

खण्ड 3

बच्चों तथा किशोरों में समस्या व्यवहार

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY



ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 4 विशेष आवश्यकता वाले बच्चे*

संरचना

4.0 प्रस्तावना

4.1 भारत में दिव्यांग बच्चे

4.1.1 विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की शिक्षा

4.1.2 दिव्यांगता के प्रकार

4.2 विशिष्ट अधिगम अशक्तताएँ

4.2.1 विशिष्ट अधिगम अशक्तताओं के प्रकार

4.2.2 प्रारंभिक उपाय एवं आकलन

4.3 बुद्धि की परिभाषा और वर्गीकरण

4.3.1 बौद्धिक दिव्यांगता : स्तर एवं आकलन

4.4 असाधारण तथा प्रतिभावान बच्चे

4.4.1 भारत में प्रतिभावान बच्चों की पहचान

4.4.2 प्रतिभावान तथा असाधारण बच्चों के लिए भारत सरकार के वित्तीय सहयोग से चलाई जाने वाली योजनाएँ

4.5 विशेष शिक्षा में विद्यालयों के मनोवैज्ञानिकों की भूमिका

4.6 सारांश

4.7 मुख्य शब्द

4.8 पुनरावलोकन प्रश्न

4.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

4.10 ऑनलाइन संसाधन

सीखने का उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप सक्षम होंगे :

- बाधिता, दिव्यांग, दिव्यांगता के बीच अंतर करने में;
- पृथक शिक्षण और समावेशित शिक्षण तथा विशेष शिक्षा के क्षेत्रों में हुई प्रगति को चर्चा करने में;
- अधिगम की विशेष अशक्तताएँ तथा उनका वर्गीकरण के बारे में आई जागृति की जानकारी प्राप्त करने में;
- अधिगम की विशेष अशक्तताएँ के आकलन से संबंधित समस्याओं पर चर्चा करने में;
- बौद्धिकता का निर्माण तथा उसका सांस्कृतिक परिप्रेक्ष्य स्पष्ट करने में;

* डॉ. ध्वनि पटेल, भूतपूर्व सहायक प्राध्यापक, महाराजा सयाजीराव विश्वविद्यालय वड़ोदरा

- बौद्धिकता दिव्यांगता के स्तरों की पहचान तथा उसके आकलन के लिए उपयोग किए गए परिक्षण की जानकारी प्राप्त करने में;
- प्रतिभाशाली तथा असाधारण बच्चों के विषय को जानने में;
- भारत सरकार द्वारा प्रतिभावान बच्चों की पहचान करने तथा उन्हें सलाह प्रदान करने के लिए किए गए प्रयत्नों की जानकारी प्राप्त करने में; तथा
- विशेष शिक्षा के क्षेत्र में विद्यालय मनोविज्ञानों की भूमिका की व्याख्या करने में।

4.0 प्रस्तावना

दिव्यांग बच्चों को तथा विशेष प्रकार की कमियों से ग्रस्त बच्चों को पढ़ाना, उन्हें विद्यालय के अन्य बच्चों के साथ शिक्षा देना लगातार एक बड़ी चुनौती रही है। विकसित देशों में समावेशित रूप से कम विकसित तथा मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चों को शिक्षा देने का प्रावधान है, परन्तु भारत में सभी बच्चों को शिक्षा का मौलिक अधिकार व्यावहारिक रूप से अभी ठीक से प्रदान नहीं किया जा सका है। इस बात की बड़ी आवश्यकता है कि ऐसी शिक्षण प्रणाली विकसित की जाएँ कि मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चों को भी सामान्य विद्यालयों में शिक्षा दी जा सके। भारत में निजी विद्यालय (अनुदान रहित) अपनी-अपनी तरह से मानसिक रूप से अविकसित अथवा अल्प विकसित बच्चों को विद्यालय परिसर में ही शिक्षा देने की व्यवस्था करते हैं। कुछ लोग ऐसे बच्चों के लिए अलग से शिक्षक का प्रबंध करते हैं। विभिन्न प्रकार की मानसिक अशक्तताएँ वाले बच्चों की जल्दी पहचान करना और उनका आकलन करके उन्हें बढ़ाने की विधि सुनिश्चित करना एक बड़ी समस्या है। भारत एक विविध संस्कृतियों वाला तथा विविध भाषा-भाषी देश है। मानकीकृत उपकरणों तथा आकलन प्रविधियों को लागू करने की सीमाएँ हैं। शिक्षकों तथा अभिभावकों में जागरूकता का अभाव होने के कारण मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चों को उचित शिक्षा पाने में अनेक प्रकार की कठिनाइयों आ रही हैं।

इस प्रकार इस इकाई में विशेष आवश्यकता वाले बच्चे जैसे कि दिव्यांग, असाधारण तथा प्रतिभाशाली बच्चे तथा साथ ही विशेष शिक्षा में विद्यालय मनोवैज्ञानिक की भूमिका पर प्रकाश डाला जाएगा।

4.1 भारत में दिव्यांग बच्चे

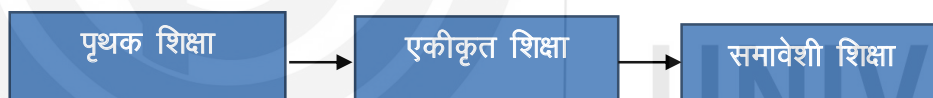
“दिव्यांगता” की ऐसी परिभाषा दे पाना जिस पर कोई टिप्पणी न हो, संभव नहीं लगता। विविध राष्ट्रीय सर्वेक्षणों से पता लगा है कि विविध देशों ने इसे विविध रूपों में परिभाषित किया है। एक देश में भी कोई समरसता पूरी परिभाषा उपलब्ध नहीं है। इसका परिणाम यह है कि भारत में ‘दिव्यांग’ बच्चों का पता लगाना कठिन ही नहीं असंभव कार्य है। इसके अलावा, जागरूकता की कमी, अप्रशिक्षित जाँचकर्ताओं का सर्वेक्षण के लिए भेजा जाना और दिव्यांगता को सामाजिक कलंक मानने के दृष्टिकोण के कारण यह पता लगाना ही मुश्किल हो जाता है कि मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चे कहाँ और कितने हैं। राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण, वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, विश्व स्वास्थ्य सर्वेक्षण तथा जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण, आदि के माध्यम से भारत में दिव्यांग के आँकड़े एकत्रित किए जाते हैं।

2011 की जनगणना के अनुसार, भारत में 2.2 प्रतिशत दिव्यांगजन मौजूद हैं। दूसरे शब्दों में, 121 करोड़ भारतीयों में 2.68 करोड़ लोग दिव्यांग हैं। विकासशील देश होने के नाते, भारत का पूरा प्रयास है कि वह देश में मौजूद दिव्यांग बच्चों व वयस्कों का पता लगाए और उन्हें राष्ट्रीय विकास की मुख्य धारा से जोड़े। सरकार चाहती है कि दिव्यांगजन के सही आँकड़े उपलब्ध हो ताकि उनके आधार पर ऐसे लोगों के कल्याण के लिए राष्ट्रीय स्तर पर समुचित योजनाएँ बनायी जा सकें।

बॉक्स 4.1 : अंतर पहचानिए!

- बाधिता का अर्थ है : शारीरिक, मानसिक या शारीरिक संरचना अथवा कार्य-प्रणाली सम्बंधी कमी। इस कमी को दूर किया जा सकता है, विशेष प्रकार के सहयोगों तथा उपकरणों से ऐसी कमी दूर हो सकती है और व्यक्ति को दिव्यांगता या अपंगता होने से बचाया जा सकता है।
- दिव्यांग (Disability) : अयोग्यता या असमर्थता – जो लोग सामान्य कार्यों को कर पाने में अपने आपको असमर्थ पाते हैं, जिन्हें उनकी आयु-वर्ग के लोग आसानी से कर लेते हैं, उन्हें इस कोटि की मानसिकता दिव्यांगता के दायरे में रखा जाता है।
- विकलांगता (Handicap) : मानसिक या शारीरिक बाधिता के कारण, व्यक्ति में ऐसी दिव्यांगता आ जाती है कि वह ऐसे सामान्य कार्यों को भी ठीक से संपन्न नहीं कर पाते, जिन्हें उसकी आयु के सामान्य व्यक्ति कर लेते हैं। सामाजिक, सांस्कृतिक तथा शारीरिक स्तर पर उत्पन्न होने वाली बाधाएँ जब किसी अपेक्षाकृत कम क्षमताओं वाले तथा कम समझ वाले व्यक्ति को सामान्य व्यवहार या कार्य करने से हैं, तब व्यक्ति दिव्यांग हो जाता है।

4.1.1 विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की शिक्षा



विशेष आवश्यकता वाले दिव्यांग बच्चों की शिक्षा की यात्रा पर दृष्टिपात करें तो पता लगता है कि इनकी शिक्षा के स्तर में बहुत सुधार हुआ है। इन बच्चों को समुचित ढंग से शिक्षा प्रदान करने के लिए अलग संस्थानों का विकास किया गया है। एक ऐसा ही विशेष शिक्षण संस्थान (1883) श्रवण सामर्थ्य हीन बच्चों के लिए मुम्बई में स्थापित किया गया था। तब से 3000 से ज्यादा, ऐसे शिक्षण संस्थानों का निर्माण विभिन्न प्रकार की क्षमताओं से रहित बच्चों की विभिन्न प्रकार की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए किए जा चुके हैं। अलग से शिक्षा देने की प्रक्रिया के निर्वहन में अनेक प्रकार की समस्याएँ सामने आई हैं। इनमें से एक महत्वपूर्ण समस्या यह आई है कि यह बच्चे समाज की मुख्यधारा से कट गए हैं। अपनी आयु के दूसरे बच्चों के साथ वे घुल-मिल नहीं पाएँ। एक जैसी शिक्षा देने के मामले में भी समस्याएँ उत्पन्न हुईं। इसका अर्थ यह भी नहीं है कि पृथक शिक्षण संस्थानों को बंद कर दिया जाय। क्योंकि यह विद्यालय उन बच्चों को पढ़ाने के लिए अत्यधिक उपयोगी साबित होंगे जो गंभीर रूप से दिव्यांग हैं। शिक्षा मंत्रालय (भारत सरकार) ने यूनीसेफ के सहयोग से मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चों के लिए एकीकृत शिक्षा 1987 में आरंभ की थी। स्थापत्य सम्बंधी प्रतिबंधों तथा अन्य सम्बंधित प्रतिरोधों को हटाते हुए, सुप्रशिक्षित शिक्षकों द्वारा

“नियमित” स्कूलों में “उपयुक्त” दिव्यांग बच्चों को शिक्षा की मुख्यधारा में शामिल करते हुए उन्हें शिक्षा देने की प्रक्रिया आरंभ की थी। समावेशी शिक्षा की धारणा धीरे-धीरे उभर रही है और “नियमित” विद्यालय उसे स्वीकार कर रहे हैं। समावेशी शिक्षा इस बात पर जोर देती है कि सभी बच्चों को साथ-साथ शिक्षा प्राप्त करने का अधिकार है, शिक्षण संस्थान चाहे जिस तरह का हो। विद्यालय पूर्व शिक्षण व्यवस्था हो या विद्यालय अथवा कॉलेज। किसी विद्यालय या शिक्षण संस्थान में बच्चे को शिक्षा न देने की स्थिति में, अयोग्यता बच्चे की नहीं मानी जाएगी, बल्कि उस शिक्षण संस्थान की मानी जाएगी जो मानसिक रूप से दिव्यांग होने के कारण बच्चे को प्रवेश देने से मना करता है। समावेशी शिक्षा प्रणाली में जो प्रावधान शामिल (हालांकि सीमित नहीं हैं) हैं, उनमें किसी का सहयोग लेना, उपकरण का उपयोग करना, शिक्षा प्रक्रिया में सुधार करना, सभी शिक्षा ग्रहण करने वालों के लिए शिक्षण संसाधन उपलब्ध करवाना तथा सबसे अधिक महत्वपूर्ण कार्य समावेशित पाठ्यक्रम तैयार करना तथा उसे लागू करना शामिल है।

4.1.2 दिव्यांगता के प्रकार

दिव्यांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम 2016 (आरपीडब्ल्यूएडी, 2016) के अनुसार दिव्यांग व्यक्तियों के प्रकारों की संख्या बढ़कर 7 से 21 कर दी गई है। दिव्यांगता की सूची में रक्त विकार से पीड़ित व्यक्तियों तथा तेजाब से घायल हुए व्यक्तियों को भी शामिल किया गया है। 21 प्रकार की दिव्यांगताओं की सूची इस प्रकार है –

- 1) अंधापन
- 2) कमजोर दृष्टि
- 3) कुष्ठ रोग पीड़ित व्यक्ति
- 4) श्रवण बाधिता
- 5) गतिविषयक दिव्यांगता
- 6) बौनापन
- 7) बौद्धिक दिव्यांगता
- 8) मानसिक रोग
- 9) स्वपरायणता वर्णक्रम विकार
- 10) प्रमस्तिष्क घात
- 11) माँसपेशीय दुर्विकास
- 12) गंभीर स्नायु दोष
- 13) विशेष अधिगम अशक्तताएँ
- 14) मल्टीपल स्केलेरोसिस
- 15) वाक् एवं भाषा अशक्तता
- 16) थैलीसीमिया
- 17) रक्तस्कंदनहीनता (हीमोफीलिया)
- 18) सिकल सेल रोग
- 19) बहु-दिव्यांगताएँ-अंधापन एवं श्रवण बाधित के साथ

20) तेजाब से घायल व्यक्ति

21) पार्किंसन रोग

इस इकाई में हम दो प्रकार की दिव्यांगताओं पर विचार करेंगे – (i) विशेष अधिगम अशक्ताएँ, (ii) बौद्धिक दिव्यांगता।

बॉक्स 4.2 : वे कहते हैं – “नाम में क्या रखा है?”

पिछले कुछ दशकों के दौरान विशेष शिक्षा का चलन तेजी से उभरा है और इस तरह की शिक्षा का विस्तार भी हुआ है। इसके परिणामस्वरूप विशेष शिक्षा के साहित्य की शब्दावली में महत्वपूर्ण परिवर्तन हुए हैं। इस क्षेत्र में अनेक चुनौतियाँ भी सामने आई हैं। इनमें से एक चुनौती यह है कि दिव्यांग के प्रति लोगों की सोच में बदलाव लाना। जब कोई दिव्यांग व्यक्ति के संपर्क में आता है, तो उसकी सोच एक खास तरह की हो जाती है। समाजसेवी संस्थाओं तथा स्वास्थ्य कर्मियों ने इस क्षेत्र में महत्वपूर्ण कार्य किया है। उन्होंने लोगों को संदेश दिया है कि वे शारीरिक अथवा मानसिक रूप से कमी वाले लोगों से सम्मानपूर्ण व्यवहार को उन्हें समाज में उनका सही स्थान दिया जाए। कभी-कभी कुछ लोग असामान्य लोगों को उनमें मौजूद कमी के लिए दोषी मानते हैं जबकि सच्चाई यह है कि इसमें उनका कोई दोष नहीं है। बल्कि दोषी वह समाज है, जो ऐसे व्यक्तियों की आवश्यकताओं की पूर्ति करने का दायित्व नहीं निभाता। यदि कोई “भिन्न रूप से अक्षम” संपर्क में आता है तो उसे “इन्सान पहले” समझा जाना चाहिए। उसकी दिव्यांगता के कारण उसे अलग नहीं माना जाना चाहिए। जैसे ‘दिव्यांग व्यक्ति’ न कहकर ‘दिव्यांगजन है’ कहना चाहिए।

पहले उपयोग में लाएँ जाने वाले शब्द	वर्तमान शब्दावली
विकलांग व्यक्ति	दिव्यांगजन
दृष्टिहीन व्यक्ति	दृष्टि बाधित व्यक्ति
मानसिक मंदता	बौद्धिक दिव्यांगता
बधिर	श्रवण बाधित
अपंग	शारीरिक बाधिता

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) दिव्यांगता की अवधारणा के लिए निम्नलिखित में से कौन सी शब्दावली सही है?

अ) दिव्यांगता को एक अवधारणा के रूप में परिभाषित करना कठिन है।	ब) दिव्यांगता, विकलांगता का परिणाम है।
स) जिन देशों में दिव्यांग बच्चों अथवा विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की अच्छी तरह व्यवस्था की जाती है, वे प्रायः विकसित या विकासशील देश समझे जाते हैं।	द) भारत में राष्ट्रीय सर्वेक्षणों से ऐसे व्यक्तियों की सही संख्या का अनुमान लगाया जा सका है, जो दिव्यांग हैं।

कोड :-

- (i) केवल अ ठीक है। (ii) अ और स सही हैं।
(iii) ब और द सही हैं। (iv) स और द सही हैं।

2) निम्नलिखित का मिलान कीजिए :

1) पृथक शिक्षा	अ) विशेष शिक्षण संस्थानों की स्थापना
2) एकीकृत शिक्षा	ब) शिक्षण विधियों में संशोधन तथा शिक्षण संस्थानों के पाठ्यक्रम।
3) समावेशी शिक्षा	स) दिव्यांगता से पीड़ित बच्चों को (शिक्षा और समाज की) मुख्य धारा में शामिल करना।

कोड :

- (i) 1 अ, 2 ब, 3 स, (ii) 1 ब, 2 स, 3 अ
(iii) 1 स, 2 अ, 3 ब, (iv) 1 अ, 2 अ, 3 ब।

4.2 विशिष्ट अधिगम अशक्तताएँ

यद्यपि बच्चे के समग्र विकास में सामाजिक प्रतिनिधियों के रूप में शिक्षण संस्थानों की भूमिका महत्वपूर्ण मानी जाती है, परन्तु विद्यालयों का ध्यान सदैव मुख्य रूप से बच्चे के शैक्षिक विकास पर केन्द्रित रहता है। बच्चों की सीखने की क्षमताएँ अलग-अलग होती हैं। कुछ बच्चे एक बार में ही सीख जाते हैं, कुछ पर सिखाने के लिए व्यक्तिगत रूप से ध्यान देना होता है तथा कुछ बच्चे बार-बार प्रयास करने के बावजूद नहीं सीख पाते और उन्हें शिक्षक तथा अभिभावक सिखाने के लिए लगातार प्रयत्न करते हैं। अधिगम अशक्तताएँ बच्चे सीखने में अपने आपको असमर्थ पाते हैं क्योंकि उनका मस्तिष्क सूचनाएँ ठीक से प्राप्त नहीं कर पाता और ना ही उन्हें ठीक से समझ पाता है। प्रायः औसत अथवा औसत से थोड़ा अधिक बौद्धिक क्षमता वाले बच्चे जब मानसिक रूप से दिव्यांग बच्चों के साथ पढ़ते हैं तो उनकी सीखने की प्रक्रिया तेज नहीं हो पाती और वे अच्छा शैक्षणिक स्तर प्राप्त नहीं कर पाते क्योंकि अधिगम अशक्तताएँ बच्चों की सीखने की गति बहुत धीमी होती हैं। इस प्रकार के मानसिक रोग अथवा मानसिक दिव्यांग बच्चों की अधिगम की अशक्तताएँ को तंत्रिका विकासात्मक विकार कहा जाता है। इस विकार के कारण बच्चों में पढ़ने लिखने अथवा गणना करने की दक्षताएँ विकसित नहीं हो पातीं। डायग्नोस्टिक एंड स्टैटिस्टिकल मैनुअल ऑफ मेंटल डिसऑर्डर – पंचम संस्करण (डीएसएम –5) चिकित्सकों का एक अंतर्राष्ट्रीय मानक है। अतः इस संदर्भ में 'दिव्यांगता' शब्द के स्थान पर विकार शब्द उपयोग किया जाना चाहिए। दिव्यांगतावाद शब्द का उपयोग सामान्यतः मनोवैज्ञानिकों द्वारा किया जाता है। विशिष्ट अधिगम अशक्तताएँ (Specific Learning Disabilities) एक चिकित्सीय नैदानिक शब्दावली है और उसे अधिगम अशक्तताएँ (Learning Disability) के पर्याय के रूप में उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। अधिगम अशक्तताएँ (Learning Disability) एक व्यापक शब्दावली है तथा इसका उपयोग शिक्षा पद्धति में उन बच्चों के लिए किया जाता है जिन्हें सीखने में कठिनाई होती है। यह जरूरी नहीं है कि जिन बच्चों को सीखने, विद्यालय में सीखने में कठिनाई होती है

वे चिकित्सकों द्वारा प्रमाणित विशेष अधिगम अशक्तताएँ विकार से पीड़ित हों। सीखने की अक्षमताओं के बारे में अमेरिकन सरकार द्वारा पब्लिक लॉ – 94 – 142 के अंतर्गत दी गई संघीय परिभाषा का भारत अनुसरण करता है।

इस परिभाषा का उल्लेख इस प्रकार है – “विशिष्ट अधिगम अशक्तता का अर्थ है एक या अधिक मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं में एक विकार जो भाषा को बोलने अथवा लिखने में परेशानी होती है अर्थात् सुनने, बोलने, पढ़ने, लिखने अथवा गणितीय गणनाएँ करने की क्षमता पूरी तरह विकसित नहीं होती है।”

4.2.1 विशिष्ट अधिगम अशक्तताओं के प्रकार

निम्नलिखित तालिका में विशिष्ट अधिगम अशक्तताएँ का वर्गीकरण का विवरण दिया गया है, जो कठिनाई के प्राथमिक क्षेत्र तथा कुछ लक्षणों के उदाहरणों पर आधारित हैं।

तालिका 4.1: विशिष्ट अधिगम अशक्तताएँ (प्रमुख लक्षणों के प्रकार)		
प्रकार	मुख्य विशेषताएँ	कुछ विशेष लक्षण
पठन अक्षमता (Dyslexia)	पढ़ने में कठिनाई होना।	<ul style="list-style-type: none"> • तुकांत शब्दों को पहचानने में कठिनाई • पढ़ते समय अक्षरों तथा अथवा विलोम क्रम में शब्दों को न पहचान पाना (जैसे d/b, p/q, saw/was) • शब्द विन्यासों को समझने में कठिनाई होना सही-सही नकल करने की क्षमता का न होना तथा विन्यासों के ध्वनिमूलक अंतरों को न समझ पाना – एक सी ध्वनियों वाले शब्दों में अंतर न कर पाना जैसे – Phone/fon
लेखन अक्षमता (Dysgraphia)	लिखने में कठिनाई होना।	<ul style="list-style-type: none"> • चित्र बनाने में कठिनाई होना तथा चित्रों में ठीक से रंग न भर पाना। • लिखने में कठिनाइयाँ जैसे, शब्दों के बीच सही अंतर न छोड़ पाना, अक्षरों को जोड़कर सीध में न लिख पाना, शब्दों तथा अक्षरों को शीशे में देख कर पहचान करना।
गणना सम्बंधी अशक्तताएँ (Dyscalculia)	गणितीय गणनाएँ करने में कठिनाई होना	<ul style="list-style-type: none"> • गणित सम्बंधी अवधारणाओं की समझ न होना (जैसे – छोटा-बड़ा, ऊँचा-नीचा) गिनती करने तथा छांटने में कठिनाई। • जोड़ने-घटाने, गुणा करने तथा भाग करने में नियमों और क्रमों में भ्रांति होना।

		<ul style="list-style-type: none"> ● समय बताने में कठिनाई होना मुद्राओं की पहचान करने तथा नाप-तौल में कठिनाई होना।
गतिसमन्वय वैकल्य (Dyspraxia)	योजना बनाने में कठिनाई तथा स्नायु-क्षमता में कमी का अनुभव	<ul style="list-style-type: none"> ● दिशा-ज्ञान संबंधी भ्रम। ● चलने में कठिनाई, उछलने तथा गेंद फेंकने और गेंद पकड़ने आदि में कठिनाई। ● छूने में अधिक संवेदना का अनुभव होना (नाखून-काटने, बालों में कंघी करने तथा ब्रुश से दांत साफ करने से बचने लगना)।
अशाब्दिक क्रियाओं को समझने की अक्षमता	अशाब्दिक क्रियाओं को पहचानने तथा उन्हें अभिव्यक्त करने सम्बंधी कठिनाई का होना	<ul style="list-style-type: none"> ● मिलने-जुलने में कठिनाई का अनुभव करना। ● स्नायु-कौशल सम्बंधी अक्षमताएँ, जैसे जूतों के फीते न बांध पाना। ● चेहरे के हाव-भावों तथा शारीरिक संकेतों को न समझ पाना।

4.2.2 प्रारंभिक उपाय एवं आकलन

मानव विकास एवं मानव व्यवहार के अध्यायों में वंशानुगतता के हस्तक्षेप तथा पर्यावरणी शक्तियों की भूमिका के बारे में बताया गया है। ये घटक व्यक्ति की जीवन स्थितियों को प्रभावित करते हैं तथा उनके स्वरूप का निर्धारण करते हैं। अर्थात् ये घटक तय करते हैं कि मनुष्य का जीवन कैसा होगा। जैसे कि, विशेष अधिगम अशक्तताएँ समझने की प्रक्रिया से जुड़ी कमजोरियाँ हैं (वंशानुगत), विशेष अधिगम अशक्तताएँ से दिव्यांग बच्चे की स्थिति में भारी सुधार हो सकता है, यदि चिकित्सा जल्दी शुरू कर दी जाय (पर्यावरण)। जल्दी चिकित्सा शुरू करने पर जल्दी सुधार आएंगे और सहयोगी वातावरण मिलते रहने से बच्चे के विकार में आश्चर्यजनक रूप से कमी आ जाएगी, लेकिन वस्तु स्थिति इसके विपरीत ही है। अधिकतर अध्ययनों से पता लगता है कि अभिभावक और शिक्षक जागरूक नहीं होते और वे बच्चे के विकारों को जल्दी नहीं समझ पाते तथा समझ जाने की स्थिति में भी चिकित्सा कराने में देर लगा देते हैं। दिव्यांगताओं की जानकारी जल्दी न होना रोग को और बढ़ा देता है। तब और भी समस्या खड़ी हो जाती है जब सीखने में आने वाली कठिनाइयों को रोग न मानकर उन्हें सीमित बौद्धिकता मान लिया जाता है या फिर यह मान लिया जाता है कि इसे पढ़ने में रुचि या अभिप्रेरणा ही नहीं है।

विद्यालय-पूर्व की पढ़ाई से लेकर आगे की कक्षाओं में पहुंच जाने तक भी यह पता नहीं लग पाता है कि बच्चा विशेष अधिगम अशक्तता से पीड़ित है। विशिष्ट अधिगम अशक्तता बच्चे ज्यादातर माता-पिता द्वारा स्वयं या विद्यालय के द्वारा भेजे जाते हैं। उसे "आलसी" या "परेशानी पैदा" करने वाला बच्चा करार दे दिया जाता है। घरों में और विद्यालयों में भी उसे दूसरे बच्चों की तुलना में ठीक से काम न कर पाने पर बार-बार दंडित किया जाता है। बच्चे पर तरह-तरह की समस्याएँ पैदा करने के आरोप

लगाए जाते रहते हैं और लगातार इसी बात पर जोर दिया जाता है कि उसमें किसी तरह की कोई दिव्यांगता नहीं है।

विशिष्ट अधिगम अशक्तता (एसएलडी) बच्चे में अनेक प्रकार के मानसिक विकार उत्पन्न होने की संभावना बढ़ जाती है जैसे, अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार, व्यवहार-विकार, स्वलीनता दुश्चिन्ता विकार तथा अन्य अनेक प्रकार के संवेगात्मक व व्यवहार सम्बंधी विकार।

विशिष्ट अधिगम अशक्तता पीड़ित बच्चों की स्थिति को ठीक से समझने के लिए अब तक कोई सर्व स्वीकृत प्रविधि चलन में नहीं आ सकी है। 'स्वाब फाउंडेशन' को सिखाने की दिशा में अच्छा काम कर रहा है। 'सर्व शिक्षा अभियान' के अंतर्गत भी इस समस्या से ग्रस्त बच्चों की पहचान भी की जाती है और उन्हें शिक्षा देने के प्रयास भी किए जाते थे। दुर्भाग्य से ज्यादातर ऐसे मामलों में आकलन और पहचान ही की जाती है। यद्यपि एसएलडी से पीड़ित बच्चे पिछड़े हुए ही माने जाते हैं तथा/अथवा समस्या पैदा करने वाले समझे जाते हैं। जरूरत इस बात की है कि दृष्टि, श्रवण शक्ति, सामान्य बौद्धिकता, स्नायु-क्षमताएँ तथा ऐसी ही अन्य अनेक दृष्टि से उनका आकलन किया जाए। उनकी स्थिति को ठीक से समझने के लिए बार-बार मनोवैज्ञानिक परीक्षण किए जाने चाहिए। वर्तमान में शिक्षकों तथा शिक्षा संस्थानों से प्राप्त विवरणों का संकलन किया जाना चाहिए (पिछले रिपोर्ट कार्ड तथा नोट बुक, आदि)। निरीक्षणों, परीक्षणों के विवरणों तथा बच्चों, अभिभावकों व शिक्षकों के साक्षात्कारों से प्राप्त जानकारियों को संकलित कर इन सबके आधार पर एसएलडी पीड़ित प्रत्येक बच्चे की व्यक्तिगत शिक्षण योजना तैयार की जाए यह बच्चे के व्यक्तिगत सार्थक एवं कमजोरियों के आधार पर बनाया गया है। दिसम्बर 2020 में एसएलडी पीड़ित बच्चों की जाँच के लिए 'नीमहंस बैट्री' का उपयोग किया गया। इस परीक्षण में जो बच्चा सकारात्मक लक्षण प्रदर्शित करता है, उसे सतह तौर पर अशक्तता माना जाता है (40 प्रतिशत से अधिक अशक्तता)।

बॉक्स 4.3 : प्राथमिक विद्यालयों में बच्चों के अधिगम अशक्तता विकसित होने की आशंका

पुदुच्चेरी के छह विद्यालयों में कोर्डिया एण्ड एसोसिएट्स (2019), विशिष्ट अधिगम बच्चों पर सामाजिक-जनसांख्यिकीय जोखिम कारकों के प्रभाव का विश्लेषण करने के लिए अध्ययन किया। तीन चरणों के अध्ययन के लिए 480 बच्चों को चुना गया। प्राथमिक स्तर के छात्र को विशिष्ट अधिगम अशक्तता विषय पर। पहले चरण में उनके शिक्षकों द्वारा स्क्रीनिंग प्रश्नावली (एसएलडीएसक्यू) का संचालन किया गया। पहले चरण में जो बच्चे 'पॉजिटिव' पाए गए उनकी दूसरी चरण में दृष्टि, श्रवण तथा बौद्धिकता का परीक्षण किया गया। उन बच्चों को छोड़कर जिनकी दृष्टि तथा श्रवण बाधिता पाई गई और बौद्धिकता-क्षमता औसत से कम आई, शेष छात्रों पर तीसरे चरण में नीमहंस एसएलडी परीक्षण किया गया। परिणाम से पता लगा कि 9.6 प्रतिशत लड़के तथा 4.9 प्रतिशत लड़कियाँ एसएलडी से प्रभावित हैं। सरकारी विद्यालयों में एसएलडी के लक्षण 12.1 प्रतिशत बच्चों में पाए गए और निजी विद्यालयों में मात्र 2.2 प्रतिशत बच्चों में लक्षण मिले। एसएलडी प्रश्नावली में जो प्रश्न पूछे गए थे, उनके उत्तरों में उच्चारण की गलतियाँ थीं, अधिकतर बच्चों ने 'केपिटल लैटर्स' का सही प्रयोग नहीं किया था। 'नीमहंस इंडेक्स' लेखन सम्बंधी कठिनाई अधिकतर बच्चों में देखने को मिली। इस अध्ययन के परिणाम से स्पष्ट होता है कि यदि बच्चों पर जल्दी

ध्यान दिया जाय तो बहुत पहले ही एसएलडी की पहचान की जा सकती है, और फिर उसका प्रबंधन बेहतर ढंग से किया जा सकता है। विशिष्ट अधिगम अशक्तता के ऐसे उदाहरण बहुत अधिक पाए गए जिनका निदान हो ही नहीं पाया था। प्रारंभिक उपाय के परीक्षण नियमित रूप से और अनिवार्य रूप से किए जाएँ। चिकित्सा केंद्रों की उपलब्धि आसान बनाई जाए और वे सुलभ तथा कम खर्चीले हों।

स्रोत : Chordia, S. L., Thandapani, K., & Arunagirinathan, A. (2020). Children 'at risk' of developing specific learning disability in primary schools. The Indian Journal of Pediatrics, 87(2), 94-98

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) नीचे दिए गए बॉक्स में विशेष अधिगम की अशक्तताओं के प्रकार दिए गए हैं। नीचे दिए गए कथनों में से प्रत्येक को सम्बंधित सही प्रकार से मिलाइए।

पठन अक्षमता, लेखन अक्षमता, गणना संबंधी अक्षमता, गतिसमन्वय वैकल्प, अशाब्दिक क्रियाओं को समझने की आवश्यकता

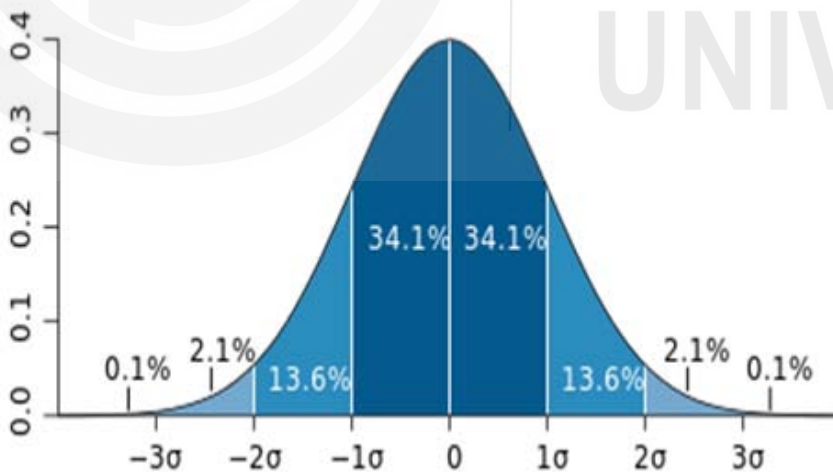
- i) चेहरे के हाव-भावों को पहचाने तथा शारीरिक संकेतों को न समझ पाना
_____।
- ii) अधिक व कम, बड़ा व छोटा, आदि का अंतर समझने में कठिनाई
_____।
- iii) जब b को d पढ़ा जाए, but को tub पढ़ा जाय और p को q पढ़ा जाय
_____।
- iv) दिशा-ज्ञान भ्रांति _____।
- v) लाइनों के अंदर सही ढंग से रंग भरने में कठिनाई _____।
- 2) निम्नलिखित में 'सत्य' और 'असत्य' की पहचान कीजिए।
- i) विशिष्ट अधिगम अशक्तता बच्चों के रेफरल के लिए एक मानक, एक समान सक्रीनिंग प्रक्रिया है _____।
- ii) अक्सर विशिष्ट अधिगम अशक्तता की पहचान बच्चे के प्राथमिक विद्यालय में प्रवेश तक नहीं हो पाती है _____।
- iii) लड़कों में विशिष्ट अधिगम अशक्तता का अनुपात लड़कियों की तुलना में ज्यादा है _____।
- iv) विशिष्ट अधिगम अशक्तता से पीड़ित छात्रों की बौद्धिक क्षमता भी कम होती है _____।
- v) अधिगम अशक्तता तथा विशिष्ट अधिगम अशक्तता दोनों का एक ही मतलब होता है _____।

4.3 बुद्धि की परिभाषा और वर्गीकरण

सामान्यतः बुद्धि का मतलब है सीखने की क्षमता। यदि इसकी और अधिक व्याख्या की जाय तो बुद्धिमत्ता में "अनुभवों से सीखना तथा इस प्रकार प्राप्त ज्ञान को जीवन में सफलता प्राप्त करने के लिए उपयोग करना, और नई-नई परिस्थितियों के साथ संतुलन बनाए रखने की क्षमता प्राप्त करना बुद्धि के अंतर्गत आता है"। सांस्कृतिक

