

खण्ड ३

**व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक
पदार्थ से संबंधित विकार**



ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 8 व्यक्तित्व विकार : समूह-अ*

संरचना

- 8.0 प्रस्तावना
- 8.1 व्यक्तित्व विकारों का अर्थ
- 8.2 व्यक्तित्व विकार : समूह-अ
- 8.3 स्थिर-व्यामोही व्यक्तित्व विकार
 - 8.3.1 कारणात्मक कारक
 - 8.3.2 उपचार
- 8.4 मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार
 - 8.4.1 कारणात्मक कारक
 - 8.4.2 उपचार
- 8.5 मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार
 - 8.5.1 कारणात्मक कारक
 - 8.5.2 उपचार
- 8.6 सारांश
- 8.7 मुख्य शब्द
- 8.8 पुनरावलोकन प्रश्न
- 8.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 8.10 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप सक्षम होंगे :

- व्यक्तित्व विकारों की विशेषताओं और वर्गीकरण की व्याख्या करने में;
- व्यक्तित्व विकार के कारणों के अध्ययन में और निदान में आने वाली कठिनाई की जाँच करने में;
- स्थिर व्यामोही व्यक्तित्व विकार के नैदानिक कारण और उपचार की पहचान करने में;
- मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार के कारणात्मक कारक और उपचार का वर्णन करने में; तथा
- मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार के कारणात्मक कारकों और उपचार की व्याख्या करने में।

8.0 प्रस्तावना

अब तक, आपने डी.एस.एम.-5 के अनुसार मनोवैज्ञानिक विकारों के मापदंडों को परिभासित करना सीखा है। आगे बढ़ते हुए, आपने चिंता विकारों के नैदानिक पहलुओं, मनस्तापी विकार, कायारूप लक्षण विकार, मनोदशा विकार और भोजन के विकारों के विषय में पढ़ा

* ब्रृशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मैरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली

है। इनके कारणात्मक कारक और उपचार विधियों की भी चर्चा की गयी है। अब यह स्पष्ट होना चाहिए कि, उपरोक्त विकार किसी व्यक्ति की मूल व्यक्तित्व संरचना का भाग नहीं है। इसका अर्थ है कि उपचार के बाद व्यक्ति अपने दिन-प्रतिदिन के कामकाज पर लौट सकता है। व्यक्तित्व विकार अलग है। व्यक्तित्व विकार किसी के व्यक्तित्व संरचना से सम्बन्धित होते हैं। व्यक्तित्व विकार, व्यक्ति द्वारा कार्य करने का 'सामान्य' तरीका है। व्यक्तित्व विकारों को समूह अ, ब और स में वर्गीकृत किया गया है। इस इकाई में आप समूह-अ के व्यक्तित्व विकारों के विषय में जानेंगे, जिसमें स्थिर व्यामोही व्यक्तित्व विकार, मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार और मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं। इनके कारणात्मक कारक और उपचार की भी व्याख्या की जाएगी। समूह-ब और स व्यक्तित्व विकारों को बाद की इकाई में समाझाया जाएगा।

8.1 व्यक्तित्व विकारों का अर्थ

व्यक्ति के व्यक्तित्व को विशिष्ट शीलगुणों और व्यवहारों के रूप में समझा जा सकता है, जो व्यक्ति की विशेषताओं का वर्णन करते हैं। ये विशिष्ट शीलगुण, समायोजी शैली और व्यवहार आमतौर पर बाल्यावस्था में उत्पन्न होते हैं और प्रारम्भिक वयस्क अवस्था तक स्थापित प्रतिरूप बन जाते हैं। ये विशेषताएँ या विशेषताओं का मिश्रण एक व्यक्ति को अद्वितीय बनाता है (वेनवर्ग और गौल्ड, 1999)। समय के साथ इन शीलगुणों और प्रवृत्ति की निरन्तरता, स्थिरता, समरूपता और स्थायित्व व्यक्तित्व विकास को परिभाषित करता है (लार्सन और बूस, 2008)। इस बात पर भी सहमति हुई है कि पाँच शीलगुण आयाम : स्नायुविकृति, बहिर्मुखता, अंतर्मुखता, सहमतिशीलता / विरोधात्मकता, अनुभवों के लिए खुलापन और कर्तव्यनिष्ठा को व्यक्तित्व को परिभाषित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है (जॉन और नौमन, 2008, मैकक्रे और क्रेस्टा, 2008)।

व्यक्तित्व विकार, विकारों का एक विषम समूह है। वे आमतौर पर स्वयं की एक स्थिर सकारात्मक छवि बनाने और घनिष्ठ और रचनात्मक सम्बन्ध को बनाये रखने में समस्याएँ इनकी विशेषता होती है। डी.एस.एम.-5 के अनुसार, एक व्यक्ति के व्यक्तित्व विकार का निदान किया जाता है, यदि आत्म में (पहचान या आत्म-निर्देशन) और अंतर्वैयक्तिक (अंतरंगता या सहानुभूति) कार्यात्मकता, में सार्थक क्षति हो। व्यक्ति के व्यवहार का स्थायी प्रतीरूप में लचीला नहीं होना चाहिए और व्यक्ति की सांस्कृतिक अपेक्षाओं से विचलित होने वाली अवधि में व्यापक, स्थिर और लंबा होना चाहिए। यह जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में कामकाज में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण संकट या क्षति का कारण बनना चाहिए, और कम से कम दो क्षेत्रों में व्यक्त होना चाहिए : संज्ञान (स्वयं, दूसरों और घटनाओं के प्रत्यक्षीकरण का तरीका), भावनात्मकता (सर्वेंगात्मक प्रतिक्रिया की सीमा, तीव्रता और उपयुक्तता), अंतर्वैयक्तिक कार्य पद्धति या आवेश नियंत्रण। यह समझा और इस पर सहमति व्यक्ति की गयी है कि व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्ति अपने स्वयं के जीवन के साथ-साथ दूसरों के जीवन में भी कठिनाई का कारण बनते हैं। अन्य लोग आमतौर पर इनके व्यवहार को भ्रामक अप्रत्याशित, भद्रा और कई बार अस्वीकार्य पाते हैं। जिस प्रतिरूप को वे समय के साथ विकसित करते हैं, वह उनके प्रत्यक्षीकरण को पूरी तरह रंग देता है। इस प्रकार नई घटनाओं और स्थितियों के प्रति उनकी प्रतिक्रिया उसी प्रकाश में निर्धारित होती है, और वह वही कुसुमायोजित प्रतिरूपों को बार-बार दोहराता है। व्यक्तित्व विकारों की श्रेणी में व्यवहारात्मक समस्याओं की एक विस्तृत श्रृंखला सम्मिलित है। जो उनके रूप और गम्भीरता में भिन्न हो सकती है। विकारों के बीच महत्वपूर्ण समानता के आधार पर डी.एस.एम.-5 उन्हें तीन समूहों में वर्गीकृत करता है।

समूह-अ : इसमें स्थिर व्यामोही और मनोविदलनाभ और मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं। इन विकारों में चिन्तन और व्यवहार सम्मिलित होता है, जो अन्य लोगों को असामान्य, अजीब और सनकी प्रतीत होता है और अधिकांशतः विभिन्न सामाजिक समस्याओं को जन्म देता है। इसमें अविश्वास से लेकर सन्देह और यहाँ तक कि सामाजिक विच्छेद भी हो सकता है।

समूह-ब : इसमें उन्मादी आत्मरतिक सीमावर्ती और असामाजिक व्यक्तित्व विकार सम्मिलित है। इन विकारों में व्यक्ति (जिसमें ये निदान किया गया हो) की प्रवृत्ति का नाटकीय, अनिश्चित, अप्रत्याशित और भावनात्मक होना भी सम्मिलित है।

समूह-स : इसमें मनोग्रस्तता-बाध्यता, परिहार और आश्रित व्यक्तित्व विकार सम्मिलित है। इन विकारों में चिंता और भय की प्रवृत्ति शामिल होती हैं।

अधिकतर व्यक्तियों को एक से अधिक व्यक्तित्व विकारों के साथ निदान किया जाता है और शोध के अनुसार एक ही समूह के विकार के साथ सहघटित होते हैं (लेनजेन वेगर, लेन, ओरेनजर और क्रेस्लर, 2007)। व्यक्तित्व विकार पहली बार वर्ष 1980 में आयाम-II पर डी.एस.-III में दिखायी दिये। तब से आयाम-II (डी.एस.एम-IV- टी.आर तक) का प्रयोग विकारों (व्यक्तित्व विकार और बौद्धिक अक्षमता) के आकलन के लिए किया जाता है, जो आमतौर पर लंबे समय से चली आ रही या जीवन भर की समस्या होती है। यह पहली बार बाल्यावस्था में उत्पन्न होती है या सामना कराती है, और आयाम-I की कठिनाइयों से अलग है। (यह मानक मनोरोग संलक्षण है, जो आयाम-I पर अंकित थे)। लेकिन लोगों का आयाम के विकार हो सकते हैं जो आयाम-II विकारों के लक्षण हैं। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को अवसाद (आयाम-I) हो सकता है, जो आश्रित व्यक्तित्व विकार के परिणामस्वरूप हो सकता है।

समूह का उपयोग तब से व्यक्तित्व विकारों का भाग रहा है और इसकी वैधता पर भी बहुत से प्रश्न उठाये गये हैं। श्रेणियों और समूहों के परस्पर व्याप्त होने के कारण (क्रेगर और ईटन, 2010; शीटस और क्रेगहेड, 2007) समूह संगठन को डीएसएम-III से हटाने का प्रस्ताव दिया गया था। लेकिन ये एक संगठित शीर्षक की तरह उपयोग किया जाता है, जो उन्हें समझने में बहुत सुविधा प्रदान करता है और इसलिए इसकी समूह के रूप में चर्चा की जाती है, इस तथ्य के बावजूद की डीएसएम-5 में से अक्षीय प्रणाली को हटा दिया गया है। इसलिए अब व्यक्तित्व विकारों को अन्य विकारों के साथ सम्मिलित किया गया है।

व्यक्तित्व विकारों को व्यापकता को समझने के लिए महामारी विज्ञान के अध्ययन विशेष रूप से अन्य विकारों की तुलना में बहुत कम है लेकिन जो कुछ भी मौजूद है उनके निष्कर्ष अलग-अलग हैं (लेनजेनवेगर, 2008)।

एक से अधिक व्यक्तित्व विकारों का प्रसार 4.4 से 14.8 प्रतिशत तक है (ग्रांट, स्टिन्सन, डॉसन, चाऊ और रुआन 2005, पेरिस 2010)। यह अन्तर और विसंगति नैदनिक मानदंड और इसकी स्पष्टता की समस्या के कारण हो सकता है।

बॉक्स 8.1 : व्यक्तित्व विकार के निदान में कठिनाइयाँ

- व्यक्तित्व विकारों के लिए नैदनिक मापदंड न तो ध्यान से और न ही स्पष्ट रूप से परिभाषित है जैसे कि ये अन्य नैदनिक श्रेणियों के लिए है। चिकित्सक की ओर से बहुत ध्यान पूर्वक निर्णय की आवश्यकता होती है क्योंकि व्यक्तित्व विकार के मानदंड मुख्य रूप से अनुमानित शीलगुणों या उद्देश्य के बदले में (स्मैथल और विडिगर, 2008) व्यवहार के सुसंगत प्रतिरूप द्वारा परिभाषित किये जाते हैं।

- व्यक्तित्व निदान में से कुछ समुदाय परिस्थिति में या अधिकतर नैदानिक परिस्थिति में भी बहुत आम नहीं है, वे 2 प्रतिशत से भी कम रोगियों में पाए जाते हैं (जिमरमैन, रोथस्चिल्ड और चेल्मस्की, 2005)।
- अधिकतर व्यक्तियों में जो व्यक्तित्व सम्बन्धी समस्याएँ अनुभव की जाती है, वे किसी भी व्यक्तित्व विकार की श्रेणियों या निदान में विशेष रूप से समायोजित नहीं हो सकते हैं, इस प्रकार, आयामी दृष्टिकोण यहाँ सबसे उपयुक्त है।
- शोध से पता चलता है कि एक समय में जो लोग व्यक्तित्व विकार से उपचारित हुए थे, जब उनका 2 वर्ष पश्चात् साक्षात्कार लिया जाता है, तब वे दूसरे निदान के लिए योग्य हो जाते हैं, हालांकि उनमें पिछले निदान के कुछ लक्षण हो सकते हैं (मैकरलाशन, ग्रिलो, सनिस्लाव, रालेवस्की और अन्य 2005)।
- संरचित साक्षात्कार या आत्म-रिपोर्ट अविष्कारिकाएँ के आधार पर किये गये निदान विश्वसनीयता और वैधता पर कम पाये गये हैं (ट्रुल और इयूरेट, 2005)। एक एकीकृत आयामी वर्गीकरण उभर कर आ रहा है और इसमें निदान को अधिक विश्वसनीय और सही बनाने के लिए, विभिन्न विद्यमान दृष्टिकोणों को एकीकृत करने का प्रयास किया गया है (क्रुएगट, ईंटन, क्लार्क, 2011)। उनमें से सबसे प्रभावशाली पाँच बुनियादी व्यक्तित्व शीलगुणों पर आधारित पाँच कारक मॉडल है। आयामी दृष्टिकोण के भीतर, व्यक्तित्व के शीलगुणों को रोग सम्बन्धी चरम सीमाओं के अनुरूप करने का प्रयास किया गया था : नकारात्मक प्रभाव (न्यूरोटिसिज्म), विलग (अति अंतर्मुखता), विरोध (बहुत कम सहमतिशीलता), विघटन (बहुत कम कर्तव्यनिष्ठा), मनोविकृति को खुलेपन के रोग सम्बन्धी अति के रूप में नहीं पाया गया था, बल्कि यह मनोविकृतिक विकारों के समान शीलगुणों को दर्शाता है (मनोविदलता प्रकार वाटसन, क्लार्क और चमेलेवस्की, 2008)।

बॉक्स-8.2 : व्यक्तित्व विकार के कारणों का अध्ययन करने में कठिनाइयाँ

- व्यक्तित्व विकारों को तब तक कोई औपचारिक ध्यान नहीं दिया गया, जब तक कि उन्हें वर्ष 1980 में डीएमएस-III में नहीं जोड़ा गया था। इस प्रकार, अन्य विकारों की तुलना में बाद में इससे सम्बन्धित कार्य अपने आप ही शुरू हुआ।
- एक प्रमुख मुद्दा यह है कि इसके रोगियों के बीच उच्च स्तर की सहरुगणता पायी जाती है। जिमरमैन और उनके सहयोगियों (2005) ने बताया कि 900 रोगियों में से लगभग 45 प्रतिशत (उनका प्रतिदर्श) कम से कम एक व्यक्तित्व विकार के लिए योग्य है और इनमें से (45 प्रतिशत), लगभग 60 प्रतिशत एक से अधिक और 25 प्रतिशत दो यो अधिक व्यक्तित्व विकार के लिए योग्य है। यह दिये गये नैदानिक मानदण्ड पर आधारित है। उच्च स्तर की सहरुगणता होने के कारण यह निष्कर्ष निकालना कठिन हो जाता है कि कौन से कारणात्मक कारक किस विशेष व्यक्तित्व विकार से जुड़े हैं।
- शोधकर्ताओं को भावी अध्ययनों में अधिक विश्वास था (विकार होने से पूर्व व्यक्तियों का अवलोकन निरीक्षण किया जाता है और उनका अनुसरण किया जाता है कि किसमें क्या समस्या विकसित होती है और इसके पीछे क्या सम्भावित कारण हो सकते हैं)। हालांकि, शोध का बड़ा भाग उन लोगों पर आयोजित किया गया जिनमें

पहले से ही विकार था, इसलिए इसे समझना या तो पूर्वव्यापी पुनरावृत्ति या जैविक, संवेगात्मक संज्ञानात्मक और पारस्परिक कार्य के वर्तमान अवलोकन पर आधारित है। इस प्रकार निष्कर्ष बहुत आरभिक और अस्थायी हो सकता है।

- शिशुओं का स्वभाव उन्हें किसी विशेष शीलगुण के विकास के लिए पहले से तैयार कर सकता है और इसलिए यह एक विकार का कारण हो सकता है (पेरिस, 2012)। यह एक वयस्क के रूप में व्यक्तित्व के विकास की नींव रखता है; लेकिन अन्य कारक भी इसके लिए उत्तरदायी हो सकते हैं। अधिकतर विकारों के लिए, यह पाया गया है आनुवंशिक योगदान को प्राथमिक लक्षणों के आयाम में आनुवंशिक योगदान द्वारा मध्यस्थ किया जाता है। जो कि प्रत्येक विकार के अतिरिक्त स्वयं विकार में फंसा होता है (लाइवस्ले, 2005; कोन्डलर और साथी 2008 में उद्धृत किया गया बूचर, हूले, माझनका, 2013) शोधकर्ताओं द्वारा शीलगुणों की मनोवैज्ञानिक परत को समझने का प्रयास किया जा रहा है, जो मुख्यरूप से व्यक्तित्व विकार के होने में देखे गये हैं। (डिपू, 2009; पेरिस, 2005 2007; रुसां और सीवर, 2012)
- एक समृद्ध जैविक मनोवैज्ञानिक व सामाजिक तक पहुँचने के अंतिम लक्ष्यों के साथ समझ, इन जैविक कारण के अलावा, मनोविश्लेषणात्मक, अधिगम आधारित मॉडल, संज्ञात्मक प्रतिरूप, लगाव शैली, सामाजिक प्रतिरूप, सांस्कृतिक मूल्यों आदि ने भी इसे समझने में योगदान दिया है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) व्यक्तित्व विकारों का अर्थ स्पष्ट कीजिए।

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

2) व्यक्तित्व विकारों के समूह की सूची बनाइए।

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

3) समूह-अ में सम्मिलित व्यक्तित्व विकारों के नाम लिखिए।

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

8.2 व्यक्तित्व विकार : समूह-अ

समूह-अ के मुख्य लक्षण सामाजिक अनुप्रयुक्तता और समाज से दूरी बनाना है, जो विकृत सोच प्रतिरूप पर हावी है। यह विषम, विलक्षण समूह के रूप में भी जाना जाता है। इस समूह में आने वाले व्यक्ति असामान्य व्यवहार, उदाहरण के लिए, संदेह और अविश्वास को भी प्रदर्शित कर सकते हैं। समूह-अ में, हम यहाँ स्थिर व्यामोही मनोविदलनाभ और सदृश व्यक्तित्व विकार की चर्चा करेंगे।

8.3 स्थिर-व्यामोही व्यक्तित्व विकार

लोगों से सावधान रहना, उनके इरादों पर प्रश्न उठाना बहुत असामान्य नहीं है और अनुकूली भी हो सकता है। लेकिन बहुत अधिक अविश्वास और किसी पर प्रत्येक समय पूछताछ करना रिश्तों को प्रभावित कर सकता है। यह दूसरों या समूह में काम करने में हस्तक्षेप कर सकता है। मित्र बनाने और जीवन के कई अन्य पहलुओं जिनमें दैनिक आधार पर लोगों के साथ बातचीत शामिल है, वे आमतौर पर मान लेते हैं कि यहाँ (संसार में) लोग उन्हें नुकसान पहुँचाने या बरगलाने के लिए हैं और इसलिए वे उन पर विश्वास नहीं करते हैं। इस विकार को परिभाषित करने वाली विशेषता निरन्तर अनुचित विश्वास हैं (एडेंस, मार्क्स और मोरे, 2009)।

स्थिर-व्यामोह व्यक्तित्व विकार से पीड़ित लोग आमतौर पर उन स्थितियों में भी संदिग्ध हो जाते हैं, जहाँ अधिकतर लोग अपने संदेह को निराधार पाते हैं वे उनसे असंबंधित या उनके दूर से संबंधित घटनाओं की व्याख्या उन पर व्यक्तिगत हमलों के रूप में कर सकते हैं (बर्नस्टीन और यूजा, 2007)। यह उनके पारस्परिक सम्बन्धों को बहुत कठिन और तनावपूर्ण बनाता है, क्योंकि यह अविश्वास अक्सर परिवार के निकटतम सदस्यों तक भी फैलता है। वे स्वयं को पूरी तरह से निर्दोष रूप में देखते हैं जबकि वे अपनी गलती और असफलताओं के लिए अन्य लोगों को दोषी मानते हैं। इस प्रकार वे हमेशा “निगरानी पर” दिख सकते हैं और दूसरों से चालबाजी की अपेक्षा कर सकते हैं, जो उन्हें अपनी झूठी अपेक्षाओं को मान्य करने के लिए संकेत देखने के लिए मजबूर करता है।

वे आमतौर पर तर्कशील होते हैं, शिकायत कर सकते हैं या शांत रह सकते हैं लेकिन आमतौर पर दुर्भाव को सहन करते देखे जाते हैं, अपमान, क्षमा करने से इनकार करते हैं, (जो वे प्रत्यक्षीकरण करते हैं), और हिंसक भी हो सकते हैं (बर्नस्टीन और यूजा, 2007; ईडन और साथी, 2009; फलकुम और अन्य, 2009)। वे वास्तविकता के सम्पर्क में होते हैं, हालांकि तनाव के दौरान कुछ क्षणिक मनोविकृतिक लक्षणों का अनुभव करते हैं। इसके अलावा वे मनोविदलता के लिए अधिक संभावित और उत्तरदायी होते हैं (लेनजेनवेगर, 2009)।

बॉक्स 8.3 : स्थिर-व्यामोही व्यक्तित्व विकार के लिए डीएसएम-5 मानदण्ड (ए.पी.ए.-2013)

क) एक व्यापक अविश्वास और दूसरों पर संदेह, जैसे कि उनके उद्देश्यों को द्रोही के रूप में व्याख्या की जाती है, ये शुरुआती वयस्कावस्था से प्रारंभ होता है, और विभिन्न संदर्भों में उपरिथित होते हैं, जैसा कि निम्नलिखित में से चार (या अधिक) द्वारा इंगित किया गया है :

- 1) बिना किसी पर्याप्त आधार के संदेह, कि दूसरे उनका शोषण कर रहे हैं, हानि पहुँचा रहे हैं या उन्हें धोखा दे रहे हैं।
- 2) दोस्तों या सहयोगियों की वफादारी या भरोसे के बारे में पहले से ही अनुचित शंकाओं से धिरे होते हैं।
- 3) अनजाने डर के कारण दूसरों में विश्वास करने के लिए अनिच्छुक हैं कि यह जानकारी का उनके या उनके खिलाफ दुर्भावनापूर्ण रूप से उपयोग की जाएगी।
- 4) सौम्य टिप्पणी या घटनाओं में छिपे हुए प्रतिष्ठा के खिलाफ या धमकी के अर्थ को समझता है।

- 5) दृढ़ता से दुर्भाव को सहन करना (चोट या अनादर, अर्थात् अपमान को क्षमा नहीं करना)।
- 6) उनके चरित्र या प्रतिष्ठा पर हमले का प्रत्यक्षीकरण करते हैं, जो दूसरों के लिए स्पष्ट नहीं होते हैं, और गुस्से में या पलटवार करने के लिए जल्दी करते हैं।
- 7) जीवन साथी या यौन साथी की निष्ठा के बारे में औचित्य के बिना बार-बार संदेह होना।

ख) विशेषरूप से मनोविदलता के क्रम के दौरान नहीं होता है, एक द्विधुक्री विकार या मनोविकृतिक विशेषताओं के साथ अवसादग्रस्तता विकार, या दूसरे मनोविकृतिक विकार और यह किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के शारीरिक प्रभाव के लिए जिम्मेदार नहीं है।

नोट: यदि मानदण्ड मनोविदलता की शुरुआत से पहले मिले हैं, तो “पूर्व विकृति” अर्थात् स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार (पूर्व विकृति) जोड़ें।

8.3.1 कारणात्मक कारक

स्थिर-व्यामोही व्यक्तित्व विकार के लिए जैविक योगदान का प्रमाण बहुत सीमित है। आंशिक आनुवंशिक संचरण के बारे में तर्क इसे मनोविदलता से जोड़ने के लिए दिया गया है, लेकिन इसे दर्शाने वाले कोई निर्णायक या सुसंगत शोध नहीं है (केंडलर, कज्जकेटस्की, टैम्ब्स, टाँगेर्सन, एगेन, नेले और सीचबॉर्न, 2006)।

शोधों ने यह भी सुझाव दिया है कि यह विकार, मनोविदलता (टिएनरी और साथी 2003) वाले लोगों के रिश्तेदारों के बीच थोड़ा अधिक सामान्य है, यद्यपि सम्बन्ध बहुत मजबूत नहीं है। स्नायुविकृति या यहाँ तक की विरोधी स्वभाव की उच्चस्तर की आनुवंशिकता के द्वारा भी यह हो सकता है (स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार में शील गुण) (होपवुड और थॉमस, 2012; केंडलर और अन्य 2006)।

जहाँ तक मनोवैज्ञानिक योगदान का प्रश्न है, पूर्वव्यापी शोधों से पता चलता है कि दुर्व्यवहार या दर्दनाक बाल्यवस्था स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व के विकास में भूमिका निभा सकता है (नात्सुकी, सिचेती और रोगोस्स, 2009)। माता-पिता की उपेक्षा, दुर्व्यवहार और हिंसा होना भी उत्तरदायी हो सकता है। फ्रीमैन और सहकर्मियों (1990) कुछ मूल गलत और कुसमायोजित धारणाओं की चर्चा की जो ये लोग दूसरों के बारे में रख सकते हैं, ‘‘लोग दुष्ट और धोखेबाज हैं’’, ‘‘वे मौका मिलने पर आप पर हमला करेंगे’’। कुछ शोधकर्ताओं ने बताया की ये धारणाएँ उनके शुरुआती पालन-पोषण के कारण बनती हैं क्योंकि उन्हें हर समय सावधान सतर्क और तैयार रहने के लिए कहा जाता है (कैरोल, 2009)। कुछ सांस्कृतिक कारकों का भी स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार में भूमिका निभाई है। लोगों का समूह, जैसे कि शरणार्थियों कैदियों, बड़े वयस्कों को उनके अनूठे अनुभवों के कारण अति संवेदनशील माना जाता है (रोजलट, 2007)। संज्ञानात्मक कारक सांस्कृतिक कारकों के साथ परस्पर प्रभाव डाल सकते हैं, उदाहरण के लिए, भाषा अवरोध के कारण एक शरणार्थी, दूसरों द्वारा अलग-अलग तरह से देखा जाता है, हमेशा संदिग्ध और उनके आसपास के लोगों से सावधान रह सकता है।

8.3.2 उपचार

उनके उपचार में प्रमुख बाधाओं में से एक उनका अविश्वास पूर्ण सम्बन्ध है, जिसके कारण उनकी अपने चिकित्सक के साथ, सहज, विश्वसनीय और सार्थक सम्बन्ध विकसित करने की सम्भावना नहीं होती है (स्कोडोल और गुंडरसन, 2008)। यदि वे जाते हैं और उपचार लेते हैं तो यह आमतौर पर किसी अन्य समस्या के कारण होता है, वे अवसाद या किसी प्रकार की चिन्ता का सामना कर सकते हैं। यह शायद ही कभी उनके व्यक्तित्व के मुद्दों के कारण होता है कि वो स्वयं उपचार की तलाश करें। संज्ञानात्मक चिकित्सा को व्यापक रूप से ‘उन्हें चुनौती देने के लिए और उनके दोषपूर्ण सोच के प्रतिरूप का मुकाबला करने के लिए और इस विश्वास पर जोर देने के साथ कि ज्यादातर लोगों पर भरोसा नहीं किया जा सकता और ज्यादातर लोग उन्हें नुकसान पहुँचाने के लिए हैं’ का उपयोग किया जाता है (स्कोडोल और गुंडरसन, 2008)। फिर भी इस बात की कोई भी पुष्टि नहीं की गयी है कि उपचार के किसी भी रूप से स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों के जीवन में महत्वपूर्ण सुधार हो सकता है।

8.4 मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार

मनोविदलनाभ शब्द का उपयोग ब्लेयुलर (1924) ने उन लोगों का वर्णन करने के लिए किया था, जिनकी बाहरी दुनिया से दूर होने की प्रवृत्ति थी। मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्ति सामाजिक अलगाव के व्यापक प्रतिरूप और संवेगात्मक अभिव्यक्ति की एक अत्यन्त प्रतिबंधित सीमा को प्रदर्शित करते हैं और इस प्रकार सामाजिक रूप से अलग-थलग रहते हैं। वे आमतौर पर अपने आप रिश्ते नहीं बनाते हैं। वे आमतौर पर ठंडे, अलग और आस-पास के लोगों के प्रति उदासीन होते हैं। मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्ति दूसरों के साथ करीबी रिश्ते ना ही रोमांटिक और न ही यौन सम्बन्ध बनाये रखने में रुचि रखते हैं। इस प्रकार वे ठण्डे, अलग-थलग और दूर दिखते हैं जो न ही प्रशंसा और न ही आलोचना से प्रभावित होते हैं। इन व्यक्तियों में बेघर होना भी आम बात है (रुफ, 2000)। मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों में जो सामाजिक कमिया पायी जाती हैं वे स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों की तुलना में अधिक चरम पर होती है। ‘वे अपने आसपास के संसार में प्रतिभागियों के बजाय स्वयं को पर्यवेक्षक मानते हैं’ (फ्रीमैन प्रेटजर, फ्लेमिंग और साइमन, 1990, पृष्ठ-125)। वे सामाजिक संकेतों और बारीकियों के प्रति अपनी उदासीनता के कारण सामाजिक रूप से अयोग्य और सतही प्रतीत होते हैं और अक्सर उन्हें अकेला और अंतर्मुखी के रूप में वर्गीकृत किया जाता है। यहाँ यह उल्लेख करना और जोर देना बहुत महत्वपूर्ण है कि सभी अकेले या अंतर्मुखी लोग मनोविदलना व्यक्तित्व वाले व्यक्ति नहीं होते हैं (बर्नस्टीन, और अन्य, 2009)। जैसा कि वे संवेगात्मक रूप से प्रतिक्रियाशील नहीं होते हैं, वे शायद कभी तीव्र संवेगों (सकारात्मक या नकारात्मक) का अनुभव करते हैं, बल्कि वे उदासीन मनोदशा दिखाते हैं।

पाँच कारक मॉडल पर, वे उच्च स्तर के अंतर्मुखता (गर्मजोशी, सकारात्मक संवेग और समूहप्रियता पर कमी होना) भावनाओं के खुलेपन के निम्न स्तर (वाइडिगर ट्रूल एवं अन्य, 2002) दिखाते हैं; और निम्न उपलब्धि के रूप में भी प्रयास करते पाये जाते हैं (होपबुड और थामस, 2012)। समूह-अ के दूसरे विकारों की तरह, स्थिर व्यामोह विकार के व्यक्तियों की चिन्तन प्रक्रिया असामान्य नहीं है (क्लोनिजंर और स्वाकिक, 2009)।

मनोविकृतिक जैसे लक्षण		
समूह-अ व्यक्तित्व विकार	सकारात्मक (उदाहरणः संदर्भ के विचार, जादुई चिंतन, प्रत्यक्षीकरण विकृति)	नकारात्मक (उदाहरणः खराब तालमेल, सामाजिक अलगाव और संकृचित भाव)
स्थिर व्यामोही	हाँ	हाँ
मनोविदलनाभ	नहीं	हाँ
सदृश	हाँ	नहीं

स्रोतः सीवर. एल. जे., (1992) से लिया गया मनोविदलता व्यापक व्यक्तित्व विकार जैसा कि बालों डी. एच. और डूरंड वी.एम. (2012) में वर्णित है। असामान्य मनोविज्ञान : एक एकीकृत दृष्टिकोण (6वा संस्करण)

8.4.1 कारणात्मक कारक

मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार के कारणात्मक कारकों को समझने के लिए आनुवंशिक जैविक और या मनोसामाजिक कारणात्मक कारकों पर अभी व्यापक शोध किया जाना बाकी है (फिलिप्स, येन और गुंडरसन, 2003)। कुछ सिद्धान्तवादी और शोधकर्ताओं की एक राय है कि समाजशीलता में विघटन किसी तरह की सम्बद्ध प्रणाली में हानि के कारण हो सकता है (डेप्यू और लेनजेनगर, 2005)। बाल्यावस्था का शर्मीलापन बाद में एक वयस्क के रूप में मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार के लिए एक पूर्व कारक के रूप में भी कार्य कर सकती है। इस विकार वाले व्यक्तियों के बीच पूर्वव्यापी अध्ययन में बाल-उत्पीड़न और उपेक्षा को बताया गया है (जान्सान ब्रामली और मैकगाँच, 2005)। कुछ शोधकर्ताओं के यह इंगित किया है कि स्वलीनता से पीड़ित बच्चों के माता-पिता में यह विकार होने की सम्भावना होती है (कान्टटैटिनो और अन्य, 2009)। एक और सम्भावना है कि एक विशेष जैविक दुष्क्रिया दोनों स्वलीनता और मनोविदलना व्यक्तित्व विकार में एक भूमिका निभा सकती है और जो कुछ शुरुआती कठिनाइयों के साथ जुड़कर जैसे अंतर्वैयक्तिक सम्बन्ध के पहलू जो व्यक्ति के सामाजिक परस्पर क्रिया पर प्रभाव डाल सकती है।

संज्ञानात्मक सिद्धान्तवादियों ने सुझाव दिया है कि इन व्यक्तियों का कुसमायोजित मनोबंध इन्हें आत्मनिर्भर एकांकी होने के लिए प्रेरित करता है और इस कारण ये दूसरों को घुसपैठियों के रूप में देखते हैं। इनका मुख्य दुष्क्रियात्मक विश्वास, ‘मैं मूल रूप से अकेली हूँ’ (बेक और अन्य 1990, पृष्ठ 51)। इस तरह के हराने और दोषपूर्ण मनोबंधों के विकास के कारणों पर अभी पूरी तरह से शोध नहीं किया गया है।

बॉक्स 8.4 : मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार के लिए मापदंड डी.एस.एम.-5 (ए.पी.ए.-2013)

- क) सामाजिक सम्बन्धों से अलगाव का एक व्यापक प्रतिरूप और अंतर्वैयक्तिक स्थितियों में संवेगों की अभिव्यक्ति की एक सीमित सीमा, शुरुआती वयस्कता से शुरू और विभिन्न संदर्भों में उपस्थित होता है, जैसा कि निम्नलिखित में से चार (या अधिक) द्वारा इंगित किया गया है:

- 1) न तो इच्छाएँ होती हैं और न ही करीबी रिश्तों, का आनंद लेता है, जिसमें परिवार का भाग होना भी सम्मिलित है।
 - 2) लगभग हमेशा एकान्त गतिविधियों का चयन करता है।
 - 3) यदि किसी अन्य व्यक्ति के साथ यौन अनुभव करने में रुचि रखते हैं तो बहुत कम है।
 - 4) कुछ ही गतिविधियों में आनंद लेता है यदि कोई हो।
 - 5) करीबी मित्रों का अभाव या करीबी रिश्तेदारों के अलावा अन्य पर विश्वास।
 - 6) संवेगात्मक ठण्डापन, अलगाव, या शिथिल भावात्मकता दिखाता है।
- ख) विशेष रूप से मनोविदलता के दौरान नहीं होता है, एक द्विध्रुवीय विकार या अवसादी विकार, मनोविकृतिक की विशेषताओं के साथ, एक और विकार, या स्वालीनता स्पेक्ट्रम विकार और किसी चिकित्सा स्थिति के शारीरिक प्रभाव के लिए उत्तरदायी नहीं है।

नोट: यदि मापदंड मनोविदलता की शुरुआत से पहले मिले हैं, तो 'पूर्वविकृति' अर्थात् मनोविकृतिक व्यक्तित्व विकार 'पूर्व विकृत' जोड़े।

8.4.2 उपचार

आमतौर पर मनोविकृतिक व्यक्तित्व विकार वाले लोग शायद ही कभी उपचार के लिए आते हैं जब तक यह किसी संकट की प्रतिक्रिया नहीं होती है, जैसे नौकरी का जाना या कुछ अन्य चरम मुद्दे, (केली और अन्य, 2007)। चिकित्सा आमतौर पर उन्हें सामाजिक सम्बन्धों के मूल्य समझाने के साथ शुरू होती हैं और उन्हें सहानुभूति और दूसरों को समझाने के बारे में भी सिखाया जाता है (स्कोडोल और गुन्डरसन, 2008)। इस प्रकार, वे सामाजिक कौशल विकास में प्रशिक्षण प्राप्त कर सकते हैं। उन्हें एक सामाजिक नेटवर्क की पहचान या उन लोगों की पहचान करना सिखाया जाता है, एक व्यक्ति जो उनके लिए सहयोगी होंगे (बेन्जर, 2005)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) डी.एस.एम.-5 के अनुसार मनोविदलनाभ व्यक्तित्व विकार के मानदंडों को सूचीबद्ध कीजिए।
-
-
-

- 2) स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार के मनोवैज्ञानिक कारणों को संक्षेप में समझाएँ।
-
-
-

8.5 मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार

मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार अत्यधिक अन्तर्मुखता के साथ-साथ सामाजिक और अंतर्वैयक्तिक कठिनाई इसकी विशेषता होती है। वे अवधारणात्मक और संज्ञानात्मक विकृतियाँ, संदिग्ध (कलोनिगर और सविक, 2009) और विषम व्यवहार करते हैं (कवापिल और बैरनटीस वीडल, 2012)। वास्तविकता के साथ उनका सम्पर्क आमतौर पर बरकरार रहता है लेकिन अत्यधिक तनाव में वे कुछ क्षणिक मनोविकृतिक के लक्षणों का अनुभव भी कर सकते हैं (एपीए, 2013)। मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार मनोविदलता के साथ एक अबाध क्रम पर लेकिन यहाँ मतिभ्रम और भ्रम जैसे कुछ लक्षणों का अभाव है। अपने अजीब तरह के कपड़े पहनने, दूसरों से सम्बन्धित होने और उनके सोचने और व्यवहार करने के ढंग के कारण, वे अक्सर दूसरों के लिए विचित्र रूप में होते हैं। उनके पास प्रसंग के विचार हो सकते हैं और फिर भी वे इसके बारे में असहजता को स्वीकार करने में सक्षम हो सकते हैं। मनोविदलता वाले व्यक्तियों में भी विचार संदर्भ होते हैं, लेकिन वे मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों के विपरीत वास्तविकता का परीक्षण नहीं कर सकते हैं। वे जादुई चिंतन में विश्वास कर सकते हैं या विश्वास कर सकते हैं कि उनके पास एक दिव्य दृष्टि जैसी कि जादुई शक्तियाँ हैं। वे असामान्य प्रत्यक्षीकरण अनुभवों की रिपोर्ट भी कर सकते हैं, लेकिन मनोविदलता वाले लोगों की तरह अति प्रत्यक्षात्मक विकृतियाँ नहीं होती है। मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार को मनोविदलता के रूप में जाना जाता है (लेनजेनवर्गर, 2010)। चिन्तन में विचित्रता और विषमताएँ वाक् और अन्य व्यवहारों में विषमताएँ मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार की विशिष्ट विशेषताएँ हैं (मेकगहन और अन्य, 2005)। मनोदलतापरक के कुछ पहलू जैसे अन्तर्मुखता और स्नायुविकृति की व्याख्या व्यक्तित्व के पाँच कारक मॉडल के मध्यम से की जा सकती है, लेकिन संज्ञानात्मक और अवधारणात्मक विकृतियाँ से सम्बन्धित पहलुओं को मॉडल के माध्यम से नहीं समझाया जा सकता है (वाटसन, वलार्क, चेमीलेवस्की, 2008)। विशेष रूप से असामान्य विश्वास और अनुभव, सनकी और संज्ञानात्मक और अवधारणात्मक विकृति (क्रुएगर, ईंटन, डेरिंगर, माकर्सन, वाटसन और स्कोडोल, 2011)। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए यह महत्वपूर्ण है कि वे अंतिम निदान देने से पहले सावधानी बरतें, विशेषकर जब कुछ सांस्कृतिक प्रथाओं से सामना करना हो, जो अपने आप से भिन्न हो सकती है और इसलिए विकृत दिख सकती है या एक अजीब व्यवहार की तरह दिख सकती है।

बॉक्स 8.5 : मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम.-5 मानदण्ड (ए.पी.ए.-2013)

- क) सामाजिक और अंतर्वैयक्तिक कमी का एक व्यापक प्रतिरूप के साथ तीव्र बेचैनी द्वारा चिन्हित और घनिष्ठ सम्बन्धों के साथ साथ संज्ञानात्मक या अवधारणात्मक विकृतियाँ और व्यवहार की विलक्षणता के साथ कम क्षमता के रूप में चिन्हित, शुरुआती वयस्कता से शुरू और विभिन्न संदर्भों में उपस्थित हैं, जैसा कि निम्नलिखित में से पाँच (या अधिक) द्वारा दर्शाया गया है।
- 1) संदर्भ के विचार (संदर्भ के विभ्रम को छोड़कर)
 - 2) असंगत विश्वास या जादुई चिंतन जो व्यवहार को प्रभावित करती है और उपसांस्कृतिक मानदंडों (जैसे— अन्धविश्वास, दिव्यदृष्टि, टेलीपैथी या “छठी इंद्रिय में विश्वास”, बच्चों और किशोरों में, विचित्र कल्पनाएँ या पूर्वाग्रह) के साथ असंगति है।
 - 3) असामान्य अवधारणात्मक अनुभव, शारीरिक भ्रम सहित।

- 4) विषम चिन्तन और वाक् (जैसे— अस्पष्ट, परिस्थितिजन्य, प्रतीकात्मक, लाक्षणिक या रुढ़िबद्ध)
 - 5) संदेहपूर्ण या स्थिर व्यामोह।
 - 6) अनुचित या संकुचित भाव।
 - 7) व्यवहार या उपस्थिति जो विषम, विलक्षण या अजीब है।
 - 8) पहले दर्जे के रिश्तेदारों के अतिरिक्त, करीबी मित्रों या विश्वासपात्रों की कमी।
 - 9) अत्यधिक सामाजिक चिन्ता जो मेल-जोल के साथ कम नहीं होती है और स्वयं के बारे में नकारात्मक निर्णयों के अलावा व्यामोह डरों से जुड़ी होती हैं।
- ख) विशेष रूप से मनोविदलता के दौरान नहीं होता है, द्विधुर्वी विकार या अवसाद ग्रस्ताता विकार, मनोविकृतिक विशेषताओं के साथ, अन्य मनोविकृतिक विकार या स्वालीनता स्पेक्ट्रम विकार सम्मिलित है।

नोट: यदि मानदण्ड मनोविदलता की शुरुआत से पहले मिले हो, तो ‘पूर्व विकृत’ जैसे मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार (पूर्व विकृत) जोड़ें।

8.5.1 कारणात्मक कारक

अध्ययनों की समीक्षा ने सुझाव दिया है कि सामान्य जनसंख्या में मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार की व्यापकता लगभग 2 से 3 प्रतिशत (राइन, 2006) एक मध्यम आनुवंशिकता के साथ है (क्वापिल और बैरनटेस, वीडाल, 2012)। मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार का आनुवंशिक सम्बन्ध लंबे समय से मनोविदलता के साथ संदेहात्मक है। यह पाया गया है कि यह मनोविदलता के दायित्व के विस्तार का भाग है, जो मनोविदलता वाले व्यक्तियों के पहले दर्जे के रिश्तेदारों में होता है (क्वापिल और बैरनटेस : वीडाल, 2012 : राइन, 2006)।

मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार वाले किशोरों में मनोविदलता और (मनोविदलता स्पेक्ट्रम विकार) विकसित होने का खतरा अधिक होता है। दोनों विकारों के बीच जैविक सम्बन्ध को विभिन्न अध्ययनों और शोधों द्वारा समझा गया है। दोनों में एक चलते वस्तु (लक्ष्य) को देखकर पता लगाने की क्षमता की कमी (कॉकारों, 2001) ध्यान बनाये रखने की क्षमता में कमी (राइन, 2006) कार्यकारी स्मृति में कमी (फार्मर, ओ, डोनेल, निजानि केविक्ज, वोगलमैयर, मैककार्ली, और शेटन, 2000) और भाषा असमानताएँ पाई जाती हैं, जिसका सम्बन्ध उनकी श्रवण प्रक्रिया में असमानताओं से हो सकती है (डिकी, मोरोक्ज, निजानिकेविक्ज, वोगलमैयर, टोन, खान एवं अन्य, 2008)।

इसका एक और पहलू प्रस्तावित किया गया है कि इसका एक दूसरा उप प्रकार है, जो आनुवंशिक रूप से मनोविदलता से जुड़ा नहीं है और संज्ञानात्मक और प्रत्यक्षणात्मक कमी इसकी विशेषता है। इसे प्रारम्भिक बाल्यावस्था के आघात और दुर्व्यवहार के इतिहास के साथ जोड़ा जा सकता है (राइन, 2006)। निम्न पारिवारिक सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि और तनावपूर्ण घटनाओं से सम्पर्क का भी इसमें योगदान हो सकता है। (टेसनर, मित्तल और वाकर, 2011)।

यह अनुमान लगाया गया है कि लगभग 30-50 प्रतिशत, मनोविदलतापरक व्यक्तित्व वाले व्यक्ति प्रमुख अवसाद के नैदानिक मानदंडों को पूरा करते हैं। इस प्रकार उनके उपचार में प्रमुख अवसाद वाले लोगों को दिये गये उपचार भी शामिल हैं। धीरे-धीरे मनोविदलतापरक व्यक्तित्व के लिए उपचार की विधियों और रणनीतियाँ के अवलोकन में रुचि बढ़ रही है क्योंकि इसे मनोविदलता से पहले विकार के रूप में भी देखा जाता है। कुछ अध्ययनों में इस विकार वाले लोगों के उपचार के लिए संयोजन के रूप में मनोविद्विषित विरोधी औषधि, सामुदायिक उपचार और सामाजिक कौशल प्रशिक्षण का प्रयोग किया है और यह पाया गया है कि इस दृष्टिकोण का उपयोग करने से या तो लक्षणों में कमी आई है या बाद में मनोविदलता की शुरुआत में देरी हुई है (नोर्डटॉफ़ट और अन्य, 2006)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार की मुख्य विशेषताओं को सूचीबद्ध कीजिए।

- मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार के उपचार के लिए विकल्प सुझाएँ।

8.6 सारांश

अब हम इस इकाई के अंत में आ गये हैं, तो हम उन सभी प्रमुख बिन्दुओं को सूचीबद्ध करते हैं, जो हमने इस इकाई में सीखे हैं।

- व्यक्तित्व विकार एक अनम्य और विकृत व्यवहार प्रतिरूप का संकेत देते हैं, जिसके परिणामस्वरूप दूसरों से सम्बन्धित और उनके वातावरण का प्रत्यक्षीकरण, चिन्तन करने के कुसमायोजित तरीके होते हैं।
- डीएसएम ने व्यक्तित्व विकारों को तीन समूहों में वर्गीकृत किया है और इस वर्गीकरण की वैधता पर प्रश्न उठाये गये हैं। डीएसएम-5 में इस वर्गीकरण का प्रयोग नहीं किया है, लेकिन इसका उपयोग प्रत्येक समूह के अन्तर्गत वर्गीकृत विकारों द्वारा साझा की गयी सामान्यताओं के कारण किया गया है।
- समूह-अ में स्थिर व्यामोह मनोविदलनाभ, और मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार सम्मिलित है। इस विकार की विशिष्ट विशेषताएँ विलक्षणता या विषमताएँ हैं। मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार में आनुवंशिक और जैविक कारणों की ओर इशारा होता है, लेकिन स्थिर व्यामोह और मनोविदलनाभ विकारों के कारणों के आसपास शोध अपेक्षाकृत कम है।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

- समूह-ब में हिस्टेरिक, आत्मरतिक, असामाजिक और सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार सम्मिलित है। इस समूह में आने वाले लोग संवेगात्मक, अनियमित और नाटकीय पाये जाते हैं। हिस्टेरिक और आत्मरतिक व्यक्तित्व के क्षेत्र में शोध बहुत ही अल्प है, लेकिन कुछ जैविक और मनोसामाजिक कारकों पर शोध किया गया है ताकि सीमावर्ती और असामाजिक व्यक्तित्व की कार्यशीलता को समझा जा सके।
- समूह-सी में परिहार, आश्रित और मनोग्रस्तता - बाध्यता व्यक्तित्व विकार सम्मिलित है। इस समूह में भय, तनाव, शर्म और चिंता आधारित लक्षणों की विशेषताएँ हैं। बाधित स्वभाव परिहार व्यक्तित्व के जोखिम को बढ़ा सकता है, और जो स्नायुविकृति और सहमतिशीलता जैसे शील गुणों पर उच्च आश्रित व्यक्तित्व विकार के लिए जोखिम बढ़ा सकती है, विशेषकर अधिनायकवादी और अतिसंरक्षित पालन-पोषण शैली का सामना करना पड़ सकता है।

8.7 मुख्य शब्द

व्यक्तित्व : अद्वितीय शीलगुणों और व्यवहारों का एक समूह जो व्यक्ति का वर्णन और विशेषता बताता है।

व्यक्तित्व विकार : व्यक्तित्व विकार का निदान किया जाता है यदि आत्म (पहचान या आत्म निर्देशन) और अंतर्वैयक्तिक (परस्पर लगाव या सहानुभूति) कार्यात्मकता में सार्थक हानि हो।

समूह-अ : इन विकारों में वे चिन्तन और व्यवहार सम्मिलित हैं, जो अन्य लोगों के लिए, विषम और सनकी प्रतीत हों और अक्सर विभिन्न सामाजिक समस्याओं का कारण बनता हो। इसमें अविश्वास से लेकर संदेह और यहाँ तक कि सामाजिक वैराग्य भी हो सकता है।

समूह-ब : इन विकारों में व्यक्ति में नाटकीय, अनिश्चित, अप्रत्याक्षित, और संवेगात्मक होने की प्रवृत्ति होती है।

समूह-स : इन विकारों में चिंता और भय की प्रवृत्ति होती है।

8.8 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) लोगों के समूह, जैसे शरणार्थी, कैदी, वृद्ध वयस्कों को विकार के लिए अतिसंवेदनशील माना जाना है।
- 2) समूह-अ व्यक्तित्व विकार में सम्मिलित है।
- 3) को विशेषता अत्यधिक अन्तर्मुखता के साथ सामाजिक और अंतर्वैयक्तिक कठिनाइयाँ हैं।
- 4) व्यक्तित्व विकार पहली बार वर्ष 1980 में पर डी.एस.एम.-3 में दिखाई दिए।
- 5) मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार के आनुवंशिक सम्बन्ध लंबे समय से के साथ संदिग्ध है।
- 6) व्यक्तित्व विकार को परिभाषित करें। व्यक्तित्व विकार के निदान के लिए सामान्य डीएसएम मापदंड क्या है।
- 7) व्यक्तित्व विकार के निदान में कठिनाइयों का उल्लेख करें।
- 8) व्यक्तित्व विकार के कारणों को समझने में क्या समस्याएँ हैं?

