विकृति का उपचार
(Treatment of Hysteria or Conversion Disorder)

उन्माद अथवा रूपान्तर विकृति के रोगी के उपचार के लिए निम्नलिखित चिकित्सा-प्रविधियों (therapeutic techniques) का उपयोग किया जा सकता है—

1. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychoanalytic Therapy)

रूपान्तर विकृति अथवा उन्माद से पीड़ित रोग के उपचार में मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा प्रभावी (effective) सिद्ध होती है। इस चिकित्सा में चिकित्सक मनोविश्लेषण के विभिन्न चरणों के माध्यम से अचेतन में दमित ऐसे द्वन्द्वों (conflicts) की खोज करता है, जो रोगी के लक्षणों के मूल कारण होते हैं। फिर रोगी के ईगो (ego) को संरचित करके इस हद तक शक्तिशाली बना देता है कि वह वास्तविकता अर्थात् द्वन्द्व को स्वीकार कर उसका सामना कर सके। इससे रोगी के लक्षण कमजोर होते-होते समाप्त हो जाते हैं। लेकिन, यह एक कठिन तथा जटिल चिकित्सा है जिसका उपयोग केवल एक अनुभवी तथा कुशल चिकित्सक ही कर सकता है।

2. व्यवहार-चिकित्सा (Behaviour Therapy)

व्यवहार-चिकित्सा के उपयोग से भी रोगी को लाभ होता है। विशेष रूप से मॉडलिंग (modelling), अन्त:स्फोटक (flooding), विमुखता अनुकूलन (aversive conditioning) तथा टोकेन इकोनॉमी (token economy) के उपयोग से रोगी को अधिक लाभ होता है।

3. पारिवारिक चिकित्सा (Family Therapy)

उन्माद के रोगी को पारिवारिक चिकित्सा से काफी लाभ होता है। इस सन्दर्भ में किये गये एक अध्ययन में देखा गया कि रूपान्तर विकृति अर्थात् उन्माद के रोगियों पर पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग किया गया तो लगभग 50% रोगी अच्छे हो गये।

4. समुदाय चिकित्सा (Community Therapy)

मोनीज (Moniz, 1991) ने कहा है कि एक सहायक प्रविधि के रूप में समुदाय चिकित्सा से रोगी को काफी लाभ होता है। उन्होंने अपने अध्ययन में पाया कि अन्य चिकित्सा प्रविधियों के साथ-साथ समुदाय चिकित्सा प्रविधि का उपयोग करने पर लगभग 6% रोगियों को लाभ हुआ।

प्र.2. रूपान्तर उन्माद के लक्षण तथा वास्तविक शारीरिक रोग के लक्षणों में अन्तर बताइए।
Differentiate between the symptoms of Conversion Hysteria and those of real Physical Disease.

उत्तर

रूपान्तर उन्माद के लक्षण तथा वास्तविक शारीरिक रोग के लक्षणों में अन्तर
(Differences between the Symptoms of Conversion Hysteria and Real Physical Disease)

वास्तव में वास्तविक शारीरिक रोग और उन्माद से पीड़ित रोगी के लक्षणों में अन्तर होता है, लेकिन इन अन्तरों को डॉक्टरी जाँच द्वारा ही जाना जा सकता है। इसके अलावा भी कुछ ऐसे मापदण्ड या कसौटियाँ हैं जिनके आधार पर इन दोनों के अन्तरों को जाना जा सकता है। यहाँ पर हम उन्हीं मापदण्डों के आधार पर दोनों के अन्तरों का वर्णन करेंगे। वे निम्नलिखित हैं—

1. **चिन्ता के स्वरूप का आधार**—शारीरिक रोग से पीड़ित व्यक्ति अपनी बीमारी तथा शारीरिक अयोग्यता के कारण चिन्तित और परेशान रहते हैं। उन्हें चिन्ता के कारण ज्ञात रहते हैं, लेकिन रूपान्तरित उन्माद (Conversion Hysteria) के रोगी अपनी शारीरिक विकृति के लक्षणों की चिन्ता नहीं करते हैं। वे मानसिक रूप से लापरवाह रहते हैं। इसकी पुष्टि **मुचा** (Mucha) और **रेनहार्ट** (Reinhardt) ने रूपान्तर उन्माद के 26 रोगियों के अध्ययन के आधार पर की। उन्होंने अपने अध्ययन में देखा कि रोगी अपनी शारीरिक विकृति के बारे में चिन्तित नहीं रहते हैं।
2. **लक्षण के स्वरूप का आधार**—शारीरिक रोग से पीड़ित व्यक्ति के लक्षण चयनात्मक स्वरूप के नहीं होते हैं। लेकिन उन्माद के रोगी के लक्षण चयनात्मक स्वरूप के होते हैं। इन रोगियों की शारीरिक विकृति प्रायः उन्हीं अंगों में विशेष रूप से होती हैं जो अंग रोगी के मानसिक संवेगात्मक संघर्ष के साथ जुड़े हुए होते हैं। प्रेम-लीला में विफल युवती की बाँह में दर्द होता है, सम्भोग से भयातुर रोगी के पैर में लकवा की शिकायत होती है, संतान के लिए इच्छुक महिला के पेट में दर्द होता है, नाजायज रूप से सम्भोग करते समय पकड़े जाने के भय से व्यक्ति नपुंसक हो जाता है, आदि इसके उदाहरण हैं।
3. **प्रभावित अंग की क्षमता का आधार**—उन्माद से पीड़ित व्यक्तियों के शारीरिक रोग के लक्षण मिथ्या विकृति होती है। उनके विकृत अंग की कार्यक्षमता सामान्य रहती है। यानी उनमें वास्तविक कमजोरी नहीं आती है। इसीलिए इसका रोगी अच्छी तरह बैठ सकता है और अपना पैर हिला-डुला सकता है। लेकिन जैसे ही वह खड़ा होता है या चलना-फिरना शुरू करता है, वैसे ही उसके पैर की गति शून्य हो जाती है। वह पैर उठा भी नहीं सकता है। इसी प्रकार लेटे रहने की अवस्था में देख सकता है और खड़ा होने पर देखने की क्षमता खत्म हो जाती है। लेकिन वास्तविक शारीरिक रोग से ग्रस्त व्यक्तियों में ऐसी बात नहीं देखी जाती है। यदि वह लकवा का शिकार हो चुका है तो किसी भी अवस्था में उसका पैर नहीं उठ सकता है या उसे दिखाई नहीं पड़ सकती है।
4. **उपचार की विधि का आधार**—शारीरिक पीड़ित से पीड़ित रोगियों और उन्माद के रोगी चिकित्सा के माध्यम से अलग-अलग होते हैं। उन्माद से ग्रस्त रोगियों के शारीरिक लक्षण संसूचन (suggestion) आदि द्वारा दूर किये जा सकते हैं। खासकर सम्मोहन की अवस्था में ऐसा किया जाता है। इस विधि के द्वारा वास्तविक शारीरिक रोग से पीड़ित व्यक्तियों की चिकित्सा नहीं की जा सकती है। इसके रोगियों पर संसूचन और सम्मोहन का प्रभाव कुछ भी नहीं पड़ता है।

प्र.3. दर्द विकृति के लक्षण बताइए।
State the symptoms of Pain Disorder.

उत्तर

दर्द विकृति के लक्षण
(Symptoms of Pain Disorder)

इन परिभाषाओं के आलोक में दर्द-विकृति की निम्नलिखित विशेषताएँ (features) या लक्षण (symptoms) स्पष्ट होती हैं—

(i) दर्द विकृति वास्तव में काय प्रारूप विकृति (Somatoform Disorder) का एक प्रकार है। इसे साइकलजिया (Psychalgia) भी कहते हैं।

TOUCH ME PASS

(ii) इस विकृति का मुख्य लक्षण पीड़ा या दर्द की अनुभूति है। इस दर्द का कोई अज्ञेय कायिक आधार (indentifiable organic base) नहीं होता है। सामान्यत: यह दर्द हृदय, पेट या अन्य महत्त्वपूर्ण अगों से सम्बद्ध होता है।

(iii) इस विकृति में होने वाला दर्द जब कायिक स्वरूप का नहीं होता है तो यह समझा जाता है कि इस विकृति का आधार मनोवैज्ञानिक कारक है।

(iv) इस विकृति का एक लक्षण व्यथा (distress) है। दर्द के कारण व्यक्ति स्पष्ट व्यथा तथा क्षति से पीड़ित रहता है।

(v) रोगी में दर्द से उत्पन्न व्यथा अथवा क्षति का प्रतिकूल प्रभाव उसके सामाजिक तथा व्यावसायिक कार्यवाही पर पड़ता है। कभी-कभी दर्द के कारण रोगी की स्थिति इतनी खराब हो जाती है कि उसे अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक हो जाता है।

(vi) दर्द विकृति के तीन प्रकार हैं, जिन्हें (क) प्राथमिक प्रकार (primary type), (ख) द्वितीयक प्रकार (secondary type) तथा (ग) मिश्रित प्रकार (combined type) कहते हैं। मनोवैज्ञानिक कारणों से उत्पन्न दर्द विकृति को प्राथमिक प्रकार कहते हैं। गैर-मनोवैज्ञानिक मेडिकल परिस्थितियाँ उत्पन्न होने वाले दर्द विकृति को द्वितीयक प्रकार कहते हैं। जब इन दोनों प्रकार के कारकों के सम्मिलित रूप से यह विकृति विकसित होती है तो इसे मिश्रित प्रकार कहते हैं।

प्र.4. दर्द-विकृति के कारण लिखिए।

Give the etiology of Pain Disorder.

उत्तर

दर्द विकृति के कारण
(Etiology of Pain Disorder)

दर्द विकृति के निम्नलिखित कारण हैं—

1. **मनोवैज्ञानिक कारक** (Psychological Factors)—दर्द विकृति (Pain Disorder) का मुख्य कारण मनोवैज्ञानिक है। इसी आधार पर दर्द-विकृति को मनोवैज्ञानिक दर्द विकृति (Psychogenic Pain Disorder) कहा जाता है। यह विकृति किसी मनोवैज्ञानिक द्वन्द्व (psychological conflict) अथवा प्रतिबल (stress) से उत्पन्न हो सकता है। यह भी सम्भव है कि व्यक्ति इसके सहारे किसी दुखद क्रिया से बचाव का प्रयास करता हो अथवा ऐसी सहानुभूति (sympathy) तथा ध्यान जो सामान्य रूप से प्राप्त नहीं होते, उसे इस लक्षण के माध्यम से प्राप्त करने का प्रयास करता हो (Davison and Neale, 1996)। इस मनोवैज्ञानिक कारणों से विकसित दर्द-विकृति को प्राथमिक दर्द-विकृति (Primary Pain Disorder) कहते हैं।
2. **सामाजिक कारक** (Social Factors)—दर्द-विकृति (Pain Disorder) के विकास पर कुछ सामाजिक कारकों का भी प्रभाव पड़ता है। ऐसे कारकों में माता-पिता की उपेक्षा (parental neglect), उनकी उदासीनता (parental indifference), तिरस्कार (rejection) माता-पिता का अतिभोग (parental over-indulgence) आदि मुख्य हैं। ऐसे गैर-मनोवैज्ञानिक कारणों से होने वाली दर्द-विकृति को द्वितीय प्रकार (secondary type) कहते हैं।
3. **सांस्कृतिक कारक** (Cultural Factors)—दर्द-विकृति के विकास पर सांस्कृतिक कारकों का भी प्रभाव सम्भावित होता है। ऐसे कारकों में दोषपूर्ण पालन-पोषण की पद्धति (faulty child rearing practice), अन्धविश्वास (superstitions) आदि मुख्य हैं।

यहाँ यह बात उल्लेखनीय है कि दर्द-विकृति के उपर्युक्त सम्भावित कारणों से सम्बद्ध शोधों का भारी अभाव है। आधुनिक मनोवैज्ञानिकों का विश्वास है कि इस विकृति के विकास में मनोवैज्ञानिक कारकों तथा गैर-मनोवैज्ञानिक कारकों का संयुक्त प्रभाव पड़ता है। इसे मिश्रित प्रकार (combined type) कहते हैं।

प्र.5. कायप्रारूप विकृति के स्वरूप एवं प्रकार की व्याख्या कीजिए।

Discuss the nature and types of Somatoform Disorders.

उत्तर

कायप्रारूप विकृति के स्वरूप एवं प्रकार
(Nature and Types of Somatoform Disorders)

कायप्रारूप विकृति (Somatoform Disorder) DSM-IV (TR) वर्गीकरण पद्धति का एक प्रमुख विकृति है। इस विकृति से तात्पर्य एक ऐसी विकृति श्रेणी से होता है जिसमें व्यक्ति उन दैहिक लक्षणों की शिकायत करता है जिनसे दैहिक समस्याओं की उपस्थिति का अंदाजा होता है परन्तु सचमुच में इसका कोई आंगिक या कायिक (somatic) आधार नहीं होता है। यद्यपि ऐसे

व्यक्तियों में लक्षणों का कोई शारीरिक या कायिक आधार नहीं होता है परन्तु उसे ऐसा विश्वास होता है कि उनके लक्षण वास्तविक ही नहीं परन्तु गम्भीर भी है। निम्नांकित पाँच ऐसे कसौटियाँ (criteria) उपलब्ध हैं जिनके आधार पर यह कहा जा सकता है कि रोगी में कायप्रारूप विकृति (Somatoform Disorder) है या नहीं—

(i) रोगी के दैहिक कार्यों में कुछ परिवर्तन हुआ हो। जैसे, उसमें बहरापन या पक्षाघात (paralysis) के लक्षण उपलब्ध हों।
(ii) ऐसे लक्षणों (symptoms) की व्याख्या ज्ञात दैहिक या स्नायविक हालातों के रूप में किया जाना सम्भव नहीं हो। जैसे, बहरापन या पक्षाघात के उत्पन्न होने पर भी उसका कोई स्नायविक क्षति (neurological damage) का कोई सबूत न हो।
(iii) इस बात का धनात्मक सबूत (positive evidence) हो कि रोगी के दैहिक लक्षण मनोवैज्ञानिक कारकों (psychological factors) से सम्बन्धित हो।
(iv) रोगी में प्राय: दैहिक क्षति (physical loss) के प्रति उदासीनता रहती हो अर्थात् उसे अपने दैहिक लक्षणों के प्रति कोई विशेष चिन्ता नहीं हो।
(v) रोगी द्वारा दिखलाये गये चिन्ता उसके ऐच्छिक नियन्त्रण (volutary control) के बाहर हों।

यदि किसी रोगी में उपर्युक्त पाँच कसौटियों के अनुरूप लक्षण पाये जाते हैं, तो उसे निश्चित रूप से कायप्रारूप विकृति (somatoform disorder) का रोगी माना जाएगा।

कायप्रारूप विकृति के मुख्य पाँच प्रकार बतलाये गये हैं—

1. शरीर दुष्क्रिया आकृति विकृति (Body Dysmorphic Disorder)
2. रोगभ्रम (Hypochondriasis)
3. कायिक विकृति (Somatization Disorder)
4. कायप्रारूप दर्द विकृति (Somatoform Pain Disorder)
5. रूपान्तर विकृति (Conversion Disorder)

इन पाँच प्रकार के विकृतियों में प्रथम चार की व्यापकता (prevalence) कम है तथा अन्तिम प्रकार की व्यापकता तथा नैदानिक महत्त्व अधिक है।

प्र.6. मनोविच्छेदी स्मृतिलोप को स्पष्ट कीजिए।
Clarify Dissociative Amnesia.

उत्तर

मनोविच्छेदी स्मृतिलोप
(Dissociative Amnesia)

इसे पहले मनोजनिक स्मृतिलोप (Psychogenic Amnesia) कहा जाता था। इस विकृति में रोगी अपने ऐसे महत्त्वपूर्ण व्यक्तिगत अनुभूतियों का प्रत्याह्वान (recall) पूर्णत: या अंशत: नहीं कर पाता है जिसका स्वरूप तनाव उत्पन्न करने वाला होता है या जो मानसिक आघात उत्पन्न किये होते हैं। इससे रोगी का सामाजिक एवं अन्य दूसरे तरह के समायोजन पर बुरा प्रभाव पड़ता है। स्मृतिलोप (amnesia) के कई प्रकार होते हैं जिनमें निम्नांकित प्रमुख हैं—

1. **पश्चगामी स्मृतिलोप** (Retrograde Amnesia)—यह एक तरह का स्थानीकृत स्मृतिलोप (Localised Amnesia) है जिसमें व्यक्ति मानसिक आघात उत्पन्न करने वाली घटना के ठीक पहले की अनुभूतियों को भूल जाता है।
2. **उत्तर आघातीय स्मृतिलोप** (Post-traumatic Amnesia)—इसमें व्यक्ति मानसिक आघात उत्पन्न करने वाली घटना के बाद की अनुभूतियों का प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है। अत: यह भी एक तरह का स्थानीकृत स्मृतिलोप (localised amensia) है।
3. **अग्रगामी स्मृतिलोप** (Anterograde Amnesia)—इसमें रोगी मानसिक आघात उत्पन्न होने के बाद के किसी अनुभूति का प्रत्याह्वान करने में अपने आपको असमर्थ पाता है।
4. **चयनात्मक या श्रेणीबद्ध स्मृतिलोप** (Selective or Categorical Amnesia)—इसमें रोगी किसी घटना से सम्बद्ध सूचनाओं का प्रत्याह्वान न करके कुछ ही सूचनाओं का प्रत्याह्वान करता है।
5. **सामान्यीकृत स्मृतिलोप** (Generalized Amnesia)—इसमें रोगी अपनी पूरी जिन्दगी की घटनाओं का प्रत्याह्वान करने में अपने आपको असमर्थ पाता है।

TOUCH 'n' PASS

6. **सतत स्मृतिलोप** (Continuous Amnesia)—इसमें रोगी खास समय या बिन्दु तक के ही अनुभूतियों का प्रत्याह्वान कर पाता है, उसके बाद के अनुभूतियों का नहीं।
7. **क्रमबद्ध स्मृतिलोप** (Systematized Amnesia)—इसमें रोगी कुछ विशेष श्रेणी की सूचनाओं का प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है। जैसे—रोगी किसी व्यक्ति या किसी परिवार को सम्बद्ध सारे अनुभूतियों का प्रत्याह्वान करने में जब अपने आप को असमर्थ पाता है, तो यह क्रमबद्ध स्मृतिलोप का उदाहरण बनता है।

इसमें से अन्तिम तीन लक्षणों को अधिक गम्भीर माना गया है और यदि कोई व्यक्ति इन तीनों लक्षणों को दिखाता है तो यह समझा जाता है कि उसका मनोविच्छेदी विकृति अधिक गम्भीर है। मनोविच्छेदी स्मृतिलोप बच्चों से लेकर वयस्क में से किसी भी उम्र समूह में होता है। स्मृतिलोप की अवधि कुछ मिनट से लेकर कुछ वर्षों तक का हो सकता है।

प्र.7. मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति पर संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।
Write a short note on Dissociative Fugue.

उत्तर

मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति
(Dissociative Fugue)

इसे पहले मनोजनिक आत्मविस्मृति (Psychogenic Fugue) कहा जाता था। इसमें व्यक्ति में स्मृतिलोप (amnesia) के लक्षण तो होते ही हैं, साथ-ही-साथ वह अपने घर या सामान्य निवास स्थान छोड़कर अचानक एवं अप्रत्याशित ढंग से दूर चला जाता है और वह वहाँ नया काम, नया नाम बताकर एक नयी जिन्दगी की शुरूआत करता है। कई दिन, महीना तथा कभी-कभी साल बीत जाने के बाद फिर रोगी अचानक अपने आपको अपने जगह में पाकर आश्चर्यचकित रह जाता है और फिर वह नयी जिन्दगी के बारे में सब कुछ भूल जाता है। उसे यह भी समझ में नहीं आता है कि वह किस तरह यहाँ आया था और क्यों आया था। अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ कि मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति की शुरूआत किसी-न-किसी ऐसी घटना के बाद होता है जिससे व्यक्ति को काफी अधिक तीव्र मात्रा में मानसिक आघात लगा हो। ऐसे रोग के व्यक्ति प्राय: अपरिपक्व (immature), आत्मकेन्द्रित तथा काफी अत्यधिक सुझाव ग्रहणशील होते हैं। जब ऐसे व्यक्तियों को ऐसी दुखद परिस्थिति का सामना करना पड़ता है जिससे उसे छुटकारा पाना सम्भव नहीं है, तो उनमें मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति के रोग उत्पन्न होने की सम्भावना अधिक बढ़ जाती है। प्राय: ऐसे व्यक्तियों में उन दुखद परिस्थितियों से उत्पन्न होने की सम्भावना अधिक बढ़ जाती है। प्राय: ऐसे व्यक्तियों में उन दुखद परिस्थितियों से उत्पन्न अनुभूतियों को भूल जाने की चेतन इच्छा एवं उस परिस्थिति से दूर हट जाने की इच्छा भी होती है परन्तु व्यक्ति को यह समाधान मान्य नहीं होता है। अन्ततोगत्वा, तनावपूर्ण परिस्थिति या दु:खद परिस्थिति इतना अधिक असहनीय हो जाता है कि वे अपने व्यक्तित्व के सम्बन्धित पहलू एवं उससे इच्छाओं को दमित कर देते हैं। यही दमन कुछ समय बीतने पर मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति का कारण बनता है। ओनील तथा केम्पलर (O'Neil & Kempler, 1969) के अनुसार मनोवैज्ञानिक आत्मविस्मृति काफी चयनात्मक होता है और उसका सम्बन्ध सिर्फ उन घटनाओं एवं सामग्रियों से होता है जो असहनीय होता है तथा आत्मन् (self) को चुनौती देने वाला होता है। मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति में व्यक्ति सामान्य दिखता है और जटिल-से-जटिल कार्यों को भी ठीक ढंग से करता है। अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ कि सामान्य जनसंख्या का करीब 0.2% लोगों में ही इस तरह का रोग पाया जाता है। स्पष्टत: तब इस तरह के रोग का प्रचलन (prevalence) काफी कम है।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मनोविच्छेदी विकृति से क्या आशय है? मनोविच्छेदी विकृति के लक्षणों का उल्लेख कीजिए।
What is meant by Dissociative Disorder? Mention the symptoms of Dissociative Disorder.

उत्तर

अर्थ एवं स्वरूप
(Meaning and Nature)

डैवीसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने इस मानसिक विकृति की व्याख्या करते हुए कहा है कि, "मनोविच्छेदी विकृतियाँ वे विकृतियाँ हैं जिनमें चेतना, स्मृति अथवा व्यक्तित्व का सामान्य समाकलन अकस्मात् तथा अस्थायी रूप से परिवर्तित हो जाता है; मनोविच्छेदी स्मृतिलोप, मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति, बहुव्यक्तित्व तथा अव्यक्तिकरण विकृति उदाहरण हैं।"

इसी प्रकार **होम्स** (Holmes, 1998) ने इसकी व्याख्या करते हुए कहा है कि, "मनोविच्छेदी विकृतियों का तात्पर्य विकृतियों के एक समूह से है, जिसमें स्मृति, तादात्म्य तथा चेतना के संकलित कार्यों की गड़बड़ी होती है। इस विकृति में मनोविच्छेदी स्मृतिलोप, मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति, मनोविच्छेदी तादात्म्य विकृति तथा व्यक्तित्वलोप शामिल होते हैं।"

लक्षण या नैदानिक लक्षण
(Symptoms or Clinical Picture)

मनोच्छेदी विकृति के अर्थ तथा स्वरूप के सम्बन्ध में **डैविसन** तथा **नील** (Davison and Neal, 1996) तथा **होम्स** (Holmes, 1998) की परिभाषाओं का उल्लेख ऊपर किया जा चुका है। इन परिभाषाओं के आलोक में मनोविच्छेदी विकृति के निम्नलिखित लक्षण स्पष्ट होते हैं—

1. **स्मृतिलोप** (Amnesia)—स्मृतिलोप वास्तव में मनोविच्छेदी विकृति का एक मुख्य लक्षण है। रोगी अपना नाम, पता, व्यवसाय और प्रियजनों के सम्बन्ध आदि को भूल जाता है। परन्तु यह स्मृतिलोप पूर्ण रूप से नहीं होता है। रोगी अपनी भाषा, शिष्टाचार, संस्कृति आदि नहीं भूलता है। वास्तव में, दु:खद संवेगात्मक स्थिति जैसे—पारिवारिक झगड़े या आर्थिक क्षति के आघात आदि से बचने के लिए वह स्मृतिलोप का सहारा लेता है।

   होम्स (Holmes, 1998) ने इस विकृति को परिभाषित करते हुए कहा है कि, "स्मृतिलोप विकृतियों का तात्पर्य उन विकृतियों से है जिनका प्रधान लक्षण स्मृति विकृति है या तो व्यक्ति पहले सीखी गयी चीजों का प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है या नई सूचना को अपनी स्मृति में नहीं रख सकता है।"

   इस परिभाषा के विश्लेषण से पता चलता है कि स्मृतिलोप का प्रमुख लक्षण स्मृति विकृति है। इस लक्षण के आधार पर इसे कई विशिष्ट प्रकारों में विभाजित किया जा सकता है। इस सन्दर्भ में **रेबर** (Reber, 1995) ने निम्नलिखित प्रकारों का उल्लेख किया है और प्रत्येक प्रकार से स्मृति में एक विशेष अभाव (deficit) का पता चलता है—

   (i) **अग्रगामी स्मृतिलोप** (Anterograde Amnesia)—इसमें स्मृतिलोप को उत्पन्न करने वाली घटनाओं के साथ ही स्मृति में क्षति उत्पन्न हो जाती है।

   (ii) **मनोविच्छेदी स्मृतिलोप** (Dissociative Amnesia)—इसमें प्रतिबल (stress) या आघात (trauma) के कारण व्यक्ति महत्त्वपूर्ण व्यक्तिगत सूचनाओं का प्रत्याह्वान (recall) नहीं कर पाता है।

   (iii) **शैशव स्मृतिलोप** (Infantile Amnesia)—इसमें बचपन (सामान्यत: 2 से 3 वर्ष) की घटनाओं तथा अनुभूतियों से सम्बन्धित स्मृति की क्षति होती है।

   (iv) **दैहिक स्मृतिलोप** (Organic Amnesia)—ऐसी स्मृतिलोप जो दैहिक या शारीरिक लक्षणों से होती है।

   (v) **उत्तर-आघातीय स्मृतिलोप** (Post-traumatic Amnesia)—इसमें आघात उत्पन्न करने वाली घटना या अनुभूति के बाद व्यक्ति उसका प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है। यहाँ आघात उत्पन्न करने वाला स्रोत शारीरिक तथा मनोवैज्ञानिक दोनों हो सकता है।

   (vi) **पश्चगामी स्मृतिलोप** (Retrograde Amnesia)—इसमें आघात उत्पन्न करने वाली घटना के ठीक पहले ही अनुभूति का स्मृतिलोप होता है।

   (vii) **स्रोत स्मृतिलोप** (Source Amnesia)—इसमें व्यक्ति सूचना के स्रोत का प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है। वह इस बात को बतलाने में असमर्थ होता है कि अमुक सूचना कहाँ और कैसे प्राप्त हुई थी।

   (viii) **व्यापक स्मृतिलोप** (Global Amnesia)—इसमें व्यक्ति आघातीय घटना के घटित होने के पहले तथा घटित होने के ठीक बाद की अनुभूति का प्रत्याह्वान नहीं होता है।

   (ix) **स्मृतिलोपीय लक्षण समदिष्ट** (Amnestic Syndrome)—स्मृति की यह एक गम्भीर क्षति है, जिसके कारण पुरानी स्मृति तथा नई स्मृति दोनों में क्षति होती है। यह बात अल्पकालीन स्मृति (STM) तथा दीर्घकालीन स्मृति (LTM) दोनों पर लागू होती है।

2. **मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति** (Dissociative Fugue)—मनोविच्छेद आत्मविस्मृति वास्तव में मनोविच्छेदी विकृति (dissociative disorder) का प्रमुख लक्षण तथा प्रकार भी है। इसमें रोगी अपने व्यक्तिगत जीवन से सम्बन्धित स्मृतियों को भूल जाता है। **होम्स** (Holmes, 1998) ने इसे परिभाषित करते हुए कहा है कि, "मनोविच्छेदी

आत्मविस्मृति एक मनोविच्छेदी विकृति है जिसमें व्यक्ति अपने पूर्वअनुभवों का प्रत्याह्वान नहीं कर पाता है तथा एक नवीन व्यक्तित्व का निर्माण कर लेता है।''

सरासन तथा **सरासन** (Sarson and Sarason, 2007) ने आत्मविस्मृति (fugue) के अर्थ एवं लक्षण को और भी स्पष्ट करते हुए कहा है, ''आत्मविस्मृति का अर्थ है वास्तविकता से पलायन करना, जिसमें व्यक्ति वर्तमान वातावरण तथा जीवन परिस्थिति को छोड़कर एक दूसरे भौगोलिक स्थान में एक नयी जीवन शैली स्थापित कर लेता है और पिछले जीवन का प्रत्यावाह्न या स्मरण करने की योग्यता खो बैठता है।''

फिशर (Fisher) ने भी कहा है, ''आत्मविस्मृति एक उन्मादी आक्रमण है जिससे व्यक्ति अपने व्यक्तित्व जीवन को भूल जाता है और अपने वातावरण को छोड़ देता है।'' आत्मविस्मृति से पीड़ित व्यक्ति घर से भाग जाता है और इधर-उधर भटकता रहता है। जब वह घर वापस चला आता है तो उसे बाहर घूमने की कोई बात याद नहीं रहती है। यह आत्मविस्मृति की अवधि एक-दो घंटे, दो-चार दिन तथा कई महीने की भी हो सकती है। इस प्रकार के रोगी का एक उदाहरण **विलियम जेम्स** ने अपनी पुस्तक ''प्रिंसिपल्स ऑफ साइकोलॉजी'' में दिया है। एन्सील बोर्न नामक एक पादरी था। वह बैंक में अपना एक चेक भुनाने गया। जिस समय वह अपने चेक से रुपये ले रहा था उसी समय वह अपने आपको भूल गया तथा ट्रेन पर सवार होकर दूसरे शहर में चला गया। वहाँ उसने सब्जी की दुकान खोली। उसने अपनी दुकान को ''ब्राउन की दुकान'' के नाम से प्रसिद्ध बनाया। उस शहर के सभी लोग उसे मिस्टर ब्राउन के नाम से जानते थे। इस तरह उसने दो वर्षों तक यह व्यापार किया। एक दिन जब वह सोकर उठा तो उसने अपने को नये वातावरण में पाया। इससे उसे काफी आश्चर्य हुआ। जब वहाँ लोगों ने उसे मिस्टर ब्राउन कहकर पुकारा तो उसने कहा कि मैं तो एन्सील बोर्न हूँ और ब्राउन को नहीं जानता हूँ। वह अपने घर लौट आया।

3. **निद्राभ्रमण** (Somnambulism)—निद्राभ्रमण भी मनोविच्छेदी विकृति का प्रमुख लक्षण है। रोगी हमेशा की भाँति सामान्य ढंग से सोने जाता है। लेकिन कुछ समय बाद वह नींद में उठता है और अपना कार्य कर लेता है चाहे उसका काम पास के कमरे में हो या बाहर मैदान में, वह नींद की हालत में उस कार्य को करने के लिए जाता है। अपना काम कर लेने के बाद वह लौटकर बिछावन पर सो जाता है। सुबह में इसके बारे में उसे कुछ याद नहीं रहता है। जिस समय रोगी नींद की हालत में घूमता है उस समय उसकी आँखें प्राय: खुली होती हैं। कभी अधखुली भी होती हैं। वह रास्ते की बाधाओं से बचता है, पुकारने पर सुनता है। जब बिछावन पर सोने के लिए कहा जाता है तो वह लौटकर सो भी जाता है। जोर से चिल्लाने पर या हिलाने-डुलाने पर वह जाग भी जाता है, परन्तु वह अपने को इस विचित्र अवस्था में पाकर आश्चर्य करता है और घबड़ा जाता है। प्राय: यह निद्राभ्रमण 15 मिनट से आधे घंटे तक का होता है।

   रोगी कभी-कभी निद्राभ्रमण में घायल हो जाता है। **कोलमैन** (Coleman) ने एक ऐसे रोगी का वर्णन किया है जो नींद की अवस्था में सड़क पार करते समय कार से टकराकर घायल हो गया था। कुछ लोगों का कहना है कि नींद की अवस्था में घूमते हुए रोगी को जगाना खतरनाक है। परन्तु इसके समर्थन में अभी तक कोई प्रमाण नहीं मिला है। हाँ, यदि उसे बहुत तेज आवाज के द्वारा जगाया जाता है तो वह चौंक जाता है।

   इंग्लैण्ड की एक नर्तकी इस निद्राभ्रमण का शिकार हो गयी। वह निद्रावस्था में उठकर अपनी छत पर चढ़ जाती थी और नृत्य करती थी। सुबह में उठने के बाद उसे इसका ज्ञान नहीं रहता था। उसका घर नदी के किनारे था। एक दिन निद्रावस्था में नृत्य करते समय अचानक वह नदी में गिर पड़ी जिससे उसकी मृत्यु हो गयी।

4. **संवेगात्मक अस्थिरता एवं मूर्च्छा** (Emotional Instability and Fit)—संवेगात्मक अस्थिरता तथा मूर्च्छा (fit) भी इस रोग के मुख्य लक्षण हैं। उन्माद का रोगी कभी हँसता है तो कभी चिल्लाता है। दाँत काटना, दाँत पीसना, शरीर नोचना, कपड़ा नोचना आदि क्रियाओं की प्रधानता रहती है। कभी-कभी रोगी को मूर्च्छा आ जाती है। इसे उन्मादी मूर्च्छा (hysterical fit) कहते हैं। यह मूर्च्छा प्राय: उसी समय आती है जब कोई व्यक्ति वहाँ मौजूद रहता है। यह मूर्च्छा संवेगात्मक परिस्थिति की प्रतिक्रिया के रूप में आती है। इस लक्षण से पीड़ित रोगियों की संख्या अधिक होती है जिससे लोग भूत या जिन्न से पकड़ा हुआ समझते हैं। वे इसी लक्षण से पीड़ित रहते हैं। वास्तव में कोई भूत या जिन्न नहीं रहता है। जितनी देर तक रोगी मूर्च्छा की हालत में रहता है, उतनी देर तक वह चिन्ता तथा संघर्ष से मुक्त रहता है। थोड़ी देर के लिए वह अपनी चेतना खो बैठता है।

5. **मनोविच्छेदी पहचान-विकृति अथवा बहुव्यक्तित्व-विकृति** [(Dissociative Identity Disorder (DID) or Multiple Personality Disorder)]—मनोविच्छेदी पहचान-विकृति (Dissociative Identity Disorder, DID) अथवा बहुव्यक्तित्व विकृति (Mumultiple Personality Disorder, MPD) मनोविच्छेदी व्यक्तित्व में एक मुख्य लक्षण है। इस लक्षण को पहले बहुव्यक्तित्व विकृति कहा जाता था। लेकिन अब इसे DSM-IV (1994) के अनुसार मनोविच्छेदी पहचान-विकृति कहा जाता है। अत: वास्तव में मनोविच्छेदी पहचान-विकृति तथा बहुव्यक्तित्व विकृति दोनों समानअर्थी पद हैं। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) के अनुसार, "मनोविच्छेदी पहचान-विकृति वह विकृति है, जिसमें व्यक्ति बारी-बारी से कई व्यक्तित्वों को धारण कर लेता है।"

इसी तरह **होम्स** (Holmes, 1998) के अनुसार, "बहुव्यक्तित्व-विकृति एक मनोविच्छेदी विकृति है, जिसमें व्यक्ति दो या अधिक भिन्न व्यक्तित्व रखता है, जो सामान्यत: स्पष्ट रूप से विरोधी होते हैं, अधिकारिक रूप से इसे मनोविच्छेदी पहचान विकृति कहा जाता है।"

प्र.2. व्यक्तित्वलोप-विकृति क्या है? इसके नैदानिक वर्णन पर प्रकाश डालिए।
What is Depersonalization Disorder? Throw light on its clinical picture.

उत्तर

व्यक्तित्वलोप-विकृति
(Depersonalization Disorder)

साधारण अर्थ में आत्म या स्व (self) अथवा पहचान (identity) की क्षति के भाव को व्यक्तित्वलोप कहते हैं। व्यक्ति यह महसूस करता है कि वह मात्र एक भद्दी भूल से युक्त अमानवीय सामाजिक मशीन में एक दाताँ (cog) है। लेकिन मनोचिकित्सीय संदर्भ में व्यक्तित्वलोप-विकृति का तात्पर्य एक संवेगात्मक विकृति से है, जिसमें अपनी व्यक्तिगत वास्तविकता की क्षति अजनबीपन (strangeness) तथा अनुभव की अयथार्थता के भावों से युक्त समझदारी-लोप आदि लक्षण पाये जाते हैं। अधिक गम्भीर अवस्था में रोगी अपने शरीर के विभिन्न अंग पृथक या आकार में परिवर्तित महसूस करता है। वह अपने शरीर का प्रत्यक्षीकरण दूर से करने लगता है।

रैथस तथा **डेविड** (Rathus and David, 1991) ने उपर्युक्त लक्षणों का समर्थन किया है। व्यक्तित्वलोप (depersonalization) जब अधिक स्थिर तथा दृढ़ बन जाता है तो इसे व्यक्तित्वलोप विकृति (depersonalization disorder) कहते हैं। उनके अपने शब्दों में, "व्यक्तित्वलोप का तात्पर्य अथार्थता अथवा अपनी आत्मा या शरीर से वियोजन के भावों से है, जिसमें व्यक्ति यह अनुभव करता है मानो वह एक यन्त्र मानव हो अथवा स्वचालित पायलट पर कार्यरत हो।"

इसी तरह **रैथस** तथा **डेविड** (Rathus and David, 1961) एक विकृति के रूप में इसे परिभाषित करते हुए कहा, "व्यक्तित्वलोप विकृति वह विकृति है जिसमें व्यक्तित्वलोप की दृढ़ या पुनरावर्तक घटनाएँ पायी जाती हैं।"

इसी तरह **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2002) के अनुसार, "व्यक्तित्वलोप का तात्पर्य व्यक्तित्व-पहचान की क्षति से है, प्राय: व्यक्ति अपने आपको कोई अन्य व्यक्ति के रूप में देखता है, मानो वह अपने आप को किसी फिल्म में देख रहा हो।"

उपर्युक्त परिभाषाओं के विश्लेषण से व्यक्तित्वलोप या मनोविच्छेदी पहचान-विकृति के निम्नलिखित नैदानिक वर्णन (clinical picture) अथवा लक्षण हैं—

(i) इस विकृति में व्यक्ति को अयथार्थता के भाव (feeling) होता है।
(ii) व्यक्ति महसूस करता है कि वह अपने शरीर से कोई अलग अस्तित्व (existence) है।
(iii) व्यक्ति अपने आपको कोई दूसरा व्यक्ति समझने लगता है और कभी-कभी अपने आप को चलचित्र देखते हुए अवलोकन करता है।
(iv) व्यक्ति अपने आप को एक यन्त्र मानव (robot) समझता है अथवा यह समझता है कि वह किसी स्वचालित पायलट पर कार्यरत है।
(v) इस विकृति का सामान्य संघटक (common component) बोधलोप (derealization) है।
(vi) व्यक्ति के इन सभी लक्षणों में दृढ़ता (persistence) तथा पुनरावृत्ति (recurrence) की विशेषता पायी जाती है।

इस तरह के लक्षण मनोविदलता (Schizophrenia) में भी देखे जा सकते हैं। लेकिन मूल अन्तर यह है कि व्यक्तित्व लोप में यथार्थता (reality) की आंशिक क्षति होती है, जबकि मनोविदलता में पूर्ण क्षति होती है। व्यक्तित्वलोप में व्यक्ति को ऐसा लगता है कि उसका शरीर अलग है, जबकि मनोविदलता में व्यक्ति के वस्तुत: ऐसा ही प्रत्यक्षण होता है।

इन लक्षणों के बावजूद व्यक्तित्वलोप विकृति में स्मृति क्षति (loss of memory) नहीं पायी जाती है। उल्लेखनीय है कि मनोविच्छेद विकृति के अन्य प्रकारों में स्मृति–क्षति पायी जाती है। इसी आधार पर मनोविच्छेद विकृति के प्रकार के रूप में व्यक्तित्वलोप को DSM-IV (1994) में अन्तर्वेशन (inclusion) को विवादग्रस्त (controversial) माना जाता है।

इस प्रकार स्पष्ट हुआ कि मनोविच्छेदी विकृति (Dissociative Disorder) अथवा मनोविच्छेदी उन्माद (Dissociative Hysteria) के कई लक्षण हैं तथा इन लक्षणों के आधार पर इसके कई प्रकार हैं।

प्र.3. मनोविच्छेदी विकृति के कारणों का वर्णन कीजिए तथा उपचार भी बताइए।

Describe the etiology of Dissociative Disorders and Also state the treatment.

उत्तर

मनोविच्छेदी विकृति के कारण
(Etiology of Dissociative Disorders)

1. **मानसिक आघात** (Mental Trauma)—मनोविच्छेदी उन्माद (dissociative hysteria) अर्थात् मनोविच्छेदी–विकृति (dissociative disorder) का कारण एक मानसिक आघात या धक्का है। कुछ लोग अपने जीवन में ऐसी संवेगात्मक स्थिति में फँस जाते हैं कि उनसे निकलना मुश्किल हो जाता है और अन्त में पछार खा जाते हैं। व्यक्ति सहसा दु:खद समाचार सुनता है, प्रेम में निराश होता है, व्यवसाय में असफल होता है तथा वैवाहिक जीवन से असन्तुष्ट रहता है। वह इन सभी विफलताओं को सहन नहीं कर सकता है जिससे उसमें संवेगात्मक तनाव (emotional tension) उत्पन्न हो जाता है। संवेगात्मक तनाव व्यक्ति के जीवन और व्यक्तित्व को छिन्न–भिन्न कर देता है और वह इस रोग का शिकार हो जाता है।
2. **किशोरावस्था** (Adolescence)—कुछ लोगों को कहना है कि मनोविच्छेदी विकृति को उत्पन्न करने में आयु (age) का हाथ रहता है। जब व्यक्ति अपनी किशोरावस्था में पहुँचता है तो उसके सामने तरह–तरह की समस्याएँ उपस्थित हो जाती हैं। इस उम्र में चरित्र–गठन, साहस, धैर्य और व्यक्तित्व की परिपक्वता की कमी के कारण वह इन समस्याओं का समाधान नहीं कर पाता है। वह निश्चित नहीं कर पाता है कि इस अवस्था में क्या करे। अत: इस मानसिक तनाव को दूर करने के लिए अपने में मनोविच्छेदी–उन्माद के लक्षण विकसित कर लेता है। फलस्वरूप लोगों का ध्यान उसकी ओर खिंचा रहता है। सबकी सहानुभूति उसे मिलती रहती है, जिससे उसे सन्तोष होता है। इस तरह रोगी को दो फायदे होते हैं। पहला, चिन्ता तथा मानसिक संघर्ष का समाधान होता है; जिसे मौलिक लाभ (primary gain) कहते हैं तथा दूसरा, कठिनाइयों से छुटकारा मिल जाता है और लोगों की सहानुभूति मिल जाती है, जिसे गौण लाभ (secondary gain) कहा जाता है।
3. **त्रुटिपूर्ण अनुशासन** (Defective Discipline)—कुछ मनोवैज्ञानिकों का मत है कि इस रोग का कारण त्रुटिपूर्ण अनुशासन (defective discipline) है। स्वस्थ तथा समुचित अनुशासन में रहने से बच्चों में आत्मनियन्त्रण की योग्यता का विकास होता है। परन्तु अत्यधिक कठोर या अत्यधिक शिथिल अनुशासन से आत्म–नियन्त्रण की योग्यता का समुचित विकास नहीं हो पाता है, जिससे व्यक्तित्व विच्छिन्न हो जाता है। इस तरह आगे चलकर वह मनोविच्छेदी उन्माद का शिकार हो जाता है।
4. **बहिर्मुखी व्यक्तित्व** (Extrovert Personality)—कुछ मनोवैज्ञानिक का मत है कि उन्माद का रोग अधिकतर बहिर्मुखी (extrovert) व्यक्ति को होता है। इस प्रकार के लोग संवेगों का शिकार अधिक होते हैं। ऐसे लोगों के मन में विचार उठते ही वे उसे कार्य में परिणत करने के लिए तैयार हो जाते हैं। यदि किसी कारण से वे विचार कार्य में परिणत नहीं हो सके तो उनका मन संवेगों से घिर जाता है।
5. **मन्द बुद्धि** (Low Intelligence)—हॉलिंगवर्थ (Hollingworth) का कहना है कि कम बुद्धि वाला व्यक्ति ही इस रोग का शिकार होता है। अपने इस कथन की पुष्टि उन्होंने सैनिक रोगियों के अध्ययन के आधार पर की है। उन्होंने अपने अध्ययन में देखा कि ऊँचे पद वाले रोगी इस रोग से पीड़ित नहीं थे। अत: कहा जा सकता है कि कम बुद्धि वाले व्यक्ति ही इसके शिकार होते हैं।

TOUCH 'n' PASS

6. **कुसमायोजन** (Maladjustment)—कुछ लोगों का कहना है कि कुसमायोजन ही इस रोग का कारण है। कुसमायोजन के कारण व्यक्ति हीनभाव; असुरक्षा-भाव आदि का शिकार होता है; जिससे मानसिक संघर्ष का जन्म होता है और अन्त में रोगी इससे बचने के लिए मनोविच्छेदी उन्माद से पीड़ित हो जाता है।
7. **मातृप्रेम अवस्था की लैंगिक इच्छाओं का दमन** (Repression of Infantile Sexual Wishes of Oedipal Stage)—मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त के अनुसार मनोविच्छेदी विकृति या मनोविच्छेदी उन्माद का मुख्य कारण मातृप्रेम अवस्था की अस्वीकृत लैंगिक इच्छाओं का दमन है। वयस्कावस्था (adulthood) में दमित-इच्छाएँ छद्म रूप से विखण्डित व्यक्तित्व के रूप में अपनी सन्तुष्टि करती हैं अथवा व्यक्तित्व से सम्बन्धित भाग के लिए एक नई पहचान (new identity) को अर्जित कर लेती हैं (Buss, 1966)।
8. **बाल्यावस्था के दुर्व्यवहार** (Childhood Abuse)—**ब्लिस** (Bliss, 1980) के अनुसार, मनोविच्छेदी विकृति और खासकर मनोविच्छेदी पहचान-विकृति (dissociative identity disorder, DID) की स्थापना बचपन में अत्यधिक विक्षुब्ध घटनाओं (disturbed events) का सामना करने हेतु आत्म-सम्मोहन (self-hypnosis) द्वारा हो जाती है। इसका प्रमाण इस बात से मिलता है कि इस विकृति से पीड़ित व्यक्ति गम्भीर बाल्यावस्था आघात के सम्बन्ध में अधिक बातें करते हैं। इस रोग से पीड़ित रोगियों के उपचार के दौरान इस बात का पता चला कि 80% रोगी बाल्यावस्था शारीरिक दुर्व्यवहार (physical abuse) तथा 70% रोगी बाल्यावस्था व्याभिचार (incest) के शिकार थे। बचपन में शारीरिक एवं लैंगिक दुर्व्यवहार (physical and sexual abuse) वाले रोगियों का प्रतिशत और भी अधिक होता है (Klutt, 1984; Rossel at; 1990)।

इस प्रकार स्पष्ट है कि मनोविच्छेदी अथवा मनोविच्छेदी उन्माद के उपर्युक्त कई कारण हैं।

उपचार (Treatment)

1. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychonalytic Therapy)

फ्रॉयड (Freud) द्वारा प्रस्तुत मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा मनोविच्छेदी विकृति के उपचार के लिए सबसे अधिक प्रभावी (effective) है। यहाँ दमित इच्छाओं की जानकारी प्राप्त करने के बाद रोगी के ईगो को पुनसंरचित तथा पुनर्बलित किया जाता है ताकि वह उसे स्वीकार कर ले तथा वास्तविकता का सामना करे। जैसे-जैसे ईगो (ego) वास्तविकता का सामना करने में सक्षम होता जाता है, रोगी के लक्षण दूर होते जाते हैं और अन्त में वह रोगमुक्त हो जाता है (Combs and Ludwig, 1982)।

2. सम्मोहन तथा संसूचन (Hypnosis and Suggestion)

यद्यपि फ्रॉयड (Freud) ने सम्मोहन के अस्थायी प्रभाव को देखते हुए सम्मोहन-विधि का उपयोग छोड़कर स्वतन्त्र साहचर्य बातचीत (free association talk) को अपनाया, तथापि सम्मोहन का उपयोग आज भी जारी है। रोगी को सम्मोहित करके उसके लक्षणों का पता लगाया जाता है और सम्मोहित अवस्था में ही उसे आवश्यक निर्देशन या प्रत्यक्ष सुझाव दिया जाता है। जैसे—उससे कहा जाता है कि वह अपने शरीर से अलग नहीं है, उसका व्यक्तित्व एक है, अनेक नहीं, इत्यादि। जब रोगी इसे स्वीकार कर लेता है तो उसके लक्षण दूर हो जाते हैं।

3. संज्ञानात्मक चिकित्सा (Cognitive Therapy)

मनोविच्छेदी उन्माद अथवा मनोविच्छेदी विकृति के उपचार में संज्ञानात्मक चिकित्सा से भी लाभ होता है। इस चिकित्सा में चिकित्सक रोगी के विवेक को जगाने का प्रयास करता है। वह रोगी के अविवेकी विचारों को जमा करता है और उसे उन अविवेकी या असंगत विचारों से निपटने के कौशल बतलाता है। चिकित्सक अपने प्रयास में जिस हद तक सफल हो पाता है, रोगी उसी सीमा तक रोग मुक्त हो पाता है। यह चिकित्सा इस अभिधारणा पर आधारित है कि व्यक्ति अपने अनुभूतियों की संरचना तथा व्याख्या जिस ढंग से करता है, उसी के अनुरूप उसकी मनोदशा तथा व्यवहार का निर्माण होता है। नकारात्मक रूप से देखने तथा सोचने से नकारात्मक भावों तथा व्यवहारों का विकास होता है और इस दृष्टिकोण को बदलकर सकारात्मक बनाने से भाव तथा व्यवहार भी नकारात्मक बन जाते हैं।

TOUCH 'n' PASS

प्र.4. रूपान्तरण विकृति या रूपान्तरण उन्माद के लक्षणों का विस्तृत वर्णन कीजिए।
Explain in detail symptoms or clinical picture of Conversion Disorder or Hysteria.

उत्तर

रूपान्तरण विकृति या रूपान्तरण उन्माद के लक्षण
(Symptoms or Clinical Picture of Conversion Disorder or Hysteria)

रूपान्तरण विकृति, जिसे पहले रूपान्तरण उन्माद या केवल उन्माद कहा जाता था, वास्तव में कायप्रारूप विकृति (somatoform disorder) का एक महत्त्वपूर्ण प्रकार है।

इसकी चर्चा करते हुए **होम्स** (Holmes, 1998) ने कहा है कि, ''रूपान्तरण विकृति एक विकृति है, जिसमें व्यक्ति एक या अधिक प्रमुख शारीरिक ऐसे लक्षणों से पीड़ित होता है, जिसके कायिक आधार नहीं पाये जा सकते हैं। लक्षण प्राय: कार्यवाही को विकृत बना देते हैं।''

रूपान्तरण विकृति अर्थात् रूपान्तरण उन्माद के लक्षणों को उजागर करते हुए **डेविसन** तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने कहा है, ''रूपान्तरण विकृति एक कायप्रारूप विकृति है, जिसमें संवेदी अथवा पेशीय कार्य बाधित होते हैं, जिनसे प्राय: स्नायिक रोग का संकेत मिलता है यद्यपि शारीरिक अंग अपने आप में दुरुस्त होते हैं; स्मृति लोप तथा अंगों के लकवे इसके उदाहरण हैं।'' रूपान्तर विकृति (रूपान्तरण उन्माद) के सम्बन्ध में दी गयी उपर्युक्त परिभाषाओं के आलोक में इसके नैदानिक विवरण (clinical picture) अथवा लक्षणों को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया जा सकता है—

1. **पेशीय या शारीरिक लक्षण** (Motor Symptoms)—पेशीय लक्षणों में शारीरिक रोग देखे जाते हैं। रोगी स्नायु-प्रकम्पन (neural tremors), एस्टासिया-एबासिया (Astasia-abasia), एफोनिया (Aphonia), गूँगापन (Mutism), उन्मादी ऐंठन (Hysterical Convulsion), मिरगी (Epilepsy), मूर्च्छा (Faint) आदि लक्षण देखे जाते हैं। इन लक्षणों का संक्षिप्त वर्णन निम्नलिखित है—

(i) **लकवा** (Paralysis)—पेशीय लक्षणों अथवा शारीरिक लक्षणों में लकवा सबसे अधिक प्रमुख तथा स्पष्ट है। रोगी के अंग विशेष में लकवा मार देता है। कभी किसी एक अंग में और कभी किसी दूसरे अंग में लकवा मार देता है। जैसे—जाँघ, हाथ आदि अंगों में लकवा का लक्षण विकसित हो जाता है। लेकिन लकवा का कोई शारीरिक या दैहिक आधार (somatic basis) नहीं होता है। सामान्य अंगों की तरह लकवाग्रस्त अंग में भी सहज क्रियाएँ (reflex actions) होती रहती है। जाँघ के लकवाग्रस्त होने पर रोगी चलने-फिरने में असमर्थ हो जाता है, किन्तु बिछावन पर पड़े-पड़े अपने पैरों को हिलाने में समर्थ होता है। इसी तरह विश्व युद्ध के समय कुछ सैनिकों के पैर तथा हाथ लकवाग्रस्त हो गये। वे चलने-फिरने तथा बन्दूक हाथ से पकड़ने में अमसर्थ पाये गये। लेकिन मेडिकल जाँच से उन अंगों में कोई शारीरिक या कायक दोष (somatic defect) नहीं पाया गया।

(ii) **तन्त्रिकीय प्रकम्पन** (Neural Tremors)—रोगी के अंग विशेष में प्रकम्पन का लक्षण देखा जाता है। किसी वस्तु को उठाते समय, कुछ लिखते समय अथवा किसी कार्य को करते समय हाथों में प्रकम्पन देखा जा सकता है। एक महिला जब अपने पति को पत्र लिखना शुरू करती थी तो उसकी अँगुलियों में इतना अधिक प्रकम्पन होने लगता था कि वह पत्र नहीं लिख पाती।

(iii) **एस्टासिया-एबासिया** (Astasia-abasia)—इस लक्षण का सम्बन्ध भी उठने-बैठने तथा चलने-फिरने से है। इसमें रोगी चलने-फिरने में कठिनाई महसूस करता है। रोगी की चाल में लड़खड़ाहट देखी जाती है और कभी-कभी चलते समय गिर पड़ता है। लेकिन बैठे रहने अथवा बिछावन पर लेटे रहते समय अपने पैरों पर नियन्त्रण रखने में समर्थ होता है।

(iv) **एफोनिया तथा मूटिज्म** (Aphonia and Mutism)—ये दोनों लक्षण रोगी के वाणी अंग (speech organ) से सम्बन्धित हैं। एफोनिया का अर्थ यह है कि रोगी केवल फुसफुसाहट की आवाज में ही कुछ बोलने में समर्थ होता है। मूटिज्म में रोगी बिल्कुल ही नहीं बोल पाता है। स्मरण रखना चाहिए कि रोगी के वाणी-अंग में कोई दैहिक दोष नहीं होता है।

TOUCH'n PASS

(v) **ऐंठन तथा मूर्च्छा** (Convulsion and Faint)—रूपान्तर उन्माद के रोगी में ऐंठन तथा मूर्च्छा का लक्षण भी देखा जा सकता है। ऐंठन के साथ दौरा, झटका (seizure) भी देखा जा सकता है। यह मूर्च्छा वास्तव में सामान्य मूर्च्छा से भिन्न होता है। उन्मादी मूर्च्छा (Hysterical Faint) प्राय: दूसरे लोगों, विशेष रूप से परिचित लोगों की उपस्थिति में ही घटित होता है। सामान्य मूर्च्छा में यह बात नहीं पायी जाती है।

2. **संवेदी लक्षण** (Sensory Symptoms)—संवेदी लक्षण का तात्पर्य ऐसे लक्षणों से हैं जिनका सम्बन्ध ज्ञानेन्द्रियों (sense organs) के कार्यों की विकृतियों से है, हालाँकि इन ज्ञानेन्द्रियों में कोई शारीरिक या दैहिक दोष (somatic defect) नहीं होता है। रूपान्तर उन्माद या रूपान्तर विकृति के रोगी में पाये जाने वाले मुख्य संवेदी लक्षण निम्नलिखित हैं—

(i) **दृष्टि विकृति** (Visual Disorders)—उन्माद या रूपान्तर विकृति के रोगी में पूर्ण या आंशिक अंधापन पाया जाता है। यह अंधापन कार्यात्मक अन्धापन (functional blindness) कहलाता है। कारण, आँखों की शारीरिक रचना में कोई दोष नहीं होता है। इस अंधापन की विशेषता इसका विशिष्ट (specific) होना है। रोगी एक वस्तु या व्यक्ति को देख सकता है जबकि दूसरी वस्तु या व्यक्ति को देखने में असमर्थ होता है। इसके अलावा धुँधली-दृष्टि (blurned vision), दोहरी दृष्टि (double vision) आदि दृष्टि विकृतियाँ भी देखी जा सकती हैं।

(ii) **श्रवण विकृति** (Auditory Disorders)—रोगी में पूर्ण या आंशिक बहरापन देखा जाता है। दृष्टि संवेदना के साथ-साथ श्रवण संवेदना के क्षेत्र में भी विशिष्ट बहरापन (specific deafness) देखा जा सकता है। रोगी को कोई आवाज सुनाई पड़ती है और कोई दूसरी आवाज सुनाई नहीं पड़ती है। एक व्यक्ति की आवाज वह सुन पाता है, किन्तु दूसरे व्यक्ति की आवाज को सुनने में वह असमर्थ होता है। कुछ रोगी में अलौकिक शक्ति होती है। वह पैगम्बर या भगवान की आवाज भी सुनने में समर्थ होता है।

(iii) **संवेदनशीलता विकृति** (Sensitivity Disorders)—इस विकृति के अन्तर्गत एनेस्थेसिया (Anesthesia), हाइपरेस्थेसिया (Hyperesthesia), एनलगेसिया (Analgesia), पारेस्थेसिया (Paresthesia) आदि शामिल होते हैं। एनेस्थेसिया का अर्थ यह है कि रोगी को किसी अंग से संवेदनशीलता (Sensitivity) समाप्त हो जाती है। जब शरीर के ऊपरी अंगों जैसे—हाथ या कलाई में जब संवेदनशीलता की क्षति होती है तो इसे ग्लोब एनेस्थेसिया (glove anesthesia) हैं और जब शरीर के निचले अंग जैसे पैर में यह क्षति होती है तो इसे पैर-एनेस्थेसिया (Foot Anesthesia) तथा स्टॉकिंग एनस्थेसिया (Stocking Anesthesia) कहते हैं। हाइपेस्थेसिया का अर्थ यह है कि रोगी के किसी अंग की संवेदनशीलता आंशिक रूप में समाप्त हो जाती है अथवा संवेदनशीलता घट जाती है। हापरेस्थेसिया का अर्थ यह है कि रोगी में स्पर्श (touch) के प्रति अत्यधिक संवेदनशीलता विकसित हो जाती है। एनलगेसिया वह विकृति है जिसमें शरीर में दर्द या पीड़ा के प्रति रोगी असंवेदनशील बन जाता है। इसी तरह पैरेस्थेसिया का अर्थ यह है कि इसमें रोगी को असामान्य त्वचा—संवेदनाएँ (abnormal skin sensations) हेती हैं, यथा जलन, खुजली, गुदगुदी (tickling) आदि का अनुभव होता रहता है।

इस प्रकार स्पष्ट है कि रूपान्तर विकृति अथवा उन्माद (Conversion Disorder or Hysteria) के उपर्युक्त कई लक्षण हैं, जिससे इसके रोगी का नैदानिक चित्र (clinical picture) सहज ही स्पष्ट हो जाता है। यहाँ यह बात उल्लेखनीय है कि रूपान्तर विकृति की एक विशेष प्रकटीकरण की महामारी की स्थिति में इसे समूह मनोवैज्ञानिक रोग (Mass Psychogenic Illness) कहते हैं, जिसका सुन्दर उदाहरण नृत्य-उन्माद (dancing mass) है।

प्र.5. रूपान्तर विकृति या उन्माद के कारणों की व्याख्या कीजिए।
Discuss the etiology of Conversion Disorder or Hysteria.

उत्तर

रूपान्तर-विकृति या उन्माद का कारण
(Etiology of Conversion Disorder or Hysteria)

रूपान्तर विकृति अथवा रूपान्तर उन्माद के निम्नलिखित कारण हैं—

1. **अचेतन लैंगिक इच्छाएँ** (Unconscious Sexual Wishes)—मनोविश्लेषणात्मक सिद्धान्त के अनुसार रूपान्तर उन्माद या रूपान्तर विकृति के विकास में अचेतन इच्छाओं और विशेष रूप से दमित लैंगिक इच्छाओं का हाथ होता है।

सिगमण्ड फ्रॉयड (Sigmund Freud) के अनुसार जिन लैंगिक इच्छाओं की सन्तुष्टि चेतन स्तर पर नहीं होती है, उनका दमन (repression) या दलन (suppression) अचेतन में हो जाता है। लेकिन अचेतन स्तर पर भी वे इच्छाएँ सक्रिय रहती हैं, जिससे अचेतन द्वन्द्वों (conflicts) की उत्पत्ति होती है। इन्हीं द्वन्द्वों का समाधान शारीरिक लक्षणों के रूप में होती है।

डेविसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने इस विचार का समर्थन किया है और कहा कि उन्मादी ऐंठनों (Hysteric convulsions) के विकास में दमित लैंगिक इच्छाओं का हाथ होता है।

2. **गुप्त आक्रमणशील आवेग** (Hidden Aggressive Urge)—रूपान्तर विकृति अथवा उन्माद के विकास में निषिद्ध या वर्जित आक्रमणशील आवेगों का भी हाथ होता है। उन्मत्त लकवा (hysterical paralysis) के विकास में अचेतन आक्रमणशील आवेग का हाथ होता है। जैसे—एक अनुभवी तथा सफल सर्जन (surgeon) का दाहिना हाथ अचानक लकवाग्रस्त हो गया। मेडिकल जाँच से उसके हाथ में कोई कायिक दोष (somatic defect) नहीं पाया गया। मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (psychoanalytic therapy) से ज्ञात हुआ कि सर्जन अपनी बहू के प्रति लैंगिक इच्छा रखता था, जिसकी सन्तुष्टि के लिए उसके पति अर्थात् अपने बेटे को ठिकाने लगाना जरूरी था। एक दिन उसने बेटे को अपने हाथों से हत्या करने का निश्चय किया। उसकी यही आक्रमणशील आवेग आत्मक दण्ड के उद्देश्य से हाथ के लकवा के रूप में बदल गया और उसे अपने द्वन्द्वों से छुटकारा मिल गया। इस विचार का समर्थन **डेविसन** तथा **नील** (1996) ने भी किया है।
3. **भयानक तथा संकटमय परिस्थितियाँ** (Dreadful and Threatening Situations)—अध्ययनों तथा निरीक्षणों से पता चलता है कि उन्माद (hysteria) अथवा रूपान्तर विकृति (conversion hysteria) के विकास में भयानक (dreadful) तथा संकटमय (threatening) परिस्थितियों का हाथ होता है। **डेविसन** तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने इस सन्दर्भ में कहा है कि युद्ध या लड़ाई (combat) भयानक तथा संकटमय परिस्थिति से बचाव (escape) के लिए सैनिकों में उन्माद के लक्षण जैसे—लकवा, अंधापन, बहरापन, प्रकम्पन आदि विकसित होते हैं। **जिगलर, इम्बोडेन** तथा **मायर** (Ziegler, Imboden and Meyer, 1960) ने अपने अध्ययन में पाया कि दोनों विश्व युद्ध (World wars) के दौरान एक बड़ी संख्या में सैनिकों में रूपान्तर विकृति के लक्षण पाये गये।
4. **आयु एवं यौन-भिन्नता** (Age and Sex Difference)—अध्ययनों से पता चलता है कि उन्माद या रूपान्तर विकृति के विकास पर आयु तथा यौन-भिन्नता का प्रभाव पड़ता है। इस रोग का आक्रमण सामान्यत: किशोरा अवस्था (adolescence) अर्थात् 13 से 19 वर्ष की आयु में अधिक होता है। सम्भवत: इसका कारण यह है कि इस आयु में किशोरों तथा किशोरियों को गम्भीर समस्याओं का सामना करना पड़ता है। इसी कारण इसे आँधी-तूफान की अवस्था (period of storms) कहा गया है। इसी तरह अध्ययनों से पता चलता है कि पुरुषों की अपेक्षा स्त्रियों में यह रोग अधिक होता है (Viederman, 1986) एक-दूसरे अध्ययन में देखा गया कि एक क्लिनिक (clinic) में जिन 50 व्यक्तियों को रूपान्तर विकृति के रोगी के रूप में पहचान की गयी उनमें 44 स्त्रियाँ थीं (Folks, Ford and Regan, 1984)।
5. **व्यक्तित्व शीलगुण** (Personality Traits)—अध्ययनों तथा दैनिक जीवन के निरीक्षणों से पता चलता है कि कुछ खास तरह के शीलगुण वाले व्यक्ति में रूपान्तर उन्माद या रूपान्तर विकृति के लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना अधिक रहती है जबकि कुछ अन्य तरह के शीलगुण वाले व्यक्ति में इसकी सम्भावना कम होती है। जिन लोगों में अतिसंवेदनशील (hypersensitivity), अधिक संकेतशीलता (high suggestibility), अधिक संवेगशीलता (high emotionality), कमजोर अहम्शक्ति तथा आवेगशीलता (impulsiveness) के शीलगुण होते हैं, उनमें इस रोग के विकसित होने की सम्भावना अपेक्षाकृत अधिक होती है।
6. **दोषपूर्ण अनुशासन** (Faulty Discipline)—कई मनोवैज्ञानिकों ने दोषपूर्ण अनुशासन को उन्माद या रूपान्तर विकृति का कारण माना है। दोषपूर्ण अनुशासन का अर्थ है वह अनुशासन जो अत्यधिक ढीलाढाल अथवा अत्यधिक कठोर होता है। इस तरह के अनुशासन के बच्चों में आत्मनियन्त्रण की योग्यता का विकास समुचित रूप से नहीं हो पाता है, जिससे उनमें आगे चलकर उन्माद के लक्षणों के विकसित होने की पृष्ठभूमि बन जाती है।

TOUCH 'n' PASS

7. **सामाजिक-सांस्कृतिक कारक** (Socio-cultural Factors)—परिवार की सामाजिक आर्थिक स्थिति (SES), सामाजिक मानक (social norms) के स्वरूप, सामाजिक स्तरीकरण (social stratification) के स्वरूप, देहाती-शहरी क्षेत्र (rural-urban region) आदि का प्रभाव भी इस मानसिक रोग के विकास पर पड़ता है। इसी प्रकार उच्च सामाजिक आर्थिक स्थिति की अपेक्षा निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति के लोगों में यह रोग अधिक पाया जाता है।
   इसी प्रकार विभिन्न संस्कृतियों (Cultures) में भिन्न-भिन्न पालन पोषण पद्धतिया (child rearing practices) होने के कारण उन्माद या रूपान्तर विकृति के लक्षणों को विकसित होने की सम्भावना अलग-अलग होती है। क्रॉम सांस्कृतिक अध्ययनों (cross cultural studies) की समीक्षा से भी विचार का समर्थन होता है।

इस प्रकार स्पष्ट है कि रूपान्तर विकृति (Conversion Disorder), रूपान्तर प्रतिक्रिया (Conversion Reaction) अथवा रूपान्तर उन्माद (Hysteria) के उपर्युक्त कई कारण हैं।

प्र.6. मन:स्नायुदुर्बलता से आप क्या समझते हैं? इसके लक्षण व कारणों की विवेचना कीजिए।

What do you understand by Neurasthenia? Discuss its symptoms and causes.

