खण्ड 4

बाल्यावस्था और किशोरावस्था के विकार, आघात और तनाव संबंधित एवं तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 12 बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार-I*

संरचना

12.0 प्रस्तावना

12.1 बाल्यावस्था विषाद

12.1.1 कारणात्मक कारक और उपचार

12.2 निष्कासन विकार

12.3 विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और आचरण विकार

12.3.1 नैदानिक स्वरूप

12.3.2 कारणात्मक कारक

12.3.3 उपचार

12.4 अवधान–न्यूनता/अतिक्रिया विकार

12.4.1 नैदानिक स्वरूप

12.4.2 कारणात्मक कारक

12.4.3 उपचार

12.5 सारांश

12.6 मुख्य शब्द

12.7 पुनरावलोकन प्रश्न

12.8 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

12.9 चित्रों के संदर्भ

12.10 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के पश्चात आप निम्नलिखित बिन्दुओं को समझने में सक्षम हो पायेंगे:

- बाल्यावस्था से सम्बन्धित विभिन्न प्रकार के नैदानिक स्थितियों के स्वरूप का वर्णन;
- नैदानिक विषाद का वर्णन, कारणात्मक कारक एवं उपचार पर चर्चा;
- निष्कासन विकार का वर्णन; तथा
- विपक्षी विद्रोही विकार, आचरण विकार एवं अवधान-न्यूनता, अतिक्रिया विकार की व्याख्या।

12.0 प्रस्तावना

बीसवीं सदी के पहले, बच्चों के मानसिक विकार पर कोई विशेष ध्यान नहीं दिया जाता था। बच्चों को वयस्क के ही छोटी तस्वीर के रूप में देखा जाता था और बच्चों की समस्या को वयस्क उन्मुख निदान के विस्तार के रूप में देखा जाता था। मानसिक स्वास्थ्य आन्दोलनों की वजह से निदानविदों ने यह समझना शुरू किया कि बाल्यावस्था की समस्याओं पर अलग से ध्यान देने की जरूरत है। आज यद्यपि बच्चों के मानसिक अस्वस्थता के उपचार

*डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली।

में काफी सुधार हो चुका है। फिर भी दुनिया के कई भागों में खासतौर पर विकासशील एवं अविकसित देशों में मानसिक स्वस्थ्य सम्बन्धी समस्या से ग्रसित ज्यादातर बच्चों को प्रारम्भ में प्रमाण आधारित उपचार नहीं मिल पा रहा है। उदाहरण के लिए, भारत में 1990 की दशक में जिन परिजनों के बच्चों में स्वलीनता की पहचान की गई। उन्हें स्वलीनता से संबंधित वैज्ञानिक समझ अर्पाप्त रूप से मिल पाई एवं उन्हें उपचार सम्बन्धी मदद नहीं मिल पाई। यहाँ तक की देश के शहरी क्षेत्रों में भी ऐसी ही स्थिति है।

विकासात्मक मनोविकृति विज्ञान मनोविज्ञान का ऐसा क्षेत्र है, जो कि सामान्य विकास प्रक्रिया के सम्बन्ध में उत्पन्न होने वाली गड़बड़ी के कारण एवं उत्पत्ति के अध्ययन को समर्पित है। विशेष रूप से, तेजी से बढ़ते क्षेत्र का उद्देश्य विकास संबंधी विकारों के निदान और उपचार में चिकित्सकों की सहायता करता है। विकासात्मक विकार उन स्थितियों से सम्बन्ध रखते हैं जो जीवन के शुरुआत में ही घटित हो चुका होता है और बच्चे के विकास से सम्बन्धित (शारीरिक, संज्ञानात्मक, सामाजिक संवेगात्मक एवं नैतिक) कई क्षेत्रों को प्रभावित करता है।

यह इकाई 12 और साथ ही साथ इकाई 3 उन स्थितियों और असमान्यताओं पर चर्चा करेगा जो बाल्यावस्था एवं वयस्कावस्था के दौरान नैदानिक महत्व रखते हैं। इसमें से कुछ असमान्यताएँ जैसे कि स्वलीनता तरंग विकार, ध्यान कमी उच्चक्रियाशीलता विकार, मानसिक अयोग्यता, विशिष्ट अधिगम विकार को ज्यादा अच्छे से समझा जा सकता है क्योंकि ये समस्याएँ वयस्क होने तक पाई जाती हैं। वहीं दूसरी प्रकार की समस्याएँ जैसे कि बाल्यावस्था विकार और निष्कासन विकार जो कि बाल्यावस्था में उत्पन्न होता है और वयस्क होने तक बढ़ सकती है और नहीं भी।

अन्य प्रकार की समस्याओं को **स्नायु विकासात्मक विकार** या गंभीर रूप से असमर्थता के हालात के समूह में श्रेणीबद्ध किया गया जो कि मस्तिष्क के संरचनात्मक एवं कार्यात्मक भिन्नता के फलस्वरूप उत्पन्न होता है, जो कि सामान्यता जन्म के समय ही पाया जाता है या जब बच्चा बड़ा होना शुरू होता है तभी दिख जाता है। अन्त में विपक्षी विद्रोही विकार और आचरण विकार को डीएसएम-5 में विध्वंसकारक, आवेग नियन्त्रण एवं आचरण विकार के रूप में वर्गीकृत किया गया क्योंकि इन सभी असमान्यताओं के मुख्य लक्षण के रूप में आक्रामक होना या असामाजिक व्यवहार का होना पाया गया है।

किसी बच्चे का व्यवहार सामान्य है या नहीं यह निर्धारित करने के लिए उनके व्यवहार की तुलना समान आयु वर्ग, शैक्षिक स्तर एवं सामाजिक सांस्कृतिक पृष्ठभमि के बच्चों के साथ करना आवश्यक हो जाता है। उदाहरण के लिए, दो वर्ष के बच्चे में क्रोधावेश/मचलना का पाया जाना सामान्य बात है लेकिन 10 वर्ष के बच्चे के लिए यह सामान्य बात नहीं होगी। परिणामस्वरूप एक बच्चे के व्यवहार को उसके साथियों के लिए विशिष्ट या अप्ररूपी/असामान्य माना जा सकता है। चिकित्सकों को इस बात को कभी नहीं भूलना चाहिए कि बच्चे या किशोर के लिए असमानता के दर्जे का प्रतिघात/(बच्चे या किशोरों के लिए असामनता शब्द का प्रयोग) उसके लिए अत्यंत कलंकपूर्ण होता है और उसके भविष्य को निर्धारित करने में अत्यन्त महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

मानसिक विकारों के वर्गीकरण के पहले के तरीकों में या तो वाल्यावस्था एवं किशोरावस्था के भावनाओं और मानसिक असमान्यता को शामिल नहीं किया गया था और यदि इन्हें शामिल भी किया गया तो गलत और अपर्याप्त सूचनाओं के साथ। उदाहरण के लिए, वयस्कों के लिए विकसित किया गया वर्गीकरण प्रणाली का ही प्रयोग बच्चों के लिए किया जा रहा था इसके अतिरिक्त कई असमान्यताएं जैसे कि (स्वलीनता) और सीखने की

अक्षमता जैसे विकार वयस्क के समकक्ष नहीं था। नैदानिक और सांख्यकीय नियमावली (डीएसएम-5) ने बचपन एवं किशोर विकारों के लिए एक वर्गीकरण प्रणाली प्रदान करने का प्रयास किया है, जो कि क्षेत्र और नैदानिक अभ्यास में नवीनतम निष्कर्षों के अनुरूप है। आइए, अब हम बचपन/बाल्यावस्था के प्रमुख विकारों के कारण सम्बन्धी कारक व उपचार को समझते/देखते हैं।

12.1 बाल्यावस्था विषाद

बचपन के समय के बारे में लोगों की यही सोच होती है कि यह समय चिन्तामुक्त व खुशियों से भरा होता है। एक सामान्य व्यक्ति के लिए यह विश्वास कर पाना मुश्किल होता है कि बच्चे भी नैदानिक विषाद से ग्रसित हो सकते हैं। वर्ष 1970 के पहले कई चिकित्सकों का मानना था कि बच्चे विषाद जैसी समस्या का प्रदर्शन और अनुभव करने में असमर्थ होते हैं। अब यह व्यापक रूप से माना जा रहा है कि बच्चों द्वारा प्रदर्शित विषादात्मक लक्षण अक्सर मुख्य विषाद विकार और निरंतर विषादी विकार के मानदंड के समान होते हैं।

विषाद से ग्रसित बच्चों, परिवार व दोस्तों से दूर जाना, आँखों के सम्पर्क से बचना, शारीरिक शिकायतें करना, भूख कम लगना और आक्रामक व्यवहार जैसे लक्षण दिखाये जाते हैं। कुछ मामलों में बच्चे अपने आप को नुकसान भी पहुंचा सकते हैं या आत्महत्या करने का प्रयास करते हैं। अवसाद ग्रस्त बच्चों में वयस्कों से अलग अति अपराध बोध होते पाया गया है। सुबह के समय अवसाद दर कम होना और वजन कम होना देखा गया है।

जैसा कि वयस्क अवसाद में होता है बच्चों में भी लड़कियाँ को लड़कों की अपेक्षा अधिक अवसाद ग्रसित होते देखा गया है। अधिकतर अवसाद से ग्रसित बच्चों में सहरुगणता विकार जिसमें – सामान्य रूप से चिन्ता, आचरण विकार और अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार पाया जाता है। अवसाद से ग्रसित ज्यादातर बच्चे एक निश्चित सीमा तक ठीक हो जाते हैं लेकिन शोध यह दिखाता है कि अवसाद पूर्ण घटना के अनुभव करने की संभावना इनमें अधिक होती है।

बॉक्स 12.1 : केस अध्ययन – बाल्यावस्था विषाद

आयुष जिसकी आयु 10 वर्ष है, अपने माता-पिता और दादी के साथ रहता है। उसके माता-पिता विगत 3 वर्षों से कुछ वित्तीय परेशानियों का सामना कर रहे हैं और बेहद तनाव में हैं। स्कूल के बाथरूम में रोते हुए पाये जाने पर आयुष के परामर्शदाता ने उसके माता-पिता को उसके व्यवहार पर चर्चा करने के लिए बुलाया। परामर्शदाता ने उसके माता-पिता को बताया कि उसके शिक्षक का कहना है कि वह कक्षा में असफल हो सकता है। वह बेचैन हो जाता है अक्सर खिड़की के बाहर देखता रहता है और शायद ही कभी अपना काम पूरा करता है। आयुष ने स्कूल के परामर्शदाता को बताया कि उसकी कक्षा के अन्य बच्चे उससे कहीं ज्यादा होशियार हैं इसलिए वे सब उसे वेवकूफ कहकर पुकारते हैं। आयुष विद्यालय के खेल के मैदान में खेलने का आनन्द लेता था लेकिन पिछले 3 महीने से उसने विद्यालय के खेल की कक्षाओं में भाग लेना बन्द कर दिया है। आयुश के माता-पिता ने विद्यालय के परामर्शदाता को बताया कि जब वह हर दोपहर घर पहुंचता है तो वह टेलीविजन देखता रहता है और अपनी दादी के फुसलाने के बावजूद भी भोजन नहीं करता है। जब उसके माता-पिता देर रात तक घर नहीं आते हैं तो वे शाम को उससे फोन पर यह सुनिश्चित करने के लिए बात करते हैं कि वह ठीक है या नहीं। आयुष का जन्मदिन आ रहा है और उसके माता-पिता

उसको खुश करने के लिए जन्मदिन की पार्टी की योजना बना रहे हैं लेकिन आयुष ने अपने माता-पिता से कहा कि जन्मदिन पार्टी की क्या जरूरत है? कोई भी आने नहीं जा रहा है। अब कुछ भी अच्छा नहीं होगा और फिर वह रोने लगा।

12.1.1 कारणात्मक कारक और उपचार

जैविक कारक बाल्यावस्था विषाद की तरफ इशारा करता है। शोध में यह पाया गया है कि माता-पिता के अवसाद और बच्चों के व्यवहार एवं मनोदशा से सम्बन्धित समस्या के बीच गहरा सम्बन्ध होता है।

सामान्य माता-पिता की अपेक्षा अवसाद से पीड़ित माता-पिता के बच्चों में आत्महत्या करने का प्रयास दर अधिक पाया जाता है। जहाँ माताएँ गर्भावस्था के दौरान शराब का सेवन कर रही थी तो इसका सम्बन्ध भी प्रारंभिक बाल्यावस्था विषाद के होने के दर से पाया गया। इसके अतिरिक्त बचपन में आघात का अनुभव भी बच्चे को अवसाद विकसित करने की ओर प्रवृत्त कर सकता है। आघात और नकारात्मक प्रभाव का अनुभव बच्चों को अवसाद और तनाव के हालात में आत्महत्या करने के लिए उसे संवेदनशील बनाता है। उदाहरण के लिए, तलाकशुदा माता-पिता के बच्चों में उदासी की मनोदशा की संभावना अधिक होती है। शोधकर्त्ताओं द्वारा उदास मनोदशा के संचरण में और बच्चे के अंतः क्रिया का अध्ययन किया जा रहा है। माताओं में अवसाद उनके अवसादी न होनें की तुलना में उन्हें बच्चों की जरूरतों के प्रति कम संवेदनशील बनाता है। बच्चों का विषाद में होना पिता के विषाद में होने से भी संबंध रखता है। कुल मिलाकर, शोध में इस बात पर ध्यान केन्द्रित किया गया है कि किस तरह से आनुवंशिक कारक परिवार में तनाव पैदा करने वाली परिस्थिति के साथ अंतःक्रिया करके बाल्यावस्था विषाद को प्रभावित करता है। अंतर्वैयक्तिक कारक खासतौर से खराब हम उम्र साथी के साथ सम्बन्ध विषादग्रस्त बच्चे द्वारा नकारात्मक भाव को अनुभव करने में योगदान कर सकता है। विषाद से ग्रसित बच्चे को अक्सर विद्यालय में व खेल के मैदान में हम उम्र दोस्तों द्वारा उपेक्षित कर दिया जाता है, जो कि उसके नकारात्मक आत्म-छवि को बढ़ा सकता है। इसके अलावा बेक के संज्ञानात्मक सिद्धांत संज्ञानात्मक विकृति के अनुरूप है और नकारात्मक आरोपण शैली बच्चे में अवसाद से जुड़ी है।

विषाद के उपचार की श्रेष्ठ पद्धति दवाओं और मनोचिकित्सा का संयुक्त रूप से उपयोग करना है। वयस्कों पर प्रयोग किये जाने वाला अवसाद विरोधी औषधि, विषादी बच्चों पर कम प्रभावकारी पाया गया। माता-पिता और अनुभवी लोगों ने बच्चों के दवाओं के प्रयोग से सम्बन्धित सुरक्षा को लेकर चिन्ताओं को उठाया है। खासतौर से जब वे अवांछनीय प्रभाव जैसे मतली, सरदर्द, घबराहट, अनिद्रा और दौरे जैसे लक्षण दिखाते हों। इन लक्षणों से सालन्बित चिन्ताओं को गम्भीरता से लिया गया है। बच्चों के मामले में मनोवैज्ञानिक चिकित्सकों का उद्देश्य है कि बच्चों को अनुकूली भावनात्मक अभिव्यक्तियों को सक्षम करने के लिए एक सहायक भावनात्मक वातावरण प्रदान करें। यह कि बड़े बच्चों और किशोरों के लिए विशेष रूप से प्रभावी है, जो अपनी भावनाओं पर खुलकर चर्चा करने से फायदे में होते हैं। (लाभान्वित होते हैं) खेल चिकित्सा जिसमें बच्चा अपनी भावनाओं और चिंताओं को खेल के माध्यम से खुलकर व्यक्त कर सकता है, छोटे बच्चों के साथ प्रयोग के लिए लोकप्रिय है। अन्त में यह कह सकते हैं कि मनोचिकित्सा, सहायक प्रबंधन, परिवार और विद्यालय की भागीदारी के बिना उपचार अधूरा है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) स्नायु विकासात्मक विकार क्या होता है

.....

.....

.....

.....

.....

2) बच्चों में विषाद के कुछ लक्षणों की चर्चा कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

12.2 निष्कासन विकार

निष्कासन विकार बच्चों के मलत्याग एवं पेशाब करने से सम्बन्धित परेशानियों से जुड़ा हुआ है। ऐसे हालात में बच्चे मल या मूत्र का त्याग अनुचित समय एवं जगह में प्रासंगिक मलत्याग या मूत्रत्याग जैसी घटना हो सकती है। उन्मूलन विकारों के निदान वाले बच्चों में यह व्यवहार नियमित रूप से तीन महीने की अवधि के लिए होता है। उन्मूलन विकार दो प्रकार के होते हैं। असंयतमूत्रता और असंयतपुरीषता। कदाचित पेशाब (बिस्तर पर पेशाब करना) करने को 5 वर्ष के पहले एक समस्या के रूप में नहीं देखा जाता है। हालांकि कुछ बच्चों में 5 वर्ष के बाद भी विशेष रूप से रात में अनैच्छिक रूप से पेशाब कर देने की आदत होती है। इस आयु के बाद बिस्तर गीला करने का कारण जैविक जैसे कि मूत्राशय या विक्षुब्ध प्रमस्तिष्कीय नियंत्रण या कुछ दवाओं का दुष्प्रभाव हो सकता है। डीएसएम-5 के अनुसार जो बच्चे 5 वर्ष से अधिक आयु में बिस्तर गीला करने का अनुभव करते हैं, जो कि व्यवस्थित रूप में नहीं होती है, उन्हें कार्यात्मक अनैच्छिक की समस्या के साथ वर्गीकृत किया जाता है। वे बच्चे जिन्होंने कभी भी मूत्राशय नियंत्रण नहीं सीखा, प्राथमिक असंयतमूत्रता के अन्तर्गत वर्गीकृत किया जाता है जबकि वो जिन्हें कम से कम 1 वर्ष तक शौचालय का प्रशिक्षण दिया गया लेकिन दुबारा से उनके द्वारा बिस्तर गीला करना शुरू कर दिया गया उन्हें द्वितीयक असंयतमूत्रता के अन्तर्गत वर्गीकृत किया गया है। स्कूल जाने वाले बच्चों के बीच यह एक सामान्य समस्या है। अलग-अलग जनसंख्या में इसके प्रचलन दर में भिन्नता पाई जाती है। डीएसएम-IV के अध्ययन से पता चलता है कि 4 वर्ष के बच्चों के बीच 12-25 प्रतिशत दर, 8 वर्ष के बच्चों के बीच में 8-10 प्रतिशत दर और 12 वर्ष के बड़े बच्चों में 2-3 प्रतिशत दर है (ए.पी.ए., 2002)। भारत में 6-7 वर्ष के बच्चों के लिए प्रचलन दर 7.6 से 19.3 प्रतिशत आंकी गई *(डे सौसा ए कपूर, जगताप* और *सेन,* 2007)। अध्ययनों में पाया गया कि आयु, असंयतमूत्रता से ग्रसित माता-पिता का इतिहास एवं भाई-बहन का असंयतमूत्रता का इतिहास, असंयतमूत्रता के महत्वपूर्ण भावी सूचक कारक हैं।

मनोवैज्ञानिक एवं भावात्मक कारणों से दोषपूर्ण सीखने की प्रक्रिया शामिल हो जाती है जिससे कि मूत्राशय को खाली करने के व्यवहार को दिखाने में बच्चा असफल हो जाता है।

भावात्मक समस्याएँ, दुष्क्रियाशील पारिवारिक अन्तःक्रियाएँ, परिवार के बीच चिंता और शत्रुता एवं तनावपूर्ण घटनाएँ बिस्तर गीला करने की समस्या के लिए कारण बन सकते हैं। उदाहरण के लिए, सामान्यतः यह पाया गया है कि बच्चा बिस्तर गीला करने की स्थिति में उस वक्त आ सकता है जब माता-पिता का एक और बच्चा होता है, जो ध्यान का केन्द्र बन जाता है।

बिस्तर गीला करना के चिकित्सा उपचार में एक अवसाद रोधी औषधि, इम्प्रिप्रामाइन का उपयोग किया जाता है। इसके काम काम करने का सटीक तरीका तो स्पष्ट नहीं है लेकिन ऐसा माना जाता है कि औषधि नींद की सबसे गहरी अवस्था को कम करके हल्की नींद में बदल देती है जिससे बच्चा मूत्र को अधिक प्रभावी ढंग से पारित करने की आवश्यकता को पहचानने में सक्षम होता है। डॉक्टरों का कहना है कि औषधियाँ खुद असंयतमूत्रता को ठीक नहीं करती हैं, जब औषधि बन्द कर दी जाती है तो पुनरावर्तन/पूर्व दशा का प्राप्त हो जाना एक सामान्य बात होती है। इसीलिए अक्सर अनुबंधन प्रक्रिया का उपयोग किया जाता है और यह काफी प्रभावकारी पाया जाता है।

मॉवर और मोवरर (1938) द्वारा किए गए एक उत्कृष्ट अध्ययन में बच्चा एक पैड पर सोता है जिसे एक बैटरी से संचालित घंटी को तार से जोड़ दिया जाता है। मूत्र के सम्पर्क में आने पर घंटी बजना शुरू हो जाती है प्राचीन अनुबन्धन के माध्यम से बच्चा जागने के साथ मूत्राशय के खिंचाव को जोड़ता है।

ज्यादातर माता-पिता अपने बच्चे के बिस्तर गीला पर चिन्हित नहीं होते हैं जब तक कि उन्हें ऐसा ना लगे कि बच्चा इस आदत को बढ़ा सकता है।

इसीलिए माता-पिता कई कार्यात्मक असंयतमूत्रता के मामले में उपचार के लिए नहीं जाते हैं। हालांकि आयु के साथ बिस्तर गीला करना (enuresis) कम हो जाता है। चिकित्सा विशेषज्ञ का मानना है कि बाल्यकाल में ही कार्यात्मक असंयतमूत्रता का उपचार किया जाना चाहिए क्योंकि यह पता लगाने का कोई तरीका नहीं है कि वयस्क होने तक यह समस्या रहेगी या नहीं।

असंयतपुरीषता 4 वर्ष की आयु में आँत गति के लिए शौचालय करना सीखने में असमर्थता को दिखाता है। डीएसएम-5 के वर्णन के अनुसार बिस्तर गीला करने की अपेक्षा असंयतपुरीषता कम पाया जाता है। 5 वर्ष के बच्चे में असंयतपुरीषता पाये जाने की घटना दर लगभग 1 प्रतिशत है। असंयतपुरीषता के लगभग एक तिहाई बच्चे असंयतमूत्रता से भी होते हैं। अध्ययन में लिंग का अन्तर भी पाया गया है। कुछ अध्ययनों में लड़कियों की तुलना में असंयतपुरीषता लड़कों में लगभग छह गुना अधिक आमतौर पर पाया गया। दबाव की परिस्थिति में कपड़े को गंदा करना सामान्य है। सामान्यतया पर यह विद्यालय के बाद दोपहर का समय होता है लेकिन विद्यालय के दौरान भी ऐसी घटनाएँ हो सकती हैं। अधिकांश बच्चों को पता नहीं चलता कि उन्हें शौचालय का उपयोग करने की आवश्यकता है या उन्हें शौचालय जाने के लिए शिक्षक की अनुमति माँगने में बहुत शर्म आ सकती है। असंयतपुरीषता के उपचार के लिए अनुबंधन प्रक्रिया का भी प्रयोग किया जाता है।

बॉक्स 12.2 : निष्कासन विकार के लिए डी.एस.एम-5 मापदंड (ए. पी. ए., 2013)

असंयतमूत्रता

क) बिस्तर या कपड़ों में बार-बार पेशाब आना जो जानबूझकर या अनैच्छिक हो सकता है।

ख) ऐसा व्यवहार नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण होता है, जो लगातार तीन महीने तक सप्ताह में कम से कम दो बार प्रकट होता है या ऐसा व्यवहार सामाजिक, शैक्षणिक (व्यावसायिक) कामकाज के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण संकट या हानि की उपस्थिति होती है।

ग) व्यक्तिगत तिथिगत या विकासात्मक रूप से 5 वर्ष से अधिक आयु का हो।

घ) व्यवहार किसी पदार्थ के जैविक प्रभाव (मूत्रवर्धक या एंटीसाइकोटिक औषधि) या किसी अन्य चिकित्सकीय स्थिति (जैसे कि मधुमेह, स्पाइना बिफिडा कब्ज सम्बन्धि विकार) के कारण नहीं है।

असंयतपुरीषता

क) जानबूझकर या अनैच्छिक रूप से अनुचित जगह (जैसे– कपड़े, फर्श) पर बार-बार मल निकाल देना।

ख) प्रत्येक महीने में कम से कम एक ऐसी घटना कम से कम तीन महीने तक घटित होती है।

ग) कालानुक्रमिक आयु कम से कम 4 वर्ष होती है (या समतुल्य विकासात्मक स्तर)

घ) व्यवहार किसी पदार्थ जैसे जुलाब के जैविक प्रभाव या कब्ज से जुड़े तंत्र को छोड़कर किसी अन्य चिकित्सकीय स्थिति के लिए उत्तरदायी नहीं है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

1) निष्कासन विकारों के दो अलग-अलग प्रकार क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

2) असंयतमूत्रता के उपचार के लिए प्राचीन अनुबंध का उपयोग कैसे किया गया है?

.....

.....

.....

.....

.....

12.3 विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और आचरण विकार

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और आचरण सम्बन्धी विकारों को डीएसएम-5 में हानिकारक, आवेग-नियन्त्रण विकारों के अन्तर्गत वर्गीकृत किया गया है क्योंकि इनमें मुख्य रूप से आक्रामक या असामाजिक व्यवहार पाया जाता है। डीएसएम-5 और आचरण विकार में ऐसे व्यवहार भी शामिल हो सकते हैं जो कि गैर कानूनी हो सकता है (किशोर अपराध)। इस बारे में बहस चल रही है कि विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और आचरण विकार अलग-अलग विकार हैं या यदि विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार आचरण विकार का पूर्ववर्ती/पूर्व लक्षण या मृदुल रूप है। कुछ पेशेवरों चिकित्सकों को आचरण विकारों के मामले में उल्लंघन की गंभीरता की प्रकृति के कारण दोनों के बीच अंतर करना महत्वपूर्ण लगता है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के मामले में उल्लंघन अपेक्षाकृत कम गंभीर होता है। इसके अलावा जबकि विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार को आमतौर पर आठ वर्ष की आयु तक पहचाता जाता है। पूर्ण-विकसित आचरण विकार आमतौर पर मध्य बाल्यावस्था से किशोरावस्था के बीच विकसित होता है।

12.3.1 नैदानिक स्वरूप

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार की मुख्य विशेषता में अधिकारी व्यक्ति के प्रति लगातार नकारात्मक, दोषपूर्ण, अवज्ञाकारी और उदासीन व्यवहार को दिखाना है डीएसएम-IV से डीएसएम-5 में विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार की श्रेणी में कुछ बदलाव किए गए हैं। जिसमें बार-बार गुस्सा आना, वयस्कों के साथ बहस करना, वयस्कों के द्वारा दिये गये निर्देशों को नकारना, हमेशा नियमों पर सवाल उठाना और नियमों का पालन न करना, दूसरों को परेशान करने या गुस्सा दिलाने वाला काम करना, आसानी से नाराज हो जाना, कठोरता से या गुस्से में बोलना और बदला लेना, सम्मिलित है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार को अब तीन उपप्रकारों में बांटा गया हैः *गुस्सा (चिड़चिड़ा मनोदशा, तर्कपूर्ण उछदंड व्यवहार और प्रतिहिंसाशील* जैसे कि डीएसएम-5 में अन्य विकारों के साथ है, एक गम्भीरता दर/माप को भी सम्मिलित किया गया है। बचपन के अन्य विकारों के सापेक्ष, विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार का प्रसार ज्यादा हैं। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार का जीवनकाल प्रसार तथ्यों में 11 प्रतिशत और लड़कियों में 9 प्रतिशत है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के सभी मामलें आचरण विकार विकसित नहीं करते हैं हालांकि आचरण विकार के सभी मामले विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार की तरफ आगे बढ़ते हैं। अवधान न्यूनता अतिक्रिया विकार, विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के साथ एक सामान्य सहरूगता की स्थिति है। हालांकि अवधान न्यूनता अतिक्रिया विकार में अनियंत्रित व्यवहार की भी उपस्थिति होती है लेकिन विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के मामले में अनियंत्रित व्यवहार को अधिक जानबूझकर किये जाने के रूप में आंका जाता है जबकि अवधान न्यूनता अतिक्रिया विकार के मामले में यह खराब ध्यान या आवेग के लिए जिम्मेदार ठहराया जाता है।

आचरण विकार में, बच्चे का ऐसा लगातार, पुनरावृत्तीय व्यवहार का तरीका होता है, जो दूसरे लोगों के अधिकार या सामाजिक मानदंड जो आयु के उपयुक्त है, का उल्लंघन करता है। डीएसएम-5 में आचरण विकार के लक्षण के रूप में लोगों और जानवरों के प्रति गुस्सा, संपत्ति का विनाश, छल या चोरी, और मानदंडों का गंभीर उल्लंघन सम्मिलित है। आचरण विकार से पीड़ित बच्चे दूसरों के प्रति दादागिरी, मारपीट शुरू करना, हथियारों का उपयोग जो कि नुकसान पहुंचा सकता है, दिखलाते हैं। कुछ लोग दूसरों के प्रति व जानवरों के प्रति निर्दयतापूर्वक व्यवहार भी दिखलाते हैं। आग लगाकर या अन्य माध्यमों से सम्पत्ति का जानबूझकर विनाश करना, झूठ बोलना, चोरी, बर्बरता, एवं किसी के घर/कार में तोड़फोड़

करना भी प्रायः देखने को मिलता है। आचार विकार वाले बच्चों में यौन रूप से निर्लिप्त होने की संभावना होती है और वे दूसरे को यौन आक्रामता के लिए भड़का भी सकते हैं जैसे कि किसी को विशेष रूप से छोटे बच्चे को यौन गतिविधि के लिए मजबूर करना। ऐसे बच्चे अक्सर युवा होने के शुरुआती समय में (13 वर्ष के पहले) माता-पिता के प्रतिबंध के बावजूद अपने घर से बार-बार भाग सकते हैं या रात में बाहर रह सकते हैं। आचरण विकारों के दो अलग-अलग श्रेणियों की पहचान की गयी है; जीवन श्रेणी लगातार स्वरूप जो कि बच्चे के शुरुआती दौर में ही शुरू हो जाता है और वयस्क होने तक जारी रहता है। किशोरवस्था सीमित श्रेणी जहाँ उन किशोरों के साथ जो एक विशिष्ट बचपन जिये होते हैं, असामाजिक व्यवहार की शुरुआत होती है और जो बाद में आदर्श रूप में असमस्यात्मक प्रौढ़ता/वयस्कता जीते हैं।

अध्ययन यह बताते जो कि शुरुआत में हो आचरण विकार का उत्पन्न होना बाद के आचरण विकार के विकास से उच्च संबंध में जुड़ा हुआ है। इसके बाद के जीवन में मादक द्रव्यों के उपयोग, दुरुपयोग और निर्भरता के विकास के साथ भी एक मजबूत सम्बन्ध है। मोहन और रे (2020) के अनुसार, सामान्य जनसंख्या में समान आचरण विकार तथा, आजीवन प्रचलन दर काफी सामान्य है, आजीवन प्रचलन दर ऐसे 10 प्रतिशत के बीच विस्तार कुछ भी हो सकता है। आचरण विकार लड़कों में लड़कियों की तुलना में तीन से चार गुना अधिक सामान्य है।

बॉक्स 12.3 : केस स्टडी – विपक्षी विद्रोही विकार

उस्मान कक्षा एक में पढ़ने वाला 7 वर्षीय छात्र है, जो अपने माता-पिता व छोटी बहन के साथ रहता है। उस्मान एक बुद्धिमान और देखभाल करने वाला किशोर है, जो शैक्षिक रूप से अच्छा प्रदर्शन कर रहा है। जब भी उस्मान अपने हमउम्र साथियों के साथ बातचीत करता है तो उसके माता-पिता ने पाया कि वह आसानी से उनसे प्रभावित हो जाता है। वे यह भी बताते हैं कि उस्मान को स्वीकृति/पहचान न मिलने पर वह परेशान हो जाता है या उसे लगने लगता है कि वह नजरअंदाज किया जा रहा है। उसके अध्यापकों ने यह देखा कि उस्मान कभी-कभी सामाजिक रूप से अपरिपक्व व्यवहार करता है और वह अक्सर ध्यान खींचने वाला व्यवहार दिखलाता है। उसकी माँ ने बताया कि उसे दिनचर्या को करने व निर्देशों को याद करने में दिक्कत आ रही है उसके माता-पिता उसके संवेगात्मक प्रतिक्रिया और साथ ही साथ घर पर टकराव (झगड़ालू) व्यवहार के बारे में बताते हैं। वह अक्सर बहुत गुस्सा हो जाता है और अपनी बहन को चोट पहुँचा देता है। शिक्षकों ने यह भी बोला कि वह आसानी से हताश और संवेगात्मक रूप से आवेगी हो जाता है। पिछले एक वर्ष में उस्मान ने मारना, बहसबाजी, झूठ बोलना और विघटनकारी व्यवहार की कई घटनाएँ की हैं। शिशु-विद्यालय में भी अध्यापकों द्वारा ऐसा ही व्यवहार कम गंभीरता के रूप में देखा गया था लेकिन उसे माता-पिता द्वारा अनदेखा कर दिया गया था।

बॉक्स 12.4 : विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

क) गुस्सेल/अतिसंवेदनशील (चिड़चिड़ा) मनोदशा, दोषपूर्ण व्यवहार, या कम से कम 6 महीने तक चलने वाला प्रतिशोधी व्यवहार/विकेंद्रीकरण का स्वरूप जो निम्नलिखित श्रेणियों के कम से कम चार लक्षणों द्वारा प्रकट होता है और कम से कम एक व्यक्ति के साथ बातचीत में प्रदर्शित होता है, जो कि उसका भाई या बहन नहीं होता है।

गुस्सैल/चिड़चिड़ा मनोदशा

1) अपना आपा खो देना।

2) आसानी से नाराज हो जाना या बुरा मान जाना।

3) अक्सर क्रोधित और आक्रोशित हो जाना।

विवादपूर्ण/विद्रोही व्यवहार

4) अक्सर अपने अधिकारी व्यक्ति के साथ बहसबाजी करना या बच्चों और किशोरों द्वारा अपने वयस्क के साथ बहस करना।

5) आप्त व्यक्ति या नियमों के अनुरोध को पालन करने से अक्सर सक्रिय रूप से इनकार या मना कर देता है।

6) अक्सर दूसरों को जानबूझकर परेशान करता है।

7) अक्सर अपनी गलतियों या दुर्व्यवहार के लिए दूसरों को दोषी ठहराते हैं।

प्रतिशोधी व्यवहार

8) पिछले 6 महीनों के भीतर कम से कम दो बार द्वेषपूर्ण या प्रतिशोधी किया गया है।

ख) व्यवहार में गड़बड़ी व्यक्ति के या उसके निकटतम सामाजिक संदर्भ में (परिवार, हमउम्र साथी, सहकर्मी) मौजूद दूसरे लोगों के दुःख/परेशानी से सम्बन्धित होता है। या यह सामाजिक, शैक्षणिक, व्यावसायिक या अन्य महत्वपूर्ण कार्यशील क्षेत्रों पर नकारात्मक प्रभाव डालती है।

ग) ऐसा व्यवहार मनोविकार, पदार्थ के उपयोग, विषाद या द्विध्रुवी विकार के दौरान विशेष रूप से नहीं होता है। इसके अलावा विघटनकारी मनोदशा विकृति विकार के लिए मानदंड पूरे नहीं किए जाते हैं।

बॉक्स 12.5 : केस अध्ययन – आचरण विकार

आकाश एक 15 वर्षीय किशोर है, जिसे उसके माता-पिता द्वारा मनोचिकित्सक के पास लाया गया। वह अपने माता-पिता की सबसे बड़ी संतान है और उनके दो छोटे भाई-बहन है। आकाश ने हाल ही में स्कूल जाना छोड़ दिया और स्कूल जाने से यह कहते हुए मना कर दिया कि ''शिक्षक अच्छे से पढ़ाते नहीं है।'' उनके माता-पिता ने बताया कि आकाश पिछले एक साल से लगातार गुटखा और पान का सेवन कर रहा है। जब उसको अपने माता-पिता से पॉकेट मनी, (जेब खर्च) मिलना बन्द हो गया तो उसने पड़ोसी के घर से गुटखा खरीदने के लिए चोरी करना शुरू कर दिया। आकाश पिछले तीन महीने से चोरी कर रहा था लेकिन उससे पूछने पर वह यही दावा करता था कि पड़ोसी उसे पसन्द नहीं करते हैं और उसे परेशान करने के लिए झूठ बोल रहे हैं। हाल ही में उसे रंगे हाथों पकड़ा गया था। इसी वजह से उसके माता-पिता ने उसे अपने पारिवारिक डॉक्टर के पास ले जाने का निर्णय लिया और उन्होंने उसे मनोचिकित्सक के पास ले जाने का सुझाव दिया। उसके माता-पिता बताते हैं कि हालांकि आकाश हमेशा से गुस्से की प्रकृति वाला रहा है लेकिन हाल ही में वह बहुत गुस्सैल हो गया था। अपने माता-पिता के साथ अक्सर झगड़ा और उनके प्रति अपमानजनक व्यवहार करने लगा था। वह अक्सर छोटी सी बात में अपने छोटे भाई-बहन को पीट दिया करता था। विद्यालय में उसके अध्यापक हमेशा उससे नाखुश रहने लगे क्योंकि उन्हें उसे अनुशासित करने में बहुत कठिनाई आने लगी

थी। वह पढ़ाई में खराब प्रदर्शन करने लगा और कभी भी पढ़ाई में ध्यान केन्द्रित नहीं करता बल्कि वह कक्षा के दूसरे बच्चों को परेशान करते पाया जाने लगा। उसने अन्य छात्रों के साथ कक्षा में बकिंग (कक्षा से भाग जाना) करना भी शुरू कर दिया। विद्यालय को आकाश के दुर्व्यवहार के लिए अन्य विद्यार्थियों के माता-पिता व महिला विद्यार्थियों से शिकायतें भी मिलनी शुरू हो गई। उसने अपनी महिला सहपाठी को आपत्तिजनक तस्वीरें भी भेजीं जिससे वह बहुत परेशान हुई और इस बारे में अपने माता-पिता को बताया। कनिष्ठ विद्याथियों के द्वारा उसकी शिकायत की जाने पर कि आकाश ने कनिष्ठ विद्यार्थियों को धमकाया व अपनी जेब से पैसा देने के लिए मजबूर किया, आकाश द्वारा कनिष्ठ विद्यार्थियों से झगड़ा शुरू करने पर विद्यालय से उसे 1 सप्ताह के लिए निलंबित कर देने के बाद उसने स्कूल जाना बन्द कर दिया।

बॉक्स 12.6 : आचरण विकारों के लिए डी एस एम - 5 मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

क) ऐसे व्यवहार का लगातार प्रदर्शन करना जो दूसरों के मौलिक अधिकारों या आयु उपयुक्त सामाजिक मानदंड या नियमों का उल्लंघन करना हो। पिछले बीते 12 महीनों में निम्नलिखित 15 मानदंडों में से कम से कम 3 मानदंडों के द्वारा प्रदर्शित होता है। जिसमें कि कम से कम एक मानदंड का पिछले 6 महीने के भीतर उपस्थित होना जरूरी है।

लोगों और जानवरों के लिए आक्रामकता

1) अक्सर दूसरों को परेशान करना या धमकी देना, डराना।
2) अक्सर मारपीट की शुरुआत कर देना।
3) ऐसे हथियारों का उपयोग करना जो दूसरों को ज्यादा शारीरिक नुकसान पहुंचा सकता है (जैसे कि, बल्ला, ईंट, टूटी बोतल, चाकू, बंदूक)।
4) लोगों के साथ शारीरिक रूप से क्रूर होना।
5) जानवरों के साथ शारीरिक रूप से क्रूरता दिखाना।
6) पीड़िता का सामना करते हुए चीजें चुरा लेना (जैसे– डकैती, बटुआ छीनना, जबरन वसूली करना, सशस्त्र लूटना)।
7) किसी को यौन गतिविधि के लिए मजबूर करना।

सम्पत्ति का विध्वंस

8) नुकसान के इरादे से आग लगाना।
9) जानबूझकर दूसरों की सम्पत्ति को नष्ट कर देना (आग लगाने के अलावा)।