- 9) व्यक्तित्व विकार विकारों के तीन समूहों की विशेषताओं का उल्लेख करें।
10) समूह-अ के विकारों में अन्तर करें।
11) स्थिर व्यामोह व्यक्तित्व विकार के उपचार के उपायों को स्पष्ट करें।

व्यक्तित्व विकार : समूह-अ

8.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr. Psychiatry*, 45, 325-32.

Allik, J. (2005), Personality dimensions across cultures. *J. Pers. Disord.*, 19, 212-32.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM (5th ed.)). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Behaviour research and therapy interpretation bias in cluster-c and borderline personality disorders. *Behav. Res. Ther.*, 49(8), 472-81. Elsevier Ltd. Doi:10.1016/j.brat.2011.05.002.

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. R., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiat. Res.*, 134(2), 169-79.

Barlow, D. H., & Durand, V.M. (2012). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. (6th ed.) Wadsworth Cengage Learning.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2007). *Cognitive therapy of personality disorders*, (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.

Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*, New York: Guilford.

Bender, E. (2004), Data show wide variation in addiction treatment costs. *Psychiatric News*, 39, 11.

Bernstein, D. P., & Useda, J. (2007). Paranoid personality disorder. In W. O'Donohue, K. Fowler, & S. Lilienfeld (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 41-62). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bernstein, D. P., Arntz, A., & Travaglini, L. (2009). Schizoid and avoidant personality disorders. In P. H. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (2nd ed., pp. 586-601). New York: Oxford University Press.

Blashfield, R., Reynolds, S. M., & Stennett, B. (2012). The death of histrionic personality disorder. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 603-27). Oxford: Oxford University Press.

Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry* (A. A. Brill, Trans.). New York, NY: Macmillan.

- Borge, F. M., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., ... Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 87-99.
- Bornstein, R. F. (2011). Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: Limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes. *J. Pers. Disord.*, 25(2), 235-47. Doi:10.1521/pedi. 2011. 25.2.235
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2013). *Abnormal Psychology*, (16 ed.) Pearson.
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(1), 40.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Jr., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., ... Rathouz, P.J.. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43, 70-82.
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity* (1st ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Cleckley, H. M. (1982). *The mask of sanity* (Rev. ed.). New York: Plume.

8.10 ऑनलाइन संसाधन

Case of David Berkowitz (Psychopathy and ASPD)

- <http://maamodt.asp.radford.edu/Psyc%20405/serial%20killers/Berkowitz,%20David.pdf>
Portrayal of Borderline Personality Disorder (BPD)
- 1999 Movie- *Girl, Interrupted* directed by James Mangold starring, Winona Ryder, Angelina Jolie, Clea DuVall, Brittany Murphy, Whoopi Goldberg, Elisabeth Moss, and Vanessa Redgrave.

रिक्त स्थानों के उत्तर (1-5)

- 1) स्थिर-व्यामोही विकार
- 2) स्थिर-व्यामोही, मनोविदलनाभ, मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार
- 3) मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार
- 4) आयाम-II
- 5) मनोविदलता

इकाई 9 व्यक्तित्व विकार : समूह-ब एवं समूह-स*

संरचना

9.0 प्रस्तावना

9.1 समूह-ब व्यक्तित्व विकार

9.1.1 उन्मादी व्यक्तित्व विकार

9.1.1.1 कारणात्मक कारक

9.1.1.2 उपचार

9.1.2 आत्मरातिक व्यक्तित्व विकार

9.1.2.1 कारणात्मक कारक

9.1.2.2 उपचार

9.1.3 समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार

9.1.3.1 कारणात्मक कारक

9.1.3.2 उपचार

9.1.4 सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार

9.1.4.1 कारणात्मक कारक

9.1.4.2 उपचार

9.2 समूह-स व्यक्तित्व विकार

9.2.1 परिहार व्यक्तित्व विकार

9.2.1.1 कारणात्मक कारक

9.2.1.2 उपचार

9.2.2 आश्रित व्यक्तित्व विकार

9.2.2.1 कारणात्मक कारक

9.2.2.2 उपचार

9.2.3 मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार

9.2.3.1 कारणात्मक कारक

9.2.3.2 उपचार

9.3 व्यक्तित्व विकार के सामाजिक-सांस्कृतिक कारण

9.4 सारांश

9.5 मुख्य शब्द

9.6 पुनरावलोकन प्रश्न

9.7 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

9.8 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात आप:

- समूह-ब की विशेषताओं की व्याख्या कर सकेंगे;
- समूह-स के व्यक्तित्व विकारों पर चर्चा कर सकेंगे;

*बुशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मैरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली

- नैदानिक कारणों, उन्मादी, आत्मरतिक, समाज विरोधी और सीमावर्ती व्यक्तित्व विकारों के उपचार की पहचान कर सकेंगे, और
- नैदानिक विशेषताओं, कारणात्मक कारक, परिहार, आश्रित, मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकारों के उपचार का वर्णन कर सकेंगे।

9.0 प्रस्तावना

व्यक्तित्व विकार किसी के व्यक्तित्व संरचना से संबंधित होते हैं। व्यक्तित्व विकार द्वारा कार्य करने का सामान्य ढंग है। व्यक्तित्व विकार को समूह अ, ब, स में ग्रहित किया गया था। पिछली इकाई में आपने समूह-अ व्यक्तित्व विकारों के विषय में सीखा है, जिसके अंतर्गत स्थिर-व्योमोही व्यक्तित्व विकार, मनोविदलता तथा मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार आदि हैं। उनके कारणात्मक कारकों और उपचार पर भी चर्चा की गई है। इस इकाई में समूह-ब और समूह-स व्यक्तित्व विकारों समूह-ब और समूह-स की नैदानिक विशेषताएँ, कारणात्मक कारकों और उपचार के विषय में बताया जायेगा।

9.1 समूह ब व्यक्तित्व विकार

इस समूह के प्रचलित लक्षण नाटकीय, अनियमित या संवेगात्मक हैं। इस अनुभाग में उन्मादी, आत्मरतिक, समाज-विरोधी और सीमावर्ती विकारों पर चर्चा करेंगे।

9.1.1 उन्मादी व्यक्तित्व विकार

उन्मादी व्यक्तित्व विकार संवेगों की अतिरजित अभिव्यक्ति की विशेषताएँ हैं जैसे, किसी उदास फिल्म देखने के दौरान व्यक्ति को गले लगाने से उसका अनियन्त्रित हो जाना (स्कोडल और गुडरसन, 2008)। इस विकार के लक्षण की एक ओर विशेषता अत्यधिक ध्यान देने वाला व्यवहार है। उनका जीवंत, आकर्षक, नाटकीय और अतिरिक्त व्यवहार आमतौर पर उन पर ध्यान का केन्द्र बनाता है और आम लोगों द्वारा उन पर ध्यान नहीं दिया जा रहा है। तो वे स्वयं को कमतर अनुभव कर सकते हैं। लेकिन जल्द ही उनके आसपास के लोग लगातार ध्यान देने से थक जाते हैं जिसका परिणाम आमतौर पर अस्थिरता है और रिश्तों में असंतोष होता है। उनकी उपस्थिति और व्यवहार आमतौर पर बहुत नाटकीय, उत्तेजक और कई बार यौन उत्तेजक के रूप में पाए जाते हैं (फ्रीमैन, प्रीमैन और रोसन/फिल्ड, 2005)। जब वे चर्चा में नहीं होते हैं तब वे निष्प्रभावी असहज और आत्मकंद्रित होते हैं और अपने रूप को लेकर बहुत चिंतित रहते हैं। वे आवेगी भी हो सकते हैं और संतुष्टि प्राप्ति में देरी से कठिनाई हो सकती है। भाषण अक्सर बहुत अस्पष्ट होता है, जिसमें विवरणों की कमी होती है और दूसरों से अनुमोदन की एक प्रमुख चिंता के साथ प्रभावित होता है। उनकी संज्ञानात्मक शैली को एक निरंकुश तरीके से स्थितियों को देखने की प्रकृति की विशेषता हो सकती है (काला और सफेद) (ब्रेक, फ्रीमैन और डेविस, 2007)।

सामान्य जनसंख्या में उन्मादी व्यक्तित्व विकार की व्यापकता लगभग 2 से 3 प्रतिशत होने का अनुमान लगाया गया है (ब्लाशफील्ड, रेनॉल्ड्स और स्टेनेट, 2012) और कुछ अध्ययनों के अनुसार इसकी व्यापकता पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अधिक है (त्याँस और विडिगर, 2007)। इस जेण्डर अन्तर के पीछे दिये गये कारण विवादास्पद रहे हैं क्योंकि यह सुझाव दिया गया है कि उन्मादी व्यक्तित्व विकार के मानदंड मुख्य रूप से महिला से संबंधित विशेषताओं जैसे कि मोह, घमंड, अतिवृद्धि और किसी की शारीरिक दिखावा के साथ बहुत अधिक चिंता का विषय है (विडिगर और बोर्न स्टेनेट 2001)। हालांकि इस

विकार की कुछ विशिष्ट विशेषताएँ हैं, जो पुरुषों में अधिक पायी जाती हैं जैसे कि उत्तेजित अवसर की इच्छा या कम चेतना। कुछ हाल की शोधों ने उन्मादी विकार के निदान में जेण्डर के आधार पर पूर्वग्रह के कुछ प्रभाव की ओर इंगित किया है (लिलाम और विडगर, 2007)।

बॉक्स 9.1 : उन्मादी व्यक्तित्व विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड (ए.पी.ए.-2013)

अत्यधिक संवेगता और अवधान के अनुसरण का व्यापक प्रतिरूप है, प्रारंभिक वयस्कता और विभिन्न संदर्भों में उपस्थित है, जैसा कि निम्नलिखित में से पाँच (या अधिक) द्वारा दर्शाया गया है:

- 1) उन स्थितियों में असहज है, जिनमें वह ध्यान का केन्द्र नहीं है।
- 2) दूसरे के साथ बातचीत अनुचित यौन विमोहक या उत्तेजक व्यवहार की विशेषता है।
- 3) शीर्ष परिवर्तन और संवेगों की थोड़ी अभिव्यक्ति प्रदर्शित करता है।
- 4) स्वयं पर ध्यान आकर्षित करने के लिए लगातार शारीरिक दिखावे का उपयोग करता है।
- 5) भाषण एक अत्यधिक प्रभावशाली शैली है।
- 6) स्वयं-नाटकीयता, बनावटीपन और संवेगों की अतिरंजित अभिव्यक्ति को दर्शाता है।
- 7) विचारोत्तेजक (आसानी से दूसरों या परिस्थितियों से प्रभावित) है।
- 8) वे रिश्तों को वास्तव में अधिक अंतरंग मानता है।

9.1.1.1 कारणात्मक कारक

अपने लंबे इतिहास के बावजूद, उन्मादी व्यक्तित्व विकार के पीछे के कारण को समझने के लिए बहुत कम शोध किए गए हैं। यह संभवतः अन्य व्यक्तित्व विकारों से इसे अलग करने में शोधकर्ताओं के सामने आई कठिनाई के कारण हो सकता है (बोर्नस्टीन और मल्का, 2009)। कुछ शोधकर्ताओं ने भी इसके निदान की ओर संकेत किया है क्योंकि यह अमान्य है और इसे 'मृत्यु' बताया जाता है (ब्लराफील्ड एवं अन्य, 2012)।

इस प्रकार इसे डी.एस.एम.-5 से हटाने की संस्तुति दी गई थी। एक परिकल्पना समाज-विरोधी व्यक्तित्व विकार के साथ एक आनुवंशिक कड़ी को इंगित करती है। लिलिनफील्ड और सहकर्मियों ने पाया कि उन्मादी व्यक्तित्व वाले लगभग दो-तिहाई लोग भी समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के मानदंडों को पूरा करते हैं। इस प्रकार, इस विचार का प्रस्ताव दिया गया है कि दोनों के बीच कुछ सामान्य अंतर्निहित पूर्वग्रह हो सकते हैं तथा वे एक ही स्थिति के लिंग-प्रकार का वैकल्पिक विकल्प भी हो सकते हैं, जो मुख्य रूप से महिलाओं में उन्मादी व्यक्तित्व और पुरुषों में समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के रूप में व्यक्त किए जाते हैं (काले और लिलिनफील्ड, 2000ए, 2002बी)। हालांकि यह विचार अभी भी विवादास्पद बना हुआ और अधिक शोध की आवश्यकता है।

उन्मादी व्यक्तित्व विकार की दो सामान्य व्यक्तित्व विशेषता बहिर्मुखता और कुछ सीमा तक मनस्तापीयता (इन दोनों का आंशिक आनुवंशिक आधार है, विडगर और बोर्नस्टीन, 2001)। उन्मादी व्यक्तित्व के साथ बहिर्मुखता वाले रोगियों के उच्च स्तर पर घबराहट, कल्पनाओं के लिए स्पष्टता और उत्तेजना का अनुसरण है। उनके उच्च स्तर के मनस्तापीयता

व्यक्तित्व के विकार और
अपकामुक एवं मादक पदार्थ
से संबंधित विकार

अवसाद और आत्म-चेतना पहलुओं में सम्मिलित हो सकते हैं। अवधान की आवश्यकता के विषय में विशेष रूप में दुरनुकूलक स्कीमा और स्वयं महत्ता को मान्य करने के लिए भी विकार के लिए उत्तरदायी हो सकता है। 'यदि मैं लोगों का मनोरंजन नहीं कर सकता तो वे मुझे छोड़ देंगे', उनकी मूल अक्षमता में सम्मिलित हो सकते हैं (ब्रेक एवं अन्य, 1990, पी 50)।

9.1.1.2 उपचार

चिकित्सक व्यक्तित्व के साथ लोगों के व्यवहार पर ध्यान देने की कोशिश करते हैं। उदाहरण के लिए, एक शोध में व्यवहार रूपावली का उपयोग करके शोधकर्ताओं ने उचित व्यवहार और उन्मादी व्यक्तित्व जैसे लक्षणों वाले लोगों को बातचीत करने के लिए पुरस्कृत किया और उनके व्यवहार पर ध्यान देने के लिए जुर्माना लगाया गया। उन्होंने 18 महीने के अनुगमन के बाद सार्थक सुधार पाया गया (कास एवं अन्य, 1972)। जैसे कि वे आमतौर पर अपने आकर्षण या संवेगात्मक रणनीति के माध्यम से जनता के साथ हेरफेर करते हैं, चिकित्सा का बड़ा भाग उनके पारम्परिक संबंधों पर केंद्रित है (ब्रेक एवं अन्य, 2007)। उन्हें अपनी माँगों को पूरा करने के लिए अधिक उपयुक्त और स्वीकार्य पराक्रमण के तरीके भी सिखाए जाते हैं।

9.1.2 आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार

ग्रीक पौराणिक कथाओं के अनुसार, एक युवा शिकारी नार्सिस था जो परे और अहंकारी बना रहा। अपने अंहकार के लिए नार्सिस को दंडित करने के लिए, बदला लेने वाली देवी नेमसिस ने उस पर जादू कर दिया, जिसके कारण जब उसने अगली बार अपने प्रतिबिंब को पानी के कुंड में देखा तो वह मग्न हो गया; और उसके प्रेम में पड़ जाता है। यह शिकारी अपनी ही छवि से मुग्ध हो जाता है, बिना यह महसूस हुए कि वास्तव में वह स्वयं है। मनोविश्लेषकों ने आत्मरतिक शब्द का उपयोग उन व्यक्तियों का वर्णन करने के लिए किया है, जो स्वयं को अधिक महत्व देते हैं और अधिकतर समय दूसरों का ध्यान आकर्षित करने में व्यस्त रहते हैं (क्लोनिंजर और सविक, 2009)।

आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार की विशेषता अतिरिंजित भावना है, जो व्यक्ति स्वयं को देता है। एक अन्य महत्वपूर्ण विशेषता सहानुभूति की कमी और अवधान प्रशंसा की खोज के साथ मानसिक व्यस्तता है (रॉनिंग स्टैम, 2005, 2009, 2012)। यह दो प्रकार का हो सकता है: भव्य और कमज़ोर। भव्यता के प्रकार की आत्मरतिक की परिभाषित विशेषताएँ आक्रामकता, प्रभुत्व और भव्यता है। इस प्रकार, वे अपनी क्षमताओं को कम करने और दूसरों को कम आंकने के लिए जाने जाते हैं। उनके पास अधिकार की उच्च भावना है और उनका मानना है कि वे इसके लायक हैं। वे अपने विषय में बहुत डीगें मारते हैं और लगातार आत्म संदर्भों का उपयोग करते हैं पहचान प्राप्त करने के लिए वे बहुधा दावा करते हैं। वे आसानी से अपराध करते हैं और शायद ही कभी दूसरों को माफ करते हैं (एक्सलाइन, ब्रेमिस्टर, ब्रुशमेन, कैपब्रेल और फिंकेल, 2004)। कमज़ोर नशा करने वालों में आत्मसम्मान की भंगुर भावना होती है। वे बाहर से आलोचना और अस्वीकृति के लिए अपनी लज्जा और अतिसंवेदनशीलता को छुपाने के लिए अक्खड़पन और तिरस्कार का उपयोग करते हैं (कैन, पिंक्स और अंसेल, 2008)। वे बहुधा अस्वीकृति और आलोचना के डर के कारण सर्वदा अंतरगों से बचते हैं वे पूरी तरह से अपनी उपलब्धियों और कल्पनाओं से लबरेज दिख सकते हैं, जो वे अनुभव करते हैं वे नर्मों को उनकी महत्वकाक्षाओं के प्रति शर्मिदा करते हैं। दोनों प्रकार के उच्च स्तर के विरोध कम सहमतिशीलता (कम नम्रता, अंहकार, श्रेष्ठता, भव्यता की भावना) कम परोपकारिता और कठिन मानसिकता सहानुभूति की कमी के साथ जुड़े होते हैं। 'ग्रांड

नार्सिस' के मामले में यह करीबी रिश्तेदारों और परिवार है, जो स्वयं के बनाये अपने व्यवहार के विषय में अधिक व्यथित हैं। कमज़ोर आत्मरतिक बहुधा नकारात्मक प्रभाव का एक उच्च स्तर है (मिलर, विडिगर, और कैपबेल, 2010)। विं 1991 ने यह समझाने का प्रयास किया कि लोगों के जीवनसाथी ने उन्हें कैसे वर्णित किया और इस परिणाम पर पहुंचे कि वे "धूर्त, असहिष्णु, क्रूर, तर्कहीन, बेर्इमान, अवसरवादी, अंहकारी, अभिमानी और मौंग करने वाले हैं। उच्च भव्यता वाले लोगों को भी आक्रामक, मुखर, कठोर, और दृढ़" होने के रूप में वर्णित किया गया था जबकि उच्च कमज़ोर रोगियों को चिंताजनक, संवेगात्मक, रक्षात्मक चिंतित, कड़वा, तनावपूर्ण और शिकायत करने वाला भी था (पृष्ठ. 595)।

आत्मरति वाले व्यक्तियों का एक महत्वपूर्ण पहलू दूसरे व्यक्ति के दृष्टिकोण को लेने में असमर्थता है और अगर वे वैसी पुष्टि प्राप्त नहीं करते हैं जैसा कि वे चाहते थे तो वे प्रतिशोधी हो सकते हैं (रासमुसेन, 2005)। यह विकार पुरुषों में महिलाओं की तुलना में अधिक देखा जा सकता है (गोलोम्ब, अब्राहम और रोसेंबर्म, 1995)। यह विशेष रूप से जनसंख्या में 1 प्रतिशत के अनुमान से घटित होता है और अन्य व्यक्तित्व विकारों की तुलना में अपेक्षाकृत दुर्लभ विकार है।

बॉक्स 9.2 : आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

एक व्यापक स्वरूप (कल्पना या व्यवहार में), प्रशंसा की आवश्यकता है और सहानुभूति की कमी, प्रारंभिक वयस्कता से प्रारंभ और विभिन्न संदर्भों में उपस्थित है, जैसे कि निम्नलिखित पाँच बिन्दुओं द्वारा इंगित किया गया है:

- 1) आत्म-महत्व का एक भव्य अर्थ है, (जैसे कि उपलब्धियों और प्रतिभाओं को बढ़ा-चढ़ाकर प्रस्तुत करता है, यह अपेक्षा करता है कि वह बिना प्रशंसनीय उपलब्धियों के श्रेष्ठ माना जाए)।
- 2) असीमित सफलता, शक्ति प्रतिभा, सौंदर्य या आदर्श प्यार की कल्पनाओं के साथ व्यस्त।
- 3) यह मानता है कि वह विशेष और अद्वितीय है उसे केवल अन्य विशिष्ट या उच्च स्तर के लोगों (या संस्थानों) के साथ ही समझा या जाना जा सकता है।
- 3) अत्यधिक प्रशंसा की आवश्यकता है।
- 4) अधिकार की भावना (अर्थात् विशेष रूप से अनुकूल उपचार या उसकी अपेक्षाओं के साथ स्वतः अनुपालन की अनुचित अपेक्षाएँ)।
- 5) पारस्परिक रूप से पोषक है (अर्थात् दूसरों का लाभ उठाकर अपना परिणामों को प्राप्त कर लेता है।
- 6) सहानुभूति की कमी दूसरों की भावनाओं और आवश्यकताओं को पर स्पष्ट के लिए तैयार नहीं है।
- 7) बहुधा दूसरों से ईर्ष्या करता है या यह मानता है कि अन्य लोग उससे ईर्ष्या करते हैं।
- 8) आक्रामक, अभिमानी, व्यवहार या अभिवृत्ति को प्रदर्शित करता है।

9.1.2.1 कारणात्मक कारक

आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार के विषय में सिद्धांतों की बहुतायत हैं लेकिन तुलनात्मक रूप से अनुभवजन्य शोध कम हुए हैं। कोहुत (1978) का मानना है कि यह मुख्य रूप से पालन-

पोषण की विफलता से उत्पन्न होता है जिसमें माता-पिता बच्चे के शुरुआती विकास के चरणों में समानुभूति का मॉडल बनाने में विफल होते हैं। इस प्रकार, बच्चा (और बाद में वयस्क के रूप में) आदर्श व्यक्ति की अंतहीन खोज में उलझ जाता है, जो कि अप्रभावी समानुभूति की आवश्यकता को पूरा करेगा।

यह भी पाया गया है कि भव्य आत्मरतिक आमतौर पर बचपन में दुर्व्यवहार, उपेक्षा या गरीबी में पालन-पोषण से जुड़ा नहीं होता है लेकिन शायद अभिभावकों के अतिमूल्यांकन से संबंधित होता है। दूसरी तरफ कमजोर आत्मरतिक संवेगों, शारीरिक और शायद यौन व्यवहार, हस्तक्षेप, नियंत्रण या उपेक्षित पालन पोषण शैलियों के साथ जुड़ा हुआ है (मिलर, 2011; मिलर और कैम्पबेल, 2008)। लेस्च (1978) कि आत्मरतिकता का बढ़ता प्रसार व्यक्तिवाद, प्रतिस्पर्धात्मकता, वंशानुवाद और महत्वाकांक्षा जैसी विशेषताओं पर बल देने के साथ बड़े पैमाने पर सामाजिक परिवर्तन का परिणाम है (हुआंग एवं अन्य, 2009)।

9.1.2.2 उपचार

आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार वाले लोगों पर किये गए अध्ययनों की संख्या और एकत्र की गई सफलता की रिपोर्ट दोनों सीमित हैं (कोलोनिजर और सविक, 2009)। यहाँ, चिकित्सा का मुख्य केन्द्र प्रभावकारिता है। जिसके बाद मूल्यांकन के लिए अतिसंवेदनशीलता और दूसरों के लिए समानुभूति की कमी पर ध्यान दिया जाता है (ब्रेक एवं अन्य, 2007)। विश्रांति तकनीक का उपयोग ऐसे व्यक्तियों के लिए किया जाता है, जो आलोचना को स्वीकार करने और संभालने में उनके लिए सहायक हो सकते हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

रिक्त स्थानों की पूर्ति कीजिए:

- 1) दो सामान्य व्यक्तित्व विशेषताओं के चरम संस्करणों की विशेषता है – बहिमुखता, कुछ सीमा तक तथा मनस्तापीयता।
- 2) स्वयं की अतिरंजित भावना और उस महत्व को दर्शाता है, जो व्यक्ति स्वयं को देता है।
- 3) दिखावटी अहंकार आमतौर पर से जुड़ा नहीं है।
- 4) आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार के उपचार के लिए चिकित्सा का मुख्य केन्द्र है।
- 5) एक परिकल्पना समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के साथ के बीच आनुवंशिक कड़ी को इंगित करती है।

9.1.3 समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार

समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्ति सबसे अधिक हैरान और पहेलीनुमा पाए जाते हैं जिन्हें चिकित्सक अपने कॉरियर में देखते हैं। उनमें छल-कपट, आक्रामकता और असामाजिक व्यवहार और गतिविधियों के संयोजन के साथ सामाजिक मानदंडों और दूसरों के अधिकारों का लगातार उल्लंघन आदि उनके स्वभाव की विशेषता है। उनमें नैतिकता या नैतिक विकास का अभाव है और किसी के प्रति कोई पश्चाताप नहीं है।

रॉबर्ट हरे को इस विकार वाले लोगों का अध्ययन करने में अग्रणी माना जाता है और उनका वर्णन “सामाजिक हिंसक व्यक्ति जो मोहकता, हेरफेर एवं क्रूरता से जीवन में अपना रास्ता

बनाते हैं अपने पीछे टूटे हुए दिलों के निशान, उम्मीदों को चकनाचूर और खाली पर्स छोड़ जाते हैं। विवेक और सहानुभूति में पूरी तरह से कमी, वे स्वार्थी रूप से वे चाहते हैं और करते हैं, जैसे कि वे कृपा करना और अपराध या खेद की थोड़ी सी भी भावना के बिना सामाजिक मानदंडों और अपेक्षाओं का उल्लंघन करते हैं” (हरे, 1993, पृष्ठ 11)। वे आवेगी, धोखेबाज और गैर-जिम्मेदार होते हैं (डी.ब्रिटो और हाजिंस, 2009)। झूठ बोलना और धोखा देना उनका स्वभाव है, जिससे उनके लिए सच्चाई और झूठ के बीच अंतर करना कठिन हो जाता है। समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार वाले लगभग 60 प्रतिशत लोगों से मादक द्रव्यों का सेवन पाया जाता है (टेलर और लैंग, 2006)। व्हेक्स (1941 / 1982) ने “मनोविकार व्यक्तित्व” को परिभाषित करने के लिए 16 विशेषताओं के एक समूह की पहचान करता है। इसके लिए हरे और सहकर्मी ने 20 एकांश की एक चेकलिस्ट का निर्माण करते हैं जो प्रमुख आकलन परीक्षण के रूप में कार्य करती है। जिनमें में छह उनके संशोधित मनोरोग चेकलिस्ट (पी.सी.एल-आर) में सम्मिलित हैं: 1) चमक / सतही आर्कषण, 2) दिखावटी आत्म-मूल्य, 3) उत्तेजना की आवश्यकता, 4) रोगजन्य झूठ बोलना, 5) जीतना / हेरफेर और 6) पश्चाताप का आभाव (न्यूमैन, हरे एवं न्यूमैन, 2007 पृष्ठ, 103)। मनोरोगी के दो आयाम हैं अ) भावात्मक और अंतरवैयक्तिक ब) व्यवहार का पहलू। भावात्मक और अंतरवैयक्तिक मूल में शीलगुण होते हैं जैसे कि पछतावा की कमी, रुखापन, सहानुभूति की कमी, आर्कषण आदि जबकि व्यवहार का पहलू मुख्य रूप से आवेग, सामाजिक रूप से विचलित जीवन शैली, घटिया और गैर-जिम्मेदाराना व्यवहार, परजीवी जीवन-शैली पर केंद्रित है। डी.एस. एम. मुख्य रूप व्यक्तित्व शीलगुणों के विपरीत अवलोकन योग्य व्यवहारों पर ध्यान केंद्रित करते थे ताकि चिकित्सक निदान पर दृढ़ता से सहमत हो सकें। इसके पीछे मूल तर्क यह है कि किसी व्यक्ति को हेरफेर के शीलगुण के लिए आकलन करना कठिन है, लेकिन तुलनात्मक रूप से यह देखना आसान है कि क्या व्यक्ति कुछ व्यवहार में संलग्न है जैसे कि बार-बार लड़ाई या चोरी करना। समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार की कुछ विशेषताएँ बॉक्स 9.3 में वर्णित हैं।

बॉक्स 9.3 : समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार वाले लोगों की कुछ विशिष्ट विशेषताएँ

अपर्याप्त अंतःकरण विकास

- नैतिक मूल्यों को केवल मौखिक स्तर पर ही समझ सकते हैं।
- बौद्धिक विकास सामान्य है लेकिन अंतःकरण का विकास रुका हुआ है (फॉल्स और डिंड, 2005)।
- सकारात्मक और पारस्परिक आयाम सकारात्मक तौर पर मौखिक बुद्धिमत्ता से लेकिन समाज विरोधी आयाम बुद्धि से नकारात्मक तौर पर संबंधित है।
- तनाव “कार्यान्वित करना” कर सकते हैं और फिर उसकी चिंता करो।

चिढ़चिढ़ापन और आवेगी व्यवहार

- आवश्यकताओं के लिए सम्पूर्ण ध्यान न देना।
- उच्च रोमांच की इच्छा, विचलित और अपरंपरागत व्यवहार।
- कुछ भविष्य के लाभ के लिए शायद ही कमी तत्काल प्रसन्नता का आनंद लें।
- शराब या किसी अन्य पदार्थ पर निर्भरता और दुरुपयोग की घटना।
- आत्महत्या के प्रयासों की दर बढ़ गई है।

प्राधिकरण की अस्वीकृति

- सामाजिक मानदंडों और नियमों का पालन न करना।
- शैक्षिक और कानून प्रवर्तन अधिकारियों के साथ कठिनाई।
- उनकी कार्यवाही के परिणाम के प्रति रक्षात्मक व्यवहार।

दूसरों को प्रभावित करने और उनका शोषण करना

- बहुत ही आकर्षक, मित्रों को आसानी से मोह लेते हैं (फैटिक, 2005)।
- हास्य और आशावादी दृष्टिकोण की अच्छी समझ।
- बार-बार झूठ बोलने पर, कृत्य में पकड़े जाने पर खेद हो सकता है लेकिन ऐसा नहीं है।
- अन्य लोगों की आवश्यकताओं और दोषों के विषय में अच्छी जानकारी।
- उनके आचरण के लिए बहाने तैयार रहते हैं, आमतौर पर दूसरों पर दोषारोपण करना।

अच्छे संबंधों को बनाये रखने में असमर्थता

- प्रारंभ में दूसरों की पसंद जानने की क्षमता लेकिन शायद ही कभी करीबी दोस्त और रिश्ते रखते हैं।
- गैर जिम्मेदार, निंदक, बेर्इमान, अहंकारी कृतज्ञ और बेरहम।
- प्रेम को समझ नहीं सकते।
- परिवार के सदस्यों के प्रति हिंसा आमतौर।
- यौन संबंधों में हेरफेर और शोषण।
- परिवार और समाज के लिए एक खतरे के रूप में माना जा सके।

दीर्घकालिक अनुवर्ती शोधों के परिणाम बताते हैं कि मनोरोगी या समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार वाले कई वयस्कों में बच्चों के रूप में विकार था (रॉबिन्स 1978, सेलकिन 2006)। यह पाया गया है कि वयस्क में समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार होने की संभावना बढ़ जाती है अगर बच्चे का आचरण विकार और अवधान की कमी हो। अतिक्रियाशीलता दोनों का इतिहास रहा है (मोफिट, कैस्पी, रटर और सिल्वा, 2001)। दोनों के बीच बड़ा अंतर यह है कि समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार में पश्चाताप की कमी है लेकिन आचरण विकार के मानदंडों में नहीं है।

बॉक्स 9.4 : समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम-5 के मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

- क) दूसरों के अधिकारों की अवहेलना और उल्लंघन के लिए एक व्यापक प्रतिरूप है।
15 वर्ष की आयु के बाद, जैसा कि निम्नलिखित में से तीन (या अधिक) द्वारा इंगित किया गया है:

- कानूनी व्यवहार के संबंध में सामाजिक मानदंडों के अनुरूप असफलता जैसा कि बार-बार होने वाले कृत्यों से संकेत मिलता है, जो गिरफ्तारी के लिए आधार है।
 - धोखेबाजी जैसे कि बार-बार झूठ बोलने, उपनाम का उपयोग या व्यक्तिगत लाभ या खुशी के लिए दूसरों को बधाई देना।
 - आवेग और आगे की योजना बनाने में विफलता।
 - चिड़चिड़ापन और आक्रामकता, जैसा कि बार-बार शारीरिक झगड़े या हमले का संकेत मिलता है।
 - स्वयं या दूसरों की सुरक्षा के लिए लापरवाह उदासीनता।
 - लगातार गैर जिम्मदारी, जैसा कि लगातार कार्य-व्यवहार को बनाए रखने में बार-बार विफलता के संकेत मिलते हैं या वित्तीय कर्तव्यों का सम्मान करें।
 - पश्चाताप का आभाव, जैसे कि उदासीनता या तर्कसंगतता द्वारा इंगित किया गया है, चोटिल होना, दुराचार करना या दूसरे से चोरी करना।
- ख) व्यक्ति की आयु कम से कम 18 वर्ष के।
- ग) 15 वर्ष की आयु से पहले शुरुआत के साथ आचरण विकार का साक्ष्य है।
- घ) समाज विरोधी व्यवहार की घटना मनोविदलता या द्विधुर्वी विकार के दौरान नहीं होती है।

9.1.3.1 कारणात्मक कारक

क्रो (1974) द्वारा किए गए एक चिरप्रतिष्ठित अध्ययन में आपराधिक माताओं के बच्चों को जिन्होंने बाद में अन्य परिवारों द्वारा अपनाया गया था, की तुलना सामान्य माताओं के दत्तक बच्चों के साथ की गई थी। इन बच्चों को उनकी माताओं से बहुत पहले ही अलग कर दिया गया था ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि जैविक माता-पिता से पर्यावरणीय कारकों का कम या कोई प्रभाव नहीं पड़ा है। यह पाया गया कि आपराधिक माताओं के बच्चों को गोद लेने की दर दूसरों की तुलना में बहुत अधिक है। प्रस्तुत शोध में एक और महत्वपूर्ण खोज यह थी कि आपराधिक माताओं के बच्चे जिन्होंने अनाथालयों में अधिक समय बिताया था, वे बाद में सामान्य माताओं की गोद ली हुई संतानों या आपराधिक माताओं के दत्तक बच्चों (जो अनाथालयों में ज्यादा समय नहीं बिताते थे) की तुलना में अपराधी बन गए। इस प्रकार, आनुवंशिकी और पर्यावरण के बीच पारस्परिक प्रभाव की ओर संकेत करते हुए कुछ पर्यावरणीय संकेतों और प्रभावों और इसके विपरीत की उपस्थिति में आनुवंशिक कारक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। इस पर आगे शोध और उसकी पुष्टि की गई है (थोमस 2009, फर्यूसन 2010)।

इस क्षेत्र में प्रारंभिक सैद्धांतिक कार्य ने दो प्रमुख परिकल्पनाओं का सुझाव दिया है – कम उद्घोलन और निर्भयता। कम उद्घोलन परिकल्पना के अनुसार समाज विरोधी व्यक्तित्व वाले लोगों में असामान्य रूप से वल्कुटी उद्घोलन के निम्न स्तर होते हैं (सिल्वर एवं अन्य, 2009)। यह उनके जोखिम लेने और आगे के असामाजिक व्यवहार का प्राथमिक कारण भी हो सकता है, उद्घोलन के अपने निम्न स्तर को बढ़ावा देने के लिए वे उत्तेजना की खोज कर सकते हैं। राइन और उनके सहकर्मियों (1990) ने पाया कि भविष्य के अपराधियों में विश्राम अवधि में त्वचा चालकता और हृदय गति मंद थी (जब उनके समाज विरोधी व्यवहार के कारण 15 वर्ष की आयु में आकलन किया गया) और मस्तिष्क तंरंग गतिविधि भी धीमी है,

जो कम उद्घोलन का संकेत था। दूसरी ओर, निर्भयता की परिकल्पना कहती है कि मनोरोगियों में अन्य लोगों की तुलना में सबसे अधिक भय का अनुभव करने की उच्च सीमा होती है (लाइकेन, 1982)।

जेफरी ग्रे (1987) के अनुसार तीन प्रमुख मस्तिष्क प्रणालियाँ हैं, जो हमारे सीखने और संवेगात्मक व्यवहार को प्रभावित करती हैं: व्यवहार अवरोध प्रणाली (BIS), पुरस्कार प्रणाली, संघर्ष या पलायन प्रणाली। व्यवहार अवरोध प्रणाली और पुरस्कार प्रणाली का उपयोग मनोरोगी का व्यवहार समझने के लिए किया गया है। व्यवहार अवरोध प्रणाली, सेप्टो हिप्पोकैम्पल प्रणाली में स्थित है जिसमें सेरोटोनर्जिक और नारएँडनाजिक तंत्री प्रेषी तंत्र दोनों सम्मिलित हैं। यह सिर पर आयी हुई सजा या नव स्थिति को रोकने या धीमा करने की हमारी क्षमता में भूमिका निभाता है। पुरस्कार तंत्र हमारे व्यवहार के लिए उत्तरदायी है जब हमें सकारात्मक प्रतिफल मिलता है जो कि आशा और राहत से जुड़ा होता है। मनोरोगों के संबंध में इन दोनों प्रणालियों की खराबी स्पष्ट है। इसकी अनुमान है कि इन दोनों प्रणालियों के बीच असंतुलन भय और चिंता उत्पन्न कर सकता है क्योंकि व्यवहार अवरोध प्रणाली द्वारा कम स्पष्ट और सकारात्मक प्रभाव पुरस्कार प्रणाली के साथ जुड़े हुए हैं (लेवेस्टन, पैट्रिक, ब्रेडली और लेंग, 2000)। इस प्रकार, मनोरोगी असामाजिक माने जाने वाले कृत्यों को करते समय चिंतित नहीं होते हैं।

कई अध्ययनों के परिणामस्वरूप, शोधकर्ताओं ने परिकल्पना की है जैसे ही मनोरोगी एक पुरस्कार लक्ष्य पर अपनी आँखें लगाता है। वे संकेतों के बाद भी चक्कर नहीं लगाए हैं कि गैर मनोरोगों के विपरीत अब लक्ष्य उपलब्ध नहीं हो सकता है या प्राप्त नहीं हो सकता है (ड्वाराक, बर्टचा, कर्टिन, रूबिनस्टीन और न्यॅमैन, 2009)। यह उनके लापरवाह, साहसी और रोमांचकारी व्यवहार के कारण हो सकता है। एक दिलचस्प शोध ने यह भी सुझाव दिया कि समाज विरोधी व्यक्तित्व वाले बच्चों में आक्रामकता उनके माता-पिता के साथ बातचीत के कारण भी बढ़ सकती है (ग्रैनिक और फैटरसन, 2006)। यह भी पाया गया कि घर में शांति बहाल करने के लिए संभवतया संबंधों में भी कई बार अभिभावक बच्चे की माँगों को मानते हैं और अंततः अपने लड़ाई को व्यवहार और किसी भी कीमत पर हार नहीं मानते हैं। यदि यह “प्रतिरोध पारिवारिक प्रक्रिया” कम अभिभावकीय भागीदारी, घटिया या कम प्रभावी बाल निगरानी गतिविधियों जैसे कारकों के साथ संयुक्त हो जाती है तो यह आक्रामक व्यवहार को बनाए रखने में सहायता कर सकती है (क्रॉनिक एवं अन्य, 2007)। दत्तक ग्रहण अध्ययन के कुछ सबूतों से यह भी पता चलता है कि समाज विरोधी विकार के रोग निदान में साझा पर्यावरणीय कारकों की महत्वपूर्ण भूमिका हो सकती है।

9.1.3.2 उपचार

समाज विरोधी विकार के उपचार में प्रमुख मुद्दा यह है कि वे अपने चिकित्सकों को भी हेरफेर करने में सक्षम हैं, इस प्रकार, समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के सफल उपचार का बहुत कम रिकार्ड है। अधिकतर चिकित्सक अपने असामाजिक कृत्यों के लिए उन्हें हिरासत में लेने या उन्हें कैद करने से सहमत होते हैं ताकि भविष्य में ऐसी किसी भी हरकत से बचा जा सके। सावधानी को मुख्य रूप से प्रोत्साहित किया गया है ताकि उच्च जोखिम वाले बच्चों की पहचान की जा सके और वयस्कता में प्रवेश करने से पहले उनका उपचार किया जा सके। उपयोग की जाने वाली सामान्य रणनीतियों में से एक इन बच्चों के माता-पिता को प्रशिक्षित करना है कि वे इन व्यवहार संबंधी समस्याओं की पहचान और सामाजिक उन्मुख व्यवहार के प्रोत्साहित करने के लिए पुरस्कार आधारित प्रणाली का उपयोग कैसे करें? हालांकि, परिवार की अक्षमता, खराब सामाजिक-आर्थिक स्थिति या यहाँ तक कि बच्चे

के साथ अच्छा आचरण से संबंधित मुद्दे उपचार को जोखिम में डाल सकते हैं या इसका परिणाम उपचार से बाहर भी हो सकता है (कमिंसकी, वैले, फिलीन और बायल, 2008)। द्विध्रवी विकार के उपचार के लिए उपयोग किए जाने वाले लिथियम और एंटीकानवल्सेट जैसे ड्रग्स को आक्रामक / आवेगी व्यवहार से निपटने में कुछ हद तक सफल पाया गया है। ठोस निष्कर्ष निकालने के लिए पर्याप्त साक्ष्य नहीं है। संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा का मुख्य रूप से लक्ष्य है: सामाजिक परिप्रेक्ष्य लेना, आत्म नियंत्रण बढ़ाने में सहायता करना, पीड़ित-जागरूकता बढ़ाना, क्रोध प्रबंधन कौशल सिखाना, असामाजिक दृष्टिकोण बदलना, यहाँ तक कि नशीली दवा की लत को दूर करना। यहाँ यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के साथ व्यवहार करते समय चिकित्सक वास्तव में व्यवहार के कुछ क्षेत्र के बजाय किसी व्यक्ति की संपूर्ण जीवन शैली के साथ व्यवहार कर रहे हैं (हरे एवं अन्य, 2012)। यह भी पाया गया है कि उनके व्यवहार का प्रबंधन तब किया जा सकता है जब वे जेल में होते हैं या ऐसी जगह जहाँ उपचार किया जा रहा है (हेरिस और राइस, 2006)।

9.1.4 सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार

सीमावर्ती शब्द का उपयोग मूलरूप से उन लोगों को संदर्भित करने के लिए किया गया था जिनके पास एक ऐसी स्थिति भी जिसे विक्षिप्त और मनोविकृतिक सीमावर्ती के बीच कहा जा सकता है। हालांकि, बाद में इस स्पष्टीकरण को मनोविदलतापरक व्यक्तित्व विकार के रूप में जाना गया जो जैविक रूप से भी मनोविदलिता से संबंधित है सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार का वर्तमान निदान मनोविदलता से जुड़ा नहीं है।

सीमावर्ती व्यक्ति विकार के साथ लोगों की विशेषता पैटर्न आत्म-छवि, मनोदशा और यहाँ तक कि सम्बन्धों में आवेगशीलता और अस्थिरता है। इस भावात्मक अस्थिरता को किसी भी दीर्घकालिक परिणामों के बारे में सोचे बिना किसी भी पर्यावरणीय कारण के चरम और तीव्र प्रतिक्रियाओं द्वारा प्रकट किया जाता है। वे एक से दूसरे में भावनाओं में तेजी से बदलाव के माध्यम से भी जा सकते हैं (पेरिस, 2007)। उनकी स्वयं की भावना को खंडित रूप में वर्णित किया गया है। उनके अस्थिर सम्बन्धों के कारण शायद अस्थिर सम्बन्ध हैं और बहुधा निराशा और क्रोध में उनकी अस्थिरता समाप्त हो जाती है। हालांकि यहाँ यह भी ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि उनके छोड़ने का डर भी बहुत मजबूत है और इस प्रकार वे जितना संभव हो उतना बचने की कोशिश करते हैं (लिवसली, 2008)। इन लोगों को भी आत्मा-विनाशकारी और सुनिश्चित व्यवहार में आने का खतरा होता है। आत्महत्या के प्रयास भी नैदानिक स्वरूप का एक भाग हो सकते हैं यह जोड़-तोड़ हो सकते हैं और कुछ अधिनियम को पूरा कर सकते हैं। आत्म-चोट या स्व-उत्परिवर्तन इड सीमावर्ती व्यक्ति विकार वाले लोगों में एक सामान्य विशेषता है। लेकिन फिर इसे सावधानी के साथ समझना होगा कि किसी को भी किसी तरह के स्व-नुकसान में उलझने वाले को सीमावर्ती व्यक्ति विकार नहीं है। इस तरह का व्यवहार स्वयं को चिंता से मुक्त करने के लिए या उत्साहवैकल्य के परिणामस्वरूप किया जा सकता है। इन व्यवहार और स्नेहपूर्ण लक्षणों के साथ, सीमावर्ती व्यक्ति विकार के रोगियों में संज्ञानात्मक लक्षण भी है। बहुत कम समय हो सकता है जब उनके पास मनोविकृतिक जैसे लक्षण हो सकते हैं जैसे कि वास्तविकता से संपर्क खोना, भ्रम का अनुभव या यहाँ तक मतिभ्रम (पेरिस, 2007)। यह विशेष रूप से व्यक्तित्व विकार सार्थक सामाजिक, व्यवसायिकी की ओर जाता है और अकादमिक कामकाज और आमतौर पर मनोदशा विकारों, चिंता विकारों, खाने के विकारों और पदार्थ के उपयोग के साथ भी देखा जाता है।

**बॉक्स 9.5 : सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम-5 के मानदंड
(ए. पी. ए., 2013)**

परस्पर संबंधों की अस्थिरता का व्यापक प्रतिरूप, स्ववृत्ति को प्रभावित करता है, और आवेग को चिन्हित करता है। प्रारंभिक वयस्कता से प्रारंभ और विभिन्न संदर्भों में स्थित है जैसा कि निम्नलिखित में से पाँच (या अधिक) द्वारा प्रदर्शित किया गया है :

