

मनोवैज्ञानिक विकार

THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ
इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय

विशेषज्ञ समिति

प्रो. मंजुला एम, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य और स्नायु विज्ञान संस्थान, बैंगलुरु	प्रो. स्वाति पात्रा मनोविज्ञान संकाय सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ इंग्नू, नई दिल्ली	डॉ. मोनिका मिश्रा मनोविज्ञान संकाय सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू डॉ. स्मिता गुप्ता मनोविज्ञान संकाय सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ इंग्नू नई दिल्ली
प्रो. अनुराधा सोवानी मनोविज्ञान विभाग एस.एन.डी.टी. महिला विश्वविद्यालय मुंबई	प्रो. सुहास शेटगोवेकर मनोविज्ञान संकाय सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ इंग्नू नई दिल्ली	

पाठ्यक्रम निर्माण दल

खंड / इकाई	नाम	इकाई लेखक
खण्ड 1 मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय		
इकाई 1	मनोवैज्ञानिक विकार क्या है?	डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन हिंदी अनुवादक : श्री एम.पी. कमल, नई दिल्ली पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू नई दिल्ली
इकाई 2	चिंता, भय, आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-I	डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन हिंदी अनुवादक : डॉ. पी. के. खत्री, सेवानिवृत्त, मनोविज्ञान विभाग, लखनऊ पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू नई दिल्ली
इकाई 3	चिंता, भय, आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-II	डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन हिंदी अनुवादक : प्रोफेसर के.सी. वशिष्ठ, दयालबाग, आगरा पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू नई दिल्ली
खण्ड 2 मनोदशा विकार, मनोविकृतिक विकार, दैहिक लक्षण और भोजन विकार		
इकाई 4	मनोदशा विकार एवं आत्महत्या	डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली हिंदी अनुवादक : डॉ. पी. के. खत्री, सेवानिवृत्त, मनोविज्ञान विभाग, लखनऊ पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू नई दिल्ली
इकाई 5	मनोविदलता वर्णक्रम एवं अन्य मनोविकृतिक विकार	डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली हिंदी अनुवादक : डॉ. पी. के. खत्री, सेवानिवृत्त, मनोविज्ञान विभाग, लखनऊ पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू नई दिल्ली

इकाई 6	दैहिक लक्षण और सम्बन्धित विकार	<p>डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली</p> <p>हिंदी अनुवादक : डॉ. सुनीता देवी, गुरुकुल कांगड़ी विश्वविद्यालय, हरिद्वार</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
इकाई 7	भोजन विकार	<p>डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली</p> <p>हिंदी अनुवादक : डॉ. सुनीता देवी, गुरुकुल कांगड़ी विश्वविद्यालय, हरिद्वार</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
खण्ड 3 व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार		
इकाई 8	व्यक्तित्व विकार : समूह-अ	<p>ब्रुशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय</p> <p>हिंदी अनुवादक : डॉ. सुनीता देवी, गुरुकुल कांगड़ी विश्वविद्यालय, हरिद्वार</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
इकाई 9	व्यक्तित्व विकार : समूह-ब और समूह-स	<p>ब्रुशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय</p> <p>हिंदी अनुवादक: डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p> <p>पुनरीक्षण: डॉ. मोनिका मिश्रा, सहायक प्राध्यापक, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
इकाई 10	अपकामुक विकार एवं यौन अक्षमता	<p>ब्रुशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय</p> <p>हिंदी अनुवादक : श्री एम. पी. कमल, नई दिल्ली</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
इकाई 11	मादक पदार्थ सेवन संबंधित विकार और व्यावहारिक व्यसन	<p>इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली</p> <p>हिंदी अनुवादक : डॉ. अवधेश पाण्डे, नई दिल्ली</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>
खण्ड 4 बाल्यावस्था और किशोरावस्था के विकार, आघात और तनाव संबंधित एवं तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार		
इकाई 12	बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार-I	<p>डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली</p> <p>हिंदी अनुवादक : डॉ. ज्योति श्रीवास्तव, नई दिल्ली</p> <p>पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इंग्नू, नई दिल्ली</p>

इकाई 13	बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार- II	डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली हिंदी अनुवादक : डॉ. प्रियंका मित्तल, आगरा पुनरीक्षण: डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू, नई दिल्ली ब्रृशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय
इकाई 14	तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार	हिंदी अनुवादक : डॉ. प्रियंका मित्तल, आगरा पुनरीक्षण : डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू, नई दिल्ली ब्रृशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय
इकाई 15	आघात तथा तनाव संबंधी विकार	हिंदी अनुवादक : डॉ. प्रियंका मित्तल, आगरा पुनरीक्षण: डॉ. मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू, नई दिल्ली शब्दावली संकलन मोहसिन उद्दीन, सलाहकार, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू, नई दिल्ली

पाठ्यक्रम संयोजक : डॉ. मोनिका मिश्रा, सह आचार्य, मनोविज्ञान संकाय, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू नई दिल्ली

संपादक : श्री. सी.एन. पाण्डेय; डॉ. मोनिका मिश्रा, सह आचार्य, मनोविज्ञान संकाय सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ, इग्नू, नई दिल्ली

कवर डिजाइन : अनिंदिता द्विवेदी (यू.एस.ए.)

सामग्री निर्माण

श्री राजीव गिरधर

सहायक कुलसचिव (प्रकाशन)

एम.पी.डी.डी., इग्नू, नई दिल्ली

श्री हेमन्त परीदा

अनुभाग अधिकारी (प्रकाशन)

एम.पी.डी.डी., इग्नू, नई दिल्ली

श्री सुरेश कुमार

सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ

इग्नू, नई दिल्ली

दिसम्बर, 2020

© इन्दिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय, 2020

ISBN:

सर्वाधिकार सुरक्षित, इस कार्य का कोई भी अंश किसी भी रूप में पुनः प्रकाशित नहीं किया जा सकता, अनुलिपिक या किसी अन्य साधन द्वारा।

इन्दिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय के बिना किसी लिखित आदेश व पुनः इन्दिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय के पाठ्यक्रम की सूचना विश्वविद्यालय के मैदान गढ़ी कार्यालय, नई दिल्ली-110068 के द्वारा प्राप्त की जा सकती है अथवा विश्वविद्यालय की वेबसाइट <http://www.ignou.ac.in> देखें।

इन्दिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय नई दिल्ली की ओर से निदेशक, सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ एवं कुलसचिव, एम.पी.डी.डी. द्वारा मुद्रित एवं प्रकाशित।

लेजर टाइप सेटिंग : टेसामीडिया एण्ड कम्प्यूटर्स

मुद्रित :

विषय-वस्तु

पृष्ठ सं

खण्ड 1	मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय	15
इकाई 1	मनोवैज्ञानिक विकार क्या है?	17
इकाई 2	चिंता, भय, आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-I	55
इकाई 3	चिंता, भय आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-II	91
खण्ड 2	मनोदशा विकार, मनोविकृतिक विकार, दैहिक लक्षण और भोजन विकार	119
इकाई 4	मनोदशा विकार एवं आत्महत्या	121
इकाई 5	मनोविदलता वर्णक्रम एवं अन्य मनोविकृतिक विकार	159
इकाई 6	दैहिक लक्षण एवं सम्बन्धित विकार	195
इकाई 7	भोजन विकार	213
खण्ड 3	व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार	231
इकाई 8	व्यक्तित्व विकार : समूह-अ	233
इकाई 9	व्यक्तित्व विकार : समूह-ब एवं समूह-स	249
इकाई 10	अपकामुक विकार एवं यौन अक्षमता	276
इकाई 11	मादक पदार्थ सेवन संबंधित विकार और व्यावहारिक व्यसन	315
खण्ड 4	बाल्यावस्था और किशोरावस्था के विकार, आघात और तनाव संबंधित एवं तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार	345
इकाई 12	बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार-I	347
इकाई 13	बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार-II	372
इकाई 14	तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार	394
इकाई 15	आघात तथा तनाव संबंधी विकार	413
शब्दावली		436

मनोवैज्ञानिक विकार : पाठ्यक्रम को कैसे पढ़ें

“मनोवैज्ञानिक विकार” (BPCC-133) पाठ्यक्रम, इग्नू के स्नातक डिग्री कार्यक्रम, बी.ए. (सामान्य) के तृतीय सत्र में पढ़ाया जाने वाला तीसरा मुख्य पाठ्यक्रम है। यह पाठ्यक्रम 06 क्रेडिट का है, जिसमें सिद्धांत (04 क्रेडिट) और ट्यूटोरियल (02 क्रेडिट) सम्मिलित हैं। प्रत्येक खंड में विशेष विषय पर तीन से चार इकाइयों में विचार किया गया है। सभी इकाइयाँ तार्किक आधार पर क्रमबद्ध की गई हैं जिससे प्रत्येक विषय को समझने में आसानी हो। प्रत्येक इकाई के आरंभ में विषय की प्रस्तावना है, जिसमें कार्य-विषय के संबंध में बताया गया है। विषय का विस्तारपूर्वक वर्णन करने के बाद अंत में संदर्भ-स्रोतों की सूची दी गई है, तथा अन्य संदर्भों का भी उल्लेख किया गया है। अंत में विशेषरूप से ऑनलाइन संसाधनों की सूची दी गई है, जो शिक्षार्थी इंटरनेट सेवाओं का उपयोग करना चाहते हैं उनके लिए अत्यधिक उपयोगी है। विभिन्न विषयों से सम्बंधित विशेष सूचनाएँ भी जोड़ी गई हैं। शिक्षार्थी से निवेदन है कि वे पाठ्यक्रम की प्रस्तावना को ध्यानपूर्वक पढ़ें, जिससे उसे सम्पूर्ण विषय को क्रमबद्ध रूप से समझने में सुविधा हो सकेगी। पाठ्यक्रम के अन्त में शब्दावली दी गई है, जो कि पाठ्यक्रम को भली-भाति समझने में सहायक होगी।

इस पाठ्यक्रम के चार खंड तथा पन्द्रह इकाइयाँ आपके समक्ष हैं। इकाइयों को विस्तार से पढ़ने से पहले प्रस्तावना पर एक नजर डाल लें, इससे पाठ्यक्रम में सम्मिलित अध्ययन सामग्री का अध्ययन करने में सहयोग मिलेगा। नीचे इकाई-क्रम तथा विषय-सामग्री की व्याख्या की गई है। प्रत्येक इकाई के विभिन्न अनुभागों में क्या-क्या सम्मिलित है, यह आपको विदित होता रहेगा, उसके आधार पर आप वह सब करते चलिए जो आपसे करने को कहा जा रहा है।

इकाई का क्रम एवं प्रबंधन

1.0 सीखने का उद्देश्य

1.1 प्रस्तावना

1.2 अनुभाग

1.2.1 सह-अनुभाग-1

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए

1.3 अनुभाग (अनुभाग का विषय)

1.3.1 सह-अनुभाग-2

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए

प्रत्येक अनुभाग तथा सह-अनुभाग का संख्या क्रम तथा उसकी लम्बाई प्रत्येक इकाई में अलग-अलग हो सकती है। प्रत्येक इकाई में चार अंतिम अनुभाग निम्न संख्या क्रम में रखे गये हैं—

- पुनरावलोकन प्रश्न
- संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

- चित्रों का संदर्भ
- ऑनलाइन संसाधन

अध्ययन में सुविधा तथा समझने में आसानी के लिए प्रत्येक इकाई को विभिन्न अनुभागों में बांटा गया है। प्रत्येक अनुभाग **मोटे अक्षरों** में लिखित है तथा प्रत्येक सह-अनुभाग उसकी तुलना में छोटे परन्तु **मोटे अक्षरों** में लिखित हैं। सह-अनुभागों के अन्य भागों का **मोटे परन्तु छोटे अक्षरों** में उल्लेख है, जिससे समझने में आसानी रहे। आइए, अब प्रत्येक इकाई के प्रत्येक अनुभाग पर विचार करें।

सीखने के उद्देश्य

हर इकाई के आरंभ में उद्देश्य के बारे में जानकारी दी गई है। इसका उद्देश्य आपको यह बताना है कि आप पूरी इकाई में विस्तार से क्या पढ़ने वाले हैं।

प्रस्तावना

प्रस्तावना-अनुभाग में हम बताते हैं –

- वर्तमान इकाई का पहले वाली इकाई से संबंध
- वर्तमान इकाई का वर्ण्य-विषय
- सभी अनुभागों के प्रस्तुतीकरण का क्रम : प्रस्तावना से सारांश तक।

सारांश

इस अनुभाग में पूरी इकाई में वर्णित विषय का सार प्रस्तुत किया जाता है, जिसका उद्देश्य पाठक को विषय को संक्षेप में अवगत करवाना होता है।

बॉक्स

कुछ विषय वैचारिक तथा सम्बन्धित अवधारणाओं से जुड़े होते हैं और कुछ किसी विशेष विषय के अध्ययन से सम्बन्धित होते हैं। ऐसे विषयों को अलग से रेखांकित करते हुए समझना जरूरी होता है, इसीलिए इन्हें बॉक्स के अंदर रखा जाता है ताकि वे पाठक का ध्यान आकर्षित कर सकें। बॉक्स में दी गई सामग्री विषयांतर होते हुए भी विषय को समझने में सहयोगी होती है, (i) इनमें कुछ विषय को समझने में सहयोगी टिप्पणियाँ हो सकती हैं, (ii) वैज्ञानिक या विचारक के मुख्य कार्य के संदर्भ में जानकारी हो सकती है, जिसकी विषय के साथ-साथ जानकारी महत्व रखती हो, या फिर (iii) किसी विशेष पर विशेष अध्ययन की रिपोर्ट हो सकती है, जो मुख्य अध्ययन सामग्री में निहित विचार से सम्बन्धित है।

चित्र

हर इकाई में अध्ययन के विषय को स्पष्ट करने के लिए यथा सम्भव चित्र, आकृतियाँ, आँकड़े या फोटो दिये गए हैं।

केस स्टडी

अनेक इकाइयों में, विकारों को केस स्टडी की सहायता से समझाया गया है। केस स्टडी अध्ययन सामग्री में समाकलित है और विकारों की महत्वपूर्ण विशेषताओं को समझता है। केस स्टडी के अध्ययन से आप अवगत हो जायेंगे कि विकार हमारे दिन-प्रतिदिन के कार्य और आसपास के परिवेश को कैसे प्रभावित करते हैं। केस स्टडी आपको यह समझने में भी सहायता करेगी कि विविध पृष्ठभूमि के लोगों में मनोविज्ञान विकार हो सकता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए शीर्षक के अंतर्गत अध्ययन सामग्री के अंत में कुछ प्रश्न दिये जाते हैं। प्रत्येक प्रश्न के नीचे उत्तर के लिए खाली जगह छोड़ी जाती है।

- क) इसी जगह पर इनके उत्तर लिखे जाने चाहिए।
- ख) खाली जगह में आवश्यकता हो तो आरेख बनाया जा सकता है।

इन प्रश्नों के उत्तर देने के लिए केवल अध्ययन सामग्री को आधार बनाएँ। प्रत्येक इकाई को ध्यान से पढ़ें, अपने नोट्स तैयार करें। इनसे आपको पूछे गये प्रश्नों के उत्तर देने में आसानी होगी तथा प्राप्त जानकारी की सहायता से आपको सत्र के अंत में होने वाली परीक्षाओं में पूछे गये प्रश्नों के उत्तर लिखने में भी आसानी होगी।

मुख्य शब्द

प्रत्येक इकाई के अंत में चुनिंदा शब्दों तथा तकनीकी शब्दों के विस्तृत अर्थ दिये गए हैं।

संदर्भ स्रोत एवं पढ़ने के सुझाव

प्रत्येक इकाई के अंत में उन लेखों तथा पुस्तकों आदि की सूची दी गई है, जिनका उपयोग लेखक ने इकाई की संरचना तैयार करने में किया है। इससे यह पता चलता है कि अध्ययन सामग्री विश्वस्त सूत्रों से सम्बंधित हैं। इसकी सहायता से आप विषय के विस्तृत अध्ययन के लिए अन्य स्रोतों का अध्ययन कर सकते हैं। प्रत्येक संदर्भ स्रोत में रचना का नाम, इसके लेखक का नाम, प्रकाशन का नाम तथा प्रकाशन वर्ष की सटीक जानकारी दी गई है।

पढ़ने के सुझाव की सूची शिक्षार्थी को विषय सम्बंधी जानकारी को ओर बढ़ाने की दृष्टि से दी गई है।

चित्र-संदर्भ

विषय का वर्णन करते समय चित्र आकृतियों, चित्रों अथवा आरेखों का सहारा लिया जाता है, उनके संदर्भ-स्रोतों की जानकारी प्रत्येक इकाई में स्पष्ट दी जाती है। जो आकृतियाँ या चित्र ऑनलाइन स्रोतों के लिए आते हैं। उनकी यूनीफॉर्म रिसॉर्स लोकेटर (URL) आपकी सहायता हेतु दिया जाता है।

ऑनलाइन संसाधन

विभिन्न विषयों से सम्बंधित ऑनलाइन स्रोत प्रत्येक इकाई के अंत में दिये जाते हैं। यदि अध्ययन सामग्री के अलावा आप अन्य सम्बंधित सामग्री का अध्ययन करना चाहते हैं तो हर विषय के बारे में दी गई वेबसाइट पर जाकर आप उसका अध्ययन कर सकते हैं।

पुनरावलोकन प्रश्न

अपनी प्रगति की जाँच के साथ-साथ प्रत्येक इकाई में सारांश के बाद पुनरावलोकन प्रश्न दिये गए हैं। इन प्रश्नों के उत्तर तैयार कर आप अध्ययन सामग्री के विषय में अपनी जानकारी का निरीक्षण कर सकते हैं और सत्रांत में होने वाली परीक्षाओं के लिए प्रश्नपत्र या प्रश्नोत्तरी तैयार कर सकते हैं।

शब्दावली

पाठ्यक्रम को समझने के लिए अध्ययन सामग्री के अंत में शब्दावली दी गई है।

श्रव्य एवं दृश्य सामग्री

कुछ इकाइयों में श्रव्य एवं दृश्य सामग्री, प्रकाशित सामग्री के अतिरिक्त दी जाती है। यह सामग्री विषय के अध्ययन में अतिरिक्त रूप से सहयोगी होती है।

इसके अलावा आप इग्नू का एफएम रेडियो चैनल 'ज्ञानवाणी' (105.6 एफएम) सुन सकते हैं, जो नियमित रूप से पूरे देश में प्रसारित किया जाता है। मनोविज्ञान संकाय के विशेषज्ञ किसी विशेष विषय पर जब कभी व्याख्यान देते हैं। उनसे फोन या इमेल के जरिए सम्पर्क करके इसका लाभ उठा सकते हैं।

इसके अतिरिक्त, ज्ञान-दर्शन टी.वी. चैनल पर जो मनोविज्ञान पर कार्यक्रम आते रहते हैं उनका लाभ उठा सकते हैं। 'ज्ञानवाणी' और 'ज्ञान-दर्शन' की जानकारी, www.ignou.ac.in पर उपलब्ध की जा सकती है। रेडियो तथा टेलीविजन चैनल पर ज्ञानधारा वेबकार्स से जुड़ सकते हैं। यह सुविधा इंदिरा गांधी मुक्त विश्वविद्यालय द्वारा ज्ञानवाणी तथा ज्ञान दर्शन कार्यक्रमों को प्रसारण के लिए दी जाती है।

ट्यूटोरियल

मनोवैज्ञानिक विकार पाठ्यक्रम में ट्यूटोरियल सम्मिलित है। ट्यूटोरियल घटक अनिवार्य है, जो 02 क्रेडिट का है। इसका मूल्यांकन शैक्षणिक परामर्शदाता द्वारा किया जाता है। ट्यूटोरियल गतिविधि वास्तविक केसों का एक इंटरफेस है, जो आपको मनोचिकित्सा के विषय में समझ विकसित करने में सहायता करता है।

सत्रीय कार्य

पूरी अध्ययन सामग्री के आधार पर सत्रीय कार्य दिये जाते हैं। इनमें दिये गये प्रश्नों के उत्तर तैयार करके अध्ययन केंद्र पर जमा करने होते हैं। इन सत्रीय कार्यों में जो ग्रेड या अंक दिये जाते हैं, वे अंतिम लिखित परीक्षा के अंकों में जोड़ दिये जाते हैं। सत्रीय कार्य में दिये गये प्रश्नों के उत्तर देने से पहले सभी इकाइयों तथा अतिरिक्त सामग्री को ध्यान से पढ़िए। सत्रीय कार्य में निहित प्रश्नों के उत्तर देते समय इन निर्देशों को ध्यान में रखें।

- 1) अपना अनुक्रमांक साफ-साफ लिखिए।
- 2) अपने शब्दों में तथा अपने हाथ से उत्तर लिखिए।
- 3) साफ-साफ लिखें ताकि आपके द्वारा लिखित उत्तर पूरी तरह समझ में आ सकें।
- 4) अपनी उत्तर-पुस्तिका के एक ओर पर्याप्त जगह, छोड़ें, जहां पर परीक्षक आपके उत्तर के बारे में अपनी प्रतिक्रिया लिखित रूप में व्यक्त कर सके।
- 5) सत्रीय कार्य को अपने अध्ययन केंद्र पर जमा करने की अंतिम तिथि से पहले जमा कर दें। तिथि आप अपने क्षेत्रीय केन्द्र की वेबसाइट या www.ignou.ac.in पर पता कर सकते हैं।

सत्रांत परीक्षा

अध्ययन सामग्री को पढ़ने व समझने के बाद, श्रव्य व दृश्य कार्यक्रम से जानकारी लेने के बाद आपको सत्रांत परीक्षा देनी होगी। सत्रांत परीक्षा के लिए उत्तर तैयार करते समय इन निर्देशों का ध्यान रखें।

- 1) प्रश्नों के उत्तर सटीक हों तथा अपने शब्दों में अपने हाथों से लिखे गये हों।
- 2) उत्तर देते समय शब्द-सीमा का ध्यान रखें।

पाठ्यक्रम की तैयारी

अध्ययन सामग्री का पाठ्यक्रम (बीपीसीसी-133) विशेषज्ञों की समिति द्वारा बनाया गया है तथा पाठ्यक्रम तैयार करने वाले दल द्वारा तैयार किया गया है, जिसमें इकाई के लेखक, सम्पादक, भाषा सम्पादक तथा पाठ्यक्रम सहयोगी सम्मिलित होते हैं। विशेषज्ञों की समिति खंडों के विषयों का चयन विश्वविद्यालय अनुदान आयोग के आधारों का पालन करते हुए किया गया है। इकाइयों के लेखकों को प्रत्येक इकाई की मुख्य अध्ययन सामग्री तैयार करने के लिए अपनी दक्षता का प्रमाण दिया है। सामग्री-सम्पादक पाठ्यक्रम में सम्मिलित की जाने वाली अध्ययन सामग्री का सूक्ष्मता से अध्ययन करते हैं। उनका पूरा प्रयास रहता है कि पाठ्यक्रम में शामिल की गई अध्ययन सामग्री स्पष्ट तथा सरलता से समझी जा सके।

विषय से सम्बंधित अन्य किसी जानकारी के लिए पाठ्यक्रम सहयोगी से सम्पर्क करें –

डॉ. मोनिका मिश्रा,
कमरा न. 31, ब्लॉक-एफ
सामाजिक विज्ञान विद्यापीठ,
इग्नू, नई दिल्ली।
E : monikamisra@ignou.ac.in.
011-29572781 (O)

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

पाठ्यक्रम परिचय

आपने देखा होगा कि अक्सर लोग विकार व्यवहार को 'पागल', 'सनकी', या 'विक्षिप्त' कहते हैं, यदि व्यवहार प्रचलित सामाजिक मानदंडों से हट जाता है। मानव व्यवहार के ऐसे पहलुओं के विषय में जानने के लिए आप उत्सुक होंगे। हम सभी जिज्ञासु होते हैं, और इस बात का उत्तर जानना चाहते हैं कि लोग हिसंक व्यवहार, मादक औषधियों या यौन विकृत व्यवहार और व्यवहार के ऐसे अन्य असामान्य प्रतिरूपों से क्यों सम्बंध रखते हैं। प्राचीन काल से लेकर वर्तमान समय तक मानसिक विकार के निदान के मानदंडों में भी कई बदलाव देखे गए हैं। गैर-संचारी रोगों (एनसीडी) के रूप में मानसिक रोग स्वास्थ्य और कल्याण पर एक बड़ा बोझ है। गैर-संचारी रोगों में "बिंग फोर" अर्थात् हृदय रोग, प्रकार-2 मधुमेह, कैंसर और दीर्घकालिक वसन से संबंधित रोग सम्मिलित थे। बाद में, मानसिक स्वास्थ्य को गैर संचारी रोगों के अन्तर्गत सम्मिलित किया गया। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, 'मानसिक स्वास्थ्य के बिना कोई स्वास्थ्य नहीं' इस प्रकार मानसिक स्वास्थ्य के विषय में जागरूकता और बढ़ावा देने और मानसिक रोगों की रोकथाम पर जोर दिया गया। विश्व स्वास्थ्य संगठन का सतत विकास लक्ष्य-3 (17 सतत विकास लक्ष्यों में से), सभी आयु के लिए शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण पर केंद्रित है। मानसिक स्वास्थ्य के महत्व को विश्व स्तर पर मान्यता दी गई है। वर्तमान में व्यवहार विकासात्मक, तंत्रिका संबंधी विकारों सहित, गैर संचारी रोगों की रोकथाम और उपचार के लिए देश प्रतिबद्ध है, — जो सतत विकास के लिए एक बड़ी चुनौती है (सतत विकास लक्ष्य, विश्व स्वास्थ्य संगठन)।

मनोवैज्ञानिक विकार पाठ्यक्रम आपको मानसिक विकारों का विवरण प्रदान करेगा जो कि असामान्य मनोविज्ञान के क्षेत्र में आते हैं। मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के अध्ययन को मनोविकृति विज्ञान के रूप में भी जाना जाता है। पाठ्यक्रम मनोवैज्ञानिक विकारों के स्वरूप, इसके इतिहास और वैज्ञानिक आधारों के साथ वर्गीकरण मानदंड पर प्रकाश डालता है। प्रत्येक इकाई में नैदानिक स्वरूप, कारणात्मक कारक और विशेष प्रकार के उपचार पर चर्चा की जाएगी। विकार को कैसे बनाए रखा जाता है और लोगों के जीवन पर उनका क्या प्रभाव पड़ता है, यह भी दर्शाया गया है। पाठ्य सामग्री में केस स्टडीज और उदाहरण सम्मिलित हैं जिससे विकारों की समझ विकसित की जा सके।

खण्ड परिचय

इस पाठ्यक्रम में चार खंड हैं। **खण्ड 1** में डीएसएम मानदंड के अनुसार चिंता विकार सम्मिलित है। **खण्ड 2** मनोदशा विकारों पर केंद्रित है जैसे विभिन्न प्रकार के मनोगत, दैहिक लक्षण विकार और भोजन विकार आदि हैं। **खण्ड 3** में अ, ब. और स के तहत वर्गीकृत किए गए व्यक्तित्व विकारों की व्याख्या की गई है। इसके पश्चात् अपकामुकता विकार और द्रव्य का उपयोग डीएसएम-5 द्वारा परिभाषित विकारों के रूप में किया गया है। बच्चों और किशोरों से संबंधित विकार, आधात और तनाव में संबंधित विकार और तंत्रिका संबंधी विकार की **खण्ड 4** में चर्चा की गई है। अब हम प्रत्येक खंड में समाहित विषय-वस्तु पर ध्यान देते हैं।

खण्ड 1 आपको मनोवैज्ञानिक विकारों और चिंता विकारों से परिचित कराता है। इकाई 1 में मनोवैज्ञानिक विकारों के इतिहास, इसका वर्गीकरण मानदंड और कारणात्मक कारकों की व्याख्या करता है। मनोविकृति विज्ञान और नैतिक चिंताओं को समझने के प्रतिरूपों पर भी इकाई 1 में चर्चा की गई है।

इकाई 2 और 3, चिन्ता, भय और मनोग्रस्ति विकारों को समाविष्ट करता है। यह आतंक, भय और चिन्ता के मध्य अंतर की भी व्याख्या करता है। डी.एस.एम-5 को संबंधित विकारों के नैदानिक मानदंड, कारणात्मक कारक और उपचार पर चर्चा की गई है।

खण्ड 2 में चार इकाइयाँ हैं। इकाई 4 मनोदशा विकार पर केंद्रित है। इस इकाई में एक ध्रुवीय और द्विध्रुवीय विकारों के प्रकार पर चर्चा की गई है। उनके कारणात्मक कारक, व्यापकता और उपचार पर भी चर्चा की गई है। इकाई में आत्महत्या और आत्मघाती विचार भी सम्मिलित हैं।

इकाई 5 मनोविदलता वर्णक्रम विकारों का वर्णन करता है। इकाई सकारात्मक और नकारात्मक लक्षणों मनोविकृति विकारों के प्रकार, जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक सांस्कृतिक कारणों का विवरण प्रस्तुत करती है। इकाई में मनोविकृति के उपचार पर भी संक्षेप में चर्चा की गई है।

इकाई 6 दैहिक लक्षणों और संबंधित विकारों पर प्रकाश डालता है। नैदानिक स्वरूप, कारणात्मक कारक और रोग चित्त विकार के उपचार, तथ्यात्मक विकार और रूपांतरण विकार पर चर्चा की गई है। रूपांतरण विकार, तथ्यात्मक विकार और रोग का बहाना के बीच अंतर को भी समझाया गया है।

इकाई 7 में भोजन विकार अर्थात् बुलिमिया और नर्वोसा का परिचय दिया गया है। उनकी नैदानिक विशेषताएँ, संभावित कारण और उपचार के विकल्पों पर चर्चा की गई है।

खण्ड 3 में चार इकाइयाँ हैं। इकाई 8 आपको व्यक्तित्व विकारों के एक महत्वपूर्ण समूह से परिचित कराती है। इस इकाई में, समूह अ, मनोविदलनाभ, स्थिर व्यामोही तथा मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकारों पर उनके नैदानिक लक्षणों, कारणों और उपचार पर चर्चा की गई है।

इसी तरह, इकाई 9 में समूह ब और स व्यक्तित्व विकारों के विषय में बताया गया है। इकाई 10 यौन विकारों और यौन रोगों का परिचय देता है। सामान्य कामुकता, लैंगिकता में लिंग अंतर और यौन अनुक्रिया चक्र जैसी अवधारणाओं को समझाया गया है। डीएसएम-5 में वर्णित यौन विकारों और शिथिलताओं पर चर्चा की गई है। इसके पश्चात् हम उनके कारण और उपचार के तौर-तरीकों पर चर्चा के लिए आगे बढ़ते हैं। इस इकाई में जेंडर डिस्फोरिया और लिंग परिवर्तन इच्छा का विवरण भी प्रस्तुत किया गया है।

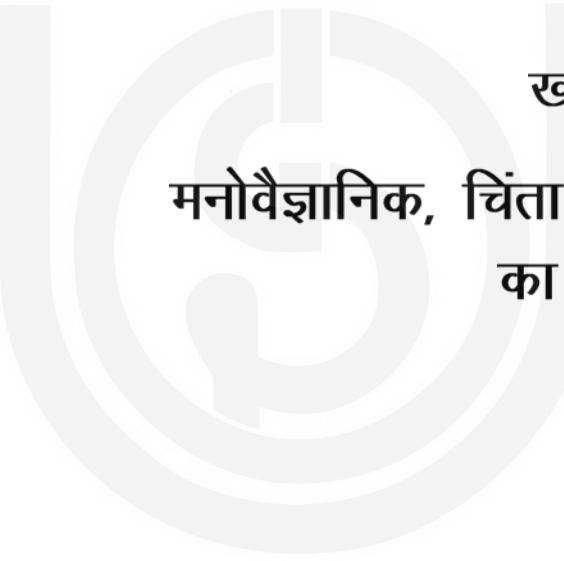
इकाई 11 मादक पदार्थ सेवन संबंधित विकारों की व्याख्या करता है। डीएसएम-4 वर्गीकरण में परिवर्तन पर भी चर्चा की गई है। इकाई मादक द्रव्य के सेवन, दुरुपयोग और निर्भरता के मध्य अंतर की व्याख्या करती है, कारण की व्याख्या और मादक द्रव्य उपयोग विकारों के भौतिक और मनोवैज्ञानिक प्रभावों पर चर्चा की गई है। जुआ विकार, डीएसएम-5 में हाल ही में जोड़ा गया है पर भी चर्चा की गई है।

खण्ड 4 में चार इकाइयाँ हैं। इकाई 12 और इकाई 13 बाल्यावस्था और किशोरावस्था के मनोवैज्ञानिक विकारों का विवरण देती है। विकासात्मक मनोविकृति विज्ञान की चर्चा इकाई 12 में की गई है। वर्जित मुख्य विकार बाल्यावस्था अवसाद, विपक्षी विद्रोही विकार, आचरण विकार और ध्यान में कमी और अतिक्रियाशीलता विकार है। इकाई 13 में तंत्रिका विकासात्मक विकार, बौद्धिक दुर्बलता, स्वलीनता वर्णक्रम विकार और सीखने संबंधी विकारों पर चर्चा की गई है।

इकाई 14 तंत्रिका, संबंधी विकारों की प्रकृति पर चर्चा करता है। प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक, संबंधी विकार, उन्माद, स्मृति संबंधी विकार की व्याख्या की गई है। इकाई 15 में तंत्रिका संज्ञानात्मक विकारों के कारणात्मक कारणों और उपचार को सम्मिलित किया गया है।

अंत में, इकाई 15 में आपको आघात और तनाव संबंधी विकारों से परिचित कराया जाएगा। इस इकाई में तनाव की अवधारणाओं, तनाव कारकों और मानसिक एवं शारीरिक स्वास्थ्य के लिए तनाव के साहचर्य की व्याख्या करेगी। समायोजन विकार, तीव्र तनाव विकार और पश्चात् अभिघाती तनाव विकार पर भी चर्चा की जाएगी। इकाई आघात संबंधी विकारों के लिए संकट हस्तक्षेप के महत्व और उद्देश्यों पर भी प्रकाश डालेगी।





खण्ड 1

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्त विकारों
का परिचय

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 1 मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं?*

संरचना

- 1.0 प्रस्तावना
- 1.1 मानसिक विकार की परिभाषा एवं मानदंड
- 1.2 मनोवैज्ञानिक विकार का इतिहास
- 1.3 मनोवैज्ञानिक प्रतिरूप
- 1.4 मनोवैज्ञानिक विकारों का वर्गीकरण
- 1.5 मनोवैज्ञानिक विकार के कारण
- 1.6 मनोवैज्ञानिक विकारों का आकलन
- 1.7 आकलन के प्रकार
- 1.8 आकलित ऑँकड़ों का समाकलन
- 1.9 आकलन में नैतिक मुद्दे
- 1.10 सारांश
- 1.11 मुख्य शब्द
- 1.12 पुनरावलोकन प्रश्न
- 1.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 1.14 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद, आप सक्षम होंगे:

- मनोवैज्ञानिक विकारों का अर्थ एवं उनकी प्रकृति जानने में;
- मनोवैज्ञानिक विकारों की नैदानिक प्रस्तुति, कारणात्मक कारक एवं उपचार जानने में;
- मनोवैज्ञानिक विकारों के वर्गीकरण को सारांशित करने में;
- असामान्य व्यवहार का अर्थ समझने में; तथा
- मनोवैज्ञानिक विकारों के आकलन में प्रयोग किये गये उपकरणों व प्रौद्योगिकियों का वर्णन करने में।

1.0 प्रस्तावना

मनोवैज्ञानिक विकार शब्द सामान्य समस्या है। इससे किसी को चौंकने की आवश्यकता नहीं है। जब हम स्वास्थ्य की बात करते हैं तो इसमें दोनों क्षेत्र आते हैं— शारीरिक एवं मानसिक। परन्तु हम प्रायः इसे शारीरिक स्वास्थ्य व शारीरिक रोग ही मान लेते हैं। मनोवैज्ञानिक विकार के कुछ खास लक्षण होते हैं। कुछ कारण होते हैं, कुछ ऐसी स्थितियाँ होती हैं जिनमें यह लक्षण पनपते हैं। साथ ही व्यक्ति की दिन-प्रतिदिन की कार्यप्रणाली के लक्षणों को प्रभावित भी करते हैं। मनोवैज्ञानिक विकार किसी भी व्यक्ति में प्रकट हो सकते हैं। आयु, लिंग, धर्म, क्षेत्र या अन्य अनेक घटकों से इनका कोई लेना-देना नहीं होता।

* डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

मनोवैज्ञानिक विकार ग्रस्त व्यक्ति का प्रभाव उन सब लोगों पर पड़ता है, जो उसके संपर्क में आते हैं। कभी-कभी किसी व्यक्ति में एक से अधिक मनोवैज्ञानिक विकार उत्पन्न हो सकते हैं (सहरुगणता)।

मनोवैज्ञानिक समस्याएँ केवल भारत के लोगों में ही नहीं बल्कि पूरे विश्व में किसी को भी हो सकती है। उनके प्रकट होने की आवृत्ति तथा व्यापक पीड़ा देने की स्थिति से यह पता लगाया जा सकता है कि रोग तथा रोगी की प्रकृति किस प्रकार की है। इस इकाई में मनोवैज्ञानिक विकार का इतिहास, उनका वर्गीकरण, उनके मानदंडों की व्याख्या की जायेगी। इसके साथ ही मनोवैज्ञानिक विकार उत्पन्न होने के कारणों और आकलन पर भी चर्चा की जायेगी।

1.1 मानसिक विकार की परिभाषा एवं मानदंड

बारलो एवं इरंड (2008) “मानसिक विकार या मनोवैज्ञानिक विकार एक प्रकार से मनोवैज्ञानिक रोग है, जो किसी व्यक्ति के कार्यों में तनाव या अस्तव्यस्तता के रूप में दिखता है। ऐसे व्यक्ति का व्यवहार सामान्य से हटकर (विशिष्ट) या सांस्कृतिक रूप में अपेक्षा से अलग होता है”। आइए इस परिभाषा में निहित तीन मानदंडों का निरीक्षण करें।

मनोवैज्ञानिक रोग का अर्थ है, व्यक्ति के संज्ञानात्मक, संवेगात्मक अथवा व्यावहारिक पक्ष का ठीक काम नहीं करना। उदाहरण के लिए, यदि आप खरीदारी के लिए बाजार में गये हैं, परन्तु आप खरीदने का आनंद लेने के स्थान पर बुरी तरह डर रहे हैं और खरीदारी बीच में ही छोड़, आपका मन वहां से भागकर घर वापस आने को हो रहा है, जबकि वहां डरने की कोई वजह नहीं है। जब-जब आप बाजार जाते हैं, तब-तब आपके साथ ऐसा ही होता है। यदि उस बाजार में कुछ दिन पहले बम विस्फोट की घटना हो चुकी है अथवा दंगे हो चुके हैं, तब डर लगना मनोवैज्ञानिक विकार के अंतर्गत नहीं आयेगा। ऐसी स्थिति में सामान्य लोग भी भय व असुरक्षा के भाव से ग्रसित हो जाते हैं।

कई बार मानसिक रूप से सामान्य तथा असामान्य लोगों के बीच अंतर स्थापित करना मुश्किल हो जाता है। इसलिए असामान्य व्यवहार के बार-बार होने तथा ठहरने के आधार पर इसका अनुमान लगाया जाता है। मानसिक रोगी को स्पष्टतः असामान्य या सामान्य की श्रेणी में नहीं रखा जा सकता। अतः मात्र व्यवहार असामान्यता का आना किसी के मानसिक रोगी होने का मानदंड नहीं कहा जा सकता।

यद्यपि कार्य-प्रणाली में, तनाव या अस्तव्यस्तता मनोरोग का लक्षण है, परन्तु यह स्थिति किसी प्रियजन की मृत्यु आदि के कारण भी उत्पन्न हो सकती है। कुछ मनोवैज्ञानिक विकार ऐसे भी होते हैं जो व्यक्तिगत तनाव में वृद्धि नहीं करते जैसे उन्माद की अवस्था। इस अवस्था में व्यक्ति खुश होता है और इसका आनंद लेता है। उसे यह अवस्था इतनी अच्छी लगने लगती है कि अब अपना उपचार नहीं कराना चाहता। जबकि स्पष्टतः यह मनोरोग की ही स्थिति है। दूसरों से मिलने-जुलने से बचना किसी व्यक्ति को शर्मिला या अंतर्मुखी की श्रेणी में रख सकता है, लेकिन ऐसा व्यक्ति तब तक मनोरोगी नहीं घोषित किया जा सकता जहां तक वह दूसरों के संपर्क से पूरी तरह न बचने लग जाय तथा मित्रता करने से कतराने न लग जाय। इससे पता लगता है कि अधिकतर मनोवैज्ञानिक विकार सामान्य संवेगों की अतीव अभिव्यक्ति, असामान्य व्यवहार की अति तथा संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं के अतिक्रमण को प्रदर्शित करते हैं।

विशिष्ट तरह का तथा सांस्कृतिक रूप से अन-अपेक्षित व्यवहार चौंकाता अवश्य है, परन्तु किसी को असामान्य घोषित करने के लिए यह पर्याप्त नहीं होता। सभी समय में असामान्यता सामने आती रही है, लोग ऐसे व्यवहार करते रहे हैं और बार-बार करते रहे हैं जो सामान्यता से हटकर थे, जितना ज्यादा किसी का व्यवहार सामान्य से हटकर होगा, उसे उसी अनुपात में मनोवैज्ञानिक विकार-ग्रस्त समझा जायेगा। यद्यपि हटकर किये जाने वाले सभी मानवीय कार्य अथवा व्यवहार मनोवैज्ञानिक विकार नहीं माने जा सकते। उदाहरण के लिए, कलाकारों के व्यवहार सामान्य लोगों के व्यवहारों से बहुत हटकर होते हैं, लेकिन उन्हें मनोवैज्ञानिक विकार-ग्रस्त न मानकर, विशेष प्रतिभा रोपण तथा असाधारण चिंतन वाला माना जाता है। ऐसे लोगों का विशेष रूप से आदर किया जाता है तथा उन्हें अच्छी तरह से भुगतान किया जाता है बल्कि वे अपने कॅरियर का भी आनंद लेते हैं। क्योंकि समाज असाधारण चिंतन वाले लोगों को विशेष स्थान देता है।

इसके अलावा कुछ अन्य मानदंड भी हैं:

जैसे **सामाजिक नियमों व मान्यताओं का उल्लंघन** भी असामान्य व्यवहार समझा जाता है। यह परिभाषा मनोवैज्ञानिक विकारों व सांस्कृतिक अंतरालों को समझने में विशेष रूप से उपयोगी है जैसे दूसरे प्रदेश में प्रवेश करना अथवा यह मानना कि एक क्षेत्र के लोग दूसरे क्षेत्र के लोगों से घुलते-मिलते नहीं हैं, पश्चिमी देशों में मनोवैज्ञानिक विकार-ग्रस्त होना माना जाता है। परन्तु विश्व के अनेक देश इसे मनोवैज्ञानिक विकार नहीं मानते, वे इससे चौंकते नहीं हैं (सेपोलस्की, 2002)। सामाजिक मान्यताओं के उल्लंघन को पूर्व सोवियत संघ के तानाशाहों ने मनोवैज्ञानिक विकार माना था और अपने राजनैतिक प्रतिद्वंद्वियों के इस आधार पर मानसिक रोगी घोषित किया था।

सांख्यिकीय विरलता को नील, डेवियेशन और क्रिंग (2004) द्वारा परिभाषित असामान्य व्यवहार के अंतर्गत रखते हैं। सामान्यता के दायरे में आने वालों की आदतें और काम करने के तरीके प्रायः एक जैसे और सामान्य होते हैं। सामान्य वक्र में अधिकांश लोग मध्य में आते हैं जहाँ तक कि किसी विशेषता का संबंध है और बहुत कम लोग शीर्ष पर आते हैं। सांख्यिकीय विरलता का उपयोग विशेष रूप से मानसिक असंतुलन का पता लगाने के लिए किया जाता है।

असामान्य व्यवहार को एक ऐसी विकृति मानता है, जो हानिकारक है वेकफील्ड (1992, 1999)। यह परिभाषा दो तथ्यों की ओर ध्यान आकर्षित कराती है – हानिकारक तथा विकृति। हानिकारकता मूल्य आधारित व्याख्या है। जबकि विकृति वस्तुनिष्ठ वैज्ञानिक घटक है। किसी व्यवहार को हानिकारक साबित करने के लिए कोई ऐसा मानदंड जरूरी है, जो सामाजिक, सांस्कृतिक मूल्यों पर आधारित है। विकृति तब उत्पन्न होती है जब आँतरिक रचनातंत्र उस कार्य को करने में असमर्थता प्रकट कर दे, जिसे करने के उद्देश्य से उसे अस्तित्व में लाया गया है।

वेकफील्ड की परिभाषा के साथ समस्या यह है कि चिकित्सीय दृष्टि से विकृति की घोषणा कर दिये जाने के बावजूद उसे अंतिम रूप से मानसिक विकार नहीं माना जा सकता है। इसकी व्याख्या इतनी सरल नहीं है, जैसे कि धमनियाँ बंद होने पर हृदय-आघात हो जाता है अथवा मानसिक विकार के मामले में मानसिक या शारीरिक रचनातंत्र जो सामान्य से हटकर व्यवहार का रहा है, इस स्थिति से पूरा अवगत ही नहीं है। मनोविदलता मस्तिष्क में 'डोपामाइन' के अत्यधिक स्राव या अंतः स्रावी ग्रंथियाँ संदेशवाहिकाओं की कमी के कारण उत्पन्न होती है। इनके बारे में अभी तक जानकारी प्राप्त करने के प्रयास किये जा रहे हैं।

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

इस प्रकार, मनोवैज्ञानिक विकार का कोई भी एक मानदंड असामान्य व्यवहार का सटीक संतोषजनक परिभाषा देने के लिए पर्याप्त नहीं है। यद्यपि संबंधित अनेक मानदंडों व लक्षणों को एक साथ रखने पर मनोवैज्ञानिक विकार को परिभाषित किया जा सकता है। आजकल इन सभी स्रोतों के इस क्षेत्र की विविध जानकारियों का ही आधुनिक चिकित्सा पद्धति में मनोवैज्ञानिक विकारों का पता लगाने के लिए किया जाता है। इनका उल्लेख डीएसएम-5 (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2013) में किया गया है। डीएसएम-5 के अनुसार मनोवैज्ञानिक विकार व्यवहार-संबंधी, संवेगात्मक अथवा संज्ञानात्मक होते हैं। ये सांस्कृतिक अपेक्षाओं पर खरे नहीं उतरते तथा कार्य-प्रणाली की अस्तव्यस्तताओं से होता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

- 1) मनोवैज्ञानिक विकार को परिभाषित कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) मनोवैज्ञानिक विकारों के अवयवों की व्याख्या कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 मनोवैज्ञानिक विकार का इतिहास

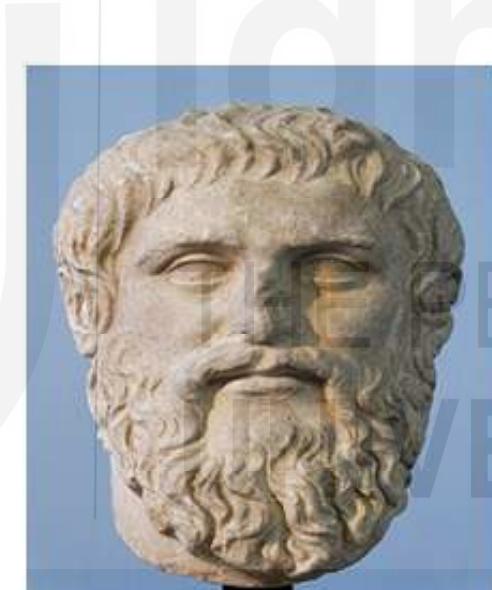
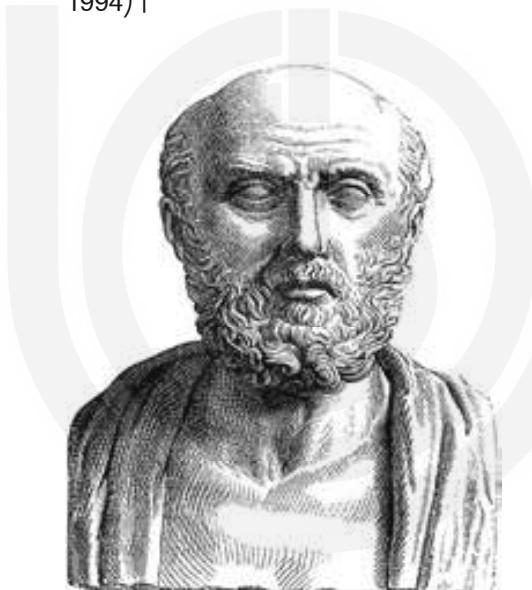
इस अनुभाग में, हम ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य में मनोवैज्ञानिक विकारों के कुछ विकारों पर प्रकाश डालते हैं।