उत्तर

मन:स्नायुदुर्बलता
(Neurasthenia)

मन:स्नायुदुर्बलता का इतिहास एक मनचिकित्सीय निदान-श्रेणी (psychiatric diagnostic category) के रूप में लम्बा तथा भ्रामक रहा है। अनुमोदन की स्थिति में इसे कायप्रारूप विकृति माना जाता है।

सबसे पहले बीयर्ड (Beard) नामक एक अमेरिकन चिकित्सक ने 1880 में इस पद, न्युरेस्थेनिया (neurasthenia) का प्रयोग किया था। उसने इसका अर्थ स्नायुविक दुर्बलता बताया था, पर बाद के सभी विद्वानों ने इसका खण्डन किया। उन्होंने एक मानसिक असामान्यता के अर्थ में इसका व्यवहार किया, जो निरन्तर चलने वाले संवेगात्मक तनाव का परिणाम होता है। इस रोग का रोगी सुस्त तथा उदास रहता है। चिड़चिड़ा स्वभाव का होता है और उसके विचार छिन्न-भिन्न हो जाते हैं। इसका रोगी निरन्तर मन और शरीर की थकावट से पीड़ित रहता है। इसकी शिकायत वह बराबर करता है। वास्तव में, सामान्य थकावट और इसके रोगी की थकावट में आकाश-पाताल का अन्तर है। थोड़ी देर तक आराम करने के बाद सामान्य थकावट दूर हो जाती है; परन्तु इस रोग की थकावट पर विश्राम का कोई प्रभाव नहीं पड़ता है। रात में सोकर उठने के बाद सुबह में भी इसका रोगी थकावट का अनुभव करता है। सामान्य थकावट शारीरिक या मानसिक परिश्रम करने के बाद होती है। यह निरन्तर नहीं बनी रहती है; परन्तु इस रोगी की थकावट काम न करने पर भी निरन्तर बनी रहती है। अत: मन:स्नायुदुर्बलता की परिभाषा देना चाहें तो इस प्रकार दे सकते हैं, ''मन:स्नायुदुर्बलता मन:स्नायुविकृति का वह प्रकार है जिसमें थकावट का अनुभव, दुख और दर्द आदि की प्रधानता रहती है।''

मन:स्नायुदुर्बलता के लक्षण
(Symptoms of Neurasthenia)

इस रोग के निम्नलिखित लक्षण हैं—

1. **थकावट की संवेदना** (Sensation of Fatigue)—इसका पहला लक्षण थकावट है, जो निरन्तर बनी रहती है। यह थकावट सामान्य थकावट से भिन्न होती है। सामान्य थकावट विश्राम के बाद दूर हो जाती है, परन्तु इस रोग की थकावट का सम्बन्ध तो स्नायुओं से होता नहीं है। अत: विश्राम करने पर भी यह दूर नहीं होती है। वह तो वास्तव में मानसिक थकावट है, जो बहुत दिनों तक विश्राम करने के बाद भी नहीं जाती है। रोगी इसकी शिकायत प्रत्येक व्यक्ति से करता है।
2. **सिर का दर्द** (Headache)—इस रोग का दूसरा लक्षण सिर दर्द है। सिर दर्द तो बराबर बना रहता है। इसके साथ-साथ आँखें भी थकी रहती हैं। कभी-कभी रोगी इस सिर दर्द से काफी बेचैन हो जाता है। इस बेचैनी की अवस्था में वह डॉक्टरों के पास बराबर दौड़ता रहता है। कभी एक डॉक्टर के पास जाता है तो कभी दूसरे तथा कभी तीसरे के पास। इस तरह वह कड़ी से कड़ी दवा का सेवन करता है। इस सिर दर्द के अतिरिक्त वह गर्दन, पीठ तथा जोड़ों (joints) के दर्द की शिकायत करता है। इस दर्द का वर्णन वह हर मिलने वाले व्यक्ति से करता है और ऐसा करने में उसे आनंद मिलता है।
3. **अनिद्रा** (Insomnia)—अनिद्रा इस रोग का एक सामान्य लक्षण है। इसके रोगी को रात में नींद नहीं आती है। बिस्तर पर लेटने पर भी रात भर जगे रहते हैं। कभी-कभी कुछ रात बीतने पर कुछ देर के लिए सो जाते हैं, पर दो घंटे बाद यदि

उनकी नींद खुल जाती है, तो फिर नहीं आती है। कभी–कभी भयानक स्वप्न के कारण उनकी नींद खुल जाती है। यदि इस बीच अपनी पत्नी को सुख की नींद सोते देखते हैं, तो उन्हें जगा देते हैं और उन पर व्यंग्य कसते हैं कि तुम्हें हमारी क्या परवाह है? तुम तो घोड़ा बेचकर सोते हो। इस तरह वे इस अनिद्रा के दुख को नमक–मिर्च लगाकर लोगों से कहते फिरते हैं।

4. **पाचनशक्ति का क्षीण होना** (Digestive Disorder)—पाचनशक्ति का क्षीण हो जाना इस रोग का मुख्य लक्षण है। रोगी की पाचनशक्ति क्षीण हो जाती है। भोजन पचता नहीं है। भूख नहीं लगती है। वह भूख लगने तथा खाना पचाने के लिए तरह–तरह की दवाइयों का सहारा लेता है। कभी–कभी उसे भोजन करने के पहले या पश्चात उलटी करने की इच्छा होती है। कुछ रोगी दिनभर पेट बोलने की शिकायत करते हैं तथा कुछ डकार लेते रहते हैं। वे कब्जियत के कारण बहुत ही परेशान रहते हैं।
5. **स्वार्थी तथा आत्मकेन्द्रित होना** (To be Selfish and Self-centred)—इस रोग का रोगी बहुत ही स्वार्थी तथा आत्मकेन्द्रित होता है। वह अपने ही सम्बन्ध में बातचीत करता है तथा दूसरों की कम सुनता है। वह बड़ा ही चिड़चिड़ा तथा झक्की स्वभाव का होता है, जिससे उसके परिवार के लोग परेशान रहते हैं। वह अपनी स्त्री को अपने किसी–न–किसी दवा के काम में व्यस्त रखता है, परन्तु वह सदा उससे असन्तुष्ट रहता है। वह अपनी स्त्री को सुखी देखकर ईर्ष्या करता है। यदि वह अपनी स्त्री को भेजन करते देख लेता है तो वह कह उठता है कि मैं तो बीमारी से बेचैन हूँ और वह मोज से भोजन कर रही है। इस तरह, हमेशा वह अपने बारे में ही सोचता रहता है और अपनी बीमारी की दास्तान सुनने के लिए बेचैन रहता है।

इस तरह, हमने देखा कि इस मन:स्नायुदुर्बलता के रोगी, थकावट, अनिद्रा, सिरदर्द कब्जियत आदि की शिकायत लोगों से करते हैं। वे बहुत नाजुक मिजाज के होते हैं। परन्तु उपर्युक्त सभी लक्षण मनगढ़न्त रहते हैं। इसकी जड़ में कोई भी शारीरिक गड़बड़ी (physical defects) नहीं रहती है। यहाँ बतला देना उचित है कि वे लक्षण स्वस्थ सामान्य व्यक्तियों में भी पाये जाते हैं, परन्तु मन:स्नायुदुर्बलता में ये लक्षण स्थायी रूप से दिखलाई पड़ते हैं। जबकि सामान्य लोगों में कभी–कभी देखे जाते हैं।

कारण (Causes or Etiology)

इस मानसिक रोग के निम्नलिखित कारण हैं—

1. **अतिपरिश्रम** (Overwork)—मन:स्नायुदुर्बलता के कारण के सम्बन्ध में मनोवैज्ञानिकों के बीच मतैक्य नहीं है। प्रारम्भ में कुछ लोगों ने इस रोग का कारण अतिपरिश्रम बतलाया, परन्तु आराम देने के बाद भी रोगियों की अवस्था में कुछ सुधार नहीं हुआ तो विद्वानों ने इस दृष्टिकोण को अस्वीकार कर दिया।
2. **अतिलैंगिक सम्भोग** (Excess Sexual Intercourse)—कुछ लोगों ने अत्यधिक लैंगिक सम्भोग को इसका कारण बतलाया है; परन्तु बाद में देखा गया कि जो व्यक्ति लैंगिक सम्भोग में अधिक रुचि नहीं रखते हैं वे भी इसके शिकार हो जाते हैं। अत: अत्यधिक सम्भोग को इसका कारण मानना सही नहीं है।
3. **आनुवंशिकता** (Heredity)—इसके बाद कुछ विद्वानों ने आनुवंशिकता को इसका कारण बतलाया, परन्तु बाद में विभिन्न रोगियों का अध्ययन करने पर पता चला कि आनुवंशिकता को इस रोग का कारण मानना भी युक्तिसंगत नहीं है।
4. **दुर्बल केन्द्रीय स्नायुतन्त्र** (Weak Central Nervous System)—जैने (Janet) ने केन्द्रीय स्नायुतन्त्र की निर्बलता को ही इस रोग का कारण माना है। उनका कहना है कि इस निर्बलता के कारण मानसिक क्रियाओं में अव्यवस्था आ जाती है, जिससे रोगी थकावट, असन्तोष, निर्बलता आदि का अनुभव करता है; परन्तु आज जैने (Janet) के इस विचार को लोग केवल आंशिक रूप से मानते हैं।
5. **कष्टदायक परिस्थिति से बचने की इच्छा** (Will to Escape from Painful Situation)—**उल्फ** (Wolf) का कहना है कि कष्टदायक परिस्थिति से छुटकारा पाने की प्रबल इच्छा के कारण ही मन:स्नायुदुर्बलता का आविर्भाव होता है। व्यक्ति जब किसी परिस्थिति में सफलतापूर्वक समायोजित नहीं कर पाता है तो वह सन्तुलन खो बैठता है और मन:स्नायुदुर्बलता के लक्षण विकसित कर अपने उत्तरदायित्व से छुटकारा पाता है। इस तरह, उल्फ का विचार बहुत हद तक इस रोग के स्वरूप को स्पष्ट करता है।

6. **मानसिक विच्छेद** (Mental Dissociation)—कोरिआट (Coriat) का कहना है कि मानसिक विच्छेद ही इस रोग का कारण है। इस मानसिक विच्छेद के कारण उसमें थकावट का भाव सक्रिय हो जाता है। इसलिए शारीरिक थकावट नहीं रहने पर भी वह थकावट से पीड़ित रहता है। वास्तव में उसे मानसिक थकावट रहती है, जिसे हम मन:स्नायुदुर्बलता कहते हैं।
7. **लैंगिक विचलन** (Sexual Deviation)—**फ्रॉयड** (Freud) ने इस रोग का कारण लैंगिक बतलाया है। उनका कहना है कि उत्तेजन (excitation) की कमी तथा वीर्य-स्राव की अधिकता ही इसका कारण है। उन्होंने बतलाया कि हस्तमैथुन या किसी प्रकार का अन्य मैथुन इसका सीधा कारण नहीं है, बल्कि यह सोचना कि ऐसा करना बुरा है, इस रोग की जननी है। ऐसे विचार से रोगी के मन में संघर्ष होता है और इस संघर्ष से बचने के लिए वह मन:स्नायुदुर्बलता के लक्षण विकसित कर लेता है। अत: यह मानसिक रोग उसके मानसिक संघर्ष का समाधान है।
8. **हीन भाव** (Feeling of Inferiority)—एडलर (Adler) भी मानसिक संघर्ष को ही इस रोग का कारण मानता है, परन्तु उनका कहना है कि इसमें लैंगिकवृत्ति की प्रधानता नहीं रहती है, बल्कि आत्म-दावा (self-assertion) तथा हीन भावना की ही प्रधानता रहती है। अत: इन दोनों प्रवृत्तियों के संघर्षों के कारण ही व्यक्ति इस रोग का शिकार होता है।
9. **अन्तर्मुखी व्यक्तित्व** (Introvert Personality)—कुछ लोग अन्तर्मुखी व्यक्तित्व को ही इस रोग का कारण मानते हैं। उनका कहना है कि अन्तर्मुखी व्यक्ति को यह रोग शीघ्र पकड़ता है। इसके रोगी अपने दुखों की कहानी को दुहराता है। वह साबित करता है कि उसे अन्य व्यक्तियों का कोई भी ख्याल नहीं रहता है। वह अपने-आप में मस्त रहता है तथा दूसरों के परामर्श पर ध्यान नहीं देता है। वह अपनी तकलीफों को सुनाकर दया का पात्र बना रहता है। इसमें उसे मजा मिलता है।
10. **संवेगात्मक तनाव** (Emotional Tension)—मनोवैज्ञानिक दृष्टि से संवेगात्मक तनाव ही मन:स्नायुदुर्बलता का प्रमुख कारण है। संवेगात्मक तनाव से जब व्यक्ति का मस्तिष्क प्रभावित होता है तब व्यक्ति थकान का अनुभव करता है। यही स्थिति बराबर बनी रहने पर इस रोग के लक्षण विकसित हो जाते हैं।

इस तरह हमने देखा कि इस रोग के कारण के सम्बन्ध में विद्वानों ने मतैक्य नहीं है। फिर भी यह कहा जा सकता है कि किसी प्रकार की समस्या के समाधान में असमर्थ और हीन-भाव से पीड़ित होने पर ही व्यक्ति में इस रोग के लक्षण विकसित होते हैं। इसी प्रकार, परीक्षा में बार-बार फेल होने वाला विद्यार्थी, असफल व्यापारी तथा राजनीतिक नेता, अपने पद से बार-बार हटाया जाने वाला व्यक्ति, विकृत कामवासना से पीड़ित नवयुवक आदि इस रोग के रोगी बन जाते हैं। वे आत्महत्या के सम्बन्ध में बार-बार सोचते हैं, पर उसे भी करने में असमर्थ रहते हैं। अत: इस रोग के रोगियों की समस्या सामाजिक, व्यक्तित्व या यौन सम्बन्धी कुछ भी हो सकती है।

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. जब कोई व्यक्ति बॉडी डिस्मॉर्फिक डिसऑर्डर (शरीर दुष्क्रियता आकृति विकृति) से पीड़ित होता है तो इसके लक्षणों में शामिल हैं—

(a) अनावश्यक आक्रामक प्रक्रियाएँ करना
(b) उनकी उपस्थिति में काल्पनिक या मामूली शारीरिक दोषों के बारे में जुनूनी रूप से चिन्तित होना
(c) निराशा की भावना
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (b) उनकी उपस्थिति में काल्पनिक या मामूली शारीरिक दोषों के बारे में जुनूनी रूप से चिन्तित होना

प्र.2. कायाप्रारूप विकृति/विकार में निम्नलिखित में से कौन शामिल है—

(a) रूपान्तरण विकार
(b) सोमाटाइजेशन विकार
(c) रोगभ्रम
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.3. कायाप्रारूप विकृति वाले व्यक्ति अक्सर अपने लक्षणों के बारे में एक आश्चर्यजनक उदासीनता प्रदर्शित कर सकते हैं—खासकर जब अधिकांश लोगों के लिए लक्षण परेशान करने वाले हों (जैसे अंधापन, पक्षाघात)। इसे कभी-कभी इसके के रूप में जाना जाता है—

(a) विवेक ला अन्तर
(b) क्वेले अन्तर
(c) ला बेले उदासीनता
(d) क्यू सी क्यू से ला अन्तर

उत्तर (c) ला बेले उदासीनता

प्र.4. बीमार भूमिका ग्रहण करने के लिए जानबूझकर उत्पन्न शारीरिक या मनोवैज्ञानिक लक्षणों को किस रूप में जाना जाता है?

(a) नकली विकार
(b) रूपान्तरण विकार
(c) somatization विकार
(d) रोगभ्रम

उत्तर (a) नकली विकार

प्र.5. कभी-कभी माता-पिता या देखभाल करने वाले दूसरों (जैसे उनके बच्चों) में शारीरिक बीमारियाँ पैदा करते हैं या प्रेरित करते हैं और इसे इस रूप में जाना जाता है—

(a) मैकडॉनल्ड्स प्रॉक्सी
(b) मुंचुसेन प्रॉक्सी द्वारा
(c) प्रॉक्सी द्वारा मुंकैसर
(d) मैनचेस्टर प्रॉक्सी द्वारा

उत्तर (b) मुंचुसेन प्रॉक्सी द्वारा

प्र.6. निम्न में से कौन रूपान्तरण विकार की एक बुनियादी विशेषता है?

(a) स्वैच्छिक मोटर (motor) या संवेदी कार्य को प्रभावित करने वाले लक्षण या कमी एक अन्तर्निहित चिकित्सा या न्यूरोलॉजिकल स्थिति का सूचक है
(b) इन लक्षणों से व्यक्तिगत रूप से महत्त्वपूर्ण संकट पैदा होना चाहिए
(c) सामाजिक, व्यावसायिक या अन्य कामकाज को खराब करना
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.7. रूपान्तरण विकार का एक लक्षण, जहाँ सुन्नता कलाई पर शुरू होती है यह हाथ और सभी अँगुलियों में समान रूप से अनुभव की जाती है, के रूप में जाना जाता है—

(a) हाथ का पक्षाघात
(b) दस्ताने संज्ञाहरण
(c) हाथ संज्ञाहरण
(d) दस्ताना पक्षाघात

उत्तर (b) दस्ताने संज्ञाहरण

प्र.8. रूपान्तरण विकार को नैदानिक और सांख्यिकी नियम (DSM) में शामिल करने से पहले, यह लोकप्रिय रूप से मनोगतिक हलकों में किस रूप में जाना जाता था?

(a) हिस्टीरिया
(b) अभिनय
(c) मानसिक पक्षाघात
(d) दमन

उत्तर (a) हिस्टीरिया

प्र.9. भले ही पूरी तरह से चिकित्सीय परीक्षण किसी भी अन्तर्निहित चिकित्सा स्थिति की पहचान करने में विफल रहता है, हाइपोकॉन्ड्रियासिस वाले व्यक्ति को शारीरिक संकेतों या लक्षणों की गलत व्याख्या के आधार पर गम्भीर बीमारी या बीमारी होने या अनुबन्धित होने का डर होगा। यह तल्लीनता निम्नलिखित में से किसके साथ हो सकती है?

(a) शारीरिक कार्य
(b) मामूली शारीरिक असामान्यताएँ
(c) अस्पष्ट और अस्पष्ट शारीरिक संवेदनाएँ
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

TOUCH n PASS

प्र.10. दर्द विकृति में निम्नलिखित में से किसे केन्द्रीय लक्षण माना जाता है?

(a) दर्द ही व्यक्ति की शिकायतों का प्रमुख केन्द्र है

(b) दर्द महत्त्वपूर्ण परेशानी का कारण बनता है

(c) दर्द सामाजिक, व्यावसायिक या अन्य कामकाज में हानि का कारण बनता है

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.11. कायाप्रारूप विकृति का आवश्यक मनोगतिक दृष्टिकोण इनमें से एक है—

(a) दमन विश्लेषण
(b) अहंकार राज्य संकल्प
(c) युद्ध वियोजन
(d) स्क्रिप्ट विश्लेषण

उत्तर (c) युद्ध वियोजन

प्र.12. रूपान्तरण विकार या सोमाटाइजेशन विकार वाले व्यक्ति के व्यवहार और निम्नलिखित में से किसके प्रभाव के बीच कई समानताएँ हैं?

(a) सम्मोहन
(b) हिस्टीरिया
(c) चिन्ता
(d) विपत्ति

उत्तर (a) सम्मोहन

प्र.13. कभी-कभी माता-पिता सभी अन्तर्निहित समस्याओं (मनोवैज्ञानिक सहित) को भावनात्मक के बजाय शारीरिक होने के रूप में देखते हैं। परिणामस्वरूप कई व्यक्ति शारीरिक रूप से भावनात्मक लक्षणों का वर्णन करना सीख सकते हैं और अत्यधिक मामलों में निम्नलिखित से किसे अपनाना शुरू करते हैं?

(a) निराशा सीखी
(b) एक बीमार भूमिका
(c) माँग की विशेषताएँ
(d) मानसिक प्रवृत्तियाँ

उत्तर (b) एक बीमार भूमिका

प्र.14. कायाप्रारूप विकारों में पीड़ित व्यक्ति को कभी-कभी लगता है कि उसके पास शारीरिक कमी या लक्षण हैं जो महत्त्वपूर्ण और खतरनाक है। हालाँकि, ज्यादातर मामलों में इन मान्यताओं के लिए बहुत कम या कोई चिकित्सीय औचित्य नहीं है। ऐसे संज्ञानात्मक पूर्वाग्रह कहलाते हैं—

(a) संज्ञानात्मक मतभेद
(b) हाइपोकॉन्ड्रिअल पूर्वाग्रह
(c) व्याख्या पूर्वाग्रह
(d) प्रत्यक्ष प्रतिक्रिया पूर्वाग्रह

उत्तर (c) व्याख्या पूर्वाग्रह

प्र.15. दर्द विकार के पीड़ित आमतौर पर बीमारी, चोट या बीमारी के बजाय खुद दर्द से डरते हैं जो दर्द को जन्म दे सकते हैं और इसलिए दर्द का अनुभव होने पर उन्हें इसे नष्ट करने की प्रवृत्ति होती है। इसका परिणाम निम्न में से किसमें होता है?

(a) दर्द में भाग लेने के प्रति व्यक्तियों का पूर्वाग्रह होता है

(b) व्यक्ति दर्द से सम्बन्धित विचारों से खुद को विचलित करने में असमर्थ होते हैं

(c) व्यक्तियों को दर्द व्याकुलता मुकाबला रणनीतियों का उपयोग करने की उनकी क्षमता में कमी आई है

(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.16. कायाप्रारूप विकृति (Somatoform Disorder) वाले लोगों द्वारा अधिग्रहीत सूचना पूर्वाग्रह अनुभवों की एक शृंखला द्वारा विकसित किये जाते हैं और ये प्रतिनिधित्व अनुचित टेम्पलेट प्रदान करते हैं जिसके द्वारा जानकारी चयन और व्याख्या की जाती है। इन्हें इस रूप में जाना जाता है—

(a) दुष्ट अभ्यावेदन
(b) विचलित अभ्यावेदन
(c) पक्षपाती अभ्यावेदन
(d) मलाडैप्टिव अभ्यावेदन

उत्तर (a) दुष्ट अभ्यावेदन

TOUCH 'n PASS

प्र.17. कायाप्रारूप विकारों के लिए किस प्रकार के उपचार को उपचार नियन्त्रण स्थितियों की तुलना में काफी अधिक प्रभावी पाया गया है—

(a) एक्सपोजर और प्रतिक्रिया रोकथाम
(b) व्यवहार तनाव प्रबन्धन
(c) संज्ञानात्मक पुनर्गठन
(d) मनोचिकित्सा

उत्तर (b) व्यवहार तनाव प्रबन्धन

प्र.18. कभी-कभी कायाप्रारूप विकारों से जुड़े अवांछनीय व्यवहारों को रोकने और बुझाने के लिए व्यवहारिक तरीकों का उपयोग किया जा सकता है। इनमें निम्नलिखित में से कौन-सा शामिल है?

(a) व्यवहार तनाव प्रबन्धन
(b) एक्सपोजर और प्रतिक्रिया रोकथाम
(c) संज्ञानात्मक पुनर्गठन
(d) मनोचिकित्सा

उत्तर (b) एक्सपोजर और प्रतिक्रिया रोकथाम

प्र.19. निम्न में से कौन-सा बीमार भूमिका अपनाने का नुकसान नहीं है?

(a) ताकत में कमी
(b) आनंद की हानि
(c) प्रभाव की हानि
(d) जिम्मेदारी का नुकसान

उत्तर (d) जिम्मेदारी का नुकसान

प्र.20. रूपांतरण विकार में निम्नलिखित में से कौन-सा सामान्य शारीरिक (motor) लक्षण नहीं है?

(a) पक्षाघात
(b) बिगड़ा हुआ सन्तुलन
(c) मूत्रीय अवरोधन
(d) दोहरी दृष्टि

उत्तर (d) दोहरी दृष्टि

प्र.21. जब कोई व्यक्ति इस बात से अनभिज्ञ होता है कि वह अलग-अलग व्यक्तित्वों को दुनिया के सामने प्रस्तुत करता है, तो इसे इस रूप में जाना जाता है—

(a) अव्यवस्थित पहचान विकार
(b) असम्बद्ध पहचान विकार
(c) अनुचित पहचान विकार
(d) मनोविच्छेदी पहचान विकृति/विकार

उत्तर (d) मनोविच्छेदी पहचान विकृति/विकार

प्र.22. मनोविच्छेदी स्मृतिलोप आमतौर पर खुद को पूर्वव्यापी रूप से रिपोर्ट किये गये गैप या अन्तराल की शृंखला के रूप में प्रकट करता है, जो व्यक्ति के अपने जीवन इतिहास के पहलुओं को मौखिक रूप से याद करने की क्षमता में होता है और ये गैप अक्सर सम्बन्धित होते हैं—

(a) दर्दनाक या तनावपूर्ण अनुभव
(b) एक प्राकृतिक या मानव निर्मित आपदा में भागीदारी
(c) दुर्घटना में होना
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.23. जब किसी व्यक्ति को मनोविच्छेदी स्मृतिलोप (डिसोसिएटिव एम्नेसिया) होता है तो यह आमतौर पर कई प्रकार की स्मृति गड़बड़ी से जुड़ा होता है। सामान्यीकृत भूलने की बीमारी है—

(a) पूरे पिछले सप्ताह को वापस बुलाने में विफलता है
(b) याद करने में विफलता है जो व्यक्ति के पूरे जीवन को शामिल करती है
(c) याद करने में विफलता है जो व्यक्ति के बचपन को शामिल करती है
(d) याद करने में विफलता है कि दर्दनाक घटनाओं के लिए

उत्तर (b) याद करने में विफलता है जो व्यक्ति के पूरे जीवन को शामिल करती है

TOUCH 'n' PASS

प्र.24. मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति (डिसोसिएटिव फ्यूग्यू) की मूल विशेषता यह है कि व्यक्ति—
(a) अग्रगामी भूलने की बीमारी अचानक और अप्रत्याशित रूप से विकसित होती है
(b) अचानक और अप्रत्याशित रूप से प्रतिगामी भूलने की बीमारी विकसित होती है
(c) अचानक और अप्रत्याशित रूप से घर से या दैनिक गतिविधियों के अपने प्रथागत स्थान से यात्रा करता है
(d) अचानक और अप्रत्याशित रूप से एक वैकल्पिक व्यक्तित्व विकसित करता है

उत्तर (c) अचानक और अप्रत्याशित रूप से घर से या दैनिक गतिविधियों के अपने प्रथागत स्थान से यात्रा करता है

प्र.25. मनोविच्छेदी पहचान विकृति (डी०आई०डी०) एक विकार है जहाँ—
(a) व्यक्ति भ्रमित और विचलित हो जाता है
(b) व्यक्ति दो या दो से अधिक विशिष्ट पहचान प्रदर्शित करता है
(c) व्यक्ति एक विशिष्ट समय अवधि के दौरान हुई घटनाओं को याद करने में असमर्थ है
(d) व्यक्ति अचानक और अप्रत्याशित रूप से घर से या दैनिक गतिविधियों के अपने प्रथागत स्थान से दूर चला जाता है

उत्तर (b) व्यक्ति दो या दो से अधिक विशिष्ट पहचान प्रदर्शित करता है

प्र.26. मनोविच्छेदी पहचान विकृति (डी०आई०डी०) होस्ट आईडेंटिटी को सन्दर्भित करता है—
(a) जो सबसे पहले नई पहचान बनकर उभरी थी
(b) जिसका दबदबा सबसे ज्यादा हो
(c) वह जो विकार की शुरुआत से पहले मौजूद था
(d) जो सबसे ज्यादा आक्रामक है

उत्तर (c) वह जो विकार की शुरुआत से पहले मौजूद था

प्र.27. मनोविच्छेदी पहचान विकृति में परिवर्तन मेजबान पहचान को सन्दर्भित करता है—
(a) वे जो विकार की शुरुआत से पहले मौजूद थे
(b) जो सबसे अधिक हावी है
(c) वे जो विकार की शुरुआत के बाद विकसित होते हैं
(d) जो आक्रामक हैं

उत्तर (c) वे जो विकार की शुरुआत के बाद विकसित होते हैं

प्र.28. (पुट्नम, गुरॉफ, सिल्बरमैन, बार्बन एट अल।, 1986) के अनुसार, विघटनकारी विकारों के कारकों में चिन्ता और अवसाद का इतिहास शामिल है जो विकार से पहले का है और इसका सम्बन्ध है—
(a) बचपन के शोषण से
(b) दवाई के शोषण से
(c) मादक द्रव्यों के सेवन से
(d) ये सभी

उत्तर (a) बचपन के शोषण से

प्र.29. अधिकांश मनोगतिकी सिद्धान्तकारों का मानना है कि विघटनकारी लक्षण निम्नलिखित में से किसके कारण होते हैं?
(a) दमन
(b) अहंकार की स्थिति
(c) टकराव
(d) लिंग पहचान मुद्दा

उत्तर (a) दमन

प्र.30. राज्य-निर्भर स्मृति एक अच्छी तरह से स्थापित संज्ञानात्मक घटना है जिसमें व्यक्ति को किसी घटना को याद रखने की अधिक सम्भावना होती है यदि वे हैं—
(a) एक अलग शारीरिक स्थिति में जब घटना हुई थी
(b) उसी शारीरिक अवस्था में जब घटना हुई थी
(c) उसी मनोवैज्ञानिक अवस्था में जब घटना घटी थी
(d) एक अलग मनोवैज्ञानिक अवस्था में जब घटना हुई थी

उत्तर (b) उसी शारीरिक अवस्था में जब घटना हुई थी

TOUCH 'n' PASS

प्र.31. पुनर्निर्माण स्मृति को अनुभव के निम्नलिखित तत्त्वों में से किससे जुड़े असतत तत्त्वों की एक शृंखला के रूप में संग्रहीत किया जाता है?

(a) प्रसंग (b) भावनात्मक स्थिति
(c) ग्रहणशील (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.32. स्मृति से आत्मकथात्मक अनुभव के प्रासंगिक तत्त्वों को याद करने में असमर्थ होने की कमी के रूप में जाना जाता है—

(a) वास्तविकता-निगरानी क्षमता (b) व्यक्तिगत-निगरानी क्षमता
(c) सामाजिक-निगरानी क्षमता (d) स्रोत-निगरानी क्षमता

उत्तर (d) स्रोत-निगरानी क्षमता

प्र.33. निम्नलिखित में से किस प्रकार की निगरानी में कमी से व्यक्तियों को संदेह हो सकता है कि उनके पास वास्तव में एक विशेष अनुभव है?

(a) असलियत (b) अचेत
(c) काल्पनिक (d) सामाजिक

उत्तर (a) असलियत

प्र.34. विघटनकारी विकारों का इलाज करते समय निम्नलिखित में से कौन-सी समस्या पेश कर सकती है?

(a) इनमें से कुछ विकार दुर्लभ हैं
(b) कुछ मनोविच्छेदी विकृति जैसे कि मनोविच्छेदी स्मृतिलोप और मनोविच्छेदी आत्मविस्मृति अक्सर अनायास ही छूट जाते हैं।
(c) कुछ अत्यधिक निर्देशात्मक चिकित्सीय शैलियों से झूठी यादों की वसूली हो सकती है
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.35. जब कोई व्यक्ति बरामद यादों से निपट रहा होता है तो यह अक्सर ग्राहक के लिए एक गम्भीर दर्दनाक अनुभव होता है और इसमें दर्दनाक घटनाओं का गहन अनुभव शामिल हो सकता है। इसे इस रूप में जाना जाता है—

(a) एनारिएक्शन (b) भावविरेचन
(c) प्रतिक्रिया (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) भावविरेचन

प्र.36. निम्नलिखित में से कौन-सा विघटनकारी विकारों के लिए सबसे अधिक इस्तेमाल की जाने वाली चिकित्सा में से एक नहीं है?

(a) साइकोडायनामिक थेरेपी (b) संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी
(c) दवाई से उपचार (d) सम्मोहन चिकित्सा

उत्तर (b) संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी

प्र.37. मनोविच्छेदी पहचान विकृति (DID) वाला एक व्यक्ति, कई व्यक्तियों का उत्पादन कर सकता है और ये निम्नलिखित में से किसकी अनुमति देने में एक मुकाबला कार्य करते हैं?

(a) व्यक्ति व्यक्तिगत पहचान के लिए कार्यों और भावनाओं के लिए जिम्मेदारी का त्याग करता है
(b) पीड़ित का बेहोश हो जाना
(c) पीड़ित का असामाजिक तरीके से व्यवहार करना
(d) व्यक्ति अपने आस-पास के लोगों में हेरफेर करने के लिए

उत्तर (a) व्यक्ति व्यक्तिगत पहचान के लिए कार्यों और भावनाओं के लिए जिम्मेदारी का त्याग करता है

TOUCH 'n' PASS

प्र.38. एक उपचारात्मक विधि जिसका उपयोग उन लोगों के लिए अपेक्षाकृत नियमित रूप से किया जाता है जो विघटनकारी विकारों से पीड़ित हैं, हिप्नोथेरेपी है क्योंकि—

(a) पीड़ित सुझाव और सम्मोहन के लिए असामान्य रूप से अतिसंवेदनशील होते हैं
(b) यह थैरेपी से सस्ती है
(c) यह चिकित्सक को विभिन्न पहचानों को 'मिलने' में सक्षम बनाता है
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.39. चिकित्सकों का मानना है कि विघटनकारी भूलने की बीमारी कई प्रकार की स्मृति गड़बड़ी से जुड़ी है। चयनात्मक भूलने की बीमारी कब होती है—

(a) एक व्यक्ति बचपन की कुछ घटनाओं को याद कर सकता है, लेकिन सभी को नहीं
(b) एक व्यक्ति एक विशिष्ट समय अवधि के दौरान कुछ घटनाओं को याद कर सकता है, लेकिन सभी को नहीं
(c) एक व्यक्ति कुछ भौतिक घटनाओं को याद कर सकता है, लेकिन सभी को नहीं
(d) एक व्यक्ति कल हुई कुछ घटनाओं को याद कर सकता है, लेकिन सभी को नहीं

उत्तर (b) एक व्यक्ति एक विशिष्ट समय अवधि के दौरान कुछ घटनाओं को याद कर सकता है, लेकिन सभी को नहीं

प्र.40. शरीर दुष्क्रिया आकृति विकृति (Body Dysmorphic Disorder) वाले व्यक्ति अक्सर किस प्रकार की दवाओं के साथ इलाज करने पर लक्षणों में तेजी से सुधार प्रदर्शित करते हैं?

(a) एन्जोदिअजेपिनेस
(b) एंटीबायोटिक दवाओं
(c) SSRIs या ट्राइसाइक्लिक एंटीडिप्रेसेंट
(d) एंटिहिस्टामाइन्स

उत्तर (c) SSRIs या ट्राइसाइक्लिक एंटीडिप्रेसेंट

प्र.41. व्यक्तित्वलोप-विकृति (डिपर्सनलाइजेशन डिसऑर्डर) में निम्नलिखित में किस प्रणाली में असामान्यताओं के लिए कुछ सबूत है?

(a) लिम्बिक सिस्टम
(b) हार्मोनल सिस्टम
(c) अन्तर्जात opioid सिस्टम
(d) लसीका प्रणाली

उत्तर (c) अन्तर्जात opioid सिस्टम

❑

TOUCH 'n' PASS

UNIT-IV

विषादी एवं द्विध्रुवीय विकृति

Depressive and Bipolar Disorder

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. द्विध्रुवीय विकृति को परिभाषित कीजिए।
Define Bipolar Disorder.

उत्तर **कारसन, बुचर एवं मिनेका** के अनुसार, "द्विध्रुवीय विकृति का तात्पर्य उन मानसिक विकृतियों से है जिसे एक व्यक्ति उत्साह तथा विषादक धनाओं दोनों का अनुभव करता है।"

प्र.2. द्विध्रुवीय विकृति की चिकित्सा-प्रविधियों को लिखिए।
Write therapy of Bipolar Disorder.

उत्तर 1. लिथियम चिकित्सा (Lithium therapy)
2. डीवलप्रौक्स चिकित्सा (Divalproex therapy)
3. विद्युत आक्षेपकार चिकित्सा (Electro convulsive therapy)
4. सहायता चिकित्सा (Supportive therapy)।

प्र.3. विषाद या एकध्रुवीय विषाद के कारक बताइए।
State factors of Depression or Unipolar Disorder.

उत्तर 1. मनोगतिक कारक (Psychodynamic Factors)
2. अधिगम कारक (Learning Factors)
3. संज्ञानात्मक कारक (Cognitive Factors)
4. शारीरिक या जैविक कारक (Psysiological or Biological Factors)।

प्र.4. मनोगतिक कारक को परिभाषित कीजिए।
Define Psychodynamic Factors.

उत्तर ब्राउन के अनुसार, "शारीरिक रोग तथा भौगोलिक परिवर्तन से उत्पन्न प्रतिबल से विषाद के विकसित होने की सम्भावना बन जाती है।"

प्र.5. एकध्रुवीय विकृति या विषादी विकृति को परिभाषित कीजिए।
Define Unipolar Disorder or Depressive Disorder.

उत्तर **सरासन** तथा **सरासन** के अनुसार, "एकध्रुवीय विकृति का तात्पर्य एक प्रभावी विकृति से है, जिसमें केवल विषाद घटित होता है और उत्साह की घटनाओं का कोई इतिहास नहीं होता है।"

प्र.6. मनोदशा विकृति का क्या अर्थ है?
What is meaning of Mood Disorders?

उत्तर मनोदशा विकृति का अर्थ विकृतियों का समूह है, जिसमें व्यक्ति के मनोभावात्मक प्रक्रिया इस हद तक विकृत बन जाती है कि वह अपने दैनिक जीवन में समायोजन बनाये रखने में सक्षम नहीं होता है। इसी कारण इस विकृति को मनोभावात्मक विकृति (Affective Disorders) भी कहा जाता है।

TOUCH 'n' PASS

प्र.7. मनोदशा विकृति के प्रकार बताइए।
State types of Mood Disorder.

उत्तर 1. एकध्रुवीय विकृति या विषादी विकृति (Unipolar Disorder or Depressive Disorder)
2. द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder)
3. अन्य मनोदशा विकृति (Other Mood Disorders)।

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मनोदशा विकृति के प्रकारों का वर्णन कीजिए।
Describe types of mood disorder.

उत्तर

मनोदशा विकृति के प्रकार
(Types of Mood Disorder)

DSM-IV वर्गीकरण (1994) में मनोदशा विकृति के निम्नलिखित प्रमुख तीन प्रकार बताये गये हैं—

1. **विषादी विकृति** (Depressive Disorder)—विषादी विकृति को एक ध्रुवीय विकृति (Unipolar) भी कहते हैं। जैसा इस विकृति का नाम है उसी प्रकार से इस विकृति का प्रमुख लक्षण विषाद इस रोग में भूख और नींद की कमी पायी जाती है। रोगी का सक्रियकरण स्तर (activation level) बहुत कम होता है। विषादी विकृति के निम्न दो प्रमुख प्रकार हैं—
   (अ) **डायस्थाइमिक विकृति** (Dysthamic Disorder)—यह विकृति विषादी विकृति का वह रूप है जो चिरकालिक (Chrovic) होता है। दूसरे शब्दों में, व्यक्ति गत कई वर्षों से विषाद विकृति से ग्रस्त होता है। इस व्यक्ति की मनोदशा कभी-कभी रोगी जब चाहता है तो सामान्य दिखाने की कोशिश करता है। लेकिन विषाद उसमें सतत बना ही रहता है।
   (ब) **बड़ी विषादी विकृति** (Major Depressive Disorder)—मनोदशा विकृति के इस प्रकार में व्यक्ति या रोगी बड़ी-बड़ी विषाद की घटनाओं का अनुभव कर चुका होता है उसका किसी कार्य में मन नहीं लगता है उसे नींद नहीं आती है। वह अपने को बेकार और अयोग्य समझने लगता है। वह कई बार आत्महत्या की कोशिश करता है।
2. **द्विध्रुवीय विकृति** (Bipolar Disorder)—द्विध्रुवीय विकृति को DSM-III में उत्साह-विषाद मनोविक्षिप्तता के नाम से वर्गीकृत किया गया था। इस विकृति में रोगी में बारी-बारी से विषाद के लक्षण और कभी उत्साह या उन्माद के लक्षण पाये जाते हैं। इस विकृति का वर्णन अगले अध्याय में किया गया है।
3. **मनोदशा विकृति अन्य प्रकार** (Mood Disorder—Other Types)—उपर्युक्त मनोदशा विकृतियों के अतिरिक्त कुछ ऐसी मनोदशा विकृतियाँ भी होती हैं। जिनका कारण मनोवैज्ञानिक नहीं होता है और जिनका कारण संवेगात्मक भी नहीं होता है। इन मनोदशा विकृतियों का कारण मधुमेह, हृदय, पक्षाघात, कैंसर जैसी मेडिकल बीमारियाँ होती हैं अथवा किन्हीं औषधियों के दुरुपयोग से भी यह विकृतियाँ उत्पन्न हो जाती हैं।

प्र.2. डायस्थाइमिक विकृति पर एक टिप्पणी लिखिए।
Write a short note on Dysthymic Disorder.

उत्तर

डायस्थाइमिक विकृति
(Dysthymic Disorder)

विषादी विकृति के इस प्रकार को एक ध्रुवीय विकृति (Unipolar Disorder) भी कहते हैं। यह एक हल्के प्रकार का विषाद है। डायस्थाइमिक शब्द का अर्थ है दोषपूर्ण मनोदशा। इस विकृति का स्वरूप चिरकालिक (chronic) होता है। किसी रोगी को डायस्थाइमिक का रोगी तभी कहेंगे जब वह विगत कई वर्षों से विषादी विकृति से ग्रस्त रहा हो।

डायस्थाइमिक विकृति के रोगी में आनन्द की कमी पायी जाती है। उसमें अभिरुचि भी कम मात्रा में पायी जाती है। उसमें विषाद के लक्षण व्याप्त होते हैं लेकिन विषाद के लक्षण हल्के प्रकार के होते हैं। बहुधा यह भी देखा गया है कि डायस्थाइमिक विकृति का रोगी बीच-बीच में सामान्य व्यक्तियों का जीवन व्यतीत करता है। ऐसे रोगी को कभी बहुत अधिक नींद आती है कभी बहुत कम नींद आती है। लगातार थकान का अनुभव करता है। निर्णय लेने में कठिनाई का अनुभव करता है। उसमें निराशा के भाव दिखायी

TOUCH-n-PASS

पड़ते हैं। यह रोग अट्ठारह वर्ष से साठ वर्ष के व्यक्तियों में पाया जा सकता है। मनोदशा विकृति के अन्य प्रकारों के साथ भी डायस्थाइमिक विकृति के लक्षण दिखायी देते हैं।

केलर (Keller, 1990) के अनुसार डायस्थाइमिक विकृति का प्रारम्भ बाल्यावस्था से वयस्कावस्था तक कभी भी उत्पन्न हो सकता है। स्पिट्जर (Spitzer, 1981) ने डायस्थाइमिक विकृति के एक केस का वर्णन किया है जो कि इस प्रकार है—

MBA करने के बाद एक 28 वर्ष की महिला केलिफोर्निया यह विचार करके गयी कि उसे अच्छी ऊँची प्रशासनिक नौकरी मिल जाएगी परन्तु किसी कारणवश ऐसा नहीं हो पाया। वह अपनी नौकरी न पाने के कारण अपनी नौकरी, अपने पति के सम्बन्ध में और अपने भविष्य के सम्बन्ध में सोच-सोचकर विषाद से ग्रस्त हो गयी।

वह मनोचिकित्सक के पास गयी और उसने बताया कि उसे लगातार विषाद् की मनोदशा हुई है। उसमें निराशा और तुच्छता का भाव है। इस प्रकार के लक्षण उसमें लगभग सोलह वर्ष की आयु से हैं। जब वह कॉलिज में पढ़ती थी तब वह ठीक थी। उसकी दोस्ती बुद्धिमान और होनहार लोगों से थी। वह यह विचार करती थी कि इन लोगों की अपेक्षा वह बहुत तुच्छ है। MBA की परीक्षा पास करने के बाद उसने अपने मनपसन्द व्यक्ति से विवाह किया। लेकिन कुछ ही दिन बाद वह विचार करने लगी कि विवाह करके उसने भूल की है। वह अपने पति को कोसने लगी। घर के कार्यों को करने में कठिनाई का अनुभव करने लगी। केलिफोर्निया में आने से पूर्व वह जो नौकरी करती थी उस नौकरी में उससे साधारण कार्य कराये जाते थे। इस महिला में डायस्थाइमिक विकृति के सभी लक्षण मौजूद थे। यह लगभग 12 वर्ष से डायस्थाइमिक विकृति से ग्रस्त थी।

प्र.3. बड़ी विषादी विकृति पर एक लेख लिखिए।

Write a short note on Major Depressive Disorder.

उत्तर

बड़ी विषादी विकृति
(Major Depressive Disorder)

मनोदशा विकृति में विषादी विकृति (Depressive Disorder) का एक प्रमुख गम्भीर रूप बड़ी विषादी विकृति है। बड़ी विषादी विकृति से ग्रस्त रोगी को कई बड़ी विषादी घटनाओं का अनुभव हो चुका होता है। उसकी अभिरुचि और आनन्द समाप्त-सा हो चुका होता है। बड़ी विषादी विकृति के निदान के लिए DSM-IV वर्गीकरण में नौ कसौटियों का वर्णन किया गया है। जो संक्षेप में नीचे दी हुई है। इन कसौटियों में से या इन लक्षणों में से कम-से-कम पाँच लक्षणों का पाया जाना आवश्यक है। यदि किसी रोग में निम्न नौ लक्षणों में से कम-से-कम पाँच लक्षण प्रतिदिन लगातार दो सप्ताह तक पाये जाते हैं तो हम ऐसे रोगी को बड़ी विषादी विकृति का रोगी मानते हैं।

(i) रोगी में उदासी (sadness) और विषादी मनोदशा के लक्षणों का होना।
(ii) रोगी में साधारण या सामान्य क्रियाओं में रुचि नहीं होती है और उसमें आनन्द की कमी दिखायी देती है।
(iii) रोगी में बहुत देर तक नींद आती है। बिस्तर पर बहुत देर तक लेटा रहता है। रात में यदि नींद खुल जाती है तो पुन: नींद नहीं आती है।
(iv) सक्रियता स्तर कम होता है। उसे सुस्ती का अनुभव होता है। उत्तेजना की कमी पायी जाती है।
(v) उसका शारीरिक वजन कम हो जाता है। उसे भूख कम लगती है। कई बार इसके विपरीत उसका वजन बढ़ जाता है और उसे भूख अधिक लगती है।
(vi) उसे थकान का अनुभव होता है। उसे ताकत की कमी का भी अनुभव होता है।
(vii) उसमें अयोग्यता का भाव, अपने को दोषित करने का भाव (guilt feeling) होती है तथा उसका आत्म प्रत्यय ऋणात्मक प्रकार का होता है।
(viii) उसे निर्णय लेने में कठिनाई होती है। एकाग्रता करने में कठिनाई होती है और उसका चिन्तन मन्द चिन्तन होता है।
(ix) आत्महत्या का विचार और मृत्यु का विचार उसके मन में बार-बार उपस्थित होता है।

इस विकृति का घटनाक्रम देखा जाए तो अध्ययनों के आधार पर कहा जा सकता है कि इस रोग के घटित होने की आयु 40-50 वर्ष तक है। यह रोग पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं में अधिक पाया जाता है। अध्ययनों में यह भी देखा गया है कि उच्च सामाजिक स्तर वाले लोगों की अपेक्षा निम्न सामाजिक स्तर वाले लोगों में यह रोग अपेक्षाकृत अधिक मात्रा में पाया जाता है।

इस रोग से ग्रस्त जितने भी रोगी होते हैं उनमें से 15% रोगियों में मनोविक्षिप्तता (Psychosis) के लक्षण भी विकसित हो जाते हैं। जिनमें मनोविक्षिप्तता के लक्षण विकसित होते हैं उनमें व्यामोह और विभ्रम के लक्षणों की भी प्रधानता हो जाती है।

TOUCH 'n' PASS

प्र.4. मनोदशा विकृति की मनोगतिकी चिकित्सा पद्धति समझाइए।
Explain Psychodynamic Therapy System of Mood Disorder.

उत्तर

मनोगतिकी चिकित्सा
(Psychodynamic Therapy)

मनोगतिकी चिकित्सा में मनोविश्लेषण चिकित्सा पद्धति के उपयोग के द्वारा विषाद के रोगियों का उपचार किया जाता है। मनोविश्लेषणवादी यह मानते हैं कि विषाद के लक्षण व्यक्ति में कोई हानि हो जाने के बाद हानि के प्रति एक प्रतिक्रिया के रूप में विकसित या उत्पन्न होते हैं। फ्रॉयड और उनके साथियों का विचार है कि विषाद के लक्षण बाल्यावस्था से ही प्रारम्भ हो जाते हैं।
मनोगतिकी चिकित्सा में मनोविश्लेषण चिकित्सा पद्धति के द्वारा रोगी का उपचार किया जाता है। मनोविश्लेषण विधि द्वारा उन्हीं विषाद के रोगियों का उपचार सम्भव है जो चिकित्सक के साथ सहयोग करते हैं। दूसरे शब्दों में, चिकित्सक जो कुछ पूछता है अथवा जो कुछ बातचीत रोगी से करता है तभी इस अवस्था में चिकित्सक विषाद के रोगी का उपचार सफलतापूर्वक कर सकता है। यदि रोगी चिकित्सक के साथ सहयोग नहीं करता है तब इस स्थिति में चिकित्सक रोगी का उपचार करने में असफल रहता है। विषाद के गम्भीर रोगी जो चिकित्सक के उकसाने पर भी बातचीत नहीं करते हैं चिकित्सक को उनकी चिकित्सा नहीं करनी चाहिए।
मनोविश्लेषण पद्धति द्वारा विषाद के रोगी का उपचार करते समय चिकित्सक सर्वप्रथम यह जानना चाहता है कि रोगी को बाल्यावस्था से लेकर अब तक किस-किस प्रकार की क्षति (Loss) हुई है। बहुत-सी क्षति के बारे में रोगी चिकित्सक को चिकित्सक के पूछने पर बता देता है लेकिन कुछ क्षतियों के बारे में रोगी चिकित्सक को बता नहीं पाता है क्योंकि इन क्षतियों से सम्बन्धित अनुभूतियाँ अब रोगी के चेतन और अर्ध-चेतन में उपस्थित नहीं हैं बल्कि क्षतियों से सम्बन्धित अनुभूतियाँ, घटनाएँ, संवेग आदि सभी कुछ दमित होकर अचेतन मन में जाकर स्थित हो गये हैं। अचेतन मन की इस सामग्री को निकालने के लिए चिकित्सक मुक्त साहचर्य विधि (Free Association Method) और स्वप्न विश्लेषण (Dream Analysis) विधि का सहारा लेता है। इन विधियों के द्वारा जब वह रोगियों के क्षतियों के सम्बन्ध में जानकारी प्राप्त कर लेता है तब वह रोगी की अनुभूतियों और भावों आदि का पुनर्मूल्यांकन (Revaluation) करके रोगी में वह सूझ उत्पन्न करता है जिससे कि रोगी अपनी समस्याओं को हल कर सके।
मनोगतिकी चिकित्सा पद्धति का उपयोग आजकल दो कारणों से विषाद के रोगियों के उपचार में उपयोग कम किया जाता है, यह कारण निम्नलिखित हैं—

1. विषाद का रोगी चिकित्सक के सामने इतना निष्क्रिय होता है कि वह चिकित्सक के साथ सहयोग नहीं करता है उसकी बातचीत का जवाब नहीं देता है। इसलिए इस विधि की प्रभावशीलता सीमित है।
2. शापिरो और उनके साथियों (Shapiro et. al., 1994) का विचार है कि मनोगतिकी चिकित्सा एक लम्बे समय तक चलने वाली पद्धति है। इस चिकित्सा पद्धति से रोगी को तुरन्त लाभ नहीं मिलता है इसलिए रोगी और उनके परिवारीजन इस चिकित्सा पद्धति को अपनाने से कतराते हैं।

प्र.5. व्यवहारात्मक चिकित्सा पद्धति क्या है?
What is Behavioural Therapy System?

उत्तर

व्यवहारात्मक चिकित्सा
(Behavioural Therapy)

लेविनशोन (Lewinshon, 1989) ने व्यवहारात्मक चिकित्सा पद्धति को विकसित किया है। इस पद्धति द्वारा साधारण विषाद के रोगियों का सफलतापूर्वक इलाज किया जाता है। इस विधि द्वारा उपचार के मुख्यत: निम्न तीन बिन्दु हैं—

1. **रोगी को सुखद घटनाओं से पुनर्परिचित कराना** (Reintroducting Pleasurable Events)—लेविनशोन के अनुसार चिकित्सक सर्वप्रथम रोगी की प्रतिदिन की क्रियाओं का लेखा-जोखा रखता है और इस लेखा-जोखा रखने में वह दस ऐसी घटनाओं को चुनता है जो सुखद घटनाएँ होती हैं। लेविनशोन का विचार है कि चूँकि चिकित्सक रोगी के हर क्रियाकलाप में सहभागी रहता है इसलिए इस चिकित्सा से विषाद के रोगी को बहुत लाभ होता है।

TOUCH 'n PASS

2. **अविषादी व्यवहारों का पुनर्बलन** (Reinforcing Non-depressive Behaviours)—चिकित्सक रोगी के जो विषाद सम्बन्धी व्यवहार हैं उन पर अधिक ध्यान नहीं देता है उनके स्थान पर रचनात्मक व्यवहार को पुरस्कृत करता है। वह रोगी का पारिवारिक सदस्य बनकर उसका बन जाता है। इस तरह वह रोगी पर नियन्त्रण स्वयं भी करता है और परिवार के लोगों का सहयोग लेने में भी सफल रहता है। रोगी को अच्छा व्यवहार करने के लिए चिकित्सक समय-समय पर प्रेरित करता रहता है।
3. **सामाजिक कौशलों का शिक्षण** (Teaching Social Skills)—रोगी के साथ रहते-रहते चिकित्सक रोगी को सामाजिक कौशलों को सिखलाता है। इसके अन्तर्गत वह रोगी को यह सिखलाता है कि वह समाज के दूसरे लोगों के साथ, दोस्तों के साथ, परिवारीजनों के साथ किस प्रकार के अच्छे सम्बन्ध विकसित करे। जैसे-जैसे रोगी में सामाजिक कौशलों का विकास होता जाता है वैसे-वैसे रोगी में विषाद के लक्षण कम होते जाते हैं।

लेविनशोन और उनके साथियों ने एक ध्रुवीय विषाद के उपचार के लिए एक सामूहिक उपचार कार्यक्रम भी तैयार किया है। इस कार्यक्रम के द्वारा लेविनशोन और उनके साथियों को विशेष सफलता प्राप्त हुई है।

प्र.6. अन्तर्वैयक्तिक चिकित्सा पद्धति का उल्लेख कीजिए।
Mention Interpersonal Therapy System.

उत्तर

अन्तर्वैयक्तिक चिकित्सा
(Interpersonal Therapy)

इस चिकित्सा पद्धति को अन्तर्वैयक्तिक मनोचिकित्सा पद्धति (Interpersonal Psychotherapy or IPT) भी कहते हैं। इस चिकित्सा पद्धति का विकास क्लेरमैन एवं विसमैन (Klerman& Weissman, 1992) के द्वारा विकसित किया गया है। IPT चिकित्सा पद्धति में लगभग 12-16 सप्ताह का समय लगता है। यह एक सफल चिकित्सा पद्धति है। इस चिकित्सा पद्धति से रोगी की मनोदशा में बहुत अधिक सुधार होता है। इस चिकित्सा पद्धति में निम्नलिखित चार अन्तर्वैयक्तिक समस्याओं को लेकर चिकित्सक रोगी का इलाज करता है। रोगी का विषाद इन चार में से किसी एक या दो समस्याओं से सम्बन्धित होता है यह चार प्रकार की समस्याएँ हैं—

1. **दुःखभरी प्रतिक्रिया** (Grief Reaction)—IPT चिकित्सा पद्धति बहुत कुछ मनोगतिकी चिकित्सा पद्धति के समान इन दु:खभरी प्रतिक्रियाओं में वह प्रतिक्रियाएँ आती हैं जो किसी बहुमूल्य वस्तु या किसी प्रियजन के खो जाने से उत्पन्न होती हैं। चिकित्सक जो क्षति हुई है रोगी को उसकी याद दिलाकर उसके दु:ख को कम कराने का प्रयास करता है।
2. **अन्तर्वैयक्तिक भूमिका वाद-विवाद** (Interpersonal Role Dispute)—मनोचिकित्सक चिकित्सा के दौरान अन्तर्वैयक्तिक भूमिका वाद-विवाद की खोज करके पहचान करता है और रोगी को अन्तर्वैयक्तिक भूमिका वाद-विवाद में समाधान खोजने में मदद करता है।
3. **अन्तर्वैयक्तिक कमी** (Interpersonal Deficit)—अन्तर्वैयक्तिक कमी का अर्थ है अन्तर्वैयिक्तक घाटा। दूसरे शब्दों में, रोगी की आवश्यकताओं के प्रति असंवेदनशील होता है अथवा उसमें सामाजिक अनुपयुक्तता पायी जाती है अथवा वह दूसरों से अन्तर्वैयक्तिक सम्बन्ध स्थापित करने में शर्माता है। IPT मनोचिकित्सा जब विषाद के रोगी में अन्तर्वैयक्तिक कमी देखता है तब वह उसमें अन्तर्वैयक्तिक कमी को पूरा करने के लिए रचनात्मक प्रशिक्षण देता है और इस बात का प्रशिक्षण देता है कि रोगी में सामाजिक प्रभावशीलता किस प्रकार उत्पन्न हो कि वह परिवार और समाज के लोगों के साथ हँसी-खुशी से रह सके जिससे कि उसके विषाद के लक्षण कम हो जाएँ।
4. **अन्तर्वैयक्तिक भूमिका अन्तरण** (Interpersonal Role Transition)—जब किसी रोगी के एक जीवन साथी की मृत्यु हो जाती है अथवा विवाह-विच्छेद हो जाता है तब ऐसी अवस्था में विषाद उत्पन्न होना स्वाभाविक है। कई बार ऐसी परिस्थितियों में विषादी व्यक्ति को नयी भूमिका सीखने में कठिनाई होती है। तब ऐसे में IPT चिकित्सक उसको प्रशिक्षण के द्वारा नयी भूमिका के लिए तैयार करता है।

अन्तर्वैयक्तिक चिकित्सा पद्धति की सहायता से न केवल एकध्रुवीय विषाद के रोगियों की चिकित्सा होती है बल्कि इस चिकित्सा पद्धति से उन व्यक्तियों को भी लाभ होता है जिनके अन्तर्वैयक्तिक सम्बन्ध दोषपूर्ण हैं। **एलकिन** (Elkin, 1994) के अनुसार IPT एक प्रभावी और उपयोगी चिकित्सा पद्धति है।

TOUCH N PASS

प्र.7. संज्ञानात्मक चिकित्सा क्या है?
What is Cognitive Therapy?

उत्तर

संज्ञानात्मक चिकित्सा
(Cognitive Therapy)

इस उपचार पद्धति का प्रतिपादन बेक (Beck, 1979) ने किया। बेक ने इस उपचार पद्धति की सहायता से विषाद (Depression) के रोगियों की सफलतापूर्वक चिकित्सा की। बेक की यह उपचार पद्धति चिन्ता विकृतियों और अकारण भय (Phobia) के रोगियों के उपचार में भी बहुत उपयोगी है। बेक की यह उपचार पद्धति मुख्यत: इस मान्यता पर आधारित है कि एक रोगी के रोग का कारण उसके आर्किक चिन्तन से उत्पन्न होता है। रोगी का यह अतार्किक चिन्तन या तो 1. स्वयं के बारे में होता है या 2. वातावरण के सम्बन्ध में होता है या 3. स्वयं के भविष्य के सम्बन्ध में होता है। इसके चिन्तन में जो तार्किक त्रुटियाँ (Logical errors) और विकृतियाँ (Distortions) होती हैं उनके कारण ही रोग उत्पन्न होता है। इस प्रकार का चिन्तन और विचार रोगी को स्वयं के भविष्य के सम्बन्ध में निराशावादी ढंग से चिन्तन के लिए बाध्य करते हैं। बेक के अनुसार यह तीन प्रकार का अतार्किक चिन्तन संज्ञानात्मक त्रिक (Cognitive triad) कहलाता है। विषाद से ग्रस्त रोगियों के चिन्तन के कुछ प्रकार बेक के अनुसार निम्न हैं—

(i) **मनचाहा अनुमान** (Arbitrary Inference)—जब एक रोगी अतर्कसंगत सूचनाओं के आधार पर अनुमान लगा लेता है। जैसे वह विचार करे कि वह एक बेकार व्यक्ति है क्योंकि अमुक पार्टी में उसे आमन्त्रित नहीं किया गया है।

(ii) **आवर्धन** (Magnification)—विषाद के रोगी का विकृत चिन्तन का एक नमूना यह है कि रोगी छोटी-मोटी घटनाओं को बढ़ा-चढ़ाकर कहता है।

(iii) **न्यूनीकरण** (Minimization)—इसमें रोगी बड़ी घटनाओं या बातों को सूक्ष्म या छोटे अर्थ में, विकृत सोच के कारण कहता है।

बेक की उपचार पद्धति में रोगी को अपने गलत विचारों और विश्वास आदि के सम्बन्ध में तथ्य और सूचनाएँ एकत्रित करने को कहा जाता है जिससे कि रोगी अपने तर्कसंगत विश्वासों और विचारों को समझ सके और उन्हें अपने मन से निकाल सके। चिकित्सक रोगी को निम्न प्रकार से सूचनाएँ एकत्रित करने के लिए या विचार या चिन्तन के लिए कहता है। इस उपचार पद्धति के कुछ प्रमुख बिन्दु निम्न प्रकार से हैं—

(i) चिकित्सक रोगी से संज्ञान, संवेग और व्यवहार के मध्य सम्बन्धों को पहचानने के लिए कहता है।

(ii) चिकित्सक रोगी को ऋणात्मक संज्ञानात्मक त्रिक (Negative Cognitive Trial) के परिणामों पर ध्यान देने को कहता है।

(iii) चिकित्सक रोगी को अतर्कसंगत विचारों, विश्वासों और विकृतियों के पक्ष और विपक्ष के सम्बन्ध में प्रमाण है उनकी परख करने को कहता है।

(iv) अतर्कसंगत संज्ञान के विकल्प के रूप में उपयुक्त संज्ञान या वास्तविक संज्ञान की चिकित्सक व्याख्या करता है।

(v) उपर्युक्त विचारों, विश्वासों और संज्ञानों का अभ्यास चिकित्सक रोगी को करना है जिससे कि रोगी अपनी समस्याओं का समाधान कर सके और समायोजित प्रकार से व्यवहार कर सके।

प्र.8. योग चिकित्सा पर एक लेख लिखिए।
Write a short note on Yoga Therapy.

उत्तर

योग चिकित्सा
(Yoga Therapy)

मृदुल मिश्रा और राजेश कुमार सिन्हा (2001) ने एक अपने अध्ययन के आधार पर यह सिद्ध किया कि विषाद के रोगियों से योग चिकित्सा से विशेष लाभ होता है। इन रोगियों को इस अध्ययन में आसन, प्राणायाम, मुद्रा, प्रत्याहार, धारणा और ध्यान का अभ्यास कराया गया। अध्ययन के उपरान्त इन अध्ययनकर्त्ताओं ने देखा कि अध्ययन में सम्मिलित 22 लोगों को विशेष लाभ हुआ। योग का अर्थ चित्रवृत्तियों के निरोध से है। स्वाभाविक रूप से देखा जाए तो पूर्ण योग एक ही है। इस पूर्ण योग को ही महायोग कहते हैं। अवस्था भेद के कारण महायोग, राजयोग, हठयोग, मन्त्रयोग, लययोग आदि हो जाते हैं। पतंजलि का योग सर्वश्रेष्ठ माना गया है, इसलिए इसे राजयोग कहते हैं।

TOUCH 'n' PASS

योग का अर्थ अपनी चेतना (अस्तित्व) के बोध से है। दूसरे शब्दों में, योग के द्वारा अपने अन्दर की शक्तियों को विकसित करके परम चेतन्य आत्मा का साक्षात्कार किया जाता है और साक्षात्कार के द्वारा पूर्ण आनन्द की प्राप्ति की जाती है। हमारे ऋषि-मुनियों ने विभिन्न प्रकार की यौगिक क्रियाएँ बतायी हैं इनमें से कुछ प्रमुख हैं—यम, नियम, आसन, प्राणायाम, प्रत्याहार, धारणा व समाधि आते हैं। इन सभी क्रियाओं के करने से व्यक्ति की सोई हुई चेतना शक्ति जाग्रत होती है। चेतनाशक्ति के जाग्रत और विकसित होने से तन्तुओं का पुनर्जागरण होता है तथा नये तन्तु और कोशिकाएँ निर्मित होने लगती हैं। योग की सूक्ष्म क्रियाओं के द्वारा हमारा स्नायुतन्त्र चुस्त हो जाता है और शक्तिशाली हो जाता है फलस्वरूप स्नायुतन्त्र रक्त का परिभ्रमण सामान्य और स्वाभाविक गति से होने लगता है। व्यक्ति में नयी शक्ति का विकास होता है। शरीर विज्ञान का एक सिद्धान्त यह है कि शरीर के संकोचन और विमोचन से व्यक्ति में शक्ति का विकास होता है जिससे रोग स्वत: ठीक होने लगते हैं। आसन और प्राणायाम के द्वारा व्यक्ति को हर प्रकार की योग्यता प्राप्त होती है। आसन और प्राणायाम किसी कुशल प्रशिक्षक से सीखकर अभ्यास करने से सभी प्रकार के रोगों से छुटकारा पाया जा सकता है।

आधुनिक युग में योग चिकित्सा पद्धति दिन-प्रतिदिन लोकप्रिय होती जा रही है। स्वामी रामदेव बाबा ने योग और प्राणायाम का एक संक्षिप्त सरल पैकेज तैयार किया है जिसको करने से अधिक रोगों में विशेष लाभ होता है। स्वामी जी के अनुसार प्राणायाम अन्य आसनों की अपेक्षा बहुत अधिक लाभकारी है। इनमें कपाल भाति प्रणायाम जो संजीवनी प्राणायाम कहा गया है।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. विषादी विकृति के कारणों का विस्तृत वर्णन कीजिए।

Describe in detail the etiology of Depressive Ddisorder.