- 1) वास्तविक या काल्पनिक परित्याग से बचने के लिए उन्मत प्रयास (नोट - मानदंड 5 में सम्मिलित आत्महत्या या आत्म-विद्रोही व्यवहार को सम्मिलित न करें)।
- 2) अस्थिर का प्रतिरूप, आदर्शीकरण और अवमूल्यन के चरम सीमाओं के बीच बारी-बारी से गहन पारस्परिक संबंध।
- 3) पहचान की बाधा - स्पष्ट रूप में और लगातार अस्थिर आत्म-छवि या स्वयं की भावना।
- 4) कम से कम दो क्षेत्रों में प्रभावकारिता जो संभावित रूप में आत्म-हानिकारक है। (खर्च, सेक्स, मादक द्रव्यों का सेवन, लापरवाह ड्राइविंग, झूम-झूम के खाना) (आत्महत्या या आत्म-अपमानजनक व्यवहार को सम्मिलित न करें)।
- 5) बार-बार होने वाले आत्म-हत्या का व्यवहार, संकेत, या धमकी, या आत्म-उत्पीड़न व्यवहार।
- 6) मनोदशा की चिन्हित प्रतिक्रियाशीलता के कारण प्रभावशाली अस्थिरता (अर्थात् तीव्र प्रासंगिक डिस्फोरिया, चिड़चिड़ापन, या चिंता साधारणतः कुछ घंटों तक रहती है और शायद ही कभी कुछ दिनों से अधिक)।
- 7) खालीपन की पुरानी भावनाएँ।
- 8) अनुचित, तीव्र क्रोध या क्रोध को नियंत्रित करने में कठिनाई (जैसे गुस्सा, लगातार क्रोध, बार-बार होने वाले शारीरिक झागड़े)।
- 9) क्षणिक, तनाव-संबंधित व्यामोही उदावना या गंभीर विघटनकारी लक्षण।

9.1.4.1 कारणात्मक कारक

यह पाया गया है कि आनुवंशिक कारक सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं। इस दृष्टिकोण का समर्थन करने वाले प्रमुख पहलुओं में से एक यह है कि दोनों भावात्मक अस्थिरता और आवेगशीलता जो सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के साथ लोगों की प्रमुख अभिव्यक्तियाँ हैं आंशिक रूप से विधर्मी हैं (हुले एवं अन्य, 2012)। तंत्रिपेशी डोपामाइन के नियमन में सम्मिलित जीनों में सेरोटोनिन का स्तर निम्न के साथ सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार में भी भूमिका हो सकती है।

कम सेरोटोनिन का स्तर एक कारण हो सकता है कि वे अपने आवेगी व्यवहार को रोकने में सक्षम नहीं हैं। संरचनात्मक मस्तिष्क असमानताएँ के अध्ययन से पता चलता है कि सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के रोगियों में हिप्पोकम्पस और एमिग्डला की मात्रा में कमी हो सकती है, इस प्रकार अधिक आक्रामकता और आवेग दिखा रहा है।

भूतलक्षी मनोसामाजिक अध्ययनों में से कुछ ने बचपन के आघात, प्रतिकूलता और दुराचार की भूमिका की ओर संकेत किया है (वनडेलोब एवं अन्य, 2005)। पेरिस (1999, 2007) ने सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार की संभवतः कार्यक्षमता को समझने के लिए एक प्रवृत्ति प्रतिबल

सिद्धांत की प्रस्तुत की थी। उच्च स्तर की आवेगशीलता और भावात्मक अस्थिरता वाले लोगों में प्रवृत्ति प्रतिबल हो सकती है। जो सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के विकास का कारण बन सकता है, लेकिन कुछ कारणों की उपस्थिति में और आधात, माता-पिता की उपेक्षा विफलता या किसी प्रकार की हानि जैसे जोखिम कारक, इस तरह के निरर्थक कारकों की उपस्थिति में जो व्यक्ति पहले से ही अस्थिर रूप में अस्थिर है, वह अपवित्रता से ग्रस्त होकर अस्थिर या डिस्फोरिक बन सकता है। वे अपने नकारात्मक अभाव का सामना करने के लिए उस पर कार्य भी कर सकते हैं। पारिवारिक संरचनाओं का कमज़ोर होना आज के समय में सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के बढ़ते प्रचलन का एक बड़ा कारण हो सकता है।

9.1.4.2 उपचार

यह ज्ञात है कि सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार वाले लोग समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार या अन्य विकारों की तुलना में बहुत अधिक उपचार ढूँढ़ते हैं। सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के मुख्य लक्षणों का उपचार करने के लिए बहुधा एंटीकान्बेलेट्स और एंटीसाइकोटिक्स प्रभावी होते हैं। हालांकि, ड्रग्स के दुरुपयोग और आत्महत्या के प्रयासों के कारण प्रयास थोड़े जटिल हो जाते हैं। मारशा लिमेन ने द्वन्द्वात्मक व्यवहार चिकित्सा नामक दृष्टिकोण विकसित किया है, जो इस मामले में काफी सफल पाया गया है (लाइनहान एवं अन्य, 2006)। इस उपचार में आत्महत्या के व्यवहार को प्राथमिकता दी जाती है तब चिकित्सा में हस्तक्षेप करते हैं और इसकी निरंतरता उन व्यवहारों के बाद है, जो व्यक्ति के जीवन की गुणवत्ता में हस्तक्षेप कर सकते हैं। रोगियों को अपने संवेगों को नियन्त्रित करने और प्रत्येक दिन के समस्याओं को संभालना सिखाया जाता है। उन्हें रोगियों के समान उपचार भी दिया जाता है ताकि वे दर्दनाक घटनाओं से जुड़े भय को समाप्त कर सकें। फिर उन्हें अपनी स्वयं की प्रतिक्रियाओं पर भरोसा करने के लिए तैयार किया जाता है, जो अन्य लोगों पर निर्भर होने के बजाय निरंतर सत्यापन के लिए स्वयं की कल्पना करने में उनकी सहायता करते हैं। जहां वे आलोचनाओं पर नकारात्मक प्रतिक्रिया नहीं दे रहे हैं। द्वन्द्वात्मक व्यवहार चिकित्सा को एक प्रभावी चिकित्सा के रूप में पाया गया है, जो सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार के साथ लोगों की सहायता करने में प्रभावी है (स्टेनली एवं अन्य, 2007)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) सामाजिक मानदंडों की लगातार अवहेलना और उल्लंघन करने की प्रवृत्ति.....की विशेषता है।
- 2)का कहना है कि अन्य लोगों की तुलना में मनोरोगियों को डर की उच्च सीमा अनुभित होती है।
- 3) व्यवहार संबंधी समस्याओं की पहचान करना और सामाजिक उन्मुख व्यवहार को प्रोत्साहित करने के लिए पुरस्कार आधारित प्रणाली का उपयोग करना.....के लिए अपनाई गई उपचार पद्धति है।
- 4) द्विध्रुवी व्यक्तित्व विकार वाले लोगों की विशेषता प्रतिरूपहै।
- 5) आमतौर पर.....के मुख्य लक्षणों के उपचार में एंटीकान्वलसेट्स और एंटीसाइकोटिक औषधियों को प्रभावी माना जाता है।

9.2 समूह-स व्यक्तित्व विकार

समूह-स व्यक्तित्व विकारों में तीन व्यक्तित्व विकार सम्मिलित होते हैं – परिहार, आश्रित और मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार। सामान्य लक्षण चिंता और भय है। वर्णित विकारों को समझने के लिए आइए, हम प्रत्येक विकार के नैदानिक लक्षणों, कारणात्मक कारक और उपचार पर ध्यान देते हैं।

9.2.1 परिहार व्यक्तित्व विकार

अत्यधिक सामाजिक अवरोध और अंतरमुखता, परिहार व्यक्तित्व विकार के विशिष्ट प्रतिरूप हैं। इसके कारण उनके पास सीमित सामाजिक संबंधों का एक प्रतिरूप है और सामाजिक संबंधों में अंसन्तुष्ट हैं। इसके कारण उनके पास सीमित सामाजिक संबंधों का एक प्रतिरूप है और सामाजिक संबंधों में अनिच्छुक हैं। वे अन्य लोगों को ढूँढते नहीं हैं क्योंकि वे उनके द्वारा तिरिस्कार किए जाने से डरते हैं। हालांकि, इसका अर्थ यह नहीं है कि वे स्नेह की इच्छा नहीं करते हैं: वे अक्सर अकेला और ऊब महसूस करते हैं। मिलन और मटिनेज (1995) का मानना था कि उन व्यक्तियों के बीच अंतर करना महत्वपूर्ण है, जो असामाजिक हैं क्योंकि वे उदासीन हैं, सपाट प्रभाव, आलोचना के प्रति उदासीनता और अंतर्वैयक्तिक संबंधों में रुचि नहीं है (स्किजोइड व्यक्तित्व विकार के लिए तुलनात्मक निदान)। जो लोग असामाजिक हैं क्योंकि वे अस्वीकृति से डरते हैं और इस प्रकार अंतर्वैयक्तिक रूप से चिंतित है। बाद की श्रेणी वह है, जो परिहार व्यक्तित्व विकार के निदान पर फिट बैठता है। स्किजोइड व्यक्तित्व विकार वाले लोगों के विपरीत, वे अपने अल्हडपन का आनंद नहीं लेते हैं। दूसरों से संबंधित होने में असमर्थता के कारण उनके पास कम आत्ममान हो सकता है और यहाँ तक कि वे अवसाद से भी जुड़े हो सकते हैं (सानीस्लो एवं अन्य, 2012)।

शोधकर्ताओं ने निष्कर्ष निकाला है कि परिहार व्यक्तित्व विकार वाले लोग शर्म या घबराहट दिखाते हैं और नव स्थितियों और यहाँ तक कि संवेगों से भी बच सकते हैं। (इसमें सकारात्मक संवेगों से बचना भी सम्मिलित हो सकता है) वे अपनी खुशी का अनुभव करने में अपनी असमर्थता भी प्रदर्शित कर सकते हैं (टेलर एवं अन्य, 2004)। एक और पेचिदा अंतर सामाजिक भय और परिहार व्यक्तित्व विकार के मध्य है। कुछ अन्येषकों ने निष्कर्ष निकाला है कि परिहार व्यक्तित्व सामान्यीकृत सामाजिक भय की अधिक गंभीर अभिव्यक्ति हो सकती है (कार्टर और व्हु 2010)।

बॉक्स 9.6 : प्रतिकार व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम-5 के मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

सामाजिक निषेध का एक व्यापक प्रतिरूप, अपर्याप्त मूल्यवान की भावना और नकारात्मक मूल्यांकन के लिए अतिसंवेदनशीलता, प्रारंभिक वयस्कता से प्रारंभ और विभिन्न संदर्भों में स्टीक है जैसे कि निम्नलिखित में से चार या अधिक द्वारा इंगित किया गया है:

- आलोचनात्मक, अस्वीकृति या अस्वीकृति की आशंकाओं के कारण महत्वपूर्ण पारस्परिक संपर्क में सम्मिलित व्यवसायिक गतिविधियों से बचें।
- लोगों से जुड़ने को तैयार नहीं हैं, जब तक कुछ पसंद न किया जाए।
- शर्मिदा या उपहास किए जाने के डर से परिचित संबंधों के भीतर संयम दिखाता है।

- सामाजिक स्थितियों में आलोचना या अस्वीकार किये जाने के साथ चिंताकुल है।
- अपर्याप्तता की भावनाओं के कारण नए अंतर्रैयेवितक स्थितियों में बाधित होता है।
- सामाजिक रूप से आयोग्य, व्यक्तिगत रूप में अनविज्ञ या दूसरे से हीन के रूप में स्वयं को देखता है।
- असामान्य तौर पर व्यक्तिगत जोखिम लेने या किसी भी नई गतिविधियों में सलांगन करने के लिए अनिच्छुक हैं क्योंकि वे संकोचशील हो सकते हैं।

9.2.1.1 कारणात्मक कारक

परिहार व्यक्तित्व विकार की जड़ें एक सहज “बाधित” स्वभाव में हो सकती है, जिसके कारण नवजात, शिशु और बच्चा डरपोक या यहाँ तक कि एक नई या अस्पष्ट स्थिति में बाधित अनुभव कर सकता है। कुछ अध्ययनों में यह भी ज्ञात हुआ है कि परिहार व्यक्तित्व विकार के लिए आनुवंशिक भैयता को सामाजिक भय के साथ लोगों में भी देखा जा सकता है यदि पूरी तरह से नहीं तो कम से कम आंशिक रूप से (रीचबॉन क्रेजेनरुड एवं अन्य, 2007)। अस्वीकृति और नकारात्मक मूल्यांकन के डर को अंतर्मुखता और मनोरोगी तृप्ति जैसे लक्षणों के साथ मामूली रूप से उचित माना गया है। ये सभी प्रमुख परिहार व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों में हैं। इस बात की सम्भावना है कि जैविक रूप से अवरोधित स्वभाव वाले वास्तव में डायथेसिस हो सकते हैं और जब कोई व्यक्ति संवेगात्मक दुर्घटनाएँ या अस्वीकृति (एक बच्चे के रूप में) का अनुभव करता है तो यह अंततः परिहार व्यक्तित्व विकार का कारण बन सकता है।

9.2.1.2 उपचार

परिहार व्यक्तित्व वाले लोगों द्वारा अनुभव की जाने वाली सामाजिक समस्याएँ भय के समान हैं और यही कारण है कि दोनों के लिए एक समान तकनीकों का उपयोग किया जाता है। सामाजिक कौशल प्रबंधन और चिंता के लिए यहाँ व्यवहार हस्तक्षेप तकनीक बहुत उपयोगी है (बोरगे एवं अन्य, 2010)। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि उपचार की सफलता के लिए परिहार व्यक्तित्व विकार में चिकित्सीय गठबंधन एक महत्वपूर्ण भविष्यवक्ता है (स्ट्रफ एवं अन्य, 2006)।

9.2.2 आश्रित व्यक्तित्व विकार

आश्रित व्यक्तित्व विकार, किसी व्यक्ति की अत्यधिक देखभाल का लक्षण बताता है। इस प्रकार, उसकी/उसके विनम्र और कपटी व्यवहार की ओर संकेत करता है। वे दूसरों से अलग होने का डर दिखा सकते हैं क्योंकि वे स्वयं को अयोग्य या अक्षम पाते हैं। दूसरे से अलग होने या अपना समर्थन खो देने के डर से वे दूसरों पर गुस्सा नहीं कर सकते हैं या दूसरों में गलती नहीं ढूँढ़ सकते हैं। यह इस तथ्य का संकेत है कि ऐसे लोग शारीरिक या मनोवैज्ञानिक रूप से अपमानजनक संबंधों में रह सकते हैं। इस प्रकार, वे आमतौर पर अपनी जरूरतों के लिए कम महत्व देने वाले अन्य लोगों के आसपास अपना जीवन बिताते हैं और स्वयं पर भरोसा नहीं रखते हैं वे दूसरों की सहायता से निर्णय लेते हैं। पाँच कारक मॉडल के संदर्भ में आश्रित व्यक्तित्व विकार स्नायुविकृति और सहमतिशीलता की व्यापकता से जुड़ा है। लव एवं अन्य, 2009) पुरुषों की तुलना में महिलाओं में आश्रित व्यक्तित्व विकार की व्यापकता देखी गयी है। यह न केवल उपचार में लिंग के पूर्वाग्रह के कारण है बल्कि मुख्य रूप से महिलाओं में स्नायुविकृति और सहमतिशीलता जैसे लक्षणों के उच्च प्रसार के कारण,

जोकि आश्रित व्यक्तित्व विकार के लक्षण की विशेषता है (लन्नेसिक्स और विडिगर, 2007)। आश्रित व्यक्तित्व विकार की कुछ विशेषताएँ उन्मादी, सीमावर्ती और परिहार व्यक्तित्व के साथ भी परस्पर व्याप्त रहती हैं। उपचार के लिए तीनों की स्पष्ट समझ आवश्यक है। परिहार और आश्रित व्यक्तित्व के बीच अंतर पर प्रकाश डाला गया है। इसी तरह, सीमावर्ती और आश्रित दोनों व्यक्तित्व वाले व्यक्ति अपने आसपास के लोगों द्वारा परित्याग से डरते हैं लेकिन उनकी प्रतिक्रिया पृथक-पृथक हो सकती है उदाहरण के लिए, सीमावर्ती व्यक्तित्व वाले लोग शून्यता और क्रोध के संवेगों के साथ प्रतिक्रिया कर सकते हैं जबकि आश्रित व्यक्तित्व वाले लोग शुरू में विनम्र हो सकते हैं और नए सम्बन्धों की तलाश कर सकते हैं।

बॉक्स 9.7 : आश्रित व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम.-5 मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

एक व्यापक और अत्यधिक देखभाल की आवश्यकता है, जो विनम्र और भावनात्मक रूप से निर्भर व्यवहार और अलगाव की आशंका की तरफ जाता है, प्रारंभिक वयस्कता से प्रारंभ और विभिन्न संदर्भों में स्थित है जैसा कि निम्नलिखित में से पाँच या अधिक द्वारा इंगित किया गया है :

- 1) अत्यधिक सलाह और दूसरों के आवागमन के बिना रोजमर्च के निर्णय लेने में कठिनाई होती है।
- 2) अपने जीवन के अधिकांश प्रमुख क्षेत्रों की जिम्मेदारी संभालने के लिए दूसरों की आवश्यकता है।
- 3) समर्थन या अनुमोदन की हानि के डर के कारण दूसरों के साथ असहमति व्यक्त करने में कठिनाई होती है। (नोट प्रतिशोधों के यथार्थवादी डर को सम्मिलित न करें।
- 4) कार्य को प्रारंभ करने या अपने दस पर कार्यों को करने में कठिनाई होती है (निर्णय में अस्मविश्वास की कमी के कारण, प्रेरणा या ऊर्जा की कमी के बजाय क्षमता)।
- 5) दूसरों से पोषण और समर्थन प्राप्त करने के लिए अत्यधिक दूर जाता है, उन कार्यों को करने के लिए स्वयं सेवा के लिए जो अप्रिय है।
- 6) अतिरंजित होने के कारण अकेले होने पर असहज या असहाय महसूस करता है स्वयं या स्वयं की देखभाल करने में असमर्थता का डर।
- 7) तत्काल देखभाल और समर्थन के स्रोत के रूप में एक नये सम्बन्ध की खोज करता है जब एक करीबी सम्बन्ध समाप्त हो जाता है।
- 8) अनुचित रूप से छोड़े जाने के भय से ग्रस्त अपनी या खुद की देखभाल करने के लिए।

9.2.2.1 कारणात्मक कारक

आश्रित व्यक्तित्व विकार के मामले में आनुवंशिक प्रभाव साधारण पाया गया है। स्नायुविकृति और सहमतिशीलता (आश्रित व्यक्तित्व विकार में प्रमुख) जैसे लक्षणों में आनुवंशिक घटक होते हैं। इस बात की भी संभावना है कि निर्भरता और चिंता के लिए कम से कम आंशिक पूर्ववृत्ति से अधिनायकवादी और अति प्रभावी माता-पिता के नकारात्मक प्रभाव का खतरा हो सकता है। इस प्रकार यह उनके आश्रित व्यवहार को मजबूत किया है। जैसा कि संज्ञानात्मक शोधकर्ताओं द्वारा वर्णित है आश्रित व्यक्तित्व विकार वाले लोग, स्वयं के विषय में अंतर्निहित योजनाएँ कुसामायोजित हो सकती हैं। इस प्रकार उन्हें कमजोर, अक्षम और उनके अस्तित्व के लिए दूसरों की आवश्यकता के विषय में मूल विश्वास हो सकता है (रामसून, 2005)। इसे वर्तमान शोधों द्वारा भी समर्थन दिया गया है (अर्न्टज एवं अन्य, 2011)।

9.2.2.2 उपचार

इस विषय में उपचार साहित्य अधिकांश वर्णनात्मक, वे चिकित्सक द्वारा ध्यान देने के कारण आदर्श रोगियों की तरह दिखते हैं और चिकित्सक अपनी समस्याओं को साझा करने के लिए उत्सुक हैं, और वे अंततः चिकित्सक की प्रत्येक बात का अनुपालन करते पाये जाते हैं। उनकी विनम्रता चिकित्सा में प्रमुख बाधा बन जाती है (बोरगेट एवं अन्य, 2010)। स्वयं के कमजोर होने के बारे में उनका मूल विश्वास और दूसरों पर निर्भर संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा का उपयोग करके चुनौती दी जाती है (ब्रेक एवं अन्य, 2007) और विश्वास, स्वतंत्र होने और अपने दम पर निर्णय लेने का आग्रह उनमें निहित हैं।

9.2.3 मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार

मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार वाले लोग आदेश और निमंत्रण बनाए रखने के साथ अत्यधिक चिंता प्रदर्शित करते हैं। वे नियमों, आदेशों और कार्यक्रमों पर ध्यान देकर पूर्णतावादी प्रवृत्ति का प्रदर्शन करते हैं। उनकी पूर्णतावादी प्रवृत्ति इस सीमा तक दुविधापूर्ण हो सकती है कि वे अपने कार्यों को कभी समाप्त नहीं कर सकते हैं क्योंकि वे नगण्य विवरणों से चिंताकुल हैं और इस तरह से अपने समय का गलत उपयोग करते हैं (यावेल एवं अन्य, 2005)। वे इस सीमा तक कार्य करने के लिए समर्पित हो सकते हैं कि उन्हें विश्राम और मनोरंजन के लिए कुछ भी करने में कठिनाई हो सकती है। दूसरे उन्हें सख्त या शांत के रूप में देख सकते हैं क्योंकि वे आमतौर पर दूसरों को कार्य नहीं सौंपते हैं।

यह ध्यान रखना आवश्यक है कि मनोग्रस्ति बाध्यता विकार वाले व्यक्तियों के विपरीत उनके पास औपचारिक बाध्यताएँ नहीं होती हैं या उनका पालन नहीं होता है। इसके बजाय मनोग्रस्ति बाध्यता विकार वाले लोगों में उच्च स्नायुविकृति, दृढ़ता, उच्च कर्तव्यनिष्ठा और पूर्णतावाद की जीवनशैली भी होती है। यह भी ज्ञात हुआ है कि मनोग्रस्ति बाध्यता विकार के साथ लगभग 20 प्रतिशत लोगों में मनोग्रस्ति बाध्यता विकार का सहस्रगणता उपचार है (अलबर्ट एवं अन्य, 2004)। वास्तव में, मनोग्रस्ति बाध्यता विकार वाले लोगों में या तो परिहार या आश्रित व्यक्तित्व विकार का उपचार किया जाता है (वू एवं अन्य, 2006)।

बॉक्स 9.8 : मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार के लिए डी.एस.एम-5 के मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

सुव्यवस्था के साथ अन्य मनस्कता का व्यापक प्रतिरूप, पूर्णतावाद और मानसिक और पारस्परिक नियंत्रण, लचीलापन, खुलापन और दक्षता के मूल्य पर, प्रारंभिक वयस्कता से प्रारंभ और विभिन्न संदर्भ में मौजूद है। जैसा कि निम्नलिखित में से चार (या अधिक) द्वारा दर्शाया गया है:

- 1) विवरण के साथ पूर्वनिर्धारित है, नियम, सूचियाँ, आदेश, संगठन या कार्यक्रम, इस सीमा तक कि गतिविधि का प्रमुख बिन्दु लुप्त हो गया है।
- 2) पूर्णतावाद दिखाता है, जो कार्य पूरा होने में विरोध करता है। (कार्य को पूरा करने में असमर्थ है क्योंकि उसके स्वयं के कई मानकों को पूरा नहीं किया गया है)।
- 3) कार्य के प्रति अत्यधिक समर्पित है और उत्पादकता के लिए अवकाश का बहिष्कार (स्पष्ट: आर्थिक आवश्यकता को महत्व नहीं देते हैं)।
- 4) कर्तव्यनिष्ठ है, इमानदार, नैतिकता के मामले में दृढ़, नैतिकता और मूल्य (सांस्कृतिक या धार्मिक पहचान को महत्व नहीं)।

- 5) धिसे पिटे को त्यागने में असमर्थ या बेकार वस्तुएँ तब भी जब उनका कोई भावुक मूल्य न हो।
- 6) कार्यों को सौंपने के लिए अनिच्छुक हैं या दूसरों के साथ कार्य करने के लिए जब तक वे कार्यों को करने में अपने तरीके को व्यक्त नहीं करते हैं।
- 7) स्वयं या दूसरों पर कंजूस की भाँति खर्च करने की शैली अपनाता है, भविष्य में आने वाली तबाही के लिए पैसे का संचय के रूप में देखता है।
- 8) कठोरता और हठ दिखाता है।

9.2.3.1 कारणात्मक कारक

कलोनिंजर (1987) के जैविक आयामी दृष्टिकोण के अनुसार, व्यक्तित्व के तीन आयाम हैं जिन पर चर्चा की गई हैं वे हैं – नवीनता का प्रयास, हानि से बचाव, और पुरस्कार पर निर्भरता। मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों में नवीनता की निचले स्तर का प्रभाव और पुरस्कार निर्भरता देखी जाती है लेकिन उच्च स्तर पर नुकसान से बचा जाता है। कुछ शोधों ने यह पुष्टि की है कि मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार लक्षण एक साधारण आनुवंशिक प्रभाव दिखाते हैं (कैलवो एवं अन्य, 2009)। व्यक्तित्व शीलगुण आधारित सिद्धांतों पर चर्चा की गई है कि मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार वाले लोग कर्तव्यनिष्ठा पर अधिक ध्यान देते हैं। यह उनकी पूर्णतावादी प्रवृत्ति, अत्यधिक नियंत्रित व्यवहार या कार्य के प्रति अत्यधिक समर्पण का कारण भी हो सकता है।

9.2.3.2 उपचार

चिकित्सा आमतौर पर नियंत्रण और क्रम में रखने की उनकी आवश्यकता पर ध्यान केंद्रित करती है। उन्हें बाध्यकारी विचारों को दूर रखने के लिए शिथिल और भटकाव तकनीक सीखाने में सहायता मिलती है। संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा को मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार के रोगियों के लिए प्रभावी पाया गया है (स्वार्टबर्ग एवं अन्य, 2004)।

9.3 व्यक्तित्व विकार के सामाजिक-सांस्कृतिक कारण

कुछ शोधों के अनुसार संस्कृतियों के अंदर की तुलना में संस्कृतियों में व्यक्तित्व विकारों में कम भिन्नता है। यह इस कारण हो सकता है कि सभी संस्कृतियाँ मूल पाँच व्यक्तित्व शीलगुणों को साझा करती हैं (एलिक, 2005)। पेरिस (2001) ने कहा कि पिछले कुछ वर्षों में अमेरिकी समाज में कुछ व्यक्तित्व विकार बढ़ गए। यह समय के साथ बदलती सांस्कृतिक प्राथमिकताओं के कारण हो सकता है। उदाहरण के लिए, आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार पश्चिमी समाजों में अधिक प्रचलित पाया गया है इसका संभावित कारण व्यक्तिगत सफलता और महत्वाकांक्षा पर बल हो सकता है (विदिगर और बोर्नस्टीन, 2001)। यह भी सुझाव दिया गया है कि जैसे संवेगात्मक विकृति आवेगी व्यवहार में विगत कुछ वर्गों में वृद्धि हुई है (विशेष रूप से द्वितीय विश्व युद्ध के बाद), समय सीमा के दौरान सीमा रेखा और समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार के बढ़ते प्रचलन के साथ इसका संबंध हो सकता है। पारंपरिक पारिवारिक तंत्रों और विभिन्न अन्य सामाजिक संरचनाओं के टूटने के साथ इसके संबंध हो सकते हैं। भविष्य में कोई भी दावा करने से पहले इस क्षेत्र में गहन शोध की आवश्यकता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) और परिहार व्यक्तित्व विकार के विशिष्ट प्रतिरूप है।
- 2.) नियमों, आदेशों और अनुसूचियों पर ध्यान देकर पूर्णतावादी प्रवृत्ति का प्रदर्शन करते हैं।
- 3) आनुवंशिक प्रभाव को के संबंध में सामान्य पाया गया है।
- 4) चिकित्सा मनोग्रस्त बाध्यता व्यक्तित्व विकार के रोगियों में प्रभावी पायी गई है।
- 5) परिहार व्यक्तित्व विकार की जड़ें स्वभाव में हो सकती है।

9.4 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंत में आ गए हैं तो हम उन सभी प्रमुख बिंदुओं को सूचीबद्ध करेंगे जो हमने सीखी हैं:

- व्यक्तित्व संबंधी विकार दृढ़ और विकृत व्यवहार प्रतिरूप का संकेत देते हैं जिसके परिणामस्वरूप विचार, सोच के विकृत तरीके और उनके पर्यावरण से संबंधित हैं।
- डी.एस.एम ने व्यक्तित्व विकारों को तीन समूहों में वर्गीकृत किया है और इस वर्गीकरण की वैद्यता पर प्रश्न उठाया गया है। डी.एस.एम-5 ने इस श्रेणीकरण का उपयोग नहीं किया है लेकिन इसका उपयोग प्रत्येक समूह के अंतर्गत वर्गीकृत विकारों द्वारा साझा की गई सामान्यताओं के कारण किया गया है।
- समूह-ब में उन्मादी, आत्मरतिक, समाज विरोधी और सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं। इस समूह में आने वाले लोग संवेगात्मक, अनियंत्रित और नाटकीय पाए जाते हैं।
- उन्मादी और आत्मरतिक व्यक्तित्व के क्षेत्र में अनुसंधान बहुत ही अल्प हैं लेकिन कुछ जैविक और मनोसामाजिक कारकों पर शोध किया गया है ताकि सीमावर्ती और समाज विरोधी व्यक्तित्व की कार्यशीलता को समझा जा सके।
- समूह-स में परिहार, आश्रित और मनोग्रस्त बाध्यता व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं यह भय, तनाव, शर्म और चिंता आधारित लक्षण इस समूह की विशेषता है।

9.5 मुख्य शब्द

समूह-ब व्यक्तित्व विकार : नाटकीय, अनिश्चित या संवेगात्मक इस समूह के प्रचलित लक्षण हैं। इसमें उन्मादी, आत्मरतिक, समाज विरोधी और सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं।

समूह-स व्यक्तित्व विकार : भय, तनाव, शर्म, चिंता, आधारित लक्षण इस समूह की विशेषता हैं। इसमें परिहार, आश्रित और मनोग्रस्त बाध्यता व्यक्तित्व विकार सम्मिलित हैं।

उन्मादी व्यक्तित्व विकार : अत्यधिक ध्यान देना, जीवंत, आकर्षक, नाटकीय और बहुमुखी व्यवहार इस विकार की विशेषता है।

आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार : आत्म महत्व की अतिशयोक्तिपूर्ण भावना जो व्यक्ति स्वयं को देता है। ध्यान देना, प्रशंसा और समानुभूति की कमी आदि विकार की विशेषताएँ।

समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार : छल, आक्रामकता और असामाजिक व्यवहार और

गतिविधि के संयोजन के साथ सामाजिक मानदंडों और दूसरों के अधिकारों का लगातार उल्लंघन इस विकार की विशेषताएँ हैं।

सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार : चरित्र प्रतिरूप, आत्म छवि, आवेग और अस्थिरता आदि इसकी विशेषताएँ हैं।

परिहार व्यक्तित्व विकार : चरम सामाजिक निषेध और अंतर्मुखता इस विकार की विशेषता है।

आश्रित व्यक्तित्व विकार : किसी व्यक्ति की अत्यधिक आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए, उसकी/उसके विनम्र और स्पष्ट व्यवहार की ओर संकेत करता है।

मनोग्रस्त बाध्यता व्यक्तित्व विकार : आज्ञा और नियंत्रण बनाए रखने के साथ अत्यधिक चिंता से प्रेरित, नियमों आदेशों और अनुसूचियों पर ध्यान देकर पूर्णतावादी प्रवृत्ति का प्रदर्शन करते हैं।

9.6 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार की नैदानिक विशेषताओं को स्पष्ट कीजिए।
- 2) डी.एस.एम-5 के अनुसार, आश्रित व्यक्तिगत विकार के मानदंड को सूचीबद्ध कीजिए।
- 3) समूह-स व्यक्तित्व विकारों की विशेषताएँ क्या हैं?
- 4) परिहार व्यक्तित्व विकार के कुछ कारणों पर चर्चा कीजिए।
- 5) व्यक्तित्व विकार के सामाजिक कारण क्या हैं?

9.7 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr. Psychiatry*, 45, 325-32.

Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *J. Pers. Disord.*, 19, 212-32.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM (5th ed.)). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Behaviour research and therapy interpretation bias in cluster-c and borderline personality disorders. *Behav. Res. Ther.*, 49(8), 472–81. Elsevier Ltd. Doi:10.1016/j.brat.2011.05.002.

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. R., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiat. Res.*, 134(2), 169-79.

Barlow, D. H., & Durand, V.M. (2012). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. (6th ed.) Wadsworth Cengage Learning.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2007). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990), *Cognitive therapy of personality*

- disorders*, New York: Guilford.
- Bender, E. (2004), Data show wide variation in addiction treatment costs, *Psychiatric News*, 39, 11.
- Blashfield, R., Reynolds, S. M., & Stennett, B. (2012). The death of histrionic personality disorder. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 603-27). Oxford: Oxford University Press.
- Bleuler, E. (1924), *Textbook of psychiatry* (A. A. Brill, Trans.). New York, NY: Macmillan.
- Borge, F. M., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 87-99.
- Bornstein, R. F. (2011). Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: Limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes. *J. Pers. Disord.*, 25(2), 235–47. Doi:10.1521/pedi.2011.25.2.235
- Bornstein, R. F. (2012). Dependent personality disorder. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 505–26). Oxford: Oxford University Press.
- Bornstein, R. F., & Malka, I. L. (2009). Dependent and histrionic personality disorders. In P. H. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (2nd ed., pp. 602-21). New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., & Mineka, S. (2013). *Abnormal Psychology*. (16 ed.) Pearson.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clin. Psychol. Rev.*, 28, 638-56.
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002a). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex-differentiated manifestations of psychopathy. *J. Pers. Disord.*, 16(1), 52-72. Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002b). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder: A review and integration. *Clin. Psychol. Rev.*, 22, 1179-207.
- Calvo, R., Lazaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiat.*, 24, 201-06.
- Carter, S. A., & Wu, K. D. (2010), Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behav. Ther.*, 41(1), 2-13. Doi:10.1016/j.beth.2008.10.002.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Jr., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Rathouz, P.J.. (2007), Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/hyperactivity disorder, *Developmental Psychology*, 43, 70-82.
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity* (1st ed.), St. Louis, MO: Mosby.

- Cleckley, H. M. (1982). *The mask of sanity* (Rev. ed.), New York: Plume.
- Cloninger, C. R., & Svakic, D. M. (2009). Personality disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. II, pp. 2197-2240). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Coccaro, E. F. (2001). Biological and treatment correlates. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 124-35). New York: Guilford.
- Constantino, J., Abbacchi, A., Lavesser, P., Reed, H., Givens, L., Chiang, L., Todd, R. D. (2009). Developmental course of autistic social impairment in males, *Development and psychopathology*, 21(01), 127-138.
- Crowe, R. R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, 31, 785-791.
- De Brito, S. A., & Hodgins, S. (2009). Antisocial personality disorder. In M. McMurran & R. C. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder and violence: An evidence based approach* (pp. 133-154). New York, NY: Wiley.
- Depue, R. A. (2009). Genetic, environmental, and epigenetic factors in the development of personality disturbance. *Develop. Psychopath.*, 21(4), 1031-63.
Doi:10.1017/S0954579409990034.
- Depue, R. A., & Lenzenweger, M.F. (2005). A neurobehavioral model of personality disturbance. In: Clarkin, J.F ,& Lenzenweger, M.F., editors. *Major Theories of Personality Disorder*. Second. New York, NY: Guilford.
- Dvorak-Bertscha, J., Curtin, J., Rubinstein, T., & Newman, J. (2009), Psychopathic traits moderate the interaction between cognitive and affective processing. *Psychophysiology*, 46(5), 913.
- Exline, J. J., Baumeister, R. F., Bushman, B. J., Campbell, W. K., & Finkel, E. J. (2004). Too proud to let go: Narcissistic entitlement as a barrier to forgiveness. *J. Pers. Soc. Psych.*, 87(6), 894-912.
- Falkum, E., Pedersen, G., & Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, paranoid personality disorder diagnosis: A unitary or a two-dimensional construct? *Compr. Psychiatry*, 50(6), 533-41.
Doi:10.1016/j.comppsych.2009.01.003.
- Farmer, C. M., O'Donnell, B. F., Niznikiewicz, M. A., Voglmaier, M. M., McCarley, R. W., & Shenton, M. E. (2000). Visual perception and working memory in schizotypal personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 157(5), 781-86.
- Ferguson, C. (2010). Genetic contributions to antisocial personality and behavior: A meta-analytic review from an evolutionary perspective. *The Journal of Social Psychology*, 150(2), 160-180.
- Freeman, A., Freeman, S. M., & Rosenfield, B. (2005). Histrionic personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 305-10). New York: Oxford University Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York, NY: Plenum Press.
- Golomb, M., Fava, M., Abraham, M., & Rosenbaum, J. F. (1995), Gender differences in personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 152(4), 579-82.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006), Toward a comprehensive model of antisocial

- development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005), Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Compr. Psychiatry*, 46, 1-5.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.), New York, NY: Cambridge University Press.
- Hare, R. D. (1993), *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York, NY: Pocket Books.
- Hare, R. D., Nuemann, C. S., & Widiger, T. A. (2012). Psychopathy. In T. A. Widiger (ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 478- 504). New York: Oxford University Press.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006), Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of the psychopathy* (pp. 555-72). New York: Guilford Press.
- Hooley, J., Cole, S., & Gironde, S. (2012), Borderline personality disorder. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 409-36). Oxford: Oxford University Press.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Kessler, R. C.. (2009), DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 46-53. doi:10.1192/bjp.bp.108.058552
- John, O., & Naumann, L. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. Robins, & L. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and Research* (3rd ed., pp. 114-58), New York: Guilford Press.
- Johnson, J. G., Bromley, E., & McGeoch, P. G. (2005), Role of childhood experiences in the development of maladaptive and adaptive traits. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 209-221), Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kaminski, J. W., Valle, L., Filene, J., & Boyle, C. (2008), A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.
- Kass, D. J., Silvers, F. M., & Abrams, G. M. (1972), Behavioral group treatment of hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 26, 42-50.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., et al. (2008), The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 65(12), 1438-46. Doi:10.1017/S0033291710002436
- Kohut, H., & Wolff, E. (1978), The disorders of the self and their treatment: An outline. *Inter. J. Psychoanal.*, 59, 413-26
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 97-118. Doi:10.1037/a0018990

- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011), Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *J. Pers. Assess.*, 93(4), 325-31. Doi:10.1080/00223891.2011.577 478
- Larsen, R., and Buss, D.M. (2008). *Personality: Domains of Knowledge about Human Nature*, 3rd Ed. Boston: McGraw-Hill.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007), DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Levenston, G. K., Patrick, C. J., Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2000), The psychopath as observer: Emotion and attention in picture processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 373-385.
- Lilienfeld, S. O., VanValkenburg, C., Larntz, K., & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality to antisocial personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 718-722.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006), Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63, 757-66.
- Livesley, W. J. (2005), Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorders. *J. Pers. Disord.*, 19, 131-55.
- Livesley, W. J. (2008), Toward a genetically-informed model of borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.*, 22, 42-71.
- Lowe, J. R., Edmundson, M., & Widiger, T. A. (2009). Assessment of dependency, agreeableness, and their relationship. *Psychol. Assess.*, 21, 543-53.
- Lykken, D. T. (1982), Fearfulness: Its carefree charms and deadly risks. *Psychology Today*, 16, 20-28.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2007), Using a general model of personality to understand sex differences in the personality disorders. *J. Pers. Disord.*, 21(6), 583-602.
- Markowitz, P. (2001), Pharmacotherapy. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 475-93), New York: Guilford.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008), The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 159-81), New York: Guilford Press.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Pagano, M. E. (2005), Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.
- Miller, G. (2011, July 29), Healing the brain, healing the mind. *Science*, 333, 514-17.
- Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2010), Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *J. Abn. Psychol.*, 119(4), 640-9. Doi: 10.1037/a0019529
- Millon, T., & Martinez, A. (1995), Avoidant personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 218-33), New York: Guilford.

- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001), *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Neumann, C., Hare, R., & Newman, J. (2007), The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 102-117.
- Paris, J. (1999), Borderline personality disorder. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 628-52). New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2001), Psychosocial adversity. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 231-41). New York: Guilford.
- Paris, J. (2005), Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *J. Pers. Disord.*, 19, 156-70.
- Paris, J. (2007), The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *J. Pers. Disord.*, 21(5), 457-73.
- Paris, J. (2009), The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annu. Rev.*
- Paris, J. (2012), Pathology of personality disorder: An integrative conceptualization. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 399-408). Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Yen, S., & Gunderson, J. G. (2003), Personality disorders. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed., pp. 804-832). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Raine, A., Venables, P. H., & Williams, M. (1990), Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1003-1007.
- Rasmussen, P. S. (2005), *Personality-guided cognitive behavioral therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M. C., Orstavik, R. E., Tambs, K., et al. (2007), The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A populationbased twin study. *Am. J. Psychiatry*, 164, 1722-28.
- Robins, L. N. (1978), Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Rogler, L. (2007), Framing research on culture in psychiatric diagnosis. In J. E. Mezzich & G. Caracci (Eds.), *Cultural formulation: A reader for psychiatric diagnosis* (pp. 151-166), Lanham, MD: Jason Aronson Inc.
- Ronningstam, E. (2012), Narcissistic personality disorder: The diagnostic process. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 527-48). Oxford: Oxford University Press.
- Ronningstam, E. F. (2005), Narcissistic personality disorder: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, & A. Okasha (Eds.), Evidence and experience in psychiatry. Vol. 8: *Personality disorders* (pp. 277-27), New York: Wiley.
- Ronningstam, E. F. (2009), Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatr. Ann.*, 39, 111-21.

- Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Neurobiological contributions. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 299-324). Oxford: Oxford University Press.
- Salekin, R. T. (2006). Psychopathy in children and adolescents: Key issues in conceptualization and assessment. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 389-414). New York, NY: Guilford Press.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326-1342. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.002
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(3), 161-74. Doi:10.1037/a0021216
- Sanislow, C. A., da Cruz, K., Gianoli, M. O., & Reagan, E. (2012). Avoidant personality disorder, traits and type. In T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 549-65). Oxford: Oxford University Press.
- Sheets, E., & Craighead, W. E. (2007). Toward an empirically based classification of personality pathology. *Clin. Psychol. Sci. Prac.*, 14(2), 77-93.
- Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2008). Personality disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & G. O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (5th ed., pp. 821-860). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J., & Dulit, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy for suicidality and self-injurious behaviors. *Arch. Suicide Res.*, 11, 337-41.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337-345.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.
- Sylvers, P., Ryan, S., Alden, S., & Brennan, P. (2009). Biological factors and the development of persistent criminality. In J. Savage (Ed.), *The Development of Persistent Criminality* (pp. 141- 162), New York, NY: Oxford University Press.
- Taylor, C., Laposa, J., & Alden, L. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *J. Pers. Disord.*, 18, 571-94.
- Taylor, J., & Lang, A. R. (2006). Psychopathy and substance use disorders. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 495-511), New York, NY: Guilford Press.
- Tessner, K. D., Mittal, V., & Walker, E. F. (2011). Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders. *Schizo. Bull.*, 37(2), 432-41. Doi:10.1093/schbul/sbp087
- Thomas, C. R. (2009). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 223-239), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Watson, D., Clark, L. A., & Chmielewski, M. (2008). Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *J. Pers.*, 76(6), 1545-86. Doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00531.x

Weinberg, R. S., & Gould, D. (1999). Personality and sport. *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, 25,-46.

Widiger, T. A., & Bornstein, R. F. (2001). Histrionic, dependent, and narcissistic personality disorders. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 509-34), New York: Kluwer Academic.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C. J., & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 89-102). Washington, DC: American Psychological Association.

Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 61, 590-97.

Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between obsessive-compulsive disorder and personality: Beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Anxiety Disorders*, 20, 695-717.

Yovel, I., Revelle, W., & Mineka, S. (2005). Who sees trees before forest: The obsessive-compulsive style of visual-attention. *Psychol. Sci.*, 16, 123-29.

Zimmerman, M., Rothchild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 162, 1911-18.

9.8 ऑनलाइन संसाधन

Case of David Berkowitz (Psychopathy and ASPD)

- <http://maamodt.asp.radford.edu/Psyc%20405/serial%20killers/Berkowitz,%20David.pdf>

Portrayal of Borderline Personality Disorder (BPD) in the movie;

- *Girl, Interrupted* (1999) directed by James Mangold starring, Winona Ryder, Angelina Jolie, Clea DuVall, Brittany Murphy, Whoopi Goldberg, Elisabeth Moss, and Vanessa Redgrave.

रिक्त स्थानों के उत्तर 1 (1-5)

1. उन्मादी व्यक्तित्व विकार, 2. आत्मरतिक व्यक्तित्व विकार, 3. माता-पिता का अतिमूल्यांकन, 4. प्रभावकारिता, 5. उन्मादी व्यक्तित्व विकार।

रिक्त स्थानों के उत्तर 2 (1-5)

1. समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार, 2. निर्भीकता परिकल्पना, 3. समाज व्यक्तित्व विकार, 4. आत्म-छवि, मनोदशा और यहां तक सम्बन्धों में आवेग और अस्थिरता, 5. सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार।

रिक्त स्थानों के उत्तर 3 (1-5)

1. चरम सामाजिक निषेध और अंतर्मुखता, 2. मनोग्रस्त बाध्यता व्यक्तित्व विकार, 3. आश्रित व्यक्तित्व विकार, 4. संज्ञानात्मक व्यवहार, 5 जन्मजात बाधित।

इकाई 10 अपकामुक विकार एवं यौन अक्षमता*

संरचना

- 10.0 प्रस्तावना
- 10.1 सामान्य यौन व्यवहार क्या है?
- 10.2 यौन अनुक्रिया चक्र
- 10.3 यौन व्यवहार में जेंडर भिन्नता
- 10.4 अपकामुक (पैराफिलिक) विकार
 - 10.4.1 वस्तुरति (पीड़ोफीलिया) विकार
 - 10.4.2 नग्नदर्शन रति विकार
 - 10.4.3 अंग प्रदर्शन विकार
 - 10.4.4 परपीड़न-रति और आत्म-पीड़न या स्व-पीड़न
 - 10.4.5 बालरतिज (पीड़ोफीलिया) विकार
 - 10.4.6 कौटुम्बिक व्यवभिचार
- 10.5 अपकामुकता का कारण
 - 10.5.1 तंत्रिका जैविकीय कारण
 - 10.5.2 मनोवैज्ञानिक कारण
- 10.6 अपकामुकता का उपचार
- 10.7 जेंडर डिस्फोरिया (उत्साहवैकल्य)
 - 10.7.1 बाल्यावस्था में जेंडर डिस्फोरिया
 - 10.7.2 उपचार
- 10.8 ट्रांस सेक्सुलिजम (लिंग परिवर्तन की प्रवृत्ति)
 - 10.8.1 उपचार
- 10.9 यौन अक्षमता
 - 10.9.1 पुरुष में अति कामेच्छा विकार
 - 10.9.2 नपुंसकता
 - 10.9.3 शीघ्र पतन विकार
 - 10.9.4 बहुत देर बाद/या देर से वीर्य-पात स्खलन होना
 - 10.9.5 मादा यौन रुचि/उद्घोलन (उत्तेजना) विकार
 - 10.9.6 पुरुषों में लिंग प्रवेश विकार
 - 10.9.7 स्त्रियों में रति-अनुभूति विकार
- 10.10 सारांश
- 10.11 मुख्य शब्द
- 10.12 पुनरावलोकन प्रश्न
- 10.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 10.14 ऑनलान संसाधन

*बुशाली पाठक, सहायक प्राध्यापक (तदर्थ) मनोविज्ञान विभाग, जीसस एवं मेरी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय, नई दिल्ली।

इस इकाई को पढ़ने के बाद आप :

- यौन व्यवहार को समझने में सामान्यता और मनोविकृति के बीच सीमाओं को परिभाषित कर सकेंगे;
- यौन मानदंडों पर संस्कृति और जेंडर के प्रभाव का वर्णन कर सकेंगे;
- स्त्री व पुरुषों का यौन अनुक्रिया चक्र की व्याख्या कर सकेंगे;
- यौन अक्षमता और अपकामुकता की व्याख्या कर सकेंगे; तथा
- यौन विकारों और अक्षमताओं के उपचार दृष्टिकोण की समझ विकसित कर सकेंगे।

10.0 प्रस्तावना

मनुष्यों के यौन व्यवहार तथा यौन संबंधों को लेकर उनकी कल्पनाएँ अनेक प्रकार की होती हैं। एक व्यक्ति का यौन व्यवहार और उसकी यौन परिकल्पनाएँ दूसरे व्यक्ति से इतनी अलग होती हैं कि लोगों का अचम्भा होता है, ऐसा क्यों है? कभी-कभी स्वयं को भी अचम्भा होता है। प्रत्येक व्यक्ति का यौन व्यवहार उसका नितान्त निजी मामला होता है, जो प्यार प्रसन्नता और आनन्द प्रदान करता है। कुछ लोगों के लिए सेक्स बहुत महत्व रखता है जबकि कुछ इस पर बात करने से भी कतराते हैं। क्योंकि अनेक समाजों व संस्कृतियों में इसे वर्जित समझा जाता है, मनुष्य के लिए यौन संबंध सदैव उत्सुकता का विषय रहा है। अजन्ता और एलोरा की गुफाओं में यौन व्यवहार पर (प्राचीन काल) के अनेक मुद्राओं में चित्र मौजूद हैं। मानव कामुकता पर प्राचीन भारतीय पाठ कामसूत्र, लियोनार्डो द विन्ची ने संभोग की विभिन्न मुद्राओं के चित्र बनाये हैं और अब आधुनिक काल में इंटरनेट पर पोर्नोग्राफी की अनेक वेब साइट उपलब्ध हैं जो मनुष्यों की यौन-उत्सुकताओं तथा यौन-उत्तेजनाओं को समाप्त करने के लिए उपयोग की जाती हैं।

इस इकाई में सामान्य यौन व्यवहार, यौन अनुक्रिया चक्र तथा स्त्रियों व पुरुषों के यौन व्यवहार संबंधी अंतरों की व्याख्या करेंगे। अपकामुक विकारों, जेंडर डिस्फोरिया और यौन अक्षमता के लिए डीएसएम-5 मानदंड पर चर्चा की जाएगी। विकारों के लिए उपचार के विकल्प भी दर्शाएं गए हैं।

10.1 सामान्य यौन व्यवहार क्या है?