दृष्टिकोण बलपूर्वक कहता है कि बुद्धि की अवधारणाएं सांस्कृतिक रूप से नियंत्रित होती हैं तथा ये अवधारणाएँ और बुद्धि का प्रदर्शन विभिन्न संस्कृतियों में विभिन्न प्रकार का होता है। “सूक्तियों तथा लोकोक्तियों” का विश्लेषण करें तो पाते हैं कि भारतीय अध्ययन परम्परा के अनुसार, बुद्धि के चार आयाम होते हैं – अधिगम सक्षमता, (समझदारी) सामाजिक सक्षमता, संवेगात्मक सक्षमता, तथा उद्यम संबंधी सक्षमता। भारतीय संदर्भ में बुद्धिमत्ता को समग्र माना जाता है। विभिन्न प्रकार के कार्यों को संपन्न करने में लोग बुद्धिमत्ता के कारण ही सफल हो पाते हैं।

1905 में **एलफर्ड बिने** ने मानसिक मंद बच्चों को सामान्य बच्चों से अलग करने के लिए एक प्रविधि का विकास किया जो शैक्षिक में बहुत अच्छा कर रहे थे। तब से बुद्धिमत्ता की अवधारणाएँ लगातार सामने आती गईं। बहुत लम्बे समय से बुद्धिमत्ता को मानसिक क्रिया-कलापों के लिए जिम्मेदार एक विप्रासंगिक संरचना माना जाता था। धीरे-धीरे बुद्धिमत्ता मात्रात्मक स्थिति में स्वीकारी गई जिसे बुद्धि लब्धि या IQ कहा जाता है। मानसिक आयु और वास्तविक आयु के अनुपात को 100 से गुणा करने पर बुद्धि लब्धि प्राप्त होता है। बुद्धि लब्धि परीक्षण के अनेक कारणों में से एक महत्वपूर्ण कारण यह है कि इसमें ऐसे व्यक्ति की पहचान की जा सकती है जो सामान्य बुद्धि वाले व्यक्तियों से जिसकी बुद्धि का स्तर बहुत कम है। यदि सामूहिक रूप से किसी जनसंख्या के बुद्धि लब्धि का ग्राफ तैयार किया जाय तो हम सामान्य वितरण प्राप्त करते हैं। सामान्य वक्र के दो छोरों को सामान्य (औसत) से विचलन करता हुआ माना जाता है। चरम पर वक्र के उच्च छोटी पर एक से दो प्रतिशत व्यक्ति होते हैं जिन्हें बुद्धिमान (तालिका 4.2 को देखें) कहा जाता है। वक्र के निचले भाग में दो से तीन प्रतिशत व्यक्ति होते हैं जिन्हें बौद्धिक दिव्यांग माना जाता है। यह ग्राफ (चित्र : 4.1) बुद्धिमत्ता के वितरण को प्रदर्शित करता है, जिसमें अधिकतर मामलों (मध्यमान की ओर) और वक्र के चरम सिरो पर बुद्धिमान (2.1 प्रतिशत) और बौद्धिक दिव्यांग (2.1) प्रतिशत है।



चित्र 4.1 : सामान्य सम्भावना वक्र ग्राफ जो मनोवैज्ञानिक या व्यावहारिक शैली दिखाता है।

तालिका संख्या 4.2 में **लुईस टरमन** तथा **स्टैनफोर्ड बिने** के बुद्धि परीक्षण का प्रथम संस्करण दिखाया गया है जो बुद्धि लब्धि वर्गीकरण प्रदर्शित करता है। यह आँकड़े अमेरिका में जन्में गोरे रंग के लोगों पर किए गए परीक्षणों से प्राप्त किए गए हैं।

तालिका 4.2: टरमन का स्टैनफोर्ड-बिने का मौलिक वर्गीकरण (1916)	
बुद्धि लब्धि वर्ग	बुद्धि लब्धि वर्गीकरण
140 से ऊपर	प्रतिभाशाली
120-140	अति श्रेष्ठ
110-120	श्रेष्ठ
90-110	सामान्य
80-90	मंद
70-80	सीमांत अल्पता
70 से नीचे	कमजोर बुद्धि

4.3.1 बौद्धिक दिव्यांगता : स्तर एवं आकलन

‘बौद्धिक दिव्यांगता’ शब्द का तात्पर्य विकासात्मक वर्षों के दौरान संज्ञानात्मक प्रक्रिया तथा अनुकूलित व्यवहार में सार्थक बाधिता है। 20वीं शताब्दी के उत्तरार्ध तक मानसिक मंदता शब्द का उपयोग किया जाता था। परन्तु ऐसा कहना पीड़ित व्यक्ति की पहचान में एक तरह का दाग लगाता है। अतः डीएसएम-5 की पहल पर इस स्थिति के लिए ‘बौद्धिक दिव्यांगता’ शब्द का उपयोग किया जाने लगा। विश्व स्वास्थ्य संगठन को भी ‘मानसिक मंदता’ शब्द के उपयोग पर ऐतराज था, अतः इसके स्थान पर बौद्धिक विकास विकार’ (Intellectual or Developmental Disability) अर्थात् ‘बौद्धिक विकासात्मक अक्षमता’ शब्द का उपयोग (आईसीडी 11 की सिफारिशों पर) होने लगा। अमेरिकन साइकेट्रिक एसोसिएशन (2000) के आधार पर निम्नलिखित तालिका में ‘बौद्धिक दिव्यांगता’ के स्तरों का वर्गीकरण इस प्रकार है।

तालिका 4.3 : बौद्धिक दिव्यांगता के स्तर अनुकूलित सीमाओं की श्रेणी

स्तर/ वर्गीकरण	बुद्धि लब्धि आकलन	अनुकूली सीमाएँ
निम्न	55-70	अकादमिक रूप से 6वें ग्रेड तक पहुंच सकते हैं। स्वतंत्रतापूर्वक आत्मनिर्भरता से जीवन-यापन करने का प्रशिक्षण दिया जा सकता है।
सामान्य	40-55	अकादमिक रूप से दूसरे ग्रेड तक पहुंच सकते हैं। देखरेख में सुरक्षित वातावरण में काम कर सकता है।
तीव्र	25-40	बात करना सीख लेता है तथा अपनी देखभाल, निरंतर देखरेख में, स्वयं कर सकता है।
अति तीव्र	25 से नीचे	सीखने की क्षमता बहुत सीमित रहती है, परन्तु साधारण कार्य करना सिखाया जा सकता है, परन्तु भाषा व व्यवहार के स्तर पर थोड़ी कमी रहेगी। थोड़ी-थोड़ी अपनी देखभाल भी कर सकते हैं।

आकलन – किसी दिए गए संदर्भ के अन्दर व्यापकता दर इस बिन्दु पर निर्भर करती है कि संज्ञानात्मक प्रक्रिया या अनुकूली व्यवहार में दोनों बाधित है। बौद्धिक अशक्तताएँ की पहचान शिशु-अवस्था में हो जाय या बाल्यावस्था के आरंभिक वर्षों में, कम से कम 5 वर्ष की आयु तक सही निदान संभव नहीं हो पाता। 3 माह से 5 वर्ष तक की आयु के बच्चों के प्रतिस्थापन में वैश्विक विकासात्मक विलम्बन का उपयोग करना पड़ता है।

बौद्धिक दिव्यांगता के प्रायः दो कारण हो सकते हैं – अनुवांशिकता तथा पर्यावरणीय कारण। एक तिहाई मामले पर्यावरणीय कारणों जैसे गलत पदार्थों का सेवन (गर्भावस्था में शराब पीना), जन्म-पूर्व संक्रमण, जन्म-उपरांत मस्तिष्कावरणशोथ या मेनिन्जाइटिस रोग, आदि। अन्य मामले वंशानुगत कारणों से सामने आते हैं। डीएसएम-5 तथा आईसीडी-10 इस बात पर जोर देते हैं कि बौद्धिक क्रिया-कलापों का आकलन स्तरीय विधि बुद्धि लब्धि करने वाले मानकीकृत उपकरणों द्वारा किया जाना चाहिए। बौद्धिक दिव्यांगता की गंभीरता का पता लगाने के लिए नैदानिक निदान महत्वपूर्ण है। भारतीय संदर्भ में परीक्षणों का उपयोग करते समय यह ध्यान रखा जाना चाहिए कि उपकरणों की यहाँ कमी है तथा मानकों का आधुनिकीकरण नहीं हुआ है। *फ्लिन इफ़ैक्ट* (Flynn Effect) के कारण (बुद्धि लब्धि में अतिरिक्त वृद्धि), वर्तमान मानकों का ढांचा चलन से बाहर हो सकता है। बौद्धिक क्रियाशीलता तथा व्यवहारों को नापने के मानक भारत में निम्नलिखित हैं—

- 1) सेगुइन फॉर्म बोर्ड
- 2) विनलैंड सोशल मेंच्योरिटी स्केल (वीएसएमएस.)
- 3) बिनेट-कामत टेस्ट ऑफ इंटैलिजेन्स
- 4) स्टैनफोर्ड-बिने इंटैलिजेन्स स्केल
- 5) भारतीय बच्चों की विकासात्मक जाँच के लिए उपयोग होने वाला मेलिन का इंटैलिजेन्स स्केल।
- 6) भाटिया बैट्री ऑफ परफॉमेंन्स टैस्ट ऑफ इंटैलिजेन्स।
- 7) वेक्सलर इंटैलिजेन्स स्केल फॉर चिल्ड्रन – चौथा संस्करण (भारत)।
- 8) (अ) : स्टैंडर्ड प्रोग्रेसिव मेट्रिसेज
(ब) : कलर्ड गेसेल ड्राइंग टैस्ट

इन 8 क्षेत्रों के अलावा वीएसएमएस एक ऐसा परीक्षण है जो सामाजिक लब्धि (सोशल क्वेशेंट, SQ) की उत्पत्ति द्वारा व्यक्ति के अनुकूली क्रियाकलापों का आकलन करता है। विनलैंड सोशल टेस्ट ऑफ इंटैलिजेन्स का उपयोग करने में असमर्थ चिकित्सक सामाजिक संदर्भों से जुड़े प्रश्न पूछते हैं, जो डीएसएम-5 की बौद्धिक दिव्यांगता सम्बंधी विशेष सूची पर आधारित होते हैं। तीन वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए बुद्धि लब्धि परीक्षण उपयोग नहीं किए जाते। इसलिए भारतीय शिशुओं के लिए विकासात्मक आकलन (DAS II) के मानक तथा/अथवा विकासात्मक स्क्रिनिक परीक्षण का उपयोग करके विकासात्मक लब्धि प्राप्त किए जाते हैं, जो बुद्धि लब्धि के समान परिणाम देते हैं।

भारत में बौद्धिक दिव्यांग बच्चों की शिक्षा के लिए विकसित कुछ उपकरण है : मद्रास डेवलपमेंट प्रोग्रामिंग सिस्टम (Madras Development Programming System),

मानसिक मंदता वाले भारतीय बच्चों के लिए व्यवहार आकलन स्केल (Behavioural Assessment Scale for Indian children with Mental Retardation, BASIC-MR), प्रोग्रामिंग के लिए कार्यात्मक आकलन सूची (Functional Assessment checklist for programming, FACP)। ये उपकरण विशेष शिक्षा विभाग, राष्ट्रीय बौद्धिक दिव्यांगजन सशक्तिकरण संस्थान, सिकंदराबाद द्वारा विकसित किए गए हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) बौद्धिक दिव्यांगताओं के बारे में निम्न में से कौन सा कथन गलत है –
 - अ) 3 माह से 5 वर्ष के बच्चों के लिए सहायक पहचानकर्ता के रूप में प्रायः ग्लोबल डेवलपमेंटल डिले (समझ विकास की कमी) का उपयोग किया जाता है।
 - ब) गंभीर बौद्धिक दिव्यांगता बच्चों को आत्मनिर्भर जीवन-यापन के लिए प्रशिक्षित किया जा सकता है।
 - स) 3 वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए आकलन उपकरण उपलब्ध नहीं हैं।
 - द) विनलैंड सोशल मैच्योरिटी स्केल ही एकमात्र उपकरण है, जो बच्चों के अनुकूली कार्य के आकलन में चिकित्सक की मदद करता है।

कोड :

- i) (अ) तथा (द) गलत हैं
- ii) (ब) तथा (स) गलत हैं
- iii) (स) तथा (द) गलत हैं
- iv) (ब) तथा (द) गलत हैं।

4.4 असाधारण तथा प्रतिभावान बच्चे

सभी बच्चे विशेष होते हैं और प्रतिभावान जैसी कोई चीज नहीं होती। बच्चों को प्रतिभावान कहकर हम असाधारण बच्चों की श्रेणी का विवरण प्रस्तुत करते हैं। वास्तव में बच्चे कलाओं व खेलों में विविध प्रतिभाओं का प्रदर्शन करके, प्रतिभाओं को विशेष बनाते हैं, जिसमें असाधारण स्तर की क्षमता होती है। असाधारण रूप से प्रतिभासंपन्न बच्चों पर विशेष ध्यान देने की जरूरत होती है क्योंकि उनकी आवश्यकताएँ उनकी आयु के अन्य बच्चों से भिन्न होती हैं। उनमें कुछ खास तरह की विशेषताएँ होती हैं, जो उन्हें अपने सहपाठियों से अलग करती हैं। जबकि यह बात दावे के साथ कहीं जा सकती है कि प्रतिभा-संपन्नता की अवधारणा प्रायः सांस्कृतिक संदर्भों पर आधारित होती है। प्रतिभावान बच्चों के मामले में भारतीयों की धारणाएँ अलग-अलग हैं। परंपरागत रूप से बौद्धिक उत्कृष्टता को प्रतिभा का मानक माना जाता है। और इस संदर्भ में प्रायः 'प्रतिभाशाली' या 'जीनियस' शब्द का उपयोग किया जाता है। विद्यालय के विषयों में अकादमिक श्रेष्ठता का प्रदर्शन करने वाले बच्चों का बुद्धि लब्धि उच्च होती है (बुद्धि लब्धि परीक्षण में वे 120-140 अथवा 140 से ऊपर का ग्रेड प्राप्त करते हैं)। ऐसे बच्चों को "श्रेष्ठ अथवा प्रतिभाशाली" वाला माना जाता है। सृजनशीलता में, कलाओं में तथा खेलों में असाधारण प्रदर्शन के लिए प्रतिभा शब्द का उपयोग अक्सर किया जाता है। 'प्रतिभावान' बच्चे उन्हें कहा जाता है, जिनमें किसी क्षेत्र में प्राकृतिक रूप से ऐसी योग्यताएँ होती हैं जो उन्हें आयु के अन्य बच्चों में ऊपर के तीन प्रतिशत

बच्चों में शामिल करती हैं। उनकी असाधारण जीवन के आरंभिक चरण में ही दिखाई पड़ने लगती है। अतिरिक्त शिक्षण व प्रशिक्षण द्वारा ऐसे बच्चों को श्रेष्ठता के नए स्तरों पर पहुँचाया जा सकता है।

भारत दुनिया के सबसे बड़ी आबादी वाले देशों में से एक है। भारत में विविध भौगोलिक तथा जलवायु स्थितियाँ तथा अनेक प्रकार की भाषाएँ तथा बहु-संस्कृतियाँ हैं। भारत की 60 प्रतिशत आबादी अब भी गाँवों में रहती है। बीच में पढ़ाई छोड़ देने वालों की संख्या बहुत बड़ी है तथा ऐसे छात्रों की संख्या भी बहुत बड़ी है जो पढ़ाई में अच्छा प्रदर्शन नहीं कर पाते। आज भी यह देश "सभी को" शिक्षा के अधिकार को लागू करने के लिए प्रयास कर रहा है। इस संदर्भ में तमाम प्रतिभाशाली बच्चों की प्राथमिक शिक्षा भारतीय शिक्षा प्रणाली के प्राथमिक उद्देश्य के रूप में विफल होती है। भारतीय विद्यालयों में जो पाठ्यक्रम लागू है, उनके चलते प्रतिभावान तथा असाधारण छात्र उभर कर नहीं आ पा रहे हैं। बड़ी संख्या में असाधारण प्रतिभाओं को पहचान नहीं मिल पा रही है।

4.4.1 भारत में प्रतिभावान बच्चों की पहचान

भारत में 2010 में प्रतिभावान बच्चों की पहचान के लिए अभियान आरंभ किया गया। भारत सरकार के प्रमुख वैज्ञानिक सलाहकार प्रोफेसर आर. चिदम्बरम के निर्देशन में अपनी तरह की पहली राष्ट्रीय योजना प्रतिभावान बच्चों की पहचान के लिए आरंभ की गई थी। इसे *डिवेलपमेंट ऑफ पेरामीटर्स एण्ड टूल्स फोर द आइडेंटिफिकेशन ऑफ 3-15 ईयर्स* नाम दिया गया था। द नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ एडवांस्ड स्टडीज़ ने दिल्ली विश्वविद्यालय तथा अगस्तिया इंटरनेशनल फाउंडेशन के सहयोग से इस योजना पर काम करना शुरू किया था। भारत में 3 से 15 वर्ष के प्रतिभावान बच्चों की पहचान के लिए मानक तैयार करने का दायित्व तीनों संस्थानों ने स्वतंत्र रूप से निभाया था। उल्लेखनीय बात यह है कि पूरे देश के लिए कोई एक मानक लागू नहीं किया जा सकता क्योंकि देश बहुत बड़ा है और विविधताओं से भरा है। इसीलिए इन संस्थानों को यह स्वतंत्रता दी गई कि वे अपने जनसंख्या समूहों के अंदर प्रतिभावान बच्चों की पहचान का एक स्वतंत्र मॉडल विकसित करें। परियोजना के परिणाम में प्रतिभावान बच्चों की पहचान के तीन मॉडल सामने आए, जो माननीकरण की प्रक्रिया में गुजर रहे हैं। इसके अतिरिक्त तीनों हितधारकों के (अध्यापकों, अभिभावकों तथा प्रतिभावान बच्चों) के लिए संसाधन सामग्री तैयार की। अध्यापकों तथा अभिभावकों के लिए प्रशिक्षण माड्यूल तैयार किए गए। साथ ही एक वेबसाइट तैयार की गई और प्रतिभावान बच्चों को शिक्षा देने वाले राष्ट्रीय संगठनों/संस्थानों का पंजीकरण किया गया। प्रतिभावान बच्चों के लिए जो तीन मानक (मॉडल) तैयार किए गए थे उनका संक्षिप्त विवरण इस प्रकार है –

- i) **द एनआईएस मॉडल** : यह एक तीन स्तरीय मॉडल है, जिसे प्रतिभावान बच्चों की पहचान करने तथा उनकी समुचित शिक्षण व्यवस्था के उद्देश्य से तैयार किया गया है।
 - पहले स्तर पर शिक्षकों तथा अभिभावकों द्वारा टीचर नॉमिनेशन बिहेवियरल रेटिंग स्केल तथा पैरेंट नोमिनेशन बिहेवियरल रेटिंग स्केल की मदद से बच्चों का नामांकन किया गया। उल्लेखित नामांकन (नामिनेशन) फार्म शोध टीम द्वारा तैयार किए गए थे।

- दूसरे स्तर के अंतर्गत सामान्य मानसिक योग्यता तथा सृजनात्मक चिंतन के आधार पर साइकोमैट्रिक स्क्रीनिंग परीक्षणों की व्यवस्था की गई तथा चुने हुए बच्चों के लिए केस प्रोफाइल तैयार किए गए।
- तीसरे स्तर पर प्रतिभावान बच्चों के रूप में पहचाने गए बच्चों को समुचित शिक्षा प्रदान करने के लिए अभिभावक कार्यशालाएँ आरंभ की गई तथा शिक्षकों के लिए प्रशिक्षण कार्यशालाएँ आरम्भ की गई। छात्रों के लिए ग्रीष्मकालीन तथा शीतकालीन कार्यशालाएँ आरम्भ की गई, साथ ही प्रतिभावान बच्चों के बारे में जनसामान्य में जागृति पैदा करने के लिए समाचार पत्रों तथा मीडिया के अन्य संसाधनों के लिए लेख तैयार किए गए।

ii) **दिल्ली विश्वविद्यालय मॉडल** – तीन स्तरीय मॉडल प्रतिभावान बच्चों की पहचान तथा उन्हें समुचित शिक्षा प्रदान करने के लिए राजधानी के नगरीय क्षेत्रों में तीन चरणों वाला मॉडल तैयार किया गया।

- पहला चरण : इसे नामित चरण कहा जा सकता है, इसके अंतर्गत विद्यालयों के शिक्षकों द्वारा छात्रों का नामांकन किया गया।
- दूसरा चरण : इसे चयन चरण कहा जा सकता है। नामांकित छात्रों के विज्ञान तथा गणितीय योग्यता परीक्षण किए गए जिससे चुने हुए छात्रों में प्रतिभावान बच्चों का चयन किया जा सके।
- तीसरा चरण : इस चरण में चुने हुए, उच्च प्रतिभावान बच्चों का समुचित शिक्षण तथा अन्य विशेष कार्यक्रमों द्वारा मार्ग दर्शन किया जाता है।

iii) **अगस्तिया इंटरनेशनल फॉउंडेशन मॉडल** – यह मॉडल आन्ध्रप्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों पर आधारित था जहाँ शिक्षकों, अभिभावकों तथा समुदायों द्वारा नामांकित छात्रों की पहचान प्रतिभावान छात्रों के रूप में की गई थी। इनका स्क्रीनिंग परीक्षण विज्ञान मेलों तथा ओलिम्पियाड में उनकी भूमिकाओं के आधार पर किया जा चुका था। चुने हुए छात्र समूहों को अगस्तिया परिसर में भ्रमण हेतु भेजे गए जहाँ छात्रों ने विज्ञान तथा गणित के विभिन्न प्रकरणों का अध्ययन किया। वहाँ उन्हें विभिन्न कौशलों के प्रशिक्षण दिए गए तथा सामूहिक व व्यक्तिगत परियोजनाओं पर काम करने के अवसर प्रदान किए गए। यहाँ पर छात्रों ने अपनी योग्यताओं का जिस तरह प्रदर्शन किया था उसके आधार पर उनकी आगे की शिक्षा सुनिश्चित की गई। इस फॉउंडेशन ने शिक्षकों को प्रशिक्षित करने, उनके लिए कार्यशालाओं के आयोजन करने तथा प्रतिभावान बच्चों के लिए ग्रीष्म तथा शीतकालीन कार्यशालाओं का आयोजन करने में भी महत्वपूर्ण भूमिकाएँ निभाई।

4.4.2 प्रतिभावान तथा असाधारण बच्चों के लिए भारत सरकार के वित्तीय सहयोग से चलाई जाने वाली योजनाएँ

प्रतिभावान बच्चों की आवश्यकताओं को केन्द्र में रखकर, भारत सरकार के वित्तीय सहयोग से चलाई जाने वाली योजनाओं का विवरण इस प्रकार है—

- i) **इंस्पायर अवार्ड मानक** : इनोवेशन इन साइंस परस्युट फॉर इन्सपायर्ड रिसर्च – यह एक कार्यक्रम है, जिसे भारत सरकार के विज्ञान तथा प्रौद्योगिकी विभाग द्वारा प्रतिवर्ष संचालित किया जाता है। छठी कक्षा से लेकर दसवीं कक्षा के छात्रों को

वैज्ञानिक सिद्धांतों तथा सामाजिक संदर्भों पर आधारित नवीनीकरणों में भाग लेने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

- ii) राष्ट्रीय प्रतिभा खोज परीक्षा : इस परीक्षा का आयोजन दसवीं कक्षा के छात्रों के लिए एन.सी.ई.आर.टी. द्वारा किया जाता है। इस परीक्षा में चुने हुए प्रतिभाशाली छात्रों को छात्रवृत्तियां प्रदान की जाती है। -
- iii) प्रधानमंत्री इनोवेटिव लर्निंग प्रोग्राम, ध्रुव – भारत सरकार की शिक्षा विभाग द्वारा संचालित इस कार्यक्रम का उद्देश्य प्रतिभावान बच्चों की पहचान करना है, पहचान करने के बाद उनमें विभिन्न प्रकार के कौशलों का विकास किया जाता है तथा विशेष प्रकार का अधिगम कराया जाता है। इन बच्चों के अन्दर मौजूद प्रतिभाओं को निखारने के लिए विभिन्न क्षेत्रों के विशेषज्ञों का चयन किया जाता है।
- iv) ओलिम्पियाड परीक्षाएँ : इस योजना के अंतर्गत गणित, कम्प्यूटर, सामान्य ज्ञान तथा भाषा विशेष में दक्ष बच्चों की पहचान के लिए क्षेत्रीय, राष्ट्रीय तथा अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर विभिन्न प्रतियोगिता परीक्षाओं का आयोजन किया जाता है। प्रतियोगिता परीक्षाओं में प्राप्त ग्रेड के आधार पर छात्रों को छात्रवृत्तियां, मैडल, नकद पुरस्कार तथा रुचि एवं क्षमतानुसार अनुसंधान के अवसर प्रदान किए जाते हैं।
- v) प्रतिभावान शिक्षण योजना : भारत सरकार के प्रमुख वैज्ञानिक सलाहकार द्वारा प्रतिभावान छात्रों की पहचान करना और समुचित प्रशिक्षण प्रदान करना इस योजना के अंतर्गत आता है। प्रतिभावान बच्चों की पहचान करने के लिए यह अनुसंधान योजना विशेष विधियों का प्रयोग करती है। 2010 से लेकर 2019 तक देश के विभिन्न भागों में इस पद्धति का लगातार विकास किया गया है उसका स्तरीकरण किया गया है तथा उसे वैधानिकता प्रदान की गई है।
- vi) नवोदय विद्यालय : भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में प्रतिभाओं के विकास हेतु राष्ट्रीय शिक्षा नीति 1986 के अंतर्गत जवाहर नवोदय विद्यालयों की स्थापना की गई थी। इन विद्यालयों में प्रवेश के लिए योग्यता परीक्षाओं का आयोजन किया जाता है, जिन्हें जवाहर नवोदय विद्यालय चयन परीक्षा कहा जाता है। सीबीएसई द्वारा प्रतिवर्ष जिला स्तर पर इन परीक्षाओं का आयोजन किया जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्थित नवोदय विद्यालयों में त्रिभाषा सूत्र लागू किया जाता है जिनमें हिन्दी, अंग्रेजी तथा एक क्षेत्रीय भाषा शामिल है। इन विद्यालयों में प्रवेश लेने वाले छात्रों को सहशिक्षा वाले आवासीय विद्यालयों में निःशुल्क शिक्षा दी जाती है।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

निम्न कथनों में से सत्य और असत्य का चयन कीजिए।

- i) प्रतिभावान बच्चों में असाधारणता के लक्षण बचपन में ही दिखाई पड़ने लग जाते हैं। -----
- ii) प्रतिभावान बच्चों की बुद्धि लब्धि परीक्षण करने पर उनके बुद्धि लब्धि का स्तर 120 से ऊपर पाया जाता है। -----

- iii) भारतीय विद्यालयों में लागू पाठ्यक्रम प्रतिभावान बच्चों की आवश्यकताओं की पूर्ति करने में सफल रहे हैं। -----
- iv) वह बच्चा जो किसी खेल विशेष में उच्चस्तरीय प्रदर्शन करता है, उसे भी प्रतिभावान माना जाता है। -----

4.5 विशेष शिक्षा में विद्यालय मनोवैज्ञानिक की भूमिका

भारत में विद्यालय को अपनी सेवाएँ देने वाले मनोवैज्ञानिकों को विद्यालय परामर्शदाता अथवा विद्यालय मनोवैज्ञानिक कहा जाता है। अभी तक भारत में विद्यालयों में काम करने वाले मनोवैज्ञानिकों के लिए सुनिश्चित भूमिकाओं तथा दायित्वों का निर्धारण नहीं हो पाया है। विद्यालयों में उनके कार्य विभिन्न प्रकार के होते हैं तथा उनमें निरन्तर वृद्धि होती जा रही है। विद्यालयों के प्रधानाचार्य और प्रबंधकों की सोच पर निर्भर करती है कि वे विद्यालयों में अपनी सेवाएँ देने वाले मनोवैज्ञानिकों को क्या दायित्व सौंपें। विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के विकास में विद्यालयों के मनोवैज्ञानिक महत्वपूर्ण भूमिकाएँ निभा सकते हैं। विशेष शिक्षा के अंतर्गत विद्यालय मनोवैज्ञानिक की निम्नलिखित भूमिकाएँ हो सकती हैं –

- जिन असामान्य बच्चों की कक्षा अधिगम कठिनाई होती है, विद्यालय मनोवैज्ञानिक उनके लिए अधिगम की सहयोगी पद्धति तैयार कर सकते हैं। वे विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के व्यक्तित्व शिक्षा योजना के विकास में महत्वपूर्ण योगदान दे सकते हैं।
- विद्यालय मनोवैज्ञानिक विशेष आवश्यकता वाले प्रत्येक बच्चे के लिए व्यक्तिगत शिक्षा योजनाओं के विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।
- विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की शिक्षा तभी सुचारु रूप से संचालित की जा सकती है जब शिक्षक तथा माता-पिता दोनों में आपसी सहयोग हो। मनोवैज्ञानिक, शिक्षकों तथा अभिभावकों से सम्पर्क साधते हुए इन दोनों के बीच परस्पर सहयोग की कड़ी को बनाए रख सकते हैं।
- विद्यालय मनोवैज्ञानिक विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के अभिभावकों को सहयोगी जानकारियाँ प्रदान कर सकते हैं, जिससे इन बच्चों के लिए चलाई जाने वाली निर्धारण एवं हस्तक्षेप योजना को सुचारु रूप से कार्यान्वित किया जा सके।

हमें यह समझने की आवश्यकता है कि कैसे विद्यालय मनोवैज्ञानिक विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के माता-पिता या देखभालकर्ता को सकारात्मक समर्थन प्रदान करते हैं। किसी भी माता-पिता या देखभालकर्ता के लिए यह जानना की उनके बच्चे की विशेष आवश्यकताएँ हैं, एक कष्टप्रद अनुभव है। इनकार, दुख एवं निराशा कुछ ऐसी भावनाएँ हैं जिन्हें अनुभव किया जा सकता है। विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की देखभाल करते समय माता-पिता एवं देखभालकर्ता की समस्याएं व्यक्तिगत से लेकर सामाजिक और आर्थिक हो सकती है तथा उन्हें अक्सर निर्देशित सहायता की आवश्यकता होती है। विद्यालय मनोवैज्ञानिक, सहकर्मियों एवं विद्यालय प्रशासन की सहायता से माता-पिता या विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के देखभालकर्ता के साथ बातचीत, चर्चा शिक्षक-अभिभावक बैठके एवं सार्थक तथा स्थिति स्थापन कार्यशालाओं की व्यवस्था

कर सकता है ताकि माता-पिता एवं देखभालकर्ता के साथ उनकी सुविधा से कार्य किया जा सकता है।

4.6 सारांश

इस इकाई के अंत में उन सभी प्रमुख बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण प्रस्तुत किया जाएगा जिन्हें अब तक हमने पढ़ा है।

- भारत में विशेष आवश्यकता वाले बच्चों को कक्षा में सामान्य बच्चों के साथ पढ़ाना हमेशा एक बड़ी चुनौती रही है।
- बाधिता शारीरिक, मनोवैज्ञानिक, शरीर रचना संबंधी या कार्य में कमी (या असामान्यता का एक रूप) को संदर्भित करता है। बाधिता को सहयोगी उपकरणों की सहायता से ठीक किया जा सकता है। हमेशा दिव्यांगता या बाधा नहीं होती है। बाधिता का परिणाम दिव्यांगता है। विशेष आयु वर्ग के बच्चों द्वारा की जाने वाली गतिविधियों की सामान्य सीमा के अन्दर होने वाले कार्यों को करने की क्षमता की कमी को संदर्भित करता है। बाधिता परिणाम दिव्यांगत या विकलांगता है जो उसकी आयु, लिंग, शैक्षिक स्थिति के अनुसार सामान्य भूमिका निभाने में असमर्थता का कारण बनता है।
- विशिष्ट अधिगम अशक्तता के अनेक प्रकार हैं – पठन अक्षमता, लेखन अक्षमता, गणितीय अक्षमता, स्नायु अक्षमता, अशाब्दिक अधिगम अशक्तता। विशिष्ट अधिगम अशक्तता के निदान के लिए जिस उपकरण का उपयोग किया जाता है उसे नीमहंस बैटरी कहा जाता है।
- अमेरिकन साइकेट्रिक एसोसिएशन (2000) ने बौद्धिक दिव्यांगता को कई श्रेणियों में बांटा है। जैसे – निम्न, सामान्य, तीव्र तथा अति तीव्र।
- प्रतिभावान बच्चे उन्हें कहा जाता है, जो किसी भी क्षेत्र में कुछ खास करके दिखाने की प्राकृतिक क्षमताएँ रखते हैं उनकी गिनती अपनी आप के सबसे श्रेष्ठ ऊपर के तीन प्रतिशत बच्चों में होती है।
- आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम (2016) के अनुसार, भारत में 21 प्रकार की दिव्यांगताओं की पहचान की गई है।
- प्रतिभावान बच्चों की पहचान के लिए तीन मानक (मॉडल) तैयार किए गए थे। (i) एनआईएस मॉडल, (ii) दिल्ली विश्वविद्यालय मॉडल, (iii) अगस्तिया इंटरनेशनल फाउंडेशन मॉडल।
- भारत सरकार ने प्रतिभावान बच्चों के लिए जो योजना लागू की, उनका विवरण इस प्रकार है – 1) 'इस्पायर एवार्ड, मानक, 2) राष्ट्रीय प्रतिभा खोज परीक्षा, 3) प्रधानमंत्री इन्नोवेटिव लर्निंग प्रोग्राम, ध्रुव, 4) ओलम्पियाड परीक्षा, 5) प्रतिभावान शिक्षण योजना, 6) जवाहर नवोदय विद्यालय – (ग्रामीण क्षेत्रों के लिए शिक्षण योजनाएँ)।
- विद्यालयों के मनोवैज्ञानिकों की खास तरह के छात्रों के लिए शिक्षण व्यवस्था को व्यावहारिक व सुलभ बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका है। वे विशेष आवश्यकता वाले

छात्रों की शिक्षा के लिए नीतियाँ निर्धारित करते हैं, जिससे ये बच्चे आसानी से तथा अधिक से अधिक सीख सकें। दिव्यांग बच्चों के अभिभावकों को सहयोगी जानकारीयों प्रदान करते हैं जिससे इन बच्चों को सुचारु रूप से शिक्षा देने के लिए चलाई जाने वाली निर्धारण एवं हस्तक्षेप योजना को ठीक से व निरंतर कार्यावित किया जा सके।

4.7 मुख्य शब्द

आकलन अथवा निर्धारण : मुख्य रूप से समस्या समाधान दृष्टिकोण के रूप में जाना जाता है। जो विभिन्न सत्रोतों और माध्यमों से जानकारी एकत्र करने की प्रक्रिया है। विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए हस्तक्षेप और/या अनुदेशात्मक निर्णयों का आधार है।

प्रारंभिक पहचान : विशेष आवश्यकता वाले बच्चों की पहचान रोकथाम के आधार पर कार्य करना एवं शैशवास्था में समस्याओं का समाधान करना अधिक महत्वपूर्ण है।

पृथक (सेग्रेशन) : शिक्षा की मनोवैज्ञानिक समस्याग्रस्त बच्चों को जब मुख्यधारा के स्कूलों से अलग रखकर पढ़ाया जाता है, तब इस व्यवस्था को पृथक (सेग्रेशन) कहा जाता है। इनके लिए विशेष तरह के स्कूल चलाएँ जाते हैं। कभी-कभी मुख्यधारा के स्कूलों में समस्याग्रस्त बच्चों को दाखिल कर लिया जाता है, परन्तु उन्हें नियमित कक्षाओं में नहीं पढ़ाया जाता, उनके लिए अलग से कक्षा लगाई जाती है, इसे भी सेग्रेशन कहा जाता है।

एकीकृत (इन्टैग्रेशन) : जब विशेष आवश्यकता वाले बच्चों को कक्षा में सामान्य बच्चों के साथ ही पढ़ाया जाता है। उनके लिए अलग से पाठ्यक्रम या व्यक्तिगत शिक्षा व्यवस्था नहीं की जाती तो इसे एकीकृत शिक्षा व्यवस्था अथवा इन्टैग्रेशन कहा जाता है।

समावेशीकरण (इन्क्लूजन) : शिक्षा में सुधार लाने के उद्देश्य से जब पढ़ाने की विधियों पाठ्यक्रमों में संशोधन किया जाता है, मूल्यांकन से प्रणाली बदली जाती है और नये-नये संसाधनों को शामिल किया जाता है तब इन सभी को मिलाने की स्थिति को समावेशीकरण कहा जाता है।

समझ विकास की कमी (ग्लोबल डेवलपमेंटल डिले) : विकास के निम्नलिखित क्षेत्रों में से किन्हीं दो अथवा दो से अधिक को लागू करने में देरी होने को ग्लोबल डेवलपमेंटल डिले कहा जाता है। ये हैं – समग्र/अच्छी गतिक, वाणी/भाषा, सामाजिक/ व्यक्तिगत, संज्ञानात्मक तथा दैनिक गतिविधियाँ।

4.8 समीक्षात्मक प्रश्न पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) 'दिव्यांगता', 'बाधिता' तथा 'विकलांगता' शब्दों की व्याख्या कीजिए तथा उनके बीच के अंतर को समझाइए।
- 2) बौद्धिकता या बुद्धिमत्ता की परिभाषा लिखिए तथा संक्षेप में बुद्धि लब्धि वर्गीकरण को समझाइए।
- 3) बौद्धिक दिव्यांगता क्या है? बौद्धिक दिव्यांगता के स्तरों की व्याख्या कीजिए।

- 4) भारत सरकार के खर्चे से प्रतिभावान बच्चों के लिए चलाई जाने वाली विभिन्न योजनाएँ कौन-कौन सी हैं?
- 5) भारत में प्रतिभावान बच्चों की पहचान कैसे की जाती है?
- 6) विशेष शिक्षा के क्षेत्र में विद्यालय-मनोवैज्ञानिकों की क्या भूमिका है?