उत्तर

विषादी विकृति के कारण
(Etiology of Depressive Disorder)

विषादी विकृति के दो स्वरूपों का ऊपर वर्णन किया गया है इनमें से एक हल्की-फुल्की विषादी विकृति है जिसे डायस्थाइमिक विकृति कहते हैं तथा दूसरी गम्भीर विषादी विकृति है जिसे बड़ी विषादी विकृति कहते हैं। दोनों प्रकार की विकृति के कुछ प्रमुख कारण हैं। उनको निम्नलिखित चार वर्गों में बाँट सकते हैं—

(अ) जैविक कारक (Biological Causes),
(ब) मनोगतिकी कारक (Psychodynamic Causes),
(स) व्यवहारात्मक कारक (Behavioural Causes),
(द) संज्ञानात्मक कारक (Cognitive Causes)।

(अ) जैविक कारक (Biological Causes)

मनोदशा विकृति को प्रभावित करने वाले जितने भी जैविक कारक हैं अथवा विषादी विकृति के जैविक कारकों को निम्नलिखित तीन वर्गों में बाँट सकते हैं—

1. आनुवंशिक कारक (Genetic Factors),
2. न्यूरोरसायन कारक (Neurochemical Factors),
3. न्यूरोएनाटौमिकल कारक (Neuroantomical Factors)।

1. **आनुवंशिक कारक** (Genetic Factors)—आनुवंशिक कारकों के क्षेत्र में जो अध्ययन हुए हैं उनसे यह स्पष्ट हुआ है कि विषादी विकृति आनुवंशिक कारकों से भी होती है। पारिवारिक वंशवृक्ष अध्ययनों में (Family Pedigree Studies) से यह स्पष्ट हुआ है कि विषादी विकृति उन लोगों में होने की अधिक सम्भावना अधिक होती है जिनके परिवार में पहले कभी किसी सदस्य को विषादी विकृति रह चुकी होती है। इस तथ्य की पुष्टि हैरिंग्टन और उनके साथियों (Herringten et. al., 1993) ने की है।

   बर्टेलसन, हारवाल्ड एवं हेग (Bertelsen, Harvald & Hague, 1997) ने विषादी विकृति के कारणों से सम्बन्धित एक अध्ययन के आधार पर बताया कि एकाकी जुड़वाँ बच्चों में से यदि एक बच्चे को विषादी विकृति होती है तब दूसरे एकाकी बच्चे में इस रोग के होने की सम्भावना 43% होती है। अत: कहा जा सकता है कि विषादी विकृति का आनुवंशिकता एक प्रमुख कारण है।

2. **न्यूरोरसायन कारक** (Neurochemical Factors)—इस दिशा में हुए अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि विषादी विकृति की उत्पत्ति में न्यूरोट्रांसमीटर के महत्त्व की महत्त्वपूर्ण भूमिका होती है। न्यूरोट्रांसमीटर एक प्रकार के मस्तिष्क में पाय जाने वाला रसायन है। यह रसायन दो न्यूरोन्स के बीच जो सन्धिस्थल होता है उस सन्धिस्थल पर यह रसायन पाया जाता है। इस दिशा में हुए अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि नोरइपाइनफ्राइन (Norepinephrine) तथा सीरोटोनिन (Serotonine) यह दो न्यूरोट्रांसमीटर हैं जिनकी महत्त्वपूर्ण भूमिका विषादी विकृति के उत्पन्न होने में स्थापित हो चुकी है। इन अध्ययनों में यह देखा गया है कि जब मस्तिष्क में नोरइपाइनफ्राइन की मात्रा घट जाती है तब विषादी विकृति उत्पन्न होती है। **एमस्टरडम** आदि (Amsterdom et. al., 1980) ने अपने अध्ययनों के आधार पर बताया कि सीरोटोनिन न्यूरोट्रांसमीटर की मात्रा जब कम हो जाती है तब विषादी विकृति उत्पन्न होती है।
3. **न्यूरोएनाटौमिकल कारक** (Neuroanatomical Factors)—मनोदशा विकृति के कारणों में न्यूरोएनाटौमिकल कारकों की भी महत्त्वपूर्ण भूमिका है। इस दिशा में कुछ महत्त्वपूर्ण अध्ययन कम्प्यूटर टोमोग्राफी (Computer Tomography) तथा अन्य तकनीकों द्वारा हुए हैं। इन अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि जब मस्तिष्क के कुछ भागों जैसे मस्तिष्क के अग्र भाग (frontal lobe) में अथवा लघु मस्तिष्क में परिवर्तन होता है अथवा चयापचय (metabolism) की दर में परिवर्तन होता है तब मनोदशा का रोग होता है। विशेष रूप से इस अवस्था में विषाद उत्पन्न होता है। कुछ अध्ययनों में यह भी स्पष्ट हुआ है कि जब मस्तिष्क का दायाँ गोलार्द्ध (right hemisphere) प्रहार से क्षति पहुँचती है तब इस क्षति के कारण भी विषाद का रोग उत्पन्न होता है। **बैंच** और उनके साथियों (Bench et. al., 1993) ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह सिद्ध किया है कि बड़ा विषाद (major depression) के रोगियों के बायें अग्र मस्तिष्क (left frontal lobe) में रक्त प्रवाह की कमी के कारण होता है।

मस्तिष्क में स्थित हाइपोथैलेमस (hypothalamus) वह भाग है जो अन्त:स्रावी ग्रन्थियों का संचालन करता है। यह देखा गया है कि जब मेलाटोनिन (melatonin) हारमोन की कमी होती है तब विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं। **लैम** और उनके साथियों (Lam et. al., 1985) ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह स्पष्ट किया कि मेलाटोनिन की कमी के कारण विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं। मेलाटोनिन हारमोन मस्तिष्क में स्थित पीनियल ग्रन्थि से निकलता है। जब वातावरण में पर्याप्त प्रकाश होता है तब यह हारमोन अधिक निकलता है। मनुष्यों में इस हारमोन की भूमिका अभी बहुत स्पष्ट नहीं है। डिलसावर (Dilsaver 1990) ने यह स्पष्ट किया कि जाड़े के मौसम में जब रात बड़ी और दिन छोटा होता है तब मनुष्य में मेलाटोनिन अधिक मात्रा में शामिल होता है और इस अवस्था में मनुष्य का सक्रियकरण स्तर अधिक हो जाता है और उनमें विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। इन्हीं अध्ययनों से यह भी स्पष्ट होता है कि जब मस्तिष्क में कार्टिसोल (cortisol) हारमोन की अधिकता होती है तब मनुष्यों में विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं।

(ब) मनोगतिकी कारक (Psychodynamic Causes)

फ्रॉयड और उसके शिष्यों ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह स्पष्ट किया कि विषाद के लक्षण व्यक्ति में कोई हानि हो जाने के बाद, हानि के प्रति एक प्रतिक्रिया के रूप में उत्पन्न होते हैं। **फ्रॉयड** के अनुसार इनके बीच बाल्यावस्था में ही बच्चों में घर कर जाते हैं। जब बच्चों की कोई प्रिय वस्तु, बहुमूल्य वस्तु आदि कुछ भी खो जाती है या हानि हो जाती है तब यह बच्चे हानि के प्रति प्रतिक्रियास्वरूप दु:खी हो जाते हैं या विषाद से ग्रस्त हो जाते हैं।

अब प्रश्न यह है कि जिन लोगों को किसी भी प्रकार की कोई प्रत्यक्ष हानि नहीं होती है तब भी ऐसे लोगों में विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं। यहाँ इस अवस्था में फ्रॉयड ने बताया है कि ऐसे व्यक्ति क्षति की या नुकसान की कल्पना कर लेते हैं जिसके कारण वह विषाद का अनुभव करते हैं। इस दिशा में कुछ नवीनतम अध्ययनों (Burback & Bordun, 1986) से यह पता चला कि जिन बच्चों के आरम्भिक जीवन में यदि कोई क्षति या नुकसान होता है तब वयस्कावस्था आने पर ऐसे लोगों में विषाद अधिक उत्पन्न होता है। एक अन्य अध्ययन (Barnes, Prosen, 1985) में यह देखा गया कि जिन लोगों के माता-पिता की मृत्यु बचपन अवस्था में हो गयी होती है उन व्यक्तियों में विषाद के लक्षण अपेक्षाकृत अधिक मात्रा में होते हैं। यह अध्ययन मेडिकल रोगियों पर किया गया है।

पारकर (Parker, 1992) ने इस दिशा में महत्त्वपूर्ण अध्ययन करके यह बताया कि जिन व्यक्तियों की वयस्कावस्था की आवश्यकताओं की पूर्ति सही ढंग से नहीं होती है। उन व्यक्तियों को जब किसी क्षति का अनुभव होता है तब उनमें विषाद के लक्षण अपेक्षाकृत अधिक मात्रा में उत्पन्न होते हैं। एक अध्ययन (Hauri et. al., 1974) ने अपने अध्ययन के आधार पर यह सिद्ध किया कि विषादी व्यक्तियों में ईर्ष्या और आत्मपीड़न के भाव अधिक मात्रा में होते हैं। इस लक्ष्य का पता अध्ययनकर्त्ताओं ने

विषादी व्यक्तियों के स्वप्नों का विश्लेषण करके लगाया। इन अध्ययनकर्त्ताओं का विचार है कि जिन व्यक्तियों में ईर्ष्या और आत्मपीड़न के भाव जितनी अधिक मात्रा में होते हैं उनमें विषाद के लक्षण उत्पन्न होने की सम्भावना उतनी ही अधिक होती है।

(स) व्यवहारात्मक कारक (Behavioural Causes)

लेविन्सोन (Lewinson, 1984) ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह बताया कि जिन व्यक्तियों में पुरुष कारक का मूल्य धीरे-धीरे कम होने लगता है वह लोग धनात्मक व्यवहार कम और कम करने लगते हैं धीरे-धीरे ऐसे व्यक्तियों के काम करने की शैली ऐसी हो जाती है कि उनका सक्रियता स्तर कम हो जाता है और फलत: कुछ समय बाद उनमें विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। लेविन्सोन ने यह भी बताया कि जिन व्यक्तियों को व्यवहार करने पर दण्ड मिलता है और ऐसा बार-बार होता है तब दण्ड के प्रभाव के कारण उनमें उनका सक्रियता स्तर कम और कम होता जाता है और इस प्रकार धीरे-धीरे विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। लेविन्सोन के इन परिणामों की जाँच प्रयोगात्मक अध्ययनों के आधार पर हुई है। इन प्रयोगात्मक अध्ययनों से भी यह स्पष्ट हुआ है कि लेविनसोन के परिणाम सही हैं।

एक अध्ययन के अनुसार विषाद का कारण सामाजिक पुनर्बलन भी होता है। सामाजिक पुनर्बलन जब व्यक्तियों को समय-समय पर प्राप्त होता रहता है तब व्यक्ति उत्साह से पूर्व रहता है और जब व्यक्ति का सामाजिक पुनर्बलन कम हो जाता है तब व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। (Peterson, 1993)

(द) संज्ञानात्मक कारक (Cognitive Causes)

बेक (Beck, 1967, 1993) ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह बताया कि एक ध्रुवीय विषाद का कारण ऋृणात्मक चिन्तन (Negative thinking) होता है। बेक का विचार है कि व्यक्ति का नकारात्मक चिन्तन उसके व्यवहार को बहुत महत्त्वपूर्ण ढंग से प्रवाहित करता है जिससे उनमें ऐसी अभिवृत्ति विकसित हो जाती है जो ऋृणात्मक हो जाती है जिससे उसका समायोजन भी दोषपूर्ण हो जाता है। इस नकारात्मक चिन्तन के कारण व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं।

बेक का विचार है कि विषादी व्यक्ति का चिन्तन त्रुटिपूर्ण करता है जिसके कारण उसका संज्ञान भी त्रुटिपूर्ण हो जाता है। उस व्यक्ति के चारों ओर जो घटनाएँ घटित होती हैं उनमें नकारात्मक घटनाओं का कारण स्वयं को मानता है जिसके कारण विषादी व्यवहार होने की और सम्भावना बढ़ जाती है।

विषाद के संज्ञानात्मक कारणों में निस्सहाय या निराशा का सिद्धान्त भी है। यह सिद्धान्त सर्वप्रथम सेलिगमैन (Seligman, 1974) द्वारा प्रतिपादित किया गया। सेलिगमैन आदि (Seligman et. al. 1974) ने बताया है कि व्यक्ति में विषाद के निस्सहाय अवस्था के कारण उत्पन्न होते हैं। सेलिगमैन और उनके साथियों ने इस दिशा में किये गये अध्ययनों के आधार पर निम्नलिखित दो महत्त्वपूर्ण स्पर्श बतलाये हैं—

1. सेलिगमैन का विचार है कि जीवन में व्यक्ति को जो पुनर्बलन प्राप्त होते हैं। इन मिलने वाले पुनर्बलन पर जब व्यक्ति का नियन्त्रण समाप्त हो जाता है तब व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न होने की सम्भावना बढ़ जाती है।
2. जब व्यक्ति स्वयं निस्सहाय परिस्थिति के लिए स्वयं को जिम्मेदार समझता है तब इस अवस्था में भी उसमें विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं।

व्यक्ति की असफलता का कोई एक कारण नहीं होता बल्कि व्यक्ति को असफलता अनेक परिस्थितियों और अनेक कारणों से मिलती है। जब व्यक्ति असफलता का कारण अपने नियन्त्रण से अलग या दूर देखता है तब वह मन-ही-मन विचार करता है कि असफलता का कारण उसके नियन्त्रण से परे हैं और उसमें विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। एब्रामसन आदि (Abramson et. al., 1989) ने इस दिशा में अध्ययन करके यह बताया कि निराशाजनक परिस्थिति आवश्यकता के कारण विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं। निराशाजनक परिस्थिति या कारण वह कारण होते हैं जिसमें व्यक्ति को वांछित परिणामों को प्राप्त करने की कोई आशा नहीं होती है। इस अवस्था में विषाद के लक्षण उत्पन्न होने की सम्भावना स्वाभाविक है।

प्र.2. विषाद विकृति की जैविक चिकित्सा पद्धतियाँ बताइए।

State the Biological Therapy Systems of Depression Ddisorder.

उत्तर

जैविक चिकित्सा
(Biological Therapy)

विषाद अथवा मनोदशा के रोगियों की चिकित्सा के लिए मेडिकल चिकित्सा का भी उपयोग किया जाता है। विषाद के रोगियों की चिकित्सा के लिए जैविक चिकित्सा में मुख्यत: दो प्रकार की जैविक चिकित्सा का उपयोग किया जाता है—

(i) **विषाद विरोधी औषधियों का उपयोग** (Use of Anti-Depressant Drugs)—आधुनिक युग में विषाद के उपचार के लिए अनेक प्रकार की औषधियों का उपयोग किया जाता है जिनमें से निम्नलिखित तीन प्रकार की औषधियाँ प्रचलित हैं—

(क) मोनोएमाइन ऑक्सीडेम प्रतिरोधक (Monoamine oxidase or MAO inhibitors),

(ख) ट्रीसाइक्लिक्स (Tricyclics),

(ग) द्वितीय पीढ़ी के विषाद विरोधी औषधि (Second Generation Antidepressant Drugs)।

(क) **मोनोएमाइन ऑक्सीडेम प्रतिरोधक** (Monoamine oxidase or MAO inhibitors)—प्रारम्भ में विषाद के उपचार के लिए इप्रोनियाजिड (inproniazid) औषधि का उपयोग किया जाता था। इससे विषाद के लक्षण तो दूर होते थे लेकिन रोगी का यकृत गड़बड़ हो जाता था। कभी-कभी रोगी का यकृत इतना खराब हो जाता था कि उसकी मृत्यु तक हो जाती थी। आधुनिक युग में निम्न दो औषधियों मारपलान (marplan) नारडिल (nardil) और पारनेट (parnet) औषधियों का उपयोग किया जाता है। इन औषधियों के क्रमश: व्यापारिक नाम हैं—आइसोकार्बोक्साजिड (isocarboxazid)। फेनेलजाइन (phenelzine) और ट्रैनिलसाइप्रोमाइन (tranylcypromine)। इन तीनों प्रकार की औषधियों का कार्य लगभग एक समान है। इन औषधियों के लेने में रोगी में विषाद के लक्षण कम हो जाते हैं।

डेविस (Davis, 1980) ने अपने अध्ययनों के आधार पर बताया कि साधारण विषाद के रोगियों की अपेक्षा जब गम्भीर विषाद के रोगी या बड़ी विषाद के रोगी इन औषधियों का उपयोग करते हैं। इन औषधियों के उपयोग से लगभग आधे रोगियों के लक्षण पूर्णत: समाप्त हो जाते हैं।

(ख) **ट्रीसाइक्लिक्स** (Tricyclics)—इस वर्ग के अन्तर्गत निम्न चार औषधियाँ आती हैं—इमीमाइन (imipromine), एमीट्रीपटाइलिन (amitriptyline), नोरट्रीपटाइलिन (notriptyline) और डॉक्सेपीन (doxepin) इनके व्यापारिक नाम क्रमश: हैं—ट्रोफेनिल (trofanil), एलाविल (elavil), ऐवेनटील (aventyl) और साइनक्वान (sinequan)। **मॉंटगोमरी** आदि (Montgomery et. al., 1993), गुडविन (Goodwine 1992), मैक्नील और क्लिबोलिक (McNeel & Climbolic, 1986) ने अपने अध्ययनों के आधार पर यह सिद्ध किया कि उपर्युक्त चारों औषधियाँ विषाद के लक्षणों को दूर करने में अधिक फायदेमन्द हैं। वास्तविकता यह है कि आजकल इन्हीं औषधियों का उपयोग विषाद रोगियों के उपचार के लिए सबसे अधिक किया जा रहा है।

(ग) **द्वितीय पीढ़ी के विषाद विरोधी औषधि** (Second Generation Antidepressant Drugs)—अभी कुछ ही वर्षों पहले कुछ और औषधियाँ बाजार में आयी हैं। जिनके नाम हैं—मेप्रोटिलाइन (maprotiline), एमोक्सापाइन (amoxapine) और ट्रेजोडोन (trazodone) जिनके व्यापारिक नाम क्रमश: इस प्रकार हैं—लूडियोमिल (ludiomil), ऐसेनडिन (asendin) और डीसीरेल (desyrel)। इन औषधियों की विशेष बात यह है कि इनका कोई साइडइफैक्ट नहीं होता है; जैसे—मुँह सूखना, दृष्टि धुँधली होना, कब्ज होना, शरीर का वजन बढ़ना आदि। यही कारण है कि अब यही औषधियाँ विषाद के रोगियों के उपचार में सबसे अधिक उपयोग में लायी जाती हैं।

(ii) **वैद्युत आक्षेपीय चिकित्सा** (Electroconvulsive Therapy or ECT)—ECT का उपयोग विषाद के रोगियों के उपचार में प्रारम्भ में बहुतायत से किया जाता था। इसका एक मुख्य कारण यह है कि इसका कोई साइडइफैक्ट नहीं था। इसे बोलचाल की भाषा में बिजली लगाने की विधि कहते हैं इसलिए इससे रोगी कुछ डरते हैं। कई बार स्मृति पर इसका ऋणात्मक प्रभाव पड़ता है। इस विधि में रोगी के दोनों कनपटियों पर इलेक्ट्रोड लगाकर आवश्यकतानुसार 65 वोल्ट या अधिक की विद्युत धारा लगभग आधे सेकण्ड के लिए प्रवाहित की जाती है। कनपटियों पर इलेक्ट्रोड लगाने से पहले नमक का पानी लगा दिया जाता है जिससे विद्युत धारा प्रभावी रूप से प्रवाही हो सके।

फिंक (Fink 1992) के अनुसार विषादी रोगियों के दो से तीन सप्ताह में छ: बार ECT उपचार से विषाद के लक्षण दूर हो जाते हैं। ECT उपचार पद्धति में मस्तिष्क के जो न्यूरोन हैं वह विद्युत आघात से उत्तेजित हो जाते हैं जिससे न्यूरोट्रांसमीटर सही ढंग से काम करने लगते हैं। जिसके कारण रोगी का विषाद धीरे-धीरे दूर होने लग जाता है।

TOUCH 'n' PASS

आधुनिक युग में ECT की अपेक्षा औषधियों का उपयोग ज्यादा किया जाता है। इसका कारण यह है कि औषधियाँ ECT की अपेक्षा कहीं अधिक ज्यादा प्रभावी हैं। दूसरा यह कि ECT के जो रोगी पर अवांछनीय प्रभाव हैं उनसे बचने के लिए डॉक्टर ECT का प्रयोग नहीं करते हैं।

प्र.3. द्विध्रुवीय विकृति या उत्साह-विषाद विकृति के अर्थ एवं स्वरूप को समझाइए। द्विध्रुवीय विकृति के लक्षण तथा प्रकारों की विवेचना कीजिए।

Explain the meaning and nature of bipolar disorder or manic-depressive disorder. Discuss symptoms and types of bipolar disorder.

उत्तर

द्विध्रुवीय विकृति या उत्साह-विषाद विकृति का अर्थ एवं स्वरूप
(Meaning and Nature of Bipolar Disorder or Manic-Depressive Disorder)

द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) वास्तव में मनोदशा विकृति (Mood Disorder) का एक मुख्य प्रकार है। मनोदशा-विकृति के दो प्रकार हैं, जिनमें एक प्रकार एकध्रुवीय विकृति (Unipolar Disorder) है और दूसरा प्रकार द्विध्रुवीय विकृति है। इसे द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) कहते हैं। इसे भावात्मक विकृति (Affective Disorder) भी कहते हैं। पहले इसे उत्साह विषाद (Manic-Depression) कहा जाता था। यह ऐसी मनोदशा विकृति है, जिसमें उत्साह तथा विषाद दोनों पाये जाते हैं। कभी रोगी में उत्साह पक्ष सक्रिय रहता है और कभी विषाद पक्ष। **होम्स** (Holmes, 1998) ने इसकी चर्चा करते हुए कहा है कि, "द्विध्रुवीय विकृति एक मनोदशा विकृति है, जिसमें मनोदशा उत्साह तथा विषाद के बीच बदलती रहती है, पहले इसे उत्साह-विषाद विकृति कहा जाता था।"

इसी प्रकार **कारसन, बुचर** एवं **मिनेका** (Carson, Butcher & Mineca, 2005) ने कहा है, "द्विध्रुवीय विकृति का तात्पर्य उन मानसिक विकृतियों से है जिस एक व्यक्ति उत्साह तथा विषादक धनाओं दोनों का अनुभव करता है।"

द्विध्रुवीय-विकृति के लक्षण तथा प्रकार
(Symptoms and Types of Bipolar Disorder)

द्विध्रुवीय विकृति के लक्षणों को सामान्य लक्षण (general symptoms) तथा विशिष्ट लक्षण में विभाजित किया जा सकता है। सामान्य लक्षण का तात्पर्य उन लक्षणों से है, जो द्विध्रुवीय विकृति के सभी प्रकारों में पाये जाते हैं और विशिष्ट लक्षणों का तात्पर्य उन लक्षणों से है जो द्विध्रुवीय विकृति के विभिन्न प्रकारों में विभिन्न रूपों में पाये जाते हैं।

(क) सामान्य लक्षण (General Symptoms)

द्विध्रुवीय विकृति के सामान्य लक्षण निम्नलिखित हैं—

1. **उन्मादी या उत्साही व्यवहार** (Manic Behaviour)—द्विध्रुवीय विकृति (उत्साह-विषाद विकृति) के रोगी में एक अवस्था उत्साह या उन्माद है, जिसमें उन्मादी अथवा उत्साही व्यवहार देखा जाता है। इस व्यवहार की विशेषताओं को **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2002) ने निम्नलिखित तीन भागों में विभाजित किया है—
   (i) **संवेगात्मक विशेषताएँ** (Emotional Characteristics)—रोगी जब उत्साह की अवस्था में होता है तो उसके व्यवहार में कई तरह की संवेगात्मक विशेषताएँ देखी जाती हैं। उसके व्यवहार से उल्लास (elation), गौरव, घमण्ड, सुख-भ्रान्ति (euphoria), अत्यधिक सामाजिकता (excess sociability), किसी अवरोधन पर अधिक बेचैनी (impatience) आदि लक्षणों की सहज रूप से अभिव्यक्ति होती रहती है।
   (ii) **संज्ञानात्मक विशेषताएँ** (Cognitive Characteristics)—उत्साह या उन्माद (Mania) की अवस्था में होने पर द्विध्रुवीय विकृति के रोगी के व्यवहार से कई प्रकार की संज्ञानात्मक विशेषताओं या लक्षणों की झाँकी मिलता है। जैसे—विचारों का उड़ान (flight of ideas), धारा-प्रवाह विचार (racing thoughts), क्रिया करने की तीव्र इच्छा, आवेगी व्यवहार, सकारात्मक आत्म-धारणा, श्रेष्ठता-व्यामोह (grandeur delusions) इत्यादि।
   (iii) **गति विशेषताएँ** (Motor Characteristics)—उत्साह या उन्माद की स्थिति में रोगी कई तरह की गति विशेषताओं या लक्षणों का प्रदर्शन करता है। रोगी अत्यधिक सक्रिय (Hyperactive) बन जाता है, थकता नहीं है, बहुत कम सोता है, यौन (sex) के प्रति अधिक सक्रिय रहता है तथा भोजन कभी कम और कभी अधिक

करता है। उन्मादी अवस्था (manic phase) के उक्त लक्षणों के साथ-साथ यह भी ध्यान रखना चाहिए कि जैव-रासायनिक कारकों (biochemical factors) से उत्पन्न उन्मादी घटना (manic episode) को द्विध्रुवीय विकृति की श्रेणी में रखा जाता है।

2. **विषादी-व्यवहार** (Depressive Behaviour)—द्विध्रुवीय विकृति अर्थात् उत्साह-विषाद विकृति की दूसरी अवस्था विषाद कहलाती है। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 1998, 2002) ने इस अवस्था में रोगी में होने वाले व्यवहार की निम्नलिखित विशेषताओं या लक्षणों का उल्लेख किया है—
   (i) **संवेगात्मक विशेषताएँ** (Emotional Characteristics)—विषाद की अवस्था में रोगी के व्यवहार में कई तरह के संवेगात्मक लक्षण देखे जाते हैं। जैसे—रोगी उदास (gloomy), निराश (hopeless), सामाजिक रूप से अलग-थलग तथा चिड़चिड़ा एवं क्रोधी रहा करता है।
   (iii) **गति विशेषताएँ** (Motor Characteristics)—विषाद की स्थिति में होने पर द्विध्रुवीय विकृति के रोगी में गति-क्रिया (motor activity) घट जाती है। वह थक्का-थका महसूस करता है। सोने में कठिनाई होती है। यौन-प्रणोदन (sex drive) कमजोर हो जाता है। भूख घट जाती है।

(ख) प्रकार तथा विशिष्ट लक्षण (Types and Specific Symptoms)

DSM-IV (1994) में द्विध्रुवीय विकृति (bipolar disorder) के तीन प्रकारों का उल्लेख किया गया है तथा प्रत्येक प्रकार के अलग-अलग लक्षणों अर्थात् विशिष्ट लक्षणों का उल्लेख किया है, जो निम्नलिखित हैं—

1. साइक्लोथाइमिक विकृति (Cyclothymic Disorder)
2. द्विध्रुवीय-I विकृति (Bipolar-I Disorder)
3. द्विध्रुवीय-II विकृति (Bipolar-II Disorder) तथा
4. बहुमुखी-द्विध्रुवीय विकृति (Miscellaneous Bipolar Disorder)

इन सबकी व्याख्या हम अलग-अलग करेंगे तथा प्रत्येक के विशिष्ट लक्षणों (specific symptoms) का उल्लेख करेंगे—

1. **साइक्लोथाइमिक विकृति** (Cyclothymic Disorder)—यह विकृति वास्तव में डाइसथाइमिक विकृति (Dysthymic Disorder) की तरह मनोदशा विकृति की एक चिरकालिक स्थिति (chronic state mood) है। इसमें अवोन्माद (Hypomania) तथा विषाद होते देखे जाते हैं। लेकिन वे DSM-IV में उन्मादी घटना (manic episode) अथवा प्रधान विषाद (major depression) के लिए निर्धारित कसौटियों (criteria) को पूरा नहीं कर पाते हैं और वे कम-से-कम दो वर्ष की अवधि तक जारी रहते हैं। साइक्लोथाइमिक विकृति सामान्यत: किशोरावस्था (adolescence) या आरम्भिक वयस्कावस्था (early adulthood) से शुरू होती है। साइक्लोथाइमिक विकृति से पीड़ित लोग विविध स्वभाव के हो सकते हैं। कुछ बाद में द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित हो जाते हैं, किन्तु कुछ लोग नहीं हो पाते हैं (Howland and Thase, 1993)। कई अध्ययनों से द्विध्रुवीय विकृति तथा साइक्लोथाइमिक विकृति के बीच जननिक सम्बन्ध का पता चलता है (Howland and Thase, 1993)। साइक्लोथाइमिक विकृति के रोगी के निकट सम्बन्धों के सामान्य होने या एकध्रुवीय विकृति से पीड़ित होने की अपेक्षा उसे द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित होने की सम्भावना अधिक रहती है।
2. **द्विध्रुवीय-I विकृति** (Bipolar-I Disorder)—द्विध्रुवीय विकृति (bipolar disorder) का यह एक महत्त्वपूर्ण प्रकार है, जिसमें उन्मादी घटनाओं (manic episodes) के साथ-साथ सामान्यत: विषादी घटना (depressive episode) भी घटित होती है। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2002) ने कहा है, "द्विध्रुवीय-I विकृति में कम-से-कम एक उन्मादी घटना तथा अधिकांश रोगियों में एक या अधिक प्रधान विषादी घटनाएँ सम्मिलित होती हैं।"
   गुडहायन तथा **जेमिसन** (Goodhein and Jamison, 1987) के अनुसार, अधिकांश रोगियों को उन्मादी घटनाओं के साथ-साथ विषादी घटनाओं का अनुभव होता है। केवल थोड़े से लोगों को उन्मादी घटनाओं की अनुभूति होने के बावजूद विषादी-घटना का अनुभव कभी नहीं होता है। फिर भी इस प्रत्याशा में इसे द्विध्रुवीय विकृति की श्रेणी में रखा जाता है, क्योंकि अधिकांश लोगों में दोनों घटनाएँ (episodes) घटती हैं। इस आधार पर शेष कुछ व्यक्तियों में भी उन्मादी घटना के साथ-साथ एक-दो विषादी घटना प्रत्याशित होती हैं। उत्साह या उन्माद (Mania) की स्थिति में विचारों का उड़ान, उन्मादी मनोदशा तथा वर्द्धित मनोगतिक क्रिया (increased psychomotor activity) आदि लक्षण पाये जाते हैं।

TOUCH 'n PASS

3. **द्विध्रुवीय-II विकृति** (Bipolar-II Disorder)—द्विध्रुवीय-II विकृति द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) का वह प्रकार है, जिसमें व्यक्ति में भड़कीली एवं आकस्मिक उन्मादी घटनाएँ (florid and dramatic episodes) नहीं पायी जाती हैं, बल्कि साधारण उन्मादी घटना देखी जाती है। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) के शब्दों में, "द्विध्रुवीय-II विकृति द्विध्रुवीय विकृति का एक प्रकार है, जिसमें व्यक्ति को कम-से-कम एक प्रधान विषादी घटना तथा एक साधारण उन्मादी घटना की अनुभूति रहती है, किन्तु किसी उन्माद घटना या साइक्लोथाइमिया की अनुभूति कभी भी हुई नहीं रहती।"

स्पष्ट है कि द्विध्रुवीय-II विकृति का मुख्य लक्षण अवोन्माद (hypomania) है। अवोन्मादी घटना (hypomanic episode) तब घटित होती है जब उत्थित (elevated), व्यापक (expensive) या उत्तेजनशील (irritable) मनोदशा (mood) की निश्चित अवधि तथा अन्य उन्मादी व्यवहार दृष्टिगोचर होते हैं। लेकिन सामाजिक तथा व्यावसायिक कार्य गम्भीर रूप से क्षतिग्रस्त नहीं होते हैं तथा व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता नहीं पड़ती है।

द्विध्रुवीय-II विकृति स्पष्टत: द्विध्रुवीय-I विकृति से भिन्न है (i) दोनों के बीच मुख्य अन्तर यह है कि द्विध्रुवीय-I में द्विध्रुवीय-II की तुलना में उत्साही या उन्मादी व्यवहार (manic behaviour) अधिक गम्भीर होता है। (ii) द्विध्रुवीय-I विकृति में उन्मादी घटना (manic episode) अथवा विषादी घटना (depressive episode) अधिक गम्भीर होती हैं। जबकि द्विध्रुवीय II विकृति में ये घटनाएँ (episodes) अपेक्षाकृत कम गम्भीर होती हैं। (iii) द्विध्रुवीय विकृति के रोगी में उन्मादी घटना या विषादी घटना की अवधि (period) द्विध्रुवीय II विकृति के रोगी की तुलना में अधिक लम्बी होती है। सामान्यत: उन्मादी घटना की औसत अवधि 2 से 3 महीने तक होती है। लेकिन यह अवधि द्विध्रुवीय–II विकृति में अपेक्षाकृत कम होती है। (iv) द्विध्रुवीय-II विकृति की तुलना में द्विध्रुवीय–I विकृति अधिक सामान्य होती है।

द्विध्रुवीय-I विकृति तथा द्विध्रुवीय-II विकृति से भिन्न मौसमी मनोदशा विकृति (Seasonal Mood Disorder) या मौसमी भावात्मक विकृति (Seasonal Affective Disorder, SAD) है, जिसमें सर्दी या गर्मी के दिनों में व्यक्ति की मनोदशा क्षुब्ध बन जाती है। इसी प्रकार शीघ्रगामी चक्र (rapid cycling) द्विध्रुवीय विकृति का वह रूप है, जिसमें व्यक्ति की मनोदशा असामान्य रूप से बदलती रहती है।

प्र.4. द्विध्रुवीय विकृति के कारणों पर प्रकाश डालिए।
Throw light on etiology of Bipolar Disorder.

उत्तर

द्विध्रुवीय विकृति के कारण
(Etiology of Bipolar Disorder)

द्विध्रुवीय विकृत से सम्बन्धित किये गये अध्ययनों तथा व्यक्तिवृत्त (case history) से इस विकृति के निम्नलिखित कारणों या कारकों का पता चलता है—

1. **जननिक कारक** (Genetic Factors)—द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) से सम्बन्धित किये गये अध्ययनों से पता चलता है कि यह विकृति वंशागत (hereditary) होती है। द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित व्यक्तियों के परिवारों के अध्ययनों से ज्ञात होता है कि उन परिवारों के अन्य व्यक्तियों में भी द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder), एकध्रुवीय विकृति (Unipolar Disorder) और सम्भवत: साइक्लोथाइमिया (Cyclothymia) के विकसित होने की अधिक सम्भावना रहती है (Mitchell et; al; 1993)। इससे प्रमाणित होता है कि द्विध्रुवीय विकृति में जननिक विशेषताएँ (genetic characteristics) होती हैं।

   जननिक कारण में कुछ जटिलता देखी जाती है। जैसे—एक अध्ययन से यह स्पष्ट हुआ कि द्विध्रुवीय-I विकृति से पीड़ित व्यक्तियों के परिवारों के अन्य सदस्यों में द्विध्रुवीय-I तथा द्विध्रुवीय-II विकृतियों के विकसित होने की जोखिम (risk) उच्च पायी गयी, परन्तु इसके विपरीत द्विध्रुवीय-II विकृति से पीड़ित व्यक्तियों के परिवारों के अन्य सदस्यों में द्विध्रुवीय-II विकृति के लिए खतरा बढ़ जाता है, किन्तु द्विध्रुवीय-I विकृति के लिए नहीं (Coryell et al; 1984)।

   जुड़वाँ बच्चों पर किये गये अध्ययनों (twin studies) से भी द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) के वंशागत होने का प्रमाण मिलता है। समान जुड़वाँ बच्चों (identical twins, MZ) पर किये गये एक अध्ययन में 50% स्थितियाँ (cases) में एक जुड़वाँ बच्चे के द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित होने पर दूसरा जुड़वाँ बच्चा भी इसी विकृति से पीड़ित पाया गया। लेकिन समान जुड़वाँ बच्चों (fraternal twins, DZ-twins) अथवा सहोदर भाई-बहनों (siblings) की स्थिति में प्रतिशत बहुत कम था (Tsuang and Faraone; 1990)।

TOUCH-n-PASS

दत्तकों (adoptees) के अध्ययनों से भी द्विध्रुवीय विकृति के विकास में आनुवंशिकता (heredity) की भूमिका प्रमाणित होती है। द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित माता-पिता के बच्चों का पालन-पोषण सामान्य माता-पिता द्वारा गोद लेकर करने के बाद भी अधिकांश बच्चे उसी विकृति से पीड़ित हो जाते हैं। दूसरी ओर सामान्य माता-पिता के बच्चों को गोद लेकर पालने पर भी वे सामान्य ही रहते हैं। इसी तरह के एक अध्ययन में द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित व्यक्तियों के जैविक माता-पिता (biological parents) तथा गोद लेने वाले माता-पिता (adoptive parents) का निर्धारण किया गया तो उनका प्रतिशत क्रमश: 31% तथा 2% पाया गया (Mendlewiez and Ramor, 1977)।

जीन (genes) के प्रत्यक्ष जाँच से भी द्विध्रुवीय विकृति के वंशागत होने का संकेत मिलता है। कई अध्ययनों में द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित कुछ लोगों के साथ-साथ कुछ सामान्य लोगों के जीन (genes) की वास्तविक जाँच की गयी तथा दोनों वर्गों के जीन में अन्तर पाया गया (Egeland et al; 1987; Hodgkinson et al; 1987)। एक अध्ययन में द्विध्रुवीय विकृति के रोगी में एक अतिरिक्त (additional) जीन पाया गया। लेकिन दूसरे अध्ययनों से इसकी पुष्टि नहीं हो पायी।

2. **शारीरिक असन्तुलन** (Physiological Imbalance)—द्विध्रुवीय विकृति के लक्षण वास्तव में उत्साह (Mania) तथा विषाद (Depression) के बीच बदलता रहता है, जिससे इस बात का संकेत मिलता है कि इसका कारण किसी तरह की शारीरिक अस्थिरता (physiological instability) है (Schou et al; 1981; Siever and Davis, 1985)। लेकिन अब तक किसी निश्चित अस्थिरता का पता नहीं चल पाया है। फिर भी दो सम्भावनाएँ हैं—(i) स्नायु प्रेषक के परिवर्तनशील स्तर (changing levels of neurotransmitters) तथा (ii) पश्चीस्थलीय संवेदनशीलता के परिवर्तनशील स्तर (changing levels of synaptic sensitivity)। इन दोनों शारीरिक कारकों (physiological factors) पर हम संक्षेप में प्रकाश डालना चाहेंगे।
   (i) **स्नायुप्रेषक के परिवर्तशील स्तर** (Changing Levels of Neurotransmitters)—न्यूरोट्रांसमीटर (neurotransmitter) के स्तर के बढ़ने से उन्मादी घटना (manic episode) घटित होती है। न्यूरोट्रांसमीटर के अभित्याग (release) का नियन्त्रण प्रिसाइनैपटिक मेम्ब्रेन (presynaptic membrane) के द्वारा होता है, जिसके कारण संधिस्थल (synapse) को मिलने वाले न्यूरोट्रांसमीटर की मात्रा परिवर्तित हो सकता है। जब संधिस्थल में यह मात्रा अत्यधिक हो जाती है तो स्नायिक क्रिया का स्तर ऊँचा हो जाता है और व्यक्ति उन्मादी (manic) बन जाता है। इसके विपरीत जब पूर्व संधिस्थलीय झिल्ली या अवस्था संधिस्थल से न्यूरोट्रांसमीटर की अपर्याप्त मात्रा को जाने देता है तो स्नायिका क्रिया (neurological activity) का स्तर गिर जाता है और व्यक्ति विषादी (depressed) बन जाता है।
   (ii) **पश्ची स्नायुस्थलीय संवेदनशीलता के बदलते हुए स्तर** (Changing Levels of Psotsynaptic Sensitivity)—इस बात की पूरी सम्भावना है कि पश्ची स्थलीय ग्राहक स्थलों (postsynaptic receptor sites) की संवेदनशीलता में परिवर्तन द्विध्रुवीय विकृति के विकास में एक निर्णायक कारक है। कभी-कभी उत्तेजन (stimulation) के प्रति ग्राहक स्थल काफी संवेदनशील बन जाते हैं, जिससे स्नायुक्रिया तेज हो जाती है तथा उन्मादी व्यवहार (manic behaviour) दृष्टिगोचर होता है। इसके विपरीत कभी-कभी उत्तेजन के प्रति ये ग्राहक स्थल असंवेदनशील बन जाते हैं, जिस कारण स्नायु क्रिया घट जाती है और विषादी व्यवहार (depressive behaviour) देखे जाते हैं। लेकिन अभी इस बात की सही जानकारी नहीं मिल पायी है कि तन्त्र (system) का कौन-सा पक्ष अस्थिर है और क्यों है। इतना अवश्य है कि लिथियम कार्बोनेट (lithium carbonate) का उपयोग द्विध्रुवीय विकृति के रोगियों के लक्षणों को दूर करने में प्राय: प्रभावी (effective) प्रमाणित होता है। इस आधार पर विश्वास किया जाता है कि यह औषध अर्थात् लिथियम अनियसंत्र (erratic system) को स्थिर बना देता है।
3. **प्रतिबल** (Stress)—द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder) का एक अवक्षेपक कारण (precipitating cause) प्रतिबल है। एक अध्ययन में देखा गया कि द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित बच्चे जब अपने माता-पिता के साथ उसी वातावरण में रहते हैं तो उन पर बच्चों के इस रोग से पीड़ित होने की दर उन बच्चों से अधिक होती है, जो अपने द्विध्रुवीय विकृत माता-पिता से अलग रहते हैं (La Roche at al; 1985)। कारण, द्विध्रुवीय विकृत माता-पिता के उन्मादी-व्यवहार के कारण उनके साथ रहने वाले बच्चों के लिए अधिक प्रतिबलक परिस्थितियाँ उत्पन्न होती रहती हैं। **इलीकोट** तथा अन्य (Ellicott et al; 1990) ने भी कहा है कि, उन्मादी-घटनाओं (manic episodes) का एक मुख्य अवरोधी कारण प्रतिबल है।

TOUCH 'n PASS

अम्बेलास (Ambelas, 1987) के अध्ययन से पता चला है कि, तिहाई उन्मादी घटनाएँ (manic episodes) जीवन-प्रतिबलन (life stress) के कारण होती हैं। प्रतिबलक घटनाओं से द्विध्रुवीय विकृति से पीड़ित रह चुके व्यक्तियों में भी उन्मादी घटनाएँ पुन: विकसित हो जाती हैं (Aronson and Shukla, 1987)। ऐसे लोग जिनमें फिर से उन्मादी घटनाएँ विकसित हो गयीं, वे सभी जीवन प्रतिबल से पीड़ित थे तथा उन्हें अपने निकट सम्बन्धियों या मित्रों से कोई सामाजिक सहारा प्राप्त नहीं था। द्विध्रुवीय विकृति के रोगी में लक्षणों के विकसित होने, समाप्त हो जाने तथा पुन: विकसित हो जाने के साथ-साथ उसकी भूमिका परिवार में बदलती रहती है, जिससे उत्पन्न प्रतिबलक परिस्थितियों से भी परिवार के अन्य सदस्य या सदस्यों में इस रोग के विकसित होने की सम्भावना बन जाती है (Moltz, 1993)।

इस प्रकार स्पष्ट होता है कि द्विध्रुवीय विकृति के कई कारण हैं। इनमें जननिक कारक की भूमिका अधिक स्पष्ट तथा प्रभावी हैं।

प्र.5. उत्साह-विषाद विकृति के कारणों का उल्लेख कीजिए।
Mention the etiology of Manic-Depressive Psychosis.

उत्तर

उत्साह-विषाद विकृति के कारण
(Etiology of Manic-Depressive Psychosis)

उत्साह-विषाद विकृति के कारणों को निम्न तीन वर्गों में रखा जा सकता है—

1. जैविक कारक (Biological Factors)

(i) **आनुवंशिकता** (Heredity)—उत्साह-विषाद विकृति से पीड़ित रोगियों के सम्बन्धियों में इस रोग के घटित होने की सम्भावना सर्वाधिक होती है। **कोलमैन** (I. Kollman, 1958) ने अपने अध्ययनों में देखा कि जुड़वाँ बच्चों में इस रोग के घटित होने की सम्भावना सर्वाधिक होती है। कुछ अन्य आधुनिक अध्ययनों (M. G. Allen, et. al; 1974; H. J. Ocsofsky, 1974) ने स्टेलर (E. T. O. Slater, 1940) के अध्ययन परिणामों की पुष्टि की है। स्टेलर के अनुसार सामान्य जनसंख्या में इस रोग के घटित होने की सम्भावना 0.5% है जबकि रोगी बहिनों, भाइयों एवं माता-पिता में इस रोग के घटित होने की सम्भावना 15% है। इस रोग के लक्षणों के विकास पर पिता की अपेक्षा माँ की आनुवंशिकता का सर्वाधिक प्रभाव पड़ता है। एक अध्ययन (Numberger and Gerchon, 1992) के अनुसार सम्बन्धियों में यह रोग 25% तक हो सकता है।

इन अध्ययनों के बाद भी आज आनुवंशिकता को उत्साह-विषाद विकृति का पूर्णरूपेण न मानकर केवल एक महत्त्वपूर्ण अन्त:क्रियात्मक कारक के रूप में ही स्वीकार किया जाता है।

(ii) **न्यूरोफिजियोलॉजिकल कारक** (Neurophysiological Factors)—अध्ययनों के आधार पर कहा जा सकता है कि नाड़ी संस्थान की अधिक क्रियाशीलता की अवस्था में उत्साह प्रतिक्रियाएँ होती हैं तथा जब नाड़ी संस्थान की क्रियाएँ अवरुद्ध हो जाती हैं तब व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न होते हैं। **एन्जिल** (G.L. Engel, 1962) के अनुसार, उत्साह-विषाद प्रतिक्रियाओं के बीच केन्द्रीय नाड़ी संस्थान का महत्त्वपूर्ण कार्य है। इस दिशा में अधिक अध्ययनों की आवश्यकता है जिनसे यह स्पष्ट हो सके कि नाड़ी संस्थान के कौन-कौन से भाग उत्साह प्रतिक्रियाओं में और कौन-से भाग विषाद प्रतिक्रियाओं में क्रियाशील होते हैं।

(iii) **जैव-रासायनिक कारक** (Biochemical Factors)—इस दिशा में जो शोधकार्य हुए हैं, उनसे यह स्पष्ट हुआ है कि, उत्साह-विषाद विकृति के लक्षणों का सम्बन्ध कुछ विशिष्ट जैविकीय ऐमीन्स के स्तर (level of various biogenic amines) से होता है। विद्युत आघात चिकित्सा और विषाद अवरोधी औषधियों (antidepressant drugs) को जब उत्साह-विषाद के रोगी को दिया जाता है तो इन चिकित्सा उपायों से जैवकीय ऐमीन्स की metabolism प्रभावित होती है।

इस दिशा में हुए कुछ अन्य अध्ययनों (J. Becker, 1974; A.S. Akiskal & W.T.J.R. Makinney, 1975) में यह देखा गया है कि उत्साह प्रतिक्रियाओं और विषाद प्रतिक्रियाओं में Brain Chemistry में महत्त्वपूर्ण परिवर्तन होते हैं।

उत्साह-विषाद विकृति के रोगी की नींद आवश्यकता से कम होती है। रोगी की नींद सम्बन्धी विघ्न भी रासायनिक प्रक्रियाओं का तथा न्यूरोफिजियोलॉजिकल प्रक्रियाओं को प्रभावित करते हैं। इन प्रक्रियाओं के फलस्वरूप रोगी में उत्साह-विषाद विकृति के लक्षण उत्पन्न होते हैं।

TOUCH'n' PASS

एक अध्ययन (Post, et. al., 1980) में यह देखा गया कि नोरइपाइनफ्राइन (norepinephrine) की मात्रा जब अधिक हो जाती है तब व्यक्ति में उन्मादी व्यवहार होता है। जब इस रसाइन की मात्रा कम होती है, तब उसमें विषादी व्यवहार उत्पन्न होता है। एक अन्य अध्ययन (Price, 1990) में यह देखा गया कि जब सीरोटोनिन का स्तर निम्न होता है तब व्यक्ति के उन्माद के लक्षण उत्पन्न होते हैं।

(iv) **सोडियम आयन क्रिया** (Sodium Iion Activity)—एक अध्ययन (Meltzer, 1991) में यह देखा गया कि जब मस्तिष्क के न्यूरॉन्स की झिल्लियों में सोडियम आयन का दोषपूर्ण संचार होता है तब उत्साह-विषाद विकृति के लक्षण उत्पन्न होते हैं। न्यूरॉन की झिल्ली के अन्दर और बाहर सोडियम आयन का संचार सामान्य होना आवश्यक है। एक अन्य अध्ययन (Cato, et. al., 1991) से भी यह तथ्य प्रकाश में आया है।

2. मनोवैज्ञानिक और अन्त:वैयक्तिक कारक (Psychological and Interpersonal Factors)

(i) **पारिवारिक और व्यक्तित्व सम्बन्धी कारक** (Family and Personality Factors)—रोगी की संवेगात्मक अभिव्यक्ति इस रोग में विशेष प्रकार की होती है। हो सकता है कि यह संवेगात्मक अभिव्यक्ति रोगी ने बाल्यावस्था में अपने संरक्षकों से सीखी या उनकी नकल हो।

कुछ अध्ययनों में सम्मान की आकांक्षा, ईर्ष्या, सामाजिक अनुमोदन और प्रतिस्पर्धा जैसे कारक उत्साह-विषाद विकृति रोगी की पारिवारिक पृष्ठभूमि में देखे गये हैं। बहुधा यह देखा गया है कि छोटी-छोटी गलतियों पर बार-बार दण्ड तथा माता-पिता की कठोरता भी इस रोग के लक्षणों को उत्पन्न करने में सहायक होती है।

(ii) **तीव्र प्रतिबल** (Severe Stress)—**रेनी** और **फाउलर** (A.T.C. Renie & J.B. Fowler, 1942) ने अपने अध्ययनों में देखा कि उत्साह-विषाद के लगभग 80% रोगियों में रोग की उत्पत्ति जीवन की किसी विघ्नपूर्ण परिस्थिति में गुजरने के बाद ही उत्पन्न हुई। एक अध्ययन (S. Arieti, 1959) में देखा गया कि तात्कालिक कारकों (तीव्र प्रतिबल से सम्बन्धित) में तीन प्रकार के कारण प्रमुख हैं जिनसे विषाद विकृति के लक्षण उत्पन्न हैं। ये तीन प्रकार के तात्कालिक (Precipitating) कारक हैं—1. किसी प्रियजन की मृत्यु, 2. किसी महत्त्वपूर्ण अन्त:वैयक्तिक सम्बन्ध में असफलता, 3. जिस या जिन कार्यों पर व्यक्ति ने अपने जीवन का दाँव लगाया हो, उस या उन कार्यों में विफलता और निराशा। इन सभी तात्कालिक कारकों में व्यक्ति की कोई वह चीज खोती है जो उसके लिए बहुत अधिक महत्त्वपूर्ण होती है। कुछ अध्ययनों में यह भी देखा गया है कि उत्साह-विषाद विकृति के लक्षणों से पहले रोगी के जीवन से सम्बन्धित अरुचिकर, घटनाएँ आवश्यकता से अधिक मात्रा में घटित होती हैं।

(iii) **असहायता की भावनाएँ** (Feeling of Helplessness)—किसी भी व्यक्ति में विषाद प्रतिक्रियाओं को उत्पन्न करने में असहायता की भावनाओं का भी महत्त्वपूर्ण कार्य होता है। अध्ययनों में देखा गया है कि किसी व्यक्ति के जीवन में अरुचिकर घटनाओं में वृद्धि उसी समय होती है जब उसके द्वारा किये गये कार्यों के लिए अनुपयुक्त और अपर्याप्त पुरस्कार ही प्राप्त होता है, ऐसी अवस्था में व्यक्ति में असहायता की भावनाएँ उत्पन्न होती हैं।

3. सामाजिक-सांस्कृतिक कारक (Socio-Cultural Factors)

उत्साह-विषाद विकृति रोग उन व्यक्तियों में अधिक मात्रा में पाया जाता है जिनका सामाजिक-आर्थिक स्तर का होता है। कुछ अध्ययनों (M. Kidson & I. Jones, 1968; W.W.K. Zung, 1969) में यह देखा गया है कि विषाद प्रतिक्रियाएँ आदिवासी लोगों में अधिक मात्रा में पायी जाती हैं जबकि उत्साह विकृति विकसित देशों के लोगों में अधिक मात्रा में पायी जाती हैं। कुछ अध्ययनों में यह भी देखा गया है कि उत्साह विषाद विकृति उन समाज के लोगों में अधिक मात्रा में पायी जाती है जिनमें प्रतिबल परिस्थितियाँ अधिक और तीव्र मात्रा में पायी जाती हैं।

एक अध्ययन (B.B. Sethi, et. al., 1973) में देखा गया कि भारतवर्ष में ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा शहरी क्षेत्रों में उत्साह-विषाद विकृति अधिक मात्रा में पायी जाती है। शहर और ग्रामीण अंचल में इस रोग के घटनाक्रम का अनुपात 4 : 1 है। कुछ अध्ययनों में यह देखा गया है कि आधुनिक टेक्नोलॉजी, सामाजिक मूल्यों में तीव्र गति से परिवर्तन तथा जीवन की जटिल परिस्थितियाँ कुछ ऐसे महत्त्वपूर्ण कारक हैं जो शहरी क्षेत्रों में इस रोग की उत्पत्ति के महत्त्वपूर्ण कारक हैं।

TOUCHPASS

प्र.6. विषाद का स्वरूप से आप क्या समझते हैं? विषाद के लक्षणों को सविस्तार समझाइए।
What do you understand by depression? Explain in detail symptoms of depression.

उत्तर

विषाद का स्वरूप
(Nature of Depression)

विषाद मानसिक रोगों का एक प्रमुख कारण है। विषाद का अर्थ है कि मनोदशा में उत्पन्न उदासी से है। वास्तव में देखा जाए तो विषाद एक नैदानिक संलक्षण है। जिसमें पाँच प्रकार के लक्षण पाये जाते हैं—संवेगात्मक लक्षण (Emotional Symptoms), प्रेरणात्मक लक्षण (Motivational Symptoms), व्यवहारात्मक लक्षण (Behavioural Symptoms), संज्ञानात्मक लक्षण (Cognitive Symptoms), दैहिक लक्षण (Somatic Symptoms)। इन सभी पाँचों प्रकार के लक्षणों के निश्चित रूप को विषाद कहा जाता है। वास्तव में नैदानिक विषाद साधारण उदासी न होकर उपरोक्त पाँच प्रकार के मिश्रित संलक्षण हैं। उपरोक्त पाँच के लक्षणों का संक्षिप्त विवरण निम्न प्रकार से है—

1. **संवेगात्मक लक्षण** (Emotional Symptoms)—विषाद में अनेक संवेगात्मक लक्षण पाये जाते हैं; जैसे—उदासी, निराशा, लज्जालुपन, दोषभाव, दु:खी (Unhappiness), बेकारी का भाव आदि। इन सभी संवेगात्मक लक्षणों में उदासी प्रमुख संवेगात्मक लक्षण है।
   कुछ लोगों में जब विषाद की मात्रा अधिक होती है। वह समाज में बिना रोए हुए बातचीत नहीं करते हैं। विषाद में उदासी के साथ चिन्ता भी प्रबल मात्रा में पायी जाती है। उदासी और चिन्ता के कारण व्यक्ति का मनोरंजन अर्थहीन लगने लगता है। उसे मनोरंजन में कोई आनन्द नहीं आता है। व्यक्ति को भूख और यौन में भी कोई सार्थक सुख प्राप्त न हीं होता है। क्लार्क और उनके साथियों (Clarks et. al., 1994) ने विषादी व्यक्तियों के अध्ययन के आधार पर यह बताया कि विषाद से ग्रस्त 92% रोगियों में उनकी अपनी कोई रुचि नहीं होती है। इसी अध्ययन में इन अध्ययनकर्त्ताओं ने यह भी देखा कि 64% रोगियों में भाव-शून्यता के लक्षण दिखायी देते हैं।
2. **संज्ञानात्मक लक्षण** (Cognitive Symptoms)—विषादी व्यक्ति अपने और अपने भविष्य के सम्बन्ध में ऋणात्मक चिन्तन करता है। वह अपने को तुच्छ और घटिया इन्सान समझता है। उसमें आत्म-सम्मान की कमी पायी जाती है। वह अपने आपको असफल इन्सान समझता है। उसकी असफलता का कारण वह स्वयं अपने आपको मानता है। वह अपने को अयोग्य और अपर्याप्त समझता है। उसमें दोषभाव (Guilty feeling) पायी जाती है। वह अपने भविष्य को उदासी और निराशा से पूर्ण समझता है। वह अपने भविष्य को खराब समझता है और इसके लिए तर्क भी देता है। उसमें सम्भ्रान्त (Confusion) भी पाया जाता है। (Channon et. al., 1993)
3. **व्यवहारात्मक लक्षण** (Behavioural Symptoms)—विषाद से ग्रस्त व्यक्तियों की उत्पादकता कम होती है। विषाद की मात्रा जितनी ही अधिक बढ़ती जाती है। उनकी उत्पादकता उतनी ही कम और कम होती चली जाती है। यह व्यक्ति बिस्तर पर लेटे-लेटे अपना समय व्यतीत करना पसन्द करते हैं और दूसरों के साथ रहने के बजाय अलग रहना पसन्द करते हैं। पारकर और उनके साथियों (Parker et. al., 1993) ने विषादी व्यक्तियों का अध्ययन करके बताया कि यह लोग धीमे चलने वाले होते हैं उनकी चाल से ऐसा लगता है कि उनमें चलने की इच्छा नहीं है और चलने की क्षमता नहीं है, चलने की शक्ति नहीं है। यह लोग आँख झुकाकर बातचीत करते हैं। दूसरे शब्दों में उनका मुँह लटका दिखायी देता है।
4. **प्रेरणात्मक लक्षण** (Motivational Symptoms)—विषादी व्यक्तियों की दैनिक जीवन में रुचि नहीं दिखायी देती है उनमें प्रेरणा और सुरक्षा की कमी पायी जाती है। भोजन के लिए, बातचीत के लिए, यौन व्यवहार के लिए उन्हें उकसाना पड़ता है या दबाव डालना पड़ता है। किसी भी समस्या का निर्णय लेने में कठिनाई होती है। एक अध्ययन के अनुसार आत्महत्या करने वाले लोगों में आधे लोग तीव्र विषाद से ग्रस्त होते हैं। (Coryell & Winokur, 1992)
5. **दैहिक लक्षण** (Somatic Symptoms)—विषादी व्यक्ति में बहुधा सिरदर्द, छाती में दुखन, अपच, कब्ज, शरीर में दर्द जैसे दैहिक लक्षण दिखायी देते हैं कई बार चिकित्सक इन दैहिक लक्षणों की मेडिकल चिकित्सा करते हैं। चूँकि यह लक्षण विषाद के कारण होते हैं इसलिए जब तक ऐसे रोगियों को अन्य दवाओं या औषधियों के साथ विषाद की औषधि नहीं दी जाती है तब तक इनकी दैहिक लक्षणों में लाभ नहीं होता है।

TOUCH PAGES

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. डायस्थाइमिक विकृति से सम्बन्धित डायस्थाइमिक शब्द का अर्थ है—
(a) विचारपूर्ण मनोदशा (b) स्थिर मनोदशा (c) दोषपूर्ण मनोदशा (d) सामान्य मनोदशा

उत्तर (c) दोषपूर्ण मनोदशा

प्र.2. बड़ी विषादी विकृति से पीड़ित व्यक्ति में गम्भीर लक्षण है—
(a) सुस्ती का अनुभव व उत्तेजना की कमी (b) थकान का अनुभव व ताकत की कमी का अनुभव
(c) निर्णय लेने में कठिनाई व आत्महत्या का विचार (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.3. आनुवंशिक, न्यूरोरसायन, न्यूरोएनाटॉमिकल कारक किस विषादी विकृति के कारक हैं—
(a) जैविक कारक (b) मनोगतिकी कारक (c) व्यवहारात्मक कारक (d) संज्ञानात्मक कारक

उत्तर (a) जैविक कारक

प्र.4. विषाद के संज्ञानात्मक कारकों में निस्सहाय या 'निराशा का सिद्धान्त' का सर्वप्रथम प्रतिपादन किसने किया?
(a) सेलिगमैन (b) लेविन्सोन (c) फिंक (d) कारसन

उत्तर (a) सेलिगमैन

प्र.5. निम्नलिखित में से जैविक चिकित्सा में वैद्युत आक्षेपीय चिकित्सा (ECT) का बारे में सत्य कथन है—
(a) इसे साधारणतया बिजली लगाने की विधि कहते हैं
(b) मस्तिष्क के न्यूरोन, विद्युत आघात से उत्तेजित हो जाते हैं
(c) न्यूरोट्रांसमीटर सही ढंग से काम करने लगता है
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.6. मनोदशा विकृति (Mood Disorder) के दो प्रकार हैं, इनमें से कौन-सा सही है?
(a) एकध्रुवीय विकृति (Unipolar Disorder) (b) द्विध्रुवीय विकृति (Bipolar Disorder)
(c) (a) और (b) दोनों (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) (a) और (b) दोनों

प्र.7. नीचे कुछ विषाद विकृति के नाम व उनके उत्पत्ति के कारण दिये हैं जो सही नहीं हैं उसे बतायें—

विषाद विकृति		**उत्पत्ति का कारण**
(a) आनुवंशिकी कारक	—	आनुवंशिकी कारकों से
(b) न्यूरोरसायन कारक	—	न्यूरोट्रांसमीटर रसायन (जो कि मस्तिष्क में पाया जाता है)
(c) न्यूरोएनाटॉमिकल कारक	—	मस्तिष्क के कुछ भागों के परिवर्तन से

(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (d) इनमें से कोई नहीं

प्र.8. विषादी विकृति के कारक व्यवहारात्मक कारक सम्बन्धित है—
(a) जब बच्चों की कोई प्रिय वस्तु, बहुमूल्य वस्तु आदि कुछ भी खो जाता है तब यह हानि के प्रति दु:खी हो जाते हैं या विषाद से ग्रस्त हो जाते हैं
(b) जब व्यक्ति का सामाजिक पुनर्बलन कम हो जाता है तब व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं
(c) व्यक्ति में विषाद के निस्सहाय अवस्था के कारण उत्पन्न होता है
(d) उपरोक्त में से कोई नहीं

उत्तर (b) जब व्यक्ति का सामाजिक पुनर्बलन कम हो जाता है तब व्यक्ति में विषाद के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं

TOUCH n PASS

प्र.9. द्वितीय पीढ़ी के विषाद विरोध औषधि में शामिल नहीं है—
(a) मेप्रोटिलाइन (b) एमोक्सापाइन (c) ट्रेजोडोन (d) पारनेट
उत्तर (d) पारनेट

प्र.10. द्विध्रुवीय विकृति का तात्पर्य उन मानसिक विकृतियों से है जिसमें व्यक्ति अनुभव करता है—
(a) उत्साह का (b) विषादक घटनाओं का (c) दोनों (a) और (b) (d) इनमें से कोई नहीं
उत्तर (c) दोनों (a) और (b)

प्र.11. फ्रॉयड द्वारा प्रतिपादित मनोविश्लेषण विधि के सम्बन्ध में कौन-सा कथन सही है?
(a) मनोविश्लेषण व्यक्तित्व का एक सिद्धान्त है (b) मनोविश्लेषण एक स्कूल है
(c) मनोविश्लेषण चिकित्सा की एक विधि है (d) ये सभी
उत्तर (d) ये सभी

प्र.12. अल्बर्ट एलिस ने निम्नांकित में से किस चिकित्सा विधि का प्रतिपादन किया है?
(a) संज्ञानात्मक चिकित्सा (b) व्यवहार चिकित्सा (c) अस्तित्वात्मक चिकित्सा (d) इनमें से कोई नहीं
उत्तर (a) संज्ञानात्मक चिकित्सा

प्र.13. व्यवहार चिकित्सा आधारित होता है—
(a) प्रत्यक्षण के सिद्धान्त पर (b) सीखने के सिद्धान्त पर
(c) संवेग के सिद्धान्त पर (d) अभिप्रेरण के सिद्धान्त पर
उत्तर (b) सीखने के सिद्धान्त पर

प्र.14. इनमें से कौन मनोविश्लेषण विधि से सम्बन्धित नहीं है?
(a) मुक्त साहचर्य (b) क्रमिक विसंवेदीकरण
(c) स्वप्न विश्लेषण (d) स्थानान्तरण की अवस्था
उत्तर (b) क्रमिक विसंवेदीकरण

प्र.15. मॉडलिंग प्रविधि व सामाजिक अधिगम का सिद्धान्त का प्रतिपादन किसने किया?
(a) जे०बी० वाटसन (b) लिंडस्ले और स्कीनर (c) बैण्डुरा (d) साल्टर और वोल्पे
उत्तर (c) बैण्डुरा

प्र.16. सेवार्थी केन्द्रीय चिकित्सा और अनुभवजन्य सिद्धान्त को किसने प्रतिपादित किया?
(a) मॉसलो (b) कार्ल रोजर्स
(c) फ्रॉयड (d) इनमें से कोई नहीं
उत्तर (b) कार्ल रोजर्स

प्र.17. मनोचिकित्सा का उद्देश्य है—
(a) रचनात्मक समायोजन (b) विध्वंसात्मक समायोजन
(c) जीवन शैली के सुधार में सहायता करना (d) (a) एवं (b) दोनों
उत्तर (d) (a) एवं (b) दोनों

प्र.18. आधुनिक चिकित्साशास्त्र का जनक किसे माना जाता है?
(a) मैसलो (b) हिप्पोक्रेटस (c) फ्रॉयड (d) रोजर्स
उत्तर (b) हिप्पोक्रेटस

प्र.19. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा का सम्बन्ध किस व्यक्ति से है?
(a) युंग (b) एडलर (c) मैसलो (d) फ्रॉयड
उत्तर (d) फ्रॉयड

TOUCH 'n' PASS

प्र.20. तदनुभूति (empathy) से तात्पर्य होता है—
(a) दूसरों के दु:ख से दुखित होना
(b) चिकित्सक द्वारा रोगी के भावों को समझकर रोगी के नजरिये से वातावरण को देखना
(c) दूसरों के प्रति सहानुभूति दिखाना
(d) रोगी द्वारा चिकित्सक के प्रति आदर एवं प्रेम दिखलाना

उत्तर (b) चिकित्सक द्वारा रोगी के भावों को समझकर रोगी के नजरिये से वातावरण को देखना

प्र.21. रोगी और चिकित्सक के बीच चिकित्सात्मक सम्बन्ध की मुख्य अवस्थाएँ हैं—
(a) 4 (b) 2 (c) 3 (d) 5

उत्तर (c) 3

प्र.22. विश्व योग दिवस मनाया जाता है—
(a) 21 जुलाई को (b) 21 जून को (c) 21 मई को (d) 21 अगस्त को

उत्तर (b) 21 जून को

प्र.23. स्वतन्त्र साहचर्य तथा स्वप्न-विश्लेषण का उपयोग किस चिकित्सीय विधि में होता है?
(a) मनोगत्यात्मक चिकित्सा (b) क्लायंट-केन्द्रित चिकित्सा
(c) लोगो चिकित्सा (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) मनोगत्यात्मक चिकित्सा

प्र.24. मनोगतिक चिकित्सा का प्रतिपादन किसने किया?
(a) फ्रॉयड (b) हानी (c) आलपोर्ट (d) कैटल

उत्तर (a) फ्रॉयड

प्र.25. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा का सम्बन्ध है—
(a) यंग से (b) फ्रॉयड से (c) मैसलो से (d) ऐडलर से

प्र.26. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा में सर्वाधिक महत्त्वपूर्ण है—
(a) प्रतिरोध (b) स्वतन्त्र साहचर्य (c) स्वप्न विश्लेषण (d) स्थानान्तरण

उत्तर (c) स्वप्न विश्लेषण

प्र.27. योग में सम्मिलित नहीं होता है—
(a) ध्यान (b) प्रणायाम (c) नियम (d) अभिक्षमता

उत्तर (a) ध्यान

प्र.28. निम्नांकित में कौन जैव-आयुर्विज्ञान चिकित्सा नहीं है?
(a) औषधि चिकित्सा (b) वैकल्पिक चिकित्सा
(c) आघात चिकित्सा (d) मानसिक शल्य चिकित्सा

उत्तर (b) वैकल्पिक चिकित्सा

प्र.29. योग एक है—
(a) जैव-आयुर्विज्ञान चिकित्सा (b) मानसिक शल्य चिकित्सा
(c) आघात चिकित्सा (d) वैकल्पिक चिकित्सा

उत्तर (d) वैकल्पिक चिकित्सा

प्र.30. जब चिकित्सक रोगी के प्रति प्रेम, स्नेह एवं संवेगात्मक लगाव दिखाता है, तो यह किस प्रकार का स्थानान्तरण होता है?
(a) धनात्मक स्थानान्तरण (b) ऋणात्मक स्थानान्तरण
(c) प्रति स्थानान्तरण (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) प्रति स्थानान्तरण

TOUCH 'n PASS

प्र.31. शर्तरहित स्वीकारात्मक सम्मान (unconditional positive regard) पर किस चिकित्सा में सर्वाधिक बल दिया जाता है?

(a) व्यवहार चिकित्सा में (b) मनोगत्यात्मक चिकित्सा में
(c) रोगी-केन्द्रित चिकित्सा में (d) इनमें से किसी में नहीं

उत्तर (c) रोगी-केन्द्रित चिकित्सा में

प्र.32. मानसिक रोगियों की चिकित्सा हेतु उपयोग-प्रविधि को कहा जाता है—

(a) स्वप्न विश्लेषण (b) मनोचिकित्सा (c) स्वतन्त्र साहचर्य (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) मनोचिकित्सा

प्र.33. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा में रोगी बोलते-बोलते अचानक चुप हो जाता है—

(a) प्रतिरोध की अवस्था में (b) स्थानान्तरण की अवस्था में
(c) स्वतन्त्र साहचर्य की अवस्था में (d) स्वप्न विश्लेषण की अवस्था में

उत्तर (a) प्रतिरोध की अवस्था में

प्र.34. चिन्ता को दूर करने के लिए व्यवहार चिकित्सा की प्रविधियों में किसे उत्तम माना गया है?