बाजार में ऐसी अनेक पत्रिकाएँ उपलब्ध हैं, जो यौन-क्रियाओं के विषय में अनर्गल और उत्तेजना उत्पन्न करने वाली जानकारियाँ देती हैं। अपने सर्वेक्षणों के आधार ये पत्रिकाएँ बताती हैं कि पुरुष एक दिन में 15 बार या उससे ज्यादा बार भी चरम रति बिन्दु प्राप्त कर सकते हैं। यह निष्कर्ष सत्य के तनिक भी निकट नहीं हैं। इसी प्रकार उनका यह कथन कि बलात्कार की कल्पना करके भी स्त्रियाँ यौनानंद का चरम सुख प्राप्त कर सकती हैं। स्त्रियाँ कल्पना में यौन क्रिया के आनंद की कुछ अनुभूति अवश्य प्राप्त करती हैं, पर कोई स्त्री बलात्कार की कल्पना नहीं करती। (क्रिटेली और बिगोना, 2008)। इस तरह के सर्वेक्षणों में दो कमियाँ हैं – पहली यह कि ऊल-जुलूल निष्कर्षों की बात करके ये पत्रिकाएँ न केवल यौन-जानकारी से ध्यान भटकाने का काम कर रही हैं; अपितु यौन-जानकारी संबंधी सच की धज्जियाँ उड़ा रही हैं। दूसरे इनके निष्कर्ष वैज्ञानिक पद्धति अथवा अनुसंधान पर आधारित नहीं होते। अतः वे विश्वसनीय नहीं माने जा सकते। इन पत्रिकाओं के मालिक मिथ्या उत्तेजनात्मक भ्रम फैलाकर बिन्नी बढ़ाकर भारी मुनाफा कमा रहे हैं और समाज को गुमराह कर रहे हैं।

बॉक्स 10.1 : याद रखने के लिए कुछ महत्वपूर्ण शब्दावली

सेक्स : पुरुष या महिला होने का गुण।

संभोग : योनि में स्तंभन के समय लिंग का प्रवेश। अन्य रूपों में गुदा मैथुन (लिंग द्वारा गुदा में प्रवेश), मुख मैथुन (लिंग द्वारा मुख में प्रवेश या मादा जननांगों का मौखिक प्रवेश) और छूना (उंगलियों द्वारा जननांगों में प्रवेश) सम्मिलित है।

लैंगिकता : लिंग, जेंडर पहचान, भूमिका, लैंगिक रुझान, आनंद, अंतरगता और प्रजनन सम्मिलित है।

यौन स्वास्थ्य : यौन के दैहिक, संवेगात्मक बौद्धिक और सामाजिक पहलुओं का एकीकरण जो कि व्यक्तित्व, संचार और प्रेम को सकारात्मक रूप से समृद्ध और उन्नत करते हैं (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2002)।

लैंगिक अधिकार : जबरदस्ती, भेदभाव और हिंसा से मुक्त अधिकार।

लैंगिक मानक : यह व्यक्तिगत या सामाजिक आदर्श हो सकते हैं कामुकता के संबंध में आदर्श संस्कृति है और इसे आयु, सहमति, जाति के आधार पर परिभाषित किया जाता है।

सामान्य अथवा बांछित मानव यौन-व्यवहार समय व स्थान के अनुसार बदलता रहा है उदाहरण के लिए, वॉन क्राफ्ट एनिंग (1902) ने दावा किया कि युवावस्था आने से पहले लड़के यदि हस्त मैथुन करते हैं तो उनके लिंग यौनियों पर इसका कुप्रभाव पड़ता है और उसमें कोई दोष भी हो सकता है तथा उनके यौन-ऊर्जा समय से पहले ही नष्ट हो जाती है। विकटोरिया काल में लोगों के विचार थे कि अधिक यौन-क्रिया करना अथवा यौन-क्रिया की लत लग जाना खतरनाक है, अतः उसे रोका जाना चाहिए। उसे रोकने के निरंतर उपाय किये जाने चाहिए। आज का समाज इस बात की समझ रखता है कि यौन-संबंध जीवन का भाग है। इसीलिए वह इसके प्रति उदार है और यौन क्रिया की विविधता अथवा यौनानंद लेने की विविध विधियों से उसे कोई ऐतराज नहीं है। केवल तब ही समाज उनके यौन-क्रियाओं को असामान्य करार देता है जब इनके कारणों से समाज के अन्य लोगों पर दुष्प्रभाव पड़ता है। यदि यौन-संतुष्टि जटिल हो जाती है या समाज उसे स्वीकार नहीं कर पाता, तब ही वह विकृत मानी जाती है। इस दायरे में आने वाली विकृतियाँ तीन प्रकार की होती हैं। पहला, लिंग-पहचान विकार; शारीरिक संभोग के बाद जिन्हें मनोवैज्ञानिक संतुष्टि नहीं मिलती तो यह एक के विकार के कारण होता है। कुछ स्त्रियों या पुरुषों के साथ ऐसा होता है। इस विकार की प्रकृति यौन विकार न होकर व्यक्ति के अपने व्यक्तित्व का एक विकार होता है। जिसे लिंग पहचान दोष कहा जाता है। यह स्त्री या पुरुष किसी में भी हो सकता है। यह परंपरागत यौन रूप से दो विपरीत लिंगियों के सामान्य यौन व्यवहार से बिल्कुल अलग है।

दूसरा यौन विकार है, संभोग करते समय लिंग भरपूर उत्थान नहीं आता, और वह स्थिति है जब लिंग ठीक से काम नहीं कर पाता। ऐसा विभिन्न प्रकार से यौनिक दोषों के कारण होता है। यौन विकारों की तीसरी श्रेणी अपकामुकता कहलाती है। जो यौन विचलन के लिए एक शब्द है, इसमें वे विचलन सम्मिलित हैं जिनमें अनुचित वस्तुओं या व्यक्ति के संदर्भ में यौन उत्तेजना होती है। लेकिन इन विकारों को समझने से पहले, इस प्रश्न पर फिर से विचार करना आवश्यक है कि सामान्य यौन व्यवहार क्या है।

यौन सहजता को समझने के लिए समाज में पहले से चले आ रहे यौन व्यवहार को ठीक से जान लेना जरूरी है, यह कि जरूरी नहीं वह बिल्कुल सही ही हो। यौन मनोवैज्ञानिक बिली, (तनफर, ग्रेडी और क्लीपिंगर, 1993) ने 3321 पुरुषों से अमेरिका में जानकारी एकत्र

की (जिनकी आयु 20 और 39 के बीच) थी। इनमें से सभी शारीरिक संभोग का अनुभव रखते थे। तीन-चौथाई मौखिक, यौन-क्रिया का भी अनुभव रखते थे। केवल पाँचवें भाग के गुदा मैथुन के आदी थे। इनमें से 23.3 प्रतिशत ने 20 से ज्यादा स्त्रियों के साथ यौन संबंध बनाये थे जो जिसमें कि पर्याप्त खतरा रहता है। पिछले वर्षों के दौरान 70 प्रतिशत से अधिक ने केवल एक साथी के साथ यौन संबंध बनाये। ज्यादातर पुरुष-स्त्री और पुरुष दोनों के साथ यौन संबंधों से गुजर चुके थे। केवल 2.3 प्रतिशत समलैंगिक भी थे और उभय लिंगी भी अर्थात् स्त्रियाँ के साथ संभोग कर चुके थे, मात्र 1.1 प्रतिशत केवल समलैंगिक थे।

10.2 यौन अनुक्रिया चक्र

अनेक शोधकर्ताओं ने यौन चक्र को समझने का प्रयास किया है परन्तु किसी समूह (1940) ने एक सफल मानव यौन व्यवहारतः लोगों से उनकी यौन अनुक्रिया जानने के लिए जानकारी एकत्र की और उन्हें पर्याप्त सफलता मिली (किंसी, पोमरॉय और मार्टिन, 1948)। मास्टर्स एण्ड जॉन्सन एक कदम और आगे बढ़ गये। उन्होंने प्रयोगशाला से 10 ऑकड़े एकत्रित किए। यौन व्यवहार पर शरीर विज्ञान और मनोविज्ञान के अध्ययन के लिए इन निष्कर्षों के आधार पर उन्होंने दो पुस्तकें लिखीं – जिनके नाम हैं ह्यूमन सैक्युअल रेस्पोन्सेज (Human sexual responses, 1966), ह्यूमन सैक्युअल इनेडिक्वेंसी (Human sexual Inadequacy, 1970)।



वित्र 10.2 : मानव यौन अनुक्रिया (मास्टर्स, डब्ल्यू एच और जॉन्सन वर्ड (1966) पर आधारित, मानव की यौन अनुक्रिया। बोस्टन: लिटिल ब्राउन एवं कपलान एच एस (1979)।
यौन इच्छा के विकार, न्यूयार्क, एन वाई ब्रूनर

मानव यौन अनुक्रिया चक्र के तीन चरण होते हैं :

- 1) **इच्छा चरण :** इस चरण में मनुष्यों में यौनेच्छा जन्म लेती है और वे अनेक प्रकार रंगीन कल्पनाओं में खोने लगते हैं।
- 2) **उत्तेजना चरण :** यह एक प्रकार से मुख्य क्रिया की पृष्ठ मौखिक तैयारी है। इसके दौरान संभोग पूर्व तैयारी करना, अच्छा लगता है। इसके दौरान नसों में उत्तेजना बढ़ जाती है, साँसें तेज हो जाती हैं और धड़कने तेज हो जाती हैं। पुरुषों के लिंग उत्थित हो जाते हैं। (ऐसा लिंगों में रक्त संचार बढ़ जाने के कारण होता है।)

स्त्रियों के पेड़ स्थल भारी हो जाते हैं। ऐसा पेड़ स्थित रक्त-कोषों में अतिरिक्त रक्त-संचार के कारण होता है। इसके कारण यौनि से चिकना द्रव्य निस्त्रित होने लगता है तथा छातियों के उभारों में भारीपन बढ़ जाता है। और छातियों के सिरे कड़े हो जाते हैं (नीप्पल तन जाते हैं)।

- 3) **उत्तेजना उभार चरण :** इस चरण में उत्तेजना में वृद्धि होती है और उत्तेजना चरण में परिवर्तन महसूस होने लगता है और परिवर्तन की गति बढ़ती ही चली जाती है। जननांग अत्यधिक संवेदनशील हो सकते हैं। ख्यास करने पर दर्द हो सकता है। मांस पेशियों की एठन को पैरों, हाथों और चेहरे पर देखा जा सकता है।
- 4) **चरम सुख चरण :** यौन-क्रिया चक्र का यह चरमों दोष है। इस अवधि में यौनांगों के ऊतकों में संकुचन-प्रकुचन की क्रिया भी होती रहती हैं। साँसें तेज हो जाती हैं और फिर मिलन के साथ यकायक तनाव प्रस्फुरित होता है। पुरुषों में अंदर से स्खलन तीव्र इच्छा होती है और फिर स्खलन हो जाता है। स्खलन से पुरुष का वीर्य बाहर निकलता है। महिलाओं की योनियाँ झटके से सिकुड़ती हैं और उसमें संकुचन की क्रिया प्रकुचन शुरू हो जाती है, जो देर तक चलती रहती है।
- 5) **विश्राम चरण :** इस चरण को विशेषकर (पुरुषों में) कामोत्तेजना में कमी के रूप में चिह्नित है। इस समय पुरुष को अत्यधिक शिथिलता व थकान का अनुभव होता है, साथी से लिपटने की इच्छा होती है। यदि स्त्रियों को थोड़ा सा उत्तेजित कर दिया जाये तो वे स्त्रियाँ यौन-क्रिया के लिए फिर से तैयार हो जाती हैं, वे एक बार फिर चरम की ओर जाने की इच्छा से बार-बार चरम तक पहुँचने की प्रवृत्ति भी होती है और क्षमता भी। परन्तु पुरुष फिर से यौन-क्रिया करने के लिए तुरन्त तैयार नहीं होते, उन्हें थोड़ा वक्त लगता है फिर से इस क्रिया को छुड़ाने के बाद वीर्यपात होने से जो शिथिलता आ जाती है। उससे बाहर निकलने में थोड़ा समय लगता है। इस अवधि को रीफ्रेक्टरी कहा जाता है। जो कुछ मिनट से लेकर कुछ घंटों तक जारी रहता है।

10.3 यौन व्यवहार में जेंडर भिन्नता

शोधों के अध्ययन से पता लगता है कि पुरुष अपेक्षाकृत यौन सम्बन्धी विचारों में खोये रहना ज्यादा पसंद करते हैं, इसीलिए उन्हें हस्तमैथुन में स्त्रियों से ज्यादा आंनद आता है एण्डर्सन, काइरानाबाकी तथा अरैस्टाड, 2000)। कुछ अपवादों को छोड़कर, सामान्यतः पुरुषों की इच्छा रहती है कि जिस स्त्री के साथ वे सम्भोग करें, वह यौन-क्रिया में बढ़-चढ़कर भाग लेने वाली हो, जबकि स्त्रियों की धारणा कुछ अलग होती है (बाडमीस्टर केटेनीज़ एण्ड वोह, 2001, हरवैनिक रीस सिचक, एवं अन्य, 2010)।

विभिन्न लैंगिक सर्वेक्षणों के अनुसार स्त्रियों की तुलना में पुरुष हस्तमैथुन (स्वयं की उत्तेजना उत्पन्न कर चरम सुख का अनुभव करना) ज्यादा करते हैं। (ओलीवर एवं हाइडी, 1993, पिलाऊ, 2003, पीटरसन एवं हाइडी, 2010). हस्तमैथुन की आदत धीरे-धीरे कम हो जाती है, उसका स्थान यौन-क्रिया या सम्भोग क्रिया की पुनरावृत्ति ले लेती है। पुरुषों की तुलना में स्त्रियाँ हस्तमैथुन कम करती हैं, यौन अनुसंधानकर्ताओं के लिए यह प्रश्न सदा खलता रहा है। यद्यपि विवाह से पहले सम्भोग की इच्छा पुरुषों में अधिक पाई जाती है। परन्तु, अब समय के साथ स्त्रियों भी आगे आने लगी हैं (पीपलाऊ, 2003)। एक परंपरागत धारणा यह है कि स्त्रियों को रोमाँस और भावनात्मक अंतरंगता के साथ यौन संबंध बनाया सिखाया जाता है। जबकि पुरुषों के बारे में धारणा यह है कि शारीरिक संभोग व संभोग-संतुष्टि को ज्यादा महत्व देते हैं, कारण, पुरुषों में प्रकृति स्तंभन प्रतिक्रिया में शारीरिक रूप से भी हो सकते हैं और उत्तेजना करने में सापेक्षतः आसानी स्त्रियों की तुलना में पुरुषों के लिए हस्तमैथुन को ज्यादा सुविधाजनक (शारीरिक रूप में) बना देता है। अन्य जेंडर भिन्नता आकस्मिक सेक्स और इसके प्रति दृष्टिकोण के कृत्यों में परिवर्तित होती है।

कॉलेज के दिनों में छात्र-छात्राओं का एक दूसरे की ओर आकर्षित होना और किसी एक लड़की का किसी लड़के के साथ अटैच हो जाना हुक-अप कहलाता है। उनके व्यवहार में बहुत परिवर्तन आ जाते हैं, वे एक दूसरे की ओर खिंचते चले जाते हैं और वादे करते हैं कि वे कभी जुदा नहीं होंगे (ओविन रोडीज, स्वेनली एवं फिंचम, 2010)। अध्ययन से पता लगता है कि आकस्मिक सेक्स अक्सर शराब द्वारा शुरू किया जाता है और स्त्रियों को पुरुषों की तुलना में एक सकारात्मक अनुभव के रूप में देखने की संभावना कम लग रही थी। इस संबंध में अध्ययन का एक और दिलचस्प क्षेत्र यौन आत्म स्कीमा और आत्म-चेतना की मूल धारणाएँ हैं जहाँ जेंडर भिन्नता उपस्थित है।

बॉक्स 10.2 : यौन प्रथाओं पर सामाजिक-सांस्कृतिक प्रभाव

सेक्स और यौन प्रथाओं की अभिव्यक्ति और स्वीकृति समय और संस्कृतियों में बहुत अधिक है। उदाहरण के लिए, लगभग सभी संस्कृतियों में निकट संबंधियों के साथ सेक्स वर्जित है। स्वीकार्य यौन व्यवहार के विषय में विचार समय के साथ बदल गए है। नगनता और कामुकता का संबंध आपस में हमेशा से रहा है। लेकिन, समय और संस्कृति के साथ कम कपड़े का विचार बदल गया है। इस संदर्भ में एक प्रकार के व्यवहार को 'सामान्य' और अन्य को 'असामान्य' के रूप में वर्गीकृत करना कठिन है। निम्नलिखित अनुभाग चर्चा करेगा कि समय और संस्कृति यौन व्यवहार और इसे स्वीकृत या अस्वीकृत होने की राय नाटकीय रूप से कैसे बदल सकती है।

प्रारंभ से (लगभग 1750 के दशक) स्विस चिकित्सक रिसोट ने अधः पतन सिद्धांत प्रस्तावित किया जिसमें कहा गया था कि वीर्य शारीरिक और यौन शक्ति दोनों के लिए आवश्यक है तथा द्वितीय पुरुषत्व यौन विशेषताओं के विकास के लिए भी आवश्यक है (मनी, 1985)। नपुंसक और आवारा पशुओं पर उनकी टिप्पणियों को देखते हुए, उन्होंने कहा है कि हस्तमैथुन और वैश्यागमन दो अधिक हानिकारक प्रथाएँ हैं, जिनसे महत्वपूर्ण तरल-वीर्य का व्यय होता है।

इस प्रकार, वीर्य के अपव्यय से बचना चाहिए, विवाहित लोगों को केवल वंशवृद्धि के लिए ही सेक्स में संलग्न होना चाहिए। इसी तरह 1830 के दशक में खेरेड़ सिल्वेस्टर ग्राहम (मनी, 1985) द्वारा अमेरिका में संयम सिद्धांत का समर्थन किया गया था। उनका बल स्वास्थ्य, भोजन, शारीरिक फिटेनस और यौन संयम पर था। उस समय के दौरान लड़कों के लिए हस्तमैथुन के लिए निर्धारित तथाकथित उपचार चांदी तार या खतना से बिना किसी ऐनस्थीसिया और कानोलिक एसिड से जलाने वाली भागशेफ (लड़कियों के लिए)। यह विचार था कि माँस की खफत यौन आग्रह और इच्छाओं को बढ़ाएगी। इस प्रकार लोगों को स्वस्थ और बेस्वाद भोजन खाने के लिए कहा गया था। वहाँ से आया, केलॉग कॉनफलेक्स, लगभग 'हस्तमैथुन-विरोधी' भोजन के रूप में प्रस्तुत किया गया (मनी, 1986, पृष्ठ 186)।

यह केवल 1972 में था। अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन ने घोषणा की कि हस्तमैथुन यौन विकास का एक सामान्य भाग है और इसके लिए किसी चिकित्सा प्रबंधन की आवश्यकता नहीं है'' (पृष्ठ 40)।

विश्व के एक भाग में, पापुआ न्यू गिनी की सानिया जनजाति, पुरुषों के लिए दीक्षा अनुष्ठानों के संदर्भ में समलैंगिकता का एक रूप प्रचलित है। समाज के दो मुख्य विश्वास हैं वीर्य संरक्षण और महिला पलूशन (हर्ड्ट 2000, हर्ड एवं स्ओलट, 1990) समाज ने शारीरिक विकास, शक्ति और आध्यात्मिकता के लिए वीर्य के महत्व पर बल दिया। वे यह भी मानते थे कि एक महिला को गर्भवती करने के लिए गर्भधान होते हैं

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

और इस प्रक्रिया में बहुत अधिक वीर्य (वीर्य की मात्रा) का उपयोग होता है जिसे शरीर आसानी से पूरा नहीं कर सकता है। इस प्रकार शरीर को वीर्य का संरक्षण करना होता है। उन्होंने यह भी कहा कि मासिक धर्म के तरल पदार्थों के कारण महिला शरीर अस्वस्थ माना जाता है। शरीर में पर्याप्त मात्रा में वीर्य बनाए रखने के लिए, युवा पुरुष एक दूसरे के साथ वीर्य मुद्रा का अभ्यास करते हैं, इस प्रकार, वीर्य को निगलने के लिए फॉलियो (मौखिक सेक्स) सीखते हैं। युवावस्था में पहुंचने के बाद ही वे प्रवेश भूमिकाएँ ले सकते तथा अन्य छोटे लड़कों को प्रेरित करते थे। यह सम्पूर्ण प्रक्रिया यह आश्वस्त करने के लिए है कि पुरुष अपनी मर्दाना पहचान को पूरा करते हैं और “पूर्ण पुरुष” बनने की तरफ बढ़ते हैं। किशोरावस्था तक किसी भी प्रकार के विषम लैंगिक संपर्क निषेध है लेकिन किशोरावस्था के बाद में उनसे शादी करने और अनन्य विषम लैंगिक गतिविधि का जीवन प्रारंभ करने की उम्मीद की जाती है।

भारत में सिंतंबर, 2018 तक भारतीय दंड संहिता की धारा 377 के तहत एक कानून था जिसके अन्तर्गत समलैंगिक गतिविधियों को “प्रकृति के कानून के विरुद्ध” मानते हुए, अपराध माना गया था। इस प्रकार यह कहा जा सकता है कि सेक्स और कामुकता के विचारों का निर्माण सामाजिक और सांस्कृतिक प्रथाओं और संदर्भों के अनुसार किया जाता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

- 1) आप सामान्य यौन व्यवहार की व्याख्या कैसे करते हैं?

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

- 2) अपने स्वयं के अवलोकनों और अनुभवों के आधार पर यौन व्यवहार में जेंडर भिन्नता पर विचार करने के उदाहरण दीजिए।

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

10.4 अपकामुक (पैराफिलिक) विकार

कई बार अपकामुक, तीव्र यौन उत्तेजित कल्पनाएँ, आग्रह और व्यवहार में निम्नलिखित सम्मिलित हैं :

- क) गैर मानव वस्तुएँ (जूते, बाल आदि)।
ख) अपने आप को या साथी को पीड़ा या अपमानित करना।
ग) बच्चे या अन्य गैर सहमति वाले लोग।

यदि यह स्थिति कम से कम 6 माह तक रहती है तो इसका निदान किया जाना चाहिए। यहाँ किसी वस्तु में विचलन (पैरा) होता है जिसे व्यक्ति (फिलिया) को आकर्षित करता है।

यौन क्रियाओं के प्रति अत्यधिक तीव्र रुझान को अपकामुकता (पैराफीलिया) कहा जाता है। पैराफीलिया से पीड़ित व्यक्ति अपने कामाँगों में अत्यधिक उत्तेजना महसूस करता है, उसके मन में आता है कि वह खूब संभोग करे, तीव्र यौनेच्छा, वे कारण उसके व्यवहार में परिवर्तन आता है और वह यौन संतुष्टि के लिए कृत्रिम उपायों का उपयोग करने लगता है। वह जूतों, बालों आदि के साथ घर्षण कर उत्तेजना शांत करने का प्रयास करता है, जब ऐसा करने से उसकी उत्तेजना और बढ़ जाती है, तब उसे उस समय यौन साथी की कमी बहुत खलती है, उसके मन में आता है कोई उसकी यौनाग्नि को संतुष्ट कर लें।

पैराफीलिया का निदान हमेशा कुछ कारणों से चुनौतीपूर्ण बना हुआ है, कुछ विरोधाभासों के साथ व्यक्ति (पैराफीलिया वाले) अपने आप में संकट का अनुभव नहीं करता है। उदाहरण के लिए, पैराफीलिया ग्रस्त कोई व्यक्ति किसी बच्चे का अपहरण करता और सताता है, और फिर भी अपने आपको इसके लिए जिम्मेदार मानते हुए दोषी मानता, फिर भी इसे एक प्रकार की मानसिक रोग ही माना जाता है, क्योंकि इसके कारण दूसरे प्रभावित होते हैं (खासकर बच्चे)।

दूसरा महत्वपूर्ण पहलू यह है कि पैराफीलिया के अनेक प्रकार होते हैं, जिनका मानसिक स्वास्थ्य तथा प्रसन्नता से सम्बन्ध होता है, और जिनमें अवसाद के चिन्ह होते हैं, वे बालिग को सहमत करने में सफल हो जाते हैं। कोई व्यक्ति इतना चालू हो सकता जो यौन-क्रिया के लिए तैयार हो जाये, उसे ऐसे करने में कोई ऐतराज नहीं, परन्तु किसी को ऐसा करने में शर्म लगती है, ऐसे करने में वह अपराध बोध का भी अनुभव करता है।

इस प्रकार पैराफीलिया मनोविकार से ग्रस्त व्यक्ति की यौन रुचियाँ सामान्यता के दायरे में नहीं आती, क्योंकि उनके द्वारा दूसरे को हानि नहीं पहुँचाती, केवल तभी जब उनके किसी कार्य से दूसरों को हानि पहुँचती है और उन्हें ऐतराज होता है, इन व्यक्तियों को पैराफीलिया मनोरोग से ग्रस्त माना जाता है (बलकाई, 2010)।

समय के साथ, इनमें से कुछ व्यवहार सामान्य भी होते जा रहे हैं। बहुत जोर की चर्चा यदि इन व्यवहारों में से कुछ को अपकामुक विकारों के रूप में निदान करना उचित है। वस्तुरति विकार, कामुकता परपीड़न और ट्रासेबेसिक विकार को स्वीडिश नेशनल बोर्ड ऑफ हेल्थ एण्ड वेलफेयर (लैंगस्ट्रॉम, 2010) के वर्गीकरण में सम्मिलित नहीं किया गया है, यह बताते हुए कि लोग यौन व्यवहार के वेरिएट का सुरक्षित तौर पर और सहमत वयस्क सहयोगियों के साथ अभ्यास करते हैं, इस प्रकार उपचार नहीं किया जाए। अपकामुकता में स्वयं के लिए एक बाध्यकारी गुणवत्ता होती है। शोध के अनुसार कुछ लोगों को दिन में 5 से 10 बार चरम सुख की आवश्यकता होती है (गार्सिया और पिनौल, 2010)।

10.4.1 वस्तुरति (पीड़ोफीलिया) विकार

यदि किसी व्यक्ति में यौन-भावना, घनीभूत, यौन कल्पनाओं से भरपूर, यौन-उत्तेजना से ओतप्रेत होती है और वह यौन-तृप्ति के लिए किसी व्यक्ति को कामाँग की तरह उपयोग करता है, जैसे अर्धवस्त्र, या चरम यौन तत्व प्राप्त करने के लिए उसकी बैल्ट या हंटर से पिटाई करना, वह एक सनकी अंधविश्वासी माना जाता है। इसके अलावा कुछ व्यक्ति अपने यौन साथी के ऐसे अंगों को उत्तेजना के लिए निशाना बनाते हैं जिनका यौन-तृप्ति से कोई लेना-देना नहीं होता है, जैसे नाखून, पैर, हाथ, बाल आदि तो भी बुतवादी माने जाते हैं।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

डीएसएम-5 के अनुसार अंधविश्वासी की यही पहचान है कि वह उन अंगों को चोट पहुँचाकर या पीड़ा देकर काम सुख अनुभव करते हैं, जिनका काम-तृप्ति से कोई संबंध होता ही नहीं, इनमें शरीर वे अंग जो कामोत्येजना उत्पन्न नहीं करते। ऐसे लोगों को उत्पीड़न परस्त कामोन्मादी कहा जाता है। डीएसएम-5 में पाटिसियलिज्म को भी अंधविश्वासी / भ्रमिक यौन विकार में शामिल करता है।

अंधविश्वासी विकार पुरुषों व महिलाओं के अधिकतर मामले बहुत कम, लगभग नगण्य हो होते हैं (मेसोन, 1997)। इनमें से कुछ अपनी इस सनक को दूसरों से छिपाने जारी रखते हैं। वे छुप-छुप कर चूमते हैं, सूंधते हैं, चूसते हैं, सहलाते हैं अथवा अपने शिकार को सिर्फ घूरते रहते हैं और हस्तमैथुन करते रहते हैं। कुछ अपने यौन साथी के साथ काल्पनिक संभोग करने का सुख लेते हैं। ऐसा व्यक्ति यह मानकर चलता है कि ऐसा करना उसके लिए जरूरी हैं क्योंकि अंदर उसे यह सब करने की तीव्र इच्छा होती है। यह विकार प्रायः 'किशोरा अवस्था होने पर ही पनपता है, परन्तु कुछ लोगों में यह अवस्था से पहले भी देखी जा सकती है, बचपन से ही उनमें ये लक्षण उभरने लगते हैं। उत्तेजना प्राप्त करने के उद्देश्य से कुछ पुरुष, चोरी व झापटमारी भी करते हैं अथवा हमला भी कर देते हैं। ऐसा देखा गया है कि जो चीजें उनके द्वारा चोरी की या चुराई जाती हैं, उनमें प्रायः स्त्रियों के अंगवस्त्र होते हैं।

इस मनोविकार से ग्रस्त लोगों के बारे में सामान्य परिकल्पना है कि यह प्राचीन अनुकूलन और सामाजिक शिक्षण सिद्धांतों पर केन्द्रित है (हयूमैन, 2012)। जैसे स्त्रियों के अंगवस्त्र। ये उन्हें कामोत्तेजना प्रदान करते हैं। अंधविश्वासी यौन विकार से ग्रस्त को ऐसा लगता है कि वह उन वस्तुओं की ओर खिंचा चला जा रहा है, यह खिंचाव इतना प्रबल होता है कि वह अपने आप को रोक नहीं पाता। उस व्यक्ति की एकाग्रता इतनी गहरी और स्पष्ट होती है कि सामान्य आकर्षण से उसकी तुलना नहीं की जा सकती, इसी से स्पष्ट हो जाता है कि वह एक यौनिक मनोविकारी है।

10.4.2 नगनदर्शन रति विकार

डी.एस.एम.-5 के अनुसार इस मनोविकार ग्रस्त रोगी के मन में अप्रतिरोधी व अत्यधिक तीव्र इच्छा उत्पन्न होती है कि वह यौन उत्तेजना प्राप्त करने के लिए तथा यौन संतुष्टि प्राप्त करने के लिए दूसरों को खासकर महिलाओं को अथवा यौन क्रियारत जोड़ा को नगन देखे। ऐसे व्यक्ति अक्सर ताक-झांक करते समय हस्तमैथुन करते हैं तथा ऐसा करते-करते ही ऐसे दृश्यों को देखते हुए अथवा बाद में उनकी याद करके ही यौन संतुष्टि चरम यौन सुख प्राप्त कर लेते हैं। इन्हें 'पीपिंग टॉम' (ज्यादातर पुरुष) कहा जाता है। कुछ यौन विकार-ग्रस्त लोगों के लिए कामोत्तेजना देने वाले दृश्यों का अवलोकन करना ही वास्तविक यौन-क्रिया है, ऐसा समझकर ही यह इन क्रियाओं में लिप्त होते हैं। कुछ लोगों के लिए ये मात्र एक उत्सुकता होती है और यह जरूरी नहीं है कि वे उससे कामोत्तेजना प्राप्त कर पाएँ (कप्लान एवं क्रेजर, 1997)।

एक दृश्यरति व्यक्ति एक महिला को देखकर उत्साहित नहीं होता है, जो उसके लाभ के लिए वस्त्र उतार रही है। यह जोखिम का कारक है, जो दृश्यरति व्यक्ति के लिए महत्वपूर्ण और स्त्रियों की प्रतिक्रिया की प्रत्याशा एक बार वह उसे देखने के विषय में जान जाएगी। इस विकार के साथ लोगों को ज्यादातर झांकने की तुलना में आवारागर्दी के आरोप लगाया जाता है (कप्लान एवं क्रेजर, 1997)।

आकर्षक स्त्रियों को ताकना कामोत्तेजना उत्पन्न करता है, यह बात अपनी जगह सही है। द्विलिंगीय मैथुन करने वालों के लिए यह विशेष रूप से कामोत्तेजक उपाय है, यौन क्रियाओं

से जुड़े रहस्य तथा लैंगिक उत्पत्ति पुरुषों में स्त्री व स्त्री के अंगों के बारे में अधिक से अधिक जानने के लिए उकसाती है। एक युवा व्यक्ति के मन में सेक्स क्रियाओं के बारे में अधिक से अधिक जानकारी प्राप्त करना तथा उनके बारे में और अधिक जानने की उत्सुकता होना स्वाभाविक ही है। फिर भी उसे ऐसा करते हुए शर्म लगती है और उसे ऐसा लगता है कि उसके लिए कठिन काम है वह यह कह सकता है, कि इस तरह तांक-झांक करने से उसे एक प्रकार की यौनिक संतुष्टि मिलती है। यदि वह किसी स्त्री के पास जाये तो उसे शर्मिंदगी उठानी पड़ सकती है और वह उसकी नजरों में गिर सकता है। अपनी प्रतिष्ठा को बचाये रखने और लज्जित होने से बचने के लिए कुछ लोग प्रायः तांक-झांक का सहारा लेते हैं। पैराफीलिया मनोविकार से ग्रस्त लोगों के साथ मिलकर भी वे कामोत्तेजक अंगों का अवलोकन करते हैं (लैंगस्ट्रॉम एवं सीटो, 2006)।

बॉक्स 10.3 : केस अध्ययन – ‘पीपिंग टॉम’

एक विवाहित पुरुष, अपनी पत्नी के साथ एक शानदार बिल्डिंग में रहता था। पत्नी अपने पति के स्कूल का खर्च उठाने तथा घर का खर्च चलाने के लिए काम पर जाती थी। घर लौटते उसे रात हो जाती थी। जब वह लौटती तो थक जाती थी और चिड़चिड़ाने लगती थी। रात को अपने पति के साथ संभोगरत होने का उसका मन नहीं होता था। उन्होंने यह भी उल्लेख किया कि उनके बिस्तर में लगे घृणास्पद स्प्रिंग की ध्वनि भी पत्नी को शर्मसार करते थे और धीरे-धीरे उसकी यौनच्छा प्रायः समाप्त हो गई थी। पुरुष यौनसुख प्राप्त करने के लिए बेकरार था, अपनी यौन-संतुष्टि का कोई उपाय न देख, उसने अपने दूरदर्शी यंत्र से पड़ोसी के कक्ष में झांकना शुरू कर दिया। उसने देखा कि पति-पत्नी यौन-क्रिया में लिप्त थे। उत्तेजनात्मक दृश्यों ने उसे कामोत्तेजित कर दिया। उन्होंने इस गतिविधि को जारी रखा। उसके दूसरे प्रयास के दौरान, उन्होंने पुलिस को इसकी सूचना दी थी। इस अपराधी को उसकी आयु के लिए अपरिपक्व पाया गया, हस्तमैथुन और सेक्स के प्रति अपने दृष्टिकोण में नैतिकतावादी, सुस्पष्ट लेकिन अपरिपक्व यौन कल्पनाओं में संलग्न होने का खतरा था।

10.4.3 अंग प्रदर्शन विकार

यह सहमति के बिना और अनुचित परिस्थितियों में दूसरों (आमतौर पर अपरिचित अजनबियों) के सामने जननांगों को उजागर करके यौन-संतुष्टि प्राप्त करने के लिए अनेक बार और अधिक इच्छा, कल्पना या व्यवहार है। बहुत ज्यादा दृश्यरतिक विकार की तरह, वहाँ शायद ही कभी अजनबी के साथ वास्तविक संपर्क करने का प्रयास किया जाता है, कुछ मामलों में, जननांगों को उजागर सांकेतिक अशिष्ट इशारों या यहाँ तक कि हस्तमैथुन के साथ होता है। यह घटना किसी की एकांत स्थान में या कभी-कभी कुछ सार्वजनिक स्थानों में भी हो सकती है।

यह समझा गया है कि इन व्यक्तियों को दहशत का घटक अत्यधिक उत्तेजित करता है। कई मामलों में यह घटना लगातार विभिन्न प्रकार की स्थितियों के तहत दोहरायी जाती है। उदाहरण के लिए, अपराधी स्वयं को एक ही स्थान पर या प्रत्येक बार दिन में एक ही समय में प्रदर्शित कर सकता है। पुरुष अपराधियों के मामले में, ज्यादातर विकार एक युवा का मध्यम आयु वर्ग की महिला है, जो अपराधी के लिए अज्ञात (अजनबी) है बच्चे और किशोर भी अपराधियों के निशाने पर हो सकते हैं।

ये स्त्रियाँ वे होती हैं जिन्हें ये जानते तक नहीं। बच्चे और वयस्क भी इनके निशाने पर आ जाते हैं (लैंगस्ट्रॉम, 2010)। कामँग प्रदर्शन की प्रकृति आपराधिक मान्य कृत्य माना जाता है।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

अंग-प्रदर्शन की इच्छा इतनी तीव्र होती है कि मनोविकृति ग्रस्त व्यक्ति उस पर नियंत्रण नहीं रख पाता, यह शायद अत्यधिक चिंता, बेचैनी तथा अनियंत्रणीय कामोत्तेजना के कारण होता है। एक स्थान व एक ही समय बार-बार कामँग प्रदर्शन के पीछे रति क्रिया में लिप्त होने की अनियंत्रित कामना हो सकती है। हो सकता है ऐसा करने के बाद वे पश्चाताप करते हों, परन्तु जब उन पर यह जनून सवार होता है तब वे यह जानने के बावजूद कि ऐसा करना कानून अपराध है, वे उस समय अपने आपको रोक नहीं पाते हैं।

10.4.4 परपीड़न-रति और आत्म-पीड़न या स्व-पीड़न

दोनों परपीड़न और आत्म-पीड़न के बारे में दूसरों पर दर्द (पर-पीड़न) देना या आत्म को दर्द से पीड़ित (आत्म-पीड़न) क्षीण होना है। परपीड़न शब्द मार्किस डी सैड के नाम से लिया गया है, जो यौन उद्देश्यों के लिए दयाहीनता को पूरा करेगा। डीएसएम-5 के अनुसार एक व्यक्ति को पर-पीड़न का निदान किया जाता है यदि वह तीव्र यौन उत्तेजित आग्रह और व्यवहार व्यक्त करता है जिसमें किसी अन्य व्यक्ति पर शारीरिक और या मनोवैज्ञानिक दर्द भोगना शामिल है। इसका एक अन्य निकट संबंधी प्रतिरूप ‘बंधन और दण्ड’ (बी और डी) जिसमें यौन सुख के लिए किसी व्यक्ति को बांधना, मारना, पिटाई करना आदि सम्मिलित हो सकता है। इसमें शामिल भागीदारों को बिना किसी स्पष्ट नुकसान के सहमति से यौन संबंध में कई यौन पर-पीड़न कृत्य भी होते हैं। इस प्रकार, पराफीलिया के रूप में पर-पीड़न या आत्म-पीड़न से क्षणिक या कभी कभार दर्द देकर खुशी पाना व्यवहार को अलग करना और भी महत्वपूर्ण हो जाता है। यौन पर-पीड़न के साथ पुरुषों का एक बहुत छोटा वर्ग दर्द और अपमानजनक कृत्यों का आनंद लेता है, जो गैर सहमतिपूर्ण है और यह घातक भी हो सकते हैं (क्रुएगर, 2010)।

एक पर-पीड़न किसी महिला की कलाई को काट सकता है, उस पर थूक सकता है, उसे घोड़े का साज का उपयोग करके बाँध सकता है और रतिक्षण का अनुभव करने के लिए उस पर सुई चुभा सकता है। यह कृत्य एक पर-पीड़क से दूसरे में तीव्रता से भिन्न हो सकता है कल्पना से लेकर गंभीर रूप विन्यास, क्षति और कुछ मामलों में हत्या/निदान में एक महत्वपूर्ण पहलू भी शामिल है पीड़ित को असहमति या चिह्नित संकट और कठिनाइयों के अनुभव के साथ होना है। कुछ मामलों में पर-पीड़क को रति सुख प्राप्त करने के लिए हस्तमैथुन करते समय मानसिक रूप से दूसरों को दिए गई यातना और चोट को दुबारा करते पाया जाता है। एक आशाजनक और बहुत महत्वपूर्ण संशोधन जिस पर कार्य किया जा रहा है वह एक आयामी दृष्टिकोण है। यौन पर-पीड़क जो खतरनाक (जैसे कि उन क्रमिक हत्यारों में से जो कुछ दर्द देकर खुशी पाने वाली प्रवृत्ति में शामिल है, जो नहीं है में अंतर कर सकता है) (क्रुएगर, 2010)।

आत्म-पीड़न (मैसकिजम) शब्द ऑस्ट्रिया के उपन्यासकार लियोपोल्ड वी से लिया गया है सचर-मसोच (1836-1895)। उनके काल्पनिक चित्र अक्सर दर्द के यौन आनंद में लिप्त होते थे।

डीएसएम-5 के अनुसार, यौन आत्म-पीड़न विकार का निदान करने के लिए व्यक्ति को आवर्ती और तीव्र यौन उत्तेजना वाली कल्पनाओं का व्यवहारों का अनुभव होना चाहिए जिसमें पीड़ा, बाध्य या अपमानित होने के कार्य सम्मिलित होंगे। हालांकि आत्म-पीड़न के कुछ प्रकार और भी चिंताजनक हो सकते हैं जैसे कि स्वकामुक्ता संबंधी श्वास अवरोध जिसमें स्वयं का गला घोटना शामिल है। मस्तिष्क को आकर्षीजन की कमी रति सुख और संभोग के परिणामस्वरूप हो सकती है। कुछ मामलों में, कुछ या अन्य गलत हो सकता है जिसके परिणामस्वरूप व्यक्ति गलती से स्वयं को फांसी लगाकर स्वयं को नुकसान पहुंचा

देगा। यह बेतुका और यहाँ तक की बिडबंना भी हो सकती है कि दर्द को भड़काना या प्राप्त करना यौन उत्तेजना हो सकती है लेकिन यह असामान्य नहीं है। इनमें में कुछ व्यवहार आमतौर पर सौम्य और हानिरहित भी होते हैं (क्रएगर, 2010)।

10.4.5 बालरतिज (पीडोफीलिया) विकार

बालरतिज विकार (बच्चों के साथ यौन संबंध स्थापित करना) को बालरति दोष परक यौन विकार भी कहा जाता है। ग्रीक भाषा में Pedes का अर्थ है child बच्चा, hebe का अर्थ है, pubescence तथा phillia का अर्थ है आकर्षण। यह आकर्षण तब देखने को मिलता है जब वयस्कों में कामेच्छा जन्म लेती है उसे कामानुभूति होती है। इस प्रकार इसका निदान तब किया जाता है जब वयस्कों को यौवन पूर्व बच्चों के साथ यौन संपर्क के माध्यम से यौन सुख प्राप्त करने के लिए कहा जाता है। (लगातार तीव्र तथा बैचेनी उत्पन्न करने वाली इच्छा व जरूरत)। डीएसएम-5 के अनुसार इस कृत्य अपराध तथा तभी अपराध करार दिया जाता जब ऐसे अपराध की कम से कम आयु 18 वर्ष की हो तथा जिन बच्चे के साथ उसने यौन संबंध साधा है उसकी आयु उससे 5 वर्ष कम हो।

इस रोग से ग्रस्त ज्यादातर लोग बाल पोनोग्राफी का उपयोग यौन-संतुष्टि प्राप्त करने के लिए करते हैं (रीगल, 2004), अतः यह डीएसएम के दायरे में आता है। ऐसे व्यक्ति को मनोरोगी नहीं माना जाता, इसीलिए इसके रोग का पता लगता ही नहीं है। ऐसी विकार के ग्रस्त व्यक्ति बच्चों के बालों को सहलाते ही यौन संतुष्टि का अहसास कर लेता है। कभी-कभी वह बच्चों के जननांग सहलाता है और उसे वह उकसाता है कि वह अपने जननांग को छेड़े। लिंग प्रवेश कर संभोग की स्थिति नहीं होती इसे बाल जननांग घायल हो सकते हैं ऐसा करना उद्देश्य भी नहीं होता परन्तु छेड़-छाड़ करते-करते कभी-कभार लिंग प्रवेश की स्थिति आ जाती है। यदि परिस्थितियाँ साथ देती रहें और बच्चे की ओर से प्रतिरोध न हो तो यह गतिविधियाँ महीनों तक चलती रह सकती हैं। इस प्रकार, यह सबसे दुःखद यौन विचलन माना जाता है (बलाचाई, 2010)।

इसीलिए इसे अत्यंत दुःखद यौन-विचलन माना जाता है। प्रायः पीडोफीलिया के सारे रोगी पुरुष ही होते हैं और उनके शिकार अनेक बाल बच्चों में 2/3 कम उम्र की लड़कियाँ ही होती हैं जिनकी आयु प्रायः 8 से 13 वर्ष के बीच होती है (कोहेन तथा ग्लयंकर, 2002) बाल रति यौन दोष प्रायः पहले पहल किशोरावस्था में सिर उठाता है और फिर जीवन भर बना रह सकता है।

बच्चों को सताने वाले ये लोग शातिर और जानकार होते हैं तथा अपने कृत्य को समुचित तरीके से सही ठहराते रहते हैं। वे कहते हैं कि इससे बच्चों को यौन ज्ञान प्राप्त होगा, कभी-कभी कहते हैं कि वे बच्चों को नहीं छेड़ते, बच्चों को ही ऐसा करना अच्छा लगता है, इसीलिए वे आगे बढ़ते हैं (मारजियानो एवं अन्य, 2006)।

कुछ बाल-रति कामी बड़े भोले बनते हैं, वे अपने इन कृत्यों को प्यार का नाम देते हैं, कहते हैं कि बच्चों को ऐसे लोग अच्छे लगते हैं जो सीधे-सादे हों और उन्हें दिल से चाहें (कोहेन एवं ग्लयंकर, 2002)। ऐसा देखने में आया है कि ज्यादातर ऐसे मामलों में वे अपराधी होते हैं, जो पहले किसी के द्वारा बचपन में शिकार बनाये जा चुके होते हैं।

बॉक्स 10.4

विश्व स्वास्थ्य संगठन ने मुख्य रूप से बाल दुर्व्यवहार को शारीरिक शोषण, यौन शोषण, संवेगात्मक शोषण और उपेक्षा के रूप में परिभाषित किया है। भारत ही नहीं बल्कि संसार भर में बाल यौन शोषण विंगत कुछ वर्षों में बढ़ा है। घर, स्कूल, होटल और अन्य