मनोवैज्ञानिक विकारों के प्राचीन विचार

मनोवैज्ञानिक विकारों के बारे में प्राचीन काल से, जबसे मनुष्य मनोवैज्ञानिक विकार या मनुष्यों के असामान्य व्यवहार पर विचार किया गया उनमें शामिल हैं – जैसे आसुरी/विद्या, जादू, परा-ज्ञान, शरीर विज्ञान से मनोविज्ञान। असामान्य व्यवहार के कारणों को समझने और उनकी व्याख्या करने का सिलसिला इजिप्ट की पेपरी, छठी शताब्दी पूर्व (ओशाका और ओशाका, 2000) से देखने को मिलता है, जिससे यह पता लगता है कि लोग यह समझने व मानने लगे थे कि मानसिक गतिविधियों का केन्द्र मस्तिष्क होता है। जिन बीमारियों के कारणों का पता नहीं लग पाता था, उनका उपचार भय या जादू-टोने से किया जाता था। चीन, ग्रीस और इजिप्ट आदि देशों में लक्षणानुसार मनोरोग का कारण दैवीय शक्ति या आसुरी शक्तियों को माना जा सकता है। यदि व्यवहार धार्मिक दायरे में आता था,

तो माना जाता था कि उस पर देवता या ईश्वर का प्रकोप है। यदि व्यवहार उग्र, उद्दंडता पूर्ण अथवा अत्यधिक उत्तेजना भरा होता था, तो कहा जाता था कि उसे आसुरी शक्तियों ने दबोच लिया है। पीड़ित व्यक्तियों का उपचार झाड़-फूंक (किसी व्यक्ति या स्थान से बुरी आत्मा को बाहर निकालना) के जरिए किया जाता था।

बाद में एक दौर ऐसा आया जब **पेरिसिल्स (461-429 ईसा पूर्व)** नामक व्यक्ति के नेतृत्व में मनोवैज्ञानिक विकार-ग्रस्त व्यक्तियों का उपचार बाकायदा चिकित्सिकीय ढंग से किया जाने लगा। यही वह समय था, जब ग्रीस में आधुनिक चिकित्सा विज्ञान के जनक **हिप्पोक्रेट्स** का उदय हुआ। उन्होंने आसुरी विद्या को सिरे से नकारा और यह बताया कि शारीरिक रोगों की भाँति मानसिक रोगों के कारण भी प्राकृतिक प्रक्रियाएँ ही होती हैं, जैसे कि मस्तिष्क विकृति विज्ञान, मानसिक रोग को सही चिकित्सा से ठीक किया जा सकता है। उन्होंने पता लगाया था कि मानसिक गतिविधियों का संचालक मस्तिष्क होता है। उन्होंने यह भी पता लगाया कि मनोरोग के पीछे आनुवंशिकता और सिर में चोट आदि के कारण हो सकते हैं। कारणवश मस्तिष्क ठीक से काम नहीं कर पाता है उसमें संवेदी विकार उत्पन्न हो जाते हैं। मानसिक विकारों को उन्होंने तीन श्रेणियों में विभाजित किया (i) सनक (ii) मानसिक रोग (iii) मस्तिष्क ज्वर। उन्होंने प्रकृति के आधार, मनुष्यों में चार प्रकार के बताए — रक्त-प्रधान, कफ-प्रधान, कालापित प्रधान, पीला पित्त प्रधान (मेहर एवं मेहर, 1994)।



चित्र : 1.0 कोस के हिप्पोक्रेट्स (चिकित्सा के जनक)

स्रोत: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocrates>

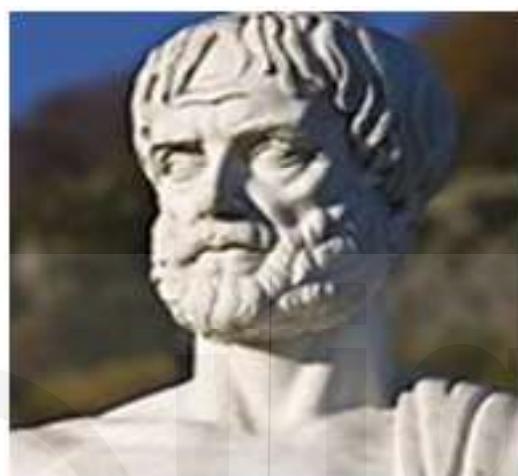
चित्र 1.1 प्लेटो

स्रोत: <https://en.wikipedia.org/wiki/Plato>

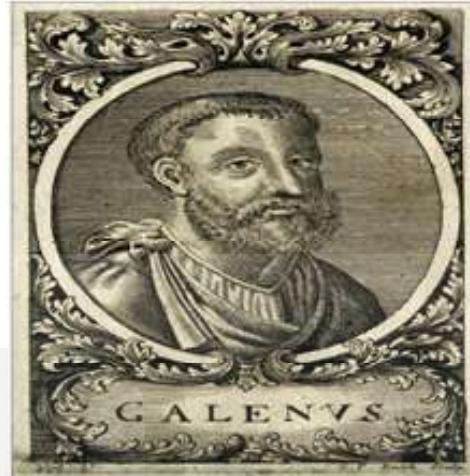
ग्रीक दार्शनिक **प्लेटो (429-347 ईसा पूर्व)** ने मानसिक रूप से विकृत लोगों का दार्शनिक दृष्टि से विश्लेषण किया और बताया कि उनका पागलपन उनके किसी कर्म का फल नहीं है। अतः उनके द्वारा उस मानसिकता में किए गए कार्यों के लिए दंडित नहीं किया जाना चाहिए। उन्होंने सुझाव दिया कि समाज अस्पताल खुलवाए तथा वहां रखकर उनका उपचार किया जाए। प्लेटो की प्रसिद्ध पुस्तक द रिपब्लिक, मानसिक तथा शारीरिक क्षमताओं को व्यक्तियों की विविधताओं के लिए जिम्मेदार ठहराती है। इस पुस्तक में यह बताया गया है कि मनुष्यों के चिंतन तथा उनके व्यवहार के पीछे उनकी शारीरिक व मानसिक क्षमताओं तथा सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों की भूमिका में व्यक्तिगत अंतर के महत्व को रेखांकित करता है।

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

यद्यपि प्लेटो आधुनिक थे फिर भी उनकी मान्यता थी कि मानसिक रोग के पीछे दैवीय शक्तियों का भी हाथ होता है। प्लेटो के शिष्य अरस्तु (384-322 ईसा पूर्व) ने मानसिक विचारों तथा चेतना की व्यापक व्याख्या की है। अरस्तु संवेगों तथा संज्ञानात्मक तथ्यों जैसे मनोवैज्ञानिक घटकों को मनोरोगों के लिए जिम्मेदार नहीं मानता है। वह हिपोक्रेट्स के जैविक विचारों को मानसिक रोगों के बाद के अनेक ग्रीक एवं रोमन चिकित्सक ने हिपोक्रेट्स के विचारों को सही माना था। गेलन (130-200 ईसा पूर्व) ने जानवरों को तंत्रिका-तंत्र प्रणाली का अध्ययन किया था। उस समय तक मनुष्यों के अंगों का अध्ययन स्वीकार्य नहीं था। उसने मनोरोग के कारणों को दो श्रेणियों में विभाजित किया था – शारीरिक व मानसिक।



चित्र 1.3 अरस्तु
स्रोत : <https://en.wikipedia.org/wiki/Plato>



चित्र 1.4 गेलन
स्रोत: Image source:<https://en.wikipedia.org/wiki/Galen>

चीन मानसिक विकारों पर चिकित्सा का ध्यान प्रदान करने के लिए सबसे शुरूआती विकसित सभ्यताओं में से एक था (सोंग, 2006)। चीनी चिकित्सा में मनोरोगों को दैवीय दृष्टि से नहीं, प्राकृतिक दृष्टि से चिकित्सा करती थीं। चीन का मानना था कि मनोवैज्ञानिक विकार 'चिम' तथा 'याँग' (अर्थात् सकारात्मक व नकारात्मक) ताकतों से उत्पन्न होते हैं। यदि इन दोनों के बीच संतुलन स्थापित कर दिया जाय, तो मानसिक रोग दूर हो जाता है (संग, 1973)।

प्राचीन भारतीय ग्रंथों में मानसिक रोगों के बारे में उल्लेख है। 'आयुर्वेद' (जीवन का विज्ञान) में उल्लेख है कि लोगों के स्वभाव तथा उनके व्यक्तित्वों की विविधता उनको सोचने और स्पष्ट करने के तरीकों, शारीरिक व मानसिक स्थितियों तथा त्रिदोषों के संतुलन / असंतुलन पर निर्भर करती है। ये त्रिदोष हैं – वात, पित्त और कफ। इनके वर्गीकरण करने पर ज्ञात होता है कि मनुष्यों के व्यक्तित्वों के सात उपर्वग होते हैं। पाँच अन्य आधार मूल तत्त्वीय उपर्वग होते हैं तथा आठ व्यक्तित्व के प्रणालीगत उपप्रकार होते हैं, ये ही सभी शारीरिक व मानसिक रोगों के आधार होते हैं (द्विवेदी, 2002)। आयुर्वेद में गंभीर तथा हल्के दोनों प्रकार के मानसिक रोगों का वर्गीकरण किया गया है। चरक संहिता तथा सुश्रुत-संहिता में भी मानसिक रोग सहित सभी प्रकार के रोगों का वर्णन है।

मध्य युग में मनोवैज्ञानिक विकार

मध्य युग के दौरान (500 से 1500 ईसवी) जब यूरोप अंधेरा में डूब गया तथा ग्रीक दार्शनिकों द्वारा विकसित किये गये विज्ञान के पीछे धक्केल दिया गया, पश्चिम एशिया के मुस्लिम देशों एशिया ने ग्रीक औषधियों का संरक्षण किया तथा शोध और ज्ञान को आगे बढ़ाया। अनुसंधान कार्यों को आगे बढ़ाया। पर्शिया में एविसेना (980-1037 ईसवी) 'द

केनन ऑफ मैडिसिन' नामक पुस्तक लिखी जिसे विश्व भर में चिकित्सा जगत में उद्धृत किया जाता है। चिकित्सा जगत में जिन्हें अभूतपूर्व कार्यों व उपलब्धियों के कारण 'एविसेना' को 'प्रिंस ऑफ फिजीशियन्स' का खिताब दिया गया। 792 ईसवी में बगदाद में पहला मनोरोग चिकित्सालय खोला गया। इसके ठीक विपरीत यूरोप में विज्ञान के विकास की उपेक्षा हुई तथा मानसिक रोगियों के उपचार के लिए उपयुक्त चिकित्सा प्रविधियाँ नहीं अपनाई गई। मनोवैज्ञानिक विकार-ग्रस्त लोगों के असामान्य व्यवहार की अतिमानवीय व्याख्या की गई। कभी उन्हें शैतान के साथे से ग्रस्त बताया जाता था, कभी काला जादू ग्रस्त। उनके साथ अमानवीय व्यवहार किया जाता था। उन्हें पीट-पीट कर मार डाला जाता था या फिर, सिर काट दिया जाता था या जिंदा जला दिया जाता था। 1486 ईसवी में पोप इन्नोसेंट ने एक पुस्तक प्रकाशित की थी, जिसमें चुड़ैल के प्रकोप का वर्णन किया गया था। इस पुस्तक का नाम 'मेल्यूस मेलफिकरम' था। इस पुस्तक में यह बताया गया है कि चुड़ैलों पर किस प्रकार काबू करें और उन्हें कैसे दंड देकर उनकी पकड़ से रोगी को मुक्त कराएँ।

मध्य युग के अंत तक समाज में पुनर्जागरण का दौर आ चुका था और मानसिक रोगियों को मानवीय दृष्टि से देखा जाने लगा। स्विट्जरलैंड तथा जर्मनी के चिकित्सक पारासेलरा (1490-1541 ई.) तथा जोहान वेयर (1515-1588 ई.) ने उन अंधविश्वासों का खुला विरोध किया जो मनोवैज्ञानिक विकार को लेकर समाज में व्याप्त थे। 1583 में वेयर ने एक पुस्तक लिखी जिसका नाम था – 'द डिसीट्स ऑफ द डेमन्स'। इस पुस्तक में 'मैलियस मेलफिकरम' के विवरणों का एक-एक कर खंडन किया गया था तथा मानसिक रोगियों की चिकित्सा विधियों में चिकित्सा का प्रावधान प्रस्तुत किया गया था। जोहान वेयर को आधुनिक 'मनोविकृति विज्ञान' का जनक माना जाता है, क्योंकि वे मनोवैज्ञानिक विकार मामलों के विशेषज्ञ थे। गिरजाघरों ने उनका विरोध किया तथा उनके कार्यों को 20वीं शताब्दी तक स्वीकृति नहीं मिल पाई थी। जब गिरजाघरों के पादरी भी मानसिक रोगियों के साथ किये जाने वाले दुर्व्यवहार व क्रूरताओं पर आपत्ति जताने लगे, तब थोड़ा बदलाव आना शुरू हुआ। सेंट विंसेंट डी पॉल (1576-1660 ई) ने मानसिक रोगियों की जाँच करने तथा समुचित उपचार प्रणाली की बात समाज में उठने लगी। आधुनिक चिकित्सा केंद्रों का विकास होने लगा और जिनमें मानसिक रोगियों की विधिवत जाँच करने का सिलसिला शुरू हुआ। सोलहवीं शताब्दी में मानसिक रोगियों के लिए विशेष संस्थान स्थापित किये गये जिन्हें 'असाइलम' नाम दिया गया। परन्तु इनसे भी मनोरोगियों की चिकित्सा का उद्देश्य पूरा न हो सका। इनका स्थान बाद में 'पागलखानों' ने ले लिया। उदाहरण के लिए, सेंट मेरी बथलेहम का नाम बदलकर 'सेंट मेरी ऑफ बैडलम' कर दिया गया। असाइलम अन्य अनेक देशों, जैसे आस्ट्रिया, फ्रांस, मेकिसिको, रूस तथा अमेरिका में भी स्थापित किये गये। परन्तु ये सब दयनीय दशा में थे। मनोरोगियों की समुचित चिकित्सा के लिए 'सुधार' की आवश्यकता थी।

मनोवैज्ञानिक विकार वाले लोगों का मानवीय उपचार और मानसिक स्वच्छता आंदोलन

इसी बीच फ्रांस में फिलिप पिनैल (1745-1826 ई) ने मानसिक रोगियों की मानवीय चिकित्सा का शुभारंभ किया। लगभग उसी काल खंड में ट्यूक (1732-1822 CE) ने इंग्लैंड में मानसिक रोगियों की मानवीय चिकित्सा के लिए इंग्लैंड के योर्क में एक चिकित्सा केंद्र आरंभ किया। इसी अवधि में 1813 ई. में अमेरिका के पेंसिलवेनिया में बैंजामिन रश (1745-1813 CE) मानसिक रोगियों के नैतिक प्रबंधन की माँग तेजी से सामने आई। उसे अमेरिकन मनोचिकित्सा का जनक कहा जाता है। उसने 1812 में अमेरिका में मनोवैज्ञानिक विकार की पहली व्यवस्थित चिकित्सा पद्धति को लेखनीबद्ध किया, जिसे मेडिकल इनक्वाइरी

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

एण्ड अबसरवेशन अपॉन डिजीज़ ऑफ मांडूड (1812) कहा जाता है। उन्होंने ही पहली बार मनोचिकित्सा पर एक पाठ्यक्रम तैयार किया (जेंटाइल एवं मिलर, 2009)। 19वीं शताब्दी के आरम्भ में 'डोरोथी डिक्स (1802-1887 CE)' की अगुवाई में अमेरिका में 'मेंटल हाईजीन मूवेमेंट' चला। इस आंदोलन के फलस्वरूप मनोरोगियों के साथ मानवीय व्यवहार व चिकित्सा का सिलसिला शुरू हुआ। डोरोथी डिक्स ने उन गरीबों व उपेक्षितों के अधिकारों की लडाई लड़ी जो मानसिक अस्पतालों व जेलों में उपेक्षा का दर्द झेल रहे थे। उसके प्रयासों से देश में कानून बना, जिसके तहत मानसिक अस्पतालों को वित्तीय सहायता तथा अन्य समुचित सुविधाएँ प्रदान की गई।



चित्र 1.5 डोरोथी डिक्स (1802-1887)

स्रोत: https://en.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Dix

मनोवैज्ञानिक विकारों के बारे में समकालीन विचार

मानसिक स्वच्छता आंदोलन ने अमेरिका में जोर पकड़ा, फिर अमेरिका में तकनीकी विकास का दौर आरंभ हुआ। इसके साथ ही यूरोप में मानसिक विकारों पर समकालीन विचारों का उदय हुआ। 19वीं शताब्दी के उत्तरार्द्ध में यूरोप में मनोवैज्ञानिक विकारों, उनके कारणों तथा उपचार पर समकालीन विचार सामने आ चुके थे। ये विचार जाँच के जीवन विज्ञान, मनोवैज्ञानिक तथा प्रयोगात्मक आदि क्षेत्रों में विस्तार था। जीव वैज्ञानिक क्षेत्र ने मस्तिष्क विकृति विज्ञान तथा मनोवैज्ञानिक विकारों के बीच करणीय संबंध स्थापित कर दिया था। उदाहरण के लिए, एमिल क्रेपेलिन (1856-1926 ई.) ने मस्तिष्क विकृति विज्ञान तथा मनोवैज्ञानिक विकारों को केन्द्र में रखकर जीव वैज्ञानिक धारणा तैयार की। उसने वर्गीकरण प्रणाली को विकसित किया जो आधुनिक वर्गीकरण प्रणाली डाइग्नॉस्टिक एण्ड स्टेटिकल मेनश्युल (डी.एस. ईम.) का आधार बनी।



चित्र 1.6 एमिल क्रेपेलिन (1856-1926)

स्रोत: https://en.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin

सिगमंड फ्रॉयल (1856-1939 CE) ने मनोविज्ञान के सिद्धांत का विकास करते हुए मनोवैज्ञानिक विकारों के लिए उत्तरदायी कारणों का पता लगाया। इससे मनोवैज्ञानिक विकारों तथा आंतरिक मनोवैज्ञानिक शक्तियों जैसे मानसिक ऊर्जा, अज्ञात प्रयोजन तथा मनोलैंगिक विकास अवस्थाओं के बीच तर्कसम्मत संबंध स्थापित किया जा सका। मनोविज्ञान की पहली प्रयोगशाला जर्मनी के लीपाजिंग नामक स्थान में 1879, विलहम बुण्ट ने स्थापित की थी, जिन्होंने यह सिद्ध किया था कि मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं का अध्ययन प्रयोग द्वारा किया जा सकता है। शीघ्र ही केटेल (1860-1944 CE) ने बुण्ट का अनुधारण करना आरंभ कर दिया था। उन्होंने बुण्ट के सिद्धांत से पता लगाया कि लोगों की मानसिक प्रक्रियाओं की प्रकृतियाँ अलग-अलग होती हैं। प्रयोगात्मक मनोविज्ञान की परम्परा में अनेक दूसरे कार्य किये गये जिससे मनोविज्ञान के सिद्धांत को एक नई दिशा प्राप्त हुई। **इवान पावलोव (1849-1936 सीई)** ने अपने कुत्तों पर किये गये प्रयोगों के आधार पर क्लासिकी अनुबंध के सिद्धांत की स्थापना की। **जॉन बी. वाटसन (1878-1958 सीई)** ने अपने प्रयोगों से यह सिद्ध किया कि व्यवहार चाहे अनुकूल हो या प्रतिकूल, उसे समझा जा सकता है। इस प्रकार प्रतिकूल व्यवहार के अभ्यास से मनोरोगी को मुक्त करके मनोवैज्ञानिक विकार का उपचार किया जा सकता है।

इस प्रकार मनोविज्ञान के इतिहास (रोगी के जीवन के बारे में) को समझ लेने से इस प्रकार मनोरोगी के जीवन के बारे में जानकारी विकित्सक को चिकित्सा के लिए सही प्रयास व उपाय चुनने में सहायता कर सकती है विचारक व शोधकर्ता मानसिक विज्ञान के उत्पन्न होने के कारणों को समझ सकते हैं और समुचित वैज्ञानिक विधियों से रोगी को मनोवैज्ञानिक विकार से मुक्त कर सकते हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- मध्य युग में विकारों के लक्षण कैसे थे?

- मनोवैज्ञानिक विकारों के बारे में समकालीन विचारों की व्याख्या कीजिए।

1.3 मनोवैज्ञानिक प्रतिरूप

मानसिक स्वास्थ्य विकार और समस्याओं की व्याख्या करने के लिए विभिन्न दृष्टिकोण हैं। रोगी की जैविक संरचना के साथ-साथ मनोवैज्ञानिक घटक, जैसे बचपन के अनुभव,

जानकारियाँ, सोचने का तरीका, सूचनाओं के प्रभाव तथा अन्य ऐसे घटक जो मनोरोगी के उत्पन्न होने और उन्हें बनाये रखने में भूमिका निभाते हैं। इस प्रकार इस खंड में प्रमुख मनोवैज्ञानिक प्रतिरूप जैसे मनोवेगीय प्रतिरूप, व्यवहार सम्बन्धी प्रतिरूप, अनुभूति सम्बन्धी प्रतिरूप, मानवतावादी अस्तित्व सम्बन्धी प्रतिरूप तथा सामाजिक-सांस्कृतिक प्रतिरूप पर विचार किया जायेगा।

- 1) **मनोवेगीय प्रतिरूप :** मनोवेगीय पद्धति की स्थापना आस्ट्रियाई स्नायुविशेषज्ञ सिगमंड फ्रायड ने की थी। अपने मनोविश्लेषण के सिद्धांत, जिसका उपयोग उन्होंने सामान्य तथा असामान्य व्यवहार की व्याख्या करने, तथा समझाने के लिए किया था। बचपन में जो क्रियाकलाप मनुष्य संपन्न करता है, वह प्रायः अपनी पहचान संतुष्ट करने के लिए करता है। व्यक्ति का मनोवैज्ञानिक तंत्र, चिंता के साथ किस प्रकार की प्रतिक्रिया व्यक्त करता है, तथा स्मृतियाँ किस प्रकार मनोजगत पर हावी हो जाती हैं परिणामस्वरूप द्वंद्व तथा तनाव की स्थिति उत्पन्न करती हैं, यह सब व्यक्ति के सामान्य तथा असामान्य क्रिया-कलापों की व्याख्या करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। मनोवैज्ञानिक रूप से मनुष्य तब स्वस्थ रहता है जब इदम् अहं तथा पराहम् के बीच संतुलन होता है। यदि इनके बीच द्वंद्व आ जाता है तो मनोविकृति की स्थिति उत्पन्न हो जाती है। सुरक्षात्मक प्रणाली द्वारा अंतर्विरोधों को कम किया जा सकता है।
- 2) **व्यवहार सम्बन्धी प्रतिरूप :** यह प्रतिरूप मनोवैज्ञानिक विचारधारा के व्यवहारवाद संप्रदाय पर आधारित है। यह प्रतिरूप बताता है कि मनोविकृति वातावरण के अनुभवों की प्रतिक्रिया का परिणाम है। दोषपूर्ण अधिगम वर्गीय अनुकूलन या क्रिया प्रसूत अनुकूलन का परिणाम होती है।
- 3) **संज्ञानात्मक प्रतिरूप :** इस पद्धति को सबसे पहले **अलबर्ट एलिस (1962)** तथा **एरन बैक (1967)** ने लागू किया था। इस प्रतिरूप के अनुसार मनोविकृति तर्कहीन विश्वासों में उलझने, विकृत तरीकों से सोचने तथा भेद-भावपूर्ण ढंग से सूचनाओं के अर्थ निकालने से होती है।
- 4) **मानवतावादी अस्तित्ववादी प्रतिरूप :** यह पद्धति व्यवहार सम्बन्धी तथा संवेगात्मक समस्याओं की अंतर्संरचना का अध्ययन करने में सक्षम है। कभी-कभी ऐसी स्थिति होती है कि लोग मनोवैज्ञानिक द्वंद्व में फँस जाते हैं, और इसके बावजूद वे अपनी अंतःचेतना को जागरूक रखने, मूल्यों की समझ रखने, जीवन के महत्व को समझते रहने तथा चयन-स्वतंत्रता को बनाये रखने में सफल रहते हैं।
- 5) **सामाजिक-सांस्कृतिक प्रतिरूप :** सामाजिक एवं सांस्कृतिक घटक मनोविकृतियों के उत्पन्न होने और उनके जड़े जमाने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं। व्यक्ति की संस्कृति तथा सामूहिक मूल्य प्रणाली महत्वपूर्ण भूमिकाएँ निभाते हैं। दैनिक जीवन में तनाव मानसिक विकारों के लिए सुभेद्धा में वृद्धि हो सकती है। हालांकि अध्ययन यह भी बताते हैं कि नस्लीय या जातीय पहचान तनाव से घिरे व्यक्ति के लिए कवच का काम करती है और उसके मानसिक स्वास्थ्य की रक्षा करती है (मोसाकोरस्की, 2003)।

1.4 मनोवैज्ञानिक विकारों का वर्गीकरण

अपने दैनिक जीवन में हम विभिन्न प्रकार की जानकारियाँ प्राप्त करते हैं जिनमें वस्तुओं, तत्त्वों, धारणाओं, जीवित प्राणियों के बारे में जानकारियाँ सम्मिलित हैं। इतनी बड़ी व विविध जानकारियों को संभालने हेतु हम उन्हें निष्कर्षों के आधार पर श्रेणियों में विभाजित कर लेते हैं, जैसी सभी चार पैरों वाले प्राणियों को पशु कहा जाता है। वस्तुओं व

प्राणियों आदि के संपर्क में आने वाली चीजों का वर्गीकरण तुलनात्मक रूप से समझाने में हमारी सहायता करता है। विज्ञान, साहित्य आदि ज्ञान के विविध क्षेत्रों को क्रमबद्ध समझने में यह वर्गीकरण विशेष रूप से सहयोगी सिद्ध हुआ है। ज्ञान के अन्य क्षेत्रों की तरह, असामान्य मनोविज्ञान भी विभिन्न विकारों, उनके कारणों और उपचारों की जानकारी से निपटने के लिए यह वर्गीकरण उपयोगी है।

कार्सन, बुचर व मिनेका (2007), ने असामान्य मनोविज्ञान को वर्गीकृत किया है, जिससे प्रतिकूल व्यवहार के विविध रूपों को समझा जा सके। एक विशेष प्रकार के मनोवैज्ञानिक विकार (जैसे भय, अवसाद आदि) को एक श्रेणी में रखा जाता है। इससे इनके लक्षणों के आधार पर इनकी पहचान करने और निदान करने में आसानी रहती है। सभी श्रेणियों के मनोवैज्ञानिक विकारों के अलग-अलग लक्षण होते हैं जिनके आधार पर उन्हें चिह्नित किया जा सकता है।

असामान्य मनोविज्ञान में वर्गीकरण की आवश्यकता (कार्सन, बचर व मिनेका - 2007)

- यह विभिन्न प्रकार के कुसामायोजित व्यवहार की श्रेणियों के बीच अंतर करता है।
- वर्गीकरण द्वारा व्यवहार की प्रकृति, कारण तथा उपचार का मार्ग क्रमबद्ध होता है।
- वर्गीकरण व्यवहार (सामान्य व असामान्य) के बीच सार्थक सम्पर्क साधने में सहायता करता है।
- यह महामारी विज्ञान के ऑकड़े तैयार करने हेतु आधार प्रदान करता है, जैसे अनेक प्रकार के मनोरोगों का घटित होना और फिर उनका फैलते जाना।
- औपचारिक निदान के लिए वर्गीकरण आधार प्रदान करता है जिसकी सामाजिक व वैधानिक प्रणाली, जैसे बीमा दावा तथा कानूनी कार्यवाही आदि।
- नये प्रकार के मनोरोगों को चिह्नित करने में भी वर्गीकरण सहयोगी होता है, जिसके लिए कई उपचार तकनीकों की आवश्यकता होती है।

वर्गीकरण के दृष्टिकोण

1. प्राचीन श्रेणीबद्धता 2. आयामीय श्रेणीबद्धता 3. आदर्श अथवा मौलिक श्रेणीबद्धता।

- 1) **प्राचीन श्रेणीबद्धता दृष्टिकोण :** यह पद्धति एमिल क्रेपलिन (1856-1926 ई.) तथा जैविक परम्परा से मनोविज्ञान का अध्ययन करती है। बुचर, मिनैका, हुली, तथा द्विवेदी (2016) के अनुसार वर्गीय श्रेणीबद्धता की विशेषताएँ इस प्रकार हैं :
 - क) सभी प्रकार के मानव व्यवहारों को सामान्यतः दो श्रेणियों में विभाजित किया जाता है – स्वस्थ व मनोरोगी।
 - ख) मनोवैज्ञानिक विकारों को विचारशील तथा स्पष्ट श्रेणियों में विभाजित किया जाता है।
 - ग) प्रत्येक मनोरोग के कारणीय कारकों का केवल एक समुच्चय मौजूद रहता है।
 - घ) प्रत्येक मनोरोग के लिए पारिभाषिक मानदंड का केवल एक समुच्चय मौजूद रहता है, जो औपचारिक निदान में सहयोगी होता है।

समीक्षा : मनोवैज्ञानिक रोग जटिल होते हैं। मनोरोग उत्पन्न करने वाले कारकों को चिह्नित करने में कठिनाई आती है क्योंकि मनोवैज्ञानिक व सामाजिक कारक जैविक कारकों के साथ मिलकर विकार उत्पन्न करते हैं। इस प्रकार मनोचिकित्सा के क्षेत्र में

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

- वर्गीय श्रेणीबद्धता पूर्णतः स्वीकारीय नहीं हो पाती है (फ्रांसेज एवं विडीगर, 1986)।
- 2) **आयामी श्रेणी दृष्टिकोण :** प्राचीन श्रेणी दृष्टिकोण के ठीक विपरीत हैं आयामी दृष्टिकोण है, जिसके अनुसार:
- क) किसी व्यक्ति का व्यवहार विभिन्न आयामों में विभिन्न स्तरों पर परिभाषित किया जाता है, जैसे संवेगात्मक स्थिरता, मनोदशा, उखड़ापन आदि। इस प्रकार किसी व्यक्ति के व्यवहार का शून्य से दस तक (0 से 10) के पैमाने पर परिभाषित किया जा सकता है। चिंता को हल्की चिंता कहा जायेगा (2), हल्का अवसाद तथा हल्की-सी उखड़न कहा जायेगा।
 - ख) प्रत्येक व्यक्ति के व्यवहार को एक जैसे आयामों में नापा जा सकता है।
 - ग) व्यवहार में आने वाला परिवर्तन विभिन्न आयामों की रेटिंग पर आधारित होता है। यह हल्का भी हो सकता है और अधिक भी।
- समीक्षा :** विचारक इस बार में किसी आम सहमति पर नहीं पहुंच पाये हैं कि मानव व्यवहार के ऑकलन के लिए कितने आयामों को चुना जाये। कुछ केवल एक आयाम की बात करते हैं और कुछ 33 आयामों की (मिलोन, 1991)।
- 3) **प्रोटोटाइप दृष्टिकोण :** यह दृष्टिकोण प्राचीन व आयामी दोनों दृष्टिकोणों को साथ लेकर चलता है। यह बहु पद्धति एक अवधारणात्मक पद्धति है, जो जमीनी निरीक्षण के स्तर पर एक दोनों दृष्टिकोणों के समायोजन के आधार पर कार्य करती हैं (बुचर, मिनेका, हूली एवं द्विवेदी, 2016)। इस दृष्टिकोण के अनुसार वर्गीकरण करने के लिए कुछ विशेषताओं की आवश्यकता होती है, यद्यपि कुछ अतिरिक्त विशेषताएँ भी होती हैं जो श्रेणीबद्ध करने की प्रक्रिया को प्रभावित नहीं करतीं।

समीक्षा : मनोवैज्ञानिक विकारों की श्रेणियाँ स्पष्ट रूप से परिभाषित नहीं की गई हैं। मनोवैज्ञानिक विकारों के लक्षणों को लेकर भी स्पष्टता नहीं है। यद्यपि यह दृष्टिकोण अधिक लोकप्रिय हुई है क्योंकि इसे उपयोग करना आसान रहा है तथा मनोवैज्ञानिक विकारों के विभिन्न प्रकार के लक्षणों की ओर इशारा करती है, जिनमें से कुछ लक्षण रोग की पहचान करने में निश्चित रूप से सहयोगी हैं।

वर्गीकरण की वर्तमान प्रणाली तक हम कैसे पहुँचे?

1882, ब्रिटेन: रॉयल मेडिको साइकॉलॉजिकल एसोसिएशन की स्टेटिस्टिकल कमेटी ने एक वर्गीकरण प्रणाली को विकसित किया। उसमें अनेक बार संशोधन किये, फिर भी कमेटी के सदस्यों ने इसे मान्यता नहीं प्रदान की।

1886, अमेरिका: एसोसिएशन ऑफ मेडिकल सुप्रिंटेंडेंट्स ऑफ अमेरिकज इंसेन (अमेरिकन साइकोएट्रिक एसोसिएशन की पूर्ववर्ती संस्था) ने ब्रिटिश प्रणाली में संशोधन किये।

1889, पेरिस: कांग्रेस ऑफ मेंटल साइंस ने केवल एक वर्गीकरण को स्वीकृति प्रदान की थी, परन्तु इसका व्यापक रूप से उपयोग नहीं किया गया।

1913, अमेरिका: अमेरिकन सोसाइटी एंट्रिट्री के एसोसिएशन ने एक नये वर्गीकरण को स्वीकृति प्रदान की तथा क्रोटिलन के कुछ विचारों को शामिल किया परन्तु इसमें स्थिरता का अभाव था।

आईसीडी (विश्व स्वास्थ्य संगठन) तथा डीएसएम प्रणाली का विकास (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन)

1939, 'विश्व स्वास्थ्य संगठन': 'विश्व स्वास्थ्य संगठन' ने मृत्यु के अंतर्राष्ट्रीय कारणों में मानसिक विकारों (आई.सी.डी.) को जोड़ा।

1948, 'विश्व स्वास्थ्य संगठन': रोगों, घावों तथा मृत्यु के कारणों के अंतराष्ट्रीय सांख्यिकीय वर्गीकरण में असामान्य व्यवहार का वर्गीकरण को शामिल किया था। इसका छठा संस्करण प्रकाशित, आई.सी.डी.-6।

1952, ए.पी.ए. : डाइगनॉस्टिक एण्ड स्टेटिस्टिकल मेनयुल (DSM), शीर्षक से प्रकाशित हुआ।

1968, एपीए: डीएसएम-II, विश्वसनीयता बहुत कम थी।

1969, 'विश्व स्वास्थ्य संगठन': एक नई वर्गीकरण प्रणाली।

1980, एपीए: डीएसएम-III,

1987, एपीए: डीएसएम-III, आर (आर संशोधन के लिए प्रयुक्त किया गया है)

1990, 'विश्व स्वास्थ्य संगठन': आईसीडी-10 का समर्थन किया गया।

1994, एपीए: डीएसएम-IV

2000, एपीए: डीएसएम-IV टी आर (टी. आर: टैक्स्ट संशोधन के लिए प्रयुक्त किया गया है।)

2013, एपीए: डीएसएम-V

2018, 'विश्व स्वास्थ्य संगठन': आई.सी.डी.-11 का संस्करण लोकार्पण किया गया था।

वर्गीकरण की सामान्य समीक्षा

- 1) **वर्गीकरण से सूचना की हानि होती है :** यदि किसी मनोवैज्ञानिक विकार-युक्त व्यक्ति को अवसाद-ग्रस्त अथवा चिंतित की श्रेणी में रखना हो तो इस वर्गीकरण से व्यक्ति के बारे में समुचित जानकारी नहीं मिल पाती है। यह पता लगाना भी कठिन हो जाता है कि जो जानकारी नहीं मिल पा रही है, वह कितनी उपयुक्त है (क्रिंग, एवं अन्य, 2012)।
- 2) **लेबल :** एक बार मनोवैज्ञानिक विकार के लेबल की पहचान हो जाय तो व्यक्ति उसी तरह के नकारात्मक विचार अपने बारे में उत्पन्न करने लगता है जिस प्रकार का मनोवैज्ञानिक विकार उसके अंदर चिह्नित किया गया है। इससे व्यक्ति पर मनोवैज्ञानिक विकारी होने का ठप्पा लग जाता है क्योंकि समाज मनोरोगी के बारे में नकारात्मक दारणा रखता है (वहल, एवं हरमन, 1989)।

क्रिंग, एवं अन्य (2012) डीएसएम द्वारा निदान की कुछ विशिष्ट आलोचनाओं की ओर ध्यान आकर्षित करते हैं, वे इस प्रकार हैं :

असतत् तत्व बनाम सातत्य (श्रेणीबद्ध बनाम आयामी वर्गीकरण) तथा सातत्य पर लगातार बहस होती रही है फिर भी कोई ठोस निष्कर्ष नहीं निकला है। श्रेणीबद्ध पद्धति की ओर आलोचना के बावजूद डीएसएम श्रेणीबद्ध पद्धति का ही प्रतिनिधित्व करता है, जो वर्गीकरण

के लिए हाँ या ना का दृष्टिकोण है।

विश्वसनीयता : वर्गीकरण तंत्र तथा परीक्षण से जो वैज्ञानिक अवलोकन सामने आते हैं, उन्हें ही प्रयोग में लाया जाता है। डीएसएम-I तथा डीएसएम-II की विश्वसनीयता स्वीकार नहीं की गई। यद्यपि बाद में इनकी विश्वसनीयता में सुधार जरूर हुआ, लेकिन फिर भी प्रश्न चिह्न अब तक लगा हुआ है।

वैधता : जिस सीमा तक वर्गीकरण प्रणाली परिणाम देती आई है, उसी के आधार पर डीएसएम मनोवैज्ञानिक विकारों को चिह्नित करने में अपनी भूमिका अदा करता है, क्योंकि यह स्वीकृतता की श्रेणी में नहीं आता है। इसकी वैधता उसी सीमा तक तय मानी जाती है जिस सीमा तक यह निष्कर्ष पर पहुंचती है। इस प्रकार डीएसएम तथ्यात्मक आधार पर काम नहीं करता है, संभावित निष्कर्षों के आधार पर कार्य करती है।

फिर भी इसमें दो राय नहीं है कि डीएसएम जैसा वर्गीकरण विभिन्न प्रकार के मनोवैज्ञानिक विकारों को समझने, उनके विभिन्न प्रकारों को जानने तथा उनके कारणों का पता लगाकर रोगी को रोग से मुक्ति दिलाने की योजना तैयार करने में हमारी सहायता करता है। 1980 में बारलो तथा डूरंड (2005) के अनुसार डीएसएम-III को रोग वर्गीकरण विज्ञान के इतिहास में मानक माना जाता था, क्योंकि यह अपने से पहले वाले अन्य दृष्टिकोणों से पूरी तरह अलग था और अधिक कारगार साबित हो रहा था। इसके आधार पर मनोचिकित्सा के क्षेत्र में तीन महत्वपूर्ण संशोधन किये गये –

- सबसे प्रथम, निदान के लिए असैद्धांतिक दृष्टिकोण का प्रयास किया गया था, कारणात्मक कारकों के सिद्धांतों के बजाय विकार के सटीक विवरण का उपयोग किया।
- द्वितीय, यह कि मनोवैज्ञानिक विकारों के विशिष्ट एवं विस्तृत मापदंड की समझ उत्पन्न हुई, जिसने मनोवैज्ञानिक विकार की विश्वसनीयता और वैधता के अध्ययन में सहायता की।
- तृतीय, बहुक्रिया प्रणाली लागू की गई जिससे चिकित्सकों को पाँच विभिन्न आयामों की सहायता से अपने रोगियों के बारे में विस्तृत जानकारी प्राप्त करने के अवसर मिले। बहुक्रिया प्रणाली का विस्तृत विवरण नीचे दिया गया है:

आयाम I : विकार, जैसे कि मनोविदलता अथवा भावदशा विकार

आयाम II : व्यक्तित्व के अधिक स्थायी विकार

आयाम III : शारीरिक विकार तथा उनकी स्थितियाँ

आयाम IV : रोगी द्वारा बताए गये मनोसामाजिक तनाव की मात्रा और आयामी प्रकार से चिकित्सक द्वारा मूल्यांकन किया गया

आयाम V : अनुकूली काम-काज का वर्तमान में स्तर

डीएसएम-III का संशोधित रूप डीएसएम-III आर, पहली बार उसकी विश्वसनीयता तथा वैधता में किए गये अनेक संशोधनों सहित 1987 में प्रकाशित किया गया था।

डीएसएम-III तथा डीएसएम-III आर से जुड़ी समस्याएँ

- कुछ निदानों की विश्वसनीयता बहुत कम पाई गई।
- कुछ मापदंड समझ व अनुभव के आधार पर तय किये जाने के स्थान पर सनक में तय किये गए। उदाहरण के लिए, डर या आतंक का एक मापदंड चार सप्ताह में चार

बार फैले आतंक को बनाया गया। यह विधि शोध जनित न होकर अनुमान आधारित मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं?

- कुछ कमियों के बावजूद डीएसएम-III और डीएसएम-III आर का अपना महत्वपूर्ण स्थान बन गया था। आईसीडी प्रणाली की तुलना में चिकित्सक इसका ज्यादा उपयोग करने लगे और यह लोकप्रिय होता चला गया।

आईसीडी-10 वर्ष 1993 में प्रकाशित किया गया था। डीएसएम तथा आईसीडी-10 के बीच अनुकूलता में वृद्धि करने के लिए डीएसएम तथा आईसीडी-10 पर काम करना भी शुरू कर दिया गया था।

डीएसएम-IV (1994) और डीएसएम-IV टी आर (2000)

बारलो और डूरंड (2005) के अनुसार:

- निदान-प्रणाली में परिवर्तन करने के लिए वैज्ञानिक आंकड़ों का प्रयोग किया गया।
- बड़े समुच्चय पर आंकड़ों का पुनर्विश्लेषण किया गया, जिससे डीएसएम-IV की उपयोगिता में वृद्धि की जा सके।
- परिभाषाओं या मापदंडों की विश्वसनीयता व वैधानिकता जाँचने के लिए स्वतंत्र रूप से क्षेत्र-परीक्षण किये गये कुछ मामलों में नये निदानों की संभावनाएँ भी उत्पन्न की गई (विडियर एवं अन्य, 1998)।
- जैविक और मनोवैज्ञानिक आधारों से उत्पन्न हुए मनोवैज्ञानिक विकारों को अलग रखकर देखने की धारणा समाप्त की गई।
- 'बहुध्रुवीय प्रणाली' को पाँच अक्षों में कुछ संशोधन करते हुए बरकरार रखा गया। इन परिवर्तनों का विवरण इस प्रकार है:

आयाम-I : व्यापक विकासोत्तमक विकार, अधिगम विकार, शारीरिक क्षमता संबंधी विकार तथा संपर्क सम्बंधी विकार। पहले आयाम-II पर कोड किए गए थे अब आयाम-I पर कोड किए गए हैं।

आयाम-II : व्यक्तित्व संबंधी विकार तथा मानसिक मंदता।

आयाम-III : सामान्य चिकित्सीय स्थितियाँ।

आयाम-IV : मनोसामाजिक एवं पर्यावर्णीय समस्याएँ (मनोसामाजिक तनाव के स्थान पर डीएसएम-III व III आर)।

आयाम-V : जीएफ का उपयोग करके कामकाज का वर्तमान स्तर; जीवन क्षेत्रों में कामकाज का वैश्विक आकलन (रेटिंग मापनी 0-100) (सामाजिक और व्यवसायिक संबंध और अवकाश के समय का उपयोग)

बहुध्रुवीय प्रणाली का महत्व

- प्रायः लोग आयाम-I में आने वाले विकारों का पता लगाने व चिकित्सा के लिए चिकित्सक से संपर्क करते हैं।
- आयाम-II में आने वाले विकार आयाम-I में आने वाली विकारों से पहले भी मौजूद हो सकते हैं।
- यदि आयाम-II श्रेणी के विकारों के साथ-साथ आयाम-I श्रेणी के विकार भी मौजूद होते हैं तो चिकित्सा में कठिनाई उत्पन्न हो जाती है।

- आयाम-III, IV तथा V लक्षणों के साथ-साथ उन कारकों को भी दर्शाते हैं जो रोग के पीछे मौजूद रहते हैं। इससे रोगी की स्थिति न उसके जीवन को समझने में सहायता मिलती है।
- आयाम-III इंगित करता है कि चिकित्सा स्थिति को वर्तमान विकार के लिए प्रासंगिक माना जाता है।
- आयाम-IV मूल कारण तथा सहयोगी कारण की ओर इशारा करता है।
- आयाम-II वैशिक मूल्यांकन के आधार पर रोगी को किस तरह की व कितनी चिकित्सा की आवश्यकता है, इस ओर इशारा करती है।

डीएसएम-IV तथा डीएसएम-IV टी आर के अन्य सकारात्मक बिन्दु

- a) **निदान की श्रेणी के विस्तृत विवरण :** प्रत्येक विकार के लिए आवश्यक विशेषताओं, संबद्ध विशेषताओं का विवरण है (प्रयोगशाला निष्कर्ष और शारीरिक परीक्षण) आरंभिक आयु के विषय में शोध साहित्य, क्रम प्रबलता), लिंगानुपात, पारिवारिक पृष्ठभूमि और विशेषक निदान।
- b) **सामाजिक व सांस्कृतिक धारणाएँ :** 'सांस्कृतिक सूत्रीकरण निर्देश' एक योजना जिसके तहत महत्वपूर्ण सामाजिक व सांस्कृतिक प्रभावों को संघनित करके मनोरोग का निदान किया जाता है। रोगी के आधारभूत सामाजिक एवं सांस्कृतिक समूहों का पता लगाया जाता है (जैसे चीन या स्पेन निवासी)। यह पता लगाना कि यदि कोई नये देश में स्थानान्तरण हुआ है, तो क्या उसने नये देश की भाषा ठीक से सीख ली है? क्या रोगी अब भी अपने रोग के बारे में बताते समय पहले वाले देश की भाषा और अन्यान्य विवरणों का उपयोग करता है? रोगी के रोग की जाँच करने और उसकी चिकित्सा की योजना तैयार करते समय उक्त सभी पहलुओं का ध्यान रखा जाना चाहिए। यद्यपि अभी तक कोई ऐसा शोध नहीं हुआ है, जो इस बात का समर्थन करता है कि मनोरोग के निदान में 'सांस्कृतिक सूत्रीकरण निर्देश' की उपयोगिता है (अलारकोन एवं अन्य, 2002)।

कुल मिलाकर, डीएसएम की मापदंड की स्पष्टता में बढ़ोतरी के कारण डीएसएम की विश्वसनीयता में वृद्धि हुई है। मनोरोग के लिए रोगियाँ को साक्षात्कार से प्राप्त सूचनाएँ बहुत उपयोगी सिद्ध हुई हैं।

डेविसन, नील और क्रिंग (2004) के अनुसार डीएसएम-IV और डीएसएम-IV टी आर के विषय में निम्नलिखित समस्याएँ सामने आई हैं :

- असतत् तत्व बनाम सातत्य निरंतरता की समस्या का समाधान नहीं निकल पाया।
- निदान के लिए जो नियम बनाये गये उनमें भी मनमानी की जाती रही जैसे सात में से तीन या चार लक्षण पाये जाने पर भी चिड़चिड़ेपन के कारण रोगी को उन्माद ग्रस्त घोषित कर दिया गया, पर प्रश्न यह उठता है कि सात में से 3 या 4 ही क्यों? 2 या 5 क्यों नहीं?
- आयाम-I तथा आयाम-II की विश्वसनीयता दैनिक स्तर पर अधिक नहीं रही क्योंकि चिकित्सक शोधकर्ताओं की तरह मापदंडों पर निर्भर नहीं करते।
- बढ़ी हुई विश्वसनीयता से वैधानिकता में वृद्धि अवश्य हुई परन्तु फिर भी गारंटी नहीं दी जा सकती। कई बार ऐसा होता है कि निदान की पूरी प्रक्रिया रोगी को लाभ नहीं पहुँचा पाती।

- व्यक्तिपरक कारक रोगी की स्थिति को समझने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं परन्तु सांस्कृतिक कारकों के बीच में आ जाने से स्थिति की स्पष्टता गड़बड़ा जाती है।
- सभी डीएसएम वर्गीकरण परिवर्तन सकारात्मक परिणाम नहीं देते। अधिगम या अंकगणित करने अथवा पढ़ने में जब रोगी को कठिनाई होने लगती है तब यह माना जाता है कि वह मनोरोग के अंतर्गत समझ ली जाती हैं। बच्चे की उलझनों का सही कारण क्या है, बिना अच्छी तरह यह पता लगाए कि उस पर मनोरोगी होने का लेबल चिपका दिया जाता है।

मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं?