छल/चोरी

10) दूसरों के घर, इमारत या कार को तोड़ना।
11) अक्सर दूसरों की सम्पत्ति या कृपा पाने के लिए या दायित्वों से बचने के लिए झूठ बोलना (अर्थात् ''धोखा'', अन्य)।
12) पीड़ित का सामना किये बगैर अतुच्छ वस्तुओं को चुरा लेना (जैसे– दुकानों से सामान चुराना लेकिन बिना तोड़फाड़ और प्रवेश किये; जालसाजी)।

नियमों का उल्लंघन करना

13) 13 वर्ष के पहले ही, माता-पिता के मना करने के बावजूद रात में बाहर रुकना।

14) माता-पिता या अभिभावक के घर से कम से कम दो बार पूरी रात के लिए भाग जाना या फिर कम से कम एक बार लम्बे समय के लिए कहीं चले जाना।

15) 13 वर्ष के पहले ही अक्सर स्कूल में गैरहाजिर रहना।

ख) व्यवहार में गड़बड़ी सामाजिक, शैक्षिक या व्यावसायिक कामकाज में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण हानि का कारण बनती है।

ग) यदि व्यक्ति की आयु 18 वर्ष या से अधिक है तो असामाजिक व्यक्तित्व विकार के लिए मानदंड पूरे नहीं होते हैं।

12.3.2 कारणात्मक कारक

आनुवंशिक अध्ययन से सम्बन्धित साक्ष्य मिश्रित रूप में पाये गये है हालांकि आचरण विकार में आनुवंशिकता की भूमिका होने की सम्भावना है। शोधकर्ताओं ने पाया कि आपराधिक और सामाजिक व्यवहार, आनुवंशिक और पर्यावरणीय दोनों कारणों से हो सकता है। आक्रामक व्यवहार को आनुवंशिक पाया गया है वहीं अन्य अपराधी व्यवहार जैसे कि कामचोरी, झूठ बोलना और चोरी करने के लिए आनवुंशिक कारक जिम्मेदार नहीं हो सकता है। साथ ही आचरण विकार का जीवन क्रम निरंतर पैटर्न किशोरवस्था सीमित क्रम पैटर्न के विपरीत आनुवंशिक होने की सम्भावना है।

न्यूरोसाइकोलाजिकल अध्ययनों में बच्चों के आचरण विकार के कारण के रूप में उसके बचपन की कमी की रूपरेखा को पाया गया है। इन कमियों में खराब मौखिक कौशल, उच्च स्तरीय संज्ञानात्मक कार्य में कठिनाई (जैसे कि पुर्वानुमान करने, योजना बनाने, आत्म-निगरानी करने एवं समस्या समाधान करने की क्षमता) और स्मृति के साथ समस्याएँ सम्मिलित हैं। इसके अलावा, जो बच्चे शुरुआती उम्र में ही आचरण विकार विकसित कर लेते हैं वे बौद्धिक रूप से (विशिष्ट आयु मिलान नियंत्रित समूह) तुलना में कम होते हैं। असामाजिक व्यक्तित्व विकार वाले व्यक्तियों के समान आचरण विकार वाले बच्चे का शारीरिक उत्तेजना एवं हदय गति का कम होना दिखाता है कि विशिष्ट समान आयु की तुलना में सजा से कम डरते हैं। जबकि विशिष्ट किशोरों के मामले में, पकड़े जाने का डर और सजा उन्हें असामाजिक तरीके से व्यवहार करने से रोकती है। आचरण विकार वाला एक किशोर बिना किसी परिणाम के, अनियमित और अनियोजित तरीके से व्यवहार करता है।

बच्चे सामाजिक रूप से उचित व्यवहार करते हैं न सिर्फ इसलिए कि वो सजा से डरते हैं बल्कि ऐसा ना करने पर वो अपराध-बोध का अनुभव करते हैं। आचरण विकार वाले बच्चों में नैतिक विकास या सही-गलत की समझ की कमी दिखती है। आचरण विकार वाले बच्चों में नैतिक जागरूकता और पछतावा की कमी भी दिखती है।

व्यवहारवादी सिद्धान्त यह सुझाव देते हैं कि आक्रामक माता-पिता के बच्चे उनके आक्रामक और शत्रुतापूर्ण व्यवहार को अपना आदर्श बना सकते हैं। अपर्याप्त निगरानी के साथ असंगत और कठोर पालन-पोषण आचरण विकार के विकास में लगातार जुड़ा होता है। ऐसे बच्चे जो अपराधी व्यवहार का इतिहास नहीं रखते हैं वो टीवी से आक्रामक व्यवहार का अनुकरण कर सकते हैं या ऐसे आक्रामक समान आयु के साथी की बराबरी करने की कोशिश कर सकते हैं जो अपने आक्रामक बर्ताव के कारण उच्च सामाजिक स्तर का आनन्द लेते देखे जाते हैं।

साथियों द्वारा आक्रामक बच्चों को सामाजिक रूप से अस्वीकार किया जाना उन्हें किशोर

अपराधी और वयस्क असामाजिक व्यक्तित्व बनाने में अहम् भूमिका निभा सकता है। माता-पिता, शिक्षक और सहकर्मी आक्रामक बच्चों के साथ क्रोध और अहसमति की प्रतिक्रिया कर सकते हैं। माता-पिता, शिक्षक और साथियों, क्रोध और अस्वीकृति के साथ आक्रमक बच्चों पर प्रतिक्रिया दे सकते हैं। माता-पिता, साथियों और अध्यापकों द्वारा एक साथ अस्वीकृति मिलने से ऐसे बच्चे अलग-अलग ओर पृथक रहने की प्रवृत्ति विकसित कर सकते हैं। आश्चर्य की बात नहीं है कि वे अक्सर संगति पाने के लिए दूसरे पथभ्रष्ट साथियों के समूह में चले जाते हैं। जहाँ पथभ्रष्ट साथियों द्वारा किया जाने वाला असामाजिक व्यवहार का अनुकरण आसानी से प्राप्त हो जाता है।

ऐसी परिस्थितियों में आचरण विकार वाले बच्चों द्वारा पथभ्रष्ट साथियों का चयन करते देखा गया है (सामाजिक चयन अवलोकन। हालांकि पड़ोसियों का वातावरण (पड़ोस में गरीबी) और परिवार (माता-पिता की उपेक्षा) बच्चों द्वारा पथभ्रष्ट साथियों से जुड़ने में भूमिका निभाता है।

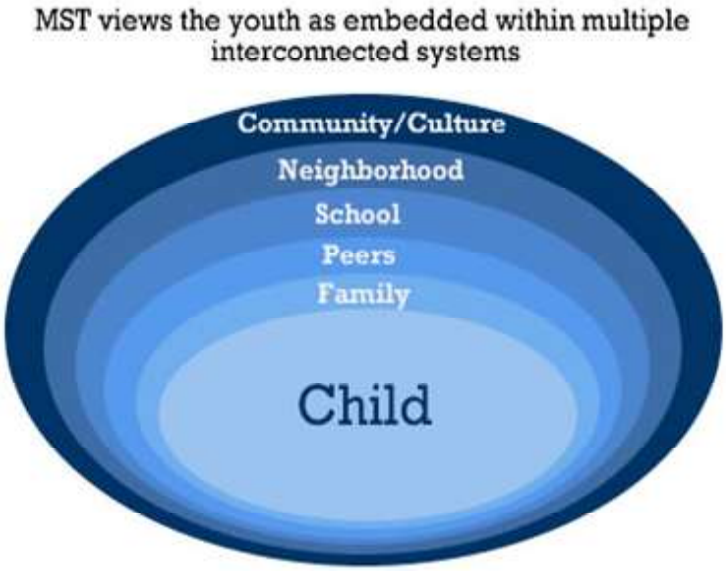
अन्त में कहा जा सकता है कि **सामाजिक संस्कृति प्रभाव** जैसे कि गरीबी, शहरी जीवन, बेरोजगारी और माता-पिता का निम्न शैक्षिक स्तर, और व बच्चों में असामाजिक व्यवहार के साथ दुष्क्रियाशील पारिवारिक गति बोधक बच्चों में जल्द ही आपराधिक रुकावट की भविष्यवाणी करती है।

12.3.3 उपचार

ज्यादातर आक्रामक युवाओं के प्रति समाज का रवैया दंडात्मक होता है। ''बच्चे को पाठ सिखाएँ'' यह रवैया आचरण विकार वाले बच्चे में असामाजिक और आक्रामक व्यवहार बढ़ाता एवं उत्तेजित करता है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों ने पाया कि आचरण विकार के सबसे प्रभावी उपचार में पारिवारिक हस्तक्षेप है। आचरण विकार वाले बच्चों के माता-पिता में पालन-पोषण कौशल की कमी एवं अनुचित तरीके से व्यवहार करना पाया गया है। बच्चे झूठ और धोखेबाजी जैसे असामाजिक व्यवहार के माध्यम से कठोर आलोचना एवं अनुशासन से बचना सीख सकते हैं जिसमें कि माता-पिता आक्रामकता के साथ प्रतिक्रिया दे सकते हैं। बच्चा इस बढ़े हुए आक्रामकता को देखता है और इस आक्रामकता स्वरूप को आदर्श मानता है। अभिभावक प्रबंधन कार्यक्रम में माता को अपने प्रतिक्रिया को बेहतर करना सिखाया जाता है जिससे कि वे बच्चों के साथ अन्तःक्रिया करते समय असामाजिक व्यवहार के बजाय समाजोपकारी व्यवहार को मजबूत कर सके। उन्हें स्पष्ट निर्देश देने और मूल सिद्धान्त को सिखाया जाता है जिससे कि अवांछनीय व्यवहार के लिए अनुकूल व अपेक्षित व्यवहार मिल सके। अक्सर माता-पिता स्वयं पारस्परिक संबंधों, बेरोजगारी, गरीबी और या मनोरोग के कारण बोझिल हो सकते हैं और उनके लिए प्रभावी पालन-पोषण कौशल का अभ्यास करना कठिन हो सकता है। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा आचरण विकार वाले बच्चों के लिए आरामदायक व स्वीकार करने लायक पर्यावरण के प्रयोग करने के महत्व को बताया जाता है।

एक और आशाजनक कार्यक्रम बहु सर्वांगी उपचार है, जो मानता है कि असामाजिक व्यवहार परिवार, स्कूल और पड़ोसी के कई कारकों द्वारा प्रभावित होता है। यह कार्यक्रम किशोरों, परिवार, स्कूल के साथियों को ध्यान में रखते हुए एक व्यापक चिकित्सा देने की कोशिश करता है। यह कार्यक्रम व्यक्ति व परिवार से जुड़ी विशेषताओं/शक्ति व ऐसे सामाजिक संदर्भ की पहचान करता है, जो आक्रामकता ओर असामाजिक व्यवहार को उत्पन्न करता है और यह कार्यवाही उन्मुख होता है एवं ध्यान केंद्रित दृष्टिकोण प्रस्तुत करता है। पारंपरिक मनोचिकित्सा प्राप्त करने वाले किशोरों की तुलना में किशोरवस्था में आचरण

विकार के उपचार के बहुसर्वांगी उपचार अधिक प्रभावी पाया गया है।



चित्र 12.1 : बहुसर्वांगी उपचार में परिवार, स्कूल, समुदाय और साथियों सहित बच्चे के उपचार को विकसित करते समय कई कारकों पर विचार करना सम्मिलित है।

अपने प्रगति की जाँच कीजिए 3

1) आचरण विकार किस तरह से विपक्षी विद्रोही विकार से अलग है?

.....

.....

.....

.....

.....

2) आचरण विकार और विपक्षी विद्रोही विकार को प्रभावित करने वाले कुछ सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों के बारे में बताइए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) बहुसर्वांगी उपचार क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

12.4 अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार

अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे निरंतर अवधान, अत्यधिक एवं अतिरंजित पेशीय गतिविधि को बनाए रखने में कठिनाइयों का अनुभव करते हैं और विकासात्मक स्तर के सापेक्ष में जो आवेगशीलता उत्पन्न होती है, वो उनके सामाजिक व्यावसायिक/शैक्षिक क्रियाओं को प्रभावित करता है। अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के लिए वर्गीकरण कसौटी डीएसएम-5 में काफी हद तक अपरिवर्तित रहा है। एक अपवाद यह है कि अवधान-न्यूनता-अतिक्रिया विकार को अब विघटनकारी व्यवहार विकार के रूप में नहीं माना जाता है। बल्कि इसे एक स्नायु विकासात्मक विकार के रूप में सूचीबद्ध किया गया है। डीएसएम-5 में निर्दिष्ट अन्य परिवर्तन (7 वर्ष के पहले के कुछ लक्षणों को डीएसएम-IV विस्तृत रूप से उपस्थित करता है।) जोकि 12 वर्ष के पहले दिखता है वो है कई लापरवाही या अति सक्रीय आवेगशीलता। इसके अतिरिक्त डीएसएम–5 में अन्य विकारों के समान वर्तमान हल्के, मध्ययम और गम्भीर कठिनाइयों का ब्यौरा जोड़ा गया है। डीएसएम-IV के मानदंडों के समान, डीएसएम-5 ध्यान कमी अतिक्रियाशीलता विकार को 3 उप-प्रकारों संयुक्त प्रस्तुति, प्रबल लापरवाही प्रस्तुति (अवधान कमी विकार) और प्रबल अतिक्रियाशील/आवेग प्रस्तुति के अन्तर्गत संकेतबद्ध किया जा सकता है। अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार संयुक्त प्रकार सबसे सामान्य प्रस्तुति है, जबकि अवधान-न्यूनता, अतिक्रिया विकार प्रबल लापरवाही प्रस्तुति प्रकार के मामले हो सकते हैं या इसमें ऐसे बच्चे सम्मिलित हो सकते हैं जो उप-दहलीज अतिक्रियाशीलता के साथ-साथ अवधान कठिनाइयों को प्रदर्शित करते हैं।

चित्र 12.2 : अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के लक्षण

12.4.1 नैदानिक स्वरूप

अवधान कमी एक बहुआयामी रचना है जिसमें उत्तेजना, सतर्कता, चयनात्मक ध्यान, निरंतर ध्यान/सतर्कता और ध्यान भंग से सम्बन्धित समस्याएँ सम्मिलित हैं। ये कठिनाइयाँ कई परिस्थितियों में प्रकट हो सकती हैं जो कि स्कूल, कार्यस्थल या परिवार और दोस्तों के साथ पर्याप्त रूप से कार्य करने को कठिन बनाता है। उत्तेजना और सतर्कता से सम्बन्धि मुद्दे, बच्चे में विस्तार से ध्यान देने की अक्षमता, समय या वस्तुओं की पहचान खो देना, लापरवाही से भरी गलतियाँ करना या दिवा स्वप्न को बढ़ा सकते हैं। चयनात्मक अवधान कमी से ग्रस्ति बच्चा अक्सर निर्देशों को समझने और पालन करने में असफल हो जाता है। वह ऐसा प्रतीत हो सकता है कि जैसे मानो वह ''सुन नहीं रहीं रहा हो'' या ''उसका दिमाग कहीं और हो''। निरंतर ध्यान से सम्बन्धित समस्याएँ उबाऊ और दोहराव वाली गतिविधियों में देखी जा सकती है। लेकिन यह मुक्त खेल में भी प्रकट हो सकती हैं। बच्चों को इन कार्यों की ''धुन'' करने की प्रवृत्ति होती है, और निरंतर ध्यान देने की आवश्यकता

वाले कार्यो (जैसे कि पढ़ना, गणित, बोर्ड गेम आदि) को प्रतिकूल रूप से देखा जा सकता और आमतौर पर टाला जाता है। निरंतर ध्यान की कमी के कारण से बच्चा एक कार्य से दूसरे कार्य में बिना किसी एक कार्य को पूरा किये चला जाता है। अंतिम तौर पर यह कहा जा सकता है कि विचलिता पर्यावरण में आसानी से अप्रासंगिक उत्तेजनाओं में भाग लेने की क्षमता है। (जैसे कि शोर, पृष्ठभूमि वार्तालाप, कमरे में वस्तु आदि)। अवधान सम्बन्धित समस्याएँ अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित व्यक्ति के रोजमर्रा के जीवन को प्रभावित करता है। उनका काम अक्सर अस्त-पस्त, अव्यवस्थित और बिना सोच-विचार के किया गया प्रतीत होता है। स्कूल सामग्री जैसे कि पेन, टिफिन का डिब्बा, पुस्तकें और नोटपैड अक्सर अस्त-व्यस्त, खोये हुए या क्षतिग्रस्त होते हैं। अवधान सम्बन्धी समस्याएँ बच्चों और किशोरों को भुलक्कड़ भी बना देती है। उदाहरण के लिए, वे दोपहर का खाना, किताबें, गृहकार्य आदि लाना भूल जाते हैं। सामाजिक रूप से अवधान-न्यूनता-अतिक्रिया विकार व्यक्तियों को बातचीत की लय को बनाए रखने में मुश्किल आती है। ऐसे बच्चों को अक्सर खेल या विभिन्न गतिविधियों में नियमों का पालन करना चुनौतीपूर्ण लगता है।

चित्र 12.3 : अवधान सम्बन्धी कठिनाई वाले बच्चों के बारे में माता-पिता और शिक्षकों द्वारा प्रस्तुत विवरण।

अत्यधिक गतिविधि से सम्बन्धित अति सक्रियता दो रूपों में प्रकट होती है : पेशीय अतिसक्रियता (बेचैनी, छटपटाहट और अनावश्यक शारीरिक गतिविधियाँ) और वाचिक अतिक्रियाशीलता (अत्यधिक बात करना)। अतिसक्रियाता का प्रदर्शन विकासात्मक स्तर के अनुसार भिन्न हो सकता है। प्री-स्कूल के बच्चों में अतिसक्रियता बच्चों में अत्यधिक कूदने और सामान (फर्नीचर) पर चढ़ने, घर के आसपास दौड़ने और देर तक बैठें रहने वाली क्रिया जैसे कि कहानियों सुनने में व्यस्त रहने में मुश्किल आने के रूप में देखा जा सकता है। स्कूल आयु वर्ग के अतिसक्रिय बच्चों में भी समान व्यवहार देखा जा सकता है। हालांकि व्यवहार की तीव्रता और आवृत्ति में कमी पायी जाती है। बच्चों में अतिसक्रियता उनके बैठने की कठिनाई में देखी जा सकती है, वे बार-बार उठते-बैठते हैं और अपनी सीट के किनारे लटक जाते हैं। वे न केवल शैक्षिक गतिविधियों के दौरान अस्थिर होते हैं। उनके लिए भोजन, टी. वी., या खेलने के दौरान बैठना भी चुनौतीपूर्ण होता है। उन्हें किसी वस्तु, पेन या पैर के हिलाने में भी चंचलता देखी जा सकती है।

अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित लड़कियाँ अत्यधिक बात करके, और दूसरों के बात करने में बाधा उत्पन्न करके अतिसक्रियता प्रकट करती हैं। यह एक आम गलतफहमी है कि किशोरों/वयस्कों में सक्रियता ''बढ़ जाती'' है हालांकि बड़े बच्चों में अतिसक्रियता बेचैनी, अत्यधिक भाषण, एकान्त गतिविधियों में संलग्न होने में कठिनाई और आक्रामकता और द्वंद्व के रूप में ज्यादा प्रदर्शित होती है। व्यावसायिक अतिक्रियाशीलता के व्यापकता पर जोर डालते हैं। अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार बच्चे पूरे दिन और रात के दौरान भी अतिक्रियाशीलता प्रदर्शित करते हैं। अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार बच्चे को सो जाना मुश्किल लगता है और वे जल्द ही उठ सकते हैं। अतिक्रियाशीलता घर, स्कूल और खेल के मैदान के साथ अन्य सभी जगहों में प्रसारित और प्रदर्शित होता है।

चित्र 12.4 : अतिक्रियाशीलता से ग्रसित बच्चों के बारे में माता-पिता द्वारा प्रस्तुत विवरण।

आवेग से तात्पर्य बिना विचार किये उत्तेजनाओं पर तुरन्त आचरण/कार्यवाही करने की प्रवृत्ति से है। माता-पिता और अध्यापकों द्वारा आवेगपूर्ण व्यवहार, अवधान-न्यूनता-अतिक्रिया विकार से ग्रसित लोगों के बारे में बहुत ही सामान्य शिकायतों में से एक है। माता-पिता और शिक्षको द्वारा अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों के बारे में सबसे सामान्य शिकायत लक्षण के विषय में ही है। आवेगशील व्यवहार, अधीरता, अपनी पारी की प्रतीक्षा करने में कठिनाई होना, तपाक से उत्तर की अक्षमता, दूसरों को हस्तक्षेप करना व दखल देना, स्कूल, समाज या व्यावसायिक स्थल पर समस्या का कारण बनता है। आवेगपूर्णता ऐसे कई दुर्घटनाओं का कारण बनते हैं जो कि अतिक्रियाशील बच्चों द्वारा किया जाता है। अक्सर यह देखा गया है कि अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे वस्तुओं को ठोकते रहते हैं, लोगों को धमका सकते हैं, गर्म पैन पकड़ सकते हैं या पेड़ों पर बार-बार चढ़ने और यातायात में साइकिल की सवारी करने जैसी संभावित हानिकारक गतिविधि में संलग्न हो सकते हैं।

अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे कुछ दूसरी समस्याएँ भी प्रदर्शित करते हैं। ऐसे बच्चों को संज्ञानात्मक एवं शैक्षिक समस्याओं से रूबरू होना पड़ता है। क्योंकि अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चों में बौदिक स्तर 7-8 IQ बिन्दु से कम होना भी पाया जा सकता है, जो कि सीखने की अयोग्यता उच्च जोखिम हो सकती है और अपने हमउम्र साथी की अपेक्षा कम शैक्षिक बुद्धि होती है। अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित कई बच्चे सामाजिक संवेगात्मक समस्याओं से भी पीड़ित होते हैं। अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार बच्चों में साथियों द्वारा अस्वीकृति की उच्च दर पायी जाती है ऐसा

इसलिए नहीं है कि वो अमित्रतापूर्ण होते हैं लेकिन क्योंकि अवधान–न्यूनता अतिक्रिया विकार उन्हें सामाजिक सूचना से बेखबर कर सकते हैं और उसके साथी लोग उनके अतिक्रियाशीलता और अनावश्यक बोलने की वजह से थक सकते हैं। क्रोध और विषाद की वजह से उसे साथियों के बीच आलोकप्रियता का सामना करना पड़ सकता है। साथियों द्वारा अस्वीकार किया जाना और माता-पिता एवं अध्यापकों द्वारा नकारात्मक आलोचना मिलना ऐसे बच्चों के आत्म-सम्मान को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है।

पिछले कुछ वर्षों में अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के प्रचलन दर में वृद्धि हो रही है विश्व में अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार की औसत प्रचलन 5.9 से 7.1 प्रतिशत और 2.6 से 4.5 प्रतिशत पाई गई है *(विलिकुट* 2012, *पोलानजिक* एवं *अन्य,* 2015)। कुछ शोधकर्त्ताओं का मानना है कि अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चों की संख्याओं का बढ़ना, अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के प्रति जागरूकता के बढ़ने के परिणामस्वरूप हो सकता है या शहरी जीवन के दबाव और सहयोग या परिवार के समाप्त होने की वजह से बचपन की गतिविधियों के प्रति समाज की असहिष्णुता के कारण हो सकता है। लड़कों में अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के तीन गुणा ज्यादा होने की संभावना है ऐसा इसलिए हो सकता है कि वयस्क लोग लड़कियों की अतिक्रियाशीलता को ज्यादा सहिष्ण कर लेते हैं क्योंकि यह ज्यादा आक्रामक रूप में नहीं होता है। दूसरा, अवध ान–न्यूनता अतिक्रिया विकार पर शोध ने लड़कों पर ध्यान केन्द्रित किया है जिससे कि लड़कियों में अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के लक्षणों के अनुभव ओर अभिव्यक्ति की अनदेखी होती है। अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार में आक्रामकता और विषाद के बीच उच्च सहरुगणता है।

बॉक्स 12.7 : केस अध्ययन – अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार

रूबिन एक 9 वर्ष का बालक है, जिसको कि उसके स्कूल परामर्शदाता के अनुरोध पर एक बाल मनोवैज्ञानिक के पास भेजा गया। परामर्शदाता को रूबिन के कक्षा अध्यापक ने उसके बारे में कई तरह की शिकायतें की, कि रूबिन बहुत ज्यादा बेचैन रहता है। वह शायद ही कभी अपनी जगह पर होता है और कक्षा में उठने के विरुद्ध दिए गए कई निर्देशों के बावजूद कक्षा में घूमता रहता है। उसकी बैचेनी दूसरे बच्चों को परेशान करती है। कभी-कभी अन्य छात्राओं से बातचीत करना उनके लिए अपने कक्षा कार्य में ध्यान लगाने को मुश्किल बनाता है। शिक्षक का कहना है कि रूबिन को उसके अप्रत्याशित व्यवहार पर कोई नियंत्रण नहीं है और यह काफी विनम्र ओर अच्छा स्वभाव है। माता-पिता के साथ नैदानिक साक्षात्कार से पता चला कि रूबिन को तब से व्यवहारिक कठिनाइयों का सामना करना पड़ रहा है जब वह एक बच्चा था। यहां तक कि जब वह तीन साल का था वह बहुत बेचैन था और उसे बहुत कम नींद की आवश्यकता थी। वह घर में सबसे पहले जाग जाता था। जब वह 4 साल का था उसने घर का दरवाजा खोल लिया था और व्यस्त सड़क पर खुद ही भटक गया था। उसे एक पड़ोसी द्वारा वापस लाया गया जिन्होंने उसे सड़क पर भटकते पाया 1 प्ले स्कूल के शिक्षकों ने शिकायत की कि रूबिन को उसके द्वारा दिये गये किसी भी निर्देश को पालन करने में कठिनाई आ रही थी और उसकी बैचेनी ने अध्यापकों के लिए उसका ध्यान रखना कठिन बना दिया था।

बॉक्स 12.8 : अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड

क) अतिक्रियाशीलता और/या लापरवाही का निरंतर स्वरूप आवेगशीलता जो कार्य और विकास में बाधा डालती है उसकी विशेषताएँ (1) और/या (2) में बताई गई हैं:

1) **लापरवाही** : निम्नलिखित में से 6 लक्षण (या ज्यादा) कम से कम 6 महीने तक (बच्चों से लेकर 16 वर्ष तक) उपस्थित होते हैं जो कि विकासात्मक स्तर और सामाजिक और शैक्षिक/व्यावसायिक क्रियाकलाप पर सीधे नकारात्मक प्रभाव डालता है।

नोट : लक्षण केवल विपक्षी व्यवहार, अवहेलना, शत्रुता या कार्यों या निर्देशों को समझने में विफलता का ही प्रदर्शन नहीं है। बड़े किशोरों और वयस्को (17 या उससे ज्यादा आयु) के लिए कम से कम 5 लक्षणों के होने की आवश्यकता होती है।

क) अक्सर स्कूल में, कार्यक्षेत्र में या अन्य गतिविधियों (जैसे विवरणों को अनदेखा करना या देखने में असफल हो जाना कार्य को त्रुटिपूर्ण कहना) के दौरान विवरणों में बारीकी से ध्यान देने में असफल हो जाना।

ख) अक्सर कार्यों या खेलने की गतिविधियों में ध्यान बनाए रखने में कठिनाई होना। (जैसे कि व्याख्यान, वार्तालाप या लंबे समय तक पढ़ने के दौरान ध्यान केंद्रीत करने में कठिनाई होना।)

ग) अक्सर उनसे सीधे बात करने पर भी उनका सुनते हुए प्रतीत न होना। (जैसे कि बिना किसी स्पष्ट भटकाव के भी दिमाग कहीं ओर लगा हुआ प्रतीत होना)

घ) अक्सर निर्देशों का पालन नहीं करना और स्कूल कार्य, घर के कार्य, कार्य स्थल की जिम्मेदारी निभाने में असफल होना (जैसे कि कार्य शुरू करने पर जल्द ही उस पर से ध्यान खो देना और आसानी से किनारे हट जाना)।

ङ) अक्सर कार्यों और गतिविधियों को व्यवस्थित करने में कठिनाई होना (जैसे– अनुक्रमिक कार्यो को प्रबंधित करने में कठिनाई, सामग्री और सामान रखने में कठिनाई (गन्दा), अव्यवस्थित कार्य, खराब समय प्रबंधन, समय सीमा को पूरा करने में विफलता)।

च) अक्सर ऐसे कार्य जिसमें निरंतर मानसिक प्रयास की आवश्यकता होती है उनका परहेज करना, नापसंद करना और उन कार्यो में संलग्न होने के लिए अनिच्छुक होना (जैसे– स्कूल कार्य या गृहकार्य, बड़े किशोरों या वयस्कों के लिए रिपोर्ट तैयार करना, प्रपत्रों को पूरा करना, लंबे पत्रों की समीक्षा करना)।

छ) अक्सर कार्यों या गतिविधियों के लिए जरूरी चीजों को खो देना (जैसे– स्कूल सामग्री, पेंसिल, पुस्तकें, उपकरण, बटुआ, चाबियाँ, कागजी कार्य, चश्मा, मोबाइल, टेलीफोन)।

ज) अक्सर बाहरी उत्तेजनाओं से आसानी विचलित हो जाना (बड़े किशोरों और वयस्कों के लिए यह असम्बन्धित विचार हो सकता है)।

झ) दैनिक कार्यों में अक्सर भुलक्कड़ होना (जैसे कि घर के काम, रोज के कार्यों का संचालन, बड़ों, किशोर व वयस्कों के लिए कॉल का उत्तर देना, बिल जमा करना, नियोजित भेंट करना)।

2.) **अतिक्रियाशीलता और आवेगशीलता** : निम्नलिखित लक्षणों में से छः (या ज्यादा) लक्षण कम से कम छः महीने तक (16 वर्ष के बच्चे तक) रहता है। जो विकासात्मक स्तर के साथ असंगत होती है और सामाजिक, शैक्षणिक/व्यावसायिक जीवन पर सीधे नकारात्मक प्रभाव डालती है।

नोट : लक्षण केवल विपक्षी व्यवहार, अनादर/छेड़छाड़, विरोधी व्यवहार का ही प्रदर्शन नहीं है या निर्देशों और कार्यों को समझने में असफल होना ही नहीं है। बड़े किशोरों और वयस्कों (17 वर्ष या ज्यादा) के लिए कम से कम 5 लक्षण होना आवश्यक है।

क) अक्सर बुलबुलाना या हाथ या पैर से खट-खट करते रहना या अपनी जगह पर कसमसाना/छटपटाहट।

ख) ऐसी परिस्थिति में अपनी जगह को छोड़ देना (जैसे कि अपनी कक्षा में जगह को छोड़ देना/कार्यालय या दूसरे कार्य स्थल में या दूसरी ऐसी परिस्थिति जहाँ एक ही स्थान पर होने की आवश्यकता होती है।

ग) अक्सर ऐसी परिस्थिति के पीछे भागना या ऐसी परिस्थिति में घुसना जहाँ इसकी आवश्यकता ही नहीं है। (किशोरों या वयस्कों में बैचेनी अनुभव करने तक सीमित हो सकता है।

घ) अक्सर शांति से किसी आरामदायक कार्य में लगे रहने में असमर्थ होना।

ड.) अक्सर जैसे कि 'मोटर द्वारा संचालित' है, जैसी स्थिति में 'चलते रहना' जैसे थोड़े समय के लिए स्थिर रहने में असहज होना या असमर्थ होना, रेस्तरा, बैठक में दूसरों के द्वारा बेचैन या परेशान होने के रूप में अनुभव किया जा सकता है।

च) अक्सर बहुत ज्यादा बोलना।

छ) अक्सर प्रश्न खत्म होने के पहले ही तपाक से उत्तर दे देना (जैसे कि लोगों के वाक्य को पूरा कर देना, बातचीत में अपनी पारी आने का इंतजार नहीं कर पाना)।

ज) अपनी पारी आने के इंतजार करने में समस्या होना (जैसे कि कतार में इंतजार करते समय)।

झ) दूसरों की क्रियाकलापों में हस्तक्षेप करना या उनकी चीजों में घुस जाना (जैसे– बातचीत, खेल या कार्यों में टांग अड़ाना, दूसरों की सहमति के बिना उनके सामानों का उपयोग करना। किशोर और वयस्कों के लिए, अपने आप उन कार्यो में घुस जाना या उसे ले लेना जो दूसरे क्या कर रहें हैं।

ख) 12 वर्ष के पहले ही कई तरह की लापरवाही या अतिक्रियाशील आवेग का उपस्थित होना।

ग) दो या ज्यादा परिस्थिति/स्थानों में कई लापरवाही भरा या अतिक्रियाशील आवेगपूर्ण लक्षणों का उपस्थित होना। (जैसे– घर, स्कूल या कार्य-स्थल में, दोस्तों या रिश्तेदारों के साथ, दूसरे कार्यों में)।

घ) इस बात के स्पष्ट प्रमाण मिलता है कि लक्षण सामाजिक, शैक्षिक या व्यावसायिक क्रियाकलापों की गुणवत्ता को कम बाधित करते हैं।

ड़ लक्षण मनोविदिलता या दूसरों मनोरोगी विकार के प्रगति होने के दौरान पूरी तरह

से प्रकट नहीं होता है और दूसरे मानसिक विकारों के द्वारा भी बेहतर ढ़ंग से समझा/विवेचना/नहीं की जा सकती है। जैसे मनोदशा विकार, चिन्ता विकार, विघटनशील विकार, व्यक्तित्व विकार, किसी पदार्थ का नशा या प्रतिकार)।

12.4.2 कारणात्मक कारक

शोध से पता चलता है कि ध्यान कभी अतिक्रियाशीलता विकार का कारण सामाजिक नहीं होता। **आनुवंशिक कारक** अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं क्योंकि जुड़वां बच्चे और परिवार पर किये गये अध्ययन अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार में उच्च मात्रा में आनुवंशिकता को दिखाते हैं। दत्तक ग्रहण के शोधों में ऐसे बच्चों के दत्तक माता-पिता की तुलना में अति सक्रिय बच्चों के जैविक माता-पिता में अतिसक्रियता की उच्च दर दिखाता है। अणुसंबन्धी आनुवंशिक अध्ययन में पाया गया है कि अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार के होने के लिए कई तरह के जीन जोखिम में योगदान देते हैं। विशेष रूप से डीटी-1 या डोपामाइन परिवाहक जीन की ओर इंगित करता है। तंत्रिकातंत्र के शरीर विज्ञान के अध्ययन द्वारा अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार और विशिष्ट नियंत्रण वाले लोगों के मस्तिष्क में संरचनात्मक और कार्यात्मक अन्तर पाया गया है विशेष रूप से, ललार लोब, बैसल गैन्गिलया और सेरिबैलम में अंतर देखा गया है। कार्यकारिणी निर्वाहक कार्य (उच्च स्तरीय संज्ञानात्मक किया) जैसे कि तर्कसंगत/कार्यकारी स्मृति, अवधान, ओर प्रतिक्रिया का विरोध अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित लोगों में विशिष्ट नियंत्रण के सम्बन्ध में कमजोर पाया गया। अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार दो तंत्रिकासंचारक अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकारअवधान-न्यूनता-अतिक्रिया विकार, डोपामाइन और नारइपाइनफ्राइन के दुष्क्रिया से जुड़ा हुआ है। वैज्ञानिकों ने पाया कि लापरवाही और ध्यानभंगता निम्न स्तर के नारपेनफ्रिन से जुड़ा हुआ प्रतीत होता है। जहाँ आवेगशीलता और अतिक्रियाशीलता जैसी समस्या मस्तिष्क में निम्न स्तर के डोपामाइन से जुड़ा हुआ प्रतीत होता है। इस प्रकार, क्योंकि बच्चा मस्तिष्क में उत्तेजना की कमी का अनुभव करता है। इस चीज के क्षतिपूर्ति के रूप में अतिक्रियाशीलता का प्रदर्शन करता है इसलिए अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे में उत्तेजक औषधि को एक दवा के रूप में निर्धारित किया जाता है। गर्भावस्था और जन्म से सम्बन्धित कारक जैसे कि प्रसव के दौरान माँ की आयु (आयु में कम), माँ का शैक्षिक स्तर (कम), प्रसव वेदना के बीच का समय (लम्बा) और समय पूर्व बच्चे का जन्म बच्चे में अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के विकसित होने की उच्च सम्भावना से संबंधित है। वातावरण सम्बन्धी विषैले तत्व जैसे कि सीसा, मदिरा और तम्बाकू का प्रसवपूर्ण प्रयोग की ओर इशारा करती है। कुछ दवाइयाँ जैसे कि दौरे के समय की दवाइयों अक्सर लापरवाही और अतिक्रियाशीलता के परिणामस्वरूप देखी जा सकती हैं। कुछ शोधकर्त्ता यह भी कहते हैं कि कुछ अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार बच्चों का व्यवहार कृत्रिम रंग से भरा भोजन करने, कुछ परिरक्षक और एलर्जी पैदा करने वाला तत्व वाला भोजन करने के पश्चात बिगड़ गया है।

जबकि **सामाजिक कारण** जैसे कि पालन-पोषण का तरीका, शिक्षा, और हम उम्र साथियों के साथ सम्बन्ध दुर्बलता/हानि की मात्रा ओर प्रकार को कम कर सकती है लेकिन ये अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार का कारण नहीं हो सकता है। कुल मिलाकर, अतिक्रियाशील बच्चे के माता-पिता का कठोर और नकारात्मक व्यवहार अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार बच्चे के कठिन, विघटनकारी और गैर-आज्ञाकारी होने से सम्बन्धित है। बच्चों के ध्यान अवधि को छोटा जल्दी टी.वी. देखने को पाया गया है। टी.वी. कार्यक्रमों में पात्रों का आक्रामक अतिक्रियाशील चित्रण भी कठिन व्यवहार को बढ़ा चढ़ाकर पेश करने के लिए पाया गया है।

12.4.3 उपचार

औषधि निर्देश अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के उपचार के लिए कुछ विकल्प निम्नलिखित हैं:

ध्यान की कमी उच्चक्रियाशीलता विकार के ग्रसित बच्चों के लिए निर्देशित कुछ औषधियाँ जैसे रिटेलिन, एम्फैटेमिन अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार के लिए एक सामान्य उपचार है। रिटेलिन एक उत्तेजक औषधि है और यह अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे पर शांत प्रभाव डालता है, जो कि एक सामान्य वयस्क के लिए अपेक्षित उत्तेजना को बढ़ा देने और अधिक शक्ति का अनुभव करने के विपरीत है। रिटेलिन बच्चों की बेचैनी और आक्रामकता को कम करने में मदद करते पाया गया है। यह अध्ययन में ध्यान केन्द्रीत करने में भी मदद करता है और कक्षा व घर में दुर्व्यवहार को कम करता है। बच्चों में रिटेलिन के उपयोग से संबंधित कुछ महत्वपूर्ण दुष्प्रभाव भी होते हैं जिसमें मस्तिष्क में रक्त का प्रवाह कम हो जाना है जिसके परिणामस्वरूप सोचने की क्षमता का क्षीण होना और स्मृति हानि का होना, विकास हार्मोन का विघटन, बुद्धि अंतःस्राव का विघटन, बच्चे के शरीर और मस्तिष्क में विकास के दमन को बल मिलना, अनिंद्रा मनोरोगी लक्षण और अन्य लक्षण हो सकते हैं। रिटालीन जैसी औषधि अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार को ठीक नहीं करती है लेकिन ये व्यवहारगत लक्षणों को कम कर सकती है। औषधि के साथ-साथ **मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेप** सम्पूर्ण उपचार के लिए महत्वपूर्ण होता है। व्यवहारपरक ऋण नीतियाँ जिसमें कि कक्षा में चयनात्मक पुनर्बलन सम्मिलित है और इस तरह से सामग्री का संरचना जो कि सफलता के अनुभव को बढ़ाता है। उदाहरण के लिए अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित एक लड़की को कक्षा में ज्यादा समय तक बैठने के लिए प्रशंसा होनी चाहिए फिर चाहे वह 1:30 घण्टे की कक्षा में 15 मिनट के लिए ही क्यों ना बैठे। यदि वह पहले 5 मिनट से कुछ भी ज्यादा बैठने में असमर्थ होती है। पारिवारिक चिकित्सा माता-पिता और भाई-बहनों को ज्यादा से ज्यादा उपयोगी व्यवहार करने और आक्रामकता एवं विध्वंसक व्यवहार के विलोपन/समाप्ति में व्यावहारिक रणनीतियों को समझने में सहायता करता है ताकि उत्पादक व्यवहार को बढ़ाया जा सके और आक्रामक और विनाशकारी व्यवहार को समाप्त किया जा सके। **स्कूल आधारित हस्तक्षेप** योजना का उद्देश्य अध्यापकों को कक्षा में अतिक्रियाशीलता और लापरवाही (inattention) की समस्याओं के साथ सामंजस्य बैठाना सिखाना होता है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

1) अवधान-न्यूनता अतिक्रिया विकार के उप प्रकारों को वर्गीकृत कीजिए।

.....