सार्वजनिक स्थलों पर बाल यौन शोषण देखा गया है। अनुभव में दर्दनाक प्रभाव होता है जिसके परिणामस्वरूप मस्तिष्क में परिवर्तन, अवसाद, अभिघातज उत्तर तनाव विकार आत्महत्या और ऐसे अन्य शारीरिक और मनोवैज्ञानिक समस्याएँ होती हैं। भारत सरकार ने वर्ष 2012 में लैंगिक अपराधों से बच्चों का संरक्षण अधिनियम, 2012 पारित किया ताकि प्रभावी रूप से बाल यौन शोषण के खतरे का दूर किया जा सके। वर्ष 2019 में इस अधिनियम को संशोधित किया गया जिसमें यौन उत्पीड़न के लिए मृत्यु दण्ड, बच्चों के विरुद्ध अपराध के लिए सख्त सजा, बाल पोर्नोग्राफी पर अंकुश लगाने के लिए जुर्माना और कारावास है। बाल यौन शोषण की प्रत्यक्ष रिपोर्टिंग और मामलों के समय पर निपटान की सुविधा के लिए महिला एवं बाल विकास मंत्रालय ने पीओसीएसओई बॉक्स लॉन्च किया है।

10.4.6 कौटुम्बिक व्यवभिचार

कौटुम्बिक व्यवभिचार के मामले प्रायः अत्यधिक नजदीक तथा आत्मीयता वाले सम्बंधियों के बीच संबंधों को संदर्भित करता है जिनके बीच सामाजिक मानदंडों के अनुसार शादी की मनाही है। ये सांस्कृतिक रूप से भाई-बहन या माता-पिता और बच्चों के बीच यौन संबंध निषेध है। सबसे अधिक मनोविकारी लोगों में से पिता और बेटी का संबंध है। कौटुम्बिक व्यवभिचार को लगभग सभी समाजों में वर्जित माना जाता है जिसमें मिस्र के फराओं एक अपवाद थे, जिन्होंने शाही रक्त को “दूषित” से बचाने के लिए अपनी बहनों से शादी की थी। वर्तमान वैज्ञानिक जानकारी के अनुसार निषिद्ध संभोग की सीमा मानने की तर्कपूर्ण वजह है। पिता-पुत्री अथवा, भाई-बहन का संभोग से जन्म वाली संतान अपने माता पिता से आनुवंशिक प्रभाव ग्रहण करते हैं और फलस्वरूप उनकी बीमारी या विकृतियाँ उनमें आ सकते हैं। इस प्रकार यदि सगे-सम्बन्धियों के बीच संभोग से बचा जाये या रोकें तो अनेक मानसिक व शारीरिक समस्याओं से बचा जा सकता है। ज्यादातर मामलों यह देखा गया कि पुरुष आधिपत्य वाले परिवारों में तथा पैत्रिक परिवारों के माता-पिता अलग-अलग रहने वाले तथा भावात्मक दूरी रखने वाले होते हैं (मंडोना, वेन स्कॉय के तथा जोन्स, 1991)।

बॉक्स संख्या 10.5 : केस अध्ययन कौटुम्बिक व्यवभिचार

वर्ष 2007 में आस्ट्रेलिया में जॉसेक फिजिल के बीच कौटुम्बिक व्यवभिचार का मामला सामने आया। इसने पूरी दुनिया को हिला कर रख दिया। उसने अपनी बेटी एलिजाबेथ का अपहरण किया जब वह मात्र 18 वर्ष की थी। पिता ने अपनी पुत्री एलिजाबेथ को अपने घर के तहखानों में बंद कर लिया। उससे जबरन एक नोट लिखवाया गया कि किसी सांस्कृतिक संप्रदाय में शामिल हो गई और घर छोड़कर चली गई है। लम्बे समय तक चले तहखाना प्रवास के दौरान पिता ने उसे संभोग के लिए विवश किया। उसने सात बच्चों को जन्म दिया, इनमें से एक जन्म के कुछ दिन बाद ही मर गया। तीन बच्चे परिवार के ऊपर वाले भाग में पले बढ़े और तीन बच्चे अपनी माँ के साथ तहखाने में पले बढ़े, अपने किसी एक बच्चे के बीमार हो जाने के कारण, वह उसे लेकर अस्पताल गई, वहाँ पहुँचने पर अस्पताल को यह जानकारी पता लगी और उसकी जाँच-पड़ताल की गई, तब जाकर इस अग्नि परीक्षा से उसे मुक्ति मिली (डालक्रेम्प एवं अन्य, 2008)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) अपकामुकता का निदान करना कितना कठिन है, स्पष्ट कीजिए।

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

- 2) नगदर्शन रति व वस्तुरति विकारों के बीच अंतर कीजिए।

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

- 3) बाल यौन शोषण विकार की प्रमुख विशेषताओं को सूचीबद्ध कीजिए।

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

10.5 अपकामुकता का कारण

ज्यादातर लोग अपनी पैरीफीलिया की आदत के विषय में बात करना पसंद नहीं करते हैं, अंतः अनुसंधानकर्ताओं को इस रोग के कारणों का पता लगाना और उन्हें समझना मुश्किल हो जाता है। ज्यादातर अध्ययनों के लिए छोटे-छोटे अप्रचलित नमूनों पर निर्भर रहना पड़ता है, जिसके कारण अंतिम निष्कर्ष पर पहुँचना हो जाता है और ज्यादातर निष्कर्ष संदेह के दायरे में रहते हैं।

10.5.1 तंत्रिकाजैविकीय कारण

क्योंकि पैराफीलिया के रोगी ज्यादातर पुरुष होते हैं इसलिए यह अनुमान लगाया जाता है कि पुरुषों को कामानुभूति कराने वाले हार्मोन एंड्रोजिन (पुरुष हार्मोन टेस्टोस्टेरोन) पैराफीलिया ग्रस्त लोगों की यौनेच्छा अपेक्षाकृत तीव्र होती है। (काफका, 1997), परन्तु पैराफीलिया के रोगियों में एण्ड्रोजिन दूसरों से कम पाये जाते हैं, (थिवाउट, डी ला बेरा, गॉरडन, कोसीन एवं ब्रेडफोर्ड, 2010)। इसीलिए अपने अछूते परिणाम आते हैं।

मनोरोग विशेषज्ञ भी पैराफीलिया के विकारों के नियंत्रण के मामले में रुचि ले रहे हैं। यह कमज़ोर जैविक आधारित व्यवहार अवरोध प्रणाली और (बीआईएस) एवं मस्तिष्क (वार्ड और बीच, 2008) में संकेत हो सकता है, जो सेरोटोनिन कार्य के दमन के लिए उत्तरदायी हो सकता है।

10.5.2 मनोवैज्ञानिक कारण

पैराफीलिया के लोकप्रिय मनोवैज्ञानिक सिद्धांतों को समझते हुए कई जोखिम वाले कारकों को भूमिका-अनुकूलन अनुभव, यौन शोषण, अनुभूति, विकृति और पिछले संबंधों को निभाने के लिए देखा गया है (वार्ड एवं बीच, 2008)। अनेक पीडोफाइल्स बताते हैं कि वे बचपन में यौन शोषण के शिकार हुए थे। यह इस सिद्धांत की पुष्टि करता है कि आज जो व्यक्ति शिकार है, कल शिकारी बनेगा (फागल, वाइज, रिस्थ ओर बरलिन, 2002)। परन्तु अनेक मामलों में ऐसा नहीं होता है। कुछ व्यवहारवादी तर्क देते हैं कि वर्ग-बद्धता भी पैराफीलिया के कारण बन सकती है।

संभोग से कोई अपर्याप्त अथवा विकृत उत्प्रेरक कामोत्यान प्रक्रिया से जुड़ गया है, इसलिए कुछ लोगों में यह विकार आ जाता है (किंन्स, पोमरी एवं मार्टिन, 1948)। उदाहरण के लिए, जैसे यदि कोई युवक खास शैली में वस्त्र धारण किए किसी स्त्री के चित्र को देखकर कामोत्तेजना की अनुभूति करता है और उसके कारण हस्तमैथुन करने लगता है तो उसके लिए कुछ समय बाद इसकी स्मृति से भी कामोत्तेजना होने लगेगी और वह वास्तव में उत्तेजित हो जायेगा।

ऐसी ही कल्पनाओं से बालरतिज, अंग-प्रदर्शन, उत्पीड़न-रति आदि मनोविकारों को जन्म दिया है। इस सोच को समर्थन भी मिला है (रेचमेन, 1996)। फिर भी अनेक अनुसंधानकर्ता वर्ग-बद्धता के अनेक घटकों से समर्थक नहीं हैं। (ओ डोनोहुर्ड एवं प्लाउड, 1994)। यहाँ पर बताना भी आवश्यक है कि उत्पीड़नवादी बनने से पहले अथवा बाल रति में अनुरक्त होने से पहले हस्तमैथुन तथा यौन रसानुभूति करते समय अनेक बार ऐसे ही किसी कामोत्तेजनावादी दृश्य की कल्पना अवश्य की होगी।

इस प्रकार कामोत्तेजना या रति-सुख एक किसी खास उत्प्रेरक की स्थिति में या उसके स्मरण मात्र से और प्रबल हो जाती है। कुछ पैराफिलिया को अपर्याप्त सामाजिक कौशल का परिणाम भी माना जाता है। प्राप्त साक्ष्य इशारा करते हैं कि बड़ी उम्र के होकर भी छोटों बच्चों के साथ रति की इच्छा रखने वाले लोगों में सामाजिक समझ अपेक्षाकृत कम होती है (झेज़निक, 2003)।

दूसरा प्रश्न यह उठता है कि क्या ऐसे लोगों में पारम्परिक यौन सम्बन्धों के प्रति भी रुझान होता है अथवा यह केवल बाल रति को ही विकल्प के रूप में चुने चुके हैं? साक्ष्य प्रमाणित करते हैं कि इनकी रुचियाँ यौन सम्बन्धों में भी हैं और बाल रति में भी।

विषय का ज्ञान व विकार भी पेराफीलिया पीड़ितों को समझने में भूमिका निभाते हैं। ऐसा देखने में आता है कि जो असहमति न देने वाली महिलाओं को यौन उत्पीड़न देते हैं, वे प्रायः उदाहरण के लिए, एक काम-दशा या विचार/विश्वास पाले हो सकता है कि यह स्त्री इसी के योग्य है। इसके साथ यही होना चाहिए, इसीलिए मैं इसे कपड़े बदले हुए इसके तन को देख रहा हूँ। ऐसी स्त्रियाँ स्वयं ही ऐसा सोचती हैं कि इनके अंगों को कोई देखें (कल्पन एवं क्रूजर, 1997)। कुछ अनुसंधानकर्ताओं का यह मानना है कि शराब पीकर नशे के प्रभाव के कारण व्यक्ति बहक जाता है, और इस प्रकार का व्यवहार करने लगता है। नशीले पदार्थ यौन-विकार ग्रस्त लोगों को अनर्गल बकने के लिए उत्तेजित कर देते हैं। तालिका 10.1 में पेराफीलिया यौन तथा बलात्कार संबंधी संज्ञानात्मक विकृतियों का चित्रण किया गया है।

तालिका 10.1: यौन अपकामुकता और बलात्कार में संज्ञानात्मक विकृतियों के उदाहरण

वर्ग	बालरतिज विकार	अंग प्रदर्शन विकार	बलात्कार
दुराचार का दोष	“उसने इसे गले लगाने से शुरू किया”	जिस तरह से उसने कपड़े पहने थे, वह वास्तव में इसके लिए कह रही थी”	“वह नहीं कह रही थी लेकिन उसका शरीर अन्यथा कह रहा था”
यौन प्रयोजन को नकारना	“मैं सिर्फ उसको लिंग के विषय में सिखा रहा था। यह अच्छा है यह उसके पिता से आया है”	“मैं सिर्फ पेशाब करने के लिए जगह ढूँढ रहा था”	वह इसके हकदार थे मैं उसे सबक सिखाने की कोशिश कर रहा था।
कारण को उचित ठहराना	“अगर मैं बचपन में पीटा नहीं गया होता, मैं यह कभी नहीं करता”	“अगर मैं केवल जानता कि कैसे एक साथी पाना, मैं बेनकाब नहीं होता।”	“मैं क्या चाहता था अगर मुझे उसने दिया होता, मैं उसको बलात्कार के लिए मजबूर नहीं करता”
अवहेलना करना	“वर्षों पहले ऐसा ही हुआ था। चलो बस इसके विषय में भूल जाते हैं”	ऐसा नहीं है कि मैंने किसी के साथ बलात्कार किया है।	मैंने केवल एक बार किया था।

10.6 अपकामुकता का उपचार

पेराफीलिया पीड़ित व्यक्ति के अधिकतर कार्य अपराध की श्रेणी में आते हैं। इसीलिए पहले यह पता लगाया जाता है कि ये पेराफीलिया हैं। पता लग जाने पर जो गिरफ्तार कर जेल भेज दिया जाता है और फिर जेल अवधि के दौरान ही उसका उपचार किया जाता है, चिकित्सा का बड़ा भाग उसके सुधारवादी विचारों का अभिप्रेरण करना होता है ताकि उसके व्यवहार में परिवर्तन आ सके।

अक्सर पेराफीलिया के पीड़ित व्यक्ति इस बात से इनकार करते हैं कि उन्हें कोई रोग है वे कहते हैं कि वे अपना व्यवहार स्वयं बदल लेंगे, उन्हें किसी चिकित्सा की जरूरत नहीं ज्यादातर मामलों में अपने शिकार के दोषी ठहराते हैं। उन्हें रोग मुक्त कारक उनके व्यवहारों में बदलाव लाने के लिए निम्न उपाय किये जाते हैं (मिलर एवं रॉलनिक, 1991)।

- 1) सहानुभूतिपूर्वक उसे इस बात के लिए तैयार करना कि वह रोगी है और उससे इस अवस्था में ही अपराध हुआ है। उसे उपचार की जरूरत है।
- 2) उसे समझाएँ कि किस प्रकार उपचार उसके हित में है, इसके सकारात्मक परिणाम होंगे।

- 3) उसे यह समझाना कि यदि उसने सहयोग नहीं किया और उपचार नहीं करवाया तो कानूनी रूप से भी और स्वास्थ्य की दृष्टि से भी ठीक नहीं होगा।
- 4) उसे यह बताना कि साइकोफिजियोलाजिकल आकलन द्वारा। उसे किस प्रकार यौन-क्रिया की लत से मुक्ति दिलायी जायेगी और सामान्य यौन-व्यवहार की ओर उसका रुझान बढ़ जायेगा।

व्यवहार चिकित्सा द्वारा रोगी के विकृत व्यवहार को सामान्य व्यवहार में बदला जाता है। व्यवहार चिकित्सा का प्रयोग विशेष रूप से यौन रोगी को रति-विकार अति रति की आदत से मुक्ति दिलाकर निष्प्रभावी किया जाता है ताकि उसका यौन-व्यवहार सामान्य हो सके।

कोर्वट ज़ेशन द्वारा व्यक्ति को यह बताया जाता है कि यौन-क्रिया से मिलने वाला क्षणिक यौन सुख आगे चल करभारी नुकसान पहुँचाता है। इसके द्वारा रोगी के अंदर यह सत्य उतार दिया जाता है कि क्षण भर का सुख उसका जीवन बर्बाद कर सकता है, इसीलिए वह अपने अति रति-सुख-दमन के स्वभाव को नियंत्रित करे और अपने अति रति सामान्य यौन-व्यवहार की ओर वापस लौटे।

यौन संबंधी समुचित जानकारी द्वारा भी रोगी को उसकी विकार की सोच से मुक्ति दिलाने का प्रयास किया जाता है। (तालिका 10.1 के अनुसार)। चिकित्सक रोगी को सामाजिक-दायित्व प्रशिक्षण और सर्व यौन-संवेदना परीक्षण जिससे उसके यौन व्यवहार का ज्ञान हो जाए (मलेटज्की, 2002)। अवैध यौन चरण से मुक्ति दिलाने के लिए दिये जाने वाले सभी परीक्षण सहानुभूति आधारित होते हैं।

पेराफीलिया से मुक्ति दिलाने के लिए एंड्रोजन के रूप में साइप्रोटेरोने एसिटेट नामक एक खास औषधि का प्रयोग किया जाता है (सीटो, 2009)। यह एक तरह का कैमिकल चढ़ाया है इसमें प्रयुक्त होने वाली औषधि यौनेच्छा को घटा देती या समाप्त कर देती है यह रोगी के शरीर में ट्रैक्टोस्ट्रांग का स्तर कम कर देती हैं एक अन्य दवा मीब्रॉ सी प्रोग्रेस्टारान का प्रयोग भी इसी उद्देश्य के लिए किया जाता है। (फागन एवं अन्य, 2003)। ये दवाएं तभी काम करती हैं जब, इसे लगातार लिया जाता है।

बॉक्स 10.6 : पैराफिलिक विकार के लिए डीएसएम के मानदंड (ए.पी.ए. 2013) वस्तुरति विकार

- क) 6 महीने तक लगातार यदि कोई रोगी इस प्रकार तीव्र कामोत्तेजना प्राप्त करता रहता है तो वस्तुओं से दर्शन से गैर-स्त्री अंगों के दर्शन मात्र तो उसी इस विकास से ग्रस्त माना जाता है।
- ख) कल्पनाओं, यौन आग्रह या व्यवहार सामाजिक, व्यवसायिक या कामकाज के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में चिकित्सकीय महत्वपूर्ण संकट या हानि का कारण बनते हैं।
- ग) ये स्त्रियों के कपड़ों का स्पर्श करके तथा अन्य कामोत्तेजना भाव अगले वाली वस्तुएँ के माध्यम से कामोत्तेजना प्राप्त करते हैं। बाजार में ऐसी पीड़ा उपलब्ध है, जो जननांगों में खलबली मचा देती है, और उन्हें उत्तेजना से भर देती है।

द्रांस्वैस्टिक यौन-विकार

- क) विपरीत लिंगियों के वस्त्र धारणा करके अथवा उनका स्पर्श करके ही जो रोगी यौन-उत्तेजना प्राप्त कर लेते हैं कल्पना में अपनी यौन इच्छाओं की तुष्टि कर लेने उन लोगों का व्यवहार दूसरों से अलग होता है। इसके लक्षण फीटिश मनोरोगियों के लक्षणों से मेल खाते हैं।

- ख) फीटिस यौन रोगी की तरह ट्रांसवैस्टिक यौन रोगी भी प्रायः ऐसे लोग होते हैं जो किसी व्यवसाय से जुड़े अथवा नौकरीपेशा हो सकते हैं। ये लोग भी यौन संतुष्टि की कल्पनाएँ करके अपनी कामोत्तेजनाओं को तथा विकृत यौन व्यवहारों को संतुष्ट करते हैं। निरन्तर तनावग्रस्त रहने से जो लोग अवसाद ग्रस्त हो जाते हैं वे ऐसे यौन विकारों की चपेट में आ जाते हैं।

नग्नदर्शन रति विकार

- क) कम से कम 6 महीने तक लगातार तीव्र उत्तेजना प्राप्त करते ये मनोरोगी का काम तुष्टि दूसरों से बहुत अलग तरह की होती है विपरीत लिंगियों को निरवस्त्र देखकर कामोत्तेजित हो जाने इनके लिए, दूसरों को रति क्रियारत देखकर भी इनकी कामोत्तेजना बढ़ जाती है। इनके लक्षण फीलिश-मनोरोगियों से मेल खाते हैं।
- ख) व्यक्ति ने इन यौन आग्रहों पर एक गैर जिम्मेदार व्यक्ति के साथ कार्य किया है या यौन आग्रह या कल्पनाएँ सामाजिक व्यवसायिक या कार्य के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में चिकित्सीय रूप में महत्वपूर्ण संकट या हानि का कारण बनती है।
- ग) उत्तेजना का अनुभव करने वाला व्यक्ति और या आग्रह पर कार्य करना कम से कम 18 वर्ष की आयु है।

अंग प्रदर्शन विकार

- क) कम से कम 6 माह की अवधि में किसी के जननांगों के संपर्क में आने से पहले से न सोचा हुआ व्यक्ति तक आवर्ती और तीव्र यौन उत्तेजना जैसाकि कल्पनाओं, आग्रह या व्यवहार से प्रकट होता है।
- ख) व्यक्ति ने इन यौन आग्रहों पर एक गैर जिम्मेदार व्यक्ति के साथ कार्य किया है या यौन आग्रह या कल्पनाएँ सामाजिक, व्यवसायिक या कार्य के अन्य क्षेत्रों में चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण संकट या हानि का कारण बनती है।

परपीड़न रति विकार

- क) कम से कम 6 महीनों की अवधि में किसी अन्य व्यक्ति के शारीरिक या मनोवैज्ञानिक पीड़ा से आवर्ती और तीव्र यौन उत्तेजना जैसा कि कल्पनाओं आग्रह या व्यवहार से प्रकट होता है।
- ख) व्यक्ति ने असहमत व्यक्ति के साथ इन यौन आग्रह पर कृत्य किया है या यौन आग्रह या कल्पनाओं के कारण सामाजिक, व्यवसायिक या कार्य के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में चिकित्सकीय महत्वपूर्ण संकट या हानि होती है।

आत्मपीड़न रति विकार

- क) स्त्रियों को पीड़ा पहुँचाकर चरम रति सुख हासिल करने वाले रोगी यौन-उत्पीड़न रोग से ग्रस्त होने के कारण ऐसा करते हैं। विपरीत लिंगी को मानसिक या शारीरिक रूप से चोट पहुँचाकर ये कामोत्तेजना की अनुभूति करते हैं। उत्पीड़न से यौन साथी के चेहरे पर जो हाव-भाव उत्पन्न होते हैं वे इन्हें कामोत्तेजना प्रदान करते हैं।
- ख) यह रोग भी प्रायः ऐसे लोगों को ही होता है, जो लगातार तनाव में रहने के कारण अवसाद के शिकार हो जाते हैं। विभिन्न व्यवसायों में कार्यरत अथवा नौकरी पेशा, यह लोग कल्पना द्वारा यौन-उत्तेजना प्राप्त करते हैं।

बालरतिज विकार

- क) कम से कम 6 महीने की अवधि में आवर्ती तीव्र यौन उत्तेजित कल्पनाएँ, यौन आग्रह या व्यवहार जिसमें एक प्रीप्यूवसेंट बच्चे या बच्चे के एक यौन गतिविधि सम्मिलित है।
- ख) व्यक्ति ने यौन आग्रहों पर कार्य किया है या यौन आग्रह या कल्पनाओं के कारण चिह्नित संकट या पारस्परिक कठिनाई होती है। (आमतौर पर 13 वर्ष या उससे कम)।
- ग) व्यक्ति की आयु कम से कम 16 वर्ष और मापदंड अ में बच्चे या बच्चों से कम से कम 5 वर्ष अधिक होती है।

नोट : यदि बड़ी आयु का पुरुष 12 या 13 वर्ष की लड़की के साथ यौन सम्बंध बनाए तो उसे इसे इस श्रेणी में शामिल नहीं किया जा सकता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) अपकामुकता के मनोवैज्ञानिक कारण क्या हैं?

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

- 2) व्यवहार-चिकित्सा किन विधियों से अपकामुकता का उपचार करती है।

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

10.7 जेंडर डिस्फोरिया (उत्साहवैकल्य)

किसी-किसी व्यक्ति में अपने को पुरुष या स्त्री होने का मान हम व्यक्ति लिंग भी कुछ लोगों को दूसरे लिंग के होने का भ्रम बार-बार होता है। लिंग पहचान के मनोविकार से जूझने वाले मामले और तरह के होते हैं। अपने-अपने लिंग के अनुसार आचरण किया जाता है। दोनों लिंगों के लोगों के व्यवहार स्पष्ट हैं।

इस रोग से ग्रस्त वयस्क भ्रम बना दूसरे लिंग का समझने लग जाते हैं और उनका व्यवहार उनके लिंग से मेल नहीं खा पाता। लड़कियाँ लड़कों जैसा व्यवहार करने लगती हैं। लड़कों जैसे कपड़े पहनने लगती हैं, लड़के, लड़कियों की तरह व्यवहार करने लगते हैं, इस विकार को लिंग पहचान विकार कहा जाता है। उन्हें लगता है कि कि वे जिस शरीर में हैं उसमें उन्हें जबरन कैद कर दिया गया है। अतः जिस लिंग के वे हैं उसमें उन्हें अरुचि हो जाती है। वे दूसरे लिंग की तरह अपनी पहचान बनाने लगते हैं।

डीएसएम-5 के अनुसार इस रोग को लिंग-पहचान विकार कहा जाता है। शरीर किसी लिंग का हो और व्यवहार विपरीत लिंग का, तो बड़ा संकट उत्पन्न हो जाता है। ऐसे रोगियों की चिकित्सा करके उन्हें विश्वास दिलाना होता है कि वे उस लिंग के नहीं हैं, जिसका वे अपने-आपको समझ रहे हैं। पहले उन्हें लिंग भ्रम होता है, बाद में वे विपरीत लिंगी रहे हैं। मानकर वैसी ही व्यवहार करने लगते हैं। विपरीत लिंग की तरह व्यवहार करने का विकार निरन्तर बढ़ता है। किसी व्यक्ति को यह विकार हल्का-फुल्का होता है किसी में अपेक्षाकृत अधिक गहरा होता है। एक व्यक्ति में भी यह कभी कम और कभी ज्यादा देखा जाता है (कोहेन-कटेनिस और एफलिन, 2010)। लिंग-पहचान मनोविकार की पहचान व वयस्कावस्था में प्रवेश के दौरान हो जाती है, या फिर वयस्क हो जाने पर हो पाती है। किसी-किसी में यह बचपन में ही हो जाती है।

10.7.1 बाल्यावस्था में जेंडर डिस्फोरिया

जो लड़के लिंग पहचान व विकार से पीड़ित होते हैं वे ऐसी गतिविधियों में कार्य करते हैं जिनमें लड़कियों की रुचि होती है। जो पारंपरिक रूप से स्त्री लिंग के क्षेत्र में आते हैं (जुकर एवं ब्रेडली, 1995)। वे लड़कियों जैसे कपड़े पहनते हैं। लड़कियों के खेल खेलते हैं। उन्हें गुड़ियों से खेलना अच्छा लगता है। जब घर-घर खेल रहे होते हैं तो वे माँ की भूमिका चुनते हैं। वे कठोर खेलों से बचते हैं और लड़कियों की तरह कोमल व्यवहार करते हैं। लड़कियों की तरह ही इच्छाएँ प्रकट करते हैं। अपनी पंसद के स्त्री चरित्रों वाले नाटक देखने में विशेष रुचि लेते हैं। जब उनके दोस्त उन्हें 'सिस्टर्स' कहकर बुलाते हैं, तो वे हँस पड़ते हैं।

लिंग-पहचान विकार से पीड़ित लड़कियाँ, माता-पिता द्वारा लड़कियों के कपड़े पहनाए जाने पर विरोध प्रकट करती हैं, वे लड़कों तरह छोटे-छोटे बाल रखना पसंद करती हैं, गुड़ियों के साथ खेलने में रुचि कम दिखाती हैं वे लड़कों वाले खेलों में ज्यादा रुचि लेती हैं। वे टॉम बॉय की तरह दिखती है, परन्तु लड़कों की तरह महसूस करने अथवा पुरुषों की तरह व्यवहार करने के कारण वे टॉम बॉय अलग होती है। उन्हें देखकर अजनबी उन्हें लड़का मान लेते हैं। प्रायः लिंग पहचान विकार से ग्रस्त लड़कियों की वाद लिंग विकार ग्रस्त लड़कों की तुलना से ज्यादा की जाती है (कोहेन कटेनिस एवं अन्य, 2003)।

यह भी देखने में आया है कि ज्यादातर वयस्क लड़के जो लिंग पहचान विकार से पीड़ित होते हैं, वे प्रायः समलैंगिक होते हैं। विपरीत लिंगी के साथ यौन संबंध स्थापित करने में उन्हें कार्य नहीं होता। जिन्होंने ऑपरेशन द्वारा लिंग-परिवर्तन कराया है, उन्हें छोड़कर (जुकर, 2005)। वर्षों तक अनुसंधानकर्ता इस बात पर तर्क करते रहे हैं कि उनका मानना है कि ऐसे बच्चों को लिंग पहचान मनोविकार का रोगी न माना जाय। वे तो सामाजिक दखावों के कारण दबाव झेलते-झेलते ऐसे ही हो गये हैं। अपने सामाजिक दबावों को सहते-सहते उनकी सोच नकारात्मक हो गयी है, परन्तु फिर भी अन्य मनोविज्ञानविद उनके लिंग उलोक कर व्यवहार करने के कारण उन्हें लिंग-दोष के कारण मानसिक रोगी मानते हैं। (वेसी एवं बार्टलेट, 2007)

10.7.2 उपचार

जिन बच्चों तथा किशोरों को लिंग पहचान मनोविकार की शिकायत है, उनकी चिकित्सा को इस बात पर केंद्रीत रखा जाता है कि उन्हें नाखुशी के माहौल से निकाल कर खुशी के माहौल में कैसे लाया जाय, अपने इस विकार के कारणों से वे माता-पिता संकट में आते हैं और जिंदगी उन्हें बोझ लगने लगती है (जुकर एवं अन्य, 2008)। उनका मन खराब रहने

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

लगता है और एजायती रोग घर कर लेता है जिसकी विधिवत चिकित्सा जरूरी लिंग पहचान विकार दूर करने के लिए, खास प्रकार के मनोवैज्ञानिक जिन्हें 'साइको डायनामिक कहा जाता है। ये मनोवैज्ञानिक उनकी अतिरिक्तों की समझ लेते हैं, वे अंतरिक्तों का विश्लेषण कर उन्हें दूर करते हैं।

लिंग पहचान विकार के बारे में दो बातें खास हैं – ज्यादा मनुष्यों में बचपन में ही यह विचार आता है (वेलिन एवं कोहने क्रेटेनिस, 2008)। दूसरे, जो बच्चे इस विकार से ग्रस्त बच्चों में रहते हैं यह रोग केवल किशोरावस्था तक ही टिकता है। ज्यादा से ज्यादा वयस्क होने तक बना रह सकता है। उनका लिंग परिवर्तन ऑपरेशन द्वारा किया जा सकता है।

बॉक्स 10.7 : जेंडर डिस्फोरिया के लिए डीएसएम-5 मानदंड (ए.पी.ए.-2013)

बच्चों में जेंडर डिस्फोरिया

क) वास्तविक लिंग और आरोपित लिंग के बीच का अंतर को मजबूती से पूरे छः माह तक जीते जीते अपनी मर्जी से चुने गये लिंग को पूरी तरह नहीं मानने लग जाना। (जिनमें से एक मानदंड अ 1 होना चाहिए)

लिंग-पहचान विकार के पाँच लक्षण हाते हैं।

- 1) दूसरे लिंग का हो जाने और दिखने की मजबूत प्रवृत्ति इस बात को जोर देकर साबित करते जाना कि उसकी असली लैंगिक पहचान यही है। (अथवा वास्तविक लिंग से अलग के लिए, और)।
- 2) लड़कों में (आरोपित लिंग) विपरीत लिंग के कपड़े पहनने की प्राथमिकता देना, कामोत्तेजना पैदा करने वाले स्त्री वस्त्र धारण करना, लड़कियों में लड़कों द्वारा खासकर पहने जाने वाले वस्त्रों को धारण करने को सुदृढ़।
- 3) दूसरे लिंग का दिखने के लिए मजबूत प्राथमिकता।
- 4) दूसरे विपरीत लिंग के रुचि के खेलों व खिलौनों में दृढ़पूर्वक रुचि उन्हें ही अपनाये रहना।
- 5) विपरीत लिंग के व्यक्ति को फीमेल का साथी चुनने की सुदृढ़ प्राथमिकता।
- 6) लड़कों की तरह हरने लग जाने वाली लड़कियों में लड़कियों के खिलौने तथा खेलों व अन्य गतिविधियों का तीव्रगतिरोध।
- 7) अपने वास्तविक शरीर के प्रति भारी नापसंदगी।
- 8) आधारण किये गये लिंग में बने रहने की तीव्र इच्छा, अपनी इच्छाओं का बिल्कुल वैसी ही बना लेना जैसे इस लिंग के व्यक्तियों में होता है।

ख) कारण प्रायः अवसाद ग्रस्तता तथा सामाजिक पृथकता व शैक्षिक संस्थान पृथकता तथा ऐसे ही अन्य कार्यक्षेत्र।

किशोरों व वयस्कों में जेंडर डिस्फोरिया

जो लिंग उनका माध्यम में है और जो कारण हुआ है उनके बीच स्पष्टता कम से कम छः महीने तक ये लक्षण बने रहना जिनकी दो खास बातें इस प्रकार हैं:

- 1) वास्तविक लिंग तथा स्वेच्छा से धारणा किया लिंग स्पष्ट अंतर या अनुभव होते रहना धारित लिंग की सारी विशेषताओं का मजबूती से प्रदर्शन करना।

- 2) वास्तविक लिंगीय पहचान को न मानना तथा उससे छुटकारा पाने की मजबूत इच्छा। अपनी पसंद के या स्वेच्छा से धारण किये गई लैंगिक पहचान में मजबूती से बने रहने की अटूट इच्छा।
- 3) पहले वाली लिंगीय पहचान से मुक्ति पाने की इच्छा उतनी मजबूती जितनी दूसरे स्व-चयनित लिंग को जीने इच्छा।
- 4) जिस लिंग के वास्तव में है उसे छोड़ने की सुदृढ़ प्राथमिकता।
- 5) दूसरे लिंग के, उसके जिसे स्वयं अपनाया है, लोगों के बीच, घुलमिल जाने तथा उसी रूप में पहचाने जाने की मजबूत इच्छा।
- 6) एक लिंग के लोग दूसरे लिंग के लोगों से सर्वथा पृथक होते हैं ऐसी धारणा का अटूट होना दूसरे लिंग, जो अब धारित है। स्वाभाविक भावनाओं व क्रिया प्रति-क्रियाओं को खुलकर जीना।

प्रायः सामाजिक पृथकता जनित अवसाद तथा सभी कार्य क्षेत्रों में खिन्नता बने रहने से उपजी प्रतिक्रिया या स्वरूप यह विकार उत्पन्न हो जाती है।

10.8 ट्रांस सेक्सुलिजम (लिंग परिवर्तन की प्रवृत्ति)

जब लिंग परिवर्तन की प्रवृत्ति इतनी तीव्र हो जाती है कि ऑपरेशन द्वारा अपना लिंग बदल लेते हैं जिस लिंग के साथ पैदा हुए थे। उसे छोड़कर उस लिंग में आ जाते हैं जिसे स्वेच्छा से धारणा किया है। हमेशा के लिए लिंग बदल लेने की प्रवृत्ति की दृष्टि जैडरिजम कहा जाता है, ऐसे लोग प्रायः चिकित्सीय मदद से बल ऑपरेशन द्वारा लिंग बदल लेते हैं (कोहन केटेलिस और पिफेलिन, 2010)। यह लिंग बदल डालने का संकल्प पैदा करने वाली प्रवृत्ति बहुत कम लोगों में ही पाई जाती है। यूरोपीयन शोधों में यह व्यक्त किया कि 30,000 पुरुष में से 1 में यह प्रवृत्ति इतनी मजबूत पाई गई है और उन्होंने ऑपरेशन द्वारा लिंग-परिवर्तन करवाया 1,00,000 स्त्रियों में से 1 इस तरह लिंग परिवर्तन करवाया है। हाल ही में कुछ शोधों ने व्यक्त किया है कि जानकारी दी है कि पश्चिमी देशों में प्रति 12000 में से 1 में यह प्रवृत्ति इतनी प्रबल पाई गई है कि उन्होंने लिंग परिवर्तन करवाया है (लारेस, 2007)।

उल्लेखनीय बात यह है कि ज्यादातर लोगों को बचपन में लिंग पहचान विकार होता है, परन्तु इनमें से ज्यादातर ऑपरेशन से लिंग परिवर्तन की हद तक नहीं जाते। उन्हें 'टॉम बॉयज' कहलाने जाने में कोई आपत्ति नहीं होती है। बचपन में प्रायः सभी स्त्रियों की ओर आकर्षित होते हैं। पुरुषों से स्त्रियों के रूप में पहचान बनाने वालों में दो प्रकार के समलैंगिक होते हैं। अपने ही लिंग के व्यक्तियों से यौन तृप्ति प्राप्त करने वाले समलैंगिक एवं ऑटोगायनोफिलिक ट्रांससेक्सुअल (बेली, 2003)।

समलैंगिक, परालैंगिक व्यक्ति की तरह होते हैं। अतः वे लिंग परिवर्तन से पहले वाली अपने वास्तविक लिंगी साथी की ओर आकर्षित होते हैं। लेकिन, क्योंकि वे स्वयं को महिलाओं के रूप में पहचानते हैं इसलिए वे अक्सर अपने यौन अभिविन्यास को विषमलैंगिक के रूप में परिभाषित करते हैं। आटोगायनोफिलिक ट्रांससेक्सुअल के लिए, वे महिलाओं के रूप में स्वयं के विचारों, ध्वनियों या कल्पनाओं के प्रति आकर्षित होते हैं (ब्लाचार्ड, 1991, 1993)।

दूसरे लिंग में रुचि लेने वाली प्रवृत्ति तथा लिंग बदल लेने की प्रवृत्ति के लिए एक मान्यता यह है कि जन्म से पहले के हार्मोस के प्रभाव स्वरूप लिंग पहचान विकार उत्पन्न हो जाता है और वे 'ट्रांस-सेक्सुअल' बन जाते हैं (मेयर बहल बर्ग, 2010)। कुछ परिवार के लड़के का लड़की की तरह रहना शर्म, शर्मिंदगी की बात समझा जाता है। इसे लोग बदनामी मानते हैं। कुछ ऐसा नहीं मानता है।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

लिंग पहचान विकार से पीड़ित लोग दूसरे लिंग वालों के कपड़े पहनकर कामोत्तेजना या यौन-तृप्ति का अनुभव नहीं करते हैं। उनका उद्देश्य उसी लिंग के रूप में जीवन जीना होता है, जिसे उन्होंने चुना है। उदय लिंगी की तरह व्यवहार करने वालों से भी वे भिन्न होते हैं क्योंकि वे इस भ्रम के साथ नहीं जीते हैं कि उनका जननांग दोनों तरह काम कर सकता है।

10.8.1 उपचार

प्रायः मनो-चिकित्सा भी कभी-कभी किशोरों व वयस्कों को लिंग पहचान विकार के रोग से मुक्ति दिलाने में पूरी तरह सफल नहीं हो पाते (कोकन केटेनिस, डिल्लन और गरेन, 2000, जुकर और ब्रेडली, 1995)। फिर भी यह सच है कि ऑपरेशन से लिंग बदलने लेने की तकनीक बहुत पुरुषों पर कारगर साबित हुई है। जैविक रूप से पुरुष के रूप में पैदा व्यक्ति को (ऑपरेशन द्वारा जब स्त्री बनाया जाता है) एस्ट्रोन हार्मोन दिये जाते हैं, जिससे उनके उरोज विकसित हो जाते हैं। त्वचा में कोमलता आ जाती है। स्त्री से पुरुष को टेस्टोरोन दिया जाता है जिससे चेहरे पर दाढ़ी-मूँछें आने लगती हैं तथा शरीर के आवाज बदलकर भारी हो जाती है और मासिक धर्म की प्रक्रिया बंद हो जाती है ऑपरेशन से पहले ही उसकी हार्मोन चिकित्सा (प्रयोग के तौर पर) की जाती है। स्त्री से पुरुष बनने वाले पुरुष बहुत कम संख्या में कृत्रिम लिंग लगवाते हैं क्योंकि उसका ऑपरेशन बहुत खर्चीला है तथा अभी उतनी विकसित नहीं हो पाई है। एक बात और भी उल्लेखनीय है कि कृत्रिम लिंग में उत्थान नहीं आ पाता। अतः उससे संभोग करने के लिए कृत्रिम तरीका ही अपनाना पड़ता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

- 1) जेंडर डिस्फोरिया क्या है?

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

- 2) क्या लिंग-परिवर्तन की चाह और जेंडर डिस्फोरिया के बीच कोई संबंध है?

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

10.9 यौन अक्षमता

यौन अक्षमता का संबंध कामेच्छा अथवा कामोनंद अनुभूति व यौन-तृप्ति से है। इसे तीन श्रेणियों में बांटा जा सकता है डीएमएस-5 के अनुसार पहला कामेच्छा तथा कामोत्तेजना विकार व चरमानंद विकार तथा यौन-क्रिया उत्पीड़न विकार।

स्त्री और पुरुषों की अलग-अलग ढंग से जाँच की जाती है। समलैंगिकता तथा भिन्न लिंगता विपरीत लिंगी के साथ रति-प्रवृत्ति ऐसा मनोवैज्ञानिक या पारस्परिक कारणों से हो सकता है। अन्य शारीरिक कारण से भी ऐसा हो सकता है। यह भी ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि वे कुछ हवाओं के लिए द्वितीयक परिणाम हो सकते हैं जो लोग ले रहे होंगे (बैरन-कुहु और सेग्रेस, 2007)। यौन रोगों का निदान करने के लिए यह महत्वपूर्ण है कि शिथिलता लगातार और कई बार होनी चाहिए तथा इसके परिणामस्वरूप कामकाज के साथ नैदानिक संकट चिन्हित होना चाहिए।

तालिका संख्या 10.2 : विभिन्न प्रकार की यौन अक्षमताओं की सूची (डीएसएम-5 के अनुसार)

पुरुष में	महिला में
विलबित स्खलन विकार	महिलाओं में चरम सुख विकार
स्तंभन विकार	संभोगच्छा की कमी
प्रारंभिक स्खलन विकार	योनि के आसपास के क्षेत्र में दर्द होना
पुरुष हाइपोएकिटव यौन इच्छा विकार	
स्त्री व पुरुषों में : पदार्थ/दवा प्रेरित यौन अक्षमता	

10.9.1 पुरुषों में अति कामेच्छा विकार

हाइपो-एकिटव व्यक्ति में कामेच्छा या तो बहुत कम होती है या होती ही नहीं। इसी कारण वह तनाव में रहने लगता है। ऐसा कमी लगातार छः महीने तक बनी रहने पर व्यक्ति का हाइपो-एकिटव मान लिया जाता है (विंजी वेच, और बारलो, 2008) (विंग, 2009)। इसे कसौटी पर कसने के दूसरे रास्ते भी है। कामेच्छा कम होने वाले के कुछ अन्य कारण भी हैं यह विकसित व्यक्ति एक महीने में दो बार संभोग नहीं करते अथवा वे संभोग के बारे में सोचते ही नहीं। कुछ व्यक्ति भी सप्ताह में दो बार सम्भोग करते हैं परन्तु वे ऐसा अपनी शादी बचाए रखने के लिए करते हैं, वैसे कामेच्छा, उनकी कमी का अभाव ले चुकी होती है।

ऐसी स्थिति में चिकित्सक को यह जान लेना जरूरी होता है कि ऐसा कहीं उनके यौन साथी के कारण तो नहीं है, संस्कृति प्रभावों या निजी कमजोरियों या किसी दवा के कारण तो ऐसा नहीं हो रहा है। अधिकतर यौन-जानकारों का मानना है कि यौन-संबंध किन्हीं खास परिस्थितियों सामजस्य के लिए स्थापित किये जाते हैं और जीवन भर इन्हें जारी रखने का कोई औचित्य नहीं है।

उपचार

प्रायः यह देखा गया है कि पुरुषों में कामेच्छा की कमी होना प्रायः हार्मोन के कारण आ जाती है, हार्मोन का कम निकलना कामेच्छा को कम कर देता है। इसलिए उनकी चिकित्सा के लिए मनोवैज्ञानिक चिकित्सा अधिक कारगर साबित होती है। जिन पुरुषों में टैस्टोस्टरोन नामक हार्मोन का स्तर कम होता है उन्हें हार्मोन के इंजैक्शन दिये जा सकते हैं (ब्रोटो, 2010)। परन्तु अभी और अनुसंधान की आवश्यकता है, ताकि इस विकार की समुचित चिकित्सा की जा सकती है।

10.9.2 नपुसंकता

लिंग उत्थान विकार लिंग से जुड़ा विकार है, लिंग में कामोत्तेजना नहीं आती, कामेच्छा का इससे कुछ भी लेना-देना नहीं है। ऐसे रोगियों में कामेच्छा भरपूर होती है, संभोग करने अच्छा भी होती है परन्तु समस्या यह है कि जब लिंग, जो सम्भोग का साधन है उसमें कामोत्तेजना के कारण उत्थान ही नहीं आता तो, सम्भोग कैसे हो। कोई भी पुरुष जिसकी लिंग के संभोग करने के लिए जरूरी उत्थान नहीं आ पाता, उसे लिंगोत्थान विकार से पीड़ित माना जाता है (विंजी, 2009)। यह विकार मनोजन्य व प्राकाल्पनिक होता है; संभोग सफलतापूर्वक सम्पन्न हो पायेगा या तन मन में ऐसा विचार या आशंका आने से लिंग में उत्थान नहीं आ पाता। (लेटर बारलो एवं उनके अन्य सहयोगी, 1983, 1996) का यह मानना है कि ऐसी चिंता से एंजायटो उत्पन्न हो जाती है जिससे सम्बंधित नसों में संकोच व अनिश्चिता के कारण भरपूर रक्त संचरण नहीं हो पाता और इसीलिए लिंग में संभोग करने के लिए वांछित उत्थान नहीं आ पाता। (2002) बारलो ने इस बात पर जोर दिया था कि मन में संकोच और तत्जनित एंजाइयटी के कारण अच्छे-भले पुरुष भी कामोत्तेजना प्राप्त नहीं कर पाते, उन्हें संभोग करने में बाधा उत्पन्न हो जाती है। पिछले बार किये गये सम्भोग की असफलता से उपजे नकारात्मक विचार भी उनके लिए सफल सम्भोग में बाधक बन जाते हैं।

इस प्रकार उनका अनमनापन उससे उपजे नकारात्मक विचार ऊपर से एंजायटी उन्हें भरपूर कामोत्तेजना उत्पन्न नहीं होने देते और लिंग में उत्थान नहीं आ पाता (विंजी एवं अन्य, 2008)। उत्थान से मन में ऐसी धारणा आ जाती है कि अब तो सम्भोग संभव ही नहीं। इसीलिए ज्यादातर पुरुष उत्तेजना उत्पन्न पैदा करने वाली दवाइयाँ लेते हैं, परन्तु इसके अतिरिक्त प्रभाव होते हैं, (रोसेन और मार्टिन, 2003)। बढ़ी उम्र में प्रायः लिंगोत्थान में कठिनाइयाँ आती है (लिंडाइ, स्कूम्स, लॉमन लैविंसन एवं ओ, मॉरिचेटेन और वेटे, 2007)। लिंगोत्थान विकार के ज्यादातर मामले बड़ी आयु में प्रायः नाड़ी जनित रोगों के कारण सामने आते हैं। इससे नस-नाड़ियों में लिंगोत्थान से समुचित रक्त संचार नहीं होता है और वे संभोग से वंचित रह जाते हैं।

बूढ़े लोगों के लिंगोत्थान विकार का सबसे सामान्य कारण नसों में पैदा होने वाला कोई रोग ही है, जिसके कारण रक्त संचार का स्तर बहुत बना रहता है और लिंग को उत्थान के लिए ए वांछित रक्त नहीं मिल पाता और इस कारण एक बार लिंगोत्थान हो भी जाय तो उसे बनाये रखे पाने के लिए लिंग लगातार बनाये नहीं रख पाता है।

उच्च रक्तचाप, मधुमेह आदि बीमारियों के कारण धमनियों में सूजन या अवरोध आ जाने से ही रक्त संचार में बाधा आ जाती है और समुचित रक्त न मिलने के कारण लिंगोत्थान नहीं हो पाता। धूम्रपान, मोटापा, नशे की लत व गलत जीवन शैली से उपजा समुचित बदलाव लाने से फिर से लिंगोत्थान प्राप्त कर लेना संभव है (गुप्ता एवं अन्य, 2011)।

उपचार

लिंग और उत्थान प्राप्त करने के लिए अनेक औषधि व विधियाँ अपनायी जाती हैं। जहां व्यवहार में परिवर्तन लाने के लिए किये गये उपाय सफल नहीं हो पाते तो तर्क भी काम नहीं करता तो दवाएँ तथा पद्धतियाँ अपनाई जाती हैं इनमें शामिल दवाओं के नाम हैं ब्याग्रा, लेविट्रा फाइलिस। उत्थान कोशिकाओं के उत्थान बढ़ाने वाली दवाओं के इंजैक्शन दिये जाते हैं, नसों को लालने के लिए वेक्यूम पम्स का उपयोग किया जाता है (ड्रूटरेट सीग्रेवज और अल्थॉफ, 2007)। नसों के नष्ट हो जाने / नसों में चोट लग जाने के कारण यदि उनमें