डीएसएम में लगातार संशोधन करके डीएसएम-5 तैयार किया गया

अनेक प्रकार के वाद-विवादों तथा विरोधों से गुजरने के बाद डीएसएम-5 को 2013 में अंततः स्वीकृति मिली और उसे प्रकाशित किया गया।

- डीएसएम-5 में बहुअक्षीय तंत्र को छोड़ दिया गया है।
- इसका उपयोग गहन मनोरोग के निदान के लिए विशेष रूप से किया जाता है। जैसे लम्बे समय से आ रहे अवसाद विकार की जाँच व चिकित्सा। यह निदान डीएसएम-IV द्वारा पुराने अवसाद तथा डिस्थीमिया मनोरोग को एक साथ रखते हुए किया जाता है। यह तरीका रोग को विस्तार से समझाने वाला भी है और उसे दूसरों से अलग करके उसे सही रूप में चिह्नित करने वाला भी, क्योंकि इसमें हाल में पता लगे विकारों तथा पहले से मौजूद विकारों दोनों को साथ लेकर चला जाता है।
- पहले से मौजूद मनोरोग की उपश्रेणियों में विभाजित किया जाता है। पुरुष तथा स्त्री रोगियों में रोग के स्तरों तथा लक्षणों में अंतर पाया जाता है, इसलिए लैंगिक आधार पर उनका अलग-अलग निदान तलाशा जाता है। उदाहरण के लिए, समाज विरोधी विकार के लक्षण प्रायः पुरुषों में अधिक पाये जाते हैं तथा पतले होने की सनक स्त्रियों में अधिक पाई जाता है। रोगग्रस्त स्त्री व पुरुषों के व्यवहार में भी पर्याप्त अंतर होता है (बुचर एवं अन्य, 2016)।
- सांस्कृतिक पृष्ठभूमि में बदलाव भी मनोरोग के कारण बन जाते हैं, अतः आजकल मनोचिकित्सा को निदान तलाशते समय इस बात को संज्ञान में लेना पड़ता है कि उसके रोग के पीछे सांस्कृतिक परिवेश में आया परिवर्तन तो नहीं है। अप्रवासियों के निदान परीक्षण में अधिक कठिनाई आती है। इसका कारण प्रायः मनोवैज्ञानिक नहीं होता, अपितु उनका अलग भाषा-भाषी होना तथा भाषा समझ में न आने से उत्पन्न होने वाले अति सूक्ष्म अंतर होते हैं। ऊपर से अस्पष्टता की स्थिति में उत्पन्न होने वाला तनाव तथा व्यग्रता व अन्य मनोरोग और अधिक गंभीर रूप ले लेते हैं और उन्हें उकसाने में सामाजिक-सांस्कृतिक घटकों की बड़ी भूमिका होती है (ओकाजाकी और ओकजाकी स्य, 2009)। अतः यह बहुत महत्वपूर्ण है कि चिकित्सक रोगी का निदान परीक्षण करते समय रोगी की सांस्कृतिक पृष्ठभूमि, दृष्टिकोण तथा सामाजिक मूल्यों के बारे में विस्तार से जानकारी प्राप्त करें।
- डीएसएम-5 में 16 तथ्यीय सांस्कृतिक निर्माण साक्षात्कार शामिल हैं। इस साक्षात्कार में रोगी की पृष्ठभूमि तथा रोग की स्थिति को समझने के लिए रोगी से जो प्रश्न पूछे जाते हैं, उनमें ये प्रश्न शामिल हैं – रोगी की समस्या के बारे में रोगी का नज़रिया क्या है और वह क्या अनुभव करता है। रोगी की सांस्कृतिक पृष्ठभूमि उन्हें नई जगह

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

में नये लोगों के साथ तालमेल बिठाने में किस प्रकार अपनी भूमिका निभाती है। साथ ही अपनी मनोवैज्ञानिक समस्या का उपचार कराते समय रोगी को कैसा लग रहा है।

डीएसएम-5 में अनेक संशोधन किये जा चुके हैं, फिर भी इस पर कोई 'लेबल' नहीं लगाया जा सका है। इस प्रकार यदि किसी मनोरोगी के बारे में यह घोषित कर दिया जाता है कि वह मनोविदलता से पीड़ित है, जिसके परिणामस्वरूप चिकित्सक को रोगी के निजी जीवन के बारे में क्रमबद्ध जानकारी नहीं मिल पायेगी, न ही यह पता लग पायेगा कि रोगी की क्षमताएँ और कमजोरियाँ क्या-क्या हैं।

एक बड़ा नुकसान इससे यह हो जाता है कि जिस रोग का रोगी पर लेबिल लगा दिया जाता है, वह उसी के तरह का व्यवहार करने लगता है और उसमें उस रोग के लक्षण और अधिक स्पष्ट दिखाई देने लगते हैं। इस प्रकार रोग का नाम घोषित कर देने से रोगी पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। रोगी पर जीवनभर के लिए एक खास मनोरोग से ग्रसित होने का ठप्पा लग जाता है, और उसकी वे क्षमताएँ व विशेषताएँ दब कर रह जाती हैं, जिनके बल पर उसे रोग की पकड़ से मुक्त किया जा सकता था।

अतः बेहतर यही है कि रोगी की जाँच करते समय उसके रोग के कारणों को समझा जाय तथा रोग का निदान कैसे किया जाए, इसका पता लगाया जाए और उसे समुचित चिकित्सा प्रदान की जाए। इस प्रकार डीएसएम-5 निदान के मामले में महत्वपूर्ण भूमिका अदा नहीं करता है, परन्तु चिकित्सक इसका उपयोग रोग के कारणों को समझने के लिए सावधानी से करें और रोग को कोई नाम न दें।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) मुख्य मनोवैज्ञानिक प्रारूप क्या है, जो मानसिक विकारों को समझने का प्रयास करते हैं?

.....
.....
.....
.....

- 2) हमें मनोवैज्ञानिक विकारों को वर्गीकृत करने की आवश्यकता क्यों है?

.....
.....
.....
.....

- 3) असमान्य व्यवहार को वर्गीकृत करने के तरीके क्या हैं?

.....
.....
.....
.....

4) वर्गीकरण की बहुअक्षीय प्रणाली के महत्व को बताइए।

1.5 मनोवैज्ञानिक विकार के कारण

इस अनुभाग में हम मनोवैज्ञानिक विकारों के मुख्य कारणों पर चर्चा करेंगे।

असामान्य व्यवहार का कारण क्या है?

असामान्यता के क्षेत्र में मनोविज्ञान का कोई दखल नहीं है। इसीलिए अनेक जाँचकर्ता असाधारण व्यवहार के कारणों पर बात नहीं करते। हाँ इतना जरूर कहते हैं कि असामान्यता के साथ जीना जोखिम भरा है (बुचर, हूली, मिनेका तथा द्विवेदी, 2017)। कुछ भी कहिए, पर असाधारण व्यवहार के कारणों को समझना अंततः जरूरी है। निम्नलिखित आधारों पर असाधारण व्यवहार व मनोरोगों के कारणों का विश्लेषण किया जा सकता है:

- आवश्यक, पर्याप्त तथा सहयोगी कारणों में भेद करके।
- असामान्य व्यवहार के बारे में जानकारी और पुनरावृत्ति की समस्या।
- असामान्य व्यवहार के बारे में रोगोंनु ख - अवसाद की धारणा।

उपर्युक्त तथ्यों की व्याख्या नीचे दी गई है –

आवश्यक, पर्याप्त और सहायक कारण :

आवश्यक कारण : विकार उत्पन्न होने की अनिवार्य शर्त। केवल इस शर्त का होना भी विकार उत्पन्न होने के लिए पर्याप्त नहीं माना जाता है क्योंकि अनेक ऐसे मानसिक विकार देखने में आए हैं जिनके पीछे यह अनिवार्य शर्त मौजूद नहीं थी। अतः इसके अन्य कारणों का पता लगाने के प्रयास किये गये हैं।

पर्याप्त कारण : एक ऐसी शर्त जो विकार होने के लिए पर्याप्त मानी जाती है। आवश्यक नहीं है कि पर्याप्त कारण ही मनोरोग का अनिवार्य कारण है, जैसे निराशा अवसाद उत्पन्न करने के लिए काफी है, परन्तु फिर भी यह अनिवार्य कारण नहीं है। इसके अलावा भी अन्य अनेक कारणों से अवसाद की निष्पत्ति हो सकती है

(एब्रांसन, अलीय और मैटालस्की, 1995)।

सहायक कारण : वह स्थिति जो विकार उत्पन्न होने की संभावना बढ़ाती है, परन्तु यह रोग उत्पन्न होने के लिए न तो अनिवार्य होती है, न ही पर्याप्त। उदाहरण के लिए, तलाक की स्थिति अवसाद लाने में सहयोगी की भूमिका निभाती है। समय-सीमा जिसके तहत विभिन्न कारण संचालित होते हैं ये भी महत्वपूर्ण सहायक कारण हैं (बुचर एवं अन्य, 2017)।

दूर स्थित कारणात्मक कारक: ऐसे कारक जो बचपन में उत्पन्न होते हैं, परन्तु बहुत दिनों तक अपना प्रभाव प्रकट नहीं होने देते और अंदर ही अंदर विकार उत्पन्न करने के लिए भूमि तैयार करते रहते हैं। जैसे माता-पिता की उस समय मृत्यु हो जाना जब बच्चा बहुत छोटा हो, बड़े होने पर व्यक्ति के जीवन में अवसाद उत्पन्न कर सकता है।

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

समीपस्थ कारणात्मक-कारक : वह कारणात्मक-कारक जो विकार के लक्षण उत्पन्न होने से ठीक पहले घटित होते हैं। समीपस्थ कारण-कारक कहलाता है। कोई ऐसी स्थिति जिसे किसी व्यक्ति के लिए सहन करना संभव न हो, उसके लिए विकार का कारण बन सकती है। कभी-कभी यह बहुत सामान्य-सी स्थिति भी हो सकती है और दूर स्थित कारण से संबंधित भी हो सकती है। एक कहावत है, कभी-कभी ऊँट की कमर तोड़ने के लिए तिनका ही काफी होता है। उदाहरण के लिए, कुछ दिन पहले विवाह बंधन में बंधे पति-पत्नी के बीच विवाह को लेकर असंतुष्टि की स्थिति बनी हुई हो और उनके बीच एक तीखी कहा-सुनी हो जाए।

पुनर्बलन कारण: ऐसी स्थिति जो पहले से ही होने वाले कुसमायोजित व्यवहार को बनाये रखती है। जैसे माता-पिता द्वारा लाड़-प्यार की परवरिश की आदत बच्चे को बीमार कर सकती है।

अनेक मनोविकृतियाँ ऐसी होती हैं, जिनके विषय में हम यह साफ-साफ नहीं जान पाते हैं कि वे अनिवार्य कारणों से उत्पन्न हुई हैं या पर्याप्त कारणों से। परन्तु अनेक मानसिक विकारों के पीछे, मौजूद सहायक कारण प्रायः पकड़ में आ जाते हैं।

इसके अलावा एक सच्चाई यह भी है कि जीवन की एक अवस्था में जो कारण समीपस्थ हो सकता है वहीं बाद की अवस्था में दूरस्थ कारण हो सकता है। बचपन में माता-पिता का खो जाना किसी बच्चे को मनोरोगी बनाने के लिए समीपस्थ कारण की भूमिका निभा सकता है और बाद की अवस्था में वही कारण दूरस्थ कारक बनकर उसे दुश्मिता विकार की अवस्था में पहुँचा सकता है।

असामान्य व्यवहार में प्रतिक्रिया और चक्रिलता पुरावृत्ति की समस्या

असामान्य व्यवहार किसी खास तरह के कारण और उसके प्रभाव के सिद्धांत का पालन नहीं करता है। इसीलिए कभी-कभी कारण और उसके प्रभाव के बीच संबंध बैठाते हुए मनोरोग की तह तक पहुँचना कठिन हो जाता है जैसे अत्यधिक नशा करने का परिणाम होता है कि जीवनसाथी द्वारा बहिष्कार किया जाना, और साथी द्वारा बहिष्कार किये जाने पर व्यक्ति नशे की लत का शिकार हो जाता है।

रोगोन्मुख तनाव प्रारूप

एक मनोवैज्ञानिक सिद्धांत हैं, जो व्यवहार की व्याख्या जैविक व आनुवंशिक कारक (प्रकृति) तथा जीवन के अनुभवों पोषण के आधार पर करता है। इस प्रकार यह मॉडल यह मानकर चलता है कि किसी विकार विशेष की गिरफ्त में आना आनुवंशिक तथा पहले जीवन के अधिगम के कारण होता है। इस प्रकार इस मॉडल को मानने वाले मनोविशेषज्ञ ऐसा मानते हैं कि जीवन के पिछले अनुभवों तथा आनुवंशिक कारणों से कोई व्यक्ति विकार का शिकार होने लगता है। जैविक मनोसामाजिक तथा सामाजिक-सांस्कृतिक कारण सहयोगी की भूमिका निभाते हैं। किसी के व्यक्तिगत संसाधन बढ़ जाते हैं अथवा बढ़ी हुई आमदनी के कारण भारी कर चुकाना पड़ता है, तो व्यक्ति को तनाव रहने लगता है। इस मॉडल के अनुसार यदि ऐसी स्थिति में उस व्यक्ति को पर्यावरणीय कारणों से एक ओर तनाव घेर ले तो उसे असामान्य व्यवहार की शिकायत हो सकती है। रोगोन्मुख तनाव मॉडल को 'मील' 1962 प्रस्तावित किया था। (मेटाल्स एवं अन्य, 1982 रोस्थेल, 1963, ब्रेंकरमैन, 1999.)

यह सिद्धांत मनोविदलता जैसे गंभीर मानसिक विकारों का पता लगाने तथा उसकी स्थिति की गंभीरता की व्याख्या करता है। मनोविदलता नामक मानसिक विकार आनुवंशिक कमजोरियों के कारण उत्पन्न होता है तथा प्रतिकूल पर्यावरणीय घटनाएँ इसे उकसाने का

काम करती हैं। मूलतः इस सिद्धांत को मनोविदलता के कारणों की व्याख्या करने के लिए मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं? उपयोग किया जाता था।

दोषपूर्णता

रोगोन्मुख तनाव मॉडल में जैविक या आनुवंशिक कमी पाई जाती है या यूँ कहिए कि रोगोन्मुखता की प्रवृत्ति परिवेश तथा जीवन में घटने वाली तनावदायिनी घटनाएँ व्यक्ति के व्यवहार को अनियंत्रित कर देती हैं और वह मनोरोगी बन जाता है। किसी व्यक्ति में सहन करने की क्षमता जितनी कम होती है, उतनी शीघ्र वह विकार की गिरफ्त में आ सकता है। यदि किसी व्यक्ति में तनाव सहन करने की क्षमता बहुत कम होती है, तो उसका व्यवहार उतनी ही आसानी से अनियंत्रित हो जाता है और वह विकार की चपेट में आ जाता है। इसके विपरीत, आनुवंशिक कारण का योगदान भी रहता है। यदि आनुवंशिक रूप से व्यक्ति में रोगोन्मुखता बहुत कम हो तो, विकार तभी उत्पन्न होगा जब व्यक्ति जबरदस्त तनाव से गुजर रहा हो।

दूरस्थ कारण, अनिवार्य कारण या सहयोगी कारण – कोई भी अकेले विकार उत्पन्न नहीं कर सकता। किसी व्यक्ति में वंशानुगता रोगोन्मुखता भी अकेले विकार उत्पन्न करने में सक्षम नहीं है। रोगोन्मुखता के साथ-साथ जब तनाव भी बढ़ जाता है तब विकार उत्पन्न होता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

- 1) असामान्य व्यवहार के क्या कारण हैं?

.....
.....
.....
.....
.....

- 2) 'रोगोन्मुख तनाव प्रारूप' की व्याख्या कीजिए।

.....
.....
.....
.....
.....

1.6 मनोवैज्ञानिक विकारों का आकलन

मनोवैज्ञानिक परीक्षण को प्रचलन में लाने का काम सबसे पहले गेल्टन ने 1879 में किया था। यह समकालीन मनोविज्ञान की सबसे पुरानी और व्यापक रूप से विकसित शाखाओं में से एक है (बुचर, 2010, वीनर व ग्रीनी, 2008)। बुचर, हूली और मिनेका (2014) ने मनोवैज्ञानिक परीक्षण की परिभाषा इस प्रकार की है –

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

‘मनोवैज्ञानिक परीक्षण एक ऐसी विधि है, जिसके द्वारा चिकित्सक रोगी का मनोवैज्ञानिक परीक्षण करते हैं, निरीक्षण व पूछताछ करते हैं तथा रोगी की समस्या तथा उसके लक्षणों का अध्ययन करके निष्कर्ष सूची तैयार करते हैं। चिकित्सीय निदान एक ऐसी विधि है, जिसके माध्यम से चिकित्सक डीएसएम-5 अथवा आईसीडी-10 के निर्देशों का पालन करते हुए रोग के लक्षणों की सूची तैयार करते हैं और रोगी के उपचार की योजना बनाते हैं। आईसीडी-10 का प्रकाशन विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने किया था।

चिकित्सीय आकलन को रोगी के बारे में तथा उसकी स्थिति के बारे में तथ्यों का संकलन संगठन तथा जानकारियों की व्याख्या कहा जा सकता है (ब्रूटज़िन, 1997)। बुचर (2014) के अनुसार ‘मनोवैज्ञानिक आकलन एक ऐसी सतत् चलने वाली प्रक्रिया है, जो रोगी की चिकित्सा शुरू करने से पहले आरंभ होती है, चिकित्सा के दौरान जारी रहती है तथा चिकित्सा का परिणाम आने तक चलती रहती है। चिकित्सा से पहले परीक्षण के अनेक उपयोग हैं, जैसे विभिन्न मनोवैज्ञानिक क्रियाओं के लिए आधार तैयार करना जिससे चिकित्सा से प्राप्त परिणामों का अनुमान लगाया जा सके, अदालत में साक्ष्य के रूप में पेश करने। इसके आधार पर यह भी पता लगाया जा सकता है कि रोगी किसी कार्य विशेष को करने के लिए एक उपयुक्त व्यक्ति है या नहीं।

आकलन में मूल तत्व इस प्रकार हैं :

- 1) **निदान:** रोगी को जो समस्या होती है, उसे नीचे दिये गये कारणों से पर्याप्त रूप से वर्गीकृत किया जाना चाहिए।
 - चिकित्सीय वैधानिक मामलों में इसकी आवश्यकता पड़ सकती है।
 - रोगी के उपचार की योजना बनाने तथा उस पर काम करते समय यह जानकारी उपयोगी होती है।
 - प्रशासन को इस जानकारी की सहायता से यह समझने में आसानी होती है कि क्या सुविधाएँ दी जानी चाहिए।
 - सामाजिक पृष्ठभूमि का पता लगाने अर्थात् रोगी के अतीत के बारे में जानकारी प्राप्त करने, उसकी मानसिक स्थिति को समझने, उसके व्यक्तित्व के बारे में जानने, उसके जीवन पर पड़ने वाले परिवेश जनित दबावों को समझने तथा उसके पास उपलब्ध संसाधनों के बारे में जानने में सहायता मिलती है।
 - अंततः उस विकार को पूरी तरह समझने में सहायता मिलती है, जिसकी चिकित्सा के उद्देश्य से रोगी चिकित्सा केंद्र पर आया है।
- 2) **व्यक्तित्व-घटक:** रोगी को लम्बे समय से चली आ रही व्यक्तित्व संबंधी विशेषताएँ।
- 3) **सामाजिक संदर्भ:** वातावरण से जुड़ी आवश्यकताएँ, सामाजिक सहयोग तथा व्यक्ति को सामाजिक तनाव देने वाले लोग।

उपर्युक्त सूचनाओं का संग्रह चिकित्सक को तेजी से एक ऐसी गत्यात्मक कार्यशैली की ओर ले जाता है, जो रोगी की वर्तमान स्थिति को स्पष्ट व्याख्या करता तथा यह समझने में सहायता करता है कि ऐसा क्या है, जो व्यक्ति को असामान्य व्यवहार करने पर विवश कर रहा है (बुचर एवं अन्य, 2014)।

कारसन, मिनेका, बुचर तथा हूली (2013) ने निम्न कारकों की सूची बनाई है, जो परीक्षण पद्धति को प्रभावित करती है:

- चिकित्सकों का व्यावसायिक रुझान जैसे यदि कोई मनोरोग विशेषज्ञ रोगी की मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं? चिकित्सा करता है तो वह जैविक परीक्षण विधियों पर अपनी चिकित्सा को केंद्रित करेगा।
- चिकित्सक व रोगी के बीच विश्वास व आत्मीयता का संबंध।

परीक्षण की विश्वसनीयता व वैधानिकता

विश्वसनीयता का अर्थ है, प्राप्त की गई जानकारियों के बीच तालमेल। विश्वसनीयता के प्रकार:

परीक्षण-दर परीक्षण: रोगी को बार-बार जाँच तथा उसका बार-बार निरीक्षण किये जाने से परीक्षण की विश्वसनीयता दोगुनी हो जाती है।

समानांतर या वैकल्पिक रूप: परीक्षण के दोनों प्रकारों पर किस सीमा तक प्राप्तांक संगत है।

अंतः सहमति: वह सीमा जिस तक दो स्वतंत्र निरीक्षकों अथवा निर्णायकों की सहमति हो,
अंतः सहमति कहलाती है।

आँतरिक सततता: वह सीमा जिस तक एक परीक्षण के परिणाम परस्पर संबंधित होते हैं।

परीक्षणों की वैधता इस बात पर आधारित होती है कि उनके परिणाम वांछित उद्देश्य को पूरा करते हैं या नहीं करते। वैधता निम्न प्रकार की होती है:

विषय-वस्तु वैधता: जब परिणाम रूचि से पर्याप्त रूप से मेल खाते हैं तब अंतर्वस्तु वैधता होती है।

कसौटी की वैधता: जब एक परिणाम किसी अन्य परिणाम से आपेक्षिक रूप से संबंधित होता है, तब उसकी वैधता कसौटी की वैधता कहलाती है। इसका अनुमान एक परिणाम की दूसरे परिणाम के बारे में पूर्वानुमान की क्षमता या योग्यता का मूल्यांकन करके लगाया जा सकता है। उदाहरण के लिए, बुद्धि परीक्षण द्वारा विद्यार्थी के परीक्षा के परिणाम का अनुमान लगाया जा सकता है।

समवर्ती वैधता: ऐसे दो परीक्षणों के बीच संबंध जो एक ही समय पर किये जा रहे हो, जैसे अवसाद-ग्रस्त व्यक्ति और स्वस्थ व्यक्ति के अंदर चल रहे अनियंत्रित विचारों का यदि आकलन किया जाय तो आप पायेंगे कि अवसाद-ग्रस्त व्यक्ति में ऐसे विचार स्वस्थ व्यक्ति की तुलना में बहुत ज्यादा होंगे।

निर्मित वैधता: यदि एक परीक्षण विशेषता या निर्मित की एक माप है (क्रोचबेय और मीहल, 1955)। एक निर्मित एक अनुमानित विशेषता है जैसे कि उत्सुकता या विकृत अनुभूति।

1.7 आकलन के प्रकार

मनोचिकित्सक रोगी के बारे में आँकड़े इकट्ठे करते हैं तथा रोगी से पूछताछ के दौरान प्राप्त सूचनाओं के आधार पर यह पता लगाते हैं कि उसे रोग क्यों है। निदान की प्रक्रिया पूरी करने के बाद रोगी के उपचार की योजना तैयार की जाती है तथा इस चिकित्सा से कितना और कैसा लाभ होगा, इसका पूर्वानुमान लगाया जाता है। परिणाम की भविष्यवाणी की इस पूरी प्रक्रिया को मूल्यांकन अथवा आकलन कहा जाता है। मनोवैज्ञानिक विकारों की चिकित्सा के लिए जो आकलन की प्रक्रिया अपनाई जाती है, वह निम्न प्रकार की होती है:

- क) जैविक आकलन
- ख) मनोवैज्ञानिक आकलन
- साक्षात्कार
 - चिकित्सीय साक्षात्कार
 - मनोवैज्ञानिक परीक्षण
 - व्यवहार का अवलोकन
- ग) व्यवहार और संज्ञानात्मक आकलन
- क) **जैविक आकलन -** इस आकलन के अंतर्गत अनेक परीक्षण किये जाते हैं:-
- 1) **मस्तिष्क का प्रतिबिंब चित्र:** मस्तिष्क की संरचना तथा उसकी कार्य-प्रणाली को परखते हुए यह पता लगाने का प्रयास करना कि रोगी का व्यवहार असमान्य क्यों हुआ है। मस्तिष्क की स्थिति तथा उसकी कार्य-प्रणाली के बारे समुचित जानकारी हासिल करने के लिए कुछ तकनीक अपनाई जाती है:
- अ) **कम्प्युट्रीकृत अक्षीय टोमोग्राफी स्केन**
- इससे मस्तिष्क की संरचना संबंधी विकृति का पता लगाया जाता है, रोगी के मस्तिष्क में एक्स-रे की गतिमान किरण डाली जाती है और उसे 360 डिग्री घुमाते हुए मस्तिष्क के चित्र लिए जाते हैं। एक्स-रे निरीक्षक उस रेडियो धर्मिता की मात्रा को मापता है, जो आर-पार होकर ऊतकों की सघनता में आये सूक्ष्म अंतरों का पता लगाती है। एक कम्प्यूटर प्राप्त सूचना का उपयोग करते हुए अनुप्रस्थ काट की द्विआयामी विस्तृत आकृति तैयार करता है फिर रोगी के सिर की मुद्रा बदल दी जाती है और मशीन मस्तिष्क के अनुप्रस्थ काट की दूसरी तस्वीर की संरचना से जुड़ी विकृतियों, खून के थककों तथा द्रूमर आदि का पता लगाया जा सकता है।
- ब) **चुम्बकीय अनुनाद इमेजिंग**
- सी.टी. स्केन की तुलना में एमआरआई ज्यादा उपयोगी होता है, इससे मस्तिष्क की बहुत अच्छी तस्वीरें आती हैं और सी.टी. स्केन की तरह इसमें विकिरण की आवश्यकता नहीं पड़ती। एमआरआई करने के लिए व्यक्ति को विशाल गोलाकार चुम्बकीय ढांचे में प्रविष्ट कराया जाता है, जो गति देने के लिए शरीर में हाइड्रोजन परमाणु उत्पन्न करता है। चुम्बकीय बल बंद कर दिये जाने पर परमाणु अपने मौलिक रूप में वापस आ जाते हैं और विद्युत चुम्बकीय संकेत देते हैं। इस संकेतों पर कम्प्यूटर पर अध्ययन किया जाता है तथा इन्हें मस्तिष्क के ऊतकों में अनुवादित/परिवर्तित कर दिया जाता है। इस तकनीक के माध्यम से मस्तिष्क के कोमल अंगों की शल्य-चिकित्सा की जा सकती है, जो कि स्पष्ट चित्रों के बिना संभव नहीं थी।
- स) **फंक्शनल एमआरआई**
- इसके द्वारा कार्यरत मस्तिष्क के चित्र लिए जाते हैं। मनोविदलता के रोगियों में सामान्य लोगों की तुलना में मस्तिष्क के अग्रभाग की कोशिकाएँ कम सक्रिय पाई जाती हैं। मस्तिष्क का यह भाग संज्ञानात्मक कार्य करता है (यूरेलन-टॉड एवं अन्य, 1996)।

यह बहुत महंगी और अत्यधिक गतिशील प्रक्रिया है, जिसके द्वारा मस्तिष्क की संरचना तथा उसकी सक्रियता को समझा जा सकता है। अल्प-जीवी रेडियोधर्मी समस्थानिक युक्त एक पदार्थ को रक्त में प्रविष्ट कराया जाता है। पदार्थों के रेडियोधर्मी अणु 'पॉजिट्रॉन' नामक कणों का उत्सर्जन करते हैं। पॉजिट्रॉन इलैक्ट्रॉन से टकराता है और तीव्र ऊर्जा युक्त प्रकाश किरणें खोपड़ी में विपरीत दिशाओं में उत्सर्जित होती हैं तथा स्केनर उसे पकड़ लेता है। ऐसे लाखों उत्सर्जनों का कम्प्यूटर विश्लेषण करता है और उन्हें कार्यरत मस्तिष्क की तस्वीरों में बदल देता है। ये तस्वीरें रंगीन होती हैं, हल्के तथा चमकीले रंगों के अस्पष्ट धब्बे उन क्षेत्रों को दर्शाते हैं जहाँ चयापचय की दर उच्च होती है। क्रियाशील मस्तिष्क की दृश्य आकृतियों को देखकर चिकित्सक पता लगा लेते हैं कि वे मिर्गी, ब्रेन केंसर, या स्ट्रोक के प्रतीक हैं तथा मस्तिष्क में मनः प्रभावी औषधियों की उपस्थिति दर्शाते हैं।

2) स्नायु रसायनिक आकलन

पैट स्केनिंग के द्वारा ट्रांसमीटर के अभिग्राहक का आकलन किया जाता है। पोस्टमार्टम अध्ययन में मस्तिष्क अलग कर दिया जाता है और न्यूरोट्रांसमीटर तथा मस्तिष्क के अभिग्राहक का सीधे-सीधे अध्ययन किया जाता है। एंजाइम द्वारा खंडित किये गये ट्रांसमीटर के चयापचयों का विश्लेषण करके अभिग्राहक का अध्ययन किया जाता है। चयापचय एक प्रकार का अम्ल होता है, जो तब उत्पन्न होता है, जब ट्रांसमीटर को निष्क्रिय किया जाता है। उदाहरण के लिए, होमोवेनिलिक अम्ल डोपामाइन का चयापचय है, 5 हाइड्रोक्सीइंडोलेसेटिक अम्ल सेरोटोनिन का चयापचय, मूत्र, रक्त तथा मस्तिष्क के मेरु द्रव में देखा जा सकता है। उच्च स्तरीय चयापचय ऊँचे स्तर के ट्रांसमीटर का संकेत देता है।

3) स्नायु मनोवैज्ञानिक आकलन

सबसे पहले हमें यह समझाना होगा कि स्नायु रोग विशेषज्ञ और स्नायु मनोविज्ञानी में क्या अंतर होता है। स्नायु विशेषज्ञ एक चिकित्सक होता है, जो स्नायु प्रणाली अथवा तंत्रिकातंत्र को औषधियों द्वारा रोगमुक्त करते हैं तथा प्रमस्तिष्क पक्षाधात जैसे रोग को दवाइयों से ठीक कर सकता है।

स्नायु मनोविज्ञानी एक मनोवैज्ञानिक होता है, जो इस बात का पता लगाता है कि मस्तिष्क की विकृति का मनुष्य के विचारों, भाव-जगत तथा व्यवहार पर क्या प्रभाव पड़ता है। स्नायु मनोवैज्ञानिक परीक्षण करता है। इन परीक्षणों से रोगी के व्यवहार में आई विकृतियों का आकलन किया जाता है।

नीचे दिए परीक्षण, मस्तिष्कमापी तकनीकों की सहायता से संपन्न किये जाते हैं।

ये परीक्षण इस आधार पर किये जाते हैं कि विभिन्न मनोवैज्ञानिक क्रियाएँ (जैसे, संचालक पेशी, गति, स्मृति, भाषा आदि) मस्तिष्क के निर्धारित क्षेत्रों में स्थित होते हैं। जैसे हेल्सटीड-रिटेन न्यूरोसाइकोलॉजिकल बैट्री (हेल्सटीड द्वारा विकसित तथा रिटेन द्वारा संशोधित, (रिटेन और डेविसन, 1974) तथा लूरिया नेबरस्का स्नायु मनोवैज्ञानिक बैट्री (गोल्डन हेम्सके, और प्यूरिश, 1980)।

हेल्सटीड-रिटेन बैट्री में निम्नलिखित परीक्षण शामिल हैं :

- 1) स्पर्श प्रदर्शन परीक्षण-समय: इसके लिए आकृति परीक्षण किया जाता है। सबसे पहले व्यक्ति अपनी आँखों पर पट्टी बाँधकर उस हाथ का परीक्षण करता है जिसे वह अक्सर काम में लाता है। इसके बाद दूसरे हाथ का परीक्षण करता है। फिर दोनों हाथों का साथ-साथ परीक्षण किया जाता है। दाहिनी भित्तीयपालि पर होने वाली क्षति का पता इस परीक्षण से लगाया जा सकता है।
- 2) स्पर्श सम्बंधी परीक्षण-स्मृति: समय आधारित परीक्षण की प्रक्रिया पूरी होने के बाद रोगी से कहा जाता है कि वह अपनी स्मृति के आधार पर आकृति-फलक तैयार करे और उसमें दाहिनी ओर मौजूद अवरोधों को दर्शाएँ।
- 3) भाषा-ध्वनि अनुभूति परीक्षण: इस परीक्षण के लिए, रोगी को कुछ अट्पटे शब्द सुनाये जाते हैं। हर शब्द में दो व्यंजन होते हैं तथा इन दोनों व्यंजनों के बीच एक 'ई' स्वर होता है। फिर रोगी से कहा जाता है कि वह अभी सुने गये वैकल्पिक शब्दों में से कोई एक शब्द चुने। इस परीक्षण द्वारा मस्तिष्क के बाएँ गोलार्द्ध की कार्यप्रणाली को समझा जा सकता है, खासकर कनपटी व पाश्व क्षेत्र में।

इससे निदान सम्बंधी निर्णय लेने में सहायता मिलती है। इससे यह पता लगाया जा सकता है कि रोगी में पागलपन के जो लक्षण दिखाई दे रहे हैं, वे अवसाद के कारण हैं या अपक्षयी मस्तिष्क रोग के कारण (रीड एवं रीड, 1997)।

लूरिया-नेबस्का न्यूरोलॉगिक बैट्री को रूसी मनोवैज्ञानिक अलैक्जेंडर लूरिया ने तैयार किया था (1902-1977)। इसमें 269 एकांश हैं, जो 11 खंडों में विभाजित हैं:

- 1) आधारभूत एवं जटिल कार्यप्रणाली कौशल; लय और स्वरमान की क्षमताएँ, स्पर्श गति, संवेदी कौशल, मौखिक एवं स्थानिक कौशल, बोली ग्रहण क्षमता, लिखने-पढ़ने की तथा गणना करने की क्षमता, स्मृति, बौद्धिक प्रविधियाँ आदि।
- 2) उपर्युक्त परीक्षणों से जो परिणाम प्राप्त होते हैं, वे समस्त क्षति को स्पष्ट रूप से दर्शा देते हैं। इससे मस्तिष्क के सामने वाले भाग में हुई क्षति, कनपटीय क्षेत्र, ज्ञानेंद्रिय सम्बंधी क्षेत्र में हुई क्षति, अथवा दाएँ व बाएँ गोलार्द्ध के पाश्व क्षेत्र में हुई क्षति का पता लग जाता है।
- 3) इस परीक्षण की पूरी प्रक्रिया के संचालन में लगभग 2.5 घंटे का समय लगता है। मुख्य बात यह है कि इस विधि से मस्तिष्क को हुई इस तरह की क्षति का पता लगाया जा सकता है, जिसका पता स्नायुतंत्र के परीक्षण अथवा बिंब तकनीक से भी नहीं लगाया जा सकता है।
- 4) इस परीक्षण की सफलता के लिए व्यक्ति को सुशिक्षित अथवा प्रशिक्षित होना भी जरूरी नहीं है; साधारण पढ़ा-लिखा व्यक्ति भी इस परीक्षण में अच्छे अंक प्राप्त कर सकता है (ब्रिकमेन एवं अन्य, 1984)। इसका एक प्रारूप 8 से 12 वर्ष के बच्चे की मस्तिष्कीय क्षति तथा बच्चों की पढ़ने-लिखने की क्षमता व दुर्बलताओं का पता लगाने में सक्षम है (गोल्डन, 1981; स्वीट एवं अन्य, 1986)

4) मनोशरीर क्रियात्मक आकलन

मनोशरीर क्रियात्मक विज्ञान शरीर में आने वाले उन परिवर्तनों का अध्ययन करता है जिनका संबंध व्यक्ति के मनोवैज्ञानिक घटनाओं में आये परिवर्तनों से होता है (ग्रिंज व डासन, 1978)। शरीर में आने वाले ये परिवर्तन हैं – हृदय की धड़कनों, मांसपेशियों

के तनाव, शरीर के विभिन्न भागों में रक्त-प्रवाह मस्तिष्क की तरंगों आदि में परिवर्तन। मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं? एएनएस संवेगात्मक प्रकृति को समझने के लिए स्वायत्त तंत्रिका प्रणाली गतिविधियों का आकलन विद्युतीय व रासायनिक परीक्षणों द्वारा किया जाता है।

- दिल की धड़कनों का परीक्षण इलैक्ट्रोकार्डियोग्राम द्वारा किया जाता है।
- त्वचा संवाहकता, चिंता, भय, क्रोध आदि मनुष्य के संवेगात्मक पक्ष से जुड़े स्नायुतंत्र को अत्यधिक सक्रिय कर देते हैं इससे श्वेत, ग्रंथियों में तेजी से स्राव होने लगता है और त्वचा की विद्युतीय संवाहकता में वृद्धि हो जाती है।
- मस्तिष्क गतिविधि को इलैक्ट्रोएसीफालोग्राम द्वारा मापा जाता है। मिर्गी, मस्तिष्क के घाव इससे मस्तिष्क की विकृत गतिविधि आदि का पता लगाया जा सकता है।
- रक्त चाप नापने के लिए संवहनीय रक्त चाप मापी उपकरणों का प्रयोग ज्यादा चलन में आ गया है (क्योंकि लोगों की व्यवस्तता बढ़ गई है)।

जैविक आकलन का आलोचनात्मक मूल्यांकन

- 1) अनेक आकलन तकनीकें संवेगात्मक अवस्थाओं को स्पष्टतः अलग-अलग नहीं दर्शा पातीं। जैसे त्वचा संवाहकता न केवल चिंता को बढ़ाती है, अपितु प्रसन्नता में भी वृद्धि करती है।
- 2) अक्सर आकलन और मनोविकृति के बीच सीधा-सीधा संबंध नहीं पाया जाता, कुछ चीजों का सही-सही पता नहीं लग पाता जैसे मस्तिष्क को हुई क्षति की अवधि का (रोग कितना पुराना और बिगड़ा हुआ है आदि) जो तरीके अथवा उपाय अपनाये हैं, उसे रोग से बाहर निकालने के लिए दिये गये परीक्षणों आदि को ध्यान में रखा जाना चाहिए।
- 3) एक बहुत महत्वपूर्ण बात यह है कि मस्तिष्क की क्षति पर रोगी ने जिस सूझबूझ और योग्यता का परिचय दिया है, उसे भी ध्यान में रखा जाना चाहिए तथा क्षति से पहले रोगी की गतिविधियों के विस्तृत ब्यौरे पर भी विचार किया जाना चाहिए।

ख मनोवैज्ञानिक आकलन

मनोरोग के बारे में सही जानकारी प्राप्त करने के लिए रोगी का साक्षात्कार, उसका मनोवैज्ञानिक परीक्षण तथा उसके व्यवहार का निरीक्षण आदि मुख्य तरीके हैं। इन तरीकों को व्यवहार में लाते हुए मनोवैज्ञानिक विकार के बारे में सही आँकड़े तैयार किये जा सकते हैं—

- 1) **साक्षात्कार :** साक्षात्कार का उद्देश्य यह तय करता है कि साक्षात्कार किस प्रकार का हो। मुख्यतः साक्षात्कार निम्न प्रकार के होते हैं :

- **आरंभिक जानकारी अथवा प्रवेश साक्षात्कार:** प्रवेश साक्षात्कार से रोग के लक्षण तथा उसे रोग-मुक्त करने के लिए बनाई गई चिकित्सा योजना को समझने में सहायता मिलती है। यह साक्षात्कार उस समय किया जाय, जब रोगी अस्पताल में हो तो ज्यादा अच्छा है, इससे उस रोगी की देखभाल के स्तर का पता लगाया जा सकता है, जो भर्ती है, जो भर्ती नहीं है, उसे दी जाने वाली सुविधाओं के बारे में तथा मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित अन्य जानकारियाँ प्राप्त की जा सकती हैं।

- **मानसिक स्तर परीक्षा:** मानसिक क्रियाकलाप तथा किसी मनोवैज्ञानिक विकार के होने या न होने जैसे भ्रम, आदि को चिह्नित करने के लिए आयोजित किया जाता है। अंतर्दृष्टि, निष्कर्ष, ध्यान, स्मृति, विचार-प्रक्रिया आदि पर संक्षेप में विचार किया जाता है।
- **संकटकालीन जोखिम भरा साक्षात्कार:** इस तरह का साक्षात्कार उस समय किया जाता है जब रोगी ट्रॉमा की स्थिति में हो अथवा जिंदगी और मौत के बीच झूल रहा हो या किसी अन्य महत्वपूर्ण समस्या से ऐसा करना जरूरी हो। आत्महत्या के मामलों को सुलझाने का प्रयास करने वाले अधिकारी या मानसिक चिकित्सक खास परिस्थिति में जोखिम भरे साक्षात्कार करते हैं।
- **निदानार्थ साक्षात्कार:** निदान के उद्देश्य से किये जाने वाले इस साक्षात्कार का उद्देश्य रोगी के लक्षणों तथा उसकी समस्याओं को समझ के लक्षणों तथा उसकी समस्याओं को समझकर इस निष्कर्ष पर पहुँचना होता है कि उसे कौन-सा रोग है। निदान की प्रक्रिया को मनोरोग चिकित्सक डीएसएम-5 विश्लेषण के आधार पर पूरा करता है।
- **असंरचित साक्षात्कार:** चिकित्सक रोग की अस्पष्ट रूपरेखा पर ही काम करना शुरू कर देते हैं। रोगी के बारे में विस्तार से जानकारी प्राप्त करने का जरिया रोगी का साक्षात्कार तथा साक्षात्कारकर्ता का सहयोग है, ज्यादातर चिकित्सक अपने अनुभव तथा सहज बोध पर भरोसा करते हैं और यही कारण है कि उनकी विश्वसनीयता निम्न स्तर की रह जाती है। एक ही रोगी के बारे में दो साक्षात्कारकर्ता अलग-अलग निष्कर्षों पर पहुँचते हैं। ज्यादातर चिकित्सीय साक्षात्कार गुप्त रखे जाते हैं, अतः यह पता लगाना संभव ही नहीं है कि उनकी विश्वसनीयता अथवा वैधानिकता व्यवस्थित अनुसंधान की कसौटी पर खरी उतरती है अथवा नहीं।
- **संरचित अनुसंधान:** मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ साक्षात्कारकर्ता को ऐसे प्रश्नों का संकलन प्रदान करते हैं जिन्हें रोगी से पूछा जाये तो रोग से संबंधित ठोस जानकारी प्राप्त हो जाती है। इस साक्षात्कार का उद्देश्य डीएसएम-5 में आने वाले मनोरोगों के चिकित्सीय संस्करण के लिए संरचित चिकित्सीय साक्षात्कार है। इसमें साक्षात्कारकर्ता के लिए विस्तृत निर्देश होते हैं कि साक्षात्कारकर्ता कब और कैसे, विस्तार से जानकारी प्राप्त करें और दूसरे निदान के उद्देश्य से कब पूछताछ करें। संरचित साक्षात्कार जैसे एससीआईडी के कारण निदान की विश्वसनीयता में वृद्धि हुई है। समुचित प्रशिक्षण प्राप्त साक्षात्कारकर्ता जब साक्षात्कार करते हैं, तब संरचित साक्षात्कार के महत्व तथा उसकी विश्वसनीयता और भी अधिक बढ़ जाती है (ग्लैंकर्ड एवं ब्राऊन, 1998)।
- **चिकित्सीय साक्षात्कार:** कोचिन (1986) ने निम्नलिखित प्रकार के साक्षात्कारों की सूची तैयार की थी:

चिकित्सीय साक्षात्कार: रोगी और चिकित्सक के बीच बातचीत पर आधारित होता है। इस बातचीत में चिकित्सक रोगी की पृष्ठभूमि तथा रोग के कारणों को जानने का प्रयास करता है तथा प्राप्त जानकारी के आधार पर संभव चिकित्सा योजना तैयार करता है।

आकलन मूलक साक्षात्कार: यह साक्षात्कार उस समय लिया जाता है जब रोगी चिकित्सक के सम्पर्क में आता है। इसका उद्देश्य यह पता लगाना होता है कि आगे के हस्तक्षेप के लिए चिकित्सक ने रोगी की समस्या को ठीक से समझ लिया है या नहीं।

उपचारात्मक साक्षात्कार: यह साक्षात्कार रोगी को उसके अस्तित्व तथा जीवन के महत्व को समझाने की दृष्टि से किया जाता है। यह रोगी की भावनाओं तथा उसके व्यवहार से बांधित परिवर्तन लाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं?