.....

.....

2) अतिक्रियाशीलता के कारणों में सामाजिक कार्यों की भूमिका क्या है?

.....

.....

.....

.....

3) आवेगशीलता को परिभाषित कीजिए।

.....

.....

.....

.....

12.5 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंतिम भाग में पहुंच गये हैं। आइए, उन सभी महत्वपूर्ण बिन्दुओं को देखते हैं जो हम पहले ही पढ़ चुके हैं।

- विकासात्मक मनोविकृति विज्ञान मनोविज्ञान का वह क्षेत्र है, जो कि सामान्य विकास प्रक्रिया के सम्बन्ध में महत्वपूर्ण गड़बड़ी के कारण और स्रोत के अध्ययन को समर्पित है।
- विषाद से ग्रसित बच्चे परिवार व दोस्तों से दूर जाना, आँख मिलाने से बचना, शारीरिक शिकायत करना, भूख कम लगना और/या आक्रामक व्यवहार जैसे लक्षण प्रदर्शित करते हैं। कुछ मामलों में बच्चे आत्महत्या या आत्महत्या का प्रयास भी कर सकते हैं। अवसाद ग्रस्त बच्चों में व्यस्कों से अलग अति अपराध बोध होता पाया गया है। सुबह के समय अवसाद दर कम होना और वज़न कम होना देखा गया है। बचपन में अवसाद के परिणाम के लिए आनुवंशिक कारक पारिवारिक वातावरण में तनाव के साथ प्रभाव डालते हैं।
- निष्कासन विकार बच्चों में पेशाब करने और मल त्याग करने में समस्याओं से सम्बन्धित है। ऐसे हालात में बच्चे मल या मूत्र कर त्याग अनुचित समय एवं जगह में प्रासंगिक मल त्याग या मूत्र त्याग जैसी घटना हो सकती है।
- विपक्षी कमी विकार और आचरण विकार को डीएसएम-5 में विध्वंसकारक, आवेग-नियंत्रण और आचरण विकार के अंतर्गत वर्गीकृत किया गया है क्योंकि ये सभी मुख्य रूप से आक्रामकता व आसामाजिक व्यवहार दिखलाते हैं।
- बहु सर्वागी उपचार बच्चे के उपचार को विकसित करते समय कई कारकों परिवार, स्कूल, समुदाय, हम उम्र साथी सभी के बारे में विचार करता है।
- अवधान में कमी/अतिक्रियाशील विकार से ग्रसित बच्चे अवधान बनाए रखने में कठिनाई प्रदर्शित करते हैं व अत्यधिक और अनावश्यक पेशीय गतिविधि को दिखाते हैं और सामाजिक व्यावसायिक/शैक्षिक क्रियाओं में आवेगशीलता प्रदर्शित करते हैं।

12.6 मुख्य शब्द

स्नायु-विकासात्मक विकार : यह मस्तिष्क के संरचनात्मक और/या कार्यात्मक अंतर के परिणामस्वरूप उत्पन्न गम्भीर रूप से अक्षम स्थिति का एक समूह है, जो जन्म के समय ही या बच्चे के विकास के शुरुआत में ही स्पष्ट हो जाता है।

बाल्यावस्था विषाद : विषाद से ग्रसित बच्चे दोस्तों और परिवार से दूर जाना, आँख मिलाने से बचना, शारीरिक शिकायतें करना, भूख कम होना और/या आक्रामक व्यवहार जैसे लक्षण प्रदर्शित करते हैं।

असंयतमूत्रता : 5 वर्ष के बाद भी बिस्तर गीला करना या आदतन अनैच्छिक निर्वहन करना जो कि जैविकीय कारण से नहीं होता है।

असंयतपुरीषता : 4 वर्ष के बाद भी आँत गति के लिए मलत्याग करना सीखना की अयोग्यता से सम्बन्धित होता है।

विपक्षी विद्रोही विकार : यह आप्त व्यक्ति के प्रति लगातार नकारात्मकता, विद्रोही, अवज्ञाकारी और शत्रुतापूर्ण व्यवहार की उपस्थिति है।

आचरण विकार : यह एक ऐसा विकार है जिसमें बार-बार ऐसा व्यवहार करता है, जो लोगों के अधिकार या सामाजिक मानक को तोड़ता है।

बहुसर्वांगी उपचार : बच्चे के उपचार में यह बहुकारकों को सम्मिलित करता है जिसमें परिवार, स्कूल, समुदाय और हम उम्र दोस्तों को सम्मिलित किया जाता है।

अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार : अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार से ग्रसित बच्चे निरंतर ध्यान, अत्यधिक एवं अतिरंजित पेशीय गतिविधि को बनाए रखने में कठिनाइयों का अनुभव करते हैं और विकासात्मक स्तर के सापेक्ष में जो आवेगशीलता उत्पन्न होती है वो उनके सामाजिक व्यावसायिक/शैक्षिक क्रियाओं को प्रभावित करता है।

12.7 पुनरावलोकन प्रश्न

1) निम्नलिखित में से कौन सा विकार स्नायु विकासात्मक विकार का उदाहरण नहीं है।
   - क) अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार
   - ख) बाल्यावस्था विषाद
   - ग) स्वलीनता वर्णक्रम विकार
   - घ) विशिष्ट अधिगमन विकार

2) विकासात्मक विकार उन स्थितियों से सम्बन्धित है, जो जीवन के ..... में होता है।
   - क) शुरुआत
   - ख) बाद
   - ग) सेवानिवृत्ति के बाद

3) .....से ग्रसित बच्चे को ऐसे स्थितियों में अपने क्रियाओं को नियंत्रित करने में कठिनाई आती हैं, जिसमें स्थिर होकर बैठना होता है जैसे कि कक्षा में या खाना खाते समय।

4) अत्यधिक गतिविधि से संबंधित अति सक्रियता दो रूपों में प्रकट होती है..... .....अति सक्रियता और ..... अतिक्रियाशीलता।

5) निष्कासन विकार दो प्रकार के होते हैं, ... और .....।

6) विपक्षी विद्रोही विकार और आचरण विकार के कारणों पर चर्चा कीजिए।

7) अवधान-न्यूनता/अतिक्रिया विकार की नैदानिक स्वरूप का वर्णन कीजिए।

8) बाल्यावस्था विसाद के कारणात्मक कारक और उपचार पर चर्चा कीजिए।

9) निष्कासन विकारों के नैदानिक मानदंडों पर चर्चा कीजिए।

12.8 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

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

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

Kring, A. M., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2014), *Abnormal psychology (13th Edition),* New York: John Wiley & Sons.

12.9 चित्रों के संदर्भ

- Multisystemic Treatment (MST) of Conduct Disorder. Retrieved 7th September 2019, from http://www.mstuk.org/about/about-2.
- Foetal Alcohol Syndrome. Retrieved 10th September 2019, from https://healthand.com/in/topic/general-report/fetal-alcohol-syndrome
- Non-Verbal Communication. Retrieved 14th September 2019, from https://globalcommunicationcorporation.weebly.com/non-verbal-communications.html
- Reciprocal relationship between socialization and communication impairments in autism. Retrieved 14th September 2019, https://www.autismempowerment.org/2014/03/22/communication-autism-personal-reflections/

12.10 ऑनलाइन संसाधन

- ADHD brain.

https://www.webmd.com/add-adhd/adult-adhd-17/video-adult-adhd-brain

- MichealPhelp's Story of ADHD. https://www.understood.org/en/learning-attention-issues/personal-stories/famous-people/celebrity-spotlight-how-michael-phelps-adhd-helped-him-make-olympic-history

रिक्त स्थानों के उत्तर (1-5)

1) बाल्यावस्था विषाद

2) शुरुआत

3) अवधान कमी / अतिक्रियाशीलता विकार

4) पेशीय, वाचिक

5) असंयतमूत्रता और असंयतपुरीक्षणता

इकाई 13 बाल्यावस्था एवं तंत्रिकाजन्य विकार-II*

संरचना

13.0 प्रस्तावना

13.1 बौद्धिक अक्षमता

13.1.1 नैदानिक स्वरूप

13.1.2 कारणात्मक कारक

13.1.3 उपचार

13.2 स्वलीनता वर्णक्रम विकार

13.2.1 नैदानिक स्वरूप

13.2.2 कारणात्मक कारक एवं उपचार

13.3 विशिष्ट अधिगम विकार

13.3.1 नैदानिक स्वरूप

13.3.2 कारणात्मक कारक और उपचार

13.4 सारांश

13.5 मुख्य शब्द

13.6 पुनरावलोकन प्रश्न

13.7 संदर्भ सूची एवं पढ़ने के सुझाव

13.8 चित्रों के लिए संदर्भ सूची

13.9 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

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

- तंत्रिकाजन्य विकारों की प्रकृति का वर्णन कर सकेंगे;
- बौद्धिक अक्षमता स्वलीनता वर्णक्रम विकार की नैदानिक स्वरूप, कारणात्मक कारक एवं उपचार पर विस्तृत वर्णन कर सकेंगे; और
- विशिष्ट सीखने की अक्षमता नैदानिक स्वरूप, कारणात्मक कारक, एवं इसके उपचार पर चर्चा कर सकेंगे।

13.0 प्रस्तावना

विकास संबंधी विकार वह अवस्था है, जो प्रायः जीवन काल में बहुत पहले प्रारंभ हो जाती हैं और बच्चे के विकास के एक या अधिक ज्ञानक्षेत्र को प्रभावित करती है जैसे (शारीरिक, संज्ञानात्मक, सामाजिक–भावनात्मक, एवं नैतिक)। पिछली इकाई में, हमने इन बिन्दुओं पर प्रकाश डाला जो हमारी नैदानिक सुविधाएँ बाल्यावस्था अवसाद, उन्मूलन विकार, आचरण विकार और ध्यान सम्बन्धी विकार से संबंधित थे। वहाँ इसके कारणात्मक कारक और उपचार पर भी चर्चा की गई।

*डॉ. इतिशा नागर, सहायक प्राध्यापक (मनोविज्ञान), कमला नेहरू महाविद्यालय, नई दिल्ली।

कुछ विकार जैसे स्वलीनता वर्णक्रम विकार, बौद्धिक अक्षमता, विशिष्ट सीखने की अक्षमता ऐसी अवस्थाएँ हैं जो बाल्यावस्था में उत्पन्न होती हैं और वयस्क होने तक रहती हैं । यह सभी तंत्रिका-विकासात्मक विकार या विकारों का समूह जो गंभीर रूप से दिव्यांग अवस्थाओं का प्रमाण देते हैं प्रायः हमारे समक्ष होते हैं, मानसिक संरचनात्मक या कार्यात्मक असमानता के रूप में हमारे मस्तिष्क में जन्म के समय से अथवा बालक के बढने के अनुरूप और स्पष्ट होता जाता है। इस इकाई में हम ऐसे विकारों पर ध्यान केन्द्रीत करेंगे जैसे – स्वलीनता वर्णक्रम विकार, बौद्धिक अक्षमता, विशिष्ट सीखने की अक्षमता एवं इनकी नैदानिक स्वरूप, कारणात्मक कारक और उपचार।

13.1 बौद्धिक अक्षमता

बौद्धिक अक्षमता को बौद्धिक विकास संबंधी विकार के रूप में भी जाना जाता है जिसका अभिप्राय हैं सामान्य मानसिक क्षमताओं जैसे– तर्क, समस्या हल करना, योजना बनाना, अमूर्त सोच, निर्णय, शैक्षणिक कार्य सीखना और अपने अनुभवों से 18 वर्ष की आयु से पहले सीखना। यह परिभाषा बुद्धिमत्ता की कमी के साथ-साथ प्रदर्शन की कमी को भी दर्शाती हैं। यहाँ आयु मापदंड महत्वपूर्ण हैं क्योंकि यह उन व्यक्तियों के बीच अंतर बताता है, जो अपने विकास के साथ-साथ बौद्धिक अक्षम होते हैं एवं ऐसे व्यक्तियों का परिपक्वता के बाद बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित होते हैं। बाद वाले व्यक्तियों की बौद्धिक अक्षमता के बजाय मनोभ्रंश का निदान किया जाता है। जैविक, मनोसामाजिक, समाजिक अथवा तीनों का एक संयोजन बौद्धिक अक्षमता का कारण हो सकता हैं।

दूसरी मानसिक बीमारियों की तुलना में बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों को अधिक परेशानियाँ उठानी पड़ती हैं, उनमें अधिकांशतः अवमूल्यन, कलंक, डराना धमकाना और नौसिखिया लोगों एवं चिकित्सा पेशेवरों से अपमानजनक उचार प्राप्त हुआ है। उम्र के आधार पर चिकित्सा शब्द को अलग-अलग वर्गीकृत करते थे बौद्धिक क्षमता के स्तरों को युगों में अर्थात् बेवकूफ, मूर्ख, और अल्पबुद्धि। इसी तरह, बौद्धिक अक्षमता के लिए उपयोग किया जाने वाला शब्द डी.एस.एम-IV में मंद था जो स्वयं में एक दुरुपयोग था।

लगभग 1-3 प्रतिशत सामान्य जनसंख्या बौद्धिक अक्षमता की श्रेणी में आती है (ए.पी.ए., 2013) जिसमें सबसे बड़ी संख्या में बौद्धिक अक्षमता का आकलन कर निदान की गई है। हल्के सौम्य बुद्धि वाले लोग, उचित तैयारी के साथ दिन के अधिकांश कार्य कर सकते हैं उनमें से ज्यादातर लोग बड़े पैमाने पर परिवहन का उपयोग, किराने का सामान खरीदना और अन्य तरह के काम कर सकते हैं। जबकि अधिक गंभीर हानि वाले लोगों की आवश्यकता हो सकती है, जैसे भोजन खाने में, नहाने में एवं स्वयं को तैयार करने में, हालाकि उचित प्रशिक्षण और समर्थन के साथ वह जीवन जीने की स्वतंत्रता प्राप्त कर सकते हैं। निम्न और तीव्र दोनों मामलों की कठिनाइयाँ होती हैं उदाहरण स्वरुप, निम्न मामलों में संचार हो सकता है हालांकि अभिव्यक्ति और हावभाव की समस्या हो सकती हैं। इसके विपरीत, तीव्र बौद्धिक अक्षमता वाले लोग शायद कभी बोलना और अभिव्यक्त करना नहीं सीख सकते, उनको सांकेतिक भाषा की आवश्यकता हो सकती है। संज्ञानात्मक प्रक्रियाएँ प्रतिकूल होती हैं बौद्धिक अक्षमता से प्रभावित लोगों में, सीखना एक चुनौती होता है ऐसे व्यक्तियों के लिए हालांकि, चुनौती का स्तर इस बात पर निर्भर करता है कि संज्ञानात्मक दिव्यांगत कितनी व्यापक है। डी.एस.एम-IV के विपरीत, डी.एस.एम-5 (निम्न, सामान्य, तीव्र) में गंभीरता का स्तर निर्धारित होता है, अनुकूल कार्यप्रणाली के आधार पर न कि बुद्धि लब्धि (आईक्यू) प्राप्तांक के आधार पर। ऐसा इसलिए, क्योंकि अनुकूली कार्यप्रणाली के लिए आईक्यू प्राप्तांक आवश्यक है जीवन को सुचारू रूप से चलाने के लिए एवं

स्वीकृति के लिए। आईक्यू प्राप्तांक को अधिक महत्व नहीं दिया जाता है वरन अनुकूली कार्यप्रणाली को महत्त्व अधिक दिया जाता हैं अनुकूली कार्यप्रणाली के तीन डोमेन हैं– वैचारिक, सामाजिक और व्यावहारिक डोमेन। बुद्धिमत्ता का मूल्यांकन इन तीनों डोमेन (वैचारिक, सामाजिक और व्यावहारिक) पर निर्भर करता है, जो यह सुनिश्चित करता हैं कि चिकित्सक अपने निदान का आधार सामान्य जीवन को सुचारू रूप से चलाने वाली क्षमताओं से करें, रोजमर्रा की जीवन-शैली को ध्यान में रखकर। प्रारंभिक निदान के साथ, माता-पिता का सहयोग एवं विशेष शैक्षिक कार्यक्रम की सहायता से बौद्धिक असक्षम व्यक्ति भी रोजमर्रा के कार्य में सफलता प्राप्त कर सकता हैं और कार्यक्षमता बढ़ा सकता है।

चित्र 13.1 : डी.एस.एम-5 में अनुकूली कार्यप्रणाली के क्षेत्र

बॉक्स 13.1 : केस स्टडी – बौद्धिक अक्षमता

जगदीश की माँ ने मनोवैज्ञानिकों से संपर्क किया क्योंकि वह स्कूल में और कार्य पर विघटनकारी होता जा रहा था। जगदीश 17 वर्ष का लड़का है जो डाउन सिंड्रोम से पीड़ित हैं जिसको कभी-कभी शरारती और कभी-कभी अच्छा पसंद किये जाने वाला लड़का कहा जा सकता था। बचपन से ही, जगदीश 40-50 की सीमा में आईक्यू कामकाज के कई परीक्षणों से गुजरा था, जिसको कि मध्यम बौद्धिक असक्षमता में स्थापित करते हैं । स्कूल में, जगदीश को विशेष समस्याओं वाली कक्षा में रखा गया, लेकिन कक्षा-II के बाद आगे बढ़ने में असमर्थ था जिसे उनके शिक्षकों ने उन्हें विशेष कक्षाओं में रखा। जगदीश हँसमुख और मिलनसार है अपने शिक्षकों के लिए और अपनी कक्षा में कई दोस्त बनाए हैं। वह बहुत सामाजिक है और स्कूल की सभी गतिविधियों में भाग लेता है, खासकर जिसमे संगीत और नृत्य शामिल हो। हालांकि, हाल ही में उनके शिक्षकों ने उनके माता-पिता से शिकायत की, कि वह मुश्किल और विरोधपूर्ण होता जा रहा है। जब जगदीश की माँ से पूछा गया, उन्होंने निराशा व्यक्त की और कहा, कक्षा में जगदीश को उबाऊ और दोहराव वाले कार्य करने को दिए जाते हैं, जैसे– पेपर फोल्डिंग। जगदीश को भी बहुत निराशा हो रही थी, क्योंकि उसके साथ *''एक बच्चे की तरह व्यवहार किया जा रहा था''*। जब भी जगदीश को आसान कार्य, जो उसके लिए बेहद आसान है वह दिया जाता था, वह विघटनकारी और शरारती बच्चे

की तरह प्रतिक्रिया देता था। हालांकि, उनके व्यवहार की व्याख्या उसके शिक्षक द्वारा कुछ इस प्रकार की गई, कि जो कार्य उसे दिया गया वह उसके लिए बहुत कठिन था और उसने उत्तर दिया और फिर उसको सरल कार्य दिया गया, जिसका जगदीश ने विरोध किया और अधिक सख्त रवैया अपनाया।

बॉक्स 13.2 : बौद्धिक अक्षमता के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए, 2013)

क) बौद्धिक कार्यों की कमी, जैसे तर्क, समस्या को हल करना, नियोजन, अमूर्त सोच, निर्णय, अकादमिक शिक्षण या सीखने का अनुभव से, और दोनों व्यक्तिगत नैदानिक मूल्यांकन एवं मानकीकृत बुद्धि परीक्षण ने की हैं ।

ख) अनुकूली कार्यप्रणाली में कमी (जो) विकासात्मक और सामाजिक-सांस्कृतिक मानक को व्यक्तिगत स्वतंत्रता और सामाजिक उत्तरदायित्व को पूरी करने में बाधा डालते हैं। चल रहे समर्थन के बिना, अनुकूली क्षति एक या एक से अधिक कार्य को सीमित करता है जैसे– संचार, सामाजिक योगदान स्वतंत्र जीवन, कई वातावरणों में भागीदारी जैसे घर, स्कूल, कार्य और समुदाय।

ग) विकास के दौरान बौद्धिक और अनुकूली घाटे की प्रारंभिक अवधि।

13.1.1 नैदानिक स्वरूप

डी.एस.एम-5 मानदंड दैनिक कौशल के आधार पर गंभीरता को वर्गीकृत करता है। श्रेणियों इस प्रकार हैं:

हल्के बौद्धिक अक्षमता

अधिकांश लोग जो बौद्धिक अक्षमता से ग्रसित हैं वह हल्के बौद्धिक दिव्यांगता वाले हैं। ये माना जाता है कि उन्हें शिक्षित किया जा सकता है (तीसरी से छठी कक्षा), इनका बौद्धिक स्तर वयस्कों के रूप में औसत 8-11 वर्ष के बच्चों के लिए तुलनीय है। सामाजिक रूप से उन्हें ऐसा माना जाता है कि वह किशोर अवस्था में है हालांकिं उनके पास कल्पना, आविष्कारशीलता और निर्णय की कमी है अधिकतर मामलों में बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के कोई विकार नजर नहीं आता, न ही मस्तिष्क विकृति से और न ही शारीरिक विसंगतियों से I यह व्यक्ति कुछ सीमित और सीमित पर्यवेक्षण की अध्यक्षता में कार्य कर सकते हैं, क्यूंकि इनकी सीमित क्षमता हैं और यह व्यक्ति अपने कार्यों का परिणाम देख सकते हैं वयस्क व्यक्ति विवाह कर सकता है बच्चे पैदा कर सकता है, लेकिन संकट के दौरान इनको महत्वपूर्ण मदद की आवश्यकता हो सकती है। प्रारंभिक निदान, माता-पिता की सहायता, विशेष शैक्षिक व्यक्तियों की मदद से ये व्यक्ति सरल अकादमिक और व्यावसायिक कौशल और स्वयं-सहायता करने वाले नागरिक बन सकते हैं।

मध्यम बौद्धिक अक्षमता

मध्यम बौद्धिक क्षमता वाले व्यक्ति आमतौर पर 4-7 वर्ष के बच्चों के बौद्धिक स्तर को 'शिक्षित करने योग्य' और 'प्रशिक्षित के रूप में प्राप्त करते हैं। वे थोड़ा बहुत पढ़-लिख पाने में सक्षम हो पाते हैं और मौखिक रूप से संवाद करने की कोशिश भी कर लेते हैं, लेकिन इनके सीखने की दर और अवधारणा के स्तर बहुत सीमित हैं (प्रथम से द्वितीय श्रेणी)। यह व्यक्ति प्रशिक्षण की सहायता से कुछ हद तक आंशिक स्वतंत्रता हासिल कर सकते हैं, रोजमर्रा के कार्यों में, और एक आश्रय वाले वातावरण में नौकरी कर सकते हैं।

गंभीर बौद्धिक अक्षमता

इन व्यक्तियों में संवेदी दोष, मोटर दिव्यांगता और भाषण कौशल विकास बुरी तरह प्रभावित होता है। एक सीमित स्तर है व्यक्तिगत स्वच्छता और स्वयं सहायता कौशल, जो किसी भी तरह उनकी निर्भरता को कम करते हैं, लेकिन वे व्यक्ति हमेशा देखभाल के लिए दूसरों पर निर्भर होते हैं। कुछ व्यक्ति, निगरानी में प्रशिक्षण की सहायता से कुछ हद तक सरल व्यावसायिक कार्य कर सकते हैं ।

गहन बौद्धिक अक्षमता

ऐसे व्यक्ति गंभीर रूप से प्रभावित होते हैं और इनमें कमी होती है अनुकूली व्यवहार की और ये असमर्थ होते हैं सरल कार्यों को भी करने के लिए, जैसे–बटन बंद करना एवं खोलना, खाने के लिए चम्मच का उपयोग करना, शौचालय प्रशिक्षण, स्नान आदि कुछ व्यक्तियों में, भाषण का विकास नहीं हो सकता है या अल्पविकसित हो सकता है। आमतौर पर जैविक मस्तिष्क क्षतियाँ उत्पन्न होती हैं शारीरिक असामान्यताएँ, केंद्रीय तंत्रिका तंत्र विकार के परिणामस्वरूप और इनका निदान शैशवावस्था में किया जा सकता है। ऐसे व्यक्तियों को निरंतर सहायता और समर्थन की आवश्यकता होती है समर्थन और अभिरक्षण इन्हें जीवन भर चाहिए। आमतौर पर इन व्यक्तियों का स्वास्थ्य खराब रहता है और रोग प्रतिरोधी क्षमता भी कम रहती हैं।

13.1.2 कारणात्मक कारक

बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों को उनके आधार पर दो समूहों में वर्गीकृत किया जा सकता है– पहला, जैविक आधार, यानी बौद्धिक क्षमता किन्ही ज्ञात मस्तिष्क पैथोलॉजी अथवा जैविक हानि के कारण। इन मामलों में, कामकाज का स्तर लगभग हमेशा कम से कम रहेगा। गहन बौद्धिक अक्षमता, हालांकि दुर्लभ हैं परन्तु यह भी कार्बनिक विकृति विज्ञान से संबंधित है। दूसरा, सांस्कृतिक-पारिवारिक आधार हैं बौद्धिक अक्षमता का, लगभग 25 प्रतिशत मामले आमतौर पर हल्के बौद्धिक अक्षमता वाले होते हैं, जो परिणाम होते हैं सामाजिक एवं पर्यावरण प्रभाव के, जैसे– उपेक्षा, दुरुपयोग और सामाजिक उत्पीड़न के *(बार्ली* और *डूरंड,* 2015) पर्यावरणीय कारक जैसे– बाल शोषण, उपेक्षा और सामाजिक-संवेगात्मक अभाव एक साथ मिलकर जैविक कारणों पर प्रभाव डालते हैं, जो बौद्धिक अक्षमता का कारण होता हैं।

आनुवंशिक कारक

बौद्धिक अक्षमता (विशेषकर हल्के बौद्धिक *अक्षमता)* परिवार में पहले से प्रचालित होती है लगभग ऐसे 300 जीन्स की पहचान की गई है, जो बौद्धिक अक्षमता को विकसित करने में योगदान देते हैं। हालांकि, यह भी महत्वपूर्ण है कि गरीबी और सामाजिक-सांस्कृतिक अभाव भी सहायक होते हैं बिगडे हुए मस्तिष्क के विकास में जो प्रायः परिवार में मौजूद होती है। आनुवंशिक विपथन बढ़ाते हैं चयापचय परिवर्तन को जो मस्तिष्क के विकास को नकारात्मक रूप से प्रभावित करते है। हल्की बौद्धिक अक्षमता को आमतौर पर कई जीन्सों के लिए जिम्मेदार ठहराया जाता है, जबकि गंभीर और गहरा बौद्धिक अक्षमता की पहचान योग्य एकल जीन विकार से जुड़े होने की संभावना है। प्रमुख जीन विकार (इसके लिए केवल एक जीन की आवश्यकता है) में तपेदिक काठिन्य जैसी स्थितियाँ सम्मिलित हैं। लगभग 60 प्रतिशत तपेदिक काठिन्य के लोगों में दौरे के साथ-साथ बौद्धिक अक्षमता भी होती है त्वचा पर विशेषता धब्बों *(कुराटोलो, बॉम्बार्डियरी,* और *जोजवाक,* 2008)। रेसेसिव जीन डिसऑर्डर (केवल तभी प्रकट होता है जब किसी अन्य प्रति के साथ जोड़ा जाता है स्वयं) जैसे

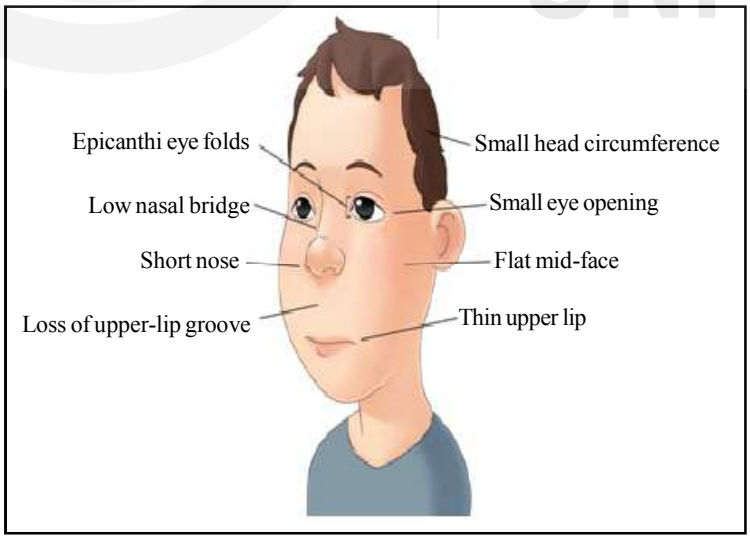
फेनिलकेटोनुरिया (पी.के.यू) जिसमें बच्चे को असमर्थता होती है भोजन में पाए जाने वाले प्रोटीन फेनिलएलनिन को तोड़ने में। अगर जल्दी पता चल जाए तो विशेष आहार के माध्यम से बौद्धिक अक्षमता को रोका जा सकता है। अंत में, लिंक्ड जीन, क्रोमोसोम में उपस्थित होता है) स्थितियाँ जैसे दृनाजुक, सिंड्रोम मुख्य रूप से पुरुषों को प्रभावित करती हैं और लक्षणों की तरह मध्यम-गंभीर बौद्धिक अक्षमता और ऑटिज्म जैसे कारण बनते हैं।

संक्रमण, टॉक्सिक, एजेंट और विकिरण

बौद्धिक अक्षमता से संबंधित है एक विस्तृत श्रृंखला के संक्रमण के साथ जैसे– एच.आई.वी, जर्मन खसरा, कार्बन मोनोऑक्साइड और किसी भी विषाक्तता की अधिकता के सेवन से। अत्यधिक शराब का सेवन गर्भावस्था के दौरान R.H अल्कोहल सिंड्रोम जैसी स्थिति को बढ़ाता है। आर.एच असंगति माता-पिता के बीच की भी सहायक हैं बच्चे में अशक्तता को बढावा देने में । एक चिकित्सा अध्ययन में, यह पाया गया कि भोपाल कीटनाशक संयंत्र (भोपाल गैस त्रासदी, 3 दिसंबर, 1984) से लीक हुई गैस अभी तक है तीसरी पीढ़ी को प्रभावित कर रही है। लगभग 2500 बच्चो में जन्म दोष पाया गया, और लगभग उनमें 164 का बौद्धिक आकलन करने पर पाया गया, कि वे बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित हैं। इसके अतिरिक्त, विकिरण के संपर्क में आने से उत्परिवर्तन हो सकता है, यही कारण है कि गर्भवती महिलाओं को अस्पतालों में एक्स-रे रूम में जाने की अनुमति नहीं है उदाहरण के लिए, उन 1600 बच्चों पर अध्ययन किया गया था, जो हिरोशिमा और नागासाकी (द्वितीय विश्वयुद्ध, 1945 के दौरान जापानी शहरों पर बंमबारी की गई थी) में परमाणु बंम विस्फोट के दौरान माँ के गर्भ में थे, से पता चला कि उनमें से 30 में नैदानिक रूप से गंभीर बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित थे।

आघात / शारीरिक चोट

बौद्धिक अक्षमता में संदंश की वजह जैसे– प्रसव के दौरान भ्रूण की खराबी के कारण प्रसव में कठिनाई, पर्याप्त ऑक्सीजन की कमी, प्रसव के समय देर से साँस आना, मस्तिष्क के अन्दर खून का बहाव, मस्तिष्क आघात भी सहायक होते हैं।



चित्र 13.2 : भ्रूण अल्कोहल सिंड्रोम

स्रोत: https://healthand.com/in/topic/general-report/fetal-alcohol-syndrome

कुपोषण

अस्वास्थ्यकर और असंतुलित आहार (प्रोटीन और अन्य आवश्यक पोषक तत्व रहित आहार) भ्रूण के प्रारंभिक विकास के दौरान अपरिवर्तनीय शारीरिक एवं मानसिक क्षति उत्पन्न करते हैं। भारत के अधिकांश गांवों में गरीबी और शिक्षा के अभाव के कारण कई गर्भवती महिलाएँ स्वस्थ और पोषण आहार से वछित रहती हैं। आज भी कुपोषण पाँच साल से कम उम्र के बच्चों को प्रभावित करता है और भारत में अक्सर खराब शारीरिक और मानसिक विकार के कारण उनकी मृत्यु हो जाती हैं।

जैविक प्रतिशोध सिंड्रोम

पी.के.यू एक निष्क्रिय विकार है जिसमें फेनिलएलनिन रक्त में हानिकारक स्तरों तक निर्मित होता है, कारण वंश बौद्धिक अक्षमता उत्पन्न होती हैं। बौद्धिक अक्षमता मुख्य रूप से जैविक कारणों से उपजी है, उनको वर्गीकृत किया जा सकता है नैदानिक प्रकारों में जैसे कि फेनिलकेतोनूरिया (पीकेयू), डाउन सिंड्रोम, और कपाल संबंधी असामान्यताएँ'। डाउन सिंड्रोम (ट्राइसॉमी 21) एक ऐसी स्थिति है, जिसमें किसी व्यक्ति के अतिरिक्त 21 गुणसूत्रों की प्राप्ति का उल्लेख हैं । इन व्यक्तियों में पहचानने योग्य चेहरे का स्वरूप होता है। लगभग सभी 40 वर्ष से ऊपर के व्यक्तियों में जो डाउन सिंड्रोम से ग्रसित हैं में मनोभ्रंश, अल्जाइमर के लक्षण देखने लगते हैं । गर्भाशय में डाउन सिंड्रोम का पता लगाना संभव है और इस नैतिक सवाल का नेतृत्व करते हुए यह प्रश्न उत्पन्न हुआ, कि क्या भ्रूण का पता लगाने के बाद (अगर वह डाउन सिंड्रोम से पीड़ित हैं) गर्भपात कराना उचित है या नहीं। इस बात पर एक माँ लिखती है;

''अगर हम किसी को जन्म होने के अवसर से इनकार करते हैं क्योंकि हमारे पूर्व निर्धारित माप को पूरा नहीं करते हैं तो हमें यह समझ जाना चाहिए की हमने फैसला किया है कि हम विफल होते हैं ये समझने में की मानवीय होना क्या हैं"।

मैक्रोसेफली (बड़ी सरगम) जैसी क्रानिक असामान्यताएँ, माइक्रोसेफली (छोटी सरगम), और हाइड्रोसेफली (असामान्य राशि का संचय) कुछ ऐसी स्थितियाँ हैं, जो बौद्धिक अक्षमता से जुड़ी समस्याएँ हैं।

13.1.3 उपचार

कई विशेष शिक्षा और पुनर्वास कार्यक्रम विकसित किए गए हैं बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों की अनुकूलनशीलता और कार्यक्षमता में सुधार करने के लिए। बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों का संस्थागतकरण निर्भर करता है संस्था द्वारा प्रदान की जाने वाली देखभाल और सेवाओं की गुणवत्ता से। बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों की शिक्षा और प्रशिक्षण के लिए सुविधाएँ बहुत अपर्याप्त हैं। शैक्षिक और प्रशिक्षण कार्यक्रम सुधार करने में मदद कर सकते हैं बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के कौशल में जैसे कि व्यक्तिगत सौंदर्य, सामाजिक व्यवहार, बुनियादी शैक्षणिक कौशल, और सरल पेशागत कार्यों में। व्यवहार सिद्धांतों जैसे कि एक कठिन कार्य को छोटे उप-घटक कार्यों में तोडना, व्यक्तियों को उनकी गति और अनुभव के अनुसार सीखने के लिए प्रोत्साहित करना। ऐसे व्यक्ति जो हल्के बौद्धिक अक्षमता से ग्रसित हैं उनको व्यावसायिक प्रशिक्षण की मदद देकर स्वावलंबी और समुदाय के उत्पादक सदस्य बनाने का प्रयास किया जा सकता है।

जहाँ तक संभव हो मध्यम और गंभीर बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए विशेष शिक्षा कक्षाएँ चलाई जाएं, जहाँ पर उनके विकास के लिए उन्हें स्व-देखभाल और अन्य कौशल के विकास पर जोर देना सिखाया जाए– जैसे, शौचालय प्रशिक्षण। मुख्यधारा या समावेशन कार्यक्रम, नियमित स्कूली शिक्षा माइल्ड बौद्धिक अक्षमता व्यक्तियों के साथ यह सब सावधानीपूर्वक नियोजनके तहत करना चाहिए, शैक्षिक कौशल का उच्च स्तर, और सुविधाजनक शिक्षक दृष्टिकोण बहुत ज़रूरी है।

सामान्य तौर पर, संस्थागतकरण की माँग दो प्रकार के लोगों के लिए की जाती है, जो बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित हैं– पहले वे जो गहन दिव्यांगता से ग्रसित हैं, इनके लिए संस्थागतकरण की माँग बचपन से ही की जाती हैं और दुसरे वों जिनके लिए संस्थागतकरण की माँग किशोरावस्था में की जाती है, और वह हल्के बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित हैं एवं परिसीमन और अन्य समस्याग्रस्त व्यवहार जैसे कि, आक्रामकता दर्शाते हैं। सामान्यतः दीर्घकालिक संस्थागत व्यवहार और भावनात्मक समस्याओं से संबंधित हैं। भारत में, कई ऐसे मामले हैं जहाँ संस्थागतकरण बहुत महंगा हो सकता है। यह कहना बिल्कुल असामान्य होगा की बच्चे और व्यक्ति जो बौद्धिक अक्षमता से पीड़ित हैं उन्को परिवार या समाज द्वारा लगभग कोई देखभाल या सहायता प्राप्त नहीं की जाती है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) बौद्धिक अक्षमता के निदान में अनुकूली कार्य के विभिन्न डोमेन क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

2) बौद्धिक कार्य के विभिन्न स्तरों का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) जैविक मंदता सिंड्रोम क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13.2 स्वलीनता वर्णक्रम विकार

ऑटिज्म शब्द ग्रीक शब्द 'ऑटोस' से लिया गया है जिसका अर्थ है 'स्व', जिसका इस्तेमाल पहली बार यूजेन ब्लेयूलर (स्विस मनोचिकित्सक) ने किया था। आत्मकेंद्रीत (ऑटिज्म) एक है न्यूरोडेवलपमेंटल स्थिति हैं, जो आमतौर पर पहचान ली जाती हैं बच्चे के 30 महीने की आयु तक अथवा शुरुआती जीवन के सप्ताहों में। ऑटिज्म वह स्थिति है, जो सामाजिक संचार को प्रभावित करती है और जुडी होती हैं व्यवहार के दोहरावदार पैटर्न से । डी.एस एम-5 ने चार स्वतंत्र ऑटिस्टिक विकार निदानों को जोड़कर, एस्परगर सिंड्रोम, व्यापक विकास संबंधी विकार-अन्यथा निर्दिष्ट नहीं (पीडीडी-एनओएस) और बचपन के विघटनकारी विकार का निदान किया है। हाल के शोधों से यह पता चला है कि ये सभी विकार के एक जैसे ही लक्षण हैं, जो गंभीरता की डिग्री के अनुसार ऊपर-नीचे होते रहते हैं। कोई भी दो बच्चे स्वलीनता वर्णक्रम से ग्रसित कभी एक जैसे नही हो सकते हैं। उनके पास आभाव, क्षमताओं, कठिनाइयाँ, और चुनौतियों की विस्तृत श्रृंखला अलग-अलग हो सकती है, इसलिए वर्णक्रम को वर्णन करने के लिए एक उपयुक्त शब्द पाया गया जो सभी आत्मकेंद्रित व्यक्तियों के लिए समान रहेगा। इसके अलावा, यह भी पाया गया है कि हाल के वर्षों में स्वलीनता वर्णक्रम से ग्रसित बच्चे अधिक हैं और यह बढता ही जा रहा है इसका कारण अभी अस्पष्ट है। कुछ शोधकर्ताओं का सुझाव है कि बढ़ी हुई जागरूकता ऑटिज्म के प्रति, एक कारण हो सकता हैं इसकी बढ़ती घटनाओं के आँकड़ें। यह ज्ञात हुआ है कि लड़कियों की तुलना में 4:1 के अनुपात में लड़के अधिक स्वलीनता वर्णक्रम विकार दिखाते हैं।

13.2.1 नैदानिक स्वरूप

संज्ञानात्मक या भाषा की क्षमता के बावजूद भी पारस्परिक सामाजिक संपर्क का अभाव ऑटिज्म के शुरुआती लक्षणों में से है। शैशवस्था में, बच्चा दूसरों से अलग ही लगता हैं। माँ को याद रहता है जिन बच्चो का ऑटिज्म के साथ का निदान किया जाता हैं बाद के आने वाले वर्षों में वे असफल होते हैं अपना नाम सुनकर प्रतिक्रिया देने में, जब उठाया जाता है, तब उठते नही हैं, कभी मुस्कुराते नहीं हैं या खेलते समय परिवार के लोगों को देखते नहीं हैं, और लोगों को नोटिस भी नहीं करते परिवार और अजनबियों के आतेषुरुजाते समय। यह स्थिति लोगों को ऐसा मानने के लिए प्रेरित करती हैं कि जिन बच्चो को ऑटिज्म होता हैं वे अपनी भावनाएँ व्यक्त करने में पूरी तरह असफल होते हैं और या फिर उनमें भावनाओं की कमी होती है, जबकि मूल समस्या ऑटिज्म में सामाजिक समझ की कमी के कारण होती हैं। ऑटिज्म से पीड़ित बच्चे जैसे-जैसे बड़े होते हैं, उनमें सामाजिक समझ की कमी देखी जा सकती है, शुरुआती बातचीत शुरू करने में दूसरों के साथ सामाजिक संपर्क केवल स्पष्ट जरूरतों को पूरा करने के लिए प्रतिबंधित होता है जैसे– खाना और पीना, बच्चा अकेले होने पर संतुष्ट दिखाई देता हैं और माता-पिता की बात को अनदेखा कर देता हैं, हालांकिं ऐसा सभी बच्चों में तो नही देखा गया लेकिन कुछ बच्चे सही से नेत्र संपर्क नहीं कर पाते, लेकिन स्पेक्ट्रम पर कई बच्चों के लिए रिपोर्ट किया गया है। कुछ बच्चे असामान्य तरीके से दूसरों से संपर्क कर सकते हैं, उदाहरण के लिए, चाट कर, सूंघना या काट कर। किशोर अवस्था में, सामाजिक हित की कमी सामाजिक आभाव से नहीं प्रकट होती हैं, बल्कि आयु के अनुसार सम्बंधों को उचित बनाए रखने में असमर्थता को झलकाती हैं। ऐसा इसलिए होता है, क्योंकि किशोरावस्था में, एक व्यक्ति का सामना जटिल सामाजिक परीस्थितियों से अधिक होता है, एक व्यक्ति को वर्णक्रम के आधार पर चुनौतियाँ मिल सकती हैं जहाँ उसकी समझ सामाजिक सम्मेलनों के समाजीकरण को सही रूप से न समझ पाए। उदाहरण के लिए, ऐसे व्यक्ति को समस्या हो सकती है, चुटकुले समझने में, विडंबना, व्यंग्य और अशुद्ध समझने में और इन सभी कारणों से वह स्कूल में बदमाशी का शिकार हो सकता हैं ।

स्वलीनता से पीड़ित व्यक्ति को यह समझने में कठिनाई हो सकती हैं कि कहाँ मौखिक और कहाँ गैर-मौखिक संवाद करना हैं। मौखिक संचार में कमियाँ हैं, देर से भाषा का विकास, भाषण प्राप्त करने में असमर्थता (म्यूटिज्म), शब्दों को उपयोग करने के असामान्य तरीके (आइडियोसिंक्रोनिक उपयोग), तत्काल या विलंबित इकोलिया (शब्दों या वाक्यांशों की पुनरावृत्ति या तो तुरंत या कुछ समय बाद), या अक्षमता भाषण के व्यावहारिक उपयोग के लिए (दैनिक जीवन के लिए भाषा का उपयोग करने में असमर्थता)। स्वलीनता से ग्रसित लोगों को संवाद बनाए रखने, आरम्भ करने या फिर प्रतिक्रिया देने में विफलता मिलती हैं अक्सर एक तरफ वार्तालाप में संलग्न रहना, दूसरों को इनकी स्वलीनता की समस्या को समझने में कठिनाई होती है और वह इन्हें खारिज कर देते हैं। इसके अतिरिक्त, स्वलीनता वर्णक्रम विकार से ग्रसित बच्चों को कठिनाई का सामना करना पड़ता हैं गैर-मौखिक इशारों, संकेतों और शारीरिक ढाल-चाल समझने में। लगभग 70 प्रतिशत संवाद गैर-मौखिक संचार में कमी ही सबसे बड़ी बाधा है स्पेक्ट्रम से पीड़ित लोगों के लिए, एक सफल समाजीकरण के लिए, फिर चाहे वह अत्यंत बुद्धिमान क्यों न हो।

बॉक्स 13.3 : केस स्टडी – स्वलीनता वर्णक्रम विकार

अभिषेक 5 वर्ष का है। उसकी माँ उसके कान का परीक्षण करवाने के लिए डॉक्टर के पास ले गई, जब वह 2 वर्ष का हो गया और अपने नाम पुकारने पर भी कोई उत्तर ना देना और एक शब्द भी बोलना शुरू न करना चिन्ता का कारण था। 5 साल का होने पर भी जब भी कोई उसका नाम पुकारता तो अभिषेक अपना सिर इधर-उधर मोड़ देता। कभी-कभी वह बडबडा देता था। हालांकि शौचालय का प्रयोग और अपना खाना उसे स्वयं खाना आता था, बावजूद इसके स्कूल ने उसके अभिभावकों से, उसे स्कूल से निकालने को कहा, क्योंकि अभिषेक दूसरे बच्चों के साथ घुलता-मिलता नहीं था। उसको कोई छुए, ये उसको पसंद नहीं था, और किसी की दृष्टि पड़ने पर वह दिनभर रोना-चिल्लाना शुरू कर देता, और उस समय कोई उसे प्यार करें या समझाए या शांत करने का प्रयास करे, सभी बेकार होता था। अनियमित और असंगत नेत्र संपर्क एवं अपने खिलौनों को बार-बार एक ही लाइन में लगा देना, ऐसे अक्सर देखा जाता था। वह अक्सर घंटों तक लयबद्ध गति से आगे-पीछे घूमता रहता अगर, उसको बैठाया जाए या अभिषेक की दिनचर्या में कोई बदलाव हो, ये उसकी परेशानी और उदास कर देने वाली बात होती थी।

बॉक्स 13.4 : स्वलीनता वर्णक्रम विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड (एपीए-2013)

क) कई संदर्भों में सामाजिक संचार और सामाजिक संपर्क में लगातार कमी, निम्नलिखित के रूप में, वर्तमान या इतिहास के अनुसार (उदाहरण व्याख्यात्मक है, सम्पूर्ण नहीं है; पाठ देखें)।

1) सामाजिक संवेगात्मक पारस्परिकता में कमी, उदाहरण के लिए असामान्य सामाजिक दृष्टिकोण और सामान्य पीछे और वार्तालाप की विफलता में रुचियों, संवेगों या प्रभाव को कम करने के लिए, सामाजिक अंतः क्रियाओं को आरंभ करने या प्रतिक्रिया देने में विफलता।

2) सामाजिक संपर्क के लिए उपयोग किए जाने वाले अशारीरिक संचार व्यवस्था में कमी, उदाहरण के लिए गलत एकीकृत मौखिक और गैर-मौखिक संचार से

आँखों के संपर्क और शरीर की भाषा में असामान्यता या इशारों को समझने और उपयोग में कमी (चेहरे के भावों और अशारीरिक संचार में कुल क्षति)।

3) संबंधों को विकसित करने, बनाए रखने और समझने में कमी उदाहरण के लिए, विभिन्न सामाजिक संदर्भ के अनुरूप व्यवहार को समायोजित करने में कठिनाइयों से, कल्पनशील नाटक व्याख्या करने या दोस्त बनाने में कठिनाइयों, साथियों में रुचि का आभाव।

ख) व्यवहार, हितों या गतिविधियों के प्रतिबंधित दोहराए जाने वाले पैटर्न, निम्नलिखित में से कम से कम दो, वर्तमान में या भूतकाल से प्रकट होते हैं (उदाहरण, दृश्यात्मक है, सम्पूर्ण नहीं; पाठ देखें)।

1) रूढिबद्ध या दोहरावदार मीटर गति, वस्तुओं का उपयोग या भाषण (उस सरल मीटर स्टीरियोटाइप, खिलौने की उपर अस्तर या फिलीपिंग)।

2) समानता पर जोर, और दिनचर्या के लिए कठोरता से पालन या मौखिक या अशारीरिक व्यवहार के अनुष्ठान पैटर्न (जैसे– छोटे बदलावों में अत्यधिक संकट, संक्रमण के साथ कठिनाइयों, कठोर सोच पैटर्न, अभिवादन अनुष्ठान, उसी रास्ते या प्रत्येक दिन एक ही भोजन खाने की आवश्यकता होती है)।

3) अत्यधिक प्रतिबंधित, फिक्सड़ रुचियाँ जो तीव्रता या फोकस में असमान्य है (जैसे– असामान्य वस्तुओं के साथ मजबूत लगाव, या अति व्यस्तता, अत्यधिक प्रसारित था)।

4) संवेदी प्रेरक रुचियाँ प्रवेश या असमान्य अंतर स्थापन में हाइपर या हाइपर एक्टिविटी पर्यावरण के संवेदी पहलू, (जैसे– दर्द/तापमान के प्रति स्पष्ट उदासीनता, खास ध्वनियों या बनावट के लिए प्रतिक्रिया लक्षण प्रारंभिक विकास अवधि (लेकिन हो सकता है) ये उपस्थित होना चाहिए। जब तक सामाजिक भाग सीमित नहीं हो जाती तब तक यह पूरी तरह से प्रकट नहीं होगा या बाद के जीवन में सीखी गई रणनीतियों में छिपा हो सकता है।

ग) लक्षण सामाजिक व्यवसायिक या वर्तमान कार्य के अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण क्षति का कारण बनते हैं।

घ) बौद्धिक अक्षमता द्वारा इन दिक्कतों को बेहतर ढंग में समझाया नहीं गया है। (बौद्धिक विकास संबंधी विकार) या सम्पूर्ण विकास में रुकावट।

नोट : बौद्विक अक्षमता और आत्मकेन्द्रीत वर्णक्रम विकार अक्सर यह घटित होते हैः स्वलीनता वर्णक्रम विकार और बौद्धिक अक्षमता का सहरुगणता निदान करें। सामाजिक संचार सामान्य विकास स्तर के लिए आपेक्षित से कम होना चाहिए।

बॉक्स 13.5 : स्वलीनता ग्रसित व्यक्ति के दृष्टिकोण से इकोलालिया का उदाहरण

डोना विलियम द्वारा आत्मवियोही लड़की की आत्मकथा से लिया अंश, शब्द कभी समस्या नहीं थे, लेकिन लोगों की अपेक्षा मुझसे, उन शब्दों पर। इसके लिए समझने की आवश्यकता थी, जो मुझसे कहा गया, लेकिन मैं तो बहुत खुश थी, अपने आप को खोने के किसी दो-रूपी आयम की समझ में घसीटे जाने की चाह में । *''आपको क्या लगता है कि आप क्या कर रहे हैं''* आवाज आई।

यह जानते हुए कि इस झुंझलाहट से छुटकारा पाने के लिए मुझे जवाब देना चाहिए, मैं समझौता करुँगी, दोहराते हुए, *''आपको क्या लगता है कि आप क्या कर रहे हैं?'* किसी एक व्यक्ति को नहीं ।

विशेषरूप से दोपहर को संबोधित किया।

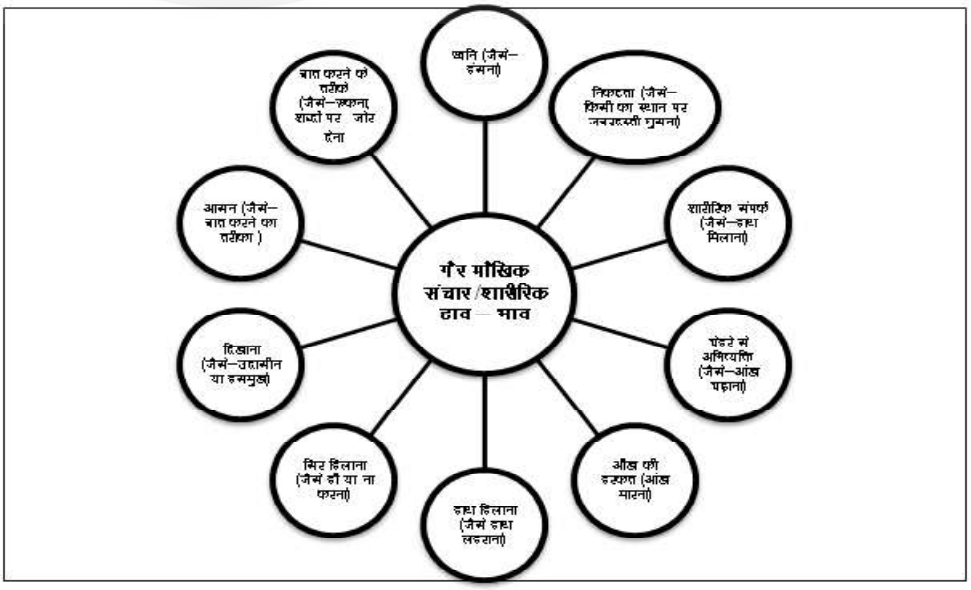
''मैं जो कुछ भी कहता हूं उसे दोहराएँ नहीं।''

सोचने पर लगा, जबाब देने की आवश्यकता हैं, मैंने उत्तर दिया, *''मैं जो कुछ भी कहता हूँ उसे दोहराए नही।"*

थप्पड़

मुझे नहीं पता था कि मुझसे क्या उम्मीद की जा रही थी।

सामाजिक और संचार घाटे का ऑटिज्म में पारस्परिक संबंध है। एक समाजीकरण के लिए जन्मजात अक्षमता बच्चे में भाषा के विकास को प्रभावित करती है, भाषा और सम्प्रेषण के अभाव के कारण तमाम तरह की चुनौतियों उत्पन्न होती जा रही हैं, जैसे-जैसे बच्चा बड़ा होता है। समाजीकरण और संचार घाटे के बीच इस पारस्परिक संबंध को समझना, इसके लिए डीएसएम-5 ने 'समाजीकरण' और संचार हानि को एक ही शीर्षक के तहत रखा है, 'सामाजिक-संचार' दोष। सामाजिक-सम्प्रेषण हानि/दोष में स्वलीनता से ग्रसित व्यक्ति, अक्षम होता हैं 'लोगों के दिमाग को पढ़ने' में इसको हम मनसअंधता (माइंडब्लाइंडनेस) कहते हैं। मनसअंधता उन कठिनाइयों को संदर्भित करता है, दूसरे लोग क्या सोच रहे होंगे, दूसरे लोग क्या करते हैं। शिक्षित अनुमान लगाते हैं कि अगला क्या सोच या महसूस कर रहा है।

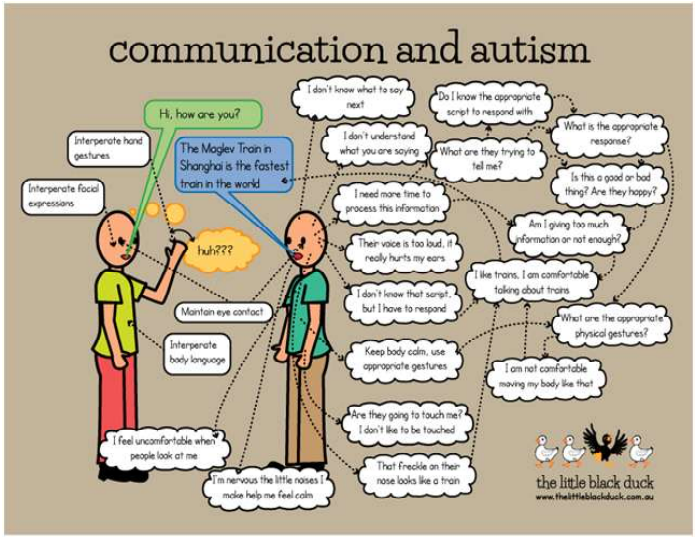


चित्र 13.4 : गैर-मौखिक संचार

यह कौशल विशिष्ट लोगों को कई सामाजिक स्थितियों को नेविगेट करने में मदद करता है। उदाहरण के लिए, यदि एक सामान्य बच्चा पाता हैं कि उसका दोस्त बैठा हैं और दुःखी है तो वह उससे कारण जानने की कोशिश करेगा, जबकि ऑटिज्म से ग्रसित बच्चा असमर्थ होगा गैर-मौखिक इशारों को 'पढ़ने' में और समझने में, और वह उस विषय के बारे में जो उसे बहुत अच्छे लगते हैं, एवं उसकी रुचि हैं जिनमें उसके बारे में बात करने लगेगा।

सामाजिक-संचार कठिनाइयों के साथ-साथ, स्वलीनता की कई व्यावहारिक कठिनाइयाँ हो सकती हैं। स्वलीनता से ग्रसित बच्चे एक ही तरह के कार्य करते हैं, बार-बार एक ही काम को दोहराता हैं, हरकते करते हैं या चीजों को इस्तेमाल करते हैं। उदाहरण के लिए, जैसे की आत्म-उत्तेजना में उल्झे रहना, बार-बार सिर घुमाता और पटकना, जो कई घंटों तक बिना रुके चल सकता हैं। वस्तुओं को एक ही लाइन में रखना आमतौर पर सबसे ज्यादा देखा जा सकता है। दिनचर्या में बदलाव या किसी भी प्रकार का परिवर्तन ऑटिस्टिक बच्चों को परेशानी में डालता हैं। बच्चा हर दिन एक ही रास्ते पर चलना चाहता है बस स्टॉप से तभी उतरना जब एक विशेष बिंदु आ जाए, जैसी हरकतें आम बात हैं। बच्चे का विशेष लगाव हो सकता है, असामान्य सी वस्तुओं के साथ जैसे– चट्टानें, चाभी, पेन, चाबी, क्रिया, आँकड़े, और विशेष खिलौने बल्कि यह लगाव अन्य विषयों जैसे डायनासोर या ट्रेनों तक भी विस्तारित हो सकते हैं। वातावरण में किसी भी प्रकार का बदलाव, रूढ़िबद्ध दिनचर्या में बदलाव बच्चे को परेशान करती हैं, और / या असुविधाजनक होता है रोने से लेकर चिल्लाने तक यह प्रतिरोध देखा जा सकता हैं। जब तक स्थिति को पहले जैसा न कर दिया गया हो। अंत में, डीएसएम-5 के अलावा ऑटिज्म के नैदानिक मानदंडों में संवेदी कठिनाइयों को भी जोड़ा है। संवेदी कठिनाइयों, जैसे हाइपर या अधिक अभिक्रियाशीलताएँ संवेदी इनपुट पर्यावरण में असमानताएँ दर्द, गर्मी / ठंड, कुछ ध्वनियों के लिए अति प्रतिक्रिया, कुछ एक भोजन के लिए अरुचि जब खाने पर बाधित किया जाए, रोशनी के प्रति अत्यधिक आकर्षण व्यापक और उम्र और क्षमता में स्वतंत्र हैं। हालांकि स्वलीनता व्यक्ति पर पहले से ही संवेदी हाइपर/हाइपो अभिक्रियाशीलता का असर रहता था, परन्तु चिकित्सकों ने सामाजिक-संचार कठिनाइयों के कारण हाल ही में इसका अनुभव स्वीकारा है। उदाहरण के लिए, ऑटिज्म से पीड़ित बच्चा बाल या नाखून कटवाने के लिए असहमति दिखाता हैं और मोजे पहनने से मना कर देता हैं, या टी-शर्ट को लेबल के कारण धारण करने से, स्पर्श उत्तेजनाओं के कारण या अति संवेदनशीलता के कारण से। लेकिन कई वयस्क इसकी व्याख्या करेंगे एक विघटनकारी व्यवहार के रूप में न कि स्वलीनता के रूप में। ऑटिज्म एक उच्च सहानुभूति हैं, बौद्धिक अक्षमता के साथ।

पहले का अनुमान है कि 70 प्रतिशत व्यक्तियों में बौद्धिक अक्षमता होती थी *(फोमबोन,* 2005) हालांकि, हाल के अनुमान लगाया गया है कि स्वलीनता से पीड़ित 50 प्रतिशत व्यक्ति भी बौद्धिक रूप से कमजोर होते है *(पोलिनेक, कुबीना* और *गिरिराजन,* 2005)। वितरण में यह बदलाव मुख्यतः इसलिए आया हैं क्योंकि मुख्य रूप से उच्च कामकाजी बच्चों की पहचान में वृद्धि हुई हैं, जो स्वलीनता से पीड़ित हैं, जो कि पहले छूट गए थे क्योंकि उनकी संज्ञानात्मक क्षमता अक्सर दूसरी कमियों को छुपा देती थी। बौद्धिक अक्षमता वाले बच्चों के विपरीत, स्वलीनता से पीड़ित बच्चे काफी अडिग होते हैं, पहेलियाँ और फिटिंग ऑब्जेक्ट्स एक साथ प्रदर्शित करने में। हालांकि, कठिनाइयों का अर्थ स्पष्ट है। उदाहरण के लिए, यदि कोई ऑटिज्म बच्चे को चित्रों को एक क्रम में व्यवस्थित करने के लिए कहा जाता है ताकि वे एक कहानी को सुना सके, वह बच्चा सामान्य बच्चों की तुलना में खराब प्रदर्शन करेगा।



13.2.2 कारणात्मक कारक एवं उपचार

हालांकि अधिकांश वैज्ञानिक मानते हैं कि स्वलीनता एक सहज स्थिति है, जो बच्चे के तंत्रिका तंत्र के विकास को प्रभावित करती है इसका सटीक कारण अज्ञात है। स्वलीनता के कारण में आनुवंशिकी की भूमिका से साक्ष्यों के आधार पर परिवारों में स्वलीनता की घटनाओं की जाँच के अध्ययन से पता चलता है। अगर किसी के माता-पिता या भाई-बहन को स्वलीनता हैं तो एक व्यक्ति के होने की संभावना बढ़ जाती हैं। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, 160 बच्चों में से 1 बच्चा स्वलीनता वर्णक्रम विकार का शिकार है। एक बच्चे वाले परिवार में जहाँ एक बच्चे को स्वलीनता हैं तो दूसरे बच्चे को भी स्वलीनता होने का अधिक जोखिम होता है। जुड़वां अध्ययन से पाया गया हैं कि उच्च समरूपता मोनोजायगोटिक (60%) अधिक हैं डाइज़ाइ जुड़वां की तुलना से। स्वलीनता से पीड़ित लोगों के रिश्तेदारों उन लोगों के उप-दहलीज सामाजिक-संचार घाटे से हानि पहुंचाते हैं। स्वलीनता में आनुवंशिक शोध से पता चलता हैं कि स्वीलनता को मस्तिष्क की ग्लूटामेट न्यूरोट्रांसमीटर प्रणाली से संबधित हैं। हालांकि, यह अस्पष्ट है आनुवंशिक भेद्यता चरणों में दोषपूर्ण वायरिंग की ओर ले जाती है। स्वालीनता जीन की अभिव्यक्ति पर्यावरणीय कारकों से प्रभावित हो सकती है। प्रसवपूर्व पर्यावरणीय कारक (विकिरण, विषाक्त पदार्थों, शराब, ड्रग्स के संपर्क में) और गर्भावस्था से संबंधित कारकों (गर्भाशय रक्तस्राव, आरएच असंगति, प्रेरित या लंबे समय तक प्रसव श्रम, जन्म के समय ऑक्सीजन की आवश्यकता) भी कारण हो सकते हैं, बच्चे के स्वलीनता वर्णक्रम विकार का शिकार होने में।

शोधों के आधार पर यह पता चलता है कि स्वलीनता का कोई उपचार नहीं है। इसके बावजूद, बच्चों को भ्रमित करने और स्वलीनता के एक 'उपचार' का वादा करने का बाजार देखा जा सकता हैं। कई शोधकर्ता और माता-पिता स्वलीनता को भी अन्य बौद्धिक अक्षमताओं जैसे अवसाद और चिंता के विपरीत मानते हैं। स्वलीनता को एक स्थिति के रूप में देखा जा सकता है, जो मस्तिष्क की तारों में अंतर सिखाता है और इसका उपचार होता हैं – समस्याग्रस्त व्यवहार को प्रबंधित-नियोजन से समझना एवं हल करना, शिक्षकों, स्कूलों और कार्यस्थलों पर प्रशिक्षित लोगों को नियुक्त करना जो ऐसी चुनौतियाँ समझ सकें। अतीत में स्वलीनता के लिए दवाइयाँ प्रभावी साबित हुई हैं। वर्तमान में दवाएँ केवल आक्रामकता और अति सक्रियता को रोकती हैं, स्वयं की चोट पहुँचाने से। व्यवहार चिकित्सा में सफल मानी गयी हैं, कुछ सामाजिक और संचार कौशल के उन्मूलन की समस्याओं को सुलझाने में। एक सफल प्रयोजन हो सकता हैं एक-एक बच्चों को कौशल सिखाना, हर रोज़

लगातार कई वर्षों तक, हर प्रकार की विभिन्न सेटिंग्स में जैसे– क्लिनिक, स्कूल, घर इत्यादि। वयस्कों में माता-पिता और शिक्षकों को सिखाया जाता है, व्यावसायिक चिकित्सा के सिद्धांतों को जैसे कि– पुरस्कृत करना, जटिल कार्यों को छोटे कार्यों में तोड़ना। ऐसे बच्चों के साथ किसी भी तरह का दंड या सजा नहीं अपनाई जानी चाहिए।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

1) आत्मवियोही में सामाजिक-संचार की कमी की व्याख्या कीजिए।

.....

.....

.....

.....

2) मनस अंधता क्या है?

.....

.....

.....

.....

3) इकोलिया को परिभाषित कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

13.3 विशिष्ट अधिगम विकार

बच्चा पहले मौखिक भाषा सीखता हैं और फिर उस भाषा को पढ़ना लिखना सिखता है। लिखित भाषा एक कोड है, जो मौखिक भाषा को दर्शाता है जबकि पढ़ना मुद्रित भाषा को अर्थ (समझ) प्रदान करने की क्षमता रखता है। पढ़ना-लिखना, वर्तनी को समझना एक बच्चे की अकादमिक सफलता को दर्शाती हैं। जबकि बहुत से बच्चे प्रिंट भाषा की पहचान या डिकोड करने में सक्षम होते हैं और मुद्रित भाषा का उपयोग करते हैं वे मौखिक रूप में ही भाषा का उपयोग करते हैं, विशिष्ट अधिगम विकार में बच्चे पढ़ने-लिखने, गणित और उसे अभिव्यक्ति करने में असमर्थ होते हैं, यह सीखने की क्षमता को प्रभावित करती हैं । विशिष्ट लर्निंग डिसऑर्डर से तात्पर्य हैं कि इसमें बच्चा स्कूल प्रदर्शन को ठीक तरह नहीं कर पाता है (यदि व्यक्ति छात्र नहीं है)। वह दैनिक जीवन की गतिविधियों को नहीं कर पाता हैं जो कि बौद्धिक अक्षमता या किसी अन्य विकास संबंधी विकार के कारण नहीं होती है जैसे कि स्वलीनता या अति सक्रियता। इसके अलावा, डीएसएम-5 सिखने की समस्याओं से ही सिखने के विकार होते हैं जो मुख्य रूप से विसुअल, हियरिंग और मोटर अशक्तता

भावनात्मक गड़बड़ी, पर्यावरण, सांस्कृतिक या सामाजिक-आर्थिक हानि के के परिणाम स्वरूप होती हैं। डीएसएम-5 पिछले डीएसएम-IV को जोड़ती है पढ़ने (डिस्लेक्सिया), लेखन (डिस्ग्राफिया), गणित (डिस्कैलक्युलिआ) में खराब उपलब्धि का निदान करने में। विशिष्ट अधिगम विकार के अंतर्गत पढ़ने, लिखने और गणित में समस्या के रूप में नामित किया गया है। विशिष्ट अधिगम विकार के लिए प्रसार दर अलग-अलग अध्ययन में एक दूसरे में भिन्न होती है। एक अध्ययन में जोकि केरल के बच्चों पर किया गया जिसमें चौथी कक्षा से सातवीं कक्षा तक स्कूल जाने वाले बच्चों को सम्मिलित किया गया था, विशिष्ट अधिगम विकार बच्चो की प्रसार दर 16.75 प्रतिशत थी *(चाको* और *विधुक्वार*, 2010)। तीन में से, डिस्लेक्सिया की समस्या मुख्यतः देखने को मिली, जबकि डिस्लेक्सिया की समस्या अल्प सामान्य थी। विशिष्ट अधिगम विकार के निदान में लड़कियों की तुलना में लड़कों की संख्या अधिक थी, हालांकि हाल के ही शोधों से पता चला है कि इस समस्या से लड़के और लड़कियाँ समान रूप से प्रभावित हो सकते हैं।

13.3.1 नैदानिक स्वरूप

डिस्लेक्सिया से पीड़ित बच्चों में खराब स्वर-संबंधी जागरूकता होती है, जैसे उन्हें यह जानने में कठिनाई होती हैं कि वर्णमाला के शब्दों की आवाज कैसे निकाली जाती है। बच्चा ध्वनि जागरूकता ज्ञान प्राप्त कर सकता है लेकिन उसमें शब्द डिकोडिंग करने की क्षमता में कमी हो सकती है, वह पृष्ठ पर शब्दों को पढ़ने में अक्षम होता है । बच्चे में प्रवाह की कमी होती है और वह पढ़ने की कोशिश करता है तब पढ़ने की गति धीमी हो सकती है, वह पहले अक्षर के आधार पर शब्दों में अनुमान लगा सकता है और इस तरह पूर्ण कार्य को कर सकता है। संपूर्ण कार्य बहुत थका देने वाला होता है और साथ ही वह पढ़ने से बचना शुरू कर सकता है। डिस्ग्राफिया में, बच्चे का लेखन बहुत खराब एवं पढ़ने के अयोग्य हो सकता है, सरल शब्दों के लिए गलत वर्तनी और विचारों के संगठन करने में कमी होती हैं। डिस्कैलक्युलिआ गणित की संप्रत्य को सीखने में कठिनाइयों का कारण हो सकता है जैसे– गणितीय तथ्यों को याद रखने में कठिनाई, स्थान का मूल्य और समय, नंबर आदि को व्यवस्थित करने में कठिनाई होती हैं ।

इसके बाबजूद यह एक विशिष्ट न्यूरोडेवलपमेंटल विकार के रूप में जाना जाता हैं, सीखना विकारों को शिक्षकों, अभिभावकों और स्कूल प्रशासन द्वारा खराब समझा जाता है। इस समस्या से पीड़ित बच्चे के चरित्र के लिए समस्याओं को जिम्मेदार ठहराया जाता है (''आप आलसी हैं", आप बेकार हैं, आप मूर्ख हैं ") और यहाँ बच्चों को प्रोत्साहित नहीं किया जाता है। पारंपरिक स्कूली शिक्षा और पालन-पोषण लर्निंग विकार वाले बच्चे के आत्मसम्मान के लिए हानिकारक हो सकता है । इन बच्चो का देर से निदान माता-पिता के असामान्य नहीं है पहले से ही नकारात्मक टिप्पणियों, ईंट-पत्थर और आलोचनाओं के कारण बच्चों के आत्मसम्मान और मनोवैज्ञानिक कल्याण पर प्रभाव पड़ता हैं । कई प्रसिद्ध लोग जैसे अभिषेक बच्चन, विंस्टन चर्चिल, टॉम क्रूज, लियोनार्डो दा विंची, वॉल्ट डिजनी और जिम कैरी को डिस्लेक्सिया की समस्या है। कई क्षेत्रों में उपलब्धियों के माध्यम से प्रारंभिक इंटरवेंशन, उच्च बुद्धिमत्ता, प्रतिभा और प्रेरणा द्वारा बच्चों को उनकी अक्षमता से उबारने में मदद कर सकते हैं।

बॉक्स 13.6 : विशिष्ट अधिगम विकार के कुछ सामान्य संकेतक

डिस्लेक्सिया

- फोनीमिक जागरूकता की कमीः यानी अल्फाबेट्स की आवाज के बारे में जागरूकता की कमी।
- फोनम–ग्रेफेम कनेक्शन की कमी : ध्वनि-प्रतीक पत्राचार।
- पढ़ते समय त्रुटियाँ करना।
- ओमिट शब्द : कैननोट के लिए कैट, वेंट के लिए वेट प्रयोग किया जा सकता है।
- रिवर्सल : 71के लिए 17 पढना।
- अनुक्रमण : पढ़ने का नाम अमन के रूप में, रिवर्स के रूप में।
- सरल शब्दों को गलत करनाः उच्चारण करने में शब्दों का गलत प्रयोग देने के लिए है।
- धीमी गति से पढ़ने की समस्या होती हैं। पढ़ने में प्रवाह की कमी होती है।

डिसग्राफिया

- सामान्यतया लिखावट बहुत गन्दी होती हैं।
- ऐसे बच्चे वर्तनी त्रुटि बहुत करते हैं।
- ऊपरी/निचले मामले के पत्रों या प्रिंट पत्रों का मिश्रण।
- अनियमित अक्षर और आकार।

डिस्कैलक्युलिआ

- इन बच्चों को जोड़ने, घटाने, गुणा करने में समस्याएँ होती हैं ।
- समान दिखने वाले अंकगणितीय संकेतों जैसे कि + और x ; < और > ; – और ÷ को समझने में समस्या होती हैं ।
- समझने की जोड़ने का क्या अर्थ है फिर भी जोड़ने के लिए कहा जाता है जब भ्रमित हो सकता है।
- संख्याओं को सही क्रम के बदले उलटे क्रम में गिनते हैं। जैसे– 18 को 81 अथवा को 752 572 इत्यादि।
- समय बताने के साथ समस्या।

बॉक्स 13.7 : विशिष्ट अधिगम विकार के लिए डीएसएम-5 मानदंड (एपीए, 2013)

क) शैक्षणिक कौशल को सीखने और उपयोग करने में कठिनाई, जैसा कि संकेत दिया गया है निम्न लक्षणों में से कम से कम एक उपस्थित होता हैं जो लगातार बनी हुई है ऐसे बच्चों को कम से कम 6 महीने तक, कठिनाइयों के बावजूद इंटरवेंशन दिया जाता हैंः

1) गलत या धीमा और सरल शब्द पढ़ने (जैसे, एकल शब्दों को गलत पढ़ता है या धीरे-धीरे और संकोच से शब्दों का गलत अनुमान लगाते हैं शब्दों के उच्चारण में कठिनाई होती है)।

2) जिस पाठ का उच्चारण किया जाता है उसका अर्थ समझने में कठिनाई होती हैं (जैसे, हो सकता है पाठ को सही ढंग से पढ़ें लेकिन उसके क्रम, सम्बन्ध और अर्थ ठीक से समझ नही पाते हैं)।

3) वर्तनी के साथ कठिनाइयाँ (जैसे, स्वरों को जोड़ना, छोड़ना या बदलना, हो सकता है या व्यंजन)।

4) लिखित अभिव्यक्ति के साथ कठिनाइयाँ (जैसे– एकाधिक बनाता है वाक्यों में व्याकरणिक या विराम चिह्न की त्रुटियाँ पैराग्राफ संगठन में गलतियाँ करने विचारों की लिखित अभिव्यक्ति में स्पष्टता का अभाव होता है)।

5) संख्या बोध, संख्या तथ्यों या गणना में महारत हासिल करने में कठिनाई होती हैं (जैसे, संख्या की समझ में कमी, उनके परिमाण और सम्बन्ध गणित के तथ्य को याद करने के बजाय एकल –अंकीय संख्या जोड़ने के लिए उंगलियों पर गिना जाता है अंकगणित संगणना और प्रक्रियाओं को स्विच कर सकते हैं)।

6) गणितीय गणना के साथ कठिनाइयाँ होती हैं (जैसे– जटिल गणितीय अवधारणाओं, तथ्यों, या प्रक्रियाओं को हल करने में मात्रात्मक समस्याएँ में कठिनाई होती हैं)।

ख) प्रभावित शैक्षणिक कौशल पर्याप्त और मात्रात्मक रूप से नीचे हैं वे व्यक्ति के कालानुक्रमिक आयु और कारण के लिए अपेक्षित थे, शैक्षणिक या व्यावसायिक प्रदर्शन के साथ महत्वपूर्ण हस्तक्षेप, या व्यक्तिगत रूप से प्रशासित द्वारा दैनिक जीवन की गतिविधियों के साथ मानकीकृत उपलब्धि के उपाय और व्यापक नैदानिक मूल्यांकन। 17 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए, एक प्रलेखित इतिहास मानकीकरण मूल्यांकन के लिए सीखने की कठिनाइयों को खराब किया जा सकता है।

ग) स्कूली-उम्र के वर्षों के दौरान सीखने की कठिनाइयाँ शुरू हो जाती हैं लेकिन हो नहीं सकता जब तक उन प्रभावित अकादमिकों की माँग पूरी तरह से प्रकट न हो जाए कौशल व्यक्ति की सीमित क्षमताओं से अधिक है (जैसे, समयबद्ध परीक्षण में, पढ़ने या लिखने की समय सीमा के लिए जटिल रिपोर्ट, अत्यधिक भारी शैक्षणिक भार)।

घ) बौद्धिकों अक्षमता के द्वारा सीखने की कठिनाइयों का पता नहीं लगा सकते हैं दृश्य या श्रवण में कमी, अन्य मानसिक या तंत्रिका संबंधी विकार, मनोसामाजिक प्रतिकूलता, प्रवीणता में कमी शैक्षणिक शिक्षा की भाषा, या अपर्याप्तता अनुदेश में कमी के कारण सीखने की कठिनाई होती हैं।

13.3.2 कारणात्मक कारक और उपचार

विशिष्ट अधिगम विकार का सबसे मुख्य कारण सूक्ष्म केंद्रीय तंत्रिका तंत्र में कमी होती हैं । अन्य की तरह तंत्रिकाजन्य विकार, अधिगम विकार का भी एक घटक है। अध्ययनों में पाया गया है कि डिस्लेक्सिया में लोगों ने बाएँ मस्तिष्क की सक्रियता कम हो जाती है। विशेष रूप से, बाएँ गोलार्द्ध के तीन क्षेत्रः ब्रोका क्षेत्र (शब्द) पहचान, बाएँ पार्श्विका क्षेत्र (शब्द विश्लेषण को प्रभावित करता है), और बाएँ ओसीसीपोटेमपोर्मल क्षेत्र (शब्द रूप को पहचानना) डिस्लेक्सिया वाले बच्चों में इनकी सक्रियता कम हो जाती है। इसके अलावा, पढ़ने में अक्षमता, इन क्षेत्रों की अधिक सक्रियता का कारण बनती हैं, उन बच्चों की तुलना में जो कम गहन उपचार प्राप्त करते हैं।

अधिगम विकार वाले बच्चों के लिए एक-एक ट्यूशन और स्कूल समूह कार्यक्रमों सहित कई प्रकार के उपचार कार्यक्रम विकसित किए गए हैं। अर्ली इंटरवेंशन कार्यक्रमों में कौशलों को सिखाया जाता है जैसे–जोर से पढ़ना पर्यवेक्षण, रचनात्मक तरीके, तत्परता के माध्यम से स्वनिम जागरूकता सिखाना, जैसे– पत्र भेदभाव, ध्वन्यात्मक विश्लेषण और शिक्षण पत्र–ध्वनि पत्राचार सम्मिलित हैं। इसके लिए कार्यक्रम भी डिजाइन किए गए हैं यह सुनिश्चित करें कि बच्चे सफलता का अनुभव करें जो बच्चों के आत्मविश्वास को बढ़ाने में मदद करे तथा सीखने को रोचक बनाएँ। हालांकि, जबकि कई केस अध्ययन में ऐसे मामले आये हैं कि जिन्होंने यह दावा किया कि अध्ययन विकारों के उपचार में सफलता का दावा किया है, इंटरवेंशन पर आधारित सीखने के लिए प्रत्यक्ष निर्देश रणनीतियों को सीमित सफलता मिली है। कुछ सफल रणनीतियों में कंप्यूटर सहायक उपकरणों जैसे– पॉडकास्ट/वेबकॉस्ट, व्याख्यान, ट्यूटर, अप्रशिक्षित/मौखिक परीक्षण का उपयोग और किसी अन्य व्यक्ति को परीक्षाओं में उत्तर लिखने की अनुमति देना सम्मिलित है। केंद्रीय माध्यमिक शिक्षा बोर्ड (सीबीएसई) भारत में लर्निंग डिसऑर्डर एवं ऑटिज्म बच्चों को स्कूलों में विशेष प्रावधान देने की अनुमति है ।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

1) विशिष्ट अधिगम विकार के कुछ सामान्य संकेतकों की सूची दीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

2) विशिष्ट अधिगम विकारों के लिए किन्हीं दो उपचार विकल्पों का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

13.4 सारांश

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

- तंत्रिकाजन्य विकारों में एक वंशानुगत घटक होता है।
- बौद्धिक अक्षमता को बौद्धिक विकासात्मक विकार के रूप में भी जाना जाता है जिसको सामान्य मानसिक क्षमताओं में उप-औसत कार्य के रूप में परिभाषित किया गया है तर्क, समस्या को हल करना, योजना, अमूर्त-सोच, निर्णय, अकादमिक सीखना एवं 18 वर्ष की आयु से पहले अनुभव से सीखना।

- विशेष शिक्षा और पुनर्वास कार्यक्रम के साथ ही संस्थागतकरण का उपयोग बौद्धिक रूप से अक्षमता के लिए व्यक्ति की कार्यक्षमता के आधार पर किया जा रहा है ।
- आत्मविमोही एक ऐसी स्थिति है, जो सामाजिक संचार को प्रभावित करती है और यह व्यवहार के दोहराव पैटर्न के साथ जुड़ी होती हैं। हालांकि स्वलीनता का कोई उपचार नहीं है, एएसडी बच्चों के साथ समस्याग्रस्त व्यवहार में व्यवहार इंटरवेंशन और माता-पिता शिक्षक प्रशिक्षण कार्यक्रम में मदद कर सकते हैं।
- व्यवहार थेरेपी कुछ सामाजिक और संचार कौशल के विकास तथा ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार में समस्याग्रस्त व्यव्हार को दूर करने में सफल पाया गया है।

13.5 मुख्य शब्द

बौद्धिक अक्षमता : जिसे बौद्धिक विकासात्मक विकार के रूप में भी जाना जाता है और सामान्य मानसिक क्षमताओं जैसे कि तर्क, समस्या का समाधान, योजना, अमूर्त-सोच, निर्णय, शैक्षणिक शिक्षा और 18 साल की उम्र से पहले अनुभव से सीखना उप-औसत कामकाज के रूप में परिभाषित किया गया है।

मनस अंधता : चीजों को देखने में कठिनाई जिस तरह से अन्य लोग करते हैं उन्हें वह इस बारे में अनुमान लगाता है कि दूसरे क्या सोच रहे हैं या महसूस कर रहे हैं।

डिस्लेक्सियाः किसी के सापेक्ष पढ़ने में महत्वपूर्ण रूप से खराब उपलब्धि होती हैं जो बौद्धिक अक्षमता या अन्य विकासात्मक डिसऑर्डर के कारण नहीं होती है जैसे– स्वलीनता और ध्यान में कमी और अधिक सक्रियता यह मुख्य रूप से दृश्य, श्रवण और मोटर अक्षमता, भावनात्मक गड़बड़ी, पर्यावरणीय, सांस्कृतिक या सामाजिक-आर्थिक नुकसान विकास संबंधी विकारों का परिणाम हैं।

डिसग्राफिया : किसी के सापेक्ष लेखन में महत्वपूर्ण रूप से खराब उपलब्धि होती हैं जो बौद्धिक अक्षमता या अन्य विकासात्मक डिसऑर्डर के कारण नहीं होती है जैसे– ऑटिज्म और ध्यान में कमी और अधिक सक्रियता यह मुख्य रूप से दृश्य, श्रवण और मोटर अक्षमता, भावनात्मक गड़बड़ी, पर्यावरणीय, सांस्कृतिक या सामाजिक-आर्थिक नुकसान विकास संबंधी विकारों का परिणाम हैं ।

डिस्क्लेकुलिया : किसी के सापेक्ष गणित में महत्वपूर्ण रूप से खराब उपलब्धि होती हैं जो बौद्धिक अक्षमता या अन्य विकासात्मक विकार के कारण नहीं होती है जैसे– स्वलीनता और ध्यान में कमी और अधिक सक्रियता यह मुख्य रूप से दृश्य, श्रवण और मोटर अक्षमता, भावनात्मक गड़बड़ी, पर्यावरणीय, सांस्कृतिक या सामाजिक आर्थिक नुकसान विकास संबंधी विकारों का परिणाम हैं ।

13.6 पुनरावलोकन प्रश्न

1) निम्नलिखित में से कौन स्वालीनता का संकेत है?

   अ) 2 वर्षीय बच्चा अपने नाम को पुकारने पर प्रतिक्रिया नहीं देता है।

   ब) बच्चा लगातार दूसरों की प्रतिक्रियाओं में रुचि नहीं लेता है, विशेष रूप से माता-पिता की प्रतिक्रिया में।

   स) व्यक्ति दूसरों की भावनाओं से अवगत नहीं होता है।

   द) उपरोक्त सभी।

2) निम्नलिखित में से कौन स्वलीनता (ऑटिज्म) का कारण बनता है?

   क) कोल्ड पेरेंटिंग

   ख) जन्मपूर्व पोषण में कमी

   ग) एकल जीन या गुणसूत्र

   घ) कोई ज्ञात एकल कारण नहीं है

3) .....मस्तिष्क के क्षेत्रों को विशिष्ट अधिगम विकार में इम्पलीकेटेड किया गया है।

4) डीएसएम–5 मानदंड दैनिक कौशल के आधार पर गंभीरता को..... में वर्गीकृत करता है।

5) बौद्धिक अक्षमता की श्रेणियाँ हैं, ... , ..., ..., तथा ..... ।

6) बौद्धिक अक्षमता के कारणों और उपचार की व्याख्या करें।

7) स्वलीनता वर्णक्रम विकार की नैदानिक विशेषताओं पर चर्चा करें।

8) विशिष्ट अधिगम विकार के नैदानिक मानदंडों को स्पष्ट करें। इसके उपचार पर चर्चा करें।

13.7 संदर्भ सूची एवं पढ़ने के सुझाव

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

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

Kring, A. M., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2014), Abnormal psychology (13th Edition), New York: John Wiley & Sons.

13.8 चित्रों के लिए संदर्भ सूची

- Foetal Alcohol Syndrome. Retrieved 10th September 2019, from https://healthand.com/in/topic/general-report/fetal-alcohol-syndrome
- Non-Verbal Communication. Retrieved 14th September 2019, from https://globalcommunicationcorporation.weebly.com/non-verbalcommunications.html

13.9 ऑनलाइन संसाधन

- Bhopal Gas Tragedy and Intellectual Disability. https://pulitzercenter.org/projects/disabled-children-bhopal-gas-tragedy.
- Parent's Opinion on Abortion of Down's Syndrome Children, radiotimes.com/news/2016-10-05/sally-phillips-society-wants-to-stopdown-syndrome-babies-being-born-and-its-wrong/.
- Radiation and Intellectual Disability. https://www.hindustantimes.com/static/groundglass/jadugoda-the-nuclear-graveyard.html.
- Identification of Early Signs of Autism. https://www.youtube.com/watch?v=z7NeBs5wNOA.

- Helping children with learning disorders. https://www.helpguide.org/articles/autism-learning-disabilities/helping-children-with-learning-disabilities.htm.

रिक्त स्थान के उत्तर (1–5)

1) उपरोक्त सभी,
2) कोई ज्ञात एकल कारण नहीं है,
3) बाएँ
4) बौद्धिक अक्षमता
5) माइल्ड बौद्धिक अक्षमता, मध्यम बौद्धिक अक्षमता, गंभीर बौद्धिक अक्षमता, और गहरा बौद्धिक अक्षमता

ignou THE PEOPLE'S UNIVERSITY

इकाई 14 तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार*

संरचना

14.0 प्रस्तावना

14.1 तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार क्या हैं?

14.2 उन्माद

14.3 उपचार

14.4 प्रमुख तंत्रिका संबंधी विकार (मनोभ्रंश)

14.4.1 पार्किंन्स रोग

14.4.2 हंटिंगटन रोग

14.4.3 अल्जाइमर रोग

14.5 कारणात्मक कारक

14.6 उपचार

14.7 स्मृति विकार

14.8 सारांश

14.9 मुख्य शब्द

14.10 पुनरावलोकन प्रश्न

14.11 संदर्भ सूची एवं पढ़ने के सुझाव

14.12 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

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

- डी एस एम-5 में पहचाने गए कुछ तंत्रिका संज्ञानात्मक विकारों की व्याख्या कर सकेंगे;
- उन्माद और इसका उपचार कैसे किया जाता को स्पष्ट कर सकेंगे;
- नैदानिक स्वरूप और मनोभ्रंश के कारणों को संक्षेप में बता सकेंगे; तथा
- स्मृति लोप विकार के नैदानिक स्वरूप और इसके पीछे के कारणों का वर्णन कर सकेंगे।

14.0 प्रस्तावना

मस्तिष्क शरीर का एक जटिल और अद्भुत अंग है, इसका वजन एक वयस्क मनुष्य में 1300 से 1400 ग्राम के लगभग होता है। यह उन सभी गतिविधियों में अनिवार्य रूप से सम्मिलित होता है, जो व्यक्ति शारीरिक या मानसिक रूप से करता हैं और इस प्रकार यह बहुत अनमोल है। यह खोपड़ी के अंदर सुरक्षित है, जोकि कठोर होती है। यह मजबूत होती है और लगभग तीन टन का वजन सहन कर सकती है *(रोलक,* 2001)। यद्यपि मस्तिष्क मजबूत होता है और संरक्षित भी, फिर भी यह विभिन्न स्रोतों से नुकसान की चपेट में आ

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

सकता है। जब किसी कारणवश इसमे क्षति पहुँचती है, तब संज्ञानात्मक कार्य में बाधा आ जाती है। इस प्रकार, इस इकाई में, हम डीएसएम-5 में वर्गीकृत मध्यम और प्रमुख तंत्रिका-संज्ञानात्मक विकारों के अर्थ और मानदंड पर ध्यान केन्द्रित करेंगे, जैसा कि इसमें दिया गया है, इसके प्रमुख कारण जैसे– मस्तिष्क रसायन और उनकी संरचनाओं में परिवर्तन, साथ ही उनके उपचार पर भी चर्चा की जाएगी।

14.1 तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार क्या हैं?

असामान्य मनोविज्ञान में मस्तिष्क की भूमिका को समझने में शोधकर्ता हमेशा भ्रमित हुए हैं। यह जानना रुचिकर है जैसा कि डी.एस.एम में वर्णित हैं कि मस्तिष्क कुछ तथा बहुत से अन्य विकारों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता हैं। नए शोधों ने भी विकारों के पीछे के कारण को जानकर संभावित समझ को जोड़ा है, जिससे विकारों के उपचार तकनीकी बेहतर हो सके। इसने हमें भविष्य के बारे में अधिक आशावादी बना दिया है, उदाहरण के लिए, पहले हमारी धारणा थी कि एक बार जब न्यूरॉन्स की मृत्यु हो जाती है तो प्रतिस्थापन की कोई उम्मीद नहीं थी। हालांकि, अब हम जानते हैं कि उम्र बढ़ने वाले मस्तिष्क में भी न्यूरॉन्स को पुनर्जीवित किया जा सकता है *(स्टेलोस* एवं *अन्य,* 2010)।

मस्तिष्क को मानव शरीर के सबसे जटिल अंग माना गया है। यह हमारे जीवन के लगभग हर पक्ष में सम्मिलित है– खाना, संतुलन, खड़े रहना, दौड़ना, सोना या यहाँ तक कि प्यार में पड़ना। इसलिए, चाहे वह शारीरिक बीमारी हो या मानसिक बीमारी, मस्तिष्क किसी न किसी रूप में इसमें सम्मिलित होता है। अगर, हम मस्तिष्क की शारीरिक रचना को देखें, तो इसे एक बाहरी आवरण द्वारा कवर किया जाता है, जिसे ड्यूरा मेटर (मस्तिष्क की ''कठोर माँ'') कहा जाता है। यह आगे खोपड़ी से घिरा हुआ है, जो अपने आप में बहुत कठोर है। भले ही यह अत्यधिक संरक्षित है, फिर भी यह विभिन्न स्रोतों से नुकसान की चपेट में आ सकता है और जब मस्तिष्क क्षति होती है, तो इसके परिणामस्वरूप विभिन्न संज्ञानात्मक परिवर्तन हो सकते हैं। संज्ञानात्मक कार्यप्रणाली में परिवर्तन मस्तिष्क क्षति का सबसे स्पष्ट संकेत माना जाता है।

तंत्रिका संबंधी विकार उन स्थितियों का एक समूह है, जो अक्सर मानसिक कार्य में कमी के कारण होता है। यह आमतौर पर वृद्ध वयस्कों में देखा जाता है, लेकिन यह युवा व्यक्तियों को भी प्रभावित कर सकता है।

यह मानसिक कार्यों को भी कम कर सकते हैं जैसे– स्मृति से संबंधित मुद्दे, भाषा को समझने में कठिनाई, नियमित गतिविधियों को करने में समस्या, व्यवहार में बदलाव आदि। डीएसएम-5 में, तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार के नैदानिक श्रेणी में उन्माद, मनोंभ्रश, स्मृति विकार और अन्य संज्ञानात्मक विकार सम्मिलित हैं। इसमें मस्तिष्क में क्षति, बीमारी या संज्ञानात्मक क्षमता में कमी सम्मिलित है। उन्माद एक स्थिति है, जिसे भटकाव और भ्रम के रूप में प्रदर्शित किया जाता है। यह संज्ञानात्मक क्षमताओं के क्रमिक गिरावट से चिह्नित है और एमनियोटिक विकार में स्मृति कार्य में कमी एक दवा या एक चिकित्सा स्थिति के कारण होता हैं। मनोभ्रंश शब्द के बजाय डीएसएम-5 में प्रयुक्त होने वाला एक और शब्द प्रमुख **तंत्रिका-संज्ञानात्मक विकार** है। डीएसएम-5 में एक नई श्रेणी, माइल्ड तंत्रिका संबंधी विकार को सम्मिलित किया गया है। माइल्ड और प्रमुख तंत्रिका संबंधी विकार के बीच का अंतर गंभीरता पर आधारित होता है। यह परिवर्तन इस पक्ष के प्रति चिंतनशील था कि संज्ञानात्मक समस्याएँ भले ही दुर्बल रूप से रोजमर्रा के जीवन के कामकाज को प्रभावित न करें, फिर भी नैदानिक ध्यान आकर्षित कर सकती हैं। यह कदम विवादास्पद रहा

है। इसके श्रेय के लिए, जब तक विकार गंभीर नहीं होते हैं तब तक मनोभ्रंश जैसे शब्दों के उपयोग से बचना, यह कलंक और इसके साथ जुड़ी चिंता को कम करने में सहायता कर सकता है। लेकिन कुछ अन्य व्यक्तियों को लगता है कि ''माइल्ड'' शब्द का उपयोग व्यक्ति की दुर्बलता को प्रमाणित कर सकता है और इस प्रकार उन्हें प्रदान की जाने वाली सेवाएँ भी प्रभावित हो सकती हैं।

बॉक्स 14.1 : माइल्ड तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए. पी. ए, 2013)

क) एक या अधिक संज्ञानात्मक डोमेन (जटिल ध्यान, कार्यकारी कार्य, सीखने और स्मृति, भाषा, अवधारणात्मक मोटर, या सामाजिक अनुभूति) में प्रदर्शन के पिछले स्तर से मामूली संज्ञानात्मक गिरावट का प्रमाण।

1) व्यक्ति की चिंता, एक जानकार चिकित्सक जो संज्ञानात्मक कार्य में एक मामूली गिरावट आई है।

2) संज्ञानात्मक प्रदर्शन में सामान्य हानि, अधिमानतः मानकीकृत न्यूरोसाइकोलॉजिकल परीक्षण द्वारा प्रलेखित या, इसकी अनुपस्थिति में, एक और परिमाणित नैदानिक मूल्यांकन।

ख) संज्ञानात्मक अभाव रोजमर्रा की गतिविधियों में स्वतंत्रता के लिए क्षमता में हस्तक्षेप नहीं करता है (यानी, दैनिक जीवन की जटिल वाद्य गतिविधियाँ जैसे बिलों का भुगतान करना या दवाओं का प्रबंधन करना संरक्षित हैं, लेकिन अधिक प्रयास, प्रतिपूरक रणनीति या आवास की आवश्यकता हो सकती है)

ग) संज्ञानात्मक आभाव विशेष रूप से उन्माद के संदर्भ में नहीं होता है।

घ) संज्ञानात्मक आभाव को एक अन्य मानसिक विकार द्वारा बेहतर ढंग से समझाया नहीं गया है (जैसे, प्रमुख अवसादग्रस्त विकार, मनोविदलता)।

तंत्रिका विज्ञान संबंधी विकारों की शब्दावली और समझ अपनी स्वयं की एक यात्रा से गुजरी है। डीएसएम IV-टी आर में, इन विकारों के लिए दिया गया लेबल ''संज्ञानात्मक विकार'' था जिसमें इन विकारों को देखने के तरीके में बदलाव को दिखाया गया था *(स्वीट,* 2009)। इससे पहले, उन्हें चिंता, मनोदशा, व्यक्तित्व, मतिभ्रम और भ्रम संबंधी विकारों के साथ ''जैविक मानसिक विकार'' के रूप में लेबल किया गया था। कार्बनिक शब्द का समावेश मस्तिष्क क्षति या शिथिलता का संकेत देता है। यहां यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि मस्तिष्क क्षति को अभी भी इन तंत्रिका संबंधी विकारों का प्राथमिक कारण माना जाता है, हालांकि, हम यह भी जानते हैं कि मस्तिष्क में कुछ शिथिलता अधिकांश विकारों में सम्मिलित है।

बहुत से लोग जिन्हें तंत्रिका संबंधी विकारों का निदान किया गया है, वे भ्रम, पृथक्करण या आतंक हमलों जैसी मनोवैज्ञानिक स्थितियों का विकास नहीं कर सकते हैं। वे अभी भी संज्ञानात्मक प्रसंस्करण या आत्म-नियमन में मामूली कमी दिखा सकते हैं। उसी तरह, मनोचिकित्सा संबंधी विकारों वाले लोगों में संज्ञानात्मक क्षति हो सकते हैं जो कि उदाहरण के लिए, द्विध्रुवी विकार *(बोरा* एवं अन्य, 2012) में भी देखा जा सकता है। इस प्रकार, मनोचिकित्सा और तंत्रिका-वैज्ञानिक स्थितियों के बीच एक करीबी संबंध है। यहां यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि बुद्धिमान और मानसिक रूप से सक्रिय लोगों में मस्तिष्क की गंभीर चोट के बाद व्यवहार और मानसिक बिगड़ने और शिथिलता के लिए प्रतिरोध अधिक होता है *(श्मंड* एवं *अन्य,* 1997)। हालांकि, इसकी एक सीमा है, जो किसी को भी मस्तिष्क क्षति

को सहन कर सकती है और जैसा कि यह व्यवहार के एकीकरण के लिए जिम्मेदार है, यह क्षति के गंभीर होने पर असामान्य व्यवहार को जन्म दे सकता है।

बॉक्स 14.2 : असामान्य मनोविज्ञान में तंत्रिका संबंधी विकारो को क्यों सम्मिलित किया गया हैं? इसके कारण:

1) डायग्नोस्टिक एँड स्टैटिस्टिकल मैनुअल (डी.एस.एम) में तंत्रिका संबंधी विकारों का समावेश इस तथ्य का सूचक है कि इन विकारों को मनोरोगग्रस्त पथोलोगिकल (मनोरोगी) की अवस्था मानी जाती है।

2) मस्तिष्क के कुछ विकार ऐसे लक्षण उत्पन्न करने में सक्षम हैं, जो अन्य विकारों के समान हैं जो असामान्य मनोविज्ञान के अंतर्गत आते हैं।

3) मस्तिष्क क्षति से व्यक्ति के व्यक्तित्व, व्यवहार और मनोदशा में परिवर्तन हो सकते हैं। किसी विशेष मस्तिष्क क्षेत्र का नुकसान किसी व्यक्ति के मनोदशा, व्यवहार या व्यक्तित्व में परिवर्तन का प्राथमिक कारण हो सकता है और इसे समझने से इसके उपचार करने में सहायता मिल सकती है।

4) यह पाया गया है कि कुछ लोग जो मस्तिष्क विकार से पीड़ित है चिंता या विषाद का विकास हो सकता है क्योंकि उन्हें प्रारंभ में उनके निदान का पता चलता है ये एक साथ रोगी के लिए खतरनाक हो सकता है तथा आगे व्यक्ति की क्षमताओं को बिगाड़ सकता है।

5) इन रोगियों की देखभाल करने वालों में अवसाद और चिंता आमतौर पर देखी जा सकती है क्योंकि ऐसे रोगियों की देखभाल करने से परिवार के सदस्यों या देखभाल करने वालों के मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य पर भी प्रभाव पड़ सकता है।

14.2 उन्माद

उन्माद सबसे पहले मान्यता प्राप्त मानसिक विकारों में से एक है। यह भ्रम, और संज्ञानात्मक शिथिलता की विशेषता है। यह मस्तिष्क के क्षति की स्थिति है, जो सामान्य जागृति और मूर्छा या कोमा के बीच की स्थिति है। डी.एस.एम-IV-टी. आर. में इसे चेतना और अनुभूति में क्षति के रूप में वर्णित किया हैं। डी.एस.एम-5 ने इसे बरकरार नहीं रखा क्योंकि शोधकर्ताओं के बीच सहमति बनी थी कि व्यक्ति को अपने आसपास के वातावरण की सूझ नही रहती हैं उसके जागरूकता में कमी होती हैं यह उन्माद की स्थिति का सबसे अच्छा उदाहरण है। यह किसी भी हल्के या प्रमुख तंत्रिका संबंधी विकारों के साथ जैसे– अल्जाइमर रोग के साथ सह-अस्तित्व में हो सकता है। लेकिन, क्योंकि उन्माद (उन्माद) जल्दी से गंभीरता में उतार-चढ़ाव करता है, इसे हल्के या प्रमुख संज्ञानात्मक विकारों से एक अलग विकार के रूप में वर्गीकृत किया जाता है।

उन्माद में स्मृति, ध्यान और अव्यवस्थित सोच के पक्ष की क्षति सम्मिलित है। इसमें सोने की प्रक्रिया में अनियमता के साथ अनियमित साइकोमोटर गतिविधि सम्मिलित है। ऐसा व्यक्ति किसी भी उद्देश्यपूर्ण मानसिक गतिविधि को करने में असमर्थ हो सकता है। मतिभ्रम और भ्रम भी आमतौर पर यहां देखा जा सकता है (*ट्रेजेपैक* एवं *अन्य,* 2002)। यहां यह नोट करना महत्वपूर्ण है कि लक्षणों की तीव्रता 24 घंटे की अवधि में भी उतार-चढ़ाव हो सकती है। यद्यपि, उन्माद किसी भी उम्र में हो सकता है, लेकिन बड़े वयस्कों को विशेष रूप से किसी सर्जरी होने के बाद जोखिम होता हैं क्यूंकि वयस्कों में ''मस्तिष्क के रिजर्व'' करने

की क्षमता कम होने लगती हैं। बढ़ती जैविक उम्र के अलावा, उन्माद के लिए जिम्मेदार अन्य कारक अवसाद, तम्बाकू या पदार्थ का उपयोग और यहां तक कि मनोभ्रंश हो सकते हैं *(फ्रिकिओन* एवं *अन्य,* 2008)।

उन्माद का लंबे समय तक अस्पताल में रहने, स्वास्थ्य समस्याओं में वृद्धि, संज्ञानात्मक गिरावट और यहां तक कि उच्च मृत्यु दर के साथ सहसंबद्ध पाया जाता है। विट्लोक्स और सहयोगियों (2010) ने निष्कर्ष निकाला कि लगभग 25 बुजुर्ग रोगी अपने लक्षणों के 6 महीने के भीतर मर जाते हैं। उन्माद सिर की चोट या संक्रमण के कारण हो सकता है। नशीली दवाओं का नशा, ड्रग्स से किया जाने वाला उपचार, बुढ़ापा, बुखार, अधिक चिकित्सीय समस्याएँ यह कुछ किसी व्यक्ति में उन्माद के संभावित कारण हो सकते हैं। नींद की कमी, अत्यधिक तनाव और गतिहीनता भी उन्माद का कारण बन सकती है *(सोलाई,* 2009)।

14.3 उपचार

उन्माद के उपचार के लिए उसके कारण को पहचानना और प्रबंधित करना सबसे पहले महत्वपूर्ण है। उपचार में आमतौर पर दवा, श्वास लेने की बेहतर हवा प्रदान करना और परिवार का समर्थन सम्मिलित होता है। ज्यादातर न्यूरोलेप्टिक्स का उपयोग उन्माद के रोगियों की सहायता के लिए किया जाता है। *(फ्रिकचियोन* एवं *अन्य,* 2008) उन्माद जो अल्कोहल या शराब को छोड़ने के कारण होता है तब आमतौर पर बेंजोडायजेपाइन, या अन्य एंटीसाइकोटिक दवाओं के साथ उपचार किया जाता है *(ट्रेजेपाज* एवं *अन्य,* 2002) । संक्रमण, मस्तिष्क की चोट और ट्यूमर के लिए उपयुक्त चिकित्सा प्रदान की जाती है। सभी संभावना में, उन्माद के व्यक्तियों के उपचार के लिए सबसे पहली पंक्ति मनोसामाजिक इंटरवेंशन की सलाह दी जाती है। यहां लक्ष्य मुख्य रूप से चिंता, आंदोलन और मतिभ्रम से निपटने के लिए है, व्यक्ति को उसके पास परिचित व्यक्तिगत सामान द्वारा सहज बनाया जाता है। वातावरणीय जोड़तोड़ द्वारा जैसे कि प्रकाश व्यवस्था, स्पष्ट संकेत, दृश्यमान घड़ियाँ आदि उन्हें उन्मुख रहने में सहायता कर सकते हैं। इस प्रकार के मनोसामाजिक उपचार उन्हें अपने विघटनकारी अवधि में स्वयं को प्रबंधित करने में सहायता कर सकते हैं जब तक की विशेष कारण स्पष्ट नही हो जाते हैं ।

बॉक्स 14.3 : उन्माद के लिए डी.एस.एम 5 मानदंड (ए.पी.ए, 2013)

क) ध्यान में अवधान (जैसे– प्रत्यक्ष, फोकस, ध्यान की क्षमता कम होना) और जागरूक (पर्यावरण के लिए कम अभिविन्यास)।

ख) अवधान एक छोटी अवधि में विकसित होता है (आमतौर पर कुछ दिनों के लिए घंटे) आधारभूत ध्यान और जागरूकता से बदलाव का प्रतिनिधित्व करता है, और एक दिन के दौरान गंभीरता में उतार-चढ़ाव करता है।

ग) संज्ञान में अवधान (जैसे, स्मृति की कमी, भटकाव, भाषा, नेत्र संबंधी क्षमता या धारणा)।

घ) पूर्व में स्थापित या तंत्रिका संबंधी विकार मापदंड अ और स में अवधान को बेहतर ढंग से नही बताया गया हैं यह गंभीर रूप से कम स्तर के उत्तेजित स्थिति जैसे कोमा के संदर्भ में नहीं होता है।

च) इतिहास, शारीरिक परीक्षण, या प्रयोगशाला प्रमाणों से निष्कर्ष निकला है कि अवधान एक अन्य चिकित्सा स्थिति की प्रत्यक्ष शारीरिक अवस्था है, जोकि पदार्थ नशा या वापसी (जैसे– ड्रग्स का प्रयोग करना या दवा के अनुचित प्रयोग) या विष के फैलने या अनेक रोगों के कारण होता है।

अपने प्रगति की जाँच कीजिए 1

रिक्त स्थान भरें:

1) डीएसएम-5 में, तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार की नैदानिक श्रेणी में ..... सम्मिलित है।

2) मस्तिष्क क्षति से व्यक्ति के व्यक्तित्व ..... और ..... में परिवर्तन हो सकते हैं।

3) उन्माद की विशेषता ..... है।

4) उन्माद वाले व्यक्तियों के लिए उपचार की पहली पंक्ति ..... है।

5) उन्माद के लिए जिम्मेदार कारक जैविक उम्र, अवसाद ..... और ..... को बढ़ा सकते हैं।

14.4 प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार (मनोभ्रंश)

संज्ञानात्मक विकारों के तहत मनोभ्रंश की व्यापक श्रेणी का नाम बदलकर डी.एस.एम-5 में बड़े तंत्रिका-संबंधी विकार के रूप में बदल दिया गया है। इसका नाम बदलने के कारण इससे जुड़े कलंक कुछ हद तक कम हो गए हैं। बदलाव का एक बड़ा कारण यह था कि यद्यपि मनोभ्रंश शब्द को बुजुर्गों के लिए प्रयोग किया जाता था, तथा यह कम उम्र के वयस्कों के लिए संज्ञानात्मक कमी के साथ उपयुक्त नहीं माना जाता था। यह सिर्फ जिनकी सिर की कुछ चोटों से क्षति हुई होती है उनको ही मनोभ्रंश की श्रेणी में मानता था ।

प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार को संज्ञानात्मक क्षमताओं में कमी द्वारा वर्णित किया गया है जैसे– ध्यान, अधिगम, स्मृति, भाषा, धारणा, सामाजिक अनुभूति और कार्यकारी कार्य। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि यहां चर्चा की जा रही गिरावट पहले से प्राप्त स्तर में कमी है। संज्ञानात्मक हानि का प्रारंभ क्रमिक है। प्रारंभ में, व्यक्ति सतर्क होता हैं और पर्यावरण से भी जुड़ा हुआ होता है। स्मृति प्रभावित हो सकती है परन्तु मुख्यतः आधुनिक घटनाओं के लिए। धीरे-धीरे, समय के साथ, रोगी नए ज्ञान, मोटर नियंत्रण, नेत्र संबंधी समझ, अमूर्त सोच और तर्क, समस्या समाधान, निर्णय और निर्णय प्रक्रिया लेने के अधिग्रहण में कमी दिखा सकता है। इन कमियों के साथ, व्यक्ति में संज्ञानात्मक नियंत्रण और सदाचार पूर्ण और नैतिक उत्सुकता के कारण भी हो सकते हैं।

यह केवल कभी-कभी होता है कि एक प्रमुख तंत्रिका संबंधी विकार प्रतिवर्ती होता है। यह आमतौर पर तब होता है जब अंतर्निहित कारण का उपचार या समाप्त किया जा सकता है। ऐसे विभिन्न विकार हैं जो संज्ञानात्मक हानि के प्रकार का कारण बनते हैं जिन्हें प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार की श्रेणी में सूचीबद्ध किया जा सकता है। उनमें से कुछ में सम्मिलित हैं– हंटिंगटन रोग और पार्किन्सन रोग। कुछ संक्रामक रोग जैसे एड्स, मेनिन्जाइटिस या सिफलिस भी इस तरह के संज्ञानात्मक असमर्थता में योगदान कर सकते हैं। कुछ अन्य कारणों में आहार की कमी (जैसे कि विटामिन बी), इंट्राक्रैनाइल ट्यूमर, एनोक्सिया, गंभीर या बार-बार सिर पर चोट लगना, कुछ विषैले पदार्थ (जैसे पारा) या साँस लेना भी सम्मिलित हो सकते हैं।

बॉक्स 14.4 : प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार (मनोभ्रंश) के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए., 2013)

क) एक या अधिक संज्ञानात्मक डोमेन में पिछले स्तर से प्रदर्शन में महत्वपूर्ण संज्ञानात्मक गिरावट के साक्ष्य जिन पर आधारित हैं वह निम्न हैं– जटिल ध्यान, कार्यकारी कार्य, सीखने और स्मृति, भाषा, अवधारणात्मक-मोटर, या सामाजिक अनुभूति।

1) व्यक्ति की चिंता, एक जानकार या चिकित्सक द्वारा चिन्हित जिसमे संज्ञानात्मक कार्य में महत्वपूर्ण गिरावट आई है।

2) संज्ञानात्मक प्रदर्शन में महत्वपूर्ण अयोग्यता, अधिमानतः मानकीकृत तंत्रिका मनोविज्ञान परीक्षण द्वारा प्रलेखित या, इसकी अनुपस्थिति में, एक और परिमाणित नैदानिक मूल्यांकन।

ख) संज्ञानात्मक अयोग्यता रोजमर्रा की गतिविधियों में स्वतंत्रता के साथ हस्तक्षेप करता है (जैसे- न्यूनतम पर, दैनिक जीवन की जटिल वाद्य गतिविधियों जैसे बिलों का भुगतान या दवाओं के प्रबंधन के लिए सहायता की आवश्यकता होती है)।

ग) संज्ञानात्मक कमी विशेष रूप से उन्माद के संदर्भ में नहीं होता है।

घ) संज्ञानात्मक कमी को एक अन्य मानसिक विकार (जैसे, प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार, मनोविदलता)।

14.3.1 पार्किन्सन रोग

पार्किन्सन रोग एक पुरानी, प्रगतिशील न्यूरोडीजेनेरेटिव स्थिति है, जो मुख्य रूप से 50 वर्ष से अधिक आयु के लोगों को प्रभावित करता है, और अनुमान लगाया जाता है कि 65 वर्ष या उससे अधिक आयु के 1 % व्यक्तियों को प्रभावित करता है *(एनएचएस चवाईस,* 2012)। अल्जाइमर रोग के बाद यह दूसरी सबसे अधिक होने वाली न्यूरोडीजेनेरेटिव स्थिति है। पार्किन्सन रोग एक आयु से संबंधित न्यूरोडीजेनेरेटिव बीमारी है, जिसकी विशेषता अपेक्षाकृत चयनात्मक निग्रोस्ट्रायटल डोपामिनर्जिक अधःपतन है। पार्किन्सन रोग के पहले लक्षण दिखाई देते हैं, जब डोपामाइन का शेष उत्पादन इसके मूल उत्पादन के 20 प्रतिशत से नीचे गिर गया है या जब मूल नाइग्रा की कोशिकाओं का 50 प्रतिशत नष्ट हो गया है *(स्लॉटर,* 2001)। पार्किन्सन रोग वाले लोगों के लिए जीवन प्रत्याशा सामान्य जनसंख्या की तुलना में थोड़ा कम है, लेकिन अगर किसी व्यक्ति को पार्किन्सन का निदान किया जाता है, तो रोग इस प्रकार कई वर्षों तक रह सकता है *(एक्सेल, मरे* और *सिम्पसन,* 2011)।

निदान के मानदंड में शारीरिक और मानसिक लक्षण सम्मिलित हैं जो पार्किन्सन रोग के साथ रोगियों के जीवन की गुणवत्ता (क्यू.ओ.एल) पर प्रभाव डालते हैं। *(बर्गस,* 1988) इस रोग के चार प्रमुख प्रमुख नैदानिक लक्षण हैंः कांपना, कठोरता, सुस्ती (ब्रैडीकेनेसिया या गतिविधि में सुस्ती) और चलने के साथ समस्याएँ (हाइपोकिनेसिया या गति में कमी) और आसन *(स्लाटर,* 2001)। हालांकि, शोधकर्ताओं ने यह भी कहा है कि नींद की समस्या, संज्ञानात्मक गिरावट, भाषण और संचार समस्याओं और निगलने में कठिनाई भी प्रमुख हो सकती है (*पार्किन्सन यूके,* 2011)। पार्किन्सन रोग का एक अन्य महत्वपूर्ण शारीरिक लक्षण एक खाली दृश्य है (जिसे ''पार्किन्सन मास्क कहा जाता है'') और मैनुअल निपुणता के साथ परेशानी *(डी नूइजर,* 2001)। इस बीमारी के अन्य गैर-मोटर लक्षण हैं, जिनमें अवसाद, उदासीनता, नींद की बीमारी, मतिभ्रम और उन्माद सम्मिलित हो सकते हैं, जिनमें से कुछ

डोपामिनर्जिक दवाओं द्वारा उपचार से संबंधित हो सकते हैं *(फार्मर,* 2002)। इन लक्षणों के अलावा, एक व्यक्ति जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक लक्षणों की एक श्रृंखला का अनुभव भी कर सकता है क्योंकि लक्षणों की सीमा बहुक्रियाशील होती है *(पार्किन्सन यूके,* 2013)। इसके अतिरिक्त, पार्किन्सन रोग की प्रगति लक्षणों की गिरावट और गंभीरता की दर में उतार-चढ़ाव के साथ अनियमित है *(होलोवय,* 2007)।

ज्यादातर मनोवैज्ञानिक शोध के भीतर, भावात्मक समस्याओं के प्रमाण उल्लेखनीय हैं। पार्किन्सन रोग वाले व्यक्तियों में सामान्यता अवसाद देखा जाता है, 20-40 प्रतिशत व्यक्तियों को प्रमुख अवसाद का अनुभव होता है *(लीस,* 2009) । हालांकि, कम शोधित चिंता की दर 40 प्रतिशत के रूप में उच्च बताई गई है *(वाल्श* एवं *बेनेट,* 2001) अलबित ने यद्यपि बड़े अध्ययनों में मात्रात्मक रूप से मूल्यांकन किया गया हैं उन्होंने बताया कि इस बात के प्रमाण हैं कि पार्किन्सन रोग के व्यक्ति की शरीर की छवि, गतिशीलता, सामाजिक भूमिका और स्वतंत्रता के साथ चुनौती देते हैं *(अबुदी* एवं *अन्य,* 1997)। यह सामाजिक अंतक्रिया के लिए विशेष रूप से प्रतिकूल परिणाम देते हैं (*श्रग* एवं *अन्य* 2000, *श्रेयर्स, डी रिडर* और *बेंसिंग,* 2000)।

माइकल जे फॉक्स की पुस्तक लकी मैन पढ़ें। यह पार्किन्सन रोग से पीड़ित व्यक्ति का एक संस्मरण है।

पार्किन्सन रोग के कारण को समझने के प्रयास किए गए हैं लेकिन रोग के सटिक कारण और अंतर्निहित तंत्र स्पष्ट नहीं है। यह पाया गया है कि आनुवंशिक कारक केवल 5-10 प्रतिशत मामले में होते हैं *(कालिंदी,* 2016)। जबकि पार्किन्सन रोग के अधिकांश मामले अनियंत्रित और छिटपुट हैं, जो इस प्रकार पार्किन्सन रोग के कारण पर्यावरणीय घटकों के महत्व को इंगित करता है। पार्किन्सन रोग के आनुवंशिक घटकों से लिंकेज विश्लेषण, जीनोम-वाइड़ एसोशिएशन स्टडीज (जी.डब्ल्यू.ए.एस.) और पारिवारिक अध्ययन का उपयोग करके अनुमान लगाया जाता है। हालांकि क्रास सेक्शनल जुड़वां अध्ययनों ने पार्किन्सन रोग *(लौंग* 2011, *नाथेस,* 2016) के लिए आनुवंशिक का सुझाव दिया लेकिन लोगिट्यूडनल जानकारी का उपयोग करने वाले स्वीडिश जुड़वां अध्ययन ने पार्किन्सन रोग की आनुवंशिकता का अनुमान 34 प्रतिशत (बोएले, 2012) पर लगाया है।

पार्किन्सन रोग के साथ पहली डिग्री के सापेक्ष या किसी रिश्तेदार का संबंधी उच्च पार्किन्सन रोग के जोखिम *(इमर,* 2007) से रहा है, जो आनुवंशिकी और साझा वातावरण दोनों के प्रभाव को दर्शाता है। इसके अतिरिक्त पार्किन्सन रोग कारणों पर किए गए शोधों ने मस्तिष्क अंक देर से वयस्कता की अवधि पर ध्यान केंद्रित किया है। पिछले 15 वर्षों में इस अवधारणा के विषय में नई अंतर्दृष्टि सामने आई है कि पार्किन्सन रोग विकार और लंबे समय तक प्रकोष्ठीय चरण के दौरान परिधीय अंकों में उत्पन्न हो सकता है और नाक और आँत मार्गों (*हॉक्स,* 2009) के माध्यम में मस्तिष्क में फैल सकता है। इसके अलावा शोधकर्ताओं ने अनुमान लगाया है कि धूम्रपान और कैफीन के सेवन के लिए पार्किन्सन रोग का जोखिम कम और कीटनाशक के सम्पर्क में आने पर पार्किन्सन रोग का खतरा अधिक है।

14.4.2 हंटिंगटन रोग

हंटिंगटन रोग एक वंशानुगत स्थिति है, जो मस्तिष्क और तंत्रिका तंत्र को प्रभावित करती है। हंटिंगटन रोग एक घातक प्रगतिशील, न्यूरोडीजेनेरेटिव आनुवंशिक विकार है जिसमें ऐसे लक्षण सम्मिलित हैं, जिनमें गति में विशिष्ट परिवर्तन, व्यक्तित्व में परिवर्तन और संज्ञानात्मक

गिरावट सम्मिलित हैं। शोधकर्ताओं ने नोट किया है कि हंटिंगटन की बीमारी पुरुषों और महिलाओं दोनों को समान रूप से प्रभावित करती है और आमतौर पर जीवन के मध्य (लगभग 40 वर्ष की आयु) में शुरू होती है। यह एक ऑटोसोमल प्रमुख पैटर्न में वंशानुगत में मिला है, जिसका अर्थ है कि प्रभावित माता-पिता के पास विकार विरासत में पाने का 50 प्रतिशत मौका है और उन्हें हंटिंग्टन की बीमारी के लिए खतरा बताया गया है। यह केवल 1990 के दशक में ही हंटिंगटन की बीमारी के लिए आनुवंशिक परीक्षण उपलब्ध था। उत्परिवर्तन वाहक पाए जाने वाले व्यक्ति अपने जीवनकाल में बीमारी का विकास करेंगे और वे आमतौर पर जीवन के तीसरे और चौथे दशक के बीच होते हैं जिसका अर्थ है कि वे 35 से 44 वर्ष की उम्र के हैं *(बेनेट,* 2008)। हंटिंगटन की बीमारी का एक दुर्लभ रूप जिसे जुवेनाइल हंटिंगटन की बीमारी कहा जाता है, में बहुत पहले की उम्र में लक्षण दिखाई देते हैं, लगभग 20 साल की उम्र में और हंटिंग्टन की बीमारी की जनसंख्या का लगभग 5-10 प्रतिशत को प्रभावित करता है *(वार वाई, ग्राहम,* और *हेडन,* 2010)।

हंटिंगटन की बीमारी के लक्षणों की एक त्रय मोटर, संज्ञानात्मक और मनोरोग संबंधी गड़बड़ी है, जो किसी व्यक्ति के जीवनकाल में वर्षों तक प्रगति करती है। लक्षणों की शुरुआत के बाद औसत उत्तरजीविता 15 से 20 वर्ष कहा जाता है *(एवर्स-किबूम,* 1998)। पहला लक्षण है कि *कोरिया* अनैच्छिक आंदोलन और स्वैच्छिक गति की हानि की विशेषता है। हंटिंगटन की बीमारी वाले व्यक्तियों में हस्त निपुणता, धीमी गति से भाषण, निगलने में कठिनाई, संतुलन के साथ समस्याओं और गिरने का अनुभव पाया गया है। संज्ञानात्मक लक्षण विशेष रूप से जटिल कार्यों के पूरा होने में गति और लचीलेपन के नुकसान की विशेषता है। बाद में जैसे-जैसे बीमारी बढ़ती है, व्यापक स्तर पर शरीर में अधिक हानि होती है। रोगियों में मनोरोग लक्षण अलग-अलग होते हैं, लेकिन सबसे आम लक्षण अवसाद है। यह पाया गया है कि रोगी उन्माद, मनोग्रसित-बाध्यता विकार, चिड़चिड़ापन, चिंता, गति, आवेग, उदासीनता, सामाजिक दूरी बनाना और जुनूनीता से पीड़ित हो सकते हैं *(वारवे, ग्राहम* और *हेडन,* 2010) । हंटिंगटन रोग वाले व्यक्ति द्वारा अनुभव किए गए लक्षण व्यक्तिगत रूप से अलग-अलग व्यक्तियों में भिन्न होते हैं, लेकिन अक्सर प्रगति के एक विशिष्ट पैटर्न का पालन करते हैं।

हंटिंगटन रोग वाले व्यक्ति के जब लक्षण दिखाई देना शुरू होते हैं, तब कम स्वतंत्र, देखभाल करने वालों, अपनी आवश्यकताओं के लिए परिवार के सदस्यों, चिकित्सा सुविधाओं पर अधिक निर्भर हो जाते हैं *(डॉसन* एवं *अन्य,* 2004)। हंटिंगटन रोग की अवधि, वंशानुक्रम और प्रगतिशील प्रकृति के कारण, हंटिंगटन रोग के कई चरणों में व्यक्ति अपने परिवार के साथ लम्बे समय तक सम्बन्ध बनाये रखते हैं। हंटिंगटन रोग से पीढित व्यक्ति को के बाद के चरणों में अक्सर पूरे समय देखभाल की आवश्यकता पड़ती है। आमतौर पर इससे उत्पन्न होने वाली जटिलताएँ गंभीर होती हैं।

14.4.3 अल्जाइमर रोग

डी.एस.एम-5 में, अल्जाइमर रोग को ''प्रमुख (या हल्के) अल्जाइमर रोग से जुड़े तंत्रिका संबंधी विकार'' के रूप में जाना जाता है, जिसे आमतौर पर अल्जाइमर मनोभ्रंश के रूप में जाना जाता है। सामान्यता यह मनोभ्रंश के साथ जुड़ा हुआ है और इसमें धीमी लेकिन उत्तरोत्तर बिगड़ती हुई क्रम के साथ एक अनिश्चित शुरुआत है, जो अंततः उन्माद और मृत्यु का कारण बनेगी *(जलबर्ट* एवं *अन्य,* 2008)।

अल्जाइमर का निदान चिकित्सा और परिवार के इतिहास, प्रयोगशाला परीक्षणों और यहां तक कि शारीरिक परीक्षा के द्वारा मनोभ्रंश के अन्य सभी संभावित कारणों का पता लगाने

के बाद किया जाता है। हालांकि, रोगी की मृत्यु के बाद, मस्तिष्क की असामान्यताओं की जाँच के लिए एक शव की परीक्षा की जाती है, जो रोग के विशिष्ट लक्षण हैं। यह मामूली संज्ञानात्मक कमी के साथ शुरू हो सकता है जैसे कि काम में अधिक त्रुटियाँ करना या हाल की घटनाओं को भूलना, लेकिन, बाद के चरणों में, मनोभ्रंश का सबूत है, जिसमें क्षति अधिक प्रमुख और गंभीर हो जाते हैं। यह कई डोमेन को कवर कर सकता है और इस तरह दैनिक स्वच्छता प्रदर्शन करने में असमर्थता दिखाता है जैसे कि उनकी स्वच्छता का ध्यान रखना। हाल की स्मृति में कमी के कारण, कई रोगियों के पास ''खाली'' भाषण है, जिसमें व्याकरण और वाक्यविन्यास बरकरार हो सकता है लेकिन अभिव्यक्ति अस्पष्ट या अर्थहीन हो सकती है। यह 45 वर्ष की उम्र के बाद शुरू हो सकता है *(मालास्पिना* एवं *अन्य,* 2002)।

यह पाया गया है कि अल्जाइमर से पीड़ित रोगी में सामान्यता टेम्पोरल लोब क्षतिग्रस्त होने वाले पहला क्षेत्र हैं। हिप्पोकैम्पस, नई यादों के निर्माण में सम्मिलित है, टेम्पोरल लोब में स्थित है और इसीलिए कमी स्मृति इस बीमारी का प्रारंभिक संकेत है। टेम्पोरल लोब में मस्तिष्क के ऊतकों की हानि कुछ रोगियों में भ्रम के लिए उत्तरदायी हो सकती है *(लाइकिटसोस* एवं *अन्य,* 2000)। उत्पीड़न का भ्रम मुख्य रूप से ईर्ष्या के भ्रम के बाद होता है। सामान्य तौर पर, विभिन्न डोमेन में रोगियों की ह्रास बनाए रखा है, हालांकि, उचित उपचार के साथ कुछ लक्षणों को कम किया जा सकता है। आखिरकार रोगी अपने आस-पास के वातावरण से बेखबर हो जाते हैं, शय्याग्रस्त हो जाते हैं और वेजिटेटिव अवस्था में कम हो जाते हैं। धीरे-धीरे, रोग का प्रतिरोध कम हो जाता है और मृत्यु निमोनिया या किसी अन्य हृदय या श्वसन समस्या के कारण हो जाती है। अल्जाइमर की व्यापकता समय के साथ बढ़ती जा रही है और मनोभ्रंश *(लाइकेत्सोस* एवं *अन्य,* 2000) के अधिकांश मामलों और सामाजिक संसाधनों और परिवार के संसाधनों पर भारी पड़ रही है।

यह पाया गया है कि महिलाओं को पुरुषों की तुलना में अल्जाइमर रोग के विकास के लिए एक उच्च जोखिम है *(जालबर्ट* एवं *अन्य,* 2008) । हालांकि उसके कारण अभी तक स्पष्ट नहीं हैं। अवलोकन से संदेह पैदा हो गया है कि कुछ जीवनशैली कारक (उच्च वसा, उच्च कोलेस्ट्रॉल आहार) रोग के विकास के पीछे कारण हैं *(स्जोग्रें* एवं *ब्लेंन्नो,* 2005)। आहार में अमीनो एसिड का उच्च स्तर जीवन में बाद में अल्जाइमर रोग के विकास में एक सहायक कारक के रूप में काम कर सकता है (*रागालिया* एवं *अन्य,* 2005)।

14.5 कारणात्मक कारक

हम विकार की शुरुआत में और विकार की देरी में शुरुआत को विभाजित करके यहाँ कारणात्मक कारकों को समझने का प्रयास करेंगे।

रोग की प्रारंभिक शुरुआत कुछ दुर्लभ आनुवंशिक उत्परिवर्तन के कारण होती है। इस तरह के तीन उत्परिवर्तन की पहचान की गई है *(बैलार्ड* एवं *अन्य,* 2011)। वे इस प्रकार हैं:

- गुणसूत्र 21 पर स्थित एमिलॉइड अग्रदूत प्रोटीन (ए.पी.पी) को सम्मिलित करना। यह 55 और 60 वर्ष की आयु के बीच रोग की शुरुआत से जुड़ा हो सकता है *(क्रट्स* एवं *अन्य,*1998)। यहां यह ध्यान रखना दिलचस्प है कि 21 वें क्रोमोसोम का ट्राइसॉमी भी डाउन सिंड्रोम के लिए उत्तरदायी है और यह पाया गया है कि डाउन सिंड्रोम वाले लोग जो 40 की उम्र से अधिक जीवित रहते हैं, वे अल्जाइमर मनोभ्रंश विकसित करते हैं *(जेंकी* और *डाल्टन,* 1993) ।
- इससे पहले शुरुआत में गुणसूत्र 14 पर एक जीन के म्युटेशन के साथ भी जोड़ा गया है जिसे प्रेसीनिलिन 1 (पी एस 1) कहा जाता है।

- गुणसूत्र 1 पर प्रेसीनिलिन 2 (पी एस 2) के म्युटेशन को अल्जाइमर रोग में भी देखा गया है।
- पी एस 1 और पी एस 2 का म्यूटेशन 20 और 50 वर्ष की आयु के बीच शुरुआत से जुड़ा हुआ है *(क्रट्स* एवं *अन्य,* 1998)। ये उत्परिवर्ती जीन बहुत दुर्लभ हैं, लेकिन लगभग हमेशा किसी न किसी में रोग का कारण बनता है, जो उन्हें वहन करता है।

  क्रोमोसोम 19 पर एपोलिपोप्रोटीन (ए.पी.ओ.ई) जीन देर से शुरू होने वाली अल्जाइमर रोग में अपनी भूमिका के लिए जाना जाता है। यह जीन कोड रक्तप्रवाह के माध्यम से कोलेस्ट्रॉल ले जाने में सहायता करता है। ए.पी.ओ.ई के तीन आनुवंशिक एलील की पहचान की गई है, जो विकार के देर से शुरू होने के जोखिम की भविष्यवाणी करते हैं। वो हैं:

- अ.पी.ओ.ई-4 एलील बीमारी के देर से शुरू होने के जोखिम को बढ़ाता है। यदि कोई व्यक्ति वंशानुक्रम 2 E 4 एलील (माता-पिता दोनों में से एक) प्राप्त करता है, तो अल्जाइमर रोग के लिए उसका जोखिम सात गुना बढ़ जाता है *(बैलार्ड* एवं *अन्य,* 2011)।
- अ.पी.ओ.ई-2 देर से शुरू होने वाली अल्जाइमर रोग के खिलाफ सुरक्षात्मक प्रभावों से जुड़ा है।
- अ.पी.ओ.ई-3 तटस्थ महत्व का है।
- ए.पी.ओ.ई-4 एलील को रक्त परीक्षण द्वारा पता लगाया जा सकता है और लगभग 65 रोगियों में ए.पी.ओ.ई-4 एलील की कम से कम एक प्रति है (मेलास्पिन एवं अन्य, 2002)। दिलचस्प बात यह है कि बहुत से लोग जिन्हें सबसे अधिक जोखिम भरा पैटर्न वंशानुक्रम से प्राप्त हुआ है, अर्थात, दो ए.पी.ओ.ई-ई 4 एलील्स बीमारी का विकास नहीं करते हैं। ऐसा इसलिए हो सकता है क्योंकि संभवतः आनुवंशिक संवेदनशीलता कुछ मामलों में अपर्याप्त हो सकती है, क्योंकि पर्यावरण के साथ इसकी अंतर्क्रिया अल्जाइमर रोग के विकास को निर्धारित कर सकती है। उदाहरण के लिए, आहार को एक महत्वपूर्ण मध्यस्थ पर्यावरण चर पाया गया है। अधिक वजन होने या टाइप 2 डायबिटीज होने को खतरे का कारक भी माना जाता है। दूसरी ओर, इबुप्रोफेन जैसी गैर स्टेंरायडल अनुउत्तेजक दवाओं के संपर्क में सुरक्षात्मक और अल्जाइमर रोग होने का कम जोखिम हो सकता है *(वेगेन* एवं *अन्य,* 2001)। हाल के शोधों से यह भी पता चलता है कि नव और उत्तेजक वातावरण के संपर्क में मस्तिष्क में अल्जाइमर संबंधित परिवर्तनों के विकास को धीमा कर सकता है *(ली* एवं *अन्य,* 2013)। इस प्रकार, यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि जोखिम को सीमित करने और निवारक उपायों को लेने से अल्जाइमर रोग की घटना को कम या देरी हो सकती है, जीवन-शैली प्रबंधन यहां एक महत्वपूर्ण कारक की तरह कार्य करता है।

मुख्य रूप से तीन मस्तिष्क असामान्यताएँ हैं जिन्हें इस बीमारी की विशिष्ट विशेषताओं के रूप में जाना जाता है– (1) ऐमिलॉइड प्लाक्स, (2) न्यूरोफिबलैरी टंगल्स, और (3) मस्तिष्क का संकुचन। प्लेकस और टेंगल्स भी आमतौर पर तथाकथित मस्तिष्क में पाए जाते हैं, लेकिन वे अल्जाइमर वाले व्यक्ति में अधिक संख्या में पाये जाते हैं और मुख्य रूप से मस्तिष्क के टेंम्पोरल लोब क्षेत्र में पाए जाते हैं।

अल्जाइमर रोग वाले लोगों में, मस्तिष्क में तंत्रिका कोशिकाएँ बीटा अमाइलॉइड को बहुत तेजी से स्रावित करती हैं, जितना कि इसे तोड़ा और खाया जा सकता है। यह प्लाक्स में

जमा हो जाता है और सायंनेपटिक कार्यों में हस्तक्षेप करता है और मस्तिष्क की कोशिकाओं की मृत्यु का कार्य करता हैं । ए.पी.ओ.ई-4 एलील होने से मस्तिष्क में अमाइलॉइड का निर्माण तेजी के साथ होता है जिससे और अधिक क्षति होती हैं *(जलबर्ट* एवं *अन्य,* 2008)।

न्यूरोफिब्रिलरी टंगल्स एक न्यूरॉन के भीतर असामान्य तंतु के जाले हैं और ताऊ नामक प्रोटीन से बने होते हैं। एक सामान्य मस्तिष्क में ताऊ तंत्रिका आवेग का संचालन करने में सहायता करता है लेकिन अल्जाइमर रोग के रोगियों के मामले में, यह जटिल हो गया है और इस कारण न्यूरॉन ट्यूब के गिरावट का कारण बनता है। *गोट्ज* एवं *अन्य* (2001) ने निष्कर्ष निकाला कि अल्जाइमर रोग के सबसे बेहतर दवा उपचारों में से एक एमीलॉइड बिल्डअप करने से रोका जा सकता है।

ध्यान देने योग्य एक अन्य पहलू एसिटाइलकोलाइन (ए.सी एच न्यूरोट्रांसमीटर) की भूमिका है। साक्ष्य बताते हैं कि बेसल अग्रमस्तिष्क में स्थित सेल निकायों के क्लस्टर अल्जाइमर रोग में गंभीर रूप से प्रभावित होते हैं। बेसल अग्रमस्तिष्क में स्थित कोशिका पिंड ए. सी. एच की स्राव के लिए जिम्मेदार हैं और इसकी कमी को न्यूरोनल क्षति *(प्लाक्स* और *टेंगल्स* के गठन) के साथ सहसंबद्ध किया गया है *(सचलिएब्स* एवं *अरेनथ,* 2006)। ए.सी.एच स्मृति में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है और इसकी कमी अल्जाइमर रोग के रोगियों में संज्ञानात्मक और व्यवहारिक कमी में योगदान करती है।

14.6 उपचार

अल्जाइमर रोग के रोगियों के लिए वर्तमान उपचार और योजना मुख्य रूप से में तनाव को कम करने के साथ-साथ रोगियों में उत्तेजना, आक्रामकता और उत्तेजना को कम करने के उद्देश्य से है देखभालकर्ताओं (अभ्यास दिशानिर्देश, 2007) । आज तक, हमारे पास ऐसा उपचार नहीं है, जो रोगियों में खोए या नष्ट किए गए कार्यों को संग्रहित कर सके । मनोचिकित्सा से जुड़े कुछ समस्याग्रस्त व्यवहार से निपटने में व्यवहार थेरेपी तकनीकों को प्रभावी पाया गया है जैसे- अनुचित यौन व्यवहार, कामुकता, भटकना और अपर्याप्त आत्म-देखभाल का कौशल। व्यवहार कौशल आमतौर पर प्रभावी पाया जाता है क्योंकि वे जटिल निर्देशों या संचार क्षमताओं को सम्मिलित नहीं करते हैं जो कि अल्जाइमर रोग *(मिंटजर* एवं *अन्य,* 1997) के साथ रोगियों में कम होता जाता है।

एँटीसाइकोटिक दवाओं का उपयोग उन लोगों के लिए भी किया जाता है, जो मनोवैज्ञानिक लक्षण विकसित होते हैं। संज्ञानात्मक कार्यप्रणाली में सुधार के लिए उपचार योजनाओं ने इस तथ्य पर ध्यान केंद्रित किया है कि ऐसी दवाओं का उपयोग किया जाता है, जो एसिटाइलकोलाइन (ए.सी.एच) की उपलब्धता को बढ़ाते हैं, इससे उनकी दैनिक कार्यप्रणाली में सुधार हो सकता है। वर्तमान में, ड्रग्स (जैसे– *टैक्रिन* और *डोनेपेजिल)* जो एसिटाइलकोलिनेस्टरेज के उत्पादन को बाधित करेगा (एसिटाइलकोलाइन के चयापचय के टूटने में सम्मिलित) रोगियों को प्रशासित किया जा रहा है।

उपचार अनुसंधान का एक और ध्यान टीके को विकसित करना है, जो संचित अमाइलॉइड सजीले टुकड़े को साफ करने में सहायता कर सकता है। लेकिन, इस तरह के टीके के मानव परीक्षणों को इसके खतरनाक दुष्प्रभावों के कारण समाप्त कर दिया गया। फिर भी, आदर्श उपचार दृष्टिकोण का पता लगाने के लिए विभिन्न शोध किये जा रहे हैं *(हार्डी,* 2004; *गेस्टेक्की* एवं *अन्य,* 2004)।

14.7 स्मृति विकार

मनोभ्रंश और स्मृति लोप दोनों विकारों के डी.एस.एम-आई.वी-टी.आर निदान को डी.एस.एम-5 में, प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकारों की श्रेणी में रखा गया है। इसके बाद एटिऑलॉजिकल उपप्रकार का अनुसरण किया जाता है और इस प्रकार इसका उल्लेख किया जाता है।

स्मृति लोप की प्रमुख विशेषता स्मृति में कमी आना है। स्मृति लोप शब्द भूलने की बीमारी से लिया गया है, यह मुख्यतः मस्तिष्क के उन क्षेत्रों में नुकसान पहुँचने से होती हैं जो याददाश्त के लिए महत्वपूर्ण होते हैं और इस मामले में, आमतौर पर तत्काल याद बरकरार रहती है जबकि अतीत की घटनाओं के लिए स्मृति संरक्षित रहती है। हालांकि, यह अल्पकालिक स्मृति में कमी आ जाती हैं– व्यक्ति कुछ मिनट पहले हुई घटनाओं को याद करने में असमर्थ होता है। अन्य तंत्रिका संबंधी विकारों की तुलना में, सभी संज्ञानात्मक कार्य या अन्य उच्च क्रम के कार्य यहां बरकरार होते हैं। स्मृति लोप वाले व्यक्ति कभी-कभी रिक्त स्थान को भरने और अपनी यादों को सुसंगत बनाने के लिए प्रयास करते हैं।

स्मृति लोप विकार को समझने की कोशिश करते हुए, यह पाया गया है कि मस्तिष्क क्षति स्मृति लोप विकार की रूट (जड़) में होती है, जो संक्रमण, चोट, दुर्घटना, ट्यूमर या यहां तक कि अथात के कारण हो सकती है *(एंड्रीस्क्यू* एवं *एजिनस्टीन,* 2009)। यह ध्यान रखना रुचिकर होगा कि मस्तिष्क की सभी क्षति स्थायी नहीं है, उदाहरण के लिए, **कोर्साकॉफ सिंड्रोम** (मुख्य रूप से शराबियों में पाया जाता है) विटामिन बी 1 (थायमिन) की कमी के कारण होता है। स्मृति से संबंधित समस्यायों के कारणों को इसके विपरीत किया सकती है यदि शुरुआत में ही इसका पता लग जाए और रोगी को पर्याप्त मात्रा में विटामिन बी-1 दे दिया जाए। इस विकार के कारण भी दूसरे विकार की तरह ही सूचीबद्ध किये जा सकते हैं, उदाहरण के लिए, पदार्थ के उपयोग के कारण प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार, लेकिन अन्य रूपों के विपरीत एक डोमेन में कमी होती है और वह है स्मृति हैं। हाल की घटनाओं को याद करने में अच्छे रोगनिवारक स्मृति लोप रोगियों की सहायता करने के लिए विभिन्न तकनीकें उपलब्ध हैं। जैसा कि उनकी प्रक्रियात्मक स्मृति (दिनचर्या और कौशल सीखने की क्षमता) बरकरार है, उन्हें कुछ कार्य करने के लिए सिखाया जा सकता है *(कैवाको* एवं *अन्य,* 2004)।

अपने प्रगति की जाँच कीजिए 2

1) पार्किन्सन रोग क्या है?

.....

.....

.....

.....

2) अल्जाइमर मनोभ्रंश का निदान कैसे किया जाता है?

.....

.....

.....

3) अल्जाइमर रोग के साथ मस्तिष्क संबंधी असामान्यताएँ तीन मुख्य विशेषताओं को सूचीबद्ध कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

4) स्मृति लोप विकार को परिभाषित कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

14.8 सारांश

अब जब हम इस इकाई के अंत में उन सभी प्रमुख बिंदुओं को सूचीबद्ध करेंगे जो हमने सीखे हैं।

- मनोभ्रंश और स्मृति विकार के डी.एस.एम-IV निदान को प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार के तहत वर्गीकृत किया गया है। इसने उन्माद के पहले वर्गीकरण को बरकरार रखा है और एक अन्य को जोड़ा है जिसे माइल्ड तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार कहा जाता है।
- ये विकार मस्तिष्क के अस्थायी या स्थायी क्षति के कारण होते हैं।
- प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकारों को क्रिया के नुकसान और पहले से ज्ञात या अधिग्रहित कौशल के नुकसान की विशेषता है। इसका कारण एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में भिन्न हो सकता है और इसे स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट करने की आवश्यकता होती है। शुरुआत धीमी या धीरे-धीरे हो सकती है लेकिन आमतौर पर प्रकृति में बिगड़ रही है।
- उन्माद में जागरूकता की एक स्थिति होती है, जो कोमा के बीच होती है। इसकी शुरुआत अचानक होती है।
- प्रमुख तंत्रिकाजन्य विकार में सबसे सामान्य कारणों में से एक अल्जाइमर रोग है।
- ए.पी.पी, पी.एस 1 और पी.एस 2 जीन के आनुवंशिक परिवर्तन अल्जाइमर रोग की शुरुआत में फंसे हुए हैं।
- ए.पी.ओ.पी-ई 4 एलील ए.पी.ओ.पी जीन का अल्जाइमर के लिए एक प्रमुख जोखिम कारक है।
- अल्जाइमर रोग के न्यूरोपैथोलॉजी में अमाइलॉइड प्लाक्स का संचय, न्यूरोफिब्रिलरी

टेंगल्स (ताऊप्रोटीन) की उपस्थिति और मस्तिष्क के क्षय (सिकुड़न) सम्मिलित हैं।

- अल्जाइमर मनोभ्रंश से जुड़े कुछ समस्याग्रस्त व्यवहार से निपटने के लिए व्यवहार चिकित्सा तकनीकों को प्रभावी पाया गया है। एंटीसाइकोटिक दवाओं का उपयोग उन लोगों के लिए भी किया जाता है जिनमे मनोवैज्ञानिक लक्षण विकसित होते हैं।
- स्मृति विकार की विशेषता है भूलना। इसके प्रमुख कारणों में सिर का आघात, सर्जरी, संक्रमण, स्ट्रोक और हाइपोक्सिया सम्मिलित हो सकते हैं।

14.9 मुख्य शब्द

तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार : मस्तिष्क में क्षति, बीमारी या हानि के कारण संज्ञानात्मक क्षमता में ह्रास सम्मिलित हैं और इसमें उन्माद, मनोभ्रंश और अम्नास्टिक और अन्य संज्ञानात्मक विकार सम्मिलित होते हैं।

उन्माद : मस्तिष्क होने की एक अवस्था जो सामान्य जागरण या कोमा के बीच होती है यह भ्रम और संज्ञानात्मक रोग की विशेषता है।

हंटिंग्टन रोग : एक घातक प्रगतिशील, लक्षणों के साथ न्यूरोडीजेनेरेटिव आनुवंशिक विकार है, जिसमें आंदोलन में विशिष्ट परिवर्तन, व्यक्तित्व में परिवर्तन और संज्ञानात्मक ह्रास सम्मिलित हैं।

पार्किन्सन रोग : उम्र से संबंधित न्यूरोडीजेनेरेटिव बीमारी जिसमें थरथराहट, कठोरता, गति में धीमापन और चलने और मुद्रा के साथ समस्याएँ सम्मिलित हैं।

स्मृति लोप विकार : एक प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार हैं जिसमें गड़बड़ी अल्पकालिक स्मृति की विशेषता सम्मिलित है। इसमे सभी संज्ञानात्मक कार्य बरकरार रहते हैं।

14.10 पुनरावलोकन प्रश्न

1) उन्माद के साथ किसी व्यक्ति की नैदानिक स्वरूप का वर्णन करें। इसके संभावित कारण क्या हो सकते हैं?
2) उन्माद को परिभाषित कीजिए। यह प्रमुख तंत्रिका-संज्ञानात्मक विकारों से कैसे अलग है?
3) हल्के और प्रमुख तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार के बीच अंतर करें और हल्के तंत्रिका संज्ञानात्मक विकार के विवाद पर प्रकाश डालिए।
4) अल्जाइमर रोग में किस जीन को अनुमान लगाया जाता है?
5) अल्जाइमर रोग के साथ एक विशिष्ट मस्तिष्क की न्यूरोपैथोलॉजिकल असामान्यताओं पर चर्चा कीजिए।
6) स्मृति लोप विकार की विशेषता का नैदानिक स्वरूप क्या है? इसके कुछ प्रमुख कारणों पर चर्चा कीजिए?

14.11 संदर्भ सूची एवं पढ़ने के सुझाव

Abudi, S., Bar-Tal, Y., Ziv, L., & Fish, M. (1997),Parkinson's disease symptoms—'patients' perceptions. *Journal of advanced nursing*, *25*(1), 54-59.

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

Andreescu, C., & Aizenstein, H. J. (2009),Amnestic disorders and mild cognitive impairment. In B. J. Sadock, A. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9th ed., pp. 1198-207). PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Andrew, J., & Lees, J. H. (2009), Tamas Revesz. *Parkinson's disease*. Lancet, 373, 2055-2066.

Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., & Jones, E. (2011).*AL=heimer's Disease*. Lancet, 377, 1019-31.

Bennett, R. L. (1995), Testing for Huntington Disease: Making an informed choice. *Medical Genetics*, University of Washington Medical Center.

Boeve, B. F. (2012), Mild cognitive impairment associated with underlying AL=heimer's disease versus Lewy body disease. *Parkinsonism & related disorders*, 18, S41-S44.

Bora, E., Yücel, M., Pantelis, C., & Berk, M. (2011), Meta-analytic review of neurocognition in bipolar II disorder.*Acta Psychiatr.Scand*., 123, 165-74.

Burgess, C. C., Ramirez, A. J., Richards, M. A., & Love, S. B. (1998), Who and what influences delayed presentation in breast cancer?. *British journal of cancer,* 77(8), 1343-1348.

Caron, N. S., Wright, G. E., & Hayden, M. R. (2018),*Huntington disease*. In Gene Reviews [Internet]. University of Washington, Seattle.

Cavaco, S., Anserson, S. W., Allen, J. S., CastroCaldas, A., & Damasio, H. (2004).The scope of preserved procedural memory in amnesia. *Brain*, 127, 1853-67.

Choices, N. H. S. (2012).Your health, your choices. Healthy Eating for Vegetarians and Vegans. Available online: http://www.nhs.uk/Livewell/Vegetarianhealth/Pages/Goingvegetarian. aspx.

Cruts, M., van Duijn, C. M., Backhovens, H., van den Broeck, M., Serneels, S., Sherrington, R., et al. (1998). Estimations of the genetic contribution of presenilin-1 and presenilin-2 mutations in a population-based study of presenile AL=heimer disease.*Human Molecular Genetics*, 7, 43-51.

Dawson, S., Kristjanson, L. J., Toye, C. M., & Flett, P. (2004), Living with Huntington's disease: need for supportive care. *Nursing & health sciences*, 6(2), 123-130.

de Nooijer, J., Lechner, L., & de Vries, H. (2001), A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay. *Patient education and counseling*, 42(2), 145-157.

de Ridder, D., Schreurs, K., & Bensing, J. (2000), The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. British *Journal of Health Psychology*, 5(2), 141-155.

Dibble, L. E., Hale, T. F., Marcus, R. L., Gerber, J. P., & LaStayo, P. C. (2009),

High intensity eccentric resistance training decreases bradykinesia and improves quality of life in persons with Parkinson's disease: a preliminary study. *Parkinsonism & related disorders*, 15(10), 752-757.

Dorsey, E., Constantinescu, R., Thompson, J. P., Biglan, K. M., Holloway, R. G., Kieburtz, K., ...& Tanner, C. M. (2007), Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*, 68(5), 384-386.

Eccles, F. J., Murray, C., & Simpson, J. (2011), Perceptions of cause and control in people with Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 33(15-16), 1409-1420.

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., ...& Goldman, J. (2007), Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 22(12), 1689-1707.

Evers-Kiebooms, G., & Decruyenaere, M. (1998), Predictive testing for Huntington's disease: a challenge for persons at risk and for professionals. *Patient education and counseling*, 35(1), 15-26.

Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S., Pickering, A., & McGuffin, P. (2002), Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 118-122.

Fricchione, G. L., Nejad, S. H., Esses, J. A., Cummings, T. J., Querques, J., Cassem, N. H., et al. (2008), Postoperative delirium.*Am. J. Psychiatry*, 165, 803-12.

Gestwicki, J. E., Crabtree, G. R., & Graef, I. A. (2004), Harnessing chaperones to generate small molecule inhibitors of amyloid aggregation.*Science*, 306, 865-69.

Götz, J., Chen, F., van Dorpe, J., & Nitsch, R. M. (2001), Formation of neurofibrillary tangles in P301L tau transgenic mice induced by A(42) fibrils. *Science*, 293, 1491-95.

Hardy, J. (2004), Toward AL=heimer therapies based on genetic knowledge.*Annu. Rev. Med.,* 55, 15-25.

Horstink, M., Tolosa, E., Bonuccelli, U., Deuschl, G., Friedman, A., & Kanovsky, P. (2006), European Federation of Neurological Societies Movement Disorder Society-European Section: Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and the Movement Disorder Society-European Section. Part I: early (uncomplicated) Parkinson's disease. *Eur J Neurol,* 13(11), 1170-1185.

Jalbert, J. J., Daiello, L. A., & Lapane, K. L. (2008), Dementia of the AL=heimer type.*Epidemiol Rev*, 30, 15-34.

Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (1993), AL=heimer disease in a select population of older adults with mental retardation. *Irish Journal of Psychology: Special Issue, Psychological Aspects of Aging*, 14(1), 38-47.

Kalinderi, K., Bostantjopoulou, S., & Fidani, L. (2016), The genetic background of Parkinson's disease: current progress and future prospects. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(5), 314-326.

Lang, A. E. (2011), A critical appraisal of the premotor symptoms of Parkinson's disease: potential usefulness in early diagnosis and design of neuroprotective trials. *Movement Disorders,* 26(5), 775-783.

Li, S., Jin, M., Zhang, D., Yang, T., Koeglsperger, T., Fu., H., & Selkoe, D. J. (2013), Environmental novelty activates b2-adrenergic signaling to prevent the impairment of hippocampal LTP by Ab Oligomers. *Neuron*, 77, 929-41.

Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000), Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County study on memory and aging. *Am. J. Psychiatry*, 157(5), 708-14.

Malaspina, D., Corcoran, C., & Hamilton, S. P. (2002), Epidemiologic and genetic aspects of neuropsychiatric disorders. In S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (pp. 323-415). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S., Heiman, D., Nahon, D., Feldman, D., et al. (2001), Advancing paternal age and the risk of schizophrenia.*Arch. Gen. Psychiatry*, 58, 361-67.

Mintzer, M. Z., Guarino, J., Kirk, T., Roache, J. D., & Griffiths, R. R. (1997), Ethanol and pentobarbital: Comparison of behavioral and subjective effects in sedative drug abusers. *Exp. Clin. Psychopharm*., 5(3), 203-15.

Noyce, A. J., Lees, A. J., & Schrag, A. E. (2016), The prediagnostic phase of Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(8), 871-878.

Practice guideline for the treatment of patients with AL=heimer's disease and other dementias. (2007), *Am. J. Psychiatry,* 164(Suppl.), 1-56

Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., Martelli, M., Servadei, L., Brunetti, N., et al. (2005), Homocysteine and folate as risk factors for dementia and AL=heimer disease.*Am. J. Clin. Nutri.*, 82, 636-43.

Schliebs, R., & Arendt, T. (2006), The significance of the cholinergic system in the brain during aging and AL=heimer's disease.*Journal of Neural Transmission,* 113, 1625-44.

Schmand, B., et al. (1997), The effects of intelligence and education on the development of dementia: A test of the brain reserve hypothesis. *Psychol. Med.,* 27(6), 1337-44.

Schrag, A., & Quinn, N. (2000), Dyskinesias and motor fluctuations in Parkinson's disease: A community-based study. *Brain,* 123(11), 2297-2305.

Sjogren, M., & Blennow, K. (2005), The link between cholesterol and AL=heimer's disease. World *J. Biol. Psychiatry,* 6(2), 85-97.

Slaughter, J. R., Slaughter, K. A., Nichols, D., Holmes, S. E., & Martens, M. P. (2001), Prevalence, clinical manifestations, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences,* 13(2), 187-196.

Solai, L. K. K. (2009), Delirium. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. I, pp.

1153-1167). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Stellos, K., Panagiota, V., Sachsenmaier, S., Trunk, T., Straten, G., Leyhe, T., Laske, C. (2010), Increased circulating progenitor cells in AL=heimer's disease patients with moderate to severe dementia: Evidence for vascular repair and tissue regeneration? *Journal of AL=heimer's Disease,* 19(2), 591-600

Sweet, R. A. (2009), Cognitive disorders: Introduction. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., Vol. I, pp. 1152-1153). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Trzepacz, P. T., Meagher, D. J., & Wise, M. G. (2002), Neuropsychiatric aspects of delirium.In S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (pp. 525-64). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Walsh, K., & Bennett, G. (2001), Parkinson's disease and anxiety. *Postgraduate medical journal*, 77(904), 89-93.

Weggen, S., Eriksen, J. L., Das, P., Sagi, S. A., Wang, R., Pietrzik, C. U., et al. (2001), A subset of NSAIDs lower amyloidogenic A(42) independently of cyclooxygenase activity. *Nature,* 414, 212-16

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010), Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA*, 304, 443-51.

Worth, P. F. (2013), How to treat Parkinson's disease in 2013, *Clinical medicine*, 13(1), 93.

14.12 ऑनलाइन संसाधन

-You can read more about symptoms, causes and treatment of dementia;

https://www.alz.org/aL=heimers-dementia/what-is-dementia

-You can read more about symptoms, causes, risk factors and prevention of delirium;

https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386

रिक्त स्थानों के उत्तर (1–5)

1) उन्माद, मनोभ्रंश और शब्द स्मृति लोप और अन्य संज्ञानात्मक विकार

2) व्यवहार और मनोदशा

3) भ्रम और संज्ञानात्मक शिथिलता

4) मनोसामाजिक इंटरवेंशन

5) तंबाकू का उपयोग और मनोभ्रंश।

इकाई 15 आघात तथा तनाव संबंधी विकार*

संरचना

15.0 प्रस्तावना

15.1 तनाव क्या है?

15.2 तनाव की विशेषताएँ

15.3 तनाव तथा तनाव संबंधी प्रतिक्रिया

15.4 तनाव और शारीरिक स्वास्थ्य

15.5 तनाव और मानसिक स्वास्थ्य

15.6 समायोजन विकार

15.6.1 समायोजन विकार के लक्षण तथा प्रकार

15.6.2 समायोजन विकार के कारण

15.6.3 उपचार

15.7 अभिघातज उत्तर तनाव विकार

15.7.1 अभिघातज उत्तर तनाव विकार की नैदानिक विशेषताएँ

15.7.2 अभिघातज उत्तर तनाव विकार के कारण

15.8 तीव्र तनाव विकार

15.9 संकट हस्तक्षेप

15.10 सारांश

15.11 मुख्य शब्द

15.12 पुनरावलोकन प्रश्न

15.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

15.14 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप इस योग्य हो जायेंगे:

- तनाव को परिभाषित और तनाव के लिए शारीरिक प्रतिक्रियाओं का वर्णन कर सकेंगे;
- तनाव से उत्पन्न मानसिक विकारों के संदर्भ में बता सकेंगे;
- समायोजन-आधारित तनाव विकार की नैदानिक विशेषताओं की समझ विकसित हो सकेगी;
- तीव्र तनाव विकार की नैदानिक विशेषताओं का वर्णन कर सकेंगे; तथा
- अभिघातज उत्तर तनाव विकार की नैदानिक विशेषताएँ बता सकेंगे।

15.0 प्रस्तावना

प्रतिदिन हमारी जिंदगी में कई चुनौतियाँ एवं खतरे सामने आते हैं। ऐसी स्थितियों के संपर्क में आने से हमारी शारीरिक और मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य पर असर पड़ता है। स्वास्थ्य

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

मनोविज्ञान का क्षेत्र तनाव का प्रभाव तथा अन्य विभिन्न मनोवैज्ञानिक कारकों के विकास तथा विभिन्न शारीरिक समस्याओं के रख-रखाव से सम्बन्ध रखती हैं। स्वास्थ्य मनोविज्ञान मूल रूप से व्यवहार चिकित्सा का ही एक उप-क्षेत्रीय क्षेत्र हैं तनाव और असामान्य मनोविज्ञान के बीच एक गहरा सम्बन्ध हैं और इस प्रकार डी.एस.एम.-5 ने अपने वर्गीकरण में ट्रॉमा तथा तनाव सम्बन्धी विकारों को सम्मिलित किया हैं तनाव को एक अनुक्रिया के रूप में प्रक्रिया के रूप में और एक उद्दीपन के रूप में माना जाता हैं यधपि इसको शुरू करने के साथ यह इकाई तनाव, तनाव की विशेषताएँ और तनाव को रोकने तथा सामजस्य करने में, तंत्रिका तन्त्र मस्तिष्क की भूमिका की जाँच करता हैं। इसके अलावा यह इकाई पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस विकार (पी.टी.एस.डी), समायोजन विकार तथा तीव्र तनाव विकार के कारण, कारकों, लक्षणों तथा उपचार के बारे में बताएगी ।

15.1 तनाव क्या है?