4.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Agrawal, R. & Rao, B.V.L.N. (2011). *Education for Disabled Children*. Shipra Publications.

Chavan, B. S., & Rozatkar, A. R. (2014). Intellectual disability in India: Charity to right based. *Indian journal of psychiatry*, 56(2), 113–116. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.130477>http://legislative.gov.in/sites/default/files/A2016-49_1.pdf
Accessed on 9.12.20.

Ciccarelli, S.K., & White, J.N. (2018). *Psychology* (5 Ed.). New Delhi: Pearson.

Dandona, R., Pandey, A., George, S., Kumar, G. A., & Dandona, L. (2019). India's disability estimates: Limitations and way forward. *PloS one*, 14(9), e0222159.

Kishore M T, Udipi GA, Seshadri SP. Clinical practice guidelines for assessment and management of intellectual disability. *Indian J Psychiatry* 2019; 61, Suppl S2:194-210

Kurup, A., Sarma, J., Basu, A., & Chandra, A. (2015). Identification and mentoring gifted children: Ages 3-15 years (NIAS Report No. R37-2015).

Learning Disabilities – What, Why and How? Accessed <https://mgiep.unesco.org/article/learning-disabilities-what-why-and-how> on 04.12.20

Learning Disabilities. Accessed <http://www.rehabcouncil.nic.in/writereaddata/ld.pdf> on 09.12.20

Roy, P. (2017). Gifted education in India. *Cogent Education*, 4(1), 1332815.

4.12 ऑनलाइन संसाधन

- अधिगम अशक्तता
Learning Disability In Children: Causes, Signs & Treatment | White Swan Foundation
- भारत में दिव्यांगता
<https://www.nhp.gov.in/disease/non-communicable-disease/disabilities>

बच्चों तथा किशोरों
में विकासात्मक
कारक

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए के उत्तर

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

- 1) (ii) (अ) एवं (स) दोनों सही
- 2) (iv) 1 (अ), 2 (स), 3 (ब)

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

- 1) i) अशाब्दिक अधिगम दिव्यांगता
ii) गणना करने में असक्षमता
iii) डिस्लेक्सिया
iv) गतिसमन्वयवैकल्य (डिस्प्रेक्सिया)
v) डिसग्राफिया
- 2) (i) असत्य
ii) सत्य
iii) सत्य
iv) असत्य
v) असत्य

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

- 1) (ii) (ब) और (स) दोनों सही

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

- i) सत्य
- ii) सत्य
- iii) असत्य
- iv) सत्य

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 5 बच्चों एवं किशोरों में आन्तरिक समस्याएँ*

संरचना

- 5.0 प्रस्तावना
- 5.1 आन्तरिक व्यवहारात्मक समस्याएँ
- 5.2 अवसाद
 - 5.2.1 विद्यालय एवं शिक्षा सम्बन्धी समस्याएँ
- 5.3 चिन्ता
 - 5.3.1 चिन्ता से संबंधित विकार की विशेषता
- 5.4 सामाजिक प्रत्याहार
- 5.5 काय प्रतिमा की समस्याएँ एवं भोजन विकार
- 5.6 दैहिक समस्याएँ
- 5.7 आन्तरिक समस्याओं का अतिव्यापन
- 5.8 सारांश
- 5.9 मुख्य शब्द
- 5.10 पुनरावलोकन प्रश्न
- 5.11 सन्दर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 5.12 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के पश्चात् आप जानेंगे कि:

- आन्तरिक एवं बाह्य समस्याओं के मध्य अन्तर करना;
- अवसाद एवं अवसाद से संबंधित विकारों की व्याख्या करना;
- चिन्ता एवं सम्बन्धित विकारों के लक्षणों का विस्तृत विवरण;
- उन पहलुओं की व्याख्या करना जो बाल्यावस्था में सामाजिक प्रत्याहार बनाए रखने एवं दैहिक शिकायतों से जुड़े हुए हैं; तथा
- बच्चों एवं किशोरों में काय प्रतिमा के मुद्दे एवं भोजन विकारों की पहचान।

5.0 प्रस्तावना

विद्यालय दिवस अपने साथ कई प्रकार के नए अनुभव सामाजिक परिस्थितियाँ एवं अवसर लेकर आता है। बच्चे अपने शिक्षकों, साथियों और माता-पिता से प्राप्त प्रतिपुष्टि के अनुसार उनके साथ पेश आते हैं। वे आमतौर पर अपने समाज में वयस्कों द्वारा निर्धारित अपेक्षाओं के अनुसार व्यवहार करने वाले होते हैं। डिक्सन एवं मेटालन (1999) ने व्याख्या की कि “कुछ बच्चे अपनी उम्र और विकास की अवस्था के विपरीत

* बृशाली पाठक, शोधार्थी, मनोविज्ञान विभाग, जामिया मिल्लिया इस्लामिया, नई दिल्ली।

व्यवहार करते हैं” यह देखा गया है कि बच्चे विभिन्न मनोसामाजिक दुर्बलताओं एवं बाधाओं से पीड़ित होते हैं हालाँकि उन बच्चों में से जो संवेगात्मक एवं व्यावहारिक समस्याओं से घिरा है उसे सबसे ज्यादा गलत समझा जाता है। इन बच्चों एवं इनके समस्याओं को अनदेखा एवं नकारात्मकता भाव जाहिर करना इनके व्यवहार के नकारात्मक बना सकता है, परिणामस्वरूप खराब प्रदर्शन और जीवन के अन्य क्षेत्रों में व्यवहार सम्बन्ध समस्याओं को जन्म दे सकती हैं। व्यवहार सम्बन्धी समस्याएँ उनके शैक्षणिक ध्यान, वयस्कों के साथ सकारात्मक बातचीत और यहाँ तक कि साथियों को भी प्रभावित कर सकते हैं (वॉकर, रामसे, एवं ग्रेसस, 2004)। जो बच्चे विद्यालय पढ़ाई को पूर्ण कर लेते हैं की तुलना में उनमें विद्यालय छोड़ने की उच्च दर एवं बेरोजगारी की दर उच्च पायी गई है (सदरलैण्ड एवं वेबे, 2001)।

अभिभावकों, शिक्षकों एवं विद्यालय पेशेवरों के लिए यह आवश्यक है कि जो छात्र बहुत सी संवेगात्मक एवं व्यवहारात्मक समस्याओं का सामना कर रहे हैं उनकी मदद के लिए रणनीतियां एवं अभ्यासों को लागू करें, ताकि कक्षा में अन्नतः वास्तविक दुनिया में सीखने और सफल होने के लिए उनके लिए अनुकूल वातावरण तैयार किया जा सके (सेलमन, 2006)। इसके लिए इन समस्याओं एवं उनकी अभिव्यक्तियों के बारे में अधिक स्वीकार करना और समझना आवश्यक है। कभी-कभी परेशान करने वाले व्यवहार के बीच अन्तर करना कठिन हो सकता है जो कि बढ़ती हुई प्रक्रिया का एक हिस्सा है और समस्या जिसे पेशेवर ध्यान की आवश्यकता है। लेकिन अगर यह व्यवहार संकेत सप्ताह या महीनों तक चलता है और घर या विद्यालय में, या दोस्तों के साथ बच्चे की दैनिक जीवन की गतिविधियों में बाधा बन जाता है, तब किसी पेशेवर व्यक्ति से सम्पर्क करना चाहिए। व्यक्तिगत दिव्यांगजन शिक्षा अधिनियम (2004) के अनुसार, उन बच्चों के द्वारा जो संवेगात्मक एवं व्यवहारात्मक रूप में अस्थिर है निम्नलिखित विशेषताओं में से एक या अधिक बच्चे द्वारा प्रदर्शित (लंबे समय से) होंगे (मार्टिन एवं मुडरिक, 2005)।

- सीखने की क्षमता में कमी, जिसे किसी भी बौद्धिक, संवेदी या अन्य भौतिक चिकित्सा स्थिति द्वारा समझाया नहीं जा सकता है।
- विद्यालय में साथियों एवं अध्यापकों के साथ संतोषजनक अंतर्व्यक्तिक सम्बन्ध बनाये रखने या बनाने में कठिनाई।
- सामान्य परिस्थितियों में अनुचित व्यवहार या भावनाओं का प्रदर्शन।
- अप्रसन्नता या अवसाद की एक सामान्य और सतत मनोदशा।
- विद्यालय या जो प्रकृति में व्यक्तिगत होने वाले लोगों से सम्बंधित समस्याओं एवं शारीरिक लक्षणों को विकसित करने की एक संभावित प्रवृत्ति।

जैसा कि राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान (National Institute of Mental Health) द्वारा परिभाषित किया गया है संवेगात्मक और व्यवहार सम्बन्धी समस्याएँ जो विद्यालय के कार्यक्रम में व्यावहारिक या संवेगात्मक प्रक्रियाओं द्वारा चरित्रार्थ है, जो कि उपयुक्त, उम्र, सांस्कृतिक या जातीय मानदण्डों से अलग है, जो शैक्षणिक प्रदर्शन की प्रभावित करता है – सामाजिक, व्यावसायिक, शैक्षणिक यहाँ तक कि व्यक्तिगत कौशल” (बैनर, नेल्शन एवं रूपस्टोन, 2002)। यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि कोई व्यक्ति एकल तरीके से किसी व्यक्ति या बच्चे के सामाजिक व्यवहारात्मक या संवेगात्मक कार्य को नहीं माप सकता है। एक विशेष संस्कृति के सन्दर्भ में विचलन को समझा जाना

चाहिए क्योंकि एक संस्कृति के अनुसार जो विचलन है वह पूरी तरह से स्वीकार्य या अनुमोदित हो सकता है। इसलिए, यह व्यक्तिपरक्ता की एक मात्रा होती है जिसे व्यवहार को विचलन के रूप में पहचान करते हुए समझा एवं ध्यान रखा जाना चाहिए।

बॉक्स 5.1

छोटे बच्चों के मामले में, मूल्यांकन एवं उपचार से लाभ लिया जा सकता है, यदि वे निम्नलिखित व्यवहारों में से कुछ को अपने दैनिक जीवन को प्रभावित करते हुए पाए जाते हैं:

- अधिकतर कुछ चिड़चिड़े होते हैं और अक्सर नखरे दिखाने वाले पाये जाते हैं।
- अक्सर उनके डर एवं चिन्ताओं के विषय में बात करते हैं।
- बिना किसी ज्ञात चिकित्सीय कारण के सिर दर्द या पेट दर्द की शिकायत लगातार प्रस्तुत करते हैं।
- वीडियो गेम खेलने या कुछ वीडियो देखने के अलावा चुपचाप बैठना मुश्किल होता है।
- नींद से सम्बन्धित समस्याएँ, जैसे कि बहुत या कम सोते हैं, बुरे सपने हो सकते हैं या दिन के समय नींद आ सकती है।
- दोस्त बनाने में कठिनाई, दूसरों के साथ खेलने में कम दिलचस्पी।
- समय के साथ बिगड़ते परीक्षा परिणाम (ग्रेड)।
- कुछ गड़बड़ होने के डर से चीजों की जाँच करते रहना।

स्रोत: National Institute of Mental Health (NIMH), 2019, Child and Adolescent Mental Health

बॉक्स 5.2

यदि बड़े बच्चे और किशोर निम्नलिखित संकेतों एवं लक्षणों में से कुछ लक्षण दिखा रहे होंगे, तब मूल्यांकन और उसके बाद के उपचार उनके मामले में लाभदायक हो सकता है।

- ऊर्जा में कमी।
- उन चीजों एवं गतिविधियों में रुचि नहीं है, जिसमें वे पहले आनन्द लेते थे।
- बहुत अधिक सोना या कम सोना।
- अपने मित्रों या परिवार के साथ सामाजिक गतिविधियों को नजर अंदाज करना।
- वजन बढ़ने के डर से अत्यधिक व्यायाम और नियमबद्ध आहार का पालन करना।
- स्वयं को नुकसान पहुँचाने वाले व्यवहार जैसे – काटना, खुद को मारना, अपनी त्वचा को जलाना, अनावश्यक जोखिम लेना में शामिल होना।
- आत्महत्या का प्रत्ययन (विचार) हो सकता है।
- मादक पदार्थ का उपयोग – धूम्रपान, शराब, ड्रग्स इत्यादि।
- यह महसूस करना कि अन्य लोग उनके मन को नियन्त्रित कर रहे हैं और कह सकते हैं कि वे आवाज सुन सकते हैं (जो अन्य नहीं सुन सकते हैं)।

स्रोत: National Institute of Mental Health (NIMH), 2019, Child and Adolescent Mental Health

बाल मनोविज्ञान एवं मनोचिकित्सा क्षेत्र में एक जाना माना प्रस्तावित अन्तर संवेगात्मक एवं व्यवहारात्मक विकारों के मध्य है। जो प्रकृति में आन्तरिक एवं बाहरी होते हैं” (अचेनवेच एवं एडलब्रोक, 1978; ग्रेशम एवं अन्य, 1999)। एक बच्चा आन्तरिक व्यवहारात्मक समस्याओं के साथ चिन्ताजनक, संकोची, खुद को दूसरों से दूर रखने वाला एवं कम आत्म-सम्मान प्रदर्शित करने वाला हो सकता है। बाहरी विश्व के लिए उनकी प्रतिक्रियाएँ केवल अपने स्व के या मनस के अन्दर निहित हो सकती है और बाहर प्रदर्शित नहीं होती है, अर्थात् व्यवहार की कोई बाहरी अभिव्यक्ति नहीं है (एण्डरसन, 2012)। वे शैक्षणिक, सामाजिक एवं अन्य विभिन्न गतिविधियों में रुचि न होने का अनुभव कर सकते हैं। व्यवहारात्मक समस्याओं के साथ बच्चों एवं किशोरों में अवसाद, चिन्ता, अलगाव चिन्ता, अभिघातज उत्तर तनाव विकार या भोजन विकार का लक्षण हो सकता है। वे विद्यालय या परीक्षा भय, काय प्रतिमा (बाड़ी इमेज) की समस्या या अन्य दैहिक लक्षणों का प्रदर्शन भी कर सकते हैं। यह पाया गया है कि स्क्रीनिंग उपकरण आमतौर पर छात्रों को उच्च स्तर के आन्तरिक व्यवहार की पहचान करने के लिए उपयोग किया जाता है जो अधिक संवेदनशील नहीं है और इस प्रकार अधिक उपयोग नहीं किए जाते हैं (बेल्स एवं अन्य, 2019)।

दूसरी ओर बाह्य व्यवहार सम्बन्धी समस्याएँ उन समस्याओं के समूह को सन्दर्भित करती हैं जो बच्चों द्वारा प्रदर्शित की जाने वाली क्रियाओं के सन्दर्भ में स्पष्ट होती है। ये बाहरी स्थितियों के लिए नकारात्मक प्रतिक्रियाएँ हो सकती है (लिय, 2004)। आन्तरिक एवं बाह्य व्यवहारों के बीच कुछ अन्तरों को देखने के लिए तालिका 5.1 देखे। इन बाह्य समस्याओं में विघटनकारी अतिसक्रिया व्यवहार शामिल हो सकते हैं। कन्स्ट्रक्ट के दौरान आक्रामकता, प्रलाप, एवं आचरण सम्बन्धी समस्याएँ भी शामिल होती है। बाल्यावस्था की आक्रामकता भी हिंसा एवं वयस्क अपराध का एक प्रबल प्राक्सूचक पाया गया है (ईसेनबर्ग एवं अन्य, 2001)। यह भी ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि यह विरोधाभाव किसी भी तरह से व्यापक नहीं है। वास्तव में दोनों के मध्य एक अतिव्यापन हो सकता है। उदाहरण के तौर पर, एक बच्चे की आन्तरिक समस्या के कारण भाई-बहन, माता-पिता या उसके आसपास के लोगों पर नकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है। जबकि बाह्य विकार वाले बच्चे के लिए बाहरी दुनिया में उसके आसपास के लोगों को कोई नुकसान नहीं हो सकता है, लेकिन आन्तरिक रूप से पीड़ित हो सकता है। दिलचस्प है कि एक विशेष लिंग के लिए कुछ व्यवहारों की सांस्कृतिक सहिष्णुता भी लिंग आधारित मतभेदों को बनाए रख सकती है। उदाहरण के लिए, कुछ संस्कृतियों लड़कियों की तुलना में लड़कों में बाह्य व्यवहार के प्रति अधिक सहिष्णु है। इसलिए लड़कों को लड़कियों की तुलना में बाह्य व्यवहार सम्बन्धी समस्याओं को प्रदर्शित करते देखा जा सकता है (लैम्बर्ट, बैस एवं नाइट, 1989, लियु, 2004, वेल्स एवं अन्य, 2019)।

यदि अनुपचारित छोड़ दिया जाता है, तो ये समस्याएँ विभिन्न समस्याओं के लिए एक “प्रवेश द्वार” के रूप में काम कर सकती हैं, बाद में जो युवा जीवन में सामना कर सकते हैं। इस प्रकार विभिन्न अन्य संवेगात्मक, व्यवहारिक और शारीरिक कठिनाइयों के विकास के लिए जोखिम बढ़ रहा है (कॉस्टेलो एवं अन्य, 2003, कमिंगस, केपोसनो एवं कैण्डाल, 2013)। इस इकाई के अन्तर्गत हम बच्चों एवं किशोरों में बहुत से आन्तरिक व्यवहारिक समस्याओं की चर्चा करेंगे और अगली इकाई (इकाई 6) में बाहरी व्यवहारिक समस्याओं की चर्चा की जाएगी।

आन्तरिक व्यवहार	बाहरी व्यवहार
संवेगों को भीतर रखना, चिन्ता को व्यक्त नहीं करना।	बाहरी अभिव्यक्ति एवं संवेगों का प्रक्षेपण।
बहुत अधिक ग्लानि, असुरक्षा, असहायता की भावना होना।	अपने अन्दर दोष, लज्जाशीलता जैसी संवेगों को रखने में कठिनाई।
दूसरों की अधिक मदद करना एवं दूसरों के लिए अत्यधिक सोचना।	संकट का संचार करने के लिए अभिनय करना (क्रोध, गुस्सा)।
किसी के संवेगों को नियन्त्रित करने एवं तर्क संगत का प्रयास, आत्म दोष।	दूसरों को दोषी ठहराना, दूसरों के विषय में सोचना/परिस्थितियाँ एक समस्याएँ हैं।

5.1 आन्तरिक व्यवहारात्मक समस्याएँ

आन्तरिक विकार बच्चों और किशोरों में विशिष्ट प्रकार की संवेगात्मक एवं व्यवहार सम्बन्धी समस्याएँ स्थिति होती है जिसे 1980 के दशक तक अक्सर गलत समझा और उपेक्षा की जाती थी (मेरेल्ल, 2013)। इसमें ऐसी समस्याएँ शामिल हैं जो अत्यधिक नियंत्रित लक्षणों पर आधारित हैं (मेरेल्ल, 2008)। यह इस तथ्य को संदर्भित करता है कि जब बच्चे अपने स्वयं की आन्तरिक संज्ञानात्मक और संवेगात्मक अवस्थाओं का असंगत नियन्त्रण रखते हैं तो ये समस्याएँ प्रकट होती हैं। इस प्रकार यह कहा जा सकता है कि इन समस्याओं को विकसित किया जाता है एवं व्यक्ति के अन्दर भी बनाए रखा जाता है, जिससे इन्हें बाहरी अवलोकन और माप के माध्यम से निदान एवं पता लगाना मुश्किल हो जाता है।

इस अनुभाग में जिन आन्तरिक व्यवहार सम्बन्धी समस्याओं पर चर्चा की जाएगी, वे हैं: अवसाद, चिन्ता, समाज प्रत्याहार, भोजन विकार और काय प्रतिमा सम्बन्धी समस्या, विद्यालय एवं परीक्षा का डर, दैहिक या शारीरिक समस्याएँ या शिकायतें और अभिघातज उत्तर तनाव विकार।

5.2 अवसाद

जीवन में असफलताओं या निराशाओं का सामना करने पर बच्चे एवं किशोर या वयस्क भी दुखी महसूस करते हैं। हालांकि, यह अन्ततः समय के साथ फीके या कम हो जाते हैं क्योंकि व्यक्ति इसका सामना करता है। अवसाद में खराब मनोदशा या कभी-कभी कम या उदास होने का अनुभव नहीं होता है। माता-पिता को सम्बन्धित पेशेवरों से सम्पर्क और सलाह लेने की आवश्यकता होती है जब उदासी और अन्य सम्बन्धित लक्षण सप्ताह, महीनों या उससे अधिक समय तक रहते हैं, जो बच्चे के अपने दैनिक जीवन में कार्य करने की क्षमता में बाधा है। इस प्रकार अवसाद व्यक्ति के जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित करने वाले गंभीर लक्षणों के लिए निम्न मनोदशा एवं क्षणिक स्थिति से गंभीरता की निरंतरता पर मौजूद है (जैसा कि तालिका 5.2 में दर्शाया गया है)। यह मुख्य रूप से निम्नलिखित लक्षणों की विशेषता है: अवसादी मनोदशा, गतिविधियों में रुचि न होना, सोने से सम्बन्धित समस्याएँ (हाइपरसोमनिया या इन्सोमनिया, क्रमश बहुत अधिक एवं कम नींद) वजन घटाना या बढ़ाना, मनोगति

बच्चों तथा किशोरों में विकासात्मक कारक

मंदता (धीमी शारीरिक गति) या चिड़चिड़ापन, ऊर्जा की कमी या थकान, एकाग्रता में कठिनाई, सोचना एवं निर्णय लेना, ग्लानि महसूस करना, अनावश्यक बेकार और मृत्यु के विषय में बार-बार विचार आना। यह अध्ययन किया गया है कि मृत्यु एवं सम्बंधित विचारों के साथ व्यस्तता अधिक बार बड़े बच्चों और वयस्कों में देखी जाती है और शायद छोटे बच्चों में प्रकट नहीं हो सकती क्योंकि उनकी मृत्यु की अवधारणा अस्पष्ट होती है एवं अच्छी प्रकार से निर्मित नहीं होती है। चिड़चिड़ापन और कुछ शारीरिक शिकायतें हैं जो कि अक्सर बच्चों और किशोरों में अवसाद के साथ देखी जाती है (मेरिल्ल, 2013)। यहाँ यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि ये सभी लक्षण एक व्यक्ति में अवसाद के साथ उसका निदान करने के लिए मौजूद नहीं हो सकते हैं। निदान के लिए दो सप्ताह की अवधि आवश्यक है इसके लिए इन लक्षणों में से कम से कम पाँच लक्षणों की उपस्थिति (और कम से कम एक लक्षण अवसादी मनोदशा या आनन्ददायक गतिविधियों में रुचि में कमी होना चाहिए) होना आवश्यक है। इसके अलावा यदि बच्चा छोटा है तो यह अधिक संभावना है कि रुचि में कमी अवसादी मनोदशा से अधिक प्रदर्शित होगी।

तालिका 5.2 : उदासी एवं अवसाद का सतत् क्रम

	सामान्य	निम्न	मध्यम	अवसाद कम गंभीर	अवसाद अधिक गंभीर
संवेग	अच्छी मनोदशा	थोड़ा चिड़चिड़ा, कम अहसासी	परेशान, उदास, आंखों में आंसू	गहन उदासी, चिल्लाने वाला भारीपन	अत्यंत दुखी, चिल्लाने वाला निराशा महसूस करना।
संज्ञान	योजना एवं दिन के प्रबंध के विषय में सोचना	दिन की कठिनाई के बारे में "कुछ गलत हो जायेगा" ऐसा सोचना।	नकारात्मक विचारों को घर कर लेना जैसे – गलत व्यवहार, परीक्षा में गलतियाँ करना।	भविष्य के बारे में निराशावादी विचार, खुद को नुकसान पहुँचाने वाले विचार अपनी कमियों के बारे में विचार करना।	खुद को नुकसान पहुँचाने वाले मजबूत इरादे आत्महत्या जैसे विचार, मृत्यु के मामले में दूसरों को निर्देश देना।
व्यवहार	जल्दी उठना, दिनचर्या का पालन करना, विद्यालय	उठने के लिए सामान्य से अधिक	रात के खाने के बिना बिस्तर पर लेट जाना,	बिस्तर से उठने की क्षमता का न होना, काम	समान से दूरी बनाना, भूख की कमी

जाना/कार्य करना।	समय लेना, एकाग्रता की कमी।	कम सोना/नहीं सोना, एकाग्रता की कमी।	को बीच में छोड़ देना, सम्पर्क बनाने की अयोग्यता होना।	(वजन) आत्महत्या जैसे विचार।
------------------	----------------------------	-------------------------------------	---	-----------------------------

तालिका 5.3: विभिन्न अवस्थाओं पर अवसाद (पोक्यूज एवं फ्रेजर, 2016 से लिया गया)

आयु (उम्र)	व्यवहार	संभावित पूर्व लक्षण
विद्यालय पूर्व (2-5 वर्ष)	<ul style="list-style-type: none"> • चिड़चिड़ापन, नखरे दिखाना • दुखी, अत्यधिक रोना, चिल्लाना • अपने रुचिकर खिलौनों एवं गतिविधियों में रुचि न दिखाना, सामाजिकता में कमी • सुस्त • सिर दर्द, पेट दर्द। 	<ul style="list-style-type: none"> • परिवार का इतिहास मानसिक बीमारी एवं अवसाद पूर्ण होना। • आत्महत्या के विचार का पारिवारिक इतिहास और/या प्रयास। • तनाव जैसे तलाक (माता-पिता में), किसी की मृत्यु होना।
मध्य बाल्यावस्था (6-12 वर्ष)	<ul style="list-style-type: none"> • ऊपर सूचीबद्ध व्यवहारों के अलावा, परिवार एवं मित्रों से दूरी बनाना। • दूसरों को परेशान करने वाला एवं परेशान होना। • सोने से सम्बन्धित समस्याएं • भूख की कमी, वजन कम होना (खाने सम्बन्धी समस्याएं) • अलगाव चिन्ता (विशेष देखभाल करने वाले से) • एकाग्रता की कमी • विद्यालय जाने से मना करना • खराब शैक्षणिक प्रदर्शन • व्यर्थ के विचार • खुद को चोट पहुँचाना 	<ul style="list-style-type: none"> • असंगत पालन-पोषण • सहकर्मी का कम समर्थन • सामाजिक प्रत्याहार • परेशान होना • शैक्षणिक दबाव • अन्य मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ जैसे - चिन्ता, विशिष्ट अधिगम विकार।
किशोरवस्था (13-18 वर्ष)	<ul style="list-style-type: none"> • भविष्य के बारे में निराशावादी एवं आशाहीनता। 	<ul style="list-style-type: none"> • अभिभावक-बालक द्वंद्व • यौवन का प्रारम्भ

	<ul style="list-style-type: none"> ● आनन्ददायक गतिविधियों में रुचि की कमी ● आत्मविश्वास एवं आत्म की कमी। ● मादक द्रव्यों का सेवन ● स्वयं को हानि पहुँचाने वाली प्रवृत्तियाँ। 	
--	--	--

विद्यालय पूर्व (2–5 वर्ष) के बच्चों के संवेगों को मौखिक रूप से समझना कठिन है, क्योंकि अवसाद के शुरुआत संकेत छूट सकते हैं। फिर भी रोने, जलने, नखरे एवं और अन्य शारीरिक समस्याओं के विषय में लगातार शिकायतें अवसाद के कारण हो सकती है (देखें तालिका 5.2)। यहाँ यह भी ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि विद्यालय पूर्व अवसाद अन्ततः बाल्यावस्था और किशोरावस्था में विभिन्न अन्य मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी बीमारियों को जन्म दे सकता है।

बात करने एवं स्वयं को व्यक्त करने की क्षमता धीरे-धीरे मध्य बाल्यावस्था, (6–12 वर्ष) तक बढ़ती है, कुछ लक्षण जो बच्चों में है वो अवसाद के साथ वयस्क के समान होते हैं। छोटे बच्चे अभी भी विद्यालय पूर्व के समान व्यवहार प्रदर्शित कर सकते हैं।

शोधों से पता चलता है कि यौवनारंभ के साथ अवसाद का खतरा बढ़ जाता है। जैसा कि किशोरावस्था (13–18 वर्ष) बहुत सी गतिविधियों में लिप्त रहने का समय है, जैसे – स्वतंत्र बनना, व्यवसाय का चुनाव करना, और रिश्ते बनाते हैं। चेतावनी के संकेतों में भविष्य एवं मित्रता के विचार शामिल हो सकते हैं। कभी-कभी माता पिता और सहकर्मी अवसाद के चेतावनी के संकेतों को किशोरों की समस्या या ध्यान देने वाले व्यवहार की खोज के कारण नजरअंदाज कर देते हैं लेकिन यदि किशोर मादक द्रव्यों के सेवन में लिप्त है या उसके पास आत्मघाती विचार और/या प्रवृत्ति है तो तत्काल मदद की आवश्यकता है।

हमने देखा है कि अवसाद के साथ बच्चे अपने जीवन में विभिन्न उम्र एवं अवस्थाओं में विभिन्न व्यवहार दिखला सकते हैं। यहाँ पेशेवर ध्यान देने की आवश्यकता है, यदि इनको अनुउपचारित छोड़ दिया जाता है तब यह खराब विद्यालय प्रदर्शन, अस्वस्थकर सम्बंध, और अन्य मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याएं जैसे – अपराध की भावना, मादक पदार्थों का सेवन और कुछ मामलों में आत्महत्या जैसी भी समस्याएँ उत्पन्न कर सकती है। इसलिए विचार जैसे कि “यह केवल बाल्यावस्था के नखरे हैं”, वह अन्ततः चारों ओर आ जाएगा”, “उसके लिए एक नया खिलौन चाहिए”, “उसे छुट्टियों के लिए ले लो”, अत्यधिक ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि बच्चा अवसाद को अचानक “बाहर निकालेगा” नहीं।

5.2.1 विद्यालय एवं शिक्षा सम्बन्धी समस्याएँ

अभिप्रेरणा की कमी, एकाग्रता एवं बेकार की भावना के साथ निराशा की भावना बच्चे के सीखने को प्रभावित कर सकती है। उदाहरण के लिए, अवसाद ग्रस्त बच्चे कक्षा में पढ़ाये जा रहे पाठ पर ध्यान केन्द्रित करने में सक्षम नहीं हो सकता है, उसमें गृह कार्य नोट करने या खत्म करने के लिए ऊर्जा की कमी हो सकती है, उन्हें खुद पर

यकीन हो जायेगा कि वे हर कार्य में असफल हो जायेंगे और इस प्रकार पहल करना या कुछ भी प्रयास करना बन्द कर देंगे। वे अपने आस पास के विशेषतः अध्यापक, सहपाठी और अभिभावकों से भी नकारात्मक ध्यान एवं अनावश्यक ध्यान प्राप्त कर सकते हैं जो उनकी बेकार की भावना को बढ़ावा देते हैं। यह अक्सर सामाजिक प्रत्याहार के लिये उत्तरदायी हो सकता है। पारिवारिक द्वंद्व, माता-पिता का तलाक या सामान्य कठिनाइयों (अधिगम के सम्बन्ध में) बच्चे के विद्यालय के प्रदर्शन को कम कर सकती हैं। हालांकि यह यदि काफी समय तक रहता है या यदि बिना किसी स्पष्ट कारण के शैक्षिक प्रदर्शन में गिरावट देखी जाती है तब यह चिन्ता का कारण होना चाहिए।

5.2.2 सहपाठियों के साथ परेशानी

स्वस्थ मित्रता महत्वपूर्ण होती है जैसे सकारात्मक व्यवहार को बढ़ावा देते हैं, संवेगात्मक समायोजन करते हैं एवं भविष्य के लिए स्वास्थ्यकर मित्रता की नींव भी रखते हैं। अवसाद बच्चों को आमतौर पर उनके मित्रों द्वारा अनेदखा या अस्वीकार कर दिया जाता है क्योंकि वे ऊबाऊ एवं मन्द हो सकते हैं। यदि बच्चे आक्रामक हैं, तो वे अपने उग्र और अशिष्ट व्यवहार के कारण नजरंदाज कर दिये जाते हैं। इस अस्वीकृति के परिणामस्वरूप उनमें अलगाव हो सकता है, उनमें ऐसे विचार आ सकते हैं जैसे – “मुझे कोई पसंद नहीं करता है।” मैं बेकार हूँ। उन्हें दूसरों के द्वारा परेशान किए जाने का अधिक खतरा है (जुवोनेन एवं अन्य, 2003)।

यह उन्हें आगे दोबारा मादक पदार्थों का प्रयोग और सेवन करने के लिए अग्रसर कर सकता है। इसलिए, यह अविभावकों के लिए आवश्यक है कि अपने बच्चों के प्रति सजग रहें और उन्हें सामाजिक सम्बन्धों की पड़ताल करते रहें।

5.2.3 स्वयं को चोट पहुँचाना एवं आत्महत्या

किशोरों में आत्महत्या का विचार आम है। इस तथ्य के अलावा कि भारत जैसे देश में आत्महत्याएँ रिपोर्ट की जा रही हैं, यह सिद्ध है कि आत्महत्या की उच्चतम दरें 30 वर्ष से नीचे के युवाओं, विशेषकर किशोरों की होती हैं (सेम्यूल एवं शेर, 2013)। इस प्रकार, कोई एवं सभी आत्महत्या के विचार एवं व्यवहार के हाव भावों को गंभीरता से लेना चाहिए। अवसाद एवं मादक पदार्थों का सेवन दो प्राथमिक कारण हैं जो आत्महत्या जैसे विचार को बढ़ावा देते हैं। इस प्रकार माता-पिता को देखरेख वाला होना जरूरी है यदि उनके अपने बच्चों में अवसाद एवं सामाजिक प्रत्याहार या स्वयं को चोट पहुँचाने वाले संकेत दिखाई दे रहे हों।

बाक्स 5.3 अवसाद के कारण

आनुवांशिक कारक : एक परिवार में अवसाद का इतिहास या कोई भी मानसिक विकार बच्चों में भी खतरा बढ़ा सकता है।

मस्तिष्क रसायन : न्यूरोट्रांसमीटर एवं हार्मोन की गड़बड़ी भी खतरे को बढ़ाने के लिए भूमिका निभा सकती है।

दुर्व्यवहार : पूर्व की शारीरिक, लैंगिक या मानसिक दुरुप्रयोग भी एक व्यक्ति में अवसाद की अधिकता को बढ़ा सकते हैं।

मृत्यु या क्षति : किसी प्रियजन की मृत्यु से पहुँचा दुःख भी अवसाद की संभावना को बढ़ा सकता है। यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि प्राकृतिक या सामान्य शोक अवधि अवसाद को नहीं बढ़ाती है।

जीवन में बड़ी घटनाएँ : माता-पिता के बीच तलाक, एक स्थान से दूसरे स्थान पर पलायन भी अवसाद में योगदान देता है।

पर्यावरणीय कारक : परिवार का तनाव पूर्ण एवं अराजक माहौल अवसाद का कारण हो सकता है, तथा विद्यालय में उपेक्षा करना एवं उल्टा सीधा व्यवहार भी अवसाद का कारण हो सकता है।

5.2.4 एक विशेषता के रूप में अवसाद के साथ अन्य विकार

ऊपर दिये गये लक्षणों को प्रस्तुति को नैदानिक रूप से प्रमुख अवसाद कहा जाता है। हालांकि बहुत से अन्य मनोदशा एवं समायोजन विकार हैं जो अवसाद को प्रमुख लक्षण के रूप में शामिल करते हैं। इस भाग में हम उनकी संक्षेप में चर्चा करेंगे।

डायसथिमिया (या सतत अवसादी विकार) मुख्य अवसाद के साथ बहुत से लक्षणों को साझा करता है, लेकिन दो पहलुओं में भिन्नता है। पहला, डायसथिमिया के साथ व्यक्ति कुछ कम से मध्यम लक्षण प्रदर्शित करता है। दूसरा, अवसाद के लिए लम्बी अवधि (लगभग 2 वर्ष युवा के लिये एवं 1 वर्ष बच्चों एवं किशोरों के लिए) तक रहता है। अवसादी मनोदशा (डायसथिमिया में) दिन के अधिकांश समय तक रह सकती है, लेकिन अगर यह निम्न से मध्यम तीव्रता की हो।

द्विध्रुवी I विकार में पूर्ण विकसित उन्माद (चरम आनन्द 7 दिनों तक रहता है) और प्रमुख अवसाद के भाग में शामिल है। द्विध्रुवी II विकार में उच्च उन्माद और प्रमुख अवसाद (4 दिनों तक रहता है) के प्रकरण सम्मिलित होंगे। उन्माद या उच्च उन्माद की ऊर्जा अवधि, अजेयता, विचारों की बाढ़, विचारों की उड़ान, भव्यता, आवश्यक नींद में कमी आदि की विशेषता है और यह सब खराब निर्णय लेने एवं जोखिम लेने का कारण बन सकता है। अन्ततः चक्रविक्षिप्ति विकार (द्विध्रुवी विकार के एक कम गंभीर संस्करण के रूप में भी समझा जाता है) में डायसथिमिया एवं उच्च उन्माद के समान अवसादी मनोदशा शामिल है। इसमें अवसादी मनोदशा कम ऊर्जा, सामाजिक प्रत्याहार, अपर्याप्तता की भावनाएं और दुलमुल अभिवृत्ति की विशेषता हो सकती है। चक्रविक्षिप्ति वाले बच्चों के माता-पिता को यह महसूस होना चाहिए कि उनका बच्चा "संवेगात्मक टेढ़ा-मेढ़ा घुमावदार रास्ता" पर है जो शायद ही कभी समाप्त होता है (मेरिल, 2013)।

अवसादी मनोदशा के साथ समायोजन विकार अवसाद के लक्षणों की एक और प्रस्तुति है जो किसी प्रमुख जीवन घटना को समायोजित करने में व्यक्ति द्वारा सामना किये गये मामलों के कारण हो सकती है, जैसे कि किसी प्रियजन की मृत्यु, तलाक, परिस्थिति में बदलाव (6 माह या उससे अधिक) आदि।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

1) अवसाद के विभिन्न लक्षणों का उल्लेख कीजिए।

.....
.....