रक्त संचार नहीं हो पाता है तो उनकी चिकित्सा की जाती है। कभी-कभी लिंग प्रतिस्थान पद्धति भी अपनाई जाती है, सिलिकॉन या रबड़ से बने अवयवों को अंदर प्रवेश करवाकर कोशिकाओं को रक्त संचार के लिए खोला जाता है जिसमें लिंगोथान संभव हो सके। बाजार में वियाग्रा व सिलाजीत जैसी दवाओं की बढ़ती हुई माँग बताती है कि दवाई कितनी सफल रही है और पुरुषों में संभोग के लिए लिंगीय अक्षमता विकार कितना ज्यादा बढ़ा है तथा यह भी इसके बावजूद पुरुष संभोग हेतु कोई न कोई उपाय करते हों, उनके लिए जीवन में यौन-क्रिया कितनी आवश्यक है। संभोग या काम-संतुष्टि पर होने वाले अनुसंधान पर भी बताते हैं कि ये दवाइयाँ तर्कों के आधार पर व्यवहार चिकित्सा पद्धति की मदद से और अधिक कारगर साबित होती हैं (मेर्स्टन एवं रैलिनी, 2008)।

10.9.3 शीघ्र पतन विकार

डीएसएम-IV टी आर के “समय से पहले स्खलन” को डीएसएम-5 में शीघ्र पतन विकार कहा जाता है। स्खलन का लिंग प्रवेश से पहले या लिंग प्रवेश के बाद थोड़ी देर बाद ही शीघ्र ही स्खलन हो जाना शीघ्र पतन कहलाता है।

अध्ययनों से पता लगता है कि संभोग जारी रखने और फिर वीर्यपात होने में सामान्य पुरुषों को 15 सेकण्ड का समय मिलता है। स्खलन प्रक्रिया स्वतः सपन्दन क्रिया, कुछ सीमा तक ही मनुष्य का इस पर वश चलता है। लिंग प्रवेश के बाद 10 सेकण्ड के अंदर वीर्यपात हो जाता है तो उसे शीघ्र पतन की संज्ञा दी जाती है। शीघ्र पतन के कारण यौन साथी को और स्वयं को भी भरपूर यौन संतुष्टि की प्राप्ति नहीं हो पाती। इसके साथ ही चिंता जैसे कुछ अन्य घटक भी कार्य करते हैं। अति संवेदनशील लिंग अति कामना तुरंत जिससे उत्तेजना तेजी से बढ़ने लग जाती है, आदि शीघ्र पतन के कारण हैं।

फिर भी यह दावे के साथ नहीं कहा जाता कि जो कारण बताये गये हैं, केवल वही शीघ्र पतन के लिए उत्तरदायी होते हैं।

उपचार

शीघ्र पतन की प्रवृत्ति को नियंत्रित करने के लिए प्रायः व्यवहार चिकित्सा दी जाती है, पॉज क्यूडी तकनीक भी अपनाई जाती है (मास्टर एवं जॉन्सन, 1970)। परन्तु हाल ही में हुए अध्ययनों ने तकनीक की कम सफलता दर (ड्यूटैट एवं अन्य, 2007) की सूचना दी है। यह पाया गया है कि पैराअक्सेटिन, सेर्ट्रालिन, फ्लूआक्सेटिन, सेर्ट्रालिन, फ्लूआक्सेटिन और डैपोक्सेटिन जैसे अवसादरोधी दवाएँ स्खलन को लंबा करने में सहायक होती है क्योंकि यह सेरोटोनिन रीटेक को अवरुद्ध करती है (जैनिणी और पोर्ट्ट, 2011)।

10.9.4 बहुत देर बाद / या देर से वीर्य-पात स्खलन होना

लम्बे समय तक संभोग करते रहने पर भी जब वीर्य स्खलन नहीं हो पाता तो इसे विलम्ब स्खलन दोष कहा जाता है। ऐसे पुरुष लिंग को उत्तेजित करते समय वीर्य स्खलन व अन्य उपाय अपनाता है, जैसे एकांत में हस्तमैथुन करना (बिंजी, एवं अन्य, 2008)। कुछ मामलों में जब बहुत देर तक स्खलन नहीं हो तो पुरुष अपनी यौन संगिनी के सामने ही हस्तमैथुन आदि द्वारा स्खलित हो जाते हैं। देर से स्खलन होने का कारण कभी-कभी शारीरिक कमियों के कारण भी होता है, जैसे धमनियाँ में कठोरता आ जाना जिसे सेलिरॉसेब्र कहा जाता है। धमनियों कठोरता का ज्यादा बढ़ जाना भी शारीरिक दोष होता है, शायद अवसाद विरोधी दवाओं के अधिक सेवन से यह दोष आ जाता है।

उपचार

इस विधि में पुरुष अपने यौन साथी के साथ संभोग द्वारा चरम उत्तेजना आनंद या चरम सुख प्राप्त करने में सफल होता है। यौन-संगिनी आत्मीयता से तकनीकों अन्य प्रविधियों द्वारा संभोग पर नियंत्रण बनाये रखने में पुरुष साथी की मदद चाहती है, पर यौन-क्रिया संपादन के दौरान उत्थान उत्तेजना को बढ़ाने से रोकने में सहयोगी की भूमिका निभाता है और इस प्रकार दोनों परम सुख तक पहुँच जाते हैं (मेस्टोन एवं रेलिनी, 2008)। व्यवहार चिकित्सा व जानकारी संपन्न व्यवहार चिकित्सा द्वारा यह संभव हो पाता है।

10.9.5 मादा यौन रुचि/उद्घोलन (उत्तेजना) विकार

शोध के अनुसार, जिन स्त्रियों की यौन रुचि कम होती है, उनमें यौन-क्रिया के दौरान उद्घोलन का स्तर कम होता है इस प्रकार डीएसएम-5 में स्त्री यौन रुचि/उद्घोलन विकार में रुचि और उद्घोलन की श्रेणी को संयुक्त किया है। निम्न यौन अंतर्नोद में मनोवैज्ञानिक कारकों की महत्वपूर्ण भूमिका है (मेस्टन एवं ब्रैडफोर्ड, 2007)। इस विकार के निदान के साथ एक सामान्य समस्या है लोग आमतौर पर अपने जीवन साथी के इशारे पर और यौन संपर्क की संख्या की अपनी समझ के कारण आसानी से उपलब्ध सार्वजनिक ज्ञान से स्वयं का उपचार करते हैं। यह जानना महत्वपूर्ण है कि यौन संपर्क की संख्या सामान्य व्यक्तियों के मध्य व्यापक तौर पर अलग-अलग होती है, इसलिए यह तय करना कठिन हो जाता है कि क्या “पर्याप्त नहीं” है? और नैदानिक हस्तक्षेप की आवश्यकता होगी या नहीं। डीएसएम-5 रोगी की आयु और जीवन संदर्भ के आधार पर चिकित्सक को निर्णय लेने के लिए छोड़ देता है। यदि किसी व्यक्ति को अवसाद है या अतीत था, तो यह यौन रुचि विकार में सहायक होगा (मेस्टन एवं ब्रैडफोर्ड, 2007)।

टेस्टोरेन की भी यौन रुचि कम करने में भूमिका हो सकती है, लेकिन टेस्टोरेन रिप्लेसमेंट थेरेपी स्त्रियों एवं पुरुषों की कामोत्तेजना को सामान्य बनाने में लाभदायक है केवल उन मामलों में जिनमें टेस्टोरेन निम्न स्तर पर है (मेस्टन एवं रालिनी, 2008)। कुछ समय पहले तक स्त्रियों की यौन रुचि और उससे संबंधित विकारों को बहुत अधिक महत्व नहीं दिया गया था। यह व्यापक मानसिकता और मिथक के कारण संभोग के विषय में ज्यादा परवाह नहीं करती हैं। लेकिन हाल ही में कुछ शोध परिणामों ने सुझाव दिया है कि उद्घोलन और रति बिन्दु की इच्छा में रेखिय प्रगति जैसे कि मूल रूप से माना जाता है स्त्रियों के संबंध में हमेशा नहीं हो सकती है (मेस्टन एवं ब्रैडफोर्ड, 2007)। कई स्त्रियों के लिए यौन इच्छा का अनुभव केवल यौन उद्घोलनों के बाद व्यक्तिपरक यौन उद्घोलन का कारण बना है (बैक्सन, 2003, मेस्टन एवं ब्रैडफोर्ड, 2007)। कुछ यौन गतिविधियों के लिए आकर्षक स्त्री के रूप में संवेगात्मक अंतरगता या आत्म-छवि को बढ़ाने के लिए प्रेरक के रूप में कार्य कर सकता है (बैक्सन, 2003, 2005)। यौन उद्घोलन विकार योनि और योनि के ऊतकों की सूजन और चिकनाई को प्राप्त करने में विफलता दिखाता है जिससे संभोग कठिन और असुविधाजनक हो जाता है। इन कारणों पर बहुत अच्छी तरह से शोध नहीं किया जा रहा है लेकिन यह प्रारंभिक चरण में यौन आघात से लेकर ‘सेक्स’ के विषय में समाज की मनोवृत्ति और वर्जित विचारों के लिए हो सकता है। यह जीवनसाथी में अरुचि के कारण भी हो सकता है। इसके पीछे जैविक, सेलेक्टिव सिरोटोनिन रेपटेक इनहिबिटर्स औषधियों – किसी प्रकार की बीमारी (जैसे मधुमेह, चोट आदि) हो सकती है एवं विशेष रूप से रजोनिवृत्ति के दौरान एस्ट्रोजेन का स्तर कम हो सकता है।

उपचार

यौन इच्छा को बढ़ाने में सहायता करने के लिए कोई प्रभावी कामोत्तेजक उपलब्ध नहीं है जैसा कि पहले उल्लेख किया गया है इंजेक्शन टेस्टोस्टेटोन पुरुषों और स्त्रियों पर काम

करता है जिनके पास टेस्टोस्टोरेन का स्तर बहुत कम है। (कुछ अध्ययन जैसे सेग्रेवस एवं अन्य, 2004) का विचार है कि लगातार ब्यूप्रोपिन (अवसाद रोधी दवा) दिये जाने से नई उभार व चरम सुख अनुभूति की बारम्बारता स्त्रियों में बढ़ाई जा सकती है। हाइपोएक्टिव यौन इच्छा विकार वाली महिलाओं में यौन उत्तेजना और संभोग आवृत्ति में सुधार हो सकता है।

ऐसी रोगियों के सीनेट फोक्स अभ्यास, जिनमें स्त्री-पुरुषों के जोड़ों का स्पर्श द्वारा रोमांचकारी सुख की अनुभूति करना सिखाया जाता है, इसके अंतर्गत वे एक दूसरे के व्यामँगों को छूते हैं और छेड़ते हैं, जिसमें उनके कामोहपन होता है उनकी संवेदना में वृद्धि होती है। इसमें संभोग किया या चरम सुख शामिल होता है।

10.9.6 पुरुषों में लिंग प्रवेश विकार

डीएसएम-IV-टीआर के अनुसार दो तरह के ही विकार होते हैं। योनि संबंधी व संभोग संबंधी जिन्हें डीएस-5 में एक साथ मिलाकर दिखाया गया है शायद अलग करने में वैज्ञानिक प्रमाण अनुपलब्ध था (बीनिक, 2010)। योनि संबंधी दुःखानुभूति योनि में योनि से संलग्न ऊतकों में अनैच्छिक जलन के प्रकोप के कारण होती है। इसीलिए इसका पता लगाना सदैव कठिन बना रहता है। अब महिलाएँ बताती हैं कि यह इस कामेच्छा द्वारा योनि में होनी वाले दुःखन जिसे मीठा-मीठा दर्द होता है। इस दर्द की स्पष्ट व्याख्या अभी तक नहीं हो पाई परन्तु अनुभव से पता लगता है कि यह संभोग के दौरान, योनि की कोमल दीवारों के साथ होने वाले घर्षण से उत्पन्न दर्द है, इसका कारण वैज्ञानिक भी हो सकता है। स्त्रियों में दर्द की आशंका बनी रहती है, परन्तु अब इसका असली कारण योनि व सम्बन्धित ऊतकों में मौजूद इकैक्वेन जो योनि में जलन उत्पन्न करता है। इससे बढ़ती आयु के हाथ होने वाली योनि क्षय भी इसका कारण हो सकता है, जो घर्षण के कारण खरोंच लगने व घाव हो जाने के कारण अथवा योनिच्छा कम हो जाने के कारण अनुभव होता है।

कुछ अनुसंधानकर्ताओं का तर्क है कि इसे यौनिक दर्द विकार नाम दिया जाना चाहिए तथा इस अर्थ में यौन विकार माना जाना चाहिए (बिनीक, 2005, बिनीक एवं अन्य, 2007)। क्योंकि यहाँ उत्पन्न होने वाला दर्द दूसरा होने वाले दर्द की तरह ही होता है तथा इस दर्द का कारण भी अहम प्रकार के दर्दों से मिलता-जुलता है। इस प्रकार, इस आधार पर वे तर्क देते हैं कि इस दर्द को भी दर्द विकार की संज्ञा दी जाए।

उपचार

कामुकता, संज्ञानात्मक पुनर्गठन, प्रगतिशील मांसपेशियों में विश्राम और योनि फैलाव अभ्यास के विषय में शिक्षा सहित संज्ञानात्मक व्यवहार हस्तेक्षण यौन दर्द विकारों में प्रभावी पाया गया है (बरगेरन, बिनकेटाल, 2001)। कुछ चिकित्सा उपचार जैसे सर्जिकल वल्वर वेस्टिब्यूल को हटाने में सफल पाया गया है।

10.9.7 स्त्रियों में रति-अनुभूति विकार

स्त्री चरम-सुख विकार ऐसी स्त्रियों में भी देखा या पाया जा सकता है, जो जिन्हें ऊपर से देखने में चरम सुख तक पहुँचने में कोई समस्या नहीं आती वे यौनाबद्ध का पूरी तरह अनुभव करती हैं परन्तु उन्हें चरम सुख तक पहुँचाने में बहुत समय लगता है, कामोत्तेजना प्राप्त करने के बाद या चरम सुख तक पहुँच ही नहीं पाती (डीएसएम-5 के अनुसार) उन्हें भी इस स्थिति में परेशानी का अनुभव होता होगा, ऐसी स्त्रियों को प्रायः क्लोटोरल उत्तेजना द्वारा चरमानंद तक पहुँचाना पड़ता है इसे यौन विकार नहीं माना जाता (मैर्स्टन एवं ब्रेंडफोर्ड,

2007)। ऐसी महिलाओं की संख्या बहुत कम है, जो क्लीटोरिस के प्राकृतिक उत्तेजन द्वारा चरम काम सुख का अनुभव कर लेती हैं, हाथ से क्लीटोरिस को रगड़ते हुए या विद्युत तरंगों द्वारा तरंगायित करते हुए चरम यौनानंद तक पहुँचाया जा सकता है, कुछ महिलाएँ तो किसी भी विधि संचरण से कामोत्तेजना तक पहुँच ही नहीं पाती, ऐसी स्त्रियों का रवैया, हमेशा के लिए चरम-सुख विकार ग्रस्त माना जाता है। स्त्रियों में चरम सुख विकार का पता लगाना सदैव ही एक जटिल प्रक्रिया रही है उनका चरम सुख व्यक्तिगत होता है। क्योंकि यह हर स्त्री में अलग-अलग होता है और एक स्त्री में भी कभी-कभी अलग-अलग होता है (ग्राहक, 2010)। इसमें अनेक घटकों का योगदान होता है। जैसे यौन सम्बंधों से डरना, कामोत्तेजना का कम होना, कुछ स्त्रियों में सम्बंध के प्रति अपराध भाव भी होता है (धार्मिक महिलाओं में प्रायः)। यदि वे चरम यौन आनंद की अनुभूति नहीं कर पाती तो ऐसा दिखता है कि उन्हें काल्पनिक अनुभूति हो रही है। यह एक प्रकार का बनावटी/यौन सुख होता है। यह स्त्रियों को चिड़चिड़ा बना देता है, अवसाद ग्रस्त बना देता है, वे स्वयं भी अवसाद ग्रस्त रहने लगती हैं, और उनका यौन-साथी भी अवसाद ग्रस्त रहने लगता है। फिर भी, अनुसंधान कर्ता अभी तक इसका कोई सही कारण पता नहीं लगा पाये हैं। संभवतः जैविक कारणों में एस एस आर आई एस का लिया जाना हो सकता है। कुछ लोग प्रमाण के साथ कहते हैं कि कुछ स्त्रियों के योनि प्रवेश की संरचना इसी प्रकार की होती है कि वे आसानी से चरम सुख की अनुभूति नहीं कर पाती, और इसी कारण से अपनी अनुकूल योनि संरचना के कारण कुछ स्त्रियाँ सरलता से चरम-सुख तक पहुँच जाती हैं (वेलिन एवं लोयड, 2011)।

उपचार

कुछ लोग सदा यह सवाल पूछते आये हैं कि क्या चरम रति विकार मुख्यतः स्त्रियों की चिकित्सा संभव है। स्त्रियों का इस मामले में मानना है कि इस विषय को स्त्रियों पर ही छोड़ दिया जाना चाहिए, परन्तु जहाँ तक आजीवन चरम सुख विकार का प्रश्न है, उसका चिकित्सा की जानी चाहिए। इसकी चिकित्सा जानकारी को साधारण व्यवहार चिकित्सा तथा स्त्री शरीर की संरचना की जानकारी प्रदान करते हुए यौन-शिक्षा प्रदान करते हैं तथा हस्तमैथुन अभ्यास के माध्यम से भी की जा सकती है।

धीरे-धीरे यौन साथी को समझ आ जाता है और वह चरम सुख तक पहुँचाने में स्त्री का सहयोग करने लगता है (मस्टन व रेलिनी, 2008) यहाँ यह उल्लेखनीय है कि परिस्थितिगत चरम सुख प्राप्ति असमर्थता के पीछे मनोवैज्ञानिक व आपसी सम्बंधों से जुड़ी समस्याएँ हो सकती हैं ऐसे में चिकित्सा करना कठिन हो जाता है। एलटिंफ व श्रीनर - एंजिल, 2000)

बाक्स 10.8 : पुरुषों और महिलाओं में विभिन्न यौन अक्षमता के लिए डीएसएम मानदंड (ए.पी.ए. 2013)

पुरुष का बहुत देर बाद वीर्य-पात स्खलन

क) निम्नलिखित लक्षणों में से किसी एक को लगभग सभी बिन्दुओं पर अनुभव किया जाना चाहिए या सभी अवसरों (लगभग 75–100 प्रतिशत) ने भागीदारी की यौन गतिविधि (पहचान किए गए स्थितिगत संदर्भों में, यदि सामान्यीकृत है, सभी संदर्भों में) व्यक्तिगत इच्छुक देरी के बगैर :

- 1) स्खलन में देरी से चिन्हित।
- 2) चिन्हित उल्लंघन या स्खलन की अनुपस्थिति।

ख) मानदंड-अ में लक्षण न्यूनतम अवधि लगभग 6 माह तक बने रहे।

ग) मानदंड के लक्षण व्यक्ति में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण संकट का कारण बनते हैं।

घ) यौन रोग को एक गैर यौन मानसिक विकार द्वारा या गंभीर संबंध संकट या अन्य महत्वपूर्ण तनावों के परिणामस्वरूप बेहतर नहीं समझाया जाता है और यह किसी पदार्थ/दवा या किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के प्रभाव के कारण नहीं होता है।

नपुसंक्ता

क) यौन गतिविधि के लगभग सभी या सभी अवसरों (लगभग 75–100 प्रतिशत) पर कम से कम एक को अनुभव किया जाना चाहिए। सभी संदर्भों में पहचाने गए परिस्थितिजन्य संदर्भों में या यदि सामान्यीकृत किया जाता है:

- 1) यौन गतिविधि के दौरान स्तंभन प्राप्त करने में कठिनाई।
- 2) यौन गतिविधि प्रबंधित करने में कठिनाई।
- 3) स्तंभन कठोरता में उल्लेखनीय कमी।

ख) मानदंड-अ में लक्षण लगभग 6 महीने की न्यूनतम अवधि तक उपस्थित रहते।

ग) मानदंड-अ के लक्षण व्यक्ति में चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण संकट का कारण बनते हैं।

घ) यौन रोग को एक गैर-यौन मानसिक विकार द्वारा या गंभीर संबंध संकट या अन्य महत्वपूर्ण तनावों के परिणामस्वरूप बेहतर नहीं समझाया जाता है और यह किसी पदार्थ/दवा या किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के प्रभाव के कारण नहीं होता है।

शीघ्र पतन विकार

क) योनि प्रवेश के बाद लगभग 1 मिनट के भीतर और व्यक्ति की इच्छा से पहले लगभग 1 मिनट के भीतर की गई यौन-क्रिया के दौरान होने वाले स्खलन का एक निरंतर या आवृत्ती प्रतिरूप।

नोट: यद्यपि समय से पहले (प्रारंभिक) स्खलन का उपचार गैर-कामुक यौन गतिविधियों में लगे व्यक्तियों पर लागू किया जा सकता है लेकिन इन गतिविधियों के लिए खास अवधि-मानदंड स्थापित नहीं किए गए हैं।

ख) मानदंड-अ में लक्षण कम से कम 6 माह के लिए उपस्थित होना चाहिए और यौन क्रिया के लगभग सभी (लगभग 75–100 प्रतिशत) अवसरों पर अनुभव किया जाना चाहिए। पहचान की स्थितिजन्य संदर्भ में या यदि सामान्यीकृत या सभी संदर्भों में)

ग) मानदंड-अ में लक्षण व्यक्ति में महत्वपूर्ण चिकित्सकीय संकट का कारण बनता है।

पुरुष में अति कामेच्छा विकार

क) यौन/कामुक विचारों या कल्पनाओं और यौन-क्रियाओं की इच्छा में लगातार या बार-बार कमी (या अनुपस्थिति), कमी का निर्णय चिकित्सकों के द्वारा किया जाता है उन कारणों को ध्यान में रखते हुए जो यौन कार्य को प्रभावित करते हैं जैसे कि आयु एवं सामाजिक सांस्कृतिक संदर्भ।

**व्यक्तित्व के विकार और
अपकामुक एवं मादक पदार्थ
से संबंधित विकार**

- ख) मानदंड-अ के लक्षण कम से कम 6 माह की न्यूनतम अवधि में उपस्थित रहते हैं।
ग) मानदंड-'अ' के लक्षण व्यक्ति में चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण संकट का कारण बनते हैं।
घ) यौन रोग को एक गैर-यौन मानसिक विकार द्वारा या गंभीर संबंध संकट या अन्य महत्वपूर्ण तनावों के परिणामस्वरूप बेहतर नहीं समझाया जाता है और यह किसी पदार्थ/दवा या किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के प्रभाव के कारण नहीं होता है।

स्त्रियाँ

मादा रति अनुभूति विकार

- क) निम्नलिखित लक्षणों में से किसी की उपस्थिति और यौन-क्रिया के लगभग सभी (लगभग 75–100 प्रतिशत) अवसरों पर अनुभव किया गया (पहचाने गए परिस्थितिजन्य संदर्भों में या, यदि सामान्यीकृत सभी संदर्भों में)।
- 1) उल्लेखनीय देरी, चिन्हित आवृत्ति या रति सुख की अनुपस्थिति।
 - 2) संभोग संवेदनाओं की स्पष्ट रूप से कम तीव्रता।

- ख) मानदंड-अ में लक्षण लगभग 6 माह की न्यूनतम अवधि तक उपस्थित रहते हैं।
ग) मानदंड-अ के लक्षण व्यक्ति में चिकित्सकीय रूप में महत्वपूर्ण संबंध का कारण बनते हैं।
घ) यौन रोग को एक गैर-यौन मानसिक विकार द्वारा या गंभीर संबंध संकट या अन्य महत्वपूर्ण तनावों के परिणामस्वरूप बेहतर नहीं समझाया जाता है और यह किसी पदार्थ/दवा या किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के प्रभाव के कारण नहीं होता है।

मादा यौन रुचि/उत्तेजन विकार

- अ) कभी, या काफी कमी, यौन रुचि/उत्तेजना के रूप में निम्नलिखित में से कम से कम तीन लक्षण प्रकट होते हैं।
- 1) अनुपस्थित/यौन क्रिया में कम रुचि।
 - 2) अनुपस्थित/कम यौन/कामुक विचारों या कल्पना
 - 3) यौन क्रिया कि कमी/या नहीं और सामान्य तौर पर शुरू करने के लिए एक साथी के प्रयासों के लिए अबोधशील।
 - 4) लगभग सभी (लगभग 75–100 प्रतिशत) यौन समागमों (पहचान किए गए स्थितिगत संदर्भों में या यदि सभी संदर्भों में सामान्यीकृत हो तो) यौन उत्तेजना/आनंद को कम करता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 5

- 1) पुरुषों और स्त्रियों में यौन अक्षमताओं की सूची बनाइए।
-
.....
.....
.....
.....

- 2) यौन अक्षमताओं को परिभाषित कीजिए।

अपकामुक विकार एवं यौन
अक्षमता

10.10 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंत में आ गए हैं, तो हमें उन सभी बिन्दुओं को सूचीबद्ध करना चाहिए जो हमने सीखे हैं:

- काम-भावना का प्रायः निजी मामला माना जाता है, जिसका प्यार में विशेष योगदान होता है, प्रसन्नता व सुख में विशेष योगदान होता है। यौन-क्रिया को कुछ समाजों और संस्कृतियों में वर्जित कृत्य माना जाता है।
- मनुष्य को यौन-क्रिया चक्र में इच्छा चरण, उत्तेजना चरण व स्वतः ठहराव चरण चरम-उत्तेजना चरण, चरम सुखानुदभूति की स्थिति होती है, इसके बाद विभाग के चरण शुरू होते हैं।
- अनुसंधानकर्ताओं के अनुसार, यौन-क्रियाओं के लिंग आधारित व्यवहार अनुभव व यौन-आनन्द की स्वीकृति तथा यौन-क्रिया का संपादन को विभिन्न प्रकार से विभिन्न समयावधियों व विभिन्न संस्कृतियों में भिन्न-भिन्न प्रकार से किया गया है।
- पेराफीलिया लगातार अत्यधिक कामोत्तेजना व चरम सुख की रंगीन का कल्पनाओं में सोये रहते हैं, कामेच्छाओं व काम क्रियाओं में निर्जीव वस्तुओं, उपकरणों का उपयोग किया जाता है, जिनमें जूते, बाल आदि उपयोग शामिल हैं। अपने आप को अथवा अपने यौन साथी के लज्जित होने से बचाने के लिए बच्चों या अन्य ऐसे लोगों का जिनकी यौन-क्रिया के लिए सहमति नहीं होती। व्यक्ति इस विकार से पीड़ित तब माना जाता है जब कम से कम उमंग उपयुक्त लक्षण छः महीने तक बने रहते हैं।
- अपकामुकता विकार में फेटिशिस्टीक विकार, ट्रांसवेटिक विकार, नगनदर्शन रति विकार अंग प्रदर्शन विकार, परपीड़न रति और आत्मपीड़न एवं बालरतिज विकार सम्मिलित हैं।
- मनोवैज्ञानिक कारक का पैराफिलियस के कारणों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।
- डीएमएस-5 के अनुसार, लिंग पहचान विकार विशेषरूप से व्यक्ति की यौन विशेषताओं व सामाजिक रूप से स्वीकृत लिंगीय पहचान का कारण है।
- पुरुषों में पाई जाने वाली सामान्य यौन अक्षमताएँ देर से स्खलन होना, लिंगों के ध्यान में कमी शीघ्र-पतन हैं तथा स्त्रियों की यौन क्षमताएँ हैं चरम सुखानुभूति काम सुख में रुचि कम होना, चरम सुख विकार तथा योनि क्षेत्र व पर्खर्ती क्षंग में सूजन व दर्द लिंग प्रवेश विकार, लिंग प्रवेश के समय कष्ट होने के कारण बचने की प्रवृत्ति, इसे लिंग-प्रवेश विकार कहा जाता है।
- यौन अक्षमता के लिए मनोवैज्ञानिक और चिकित्सा उपचार विकल्प उपलब्ध हैं।

10.11 मुख्य शब्द

कौटुम्बिक व्यवभिचार : निकटतम संबंधी के साथ यौन सम्बंध स्थापित करना, जिससे प्रायः विवाह वर्जित है।

अपकामुकता : लगातार तीव्र कामोत्तेजना पैदा करने वाली कल्पनाएँ, इच्छाएँ तथा व्यवहार (अ) जिसमें गैर-मानवीय वस्तुएँ (जूते, बाल आदि), (ब) अपने आप को कुकृत्य, यौन साथी को शर्मिदा करना, (स) बच्चों तथा अन्य और जनों को उनकी सहमति के बिना यौन उत्तेजना के लिए उपयोग करना।

वस्तुरति विकार : कामोत्तेजना प्राप्त करने के लिए बनी वस्तुओं पर लगातार निर्भर करना अथवा शरीर के अंगों पर ध्यान गढ़ाए रखने की आदत। अपने जननांग दिखाकर उन लोगों को जो अपरिचित हैं, उनकी सहमति के बिना, अचानक यौवनदृष्टि।

अंग प्रदर्शन विकार : कई बार और अत्यधिक आग्रह कल्पना या दूसरों के लिए जननांगों को दिखाकर यौन संतुष्टि प्राप्त करने का व्यवहार ज्यादातर अपरिचित लोगों को उनकी सहमति के बागेर और अनुचित परिस्थितियों में।

यौन अक्षमता विकार : यौन के प्राप्त करने के लिए अथवा इति क्रिया अक्षमता से तीन श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है – कामेच्छा कोमोत्तेजना प्राप्त नहीं कर पाना, चरमावस्था तक पहुँचने-पहुँचाने में असमर्थता तथा यौन-क्रिया-दर्द विकार।

लिंग परिवर्तन की प्रवृत्ति : लगातार उसे अपने मौलिक लिंग से नफरत करना तथा दूसरे लिंग (विपरीत लिंग) को धारण करने, लिंग बदल डालने की इच्छा तथा अपना लिंग बदलकर जिसे लिंग में रहना चाहते हैं, उसे सदैव बनाये रखने की इच्छा।

10.12 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) अपकामुकता के कारण में कारणात्मक कारकों की चर्चा कीजिए।
- 2) कामुकता में जेंडर विभेदों के विकास में सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों की भूमिका को स्पष्ट कीजिए।
- 3) डीएमएस-5 की सूची में शामिल अपकामुक विकार की व्याख्या कीजिए।
- 4) बच्चों में लिंग पहचान विकार की व्याख्या कीजिए।
- 5) स्त्री और पुरुषों में यौन अक्षमता के कारण क्या है? इसके उपचार दृष्टिकोण पर चर्चा कीजिए।

10.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Althof, S. E., & Schreiner-Engel, P. (2000). The sexual dysfunctions. In M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor, & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry*, Oxford University Press.

American Medical Association Committee on Human Sexuality. (1972), *Human Sexuality*. (p.40). Chicago: Author.

American Psychiatric Association. (2013), Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053

Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., & Aarestad, S. (2000), Beyond artificial, sex-linked distinctions to conceptualize female sexuality: Comment on Baumeister

- (2000). *Psychological Bulletin*, 126(3), 380-384
- Bailey, J. M. (2003), *The man who would be queen*, Washington, DC: Joseph Henry Press.
- 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., Chorpita, B., & Turovsky, J. (1996), Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. In D. Hope (Ed.), *Perspectives on anxiety, panic, and fear*. 43rd Annual Nebraska Symposium on Motivation (pp. 251-328), Lincoln: University of Nebraska Press.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Beck, J. G. (1983), Anxiety increases sexual arousal. *J. Abn. Psychol.*, 92, 49-54.
- Baron-Kuhn, E. A., & Segraves, R. T. (2007), Iatrogenic causes of female sexual disorders. In S. F. Owens and M. S. Tepper (Eds.), *Sexual health*, Vol 4: State-of the art treatments and research (pp. 329-48). Westport, CT: Praeger.
- Basson, R. (2003), Biopsychosocial models of women's sexual response: Applications to management of "desire disorders." *Sexual Relation Therapy*, 18, 107-15.
- Basson, R. (2005). *Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions*. Can. Med. Association J., 172, 1327-33.
- Baumeister, R. F., & Butler, J. L. (1997), Sexual masochism: Deviance without pathology. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 225-239), New York: Guilford.
- Bergeron, S., Binik, T., Khalife, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., Meana, M., et al. (2001), *A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibules*. Pain, 91, 297-306.
- Billy, J. O. G., Tanfer, K., Grady, W. R., & Klepinger, D. H. (1993), The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25, 52-60.
- Binik, Y. M. (2005), Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Arch. Sex. Behav.*, 34(1), 11-21.
- Binik, Y. M. (2010), The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 278-91.
- Binik, Y. M., Bergeron, S., Khalifé, S., & Leiblum, S. R. (2007), *Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 124-56). New York: Guilford Press.
- Blanchard, R. (1991), Clinical observations and systematic study of autogynephilia. *J. Sex Marit. Ther.*, 17, 235-51.
- Blanchard, R. (1993), Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.*, 22, 241-51.
- Blanchard, R. (2010), The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 363-372. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9541-3>
- Brotto, L. A. (2010), The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men. *The journal of sexual medicine*, 7(6), 2015-30.

- Butcher, J., Hooley, J. and Mineka, S. (2014), *Abnormal Psychology*, 16th ed. Pearson.
- Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2002), Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J. Psychiatry Pract.*, 8(5), 276-89.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010), The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., Dillen, C. M., & Gooren, L. J. G. (2000), *Treatment of young transsexuals in the Netherlands*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 144, 698-702.
- Critelli, J. W., & Bivona, J. M. (2008), Women's erotic rape fantasies: An evaluation of theory and research, *Journal of Sex Research*, 45, 57-70.
- Dahlkamp, J., Kraské, M., von Mittelstaedt, J., Robel, S., & von Roohr, M. (2008), "How Josef Fritzl created his regime of terror. Spiegel Online.
- Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Dreznick, M. T. (2003), Heterosocial competence of rapists and child molesters: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 40, 170-178.
- Duterte, E., Segraves, T., & Althof, S. (2007), Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd ed., pp. 531-60), New York: Oxford University Press.
- Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W., & Berlin, M. D. (2002), Pedophilia. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2458-2465.
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010), Sexual addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 36, 254-260
- Graham, C. A. (2010), The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 256-70.
- Graziottin, A., & Althof, S. (2011), What Does Premature Ejaculation Mean to the Man, the Woman, and the Couple? *The Journal of Sexual Medicine*. (8), Issue Supplement s4. 304-309. Special Issue: A Practical Approach to Premature Ejaculation. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02426.x
- Gupta, B.P., Murad, M.H., Clifton, M.M., Prokop, L., Nehra, A., & Kopecky, S.L. (2011) The Effect of Lifestyle Modification and Cardiovascular Risk Factor Reduction on Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med.*, 171(20):1797-1803. doi:10.1001/archinternmed.2011.440
- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: Results from a national probability sample in the United States. *Journal of Sexual Medicine*, 7 (Suppl. 5), 346-361. doi: 10.1111/j.17436109.2010.02020.x
- Herdt G. & Stoller R.G. (1990), *Intimate Communications: Erotics and the study of a culture*. New York: Columbia University Press.
- Herdt, G. (2000), Why the Sambia initiate boys before age 10. In J. Bancroft

(Ed.), *The role of theory in sex research* (pp 82-109), Bloomington: Indiana University Press.

Hoffmann, H. (2012), Considering the role of conditioning in sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 1-9.

Hucker, S. J. (2008), Sexual masochism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 250-263), New York, NY: Guilford Press.

Jannini, E., & Porst, H. (2011), A Practical Approach to Premature Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 8.

Kafka, M. P. (1997), Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilic and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26(5), 505-526.

Kafka, M. P. (2010), The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 357-362. doi: 10.1007/s10508-009-9558-7

Kaplan, H. S. (1979), *Disorders of sexual desire*, New York, NY: Brunner

Kaplan, M. S., & Kreuger, R. B. (1997), Voyeurism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 297-310). New York: Guilford.

Kaplan, M. S., & Kreuger, R. B. (1997), Voyeurism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 297-310), New York: Guilford.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948), *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Krueger, R. B. (2010), The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 325-45.

Langstrom, N. (2010), The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 317-324. doi: 10.1007/s10508-009-9577-4

Langstrom, N., & Seto, M. C. (2006), Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch. Sex. Behav.*, 35, 427-35.

Lawrence, A. A. (2007), Becoming what we love: Auto-gynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. *Persp. Biol. Med.*, 50(4), 506-20.

Lee, J. K. P., Jackson, H. J., Pattison, P., & Ward, T. (2002), Developmental risk factors for sexual offending. *Child Ab. Negl.*, 26(1), 73-92.

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007), A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N. Eng. J. Med.*, 357(8), 762-74.

Madonna, P. G., Van Scoyk, S., & Jones, D. B. (1991). Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal of Psychiatry*, 148, 46-49.

Maletzky, B. M. (2002), The paraphilic: Research and treatment. In P. E. Nathan

- & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 525-558), New York: Oxford University Press.
- Marziano, V., Ward, T., Beech, A. R., & Pattison, P. (2006). Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distortions in child abusers: A preliminary study. *Psychology, Crime & Law*, 12(1), 97-105.
- Mason, F. L. (1997), Fetishism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 75-91). New York: Guilford.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966), *Human sexual response*. Boston: Little, Brown,
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970), *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1975), *The pleasure bond: A new look at sexuality and commitment*. Boston: Little, Brown.
- Meston, C. M., & Bradford, A. (2007), Sexual dysfunctions in women. *Ann. Rev. Clin. Psych.*, 3, 233-56.
- Meston, C. M., & Rellini, A. (2008), Sexual dysfunction. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (pp. 544-64). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Meyer-Bahlberg, H. (2010), From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Archives of Sexual Behaviour*, 39(2), 461-476.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1991), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Money, J. (1985), *The destroying angel* (pp. 17-31, 51-52, 61-68, 83-90). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Money, J. (1986), *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition*. New York: Irvington.
- O'Donohue, W., & Plaud, J. J. (1994), The conditioning of human sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 321-344.
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993), Gender differences in sexuality: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 114(1), 29-51.
- Owen, J. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Fincham, F. D. (2010), "Hooking up" among college students: Demographic and psychosocial correlates, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 653-663.
- Peplau, L. A. (2003), Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12, 37-40.
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010), A metaanalytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136, 21-38.
- Rachman, S. J. (1966), Sexual fetishism: An experimental analogue. *Psychological Record*, 16, 293-296.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003), Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge sexual self-schema and relationship adjustment, *J. Sex Mar. Ther.*, 29(1), 47-59.

- Riegel, D. L. (2004), Effects on boy-attracted pedosexual males of viewing boy erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 33(4), 321-323.
- Rosen, R. C., & Marin, H. (2003), Prevalence of antidepressant-associated erectile dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*, 64, 5-10.
- Segraves, R. T., Clayton, A., Croft, H., Wolf, A., & Warnock, J. (2004), Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women, *J. Clin. Psychopharm.*, 24, 339-42.
- Seto, M. C. (2009), Pedophilia. In S. Nolen Hoeksema, T. D. Cannon, & T. Widiger, T. (Eds.), *Annual review of clinical psychology*.
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J. M. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilic [Practice Guideline]. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(4), 604-655. doi: 10.3109/15622971003671628
- Vasey, P. L., & Bartlett, N. H. (2007), What can the Samoan 'fa'afafine' teach us about the Western concept of gender identity disorder in childhood? *Persp. Biol. Med.*, 50(4), 481-90.
- Von Krafft-Ebing, R. (1902), *Psychopathia sexualis*. Brooklyn, NY: Physicians and Surgeons Books.
- Wallen, K. & Lloyd, E.A. (2011), Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse. *Hormones & Behavior*, 59: 780-792.
- Ward, T., & Beech, A. R. (2008), An integrated theory of sexual offending. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 21-36), New York, NY: Guilford Press.
- Wincze, J. P. (2009), *Enhancing sexuality: A problem-solving approach to treating dysfunction: Therapist Guide* (2nd ed), New York, NY: Oxford University Press.
- Wincze, J. P., Bach, A., & Barlow, D. H. (2008), Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 615-661), New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J. (2005), Gender identity disorder in children and adolescents, *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 467-92.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995), *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, New York: Guilford.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008), Letter to the editor: Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *J. Sex Mar. Ther.*, 34, 287-90.

10.14 ऑनलाइन संसाधन

- Understanding Paraphilic Disorders and Treatment of sexual offenders
<https://www.youtube.com/watch?v=z-29ihOj&&=17s>
- Sexual offending: Measuring and understanding paedophilic sexual interest by Dr. Carolite O. Ciardha

<https://www.youtube.com/watch?v=GVlyah XoOg>

इकाई 11 मादक पदार्थ सेवन संबंधित विकार और व्यावहारिक व्यसन*

संरचना

- 11.0 प्रस्तावना
- 11.1 मादक पदार्थ सेवन विकार से संबंधित महत्वपूर्ण शब्दावली
- 11.2 मादक पदार्थ सेवन विकार
- 11.3 आँकड़े
- 11.4 शराब सेवन और निर्भरता विकार
 - 11.4.1 मस्तिष्क पर प्रभाव
 - 11.4.2 शारीरिक प्रभाव
 - 11.4.3 मनो-सामाजिक प्रभाव
 - 11.4.4 शराब के अधिक सेवन से जुड़ी मनोविकृतियाँ
- 11.5 मादक पदार्थ सेवन और निर्भरता विकार
 - 11.5.1 अफीम और उसके योगिक (मादक पदार्थ)
 - 11.5.2 अवसादक
 - 11.5.3 उत्तेजक
 - 11.5.4 विभ्रमजनक औषधियाँ
 - 11.5.5 अन्य औषधियों का दुरुपयोग
- 11.6 मादक पदार्थ सेवन विकार के कारणात्मक कारक
 - 11.6.1 मादक पदार्थ का व्यसनी गुण
 - 11.6.2 शराब सेवन विकार की प्रवृत्ति
 - 11.6.3 मनो-सामाजिक तनाव
- 11.7 मादक पदार्थ सेवन विकार का उपचार
 - 11.7.1 जैविक उपचार
 - 11.7.2 मनो-सामाजिक उपचार
 - 11.7.3 निवारण कार्यक्रम
- 11.8 जुआ विकार
- 11.9 सारांश
- 11.10 मुख्य शब्द
- 11.11 पुनरावलोकन प्रश्न
- 11.12 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 11.13 चित्रों के संदर्भ
- 11.14 ऑनलाइन संसाधन

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप सक्षम होंगे:

- मादक पदार्थ के सेवन, दुरुपयोग और निर्भरता के बीच अंतर करने में;
- शराब और नशीली दवाओं के हानिकारक-शारीरिक और मनोवैज्ञानिक-प्रभावों को जानने में;
- मादक पदार्थ सेवन विकारों के कारणों का वर्णन करने में;
- मादक द्रव्यों से होने वाले विकारों के उपचार और रोकथाम की व्याख्या करने में; तथा
- जुआ विकार की प्रकृति को स्पष्ट करने में।

11.0 प्रस्तावना

वांछित मनोवैज्ञानिक प्रभाव पाने के लिए विभिन्न पदार्थों का उपयोग सभी व्यक्तियों के लिए सामान्य है। उदाहरण के लिए, हममें से कई ऐसे पदार्थों का उपयोग करते हैं, जैसे— जगे रहने के लिए (चाय-कॉफी), ऊर्जावान बने रहने के लिए (शीतल पेय और ऊर्जा पेय), चौकस रहने के लिए (सिगरेट), तनाव मुक्त होने के लिए (शराब), या दर्द कम करने के लिए (दर्द-नाशक दवाएँ)। हालांकि, कुछ व्यक्ति कुछ पदार्थों के 'आदी' हो जाते हैं, रोगात्मक (पैथोलॉजिकल) आवश्यकताएँ विकसित कर लेते हैं, और वे पूरे परिवार के लिए संकट और शिथिलता का कारण बन जाते हैं। मादक पदार्थों से संबंधित व्यसनों जैसे शराब और नशीली दवाओं की निर्भरता वैज्ञानिकों के साथ-साथ जनता के लिए गंभीर वैश्विक चिंताएँ हैं। मादक पदार्थ संबंधित विकार एक मानसिक बीमारी है जिसमें एक व्यक्ति को कलंक के साथ-साथ जनता से उदासीनता का भी सामना करना पड़ता है। ऐसे व्यक्तियों को समाज के लिए हानिकारक मानते हैं। यौन उत्पीड़न, बलात्कार और हत्या सहित कई अपराधों को मादक द्रव्यों के सेवन और दुरुपयोग से जोड़ा जाता है। अध्ययनों से पता चलता है कि व्यसन तनावपूर्ण स्थितियों में समायोजन के घातक संरक्षक हैं। हालांकि, यह पदार्थ संबंधी विकारों के कारण होने वाले परिणामों से व्यक्तिगत जिम्मेदारी को नहीं हटाता है। व्यक्तित्व के लक्षण और व्यक्तिगत जीवन-शैली पदार्थ निर्भरता के विकास में योगदान करते हैं। शराब और नशीली दवाओं के उपयोग और दुरुपयोग सभी सामाजिक-आर्थिक स्तर और आयु समूहों में सामान्य है, प्रत्येक वर्ष यह हजारों लोगों के अपार कष्टों और दुःखद बर्बादी के लिए उत्तरदायी है। आज समाज के सामने आने वाली इन सामान्य समस्याओं का निदान करना कठिन है। वर्तमान इकाई में हम, पदार्थ उपयोग विकारों, शराब उपयोग विकार और नशीली दवाओं के उपयोग विकारों पर ध्यान केंद्रित करेंगे। यहाँ कारणों और उपचार पर भी चर्चा की जाएगी। जुआ विकार, जिसे पहली बार डीएसएम-5 में सम्मिलित किया गया है।

11.1 मादक पदार्थ सेवन विकार से संबंधित महत्वपूर्ण शब्दावली

व्यसनों पर डीएसएम-5 का इकाई "मादक पदार्थ-संबंधी विकार" से बदलकर "मादक पदार्थ-संबंधित और व्यसनी विकार" करना 'व्यसनों' की अवधारणा के बारे में हमारी समझ में बदलाव को दर्शाता है। डीएसएम-5 का दावा है कि "लत" को न केवल मनोक्रियाशील पदार्थों को सम्मिलित करने के लिए बढ़ाया जाना चाहिए, बल्कि जुआ जैसे व्यवहार भी सम्मिलित होने चाहिए जो शराब, निकोटिन, हेरोइन, कोकीन आदि पदार्थों के आदी लोगों के अनुभवों और जीव विज्ञान में समानता दर्शाता है।

मादक पदार्थों से संबंधित विकारों को समझने के लिए निम्नलिखित शब्द महत्वपूर्ण हैं।

मनोक्रियाशील पदार्थ: मनोक्रियाशील पदार्थ (साइकोएक्टिव पदार्थ) वे हैं जो किसी व्यक्ति की केंद्रीय तंत्रिका तंत्र को प्रभावित कर उसके मानसिक क्षमता को प्रभावित करते हैं। मनोक्रियाशील पदार्थों को निम्न वर्गों में बांटा गया है—उपशामक—जैसे (अल्कोहल और बार्बिचुरेट), उत्तेजक—कैफीन, कोकीन और एम्फेटेमिन, मादक पदार्थ (अफीम, मॉर्फिन, कोडीन और हेरोइन), विभ्रामक भांग (जैसे मारिजुआना और हैश, एलएसडी, पीसीपी आदि) और शांतिदायक दवा (जैसे वेलियम और जानाक्स)। इन पदार्थों में से कुछ को जनता उपयोग और दुरुपयोग के पदार्थ के रूप में भी नहीं मानती है जैसे कैफीन और कुछ को सांस्कृतिक रूप से भी मंजूरी दी जाती है, जैसे कि होली जैसे त्योहारों पर भांग का सेवन। वयस्क अपने घरों के आसपास की दुकानों से शराब और निकोटिन जैसे कुछ पदार्थ कानूनी रूप से खरीद सकते हैं, अन्य पदार्थ सिर्फ चिकित्सक द्वारा लिखे पर्चे से ही खरीदे जा सकते हैं, जैसे दर्द की दवाएँ, मॉर्फिन और वैलियम जैसी चिंता-दूर करने की दवाएँ। कुछ अन्य दवाएँ, जैसे कि हेरोइन, एक्स्ट्रसी, और मेथामफेटामाइन, अवैध मानी जाती हैं।

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

मादक पदार्थ का नशा: नशा का तात्पर्य मनोसक्रिय पदार्थों का शरीर पर प्रतिक्रिया से है। इसमें मनोवैज्ञानिक अवस्थाओं में परिवर्तन (जैसे खराब निर्णय और मनोदशा में बदलाव) और शारीरिक क्षमताओं में कमी (जैसे चलने-फिरने और बात करने की समस्याएँ) सम्मिलित हैं।

इससे नशा हो सकता है यह पदार्थ के नशे में होने या उच्च होने की शारीरिक प्रतिक्रिया है। किसी पदार्थ का नशा या शारीरिक प्रभाव इस बात पर निर्भर करता है कि किस प्रकार से पदार्थ का उपभोग हुआ है, उसे कितनी मात्रा में लिया गया है, तथा जैविक प्रतिक्रिया में व्यक्तिगत अंतर क्या है।

मादक पदार्थों का दुरुपयोग: मादक पदार्थों के सेवन का तात्पर्य असाध्य नशीली दवाओं के प्रयोग से है अर्थात् बार-बार और अत्यधिक मादक पदार्थों का सेवन इस सीमा तक कि बार-बार आने वाली समस्याएँ स्पष्ट होने लगें। उदाहरण के लिए, यदि कोई मद्यपान करता है और उसकी कहानी आसपास के लोगों के साथ नियमित झागड़ा में समाप्त होती है। अन्य लोग इस तरह के व्यक्ति को अप्रिय मानते हैं और लोग अंततः उसको मेल-मिलाप के लिए बुलाना बंद कर देंगे। मादक द्रव्यों के सेवन में उस पदार्थ का उपयोग उस बिंदु तक सम्मिलित होता है, जो किसी के शैक्षणिक, व्यक्तिगत, पारस्परिक, सामाजिक और व्यावसायिक कामकाज और/या स्वयं या दूसरों को शारीरिक खतरे को प्रभावित करता है।

मादक पदार्थ निर्भरता/लत: मादक पदार्थ निर्भरता या व्यसन, पदार्थ-प्रयोग के अधिक गंभीर रूपों को बताता है जिसमें 'सहिष्णुता और वापसी' के लक्षणों की विशेषता होती है, जो उनके जीवन के कई क्षेत्रों को प्रभावित करती है और अधिकतर परेशानी का कारण बनती है। सबसे पहले, सहिष्णुता शारीरिक निर्भरता है जिसमें किसी व्यक्ति के शरीर को समान प्रभाव का अनुभव करने के लिए अधिक से अधिक मात्रा में दवा की आवश्यकता होती है। इससे पहले दवा की समान मात्रा एक ही प्रभाव नहीं देती है। दूसरा, 'वापसी' में अप्रिय तरह

का अनुभव होता है जब पदार्थ का सेवन नहीं किया जाता। 'वापसी' के लक्षण चाय/कॉफी की अनुपस्थिति में सिरदर्द से लेकर, शराब न मिलने की स्थिति में उत्पन्न होना है, जो विश्रम का कारण बन सकते हैं। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि सभी दवाएँ 'सहिष्णुता और गंभीर वापसी' नहीं दिखाती हैं, जैसे मारिजुआना या एलएसडी जैसी 'नशीली दवाओं की माँग- व्यवहार' के रूप में दवा निर्भरता को बेहतर समझा जाता है। "नशीली दवाओं की माँग व्यवहार" अच्छा/आराम अनुभव करने के लिए पदार्थ की अधिक मात्रा में मारिजुआना या एलएसडी का सेवन करने की आवश्यकता को दर्शाता है (ठंड में धूम्रपान करने या ड्रग्स खरीदने के लिए पैसे चोरी करना) और पूर्व दशा को प्राप्त होना (संयम की अवधि के बाद)।



चित्र 11.1- मादक पदार्थों के सेवन और दुरुपयोग के आयामी दृष्टिकोण

बॉक्स 11.1 : मादक पदार्थ के सेवन, दुरुपयोग और निर्भरता पर कुछ स्पष्टीकरण

क्या आप मादक पदार्थों का सेवन कर सकते हैं और उनका दुरुपयोग नहीं कर सकते हैं?