तनाव को उन विषम परिस्थितियों के रूप में समझा जा सकता हैं जिसमे हमारे स्वास्थय के लिए वर्तमान चुनौतियाँ मौजूद संसाधनों से अधिक हैं *(शेलेव,* 2009)। व्यक्ति भौतिक तथा मनोवैज्ञानिक स्थिति की मागों के मध्य जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक प्रणाली के संसाधनों की विसंगति को मानता हैं। इसके मुख्य दो घटक हैं भौतिक (शारीरिक परिवर्तन प्रत्यक्ष सामग्री सम्मिलित हैं) और मनोवैज्ञानिक (जीवन की अवधारणा को सम्मिलित करना हैं) इसके साथ, यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण हैं कि तनाव एक गतिशील निर्माण हैं क्योंकि इसके परिणाम जीव तथा वातावरण के बीच पारस्परिक क्रिया के कारण होते हैं यह सब उनकी धारणा और तनाव से मुकाबला करने वाले संसाधनों पर निर्भर करता हैं *(मोनरो,* 2008) तनाव के घटकों की तीन तरह से जाँच किया जा सकता हैं वे इस प्रकार हैं–

- *उद्दीपन के रूप में तनाव* : शारीरिक या मनोवैज्ञानिक रूप से चुनौतीपूर्ण घटनाओं को तनाव के रूप में कहा जाता हैं जैसे– किसी प्रियजन की मुत्यु या अत्यधिक काम की अपेक्षा रखने वाले मालिक से मिलना।
- *अनुक्रिया के रूप में तनाव* : मनोवैज्ञानिक तथा शारीरिक प्रतिक्रिया के रूप में तनाव को खिंचाव तनाव कहते हैं उदाहरण के लिए – तनाव को अनुभव करते हुए शारीरिक परिवर्तन, विचार तथा संवेग।
- *प्रक्रिया के रूप में तनाव* : इस प्रक्रिया में परस्पर क्रिया तथा समायोजन सम्मिलित हैं जिसे समझौता कहा जाता हैं इसमे तनाव तथा खिंचाव सम्मिलित हैं परन्तु यह व्यक्ति तथा वातावरण के बीच संबंधों के आयाम को भी जोड़ता है।

हैंस शैले (1957, 1976) जो एक ऑस्ट्रियाई मूल हंगरी के वैज्ञानिक थे, उन्होंने तनाव शब्द का वर्णन करते हुए कहा कि व्यक्तियों द्वारा अनुभव किये तनाव का उनके वातावरणीय परिस्थितियों के समायोजन तथा उसके बचाव से हैं। उन्होंने यह भी देखा कि तनाव कुछ सकारात्मक परिस्थितियों में भी हो सकता हैं और किसी भी तरह से व्यक्ति कौशल तथा योग्यताओं का सामना इसके साथ कर सकता हैं परन्तु यह एक नकारात्मक स्थिति के साथ निश्चित रूप से अधिक नुकसान पहुंचाता हैं ।

तनाव और असामान्य मनोविज्ञान के साथ हमेशा मजबूत सम्बन्ध माना गया हैं । यह पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस विकार (पी.टी.एस.डी) के नैदानिक निर्माण के रूप में भी स्पष्ट रूप से देखा जा सकता हैं जिसे डी.एस.एम-5 तथा डी.एस. एम.-5-टी.आर में चिंता विकारों के अन्दर वर्गीकृत किया गया था। हालांकि डी.एस.एम-5 ने एक नई नैदानिक श्रेणी प्रस्तुत की हैं अभिघात तनाव सम्बन्धी विकार हैं। पी.टी.एस.डी समायोजन विकार और एक्यूट स्ट्रेस

विकार के साथ नैदानिक श्रेणी का भाग हैं। इन विकार को एक व्यक्ति में मनोवैज्ञानिक तथा व्यवहार सम्बन्धी विकारों के पैटर्न के रूप में जाना जाता हैं यह एक पहचाने जाने वाले तनाव की प्रतिक्रिया के कारण होता हैं *(कारडेना* एवं *अन्य,* 2003)।

बॉक्स 15.1 : युस्ट्रेस और डिस्ट्रेस

तनाव सकारात्मक तथा प्रेरक हो सकता है। शैले ने इसे यूस्ट्रेस (यू=अच्छा) कहा था यह सकारात्मक हैं तथा व्यक्ति तनाव से प्रेरित होता हैं यूस्ट्रेस इष्टतम स्वास्थ्य तथा सकारात्मक संवेगों के साथ संबंधित हैं जबकि डिस्ट्रेस नकारात्मक तनाव हैं इसका कार्यक्षमता पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता हैं इस प्रकार एक कार्यक्षमता को इष्टतम स्तर का बनाने के लिए मध्यम स्तर का तनाव आवश्यक हैं।

15.2 तनाव की विशेषताएँ

यह एक ज्ञात तथ्य हैं कि कुछ घटनाएँ दूसरों की तुलना में अधिक तनावपूर्ण होती हैं उदाहरण के लिए, किसी को नौकरी से निकल दिया जाना या किसी प्रियजन की मृत्यु की तुलना में चाबियों या चश्मे का गलत स्थान बहुत कम तनावपूर्ण हैं इसकी कुछ विशेषताए हैं जो तनाव की गंभीरता को निर्धारित करती हैं –

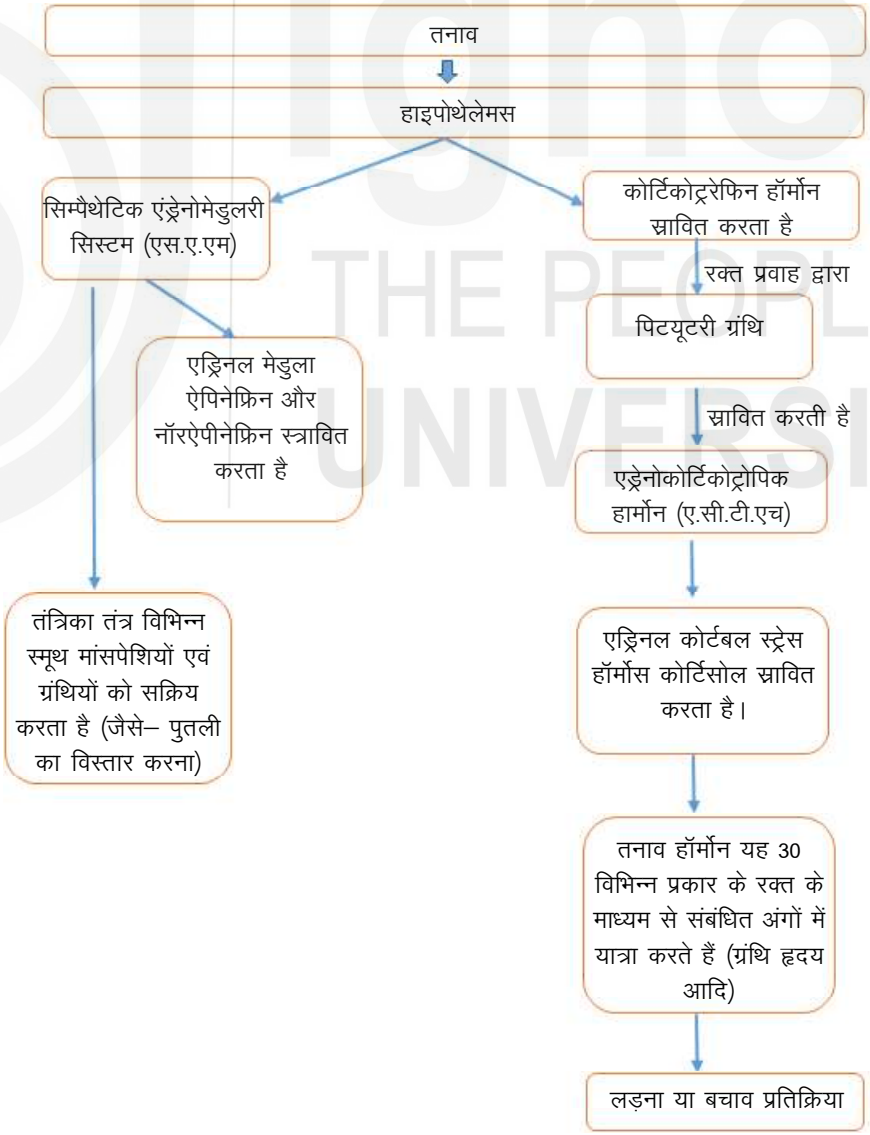
(क) तनाव की गभीरता (ख) तनाव की स्थिरता (ग) तनाव की समयावधि (घ) यह किसी व्यक्ति के जीवन को कितनी निकटतम से प्रभावित करेगा (ङ) व्यक्ति की तत्परता (च) तनाव की नियंत्रणता

एक तनाव किसी भी व्यक्ति के जीवन का महत्वपूर्ण पक्ष होता हैं अतः वह तब अधिक तनावपूर्ण साबित हो सकता हैं जैसे– तलाक, नौकरी छूट जाना, बच्चे की मुत्यु आदि *(न्यूसोम* एवं *अन्य,* 2008)। इसमे जोड़ने के लिए, यदि एक तनाव बहुत लम्बे समय तक रहता हैं इसका प्रभाव घातक तथा गंभीर हो सकता हैं। उदाहरण के लिए, लम्बे समय तक शारीरिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्ति निराशा महसूस कर सकता हैं तथा इससे उसकी अन्य सभी गतिविधियाँ भी प्रभावित हो सकती हैं। तनाव का संचयी प्रभाव भी हो सकता हैं *(मिलर,* 2007) एक शादीशुदा जोड़े के आपस में सम्बन्ध अच्छे नही हैं तब उन्हें अपने कार्यस्थलों पर चिढ तथा निराशा महसूस हो सकती हैं और यह उन पर अधिक दबाब डाल सकती हैं। इसके परिणाम यह होगा कि उनका कार्यस्थल पर भी बुरा दिन होगा और इसके बाद घर पर भी उनके झगड़े तथा तर्क होंगे। एक समय में बहुत सारे तनावों का सामना करने पर व्यक्तियों के सामना करने वाले संसाधनों पर दबाब डाल सकता हैं और अगर यह तनाव लम्बी अवधि तक चलता हैं तो यह अधिक तनावपूर्ण हो सकता है। यदि तनावपूर्ण स्थिति व्यक्ति के बहुत करीब या तत्काल होती हैं तब इसका अधिक प्रभाव हो सकता हैं। उदाहरण के लिए – अंकल के करीबी दोस्त की मुत्यु के बारे में सुनना उतना तनावपूर्ण नहीं होगा जितना कि पडोसी की मुत्यु के बारे में सुनना, जब वह परिवार या दोस्त की तरह हो। स्थिति की अप्रत्याशिता और अनियंत्रिता तनाव को बढ़ा सकती हैं क्योंकि व्यक्ति ऐसी सहज स्थितियों का सामना करने के लिए तैयार नही होता हैं और यह उनके शारीरिक या मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य पर प्रभाव डाल सकता हैं। यह जानने के लिए कि क्या उम्मीद हैं, यह स्थिति की पुर्वानुमेयता को बढ़ाता हैं तथा इसे नियंत्रित भी किया जा सकता है (किसी भी तरह से) इससे संभावित नुकसान के कारणों को कम किया जा सकता हैं (*इवांस* एवं *स्टीकर,* 2004)।

15.3 तनाव तथा तनाव संबंधी प्रतिक्रिया

इस समस्या को उस क्रम में समझा जा सकता हैं जो तनाव का कारण हो सकते हैं। सबसे पहले यह जानना आवश्यक हैं कि जब तनाव की स्थिति में हमारा शरीर क्या अनुभव करता हैं । तनावमें मनुष्य की शारीरिक प्रतिक्रिया को समझने के लिए विभिन्न शोध चल रहे हैं केनन (1932) ने विरोध *(फाइट) या फ्लाइट* मॉडल दिया जिसे तीव्र तनाव प्रतिक्रिया (एक्यूट स्ट्रेस रेस्पोंस) के नाम से भी जाना जाता हैं उन्होंने बताया कि जब कोई व्यक्ति तनाव महसूस करता हैं तब शरीर तेजी से उत्तेजित हो जाता हैं और सहानुभूति तंत्रिका तंत्र और अंतः स्रावी तन्त्र के माध्यम से प्रेरित करता हैं। हैंस शैले जो हंगरी के एड्रोक्रिनोलॉजिस्ट (1956, 1976) ने जनरल एडेपटेशन सिंड्रोम (जी.ए.एस) मॉडल दिया । तनाव की प्रतिक्रिया को तीन चरणों में चर्चा की गयी हैं– (अ) अलार्म प्रतिक्रिया (शरीर को लड़ाई और उसके बचाव के लिए तैयार करना (ब) प्रतिरोध की अवस्था (यदि तनाव अधिक समय तक रहता हैं तब शरीर अनुकूलन और सामना करने की कोशिश करता हैं।) (स) थकान की अवस्था (लम्बे समय तक शारीरिक उत्तेजना शरीर की उर्जा भंडार को कम करता हैं।)

इस प्रकार शोधकर्ताओं ने दो अलग प्रणालियों की पहचान की हैं इसमे सम्मिलित हैं– **सिम्पैथेटिक-एड्रेनोमेडुलरी सिस्टम (एस.ए.एम)** और **हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी एड्रेनोकोर्टिकल (एचपीए) अक्ष**।



चित्र 15.1 : सिम्पैथेटिक-एड्रेनोमेडुलरी सिस्टम (एस.ए.एम) और हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी एड्रेनोकोर्टिकल (एच.पी.ए) अक्ष।

सिम्पैथेटिक-एड्रेनोमेडुलरी सिस्टम *(गुन्नार* एवं *क्यूईवेदो,* 2007) उपलब्ध संसाधनों को जुटाता हैं तथा यह शरीर को तनाव से लड़ने या उसके बचाव की प्रतिक्रिया के लिए तैयार करता हैं जैसा कि हम एक तनाव के साथ सामना कर रहे हैं तब हाइपोथैलेमस सिम्पैथेटिक-एड्रेनोमेडुलरी सिस्टम (एस.ए.एम) को उत्तेजित करता हैं यह तब होता हैं जब एड्रिनल मेडुला "तनाव हार्मोन" एपिनेफ्रिन (एड्रेनालिन) और नॉरनेफ्रिन (नॉरएड्रेनालिन) को स्रावित करता हैं । यह शरीर में संचारित होकर हृदय की गति को बढ़ाते हैं और शरीर में ग्लूकोज का तेजी से चयापच्य करना शुरू कर देते हैं ।

तनाव प्रतिक्रिया में सम्मिलित अन्य तंत्र हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी एड्रेनोकोर्टिकल (एच.पी.ए) अक्ष हैंहाइपोथैलेमस भी **कोर्टिकोट्रोफिन रिलीजइंग हॉर्मोन (सी.आर.एच)** स्रावित करता हैं जो रक्त प्रवाह के माध्यम से शरीर में यात्रा करता हैं और पिट्यूटरी ग्रंथि तक पहुँचता हैं तब पिट्यूटरी ग्रंथि का अग्र भाग एड्रिनोंकोर्टिकोट्रोपिक हार्मोन (ए.सी.टी.एच) स्रावित करने के लिए एड्रिनल कोर्टेक्स को उत्तेजित करता हैं तीस तरह के तनाव हॉर्मोन रक्त प्रवाह के माध्यम से पुरे शरीर में संबंधित अंगो (ग्रंथि, ह्रदय आदि) में यात्रा करते हैं तथा शरीर को लड़ने और बचाव प्रतिक्रिया के लिए तैयार करते हैं । इस समय यह ध्यान रखना भी आवश्यक हैं कि जन्मजात प्रतिरक्षा प्रतिक्रिया बाधित हो जाती हैं इस प्रकार, यदि कोई चोट लगती हैं तब उससे बचाव ही प्राथमिक उपचार हैं तथा उसके बाद उतकों को ठीक करना। यह मूल रूप से एक अनुवर्ती मूल्य हैं यधपि, कोर्टिसोल महत्वपूर्ण है परन्तु कोर्टिसोल प्रतिक्रिया बंद नहीं होती हैं तब यह हिप्पोकैम्पस क्षेत्र में मस्तिष्क कोशिकाओं को नष्ट करती हैं *(स्पोलस्काई,* 2000) अतः हम कह सकते हैं कि आधारभूत स्तर पर तनाव मस्तिष्क के लिए बुरा हैं मस्तिष्क के पास रिसेप्टर होते हैं जो कोर्टिसोल का पता लगाते हैं यह तनाव प्रतिक्रिया में सम्मिलित ग्रंथियों की गतिविधियों को कम करने के लिए फीडबैक भेजती हैं ।

एलोस्टैटिक लोड तनाव के प्रति अनुकूल होने की जैविक मूल्य हैं *(मैकइवान,* 1998) यह तब कम होता हैं जब किसी व्यक्ति का तनाव का स्तर कम होता हैं लेकिन उच्च तब होता हैं जब एक व्यक्ति तनाव का सामना करता हैं **एलोस्टैसिस** (स्थिरता को बनाये रखना) एक्यूट स्ट्रेस के अनुकूलन की प्रक्रिया हैं और इसमे एक चुनौती का सामना करने, उसमे संतुलन कोबनाये रखने के लिए तनाव हॉर्मोन (कोर्टिसोल) सम्मिलित हैं । एलोस्टैटिक लोड वह हैं जिसके द्वारा शरीर प्रतिकूल मनोसामाजिक या शारीरिक परिस्थितियों के विपरीत होने के लिए बाध्य कर देता हैं यह शरीर के तनाव हॉर्मोन प्रतिक्रिया के अत्यधिक तनाव या अप्रभावी संचालन के कारण होता हैं इसे तनाव का सामना करने के लिए आदर्श रूप से खुला होना चाहिए तथा तनावपूर्ण परिस्थिति के खत्म होते ही इसे बंद हो जाना चाहिए। एलोस्टैटिक लोड शरीर में टूट-फूट का निर्माण कर सकती हैं तथा भविष्य में तनावों के अनुकूलन के लिए व्यक्तिगत रूप से क्षमता को बाधित कर सकता हैं। इसके चार महत्वपूर्ण कारक हैं– (अ) एक्सपोजर की मात्रा (ब) प्रतिक्रिया शीलता का परिमाण (स) रिकवरी की दर (द) संसाधन रेस्टोरेशन (पुनःस्थापन)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) तनाव क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

2) एलोस्टैसिस को परिभाषित कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) तनाव हार्मोन क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

4) जी. ए. एस मॉडल के मुख्य चरणों की सूची बनाइए।

.....

.....

.....

.....

.....

15.4 तनाव और शारीरिक स्वास्थ्य

विभिन्न चिकित्सीय परिस्थितियाँ हैं जो तनाव से जुडी हुई हैं मस्तिष्क भी इम्यून सिस्टम (प्रतिरक्षा तन्त्र) को प्रभावित करता हैं इस प्रकार यह आगे एक व्यक्ति के लिए समस्या उत्पन्न कर सकती हैं जब हम एक तनाव का सामना करता हैं तब विभिन्न संभावित बीमारियों तथा विकार उत्पन्न होते हैं। विभिन्न मनोवैज्ञानिक कारक हमारे स्वास्थ्य तथा कल्याण को निर्धारित करने तथा उसे बनाये रखने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं हम अपनी समस्याओं को कैसे लेते हैं तथा हम उनका सामना कैसे करते हैं, हमारा टेम्परामेंट भी हमारे शारीरिक स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष रूप से प्रभाव डालता हैं किसी व्यक्ति के जीवन पर तनाव के प्रभाव की जाँच करते हुए मस्तिष्क तथा शरीर का सम्बन्ध दिखाई देता हैं तनाव की स्थिति में किसी की वितीय स्थिति संबध मुद्दे या किसी अन्य वर्तमान स्थिति शारीरिक स्वास्थ्य की समस्याओं को उत्पन्न कर सकती हैं इसके विपरीत यह सत्य भी हो सकता हैं मौखिक तर्क तथा झगड़े में गंभीर तथा एक्यूट स्ट्रेस सम्मिलित हो सकता हैं यह दिल का दौरा, उक्त रक्तचाप या अन्य शारीरिक समस्या को उत्पन्न कर सकता हैं। लम्बे समय से चल रहे तनाव के कारण भी गंभीर प्रभाव स्वास्थ्य पर हो सकता हैं क्योंकि स्वायत्त तंत्रिका तंत्र के लगातार अधिक सक्रिय रहने से शरीर पर बुरा असर पड़ता हैं। तनाव जो बिना जाँच के रह जाता हैं वह भी विभिन्न समस्याओं में अपना योगदान कर सकता हैं जैसे– उक्त रक्तचाप,

हृदय रोग, मधुमेह, मोटापा आदि। इसके कारण अनेक लक्षण देखे जाते हैं जैसे– सिर दर्द, मांसपेशियों में दर्द, सीने में दर्द, थकान, नींद से संबधित समस्या, पेट खराब होना, सेक्स ड्राइव में परिवर्तन तथा अन्य कई शारीरिक परिवर्तन। इस इकाई की मुख्य सोच तनाव तथा शारीरिक समस्याएँ को समझना ही नही हैं बल्कि तनाव और मानसिक स्वास्थ्य पर भी केन्द्रित हैं इस प्रकार ट्रामा तथा तनाव से संबंधित रोगों को भी समझना है।

15.5 तनाव और मानसिक स्वास्थ्य

जब हम तनाव का अनुभव करते हैं तब हमारे मस्तिष्क तथा शरीर पर भी प्रभाव पड़ता हैं अर्थात् तनाव के मनोवैज्ञानिक परिणाम भी होते हैं, जो व्यक्ति को समायोजन करने तथा उससे सामना करने की योग्यता प्रदान करता हैं। आघात तथा तनाव सम्बन्धी विकारो की श्रेणी के अंतर्गत डी.एस.एम-5 में निमंलिखित विकारों का उल्लेख हैं ।

- अभिघातज उत्तर तनाव विकार
- समायोजन विकार
- तीव्र तनाव विकार
- प्रतिक्रियाशील लगाव विकार
- असंतुष्ट सामाजिक जुड़ाव विकार
- अन्य निर्दिष्ट – आघात और तनाव संबंधी विकार
- अनिर्दिष्ट आघात और तनाव संबंधी विकार

इस इकाई में, जैसा कि पहले उल्लेख किया गया है हम मुख्य रूप से समायोजन विकारों, अभिघातज उत्तर तनाव विकार और तीव्र तनाव विकार पर ध्यान केन्द्रीत करेंगे। यह सभी एक व्यक्ति में तनाव तथा तनाव सम्बन्धी परिस्थितियों के कारण देखे जाते हैं।

15.6 समायोजन विकार

समायोजन विकार एक सामान्य तनाव का एक मनोवैज्ञानिक परिणाम है, जिसके परिणाम नैदानिक रूप से भावनात्मक या व्यावहारिक संबंधी लक्षण सार्थक होते हैं तब व्यक्ति के दैनिक कार्यों में बाधा उत्पन्न होती हैं। यह स्थिति तब हो सकती है जब किसी व्यक्ति को एक तनावपूर्ण घटना जैसे कि आपसी सम्बन्धों की समस्या, काम से निकाल दिया जाना, या किसी प्रिय व्यक्ति की मौत का सामना करने में कठिनाई हो सकती है। समायोजन संबंधी विकार वयस्कों और बच्चों दोनों को प्रभावित कर सकते हैं और तनावपूर्ण घटना को समायोजित करने में असफल होता हैं यह घटना गंभीर मनोवैज्ञानिक लक्षणों और शारीरिक लक्षणों का कारण होती है, कुछ मामलों में जिससे समायोजन विकार का निदान का प्रमुख कारण हो सकता है *(स्ट्रेन* एवं *न्यूकोर्न,* 2007)।

तनाव एक एकल घटना हो सकती है या इसमें कई तनाव शामिल हो सकते हैं। छह प्रकार के समायोजन विकार हैं जो बाद में वर्णित हैं। प्रत्येक प्रकार अलग-अलग लक्षणों से जुड़ा हुआ है और तीव्र तनाव विकार और पोस्टट्रॉमैटिक तनाव विकार से अलग होता है क्योंकि वे गहन तनाव कारण (णों) से जुड़े होते हैं।

समायोजन विकार के लक्षण एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में भिन्न होते हैं। हालांकि, लक्षण आमतौर पर किसी व्यक्ति के जीवन में एक तनावपूर्ण घटना या एक तनावपूर्ण व्यक्ति की उपस्थिति के तीन महीने के अन्दर शुरू होते हैं। व्यक्ति को सामान्य की तुलना में अधिक

तनाव का अनुभव होता हैं । वे 6 महीने से ज्यादा नहीं रहते हैं, जब तनाव दूर हो जाता है, तो लक्षण गायब हो जाते हैं। कुछ मामलों में, लक्षण 6 महीने से अधिक समय तक बने रहते हैं, लक्षणों को ध्यान में रखते हुए किसी अन्य मानसिक विकार में मापदंड के अनुसार निदान को बदल दिया जाता है।

15.6.1 समायोजन विकार के लक्षण तथा प्रकार

समायोजन विकार के प्रमुख चरणों को निम्नलिखित रूप से वर्गीकृत किया जा सकता हैः

संवेगात्मक और संज्ञानात्मक लक्षण: समायोजन विकार किसी व्यक्ति की सोचने की शैली तथा उनके महसूस करने के तरीके को प्रभावित कर सकता है। इनके निम्नलिखित लक्षण हैं जैसे– निराशा, घबराहट, चिडचिड़ापन, संतुष्टि की कमी, अत्यन्त रुदन (रोना), चिंता, उत्कंठा, फिक्र, सोने में परेशानी, एकाग्रता में कठिनाई, हताशा आदि । इसमें खुदखुशी संबंधी विचार भी सम्मिलित हैं।

व्यवहार संबंधी लक्षण: लापरवाही, लड़ाई, मित्रों और पारिवारिकजनों से बचना, खराब विद्यालय तथा काम का प्रदर्शन, स्कूल या कार्य को छोड़ देना, और जानबूझकर माल की हानि करना यह सब सामान्य व्यवहार लक्षण हैं।

शारीरिक लक्षण: अनिद्रा, काँपना, मांसपेशियों में मरोड़, थकान, अपाचन, और शरीर में दर्द, यह सब से शारीरिक लक्षण समायोजन विकार के साथ जुड़े हैं।

व्यक्ति का अभिनय विद्रोही या आवेग समाप्त हो सकता है, आसपास के व्यक्तियों से हट सकता है, ज्यादातर चीजों के बारे में दुःखी महसूस कर सकता है, निराशाजनक महसूस कर सकता है और रोने के पैटर्न अलग हो सकता है। इसकी एक विशेषता यह भी हो सकती हैं– आत्मसम्मान की हानि। यहाँ यह भी ध्यान देना भी महत्वपूर्ण है कि लक्षण सामान्य शोक पैटर्न का प्रतिनिधित्व नहीं कर सकते हैं।

बॉक्स 15.1 : समायोजन विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए, 2013)

क) तनाव की पहचान तीन महीने के भीतर प्रतिक्रिया के रूप में भावनात्मक एवं व्यवहार सम्बन्धी लक्षणों का विकास करना ।

ख) जैसा कि निम्नलिखित में से एक या दोनों से स्पष्ट हैः कि ये लक्षण या व्यवहार चिकित्सकीय रूप से सार्थक हैं ।

1) चिह्नित परेशानी जो तनाव की गंभीरता या तीव्रता के अनुपात से बाहर है, बाहरी संदर्भ और सांस्कृतिक कारकों को ध्यान में रखते हुए जो लक्षण गंभीरता और प्रस्तुति को प्रभावित कर सकते हैं।

2) सामाजिक, व्यावसायिक या अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों के महत्वपूर्ण हानि।

ग) तनाव संबंधी बाधा एक अन्य मानसिक विकार के मानदंड को पूरा नहीं करती है और यह केवल एक पूर्व मौजूदा मानसिक विकार की उत्तेजना नहीं है।

घ) लक्षण सामान्य शौक का प्रतिनिधित्व नहीं करते हैं।

च) एक बार तनाव समाप्त हो जाने के बाद उसके लक्षण 6 महीने से अधिक समय तक नहीं बने रहते हैं।

वर्णित कीजिए कि क्या :

- उदास मनोदशा के साथ : मनोदशा खराब होना, अशांति, उदास या निराशा की भावनाएँ प्रमुख हैं।
- चिंता के साथः घबराहट, चिंता, तनाव या कुंठा, अलगाव, दुःख प्रमुख रूप से है।
- मिश्रित चिंता और उदास मनोदशा के साथ : अवसाद और चिंता का एक संयोजन प्रमुख है।
- व्यवहार की बाधा के साथ : व्यवहार की अशांति प्रमुख है।
- संवेगों और व्यवहार की मिश्रित उत्तेजना के साथ : भावनात्मक लक्षण (जैसे, अवसाद, चिंता) और व्यवहार की गड़बड़ी दोनों प्रमुख हैं।
- अनिर्दिष्ट : समायोजन विकारों के विशेष उप प्रकारों में से एक कुसमायोजित व्यवहार वर्गीकृत नहीं है।

समायोजन विकार के प्रकार :

1) **अवसादग्रस्त मनोदशा के साथ समायोजन विकारः** इस विकार से व्यक्ति उदासी और निराशा का अनुभव करते हैं। वे उन क्रियाओं का लाभ लेने में असमर्थ हो सकते हैं जो उन्हें पहले खुशी देती थीं। यह उप प्रकार रोने के साथ जुड़ा हुआ है।

2) **चिंता के साथ समायोजन विकारः** इसमें चिंता, कुंठा अत्यधिक तीव्र भावनाएँ सम्मिलित हैं। इस श्रेणी में निदान किए गए व्यक्तियों में स्मृति के साथ एकाग्रता की समस्या हो सकती है बच्चों के संदर्भ में, निदान आमतौर पर माता-पिता और प्रियजनों से अलगाव होने की चिंता के साथ जुड़ा हुआ होता है।

3) **मिश्रित चिंता और उदास मनोदशा के साथ समायोजन विकारः** यहां लोग चिंता और अवसाद दोनों का अनुभव करते हैं।

4) **व्यवहार की गड़बड़ी के साथ समायोजन विकारः** इसमें व्यवहार संबंधी मुद्दे जैसे लापरवाह ड्राइविंग, झगड़े, चोरी करना आदि सम्मिलित हैं। किशोरों संपत्ति को तहस-नहस करने, चोरी करने में तथा झूठ बोलने में शामिल देखा जा सकता है। वे स्कूल में जाना भी बंद कर देते हैं।

5) **संवेगों और व्यवहार की समान रूप से गड़बड़ी होने पर समायोजन विकारः** इसमें अवसाद, चिंता और व्यवहार या आचरण संबंधी समस्याएँ शामिल हैं।

6. **समायोजन विकार अनिर्दिष्टः** इसमें वे लक्षण शामिल हैं, जो अन्यथा समायोजन विकार के अन्य प्रकारों के साथ संबद्ध नहीं हैं। इसमें दोस्तों, परिवार, स्कूल, या कार्य से संबंधित समस्याएँ सम्मिलित हैं। यह शारीरिक समस्याओं को भी ध्यान में रखता है।

15.6.2 समायोजन विकार के कारण

समायोजन विकार शायद सबसे हल्का और कम से कम निन्दित करने वाला निदान है, जो किसी भी व्यक्ति को दिया जा सकता है। तनाव की विविधता और तनावपूर्ण घटना इस तरह के निदान को जन्म दे सकती है। कुछ सामान्य कारण भी हो सकते हैंः पारस्परिक मुद्दे, वित्तीय मुद्दे, प्रमुख जीवन में कुछ प्रमुख परिवर्तन, जीवन संक्रमण, स्वयं को कोई बीमारी या किसी प्रियजन की मृत्यु, जिससे निकटतम संबध हो, अचानक आपदा (प्राकृतिक या मानव निर्मित), किसी तरह का डर। बच्चों और किशोरों में, विशिष्ट कारण हो सकते हैं, स्कूल की

समस्याएँ, परिवार या दोस्तों के साथ झगड़े, लिंग-भेद पर चिंता (जिसे वे खोजने या पहचानने की कोशिश कर रहे हैं)।

कार्य-संबंधी समस्याएँ अक्सर समायोजन संबंधी समस्याओं की ओर ले जाती हैं, लेकिन बेरोजगारी के कारण समायोजन विकार भी होता है *(लेनन* और *लिमोनिक,* 2010)। यह पाया गया है कि युवा में भविष्य के लिए नौकरी की संभावनाओं बहुत कम हो यह लम्बी अवधि तक चले तब युवा आर्थिक अवसाद में रहते हैं। तब युवा अल्पसंख्यक पुरुषों के लिए बेरोजगारी एक प्रमुख समस्या हो सकती हैं (श्रम सांखियकी ब्यूरो, 2013)। इस प्रकार का तनाव दुबारा समस्याओं को बढ़ा सकता है विशेष रूप से जब संबंधित व्यक्ति ने पहले पर्याप्त आय अर्जित की हो। यह भी पाया गया है कि अगर स्थिति लम्बे समय तक रहती हैं तब आत्महत्या का खतरे भी बढ़ जाते है *(बोर्जेस एट आल,* 2010)।

15.6.3 उपचार

समायोजन विकार का उपचार सामान्यतया मनोचिकित्सा, औषधि या दोनों के संयोजन से किया जाता है, जो भी क्लाइंट के लिए सबसे अच्छा रहता है। थेरेपी, ज्यादातर समय एक प्राथमिक उपचार होता है, यह व्यक्ति को नियमित रूप से अपने कार्य में वापस लौटने में मदद करता है। इस तरह के भविष्य के किसी भी तनाव से निपटने के लिए बाधा पहुँचाने वाले कारणों का पता लगाने और इसके लिए भविष्य में कौशल विकसित करने का भी प्रयास किया जाता है। संज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी (सी.बी.टी) एक व्यक्ति की विकृत अनुभूति और सोचने के पैटर्न को बदलने में समय पर बहुत मददगार होती है जिसमें क्लाइंट द्वारा किए गए भयावह (संज्ञानात्मक त्रुटियाँ) भी सम्मिलित हो सकती हैं। इस प्रकार के विचारों को आमतौर पर सुकरात प्रश्न के माध्यम से चुनौती दी जाती है। इसके अलावा सी.बी.टी चिकित्सीय आमतौर पर पूर्ण सत्रों की योजना बनाते हैं और अपने क्लाइंट के लिए होमवर्क पूरा करते हैं। परिवार और सहायता समूह भी इन केसों में बहुत प्रभावी पाए जा सकते हैं। बहुधा दवाओं का उपयोग अवसाद, चिंता या अनिद्रा जैसे लक्षणों को कम करने के लिए किया जाता है।

अपने प्रगति की जाँच कीजिए 2

1) डीएसएम-5 में ट्रॉमा और तनाव संबंधी विकारों में सम्मिलित मुख्य विकारों की सूची बनाइए।

.....

.....

.....

.....

2) समायोजन विकार क्या है?

.....

.....

.....

.....

3) समायोजन विकारों के मुख्य लक्षण क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

4) क्या सज्ञानात्मक व्यवहार थेरेपी समायोजन विकार के उपचार में सहायक है?

.....

.....

.....

.....

.....