2) डायसथिमिया क्या है?

3) अवसाद के क्या कारण हैं?

4) क्या आप विद्यालय पूर्व अवस्था से किशोरावस्था में अवसाद के लक्षणों के मध्य अन्तर कर सकते हैं?

5.3 चिन्ता

हम में से अधिकतर अपने दिन-प्रतिदिन के जीवन परिस्थितियों में व्यथित और चिन्तित महसूस करते हैं, जैसे कि, किसी परीक्षा में शामिल होने से पहले प्रतियोगिता से पहले, जब ट्रैफिक में फंस जाते हैं, विशेषकर जब पहले से ही देर से चल रहे हैं आदि। इन स्थितियों से बाहर आते ही हमारी चिन्ता घट जाती है या कम हो जाती है। लेकिन अगर व्यक्ति (वयस्क या बच्चे) किसी स्थिति के बावजूद चिन्तित रहता है और इससे निपटने में सक्षम नहीं है तो एक चिन्ता विकार हो सकता है और मनोवैज्ञानिक के द्वारा ध्यान की आवश्यकता होगी। इससे पहले कि हम इसके साथ आगे बढ़ें, दो शब्दों के बीच के अन्तर को समझना महत्वपूर्ण है, जिन्हें अक्सर पर्यायवाची रूप से इस्तेमाल किया जाता है – चिन्ता और भय (बॉक्स 5.4 देखें)

बॉक्स 5.4: चिन्ता और भय के बीच अन्तर

सबसे सामान्य एवं महत्वपूर्ण तरीकों में से एक चिन्ता और भय के बीच का अन्तर वास्तविक बाहरी उद्दीपक के सन्दर्भ में हो सकता है। डर वास्तविक खतरे या खतरे की उपस्थिति में अनुभव किया जाता है। अधिकतर लोग आमतौर पर इन उद्दीपकों से डरते पाये जाते हैं। दूसरी ओर, चिन्ता खतरे की प्रत्याशा में अनुभव की जाती है जब ऐसा खतरा मौजूद नहीं हो सकता या फिर कई बार निर्दिष्ट भी नहीं किया जा सकता है। इस प्रकार, खतरे का स्रोत डर में स्पष्ट है जबकि चिन्ता में संभावित खतरे के बारे में एक सामान्य आशंका शामिल है। यह भविष्योन्मुखी स्थिति है।

चिन्ता विकार एक व्यापक श्रेणी है लेकिन सभी विकार कुछ सामान्य तत्वों को साझा करते हैं। उन सभी में लक्षणों के तीन मूल क्षेत्र सम्मिलित हैं: शारीरिक प्रतिक्रिया (पसीना, लैंगिक उत्तेजना, मितली आदि) व्यवहार सम्बन्धी लक्षण (बचना, भागने आदि) और व्यक्तिपरक भावनाएं (भय, असुविधा आदि)। चिन्ता विकारों के कुछ सामान्य लक्षण अवास्तविक या नकारात्मक विचारों, घबराहट होना, घटनाओं की गलत व्याख्या, शारीरिक उत्तेजना, कुछ शारीरिक संकेतों के प्रति संवेदनशीलता, किसी विशिष्ट परिस्थिति, वस्तु या घटना का डर और सामान्य रूप से अत्यधिक चिन्ता की उपस्थिति हो सकती है। चिन्ता विकारों के रूप में कुछ की पहचान की गई है: सामान्यीकृत चिन्ता विकार, विशिष्ट दुर्भीति, सामाजिक भय, और एगोराफोबिया (भीड़ से डर)। इससे पहले मनोग्रस्ति बाध्यता विकार भी चिन्ता विकारों के अन्तर्गत वर्गीकृत किया गया था, लेकिन अब यह एक अलग श्रेणी मनोग्रस्ति बाध्यता और संबंधित विकार में है।

5.3.1 चिन्ता से संबंधित विकार की विशेषता

बड़ी संख्या में निदानात्मक विकार हैं जिनमें एक सामान्य लक्षण के रूप में चिन्ता शामिल है, लेकिन उनमें से कुछ विशेष रूप से बच्चों के साथ काम करते समय महत्वपूर्ण होते हैं, जैसे कि दुर्भीति, अलगाव चिन्ता या यहां तक कि अभिघातजन्य उत्तर तनाव विकार इस अनुभाग में हम इन विकारों में से कुछ पर चर्चा करेंगे।

दुर्भीति (फोबिया) (अनावश्यक डर) "दुर्भीति एक विशिष्ट वस्तु या स्थिति का एक निरंतर और अप्रिय डर है जो किसी व्यक्ति के लिए बहुत कम या कोई वास्तविक खतरा प्रस्तुत नहीं करता है" (कार्सन, बूचर एवं मिनेका, 2003)। दुर्भीति भय के समान है क्योंकि दोनों में एक विशिष्ट खतरे की प्रतिक्रिया शामिल होती है, लेकिन अन्तर इस तथ्य में है कि भय की तुलना में दुर्भीति अधिक तीव्र, सतत एवं दुरनुकूलन है। उदाहरण के लिए, विद्यालय के बाद कुछ गुंडा एवं शारीरिक रूप से मजबूत गलत लोगों द्वारा घेर लिया जाना, उन्हें डरने के लिए एक अच्छा पर्याप्त कारण जैसा दिखता है और इसलिए डर की प्रतिक्रिया दिखती है; लेकिन कीड़े, पक्षियों आदि का एक कमजोर डर विकसित करना काफी घातक है। दुर्भीति की तीन श्रेणियों की पहचान की गई है: विशिष्ट दुर्भीति, सामाजिक दुर्भीति एवं एगोरा दुर्भीति (भीड़ का डर)।

विशिष्ट दुर्भीति का निदान एक व्यक्ति में किया जाता है जब वह किसी वस्तु या परिस्थिति के प्रति मजबूत डर दिखाता है। जब एक दुर्भीति उद्दीपक का सामना कर रहा होता है तब व्यक्ति तत्काल डर को दिखाता है एवं इससे दूरी बनाये रख सकता

है, नजर अंदाज एवं इसे छोड़ सकता है। वह दुर्भीति उद्दीपक की तस्वीर या मॉडल को भी नजर अंदाज कर सकता है। व्यक्ति को जानवरों जैसे – कुत्तों, मकड़ियों, छिपकली और कीड़े आदि का भय हो सकता है, कुछ प्राकृतिक पर्यावरण जैसे पानी निकाय, ऊँचाई, रक्त देखना, रक्त परीक्षण, चिकित्सा प्रक्रिया। एक परिस्थिति ऐसी कि जो बन्द स्थान, लिफ्ट, गाड़ी चलाना और कुछ डर जैसे फंसने का डर, तेज आवाज, या एक निश्चित भोजन करने के बाद मितली होने का डर।

एगोराफोबिया (विवृतिभीति) भीड़ वाले स्थान का डर जैसे शॉपिंग मॉल, या थियेटर (सिनेमा हॉल) आदि। यह शब्द पारंपरिक ग्रीक शब्द 'एगोरा' से लिया गया है जिसका अर्थ जनसभा जैसे स्थानों से होता है, इस प्रकार एगोराफोबिया का मतलब सार्वजनिक स्थान या जनसभा जैसे स्थान का डर से है। यह ऐसी परिस्थिति का भी डर हो सकता है जो अत्यन्त घबराहट का कारण है जैसे – किसी स्थान से भागना कठिन या अत्यन्त मुश्किल या चुनौती पूर्ण हो सकता है।

बॉक्स 5.5: दुर्भीति क्यों विकसित होते हैं?

आनुवांशिक : किसी व्यक्ति के आनुवांशिक बनावट के कारण, स्वभाव एवं व्यक्तित्व के कारण दुर्भीति हो जाता है। कागन एवं अन्य (2001) ने निष्कर्ष निकाला कि व्यावहारिक रूप से बाधित शिशु (शर्मीले, डरपोक) बाधित शिशुओं की अपेक्षा 7-8 वर्ष की बाद की उम्र में विशिष्ट दुर्भीति का उच्च खतरा विकसित होता है।

पारिवारिक कारक : किसी व्यक्ति के विशिष्ट दुर्भीति और उसके माता-पिता के बीच एक स्रोत मौजूद हो सकता है। यह आनुवांशिक या सीखा हुआ व्यवहार हो सकता है। उन्होंने अपने माता-पिता को मकड़ी से डरता हुआ देखा है और वहाँ से सीखा हो।

नकारात्मक अनुभव : एक भयावह या दर्दनाक घटना का अनुभव करना कुछ दुर्भीति एवं चिन्ताजनक प्रतिक्रियाओं को विकसित कर सकता है, उदाहरण के लिए एक जानवर द्वारा हमला किया जाना, एक लिफ्ट में फंस जाना।

दूसरों के नकारात्मक अनुभवों से सीखना : कुछ नकारात्मक सूचना या घटना जैसे विमान दुर्घटना, पानी से सम्बन्धित दुर्घटना आदि सुनकर।

बच्चों के बारे में यह कहना गलत नहीं है कि बच्चे शर्मीले होते हैं, यदि अगर बच्चा कक्षा में पढ़ने या अन्य बच्चों के साथ खेलने जैसी रोजमर्रा की स्थितियों पर अत्यधिक परेशानी का अनुभव करता है, तो यह चिन्ता का कारण हो सकता है। सामाजिक चिन्ता विकार (या सामाजिक दुर्भीति) को इस प्रकार से वर्णित किया गया "एक या अधिक विशिष्ट सामाजिक परिस्थिति (जैसे सार्वजनिक स्थान पर बोलना, बाथरूम जाना, सार्वजनिक रूप से खाना या लिखना) की आशंका को अक्षम करने के रूप में वर्णित किया गया है जहाँ व्यक्ति को जाँच का डर है, दूसरों का संभावित नकारात्मक मूल्यांकन या वह शर्मनाक या अपमानजनक तरीके से कार्य कर सकता है" (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2013)। इसके कारण व्यक्ति या तो स्थिति से बचना चाहता है या उच्च स्तर के संकटों का सामना कर सकता है। मुख्य रूप से सामाजिक चिन्ता विकार के दो उप प्रकारों की पहचान की गई है, ऐसी स्थितियों में जो प्रदर्शन उन्मुख है, जैसे सार्वजनिक रूप से बोलना और ऐसी परिस्थितियाँ जो गैर-प्रदर्शन वाली होती है लेकिन सार्वजनिक उपस्थिति या सामाजिक संपर्क की मांग करते हैं जैसे कि सार्वजनिक रूप से भोजन करना, किसी से मिलना। यह बात ध्यान

देने वाली है कि बच्चों में चिन्ता एक तरीके से उत्पन्न होनी चाहिए जिसमें सहपाठी शामिल हो सकते हैं। वयस्कों के साथ बातचीत के दौरान चिन्ता निदान के लिए एकमात्र मानदंड नहीं होना चाहिए। उनकी चिन्ता या डर आमतौर पर रोने, नखरे, ठंड, सिकुड़ने, चिपकना या सामाजिक परिस्थितियों में बोलने में असमर्थता द्वारा व्यक्त किए जाते हैं। अत्यधिक पसीना या झंप भी सामान्य प्रत्यक्ष प्रदर्शन है। अक्सर सामाजिक चिन्ता के साथ बच्चा विद्यालय भी नहीं जाते हैं। बॉक्स 5.5 कुछ सामान्य सामाजिक चिन्ता बढ़ाने वाले कारकों को वर्णित करता है।

बॉक्स 5.5: सामान्य सामाजिक चिन्ता कारण

- नये लोगों से मिलना।
- सार्वजनिक भाषण/मंच पर प्रदर्शन।
- ध्यान का केन्द्र बनना या होना।
- कुछ करते हुए देखा जाना।
- कम बात करना।
- दूसरों द्वारा आलोचना किया जाना।
- सत्राधारी व्यक्ति के हिसाब से बात करना।
- सार्वजनिक शौचालय का प्रयोग करना।
- कक्षा में बुलाया जाना।
- सार्वजनिक तौर पर खाना या पीना।
- सामाजिक समारोहों में शामिल होना।

बाक्स 5.6: सामाजिक चिन्ता विकार के कारण

वंशानुगत शीलगुण : किसी भी अन्य चिन्ता विकार की तरह सामाजिक चिन्ता विकार भी परिवारों में चलता है। इसलिए यदि जैविक माता-पिता और/या भाई-बहन की स्थिति समान है, तब बच्चे अधिक कमजोर बन जाता है।

मस्तिष्क संरचना: एक व्यक्ति में एमिगडाला डर प्रतिक्रिया को नियन्त्रण करने में अहम् भूमिका निभाता है। इस प्रकार अति सक्रिय एमिगडाला डर प्रतिक्रिया को बढ़ा सकता है, जिसके कारण सामाजिक परिस्थितियों में चिन्ता बढ़ जाती है।

एक नकारात्मक अनुभव: यह स्थिति एक अप्रिय, गड़बड़ सामाजिक परिस्थिति के बाद उत्पन्न होती है, उदाहरण के लिए कक्षा में अधिक आलोचना एवं निन्दा होना।

दूसरों के नकारात्मक अनुभव से सीखना : माता-पिता बच्चों के समक्ष चिन्ताजनक व्यवहार का प्रतिमान हो सकते हैं। भयभीत एवं सामाजिक रूप से चिंतित माता-पिता अनजाने में एक सामाजिक स्थिति के खतरों के बारे में अपने बच्चों को मौखिक या गैर-मौखिक जानकारी स्थानांतरित कर सकते हैं। यदि बच्चे देखभाल करने वाले को सामाजिक परिस्थिति में या उसके द्वारा परेशान होते हुए देखता है या सुनता है, तो भी वह उसे कमजोर बनाता है।

कम अवसर : यदि बच्चे को सामाजिक परिस्थितियों में पर्याप्त अवसर नहीं दिये गये और ना ही पर्याप्त सामाजिक कौशल के विकास की अनुमति दी गई तब यह भी एक अंशदानी कारक हो सकता है।

परवरिश: यदि एक या दोनों (माता-पिता) अस्वीकार कर रहे हैं, नियंत्रित कर रहे हैं, महत्वपूर्ण एवं अति संवेदनशील है, तो बच्चा सुरक्षित लगाव नहीं कर सकता है, इस प्रकार उन्हें अधिक जोखिम में डाल दिया जाता है क्योंकि वे तनावपूर्ण एवं अराजक परिस्थितियों में खुद को शांत नहीं रख सकते हैं।

सामाजिक/सांस्कृतिक कारक: कभी-कभी समाज में प्रचलित पहलु सामाजिक चिन्ता के विकास के लिए जिम्मेदार हो सकते हैं। उदाहरण के लिए मजबूत सामूहिकता उन्मुखीकरण के साथ संस्कृति में बढ़ रहा है। *ताजीन कियोफुशो* (जापानी संस्कृति विशिष्ट सिण्ड्रोम) में अन्य लोगों को असहज बनाने में शामिल है तथा एक बड़े समूह में कोई कैसे जुड़ेगा इस बारे में चिन्ता पर बल दिया जाता है।

‘विद्यालय प्रतिषेध (इनकार)’ या विद्यालय फोबिया’ जैसे शब्द अक्सर अलगाव चिन्ता विकार की सामान्य विशेषताएँ मानी जाती हैं। एक बच्चे के इस विकार का निदान किया जाता है यदि वह चिन्तित परेशानी दिखाता है और कुछ लोगों, विशेष रूप से माता-पिता या प्राथमिक देखभालकर्ता से दूर होने से डरता है। वे विद्यालय जाने में असमर्थ डर, चिन्ता और परेशानी या घबराहट वाले लक्षण दिखा सकते हैं, दैहिक शिकायतें पेश कर सकते हैं (पेट दर्द, सिर दर्द, बुखार आदि) नखरे दिखाना, समाज से दूरी बनाये रखना भी शामिल है। वे नुकसान पहुँचाने, खो जाने या अपहरण, हमले या स्थायी रूप से देखभाल करने वाले से अलग होने का डर दिखा सकते हैं। इसी प्रकार विद्यालय प्रतिषेध बालक के विद्यालय में रहना और पूरे दिन कक्षाओं में उपस्थित रहने में होने वाली कठिनाइयों से प्रेरित है। इसमें असंख्य आंतरिकरण और बाह्य व्यवहार शामिल हो सकते हैं; लेकिन अलगाव चिन्ता विकार को विद्यालय प्रतिषेध या विद्यालय के डर के प्रमुख कारणों में से एक पाया गया है (कार्नी एवं कुक, 2005; लिंगेलफेल्डर एवं हरटॉग, 2015)। यह परिवारों के लिए अत्यन्त कठिनाई महसूस हो सकती है कि अधिकतर वे महसूस कर सकते हैं कि उनका बच्चा “कार्य करने में कठिनाई महसूस कर रहा है”, वह हाथ से निकल सकता है, लेकिन इस प्रकार के व्यवहारों के लिए पेशेवर ध्यान देने की आवश्यकता है क्योंकि यह अक्सर शैक्षिक मुद्दों, द्वंद्व विद्यालय के कर्मचारियों के साथ टकराव और सबसे महत्वपूर्ण होता है, विशेष रूप से बच्चे के लिए काम के समय का नुकसान, (कार्नी एवं अलवानों, 2000)।

बॉक्स 5.7: वियोगज चिन्ता विकार उदाहरण के रूप में एक घटना

भारतीय विद्यालय के राहुल नाम के पाँच वर्षीय लड़के को जिद्दी के रूप में प्रस्तुत किया गया, वह हमेशा विद्यालय के द्वार पर विद्यालय के अन्दर जाने के लिए एवं अपनी माँ को छोड़ने के लिए नखरे करता एवं रोता था। बालक 4 माह पहले विद्यालय में दाखिल हुआ था और नये विद्यालय जाने के लिए काफी उत्साहित था। 2 माह बाद गर्मियों की छुट्टी हो गई, जिसका आनन्द उन्होंने अपने नाना-नानी के घर पर लिया। लेकिन लौटने के पश्चात् वह हिंसक हो गया एवं विद्यालय जाने से इनकार कर दिया। वह चिपकू बन गया एवं हर समय अपनी माता के साथ रहना चाहता था, यहाँ तक कि घर पर भी। जब उसे पिता द्वारा 2-3 बार अपनी माँ को

छोड़ने के लिए मजबूर किया गया, तो वह इस तरह हिसंक रूप से चिल्लाने लगा कि वह सांस रोक लेगा या गला घोंट लेगा। रोते हुए अक्सर वह कहता है कि यदि उसकी माता उसे छोड़ेगी तो वह मर जायेगा। अगले ही पल, वह अध्यापक एवं अन्य उपस्थित जनों से अपने द्वारा किये गये दुर्व्यवहार के लिए माफी मांगता। अन्ततः उसे घर वापस भेज दिया गया एवं और इस बार-बार होने वाले व्यवहार के बाद उसे मनोवैज्ञानिक के पास भेज दिया गया।

स्रोत: Vashishtha, K. (2015). Treatment of Separation Anxiety Disorder- A Clinical Case *Case Studies Journal*, 6(4), 14-20

एक और बाल्यावस्था चिन्ता विकार सम्बन्धी चयनात्मक मूकता की यहाँ चर्चा हुई है। यह "विशिष्ट सामाजिक परिस्थितियों में बोलने में लगातार विफलता है, जिसमें अन्य परिस्थितियों में बोलने के बावजूद बोलने की उम्मीद है" (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2013)। यह सामाजिक चिन्ता विकार के साथ सह-अस्तित्व में हो सकता है। व्यवहार को दूसरों द्वारा शर्मीला एवं असम्य समझा जाता है, लेकिन इसके अतिरिक्त ऐसे बच्चे विद्यालय जैसी कुछ परिस्थितियों में बात करने में असमर्थ रहते हैं। उदाहरण के लिए, चयनात्मक मूकता के साथ एक बात विद्यालय में वर्षों तक चुप रह सकता है लेकिन घर या अन्य परिस्थिति में स्वतंत्र रूप से बोल सकता है। यह गड़बड़ी शैक्षिक, या व्यावसायिक उपलब्धि, सामाजिक कामकाज और भाषा विकास के साथ हस्तक्षेप कर सकती है (गजेल, वर्कमैन और एलन, 2010)। यहाँ यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि बोलने में विफलता विकास या भाषा या बोली जाने वाली भाषा के ज्ञान की कमी के कारण नहीं है। चयनात्मक मूकता के निदान वाले बच्चों में एक पदानुक्रमित भिन्नता देखी जा सकती है। उदाहरण के लिए कुछ सामाजिक गतिविधियों में भाग ले सकते हैं। इस प्रकार, सामाजिक दिखाई देते हैं मगर बोलते नहीं हैं, तब अन्य जो सहपाठियों से बोलते हैं मगर युवा नहीं होते हैं। कुछ मामलों में, वे वयस्कों से बोल सकते हैं जबकि उनसे प्रश्न पूछा जाये और उसका उत्तर संक्षिप्त में होता है। अधिक गंभीर रूप में, विकार तब तक बढ़ सकता है जब तक कि कोई व्यक्ति किसी परिस्थिति में लम्बे समय से किसी से बातचीत न करें या बोले, इसमें परिवार के सदस्य भी शामिल हो सकते हैं। यह अवस्था "प्रगतिशील मूकता" कहलाती है।

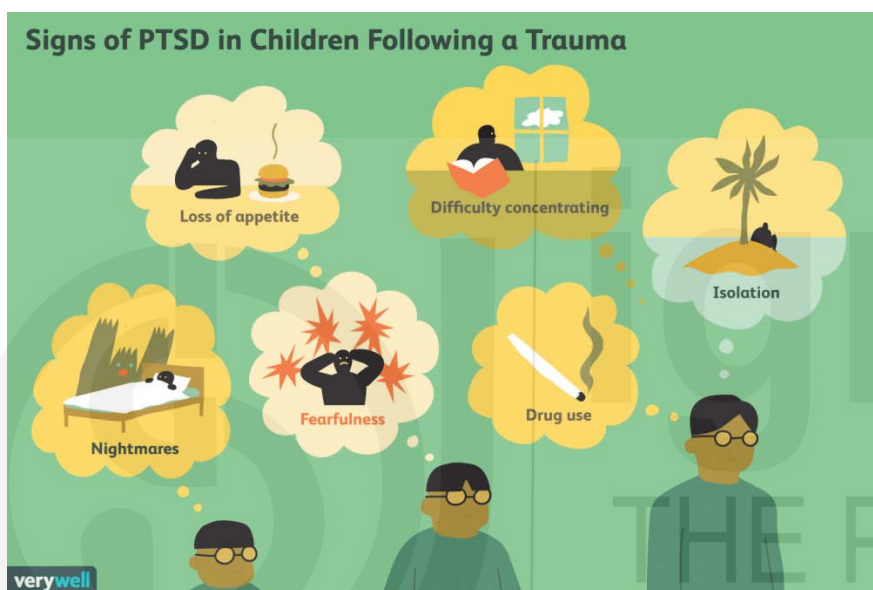
सामान्यीकृत चिन्ता विकार

यह जीवन की बहुत से घटनाओं एवं प्रक्रियाओं के बारे में अत्यधिक एवं अकारण ही चिन्ता करने की अवस्था है। इस विकार में, चिन्ता विशिष्ट वस्तु या स्थिति को आगे नहीं बढ़ाती लेकिन प्रकृति में विसरित (विस्तारित) होती है और इस प्रकार इसे मुक्त-अस्थायी चिन्ता के रूप में वर्णित किया गया (बुचर, हूले, मिनेका एवं द्विवेदी, 2017)। उदाहरण के लिए, यदि बच्च जीवन के विषयों और क्षेत्रों जैसे कि मित्रों, परिवार, विद्यालय, स्वास्थ्य और खेल के क्षेत्र में अत्यधिक, अवास्तविक और बेकाबू चिन्ता का प्रदर्शन शुरू कर देता है। प्रमुख विशेषताओं में से एक यह है कि वे अक्सर सबसे खराब स्थिति या आपदाओं का अनुमान लगाते हैं। वे लगभग हमेशा आशंकित रहते हैं और भविष्य में होने वाली मनोस्थिति में होते हैं, लगातार किसी भी आगामी नकारात्मक घटना से निपटने का प्रयास करते हैं। इस विकार के लक्षण कुछ इस प्रकार हैं – नींद में गड़बड़ी, बुरे सपने, चिड़ाचिड़ापन, एकाग्रता में कमी, खराब निर्णय लेना, थकान, दैहिक शिकायतों की विविधता विशेष रूप से मांसपेशियों में तनाव, गर्दन

और ऊपरी कंधे के क्षेत्र में दर्द। वे अपने वातावरण में खतरों के सभी संभावित संकेतों के लिए लगभग हमेशा उच्च निगरानी रखते हैं एवं चिन्ता से बचने का प्रयास करते हैं, एवं गतिविधियों की जाँच करने में लगे रहते हैं।

अभिघातज उत्तर तनाव विकार (Post-Traumatic stress Disorder)

यह स्थापित किया गया है कि एक अत्यंत तनावपूर्ण घटना जो जीवन के लिए खतरा हो सकती है और यह एक सामान्य रोजमर्रा का अनुभव नहीं है, न केवल वयस्कों में बल्कि बच्चों में भी विभिन्न मनोवैज्ञानिक लक्षण उत्पन्न हो सकते हैं। इन आघातजन्य तनावों में बंदी शिविर में रहना, युद्ध, आतंकी हमला, बलात्कार या प्राकृतिक आपदाएँ जैसे भूकंप, सुनामी, विद्यालय हिंसा, उपेक्षा, गंभीर दुर्घटना या किसी प्रियजन की अचानक से मृत्यु भी हो सकती है।



स्रोत: <http://verywellmind.com/dsm-5-ptsd-criteria-for-children-2797288>

निम्नलिखित आघातजन्य घटना में तनाव के लक्षण होना सामान्य बात है, लेकिन वे समय के साथ कम हो सकते हैं। इस प्रकार यह याद करना महत्वपूर्ण है कि अभिघातज उत्तर तनाव विकार के निदान के लिए, लक्षण कम से कम एक माह तक रहने चाहिए। अभिघातज उत्तर तनाव विकार "एक आघातजन्य घटना है जो रोग सम्बन्धी स्मृति का कारण बनती है" जो विकार के नैदानिक लक्षण को भी परिभाषित करती है (मैक नैल्ली, 2013)। ये स्मृतियाँ अनुभव के संक्षिप्त अंश हो सकते हैं और उन घटनाओं से सम्बन्धित भी हो सकते हैं जो आघातजन्य घटना या क्षण से पूर्ण हुई थीं (हेकमैन एवं अन्य, 2004)। 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिए, निम्नलिखित में से किसी भी तरह से उनकी भागीदारी से आघात हो सकता है: बच्चे ने घटना का सीधे अनुभव किया हो, या बच्चे ने घटना को वास्तविक रूप से देखा (टेलीविजन पर नहीं देखा या मीडिया का कोई अन्य रूप) या बच्चे को देखभाल करने वाले के साथ हुई आघातजन्य घटना के बारे में पता चला।

बच्चों, किशोरों एवं वयस्कों में अभिघातज उत्तर तनाव विकार के साथ निदान किए गये कुछ लक्षण देखे जा सके: (i) अनुचित लक्षण: बुरे सपने के माध्यम से आघातजन्य घटना का फिर से अनुभव करना, अनुचित छवियों, स्मरणीय घटना या कोई शारीरिक प्रतिक्रिया आघातीय घटना के रूप में कार्य कर सकती है, (ii) बचाव के लक्षण: किसी

भी आघातजन्य सम्बन्धी उद्दीपक का बचाव जैसे भावनाएँ या विचार। यह किसी व्यक्ति की दिनचर्या में बदलाव ला सकते हैं, (iii) नकारात्मक संज्ञान एवं मनोदशा: वे आघातजन्य घटना के मुख्य पहलू को पुनः स्मरण करने में अक्षम हो सकते हैं, या अत्यधिक नकारात्मक विचार किसी के बारे में या अन्य के बारे में हो सकते हैं। (उदाहरण के लिए, "मैं बुरा हूँ" "दुनिया बहुत खतरनाक है", "कोई भी विश्वास के लायक नहीं है", या "मेरा पूरा तन्त्रिका तन्त्र बरबाद हो गया है"), विकृत भावनाओं जैसे दुष्टता, शर्म एवं दोष शामिल हो सकते हैं। अन्यथा आनन्ददायक गतिविधियों में रुचि कम हो सकती है और उन्हें सकारात्मक प्रभाव का अनुभव करने में कठिनाई से सकती है। यह अन्ततः अलगाव एवं दूसरों से अलगाव की भावनाओं को विकसित कर सकता है, और (iv) उत्तेजना एवं प्रतिक्रिया: उच्च निगरानी, लापरवाह व्यवहार, आक्रामता, चिड़ाचिड़ापन, चौंका देने वाली प्रतिक्रिया भी आमतौर पर देखी गई है।

तालिका 5.8: विभिन्न चरणों में अभिघातज उत्तर तनाव विकार के संकेत एवं लक्षण

विद्यालय पूर्व के बच्चे	विद्यालय-जाने वाले बच्चे	किशोर	महाविद्यालय के विद्यार्थी
● अधिक रोना या चीखना	● एकाग्रता की कमी	● भूख की कमी	● एकाग्रता में अक्षमता
● भूख में कमी	● अनिद्रा एवं दुःस्वप्न	● स्वयं को चोट पहुँचाना	● शैक्षिक प्रदर्शन की गिरावट
● दुःस्वप्न एवं निशा भीति	● घृणा एवं शर्म की अत्यधिक भावनाएँ।	● दमित भावनाएं ● सामाजिक एकांत	● समाजिक प्रत्याहार
● माता-पिता/देखभाल करने वाले से दूर होने का अत्यधिक डर	● भिन्न परिस्थितियों में चिन्ता एवं डर	● मादक पदार्थों का सेवन	● अलग होने वाली प्रवृत्तियां
—	● शैक्षिक प्रदर्शन में गिरावट	● दुस्साहस पूर्ण लैंगिक व्यवहार में लिप्त होना	● उच्च निगरानी
—	—	● आवेगशीलता	● सोने से सम्बंधित समस्याएं
—	—	● खराब निर्णय लेना	● तुनक मिजाजी, बैचेन
—	—	● शैक्षिक प्रदर्शन में गिरावट	● नकारात्मक संज्ञान एवं प्रभाव
—	—	—	● आनन्ददायक क्रियाओं को नजरअंदाज करना

जैसा उल्लेख किया गया है, आघातजन्य घटना के लिए बच्चों एवं किशोरों में समान प्रतिक्रिया होती है, लेकिन 6 वर्ष से कम उम्र के बच्चों में, कुछ अन्य लक्षण प्रकट हो सकते हैं। उदाहरण के लिए वे शौच प्रशिक्षित होने के बाद भी अपना बिस्तर गीला कर सकते हैं। वे अपने खेलने की गतिविधियों के दौरान डरावनी, आघातजन्य घटना को अंजाम दे सकते हैं या अपने माता-पिता/देखभाल करने वालों के लिए बहुत ही चिपकू प्रकार के हो सकते हैं। वयस्कों के समान लक्षण दिखाने के अलावा, बड़े बच्चे विघटनकारी या अपमानजनक हो सकते हैं यहाँ तक कि बदला लेने वाले विचार भी रख सकते हैं।

यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि प्रत्येक बच्चे जो अभिघात के अनुभव करता है अभिघातज उत्तर तनाव विकार विकसित होने की संभावना नहीं हो सकती, लेकिन माता-पिता देखभाल करने वाले, शिक्षक और अन्य वयस्कों को संभावित चेतावनी के संकेतों के बारे में पता होना चाहिए यदि बच्चे ने हाल ही में किसी भी तरह के आघात का सामना किया है और हाथापाई करने का संदेह है।

बॉक्स 5.9: अभिघातज उत्तर तनाव विकार के लिए कारण एवं जोखिम कारक

दुष्प्रयोग: एक बच्चे के लिए किसी प्रकार की दुष्प्रयोग शारीरिक, संवेगात्मक या लैंगिक अभिघातजन्य हो सकता है। इसके साथ बच्चे द्वारा दुष्प्रयोग के रूप में प्रत्यक्षित कोई व्यवहार अभिघातजन्य हो सकता है और अभिघातज उत्तर का नेतृत्व कर सकता है।

उपेक्षा: माता-पिता द्वारा उपेक्षा या प्राथमिक देखभाल करने वालों से उपेक्षा बच्चे में लगाव सम्बन्धी समस्याओं को बढ़ावा दे सकते हैं और अन्ततः अभिघातज उत्तर तनाव विकार का कारण हो सकते हैं। उदाहरण जैसे सजा आदि के लिए किसी बाक्स में बन्द रखना। इस स्थिति में घटना भी हो सकती है।

आपदाएं: विभिन्न आपदाएं जैसे भूकंप, सुनामी आदि। जहाँ बच्चे या वयस्क अपने चारों ओर असहायता महसूस करते हैं तब यह आघात का स्रोत हो सकता है। कभी-कभी आपदा के प्रभाव के बाद अनिश्चित, डर एवं चिन्ता उत्पन्न हो सकते हैं।

दुर्घटनाएं: कार का ध्वस्त होना, रेल एवं विमान दुर्घटनाएं या इससे सम्बन्धित समाचार बच्चे के लिए उत्प्रेरक हो सकते हैं। दुर्घटना जैसे घर में आग लगाना, घर में शार्ट-सर्किट हो जाना भी आघात का कारण हो सकता है।

हिंसक कार्य: माता-पिता के साथ दुर्व्यवहार करना, अपहरण, दंगा करना, मारना या विद्यालय में पिटाई हिंसक कृत्य है जो बच्चों में आघात पहुंचाने के लिए उकसा सकता है।

प्रियजन की मृत्यु: जब भी कोई प्रियजन की मृत्यु होती है, उसके साथ उसकी सुरक्षा की भी मृत्यु हो जाती है जो बच्चे के लिए एक आघातजन्य हो सकता है।

जीवन में महत्वपूर्ण परिवर्तन: परिवर्तन जैसे बच्चे का गोद लिया जाना, माता-पिता के बीच तलाक भी योगदानपूर्ण कारक हो सकते हैं।

ऊपर चिन्ता से सम्बन्धित विभिन्न विकारों की चर्चा की गई है और यहाँ यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि बाल्यावस्था के दौरान चिन्ता का खराब प्रबंधन किशोरों एवं वयस्कों में मादक पदार्थों के सेवन की संभावना को बढ़ा सकते हैं (बैनजामिन एवं अन्य, 2013)। यह कई प्रभावित व्यक्तियों के साथ जीवन की खराब गुणवत्ता का

कारण बन सकता है, जो अन्य पुरानी चिकित्सा स्थिति, जैसे मधुमेह, उच्च रक्तचाप, गठिया आदि की तुलना में खराब मानसिक स्वास्थ्य दर्शाते हैं (कॉमर एवं अन्य, 2011)। एक और बात याद रखना महत्वपूर्ण है कि विभिन्न चिन्ता विकारों, अवसाद और अन्य आन्तरिक समस्याओं के मध्य बहुत अधिक अतिव्यापन होता है। किसी के लिए साथ उत्पन्न होने वाले लक्षणों का संयोजन होना असामान्य नहीं है, जिसका एक विशिष्ट विकार के रूप में निदान नहीं हो सकता है, लेकिन सभी व्यावहारिक उद्देश्यों के लिए गठित होता है और इस प्रकार इसे 'सामान्य आन्तरिक विकार' कहा जाता है (मेरिल, 2013)।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

1) भय एवं चिन्ता के बीच अन्तर कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

2) सामाजिक चिन्ता विकार के लक्षणों की व्याख्या कीजिए।

.....