चिकित्सीय साक्षात्कार की विशेषताएँ (क्रिंग, जॉनसन, डेविसन तथा नील, 2012):

- रोगी प्रश्नों के उत्तर देता है या नहीं देता है, इस पर पूरा ध्यान दिया जाता है।
- वह प्रतिमान जिसका पालन साक्षात्कार में किया जाता है, प्राप्त होने वाली जानकारियों को प्रभावित करता है, जानकारी कैसे प्राप्त की गई और उस पर किस प्रकार की प्रतिक्रिया आई, इसकी अपनी सार्थकता है। इस साक्षात्कार के समय साक्षात्कारकर्ता किसी निर्धारित नियम का पालन नहीं करता है, पूछताछ करते समय वह लचीला रुख अपनाता है।
- रोगी के साथ घनिष्ठता स्थापित करना तथा उसका विश्वास जीतना बहुत महत्व रखता है क्योंकि साक्षात्कार के समय रोगी तनाव से गुजर रहा होता है और अपनी निजता के बारे में खुलकर नहीं बोल पाता।
- हमदर्दी से रोगी को चिंता जैसी धातक मनोदशा से बाहर निकालने के लिए उसका दिल जीतना जरूरी होता है।
- जो कुछ रोगी बताता है, उसका संक्षिप्त विवरण साथ के साथ तैयार करते रहना चाहिए। इस विवरण के आधार पर बातचीत का सिलसिला जारी रहता है और रोगी से दर्दभरे संदर्भों तथा शर्मसार करने वाली घटनाओं से जुड़ी जानकारी भी उगलवाई जा सकती है।
- अपनी निजता के बारे में जो जानकारी रोगी दे रहा है उसके प्रति पूछने वाले का दृष्टिकोण स्वीकारात्मक होना चाहिए, इससे अपने छिपे हुए रहस्यों के बारे में बताने की हिम्मत जुटाने के पीछे जो स्वाभाविक भय छिपा रहता है, वह जाता रहे (लंदन, 1964)।
- साक्षात्कार के समय परिस्थितिगत घटक, भारी प्रभाव उत्पन्न कर सकते हैं परन्तु चिकित्सकों को उनपर ज्याद ध्यान नहीं देना चाहिए।

मनोवैज्ञानिक परीक्षण

रोगी के व्यवहार के बारे में विस्तृत जानकारी प्राप्त करने के उद्देश्य से मनोवैज्ञानिक परीक्षण का भी सहारा लिया जाता है (बुचर एवं अन्य 2014)। इस उद्देश्य से चिकित्सक परीक्षा-पत्र तैयार करते हैं और उसमें दिये गये प्रश्नों के उत्तर रोगियों से प्राप्त करते हैं। उत्तर की जाँच करने के बाद उनके आधार पर रोगियों के बीच तुलना करते हुए, उनकी मानसिक स्थितियाँ की सही जानकारी प्राप्त करने का प्रयास करते हैं। पहले परीक्षाओं में कागज-पेंसिल का उपयोग किया जाता था, अब कम्प्यूटर की सहायता से ऐसा किया जा सकता है।

साक्षात्कारों तथा निरीक्षणात्मक तकनीकों की तुलना में मनोवैज्ञानिक परीक्षाओं के परिणामों पर ज्यादा विश्वास किया जा सकता है, यद्यपि इन्हें भी पूर्ण अथवा अंतिम नहीं माना जा सकता, क्योंकि परीक्षा लेने वाले चिकित्सक की सूझ-बूझ और आकलन क्षमता ही इसमें विशेष रूप से मानक का काम करती है (बुचर एवं अन्य, 2014)।

बौद्धिक परीक्षण: आजकल बौद्धिक परीक्षणों का क्षेत्र बहुत व्यापक हो चुका है। इन सब में बच्चों के बौद्धिक स्तर को समझने के लिए चिकित्सकों द्वारा सबसे ज्यादा अपनाई जाती है, वे हैं : वेश्लर इंटैलिजेंस स्केल फॉर चिल्ड्रन रिवाइज़ड (WISC-IV) (वीज़ एवं अन्य, 2006) तथा स्टेनफोर्ड-बिनेट इंटैलिजेंस स्केल (कैम्फॉज़ व क्रॉंकी, 2004) (वासरमेन, 2003)। वेश्लर ऐडल्ट इंटैलिजेंस स्केल रिवाइज़ड (WAIS-IV) वयस्कों को बौद्धिक स्तर जानने के लिए आयोजित की जाती है (बेंसन एवं अन्य, 2010; लीश्टेनबर्ग व कॉफमेन, 2009)। इस परीक्षा के अंतर्गत 15 छोटे-छोटे टेस्ट लिए जाते हैं। ये मौखिक व लिखित होते हैं बौद्धिक विशेषताओं का पता लगाने के लिए ये परीक्षण व्यापक व विस्तृत रूप से लिए जाते हैं, और ये सांस्कृतिक रूप से पक्षपात पूर्ण होती हैं। इनमें 2 से 3 घंटे तक का समय लगता है। इसमें परीक्षा लेने, अंक देने तथा प्रतिक्रिया लिखने का समय समिलित है। इस प्रकार या ज्यादा खर्चीली या ज्यादा समय लगने वाले परीक्षण नहीं कहे जा सकते हैं। व्यक्ति की बौद्धिक क्षमताओं को समझना जब बहुत जरूरी होता है, तब ही ये परीक्षण किया जाता है जैसे बौद्धिक विषमता, मस्तिष्कीय क्षति की स्थिति आदि।

वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व परीक्षण: ये संरचित व्यक्तित्व परीक्षण हैं, जैसे स्वयं के बारे में जानकारी का विस्तृत विवरण तैयार करना अथवा अपनी रुचियों के विकल्प तथा मूल्यांकन का पैमाना तैयार करना (बुचर एवं अन्य, 2017) संरचित प्रारूप रोगी के व्यवहार के नमूने का, वस्तुनिष्ठ प्रमाणीकरण करता है। परिशुद्धि एवं प्रमाणीकरण से इस प्रकार की परीक्षाओं की विश्वसनीयता बढ़ती है। व्यापक रूप से किये जाने वाले वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व-परीक्षण न्यूरोटिसिज्म एक्ट्रोवर्जन-ओपिननैस पर्सनाल्टी इन्वैंट्री कहलाते हैं (कोस्टा व विडिज़र, 2002)। इनका इस्तेमाल सामान्य लोगों के लिए किया जाता है। मिलियन विलनिकल मल्टीएक्सयल इन्वैंट्री (MCMI-III, चोका, 2004) का उपयोग रोगियों के लिए किया जाता है। यद्यपि सबसे ज्यादा प्रयोग में लाये जाने वाला व्यक्तित्व आकलन उपकरण 'मिनिसोटा मल्टीफेसिक पर्सनाल्टी इंवैंट्री रिवाइज़ड' कहलाता है, इसका उपयोग वयस्कों पर किया जाता है (बुचर, 2011, ग्रीनी, 2011)। स्टार्क हेथवे तथा जे.सी. मैकिनली ने एमएमपीआई का इस्तेमाल 1943 में सामान्य लोगों पर किया था। वर्ष 1989 में इसमें संशोधन किया गया था तथा इसे एमएमपीआई-2 नाम दिया गया था, चिकित्सा तथा फोरेसिक न्यायालय संबंधी आकलन के लिए यह आज तक उपयोग में लाया जाता है। अमेरिका में मनोविकृति विज्ञान के क्षेत्रों में शोध के लिए भी इसका उपयोग किया जाता है (आर्च एवं अन्य, 2006; लेली 2003)। स्नातक स्तरीय चिकित्सीय मनोविज्ञान कार्यक्रमों में इसे आकलन के महत्वपूर्ण माध्यम के रूप में पढ़ाया जाता है (पियोट्रोवस्की एवं जेलीवस्की, 1993)। इस खोज का अनुवादित अथवा अनूदित रूप वैश्विक स्तर पर व्यापक रूप से किया जाता है (मूल एमएमपीआई 150 बार से ज्यादा अनुवादित किया जा चुका है तथा 46 से ज्यादा देशों में इसका उपयोग किया गया है, बुचर, 2010)। वर्ष 1989 में इसके प्रकाशित होने के बाद इसका 32 से ज्यादा बार अनुवाद किया गया (बुचर व विलियम्स, 2009)। यह स्वयं साधित प्रश्नावली है जिसमें 550 एकांश समिलित हैं जिनमें बड़ी संख्या में शारीरिक अवस्था तथा मनोवैज्ञानिक दशाओं से लेकर नैतिक व सामाजिक दृष्टिकोण तक समाहित हैं। यद्यपि इसके निदान के उपायों के रूप में चिकित्सा केंद्रों तथा फोरेसिक संस्थानों में व्यापक रूप से उपयोग किया जाता रहा है, फिर भी मनोविकारों तथा मानव व्यवहार पर काम करने वाले व्यवहार स्कूल-उन्मुख चिकित्सकों के बीच इसकी आलोचना बराबर होती रही है। मनोवेगों पर काम करने वाले चिकित्सक, इसे मानव व्यवहार की पेचीदगियों को नापने में अक्षम तथा अपर्याप्त मानते हैं। व्यवहारविद मानते हैं कि यह आदर्श मानसिक

संरचनाओं को लक्षणों के रूप में दिखाकर भ्रम की स्थिति पैदा करता है (बुचर एवं अन्य, मनोवैज्ञानिक विकार क्या है? 2014)। फिर भी वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व को दर्शाने में इसका योगदान बहुत बड़ा है।

कुल मिलाकर वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व परीक्षाएँ बहुत उपयोगी साबित हुई हैं, परन्तु फिर भी उनकी कुछ सीमाएँ हैं। ये परीक्षाएँ खर्चीली हैं, परन्तु इन पर अधिक भरोसा किया जा सकता है तथा उद्देश्य परक हैं, इन्हें कंप्यूटर की सहायता से संचालित किया जा सकता है तथा व्याख्या भी की जा सकती है। इसके बावजूद इनकी आलोचना की जाती है, इन्हें यांत्रिक माना जाता है तथा इन पर यह भी आरोप लगाया जाता है कि इन्हें निष्कर्ष पर पहुंचने के लिए रोगी की जानकारी पर निर्भर रहना पड़ता है। यह भी आरोप लगाया जाता है कि प्रश्नों के जो उत्तर प्राप्त होते हैं उन पर उत्तर देने वाली की सामाजिकता हावी रहती है।

प्रेक्षण व्यक्तित्व परीक्षण: ये परीक्षण प्रायः अर्धसंरचित होते हैं या असंरचित ये अस्पष्ट तथ्यों पर आधारित होते हैं जैसे आकृतियाँ, अधूरे वाक्य, स्याही के धब्बे आदि। कुछ अर्धसंरचित प्रक्षेपण परीक्षणों के नाम हैं – रोजेंजवीग पिक्चर फ्रस्टेशन स्टडी, थीमेटिक एपरसेप्सन टेस्ट, रोटर्स इंकंपलीट सेंटेंस ब्लैंक तथा असंरचित प्रक्षेप्य परीक्षण। कुछ परीक्षण इंक ब्लॉक टेस्ट' कहलाते हैं जैसे रॉस्चाच इंकब्लॉट टेस्ट। क्योंकि ये परीक्षण मौखिक प्रश्नों पर आधारित नहीं होते, अतः व्यक्तियों द्वारा दी जाने वाली जानकारी 'सही' या 'गलत' या 'कह नहीं सकते' जैसे उत्तरों के माध्यम से नहीं आती। प्रक्षेपण तकनीक यह मानकर चलती है कि असंरचित उत्प्रेरणा के माध्यम से व्यक्ति अपने अनुभवों, इच्छाओं तथा मंतब्यों को परीक्षण सामग्री के रूप में प्रस्तुत करते हैं। अपनी अस्पष्ट अभिव्यक्तियों से लोग अपने पूर्वाग्रहों, द्वन्द्वों, मंतव्यों, उपयोग होने वाली तकनीकों तथा व्यक्तित्व संबंधी अन्यान्य विशेषताओं को प्रदर्शित करते हैं।

प्रक्षेपण व्यक्तित्व परीक्षण की भी अपनी उपयोगिताएँ व सीमाएँ हैं। यद्यपि परीक्षण उद्दीपन, स्तरीय होते हैं फिर भी उनसे प्राप्त होने वाले निष्कर्षों पर पूरा भरोसा नहीं किया जा सकता क्योंकि वे व्यक्तिपरक होते हैं। रोगी की चिकित्सा-योजना प्रक्षेप्य परीक्षण विशेष रूप से उपयोगी होती हैं, क्योंकि इनके माध्यम से रोगी की मनोवेगीय गतिविधियों की सघन जानकारी प्राप्त हो जाती है। फिर भी इस परीक्षण की शक्ति इसकी कमजोरी भी है, क्योंकि इसकी व्याख्या व्यक्तिपरक होने के कारण विश्वास के योग्य नहीं मानी जाती। इन परीक्षणों में समय अधिक नहीं लगता तथा ये महंगे भी नहीं हैं।

3) **व्यवहार निरीक्षण:** व्यवहार निरीक्षण मनोरोग के लक्षणों व उसके स्वरूप को समझने के उद्देश्य से किया जाता है।

ग) व्यवहार परक व संज्ञानात्मक आकलन

व्यवहार तथा भावनाओं के मर्मज्ञ चिकित्सक लक्षणों के आधार पर रोगी के व्यवहार में चार विभिन्न घटकों (SORC) का पता लगाते हैं (कैंफर एवं फिलिप्स, 1970):

एस (S) = स्टिमुली (उद्दीपन) वातावरण जनित परिस्थितियाँ जिनके कारण रोग उत्पन्न होता है। चिकित्सक उन तनाव-युक्त रोगियों की पहचान कर सकते हैं जो एक खास तरह का असामान्य व्यवहार करते हैं।

ओ (O) = ऑर्गनिजिमक सामाजिक व मनोवैज्ञानिक घटकों की सहायता से रोगी का गहराई से अध्ययन करने में सक्षम हैं। जैसे, रोगी को जो थकान बनी रहती है, उसका एक कारण यह है कि वह शराब अधिक पीता है अथवा उसकी संज्ञानात्मक प्रवृत्ति अपने आपको अवसाद में ले जाने की है, रोगी द्वारा बोले गये इस संवाद में इसकी झलक मिलती है—“मैंने कभी कुछ अच्छा किया ही नहीं अब कोशिश करने से क्या फायदा?”

आर (R) = ओवर्ट रेस्यांसेज़ चिकित्सक यह पता लगाने का प्रयास करते हैं कि रोगी के किस तरह के व्यवहार से पता लगता है कि उसे मनोरोग है। साथ ही वे ऐसे व्यवहार की बारंबारता, सघनता तथा स्वरूप का आकलन करते हैं, जैसे रोगी यह कह सकता है कि 'वह सहज नहीं है'। तब क्या उसका अभिप्राय यह है कि वह सभी तरह की परिस्थितियों में सहज नहीं रह पाता है या फिर कुछ खास परिस्थितियों या खास लोगों के साथ सहज नहीं रह पाता है?

सी (C) = कांसेक्वेंट वेरिएबल; अनुगामी परिवर्तन, अनुगामी या परिणाम विविधताएँ वे घटनाएँ हैं, जो मुख्य प्रकार के व्यवहार को मजबूत करने अथवा प्रश्नों के दौरान किये गये व्यवहार के लिए रोगी को दंडित करने के लिए घटित होती हैं। उदाहरण के लिए, जब रोगी सहमति नहीं दिखाता या चिकित्सक का साथ नहीं देता तो उसे चिकित्सा का लाभ सही मिल पाता है या नहीं, वह किस रूप में इसकी कीमत चुकाता है।

- व्यवहार पर काम करने वाले चिकित्सक रोगों की चिकित्सा के लिए सभी एसओआरसी कारकों का इस्तेमाल करते हैं।
- स्किनर 'ओ' घटक को महत्व नहीं देते तथा एसओआरसी पर पूरा ध्यान केंद्रित करते हैं।
- अनुभूति मूलक व्यवहार विद 'सी' घटक पर कम ध्यान देते हैं क्योंकि अनुभूति मूलक व्यवहार प्रतिमान प्रबलीकरण पर जोर नहीं देते।
- एसओआरसी संबंधी जानकारी अनेक विधियों से एकत्रित की जाती है। जैसे वास्तविक जीवन में व्यवहार का प्रत्यक्ष निरीक्षण करके, अनुमानों से, साक्षात्कारों द्वारा, स्वयं अर्जित मानकों द्वारा (बैलक व हरसन, 1998)।

1.8 आकलित आँकड़ों का समाकलन

आकलन के सभी आँकड़ों को एक साथ सामने रखने पर चिकित्सक को रोगी के रोग की स्थिति को ठीक से समझने और उसकी चिकित्सा योजना तैयार करने में सहायता मिलती है। प्राप्त आँकड़ों का समायोजन या तो स्वयं चिकित्सक करता है या फिर मनोवैज्ञानिकों, मनोरोगविदों, स्नायुरोग विशेषज्ञों, मनोसामाजिक कार्यकर्ताओं, परिचारिकाओं, भौतिक चिकित्सक तथा व्यावसायिक चिकित्सकों आदि की टीम मिलकर करती हैं। चिकित्सा पद्धति से प्राप्त परिणामों का आकलन भी इसके द्वारा सफलतापूर्वक किया जा सकता है। विभिन्न उपचारात्मक दृष्टिकोणों तथा सुरक्षात्मक दृष्टिकोणों के बीच सशक्त तुलना करने में भी यह सक्षम है (बुचर एवं अन्य, 2017)।

1.9 आकलन में नैतिक मुद्दे

बुचर एवं अन्य, 2017 के अनुसार किसी व्यक्ति का चिकित्सीय आकलन उसके लिए बहुत उपयोगी होता है। उदाहरण के लिए, चिकित्सीय व्याख्या यह सिद्ध कर सकती है कि किसी व्यक्ति के द्वारा किया गया विकृत व्यवहार या अकरणीय कार्य के पीछे उसका मनोरोगी होना है और उसे मानसिक चिकित्सा की आवश्यकता है या फिर यह कि वह एक प्रकार का अपराध है और उसे दंडित किया जाना चाहिए। क्योंकि यह व्यक्ति के निजी जीवन तथा व्यावसायिक जीवन को प्रभावित करता है, इसलिए पक्षपात के स्रोत जैसे— क) संभावित सांस्कृतिक पूर्वाग्रह, ख) चिकित्सा के सांस्कृतिक पूर्वाग्रह या सैद्धांतिक अभिविन्यास, ग) बाह्य घटकों के दबाव, घ) रोगी के बारे में अपर्याप्त जानकारी, च) अपर्याप्त आँकड़े तथा अधकचरे निष्कर्ष जैसी चीजों से आकलन करते समय पूरी तरह बचना चाहिए।

चिकित्सीय समाकलन की पद्धति में अंतर्निहित विशेषताओं व कमजोरियों को ध्यान मनोवैज्ञानिक विकार क्या है? में रखते हुए चिकित्सक अथवा मानसिक व्यवसाय से बड़े लोगों की टीम सही आकलन करने में सफल हो सकती है और रोगी के रोग का पता लगाकर उसके रोग उन्मूलन के लिए चिकित्सा की सक्षम योजना तैयार कर सकती है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 5

- 1) जैविक आकलन की तकनीकों की सूची बनाइए।

.....
.....
.....
.....
.....

- 2) आकलन में नैतिक मुद्दे क्या हैं?

.....
.....
.....
.....
.....

- 3) व्यक्तित्व आकलन के आत्मनिर्भर और उद्देश्य उपायों के बीच अंतर स्पष्ट कीजिए।

.....
.....
.....
.....
.....

1.10 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंत में आ गए हैं तो हम उन सभी बिन्दुओं को सूचीबद्ध करेंगे जो हमने अब तक सीखा है:

- मनोरोग एक प्रकार की मनोवैज्ञानिक विकृति है, जो तनाव या तनाव जनित मानसिक द्वंद्व के कारण किसी व्यक्ति में उत्पन्न हो जाता है।
- असामान्य व्यवहार को समझने के प्रयास छठी शताब्दी ईसा पूर्व में इजिप्ट की पेपरी से किये गये थे।
- मानसिक रूप से बीमार लोगों की मानवीय चिकित्सा फ्रांस में फिलिप पाइनल ने की।
- वर्गीकरण को निरीक्षणों के आधार पर तैयार किये जाने वाले साधारण किरणों द्वारा व्याख्यापित किया जा सकता है। ज्ञात के सभी औपचारिक क्षेत्रों में प्राप्त होने वाली जानकारियों को समझने के लिए वर्गीकरण एक अनिवार्य कदम है।
- विभिन्न प्रकार के असामान्य व्यवहारों को ठीक से समझने में वर्गीकरण विशेष रूप से सहयोगी है। इतना ही नहीं अलग-अलग प्रकार के असामान्य व्यवहारों की प्रकृति

उनके कारणों की स्पष्ट व्याख्या करने और रोगी के उपचार के लिए चिकित्सा योजना तैयार करने में वर्गीकरण की महत्वपूर्ण भूमिका है।

- डीएसएम-5 का प्रकाशन 2013 में हुआ था। रोग के निदान के लिए इसका उपयोग किया जाता है।
- असमान्यताओं का वर्गीकरण करने के लिए आवश्यक, पर्याप्त तथा सहयोगी कारणों की आवश्यकता होती है।
- मनोवैज्ञानिक आकलन उस पद्धति को सामने लाता है जिसका उपयोग करते हुए चिकित्सक मनोवैज्ञानिक परीक्षण करते हैं, निरीक्षण करते हैं, साक्षात्कारों का आयोजन करते हैं तथा रोगी के रोग के लक्षणों तथा उसकी मूल समस्याओं को केंद्र में रखते हुए संक्षिप्त विवरण तैयार करते हैं।
- आकलन के तीन प्रकार है : जैविक, मनोवैज्ञानिक, संज्ञानात्मक और व्यवहार आकलन।

1.11 मुख्य शब्द

मनोवैज्ञानिक रोग : अनुभूतिपरक, संवेगात्मक व्यवहार में आने वाली विकृति।

दूर स्थित कारणात्मक कारक: वे कारणात्मक कारक जो बचपन में घटित होते हैं और बहुत वर्षों तक अपना प्रभाव नहीं दर्शाते। परन्तु आगे चलकर वे विकार उत्पन्न होने में सहयोग कर सकते हैं।

रोगोन्मुख तनाव प्रारूप : यह एक मनोवैज्ञानिक पद्धति है, जो जैविक तथा वंशानुगत कारणों तथा जीवन अनुभवों के परिणामस्वरूप उत्पन्न असामान्य व्यवहार की व्याख्या करती है।

ब्रेन इमेज़री : मस्तिष्क की संरचना तथा उसकी कार्य-प्रणाली के परिवर्तन असामान्य व्यवहार के कारण हो सकते हैं। यह जानने के लिए मस्तिष्क का ऑटरिक अध्ययन किया जाता है, इसे 'ब्रेन इमेज़री' कहा जाता है।

स्नायु रसायनिक आकलन : एंजाइम्स द्वारा क्षतिग्रस्त की जा चुकी स्नायु तंत्रिका के चयापचय का विश्लेषण 'न्यूरोसाइकोलॉजिकल असैसमेंट' कहलाता है।

स्नायु मनोवैज्ञानिक आकलन : मस्तिष्कीय विकृति से उत्पन्न होने वाले असामान्य व्यवहार का आकलन करना, 'न्यूरोसाइकोलॉजिकल आकलन' कहलाता है।

मनोवैज्ञानिक परीक्षण: मनोवैज्ञानिक परीक्षण, मनोवैज्ञानिक के द्वारा किए जाने वाले वे परीक्षण जो मनोरोगी के व्यवहार में आने वाले परिवर्तनों की जाँच करने के लिए किये जाते हैं।

विश्वसनीयता: माप की स्थिरता का संदर्भ देता है।

वैधता: जो उपाय काम में लाए जाते हैं, वे वांछित उद्देश्य की प्राप्ति कर पाते हैं या नहीं, यह कसौटी 'वैधता' कहलाती है।

1.12 पुनरावलोकन प्रश्न

मनोवैज्ञानिक विकार क्या हैं?

- 1) सुसंगत कार्य प्रारूप रोग के निदान में, रोग के लक्षण देखकर उसके कारणों का पता लगाने तथा रोग के उपचार की योजना तैयार करने में सहायता करता है।
- 2) मस्तिष्कीय क्षति के उन प्रभावों का पता लगाता है, जो न्यूरोलॉजिक परीक्षण से प्रकाश में नहीं आ पाते।
- 3) अनुमान लगाता है कि किसी मुख्य विकार की ओर झुकाव का कारण रोगी के वंशानुगत प्रभाव तथा जीवन की आरम्भावस्था में होने वाले अनुभव हैं।
- 4) मस्तिष्क की विकृति तथा मानसिक रोगों पर विशेष ध्यान देने वाले जैविक दृष्टि को स्थापित करने वाले व्यक्ति का नाम था।
- 5) में लोग अपने निजी पूर्वाग्रहों, टकरावों, मंतव्यों, अपनाई जाने वाली तकनीकों तथा व्यक्तित्व की अन्य विशेषताओं को अपनी अस्पष्ट जानकारियों या अनुभवों की व्याख्या द्वारा प्रकट करते हैं।
- 6) मनोवैज्ञानिक विकार के लक्षण क्या हैं?
- 7) वर्गीकरण की विभिन्न विधियों की व्याख्या कीजिए।
- 8) डीएसएम-5 किस प्रकार डीएसएम-IV से भिन्न है?
- 9) जैविक आकलन की पद्धतियों पर प्रकाश डालिए।
- 10) चिकित्सा केंद्र पर लिए जाने वाले नैदानिक साक्षात्कार की विशेषताएँ बताइए।
- 11) मनोवैज्ञानिक आकलन क्या है?
- 12) मानसिक रोगों के व्यवहार संबंधी तथा संज्ञानात्मक आकलन की व्याख्या कीजिए।

1.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Abramson, L., Alloy, L., & Metalsky, G. (1995). Hopelessness depression. In G. Buchanan & M. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 113-34). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personnel Assessment.*, 87, 84-94.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2005). Abnormal Psychology: An Integrative Approach (4th Ed.). Wadsworth Publishing.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2005). Abnormal Psychology (5th Ed.). Wadsworth Publishing.

Bellack, A. S. & Hersen, M. (1998). *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bootzin, R.R. (1997). Examining the theory and clinical utility of writing about emotional experiences. *Psychological Science*, 8, 167-169.

Brickman, A. S., McManus, M., Grapentine, W. L., & Alessi, N. (1984). Neuropsychological assessment of seriously delinquent adolescents. *Journal of*

- the American Academy of Child Psychiatry, 23, 453-457.*
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2009). Personality assessment with the MMPI-2: Historical roots, international adaptations, and current challenges. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 2, 105-35.*
- Butcher, J. N. (2010). Personality assessment from the 19th to the early 21st century: Past achievements and contemporary challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 6, 1-20.*
- Butcher, J. N. (2011). *A beginner's guide to the MMPI-2* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2014). Abnormal Psychology (16th Ed.). Pearson.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S. & Dwivedi, C. B. (2016). Abnormal Psychology (16th Ed.). Pearson, India.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (2007). Abnormal Psychology and Modern Life (11th Ed.). Pearson Education Inc.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). Abnormal Psychology (13th Ed.). Pearson, India.
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (2002). *Personality Disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52(4), 281-302.*
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Krings, A. M. (2004). Abnormal psychology (9th Ed.). Wiley: New York. DSM-5 (APA, 2013).
- Frances, A., & Widiger, T. A. (1986). Methodological issues in personality disorder diagnosis. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 381-400). New York, NY, US: The Guilford Press. Garb & Schramke, 1996
- Gentile, B.F. & Miller, B. O. (2009). *Foundations of psychological thought: a history of psychology*, Sage Publications.
- Golden, C.J., Hammeke, T.A., and Purisch, A.D. (1980). *The Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Manual*. Los Angeles. Western Psychological Services.
- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Grings, W.W. & Dawson, M.E. (1978). *Emotions and Bodily Responses*. Academic Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). The Minnesota multiphasic personality inventory, Rev. ed., 2nd printing.
- Kamphaus, R. W., & Kroncke, A. P. (2004). "Back to the future" of the Stanford-Binet Intelligence Scales. *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 77-86). New York: John Wiley & Sons.

- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). Learning foundations of behavior therapy. John Wiley: Oxford, England.
- Korchin, S. J. (1986). *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. CBS Publishers: New Delhi.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C. & Neale, J. M. (2012). *Abnormal Psychology*. John Wiley.
- Lally, S. J. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Prof Psychol: Res Pract.*, 34, 434-47.
- Lichtenberger, E. O., & Kaufman, A. S. (2009). *Essentials of WAIS-IV assessment*. New York: John Wiley.
- London, P. (1964). The modes and morals of psychotherapy. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Maher, B. A., & Maher, W. R. (1994). Personality and psychopathology: A historical perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 72-77.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-38.
- Mezzich, J. E., Kirmayer, L. J., Kleinman, A., Fabrega, H., Parron, D. L., Good, B. J. (1999). The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 187, 457-64.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 245-261.
- Mossakowski KN. Coping with perceived discrimination: Does ethnic identity protect mental health? *Journal of Health and Social Behavior*. 2003;44(3): 318-331. [PubMed] [Google Scholar]
- Okazaki, S., Okazaki, M., & Sue, S. (2009). Clinical Personality Assessment with Asian Americans. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment*. (pp. 377-395).
- Okasha, A., & Okasha, T. (2000). Notes on mental disorders in Pharaonic Egypt. *History of Psychiatry*, 11, 413-24.
- Piotrowski, C., & Zalewski, C. (1993). Training in psychodiagnostic testing in APA approved psychology clinical psychology programs. *Journal of Personality Assessment*, 61, 394-405.
- Reitan, R. M., & Davison, I. A. (1974). *Clinical neuropsychology: Current status and applications*. Washington, DC: V. H. Winston.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-35.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., et al. (2000). NIMH Diagnostic Interview for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Soong, W. T. (2006). Psychiatry in Taiwan: Past, present and future. *International Medical Journal*, 13, 21-28.

- Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview of DSM-IV Axis I disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Sweet, J. J., Carr, M. A., Rossini, E., & Kasper, C. (1986). Relationship between the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery and the WISC-R: Further examination using Kaufman's factors. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 8, 177-180.
- Tseng, W. S. (1973). The development of psychiatricconcepts in traditional Chinese medicine. *Archives of General Psychiatry*, 29(4), 569-75.
- Wahl,O. F. & Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wakefield, J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 374-399.
- Wasserman, J. D. (2003). Assessment of intellectual functioning. *Handbook of psychology* (Vol. 10, pp.417-42). New York: John Wiley & Sons.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Prifitera, A., & Holdnack, J. A. (Eds.). (2006). *WISC-IV advanced clinical interpretation*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Ross, R., First, M. B., Davis, W., & Kline, M.(Eds.). (1998). *DSM-IV sourcebook* (Vol. 4). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yurgelun-Todd, D. A., Waternaux, C. M., Cohen, B. M., Gruber, S. A., English, C. D., & Renshaw, P. F. (1996). Functional magnetic resonance imaging of schizophrenic patients and comparison subjects during word production. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 200-205.

1.14 ऑनलाइन संसाधन

- To read about mental health and illness in India visit;
<https://thebanyan.org>

रिक्त स्थानों के प्रश्नों के उत्तर (1-5)

- आकलित आँकड़ों का समाकलन
- न्यूरोसाइकोलाजिकल आकलन
- रोगोन्मुखता तनाव प्रारूप
- एमिल क्रेपलिन
- प्रक्षेपण व्यवित्त्व परीक्षण

इकाई 2 चिंता, भय, आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-I*

संरचना

- 2.0 प्रस्तावना
- 2.1 चिंता, भय एवं आतंक के मध्य अन्तर
- 2.2 दुर्भीति के नैदानिक लक्षण
- 2.3 दुर्भीति क्यों विकसित होती है?
- 2.4 दुर्भीति का उपचार
- 2.5 सामाजिक चिंता विकार (सामाजिक दुर्भीति) की नैदानिक विशेषताएँ
- 2.6 सामाजिक चिंता विकार के कारणात्मक कारक
- 2.7 सामाजिक दुर्भीति का उपचार
- 2.8 आतंक विकार के नैदानिक पक्ष
- 2.9 आतंक विकार के कारणात्मक कारक
- 2.10 आतंक विकार का उपचार
- 2.11 सारांश
- 2.12 मुख्य शब्द
- 2.13 पुनरावलोकन प्रश्न
- 2.14 सन्दर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 2.15 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के पश्चात्, आप इस योग्य हो जायेंगे कि:

- आतंक, चिंता एवं मनोग्रस्ति के मध्य अन्तर कर सकेंगे;
- चिंता विकृति के नैदानिक पक्षों का वर्णन डी.एस.एम-5 के अनुसार कर सकेंगे;
- विशिष्ट दुर्भीति एवं विवृति भीति में कारणात्मक कारक एवं उनके निदान का वर्णन कर सकेंगे; और
- सामाजिक चिंता विकार एवं आतंक विकार के कारणात्मक कारक एवं उनके निदान पर प्रकाश डाल सकेंगे।

2.0 प्रस्तावना

हम प्रायः दिन-प्रतिदिन के जीवन में विभिन्न परिस्थितियों में चिंतित हो जाते हैं। जैसे जब हमें परीक्षा देनी होती है, नौकरी के लिए साक्षात्कार देना होता है, अथवा जब हमें पहले से ही देर हो रही होती हो और ट्रैफिक की भीड़ में फंस जाते हैं, या एकदम अंतिम समय पर काम पूरा करना चाहते हैं, आदि। जब हम इन परिस्थितियों से बाहर निकल आते हैं, तो हमारी चिंता का स्तर कम हो जाता है। परन्तु कुछ ऐसी परिस्थितियों की तरफ देखना महत्वपूर्ण है, जहाँ इस प्रकार की परिस्थितियाँ नहीं होती पर व्यक्ति में फिर भी उतावलापन

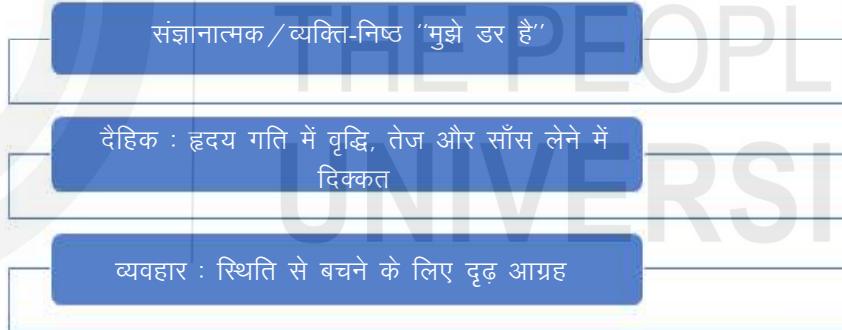
* डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

बना रहता है और वह उससे निकलने में असमर्थ होता है। जब ऐसा होता है, फिर यह कहा जाता है कि व्यक्ति चिंता विकार से ग्रसित है। डी.एस.एम-5 के द्वारा विभिन्न चिन्ता विकारों को बतलाया गया है, जैसे सामान्यीकृत चिन्ता विकृति, विशिष्ट दुर्भाग्य, सामाजिक दुर्भाग्य, आतंक विकृति एवं एगोराफोबिया। इस इकाई में हम विशिष्ट दुर्भाग्य, सामाजिक दुर्भाग्य, आतंक विकृति एवं एगोराफोबिया के नैदानिक पक्ष, कारणात्मक कारक एवं निदान के बारे में सीखेंगे। आगे की इकाई में आपको सामान्यीकृत चिन्ता विकृति एवं मनोग्रस्तिता बाध्यता विकृति के बारे में बताया जायेगा। लेकिन इससे पहले कि हम इन विकारों में आगे बढ़ें, पहले हम चिन्ता, भय एवं आतंक के विषय में समझें।

2.1 चिंता, भय एवं आतंक के मध्य अन्तर

भय एवं चिंता के मध्य अन्तर करने का सबसे सामान्य तरीका वास्तविक बाह्य उद्दीपक के प्रत्यक्षण से होता है, जिसे अधिकांश लोग वास्तविक खतरा मानते हैं। भय का अनुभव वास्तविक खतरे के अनुभव से होता है जबकि चिंता खतरा के पूर्वानुमान में अनुभव की गति है, जब ऐसा कोई खतरा कहीं उपस्थित होता है, जिसको स्पष्ट नहीं किया जा सकता है। बहुत से शोधकर्ताओं में भय, आतंक एवं चिन्ता के मध्य अन्तर संज्ञानात्मक, शारीरिक एवं व्यवहारात्मक कारकों के रूप में किया है (उदाहरणार्थ - बारलो, 2002; ब्रूटॉन, 2005; एवं ग्रिलॉन 2008)। यह सभी कारक बहुत हल्के ढंग से एक दूसरे से जुड़े हैं, जैसे – यह आवश्यक नहीं है कि इन तीनों कारकों का प्रत्येक व्यक्ति अनुभव करे। अतः कोई व्यक्ति भय या चिन्ता का अनुभव संज्ञानात्मक एवं शारीरिक कारकों की तीव्रता के कारण कर सकता है, अपेक्षाकृत व्यवहारात्मक कारक के अथवा इसके विपरीत भी हो सकता है (कार्सन, बूचर, मिनेका एवं हॉली, 2013)।



चित्र: 2.1: भय के घटक

आतंक में भी भय की ही भाँति उपरोक्त तीनों कारक पाये जाते हैं। इसके अतिरिक्त आतंक में, आने वाली प्रलय, मृत्यु का भय, पागलपन एवं अपने पर से नियंत्रण को हटने की आत्मगत अनुभूति भी पायी जाती है। इसके विपरीत चिन्ता में अधिक असंगठित एवं भविष्य से सम्बन्धित समस्या होती है, जिसमें संज्ञान एवं संवेगों का जटिल सम्मिश्रण होता है।

संज्ञानात्मक : ऋणात्मक मनोदशाओं, भविष्य की संभावित खतरों की चिन्ता, स्वयं अपने में व्यस्थ रहना, भविष्यवाणी करने में असमर्थ, एवं भविष्य में घटित होने वाले खतरे नियंत्रण में असमर्थता

शारीरिक : तीव्र तनाव एवं अत्यधिक उतावलापन, पूर्णतः लड़ो एवं हठो संबंधित प्रतिक्रिया की भय की अवस्था में कभी परन्तु व्यक्ति संभावित खतरे के लिए पहले लड़ाई/पलायन प्रतिक्रिया के लिए तैयार होता है।

व्यवहारात्मक : संभावित खतरे की परिस्थिति से बचा जा सकता है परन्तु तुरन्त भय से भागने/पलायन करने की जल्दी नहीं होती है।

चित्र 2.2: चिन्ता के घटक

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

- 1) आतंक, चिन्ता एवं भय के मध्य अंतर कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 दुर्भीति के नैदानिक लक्षण

दुर्भीति किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति का एक विस्तार चलने वाला असंगत भय होता है, जो थोड़ा या वास्तविकता में कोई खतरा प्रस्तुत नहीं करता है (कार्सन, बूचर एवं मिनेका, 2003) डी.एस.एम.-5 में दुर्भीति की तीन श्रेणियाँ बतायी गयी हैं: विशिष्ट दुर्भीति, सामाजिक दुर्भीति एवं विवृति भीति।

डी.एस.एम.-5 के अनुसार विशिष्ट दुर्भीति, जो पहले सामान्य दुर्भीति के रूप में जाना जाता था, उसके पाँच उप प्रकार हैं: जानवर (उदाहरणार्थ – सौंप, मकड़ी, कुत्ता), सामान्य वातावरण (उदाहरणार्थ – पानी, ऊंचाई, तूफान), रक्त-इंजेक्शन (सुई) - चोट, परिस्थितियाँ (पुल, गुफा), अन्य (उल्टी होना, रुकावट (साँस) जगह दुर्भीति जहाँ व्यक्ति को गिरने का भय होता है, यदि वह दीवार अथवा सहारे से दूर है)।

सामाजिक दुर्भीति सामाजिक परिस्थितियों से भय है। इन स्थितियों में एक व्यक्ति इस बात से डरता है कि सूक्ष्म परीक्षण तथा लोगों के नकारात्मक संभावित मूल्यांकन के प्रति वह प्रदर्शित हो सकता है। सामाजिक दुर्भीति विशिष्ट परिस्थितियों जैसे जन साधारण के मध्य बोलने का भय अथवा इसी प्रकार के विभिन्न सामाजिक अंतःक्रियाओं के मध्य बोलने का भय।

एगोराफोबिया परम्परावादी सोच 'एगोरा' का भय है, यह एकत्रित होने वाले लोगों के जगहों का ग्रीक शब्द है (माक्स्र, 1987)। यह भीड़-भाड़ वाली जगहों जैसे मॉल, सिनेमा आदि से डरता है। उन परिस्थितियों में जहाँ से निकलकर भागना कठिन या शर्मनाक सिद्ध होता है, उन परिस्थितियों में आतंक का आघात हो सकता है।

अब, हम उपयुक्त दुर्भीति पर अलग से चर्चा करेंगे।

विशिष्ट दुर्भीतियाँ

एक व्यक्ति के विशिष्ट दुर्भीति से ग्रसित होने के रूप में रोग की पहचान की जाती है, यदि वह दृढ़ तथा सतत बने रहने वाले इस भय का प्रदर्शन करता है, जो किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति के प्रस्तुत होने पर उत्पन्न हो जाता है। विशिष्ट दुर्भीतियों से ग्रस्त व्यक्ति जब भय उत्पन्न करने वाले उद्दीपक का सामना करते हैं, तो अक्सर वे तुरंत ही भय अनुक्रिया का प्रदर्शन करते हैं जो स्पष्ट बाह्य प्रतिक्रिया की उपस्थिति को छोड़कर प्रायः आतंक आघात से समान लगती है (ए.पी.ए. 2013)। वे दुर्भीति उद्दीपक की संभावना से ही चिन्ता का अनुभव करने लगते हैं एवं उससे बचने का प्रयास करते हैं। व्यक्ति डरा हुआ होता है तथा दुर्भीति के उद्दीपक के प्रदर्शन से भी दूर रहने का प्रयास करता है (पिक्चर / मॉडल)। प्रायः व्यक्ति को किसी एक परिस्थिति के बारे में ज्ञान हो जाता है, व्यक्ति यह जानता है कि दुर्भीति परिस्थिति के लिए उद्दीपक के लिए उसका भय निराधार या अधिक है।

बाक्स 2.1: डीएसएम-5 के अनुसार विशिष्ट दुर्भीति के मानक (ए.पी.ए., 2013)

- क) ऐसे निराधार एवं अत्यधिक सतत भय को चिह्नित करें जो विशिष्ट वस्तु या परिस्थिति के संकेत को प्रदर्शित करती है अथवा उसका पूर्वानुमान होता है। (जैसे - उड़ान, ऊंचाई, जानवर, सूई का लगना, रक्त देखना)।
- ख) दुर्भीति युक्त उद्दीपक का प्रदर्शन तुरन्त चिन्ता प्रतिक्रिया को उत्तेजित करता है, जो स्थितिजन्य रूप से बाध्य या स्थितिजन्य रूप से पूर्व निर्धारित आक्षेप आतंक का रूप ले सकता है।
- ग) व्यक्ति यह पहचानता है कि भय आतंकित अथवा अनुचित है।
- घ) नोट: बच्चों में ये लक्षण अनुपस्थिति होते हैं।
- घ) दुर्भीति की स्थितियों से बचाया जा सकता है अथवा इसे बहुत अधिक चिन्ता या कष्ट के रूप में प्रकट हो सकती है।
- इ) भय की अवस्था में नकारना, उतावलेपन के साथ पूर्वानुमान, अथवा दुश्चिंता व्यक्ति की सामान्य दिनचर्या, व्यवसाय (अथवा शैक्षणिक) क्रियाकलापों अथवा सामाजिक क्रिया-कलाप, अथवा सम्बन्धों या दुर्भीति होने के बारे में चिह्नित संकट हैं।
- ज) 18 वर्ष से कम आयु के लोगों में इसकी अवधि लगभग छः माह होती है।

- छ) चिन्ता, आतंक आघात अथवा दुर्भीति के परिहार में विशिष्ट वस्तुओं या स्थितियों का सम्बन्ध किसी अन्य मानसिक विकार से नहीं होता, जैसे— मनोग्रस्तिता बाध्यता विकार (उदाहरणार्थ – संदूषण के संबंध ने बाध्यता के साथ किसी में गंदगी का डर), उत्तर आघातीय तनाव विकार (उदाहरणार्थ – भीषण प्रबलक के उद्दीपक के साहचर्य का परिहार), अलग होने की चिन्ता विकार (उदाहरणार्थ – स्कूल का परिहार), सामाजिक दुर्भीति (उलझन के डर की वजह से सामाजिक परिस्थितियों से बचना), आतंक विकार एगोराफोबिया के साथ अथवा एगोराफोबिया बिना आतंक विकार।

विशिष्ट दुर्भीतियों के प्रकार

डीएसएम-5 विशिष्ट दुर्भीति के पाँच प्रकार को परिभाषित करते हैं:

- 1) **पशु प्रकार :** इसमें पशुओं से भय होता है, जैसे कुत्ता, बिल्ली, मकड़ा, मकरी, चूहा, चिड़िया, मछली एवं साँप।
- 2) **प्राकृतिक पर्यावरण प्रकार :** इसमें ऊंचाई, तूफान एवं पानी के निकट का भय निहित होता है।
- 3) **रक्त-सुई-चोट प्रकार:** इसमें रक्त देखने का भय, परीक्षण के लिए रक्त का लिया जाना अथवा सूई लगाना, टेलीविजन पर मेडिकल प्रक्रियाओं का देखना एवं कुछ व्यक्तियों में केवल मेडिकल प्रक्रियाओं की बात करने का भय निहित होता है।
- 4) **परिस्थितिय प्रकार :** इस प्रकार में वाहन चलाने का भय, उड़ने का भय, लिफ्ट का भय तथा बन्द जगह का भय निहित होता है।
- 5) **अन्य प्रकार:** इसमें कुछ अन्य विशिष्ट भय निहित होते हैं, जैसे चोकिंग (श्वास नली में अवरोध) या कुछ खाद्य सामग्री खाने के बाद उल्टी होना, गुब्बारा फटने का भय अथवा अन्य उच्च ध्वनि अथवा दिल्लगी का भय।

सह विकृतियाँ : जो लोग विशिष्ट दुर्भीतियों से पीड़ित हैं, वे अन्य चिन्ता विकार से भी पीड़ित होते हैं (क्रुम और प्रैट, 2001)।

व्यापकता, प्रारम्भ की आयु एवं लिंग भेद: विशिष्ट दुर्भीति की जन्म दर बारह प्रतिशत है अतः इस प्रकार की दुर्भीति बहुत सामान्य है (क्रेसलर, चिरु एवं अन्य, 2005 सी)। भारत में व्यापकता दर 4.2 प्रतिशत बतलायी गयी है, जो कि अन्य दूसरे देशों की तुलना में काफी कम है (चन्द्रशेखर एवं रेड्डी, 1998)। यद्यपि यह बहुत सामान्य है, बहुत कम लोग विशिष्ट दुर्भीति का उपचार कराना पसन्द करते हैं। उन लोगों की अपेक्षा जिनको अन्य चिन्ता विकृति होती है। सबसे अधिक सामान्य विशिष्ट दुर्भीतियाँ, मकड़ी, साँप तथा ऊंचाई से सम्बन्धित होती हैं। दुर्भीति संस्कृति पर भी निर्भर होती है, उदाहरण के लिए, चीन में ‘प्लेग’ ठंड का भय होता है; जिसमें व्यक्ति को यह भय होता है कि शरीर की गर्मी समाप्त होने से जिंदगी को खतरा हो सकता है।

विशिष्ट दुर्भीति के लिए आयु का प्रारम्भ भी भय की निर्भरता के साथ परिवर्तित होता रहता है। पशु दुर्भीति, तूफान दुर्भीति, रक्त-सुई-चोट दुर्भीति एवं दाँत दुर्भीति का प्रारम्भ प्रारम्भिक बाल्यावस्था में होता है। ऊंचाई दुर्भीति के लिए औसत आयु का प्रारम्भ किशोरावस्था में होता है, जबकि बन्द जगहों से (कलास्ट्रोफोबिया) एवं वाहन चलाने की विशिष्ट दुर्भीति प्रायः वयस्कावस्था से होती है (बालर्स, 2002ए), कुछ विशिष्ट दुर्भीति (जैसे मकड़ी, तूफान) महिलाओं से पुरुष की अपेक्षा अधिक होता है, जब कि दूसरे (जैसे रक्त दुर्भीति) महिला एवं

पुरुष के समान रूप से पायी जाती है। लम्बे समय तक इसकी व्यापकता 7 प्रतिशत पुरुषों में तथा 16 प्रतिशत महिलाओं में पाई जाती है (क्रेसलर एवं अन्य, 1994)।

दुर्भीति से पीड़ित लोगों की सामान्य विशेषताएँ:

- दुर्भीति से पीड़ित लोग प्रायः यह जानते हैं कि उनका भय अतार्किक है, पर वे अपनी सहायता करने में असमर्थ होते हैं।
- वे दुर्भीति की परिस्थिति तक पहुँचने का प्रयास करते हैं। वे भय एवं चिन्ता से छुटकारा पा लेते हैं, जो आशंका एवं कष्ट के मध्य की अनुभूति होती है, जो पूरी तरह से 'लड़ाई अथवा हटो' की प्रक्रिया को संचालित करती है और आतंक आघात के समान होता है।
- चिन्ता में कभी के द्वारा दुर्भीति व्यवहार प्रबलित होता है, जो प्रत्येक समय भयपूर्ण परिस्थिति के परिहार के कारण उपरिथित होता है; और
- दुर्भीति कभी-कभी द्वितीयक प्राप्ति के द्वारा स्थिर होते हैं, जैसे अवधान का बढ़ना, सहानुभूति तथा दूसरे के व्यवहारों पर कुछ नियंत्रण। इस प्रकार के लाभ के प्रति प्रायः दुर्भीति से पीड़ित व्यक्ति जागरुक नहीं होता है।

2.3 दुर्भीति क्यों विकसित होती है?

विशिष्ट दुर्भीतियों के कारणों में जटिलता है, जैविकीय कारकों के सन्निहित होने में भय की अवस्था में साथ ही अन्य मनोवैज्ञानिक कारकों और विकासवादी कारकों में ऋणात्मक अनुभवों का इतिहास जुड़ा होता है।

जैविकीय परिप्रेक्ष्य

आनुवंशिक कारक: भय के अनुबन्धन की गति एवं शक्ति का निर्धारण आनुवंशिक एवं चित्र प्रकृति के परिवृत्त्यों से होता है (हेटमा एवं अन्य, 2003, वोहलबर्ग एवं मिनेका, 2011)। इसका अर्थ यह हुआ कि दुर्भीतियों के प्राप्ति आनुवंशिक बनावट अथवा चित्र प्रकृति एवं व्यक्तित्व का परिणाम है। जो लोग सेरोटोनिक ट्रान्सपोर्टर जीन्स के एक या दो वाहक होते हैं तथा जिनका सम्बन्ध उच्च मनस्ताप से होता है, उनमें भय उद्दीपक से अनुबन्धन होने की संभावना होती है (लॉन्सडोर्फ एवं अन्य, 2009)। इन परिणामों के आधार पर कॉग्न एवं अन्य (2001) वे बताया की व्यवहारिकता के आधार पर अवरोधित (शर्मिले, संकोची) नवजन्मित बच्चों में 7-8 वर्ष की आयु में विशिष्ट दुर्भीतियों के विकसित होने का खतरा दिखाई पड़ता है, अपेक्षाकृत अनावरोधित बच्चों के अध्ययनों में कुछ कम आनुवंशिक का अंश भी इंगित होता है, उदाहरण के लिए, फेयर एवं अन्य (1995) की रिपोर्ट के अनुसार विशिष्ट दुर्भीतियों के प्रथम सम्बन्धियों के वे लोग जिनमें विशिष्ट दुर्भीति पायी गयी उन लोगों में इसका खतरा अधिक होता है। पुरुष एवं महिला जुड़वा के अध्ययनों में पशु दुर्भीति की दर डाइज़ागोटिक जुड़वा की अपेक्षा संगति दर मोनोज़ाइगोटिक जुड़वा में अधिक संगति दर होती है (क्रेसलर आदि, 1999, हेटमा एवं अन्य, 2005)। इसी अध्ययन के विशिष्ट दुर्भीति की उत्पत्ति पर गैर साझा पर्यावरण के प्रभाव को बताया है, जो कि अन्य कारकों की भूमिका को दर्शाता है, जैसे कि विशिष्ट दुर्भीति के अधिग्रहण में मनोवैज्ञानिक और सामाजिक संस्कृति।

मनोवैज्ञानिक परिप्रेक्ष्यः

मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोणः फ्रायड के अनुसार, दुर्भीति चिन्ता के प्रति बचाव को प्रदर्शित करता है, जो इड़ के दमित आवेगों से उपजा है। इड़ के द्वारा दबे हुए आवेगों को जानना अधिक खतरनाक होता है। चिन्ता बाहरी वस्तु अथवा परिस्थिति पर विस्थापित (सुरक्षा बचावः विस्थापित) हो जाती है जिसमें भयभीत हुए वस्तु के प्रति के साथ एक प्रतीकात्मक सम्बन्ध स्थापित हो जाता है। फ्रायड (1909) ने दुर्भीति के विकास की व्याख्या छोटे केस अध्ययन से स्पष्ट की है, जो पाँच वर्ष का एक छोटा बच्चा था, जिसके घोड़े सी दुर्भीति थी। फ्रायड के अनुसार, हेन्स में दुर्भीति का विकास मातृ मनोग्रन्थि की चिन्ता के परिणामस्वरूप हुआ था। अचेतन रूप से हेन्स अपने पिता से नफरत करता था और उनको मार कर अपनी मां को अपने पास रखना चाहता था। इस घटना ने हेन्स में यह भय विकसित कर दिया कि उसका पिता उसे मार देगा, यह ऋणात्मक अनुभूति उसके अन्दर विकसित हो गयी। अचेतन मन का द्वन्द्व चेतन मन द्वारा स्वीकार नहीं किया गया इससे जो चिन्ता उत्पन्न हुयी वह घोड़े पर विस्थापित हो गयी जो उसके पिता का प्रतीक था। बहुत से शोधकर्त्ताओं द्वारा इस व्याख्या की आलोचना की गयी कि यह पूर्णतः काल्पनिक है। व्यवहारात्मक सिद्धान्तकारों द्वारा हेन्स के दुर्भीति की व्याख्या अधिगम सिद्धान्त के आधार पर की गयी।

व्यवहारात्मक परिप्रेक्ष्यः

दुर्भीति के विकास में व्यवहार सिद्धान्तकारों ने ध्यान केन्द्रित किया है:

- अधिगमित व्यवहार :** वोल्पे एवं रचमा का 1960 में मानना था कि हेन्स के घोड़े की दुर्भीति की उत्पत्ति आघातपूर्ण प्राचीन अनुबन्धन का उदाहरण है। उसने एक ऐसी भयावह दुर्घटना देखी थी जिसमें एक घोड़ा बुरी तरह चोटिल हो गया था। इस घटना ने उसको इतना अधिक परेशान किया कि उसने घर से निकलना बन्द कर दिया, जिससे कि उसका रास्ते में घोड़े से सामना न हो सके। दूसरे अन्य शोधकर्त्ताओं द्वारा किये गये शोधों से भी इस बात पर बल मिला है कि दुर्भीति की उत्पत्ति में प्राचीन अनुबन्धन की भूमिका होती है। एक व्यक्ति पहले एक उदासीन उद्दीपक से भयभीत होता है। बाद में उसे एक हानिकारक उद्दीपक अथवा घटना से युगित कर दिया जाता है। एक बार यदि दुर्भीति प्राप्त हो जाती है तो यह उससे मिलती-जुलती वस्तु अथवा घटना के साथ सामान्यीकृत हो जाती है। वोर्स एवं हूगदल (1981) द्वारा किये गये एक सर्वेक्षण में पाया गया कि 58 प्रतिशत उत्तरदाताओं में दुर्भीति की प्राप्ति भयानक अनुबन्धन परिस्थितियों के कारण हुयी थी। पुनः प्रत्यक्ष अनुबन्धन विशेष रूप से दाँतों की दुर्भीति (मेन्ट, 1997), बन्द जगह की दुर्भीति (रचमन, 1997) एवं दुर्घटना की दुर्भीति (कच्च, 1997) बहुत सामान्य शुरुआत है।
- स्थानापन्न अथवा प्रेक्षणात्मक अधिगम :** किसी भी व्यक्ति को भय के साथ किसी वस्तु अथवा स्थिति के साथ कार्य करते हुए निरीक्षण करने से भी दुर्भीति की प्राप्ति हो सकती है (वोल्प एवं रूगडल, 1981)। उदाहरणार्थ, प्रयोगशाला में पले रेसस बन्दर प्रारम्भ में साँपों से भयभीत नहीं थे, बल्कि जल्द ही उन सब ने साँपों से भयभीत होना सीख लिया अपने प्रतिभागी जंगली जानवर जो वहां पल रहे थे उनके भयभीत व्यवहार करते हुए देखकर (मिनेका एवं कुक, 1993)। जब प्रयोगशाला में पल रहे बन्दरों को जंगल में पल रहे बन्दरों के विडियो टेप दिखाए गये जो साँपों से डर रहे थे उस समय इसी प्रकार की निरीक्षणात्मक रिपोर्ट प्राप्त हुयी। इससे यह स्पष्ट होता है कि दुर्भीति जनसंचार माध्यम से भी विकसित हो सकती है (मिनेका एवं सुटोन, 2006)। इसमें सूचनात्मक अधिगम समिहित होता है जहाँ व्यक्ति एक विशेष वस्तु या स्थिति से डरकर सुनकर अथवा यह पढ़ने से की वह स्थिति खतरनाक है, उससे भयभीत

होना सीख लेता है। उदाहरणार्थ, समाचार में विमान दुर्घटना के बारे में सुनकर उड़ान भरने से डर सीखना, या दूसरों से लगातार चेतावनी प्राप्त करके वाहन चलाने से डर सीखना कि वाहन चलाना खतरनाक है।

संज्ञानात्मक परिप्रेक्ष्य: संज्ञानात्मक कारकों जैसे ध्यान, स्मृति, संज्ञानात्मक पूर्वाग्रह प्राप्त किये हुए दुर्भागियों को बनाए रखते हैं। विशिष्ट दुर्भागियों के लिए प्रायः लोगों का ध्यान धमकी भरी सूचनाओं की तरफ होता है, जो उनके भाग से सम्बन्धित होते हैं (मिनेका, 1992)। उदाहरणार्थ, वह व्यक्ति जिसे मकड़े से दुर्भागि होती है, प्रायः वह व्यक्ति होता है, जो कमरे में मकड़े को देखकर पहचान लेगा। दुर्भागि से ग्रसित लोगों के मन में उन वस्तुओं और स्थितियों का सामना करने के लिए उनके संस्करण में भी विकृतियाँ होती हैं। उदाहरण के लिए, पशु दुर्भागियों वाले लोग उस पशु को याद कर सकते हैं जो उन्होंने बड़े तेज या भयावह रूप से सामना किया है। इसके अलावा, विशिष्ट दुर्भागियों वाले लोग विश्वास को धारण किये रहते थे और स्थितियों की व्याख्या इस तरह से करते हैं कि वे अपनी चिंता को बनाए रखें या बढ़ाएं (ओहमन एवं मिनेका, 1999)। उदाहरण के लिए, ऊंचाई के डर वाले लोग यह मान सकते हैं कि उनके गिरने की संभावना अधिक है। जो लोग ऊंचाई वाले स्थानों से डरते हैं जैसे कि लिफ्ट, वे मान सकते हैं कि वे हवा से बाहर निकलेंगे या वे भागने में असमर्थ होंगे। अंत में, डर की स्थितियों से बचने से लोगों को विशिष्ट दुर्भागि से सीखने से रोकता है कि वे जिन स्थितियों से डरते हैं वे 'खतरनाक' नहीं हैं जैसा कि वे अनुभव करते हैं।

इसके अलावा, सुरक्षा व्यवहार (जैसे दुर्घटना से बचने के लिए धीरे-धीरे वाहन चलाना, कीड़ों से पैरों को बचाने के लिए हमेशा जूते पहनना) पर निर्भर रहना भी व्यक्ति के भय को बनाए रखने में सहायता कर सकता है।

विकासवादी परिप्रेक्ष्य: हमारे विकासवादी इतिहास ने प्रभावित किया है, जो उत्तेजनाओं के डर की संभावना के उदाहरण के लिए साँप, पानी, ऊंचाई, किसी बंद जगह, साइकिल, चाकू से डर भले ही बाद की वस्तुओं के रूप में कम से कम आघात के साथ जुड़े होने की संभावना हो सकती है। प्राइमेट्स (स्तनपायी प्राणियों में सर्वोच्च श्रेणी के जीव) और मनुष्य में जैविक तत्परता होती है, जो कुछ प्रकार की वस्तुओं को तेजी से जोड़ता है जैसे कि साँप, मकड़ियों, पानी और संलग्न स्थानों, के साथ प्रतिकूल घटनाएँ। यह सुझाव दिया गया है कि यह तत्परता विकास के दौरान हमारे पूर्वजों के लिए एक चयनात्मक लाभ (जैसे अस्तित्व में सहायता की गई) हो सकती है (माइनका और ओहनन, 2002)। ओहमन (1996) ने दुर्भागियों के तत्परता सिद्धांत का समर्थन करने के लिए साक्ष्य दिये। सबसे प्रथम, मानव प्रतिभागियों के मामले में, डर को फूलों और सब्जियों जैसे आप्रसंगिक उत्तेजनाओं से डरने की तुलना में साँप और मकड़ियों जैसे प्रासंगिक उत्तेजनाओं से डरने के लिए अधिक प्रभावी ढंग से अनुबंधित किया गया था। प्राइमेट्स के मामले में, प्रासंगिक उत्तेजनाओं से डरने के लिए बिना किसी पूर्व अनुभव वाले प्रयोगशाला के बंदरों ने अप्रासंगिक उत्तेजनाओं की तुलना में प्रासंगिक डर के लिए अनुबंध को भी दिखाया है।

2.4 दुर्भागि का उपचार

दुर्भागि के लिए मुख्य उपचार विकल्प इस प्रकार हैं :

- **अनावरण सिद्धांत:** क्लार्इट को नियन्त्रित वातावरण में भयभीत वस्तु जानवर या जगह के संपर्क में लाया जाए (चोय एवं अच्य, 2007)। अनावरण सिद्धांत के विभिन्न

रूप ही उदाहरण के लिए असंवेदीकरण, फ्लडिंग, आभासी वास्तविकता, क्रमबद्ध असंवेदीकरण, इस आधार पर आधारित है कि एक ही समय में चिंता और विश्राम किया जा सकता है। यह कई चरणों में आयोजित किया जाता है। सबसे पहले क्लाईट की सहायता से भय के पदानुक्रम की स्थिति बनती है, जो सबसे कम भय उत्पन्न करने वाली स्थिति से उत्पन्न होती है। उदाहरण के लिए, अगली गली में कुत्ते का भौंकना, क्लाईट के सामने कुत्ते का भौंकना। द्वितीय, क्लाईट को विश्राम अभ्यास सिखाया जाता है, जैसे कि प्रोगेसिव मसल रिलेक्सेशन और लंबी साँस लेना।

चिंता, भय, आतंक एवं
मनोग्रस्ति विकार-I

फिर व्यक्ति को विश्राम करने और पदानुक्रम के आरोही क्रम में उत्पन्न करने की स्थिति की कल्पना करने को कहा जाता है, जो कम भय उत्पन्न करने वाली स्थिति में प्रारंभ होती है। धीरे-धीरे क्लाइंट सबसे अधिक भय उत्पन्न करने वाली स्थिति में विश्राम करना सीखता है, जिससे दुर्भीति का शमन होता है। इस तकनीक के विपरीत फ्लडिंग, जहाँ क्लाइंट को सबसे अधिक भय उत्पन्न करने वाली स्थिति से अवगत कराया जाता है और उसे सीखाया जाता है कि वह भय उत्पन्न करने वाली स्थिति में गुजर सकता है, बिना किसी चोट या उसके आपेक्ष के विपरीत। पहले चिकित्सक वास्तविक स्थितियों या कल्पना का प्रयोग करते थे (यदि स्थिति खतरनाक थी) जबकि आजकल चिकित्सक आभासी वास्तविकता का प्रयोग करते हैं। इस प्रकार की चिकित्सा में, कंप्यूटर और अन्य उपकरणों की सहायता से चिकित्सक भय उत्पन्न करने वाली स्थिति का अनुकरण करते हैं; उदाहरण के लिए, ऊचाइयाँ, हवाई यात्रा, ग्राहक सिमुलेशन अभ्यास आदि। इन सभी तकनीकों के माध्यम से क्लाइंट को अपने भय की तर्कहीनता का एहसास होता है और इस तरह यह भय विलुप्त हो जाता है।

- मॉडलिंग :** बैन्डुरा (1977) के स्थानापन्न अधिगम के सिद्धान्त पर आधारित है। क्लाइंट वास्तविक जीवन अथवा सिनेमा में दूसरे व्यक्ति को निर्धारित करता है (कभी-कभी चिकित्सक को) एवं बिना भय की स्थिति में कार्य करता है, जो क्लाइंट में दुर्भीति का कारण बनता है। दूसरे व्यक्ति को बिना भय के शान्तिपूर्वक कार्य करता देखकर, क्लाइंट यह सीख जाता है कि दुर्भीति की स्थिति अथवा उद्दीपक नुकसान पहुँचाने वाला नहीं है, उसे दुर्भीति की चिकित्सा करने में सहायक होता है।

जब व्यवहार चिकित्सक दुर्भीति के रोगी की चिकित्सा में इसे प्रभावशाली पाता है, उस अवस्था में संज्ञानात्मक तकनीकी जैसे संज्ञानात्मक पुनः संरचना अथवा दवा में प्रयोग प्रभावशाली नहीं होता है। नवीनतम परिणामों के अनुसार डाइक्लोसेटिन दवा अनावरण चिकित्सा के साथ प्रयुक्त की जाती है, तब यह पाया गया कि वह अनावरण चिकित्सा की प्रभावकता को बढ़ा देता है (नॉर्बर्ग एवं अन्य, 2008)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) दुर्भीतियाँ क्या हैं?

- 2) दुर्भीतियों के उपचार के तरीके के रूप में मॉडलिंग की व्याख्या कीजिए।
-
.....
.....
.....

2.5 सामाजिक चिंता विकार (सामाजिक दुर्भीति) की नैदानिक विशेषताएँ

सामाजिक दुर्भीति एक लगातार अतार्किक भय है, जो प्रायः दूसरों की उपरिथिति से सम्बन्धित होता है। यह व्यक्ति को बहुत अधिक दुर्बल बना देती है। सामाजिक दुर्भीति एवं सामाजिक चिंता विकार में क्या अन्तर है? सामाजिक दुर्भीति एवं सामाजिक चिन्ता विकार (सामाजिक चिंता विकार) में अन्तर वृहद् रूप से कालानुक्रमिक है, जिसमें सामाजिक दुर्भीति पुरानी शब्दावली है, जबकि सामाजिक चिंता विकार इस विकार के लिए वर्तमान में प्रयुक्त की जाने वाली शब्दावली है। सामाजिक दुर्भीति का अधिकारिक मनोरोग निदान नैदानिक और साखियकीय मैनुअल के तीसरे संस्करण से प्रारम्भ हुआ। सामाजिक दुर्भीति का वर्णन प्रदर्शन में भय की स्थिति से होता है तथा यह भय कम औपचारिक भय की स्थिति में नहीं होता है जैसे कि सामान्य बातचीत की अवस्था में।

डीएसएम-5 में सामाजिक चिन्ता विकार का वर्णन एक या एक से अधिक “विशिष्ट सामाजिक स्थितियों में भय से किया गया है (जैसे लोगों के समक्ष भाषण देना, सार्वजनिक शौचालय में पेशाब करना अथवा सार्वजनिक स्थल में खाना अथवा लिखना) जहाँ व्यक्ति को भय होता है कि लोग उसकी जाँच करेंगे तथा उसकी क्षमता का ऋणात्मक मूल्यांकन होगा और दूसरों के सामने वह अपने को नीचा पायेगा।” अतः व्यक्ति ऐसी सामाजिक परिस्थितियों से दूर रहना चाहता है या जब उन परिस्थितियों से दूर रहना संभव नहीं हो पाता है, तब वह बहुत अधिक तनाव में आ जाता है। डीएसएम-5 के अनुसार, सामाजिक चिंता विकार के दो उप प्रकार हैं, एक किसी प्रदर्शन की विशेष स्थिति में उदाहरणार्थ, लोगों के समक्ष भाषण देना एवं दूसरा सामान्य अथवा बिना प्रदर्शन की स्थिति में उदाहरणार्थ, लोगों के साथ भोजन करना।

बाक्स 2.2 : सामाजिक चिन्ता विकार का डीएसएम-5 मापदंड (ए.पी.ए. 2013)

- क) एक या एक से अधिक सामाजिक अथवा निष्पादन की अवस्था में लगातार भय का बना रहना, जिससे कि व्यक्ति अनजाने व्यक्ति के समक्ष अनाकृत होता है अथवा दूसरों की सभावित चेकिंग से भयभीत होता है। लोगों को यह भय होता है कि वे इस प्रकार कार्य करेंगे (अथवा चिन्ता के लक्षण प्रदर्शित करेंगे) जो उन्हें नीचा दिखायेगा अथवा परेशान करेगा।

नोट: बच्चों में आयु की क्षमता का प्रमाण होना चाहिए, जानने वाले लोगों के साथ उचित सामाजिक सम्बन्ध होना चाहिए तथा चिन्ता अपने आयु समूह में होना चाहिए, चिन्ता वयस्कों के साथ बातचीत में नहीं होनी चाहिए।

- ख) किसी भी सामाजिक स्थिति के सामने आने से लगभग चिन्ता उत्पन्न होती है, जो स्थितिजन्य रूप से बाध्य या स्थितिजन्य रूप से पूर्व निर्धारित आतंक यथात् का रूप ले सकता है।

नोट: बच्चों में चिन्ता रोने के द्वारा, झल्लाहट, अथवा सामाजिक स्थिति में अपरिचित लोगों के मिलने से संकोच होता है।

- ग) व्यक्ति यह जानता है कि भय अधिक है अथवा अतार्किक है।

नोट: बच्चों में यह लक्षण अनुपस्थिति होते हैं।

- घ) भयपूर्ण सामाजिक अथवा प्रदर्शन स्थितियों को टाला जा सकता है अथवा बहुत अधिक चिन्ता अथवा तनाव के साथ स्वीकारा जाता है।

- ङ) परिहार, उतावलेपन की भविष्यवाणी अथवा सामाजिक तनाव सामाजिक भय अथवा प्रदर्शन की अवस्था निश्चित रूप से व्यक्ति के सामान्य जीवन की दिनचर्या, व्यवसायिक (शैक्षणिक) क्रियाकलापों अथवा सामाजिक क्रियाकलापों को प्रभावित करता है अथवा दुर्भाग्य होने का तनाव होता है।

- च) 18 वर्ष की आयु से कम लोगों में, कम से कम छः माह की अवधि होती है।

- छ) भय अथवा परिहार औषधि के सीधे शारीरिक प्रभाव के कारण नहीं होता (उदाहरणार्थ, दवा की आदत, औषधि प्रयोग) अथवा सामान्य मेडिकल अवस्था पूर्ण रूप से जिम्मेदार नहीं होती, दूसरी प्रकार की मानसिक विकार के लिए (उदाहरणार्थ, आतंक विकार, एगोराफोबिया के साथ अथवा एगोराफोबिया के बिना, अलग होने की चिन्ता विकार, शरीर को बेड़ौल होने का विकार तथा अपना मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार)।

- ज) यदि सामान्य चिकित्सा स्थिति अथवा अन्य मानसिक विकृतियाँ उपस्थिति है, तब मापदंड सम्बन्धित नहीं होगा, उदाहरणार्थ तुलनाने/हकलाने का भय नहीं होता, पार्किन्सन बीमारी में कॉपना अथवा खाने का असामान्य व्यवहार दिखलाना एगोराफोबिया नरवोसा, बुलिचिया में असामानता भोजन व्यवहार का प्रदर्शन करना है।

सह विकृतियाँ: जो लोग सामाजिक चिंता विकार से ग्रसित होते हैं वे प्रायः एक या एक से अधिक चिन्ता विकार एवं विशाद विकार से ग्रसित होते हैं (रस्कियो एवं अन्य, 2008)। विशाद एवं द्रव्य-व्यसन को सामान्यीकृत सामाजिक चिंता विकार की सह विकृति के रूप में पाया गया है (विचेलन, स्टीन एवं क्रेसलर, 1999)। विशिष्ट सामाजिक चिंता विकार की सह विकृतियाँ, GAD, विशिष्ट दुर्भाग्याँ, आतंक विकार, परिहार व्यक्तित्व विकार, मनोदशा विकार एवं द्रव्य व्यसन हैं (क्रम एवं फ्रैट, 2001)।

व्यापकता, प्रारम्भ की आयु, लिंग भेद एवं सांस्कृतिक कारक: सामाजिक चिंता विकार एक सामान्य एवं सार्वजनिक क्षेत्र के ख्याति प्राप्ति लोगों में भी पाया जाता है। उदाहरण के लिए, बारबरा स्ट्रीसैन्ड (अमेरिकी अभिनेता और गायक)। वर्तमान जनसंख्या में जीवनकाल की व्यापकता 12 प्रतिशत होती है (रस्कियो एवं अन्य, 2008)। भारत के किशोरों में इसकी व्यापकता दर 12.8 प्रतिशत पायी गयी है (मेहतालिया एवं वनकर, 2004)। यह सतत् विकारी जिसमें 12 वर्षों में केवल 37 प्रतिशत पीड़ितों द्वारा सहज स्वास्थ्य लाभ पाया गया है (ब्रूस एवं अन्य, 2005)।

मनोवैज्ञानिक, चिंता और मनोग्रस्ति विकारों का परिचय

सामाजिक चिंता विकार का प्रारम्भ अथवा मध्य किशोरावस्था अथवा प्रारम्भिक वयस्कावस्था में होता है (रसियो एवं अन्य, 2008)। सामाजिक चिंता विकार अधिकतर महिलाओं में पुरुषों की अपेक्षा अधिक होता है। साठ प्रतिशत महिलाएँ इस विकार से ग्रसित होती हैं सामाजिक चिंता विकार सांस्कृतिक कारकों से भी प्रभावित होता है। उदाहरण, जापान में, दूसरों को अपमानित करने से डरना वास्तव में महत्वपूर्ण है, जबकि संयुक्त राज्य अमरीका में भय का मूल्यांकन ऋणात्मक रूप में सामाजिक चिन्ता के स्रोत के रूप में होता है।

सामाजिक चिंता विकार वाले लोगों की सामान्य विशेषताएँ:

- व्यक्ति प्रायः उन स्थितियों का परिहार करने का प्रयास करता है, जिनमें उसका मूल्यांकन किया जा सकता है और उत्सुकता के लक्षण प्रकट हो सकते हैं या शर्मनाक तरीके से व्यवहार करते हैं।
- भय की अवस्था में अत्यधिक पसीना अथवा लज्जित होना सामान्य है।
- सार्वजनिक स्थान पर बोलना, भोजन करना, सार्वजनिक शौचालय का उपयोग आदि में अत्यधिक चिन्ता दिखलायी देती है।
- ये लोग प्रायः अपने व्यवसाय में अपनी बुद्धि अथवा समता से बहुत निम्न स्तर पर कार्य करते हैं क्योंकि उनकी अत्यधिक सामाजिक संवेदनात्मकता उस परिस्थिति में कार्य करने की सहमति नहीं देती है, जिसमें दूसरे लोगों के साथ सहभागिता समिहित होती है।

2.6 सामाजिक चिंता विकार के कारणात्मक कारक

आइए हम सामाजिक चिंता विकार के कारणात्मक कारकों को समझते हैं।

जैविकीय परिप्रेक्ष्य

आनुवंशिक एवं चित्र सम्बन्धित कारक: दो महिलाओं पर किये गये अध्ययनों से यह परिणाम प्राप्त होता है कि सामाजिक चिंता विकार के विकास में आनुवंशिक कारक के कारण अंतर तीस प्रतिशत तक होता है (स्मोलर एवं अन्य, 2008)। पारिवारिक अध्ययन भी यह प्रदर्शित करते हैं कि प्रथम स्तर के पूर्व जुड़े सम्बन्धी दो से तीन बार भी इस प्रकार के निदान को साझा करते हैं। पुनः छोटे बच्चे जो अपरिचित उद्दीपक से व्यथित हो जाते हैं उनमें बाल्यवस्था अथवा किशोरावस्था में भयभीत होने की संभावना बढ़ जाती है, उनमें सामाजिक दुर्भीति के विकसित होने का खतरा बढ़ जाता है (कांगन, 1997)।

मनोवैज्ञानिक परिप्रेक्ष्य

व्यवहारिक व्याख्या: बहुत से केसों में सामाजिक चिंता विकार एक सीधा या स्थानापन्न प्राचीन अनुबन्धन का परिणाम है। एक अध्ययन में यह पाया गया कि 56 प्रतिशत लोग विशिष्ट सामाजिक चिंता विकार के लोग तथा 44 प्रतिशत सामान्यीकृत सामाजिक चिंता विकार के लोग भयावह अनुबन्धन के अनुभवों से ग्रसित होते हैं (टाउनसली एवं अन्य, 1995)। सामान्यीकृत सामाजिक चिंता विकार के लोग प्रायः विशेष रूप से उन माता-पिता के साथ बड़े होते हैं जो या तो सामाजिक रूप से अलग होते हैं अथवा जो सामाजिकता का अवमूल्यन करते हैं, अतः इन लोगों को स्थानापन्न अधिगम के अधिक अवसर मिलते हैं (रोसेनबॉस एवं अन्य, 1994)। सामाजिक दुर्भीति के बहुत से लोगों में यह विकसित होता है उस समय में अपने मित्र समूह में समान होने में समस्या महसूस करते हैं (हार्वे एवं अन्य, 2005)।

संज्ञानात्मक कारक: सामाजिक रूप से चिंतित लोग मूल्यांकन के बारे में अधिक चिंतित हैं उन लोगों की तुलना में जो चिंतित नहीं हैं (गोल्डफ्रीड़ पैडर, एवं राबिंस, 1984)। वे उस छवि के बारे में अधिक जागरुक हैं, जो वे दूसरों को प्रस्तुत करने में (वोट्स 1990)। वे स्वयं को नकारात्मक रूप से देखने लगते हैं जब उन्होंने वास्तव में सामाजिक संबंधों में अच्छा प्रदर्शन किया हो (वालेस एवं इल्डेन, 1997)। डेविस एवं जिगेल्बोइन (1987) के अध्ययन में जिन्होंने स्वांग स्थितियों में स्पष्ट विचारों का उपयोग किया, यह बताया गया कि सामाजिक दुर्भाग्य से पीड़ित लोगों में, सामाजिक भय के बिना लोगों की तुलना में तनावपूर्ण स्थिति में अधिक नकारात्मक स्पष्ट विचार दिया है। लगातार और तर्कहीन भय वास्तव में होता है क्योंकि भय को अलग कर दिया जाता है। शुरुआती स्वचालित प्रक्रियाओं के माध्यम से सचेत जागरुकता के लिए उपलब्ध नहीं है। इस प्रारंभिक प्रक्रिया के बाद उद्दीपक से बचा जाता है। इसलिए यह पूरी तरह से संसाधित नहीं की जाती है ताकि डर को समाप्त किया जा सके (अमीर फोस्स और क्लोम, 1998)।

सामाजिक कौशल की कमी का प्रारूप : इस प्रारूप के अनुसार, अनुचित व्यवहार अथवा सामाजिक कौशल की कमी सामाजिक चिन्तन का कारण हैं। व्यक्तियों ने यह नहीं सीखा है कि कैसे व्यवहार करें इसलिए वे दूसरों के साथ सहज अनुभव करते हैं। व्यक्ति बार-बार बिना जानी-समझी गलती करता है, व्यक्ति अकृशल एवं सामाजिक रूप से अयोग्य होता है, वह प्रायः सामाजिक सहयोगियों द्वारा आलोचना का पात्र बनता है। इस प्रारूप के पक्ष में जो परिणाम प्राप्त होते हैं उनसे यह पता चलता है कि वास्तव में जिन लोगों में उतावलापन होता है उनको सामाजिक कौशलों में निम्न स्तर पर आंका जाता है (ट्रवन्टीमन एवं मैकफॉल, 1975)।

अनियंत्रिता अप्रत्याशितता का प्रत्यक्षण: विनम्र एवं अनिश्चित व्यवहार जोकि सामाजिक दुर्भाग्य में लोगों के लक्षणों की विशेषता होती है, वह जीवन की परिस्थितियों की अनिश्चितता का परिणाम होता है। सामाजिक दुर्भाग्य में लोगों में जीवन की घटनाओं में व्यक्तिगत नियंत्रण बहुत कमजोर होता है (क्लोट्री, एवं अन्य, 1992)।

उद्विकासीय सन्दर्भ: वोहमन (1985) के अनुसार सामाजिक दुर्भाग्य का विकास प्रभुत्व अनुक्रम का गौण उपोत्थाद है। सामाजिक समूह के सदस्यों के मध्य शोधित भिड़न्त के फलस्वरूप प्रभुत्व अनुक्रम स्थापित होता है, जहाँ पराजित व्यक्ति प्रायः भय एवं विनम्र व्यवहार को प्रदर्शित करता है लेकिन परिस्थितियों से पलायन मुश्किल से करता है। अतः सामाजिक दुर्भाग्य से ग्रसित व्यक्ति प्रायः उस भयावह स्थिति में होता है अपेक्षाकृत पलायन करने के संभवतः सामाजिक दुर्भाग्य अधिकतर किशोरावस्था तथा प्रारंभिक वयस्कावस्था में विकसित होता है, परिणामस्वरूप प्रभुत्व का द्वन्द्व पूर्णतः स्पष्ट होता है।

तैयारियाँ एवं सामाजिक दुर्भाग्य: वोहमन एवं उनके सहयोगियों (1985) का मानना है कि हम सब मानव में उद्विकासीय आधार पर सामाजिक उद्दीपक से भय प्राप्त करते हैं जो दूसरे व्यक्तियों द्वारा प्राप्त प्रभुत्व एवं क्रोध का संकेत (उदाहरणार्थ, क्रोध अथवा अवमानना) होता है। शोधकर्ताओं ने बताया कि प्रतिभागियों ने मजबूत अनुबन्धित प्रतिक्रियाओं को विकसित किया, जब क्रोधित चेहरों को बिजली के झटके के साथ युगित किया गया अपेक्षाकृत जब प्रसन्न चेहरों को उसी प्रकार के झटकों के साथ युगित किया गया। पुनः क्रोधित चेहरे का बहुत छोटा प्रदर्शन किया गया, जिसका चेतन रूप देखा गया। यह अनुबन्धित प्रतिक्रिया को सक्रिय करने के लिए पर्याप्त है (वोहमन, 1996)।

2.7 सामाजिक दुर्भीति का उपचार

सामाजिक दुर्भीति के लिए लोगों द्वारा उपयोग किए जाने वाले मुख्य उपचार विकल्प हैं:

- 1) **संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा:** संज्ञानात्मक पुनःसंरचना व्यवहारात्मक तकनीकियों के साथ बहुत प्रभावशाली है, केवल अकेले व्यवहारात्मक चिकित्सा की तुलना में (वैरलो एवं अन्य, 2007)। क्लाइंट का विकृत संज्ञान सामाजिक दुर्भीति को बढ़ावा देता है, जैसे 'कोई मुझे पसन्द नहीं करता, 'लोग मुझे आर्कषक नहीं मानते हैं। चिकित्सक क्लाइंट की सहायता विश्लेषण के द्वारा, ऐसे ऋणात्मक सोच का पुनःसंरचित करने का प्रयास करते हैं। पुनःविश्लेषण के दौरान क्लाइंट की संज्ञानात्मक विकृत स्वचालित ऋणात्मक सोच के लिए शिक्षित किया जाता है तथा कैसे यह क्लाइंट के सामाजिक व्यवहार को प्रभावित करते हैं। संज्ञानात्मक तकनीकियों की सहायता से इस प्रकार की सोच को पुनःसंरचित किया जाता है, उदाहरणार्थ, इस प्रकार के ऋणात्मक सोच की वैधता ऋणात्मक सोच की एक उपकल्पना के रूप में लेना तथा उन उपकल्पनाओं का तर्क के साथ परीक्षण करना। क्लाइंट को इस प्रकार के अभ्यास के लिए भी प्रोत्साहित किया जाता है कि वे अपने ऊपर से अपना ध्यान हटाकर दूसरों एवं दूसरी परिस्थितियों पर केन्द्रीत कर लें। उनकी सामाजिक बातचीत का वीडियो टेप बनाकर उसका सफलतापूर्वक प्रयोग फीडबैक के रूप में किया जा सकता है (मॉर्टबर्ग एवं अन्य, 2007)।
- 2) **औषधि चिकित्सा:** शोधों द्वारा यह दर्शाया गया है कि सबसे अधिक प्रभावी रूप से उपयोग में लाई जाने वाली औषधियों में अवसाद विरोधी औषधियों की कुछ श्रेणियाँ हैं (उदाहरणार्थ, मोनोआमीन ऑक्सीडेज निरोधक या MAOIs तथा चयनात्मक सेरोटोनिन रीअपटेक निरोधक या SSRIs) जो सामाजिक दुर्भीति के उपचार के लिए प्रभावशाली पाये गये हैं (इप्सर एवं अन्य, 2008)। पुनः इस क्षेत्र में तुलनात्मक शोध में यह पाया गया की संज्ञान परक व्यवहार चिकित्सा औषधि-उपचार की अपेक्षा अधिक प्रभावशाली है, इसका कोई दुष्परिणाम नहीं होता तथा इसके दुबारा होने की दर भी बहुत कम है (स्टीन एवं स्टीन, 2008)। अन्त में गुरुदेला एवं अन्य (2008) शोधकर्ताओं ने बताया कि संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा के साथ संयोजन में लिया गया डी साइक्लोसेरिन, से सफल उपचार में तेज दर देखी गई।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) सामाजिक दुर्भीति की क्या विशेषताएँ हैं?

.....

.....

.....

- 2) सामाजिक दुर्भीति क्यों विकसित होता है?

.....

.....

.....

.....

- 3) संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा सामाजिक दुर्भाग्य के उपचार में कैसे सहायता करती है?

चिंता, भय, आतंक एवं
मनोग्रस्ति विकार-I

2.8 आतंक विकार के नैदानिक पक्ष

डीएसएम-5 आतंक आघात को पृथक प्रकार के भयंकर भय अथवा असुविधा के रूप में परिभाषित करता है, जिसमें 13 मानक सूची के लक्षणों में से कम से कम चार लक्षण विकसित हो तथा दस मिनट में अपने चरम पर पहुँच जाए। यद्यपि कि ये लक्षण दस मिनट में चरम पर आ जाते हैं, यह आघात कुछ सेकेण्ड में चरम पर पहुँच जाता है तथा यह लक्षण धीरे-धीरे कुछ मिनट से आधे घंटे पश्चात् समाप्त हो जाता है।

बॉक्स 2.3 : सामाजिक दुर्भाग्य के डीएसएम-5 मापदंड

- क) आवर्तक अप्रत्याशित आघात आतंक आघात तीव्र भय या तीव्र बैचेनी का कारण है, जो मिनटों में अपने चरम पर पहुँच जाता है तथा इस दौरान निम्नलिखित में से चार या अधिक लक्षण प्राप्त हो सकते हैं:

नोट: एकाएक उत्पन्न होने वाला आवेश शान्त अवस्था अथवा उत्तावली अवस्था में प्राप्त हो सकता है।

- 1) दिल की धड़कन, दिल का बैठना अथवा दिल की धड़कन का बढ़ जाना।
- 2) पसीना आना।
- 3) कम्पन अथवा हिलना।
- 4) साँस के कम होने की संवेदना अथवा साँस रुकना/घूटन का अनुभव होना।
- 5) रुकावट की अनुभूति।
- 6) सीने में दर्द अथवा असुविधा।
- 7) उल्टी की अनुभूति अथवा उदर मांसपेशी में तनाव।
- 8) चक्कर की अनुभूति, अस्थिरता, सिर का हल्कापन अथवा मूर्छा होना।
- 9) ठंड अथवा गर्मी की संवेदना।
- 10) अपसंवेदन (ठंडापन अथवा ऐठन की संवेदना)
- 11) अस्पष्ट अनुभव (अवास्तविकता की अनुभूति) अथवा अव्यक्तिगत (अपने आप से अलग होना)।
- 12) नियंत्रण खोने का भय अथवा 'पागल होना'।
- 13) मृत्यु का भय।

नोट: संस्कृति विशेष लक्षण (कान का बजना, गले का सूखापन, सिर दर्द अनियंत्रित मचलना अथवा रोना) देखे जा सकते हैं। ऐसे लक्षणों को उन चार लक्षणों में नहीं गिना जाना चाहिए, जो लक्षण आवश्यक होते हैं।

- ख) कम से कम एक आघात एक माह में या अधिक बार होना चाहिए। निम्नलिखित में से एक दोनों।
- 1) अतिरिक्त आतंक आघात की चिन्ता अथवा लगातार उसके बारे में सोचना अथवा उसके परिणाम (उदाहरणार्थ नियंत्रण खोना, दिल का आघात होना, 'पागल होना')।
 - 2) आघात से सम्बन्धित व्यवहार में महत्वपूर्ण असमायोजित परिवर्तन (आतंक आघात का परिदृश्य करने का व्यवहार जैसे व्यायाम या अपरिचित स्थितियों से बचना आदि)।
- ग) द्रव्य व्यसन के प्रभाव द्वारा शारीरिक क्षुब्धिता को उत्तरदायी नहीं किया जा सकता (उदाहरणार्थ – द्रव्य-व्यसन का दुरुपयोग, औषधि प्रयोग) अथवा अन्य कोई चिकित्सा अवस्था (उदाहरणार्थ – हाइपरथायोरोडिस्म, कार्डिपलमोनरी विकार)।
- घ) क्षुब्धिता को अन्य मानसिक विकार में बेहतर नहीं बताया गया है (उदाहरणार्थ – आतंक आघात केवल सामाजिक परिस्थितियों के द्वारा भयपूर्ण प्रतिक्रिया देने से नहीं प्राप्त होता है, जैसा कि सामाजिक चिन्तन विकार में होता है। दुर्भीति वस्तुओं के प्रतिक्रिया स्वरूप अथवा स्थितिवश, जैसा कि विशिष्ट दुर्भीति में होता है, बाध्यता की प्रतिक्रिया जैसा कि मनोग्रस्ति-बाध्यता विकार में होता है, वह प्रतिक्रिया जो भयानक घटनाओं का स्मरण करता है जैसा कि पश्च आघात तनाव विकृति में होता है, अथवा संलग्न आकृति कि किसी प्रतिमा से अलग होने की प्रतिक्रिया जैसा कि अलगाव चिन्ता विकार में होता है।

उपर्युक्त सूची से यह स्पष्ट है कि तेरह में से अधिकांश (1 से 10) लक्षण शारीरिक हैं जबकि अन्तिम तीन लक्षण ही संज्ञानात्मक लक्षण हैं। इन लक्षणों के अतिरिक्त, आतंक आघात में अन्य दूसरे लक्षण भी पाये जाते हैं (उदाहरणार्थ – धुंधली दृष्टि)।

लगभग सभी चिंता विकारों में आतंक आघात का अनुभव किया जाता है, जो किसी भी भयपूर्ण स्थितियों/वस्तु, परिस्थिति, विचार और चिंता से उत्पन्न हो सकता है। बहुत से लोग समय-समय पर बिना किसी चिंता विकार के भी आतंक आघात का अनुभव करते हैं (उदाहरणार्थ, जब किसी प्रकार की औपचारिक प्रस्तुतीकरण दे रहे हो अथवा परीक्षा दे रहे हों अथवा कोई दूसरी तनावपूर्ण स्थिति का सामना करने पर)। आतंक आघात सामान्य जनसंख्या में अक्सर आते हैं, कुछ अध्ययन यह प्रदर्शित करते हैं कि दिये गये वर्षों के दौरान प्रत्येक तीसरा व्यक्ति आतंक, आघात का अनुभव करता है। बहुत ही आतंक आघात तनाव परेशानियों अथवा डरावनी परिस्थितियों के कारण प्राप्त हो जाती हैं। आतंक विकार में होने वाले आतंक आघात अक्सर बिना किसी स्पष्ट ट्रिगर या कारण से निकलते हैं।

तालिका 2.1 : आतंक एवं चिंता के लक्षणों के मध्य अन्तर

आतंक आघात	चिंता
<ul style="list-style-type: none"> ● लक्षणों का विकास एकाएक अथवा आकस्मिक होता है। ● प्रायः इसकी तीव्रता दस मिनट में अपनी चरम सीमा पर होती है तथा बीस से तीस मिनट में दब जाती है अथवा समाप्त हो जाती है। ● शायद ही कभी एक घंटे से अधिक रहता है। 	<ul style="list-style-type: none"> ● इसकी उत्पत्ति / इसका विकास एकाएक नहीं होता। ● इसके लक्षण उतने तीव्र नहीं होते जितने आतंक के होते हैं। ● यह लम्बे समय के लिए होता है।

आतंक आघात के प्रकार

संकेत अथवा पूर्ववर्ती आतंक आघात: आतंक आघात का सम्बन्ध विशिष्ट स्थितियों से होता है जैसे, कार चलाना वे मजबूती के साथ परिस्थितियों से सम्बन्धित होते हैं।

बिना संकेत के आतंक आघात: आघात अप्रत्याशित अथवा बिना किसी उकसाने की अनुपस्थिति में प्राप्त हो जाता है, उदाहरणार्थ – नींद में जोकि रात्रि-दृश्य आतंक के नाम से जाना जाता है। कुल लोगों के केस में आतंक विकार, एगोराफोबिया को उत्पन्न कर सकता है।

डीएसएम-5 में आतंक विकार को एगोराफोबिया के साथ अथवा बिना एगोराफोबिया के निदान किया जाता है। एगोराफोबिया शब्द ग्रीक शब्द एगोरा से लिया गया है जिसका अर्थ है बाजार, अतः इसका अर्थ है 'बाजार की जगह का भय।' यद्यपि इससे यह भी स्पष्ट होता है कि खुली जगह का भय, जब विवृति भीति के लोग बन्द जगह से बहुत अधिक भयभीत होते हैं जैसे सुरंग, छोटे कमरे एवं लिफ्ट कुछ लोग जो आतंक विकार से ग्रसित होते हैं वे अपने मन में यह धारणा बना लेते हैं कि यदि वे भीड़भाड़ वाली जगह में हैं तथा उन्हें आतंक आघात होता है तो वे वहाँ से बाहर जाने का रास्ता नहीं बना पायेंगे। अतः ये लोग ऐसी जगहों पर जाना नहीं चाहते जहाँ उन्हें विश्वास होता है आकस्मिकता आने पर उनका वहाँ से बाहर निकल पाना कठिन होगा (अर्थात् आतंक आघात) तथा यह उनके लिए घबराहट अथवा शर्म का कारण होता है। पहले लोग उन परिस्थितियों का परित्याग करते हैं जिनसे जहाँ से एगोराफोबिया विकसित होता है लेकिन बहुत शीघ्र ही ये सामान्यीकृत हो जाता है तथा वे लोग केवल घर के बाहर की जगहों का परित्याग नहीं करते हैं, जैसे बाजार, लिफ्ट, सार्वजनिक परिवहन। लेकिन घर के भी कुछ जगह होते हैं, जैसे अटारी, टेरेस जिसके लिए उनमें विश्वास होता है कि वहाँ से बाहर निकलना कठिन है। आतंक विकार से पीड़ित लोगों में कुछ अंश विवृति भीति के कुछ अंश पाये जाते हैं। अग्रिम केसों में आतंक विकार एवं विवृति भीति के लोग घर नहीं छोड़ सकते हैं। प्रायः एगोराफोबिया से ग्रसित लोग घर छोड़ने के योग्य होते हैं, जब उनके यह विश्वास होता है कि जो उनके साथ चल रहा है वह आतंक विकार में उनको सुरक्षित बाहर निकालने में सहायता करेगा।

सह विकृतियाँ

बहुत से लोग (लगभग 83 प्रतिशत) जो विवृति भीति के बिना अथवा एगोराफोबिया के साथ आतंक विकार से ग्रसित हैं। उनको कुछ अन्य मनोवैज्ञानिक विकार जैसे, GAD, विशिष्ट दुर्भीति, सामाजिक दुर्भीति, अवसाद, द्रव्य-व्यसन विकार (जैसे सिगरेट पीना एवं शराब पीना) एवं परिष्कृत व्यक्तित्व विकार से ग्रसित होते हैं (बरन्सटीन एवं अन्य, 2006)।

व्यापकता, लिंग भेद एवं प्रारम्भ की आयु

पूरे जीवन काल में आतंक विकार की व्यापकता एगोराफोबिया के साथ अथवा एगोराफोबिया के बिना 4.7 प्रतिशत दर्शायी गयी है, परन्तु आतंक विकार बिना एगोराफोबिया के अधिक व्यापक है। इसकी व्यापकता सांस्कृतिक रूप से कम-ज्यादा होती है, उदाहरणार्थ, अफ्रीका में पुरुषों में यह लगभग एक प्रतिशत तथा महिलाओं में छः प्रतिशत पाई गई (हॉलीफील्ड एवं अन्य, 1990)। ताइवान में इसकी व्यापकता बहुत कम है, सम्भवतः वहाँ लोगों में मानसिक समस्याओं को बताना एक कलंक माना जाता है (वीसमन एवं अन्य, 1997)। पश्चिम ग्रीनलैण्ड के एस्किमों के बीच में चिंता होती है। उदाहरणार्थ, जो नाव में सील के शिकार के लिए समुद्र में अकेले होते हैं। आघात में तीव्र भय, भटकाव तथा डूबने से सम्बन्धित भय पाया जाता है।

विवृति भीति के साथ एवं इसके बिना आतंक विकार की व्यापकता पुरुषों की अपेक्षा (2 प्रतिशत) महिलाओं में अधिक है (5 प्रतिशत) (क्रेसलर, चिउ एवं अन्य, 2005सी)। विवृति भीति के साथ लगभग अस्सी से नब्बे प्रतिशत रोगी महिलाएँ हैं (वाइट एवं बारलो, 2002)। इस प्रकार के साक्ष्य प्राप्त हुए हैं जिसमें विवृति भीति से ग्रसित व्यक्ति प्रायः स्वयं निकोटीन एवं एल्कोहल दवा के रूप में लेकर आतंक आघात को बर्दाश्त कर लेते हैं और प्रायः उसे छोड़ने वाला व्यवहार नहीं करता है जैसा कि एगोराफोबिया में पाया जाता है (स्टारसीविक एवं अन्य, 2008)। आतंक आघात एक दुर्बल विकार है। यद्यपि कि इसके लक्षणों में समय के अनुसार बढ़ोत्तरी या कमी होती रहती है, यह एक दीर्घकालिक क्रम होता है। इसके ठीक होने में लम्बा समय लगता है (बारह वर्ष एक अनुदैर्घ्य अध्ययन में बतलाया गया है) जिसमें 58 प्रतिशत रोगियों में पुनः होने की संभावना होती है (ब्रूस एवं अन्य, 2005)।

इसके होने की आयु औसतन 23 से 34 वर्ष पायी गयी है। महिलाओं में यह 30 अथवा 40 वर्ष में होती है (क्रेसलर, चिउ एवं अन्य, 2006)। इसके होने की संभावना तनावपूर्ण जीवन के अनुभवों से होती है (फोलरड, फोलरड एवं कॉर्न, 1989)।