हाँ, कुछ लोग कैफीन, निकोटीन, अल्कोहल, मारिजुआना जैसे पदार्थों का उपयोग कभी-कभी बिना दुरुपयोग किये कर सकते हैं।

क्या आप मादक पदार्थों का दुरुपयोग कर सकते हैं और उनके आदी नहीं हो सकते?

हाँ, शराब के प्रभाव में एक व्यक्ति स्वयं को नुकसान पहुंचा सकता है या दूसरों के लिए हानिकारक हो सकता है, लेकिन इसका आदी नहीं हो सकता है।

क्या आप किसी मादक पदार्थ पर निर्भर हो सकते हैं और उनका दुरुपयोग नहीं कर सकते?

हाँ, लोगों को चिकित्सा उपचार के लिए डॉक्टरों द्वारा नशे की लत वाली दवाएँ निर्धारित करने की आवश्यकता हो सकती है, और 'सहिष्णुता और वापसी' के लक्षण उसे दिखा सकते हैं। उदाहरण के लिए, कैंसर के रोगी मॉर्फिन पर निर्भर हो सकते हैं, लेकिन वे इसका दुरुपयोग नहीं कर रहे हैं।

यदि मादक पदार्थों का सेवन और निर्भरता अलग-अलग हैं, तो देश में मादक पदार्थों का सेवन क्यों प्रतिबंधित हैं?

किसी व्यक्ति के बारे में समय से पहले भविष्यवाणी करना कठिन है, कौन नियंत्रण खो देता है और नशे का आदी हो जाता है और कौन नहीं होता है। इसलिए, कई देशों और संस्कृतियों में नशीली दवाओं के संयम पूर्ण उपयोग पर जोर दिया गया है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) मनोक्रियाशील पदार्थ क्या है?

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

2) क्या मादक पदार्थ के दुरुपयोग के सभी मामले भी पदार्थ निर्भरता के कारण हैं?

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

11.2 मादक पदार्थ सेवन विकार

डीएसएम-IV से डीएसएम-5 में एक बड़ा परिवर्तन पदार्थ संबंधी विकारों की दो श्रेणियों को हटाने का है: पदार्थ का दुरुपयोग और निर्भरता और एकल पदार्थ उपयोग विकार में उनका संयोजन। ऐसा इसलिए है क्योंकि शोध में पाया गया कि “मादक द्रव्यों के सेवन की श्रेणी” की विश्वसनीयता ठीक नहीं थी और मादक द्रव्यों का सेवन और निर्भरता अक्सर सह-घटित होती है। मादक द्रव्यों के सेवन विकार में अत्यधिक मात्रा में मनो-सक्रिय पदार्थों का अंतर्ग्रहण सम्मिलित है, उपयोग में कटौती करने की आवश्यकता हो सकती है लेकिन व्यक्ति को ऐसा करना कठिन लगता है। व्यक्ति पदार्थ को खरीदने, उपयोग या पुनर्प्राप्ति की कोशिश में बहुत समय व्यतीत करता है, और पदार्थ के उपयोग के कारण महत्वपूर्ण सामाजिक, व्यावसायिक, या मनोरंजक गतिविधियों को छोड़ देने की संभावना होती है। पदार्थ का उपयोग घर और काम पर व्यक्ति की कार्य-क्षमता को प्रभावित करता है, और महत्वपूर्ण सम्बंधों को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है। व्यक्ति खतरे के बावजूद पदार्थ का उपयोग करना जारी रख सकता है, जो उसे शारीरिक या मनोवैज्ञानिक समस्याओं की तरफ ले जाता है। अंत में, पदार्थ के उपयोग से सहिष्णुता और वापसी के लक्षणों का विकास हो सकता है। डीएसएम-5 में नैदानिक मानदंडों का एक महत्वपूर्ण अतिरिक्त लक्षणों की गंभीरता के अनुसार आयामी वर्गीकरण है। दो से तीन लक्षणों की उपस्थिति को हल्के, चार से पाँच लक्षणों को मध्यम, और छह या अधिक लक्षणों को गंभीर पदार्थ के उपयोग विकार के रूप में वर्गीकृत किया गया है। डीएसएम-5 ने छह सामान्य श्रेणियों का अनुसरण करते हुए पदार्थ-उपयोग से संबंधित विकारों को वर्गीकृत किया है: अवसादक, उत्तेजक, मादक द्रव्य, विभ्रामक, अन्य औषधियों का दुरुपयोग और जुआ विकार।

अवसादक
विश्राम, शामक,
एंजायोलाइटिक औषधि,
निद्राजनक औषधियाँ

उत्तेजक
सर्तकता और बढ़ी हुई
गतिविधि, कोकीन,
निकोटीन, कैफीन

मादक द्रव्य/निद्राकर
औषधि
दर्द में कमी और
उत्साह / अफीम यौगिक:
हेटोइन एवं मार्फिन

विभ्रामक
मतिभ्रम का संकेत देता है,
व्यामोह एवं भ्रम।
मारिजुआना, एलएसडी
एक्सटसी

अन्य औषधियों का
दुरुपयोग
इनहेलेंट, स्टेरोयड, औटीसी
एनाबॉलिक स्टेरोयड
निर्धारित औषधियाँ

जुआ विकार
गंभीर नकारात्मक परिणामों
(नौकरी तलाक आदि का
नुकसान) के लिए जुआ खेलने
के लिए आग्रह का विरोध करने
में असमर्थता

चित्र 11.2 मादक पदार्थ और व्यवहार व्यसनों का वर्गीकरण

बॉक्स 11.2 : केस अध्ययन – मादक पदार्थ सेवन विकार

दिल्ली के एक निजी विश्वविद्यालय की 18 वर्षीया छात्रा जिसका नाम अफसाना था, उसे अपने अधिकतर दोस्तों के साथ पार्टी करने में खुशी मिलती थी। जबकि उसके अधिकांश दोस्तों ने कॉलेज को एक कॅरियर और जीवन बनाने का एक अवसर माना, अफसाना ने जितना संभव हो उतना सामाजिक और मौज-मस्ती के इरादे से कॉलेज में प्रवेश लिया। वह एक उच्च शैक्षणिक उपलब्धि वाली लड़की थी, उसने सीबीएसई बोर्ड की 12वीं कक्षा में 97% अंक प्राप्त किए और आसानी से किसी भी सर्वश्रेष्ठ कॉलेज में प्रवेश लेने में सक्षम बनी। कॉलेज में उसने स्वयं को व्यापक लिखित परियोजनाओं, रीडिंग असाइनमेंट और मौखिक प्रस्तुतियों के लिए प्रोफेसरों की माँगों से अभिभूत पाया। वह स्कूल के समय से चल रही किसी के साथ रोमांटिक सम्बंध को तोड़ देती है। वह अक्सर 'उदासीन' और परेशान महसूस करती। अफसाना कुछ आवेगी, बहिरुखी और भड़कीली है। वह आसानी से पार्टीयों में घुल-मिल जाया करती, दोस्त बना लिया करती और यौन साझेदारों को आसानी से पा लिया करती। इन पार्टीयों के दौरान, वह अत्यधिक शराब पीती और अक्सर पार्टी खत्म होने के बाद सुबह घर लौट आती। वह कभी-कभार मारिजुआना धूम्रपान करती है। इन पदार्थों का उपयोग, कॉलेज के बोझ से उसकी चिंता को कम करता और ध्यान और संगति के लिए उसकी व्यक्तिगत आवश्यकता को पूरा करता है। कॉलेज में उसकी उपस्थिति बहुत खराब थी और दुर्भाग्य से, वह अपने पहले सेमेस्टर में एक पेपर छोड़ सभी में असफल रही। अगले सेमेस्टर में अफसाना ने कॉलेज में कड़ी मेहनत करने की कसम खाई, इस रणनीति ने पहले 2 सप्ताह तक काम किया। वह जल्द ही ऊब गई और पार्टीयों में भाग लेने लगी, जहाँ वह फिर से शराब पी सकती थी। समय के साथ, उसने महसूस किया कि उसे उसी 'उच्चता' के अनुभव के लिए पहले से अधिक शराब पीने की जरूरत है। जल्द ही, उसने नई और अलग-अलग दवाओं जैसे कि मेथामफेटामाइन और एलएसडी का प्रयोग करना शुरू कर दिया। उसने महसूस किया कि शराब और ड्रग्स खरीदने के कारण पैसे खत्म हो रहे हैं। उसने कक्षाओं में जाना बंद कर दिया और अपना अधिकतर समय टीवी देखने, सोने और इंटरनेट सर्फिंग में बिताया। उसने अपने किराये के आवास में पीना भी शुरू कर दिया था। पार्टीयों में उसका हद से बाहर होना सामान्य बात थी, जिसके बाद उसके दोस्त उसे पीजी में वापस लाया करते, लेकिन हाल ही में वह अपने पीजी में भी हद से बाहर होने लगी। स्थानीय अभिभावकों ने उसके माता-पिता को सूचित किया जो उसे पुनर्वास सुविधा केन्द्र में ले गए। पुनर्वास केन्द्र में, अफसाना पिछले

एक वर्ष से ली जा रही नशीले पदार्थों से मुक्ति की एक दर्दनाक प्रक्रिया से गुजरती है। यहां तक पिछले एक साल में उसके साथ क्या हुआ, यह स्वीकार करने के लिए उसके माता-पिता को दर्दनाक प्रक्रिया से गुजरना पड़ा।

बॉक्स 11.3 : मादक पदार्थ सेवन विकार के डीएसएम-5 मानदंड (ए.पी.ए.2013)

यदि निम्नलिखित लक्षणों से तीन मिलते हैं, तो हल्के मादक पदार्थ सेवन विकार की (एपीए, 2013) की जाती है। चार या पाँच लक्षणों वाले लोगों को मध्यम पदार्थ सेवन विकार के रूप में वर्गीकृत किया जाता है, और गंभीर मादक पदार्थ सेवन विकार की पहचान उन मामलों में किया जाता है जहां 6 या अधिक मापदंड मिलते हैं।

- 1) मादक पदार्थ की बड़ी मात्रा में या उससे अधिक समय तक लेना जो आपके लिए उचित है।
- 2) मादक पदार्थ का सेवन कम या बंद करना चाहते हैं, लेकिन यह प्रबंधन हो नहीं पा रहा है।
- 3) मादक पदार्थ को प्राप्त, प्रयोग करने या इसके उपयोग से ठीक होने में अधिक समय व्यतीत करना।
- 4) मादक पदार्थ सेवन करने की तीव्र इच्छा और चाह।
- 5) मादक पदार्थ के सेवन के कारण आपको कार्य, घर, या स्कूल में क्या करना चाहिए, इसका प्रबंधन नहीं हो पाता है।
- 6) मादक पदार्थों का लगातार सेवन करना, तब भी जब यह सम्बंधों में समस्याओं का कारण बन रहा है।
- 7) मादक पदार्थ के सेवन के कारण महत्वपूर्ण सामाजिक, व्यावसायिक, या मनोरंजक गतिविधियों का त्याग करना।
- 8) बार-बार मादक पदार्थों का सेवन करना, तब जबकि यह आपको खतरे में डालता है।
- 9) सेवन जारी रखना, जबकि आप जानते हैं कि आपके पास शारीरिक या मनोवैज्ञानिक समस्या है, जो मादक पदार्थ के कारण ही उत्पन्न हुई है या स्थिति और खराब हो सकती है।
- 10) मनचाहे प्रभाव के लिए ज्यादा मादक पदार्थों का सेवन (सहनशीलता)।
- 11) प्रत्याहार लक्षणों का विकास, जो मादक पदार्थ के अधिक सेवन से राहत दे सकता है।

11.3 आँकड़े

भारत अविश्वसनीय गति से बढ़ रहा है, संस्कृति, सामाजिक मूल्य, जनसांख्यिकी और अर्थव्यवस्था तेजी से बदल रही है और इन बदलावों का लोगों पर असर पड़ रहा है। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, 30% भारतीय जनसंख्या नियमित रूप से शराब का सेवन करती है और 11% मध्यम से ज्यादा उपभोग कर रहे हैं। आर्थिक सहयोग और विकास संगठन 2015 की रिपोर्ट के अनुसार, 1992-2012 के दौरान, भारत में शराब की प्रति व्यक्ति खपत 55% तक बढ़ गई है, जो दुनिया में तीसरी सबसे ज्यादा बढ़ोत्तरी है। रेडडी और चंद्रशेखर

(1998) के मेटा एनलिनिस अध्ययन में शराब और ड्रग के उपयोग की व्यापकता 6.9 / 1000 पाई गई है। भारत में केनबिस, हेरोइन, अफीम और हैश का सबसे अधिक उपयोग किया जाता है (शर्मा, अरोड़ा, सिंह, सिंह और कौर, 2017)। कुछ प्रमाण बताते हैं कि अवैध दवाओं के उपयोग में वृद्धि हुई है। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, दुनिया भर में लगभग 28 मिलियन लोग शराब और तंबाकू के अलावा विभिन्न मनो-सक्रिय पदार्थों का उपयोग करके बहुत ज्यादा स्वास्थ्य जोखिम उठाते हैं। संयुक्त राष्ट्र की एक रिपोर्ट के अनुसार, भारत में 1 मिलियन हेरोइन के नशेड़ी पंजीकृत हैं और अनौपचारिक रूप से यह लगभग 5 मिलियन हो सकती है। यह अनुमान लगाया गया है कि भारत में, जब तक अधिकांश लड़के 9वीं कक्षा तक पहुंचते हैं, तब तक उनमें से लगभग 50% ने कम से कम, नशे का कोई पदार्थ ले चुका होता है। यह संख्या वास्तविक दर का एक मामूली अनुमान हो सकता है क्योंकि कई नशीली दवाओं के नशेड़ी सहायता नहीं माँगते हैं। ड्रग का उपयोग किसी भी उम्र में हो सकता है, लेकिन किशोरावस्था और युवा अवस्था के दौरान यह सबसे सामान्य है।

हालिया महामारी विज्ञान अनुसंधान के अनुसार पदार्थ के उपयोग विकारों के बढ़ोत्तरी की बात आने पर पुरुषों और महिलाओं के बीच पारंपरिक अंतर कम हो गया है। अन्य मानसिक विकारों के साथ अस्वस्थता सामान्य है, शराब उपयोग विकार वाले लगभग 37% लोगों में अस्वस्थ मानसिक स्थिति होती है। यह देखते हुए कि शराब एक अवसाद है (लापहास एवं अन्य, 2001)। अवसाद मानसिक विकारों के बीच उच्च स्थान पर है, जो अक्सर शराब के साथ होता है। कई शराबी आत्महत्या करते हैं। जो लोग शराब का दुरुपयोग करते हैं, वे अपने और दूसरों के लिए खतरा पैदा करते हैं। ऑटोमोबाइल दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मौतों और चोटों में से आधे से अधिक शराब पीने से जुड़ी होती हैं और अक्सर मारिजुआना जैसी अन्य दवाओं के सापेक्ष हिंसक और अहिंसक अपराधों से जुड़ी होती हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) डीएसएम-IV टीआर की तुलना में मादक पदार्थ सेवन और संबंधित विकारों की श्रेणी में डीएसएम-5 के कुछ महत्वपूर्ण परिवर्तन क्या हैं?

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

- 2) डीएसएम-5 द्वारा सूचीबद्ध पदार्थ के दुरुपयोग की सामान्य श्रेणियाँ क्या हैं?

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

11.4 शराब सेवन और निर्भरता विकार

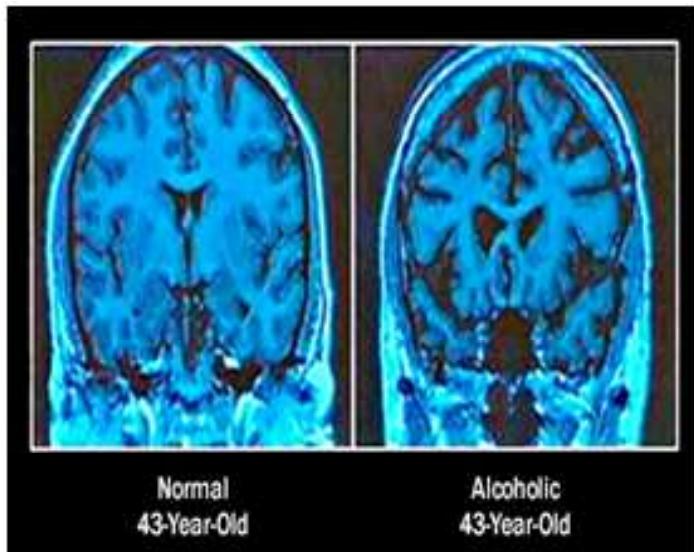
विश्व स्वास्थ्य संगठन (1992) ने शराब निर्भरता सिंड्रोम को इस तरह परिभाषित किया है—

"a state, psychic and usually also physical, resulting from taking alcohol, characterized by behavioral and other responses that always include a compulsion to take alcohol on a continuous or periodic basis in order to experience its psychic effects, and sometimes to avoid the discomfort of its absence; tolerance may or may not be present"

"एक ऐसी मानसिक और आमतौर पर शारीरिक अवस्था जो शराब पीने के कारण होती है। इसमें हमेशा मानसिक सुखद अनुभूति के लिए निरंतर या कभी-कभार शराब सेवन की मजबूरी होती है। कभी-कभी इसकी अनुपस्थिति की समस्या से बचने के लिए सहिष्णुता हो सकती है अथवा नहीं भी"। जैसा कि कॉलेज जीवन की भारी मांगों के जवाब में केस स्टडी (बॉक्स : 11.1) में देखा जा सकता है, अफसाना ने पार्टियों में अत्यधिक शराब पीनी शुरू कर दी थी जिसमें शराब आसानी से उपलब्ध थी। उसने कॉलेज जाना बंद कर दिया और अपने पहले सेमेस्टर की परीक्षा में भी फेल हो गई। उसने खुद को खतरनाक स्थितियों में डाल लिया क्योंकि वह अक्सर इन पार्टियों में बाहर निकलती और अपने पीजी तक नशे में वापस चली जाती। शराब खरीदने पर उसका सारा पैसा खर्च हो जाता। शराब छोड़ने के प्रयासों के बावजूद, अफसाना छोड़ने के 2 सप्ताह से अधिक समय तक शराब से दूर नहीं रह पाई। वह सहनशीलता विकसित करती है क्योंकि उसे उसी 'उच्चता' का अनुभव करने के लिए पहले से अधिक शराब पीने की जरूरत होती है।

11.4.1 मस्तिष्क पर प्रभाव

हालांकि शराब एक अवसाद है, लेकिन इसका प्रारंभिक प्रभाव उत्तेजक होता है क्योंकि मस्तिष्क की निरोधात्मक क्षमता शुरू में धीमी हो जाती है। अच्छे होने का सामान्य अनुभव होता है, सामाजिक संयम खत्म होने लगता है और लोग अधिक खुशमिजाज हो जाते हैं। उच्च स्तर पर, यह मस्तिष्क के उत्तेजक न्यूरोट्रांसमीटर यानी ग्लूटामेट को बाधित करके मस्तिष्क के कामकाज को प्रभावित करता है। इससे उच्च स्तर के संज्ञानात्मक काम जैसे निर्णयात्मक कार्य, तर्कसंगत सोच, आत्म-नियंत्रण, निषेध आदि कम हो जाते हैं। उदाहरण के लिए, शराब पीने वाला यौन उन्मुक्त व्यवहार में लिप्त हो सकता है, जो अन्यथा दबा हुआ होता है। कार चलाने की अपनी क्षमता को वे गलत औंक लेते हैं। ठंड, दर्द और अन्य बेचौनियों का प्रत्यक्षीकरण कम हो जाता है। अल्कोहल गर्मजोशी, खुशहाली और बड़े होने की सामान्य भावना को जन्म देता है, जिसके कारण व्यक्ति अपने परिवार और दोस्तों के प्रति ज्यादा प्रेम दिखाना शुरू कर देता है। व्यक्तिगत अनुभवों में मोटर चलाने की क्षमता में कमी, बातचीत में गड़बड़ी, दृष्टि दोष, और विचार प्रक्रियाओं का भ्रमित होना है। जब अल्कोहल रक्त सांद्रता में 0.5 प्रतिशत तक पहुंच जाता है, तो व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है। आमतौर पर 0.55 प्रतिशत से अधिक अल्कोहल सांद्रता घातक होती है। शराब का प्रभाव (क) पेट में भोजन की मात्रा (ख) पीने की अवधि (ग) शारीरिक स्थिति (घ) शराब की चयापचय दर पर निर्भर करता है। उदाहरण के लिए, महिलाओं में पुरुषों की तुलना में यह कम होता है। अत्यधिक और नियमित अल्कोहल सेवन करने वालों के मस्तिष्क में कार्बनिक क्षति के बावजूद अत्यधिक जैविक क्षति के लक्षण नहीं दिखते हैं।

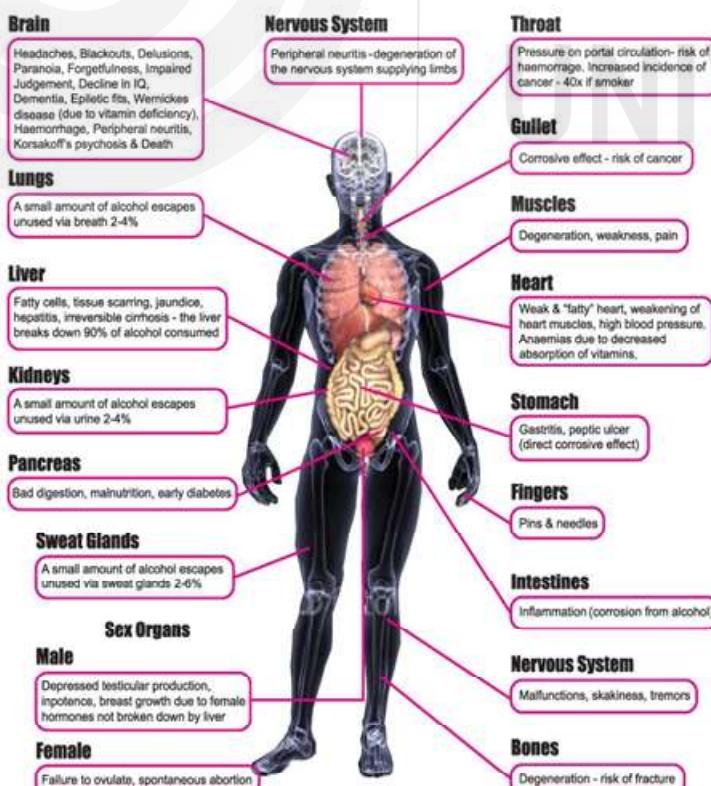


चित्र 11.3 : एक सामान्य नियंत्रण के सापेक्ष अल्कोहल के अत्यधिक सेवन करने वाले व्यक्ति की मस्तिष्क छवि

स्रोत: <https://www.webmd.com/mental-health/addiction/ss/slideshow-alsue-body-effects>

11.4.2 शारीरिक प्रभाव

शराब शारीर के विभिन्न भागों को प्रभावित करती है। यह पेट में और फिर छोटी आँत में जाती है जहां यह रक्त प्रवाह में अवशोषित हो जाती है। परिसंचरण प्रणाली इसे पूरे शरीर में वितरित करती है। अंत में, जब यह यकृत में जाता है, यह अवशोषित (उपापचयी) और टूट जाता है। इस प्रक्रिया में (अल्कोहल का मेटाबोलाइजेशन) बहुत सारे पानी का उपयोग होता है, जो बदन में जल की कमी (निर्जलीकरण), सिरदर्द, शुष्क मुँह और थकावट का कारण बन सकता है, जिसे 'हैंगओवर' के रूप में अनुभव किया जाता है। बड़ी मात्रा में शराब



चित्र 11.4 : शारीर पर शराब का प्रभाव

स्रोत: <https://ragingalchoic.com/aloice-abuse-effects/>

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

लीवर को नुकसान पहुंचा सकती है और सिरोसिस का कारण बन सकती है। बहुत ज्यादा शराब पीने वालों में लगभग 15-30% को लिवर का सिरोसिस हो जाता है। अल्कोहल उच्च कैलोरी युक्त झग है, लेकिन यह “कैलोरी मुक्त” होती है, जिसका अर्थ है कि इन मादक पेय पदार्थों में कोई पोषण नहीं होता है। यही कारण है कि कई ज्यादा और लंबे समय तक पीने वाले कुपोषण से पीड़ित होते हैं। लंबे समय तक, शराब का सेवन, पोषक तत्वों को अवशोषित करने की शरीर की क्षमता को बाधित करता है, इसलिए विटामिन की गोलियाँ पोषक तत्वों की कमी की भरपाई नहीं कर सकती। शराब का सेवन वाले लोगों में गैरस्ट्रोइंटेस्टाइनल समस्याएँ भी सामान्य हैं। कुल मिलाकर, शराब एक व्यक्ति के जीवन काल को औसत व्यक्ति की तुलना में 12 वर्ष कम कर देता है।

11.4.3 मनो-सामाजिक प्रभाव

शारीरिक प्रभावों के अलावा, एक पुराना और ज्यादा पीने वाला शराबी आमतौर पर अति संवेदनशीलता, अवसाद और चिरकालिक थकान से पीड़ित होता है। कई लोगों के लिए, अस्थायी रूप से जीवन के तनावों से निपटने के लिए शराब को एक संवेगात्मक मुकाबला करने की रणनीति के रूप में प्रयोग किया जाता है क्योंकि यह सुख और स्वयं के महत्वपूर्ण होने की भावनाओं को बढ़ाता है। हालांकि, कमजोर के अत्यधिक और लगातार उपयोग से गलत निर्णय, खराब तर्क शक्ति और व्यक्तित्व बिगड़ सकता है। जो लोग लंबे समय से शराब का उपयोग कर रहे हैं, वे गैर-जिम्मेदार बन जाते हैं, उनका व्यक्तित्व और स्वास्थ्य प्रभावित हो सकता है, और वे पति/पत्नी और परिवार की उपेक्षा करने लगते हैं। शराब लोगों की कई तरह की चोटों, अपराध, एवं अंतरंग साथी से हिंसक बर्ताव का कारण बनता है। रोजगार और संबंधों का नुकसान का एक कारण शराब भी है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के एक अध्ययन के अनुसार, शराब भारत में गरीबी के प्रमुख कारणों में से एक है।

11.4.4 शराब के अधिक सेवन से जुड़ी मनोविकृतियाँ

शराब के अत्यधिक और लंबे समय तक उपयोग से गंभीर मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ हो सकती हैं। लोगों को मानसिक विकृतियों जैसे वास्तविकता से दूर होना, भ्रम, उत्तेजना और उन्मत्तता का अनुभव हो सकता है। जो लोग लंबे समय तक अत्यधिक शराब पीते हैं, उनमें ‘अल्कोहल विद्हावल डेलीरियम’ नामक लक्षण देखा जा सकता है। यदि व्यक्ति वापसी की स्थिति में प्रवेश करता है। ‘अल्कोहल विद्हावल डेलीरियम’ में व्यक्ति को समय, स्थान का बोध नहीं होता, पागलपन (साँप, छिपकली, कॉकरोच जैसे जंतु), अत्यधिक सुझाव, भय, हाथ कांपना, बुखार, दिल की तेज धड़कन आदि लक्षणों का अनुभव करता है। यह 3-6 दिनों तक चल सकता है, और व्यक्ति बुरी तरह से डर जाता है। ऐंठन और दिल के रुक जाने के कारण भी मृत्यु हो सकती है। लंबे समय से शराब पीने वालों में एक अन्य शराब संबंधी मनोविकृति ‘अल्कोहल एमनेस्टिक विकार (जिसे पहले कोर्साकॉफ सिंड्रोम कहा जाता था)’ है। इस स्थिति में व्यक्ति के पास गलत यादों के साथ स्मृति दोष भी होते हैं। व्यक्ति भ्रामक, पागल और भटका हुआ लगता है। वह उन वस्तुओं और लोगों को पहचानने में असमर्थ है, जिन्हें उन्होंने अभी देखा है इसलिए वे याददाश्त के रिक्त स्थानों (‘मेमोरी गैप’) को भरने की बातें करता है। ‘अल्कोहल एमनेस्टिक डिसऑर्डर’ के लक्षण अब विटामिन-बी (थायमिन) की कमी और अन्य आहार संबंधी कमियों से जुड़ी मानी जाती है। हालांकि, विटामिन और खनिजों से भरपूर आहार आमतौर पर रोगी की सामान्य शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को सुधार नहीं पाता। शोध से पता चलता है कि व्यक्तित्व में गिरावट के साथ-साथ कुछ स्मृति हानि भी बनी रह जाती हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) शराब का दीर्घकालिक या दुरुपयोगकर्ता आमतौर पर कुपोषण से क्यों पीड़ित होते हैं?

अल्कोहल एमनेस्टिक विकार क्या है?

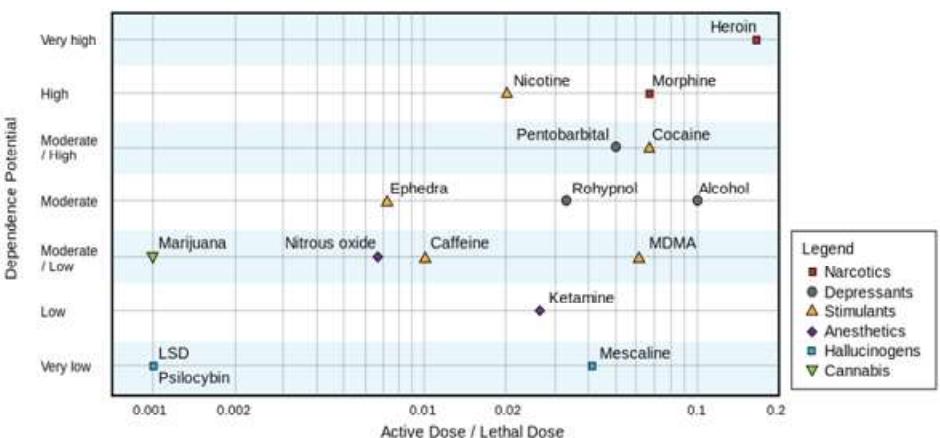
- 2) अल्कोहल ऐमनेस्टिक विकार क्या है?

The banner consists of three horizontal rows of dots. The top row is white on a black background. The middle row is light gray on a white background. The bottom row is dark gray on a black background. The dots are arranged in a staggered grid pattern.

11.5 मादक पदार्थ का सेवन और निर्भरता विकार

अल्कोहल के अलावा, सबसे अधिक दुरुपयोग और निर्भरता वाले मनोसक्रिय औषध में सम्मिलित हैं – (1) अफीम या ओपिओइड जैसे नशीले पदार्थ, जिनमें अफीम और हेरोइन सम्मिलित हैं (2) उपशामक जैसे बार्बिटुरेट्सय (3) उत्तेजक जैसे कोकीन और एम्फेटेमिनय (4) विभ्रामक दवा जैसे एलएसडी (5) और अन्य विविध औषधियाँ जैसे इनहेलेंट, स्टेरॉयड, ओटीसी, प्रिस्क्रिप्शन दवाएँ आदि। जैसा कि पहले चर्चा की गई है, इनमें से अधिकांश पदार्थ अवैध हैं या उनके उपयोग के लिए चिकित्सीय निर्देश की आवश्यकता है। हालांकि, डीएसएम-5 ने कैफीन और निकोटीन जैसे अन्य पदार्थों पर निर्भरता को भी वर्गीकृत किया है जिन्हें आसानी से वयस्कों द्वारा खरीदा जा सकता है। मनोसक्रिय पदार्थ दो कारणों से भिन्न होते हैं, (1) निर्भर क्षमता (नशीली दवाओं के उपयोग पर नियंत्रण खोना या दवाओं की माँग और लेने की मजबूरी) (2) घातक मात्रा अनुपात (वह खुराक जिसमें मृत्यु हो जाती है)। हेरोइन सबसे अधिक निर्भरता बढ़ाने वाली दवा है, जिसके बाद मॉफिन, निकोटीन और कोकीन हैं। मारिजूआना, कैफीन और केटामाइन में मध्यम निर्भर क्षमता होती है।

अंत में, एलएसडी और साइलोसाइबिन जैसे विभ्रामक दवाओं की कम निर्भर क्षमता होती है। इन विभिन्नताओं के बावजूद, इन सभी पदार्थों के ज्यादा उपयोग और दुरुपयोग के कारण, एक व्यक्ति और परिवार के सदस्यों के लिए कई नकारात्मक परिणाम हो सकते हैं और इसे डीएसउम-5 में पदार्थ उपयोग विकार के रूप में वर्गीकृत किया गया है।



चित्र 11.5 : विभिन्न मनोवैज्ञानिक दवाओं के घातक अनुपात और निर्भर क्षमता।

स्रोत: Gable, R. S. (2006). Acute toxicity of drugs versus regulatory status. In J.M. Fish (Ed.), Drugs and Society: U.S. Public Policy, pp.149-162, Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

11.5.1 अफीम और उसके यौगिक (मादक पदार्थ)

अफीम, खसखस में पाई जाने वाली प्राकृतिक रसायन है जो दर्द से राहत देती है और नींद लाने में सहायक होती है। ओपियेट्स के तीन शक्तिशाली वर्ग हैं— मॉर्फिन, हेरोइन और कोडीन जिनका दुरुपयोग किया जाता है। वे आमतौर पर धूम्रपान, सूंधने, खाने या हाइपोडर्मिक सूझ्यों के माध्यम से शरीर में लिए जाते हैं। हेरोइन के उपयोग से 60 सेकंड के लिए अत्यधिक खुशी महसूस होती है, जिसको कई नशेड़ी यौन संभोग से होने वाली खुशी से तुलना करते हैं। आमतौर पर इसके बाद नशेड़ी सुस्त अवस्था में आ जाता है जिसमें शारीरिक आवश्यकताएँ (भोजन और यौन संभोग) कम हो जाती हैं उत्साह और सुकून की सुखद अनुभूति हावी हो जाती है। यह स्थिति लगभग 4-5 घंटे तक रहती है, जो एक नकारात्मक चरण की ओर जाता है जहां नशेड़ी ड्रग के लिए एक तीव्र लालसा का अनुभव करते हैं। चूंकि हेरोइन की निर्भर क्षमता बहुत अधिक है, आमतौर पर 30 दिनों के नित्य उपयोग के बाद शारीरिक निर्भरता विकसित हो जाती है। नशेड़ी को शारीरिक बीमारी के रूप में अनुभव किए जाने वाले लक्षण पिछले उपयोग के लगभग 8 घंटे बाद आने लगते हैं। 'ओपियेट वापसी' कुछ लोगों के लिए बहुत ही दर्दनाक अनुभव होता है, जिसमें बहती नाक, आँख दुःखना, पसीना आना, बेचौनी, और ड्रग की तीव्र इच्छा होती है। समय के साथ, लक्षण अधिक गंभीर हो जाते हैं व्यक्ति को ठंडक का अनुभव होता है कभी उल्टी, दस्त, आवेग महसूस होता है, तो कभी अत्यधिक पसीना, पेट में ऐंठन, पीठ में दर्द और अनिद्रा का अनुभव होता है। कभी-कभी प्रलाप, मतिभ्रम और पागलपन से जुड़े लक्षण प्रकट होते हैं। ये लक्षण आमतौर पर सातवें -आठवें दिन गायब हो जाते हैं। इसके बाद, ड्रग के लिए व्यक्ति की पहले जैसी लालसा कम हो जाती है जिससे हमेशा यह जोखिम बना रहता है कि पहले जैसी जरूरत से ज्यादा मात्रा (ओवरडोज) लेने से हो सकता है।

हेरोइन के नशेड़ी, बुरे स्वास्थ्य और सामान्य व्यक्तित्व बिगड़ने का अनुभव करते हैं। यह दवा के औषधीय प्रभाव का सीधा परिणाम नहीं हो सकता, लेकिन वित्तीय तनाव, उचित आहार की कमी, सामाजिक स्थिति में गिरावट और एक नशेड़ी के रूप में आत्मसम्मान में कमी उसे अधिक हताश कर देते हैं। वह आवश्यक दैनिक मात्रा की खरीद के लिए और परेशान हो जाता है।

लोग अक्सर आदत को बरकरार रखने के लिए झूठ बोलते हैं, चोरी करते हैं, और / या वेश्यावृत्ति का सहारा लेते हैं। इसके अतिरिक्त, कई नशा करने वाले लोग एचआईवी-एड्स

और हेपेटाइटिस जैसी बीमारियों की चपेट में आ जाते हैं, क्योंकि इसमें उन सुइयों का उपयोग नहीं किया जाता है, जो जीवाणुरहित हों। गर्भावस्था के दौरान हेरोइन लेने वाली गर्भवती महिलाओं में समय से पहले प्रसव, कम वजन वाले बच्चे का जन्म या गर्भपात की संभावना बढ़ जाती है।

11.5.2 अवसादक

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

11.5.3 उत्तेजक

अवसादक के विपरीत, कोकीन, एम्फैटेमिन, कैफीन और निकोटीन जैसे उत्तेजक केंद्रीय तंत्रिका तंत्र की गतिविधि को बढ़ा देते हैं। अफीम की तरह, कोकीन एक पौधे का अर्क है, और इसे सूंघकर, निगलकर या इंजेक्शन से लिया जा सकता है। हालांकि, ओपियेट्स के विपरीत, कोकीन मस्तिष्क को उत्तेजित करता है। कोकीन महंगा होता है और आमतौर पर समाज के उच्च वर्ग और संपन्न लोग इसका उपयोग करते हैं। ओपिएट्स की तरह, यह 4-6 घंटे के लिए एक उत्साहपूर्ण स्थिति में ले जाता है, उस दौरान नशेड़ी उत्साह, आत्मविश्वास और संतोष का अनुभव करते हैं। प्रारंभ में यह माना जाता था कि कोकीन की खपत उपयोग के साथ नहीं बढ़ती है, हालांकि यह दृष्टिकोण अब बदल गया है। जब कोकीन को आदतन लिया जाने लगता है, तो ‘विद्झॉल’ के लक्षणों के साथ-साथ, तीव्र मनोविदलता जैसे लक्षणों के अतिरिक्त अवसाद में विकसित हो सकते हैं। कोकीन का उपयोग बेरोजगारी, मनोवैज्ञानिक और कानूनी समस्याओं से जुड़ी हुई है।

उत्तेजक पदार्थों का एक अन्य वर्ग एम्फैटेमिन भी है जिसे ‘बंडर पिल्स’ कहा जाता है, जो लोगों को सचेत रहने और असामान्यतः एक स्तर पर अस्थायी रूप से जागने और काम करने में सहायता करती है। यह सबसे अवैध रूप से खपत की जाने वाली दवा में से एक है। एक लोकप्रिय एम्फैटेमिन मेथामफेटामाइन है। द्वितीय विश्व युद्ध के दौरान, चुस्त रहने और थकान दूर करने के लिए सैनिकों द्वारा एम्फैटेमिन का उपयोग किया जाता था। विशिष्ट जनसंख्या में, छात्र और एथलीट अपने प्रदर्शन की बेहतरी के लिए एम्फैटेमिन का उपयोग करते हैं। बेरो एवं अन्य (2017) द्वारा किये गए एक अध्ययन ने निष्कर्ष निकाला कि इसको सहने की क्षमता सिर्फ 6 दिनों में विकसित हो जाती है। सामान्य प्रतिक्रियाओं में उच्च रक्तचाप, बढ़ी हुई औँखों की पुतलियाँ, अस्पष्ट या तेज आवाज, अधिक पसीना, कंपकंपी, उत्तेजना, भूख न लगना, भ्रम और नींद न आना है। चूंकि वे भूख को कम करते हैं, यह वजन कम करने की कोशिश कर रहे लोगों के बीच भी लोकप्रिय है। नींद लिए या खाए बिना कुछ दिनों तक तीव्र उत्साह बनाए रखने के लिए नशेड़ी एम्फैटेमिन का उपयोग करते हैं, लेकिन इसके बाद वे थककर या उदास होकर कई दिनों तक सोते रहते हैं या

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

धराशायी हो जाते हैं। फिर यह चक्र पुनः शुरू होता है। एम्फैटेमिन ऊर्जा की गोलियाँ नहीं हैं। वे उपयोगकर्ताओं को स्वयं के संसाधनों से अधिक व्यय की ओर और अक्सर घातक थकावट के बिंदु तक ले जाते हैं। आज, इसका उपयोग कभी-कभी चिकित्सकीय उद्देश्यों, वजन घटाने, नार्कोलेप्सी और बच्चों में अति सक्रियता के लिए किया जाता है, जिन पर इसका सकारात्मक असर पड़ता है। एम्फैटेमिन के अत्यधिक उपयोग से मनोविकृति हो सकती है, आत्महत्या, हत्या, हमले भी एम्फैटेमिन के दुरुपयोग से जुड़े हुए हैं।

निकोटीन एवं कैफीन दो सबसे सामान्य उपयोग किये जाने वाले मनोसक्रिय पदार्थ हैं। कैफीन का उपयोग सबसे सामान्य मनोदैहिक पदार्थों में से एक है। इसके उपयोग से बेहतर मनोदशा और थकान में कमी महसूस होती है। ज्यादा मात्रा में इसे लेने से, उपयोगकर्ता जलन महसूस कर सकता है और यह उसकी अनिद्रा का कारण भी बन सकता है। इसे हल्का उत्तेजक कहा जाता है क्योंकि यह नशे की सभी दवाओं में सबसे कम हानिकारक माना जाता है, यह चाय, कॉफी और कई कोला पेय और कोको उत्पादों में पाया जाता है। इसके वापसी के लक्षणों में खराब मनोदशा, उनींदापन और सिरदर्द हैं।

निकोटीन तंबाकू में एक जहरीला अल्कालॉयड है, जो सिगरेट, चबाने वाले तंबाकू सिगार, लोंग सिगरेट, बीड़ी और हुक्का में पाया जाता है। कम मात्रा में, यह केंद्रीय तंत्रिका तंत्र को उत्तेजित करता है, जो तनाव को कम कर सकता है और मनोदशा में सुधार ला सकता है। हालांकि, निकोटीन का उपयोग उच्च रक्तचाप, दिल के दौरे और कैंसर के खतरे से संबंधित है। यह उच्च शारीरिक और मनोवैज्ञानिक निर्भरता पैदा करती है। उदाहरण के लिए, धूम्रपान करने वाले रक्तप्रवाह में एक स्थिर स्तर तक निकोटीन को बनाए रखने की कोशिश करते हैं, अन्यथा वे अवसादग्रस्त, अनिद्रा, चिंता, ध्यान केंद्रीत करने में कठिनाई, बेचैनी, और भूख और वजन में वृद्धि सहित वापसी के लक्षणों के शिकार हो जाते हैं। निकोटीन निर्भरता में पुनरावर्तन की दर काफी अधिक है। मोरिसेट एवं अन्य 2007, ये निष्कर्ष निकाला है कि चिंता विकारों वाले लोगों के बीच निकोटीन का उपयोग अत्यधिक प्रचलित है।

11.5.4 विभ्रमजनक औषधियाँ

इसे 'साइकेडेलिक्स' भी कहा जाता है। 'विभ्रमजनक औषधियाँ', ओपियेट्स, उत्तेजक और अवसादक जैसी नहीं होती, जो लोगों को या तो 'अप' या 'डाउन' की भावना कराकर प्रभावित करती है। 'विभ्रमजनक औषधियाँ' अनिवार्यतः लोगों की संसार देखने के तरीके में बदलाव लाती है। साइकेडेलिक्स 'इंट्रियग्राही बिंबों का निर्माण नहीं करता बल्कि दृष्टि, ध्वनि, भावनाओं, स्वाद और गंध को भी विकृत कर देता है। ज्यादा उपयोग किया जाने वाला 'भ्रांतिजनक ड्रग्स' लेजेरिक एसिड डायथाइलैमाइड (एलएसडी) है। एलएसडी का स्थानीय नाम एसिड है, यह एक गंधहीन, रंगहीन और बेस्वाद ड्रग्स है। इसे 1938 में हॉफमैन में पहली बार रासायनिक ढंग से संश्लेषित किया गया था। 'विभ्राति अवस्थाओं' के अध्ययन के लिए इसे उपयोगी समझा गया था और 1960 तक प्रयोगशाला में ही बनाया जा रहा था। इसी वर्ष इसे पहली बार मनोरंजक उपयोग के लिए उत्पादित किया गया था। एलएसडी उपयोग करने के बाद, व्यक्ति में आमतौर पर भावनाओं में परिवर्तन, मनोदशा में बदलाव और व्यक्तित्वलोप और निर्लिप्तता की मनोदशा से गुजरता है। ये असर आठ घंटे तक रहता है। कुछ लोगों के लिए यह अनुभव बेहद भयावह और अप्रिय हो सकता है। एलएसडी लेने की क्षमता जल्द ही विकसित हो जाती है, इसके परित्याग के एक सप्ताह बाद ही इसको लेने वाला पहली जैसी स्थिति में आ जाता है। अधिकांश 'भ्रांतिजनक ड्रग्स' में वापसी के लक्षण ही नहीं दिखते हैं।

मारिजुआना एक अन्य 'विभ्रांति ड्रग्स' है जिसे 1960 और 1970 के दशक की शुरुआत में अमेरिका में बड़े पैमाने पर उपयोग किया गया था। यह जंगल में उगने वाले 'कैनबिस' या भांग के सूखे भागों को दिया गया नाम है जिसे 'खरपतवार'(वीड) भी कहते हैं। हैशिश नामक एक अन्य ड्रग्स है, यह काफी शक्तिशाली ड्रग्स है। इसे पौधे की रेजिन से निकाला जाता है। मारिजुआना प्रभाव के तहत, अन्यथा सामान्य अनुभव बेहद मजेदार लगने लगते हैं, या व्यक्ति उस स्वप्न की दशा में चला जाता है, जिसमें समय स्थिर महसूस होता है। किसी व्यक्ति की समय की अवधारणा या तो बढ़ जाती है या विकृत हो जाती है। केवल कुछ सेकंड तक चलने वाली घटना बहुत अधिक अवधि या इसके विपरीत, बहुत कम अवधि की लगने लगती है। प्रयोक्ता अक्सर संवेदनात्मक अनुभवों की अत्यधिक व्याख्या करने लगता है, जैसे कि विविध रंगों या संगीत की अधिक सराहना। कम मात्रा वाली मात्रा में अच्छे होने की भावना चिंता और व्यामोह की भावना में बदल सकती है, जब अधिक मात्रा ली जाती है तब मानसिक विक्षेप हो सकता है। मारिजुआना के दैनिक उपयोग और मनोविकृतिक लक्षणों के बीच एक मजबूत संबंध है।

मारिजुआना का लंबे समय तक उपयोग संज्ञानात्मक हानि से जुड़ा हुआ है। महत्वपूर्ण लोगों के साथ संबंध, और रोजगार भी इससे प्रभावित होता है। इसके निरंतर उपयोग से लापरवाह जीवन शैली, सुस्ती और निष्क्रियता उत्पन्न होती है।

11.5.5 अन्य औषधियों का दुरुपयोग

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

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

1) दवा की निर्भरता क्षमता क्या है?

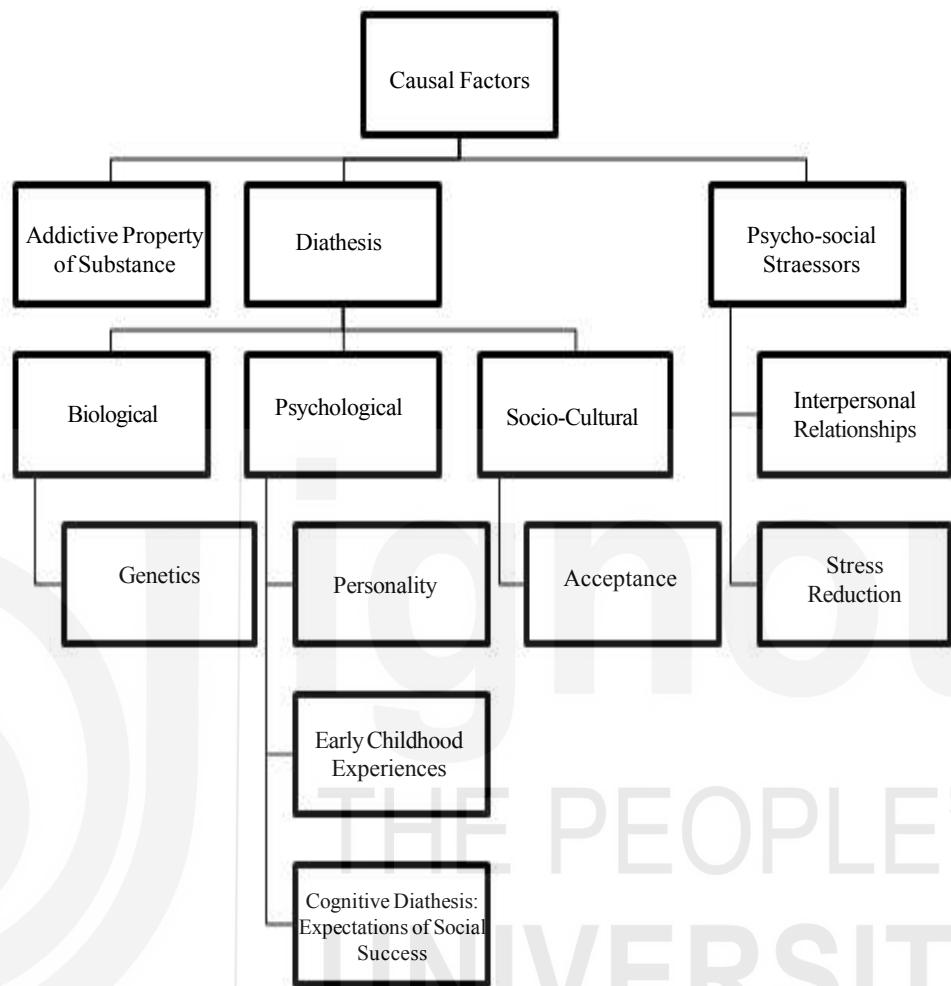
.....
.....
.....
.....
.....

2) मारिजुआना जैसी दवा में उच्च निर्भरता क्षमता नहीं होती है लेकिन फिर भी नशीली दवाओं के सेवन विकार के तहत वर्गीकृत किया गया है क्यों?

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

11.6 मादक पदार्थ सेवन विकार के कारणात्मक कारक

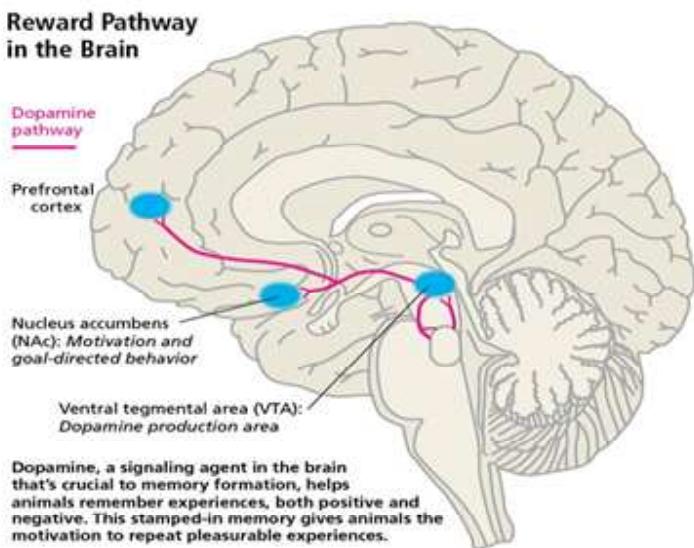
किसी पदार्थ के उपयोग का व्यसन में बदल जाना एक जटिल प्रक्रिया है जिसमें निम्नलिखित तत्व सम्मिलित हैं: (1) पदार्थ में नशे की क्षमता (2) शारीरिक संवेदनशीलता (प्रवृत्त, डायथेसिस) (3) पर्यावरण पुनर्बलन और दबाव (तनाव)।



चित्र 11.6 : मादक पदार्थ सेवन विकार के अंतर्निहित कारणात्मक कारक

11.6.1 मादक पदार्थ का व्यसनी गुण

अल्कोहल सहित सभी ड्रग्स 'सुख मार्ग' या 'मेसोकोर्टिकोलिम्बिक डोपामाइन मार्ग' के सक्रियण के माध्यम से व्यसन में भूमिका निभाते हैं। इसको 'रिवॉर्ड पथवे' भी कहा जाता है, जो भावनाओं, स्मृति और संतुष्टि नियंत्रण जैसी प्रक्रियाओं से संबंधित है। अल्कोहल सहित सभी पदार्थ मस्तिष्क में इस क्षेत्र को उत्तेजित करके परम सुख-बोध पैदा करते हैं जिससे पदार्थ का उपभोग, सुखद, प्रतिफल देने वाले जैसा बन जाता है और पदार्थ का उपभोग बढ़ जाता है। मस्तिष्क के लगातार संपर्क में आने से न्यूरोकेमिकल्स में परिवर्तन होते हैं, जिसके कारण 'वापसी' लक्षण पैदा हो जाते हैं, पदार्थ का फिर से उपभोग करके इससे बचा जा सकता है। इस प्रकार, ड्रग्स और अल्कोहल लेना आनंददायक है और सकारात्मक को बढ़ाता है। एक बार जब व्यक्ति पदार्थ का आदी हो जाता है, तो आनंद कम हो जाता है। तब 'वापसी' के लक्षण बढ़ जाते हैं, जो कष्टदायी हो सकता है। लोग उनसे बचने के लिए ड्रग्स/अल्कोहल लेते हैं। कुछ ड्रग्स, (जैसे हेरोइन), में 'वापसी' के लक्षण दूसरों (उदाहरण के लिए, मारिजुआना) की तुलना में अधिक होते हैं।



चित्र 11.7 : मस्तिष्क में खुशी/प्रतिफल मार्ग (मेसोकोर्टिकोलिम्बिक डोपामाइन मार्ग; MCLP)

स्रोत: <http://discovermagazine.com/2015/may/17-resetting-the-addictive-brain>

11.6.2 शराब सेवन विकार की प्रवृत्ति

जैविक प्रवृत्ति: अनेक मादक पदार्थ का व्यसन शक्ति को बढ़ाने में आनुवंशिकी महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। परिवारों पर किए गए शोधों से ठोस प्रमाण मिला है कि शराब पीने की समस्या आनुवंशिकता से जुड़ी हुई है। पुरुषों में लगभग 30% शराबियों के कम से कम एक माता या पिता शराबी पाये गये हैं (कोटन, 1979)। 40% शराबी पुरुषों के माता-पिता दोनों शराब पर निर्भर थे (क्लोनर और सहकर्मी, 1986)। सामान्य रूप से निकोटीन, मारिजुआना और सामान्य रूप से नशीली ड्रग्स के दुरुपयोग के लिए 'मानोजायगोटिक जुड़वां बच्चों' के बीच अधिक समरूपता पाई गई है। आणविक आनुवंशिकी अध्ययनों से पता चला है कि डोपामीन के 'रिलीज' और 'पुनर्ग्रहण' से संबंधित एक जीन निकोटीन की लत से जुड़ी है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि एक शराबी माता-पिता के यहाँ पैदा होना और जरूरी नहीं कि एक के द्वारा पाले जाने से, किसी व्यक्ति के शराबी होने का खतरा बढ़ जाता है। अल्कोहल की समस्या शराब का सेवन न करने वाले माता-पिता द्वारा गोद लिए बच्चों में शराबी माता-पिता के बच्चों से लगभग दोगुनी थी।

मनोवैज्ञानिक प्रवृत्ति: सामान्य तौर पर, उच्च स्तर की नकारात्मक संवेगात्मकता और कम दबाव, उच्च जोखिम लेने और आवेग जैसे सामान्य मनोवैज्ञानिक लक्षण, भविष्य में ड्रग्स और शराब के उपयोग और दुरुपयोग के पूर्व संकेत हैं। शराब सेवन से जुड़ी आनुवंशिक संवेदनशीलता इन व्यक्तित्व शीलगुणों की आनुवंशिकता से जुड़ी हो सकती हैं। संभावित शराबी की अन्य मनोवैज्ञानिक लक्षणों में सम्मिलित है: संवेगात्मक अपरिपक्वता, संसार से बहुत ज्यादा अपेक्षा करना, अधिक प्रशंसा या आश्वासन की आवश्यक, असफलताओं के प्रति ज्यादा नकारात्मक प्रतिक्रिया, निराशा सहने की कम शक्ति, अपूर्ण होने की भावना, आवेग और आक्रामकता। पूर्ववर्ती व्यक्तित्व चरों ने शराब पीने की शुरुआत की। आयु की भविष्यवाणी की जैसे व्यवहार नियंत्रण का कम प्रभाव और लचीलापन (वोंग एवं अन्य, 2006)। ब्रिदोही और संवेदना सीकिंग (सरजेट एवं अन्य, 2006) और अधिक सामान्यीकृत चिंता (कप्ले एवं अन्य, 2001)।

अस्थिर पारिवारिक रिश्तों और माता-पिता के मार्गदर्शन की कमी का शुरुआती बचपन का अनुभव, भविष्य में सामान्य रूप से नशीले पदार्थों का उपयोग और दुरुपयोग के प्रति मनोवैज्ञानिक संवेदनशीलता का विकास कर सकते हैं। शोध में निम्नलिखित छह कारकों

की भूमिका की जाँच की गई है, जो किसी के जीवन में बाद में शराब की लत लगने से सार्थक रूप से जुड़े हुए हैं: पिता का शराबी होना, पिता के प्रति “लगाव” की कमी, माता-पिता के बीच अत्यधिक वैवाहिक संघर्ष, माता-पिता की निगरानी की कमी और उचित अनुशासन का अभाव, प्रारंभिक वर्षों में अक्सर परिवार का एक जगह पर स्थायी निवास न करना और पारिवारिक सामंजस्य की कमी। बच्चे के जीवन के शुरुआती समय में माता-पिता द्वारा पदार्थों का दुरुपयोग भी उनके बच्चों को बाद में मादक द्रव्यों के सेवन की ओर धकेल देता है। ऐसी स्थिति में माता-पिता को एक नकारात्मक भूमिका-प्रतिरूप के रूप में देखा जाता है। इसके अलावा, बच्चे द्वारा माता-पिता के शराब सेवन को आचरण के सत्यापन के रूप में देखा जा सकता है। इसके अलावा ऐसे परिवारों में माता-पिता से उचित मार्गदर्शन की कमी और तनाव अनुभव करने में एक मजबूत संबंध देखा गया है। शुरुआती बचपन के शोषण अनुभव खासतौर से महिलाओं के यौन शोषण को भी बाद के जीवन के मादक द्रव्यों के सेवन से जोड़ा जाता है।

संज्ञानात्मक प्रवृत्ति: कुछ किशोर इस विश्वास के साथ पले-बढ़े हैं कि शराब/नशीली दवाओं के उपयोग से तनाव और चिंता में कमी होगी, यौन इच्छा और खुशी बढ़ेगी और साथियों में लोकप्रियता और स्वीकृति बढ़ेगी। उदाहरण के लिए, एक अध्ययन में, जिन प्रतिभागियों को लगा कि वे शराब का सेवन कर रहे थे, लेकिन वास्तव में उन्हें शराब मुक्त पेय दिया गया था, बाद में वे और अधिक आक्रामक हो गए। कुछ मनोवैज्ञानिकों के अनुसार, इस संज्ञानात्मक विश्वास का पारस्परिक प्रभाव है, किशोरों ने अपेक्षाओं के परिणामस्वरूप पीना शुरू कर दिया है कि शराब का उपयोग सामाजिक सफलता से संबंधित है। इसके विपरीत, नुकसान की उम्मीदें ‘पदार्थ उपयोग व्यवहार की कम संभावना’ से संबंधित हैं। जिन किशोरों ने नशीली दवाओं के उपयोग को एक बड़ा जोखिम माना था, ऐसे किशोरों में उन लोगों की तुलना में ड्रग उपयोग की कम संभावना थी जो दवा के उपयोग को कम या मध्यम जोखिम का मानते थे। अंत में, अधिक से अधिक अपेक्षाओं की प्रबलता (“हर कोई करता है”), इसके ज्यादा से ज्यादा उपयोग का कारण बनती है। चूंकि ये अपेक्षाएँ किशोरों में इन ड्रग्स को शुरू करने और उसके उपयोग को जारी रखने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं, इसलिए इसे रोकने के लिए यह महत्वपूर्ण है कि इसका उपयोग शुरू होने से पहले ही इन सामाजिक अपेक्षाओं को बदलने पर ध्यान दिया जाए।

सामाजिक-सांस्कृतिक प्रवृत्ति: कई संस्कृतियों में विशेष रूप से उन्नत देशों में, शराब का उपयोग सामान्य है क्योंकि यह एक सामाजिक मेलजोल बढ़ाने और तनाव कम करने के माध्यम की तरह काम करता है। यह सामाजिक अवसरों को ज्यादा खुशनुमा बना देता है। शराब सेवन की सामाजिक-सांस्कृतिक स्वीकृति शराब पीने की उच्च दर और कुछ संस्कृतियों में इस पर निर्भरता से जुड़ी हो सकती है। ऐसी संस्कृतियों में शराब आसानी से उपलब्ध होती है। उदाहरण के लिए, शराब पीने वाले समाजों में, शराब कॉलेज की कैंटीन और कैफेटेरिया सहित कई जगहों पर मिल जाती है। इसके विपरीत, कुछ संस्कृतियों में इसके प्रति ‘नकारात्मक सांस्कृतिक दृष्टिकोण’ जैसे इस्लामी देशों में, शायद शराब निर्भरता की कम दरों से संबंधित है। भारत में कुछ ‘ड्राई स्टेट्स’ हैं जहां शराब वितरित या बेची नहीं जाती है और ऐसा करना गैरकानूनी है। हालांकि, भारत में तम्बाकू खाने की सांस्कृतिक स्वीकृति अधिक है। होली के त्यौहार पर भांग (भांग के पत्ते) काफी लोकप्रिय है और यह कानून-संगत भी है। शिवभक्तों में मारिजुआना का उपयोग भी सामान्य है। कुल मिलाकर, कई धार्मिक प्रतिबंध और सामाजिक रीति-रिवाज एक सामाजिक प्रवृत्ति बन सकती हैं, जो जीवन के प्रतिदिन के तनावों को दूर करने लिए अल्कोहल उपभोग को बढ़ावा देती हैं। शराब के सकारात्मक मीडिया चित्रण को भी शराब उपभोग के प्रति बढ़ती सामाजिक स्वीकृति को जोड़ा गया है। हालांकि भारत में, मादक पेय के विज्ञापनों पर प्रतिबंध लगा

दिया गया है, फिर भी, फिल्में, टीवी शो और लोकप्रिय गाने शराब पीने को “शान की बात” की तरह दिखा रहे हैं।

मादक पदार्थ सेवन संबंधित
विकार और व्यावहारिक
व्यसन



चित्र 11.8 : शराब की सकारात्मक मीडिया प्रस्तुति

स्रोत: www.youtube.com

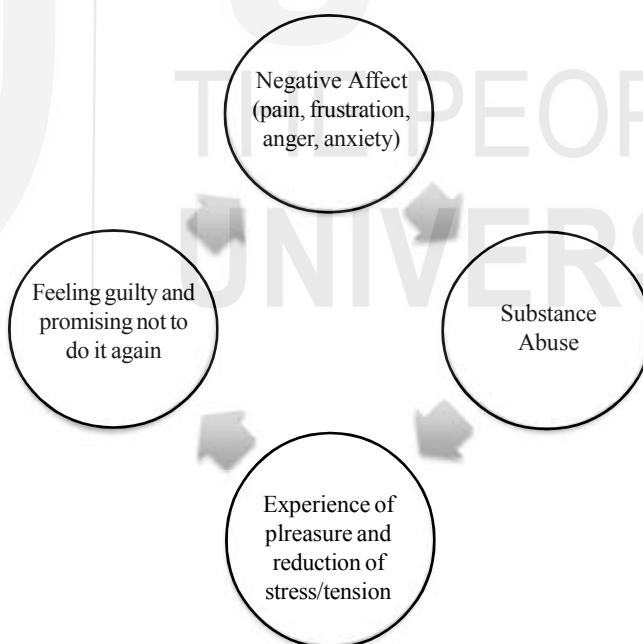
11.6.3 मनो-सामाजिक तनाव

प्रवृत्ति-तनाव (डायथेसिस-स्ट्रेस) मॉडल के अनुसार, जैविक और मनोवैज्ञानिक स्वभाव सामाजिक-सांस्कृतिक स्वीकृति, शराब की प्रवृत्ति के विकसित होने के लिए काफी नहीं हैं। एक व्यक्ति को (क) शराब की उपलब्धता (ख) ऐसा माहौल जहां शराब पीना अनुचित न हो, और (ग) जीवन में तनाव और दबाव का अनुभव। उदाहरण के लिए (बॉक्स 11.2), अफसाना अपने जीवन में एक बड़े परिवर्तन से गुजरी थी। स्कूल की शांत जिन्दगी से कॉलेज के तनाव भरे माहौल से उसका सामना हुआ जहां प्रोफेसर ढेर सारे लिखित प्रोजेक्ट, असाइनमेंट को पढ़ने और उनकी मौखिक प्रस्तुतियों की अपेक्षा करते थे। इसके साथ ही उसे एक प्रेम संबंध, जिसे वह स्कूल के दिनों से ही जानती थी, से भी विच्छेद होने का एक दर्दनाक अनुभव भी हो चुका था। ये सभी तनाव शराब के उपयोग के कारण ही उत्पन्न हुए।

पारस्परिक सम्बन्ध: परिवार में मनोरोग, वैवाहिक और कानूनी समस्याएँ नशीली दवाओं के दुरुपयोग से संबंधित हैं। माता-पिता से संवेगात्मक समर्थन न मिलना शराब, सिगरेट, मारिजुआना आदि के बढ़ते उपयोग से जुड़ा हुआ है। उदाहरण के लिए, अत्यधिक शराब पीना अक्सर वैवाहिक या अन्य अंतरंग व्यक्तिगत संबंधों के संकट काल में शुरू होता है। वैवाहिक साथी एक-दूसरे के प्रति ऐसे व्यवहार कर सकते हैं जो उनके जीवन साथी को अत्यधिक शराब पीने को बढ़ावा देते हैं या उन्हें इस ओर ढकेलते हैं। इसके विपरीत, शराब के अत्यधिक उपयोग से वैवाहिक विवाद और घरेलू हिंसा भी हो सकती है। परिवार के संकट का तनाव मादक द्रव्यों के सेवन को और बढ़ा सकता है।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

तनाव घटाने की भूमिका: मनोदशा में बदलाव लाने की कोशिश, मनोदैहिक ड्रग्स लेने के प्राथमिक उद्देश्यों में से एक है। लोग अपने जीवन में होने वाले अप्रिय क्षणों से बचने, शारीरिक दर्द (ओपिएट) से निजात पाने, तनाव (निकोटीन) से निकलने और घबराहट / चिंता (बैंजोडायजेपाइन) से बचने के लिए ड्रग्स का उपयोग करते रहते हैं। उदाहरण के लिए, यह बताया गया है कि वियतनाम युद्ध में लगभग 42% अमेरिकी सैनिक हेरोइन के आदी हो गए थे (रॉबिन्स, डेविस और नार्को, 1974)। मादक द्रव्यों का सेवन, बाल यौन उत्पीड़न से पीड़ित लोगों, उत्पीड़न का सामना करने वाले प्रवासी मजदूरों और झुग्गी झोपड़ियों में रहने वाले लोगों में अधिक होता है। मादक द्रव्यों का सेवन, इसे लेने वाले माता-पिता के बच्चे अधिक करते हैं, जो घर पर तनाव से दूर रहने के लिए मादक द्रव्यों का सेवन करते हैं। एक व्यक्ति जो जीवन में अत्यधिक तनाव के दौर से गुजर रहा हो, ड्रग्स ले सकता है। सामाजिक दबावों के प्रति कम सहनशील और तनाव युक्त, कोई भी व्यक्ति शराब या नशीली दवाओं के सेवन की ओर, इनसे छुटकारा पाने के लिए, आकर्षित हो सकता है। इससे शराब का सेवन और दुरुपयोग बढ़ सकता है। इस मॉडल की आलोचना की गई है क्योंकि इसमें अल्कोहल लेने की प्रक्रिया में प्रेरणा की भूमिका कम आंकी गई है। यदि हम केवल तनाव कम करने वाले मॉडल का प्रयोग करें तो हम अपेक्षा करेंगे कि मद्यपान की प्रवृत्ति सामान्य से अधिक होगी। इसके अलावा, यह स्पष्ट नहीं करता है कि कुछ ज्यादा ही पीने वाले लोग समाज में नियंत्रण बनाए रखने में सक्षम हैं जबकि अन्य नहीं। कुछ वैज्ञानिक, शराब निर्भरता के विकास पर, व्यक्तिगत प्रेरणा के महत्व को ज्यादा तरजीह देते हैं, एक व्यक्ति जानबूझकर या अनजाने में शराब पीने का निर्णय करता है। जो लोग प्रेरित नहीं हैं वे तनाव को कम करने के अधिक रचनात्मक तरीके खोज लेते हैं।



चित्र 11.9 : तनाव कम करना और पुनर्बलन चक्र

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 5

- 1) मादक पदार्थ निर्भरता के लिए मनोवैज्ञानिक प्रवृत्ति के लिए विभिन्न उत्तरदायी
कारक क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) मनो-सामाजिक तनाव व्यसन प्रक्रिया में कैसे योगदान देते हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

- 3) क्या मीडिया मादक पदार्थ निर्भरता के कारणों में भूमिका निभाता है?

.....

.....

.....

.....

.....

11.7 मादक पदार्थ सेवन विकार का उपचार

पदार्थ प्रयोग विकारों के कारणों में जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों का संयोजन सम्मिलित है। इसके अलावा, 25% से कम लोग, जिन्हें इन पदार्थ के प्रयोग करने पर ज्यादा समस्या होती है, समस्याओं के समाधान की तलाश करते हैं। शराब और नशीली ड्रग्स के आदी हो चुके लोगों का उपचार व्यक्तियों और चिकित्सा पेशेवरों के लिए एक चुनौतीपूर्ण कार्य है। इसके उपचार में कई घटक सम्मिलित हैं विशेष रूप से पहला कदम है, किसी व्यक्ति को इस पीड़ादायी निकास प्रक्रिया से निकलने में सहायता करना और अंतिम लक्ष्य है मद्यत्याग। कुछ पदार्थों (जैसे कैफीन) के उपयोग में, लक्ष्य पदार्थ के उपयोग को एक निश्चित मात्रा तक सीमित करना है (जैसे 2 कप)।

11.7.1 जैविक उपचार

कुछ पदार्थों की वापसी प्रक्रियाओं में दवाइओं का उपयोग बेहद महत्वपूर्ण है। हेरोइन और शराब जैसी कुछ ड्रग्स लेने के मामले में, चिकित्सा पेशेवर की उपस्थिति में वापसी की

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

11.7.2 मनो-सामाजिक उपचार

पदार्थ उपयोग विकारों में केवल जैविक उपचार बहुत प्रभावी नहीं होता है, अधिकांश व्यक्तियों को परामर्श और चिकित्सा की आवश्यकता भी होती है। कई कार्यक्रम और मॉडल विकसित किए गए हैं। सबसे पहले, भर्ती रोगी सुविधाओं को मानसिक स्वारक्ष्य पेशेवरों के साथ, 'विड्राल प्रक्रिया' से सफलतापूर्वक निकलने के लिए डिजाइन किया गया है। ये उन्हें परामर्श देते हैं ताकि वे सफलतापूर्वक अपने परिवार और जीवन में काम पर वापस जा सकें। हालांकि, भारत सहित अधिकांश देशों में, भर्ती रोगी (इन पेशेंट) सुविधाएँ बेहद महंगी हैं और जनसंख्या के कई भागों के लिए उपलब्ध नहीं हो सकती हैं। बाहरी रोगी देखभाल अपेक्षाकृत सस्ती है, बाहरी रोगी देखभाल भी इन पदार्थों के उपयोग को रोकने में सहायता कर सकती है। भारत सरकार ने मादक द्रव्यों के सेवन के विकारों से पीड़ित लोगों के उपचार के लिए देशभर में 483 नशा मुक्त केन्द्र (डिटॉक्सिफिकेशन) और 90 परामर्श केंद्रों को राष्ट्रीय नशामुक्ति कार्यक्रम के तहत वित्त पोषित किया है। इन केंद्रों में उपचार चाहने वाले लगभग 45% लोग शराब के आदी हैं। हालांकि, हाल के दिनों में इन केंद्रों में से कईयों धन की कमी के कारण कार्य करना कठिन हो रहा है।

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

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

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

सामान्य तौर पर, अधिकांश कार्यक्रमों में किसी न किसी रूप में प्रतिवर्ती चिकित्सा सम्मिलित होती है। नशीला पदार्थ एक प्रतिवर्ती उद्दीपक के साथ दिया जाता है, जो शराब का एक गिलास पीते समय दर्दभरी आघातों की तरह होता है। इसका लक्ष्य सकारात्मक अनुभवों को व्यक्ति के नकारात्मक अनुभवों से प्रतिस्थापित करना है। एक और व्यवहारिक रणनीति आकस्मिक प्रबंधन है। इसमें उन व्यवहारों की पहचान की जाती है जिसके पालन से प्रतीकात्मक या अन्य तरह के पुरस्कार दिये जाते हैं। उदाहरण के लिए, एक अध्ययन में, कोकीन नहीं लेने के कारण नकारात्मक मूत्र के नमूने मिलने पर कैश वाउचर से पुरस्कृत किया गया।

हाल के दिनों में समुदाय आधारित दृष्टिकोणों ने हमें यह समझने में सहायता की है कि व्यक्तिगत दृष्टिकोण सभी के लिए प्रभावी क्यों नहीं हो सकते हैं। समुदाय आधारित दृष्टिकोण में, नशीले पदार्थों का सेवन करने वाले को रिलेशनशिप थेरेपी का भाग बनाने के लिए जीवनसाथी, दोस्त या रिश्तेदार की पहचान करने के लिए कहा जाता है, जो उन्हें संबंधों को बेहतर बनाने के साथ-साथ अन्य महत्वपूर्ण चीजों के सुधार में सहायता कर सकती है। नशीली पदार्थों को लेने वालों से उन सामाजिक स्थितियों की पहचान करने को कहा जाता है, जो इन्हें नशीले पदार्थों के सेवन को प्रेरित कर सकती हैं, जैसे कि दोस्त और कुछ सामाजिक स्थितियाँ, जैसे पार्टी और गेट-टुगेदर, जहां नशीली पदार्थों का आमतौर पर उपयोग किया जाएगा और दूसरों द्वारा लिया जाएगा। उन लोगों को उनके तनाव को कम करने और जीवन में उनके समग्र कामकाज में सुधार करने में सहायता करने के लिए रोजगार, शिक्षा और वित्त के साथ सहायता दी जाती है। अंत में, नई मनोरंजक गतिविधियों पर चर्चा की जाती है और उन पदार्थों से प्रतिस्थापित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है, जो पहले उन्हें 'अच्छा महसूस करने 'या 'तनाव मुक्त' होने में सहायता करती थी।

अधिकांश मनोविश्लेषण कार्यक्रमों का अंतिम उद्देश्य नशेड़ी को पूर्व दशा में जाने से रोकने पर ध्यान केंद्रीत करना है या उनको सुधार के रास्ते पर आगे बढ़ने में सहायता करना है। उदाहरण के लिए, कॉग्निटिव बिहेवियरल थेरेपी (सीबीटी) रोगियों को मादक द्रव्यों के सेवन के बारे में अस्पष्टता को दूर करने में सहायता करता है। यह इसलिए कि वे उन सकारात्मक विश्वासों की जाँच कर सकें जो मादक द्रव्यों के सेवन और दुरुपयोग से जुड़ी हैं, उदाहरण के लिए, "झग्स मेरे व्यक्तित्व को सुन्दर बनाती है" और इसके उपयोग के

नकारात्मक परिणामों जैसे “हर बार जब मैं ड्रग्स लेना शुरू करता हूं तो मेरा ग्रेड गिर जाता है। उच्च जोखिम रिथितियों की पहचान (जैसे ‘मेरी जेब में अतिरिक्त पैसे’, “दोस्तों/माता-पिता के साथ लड़ाई”, ‘प्रेमी-प्रेमिका के साथ संबंध विच्छेद’ आदि) और इन रिथितियों से निपटने के लिए अग्रिम रणनीतियाँ बनाई जाती हैं। निस्तारण के मामलों को ऐसे मामलों की तरह निपटाया जाता है, जो वैश्विक विफलता के अलावा हो सकती हैं जो अनिवार्यतः अधिक पदार्थ के उपयोग को जन्म दे सकती हैं।

11.7.3 निवारण कार्यक्रम

मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों ने विकासशील कार्यक्रमों पर ध्यान केंद्रीत किया है, जो न केवल मादक द्रव्यों के सेवन से जुड़े उपचारों में सहायता करते हैं, बल्कि कुछ ऐसे कार्यक्रम भी हैं जो भविष्य में संभावित उपयोग और किशोरों और युवा वयस्कों की उच्च जोखिम वाले वर्ग को इसके दुरुपयोग से रोक सकते हैं। सामान्य तौर पर, इन कार्यक्रमों में सहकर्मियों के दबाव से निकलने का प्रशिक्षण, उन विश्वासों और अपेक्षाओं का सुधार जो उन्हें नशे की तरफ ले जाती हैं, जनसंचार संदेशों से बने गलत विश्वासों को तोड़ना, और सहकर्मी नेतृत्व पर ध्यान केंद्रीत किया जाता है। व्यक्तियों को आत्म-सम्मान, सामाजिक कौशल और प्रतिरोध प्रशिक्षण (केवल ना कहना) सिखाया जाता है। इसके परिणाम काफी मिश्रित हैं, जबकि आत्म-सम्मान पर ज्यादा ध्यान देने को बहुत प्रभावी नहीं माना गया है, प्रतिरोध और सामाजिक कौशल प्रशिक्षण लड़कियों में ज्यादा प्रभावी साबित हुआ है। यह समझना महत्वपूर्ण है, क्योंकि किसी भी पदार्थ की निर्भरता (हेतु कारण) जैविक मनो-सामाजिक कारकों की पारस्परिक प्रभाव पर निर्भर करती है। एक प्रभावी कार्यक्रम में व्यक्तिगत, परिवार, पड़ोस, साथियों, स्कूलों, कॉलेजों, मीडिया, सरकारी, निजी और गैर-सरकारी संगठनों सहित कई हितधारकों को सम्मिलित करते हुए कई स्तरों पर परिवर्तन की आवश्यकता होती है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 6

- 1) अन्य दवाओं के साथ दवा का प्रतिस्थापन दवा के उपयोग के उपचार में कैसे सहायता करता है?

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

- 2) अपवर्ती चिकित्सा क्या है?

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

- 3) पदार्थ का उपयोग रोकथाम कार्यक्रम उपचार कार्यक्रमों से अलग कैसे है?

मादक पदार्थ सेवन संबंधित
विकार और व्यावहारिक
व्यसन

11.8 जुआ विकार

जुए का एक लंबा इतिहास है, उदाहरण के लिए, पासा से जुड़े खेल कई सभ्यताओं के अंग रहे हैं। महाभारत में युधिष्ठिर ने अपनी सारी धन-सम्पत्ति, अपना सारा साम्राज्य, अपने भाई और यहां तक कि अपनी पत्नी को भी पासे के खेल में खो दिया था। कुछ देशों ने जुए को वैध कर दिया है जबकि अन्य देशों में जुए पर प्रतिबंध है। जुए की लत (जिसे वैकृतिक जुए के रूप में भी जाना जाता है) में जुए पर नियंत्रण का निरंतर या आवधिक नुकसान, जुए में तन्मयता और प्रतिकूल परिणामों के बावजूद जुए के लिए धन प्राप्त करना सम्मिलित है। डीएसएम-IV-टीआर में, विकृतिजन्य जुए को एक आवेग नियंत्रण विकार के रूप में वर्गीकृत किया गया था। डीएसएम-5 में, जुआ-विकार को एक लत के रूप में वर्गीकृत किया गया है। हालांकि जुआ-विकार रासायनिक रूप से नशे की लत वाली श्रेणी में सम्मिलित नहीं है, फिर भी DSM 5ने इसे एक व्यवहारिक लत के रूप में वर्गीकृत किया है क्योंकि पदार्थ संबंधी व्यसनों की तरह, व्यवहार संबंधी व्यसनों में भी दीर्घकालिक नुकसान के बावजूद अल्पकालिक सुख मिलता है। जुआरी भी मादक द्रव्यों के सेवन जैसा ही अनुभव करता है। इसके अतिरिक्त, शोधकर्ताओं ने पाया है कि पदार्थ पर निर्भरता, व्यक्तित्व विकार और शाराब पर निर्भर लोगों के बीच में उच्च सहरुगणता है।

जुआ कई रूपों में खेला जाता है, जैसे कैसीनो जुआ, घुड़दौड़ पर दांव या क्रिकेट सहे आदि है। इसमें इंटरनेट गेम, नंबर गेम, लॉटरी आदि जैसे खेल भी सम्मिलित हैं। ऐसे किसी भी मामले में, वैकृतिक जुआ एक व्यक्ति के सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, पारिवारिक और आर्थिक हालात को प्रभावित करता है। विकृतिजन्य जुआरी अपनी सारी बचत को दांव पर लगा सकता है, अपने परिवार की आवश्यकताओं की उपेक्षा कर सकता है, दोस्तों और रिश्तेदारों से पैसे उधार ले सकता है या जुए के लिए धन प्राप्त करने के लिए अवैध साधनों का सहारा ले सकता है।

बॉक्स 11.4 : जुआ विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड (एपीए, 2013)

- क) लगातार और आवधिक समस्याग्रस्त जुए की लत जो नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण हानि या संकट की ओर ले जाती है, जैसा कि 12 महीने की अवधि में निम्नलिखित में से चार (या अधिक) लक्षण व्यक्ति में दिखते हैं:
- 1) वांछित उत्साह के लिए धन की बढ़ती मात्रा के साथ जुआ खेलने की आवश्यकता होना।
 - 2) जुए को कम या रोकने का प्रयास करते समय बेचैन या चिड़चिड़ा होना।
 - 3) जुए को नियंत्रित करने, कम करने या रोकने के असफल प्रयासों को दोहराना।
 - 4) जुआ खेलने में अक्सर व्यस्त रहना (उदाहरण के लिए, पिछले जुआ के

<p>अनुभवों को दूर करने के लगातार प्रयास करना, अगले उद्यम की योजना बनाना, जुआ खेलने के लिए धन प्राप्त करना आदि)।</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) व्यथित महसूस करते समय अक्सर जुआ खेलना (जैसे, असहाय, दोषी, चिंतित, उदास महसूस करना)। 6) जुए में पैसे हारने के बाद, अक्सर दूसरे दिन भी वापस लौटना ("घाटे का पीछा करना")। 7) जुए जुड़ाव होने की सीमा को छिपाना। 8) जुआ खेलने के कारण महत्वपूर्ण संबंधों, नौकरी, या शैक्षिक या कॉरियर के अवसरों को खतरे में डालना या खो देना। 9) जुए के कारण उत्पन्न होने वाली खराब वित्तीय स्थितियों से राहत के लिए धन के लिए दूसरों पर निर्भर रहना। <p>ख) एक उन्मादी घटना द्वारा जुए के व्यवहार को बेहतर ढंग से समझाया नहीं गया है।</p>
--

कारणात्मक कारक: वैकृतिक जुआ एक विद्वत व्यवहार है, जो अत्यधिक प्रतिरोध को खत्म कर देता है। कई लोग जो वैकृतिक जुआरी बन जाते हैं, वे आमतौर पर पहली बार जुआ ("शुरुआती भाग्य") में बहुत अधिक धनराशि जीत लेते हैं। यह स्किनर द्वारा दिए गए पुनर्बलन का परिवर्तनीय-अनुपात अनुसूची है, जहां व्यक्ति उम्मीद करता है कि कभी न कभी उसकी जीत निश्चित है और उसके लिए इसे छोड़ना बेहद मुश्किल होता है।

वैकृतिक जुआरियों में व्यक्तित्व की साझी शीलगुण मिलते हैं। आमतौर पर वे विद्रोही, अपरिपक्व, रोमांचकारी, अंधविश्वासी, समाज-विरोधी और आवेगी होते हैं। आवेग-चालित व्यवहार, वैकृतिक जुआ प्रेरणा, पुरस्कार और निर्णय लेने में सम्मिलित मस्तिष्क तंत्र से जुड़ा होता है। इसके अलावा, किशोरावस्था के दौरान तंत्रिका विकास की (न्यूरोडेवलपमेंटल) घटनाएँ इन मस्तिष्क क्षेत्रों को प्रभावित करती हैं।

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

11.9 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंत में आ गए हैं, तो हम उन सभी प्रमुख बिंदुओं को सूचीबद्ध करते हैं जो हम पहले ही इस इकाई में सीखा चुके हैं।

- पदार्थ निर्भरता या व्यसन, पदार्थ के अधिक गंभीर रूपों को संदर्भित करता है जिसमें सहनशीलता और वापसी के लक्षणों की विशेषता होती है। ये उनके जीवन के कई क्षेत्रों को प्रभावित करती हैं और व्यापक संकट का कारण बनता है।
- शराब शरीर के विभिन्न भागों को नकारात्मक ढंग से प्रभावित करती है। अत्यधिक और बार-बार अल्कोहल लेने वालों में, मस्तिष्क की जैविक क्षति होती है, भले ही कोई चरम जैविक क्षति के लक्षण मौजूद न हों।
- पदार्थ निर्भरता में बढ़ोत्तरी एक जटिल प्रक्रिया है जिसमें पदार्थ के नशे का गुण, व्यक्ति की संवेदनशीलता (प्रवृत्ति), पर्यावरण सुदृढ़ीकरण और दबाव (तनाव) सम्मिलित हैं।
- जो व्यक्ति के जीवन के कई क्षेत्रों को प्रभावित करता है और संकट का महत्वपूर्ण कारण बनता है।
- कुछ पदार्थों की वापसी प्रक्रियाओं में दवाओं का उपयोग बेहद महत्वपूर्ण है। जैविक उपचार भी नकारात्मक अनुभवों के साथ शराब के आनंददायक अनुभव को प्रतिस्थापित करने या अन्य पदार्थों को खोजने के उद्देश्य से हैं, जो नशे की लत के बिना समान सकारात्मक अनुभव देते हैं।
- नशे की लत का जैविक उपचार अलगाव लत का बहुत प्रभावी उपचार नहीं है, अधिकांश व्यक्तियों को परामर्श सहायता और चिकित्सा की आवश्यकता होती है।
- मादक द्रव्यों के सेवन की रोकथाम के कार्यक्रम, भविष्य के संभावित उपयोग और किशोरों और युवा वयस्कों जैसी उच्च जोखिम वाले वर्ग में पदार्थ की लत को रोकने की दिशा में काम करते हैं।
- जुए विकार (वैकृतिक जुआ) में जुए पर नियंत्रण का लगातार या आवधिक नुकसान सम्मिलित है, जुए के लिए चिंताजनक और प्रतिकूल परिणामों के बावजूद जुए के लिए धन प्राप्त करना।

11.10 मुख्य शब्द

मादक पदार्थ का उपयोग : सीमित मात्रा में मनो-सक्रिय पदार्थ का अंतर्ग्रहण जो सामाजिक, शैक्षणिक या व्यावसायिक कामकाज को अधिक बाधित नहीं करता है।

मादक द्रव्यों का सेवन : मादक द्रव्यों के सेवन का तात्पर्य असाध्य नशीली दवाओं के उपयोग से है अर्थात बार-बार और अत्यधिक पदार्थों का इस सीमा तक उपयोग, कि बार-बार आने वाली समस्याएँ स्पष्ट होने लगें।

मादक पदार्थ पर निर्भरता : पदार्थ पर निर्भरता या लत, सहनशीलता और वापसी के लक्षणों की विशेषता है, जो उनके जीवन के कई क्षेत्रों को प्रभावित करती हैं और ज्यादा संकट का कारण बनती हैं।

सहनशीलता : शारीरिक निर्भरता जिसमें किसी व्यक्ति के शरीर को एक जैसे प्रभाव का अनुभव करने के लिए अधिक से अधिक मात्रा में ड्रग्स की आवश्यकता होती है।

प्रत्याहार (वापसी-विघ्नाल) : पदार्थ के ना खाने पर अप्रिय प्रभाव का अनुभव होना।

कोर्साकॉफ सिंड्रोम : इसे अल्कोहल एमनेस्टिक विकार के रूप में भी जाना जाता है। लंबे समय तक शराब पीने वालों में शराब से संबंधित मनोविकृति-झूठी यादों के साथ स्मृति दोष भी उत्पन्न हो जाता है। व्यक्ति ब्रह्मित, उन्मत्त और भटका हुआ लगता है।

व्यक्तित्व के विकार और अपकामुक एवं मादक पदार्थ से संबंधित विकार

निर्भर क्षमता : किसी पदार्थ की निर्भर क्षमता, उसके उपयोग, माँग और लेने पर नियंत्रण खो देने का कारण बनती है।

सुख मार्ग : मस्तिष्क में आनंद मार्ग या मेसोकोर्टिसोलिम्बिक डोपामाइन मार्ग की सक्रियता, पदार्थ पर निर्भर हो जाती है क्योंकि यह संवेगों स्मृति और संतुष्टि पर नियंत्रण जैसे कार्यों से संबंधित है।

प्रतिवर्ती चिकित्सा : पदार्थ निर्भरता उपचार के लिए उस पदार्थ के खाने से जुड़े नकारात्मक अनुभवों को बताना।

11.11 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) जब किसी व्यक्ति को उसी प्रभाव का अनुभव करने के लिए पहले से उपयोग की गई मात्रा से अधिक की आवश्यकता होती है:
 - क) वापसी
 - ख) मादक द्रव्यों का सेवन
 - ग) सहनशीलता
 - घ) पदार्थ का उपयोग
- 2) रक्त में प्रतिशत से अधिक अल्कोहल सांद्रता आमतौर पर घातक होती है।
- 3) लंबे समय तक शराब का सेवन यकृत को नुकसान पहुंचा सकता है। इस स्थिति को कहा जाता है:
 - क) कोर्साकॉफ सिंड्रोम
 - ख) सिरोसिस
 - ग) शराब विद्रूँअल उन्मत्तता
 - घ) कुपोषण
- 4) मनोसक्रिय पदार्थ हैं, जो लोगों के दुनिया को देखने के तरीके को बदल देते हैं।
 - क) अवसादक
 - ख) एनाल्जेसिक
 - ग) उत्तेजक
 - घ) हैलुसिनोजन
- 5) प्रतिवर्ती चिकित्सा में एक अन्य दवा के साथ दुरुपयोग के पदार्थ को सम्मिलित करना है जिससे मतली और उल्टी का एहसास होता है।
- 6) वैकृतिक जुआ स्किनर द्वारा दिए गए सुदृढीकरण के अनुसूची से संबंधित एक पुनर्बलन व्यवहार है।
 - क) परिवर्तनीय-अनुपात
 - ख) निश्चित-अनुपात
 - ग) निश्चित-अंतराल
 - घ) परिवर्तनीय-अंतराल

- 7) मादक पदार्थों के सेवन से संबंधित विभिन्न मनोविश्लेषण औषधियों का वर्णन कीजिए।
- 8) मादक पदार्थ सेवन विकार के कारणों को स्पष्ट कीजिए।
- 9) मादक पदार्थ सेवन के विकारों के मनो-सामाजिक उपचार की व्याख्या कीजिए।
- 10) जुआ विकार के कारणों एवं उपचार पर चर्चा कीजिए।

मादक पदार्थ सेवन संबंधित
विकार और व्यावहारिक
व्यसन

11.12 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Barlow, D.H. & Durand, M.V. (2015), Abnormal Psychology (7th Edition), New Delhi: Cengage Learning India Edition.

Benegal, V. (2005), India: alcohol and public health. Addiction, 100(8), 1051-1056.

Bennett, P. (2011), Abnormal and Clinical Psychology: An introductory textbook, New Delhi: Tata McGraw-Hill Education (UK).

Mineka, S., Hooley, J.M., & Butcher, J.N., (2017), Abnormal Psychology (16th Edition), New York: Pearson Publications.

11.13 चित्रों के संदर्भ

शराब उपयोग विकार के साथ एक व्यक्ति की ब्रेन स्कैन छवि एक विशिष्ट नियंत्रण के सापेक्ष में। Retrieved August 24, 2019, from <https://www.webmd.com/mental-health/addiction/ss/slideshow-alcohol-body-effects>.

शरीर पर शराब का प्रभाव। Retrieved August 24, 2019, from <https://ragingalcoholic.com/alcohol-abuse-effects/>

मस्तिष्क में खुशी/इनाम मार्ग या मेसोकोर्टिकोलिम्बिक डोपामाइन मार्ग (MCLP)d Retrieved 25th August 2019, from <http://discovermagazine.com/2015/may/17-resetting-the-addictive-brain>

11.14 ऑनलाइन संसाधन

भारत में बेनामी शराबियों की अधिक जानकारी

<http://www.aagsoindia.org/>

Documentary of drug abuse in Punjab, India;

<https://www.youtube.com/watch?v=13ICgM2zYRQ>

Magnitude of Substance Use in India 2019;

http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/Magnitude_Substance_Use_India_REPORT.pdf

रिक्त स्थानों के उत्तर (1–6)

- (1) सहनशीलता, (2) 0.55 प्रतिशत, (3) सिरोसिस, (4) हैलुसिनोजन, (5) एंटाब्यूज,
- (6) परिवर्तनीय-अनुपात