.....

.....

.....

3) अभिघातज उत्तर तनाव विकार कैसे उत्पन्न होता है?

.....

.....

.....

.....

4) एक व्यक्ति में दुर्भीति से सम्बद्ध लक्षणों का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

5.4 सामाजिक प्रत्याहार

सामाजिक प्रत्याहार हमेशा शर्म, अलगाव अस्वीकृति निषेध, निष्क्रियता, सामाजिक प्रतिशोध और सहकर्मी की उपेक्षा जैसे व्याकृतियों से जुड़ी हैं। अब इसे एक अन्तर्निहित शब्द के रूप में समझा जा रहा है जिसमें विभिन्न अन्तर्निहित कारणों से

प्राप्त एक व्यवहार प्रतिरूप का वर्णन किया गया है (रुबिन और कोपलान, 2004)। इस प्रकार व्यवहार निषेध जैविक चुनौती आधारित समझा गया है क्योंकि यह अद्भुत लोगों एवं स्थिति के कारण अनावरणी है (कागन एवं अन्य, 2007)। लज्जा प्रत्यक्षित सामाजिक मूल्यांकन की स्थितियों में स्वयं चेतन व्यवहार है (क्रोजियर, 1995)। जब कोई व्यक्ति दूसरों को दूर से देखता है या सामाजिक समूह में रहने पर बेकार पाता है, तो इसे सामाजिक संकोच कहा जाता है (कोपलन एवं अन्य, 1994)। इस प्रकार सामाजिक प्रत्याहार मनोवैज्ञानिक दुरनकूलक से जुड़ा हुआ है क्योंकि यह आन्तरिक विचारों की व्यवहारिक अभिव्यक्ति का प्रतिनिधित्व करता है और सामाजिक चिन्ता और अवसाद से सम्बन्धित है (वासा एवं पाइन, 2006)।

यद्यपि सामाजिक प्रत्याहार या विलगन एक विशिष्ट प्रकार का विकार या आन्तरिक समस्या नहीं है, लेकिन यह विशेष रूप से अवसाद एवं चिन्ता में अधिकांश समस्याओं में मौजूद है। सामाजिक प्रत्याहार के लक्षण दिखाने वाले बच्चे सक्रिय रूप से दूसरों के साहचर्य से बचते हैं। वे आमतौर पर अन्य बच्चों की पहल का जवाब नहीं देते हैं और विभिन्न सामाजिक परिस्थितियों में व्यवहार की कभी को प्रदर्शित कर सकते हैं, विशेष रूप से मित्र बनाने और बनाए रखने में। इसमें किसी के सामाजिक प्रदर्शन का अवास्तविक मूल्यांकन या आत्म-मूल्यांकन शामिल हो सकता है और यह अत्यधिक भय से जटिल हो सकता है। सामाजिक प्रत्याहार अस्थायी हो सकती है या यह जीवन के अन्य पहलुओं पर निहितार्थ के साथ दीर्घकालिक चिन्ता भी हो सकती है। उदाहरण के लिए सामाजिक रूप से अलग किए गए बच्चे के पास अन्य अच्छे सामाजिक कौशल हो सकते हैं, लेकिन उसकी सामाजिक क्षमता के संबंध में उसके नकारात्मक दृष्टिकोण के कारण सामाजिक बातचीत से बचते हैं।

प्रारंभिक बाल्यावस्था से किशोरावस्था तक सामाजिक रूप से विमुख बच्चों में बहुत से नकारात्मक समायोजन एवं सामाजिक संवेगात्मक कठिनाईयाँ निकलकर आने का खतरा होता है (उदाहरण के लिए चिन्ता, अवसादी लक्षण, आत्म विश्वास की कमी एवं आन्तरिक समस्याएँ), सहपाठी कठिनाईयाँ (उत्पीड़न, अस्वीकरण) एवं अन्य विद्यालय सम्बन्धी कठिनाईयाँ (कमजोर अध्यापक छात्र सम्बन्ध, विद्यालय परिहार)। सामाजिक प्रत्याहार (चिन्ता से प्रेरित) दूसरों से सहानुभूति एवं रुचि उत्पन्न कर सकती है। वहीं अवसाद से प्रेरित सामाजिक प्रत्याहार इस प्रकार से समर्थन करता है जो वास्तव में दूसरों को उनके आगे से पीछे हटने का कारण बनता है (मुलिन्स एवं अन्य, 1986)।

बॉक्स 5.9 घटना चित्र

आठ वर्ष की एक लड़की एम्मा को उसकी माँ द्वारा एक चिकित्सक के पास लाया गया। उसने एम्मा को दूसरी कक्षा की तुलना में पाँचवी कक्षा की भाँति मौखिक एवं संज्ञानात्मक कौशल वाली बालप्रौढ़ लड़की बताया। लेकिन यह बताया गया कि वह अक्सर मरने की बात करती थी। उसे रातों को सोने में कठिनाई होती थी क्योंकि वह आशाहीन महसूस करती थी और कभी-कभी अचानक घबराकर उठ जाती थी। उसे विद्यालय जाने के लिये मजबूर होना पड़ा। विद्यालय एवं घर पर वह अक्सर "रोने बैठ" जाती थी। उसकी माँ ने बताया कि पहले एम्मा बहुत अच्छी लड़की थी लेकिन उस वर्ष उसके सहपाठी के साथ उसके सम्बन्ध काफी बिगड़ गये और उसने देखा कि अन्य बच्चे सक्रिय रूप से उससे बचते हैं।

चिकित्सक के साथ प्रारंभिक मुलाकातों ने नैदानिक अवसाद के पारिवारिक इतिहास का पता चला। एम्मा के पिता इस तथ्य के बारे में आश्वस्त थे कि “दवाइयाँ एकमात्र ऐसी चीज है जो काम करती हैं” और वे परामर्श सत्रों के पक्ष में नहीं थे। व्यक्तिगत परामर्श के एक बुनियादी उपचार की योजना का निर्णय लिया गया था कि संवेगात्मक प्रबंधन के कुछ पहलुओं के साथ-साथ एम्मा के लिए व्यवहार और संज्ञानात्मक परिवर्तनों पर ध्यान दिया जाये। चार सत्रों के बाद एम्मा की प्रगति की पूरी निगरानी की जा रही थी। सत्र में प्रति सप्ताह एक घण्टे का सत्र, अनुवर्ती बैठकें फोन चेक (प्रगति के बारे में) एम्मा के माता-पिता के साथ बातचीत और प्रगति की निगरानी के लिए साप्ताहिक आंकड़े संग्रहण शामिल थे। चार सप्ताह के कठोर कार्य के बाद एम्मा के व्यवहार में सुधार देखा गया। एम्मा से सम्बंधित चिन्ताएं एवं समय के साथ चिकित्सा मूल्यांकन की संभावना का खतरा कम हुआ है। व्यवधान एवं अवसाद, चिन्ता या सामाजिक चिन्ताओं में 7 सप्ताह शायद, ही ध्यान देने योग्य थे। 9 सप्ताह तक एम्मा जीवन के सभी पहलुओं में अच्छा कर रही थी। 10वाँ सत्र समापन सत्र था जहाँ एम्मा से पूछा गया कि क्या वह पहले से बेहतर कर रही है और उसने उत्तर दिया कि “मुझे लगता है कि मैं पहले से बेहतर कर रही हूँ क्योंकि मैं अपनी समस्या के बारे में पहले की तुलना में अलग तरीके से सोचती और अपेक्षाकृत अलग करती हूँ और तब मैं अक्सर ठीक महसूस करती हूँ चाहें चीजें ठीक न हो रही हों।” 2-3 माह बाद के अनुवर्ती सत्रों से पता चला कि उसने इलाज के दौरान की गई अधिकांश प्रगति को बनाए रखा है।

स्रोत : Merrell, K. W. (2013). *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide*. Guilford Publications.

5.5 काय प्रतिमा की समस्याएं एवं भोजन विकार

हम एक प्रतिभा सचेत संस्कृति में रहते हैं जहाँ “सही आभा” के बारे में संदेश मीडिया द्वारा निर्धारित एवं साझा किए जाते हैं। हम दर्पण में कैसे दिखते हैं, कैसे खाते हैं, इस बारे में चिन्ता है कि क्या हम मोटे हैं या अधिक वजन वाले हैं, खासकर किशोरों में ये चिन्ताएं होती हैं। इसे एक अनुकूली महत्व मिला है क्योंकि यह सामान्य वजन को बनाए रखने में मदद करता है, जिससे मधुमेह, उच्च रक्तचाप और ऐसी अन्य पुरानी बीमारियों का खतरा कम होता है। लेकिन, जब यह चिन्ता खत्म हो जाती और लोगों को अत्यधिक वजन की चिन्ता और शरीर में असन्तोष होता है तो यह खाने के विकारों का कारण बनता है (तालिका 5.5 देखें)।

तालिका 5.5: भोजन विकार का सातव्य

	सामान्य	निम्न	मध्यम	भोजन विकार— कम गंभीर	भोजन विकार — अधिक गंभीर
संवेग	अपने बारे में सकारात्मक भावनाएं	शरीर की बनावट एवं वजन के बारे में कुछ चिन्ता	शरीर की बनावट एवं वजन के बारे में मध्यम चिन्ता, नीचा	वजन कम करने में सक्षम न होने पर तीव्र चिन्ता एवं उदास होना।	शारीरिक बनावट एवं वजन के सम्बन्ध में अत्यधिक चिन्ता करना

			महसूस करना		
विचार	“मैं अपने वजन एवं शरीर से ठीक हूँ।”	“मुझे अधिक दुरुस्त रहने की जरूरत है मुझे कटौती करनी है।”	“मैं मोटा लग रहा हूँ मुझे खाने में कटौती करनी चाहिए या और भी।”	“मैं पूरे समय मौटापा महसूस करता हूँ/करती हूँ। मैं आशा करता हूँ/करती हूँ कि मेरा शरीर पतला हो। मुझे कटौती करने की जरूरत है।”	“मैं बहुत मोटा हूँ/मोटी हूँ मैं अपने शरीर से घृणा करता हूँ/करती हूँ। मुझे अब खाना बन्द करना है।”
व्यवहार	बिना चिन्ता के खाना	भोजन कम खा सकते हैं।	रोजाना खाना छोड़ सकते हैं, कम कैलोरी का भोजन लेना।	रोज एक ही खाना खा सकते हैं, अक्सर कुछ सलाद, खाने के बाद, मल त्याग करने जा सकते हैं।	कभी-कभी खाएं, जब बल दिया जाए। नियमित कठिन व्यायाम किया जाए एवं लगातार मल त्याग करने जाना।

वजन की चिन्ताओं में अधिकांश समय अधिक वजन महसूस करना शामिल है, भले ही ऐसा नहीं है। व्यक्ति के पास पतली शारीरिक अवस्था हो सकती है जब पतलेपन के लिए किये गये कठिन व्यायाम के बारे में बात कर सकते हैं। यह संभव है कि वे शरीर के एक निश्चित क्षेत्र पर ध्यान दें जिसको आकार में कोमल करना या कम करना है। शारीरिक असंतोष किसी के रूप रंग का संकट है एवं परिस्थितियों से बचने के लिए भी हैं क्योंकि वे शरीर से सम्बन्धित चिन्ताओं को उत्पन्न करते हैं (ग्रेब एवं हाइड, 2006)। इस अनुभाग में कुछ भोजन से सम्बंधित विकारों की चर्चा की जाएगी जो है : एनोरोक्सिया नर्वोसा, बुलिमिया नर्वोसा, अनियंत्रित भोजन विकार, पिका एवं परहेज/प्रतिबंधक भोजन सेवन विकार।

एनोरोक्सिया नर्वोसा

एनोरोक्सिया नर्वोसा वाले व्यक्तियों में एक विकृत काय प्रतिमा एवं मोटे होने का एक रोगात्मक डर रहता है। यह आमतौर पर अत्यधिक परहेज, व्यायाम आहार एवं वजन घटाने की ओर जाता है। एनोरोक्सिया नर्वोसा शब्द का शाब्दिक अर्थ है “घबराहट से प्रेरित भूख की कमी” लेकिन कुछ अर्थों में नाम तब गलत हो जाता है जैसे यहाँ भूख की कमी प्रमुख समस्या नहीं है, बल्कि समस्या वजन बढ़ने का डर है, उन्हें अपने असाधारण आत्म-नियन्त्रण पर बहुत गर्व है, इस सीमा तक कि वे अपने जीवन को खतरे में डाल सकते हैं।

**बच्चों तथा किशोरों
में विकासात्मक
कारक**

आमतौर पर यह किशोरों में शुरू होता है जो या तो बहुत वजन वाले होते हैं या होने का अनुभव करते हैं। अक्सर यह अत्यधिक उपवास और व्यायाम के अनुसरण करते हैं। वे दर्द से पतला दिख सकते हैं, फिर भी अपनी समस्याओं से इनकार करते हैं। एनोरोक्सिया नर्वोसा के रोगियों की बड़ी संख्या अस्थायी रूप से अपना वजन बढ़ाने के लिए फूला हुआ वस्त्र पहनकर, भारी वस्तुओं को अपने अंदर छुपा कर तथा पानी पीकर अपने पतलेपन को छिपाने की कोशिश करते हैं। जैसा कि वे अपने कम वजन से कभी भी संतुष्ट नहीं होते हैं, रिपोर्ट के अनुसार, सफल एनोरोक्सिया की पहचान उपवास से मृत्यु थी और जिसने इसे पूरा किया उसका सम्मान एवं प्रशंसा की जानी चाहिए (बुलिक, सुल्लीवान एवं केन्डलर, 2000)। इस प्रकार, यह एक जानलेवा विकार है। बॉक्स 5.10 विद्यालय जाने वाले बच्चों में एनोरोक्सिया नर्वोसा के कुछ संकेत या लक्षण जो चेतावनी के रूप में होते हैं वर्णन करता है।

एनोरोक्सिया नर्वोसा के तहत दो बुनियादी प्रकार व्याप्त है :-

- i) प्रतिबंधित प्रकार : भोजन का सीमित सेवन, ली जाने वाली कैलोरी की निगरानी करना, बहुत धीमे खाना और जब कोई नहीं देख रहा हो तब भोजन करना।
- ii) बहुत अधिक खाना/परिष्करण के प्रकार : वे बिना नियन्त्रण के खा सकते हैं जो परिष्करण के प्रकारों का पालन करता है (जो भोजन वे खा चुके हैं उसे शरीर से बाहर निकालते हैं, जिसके लिए वे उल्टी, जुलाब या गुदा द्वारा बाहर कर सकते हैं।)

यहाँ यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि काय प्रतिमा में चिन्हित गड़बड़ी भी शामिल है, अर्थात वे दर्पण में खुद को बहुत अलग प्रकार से देख सकते हैं; किसी दृष्टि सम्बन्धी समस्याओं के कारण नहीं बल्कि उनकी खुद की और उनके शरीर का स्थिति बेहद विकृत है। यह विभिन्न चिकित्सा जटिलताओं जैसे कि मासिक धर्म का बन्द होना, भंगुर बाल, नाखून, शुष्क त्वचा एवं तापमान के अनुकूल न होना।

बॉक्स 5.10: एनोरोक्सिया नर्वोसा के विद्यालय जाने वाले बच्चों में विशेष चेतावनी संकेत

- वजन घटना – यह न केवल भूख की कमी के कारण होता है बल्कि खाने के डर एवं वजन बढ़ने के कारण होता है।
- विद्यालय में किसी भी शारीरिक व्यायाम या तैराकी से बचना क्योंकि इसमें बिना कपड़ों के होना शामिल है।
- अन्य परिस्थितियों में अत्यधिक व्यायाम करना, “मैंने महसूस किया कि प्रत्येक दिन और अधिक करना चाहिए”।
- भोजन अवकाश के समय स्वयं को व्यस्त रखना, इसलिए कि भोजन से सम्बन्धित सवालों से बचा जा सके।
- खुद को गर्म रखने के लिए और खासकर अपने शरीर को छुपाने के लिए अधिकतर समय अतिरिक्त कपड़े पहनना।
- चिन्ता से बचने के लिए पूर्णतावाद पर ध्यान देना।

- मित्रों को खोना, क्योंकि वे भोजन के संबंध में विचार करते हैं। काय प्रतिमा के साथ असंतोष अधिकतर समय सोचने में जाता है।
- कक्षा में ध्यान केन्द्रित करने में असमर्थता क्योंकि भूख के कारण एकग्रता मुश्किल हो जाती है।

बुलिमिया नर्वोसा

इसे अत्यधिक खाने के द्वारा चिन्हित किया गया है और लगातार अनुचित तरीके से मल बाहर निकालने एवं व्यायाम के द्वारा वजन बढ़ने से बचने वाले प्रयास करना। बुलिमिया मूल रूप से अनुपात की भूख को दर्शाता है कि एक व्यक्ति एक बड़े जानवर को भी खा सकता है। एनोरोक्सिया नर्वोसा एवं बुलिमिया नर्वोसा में एक महत्वपूर्ण अन्तर यह है कि पूर्व का अत्यधिक वजन के अंतर्गत है वहीं बाद का नहीं है। इस प्रकार यदि व्यक्ति अत्यधिक खाता है एवं अनुचित तरीके से मल को बाहर निकालता है और कम वजन के तहत भी रहता है, तब एनोरोक्सिया नर्वोसा का निदान होता है। अनुचित तरीके से मल बाहर निकालना एक खतरनाक व्यवहार होता है जो किसी के स्वास्थ्य को बहुत गंभीर रूप से प्रभावित करता है : निर्जलीकरण का कारण बनता है, हार्मोन का सामंजस्य बिगड़ जाता है, अपघटन सम्बन्धी सामंजस्य में गड़बड़ी, खनिज पदार्थ का ह्रास और कुछ अंग खराब हो जाते हैं।

बुलिमिया में बहुत अधिक मात्रा में भोजन का ग्रहण किया जाना महत्वपूर्ण है क्योंकि खाने को अक्सर नियन्त्रण से बाहर अनुभव किया जाता है, इसके बाद क्षतिपूर्ति करने का प्रयास किया जाता है। वे आमतौर पर शर्म एवं अपराधबोध के शिकार होते हैं, छुपाने की कोशिश करते हैं और दर्द से जूझते हैं, फिर भी लगातार अधिक खाने के लिए असफल रहते हैं। यह कहा जा सकता है कि उनका आत्म सम्मान उनकी शारीरिक आकार एवं वजन के द्वारा निर्धारित होता है। एनोरोक्सिया के साथ व्यक्ति अपनी नियमित आहार पर नियन्त्रण से गर्व महसूस करते हैं, वहीं बुलिमिया से ग्रसित लोग नियन्त्रण खोने पर शर्म महसूस करते हैं।

अनियंत्रित भोजन का विकार

यह बुलिमिया नर्वोसा के अत्यधिक खाने के मानदंडों को साझा करता है, अर्थात् नियन्त्रण खोने के कारण थोड़े से समय में ही अत्यधिक मात्रा में खाना ग्रहण करना, लेकिन उसका अनुचित व्यवहार जैसे मल को अनुचित तरीके से बाहर निकालना, उल्टी या मल त्याग द्वारा पालन नहीं किया जाता है। इसका सम्बन्ध वजन बढ़ना एवं बहुत से स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याएं जो मोटापे से जुड़ी हैं एवं भविष्यात्मक अनुचित रूप से मल बाहर करने वाले व्यवहार से हो सकता है। अत्यधिक खाने के बारम्बार होने वाले प्रकरण को आमतौर पर चिन्हित परेशानी एवं यह महसूस होता है कि सिर्फ खाने को नहीं रोक सकता है। बुलिमिया नर्वोसा के होने वाला निदान, शारीरिक वजन एवं आकार उनके, आत्म धारणा को अवश्य प्रभावित करता है जो अत्यधिक खाने के विकार में नहीं होता है। यहाँ व्यवहार, संवेग एवं विचार मुख्य रूप से केवल अत्यधिक खाने के साथ जुड़े हैं। वे अत्यधिक जल्दी खाते एवं 'सामान्य' की अपेक्षा पूरी तरह से भरे हुए पाये जा सकते हैं। वे अत्यधिक खाने को ग्रहण कर सकते हैं जबकि भूख नहीं है और आमतौर पर खाने की मात्रा के कारण शर्मिंदगी में अकेले भोजन कर सकते हैं।

बॉक्स 5.11: भोजन विकारों के लिए जोखिम कारक

आनुवंशिक कारक : भोजन विकार परिवारों में चल सकते हैं, कभी-कभी मस्तिष्क के रसायनों में बदलाव से खाने के विकारों के विकास का खतरा भी बढ़ सकता है।

मनोवैज्ञानिक कारक एवं व्यक्तित्व शीलगुण: स्वयं और किसी के शरीर के साथ गहन असंतोष या उसके प्रति एक नकारात्मक दृष्टिकोण भोजन विकार में योगदान दे सकता है। शीलगुण जैसे पूर्णतावाद, आवेगशीलता, नियन्त्रण की आवश्यकता भी इसके लिए जिम्मेदार पाये गये हैं।

अक्रियाशील परिवार एवं सम्बन्ध: महत्वपूर्ण अभिभावक उन्मूलन या कठोर/अति उत्साही पालन-पोषण भी संभावित कारण या योगदान कारक हो सकते हैं।

परहेज एवं भूखे रहना: परहेज एक प्रमुख जोखिम कारक है, इसके साथ भूखे रहना मस्तिष्क को प्रभावित करती है जो मनोदशा को प्रभावित करती है और भूख को बढ़ाती है। भूखे रहना और वजन कम करने से प्रतिबंधक खाने के व्यवहार को समाप्त किया जा सकता है, जिससे सामान्य खाने की आदतों में वापसी मुश्किल हो जाती है। इस बात के पुख्ता सबूत हैं कि खाने की गड़बड़ी के लक्षण वास्तव में भूखे रहने के लक्षणों के अलावा और कुछ नहीं हैं।

शरीर के आकार और वजन पर बल देने वाली गतिविधियों में भागीदारी : खेल जो सौन्दर्यशास्त्र या पतलेपन पर बल देते हैं जैसे कि जिम्नास्टिक, एथलेटिक्स जैसी गतिविधियां, मॉडलिंग, सौन्दर्य प्रतियोगिता या प्रोफेशन या बैले नृत्य जैसी गतिविधियां जोकि रंग-रूप केंद्रित है।

तनावपूर्ण परिस्थितियां : जीवन में बदलाव तनाव उत्पन्न कर सकता है जिससे खाने के विकार का जोखिम बढ़ जाता है।

पिका एवं परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार

अधिकतर लोग खाने के विकार के बारे में बात करते हैं जब वे केवल किशोरों के विषय में सोचते हैं, लेकिन वे छोटे बच्चों को भी प्रभावित करते हैं। वास्तव में, शारीरिक विकास बाल्यावस्था का एक महत्वपूर्ण पहलू है जिससे कि भोजन विकार से बच्चे के शरीर को नुकसान हो सकता है। पिका एक प्रकार की स्थिति है जिसमें बच्चे गैर खाद्य पदार्थ खा सकता है या कुछ ऐसा खा सकता है जिसमें कोई पोषण गुण नहीं है। वे बर्फ जैसे अपेक्षाकृत हानिरहित वस्तुओं या पदार्थों को खा सकते हैं या संभावित खतरनाक पदार्थों जैसे पेंट, साबुन, धातु के टुकड़े का सेवन कर सकते हैं। जब बच्चे का व्यवहार एक महीने तक बना रहता है तब पिका का निदान किया जाना चाहिए, उपयोग की जाने वाली वस्तु को विकास के रूप में अनुचित माना जाता है (उदाहरण के लिए एक शिशु जो कुछ भी चबाता है सब कुछ उपयुक्त नहीं होता है) और यह सांस्कृतिक रूप से स्वीकृत अभ्यास का हिस्सा नहीं है।

परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार छोटे बच्चों द्वारा अनुभव किया गया अन्य सामान्य खाने का विकार हैं जिसमें भोजन के संकीर्ण प्रदर्शन में भोजन करना शामिल है। इस विकार वाले बच्चों को खाने में गड़बड़ी का अनुभव हो सकता है जिसमें भोजन के साथ पिछले नकारात्मक अनुभव शामिल हो सकते हैं। यह पोषण संबंधी कमियों और अनेक अन्य नकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों को जन्म दे सकता है। कुछ

मामलों में यह देखा गया है कि व्यक्ति अपने आहार से किसी विशेष खाद्य समूह को पूरी तरह से बाहर निकाल सकता है, जैसे – फल। वे रंग के आधार पर भोजन छोड़ सकते हैं। कुछ लोग उसे बहुत गर्म, ठंडा, नरम, चबाना, कुरकुरे या साँस, चिपचिपे भोजन आदि से बचना पसंद करते हैं। इन मामलों में पाये गये शरीर के वजन या आकार की धारणा में गड़बड़ी का कोई सबूत नहीं है। प्रतिकूल भोजन के लिए शारीरिक जठरांत्र संबंधी प्रतिक्रियाएं, उल्टी, पुनः निगलना, कै करना के रूप में हो सकती है। इस प्रकार वे खाने की आदतों को बदलने की कोशिश करते हैं यदि वे कर सकते हैं (निकोलस एवं अन्य, 2001)।

माता-पिता, शिक्षकों और आस-पास के अन्य लोगों के लिए यह महत्वपूर्ण है कि वे बच्चे में स्वस्थ शरीर की छवि के बारे में सोचें और इसे मजबूत करें। स्व-प्रतिमा और उन परिवर्तनों के बारे में चर्चा जो शरीर के आकार में भिन्न हो सकते हैं, बच्चे को उसके शरीर को स्वीकार करने में मदद कर सकते हैं। बड़ों को अपने बच्चों के समक्ष शरीर की आलोचना करने से बचना चाहिए। शरीर के लिए स्वीकृति और सम्मान की ये चर्चाएं और आश्वासन एक स्वस्थ आत्म-सम्मान का निर्माण कर सकते हैं जो अन्ततः उसके जीवन के बाद के वर्षों में बच्चे की मदद कर सकता है।

5.6 दैहिक समस्याएँ

दैहिक समस्याएं शरीर या शारीरिक परेशानी, दर्द या बीमारी से सम्बन्धित शिकायतें हैं। यह माना जाता है कि उनके पास ज्ञात जैविक या चिकित्सा आधार नहीं है, बल्कि संवेगात्मक परेशानी के कारण है और मूल रूप से मनोवैज्ञानिक होते हैं। लेकिन शारीरिक उत्पत्ति नहीं होने का अर्थ यह नहीं है कि वे अवास्तविक या झूठ हैं। यहाँ यह विचार करना महत्वपूर्ण है कि “ज्ञात” शब्द का उपयोग यह कहते हुए किया गया है कि दैहिक लक्षण का कोई ज्ञात चिकित्सीय आधार नहीं है। इस प्रकार, यह संभव है कि शारीरिक परेशानी चोट या शारीरिक समस्या के कारण हो सकती है जो वर्तमान में चिकित्सा समझ और मूल्यांकन पद्धति की सीमा के भीतर नहीं है। सामाजिक प्रत्याहार की भांति दैहिक लक्षण, चिन्ता और अवसाद जैसी विभिन्न आन्तरिक समस्याओं का एक भाग है। यह भी व्यापक रूप से समझा जाता है कि बच्चों और युवाओं में दैहिक शिकायतें एवं समस्याएं बहुत आम हैं (मेरले, 2013)। कुछ सामान्य शिकायतें : सिर दर्द, पेट दर्द, आंखों में दर्द, मितली, अंगों में या जोड़ों में दर्द, सांस लेने में समस्या, त्वचा पर चकत्ते और खुजली है। वे चक्कर आना या बेहोश होने की भी शिकायत कर सकते हैं। महत्वपूर्ण एवं लंबे समय तक चलने वाली दैहिक शिकायतों वाले कुछ व्यक्ति शारीरिक संकेतों के लिए एक संवेदनशीलता विकसित कर सकते हैं, इस प्रकार शरीर में किसी भी रासायनिक परिवर्तन या संवेदना के लिए बहुत सतर्क हो जाते हैं, जो अन्य लोग पता नहीं लगा सकते हैं। कुछ मामलों में ये शिकायतें असुविधाजनक और असंतोषजनक हो सकती हैं और प्रकृति में दुर्बल करने वाली नहीं हो सकती हैं लेकिन कुछ अन्य मामलों में वे जीवन में दैनिक अनुकूल कार्यों में बाधा डाल सकती हैं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

निम्नलिखित परिदृश्य में विकारों की पहचान करके भोजन विकारों की अपनी समझ की जाँच कीजिए:

- 1) जय को हाल ही में इस घटना का पता चला है कि जब वह असामान्य रूप से भोजन करता है तो उसकी वजह से अत्यधिक वजनी हो रहा है।

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

- 2) रितिका ने पूरा केक, आलू के चिप्स के तीन बैग एवं कुछ केक खाए। बाद में वह बाथरूम में भाग गई और ऐसा लग रहा था जैसे उसे उल्टी हो रही है। यह अंततः विद्युत अपघटन असंतुलन के कारण अन्य गंभीर स्वास्थ्य चिंताएं जन्म ले सकती हैं।

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

- 3) एलिना कम समय में बड़ी मात्रा में भोजन खाती है। वह जुलाब लेती है एवं वजन बढ़ने से रोकने के लिए जोरदार व्यायाम करती है। वह मानती है कि यदि वह कुछ ग्राम वजन ही बढ़ा लेती है तो वह बदनसूरत एवं बेकार हो जाएगी।

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

- 4) निकिता ने कई किलोग्राम वजन कम किया है। वह भोजन के एक छोटे टुकड़े को इस डर से खाती है कि वह मोटी हो जाएगी। उसका बीएमआई 16 से कम है। वजन कम करने के बाद से, उसका मासिक धर्म रुक गया है। वह दर्पण में खुद को एक मोटे व्यक्ति के रूप में देखती है।

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

5.7 आन्तरिक समस्याओं का अतिव्यापन

आन्तरिक समस्याओं में एक दूसरे के साथ या अन्य समस्याओं के साथ अतिव्यापन करने या होने की बहुत मजबूत प्रवृत्ति होती है। नैदानिक अभ्यास में 'कोमॉर्बिड' शब्द का उपयोग एक या अधिक स्थितियों की उपस्थिति को इंगित करने के लिए किया

जाता है जो अक्सर एक और प्राथमिक स्थिति के साथ होते हैं। यह प्रकृति में शारीरिक विज्ञान या मनोवैज्ञानिक हो सकता है। उदाहरण के लिए एक बच्चे को एक ही समय में अवसाद एवं सामाजिक डर हो सकता है। महत्वपूर्ण रूप से, विभिन्न आन्तरिक समस्याओं के मध्य संबंधों का वर्णन करने के लिए शब्द कोमॉर्बिडिटी का उपयोग भ्रामक हो सकता है। यह शब्द बताता है कि दो समस्याओं के विकास की एक अलग प्रक्रिया है। लेकिन वास्तव में यह समझा जाता है कि आन्तरिक समस्याएँ एक सहजीवी सम्बंध में मौजूद हो सकती हैं – एक दूसरे का पोषण एवं निरंतरता। वे एक समान, घटना के कारण विकसित हो सकते हैं, और प्रतिक्रिया देने के समान पूर्वानुमान और पैटर्न भी हो सकते हैं।

शब्दों या शब्दावली के उपयोग को ध्यान में रखते हुए, यह व्यापक रूप से जाना एवं समझा जाता है कि अवसाद, चिन्ता, दैहिक समस्याएँ या शिकायतें, सामाजिक प्रत्याहार, भोजन विकार अक्सर साथ-साथ उत्पन्न हो सकते हैं। उदाहरण के लिए महत्वपूर्ण चिन्ता वाले बच्चे एवं अवसाद वाले लोग दोनों को दैहिक शिकायतें उत्पन्न हो सकती हैं जैसे सिरदर्द, मांसपेशियों में तनाव, पेट दर्द आदि। इसके अतिरिक्त सामाजिक प्रत्याहार या तो अवसाद का एक कारण या प्रभाव हो सकता है। यह विभिन्न चिन्ता विकारों के साथ भी जुड़ा हुआ है। दिलचस्प बात यह है कि अलग-अलग आन्तरिक एवं बाह्य समस्याएँ भी सहअस्तित्व में हो सकती हैं, उदाहरण के लिए, मादक पदार्थ अन्य मानसिक एवं व्यवहार समस्याओं की एक विस्तृत श्रृंखला के साथ-साथ उपयोग होता है, इसमें अवसाद भी शामिल हो सकता है।