(a) विरुचि अनुबन्धन (b) सांकेतिक व्यवस्था (c) मॉडलिंग (d) क्रमबद्ध असंवेदीकरण

उत्तर (d) क्रमबद्ध असंवेदीकरण

प्र.35. निम्नलिखित में से किस मनोविज्ञान का विकास भारतीय परिवेश में हुआ?

(a) योगा-मनोविज्ञान (b) बाल-मनोविज्ञान (c) नैदानिक मनोविज्ञान (d) अपराध-मनोविज्ञान

उत्तर (a) योगा-मनोविज्ञान

प्र.36. .... का मानना है कि मनोवैज्ञानिक संकट दोषपूर्ण व्यवहार स्वरूप या विचार स्वरूप के कारण उत्पन्न होता है।

(a) व्यवहार उपचार (b) प्रकृति उपचार (c) उन्माद विकार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) व्यवहार उपचार

प्र.37. .... के माध्यम से काम करने का परिणाम है कि अचेतन यादें बार-बार सचेत जागरूकता में एकीकृत होती है।

(a) कठिन परिश्रम (b) अन्तर्दृष्टि (c) व्यवहार सिद्धान्त (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) अन्तर्दृष्टि

प्र.38. .... और .... के बीच के विशेष सम्बन्ध को चिकित्सीय सम्बन्ध के रूप में जाना जाता है।

(a) मरीज एवं चिकित्सक (b) पीड़ित एवं सहयोगी
(c) मरीज एवं परिवार (d) चिकित्सक एवं चिकित्सक

उत्तर (a) मरीज एवं चिकित्सक

प्र.39. निम्न में से कौन-सा उपचार उस व्यक्ति के साथ शुरू होता है जो भयभीत वस्तु के सम्पर्क में अपने सबसे अधिक भयभीत रूप की कल्पना करता है?

(a) स्वीकारात्मक (b) प्रतिकूल (c) अन्त: स्फोटात्मक (d) जैव प्रतिपुष्टि

उत्तर (c) अन्त: स्फोटात्मक

प्र.40. अप्रत्यक्ष चिकित्सा है—

(a) तर्कसंगत भावनात्मक चिकित्सा (b) बेक की संज्ञानात्मक चिकित्सा
(c) उपभोक्ता-केन्द्रित चिकित्सा (d) ये सभी

उत्तर (c) उपभोक्ता-केन्द्रित चिकित्सा

TOUCH 'n' PASS

UNIT-V

मनोविदलता
Schizophrenia

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मनोविदलता की कितनी अवस्थाएँ हैं?
How many phases does Schizophrenia have?

उत्तर मनोविदलता के रोगी सामान्यत: निम्नलिखित तीन अवस्थाओं से गुजरते हैं—

1. पूर्वलक्षण अवस्था (Prodromal Phase)
2. सक्रिय अवस्था (Active Phase)
3. अवशिष्ट अवस्था (Residual Phase)

प्र.2. जैविक उपचार क्या है?
What is Biological Treatment?

उत्तर इस उपचार के अन्तर्गत आघात चिकित्सा (Shock Therapy) एवं मनोशल्यचिकित्सा (Psychosurgery) तथा औषध चिकित्सा (Drug Therapy) की गणना की जाती है।

प्र.3. मनोवैज्ञानिक उपचार से क्या आशय है?
What is meant by Psychological Treatment?

उत्तर इसके अन्तर्गत मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychoanalytic Therapy), परिवार चिकित्सा (Family Therapy), अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा (Expressed Emotion Therapy, EET) तथा व्यवहार चिकित्सा (Behaviour therapy) की गणना की जाती है।

प्र.4. आत्मविमोह का क्या अर्थ है?
What is meaning of Autism?

उत्तर आत्मविमोह का अर्थ यह है कि मनोविदलता का रोगी वास्तविक जगत् से अलग अपनी काल्पनिक दुनिया स्वयं बना सकता है जो तर्क एवं विवेक के सिद्धान्त से मुक्त होती हैं।

प्र.5. द्वैधवृत्ति से आप क्या समझते हैं?
What do you understand by Ambivalence?

उत्तर मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति में उभयभावी व्यवहार (ambivalent behaviour) देखे जा सकते हैं। वह दूसरों के प्रति विरोधी भाव या व्यवहार रखते हैं। जैसे—एक ही व्यक्ति या व्यक्तियों के प्रति एक ही समय वह प्रेम तथा घृणा के व्यवहार प्रदर्शित कर सकता है।

प्र.6. मनोविदलता को परिभाषित कीजिए।
Define Schizophrenia.

उत्तर **रेबर एवं रेबर** के अनुसार, "मनोविदलता का तात्पर्य ऐसी मनोविकृतियों से है, जिनसे संज्ञानात्मक विकृतियों, संवेगात्मक विकृतियों तथा व्यावहारात्मक विकृतियों की अभिव्यक्ति हो।"

TOUCH 'n' PASS

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. सरल मनोविदलता क्या है?
What is Simple Schizophrenia?

उत्तर

सरल मनोविदलता
(Simple Schizophrenia)

इस प्रकार के रोगी के मुख्य लक्षण रुचि का अभाव तथा उदासीनता है। वे अकेले तथा मौन रहना अधिक पसन्द करते हैं। वे किसी काम को लापरवाही से करते हैं। उनकी भावनाएँ मन्द पड़ जाती हैं तथा महत्त्वाकांक्षाएँ मर जाती हैं। वे किसी भी काम को एकाग्रचित होकर नहीं कर सकते हैं। इसके रोगी चिड़चिड़ा स्वभाव के हो जाते हैं। वे परिस्थितियों के दास बने रहते हैं। वे किसी प्रकार के सामाजिक सम्पर्क नहीं रखना चाहते हैं। इनकी सभी क्रियाओं का प्रतिगमन (regression) बाल्यावस्था की ओर हो जाता है। वे अपना अधिक समय दिवा-स्वप्न में बिताते हैं। व्यामोह तथा विभ्रम से पीड़ित रहते हैं। इस रोग का आक्रमण अधिकतर धीरे-धीरे होता है। कभी-कभी अकस्मात् भी यह रोग होता है। अत: "इसके रोगियों में रुचि तथा महत्त्वाकांक्षा का अभाव, संवेगात्मक उदासीनता, मौन तथा अकेलापन की ओर बढ़ती हुई प्रवृत्ति, खिन्नता तथा बाल्यावस्था की अभिरुचियों और क्रियाओं की ओर प्रतिगमन की सामान्य प्रवृत्ति पायी जाती है।" **फिशर** द्वारा दिये गये इसके एक सुन्दर उदाहरण का वर्णन किया जाता है—"पच्चीस वर्ष का एक व्यक्ति पास ही के एक बैंक से रुपया निकालने के लिए गया। रेलगाड़ी पर जा ही रहा था कि एकाएक उसका मन उचटा और वह बीच में ही एक स्टेशन पर उतर गया। एक घण्टे के बाद फिर वह दूसरी गाड़ी पर सवार होकर अपने लक्ष्य की पूर्ति के लिए रवाना हुआ; परन्तु फिर वह बीमार हो गया। फिर भी उसने बैंक की ओर कदम बढ़ाया, लेकिन आधे रास्ते से लौटकर अपने घर चला गया। वह नहीं समझ पाया कि वह क्यों लौट रहा है। दो दिनों तक वह बीमार रहा। उसे तरह-तरह के विभ्रम होने लगे। वह समझने लगा कि उसकी मृत्यु शीघ्र ही हो जाएगी। चिकित्सा होने पर वह चंगा हो गया और अपने काम में लग गया।

प्र.2. बाल्यकालीन मनोविदलता पर प्रकाश डालिए।
Throw light on the Childhood Schizophrenia.

उत्तर

बाल्यकालीन मनोविदलता
(Childhood Schizophrenia)

अनुसन्धान से पता चलता है कि मनोविकृति (psychosis) की नींव कभी-कभी बाल्यावस्था में पड़ जाती है। इस तरह के उल्लेख प्राचीन ग्रन्थों में भी मिलते हैं। 19वीं शताब्दी में यह बात स्पष्ट रूप से प्रकाश में आ गयी कि बच्चों में भी मनोविकृति के व्यवहार देखे जाते हैं। **बेन्जामिन रश** (Benjamin Rush) ने 1812 में अपनी मनोचिकित्सा की पुस्तक में बच्चों के मानसिक विक्षोभ का वर्णन किया है। उन लोगों ने बच्चों की मानसिक विच्छिन्नता को प्रौढ़ की मानसिक विच्छिन्नता की श्रेणी में ही रखा था।

सर्वप्रथम जर्मनी के मनोचिकित्सक **होम्बरगर** (Homburger) ने 1926 में अपनी पुस्तक में मानसिक विच्छिन्नता के विशेष अध्ययन पर जोर दिया। यहीं से बच्चों की मनोचिकित्सा का इतिहास आरम्भ होता है। **लियो कैनर** (Leo Kanner) ने अमेरिका में बच्चों की मनोचिकित्सा को महत्त्वपूर्ण बतलाया।

मानसिक अस्पताल में जितने रोगी भर्ती होते हैं उनमें एक प्रतिशत से भी कम 15 वर्ष से कम आयु के होते हैं। लेकिन ऐसे रोगियों की वास्तविक संख्या अधिक होती है। कुछ रोगी पहचान में नहीं आते हैं और जिनमें इसके लक्षण दिखलाई भी पड़ते हैं उनके माता-पिता तथा अभिभावक उन्हें मानसिक चिकित्सालय में भर्ती करने के लिए जल्दी तैयार नहीं होते हैं। इसका एक कारण यह भी है कि अस्पताल में बालक रोगियों की चिकित्सा का उचित प्रबन्ध सीमित रहता है। इन कारणों से ऐसे रोगियों के सही आँकड़े प्राप्त नहीं हो पाते हैं। कुछ विद्वान् जब बच्चों में तीव्र संवेगात्मक अस्थिरता देखते हैं तो भी उन्हें मनोविदलता की इस श्रेणी में नहीं रखना चाहते हैं। उन्हें बाल्यकालीन मनोविकृति (Childhood Psychosis) या शैशव आत्मविमोह (Infantile Autism) के नाम से पुकारते हैं। लेकिन अमेरिकन मनोचिकित्सक संघ (American Psychiatric Association) ने बाल्यकालीन मनोविदलता (Childhood Schizophrenia) शब्द को स्वीकार किया है। अन्य व्यक्तियों के प्रति उदासीन रहना ही इस प्रकार के रोग का मुख्य लक्षण है। इसके अतिरिक्त भाषा-विकास में बाधा, संवेगात्मक अभिव्यक्ति में विच्छिन्नता, सीखने में कठिनाई, क्रियात्मक व्यवहार में असामान्यता, हिंसक संवेगों का अचानक प्रदर्शन तथा चिन्तन-प्रक्रिया में गड़बड़ी इस रोग की मुख्य विशेषताएँ हैं। लेकिन DSM-IV (1994) में इस मनोविदलता को एक श्रेणी के रूप में नहीं माना गया है।

प्र.3. मनोविदलता की अवस्थाएँ या क्रम बताइए।
Discuss the phases or course of Schizophrenia.

उत्तर

मनोविदलता की अवस्थाएँ या क्रम
(Phases or Course of Schizophrenia)

मनोविदलता की अवस्थाएँ या क्रम निम्नलिखित हैं—

1. **पूर्वलक्षण अवस्था** (Prodromal Phase)—यह अवस्था मनोविदलता के वास्तविक आक्रमण के ठीक पहले की अवस्था है। इस अवस्था में बौद्धिक योग्यता में ह्रास शुरू हो जाता है, पारस्परिक कार्यवाही (interpersonal functioning) बिगड़ने लगती है, कुछ विचित्र व्यवहार नजर आने लगते हैं, संवेगात्मक अभिव्यक्ति (emotional expression) असंगत होने लगती है तथा असामान्य प्रत्यक्षणात्मक अनुभव घटित होने लगते हैं।
   इस अवस्था की अवधि या विस्तार (prevalence) कुछ दिनों से लेकर कई वर्षों तक हो सकता है। जब इस अवस्था की अवधि लम्बी होती है और व्यक्ति घातक अधोगामी क्रम (downhill course) का शिकार बन जाता है तो दीर्घकालीन पूर्वानुमान अपर्याप्त बन जाता है।
2. **सक्रिय अवस्था** (Active Phase)—मनोविदलता की इस अवस्था में इसके लक्षण स्पष्ट तथा प्रमुख होते हैं। विभ्रमों, व्यामोहों तथा चिन्तन एवं भाषा की विकृतियों को आसानी से पहचाना जा सकता है। इस अवस्था में रोगी के व्यवहार समग्र रूप से विघटित हो जा सकते हैं।
3. **अवशिष्ट अवस्था** (Residual Phase)—मनोविदलता के कुछ रोगियों में अवशिष्ट अवस्था देखी जाती है जो पूर्वलक्षण अवस्था (Prodromal Phase) के समान होती है, जिसमें सक्रिय अवस्था (Active Phase) के लक्षण फिर अस्पष्ट बन जाते हैं। जैसे—विभ्रम (hallucinations) तथा व्यामोह (delusions) देखे जा सकते हैं, किन्तु कम सक्रिय (less active) तथा कम महत्त्वपूर्ण (less important) होते हैं।

लक्षणों की मन्दता (muting of symptoms) के साथ-साथ कुण्ठित मनोदशा (flattened mood) तथा बौद्धिक कार्यों में सामान्य ह्रास के लक्षण भी देखे जाते हैं (*Davison* et al; 1995)। ऐसी स्थिति में व्यक्ति के लिए यह सम्भव हो पाता है कि वह इस रोग से पीड़ित होने के पहले वाली स्थिति में लौट सके।

प्र.4. जुड़वाँ अध्ययन विधि पर संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।
Write a short note on Twin Studies Method.

उत्तर

जुड़वाँ अध्ययन विधि
(Twin Studies Method)

इस विधि में मनोविदलता की उत्पत्ति में जननिक कारक (genetic factor) के योगदान को निर्धारित करने के लिए जुड़वाँ बच्चों (twin children) का अध्ययन किया जाता है। यहाँ दो तरह की योजनाओं (strategies) का उपयोग किया जाता है—

1. एक योजना यह कि जुड़वाँ बच्चों तथा सगे-भाई बहनों (siblings) की तुलना करके मनोविदलता की उत्पत्ति में जननिक कारक तथा/अथवा वातावरण की भूमिका का आकलन किया जाता है। यदि सगे भाई-बहनों की अपेक्षा जुड़वाँ बच्चों में माता-पिता का जननिक ट्रांसमीशन अधिक होता है तो समझा जाता है कि जननिक कारक इस रोग की उत्पत्ति का मूल स्रोत है। इस सन्दर्भ में **गोटेस्मैन, मैक्गफिन** तथा **फार्मर** (Gottesman, McGuffin & Farmer, 1987) ने अपने अध्ययन में 7.30% सगे भाई-बहनों तथा 2.65% भतीजा-भतीजी 30% असमान जुड़वाँ तथा 44.30% समान जुड़वाँ में जननिक आन्तरण (genetic transmission) पाया। इस आधार पर मनोविदलता की उत्पत्ति में जननिक कारक की भूमिका सहज प्रमाणित होती है।
2. अध्ययन की दूसरी योजना के अन्तर्गत समान जुड़वाँ बच्चों (Identical Twins, MZ) तथा असमान जुड़वाँ बच्चों (Fraternal Twins, DZ) का तुलनात्मक अध्ययन किया जाता है। मनोविदलता से पीड़ित माता-पिता के असमान जुड़वाँ बच्चों की अपेक्षा समान जुड़वाँ बच्चों में मनोविदलता की प्रवृत्ति या लक्षण अधिक पाये जाते हैं तो इससे मनोविदलता के जननिक आधार (genetic basis) का प्रमाण मिलता है। **गोटेस्मैन** तथा **शील्ड्स** (Gottesman and Shields, 1972) ने अपने अध्ययन में मनोविदलता में 42% समान जुड़वाँ तथा केवल 9% असमान जुड़वाँ में जननिक अन्तरण

TOUCH-n-PASS

(genetic transmission) पाया। इसी प्रकार एक दूसरे अध्ययन में 44.30% समान जुड़वाँ या 12.08% असमान जुड़वाँ में जननिक अन्तरण देखा गया (Gottesman, McGuffin and Farmer, 1987)।

उपर्युक्त विवेचनों से स्पष्ट है कि असमान जुड़वाँ बच्चों की अपेक्षा समान जुड़वाँ बच्चों की सामंजस्य (concordance) 100% से कम है। यदि जननिक अन्तरण (genetic transmission) ही मनोविदलता पर एक मात्र कारण होता तो सामंजस्य 100% होता। अतः प्रमाणित हुआ कि मनोविदलता की उत्पत्ति में जननिक अन्तरण के अलावा अन्य कारकों का भी हाथ होता है।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मनोविदलता से आप क्या समझते हैं? मनोविदलता की विमाओं का उल्लेख कीजिए।
What do you understand by Schizophrenia? Mention the Dimensions of Schizophrenia.

उत्तर

मनोविदलता का अर्थ
(Meaning of Schizophrenia)

मनोविदलता एक गम्भीर तथा जटिल मानसिक विकृति है, जिसकी परिभाषा (definition) के सम्बन्ध में मनोवैज्ञानिकों तथा मनश्चिकित्सकों (psychiatrists) के बीच मतभेद रहा है, जिसकी जानकारी इस विकृति की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि (historical background) के विश्लेषण में होती है। फिर भी DSM-IV (1994) में उल्लेखित कसौटियों (criteria) के आलोक में मनोविदलता का स्वरूप बहुत कुछ स्पष्ट हो चला है और इसको परिभाषित करना भी अपेक्षाकृति आसान बन गया है। अतः विभिन्न मनोवैज्ञानिकों के द्वारा दी गयी परिभाषाओं को उद्धृत करते हुए हम मनोविदलता के स्वरूप को समझने का प्रयास करेंगे।

रेबर एवं रेबर (Reber and Reber, 2001) के अनुसार, "मनोविदलता का तात्पर्य ऐसी मनोविकृतियों से है, जिनसे संज्ञानात्मक विकृतियों, संवेगात्मक विकृतियों तथा व्यावहारात्मक विकृतियों की अभिव्यक्ति हो।"

लेकिन इस परिभाषा से मनोविदलता का स्वरूप वस्तुतः स्पष्ट नहीं हो पाता है। कारण, इस परिभाषा में मनोविदलता के विशिष्ट लक्षणों (specific symptoms) का उल्लेख नहीं किया गया है।

होम्स (Holmes, 1998) के द्वारा दी गयी परिभाषा अधिक सन्तोषजनक है। उनके अनुसार, "मनोविदलता एक गम्भीर विकृति है, जिसमें विभ्रम, व्यामोह तथा/अथवा विक्षुब्ध चिन्तन प्रक्रिया सहित कार्यवाही ह्रास सम्मिलित होता है। इन लक्षणों का कम-से-कम 6 महीने तक जारी रहना आवश्यक होता है।"

यह परिभाषा मनोविदलता के स्वरूप को स्पष्ट करने के लिए काफी सरल है, जैसा कि DSM-IV (1994) में दर्शाया गया है। इस परिभाषा के विश्लेषण से मनोविदलता के स्वरूप के सम्बन्ध में निम्नलिखित बातें स्पष्ट होती हैं—

(i) मनोविदलता एक गम्भीर विकृति है। इसकी गम्भीरता तथा जटिलता का अनुमान इस वास्तविकता से चलता है कि शुरू से आज तक इसके स्वरूप के सम्बन्ध में मनोवैज्ञानिकों तथा मनश्चिकित्सकों के बीच मतभेद रहा है। इतना अवश्य है कि DSM-IV (1994) में इसके स्वरूप को अधिक विशिष्ट तथा स्पष्ट रूप से प्रस्तुत किया गया है।

(ii) मनोविदलता का एक मुख्य लक्षण विभ्रम (hallucination) है। रोगी दृष्टि विभ्रम, श्रवण विभ्रम आदि का शिकार बना रहता है।

(iii) मनोविदलता का दूसरा मुख्य लक्षण व्यामोह (delusion) है। रोगी नाना प्रकार के व्यामोहों जैसे दण्ड सम्बन्धी व्यामोह, उच्च विचार सम्बन्धी व्यामोह, यौन सम्बन्धी व्यामोह आदि से पीड़ित रहता है।

(iv) मनोविदलता में चिन्तन प्रकृति का लक्षण भी देखा जा सकता है। रोगी में विभ्रम तथा व्यामोह के साथ-साथ चिन्तन विकृतियाँ भी रह सकती है और नहीं भी।

(v) मनोविदलता की पहचान यह है कि इसके ये लक्षण कम-से-कम छः माह तक दृढ़ रहें।

मनोविदलता की विमाएँ
(Dimensions of Schizophrenia)

DSM-IV (1994) पर आधारित मनोविदलता को तीन विमाओं (dimensions) का उल्लेख निम्नलिखित है—

1. तीव्र-चिरकालिक विमा (Acute Chronic Dimension)

इस विमा को प्रतिक्रियात्मक प्रक्रिया विमा (Reactive-process dimension) भी कहा जाता है। प्रतिक्रियात्मक विमा का अर्थ यह है कि व्यक्ति में अचानक मनोविदलता के लक्षण विकसित हो जाते हैं। व्यक्ति में इसके लक्षण पहले कभी नहीं पाये गये होते

TOUCH ME PASS

हैं। ये लक्षण काफी तीव्र तथा तीक्ष्ण होते हैं। लेकिन ऐसे लक्षण लम्बे समय तक जारी नहीं रहते हैं। जैसे प्रतिक्रियात्मक मनोविदलता (Reactive Schizophrenia) कहते हैं। इस तरह के लक्षणों के विकसित होने के पूर्व व्यक्ति प्राय: सामान्य रहता है। यहाँ लक्षणों के कारण स्पष्ट होते हैं। किसी प्रियजन की मृत्यु, सम्पत्ति की क्षति, व्यवसाय में विफलता या क्षति आदि के घटित होने पर व्यक्ति प्रतिक्रियात्मक मनोविदलता का शिकार बन सकता है।

दूसरी ओर प्रक्रिया-विमा (process dimension) में चिरकालिक लक्षण (chronic symptoms) एक लम्बे समय तक देखे जाते हैं। इन लक्षणों के परिणाम अधिक घातक होते हैं। इसे प्रक्रिया-मनोविदलता (Process-Schizophrenia) कहा जाता है। इस रोग से पीड़ित व्यक्ति के पीछे मनोविदलता की व्यक्तिगत या पारिवारिक घटनाएँ हो सकती है। इस रोग के कारण की जानकारी आसानी से नहीं हो पाती है। इसका उपचार भी अपेक्षाकृत कठिन होता है। रोगी को मानसिक चिकित्सालय में भर्ती करना आवश्यक बन जाता है।

प्रक्रिया-मनोविदलता में प्रतिक्रियात्मक मनोविदलता की अपेक्षा सामाजिक विकास सीमित होता है। रोगी सामाजिक, शैक्षणिक अथवा व्यावसायिक समायोजन में प्रभावी रूप से सफल नहीं होता है।

लेकिन, कुछ आधुनिक अध्ययनों से पता चलता है कि मनोविदलता में प्रतिफल (outcome) की भविष्यवाणी करने में प्रतिक्रियात्मक प्रक्रिया विमा (Reactive-Process Dimension) की भूमिका संदेहात्मक है (Harrow & Westermeyer, 1987)। फिर भी यह विमा शिजो-व्यक्तित्व विकृति (Schizotypal Disorders) तथा शिजो-एफेक्टिव विकृति (Schizo Affective Disorders) के प्रतिफलों (outcomes) की भविष्यवाणी में आज भी सफल है।

2. सकारात्मक-नकारात्मक लक्षण विमा (Positive-Negative Symptoms Dimension)

इस विमा के आधार पर मनोविदलता के लक्षणों को दो वर्गों में अर्थात् सकारात्मक लक्षण (positive symptoms) तथा नकारात्मक लक्षण (negative symptoms) में विभाजित किया गया है। सकारात्मक लक्षणों का तात्पर्य ऐसे लक्षणों से है, जिनसे अत्यधिक विकृत व्यवहारों की उपस्थिति का बोध हो। जैसे—विक्षुब्ध व्यवहार (bizarre behaviour), विभ्रम (hallucinations), व्यामोह (delusions) तथा चिन्तन विकृति (Anderson, 1987)। इसके विपरीत नकारात्मक लक्षणों का तात्पर्य ऐसे लक्षणों से है जिनसे व्यवहार-त्रुटि (behavioural deficiency) का बोध होता हो अथवा सामान्य व्यवहारों की अनुपस्थिति जैसे—कुण्ठित व्यवहार (flattened behaviour), भाषा की त्रुटि, चिन्तन की प्रक्रिया की त्रुटि, मनोगति न्यूनता, सुख या रुचि की क्षति तथा सामाजिक पलायन (social withdrawal) इत्यादि (Anderson, 1987)।

सकारात्मक लक्षण तथा नकारात्मक लक्षण को क्रमश: टाइप-I (Type-I) तथा टाइप-II (Type-II) कहते हैं (Crow, 1980)। टाइप-I मनोविदलता में सकारात्मक लक्षण आकस्मिक रूप से विकसित हो जाते हैं। जैसे—विभ्रम, व्यामोह, इत्यादि। दूसरी ओर टाइप-II मनोविदलता में नकारात्मक लक्षण विकसित हो जाते हैं, जैसे—कुण्ठित भाव, सामाजिक पलायन (social withdrawal), बौद्धिक क्षति इत्यादि। अध्ययनों से पता चलता है कि टाइप-I मनोविदलता तथा टाइप-II मनोविदलता के बीच परस्पर व्यापन (overlapping) देखा जाता है (Maltzer, 1987; Rosen et al; 1984)। यह विमा मनोविदलता के विभिन्न प्रकारों को परिभाषित करने में पूरी तरह सक्षम नहीं है (Rathus and Nevid, 1991)।

3. व्यामोही-अव्यामोही विमा (Paranoid-Non-Paranoid Dimension)

इस विमा के पहले पक्ष अर्थात् व्यामोही से विशेष दो तरह के व्यामोहों अर्थात् दण्डात्मक व्यामोह (persecutory delusion) तथा श्रेष्ठता व्यामोह (grandeur delusion) की उपस्थिति का बोध होता है। इसके विपरीत अव्यामोही से इन दोनों तरह के व्यामोहों की अनुपस्थिति का बोध होता है। लेकिन **केनन** (Kenann, 1995) के अध्ययन से पता चलता है कि व्यामोही मनोविदलता (Paranoid Schizophrenia) बहुत हद तक प्रतिक्रियात्मक मनोविदलता (Reactive Schizophrenia) के समान है। अत: प्रतिक्रियात्मक-प्रक्रिया विमा (Reactive-Process Dimension) से अलग व्यामोही-अव्यामोही विमा (Paranoid-Non-Paranoid dimension) का कोई स्वतन्त्र अस्तित्व नहीं है।

प्र.2. मनोविदलता के सामान्य लक्षण या नैदानिक लक्षण पर प्रकाश डालिए।

Throw light on general or clinical symptoms of Schizophrenia.

उत्तर

मनोविदलता के सामान्य लक्षण या नैदानिक लक्षण
(General or Clinical Symptoms of Schizophrenia)

मनोविदलता के विभिन्न लक्षणों को निम्नलिखित श्रेणियों (categories) में विभाजित किया जा सकता है—

1. सकारात्मक लक्षण (Positive Symptoms) अथवा संज्ञानात्मक लक्षण (Cognitive Symptoms)

2. नकारात्मक लक्षण (Negative Symptoms) :
   (i) मनोदशा लक्षण (Mood Symptoms)
   (ii) गति लक्षण (Motor Symptoms)
   (iii) कायिक लक्षण (Somatic Symptoms)

अब हम मनोविदलता के इन सभी लक्षणों का वर्णन एक-एक कर के करेंगे।

1. सकारात्मक लक्षण (Positive Symptoms)

सकारात्मक लक्षणों का अर्थ मनोविदलता के वे लक्षण हैं जो विक्षुब्ध व्यवहारों एवं विचारों तथा विभ्रमों और व्यामोहों की उपस्थिति से पहचाने जाते हैं।

होम्स (Holmes, 1998) के शब्दों में, "सकारात्मक लक्षणों का तात्पर्य विभ्रम, व्यामोह तथा चिन्तन-विक्षोभ से है जो मनोविदलता में देखे जाते हैं और जो स्नायु-संचरण में उत्पन्न समस्याओं के कारण विकसित होते हैं।"

इस परिभाषा के आलोक में सकारात्मक लक्षणों को संज्ञानात्मक लक्षण (cognitive symptoms) कहते हैं जिनके कई प्रकार हैं—

संज्ञानात्मक लक्षण (Cognitive Symptoms)

1. **विभ्रम** (Hallucination)—विभ्रम मनोविदलता का एक महत्त्वपूर्ण सकारात्मक लक्षण है। किसी बाह्य-उत्तेजना (external stimulus) की अनुपस्थिति में उसका ज्ञान व्यक्ति को होता है। मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति वास्तविक वस्तु या व्यक्ति की अनुपस्थिति में उसे देखता है, गंध के अभाव में उसे गंध की अनुभूति होती है, किसी आवाज की अनुपस्थिति में उसे सुनता है, इत्यादि। इनमें श्रवण विभ्रम (auditory hallucination) सामान्य रूप से देखा जाता है। प्राय: रोगी ऐसी आवाज सुनता है, जिसमें उसकी आलोचना की जाती हो या कोई आदेश (command) दिया जाता हो। जैसे—बैटी (Betty) नाम की एक महिला रोगी हमेशा यह आदेश सुना करती थी कि "तुम अपने को काट डालो और मर जाओ।" क्रम से दूसरा स्थान कायिक विभ्रम (somatic hallucination) का है, जिसमें रोगी को त्वचा की ज्वलित संवेदनाएँ अथवा आन्तरिक शारीरिक संवेदनाएँ होती हैं। तीसरे स्थान पर दृष्टि विभ्रम (visual hallucination) तथा गन्ध विभ्रम (olfactory hallucination) घटित होते हैं।
   यहाँ यह बात उल्लेखनीय है कि मनोविदलता के रोगी को विभिन्न विभ्रम उतने ही वास्तविक लगते हैं, जितना कि प्रत्यक्षण (perception)। वे विभ्रम तथा प्रत्यक्षण के बीच अन्तर करने में असमर्थ होते हैं।
2. **व्यामोह** (Delusion)—व्यामोह का अर्थ वह गलत विश्वास है जो स्पष्ट विरोधी प्रमाण के होते हुए भी जारी रहता है। कुछ व्यामोह विक्षुब्ध (bizarre) तथा प्रत्यक्षत: निरर्थक तथा असंगत होते हैं और कुछ व्यामोह सम्भव किन्तु असम्भाव्य (unlikely) होते हैं। ऐसे व्यामोह को विक्षुब्ध व्यामोह (bizarre delusion) कहते हैं।
   मनोविदलता में दण्ड व्यामोह (delusions of persecution) अधिक पाये जाते हैं, जिनमें व्यक्ति यह सोचता है कि दूसरे लोग उसके विरुद्ध जासूसी करते हैं तथा उसे नुकसान पहुँचाने की योजना बना रहे हैं। इसी तरह सन्दर्भ व्यामोह (delusions of reference) भी सामान्य रूप से मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति में देखे जाते हैं। इस तरह के व्यामोह में वस्तुओं, घटनाओं अथवा अन्य लोगों को व्यक्ति एक सार्थक सन्दर्भ में समझता है। जैसे—एक पुरुष रोगी ने एक महिला को समाचार-पत्र को मोड़ते हुए देखा तो उसे यह विश्वास हो गया कि कोई जासूस उसका (रोगी का) पीछा कर रहा है। कई तरह मनोविदलता के रोगी में तादात्म-व्यामोह (delusions of identity) भी देखे जा सकते हैं। इस तरह के व्यामोह में रोगी को यह विश्वास हो जाता है कि वह कोई दूसरा है। जैसे—किसी को यह विश्वास हो जाता है कि वह भारत का प्रधानमन्त्री या राष्ट्रपति है और किसी को ऐसा विश्वास हो जाता है कि वह महान वैज्ञानिक है। यह बात उल्लेखनीय है कि मनोविदलता के अनेक रोगियों में एक से अधिक व्यामोह देखे जाते हैं, जो आपस में सम्बद्ध होते हैं।
   व्यामोह के सम्बन्ध में एक उल्लेखनीय बात यह है कि सामान्य व्यक्तियों में भी ऐसे विश्वास देखे जाते हैं जो वास्तविकता (reality) से असंगत (inconsistent) होते हैं। लेकिन सामान्य व्यक्ति के ऐसे विश्वास से मनोविदलता के व्यामोही विश्वास इस अर्थ में भिन्न है कि व्यामोही-विश्वास अपेक्षाकृत अधिक विक्षुब्ध (bizarre), अधिक व्याप (pervasive) तथा विरोधी प्रमाण के होते हुए परिवर्तन के प्रति अधिक प्रतिरोधी (resistent to change) होते हैं (Oltmann and Maher, 1988)।

TOUCH n PASS

3. **विक्षुब्ध चिन्तन प्रक्रियाएँ** (Disturbed Phought Process)—मनोविदलता का एक संज्ञानात्मक लक्षण चिन्तन प्रक्रियाओं से सम्बन्धित है। यहाँ रोगी के चिन्तन करने के ढंग (mode of thinking) में विकृति देखी जाती है। जैसे—रोगी के विचारों के बीच सहचारी सम्बन्ध (associative link) कमजोर हो जाता है या टूट जाता है जिससे वह विसंगतियों (irrelevancies) का शिकार बन जाता है Bleuler, 1936)। जैसे—रोगी अपने कोट के सम्बन्ध में बात करते-करते बिना किसी प्रकट परिवर्तन के तुरन्त ताजमहल के सम्बन्ध में बात करने लगता है। रोगी में बोलने का प्रतिरूप भी विकृति हो जाता है। ऐसा लगता है कि उसके शब्दों में कोई अनुक्रम (sequence) नहीं होता है। उसकी ऐसी भाषा को शब्द सलाद (word salad) कहा जाता है। इसके अलावा रोगी में न्यूनीकृत बुद्धि (reduced intelligence) पायी जाती है। (Heaton et al; 1994)।
4. **संज्ञानात्मक आप्लावन** (Cognitive Flooding)—संज्ञानात्मक आप्लावन संज्ञानात्मक अनुभूति का एक महत्त्वपूर्ण तत्त्व है; जिसमें मनोविदलता का रोगी आन्तरिक तथा बाह्य असंगत उत्तेजनाओं को परखने की योग्यता खो बैठता है। ऐसा लगता है कि अतिरिक्त उत्तेजनाओं (extraneous stimuli) को छानने वाला फिल्टर (filter) ही खो गया हो या दूर हो गया हो। परिणामत: रोगी बाहर तथा भीतर की सभी चीजों की ओर ध्यान देने के लिए बाध्य होता है और उसे महसूस होता है मानो वह प्रत्यक्षणों (perceptions), विचारों (thoughts) तथा भावों (feelings) से भर जाता है। इसे ही संज्ञानात्मक आप्लावन अथवा उत्तेजना अतिभार (stimulus overload) कहते हैं। यह बात उल्लेखनीय है कि DSM-IV में मनोविदलता के लक्षणों की सूची में संज्ञानात्मक आप्लावन (cognition flooding) को शामिल नहीं किया गया है। लेकिन यहाँ इसका उल्लेख इसलिए किया गया है कि मनोविदलता के रोगी की संज्ञानात्मक समस्याओं के स्वरूप को समझने में यह सहायक होता है (Holmes, 1998)।

   इस प्रकार स्पष्ट है कि मनोविदलता के उपर्युक्त कई सकारात्मक लक्षण (positive symptoms) हैं। इन्हें टाइप-I लक्षण (Type I symptoms) भी कहा जाता है।

2. नकारात्मक लक्षण (Negative Symptoms)

मनोविदलता के कई नकारात्मक लक्षण हैं। नकारात्मक लक्षणों का अर्थ वे लक्षण हैं, जिनसे किसी व्यवहार या भाव (affect) की अनुपस्थिति का बोध होता है। **होम्स** (Holmes, 1998) के शब्दों में, "नकारात्मक लक्षणों का तात्पर्य भाषा की कमी, कुण्ठित भाव, सुख की अनुभूति की अयोग्यता तथा प्रेरणा के अभाव से है, जो मनोविदलता में देखे जाते हैं तथा मस्तिष्क में उत्पन्न संरचनात्मक समस्याओं अथवा अग्र खण्डों में निम्न क्रिया-स्तरों के कारण विकसित होते हैं।"

इस परिभाषा के आलोक में **होम्स** (Holmes) ने नकारात्मक लक्षणों को निम्नलिखित भागों में विभाजित किया है—

1. **मनोदशा लक्षण** (Mood Symptoms)—इस सन्दर्भ में मुख्य रूप से दो तरह के लक्षणों का उल्लेख मिलता है—

   (i) कुण्ठित भाव (Blunted or Flat Affect) तथा

   (ii) अनुपयुक्त संवेगात्मक प्रतिक्रियाएँ (Inappropriate Emotional Responses)।

   एक अध्ययन के अनुकूल मनोविदलता के लगभग 60% रोगी इन दोनों प्रकार की मनोदशा विकृति (mood disorder) से पीड़ित होते हैं।

   कुण्ठित भाव का अर्थ यह है कि रोगी में खुशी, दुख या क्रोध की अभिव्यक्ति बहुत कम देखी जाती है। सामान्य व्यक्ति जिस परिस्थिति में खुशी, क्रोध या भय के भावों (affects) की अभिव्यक्ति करते हैं, मनोविदलता के रोगी उस परिस्थिति में होने के बावजूद इन भावों की अभिव्यक्ति खुलकर नहीं करते हैं बल्कि उनके प्रति उदासीन (indifferent) रहते हैं। जैसे—अपने किसी सम्बन्धी या मित्र की मृत्यु की खबर सुनकर भी रोगी विचलित नहीं होता बल्कि भावशून्य (unmoved) ही रहता है।

   अनुपयुक्त संवेगात्मक प्रतिक्रिया का अर्थ यह है कि संवेगात्मक परिस्थिति के प्रतिकूल प्रतिक्रिया करता है। जैसे—अपने निकट सम्बन्धी या मित्र की खबर सुनकर वह मुस्कराने या हँसने लगता है। दूसरी ओर अच्छी खबर सुनकर रोने लगता है। रोगी के इस अनुपयुक्त संवेगात्मक प्रतिक्रिया का कारण यह है कि वह अपने व्यामोह (delusion) या विभ्रम (hallucination) के प्रति प्रतिक्रिया करता है न कि उस वास्तविक परिस्थिति के प्रति जिसमें उस समय वह होता है (Holmes, 1998)।

TOUCH 'n' PASS

2. **गति-लक्षण** (Motor Symptoms)—मनोविदलता के रोगी में गति-लक्षण भी देखे जा सकते हैं। कुछ रोगी लम्बे समय तक निश्छल (immobile) बने रहते हैं जबकि कुछ रोगी काफी उत्तेजित रहते हैं तथा उच्चस्तरीय क्रिया का प्रदर्शन करते हैं। कुछ रोगी में बैठने की कठिनाई देखी जाती है। वे चैन से नहीं बैठते हैं, बल्कि हमेशा उठ-बैठ करते रहते हैं। इसी तरह विचित्र मुखाकृति (unusual grimacing), अंगुली तथा हाथ का आवृत्तिक संचलन (repetitive moments) आदि लक्षण भी मनोविदलता के रोगी में देखे जा सकते हैं। औषधों (drugs) के इस्तेमाल करने पर भी इस तरह के गति-लक्षण विकसित हो सकते हैं, किन्तु इन्हें मनोविदलता विकृति का लक्षण नहीं माना जा सकता है (*Fentox* et al; 1994)।
3. **कायिक लक्षण** (Somatic Symptoms)—यद्यपि DSM-IV में मनोविदलता के लक्षणों की सूची में कायिक लक्षण को नहीं रखा गया है, फिर भी बाद में किये गये अध्ययनों से मनोविदलता में इस लक्षण के होने का प्रमाण मिलता है, हालाँकि प्राप्त परिणाम परस्पर विरोधी भी हैं। कुछ अध्ययनों में मनोविदलता में शारीरिक उत्तेजन (जैसे हृदय गति, रक्तचाप, पसीना निकलना) सामान्य व्यक्ति की अपेक्षा अधिक पाया गया है जबकि कुछ अन्य अध्ययनों में यह उत्तेजन अपेक्षाकृत कम पाया गया है। सम्भव है कि इस अन्तर का कारण यह है कि मनोविदलता के विभिन्न प्रकारों में इस शारीरिक उत्तेजन का स्तर भिन्न-भिन्न हुआ करता है।

इस प्रकार स्पष्ट है कि मनोविदलता के कई लक्षण हैं। इस सन्दर्भ में दो बातों का उल्लेख करना आवश्यक है। पहली बात यह है कि सभी रोगियों में ये सभी लक्षण एक ही साथ उपस्थित हों, यह आवश्यक नहीं है। दूसरी बात यह है कि सभी रोगियों को अपने लक्षणों की चेतना नहीं रहती है। एक अध्ययन में 33%, 40%, 58% तथा 53% रोगी क्रमश: अपने मानसिक विकृतियों, विभ्रमों, व्यामोहों तथा चिन्तन-विकृतियों से अनभिज्ञ थे (*Xavier* et al; 1994)।

प्र.3. मनोविदलता के प्रकारों का वर्णन कीजिए।

Mention the types of Schizophrenia.

उत्तर

मनोविदलता के प्रकार
(Type of Schizophrenia)

DSM-IV (1994) में मनोविदलता को निम्नलिखित पाँच प्रकारों का उल्लेख मिलता है—

1. विघटित मनोविदलता (Disorganized Schizophrenia)

मनोविदलता का यह एक महत्त्वपूर्ण प्रकार जिसमें सम्भ्रान्ति (confusion), धार्मिक एवं दण्डात्मक व्यामोह, शारीरिक ह्रास आदि लक्षण पाये जाते हैं। इसकी चर्चा करते हुए **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) ने कहा है कि "विघटित मनोविदलता का तात्पर्य मनोविदलता के उस प्रकार से है, जिसके प्रभेदी लक्षण हैं अण्ड-बण्ड वाणी तथा कुण्ठित, असंगत या हास्यप्रद भाव। यह विकृति शारीरिक हावभाव या मुखाकृति जैसे व्यवहार की विचित्रताओं से प्राय: संयुक्त होती है।" मनोविदलता के इस प्रकार को पहले हेबेफ्रेनिक (hebephrenic) कहा जाता था।

इस प्रकार के रोगी में असंगत व्यामोह, महानता के विभ्रम, विच्छिन्न चिन्तन, अव्यवस्थित भाषा, बाल्य-हठ, अनिद्रा, खिन्नता, व्यक्तित्व-विच्छेद तथा संवेगों की दुर्बलता आदि लक्षण पाये जाते हैं। उनमें एकाएक रोने तथा हँसने के व्यापार भी देखे जाते हैं। वे अपने आन्तरिक विचारों के कारण ही रोते तथा हँसते हैं। वे काल्पनिक साथियों से घण्टों बात करते हैं। उनके खाने-पीने, बातचीत करने आदि का ढंग बच्चों जैसा होता है जिससे प्रतिगमन (regression) का प्रमाण मिलता है।

वे अपने को संसार के बनाने वाले समझते हैं। इस तरह, महानता के विभ्रम से ग्रस्त रहते हैं। कुछ रोगियों में दैवी-शक्ति को देखने तथा गंधों को सूँघने का विभ्रम पाया जाता है। एक रोगी को यह व्यामोह हो गया कि कीड़े ने उसके रस को चूस लिया है और अब उसमें केवल हड्डी का ढाँचा बन गया है। एक दूसरे रोगी को यह विश्वास हो गया कि उसके पेट में मधुमक्खी है जो बराबर भनभनाया करती है। यह विश्वास तभी हटा जब एक नाद में उसने मधुमक्खी को पड़ा देखा तथा उसे यह विश्वास हुआ कि वह उसी के पेट से निकली है। इस तरह के व्यामोह इसके रोगियों में प्राय: पाये जाते हैं।

2. कैटेटोनिक मनोविदलता (Catatonic Schizophrenia)

कैटेटोनिक मनोविदलता को पहले आंगिक विकृति (organic disorder) माना गया था (Karl Kahlbaum, 1868)। लेकिन आज से मनोविदलता का एक ऐसा प्रकार माना जाता है, जिसमें मनोगति क्रिया की विक्षुब्धता (disturbance of psychomotor activity) का लक्षण प्रधान होता है।

सरासन तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) ने मनोविदलता के इस प्रकार की चर्चा करते हुए कहा है, "कैटेटोनिक मनोविदलता वास्तव में मनोविदलता का एक प्रकार है, जिसमें मनोगतिक विक्षुब्धता का लक्षण पाया जाता है, यह लक्षण प्राय: दैहिक दृढ़ता या मुद्रा के रूप में देखा जाता है, अन्य व्यवहार में मोम जैसा लचीलापन देखा जा सकता है।"

इसके लक्षण बड़े ही नाटकीय ढंग से विकसित होते हैं। जैसे—शरीर की माँसपेशियों का कड़ा होना। रोगी एक ही मुद्रा में बिना हिले-डोले पर रहता है। कभी-कभी आँखें मूँदकर पड़ जाता है तो कभी एक टाँग पर खड़ा रहता है। ऐसे रोगियों को भोजन करने या कपड़ा पहनने में सहायता करने की जरूरत पड़ती है। उन्हें चम्मच या रबर की नली द्वारा खिलाया जाता है। कुछ रोगियों के शरीर मोम की तरह मुलायम हो जाते हैं। इनके शरीर में कड़ापन नहीं रहता है। इसलिए उन्हें जिस ओर मोड़ दीजिए उसी ओर मुड़ जाते हैं। कभी-कभी वे बहुत ही संकेतशील (suggestible) हो जाते हैं और कभी कहने के ठीक विपरीत कार्य करते हैं।

उत्तेजित कैटेटोनिक व्यवहार की स्थिति में रोगी अत्यधिक मनोशारीरिक उत्तेजन का प्रदर्शन करता है तथा लगातार चिल्लाता रहता है। लम्बे समय तक कैटेटोनिक उत्तेजन का इसी अनुभव करने वाला रोगी विनाशक हो सकता है तथा दूसरे के प्रति आक्रमणकारी व्यवहार (aggressive behaviour) भी कर सकता है। ऐसी स्थिति में रेचन (exhaustion) के कारण अचानक बीमार पड़ सकता है या मर जा सकता है।

3. व्यामोही मनोविदलता (Paranoid Schizophrenia)

मनोविदलता का एक प्रकार व्यामोही मनोविदलता है, जिसमें मुख्य रूप से श्रेष्ठता व्यामोह (delusion of grandeur), संदर्भ व्यामोह (delusion of reference), ईर्ष्या-व्यामोह (delusion of jealousy) आदि लक्षण पाये जाते हैं। **रेबर एवं रेबर** (Reber & Reber, 2001) के शब्दों में, "व्यामोही मनोविदलता वास्तव में मनोविदलता का एक प्रकार है जिसमें मुख्य रूप से दण्ड-व्यामोह या प्रतिष्ठा-व्यामोह अथवा दण्ड-विभ्रम या श्रेष्ठता विभ्रम के लक्षण पाये जाते हैं।"

इस परिभाषा के आलोक में स्पष्ट है कि इस प्रकार की मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति में व्यामोह तथा/अथवा विभ्रम का लक्षण मूलत: देखा जाता है। व्यामोह में भी दण्ड-व्यामोह अथवा श्रेष्ठता व्यामोह की प्रधानता होती है। इसी तरह दण्ड या श्रेष्ठता से सम्बन्धित विभ्रम भी देखे जा सकते हैं। ईर्ष्या-व्यामोह भी रोगी में प्राय: देखा जाता है। इसके अतिरिक्त विकेन्द्रित चिन्ता, क्रोध, लिंग-परिचय (gender identity) से सम्बद्ध संदेह, आडम्बरपूर्ण औपचारिक स्वभाव (tilted formal quality) तथा अलगाव (aloofness) में से कोई भी लक्षण मनोविदलता के रोगी में देखा जा सकता है।

इस प्रकार के रोगियों में संवेगों की दुर्बलता तथा उदासीनता, संदर्भ-भाव (ideas of reference), यानी सब मेरे दुश्मन हैं तथा मेरी चर्चा करते हैं, परेशानी का विभ्रम आदि लक्षण पाये जाते हैं। इस प्रकार के रोगी झक्की तथा शक्की होते हैं। उनके व्यामोह तो प्रारम्भ में कुछ व्यवस्थित रहते हैं, परन्तु बाद में चलकर उसकी संख्या बढ़ जाती है और वे व्यवस्थित हो जाते हैं।

इसके रोगी को विभ्रम (hallucinations) भी बहुत होते हैं। अपने को भूत-प्रेत से घिरे हुए पाते हैं। उनसे अपनी रक्षा के लिए आत्महत्या भी कर लेते हैं। इस रोग से ग्रस्त एक औरत ने अपने सभी कपड़ों को जला दिया, क्योंकि उसे यह विश्वास हो गया था कि उनमें चुड़ैल घुस गयी है। अपनी साड़ियों को जलाते समय वह कहती थी कि साड़ियों के साथ-साथ चुड़ैल भी जल रही है, जो उसे परेशान करती थी। वह महिला 25 वर्षों से विधवा थी परन्तु वह अपने को नव-वधू समझती थी। वह काफी शृंगार करती थी; क्योंकि उसे यह विभ्रम हो गया था कि उसके पति कहीं बाहर गये हैं और शीघ्र ही लौटकर आने वाले हैं।

4. मिश्रित मनोविदलता (Undifferentiated Schizophrenia)

मनोविदलता के इस श्रेणी (category) में ऐसे व्यक्तियों को रखा जाता है जिनमें मनोविदलता के मिश्रित लक्षण पाये जाते हैं। दूसरे शब्दों में उनमें कुछ ऐसे लक्षण होते हैं, जो मनोविदलता की निर्धारित श्रेणियों में से किसी भी एक श्रेणी के अनुरूप नहीं होते हैं अथवा एक से अधिक श्रेणियों के अनुरूप होते हैं। इसकी चर्चा करते हुए **डेविसन** तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने कहा है कि "मिश्रित मनोविदलता का अर्थ वह निदान है जो ऐसे रोगियों के लिए दिया गया है, जिसके मानसिक लक्षण किसी एक सूचीबद्ध श्रेणी में ठीक नहीं बैठते हैं अथवा एक से अधिक श्रेणियों के मापदण्डों के अनुकूल होते हैं।"

स्पष्ट है कि मिश्रित मनोविदलता की मुख्य दो पहचान हैं—

(i) इसके लक्षण DSM-IV (1994) में सूचीबद्ध श्रेणियों (listed categories) में से किसी भी एक श्रेणी के अनुकूल न हों।

(ii) इन सूचीबद्ध श्रेणियों में से एक से अधिक श्रेणियों के अनुकूल हों।

उल्लेखनीय है कि मिश्रित मनोविदलता के रोगियों में इस रोग के संस्थापित लक्षण (classical symptoms) जैसे व्यामोह (delusions), विभ्रम (hallucinations), असंगत तथा विघटित व्यवहार पाये जाते हैं। लेकिन वे (रोगी) इनमें से किसी भी लक्षण को किसी भी एक सूचीबद्ध प्रकार (listed type) या मापदण्डों (criteria) के अनुकूल प्रदर्शित करने में विफल होते हैं।

मिश्रित मनोविदलता के निम्नलिखित दो प्रकार हैं—

(i) तीव्र अभिन्न मनोविदलता (Acute Undifferentiated Schizophrenia)

(ii) दीर्घकालिक अभिन्न मनोविदलता (Chronic Undifferentiated Schizophrenia)।

जब रोगियों में लक्षण शीघ्र दृष्टिगोचर होने लगते हैं और शीघ्र विलीन हो जाते हैं तो इसे तीव्र अभिन्न मनोविदलता कहा जाता है। लेकिन जब लक्षण धीरे-धीरे विकसित होते हैं और कुछ दिनों तक वर्तमान रहते हैं तो इसे दीर्घकालिक अभिन्न मनोविदलता कहा जाता है।

तीव्र और दीर्घकालिक अभिन्न मनोविदलता-रोग का निदान (diagnosis) करना एक कठिन काम है। एक ही रोगी कभी कैटाटोनिक प्रकार के लक्षण प्रदर्शित करता है तो कभी स्थिर व्यामोही मनोविदलता का लक्षण। इसी प्रकार कभी हेबेफ्रेनिक मनोविदलता के लक्षण तो कभी मनोभावात्मक मनोविदलता के लक्षण। अत: चिकित्सक को यह पता लगाना असम्भव नहीं तो मुश्किल अवश्य हो जाता है कि रोगी को किस प्रकार के अन्तर्गत रखा जाए। इस प्रकार के रोगियों को इस मिश्रित मनोविदलता में रखा जाता है।

5. अवशिष्ट मनोविदलता (Residual Schizophrenia)

अवशिष्ट मनोविदलता के लिए यह आवश्यक है कि इससे पीड़ित व्यक्ति अतीत में कम-से-कम एक मनोविदलता-घटना (schizophrenic episode) से गुजर चुका हो तथा वर्तमान में कुण्ठित संवेगों, सामाजिक प्रतिहार (social withdrawal) तथा अनियमित व्यवहार (eccentric behaviour), कर प्रदर्शन करता हो, लेकिन किसी मुख्य व्यामोह, विभ्रम, विघटित वाणी या व्यवहार-विक्षुब्धता (behaviour disturbance) से पीड़ित न हो।

होम्स (Holmes, 1998) ने इस मनोविदलता की चर्चा करते हुए कहा है, "अवशिष्ट मनोविदलता एक मन्द विकृति है जो कम-से-कम एक मनोविदलता-घटना के बाद घटित होती है तथा जिसमें मनोविदलता के कुछ मन्द लक्षण पाये जाते हैं।"

मनोविदलता के रोगी चंगा होने के बाद अस्पताल से अपने घर लौट जाते हैं और समुदाय में अभियोजित करने लगते हैं। फिर भी उनमें मनोविदलता के कुछ लक्षण शेष रह जाते हैं। ऐसे रोगियों को अवशिष्ट मनोविदलता की श्रेणी में रखा जाता है। इसकी चिन्तन-प्रक्रिया, संवेग और क्रिया में कुछ गड़बड़ी रह जाती है। वे अवशिष्ट लक्षण (residual symptoms) रोगी को परिवार, कार्य या सामाजिक जीवन में अभियोजित करने में उग्र रूप से बाधक नहीं होते हैं। इस प्रकार की मनोविदलता के स्वरूप को स्पष्ट करने के लिए संचारी (ambulatory), सीमान्त (borderline) और छद्म-मनोस्नायुविकृत मनोविदलता (Pseudoneurotic Schizophrenia) शब्दों का व्यवहार भी किया जाता है। यद्यपि इस प्रकार के कुछ रोगी कुछ ही दिनों में स्वस्थ होकर अस्पताल से अपने घर चले जाते हैं, फिर भी उन्हें बिल्कुल रोग-मुक्त नहीं किया जा सकता है। उनमें अवशिष्ट मनोविदलता के लक्षणों के कुछ अंश रह जाते हैं। इससे पता चलता है कि मनोविदलता के रोगियों को बिल्कुल स्वस्थ नहीं कहा जा सकता है, भले ही उनके लक्षणों में कुछ कमी की जा सकती है।

प्र.4. मनोविदलता के कारणों का विस्तृत वर्णन कीजिए।

Mention the causes or etiology of Schizophrenia.

उत्तर

मनोविदलता के कारण
(Causes or Etiology of Schizophrenia)

मनोविदलता एक जटिल तथा गम्भीर मानसिक विकृति है, जिसके कारण के सम्बन्ध में कई तरह के दृष्टिकोण (views), उपागम (approaches), सिद्धान्त (theories) तथा व्याख्याएँ (explanations) उपलब्धि है, जिनके आलोक में निम्नलिखित कारण मुख्य हैं—

1. जननिक कारक (Genetic Factors)
2. जैव-रसायन कारक (Biochemical Factors)
3. मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological Factors)
4. संज्ञानात्मक कारक (Cognitive Factors)
5. सामाजिक-सांस्कृतिक कारक (Socio-cultural Factors)

इन कारकों में से प्रत्येक का उल्लेख यहाँ अलग-अलग किया जाएगा तथा मनोविदलता के विकास में इसकी भूमिका (role) को निर्धारित किया जाएगा।

1. जननिक कारक (Genetic Factors)

जननिक कारक का तात्पर्य आनुवंशिक कारक (hereditary factor) या आनुवंशिकता (heredity) से है। मनोविदलता का एक प्रमुख कारण आनुवंशिकता को माना जाता है और बहुत हद तक इस विकृति को वंशागत माना जाता है। इस विचार का

TOUCH n PASS

समर्थन तीन तरह के अध्ययनों से होता है। इन अध्ययनों को (i) परिवार-अध्ययन (Family Studies), (ii) जुड़वाँ बच्चों के अध्ययन (Twin Children Studies) तथा (iii) दत्तक अध्ययन (Adoptee Studies) कहते हैं। यहाँ हम इन तीनों तरह के अध्ययनों के आलोक में देखना चाहेंगे कि किस प्रकार मनोविदलता का मुख्य कारण आनुवंशिकता है।

(i) परिवार अध्ययनों (Family Studies) से पता चलता है कि जिस परिवार में माता-पिता या पूर्वज मनोविदलता के रोगी रह चुके हों अथवा अभी हों, उनके बच्चे भी इस रोग से पीड़ित हो जाते हैं। दूसरी ओर जिस परिवार में माता-पिता या पूर्वजों में यह रोग कभी नहीं रहा हो, उस परिवार के बच्चों में इस रोगी के होने की सम्भावना लगभग नहीं रहती है। इस विचार का समर्थन कई अध्ययनों से होता है।

कालमैन (Kallmann) ने इसके एक हजार रोगियों का अध्ययन किया और अपने अध्ययन के आधार पर यह निष्कर्ष निकाला कि वंश परम्परा के कारण ही यह रोग होता है। **स्टोडार्ट** (Stodart) ने अपने अध्ययन में पाया कि, यह रोग बच्चों में उनकी माँ से आता है। **ह्वाइट** (White) नामक एक अमेरिकन चिकित्सक ने अध्ययन के आधार पर बतलाया कि, करीब 90 प्रतिशत यह रोग वंशपरम्परा के कारण होता है। जिस व्यक्ति में इस रोग का विशेष बीज होगा वही इसका शिकार हो सकता है।

गोटेस्मैन, मैक्गफिन तथा **फार्मर** (Gottesman, McGuffin and Farmer, 1987) ने अपने अध्ययन में पाया कि, मनोविदलता से पीड़ित व्यक्तियों के सम्बन्धियों (relatives) में मनोविदलता के विकसित हो जाने का खतरा अधिक रहता है। उन्होंने यह पाया कि निकट सम्बन्धी में इस रोग के विकसित होने की सम्भावना और भी अधिक होती है। यह ध्यान रहे कि सामान्य जनसंख्या में इस रोग के होने की सम्भावना 1% से भी कम होती है। लेकिन मनोविदलता के रोगी के सम्बन्धियों में इस रोग के होने की सम्भावना कहीं अधिक होती है। **गोटेस्मैन, मैकगुफिन** तथा **फारमर** (Gottesman, McGuffin and Farmer, 1987) के अध्ययन के आधार पर प्राप्त परिणाम निम्नलिखित तालिका में दर्ज है—

रोगी के सम्बन्धी (Relatives of patient)	**मनोविदलता के प्रतिशत (% of schizophrenia)**
पति-पत्नी	1.00
पोता, पोती	2.84
भतीजी, भतीजा, भानजी, भानजा	2.65
बच्चे (Children)	9.35
सगे भाई-बहन (siblings)	7.30
असमान जुड़वाँ (DZ twins)	12.08
समान जुड़वाँ (MZ twins)	44.30

गोटेस्मैन (Gottesman, 1991) के द्वारा किये गये कम-से-कम 5 पारिवारिक अध्ययनों में एक ही तरह के परिणाम पाये गये अर्थात् मनोविदलता से पीड़ित माता तथा पिता दोनों की स्थिति में उनके 33% बच्चे भी मनोविदलता से पीड़ित हो गये। अन्य अध्ययनों से भी इस विचार की पुष्टि होती है (*Kendler* et al; 1994)। लेकिन ऐसे अध्ययनों से प्राप्त परिणामों के आलोक में यह कहना सही नहीं लगता कि मनोविदलता का कारण केवल आनुवंशिकता है। सम्भव है कि मनोविदलता से पीड़ित माता-पिता वाले दूषित वातावरण के कारण उनके बच्चे इस रोग से पीड़ित हो जाते हैं।

(ii) जुड़वाँ बच्चों (Twin Studies) पर किये गये अध्ययनों से प्राप्त परिणामों के आधार पर भी मनोविदलता के वंशागत होने का प्रमाण मिलता है। जुड़वा बच्चों में एक बच्चा यदि मनोविदलता से पीड़ित होता है तो दूसरा बच्चा भी प्राय: इस रोग का शिकार बन जाता है। यह बात असमान जुड़वाँ बच्चों (fraternal twins) की अपेक्षा समान जुड़वाँ बच्चों (identical twins) में अधिक पायी जाती है। इस आधार पर दावा किया जाता है कि मनोविदलता के विकास में मूलत: आनुवंशिकता (heredity) का हाथ होता है।

इस संदर्भ में **गोटेस्मैन** तथा **शील्ड्स** (Gottesman and Shields, 1972) गोटेस्मैन (Gottesman, 1991; 1994) **टोरी** आदि (*Torry* et al; 1994) के अध्ययन महत्त्वपूर्ण हैं। इन अध्ययनों से पता चलता है कि, समान जुड़वाँ बच्चों (MZ twins) के लिए सामंजस्य दर (concordance rate) असमान बच्चों (DZ twins) की अपेक्षा हमेशा

TOUCH 'N' PASS

अधिक होती है। यह दर (rate) MZ जुड़वाँ तथा DZ जुड़वाँ बच्चों में क्रमश: 50% तथा 15% पायी गयी (Gottesman, 1990)। MZ तथा DZ जुड़वाँ बच्चों पर किये अन्य अध्ययनों से भी मनोविदलता के विकास में जननिक कारक की भूमिका सिद्ध होती है। इसी प्रकार दत्तकों के अध्ययनों (studies of adoptees) से भी इस बात का प्रमाण मिलता है कि मनोविदलता बहुत हद तक वंशागत रोग है (*Heston*, 1968; *Kety* et al; 1994)।

2. जैव-रसायन कारक (Biochemical Factors)

जैव रसायन कारकों का प्रभाव मनोविदलता के विकास पर निम्नलिखित रूपों (forms) में पड़ता है—

(i) **जैविक मानसिक आघात** (Biological Traumas)—मनोविदलता का दूसरा कारण जैविक मानसिक आघात है। रुग्ण जैसे—जन्मपूर्व (prenatal) अवस्था के दौरान होने वाल रुग्ण (illness) या शारीरिक समस्याएँ, मनोविदलता के ऐसे रोगी जिनकी व्याख्या वंश परम्परा या जननिक कारक के आधार पर सम्भव नहीं हो पाती है, उनकी व्याख्या जैविक मानसिक आघात के आधार पर सम्भव हो सकती है। **ब्रैडबरी** तथा **मिलर** (Bradbury and Miller, 1985) के अनुसार, जन्मपूर्व जटिलताओं (prenatal complications) अर्थात् गर्भाधान (conception) तथा जन्म के बीच की अवधि की जटिलताओं के परिणामस्वरूप भी मनोविदलता के लक्षण विकसित हो सकते हैं। भ्रूण (fetus) के विकास की अवधि में माता के रोग से पीड़ित हो जाने का घातक प्रभाव भ्रूण के मस्तिष्क विकास पर पड़ता है, जिसके परिणामस्वरूप उसमें मनोविदलता विकसित हो जाती है (*Barr*, et al; 1990; Wright et al; 1995)।

(ii) **प्रवृत्ति-प्रतिबलक कारक** (Diathesis-stress Factors)—मनोविदलता की व्याख्या प्रवृत्ति-प्रतिबल परिकल्पना (Diathesis-stress Hypothesis) के आलोक में की जाती है। इसका अर्थ यह है कि शारीरिक कारक (Physiological Factors) व्यक्ति को मनोविदलता के प्रति झुका हुआ (disposed) बना देते हैं और वातावरणीय प्रतिबल लक्षणों से उत्पन्न कर देता है। जैसे—जननिक कारक व्यक्ति को मनोविदलता के कगार पर ला देता है और प्रतिबल उसमें लक्षणों के विकसित होने में आग में घी का काम करता है। इस परिकल्पना का समर्थन इस अनुसन्धान से होता है कि एक प्रतिबल एक व्यक्ति में मनोविदलता को विकसित करने में सक्षम होता है, जबकि दूसरे में असक्षम सिद्ध होता है। फिर भी प्रतिबल को मनोविदलता का अनिवार्य अग्रदूत (precursor) नहीं माना जा सकता है।

3. मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological Factors)

मनोवैज्ञानिक कारकों का प्रभाव मनोविदलता के विकास पर निम्नलिखित रूपों में पड़ता है—

(i) **प्रतिगमन** (Regression)—प्रतिबल की स्थिति में व्यक्ति बचपन की ओर प्रतिगमन करता है, जिस कारण उसमें बच्चों की तरह व्यवहार होने लगते हैं। जब व्यक्ति द्वन्द्व तथा प्रतिबल का सामना नहीं कर पाता है तो वह मनोलैंगिक विकास की मौखिक अवस्था (oral stage) की प्रतिगमन करता है और मनोविदलता के रोगी की तरह व्यवहार करने लगता है। उल्लेखनीय है कि मनोविदलता के रोगी के व्यवहार बच्चों की तरह होते हैं। मौखिक अवस्था में इगो तथा सुपर इगो पूरी तरह विकसित नहीं होता है और इड (id) शक्तिशाली होता है। वास्तविकता (reality) से कोई खास-सम्बन्ध नहीं रहता तथा जीवन काल्पनिक होता है, जिससे नाना प्रकार के व्यामोह (delusions) तथा विभ्रम (hallucinations) विकसित हो जाते हैं। लेकिन प्रतिगमन के आधार पर मनोविदलता की इस व्याख्या का कोई ठोस प्रमाण (evidence) नहीं है।

(ii) **प्रतिहार** (Withdrawal)—मनोवैज्ञानिक कारकों में प्रतिहार भी एक महत्त्वपूर्ण कारक है जिसका प्रभाव मनोविदलता के विकास पर पड़ता है। प्रतिहार का अर्थ यह है कि व्यक्ति उन परिस्थितियों से अपने को अलग कर लेता है, जो तनावपूर्ण तथा निराशाजनक होती हैं। धीरे-धीरे वह अपने आप तक सिमट कर रह जाता है। अध्ययनों से पता चलता है कि सामान्य व्यक्तियों की अपेक्षा इस रोग से पीड़ित लोग किशोरावस्था (adolescence) में सामाजिक रूप से अधिक वियुक्त होते हैं (*Barthell* and *Holmes*, 1968; *Bower* et al; 1960; Watt, 1970)। इसी तरह **बारथेल तथा होम्स** (Barthell and Holmes, 1968) ने एक अध्ययन में पाया कि, जिन छात्रों में आगे चलकर मनोविदलता विकसित हुए वे अन्य छात्रों की अपेक्षा सामाजिक क्रियाओं में कम भाग लिया करते थे। लेकिन यह निश्चित रूप से कहना कठिन है कि सामाजिक अलगाव (social isolation) तथा मनोविदलता में कौन कारण है और कौन प्रभाव है। सम्भव है कि सामाजिक अलगाव ही मनोविदलता का प्रारम्भिक लक्षण है।

4. संज्ञानात्मक कारक (Cognitive Factors)

मनोविदलता के विकास पर संज्ञानात्मक कारक का प्रभाव आश्चर्यजनक संवेदी अनुभूतियों के रूप में पड़ता है। जो सामान्य लोगों की अनुभूतियों से भिन्न अनुभूति रखते हैं, वे इस रोग से पीड़ित हो जाते हैं। जैसे—रोगी ऐसी आवाजों को सुनता है या ऐसी चीजों को महसूस करता है, जो अन्य व्यक्तियों में नहीं देखा जाता है। इन अनुभूतियों की व्याख्या के क्रम में वह स्वयं सक्षम नहीं होता है और न दूसरे लोग उसे समझाने में सक्षम होते हैं। दूसरों के प्रति उसमें गलत विश्वास विकसित हो जाता है कि लोग उसे दण्डित करना चाहते हैं। परिणामत: वह दण्ड व्यामोह (persecutory delusion) का शिकार बनकर मनोविदलता से पीड़ित हो जाता है। **बेन्टौल** (Bentall, 1990) का अध्ययन इस सन्दर्भ में महत्त्वपूर्ण है। उनके अनुसार, आश्चर्यजनक संवेदी अनुभूतियों से उत्पन्न गलत संज्ञान के कारण व्यक्ति विभ्रमों (hallucinations) से पीड़ित हो जाता है।

मनोविदलता का एक लक्षण बौद्धिक कार्यवाही में कमी है, जिसे मनोविदलता-कमी (schizophrenic deficit) कहते हैं। इस लक्षण का मुख्य कारण असंगत विचारों का घुसपैठ (intrusion) है जो व्यक्ति को विभ्रान्त कर देता है तथा उसकी विचार-प्रक्रियाओं को विघटित कर देता है (Maker, 1968; 1983; Shakow, 1963)। इसी तरह असाधारण शब्द साहचर्य (unusual word association) तथा सहचारी-घुसपैठ (associative intrusions) के कारण भी व्यक्ति में मनोविदलता के लक्षण विकसित होते हैं।

मनोविदलता के विभिन्न लक्षणों की व्याख्या करने में संज्ञानात्मक व्याख्या (cognitive explanations) काफी सफल प्रमाणित हुई है। फिर भी इसमें दो त्रुटियाँ या सीमाएँ (limitations) हैं—

(i) संज्ञानात्मक दृष्टिकोण इस बात की व्याख्या नहीं कर पाता है कि मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति की संवेदी अनुभूतियाँ सामान्य व्यक्ति की अपेक्षा क्यों भिन्न तथा बाधक क्यों होती है।

(ii) संज्ञानात्मक सिद्धान्त (cognitive theory) सकारात्मक लक्षणों (positive symptoms) की व्याख्या करने में सफल है किन्तु नकारात्मक लक्षणों (negative symptoms) के व्याख्या करने में विफल है।

5. सामाजिक-सांस्कृतिक कारक (Socio-cultural Factors)

मनोविदलता के विकास में कई तरह के सामाजिक तथा सांस्कृतिक कारकों का हाथ होता है।

परिवार का प्रभाव (Influence of family)—पारिवारिक स्थिति का गहरा प्रभाव मनोविदलता के विकास पर पड़ता है। इस सम्बन्ध में माता-पिता के व्यक्तित्व-शीलगुण तथा परिवार के भीतर संचार-प्रतिरूप (communication patterns) विशेष रूप से महत्त्वपूर्ण है जो माता-पिता अपने बच्चों के प्रति अत्यधिक संरक्षी (over protective) एवं अत्यधिक नियन्त्रक (controlling) होने के साथ-साथ अस्वीकरणीय (rejecting) तथा उदासीन (distant) होते हैं, उनके बच्चों में मनोविदलता के लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना अधिक बन जाती है। सामान्यत: सामान्य माता-पिता की अपेक्षा मनोविदलता से पीड़ित व्यक्तियों के माता-पिता और विशेष रूप से माता में समायोजन की कमी होती है (*Hirsch* and *Leff*, 1975)। इसी तरह मनोविदलता की व्याख्या द्विधा-बन्द परिकल्पना (Double Blind Hypothesis) के आधार पर की गयी है। जब माता-पिता से ऐसे दो संदेश (messages) मिलते हैं जो विरोधी-स्वरूप के होते हैं तो बच्चे एक ही समय दोनों संदेशों के अनुकूल-व्यवहार नहीं कर पाते हैं तो माता-पिता की ओर से इस विफलता के सम्भावित दण्ड के भय से बच्चे विचलित व्यवहार करने लगते हैं, जो मनोविदलता को उत्पन्न होने में सहायक होता है (*Bateson* et al; 1956)।

परिवार की सामाजिक आर्थिक स्थिति (socio-economic status) का प्रभाव भी मनोविदलता के विकास पर पड़ता है। उच्च सामाजिक आर्थिक स्थिति की अपेक्षा निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति के लोगों में यह रोग अधिक होता है (Kety, 1989)। इसी तरह निम्न स्तरीय व्यवसाय (lower level occupation) के लोगों में इस रोग के विकसित होने की सम्भावना अधिक रहती है। क्रॉस सांस्कृतिक अध्ययनों से ज्ञात होता है कि मनोविदलता की दर सभी संस्कृतियों में समान नहीं होती है। विकसित संस्कृतियों की अपेक्षा अविकसित संस्कृतियों में मनोविदलता के लक्षणों के विकसित होने की सम्भावना कम पायी जाती है। एक अध्ययन के अनुसार निम्न सामाजिक आर्थिक स्थिति के लोगों में उच्च सामाजिक आर्थिक स्थिति की अपेक्षा मनोविदलता के विकसित होने की सम्भावना दोगुना अधिक पायी गयी।

प्र.5. मनोविदलता के जैविक उपचार विधि का वर्णन कीजिए।
Describe the biological treatment of Schizophrenia.

उत्तर

जैविक उपचार
(Biological Treatment)

मनोविदलता के उपचार के लिए निम्नलिखित जैविक चिकित्सा प्रविधियों का उपयोग किया जाता है—

1. आघात चिकित्सा (Shock Therapy)
2. मनोशल्य चिकित्सा (Psychosurgery)
3. औषध चिकित्सा (Drug Therapy)

इन प्रविधियों का वर्णन निम्नवत् है—

1. आघात चिकित्सा (Shock Therapy)

शुरू में जैविक चिकित्सा का उपयोग मनोविदलता के उपचार के लिए किया जाता था। विशेष रूप से आघात चिकित्सा (Shock Therapy) तथा मनोशल्यचिकित्सा का उपयोग कर मनोविदलता से पीड़ित रोगियों का उपचार किया जाता था।

2. मनोशल्य चिकित्सा (Psychosurgery)

सकेल (*Sakel*, 1938) ने इन्सुलिन चिकित्सा (Insulin Therapy) का उपयोग मनोविदलता के उपचार में किया, जिसमें उन्हें बहुत हद तक सफलता मिली। लेकिन बाद में यह चिकित्सा मनोविदलता के उपचार में अप्रभावी (ineffective) सिद्ध हुई। अत: इसकी अप्रभावशीलता (ineffectiveness) तथा प्रतिकूल-प्रभावों (adverse effects) को देखते हुए इसका उपयोग बन्द कर दिया गया।

1938 में **मोनीज** (Moniz) नामक एक पुर्तगीज मनश्चिकित्सक ने मनोशल्य चिकित्सा (Psychosurgery) पर बल दिया गया तथा 1936 में एक शल्य प्रविधि के माध्यम से रोगी के मस्तिष्क के अग्रखण्ड (frontal lobe) को निचले केन्द्रों (lower centres) से मिलाने वाले मार्ग को नष्ट कर दिया, जिससे रोगी के लक्षण कुछ हद तक नियन्त्रित हो गये। इसके बाद लगभग बीस वर्षों तक हजारों मनोविदलता-रोगियों पर इस चिकित्सा-विधि का उपयोग किया जाता रहा, विशेष रूप से ऐसे रोगियों पर जिनके व्यवहार अधिक हिंसक (violent) हुआ करते थे। लेकिन 1950 के दशकों में कई कारणों से इसका उपयोग बन्द करना पड़ा। विशेष रूप से संज्ञानात्मक योग्यताओं (cognitive abilities) में क्षति, मृत्यु दर में वृद्धि तथा औषध चिकित्सा (drug therapy) की खोज से मनोशल्य चिकित्सा का उपयोग लगभग बन्द हो चला।

3. औषध चिकित्सा (Drug Therapy)

मनोविदलता के उपचार में औषधों का उपयोग काफी सफल प्रभावित हुआ। कई तरह के औषधों का उपयोग एक ही साथ किया जाता है, जिसे मनोविकृति विरोधी मध्यस्थता (antipsychotic medications) कहते हैं। मनोचिकित्सा के उपचार में सबसे पहले फोनाथीआजाइन (phenothiazine) नामक औषध का उपयोग किया गया, जो प्रभावी सिद्ध नहीं हो पाया। लेकिन क्लोरप्रोमाइजिन (chlorpromazine) का उपयोग मनोविदलता के उपचार में अधिक सफल प्रमाणित हुआ। इस औषध का उपयोग इतना तेजी से होने लगा कि 1970 तक मनोविदलता के 85% रोगियों पर उपचार विभिन्न चिकित्सालयों में इसी औषध के द्वारा होने लगा। वर्तमान समय में दो अन्य औषधों अर्थात् बुटाइरोफेनोन्स (butyrophenones) तथा थीऔकसाइनथेन्स (thiroxanthenes) का उपयोग अधिक होने लगा है। इन औषधों से सकारात्मक लक्षणों (symptoms) की अपेक्षा नकारात्मक लक्षणों (negative symptoms) के निराकरण में अधिक सफलता मिलती है। लेकिन अस्पताल से लौटने के बाद भी रोगी को अनुरक्षक खुराक (maintenance dose) देना आवश्यक होता है। इतना करने पर भी कभी-कभी रोगी को चिकित्सालय जाना पड़ता है। औषध चिकित्सा के साथ एक कठिनाई यह भी है कि इसके प्रतिकूल प्रभाव (adverse effect) गम्भीर होते है। जैसे—फेनोथियाजाइन्स (phenothaizines) के उपयोग से मुँह सूखना, दृष्टि (vision) का धुँधला होना, मतवालापन (grogginess), कब्जियत (constipation), अल्प रक्तचाप (low blood perssure), जौनडिस (jaundice), आदि प्रतिकूल प्रभाव देखे जा सकते हैं। मनोविदलता के उपचार में क्लोजापिन (clozapine) नामक एक नये औषध का उपयोग ऐसे रोगियों के लिए लाभप्रद सिद्ध हुआ है, जिनको फेनोथियाइन्स से कोई लाभ नहीं होता है (*Kane* et al, 1988)।

फेनोथिआजाइन्स की उपर्युक्त कठिनाइयों अथवा इसके कई प्रतिकूल-प्रभाव (side effect) के बावजूद इसका उपयोग मनोविदलता के उपचार के लिए आज भी अनिवार्य (indispensible) है और सम्भवत: मनोविदलता के प्राथमिक उपचार के लिए इसका उपयोग जारी रहेगा जब तक कि किसी बेहतर विकल्प का अनुसन्धान नहीं हो जाता है (*Davison* and *Neale*, 1996)।

TOUCHIN PASS

प्र.6. मनोविदलता के मनोवैज्ञानिक उपचार विधि का विवेचन कीजिए।
Explain the psychological treatments of Schizophrenia.

उत्तर

मनोवैज्ञानिक उपचार (Psychological Treatments)

मनोविदलता के मनोवैज्ञानिक उपचार के अन्तर्गत निम्नलिखित चिकित्सा-प्रविधियों (theraputic techniques) का उपयोग किया जाता है—

1. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychoanalytic Therapy)
2. परिवार चिकित्सा (Family Therapy)
3. अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा (Expressed Emotion Therapy)
4. व्यवहार चिकित्सा (Behaviour Therapy)

इनमें से प्रत्येक चिकित्सा प्रविधियों की व्याख्या निम्नवत् है—

1. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Psychoanalytic Therapy)

मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा इस अभिधारणा पर आधारित है कि मनोविदलता एक ऐसा मानसिक रोग है जो रोगी के बाल्यावस्था की अस्वीकृति (rejection) तथा दुर्व्यवहार के पीड़ा से प्रतिगमन (regression) का प्रतिनिधित्व (representation) करता है। अत: रोगी के साथ चिकित्सक द्वारा क्रमश: सम्बन्ध स्थापित करने पर एक सुरक्षित आश्रय मिल जाता है, जहाँ उसके दमित आघातों (repressed traumas) की खोज करना सम्भव होता है। फिर चिकित्सक उसके इगो (ego) को बनाने का प्रयास करता है ताकि वह वास्तविकता का सामना कर सकें। रोगी के ईगो (ego) के समर्थ बन जाने पर वह इस रोग से मुक्त हो जाता है। **सिग्मण्ड फ्रायड** (Sigmund Freud) ने अपने मनोविश्लेषण (psychoanalysis) का उपयोग मनोविदलता के उपचार में व्यावहारिक या सैद्धान्तिक रूप में नहीं किया। केवल इसके रूपान्तरों (adaptations) का उपयोग मनोविदलता के उपचार में किया गया, जिसकी शुरुआत अमेरिकन मन:चिकित्सक **सुलिवान** (*Sullivan,* 1923) के हाथों हुई। उन्होंने इस बात पर बल दिया कि चिकित्सक को चाहिए कि वह रोगी के साथ विश्वस्त सम्बन्ध (trusting relationships) स्थापित करे। विश्वास तथा सहयोग प्राप्त हो जाने के बाद रोगी को प्रोत्साहित किया जाता है कि वह अपने अन्तर्वैयक्तित्व सम्बन्धों को बेहतर बनाने का प्रयास करें। जिस हद तक वह इसमें सफल होता है, उसी हद तक उसके लक्षण दूर हो पाते हैं। इसी तरह जर्मन मन:चिकित्सक **फ्रौम** (*Fromm,* 1889-1957) ने ईगो विश्लेषण उपागम (ego analysis approach) प्रस्तुत किया। उन्होंने **सुलिवान** (Sullivan) के साथ इस दिशा में महत्त्वपूर्ण योगदान दिया और मनोविश्लेषण को मनोविदलता के मुख्य उपचार के रूप में स्थापित कर दिया (*Fromm,* 1952)। लेकिन अधिक गम्भीर लक्षणों से पीड़ित मनोविदलता के रोगियों को इससे कोई लाभ नहीं हो पाया (*Feinsilver & Gunderson,* 1972)। इस प्रविधि द्वारा रोगियों को अपनी अचेतन समस्याओं तथा रोग की सूझ (insight) मिलने से मनोवैज्ञानिक स्थिति और भी खराब हो गयी (*Kanas,* 1986)। सच तो यह है कि सुलिवान तथा फ्रौम ने मनोविदलता के रोगियों के निदान (diagnosis) में उन कसौटियों या मापदण्डों का उपयोग नहीं किया, जिनका उल्लेख DSM-IV (1994) में किया गया है।

2. परिवार चिकित्सा (Family Therapy)

परिवार चिकित्सा वह समूह चिकित्सा है, जिसमें रोगी के परिवार के सदस्य ही भाग लेते हैं तथा रोगी के प्रति अपनी मनोवृत्ति (attitude) तथा व्यवहार में परिवर्तन लाकर रोगी को अपने संज्ञान, संवेग एवं व्यवहार में परिवर्तन करने पर बाध्य करते हैं। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) के शब्दों में, "परिवार चिकित्सा वह विशेष समूह चिकित्सा है, जिसमें रोगी सहित परिवार के सभी सदस्य भाग लेते हैं और सभी सदस्य समस्या के समाधान के लिए अपने व्यवहार में परिवर्तन लाते हैं।"

परिवार चिकित्सा का उपयोग कई ढाँचों (frame works) में किया जाता है। इनमें मनोसामाजिक चिकित्सा (psychological therapy) तथा अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा (expressed emotion therapy) मुख्य हैं।

इस सन्दर्भ में **फैलून** आदि (*Falloon* et. al, 1982, 1985) का अध्ययन काफी महत्त्वपूर्ण है। उन्होंने मनोविदलता के 36 रोगियों में से 18 रोगियों के उपचार के लिए परिवार चिकित्सा तथा शेष 18 रोगियों के उपचार के लिए वैयक्तित्व चिकित्सा (individual therapy) की प्रभावशीलता (effectiveness) का तुलनात्मक अध्ययन दो वर्ष तक किया। परिवार चिकित्सा में सत्र (sessions) की व्याख्या रोगियों को अपने परिवार में की गयी तथा परिवार के सदस्यों ने रोगी के साथ सहभागिता (participation) स्थापित किया गया। रोगी के नियमित हस्तक्षेप या मध्यस्थता (medication) के महत्त्व को उन्हें बतलाया

गया। परिवार के लोगों को निर्देशन दिया गया कि वे सकारात्मक या नकारात्मक भावों या संवेगों को रचनात्मक रूप में व्यक्त करें तथा सहभागी समस्या-समाधान के माध्यम से तीव्र व्यक्तिगत द्वन्द्वों को दूर करें। सदस्यों को रोगी के लक्षणों से अवगत करा दिया गया तथा इसकी व्याख्या कर दी गयी। उन्हें यह भी बतला दिया गया कि उन्हें किस तरह रोगी के साथ व्यवहार करना चाहिए। रोगी तथा परिवार के संवेगात्मक अशान्ति को दूर करने के लिए क्या करना चाहिए। रोगी तथा परिवार के संवेगात्मक अशांति को दूर करने के लिए क्या करना चाहिए। रोगी तथा परिवार के अन्य सदस्यों को यह भी बतला दिया गया कि मनोविदलता एक जैव-रासायनिक रोग (biochemical illness) है, किन्तु रोग को फिर से हो जाने की सम्भावना को समाप्त करने के लिए समुचित हस्तक्षेप तथा मनोसामाजिक चिकित्सा (psychosocial therapy), जो उन्हें दी जा रही है, उसके माध्यम से प्रतिबल (stress) को दूर करना या कम करना आवश्यक है। इस तरह की चिकित्सा रोगियों को चिकित्सालय से लौटने के बाद 9 महीने तक दी गयी। लेकिन नियन्त्रित समूह के रोगियों को निदानगृह (clinic) में ही अकेला रखा गया। उनके साथ परिवार के लोग नहीं थे। उनका उपचार वैयक्तिक चिकित्सा द्वारा की गयी। अन्त में देखा गया कि वैयक्तिक चिकित्सा नियन्त्रण समूह की अपेक्षा परिवार चिकित्सा समूह का उपचार अधिक सफल पाया गया। परिवार चिकित्सा समूह के केवल 6% तथा वैयक्तिक चिकित्सा समूह के 44% रोगियों में नैदानिक आवर्तन (clinical relapse) देखा गया। दूसरे शब्दों में, परिवार चिकित्सा से जहाँ 94% रोगियों को लाभ हुआ, वहाँ वैयक्तिक चिकित्सा से केवल 56% रोगियों को लाभ हुआ।

3. अभिव्यक्त संवेग-चिकित्सा (Expressed Emotion Therapy, EEP)

अभिव्यक्त संवेग (EE) वास्तव में परिवार चिकित्सा का एक आवश्यक अंग है। इस तरह, अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा (EET) वह चिकित्सा है, जिसमें परिवार के अन्य सदस्य रोगी के साथ संवेगात्मक सहारा (emotional support) तथा सकारात्मक मनोवृत्ति की अभिव्यक्ति करते हैं। **सरासन** तथा **सरासन** (Sarason and Sarason, 2007) ने कहा है कि, अभिव्यक्त संवेग का अर्थ यह है कि परिवार के विक्षुब्ध सदस्य के साथ बातचीत करते समय परिवार के सदस्य उसके प्रति संवेगात्मक आवेष्टन (emotional involvement) तथा मनोवृत्तियों की अभिव्यक्ति सकारात्मक रूप में प्रदर्शित करते हैं।

होगार्टी आदि (Hogarty et. al; 1986) ने भी अपने अध्ययन के आधार पर अभिव्यक्त संवेग परिवार चिकित्सा (EE-family therapy) को मनोविदलता के उपचार में काफी-सफल पाया। उनके अनुसार रोगियों को अपेक्षित सामाजिक कौशल सिखलाया जा सकता है, जिससे वे द्वन्द्व का समाधान बेहतर तरीके से कर सकते हैं तथा अपने परिवारों में अभिव्यक्त संवेग (EE) को उत्पन्न करने वाले व्यवहारों से अपने आप को बचा सकते हैं। उन्होंने अपने अध्ययन में पाया कि अभिव्यक्त संवेग परिवार-चिकित्सा (EE-family therapy) द्वारा मनोविदलता के रोगियों का उपचार करने पर एक भी रोगी को पुन: चिकित्सालय लौटना नहीं पड़ा। लेकिन, बीतते हुए समय के साथ आवर्तन दर (relapse rate) में परिवर्तन देखा जा सकता है (*Hogarty* et al. 1991)।

डेविसन तथा **नील** (Davison and Neale, 1996) ने परिवार-चिकित्सा का मूल्यांकन करते हुए कहा है कि, रोगियों में इस रोग के आवर्तन (relapse) नहीं होने पर भी उसका समायोजन वास्तविक जीवन के साथ न्यूनतम हो पाता है। वे पूरी तरह से अपने सामाजिक दायित्वों (social responsibilities) को निभाने में सक्षम नहीं हो पाते हैं। वास्तव में उन्हें लगातार देख-रेख तथा उपचार की आवश्यकता होती है।

4. व्यवहार-चिकित्सा (Behaviour Therapy)

मनोविदलता के रोगियों के उपचार के लिए व्यवहार-चिकित्सा का उपयोग काफी प्रभावी (effective) होता है। सामाजिक-कौशल प्रशिक्षण (social-skills training) द्वारा अभिव्यक्ति संवेग (EE) को दूर करना व्यवहार-चिकित्सा का एक रूप है। इसके अतिरिक्त व्यवहार-चिकित्सा के कई अन्य प्रविधियों का उपयोग मनोविदलता के रोगियों के उपचार के लिए किया जाता है। इनमें टोकेन-इकॉनोमी (token economy) तथा आग्रही-प्रशिक्षण (assertiveness training) का उपयोग विशेष रूप से किया जाता है। टोकेन-एकोनोमी में वांछित व्यवहार करने वाले रोगी को पुरस्कार दिया जाता है और अवांछित व्यवहार करने वाले रोगी या रोगियों को यह पुरस्कार नहीं दिया जाता है। इस तरह पुरस्कार के परिणामस्वरूप रोगी को अवांछित व्यवहार कमजोर होता जाता है और वांछित व्यवहार प्रबलित होते जाते हैं और अन्त में रोगी रोगमुक्त हो जाता है। एक रोगी को टोकेन के रूप में पुरस्कृत होते देखकर दूसरे रोगी भी अवांछित व्यवहार को छोड़ने तथा वांछित व्यवहार को करने के लिए उत्प्रेरित होते हैं।

TOUCH'n PASS

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. मनोविदलता के रोगी सामान्यतः कितनी अवस्थाओं से गुजरते हैं?
(a) दो (b) तीन (c) एक (d) चार

उत्तर (b) तीन

प्र.2. आघात चिकित्सा, मनोशल्यचिकित्सा तथा औषध चिकित्सा की गणना की जाती है—
(a) जैविक उपचार (b) मनोवैज्ञानिक उपचार (c) अजैविक उपचार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) जैविक उपचार

प्र.3. किस मनोविदलता के मुख्य लक्षण रुचि का अभाव तथा उदासीनता है?
(a) बाल्यकालीन मनोविदलता (b) आत्मविमोह
(c) सरल मनोविदलता (d) इनमें से सभी

उत्तर (c) सरल मनोविदलता

प्र.4. सन् 1812 में अपनी मनोचिकित्सा की पुस्तक में किसने बच्चों के मानसिक विक्षोभ का वर्णन किया?
(a) फिशर (b) होम्बरगर (c) लियो कैनर (d) बेन्जामिन रश

उत्तर (d) बेन्जामिन रश

प्र.5. गोटेसमैन तथा शील्ड्स (1972) ने अपने अध्ययन में मनोविदलता में समान जुड़वाँ तथा असमान जुड़वाँ में कितने प्रतिशत जननिक अन्तरण पाया?
(a) 42% तथा 9% (b) 7.30% तथा 2.65%
(c) 30% तथा 44.30% (d) 9% तथा 42%

उत्तर (a) 42% तथा 9%

प्र.6. मनोविदलता की कितनी विमाएँ हैं?
(a) चार (b) तीन (c) दो (d) पाँच

उत्तर (b) तीन

प्र.7. ''मनोविदलता का तात्पर्य ऐसी मनोविकृतियों से है, जिनसे संज्ञानात्मक विकृतियों, संवेगात्मक विकृतियों तथा व्यावहारात्मक विकृतियों की अभिव्यक्ति हो।'' उपर्युक्त परिभाषा है—
(a) होम्स की (b) रेबर एवं रेबर की (c) मैक्गफिन की (d) फिशर की

उत्तर (b) रेबर एवं रेबर की

प्र.8. मनोविदलता के सामान्य लक्षण हैं—
(a) सकारात्मक लक्षण (b) नकारात्मक लक्षण
(c) (a) और (b) दोनों (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) (a) और (b) दोनों

प्र.9. DSM-IV (1994) में मनोविदलता के कितने प्रकारों का उल्लेख मिलता है?
(a) तीन (b) चार (c) दो (d) पाँच

उत्तर (d) पाँच

प्र.10. मनोविदलता के कारण हैं—
(a) जननिक कारक (b) जैव-रसायन कारक
(c) मनोवैज्ञानिक कारक (d) इनमें से सभी

उत्तर (d) इनमें से सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.11. इन्सुलिन चिकित्सा का उपयोग मनोविदलता के उपचार में किसने दिया?
(a) मोनीज (b) सकेल (c) बैन्टौल (d) ब्रैडबरी तथा मिलर

उत्तर (b) सकेल

प्र.12. फेनोथियाजाइन्स नामक औषध के प्रतिकूल प्रभाव हैं—
(a) मुँह सूखना (b) कब्जियत (c) अल्प रक्तचाप (d) इनमें से सभी

उत्तर (d) इनमें से सभी

प्र.13. मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा, परिवार चिकित्सा, अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा, व्यवहार चिकित्सा आदि चिकित्सा प्रविधियों का उपयोग किया जाता है—
(a) मनोवैज्ञानिक उपचार (b) जैविक उपचार (c) (a) और (b) दोनों (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) मनोवैज्ञानिक उपचार

प्र.14. तर्क एवं विवेक के सिद्धान्त से मुक्त होती है—
(a) द्वैधवृत्ति (b) आत्मविमोह (c) (a) और (b) दोनों (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) आत्मविमोह

प्र.15. मनोविदलता के वास्तविक आक्रमण से ठीक पहले की अवस्था है—
(a) सक्रिय अवस्था (b) अवशिष्ट अवस्था
(c) पूर्वलक्षण अवस्था (d) असक्रिय अवस्था

उत्तर (c) पूर्वलक्षण अवस्था

प्र.16. निम्न में से किसे प्रतिक्रियात्मक प्रक्रिया विमा भी कहा जाता है?
(a) तीव्र-चिरकालिक विमा (b) सकारात्मक लक्षण विमा
(c) नकारात्मक लक्षण विमा (d) व्यामोही-अव्यामोही विमा

उत्तर (a) तीव्र-चिरकालिक विमा

प्र.17. ऐसे लक्षण जिनसे व्यवहार-त्रुटि का बोध होता है, कहलाते हैं—
(a) सकारात्मक लक्षण (b) तीव्र-चिरकालिक विमा
(c) व्यामोही-अव्यामोही विमा (d) नकारात्मक लक्षण

उत्तर (d) नकारात्मक लक्षण

प्र.18. मनोविदलता (Schizophrenia) में मानसिक लक्षण जैसे मतिभ्रम, भ्रम, असंगठित भाषण और अत्यधिक अव्यवस्थित या कैटाटोनिक व्यवहार के रूप में जाना जाता है—
(a) नकारात्मक लक्षण (b) सकारात्मक लक्षण
(c) मध्यस्थता के लक्षण (d) विपत्तिपूर्ण लक्षण

उत्तर (b) सकारात्मक लक्षण

प्र.19. मनोविदलता में धारणाओं या अनुभवों की गलत व्याख्या को इस रूप में जाना जाता है—
(a) दु:स्वप्न (b) गलत धारणाएँ
(c) भ्रम (d) एवोलिशन

उत्तर (c) भ्रम

प्र.20. मनोविदलता में जब कोई व्यक्ति मानता है कि वे खतरे में हैं, तो इसे इस रूप में सन्दर्भित किया जाता है—
(a) भव्यता के भ्रम (b) उत्पीड़न का भ्रम
(c) नियन्त्रण का भ्रम (d) शून्यवादी भ्रम

उत्तर (b) उत्पीड़न का भ्रम

TOUCH 'n' PASS

प्र.21. मनोविदलता से पीड़ित व्यक्ति का मानना है कि उसके पास प्रसिद्धि या शक्ति है, तो निम्नलिखित में से कौन-सा सन्दर्भित करता है?

(a) भव्यता के भ्रम
(b) नियन्त्रण का भ्रम
(c) संदर्भ का भ्रम
(d) शून्यवादी भ्रम

उत्तर (a) भव्यता के भ्रम

प्र.22. सिजोफ्रेनिया में कैटेटोनिक व्यवहार की विशेषता है—

(a) स्थानान्तरित करने के प्रयासों का विरोध करना
(b) कठोर, स्थिर, गतिहीनता बनाये रखना
(c) पर्यावरण के प्रति प्रतिक्रियाशीलता में कमी
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (b) कठोर, स्थिर, गतिहीनता बनाये रखना

प्र.23. मनोविदलता (Schizophrenia) में अत्यधिक असंगठित व्यवहार निम्नलिखित में से किसकी विशेषता है?

(a) व्यवहार बच्चों जैसा और मूर्खतापूर्ण और व्यक्ति की कालानुक्रमिक आयु के लिए अनुपयुक्त हो सकता है
(b) व्यवहार सन्दर्भ के लिए अनुपयुक्त हो सकता है
(c) व्यवहार अप्रत्याशित और उत्तेजित हो सकता है
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.24. स्किजोफ्रेनिया में प्रभावी चपटापन निम्नलिखित में से किसकी विशेषता है—

(a) भावहीन और अनुत्तरदायी चेहरे की उपस्थिति
(b) आँख से सम्पर्क का अभाव
(c) नीरस स्वर
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (c) नीरस स्वर

प्र.25. सिजोफ्रेनिया का एक उप-प्रकार जिसे कैटेटोनिक सिजोफ्रेनिया के रूप में जाना जाता है, इसकी विशेषता है—

(a) मोटर व्यवहार की गम्भीर गड़बड़ी
(b) असंगठित व्यवहार और सपाट या अनुचित प्रभाव की उपस्थिति
(c) भ्रम या श्रवण मतिभ्रम की उपस्थिति
(d) चल रहे नकारात्मक लक्षणों के साक्ष्य के साथ प्रमुख सकारात्मक लक्षणों की कमी

उत्तर (a) मोटर व्यवहार की गम्भीर गड़बड़ी

प्र.26. मनोविदलता का एक उप-प्रकार जिसे अवशिष्ट मनोविदलता के रूप में जाना जाता है, इसकी विशेषता है—

(a) भ्रम या श्रवण मतिभ्रम की उपस्थिति
(b) चल रहे नकारात्मक लक्षणों के साक्ष्य के साथ प्रमुख सकारात्मक लक्षणों की कमी
(c) असंगठित व्यवहार और सपाट या अनुचित प्रभाव की उपस्थिति
(d) मोटर व्यवहार की गम्भीर गड़बड़ी

उत्तर (b) चल रहे नकारात्मक लक्षणों के साक्ष्य के साथ प्रमुख सकारात्मक लक्षणों की कमी

प्र.27. मनोविदलता में प्रोड्रोमल चरण में निम्नलिखित में से कौन-से लक्षण स्पष्ट हैं—

(a) सामान्य जीवन और सामाजिक सम्पर्क से धीरे-धीरे हटना
(b) उथली और अनुचित भावनाएँ
(c) व्यक्तिगत देखभाल में गिरावट
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.28. मनोविदलता में सक्रिय अवस्था में निम्नलिखित में से कौन-से लक्षण स्पष्ट हैं?
(a) भ्रम (b) अव्यवस्थित भाषण और संचार
(c) मतिभ्रम (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.29. मनोविदलता के जैव रासायनिक सिद्धान्त को डोपामाइन परिकल्पना के रूप में जाना जाता है—
(a) अपर्याप्त डोपामाइन गतिविधि (b) दूषित डोपामाइन
(c) अतिरिक्त डोपामाइन गतिविधि (d) डोपामाइन के लिए एलर्जी की संवेदनशीलता

उत्तर (c) अतिरिक्त डोपामाइन गतिविधि

प्र.30. एम्फैटेमिन (Amphetamine) मनोविकृति के परिणामस्वरूप व्यवहार पैटर्न में गड़बड़ी होती है—
(a) मस्तिष्क के डोपामाइन रिसेप्टर साइटों को अवरुद्ध करना और इसलिए डोपामाइन गतिविधि को कम करना
(b) मस्तिष्क डोपामाइन गतिविधि में वृद्धि
(c) नोरेपेनेफेरिन का उत्पादन बढ़ाना
(d) कोर्टिसोल के बढ़ते स्तर

उत्तर (b) मस्तिष्क डोपामाइन गतिविधि में वृद्धि

प्र.31. मनोविदलता के मनोगतिक सिद्धान्तों के अनुसार मनोविकार पिछले अहंकार की स्थिति में प्रतिगमन के कारण होता है। इसे इस रूप में जाना जाता है—
(a) अहंकार रक्षा (b) छूट (c) प्राथमिक नशा (d) प्राथमिक सुधार

उत्तर (c) प्राथमिक नशा

प्र.32. मनोविदलता दूसरे व्यक्तियों की मानसिक स्थिति जैसे विश्वासों, दृष्टिकोणों और इरादों का अनुमान लगाने और समझने की क्षमता है—
(a) मस्तिष्क का सिद्धान्त (b) बुद्धिमत्ता
(c) आत्म सम्मान (d) स्वयं की भावना

उत्तर (a) मस्तिष्क का सिद्धान्त

प्र.33. स्किजोफ्रेनिया की समाजशास्त्रीय परिकल्पना में निम्नलिखित में से कौन-से कारक हैं?
(a) तनाव आमतौर पर बेरोजगारी, खराब शैक्षिक स्तर, अपराध और गरीबी से जुड़े होते हैं
(b) उच्च सामाजिक आर्थिक वर्ग के लोगों की ईर्ष्या
(c) एक निम्न सामाजिक आर्थिक वर्ग में बचपन
(d) शिक्षा की कमी

उत्तर (a) तनाव आमतौर पर बेरोजगारी, खराब शैक्षिक स्तर, अपराध और गरीबी से जुड़े होते हैं

प्र.34. मनोविदलता में जब किसी व्यक्ति की वाणी असंगठित होती है तो शब्द 'झनझनाहट' का अर्थ होता है—
(a) व्यक्ति केवल तुकबंदी वाले शब्दों के साथ संवाद करते हैं
(b) प्रश्नों के उत्तर प्रासंगिक नहीं हो सकते हैं
(c) व्यक्ति अपने वाक्यों को पूरा किये बिना संवाद करते हैं
(d) वाणी न तो संरचित हो सकती है और न ही बोधगम्य

उत्तर (a) व्यक्ति केवल तुकबंदी वाले शब्दों के साथ संवाद करते हैं

प्र.35. निम्नलिखित में से कौन-सा सिजोफ्रेनिया (मनोविदलता) में मतिभ्रम का लक्षण है?
(a) श्रवण (b) स्पर्शनीय
(c) स्वाद को सूँघना (d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.36. मनोविदलता के कौन-से रोग में विच्छिन्न चिन्तन, बाल्य-हठ, संवेगों की दुर्बलता तथा एकाएक रोने व हँसने के लक्षण पाये जाते हैं—

(a) कैटेटोनिक मनोविदलता (b) विघटित मनोविदलता
(c) व्यामोही मनोविदलता (d) मिश्रित मनोविदलता

उत्तर (b) विघटित मनोविदलता

प्र.37. शरीर की माँसपेशियों का कड़ा होना, रोगी का एक ही मुद्रा में बिना हिले-डोले रहना, लगातार चिल्लाता रहना यह मनोविदलता के कौन-से प्रकार के लक्षण हैं?

(a) मिश्रित मनोविदलता (b) अवशिष्ट मनोविदलता
(c) व्यामोही मनोविदलता (d) कैटेटोनिक मनोविदलता

उत्तर (d) कैटेटोनिक मनोविदलता

प्र.38. मनोविदलता के कौन-से प्रकार में रोगी झक्की, शंक्की होते हैं, सब मेरे दुश्मन है मेरी चर्चा करते हैं, आदि लक्षण पाये जाते हैं—

(a) मिश्रित मनोविदलता (b) अवशिष्ट मनोविदलता
(c) व्यामोही मनोविदलता (d) कैटेटोनिक मनोविदलता

उत्तर (c) व्यामोही मनोविदलता

प्र.39. मनोविदलता एक जटिल तथा मानसिक विकृति है इसके सम्बन्ध में कई तरह के दृष्टिकोण (Views), उपागम (Approaches), सिद्धान्त (Theories) तथा व्याख्याएँ हैं इससे सम्बन्धित कारक है—

(a) जननिक कारक (b) मनोवैज्ञानिक कारक
(c) सामाजिक-संस्कृति कारक (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.40. मनोविदलता के मनोवैज्ञानिक उपचार विधि में शामिल है—

(a) मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (b) परिवार चिकित्सा
(c) अभिव्यक्त संवेग चिकित्सा (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

❑

TOUCH 'n' PASS

UNIT-VI

अधिगम असमर्थता
Learning Disabilities

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. पठन विकृति से आपका क्या आशय है?
What do you mean by Reading Disorder?

उत्तर इस विकृति को डायस्लेक्सिया (dyslexia) भी कहा जाता है। इसमें बच्चे शब्दों को ठीक से पहचान नहीं पाते हैं और जो पढ़ते हैं, उसे समझ नहीं पाते हैं हालाँकि उन्हें कोई दृष्टि या श्रव्य दोष नहीं होता है और उनका बौद्धिक स्तर भी औसत होता है।

प्र.2. गणित विकृति क्या है?
What is Mathematics Disorder?

उत्तर इस तरह की विकृति की पहचान तब होती है, जब बच्चों का अंकगणितीय कौशल उनके बौद्धिक क्षमता से काफी नीचे होता है और उसके शैक्षिक उपलब्धि के साथ बाधा पहुँचाता है। अर्थात् ऐसे बच्चे लिखित समस्याओं को गणितीय संकेतों में कूट संकेत करने में कठिनाई अनुभव कर सकते हैं।

प्र.3. लेखन अभिव्यक्ति की विकृति से आप क्या समझते हैं?
What do you understand by disorder of Written Expression?

उत्तर इस विकृति में बच्चों द्वारा लिखे गये अंशों में तरह-तरह की त्रुटियाँ बारम्बार होती हैं जिससे बच्चे का निष्पादन उसके बौद्धिक स्तर से काफी नीचे चला जाता है।

प्र.4. संचार विकृति कितने प्रकार की होती है?
How many types of Communication Disorder are there?

उत्तर यह चार प्रकार की होती है—

1. ग्रहणशील अभिव्यंजक भाषा विकृति (Receptive Expressive Language Disorder)
2. अभिव्यंजक भाषा विकृति (Expressive Language Disorder)
3. ध्वनिक विकृति (Phonological Disorder)
4. हकलाना (Stuttering)।

प्र.5. अधिगम असमर्थता के उपचार लिखिए।
Write treatments of learning disabilities.

उत्तर अधिगम असमर्थता के दो उपचार हैं, जो इस प्रकार हैं—

1. भाषायी उपागम (Linguistic Approach)
2. सफलता उन्मुखी उपागम (Success Oriented Approach)।

प्र.6. मानसिक दुर्बलता की कोई चार विशेषताएँ लिखिए।
Write any four characteristics of mental deficiency.

उत्तर
1. सीमित बौद्धिक क्षमता (Limited Intellectual Capacity)
2. सीमित समायोजन योग्य व्यवहार (Limited Adjustment Adoptive Behaviour)

TOUCH 'n' PASS

3. शारीरिक न्यूनता (Physical Deficiency)
4. सामाजिक अयोग्यता (Social Unsuitability)।

प्र.7. टर्नर संलक्षण किसमें पाया जाता है?
In which persons is Turner's Syndrome Found?

उत्तर इस तरह की मानसिक दुर्बलता सिर्फ बालिकाओं में पायी जाती है। इस तरह की बालिकाओं की गर्दन छोटी एवं झुकी होती है तथा इनमें लैंगिक अपरिपक्वता भी पायी जाती है।

प्र.8. अधिगम असमर्थता के कारक बताइए।
State the factors of Learning Disabilities.

उत्तर अधिगम असमर्थता के कारकों को दो प्रमुख भागों में बाँटा गया है—
1. जैविक कारक (Biological factors)
2. मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological factors)।

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. अधिगम असमर्थता के उपचार पर प्रकाश डालिए।
Throw light on the treatment of Learning Disabilities.

उत्तर

अधिगम असमर्थता के उपचार
(Treatment of Learning Disabilities)

अधिगम असमर्थता के उपचार के दिशा में कुछ सार्थक कदम मनोवैज्ञानिकों एवं अन्य विशेषज्ञों द्वारा उठाये गये हैं। इन प्रयासों को मोटे तौर पर निम्नांकित दो भागों में बाँटा जा सकता है—
1. भाषायी उपागम (Linguistic Approach)
2. सफलता उन्मुखी उपागम (Success Oriented Approach)

इन दोनों की व्याख्या इस प्रकार है—

1. **भाषायी उपागम** (Linguistic Approach)—इस उपागम द्वारा उपचार करने में मूलत: वैसे बच्चों पर बल डाला जाता है जिसमें पठन एवं लेखन कठिनाइयाँ होती हैं। लेयोन एवं मोट्स (Lyon & Moats, 1988) द्वारा किये गये शोधों के अनुसार इस उपागम में बच्चों को ध्यान से सुनने, ठीक से बोलने, पढ़ने एवं तार्किक क्रम में लिखने का प्रशिक्षण दिया जाता है, काफी छोटे बच्चों में पढ़ने का निर्देश देने के पहले अन्य पठन कौशल; जैसे—अक्षर विभेद, ध्वनिक विश्लेषण (phonotic analysis) तथा अक्षर आवाज साहचर्य आदि को सिखाया जाता है। ब्रक (Bruck, 1987) के अनुसार डायस्लेक्सिया से ग्रस्ति वयस्कों को कॉलेज में कई तरह के निर्देशात्मक समर्थन (instructional support) जैसे टेप किया हुआ भाषण (lecture), विशेष तरह के शिक्षकों से सम्पर्क आदि करके बहुत हद तक दूर कर लिया जाता है।
2. **सफलता-उन्मुखी उपागम** (Success-oriented Approach)—अधिगम-असमर्थता वाले बच्चों को सफलता-उन्मुखी उपागम अपनाकर भी उसकी समस्या का समाधान किया जा सकता है। इस तरह के उपागम का दृष्टिकोण व्यवहारवादियों द्वारा बतलाये गये कदम होते हैं। इसमें ऐसे बच्चों को कोई पठन कार्य या अन्य समान कार्य को सिखाने के पहले उसे छोटे-छोटे अंशों में बाँट लिया जाता है। प्रत्येक अंश को एक-एक करके उसके सामने उपस्थित किया जाता है और एक में सफल होने पर ही आगे का अंश बच्चों को दिया जाता है। इससे अधिगम असमर्थता वाले बच्चों में अभिप्रेरण (motivation) बना रहता है तथा उसे किसी प्रकार का कुण्ठा (frustration) का सामना नहीं करना पड़ता है।

स्पष्ट हुआ कि अधिगम-असमर्थता के उपचार की दिशा में जो कदम उठाये गये हैं, उसे पूर्ण नहीं माना जा सकता है। अत: अभी इस सिलसिले में और भी कुछ सराहनीय कदम उठाये जाने की उम्मीद है।

TOUCH 'n' PASS

प्र.2. मानसिक दुर्बलता की प्रमुख विशेषताएँ क्या हैं?
What are the major characteristics of Mental Deficiency?

उत्तर

मानसिक दुर्बलता की प्रमुख विशेषताएँ
(Major Characteristics of Mental Deficiency)

मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों की पहचान आसानी से कुछ निश्चित विशेषताओं (characteristics) के आधार पर कर लिया जाता है। मानसिक दुर्बलता की ऐसी प्रमुख विशेषताओं में निम्नांकित प्रमुख हैं—

1. **सीमित बौद्धिक क्षमता** (Limited Intellectual Capacity)—मानसिक दुर्बलता का सबसे प्रमुख लक्षण सीमित बौद्धिक क्षमता है। इसमें व्यक्ति का बुद्धि स्तर उम्र के अनुसार सामान्य से नीचे होता है। यही कारण है कि यह कहा जाता है कि मानसिक दुर्बलता में एक अधो-सामान्य मानसिक अवस्था (subnormal mental state) की अवस्था होती है।
2. **सीमित समायोजन योग्य व्यवहार** (Limited Adaptive Behaviour)—मानसिक दुर्बलता में समायोजन-योग्य व्यवहार की कमी पायी जाती है या ऐसा व्यवहार बहुत ही सीमित मात्रा में किया जाता है। अभियोजन-योग्य व्यवहार से तात्पर्य दिन-प्रतिदिन के सामान्य कार्यों को करने की क्षमता तथा शिक्षण एवं प्रशिक्षण ग्रहण करने की क्षमता से होती है। इन क्षमताओं की कमी से मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति को अपने सामान्य कार्य के लिए भी दूसरों की देख-रेख की आवश्यकता पड़ती है।
3. **शारीरिक न्यूनता** (Bodily Inferiority)—मानसिक दुर्बलता में मानसिक विकास तो सामान्य से कम होता ही है, साथ-ही-साथ शारीरिक विकास (physical development) भी सामान्य से हीन या न्यून होता है। ऐसे व्यक्तियों में इस न्यूनता के कारण एक शारीरिक विचित्रता दिखलाई देती है; जैसे—ऐसे लोगों के होंठ भद्दा, नाटा कद, चेहरे पर सूखापन, चमड़ी मोटी, आँख एवं नाक में निश्चित सामंजस्य की कमी आदि स्पष्ट रूप से देखने को मिलता है जिससे उसकी शारीरिक-न्यूनता की स्पष्ट झलक मिलती है।
4. **सामाजिक अयोग्यता** (Social Disability)—मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति में बुद्धि का स्तर चूँकि सामान्य से कम होता है, इसलिए वे नि:संकोच होकर यौन-सम्बन्धी अपराध एवं अन्य समाज-विरोधी कार्य करते हैं। ऐसे व्यक्तियों में कुछ प्रमुख सामाजिक शीलगुण; जैसे—आत्म-संयम (self-restuaint), आत्मरक्षा (self-protection), आत्म-निर्भरता (self-dependency), आत्म-सम्मान (self-esteem) तथा आत्म-विश्वास (self-reliance) आदि, शीलगुणों की अपर्याप्तता देखी जाती है।
5. **शिक्षा एवं प्रशिक्षण की अपर्याप्तता** (Inadequacy of Education and Training)—मानसिक दुर्बलता से ग्रसित व्यक्तियों में उम्र के अनुसार शिक्षा (education) तथा प्रशिक्षण (training) प्राप्त करने की अक्षमता या अपर्याप्तता (inadequacy) होती है। फलस्वरूप ऐसे लोग किसी प्रकार के औपचारिक (formal) तथा/या अनौपचारिक (informal) शिक्षण ग्रहण करने अथवा कोई कार्य करने में पर्याप्त प्रशिक्षण पाने में सर्वथा असमर्थ रहते हैं।
6. **सीमित प्रेरणा एवं संवेग** (Limited Motivation and Emotion)—मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) से ग्रसित व्यक्ति में सामान्य संवेगों (normal emotions) तथा सामाजिक प्रेरणाओं (social motivations) की कमी पायी जाती है। फलस्वरूप ऐसे व्यक्ति परिस्थिति के अनुकूल संवेग दिखला सकने में असमर्थ होते हैं तथा इनमें साधारण प्रेरणाएँ; जैसे—किसी लक्ष्य को प्राप्त करना, प्रभुत्व दिखलाने, दूसरों से मेल-जोल रखने आदि, की नितान्त कमी पायी जाती है।
7. **संज्ञानात्मक दुर्बलता** (Cognitive Deficiency)—मानसिक रूप से ग्रसित व्यक्तियों में संज्ञानात्मक दुर्बलता पायी जाती है जिसके फलस्वरूप ऐसे व्यक्तियों की स्मृति (memory), ध्यान (attention), चिन्तन (thinking) एवं प्रत्यक्षण (perception) काफी अविकसित होती है। फलत: इससे ग्रसित व्यक्ति की संज्ञानात्मक प्रक्रियाएँ (cognitive process) काफी अत्यधिक मन्दित एवं दयनीय होती है।

प्र.3. दुर्बल एक्स संलक्षण क्या है?
What is Fragile X syndrome?

उत्तर

दुर्बल एक्स संलक्षण
(Fragile X Syndrome)

इस तरह के संलक्षण में जो मानसिक मन्दन या दुर्बलता उत्पन्न होती है, उसका कारण यौन गुणसूत्र अर्थात् 23वाँ युग्म के गुणसूत्र के एक्स गुणसूत्र का कमजोर होना होता है। महिलाओं में 23वाँ युग्म का दोनों गुणसूत्र एक्स होता है जबकि पुरुषों में एक एक्स तथा दूसरा वाई (Y) होता है। महिला में यदि दो में से एक एक्स कमजोर होता है तो दूसरा स्वस्थ एक्स द्वारा बहुत कुछ क्षतिपूर्ति कर लिया जाता है। परन्तु पुरुषों में चूँकि एक ही एक्स होता है, अत: इसकी दुर्बलता की क्षतिपूर्ति नहीं हो पाती है। अत: इस संलक्षण की गम्भीरता पुरुषों में महिलाओं की तुलना में अधिक होती है। दुर्बल एक्स संलक्षण वाले बच्चों का मन्दन (retardation) का औसत स्तर लगभग वही होता है जो डाउन संलक्षण वाले बच्चे का होता है फिर भी इन दोनों में निम्नांकित अन्तर देखा गया है—

(a) होडैप एवं उनके सहयोगियों (Hodapp et. al., 1992) के अध्ययन के अनुसार, ऐसे दोनों तरह के मानसिक रूप से मन्दित बच्चे अधिगम क्षमता (learning abilities) तथा सामाजिक व्यवहार दिखलाने में एक-दूसरे से भिन्न होते हैं; जैसे—दुर्बल एक्स संलक्षण वाले बच्चे उन सूचनाओं को सीखने में काफी कठिनाई का अनुभव करते हैं जिनमें आनुक्रमिक क्रम (sequential order) होता है जबकि डाउन संलक्षण वाले बच्चों को ऐसे क्रम वाले सूचनाओं को सीखने में कोई दिक्कत नहीं होती है। इसी तरह से डाउन संलक्षण वाले बच्चों का सामाजिक व्यवहार पर्याप्त एवं मधुर होता है परन्तु दुर्बल एक्स संलक्षण वाले बच्चों का सामाजिक सम्बन्ध घटिया होता है।

(b) कुछ ऐसे भी सबूत मिले हैं जिनसे यह स्पष्ट हुआ है कि दुर्बल एक्स संलक्षण वाले बच्चों में विरोधात्मक तथा विध्वंसात्मक व्यवहार (disruptive behaviour) करने की प्रवृत्ति अधिक होती है जबकि डाउन संलक्षण वाले बच्चों में ऐसी प्रवृत्ति नहीं होती है।

डायकन्स तथा उनके सहयोगियों (Dykens et. al, 1994) द्वारा किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि दुर्बल एक्स संलक्षण का कारण जननिक त्रुटि (genetic error) है जो एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी तक स्थानान्तरण होते रहता है। ऐसे बच्चों का शारीरिक गठन में भी विचित्रता होती है—इनका लम्बा पतला चेहरा होता है जिस पर चिपटा नाक और असामान्य रूप से बड़े-बड़े कान होते हैं। ऐसे पुरुष बच्चों का टेस्टीकल (testicle) भी बड़ा होता है।

प्र.4. मानसिक दुर्बलता एवं मानसिक बीमारी में अन्तर स्पष्ट कीजिए।
Differentiate between mental deficiency and mental illness.

उत्तर

मानसिक दुर्बलता तथा मानसिक बीमारी में अन्तर
(Differences between Mental Deficiency and Mental Illness)

मनोरोगविज्ञानियों एवं नैदानिक मनोविज्ञानियों के अनुसार मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) तथा मानसिक बीमारी (mental illness) दोनों ही मानसिक विकृति (mental disorder) की श्रेणी में आते हैं क्योंकि दोनों ही के व्यवहारों में विसामान्यता (deviancy) पायी जाती है। इस समानता (similarity) के बावजूद इन दोनों में कुछ अन्तर है जो निम्नांकित हैं—

1. मानसिक दुर्बलता (Mental Retardation) एक अधोसामान्य मानसिक अवस्था (sub-normal mental condition) होती है। दूसरे शब्दों में, इसमें बौद्धिक विकास एक खास स्तर पर आकर रुक जाता है। परन्तु मानसिक बीमारी (mental illness) में बुद्धि का विकास किसी स्तर पर आकर रुकता नहीं है फिर भी कुछ सांवेगिक समस्याओं के कारण रोगी अपनी बुद्धि का उपयोग उत्तम समायोजन करने में नहीं कर पाता है।
2. मानसिक दुर्बलता प्राय: जन्मजात ही होती है। बहुत कम ही बच्चों में इस प्रकार की दुर्बलता जन्म के कुछ महीनों या वर्षों तक सामान्य रहने पर विकसित करता है। परन्तु अधिकतर मानसिक बीमारी जन्मजात नहीं होते हैं, वे अर्जित होते हैं क्योंकि ऐसे रोगों की उत्पत्ति अनेक तरह के मनोसामाजिक (psycho-social) एवं सांस्कृतिक कारकों (cultural factors) से होती है।

3. मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) में व्यक्ति की बुद्धि सीमित (limited) होती है परन्तु मानसिक बीमारी में व्यक्ति की बुद्धि सीमित नहीं होती है बल्कि वे उसका सही दिशा में उपयोग करने में असमर्थ रहते हैं।
4. मानसिक दुर्बलता से ग्रसित व्यक्तियों में उचित-अनुचित, नैतिक-अनैतिक कार्यों में अन्तर करने की क्षमता नहीं होती है। अत: वे समाज-विरोधी कार्य बिना किसी हिचकिचाहट के करते पाये जाते हैं। मानसिक बीमारी में ऐसी बात नहीं होती है। कुछ मानसिक रोग; जैसे—दुश्चिंता विकृति (anxiety disorder) ऐसे होते हैं जिसमें व्यक्तियों में तो उचित-अनुचित एवं नैतिक-अनैतिक व्यवहार का काफी ख्याल रहता है। अत: वे प्राय: समाज-विरोधी कार्य नहीं करते हैं।
5. मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तित्व का विघटन (disorganization) बहुत कम पाया जाता है जबकि मानसिक बीमारी में विशेषकर मनोविदालिता एवं मनोदशा विकृति (mood disorder) में व्यक्तित्व का गम्भीर विघटन (severe disorganization) पाया जाता है।
6. मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) में विभ्रम (hallucination), भ्रम (illusion), व्यामोह (delusion), निद्राभ्रमण (sleep-walking), स्मृति लोप (amnesia) जैसे लक्षण नहीं पाये जाते हैं जबकि मानसिक बीमारी में इन लक्षणों की प्रधानता होती है।
7. मानसिक रूप से दुर्बल लोगों में आत्म-निर्भरता (self-dependency), आत्म-विश्वास एवं आत्म-सम्मान (self esteem) जैसे गुणों की कमी होती है। अत: उन्हें अपने सामान्य कार्यों को करने के लिए भी दूसरों की देख-रेख आवश्यक हो जाती है। परन्तु मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों में ऐसी बात नहीं होती है। खासकर दुश्चिंता विकृति के रोगियों में तो उपयुक्त शीलगुण पर्याप्त मात्रा में होते हैं जिनमें जिन्हें किसी की देख-रेख की जरूरत प्राय: नहीं पड़ती है।
8. मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति की शारीरिक रचना (bodily structure) प्राय: विकृत (distorted) एवं भद्दी होती है लेकिन मानसिक बीमारी से ग्रसित व्यक्तियों में किसी प्रकार की शारीरिक विकृति नहीं होती है और इनका शारीरिक रूप भद्दा भी नहीं होता है।
9. मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों का उपचार (treatment) कठिन होता है। उनकी स्थिति में थोड़ा सुधार भले ही किया जा सकता है परन्तु उसका पूर्णरूपेण उपचार कभी भी सम्भव नहीं है। मानसिक रूप से ग्रसित व्यक्तियों का उपचार विभिन्न वैज्ञानिक विधियों से पूर्णरूपेण सम्भव है।
10. मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) के ऐसे तो अनेक कारण हैं परन्तु उनमें जैविक कारण (biological causes) सबसे महत्त्वपूर्ण है। परन्तु मानसिक बीमारी के कारणों में जैविक कारक, मनोसामाजिक कारक (psychosocial factors) तथा सामाजिक-सांस्कृतिक (socio-cultural factors) तीनों ही अधिक महत्त्वपूर्ण हैं।

उपर्युक्त तथ्यों से स्पष्ट है कि मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) तथा मानसिक बीमारी में अनेक अन्तर हैं जिसके आधार पर उनकी पहचान की जाती है।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. अधिगम असमर्थता का विस्तृत वर्णन कीजिए।
Describe in detail the Learning Disabilities.

उत्तर

अधिगम असमर्थता (Learning Disabilities)

बहुत से बच्चे अधिगम (learning), समन्वय (coordination) तथा संचार (communication) के क्षेत्र में अपर्याप्तता (inadequacy) दिखाते हैं। इस तरह की विकृतियों से स्कूल तथा दिन-प्रतिदिन की जिन्दगी में बच्चों का निष्पादन (performance) काफी खराब या घटिया हो जाता है। ऐसी विकृतियाँ लड़कों में लड़कियों की अपेक्षा अधिक दिखती हैं। इन समस्याओं को मानसिक विकृति (mental disorder) के रूप में वर्गीकृत करना काफी विवादास्पद विषय (controversial issue) रहा है। बहुत से नैदानिक मनोवैज्ञानिकों का विचार है कि ऐसी समस्याएँ मूलत: शैक्षिक (educational) या सामाजिक (social) होती हैं जो स्कूल या घर तक ही सीमित होती हैं। अत: इन्हें एक मानसिक विकृति के रूप में नहीं लिया जा सकता है। परन्तु DSM-IV (1994) के विशेषज्ञों ने इसे एक मानसिक विकृति का दर्जा दिया है। इन समस्याओं से उत्पन्न दुष्क्रियाएँ (dysfunctions) और अन्य मानसिक समस्याओं के साथ बार-बार होना, इन विशेषज्ञों के अनुसार, मानसिक विकृति की दर्जा

TOUCH 'n' PASS

के लिए पर्याप्त सबूत है। हटिंगटन तथा बैंडर (Huntington & Bender, 1993) के अनुसार, कुछ ऐसे सबूत उपलब्ध हैं जिनसे यह पता चलता है कि इन समस्याओं को विशेषकर अधिगम की समस्याओं से ग्रस्त बच्चों को किशोरावस्था में आने पर विषाद (depression) तथा आत्महत्या (suicide) जैसी समस्याएँ अधिक होती हैं। इन कारणों से इन्हें मानसिक विकृति का दर्जा देना ही उपयुक्त होगा।

DSM-IV में अधिगम विकृति (learning disorder), संचार विकृति (communication disorder) तथा समन्वय से सम्बद्ध पेशीय-कौशल विकृति (motor skill disorder) की पहचान अलग-अलग की गयी है। कुछ नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को इन तीनों को एक साथ मिलाकर अधिगम असमर्थता (learning disabilities) का नाम देना अधिक उपयुक्त समझा है क्योंकि इन तीनों में बच्चा अपने बौद्धिक स्तर के अनुरूप विशिष्ट शैक्षिक या भाषा या पेशीय क्षेत्र में विकसित होने में असमर्थ रहता है।

ध्यान रहे कि DSM-IV में अधिगम असमर्थता (learning disabilities) नाम के कोई पद का उपयोग नहीं किया गया है। अधिगम असमर्थता की पहचान एवं उपचार स्कूल तन्त्र के भीतर ही हो जाती है।

बच्चों में अधिगम, भाषा तथा पेशीय कौशल से सम्बद्ध तीन स्वतन्त्र विकृतियाँ निम्नांकित हैं—

1. अधिगम विकृतियाँ (Learning Disorders)
2. संचार विकृतियाँ (Communication Disorders)
3. पेशीय कौशल विकृतियाँ (Motor Skills Disorders)

इन तीनों का वर्णन इस प्रकार है—

1. **अधिगम विकृतियाँ** (Learning Disorders)—अधिगम विकृति का सम्बन्ध बच्चों के अधिगम से सम्बद्ध कठिनाइयों से होता है। DSM-IV के अनुसार अधिगम विकृतियाँ निम्नांकित तीन हैं—
   (i) पठन विकृति (Reading Disorder)
   (ii) गणित विकृति (Mathematics Disorder)
   (iii) लेखन अभिव्यक्ति की विकृति (Disorder of Written Expression)

   इनका वर्णन इस प्रकार है—

   (i) **पठन विकृति** (Reading Disorder)—इस विकृति को डायस्लेक्सिया (dyslexia) भी कहा जाता है। इसमें बच्चे शब्दों को ठीक से पहचान नहीं पाते हैं और जो पढ़ते हैं, उसे समझ नहीं पाते हैं हालाँकि उन्हें कोई दृष्टि या श्रव्य दोष नहीं होता है और उनका बौद्धिक स्तर भी औसत होता है। ऐसे बच्चे धीरे-धीरे एवं रुक-रुक करके पढ़ते हैं तथा जब वे पढ़ते हैं तो वे शब्दों को विकृत (distort) कर देते हैं या छोड़ देते हैं या प्रतिस्थापित कर देते हैं। इस तरह की विकृति की पहचान चौथी कक्षा या उसके बाद के कक्षाओं में छात्र के आने के बाद पता चलता है। अमेरिकी मनोरोगवैज्ञानिक संघ (APA, 1994) के अनुसार, 4% स्कूली बच्चों में ऐसी विकृति होते पायी जाती है। वयस्कावस्था में आने पर धारा-प्रवाह मौखिक पठन, बोध (comprehension) तथा शब्दों को हिज्जे या वर्तनी (spelling) से सम्बन्धित समस्या जारी रहती है। इस विकृति के हल्के-फुल्के मामलों को पठन चिकित्सा (reading therapy) देकर दूर किया जा सकता है और वयस्कावस्था आते-आते पूर्णत: समाप्त किया जा सकता है। परन्तु कुछ ऐसे भी मामले हैं जिसमें उपचार के बावजूद समस्या बनी रहती है।

   (ii) **गणित विकृति** (Mathematics Disorder)—इस तरह की विकृति की पहचान तब होती है जब बच्चों का अंकगणितीय कौशल उनके बौद्धिक क्षमता से काफी नीचे होता है और उसके शैक्षिक उपलब्धि (academic achievement) के साथ बाधा पहुँचाता है। ऐसे बच्चों को भाषायी कौशल (linguistic skills) से सम्बन्धित कठिनाई हो सकती है, अर्थात् ऐसे बच्चे लिखित समस्याओं को गणितीय संकेतों में कूटसंकेत करने में कठिनाई अनुभव कर सकता है। फिर ऐसे बच्चों को प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कौशल (perceptual skills) से सम्बद्ध समस्याएँ हो सकती हैं अर्थात् ऐसे बच्चे संख्यात्मक संकेतों (numerical symbols) की पहचान ठीक से नहीं कर पाते हैं। ऐसे बच्चों को ध्यान कौशल (attention skill) की समस्या होती है अर्थात् ऐसे बच्चों को अंकों को जोड़ते समय पिछले अंकों की शृंखला से आये अंकों की याद से सम्बन्धित समस्या होती है। स्कूल में गणित में घटिया उपलब्धि का सबसे बड़ा कारण गणित विकृति माना गया है जो लड़कों एवं लड़कियों में लगभग समान ढंग से होता है।

TOUCH 'n' PASS

(iii) **लेखन अभिव्यक्ति की विकृति** (Disorder of Written Expression)—इस विकृति में बच्चों द्वारा लिखे गये अंशों में तरह-तरह की त्रुटियाँ बारम्बार होती हैं। इन त्रुटियों में हिज्जे (spelling), व्याकरण विरामादि-विधान (punctuation), पैराग्राफ संगठन (paragraph organisation) से सम्बद्ध त्रुटियाँ प्रधान होती हैं। एपीए (APA, 1994) के अनुसार, ऐसे मामलों की पहचान दूसरी कक्षा में आते-आते कर ली जाती है। लेखन अभिव्यक्ति की ऐसी त्रुटियाँ इतनी प्रबल हो जाती है कि बच्चे का निष्पादन उसके बौद्धिक स्तर से काफी नीचे चला जाता है।

स्पष्ट हुआ कि अधिगम विकृतियाँ तीन प्रकार की होती हैं और इनसे बच्चों का शैक्षिक निष्पादन काफी गिर जाता है।

2. **संचार विकृति** (Communication Disorder)—जैसा कि नाम से ही स्पष्ट है, इस तरह की विकृति का सम्बन्ध बच्चों द्वारा किये जाने वाले संचार (communication) तथा भाषा में उत्पन्न दोष से होता है। यह भी चार प्रकार का होता है—

(i) ग्रहणशील अभिव्यंजक भाषा विकृति (Receptive Expressive Language Disorder)
(ii) अभिव्यंजक भाषा विकृति (Expressive Language Disorder)
(iii) ध्वनिक विकृति (Phonological Disorder)
(iv) हकलाना (Stuttering)

इन सभी का वर्णन निम्न प्रकार है—

(i) **ग्रहणशील-अभिव्यंजक भाषा विकृति** (Receptive Expressive Language Disorder)—इस विकृति वाले बच्चों में भाषा को समझने एवं अभिव्यक्त करने से सम्बद्ध दोष इतना अधिक गम्भीर होता है कि इससे उसकी शैक्षिक उपलब्धि प्रभावित या दिन-प्रतिदिन की क्रियाएँ काफी प्रभावित हो जाती हैं। हल्के-फुल्के ऐसे मामलों में तो यह देखा गया है कि बच्चे विशेष तरह के शब्दों या जटिल कथनों को समझने में कठिनाई महसूस करते हैं। परन्तु कुछ गम्भीर मामलों में बच्चे मौलिक शब्द कोष या साधारण वाक्यों को समझने या श्रव्य सूचनाओं को संसाधित करने में कठिनाई महसूस करते हैं। ऐसे बच्चों को विभिन्न आवाजों के बीच विभेदन करने, आवाज तथा संकेतों को साहचर्यित करने या उसे संग्रहण करने तथा प्रत्याह्वान करने में कठिनाई का अनुभव करता है। इतना ही नहीं, इनकी कठिनाइयों में अभिव्यंजक भाषा विकृति के भी कुछ लक्षण सम्मिलित हो सकते हैं। 3% स्कूली बच्चों में इस ढंग की समस्याएँ होती हैं। कुछ तो उम्र बीतने पर इन समस्याओं से छुटकारा पा लेते हैं जबकि कुछ गम्भीर मामलों में यह समस्या बनी की बनी रह जाती है।

(ii) **अभिव्यंजक भाषा विकृति** (Expressive Language Disorder)—इस विकृति वाले बच्चे अपने आप को अभिव्यक्त (express) करने के लिए उपयुक्त भाषा का प्रयोग करने में असमर्थ पाते हैं। ऐसे बच्चों की शब्दावली काफी सीमित एवं अयथार्थ होती है; इन्हें नये शब्दों को सीखने में दिक्कत होती है; हमेशा वाक्यों को छोटा कर देते हैं; वाक्यों के महत्त्वपूर्ण हिस्सों को त्याग देते हैं; शब्दों को असाधारण ढंग से क्रमित करते हैं तथा भाषा का मन्द विकास दिखाते हैं। 5 प्रतिशत बच्चों में ऐसी समस्याएँ होती हैं। धीरे-धीरे उनमें से आधे द्वारा सम्पूर्ण भाषा क्षमता विकसित कर लिया जाता है और बाकी किशोरावस्था आते-आते सामान्य क्षमता विकसित कर लेते हैं। विशिष्ट मदद से भी ऐसे बच्चों को काफी मदद मिलती है।

(iii) **ध्वनिक विकृति** (Phonological Disorder)—वैसे बच्चे जो उपयुक्त उम्र के बावजूद सही-सही ढंग से शब्दों को नहीं बोल पाते हैं, उन्हें ध्वनिक विकृति का रोगी माना जाता है बशर्ते कि ऐसी विकृति का कारण श्रव्य दोष या संभाषण प्रक्रम (speech mechanism) में किसी प्रकार का दोष न हो। ऐसे बच्चे बोले गये शब्दों का अस्पष्ट उच्चारण करते हैं, शब्दों का प्रतिस्थापन करते हैं तथा शब्दों को छोड़कर बोलते हैं जिनसे उनकी बातचीत बिल्कुल ही एक बच्चे की बातचीत (baby talk) के समान लगती है। ऐसा अनुमान लगाया जाता है कि आठ साल से नीचे के करीब 2% से 3% बच्चों द्वारा इस प्रकार की विकृति साधारण से गम्भीर रूप में होता पाया जाना है। ए०पी०ए (APA, 1994) के अनुसार 17 वर्ष की आयु तक इस विकृति की दर घटकर 0.5% रह जाती है। संभाषण चिकित्सा (speech therapy) से यह विकृति पूर्णत: समाप्त हो जाती है।

TOUCH 'n' PASS

(iv) **हकलाना** (Stuttering)—इस विकृति से ग्रसित बच्चे अपने संभाषण (speech) के सामान्य प्रवाह (fluency) में क्षुब्धता का अनुभव करते हैं। वे किसी अक्षर या शब्दों को कभी-कभी दोहरा देते हैं, कभी उसे लम्बे समय तक बोलते हैं या कभी शब्दों को बीच में बोल देते हैं, एक शब्द के भीतर एक अक्षर बोलकर रुक जाते हैं और फिर बोलते हैं, आवाज को अवरूद्ध कर देते हैं तथा अन्य शब्द जो कठिन होते हैं, को अन्य शब्दों से प्रतिस्थापित कर देते हैं या फिर इन शब्दों को बोलते हैं तो काफी दैहिक तनाव महसूस करते हैं, एक ही अक्षर (syllable) में पूरा शब्द बोल देते हैं, आदि-आदि। करीब एक प्रतिशत बच्चों में हकलाने की विकृति पायी जाती है और इनमें से 75% पुरुष होते हैं। हकलाने की समस्या 2 से 7 साल की आयु में होती है और इसमें से करीब 80% बच्चे अपने आप बिना उपचार के ही 16 साल की आयु आते-आते ठीक हो जाते हैं।

स्पष्ट हुआ कि संचार विकृति के भी कई प्रकार होते हैं। इनमें से अभिव्यंजक भाषा विकृति तुलनात्मक रूप से अधिक देखने को मिलती है।

3. **पेशीय कौशल विकृतियाँ** (Motor-skill Disorder)—इसे विकासात्मक समन्वय विकृति (Developmental Coordination Disorder) भी कहा जाता है। इसमें बच्चों के पेशीय समन्वय (motor coordination) में ऐसा पर्याप्त दोष होता है जिसकी व्याख्या मानसिक मन्दन (mental retardation) या कोई ज्ञात दैहिक विकृति के रूप में नहीं की जा सकती है। बच्चे को अपने जूते का फीता बाँधने में कठिनाई हो सकती है या कमीज के बटन लगाने में कठिनाई हो सकती है और बड़ा होने पर गेंद खेलने, हाथ से लिखने या अन्य समान कार्यों में दिक्कत का अनुभव हो सकता है। इस विकृति की पहचान तभी की जाती है जब इन दोषों द्वारा उसके शैक्षिक उपलब्धि या दिन-प्रतिदिन की अन्य क्रियाएँ बुरी तरह प्रभावित हो जाती है।

स्पष्ट हुआ कि अधिगम असमर्थता के जो तीन प्रारूप हैं, उनमें अधिगम विकृतियाँ सबसे अधिक महत्त्वपूर्ण है क्योंकि इससे बच्चों की शैक्षिक उपलब्धियाँ काफी अधिक प्रभावित होती है।

प्र.2. अधिगम असमर्थता के कारणों का उल्लेख कीजिए।
Mention the etiology of Learning Disabilities.

उत्तर

अधिगम असमर्थता के कारण
(Etiology of Learning Disabilities)

अधिगम असमर्थता के कारणों को दो प्रमुख भागों में बाँटा जा सकता है—

1. जैविक कारक (Biological Factors) 2. मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological Factors)

1. **जैविक कारक** (Biological factors)—कुछ ऐसे अध्ययन हुए हैं जिनके आधार पर यह कहा जा सकता है कि अधिगम असमर्थता का कारण आनुवंशिकता (heredity) है। माथानी, डोलान तथा विलसन (Mathaney, Dolan & Wilson, 1976) द्वारा जुड़वाँ बच्चों (twin studies) पर अध्ययन किया गया जिसमें इस तथ्य की सम्पुष्टि की गयी है। पेनिंगटन तथा स्मिथ (Pennington & Smith, 1988) द्वारा किये गये अध्ययन से यह पता चला कि साधारण शब्द पठन (reading) एवं हिज्जे (spelling) कौशल जननिक (inherited) होता है जबकि पठन बोध (reading comprehension) जननिक नहीं होता है। फलत: शब्द पठन एवं हिज्जे से सम्बद्ध विकृति का कारण जननिक दोष होता है। कुछ ऐसे अध्ययन हुए हैं जिनसे यह पता चला है कि तन्त्रकीय समस्याओं (neurological problems) से भी अधिगम असमर्थता उत्पन्न होती है। गालावुर्डा (Galaburda, 1989) ने एक अध्ययन किया जिसमें आठ ऐसे व्यक्तियों के मस्तिष्कों का शव-परीक्षण (autopsy) किया गया जिन्हें बाल्यावस्था में डायस्लेक्सिया (dyslexia) हुआ था। इनके मस्तिष्क के न्यूरोन्स के संगठन, संख्या तथा स्थान से सम्बद्ध असामान्यताएँ पायी गईं। इनके मस्तिष्क के बायाँ गोलार्द्ध (left hemisphere) जो भाषा पर नियन्त्रित रखता है, में न्यूरोन्स सम्बद्ध ऐसे दोष पाये गये। इन अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ कि अधिगम असमर्थता के कुछ जैविक कारक भी होते हैं।

2. **मनोवैज्ञानिक कारक** (Psychological Factors)—अधिगम असमर्थता की व्याख्या करने के लिए कुछ मनोवैज्ञानिक सिद्धान्त (Psychological Theories) भी विकसित किये गये हैं। इनमें निम्नांकित प्रमुख हैं—

(i) **प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कमी सिद्धान्त** (Perceptual Deficit Theory)—इस सिद्धान्त के अनुसार, अधिगम विकृति का कारण प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक प्रक्रियाओं (perceptual processing) की समस्याएँ हैं;

TOUCH 'n' PASS

जैसे—डायस्लेक्सिया (dyslexia) का कारण एक ऐसा प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कमी होता है जिसमें बच्चे अक्षरों को उल्टे क्रम में प्रत्यक्षण करते हैं और जिनसे पठन त्रुटियाँ होती हैं; जैसे—अक्षर d को अक्षर b के रूप में पढ़ना एक ऐसी ही त्रुटि का उदाहरण है। काल्फी आदि (Calfee et. al., 1985) के अनुसार, 5 और 6 साल की आयु होने पर अक्षर सम्भ्रान्ति (letter confusion) तथा पठन क्षमता (reading ability) में किसी तरह का कोई सम्बन्ध नहीं पाया गया। हाल ही में किये गये शोधों से यह स्पष्ट हुआ कि भाषा संसाधन (language processing) में कुछ समस्या उत्पन्न होने पर भी डायस्लेक्सिया की असामान्यता उत्पन्न हो जाती है। मान एवं ब्रेडी (Mann & Brady, 1988) द्वारा किये गये शोधों से यह स्पष्ट हुआ कि इसमें संभाषण का प्रत्यक्षण एवं बोली गये भाषा की आवाज का विश्लेषण और छपे शब्दों से उनका सम्बन्ध महत्त्वपूर्ण है। कुछ अनुदैर्घ्य अध्ययनों (longitudinal studies) से भी यह पता चला है कि आरम्भिक भाषा सम्बद्ध समस्याओं के आधार पर भी आगे उत्पन्न होने वाला डायस्लेक्सिया के बारे में अनुमान लगाया जा सकता है; जैसे—ब्रेडली एवं ब्रायन्ट (Bradley & Bryant, 1985) ने अपने अध्ययन में पाया कि चार साल की आयु में लय (rhyme) तथा अनुप्रास (alliteration) की पहचान में कठिनाई अनुभव करने वाले बच्चों को डायस्लेक्सिया होने की सम्भावना अधिक होती है। स्कारबोरोफ (Scarborough, 1990) के अनुसार, पाँच साल के जिन बच्चों में परिचित वस्तुओं का तेजी से नाम बतलाने की असमर्थता होती है, उनमें डायस्लेक्सिया उत्पन्न होने की सम्भावना अधिक होती है तथा उसी तरह स्कारबोरोफ के ही अध्ययन के अनुसार दो साल की आयु में जिन बच्चों में वाक्य रचना या वाक्य विन्यास से सम्बद्ध नियम (synthetic rule) को सीखने में कठिनाई होती है, उनमें भी डायस्लेक्सिया के रोग होने की सम्भावना अधिक होती है।

(ii) **शैक्षिक निर्देश सिद्धान्त** (Academic Instruction Theory)—इस सिद्धान्त के अनुसार, अधिगम विकृतियों का कारण प्रत्यक्षण में कमी नहीं बल्कि शिक्षण (teaching) में कमी की ओर इशारा करता है तथा इसका कारण कुछ बच्चों को संज्ञानात्मक कार्यों में घटिया निर्देश (instruction) का मिलना होता है। इन्गेलमान (Englemann, 1969) इस सिद्धान्त के प्रबल समर्थक रहे हैं। यही कारण है कि इस सिद्धान्त के समर्थकों द्वारा ऐसे बच्चों को शिक्षण की एक उत्तम विधि खोजकर पढ़ाने पर बल डाला गया है। इन लोगों द्वारा अंकगणित, पठन (reading) एवं अन्य अधिगम क्षेत्रों को तत्त्व कौशलों (component skills) में बाँटकर तथा प्रत्येक कौशल को थोड़ा-थोड़ा करके पढ़ाने पर बल डाला गया है। स्वार्ज (Schwartz, 1977) द्वारा अधिगम विकृतियों से ग्रस्त बच्चों को ऐसी ही प्रविधि से पढ़ाया गया और परिणाम में देखा गया कि ऐसे बच्चों का औसत निष्पादन पहले से काफी बढ़ गया। ऐसे बच्चों के पठन स्तरों में ही सिर्फ उन्नति नहीं हुई बल्कि उसके अवधान विस्तार (attention span), आत्म-विश्वास तथा स्वत: पठन (spontaneous reading) क्षमता में भी पर्याप्त वृद्धि हो गयी।

उपर्युक्त दोनों सिद्धान्तों के अलावा भी कुछ ऐसे अध्ययन हुए हैं जिनसे अधिगम असमर्थता के कारणों पर प्रकाश पड़ता है। मैकगिनीस (McGuiness, 1985) के अनुसार ऐसी विकृतियों में यौन अन्तर होता है। इसका मतलब यह हुआ कि पुरुष एवं स्त्री मस्तिष्क के बीच संरचनात्मक या हॉर्मोन्ल (hormonal) अन्तर होने से भी लड़का तथा लड़की के अधिगम क्षमता में अन्तर होता है; जैसे—मस्तिष्क के बाएँ गोलार्द्ध में यदि किसी प्रकार की क्षति होती है, तो इससे पुरुषों में अधिगम असमर्थता महिलाओं की तुलना में अधिक उत्पन्न हो जाती है। किमुरा (Kimura, 1983) के अनुसार, इसका सम्भवत: एक कारण यह हो सकता है कि महिलाओं के दाएँ गोलार्द्ध में भाषा का स्थायीकरण पुरुषों की अपेक्षा अधिक होता है। मैकगिनीस (McGuiness, 1985) के ही अनुसार, लड़कों एवं लड़कियों के संवेदी पेशीय समन्वय (sensory-motor integration) क्षमता में भी अन्तर होता है लड़कों का सम्पूर्ण पेशीय नियन्त्रण कौशल दृष्टि (visual) तन्त्र से अधिक समन्वित होता है। जबकि लड़कियों का सम्पूर्ण पेशीय नियन्त्रण कौशल श्रवण तन्त्र (auditory system) से अधिक समन्वित होता है। इसका मतलब यह हुआ कि लड़कियों में श्रवण-पेशीय (auditory-motor) दोष जैसे भाषा कौशल दोष तब तुलनात्मक रूप से अधिक होंगे।

स्पष्ट हुआ कि अधिगम असमर्थता (learning disabilities) के कई कारण हैं और इसमें जैविक तथा मनोवैज्ञानिक दोनों तरह के कारकों का योगदान होता है।

TOUCH IT PASS

प्र.3. मानसिक दुर्बलता के स्तरों या प्रकारों की व्याख्या कीजिए।
Discuss the levels or types of Mental Deficiency.

उत्तर

मानसिक दुर्बलता के स्तर या प्रकार
(Levels or Types of Mental Deficiency)

नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के अनुसार मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) के कई स्तर (levels) या प्रकार बतलाये गये हैं। सच्चाई यह है कि इन लोगों द्वारा मानसिक दुर्बलता के स्तर का निर्धारण करने में कुछ कसौटियों (criteria) को सामने रखा गया है और उन्हीं के आधार पर उसके प्रकार या स्तर निर्धारित किया गया है। ऐसी कसौटियाँ (criteria) निम्नांकित हैं—

1. बुद्धि की कसौटी के आधार पर (On the Basis of Criteria of Intelligence)
2. समायोजन-योग्य व्यवहार की कसौटी के आधार पर (On the Basis of Criteria of Adaptive Behaviour)
3. नैदानिक कसौटी के आधार पर (On the Basis of Clinical Criterion)

1. **बुद्धि की कसौटी के आधार पर** (On the Basis of Criterion of Intelligence)—नैदानिक मनोवैज्ञानिकों (clinical psychologist) ने बुद्धि मापकर व्यक्ति की मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) के विभिन्न स्तर का वर्णन किया है। उपयुक्त बुद्धि परीक्षण द्वारा बुद्धि मापकर उसकी अभिव्यक्ति बुद्धि-लब्धि (intelligence quotient or I.Q.) में की जाती है। 90 से 110 की बुद्धि लब्धि को सामान्य या औसत बुद्धि लब्धि माना गया है। व्यक्ति में 90 से बुद्धि लब्धि जितना ही कम होगी, उसमें मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) का स्तर उतना ही गम्भीर होगा। बुद्धि लब्धि की मात्रा के आधार पर प्रारम्भ में मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) के निम्नांकित तीन स्तर या प्रकार (type) बतलाये गये हैं—

   (i) **मूर्ख** (Moron)—इस श्रेणी के मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों की बुद्धि लब्धि 50 से 69 के बीच होती है तथा उनकी मानसिक आयु 8 वर्ष या उससे थोड़ी अधिक होती है।

   (ii) **मूढ़** (Imbecile)—इस श्रेणी के मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति की बुद्धि लब्धि 20 से 40 के बीच होती है तथा मानसिक आयु (mental age) 3 से 7 साल के भीतर होती है।

   (iii) **जड़** (Idiot)—इस श्रेणी के मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति की बुद्धि लब्धि 20 से नीचे होती है तथा इनकी मानसिक आयु 3 साल से कम होती है।

   उपर्युक्त विवरण से स्पष्ट है कि मानसिक दुर्बलता (Mental Deficiency) की सबसे कम गम्भीर श्रेणी मूर्ख (Moron) है जबकि जड़ (Idiot) सबसे अधिक गम्भीर श्रेणी है।

   प्रारम्भ में उपर्युक्त तीन श्रेणियों के अलावा एक और श्रेणी का भी उल्लेख मिलता है जिसे जड़ पंडित (Idiot savant) कहा जाता है। ऐसे लोगों की बुद्धि लब्धि तो कम अवश्य होती है परन्तु उनमें कुछ विशेष असाधारण क्षमता (ability); जैसे—असाधारण स्मृति (exceptional memory), असाधारण सांगीतिक क्षमता या असाधारण यान्त्रिक क्षमता (mechanical ability) आदि होती है।

   आधुनिक समय में बुद्धि के आधार पर उपर्युक्त श्रेणियों यानी मूर्ख (moron), मूढ़ (idiot) का प्रचलन समाप्त हो गया है क्योंकि ऐसे पदों के साथ नकारात्मक संवेगात्मक भाव सम्बद्ध है। अत: आधुनिक नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा बुद्धि की कसौटी पर मानसिक दुर्बलता के जो स्तर या प्रकार बनाये गये हैं उनका नामकरण दूसरे ढंग से किया गया है। अमेरिकन एसोसिएशन ऑन मेन्टल डिफिसियेन्सी (American Association on Mental Deficiency or AAMD, 1973) तथा अमेरिकन मनोरोगविज्ञानी संघ (American Psychiatric Association) ने मिलकर बुद्धि के आधार पर मानसिक दुर्बलता के निम्नांकित चार प्रमुख स्तर (levels) या प्रकार (type) बतलाये हैं—

   (a) अल्प मानसिक दुर्बलता (Mild Mental Retardation)
   (b) मध्यमवर्गीय मानसिक दुर्बलता (Moderate Mental Retardation)
   (c) गम्भीर मानसिक दुर्बलता (Severe Mental Retardation)
   (d) अतिगम्भीर मानसिक दुर्बलता (Profound Mental Retardation)

TOUCH 'n PASS

(a) **अल्प मानसिक दुर्बलता** (Mild Mental Retardation)—इस श्रेणी की मानसिक दुर्बलता से ग्रस्त व्यक्तियों की बुद्धि लब्धि (I.Q.) 52-67 के बीच होती है तथा वयस्क हो जाने पर भी इनकी बौद्धिक क्षमता (intellectual level) 9 से 11 साल के बालकों के करीब होती है। इनका सामाजिक अभियोजन (social adjustment) लगभग किशोरों के बराबर होता है। इनमें किसी प्रकार की मस्तिष्कीय विकृति (brain pathology) तथा अन्य शारीरिक विसंगतियाँ (physical anomalies) नहीं होती हैं। ऐसे लोग कुछ शिक्षण ग्रहण करने योग्य (educable) होते हैं तथा माता-पिता के सहयोग एवं विशेष शैक्षिक प्रोग्राम (special educational programme) द्वारा इनके सामाजिक अभियोजन के स्तर को बढ़ाया जा सकता है तथा साधारण शैक्षणिक एवं व्यावसायिक कौशलों (skills) को अर्जित करने लायक इन्हें बनाया जा सकता है।

(b) **मध्यम मानसिक दुर्बलता** (Moderate Mental Deficiency)—इस श्रेणी के मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों की बुद्धि लब्धि 35 से 51 के बीच होती है तथा वयस्क हो जाने पर भी इनकी बौद्धिक क्षमता 4 से 7 साल के बच्चों के बराबर होती है। इस तरह के व्यक्ति हल्का-फुल्का प्रशिक्षण पाने योग्य (trainable) होते हैं। फलस्वरूप इन्हें विशेष परीक्षण देकर अक्षरज्ञान कराया जा सकता है। इनकी शारीरिक बनावट बेडौल एवं कुरूप होती है तथा इनमें क्रियात्मक समन्वय (motor coordination) सम्बन्धी दोष पाये जाते हैं। इनमें से कुछ लोग आक्रामक एवं बैरी प्रकृति (hostile tendency) के भी होते हैं।

(c) **गम्भीर मानसिक दुर्बलता** (Severe Mental Retardation)—इस श्रेणी की मानसिक दुर्बलता की प्रकृति काफी गम्भीर होती है और इसमें आने वाले व्यक्तियों की बुद्धि लब्धि 20 से 35 के बीच होती है। इन्हें आश्रित दुर्बल (dependent retarded) भी कहा जाता है। ऐसे लोग अपनी देख-रेख स्वयं नहीं कर पाते हैं बल्कि वे दूसरों पर इसके लिए निर्भर रहते हैं। इन लोगों का क्रियात्मक (motor) एवं भाषण विकास (speech development) काफी दुर्बल एवं कमजोर होता है। इतना ही नहीं, इनमें संवेदी दोष (sensory defects) तथा क्रियात्मक विकलांगता भी होते हैं। विशेष प्रशिक्षण दिये जाने पर इनमें से कुछ साधारण व्यावसायिक कार्य (occupational tasks) किसी के निरीक्षण (supervision) में करने के लायक हो जाते हैं।

(d) **अतिगम्भीर मानसिक दुर्बलता** (Profound Mental Deficiency)—मानसिक दुर्बलता का यह सबसे गम्भीर प्रकार है। इससे ग्रस्त व्यक्ति की बुद्धि लब्धि 20 से नीचे होती है। ऐसे लोग साधारण-से-साधारण कार्य करना भी नहीं सीख पाते हैं। ऐसे व्यक्तियों में कई तरह के शारीरिक दोष होते हैं। इन लोगों में केन्द्रीय तन्त्रिका तन्त्र (central nervous system) से सम्बन्धित दोष भी होते हैं। फलस्वरूप ऐसे लोग अपने से न खा सकते हैं न कपड़ा पहन सकते हैं और न बाहरी खतरों से अपने आप को बचा ही सकते हैं। इन लोगों में गूँगापन (mutism), बहरापन (deafness), पेशीय संकुचन एवं ऐंठन आदि भी देखने को मिलता है। ऐसे लोगों का स्वास्थ्य खराब होता है तथा रोग से लड़ने की ताकत भी कम होती है। फलस्वरूप वे जल्दी ही परलोक सिधार जाते हैं।

2. **समायोजन-योग्य व्यवहार की कसौटी के आधार पर** (On the Basis of Criterion of Adaptive Behaviour)—इस कसौटी में रोगी के प्रशिक्षण (training) एवं शैक्षिक अन्तःशक्तियों (educational potentials) के आधार पर मानसिक दुर्बलता के स्तर या प्रकार का निर्धारण किया जाता है। इस कसौटी के आधार पर मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) के निम्नांकित तीन प्रकार (type) या स्तर (level) होते हैं जो निम्नांकित हैं—

(i) **अप्रशिक्षण योग्य** (Untrainable)—इस श्रेणी के मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति अपनी कम बौद्धिक क्षमता के कारण हमेशा दूसरों पर आश्रित रहते हैं और किसी प्रकार के प्रशिक्षण से भी ये लोग कोई फायदा नहीं उठा पाते हैं। मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों की कुल संख्या के लगभग 5% लोग ही इस श्रेणी में आते हैं।

(ii) **प्रशिक्षण योग्य** (Trainable)—ऐसे लोगों की संख्या मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों की संख्या का लगभग 20% होती है। ये लोग प्रशिक्षण (training) से कुछ हद तक अपने शैक्षिक एवं व्यावसायिक कौशलों को उन्नत बनाने में सफल हो पाते हैं। इसे टी मानसिक दुर्बलता (T-mental Retardation) कहा जाता है।

(iii) **शिक्षण ग्रहण योग्य** (Educable)—ऐसे लोगों की संख्या मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों की संख्या का लगभग 75% होती है। इस श्रेणी के लोगों की विशेषता यह है कि यदि इनकी शिक्षा-दीक्षा के लिए विशेष वर्ग

TOUCH'n PASS

(class) चलाया जाए, तो ऐसे लोग एक प्रशंसनीय स्तर पर शैक्षिक उपलब्धि प्राप्त कर सकने में सफल हो सकते हैं तथा समाज में उपयुक्त समायोजन बहुत हद तक करने में सफल हो सकते हैं। इसे ई-मानसिक दुर्बलता (E-mental retardation) भी कहा जाता है।

3. **नैदानिक कसौटी के आधार पर** (On the Basis of Clinical Criteria)—नैदानिक कसौटी के आधार पर भी मानसिक दुर्बलता के कई प्रकार बतलाये गये हैं। उन्हें नैदानिक प्रकार (clinical types) कहा जाता है। ऐसे प्रकारों में स्पष्ट रूप से कुछ-न-कुछ जैविक विकृतियाँ (biological deformities) होती है अर्थात् उसके कुछ-न-कुछ आंगिक कारण (organic causes) होते हैं। ऐसे नैदानिक प्रकारों में निम्नांकित दस प्रमुख हैं—
   (i) डाउन्स संलक्षण (Down's Syndrome) या मंगोलिज्म (Mongolism)
   (ii) फेनिलकेटोन्युरिया (Phenylketonuria or PKU)
   (iii) बौनापन (Cretinism)
   (iv) लघुशीर्षता एवं दीर्घशीर्षता (Microcephaly and Macrocephaly)
   (v) जलशीर्षता (Hydrocephaly)
   (vi) टर्नर संलक्षण (Turner's Syndrome)
   (vii) क्लाइनफेल्टर संलक्षण (Klinefelter's Syndrome)
   (viii) दुर्बल एक्स संलक्षण (Fragile X Syndrome)
   (ix) विलियम्स संलक्षण (Williams Syndrome)
   (x) प्रेडर-विल्ली संलक्षण (Prader-Willi Syndrome)

प्र.4. मानसिक दुर्बलता के सामान्य कारण या हैतुकी की विवेचना कीजिए।
Discuss the general etiology or causes of Mental Deficiency.

उत्तर

मानसिक दुर्बलता के सामान्य कारण या हैतुकी
(General Etiology or Causes of Mental Deficiency)

मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) का कभी तो कारण स्पष्ट होता है तो कभी कारण स्पष्ट नहीं होता है। मानसिक दुर्बलता के नैदानिक प्रकार (clinical type) का जहाँ तक प्रश्न है, इनके कारण तुलनात्मक रूप से अधिक स्पष्ट होता है। परन्तु अन्य प्रकारों में इसके कारण अधिक स्पष्ट नहीं होते हैं। फिर भी नैदानिक मनोवैज्ञानिकों ने इसके स्वरूप को स्पष्ट करने के लिए मानसिक दुर्बलता के कुछ सामान्य कारणों पर प्रकाश डाला है जिनमें निम्नांकित प्रमुख हैं—

1. **गम्भीर संक्रमण** (Serious Infection)—जब शिशु जन्म के तुरन्त बाद या गर्भावस्था में ही किसी प्रकार के गम्भीर संक्रमण (serious infection) से ग्रसित हो जाता है, तो इससे मस्तिष्क का सामान्य विकास अवरूद्ध तथा मन्द पड़ जाता है और उसमें विभिन्न स्तर की मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) उत्पन्न हो जाती है। अध्ययनों से यह पता चला है कि जिन गर्भवती माताओं को गर्भ धारण करने से प्रथम तीन महीनों में रूबेला (rubella) या खेसरा (measels) जैसा संक्रामक रोग हो जाता है, उनके शिशुओं में जन्म के बाद मानसिक दुर्बलता के लक्षण दिखलाई पड़ते हैं। इसके अलावा गर्भावस्था में कभी-कभी अन्य संक्रामक रोग; जैसे—साइटोमेगालिक रोग (cytomegalic disease) से माताएँ प्रभावित हो जाती हैं जिससे रोग के विषाणु (virus) भ्रूण (fetus) को प्रभावित कर देते हैं और उससे ऐसे शिशुओं को बाद में मानसिक दुर्बलता विकसित हो जाती है।

2. **नशा** (Intoxication)—कुछ ऐसे सबूत मिले हैं जिनसे यह पता चला है कि जब माताएँ गर्भावस्था में कुछ नशा करती हैं या वे कुछ औषधियों का नियमित रूप से सेवन करती हैं तो इससे भ्रूण की मानसिक अवस्था प्रभावित हो जाती है और उसमें मानसिक दुर्बलता उत्पन्न हो जाती है। गर्भावस्था में अल्कोहल (alcohol), कोकेन (cocaine), तम्बाकू, मैरीजुआना (marijuana), कुनैन (quinine), आर्सेनिक (arsenic), लेड (lead) तथा कार्बन मोनोक्साइड (carbon monoxide) से उत्पन्न नशा प्रायः शिशुओं में मानसिक दुर्बलता उत्पन्न करने में सक्रिय भूमिका निभाते हैं। वैसे द्रव्य (substances) जो खेड़ी या पुरइन (placenta) को पार करके गर्भस्थ शिशु को क्षति पहुँचाता है, को **टीरैटोजेन्स** (teratogens) कहा जाता है। फ्रास्किा तथा उनके सहयोगियों (Frascia et al., 1994) के अनुसार कोकेन, तम्बाकू तथा मैरिजुआना तीन महत्त्वपूर्ण टीरैटोजेन्स हैं जो मानसिक रूप से गर्भस्थ शिशु को कमजोर करते हैं।

TOUCH 'n' PASS

जन्म के बाद भी जब बच्चे किसी तरह से सालिसाइलेट (salicylate), लेड (lead) तथा अन्य कीटनाशी पदार्थों को किसी-न-किसी रूप में खा लेता है, तो इससे भी ऐसे बालकों में मानसिक दुर्बलता के लक्षण दिखाई देने लगते हैं। केरनिकटेरस (Kernicterus) एक ऐसी मानसिक दुर्बलता है जो जन्म के तुरन्त बाद कुछ-कुछ दिनों तक विषाक्त तत्त्वों (toxic elements) के खाने से उत्पन्न हो जाता है। इस तरह की मानसिक दुर्बलता से ग्रसित बच्चों में दूध पीने में कठिनाई, शरीर के तापक्रम में परिवर्तन होते रहना तथा असाधारण ढंग से रोना आदि कुछ प्रारम्भिक लक्षण होते हैं।

3. **क्रोमोसोम्स के रचना सम्बन्धी दोष** (Defect in Composition of Chromosomes)—सामान्यत: एक सामान्य व्यक्ति में क्रोमोसोम्स की संख्या 46 अर्थात् 23 युग्म (pair) होते हैं। मानसिक दुर्बलता के कुछ नैदानिक प्रकारों (clinical types) से जो सबूत मिले हैं उनसे यह स्पष्ट हुआ है कि ऐसे प्रकारों में से कुछ में क्रोमोसोम्स की संख्या 46 से अधिक होती है तथा कुछ में इसकी संख्या 46 से कम होती है; जैसे—डाउन संलक्षण में क्रोमोसोम्स की संख्या 47 होती है। उसी तरह से क्लाइनफेल्टर संलक्षण (Klinefelter's Syndrome) में क्रोमोसोम्स की संख्या 47 ही होती है परन्तु टर्नर संलक्षण (Turner's syndrome) में क्रोमोसोम्स की संख्या 45 ही होती है। इन सब तथ्यों से स्पष्ट होता है कि मानसिक दुर्बलता का कारण क्रोमोसोम्स में रचना सम्बन्धी दोष होते हैं।

4. **चयापचय, वर्द्धन एवं आहार की अनुपयुक्त** (Inadequacy of Metabolism, Growth and Nutrition)—अनेक ऐसे सबूत मिले हैं जिनसे यह स्पष्ट हो जाता है कि मानसिक दुर्बलता के लक्षण उन बालकों में भी स्पष्ट रूप से दिखाई देते हैं जिनमें चयापचय (metabolism), वर्द्धन (growth) एवं आहार (nutrition) से सम्बन्धित गड़बड़ियाँ (disturbances) होती हैं। PKU जैसी मानसिक दुर्बलता का कारण प्रोटीन चयापचय (protein metabolism) की गड़बड़ी होती है तथा टे-सैक बीमारी (Tay-Sach's disease) जैसी मानसिक दुर्बलता का कारण वसा चयापचय (fat metabolism) में गड़बड़ी बतलायी गयी है। थायरॉइड ग्रन्थि के स्राव में कमी से बौनापन (cretinism) पर हाइपोथायरॉयडिज्म (hypothyroidism) जैसी मानसिक दुर्बलता उत्पन्न होती है। इन सबूतों के आधार पर यह स्पष्ट हो जाता है कि मानसिक दुर्बलता का कारण चयापचय, वर्द्धन एवं आहार की अनुपयुक्तता भी है।

5. **मस्तिष्क के अंगों की क्षति** (Damages to the Brain)—मानसिक दुर्बलता का एक कारण मस्तिष्क के अंगों में क्षति होना बतलाया गया है। इस तरह की क्षति पूर्वप्रसूति अवस्था (prenatal period) तथा जन्म के बाद की अवस्था दोनों में ही हो सकती है। अध्ययनों से यह पता चला है कि जब गर्भवती महिला के गर्भाशय का यदि एक्स-रे (X-ray) द्वारा किरणित (radiate) किया जाता है तो इससे भ्रूण (fetus) को मस्तिष्कीय क्षति पहुँचती है और ऐसे शिशुओं को मानसिक रूप से दुर्बल होने की सम्भावना अधिक बढ़ जाती है। इसके अलावा मस्तिष्कीय क्षति (brain injury) अन्य अवस्थाओं; जैसे किसी बाह्य दुर्घटना से सिर पर चोट लगना, मस्तिष्क के भीतर ट्यूमर (tumor) हो जाने से मस्तिष्कीय अंगों पर अनावश्यक दबाव पड़ना तथा जन्म की प्रक्रिया में डॉक्टरों द्वारा फारसेप (forcep) आदि के प्रयोग से मस्तिष्क पर अनावश्यक बल पड़ना आदि से भी उत्पन्न हो सकता है। इन सब परिस्थितियों में शिशु में मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) के उत्पन्न होने की सम्भावना काफी बढ़ जाती है।

6. **अज्ञात पूर्वप्रसूति प्रभाव** (Unknown Prenatal Influence)—कुछ मानसिक दुर्बलता पूर्वप्रसूति काल (prenatal period) अर्थात् जन्म के पहले जब भ्रूण (fetus) गर्भावस्था में होता है, के दौरान कुछ अज्ञात कारकों से उत्पन्न होता है। इस तरह की मानसिक दुर्बलता का कारण जन्मजात मस्तिष्कीय दोष (congenital cerebral defects) बतलाया गया है। मंगोलिज्म (mangolism), लघुशीर्षता (microcephaly), वृहत्शीर्षता (macrocephaly), जलशीर्षता (hydrocephaly) तथा ऐनेनसिफैली (anencephaly) ऐसे ही मानसिक दुर्बलता के कुछ उदाहरण हैं। एनेनसिफैली में शिशु में लघु मस्तिष्क, वृहत् मस्तिष्क एवं खोपड़ी की चौड़ी हड्डियों (flat bones) की अनुपस्थिति पायी जाती है। यह अत्यन्त ही गम्भीर प्रकार की मानसिक दुर्बलता है। ऐसी मानसिक दुर्बलता के प्रकारों के अध्ययनों से यह स्पष्ट हो जाता है कि मानसिक दुर्बलता का एक कारण कुछ अज्ञात पूर्वप्रसूति कारक (unknown prenatal factor) होते हैं।

7. **सामाजिक-सांस्कृतिक वंचन** (Socio-cultural Deprivation)—कुछ विशेषज्ञों का मत है कि वातावरण-सम्बन्धी आवश्यक तत्त्वों के अभाव में बच्चे संवेगात्मक रूप से उत्पन्न कुण्ठा (frustration) या वंचना (deprivation) के शिकार हो जाते हैं जिनसे उनमें मानसिक दुर्बलता उत्पन्न हो जाती है। कारसन (Carson, 1988)

TOUCH in PASS

ने अपने अध्ययन के आधार पर बतलाया है कि जब शिशु को माता-पिता के स्नेह से वंचित रह जाना पड़ता है, तो इससे भी मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) उत्पन्न होती है। इस तरह की वंचना के कई कारण हो सकते हैं जिनमें सामाजिक एवं आर्थिक स्तर का निम्न होना, माता-पिता का तलाक या मृत्यु या उनका अलगाव (separation), घरों में व्यक्तियों की संख्या अधिक होना आदि होता है। ऐसे परिवार के बच्चे जब स्कूल में पहुँचते हैं, तो उन्हें उनकी चाल-ढाल, बोलने-चालने का ढंग, वेश-भूषा आदि के आधार पर शिक्षक भी उसे मानसिक रूप से दुर्बल समझकर उनके साथ वैसा ही व्यवहार करते हैं। नतीजन, उनकी मानसिक दुर्बलता और तेजी से बढ़ती है।

8. **सांस्कृतिक-पारिवारिक कारक** (Cultural-familial Factor)—मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) का कारण सिर्फ वंचन (deprivation) ही नहीं होता है बल्कि यह भी होता है कि बच्चे ऐसे सांस्कृतिक वातावरण (cultural environment) में तुच्छ अन्त:क्रियाएँ (inferior interactions) ही अधिक करते हैं जो उनमें धीरे-धीरे मानसिक दुर्बलता (mental deficiency) की उत्पत्ति करने में प्रमुख भूमिका निभाता है। हेबर (Heber, 1970), टारजन एवं आसेनवर्ग (Tarjan & Eisenberg, 1972) ने अपने-अपने अध्ययनों में पाया है कि जब बच्चे ऐसे पारिवारिक-संस्कृति (familial culture) से आते हैं जिनमें बौद्धिक उत्तेजन की कमी पायी जाती है तथा परिवार गरीबी से अभिशापित होता है, तो कम-से-कम 58% बच्चे मानसिक रूप से अवश्य दुर्बल हो जाते हैं।

स्पष्ट हुआ कि मानसिक दुर्बलता के कई कारण होते हैं। कई विशेषज्ञों ने उक्त कारणों का विश्लेषण किया और उन्हें दो सामान्य श्रेणियों में रखकर अध्ययन किया है—आंगिक कारक (organic cause) तथा ननआंगिक कारक (non-organic causes)। उपर्युक्त कारकों में से प्रथम छह कारक आंगिक कारक हैं तथा अन्तिम दो कारक ननआंगिक कारक हैं। जिगलर तथा होडाप्प (Zigler & Hodapp, 1986) द्वारा किये गये अध्ययन से यह स्पष्ट हुआ है कि मानसिक दुर्बलता विशेषकर बुद्धि लब्धि 50 से नीचे वाले मामलों में 25 से 50 प्रतिशत मामलों का कारण आंगिक होता है जिसमें उन्होंने करीब 300 ज्ञात जैविक कारकों को महत्त्वपूर्ण बतलाया है। बाकी 50 से 75 प्रतिशत मामलों का कारण ननआंगिक (non-organic) बतलाया है जिसमें सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों की भूमिका अहम् होती है।

प्र.5. मानसिक दुर्बलता के उपचार एवं रोकथाम की व्याख्या कीजिए।
Discuss the treatment and prevention of Mental Deficiency.

उत्तर

मानसिक दुर्बलता के उपचार एवं रोकथाम
(Treatment and Prevention of Mental Deficiency)

ऐसे तो मानसिक दुर्बलता एक ऐसी विकृति (disorder) है जिसका पूर्णरूपेण उपचार (treatment) सम्भव नहीं है फिर भी मनोवैज्ञानिकों ने इसके उपचार सम्बन्धी कुछ आधुनिक तरीकों का आविष्कार किया है जिससे कुछ हद तक इनका उपचार सम्भव हो पाया है। इतना ही नहीं, मनोवैज्ञानिकों ने कुछ ऐसे उपायों का भी वर्णन किया है जिनसे मानसिक दुर्बलता की अवस्था की रोकथाम (prevention) की जा सके। यहाँ हम इन दोनों तरह के उपायों (measures) पर विचार करेंगे जो निम्नांकित है—

1. **रोगहर चिकित्सीय प्रविधियाँ** (Curative Therapeutic Techniques)—इन प्रविधियों में उन उपायों को रखा जाता है जिनके उपयोग से मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्तियों के बुद्धि स्तर को तो ऊँचा नहीं किया जा सकता है परन्तु निश्चित रूप से इस लायक बनाया जा सकता है कि वे कुछ अंशों तक आत्मनिर्भर होकर कम-से-कम साधारण कार्यों को बिना किसी की देख-रेख कर सकें।

   ऐसे उपायों में निम्नांकित प्रमुख हैं—

   (i) **माता-पिता को शिक्षित करना** (Educating the Parents)—मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों के उपचार (treatment) में सबसे पहला कदम उसके माता-पिता को यह स्वीकार कराना होता है कि उनके बच्चे मानसिक रूप से कमजोर या दुर्बल हैं, जिनकी उचित देख-रेख एवं सहायता आवश्यक है। प्राय: देखा जाता है कि ऐसे बालकों के माता-पिता यह मानने के लिए तैयार नहीं होते हैं कि उनके बच्चे मानसिक रूप से कमजोर हैं और यदि मानते भी हैं तो काफी देर से। ऐसी परिस्थिति में आवश्यकता इस बात की होती है कि माता-पिता को इस ढंग से शिक्षित किया जाए कि वे अपने बच्चों की ऐसी कमजोरियों को शैशवावस्था या प्रारम्भिक बाल्यावस्था (early childhood) में ही पहचान कर लें जिससे ऐसे बच्चों का उचित व्यक्तित्व एवं व्यावसायिक प्रशिक्षण तुरन्त देकर आत्मनिर्भर बनाया जा सके।

TOUCH 'N PASS

(ii) **स्कूल प्रशिक्षण** (School Training)—मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों को विशेषकर उन बच्चों को जिनकी मानसिक दुर्बलता साधारण (simple) है, स्कूल भेजकर इस ढंग से प्रशिक्षित किया जा सकता है कि वे कुछ व्यावसायिक कौशल (vocational skills) विकसित कर लें ताकि वे कामचलाऊ ढंग से अपनी जरूरतों को स्वयं पूरा करके कुछ हद तक आत्मनिर्भर हो सकें। स्कूल में ऐसे बच्चों की शिक्षा अलग से विशेष कक्षा (special class) में जहाँ मानसिक रूप से दुर्बल बच्चे ही हों, दिया जाना चाहिए। इनके विशेष पाठ्यक्रम (syllabus) तथा पुस्तक भी होनी चाहिए। स्कूल में इस तरह की विशेष कक्षा में मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों को रखकर प्रशिक्षित करने के तीन फायदे (advantages) बतलाये गये हैं जो निम्नांकित हैं—

(a) विशेष कक्षा (Special Class) में चूँकि सभी मानसिक रूप से दुर्बल बच्चे ही रहते हैं, अत: उन्हें अन्य सामान्य बच्चों के साथ प्रतिस्पर्द्धा नहीं करनी पड़ती है। इससे वे अपनी असफलता पर सामान्य बच्चों द्वारा हँसी उड़ाये जाने तथा अन्य इसी तरह के व्यवहारों से बच जाते हैं। परिणामत: उनमें हीनता का भाव विकसित नहीं होता है।

(b) विशेष कक्षा (special class) में विशेष रूप से तैयार किये पाठ्यक्रमों (syallabus) को पढ़ाना भी आसान होता है। इनमें क्रियात्मक संगठन (motor coordination), भाषा एवं वांछनीय व्यक्तित्व शीलगुणों के विकास पर अधिक बल डालकर इन बच्चों को अधिक-से-अधिक लाभान्वित किया जा सकता है।

(c) मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों को शिक्षक के विशेष ध्यान की जरूरत होती है जो सामान्य कक्षा (general class) में सम्भव न होकर इसी विशेष कक्षा (special class) में ही सम्भव हो पाता है।

विशेष कक्षा के इन लाभों के बावजूद कुछ समस्याएँ भी हैं; जैसे—हेल्टर, हाल्जमैन एवं मेस्सिक (Helter, Holtzman & Messick, 1982) ने अपने अध्ययन के आधार पर यह बतलाया है कि इस प्रकार का कार्यक्रम प्राय: अलग मकान में नियमित कक्षाओं से हटकर चलाया जाता है। इस तरह का अलगाव (segregation) सामान्यीकरण (normalization) का प्रतिकूल होता है तथा सामान्य छात्रों में मानसिक एवं ऐसे दुर्बल बच्चों के प्रति पूर्वाग्रह (biases) उत्पन्न कर देता है। इसलिए आजकल इस तरह के विशेष शिक्षा का विकल्प ढूँढ़ लिया गया है जिसमें साधारण रूप से मानसिक दुर्बल बच्चों को भी आंशिक रूप से सामान्य बुद्धि के बच्चों की कक्षा में बैठाकर कुछ समय के लिए शिक्षण दिया जाता है। इसे डन्न (Dunn, 1968) ने मुख्य प्रवाही (mainstreaming) कहा है। स्टेनबैक तथा स्टेनबैक (Stainback & Stainback, 1994) के अनुसार, आजकल कुछ स्कूलों में तो विशेष कक्षा के कार्यक्रम (programme) को पूर्णत: रद्द कर दिया है और सभी तरह के क्षमता वाले छात्रों को एक ही कक्षा में रखकर प्रशिक्षण देने का प्रावधान किया है। इस तरह के शिक्षण कार्यक्रम को अन्तर्भाव (inclusion) की संज्ञा दी गयी है जिसमें छात्र नहीं बल्कि शिक्षक एक कक्षा से दूसरे में मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों को विशेष रूप से मदद करते हैं।

(iii) **घरेलू प्रशिक्षण** (Home Training)—मनोवैज्ञानिकों का मत है कि मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों का घरेलू प्रशिक्षण भी उनके उपचार में एक महत्त्वपूर्ण भूमिका निभाता है। घरेलू प्रशिक्षण में विशेषकर माता-पिता का स्नेह, भाई एवं बहनों का ऐसे बच्चों के प्रति उचित एवं अनुकूल मनोवृत्ति (attitude) तथा परिवार के अन्य सदस्यों द्वारा ऐसे बच्चों को परिवार का एक महत्त्वपूर्ण सदस्य माना जाना अधिक महत्त्वपूर्ण है। इस तरह का घरेलू माहौल होने से ऐसे बच्चों में आत्मविश्वास उत्पन्न होने लगता है और धीरे-धीरे वे कुछ अंशों में आत्मनिर्भर हो जाते हैं।

(iv) **वातावरण में सुधार** (Improvement in Environment)—मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों के उपचार की दिशा में कुछ मनोवैज्ञानिकों द्वारा यह सुझाव दिया गया है कि चूँकि ऐसे बच्चों में से अधिकतर बच्चे ऐसे पारिवारिक वातावरण से आते हैं जिनमें वंचन (deprivation) तीव्र होती है, अत: यदि इनके वातावरण को इस ढंग से उन्नत बना दिया जाता है कि उनका घरेलू वातावरण बौद्धिक रूप से उत्तेजक हो, तो उनकी मानसिक दुर्बलता बहुत हद तक कम हो सकती है और वे कुछ सामाजिक मान-सम्मान भी प्राप्त कर सकते हैं।

TOUCH 'n' PASS

(v) **मेडिकल उपचार** (Medical Treatment)—मानसिक रूप से दुर्बल कुछ बच्चों का मेडिकल उपचार भी सम्भव है। मेडिकल उपचार में विशेषकर हॉर्मोन्स चिकित्सा (hormones therapy) का विशेष महत्त्व बतलाया गया है; जैसे—हाइपोथायरॉडिज्म (hypothyroidism) या क्रेटिनिज्म की चिकित्सा थायरॉक्सीन की सूई देकर या टिकिया खिलाकर आसानी से किया जा सकता है। उसी तरह से PKU जैसी मानसिक दुर्बलता की चिकित्सा भी विशेष प्रकार के आहार (special diets) देकर तथा कुछ आहार-संयम (control of diet) द्वारा किया जा सकता है।

(vi) **संस्थाकरण** (Institutionalization)—गम्भीर रूप से मानसिक दुर्बलता से ग्रसित बच्चों को किसी ऐसे संस्था में रखकर उपचार किया जाना चाहिए जहाँ उसके उपचार के लिए विशेष प्रबन्ध है। कुछ ऐसी संस्थाएँ हैं, जहाँ सिर्फ मानसिक रूप से कमजोर बच्चों को ही शिक्षित किया जाता है। ऐसा देखा गया है कि उन बच्चों को ऐसी संस्थाओं में शिक्षित करके उनमें पर्याप्त सामाजिक एवं व्यावसायिक कौशल (occupational skills) आसानी से विकसित किया जा सकता है।

(vii) **प्रयुक्त व्यवहार विश्लेषण** (Applied Behaviour Analysis)—यह प्रविधि क्रियाप्रसूत अधिगम (operant learning) के नियमों पर आधारित है और इसका उपयोग साधारण तथा गम्भीर दोनों तरह के मानसिक रूप से दुर्बल बच्चों के उपचार में किया जाता है। प्रयुक्त व्यवहार विश्लेषण की प्रविधि में एक विशेष क्रियाप्रसूत शिक्षण प्रक्रिया (operant teaching process) का उपयोग किया जाता है जिसमें जटिल कौशलों को कई छोटी-छोटी इकाइयों (smaller units) में बाँट दिया जाता है; जैसे—यदि किसी ऐसे बच्चे को वर्णमाला लिखना सिखाया जाता है, तो इस कार्य को कई छोटे-छोटे अंशों में; जैसे—कलम या पेन्सिल पकड़ना, उसे कॉपी पर लिखने के ख्याल से ले जाना, एक समय में एक वर्ण को सामने रखना आदि में बाँटकर सम्पन्न किया जा सकता है। प्रत्येक अंश को करने पर उन्हें पुनर्बलन की आवृत्ति को कम कर दिया जाता है और अन्त में बिल्कुल ही इस उम्मीद के साथ हटा दिया जाता है कि वह अब अपने आप ही लक्ष्य व्यवहार अर्थात् लिखने का कार्य कर लेगा। इसे संपोषण (maintenance) कहा जाता है तथा फिर वह नयी परिस्थितियों में भी लिखने का व्यवहार करने लगता है जिसे सामान्यीकरण (generalization) की संज्ञा दी जाती है।

2. **रोकथाम सम्बन्धी उपाय** (Preventive Measures)—इस प्रविधि में उन उपायों को रखा जाता है जिनके सहारे मानसिक दुर्बलता को फैलने से रोका जा सकता है। ऐसे उपायों में प्रमुख निम्नांकित हैं—

(i) **बन्ध्याकरण** (Sterilization)—आधुनिक विशेषज्ञों द्वारा यह सुझाव दिया गया है कि मानसिक दुर्बलता को फैलने से रोकने का एक सरल उपाय यह है कि इससे ग्रसित पुरुष या महिला का बन्ध्याकरण (sterilization) कर दिया जाए ताकि उनसे कोई सन्तान पैदा न हो सके। ऐसी परिस्थिति में मानसिक दुर्बलता का शिकार अगली पीढ़ी नहीं हो पायेगी और इस तरह से मानसिक दुर्बलता आगे नहीं बढ़ पायेगी।

(ii) **गर्भपात** (Abortion)—यदि कोई मानसिक रूप से दुर्बल महिला गर्भवती हो जाती है, तो उसका गर्भपात करा देना चाहिए ताकि उनके बच्चे हो ही नहीं क्योंकि विशेषज्ञों का अनुमान है कि ऐसी स्त्रियों के बच्चों को भी मानसिक रूप से दुर्बल होने की सम्भावना 95% तक की होती है।

(iii) **शादी पर रोक** (Ban on Marriage)—सरकार को चाहिए कि विशेष कानून बनाकर मानसिक रूप से दुर्बल व्यक्ति विशेषकर गम्भीर रूप से प्रभावित ऐसे व्यक्ति को शादी करने पर रोग लगा दें। परन्तु सिर्फ कानून से ही नहीं काम चलेगा। इस दिशा में कानून को सख्ती से क्रियान्वयन करना भी होगा।

(iv) **पूर्वप्रसूति पहचान एवं रोकथाम** (Prenatal Detection and Prevention)—भावी माता-पिता यदि अपने होने वाले सन्तानों में उत्पन्न होने वाले किसी जननिक विकृति (genetic disorder) के बारे में जानना चाहते हैं, तो वे इसका लाभ जननिक सलाह (genetic counselling) से उठा सकते हैं। इसके लिए उन्हें ऐसे परामर्शदाता को अपना पारिवारिक इतिहास (family history) बतलाना होता है तथा रक्त प्रतिदर्श (blood sample) का गुणसूत्र के बारे में जानने के लिए विश्लेषण करना होगा। इन प्रक्रियाओं के पूरा होने पर यह पता चल जाएगा कि उनसे जो सन्तान होगी, उसमें कोई जननिक दोष होगा या नहीं। ऐसे स्थिति में तब वे अपनी सुविधानुसार गर्भपात कराने का भी निर्णय ले सकते हैं। अभी हाल ही में कुछ विशेषज्ञों ने गर्भ के चौथे माह में

एमियोटिक तरल (ammiotic fluid) की जाँच करवाने की सलाह दी हैं। एमनोयिक तरल वैसा तरल होता है जिससे भ्रूण (fetus) घिरा हुआ होता है। इस जाँच से भी पता चल जाता है कि होने वाले बच्चे में मानसिक दुर्बलता होगी या नहीं। अगर मानसिक दुर्बलता के होने की उम्मीद होती है, तो फिर उचित रोकथाम सम्बद्ध कार्यवाही की जा सकती है।

पूर्वप्रसूति काल में कुछ और भी रोकथाम सम्बद्ध उपायों पर विशेषज्ञों द्वारा बल डाला गया है ताकि बच्चों को मानसिक दुर्बलता से बचाया जा सके। इसमें गर्भवती माताओं को कुपोषण, बीमारी (illness), लम्बित सांवेगिक तनाव से बचाना सम्मिलित है। बॉमिस्टर (Baumeister, 1991) ने ऐसी माताओं को अल्कोहल से भी दूर रहने की सलाह दी है ताकि टीरैटोजेनिक प्रभाव (teratogenic effect) से भ्रूण को बचाया जा सके।

(v) **उत्तरप्रसूति पहचान एवं आरम्भिक बाल्यावस्था शिक्षा** (Postnatal Defection and Early Childhood Education)—जन्म के बाद ऐसे बच्चों में जिनमें मानसिक दुर्बलता का कारण चयापचयी न्यूनता (metabolic deficiency) होती है, को बहुत हद तक आरम्भिक अवस्था में ही पहचान करके सुधार किया जा सकता है; जैसे—जिगलर एवं होडैप (Zigler & Hodapp, 1986) ने अपने अध्ययन के आधार पर यह बतलाया है कि PKU जैसी मानसिक दुर्बलता को बाल्यावस्था में भोजन में आवश्यक परिमार्जन करके कम किया जा सकता है या रोका जा सकता है। उसी तरह से वैसे शिशुओं जिनमें लैक्टोज (lactose) जो दूध में पाया जाता है तथा फ्रक्टोज (fructose) जो फल, सब्जी तथा चीनी आदि में पाया जाता है, लेने की जननिक असहनीयता (genetic intolerance) होती है, के आहार को नियन्त्रित करके उनकी सम्बद्ध मानसिक दुर्बलता को बहुत हद तक नियन्त्रित किया जा सकता है।

निम्न बुद्धि वाले बच्चे जिनमें साधारण मानसिक दुर्बलता (Mild Mental Retardation) होता है, की पहचान करके उन्हें नर्सरी या प्राक्स्कूल कार्यक्रम के माध्यम से भी प्रशिक्षित करके उनकी मानसिक दुर्बलता को कम करने का प्रयास किया गया है। इस सिलसिले में अमेरिका में प्रोजेक्ट हेड स्टार्ट (Project Head Start) बहुत ही महत्त्वपूर्ण भूमिका निभा रहा है। जिगलर तथा स्टीफको (Zigler & Styfco, 1993) के अनुसार, यह प्रोजेक्ट द्वि-पीढ़ी हस्तक्षेप (two-generational intervention) के माध्यम से बच्चों एवं उनके माता-पिता दोनों को ही प्रशिक्षित करता है ताकि मानसिक दुर्बलता की गम्भीर को कम किया जा सके। इस तरह के प्रोजेक्ट में बच्चों को आरम्भिक पठन कौशलों का प्रशिक्षण दिया जाता है जबकि उनके माता-पिता को बच्चों को आहार देने से लेकर व्यवहार प्रबन्धन (behaviour management) तक शिक्षण दिया जाता है। इस तरह से हेड प्रोजेक्ट के माध्यम से माता-पिता तथा बच्चों दोनों को ही प्रशिक्षित करके मानसिक दुर्बलता की गम्भीरता को कम करने का भरसक प्रयास किया जाता है।

स्पष्ट है कि मानसिक दुर्बलता के उपचार एवं उसके रोकने की अनेक प्रविधियाँ हैं। उपचार एवं रोकथाम की प्रविधियों को एक साथ मिलाकर मानसिक दुर्बलता पर आसानी से काबू पाया जा सकता है।

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. किस प्रकार के अक्षम बच्चों के लिए 'सांकेतिक भाषा' का प्रयोग किया जाता है?

(a) श्रवण अक्षम (b) दृश्य अक्षम (c) गत्यात्मक अक्षम (d) भाषा अक्षम

उत्तर (a) श्रवण अक्षम

प्र.2. निम्नलिखित में से ब्रेल आधारित है—

(a) बिन्दुओं (b) रेखाओं (c) उभार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) बिन्दुओं

प्र.3. इनमें से कौन-सी तकनीक का उपयोग हकलाने को सम्बन्धित करने के लिए किया जाता है?

(a) उद्देश्यपूर्ण भाषण (b) व्यावहारिक भाषण
(c) विलंबित भाषण (d) दीर्घकालीन भाषण

उत्तर (d) दीर्घकालीन भाषण

प्र.4. अस्थि बधिर बच्चों में निम्न में क्या होने की सम्भावना होती है?
(a) डिसग्राफिया (b) डिस्मीथिया (c) डिसकैलकुलिया (d) डिस्लेक्सिया

उत्तर (a) डिसग्राफिया

प्र.5. अधिगम अक्षमता सामान्यतः किसमें पायी जाती है?
(a) खासकर उन बच्चों में जिनके सगे-सम्बन्धियों को ऐसी समस्या है
(b) औसत से बेहतर I.Q. वाले बच्चों में
(c) लड़कियों की तुलना में लड़कों में अधिक
(d) शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों के बच्चों में अधिक

उत्तर (a) खासकर उन बच्चों में जिनके सगे-सम्बन्धियों को ऐसी समस्या है

प्र.6. पठनवैकल्य किससे सम्बन्धित है?
(a) मानसिक विकार से (b) पठन विकार से (c) व्यवहारगत विकार से (d) गणितीय विकार से

उत्तर (b) पठन विकार से

प्र.7. यदि किसी बच्चे को पढ़ने और लिखने के अलावा किसी अन्य स्कूल कार्य की कोई समस्या नहीं है, तो वह निम्न में से कौन-सा निदान हो सकता है—
(a) अधिगम विकार (b) सम्प्रेषण विकार (c) मानसिक मंदता (d) बौद्धिक अक्षमता

उत्तर (a) अधिगम विकार

प्र.8. आवेगता (इम्पल्सविटि) निम्नलिखित विकार के लक्षण होते हैं—
(a) भोज्य विकार (b) ध्यान अभाव सक्रियता विकार
(c) अधिगम विकार (d) पश्च अभिघातजन्य विकार

उत्तर (b) ध्यान अभाव सक्रियता विकार

प्र.9. 'अधिगम अक्षमता' शब्द का प्रयोग सर्वप्रथम किसने किया?
(a) स्किनर (b) शमूएल कर्क (c) सिगमण्ड फ्रॉयड (d) विल्हेम वुंडट्

उत्तर (b) शमूएल कर्क

प्र.10. 'अधिगम अक्षमता' शब्द की उत्पत्ति किस दशक में हुई?
(a) 1970 के दशक में (b) 1980 के दशक में (c) 1960 के दशक में (d) 1950 के दशक में

उत्तर (c) 1960 के दशक में

प्र.11. ध्यान अभाव सक्रियता विकार (ADHD) के मुख्य लक्षणों में निम्नलिखित शामिल हैं–
(a) शारीरिक गति (b) असावधानी (c) आवेगकता (d) ये सभी

उत्तर (c) आवेगकता

प्र.12. जब किसी व्यक्ति को दैनिक जीवन में अपेक्षित स्तर पर अध्ययन करने और कार्य करने की क्षमता सीमित होती है, तो उसे क्या कहा जाता है?
(a) बौद्धिक अक्षमता (b) सम्प्रेषण विकार (c) मानसिक मंदता (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) बौद्धिक अक्षमता

प्र.13. निम्नलिखित में से किस में एक अक्षमता मौजूद है?
(a) केवल आत्मसंयम, निपुणता या शारीरिक समन्वय
(b) केवल भाषण, श्रवण या दृष्टि
(c) केवल गतिशीलता, अवगम या स्मृति
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.14. 'दिव्यांग व्यक्ति' का अर्थ एक चिकित्सा प्राधिकरण द्वारा प्रमाणित किसी भी दिव्यांगता के चालीस प्रतिशत से कम नहीं होने वाले व्यक्ति से है, यह किस अधिनियम के अनुसार कहा गया है?
(a) दिव्यांग व्यक्ति अधिनियम, 1995
(b) दिव्यांग व्यक्ति अधिनियम, 2002
(c) दिव्यांग व्यक्ति अधिनियम, 2005
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) दिव्यांग व्यक्ति अधिनियम, 1995

प्र.15. पठनवैकल्य के मुख्य लक्षण निम्नलिखित में से कौन-सा है?
(a) व्याख्यनता सटीकता (b) खराब प्रवाह (c) खराब वर्तनी (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.16. अधिगम अक्षमता का निदान विशेष रूप से कब किया जाता है?
(a) जब बच्चे स्कूल जाना शुरू करते हैं
(b) स्कूल में अन्य बच्चों के साथ शैक्षणिक गतिविधियों में लगे होते हैं
(c) (a) और (b) दोनों
(d) उपरोक्त में से कोई नहीं

उत्तर (c) (a) और (b) दोनों

प्र.17. निम्न में से कौन-सी अक्षमता है जो एक शिक्षार्थी की गणितीय गणना करने की क्षमता को प्रभावित करती है?
(a) डिसग्राफिया (b) डिस्मीथिया (c) डिसकैलकुलिया (d) डिस्लेक्सिया

उत्तर (c) डिसकैलकुलिया

प्र.18. निम्न में से कौन-सी अक्षमता होगी यदि बच्चों को पढ़ते समय शब्दों को डिकोड करने में समस्या होती है?
(a) डिस्मीथिया (b) डिस्लेक्सिया (c) डिस्पैसिया (d) डिसकैलकुलिया

उत्तर (b) डिस्लेक्सिया

प्र.19. निम्न में से कौन-सा भाषा की आंशिक बधिरता है जो बोले गये शब्दों को समझने या उपयोग करने की क्षमता को प्रभावित करती है?
(a) डिस्पैसिया (b) डिसग्राफिया (c) डिसकैलकुलिया (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) डिस्पैसिया

प्र.20. संचार विकृति कितने प्रकार की होती है?
(a) दो (b) तीन (c) चार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) चार

प्र.21. टर्नर संलक्षण किसमें पाया जाता है?
(a) बालिकाओं में (b) बालकों में (c) दोनों में (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) बालिकाओं में

प्र.22. ध्वनिक विकृति क्या होती है?
(a) खेलने में समस्या
(b) लिखने में समस्या
(c) सही ढंग से शब्दों को नहीं बोल पाने में समस्या
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) सही ढंग से शब्दों को नहीं बोल पाने में समस्या

प्र.23. निम्न में से कौन-से सिद्धान्त के अनुसार अधिगम की विकृति का कारण प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक प्रक्रियाओं की समस्याएँ हैं?
(a) पेशीय कौशल विकृतियाँ
(b) शैक्षिक निर्देश सिद्धान्त
(c) प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कमी सिद्धान्त
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कमी सिद्धान्त

TOUCH 'n' PASS

प्र.24. किस सिद्धान्त के अनुसार, अधिगम विकृतियों का कारण प्रत्यक्षण में कमी नहीं बल्कि शिक्षण (Teaching) में कमी की ओर इशारा करता है?

(a) प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक कमी सिद्धान्त
(b) शैक्षिक निर्देश सिद्धान्त
(c) पूर्वाग्रह सिद्धान्त
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) शैक्षिक निर्देश सिद्धान्त

प्र.25. वो विद्यार्थी जिन्हें वाच वैकल्य है, उनके सफल समावेशन हेतु निम्न में से किसे वर्जित करना चाहिए?

(a) बहु–संवेदी शिक्षाशास्त्री उपागम
(b) मानकीकृत आकलन
(c) व्यक्तिगत लक्ष्य समुच्चय
(d) लचीला पाठ्यक्रम

उत्तर (b) मानकीकृत आकलन

प्र.26. निम्नलिखित में से किसे अपनाकर पठन अक्षमता से बच सकते हैं?

(a) बहुसंवेदी शैक्षणिक उपागमों का उपयोग कर
(b) व्यक्तिगत लक्ष्य निर्धारित कर
(c) छात्र की क्षमताओं के अनुसार विभिन्न प्रकार के शैक्षणिक दृष्टिकोण का उपयोग कर
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.27. निम्न में से कौन-सा पठन अक्षमता आँखों या कानों से प्राप्त छवियों को समझने योग्य भाषा में अनुवाद करने की मस्तिष्क की क्षमता में कमी के कारण होता है?

(a) अधिगम अक्षमता
(b) वाच वैकल्य
(c) (a) और (b) दोनों
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) वाच वैकल्य

प्र.28. निम्न में से कौन-सा बच्चों में कुछ अन्य सामान्य अधिगम की अक्षमताएँ हैं?

(a) गणना विकार
(b) लेखन विकार
(c) स्वलीनता
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.29. ब्रेल लिपि का आविष्कार किसने किया?

(a) शमूएल कर्क
(b) लुई ब्रेल
(c) स्किनर
(d) सिगमण्ड फ्रॉयड

उत्तर (b) लुई ब्रेल

प्र.30. दृष्टिबाधित बच्चे निम्न में से किस प्रकार पढ़ते हैं?

(a) बिन्दुओं को छूते हैं
(b) मन में छवि या चित्र की कल्पना करते हैं
(c) पाठ या प्रतीक को समझते हैं
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.31. वह कौन-सा उपकरण है जिसका उपयोग अक्षरों को उकेरने या ब्रेल लिपि को टंकण करने के लिए किया जाता है?

(a) ब्रेलर (b) सिस्मोग्राफ (c) बैरोमीटर (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) ब्रेलर

प्र.32. ब्रेल लिपि किसी भाषा के विभिन्न अक्षरों या शब्दों को बनाने के लिए मुख्य रूप से कितने प्रकार के बिन्दुओं का उपयोग करती है?

(a) आठ प्रकार (b) दो प्रकार (c) छह प्रकार (d) पाँच प्रकार

उत्तर (c) छह प्रकार

TOUCH 'n' PASS

प्र.33. बच्चों में माँसपेशियों पर नियन्त्रण, गति और समन्वय में कठिनाई सम्बन्धी सामान्य अधिगम अक्षमताएँ कौन-सी हैं?

(a) गति-संवेदी (b) स्वलीनता
(c) ध्यान अभाव सक्रियता विकार (d) डिस्लेक्सिया

उत्तर (a) गति-संवेदी

प्र.34. निम्नलिखित में से डिस्लेक्सिया से बचने का उपाय कौन-सा है?

(a) कक्षा में नोट बनाने के बजाय बॉयस रिकॉर्डर की अनुमति से
(b) बहुसंवेदी शैक्षणिक उपागमों का उपयोग करके
(c) शिक्षकों को हस्तलिखित के बजाय मुद्रित सामग्री को सिखाने से
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.35. हकलाने के उपचार के रूप में दीर्घकालीन भाषण का उपयोग कब हुआ?

(a) वर्ष 1965 (b) वर्ष 1970 (c) वर्ष 1960 (d) वर्ष 1980

उत्तर (a) वर्ष 1965

प्र.36. कौन-सी एक मनः स्थिति विकार है जो एक चिरकालिक हल्के-से उदास या चिड़चिड़े मन की विशेषता होती है?

(a) डिसकैलकुलिया (b) डिस्लेक्सिया (c) डिस्थीमिया (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) डिस्थीमिया

प्र.37. निम्नलिखित में से कौन-सा व्यवहार बच्चे के अधिगम निर्योग्यता की पहचान करता है?

(a) असामाजिक व्यवहार (b) विचारों को अभिव्यक्त नहीं कर पाना
(c) b को d, was को saw, 21 को 12 लिखना (d) उच्च शारीरिक गतिविधि

उत्तर (c) b को d, was को saw, 21 को 12 लिखना

प्र.38. पिछड़ा बालक वह है, जो अपने पाठशाली जीवन के मध्य में अपनी आयु के अनुरूप सामान्य कक्षा से नीचे की कक्षा का कार्य न कर सके। यह कथन किसका है?

(a) सिरिल बर्ट (b) हर्मन (c) टेलर (d) मारंटिस

उत्तर (a) सिरिल बर्ट

प्र.39. निम्न में से कौन-सी इकाई का उपयोग सुनने की क्षमता की जाँच हेतु किया जाता है?

(a) डेसीमीटर (b) डेसीबल (c) डेसीपाइन (d) डेसीबिन्दु

उत्तर (b) डेसीबल

प्र.40. मंद अधिगमकर्त्ता जिनकी शैक्षिक उपलब्धि सामान्य योग्यता से कम रह जाती है कहे जाते हैं—

(a) पिछड़े (b) विशेष
(c) बाल अपराधी (d) मानसिक रूप से कमजोर

उत्तर (a) पिछड़े

TOUCH 'n PASS

UNIT-VII

द्रव्य-सम्बद्ध विकृति
Substance Related Disorder

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मद्यपानता की अवस्थाएँ लिखिए।
Write the phases of Alcoholism.

उत्तर मद्यपानता की निम्नांकित चार अवस्थाएँ होती हैं—

1. प्राक्-मद्यप लक्ष्णात्मक अवस्था (Prealcoholic Symptomatic Stage)
2. प्रारम्भिक अवस्था (Prodormal Phase or Early Phase)
3. संकटकालीन अवस्था (Crucial Phase)
4. चिरकालिक अवस्था (Chronic Phase)

प्र.2. द्रव्य-सम्बद्ध विकृति के मुख्य प्रकार बताइए।
State the major-Substance Related Disorders.

उत्तर द्रव्य-सम्बद्ध विकृति के कई प्रकार हैं जिनमें मुख्य निम्नांकित हैं—

1. मद्यपानता (Alcoholism) या मद्यपान-सम्बद्ध विकृति (Alcohol-related Disorder)
2. निकोटिन एवं सिगरेट धूम्रपान सम्बद्ध विकृति (Nicotine and Cigaratte Smoking Related Disorder)
3. उत्तेजक सम्बद्ध विकृति (Stimulants-related Disorder)
4. स्वापक सम्बद्ध विकृति (Opioid-related Disorder)
5. भ्रमात्मकता सम्बद्ध विकृति (Hallucinogens related Disorder)
6. कैंनबिस सम्बद्ध विकृति (Cannabis-related Disorder)
7. शमक-निद्राजनक तथा प्रशांतक सम्बद्ध विकृति (Sedative-hypnotic and Tranquilizers Related Disorder)

प्र.3. निकोटिन सम्बद्ध विकृति के प्रकार लिखिए।
Write the types of nicotine related disorder.

उत्तर निकोटिन सम्बद्ध विकृति दो प्रकार के बतलाये गये हैं—

1. निकोटिन निर्भरता (Nicotine Dependence)
2. निकोटिन प्रत्याहार (Nicotine Withdrawal)।

प्र.4. उत्तेजक-सम्बद्ध विकृति क्या है?
What is Stimulant-Related Disorder?

उत्तर उत्प्रेरक ऐसे तत्त्वों को कहा जाता है जो केन्द्रीय तन्त्रिका तन्त्र की क्रिया को बढ़ाता है जिससे व्यक्ति की हृदय गति तथा रक्त चाप में वृद्धि हो जाती है तथा व्यक्ति की चिन्तन प्रक्रियाएँ, क्रियाएँ एवं सतर्कता में वृद्धि हो जाती है।

TOUCH 'n' PASS

प्र.5. द्रव्य-सम्बद्ध विकृतियों की चार विचारधारा लिखिए।
Write four view of Substances-Related Disorders.

उत्तर 1. जननिक एवं जैविक विचारधारा (Genetic and Biological View)
2. मनोगतिकी विचारधारा (Psychodynamic View)
3. व्यवहारपरक विचारधारा (Behavioural View)
4. सामाजिक सांस्कृतिक विचारधारा (Socio-cultural View)

प्र.6. जैविक चिकित्सा पर संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।
Write a short note on Biological Therapy.

उत्तर द्रव्य-सम्बन्ध विकृतियों के उपचार में जैविक चिकित्सा की अहम भूमिका है। जैविक चिकित्सा सचमुच में तीन तरह से ऐसे व्यक्तियों की मदद करता है—ऐसी चिकित्सा द्रव्य (substances) से व्यसनी को दूर रहने में मदद कर सकता है या फिर उससे नजदीक रहते हुए भी परहेज बनाकर रखने में मदद कर सकता है या फिर व्यसनी को जितना द्रव्य का वह उपयोग करता है, उससे आगे न बढ़ने देकर उतना ही पर उसे सम्पोषित करने में मदद कर सकता है। इस तरह से ऐसे जैविक चिकित्सा के तीन मुख्य प्रकार हैं—

(i) डीटॉक्सिफिकेशन (Detoxification) (ii) प्रतिरोधी औषध (Antagonist Drug)
(iii) औषध सम्पोषण चिकित्सा (Drug Maintenance Therapy)

प्र.7. व्यवहारपरक चिकित्सा क्या है?
What is behaviour therapy?

उत्तर द्रव्य-सम्बद्ध विकृतियों के उपचार के लिए कई तरह के व्यवहार चिकित्सा (Behaviour Therapy) की प्रविधियों का उपयोग किया जाता है जिनमें निम्नांकित प्रमुख हैं—

(i) विरुचि अनुबन्धन (Aversive Conditioning)
(ii) अन्त:संवेदीकरण (Covert Sensitisation)
(iii) वैकल्पिक प्रशिक्षण (Teaching Alternatives)
(iv) प्रसंभाव्यता प्रशिक्षण (Contingency Training)

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मद्यपानता या मद्यपान-सम्बद्ध विकृति क्या है?
What is Alcoholism or Alcohol-related Disorder?

उत्तर

मद्यपानता या मद्यपान-सम्बद्ध विकृति
(Alcoholism or Alcohol-related Disorder)

मद्यपानता (alcoholism) एक ऐसी विकृति (disorder) है जो सिर्फ पीने वाले व्यक्ति को ही प्रभावित नहीं करता है बल्कि हत्या, बलात्कार (rape), आत्महत्या एवं मोटरगाड़ी दुर्घटना (automobile accidents) के एक प्रमुख कारण के रूप में भी इसे स्वीकार किया गया है। मद्यपानता को कई लोगों ने वैज्ञानिक ढंग से परिभाषित करने की कोशिश की है। जैसे—कारसन तथा बुचर (Carson & Butcher, 1992) के अनुसार, "मद्यपानता एक ऐसी अवस्था है जिसमें ऐल्कोहल पर इतनी अधिक निर्भरता बढ़ जाती है कि इससे जिन्दगी के समायोजन में बाधा पहुँचती है।"

सरासन (Sarason, 1972) के अनुसार, 'मद्यपानता एक ऐसी चिरकालिक अवस्था है जिसमें व्यक्ति शारीरिक और/या दैहिक कारणों से अपने आप को इतनी अधिक मात्रा में ऐल्कोहल पीने से रोक नहीं पाता है और उसमें उन्माद (intoxication) उत्पन्न न हो जाए और अन्तत: उनका स्वास्थ्य खराब न हो जाए एवं सामाजिक और व्यावसायिक क्षति न हो जाए।"

उपर्युक्त परिभाषाओं को एवं ऐसी ही अन्य परिभाषाओं का यदि हम विश्लेषण करें तो इस निष्कर्ष पर पहुँचते हैं कि मद्यपानता (Alcoholism) की अवस्था में निम्नांकित विशेषताएँ होती हैं—

(i) इसमें व्यक्ति अधिक मात्रा में ऐल्कोहल पीता है।

TOUCH 'n PASS

(ii) पीने की लत से व्यक्ति में मनोवैज्ञानिक क्षुब्धता (Psychological Disturbances) उत्पन्न हो जाती है। उसमें समायोजन सम्बन्धी तरह-तरह की कठिनाइयाँ उत्पन्न हो जाती है।

(iii) ऐल्कोहल-व्यसनी (Alcohol Addict) के सामाजिक एवं आर्थिक क्रिया-कलापों में भी काफी क्षुब्धता (disturbances) उत्पन्न हो जाती है।

(iv) ऐसे लोगों को पीने पर कोई नियन्त्रण नहीं रह जाता है।

मद्यपानता (Alcoholism) की एक विशेषता यह भी है कि यह सभी तरह के उम्र एवं सामाजिक-आर्थिक स्तर के लोगों में पाया जाता है। इसका न कोई शैक्षिक सीमा (educational boundary) है और न ही कोई व्यावसायिक सीमा (occupational boundary) है।

प्र.2. मद्यपानता के नैदानिक स्वरूप बताइए।

State the clinical picture of Alcoholism.

उत्तर

मद्यपानता के नैदानिक स्वरूप
(Clinical Picture of Alcoholism)

मद्यपानता के नैदानिक स्वरूप की व्याख्या उसके पड़ने वाले बुरे परिणामों के रूप में की गयी है। इस सम्बन्ध में जापान की मशहूर लोकोक्ति है, "पहले व्यक्ति शराब को पीता है, फिर शराबी ही शराब को पीता है और तब अन्त में शराब आदमी को ही पी जाती है।" मद्यपानता (alcoholism) के कुछ ऐसे विशेष लक्षण देखने को मिले हैं जिनसे इनकी पहचान आसानी से कर ली जाती है। अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ कि मद्यपान-व्यसनी (alcohol addict) का उच्च मस्तिष्कीय केन्द्र (higher brain centres) ऐल्कोहल से इतना अधिक प्रभावित हो जाता है कि इनका चिन्तन एवं सही निर्णय करने की क्षमता लगभग समाप्त हो जाती है। इनका आत्म-नियन्त्रण (self-control) समाप्त हो जाता है। ऐसे लोगों में क्रियात्मक समन्वय (motor coordination) ढीला पड़ जाता है और उनमें दर्द, सर्द तथा अन्य इसी तरह की अनुभूतियों के प्रत्यक्षण में विभेद करने की क्षमता कम हो जाती है। मद्यपान-व्यसनी (drug addict) को पीने के बाद कुछ देर तक अतिरिक्त शक्ति, फुर्तीलापन, खुशी, सन्तोष आदि का अनुभव होने लगता है। वह अवास्तविकता (unreality) की दुनिया में पहुँच जाता है जहाँ न तो उसे किसी प्रकार की चिन्ता और न ही किसी प्रकार का भय होता है। थोड़ी देर के लिए उसकी आत्म-श्रद्धा (self-esteem) अधिक बढ़ जाती है। मनश्चिकित्सकों (psychiatrists) ने अध्ययन कर यह बतलाया है कि जब ऐसे व्यक्तियों के खून में ऐल्कोहल की मात्रा 0.1% हो जाती है, तो उस व्यक्ति को मदहोश (intoxicated) समझा जाता है। इन लोगों ने खून में ऐल्कोहल की भिन्न-भिन्न मात्राओं तथा उससे सम्बन्धित लक्षण (symptoms) का विशेष वर्णन किया है जिससे उसके नैदानिक स्वरूप (clinical picture) की स्पष्ट झलक मिलती है। जैसे ऐसे व्यसनी (addict) जिसके खून में ऐल्कोहल की मात्रा .03% होता है, उनके चिन्तन एवं भावनाओं (feelings) में हल्का-फुल्का परिवर्तन आता है। जब वह मात्रा .06% हो जाता है, तो उसमें मानसिक, सुख एवं जोश (warmth) का अनुभव होता है, .07% होने पर व्यसनी बातूनी हो जाता है तथा उसमें अतिरंजित संवेग (exaggerated emotion) उत्पन्न होने लगता है। .12% हो जाने पर व्यक्ति की चाल-ढाल बेढंगा हो जाता है तथा चलने में उसके पैर लड़खड़ाने लगते हैं। 15% हो जाने पर व्यसनी मोटा-मोटी मदहोशी (gross intoxication) की अवस्था में प्रवेश कर जाता है। मद्यपान-व्यसनी (alcohol addicts) में लैंगिक उत्तेजन (sexual stimulation) अधिक पाया जाता है परन्तु लैंगिक निष्पादन (sexual performance) में कमी पायी जाती है। ऐसे व्यक्तियों में 'ब्लैक-आऊट' (black out) अर्थात् स्मृति का ह्रास (loss of memory) पाया जाता है। जो लोग अत्यधिक ऐल्कोहल पीते हैं, उनमें शराब की हल्की-फुल्की मात्रा से तीव्र स्मृति ह्रास (memory loss) हो जाता है। पोलिक एवं उनके सहयोगियों (Polich et al, 1981) ने एक अध्ययनय कर यह बतलाया है कि मद्यपान-व्यसनी (alcohol addicts) में कम्पन (tremors), सुबह-सुबह पीने की आदत, नियन्त्रण की कमी, स्मृति-ह्रास (memory loss), भोजन समय पर न करना, दिन में कई बार पीने की आदत आदि प्रधान है।

प्र.3. निकोटिन निर्भरता क्या है?

What is nicotine dependence?

उत्तर

निकोटिन निर्भरता
(Nicotine Dependence)

निकोटिन एक ऐसा तत्त्व है जिसके सेवन से इसके प्रति व्यक्ति में तीव्र निर्भरता (dependency) विकसित हो जाता है। हिल्ट्स (Hilts, 1994) के अध्ययन के अनुसार निकोटिन व्यसनी (addictive) नहीं होता है परन्तु निश्चित रूप से व्यक्ति में निर्भरता उत्पन्न करता है।

इसका अंदाज इसी से लगाया जा सकता है कि इनके अध्ययन में यह स्पष्ट रूप से देखा गया कि जो धूम्रपान करने वाले व्यक्ति अपनी इस आदत को छोड़ने की कोशिश की, उनमें 70% ने तीन महीने के भीतर फिर से धूम्रपान करना प्रारम्भ कर दिया। DSM-IV (TR) के अनुसार धूम्रपान करने वाले व्यक्तियों में से करीब 80% से अधिक धूम्रपान बंद करने की इच्छा प्रतिवर्ष व्यक्त करते हैं तथा 35% प्रत्येक वर्ष इसे बन्द करने की सक्रिय प्रयास भी करते हैं। परन्तु 5% से कम को ही इसमें सफलता मिल पाती है। जिसमें निकोटिन निर्भरता विकसित कर जाती है, उनमें निम्नांकित लक्षण मुख्य रूप से देखने को मिलते हैं—

(i) धूम्रपान करने के लिए बाध्यता महसूस करना
(ii) धूम्रपान तथा निकोटिन लेने के प्रति अत्यधिक आवेष्टन (involvement) दिखाना
(iii) निकोटिन तथा धूम्रपान की आपूर्ति (supply) के लिए पर्याप्त उपाय करना
(iv) धूम्रपान कुछ दिनों तक रोक देने पर धूम्रपान पुन: करने की तीव्र इच्छा दिखाना

यह सर्वविदित है कि धूम्रपान से मेडिकल समस्याएँ उत्पन्न होती हैं और इस ज्ञान के बावजूद भी उसका उपयोग ऐसे व्यक्तियों में निश्चित रूप से स्वास्थ्य सम्बद्ध समस्याएँ उत्पन्न करना है।

प्र.4. निकोटिन प्रत्याहार की व्याख्या कीजिए।
Discuss the nicotine withdrawal.

उत्तर

निकोटिन प्रत्याहार
(Nicotine Withdrawal)

जब निकोटिन तथा धूम्रपान करने वाला व्यक्ति कुछ दिनों तक के लिए उसे छोड़ देता है, तो उसमें कुछ विशेष तरह के संलक्षण (syndromes) पाया जाता है जिसे निकोटिन प्रत्याहार (Nicotine Withdrawal) का नाम दिया गया है। DSM-IV (TR) में निकोटिन प्रत्याहार के मुख्य निम्नांकित चार कसौटियाँ (criteria) बतलाये गये हैं जिसके आधार पर यह तय किया जा सकता है कि व्यक्ति में निकोटिन प्रत्याहार के लक्षण उपस्थित हैं अथवा नहीं।

(i) कई गत सप्ताहों से अधिक निकोटिन का सेवन कर रहा है।
(ii) जब व्यक्ति अचानक निकोटिन का सेवन बन्द कर देता हो या कम कर देता हो तो चौबीस घण्टों के भीतर निम्नांकित में से कम-से-कम चार लक्षण अवश्य ही उसमें विकसित हो गये हों—
   1. विषादी मनोदशा (Depressed Mood)
   2. नींद की कमी (lack of Sleep)
   3. कुण्ठा, चिड़चिड़ापन या क्रोध (Frustration, Irritation or Anger)
   4. चिन्ता (Anxiety)
   5. ध्यान एकाग्रता में कठिनाई (Difficulty in Concentration)
   6. बेचैनी (Restlessness)
   7. हृदय गति में कमी (Reduced Heartbeats)
   8. भूख अधिक लगना या शारीरिक वजन में वृद्धि (Increased Hunger of Body Weight)
(iii) ऊपर के बतलाये गये लक्षणों का स्वरूप ऐसा होना चाहिए कि उनसे व्यक्ति को अपनी सामाजिक, व्यवसायिक तथा अन्य महत्त्वपूर्ण जवाबदेहियों को निभाने में पर्याप्त कठिनाई तथा तकलीफ होती हो।
(iv) उक्त लक्षणों की उत्पत्ति में किसी मानसिक रोग का प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष हाथ न हो।

प्र.5. मद्यपानता की अवस्थाओं का उल्लेख कीजिए।
Mention the phases of Alcoholism.

उत्तर

मद्यपानता की अवस्थाएँ
(Phases of Alcoholism)

मद्यपानता की अवस्थाएँ निम्नलिखित हैं—

1. **प्राक्-मद्यप लक्षणात्मक अवस्था** (Prealcoholic symptomatic stage)—मद्यपानता की यह पहली अवस्था (first stage) है। इस अवस्था में व्यक्ति पहले-पहल सामाजिक प्रचलनों (social conventions) के अनुरूप

TOUCH-N-PASS

खास-खास मौकों पर मद्यपान करता है। शराब पीने के फलस्वरूप वह अपने तनाव एवं भय को भूल जाता है और उसे काल्पनिक आनन्द मिलता है। इससे पुनर्बलित (reinforce) होकर वह और अधिक पीना प्रारम्भ कर देता है। प्रारम्भ में वह मद्यपान का सहारा तनाव को कम करने के लिए कभी-कभी लेता है परन्तु धीरे-धीरे तनाव की सहनशक्ति इतनी कम हो जाती है कि उन्हें बाध्य होकर मद्यपान करना पड़ता है। परिणाम यह होता है कि जहाँ व्यक्ति कभी-कभी पीता था, अब वह लगातार प्रतिदिन पीने लगता है। इस नयी आदत को बनने में कई महीने लग जाते हैं।

2. **प्रारम्भिक अवस्था** (Prodormal phase or early phase)—मद्यपानता की यह दूसरी अवस्था है। इस अवस्था में पीने वाले व्यक्ति के व्यवहार में कुछ विसामान्यता (deviancy) के लक्षण दिखलाई देने लगते हैं। इस अवस्था में पहुँचने पर व्यक्ति शराब की मात्रा को बढ़ा देता है। व्यक्ति में स्मृति-ह्रास (loss of memory) सामान्य रूप से देखे जाते हैं। इस अवस्था में चुराकर तथा छिपकर शराब पीने की इच्छा तीव्र हो जाती है। इतना ही नहीं, गट-गट पीना (gulping drinking), शराब पीने के प्रसंग से दूर हटना, दोष-भाव (guilt-feeling) इत्यादि के लक्षण भी देखने को मिलते हैं।
3. **संकटकालीन अवस्था** (Crucial phase)—मद्यपानता की यह तीसरी अवस्था है। इस अवस्था में व्यक्ति के मदिरापान पर से नियन्त्रण हट जाता है। जब वह शराब पीना प्रारम्भ करता है तो वह तब तक पीते जाता है जब तक कि उसकी चेतना बनी होती है। इस अवस्था में मद्यसेवी को शराब पीने की इच्छा इतनी प्रबल हो जाती है कि उसे सामान्य सामाजिक नियमों, समय तथा परिस्थिति का भी कोई ख्याल नहीं रह जाता है और वह शराब पीने के पीछे दीवाना रहता है। फलस्वरूप कभी-कभी उसे अपने व्यवसाय (occupation) या अपनी नौकरी से भी वंचित होना पड़ता है। इससे उसे अपने ही परिवार के लोगों से लड़ाई भी लड़नी पड़ती है। शराबी का शारीरिक स्वास्थ्य (physical health) भी काफी गिर जाता है। वह अपने शराब पीने की आदत को युक्तिसंगत व्याख्या एवं युक्तिपूर्ण दलीलों द्वारा छिपाने की कोशिश करता है। इस अवस्था में शराबी में आक्रामक व्यवहार, अविवेकपूर्ण प्रतिरोध (unreasonable resentment), निरन्तर पश्चाताप (persistent remorse) आदि देखने को मिलता है।
4. **चिरकालिक अवस्था** (Chronic phase)—मद्यपानता की यह चौथी अवस्था है जिसकी शुरुआत सुबह-सुबह पीने की आदत (morning drinking) से होता है। शराबी यह समझाता है कि जब तक वह सुबह में पीयेगा नहीं, वह कोई भी काम प्रारम्भ नहीं कर सकता है। सचमुच में इस अवस्था में मद्यसेवी शराब को अपने जिन्दगी का एक हिस्सा मान लेता है। वे शराब पीने के लिए घर के सामान यहाँ तक कि औरतों के गहने आदि भी चुपके से बेच डालता है। उसकी शारीरिक एवं आर्थिक स्थिति इतनी खराब हो जाती है कि वह किसी काम का नहीं रह जाता है। मानसिक विकृतियों (mental disorders) के लक्षण विकसित हो जाते हैं तथा उनमें शारीरिक कम्पन (physiological tremor) आदि भी विकसित हो जाते हैं। ऐसे लोग अपनी जिन्दगी की बाजी हार चुके होते हैं। उनकी सामाजिक प्रतिष्ठा मटियामेट हो जाती है तथा ऐसे लोगों में अस्पष्ट भय (indefinable fear) अधिक विकसित हो जाते हैं।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. मद्यपानता के प्रभावों पर प्रकाश डालिए।
Throw light on effects of Alcoholism.

उत्तर

मद्यपानता के प्रभाव
(Effects of Alcoholism)

मद्यपानता के कई तरह के प्रभाव पड़ते देखे गये हैं। कुछ प्रभाव तत्कालीन होते हैं तथा कुछ समय बीतने के बाद देखे जाते हैं। मनश्चिकित्सकों तथा नैदानिक मनोविज्ञानियों ने ऐसे प्रभावों की चर्चा निम्नांकित चार तरह के शीर्षकों के तहत किया है—

1. व्यवहारात्मक प्रभाव (Behavioural Effects)
2. जैविक प्रभाव (Biological Effects)
3. मद्यपान सहनशीलता (Alcohol Tolerance)
4. दैहिक निर्भरता (Physical Dependence)

TOUCH n PASS

1. **व्यवहारात्मक प्रभाव** (Behavioural Effects)—व्यक्ति के व्यवहार पर मद्यसार (alcohol) पीने का प्रभाव तरह–तरह के होते हैं। यह प्रभाव किस तरह का होगा, यह बहुत कुछ इस बात पर निर्भर करता है कि व्यक्ति कितनी मात्रा में मद्यसार पीया है तथा उसे मद्यसार पीने का पूर्ण अनुभव कितने दिनों का है। जब मद्यसार कम मात्रा में पीया जाता है, तो अधिकतर लोगों में इससे खुशी तथा मानव में कमी का अनुभव होता है। हालाँकि मद्यसार एक तरह का शामक (sedative) है, परन्तु निम्न मात्रा में लिए जाने पर यह उत्तेजक (stimulant) का कार्य करने लगता है। अक्सर देखा गया है कि निम्न मात्रा में लेने पर व्यक्ति अधिक वातूनी हो जाता है, अधिक निर्गामी (outgoing) हो जाता है तथा वह सामाजिक अवरोधों (social limitations) से कम प्रतिबन्धित होता है। बोगेन (Bogen, 1987) ने रक्त में मद्यसार स्तर (alcohol level) तथा उसका व्यवहार पर पड़ने वाले प्रभावों का अध्ययन किया है जो काफी विस्तृत एवं प्रशंसनीय है—
   (i) जब रक्त में मद्यसार स्तर .03% पर होता है, तो व्यक्ति का व्यवहार धीमा एवं सम्मानित होता है।
   (ii) जब रक्त में मद्यसार स्तर .05% पर होता है, तो व्यक्ति का व्यवहार थोड़ा जोशीला एवं भद्र होता है।
   (iii) जब रक्त में मद्यसार स्तर .1% होता है, तो उनका व्यवहार खतरनाक एवं क्रूरतापूर्ण हो जाता है।
   (iv) जब रक्त में मद्यसार स्तर .2% होता है, जो उसका व्यवहार भौचक्का करने वाला तथा क्षुब्धतापूर्ण होता है।
   (v) जब रक्त में मद्यसार स्तर .25% होता है, तो व्यक्ति घृणित (disgusted) तथा अस्त–व्यस्ततापूर्ण व्यवहार करता है।
   (vi) जब रक्त में मद्यसार स्तर .3% होता है, तो व्यक्ति का व्यवहार प्रलापी (delirious), दिशाविहीन तथा शराब पीये व्यक्ति के समान लगता है।
   (vii) जब रक्त में मद्यसार स्तर .35% होता है, तो शराब के नशे में धुत होकर वह मरा–सा लेटा रहता है।
   (viii) जब रक्त में मद्यसार स्तर .6% होता है, तो उसकी मृत्यु की सम्भावना बहुत बढ़ जाती है।

   जब व्यक्ति मद्यसार अधिक मात्रा में लेता है, तो उसका शामक प्रभाव (depressant effect) पड़ता है तथा उसका संवेदी एवं पेशीय कार्यों में स्पष्ट दोष नजर आते हैं। उसकी दृष्टि तीक्ष्णता में कमी आ जाती है तथा गन्ध एवं स्वाद की संवेदनशीलता भी कम हो जाती है। उसकी गति एवं संभाषण मंदित हो जाता है। जब रक्त में मद्यसार स्तर .08 से .1 प्रतिशत हो जाता है, तो प्रतिक्रिया समय (reaction time) में कमी हो जाती है। मैककीम (McKim, 1986) ने अपने अध्ययन में पाया कि इस स्तर पर जटिल प्रतिक्रिया समय (complex reaction time) जिसमें व्यक्ति को अनुक्रिया करने के पहले विभिन्न स्रोतों से सूचनाओं को संगठित करना पड़ता है, यथार्थता तथा गति के ख्याल से काफी मंद हो जाता है। उच्च मात्रा में मद्यसार लेने से स्मृति प्रक्रियाएँ भी प्रभावित हो जाती है। उद्दीपकों के प्रति ध्यान, नयी सूचनाओं को कूटसंकेत करने की क्षमता तथा लघुकालीन स्मृति (short-term memory) सभी मंदित हो जाते हैं। अत्यधिक मद्यपान करने पर व्यक्ति में बेहोशी जैसे स्थिति उत्पन्न हो जाती है और पीने से सम्बद्ध घटनाओं की यादगारी उसे कुछ भी नहीं रहती है।
2. **जैविक प्रभाव** (Biological Effects)—मद्यपानता का प्रभाव मस्तिष्क तथा शरीर के अन्य अंगों पर स्पष्ट रूप से पड़ता है। मद्यसार का प्रभाव कई न्यूरोट्रांसमीटर तन्त्रों (neurotransmitter systems) पर पड़ता है तथा स्नायविक कार्यों पर सीधा प्रभाव डालता है। मद्यसार न्यूरोन के झिल्ली (membrane) के साथ अविशिष्ट अंत:क्रिया (non-specific interaction) करता है। मद्यसार झिल्ली में घुल जाता है तथा झिल्ली के दैहिक अवस्थाओं को परिवर्तित करके उसे अधिक तरल बना देता है। इससे न्यूरोन की क्रियाएँ मन्द पड़ जाती हैं। मद्यसार अधिक मात्रा में पीने पर व्यक्ति के संवेदी एवं पेशीय कार्यों में दुर्बलता जो देखा जाता है, उसका मुख्य कारण यही सामान्य शमक क्रिया (general depressent action) है। इसके अतिरिक्त मद्यसार का प्रभाव अन्य न्यूरोट्रांसमीटर तन्त्रों पर विशेषकर नोरपाइनफ्राइन (norepinephrine), डोपामाईन (dopamine), सेरोटोनिन (serotonin) तथा गामा–एमनियोब्यूट्रिक एसिड (GABA) आदि पर स्पष्ट रूप से पड़ता है। इन तन्त्रों पर मद्यसार का प्रभाव से व्यक्ति की मनोदशा (mood) में बदलाव एवं चिन्ता कम होने वाले प्रभाव स्पष्टत: देखे जाते हैं। मद्यपान से कुछ मस्तिष्कीय कोशिकाएँ विशेषकर अग्रपालि की कोशिकाएँ काफी क्षतिग्रस्त हो जाती हैं जिनसे उसमें कुछ असामान्यता उत्पन्न हो जाती है। मद्यसार से प्रतिरक्षक तन्त्र (immune system) की प्रभावशीलता कम हो जाती है जिससे संक्रामकता (infection) का खतरा बढ़ जाता है।

TOUCH 'n' PASS

मद्यसार का प्रभाव सिर्फ मस्तिष्क पर ही नहीं बल्कि शरीर के अन्य अंगों पर भी काफी पड़ता है। मद्यसार पीने से व्यक्ति की भूख में कमी आ जाती है क्योंकि मद्यसार द्वारा काफी कैलोरी (calorie) व्यक्ति को मिलती है। परन्तु यह एक तरह की खाली (empty) कैलोरी होती है क्योंकि इसमें आवश्यक पोषक तत्त्वों की कमी होती है। मद्यसार से कुपोषण (malnutrition) बढ़ता है क्योंकि इससे भोजन पचने की क्रिया तथा उसे विटामिन अलग होने की प्रक्रिया दोनों ही प्रभावित होता है। जो व्यक्ति बहुत दिनों में अधिक मात्रा में मद्यसार का सेवन करता है, उसमें बी-काम्प्लेक्स विटामिन की कमी हो जाती है जिसमें उनमें स्मृति लोप (amnesia) के लक्षण उत्पन्न हो जाते हैं। ऐसे व्यक्ति में हाल एवं बहुत पहले की घटनाओं से सम्बद्ध स्मृति लोप अधिक पाया जाता है।

अधिक दिनों से मद्यसार पीते आने से व्यक्ति में प्रोटीन (protein) की भी कमी हो जाती है जिससे यकृत या जिगर में सिर्रहोसिस (cirrhosis) उत्पन्न हो जाता है। सिर्रहोसिस एक ऐसा रोग है जिसमें मद्यसार के प्रभाव से कुछ यकृत कोशिकाएँ मर जाती हैं तथा कुछ यकृत कोशिकाओं में इतना अधिक वसा (fat) जमा हो जाता है कि वे कार्य नहीं कर पाती हैं। अन्ततोगत्वा, रोगी मरणासन्न हो जाता है और फिर उसकी मृत्यु भी हो जाती है। ऐसे मद्यसार स्वयं ही यकृत के कार्यों को बाधित करता है तथा यकृत कोशिकाओं को क्षति पहुँचाता है। इसके अतिरिक्त ही मद्यसार के कुछ दैहिक प्रभाव स्पष्ट रूप से देखे गये हैं। जैसे इससे अन्तःस्रावी ग्रन्थियों को क्षति पहुँचाता है, उच्च रक्तचाप उत्पन्न होता है, हृदय गति बाधित होती है, कोशिका नली फट जाती है जिससे मद्यसार पीने वाले व्यक्ति का चेहरा लाल एवं फूला हुआ दिखता है, आदि-आदि।

ऐसे भी पाया गया है कि यदि गर्भवती महिलाएँ मद्यसार का सेवन करती है तो इससे उनके भ्रूण (fetus) का विकास अवरुद्ध हो जाता है तथा मानसिक दुर्बलता (mental retardation) के अतिरिक्त इनमें आनन (facial) तथा कपालीय (cranial) असंगति बढ़ जाती है। इस अवस्था को भ्रूणिक मद्यसार संलक्षण (fetal alcohol syndrome) कहा जाता है। कुछ अध्ययनों में जैसे स्टामफर तथा उनके सहयोगियों (Stampfer et al., 1988) में यह पाया है कि हल्की मात्रा में शराब पीने से महिला और पुरुष दोनों में चक्रीय हृदय रोग (coronary heart disease or CHD) की सम्भावना काफी कम हो जाती है।

3. **मद्यपान सहनशीलता** (Alcohol Tolerance)—मद्यसार का प्रभाव यह भी होता है कि व्यक्ति में सहनशीलता (tolerance) विकसित हो जाता है जिसमें अब अधिक मात्रा में मद्यसार पीकर रोगी को बहुत थोड़ा उत्तेजनशीलता का अनुभव होता है। मद्यपान सहनशीलता से सम्बद्ध कई तीन तरह की घटनाएँ अक्सर देखने को मिलती हैं—चयापचयी सहनशीलता (metabolic tolerance), व्यवहारात्मक सहनशीलता (behavioural tolerance) तथा कोषकीय सहनशीलता (cellular tolerance)। चयापचयी सहनशीलता में यकृत अधिक चयापचयी एन्जाइम्स (enzymes) पैदा करता है तथा मद्यसार को तेजी से तोड़कर अपने में सोख लेता है जिससे यकृत या जिगर को काफी क्षति होती है। व्यवहारात्मक सहनशीलता वैसे सहनशीलता को कहा जाता है जिसमें व्यक्ति मद्यसार के प्रभाव में कार्य करना सीख लेता है। जैसे बहुत से ऐसे मद्यपान करने वाले व्यक्ति हैं जो पीकर ही बहुत सारे कार्यों को सामंजस्य ढंग से करते हैं। हालाँकि इस तरह के रक्त मद्यपान स्तर (blood alcohol level) पर अन्य व्यक्तियों के लिए कार्य करना सम्भव नहीं हो पाता है। कोषकीय सहनशीलता (cellular tolerance) में न्यूरोन मद्यसार की उपस्थिति के प्रति व्यानुकूलित हो जाता है। लघुमस्तिष्क में न्यूरोन को जब अन्तःशिरा मद्यसार (intraveneous alcohol) दिया जाता है, तो उसमें उत्तेजन की गति बढ़ जाती है और जब उसे लम्बी अवधि तक मद्यसार से अनावृत्त कराया जाता है, तो इस तरह का उत्तेजन पैटर्न पुनः अपने समन्वय अवस्था में आ जाता है। मद्यसार से प्रत्याहार (withdrawal) के दौरान इस उत्तेजन गति में तीव्र कमी आ जाती है।

स्पष्ट हुआ कि मद्यपान सहनशीलता के कई प्रकार होते हैं जो मद्यपान के प्रभाव के रूप में देखे जा सकते हैं।

4. **दैहिक निर्भरता** (Physical dependence)—मद्यसार पीने वालों में दैहिक निर्भरता (physical dependence) तेजी से विकसित होता है। दैहिक निर्भरता व्यक्ति में तभी विकसित होता है जब मद्यसार का उपयोग लम्बे समय तक व्यक्ति करता है और पीने की अवधि तथा स्तर के अनुसार प्रत्याहार संलक्षण (withdrawal syndrome) परिवर्तित होते हैं। प्रत्याहार संलक्षण के लक्षण पिछली बार पीने के बाद से करीब 12 घण्टे बीत जाने पर प्रारम्भ होता है। प्रारम्भ में कमजोरी, जी मिचलाना, चिन्ता, कम्पन, तीव्र हृदय गति तथा नींद में कमी आदि लक्षण देखे जाते हैं। गम्भीर केसेज में इन

TOUCH 'n' PASS

संलक्षणों में इनके अतिरिक्त विभ्रम, दिशाविहीनता, संभ्रान्ति तथा घबड़ाहट आदि तीव्र हो जाती है। मामला और अधिक गम्भीर होने पर कम्पन, बेहोशी तथा गम्भीर उन्माद (delirium) आदि जिसे कम्पनोमाद (delirium tremens or D.T.) विकसित हो जाता है। कम्पनोमादकी अवस्था दो से चार दिन के भीतर विकसित हो जाता है। दारयानानी आदि (Daryanani et al., 1998) के अनुसार अगर कम्पनोमाद का उपचार नहीं किया गया तो अगले सात से दस दिनों में संलक्षणों की गम्भीरता कम हो जाती है।

स्पष्ट हुआ कि मद्यपानता के कई तरह के प्रभाव व्यक्ति पर पड़ते देखे जाते हैं।

प्र.2. मद्यपानता के हैतुकी या कारण का विस्तृत वर्णन कीजिए।
Describe in detail etiology of Alcoholism.

उत्तर

मद्यपानता के हैतुकी या कारण (Etiology of Alcoholism)

सामान्यत: जिस व्यक्ति को मद्यपान–व्यसनी (alcoholic) समझा जाता है, वह बहुत अत्यधिक मात्रा में मद्यसार पीता देखा गया है और इसके परिणामस्वरूप उसे अपने जीवन में कई तरह की परिस्थितियों का सामना करना पड़ता है। प्राय: ऐसे लोगों में बाध्य मद्यपान (compulsive drinking) होता है तथा बहुत कोशिश करने के बाद भी वह उसे रोकने में सक्षम नहीं होता है।

मद्यपानता के कारण से सम्बद्ध कई सिद्धान्त हैं जो इस बात की व्याख्या करता है कि मद्यपानता के क्या कारण होते हैं तथा कौन लोग मद्यपान–व्यसनी हो जाते हैं। इस क्षेत्र में किये गये अध्ययनों की समीक्षा के बाद इस निष्कर्ष पर पहुँचते हैं कि मद्यपानता के निम्नांकित प्रमुख कारण हैं—

1. जैविक कारक (Biological Factors)
2. मनोसामाजिक कारक (Psychosocial Factors)
3. सामाजिक–सांस्कृतिक कारक (Socio-cultural Factors)

इन सभी का वर्णन निम्नांकित है—

1. **जैविक कारक** (Biological Factors)—ऐसा देखा गया है कि मद्यपान रोगियों के रक्त एवं शरीर की कोशिकाएँ मद्यसार पदार्थों के साथ अनुकूलित एवं अभियोजित (adjusted) हो जाती हैं। इसका परिणाम यह होता है कि मद्यपानता शायद इन व्यक्तियों की एक शारीरिक आवश्यकता (physiological need) हो जाती है। ऐसी अवस्था में वे यदि थोड़े देर के लिए भी अपने आप को शराब से वंचित करते हैं तो वे बेचैन हो जाते हैं एवं कई तरह के शारीरिक लक्षण जैसे पसीना आना, चक्कर आना, वमन की इच्छा होना, विभ्रम (hallucination), ऐंठन आदि मुख्य रूप से देखने को मिलते हैं। इन शारीरिक कष्टों से छुटकारा पाने के लिए व्यक्ति पुन: शराब पर टूट पड़ता है।

   हाल में कुछ ऐसे अध्ययन हुए हैं जिनसे यह स्पष्ट हो जाता है कि मद्यपानता आनुवंशिक रूप से (genetically) काफी अधिक प्रभावित होता है। इन अध्ययनों में कॉटन (Cotton, 1979) तथा गोल्डमैन (Goldman, 1998) ने अपने अध्ययनों में पाया है कि मद्यपानी माता-पिता के बच्चों, भाई–बहनों में सामान्य लोगों की तुलना में तीन से चार गुणा मद्यपानता अधिक होती है। केण्डलर तथा उनके सहयोगियों (Kendler et al., 1994) ने अपने अध्ययन में यह पाया है कि एकांडी जुड़वा बच्चों में भ्रात्रीय जुड़वाँ बच्चों की तुलना में मद्यपानता का सुसंगतता दर (concordance rate) अधिक था। गुडविन तथा उनके सहयोगियों (Goodwin et al., 1973) ने अध्ययन किया जिसमें मद्यपान–व्यसनी के बच्चों का पालन–पोषण जब दूसरों के घर में रखकर किया गया तो 30 साल की आयु में इन व्यक्तियों में से 18% ने मद्यपानता की ओर झुकाव दिखलाया जबकि नियन्त्रित प्रयोज्यों जिन्हें भी दूसरों के घर में रखकर पाला–पोषा गया था, में से मात्र 5% ने मद्यपानता की ओर उन्मुखता दिखलाया। बोहमैन एवं सिगवार्डस्सन (Bohman & Sigvadrsson, 1999) ने एक अध्ययन किया जिसमें यह देखा गया कि जब माताएँ मद्यपान करने वाली होती हैं तो उनकी पुत्रियों में मद्यपानता की सम्भावना अन्य ऐसी महिलाओं की तुलना में जिनकी माताएँ मद्यपानी नहीं थीं, चार गुणा होती है। कैडोरेट (Cadoet, 1996) ने अपने अध्ययन में पाय कि जिन पुरुष वयस्कों के पिता मद्यपानी थे, इनके इन सन्तानों में अन्य सामान्य पुरुष वयस्कों की तुलना में मद्यपानता की दर दोगुना अधिक थी।

   उपर्युक्त सभी अध्ययनों में यह स्पष्ट हो जाता है कि मद्यपानता का आधार आनुवंशिकता (hereditary) होता है।

TOUCH-n-PASS

2. **मनोसामाजिक कारक** (Psychological Factors)—मद्यपान की स्थिति में न केवल दैहिक निर्भरता बल्कि रोगी मनोवैज्ञानिक निर्भरता (psychological dependence) भी विकसित कर लेता है। अब प्रश्न उठता है कि मद्यपान व्यसनी में मनोवैज्ञानिक निर्भरता क्यों विकसित होती है। इसका उत्तर देने के लिए मनोवैज्ञानिकों द्वारा कई तरह के मनोसामाजिक कारकों (Psychosocial Factors) का उल्लेख किया गया है जिसमें निम्नांकित तीन महत्त्वपूर्ण हैं—
   (i) व्यक्तित्व कारक (Personality Factors)
   (ii) प्रतिबल, तनाव ह्रास तथा पुनर्बलन (Stress, Tension Reduction and Reinforcement)
   (iii) वैवाहिक एवं अन्य घनिष्ठ सम्बन्ध (Marital and Other Intimate Relationships)
   इन सभी का वर्णन निम्न प्रकार है—
1. **व्यक्तित्व कारक** (Personality Factors)—मनोवैज्ञानिकों द्वारा किये गये अध्ययनों के आधार पर इस मूल प्रश्न का उत्तर देने की कोशिश की गयी है—क्या व्यक्तित्व का कोई खास प्रकार होता है जो मद्यपान व्यसनी हो जाता है? इन लोगों द्वारा किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि संभाव्य मद्यपानी (potential alcoholics) सामान्यत: सांवेगिक रूप से अपरिपक्व होते हैं, उन्हें दुनिया से काफी उम्मीद होती है, वे अन्य लोगों से अत्यधिक प्रशंसा एवं प्यार की उम्मीद करते हैं, असफलता के प्रति तीव्र हीनता भावनाओं के साथ प्रतिक्रिया करते हैं तथा कुण्ठा सहनशीलता (frustration tolerance) की क्षमता कम होती है। मोरे, स्किनर तथा ब्लाशफिल्ड (Morey, Skinner & Blashfield, 1984) ने अपने अध्ययन में यह पाया कि जिन व्यक्तियों में मद्यपानता होने का उच्च जोखिम (high risk) होता है, उनका व्यक्तित्व विशेषकर आक्रामकता तथा आवेगशीलता के गुणों में उन व्यक्तियों की तुलना में भिन्न होते हैं जिनमें मद्यपानता होने का निम्न जोखिम (low risk) होता है। कैडोरेट तथा उनके सहयोगियों (Cadoret et al., 1996) एवं ड्रेक तथा वाईलैन्ट (Darake & Vaillant, 1998) द्वारा किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ कि जिन व्यक्तियों का समाज-विरोधी व्यक्तित्व (anti-social personality) होता है, उन्हें मद्यपान व्यसनी (alcoholics) होने की सम्भावना बहुत अधिक होती है। ग्रैंड (Grand et al., 1985) तथा अल्टरमैन (Alterman, 1988) ने इस क्षेत्र में किये गये अध्ययनों की समीक्षा के आधार पर यह बतलाया है कि करीब 75 से 80% अध्ययनों में समाज-विरोधी व्यक्तित्व तथा मद्यपानता में सम्बन्ध पाया गया है।
2. **प्रतिबल, तनाव ह्रास तथा पुनर्बलन** (Stress, Tension Reduction and Reinforcement)—मनोवैज्ञानिकों के एक समूह की प्राक्कल्पना (hypothesis) यह है कि कुछ लोग इसलिए मद्यपानता को अपना लेते हैं क्योंकि मद्यपान करने से उसकी जिन्दगी का तनाव, चिन्ता आदि में कमी आ जाती है। मद्यपान करके अपनी जिन्दगी के तनावपूर्ण परिस्थितियों में बिना किसी तरह की चिंता दिखलाये वे उत्तम निष्पादन बनाये रखने में सक्षम हो जाते हैं। इस प्राक्कल्पना के अनुसार तब मद्यपानता एक सीखा गया कुसमायोजी व्यवहार है जो तनाव ह्रास (tension reduction) की प्रक्रिया से पुनर्बलित (reinforced) एवं सम्पोषित होता है। लेवेन्सन एवं उनके सहयोगियों (Levenson et al., 1980) तथा मूलानी (Mullaney, 1999) द्वारा किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि मद्यपानता व्यक्ति के तात्कालिक तनाव की स्थिति को कम कर देता है और व्यक्ति थोड़े देर के लिए काफी अच्छा महसूस करने लगता है हालाँकि वह यह जानते हैं कि बाद में इसका परिणाम बुरा हो सकता है।

   कॉक्स तथा क्लिंगर (Cox & Clingler, 1988) ने मद्यपानता की व्याख्या करने के लिए एक अभिप्रेरणात्मक मॉडल (motivational model) का प्रतिपादन किया है। इस मॉडल में मद्यपानता का उत्तरदायित्व स्वयं व्यक्ति पर ही लादा गया है। व्यक्ति द्वारा मद्यपान किये जाने का कारण यह है कि व्यक्ति स्वयं ही चेतन या अचेतन रूप से मद्यपान करने का निर्णय करता है। इस मॉडल के अनुसार व्यक्ति ऐसा निर्णय लेने के लिए इसलिए अभिप्रेरित होता है क्योंकि इससे उसमें भावात्मक परिवर्तन अर्थात् उसके मनोदशा (mood) में परिवर्तन आ जाता है तथा साथ-ही-साथ इससे उसे कुछ हद तक अपने साथियों का समर्थन भी मिलता है। संक्षेप में, मद्यसार या एल्कोहल को व्यक्ति इसलिए पीता है क्योंकि यह व्यक्ति के लिए पुनर्बलन का कार्य करता है।
3. **सामाजिक-सांस्कृतिक कारक** (Socio-cultural Factors)—मद्यपानता के क्षेत्र में किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट है कि व्यक्ति को मद्यपान व्यसनी बनने में समाज के संस्कृति का भी योगदान होता है। बेल्स (Bales, 1946),

हार्टोन (Horton, 1943), सुलकुनेन (Sulkunen, 1976) द्वारा किये गये अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि निम्नांकित तीन ऐसे कारक हैं जो मद्यपानता की ओर व्यक्तियों में उन्मुखता उत्पन्न करता है—

(i) समाज की संस्कृति में प्रतिबल (stress) या तनाव का सामान्य स्तर कितना है। कुछ सामाजिक संस्कृतियाँ ऐसी होती हैं जिनमें स्वभावत: तनाव अधिक उत्पन्न होता है। हार्टोन (Horton, 1943) ने 56 ऐसे ही समाज की संस्कृतियों की समीक्षा की है और पाया है कि जिन सामाजिक संस्कृतियों में असुरक्षा का स्तर अधिक होता है, उनमें ऐल्कोहल या मद्यसार पीने की उन्मुखता अधिक देखी गयी है (अगर इस संस्कृति में मद्यसार पर्याप्त मात्रा में सहज ढंग से उपलब्ध है)।

(ii) कुछ अध्ययनों में देखा गया है कि द्रुत सामाजिक परिवर्तन तथा सामाजिक विघटन (social disintegration) से भी मद्यसार के प्रति लोगों की उन्मुखता में वृद्धि होती है। एक अध्ययन में जिसे टाईम, अप्रील 22, 1974 में प्रकाशित किया गया था, यह पाया गया है कि ग्रामीण अलास्का (Alaska) के बहुत से क्षेत्रों में रहने वाले एस्किमो (Eskimo) में मद्यपानता (drinking) एक मुख्य समस्या इसलिए बन गयी थी क्योंकि उनके जीवन शैली में तीव्र परिवर्तन आया था जो लगभग एक तरह से सामाजिक विघटन के तुल्य था। मैककार्ड, मैडकार्ड तथा गुडेमैन (McCord, McCord & Gudeman, 1960) द्वारा किये गये अध्ययन से यह पता चला है कि शैक्षिक स्तर तथा सामाजिक-सांस्कृतिक स्तर गंदा होने से व्यक्तियों में मद्यपानता की प्रबलता भी अधिक होती है।

(iii) सामाजिक-संस्कृति द्वारा मद्यपानता के प्रति लोगों में उत्पन्न मनोवृत्ति पर भी मद्यपानता की आवृत्ति तथा प्रबलता निर्भर करता है। सुलकुनेन (Sulkunen, 1976) ने एक अध्ययन किया जिसमें इन्होंने मुस्लिम, मोरमोन (Mormons), यूरोपियन (Europeans) में पाये जाने वाले सांस्कृतिक मनोवृत्ति का मद्यपानता पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन किया है और पाया है कि मुस्लिम तथा मोरमोन में मद्यपानता की प्रबलता बहुत कम पायी जाती है क्योंकि इनके संस्कृति में इसके प्रति एक तरह का नकारात्मक मनोवृत्ति होती है। इसकी तुलना में यूरोपियन तथा यूरोपियन संस्कृति से प्रभावित छह देशों अर्थात् अर्जेन्टाइना, कनाडा, चिली, जापान, संयुक्त राज्य अमेरिका तथा न्यूजीलैंड (New Zealand) द्वारा पूरे संसार का मद्यसार का करीब 80% पिया जाता है हालाँकि इन सभी देशों में पूरे संसार के जनसंख्या का मात्र 20% ही लोग रहते हैं। फ्रांस में मद्यपानता का सबसे ऊँचा दर पाया गया है क्योंकि इस संस्कृति में मद्यसार को एक उत्तम परोस्य वस्तु माना गया है। यही कारण है कि नोबल (Noble, 1979) ने अपने अध्ययन में पाया है कि फ्रांस में यकृत की एक विशेष बीमारी जिसे सिरोसिस (cirrhosis) कहा जाता है, से मरने वालों की संख्या सबसे अधिक होती है क्योंकि इस रोग का मद्यपानता से प्रत्यक्ष सम्बन्ध है।

स्पष्ट हुआ कि कई कारण एवं कई अवस्थाएँ ऐसी हैं जो व्यक्ति को मद्यपानता की ओर झुकाव उत्पन्न करता है।

प्र.3. मद्यपानता के उपचार तथा परिणामों का उल्लेख कीजिए।
Mention the treatment and outcomes of Alcoholism.

उत्तर

मद्यपानता के उपचार तथा परिणाम
(Treatment and Outcomes of Alcoholism)

मद्यपानता के उपचार की कई विधियाँ हैं जिनमें महत्त्वपूर्ण निम्नांकित दो हैं—

1. जैविक उपचार (Biological Treatment)
2. मनोसामाजिक उपचार (Psychosocial Treatment)

इन दोनों का वर्णन निम्न प्रकार है—

1. **जैविक उपचार** (Biological Treatment)—मद्यपानता के उपचार का मुख्य उद्देश्य यह होता है कि व्यसनी फिर से मद्यसार का सेवन करना बन्द कर दे। इसके लिए कई तरह के जैविक उपचार किये जाते हैं। इनमें डीटॉक्सीफिकेशन (detoxification) तथा कुछ विशेष तरह के औषध का उपयोग मुख्य है। डीटॉक्सीफिकेशन एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें व्यसनी के शरीर से मद्यसार (alcohol) को कम किया जाता है या हटाया जाता है। डीटॉक्सीफिकेशन की प्रक्रिया अस्पताल में या किसी उपचार केन्द्र पर मेडिकल पर्यवेक्षण (medical supervision) के तहत की जाती है। जिन लोगों

TOUCH 'n' PASS

में गम्भीर निर्भरता विकसित कर गयी होती है, उनके लिए पहले डीटॉक्सीफिकेशन करना अनिवार्य हो जाता है ताकि उनके मद्यसार प्रत्याहार संलक्षण (alcoholic withdrawal syndrome) का उपचार ठीक ढंग से किया जा सके। इसके लिए प्राय: क्लोरडियाजेपौक्साईड (chlordiazepoxide) नामक औषध का उपयोग किया जाता है। इस औषध से व्यसनी में पेशीय उत्तेजन, मितली, कै तथा प्रत्याहार में कमी आती है तथा साथ-ही-साथ प्रत्याहार (withdrawal) से सम्बद्ध चिन्ता तथा तनाव में भी कमी आती है। डीटॉक्सीफिकेशन के बाद सामान्यत: ऐसे व्यक्तियों का सक्रिय उपचार मनोवैज्ञानिक विधियों से किया जाता है जिसमें उन्हें समूह में रखकर मनश्चिकित्सा, सलाह तथा व्यवहार चिकित्सा (behaviour therapy) आदि दिया जाता है।

2. **मनोसामाजिक उपचार** (Psychosocial Treatment)—मद्यपानता के उपचार के लिए कुछ मनोवैज्ञानिक उपचार विधियाँ भी उपलब्ध हैं। वैयक्तिक मनश्चिकित्सा (individual psychotherapy) का उपयोग इसमें कभी-कभी किया जाता है क्योंकि यह उतना प्रभावी नहीं होता है। मद्यपानता की चिकित्सा में मनश्चिकित्सा के उन प्रारूपों पर अधिक बल डाला जाता है जिसमें सामूहिक चिकित्सा (group therapy) महत्त्वपूर्ण समझा जाता है। अत: मनोसामाजिक उपचार में निम्नांकित तीन तरह की प्रविधियाँ तुलनात्मक रूप से अधिक लोकप्रिय हैं—
   (i) सामूहिक चिकित्सा (Group Therapy)
   (ii) पर्यावरणी हस्तक्षेप (Environmental Intervention)
   (iii) व्यवहारात्मक चिकित्सा (Behavioural Therapy)
   (iv) एल्कोहॉलिक ऐनोनिमस (Alcoholic Anonymous)

   इन सभी का वर्णन निम्नांकित है—

1. **सामूहिक चिकित्सा** (Group Therapy)—मद्यपान व्यसनी के उपचार में सामूहिक चिकित्सा की भूमिका अहं बतलायी गयी है। इसमें मद्यपान व्यसनी के परिवार के सदस्यों को एक साथ बुलाया जाता है या फिर अपरिचित व्यसनी का एक समूह तैयार करके चिकित्सा प्रदान की जाती है। इस सामूहिक चिकित्सा में मद्यपान व्यसनी को अपनी समस्याओं तथा उनके परिणामों से अवगत कराया जाता है। इस द्रय प्रक्रिया का परिणाम यह होता है कि मद्यपान व्यसनी मद्यसार से सम्बद्ध समस्याओं से निबटने के नये तरीके ढूँढ लेते हैं और वे पहले से अधिक समझ-बूझ से काम लेते हैं। फलत: इनकी समस्या की गम्भीरता कम हो जाती है।
2. **पर्यावरणी हस्तक्षेप** (Environmental Intervention)—कुछ मनोवैज्ञानिकों का विचार है कि सिर्फ मद्यपान व्यसनी को अपनी समस्याओं से निबटने के नये-नये तरीकों को सिखला देने से काम नहीं चलेगा बल्कि उनके सामाजिक वातावरण में भी बदलाव लाना आवश्यक है। सामान्यत: यह देखा गया है कि मद्यपान व्यसनी को अपने परिवार के सदस्यों एवं दोस्तों के साथ सम्बन्ध खराब हो जाता है। कभी-कभी इस बुरी आदत के चलते उन्हें अपनी नौकरी गँवानी पड़ती है। इन सबका परिणाम यह होता है कि उनका सामाजिक पर्यावरण काफी बैरपूर्ण एवं धमकीपूर्ण होता है जो एक तरह उनमें नयी समस्या उत्पन्न कर देता है और फिर उससे निबटने के लिए उनमें पीने की ओर उन्मुखता बढ़ जाती है। अत: कुछ करने के लिए यह आवश्यक है कि उनके सामाजिक पर्यावरण में पर्याप्त हस्तक्षेप या बदलाव लाया जाए।
3. **व्यवहारात्मक चिकित्सा** (Behavioural Therapy)—मद्यपानता के उपचार में कई तरह के व्यवहार चिकित्सा का उपयोग सफलतापूर्वक किया गया है। व्यवहार चिकित्सा के कई प्रकार हैं जिनका उपयोग इसके उपचार में किया जाता है। इनमें विरुचि अनुबन्धन (aversive conditioning), अस्पष्ट संवेदीकरण (covert sensitization) तथा कौशल-प्रशिक्षण प्रविधि (skill-training procedure) जो एक तरह का संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा (Cognitive-Behaviour Therapy) है, प्रधान है।
4. **एल्कोहॉलिक एनोनिमस** (Alcoholic Anonymous or AA)—मद्यपानता को कम करने या नियन्त्रित करने का यह एक व्यवहारिक उपागम है जिसकी शुरुआत तो अमेरिका में हुई परन्तु AA समूह की स्थापना अन्य देशों में भी सफलता के साथ हुई। AA समूह की स्थापना 1935 में दो व्यक्तियों अर्थात् डॉ० बॉब (Dr. Bob) तथा बिल डब्ल्यू (Bill W.) द्वारा एकरोन (Akron) जो ओहियो (Ohio) में है, हुआ। विल डब्ल्यू ने अपने व्यक्तित्व में कुछ आध्यात्मिक परिवर्तन (spiritual change) लाकर मद्यपानता को नियन्त्रित कर लिया और फिर उन्होंने डॉ० बॉब को भी मद्यपानता को नियन्त्रित करने में सफलतापूर्वक मदद की। बाद में ये दोनों मिलकर अन्य मद्यपान व्यसनी को इससे

TOUCH'n' PASS

छुटकारा पाने के लिए एक संगठन (organization) की स्थापना की जिसे AA कहा गया और जिनसे काफी मद्यपान व्यसनी को अपनी बुरी लत पर नियन्त्रण करने में सफलता मिली।

सचमुच में AA एक तरह का परामर्श कार्यक्रम है जिसमें मद्यसेवियों (alcoholics) जिनका नाम गुप्त रखने के लिए नाम के प्रथम अक्षर का ही प्रयोग किया जाता है, को समूह या अकेले में रखकर मद्यपानता से सम्बन्धित उनकी समस्याओं का वर्णन किया जाता है, उन्हें आत्म-मूल्यांकन करने के लिए कहा जाता है और उन व्यक्तियों के विचारों से अवगत कराया जाता है जो मद्यपानता छोड़कर स्वस्थकर जिन्दगी बिता रहे होते हैं। AA की मुख्य दो मान्यताएँ होती हैं—

(i) यदि व्यक्ति एक बार मद्यसार पीना शुरू कर देता है, तो वह हमेशा पीयेगा।

(ii) बिना विशेष मदद के कोई भी व्यक्ति शराब पीना बन्द नहीं कर सकता है।

स्पष्टत: AA जिसका उद्देश्य मद्यपान व्यसनी से मद्यपानता को दूर करना है, एक कठिन कार्य है। फिर भी इस संगठन को अपने उद्देश्य में काफी सफलता मिली है। अभी हाल के वर्षों में AA का सम्बन्धित प्रारूप (affiliated forms) जैसे एल-एनोन (Al-Anon), पारिवारिक समूह तथा अला-टीन (Ala-Teen) भी काफी लोकप्रिय हुआ है जिसका उद्देश्य परिवार के सदस्यों को भी एक साथ बुलाकर समस्या एवं उसके निदान पर विचार-विमर्श करना होता है ताकि उनके उभयनिष्ठ अनुभूतियों को जाना जा सके, मद्यपानता के स्वरूप को समझा जा सके तथा उन्हें इस समस्या से निपटने के वैयक्तिक प्रविधियों से अवगत कराया जा सके।

प्र.4. द्रव्य-सम्बद्ध विकृति का स्वरूप बताइए।
Explain the nature of Substance-related Disorder.

उत्तर

द्रव्य-सम्बद्ध विकृति का स्वरूप
(Nature of Substance-related Disorder)

विभिन्न तरह के औषधों (drugs) या रसायन द्रव्यों का सतत् उपयोग से तरह-तरह की समस्याएँ उत्पन्न हो जाती हैं जो व्यक्ति के सामाजिक एवं व्यवसायी कार्यों में बाधा पहुँचता है। उसे सामान्यत: द्रव्य-सम्बद्ध विकृति कहा गया है। DSM-IV (TR) में द्रव्य-सम्ब्द्ध विकृति का वर्णन करने के लिए दो महत्त्वपूर्ण पदों (terms) का उपयोग किया गया है—

1. द्रव्य-दुरुपयोग (Substance Abuse)
2. द्रव्य-निर्भरता (Substance Dependence)

द्रव्य-दुरुपयोग (Substance Abuse) औषध-उपयोग का एक ऐसा पैटर्न है जो ज्यादा गम्भीर (severe) तो नहीं होता है परन्तु इससे अपने घर तथा कार्य-स्थल पर के जवाबदेहियों को ठीक ढंग से निर्वाह करने में व्यक्ति को बाधा पहुँचती है तथा इसमें व्यक्ति खतरनाक परिस्थिति (dangerous situation) जैसे कार चलाना, हवाई जहाज चलाना आदि में भी होने पर इन औषधों के उपयोग से बाज नहीं आता है। विलकिंसन एवं उनके सहयोगियों (Wilkinson et al, 1987) के अनुसार जो लोग इन औषधों (drugs) का दुरुपयोग करते हैं, वे एक समय में एक से अधिक औषध का उपयोग करते हैं। इस बहुउपयोग (multiple usage) को बहु-द्रव्य दुरुपयोग (Poly-substance Abuse) कहा गया है।

द्रव्य-दुरुपयोग की पहचान के लिए यह आवश्यक है कि व्यक्ति सतत् औषध के लेने के कारण एक साल के भीतर ही निम्नांकित में से कोई तीन समस्या से ग्रसित हो—

(i) महत्त्वपूर्ण जवाबदेहियों को पूरा करने में असफल रहना। जैसे, व्यक्ति अपने कार्य से अनुपस्थित रहता हो या अपने बच्चों की उपेक्षा करता हो।

(ii) मदहोशी की अवस्था में व्यक्ति अपने आप को दैहिक खतरा से अनावृत्त (expose) करता हो। जैसे, मदहोशी की अवस्था में वह कोई खतरनाक मशीन चलाता हो या भारी वाहन चलाता हो।

(iii) व्यक्ति सतत् सामाजिक या अन्तर्वैयक्तिक समस्याएँ जैसे अपने पति या पत्नी से झगड़ना, परिवार के अन्य सदस्यों के साथ झगड़ना आदि व्यवहार करता हो।

(iv) व्यक्ति को कानूनी समस्याओं जैसे गिरफ्तारी आदि का सामना करना पड़ा हो।

लम्बे समय तक यदि व्यक्ति में द्रव्य दुरुपयोग की स्थिति चलती रहती है, तो इससे उसमें एक विशेष अवस्था उत्पन्न होती है, जिसे द्रव्य निर्भरता (Substance Dependence) कहा जाता है। ऐसी निर्भरता (dependence) दो तरह की होती है—मनोवैज्ञानिक निर्भरता (Psychological Dependence) तथा दैहिक निर्भरता (Physiological Dependence)।

TOUCH 'n' PASS

मनोवैज्ञानिक निर्भरता में व्यक्ति औषध लेने की तीव्र लालसा दिखलाता है और उसे लेने के लिए वह मानसिक रूप से योजना बना चुका होता है। ऐसे लोग जिनमें मनोवैज्ञानिक निर्भरता उत्पन्न हो जाती है, वे अपना अधिकतर समय औषध प्राप्त करने के प्रयास में लगाते हैं जिसका परिणाम यह होता है कि ये वे अपने स्कूल, कार्य तथा सामाजिक सम्बन्ध पर बहुत ही कम ध्यान दे पाते हैं। प्राय: इनकी दोस्ती वैसे लोगों से हो जाती है तो उन्हें वांछित औषध को प्राप्त करने में मदद करते हो। औषध पर मनोवैज्ञानिक निर्भरता दिखाने वाले व्यक्ति यह जानते हुए कि ऐसे औषध से उनमें हृदय रोग, किडनी का रोग, पेट में शोथ (Ulcer) हो सकता है, औषध लेना जारी रखते हैं। जब व्यक्ति अत्यधिक बार-बार द्रव्यों (substances) को लेता है, जिससे उसमें सहनशीलता (tolerance) या प्रत्याहार संलक्षण (withdrawal syndrome) विकसित हो जाते हैं, तो इसे दैहिक निर्भरता (physiological dependence) की संज्ञा दी जाती है। उसी अवस्था को व्यसन (addiction) भी कहा जाता है। इस प्रकार द्रव्य,निर्भरता (Substance Dependence) एक गम्भीर पैटर्न (severe pattern) है जो सतत् (persistent) या नित्य औषध के खाने से उत्पन्न होता है और इससे व्यक्ति में सहनशीलता (tolerance) तथा प्रत्याहार या निवर्तन लक्षण (withdrawal symptoms) उत्पन्न हो जाते हैं। द्रव्य-निर्भरता को पहले व्यसन (addiction) कहा जाता था परन्तु अब व्यसन पद का उपयोग न के बराबर किया जाता है। अब प्रश्न उठता है कि ये दोनों पद अर्थात् सहनशीलता तथा प्रत्याहार का क्या अर्थ होता है? सहनशीलता एक ऐसी दैहिक प्रक्रिया (physiological process) है जिसमें व्यक्ति को वांछित प्रभाव उत्पन्न करने के लिए अब पहले की तुलना में अधिक-से-अधिक मात्रा में व्यसनी औषध (addictive drug) को लेना पड़ता है। प्रत्याहार (withdrawal) से तात्पर्य अदुखद (unpleasant) मनोवैज्ञानिक एवं दैहिक प्रभावों से होता है जो उस समय व्यक्ति में उत्पन्न होता है जब वह अब तक लगातार खाये जाने वाले औषध को लेना बंद कर देता है। इसमें अन्य बातों के अलावा व्यक्ति में बेचैनी, घबड़ाहट, कंपन और कुछ केसेज में मृत्यु भी हो जाती है।

द्रव्य-निर्भरता की पहचान तभी होती है जब व्यक्ति में निम्नांकित सात लक्षणों में से कम-से-कम तीन अवश्य ही एक साल के भीतर ही उपस्थित हुए हो—

(i) व्यक्ति में सहनशीलता (tolerance) विकसित हो गयी हो। दूसरे शब्दों में, व्यक्ति को अब वांछित प्रभाव उत्पन्न करने के लिए पहले से अधिक मात्रा में द्रव्य लेना पड़ रहा हो या अगर व्यक्ति पहले की मात्रा में ही औषध सेवन करता हो, तो उसका प्रभाव पहले की तुलना में कम होता हो।

(ii) द्रव्य को लेना बंद कर देने पर व्यक्ति में प्रत्याहार के लक्षण विकसित हो गये हों। प्रत्याहार लक्षणों को कम करने या उससे छुटकारा पाने के लिए रोगी अन्य द्रव्य का भी सेवन करने लग सकता है।

(iii) व्यक्ति द्रव्य का उपयोग अधिक करता हो या उसका उपयोग विशेष अवधि तक न करके लम्बे समय तक करता हो।

(iv) व्यक्ति यह स्वीकार करता हो कि वह अधिक मात्रा में द्रव्य का सेवन करता है तथा रोकने का भी प्रयास किया हो परन्तु सफल नहीं हुआ हो।

(v) व्यक्ति का अधिकांश समय द्रव्य हासिल करने में बीतता हो या उसके प्रभाव से मुक्ति पाने में बीतता हो।

(vi) व्यक्ति उस परिस्थिति में भी औषध का सेवन जारी रखता हो जब उसके सेवन से अधिक दैहिक एवं मनोवैज्ञानिक समस्याएँ उत्पन्न होती हैं।

(vii) द्रव्य के उपयोग से बहुत सारी क्रियाएँ जैसे मनोरंजन करना, सामाजीकृत होना, दिये गये कार्यों को करना आदि की बारम्बारता में काफी कमी आयी हो।

ध्यान रहे कि द्रव्य-निर्भरता (substance dependence) की पहचान दैहिक निर्भरता (physical dependence) के बिना या उसके साथ भी की जा सकती है।

प्र.5. केन्नाविस-सम्बद्ध विकृति (मारीजुआना) का वर्णन कीजिए। इसके गुण-दोषों का भी उल्लेख कीजिए।
Describe of Cannabis-related disorder (Marijuana). Also mention its merits and demerits.

उत्तर

केन्नाविस-सम्बद्ध विकृति : मारीजुआना
(Cannabis-Related Disorder : Marijuana)

विभ्रान्ति उत्पादक पदार्थों में मारिजुआना को रखा जाता है, पर इस सम्बन्ध में विद्वानों के बीच मतैक्य नहीं है। इसलिए इसका उल्लेख अलग से किया जाता है। मारिजुआना का सेवन अमेरिका में अधिक किया जाता है। अमेरिका के संयुक्त राष्ट्र में

TOUCH'n'PASS

केन्नाविस इण्डिका या केन्नाविस सटिवा (Cannabis Indica or Cannabis Sativa) नामक पौधे के ऊपरी भाग की पत्तियों तथा फूलों से मारिजुआना बनाया है। इस प्रकार के पौधे सारे संसार में पाये जाते हैं जो लव-वीड (Love Weed), इन्डियन हे (Indian Hay), ज्वॉय स्मोक (Joy Smoke), लोकोवीड (Loco Weed), लाफिंग ग्रास (Laughing Grass), रीफर (Reefer), हशीश (Hashish), हाश (Hash), वीड (Weed), पोट (Pot), मारवाना आदि के नाम से भी पुकारे जाते हैं। इसे धूमित (smoked) किया जाता है। कभी-कभी इसे खाया भी जाता है। यह अफ्रीका, भारत, मैक्सिको, अमेरिका तथा मिड्ल ईस्ट में अत्यधिक पाया जाता है। खासकर अमेरिका और भारत में इसकी खेती की जाती है। मादकावस्था प्राप्त करने के उद्देश्य से ही यह रोपी जाती है। भारत में इसे चरस, सिंगार, तम्बाकू, गाँजा-भाँग आदि कहा जाता है।

मारिजुआना का सेवन आधुनिक युग में अधिक होने लगा है; लेकिन इसके सेवन की दर अभी वर्तमान में तीन-चार साल से कम हो गयी है। सन् 1970 में उच्च विद्यालय के 42% छात्र मारिजुआना के व्यसनी थे। एक अन्य अध्ययन में पाया गया कि इसके व्यसनी की संख्या 25% से 40% थी। कनाडा में इसके सेवन करने वालों को गिरफ्तार किया गया था। सिर्फ दस महीने में गिरफ्तार व्यक्ति में 300% की वृद्धि हुई थी। अमेरिका की संयुक्त राष्ट्र सरकार ने 1970 में अनुमान लगाया कि वहाँ के कॉलेज-छात्रों में प्रत्येक सात छात्रों पर एक छात्र हर हफ्ते या प्रतिदिन मारिजुआना का सेवन करता था। नेशनल इन्स्टीट्यूट ऑफ मेन्टल हेल्थ (NIMH) ने अपने अध्ययन के आधार पर बतलाया कि संयुक्त राष्ट्र में मारिजुआना के सेवकों की संख्या 15 और 20 मिलियन के बीच थी। नेशनल कमीशन ऑन मारिजुआना एण्ड ड्रग ऐब्यूज (NCMDA) ने अपने अध्ययन के आधार पर बतलाया कि इसके सेवकों की संख्या 40 मिलियन से भी अधिक थी। इसके सेवकों की संख्या घट-बढ़ सकती है; पर यह बात स्पष्ट रूप से सही मान ली गयी कि मारिजुआना का सेवन संयुक्त राष्ट्र तथा अन्य देशों में काफी मात्रा में हो रहा है जो सेवक, समाज और सरकार के लिए हानिकारक है।

मारिजुआना के सेवन से अल्पकालीन शारीरिक प्रभाव बहुत कम पड़ता है। इसके निरन्तर सेवन से नाड़ी गति बढ़ जाती है, आँखें लाल हो जाती हैं, मुँह और गला सूख जाते हैं। मारिजुआना के सेवन से किसी व्यक्ति की मृत्यु नहीं होती है। इसके अल्पकालीन मनोवैज्ञानिक प्रभाव बहुत तरह के हैं। जब व्यक्ति इसका सेवन अधिक मात्रा में कर लेता है तो उसकी बौद्धिक और गत्यात्मक क्रियाकलापों (motor activities) में भी क्षति हो जाती है। सरल मानसिक कार्य, जैसे—अक्षर या अंकों को दोहराने में दिक्कत नहीं होती है; लेकिन जटिल मानसिक कार्य इससे प्रभावित हो जाते हैं। शिक्षण, भाषण या लिखित अनुच्छेद (paragraph) को समझने की शक्ति और तर्क-शक्ति में कमी आ जाती है।

मारिजुआना का प्रभाव कुछ उसी प्रकार का पड़ता है जिस प्रकार का प्रभाव LSD के सेवन से पड़ता है। मारिजुआना के सेवक भी समय और दूरी का प्रत्यक्षीकरण ठीक से नहीं कर पाते हैं। इनमें भी उल्लासोन्माद (euphoria), तत्कालिक स्मृति में ह्रास, अत्यधिक हँसना तथा संकेतशील होना लक्षण देखे जाते हैं। इसके सेवन की मात्रा बढ़ा देने से कभी-कभी सेवक में विभ्रम तथा स्थिर व्यामोही के लक्षण (paranoid symptoms) दिख पड़ते हैं।

कुछ विद्वानों ने बतलाया है कि अन्य मादक द्रव्यों की तरह इसका शारीरिक प्रभाव दीर्घकालीन नहीं होता है। इसी तरह मारिजुआना के सेवक में मनोवैज्ञानिक प्रभाव देखे जाते हैं। जैसे इसके सेवक अपना सामाजिक सम्बन्ध विच्छेद कर लेते हैं। उनमें काम करने की प्रेरणा का अभाव हो जाता है और वे चुनौती का सामना नहीं कर पाते हैं। कुछ विद्वानों ने कहा है कि यह कहना कठिन है कि काम करने की प्रेरणा का अभाव उसके सेवन के कारण है या परिणाम। अत: इसके दीर्घकालीन प्रभाव के सम्बन्ध में काफी अनुसन्धान की आवश्यकता है।

मारिजुआना के गुण-दोष
(Pros and Cons of Marijuana)

अमेरिका के संयुक्त राष्ट्र में मारिजुआना के सेवन से लाभ तथा हानि दोनों पक्षों पर विवाद चल रहा है। कुछ लोगों का कहना है कि व्यक्ति पहले मारिजुआना का सेवन प्रारम्भ करता है और फिर धीरे-धीरे निद्राकारी मादक द्रव्यों का व्यसनी हो जाता है। अत: यह स्वास्थ्य के लिए हानिकारक है। दूसरी ओर लोगों का कहना है कि यह मद्यव्यसनिता (alcoholism) से कम हानिकारक है; लेकिन इस कथन से इसके गुण के बारे में पता नहीं चलता है। 1971 में **स्नाइडर** (Snyder) ने अपनी पुस्तक "Use of Marijuana" में इसके गुण के बारे में बतलाया है। डॉक्टरों ने बतलाया है कि इसके सेवन से सिर दर्द तथा मासिक के समय ऐंठन (menstrual cramps) के दर्द दूर हो जाते हैं। इसके सेवन से मासिक के समय अत्यधिक रक्त स्राव बन्द हो जाता है और मिरगी के दौरे के समय की चिन्ता तथा ऐंठन भी दूर हो जाती है; लेकिन प्रश्न यह उठता है कि इसका सेवन दवा के रूप में कितनी मात्रा में किस प्रकार के रोग में करना आवश्यक है, यह निश्चित रूप से नहीं कहा जा सकता है। अभी मारिजुआना के सार

से कृत्रिम टिकियों का निर्माण हो रहा है जिससे यह पता लगाया जा सकता है कि एक या दो टिकिया का आवश्यकतानुसार अधिक टिकिया कितने घंटे बाद देना लाभप्रद होगा। अभी अमेरिका में इस पर काफी अनुसन्धान हो रहे हैं। कुछ लोगों ने मारिजुआना के सेवन को शराब के सेवन जैसा ही बतलाया है, पर ऐसी बात नहीं है। **ब्लैचली** (Blachly) ने बतलाया है कि कुछ लोग शराब भोजन के साथ पाचक के रूप में भी पीते हैं, पर मारिजुआना का सेवन सिर्फ मादकावस्था प्राप्त करने के उद्देश्य से ही किया जाता है। अत: दोनों को समान समझना गलत है।

प्र.6. उत्तेजक सम्बद्ध विकृति की व्याख्या कीजिए।
Discuss the stimulants related disorder.

उत्तर

उत्तेजक सम्बद्ध विकृति
(Stimulants-Related Disorder)

उत्तेजक के सेवन से व्यक्ति उत्तेजित हो जाता है। उसकी क्रियाएँ बढ़ जाती हैं, दूसरी ओर अवसादक मादक द्रव्यों के सेवन से व्यक्ति की क्रियाएँ मन्द पड़ जाती हैं। वह शिथिल हो जाता है। अमेरिका के संयुक्त राष्ट्र में एक करोड़ लोग वैज्ञानिक ढंग से डॉक्टर की सलाह पर इन मादक द्रव्यों को सेवन करते हैं। इसके अतिरिक्त, करीब पाँच लाख अवैधानिक ढंग से इन मादक द्रव्यों का सेवन करते हैं। वे खासकर एमफेटामाइन्स, कोकेन तथा बारबिटुरेट्स (amphetamines, cocaine and barbiturates) को काले बाजार में अधिक पैसे देकर खरीदते हैं और सेवन करते हैं। संयुक्त राष्ट्र की सरकार ने यह पता लगाया है कि हर साल बारबिटुरेट्स का करीब 25 प्रतिशत और एमफेटाइमाइन्स का 50 प्रतिशत काले बाजार में बिकता है।

उत्तेजक–सम्बद्ध द्रव्यों में वेन्जड्रीन, डेक्सड्रीन और मेथेड्रीन (benzedrine, dexedrine and methedrine) बहुत ही प्रचलित हैं। इन्हें विभिन्न नामों से पुकारा जाता है जिनमें बेन्नीज (Bennies), पेप्पील्स (peppills), स्पीड (speed), क्रिस्टल (crystal), मेथ (meth), अपर्स (uppers) या आई ओपेनर्स (eye-operners) प्रमुख हैं। इसका सेवन दवा के रूप में किया जाता है। इसका सेवन उदासी या खिन्नता, कमजोरी तथा अनैच्छिक निद्रा को कम करने के लिए किया जाता है। इन्हें मन:ऊर्जा (psychic energy) उत्पन्न करने वाला मादक द्रव्य समझा जाता है। एकफेटामाइन्स केन्द्रीय स्नायुमण्डल को प्रभावित करता है जिससे व्यक्ति उल्लास (elation) का अनुभव करता है और उसमें आत्मविश्वास पैदा होता है जिसके फलस्वरूप वह सावधानी से क्रियाशील हो जाता है। खासकर ट्रक चालक इस मादक द्रव्य का सेवन लम्बी यात्रा पर जाने के लिए अधिक करते हैं। छात्र भी परीक्षा के समय अधिक समय तक जागकर पढ़ने के लिए इस मादक द्रव्य का सेवन करते हैं।

इस मादक द्रव्य के सेवन से व्यक्ति की भूख मिट जाती है। खासकर वजन घटाने के लिए डॉक्टर इस दवा को खाने की सलाह देते हैं। कुछ डॉक्टरों ने इस प्रकार की दवाओं के सेवन को अहितकर बतलाया है। वजन घटाने के लिए वे कभी भी इसके सेवन की सलाह नहीं देते हैं। उनका कहना है कि मादक द्रव्यों के सेवन से अन्य अहितकर प्रभाव व्यक्ति के व्यक्तित्व पर पड़ता है। जब एमफेटामाइन्स का सेवन व्यक्ति करता है तो उसकी भूख मिट जाती है और वह भोजन कम करता है। फलत: उसका वजन घटने लगता है, लेकिन उसे नींद भी नहीं आती है। वह बहुत ही उग्र, चिड़चिड़ा तथा वाचाल (overtalkative) हो जाता है। इस दवा के सेवन को रोक देने से व्यक्ति की भूख तो पुन: लौट आती है और व्यक्ति अत्यधिक भोजन करने लगता है और फिर वह पहले वाली कठिनाइयों में फँस जाता है। एमफेटामाइन्स को लोग खाते हैं। जो इसकी आवश्यकता अधिक मात्रा में अनुभव करते हैं वे इसकी सूई लेते हैं जिससे वे शीघ्र ही इससे प्रभावित हो जाते हैं। वे उल्लासित हो जाते हैं। इसी कारण वे इसका सेवन बार–बार करते हैं। जो व्यक्ति इसका सेवन मादकावस्था लाने के लिए करते हैं वे इसकी मात्रा बढ़ाकर लेते हैं। यदि इसका सेवन दीर्घकाल तक किया जाता है तो व्यक्ति के निर्णय की शक्ति कम हो जाती है। इसके अलावा उनका जिगर (liver) क्षतिग्रस्त हो जाता है जिससे रक्त–चाप भी बढ़ जाता है।

यद्यपि इसका सेवन शारीरिक निर्भरता या बाध्यता के कारण नहीं किया जाता है, फिर भी उत्तरोत्तर इसके सेवन की मात्रा बढ़ती जाती है। कुछ लोग इसकी मात्रा इतनी बढ़ा देते हैं कि वे इसके सेवन से बीमार हो जाते हैं और कभी–कभी उनकी मृत्यु भी हो जाती है। एड्रीनालीन (adrenaline) के सेवन से भी वही प्रभाव पड़ता है जो एमफेटामाइन्स के सेवन से पड़ता है। इसका सेवन बन्द कर देने से सेवकों में काफी विषाद (depression) देखा जाता है।

इसके सेवन से व्यक्ति में आत्मविश्वास तथा शक्ति की भावना विकसित होती है। इसलिए वे मानसिक रूप से इसके सेवन पर निर्भर करते हैं। मानसिक रूप से इसके सेवन के लिए बेचैन हो जाते हैं। वे इसके अधीन हो जाते हैं। जब इसका सेवन वे छोड़ देते

हैं तो उनमें उदासी तथा खिन्नता देखी जाती है। उन्हें दूर करने के लिए वे पुन: इसका सेवन करते हैं। इस तरह चढ़ाव-उतराव से वे अनिद्रा के शिकार हो जाते हैं। नींद लाने के लिए बारबिटुरेट का सेवन करना पड़ता है। मनोवैज्ञानिक स्थिरता लाने के लिए व्यक्ति दोनों दवाओं का सेवन बारी-बारी से करने लगते हैं जिससे वे मादक द्रव्यों के बुरे परिणामों के शिकार हो जाते हैं। वे इस सक्रिय सेवन (cyclic use) के कारण मानसिक रोगों से भी ग्रस्त हो जाते हैं। उनमें उत्साह-विषाद मनोविकृति के कुछ लक्षण विकसित हो जाते हैं।

प्र.7. उपशामक-पीड़ाशून्यता सम्बद्ध विकृति (स्वापक) का विस्तृत वर्णन कीजिए।
Describe in detail Sedative-Analgesia Related Disorder (Narcotic).

उत्तर

उपशामक-पीड़ाशून्यता सम्बद्ध विकृति : स्वापक
(Sedative-Analgesia Related Disorder : Narcotic)

स्वापक (narcotic) एक ऐसा औषध है जो उपशामक तथा पीड़ाशून्यता दोनों के गुणों को अपने अन्दर रखता है।

उपशामक औषध (Narcotics drugs)—उपशामक औषध बहुत ही कड़ी औषध मानी जाती है। इसके सेवन से व्यक्ति दर्द से आराम पाता है, उसमें शान्ति की अवस्था आ जाती है, वह उल्लास (elatedness) का अनुभव करता है तथा कभी-कभी निद्रावस्था में भी चला जाता है। इस प्रकार की औषधियों में अफीम तथा इससे बनी अन्य औषधियाँ जैसे मॉर्फिन (morphine), हेरोइन (heroin), कोडाइन (codeine) और मेथाडोन (methadone) मुख्य हैं। आजकल निद्राकारी औषधियों का दुरुपयोग आसानी से लोग नहीं कर सकते हैं। इनकी बिक्री पर कुछ प्रतिबन्ध भी हैं। इसलिए इनके सेवक या व्यसनी इन्हें पाने की योजना बनाने में ज्यादा समय नष्ट करते हैं और उन्हें काफी खर्च करना पड़ता है। अधिकतर लोग काले धन्धे करने वालों के माध्यमों से इन्हें प्राप्त करते हैं। काले बाजार से खरीदने में काफी खर्च हो जाता है जिनसे परिवाार के पालन-पोषण पर बुरा प्रभाव पड़ता है। अधिकतर व्यसनी (users) दुकान में चोरी कर, किसी को धोखा देकर, वेश्यावृत्ति अपनाकर, राहजनी कर तथा अन्य गैरकानूनी तरीकों से पैसे प्राप्त करते हैं और इन औषधियों का सेवन निरन्तर करते हैं। न्यूयार्क, कैलिफोर्निया और इलिनॉस में अध्ययनों से पता चला है कि निद्राकारी औषधियों के सेवन करने वालों में 77% इन्हीं तीन शहरों से आते हैं। इनमें भी आधा सिर्फ न्यूयॉर्क से अब हम उपशामक औषध के विभिन्न प्रकारों तथा प्रभावों का वर्णन करेंगे—

(i) **मार्फिन** (Morphine)—मार्फिन का संयुक्त राष्ट्र में M. White Stuff, Poison या Cap के नाम से भी लोग जानते हैं। सर्वप्रथम डॉक्टरों ने सोचा कि अफीम सेवन की आदत को छुड़ाने के लिए उपर्युक्त औषधियों का उपयोग किया जाता है। अफीम से करीब दस गुणा अधिक मादक गुण इन औषधियों में पाये जाते हैं। ''मॉर्फिन एक निद्राकारी औषधि है जिसका निर्माण अफीम के सार से होता है।'' इसका सेवन खासकर, धूम्रपान कर या इसकी सूई लेकर किया जाता है। इसका प्रभाव केन्द्रीय स्नायुतन्त्र पर होता है। खासकर मस्तिष्क का वह भाग जो शारीरिक क्रियाओं का नियन्त्रण करता है, ज्यादा प्रभावित होता है। इनके खाने से दर्द दूर हो जाता है। यदि इसके सेवन की मात्रा 120 मि० ग्राम हो या 30 मि० ग्राम सूई द्वारा लिया जाए तो व्यक्ति के हृदय तथा श्वसन क्रिया (breathing) पर इसका बहुत ही भयंकर प्रभाव पड़ता है।

(ii) **हेरोइन** (Heroin)—अफीम से ही हेरोयन बनता है। संयुक्त राष्ट्र अमेरिका में इसका प्रचलन सबसे अधिक है। यहाँ यह 'H' के नाम से ज्यादा प्रसिद्ध है। यह उजला पाउडर की तरह होता है जो मार्फिन से मिलता-जुलता है। जब 1898 में सर्वप्रथम यह निकाला गया तो मार्फिन की जगह इसकी बिक्री अधिक होने लगी और मॉर्फिन की आदत छुड़ाने की दवा के रूप में लोग इसका व्यवहार करने लगे; लेकिन शीघ्र ही पता चल गया कि यह मॉर्फिन से कई गुणा अधिक शक्तिशाली है और इसकी भी लत लोगों को लग जाती है तो अहितकर है; लेकिन इसे बेचने से दुकानदारों को बहुत लाभ होता था। इसे भी खाया जाता है या सूई के द्वारा रक्त में मिला दिया जाता है। प्रारम्भ में व्यक्ति हेरोइन का उपयोग सूँघ कर करता है। इसे नस की तरह नाक से खींचता है, लेकिन इसे सूँघने से नाक में सूजन पैदा हो जाती है जिससे इसका इन्जेक्शन लेना ही व्यक्ति अधिक लाभप्रद समझता है। जो इस औषधि का गुलाम हो जाता है वह ब्लेड से रक्त-नलिका को काट देता है और ड्रॉपर से सीधे हेरोयन को खून से मिला देता है। ऐसा करने से वह शान्ति का अनुभव करता है। **लिंगमैन** ने बतलाया है कि व्यक्ति भविष्य में हेरोयन के सेवन पर कितना निर्भर करेगा, इसे इसकी सेवन की विभिन्न विधियाँ भी प्रभावित करती हैं। बहुत-से व्यसनी (addicts) इसे कई वर्षों तक मांसपेशी में इन्जेक्शन द्वारा लेते रहते हैं और कुछ सप्ताह के अन्त में एक

TOUCH n PASS

बार इसकी सूई ले लेते हैं। ऐसा करने से उन्हें एकाएक आनन्द (kicks) मिलता है और उनकी बेचैनी दूर हो जाती है। आजकल इस औषध का सेवन इन्जेक्शन द्वारा ही अधिक होता है, क्योंकि यह सरल तथा सस्ती विधि है और इसका असर शीघ्र होता है। इसका आनन्ददायक प्रभाव चार से छ: घण्टे तक रहता है और इसके बाद व्यक्ति पुन: इस औषधि के सेवन के लिए इच्छुक हो जाता है। वह पहले से ज्यादा मात्रा में इसका सेवन करना चाहता है। इस तरह समय के व्यवधान के साथ–साथ व्यक्ति शारीरिक तथा मनोवैज्ञानिक सन्तोष के लिए इस औषध के सेवन के लिए लालायित रहता है। इसकी लत कितने दिनों में पड़ जाती है, यह व्यसनी के व्यक्तित्व तथा अन्य तत्त्वों पर निर्भर करता है, परन्तु अध्ययनों में पाया गया कि 30 दिनों से अधिक समय तक इसके निरन्तर सेवन से व्यक्ति इस पर निर्भर करने लगता है और यदि इसका सेवन वह नहीं कर पाता है तो बेचैन हो जाता है।

इस औषध के सेवन से तात्कालिक मनोवैज्ञानिक प्रभाव निम्न प्रकार है—

1. ऐच्छिक गतियों में कमी (lessening of Voluntary Movements)
2. कामुक या यौन इच्छाओं में कमी (decrease in Sexual Desire)
3. उनींदापन (Drowsiness)
4. समय और दूरी का धुँधला ज्ञान (Microscopic Sense of Time & Distance)
5. दर्द से आराम (Relief from Pain)
6. उल्लासोन्माद, तनाव–मुक्ति तथा सन्तोष के अनुभव के साथ (Euphoria with Feelings of Relaxation and Contentment)
7. आनन्ददायक दिवास्वप्न (Pleasant Reverie of Daydreaming)

(iii) **मेथाडोन** (Methadone)—निद्राकारी मादक द्रव्यों में अफीम से बना मेथाडोन भी है। यह कृत्रिम (synthetic) औषध है। यह दवा के रूप में उपयोग होता है। खासकर खाँसी तथा हेरोइन अथवा मॉर्फिन के व्यसनी के उपचार के लिए भी इसका उपयोग किया जाता है। इसे पानी के साथ निगल लिया जाता है। अमेरिका में लोग इसे डौली (Dolly) के नाम से भी जानते हैं।

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. "मद्यपानता एक ऐसी अवस्था है जिसमें ऐल्कोहल पर इतनी अधिक निर्भरता बढ़ जाती है कि इससे जिन्दगी के समायोजन में बाधा पहुँचती है" यह कथन निम्न में से किसका है?

(a) कारसन तथा बुचर (b) सरासन

(c) गोल्डमैन (d) कॉटन

उत्तर (a) कारसन तथा बुचर

प्र.2. मद्यपानता की कितनी अवस्थाएँ होती हैं?

(a) दो (b) चार

(c) छह (d) आठ

उत्तर (b) चार

प्र.3. निकोटिन सम्बद्ध विकृति कितने प्रकार के बताये गये हैं?

(a) दो (b) तीन (c) चार (d) पाँच

उत्तर (a) दो

प्र.4. जैविक चिकित्सा के मुख्य कितने प्रकार हैं?

(a) चार (b) पाँच (c) तीन (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (c) तीन

TOUCH 'n' PASS

प्र.5. निम्न में से कौन-सी जैविक चिकित्सा का मुख्य उपचार है?
(a) डिटॉक्सिफिकेशन (b) प्रतिरोधी औषध
(c) औषध सम्पोषण चिकित्सा (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.6. ''मद्यपानता एक ऐसी चिरकालिक अवस्था है जिसमें व्यक्ति शारीरिक या दैहिक कारणों से अपने आप को इतनी अधिक मात्रा में ऐल्कोहल पीने से रोक नहीं पाता है और उसमें उन्माद उत्पन्न न हो जाए और अन्ततः उनका स्वास्थ्य खराब न हो जाए एवं सामाजिक और व्यावसायिक क्षति न हो जाए'' यह किसने कहा था?
(a) कॉटन (b) सरासन
(c) स्टामफर (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) सरासन

प्र.7. ''पहले व्यक्ति शराब को पीता है, फिर शराबी ही शराब को पीता है और तब अन्त में शराब आदमी को ही पी जाती है'' यह किस देश की मशहूर लोकोक्ति है?
(a) भारत (b) इंग्लैण्ड (c) अमेरिका (d) जापान

उत्तर (d) जापान

प्र.8. मद्यपान व्यवसनी में निम्न में से कौन-सी आदत प्रधान होती है?
(a) नियन्त्रण की कमी (b) स्मृति-ह्रास (c) कम्पन (d) इनमें से सभी

उत्तर (d) इनमें से सभी

प्र.9. किनके अनुसार ''निकोटिन व्यवसनी नहीं होता है परन्तु निश्चित रूप से व्यक्ति में निर्भरता उत्पन्न करता है।''
(a) हिल्ट्स (1994) (b) कारसन तथा बुचर (1992)
(c) सरासन (1972) (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) हिल्ट्स (1994)

प्र.10. निकोटिन निर्भरता वाले व्यक्ति में निम्नांकित में से कौन-सा लक्षण मुख्य रूप से देखने को मिलता है?
(a) धूम्रपान करने के लिए बाध्यता महसूस करना
(b) धूम्रपान तथा निकोटिन के लिए अधिक आवेष्टन दिखाना
(c) धूम्रपान कुछ दिनों तक रोक देने पर धूम्रपान पुनः करने की तीव्र इच्छा दिखाना
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.11. जब निकोटिन तथा धूम्रपान करने वाला व्यक्ति कुछ दिनों तक के लिए उसे छोड़ देता है, तो उसमें कुछ विशेष तरह के संलक्षण पाया जाता है उसे क्या नाम दिया गया है?
(a) निकोटिन प्रत्याहार (b) निकोटिन आवेष्टन (c) (a) और (b) दोनों (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) निकोटिन प्रत्याहार

प्र.12. जब व्यक्ति अचानक निकोटिन का सेवन बन्द कर देता है तो चौबीस घंटों के भीतर निम्नांकित में से कौन-सा लक्षण अवश्य विकसित होते हैं?
(a) विषादी मनोदशा (b) नींद की कमी
(c) ध्यान एकाग्रता में कठिनाई (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.13. निकोटिन प्रत्याहार के मुख्य रूप से कितनी कसौटियाँ बतलाये गये हैं?
(a) एक (b) चार (c) तीन (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) चार

TOUCH 'n' PASS

प्र.14. मद्यपान की पहली अवस्था निम्न में से कौन-सी है?

(a) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था (b) संकटकालीन अवस्था
(c) प्रारम्भिक अवस्था (d) चिरकालिक अवस्था

उत्तर (a) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था

प्र.15. मद्यपानता की कौन-सी अवस्था में व्यक्ति पहले सामाजिक प्रचलनों के अनुरूप खास-खास मौकों पर मद्यपान करता है और फिर वह इसका आदि हो जाता है?

(a) प्रारम्भिक अवस्था (b) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था
(c) चिरकालिक अवस्था (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था

प्र.16. नैदानिक मनोविज्ञानियों ने मद्यपानता के प्रभावों की चर्चा कितने तरह के शीर्षकों के तहत किया है?

(a) एक (b) दो (c) तीन (d) चार

उत्तर (d) चार

प्र.17. निम्न में से कौन-सा मद्यपानता का प्रभाव है?

(a) व्यवहारात्मक प्रभाव (b) मद्यपान सहनशीलता (c) दैहिक निर्भरता (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.18. मद्यपानता की कौन-सी अवस्था में पीने वाले व्यक्ति के व्यवहार में कुछ विसामान्यता के लक्षण दिखलाई देने लगते हैं?

(a) प्रारम्भिक अवस्था (b) संकटकालीन अवस्था (c) चिरकालिक अवस्था (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) प्रारम्भिक अवस्था

प्र.19. मद्यपान जो फैटी एसिड सिंड्रोम का कारण बनता है, कहलाता है—

(a) सिरोसिस (b) जठरशोध (c) न्यूरिटिस (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) सिरोसिस

प्र.20. मद्यपान की तीसरी अवस्था निम्न में से कौन-सी है?

(a) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था (b) प्रारम्भिक अवस्था
(c) संकटकालीन अवस्था (d) चिरकालिक अवस्था

उत्तर (c) संकटकालीन अवस्था

प्र.21. मद्यपानता की कौन-सी अवस्था में व्यक्ति के मदिरापान पर से नियन्त्रण हट जाता है तथा जब वह शराब पीना प्रारम्भ करता है तो वह तब तक पीते जाता है जब तक कि उसकी चेतना बनी होती है?

(a) संकटकालीन अवस्था (b) प्रारम्भिक अवस्था (c) चिरकालिक अवस्था (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) संकटकालीन अवस्था

प्र.22. प्राय: ऐसे लोग जो बहुत अधिक मात्रा में शराब पीता हो तथा बहुत कोशिश करने के बाद भी वह उसे रोकने में सक्षम नहीं होता हो उसे क्या समझा जाता है?

(a) मद्यपान–व्यवसनी (b) सामान्य व्यवसनी
(c) दिशाविहीनता (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) मद्यपान–व्यवसनी

प्र.23. किनके द्वारा यह अध्ययन में पाया गया कि मद्यपानी माता-पिता के बच्चों, भाई-बहनों में सामान्य लोगों की तुलना में तीन से चार गुणा मद्यपानता अधिक होती है।

(a) गुडविन (1973) (b) कॉटन (1979) तथा गोल्डमैन (1998)
(c) कैडोएट (1996) (d) बोहमैन (1999)

उत्तर (b) कॉटन (1979) तथा गोल्डमैन (1998)

TOUCH 'N' PASS

प्र.24. किनके द्वारा यह अध्ययन में पाया गया कि मद्यपान व्यवसनी के बच्चों का पालन-पोषण जब दूसरों के घर में रखकर किया गया तो 30 साल की आयु में इन व्यक्तियों में से 18% ने मद्यपानता की ओर झुकाव दिखलाया जबकि नियन्त्रित प्रयोज्यों जिन्हें भी दूसरों के घरों में रखकर पाला-पोषा गया था, में से मात्र 5% ने मद्यपानता की ओर उन्मुखता दिखलाया?

(a) कैडीएट (1996)
(b) बोहमैन (1999)
(c) कॉटन (1979)
(d) गुडविन तथा उनके सहयोगी (1973)

उत्तर (d) गुडविन तथा उनके सहयोगी (1973)

प्र.25. मद्यपानता की चौथी अवस्था निम्न में से कौन-सी है?

(a) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था
(b) प्रारम्भिक अवस्था
(c) संकटकालीन अवस्था
(d) चिरकालिक अवस्था

उत्तर (d) चिरकालिक अवस्था

प्र.26. मद्यपानता की वह कौन-सी अवस्था जिसमें व्यक्ति की शुरुआत सुबह-सुबह पीने की आदत से होती है और शराबी यह समझता है कि जब तक वह सुबह में पीयेगा नहीं, वह कोई भी काम प्रारम्भ नहीं कर सकता?

(a) संकटकालीन अवस्था
(b) चिरकालिक अवस्था
(c) प्राक्–मद्यप लक्षणात्मक अवस्था
(d) ये सभी

उत्तर (b) चिरकालिक अवस्था

प्र.27. निद्राकारी मादक द्रव्यों में अफीम से बना मेथाडोन किस प्रकार का औषध है?

(a) कृत्रिम
(b) प्राकृतिक
(c) जैविक
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) कृत्रिम

प्र.28. मार्फिन को संयुक्त राष्ट्र में किस नाम से लोग जानते हैं?

(a) हेरोइन
(b) मेथाडोन
(c) Cap
(d) अफीम

उत्तर (c) Cap

प्र.29. निम्न में से कौन-सा उत्तेजक औषध है?

(a) वेन्जड्रीन
(b) डेक्सड्रीन
(c) मेथेड्रीन
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.30. मारिजुआना पदार्थ का सेवन सबसे अधिक कहाँ किया जाता है?

(a) अमेरिका
(b) इंग्लैण्ड
(c) फ्रांस
(d) भारत

उत्तर (a) अमेरिका

❑

TOUCH 'n' PASS

UNIT-VIII

तंत्रिकाजन्य विकार के कारण एवं नैदानिक वर्णन

Clinical Picture and Etiology of Neurodevelopmental Disorders

खण्ड-अ अतिलघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. एडीएचडी का कारण क्या हैं?
What are the causes of ADHD?

उत्तर 1. **आनुवंशिकता**—एडीएचडी परिवारों में होने वाली एक समस्या हो सकती है।

2. **रासायनिक असन्तुलन**—एडीएचडी से ग्रस्त लोगों में दिमाग के रसायन सन्तुलन से बाहर हो सकते हैं।
3. **दिमाग में परिवर्तन**—एडीएचडी में ग्रस्त बच्चों में ध्यान केन्द्रित करने वाले मस्तिष्क का क्षेत्र कम सक्रिय होता है।
4. **कुछ विषाक्त पदार्थ**—गर्भावस्था के दौरान खराब पोषण, संक्रमण, धूम्रपान, शराब और मादक द्रव्यों का सेवन एक बच्चे के मस्तिष्क के विकास को प्रभावित कर सकते हैं।
5. **मस्तिष्क की चोट या मस्तिष्क सम्बन्धी विकार**—मस्तिष्क के सामने वाले हिस्से की चोट, आवेगों और भावनाओं को नियन्त्रित करने में समस्या पैदा कर सकता है।

प्र.2. एडीएचडी के जोखिम कारक क्या हैं?
What are the risk factors of ADHD?

उत्तर एडीएचडी के जोखिम कारक निम्नलिखित हैं—

1. एडीएचडी या किसी अन्य मानसिक स्वास्थ्य विकार के ग्रस्त करीबी रिश्तेदार (जैसे माता-पिता या भाई)।
2. कुछ पर्यावरणीय विषाक्त पदार्थों के सम्पर्क में आना। जैसे पुरानी इमारतों के पेंट और पाइप में पाया जाने वाला लेड।
3. गर्भावस्था के दौरान शराब पीना या धूम्रपान करना।
4. गर्भावस्था के दौरान पर्यावरणीय विषाक्त पदार्थों जैसे पोलीक्लोरीनयुक्त बायफनील (पीसीबी) के सम्पर्क में आना।
5. समय से पहले जन्म होना।

प्र.3. एडीएचडी का निदान कैसे होता है?
How is ADHD rectified?

उत्तर ऐसा कोई भी एक परीक्षण नहीं है जो आपके या आपके बच्चे के एडीएचडी का निदान कर सके। हाल ही के एक अध्ययन में वयस्क एडीएचडी का निदान करने के लिए एक नये परीक्षण के लाभों पर प्रकाश डाला गया, लेकिन कई चिकित्सकों का मानना है कि एडीएचडी निदान एक परीक्षण के आधार पर नहीं किया जा सकता है।

1. इसका निदान करने के लिए आपके चिकित्सक आपके या आपके बच्चे के पिछले छह महीनों तक के लक्षणों का आकलन करेंगे।
2. आपका डॉक्टर अध्यापकों या परिवार के सदस्यों से जानकारी लेंगे और लक्षणों की समीक्षा के लिए जाँच-सूची और रेटिंग स्केल का उपयोग करेंगे।
3. डॉक्टर अन्य स्वास्थ्य समस्याओं की जाँच करने के लिए एक शारीरिक परीक्षण करेंगे।

TOUCH in PASS

प्र.4. एडीएचडी से क्या जटिलताएँ हो सकती हैं?
Which complexities may arise due to ADHD?

उत्तर एडीएचडी बच्चों के लिए जीवन कठिन बना सकता है एडीएचडी वाले बच्चे—

1. अक्सर कक्षा में संघर्ष करते हैं, जो पढ़ाई में विफलता का कारण बन सकता है।
2. दुर्घटनाएँ और चोटें ज्यादा अनुभव करते हैं।
3. कम आत्मसम्मान का सामना करते हैं।
4. साथियों और वयस्कों के साथ बातचीत करने में परेशानी अनुभव करते हैं।
5. शराब और नशीली दवाओं के दुरुपयोग और अन्य अपराधी व्यवहार करने के खतरे में अधिक होते हैं।

प्र.5. ऑटिज्म क्या है?
What is Autism?

उत्तर ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (स्वलीनता स्पेक्ट्रम विकार), जिसे ऑटिज्म भी कहते हैं, जन्म के समय या उसके शीघ्र बाद आरम्भ होने वाली एक जीवन-भर की विकलांगता है। ऑटिज्म व्यक्ति के सीखने के ढंग और वह अन्य लोगों और आस-पास के वातावरण से किस तरह क्रियाकलाप करता है, इस पर प्रभाव डालता है।

प्र.6. ऑटिज्म के मुख्य लक्षण बताइए।
What are the main symptoms of Autism?

उत्तर ऑटिज्म के मुख्य लक्षण निम्न प्रकार हैं—

1. उन्हें दूसरों के समझने में कठिनाई होती है।
2. वे प्रश्नों और टिप्पणियों का शाब्दिक अर्थ ही समझते हैं।
3. उन्हें रूपक अलंकार वाले और अनेक अर्थ वाले शब्द आसानी से समझ नहीं आते।
4. उन्हें दूसरों से वार्तालाप आरम्भ करना या उसे जारी रखना कठिन लगता है।
5. वे एक वयस्क की भाँति बात करते हैं।
6. वे कुछ ही शब्दों और वाक्यांशों को बार-बार दोहराते हैं।

प्र.7. ऑटिज्म का पता कैसे लगाया जाता है?
How is Autism identified?

उत्तर आमतौर पर एक बाल-रोग विशेषज्ञ, मनोवैज्ञानिक या विशेषज्ञ दल व्यक्ति का अवलोकन करता है और उसके माता-पिता से तथा कभी-कभार अध्यापकों से बातचीत करता है। वे लोग बच्चों को कुछ करने के लिए भी कह सकते हैं ताकि वे देख सकें कि वे सीखते कैसे हैं। पेशेवर व्यक्ति कुछ साधनों और निर्धारणों के द्वारा बच्चे की कुछ मानदण्डों के अनुरूप होने की जाँच करते हैं और वे ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर की पहचान कर सकते हैं।

प्र.8. तन्त्रिकाजन्य विकार क्या है?
What is Neurodevelopmental Disorders?

उत्तर तन्त्रिकाजन्य विकार की एक सामान्य विशेषता है कि ये विकार की प्रारम्भिक अवस्था के प्रकट होते हैं। ये अभिलक्षण प्राय: बच्चे के विद्यालय में प्रवेश लेने से पूर्व या विद्यालयी जीवन की प्रारम्भिक अवस्था में पाये जाते हैं। ये विकार वैयक्तिक, सामाजिक, शैक्षिक और व्यावसायिक क्रियाकलापों में हानिकारक सिद्ध होते हैं। ये किसी विशेष व्यवहार में कमी या अधिकता के रूप में या किसी विशेष आयु-उपयुक्त व्यवहार को प्राप्त करने में विलम्ब के रूप में परिलक्षित होते हैं।

खण्ड-ब लघु उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार को बताइए।
State Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

उत्तर

अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार
(Attention-deficit Hyperactivity Disorder or (ADHD)

स्वलीनता वर्णक्रम विकार, बौद्धिक अशक्तता तथा विशिष्ट अधिगम विकार। यदि इन विकारों पर ध्यान नहीं दिया गया तो यह आगे चलकर, जैसे-जैसे बच्चा प्रौढ़ावस्था की ओर बढ़ता है, गम्भीर और दीर्घकालिक विकारों को जन्म देते हैं।

TOUCH 'n' PASS

अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार के दो मुख्य लक्षण हैं।

अनवधान (Inattention) एवं **अतिक्रियाशीलता-आवेगशीलता** (Hyperactivity-Impulsivity)। जो बच्चे **अन्यमनस्क** (inattentive) होते हैं वे काम या खेल के समय मानसिक प्रयास को देर तक बनाये रख नहीं पाते। उन्हें अपना ध्यान केवल एक वस्तु पर लगाने में या अनुदेशों का पालन करने में बड़ी कठिनाई होती है। सामान्य शिकायतें इस प्रकार की होती हैं, जैसे—बच्चा सुनता नहीं है, ध्यान केन्द्रित नहीं कर पाता, अनुदेशों का पालन नहीं करता, विसंगठित है, आसानी से उसका ध्यान हटाया जा सकता है, विस्मरणशील या भुलक्कड़ है, दिया गया काम पूरा नहीं करता और ऊबाऊ क्रियाओं में जल्दी ही उसकी अभिरुचि समाप्त हो जाती है। जो बच्चे **आवेगशील** (impulsive) होते हैं वे अपनी तात्कालिक प्रतिक्रियाओं पर नियन्त्रण नहीं कर पाते या काम करने से पहले सोच नहीं पाते। वे प्रतीक्षा करने में कठिनाई महसूस करते हैं या अपनी बारी आने की प्रतीक्षा नहीं कर पाते, अपने तात्कालिक प्रलोभन को रोकने में कठिनाई होती है या परितोषण में विलम्ब या देरी सहन नहीं कर पाते। छोटी घटनाएँ, जैसे चीजों को गिरा देना काफी सामान्य बात है जबकि इससे अधिक गम्भीर दुर्घटनाएँ और चोटें भी लग सकती हैं। **अतिक्रिया** (hyperactivity) के भी कई रूप होते हैं। एडीएचडी वाले बच्चे हमेशा कुछ-न-कुछ करते रहते हैं। एक पाठ के समय स्थिर या शांत बैठे रहना उनके लिए बहुत कठिन होता है। बच्चा चुलबुलाहट कर सकता है, उपद्रव कर सकता है, कमरे में ऊपर चढ़ सकता है या यों ही कमरे में निरुद्देश्य दौड़ सकता है। माता-पिता और अध्यापक ऐसे बच्चे के बारे में कहते हैं कि उसके पैर में चक्की लगी है, जो हमेशा चलता रहता है तथा लगातार बातें करता रहता है।

प्र.2. स्वलीनता वर्णक्रम विकार का वर्णन कीजिए।

Describe of the autism spectrum disorder.

उत्तर

स्वलीनता वर्णक्रम विकार
(Autism Spectrum Disorder)

स्वलीनता वर्णक्रम विकार में सामाजिक अन्त:क्रिया और सम्प्रेषण कौशलों तथा रूढ़िवादी तरीकों के व्यवहारों, अभिरुचियों और गतिविधियों को समझने में कठिनाई आती है। स्वलीनता वर्णक्रम विकार वाले बच्चों को विभिन्न सन्दर्भों के अन्तर्गत सामाजिक अन्त:क्रिया और सम्प्रेषण में कठिनाई होती है, उनकी बहुत सीमित अभिरुचियाँ होती हैं तथा उनमें एक नियमित दिनचर्या की तीव्र इच्छा होती है। स्वलीनता वर्णक्रम विकार वाले करीब 70 प्रतिशत बच्चों में बौद्धिक अशक्तता होती है।

स्वलीनता वर्णक्रम विकार से ग्रस्त बच्चे दूसरों से मित्रवत् होने में गहन कठिनाई का अनुभव करते हैं। वे सामाजिक व्यवहार प्रारंभ करने में असमर्थ होते हैं तथा अन्य लोगों की भावनाओं के प्रति अनुक्रियाशील प्रतीत नहीं होते हैं। वे अपने अनुभवों या संवेगों को दूसरों के साथ बाँटने में असमर्थ होते हैं। वे सम्प्रेषण और भाषा की गम्भीर असामान्यताएँ प्रदर्शित करते हैं जो काफी समय तक बनी रहती हैं। उनमें से बहुत कभी भी वाक् (बोली) का विकास नहीं कर पाते हैं और वे जो कर पाते हैं, उनका वाक्-प्रतिरूप पुनरावर्ती और विसामान्य होता है। स्वलीनता से पीड़ित बच्चे बहुत सीमित अभिरुचियाँ प्रदर्शित करते हैं और इनके व्यवहार पुनरावर्ती होते हैं, जैसे—वस्तुओं को एक लाइन से लगाना या रूढ़ शरीर गति, जैसे शरीर को इधर-उधर हिलाने-डुलाने वाले होते हैं। ये पेशीय गति स्व-उद्दीप्त, जैसे हाथ से मारना या आत्म-हानिकर, जैसे दीवार से सर पटकना हो सकते हैं। भाषिक और अभाषिक सम्प्रेषण के सन्दर्भ में इन कठिनाइयों के कारण ही स्वलीनता वर्णक्रम विकार से युक्त व्यक्तियों के सम्बन्धों की शुरुआत करने, कायम रखने और यहाँ तक कि समझने में भी कठिनाई अनुभव करने की आदत होती है।

खण्ड-स विस्तृत उत्तरीय प्रश्न

प्र.1. बौद्धिक अक्षमता की परिभाषा को विभिन्न पहलुओं द्वारा विस्तारपूर्वक समझाइए। बौद्धिक अक्षमता युक्त विद्यार्थियों की विशेषताओं पर प्रकाश डालिए।

Explain in detail different facets of the definition of Intellectual Disability. Throw light on learners with Intellectual Disability.

उत्तर

बौद्धिक अक्षमता की परिभाषाएँ
(Intellectual Disability : Definitions)

अमेरिकन एसोसिएशन ऑफ इंटेलेक्चुअल एण्ड डेवलपमेन्टल डिसेबिलिटीज (AAI DD), 2010 शेलॉक एवं अन्य के अनुसार 'बौद्धिक अक्षमता' में व्यक्ति की बौद्धिक क्षमता और अनुकूलनीय व्यवहार में महत्त्वपूर्ण कमी पायी जाती है और यह कमी उसके सांकल्पनिक, सामाजिक और प्रायोगिक कौशलों में परिलक्षित होती है। इस अक्षमता का आरम्भ 18 वर्ष से पूर्व होता है।

TOUCHING PASS

1. अवधारणात्मक कौशल (Conceptual Skills)
   (i) भाषा (अभिव्यक्ति/ग्राह्य) (ii) पढ़ना, लिखना (iii) धन सम्बन्धी संकल्पना (iv) स्व-निर्देष आदि
2. सामाजिक कौशल (Social Skills)
   (i) जिम्मेदारी (ii) अन्तर्वैयक्तिक सम्बन्ध (iii) आत्मसम्मान
   (iv) सरलता (v) नियमों का पालन (vi) उत्पीड़न में बचाव आदि
3. प्रायोगिक कौशल (Practical Skills)
   (i) दैनिक क्रियाएँ/स्व सहायता कौशल यथा—नहाना, कपड़े पहनना, सजना आदि।
   (ii) दैनिक नियमित कार्य—घरेलू काम, दवाई, दवाई लेना, फोन का प्रयोग, रुपये पैसे का हिसाब, आवागमन आदि।
   (iii) स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाएँ। (iv) व्यावसायिक कौशल। (v) सुरक्षित वातावरण सम्बन्धी कौशल।

बौद्धिक अक्षमता की AAIDD परिभाषा के पीछे ली गयी मान्यताएँ—

अमेरिकन एसोसिएशन ऑफ इंटेलेक्चुअल एण्ड डेवलपमेन्टल डिसेबिलिटीज (AAIDD), के अनुसार बौद्धिक अक्षमता की नवीन परिभाषा का एक महत्त्वपूर्ण पहलू है परिभाषा के पीछे ली गयी मान्यताएँ या पूर्वानुमान। बौद्धिक अक्षमता की नवीन परिभाषा पाँच मान्यताओं पर आधारित हैं—

(i) व्यक्ति की वर्तमान क्रियाशीलता में कमी पर विचार करते समय व्यक्ति के हम उम्र व्यक्तियों एवं उसकी संस्कृति का ध्यान अवश्य रखना चाहिए। कहने का तात्पर्य यह है जब भी हम बौद्धिक अक्षमता का मूल्यांकन कर रहे हों, तब हमें सन्दर्भित व्यक्ति के हम उम्र और उसके सांस्कृतिक पहलुओं को सदैव ध्यान में रखना होगा। उदाहरण के लिए एक गाँव का बच्चा—प्राय: बड़ी उम्र तक भी हाथ से खाना खाता है चम्मच से नहीं। अब यदि हमने उसके वातावरण को ध्यान में रखे बिना, चूँकि वह चम्मच का प्रयोग करके खाना नहीं खाता, अत: हम उसे 'बौद्धिक अक्षमता ग्रस्त' घोषित करें, यह गलत है।
(ii) वैध आकलन में सांस्कृतिक, भाषिक, सम्प्रेषण, संवेदी, गामक एवं व्यवहारिक वैयक्तिक भिन्नताओं पर अवश्य विचार किया जाना चाहिए।
(iii) एक व्यक्ति के अन्दर कमियों के साथ-साथ अच्छाइयाँ भी मौजूद होती हैं।
(iv) कमियों की व्याख्या का उद्देश्य व्यक्ति के लिए आवश्यक सहायता की पहचान करना होना चाहिए। अर्थात् यदि हम किसी व्यक्ति की 'बौद्धिक अक्षमता' का आकलन कर रहे हैं तो हमारा उद्देश्य उसके नकारात्मक पहलुओं को उजागर करना नहीं, बल्कि उन विशेष आवश्यकताओं और उपयुक्त सहायता की तलाश होना चाहिए जो उस व्यक्ति की सामान्य जीवन जीने में मदद कर सकें।
(v) एक निश्चित समय तक उपयुक्त व्यक्तिगत सहायता उपलब्ध कराये जाने पर बौद्धिक अक्षमता युक्त बालकों/व्यक्तियों के जीवन स्तर में सुधार होगा।

बौद्धिक अक्षमता की DSM-V की परिभाषा

DSM-V के अनुसार बौद्धिक विकासात्मक विकृति एक ऐसी विकृति है जो विकासात्मक अवस्था के दौरान सामने आती है, जिससे सामाजिक, संकाल्पनिक एवं प्रायोगिक क्षेत्रों में बौद्धिक एवं अनुकूलनीय कार्यात्मकता में कमी पायी जाती है।

DSM-V, 2013 के अनुसार बौद्धिक अक्षमता के निर्णय के लिए निम्नांकित तीन शर्तें अवश्य पूरी होनी चाहिए—

(i) बौद्धिक क्षमता में कमी यथा तर्क क्षमता, समस्या समाधान, योजना निर्माण, अमूर्त चिन्तन, निर्णय क्षमता, शैक्षिक अधिगम, आनुभविक अधिगम में कमी जिसे व्यक्तिगत, मानक बुद्धि परीक्षण एवं विभिन्न चिकित्सीय परीक्षणों द्वारा सुनिश्चित किया जा सके।
(ii) अनुकूलनीय कार्यात्मकता में कमी का परिणाम व्यक्तिगत स्वतन्त्रता एवं सामाजिक जिम्मेदारियों के लिए आवश्यक विकासात्मक एवं सामाजिक सांस्कृतिक मानदण्डों को पूरा करने में असफलता के रूप में परिलक्षित होता है। अनुकूलनीय कार्यात्मकता में कमी के कारण दैनिक जीवन के एक या अधिक कार्यों यथा सम्प्रेषण, सामाजिक भागीदारी, स्वावलम्बन आदि में विभिन्न वातावरणों (विद्यालय, घर एवं समुदाय) में सापेक्ष कमी पायी जाती है।
(iii) बौद्धिक एवं अनुकूलनीय कौशलों में कमी विकासात्मक अवस्था में प्रकट हो जाती है।

TOUCH 'n' PASS

बौद्धिक अक्षमता युक्त विद्यार्थियों की विशेषताएँ
(Characteristics of Learners with Intellectual Disability)

हालाँकि बुद्धि लब्धि के आधार पर गम्भीर एवं अति गम्भीर बालकों की पहचान की जा सकती है परन्तु विभिन्नकार्यात्मक (Functional) कौशलों की कमी भी स्पष्ट होती है। सामान्यत: मानसिक मंदता युक्त बालक निम्नलिखित विशेषताएँ प्रदर्शित करते हैं—

1. **शारीरिक विशेषताएँ—**
   (i) अधोसामान्य शारीरिक विकास।
   (ii) शारीरिक विकृतियाँ।
   (iii) स्थूल गामक (Gross Motor) और सूक्ष्म गामक कौशल (Fine Motor) आयु के अनुपयुक्त।
   (iv) आँखों और हाथों में समन्वय का अभाव।
2. **मानसिक विशेषताएँ—**
   (i) अधो औसत बुद्धि लब्धि 70 से कम।
   (ii) किसी कार्य में रुचि का अभाव।
   (iii) कभी-कभी आक्रामकता एवं अकेले रहना।
   (iv) अमूर्त संकल्पनाओं को समझने में कठिनाई।
   (v) सोचने की सीमित क्षमता।
   (vi) कमजोर स्मृति।
   (vii) कमजोर ध्यान केन्द्रित क्षमता।
   (viii) कमजोर आत्मविश्वास एवं आत्म सम्मान।
   (ix) सीमित सामाजिक समायोजन क्षमता।
   (x) सीखे गये कौशलों के सामान्यीकरण में कठिनाई।
   (xi) रुपये पैसे के लेन-देन में समस्या।
   (xii) भाषा अभिव्यक्ति एवं ग्राह्य सम्बन्धी समस्या।
3. **मानसिक मंदता ग्रस्त बालकों की सामाजिक विशेषताएँ—**
   (i) सामाजिक समायोजन क्षमता अनुपयुक्त
   (ii) सहपाठियों एवं शिक्षकों से अन्तर्सम्बन्ध बनाने में कठिनाई।
   (iii) कभी-कभी दूसरों एवं स्वयं को नुकसान पहुँचाने वाले व्यवहार।
   (iv) सामाजिक अवसरों पर उपयुक्त व्यवहार का अभाव।
   (v) शोषण से बचाव सम्बन्धी कौशलों का अभाव।
   (vi) अपनी इच्छाएँ अभिव्यक्ति करने में उपयुक्त कौशलों का अभाव।
4. **भावात्मक विशेषताएँ—**
   (i) भावात्मक असन्तुलन एवं अस्थिरता।
   (ii) पूर्व या देर से प्रतिक्रिया की अभिव्यक्ति।
   (iii) भावनात्मक सम्बन्धों को समझने में कठिनाई।
   (iv) कई बार मानसिक मंदता से जुड़ी अन्य मानसिक एवं शारीरिक बीमारियाँ यथा फिट्स, अवसाद आदि।

प्र.2. अतिसक्रियता विकार अथवा ध्यान की कमी क्या है? इसके प्रकार एवं लक्षणों पर प्रकाश डालिए।
What is Attention Deficit or Hyperactivity Disorder? Throw light on its types and symptoms.

***अथवा* एडीएचडी क्या है?**
What is ADHD?

उत्तर

अतिसक्रियता विकार अथवा ध्यान में कमी
(Attention Deficit or Hyperactivity Disorder)

एडीएचडी एक मानसिक स्वास्थ्य विकार है जो व्यवहार में अति-सक्रियता पैदा कर सकता है। इससे ग्रस्त लोग एक कार्य पर अपना ध्यान केन्द्रित करने या लम्बे समय तक बैठने में परेशानी का सामना कर सकते हैं। एडीएचडी में कई समस्याओं का संयोजन होता है जैसे कि ध्यान बनाये रखने में कठिनाई, सक्रियता और आवेगी व्यवहार।

एडीएचडी बच्चों और किशोरों को प्रभावित करता है और वयस्कता तक रह सकता है। यह बच्चों को होने वाला सबसे अधिक सामान्य मानसिक विकार है। एडीएचडी से ग्रस्त बच्चे अत्यधिक सक्रिय हो सकते हैं और अपने आवेगों को नियन्त्रित नहीं कर पाते हैं। ऐसा व्यवहार स्कूल और घर के जीवन में हस्तक्षेप करता है।

TOUCH 'n' PASS

लड़कियों की तुलना में लड़कों में एडीएचडी अधिक आम है। इसका निदान आमतौर पर स्कूल के शुरुआती वर्षों में हो जाता है, जब बच्चे का ध्यान केन्द्रित की समस्या शुरू होती है।

एडीएचडी में ग्रस्त वयस्कों को समय प्रबन्धन करने, व्यवस्थित रहने, लक्ष्य निर्धारित करने और नौकरी खोजने में परेशानी हो सकती है। उन्हें रिश्तों को बनाने या निभाने में दिक्कत, आत्मसम्मान की कमी और लत की समस्याएँ हो सकती हैं।

एडीएचडी (ध्यानाभाव एवं अति-सक्रियता विकार) के प्रकार (Types of ADHD)

एडीएचडी के तीन प्रकार होते हैं—

1. **ध्यानाभाव सम्बन्धित एडीएचडी** (Predominantly Inattentive ADHD)—यदि आपको इस प्रकार का एडीएचडी है, तो आपको संवेगशील और अतिसक्रियता के मुकाबले ध्यानाभाव से सम्बन्धित लक्षणों का अनुभव हो सकता है। आप किसी-किसी समय पर आवेग नियन्त्रण व सक्रियता की समस्याओं का अनुभव कर सकते हैं लेकिन ये ध्यानाभाव एडीएचडी के मुख्य लक्षण नहीं हैं।

   जो लोग इसका अनुभव करते हैं—

   (i) वे बातें भूल जाते हैं और आसानी से विचलित हो जाते हैं। (ii) वे जल्दी से ऊब जाते हैं।
   (iii) उन्हें एक ही कार्य पर ध्यान केन्द्रित करने में परेशानी होती है।
   (iv) उन्हें विचारों को व्यवस्थित करने और नई जानकारी सीखने में कठिनाई होती है।
   (v) किसी कार्य को पूरा करने के लिए आवश्यक वस्तुएँ जैसे पेन्सिल, कागजात या अन्य वस्तुएँ खो देते हैं।
   (vi) दूसरों को नहीं सुनते।
   (vii) धीरे-धीरे चलते हैं और ऐसा लगता है कि जैसे वे दिन में सपने देख रहे हैं।
   (viii) जानकारी को व्यवस्थित करने की उनकी क्षमता दूसरों की तुलना में अधिक धीमी और कम सटीक होती है।
   (ix) उन्हें निर्देशों का पालन करने में समस्या होती है।
   (x) लड़कों की तुलना में ध्यानाभाव सम्बन्धित एडीएचडी का निदान लड़कों में अधिक होता है।

2. **अति-सक्रियता सम्बन्धित एडीएचडी** (Predominantly Hyperactivity-Impulsive ADHD)—इस प्रकार के एडीएचडी में आवेग और अति-सक्रियता के लक्षण होते हैं। इस प्रकार के एडीएचडी से ग्रस्त लोग ध्यानाभाव के लक्षण प्रदर्शित कर सकते हैं, लेनिक यह इसके मुख्य लक्षण नहीं होते।

   (i) जो लोग अक्सर अति-सक्रिय होते हैं वे घबराहट, विकल होना या बेचैनी महसूस करते हैं।
   (ii) निरन्तर बैठे रहने में परेशानी का सामना करते हैं।
   (iii) लगातार बात करते रहते हैं।
   (iv) अनुपयुक्त होने पर भी वस्तुओं को स्पर्श करते हैं और खेलते रहते हैं।
   (v) शान्त गतिविधियों में हिस्सा लेने में परेशानी महसूस करते हैं।
   (vi) लगातार चलते रहते हैं।

3. **संयोजन एडीएचडी** (Combination ADHD)—यदि आपको संयोजन एडीएचडी है, तो इसका मतलब है कि आपके लक्षण केवल ध्यानाभाव एडीएचडी या केवल अति-सक्रियता प्रकार के एडीएचडी के नहीं आते हैं। बल्कि दोनों श्रेणियों के लक्षण होते हैं। एडीएचडी से ग्रस्त या इसके बिना भी अधिकांश लोग, ध्यानाभाव या अति-सक्रिय व्यवहार के कुछ लक्षण अनुभव करते हैं लेकिन एडीएचडी वाले लोगों में यह अधिक गम्भीर होते हैं। यह अधिक बार होते हैं और आपके घर, विद्यालय, कार्य और सामाजिक स्थितियों के काम में हस्तक्षेप करते हैं।

एडीएचडी (ध्यानाभाव एवं अति-सक्रियता विकार) के लक्षण (ADHD Symptoms)

(i) ध्यान देने में कठिनाई।
(ii) अक्सर दिन में सपने देखना।
(iii) निर्देशों को मानने में कठिनाई और दूसरों को अनसुना करना।
(iv) अक्सर कार्यों या गतिविधियों को व्यवस्थित करने में समस्याएँ आना।
(v) अक्सर बातें भूल जाना और आवश्यक वस्तुओं, जैसे—पुस्तकें, पेन्सिल या खिलौने खो देना।

(vi) स्कूल के कार्य, काम या अन्य कार्यों को पूरा करने में अक्सर विफल रहना।
(vii) आसानी से ध्यान भटकना।
(viii) बार-बार विकल होना या घबराना।
(ix) ज्यादा देर बैठने में दिक्कत होना और निरन्तर गति में रहना।
(x) अत्यधिक बातूनी होना।
(xi) अक्सर दूसरों के वार्तालाप के बीच में बोलना।
(xii) अक्सर अपनी बारी के लिए इंतजार करने में परेशान होना।

बहुविकल्पीय प्रश्न

प्र.1. ADHD का अर्थ क्या है?
(a) वाचिक कठिनाई वाले बालक
(b) श्रवण दुर्बलता वाले बालक
(c) ध्यान विकार वाले बालक
(d) दृष्टिहीनता वाले बालक

उत्तर (c) ध्यान विकार वाले बालक

प्र.2. ADHD का निम्न में से कौन-सा लक्षण है?
(a) ध्यान केन्द्रित करने में कठिनाई
(b) अति सक्रियता
(c) आवेग को नियन्त्रित करने में कठिनाई
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.3. यदि कोई बच्चा मानसिक बीमारी से पीड़ित है, तो वह निम्न में से कौन-सा लक्षण छोड़कर सभी दिये गये अभिलक्षणों को दर्शाएगा।
(a) खाना निगलने में समस्या
(b) ध्यान केन्द्रित करने में कठिनाई
(c) व्यवहार परिवर्तन
(d) अस्पष्टीकृत वजन बढ़ना या घटना

उत्तर (a) खाना निगलने में समस्या

प्र.4. स्वलीनता (ऑटिज्म) क्या है?
(a) उपापचय रोग
(b) तंत्रिका विकास सम्बन्धी विकार
(c) सामाजिक और भाषा संचार समस्याएँ
(d) मुख्य रूप से हाइपोथैलेमिक क्षति के कारण

उत्तर (c) सामाजिक और भाषा संचार समस्याएँ

प्र.5. निम्न में से कौन-सा स्वलीनता वर्णक्रम विकार का लक्षण है?
(a) बच्चों में आँखों के सम्पर्क की कमी
(b) क्रियाओं को बार-बार दोहराना
(c) अन्य लोगों पर ध्यान न देना
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.6. स्वलीनता वर्णक्रम विकार वाले करीब कितने प्रतिशत बच्चों में बौद्धिक अशक्तता होती है?
(a) 60 प्रतिशत
(b) 70 प्रतिशत
(c) 50 प्रतिशत
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) 70 प्रतिशत

प्र.7. बौद्धिक अक्षमता युक्त विद्यार्थियों की शारीरिक विशेषताएँ निम्न में से कौन-सी है?
(a) अधोसामान्य शारीरिक विकास
(b) शारीरिक विकृतियाँ
(c) आँखों और हाथों में समन्वय का अभाव
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

TOUCH 'n' PASS

प्र.8. निम्न में से किस रोग में बच्चों को भाषा की कोई समस्या नहीं होती है, इसमें वे बुद्धि परीक्षणों पर औसत या उससे अधिक-औसत श्रेणी में उच्च अंक प्राप्त करने की प्रवृत्ति रखते हैं लेकिन उनमें सामाजिक समस्याएँ और हितों का एक संकीर्ण दायरा था कुछ चीजों में गहन स्तर की रुचि होती है?

(a) एस्परगर सिंड्रोम (b) चाइल्डहुड डिसइंटिग्रेटिव डिसऑर्डर
(c) व्यापक विकासात्मक विकार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) एस्परगर सिंड्रोम

प्र.9. ADHD का पूर्ण रूप क्या है?

(a) ऑटिज्म डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर
(b) ऑटो डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर
(c) अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर
(d) अटेंशन डेफिसिट हाई डिजीज

उत्तर (c) अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर

प्र.10. RPWD का पूर्ण रूप क्या है?

(a) द राइट्स ऑफ पर्सन्स विद डिसेबिलिटाइस
(b) राइट्स ऑफ पर्सनल विद डिफरेंसेश
(c) राइट ऑफ प्रोफेशन विद डिफरेंसेश
(d) उपरोक्त में से कोई नहीं

उत्तर (a) द राइट्स ऑफ पर्सन्स विद डिसेबिलिटाइस

प्र.11. भारत के RPWD अधिनियम 2016 में कितने प्रकार की दिव्यांगता सूचीबद्ध है?

(a) पाँच (b) पंद्रह
(c) इक्कीस (d) सत्ताईस

उत्तर (c) इक्कीस

प्र.12. ADHD सम्भवतः कितने प्रकार होते हैं?

(a) तीन (b) चार
(c) पाँच (d) छह

उत्तर (a) तीन

प्र.13. निम्न में से कौन-सा ADHD से सम्बन्धित है?

(a) ध्यानाभाव सम्बन्धित ADHD (b) अति-सक्रियता सम्बन्धित ADHD
(c) संयोजन ADHD (d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.14. ADHD किस प्रकार का विकार है?

(a) दैहिक स्वास्थ्य विकार (b) मानसिक स्वास्थ्य विकार
(c) खेलकूद से सम्बन्धित विकार (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) मानसिक स्वास्थ्य विकार

प्र.15. ऑटिज्म का पूर्ण रूप क्या है?

(a) ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर (b) ऑटो स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर
(c) ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिफरेंश (d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर

TOUCH 'n' PASS

प्र.16. ऑटिज्म का अर्थ क्या है?

(a) स्वास्थ्य स्पेक्ट्रम विकार
(b) स्वलीनता स्पेक्ट्रम विकार
(c) स्वालम्बन स्पेक्ट्रम विकार
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (b) स्वलीनता स्पेक्ट्रम विकार

प्र.17. निम्न में से कौन-सा ADHD का कारण है?

(a) आनुवंशिकता
(b) रासायनिक असन्तुलन
(c) दिमाग में परिवर्तन
(d) ये सभी

उत्तर (d) ये सभी

प्र.18. कौन-सी स्नायविक दुर्बलता मुख्य रूप से वाक् और भाषा की क्षमताओं को प्रभावित करती है?

(a) टौरेटे सिंड्रोम
(b) मस्तिष्क पक्षाघात
(c) न्यूनतम मस्तिष्क रोग
(d) बाल्यावस्था वाचाघात

उत्तर (d) बाल्यावस्था वाचाघात

प्र.19. निम्न में से कौन-सा ऑटिज्म का मुख्य लक्षण है?

(a) उन्हें दूसरों के समझने में कठिनाई होना
(b) वे कुछ ही शब्दों और वाक्यांशों को बार-बार दोहराते हैं
(c) वे एक वयस्क की भाँति बात करते हैं
(d) उपरोक्त सभी

उत्तर (d) उपरोक्त सभी

प्र.20. निम्न में से कौन-सा एक विकास सम्बन्धी विकार किसी व्यक्ति के संचार, स्व-विनियमन और सामाजिक सम्पर्क कौशल को बाधित करता है?

(a) ऑटिज्म
(b) ADHD
(c) डिस्लेक्सिया
(d) इनमें से कोई नहीं

उत्तर (a) ऑटिज्म

❑

TOUCH 'n' PASS

- यद्यपि इस पुस्तक को यथासम्भव शुद्ध एवं त्रुटिरहित प्रस्तुत करने का भरसक प्रयास किया गया है, तथापि इसमें कोई कमी अथवा त्रुटि अनिच्छाकृत ढंग से रह गई हो तो उससे कारित क्षति अथवा सन्ताप के लिए लेखक, प्रकाशक तथा मुद्रक का कोई दायित्व नहीं होगा। सभी विवादित मामलों का न्यायक्षेत्र मेरठ न्यायालय के अधीन होगा।
- इस पुस्तक में समाहित सम्पूर्ण पाठ्य-सामग्री (रेखा व छायाचित्रों सहित) के सर्वाधिकार प्रकाशक के अधीन हैं। अतः कोई भी व्यक्ति इस पुस्तक का नाम, टाइटिल-डिजाइन तथा पाठ्य-सामग्री आदि को आंशिक या पूर्ण रूप से तोड़-मरोड़कर प्रकाशित करने का प्रयास न करें, अन्यथा कानूनी तौर पर हर्जे-खर्चे व हानि के जिम्मेदार होंगे।
- इस पुस्तक में रह गई तथ्यात्मक त्रुटियों तथा अन्य किसी भी कमी के लिए विद्वत् पाठकगण से भूल-सुधार/सुझाव एवं टिप्पणियाँ सादर आमन्त्रित हैं। प्राप्त सुझावों अथवा त्रुटियों का समायोजन आगामी संस्करण में कर दिया जाएगा। किसी भी प्रकार के भूल-सुधार/सुझाव आप info@vidyauniversitypress.com पर भी ई-मेल कर सकते हैं।