15.7 अभिघातज उत्तर तनाव विकार

प्रारंभ में डी.एस.एम. में अभिघातज उत्तर तनाव विकार को सम्मिलित करने के विरुद्ध बहुत सारे प्रश्न किये गये थे, क्योंकि एक स्पष्ट कारण एक विकार आघात था, यह वास्तव में डी. एस.एम के सैदान्तिक दृष्टिकोण के साथ असंगत था लेकिन फिर आम सहमति बन गई कि कोई भी अत्यधिक तनावपूर्ण घटना जो जीवन के लिए खतरा हो और प्रत्येक दिन के अनुभव सामान्य अनुभव से अलग हो, उसमें मनोवैज्ञानिक लक्षण हो। अभिघातज उत्तर तनाव विकार के नैदानिक मानदंड समय के साथ बदल गए हैं। इससे पहले 20वीं सदी में, अभिघातज उत्तर तनाव विकार के लक्षण लड़ाकू सैनिकों में देखे गए थे इस प्रकार, इसे शेल शॉक और लड़ाकू न्यूरोसिस के रूप में जाना जाता था। ट्रॉमेटिक तनावों में एक प्राकृतिक आपदा को अनुभव करना, एक एकाग्रता शिविर में रहना, भूकंप या सुनामी, युद्ध की स्थिति, बलात्कार या एक आतंकवादी हमले का सामना करना भी शामिल हैं। ट्रॉमेटिक घटना के तुरंत बाद तनाव के लक्षण बहुत आम हो सकते हैं लेकिन ये लक्षण समय के साथ कम हो सकते हैं। यहां, यह याद रखना महत्वपूर्ण है कि पी.टी.एस.डी के निदान के लिए कम से कम एक महीने तक लक्षण रहने चाहिए।

15.7.1 अभिघातज उत्तर तनाव विकार की नैदानिक विशेषताएँ

यह लक्षण आमतौर पर जल्दी शुरू होते हैं, यानी ट्रॉमेटिक घटना के 3 महीने के अन्दर ही शुरू होते हैं, लेकिन, कुछ मामलों में, यह देखा गया है कि लक्षण लगभग एक साल बाद शुरू होते हैं। लक्षण एक महीने से अधिक समय तक रहना चाहिए और व्यक्ति के व्यावसायिक, सामाजिक और दैनिक कामकाज में बाधा उत्पन्न करने के लिए पर्याप्त गंभीर होना चाहिए। कुछ मामलों में, रिकवरी 6 महीने के भीतर देखी जा सकती है, लेकिन कुछ के लिए अधिक समय लग सकता है। पी.टी.एस.डी में, ''एक ट्रॉमेटिक घटना को रोग संबंधी स्मृति का कारण माना जाता है'' जो कि परिभाषित नैदानिक लक्षणों के केंद्र में है, जो विकार से जुड़े हैं। *(मैक नल्ली,* 2013) ये यादें अनुभव का संक्षिप्त हिस्सा हो सकती हैं और

उन घटना से पहले हुई थी, जिसने व्यक्ति पर एक बड़ा संवेगात्मक प्रभाव डाला था (हैकमैन एवं अन्य, 2004)।

बॉक्स 15.2 : अभिघातज उत्तर तनाव विकार के लिए डी.एस.एम-5 मानदंड (ए.पी.ए, 2013)

नोट : निम्नलिखित मानदंड वयस्कों, किशोरों और 6 वर्ष से अधिक उम्र के बच्चों पर लागू होते हैं।

क) वास्तविक या खतरनाक मृत्यु, गंभीर चोट, या यौन हिंसा निम्नलिखित तरीकों में से एक या उससे अधिक का जोखिम होना :

1) सीधे ट्रॉमेटिक घटना का अनुभव करना।

2) दूसरों पर हुई घटनाओं का साक्षी होना।

3) यह सीखना कि ट्रॉमेटिक घटना परिवार के करीबी सदस्य या करीबी दोस्त को हुई हैं I इन मामलो में, परिवार के सदस्य या मित्र की वास्तविक या डरावनी मृत्यु, तब यह घटनाएँ हिंसक या आकस्मिक होगी।

4) ट्रॉमेटिक घटनाओं के उदासीन विवरण के लिए बार-बार या अत्यधिक एक्सपोजर का अनुभव करना (जैसे, पहले उत्तरदाता मानव अवशेष इकट्ठा करने वाले पुलिस अधिकारी बाल शोषण के बारे में बार-बार विवरण दें)।

नोटः मानदंड अ 4 इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, टेलीविजन, फिल्मों, या चित्रों के माध्यम से लागू नहीं होता है, जब तक कि यह जोखिम संबंधित कार्य नहीं होता हैः

ख) ट्रॉमेटिक घटनाओं के साथ जुड़े निम्नलिखित घुसपैठ लक्षणों में से एक (या अधिक) की उपस्थिति ट्रॉमेटिक घटनाओं के बाद दिखाई देती हैं-

1) दर्दनाक घटना की आवर्ती, अनैच्छिक और घुसपैठ की दर्दनाक यादें।

नोटः 6 वर्ष से अधिक उम्र के बच्चों में, दोहरावदार नाटक हो सकता है, जिसमें दर्दनाक घटना के विषय या पहलू व्यक्त किए जाते हैं।

2) आवर्ती संकट सपने जिसमें सपने की सामग्री और ट्रॉमेटिक घटनाओं से संबंधित हैं।

नोटः बच्चों में, पहचानने योग्य सामग्री के बिना भयावह सपने विकसित हो सकते हैं।

3) विघटनकारी प्रतिक्रियाएँ (जैसे, फ्लैशबैक) जिसमें व्यक्ति ट्रॉमेटिक घटना (घटनाएँ) बार-बार अनुभव करता है या कार्य करता है (इस तरह की प्रतिक्रिया एक निरंतरता पर हो सकती है, जिसमें सबसे चरम अभिव्यक्ति वर्तमान परिवेश के बारे में जागरूकता का पूर्ण नुकसान है)।

नोटः बच्चों में, खेल में आघात-विशिष्ट पुनर्संयोजन होता है।

4) आँतरिक या बाहरी संकेतों के संपर्क में तीव्र या लंबे समय तक मनोवैज्ञानिक संकट जो ट्रॉमेटिक घटनाओं के एक पहलू का प्रतीक या समान है।

5) ट्रॉमेटिक घटनाओं के एक पहलू का प्रतीक या बाहरी रूप से आँतरिक या बाहरी संकेतों के लिए शारीरिक प्रतिक्रियाओं को चिह्नित करना।

ग) दर्दनाक घटनाओं से जुड़े उत्तेजनाओं का लगातार अवॉयडडेंस, ट्रॉमेटिक घटना के बाद की शुरुआत, जैसा कि निम्नलिखित में से एक या दोनों द्वारा स्पष्ट किया गया है:

1) दर्दनाक घटनाओं से संबंधित यादों, विचारों, या भावनाओं के बारे में या निकटता से बचने के प्रयासों को टालना।

2) बाह्य अनुस्मारक (लोगों, स्थानों, वार्तालापों, गतिविधियों, वस्तुओं, स्थितियों) से बचने के प्रयासों या परिहारों के कारण जो ट्रॉमेटिक घटनाओं से जुड़ी यादों, विचारों, या भावनाओं को परेशान करते हैं।

घ) ट्रॉमेटिक घटनाओं के साथ संज्ञान और मनोदशा की अभिघातजन्य घटनाओं में नकारात्मक परिवर्तन, ट्रॉमेटिक घटनाओं के शुरू या बिगड़ने के बाद यह उत्पन्न होता हैं जैसा कि निम्नलिखित में से दो द्वारा स्पष्ट किया गया है:

1) दर्दनाक घटनाओं के एक महत्वपूर्ण पहलू को याद करने में असमर्थता (आमतौर पर विघटनकारी भूलने की बीमारी के कारण और सिर की चोट, शराब या ड्रग्स जैसे अन्य कारकों के लिए नहीं)।

2) अपने बारे में, नकारात्मक विश्वास या अपेक्षाएँ (जैसे, ''मैं बुरा हूँ,'' ''किसी पर भरोसा नहीं किया जा सकता है,'' ''दुनिया पूरी तरह से खतरनाक है,'' ''मेरा पूरा तंत्रिका तंत्र स्थायी रूप से बर्बाद हो गया है '')।

3) दर्दनाक घटना के कारण या परिणामों के बारे में लगातार, विकृत अनुभूति जो व्यक्ति को खुद को या दूसरों को दोष देने का नेतृत्व करता हो।

4) लगातार नकारात्मक भावनात्मक स्थिति (जैसे– भय, डर, क्रोध, अपराध या शर्म)।

5) महत्वपूर्ण गतिविधियों में रुचि या भागीदारी को कम करना।

6) दूसरों से अपने आप को अलग करने की भावना।

7) सकारात्मक भावनाओं का अनुभव करने में लगातार अक्षमता (जैसे– खुशी, संतुष्टि या प्रेमपूर्ण भावनाओं का अनुभव करने में असमर्थता)।

ङ) ट्रॉमेटिक घटनाओं से जुड़ी उत्तेजना और प्रतिक्रियाशीलता में चिह्नित परिवर्तन, ट्रॉमेटिक घटनाओं के शुरू या बिगड़ने के बाद यह उत्पन्न होता हैं जैसा कि निम्नलिखित में से दो द्वारा स्पष्ट किया गया है:

1) चिड़चिड़ा व्यवहार और क्रोध आमतौर पर लोगों या वस्तुओं के प्रति मौखिक या शारीरिक आक्रामकता के रूप में व्यक्त किया जाता है।

2) लापरवाह या आत्म-विनाशकारी व्यवहार।

3) हाइपरविजिलेंस

4) अतिरंजित चौंकाने वाली प्रतिक्रिया।

5) एकाग्रता की समस्या।

6) नींद की गड़बड़ी (जैसे– सोते हुए या आराम से सोते रहने में कठिनाई)।

च) गड़बड़ी की अवधि (मानदंड ब, स, द, और य) 1 महीने से अधिक है।

छ) अशांति नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण संकट या सामाजिक, व्यावसायिक, या अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में हानि का कारण बनती है।

ज) घबराहट किसी पदार्थ (जैसे– दवा, शराब) या किसी अन्य चिकित्सा स्थिति के शारीरिक प्रभावों के कारण नहीं है।

अभिघातज उत्तर तनाव के निदान करने के लिए कम से कम एक महीने तक निम्नलिखित लक्षण होने चाहिए :

- कम से कम एक अनुचित हस्तक्षेप के लक्षण
- कम से कम एक परिहार लक्षण
- कम से कम दो नकारात्मक परिवर्तन संज्ञान और मनोदशा में
- कम से कम दो उत्तेजना और प्रतिक्रिया लक्षण

निम्नलिखित अनुभाग में, हम उपर्युक्त लक्षणों पर में विस्तार से चर्चा करेंगेः

- **अनुचित हस्तक्षेप** : ट्रॉमेटिक घटना एक या दूसरे तरीके से लगातार अनुभव होती है, यह दुःस्वप्न, अनुचित हस्तक्षेप की छवियों, फ्लैशबैक, अन्य शारीरिक प्रतिक्रिया के माध्यम से आघात के स्मरण के रूप में हो सकती है। ये पुनः अनुभव लक्षण किसी व्यक्ति के अपने विचारों और भावनाओं से शुरू हो सकते हैं। जिन्हें कुछ वस्तुओं, शब्दों या स्थितियों से भी शुरू किया जा सकता है।
- **परिहारः** इसमें आघात से संबंधित उत्तेजनाओं जैसे विचारों, भावनाओं या ट्रॉमा की स्मृति से बचाव सम्मिलित है। इसके कारण एक व्यक्ति अपनी दिनचर्या को बदल सकता है।
- **नकारात्मक संज्ञान और मनोदशाः** इसके लक्षण निम्मलिखित हैं जैसे– याद करने में अयोग्यता, ट्रॉमा की विशेषताएँ, अत्यधिक नकारात्मक विचार तथा स्वयं तथा दूसरों के बारे में विकृत धारणा जैसे– अपराधबोध, शर्म या दोष सम्मिलित हैं। एक व्यक्ति इन गतिविधियों में कम रुचि दिखा सकता है और उसे सकारात्मक प्रभाव अनुभव करने में कठिनाई हो सकती है। इन लक्षणों के कारण, एक व्यक्ति अपने आसपास के अन्य लोगों से अलग-थलग महसूस कर सकता है।
- **उत्तेजना और प्रतिक्रियाः** इसमें हाइपरविजिलेंस, आक्रामकता, लापरवाह व्यवहार, चिड़चिड़ापन क्लाइंट की ओर से प्रारंभ की गई प्रतिक्रिया को सम्मिलित करता है। उत्तेजना के लक्षण आमतौर पर स्थिर होते हैं तथा व्यक्ति को अधिक तनावग्रस्त और क्रोधी अनुभव करा सकते हैं।

बच्चों और किशोरों को भी ट्रॉमा की अत्यधिक प्रतिक्रिया हो सकती है लेकिन उनके मामले में, उनके कुछ लक्षण वयस्कों के समान नहीं होते हैं, खासतौर पर 6 साल से कम उम्र के बच्चों में, वे शौचालय प्रशिक्षित होने के बाद भी बिस्तर गीला कर सकते हैं। वे अपने खाली समय में डरावनी घटना को अंजाम दे सकते हैं या वह अपने अभिभावक से बहुत ज्यादा सख्त हो सकते हैं। बड़े बच्चे में सामान्य रूप से वयस्कों की तरह लक्षण दिखाई देते हैं। वे विघटनकारी या अपमानजनक हो सकते हैं। उनके विचार बदला लेने वाले भी हो सकते हैं।

15.7.2 अभिघातज उत्तर तनाव विकार के कारण

अभिघातज उत्तर तनाव विकार के विकास में कारण जोखिम कारकों को समझना एक विवादास्पद क्षेत्र रहा है और इसका बड़ा कारण यह है कि पी.टी.एस.डी की प्रत्यय यह स्पष्ट करता है कि यह एक ट्रॉमेटिक अनुभव के कारण होता है। इसकी एक बड़ी चिंता यह है कि हम तनाव की परिस्थितियों का सामना करने की अपेक्षा कुछ व्यक्तियों की पहचान करने की पी.टी.एस.डी को विकास करने की अधिक संभावना के रूप में करते हैं, तब हम संदेह का

शिकार हो सकते है– क्योंकि वे मुसीबतों के लिए दोषी ठहराए जाते हैं और कलंकित भी हो सकते हैं।

लेकिन हम इस तथ्य को जानते हैं कि हर कोई ट्रॉमा के संपर्क में है, वह पी.टी.एस.डी को विकसित नहीं कर सकता है। जो कुछ व्यक्ति दूसरों की तुलना में अधिक कमजोर होते हैं। इसी क्रम में विकार को बेहतर ढंग से रोकने और इलाज करने के लिए, हमें उन कारकों को समझना आवश्यक हैं जो पी.टी.एस.डी के विकास में सम्मिलित हो सकते हैं या जो किसी व्यक्ति को अधिक कमजोर बनाते हों। कुछ निश्चिंत व्यवसाय हैं जो व्यक्तियों को दूसरों की तुलना में अधिक जोखिम में डालते हैं– सैनिक, विशेष रूप से वे जो युद्ध की स्थितियों में रहे हैं, या युद्ध के कैदी रहे हैं, अग्निशामकों, एक उच्च जोखिम में हो सकते हैं। ब्रेस्लाउ और उनके सहकर्मियों (1991, 1995) ने निष्कर्ष निकाला कि जोखिम कारकों में वह पुरुष सम्मिलित हैं, जिसमें कॉलेज की शिक्षा कम है, बाल्यावस्था में उससे संबंधित मुद्दों का संचालन किया है, मनोचिकित्सा विकार के पारिवारिक इतिहास, न्यूरोटिसिज्म और एक्स्ट्रा वरजन के मापन में उच्च अंक प्राप्त किये हों। कुछ अन्य सूची में जैसे– सामाजिक सहायता निम्न स्तर की, न्यूरोटिसिज्म, चिंताजनक अवसाद, चिंता, कुंठा और चिंता का पारिवारिक इतिहास और पदार्थ का उपयोग। यह पी.टी.एस.डी के विकास में मुख्य जोखिम भरे कारक हैं *(मैक नल्ली,* 2013)। इसके अलावा, जिस तरह से एक व्यक्ति स्थिति की व्याख्या करता है और अपने तनाव के लक्षणों का मूल्यांकन करता है वह भी पी.टी.एस.डी के विकास में एक भूमिका निभाता है। यदि व्यक्तियों का यह मानना है कि वे अपने लक्षणों के लिए जिम्मेदार हैं तब वह व्यक्तिगत कमजोरी का संकेत है या ऐसा लगता है कि दूसरों को उनसे शर्म आएगी, तब वह अधिक जोखिम में होते हैं जब प्रारंभिक लक्षण का स्तर सांख्यिकीय रूप से नियंत्रित होता है *(डनमोर* एवं *अन्य,* 2001)।

समान रूप से अभिघातज उत्तर तनाव विकार के विरुद्ध कुछ सुरक्षात्मक कारक भी हैं, जैसे कि, उच्च बौद्धिक क्षमता, *(ब्रेस्लो* एवं *अन्य,* 2006)। ऐसी संभावना है कि उच्च बौद्धिक क्षमता वाले व्यक्ति, अर्थात, अधिक बौद्धिक संसाधन वाले व्यक्ति अपने दर्दनाक अनुभवों से कुछ अर्थ निकालने में सक्षम हो सकते हैं और इसे किसी प्रकार के व्यक्तिगत कथन में बदल सकते हैं, इस प्रकार, यह अंततः अनुकूली और संवेगात्मक रूप से सुरक्षात्मक बनाता है।

अभिघातज उत्तर तनाव विकार के पीछे जैविक कारणों और कारकों को समझते हुए, एक रुचिकर क्षेत्र एक व्यक्ति के शरीर में तनाव हार्मोन की उपस्थिति है। यह पाया गया है कि कोर्टिसोल का आधारभूत स्तर पी.टी.एस.डी और नियंत्रण समूह के रोगियों में समान है। *(यंग* एवं *ब्रेस्लाउ,* 2004) लेकिन कुछ परीस्थितियों में प्रायोगिक तनाव दिया जाता है, जैसे कि ट्रॉमा अनुस्मारक या संज्ञानात्मक चुनौतियाँ, अभिघातज उत्तर तनाव विकार के साथ व्यक्ति धीमी वाले कोर्टिसोल प्रतिक्रिया दिखाते हैं *(डी. क्लोइट* एवं *अन्य,* 2006)। हालांकि, जेंडर भी महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। पी.टी.एस.डी वाली महिलाओं में बिना पी.टी.एस.डी महिलाओं की तुलना में अधिक कोर्टिसोल का स्तर था। ट्रॉमा के प्रकार का अनुभव भी एक भूमिका निभा सकता है– शारीरिक या यौन शोषण वाले लोगों में कम कोर्टिसोल का स्तर पाया गया *(मिविसे* एवं *अन्य,* 2007)। शोधकर्ताओं के लिए एक अन्य रुचि का क्षेत्र जीन-पर्यावरण अंतक्रिया है। डी.एन.ए डेटा एकत्र किया गया और एक तूफान के मौसम के बाद 589 वयस्कों का साक्षात्कार लिया गया *(किलपैट्रिक* एवं *अन्य,* 2007)। अभिघातज उत्तर तनाव विकार को विकसित करने में जोखिम कारक थे– तूफान का उच्च स्तर और सामाजिक समर्थन और नेटवर्क का निम्न स्तर। हालांकि, जिन व्यक्तियों में सेरोटोनिन-ट्रांसपोर्टर जीन के उच्च जोखिम वाले जीनोटाइप थे, उन्हें अभिघातज उत्तर तनाव विकार विकसित करने के लिए एक उच्चकोटि के रिस्क में पाया गया था, खासतौर पर यदि उनके

पास उच्च तूफान का जोखिम और कम सामाजिक समर्थन था। अभिघातज उत्तर तनाव विकार की दर उनके लिए 4-5 गुना अधिक थी उनकी अपेक्षा जो केवल उच्च तूफान के संपर्क में थे तथा कम सामाजिक समर्थन था। इस प्रकार, जब जीन और पर्यावरण में परस्पर अंतक्रिया साथ-साथ होती हैं, कभी-कभी पहले से ही खराब स्थिति और ज्यादा बदतर हो जाती है। यह भी पाया गया है कि पी.टी.एस.डी वाले व्यक्तियों में हिप्पोकैम्पस का आकार कम होने लगता है।

इनके अलावा, विभिन्न समाजशास्त्रीय कारक जैसे– अल्पसंख्यक समूह के सदस्य किसी को खतरे में डाल सकते हैं या नकारात्मक और असहयोग वातावरण में वापस लौटकर किसी व्यक्ति को अधिक कमजोर बना सकते हैं *(चारुवस्र* और *क्लोइटर,* 2008) समुदाय की अभिवृत्ति, कुछ विचारों और व्यवहार से जुड़े कलंक एक व्यक्ति में विकृत संज्ञानात्मक मान्यताओं के विकास का कारण बन सकती हैं और उन्हें अधिक आलोचनात्मक बना देती हैं जब तनाव की स्थिति अधिक नकारात्मक और चरम सीमा पर हो।

15.8 तीव्र तनाव विकार

परिभाषा के अनुसार, तीव्र तनाव विकार एक अस्थायी स्थिति है, जो दर्दनाक घटना के तुरंत बाद 3 से 30 दिनों तक रह सकती है। जैसा कि हमने पहले चर्चा की है, पी.टी.एस.डी के निदान के लिए आवश्यक है कि लक्षण कम से कम 1 महीने तक रहें। इसलिए, अगर हम इससे गुजरते हैं तो एक व्यक्ति को ट्रॉमेटिक अनुभव के एक-दो सप्ताह के भीतर गंभीर बाधा दिखाई देती है, उसे निदान और उसके बाद के उपचार के लिए एक महीने तक इंतजार करना होगा। इन घटनाओं में, व्यक्ति को तीव्र तनाव विकार का पता चलता है और बाद में यदि लक्षण एक महीने या उससे अधिक के लिए बने रहते हैं, तो निदान को पी.टी.एस.डी में बदल दिया जाता है। यह सिर्फ यह सुनिश्चित करता है कि कमजोर लक्षणों वाले व्यक्तियों को निदान के लिए एक महीने तक इंतजार नहीं करना पड़ता है और इसके बजाय वे एक ट्रॉमेटिक घटना का अनुभव करते ही उपचार प्राप्त कर सकते हैं *(कारर्डेना* और *कार्लसन,* 2011)।

यह किसी भी तरह के ट्रॉमेटिक अनुभव के कारण हो सकता है जैसे कि गंभीर चोट, दुर्घटना में शामिल होना, किसी प्रियजन की मृत्यु होना, प्राकृतिक आपदा के संपर्क में आना, किसी बीमारी की खबर आदि। यह किसी व्यक्ति के जीवन में एक से अधिक बार हो सकता है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि दूसरों की तुलना में जिन व्यक्तियों को परिवारों में मानसिक बीमारी है, उन्हें ट्रॉमेटिक घटना की प्रतिक्रिया में विकार विकसित करने का अधिक जोखिम हो सकता है।

बॉक्स 15.3 : तीव्र तनाव विकार के लिए डी.एस.एम.-5 मानदंड (ए.पी.ए, 2013)

क निम्नलिखित तरीकों में से किसी एक का जोखिम होना जैसे– मृत्यु, का खतरा गंभीर चोट, या यौन उत्पीडन :

1) दर्दनाक घटना का सीधे अनुभव करना।

2) दूसरों पर हुई घटनाओं का व्यक्तिगत रूप से साक्षी होना ।

3) यदि दर्दनाक घटनाएँ परिवार के किसी करीबी सदस्य या घनिष्ठ मित्र करीबी की हुईं हो उनसे सीखना।

नोटः परिवार के किसी सदस्य या मित्र की मृत्यु वास्तविक या खतरे के मामलों में, घटनाएँ (हिसात्मक) हिंसक या आकस्मिक हुई हो।

4) दर्दनाक घटना (ओं) के प्रतिकूल विवरण के लिए दोहराया गया अनुभव या अत्यधिक प्रदर्शन का अनुभव करना (जैसे– मानव अवशेष इकट्ठा करने वाले पहले उत्तरदाता पुलिस अधिकारी का बार-बार बाल शोषण के विवरण बताना)।

नोटः यह इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, टेलीविजन, फिल्मों, या चित्रों के माध्यम से उपयोग में नहीं लाया जाता हैं जब तक कि यह अनावरण कार्य से संबंधित न हो।

ख) अनुचित हस्तक्षेप, नकारात्मक मनोदशा, पृथक्करण, परिहार, और उत्तेजना इन पाँच श्रेणियों में से किसी नौ या नौ से अधिक लक्षणों का उपस्थित होना ट्रॉमेटिक घटना (ओं) के घटना के शुरुआत में या बिगड़ने के बाद।

अतिक्रमण (घुसपैठ) के लक्षण :

1) दर्दनाक घटना की आवर्ती, अनैच्छिक और अनुचित हस्तक्षेप की स्मृति ।

नोटः बच्चों में, ट्रॉमेटिक घटनाओं को अभिव्यक्त करने के लिए दोहरावदार नाटक प्रयोग हो सकता है ।

2) पुनरावर्ती व्यथित सपने जिसमें सपने की सामग्री या घटनाएँ (ओं) से संबंधित हैं।

नोटः 6 वर्ष से अधिक उम्र के बच्चों में, पहचानने योग्य सामग्री के बिना भयावह सपने हो सकते हैं।

3) विघटनकारी प्रतिक्रियाएँ (जैसे, फ्लैशबैक) बार-बार होती हैं जिसमें व्यक्ति को अनुभव होता है या बार-बार ट्रॉमेटिक घटनाओं की तरह कार्य करता है। (इस तरह की प्रतिक्रिया एक निरंतरता पर हो सकती है, जिसमें सबसे चरम अभिव्यक्ति वर्तमान परिवेश के बारे में जागरूकता का पूर्ण नुकसान है)।

नोटः बच्चों में आघात-विशिष्ट पुनर्संयोजन खेल में हो सकता है।

4) तीव्र या लंबे समय तक मनोवैज्ञानिक संकट या आँतरिक या बाहरी संकेतों के जवाब में चिह्नित शारीरिक प्रतिक्रियाएँ, जो ट्रॉमेटिक घटनाओं के एक पहलू का प्रतीक होती हैं।

नकारात्मक मूड :

1) सकारात्मक भावनाओं का अनुभव करने में लगातार अक्षमता (जैसे– खुशी, संतुष्टि या प्रेमपूर्ण भावनाओं का अनुभव करने में असमर्थता)।

विघटनकारी लक्षण :

1) स्वयं की वास्तविकता से बदला हुआ भाव (जैसे – दूसरे के दृष्टिकोण से खुद को देखना, विस्मिय होना, समय धीमा होना)।

2) दर्दनाक घटनाओं (ओं) के महत्वपूर्ण पहलू को याद करने में असमर्थता (आमतौर पर यह भूलने की बीमारी के कारण और अन्य कारकों के लिए नहीं) जैसे– सिर की चोट, शराब या ड्रग्स)।

परिहार के लक्षण :

1) ट्रॉमेटिक घटनाओं के बारे में या निकटता से जुड़ी यादों, विचारों, या भावनाओं से बचने का प्रयास करना।

2) बाहरी चेतावनी (लोगों, स्थानों, वार्तालापों, गतिविधियों, वस्तुओं, स्थितियों) से बचने का प्रयास करता है, जो आघात की घटनाओं जैसे– यादों, विचारों या भावनाओं को के साथ निकटता से जुड़ें हैं।

उत्तेजना के लक्षण :

1) नींद में बाधा (जैसे– सोने में कठिनाई, नींद न आना)।

2) चिड़चिड़ा व्यवहार और क्रोध आना आमतौर पर शारीरिक तथा मौखिक आक्रामकता के रूप में लोगों या वस्तुओं पर व्यक्त किया जाता है।

3) हाइपर विजिलेंस (उच्च सतर्कता)।

4) यानि केन्द्रीत करने में कठिनाई होना।

5) चौंकाने (डराने) की प्रतिक्रिया को बढ़ा-चढ़ा कर कहना।

ग) उत्तेजना (बाधा) की अवधि (मानदंड बी में लक्षण) आघात की घटना के तीन दिन से 1 महीने बाद की अवधि है।

नोटः लक्षण आमतौर पर आघात के तुरंत बाद शुरू होते हैं, लेकिन विकार मानदंडों को पूरा करने के लिए कम से कम 3 दिनों से एक महीने तक की आवश्यकता होती है।

घ) अशांति नैदानिक रूप से सार्थक परेशानी या सामाजिक रूप से, व्यावसायिक, या अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रों में कार्यों में अक्षमता के कारण होता है।

ङ) अशांति किसी पदार्थ के शारीरिक प्रभावों के कारण नहीं है।

15.9 संकट हस्तक्षेप

तनावपूर्ण स्थितियों की प्रतिक्रिया के रूप में अस्थिर स्थिति का हस्तक्षेप प्रकट हुआ हैं। क्राइसिस मूल रूप से ''एक घटना या एक घटना का अनुभव जो बहुत कष्टदायक हो जो व्यक्ति के वर्तमान संसाधनों और तनाव से निपटने के संसाधनों से अधिक है'' *(जेम्स,* 2008)। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि इसे हल किया जाना चाहिए अन्यथा यह व्यक्ति के मनो-सामाजिक पतन का कारण बनता है *(ब्राउन* एवं *अन्य,* 2013, *कॉलाहन,* 2009)। यहां पर एक केंद्रीय धारणा यह भी है कि दर्दनाक अनुभव से पहले व्यक्ति मनोवैज्ञानिक रूप से अच्छी तरह से कार्य कर रहा था। इस प्रकार, यहाँ लक्ष्य किसी व्यक्ति के व्यक्तित्व को ''पुनर्निर्माण'' या ''रीमेक'' करना नहीं है, बल्कि व्यक्ति को तत्काल उस संकट से बचाने में सहायता करना है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

1) दर्दनाक तनाव के कुछ उदाहरणों का वर्णित कीजिए।

.....

.....

.....

2) कोर्टिसोल क्या है? क्या यह शरीर के लिए हानिकारक या लाभकारी है?

.....

.....

.....

3) तीव्र तनाव विकार के निदान के लिए क्या मानदंड हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

4) संकट हस्तक्षेप का लक्ष्य क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

15.10 सारांश

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

- तनाव का अनुभव तब होता है जब शारीरिक या सामाजिक स्वास्थ्य के लिए कथित चुनौतियाँ हमारे संसाधनों और क्षमताओं से अधिक होती हैं।
- तनाव के घटकों की तीन तरह से जाँच की जा सकती हैः उत्तेजना के रूप में, प्रतिक्रिया के रूप में और एक प्रक्रिया के रूप में।
- मुख्य कारक स्थिति को तनावपूर्ण बनाने में सम्मिलित होती हैंः गंभीरता, चिरकालिक, प्रारंभ, जीवन पर प्रभाव, पूर्वानुमान और नियंत्रणीयता।
- दो अलग-अलग प्रणालियाँ हैं जो तनाव से संबंधित प्रतिक्रिया में सम्मिलित हैं– सहानुभूति-एड्रेनोमेडुल्लेरी सिस्टम (एस.ए.एम) और हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी एड्रेनोकोर्टिकल (एच.पी.ए) अक्ष।
- डी.एस.एम-5 इस प्रकार परिभाषित कर सकते हैं जो ट्रॉमा तथा तनाव सम्बन्धी विकार का एक किसी व्यक्ति को दर्दनाक या तनावपूर्ण घटना का जोखिम सम्मिलित हैं। जो विभिन्न मनोवैज्ञानिक समस्याओं को उत्पन्न करता है। इसमें सम्मिलित हैं– समायोजन विकार, पोस्टट्रॉमैटिक स्ट्रेस विकार और तीव्र तनाव विकार ।
- कई अपेक्षाकृत सामान्य तनाव हैं– किसी प्रियजन की मुत्यु, तलाक, कठिन रिश्ते,

बेरोजगारी, आदि जो तनाव और मनोवैज्ञानिक कुसमायोजन व्यव्हार उत्पन्न कर सकते हैं और समायोजन विकार का परिणाम हो सकते हैं।

- समायोजन विकार 6 प्रकार के हैं: उदास मनोदशा के साथ, चिंता के साथ, मिश्रित चिंता और उदास मनोदशा के साथ, आचरण की गड़बड़ी के साथ, भावनाओं और आचरण की मिश्रित गड़बड़ी के साथ, और अनस्पेशीफाइड समायोजन विकार ।
- आघात या अत्यधिक तनाव की प्रतिक्रिया के रूप में अत्यधिक तीव्र मनोवैज्ञानिक विकार को अभिघातज उत्तर तनाव विकार के रूप में वर्गीकृत किया गया है। अभिघातज उत्तर तनाव विकार के निदान करने के लिए, व्यक्ति में कम से कम 1 महीने तक लक्षण होने चाहिए।
- तीव्र तनाव विकार में तनाव पी.टी.एस.डी के समान होता है, लेकिन यहां पर लक्षण ट्रॉमेटिक घटना के तुरंत बाद 3 से 30 दिनों तक रह सकते हैं।
- कुछ मामलों में, तीव्र तनाव विकार का निदान पी.टी.एस.डी में बदल जाता है यदि इसके लक्षण एक महीने से अधिक समय तक बने रहते हैं।

15.11 मुख्य शब्द

एलोस्टैटिक लोड : यह तनाव को अनुकूल बनाने की जैविक लागत है।

हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी एड्रेनोकोर्टिकल (एच.पी.ए) अक्ष : हाइपोथैलेमस कॉर्टिकोट्रॉफिन रिलीज करने वाला हार्मोन (सी.आर.एच) जारी करता है, जो रक्तप्रवाह से यात्रा करता है और पिट्यूटरी ग्रंथि तक पहुंचता है। यह शरीर को लड़ाई या भाग प्रतिक्रिया के लिए तैयार करता है।

तनाव : एक गतिशील निर्माण हैं जो जीव और पर्यावरण के बीच परस्पर अंतक्रिया के कारण होता है और यह एक धारणा तथा मुकाबला करने वाले संसाधनों पर निर्भर करता है।

तीव्र तनाव विकार : यह एक अस्थायी स्थिति है, जो ट्रॉमेटिक घटना के तुरंत बाद 3 से 30 दिनों तक रह सकती है।

समायोजन विकार : एक सामान्य तनाव के लिए एक मनोवैज्ञानिक परिणाम हैं जो किसी व्यक्ति के दैनिक कार्यों में बाधा उत्पन्न करने वाले नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण भावनात्मक या व्यवहार संबंधी लक्षण हो सकता है।

अभिघातज उत्तर तनाव विकार : एक ऐसी स्थिति है, जो एक आघात की घटना के बाद विकसित होती है, जब लक्षण एक महीने से अधिक समय तक होते हैं और व्यक्ति के व्यावसायिक, सामाजिक और दैनिक कार्यों को बाधा पहुँचाने के लिए काफी गंभीर होते हैं।

15.12 पुनरावलोकन प्रश्न

1) तनाव और इसके घटकों को परिभाषित करें। उन कारकों का वर्णन करें जो किसी व्यक्ति की तनाव सहनशीलता को निर्धारित करने में भूमिका निभाते हैं।
2) तनावों की विशेषताओं पर चर्चा करें जो उन्हें अधिक गंभीर बनाती हैं।
3) तनाव संबंधी प्रतिक्रिया में सिम्पैथेटिक एड्रेणोमेडुली सिस्टम और हाइपोथैलेमिक पिट्यूटरी ऐड्रनोकोटिकल अक्ष की भूमिका स्पष्ट करें।
4) अभिघातज उत्तर तनाव विकार के नैदानिक स्वरूप पर चर्चा करें और अभिघातज उत्तर तनाव विकार के संभावित कारणात्मक कारकों पर चर्चा करें।

5) तीव्र तनाव विकार तथा अभिघातज उत्तर तनाव विकार के बीच अंतर स्पष्ट करे ।

15.13 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

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

Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., et al. (2010), Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys.*J. Clin. Psychiat*., 71, 1617-28.

Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Kendler, K. S., Su, M., Williams, D., & Kessler, R. C. (2006), Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample.*Psychol. Med.,* 36(1), 57-68.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995), Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis.Am. *J. Psychiatry*, 152, 529-35.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreki, P., & Peterson, E. (1991),Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults.*Arch. Gen. Psychiat.*, 48, 216-22.

Brown, L. M., Frahm, K. A., & Bongar, B. (2013),In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology,* Vol. 8: *Clinical psychology* (2nd ed., pp. 408-30). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Bureau of Labor Statistics. (2013, April 5), *The employment situation – March 2013.*(News release). U. S. Department of Labor, USDL-13-0581.

Callahan, J. (2009), Emergency intervention and crisis intervention. In P. E. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 13-32). Washington, DC: American Psychological Association.

Cardeña, E., & Carlson, E. (2011), Acute stress disorder revisited. *Annu. Rev. Clin. Psychol*., 7, 245-67.

Cardeña, E., Butler, L., & Spiegel, D. (2003), Stress disorders. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology* (Vol. 8, pp. 229-49), New York: John Wiley & Sons, Inc.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008), Social bonds and posttraumatic stress disorder.*Annu. Rev. Psychol*., 59, 301-28.

De Kloet, C. S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A., Heijnen, C. J., & Westenberg, H. G. M. (2006), Assessment of HPA-axis function in post-traumatic stress disorder: Pharmacological and nonpharmacological challenge tests, a review. *J. Psychiatr. Res.,* 40, 550-67.

Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001), A prospective investigation of the role of persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical and sexual assault.*Behav. Res. Ther*., 39, 1063-84.

Evans, G., & Stecker, R. (2004), Motivational consequences of environmental stress.*J. Environ. Psych.,* 24(2), 143-65.

Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007),The neurobiology of stress and development.*Annu. Rev. Psychol*., 58, 145-73.

Hackman, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004), *Characteristics and Traumatic Stress*, 17, 231-40.

Kilpatrick, D. G., Koenan, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Galea, S., Resnick, H. S., et al. (2007), The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults.*Am. J. Psychiatry,* 164, 1693-99.

Lennon, M. C., & Limonic, L. (2010),Work and unemployment as stressors. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2nd ed., pp. 213-25), New York: Cambridge University Press.

McEwan, B. S. (1998), Protective and damaging effects of stress-mediators.*N. Engl. J. Med*., 338, 171-79.

McNally, R. J. (2013), Posttraumatic stress disorder and dissociative disorders.In P. H. Blaney, T. Millon, & S. Grossman (Eds.),*Oxford textbook of Psychopathology* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Meewisse, M.-L., Reitsma, J. B., de Vries, G.-J., Gersons, B. P. R., & Olff, M. (2007), Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults. *British Journal of Psychiatry*, 191, 387-92.

Miller, L. (2007), Traumatic stress disorders.In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. (pp. 494-530), New York: Guilford Press.

Monroe, S. M. (2008), Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu. Rev. Clin. Psychol*., 4, 33-52.

Newsom, J. T., Mahan, T. L., Rook, K. S., & Krause, N. (2008), Stable negative social exchanges and health. *Health Psychology*, 27, 78-86.

Sapolsky, R. M. (2000), Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 57, 925-35.

Selye, H. (1956), *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1976), *Stress in health and disease*. Woburn, MA: Butterworth.

Shalev, A. Y. (2009),Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders.*Psychiatr.Clin. North Am.,* 32(3), 687-704.

Strain, J. J., & Newcorn, J. (2007),Adjustment disorder. In J. A. Bourgeois, R. A. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Publishing board prep and review guide for psychiatry.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Young, E. A., & Breslau, N. (2004),Cortisol and catecholamines in posttraumatic stress disorder. An epidemiological community study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 394-401.

15.14 ऑनलाइन संसाधन

- Follow the DOI link given below:

  Miller, Chanel. (2015). Music Therapy as a Treatment for Patients with Post-

Traumatic Stress Disorder.*Journal of Psychotherapy and Psychological Disorders*. 01. DOI: 10.4172/ijmhp.1000103.

- On legacy of Hans Selye and the Origins of Stress Research;

  http://selyeinstitute.org/wp-content/uploads/2013/06/The-legacy-of-Hans-Selye44.pdf

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

शब्दावली

दुश्चिंता / चिन्ता विकार	Anxiety Disorder
चिंतित	Anxious
वाक्–आयोग्यता	Alogia
इच्छाशक्ति न्यूनता	Avolition
भाव विकार	Affective Disorder
प्रसन्नता–अप्रसन्नता अनुभव करने की अक्षमता	Anhedonia
व्यामोही	Delusuional
अवसादी	Depressive
अपवर्जन	Exclusion
विसंगठित व्यवहार	Disorganized Behavior
विसंगठित वाक्	DisorganizedSpeech
अत्यहंमन्यता	Grandeur
अविभंदित प्रकार	Undifferentiated type
मनोविदलता भाव विकार	Schizoaffective Disorder
प्रासंगिक / प्रसंग / घटना	Episode
आतंक विकार	Panic Disorder
पूर्व विकृत	Premorbid
संलक्षण	Syndrome
स्थिर–व्यामोही	Paranoid
मात् मनोग्रन्थि	Oedipus Complex
आचरण विकार	Conduct Disorder
समाजोपकारी व्यवहार	Pro-social behaviour
मनोसक्रिय औषध	Psychoactive Drugs
सहरूग्णता	Comorbid
अनियंत्रित भोजन	Bing-eating
आनुवांशिक	Genetic
चित्तप्रकृति शीलगुण	Temperamental Traits
कुसमायोजित व्यवहार	Maladaptive Behaviour
विभ्रांति / भ्रमात्मक	Hallucinogens
गत्यात्मक कार्यशैली	Dynamic Functions

मनोवैज्ञानिक विकार	Psychological Disorders
बहुअक्षीय	Multiaxial
नैदानिक स्वरूप	Clinical Picture
कारणात्मक कारक	Casual Factor
मनोदशा	Mood
दैहिक	Somatic
बाल्यावस्था	Childhood
मादक पदार्थ विकार	Substance Disorders
मनोविकृति विज्ञान/असामान्य मनोविज्ञान	Psychopathology
मनोग्रस्ति	Obsession
मनोविकृतिक/मनोरोगी	Psychotic
मनोविकृति	Psychosis
रोग का बहाना बनाना	Malingering
हेतु विज्ञाने/कारण	Etiology
आसंधको/तनावकारक	Stressor
उन्मादी	Histrionic
विलगाव	Detachment
सहमतिशीलता	Agreeableness
सामाजिक अनुप्युकता	Social Awkwardness
पूर्व विकृत	Premorbid
स्नायुविकृति	Neuroticism
बालरतिज विकार	Pedophilic Disorder
मनोबंध	Schema
मनोविदलता	Schizophrenia
कामेच्छा	Libido
मनःचालित/मनश्चालक	Psychomotor
चक्रविक्षिप्तता	Cyclothymia
विषणमनस्कता	Dysthymia
कुसमायोजित	Maladaptive
मनोविक्षिप्त विरोधी	Anti psychotic
कौटुम्बिक व्यभिचार	Incest
सतत	Persistent
चक्रविक्षिप्त विकार	Cyclothymic Disorder

अतिनिन्द्रा	Hypersomaja
अस्वास्थ्य	Morbid
सातत्यक	Continuum
जैविक प्रक्रिया	Circadian
सामजस्य	Rhythm
रोगोन्मुखता–तनाव मॉडल	Dialhesis-Stress Model
पूर्व बाल्यावस्था	Early Childhood
मनोविज्ञान दुष्क्रिया	Psychological Dysfunction
डिस्टॉल कारणात्मक कारक	Distal Causal Factors
मस्तिष्क प्रतिमा	Brain Imagery
न्यूरोरसायन आंकलन	Neurochemical Assessment
न्यूरोमनोविज्ञान आंकलन	Neuropsychological Assessment
मनोवैज्ञानिक परीक्षण	Psychological Tests
विश्वसनीयता	Reliability
वैद्यता	Validity
सहविकृतियाँ	Comorbidity
आतंक	Panic
आतंक आघात	Panic Attack
कारटिकोट्रोपिन स्रावित हार्मोन	Corticolropin Releasing Hormone (CRH)
दुर्भीति	Phobia
सामाजिक दुर्भीति	Social Phobia
विवृतिभीति	Agoraphobia
सामान्यीकृत दुश्चिंता विकार	Generalized Anxiety Disorder
मनोग्रस्ति बाध्यता विकार	Obsessive Compulsive Disorder
मनोविदलता वर्णक्रम विकार	Schizophrenia Spectrum Disorders
धनात्मक लक्षण	Positive Symptoms
नकारात्मक लक्षण	Negative Symptoms
कैटाटोनिया	Catatonia
प्रदर्शित संवेग	Expressed Emotion
अपकामुकता	Paraphilia
दैहिक लक्षण विकार	Somatic Symptom Disorder
बीमारी / चिन्ता विकार	Illness Anxiety Disorder
परिवर्तन रूपांतरण विकार	Conversion Disorder

तथ्यात्मक विकार	Factitious Disorder
भोजन विकार	Eating Disorders
क्षुधतिशयता	Bulimia Nervosa
बिंग और शुद्धि	Binge and Purge
क्षुधा–आभाव	Anorexia Nervosa
जैविक सेट बिन्द	Biological Set-Point
शरीर से असंतुष्टि	Body Dissatisfaction
पतले आदर्श का आतंरिककरण	Internalization of thin-ideal
समूह ब व्यक्तित्व विकार	Cluster B Personality Disorders
उन्मादी व्यक्तित्व विकार	Histrionic Personality Disorder
आत्मतिक व्यक्तित्व विकार	Narcissistic Personality Disorder
समाज विरोधी व्यक्तित्व विकार	Antisocial Personality Disorder
सीमावर्ती व्यक्तित्व विकार	Borderline Personality Disorder
परिहार व्यक्तित्व विकार	Avoidant Personality Disorder
आश्रित व्यक्तित्व विकार	Dependent Personality Disorder
मनोग्रस्ति बाध्यता व्यक्तित्व विकार	Obsessive Compulsive Personality Disorder
बौद्धिक दिव्यांग	Intellectual Disability
वाचन वैकल्य	Dyslexia
लेखन वैकल्य	Dysgraphia
गणना करने में अक्षमता	Dyscalculia
तंत्रिकाजन्य विकार	Neurodevelopmental Disorders
तनाव	Stress
तीव्र तनाव विकार	Acute Stress Disorder
समायोजन विकार	Adjustment Disorder
अभिघातज उत्तर तनाव विकार	Posttraumatic Stress Disorder
अवधान–न्यूनता/अतिक्रिया विकार	Attention-Deficit/Hyperativity Disorder
रति–सुख	Orgasm
यौन प्रतिक्रिया चक्र	Sexual Response Cycle
असंयतमूत्रता	Enuresis
असंयतपुरीवता	Encopresis