वस्तुएं या चीजें जो प्रारम्भिक अवस्था में बच्चों को अधिक रुचिकर बनाती हैं बिल्कुल वैसे जैसे उनकी परवरिश कठिन एवं मुश्किल होती है। एक पूर्ण विद्यालय दिवस अपने साथ अनुभवों, अवसरों और सामाजिक परिस्थितियों की भरमार लेकर आता है, प्रत्येक बच्चे इसे ग्रहण करता है एवं अलग तरीके से पेश आता है। इस प्रकार कई समस्याओं पर इन वर्षों के समय आता है और कभी-कभी बच्चे को इन रोमांचक वर्षों के माध्य से उसे मार्गदर्शन करने के लिए पेशेवरों से रणनीतियों, सुझावों और सहायता की आवश्यकता होती है।

5.8 सारांश

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

- राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान ने संवेगात्मक व व्यवहार संबंधी कठिनाइयों को परिभाषित किया जो कि “विद्यालय के कार्यक्रमों में व्यावहारिक या संवेगात्मक प्रक्रियाओं की विशेषता है, जो कि उपयुक्त, सांस्कृतिक या जातीय मानदण्डों से अलग है, जो शैक्षिक प्रदर्शन को प्रभावित करता है – सामाजिक, व्यावसायिक, शैक्षणिक और यहाँ तक कि व्यक्तिगत कौशल”।
- आन्तरिक व्यवहार वाला व्यक्ति अपने संवेगों को भीतर रखता है, चिन्ता व्यक्त नहीं करता है, एक कमजोर आत्म-सम्मान वाला होता है और आमतौर पर नकारात्मक संवेगों का मुकाबला करने में कठिनाई होती है।
- अवसाद मुख्य रूप से तनाव मनोदशा, गतिविधियों में रुचि न होना, वजन घटाने या बढ़ाने, नींद से सम्बन्धित दिक्कतें, मनोदशा की कठिनाइयों, थकान, निर्णय

लेने में कठिनाई, अपराध की भावनाओं और मृत्यु के बारे में विचारों की विशेषता है।

- विशिष्ट दुर्भीति जिसे पहले साधारण दुर्भीति के रूप में जाना जाता था, इस के पाँच उपप्रकार हैं: जानवर (जैसे कुत्ते, मकड़ियों), प्राकृतिक वातावरण (जैसे पानी, ऊँचाई), रक्त-इंजेक्शन-चोट, स्थितिजन्य (पुलों, सुरंगों), अन्य (उल्टी, घुटना, 'स्पेस फोबिया' जहाँ व्यक्ति नीचे गिरने से डरता है जो दीवार या उसकी पास जाने से डरता है)।
- सामाजिक दुर्भीति (डर) एक स्थायी डर है, तर्कहीन भय है जो आमतौर पर अन्य लोगों की उपस्थिति से जुड़ा होता है। यह अत्यन्त दुर्बल हो सकता है।
- अभिघातज उत्तर तनाव विकार के विकास में कुछ मादक पदार्थों का सेवन उत्तरदायी हो सकता है, माता-पिता की उपेक्षा, दुर्घटनाएं, प्राकृतिक आपदाएं, किसी प्रियजन की मृत्यु, हिंसात्मक कार्य या जीवन में कोई महत्वपूर्ण बदलाव।
- भोजन विकारों में कुछ विकार एनोरेक्सिया नर्वोसा, बुलिमिया नर्वोसा, अत्यधिक भोजन विकार, पिका और परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार है।
- अवसाद, चिन्ता, दैहिक समस्याएं, शिकायतें, सामाजिक प्रत्याहार और खाने के विकार जैसी विभिन्न आन्तरिक समस्याएं अक्सर साथ-साथ उत्पन्न हो सकती हैं।

5.9 मुख्य शब्द

चिन्ता : खतरे की प्रत्याशा में अनुभव की जाने वाली चिन्ता जो मौजूद नहीं है या निर्दिष्ट नहीं की जा सकती है।

काय प्रतिमा : व्यक्ति का अपने शरीर के बारे में उनका स्वयं का प्रत्यक्षण, कि वे समाज द्वारा निर्धारित किये गये मानकों की अपेक्षा खुद को कैसे देखते हैं।

सामान्यीकृत चिन्ता विकार : बहुत से जीवन की घटनाओं एवं प्रतिक्रियाओं के बारे में चिरकालिक अवस्था, अत्यधिक एवं अकारण चिन्ता।

दुर्भीति : एक विशिष्ट वस्तु/स्थिति का लगातार एवं बिना बात का डर जो व्यक्ति को बहुत कम या कोई वास्तविक खतरा प्रस्तुत करता है।

अभिघातज उत्तर तनाव विकार : एक स्थिति जो दर्दनाक घटना के पश्चात विकसित होती है। लक्षण एक महीने से अधिक समय तक रहते हैं और किसी व्यक्ति के दैनिक, सामाजिक और व्यावसायिक कामकाज को प्रभावित करने के लिए काफी गंभीर होते हैं।

चयनात्मक मूकता : एक विकार जिसमें बच्चे विशेष परिस्थितियों में नहीं बोलते हैं जैसे कि कक्षा।

अलगाव चिन्ता विकार : अलगाव चिन्ता विकार भय, चिन्ता या ऐसी स्थिति से बचने की विशेषता जो अलगाव के आंकड़े या प्राथमिक देखभालकर्ता से अलग हो सकती है।

सामाजिक प्रत्याहार : सामाजिक प्रत्याहार बड़े पैमाने पर सामाजिक स्थितियों और समाज से पीछे हटने, यह साहचर्य में बचने, सामाजिक परिस्थितियों में व्यवहार सम्बन्धों कमियों को प्रदर्शित करने और अन्य बच्चों की पहल के प्रति प्रतिक्रिया को कमी को दर्शाता है।

दैहिक शिकायतें : शरीर या शारीरिक परेशानी, दर्द या बीमारी से सम्बन्धित शिकायतें जिनका कोई ज्ञात चिकित्सीय आधार नहीं है।

5.10 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) संवेगात्मक एवं/या व्यवहारात्मक गड़बड़ी शब्द को परिभाषित कीजिए।
- 2) आन्तरिक एवं बाह्य व्यवहारों के बीच उदाहरण सहित अंतर स्पष्ट कीजिए।
- 3) अवसाद के नैदानिक लक्षण एवं संभावित कारकों को दर्शाइए।
- 4) एक विशेषता के रूप में अवसाद के साथ कुछ विकारों का वर्णन कीजिए।
- 5) चिन्ता क्या है? सामाजिक, चिन्ता विकार के कुछ उत्प्रेरक एवं कारणों का उल्लेख कीजिए।
- 6) अभिघातज उत्तर तनाव विकार के लक्षणों एवं विशेषताओं की व्याख्या कीजिए।
- 7) बच्चों में सामाजिक प्रत्याहार कैसे प्रकट होता है?
- 8) एनोरोक्सिया नर्वोसा एवं बुलिमिया नर्वोसा के मध्य अन्तर स्पष्ट कीजिए।
- 9) परहेज/प्रतिबंधात्मक भोजन सेवन विकार के लक्षणों की व्याख्या कीजिए।

5.11 सन्दर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*, 85(6), 1275.

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

Anderson, S. R. (2012). Psycho-educational processes as strategies for students presenting with emotional and behavioural disorders. *American International Journal of Contemporary Research*, 2(7), 99-108.

Benjamin, C.L., Harrison, J.P., Settapani, C.A., Brodman, D.M., & Kendall, P.C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 <http://dx.doi.org/10.1037/a0033048>

Benner, G. J., Nelson, J. R. and Epstein, M. H. (2002). Language skills of children with EBD: a Literature review. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 886-895.

- Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S. & Dwivedi, C. B. (2017). *Abnormal Psychology* (16th Ed.). Pearson, India.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Abnormal Psychology* (13th Ed.). Pearson, India.
- Comer, J.S., Blanco, C., Grant, B., Hasin, D., Liu, S.M., Turner, J.B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 43-50. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu>
- Coplan RJ, Rubin KH, Fox NA, Calkins SD, Stewart SL. 1994. Being alone, playing alone, and acting alone: Distinguishing among reticence, and passive-, and active-solitude in young children. *Child Dev.* 65: 129-138.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Crozier WR. 1995. Shyness and self-esteem in middle childhood. *Br. J. Educ. Psychol.* 65: 85-95.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2013). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, <http://dx.doi.org/10.1037/a0034733>
- Dixon, M., & Matalon, B. A. (Eds.). (1999). *Exceptional students in the classroom*. Chalkboard Press.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*, 72(4), 1112-1134
- Gartin, B. C., & Murdick, N. L. (2005). Idea 2004: The IEP. *Remedial and Special Education*, 26(6), 327-331.
- Gazelle, H., Workman, J. O., & Allan, W. (2010). Anxious solitude and clinical disorder in middle childhood: Bridging developmental and clinical approaches to childhood social anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 1-17.
- Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(4), 622.
- Gresham, F. M., Lane, K. L., MacMillan, D. L. and Bocian, K. M. (1999). Social and academic profiles of externalizing and internalizing groups: Risk factors for emotional and behavioural disorders. *Behavioural Disorders* 24, 231-245.

- Hackman, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). *Characteristics and Traumatic Stress*, 17, 231–40.
- Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, 112, 1231-1237.
- Kagan J, Snidman N, Kahn V, Towsley S. 2007. The preservation of two infant temperaments into adolescence. *Monogr. Soc. Res. Child Dev. Ser. No. 287*, 72.
- Kearney, C. A., Chapman, G., & Cook, L. C. (2005). School refusal behavior in young children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(3), 216.
- Kearney, C.A., & Albano, A.M. (2000). When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach/Therapist's guide. San Antonio, TX: *The Psychological Corporation*.
- Lambert, M. C., Weisz, J. R and Knight F. (1989). Over-and undercontrolled clinic referral Problems of Jamaican and American children and adolescents: The culture general and culture specific. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 467-472.
- Lingenfelter, N., & Hartung, S. (2015). School refusal behavior. *NASN School Nurse*, 30(5), 269-273.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 17(3), 93-103.
- 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.
- Merrell, K. W. (2008). The Guilford practical intervention in the schools series. Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide.
- Merrell, K. W. (2013). Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide. Guilford Publications.
- Mullins, L.L., Peterson, L., Wonderlich, S.A., Reaven, N.M. (1986). The influence of depressive symptomatology in children on the social responses and perceptions of adults. *J. Child Clin. Psychol.* 15: 233-240.
- National Institute of Mental Health. (2019). *Child and Adolescent Mental Health*. Retrieved January 5, 2021, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/index.shtml>
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L. and Lask, B.. (2001). Selective Eating: Symptom, Disorder or Normal Variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 6(2): 257–270.

Poquiz, J. L., & Frazer, A. L. (2016). Depression in Children and Adolescents. *Clinical Child Psychology Program*.

Rubin, K.H., Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Q.* 50: 506-534.

Salmon, H. (2006, January) *Educating Students with Emotional or Behavioral Disorders. Law and Disorder*, 49-53. Retrieved from <https://scholarworks.iu.edu/dspace/bitstream/handle/2022/201/salmon+educating+students+with.pdf?sequence=1>

Samuel, D., & Sher, L. (2013). Suicidal behavior in Indian adolescents, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 207-212. doi: <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0054>

Sutherland, K. S., & Wehby, J. H. (2001). Exploring the relationship between increased opportunities to respond to academic requests and the academic and behavioral outcomes of students with EBD: A review. *Remedial and Special Education*, 22(2), 113-121.

Vasa, R.A., Pine, D.S. (2006). Anxiety disorders. In *Child and adolescent psychopathology: Theoretical and clinical implications*. ed. C Essau, pp. 78-112. New York, NY, US: Routledge/Taylor Francis Group.

Vashishtha, K. (2015). Treatment of Separation Anxiety Disorder- A Clinical Case Study. *Case Studies Journal*, 6(4), 14-20.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidence-based practices*. Wadsworth Publishing Company.

Wells, E. L., Day, T. N., Harmon, S. L., Groves, N. B., & Kofler, M. J. (2019). Are emotion recognition abilities intact in pediatric ADHD?. *Emotion*, 19(7), 1192.

5.12 ऑनलाइन संसाधन

- Description of Internalizing behaviors
<https://study.com/academy/lesson/internalizing-behaviors-definition-examples-quiz.html>
- Internalizing behavior in the classroom (Stanford medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Science)
Internalizing behavior in the classroom - YouTube
- What is social anxiety disorder? (Health matters, University of California, TV)
VIDEO: What is Social Anxiety Disorder? - Health Matters - UCTV - University of California Television

इकाई 6 बच्चों तथा किशोरों में बाहरी समस्याएँ*

संरचना

- 6.0 प्रस्तावना
- 6.1 विघटनकारी, आवेग-नियंत्रण एवं आचरण विकार
 - 6.1.1 विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार
 - 6.1.2 आचरण विकार
- 6.2 अवधान-न्यूनता/अतिक्रिय विकार
- 6.3 मादक पदार्थ-उपयोग विकार
- 6.4 अन्य बाहरी व्यवहार एवं समस्याएं
 - 6.4.1 दहनोन्माद
 - 6.4.2 चौर्योन्माद
 - 6.4.3 कामचोरी
- 6.5 बाहरी समस्याओं के बीच अतिव्यापन
- 6.6 सारांश
- 6.7 मुख्य शब्द
- 6.8 पुनरावलोकन प्रश्न
- 6.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव
- 6.10 ऑनलाइन संसाधन

सीखने के उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात्, आप सक्षम होंगे कि :

- बाह्य व्यवहारों की व्याख्या करना;
- विघटनकारी, आवेग-नियंत्रण एवं आचरण विकार का वर्णन करना;
- अवधान न्यूनतमा/अतिक्रिय विकार के लक्षणों को पहचानना;
- मादक पदार्थों का सेवन, दुर्यवहार एवं निर्भरता और बच्चों व किशोरावस्था में इसकी प्रधानता के मध्य अन्तर की चर्चा करना; तथा
- कामचोरी, देहनोन्माद एवं चौर्योन्माद के साथ सम्बन्धित लक्षणों का उल्लेख कर सकेंगे।

6.0 प्रस्तावना

संवेगात्मक और व्यवहारात्मक संबंधी विकार विशिष्ट समस्याएं हैं जो दोनों पहलुओं – संवेग एवं व्यवहार के साथ कुछ मामलों में कठिनाइयों का कारण बनते हैं। जीवन के अधिकांश या सभी क्षेत्रों में बच्चों के कामकाज को प्रभावित करते हुए, वे बच्चों के

* बृशाली पाठक, शोधार्थी, मनोविज्ञान विभाग, जामिया मिल्लिया इस्लामिया, नई दिल्ली

लिए संवेगों को विनियमित करना, स्थिति के अनुसार उचित व्यवहार का चयन करना और उस पर कार्य करना मुश्किल बनाते हैं। जैसा कि आपने पूर्व की इकाई में सीखा है, इन आंतरिक विकारों में से कुछ, विद्यालय में बच्चों के अधिगम की क्षमता को प्रभावित करते हैं, अपने शैक्षणिक प्रयासों, सामान्य रूप से क्रियाओं और संवेगों को नियंत्रित करने एवं जीवन में खुश रहने में सफल होते हैं। ये विकार बच्चों के हर पहलू – भावनाओं, व्यवहारों, संज्ञानात्मक और सामाजिक कार्य प्रणाली और शैक्षणिक उपलब्धि को प्रभावित करते हैं। इस प्रकार, वे उन दबावों का सामना करने के लिए संघर्ष करते हैं जो परिस्थितियाँ एवं जीवन उन पर डालते हैं।

पूर्व की इकाई में, हमने विभिन्न आन्तरिक समस्याओं और बच्चों और उनके आस-पास के लोगों पर इसके प्रभाव को समझने की कोशिश की है। इस इकाई में, हम बाहरी समस्याओं जैसे— आक्रामकता आचरण की समस्या, अति-सक्रियता और इस प्रकार की समस्याओं पर ध्यान केंद्रित करेंगे। अति नियंत्रण के विरुद्धक, संवेगों को स्वयं पर टिकाए रखना, और कभी-कभी आंतरिक समस्याओं की “अदृश्य” या गुप्त प्रकृति, बाहरी समस्याओं को अनियंत्रित, आत्म-नियमन के परिणामस्वरूप माना जाता है, जिसमें बच्चे को बाहरी अभिव्यक्ति का पता चलता है जो संवेगों एवं दूसरों के लिए बाधाकारी है। इस प्रकार आंतरिक समस्याओं वाले बच्चे आंतरिक रूप से (अपने पास रखता है) अपने कुसमायोजित संवेग, संज्ञान एवं व्यवहार और बाहरी समस्याओं वाले बच्चे अपने विचार, भावनाओं एवं व्यवहार का बाहरीकरण व्यक्त करते पाये जाते हैं। ऐसे बच्चे गंभीर आचरण से संबंधित समस्याओं का प्रदर्शन करते हैं जैसे कि लड़ना, चोरी करना, धमकाना, हमला करना और दूसरों को धमकी देना, क्योंकि वे अपने संवेगात्मक एवं व्यावहारिक अभिव्यक्तियों को क्रम से करने में गंभीर समस्याएं रखते हैं। व्यवहार को आंतरिक करने के विपरीत, वे शायद ही एक पहली हो सकते हैं क्योंकि उन्हें पहचानना एवं निरीक्षण करना आसान होता है। संवेगात्मक विकृति के अलावा, इसमें सामाजिक मानदंडों और प्राधिकरण के व्यक्ति के विरोध में आवेग आक्रामकता शामिल है। इसमें दूसरों से हिंसा, अधिकार (क्रूगर, मारकोन, पेट्रिक एवं इकोनो, 2005), अक्सर आपा खोना, अत्यधिक बोलना एवं शारीरिक हाव-भाव, आक्रामकता, सम्पत्ति का विनाश और चोरी शामिल हो सकते हैं (मैकमोहन, 1994)। बाहरी समस्या के निदान के क्रम में, इन दुरनुकूलक लक्षणों के अलावा व्यक्ति को शैक्षणिक, सामाजिक, व्यावसायिक या पारिवारिक संबंधों में कम से कम एक क्षेत्र में एक कार्यात्मक हानि होनी चाहिए; और लक्षण उनके सांस्कृतिक और पर्यावरणीय संदर्भ से भिन्न होना चाहिए। इस इकाई में, हम विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार, अवधान-न्यूनता/अतिक्रिय विकार, आचरण विकार, मादक पदार्थ संबंधी विकार एवं आक्रामकता, कामचोरी करना, चौर्योन्माद के साथ समस्याओं पर चर्चा करेंगे।

6.1 विघटनकारी, आवेग नियंत्रण एवं आचरण विकार

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकास एवं आचरण विकार को विघटनकारी विकार के अंतर्गत बांटा गया है क्योंकि दोनों आक्रामक या असामाजिक व्यवहार ध्यान केंद्रित करते हैं। इन दोनों विकारों में सामाजिक मानदंडों के साथ एक बच्चों का संबंध शामिल है। आचरण के संबंध में नियम एवं व्यवहार शामिल है जो कानून (किशोर अपराध) के खिलाफ माना जा सकता है या नहीं। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार आमतौर पर 8 वर्ष की आयु तक स्पष्ट होता है और आचरण विकार 9 वर्ष की आयु तक पहचाना जाता है। पूर्ण विकसित आचरण विकार आमतौर पर किशोरावस्था के माध्यम से मध्य

बाल्यावस्था से विकसित होता है। विभिन्न शोधों के अनुसार ये विकार एक-दूसरे के साथ निकटता से जुड़े हुए हैं (थॉमस, 2010)। हालांकि वे उल्लंघन की गंभीरता की प्रकृति के आधार पर प्रसिद्ध है— आचरण विकार की तुलना में विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार में अपेक्षाकृत कम गंभीर है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार को आचरण विकार के एक सौम्य अग्रदूत के रूप में भी माना जाता है।

6.1.1 विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार की महत्वपूर्ण विशेषता लगातार नकारात्मक दोषपूर्ण, अवज्ञाकारी और शत्रुतापूर्ण रवैया एवं प्राधिकृत व्यक्ति के प्रति व्यवहार है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार वाले बच्चों के लक्षणों को तीन समूहों के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है— गुस्सा/चिड़चिड़ा मनोदशा, तर्क/उदंड व्यवहार एवं प्रतिशोधी व्यवहार। गुस्सा/चिड़चिड़ा मनोदशा वाले बच्चों में, आपा खोना, स्पर्श महसूस करना या सरलता से नाराज़ होना, गुस्सा करना एवं दूसरों के प्रति क्रोधित एवं नाराज़ होना शामिल होगा। तर्कपूर्ण/उदंड व्यवहार वाले में प्राधिकृत व्यक्ति या वयस्कों के साथ बहस करना, गुस्सा, नखरे करना, सक्रिय रूप से अवहेलना करना या अधिकार से अनुरोधों का पालन करने से मना करना या नियमों का पालन न करना शामिल हो सकता है। वे दूसरों को जान-बूझकर परेशान कर सकते हैं, अपनी गलतियों या दुर्व्यवहार के लिए दूसरों को दोषी ठहरा सकते हैं। अंत में, प्रतिशोध में दूसरों के प्रति द्वेषपूर्ण और बदला लेना शामिल हो सकता है जो मौखिक एवं शारीरिक शोषण जैसे व्यवहार के लिए विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार तरह का व्यवहार प्रदर्शित करता हो, दीवारों आदि में छिद्र करना और ऐसा करना उचित समझता है। दिलचस्प बात यह है कि वे खुद को पीड़ित के रूप में देख सकते हैं और इस प्रकार अपने 'एविटिंग आउट' व्यवहार को सही ठहराते हैं। उनका औचित्य कुछ सामाजिक रोल मॉडल से भी हो सकता है जो अभिनय करते हैं— अभिनेता, रॉकस्टार, राजनेता आदि।

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार निदान कम से कम एक व्यक्ति के साथ में, कम से कम छह महीनों तक चलने वाला प्रतिशोधी व्यवहार कम से कम चार लक्षणों द्वारा प्रकट होता है एवं कम से कम एक व्यक्ति के साथ बातचीत में प्रदर्शित होता है, जोकि उसका भाई या बहन नहीं होता है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के सभी मामले आगे चलकर आचरण विकार के रूप में विकसित नहीं होते हैं। हालांकि आचरण विकार के अधिकांश मामले विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के निदान के बाद आते हैं (लाहे एवं अन्य, 2000)। लड़कों में उच्च प्रसार को इंगित करता है, लगभग 11 प्रतिशत, लड़कियों की तुलना में लगभग 9 प्रतिशत (नोक एवं अन्य, 2007)। यह पता चला है कि लड़कियाँ विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के लक्षण दिखा सकती हैं जो लड़कों से अलग है, उदाहरण के लिए, वे शब्दों के माध्यम से अपनी आक्रामकता को अधिक प्रदर्शित कर सकते हैं, और झूठ बोलने और असहयोगी होने के लिए अधिक उपयुक्त है (कॉनर, 2002)।

कभी-कभी माता-पिता को विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के लक्षणों को अपने बच्चों में एक समस्या विकार के रूप में पहचानने या स्वीकार करने में कठिनाई होती है क्योंकि वे आमतौर पर महसूस करते हैं कि उनका बच्चा "समय के साथ या उसके रूप में परिपक्व" होता है। विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और सामान्य स्वतंत्रता चाहने वाले व्यवहार के मध्य अंतर करना अक्सर मुश्किल होता है जिसे शुरुआती किशोर अवस्था की विशेषता माना जाता है। स्पष्टतः प्रारंभिक हस्तक्षेप और उपचार विरुद्धक

अवज्ञाकारी विकार पर काबू पाने और एक अन्य गंभीर मानसिक स्वास्थ्य चिंता में इसकी प्रगति को रोकने में उपयोगी है (अमेरिकन एकेडमी ऑफ चाइल्ड एंड एडोल्सेट साइकेट्री, 2009)।

बॉक्स 6.1 : क्या विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार का निवारण हो सकता है?

अनुसंधान दर्शाता है कि प्रारंभिक चरण में कुछ विद्यालय आधारित कार्यक्रमों और व्यक्तिगत चिकित्सा में हस्तक्षेप वास्तव में एक प्रारंभिक चरण में ही विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार को रोकने में मददगार है (बर्क, लोबेर, एवं बिरमहर, 2002)। इन शुरुआती कार्यक्रमों को जीवनकाल के बाद में अपराधी प्रवृत्ति को रोकने के लिए प्रभावशाली पाया गया है। कौशल विकास से संबंधित शिक्षा, स्वास्थ्य और अन्य सेवाएँ प्रदान करने वाला कार्यक्रम, विशेष रूप से कम आय वाले समूह के बच्चों और उनके परिवारों के लिए बहुत सफल हो सकता है। छोटे बच्चे सामाजिक कौशल, संचार कौशल, क्रोध और द्वंद्व प्रबंधन सीख सकते हैं (कॉनर, 2002)। किशोरावस्था के सदर्भ में, मनोचिकित्सा (टॉक थेरेपी), शैक्षिक मदद, सामाजिक-कौशल प्रशिक्षण और व्यावसायिक कौशल और प्रशिक्षण विघटनकारी व्यवहार को रोकने या कम करने में प्रभावी पाया गया है। सामाजिक कौशल और प्रशिक्षण में, विद्यार्थियों को गलत करने से रोकने, सहपाठी संबंधों में सुधार लाने और इस प्रकार असामाजिक व्यवहार को कम करने के लिए सिखाया जा सकता है। अध्ययन में दर्शाया गया है कि एक उच्च जोखिम (निम्न सामाजिक-आर्थिक स्तर, मानसिक स्वास्थ्य चिन्ताओं के साथ माता-पिता, परिवार की कलह आदि) पर बच्चों के लिए गृहवीक्षा भी विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार को रोकने में मदद करती है (एकेंडरोजे एवं अन्य, 2000)। माता-पिता को यह भी सिखाया जाना चाहिए कि वे अपने बच्चे के साथ सुरक्षित संबंधों को विकसित तथा पालन पोषण करें और उनके साथ स्वस्थ सीमाएं बनाएं।

आप इकाई 8 में हस्तक्षेप के संबंध में अधिक जानकारी प्राप्त करेंगे।

बॉक्स 6.2 : विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के कारण एवं जोखिम कारक

जैविक कारक :

- माता-पिता में किसी भी मानसिक स्वास्थ्य विकार, अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार, मनोदशा विकार आदि का इतिहास।
- माता का गर्भावस्था के दौरान मादक-पदार्थों का सेवन जैसे शराब, तम्बाकू।
- माता-पिता का मादक पदार्थों का सेवन करना।
- एक शिशु या जीवन के शुरुआती समय में विषाक्त पदार्थों के संपर्क में आना।
- आवेग नियंत्रण तर्क या निर्णय के लिए उत्तरदायी मस्तिष्क क्षेत्रों में कमी।
- न्यूरोट्रान्समीटर्स का असंतुलन।
- पोषण की कमी।

मनोवैज्ञानिक कारक :

- उदासीन, उपेक्षित या माता-पिता की अनुपस्थिति।
- माता-पिता एवं भाई-बहनों के साथ अच्छे संबंध नहीं।
- सामाजिक संबंधों को बनाने या बनाए रखने में कठिनाई।

सामाजिक कारक

- गरीबी या सामाजिक आर्थिक क्षति।
- उपेक्षा एवं दुरुप्रयोग।
- युवावस्था के दौरान देखभाल में कमी।
- असंबद्ध माता-पिता
- असंगत अनुशासन पैटर्न
- अस्थिर पारिवारिक वातावरण और पारिवारिक कलह (तलाक, दूर जाना आदि)

6.1.2 आचरण विकार

जैसा कि ऊपर उल्लेखित है, दोनों आचरण विकार एवं विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार में नियमों, दूसरों के अधिकारों और प्राधिकरण के लिए लगातार उपेक्षा शामिल है। लेकिन दोनों के मध्य एक बड़ा अंतर (पुरुष की उम्र के अलावा) यह है कि विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार में गंभीर शारीरिक आक्रामकता का अभाव है जो कि बच्चा आचरण विकार के साथ प्रदर्शित कर सकता है। आचरण विकार वाले बच्चे सामाजिक व्यवहार में कमी दिखा सकते हैं (हैप एवं फ्रिच, 1996)। लक्षणों में दूसरों के प्रति आक्रामकता, पशु (बेकर एवं अन्य, 2004), सम्पत्ति का विनाश, चोरी, झूठ बोलना, धोखा देना और सामाजिक मानदंडों का गंभीर उल्लंघन शामिल है। वे धमकाने, विद्यालयों या अन्य परिस्थितियों में झगड़े की शुरुआत करने, हथियार का उपयोग करने या किसी अन्य व्यक्ति को नुकसान पहुँचाने या गंभीर रूप से घायल करने, आग लगाने, डकैती, बर्बरता, तोड़-फोड़ के रूप में गुप्त या अत्यधिक आक्रामकता का प्रदर्शन कर सकते हैं (स्टिकल एवं ब्लैचमैन, 2002), आचरण विकार वाले बच्चे भी यौन रूप से निर्जन होने की संभावना रखते हैं और दूसरे विशेष रूप से छोटे बच्चे पर यौन आक्रामकता को भड़काते पाए जाते हैं। वे अवांछित गर्भावस्था और मादक द्रव्यों के सेवन, दुरुपयोग एवं निर्भरता के लिए उच्च जोखिम में भी हो सकते हैं (यंग एवं अन्य, 2007)। विकार के दो अलग-अलग कार्य प्रणालियों को पहचाना गया है – पहला, जीवन प्रणाली

लगातार व्यवस्था जो जल्दी शुरू होती है एवं लगातार रहती है चाहे बाल्यावस्था भी हो। अन्य दूसरी किशोरावस्था सीमित प्रणाली है जहां किशोरावस्था में असामाजिक व्यवहार शुरू होता है। सामान्य बाल्यावस्था एवं बाद में होने वाली वयस्कावस्था (असामाजिक मुद्दों एवं समस्याओं के साथ नहीं), अनुसंधान से तथ्य स्पष्ट है कि आचरण विकार की प्रारंभिक शुरुआत असामाजिक व्यक्तित्व विकार के बाद के विकास (वयस्कावस्था में) के साथ अत्यधिक सहसंबंध है (गोल्डस्टेन एवं अन्य, 2006)। लड़कियों की तुलना में लड़कों में आचरण विकार तीन से चार गुना ज्यादा होता है और पूर्णकालिक प्रचलन सामान्य आबादी में 2 से 10 प्रतिशत के बीच हो सकता है (मोहन, यिलानी एवं रे, 2020)।

बॉक्स 6.3 : आचरण विकार के कारण एवं जोखिम कारक

- **आनुवंशिक प्रभाव** : यद्यपि शोधकर्ता सटीक आनुवंशिक घटक के बारे में निश्चित नहीं है जो विकार का संचालन करने में योगदान करते हैं, लेकिन विरासत में मिले जीन को आचरण से संबंधित कठिनाइयों के विकास के लिए उत्तरदायी पाया गया है। माता-पिता एवं भाई-बहनों में मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिन्ताएं भी एक योगदान कारक हो सकती है।
- **मस्तिष्क असामान्यताएं** : बच्चों में मस्तिष्क संबंधी कुछ असामान्यताएं देखी गई हैं, जिसमें आचरण विकार वाले बच्चों में विकार जैसे कि, पूर्व ललाट वल्कल (निर्णय को प्रभावित करना) और उपवल्कल प्रणाली (संवेगात्मक प्रतिक्रियाओं को प्रभावित करना) के रूप में होता है।
- **संज्ञानात्मक कमी** : कम बुद्धि लब्धि, कमजोर मौखिक कौशल, और कार्यकारी कामकाज में कमजोरी (पूर्व ललाट से जुड़े) बच्चों के विकार का रूप अधिक कमजोर बना सकते हैं।
- **आघातजन्य घटना** : आघातजन्य घटना या शारीरिक, मौखिक या यौन भी दुर्व्यवहार भी बच्चों को संवेदनशील बनाने में सहायक कारक हो सकता है।
- **सामाजिक समस्याएं** : निम्न या वंचित सामाजिक-आर्थिक स्थिति, गरीबी, अव्यवस्थित पड़ोस, विद्यालय में अपर्याप्त शैक्षणिक सुविधाएं, पारिवारिक कलह, कठोर, उपेक्षित या उदासीन पालन-पोषण भी दृढ़ता से आचरण विकार से जुड़े हुए हैं।

बॉक्स 6.4 केस स्टडी : आचरण विकार

ऋषभ 14 वर्ष का बालक है जो अपने माता-पिता की सबसे बड़ी संतान है, जिसके दो छोटे भाई-बहन हैं। उसे हाल ही में विद्यालय छोड़ दिया और उसने यह कहते हुए विद्यालय जाने से इनकार कर दिया कि शिक्षक अच्छी तरह से नहीं पढ़ाते हैं। उसके शिक्षकों ने बताया कि वह पिछले आठ महीनों से तंबाकू का सेवन कर रहा है। जब माता-पिता ने पूछताछ की, तो उन्हें पता चला कि वह अपनी माँ के पर्स और पड़ोसी के घर से भी तंबाकू खरीदने के लिए पैसे चुरा रहा है। जब माता-पिता ने उससे पूछताछ की, तो उसने पड़ोसियों को दोषी ठहराते हुए कहा कि वे उसे अनावश्यक रूप से फंसा रहे थे। रंगे हाथों पकड़े जाने पर माता-पिता ने पेशेवर मदद लेने का निर्णय किया।

उसके माता-पिता और भाई-बहनों ने बताया कि ऋषभ हमेशा से ही गुस्सैल है और वह अधिकांशतः अपने छोटे भाई-बहनों के साथ मार-पिट्टाई करता है। विद्यालय में भी, वह अधिकतर झगड़ों में पड़ जाता था। वह विद्यालय में खराब प्रदर्शन करता है एवं इसके अलावा अपने साथियों को तंग करना, उनके साथ लड़ाई करने पर ध्यान केंद्रित करता था। हाल ही में, उसे कक्षा में अन्य लड़कियों के साथ दुर्व्यवहार करते हुए और भद्दे तथा असहज टिप्पणी करते हुए पाया गया था।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 1

1) बाहरी व्यवहारिक समस्याओं की व्याख्या कीजिए।

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

2) विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के संभावित कारण क्या हो सकते हैं?

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

3) आचरण विकार कैसे विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार से अलग है?