2.9 आतंक विकार के कारणात्मक कारक

आतंक विकार के कारणों में कई कारकों का परस्पर संबंध सम्मिलित है।

जैविकीय परिप्रेक्ष्य

आनुवंशिक कारक: परिवार तथा जुड़वा अध्ययनों के अनुसार, आतंक विकार में एक मध्यम स्तर का आनुवंशिक कारक होता है। केन्डलर एवं अन्य (2001) ने बड़े जुड़वा अध्ययन में यह अनुमान लगाया कि आतंक विकार के प्रति उत्तरदायित्व में 33 में 43 प्रतिशत भिन्नता की मात्रा आनुवंशिक कारकों के कारण से थी। दूसरे चिन्तन विकारों की भाँति, मनोव्याधिता से ग्रसित लोगों में आतंक विकार के उत्पन्न होने की संभावना अधिक होती है। आधुनिक शोधों में यह प्राप्त करने का प्रयास किया गया है कि कुछ विशिष्ट जीन्स पाये जाते हैं जो आतंक विकार की उत्पन्न करने के लिए उत्तरदायी होते हैं (स्ट्रग एवं अन्य, 2010, क्लाउके एवं अन्य, 2010)। यद्यपि की कोई भी विपरीत परिणाम प्राप्त नहीं हुए।

मस्तिष्कीय क्रियाएँ: प्रारम्भिक सिद्धान्त से ब्रेन स्टेम में लोकस कार्लियम को तथा एक विशिष्ट ब्लूरो ट्रांसमीटर नोरेपिनेफ्रिन की भूमिका का सुझाव दिया था एक न्यूरोट्रांसमीटर विशेष रूप में दैनिक अटैक उत्पन्न करने में लोकस कार्लियम की गतिविधि में सम्मिलित होता है। बन्दरों के इस क्षेत्र के उद्दीपन आतंक आघात का कारण माना जाता है। अतः बतलाया गया की सामान्य रूप से प्राप्त होने वाला आघात नोरेपिनेफ्रिक के लोकस कार्लियम में अत्यधिक सक्रियकरण के कारण हो सकता है (रेडमॉन्ड, 1977)। मानव पर किये गये शोध में भी यह पाया गया यूहिमबीन दवा जो लोकस कार्लियम में सक्रियता को उद्दीप्त करती है वह रोगियों में आतंक आघात को आतंक विकार के साथ उत्पन्न कर सकती है (चार्न एवं अन्य, 1987)। यद्यपि की बहुत आधुनिक शोध इस स्थिति में साथ स्थिर नहीं है, उदाहरणार्थ, दवाएँ जो लोकस कार्लियम में फायरिंग को बन्द कर देती हैं वे आतंक विकार के रोगियों के उपचार के योग्य नहीं होती (मैक्नैली, 1994)। एमिगडाला मस्तिष्क के लिम्बिक तंत्र में हिपोकैम्पस के सामने कोशिकाओं के केन्द्रीय भाग का एक समूह होता है, जो भय के संवेग में नाजुक तौर पर सम्मिलित होता है। एमिगडाला की केन्द्रीय कोशिका की उत्तेजना, लोकस कार्लियम को उत्तेजित करने के साथ-साथ, अन्य स्वायत्त, स्नायु अंतः सावी तथा व्यवहारपरक अनुक्रियाओं को उत्तेजित करने के लिए भी जाना जाता है, जो आतंक आघातों के दौरान घटित होती है (गोरसल एवं अन्य, 2000)।

एमिगड़ाला ही वह केन्द्रीय भाग है जिसे 'भय नेटवर्क' कहा जाता है, जिसका सम्पर्क लोकस कारूलियम जैसे मस्तिष्क के केवल निम्न भागों में ही नहीं बल्कि प्रीफ्रन्टल कॉर्टेंस कैप्स जैसे मस्तिष्क के उच्च भागों में होता है। अतः आतंक आघात मस्तिष्क के निम्नतम अथवा उच्चतम क्षेत्र में उद्दीपन के कारण होता है।

जैवरसायनिक असामान्यताएँ: कुछ दशकों पूर्व क्लाइन (1981) तथा शीहान (1982) ने यह उपकल्पना दी कि आतंक आघात जैव रासायनिक अप्रक्रियात्मकता के कारण होने वाली चेतावनी प्रतिक्रियाएँ होती हैं। लगभग दो दशकों से अधिक समय तक इस उपकल्पना ने बहुत से अध्ययनों को बल प्रदान किया। यह अध्ययन प्रदर्शित करते हैं कि प्रासांगिक समूह की तुलना में जब आतंक विकार के लोगों को आतंक उत्तेजना प्रक्रिया के द्वारा सामना कराया जाता है, उन लोगों में आतंक आघात से ग्रसित होने की संभावना अधिक होती है। आतंक को उत्तेजित करने की प्रक्रिया में जैविकीय चुनौतियाँ के सामने से निहित होती हैं। ये सोडियम लैकटेट का निवेचना – एक द्रव्य जो हमारे शरीर में व्यायाम के दौरान (गोरमन एवं अन्य, 1989), या कार्बन डाई आक्साइड के विश्वास से (कुड़स एवं अन्य, 1987), या कैफीन खाने से (उहद, 1990) उत्पन्न होने वाले लैकटेट के समरूप होता है जिसके कारण शारीरिक लक्षण जैसे सांस लेने में तकलीफ, उच्च रक्तचाप तथा तेज वेन्टीलेशन संभवतः आतंक आघात को बढ़ा देता है (ग्रेफ और डेल ब्रेन, 2008)। नॉरएड्रिनर्जिक प्रणाली प्रतिबल से सक्रिय हो जाती है और इसके बदले में हृदयवाहिनी में लक्षण बढ़ जाते हैं जो आतंक आघात को बढ़ाते हैं। दूसरी तरफ सेरोटोनर्जिक प्रणाली की सक्रियता नॉरएड्रिनर्जिक की सक्रियता को कम कर देती है। दवाओं के परिणाम के द्वारा इसको बल मिला, क्योंकि जो दवाएँ आतंक विकार के उपचार में उपयोग में लायी जाती हैं वे केवल नॉरएड्रिनर्जिक की सक्रियता को कम नहीं करती, बल्कि ये सेरोटोनर्जिक की सक्रियता को बढ़ा देता है। एक दूसरा न्यूरोट्रान्समीटर, गामा एमीनो बूटरिक अम्ल, जिसका प्रभाव चिन्ता को अवरुद्ध करने के लिए माना जाता है, उसको भी आतंक विकार से ग्रसित लोगों में निम्न पाया गया। अतः ऐसे लोग आतंक आघात से ग्रसित होने की संभावनाओं के कारण चिन्ता से ग्रसित होते हैं।

मनोवैज्ञानिक परिप्रेक्ष्य

व्यवहारात्मक कारक: बहुत सारे शोधों ने यह सुझाव दिये हैं कि बहुत सारे विस्तृत अधिगम सिद्धान्त आतंक विकार के विकास के लिए उत्तरदायी हो सकता है (बाउटन 2005; माइनका एवं जिम्बर्ग, 2006)। गोल्डस्टीन एवं चैम्बलेस (1978) ने आतंक विकार के लिए शरीर के आन्तरिक एवं बाह्य उद्दीपकों के साथ अनुबन्धन के प्रभाव का अध्ययन किया। प्राचीन अनुबन्धन के द्वारा आन्तरिक शारीरिक संकेतों, हृदय की धड़कन, पेट दर्द एवं बाह्य शारीरिक संकेतों जैसे जगह अथवा विशिष्ट लोगों की उपस्थिति जो प्रारम्भिक आतंक विकार के दौरान उपस्थिति थे, वे इसके साथ जुड़ जाते हैं और वह चिन्ता भविष्य में होने वाली आतंक विकार को प्रेरित करती है (एंचसन एवं अन्य, 2007)। सामान्य शब्दों में अन्त में लोग 'आतंक आघात' की जगह 'आतंक' विकसित करते हैं। ये विवृति भीति के जगहों जैसे बाजार अथवा मॉल आदि जो आतंक विकार को उत्पन्न करने में बाह्य शारीरिक संकेतों की मुख्य भूमिका होती है। अवरोधक अधिगम जिसकी आवश्यकता अनुबन्धित अनुक्रियाओं के लिए आवश्यक होती है, वह आतंक विकार को कम कर देती है, अतः आतंक विकार के लोग अनुबन्धित उद्दीपकों को एक बचाव के संकेत के रूप विभेदीकृत करने की प्रक्रिया को सीखने में असफल होते हैं (लिसेस एवं अन्य, 2009)। अतः आतंक आघात कभी-कभी बिना संकेत के दिखायी पड़ता है, अर्थात् आतंक आघात से पहले कोई भी आन्तरिक अथवा बाह्य संकेत उत्तेजित नहीं करते हैं। ऐसा इसलिए होता है क्योंकि कुछ केसों में आतंक आघात आन्तरिक शारीरिक संकेतों का परिणाम होता है, जिसे व्यक्ति अचेतन स्तर

पर अनुभव करता है। इसको दौड़ने से भयभीत व्यक्ति के उदाहरण से समझा जा सकता है, जो जब खुशी एवं उतावलेपन का अनुभव करता है, तब उसे आतंक आघात होता है और वह इसका कारण समझने में नाकाम रहता है, क्योंकि वह खुश था, इसलिए ऐसा हुआ। इस केस में आतंक आघात इसलिए हुआ क्योंकि जब व्यक्ति खुशी थी एवं उतावलापन अनुभव कर रहा था उस समय व्यक्ति का दिल तेज धड़क रहा था, वह उस व्यक्ति के आतंक आघात के लिए एक संकेत था (यद्यपि यह व्यक्ति के संज्ञान में नहीं था) (माइनका एवं जिमबर्ग, 2006)।

संज्ञानात्मक कारक : आतंक विकार से ग्रसित व्यक्ति अपनी शारीरिक संवेदनाओं के लिए अधिक संवेदनशील होते हैं जिसकी व्याख्या वे इस प्रकार करते हैं कि वे आतंक आघात के बहुत निकट हैं (बेक एवं एमरी, 1985; क्लार्क, 1986, 1997)। शारीरिक संवेदनाओं की विपत्ति के लक्षण के निकट जैसे दिल का आघात, ट्यूमर आदि के व्याख्या करने की प्रवृत्ति होती है, जिसको क्लार्क ने 'केटास्ट्रोफाईजिंग' नाम दिया है।

इस प्रकार की डरावनी सोच से अनैतिक चक्र प्रारम्भ होता है। जैसे-जैसे यह बढ़ता है उस अवस्था चिन्तन के शारीरिक लक्षण जो पहले से उपस्थिति होते हैं, वे अनर्थकारी चिन्तन को बढ़ाते हैं जिनसे आतंक आघात उत्पन्न हो जाता है। यहाँ इस बात पर ध्यान दिया जाना चाहिए कि व्यक्ति केटास्ट्रोफाईजिंग से अनभिज्ञ होता है क्योंकि ये विकार चेतन स्तर पर नहीं होते हैं (रेपी, 1996)। बेक ने इस प्रकार के विचारों को स्वतः जनित विचार कहा है जिनसे आतंक आघात उत्पन्न होता है। यद्यपि की केटास्ट्रोफाईजिंग के विचार के विकसित होने के कारण ज्ञात नहीं है, कभी-कभी यह भी आवश्यक नहीं होता है कि जिन लोगों में केटास्ट्रोफाईजिंग विकसित होने की प्रवृत्ति होती है, उसको ही आतंक विकार होता है (उदाहरणार्थ, क्लार्क, 1997)। इस सिद्धान्त की लाइन में इसके प्रमाण पाये गये, उदाहरणार्थ, क्लार्क (1997) एवं टिचमन एवं अन्य (2007) ने यह बताया आतंक विकार के लोगों के शारीरिक संवेदनाओं में केटास्ट्रोफाईजिंग की अधिक प्रवृत्ति होती है। आतंक विकार का यह संज्ञानात्मक सिद्धान्त और मॉडल भी यह बतलाता है कि आतंक को कम किया जा सकता है अथवा लोगों के शारीरिक संवेदनाओं के संज्ञान में परिवर्तन करके इसे रोका जा सकता है। आतंक आघात से पीड़ित लोगों को इस विषय में विस्तृत स्पष्टीकरण दिया गया कि आतंक प्रभावी आपदा में सोडियम लैक्टेट के इंजेक्शन लगाने पर क्या दैहिक लक्षणों के होने की अपेक्षा है (डी.एम. क्लार्क, 1997; सिमट एवं अन्य, 2006)।

अधिगम एवं संज्ञानात्मक दोनों ही सिद्धान्त आतंक आघात की व्याख्या प्रस्तुत करते हैं यद्यपि कि दोनों सिद्धान्तों में मुख्य अन्तर यह है कि संज्ञानात्मक सिद्धान्त का मुख्य पक्ष यह है कि आतंक विकार से ग्रसित व्यक्ति शारीरिक संवेदनाओं पर विशेष बल देते हैं। शारीरिक संवेदनाओं की इस प्रकार की व्याख्या की आवश्यकता अनुबन्धन के लिए आवश्यक नहीं होती है क्योंकि शरीर की आन्तरिक अथवा बाह्य उत्तेजनाएँ व्यक्ति की पहुँच से बाहर होती हैं (बार्टन एवं अन्य, 2001)। इस अन्तर के संदर्भ में अधिगम सिद्धान्त आतंक आघात को बिना संकेत के अच्छे ढंग से समझा सकता है विशेष रूप से जब निद्रा में हो तो दोनों स्वतः संज्ञान की अनुपस्थिति में प्राप्त हो जाते हैं।

चिन्तन की संवेदनात्मकता एवं प्रत्यक्षीकृत नियंत्रण : बहुत सी ऐसी व्याख्याएँ प्रस्तुत की गयी हैं जिनके आधार पर अधिगम एवं संज्ञानात्मक परिप्रेक्ष्य के सहयोग को प्राप्त किया जा सकता है। उदाहरणार्थ, मैक्नाली, (2002) एवं पागुड़ा एवं अन्य, (2009) ने यह पाया कि जो लोग चिन्तन के प्रति अति संवेदनशील होते हैं उनमें आतंक आघात विकसित होने की संभावना अधिक होती है, जो आगे चलकर आतंक विकार हो जाता है। अध्ययनों में आतंक आघात को रोकने के लिए अथवा कम करने के लिए प्रत्यक्षीकृत नियंत्रण की भूमिका का भी

वर्णन किया गया है, उदाहरणार्थ, आतंक को उद्दीपन करने के अध्ययन में यदि एक व्यक्ति कार्बन डाईआक्साइड को सुंघने पर नियंत्रण कर ले (CO_2) को सूंघने आतंक आघात होता है, ऐसा कहा जाता है कि आतंक आघात होने की संभावना कम हो जाती है अथवा समाप्त हो जाती (सैडसन एवं अन्य, 1989; ज्वोलेकी एवं अन्य, 1998, 1999)। इसके अतिरिक्त बेटले एवं अन्य, (2012) ने यह बतलाया कि चिन्तन संवेदनात्मकता एवं प्रत्यक्षीकृत नियंत्रण के अन्तःक्रिया से आतंक आघात विकसित होता है, अर्थात् प्रत्यक्षीकृत नियंत्रण जितना निम्न होगा उतना अधिक प्रभाव आतंक विकार पर चिन्तन का होगा। अन्त में, संवेगों एवं भय वाली स्थितियों पर प्रत्यक्षीकृत नियंत्रण जितना अधिक होगा विवृति भीति का परिहार करने की संभावना निम्न होती है क्योंकि व्यक्ति परिस्थितियों को नियंत्रण में अनुभव करता है (सुआरेज एवं अन्य, 2009; व्हाइट एवं अन्य, 2006)।

सुरक्षा व्यवहार तथा आतंक की दृढ़ता

आतंक विकार यदि एक बार विकसित हो जाता है तब भी यह विपरीत प्रमाणों के बाद भी बना रहता है। अर्थात् यदि कोई हमेशा आतंक आघात से ग्रसित होता है, वह उसको हृदय आघात के समान अनुभव करता है, उसे ऐसा अनुभव होता है कि उसका हृदय तेज धड़क रहा है पर वास्तव में उसे हृदय आघात नहीं होता है तथा उसे यह समझना चाहिए की तेज दिल की धड़कन हृदय आघात नहीं होती है। परन्तु इस तर्क से आतंक आघात रुकता नहीं है क्योंकि प्रत्येक क्षण व्यक्ति को हृदय आघात का शक बना रहता है और वह अपने आप को 'बचाव व्यवहार' में सन्निहित कर लेता है। जैसे वह धीरे-धीरे साँस लेता है और यह विश्वास करता है कि यह बचाव व्यवहार उसको हृदय आघात से बचाएगा। अतः 'बचाव व्यवहार' आतंक विकार को अक्षुण बनाये रखता है। आतंक विकार के लोगों को इस बात के लिए दबाव बनाना चाहिए कि वे 'बचाव व्यवहार' को छोड़ दें जिससे वे इस बात का अनुभव कर सकें कि बचाव व्यवहार के द्वारा हृदय आघात से अथवा अन्य किसी गम्भीर बीमारी, जैसे, बेहोशी आदि से नहीं बचा जा सकता (क्लार्क, 1997; सातवोसिक एवं अन्य, 1996)। शोधों के द्वारा यह सुझाव प्राप्त हुए है कि आतंक विकार के लोगों के द्वारा बचाव व्यवहार को छोड़ देने से इसके उपचार की प्रभावशीलता बढ़ गयी है (रचमन एवं अन्य, 2008)।

संज्ञानात्मक पूर्वाग्रह एवं आतंक का अनुरक्षण

जो लोग आतंक विकार से ग्रसित होते हैं, उनमें अन्दर डराने वाली सूचनाओं को पूर्वाग्रहित ढंग से प्रसारित करने की प्रवृत्ति होती है। उदाहरणार्थ, ऐसे लोग जटिल शारीरिक संवेदनाओं तथा अन्य जटिल परिस्थितियों को नियंत्रित समूह की अपेक्षा अधिक भयानक ढंग से प्रस्तुत करते हैं (क्लार्क, 1997, टेचमन एवं अन्य, 2006)। ऐसे लोगों का ध्यान भी पूर्वाग्रहित होता है और वे डराने वाली सूचनाओं पर अधिक ध्यान केन्द्रित करते हैं, ऐसे शब्द जैसे धड़कन, स्तब्ध, बेहोश हो जाना आदि आतंक की तरफ इंगित करते हैं (लिम एवं किम, 2005; मेथ्यूज मैकलिआड, 2005)। एफएमआरआई अध्ययनों ने स्मृति क्षेत्र को प्रदर्शित किया है, जो लोगों में भयानक उद्दीपकों के प्रति सामान्य लोगों की अपेक्षा आतंक विकार से ग्रसित लोगों में सूचना पहुँचाने में समिलित होती है (मैडाक एवं अन्य, 2003)। इसके कारण अथवा लक्षण के रूप में पूर्वाग्रहित सूचना प्रसंस्करण की भूमिका आतंक विकार के लिए अभी भी अस्पष्ट है।

निष्कर्ष रूप से यह कहा जा सकता है कि जैविकीय एवं मनोसामाजिक दोनों ही कारकों की भूमिका आतंक विकार को विकसित करने में महत्वपूर्ण है, इन दोनों के बिना इसके विकास की व्याख्या नहीं की जा सकती है।

2.10 आतंक विकार का उपचार

आतंक विकार के उपचार की पद्धतियाँ इस प्रकार हैं :

अनावरण चिकित्सा: जैसा कि दुर्भीति के सन्दर्भ में बतलाया जा चुका है, उसी प्रकार विवृति भीति तथा आतंक में भी क्लाइंट को डरावनी स्थिति के प्रति लम्बे समय तक परिवारिक सदस्यों अथवा चिकित्सक की उपस्थिति में घटना के प्रति अनावृत्त किया जाता है। क्लाइंट को डरावनी स्थिति के प्रति लम्बे समय तक अनावृत्त करने के प्रति दृष्टिकोण यह होता है कि बिना किसी कष्ट के प्रभाव के उसे यह अनुभव कराना की एगोरा दुर्भीति के साथ आतंक व्यर्थ है। एगोरा दुर्भीति के लोगों में इस उपचार का 60 से 75 प्रतिशत तक प्रभाव देखा गया तथा जिसके अनुरक्षण की दर 2 से 4 वर्ष थी (बारलो एवं अन्य, 2007)। इस चिकित्सा पद्धति की एक सीमा यह थी कि यह विशेष रूप से आतंक विकार के लिए उपयुक्त नहीं थी। अतः वर्ष 1980 में आतंक आघात के लिए एक दूसरी तकनीकी अवरोधक अनावरण नाम से निकाली गयी। यह तकनीकी शारीरिक संवेदनाओं में आन्तरिक कारक जैसे सिर का घूमना, मितली होना, साँस का फूलना (जैसेकि क्लाइंट दोलन कुर्सी पर बैठा हो) आदि सम्मिलित होता है। यह सब आतंक आघात से सम्बन्धित होते हैं, उन क्रियाओं के साथ जिसमें क्लाइंट लम्बे समय तक इस प्रकार की अनावृत्ति घटनाओं में बिना आतंक आघात के रहता है, तब आतंक आघात के आन्तरिक कारकों के संकेतों का विलोपन हो जाता है।

समन्वित तकनीकी: अनावरण चिकित्सा के साथ संज्ञानात्मक पुनः संरचित समन्वित तकनीकी का उपयोग विशेष रूप से आतंक विकार के लिए किया जाता है जिसे आतंक नियंत्रण उपचार के नाम से जाना जाता है। यह उपचार क्लाइंट को आतंक विकार के उत्पन्न होने में स्वतः संतापकारी विचारों को शिक्षित करने में मुख्य भूमिका सम्मिलित होती है। चिकित्सा के दौरान क्लाइंट को स्वतः उत्पन्न होने वाले ऋणात्मक विचारों को पहचाने की शिक्षा, तार्किक ढंग से दी जाती है, तथा उपकल्पना परीक्षण एवं हास्य तकनीकियों का उपयोग किया जाता थे। इसके पश्चात् क्लाइंट को आतंक उत्पन्न करने वाली परिस्थिति के प्रति अनावृत्त करते हैं (दोनों आन्तरिक शारीरिक संवेदना एवं वाह्य संकेतों)। इन परिस्थितियों के प्रति सहिष्णुता विकसित करने के लिए जिनके कारणों द्वारा यह परिस्थितियाँ उत्पन्न होती हैं। यह क्लाइंट को आतंक उत्पन्न करने वाली परिस्थितियों से प्रभावशाली तरीके से निपटने के लिए तैयार करती है। शोध के प्रमाण यह प्रदर्शित करते हैं कि समन्वित तकनीकें अधिक प्रभावशाली हैं अपेक्षाकृत अनावरण अथवा संज्ञानात्मक पुनः संरक्षित तकनीकी के अकेले प्रयोग से (आर्क एवं क्रस्के, 2009)। इसकी प्रभावशीलता 70-90 क्लाइंट में सिद्ध हो चुकी है तथा अनुरक्षण दर एक से दो वर्ष रिपोर्ट की जा चुकी हैं (मैककेव एवं गिफड़, 2009)।

औषधियाँ : शोधों के द्वारा यह स्पष्ट किया गया है कि आतंक एवं विवृति भीति की चिकित्सा में दुश्चित्ता विरोधी दवा एवं अवसाद विरोधी दवाएँ अधिक प्रभावी होती हैं, यद्यपि दोनों औषधियों के लाभ एवं नुकसान भी है। जो बैंजोडायजेपिंस श्रेणी की औषधि है, उसमें अलागाज़ोतक अथवा अलमाज़ोलम, क्लोनाज़ेयम जैसी औषधियाँ निहित होती हैं, जो चरम सीमा की दुश्चित्ता के उपचार में प्रयुक्त होती हैं और ये औषधियाँ शीघ्र ही अपना प्रभाव दिखलाती हैं (लगभग 30-60 मिनट में)। यद्यपि की इनका कुछ दुष्परिणाम भी होता है जैसे उनींदापन, शान्त रहना, संज्ञानात्मक दुर्बलता, साथ ही साथ क्रियात्मक प्रदर्शन भी प्रभावित होता है। इसके अतिरिक्त इसे लम्बे समय के उपयोग से शारीरिक निर्भरता भी विकसित होती है जिसके कारण परिहार के लक्षण जैसे नींद का न आना, चक्कर का आना तथा

आतंक आघात है। पुनः बीमार होने के दर भी अत्यधिक उच्च होती है (पोलैक और साइमन, 2009)। अवसाद अवरोधक में ट्राइडाइविलक, एसएमआरआई तथा एसएनआरआई, सेरोटोनिन, नारपेनफ्रिन रीपटेकइनहिनिरस सम्मिलित होती हैं जिनका उपयोग आतंक विकार एवं विवृति भीति में किया जाता है। इसके भी लाभ एवं हानि होते हैं। एंगजाइटीलेटिक्स की तुलना में अवसाद अवरोधक का मुख्य लाभ यह है कि यह सहरुगणता अवसाद का उपचार करती है और इसकी शारीरिक निर्भरता नहीं होती है (पोलाक एवं साइमन, 2009)। यद्यपि कि एंगजाइटीलेटिक की तुलना में अवसाद अवरोधक के कुछ हानि भी कि इसका प्रभाव आने में अधिक समय लगता है (लगभग 4 सप्ताह), अतः इसका उपयोग अत्यधिक तीक्ष्ण आतंक विकार में नहीं किया जा सकता। दूसरी ओर, इसका प्रभाव मुँह का सूखना, अत्यधिक कब्ज तथा दृष्टि में धुंधलापन आदि होता है। अन्त में जब इसको रोक दिया जाता है तो रोग के पुनः होने की संभावना बढ़ जाती है (रॉय-बायर्न और काउली, 2007)।

संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा एवं औषधि उपचार का संयोजन उपचार में अधिक प्रभावशाली पाया गया है (बारलो एवं अन्य, 2007)। यह पाया गया है कि यदि एक बार औषधि बन्द कर दी गयी तब रोग के पुनः होने की संभावना सामान्य है क्योंकि क्लाइंट को औषधि के उपचार से ही लाभ प्राप्त होता है (मिटी, 2005)। डी-साइक्लोसेरिन नाम की औषधि, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा के साथ उपयोग में लायी जाती है, इसके अच्छे परिणाम प्राप्त होते हैं (ओटो एवं अन्य, 2009)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

- 1) आतंक आघात की नैदानिक विशेषताओं को सूचीबद्ध कीजिए।
.....
.....
.....
.....
.....
- 2) संज्ञानात्मक कारकों का उल्लेख कीजिए, जो आतंक आघातों के विकास को जन्म देते हैं।
.....
.....
.....
.....
.....
- 3) आतंक विकार के उपचार में एकीकृत तकनीक कैसे सहायता करती है?
.....
.....
.....
.....
.....

2.11 सारांश

हम इस इकाई के अन्त में आ गये हैं, अतः उन सभी मुख्य बिन्दुओं की सूची बना लें, जिसको हम सब ने इस इकाई में सीखा है:

- डीएसएम-5 द्वारा विभिन्न चिन्ता विकारों पहचाना गया है, जैसे सामान्यीकृत चिंता विकार, विशिष्ट दुर्भीति, सामाजिक दुर्भीति, आतंक विकार एवं विवृति भीति।
- दुर्भीति एक लगातार रहने वाला असंतुलित भय है, जो एक विशिष्ट वस्तु अथवा परिस्थिति के प्रति उपस्थित होता है, जिसके लिए व्यक्ति में कोई वास्तविक खतरा नहीं होता है।
- डीएसएम-5 के अनुसार विशिष्ट दुर्भीति, जो पहले सामान्य दुर्भीति के रूप में जाना जाता था, उसके पाँच उप प्रकार हैं: पशु (उदाहरणार्थ— साँप, मकड़ी, कुत्ता); प्राकृतिक वातावरण (उदाहरणार्थ – पानी, ऊंचाई, तूफान; रक्त-सूर्झ-चोट; परिस्थितिवश (पुल, गुफा); अन्य (मतली, घुटन, जगह दुर्भीति जहाँ व्यक्ति को नीचे गिरने का भय होता है जहाँ व्यक्ति दिवाल अथवा सहारे से अलग है)।
- दुर्भीतियाँ मनोवैज्ञानिक, व्यवहारात्मक, जैविकीय, उद्विकासीय तथा संज्ञानात्मक कारणों का परिणाम है।
- सामाजिक भय एक लगातार, अतार्किक भय है, जिसका सम्बन्ध दूसरों की उपस्थिति से होता है। यह बहुत अत्यंत दुर्बल हो सकता है।
- सामाजिक दुर्भीति एवं सामाजिक चिन्ता विकार (सामाजिक चिंता विकार) के मध्य अंतराल क्रमानुसार होता है, जिसमें सामाजिक दुर्भीति पुराना शब्द है एवं सामाजिक चिंता विकार के लिए नया शब्द है।
- आतंक विकार आतंक आघात के द्वारा विशेषीकृत होते हैं जो तीव्र भय या असहजता से अलग होता है, जिसमें तेरह मानक लक्षणों की सूची में से कम से कम चार लक्षण दस मिनट के अन्दर अत्यधिक ऊंचाई पर पहुँच जाते हैं।
- सभी प्रकार के चिन्ता विकारों में आतंक आघातों का अनुभव किया जाता है। आतंक विकार के उपचार में संज्ञानात्मक चिकित्सा और औषधि कारगर सिद्ध होती है।

2.12 मुख्य शब्द

चिंता : भय में पूर्वानुमान का अनुभव करना जबकि वह खतरा / भय उपस्थिति न हो अथवा उसे स्पष्ट न किया जा सके।

सहविकृतियाँ : जब दो या दो से अधिक विकृतियाँ अथवा बीमारी एक ही व्यक्ति में होती हैं।

आतंक : भाग्य / नियति की विशेष भावनाएँ रहना, मृत्यु का भय, पागल होना, एवं नियंत्रण को खोने की आत्मगत अनुभूति।

आतंक आघात : अत्यधिक भय या असहजता का समय जिसमें तेरह मानक लक्षणों की सूची से कम से कम चार लक्षण विकसित होकर दस मिनट के अन्दर ऊंचाई पर पहुँच जाएँ।

गामा अमिनो-ब्यूट्रिक एसिड अथवा गाबा : अवरोधी ट्रान्समीटर जो चिन्ता की अनुभूति को दूर रखने में सहायक होती है।

कॉरटिकोट्रोपिन रीलिजिंग हार्मोन : यह एक चिन्ता उत्पन्न करने वाला हार्मोन है, और इसकी मुख्य भूमिका सामाजिक चिंता विकार में होती है।

दुर्भीति : यह एक लगातार असन्तुलित भय किसी विशिष्ट वस्तु अथवा स्थिति के प्रति है, जो एक व्यक्ति के लिए वास्तविक अथवा थोड़ा खतरा प्रस्तुत नहीं करता है।

सामाजिक दुर्भीति : एक लगातार एवं अतार्किक भय जो प्रायः दूसरे व्यक्तियों की उपस्थिति से सम्बन्धित होता है। यह अत्यंत दुर्बल हो सकता है।

विवृति भीति : एगोरा का भय, लोगों के एकत्र होने की जगह का ग्रीक शब्द है। यह भी भीड़भाड़ वाली जगह का भय है।

2.13 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) आतंक नियंत्रण उपचार एवं आतंक विकार संयुक्त रूप से।
- 2) अवसाद विरोधी औषधि (जैसे मोनोमाईन अक्साइड इन्हेबिटरस एवं चयनित सेनोटोनिक रयूपटेक इन्हीबिटरस) के उपचार के लिए प्रभावशाली सिद्ध हुयी है।
- 3) दुर्भीति चिन्तन के विपरीत बचाव प्रस्तुत करता है, जिसकी जड़ इदम् की दबी हुयी आवेगों से होती है यह परिप्रेक्ष्य दुर्भीति के लिए है।
- 4) सार्वजनिक रूप से बोलने का भय अथवा बहुत से विभिन्न सामाजिक अन्तःक्रियाओं में भय को के नाम से जाना जाता है।
- 5) विवृति भीति और के डर को संदर्भित करता है।
- 6) चिन्तन को परिभाषित कीजिए तथा चिन्तन विकारों की विशेषताएँ बताइए।
- 7) आतंक आधात के डीएसएम-5 मानदंड क्या हैं?
- 8) सामाजिक विकार के कारणों की विवेचना कीजिए।
- 9) दुर्भीतियों के विभिन्न प्रकार क्या हैं?
- 10) आतंक विकार के उपचार पर चर्चा कीजिए।

2.14 सन्दर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Amin, N., Foa, E.B., Coles, M.E. (1998).Negative interpretation bias in social phobia. *Behav Res Ther.* 36(10),945-57.

Barlow, D. H., Shannon S.,Jenna, R. C., Kristen, K. E. (1998).The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science,DOI: 10.1177/2167702613505532.*

Barlow, D. H. (Ed.). (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Basden, S. L. (2007).Psychological treatments for panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan and J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*.New York: Oxford University Press, pp. 351-94.

- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 301-36). New York: Oxford University Press.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective (pp. 300-368). New York: Basic Books.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., Gorman, J. M., Shear, M. K., Scott, W. W., & Barlow, D. H. (2012). The Interactive Contributions of Perceived Control and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder: A Triple Vulnerabilities Perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 57-64.
- Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2006). Separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder. In M. K. Dulcan & J. M. Wiener (Eds.), *Essentials of child and adolescent psychiatry* (pp. 415-39). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In P. Salkovskis (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 157-178). Oxford: Elsevier.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol. Rev.*, 108, 4-32.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Millar, N., & White, J. (1995). Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 532.
- Brown, R., Taylor, J., & Matthews, B. (2001). Quality of life: Aging and Down syndrome. *Down Syndrome: Research & Practice*, 6, 111-16.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-87.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S., & Dwivedi, C. B. (2017). *Abnormal Psychology* (16th Ed.). Pearson, India.
- Butler, G. & Matthews, J. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Carson R., Butcher J., & Mineka S. (2003). Psychologia zaburzeń (vol. 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk. Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Abnormal Psychology* (13th Ed.). Pearson, India.
- Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R., & Shelton, R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *J. Abn. Psychol.*, 104, 156-63.
- Casey, L. M., Newcombe, P. A., & Oei, T. P. S. (2005). Cognitive mediation of panic severity: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 187-200.

- Chandrashekhar, C. R. & Reddy, M. V. (1998). Prevalence of mental and behavioral disorders in India: A meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry, 40*, 149-157.
- Charney, D. S., Woods, S. W., Goodman, W. K., & Heninger, G. R. (1987). Neurobiological mechanisms of panic anxiety: Biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1030-1036.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavioral Research Therapy, 24*, 461-70.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In C. G. Fairburn (Ed.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 119-53), New York: Oxford University Press.
- Cloitre, M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Gitow, A. (1992). Perceptions of control in panic disorder and social phobia. *Cognitive Therapy Research, 16(5)*, 569-577.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., Murphy, D. L., (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behavior Research and Therapy, 45(11)*, 2581-2592.
- Crum, R. M., & Pratt, L. A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1693-1700.
- Dar, R., Rish, S., Hermesh, H., Taub, M., & Fux, M. (2000). Realism of confidence in obsessive-compulsive checkers. *J. Abn. Psychol., 109(4)*, 673-78.
- Davis, M. (2006). Neural systems involved with anxiety and fear measured with fear-potentiated startle. *American Psychologist, 61*, 441-756.
- Davison, G. C. & Zighelboim, V. (1987). Irrational beliefs in the articulated thoughts of college students with social anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 5(4)*, 238-254.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th Ed.). Wiley: New York.
- Dolberg, O. T., Iancu, I., Sasson, Y., & Zohar, J. (1996a). The pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropharmacology, 19(2)*, 129-47.
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2002). Pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 387-410). New York: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., et al. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavioral Therapy, 38(2)*, 169-78.
- Evans, D. W., Lewis, M. D., & Iobst, E. (2004). The role of the orbit of rontal

- cortex in normally developing compulsive like behaviors and obsessive-compulsive disorder. *Brain & Cognition*, 55(1), 220-34.
- Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitivebehaviour therapy* (pp. 179-208). New York: Oxford University Press.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2007). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guideto treatments that work* (pp. 431-46). New York:Oxford University Press.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-oldboy. *Standard edition* (Vol. 10). London: HogarthPress (1955). First German edition 1909.
- Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Martin LY, Klein DF (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 564-573
- Goldfried, M. R., Padawer, W., & Robins, C. (1984). Social anxiety and the semantic structure of heterosocial interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 87-97.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behav. Ther.*, 9, 47-59.
- Goodman, W. K. (2004). Selecting pharmacotherapyfor generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*,65(113), 8-13.
- Gorman, J. M., Battista, D., Goetz, R. R., Dillon,D. J., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., et al. (1989). Acomparison of sodium bicarbonate and sodium lactatein fusion in the induction of panic attacks. *Arch.Gen. Psychiatry*, 46, 145-50.
- Graeff, F. G., & Del-Ben, C. M. (2008). Neurobiologyof panic disorder: From animal models to brainneuroimaging. *Neuroscience and BiobehavioralReviews*, 32(7), 1326-35.
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety:Evidence from startle studies. *Psychopharmacology*,199(3), 421-37.
- Grisham, J. R., Anderson, T. M., & Perminder, S. S.(2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder.*Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.*, 258(2), 107-16.
- Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarna, A., Semler, C.N., & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioningin euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleepproblems. *Am. J. Psychiatry*, 162, 50-57.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale,M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure ofgenetic and environmental risk factors for anxietydisorders in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry*,62(2), 182-89.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000).A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 158(10), 1568-78.
- Hofmann, S. G., yDiBartolo, P. M. (2010). Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders. New York: Oxford. Marks, I. M.In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 75-97). Washington, DC: American Psychological

Association.

Insell, T. R. (1986). The neurobiology of anxiety: A tale of two systems. In B. F. Shaw, Z. V. I. Segal, T. M. Vallis, & F. E. Cashman (Eds.), *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to familiarity. *Child Develop.*, 68(1), 139-43.

Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., & Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affectfamily of anxiety. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 2, 677-88.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2001). Panic syndromes in a population-based sample of male and female twins. *Psychological Medicine*, 31, 989-1000.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2007). The sources of comorbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine*, 37(3), 453-62.

Kent, G. (1997). Dental phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias. A handbook of theory, research and treatment* (pp. 107-27). Chichester, UK: Wiley.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(4), 415-24.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H.-U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). New York: Oxford University Press.

Klauke, B., et al. (2010). Life events in panic disorder—an update on candidate stressors.

Klein, D. F. (1981). Anxiety reconceptualized. In D. F. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.

Kuch, K. (1997). Accident phobia. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment* (pp. 153-162). Chichester, UK: Wiley.

LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Penguin, Putnam, Inc.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Archives of*

- General Psychiatry*, 57, 191-192.
- Lim, S.-L., & Kim, J.-H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *J. Abn. Psych.*, 114(1), 50-61.
- Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Dvir, S., Bradford, D. E., Geraci, M., et al. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behav. Res. Ther.*, 47(2), 111-18.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Har. Rev. Psychiatry*, 11(3), 113-32.
- Lomax, C. L., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. M. (2009). Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, 47(2), 99-104.
- Lonsdorf, T. B., Weike, A. I., Nikamo, P., Schalling, M., Hamm, A. O., & Ohman, A. (2009). Genetic gating of human fear learning and extinction: Possible implications for gene-environment interaction in anxiety disorder. *Psychol. Science*, 20(2), 198-206.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305-15.
- Maddock, R. J., Buonocore, M. H., Kile, S. J., & Garrett, A. S. (2003). Brain regions showing increased activation by threat-related words in panic disorder. *Neuroreport: For Rapid Communication of Neuro-Science Research*, 14(3), 325-28.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., et al. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year followup study. *Am. J. Psychiatry*, 159(2), 263-68.
- Mathew, S. J., & Hoffman, E. J. (2009). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 350-63). New York: Oxford University Press.
- McNally, R. J. (1994). Panic Disorder: A Critical Analysis. Guilford Publications.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol. Psychiatry*, 51, 938-46.
- Mehatalia, K. & Vankjir, G. K. (2004). Social anxiety in adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 46, 221-227.
- Michael, T., Blechert, J., Vriendt, N., Margraf, J. R., & Wilhelm, F. H. (2007). Fear conditioning in panic disorder: Enhanced resistance to extinction. *J. abn. Psych.*, 116(3), 612-17.
- Mineka, S. (1992). Evolutionary memories, emotional processing, and the emotional disorders. In D. L. Medin (Ed.), *The psychology of learning and motivation*, (Vol. 28, pp. 161-206). San Diego: Academic Press.
- Mineka, S., & Cook, M. (1993). Mechanisms underlying observational conditioning of fear in monkeys. *J. Exper. Psychol.: General*, 122, 23-38.

- Mineka, S., & Ohman, A. (2002). Phobias and preparedness: The selective, automatic, and encapsulated nature of fear. *Biol. Psychiatry*, 52(10), 927-37.
- Mineka, S., & Sutton, J. (2006). Contemporary learning theory perspectives on the etiology of fears and phobias. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 75-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1996). Conditioning and theological models of anxiety disorders: Stress-in-Dynamic context anxiety models. In D. Hope (Ed.), *Perspectives on anxiety, panic, and fear: Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.
- Mineka, S., Rafaeli, E., & Yovel, I. (2003). Cognitive biases in emotional disorders: Social-cognitive and information processing perspectives. In R. Davidson, H. Goldsmith, & K. Scherer (Eds.), *Handbook of affective science*. Amsterdam: Elsevier.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. In J. T. Spence, J. M. Darley, & D. J. Foss (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27-45.
- Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 695-704.
- Morein-Zamir, S., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2010). Inhibition of thoughts and actions in obsessive-compulsive disorder: Extending the endophenotype? *Psychol. Med.*, 40(2), 263-72.
- Mowrer, O. H. (1947). "On the dual nature of learning- A re-interpretation of conditioning and problem solving", Harvard Educational Review, Spring.
- Neale, M. C., Walters, E. E., Eaves, L. J., Hermine H. M., Kendler, K. S. (1994). Multivariate genetic analysis of twin-family data on fears: Mx models. *Behavior Genetics*, 24 (2), 119-139.
- Newman, M. G. & Liera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev*, 31(3), 371-82.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., & Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology*, 16(2), 109-18.
- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483-522.
- Ohman, A., Dimberg, U., & Ost, L. G. (1985). Animal and social phobias: Biological

- constraints on learned fear responses. In S. Reiss & R. Bootzin(Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.123-75). New York: Academic Press.
- Ost, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav. Res. Ther.*, 19, 439-47.
- Ost, L.G., & Hellstrom, K. (1997). Blood-injury-injectionphobia. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias. A handbook of theory, research and treatment* (pp.63-80). Chichester, UK: Wiley.
- Page, A. C. & Martin, N. G. (1998). Testing a genetic structure of blood-injury-injection fears. *Am J Med Genet*, 81, 377-384
- Pauls, D. L., Alsobrooke, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., et al. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 528-55.
- Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 318-321.
- Poulton, R., Grisham, J. R., & Andrews, G. (2009). Developmental approaches to understanding anxiety disorders. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp.123–35). New York: Oxford University Press.
- Purdon, C. (2009). Psychological approaches to understanding obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 238-49). New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 51-78). New York: Guilford.
- Rachman, J. G., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage*. New York: Freeman.
- Rachman, S. J. (1997). Claustrophobia. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 163-81). Chichester, UK: Wiley.
- Rachman, S. J. (1997). Claustrophobia. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 163-81). Chichester, UK: Wiley.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration.
- Rapee, R. M. (1996). Information-processing views of panic disorder. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 77-93). New York: Guilford.
- Redmond, D. E. (1977). Alterations in the function of the nucleus locus coeruleus.

In I. Hanin & E. Usdin (Eds.), *Animal models in psychiatry and neurology*. New York: Pergamon.

Rickels, K. & Scheweizer, E. (1997). The clinical presentation of generalized anxiety in primary-care settings: practical concepts of classification and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(11), 4-10.

Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 185(5), 314-19.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2nd ed., pp. 477-15). New York: Guilford.

Rosenbaum, J. E., Biederman, J., Pollock, R. A., & Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-16.

Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2007). Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 395-430). New York: Oxford University Press.

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol. Med.*, 38(1), 15-28.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry*, 15(1), 53-63.

Ruscio, A. M., Borkovec, T. D., Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 413-422.

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav. Res. Ther.*, 27, 677-82.

Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *The Science and Practice of Cognitive-Behaviour Therapy*, (pp. 200-13). Oxford: Oxford University Press.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behavior links in the persistence of panic. *Behav. Res. Ther.*, 34(5/6), 453-58.

Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5%-carbon dioxide-enriched air. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 157-62.

Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L., Alborzian, S., Maidment, K. M., Zohrabi, N., et al. (2002). Differential cerebral metabolic changes with paxil treatment of obsessive-compulsive disorder vs major depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 59, 250-61.

Schmidt, N. B., Richey, J. A., Maner, J. K., & Woolaway-Bickel, K. (2006). Differential effects of safety in extinction of anxious responding to a CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 341-350.

- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-actionfusion. *J. Beh. Ther. Exper. Psychiatry, 35*(2), 87-107.
- Sheehan, D. Z. (1982). Panic attacks and phobias. *N. Engl. J. Med., 307*, 156-58.
- Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E., & Misiaszek, M. (2008). Genetics of anxiety: Would the genome recognize the DSM? *Depression and Anxiety, 25*(4), 368-77.
- Starcevic, V., Latas, M., Kolar, D., Vucinic-Latas, D., Bogojevic, G., & Milovanovic, S. (2008). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patients with panic disorder with agoraphobia. *Compr. Psychiatry, 49*(6), 537-43.
- Stein, D. J., & Simeon, D. (2009). Cognitive-affective neuro science of depersonalization. *CNS Spectrums, 14*, 467-71.
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive-compulsivedisorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxietyand its disorders* (2nd ed., pp. 516-50). New York:Guilford.
- Stewart, S. E., Jenike, E., & Jenike, M. A. (2009).Biological treatment for obsessive-compulsive disorder.In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 375-90). New York: Oxford University Press.
- Stewart, S. E., Platko, J., Fagerness, J., Birns, J., Jenike,E., Smoller, J. W., et al. (2007). A genetic family-base dassociation study of OLIG2 in obsessive-compulsivedisorder. *Arch. Gen. Psychiatry, 64*(2),209-15.
- Strug, L. J., Suresh, R., Fyer, A. J., Talati, A., Adams,P. B., Li, W., et al. (2010). Panic disorder is associated with the serotonin transporter gene (SLC6A4) but not the promoter region (5-HTTLPR). *Molec.Psychiatry, 15*(2), 166-76.
- Suarez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disordersfrom a "triple vulnerability" framework. In M.M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153-72). New York:Oxford University Press.
- Szeszko, P. R., MacMillan, S., McMeniman, M., Chen, S., Baribault, K., Lim, K. O., et al. (2004). Brain structural abnormalities in psychotropic drug naïve pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry, 161*(6), 1049-56.
- Teachman, B. A., Smith-Janik, S. B., & Saporito, J.(2007). Information processing biases and panic disorder: Relationships among cognitive and symptommeasures. *Behav. Res. Ther., 45*(8), 1791-811.
- Teachman, B. A., Woody, S. R., & Magee, J. C.(2006). Implicit and explicit appraisals of the importance of intrusive thoughts.*Behav. Res. Ther., 44*(6),785-805.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., et al. (2006).Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity,impact, and help-seeking in the BritishNational Psychiatric Morbidity survey of 2000.*Am. J.Psychiatry, 163*(11), 1978-85.
- Townsley, R., Turner, S., Beidel, D., & Calhoun, K.(1995). Social phobia: An analysis of possible developmentalfactors.*J. Abn. Psychol., 104*, 526-31.

- Twentyman, C. T. & McFall, R. M.(1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Uhde, T. W. (1990). Caffeine provocation of panic: A focus on biological mechanisms. In J. C. Ballenger(Ed.), *Neurobiology of panic disorder* (pp. 219-42). New York: Wiley-Liss.
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T.,&Boomsma, D. I. (2007). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: A population-based twin-family study. *Psychological Medicine*, 37(11), 1635-44.
- Veale, D.(2004). Advances in a cognitive-behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-125.
- Wallace, S. T., & Alden, L.E. (1997). social phobia and positive social events: the price of success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychol. Rev.*, 101(1), 34-52.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., et al. (1997). *The Cross-National Epidemiology of Panic Disorder Study*.
- Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp.155-78). New York: Oxford University Press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behav.Res. Ther.*, 33, 579-83.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2nd ed., pp. 328-79). New York: Guilford.
- Wittchen, H-U., Stein, M. B.,& Kessler, R. C. (1999). Social Fears and Social Phobia in a Community Sample of Adolescents and Young Adults: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. Cambridge University Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA : Stanford University Press.
- Wolpe, J., & Rachman, S. J. (1960). Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 131, 135-45.
- Woods, S. W., Charney, D. S., Goodman, W. K., & Heninger, G. R. (1987). Carbon dioxide-induced anxiety: Behavioral, physiologic, and biochemical effects of 5% CO₂ in panic disorder patients and 5 and 7.5% CO₂ in healthy subjects. *Arch. Gen.Psychiatry*, 44, 365-75.
- Yoo, S. Y., Jang, J. H., Shin, Y. W., Kim, D. J., Park,H. J., Moon, W. J., et al. (2007). White matter abnormalities in drug-naïve patients with obsessive-compulsive disorder: A diffusion tensor study before and after citalopram treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3), 211-19.
- Zvolensky, M. J., Eiffert, G. H., Lejeuz, C. W., & McNeil, D. W. (1999). The effects of offset control over 20% carbon-dioxide-enriched air on anxious response. *J. Abn. Psychol.*, 108, 624-32.

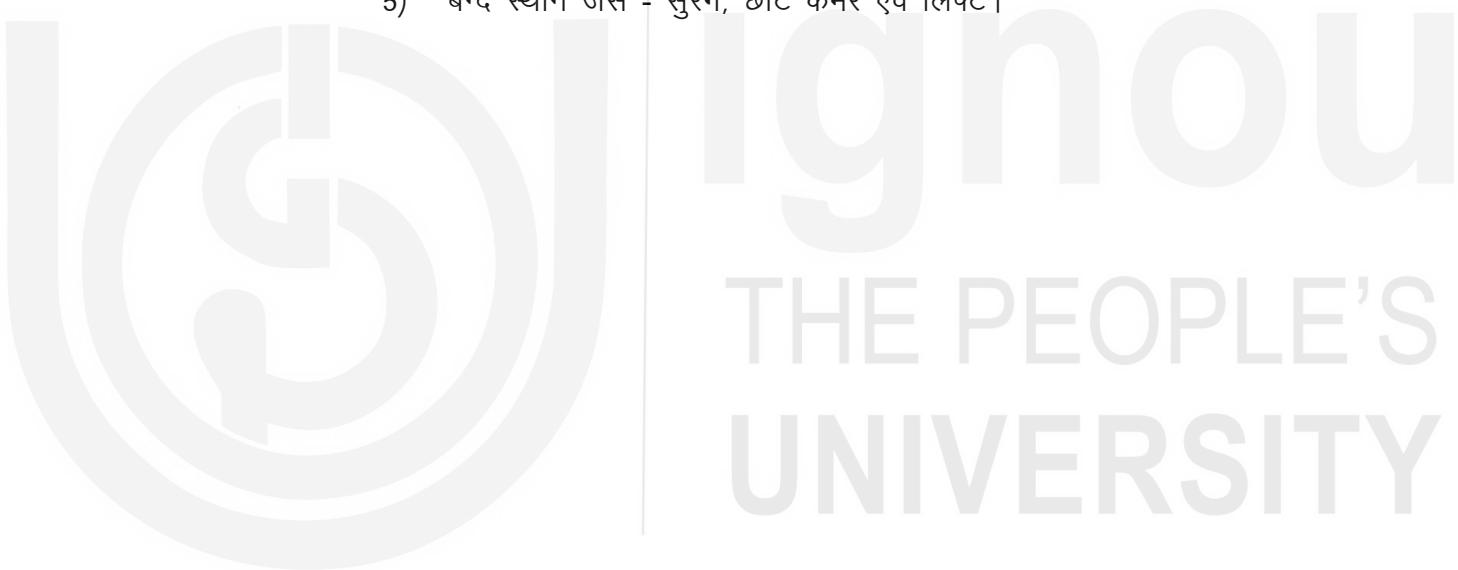
2.15 ऑनलाइन संसाधन

- Watch the video on ' what is social Anxiety Disorder?' (Health Matters, University of California TV).

https://m.youtube.com/watch?v=4truuD_xMPO

रिक्त स्थान के उत्तर (1-5)

- 1) अनावरण थेरेपी के साथ एकीकृत संज्ञानात्मक पुनर्गठन
- 2) सामाजिक दुर्भाग्य |
- 3) मनोविश्लेषणात्मक |
- 4) सामाजिक दुर्भाग्य |
- 5) बन्द स्थान जैसे - सुरंग, छोटे कमरे एवं लिफ्ट |



इकाई 3 चिंता, भय, आतंक एवं मनोग्रस्ति विकार-II*

संरचना

- 3.0 प्रस्तावना
- 3.1 सामान्यीकृत चिंता विकार
- 3.2 सामान्यीकृत चिंता विकार की नैदानिक विशेषताएँ
- 3.3 कारणात्मक कारक: सामान्यीकृत चिंता विकार क्यों होता है?
- 3.4 सामान्यीकृत चिंता विकार का उपचार
- 3.5 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार
- 3.6 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के नैदानिक पक्ष
- 3.7 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के कारणात्मक कारक
- 3.8 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार का उपचार
- 3.9 सारांश
- 3.10 मुख्य शब्द
- 3.11 पुनरावलोकन प्रश्न
- 3.12 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 3.13 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के उपरान्त, आप सक्षम होंगे:

- सामान्यीकृत चिंता विकार की नैदानिक विशेषताओं का वर्णन करने में;
- सामान्यीकृत चिंता विकार के उपचार को स्पष्ट रूप से अभिव्यक्त करने में;
- मनोग्रस्तता-बाध्यता विकार की नैदानिक विशेषताओं की पहचान करने में; तथा
- मनोग्रस्तता-बाध्यता विकार के विभिन्न उपचार विधियों की व्याख्या करने में।

3.0 प्रस्तावना

जैसा कि आप पूर्व इकाई में अध्ययन कर चुके हैं कि चिंता विकार अनेक प्रकार के होते हैं जिनकी डी.एस.एम-5 द्वारा पहचान की गयी हैं, जैसे सामान्यीकृत चिंता विकार विशिष्ट भयग्रस्तता, सामाजिक दुर्भीति, आतंक विकार, और भीड़ भयग्रस्तता (एगोराफोबिया) आदि। पूर्व इकाई में उपयुक्त सभी विकारों के कारणात्मक कारकों, नैदानिक पक्षों, एवं उनके उपचारों को विस्तार से बताया गया है। प्रस्तुत इकाई के अंतर्गत, आप सामान्यीकृत चिंता विकार एवं मनोग्रस्तता-बाध्यता विकार के नैदानिक लक्षणों, घटित होने वाले कारकों तथा उनके उपचार के बारे में अध्ययन करेंगे। पूर्व में, डी.एस.एम द्वारा मनोग्रस्तता-बाध्यता को भी एक चिंता विकार के रूप में ही वर्गीकृत किया था और डी.एस.एम-5 के अंतर्गत इसको एक पृथक श्रेणी में वर्गीकृत किया गया हैं जिसे मनोग्रस्तता-बाध्यता एवं संबंधित विकार नाम दिया गया है। अब हम इन दोनों विकारों के विषय में विस्तृत अध्ययन करेंगे।

*डॉ. गुलगुना जमाल, सहायक प्राध्यापक, जाकिर हुसैन कॉलेज, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली

3.1 सामान्यीकृत चिंता विकार

सामान्यीकृत चिंता विकार जीवन की विभिन्न घटनाओं या क्रियाकलापों के बारे में पुरानी, अत्यधिक एवं अनुचित चिंताओं की अवस्था का द्योतक है। यहाँ पर असंगत भ्रम (फोबिया) की तरह चिंता का सम्बन्ध किसी विशिष्ट वस्तु अथवा परिस्थिति से नहीं है। पूर्व में मनोवैज्ञानिकों ने इसे मुक्त या स्वतंत्र चिंता फ्री-फ्लोटिंग एंजाइटी के रूप में स्वीकार किया था (बूचर, हूले, मिनेका एवं द्विवेदी, 2017)। इससे ग्रस्त व्यक्ति निरंतर चिंताग्रस्त बना रहता है, जो उसे छोटी-छोटी वस्तुओं की ओर उन्मुख करता है तथा सतत चिंता की स्थिति बनाये रखता है (डेविसन, नेले, और क्रिंग, 2004)। व्यक्ति का अधिकांश समय अनियंत्रित परिस्थितियों एवं प्रकरणों की चिंताओं में व्यर्थ हो जाता है (रुसिया, बोर्कर्वेक, और रुसिया, 2001)।

3.2 सामान्यीकृत चिंता विकार की नैदानिक विशेषताएँ

डी.एस.एम-5 के अनुसार, सामान्यीकृत चिंता विकार की नैदानिक विशेषताएँ (लक्षण) निम्नलिखित बॉक्स (बॉक्स 3.1) में की गई हैं।

बॉक्स 3.1: सामान्यीकृत चिंता विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड

- क) अत्यधिक चिंता और दुश्चिंता (संभावित दुःख या हानि की संभावनाएँ), छः माह या उससे भी अधिक समय तक बना रहता है तथा इसका सम्बन्ध अनेक प्रकार की घटनाओं अथवा क्रियाकलापों से संलग्न रहता है (जैसे कि कार्य अथवा विद्यालय में निष्पादन)।
- ख) व्यक्ति प्रायः अपनी दुश्चिंताओं को नियंत्रित करने में असफल रहता है।
- ग) चिंता और दुश्चिंता प्रायः निम्नलिखित तीन (और अधिक) लक्षणों से जुड़ी रहती हैं, जिन्हें नीचे छः लक्षणों में दिया जा रहा है इनमें से कुछ लक्षण छः माह से अधिक समय तक भी व्यक्ति में परिलक्षित (दृष्टिगोचर) होते हैं।

नोट: इनमें से बच्चों में कोई एक लक्षण ही निर्दिष्ट है।

- 1) बेचैनी अथवा तनावग्रस्त या तनाव उन्मुखता की स्थिति।
- 2) शीघ्र ही थकावट का अनुभव करना।
- 3) ध्यान केन्द्रित करने में कठिनाई अथवा मस्तिष्क का विचार शून्य होना।
- 4) चिड़चिड़ापन।
- 5) मांसपेशियों में तनाव।
- 6) निद्रा में विघ्न (नींद आने में कठिनाई, बेचैनी, असंतोषजनक निंद्रा की स्थितियाँ)।
- घ) चिंता और दुश्चिंता केवल अक्ष-1 के विकारों तक ही सीमित नहीं रहती है, उदाहरण के लिए, चिंता एवं दुश्चिंता का सम्बन्ध बेचैनी के दौरे पड़ने से नहीं है, (जैसे कि बैचैनी के दौरों में होता है) और न ही सार्वजनिक स्थानों में विचित्र व्यव्हार से है (जैसा कि सामाजिक फोबिया), दूषित होना (जैसा कि ऑस्सेसिव-कम्पलिसिव डिसऑर्डर में है), वजन बढ़ना (एनोरेक्सिया नर्वोसा में), अनेक शारीरिक शिकायतें होना (जैसा कि मन की बीमारी (सोमाटाइजेशन डिसऑर्डर) में) या गंभीर बीमारी होना (जैसा कि हाइपोकॉन्ड्रिआसिस में होता है), और विशेष

रूप से तनाव विकार के दौरान या बाद में चिंता और दुश्चिंता नहीं होती है।

- ड) सामाजिक, व्यावसायिक और कार्य के दूसरे महत्वपूर्ण क्षेत्रों में इस चिंता एवं शोचनीय आशंका एवं दैहिक लक्षणों ने नैदानिक रूप से सार्थक दुश्चिंता एवं विघटन उत्पन्न किया हो।
- च) यह विक्षुब्धता किसी द्रव्य के प्रत्यक्ष फिजियोलॉजिकल प्रभाव की वजह से न हो उदाहरण के लिए, किसी अन्य बीमारी में उपयोग होने वाली दवा के सेवन से अथवा औषधि व्यसन अथवा सामान्य रुग्णता (जैसे कि हाइपरथाइरोडिज्म) की वजह से न हो, एवं मात्र मनोदशा विकार, मनोविकृतिक विकार या फिर पर्वसिव डेवलपमेंटल विकार के दौरान न हो।

(नोट: डी.एस.एम-IV से डी.एस.एम-5 में कोई परिवर्तन नहीं किया गया है।)

कोमॉर्बिडिटी

सामान्यीकृत चिन्ता विकार में कार्यात्मक कमी और प्रतिकूल जोखिम स्वास्थ्य परिणाम में वृद्धि के साथ जुड़ा हुआ है इसमे हृदय रोग और आत्महत्या सम्मिलित हैं (केलर, 2002)। यह बहुधा अन्य मनोरोग स्थितियों के साथ संयोजन में पाया जाता है जैसे - अवसाद (वेल्स और बट्टलर, 1997; ब्राउननेट एवं अन्य, 2001), आँतक विकार, पोस्टट्रॉमेटिक स्ट्रेस, और सामाजिक दुर्भाग्य (केसलर और विटचेन, 2002)।

प्रसार

किसी भी वर्ष की कुल जनसंख्या की प्रसार दर के 3 प्रतिशत व्यक्तियों में इस विकार के लक्षण पाये जाते हैं और कुल मिलाकर सम्पूर्ण जनसंख्या के 5.7 प्रतिशत व्यक्तियों को उनके जीवन काल में सामान्यीकृत चिंता विकार से जूझना पड़ता है (केसलर, बर्गलुंड, डीलर, एवं अन्य, 2005)। भारत के लिए, जीवन काल का प्रसार दर 5.8 प्रतिशत हैं (चंद्रशेखर एवं रेड्डी, 1998)।

प्रारंभ आयु

सामान्यीकृत चिन्ता विकार से ग्रसित लगभग 60 से 80 प्रतिशत लोग कहते हैं कि जब तक वे याद करते हैं तब तक वे चिंतित रहते हैं जबकि कई अन्य लोगों ने धीमी और छुपी हुई शुरुआत की जानकारी दी है (रोमेर एवं अन्य, 2002)। प्रारंभ की आयु का निर्धारण करना कठिन है, लेकिन शोधों ने सुझाव दिया गया है कि बूढ़े वयस्कों में बहुधा यह विकसित होता हैं और यह है उनके लिए सबसे आम चिंता विकार हैं (मैकेंजी एवं अन्य, 2011)।

कोर्स

सामान्यीकृत चिन्ता विकार एक लम्बे समय तक चलने वाला विकार है। एक बारह साल के अनुवर्ती अध्ययन द्वारा पता चला है कि इस विकार के निदान करने पर लगभग 42 प्रतिशत लोगों में 13 साल के बाद भी यह विकार नहीं गया और जो लोग बच गए उनका लगभग 50 प्रतिशत पुनरावृत्ति (ब्रूस एवं अन्य, 2005) था। हालांकि यह विकार कई व्यक्तियों में 50 वर्ष की उम्र के बाद समाप्त हो जाता है। यह सामान्यतया दैहिक लक्षण विकार के साथ शारीरिक स्वास्थ्य चिंताओं द्वारा प्रतिस्थापित हो जाता है (रुबियो एवं लोपेज-इबोर, 2007)। यह एक सामान्य और दीर्घकालिक विकार है हालांकि, चिंता के उच्च स्तर और कमजोर स्वास्थ्य के बावजूद सामान्यीकृत चिन्ता विकार से ग्रसित अधिकांश लोग अपने जीवन का प्रबंधन करते हैं। अधिकतर व्यक्तियों में अन्य विकारों (आँतक विकार या प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार) की तुलना में, इसमें जीवन प्रबंधन की भूमिका निभाने में कठिनाई आती हैं। व्यक्तियों

को मनोवैज्ञानिक उपचार सुविधाओं का लाभ उठाने की संभावनाएँ कम होती है, क्योंकि वे सामान्यता चिकित्सा पर तभी जाते हैं जब उन्हें शारीरिक शिकायत जैसे— मांसपेशियों में दर्द या गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल समस्याएँ आदि हो (हॉफमैन एवं अन्य, 2010)।

लिंग अनुपात

सामान्यीकृत चिंता विकार महिलाओं में पुरुषों की तुलना में दोगुना होता है (रिक्लस और स्कीहाइजर, 1997)।

सामान्यीकृत चिंता विकार के लोगों की सामान्य विशेषताएँ

- सामान्यीकृत चिंता विकार में तीव्र चिंता एवं आशंका सतत् व्याप्त रहती है;
- वे लगभग हमेशा एक चिंताजनक आशंका में होते हैं। इसमें व्यक्ति की भविष्य के प्रति नकारात्मक दृष्टि उत्पन्न हो जाती है एवं व्यक्ति स्वयं दैनिक कार्यों को ठीक प्रकार से नहीं कर पायेगा इसकी अत्यधिक चिंतातुर आशंका मन में घर कर जाती है;
- उच्च स्तर के नकारात्मक प्रभाव के साथ दीर्घकालिक उत्तेजन की स्थिति है, और व्यक्ति को यह लगता है कि वह स्वयं पर से आत्मनियंत्रण खो रहा है (बार्ली एवं अन्य, 1996);
- निर्णय लेने में कठिनाई होती है क्योंकि उनके पास ध्यान एकाग्र करने में कमी और गलतियाँ करने का भय होता है;
- वे अधिकतर गतिविधियों में असफलता से बचने का प्रयत्न करते हैं, जिससे वे व्याकुल न हों;
- वे अपने वातावरण में उपस्थित खतरे के सभी संभावित संकेतों के लिए उच्च स्तरीय सतर्कता बरतते हैं;
- वे मांसपेशियों में तनाव और गर्दन में दर्द एवं ऊपरी कंधे के क्षेत्र में दर्द की लगातार शिकायतें करते हैं;
- नींद न आना, जैसे— बुरे सपने और कभी-कभी चिंता से बचने के लिए हाइपरसोमनिया (अत्यधिक नींद) अक्सर रिपोर्ट की जाती हैं;
- ऐसे लोग निरंतर चिंताओं के कारण, परेशान, असहज और निराश महसूस करते हैं;
- परिवार, वित्त, कार्य और व्यक्तिगत बीमारी चिंता के सबसे सामान्य क्षेत्रों में पाया गया है। (रोमेन, मोलिना, और बोकर्वेक, 1997);
- निर्णय लेना उनके लिए कठिन है और वे निर्णय लेते समय संभव त्रुटियों पर अधिक चिंतन करते हैं;
- वर्तमान में या अतीत में की गई वास्तविक और काल्पनिक गलतियों को अधिकतर बिस्तर पर जाने के बाद समीक्षा की जाती है;
- भविष्य की सभी संभावित कठिनाइयों का अनुमान उनके द्वारा लगाया जाता है;
- वे तार्किक रूप से यह सोचने में असमर्थ होते हैं कि भविष्य के परिणामों के साथ स्वयं को परेशान करना व्यर्थ है, जोकि नियंत्रित नहीं किये जा सकते हैं;
- चिंता करने की उनकी प्रवृत्ति को नियंत्रित करने में विफलता उन्हें असहायता की भावना प्रदान करती है।

3.3 कारणात्मक कारक: सामान्यीकृत चिंता विकार क्यों होता है?

सामान्यीकृत चिंता विकार के कई अनुमानित कारण हैं, वे निम्नलिखित हैं:

जैविक पक्ष

आनुवंशिक कारक : आनुवंशिक कारकों के लिए मिश्रित साक्ष्य हैं, हालांकि, सामान्यीकृत चिंता विकार के लिए यह एक मामूली आनुवंशिक घटक बताया गया है (हेतिमा, नेले, और केंडलर, 2000)। अब तक किए गए शोध अध्ययनों में, सबसे बड़े और सबसे ताजा जुड़वां अध्ययनों में से एक आनुवंशिक कारक के कारण सामान्यीकृत चिंता विकार के उत्तरदायित्व में 15–20 प्रतिशत का विचलन है। दूसरे शब्दों में, इस विकार में डी जेड (DZ) जुड़वाँ की तुलना में एम जेड (MZ) में उच्च समवर्ती दर है। इसके अलावा, सामान्यीकृत चिंता विकार और प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के लिए एक सामान्य अंतर्निहित आनुवंशिक प्रवृत्ति के लिए प्रबल साक्ष्य पाए गए हैं (केंडलर एवं अन्य, 2007)। फिर भी, क्या एक व्यक्ति किसी एक विकार के लिए एक आनुवंशिक जोखिम विकार विकसित करेगा या पर्यावरणीय कारकों (निरर्थक स्थितियों) से निर्धारित होता है। एक आधारभूत व्यक्तित्व विशेषता जिसे 'न्यूरोटिसिज्म' कहा जाता है, सामान्यीकृत चिंता विकार और प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार (केंडलर एवं अन्य, 2007) के विकास के लिए एक सामान्य अंतर्निहित पूर्वाग्रह के रूप में माना गया है।

न्यूरोकेमिकल और न्यूरोहोर्मेनल कारक : न्यूरोबायोलॉजिकल मॉडल 1950 और 1970 के दशक के बीच बेन्जोडाइएजेपीन के प्रभाव पर किए गए शोध पर आधारित है, जो औषधियों का एक समूह है, जो चिंता के उपचार में प्रभावी होती है। शोधकर्ताओं ने बेंजोडायजेपाइन के लिए मस्तिष्क में एक रिसेप्टर की खोज की जो निरोधात्मक न्यूरोट्रांसमीटर, गामा एमिनो ब्यूटिरिक एसिड या गाबा से जुड़ा हुआ है। सामान्य डर प्रतिक्रियाओं में, मस्तिष्क में न्यूरोन्स और चिंता विकार का अनुभव उत्पन्न करते हैं। यह न्यूरोनल फायरिंग गाबा प्रणाली को उत्तेजित करती है, जो इस गतिविधि को रोकती है और चिंता को कम करती है। गाबा प्रणाली में कुछ दोष के परिणामस्वरूप सामान्यीकृत चिन्ता विकार हो सकता है जिससे चिंता अनियंत्रित हो जाती है। बेंजोडायजेपाइन गाबा के निर्गमन को बढ़ाकर चिंता को कम कर सकता है। गाबा, सेरोटोनिन और नॉरपेनेफ्रिन चिंता में भूमिका निभाते हैं (लेड्जोउस, 2002), लेकिन उनकी अनुक्रिया आज तक मूल्यतः अज्ञात है (बुचर एवं अन्य, 2017)।

कॉर्टिकोट्रोपिन रीलजिंग हार्मोन (सी.आर.एच) : सी.आर.एच इस विकार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है क्योंकि यह एक चिंता उत्पन्न करने वाला हार्मोन है। जब सी.आर.एच तनाव या खतरे के कारण सक्रिय होता है, तब यह पिट्यूटरी ग्रंथि को उत्तेजित करता है, जो बदले में एड्रेनोकोर्टिकोट्रोपिक हार्मोन (ए.सी.टी.एच) जारी करती है। ए.सी.टी.एच अधिवृक्त ग्रंथि को उत्तेजित करता है, जो बदले में कोर्टिसोल नामक तनाव हार्मोन को साबित करता है। माना जाता है कि सामान्यीकृत चिन्ता विकार में सी.आर.एच एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है क्योंकि यह एमाइग्डेला के विस्तार में बेड न्यूकिलयस को प्रभावित करता है, जो सामान्यीकृत चिंता को उत्पन्न करता है (डेविस, 2006)।

मनोविश्लेषणात्मक पक्ष

सामान्य रूप से चिंता इदम् (पाश्विक) आवेगों और ईगों (अहं) के बीच लगातार अचैतन्य संघर्षों का परिणाम है। आवेगों में आक्रामक और कामुक प्रकृति के होते हैं, और अभिव्यक्ति के लिए संघर्ष करते हैं जबकि अहं को अचेतन मन में दंड दिए जाने का भय होता है, इदम्

अपनी इच्छाओं को व्यक्त नहीं होने देता है। चूंकि चिंता का स्रोत अचेतन मन है, इसलिए व्यक्ति चिंता का कारण नहीं जानता है और परिणामस्वरूप हमेशा चिंतित और आशंकित रहता है। व्यक्ति चिंता से बच नहीं सकता है क्योंकि वह इड से दूर नहीं रह सकता है, क्योंकि इदम् से भागने का तात्पर्य है कि वह व्यक्ति जीवित ही नहीं है। इसके अलावा, चूंकि चिंता किसी विशिष्ट वस्तु या स्थिति पर विस्थापित नहीं होती है जैसा कि फोबिया के केस में होता है, इसलिए व्यक्ति लगभग हर समय चिंतित रहता है। लेकिन अनुभवजन्य सत्यापन की कमी के कारण, यह दृष्टिकोण नैदानिक रूप से स्वीकार नहीं किया जाता है।

व्यवहार पक्ष

वोल्पे (1958) के अनुसार, चिंता के पात्र पर्यावरणीय कारक हो सकते हैं, उदाहरण के लिए, अन्य लोग या सामाजिक परिस्थितियाँ। एक व्यक्ति जो अपने दिन के अधिकांश घंटे अन्य व्यक्तियों के साथ बिताता है, वह किसी आँतरिक कारकों के कारण नहीं बल्कि व्यक्तियों या सामाजिक स्थितियों के कारण चिंतित हो सकता है अर्थात्, व्यक्ति अपनी चिंता को अन्य व्यक्तियों की उपस्थिति के साथ संधिबद्ध करके सीखता है।

संज्ञानात्मक-व्यवहार पक्ष

सामान्यीकृत चिन्ता विकार के निष्कर्षों का मुख्य अंतर्निहित विचार यह है कि यह विकार विकृत संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं से उत्पन्न होता है। ऐसे व्यक्ति अक्सर सौम्य घटनाओं को गलत तरीके से समझते हैं, जैसे कि सड़क को पार करना खतरे के रूप में देखते हैं, और उनकी अनुभूति प्रत्याशित भविष्य की आपदाओं पर ध्यान केंद्रित करती है (ब्रेक एवं अन्य, 1987)। उनका ध्यान आसानी से उत्तेजक उत्तेजनाओं (मोग, मिलर और ब्रैडली, 2000) की ओर आकर्षित होता है। अध्ययनों से पता चला है कि जब मिश्रित खतरे वाले संकेतों तथा बिना खतरे के संकेतों को प्रस्तुत किया जाता हैं तो गैर-चिंताग्रस्त व्यक्तियों के विपरीत, सामान्यतया: चिंतित व्यक्तियों को अधिक खतरा होता है (मिस्का एवं अन्य, 1998)। इसके अतिरिक्त, वे खतरे के रूप में अस्पष्ट उत्तेजनाओं की व्याख्या करने तथा भविष्यसूचक घटनाओं का आकलन करने के लिए अधिक इच्छुक होते हैं (बटलर और मैथ्यूज, 1983)। उत्तेजनाओं की खतरे के लिए संवेदनशीलता तब बढ़ जाती है जब उत्तेजनाओं को सचेत रूप से नहीं माना जा सकता है (ब्रैडली एवं अन्य, 1995)।

अनियंत्रित और अप्रत्याशित घटनाएँ बहुत अधिक तनावपूर्ण होती हैं और इसलिए नियंत्रणीय और पूर्वानुमानित घटनाओं की तुलना में अधिक चिंताजनक होती हैं। व्यक्तियों में कई महत्वपूर्ण जीवन की घटनाओं को अप्रत्याशित और अनियंत्रित के रूप में अनुभव करने का इतिहास हो सकता है (मिनेका और जिनबर्ग, 1998)। नियंत्रण और श्रेष्ठता के साथ नियमित रूप से अनुभव तनावपूर्ण स्थितियों के संपर्क के हानिकारक प्रभावों के विरुद्ध कुछ सीमा तक बचाव कर सकता है और इस विकार के बदले में बचाव कर सकता है (बार्ली एवं अन्य, 1998)।

बोर्कवेक एवं अन्य (1998) ने एक और संज्ञानात्मक दृष्टिकोण का प्रस्ताव दिया है क्योंकि उन्होंने चिंता द्वारा कार्य किए गए विभिन्न कार्यों पर ध्यान केंद्रित किया है। चिंता नकारात्मक रूप से सुदृढ़ हो सकती है, इस प्रकार में व्यक्ति पाँच सकारात्मक कार्य कर सकता है:

- दुर्घटना का अंधविश्वास (चिंता करने से घटना की संभावना कम हो जाएगी);
- दुर्गति का वास्तविक परिहार (चिंता दुर्गति से बचने के तरीके उत्पन्न करने में सहायता करता है);

- गहरे भावनात्मक विषयों से बचना (अधिक परेशान करने वाली संवेगों से ध्यान भटकाना);
- बचाव एवं तैयारी; और
- प्रेरक उपकरण (काम करने के लिए स्वयं को प्रेरित करने में सहायता करता है)।

इस प्रकार के साथ उप समुच्चय वाले व्यक्तियों का मानना है कि चिंता के सकारात्मक कार्य हैं, जो बदले में चिंता के उच्च स्तर के रखरखाव में सहायता करता है (दूगास एवं अन्य, 2007)। चिंता करना स्वयं का निर्वाह करना है क्योंकि यह बहुत संवेगात्मक उत्तेजना उत्पन्न नहीं करता है, उदाहरण के लिए, यह उन शारीरिक परिवर्तनों का उत्पादन नहीं करता है, जो सामान्यता संवेगों के साथ होते हैं, और यह संवेगात्मक उत्तेजना के प्रसंस्करण को अवरुद्ध करता है। अपने सकारात्मक कार्यों के बावजूद, चिंता के कुछ नकारात्मक परिणाम भी हैं (न्यूमैन और लीरा, 2011)। चिंता एक सुखद गतिविधि नहीं है क्योंकि इसमें नकारात्मक विनाशकारी परिणामों के बारे में सोचना सम्मिलित है और वह चिंता और खतरे की भावना को अधिक उत्पन्न कर सकता है। वेल्स एवं पापेजॉर्गियो (1995) के अनुसार, यह अधिक हस्तक्षेप करने वाले विचारों को जन्म दे सकता है क्योंकि उन्होंने एक अध्ययन में पाया कि तीन समूहों में तीन स्थितियों में एक भयावह फ़िल्म देख रहे थे। फ़िल्म देखने के बाद, एक समूह को आराम करने के लिए कहा गया, दूसरे समूह को फ़िल्म की घटनाओं की कल्पना करने के लिए कहा गया और तीसरे समूह को मौखिक रूप से फ़िल्म के बारे में चिंता करने के लिए कहा गया। यह पाया गया कि तीसरे समूह के व्यक्तियों में फ़िल्म देखने के कई दिनों के बाद अन्य दो समूहों की तुलना में अधिक अन्तर्वेधी विचार थे। चिंता करने से भी अधिक नकारात्मक भावनाएँ उत्पन्न होती हैं (न्यूमैन एवं लाइबा, 2011)। इसके अतिरिक्त, चिंता के विरोधाभासी प्रभाव के प्रमाण भी हैं, अर्थात्, चिंता को नियंत्रित करने के प्रयासों से अधिक अन्तर्वेधी विचार उत्पन्न होते हैं, जो कि अनियंत्रितता की भावना को जन्म देते हैं। यह बदले में चिंता का कारण बनता है, जो चिंता को और अधिक बढ़ाता है। इस प्रकार, यह चिंता, अन्तर्वेधी विचारों और चिंता के एक दुष्क्र की ओर ले जाता है (मिनेका और जिनबर्ग, 2006)।

3.4 सामान्यीकृत चिंता विकार का उपचार

सामान्यीकृत चिंता विकार के उपचार के लिए मनोवैज्ञानिक उपचार और दवा का उपयोग के विकल्प के रूप में किया जाता है।

संज्ञानात्मक-व्यवहार चिकित्सा (काग्निटिव बिहेव्यर थेरेपी; सी.बी.टी)

जैसा कि उपरोक्त अनुभागों में वर्णित किया गया है, सी.बी.टी व्यवहार संबंधी तकनीकों के संयोजन का उपयोग करता है जैसे कि शारीरिक लक्षणों को आराम देने के लिए प्रगतिशील मांसपेशी व्यायाम जैसे— साँस की तकलीफ, मांसपेशियों में तनाव और संज्ञानात्मक तकनीक, जैसे कि संज्ञानात्मक पुनर्गठन (मनोवैज्ञानिक लक्षणों से निपटने के लिए, जैसे कि विन्ता, संज्ञानात्मक विकारों, दुर्गति आदि) (बार्ली, एलन, और बस्डन, 2007)। हांला कि, सामान्यीकृत चिंता विकार के उपचार के लिए विभिन्न चिंता विकारों में सबसे कठिन विकार के रूप में जाना जाता है, फिर भी, शोधों की समीक्षा में सी.बी.टी को सफलतापूर्वक चिंता विकार डी के लक्षणों को कम करने में प्रभावी पाया गया है (मिते, 2005)। रुचिकर बात यह है कि शोधों में सी.बी.टी को बेन्जोडाइएजेपीन के रूप में प्रभावी होने को दर्शाया गया है और इससे औषधि के लंबे उपयोग को रोकने में भी सहायता मिलती है (गोस्टेलिन एवं अन्य, 2006)।

औषधि-उपयोग

सामान्यता, सामान्यीकृत चिंता विकार से पीड़ित व्यक्ति सोमेटिक सिस्टम (दैहिक प्रणाली) के लिए जैसे-मांसपेशियों में दर्द, झुनझुनी संवेदना, स्तब्ध हो जाना, साँस फूलना आदि में सामान्य चिकित्सकों से सलाह लेते हैं। और यह बैंजोडायजेपाइन या एंगेरियोलाईटिक्स, जैसे अल्फराक्स, रेस्ट्रिल (बाजार के नाम) दवाएँ निर्धारित करते हैं। इन औषधियों से चिंता विकार के लक्षणों में राहत मिलती है, और यह मनोवैज्ञानिक लक्षणों के बजाय शारीरिक रूप से लक्षणों को कम करने में अधिक प्रभावी होते हैं। लेकिन ये दवाएँ मनोवैज्ञानिक और शारीरिक निर्भरता के लिए नेतृत्व कर सकती हैं बसपिरोने एक नई औषधि है, जो चिंता जैसे मनोवैज्ञानिक लक्षणों को कम करने में अधिक प्रभावी है जैसे-चिंता और इससे नींद नहीं आती है और इससे मनोवैज्ञानिक या शारीरिक निर्भरता भी नहीं होती है लेकिन इसका प्रभाव दिखने में अधिक समय (2-4 सप्ताह) लगता है (रॉय-बायन एंड काउली, 2007)। इसी तरह, कुछ ऐंटीडिप्रेसेंट भी इस विकार के उपचार में प्रभावकारी हैं, लेकिन ये अपना असर दिखाने के लिए लंबा समय (कई सप्ताह) लेते हैं (गुडमैन, 2004)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

- 1) सामान्यीकृत चिंता विकार की विशेषताओं को सूचीबद्ध करें।

.....

.....

.....

.....

- 2) सामान्यीकृत चिंता विकार के विकास के लिए मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोण की व्याख्या करें।

.....

.....

.....

.....

- 3) सामान्यीकृत चिंता विकार के उपचार के विकल्प क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

3.5 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार

मनोग्रस्तता बाध्यता विकार की विशेषता हैं कि इसमें व्यक्ति को अनुचित विचार आने लगते हैं और डर उत्पन्न करने वाली छवियों की आशंकाएँ होने लगती हैं, जो सामान्यता बाध्यता व्यवहार के साथ होती हैं। बाध्यता व्यवहार या तो टिप्पणियों को पूर्ववतः या प्रभावहीन करने या किसी भयानक घटना को रोकने के लिए किए जाते हैं।

3.6 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के नैदानिक पक्ष

अब मनोग्रस्तता बाध्यता विकार, डी.एस.एम-5 में मनोग्रस्तता बाध्यता और उससे संबंधित विकार की श्रेणी में सम्मिलित हैं। इसमें सम्मिलित अन्य विकारों में संचय (होर्डिंग) विकार, त्वकछेद विकार (स्किन पिकिंग), शारीरिक कुरुपता विकार (बॉडी डिस्मॉर्फिक डिसऑर्डर) और ट्रिकोटिलोमेनिया (बाल उखाड़ने की बीमारी) हैं।

हम में से कई व्यक्ति कभी-कभी स्वयं को दोहराव या रुढ़िवादी व्यवहार करते दिखते हैं, जैसे— ताले या गैस स्टोव की बार-बार जाँच करना। हालांकि, इसका यह अर्थ नहीं है कि हम इस विकार से पीड़ित हैं। मनोग्रस्तता बाध्यता विकार में बहुत अधिक, लगातार और परेशान करने वाले विचार और संबंधित बाध्यकारी कार्य सम्मिलित होते हैं जो दैनिक जीवन की गतिविधियाँ प्रभावित करती हैं इसमें व्यक्ति अधिकतर संशय की स्थिति में रहते हैं (डी.एस.एम-5 मानदंड बॉक्स 3.2 में दिए गये हैं)।

बॉक्स 3.2 : मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड,
(ए.पी.ए, 2013)

क) मनोग्रस्तता-बाध्यताएँ या दोनों की उपरिथिति:

मनोग्रस्तता को (1) और (2) द्वारा परिभाषित किया गया है:

- 1) आवर्ती और लगातार विचार, आग्रह या चित्र, जो अनुभव होते हैं, कभी गडबडी के दौरान, घुसपैठ और अवांछित रूप में, और यह ज्यादातर व्यक्तियों में चिंता या तनाव का कारण बनता है।
- 2) व्यक्ति ऐसे विचारों, आग्रहों, या छवियों को अनदेखा करने या दबाने का प्रयास करता है, या उन्हें किसी अन्य विचार या कार्य के साथ कम करता है (जैसे- प्रदर्शन)।

बाध्यताओं को (1) और (2) द्वारा परिभाषित किया गया है:

- 1) बार-बार किये जाने वाले व्यवहार (जैसे— हाथ धोना, आदेश देना, जाँचना) या मानसिक कार्य (जैसे, प्रार्थना करना, गिनना, शब्दों को चुपचाप दोहराना) जो व्यक्ति मनोग्रस्ति की प्रतिक्रिया में प्रदर्शन करने के लिए प्रेरित अनुभव करता है या नियमों के अनुसार कठोरता से लागू किया जाना चाहिए।
- 2) व्यवहार या मानसिक कृत्यों का उद्देश्य चिंता या तनाव को रोकना या कम करना, या कुछ संकटपूर्ण घटना या स्थिति को रोकना है हालांकि, इन व्यवहारों या मानसिक कृत्यों को यथार्थवादी तरीके से नहीं जोड़ा जाता है, जिन्हें वे रोकने के लिए डिजाइन किए गए हैं, या स्पष्ट रूप से अत्यधिक हैं।

नोट: छोटे बच्चे इन व्यवहारों या मानसिक कृत्यों के उद्देश्यों को स्पष्ट करने में सक्षम नहीं होते हैं।

- ख) जुनून और बाध्यताएँ समय लेने वाली होती हैं (जैसे— प्रतिदिन 1 घंटे से अधिक समय लेना) या सामाजिक, व्यावसायिक या कार्य के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण कमी उत्पन्न होना है।
- ग) मनोग्रस्तता-बाध्यकारी (ऑब्सेसिव-कम्पल्सिव) लक्षण किसी पदार्थ के शारीरिक प्रभावों (जैसे, दवा का दुरुपयोग, औषधि) या अन्य चिकित्सा स्थिति के लिए उत्तरदायी नहीं हैं।
- घ) इस विकार को किसी अन्य मानसिक विकार द्वारा बेहतर तरीके से नहीं बताया जा सकता है (जैसे— अत्यधिक चिंता, जैसा कि सामान्यीकृत चिंता विकार में होता है, चिन्तित दिखना, डिस्मोर्फिक विकार, उकसाने की गडबडी, बालों के झड़ने के रूप में, बालों को खींचने वाले विकार ट्राइकोटिलोमेनिया, के रूप में, त्वकछेद विकार (स्किन पिकिंग), खाने के विकार, जुए खेलना, पदार्थ-संबंधी और व्यसनी विकार, पहले से कोई बीमारी होने की संभावना, बीमारी चिंता विकार के रूप में, पैराफिलिक विकारों यौन आग्रह या कल्पनाएँ के रूप में, आवेगों के रूप में, विघटनकारी, आवेग-नियंत्रण में, और विकारों का संचालन करने के लिए दोषी अवसादन, प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार, भ्रमपूर्ण पूर्वाग्रह, मनोविदलता स्पेक्ट्रम और अन्य मानसिक विकारों के रूप में ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार के रूप में व्यवहार के दोहराव पैटर्न।)

डी.एस.एम-5 के अनुसार, “मनोग्रस्तता में निरंतर कुछ विचार, छवियाँ, आवेश मन में बार-बार आते रहते हैं और वो व्यक्ति उसपर नियंत्रित करने में असमर्थ होते हैं और ऐसे मनोग्रस्तता वाले व्यक्ति सक्रिय रूप से विरोध करने की, अन्य विचार या कार्य को दबाने का प्रयास भी करते हैं। बाध्यताओं को बार-बार दोहराए जाने वाले व्यवहार सम्मिलित होते हैं, जो कोई अनुष्ठान या क्रियाकलाप बार बार करने के रूप में प्रदर्शित होती हैं (जैसे— बार-बार हाथ धोना, जाँचना, चीजों को बार-बार लगाना)। बाध्यताओं में व्यवहार पूर्णरूप से मानसिक रोग का रूप ले सकता है (जैसे— गिनती, प्रार्थना, या कुछ शब्दों को चुपचाप बार-बार कहना)। मनोग्रस्तता बाध्यता विकार में वाला व्यक्ति सामान्यता इस बाध्यकारी प्रदर्शन के लिए प्रेरित होता है। मनोग्रस्तता के उत्तर में अनुष्ठानिक व्यवहार को संचालित करने में, और अधिकतर बाध्यकारी व्यवहार कैसे किया जाना चाहिए, इस बारे में वह बहुत कठोर नियम बना लेता है। बाध्यकारी व्यवहार तनाव को रोकने या कम करने या कुछ विनाशकारी घटना या स्थिति को रोकने के लक्ष्य के साथ किया जाता है।

यह विकार जीवन की गुणवत्ता को कम करता है और महत्वपूर्ण कार्यात्मक कमी की ओर ले जाता है। इसे सबसे अधिक अक्षम मानसिक विकारों में से एक माना जाता है (स्टीन एवं अन्य, 2009)। सिजोफ्रेनिया के विपरीत (जिसमें अंतर्दृष्टि का अभाव एक विशेषता है), इस विकार से पीड़ित व्यक्ति को यह पहचानना होगा कि मनोग्रस्तता और बाध्यताएँ बाहरी रूप से नहीं लगाई जा सकती हैं, बल्कि यह उसके स्वयं के मस्तिष्क के उत्पाद हैं और संवेदनहीन और अत्यधिक मात्रा में होते हैं। हालांकि, यह अंतर्दृष्टि कुछ मामलों में अनुपस्थित हो सकती है (रूसे एवं अन्य, 2010)। जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है, हम में से कई कभी-कभी जुनून और बाध्यकारी व्यवहार का अनुभव कर सकते हैं लेकिन इस विकार के निदान का तात्पर्य है कि अवलोकन संबंधी और बाध्यकारी गतिविधियों में कम से कम 1 घंटे की गतिविधि और गंभीर मामलों में अधिकांश जागने वाले घंटे सम्मिलित होते हैं। शोधों से पता चला है कि सामान्य और असामान्य मनोग्रस्तता और बाध्यकारी व्यवहारों

को अलग-अलग आवृत्ति, तीव्रता, परेशानी और मनोग्रस्तता और बाध्यताओं का विरोध करने की डिग्री (जैसे— स्टेकेटी और बाल्हो, 2002) के संदर्भ में एक निरंतरता पर रखा जा सकता है। नेशनल कॉम्बोर्डी स्टडी (एन सी आर-आर) में 25 प्रतिशत से अधिक व्यक्तियों को उनके जीवन में कुछ बिंदु पर मनोग्रस्तता और बाध्यताओं का अनुभव हुआ (रुसीक) एवं अन्य, 2010)।

मनोग्रस्तता विचारों में संदूषण की आशंका, स्वयं को या दूसरों को क्षति पहुंचाना, मनोविकारी संदेह, समरूपता की आवश्यकता, धार्मिक, आक्रामक और /या यौन मनोग्रस्ति जैसे विषय सम्मिलित हैं। इन विषयों को संस्कृतियों और जीवन काल के अनुरूप बताया गया है (पल्लंती, 2009)। आक्रामक या हिंसक विषयों में अधिकतर परिवार के निकट सदस्यों को क्षति पहुंचाने के विचार सम्मिलित होते हैं जैसे पति या पत्नी और बच्चों को जहर देना हालांकि कभी इस पर कार्य किया जाता हो, ऐसे विचार उस व्यक्ति को भी पीड़ा देते हैं जिनको ऐसे विचार आते हैं।

इस तरह के कष्ट देने वाले विचारों से निपटने के लिए, मनोग्रस्तता बाध्यता विकार वाले व्यक्तियों को अधिकतर अर्थीन और कभी-कभी विवेकहीन गतिविधियों को करने के लिए मजबूर किया जाता है। पाँच प्राथमिक बाध्यकारी व्यवहार होते हैं— सफाई (धुलाई), जाँच, आदेश, व्यवस्था और गिनती (मैथ्यू, 2009)। एक निश्चित समय पर, व्यक्तियों द्वारा विभिन्न प्रकार के बाध्यकारी व्यवहार दिखाए जा सकते हैं। कुछ लोग दैनिक गतिविधियों को करने के लिए अत्यधिक आलस दिखा सकते हैं, जबकि अन्य वस्तुओं को कठोर रूप से समर्पित रूप से रखने के लिए जोर दे सकते हैं (मैथ्यूज, 2009)। हाथ धोना या सफाई 15-20 मिनट हो सकती हैं (केवल पानी या सामान्य साबुन के साथ), डिटर्जेंट या कीटाणुनाशक से कई घंटों तक हाथ धोना हो सकता है। इससे स्किन को छिलने और छीलने से हाथों से खून बह सकता है। इसी तरह, अनुष्ठान की हल्की जाँच (रोशनी, तालों आदि की जाँच) दिन में दो या तीन बार हो सकती है, चरम जाँच के लिए, जहाँ व्यक्ति बेसमेंट पार्किंग तक पहुंचने के बाद वापस अपने अपार्टमेंट की तीसरे मंजिल में जाते हैं और बार-बार इस तरह के व्यवहार में लिप्त रहते हैं, वे उस गतिविधि को करने में असमर्थ होते हैं जो वे करने वाले होते हैं। चूंकि सफाई और अनुष्ठान की जाँच दोनों एक विशिष्ट संख्या में किए जाते हैं इसलिए इनमें दोहराव की गिनती भी सम्मिलित होती है।

हालांकि, अनिवार्य कृत्यों को करने से चिंता में कमी और नियंत्रण की भावना उत्पन्न होती है, लेकिन राहत अल्पकालिक होती है और इसलिए व्यक्ति को इस कार्य को दोहराते रहना पड़ता है (पूर्जॉन, 2009)।

अन्य विकारों के साथ कोमोर्बिडिटी

मनोदशा और चिंता विकार (जैसे— सामाजिक भय, आतंक विकार, सामान्यीकृत चिंता विकार, और पी.टी.एस.डी) अधिकतर मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के साथ होते हैं (मैथ्यूज, 2009)। कई शोध अध्ययनों से पता चलता है कि इस विकार में वाले 25 से 50 प्रतिशत व्यक्तियों को अपने जीवन में किसी समय पर बड़े अवसाद होने की संभावना होती है। इसके अतिरिक्त, मनोग्रस्तता बाध्यता विकार व्यक्तियों में लगभग 80 प्रतिशत महत्वपूर्ण अवसादग्रस्तता के लक्षण भी पाए जाते हैं (टोरेस एवं अन्य, 2006)। अवसाद के सह-घटना के लिए सुझाए गए एक प्रशंसनीय कारण यह है कि यह प्रकृति एक रोगी की प्रतिक्रिया के रूप में जीर्ण और दुर्बल हो सकती है। इसके साथ आश्रित और परिहार व्यक्तित्व विकार भी हो सकते हैं। इसके साथ बार-बार होने वाले बॉडी डिसऑर्डर (बी.डी.डी) भी पाए जाते हैं उदाहरण के लिए, एक अध्ययन में मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के साथ 12 प्रतिशत रोगियों

में बॉडी डिस्मॉर्फिक विकार पाया गया। वास्तव में, शोधकर्ताओं ने बताया कि मनोग्रस्तता बाध्यता विकार और बी.डी.डी के बीच घनिष्ठ संबंध हैं (फिलिप्स एवं अन्य, 2007, 2010 य वीले और नेयिरोग्लु, 2004)।

प्रसार दर, प्रारंभ आयु, और लिंग भेद

राष्ट्रीय कोमोर्बिडिटी सर्वे रेपलीकेसन स्टडी में मनोग्रस्तता बाध्यता विकार की प्रसार दर 1.2 प्रतिशत थी, और जीवनकाल की प्रसार दर 2.3 प्रतिशत थी (रुसीको एवं अन्य, 2010)। कुछ अध्ययनों में जीवनकाल प्रसार दर 3 प्रतिशत दी गयी है (केसलर एवं अन्य, 2009)। इस विकार में मनोग्रस्तता और बाध्यता दोनों का अनुभव 90 प्रतिशत रोगियों को होता है (फ्रैंकलिन और एफएओए, 2007)। अंतर्वेयक्तिक और व्यावसायिक संबंध विक्षुल्य होते हैं, जिसमें रोगियों के बीच तलाक या अलगाव और बेरोज़गार व्यक्तियों की अधिकता का कारण भी हो सकते हैं (टोरेस एवं अन्य, 2006)। अन्य चिंता विकारों के विपरीत, जहां पुरुषों की तुलना में अधिक महिलाएँ पीड़ित होती हैं, वही इस विकार में कोई महत्वपूर्ण लिंग अंतर नहीं बताया गया है। प्रारंभिक उम्र सामान्यता पर किशोरावस्था या शुरुआती वयस्कता होती है तब इसकी प्रसार दर भी उच्चतम होती है। बालकों में इसके लक्षण वयस्कों जैसे पाये जाते हैं (पॉल्टन एवं अन्य, 2009), उनमें अधिक प्रसार दर, आनुवंशिकता और लड़कियों की तुलना में लड़कों में अधिक गंभीर होता है (लोमैक्स एवं अन्य, 2009)। सामान्यता, इसका आरम्भ धीरे-धीरे होता है, और लक्षण जीर्ण हो जाने के बाद यह गंभीर हो जाता है (माताक्स-कॉल्स एवं अन्य, 2002)।

3.7 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के कारणात्मक कारक

मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के कारणात्मक कारक निम्नानुसार हैं:

जैविक कारणात्मक कारक

आनुवंशिक घटक : जुड़वां अध्ययन में, 68 प्रतिशत और 31 प्रतिशत की समसामयिक दर पायी गयी, क्रमशः: यह दर जुड़वाँ के मोनोजायगोटिक के 80 जोड़े और डीजीगोटिक के 29 जोड़े के लिए थी, जो मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लिए एक मध्यम आनुवंशिकता को इंगित करता है (वैन ग्रूथेस्ट एवं अन्य, 2007)। पारिवारिक अध्ययनों में, पहले डिग्री के रिश्तेदारों में यह विकार की व्यापकता दर सामान्य जनसंख्या से 3 से 12 गुना अधिक पाई गई (ग्रैब एवं अन्य, 2006)। इसके अतिरिक्त, आनुवंशिक संघटक इस विकार की शुरुआत की तुलना में बाद की अवस्था में काफी मजबूत होते हैं (ग्रिशम एवं अन्य, 2008)। इसके अतिरिक्त, बाल्यावस्था में टिक-संबंधी मनोग्रस्तता बाध्यता विकार जो कि टॉरेट सिंड्रोम से जुड़ा हुआ है, उसमें भी आनुवंशिक घटक महत्वपूर्ण पाया गया है (लोचनर एवं स्टीन, 2003), उदाहरण के लिए, यह विकार पहले-डिग्री के रिश्तेदारों में टॉरेट सिंड्रोम के रोगियों के साथ 23 प्रतिशत पाया गया था (पॉल्स एवं अन्य, 1995)। अंत में, आणविक आनुवंशिकी के क्षेत्र में इस विकार के विशिष्ट जीन पाए गए हैं जो टॉरेट सिंड्रोम से भिन्न हैं (ग्रिशम एवं अन्य, 2008 य स्टीवर्ट एवं अन्य, 2007)।

मस्तिष्क की संरचनात्मक और कार्यात्मक असामान्यताएँ : रोगियों के मस्तिष्क प्रतिबिंबन में कॉर्टिकल और सबकॉर्टिकल क्षेत्र, जैसे— बेसल गैन्डिलया में असामान्यताएँ दिखाई देती हैं। पी.ई.टी स्कैन, ऑर्बिटोफ्रॉन्टल कॉर्टेक्स और सिंगुलेट गाइरस में गतिविधि के उच्च स्तर को भी दिखाता है। बदले में, ये सभी संरचनाएँ प्रमस्तिस्कर्खंड, थैलेमस और लिम्बिक सिस्टम से जुड़ी हुई हैं। यह मस्तिष्क सर्किटरी असभ्य व्यवहार जैसे— स्वच्छता, आक्रामकता और यौन आकांक्षी की सक्रियता के लिए उत्तरदायी होता है। मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लक्षण,

इस मस्तिष्क सर्किटरी की सक्रियता को बढ़ाते हैं (इवांस, लुईस, और लॉबस्ट, 2004)। इस विकार को सफल उपचार, मस्तिष्क सर्किटरी के कुछ सामान्यीकरण को दर्शाता है (सक्सेना एवं अन्य, 2002)। मनोग्रस्तता के लिए केंद्रीय विषय, जैसे— यौन आकांक्षा, आक्रामकता, खतरा और स्वच्छता की उत्पत्ति, ऑर्बिटल फ्रंटल कॉर्टेक्स से होती है (बैक्स्टर एवं अन्य, 1991)। कॉर्टिको-बेसल-गैंगिलोनिक-थैलेमिक सर्किट केवल प्राथमिक आग्रह को थैलेमस से गुजरने और पहुंचने के लिए अनुमति देता है, जो रिले स्टेशन है। सभी संवेदी इनपुट थैलेमस द्वारा प्राप्त होते हैं, जो फिर उस संवेदी इनपुट को सेरेब्रल कॉर्टेक्स में वापस भेज देता है। बैक्स्टर एवं अन्य (1991, 2000) ने प्रस्तावित किया है कि ऑर्बिटोफ्रॉन्टल और सिंगुलेट कॉर्टिकल क्षेत्रों की अधिक सक्रिय होने के कारण कॉर्टिको-बेसल-गैंगिलोनिक-थैलेमिक सर्किट का असामान्य कार्यप्रणाली करने के कारण सूचना को आगे पारित होने की अनुमति नहीं देता है जिससे सभी सूक्ष्म संदेश, यहां तक कि स्वच्छता, आक्रामकता सूचना आदि जाती हैं। यह अनुचित व्यवहार की ओर जाता है, जैसे— आक्रामकता, स्वच्छता आदि जैसी चिंताओं के उत्तर में दोहराए जाने वाले व्यवहार जिससे अवलोकन और बाध्यकारी व्यवहार पैटर्न का नेतृत्व होता है। अनुसंधान साक्ष्य (जैसे— सोज़ज़को एवं अन्य, 2004; यूओ एवं अन्य, 2007) ने सुझाव दिया है कि असामान्य सर्किटरी का एक संभावित कारण मस्तिष्क के क्षेत्रों में सफेद पदार्थ की असामान्यता हो सकती है, जो इस सर्किट का निर्माण करते हैं।

न्यूरोरसायन: सेरोटोनर्जिक प्रणाली की भागीदारी के लिए अप्रत्यक्ष प्रमाण 1970 के दशक में फार्माकोलॉजिकल अध्ययनों से आए थे, जिसमें क्लॉमिप्रैमीन (clomipramine) नामक ट्राइसाइक्लिक एंटीडिप्रेसेंट को मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लिए एक प्रभावी उपचार पाया गया था। हालांकि अन्य ट्राईसाइक्लिक एंटीडिप्रेसेंट भी उपलब्ध हैं, लेकिन क्लॉमिप्रैमीन को सबसे अधिक प्रभावी पाया गया है क्योंकि यह सेरोटोनिन पर काफी अधिक प्रभाव डालता है (डफर्टी एवं अन्य, 2007; स्टीवर्ट एवं अन्य, 2009)। इसके अतिरिक्त, चयनात्मक सेरोटोनिन रीअपटेक इनहिबिटर (एस.एस.आर.आई) भी इस विकार के उपचार में प्रभावी साबित हुए हैं (डफर्टी, राजच, एवं अन्य, 2002, 2007)। रुचिकर बात यह है कि, बढ़ी हुई सेरोटोनर्जिक गतिविधि मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लक्षणों की ओर ले जाती है फिर ये एंटीडिप्रेसेंट जो सेरोटोनिन स्तर में वृद्धि की ओर जाता है, इस विकार का उपचार कैसे कर सकता है? एंटीडिप्रेसेंट्स जैसे — ट्राईसाइक्लिक और एस.एस.आर.आई छोटी अवधि में प्रयोग करना जो सेरोटोनिन के स्तर को बढ़ाते हैं, लेकिन जब लम्बे समय (6 से 12 सप्ताह) तक लिया जाता है, तो ये सेरोटोनिन रिसेप्टर्स के डाउन-रेगुलेशन की ओर जाते हैं, जिससे सेरोटोनिन के स्तर में एक कार्यात्मक कमी होती है, जो इस विकार के लक्षणों को नियंत्रित करने में सहायता करते हैं। (डोलबर्ग एवं अन्य, 1996)। गाबा, ग्लूटामेट और डोपामिनर्जिक प्रणालियों को भी इस विकार में सम्मिलित करने का सुझाव दिया गया है लेकिन, उनकी सटीक भूमिका अभी स्थापित की जानी है (स्टीवर्ट एवं अन्य, 2009)।

यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि जैविक कारक जैसे-आनुवंशिक घटक, संरचनात्मक, और मस्तिष्क की न्यूरोकेमिकल असामान्यताएँ मनोग्रस्तता बाध्यता विकार में कारणों के रूप में सम्मिलित पायी जाती हैं, लेकिन इस विकार में इन कारकों की सटीक प्रकृति और योगदान अभी तक स्थापित नहीं किया गया है।

मनोवैज्ञानिक कारणात्मक कारक

अधिगम सिद्धांत : मॉवरर (1947) ने मनोग्रस्तता बाध्यता विकार को अपनी थ्योरी ऑफ परिहार अधिगम को द्वि-प्रक्रिया सिद्धांत के माध्यम से समझाया है। पहले चरण में, क्लासिकी अनुबंधन के माध्यम से, तटस्थ उत्तेजनाएँ भयावह विचारों और चिंता को जानने

से जुड़ी होती हैं। उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति व्यवहार को जोड़ता है, जैसे-दरवाजे के हैंडल को छूना या संक्रमण के साथ दीवार/फर्श के खिलाफ कपड़े को साफ करना और इसलिए सम्मिश्रण का डर विकसित होता है। दूसरे चरण में, व्यक्ति हाथ या कपड़े धोने से संक्रमण को रोकने की प्रयास करता है, जो संदृष्टि के डर को भी कम करता है। इस प्रकार, व्यक्ति सीखता है कि चिंता कम करने में धुलाई का व्यवहार प्रभावी होता है जिससे धुलाई की प्रतिक्रिया मजबूत होती है। भविष्य में, जब वह व्यक्ति धोने के व्यवहार में लिप्त होगा तब वह दूषित होने के बारे में चिंता महसूस करेगा (रचमैन और शफरान, 1998)। चूंकि इस तरह के व्यवहार चिंता को कम करते हैं इसलिए ये विलुप्त होने के लिए प्रतिरोधी हैं (मिनेका और जिनबर्ग, 2006)। जानवरों और मनुष्यों तनावपूर्ण और चिंताजनक घटनाओं का सामना करते हैं तब उन्हें अधिकतर परिहार व्यवहार में लिप्त होने की सूचना दी जाती है (क्रॉमर एवं अन्य, 2007)। इस सिद्धांत के समर्थन में, रचमन और हॉजसन (1980) ने कई अध्ययन किए। उन्होंने कहा कि चिंता की एक गंभीर स्थिति हममें से कई को उकसा सकती है, लेकिन मनोग्रस्तता बाध्यता विकार वाले व्यक्ति मनोग्रस्तता के कारण होने वाली चिंता को कम करने के लिए बार-बार कुछ कार्रवाई करने के लिए मजबूर होते हैं। अपने जुनून और संबंधित बाध्यकारी व्यवहारों की निरर्थकता से अनुभव करने के बाद भी व्यक्ति इस तरह के बाध्यकारी व्यवहारों को नियंत्रित करने में असमर्थ होते हैं, क्योंकि ये सनक के कारण चिंता में कमी लाते हैं।

इस प्रकार, यह मॉडल बताता है कि इस विकार से पीड़ित व्यक्ति को बिना किसी चिंता के बाध्यकारी कार्य को कम करने की अनुमति देने से चिंताजनक स्थिति के संपर्क में आने से उपचार में सहायता मिलेगी। अंतर्निहित तर्क यह है कि जब व्यक्ति किसी भी बाध्यकारी कार्य में लिप्त हुए बिना अपनी चिंता को स्वयं ही कम कर पाएगा, तो यह उन्हें अपनी मजबूरियों की निरर्थकता का आभास करने में सहायता करेगा (रचमन और शफरान, 1998)। यह मॉडल हमें मनोग्रस्तता बाध्यकारी व्यवहार को समझने में सहायता करता है, हालांकि यह कारणात्मक कारकों की व्याख्या नहीं करता है।

संज्ञानात्मक परिश्रेष्ठ्य: ‘विचार दमन का विरोधाभासी प्रभाव’ ‘हमें इस विकार के कारण को समझने में सहायता करता है। यह प्रयोगात्मक रूप से दिखाया गया है कि सामान्य व्यक्तियों में विचारों को दबाने का प्रयास, अधिकतर उन विचारों में बाद में बढ़ता है (अब्रामिट्ज एवं अन्य, 2001; वीगनर, 1994)। ऐसे विकार वाले व्यक्ति विचार दमन की डिग्री के संबंध में सामान्य लोगों से भिन्न होते हैं, उदाहरण के लिए— व्यक्ति को अपने विचारों को दबाने में अधिक मुश्किल लगता है और विचार के दमन में विफलता नकारात्मक मनोवृत्ति की ओर ले जाती है। एक अध्ययन में, मनोग्रस्तता बाध्यता विकार वाले व्यक्ति को दो स्थितियों के तहत अपने मनोग्रस्तता विचारों के बारे में एक डायरी बनाए रखने के लिए कहा गया था। एक स्थिति में, उन्हें अपने विचारों को दबाने के लिए कहा गया और दूसरी स्थिति में ऐसा कोई निर्देश नहीं दिया गया। यह पाया गया कि उन्होंने विचारों को दबाने के लिए निर्देश दिए जाने पर अधिक विचारों बताया (सल्कोक्स्की और किर्क, 1997)। शोधकर्ताओं ने यह भी पाया है कि विचारशील दमन के कारण मनोग्रस्तता बाध्यता लक्षण सामान्य रूप से बढ़ जाते हैं और ऐसे लोग विचार दमन में बहुत समय और प्रयास करते हैं लेकिन ऐसा करने में असफल रहते हैं (पूरडॉन, 2004)।

साल्कोविस (जैसे, 1989), राचमैन (1997) जैसे कई शोधकर्ताओं ने सुझाव दिया है कि बाध्यता विचार के बजाय, यह नकारात्मक और भयावह स्वतः विचारों के संदर्भ में उस विचार का मूल्यांकन है, जो उपद्रव और बाद में मनोग्रस्तता बाध्यता व्यवहार को उत्पन्न करता है। थॉट-एक्शन-प्यूजन को फ्यूजन को समझाने का सुझाव दिया गया है (बेर्ल एवं स्टारसेविक,

2005य रचमैन एवं अन्य, 2006; शफरान एवं रचमैन, 2004)। इस स्पष्टीकरण के अनुसार, इस विकार वाले व्यक्तियों में उत्तरदायी की अतिरंजित भावना होती है और वे इस पर अभिनय करने के बराबर नकारात्मक सोच रखते हैं। उदाहरण के लिए, यदि व्यक्ति को माता-पिता को नुकसान पहुंचाने के बारे में प्रशंसा करेंगे, तब वह इसे नैतिक रूप से अपने माता-पिता को नुकसान पहुंचाने के बारे में सही समझेंगे, यानी कि विचारों और कार्यों को एक साथ जोड़ दिया गया है। इस विचार-क्रिया-संलयन से जुड़ी चिंता को कम करने के लिए, व्यक्ति बाध्यता व्यवहार में लिप्त हो सकता है।

इस विकार वाले व्यक्ति संज्ञानात्मक पूर्वाग्रहों और संज्ञानात्मक विकृतियों को भी दिखाते हैं। उदाहरण के लिए, शोध अध्ययनों से पता चला है कि अन्य चिंता विकारों से पीड़ित व्यक्तियों की तरह, उनका ध्यान भी परेशान करने वाली घटनाओं पर केंद्रित है, जो उनके सनक का हिस्सा हैं (मिस्का एवं अन्य, 2003)। इसके अतिरिक्त, उनकी अल्पकालिक स्मृति में आत्मविश्वास की कमी होती है और इसलिए बार-बार अनुष्ठानिक व्यवहार में लिप्त होते हैं, जो उनके बाध्यकारी व्यवहार को बढ़ाता है (जार एवं अन्य, 2000)।

शोधकर्ताओं के अनुसार, (जैसे— मोरिन-जमीर एवं अन्य, 2010; बैनर एवं अन्य, 2008) ऐसे लोग मोटर प्रतिक्रियाओं और अप्रासंगिक सूचनाओं को रोकने में भी विफल होते हैं।

विकासवादी परिप्रेक्ष्य: विकासवादी सिद्धांतकारों के अनुसार, हमारे अस्तित्व में एक भूमिका है, उदाहरण के लिए, संदूषण के बारे में विचार और इसके बाद के कार्यों को रोकने के लिए हमें स्वयं को संभावित संक्रमणों से बचाने में सहायता करता है और इस प्रकार हमारे जीवन के लिए मूल्यवान है (मिनेका और जिनबर्ग, 1996, 2006)। इसके अतिरिक्त, तनावपूर्ण परिस्थितियों में कई जानवरों द्वारा दिखाई गई विस्थापन गतिविधियाँ इस विकार की अनिवार्य क्रियाओं से मिलती-जुलती हैं, जैसे कि खतरे की स्थिति में पंख से शिकार करने वाले पक्षी (क्रैस्के, 1999)।

3.8 मनोग्रस्तता बाध्यता विकार का उपचार

मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लिए उपचार के विकल्प इस प्रकार हैं:

व्यवहारात्मक थेरेपी: एक्सपोजर चिकित्सा और प्रतिक्रिया रोकथाम का एक संयोजन मनोग्रस्तता बाध्यता विकार (स्टीन एवं अन्य, 2009) के उपचार में प्रभावी पाया गया है (स्टीन एवं अन्य, 2009)। इस उपचार में, क्लाइंट के साथ चिकित्सक परेशान करने वाली उत्तेजनाओं का एक पदानुक्रम तैयार करता है, जो क्लाइंट को होने वाले संकट या चिंता की गंभीरता के संदर्भ में क्लाइंट द्वारा 0 से 100 के पैमाने पर आकलन किया जाता है। फिर क्लाइंट को उसे पदानुक्रम (चिंता के आरोही क्रम में) में दिए गये उत्तेजनाओं के लिए उजागर करने के लिए कहा जाता है, जो मनोग्रस्तता बाध्यता प्रतिक्रियाओं का कारण बनता है, जैसे कि दरवाजे की घुंडी को छूना। इसके बाद प्रतिक्रिया की रोकथाम की जाती है, जहां क्लाइंट को किसी भी अनुष्ठान में सम्मिलित नहीं होने के लिए कहा जाता है, जैसे— चिंता की सनक से निपटने के लिए हाथ धोना। प्रतिक्रिया की रोकथाम महत्वपूर्ण है क्योंकि क्लाइंट यह देख सकता है कि जब वह चिंता और मनोग्रस्तता विचार को कम करने के लिए अनुष्ठान में शामिल नहीं हुआ था, तब भी कोई हानि नहीं हुई थी और चिंता भी अपने आप कम हो गई थी। यह अवलोकन क्लाइंट को उसके सनक द्वारा बाध्यकारी प्रतिक्रियाओं की निरर्थकता को समझने में सहायता करता है, जिससे उन्हें पूरी तरह से बुझा दिये जाते हैं। हालांकि कुछ क्लाइंट इस उपचार का अनुपालन नहीं करते हैं, परन्तु बहुत से लोग ऐसा करते हैं, और लक्षण में 50 से 70 प्रतिशत की कमी दिखाते हैं (अब्रामोवित्ज एवं अन्य, 2009)।

संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा (कार्मिटिव बिहेवर थेरेपी; सी.बी.टी)

संज्ञानात्मक-व्यवहार तकनीक, जैसे कि संज्ञानात्मक पुनर्गठन मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के उपचार में प्रभावी पाया गया है, हालांकि, ये व्यवहार चिकित्सा से बेहतर नहीं पाए गई हैं (अब्रामोविट्ज एवं अन्य, 2009)।

औषधियाँ

एंटीडिप्रेसेंट्‌स, विशेष रूप से जो न्यूरोट्रांसमीटर के कार्य को प्रभावित करते हैं, सेरोटोनिन को इस विकार के 40 से 60 प्रतिशत रोगियों में 25-35 प्रतिशत तक लक्षणों को कम करने में सहायता मिली है (डफर्टी, एवं अन्य, 2007)। कुछ मामलों में जो एंटीडिपेंट्‌स सहायता नहीं देते हैं, तो छोटी मात्रा में एंटीसाइकोटिक दवाएँ लक्षणों को कम करने के लिए सार्थक पाई गई हैं (बलोच एवं अन्य, 2006)। औषधि की एक सीमा यह है कि, इसके विच्छेदन पर 50 से 90 प्रतिशत रोगियों में रिलैप्स होता है (डौटी एवं अन्य, 2007)। गंभीर स्थिति में, जहां रोगी कम से कम 5 साल तक विकार से ग्रस्त है और किसी भी उपचार (मनोचिकित्सा या ड्रग चिकित्सा) की सहायता नहीं है, तो उस स्थिति में न्यूरोसर्जिकल तकनीकों का सुझाव दिया गया है। हालांकि, प्रतिकूल दुष्प्रभावों की वजह से इनका उपयोग बहुत कम किया गया है (माइंडस, रास्मुसेन, और रेक एवं अन्य, 2008)। अंत में, साक्ष्यों में पाया गया है कि कम संख्या में संकट और प्रतिक्रिया निवारण सत्रों की आवश्यकता होती है, तब इस विकार में रोगियों को दवा, डी-साइक्लोसेरिन दी जाती हैं (विल्हेम एवं अन्य, 2009)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) मनोग्रस्तता और बाध्यता के मध्य अंतर स्पष्ट कीजिए।

.....
.....
.....
.....

- 2) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के विकास में कारणात्मक कारक क्या हैं ?

.....
.....
.....
.....

- 3) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के लिए उपचार विकल्प के रूप में व्यवहार थेरेपी की व्याख्या करें।

.....
.....
.....
.....

3.9 सारांश

अब जब हम इकाई के अंत में आ गए हैं, तो हम उन सभी प्रमुख बिंदुओं को सूचीबद्ध करेंगे जो हमने सीखे हैं।

- सामान्यीकृत चिंता विकार कई जीवन की घटनाओं या गतिविधियों के बारे में चिरकारी, अत्यधिक और अनुचित चिंता का एक अवस्था है और आनुवंशिक, मनोवैज्ञानिक, रासायनिक, व्यवहार या संज्ञानात्मक कारणों के कारण होता है।
- कॉर्टिकोट्रोपिन साबित करने वाला हार्मोन सामान्यीकृत चिंता विकार में एक भूमिका निभाता है क्योंकि यह एक चिंता उत्पन्न करने वाला हार्मोन है।
- संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, सामान्यीकृत चिंता विकार के उपचार में शारीरिक लक्षणों, जैसे— साँस की तकलीफ, मांसपेशियों में तनाव और संज्ञानात्मक तकनीकों को राहत देने के लिए प्रगतिशील मांसपेशी खिंचाव अभ्यास जैसे व्यवहार तकनीकों के संयोजन का उपयोग करता है।
- मनोग्रस्तता-बाध्यता विकार की विशेषता अनचाहे, दखल देने वाले मनोग्रस्ता विचारों और परेशान करने वाली छवियों की घटना से होती है, जो सामान्यतया बाध्यकारी व्यवहारों के साथ होती है।
- यह जीवन की गुणवत्ता को कम करता है और महत्वपूर्ण कार्यात्मक हानि की ओर जाता है और इस प्रकार इसे बहुधा सबसे अधिक अक्षम मानसिक विकारों में से एक माना जाता है।
- व्यवहार चिकित्सा को इस विकार के उपचार में आवश्यक माना जाता है, हालांकि दवा का भी उपयोग किया जाता है।

3.10 मुख्य शब्द

गामा एमिनो ब्यूटिरिक एसिड या जी.ए.बी.ए: निरोधात्मक न्यूरोट्रांसमीटर जो, चिंता को दूर करने में सहायता करता है।

कॉर्टिकोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन (सी.आर.एच): सामान्यीकृत चिंता विकार में एक भूमिका निभाता है क्योंकि यह एक चिंता उत्पन्न करने वाला हार्मोन है।

सामान्यीकृत चिंता विकार: कई जीवन की घटनाओं या गतिविधियों के बारे में पुरानी, अत्यधिक और अनुचित चिंता की स्थिति।

मनोग्रस्तता बाध्यता विकार : अवांछित, विचार और परेशान करने वाली छवियों की घटना से उत्पन्न होती है, जो आमतौर पर बाध्यकारी व्यवहार के साथ होती हैं।

3.11 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) सामान्यीकृत चिंता विकार को पहले के रूप में वर्णित किया गया था।
- 2) एक्सपोज़र चिकित्सा और प्रतिक्रिया रोकथाम का एक संयोजन के उपचार में प्रभावी पाया गया है।
- 3) जब कॉर्टिकोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन तनाव या कथित संकट में सक्रिय होता है, जो बदले में स्रावित को उत्तेजित करता है।

- 4) जी.ए.डी की घटना का मनोविश्लेषणात्मक दृष्टिकोण है।
- 5) विचार दमन में असफलता के लिए संज्ञानात्मक कारणात्मक कारक है।
- 6) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार की पहचान करने के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड क्या है?
- 7) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार के उपचार के विकल्पों पर चर्चा करें।
- 8) सामान्यीकृत चिन्ता विकार की नैदानिक विशेषताओं का वर्णन करें और इसके कारणात्मक कारकों पर चर्चा करें।

3.12 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P.(2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychological Review*, 21(5),683-703.

Amin, N., Foa, E.B., Coles, M.E. (1998).Negative interpretation bias in social phobia. *Behav Res Ther*. 36(10),945-57.

Barlow, D. H., Shannon S.,Jenna, R. C., Kristen, K. E. (1998).The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*,DOI: 10.1177/2167702613505532.

Barlow,D.H.(Ed.).(2002).*Anxiety and its disorders:The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York:Guilford.

Barlow,D.H.,Allen,L.B.,&Basden,S.L.(2007).Psychological treatments for panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan and J.

M.Gorman(Eds.),*A guide to treatments that work*.NewYork:Oxford University Press, pp. 351-94.

Barlow,D.H.,Raffa,S.D.,& Cohen,E.M.(2002).Psychosocial treatments for panic disorders, phobias and generalized anxiety disorders. In P. E. Nathan &J.

M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 301-36). New York: Oxford University Press.

Baxter,L.R.,Jr.,Schwartz,J.M.,&Guze,B.H.(1991).Brainimaging:Toward aneuroanatomy of OCD. In J. Zohar, T. Insel, & S. Rasmussen (Eds.), *Thepsychobiology of obsessive-compulsive disorder*. New York:Springer.

Beck,A.,Emery,G.,&Greenberg,R.(1985).Anxiety Disorders and Phobias.A Cognitive Perspective (pp. 300-368). New York: Basic Books.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression:A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3),179-183.

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., Gorman, J. M., Shear, M. K., Scott,W.W.,& Barlow,D.H.(2012).The Interactive Contributions of Perceived Control and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder: A TripleVulnerabilities Perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 57- 64.

Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2006). Separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder. In M. K. Dulcan & J. M. Wiener (Eds.), *Essentials of child and adolescent psychiatry* (pp. 415-39). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In P. Salkovskis(Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 157-178). Oxford:Elsevier.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001).A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder.*Psychol. Rev.*, 108, 4-32.

Bradley, B. P., Mogg,K., Millar,N., & White, J. (1995). Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 532.

Brown, R., Taylor, J., & Matthews, B. (2001). Quality of life: Aging and Down syndrome. *Down Syndrome:Research& Practice*, 6, 111-16.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrencein generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-87.

Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S. & Dwivedi, C. B. (2017).Abnormal Psychology (16th Ed.). Pearson, India.

Butler, G. & Matthews, J.(1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 51-62.

Carson R., Butcher J., & Mineka S. (2003).Psychologiazaburzeñ (vol.2). GdańskieWydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk. Carson, R. C., Butcher, J. N.,

Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013).Abnormal Psychology (13th Ed.). Pearson, India.

Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R., & Shelton,R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distressfollowing a biological challenge in panic disorderwith agoraphobia. *J. Abn. Psychol.*, 104, 156–63.

Casey, L. M., Newcombe, P. A., & Oei, T. P. S.(2005). Cognitive mediation of panicseverity:The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2),187-200.

Chandrashekhar,C.R.& Reddy,M.V.(1998).Prevalence of mental and behavioral disorders in India: A meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 40,149-157.

Charney, D. S., Woods, S. W., Goodman, W. K., & Heninger, G. R. (1987). Neurobiological mechanisms of panic anxiety: Biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panicattacks. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1030-1036.

Clark,D.M.(1986).A cognitive approach to panic. *Behavioral Research Therapy*, 24, 461-70.

Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia.In C. G. Fairburn (Ed.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 119-53). New York:Oxford University Press.

- Cloitre,M.,Heimberg,R.G.,Liebowitz,M.R.,Gitow,A.(1992).Perceptions of controlinpanic disorder and social phobia.*Cognitive Therapy Research,16(5)*, 569-577.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO:Westview.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., Murphy, D. L., (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding?*Behavior Research and Therapy, 45(11)*,2581-2592.
- Crum, R. M., & Pratt, L. A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in socialphobia:aprospective analysis.*American Journal of Psychiatry, 158*, 1693-1700.
- Dar,R.,Rish,S.,Hermesh,H.,Taub,M.,&Fux,M.(2000).Realsim of confidence in obsessive-compulsive checkers.*J. Abn. Psychol., 109(4)*,673-78.
- Davis,M.(2006).Neural systems involved with anxiety and fearme asured with fear-potentiated startle.*American Psychologist, 61*,441-756.
- Davison, G. C.& Zighelboim, V. (1987). Irrational beliefs in the articulated thoughts of college students with social anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 5(4)*,238-254.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Kring, A. M. (2004).Abnormal psychology (9th Ed.). Wiley: New York.
- Dolberg, O. T., Iancu, I., Sasson, Y., & Zohar, J.(1996a). The pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder.*Clinical Neuro pharmacology,19(2)*, 129-47.
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A.(2002). Pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M.Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 387-410). New York: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J.,Laugesen, N., Robichaud, M., et al. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavioral Therapy, 38(2)*,169-78.
- Evans, D.W.,Lewis, M.D.,& Iobst,E.(2004). The role of the orbit of rontalcortex in normally developing compulsive like behaviors and obsessive- compulsive disorder. *Brain & Cognition, 55(1)*, 220-34.
- Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179-208). New York: Oxford University Press
- Franklin,M.E.,& Foa,E.B.(2007).Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. InP.E.Nathan & J.M.Gorman(Eds.),*A guide to treatments that work* (pp. 431-46). New York: Oxford University Press.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy.*Standard edition* (Vol. 10). London: Hogarth Press (1955). First German edition 1909.
- Fyer A J, Mannuzza S, Chapman T F, Martin L Y, Klein DF (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders.*Arch Gen Psychiatry, 52*,564-573

- Goldfried, M. R., Padawer, W., & Robins, C. (1984). Social anxiety and the semantic structure of hetero social interactions. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(1), 87-97.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behav. Ther., 9*, 47-59.
- Goodman, W. K. (2004). Selecting pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(113), 8-13.
- Gorman, J. M., Battista, D., Goetz, R. R., Dillon, D. J., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., et al. (1989). A comparison of sodiumbicarbonate and sodiumlactate in fusion in the induction of panic attacks. *Arch. Gen. Psychiatry, 46*, 145-50.
- Graeff, F. G., & Del-Ben, C. M. (2008). Neurobiology of panic disorder: From animal models to brainneuro imaging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 32*(7), 1326-35.
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety: Evidence from startle studies. *Psychopharmacology, 199*(3), 421-37.
- Grisham, J. R., Anderson, T. M., & Perminder, S. S. (2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci., 258* (2), 107-16.
- Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarna, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *Am. J. Psychiatry, 162*, 50-57.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry, 62*(2), 182-89.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry, 158*(10), 1568-78.
- Hofmann, S. G., Di Bartolo, P. M. (2010). Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders. New York: Oxford. Marks, I. M. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteen wegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 75-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Insell, T. R. (1986). The neurobiology of anxiety: At a level of two systems. In B. F. Shaw, Z. V. I. Segal, T. M. Vallis, & F. E. Cashman (Eds.), *Anxiety disorders: Psychological and biological perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Develop., 68*(1), 139-43.
- Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., & Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affectfamily of anxiety. *Psychiatr. Clin. North Am., 2*, 677- 88.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2001). Panic syndromes in a population-based sample of male and female twins. *Psychological Medicine, 31*, 989-1000.

- Kendler,K.S., Gardner,C.O.,Gatz,M.,&Pedersen,N.L.(2007).The sources of comorbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine,37(3)*,453-62.
- Kent,G.(1997).Dental phobias.In G.C.L.Davey(Ed.),*Phobias.A handbook of theory, research and treatment* (pp. 107-27). Chichester, UK:Wiley.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. (2005).Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*,593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Arch.Gen. Psychiatry, 63(4)*, 415-24.
- Kessler,R.C.,McGonagle,K.A.,Zhao,S.,Nelson,C.B.,Hughes,M.,Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry,51*,8-19.
- Kessler,R.C.,Ruscio,A.M.,Shear,K.,&Wittchen,H.-U.(2009).Epidemiology of anxiety disorders. In M. M. Antony & M.B.Stein (Eds.),*Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 19-33). New York: Oxford University Press.
- Klauke, B., et al. (2010). Life events in panic disorder—an update on candidate stressors.
- Klein, D. F. (1981). Anxiety reconceptualized. In D. F.Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Kuch,K.(1997).Accident phobia.InG.C.L.Davey(Ed.),*Phobias:A Handbook of Theory, Research and Treatment* (pp. 153-162). Chichester, UK:Wiley.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Penguin, Putnam,Inc.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Archives of General Psychiatry, 57*,191-192.
- Lim,S.-L.,&Kim,J.-H.(2005).Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder.*J.Abn. Psych., 114(1)*,50-61.
- Lissek,S.,Rabin,S.J.,McDowell,D.J.,Dvir,S.,Bradford,D.E.,Geraci,M.,et al.(2009).Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder.*Behav.Res. Ther., 47(2)*,111-18.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review.*Har. Rev. Psychiatry, 11(3)*, 113-32.
- Lomax,C.L.,Old field,V.B., & Salkovskis,P.M.(2009).Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive- compulsive disorder.*Behav.Res. Ther., 47(2)*,99-104.

Lonsdorf, T. B., Weike, A. I., Nikamo, P., Schalling, M., Hamm, A. O., & Ohman, A. (2009). Genetic gating of human fear learning and extinction: Possible implications for gene-environment interaction in anxiety disorder. *Psychol. Science*, 20(2), 198-206.

Mackenzie, C. S., Reynolds, K. Chou, K. L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305-15.

Maddock, R. J., Buonocore, M. H., Kile, S. J., & Garrett, A. S. (2003). Brain regions showing increased activation by threat-related words in panic disorder. *Neuroreport: For Rapid Communication of Neuro-Science Research*, 14(3), 325- 28.

Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., et al. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year followup study. *Am. J. Psychiatry*, 159(2), 263-68.

Mathew, S. J., & Hoffman, E. J. (2009). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 350-63). New York: Oxford University Press.

McNally, R. J. (1994). Panic Disorder: A Critical Analysis. Guilford Publications.

McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol. Psychiatry*, 51, 938-46.

Mehatalia, K., & Vankjir, G. K. (2004). Social anxiety in adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 46, 221-227.

Michael, T., Blechert, J., Vriendt, N., Margraf, J. R., & Wilhelm, F. H. (2007). Fear conditioning in panic disorder: Enhanced resistance to extinction. *J. Abn. Psych.*, 116(3), 612-17.

Mineka, S. (1992). Evolutionary memories, emotional processing, and the emotional disorders. In D. L. Medin (Ed.), *The psychology of learning and motivation*, (Vol. 28, pp. 161-206). San Diego: Academic Press.

Mineka, S., & Cook, M. (1993). Mechanisms underlying observational conditioning of fear in monkeys. *J. Exper. Psychol.: General*, 122, 23-38.

Mineka, S., & Ohman, A. (2002). Phobias and preparedness: The selective, automatic, and encapsulated nature of fear. *Biol. Psychiatry*, 52(10), 927-37.

Mineka, S., & Sutton, J. (2006). Contemporary learning theory perspectives on the etiology of fears and phobias. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 75-97). Washington, DC: American Psychological Association.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: Stress-in-Dynamic context anxiety models. In D. Hope (Ed.), *Perspectives on anxiety, panic, and fear: Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.

- Mineka,S.,Rafaeli,E.,&Yovel,I.(2003).Cognitive biases in emotional disorders: Social-cognitive and information processing perspectives. In R. Davidson,H. Goldsmith, & K. Scherer (Eds.), *Handbook of affective science*. Amsterdam: Elsevier.
- Mineka,S.,Watson,D.,& Clark,L.A.(1998).Comorbidity of anxiety and unipolar mooddisorders.In J.T. Spence,J.M.Darley,&D.J.Foss(Eds.),*AnnualReview of Psychology*, 49,377-412.
- Mitte,K.(2005).Ameta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder withand without agoraphobia.*Journal of Affective Disorders*, 88(1),27-45.
- Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 695-704.
- Morein-Zamir, S., Fineberg, N. A., Robbins, T. W.,& Sahakian, B. J. (2010). Inhibition of thoughts and actions in obsessive-compulsive disorder:Extending the endophenotype? *Psychol. Med.*, 40(2),263-72.
- Mowrer, O. H. (1947). "On the dual nature of learning- A re-interpretation of conditioning and problem solving", Harvard Educational Review, Spring.
- Neale, M.C.,Walters,E.E.,Eaves,L.J.,HermineH.M.,Kendler,K.S.(1994). Multivariate geneticanalysis of twin-family data on fears:Mxmodels.*Behavior Genetics*, 24 (2),119-139.
- Newman,M.G.&Liera,S.J.(2011).A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev*,31(3),371-82.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., & Potokar, J.(2006). Generalized anxiety disorder:Acomorbid disease.*European Neuropsychopharmacology*,16(2), 109-18.
- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108,483-522.
- Ohman, A., Dimberg, U., & Ost, L. G. (1985).Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. In S.Reiss & R.Bootzin(Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.123-75).New York:Academic Press.
- Ost, L. G., &Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients.*Behav. Res. Ther.*, 19, 439-47.
- Ost, L.G., & Hellstrom, K. (1997). Blood-injury-injection phobia.In G. C. L. Davey(Ed.),*Phobias.A handbook of theory, research and treatment* (pp.63-80). Chichester, UK: Wiley.
- Page, A. C. & Martin, N. G. (1998).Testing a genetic structure of blood-injury-injection fears.*Am J Med Genet*, 81, 377-384
- Pauls, D. L., Alsobrooke, J. P., Goodman, W.,Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995).A family study of obsessive-compulsive disorder.*Am.J.Psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Phillips,K.A.,Stein,D.J.,Rauch,S.L.,Hollander,E.,Fallon,B.A.,Barsky,A., etal.(2010).Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*,27(6),528-55.

- Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J.(1989).Panic onset and major events in the lives of agoraphobics:A test of contiguity.*Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 318-321.
- Poulton, R., Grisham, J. R., & Andrews, G. (2009).Developmental approaches to understanding anxiety disorders.In M.M.Antony & M.B.Stein(Eds.),*Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp.123-35). New York: Oxford University Press.
- Purdon, C. (2009). Psychological approaches to understanding obsessive-compulsive disorder. In M. M.Antony & M. B. Stein (Eds.),*Oxford handbook of anxiety and related disorders*(pp.238-49).NewYork: Oxford University Press.
- Rachman,S & Shafran,R.(1998).Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R.P.Swinson,M.M.Antony,S.Rachman,M.A.Richter (Eds.),
Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment (pp. 51-78). New York:Guilford.
- Rachman,J.G., & Hodgson,R.(1980).*Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage*. New York : Freeman.
- Rachman, S. J. (1997). Claustrophobia. In G. C. L.Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 163-81). Chichester, UK: Wiley.
- Rachman, S. J. (1997). Claustrophobia. In G. C. L.Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment*(pp.163-81).Chichester,UK:Wiley.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R.(2008). Safety behaviour: A reconsideration.
- Rapee, R. M. (1996). Information-processing views of panic disorder. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversiesin the anxiety disorders* (pp. 77-93). New York:Guilford.
- Redmond,D.E.(1977).Alterations in the function of the nucleuslocuscoeruleus. InI.Hanin & E.Usdin(Eds.), *Animal models in psychiatry and neurology*.New York:Pergamon.
- Rickels, K.&Scheweizer, E. (1997). The clinical presentation of generalized anxiety in primary-care settings: practical concepts of classification and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(11), 4-10.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). Aninvestigation of worry content among generally anxiousindividuals.*Journal of Nervous Mental Disorders*, 185(5), 314-19.
- Roemer,L.,Orsillo,S.M.,&Barlow,D.H.(2002).Generalized anxiety disorder. InD.H.Barlow(Ed.),*Anxiety and its disorders* (2nded.,pp.477-15).NewYork: Guilford.
- Rosenbaum, J. E, Biederman, J., Pollock, R. A., & Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia.*Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-16.
- Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2007).Pharmacological treatments for panic disorder,generalized anxiety disorder, specificphobia, and social anxiety disorder. InP. E.Nathan & J.M.Gorman(Eds.),*A guide to treatments that work* (pp.395-430).New York: Oxford University Press.

- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol. Med.*, 38(1), 15-28.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Ruscio, A. M., Borkovec, T. D., Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 413-422,
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav. Res. Ther.*, 27, 677-82.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *The Science and Practice of Cognitive-Behaviour Therapy*, (pp. 200-13). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behavior links in the persistence of panic. *Behav. Res. Ther.*, 34(5/6), 453-58.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5%-carbon dioxide-enriched air. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 157-62.
- Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L., Alborzian, S., Maidment, K. M., Zohrabi, N., et al. (2002). Differential cerebral metabolic changes with paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorders vs major depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 59, 250-61.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Maner, J. K., & Woolaway-Bickel, K. (2006). Differential effects of safety in extinction of anxious responding to a CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 341-350.
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion. *J. Beh. Ther. Exper. Psychiatry*, 35(2), 87-107.
- Sheehan, D. Z. (1982). Panic attacks and phobias. *N. Engl. J. Med.*, 307, 156-58.
- Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E., & Misiaszek, M. (2008). Genetics of anxiety: Would the genome recognize the DSM? *Depression and Anxiety*, 25(4), 368-77.
- Starcevic, V., Latas, M., Kolar, D., Vucinic-Latas, D., Bogojevic, G., & Milovanovic, S. (2008). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patients with panic disorder with a goraphobia. *Compr. Psychiatry*, 49(6), 537-43.
- Stein, D. J., & Simeon, D. (2009). Cognitive-affective neuroscience of depersonalization. *CNS Spectrums*, 14, 467-71.
- Steketee, G., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2nd ed., pp. 516-50). New York: Guilford.
- Stewart, S. E., Jenike, E., & Jenike, M. A. (2009). Biological treatment for obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 375-90). New York: Oxford University Press.

Stewart, S.E., Platko, J., Fagerness, J., Birns, J., Jenike, E., Smoller, J.W., et al. (2007). A genetic family-based association study of OLIG2 in obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64(2), 209-15.

Strug, L.J., Suresh, R., Fyer, A.J., Talati, A., Adams, P.B., Li, W., et al. (2010). Panic disorder is associated with the serotonin transporter gene (SLC6A4) but not the promoter region (5-HTTLPR). *Molec. Psychiatry*, 15(2), 166-76.

Suarez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. In M.M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153-72). New York: Oxford University Press.

Szeszko, P.R., MacMillan, S., McMeniman, M., Chen, S., Baribault, K., Lim, K. O., et al. (2004). Brain structural abnormalities in psychotropic drug naïve pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 161(6), 1049-56.

Teachman, B.A., Smith-Janik, S.B., & Saporito, J. (2007). Information processing biases and panic disorder: Relationships among cognitive and symptom measures. *Behav. Res. Ther.*, 45(8), 1791-811.

Teachman, B. A., Woody, S. R., & Magee, J. C. (2006). Implicit and explicit appraisals of the importance of intrusive thoughts. *Behav. Res. Ther.*, 44(6), 785-805.

Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *Am. J. Psychiatry*, 163(11), 1978-85.

Townsley, R., Turner, S., Beidel, D., & Calhoun, K. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *J. Abn. Psychol.*, 104, 526-31.

Twentyman, C.T. & McFall, R.M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.

Uhde, T. W. (1990). Caffeine provocation of panic: A focus on biological mechanisms. In J. C. Ballenger (Ed.), *Neuro-biology of panic disorder* (pp. 219-42). New York: Wiley-Liss.

Van Grootenhuis, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2007). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: A population-based twin-family study. *Psychological Medicine*, 37(11), 1635-44.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive-behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-125.

Wallace, S. T., & Alden, L.E. (1997). Social phobia and positive social events: the price of success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychol. Rev.*, 101(1), 34-52.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., et al. (1997). *The Cross-National Epidemiology of Panic Disorder Study*.

- Wells,A.,& Butler,G.(1997).Generalized anxiety disorder.In D.M.Clark & C. G. Fairburn(Eds.),*Science and practice of cognitive behaviour therapy*(pp.155- 78). New York: Oxford University Press.
- Wells,A.,& Papageorgiou,C.(1995).Worry and the incubation of intrusiveimages following stress. *Behav.Res. Ther.*, 33,579-83.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.),*Anxiety and its disorders* (2nded.,pp.328-79).New York:Guilford.
- Wittchen, H-U., Stein, M. B.,& Kessler, R. C. (1999).Social Fears and Social Phobia in a Community Sample of Adolescents and Young Adults: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. Cambridge University Press.
- Wolpe,J.(1958).*Psychotherapy by reciprocal inhibition*.Stanford,CA:Stanford University Press.
- Wolpe,J.,& Rachman,S.J.(1960).Psychoanalytic evidence:A critique based on Freud's case of Little Hans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 131,135-45.
- Woods,S.W.,Charney,D.S.,Goodman,W.K.,&Heninger,G.R.(1987).Carbon dioxide-induced anxiety:Behavioral,physiologic, and biochemical effects of 5% CO₂ in panic disorder patients and 5 and 7.5% CO₂ in healthy subjects. *Arch. Gen.Psychiatry*, 44,365-75.
- Yoo, S. Y., Jang, J. H., Shin, Y. W., Kim, D. J., Park,H. J., Moon, W. J., et al. (2007). White matter abnormalities in drug-naive patients with obsessive-compulsive disorder:A diffusion tensor study before and after citalopram treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3),211-19.
- Zvolensky, M. J., Eiffert, G. H., Lejeuz, C. W., & McNeil, D. W. (1999). The effects of offset control over 20% carbon-dioxide-enriched air on anxious response. *J. Abn. Psychol.*, 108,624-32.
- Zvolensky,M.J.,Lejeuz,C.W.,&Eifert,G.H.(1998).The role of offset control in anxious responding:An experimental test using repeated administrations of 20%-carbon-dioxide-enriched air. *Behav.Ther.*,29,193-209.

3.13 ऑनलाइन संसाधन

Watch the movie 'As Good As It Gets',- Directed by James L- Brooks (1997)

रिक्त स्थान भरने के उत्तर (1-5)

- 1) मुक्त अस्थायी चिंता
- 2) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार
- 3) पिट्यूटरी ग्रंथिय एड्रेनोकॉर्टिकोट्रॉपिक हॉर्मोन
- 4) इड आवेगों और इगो (अहं) के बीच संघर्ष
- 5) मनोग्रस्तता बाध्यता विकार