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

6.2 अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार

अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार बच्चों और किशोरों में एक और अत्यधिक प्रचलित विकार है जो उनके दैनिक कामकाज को बाधित करता है और उनके आसपास के अन्य लोगों के लिए विघटनकारी हो सकता है। अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चे निरंतर ध्यान बनाए रखने में कठिनाइयों का प्रदर्शन कर सकते हैं, अत्यधिक और अतिरंजित सक्रिय गतिविधि दिखा सकते हैं और अपने व्यवहारिक स्तर के अनुसार उनके व्यवहार में आवेग दिख सकता है। इस प्रकार, अन्य क्षेत्रों में सामाजिक, व्यावसायिक, शैक्षणिक हानि और समस्याओं के लिए अग्रणी हैं। इसे तीन उपप्रकारों के अंतर्गत वर्गीकृत किया गया है— *संयुक्त प्रस्तुति* (जिसमें असावधानी या ध्यान की कमी

और सक्रियता दोनों शामिल हैं), मुख्य रूप से असावधान प्रस्तुति (जिसे अवधान-न्यूनता विकार कहा जाता है), और मुख्य रूप से अतिसक्रिय या आवेग प्रस्तुति। यहां यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि इन तीनों में से सबसे आम प्रस्तुति संयुक्त प्रस्तुति है।

बाक्स 6.5 केस स्टडी : अवधान-न्यूनता / अतिक्रिया विकार

रोहित 9 वर्ष का लड़का है, जिसे उसके शिक्षकों और विद्यालय परामर्शदाता ने बाल मनोवैज्ञानिक के पास भेजा है। शिक्षकों को रोहित के खिलाफ कई शिकायतें हैं, जैसे वह बहुत बेचैन है, शायद ही कभी अपनी सीट पर बैठता है और कक्षा में इधर-उधर घूमता रहता है। वह शायद ही कभी कक्षा में पाठ पर ध्यान देता है और शायद ही कभी अपना गृहकार्य करता है। उसके विद्यालय का कक्षा कार्य अस्त-व्यस्त और अपूर्ण रहता है। वह लगातार उठने-बोलने से अन्य बच्चों को परेशान करता रहता है।

बाल मनोवैज्ञानिक के पास जाने पर, यह पता चला कि उसका व्यवहार संबंधी कठिनाइयां तब से हैं जब वह शिशु था। वह हमेशा बेचैन एवं काफी ऊर्जावान रहे हैं। यहां तक कि घर पर भी उन्हें निर्देशों को समझने में हमेशा कठिनाइयों का सामना करना पड़ा और ध्यान न देने के लिए डांटा गया। वह अक्सर अपने गृहकार्य को लिखना या विद्यालय से अपना टिफिन बॉक्स वापस लाना भूल जाता है। उनकी माँ ने बताया कि जब भी वह उसे अपना होमवर्क करने के लिए कहती है, तो वह सुनने से इनकार कर देता है, जैसे कि उसका ध्यान कहीं और था।

असावधानी या ध्यान की कमी में उत्तेजना, सतर्कता, निरंतर ध्यान, चयनात्मक ध्यान, सतर्कता और ध्यान भंग से संबंधित समस्याएं शामिल हैं। ये समस्याएं विभिन्न परिस्थितियों जैसे विद्यालय, घर, खेल के क्षेत्रों में खुद को प्रकट कर सकते हैं जो बच्चे के लिए पर्याप्त है। उत्तेजना एवं सतर्कता से संबंधित समस्याओं, दिवास्वप्न, लापरवाही से गलती करना या समय की हानि के कारण, बच्चे पूर्ण ध्यान देने में असफल हो सकते हैं। चयनात्मक अवधान पर्यावरण में एक निश्चित समय के लिए एक विशिष्ट वस्तु पर ध्यान केंद्रित करने की प्रक्रिया को संदर्भित करता है। मूल रूप से, यह एक व्यक्ति को कुछ मामलों (महत्वपूर्ण माना जाता है) पर ध्यान केंद्रित करने और महत्वहीन विवरणों की अनदेखी या अनुमति देता है। इस प्रकार, एक बच्चा जिसमें चयनात्मक अवधान का अभाव होता है, वह कक्षा में दिए गए निर्देशों के दौरान या उनके खेलने के दौरान समझने में विफल हो सकता है (वेन्डर, 2000)। किसी और के लिए वह ऐसा कर सकता है जैसे वह "नहीं सुन रहा है" या कि उसका "मन कहीं और है" या "काम करने में दिलचस्पी नहीं है"। चयनात्मक अवधान में कमी सबसे अधिक गतिविधियों में दिखायी दे सकती है जो प्रकृति में निरंतर दोहराई जाती है लेकिन स्वच्छंद खेल परिस्थितियों में भी देखी जा सकती है। यह किसी भी स्पष्ट व्याकुलता के बिना बच्चे को एक कार्य से दूसरे कार्य में लगाने की ओर ले जा सकता है। वह लंबे वार्तालापों या कार्यों के दौरान "अनसुनी कर" सकते हैं, जिसके लिए ध्यान या सतर्कता की आवश्यकता होती है। उन्हें अक्सर कार्यों और गतिविधियों को व्यवस्थित करने या उन्हें क्रम में रखने, उन्हें क्रमिक रूप से प्रबंधित करने में कठिनाइयाँ होती है। इस प्रकार, वे अक्सर खराब समय प्रबंधन कौशल के साथ एवं समय-सीमा को पूरा करने या गृहकार्य पूरा करने में विफल होते हैं। वे अक्सर माता-

पिता और शिक्षकों द्वारा वस्तुओं को खोने के लिए डांटे जाते हैं, जैसे पेंसिल, किताबें, टिफिन बॉक्स, कागज़ी कार्य, चाबियाँ, पर्स आदि। उनकी विचलिता के कारण, वे पृष्ठभूमि में अप्रासंगिक जानकारी जैसे शोर, वार्तालाप या कुछ में भाग ले सकते हैं या कमरे में रखी गई अन्य वस्तु। ये ध्यानात्मक समस्याएं उन्हें भूलने वाला बना सकती हैं, उदाहरण के लिए, वे आवश्यक किताबें या टिफिन बॉक्स लाना भूल सकते हैं। उनकी असावधानी के कारण, वे अपने सामाजिक कार्य, संवाद को भंग कर अपनी समझ खो सकते हैं।



चित्र 6.1 : अवधान-न्यूनता की महत्वपूर्ण समस्याओं वाले बच्चों का विवरण

अन्य महत्वपूर्ण विकारों अतिसक्रियता या आवेगशीलता के पहलू की चर्चा हुई। अतिसक्रियता को एक व्यक्ति द्वारा दिखाया गया अत्यधिक सक्रियता के रूप में दर्शाया है। इसे दो रूपों में प्रकट किया जा सकता है : गतिक अतिसक्रियता (उदाहरण के लिए, बेचैनी, अधीर, फुर्तीला, एवं आवश्यक शारीरिक गतिविधियाँ) एवं मौखिक अतिसक्रियता (अत्यधिक बातें करना)। पूर्वस्कूली बच्चों में, अतिसक्रियता को अक्सर देखा गया है जब बच्चा अत्यधिक कूदता है, फर्नीचर पर चढ़ना, घर के चक्कर लगाना या कहानी सुनने के दौरान चुप न बैठना है (निग्ग एवं अन्य, 2005)। विद्यालय जाने वाले बच्चों में समान व्यवहार देखा गया है, लेकिन आवृत्ति और तीव्रता में अलग हो सकते हैं। इसके अलावा, वे एक स्थान पर बैठने में कठिनाई का सामना कर सकते हैं या पढ़ने वाले स्थान पर जैसे कक्षा, बार-बार उठना एवं कुर्सी पर किनारे पर बैठना (उठने के लिए तैयार) हो सकता है। यह शैक्षिक गतिविधि या विद्यालय तक सीमित नहीं है। वे खाना खाते समय, टेलीविज़न देखते हुए भी एक स्थान पर बैठने में कठिनाई प्रकट करते हैं। वे अक्सर पैर हिलाते हैं वे अपने आस-पास की वस्तुओं के साथ छटपटाता/चंचलता दिखाते हुए पाए जाते हैं और अक्सर उन्हें उन बच्चों के रूप में कहा जाता है जो "मोटर द्वारा संचालित" या "हर समय व्यस्त एवं सक्रिय" हैं। अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाली लड़कियों में अधिक बात करने का गुण पाया गया है। संचार में "बार-बार बात करना" और दूसरों को बाधित करते हुए देखा जा सकता है। बड़े बच्चों में अतिसक्रियता को अत्यधिक भाषण, बेचैनी, बढ़ी हुई आक्रामकता और दूसरों के साथ द्वंद्व के संदर्भ में प्रदर्शित किया जा सकता है। अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों को रात को सोने एवं सुबह जल्दी

बच्चों तथा किशोरों में विकासात्मक कारक

उठने में समस्या या कठिनाई भी हो सकती है। इस प्रकार, वे पूरे दिन और रात में भी अतिसक्रिय रह सकते हैं।

आवेगशीलता अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों के विरुद्ध एक अन्य महत्वपूर्ण शिकायत यह है कि बच्चों में अधीरता को प्रदर्शित करते हैं— अपनी बारी का इंतजार में कठिनाई, कक्षा में जोर से बोलकर उत्तर देना, कक्षा में या खेल के दौरान दूसरों को तंग करना एवं ध्यान भटकाना। इसके कारण, वे दुर्घटनाग्रस्त हो सकते हैं, वस्तुओं से टकरा सकते हैं, लोगों एवं चीजों से जोर से टकरा सकते हैं, या ट्रैफिक में साइकिल चलाना जैसी संभावित नुकसान वाली गतिविधियों में लिप्त रह सकते हैं।



चित्र 6.2: अतिसक्रियता वाले बच्चों का विवरण

अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार से जुड़ी कुछ अन्य समस्याएं हैं, जो अवधान न्यूनता/अतिसक्रिया विकार के लक्षण नहीं हैं, लेकिन शायद इसके साथ जुड़ी द्वितीयक समस्याएं हैं। उनकी व्यवहार संबंधी समस्याओं के कारण, वे अक्सर बुद्धिमत्ता में कम होते हैं— औसत से लगभग 7 से 15 आई.क्यू. नीचे (बर्कले, 1997) और सीखने की अक्षमता के जोखिम पर भी हो सकते हैं एवं साथियों और समकक्षों की तुलना में कम शैक्षणिक बुद्धिमत्ता वाले हो सकते हैं (बीडरमैन एवं अन्य, 2004)। अत्यधिक बातचीत के कारण, सामाजिक दायित्वों को नज़रअंदाज करते हैं। वे अपने सहपाठियों द्वारा अस्वीकृत कर दिये जाते हैं। वे विमुख नहीं होते हैं परंतु अधिकतर सहपाठी अतिसक्रियता के साथ उनके साथ नहीं होते हैं एवं इस प्रकार वे उनसे ऊब जाते हैं। सहपाठियों से अस्वीकृत एवं अपेक्षित, नकारात्मक आलोचना उनके आत्म-सम्प्रत्य एवं आत्मसम्मान को प्रभावित कर सकते हैं जो उन्हें आक्रामक या अवसाद के लिए प्रवृत्त कर सकते हैं।

बॉक्स 6.6: अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार के कारण एवं जोखिम कारक

- **आनुवांशिक प्रभाव** : माता-पिता एवं भाई-बहन के अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार या अन्य किसी मानसिक स्वास्थ्य विकार होने पर बच्चों में इसका जोखिम हो सकता है। इस तरह के जीन इसमें भी समाहित हो सकते हैं।
- **मस्तिष्क असामान्यताएं** : तंत्रिका मनोविज्ञान अध्ययन ने दर्शाया है कि अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार के साथ व्यक्ति का मस्तिष्क संरचना एवं कार्यात्मक क्षमता में अंतर है— पूर्व ललाट में हानि, बेसल गैंगलिया एवं छोटा मस्तिष्क में क्षति। यह उनकी उच्च संज्ञानात्मक प्रक्रिया, कार्यात्मक स्मृति, ध्यान या अवधान को प्रभावित कर सकता है एवं प्रतिक्रियाओं की रुकावट में कमी को बढ़ा सकता है।
- **पर्यावरणीय विषाक्त पदार्थों का अनावरण**: सीसा, विषाक्त पदार्थ एवं कीटनाशक जैसे विषाक्त पदार्थ बच्चों में अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार का कारण बन सकते हैं। कम उम्र में यह जोखिम गर्भावस्था के दौरान ऐसे विषाक्त पदार्थों का सेवन जो बच्चे को कमजोर बना सकता है।
- **गर्भवती के दौरान** : ड्रग्स, एल्कोहल या धूम्रपान का माता के द्वारा सेवन शिशु को खतरे में डाल सकता है।
- **कालपूर्व प्रसव** : भी कुछ मामलों में एक कारण के रूप में देखा गया है।
- **सामाजिक कारक** : पालन-पोषण शैली, साथी संबंध और विद्यालय शिक्षा की अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों में न्यूनता के प्रकार एवं डिग्री की सीमित कर सकती है।
- **रोल मॉडल** : टीवी कार्यक्रमों में आक्रामक एवं अतिसक्रिय चित्रण तथा कार्टून भी बच्चों में चिड़चिड़ा व्यवहार का कारण हो सकता है।

बॉक्स 6.7: अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों की सहायता के लिए कुछ तरीके

- **शुरू करना एवं कार्यों पर बने रहना** : शुरू करने के लिए उनके साथ दिशा-निर्देश पढ़ना महत्वपूर्ण है। लक्ष्य को पूरा करने के लिए एक चेकलिस्ट बनाएं और कार्य को भागों में विभाजित करें। हमेशा उनके लिए छोटे लक्ष्य निर्धारित करें।
- **ध्यान प्रतिभाओं को कम करना**: ध्यान भंग को कम करने का प्रयास करें, बोरियत को कम करने के लिए कार्य में नवीनता लाएं एवं हलचल को विराम दें।
- **मान्यता, स्वीकारना एवं प्रशंसा**: बच्चे के अच्छे व्यवहार की प्रशंसा करें सराहना करें क्योंकि प्रशंसा अच्छे व्यवहार को दोहराने के लिए प्रेरित करती है।

- **पुरस्कार का निर्धारण** : अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों को सही दिशा पर रखने के लिए पुरस्कार प्रणाली प्रभावशाली हो सकती है। ये सकारात्मक पुनर्बलन गतिविधियों के लिए अच्छा विकल्प हो सकता है, किसी डिब्बे में रखे गये खेलने की गोली को बाद में पुरस्कार के रूप में दिया जा सकता है।
- **पर्यावरणीय समायोजन** : बच्चों के बैठने की व्यवस्था उनके पसंद के अनुसार होनी चाहिए, उदाहरण के लिए, बहुत से बच्चे खड़े रहने की स्थिति में काम करना पसंद करते हैं, उनकी ऐसी संरचना एवं ढांचा तैयार किया जाता है – अव्यवस्था या एक से अधिक कार्य की स्थिति उन्हें विचलित कर सकती है, दृश्य समर्थन और अत्साह महत्त्वपूर्ण हैं।
- **प्रभावशाली निर्देश देना** : निर्देश देने से पहले बच्चे का पूर्ण ध्यान अपनी तरफ करें— उन्हें स्पष्ट रूप से बताएं कि आप उनसे बात कर रहे हैं एवं तब एक बार में एक निर्देश दें, उदाहरण के लिए, “कृपया अपना कमरा साफ करें”। यह सुनिश्चित करने के लिए कि बच्चा पूरी तरह से समझ गया तो उसे दोहराने के लिए कहें।
- **सुसंगत परिणामों या अनुशासनात्मक तकनीकों का उपयोग** : आज कुछ करने पर बच्चे की प्रशंसा करें और उसी के लिए कल उसको सजा न दें। विशेषाधिकारों को दूर रखें। कुछ अनुशासनात्मक तकनीकों का उपयोग किया जा सकता है।
- **शांत रहने में उनकी मदद करें** : कम उत्तेजना वाले क्षेत्र में विराम लें, स्व-नियमन तकनीक, उल्टी गिनती गिनना, गहरी सांस लेना आदि सिखाएं।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 2

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

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) आवेगशीलता को समझाइए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार वाले बच्चों की सहायता के लिए उपयोग हो सकने वाले तरीकों का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

6.3 मादक पदार्थ उपयोग विकार

बच्चे एवं युवा शायद किसी भी देश की सबसे मूल्यवान धरोहर होते हैं। ये हमारे राष्ट्र के उज्ज्वल भविष्य का प्रतिनिधित्व करते हैं। दुर्भाग्य से, वे समाज के सबसे कमजोर सदस्य भी हैं। विद्यालय और कॉलेजों को आत्म-खोज, असीम क्षमता, आजीवन मित्रता, स्वतंत्रता, एवं दुनिया को अनुभव करने का समय माना जाता है। लेकिन दसियों हजार छात्रों के लिए, उनके माता-पिता, शिक्षक, समाज और अन्य छात्रों द्वारा उन पर थोपी गई अपेक्षाओं का भार, दुनिया के साथ "अति महत्वाकांक्षी युवा व्यक्ति" होने का मुखौटा अपनाने से और भी बदतर बना दिया जाता है। उनके हाथ की हथेली में उन्हें अलग-अलग दिशाओं में खींचा जाता है जिससे दबाव की निरंतर मात्रा का सामना करना पड़ता है एवं इसे संभालना कठिन हो जाता है। पूर्व वयस्कावस्था और युवा वयस्कावस्था का यह चरण उन परिस्थितियों में युवाओं को स्वस्थ करता है जहां मादक द्रव्यों का सेवन/दुरुपयोग का एक सुविधाजनक तरीका लगता है, या ऐसा करने के लिए एक 'शांत' चीज है, बजाय इसके उपयोग के बुरे पक्ष को देखने के (दिनेश कुमार, 2019)। एक साथ आने वाले ये सभी कारक चिन्ता और अवसाद का एक सटीक तूफान पैदा कर सकते हैं जो प्रलोभन का कारण बन सकता है। बच्चों और किशोरावस्था में तंबाकू, शराब और अन्य पदार्थों का उपयोग भारत सहित दुनिया के कई हिस्सों में सार्वजनिक स्वास्थ्य चिन्ता है (धवन, 2017)। इस उम्र में मादक द्रव्यों के सेवन से सामान्य बाल विकास में बाधा आने की संभावना होती है और भविष्य के जीवन पर इसका स्थायी प्रभाव हो सकता है (लैंडर, 2013)। न केवल बच्चों बल्कि एक सम्पूर्ण रूप में परिवार और समाज पदार्थ के उपयोग की प्रारंभिक शुरुआत के परिणामस्वरूप प्रभावित होने की संभावना होती है (लैंडर, 2013)।

गंभीर चिन्ताओं में से एक यह है कि लत और मादक द्रव्यों के सेवन की वैश्विक समस्या लाखों लोगों की मृत्यु और प्रत्येक वर्ष एचआईवी के लाखों नए मामलों के लिए जिम्मेदार है (सिंह, 2013)। हाल के वर्षों में, भारत को मादक पदार्थों के सेवन के बढ़ते हालातों के रूप में देखा जा रहा है। भारत में ड्रग का सबसे आम उपयोग शराब है, इसके बाद भांग और अफीम (पिकॉक, 2018)। शब्द "व्यसन" का उपयोग अब वैज्ञानिक साहित्य से इसके अपमानजनक अर्थ के कारण छोड़ दिया गया है और इसके अलावा 'पदार्थ उपयोग विकार' का उपयोग पसंद किया जाता है (केली, 2004)। पदार्थ उन ड्रगों के वर्णक्रम को संदर्भित करता है जिन्हें संभावित रूप से दुरुपयोग किया जा सकता है, जैसे कि अवैध भेष (मारिजुआना, हेरोइन, आदि), लाइसेंस ड्रग (शराब, तंबाकू, आदि), और प्रतिबंधित ड्रग (किलपैट्रिक, 2000)। शब्द "दुरुपयोग" और "निर्भरता" का उपयोग अक्सर शराब या ड्रग के लिए एक

विनाशकारी संबंध का वर्णन करने के लिए किया जाता है (निकटे, 2004)। मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों और व्यसन विशेषज्ञ एक पदार्थ का दुरुपयोग करने और उस पर निर्भर होने के बीच अंतर बनाते हैं (कारबर्ग, 2005)। व्यसन एक पदार्थ के उपयोग को संदर्भित करता है जब यह चिकित्सीय रूप से इंगित नहीं किया जाता है या जब इसका उपयोग सामाजिक रूप से स्वीकृत स्तरों से अधिक होता है (गेन्स, 2020)। हालाँकि ये दोनों स्थितियाँ एक जैसी नहीं हैं, फिर भी वे अक्सर परस्पर जुड़ी हुई हैं। मादक द्रव्यों के सेवन को उन पदार्थों या पदार्थों के बार-बार उपयोग करने की स्थिति में लाया जाता है, जहाँ वे उपयोग करते हैं या चिन्हित नकारात्मक परिणामों में योगदान कर सकते हैं। इस शब्दावली ने अक्सर चिकित्सा समुदाय के भीतर और आम लोगों में भ्रम उत्पन्न किया है (हसीन, 2006)। हालाँकि, एक ड्रग या अन्य रसायनों पर अतिभार एवं निर्भरता का व्यक्ति के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य और/या उनके आसपास के अन्य लोगों के कल्याण पर हानिकारक प्रभाव पड़ता है। मादक द्रव्यों के सेवन से व्यसन या अंततः पदार्थ पर निर्भरता हो सकती है (हसीन, 2006)। निर्भरता मतलब लगभग हमेशा दुरुपयोग है, लेकिन दुरुपयोग हमेशा या अक्सर निर्भरता के बिना होता है, खासकर जब कोई व्यक्ति पहली बार किसी पदार्थ का दुरुपयोग करना शुरू करता है। निर्भरता में शारीरिक प्रक्रियाएं शामिल हैं, जबकि मादक द्रव्यों के सेवन से व्यक्ति, दुर्यवहार पदार्थ और समाज के मध्य एक जटिल बातचीत को दर्शाता है (बेडस्टो, 2016)। उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति जो शायद शराब या नशीली ड्रग का दुरुपयोग कर सकता है :

- विद्यालय छोड़ना/कॉलेज/विश्वविद्यालय/बार-बार कार्य करते हैं क्योंकि वह अक्षम है।
- भूमिका निर्वहन में विफल होना जैसे बच्चों को विद्यालय से वापस लाने के लिए कार चलाने में असक्षम होना क्योंकि शराब का सेवन किया हुआ है या विद्यालय खेल/मैच के लिए समय पर वापस जाना।
- कानूनी समस्याओं में शामिल होना जैसे की ड्रग उपयोग या शराब से संबंधित व्यवहार के लिए गिरफ्तार किया जाना।
- नियमित रूप से नशे में गाड़ी चलाना जैसी शारीरिक रूप से खतरनाक स्थिति में आना।
- लगातार या आवर्तक सामाजिक या पारस्परिक समस्याओं जैसे कि जीवनसाथी के साथ बहस करना या ड्रग या शराब के उपयोग पर साथी के साथ संबंध तोड़ना।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान का मानना है कि दुरुपयोग के समय निर्भरता हो सकती है लेकिन यदि कोई व्यक्ति पदार्थ पर निर्भर है, तो वह निम्नलिखित लक्षण दिखा सकता है (राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान, 2007) :

- पदार्थ के प्रति सहिष्णुता विकसित करें, ताकि उसे वांछित प्रभाव प्राप्त करने के हेतु पदार्थ का अधिक से अधिक उपयोग करना पड़े।
- ड्रग के सेवन को रोकने के कुछ घंटों के भीतर शारीरिक लक्षण जैसे मितली, उल्टी, कंपकंपी, चौकन्नापन, पसीना, या निम्न रक्त चाप का अनुभव।
- मनोवैज्ञानिक लक्षण जैसे कि चिड़चिड़ापन, उदासी, चिंता या स्पष्ट या अस्पष्ट विचार का अनुभव कर सकते हैं, यदि वह पदार्थ तक नहीं पहुंच सकता है।

- व्यक्ति इस बात से इंकार कर सकता है कि किसी विशेष पदार्थ के साथ समस्या है, इसके बावजूद कि उसके या उसके स्वास्थ्य, उसके रिश्तों/उसकी वित्तीय स्थिति को प्रभावित करता है।
- सफलता के बिना बार-बार पदार्थ का उपयोग छोड़ने का प्रयास करें।



चित्र 6.3 : किसी पदार्थ का क्रमिक उपयोग एवं दुरुपयोग

जैसा कि विश्व स्वास्थ्य संगठन ने परिभाषित किया है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2004), "मादक द्रव्यों और गैर-कानूनी ड्रगों सहित मनोसक्रिय पदार्थों के असुरक्षित या खतरनाक उपयोग के लिए पदार्थ का उपयोग न करें (मानसिक क्रियाओं को प्रभावित करने वाले पदार्थ = मनोसक्रिय पदार्थ)। मनोसक्रिय पदार्थों का उपयोग निर्भरता विकार, व्यवहार का एक संगठन मनोवैज्ञानिक एवं शारीरिक घटना का संकेत दे सकती है, जो पदार्थ के उपयोग के बाद बढ़ता है और जो आमतौर पर ड्रग लेने के लिए एक शक्तिशाली आग्रह शामिल होता है, इसके उपयोग को नियंत्रित करने में चुनौतियां, विनाशकारी परिणामों के बावजूद जारी है, विभिन्न प्रतिबद्धताओं और अभ्यासों, विस्तारित प्रतिरोध और कभी कभी शारीरिक प्रत्याहार की स्थिति की तुलना में मादक दवाओं की अधिक आवश्यकता होती है।"

पदार्थ उपयोग विकार वाले व्यक्ति निम्नलिखित लक्षणों में से कुछ को प्रदर्शित कर सकते हैं। वे किसी पदार्थ का अधिक मात्रा में या अधिक समय तक उपभोग कर सकते हैं। वे महसूस कर सकते हैं या कह सकते हैं कि वे पदार्थ का उपयोग कम या बंद करना चाहते हैं, लेकिन ऐसा करने में विफल रहते हैं। इन व्यक्तियों को पदार्थ के उपयोग करने में बहुत समय व्यतीत करते देखा जाता है। समय के साथ पदार्थ वृद्धि का उपयोग करने की लालसा और आग्रह करता है। निरंतर उपयोग से जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में समस्या हो सकती है – सामाजिक, व्यावसायिक/शैक्षणिक, संबंध इत्यादि। इस प्रकार वे अंततः महत्वपूर्ण प्रतिबद्धताओं एवं गतिविधियों को छोड़ सकते हैं। पदार्थ को लंबे समय तक इस्तेमाल करना जारी रखते हैं जब वह उन्हें खतरे में डालता है। उनके निरंतर उपयोग से उनकी मौजूदा शारीरिक समस्याएं खराब हो सकती है, लेकिन यह उन्हें आगे उपयोग करने से भी रोकता है। समय के साथ एक सहिष्णुता का निर्माण होता है और वांछित प्रभाव प्राप्त करने के लिए उन्हें पदार्थ की अधिक आवश्यकता हो सकती है। वे वापसी के लक्षणों को विकसित करते हैं और पदार्थ का अधिक सेवन करके राहत पाते हैं। पदार्थ उपयोग विकार के साथ एक व्यक्ति का निदान करने के लिए, एक व्यक्ति को उपर्युक्त लक्षणों में से कम से कम तीन (निम्न पदार्थ उपयोग विकार) का प्रदर्शन करना चाहिए। कोई व्यक्ति जिसके पास इन लक्षणों में से चार या पांच है, को मध्यम पदार्थ उपयोग विकार का निदान किया जाता है और जब छह या अधिक लक्षण मिलते हैं तो तीव्रता को प्रकृति में

बच्चों तथा किशोरों में विकासात्मक कारक

गंभीर रूप में वर्गीकृत किया जाता है। पदार्थ उपयोग संबंधी विकार आमतौर पर छह श्रेणियों में वर्गीकृत किए गए हैं। (चित्र 6.4 में दर्शाया गया है)

<p>उत्तेजक (सतर्कता एवं गतिविधि का बढ़ना) एम्फेटामाइन, कोकीन, निकोटिन, कैफीन</p>	<p>अवसार (औषधि) (विश्रांति) शामक, सम्मोहक भेषज, चिन्ताजनक औषधियां</p>	<p>अफीम/मादक द्रव्य दर्द कम करने एवं उल्लासोन्माद अफीम व्युत्पन्न : हेरोइन एवं मार्फीन</p>
<p>मतिभ्रामक (मतिभ्रामक लती, भ्रम एवं व्यामोह) मैरिजुआना, एल.एस.डी.</p>	<p>अन्य भेषजों का प्रयोग कश लगाना, स्टेरॉइड, उपचय स्टेरॉइड, निर्धारित भेषज</p>	<p>द्यूतक्रीड़ा (जुआ) विकार जुआ का विरोध करने में असमर्थता परिणामस्वरूप नौकरी खोना, तलाक आदि</p>

चित्र 6.4 : पदार्थ एवं व्यवहार व्यसनो का वर्गीकरण

अधिकांश बच्चे एवं किशोरावस्था भी कम उम्र में पदार्थों के साथ प्रयोग करना शुरू कर देते हैं (पियर्स, 1998)। वास्तव में, कई कारक हैं जो बाल्यावस्था और किशोरावस्था में नशीली दवाओं के दुरुपयोग की शुरुआत एवं रखरखाव में एक भूमिका निभाते हैं। इस व्यवहार की शुरुआत में योगदान देने वाले कई कारकों के साथ ड्रग का प्रयोग जटिल है। तंबाकू के उपयोग की शुरुआत को प्रभावित करने वाले सामाजिक और सांस्कृतिक कारक देश दुनिया में, विकसित दुनिया से विकासशील देशों, क्षेत्र और संस्कृति से संस्कृति तक भिन्न हैं (चड्डा 2020)। निम्नलिखित अनुभाग में कुछ कारकों पर चर्चा की गई है।

किसी भी प्रकार के पर्यवेक्षण से स्वतंत्रता : छोटे बच्चों की तुलना में किशोरावस्था में अधिक स्वतंत्र एवं स्वतंत्रता की प्रवृत्ति होती है एवं निरीक्षण एवं पर्यवेक्षण के साथ कम संलग्न होते हैं। वे अपने मित्रों के साथ अधिक समय बिताते हैं एवं अपने परिवार के साथ कम। यह धारणा सहपाठी प्रभाव को बढ़ाती है एवं पारिवारिक प्रभाव को कम करती है एवं इस प्रत्यक्षण को बढ़ाता है कि हर कोई पीता है और यह शान की बात उनको पीने को प्रोत्साहित करता है (ब्लैटन, 1997)।

दबाव एवं प्रयोग : किशोरावस्था को कई तनावों का सामना करना पड़ता है और शाराब पीना या "ड्रग लेना" प्रत्यक्षित किया जाता है जिसका मतलब होता है किसी के लिए सुख होना, इस प्रकार मादक पदार्थों का उपयोग किशोरावस्था के दौरान शुरू होने की संभावना होती है (लेबेसी 2014)। बहुत-से किशोर एवं बच्चे धूम्रपान एवं शाराब पीने को नुकसानदायी आदत मानते हैं जो उन्हें वयस्क के जैसा दिखने वाला बनाती है (लैंटज, 2003)। किशोरावस्था में या बच्चों के मादक द्रव्यों के सेवन के अन्य कारणों में तनाव, सहपाठी समूह दबाव और वयस्कों द्वारा निर्धारित उदाहरण का अनुसरण करना शामिल है (एकपांग, 2014)।

यह सच है कि किशोर मादक द्रव्यों का सेवन करते हैं, वह उस उम्र एवं जीवन के चरण में प्रचलित प्रयोग एवं संवेदना के तत्व का प्रतिबिंब है। मादक द्रव्यों के सेवन में

वे अपनी ऊर्जावान ऊर्जा को प्रसारित करने का प्रयास करते हैं (रिट्वात्सो, 2002)। मादक द्रव्यों के सेवन का एक अन्य कारण आनंद की प्राप्ति या संवेदी आनंद या एक उत्तेजक लैंगिक अनुभव प्राप्त करना या ढूँढना है (राइस एवं डोलजिन, 2008)। इसके अलावा, किशोरावस्था में मादक द्रव्यों का उपयोग तनाव को दूर करने या उससे बचने के अर्थ से भी अक्सर करते हैं, एवं उदासी और दबावरहित जीवन से बचने के लिए भी इसका उपयोग करते हैं (विस्सर एवं रॉतलेज, 2007; जास्ट्रो, 2004)।

जैविक कारण : शोधों ने दर्शाया है कि कुछ लोग जैसे कि शराब का दुरुपयोग करने वाले लोगों के बच्चों, शराब पीने एवं ड्रग की संवेदनशीलता की एक जैविक प्रेरणा के कारण शराब के साथ समस्याएं उत्पन्न होने का जोखिम रखते हैं (बुचर एवं अन्य, 2004)। जिन बच्चों के माता-पिता अत्यधिक शराब या नशीले पदार्थों का सेवन करने वाले होते हैं, वे स्वयं मादक पदार्थों के सेवन एवं संबंधित समस्याओं के लिए अत्यधिक असुरक्षित होते हैं (जॉनसन, 1994)।

मीडिया प्रभाव : बच्चे एवं किशोरावस्था को उनके शुरुआती वर्षों में विशाल विज्ञापन उद्योग द्वारा फुसलाया जाता है (स्टोरी, 2009)। सिगरेट विज्ञापनों की बढ़ती संख्या को उनसे पुनर्विचार करने के लिए प्रारूप तैयार किया गया है। शोधों ने दर्शाया है कि 90% से अधिक किशोरों को इस प्रकार के विज्ञापनों के बारे में पता है और अधिकतर कहते हैं कि विज्ञापन उनके व्यवहार को प्रभावित करते हैं जैसा कि वे मादक पदार्थ के साथ उत्तेजक, तनाव मुक्ति की शैली में होता है (एलिकसन, 2005)। इसके अलावा, सिगरेट जैसे मादक पदार्थ की पहचान मर्दानगी, स्वतंत्रता प्रकृति, सौंदर्य, युवा, यौन आग्रह, सामाजिकता, धन और अच्छे जीवन के साथ की जाती है (पेचमन, 2002), इस प्रकार बच्चों एवं किशोरों को इन आदर्शों में समाहित होने के क्रम में इसको प्रयोग करने के लिए प्रोत्साहित करना होता है; विशेषकर लड़के। धूम्रपान न करने वाले किशोरों के अनुदैर्घ्य अध्ययन में, जिनके पसंदीदा सिगरेट का विज्ञापन था, बाद में दो बार धूम्रपान की संभावना भी या ऐसा करने का इरादा था (डेविसन आदि, 2004)। किशोरों पर टीवी विज्ञापनों की बौछार होती है, जिसमें एथलीट दिखने वाले पुरुष के साथ बीयर को जोड़ा जाता है, बिकनी पहनी लड़कियाँ और "अच्छे समय" के साथ जुड़ी होती है। इसलिए ऐसा लगता है कि किशोर ड्रग का उपयोग करते हैं, क्योंकि वे उन्हें लक्षित संदेश देते हैं (एगोस्टिनल, 2002)। अधिकांश मीडिया विशेषतः शराब के लिए, सहयोगी मादक पदार्थ सफलता एवं खुशी के साथ उपयोग करते हैं, (जेर्निगन आदि, 2007)। अप्रत्यक्ष तरीके से भले ही इसके उपयोग को और अधिक प्रोत्साहित करते हों।

पारिवारिक कारक एवं प्रभाव : परवरिश शैली या माता-पिता का व्यवहार भी बच्चों एवं किशोरावस्था के मध्य मादक पदार्थ के उपयोग से संबंधित है (मारसेको, 2000)। शराबी माता-पिता अपने बच्चों के लिए क्या कर रहे हैं, इसकी निगरानी रखने की संभावना कम है और निगरानी की कमी के कारण अक्सर बच्चों और किशोरों का मादक द्रव्यों के सेवन करने वालों के साथ जुड़ाव हो जाता है (मार्सेनो एवं अन्य, 2000)। एक अस्थिर या अशांत पारिवारिक वातावरण, एक या दोनों माता-पिता, जो अप्रवासी थे, या माता-पिता की मृत्यु मादक पदार्थों के सेवन से जुड़ी है (सन, 2001)। इस प्रकार, इन परिवारों की विशेषताओं के साथ पारिवारिक संरचना भी मादक पदार्थों के सेवन के लिए जिम्मेदार है। माता-पिता के नियंत्रण के तरीके जिसमें परिपक्व और जिम्मेदार व्यवहार के लिए स्पष्ट आवश्यकताएं निर्धारित करना शामिल हैं, अनुशासन

की शक्ति-मुखर या सत्तावादी तकनीकों के विरुद्धक, परिणामस्वरूप पदार्थ का कम उपयोग है (लिडले एवं रोवे, 2006)। यद्यपि वे परिवार के सदस्यों को मादक पदार्थ के सेवन के खतरे में डाल सकते हैं, परिवार के कारक भी सुरक्षात्मक हो सकते हैं क्योंकि शोधकर्ताओं ने पाया है कि प्रभावी पारिवारिक रिश्ते उदाहरण के लिए परिवार की भागीदारी और संचार, सक्रिय पारिवारिक प्रबंधन या परिवार के प्रति लगाव युवाओं को मादक पदार्थों से बचाने का काम करते हैं (लिडले एवं रोवे, 2006)।

उपलब्धता : किशोरावस्था में मादक पदार्थों का उपयोग करते हैं क्योंकि सभी प्रकार के मादक पदार्थ आसानी से उपलब्ध हो जाते हैं (लिडले एवं रोवे, 2006)। जिस हद तक लोगों के लिए मादक पेय एवं पदार्थ सुलभ हैं, उदाहरण के लिए, शराब के उपयोग की मात्रा एवं स्थिति को प्रभावित करता है, सांस्कृतिक समारोहों और पार्टियों में शराब जैसी कई सामाजिक व्यवस्था में आसानी से उपलब्ध होती है, धूम्रपान के संबंध में, यदि सिगरेट को प्राप्त करना आसान एवं सस्ती माना जाता है, तो धूम्रपान की दर बढ़ जाती है (वेस्ट, 2017)।

मादक पदार्थ के उपयोग और निर्भरता के नकारात्मक परिणाम : शोध सुझाव देते हैं कि जो बच्चे अधिक शराब सेवन करते हैं उन्हें इससे जुड़े नकारात्मक परिणामों के अनुभव होने का खतरा बढ़ जाता है (तुरीसी, 2006)। इसके अलावा, जिन विद्यार्थियों को जो अत्यधिक शराब पीने वाले माने जाते हैं (अधिक शराब सेवन, एक माह में पांच या अधिक बार) आमतौर पर कम से अधिक गंभीर परिणामों से आगे बढ़ते हैं क्योंकि उनके व्यवहार में प्रगति होती है (मेरिल, वार्डेल एवं रीड, 2004)। मादक पदार्थों के सेवन और दुर्यवहार के परिणामस्वरूप विद्यार्थियों को अनुभव होने वाले कुछ और नकारात्मक परिणामों में शामिल है : खराब शैक्षिक प्रदर्शन, शराब के कारण खराब समझा जाना, शारीरिक चोट एवं यौन उत्पीड़न, शराब पीने के बाद गाड़ी चलाना, पुलिस का झंझट, शराब का अत्यधिक सेवन एवं इसके सहवर्ती प्रभाव, मृत्यु एवं एल्कोहल उपयोग विकार का उत्पन्न होना (एंडरसन, 2005; गिंजेल, 2007)। हिंगसेन (2009) के अनुसार कॉलेज विद्यार्थियों के लिए शराब पीकर गाड़ी चलाना, मृत्यु एवं घायल होने का प्राथमिक कारण है। हिंगसन एवं व्हाइट (2013) ने सुझाव दिया कि वार्षिक रूप से लगभग तीन मिलियन कॉलेज विद्यार्थी, शराब पीने के बाद गाड़ी चलाने का चुनाव करते हैं एवं ऐसा करके वे खुद एवं दूसरों को जोखिम में डाल देते हैं। बच्चे एवं किशोर जब नशे में होते हैं तब वे बहुत-से कुसमायोजित व्यवहारों में संलग्न हुए पाए जाते हैं जिसमें शामिल है शराब सेवन के बाद गाड़ी चलाना एवं कानून प्रवर्तन की भागीदारी की आवश्यकता होती है। शराब के नशे के साथ बाधित तर्क क्षमता, निर्णय लेने एवं महत्त्वपूर्ण सोच कौशल के साथ कानून प्रवर्तन के साथ कॉलेज के छात्र भागीदारी को भी शराब के दुरुपयोग के लिए जिम्मेदार ठहराया गया है (वार्फलर, 2016)। अत्यधिक शराब पीना एवं शराब की अधिकमात्रा के सेवन एवं छोटे समय सीमा के कारण सकारात्मक रूप से सहसंबद्ध किया गया है। इस प्रकार की घटनाएं स्वायत्त रूप से घातक एवं खतरनाक हो सकती है जिससे क्षणिक अंधता हो सकती है (व्हाइट एवं हिंगसन, 2014) इसके अलावा शराब का सेवन करने वाले किशोरों को अपने जीवन को गंभीरता से लेने के बारे में सोचने या उन चीजों को करने की अधिक संभावना है जो बाद में पछतावा करते हैं (ब्लैक, 2020)।

मादक पदार्थों का सेवन विश्व में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य चिन्ता है, जिसका विशेषकर युवाओं पर विशेष प्रभाव पड़ता है। मादक पदार्थों के खिलाफ लड़ाई उचित भागीदारी और मार्गदर्शन के बिना प्रभावी नहीं हो सकती है। इस प्रकार, यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि जब लक्षणों को प्रस्तुत करने वाले व्यक्ति के अलावा परिवार में कोई शराब या अवैध दवाओं के साथ शामिल होता है तो दोष, जिम्मेदारी और कार्य की समस्याएं उत्पन्न होंगे। परामर्शदाता, चिकित्सक, मनो-चिकित्सक की मदद से परिवार को दोष देने से बचना चाहिए और पारिवारिक संबंध को बेहतर बनाने में मदद करनी चाहिए जो मादक पदार्थ के उपयोग के लिए अनुकूल परिस्थितियों को बंद कर देते हैं। चित्र 6.5 इस संबंध में मादक पदार्थ उपयोग की स्थिति और देखभाल निरंतरता का वर्णन करता है।

सकारात्मक सामाजिक, शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य	मादक द्रव्यों का दुरुपयोग	मादक पदार्थ उपयोग विकार
मादक पदार्थों के दुरुपयोग से मुक्त होने की शारीरिक, मानसिक और सामाजिक स्थिति, जिसमें किसी व्यक्ति को अपनी क्षमताओं का अहसास करने के लिए जीवन के सामान्य तनावों का सामना करना पड़ता है, उत्पादक और फलदायक काम करते हैं और अपने या अपने समुदाय के लिए योगदान करते हैं।	किसी भी मादक द्रव्य का उपयोग इस तरीके, स्थिति, मात्रा या आवृत्ति के कारण होता है जो उपयोगकर्ता और/या उनके आस-पास के लोगों को नुकसान पहुँचा सकता है।	व्यक्तिगत रूप से स्वास्थ्य समस्याओं, दिव्यांगता और कार्य स्कूल या घर पर प्रमुख जिम्मेदारियों को पूरा करने में विफलता सहित पदार्थ के उपयोग के कारण होने वाली नैदानिक एवं कार्यात्मक रूप से महत्वपूर्ण हानि, व्यक्ति के कई लक्षणों के आधार पर निम्न, मध्यम से गंभीर तक एक निरंतरता पर मापा जाता है।

मादक पदार्थ उपयोग स्थिति निरंतरता



मादक पदार्थ उपयोग देखभाल निरंतरता

स्वास्थ्य वृद्धि	प्राथमिक रोकथाम	प्रारंभिक उपाय	उपचार	स्वास्थ्य लाभ समर्थन
इष्टतम शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना और स्वास्थ्य संचार एवं देखभाल सेवाओं, आय	साक्ष्य आधारित, कार्यक्रमों, और रणनीतियों के माध्यम से मादक पदार्थ के उपयोग के लिए व्यक्तिगत	प्रारंभिक अवस्था में मादक पदार्थ के सेवन की जांच एवं पता लगाना और संक्षिप्त हस्तक्षेप प्रदान करना।	लक्षणों को खत्म करने के लिए दवा, परामर्श और अन्य सहायक सेवाओं के माध्यम से हस्तक्षेप करना और संयम, शारीरिक, धार्मिक और मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखना और देखभाल	लंबी स्वास्थ्य लाभ की प्रक्रिया में सहायता के लिए बाधाओं को हटाकर सहायता प्रदान करना। इसमें सामाजिक,

बच्चों तथा किशोरों में विकासात्मक कारक

<p>और आर्थिक सुरक्षा और कार्यस्थल निश्चितता तक पहुँच के माध्यम से मादक पदार्थों के दुरुपयोग से मुक्त होना।</p>	<p>और पर्यावरणीय कारकों को संबोधित करना।</p>		<p>की अधिकतम कार्यात्मक क्षमता के स्तर को शामिल करना।</p> <ul style="list-style-type: none"> ● बाहरी रोगी सेवाएं, ● गहन बाहरी रोगी/आंशिक अस्पताल में भर्ती सेवाएं, ● आवासीय/भर्ती रोगी सेवाएँ, और ● चिकित्सीय गहन भर्ती रोगी सेवा का प्रबंधन करता है। 	<p>शैक्षिक, कानूनी और अन्य सेवाएं शामिल हैं जो स्वास्थ्य लाभ और जीवन की गुणवत्ता में सुधार की सुविधा प्रदान करती है।</p>
--	--	--	---	--

स्रोत : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/figure/ch4.f1/>

चित्र 6.5 : मादक पदार्थ उपयोग स्थिति एवं मादक पदार्थ उपयोग देखभाल निरंतरता।

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 3

1. मादक पदार्थ दुरुपयोग एवं मादक पदार्थ निर्भरता के मध्य अंतर स्पष्ट कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

2) मादक पदार्थों के दुरुपयोग की सामान्य श्रेणी के कुछ नाम बताइए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) मादक पदार्थ उपयोग विकार में मीडिया के योगदान की व्याख्या कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

बॉक्स 6.8 : मादक पदार्थों से संबंधित मिथक एवं तथ्य

- × मादक द्रव्यों का लती या आदी होना एक ही बातें हैं।
 - ✓ नहीं, एक व्यक्ति खुद दुखी हो सकता है या किसी मादक पदार्थ के प्रभाव में दूसरों को परेशान कर सकता है लेकिन इसका आदी नहीं हो सकता है।
- × जो लोग भेषज (Drug) का उपयोग बंद नहीं कर सकते वे कमजोर या अनैतिक होते हैं।
 - ✓ इसका सीधा-सा मतलब है कि व्यक्ति को वास्तविक बीमारी है और उसे मदद की आवश्यकता है।
- × यह समाज के निचले सामाजिक-आर्थिक स्तर में एक समस्या है।
 - ✓ यह समाज के हर स्तर को प्रभावित करता है और लिंग या उम्र के बावजूद पाया जा सकता है।
- × लोग जब चाहे भेषज का प्रयोग छोड़ सकते हैं इसके लिए इच्छा शक्ति की आवश्यकता होती है।
 - ✓ व्यसन व्यक्ति के मन और शरीर पर एक शक्तिशाली पकड़ रखता है, चक्र को तोड़ने में मदद करने के लिए पुनर्वास केंद्र और व्यसनी परामर्शदाताओं की आवश्यकता होती है।
- × दवा वाले भेषज सुरक्षित भेषज हैं।
 - ✓ गैर-चिकित्सा कारणों से दुरुपयोग करने पर वे खतरनाक भी हो सकते हैं।
- × डिटॉक्स (विषहरण) काफी है।
 - ✓ डिटॉक्स में व्यवस्था से विषाक्त पदार्थों को बाहर निकालना शामिल है यह पहला कदम है जो अंतिम नहीं है।
- × पुनर्वास कार्य नहीं करता, यह अमीर लोगों के लिए है।
 - ✓ पुनर्वास आवश्यक शिक्षा एवं जीवन-शैली प्रदान करता है। यह तृष्णाओं से लड़ने के कौशल सिखाता है।
- × यदि आप एक बार पुनर्वास से वापस आते हैं तो आप वापस एक वर्ग में आते हैं।
 - ✓ यह सामान्य है एवं पुनः आरोग्य होकर फिर रोगी होना अपेक्षित है, यह हार नहीं है। पुनः प्रयास करें।
- × स्वास्थ्य लाभ के दौरान एक भेषज से दूसरे में बदल रही है।
- × औषधि-सहायक उपचार स्वास्थ्य लाभ योजना का एक भाग है एवं तृष्णाओं को शांत करने में सहायता करता है; इसका उपयोग चिकित्सक की देखरेख में लाभदायक होता है।

6.4 अन्य बाहरी व्यवहार एवं समस्याएं

6.4.1 दहनोन्माद

यह एक आवेग नियंत्रण विकार है जिसमें व्यक्ति अपने आवेग को जान-बूझकर दहनोन्माद शुरू करने में विफल रहता है। व्यक्ति तत्काल संतुष्टि के लिए या खुशी प्राप्त करने के लिए इस तरह के व्यवहार में लिप्त होता है (हेल, 2008)। उनमें भड़काव और इसके स्थितिजन्य संदर्भों के बारे में आकर्षण या जिज्ञासा हो सकती है। इस घटना में एक अन्य महत्वपूर्ण योगदान तनाव का है। दहनोन्माद वाले किशोरावस्था में परिवार एवं दोस्तों के प्रति तनावपूर्ण रवैया काफी स्पष्ट है (गेल, 1998) जो विकार में एक महत्वपूर्ण योगदान हो सकता है यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि दहनोन्माद मौद्रिक लाभ के लिए किसी आपराधिक गतिविधि को छिपाने के लिए, क्रोध व्यक्त करने के लिए, बदला लेने के लिए, मतिभ्रम या भ्रम की प्रतिक्रिया के रूप में या खराब निर्णय के कारण नहीं की जाती है। प्रमुख चिन्ताओं में से एक है दहनोन्माद और बाल्यावस्था की जिज्ञासा या प्रयोग के मध्य अंतर करना, जिसमें दहनोन्माद, इसके परिणाम और साथ ही साथ इससे मिलने वाला आनंद हो सकता है।

6.4.2 चौर्योन्माद

यह एक आवेग नियंत्रण समस्या है जो आवर्तक अक्षमता के कारण उन वस्तुओं को चोरी करने से रोकने की अक्षमता है जिनकी वास्तव में जरूरत नहीं है। वे आमतौर पर गुप्त जीवन जीते हैं क्योंकि वे अपने व्यवहार और भावनात्मक आत्म-नियंत्रण की कमी के बारे में शर्मिंदा रहते हैं और इस प्रकार उपचार की मांग से डरते हैं। उन्हें किसी चीज़ को चुराने के लिए प्रलोभन या शक्तिशाली आग्रह का सामना करने में कठिनाई होती है जो उनके द्वारा आवश्यक भी नहीं है। यह आमतौर पर चिन्ता या मनोदशा में वृद्धि होती है जो खुशी, राहत या संतुष्टि के पश्चात् चोरी की ओर ले जाती है। वे, चोरी के कृत्य के पश्चात्, पश्चात्ताप, आत्म-घृणा, शर्म या गिरपतारी का डर भी महसूस करते हैं। उच्चकों के विरुद्धक, वे व्यक्तिगत लाभ के लिए चोरी नहीं बल्कि बदला लेने इत्यादि के लिए करते हैं। ये घटनाएं आमतौर पर स्वतःस्फूर्ति (पूर्व नियोजित नहीं) होते हैं और यह सहयोगी के रूप में किसी अन्य व्यक्ति की सहायता के बिना होते हैं। वे आमतौर पर सार्वजनिक स्थानों में चोरी करते हैं जैसे— सुपर मार्केट, स्टोर या पार्टियों आदि में।

6.4.3 कामचोरी

कामचोरी बिना अनुमति विद्यालय से अनुपस्थित होने वाली एक अद्वितीय प्रतिक्रिया है एवं आज विद्यालयों द्वारा सामना किये जाने वाली एक महत्वपूर्ण समस्या बनकर उभरी है (वाई, 2010; हक, 2011)। यह लगातार चर्चा रही है कि जो बालक विद्यालय नहीं जाते हैं वे लगातार शैक्षणिक क्षेत्रों में खराब प्रदर्शन करते हैं और आत्म-सम्मान कम होता है। इसे "वयस्क जीवन में निम्न गुणवत्ता एवं आर्थिक स्थिति के रूप में समझा जाता है" (रीड, 2010, पृ.3)। यह बच्चों को बाद में जीवन में आपराधिक गतिविधि के उच्च जोखिम में डालता है। बहुत-से शोधकर्ताओं ने स्पष्ट रूप से उपस्थिति को छात्रों की उपलब्धि के स्तर को मापने के लिए सबसे अधिक परिवर्तनशील महत्वपूर्ण के रूप में पहचान की गई है और इस प्रकार अनुपस्थिति के खिलाफ सुधारात्मक कार्यवाही

आवश्यक है। इस व्यवहार को समाप्त करने के लिए इसमें शामिल संभावित कारणों को समझना आवश्यक है उनमें से कुछ निम्न प्रकार हैं :

- **पारिवारिक कारक** : माता-पिता की शिक्षा, पर्यवेक्षण और घरेलू आय महत्वपूर्ण योगदान कारक हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, हेनरी (2007) ने निष्कर्ष निकाला कि पिता की शिक्षा कम होती है तो यह अधिक संभावना है कि बाल कामचोरी करेगा। घर पर मादक द्रव्य या शराब का उपयोग कामचोरी के जोखिम को बढ़ाते हुए अराजक या समस्यात्मक परिवार के माहोल को जन्म दे सकता है। परिवार में मानसिक स्वास्थ्य विकार की उपस्थिति भी इसमें योगदान दे सकती है। तलाक, शारीरिक या मौखिक दुरुपयोग एवं लगातार एक स्थान से दूसरे स्थान पर जाने जैसी समस्याएँ भी पुरानी अनुपस्थिति का कारण बन सकते हैं।
- **विद्यालय कारक** : कक्षा का आकार शिक्षकों का रवैया, साथियों, किसी छात्र की अनूठी ज़रूरतों को पूरा करने में असमर्थता, अनुशासन नीतियों के कारण व्यवहार में कमी आ सकती है। वे बालक जो विद्यालय में उसके वातावरण में असहज महसूस करते हैं, कम समायोजित हो पाते हैं, कम मूल्यवान होते हैं तब विद्यालय से भागने की कोशिश करते हैं। टोविन (2009) ने निष्कर्ष निकाला कि दण्ड देने से कामचोरी के बढ़ने की संभावना रहती है।
- **छात्र से संबंधित चर** : शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ, मादक पदार्थों का प्रयोग एवं दुरुपयोग एवं स्वयं का खराब प्रत्यक्षण अनुपस्थिति को बढ़ा सकते हैं। कामचोरी बच्चों में मानसिक स्वास्थ्य विकार के उदय दिखने का एक संकेतक हो सकता है। उदाहरण के लिए, अभिघातज उत्तर तनाव विकार अवसाद, चिन्ता इत्यादि। डीसोसियो एवं अन्य (2007) ने सुझाया कि कामचोरी विद्यालय विघटन, अलगाव एवं विद्यालय के प्रति प्रतिबद्धता की कमी, खराब उपलब्धि एवं भविष्य के लिए कम आकांक्षाओं का प्रतिनिधि है।



चित्र 6.6 : कामचोरी व्यवहार वाले बच्चों का विवरण

अपनी प्रगति की जाँच कीजिए 4

1) दहनोन्माद क्या है?

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

2) चौयोन्माद किस प्रकार से चोरी करना एवं चुराने से भिन्न है?

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

3) विद्यालय अनुपस्थिति के पीछे क्या संभावित कारण हो सकते हैं?

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

6.5 बाहरी समस्याओं के बीच अतिव्यापन

बाहरी विकारों के साथ अन्य विभिन्न प्रकार के विकारों का सह-संबंध होता है। उदाहरण के लिए, अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार एक सामान्य स्थिति है जो विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार के साथ सह-मौजूद है। अनियंत्रित व्यवहार दोनों में मौजूद है, लेकिन विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार का अनियंत्रित व्यवहार जान-बूझकर है, जबकि अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार के मामले में इसे खराब ध्यान या बाल की अशुद्धता के लिए जिम्मेदार ठहराया जाता है। इस प्रकार निदान से पहले चिकित्सकों के लिए लक्षण के आधार को समझना बहुत महत्वपूर्ण है। इसी प्रकार आचरण विकार को मादक पदार्थ उपयोग विकार के साथ सहयोगी पाया गया है (गोल्डस्टीन, 2009)। कामचोरी किसी भी अन्य बाहर व्यवहार के साथ अस्तित्व में हो सकती है। एक से अधिक बाहरी विकार को सह-घटना को *समरूपता सहरुग्णता* कहा गया है।

यद्यपि यह ठीक प्रकार से स्थापित किया गया कि आंतरिक एवं बाहरी विकार अलग-अलग क्षेत्र हैं, लेकिन बच्चों के लिए एक ही समय में दोनों प्रकार की समस्याओं का प्रदर्शन करना असामान्य नहीं है। इस प्रकार आंतरिक एवं बाहरी विकारों के सह-घटना के साथ व्यक्ति में विषम सहरुग्णता होती है। उदाहरण के लिए, एक बच्चा अवसादी एवं चिन्ताजनक स्थिति में हो सकता है एवं एक ही समय में शत्रुतापूर्ण या विनाशकारी

गतिविधियों में संलग्न हो सकता है। ओ कोनोर एवं सार्थियों (1998) के अनुसार, मादक द्रव्यों के सेवन एवं अवसाद की स्थिति लगातार एक के बाद एक होती है। इस प्रकार बाहरी समस्याओं वाले बच्चों के लिए यह असामान्य नहीं है कि वे अपने जीवनकाल में आंतरिक और अन्य बाहरी समस्याओं को विकसित करें।

6.6 सारांश

जब हम इकाई के अंत में आ गए हैं, आइये हम उन सभी बिंदुओं को दोहराएं जो हमने सीखे हैं।

- व्यवहार संबंधी समस्याओं को स्पष्ट करना उन समस्याओं को संदर्भित करता है जो बच्चों के बाहरी व्यवहार में प्रकट होती है। वे बाहरी पर्यावरण पर नकारात्मक रूप से कार्य करने वाले बच्चे को दर्शा सकते हैं, उदाहरण के लिए, विघटनकारी, आवेगी, अति सक्रिय या आक्रामक।
- विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार और आचरण विकार विघटनकारी आवेग नियंत्रण और आचरण विकार की मुख्य श्रेणी में आते हैं क्योंकि वे आक्रामकता या असामाजिक व्यवहार की मुख्य विशेषता को साझा करते हैं।
- आचरण विकार अधिकतर बाल्यावस्था में विरुद्धक दोष विकार के निदान से पहले होता है और बाद में समाज-विरोधी व्यक्तित्व विकार हो सकता है।
- अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार से पीड़ित बच्चे निरंतर ध्यान, अत्यधिक गतिक गतिविधि, सक्रियता और विभिन्न सामाजिक, व्यावसायिक/शैक्षणिक दुर्बलताओं के लिए अग्रणी आवेग को बनाए रखने में कठिनाइयों को प्रदर्शित करते हैं।
- मादक पदार्थ निर्भरता एक गंभीर प्रकार के मादक पदार्थ उपयोग विकारों को संदर्भित करता है जिसमें सहिष्णुता और अलगाव के लक्षण होते हैं जो किसी व्यक्ति के जीवन के विभिन्न क्षेत्रों को प्रभावित करते हैं।
- विद्यालय से जान-बूझकर अनुपस्थिति एवं अनावश्यक अकारण कृत्य को कामचोरी कहते हैं। इसमें वैध अनुपस्थिति शामिल नहीं है जैसे कि चिकित्सा की स्थिति या माता-पिता द्वारा दी गई अनुमति, आदि।

6.7 मुख्य शब्द

विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार : विशेष रूप से प्राधिकृत व्यक्ति की ओर, लगातार दोषपूर्ण, अवज्ञाकारी एवं शत्रुतापूर्ण व्यवहार की उपस्थिति द्वारा चरितार्थ है।

आचरण विकार : पुनरावृत्ति एवं व्यवहार का दृढ़ स्वरूप जो एक प्रकार से सामाजिक मानदंडों और अन्य लोगों के अधिकारों का उल्लंघन करता है।

अवधान न्यूनता/अतिक्रिया विकार : निरंतरता बनाए रखने में कठिनाइयां या ध्यान केंद्रित करने में, अतिरंजित गतिक गतिविधियों, सक्रियता एवं सामाजिक, व्यावसायिक/शैक्षणिक समस्याओं के लिए अग्रणी आवेग।

मादक पदार्थों का उपयोग : अनुचित ड्रग का उपयोग इस प्रकार, बार-बार अधिकता में मादक द्रव्यों का उपयोग जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में समस्याओं की ओर ले जाता है।

मादक पदार्थों पर निर्भरता : सहिष्णुता एवं अलगाव के लक्षणों से प्रेरित होती है जो जीवन के कई क्षेत्रों को प्रभावित कर सकती है और जो महत्वपूर्ण तनाव उत्पन्न करते हैं।

6.8 पुनरावलोकन प्रश्न

- 1) वाले बच्चों को उन परिस्थितियों में अपनी गतिविधि को नियंत्रित करने में कठिनाई होती है, जिनके लिए अभी भी बैठने की आवश्यकता होती है जैसे भोजन के समय, बोर्ड खेल खेलने के समय, इत्यादि।
- 2) अतिसक्रियता दो रूपों में प्रकट होती है अतिसक्रियता और अतिसक्रियता।
- 3) विरुद्धक अवज्ञाकारी विकार एवं आचरण विकार में सम्मिलित कारण एवं जोखिम कारकों की चर्चा कीजिए।
- 4) बच्चे एवं किशोरावस्था में मादक पदार्थ के उपयोग एवं दुरुपयोग में क्यों लिप्त रहते हैं?
- 5) ध्यानहीनता, अतिसक्रियता, आवेगशीलता शब्दावली की व्याख्या कीजिए।
- 6) कामचोरी से संबंधित लक्षणों की व्याख्या कीजिए।
- 7) क्या आंतरिक एवं बाहरी विकार साथ-साथ उत्पन्न हो सकते हैं? व्याख्या कीजिए।

6.9 संदर्भ एवं पढ़ने के सुझाव

Agostinelli, G., & Grube, J. W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. *Alcohol Research & Health*, 26(1), 15.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2009). ODD: A guide for families by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Anderson, D. A., Martens, M. P., & Cimini, M. D. (2005). Do female college students who purge report greater alcohol use and negative alcohol-related consequences?. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 65-68.

Anderson-Butcher, D., & Ashton, D. (2004). Innovative models of collaboration to serve children, youths, families, and communities. *Children & Schools*, 26(1), 39-53.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive function: Constructing a unified theory of ADHD. *Psychol. Bull.*, 121, 65-94.

Becker, K. D., Stuewig, J., Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2004). A study of firesetting and animal cruelty in children: Family influences and adolescent outcomes. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43, 905-12.

Bedendo, A., Andrade, A. L. M., & Noto, A. R. (2016). *Neurobiology of substance abuse. In Innovations in the Treatment of Substance Addiction* (pp. 17-34). Springer, Cham.

Biederman, J., Monteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferraro, F., et al. (2004). Impact of executive function deficits and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 72, 757-76.

Black, C. (2020). *It will never happen to me: Growing up with addiction as youngsters, adolescents, and adults*. Central Recovery Press.

Blanton, H., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Conger, K. J., & Smith, G. E. (1997). Role of family and peers in the development of prototypes associated with substance use. *Journal of Family Psychology*, 11(3), 271.

Burke, J.D., Loeber, R., Birmaher, B. (2002), Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1275-1293.

Bye, L. (2010). *Truancy prevention and intervention: A practice guide*. Oxford: Oxford University Press.

Chadda, R. K., & Sengupta, S. N. (2002). Tobacco use by Indian adolescents. *Tobacco induced diseases*, 1(2), 1-9.

Connor, D.F. (2002), *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.

De Visser, R. O., & Smith, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology and health*, 22(5), 595-614.

DeSocio, J., VanCura, M., & Nelson, L. (2007, April). Engaging Truant Adolescents: Results From a Multifaceted Intervention Pilot. *ProQuest Education Journals*, 51, 3-11.

Dhawan, A., Pattanayak, R. D., Chopra, A., Tikoo, V. K., & Kumar, R. (2017). Pattern and profile of children using substances in India: Insights and recommendations. *The National medical journal of India*, 30(4), 224.

Dineshkumar, S. D. (2019). A study on substance abuse and its ill-effects among youth. *International Journal of Research in Social Sciences*, 9(1), 683-696.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H., Sidora, K. (2000), Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA* 284:1385-1391.

Ekpang, P. U., & Abu, C. B. (2015). Relationship between drug abuse and psychosocial behaviours among adolescents' in senior secondary schools in cross river state, nigeria-counseling interventions. *European Journal of Business and Management*, 7(36), 151-159.

Ellickson, P. L., Collins, R. L., Hambarsoomians, K., & McCaffrey, D. F. (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*, 100(2), 235-246.

Gans, S. (2020, April 19). Substance Use Overview. Very well Mind. Retrieved from: <https://www.verywellmind.com/substance-use-4014640>

- Ginzler, J. A., Garrett, S. B., Baer, J. S., & Peterson, P. L. (2007). Measurement of negative consequences of substance use in street youth: An expanded use of the Rutgers Alcohol Problem Index. *Addictive behaviors, 32*(7), 1519-1525.
- Goldstein, R. B., Grant, B. F., Ruan, W. J., Smith, S. M., & Saha, T. D. (2006). Antisocial personality disorder with childhood-vs adolescence-onset conduct disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J. Nerv. Ment. Dis., 194*(9), 667-75.
- Goldstein, S. (2009). Current literature in ADHD summarized by Sam Goldstein. *Journal of Attention Disorders, 12*(4), 386-88.
- Happe, F., & Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *Brit. J. Develop. Psychol., 14*, 385-98.
- Hasin, D., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K., & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV) and International Classification of Diseases, (ICD-10). *Addiction, 101*, 59-75.
- Henry, K. L. (2007, January). Who's Skipping School: Characteristics of Truants in 8th and 10th Grade. *The Journal of School Health, 77*, 29-35.
- Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics, 123*(6), 1477-1484.
- Hingson, R., Zha, W., Simons-Morton, B., & White, A. (2016). Alcohol-induced blackouts as predictors of other drinking related harms among emerging young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 40*(4), 776-784.
- Huck, J. L. (2011). Truancy programs: Are the effects too easily washed away? *Education and Urban Society 43*, 499-516. doi:10.1177/0013124510380716
- Jernigan, D. H., Padon, A., Ross, C., & Borzekowski, D. (2017). Self-reported youth and adult exposure to alcohol marketing in traditional and digital media: Results of a pilot survey. *Alcoholism: clinical and experimental research, 41*(3), 618-625.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics, 103*(Supplement 2), 1085-1099.
- Karberg, J. C., & James, D. J. (2005). Substance dependence, abuse, and treatment of jail inmates, 2002. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Kelly, J. F. (2004). Toward an addictionary: A proposal for more precise terminology. *Alcoholism Treatment Quarterly, 22*(2), 79-87.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(1), 19.

- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood : A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 537–550. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health, 28*(3-4), 194-205.
- Lantz, P. M. (2003). Smoking on the rise among young adults: implications for research and policy. *Tobacco control, 12*(suppl 1), i60-i70.
- Lebese, R. T., Ramakuela, N. J., & Maputle, M. S. (2014). Perceptions of teenagers about substance abuse at Muyexe village, Mopani district of Limpopo Province, *South Africa. African Journal for Physical, Health Education, Recreation & Dance, 1*.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(1), 12.
- Marcenko, M. O., Kemp, S. P., & Larson, N. C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(3), 316-326.
- Margolin, G., Ramos, M. C., Baucom, B. R., Bennett, D. C., & Guran, E. L. (2013). Substance use, aggression perpetration, and victimization: temporal co-occurrence in college males and females. *Journal of interpersonal violence, 28*(14), 2849-2872.
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 901–917. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.901>
- Merrill, J. E., Wardell, J. D., & Read, J. P. (2014). Drinking motives in the prospective prediction of unique alcohol-related consequences in college students. *Journal of studies on alcohol and drugs, 75*(1), 93-102.
- Mohan, L., Yilanli, M., & Ray, S. (2020). Conduct Disorder. *StatPearls* [Internet].
- National Institutes of Health, & United States of America. (2007). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*.
- Nichter, M., Quintero, G., Nichter, M., Mock, J., & Shakib, S. (2004). Qualitative research: contributions to the study of drug use, drug abuse, and drug use (r)-related interventions. *Substance use & misuse, 39*(10-12), 1907-1969.
- Nigg, J. T., Stavro, G., Ettenhofer, M., Hambrick, D. Z., Miller, T., & Henderson, J. M. (2005). Executive functions and ADHD in adults: Evidence for selective effects on ADHD symptom domains. *J. Abn. Psych., 114*(4), 706–17.

- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national comorbidity survey replication. *J. Child Psych. Psychiatry*, 48(7), 703–13.
- O'Connor, B. P., McGuire, S., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1998). Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: A common genetic liability. *J. Abn. Psychol.*, 107(1), 27–37.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., ... & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.
- Pechmann, C., & Knight, S. J. (2002). An experimental investigation of the joint effects of advertising and peers on adolescents' beliefs and intentions about cigarette consumption. *Journal of Consumer Research*, 29(1), 5-19.
- Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Berry, C. C. (1998). Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Jama*, 279(7), 511-515.
- Reid, K. (2010). Finding strategic solutions to reduce truancy. *Research in Education*, 84, 1-18.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2005). The adolescent: Development, relationships and culture. Pearson Education New Zealand.
- Rikhotso, A. L. (2002). Factors influencing substance abuse and risk for HIV infection among Black adolescents (Doctoral dissertation).
- Robert, E. H. (2008). Impulse Disorders Not Elsewhere Classified. In Stuart C. Yudofsky; Glen O. Gabbard (eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Pub. ISBN 9781585622573.
- Singh, D., Chawarski, M. C., Schottenfeld, R., & Vicknasingam, B. (2013). Substance abuse and the HIV situation in Malaysia. *Journal of food and drug analysis*, 21(4), S46-S51.
- Stickle, T. R., & Blechman, E. A. (2002). Aggression and fire: Antisocial behavior in firesetting and nonfiresetting juvenile offenders. *J. Psychopath. Behav. Assess.*, 24, 177–93.
- Story, M., & French, S. (2004). Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(1), 1-17.
- Sun, Y. (2001). Family environment and adolescents' well-being before and after parents' marital disruption: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 697-713.
- Thomas, C. R. (2010). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 223–39). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Tobin, L. (2009, November 3). Education: don't just walk away: truancy rates are up and policies don't seem to be working. a new study suggests a change of track.. *The Guardian*, 3.

Turrisi, R., Mallett, K. A., Mastroleo, N. R., & Larimer, M. E. (2006). Heavy drinking in college students: who is at risk and what is being done about it?. *The Journal of general psychology*, 133(4), 401-420.

Weiser, M., Reichenberg, A., Grotto, I., Yasvitzky, R., Rabinowitz, J., Lubin, G., ... & Davidson, M. (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1219-1223.

Wender, P. H. (2000). *ADHD: Attention deficit hyper-activity disorder in children and adults*. Oxford: Oxford University Press.

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 32(8), 1018-1036.

White, A., & Hingson, R. (2013). The burden of alcohol use: excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol research: current reviews*.

Worfler, K. R. (2016). Examining college students in recovery from a substance use disorder through interpretative phenomenological analysis (Doctoral dissertation, Colorado State University).

World Health Organization, World Health Organization. Substance Abuse Department, World Health Organization. Department of Mental Health, & Substance Abuse. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. World Health Organization.

Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Coid, J. (2007). Childhood institutional care and personality disorder traits in adulthood: Findings from the British National Surveys of Psychiatric Morbidity. *Am. J. Orthopsychiat.*, 77(1), 67-75.

6.10 ऑनलाइन संसाधन (स्रोत)

- Substance Use Disorder by Psych Hub
<https://youtu.be/Hgn7MJjMfkk>
- What is ADHD by Psych Hub
<https://youtu.be/5l2RIOhDXvU>
- Substance Use Disorders
<https://youtu.be/tPhcRBkVmUM>

पुनरावलोकन प्रश्न के उत्तर

- 1) अवधान न्यूनता
- 2) पेशीय, स्वर



ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY