इकाई **1.**संज्ञानात्मक विकृति (स्मृतिलोप, उन्माद एवं मनोभ्रंश) के स्वरूप; अल्ज़ाइमर के प्रकार, अन्य मेडिकल अवस्थाओं से उत्पन्न मनोभ्रंश (Nature of Cognitive Disorder (Amnesia, Delirium and Dementia); Types of Alzheimer, and Other Medical Conditions Causes of Dementia)

इकाई संरचना -

1.1 प्रस्तावना

1.2 उद्देश्य

1.3 संज्ञानात्मक विकार की प्रकृति।

1.3.1 संज्ञानात्मक विकारों के प्रकार जैसे-डिमेंशिया, डिलीरियम, एम्नीशिया,अल्जाइमर के प्रकार

1.4 संज्ञानात्मक विकारों का तुलनात्मक विवरण।

1.4.1 अन्य चिकित्सीय स्थितियों / कारणों से होने वाला डिमेंशिया।

1.5 सारांश

1.6 शब्दावली

1.7 संदर्भ ग्रंथ सूची

1.8 सहायक/उपयोगी पाठ्य सामग्री

1.9 निबन्धात्मक प्रश्न

1.1 प्रस्तावना (Introduction)

संज्ञानात्मक विकारों (Cognitive Disorders) से संबन्धित यह पहली इकाई है। इस इकाई में आपको संज्ञानात्मक विकारों की प्रकृति, उनके प्रकार आदि के बारे में बताया गया है। इस इकाई में संज्ञानात्मक विकारों के अंतर्गत डिलीरियम, डिमेंशिया, डिमेंशिया अल्जाइमर टाइप (DAT), और एम्नीशिया विकारों की प्रकृति, निदान, प्रसार, कारणों एवं चिकित्सीय उपचार का विस्तृत वर्णन किया गया है।

संज्ञानात्मक विकारों की तुलनात्मक प्रकृति का वर्णन और अन्य चिकित्सीय स्थितियों से होने वाले डिमेंशिया का विस्तृत वर्णन आपको इस इकाई में बताया गया है।

1.2 उद्देश्य (Objectives)

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप-

1. संज्ञानात्मक विकारों के स्वरूप को बता सकेंगें।
2. संज्ञानात्मक विकारों के विभिन्न प्रकारों को सूचीबद्ध कर सकेंगें।
3. संज्ञानात्मक विकारों की नैदानिक प्रकृति, कारणों, प्रसार, तथा उपचार एवं प्रबंधन को बता सकेंगें।
4. विभिन्न संज्ञानात्मक विकारों का तुलनात्मक विश्लेषण एवं उनमें विभेदीकरण कर सकेंगें।
5. अन्य चिकित्सीय स्थितियों से होने वाले डिमेंशिया के स्वरूप व प्रकारों को जान सकेंगें।

1.3संज्ञानात्मक विकारों की प्रकृति (Nature of Cognitive Disorders)

संज्ञानात्मक विकार मुख्य रूप से सीखना, स्मृति, चिंतन, तर्कना क्षमता (Logical Ability), प्रत्यक्षण समस्या समाधान (ProblemSolving), और भाषा आदि मानसिक प्रक्रियाओं और संज्ञानात्मक क्षमताओं को प्रभावित करते हैं। इसमें, डिमेंशिया, अल्जाइमर रोग, एम्नीशिया और डिलीरियम आदि रोग आते हैं। चिंता विकार, मूड डिसऑर्डर और साइकोटिक विकार आदि भी स्मृति एवं संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं और क्षमताओं को प्रभावित करते हैं, परंतु इन्हें संज्ञानात्मक विकार की श्रेणी में इसलिए नहीं रखा गया है, क्योंकि इन विकारों में संज्ञानात्मक हास इनका मुख्य लक्षण नहीं है। संज्ञानात्मक विकारों से ग्रसित व्यक्ति सूचनाओं को ठीक प्रकार से संसाधित (Processed) नहीं कर पाता है। इन व्यक्तियों को समस्या समाधान, सूचनाओं को अर्जित करने, अनुक्रिया करने की समस्याओं के चलते दैनिक जीवन में

बहुत सी कठिनाईओं का सामना करना पड़ता है। DSMIII (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) में डिलीरियम, डिमेंशिया और एमेनिस्टक डिसऑर्डर को "आरगेनिक मेंटल डिसऑर्डर" (Organic Mental Disorder) की श्रेणी में रखा गया था। परंतु DSM–IV में इस शब्दावली (Nomenclature) को हटा दिया गया। DSM–IV-TR(DSM का नवीन संस्करण) में इन विकारों को एक अन्य वर्ग ''डिलीरियम, डिमेंशिया और एमेनिस्टक डिसऑर्डर एंड अदर कागनेटिव डिसऑर्डर" में रखा गया है। इन तीनों स्थितियों (डिलीरियम, डिमेंशिया और एमेनिस्टक डिसऑर्डर) का जिनमें स्मृति की गड़बड़ी शामिल है, का एक सामान्य वृद्धावस्था से अंतर किया जाना अत्यधिक महत्वपूर्ण होता है। जैसे-जैसे व्यक्ति वृद्ध होता है, संज्ञानात्मक क्षमताएं जैसे स्मृति और जटिल (Complex) समस्या समाधान कम प्रभावशाली होने लगती हैं। मस्तिष्क की बहुत सी रोगात्मक स्थितियां वृद्धावस्था में आम हो जाती हैं। जैसे डिमेंशिया की सम्भावना 85 वर्ष के ऊपर अधिक हो जाती है (APA,2000)। परंतु ये संज्ञानात्मक विकारों से किस प्रकार अलग है, इस इकाई में इसका विस्तृत वर्णन किया गया है। DSM-IV-TR के बहु-अक्षीय (Multiaxial) वर्गीकरण में डिमेंशिया, डिलीरियम और एमेनिस्टक डिसऑर्डर को अक्ष एक (Axis I) में रखा गया है।

1.3.1 डिलीरियम (Delirium)

डिलीरियम को बरसों पहले चिन्हित कर लिया गया था। हिप्पोक्रेट्स ने 500 BC में फ्रिनीटिस (Phrenitis) एक मानसिक विकार का वर्णन किया था, जो विषाक्ता, सिर के आघात, और उच्च ज्वर से होता था। उन्नीसवीं शताब्दी तक इसके अन्य कारणों की पहचान की गयी। DSM-I में इसे "एक्यूट ब्रेन सिंड्रोम" (AcuteBrainSyndrome) नाम दिया गया। इसे अन्य नामों जैसे "एक्यूट कनफ़्युजनल स्टेट" (acute confusional state) "टाक्सिक साइकोसिस" (ToxicPsychosis) और "मेटाबोलिक एनसिफ़्लोंपैथी" (Metabolicencephalopathy) आदि नामों से भी से जाना जाता था (APA,1980)।

वर्तमान में डिलीरियम को परिभाषित करते हुए कहा गया है, कि "यह चेतना अवस्था या चेतना में एक परिवर्तन है, जिसमें आस-पास की दुनिया की विस्मृति, स्मृति (विशेषकर नवीन स्मृति) में गड़बड़ी, भ्रम (Hallucination) व विभ्रम (Delusion) और अपने वातावरण के प्रति ध्यान में कमी होती है." यह बहुत तेजी से होता है, और दिन भर में इसकी गंभीरता और अवधि के दृष्टिकोण से बदलाव होता रहता है।

यह एक जैविक (Biological) या कायिक (Somatic) मानसिक विकार है। इसकी शुरुआत तीव्र होती है। इसमें विशेषतया: चेतना, ध्यान(Attention), धारण (retention), सोच, स्मृति, भावनाओं, तथा नींद – जाग्रत चक्र में गड़बड़ी होती है। यह क्षणिक अवस्था है, जो कि लगभग चार सप्ताह में पूरी तरह ठीक हो जाती है। यह एक अस्थाई स्थिति होती है। यह प्रसंगों (Episodes) के रूप में होता है, और यह स्थिति अस्थाई एवं बार-बार घटित होती है। डिलीरियम में स्थितिजन्य जागरूकता (Situational awareness) एवं नवीन सूचना का संसाधन कठिन होता है। डिलीरियम एक मानसिक भ्रम की स्थिति है, जो कि मस्तिष्क उपापचय (Brain Metabolism) में गड़बड़ी के कारण उत्पन्न होती है। यह स्थिति अपेक्षाकृत तेजी से शुरू हो कर उच्च मानसिक प्रक्रियाओं में व्यवधान डालती है। यह तीव्र भ्रम की स्थिति सामान्य चेतना और अचेतना या बेहोशी की नींद (Coma) के बीच की स्थिति है। इसमें चेतना या जागरूकता के स्तर तथा संज्ञानात्मक कार्यों में बदलाव होता है।

प्रसार (Prevalence)

डिलीरियम किसी भी एक समय में एक प्रतिशत जनसंख्या में होता है। अस्पताल में भर्ती 10-30 प्रतिशत रोगियों को यह प्रभावित करता है। अस्पताल में भर्ती कैंसर के रोगियों के एक चौथाई और अस्पताल में भर्ती एड्स रोगियों में डिलीरियम का विकास हो जाता है। डिलीरियम किसी भी आयु में हो सकता है। तथा बच्चों में भी इसका जोखिम होता है। बुजुर्ग व्यक्तिओं में इसका जोखिम ज्यादा होता है।

डिलीरियमकी नैदानिक विशेषतायें (Clinical Symptoms of Delirium)

यह एक संज्ञानात्मक मानसिक विकार है। जिसमें अपेक्षाकृत सम्पूर्ण रूप से मानसिक क्षमता क्षीण हो जाती है। यह क्षीणता ध्यान में कमी (अपर्याप्त ध्यान, एवं एकाग्रता में कमी), उत्तेजना में कमी, चेतना में कमी, स्मृति में कमी (नवीन घटनाओं को याद व स्मरण में परेशानी), अनुकूलन में कमी (समय, स्थान व व्यक्ति के बारे में भटकाव), प्रत्यक्षण में कमी (दृष्टि सम्बन्धी भ्रम) और बात-चीत, बोलचाल या वाक शक्ति एवं भाषा आदि में कमी। इसके अतिरिक्त नींद एवं जागने के चक्र (Sleep-Wakefulness Cycle) में परिवर्तन। नींद व जाग्रत चक्र में गड़बड़ी जो कि अत्यधिक नींद (Hypersomnia) से लेकर अनिद्रा (Insomnia) की स्थिति भी हो सकती है। तथा कभी-कभी कम जाग्रत अवस्था जिसे "बादल आच्छादित चेतना" (Clouded Consciousness) कहा जाता है, भी हावी होने लगती है। इसका आरंभ शीघ्र होता है। आमतौर पर यह स्थिति बदली (Reversible) जा सकती है। यह किसी भी उम्र के व्यक्तियों में हो सकता है, परंतु अधिक उम्र के लोगों में इसका जोखिम ज्यादा रहता है। विभ्रम (Hallucination) और व्यामोह (Delusions) इसका एक सामान्य लक्षण है। इसके अतिरिक्त इसमें

असामान्य मनोगतिकी (Psychomotor) गतिविधियां होने लगती हैं। परिभाषा के अनुसार इसके पीछे शारीरिक कारण जैसे चिकित्सीय स्थिति, दवा या कोई विषाक्ता होती है। डिलीरियम अपेक्षाकृत संक्षिप्त होता है, परन्तु इसमें सम्पूर्ण संज्ञानात्मक हानि होती है। डिलीरियम के व्यक्ति को समय व स्थान का आभास नहीं रहता है, दिन व रात में भ्रांति होती है। इनका ध्यान जल्दी-जल्दी विस्थापित होता है, जिससे इनसे वार्तालाप संभव नहीं हो पाता है। चलन गतिविधि भी अनिश्चित या घटने बढ़ने के साथ सक्रियता व सुस्ती के बीच स्थानांतरित तथा डोलने लगती है (APA,2000)।

संज्ञानात्मक गड़बड़ी के साथ व्यवहार में बदलाव जैसे-आक्रामकता, गुस्सा और विषाद आदि होता है। दृष्टि विभ्रम मुख्यतया जानवरों व व्यक्तियों की अधिकता होती है। भाषागत विकृतियां व गड़बड़ी होती है, जैसे उच्चारण की कठिनाई, चीजों के नाम, भाषण अवरोधों व अभिव्यक्ति की कठिनाई, वस्तुओं के नाम लेने में अक्षमता, बेतुकी शाब्दिक अभिव्यक्ति (Verbalization), पुनरावृति (Repetition) और शब्दों को समझने की कठिनाई आदि शामिल हैं। लेखन क्षमता भी प्रभावित होती है।

डिलीरियम आमतौर पर तीव्र होता है, तथा यह कुछ घंटों या दिनों में विकसित होकर सप्ताह या कभी-कभी महीने के भीतर खत्म हो जाता है। अगर इसके कारणों की पहचान नहीं हो पाती है, तो व्यक्ति बहोशी के बाद कोमा में चला जाता है।

- पल्टनीय (Reversible) अर्थात इस स्थिति को बदला जा सकता है।
- कुछ मामलों में मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए प्रगति हो सकती है।
- 10-20 % मामलों में कोमा और मृत्यु हो जाती है।

अब आप देखेंगे कि कौन-कौन से कारण हैं जो डिलीरियम के लिए उत्तरदाई हैं। डिलीरियम के कारण निम्न तालिका में दर्शाए गए हैं।

डिलीरियम के कारण (Causes of Delirium)

1	अन्त: कपालीय कारण (Intracranial Causes)(मस्तिष्क से सम्बंधित) • मिर्गी (Epilepsy) • मस्तिष्क आघात (Brain Trauma) • मेनिनजाईटिसया मस्तिष्कज्वर की सूजन (Encephalitis) • एनसेफेलाइटिस या मस्तिष्क कपालीय कारण (Intracranial Causes) (मस्तिष्क से संबन्धित) • वासकुलर डिसऑर्डर जैसे दौरा (Vascular Disorder e.g., Fits)
2	दवाएं एवं टॉक्सिन (Drugs and toxins) • एल्कोहल (Alcohol) • एंटीकनवल्जेंट (Anticonvulsants) • एंटीहाइपरटेनसिव (Antihypertensive) • एंटीपरकिन्सन दवाएं (Anti-Parkinson drugs) • एंटीसाइकोटिक (Antipsychotic drugs)
3	अन्तःस्रावी ग्रंथियों की असामान्यता या एन्डोक्रेनियल डिसफन्क्सन (Endocrinal Dysfunction) एड्रीनल,पैराथाइराइड,पिटुयुटरी और थाइराइड अन्तःस्रावी ग्रंथियों का अति व निम्न स्राव।
4	उपापचयी कारण या मेटाबोलिक कारण (Metabolic Causes)
5	पोषक तत्वों की कमी या न्यूट्रिशनल डेफिसियन्सी (Nutritional Deficiency) • थायमीन की कमी (Thiamine deficiency) • निकोटिन एसिड की कमी (Nicotinic acid deficiency) • विटामिन बी 12 की कमी (B12 Deficiency)
6	संक्रमण (Infection)

अभ्यास प्रश्न

1. डिलीरियम के लक्षणों को सूचीबद्ध कीजिए।
2. डिलीरियम विकार के कारणों का वर्णन कीजिए।

1.3.2 मनोभ्रंशया डिमेंशिया(Dementia)

मनोभ्रंश बहुत से लक्षणों हेतुएक शब्द है।इन लक्षणों के अंतर्गत व्यक्ति की स्मृति क्षमता तथा तर्कणा कौशलों व क्षमता में हास होना है।अधिक गंभीर अवस्था में व्यक्ति दैनिक क्रियाकलापों को करने में भी असमर्थ हो जाता है। मनोभ्रंश के 60-80% मामलों में अल्जाइमर रोग इसका कारण होता है। डिमेंशिया आमतौर पर अपरिवर्तनीय एवं प्रगतिशील बीमारी है। मनोभ्रंश उच्च मानसिक कार्यों जैसे स्मृति, चिंतन, भाषा, सीखना, निर्णयामक्ता में एक प्रकार की क्षति है। मनोभ्रंश का उपचार संभव नहीं है। मनोभ्रंश के लक्षण जीवन के हर कार्यो में व्यवधान डालते हैं। आरंभ में मनोभ्रंश के लक्षणों में स्मृति हास से अधिक अन्य लक्षण प्रकट हो सकते हैं। जैसे-व्यवहार में परिवर्तन, संतुलन बनाने में मुश्किल आना, बोलने में परेशानी आदि। मनोभ्रंश के लक्षण अनेक रोगों के कारण भी हो सकते हैं जैसे-अल्जाइमर रोग, लेवी बॉडीज रोग, वासकुलर डिमेंशिया, एवं पार्कीन्सन रोग आदि।

डिमेंशिया अनेक रोगों के कारण भी हो सकता है। अधिकांश रोग ऐसे हैं, जिनमें मस्तिष्क की हानि ठीक नहीं की जा सकती। मस्तिष्क के किस हिस्से में हानि हुई है, उसके अनुसार ही लक्षण प्रकट होते हैं। भारत में अधिकांशतया: आयु बढ़ने को इन सब लक्षणों का कारण माना जाता है। अक्सर बुढ़ापे के स्वाभाविक लक्षण समझ कर डिमेंशिया के लक्षणों को नजरंदाज कर दिया जाता है और समय से उपचार संभव नहीं हो पाता है। विश्व भर में डिमेंशिया की पहचान और इसके कारणों की पहचान पिछले कुछ दशक में ज्यादा बेहतर हुई है।

<u>प्रसार (Prevalence)</u>

मुख्यतया यह वृद्धावस्था से संबन्धित समस्या है। इसका प्रसार 65 वर्ष से ऊपर के व्यक्तियों में 5% तथा 80 वर्ष से ऊपर के व्यक्तियों में 20% है। 60 वर्ष से कम उम्र के व्यक्तियों में यह प्रायः दृष्टिगत नहीं होता है।

<u>लक्षण (Symptoms)</u>

डिमेंशिया में लघु कालीन एवं दीर्घ कालीन स्मृति में परेशानी,अमूर्त चिंतन (Abstract Thinking) जैसे-सम्प्रत्ययों को समझने व बताने में कठिनाई, निर्णय क्षमता (Judgement) में हास, उच्च कॉर्टेक्स कार्यों जैसे भाषा, वस्तुओं को पहचानने में कठिनाई में होती है। साथ ही सामाजिक कार्यात्मकता बुरी तरह बाधित होती है। डिमेंशिया के लक्षण विभिन्न प्रकार के हैं। निम्न मानसिक कार्य मुख्य रूप से प्रभावित होते हैं।

- नवीन बातों को याद रखने में कठिनाई।
- तर्कण क्षमता व निर्णय क्षमता में कमी।
- लोगों से मेलजोल न कर पाना।
- दैनिक सामान्य कार्यों को करने में कठिनाई।
- संवेगों एवं भावनाओं को अभिव्यक्त करने में कठिनाई।
- व्यक्तित्व में परिवर्तन।
- हाल की घटनाओं को भूल जाना।
- बातचीत के समय सही शब्द याद न आना।
- बैंक की स्टेटमेंट न समझ पाना।
- भीड़ में घबरा जाना।
- मोबाइल या किसी डिवाइस के बटन न समझ पाना या उन्हें संचालित करने में परेशानी होना ।
- जरूरी निर्णय न ले पाना।
- लोगों और साधारण वस्तुओं को न पहचान पाना।
- कुछ व्यक्ति अधिक उतेजित रहने लगते हैं।
- कुछ व्यक्ति अन्य व्यक्तियों से मिलना बंद कर देते हैं।

मुख्य कारण (Main Cause)

65 % अल्जाइमर रोग के कारण।

15 % बहु रोधगलितांश डिमेंशियाद्वारा (Multi-infract Dementia)

अन्य दूसरे कारणों द्वारा।

<u>कुछ चिकित्सा योग्य कारण (Medical Cause)</u>

अन्य बहुत सी स्थितियों से डिमेंशिया हो सकता है। इनमें से बहुत सी स्थितियां प्रतिवर्ती (reversible) होती हैं अर्थात जिन्हें बदला या ठीक किया जा सकता है या जिनका उपचार संभव है जैसे-थाइराइड तथा

विटामिन की कमी आदि द्वारा होने वाला डिमेंशिया। यदि निम्न कारणों से डिमेंशिया होता है, तब इन स्थितियों का इलाज़ संभव है-

- दवाईयां (Medicines)
- सांवेगिक विषाद (Emotional Depression)
- विटामिन बी 12 न्यूनता (Vitamin B12 Deficiency)
- मद्पानता (Chronic Alcoholism)
- ट्यूमर और मस्तिष्क संक्रमण (Certain tumours or infections of brain)
- मस्तिष्क में रक्त के थक्के के कारण दबाव (Blood clots pressing the brain)
- उपापचय असंतुलन थाइराइड, व्रक्क, और यक्रत (Metabolic imbalances thyroid,kidney or liver)

मनोभ्रंश के कारण (Causes of Dementia)

1।	न्यूरो-अपक्षयी विकार (Neuro-Degenerativedisorders)# • अल्जाइमर रोग (Alzheimer's Disease)* • पार्किंसन रोग (Parkinson's Disease)* • पिक्स रोग (Pick's Disease)* • हनटिंगटन'स रोग (Huntington's disease)* • विल्सन रोग (Wilson's Disease)* • लेवी बॉडी विकार (Lewy Body Disease)*
2.	संवहन डिमेंशिया (Vascular Dementias)* • बहु रोधगलितांश डिमेंशिया (Multi-Infract Dementia)*
3.	संक्रमण (Infections) • एचआईवी रोग द्वारा डिमेंशिया (HIV Disease) • क्रूजफेल्ट जेकब विकार (Creutzfeldt-Jacob disease)*

	• मस्तिष्क की सूजन (Encephalitis) • दीर्घ कालिक मस्तिष्कज्वर (Chronic meningitis)
4.	दवाएँ और विषैले पदार्थ (Drugs and Toxins) • अल्कोहल (Alcohol) • पीड़ाहारी औषधि (Analgesic) • ब्रोमाइड नशा (Bromide Intoxication) • बेंज़ोडायजीपीनस (Benzodiazepines)# • कार्बन मोनोऑक्साइड (Carbon Monoxide) • साइकोटिक दवाएँ (Psychotropic Drugs)#
5.	अन्त:कपालीय कारण (Intracranial Causes) • मस्तिष्क ट्यूमर (BrianTumour) • मस्तिष्क का फोड़ा (Brain abscess)
6.	नॉर्मल प्रेसर हाइड्रोसिफेलस (Normal Pressure Hydrocephalus)*
7.	पोषकत्व सम्बन्धी विकार (Nutritional Disorders) • वर्निक-करसोकोफ़्फ़ संलक्षण (Wernicke-Korsakoff Syndrome)* • विटामिन बी 12 की कमी (B12 Deficiency)
8.	उपापचयी एवं अंत:स्रावी विकार (Metabolic and Endocrinal Disorders) • डाइलेसिस डिमेंशिया (Dialysis Dementia) • विलसन बीमारी (Wilson's Disease)* • थाइराइड एवं पैराथाइराइडग्रंथि की असामान्यता (Thyroid and Parathyroid Dysfunction)

*चिहिन्त शब्दों का अर्थ व विस्तृत विवरण इकाई के शीर्षक "अन्य चिकित्सीय स्थितियों के कारण होने वाला डिमेंशिया" के अंतर्गत दिया गया है।

चिहिन्त शब्दों का अर्थ इकाई के अंत में शब्दावली के अंतर्गत वर्णित है।

निदान (Diagnosis)

डिलीरियम, डिमेंशिया आदि विभिन्न विकारों की पहचान और इनमें विभेदीकरण के लिए मनोवैज्ञानिक परीक्षणों, मेंटल स्टेटस परीक्षण, न्यूरोमनोवैज्ञानिक परीक्षणों CT स्कैन,MRI,PET स्कैन, आदि उपयोग में लाए जाते हैं।

प्रबंधन/उपचार (Treatment)

इसका कोई प्रभावी उपचार संभव नहीं है यह एक परिवर्ती स्थिति नहीं है। मात्र 10% डिमेंशिया का उपचार ही संभव है ज्यादातर मामलों की गंभीरता बढ़ती जाती है। इसके लिए चिकित्सीय उपचार(औषधी), रोगी के लिए सुरक्षात्मक उपाय (Safety measures) और सहायक सेवाएं (Support Services), संगठित वातावरण (Structured environment) आदि से कुछ बदलाव संभव हो पाता है। प्रबंधन हेतु वातावरण संबंधी बदलाव भी आवश्यक होते हैं। देख भाल करने वालों को भी सहायता व फैमिली एजुकेशन प्रदान की जाती है।

अभ्यास प्रश्न

1. मनोभ्रंश (Dementia) क्या है?
2. मनोभ्रंश डिलीरियम से किस प्रकार भिन्न है?
3. डिमेंशिया के पाँच कारणों कोसूचीबद्ध कीजिए।

1.3.3 अल्जाइमर रोग (Alzheimer’s Disease) या डिमेंशिया अल्जाइमर टाइप (DAT)

अल्जाइमर रोग एक प्रगतिशील (Progressive) एवं अपरिवर्तनीय (Irreversible) मनोभ्रंश है। जो धीरे-धीरे मस्तिष्क की हानि के बढ़ने से गंभीर होती जाती है। तथा आमतौर पर निदान (Diagnosis) के 10 वर्षो के भीतर व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है (APA,2000)। अल्जाइमर रोग का वर्णन सर्वप्रथम जर्मन मनोचिकित्सक (Psychiatrist) और न्यूरोपेथोलाजिस्ट अलोइस अल्जाइमर (Alois Alzheimer) ने 1906 में किया और उन्ही के नाम पर इस रोग का नामकरण हुआ। यह डिमेंशिया का सबसे प्रमुख कारण है। यह सबसे सामान्य प्रकार का मनोभ्रंश है। यह याददाश्त को प्रभावित करने वाली एक मानसिक गड़बड़ी है, जिसे डिमेंशिया कहा जाता है। अल्जाइमर इसी मानसिक गड़बड़ी का सबसे सामान्य रूप है।DSM-IV-TR में यह Axis I में “डिमेंशिया ऑफ अल्जाइमर टाइप” (DAT) शीर्षक

में उल्लिखित है। अल्जाइमर रोग की शुरुआत आमतौर पर धीमी होती है, परन्तु उत्तरोतर बढ़ती जाती है। इसका अंत डिमेंशिया और मृत्यु में होता है। 1994 में राष्ट्रपति रेनोल्ड रेगन की मृत्यु के बाद इस रोग के बारे जागरूकता बढ़ी। 21 सितम्बर को अल्जाइमर के प्रति जागरूकता बढ़ाने हेतु “विश्व अल्ज़ाइमर दिवस” मनाया जाता है।

प्रसार (Prevalence)

अल्जाइमर रोग एक प्रमुख जन स्वास्थ्य समस्या के रूप में विश्व में चिन्हित है। लगभग 65 से 74 वर्ष की 1-2 प्रतिशत जनसंख्या अल्जाइमर रोग से ग्रसित है (हेंडरिए,1998)। एक अनुमान के अनुसार 360,000 नए मामले प्रतिवर्ष बढ़ रहें हैं (ब्रूक्मेयर,1998)। भविष्य में अल्जाइमर रोग के मामलें चेतावनी पूर्ण हैं। इसका कारण अभी तक अज्ञात है, क्योंकि इस रोग का जोखिम पुरुषों की अपेक्षा महिलाओं में अधिक होता है। शोध अध्ययनों के अनुसार इसका प्रसार अपश्चमी देश जैसे-जापान और कम विकसित एवं निम्न औद्योगीकृत देशों में कम है, जैसे भारत व नाइजेरिया आदि।

निदान (Diagnosis)

इसका कारण अज्ञात है परंतु आनुवंशिकता, आयु और जीवन शैली इसके जोखिम कारणों में शामिल हैं। अल्जाइमर रोग के निदान के लिए विस्तृत नैदानिक मूल्यांकन आवश्यक है, परंतु पूर्ण रूप से पुष्टि रोगी की मृत्यु के उपरांत औटोपसी (Autopsy) से संभव हो पाती है।औटोपसी में अम्यलोइड प्लाक्स (Amyloid plaques) और न्यूरोफिब्रिलेरी टंग्लेस(Neurofibrillary tangles) से अल्जाइमर रोगकी न्यूरोपेथोलाजी की पुष्टि होती है।अल्जाइमर रोग आमतौर पर 45 वर्ष की उम्र के बाद होता है।अल्जाइमर रोग वृद्धावस्था की एक सामान्य स्थिति नहीं है। इसका नैदानिक रूप एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति से अलग होता है। DAT की घातक एवं धीमी शुरुआत के कारण यह अन्य डिमेंशिया से अलग है।

नैदानिक विशेषताएँ व लक्षण (Signs and Symptoms)

अल्जाइमर रोगमस्तिष्क के स्नायुतंत्र (Nervous System) की कोशिकाओं में परिवर्तन से होता है। इसमें तंत्रिका कोशिका(Nerve Cell) के कोश शरीर (Cell body) का उत्तरोत्तर नाश होने लगता है। जैसे-जैसे बीमारी बढ़ती है, वैसे-वैसे मस्तिष्क का आकार कम होने लगता है, तथा सेरेबरल वेण्ट्रेक्लि (Cerebral ventricle) का आकार बढ़ जाता है। यह रोग धीरे-धीरे शुरू होता है, और समय के साथ बिगड़ता जाता है। अल्जाइमर रोग का आरंभिक लक्षण स्मृति तथा संज्ञानात्मक कार्यो में गड़बड़ी होना

है। सबसे स्पष्ट स्मृति की गड़बड़ी एनकोडिंग (Encoding) तथा नवीन यादों के संचयन (Storage) में होती है।

अल्जाइमर रोग का आरंभ धीरे-धीरे जीवन कार्यों में सक्रिय भागीदारी के कम होने से होता है। सामाजिक गतिविधियां एवं रुचि संकुचित होने लगती है। मानसिक सतर्कता (mental alertness) और अनुकूलनशीलता (Adaptability) कम होने लगती है। अधिकतर विचार और गतिविधि आत्मकेंद्रित और बचकानी होने लगती हैं। छोटे-छोटे व्यवहार प्रभावित होने लगते हैं, जैसे वाहन चलाने, पैसे के लेन देन, खाना पकाने, नहाने आदि कामों को करने में परेशानी होती है।रोगी स्वयं की शारीरिक क्रियाओं में ही तल्लीन रहने लगता है। जैसे–जैसे यह व्यवहार गंभीर होने लगता है, अन्य लक्षण प्रकट होने लगते हैं, जैसे-हाल की घटनाओं की स्मृति क्षीण होना, निरर्थक एवं रिक्त बोलचाल (Empty speech), अव्यवस्था (Messiness)। बाद की अवस्था में रोगी बहुत से मानसिक क्षमताओं को खोने लगता है। सर्वप्रथम नई घटनाओं की स्मृति क्षीण होती है, फिर खराब निर्णय क्षमता, समय और स्थान का भ्रम, व्यक्तिगत स्वच्छता के प्रति लापरवाही, वास्तविकता से संबंध खत्म होना आदि लक्षण गंभीर होने लगते हैं।

<u>उपचार (Treatment)</u>

अल्जाइमर रोग का अभी तक कोई उपचार संभव नहीं हो पाया है, और न ही क्षतिग्रस्त हुई मानसिक क्षमताओं को दुबारा प्राप्त करना संभव हो पाया है। हालांकि इस बीमारी का उपचार अब तक उपलब्ध नहीं है। लेकिन बीमारी के शुरुआती दौर में नियमित जांच और इलाज से इस पर काबू पाया जा सकता है। उपचार मदद तो करता है, परंतु बीमारी या रोग को ठीक नहीं करता। दवाएं कुछ लक्षणों को दूर करने में सहायता कर सकती है। यह रोग के लक्षणों की गति को धीमा कर सकती हैं। देख-रेख करने वालों (caregivers) को रोगी के लक्षणों का प्रबन्धन करने हेतु सहायता दी जाती है। अल्जाइमर रोगी प्राय: सामान्य समस्यात्मक व्यवहार से पीड़ित होते हैं जैसे-आवारा तरीके से घूमना, असंयम, स्वंय की देख भाल में परेशानी आदि। इस प्रकार के लक्षणों हेतु व्यवहारात्मक चिकित्सा अधिक कारगर है। क्योंकि अल्जाइमर रोगी में संज्ञानात्मक क्षमतायें क्षतिग्रस्त होती हैं।

अभ्यास प्रश्न

1. अल्जाइमर रोग के मुख्य जोखिम कारणों को बताइए।

2. अल्जाइमर रोग में किस प्रकार की न्यूरोपेथोलाजिकल असमान्यताएं होती हैं ?

1.3.4 स्मृति लोप (Amnestic Disorder)

स्मृति लोप विकार को आमतौर पर एम्नीशिया भी कहते हैं। इसमें व्यक्ति न तो दीर्घ कालीन स्मृतियों को न ही लघु कालीन स्मृतियों को संचित कर पाता है। अन्य संज्ञानात्मक विकारों से भिन्न एम्नीशिया में व्यक्ति सामंजस्यपूर्ण रहता है।

लक्षण (Symptoms)

डिमेंशिया के विपरीत एम्नेस्टिक सिंड्रोम में व्यक्ति के सम्पूर्ण (overall) संज्ञानात्मक कार्यात्मकता (functioning) लगभग संरक्षित रहती है। इसका मुख्य लक्षण स्मृति में गड़बड़ी है। इसमें तात्कालिक प्रत्याहान प्राय: प्रभावित नहीं होता है। लघु कालीन स्मृति बुरी तरह प्रभावित होती है। जिसके कारण व्यक्ति कुछ मिनटों पहले की घटनाओं की स्मृति खो देता है। इसमें व्यक्ति को नवीनतथ्य सीखने में परेशानी होती है।

निदान/लक्षण (Diagnosis)

स्मृति लोप पहचान योग्य कारणों द्वारा होता है। स्मृति लोप विकार मस्तिष्क आघात, क्षति जैसे संक्रमण, ऑक्सीजन कि कमी और ट्यूमर आदि का परिणाम है। एमेनेस्टिक सिंड्रोम का मूल कारण मस्तिष्कीय क्षति (Brain damage) है। एमेनेस्टिक सिंड्रोम मुख्यतया अत्यधिक शराब पीने (Chronic alcohol Use) और विटामिन B1 (थायमीन) की कमी से भी होता है। दूसरा मुख्य कारण सिर में आघात, स्ट्रोक, शल्य चिकित्सा, टेम्पोरल लोब में ऑक्सीजन की कमी जिसे हाइपोक्सिया (hypoxia) कहते हैं, द्वारा होता है। कुछ मस्तिष्कीय संक्रमण के कारण भी स्मृति लोप हो सकता है।

उपचार (Treatment)

अगर स्मृति लोप का कारण चिंताहै, तो उसका उपचार मनोचिकित्सा, ट्रेएनकूलाईजरतथा अन्य दवाओं द्वारा संभव है।

DSM-IV-TR
एमेनेस्टिक डिसआर्डर के लिए मानदंड (Criteria for Amnestic disorder)
➢ स्मृति में क्षति/हानि का बढ़ना। (नवीन सूचनाओं को सीखने तथा पूर्व में सीखी गई सूचनाओं के प्रत्याहन में असमर्थता/अक्षमता। ➢ स्मृति बाधा के कारण सार्थक कार्यात्मक असमर्थता और पूर्व के कार्यात्मक स्तर में गिरावट या हास। ➢ स्मृति बाधा डिलीरियम एवं डिमेंशिया के कारण प्रकट ना होना। (The memory disturbance does not occur exclusively during the course of a delirium and dementia).

अभ्यास प्रश्न

1.स्मृतिलोप अन्य संज्ञानात्मक विकारों से किस प्रकार भिन्न है?

2. स्मृतिलोप के लक्षणों को सूचीबद्ध कीजिए।

1.4 डिमेंशिया, डिलीरियम, अल्जाइमर रोग एवंएमनेस्टिक सिंड्रोम का तुलनात्मक अंतर (Differentiate between Dementia, Delirium, Alzheimer and Amnestic Syndrome)

	डिमेंशिया	डिलीरियम	अल्जाइमर रोग	स्मृति लोप
आरंभ (Onset)	धीमा (Gradual)	तीव्र (Acute)	धीमा (Gradual)	धीमा (Gradual)
घटनाक्रम (Occurrence)	समान्यतया बुजुर्ग व्यक्तियों में	बच्चों व बुजुर्ग व्यक्तियों में	बुजुर्ग व्यक्तियों में	उन व्यक्तियों में जो अल्कोहल आदि का सेवन करते हैं
अवधि (Duration)	एक महीने से अधिक	एक महीने से कम	जीवनभर (Lifelong)	निश्चित नहीं
स्थिति (Condition)	अपरिवर्तनीय (Irreversible)	परिवर्तनीय (Reversible)	अपरिवर्तनीय (Irreversible)	प्रतिवर्ती (Reversible)
व्यवस्था (Orientation)	दुर्बल (Impaired	दुर्बल (Impaired)	दुर्बल (Impaired)	लगभग अखंड (Mostly intact)

चिंतन (Thinking)	असंगठित (Disorganized)	असंगठित (Disorganized)	असंगठित (Disorganized)	संगठित (Organized)
ध्यान (Attention)	अखंड (Intact)	खराब (Poor)	खराब (Poor)	खराब (Poor)
जागरूकता (Awareness)	जागरूकता खंडित (Awareness damaged)	अस्थिर (Fluctuating)	अस्थिर (Fluctuating)	अस्थिर (Fluctuating
स्मृति (Memory)	नवीन स्मृति में कमी (Loss in New Memory)	स्मृति में कमी (Loss in Memory)	लघु एवं दीर्घ कालीन दोनों स्मृति में ह्रास (Loss in both Long & Short Term Memory)	लघु कालीन स्मृति ज्यादा प्रभावित (More Problem in Short Term Memory)
नींद-जागृत अवस्था (Sleep-wake cycle)	बहुधा सामान्य (Usually normal)	हमेशा बाधित (Always disrupted)	बाधित (disrupted)	अबाधित (Reconcilation)

1.4.1 अन्य चिकित्सीय स्थितियों के कारण होने वाला डिमेंशिया (Dementia due to other Medical Condition)

अब आप जानेगें कि बहुत सी चिकित्सीय (Medical) स्थितियां और रोग ऐसे हैं, जिनके कारण डिमेंशिया उत्पन्न होता है या डिमेंशिया के लक्षण होने लगते हैं। इन स्थितियों और रोगों का वर्णन दिया जा रहा है।

संवहन डिमेंशिया (Vascular dementia)

यह अल्जाइमर रोग के बाद डिमेंशिया का दूसरा सबसे प्रमुख कारण है। यह मनोभ्रंश 65 वर्ष से अधिक उम्र के लोगों में अल्जाइमर रोग के बाद मनोभ्रंश का दूसरा प्रमुख कारण है। इस प्रकार का मनोभ्रंश स्ट्रोक (stroke) केउपरांत होता है।यह सबसे अधिक या सामान्य प्रकार का मनोभ्रंश है।यह महिलाओं की तुलना में पुरुषों को अधिक प्रभावित करता है। नाम के अनुसार यह डिमेंशिया मस्तिष्क के बहुत से हिस्सों में रक्त प्रवाह अथवा आपूर्ति के अवरोधित होने के कारण मस्तिष्क के हिस्सों में क्षति होने से होता है। स्ट्रोक के कारण मस्तिष्क में रक्त के प्रवाह में अवरोध पैदा होता है। स्ट्रोक एक प्रकार की रुकावट या मस्तिष्क के किसी हिस्से में रक्त की आपूर्ति की रुकावट है। स्ट्रोक को कभी-कभी बहु-रोधगलितांश (Multi-Infract) भी कहा जाता है।

बहु रोधगलितांश डिमेंशिया के कारण (Causes of Multi-Infract Dementia)

- मधुमेह (Diabetes)
- धमनियों का कठोरीकरण (Hardening of arteries or atherosclerosis)
- उच्च रक्तचाप (High Blood pressure)
- धूम्रपान (Smoking)
- दौरा (Stroke)

पार्किंसन रोग (Parkinson's Disease)

यह रोग एक स्नायविक या न्यूरोलाजिकल स्थिति है तथा यह शारीरिक गतिविधि को प्रभावित करती है। इसमें व्यक्ति के शरीर में लगातार कंपन (Tremors) होने लगते हैं। संतुलन व गति कौशल बुरी तरह प्रभावित होते हैं। इसमें संज्ञानात्मक क्षमता व कार्यात्मकता प्रभावित होता है। पार्किंसन रोग में मस्तिष्क के वह हिस्से क्षतिग्रस्त हो जाते हैं, जो माँसपेशियों की गतिविधि को नियंत्रित करते हैं। इस रोग का कोई ईलाज नहीं है, परंतु इसके लक्षणों को नियंत्रित किया जा सकता है। इसमें संतुलन एवं चलन की समस्या, माँसपेशियों में जकडन, कंपकपी आदि होती है। इस रोग के प्रति जागरूकता बढ़ाने हेतु "विश्व पार्किंसन दिवस" 11 अप्रैल को मनाया जाता है।

1.4.2 (हनटिंगटन रोग (Huntington's Disease)

हनटिंगटन रोग एक दुर्लभ प्रकार का अपक्षयी या डीजेनेरेटिव केंद्रीय स्नायु तंत्र (Central Nervous System) रोग है। यह रोग बहुत दुर्लभ प्रकार का रोग है। हनटिंगटोन रोग एक आनुवांशिक, डीजेनेरेटिव मस्तिष्कीय विकार है। अभी तक इस बीमारी का कोई इलाज़ नहीं है। इस रोग में व्यक्ति की चलने, बोलने और तर्कना क्षमता खत्म हो जाती है। इस रोग से पीड़ित व्यक्ति पूर्णतया अन्य लोगों पर निर्भर हो जाता है। हनटिंगटोन रोग पूरे परिवार को संवेगात्मक, सामाजिक और आर्थिक गंभीर रूप से प्रभावित करता है। डॉक्टर जॉर्ज हनटिंगटन (Dr. George Huntington) जो कि एक अमेरिकन न्यूरोलोजिस्ट थे। इन्होंने सबसे पहले इस आनुवांशिक रोग का पता 1872 में लगाया। इस रोग को एक प्रमुख जिनेटिक डिसऑर्डर के रूप में पहचाना जाता है। शुरुआती लक्षणों में संज्ञानात्मकक्षमता और चलन क्षमता प्रभावित होती है। साथ ही विषाद, भूलना, बैडोलता (clumsiness), अनैच्छिक फड़कन आदि होता है। जैसे-जैसे बीमारी की गंभीरता बढ़ती जाती है, वैसे-वैसे व्यक्ति की एकाग्रता और लघु कालीन स्मृति में ह्रास तथा सिर व

गर्दन में अनैच्छिक गति होने लगती है। चलना, बोलना तथा निगलने की क्षमता बुरी तरह प्रभावित होती है। बीमारी की गंभीरता और बढ़ने पर रोगी अपनी देखभाल खुद नहीं कर पाता है, तथा रोगी की मृत्यु दम घुटना, संक्रमण तथा हृदयाघात द्वारा होती है। यह रोग मध्य जीवन अवधि जैसे 30-50 वर्ष की आयु में आरंभ होता है। बहुत ही दुर्लभ (rare) स्थिति में यह बच्चों में होता है। यह रोग पुरुष और महिला दोनों में समान रूप से होता है।

मल्टिपल स्क्लेरोसिस Multiple sclerosis

मल्टिपिल स्क्लेरोसिस एक प्रकार की अपक्षयी या डिजेनेराटिव बीमारी है। इसमें न्यूरॉन की मायलन शीथ (Myelin Sheath) में घाव हो जाते हैं। मायलन शीथ तंत्रिका कोशिका (न्यूरॉन) के एक्सोन के चारों तरफ वसा की कोशिकाएं का एक आवरण होता है। इनका कार्य तंत्रिका संदेश (Nerve Impulse) को ठीक प्रकार से आगे बढ़ाना है। मल्टिपल स्क्लेरोसिस में घाव और पल्अक्स मायलन शीथ को नष्ट कर देतीं हैं, जिससे तंत्रिका संदेश अवरोधित, विकृत और धीमा हो जाता है। जिससे व्यक्ति के लगभग सभी संज्ञानात्मक क्रियाएँ प्रभावित होती हैं। यह एक प्रकार की ऑटोइम्यून (Autoimmune) रोग या बीमारी है। यह माना जाता है, कि शरीर की स्वयं की प्रतिरक्षा प्रणाली (ImmuneSystem) मायलन शीथ पर आक्रमण करती है।

पिक्स रोग(Pick's Disease)

पिक्स रोग अर्नोल्ड पिक्स जो कि मनोचिकित्सक (Psychiatrist) थे, उनके नाम पर रखा गया। इन्होंने इस रोग का सर्वप्रथम 1892 में पता लगाया। पिक्स रोग मस्तिष्क में तंत्रिका कोशिकाओं के प्रगतिशील विनाश (Progressivedegeneration) का कारण बनता है, यह एक दुर्लभ न्यूरोडीजेनरेटिव (Neurodegenerative) रोग है। इसके लक्षणों में वाणी हास (Aphasia) और मनोभ्रंश शामिल हैं। आरंभ में कुछ लक्षण कम या ठीक किए जा सकते हैं, परंतु जैसे-जैसे बीमारी बढ़ती है, वैसे-वैसे इसकी गंभीरता बढ़ती जाती है, और रोगी की मृत्यु दो से दस वर्षों में हो जाती है। इस बीमारी या रोग की निर्धारक विशेषता (Defining characteristic) न्यूरोन में टौ प्रोटीन (Tau Protein) का बनना जो कि चाँदी जैसी गोलाकार रूप में होती हैं उनका जमाव व एकत्रीकरण होता है, जिन्हें पिक्स बॉडी (Pick's Bodies) कहा जाता है।

विलसन रोग (Wilson's Disorder)

यह एक आनुवांशिक रोग है, जिसमें व्यक्ति के अंगों जैसे यकृत (Liver), मस्तिष्क आदि में अत्यधिक मात्रा में कॉपर या तांबा (Copper) एकत्रित हो जाता है। इसे अन्य नाम हेपेटोइंट्रीकुलर डीजेनेरेशन (HepatoenticularDegeneration) से भी जाना जाता है। कॉपर तंत्रिका, अस्थि, कोलेजन, त्वचा के मिलेनिन के विकास में वैसे तो सहायक होता है। परंतु अधिक मात्रा में कॉपर के जमाव से स्थिति घातक हो जाती है। अगर इसकी पहचान जल्दी हो जाती है तो इसका इलाज संभव है।

लेवी बॉडी विकार (Lewy Body Disease)

लेवी बॉडी रोग की मुख्य पहचान/ विशेषता मस्तिष्कीय कोशिकाओं में एल्फा सिनक्लिन प्रोटीन (Alpha-syncleinprotein) का जमाव होना है। प्रोटीन जमाव प्रत्यक्षण, चिंतन, और व्यवहार में गड़बड़ी उत्पन्न करता है। इस जमाव को "लेवी बॉडीज" कहा जाता है। यह नाम फेडरिक एच. लेवी (FriederichH.Lewy) के नाम पर रखा गया है, क्योकि इन्होने इसका वर्णन सर्वप्रथम 1900 में किया था। लेवी बॉडी डिमेंशिया अन्य तरह के डिमेंशिया से भिन्न है, इसमें दृष्टि भ्रम (VisualHallucination), अस्थिर सतर्कता (Fluctuatingalertness), गंभीर नींद सम्बन्धी समस्याएँ एवं गंभीर अनैच्छिक गतियाँ होने लगती हैं।

नार्मल प्रेसर हाइड्रोसिफेलस (Normal pressure Hydrocephalus)

नार्मल प्रेसर हाइड्रोसिफेलस एक मस्तिष्कीय विकार है। यह किसी भी आयु में हो सकता है लेकिन बड़ी उम्र में इसके होने की संभावना अधिक होती है। इसमें सेरीब्रोस्पाइनल द्रव्य (CerebrospinalFluid) मस्तिष्क के वेंट्रिकल में अधिक मात्रा में जमा हो जाता है। जिससे व्यक्ति में चिंतन और तर्कना (Reasoning) सम्बन्धी समस्याएं होने लगती हैं। इसके अतिरिक्त चलने व मूत्राश्य नियंत्रण में कठिनाई होने लगती हैं। सेरीब्रोस्पाइनल द्रव्य के मस्तिष्क में बढ़ने से वेंट्रिकल का आकार भी बढ़ने लगता है, जिससे मस्तिष्क के भागों पर अत्याधिक दबाव बढ़ जाता है। इसके तीन मुख्य लक्षण हैं, जिससे इस रोग की पहचान होती है-मानसिक या संज्ञानात्मक हास (MentalorCognitiveDecline), चलने में समस्या तथा मूत्राशय नियंत्रण में परेशानी। इसका उपचार सर्जरी द्वारा संभव है और इन लक्षणों को बदला जा सकता है।

क्रियुट्ज़फेल्ड - जेकब रोग (Creutzfeldt-JacobDisease)

इसे “मैड काऊ रोग” (MadCowDisease) के नाम से भी जाना जाता है। यह रोग गाय या बैल में होता है, तथा यह विशेष परिस्थितियों में मानव शरीर में कभी-कभी संचारित (Transmit) हो जाता है। यह एक वाइरस के कारण होता है, जो मस्तिष्क की कार्यक्षमता को प्रभावित करता है। इस रोग के कारण होने वाला डिमेंशियाबहुत तेजी से बढ़ता है, और ध्यान, एकाग्रता, दृष्टि एवं समन्वयन (Coordination) को प्रभावित करता है। यह एक घातक रोग है। यह घातक रोग स्मृति तथा समन्वयन को प्रभावित करता है और व्यवहार में बदलाव लाता है।

एचआईवी संक्रामण द्वारा डिमेंशिया (DementiafromHIV-1 Infection)

ह्यूमन इम्यूनों डेफ़िश्यंसी वायरस (HIV) इम्यून प्रणाली को नष्ट करता है। समय बीतने के साथ संक्रमण एड्स में बदल जाता है। एचआईवी वाइरस शरीर को खत्म करने के साथ ही न्यूरोलॉजिकल रोगों जिसमें डिमेंशिया शामिल है, को उत्पन्न करता है। यह दो प्रकार से होता है, प्रथम इम्यून प्रणाली कमजोर पड़ने से HIV से ग्रसित व्यक्ति परजीवियों आदि के संक्रमण से अधिक संवेदी हो जाता है, दूसरा वाइरस मस्तिष्क को नष्ट (damage) करने लगता है, जिससे स्नायु चोट (Neuronalinjury) और मस्तिष्क कोशिकाएं नष्ट होने लगती हैं।

वर्निक्क-कोर्सोकोफ्फ संलक्षण (Wernicke-KorsakoffSyndrome)

यह संलक्षण विटामिन B 12 की कमी के कारण होता है। जब व्यक्ति में थायमीन की कमी होती है तो मस्तिष्क शर्करा को ऊर्जा में बदल नहीं पाता है, जिससे मस्तिष्क अपने कार्य ठीक प्रकार से नहीं कर पाता है और डिमेंशिया के लक्षण उत्पन्न होने लगते हैं, जैसे- भ्रम व स्मृति हास आदि। इसे अन्य नाम जैसे “कोर्सोकोफ्फ साइकोसिस”, “वर्निक्क एनसिफेलोपेथी” और “अलकोहल एनसिफेलोपेथी” से भी जाना जाता है। यह दीर्घकालीन (Chronic) व गंभीर विकार है। इसका मुख्य जोखिम कारण एल्कोहल का सेवन व मद्यपानता है। इसके अतिरिक्त कभी-कभी यह AIDS, कैंसर, दीर्घ-कालीन संक्रमण, किडनी डाइलसिस आदि के कारण भी होता है। जिसके कारण अपर्याप्त पोषण होता है। इससे होने वाले डिमेंशिया में भ्रांति (Confusion), उदासीनता, भ्रम (Hallucination), सम्प्रेषण (Communication) समस्या और गंभीर स्मृति की गड़बड़ी होती है। थायमीन थेरेपी के उपरांत व्यक्ति सामान्यतया ठीक हो जाता है।

आपको बता दें कि उपरोक्त स्थितियों और रोगों के अतिरिक्त अन्य बहुत से चिकित्सीय कारण जैसे यकृत की बीमारी, हेपेटिक एन्सीफेलोपथी, यूरिनरी ट्रेक्ट सिंड्रोम, कार्डिओवास्कुलर रोग, पलमोनरी रोग, कम

रक्त शर्करा के बाद की स्थिति (PostHypoglycemicState), पोषक तत्वों की कमी से होने वाले रोगों आदि के द्वारा भी डिमेंशिया के लक्षण प्रकट होते हैं।

1.5 सारांश (Summary)

संज्ञानात्मक विकार मुख्य रूप से सीखना, स्मृति, प्रत्यक्षण और समस्या समाधान आदि मानसिक प्रक्रियाओं को प्रभावित करते हैं। चिंता विकार, मूड डिसऑर्डर और साइकोटिक विकार आदि भी स्मृति एवं संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं को प्रभावित करते हैं। परंतु इन्हें संज्ञानात्मक विकार की श्रेणी में इसलिए नहीं रखा गया है, क्योंकि इन विकारों में संज्ञानात्मक हास इनका मुख्य लक्षण नहीं है। संज्ञानात्मक विकार में डिलीरियम, डिमेंशिया, अल्जाइमर रोग, और एम्नीशिया आदि रोग आते हैं। डिलीरियम की शुरुआत तीव्र होती है। इसमें विशेषतया: चेतना, ध्यान, धारण (retention), सोच, स्मृति, भावनाओं, तथा नींद–जाग्रत चक्र में गड़बड़ी होती है। डिमेंशिया आमतौर पर अपरिवर्तनीय एवं प्रगतिशील बीमारी है। मनोभ्रंश उच्च मानसिक कार्यों जैसे स्मृति, चिंतन, भाषा, सीखना, निर्णयामकता में एक प्रकार की क्षति है। अल्जाइमर रोगमस्तिष्क के स्नायुतंत्र की कोशिकाओं में परिवर्तन से होता है। इसमें तंत्रिका कोशिका के कोश शरीर का उत्तरोत्तर नाश होने लगता है। यह डिमेंशिया का सबसे प्रमुख कारण है। यह सबसे सामान्य प्रकार का मनोभ्रंश है। इसमे व्यक्ति न तो दीर्घ कालीन स्मृतियों को न ही लघु कालीन स्मृतियों को संचित कर पाता है। अन्य संज्ञानात्मक विकारों से भिन्न एम्नीशिया में व्यक्ति सामंजस्यपूर्ण रह्ता है। डिमेंशिया के विपरीत एमेनिसटीक सिंड्रोम में व्यक्ति के सम्पूर्ण संज्ञानात्मक कार्यात्मकता लगभग संरक्षित रहती है। इसका मुख्य लक्षण स्मृति में गड़बड़ी है। इसके अतिरिक्त बहुत सी अन्य चिकित्सीय स्थितियां के कारण होने वाला जैसे-बहु रोधगलितांश डिमेंशिया, पार्किंसन रोग, हनटिंगटन रोग, मल्टिपिल स्क्लेरोसिस, विलसन रोग,एचआईवी संक्रामण द्वारा डिमेंशिया, पिक्स रोग, लेवी बॉडी विकार, नार्मल प्रेसर हाइड्रोसिफेलस, क्रियुट्ज़फेल्ड-जेकब रोग और वर्निक्क-कोर्सोकोफ्फ संलक्षण आदि द्वारा भी डिमेंशिया के लक्षण उत्पन्न होते हैं।

1.6 परिभाषिक शब्दावली (Vocabulary)

एंटीसाइकोटिक दवाएँ- साइकोसिस के इलाज़ की दवाए

एंटीकनवल्जेंट- दौरे के इलाज़ की दवाए।

एंटीहाइपरटेनसिव- उच्च रक्त चाप की दवाए।

न्यूरो-अपक्षयी विकार-न्यूरॉन की सरंचना और कार्यों में लगातार हानि और क्षति होना और उसके द्वारा होने वाले संज्ञानात्मक समस्यायें।

व्यामोह-अवास्तविक व नकारात्मक विश्वास।

मनोचिकित्सक-यह मेडिकल डॉक्टर होता है जिसे मनोरोग (psychiatry) में विशेषज्ञता होती है।

औटोपसी- मृत्यु के बाद निदानात्मक परीक्षण।

1.7 संदर्भ सूची (References)

1- रोबर्ट सी कार्सन,जेम्स एन बचर,सुज़ेन मिनेका और जिल एम हूले (2011),अबनोरमल साइकॉलॉजी द्संवा संस्करण,पिएरसन एजूकेशन।

2- ललित बत्रा (2006)।शॉर्ट हैंडबुक ऑफ साइकेट्री,पीपी पब्लिशर एंड डिस्ट्रीबुयूटर।

3- जेफरी इ, हेक्कर एंड जिओफ्री एल.थोर्पे (2010). इंटरोंडकशएन टू क्लिनिकल साइकोलाजी।

4- केप्लान, जे. एंड सडोक्क,बी.जे. कंपरहनसिव टैक्स्टबुक ऑफ साइकेट्री।

5- शुक्ला,के.सी.(2008)एनसाइक्लोपिडिइक डिक्शनरी ऑफ साइकोलाजी।

1.8 सहायक उपयोगी पाठ्य सामग्री (Reference)

http://www.alz.org.

1.9निबंधात्मक प्रश्न (Essay Type Questions)

1. संज्ञानात्मक विकार का अर्थ स्पष्ट करते हुए प्रकारों का वर्णन कीजिए।
2. अन्य किन-किन चिकित्सीय स्थितियों के कारण डिमेंशिया होता है उनका वर्णन कीजिए।
3. विभिन्न संज्ञानात्मक विकारों का तुलनात्मक विवरण दीजिए।

इकाई 2. मानवतावादी– अनुभवात्मक और फ्रायडियन मनोविश्लेषण चिकित्साएवं इनके लक्ष्य; अहं-विश्लेषक, वस्तु- संबंध और अन्तर्वैयक्तिक मनोगत्यात्मक चिकित्सा (Humanistic-Experiential and Freudian Psychoanalytic Therapy and its Goals; Ego Analytic, Object-Relation and Interpersonal Psychodynamic Therapy)

इकाई संरचना

2.1 प्रस्तावना

2.2 उद्देश्य

2.3 मानवतावादी चिकित्सा

2.3.1 मानवतावादी अनुभावात्मक के लक्ष्य

2.3.2 मानवतावादी अनुभावात्मक चिकित्सा में प्रयुक्त विधियाँ

2.4 फ्रायडियन मनोविश्लेशणात्मक चिकित्सा

2.4.1 मनोविश्लेषण की विधियाँ।

2.4.2 मनोविष्लेशात्मक चिकित्सा के लक्ष्य

2.5 अंह विश्लेषिक चिकित्सा

2.5.1 अंह विश्लेषिक चिकित्सा के गुण दोष

2.6 वस्तु संबंध चिकित्सा

2.6.1 वस्तु सम्बन्ध चिकित्सा के चरण

2.6.2 वस्तु चिकित्सा के गुण दोष

2.7 अन्तर्वैयक्तिक मनोगत्यामक चिकित्सा

2.8 स्वमूंल्याकन हेतु प्रश्न

2.9 सारांश

2.10 शब्दावली

2.11 अभ्यास प्रश्नों के उत्तर

2.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

2.13 निबन्धात्मक प्रश्न

2.1 प्रस्तावना (Introduction)

मानवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा का उद्देश्य व्यक्ति को अपने ढग से सामाजिक बंधनों से दूर होकर अपनी अन्तदृष्टि के माध्यम से रोग का उपचार ढूढना होता है |इस चिकित्सा पद्वति के माध्यम से व्यक्ति स्वंय अपना उपचार करता है| उसे किसी अन्य चिकित्सा की आवश्यकता नही पडती है फ्रायडियन मनोविश्लेषाणामक चिकित्सा में व्यक्ति के अन्दर के डर, संघर्ष, इच्छाओ आदि को बाहर निकालकर उनमें सूझ या समझ को उत्पन्न करने का प्रयास किया जाता है |जिससे रोगी अपने जीवन में होने वाली समस्याओ को आसानी से कम करने का प्रयास करता है। अंह वैश्लेषिक चिकित्सा का कार्य व्यक्ति की वास्तविक दुनिया की उलझनो को कम करने का होता है जिसे वह अंह विश्लेषण चिकित्सा के माध्यम से कर पाता है। वस्तु संबंध सिद्वांत में मॉ शिशु अन्तक्रिया से उत्पन्न होने वाले अन्तः वैयक्तिक संबंध तथा अंह की शक्ति एवं संरचना पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन किया जाता है। अन्तः वैयक्तिक मनोगत्यामक चिकित्सा में रोगी तथा उसके सामाजिक वातावरण के अन्त:क्रिया पर अधिक जोर दिया जाता है कि रोगी वातावरण में लोगो तथा वातावरण के प्रति किस प्रकार अन्त क्रियायें करता है।

2.2 उद्देश्य (Objective)

प्रस्तुत इकाई के अध्ययन के उपरांत आप-

मानवतावादी चिकित्सा के बारे में जान पायेंगे |

मानवतावादी अनुभावात्मक चिकित्सा में प्रयुक्त विधियों के बारे में जान पायेंगे |

फ्रायडियन मनोविश्लेशणात्मक चिकित्सा को समझ पायेंगे|

मनोविष्लेशात्मक चिकित्सा के लक्ष्य एवं विधियों के बारे में बता पायेंगे|

अंह विश्लेषिक चिकित्सा व उसके गुण दोष जान पायेंगे

वस्तु संबंध चिकित्सा के चरण एवं गुण दोष के बारे में बता पायेंगे|

अन्तर्वैयक्तिक मनोगत्यामक चिकित्सा को जान पायेंगे|

2.3 मानवतावादी चिकित्सा (Humanistic Therapy)

मानवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा का उदेश्य रोगी को अपने लक्षणों के प्रति आवश्यक अन्तदृष्टि को विकसित करना होता है |यह चिकित्सा पद्वति एक प्रकार की सूझ केन्द्रित चिकित्सा पद्वति है जिसमें व्यक्ति के असामान्य व्यवहार का उपचार व्यक्ति की आवश्यकताओं तथा प्रेरणाओं मे वृद्धि करके किया जाता है इस प्रकार की मनोचिकित्सा को परिधटनात्मक मॉडल भी कहा जाता है इस माडल में मानव व्यवहार का आधार चेतन अनुभूति को माना है |इस चिकित्सा पद्वति की उत्पति व्यवहार वाद व मनोविश्लेषणवाद के पुराने दृष्टिकोण के विरोध में एक प्रतिक्रिया के रूप में विकसित हुई। इस चिकित्सा पद्वति को मनोचिकित्सा जगत की तीसरी शक्ति के रूप जाना जाता है इस प्रकार की चिकित्सा से चिकित्सक की भूमिका केवल रोगी में आन्तरिक चेतना को जाग्रत करना होता है |इस चिकित्सा पद्वति मे रोगी को स्वंय अपने रोगो के लक्षणो को जानकर उसके उपचार के लिए प्रयास करना पडता है चिकित्सक केवल रोगी के अन्दर की चेतना को ही जाग्रत करते है।

2.3.1 मानवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा के लक्ष्य (Objectives of Humanistic Experiential Therapy):-

इस प्रकार की चिकित्सा में चिकित्सक रोगी को अपने अन्दर की अन्तःशक्ति को पहचानने एवं उस तक पहुचाने में मदद करते है रोगी अपनी अन्त शक्ति की सहायता से बिना किसी के मदद के ही जिन्दगी की समस्याओा का समाधान करने में स्वयं सफल हो पाता है इस चिकित्सा पद्वति में चिकित्सक तथा रोगी का संबंध फूल तथा माली के समान होता हैं जिस प्रकार माली अपने प्रयासो से फूलो को उचित प्रकार से उन्नत बनाता है ठीक उसी प्रकार चिकित्सक रोगी के भीतर छिपी हुई अन्तःशक्ति का विकास करता है जिससे रोगी को समस्याओं का समाधान करने मे लाभ प्राप्त होता है इस चिकित्सा पद्वति में रोगी और चिकित्सक के संबंधो को महत्वपूर्ण माना गया है जिससे रोगी की अन्तःशक्ति में वर्धन होता है यह एक प्रकार का वास्तविक अन्तः वैयक्तिक संबंध होता है इस तरह की चिकित्सा में चिकित्सकीय संबंध को

तात्कालिक अनुभूतियों को काफी महत्वपूर्ण माना हैं इससे रोगी सामान्य लोगो के समान ही होते है रोगी वातावरण के प्रति प्रत्यक्षण के अनुरूप् ही व्यवहार करते है।

2.3.2 परिघटनात्मक मॉडल में प्रयुक्त चिकित्सा पद्वति:-

परिघटनात्मक मॉडल में रोगियों का उपचार किया जाता है इस मॉडल में निम्नांकित चिकित्सा मुख्यतौर पर अपनाया गया है।

1. क्लायट चिकित्सा
2. गेस्टाल्ट चिकित्सा
3. लोगो चिकित्सा
4. अस्तित्ववादी चिकित्सा

1. क्लांयट केन्द्रित चिकित्सा:-

इस चिकित्सा विधि का प्रतिदिन कार्ल रोजर्स द्वारा 1940 के दशक में किया इसे अन्य नामों जैसे व्यक्ति केन्द्रित चिकित्सा, अनिर्देशित चिकित्सा भी कहा जाता है।

रोजर्स ने अपनी चिकित्सा विधि में रोगी के लिए क्लांयट तथा चिकित्सक के लिए सलाहकार शब्द का प्रयोग किया है। रोजर्स फ्रायड के इन विचारो से सहमत नही थे इसलिए उन्होने इन विचारो को अस्वीकृत कर दिया –

पहला अविवेकी मूल प्रवृतियों से व्यक्ति का व्यवहार प्रभावित होता है तथा दूसरा चिकित्सीय प्रक्रिया में चिकित्सक को एक निदेशक व्याख्याता तथा जाचकर्ता के रूप् में कार्य करना होता है|

इस चिकित्सा के अर्न्तगत एक रोगी के संबंधित लक्षणो के कारणो को समझने तथा उपचार हेतु उन्हे दूर करने के उपायो को ढूढ निकालने में मुख्य भूमिका रोगी की होती है| इसमें चिकित्सक रोगी को अपने निर्देश नही देता है इस लिए अनिर्देशित चिकित्सा पद्वति कहते हैं

इस चिकित्सा मे रोगी को अपने लक्षणो एवं कारणो को जानने के लिए तथा उनके निराकरण के लिए किसी विशेषज्ञ व्यक्ति की आवश्यकता होती है और रोगी के लिए इस संबंध में एक ऐसी विशेष अनूकूल

मनौवैज्ञानिक परिवेश की आवश्यकता होती है जिसमें व्यक्ति अपने दमित भावो, अनुभवो व कुष्ठाओं को खुलकर मनोचिकित्सक के सामने व्यक्त कर दें।

मानव की प्रकृति को समझने के लिए रोजर्स 1961 ने कई तरीको पर प्रकाश डाला है।

1. किसी भी व्यक्ति को उनके अपने प्रत्यक्षण व भाव के आधार पर आसानी से समझ सकते है इन व्यक्तियो को अपने व्यवाहार के बारे मे पूर्णत जानकारी होती हैं

2. स्वस्थ्य व्यक्ति जन्मजात रूप से उत्तम व प्रभावी होते है वे तभी आप्रभावी व विचलित हो जाते है ही जब उनमे दोषपूर्ण सीखने की अनुभूति आ जाती है एक स्वस्थ्य व्यक्ति उदेश्यपूर्ण व लक्ष्य निदेशित होत है ये लोग आत्म निर्देशित होत है।

3. इसमे चिकित्सक को रोगी की घटनाओ में परिवर्तन करके परिस्थिति को उसके अनुरूप् नही बनाना चाहिए बल्कि उसे ऐसी अवस्था उत्पन्न करनी चाहिए कि रोगी स्वंत्रत होकर निर्णय दे सके।

इस चिकित्सा में एक ऐसे अन्तः वैयक्तिक संबंध को उत्पन्न किया जाता है जिसका उपयोग व्यक्तिगत वर्धन के लिए रोगी करता है व्यक्तिगत वर्धन उत्पन्न करने के लिए चिकित्सक के साथ तीन गुण होना चाहिए। बिना शर्त के धनात्मक सम्मान, परानुभूति, संगतता

1. शर्तहीन धनात्मक सम्मान (Unconditional Positive Regard):-

इस मनोवृति से निम्नांकित तीन तरह के सकेत मिले है-

अ. चिकित्सक क्लांयट (रोगी) पर एक व्यक्ति के रूप में विशेष ध्यान देते है:-

इसमे चिकित्सक रोगी को यह विश्वास दिलाता है कि उसकी बातोँ को ध्यानपूर्वक सुना जा रहा है| इससे रोगी में आत्म अभिव्यक्ति को तीव्र प्रेरणा जागती है।

ब. चिकित्सक उन्हे स्वीकार करते है:-

इसमें चिकित्सक रोगी को किसी शर्ते के बिना स्वीकार करता है क्लायट केन्द्रित चिकित्सा में चिकित्सक क्लांयट के भावो को न अनुमोदित करता है न ही उसे नामंजूर करता है बल्कि स्वीकार करता है।

स. चिकित्सक क्लायंट के परिवर्तन की क्षमता में विश्वास रखता है:-

चिकित्सक क्लांयट के समास्या समाधान एवं वर्धन की अन्त: शक्ति में विश्वास रखता है रोजर्स के अनुसार यदि क्लायंट यह समझता है कि चिकित्सक को उसकी अन्तःशक्ति मे विश्वास नही है तो क्लायंट में आत्मा विकास नही होने का खतरा उत्पन्न होता है वही दूसरी तरफ यदि क्लायंट यह समझता है कि उसकी अन्तःशक्ति मे चिकित्सक को विश्वास है तो इसमें उसमें आत्म निर्भरता का गुण विकसित होता है।

2. परानुभूति (Empathy):-

परानुभूति को तात्पर्य यह है कि चिकित्सक क्लायट के भावो को ठीक से समझकर अपनी नजर से ना देखकर क्लायंट की नजर से देखे इससे चिकित्सकीय संबंध मजबूत होत है इसे रोजर्स ने परानुभूतिक समझ कहा है।

परानुभूति मनोवृति को संचारित करने में परिवर्तन की भूमिका पर बल डाला गया है| परावर्तन मे चिकित्सक क्लायंट के विचारो एवं व्याख्याओं को मात्र दोहराता नही है बल्कि इसमें वह क्लायंट के भावो को और अधिक स्वच्छ बना कर उन्हे स्वीकार करता है।

3. संगतता (Congruency):-

संगतता जिसे यथार्थता भी कहते है से तात्पर्य है कि चिकित्सक को क्लायंट के साथ एक यथार्थ एंव वास्तविक सबंध विकसित करना चाहिए। वह जितना अधिक यथार्थ सबंध स्थापित करेगा उतना ही सफल होगा। चिकित्सक व क्लायंट के भाव व क्रियाएं एक दूसरे के साथ मिलती है।

1. क्लायंट मनोचिकित्सक के पास अपनी समास्या व लक्षणो के समाधान के लिए जाता है वह सहायता करने के लिए कहता है।

2. मनोचिकित्सक क्लायंट की समस्या व लक्षणो के प्रति मन में उठने वाली प्रत्येक अभिव्यक्तिभाव को ढंग से सुनता है और क्लायंट के मन मे आने वाले संकोचो व प्रतिरोधो को तुरन्त दूर करता है तथा क्लायंट को भाव को व्यक्त करने के लिए निरन्तर प्रोत्साहित करते है।

3. इसके अर्न्तगत रोगी में मनोचिकित्सक के सहयोग से अपने लक्षणो के प्रति अन्तदृष्टि विकसिक होने लगता है और वह अपने लक्षणो एंव कारणो को स्पष्ट रूप् से समझने लगता है।

4. मनोचिकित्सक अपने निर्णन व कार्य दिशाओं के प्रति सकारात्मक अश्वासन मिलने से क्लायंट सन्तुष्टि का सुखद अनुभव करता हैं

5. जब क्लायंट मे अपने लक्षणो के प्रति अन्तदृर्ष्टि विकसिक हो जाती है और मनोचिकित्सको से निणयो के प्रति सकारात्मक अश्वासन मिल जाता है तब यह प्रक्रम समापन की स्थिति आ जाता है।

रोगी केन्द्रित चिकित्सा के द्वारा क्लांयट में एक नवीन चेतना, आत्म-वोध की भावना, आत्म निर्देशन व प्रभावी आत्म सिद्धि मार्ग की उपलब्धि होती है।

रोगी केन्द्रित चिकित्सा की विमाएँ:-

I क्लायंट के अभिज्ञा में वृद्धि (Increase in awareness of client):-

इस तरह की चिकित्सा मे क्लायंट अपने उन भावो को जान जाता है जिसकी जानकारी न होने पर वह उनसे दूर रहता था। इससे रोगी अपने अुभूत्तियों पर ध्यान केन्द्रित करता है। इससे क्लायंट में आत्मा अभिज्ञा में काफी वृद्धि होती है।

II आत्म स्वीकरण मे वृद्धि (Increased self – acceptance):-

इस चिकित्सा के दौरान क्लायंट धीरे –धीरे आत्म आलोचना (Self Criticism) करते पाया जाता है, तथा वह अपनी आलोचना को अधिक स्वीकार करते हुए देखा जाता है|

III संज्ञात्मक लोच में वृद्धि (**Increased Cognitive flexibility**):-

क्लायंटचिकित्सा इस तरह की संज्ञानात्मक आबद्वता (Cognitive Fixedness)दूरकरकेपरिस्थितिकोविभिन्नढंगसेप्रत्यक्षणकरनेकीप्रेरणा क्लायंट को देता है।

IV अंतर्वैयक्तिक आराम में वृद्धि (Increased Interpersonal Comfort): -

क्लायंट सुरक्षात्मक अंतर्वैयक्तिक उपागम को त्याग देता है और उसे जैसा वह है के बारे में अन्य लोगो को बताकर काफी खुशी होती है।तथा सत्र कि वृद्धि के साथ क्लायंट अपने विभिन्न तरह के संबंधो में अधिक से अधिक आराम या सुख – चैन का अनुभव करता है|

V आत्म अस्था में वृद्धि (Increased Self – Reliance):-

चिकित्सा का सत्र जैसे जैसे बढता है क्लायंट दूसरो पर कम निर्भर रहता है उसे अपने ऊपर पूरा भरोसा हो जाता है।

VI क्लायंट के स्पष्ट व्यवहारों में परिवर्तन (Change in Client’s Overt Behaviour):-

क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा में क्लायंट के स्पष्ट व्यवहारो में काफी परिवर्तन हो जाता है उसका व्यवहार पहले से अधिक परिपक्व हो जाता हैं तथा उसके व्यवहार में मनोवैज्ञानिक तनाव की स्पष्ट कमी देखी जाती है|

मूल्यांकन (Evaluation):-

साधारण कुसमायोजित व्यवहार के लिए क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा उत्तम प्रविधि है यह चिकित्सा मनोगतिकी के किसी विशिष्ट सिद्धांत के समर्थन पर निर्भर नही करता है अत: नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा इसका प्रयोग अधिक किया जाता है| रोजेर्स ने प्रथम बार चिकित्सीय सत्र टेप रिकार्डिग करने पर बल डाला।

क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा गंभीर मानसिक रोगो के लिए उपयुक्त नही होता है क्योकि ऐसे व्यक्ति गम्भीर रूप् से विक्षिप्त होते है| क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा में क्लायंट की समस्याओं की गहराई में न पहुचकर मात्र सतह पर ही रहा जाता है इस तरह की चिकित्सा का धनात्मक परिणाम, चिकित्सा के परानुभूति, यथार्थता तथा सौहार्दता से संबंधित होता है, उस पर आधारित होता है।

2. **गेस्टाल्ट चिकित्सा (Gestalt Therapy):-**

इस चिकित्सा पद्वति का प्रतिपादन फ्रेडेरिक एस0 पर्ल्स 1970 द्वारा किया गया है गेस्टाल्ट पद का अर्थ है सम्पूर्ण|गेस्टाल्ट चिकित्सा मन तथा शरीर की एकता पर बल डालता है जिसमें चिन्तन, भाव तथा क्रिया के समन्वय (Integration) की आवश्यकता अधिक जोर दिया गया है।

रोजर्स की भाति पर्ल्स ने भी व्यक्ति की प्रकृति को समझने मे धनात्मकता बल दिया। जब व्यक्ति के जीवन में अनेको कुष्ठाओं दुश्चिन्ताएँ व निराशाएँ घर करने लगती है तभी उसके व्यवहार में समस्याएँ व विकार उठ जाती है।

गेस्टाल्ट चिकित्सा के अन्तर्गत रोगी को अपनी वर्तमान विचारों को निसंकोच व खुलकर व्यक्त करने अभिप्रेरित किया जाता है इस चिकित्सा के द्वारा व्यक्ति अपनी चेतना को विस्तृत करके व्यक्त करता है जिससे उसमें सार्थक जीवन के प्रति आवश्यकता चेतना, योग्यता व क्षमत में समुचित वृद्धि हो सके। इस चिकित्सा पद्वति का विशेष बल व्यक्ति के वर्तमान प्रत्यक्ष पर रहता है। क्योकि उसके वर्तमान के आधार पर ही उसके संवंगो भावो व विचारो का स्वरूप निर्धारित होता है।

गेस्टाल्ट चिकित्सा का मुख्य लक्ष्य रोगी को अपनी आवश्यकता इच्छा एवं आशंकाओं को समझने एंव स्वीकार करने में मदद करना होता है तथा उसको यह बताता है कि वह अपने लक्ष्य तक पहुचने में किस प्रकार असफल रहे।

पर्ल्स के अनुसार रोगी की वास्तविक जिंदगी को उन्नत बनाने एंव चिकित्सा में विकास के लिए आवश्यकता है कि रोगी को वर्तमान की अनुभूतियों की जानकारी बढे तथा उसमें अपने उत्तर दायित्व को समझने की तत्परता बढे। इसलिए तीन महत्वपूर्ण तथ्यों को ध्यान रखना आवश्यक है।

1. इस प्रकार की चिकित्सा का उदेश्य रोगी के वर्तमान के विश्वास को सुदृढ़ करना होता है रोगी की समस्याओं का उत्तर भूतकाल मे ढूढना अर्थ हीन होगा। जब वर्तमान, भूत या भविष्य के चिन्तनों में अन्तर होता है तो रोगी में चिंता उत्पन्न होती है इसलिए चिकित्सक चिकित्सा के दौरान कोशिश करता है कि रोगी का ध्यान उसके वर्तमान भावों, चिन्तनों एवं अनुभूतियों पर रहे।

2. इससे अनुभूतियों को स्वीकार करने की क्षमता विकसित होती है।

3. गेस्टाल्ट चिकित्सा का एक महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि व्यक्ति अपनी क्रियाओं एवं भावो की जवाब देही अपने कधों पर लेता है। लेविटस्काई एवं पर्ल्स (1970) के अनुसार गेस्टाल्ट चिकित्सा में दो प्रविधियां सम्मिलित होती है एक को नियम तथा दूसरे को खेल कहा जाता है इस चिकित्सा के कुछ नियम इस प्रकार है। इसमें रोगी को वर्तमान की अनुभूतियों को व्यक्त करने के लिए कहा जाता है तथा बीती यादो व भविष्य की बातो से दूर रखा जाता है बातचीत किसी विशेष व्यक्ति व विशेष रूप में नही की जाती है, बल्कि समान्तर की जाती है, इसमें इधर उधर की बातो पर ध्यान नही दिया जाता है इसके अन्तर्गत रोगी को मै तथा उत्तरदायित्व का अधिक से अधिक प्रयोग करने पर जोर दिया जाता हैं।

गेस्टाल्ट चिकित्सा में कुछ गेस्टाल्ट गेम्स भी किये जाते है गेम्स के अन्तर्गत रोगी को जोर जोर से बोलकर टिप्पणी व वाक्य को दोहराने के लिए कहा जाता है। इसमें रोगी भिन्न भिन्न तरह की भूमिका वाले गैम्स भी खेलने पड़ते है।

गेस्टाल्ट चिकित्सा में निम्नलिखित सप्रत्ययों को भी महत्वपूर्ण माना गया है क्योकि इन सबसे रोगी की वर्तमान अवस्थाओं को समझने में मदद मिलती है।

1. **टाप डौग तथा अंडर डौग (Top dog – Underdog):-**

गेस्टाल्ट चिकित्सा मे टापडौग से तात्पर्य करीब करीब वही है जो फ्रायड के सिद्धांत मे उपाह का है जब व्यक्ति के इन दोनो पहलुओं में सघर्ष होता है तो रोगी को वार्तालाप के माध्यम से इन दोनो की भूमिका करनी पडती है ताकि आत्मन के इन दोनो संघर्षात्मक पहलुओं को आपस में समन्वित कर सके।

2. **स्वप्न (Dreams):-**

गेस्टाल्ट चिकित्सा सत्र के दौरान रोगी को अपने स्वप्न के बारे मे वर्तमान काल का उपयोग करते हुए बतलाना होता है और इस तरह से उसे स्वप्न के विषय के अनुरूप भूमिका करनी होती है। गेस्टाल्ट चिकित्सकों का मत है कि स्वप्न के विभिन्न वस्तुओ या व्यक्तियों की भूमिका का निर्वाह करने में आत्मन के असंबद्ध अंशो को रोगी समझता है तथा ऐसी समझ विकसित कर लेने पर उसे पुनः समन्वित करने में सफलता मिलती है|

3. **रक्षाएँ (Defenses):-**

गेस्टाल्ट चिकित्सक का कार्य रक्षात्मक तह को हटाकर रोगी को वास्तविकता से अवगत कराना होता हे इस तरह की वास्तविक जानकारी होने से रोगी मे सम्पूर्णता एवं प्रफुल्लता आती है।

4. **अशाब्दिक व्यवहार का उपयोग (Use of non verbal behaviour):-**

चिकित्सक को चिकित्सक सत्र के दौरान क्लायंट क्या कहता है तथा वह क्या करता है पर काफी ध्यान देना होता है उनके इन अशाब्दिक व्यवहारो से कुछ ऐसे महत्वपूर्ण सूचनाएँ मिलती है जो क्लायंट द्वारा बोलकर दी सूचनाओं के विपरीत हाती है और वे चिकित्सा के लिए काफी महत्वपूर्ण है। इससे क्लायंट द्वारा उपयोग किया गया रक्षात्मक प्रतिक्रियाओं का वास्तविक अर्थ समझने में मदद मिलती है।

गेस्टाल्ट चिकित्सा में वर्तमान, उत्तर दायित्व अनुभव तथा अभिज्ञा पर अधिक बल डाला जाता हैं यह सरल व सुगमविधि है।

4. **लोगो चिकित्सा(Logo Therapy)**:-

लोगो चिकित्सा की प्रविधि विक्टर फ्रेक्ल (Victor Frankl 1963) द्वारा विकसित की गयी। यह विधि अस्तित्वात्मक सिद्वान्तों पर आधारित है अत कुछ लोगो ने इसे अस्तित्वात्मक चिकित्सा (Existential therapy) का ही एक भाग मना हैं

लोगो चिकित्सा में 'लोगो' से तात्पर्य अर्थ से होता है। इसे शब्दिक भाषा में अर्थ पर अधारित चिकित्सा (Therapy of meaning) कहा गया है। इस तरह की चिकित्सा में व्यक्ति की जिंदगी में अर्थहीनता के भाव से उत्पन्न होने वाली समस्याओं एवं चिन्ताओं की दूर किया जाता है।

फैक्ल के अनुसार व्यक्ति का सबसे प्रमुख अभिप्रेरक 'अर्थ की इच्छा' (Will-to-meaning) होता है अर्थ की इच्छा से तात्पर्य अपनी जिन्दगी के आध्यात्मिक एवं मनोवैज्ञानिक पहलुओं के अर्थ एवं संगतता (Relevance) को वास्तविक ढंग से समझकर उसके अनुरूप व्यहार करना होता है। जब व्यक्ति अपनी जिंदगी के आध्यात्मिक या दार्शनिक समस्याओं एवं प्यार तथाजीवन मुत्यु आदि से संबंधित अर्थ मे दिशाविहीनता उत्पन्न हो जाती है तो इससे उसमे अस्तित्वात्मक कुंठा उत्पन्न हो जाती है जिसे व्यक्ति पहले अपने स्तर से दूर करने की कोशिश करता है जब कुंठा की मात्रा अधिक होकर नियंत्रण से बाहर हो जाती है तो स्नायुविकृत कहा जाता है इस तरह की स्नायु विकृति (Neurosis) मे अर्न्तोद अभिप्रेरक (Drives) या मूलप्रवृतियों (Instincts) के बीच किसी तरह का संघर्ष नही पाया जाता है बल्कि व्यक्ति के नैतिक सिद्धांतों का टकराव से उत्पन्न संघर्ष को दूर करना लोगो चिकित्सा का उद्देश्य है। इस चिकित्सा में रोगी को उसकी जिंदगी के उत्तरदायित्व की जानकारी कराने की कोशिश की जाती है।

लोगो चिकित्सा की दो विधियां अधिक लोकप्रिय हैं

1. परस्पर विरोधी अभिप्राय विधि (Technique of paradoxical intention)

2. अचिंतन प्रविधि (Technique of dereflection)

ये दोनो प्रविधियां अन्य स्नायुविकृति में मनोग्रसित बाध्यता (Obsessive-Compulsive) व दुर्भीति (Phobia) के रोगियों के उपचार के लिए लोकप्रिय है।

लोगो चिकित्सा में आत्मानिष्ठता (Subjectivity) अधिक व वस्तुनिष्ठता (Objectivity) कम है। इसमें क्रमबद्वता (Serialization) नही है। कुछ सप्रत्यंय ऐसे हैं जिसे समझना कठिन है।

5. अस्तित्ववादी चिकित्सा (Existential Therapy):-

अस्तित्वपरक चिकित्सा का उद्देश्य संबंधित रोगी को उसके भावो अनुभावों व मूल्यों की संवृद्धि व आत्म सिद्धि के मार्ग का पता लगाने व उस पर ही चलने को उत्साहित तथा प्रोत्साहित करना होता है।

इस चिकित्सा विधि के प्रमुख समर्थक विन्सवैन्गर 1942 तथा एन्जिल एवं एलेन वर्गर 1958 है इस चिकित्सा विधि में रोगी के उपचार या चिकित्सा में कोई निश्चित कार्य विधि नही अपनायी जाती है।

परन्तु इसमें प्रत्येक व्यक्ति की वैयक्तिकता तथा उसके मूल्यों एवं भावों को समझकर रोगी के स्वस्थ्यकर अस्तित्व के लिए एक माहौल तैयार किया जाता है।

अस्तित्ववाद में व्यक्ति के स्वतंत्र इच्छाओं तथा उत्तरदायित्व पर अधिक जो दिया जाता है इसमें वह चिन्ताऐ अधिक महत्वपूर्ण है जिसे व्यक्ति अपनी जिंदगी में मुख्य पंसद या चयन करने में अनुभव करता है ऐसे चयन को अस्तित्वादी चयन कहा जाता है। ऐसे चयन पर व्यक्ति का अस्तित्व निर्भर करता है किसी अमुक नौकरी करना या ना करना अस्तित्वादी चयन का एक उदाहरण है व्यक्ति को जीवित रहने के लिए उन चिन्ताओं में अवगत होना चाहिए जो अस्तित्ववादी चयन से उत्पन्न होती है। यह चिन्ताऐ अत्यधिक रूप में है।

यह चिन्तन कि हम लोग एक दिन मर जायेगे, अस्तित्वादी चिन्ता उत्पन्न करना है, यह चिन्तन कि हम लोग अकेले है अस्तित्वादी चिंता उत्पन्न करता है।

अस्तित्वादी चिकित्सा का उद्देश्य की उक्त तरह की चिंताओं से मुक्त करना होता है। चिकित्सक विन्सवैनम्गर (1942) द्वारा विकसित विधि जिसे डेजिन एनालिसिस (**Daesein Analysis**) की संज्ञा दी गयी है का भी अनुसरण करते हैं

लाभ-अलाभ-

1) अस्तित्वादी चिकित्सा में रोगी को उसके भीतर छिपी अन्त: शक्ति से अवगत कराकर उसे अर्थ पूर्ण ढंग से जीवित रहने की प्रेरणा दी जाती है।
2) इसमें क्लायंट अपने अस्तित्व को समझने की कोशिश करता है और अस्तित्वादी स्नायुविकृति के लक्षणो को स्थायी रूप से दूर करने में काफी सहायता मिलती है।
3) अस्तित्वादी चिकित्सा क्लायंट को व्यक्तिगत अनुभूतियों पर अधिक निर्भर करता है।
4) अस्तित्वादी चिकित्सा को एक चिकित्सा प्रविधि न कहकर चिकित्सक द्वारा अपनायी गयी एक सामान्य मनोवृति (Attitude) कहना अधिक उचित हैं।

2.4 फ्रायडियन मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा (Freudian Psychoanalytic Therapy)

मनोचिकित्सा (Psychotherapy) के इतिहास मे फ्रायड (Freud) पहले ऐसे व्यक्ति थे जिन्होने मानसिक विकृतियों से ग्रसित व्यक्तियों के उपचार में मनोवैज्ञानिक विधियों का वैज्ञानिक प्रयोग किया। इनके द्वारा प्रतिपादित विधि को मनोवैश्लेषिक चिकित्सा (Psychoanalytic therapy) या मनोगतिकी चिकित्सा (Psychodynamic therapy) कहा है।

फ्रायड द्वारा प्रतिपादित चिकित्सा में व्यक्ति के दामित इच्छाओं, चिन्तन, सघंर्ष एवं डर आदि पर मनोवैश्लेषिक दृष्टिकोण से स्पष्ट किया जाता है कि ऐसे सघंर्ष, इच्छाओं, डर आदि को अचेतन (Unconscious) से बाहर निकालकरउनमें पर्याप्त सूझ विकसित करने की कोशिश की जाती है ताकि उसमें उत्पन्न होने वाले संवेगात्मक एवं समयोजन संबंधी कठिनाईयों को रोगी ठीक प्रकार से सुलझा सके।

इसके अन्तर्गत व्यक्ति के अचेतन में दमित अन्द्वन्दो (Supress conflicts) व मानसिक विषय जालो को मुक्त साहचर्य, स्वप्न विश्लेषण तथा कभी कभी दैनिक जीवन की त्रुटियों व विस्मृतियों के संकेतो के आधार पर किया जाता है इस प्रविधि में चिकित्सक को मनोविश्लेषिक या संक्षेप में विशेषज्ञ भी कहा जाता है इस विधि को निर्देशात्मक चिकित्सा (Directive therapy) कहा जाता हैं|

मनोविश्लेषण की विधियां:-

1. **स्वतंत्र सहचर्य की अवस्था (Stage of free association):-**

इसके अन्तर्गत रोगी को एक कम प्रकाश वाले कमरे में आरामदार विस्तर पर लिटा दिया जाता है तथा चिकित्सा पीछे बैठ जाता है फिर चिकित्सक रोगी से साधारण ढंग से बातचीत करके सौहार्दपूर्ण संबंध (rapport building) स्थापित करते है और रोगी से अनुरोध करते है कि उसके मन मे जो भी कुछ आता जाए बह बिना किसी संकोच के कहता जाए, चाहे वे सार्थक हो या निरर्थक हो नैतिक हो या अनैतिक। रोगी द्वारा कही गई सारी बातो को चिकित्सक ध्यान से सुनता है और यदि उसे कोई परशानी होती है तो चिकित्सक उसे दूर करता है। इस प्रविधि को स्वंतत्र साहचर्य की विधि कहा जाता है जिसका उदेश्य रोगी के अचेतन में छिपे अनुभवो, मनोलैंगिक इच्छाओं (Psychosexual wishes) एवं मानसिक सघंर्ष को चेतन स्तर पर लाना होता है।

जब तक मनोचिकित्सक के विचार में मनोविश्लेषण का उद्देश्य पूर्ण नही होता तब तक मुक्त साहचर्य **(free association)** का कार्यक्रम निरन्तर चलता रहता है। यह पद्वति अति दीर्धकालिक जाटिल तथा खचीली पद्वति है इसकी सफलता की कोई गारण्टी नही है अत इसका उपयोग व्यापक स्तर पर ना होकर प्राय कुछ विशिष्ट स्थितियों में होता है।

2. **प्रतिरोध की अवस्था (Stage ofresistance):-**

प्रतिरोध की अवस्था स्वंतत्र साहचर्य की अवस्था के बाद उत्पन्न होती है जब रोगी चिकित्सक को मन में आने वाले विचारो को बताते बताते रूक जाता है व चुप हो जाता है वह कुछ बनावटी बाते करने

लगता है इस अवस्था को प्रतिरोध की अवस्था कहा जाता है यह अवस्था तब उत्पन्न होती है जब किसी शर्मनाक घटना व चिन्ता उत्पन्न करने वाली बात को बताते हुए रोगी चुप हो जाता है।

प्रतिरोध को खत्म करनेके लिए वह सुझाव सम्मोहन (Hypnosis), लिखकर विचार व्यक्त करने, पेन्टिग , चित्राकन आदि का सहारा लेता है।

3. स्वप्न विश्लेषण की अवस्था (Stage of dream analysis):-

रोगी के अचेतन में दमित प्रेरणाओ, बाल्यावस्था की मनोलैगिक इच्छाए ,मानसिक संघर्षों को चेतन स्तर पर लाने के लिए विश्लेषक रोगी के स्वप्न का अध्ययन कर उसका विश्लेषण करता है। स्वप्नो का विश्लेषण करके चिकित्सक रोगी के अचेतन के संघर्षों एवं चिन्ताओं के बारे मे जान पाता है और रोगी के स्वप्नों के अव्यक्त विषयो के अर्थ को चिकित्सक उसे समझाता है। जिससे रोगी को अपने मानसिक संघर्ष एवं संवेगात्मक कठिनाई के वास्तविक कारण को समझने से सहायता मिलती है।

4. स्थानान्तरण की अवस्था (Stage oftransference):-

चिकित्सा के दौरान जैसे जैसे रोगी एवं चिकित्सक के बीच अन्त क्रिया हो जाती है, दोनो के बीच जटिल एवं सांवेगिक नये संबंध बनते है रोगी अक्सर अपने गत जिंदगी में जैसी मनोवृति शिक्षक, माता या पिता या दोनो के प्रति बना रखा था, वैसी ही मनोवृति वह चिकित्सक के प्रति विकसित कर लेता है। इसे स्थानान्तरण कहते है स्थानान्तरण विकसित होने से रोगी शांत मन से एवं पूर्ण विश्वास के साथ अपने विचारो की अभिव्यक्ति करता है।

स्थानन्तरण तीन प्रकार का होता है।

1. धनात्मक स्थान्तरण (Positive transference):-

इसमें रोगी विश्लेषक के प्रति अपने स्नेह एवं प्रेम की प्रतिक्रियाओं को दिखलाता है।

2. त्रृणात्मक स्थानान्तरण (Negative transference):-

इसमें रोगी विश्लेषक के प्रति अपनी धृणा एवं संवेगात्मक विलगाव की प्रतिक्रियाओं की अभिव्यक्ति करता है।

3. प्रति स्थानान्तरण (Counter transference):-

इसमें विश्लेषक ही रोगी के प्रति स्नेह, प्रेम एवं संवेगात्मक लगाव दिखता है।

4. समापन की अवस्था (**Stage of termination**):-

रोगी मे सूझ का विकास हो जाने से चिकित्सक रोगी से धीरे धीरे संबंद्व विच्छेद करने का प्रयास करता है चिकित्सक को संबंध विच्छेद अचानक नही करना चाहिए कभी कभी अचानक संबंध विच्छेछ करने से नये लक्षण प्रकट होने का डर रहता है।

मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा अधिक स्थायी होती है रोग के उपचार के बाद इसके लक्षण दोबारा नही दिखते है यह प्रविधि हिस्ट्रीरिया, स्नायुविकृत विषाद (Neurotic depression), अर्न्तमुखी (Introvert) तथा कम अभिप्रेरित रोगियों के लिए सबसे अधिक प्रभावकारी माना गया है।

इस विधि द्वारा उपचार में काफी समय लगता है इस विधि द्वारा उपचार में एक रोगी को प्रति हफते तीन से पांच बार तक लगातार कई महिनों तक बल्कि कई वर्षो तक चिकित्सक के पास जाना पडता है यह अधिक खचीर्ली विधि है जिसका लाभ धनी व्यक्ति ही उठा पाते है इस विधि का उपयोग काफी छोटे बालको या काफी बूढे लोगो पर नही किया जा सकता है यह चिकित्सा विंशेषकर उन रोगियों के लिए लाभप्रद है जो अपना आत्म मूल्यांकन या अपनी अस्थाओं मे सूझ को विकसित करना चाहते है।

2.5 मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा के लक्ष्य (Objectives of Psychoanalytic Therapy):-

मनोविश्लेषणात्क, चिकित्सा का लक्ष्य रोगी को अपने आप को उत्तम ढंग से समझने में मदद से होता है ताकि रोगी समायोजी ढंग से सोच सके तथा उसके अनुरूप व्यवहार कर सके जो प्राय अचेतन में व्यवहार का वास्तविक कारण होते है तथा उनको जब यह स्पष्ट होता है कि ये कारण ठोस एवं वैध नही है तो वह कुसमायोज ढंग से व्यवहार करना बन्द कर देता है इस प्रकार से रोगी मे उत्पन्न हुए लक्षण समाप्त होने लगते हैं|

फ्रायड 1938 ने मनोविश्लेणात्मक चिकित्सा के लक्ष्य को स्पष्ट करते हुए कहा है कि रोगी का अंह उसके आंतरिक मानसिंक संघर्षो से कमजोर पड़ जाता है इन मानसिक संघर्षों में उपाह (Id) का मूल प्रवृत्तिक मांग (Instinctual demands) तथा पराह (Super ego) की नैतिकतापूर्ण मांग का महत्पूर्ण योगदान होता है चिकित्सक रोगी को इन मानसिक संघर्षों से उत्पन्न समस्याओं से निबटने में उन्हें मदद करता है इस उद्देश्य से रोगी तथा विश्लेषक दोनो मिलकर पराह तथा उपाह की प्रवृतियों से निबटने के लिए कार्य करते है इसमें रोगी व चिकित्सक एक दूसरे की सहायता करते हैं।

विश्लेषक उन सामग्रियों को जो रोगी के अचेतन द्वारा प्रभावित हो चुका है की नयी व्याख्या करता है जिससे रोगी को अपनी अज्ञानता तथा भूल का एहसास हो जाता है।

मनोविश्लेषणात्मक उपचार के तीन मुख्य उद्देश्य है-

1) रोगी के समस्यात्मक व्यवहार के कारणो में बौद्धिक एवं सांवेगिक सूझ विकसित करना होता है इस तरह की सूझ रोगी में एक दो मनोविश्लेणात्मक सत्र में न विकसित होकर कई सत्रो से गुजरने के बाद विकसित होता है।
2) रोगी में सूझ विकसित होने के बाद उस सूझ का आशय के बारे मे पता लगाना है।
3) धीरे- धीरे रोगी के उपाह तथा पराह की क्रियाओं पर अंत के नियत्रण को बढाना होता है।

लक्ष्यों को प्राप्त करने की प्रक्रिया में रोगी के व्यक्तित्व का क्रमिक पुर्नसंरचना सम्मिलिति होती है यह प्रक्रिया बहुत लम्बर चलती है करीब 3 से 5 सत्र प्रति सप्ताह 2 साल से 15 साल तक चलती है इसकी फीस भी अधिक है इसमें उच्च स्तरीय चिकित्सीय कौशल की आवश्यकता होती है।

2.6 अंह वैश्लेषिक चिकित्सा (Ego Analytic Therapy):-

अंह वैश्लेषिक चिकित्सा में अहं (Ego) कार्य उपाह (Id) तथा वास्तविक दुनिया के उलझनों की सुलझाने में मध्यस्ता ही करना नही है बल्कि और भी अन्य महत्वपूर्ण कार्य करना है। अंह का कार्य अचेतन के संघर्षों या उलझनों को सुलझाने तथा दुश्चिंता से बचाने के अतिरिक्त भी कुछ है मनोवैज्ञानिकों के अनुसार अहम् के अन्य कार्यो में समायोजी कार्य तथा उलझन मुक्त कार्य भी है जिसमें स्मृति, सीखना तथा प्रत्यक्षण आदि भी सम्मिलित होते है

मनोवैज्ञानिकों का एक समूह ऐसा है जो फ्रायड द्वारा प्रतिपादित नियमों एवं संप्रत्यायो को एडलर के समान पूर्णत अस्वीकृत न करके उसमें कुछ परिमार्जन किया है और उसे अपनी चिकित्सा पद्वति में उपयोग किया है इस समूह की अंह वैश्लेषिक कहा गया है। इनमें हार्टमान फ्रायड की सुपुत्री अन्ना फ्रायड, क्रिस, इरिक्सन तथा रेपापोर्ट मुख्य रूप से मशहूर है।

1) अंह विश्लेषको द्वारा प्रतिपादित चिकित्सा फ्रायड द्वारा प्रतिपादित चिकित्सा का लक्ष्य पुर्नशिक्षणीय (Re-educative) होता है जबकि फ्रायडियन मनोविश्लेषिक चिकित्सा का लक्ष्य पुनसरर्चनात्मक होता है।
2) अंह विश्लेषको की चिकित्सा में शैशावास्था की अनुभूतिया तथा स्थानांतरण स्नायुविकृति पर फ्रायडियन मनोवैश्लेषिक चिकित्सा की तुलना में कम बल डाला जाता है।

3) अंह विश्लेषिक चिकित्सा में व्यक्ति के वर्तमान समस्याओं पर अधिक जबकि फ्रायडियन मनोविश्लेषिक चिकित्सा में व्यक्ति के गत जिंदगी की अनुभूतियों एवम संस्करणों पर अधिक बल डाला है।

अंह विष्लेषिक चिकित्सा में चिकित्सक निम्नांकित पूर्वकल्पना करके चिकित्सा कार्य करता है-

1) मानव व्यवहार का निर्धारण मूल प्रवृति (Instinct) द्वारा न होकर अंह (Ego) द्वारा किये गये विभिन्न कार्यो द्वारा होता है।
2) मूल प्रवृत्ति या उपाह तथा वास्तविकता से अलग हटकर अंह की स्वायत्ता (Autonomy) होती हैं|
3) अंह समायोजी सीखना तथा पर्यावरणी निपुणता के लिए ऐसा प्रणोद (Drives) उत्पन्न करता है जो लैगिक तथा अक्रामक मूल प्रवृति से भिन्न होता हैं।
4) महिला लैगिकता (Female sexuality) पुरूष लैगिकता (Male sexuality) से कम न होकर समकक्ष होता है।
5) उपांह, **(Id)** अंह **(Ego)** तथा पराहम **(Super Ego)** द्वारा व्यक्तित्व की संरचना की संन्तोषजनक व्याख्या नही होती है।
6) सर्जनात्मकता तथा अनुराग प्रणोद के लिए व्यक्ति मे अन्तःशक्ति छिपी रहती है।
7) विशेष क्रिया तथा लचीलेपन को मनोचिकित्सा के लिए आवश्यक माना है।

अंह वैश्लेषिक चिकित्सा को करते समय कुछ बातो पर ध्यान आवश्यक रखना चाहिए।

सबसे पहले क्लांयट के साथ सौहार्दपूर्ण संबंध स्थापित करके उसकी वर्तमान समस्याओं के बारे में सोचकर बताने का आग्रह किया जाता है जिससे उसे मनोविश्लेषण की पुरानी विधियों जैसे स्वप्न विश्लेषण तथा स्वतत्र साहचर्य का उपयोग ना करना पडे तो अधिक अच्छा रहेगा। क्लायंट को विशेष तरह की अनुभूतियों जैसे माता पिता के साथ उलझनो एवं भयानक अनुभूतियों के बारे बताने को कहा जाता है चिकित्सक क्लायंट को विशेष सुझाव देकर वर्तमान समस्याओं को सुलझाने में सूझ उत्पन्न करता है जब क्लायंट समस्याओं को सुझलाने के लिए अपने आप सक्षम हो जाता है तो चिकित्सक क्लायंट से धीर धीरे मिलना कम कर देते है।

अंह विश्लेषिक चिकित्सा के गुण दोष:-

1. **ब्लैक एवं ब्लैक (1974) के** अनुसार इस चिकित्सा पद्वति में क्लायंट के वर्तमान लक्षणो तथा उनसे संबंधित घटनाओ के बीच के संबंध को समझने पर बल दिया जाता है अत चिकित्सा का परिणाम स्थायी एवं प्रभावी होता है।
2. इसमें रोगी के चिकित्सीय संबंध में पुनर्शिक्षा के माध्यम से विश्वास उत्पन्न किया जाता है इसलिए इस चिकित्सा विधि द्वारा रोगी के कुसमायोजी व्यवहारों के लक्षण तेजी से दूर होते है|
3. इसमे चिकित्सक रोगी के स्नायुविकृत पहलुओं को ही नही बल्कि भावात्मक पहलुओं की अन्तक्रियाओं को भी समझता है इसमें समग्रता तथा गहनता का विशेष गुण होता है।

दोष-

1. इसमें अंतरण तथा स्वंतत्र साहचर्य जैसी विधियों को महत्व नही दिया जाता है अत: चिकित्सा प्रक्रिया का परिणाम निर्भर योग्य नही होता है।
2. इस चिकित्सा पद्वति में स्वतप्न विश्लेषण जैसी विधियों का उपयोग न के बराबर किया जाता है जिससे इसकी वैधता पर आंशका होती है।
3. विनर (1976) के अनुसार अहं वैश्लेषण उपागम में बहुत सारे योग्य चिकित्सकों के विचार किसी एक पद्वति के सैद्वान्तिक उत्केन्द्रता या विशिष्ट शब्दावली से जुड़े हुए बिना ही सम्मिलिति होते है और चूकि यह व्यक्तित्व विकास तथा मनोविकृति के बहुचर्चित मनोगत्यात्मक सम्प्रत्यायों से संबंधित है।

2.7 वस्तु संबंध चिकित्सा (Object Relation Therapy) :-

मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा के क्षेत्र में एक महत्वपूर्ण विकल्प वस्तु संबंध चिकित्सा है जिसका आधार वस्तु संबंध सिद्धांत हैं| इस सिद्धांत का प्रतिपादन कई ब्रिटिश विश्लेषको जिसमें फेयरर्वेन (1952), विनिकोट (1965) क्लिन (1975) मार्गरेट मेहलर (1975), ओटो कर्नवर्ग (1976) एवं कोहूट (1983) आदि के नाम मुख्य है ,द्वारा किया गया।

वस्तु संबंध सिद्वांत में माँ शिशु अन्तक्रिया से उत्पन्न होने वाले अंतर्वैयक्तिक क संबंध तथा अंह की शक्ति एवं सरंचना पर उसके पडने वाले प्रभाव का अध्ययन किया जाता है |जब इन संबंधो का स्वरूप् कुछ ऐसा होता है कि शिशु महत्वपूर्ण आरभिक आवश्यकताओं की पहचान नही कर पाता है और

उसका संगठित सम्पूर्ण आत्म का विकास नही हो पाता है तो उसका आत्मन् दोषपूर्ण हो जाता है जो शिशु की जिंदगी में आगे चलकर व्यक्तित्त्व विकृति के रूप प्रदर्शित होता है।

चिकित्सा सत्र के दौरान विश्लेषक का मुख्य कार्य एक अनुक्रियाशील, हार्दिक एवं परानुभूतिपूर्ण, आत्मवस्तु के रूप मे अपने आप को पेश करना होता है ताकि रोगी अपने शिशुकाल के आरंभिक आवश्यकताओं की अभिवयक्ति करने में प्रोत्साहित हो सके। इससे रोगी का आत्मन् पूर्ण होता है और प्रक्रिया को आत्मपूरण कहा जाता है।

कोहट 1983 ने आत्मपूरण के लिए तीन तरह के आत्म वस्तु हस्तांतरण महत्वपूर्ण बताये है-

1. दपर्ण हस्तांतरण (Mirror transference)

2. आदर्शात्मिक हस्तांतरण (Idealizing transference)

3. सर्वसम हस्तान्तरण (Twinship transference)

वस्तु संबंध चिकित्सा में कुछ चरण निम्नांकित है-

1. प्रथम चरण में रोगी के साथ सौहार्द पूर्ण संबंध स्थापित करके एक उत्तम आत्म वस्तु की भूमिका प्रदान करता है।
2. एक ऐसा चिकित्सा संबंध स्थापित किया जाता है कि जिसे आवश्यकता तुष्टि सबंध कहा जा सके। इस चिकित्सीय संबंध को रोगी के लिए एक दूसरा ऐसा समान अवसर मानते है जिससे रोगी शौशवस्था में प्राप्त करने वाली संन्तुष्टि से, वंचित रह जाता है आसानी से प्राप्त कर लेता है।
3. इस चरण में रोगी में यह ज्ञान विकसित हो जाता है कि उसका वर्तमान व्यक्तित्व उलझन किस तरह से आरम्भिक सांवेगिक वंचनो से उत्पन्न हुआ है।
4. अंतिम चरण में विश्लेषक रोगी से अपना संबंध धीरे धीरे विच्छेदित कर लेता है।

वस्तु चिकित्सा के गुण:-

1. इसमें आवश्यकता तुष्टि संबंध विकसित करने कपर बल डाला जाता है इससे रोगी में आरंभिक सांवेगिक वचनो की क्षतिपूर्ति तेजी से होती है।
2. इससे अंह समर्थन तथा स्वीकृति पर अधिक बल डाला जाता है फलत रोगी में उत्पन्न मनौवैज्ञानिक आघात वंचनो की क्षति पूर्ति तेजी से दूर हो जाते है|

दोष-

1. क्लासिकी मनोविश्लेषकों ने वस्तु संबंध चिकित्सा के परिणाम पर शक जाहिर करते हुए कहा कि इसके द्वारा कहाँ तक निदान हो पायेगा कहना मुश्किल है क्याकि इसमें मात्र उन्हे स्नेह या अनुराग द्वारा चिकित्सा पर बल डाला है।

2.8 अंतर्वैयक्तिक मनोगत्यात्मक चिकित्सा (Interpersonal Psychodynamic Therapy):-

अंतर्वैयक्तिक मनोगत्यात्मक चिकित्सा का प्रतिपापदन हैरी स्टे सुलिभान द्वारा किया गया इस चिकित्सा में रोगी तथा उसके सामाजिक वातावरण के अंत: क्रिया पर जोर दिया गया है सुलिभान को नव फ्रायडियन भी कहा जाता है उनके अनुसार रोगी की मूल कठिनाई वास्तविकता का गलत प्रत्यक्षण करना है जो माता पिता तथा बच्चो के अंतर्वैयक्तिक संबंध में विघटन से उत्पन्न होता है

सुलिभान के अनुसार चिकित्सक अंतर्वैयक्तिक संबंधो का एक विशेषज्ञ होता है जो रोगी को स्पष्ट करता है कि किस प्रकार उसका संज्ञान तथा संबंधित दोषपूर्ण व्यवहार शैली उसे अपनी जिंदगी उत्तम ढंग से जीने में कठिनाई उत्पन्न कर रहा है। जब रोगी इस पहलू को समझ लेता तो वह अधिक समायोजनशील तरीको से व्यवहार करने के लिए प्रेरित हो उठता है।

सुलिभान द्वारा प्रतिपादित चिकित्सा में फोर्ड एवं अर्बन 1963 के निम्नांकित चरण सम्मिलित है-

1. पहले चरण में चिकित्सक रोगी की प्रमुख समस्याओं की समीक्षा करता है।
2. दूसरे चरण में उन व्यवहारों का पता लगाया जाता है जो उसकी समस्या में जुडे होते है।
3. तीसरे चरण में समस्या के सामान्य रूप रेखा या प्रकार के बारे में एक निर्णय लिया जाता है।
4. चौथे चरण में रोगी की सम्पूर्ण अनुक्रियाओं का सावधानी पूर्वक एवंम विस्तृत अध्ययन किया जाता है|
5. पाचवे चरण में रोगी के चिन्ताओं परिवर्जन पैटर्न तथा वह अंतर्वैयक्तिक परिस्थिति जिसमें वह होते है उनका पता लगाया जाता है।
6. छटे चरण में रोगी को इन विभिन्न पैटर्नो के बारे में विस्तार रूप् से बताया जाता है।
7. सातवें चरण में रोगी को दुश्चिताओं का व्यवहार पर पडने वाले प्रभावो से अवगत कराया जाता है।

8. आठवे चरण में रोगी में चिन्ता की तीव्रता धीरे धीरे कम हो जाती है क्योकि उसे अपनी चिन्ता का कारण समझ आ जाता है।

मनोगत्यात्मक अंतर्वैयक्तिक चिकित्सा का समकालीन उदाहरण क्लरमैन तथा विसमैन द्वारा प्रतिपादित अंतर्वैयक्तिक क चिकित्सा है इसमें सम्मिलिति चरण लगभग वही है जो सुलिभान के चिकित्सा पद्वति में है तथा विषाद के रोगियों के लिए अधिक लाभकारी बताया है।

अंतर्वैयक्तिक मनोगत्मात्मक चिकित्सा के गुण तथा दोष-

1. इस तरह की चिकित्सा विषाद, मनोदशा तथा व्यक्तित्व विकृतियों के रोगियों के उपचार के लिए काफी लाभदायक सिद्व हुई है।
2. ऐसी चिकित्सा में एक समय मे रोगी के व्यवहारो मनोवृतियों एवं भावो के सीमित प्रसार पर ध्यान दिया जा सकता है।

2.9 स्वमूल्याकन हेतु प्रश्न (Self – Evaluating Questions) -

i मनवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा किस प्रकार की चिकित्सा पद्वाति है?

ii मनवतावादी अनुभावात्मक चिकित्सा प्रयुक्त की गई चिकित्सा कौन कौन सी है?

iii क्लांयट केन्द्रित चिकित्सा का प्रतिपादन किस मनोवैज्ञानिक ने किया है?

iv क्यायंट केन्द्रित चिकित्सा को किन किन नामो से जाना जाता है?

v गेस्टाल्ट चिकित्सा का प्रतिपादन किस मनोवैज्ञानिक ने किया?

vi अस्तित्ववादी चिकित्सा के समर्थको के नाम उल्लेखित कीजिए |

vii मनोविश्लेषण की विधियां कौन कौन सी है?

viii वस्तु सबंध चिकित्सा के ब्रिटिश विश्लेषक कौन कौन है?

2.10 सारांश (Summary)

मानवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा से तात्पर्य रोगी को अपने लक्षणों को पहचानकर अन्तदृष्टि को विकसित करना होता है। मानवतावादी अनुभावात्मक चिकित्सा में क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा, गेस्टाल्ट

चिकित्सा, लोगो चिकित्सा, अस्तित्वादी चिकित्सा पर अत्यधिक जोर दिया जाता है। फ्रायडियन मनौविश्लेषणात्मक चिकित्सा में रोगी के डर, चिन्ताओं, दमित इच्छाओं को अचेतन से निकालकर उनमें सूझ विकसित करने का प्रयास करता है जिससे व्यक्ति अपने जीवन की कठिनाइयों को आसानी से समझ पाता है और समस्याओ का समाधान करने मे सक्षम हो पाता है।

फ्रायडियन मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा में कई विधिया प्रयुक्त की जाती है जिनमें कुछ इस प्रकार से है। 1. स्वतन्त्र साहचर्य की अवस्था 2. प्रतिरोध की अवस्था 3. स्वप्न विश्लेषण की अवस्था 4. स्थानान्तरण की अवस्था 5. समापन की अवस्था।

अहं वैश्लेषिक चिकित्सा से तात्पर्य अंह का कार्य व्यक्ति के लिए समायोजन संबंधी कार्य व किसी भी उलझन मुक्त कार्य से है इसमें स्मृति प्रत्यक्षण सीखना आदि भी सम्मिलित है अन्तवैयक्तिक मनोगत्यात्मक चिकित्सा में रोगी तथा उसके सामाजिक वातावरण पर जोर दिया जाता है रोगी का अपने समाजिक वातावरण के अंतर्वैयक्तिक संबंधो को स्पष्ट किया जाता है।

2.11 अभ्यास प्रश्नों के उत्तर (Answer's of Practice Questions)

I. मानवतावादी अनुभवात्मक चिकित्सा चिकित्सा सूझ केन्द्रित चिकित्सा है।

II. मानवतावादी अनुभात्मक चिकित्स में प्रयुक्त् की गई चिकित्सा निम्न प्रकार से है। 1. क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा। 2. गेस्टाल्ट चिकित्सा । 3. लोगो चिकित्सा । 4. अस्तित्व वादी चिकित्सा ।

III. क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा का प्रतिपादन रोजर्स द्वारा किया गया।

IV. क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा को व्यक्ति केन्द्रित चिकित्सा, अनिर्देशित चिकित्सा की कहा जाता है।

V. अस्तित्ववादी चिकित्सा के समर्थक विन्सवैन्गर, में ऐन्जिल तथा ऐलन वर्गर है।

VI. मनोविश्लेषण की विधियां निम्न प्रकार से है।

1. स्वतत्र साहचर्य की अवस्था।
2. प्रतिरोध की अवस्था।
3. स्वटन विश्लेषण की अवस्था।
4. स्थानान्तरण की अवस्था।
5. समापन की अवस्था।

vii वस्तु सबंध चिकित्सा के ब्रिटिश विश्लेषक फेयरबेंक, विनिकोट क्लिन, मागरेट ,मेहलर, ओटो कर्नवर्ग एवं काहूट आदि प्रमुख है।

2.12 सन्दर्भग्रन्थसूची (References)

i) Coleman, J.C. (1976) Abnormal Psychology & Modern Life, Taraporevala

ii) Davidson & Neale (1974) Abnormal Psychology, John Wiley

iii) Kapil, H.K. (2001) अपसामान्य मनोविज्ञान, भार्गव प्रकाशन, आगरा

iv) मखीजा और मरखीजा (2001) अपसामान्य मनोविज्ञान, लक्ष्मीनारायण अग्रवाल प्रकाशन आगरा।

v) सिंह ए.के. (2009) आधुनिक असामान्य मनोविज्ञान, बनारसी दास, दिल्ली

2.13 निबन्धात्मक प्रश्न (Essay Type Questions)

- मानवावादी अनुभवात्मक चिकित्सा से क्या तात्पर्य है?
- मानवतावादी अनुभावात्मक चिकित्सा में प्रयुक्त की गई चिकित्सा की विस्तार सहित विवेचना कीजिए।
- फ्रायडियन मनोविश्लेषणात्क चिकित्सा से तात्पर्य क्या है मनोविश्लेषण की विधियों को विवेचिकत कीजिए |
- मनोवैश्लेषणात्मक चिकित्सा के लक्ष्य की व्याख्या कीजिए|
    - अंह विश्लेषक चिकित्सा तथा वस्तु संबंध चिकित्सा की व्याख्या कीजिए|
    - अंतर्वैयक्तिक कता मनोगत्यात्मक चिकित्सा पर प्रकाश डालिए।

इकाई-3 समूह चिकित्सा, अर्थ एवं प्रक्रिया, सामूहिक चिकित्सा के मॉडल सामूहिक चिकित्सा का मूल्यांकन, पारिवारिक चिकित्सा, अर्थ लक्ष्य और प्रकार, पारिवारिक चिकित्सा की समस्या एवं मूल्यांकन(Group therapy meaning and Process, Models or Approaches of group therapy, evolution of Group therapy, Family therapy, meaning, Goals and types, problem and evaluation of family therapy)

इकाई संरचना

3.1 प्रस्तावना

3.2 उद्देश्य

3.3 सामूहिक चिकित्सा: अर्थ

3.3.1 सामूहिक चिकित्सा के प्रारूप।

3.3.3 सामूहिक चिकित्सा के कारक।

3.3.4 सामूहिक चिकित्सा के मॉडल या उपागम।

3.3.5 सामूहिक चिकित्सा का मूल्यांकन।

3.3.6 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न।

3.4 पारिवारिक चिकित्सा।

3.4.1 पारिवारिक चिकित्सा के लक्ष्य।

3.4.2 पारिवारिक चिकित्सा के प्रकार।

3.4.3 पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग।

3.4.5 पारिवारिक चिकित्सा की समस्याएँ।

3.4.6 स्वमूल्यांकन प्रश्न

3.5 सारांश

3.6 शब्दावली

3.7 अभ्यास प्रश्नों के उत्तर

3.8 सन्दर्भ ग्रन्ध सूची

3.9 निबन्धात्मक प्रश्न

3.1 प्रस्तावना (Introduction)

सामूहिक चिकित्सा जैसा कि नाम से ही ज्ञात होता है ऐसी चिकित्सा पद्धति को कहा जाता है जिसमें एक साथ कई रोगियों का उपचार समूह में किया जाता है। इस तरह की चिकित्सा पद्धति का विकास द्वितीय विश्वयुद्ध में हुआ।

अधिकतर मानसिक समस्याओं की उत्पत्ति विशेषतौर पर सामाजिक संदर्भ में होती है जिसमें सामाजिक कारकों की भूमिका प्रधान होती हैं। इसी कारण इस चिकित्सा पद्धति में रोगियो का उपचार अलग अलग न करके एक समूह में किया जाने लगा। नैदानिक मनोवैज्ञानिक द्वारा तभी से इसे सामूहिक चिकित्सा कहा जाने लगा।

सामूहिक चिकित्सा में एसी परिस्थितियां उत्पन्न की जा सकती है जिसमें किया जाने वाला सामाजिक आदान प्रदान वास्तविक जीवन के अधिक निकट होता है इसी कारण से यह चिकित्सा पद्धति रोगी के सामाजिक जीवन में अधिक प्रभावी एवं मूल्यवान सिद्ध हुई है।

सामूहिक चिकित्सा में रोगी को अपनी समस्याओं को सुलझाने में दूसरो की सहमति तथा सहायता मिल जाती है। समूह संदर्भ की स्थिति में रोगी को जीवन की वास्तविकता को व्यापक आधार पर मूल्यांकन करने का सुअवसर प्राप्त होता है।

पारिवारिक चिकित्सा एक विशिष्ट प्रकार की समूहि चिकित्सा ही है। इस चिकित्सा पद्धति में पारिवारिक समूह का एक इकाई के रूप में उपचार किया जाता है। ताकि पारिवारिक वातावरण रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को ठीक बनाये रखने में प्रभावकारी हो सकें।

पारिवारिक चिकित्सा मे समूह के सदस्य अपरिचित न होकर एक ही परिवार के सदस्यगण होते है पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक को रोगी के परिवार की चिकित्सा करना आवश्यक होता है। जिससे रोगीं के मानसिक स्वास्थय पर दोषपूर्ण वातारण का प्रभाव कम पड़े।

3.2 उद्देश्य (Objectives)-:

इस इकाई के अध्ययन के पश्चात हम निम्न बिंदुओं को समझाने में सक्षम हो सकेंगे:

1. सामूहिक चिकित्सा का अर्थ।
2. सामूहिक चिकित्सा का प्रारूप।
3. सामूहिक चिकित्सा के कारक।
4. सामूहिक चिकित्सा की प्रक्रिया।
5. सामूहिक चिकित्सा के माडल या उपागम
6. सामूहिक चिकित्सा का मूंल्याकन।
7. पारिवारिक चिकित्सा का अर्थ
8. पारिवारिक चिकित्सा के लक्ष्य।
9. पारिवारिक चिकित्सा के प्रकार।
10. पारिवारिक चिकित्सा की समस्या।
11. पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग।
12. पारिवारिक चिकित्सा का मूल्याकन ।

3.3 सामूहिक चिकित्सा: अर्थ (Meaning of Group Therapy):-

सामूहिक चिकित्सा में रोगियों का उपचार एक समूह में किया जाता है, रोंगियों का यह समूह एक दूसरे से संबंधित भी हो सकता है या असंबंधित भी हो सकता है। जब यह समूह संबंधित व्यक्तियों का होता है तो

उसे परिवारिक तथा वैवाहिक चिकित्सा तथा जब यह समूह असंबंधित व्यक्तियों का होता है तो उसे सामूहिक चिकित्सा कहा जाता है।

द्वितीय विश्व युद्ध में सैनिकों मे मानसिक रोगियों की संख्या इतनी अधिक हो गई थी कि इनके उपचार के लिए पर्याप्त संख्या में मनोचिकित्सक उपलब्ध नही थे इसके फलस्वरूप ही समूह चिकित्सा का विकास हुआ।

सामूहिक चिकित्सा का प्रारम्भ जोसेफ एच0प्राट (Joseph H. Pratt) द्वारा 1905 में किया गया। उन्होने इस चिकित्सा का उपयोग क्षय रोग से ग्रस्त रोगियों को डाक्टरो के उपचार संबंधी सुझावो तथा उनके दबे मनोबल को ऊँचा उठाने के लिए किया। लाजेल तथा मार्श ने मनोचिकित्सीय रोगियों के लिए सामूहिक चिकित्सा की प्रवधि को अपनाया।

सामूहिक चिकित्सा में जे0एल0 मोरेनो का योगदान काफी महत्वपूर्ण है जिन्होने वियाना में 1900-1910 के बीच सामूहिक चिकित्सा विधि पर अधिक कार्य किये और अमेरिका आने पर 1925 में मनोनाटक (Psychodrama) का प्रतिपादन किया जिसे समूह चिकित्सा की नई विधि कहा गया और इसे समूह चिकित्सा के पद के रूप में विश्लेषित किया।

“बुरो (Burrow)ने सामूहिक चिकित्सा को समूहिक विश्लेषण की संज्ञा दी|सामूहिक चिकित्सा का विकास नैदानिक संदर्भ के अतिरिक्त सामान्य शैक्षिक संदर्भ में भी हुआ। शैक्षिक संदर्भ में विकास 1945 - 1950 के बाद हुआ, शैक्षिक संदर्भ में सामूहिक चिकित्सा का उद्देश्य रोगात्मक संवोगिक विकृति का उपचार करना नही था बल्कि सामान्य लोगो के अन्तवैयक्तिक कौशलो, समायोजन क्षमता तथा संवेदनशीलता का उचित विकास करना था।

कर्ट लेविन तथा उनके सहायोगियों द्वारा समूह गत्यात्मकता के संप्रत्यय का विकास किया गया तथा इसके कुछ विधियों का भी प्रतिपादन किया गया। इस विधि मे टी ग्रुप विधि काफी लोकप्रिय है | इसे ट्रेनिग ग्रुप विधि (Training Group Method) कहा जाता है।

सामूहिक चिकित्सा का महत्व आजकल अत्यधिक बढता जा रहा हे। सामूहिक चिकित्सा पद्धति न केवल व्यावहारिक स्तर पर सफल पाई गई बल्कि कुछ स्थितियों में वैयक्तिक चिकित्सा से भी अधिक उपयोगी व प्रभावी सिद्ध हुई है-

3.3.1सामूहिक चिकित्सा के प्रारूप (Types of Group Therapy):-

1.प्रबोध समूह चिकित्सा (Didactive Group Therapy):-

इस चिकित्सा पद्धति में व्याख्यान तथा विचार विर्मश होते है जो कि मनोचिकित्सक तथा मनौवैज्ञानिक करता है। इस चिकित्सा पद्धति का उद्देश्य संबंधित रोगियों को विशेषत मद्यव्यसनियों को मदिरा से होने वाले दुष्परिणामों को उपदेशो नाटको एवं फिल्मों के माध्यम से समझाने व बताने से संबंधित होता है। इसका प्रयोग विशिष्ट रोगियों के अतिरिक्त नही किया जाता है। इस चिकित्सा पद्धति से आवश्यक सुधार होते भी देखे जाते रहे है। परन्तु यह चिकित्सा पद्धति अधिक प्रभावी सिद्ध नही हुई।

2.खेल चिकित्सा (Play Therapy):-

यह चिकित्सा पद्धति बच्चों पर प्रयुक्त की जाती है। इस चिकित्सा के अन्तर्गत बालकों के सम्मुख समस्या से संबंधित कुछ उद्दीपक परिस्थितियां उत्पन्न की जाती है और बालको को इनके प्रति अपनी स्वाभाविक प्रतिक्रियाएं व्यक्त करने के लिए प्रेरित किया जाता है। इसके अन्तर्गत कठपुतली का तमाशा, अगुंली चित्रण तथा अन्य ऐसी सृजनात्मक क्रियाएँ आती है जो संवेगात्मक मोचन (Release)तथा पुनर्शिक्षण का माध्यम प्रदान करती है।

3.प्रेरणात्मकसमूहचिकित्सा(Inspiration Group Therapy) - यह चिकित्सा पद्धति एक दूसरो के अनुभवों को बाँटने और धनात्मक सामूहिक संवेंगो पर अधिक बल देती है। इस चिकित्सा के अन्तर्गत रोगियों को एक दूसरे के साथ मिलकर कार्य करने के लिए अभिप्रेरित किया जाता है इससे वह एक दूसरे को अत्यधिक समझने का प्रयास करने लगते है। यह मद्यव्यसन के उपचार मे अधिक प्रभावी सिद्ध हुयी है। मद्यव्यसन अनामिक संस्था (Alcoholics Anonymous) इसका एक रूप है।

4.साक्षात्कारसमूहचिकित्सा(Interview Group Therapy):-

इस प्रविधि में रोगी स्वयं अपनी समस्याओ पर विचार विर्मश करते हैं और समूह के अन्य सदस्य को इसमें भाग लेने के लिए अभिप्रेरित करते हैं। इसके अन्तर्गत उन रोगियों का चयन किया जाता है। जिनमें समायोजन प्राप्त करने और सुधार के लिए स्पष्ट इच्छा होती है। समूह न तो अधिक विषम जातीय होना चाहिए और न ही समाजातीय । इस चिकित्सा के द्वारा रोगी अपने दमित संवेगात्मक द्धन्दो के समाधान ढूँढने का प्रयास करते है।

5.मनोविश्लेषणात्मकसमूहचिकित्सा (Psychoanalytic group therapy)-

इसके अन्तर्गत अनेक रोगियो का मनोविश्लेषण वैयक्तिक आधार पर न करके सामूहिक आधार पर किया जाता है। इसमें समूह के विभिन्न सदस्य मुक्त साहचर्य के द्वारा अपने अचेतन में दमित अंतर्द्वंदो व सघर्षो को खुलकर व्यक्त करते है।

6.परिवारचिकित्सा(Family Therapy):-

यह एक विशिष्ट प्रकार की समूह चिकित्सा हैं जो अत्यधिक लोकप्रिय है। व्यक्ति के व्यक्तित्व विकास और समायोजन में परिवार का स्थान अधिक महत्वपूर्ण होता है रोगी के ठीक होने में परिवार का दायित्व अत्यधिक होता है यदि रोगी का पारिवारिक वातावरण दोषपूर्ण होगा तो रोगी के उपचार में कठिनाईयो का सामना करना पड़ता है। इन दोषपूर्ण कारकों को दूर करने के लिए पारिवारिक चिकित्सा अत्यधिक महत्वपूर्ण है।

7.मनोनाटक(Psychodramas):-

मनोनाटक का विकास वियना के चिकित्सक मौरेनो (1921) द्वारा किया गया। मनोनाटक विशेष रूप से आयोजित मंच पर खेला जाता है। इस नाटक के प्रमुख नायक रोगी, निदेशक अर्थात् चिकित्सक, सहायक पात्र अर्थात दूसरे रोगी व सहायक चिकित्सक और श्रोता समूह होते है।

8.वैवाहिकचिकित्सा (Marital Therapy):-

यह चिकित्सा पद्धति पारिवारिक चिकित्सा के अन्तर्गत आती है। वैवाहिक चिकित्सा के अन्तर्गत पति पत्नी दोनो को ही वैवाहिक जीवन के प्रति समायोजन के लिए पारस्परिक निष्ठा, समर्थन, अनुमोदन पर अत्यधिक बल दिया जाता है।

9.प्रतिरोधी समूह चिकित्सा:-

इस चिकित्सा के अन्तर्गत छ से लेकर बारह तक प्रशिक्षण प्राप्त व्यक्त्यिों का एक ऐसा समूह होता है जो कि रोगियों के साथ साथ सामान्य व्यक्तियों को भी उनकी समस्याओं के सामाधान के व्यक्तिगत व प्रभावी उपायो को बतलाता है। ऐसे प्रशिक्षित प्रतिरोधी समूह को टी समूह कहा जाता है।

10.समाजसापेक्षचिकित्सा (Sociotherapy):-

इस चिकित्सा पद्धति के मुख्य रूप से तीन रूप होते है। सर्वप्रथम इसका कार्य उन बालको की देख रेख करना होता है जिनका पालन पोषण उनके विकृतिजन पारिवारिक पर्यावरण में हुआ है जो कि स्वंय एक

समस्या है। ऐसी स्थिति में बालक को उसके दोषपूर्ण पारिवरिक पर्यावरण से निकालकर उसको एक प्रतिपालक गृह में भरती कराने की आवश्यकता होती है।

क. सामाजिक कार्यकर्ता की भूमिका (Role of socialist):-

प्रायः जो रोगी मनोचिकित्सालय के उपचार के पश्चात लौटकर अपने पारिवारिक जीवन में प्रवेश करते है, तो उनके प्रति भी समाजसापेक्ष चिकित्सा के रूप में सामाजिक कार्यकर्ता की अतिमहत्वपूर्ण भूमिका होती है। इसके अन्तर्गत सामाजिक कार्यकर्ता रोगी से सम्बन्धित परिवार के सदस्यों को रोगी के प्रति विशिष्ट प्रकार की सद्भाव एवं सहानुभूति पूर्वक व्यवहार करने पर बल देने की सलाह देते है।

ख. परिवार की भूमिका (Role of Family):-

इसके अर्न्तगत परिवार में सदस्यो द्वारा रोगी के प्रति सकारात्मक व्यवहार पर जोर दिया जाता है।

ग. अनुवर्ती कार्य (Follow up work):-

इसके अन्तर्गत सामाजिक कार्यकर्ता रोगी की उत्तर सेवा का अनुवर्ती कार्यक्रम भी बनाते है जिससे कही ऐसा न हो कि उत्तर सेवा के अभाव में रोगी को फिर से मनोचिकित्सालय में भरती करने की आवश्यकता पड़ जाये''

3.3.2 सामूहिक चिकित्सा के कारक (Factors of Group Therapy):-

यालोम (1975) ने सामूहिक चिकित्सा के ग्यारह कारको की विवेचना की है जो निम्नलिखित है।

1. प्रत्याशा (Hope):-

सामूहिक चिकित्सा व्यक्ति मे यह उम्मीद या प्रत्याशा उत्पन्न करता है कि उनकी सांवेगिक समस्याओं में परिवर्तन होगा।

2. सूचना प्रदान करना (Imparting Information):-

सामूहिक चिकित्सा मे व्यक्ति मनोवैज्ञानिक क्षुब्धता (Psychological disturbance), मनोगत्यात्मक (Psychodynamic), पुनर्वलन (Reinforcement) प्रसंभाव्यता (Contingency) आदि के बारे में सूचना प्राप्त करते है। व्यक्ति अपनी समस्याओ के बारे में समूह के विशिष्ट व्यक्ति या अन्य व्यक्तियों से

सलाह, राय व निर्देशन भी प्राप्त कर सकता है इससे व्यक्त्यिों को समूह के बारे में सभी प्रकार की सूचनाएँ प्राप्त होती है।

3. सार्वभौमिकता (Universality):-

सामूहिक चिकित्सा मे जब व्यक्ति अन्य व्यक्तियों की समस्याओं के बारे में सुनता है तब उसे ऐसा लगने लगता है कि उसकी चिंता आंशका, समस्याओ के समान ही दूसरे व्यक्ति भी इन्ही प्रकार की समस्यओं व चिन्ताओं से ग्रस्त है उसे अनुभव होने लगता है कि संसार मे वह ऐसा अकेला प्राणी नही है जो इस प्रकार की समस्याओ से जुझ रहा है इसका प्रभाव उस पर चिकित्सीय दृष्टिकोण से उत्तम प्रभाव पड़ता है।

4. परोपकारिता (Altruism):-

सामूहिक चिकित्सा में समूह के सदस्यगण एक दुसरे व्यक्तियों को राय देते है। तरह तरह के प्रोत्साहन देते है तथा सहानुभूति दिखाते है। प्रोत्साहन तथा सहानुभूति की भावना से व्यक्ति को कभी भी ऐसा नही लगता है कि वह संसार में अकेला है। इस प्रकार के सामजिक समर्थन के आदान प्रदान से चिकित्सा का गुणकारी प्रभाव स्पष्ट देखने को मिलता है।

5. सामजिक कौशल का विकास (Development of social skills):-

इस चिकित्सा मे जब व्यक्ति को अन्य व्यक्तियों का सुधरात्मक पुनर्निवेशन (Corrective Feedback)प्राप्तहोताहै, तोवहअपनेव्यवहार की त्रुटियोंकोसुधारलेताहै।इसप्रकारकेसामाजिककौशलकेविकाससेपरिणामधनात्मकहोनेकीसम्भावनातीव्रहो जातीहै।

6. अनुकरणशील व्यवहार (Initiative Behaviour):-

समूह चिकित्सक तथा समूह के अन्य सदस्य नये तरह के व्यवहार को सीखने के लिए अनुकरणशील के रूप में मॉडल साबित होते है।

7. प्राथमिक पारिवारिक समूह के सुधारात्मक सार (Corrective recapitulation of primary family group):-

सामूहिक चिकित्सा मे समूह एक परिवार की तरह होता है जिसमें चिकित्सक माता पिता तथा अन्य सदस्य भाई बहन की भूमिका में होते है इस तरह समूह रोगी के मौलिक परिवार द्वारा उत्पन्न घाव एवं अवरोधो को दूर करने मे सक्षम होता है।

8. अन्तवैयक्तिक सीखना (Interpersonal Learning):-

सामूहिक चिकित्सा में व्यक्ति समूह के अन्य सदस्यों के साथ अन्त क्रिया करके समझने की शक्ति को विकसित कर लेता है। एक दूसरे के साथ रहने से व्यक्ति के दूसरे सदस्य अन्तवैयक्तिक संबंध बन जाते है। वह एक साथ तरह तरह के व्यवहार करना सीख लेता है। इस तरह समूह एक सामजिक प्रयोगशाला के रूप में कार्य करता है।

9. समूह समग्रता (Group cohesiveness):-

समूह चिकित्सा में समूह में घनिष्ठता तथा एक होने का भाव एक सम्रग रूप से विकसित होता है। जिससे व्यक्ति को आराम, निश्चितता तथा प्रोत्साहन प्राप्त होने लगता है।

10. विरेचन (Catharsis):-

समूह के सुरक्षात्मक वातावरण में सदस्य अपने उन संवेगों एवं इच्छाओं को स्वतन्त्रता पूर्वक व्यक्त करने लगता है जो उसे कई वर्षो से परेशान करते आये है।

11. अस्तित्ववादी कारक (Existential Factors):

सामूहिक चिकित्सा में व्यक्ति अन्य लोगो के साथ अन्तःक्रिया करने के बाद यह सीखते है कि व्यक्ति का जीवन, भीतर से ठीक व इतना सुन्दर नही होता है यद्यपि अन्य लोगो का संर्मथन व प्रोत्साहन मददगार साबित होता है फिर भी वे मौलिक रूप से अकेले है तथा उन्हे स्वंय से ही स्वस्थ्य जीवन के लिए प्रयास करना चाहिए|

3.3.3 सामूहिक चिकित्सा की प्रक्रिया (Process of Group Therapy):-

सामूहिक चिकित्सा की प्रक्रिया से तात्पर्य उन चरणो या कारकों की व्याख्या से होती है जिसमें होकर चिकित्सा का यह कार्य सम्पन्न किया जाता है। नैदानिक मनौविज्ञानिको के अनुसार इस प्रक्रिया मे निम्नाकित चार कारको को महत्वपूर्ण माना गया हैं।

1. औपचारिक व्यवस्था (Formal stage):-

सामूहिक चिकित्सा के लिए सदस्यों की सख्या 6 से 12 की होती है परन्तु 8 से 20 व्यक्तियों की सख्या अधिक उचित होती है इन सदस्यों को एक वृत्ताकार एवं खुले वातावरण में बैठाया जाता है। ताकि प्रत्येक सदस्य एक दूसरे को तथा चिकित्सक को ठीक ढंग से देख सके। समूह चिकित्सा में एक चिकित्सक होता है परन्तु कभी-कभी उनके सहयोगी भी हो सकते हैं। अगर दो चिकित्सक होते है तब एक स्त्री तथा एक पुरूष चिकित्सक होते है। चिकित्सा प्रारम्भ होने के बाद भी उसमें नये सदस्यो को शामिल किया जा सकता है।

2. समूह संगठन (Composition of group):-

समूह में 10 सदस्यों की सख्या उचित होती है परन्तु समूह यदि बहुत छोटा है या अधिक बडा है तो दोनो ही परिस्थिति मे समूह चिकित्सा की प्रभावशीलता में कमी आती है समूह का निर्माण करते समय कुछ बातो का ध्यान आवश्यक रूप् से रखना चाहिए। समूह के निर्माण में स्थिर –व्यामोही (Paranoid), मस्तिष्कीय क्षति रोगी (Brain damage patient), समाज विरोधी व्यक्ति वाले रोगी, को समूह में समूह में सम्मिलित नही करना चाहिए आत्मरोगभ्रमी रोगीं (Hypocondriacal) समूह में व्यक्ति को शामिल करने के पहले प्राकमूल्यांकन कर लेना चाहिए जिससे स्पष्ट हो जायेगा की व्यक्ति को चिकित्सा की आवश्यकता है या नही। समूह तैयार करने से पहले यह निश्चय करना चाहिए कि समूह समजातीय हो या विषमजातीय हो।

3. समूह की अवधि (Duration of group):-

सामूहिक चिकित्सा कितने समय तक चलना चाहिए। समूहिक चिकित्सा सत्र कितने घंटे का होना चाहिए आदि कुछ महत्वपूर्ण प्रश्न है जिसके बारे में चिकित्सक को निर्णय करना होता है। सामान्यता इसका सत्र डेढ से दो घंटे तक होता है जो सप्ताह में एक या दो बार होता है। प्राय सत्र सायंकाल में प्रस्तावित होता है।

4. सामूहिक चिकित्सा की भूमिका (Role of group therapist):-

सामूहिक चिकित्सा में न तो पूर्ण नियंत्रण रखकर और न ही उसे पूरी स्वंतत्रता देकर कार्य करना होता है। चिकित्सक को समूह में एक विशेष संस्कृति उत्पन्न करना होता है। तथा उसे संपोषित करना होता है|

3.3.4 सामूहिक चिकित्सा के मॉडल या उपागम (Approaches of Group Therapy):-

सामूहिक चिकित्सा के कई माडल या उपागम का वर्णन नैदानिक मनोवैज्ञानिको द्वारा किया गया है इन माडलों को निम्नलिखित चार भागो में बाटाँ गया है:-

1. मनोगतिकी सामूहिक चिकित्सा माडल (Psychodynamic group therapy model):-

इस माडल में बाल्यावस्या मे उत्पन्न मानसिक संघर्ष में रोगी में सूझ उत्पन्न करके उसका उपचार किया जाता है। वैयक्तिक चिकित्सा के समान मनोगतिकी सामूहिक चिकित्सा मे यालोम के सांतवा एवं आठवा बिंदु अर्थात प्राथमिक परिवारिक समूह के सुधारात्मक स्तर तथा अन्तवैंयक्तिक सीखना पर अधिक बल डाला जाता है। इसमें उपचार की प्रतिरोध, स्थानान्तरण तथा स्वप्न का विश्लेषण आदि प्रमुख विधि है। इस माडल के अन्तर्गत सबसे चर्चित स्लावसन (1964) का विश्लेषणात्मक सामूहिक मनोचिकित्सा है इसमें साहचर्य स्थानान्तरण, प्रतिरोध की व्याख्या आदि करके रोगी के मानसिक संघर्ष मे सूझ उत्पन्न करने की कोशिश की जाती है। वोल्फ (1975) ने भी इस बात पर बल दिया कि मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा को समूह में भी संपन्न किया जा सकता है।

मनोनाटक (Psychodrama):-

मनोनाटक भी एक सामूहिक चिकित्सा है जिसे मनोविश्लेषाणात्मक समूह चिकित्सा माडल के अन्तर्गत रखा गया है। मनोनाटक का प्रतिपादन मोरेनो (1946)1959) द्वारा किया गया इस विधि में रोगी एक समूह की नियंत्रित परिस्थिति में अपनी कठिनाइयों एवं मानसिक संघर्षो को अभिव्यक्त करने का अभिनय करता है। मोरेनो ने मनोनाटक में भाग लेने वाले प्रत्यके पात्रो को विशेष नाम से सबोधित किया जो इस प्रकार है।

(क)नाटक का प्रधान अभिनेता (Protogonist):-

नाटक का प्रधान अभिनेता या पात्र स्वय रोगी ही होता हैं

(ख)निर्देशक (Director):-

मुख्य चिकित्सक को निर्देशक कहा जाता है। जिसके देख रेख में मनोनाटक का संचालन एवं क्रियान्वयन होता है।

(ग) सहायक अहम् (Auxiliary ego):-

नर्स सहायक चिकित्सक तथा अन्य रोगी व कर्मचारीगण आदि मिलकर सहायक अहम् की भूमिका का निर्वाह करते है।

(घ) श्रोता या दर्शक (Audience):-

श्रोता या दर्शक की भूमिका में अन्य व्यक्तियों या रोगियो को रखा जाता है।

मनोनाटक का उपयोग वहाँ अधिक लाभकारी होता है जब रोगी चिकित्सा की अन्य विधियों में भाग लेने से इन्कार कर देता है।

संव्यवहारविश्लेषण (Transactional Analysis):-

संव्यवहार विश्लेषण एक अन्य विधि है जिसे मनोगतिकी समूह चिकित्सा के अन्तर्गत रखा गया है। इस विधि का प्रतिपादन बर्नी (Berne) द्वारा 1950 वाले दशक में किया गया है। सव्यवहार विश्लेषण एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें समूह में व्यक्तियों के विभिन्न पहलुओं के बीच होने वाले अन्तःक्रियाओ का विश्लेषण किया जाता है। इस विश्लेषण का केन्द्र बिन्दु व्यक्ति के अहम् अवस्था के तीन मुख्य पहलू होते है। तीन अवस्थाए-चाइल्ड अहम् अवस्था, परेन्ट अहम् अवस्था, एडल्ट अहम् अवस्था। इन अवस्थाओं के अर्थ लगभग वही है जो फ्रायड के क्रमशः उपाह (id), अहम् (Ego), तथापरांह (Super ego) केहै।

तीनो अहम् अवस्थाओं के बीच दोषपूर्ण अन्तवैयक्तिक अनुक्रिया होने से व्यक्ति में कुसमायोजित व्यवहार पनपता है। इस विधि मे चिकित्सक कुसामायोजित व्यक्यिों के समूह के सदस्यों को इस ढग से अन्तःक्रिया करने के लिए प्रेरित करते है कि उन लोगो मे कुसमायोजित व्यवहार कम होने लगता है। TA में गेम्स का पहलू अधिक लोकप्रिय हुआ है। TA मे कभी कभी अनुबंध की प्रक्रिया भी सम्मिलित होती है। सव्यवहार विश्लेषण में उन इकाईयो अर्थात् उद्दीपक एवं अनुक्रियाओं का विश्लेषण होता है जो एक दिये हुए समय में दो या दो से अधिक व्यक्तियों के अहम् अवस्थ्याओं के बीच सक्रिय होता है। इन इकाइयों को सव्यंवहार कहा जाता है।

2. व्यवहारपरक सामूहिक चिकित्सा माडल (Behavioral group Therapy Model):-

इस मॉडल मे व्यवहार चिकित्सा की प्रविधियों का उपयोग रोगियो के एक समूह में किया जाता है। व्यवहार परक समूह में यालोम द्वारा बतलाये गये कारको की सूची मे से दूसरा, पाँचवा तथा छठा कारक अर्थात, सूचना प्रदान करना, सामाजिक कौशल का विकास तथा अनुकरणशील व्यवहार पर अधिक बल डाला जाता है। इस माडॅल मे दो तरह की चिकित्सा पर अधिक बल डाला गया है।

क. समाजिक कौशल प्रशिक्षण (Social Skills Training) :-

सामाजिक कौशल प्रशिक्षण में ऐसी परिस्थितियों के प्रति चिकित्सक रोगी को व्यवहार परक रिहर्सल के माध्यम से यह बतलाता है कि लक्षित व्यवहार को कैसे करना है। चिकित्सक स्वंय करके रोगी को दिखाता है तथा उन परिस्थितियों में उनको अभ्यास करने के लिए प्रेरित करता है जिसमें उन्हे कठिनाई का अनुभव होता है।

समाजिक कौशल प्रशिक्षण को वैयक्तिक या समूहिक किसी भी परिस्थिति में सम्पन्न किया जाता है जब यह समूह मे सम्पन्न किया जाता है तब यह समूहिक चिकित्सा का प्रारूप ले लेता है। सामूहिक चिकित्सा पहले रोगियों का एक समूह तैयार करता है जिनकी अन्तैंयक्त्कि समस्याएँ एक समान हो फिर उनकी इन समस्याओ पर प्रशिक्षण दिया जाता है।

ख. निश्चयात्मकता प्रशिक्षण (Assertiveness Training):-

निश्चयात्मकता से तात्पर्य दूसरो के अधिकार का बिना अतिक्रमण किये अपने अधिकार के लिए डटे रहने से होता है। एण्ड्रीऊ साल्टर (Andrew Salter) (1949) इसके प्रमुख प्रर्वत्तक है। सामूहिक निश्चयात्मक प्रशिक्षण में रोगी अपनी समस्याओं पर विचार विमर्श निश्चयात्मकता के साथ चिकित्सक के निर्देशन में करता है तथा उन परिस्थितियों में निश्चयात्मक अनुक्रियओं का भूमिका निर्वाह होता है।

3. मानवतावादी सामूहिक चिकित्सा मॉडल (Humanistic Group Therapy Model):-

मानवतावादी सामूहिक चिकित्सा मॉडल, सामूहिक चिकित्सा का एक प्रमुख मॉडल है मानवतावादी समूह की अनुभूतियों को चिकित्सा के लिये सर्वोपरी माना जाता है। इस माडल में यालोम के परोपकारिता तथा अन्तवैयक्तिक सीखना पर अधिक बल डाला जाता है। मानवतावादी समूह में तीन तरह के मॉडलों पर अधिक बल दिया गया है।

1. भिंड़त समूह मॉडल (Encounter Group Model):-

इस प्रकार की समूह चिकित्सा का शुभांरभ कैलीफोर्निया के इसेलेन संस्थान (Esalen Institute) मे हुआ। इसमें समूह में खुला विचार, स्वतंत्र एवं स्पष्टवादी अभिव्यक्ति के माध्यम से व्यक्तिगत वर्द्धन तथा व्यक्तिगत संबंधो में ईमानदारी पर बल डाला जाता है। समूह के सदस्यों को शारीरिक रूप से एक दूसरे को स्पर्श करने, चिल्लाने, रोने तथा संवेग की अन्य अप्रतिबंधित अभिव्यक्ति करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है |

2. टी समूह या संवेदनशीलता प्रशिक्षण मॉडल (T-group or sensitivity group model):-

टी समूह जिसे संवेदनशीलता समूह भी कहा जाता है मानवतावादी सामूहिक चिकित्सा का ऐसा प्रकार है जिसे 1947 में नेशनल ट्रेनिंग लेबोरेट्री में किये गये शोधो एवं प्रशिक्षण कार्यक्रमों के परिणाम स्वरूप विकसित किया गया। टी समूह का मौलिक उद्देश्य प्रजातंत्रीय विधियो से समूह के नेता को समूह के कार्यो को उन्नत बनाने में मदद करना और बाद में व्यवसायी कार्यपालको को अपने कर्मचारियों के साथ संबंधो को सुधारना था। टी समूह से प्रशिक्षित व्यक्तियों में उत्तम संचार की क्षमता में बृद्धि हो जाती है। सामूहिक चिकित्सा माडल में सदस्यो को शारीरिक सम्पर्क न करके शाब्दिक प्रविधियों द्वारा उन्हे प्रशिक्षित किया जाता

3. गेस्टाल्ट समूह मॉडल (Gestalt Group Model):-

जब ऐसी चिकित्सा एक समूह में सम्पन्न की जाती है, तो सदस्यगण एक दूसरे को अपनी सां वेगिक कठिनाईयों का समाधान करने मे मदद करते है। गेस्टाल्ट समूह चिकित्सा में रोगी के गत अनुभूति एवं इतिहास को महत्वपूर्ण समझकर उपचार किया जाता है।

4. समकक्षी आत्म मदद समूह चिकित्सा मॉडल (Peer Self- help Group Therapy Model):-

इस मॉडल के अन्तर्गत जिन व्यक्तियों में एक समान समस्याए होती है, वे एक साथ मिलकर एक समूह का निर्माण करते है जो आपस में बिना किसी चिकित्सक की मदद से उस पर विचार विमर्श करते है और उसका एक समाधान ढूढते है अल्कोहलिक एनोनिमस जो सबसे पहले 1930 वाले दशक में निर्मित हुआ इसका एक उत्तम उदाहरण है। आज के समय में कई समस्याओं के निदान के लिए आत्म-मदद समूह का निर्माण किया जाता है। जैसे कैंसर के रोगियों का समूह, विधवाओं का समूह, विधुर का समूह, अल्कोहल पीने वाले पत्नी-पति का समूह आदि द्वारा आत्म मदद समूह का निर्माण करके अपनी-अपनी समास्याओ को कम करने की कोशिश की जाती है।

3.3.5. सामूहिकचिकित्साकामूल्यांकन (Evaluation of Group Therapy):-

सामूहिक चिकित्सा की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने के लिए वेडनर एंव कॉल (1978) ने सामूहिक चिकित्सा के क्षेत्र में किये गये अध्ययनो को तीन क्रमबद्ध रूप से समीक्षा की है।

1. इन अध्ययनों में रोगियों की उन्नति का संबंध उनकी मनोवृत्ति तथा आत्म संप्रत्यय में केवल धनात्मक परिवर्तन से था और इसका संबंध व्यक्ति के वास्तविक व्यवहार से नही था।
2. समीक्षा में शामिल किये गये कई अध्ययनों की कार्य विधि प्रयोगात्मक एंव वैज्ञानिक दृष्टिकोण से दोषपूर्ण थे।
3. सामूहिक चिकित्सा का क्षेत्र इतना विस्तृत एवं विषम है कि उसका एकांकी मूल्याकन करना मुश्किल है।

फिर भी उक्त समीक्षा से समूहिक चिकित्सा के कुछ लाभ तथा परिसीमाओं का स्पष्ट पता चलता है जो इस प्रकार है

लाभ:-

विभिन्न प्रकार के सामूहिक चिकित्सा विभिन्न प्राणी के रोगियों के लिए गुणकारी सिद्ध हुआ है। इस चिकित्सा का धनात्मक प्रभाव रोगियों पर देखा गया। सामूहिक चिकित्सा में भाग लेने के लिए सामान्य कौशल को बतलाना तथा उसमें उत्पन्न अनुभूतियों के प्रति धनात्मक मनोविकृति उत्पन्न करने से सामूहिक चिकित्सा दोनो तरह के लोगो दूसरों पर आश्रित व्यक्ति तथा आत्म निर्भर व्यक्ति के लिए लाभदायक होता है सामूहिक चिकित्सा के अन्र्तगत कम समय में सदस्य एक दूसरे के साथ खुलकर संवेगात्मक अभिव्यक्ति करते है जिनसे उनका संवेगात्मक तनाव कम हो जाता है।

परिसीमाये (Limitations):-

इस चिकित्सा विधि द्वारा गंभीर रूप से ग्रसित मानसिक रोगियों का उपचार संभवन ही है। सामूहिक चिकित्सा में प्रायः एक ही बार में कई रोगियों का उपचार किया जाता है, जिसके कारण से चिकित्सक सभी रोगियों पर बराबर ध्यान नही दे पाता है। इसके कारण से चिकित्सा की प्रभावशीलता कम हो जाती है। इन परिसीमाओं के बावजूद भी सामूहिक चिकित्सा का उपयोग वर्तमान में काफी बढ़ गया है और इसका चिकित्सीय परिणाम भी धीरे धीरे बढ़ रही है जिसके कारण से अधिक लोकप्रिय हो रहा है।

3.3.6 स्वमूल्यांकन हेतु प्रश्न (Self- Evaluating Questions)-:

1. समूह चिकित्सा से क्या तात्पर्य है?
2. समूह चिकित्सा का प्रतिपादन कब तथा किसके द्वारा किया गया?
3. शैक्षिक संदर्भ का विकास किस काल में हुआ?

4. टी-ग्रुप विधि का पूर्ण नाम क्या है?

5. समूहिक चिकित्सा कितने प्रकार की होती है?

6. यालोम द्वारा सामूहिक चिकित्सा के कितने कारको की विवेचना की गई है?

7. समूहिक चिकित्सा के माडल कौन कौन से है?

3.4 पारिवारिकचिकित्सा (Family Therapy)

पारिवरिक चिकित्सा एक तरह की समूह चिकित्सा है जिसके समूह के सदस्य अपरिचित न होकर एक परिवार के सदस्यगण होते है। पारिवारिक चिकित्सा का शुभांरभ 1950 वाले दशक में हुआ परन्तु 20 वर्षो में यह चिकित्सा अत्यधिक लोकप्रिय हुई है।

पारिवारिक चिकित्सा की शुरूआत इसलिए हुई क्योकि मानसिक विकृति के कई रोगियों को किसी वैयक्तिक चिकित्सा से उपचार करने के बाद उन्हे अपने परिवार मे कुछ दिनों तक रहने के बाद उनके रोग के लक्षण पुनः वापस आने लगते है। इसका कारण परिवार के अन्य सदस्यों का उनके प्रति दोषपूर्ण अन्तःक्रिया होती है। रोगी के कुसमायोजित व्यवहार के लक्षणों को जड़ से दूर करने के लिए आवश्यक है कि रोगी के परिवार के अन्य लोगो का भी उपचार किया जाना चाहिए।

पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक पूरे परिवार की समस्याओ, जो सदस्यो में चिन्ता उत्पन्न करती है उनकी पहचान करके परिवार के सदस्यों के साथ उस पर विचार विमर्श करते है तथा परिवार के अन्य सदस्यों को नये ढंग से अन्तःक्रिया करने तथा समास्याओ को कम करने के उपायो को बतलाते है। जिससे परिवार के सदस्यों मे एक दूसरे के प्रति सहानुभूति की भावना उत्पन्न होती है।

पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक कभी कभी एक एक करके परिवार के सदस्यों को बुलाता है तथा उनके साथ विचार विमर्श करता है परन्तु कभी कभी परिवार के सभी सदस्यो को एक साथ बुला लेता हैं इस तरह की पारिवारिक चिकित्सा पर “साटीर 1967” द्वारा अधिक बल दिया गया है तथा इस तरह की चिकित्सा को सयुक्त पारिवारिक चिकित्सा की संज्ञा दी गयी है।

दोषपूर्ण विकृतिजन्य परिवार समूह में प्रायः संचार प्रत्याशा, भूमिका, मूल्यों, पारिवारिक संगठन तथा अन्तः क्रिया के अन्य पक्षों की समस्याएँ पायी जाती है जिनके कारण परिवार के एक या अधिक सदस्य मानसिक रोग से पीड़ित हो जाते हैं। परिवार चिकित्सा का उद्देश्य परिवार के सदस्यों की भावनाओं को अभिव्यक्त करने में सहायता देना, एक दूसरे को अधिक समझना, एक दूसरे के साथ अधिक

प्रभावशाली ढंग से संबंध रखना तथा साधारण समास्याओं का समाधान ढूढने में सहायता करना होता है।

व्यक्ति के व्यक्तित्व विकास और समायोजन में परिवार की महत्वपूर्ण भूमिका होती है, परिवार के दोषपूर्ण होने से व्यक्ति का व्यक्तित्व भी प्रभावित होता है ऐसी स्थिति में पारिवारिक चिकित्सा की आवश्यकता अत्यधिक बढ जाती है।

3.4.1 पारिवारिक चिकित्सा के लक्ष्य (Goals of Group Therapy):-

पारिवारिक चिकित्सा के निम्नलिखित प्रमुख लक्ष्य है:-

1. समस्या ग्रस्त पहलुओं को पहचानना (Recognizing the troublesome aspects):-

पारिवारिक चिकित्सा का पहला लक्ष्य उन पहलुओं की पहचान करना है जो समस्या उत्पन्न करते है तथा जो परिवार के सभी सदस्यों से संबंधित होता है। इसमें चिकित्सक का लक्ष्य होता है परिवार का जो सदस्य समस्या उत्पन्न कर रहा है उसका पता लगाना और कौन-कौन सदस्यों को प्रभावित कर रहा हैं इसका यह लाभ होता हैं कि परिवार के कौन-कौन से सदस्यों का उपचार किया जाये, इसकी जानकारी हो जाती है।

2. उन्नत संचार (Improved communication):-

पारिवारिक चिकित्सा का उद्देश्य रोगी तथा उसके परिवार के सदस्यों के बीच संचार को ठीक करना होता है जिससे रोगी तथा परिवार के सभी सदस्य एक दूसरे से बिना किसी अवरोध के किसी भी समस्या पर बातचीत कर सके व समाधान कर सके।

3. उन्नत स्वायतता एवं वैयक्तिकता (Improved autonomity and Individualization):-

पारिवारिक चिकित्सा का उद्देश्य रोगी मे स्वंय भावना व स्वांयत्ता की भावना को उत्पन्न करना होता है ताकि वह अधिक से अधिक आत्म निर्भर होकर कोई निर्णय कर सके। यह गुण होने से उसमें आत्मसम्मान का भाव विकसित होता है।

4. उन्नत परानुभूति (Improved Empathy) :-

परानुभूति से तात्पर्य अपने आप को दूसरो की जगह रखकर दूसरे के मन मे होने वाले भावो से अवगत होना होता हैं। पारिवारिक चिकित्सक यह चाहता है कि वह केवल रोगी के नही बल्कि परिवार के अन्य सदस्यों में भी परानुभूति की क्षमता उत्पन्न कर सके जिससे पारिवारिक संबंध सुचारू रूप से चल सके।

5. लचीला नेतृत्व (Flexible leadership):-

पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक का व्यवहार रोगियों के प्रति लचीला तथा झुकावदार होता हैं वह रोगी तथा उनके परिवार के प्रति सहानुभूति की भावना रखता है।

6. उन्नत भूमिका सहमति (Improved role agreements):-

पारिवारिक चिकित्सा में रोगी के दोषपूर्ण समायोजन का एक प्रमुख कारण परिवार के सदस्यो की भूमिकाओं में अस्पष्टता होती है। जिसे ठीक करना चिकित्सक का लक्ष्य होता है।

7. संघर्ष को कम करना (Reduced conflict):-

पारिवारिक चिकित्सा का उद्देश्य रोगी तथा परिवार के अन्य सदस्यों के बीच होने वाले वाद विवाद तथा संघर्षो को दूर करना होता है। इसमें चिकित्सक को एक शिक्षक की भूमिका निभानी पड़ती है। परिवार में होने वाले वाद विवाद व संघर्ष से घर का वातावरण दोषपूर्ण हो जाता है जिससे रोगी का मानसिक सन्तुलन बिगड़ हो जाता है।

8. वैयक्तिक रोग सूचक उन्नति (Individual symptomatic Improvement):-

पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक रोगी के सभी प्रकार के मनौवैज्ञानिक लक्षणों की पहचान कर रोग को दूर करने का यथासंभव प्रयास करता है। रोग को दूर करने के लिए वह रोगी की आदतो क्रियाओं, संचार आदि पर अधिक ध्यान देकर उन्हे दूर करने का प्रयास करता है।

9. उन्नत वैयक्तिक कार्य निष्पादन (Improved individual work performance):-

पारिवारिक चिकित्सक का कार्य रोगी तथा उसके परिवार के सदस्यों के कार्य निष्पादन को उन्नत बनाना होता है। जिससे वह वास्तविक जिदंगी कार्य ठीक प्रकार से अधिक से अधिक कर सके। और उनको कार्य करने में किसी प्रकार की कठिनाई का अनुभव न हो।

3.4.2 पारिवारिक चिकित्सा के प्रकार (Types of Family Therapy):-

पारिवारिक चिकित्सा के निम्नांकित 10 प्रकार प्रमुख है।

1. सयुंक्त पारिवारिक चिकित्सा (Conjoint family therapy):-

पारिवारिक चिकित्सा के इस प्रकार का प्रतिपादन वर्जीनिया साटिर (1967) द्वारा किया गया। इस प्रकार की चिकित्सा में एक ही चिकित्सक परिवार के सभी सदस्यों का एक प्रेक्षण करता है। संयुक्त पारिवारिक चिकित्सक का उद्देश्य दोषपूर्ण संचार, अन्त क्रियाओं तथा परिवार के सदस्य के संबंधों को उन्नत बनाना होता हैं साटिर के अनुसार सयुक्त पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक एक शिक्षक,एक स्रोत व्यक्ति तथा एक उत्तम संचारक के रूप में कार्य करता है। इस प्रकार की चिकित्सा में चिकित्सक सभी व्यक्तियो में संचार की सही क्रिया के बारे में बताता है तथा सभी व्यक्त्यिों के साथ कैसे सौहार्दपूर्ण संबंध बनाया जा सकता हैं। यह सभी जानकारी चिकित्सक उचित प्रकार से रोगी व उसके परिवार के सदस्यों को समझाता है। इसके कारण से संयुक्त चिकित्सा अत्यधिक लाभकारी सिद्ध होती है।

2. समवर्ती पारिवारिक चिकित्सा (Concurrent family therapy):-

इस प्रकार की पारिवारिक चिकित्सा में एक ही चिकित्सक परिवार के सभी सदस्य से विचार विमर्श करता है परन्तु सबसे अलग अलग वैयक्तिक सत्र में इस चिकित्सा का उद्देश्य है कि रोगी की वैयक्त्कि समास्याओं को अलग से तथा अन्य लोगो के सहयोग से उचित ढग से समझा जा सके।

3. सहयोगी पारिवारिक चिकित्सा (Collaborative family therapy):-

इस प्रकार की चिकित्सा में परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए एक अलग चिकित्सक कार्यरत होते है। इसके बाद सभी चिकित्सक मिलकर रोगी व उसके परिवार के सदस्यों से विचार विर्मश करके कोई राय व निर्देश देने के लिए तैयार होते है।

4. वैवाहिक या युग्म चिकित्सा (Marital or Couple therapy):-

इस प्रकार की चिकित्सा में चिकित्सक पत्नी तथा पति को एक साथ उपचार के लिये बुलाता है इस प्रकार की चिकित्सक का केन्द्र बिन्दु असमायोजित, क्षुब्ध वैवाहिक जीवन होता है न कि कोई स्नायुविकृति। चिकित्सक का मुख्य उद्देश्य पति व पत्नी के संबंधो को ठीक करना होता है। जिससे वैवाहिक जीवन सुचारू रूप से चल सके।

5. मनोगति की पारिवारिक चिकित्सा (Psychodynamic family therapy):-

स्कार्फ एवं स्कार्फ के अनुसार इस तरह की चिकित्सा में परिवार के सदस्यों के वर्तमान संबंध में जो समस्याएँ है, उनका मुख्य कारण अचेतन की इच्छाएँ उनके प्रति अपनायी गयी सुरक्षा तथा अपरिवर्तित पुरानी प्रत्याशाएँ होती है इस तरह की चिकित्सा 1980 के दशक से प्रारम्भ होने लगी।

6. व्यवहारपरक पारिवारिक चिकित्सा (Behavioural family therapy):-

इस तरह की चिकित्सा में चिकित्सक पारिवारिक समस्याओं को व्यवहारपरक विश्लेषण करता है जिससे चिकित्सक को पता चलता है कि किन व्यवहारो की बारंबारता तथा अवाँछित व्यवहार को पीछे छिपे पुनर्वलन क्या है या किस तरह के पुनवर्लन से वांछित व्यवहार में बृद्धि या मजबूती हो सकती है। चिकित्सा प्रक्रिया प्रारम्भ करने के बाद परिवार के सदस्यों को एक दूसरे के लिए उचित पुनर्वर्लन प्रदान करने के लिए कहा जाता हैं ताकि वे लोग वांछित व्यवहार कर सके।

7. नेटवर्क पारिवारिक चिकित्सा (Network family therapy):-

इस प्रकार की चिकित्सा में रोगी के साथ उसके परिवार के सदस्यो के साथ साथ दोस्त, पास पड़ोस के लोग तथा अन्य संबंधित लोगो को भी शामिल किया जाता है और उनके विचार प्राप्त किये जाते है। नेटवर्क पारिवारिक चिकित्सा की सफलता इस बात पर निर्भर करती है कि सभी व्यक्ति चिकित्सक के साथ कितना अधिक सहयोग करते है जितना अधिक सहयोग लोग करेंगे उतनी ही अधिक नेटवर्क पारिवारिक चिकित्सा सफल होगी। नेटवर्क स्पेक तथा एटनीव (1971) इस चिकित्स के प्रमुख समर्थक है।

8. बहुप्रभाव चिकित्सा (Multiple impact therapy):-

इस चिकित्सा के प्रमुख समर्थक मैक ग्रिगोर, रिशी, सेरानो तथा स्कुस्टर (1964) रहे हैं। पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक का एक दल पूरे परिवार के सभी सदस्यों के साथ आपस में हुई अतः क्रियाओं का प्रेक्षण करता है। इसके पश्चात परिवार के प्रत्येक सदस्य के साथ वैयक्तिक सत्र में उनकी अतः क्रियाओं का विश्लेषण करके उनकी समस्याओं की पहचान की जाती है। इससे चिकित्सक द्वारा विवाह, प्राधिकार की भूमिका, बच्चो का परिवार के प्रति विचार, पर अधिक ध्यान दिया जाता है।

9. बहुपारिवारिक चिकित्सा (Multifamily therapy):-

इस पारिवारिक चिकित्सका के समर्थन लाख्यूआर तथा स्ट्रेलानिक (1977) है। इस तरह की चिकित्सा में कई युगल जोड़ी या परिवारो को मिलाकर एक समूह तैयार किया जाता है जिससे चिकित्सक के द्वारा उनकी उलझनों एवं समस्याओं की पहचान करके उनका समाधान ढूढ़ाँ जाता है।

10. संरचनात्मक पारिवारिक चिकित्सा (Structural family therapy):-

संरचनात्मक पारिवारिक चिकित्सा का महत्वपूर्ण लक्ष्य परिवार के संगठन या संदर्भ को इस ढंग से परिवर्तित करना होता है कि परिवार के सदस्य एक दूसरे के साथ पहले से अधिक सहयोग करते हुए धनात्मक ढंग से व्यवहार कर सके। इसमें चिकित्सक परिवार के वर्तमान अतःक्रियाओं पर अधिक ध्यान देता है मिनुचीन तथा फिशमैन (1981) संरचनात्मक परिवारिक चिकित्सा के प्रमुख समर्थक है। मिनुचीन तथा फिशमैन (1975) तथा उनके सहयोगियों ने संरचनातक पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग सफलतापूर्वक वैसे परिवारो के बच्चों के उपचार में किये जिनमें मनौदैहिक बीमारियाँ उत्पन्न हो गयी थी।

पारिवारिक चिकित्सा के कई प्रकार है रोगी एवं परिवार की समस्या के अनुरूप चिकित्सक पारिवारिक चिकित्सा का प्रारूप अपनाकर समस्या को दूर करने का प्रयास करता है।

3.4.3 पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग (Use of Family Therapy):-

पारिवारिक चिकित्सा का उपयोग ऐसी स्थिति में किया जाता है जब परिवार के किसी भी एक सदस्य की समस्या कुछ ऐसी होती है जिसके कारण से पूरे परिवार के सदस्य परेशान हो जाते है। ऐसी स्थिति में पूरे परिवार के सदस्यों को चिकित्सा में सम्मिलित किया जाता है। इसके अन्तर्गत ऐसी उम्मीद की जाती है कि परिवार के सभी सदस्यों को सम्मिलित कर लेने से परिवार में उत्पन्न प्रतिरोध दूर हो जायेगा और पूरा परिवार समस्यामुक्त हो जायेगा। परिवार में वैवाहिक या लैंगिक असांमजस्य होने पर भी यह चिकित्सा उपयोगी सिद्ध होती है।

जब परिवार के सदस्यों में सामजिक मूल्यों तथा अन्य संबंधित पहलुओं के बारे में टकराव होतो पारिवारिक चिकित्सा अधिक उपयोगी माना गया है।

3.4.4 पारिवारिक चिकित्सा की समस्याए (Problems of Family Therapy):-

पारिवारिक चिकित्सा से संबन्धित निम्न समस्याएँ है-

1. पारीवारिक चिकित्सा करते समय सदस्यों द्वारा तीव्र संवेग, नकारात्मक भाव तथा आक्रमकता एवं विद्वेष की अभिव्यक्ति होती है जिससे पारीवारिक चिकित्सा करने में समस्या उत्पन्न होती है और यह चिकित्सक के लिए सिरर्दद बन जाता है।
2. पारीवारिक चिकित्सा में चिकित्सक कभी कभी यह नही समझ पाता है कि परिवार में वास्तविक रोगी कौन है। वह परिवार के सभी सदस्यों से विचार विमर्श करता हैं तब उसे ज्ञात होता है कि रोगी के साथ साथ परिवार के किस सदस्य में विकृतियां है। रोगी के अलावा अन्य किसी सदस्य में विकृतियाँ होने से चिकित्सक के सामने यह समस्या उत्पन्न हो जाती है कि वह किस व्यक्ति को वास्तविक रोगी समझे।
3. पारीवारिक चिकित्सा में कुछ प्रश्नों का स्वरूप् स्पष्ट नही हो पाता है। रोगी द्वारा दिये गये गुप्त सूचनाओं को किस तरह से निपटाया जाए। पारिवारिक चिकित्सा में रोगी चिकित्सक के प्रश्नों का उत्तर स्पष्ट रूप से नही दे पाता है परिवार के सदस्यों के मूल्यों की तुलना में चिकित्सक के मूल्यों की क्या भूमिका होगी ? आदि प्रश्नों का कोई उत्तर नही मिल पाता है।

3.4.5पारिवारिक चिकित्सा का मूल्यांकन (Evaluation of Family Therapy):-

हाजेलरिन, कूपर एवं वोरडुईन (1987) ने 20 अध्ययनो का मेटाविश्लेषण करने के बाद इस निष्कर्ष पर पहुँचे कि पारिवारिक चिकित्सा का गुणकारी प्रभाव बहुत तरह के पारिवारिक समस्याओं के लिए होता पाया गया हैं इन अध्ययनो में कार्य संबंधी दोष पाये गये रिसकीन एवं फाऊन्स (1972) भी पारिवारिक चिकित्सा के शोध अध्ययनों में कार्य विधि से संबंधित दोष महत्वपूर्ण बतलाये हैं। बेल्सिक एवं ट्रोक (1980) ने तीन साल तक एक अनुवर्ती अध्ययन किया जिसमें पाया गया कि गंभीर विकृतियों पर पारिवरिंक चिकित्सा के जो गुणकारी प्रभाव पड़ते देखे गये उनमें अब कमी आ गयी है क्योंकि करीब 57 प्रतिशत रोगियों को पुन चिकित्सा की आवश्यकता अनुभव की गई।

3.4.6 स्वंमूल्याकन हेतु प्रश्न (Self- Evaluating Questions)-:

1. पारिवारिक चिकित्सा का शुभारंभ किस दशक में हुआ?
2. पारिवारिक चिकित्सा किस प्रकार की चिकित्सा है?
3. पारिवारिक चिकित्सा से क्या तात्पर्य है?
4. संयुक्त परिवारिक चिकित्सा का प्रतिपादन किसने किया?

5. पारिवारिक चिकित्सा कितने प्रकार की होती है?

6. उन्नत संचार क्या होता है?

7. परानुभूति से क्या तात्पर्य है?

8. संरचनात्मक पारिवारिक चिकित्सा के प्रमुख समर्थक कौन है?

3.5 सारांश (Summary)-:

सामूहिक चिकित्सा का औपचारिक शुभांरभ जोसेफ एच. प्राट द्वारा 1905 में किया गया। सामूहिक चिकित्सा के इतिहास में जे. एल. मारेने का भी योगदान काफी महत्वपूर्ण रहा है। यालोम (Yalom, 1975) ने11कारकोकीपहचानकीजोसामूहिकचिकित्साकेसारतत्वहै, सामूहिकचिकित्साकेमुख्यरूपसेचारमॉडलहै।मनोगतिकीसामूहिकचिकित्सामॉडल, व्यवहारपरकसामूहिकचिकित्सामॉडलतथासमकक्षीआत्ममददसमूहमॉडल (Peer Self Help Model) तथा मानवतावदी सामूहिक चिकित्सा मॉडल।

परिवरिक चिकित्सा एक तरह का समूह चिकित्सा ही है जिसमें समूह के सदस्य अपरिचित न होकर एक ही परिवार के सदस्यगण होते है पारिवारिक चिकित्सा में चिकित्सक पूरे परिवार की सामान्य समस्याओं जो अधिकतर सदस्यों में चिन्ता उत्पन्न कर रही होती है, की पहचान करता है तथा उस पर विचार विमर्श करता है, इसके पश्चात वह परिवार के सदस्यों को नये ढंग से आपस में अन्त क्रिया करने तथा संघर्षो को दूर करने के उपायों पर बल डालता है। पारिवारिक चिकित्सा के 10 प्रमुख प्रकार है जिसमें संयुक्त पारिवारिक चिकित्सा, वैवाहिक चिकित्सा, मनोगति की पारिवारिक चिकित्सा, बहुप्रभाव चिकित्सा तथा संरचनात्मक पारिवारिक चिकित्सा समवर्ती पारिवारिक चिकित्सा, सहयोगी पारिवारिक चिकित्सा, नेटवर्क पारिवारिक चिकित्सा आदि सम्मिलित है।

3.6 शब्दावली (Vocabulary)-:

1. सामूहिक विश्लेषण:- समूह मे सम्मिलित सदस्यों के बीच मे होने वाली अन्तःक्रियाओं की विवेचना को सामूहिक विश्लेषण कहते है।
2. समायोजन क्षमता:- किसी भी व्यक्ति का वातावरण तथा वातावरण में उपस्थित कारकों के साथ समायोजन उस व्यक्ति की समायोजन क्षमता पर निर्भर करता हैं

3. समजातीय:- यदि किसी भी समूह के सदस्य आयु, बुद्धि व लिंग में समान होते है तो ऐसे समूह को समजातीय समूह कहते है।
4. विषम जातीय:- जब किसी भी समूह में भिन्न भिन्न वर्ग, आयु, लिंग, बुद्धि के सदस्य सम्मिलित होते है तो ऐये समूह को विषम जातीय कहा जाता है।
5. अन्तर्द्वन्द:- किसी व्यक्ति के मस्तिष्क में होने वाली हल चल व किसी भी समस्या से उत्पन्न सधर्षो को अन्तर्द्वन्द कहते है।
6. परानुभूति:- परानूभूति का अर्थ अपने आप को दूसरो की जगह रखकर दूसरे के मन होने वाले भावों को जानता होता है ।

3.7 अभ्यास प्रश्नो के उत्तर (Answer's of practice Questions)-:

1. सामूहिक चिकित्सा से तात्पर्य रोगियों का उपचार एक साथ समूह में करना होता है।
2. सामूहिक चिकित्सा का प्रतिपादन जोसेफ एच0प्राट द्वारा 1905 में हुआ।
3. मनोनाटक का प्रतिपादन मोरेनो द्वारा किया गया।
4. शैक्षिक संदर्भ का विकास 1945-1950 दशक के बाद हुआ।
5. टी ग्रुप विधि का सम्पूर्ण नाम ट्रेनिग ग्रुप विधि है।
6. सामूहिक चिकित्सा दो प्रकार की होती है।
7. यालोम द्वारा सामूहिक चिकित्सा के 2 महत्वपूर्ण कारको की विवेचना की गई।
8. समूहिक चिकित्सा के माडल चार प्रकार के होते है।

1. मनोगतिकी सामूहिक चिकित्सा मॉडल।
2. व्यवहार परक सामूहिक चिकित्सा मॉडल।
3. मनवतावादी सामूहिक चिकित्सा मॉडल।
4. समकक्षी आत्म-मदद समूह चिकित्सा मॉडल।

9. पारिवारिक चिकित्सा का प्रारम्भ 1950 के दशक मे हुआ।
10. पारिवारिक चिकित्सा एक समूह चिकित्सा है।
11. पारिवारिक चिकित्सा से तात्पर्य रोगी के साथ साथ परिवार के अन्य सदस्यों का भी उपचार किया जाता है।

12. संयुक्त पारिवारिक चिकित्सा का प्रतिपादन वर्जीनिया साटिर (1967) द्वारा किया गया।

13. पारिवारिक चिकित्सा 10 प्रकार की होती है।

14. उन्नत संचार से तात्पर्य किसी व्यक्ति तथा अन्य व्यक्तियों के बीच के समायोजित संचार को उन्नत संचारकहते है।

15. परानुभूति से तात्पर्य अपने आप को दूसरो की जगह रखकर दूसरो के मन में होने वाले भावो से अवगत होना है।

16. संरचनात्मक पारिवारिक चिकित्सा के प्रमुख समर्थक मिनुचीन तथा फिशमैन (1981) है

3.7 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची (References)-:

. Coleman, J.C. (1976) Abnormal Psychology & Modern Life, Taraporevala

. Davidson & Neale (1974) Abnormal Psychology, John Wiley

. Kapil, H.K. (2001), अपसामान्य मनोविज्ञान, भार्गव प्रकाशन, आगरा

. मखीजा और मरखीजा (2001) पसामान्य मनोविज्ञान, लक्ष्मीनारायण अग्रवाल प्रकाशन आगरा।

. सिंह ए.के. (2009) आधुनिक असामान्य मनोविज्ञान, बनारसी दास, दिल्ली

3.8 निबन्धात्मक प्रश्न (Essay Type Questions)-:

1. सामूहिक चिकित्सा से क्या तात्पर्य है? सामूहिक चिकित्सा के प्रकारो को विवेचित कीजिए।

2. यालोम द्वारा समूहिक चिकित्सा के बतायें गये कारको की विवेचना कीजिए?

3. सामूहिक चिकित्सा के उपागमो व माडॅलों का वर्णन कीजिए।

4. पारिवारिक चिकित्सा का क्या अर्थ है?पारिवारिक चिकित्सा के लक्ष्यों का विश्लेषण कीजिए।

इकाई 4. नैदानिक हस्तक्षेप:- अर्थ, लक्ष्य एवं प्रकार; सहायता प्रक्रिया:- एक व्यक्ति और व्यावसायिक के रूप में नैदानिक मनोवैज्ञानिक, एक चिकित्सक के कौशल: सुनना, नेतृत्व एवं सामना(Clinical Intervention:- Meaning, Goals and Types; Helping process: Clinical Psychologist as a Person and Professional; Skills of a Therapist- Listening, Leading and Confront)

इकाई संरचना

4.1 प्रस्तावना

4.2 उद्देश्य

4.3 नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिकित्सा का अर्थ

4.4 मनश्चिकित्सा के उद्देश्य या लक्ष्य

4.5 मनश्चिकित्सा के प्रकार

4.6 नैदानिक हस्तक्षेप का क्रम

4.7 सारांश

4.8 शब्दावली

4.9 अभ्यास के प्रश्नों के उत्तर

4.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

4.11 निबन्धात्मक प्रश्न

4.1 प्रस्तावना (Introduction)

सामान्यतः किसी अस्वस्थ व्यक्ति को औषध (drug),शल्य (Surgery) आदि प्रविधियों से पुनः स्वस्थ बनाने की प्रक्रिया को उपचार (treatment) या चिकित्सा (therapy) की संज्ञा दी जाती है। मानसिक रूप से अस्वस्थ्य एवं सांवेगिक रूप से विक्षुब्ध व्यक्तियों की मनोवैज्ञानिक विधियों से उपचार करना मनश्चिकित्सा(psychotherapy)कहा जाता है। इसे नैदानिक हस्तक्षेप (clinical intervention) भी

कहा जाता है क्योंकि इसमें नैदानिक मनोवैज्ञानिक अपने व्यवसायी रूप या पेशेवर क्षमता (professional) का उपयोग करते हुए मानसिक रूप से या सांवेगिक रूप से विक्षुब्ध व्यक्ति के व्यवहार को प्रभावित करने की प्रयत्न करता है।

प्रस्तुत इकाई में मनश्चिकित्सा की प्रकृति एवं विकास के बारे में आप जान सकेगें। साथ ही मनश्चिकित्सा की विभिन्न विधियों तथा उनसे सम्बन्धित अन्य तथ्यों के बारे में विस्तृत रूप से अध्ययन कर सकेगें।

4.2 उद्देश्य (Objective)

इस इकाई के निम्नलिखित मुख्य उद्देश्य हैं-

1. मनश्चिकित्सा की प्रकृति एवं विकास को समझ सकें।

2. विभिन्न रोगों में मनश्चिकित्सा की विभिन्न विधियों को जान सकें।

4.3 नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिकित्सा का अर्थ (Meaning of Clinical Intervention)

सामान्यतः मनश्चिकित्सा का उपयोग उन मानसिक रोगियों के लिए लाभकारी होता है जो मनःस्नायुविकृति से पीडित होते है। इसका उपयोग दूसरे प्रकार के मानसिक रोगियों जैसे मनोविक्षिप्ति या मनोविकृति (psychosis) के रोगियों के साथ भी किया जाता है परंतु ऐसे रोगियों को मनश्चिकित्सा के अलावा मेडिकल चिकित्सा (medicaltherapy) भी देना अनिवार्य होता है।

मनश्चिकित्सा की कुछ प्रमुख परिभाषाऐं इस प्रकार दी गयी हैं-

वोलवर्ग (Wolberg,1967) के अनुसार,'' मनश्चिकित्सा सांवेगिक प्रकृति की समस्याओं के लिए उपचार का एक प्रारूप है जिसमें एक प्रषिक्षित व्यक्ति जान -बूझकर एक रोगी के साथ व्यवसायिक संबंध इस उदेश्य से कायम करता है कि उसमें धनात्मक व्यक्तिव वर्द्धन तथा विकास हो, व्यवहार के विक्षुब्ध पैटर्न के मंदित वर्तमान लक्षणों को दूर किया जा सके या उसमें परिमार्जन किया जा सके।''

रौटर (Rotter,1976) के अनुसार, '' मनश्चिकित्सा मनोवैज्ञानिक की एक सुनियोजित प्रक्रिया होती है जिसका उदेश्य व्यक्ति की जिन्दगी में ऐसा परिवर्तन लाना होता है जो उसके जीवन को भीतर से अधिक खुश तथा अधिक संरचनात्मक या दोनों ही बनाता है। ''

निटजील, वर्नस्टीन एवं मिलिक (Nietzel, Bernstein & Milich 1991) के अनुसार, '' मनश्चिकित्सा में कम से कम दो सहभागी होते हैं जिसमें एक को मनोवैज्ञानिक समस्याओं से निबटने में

विशेष प्रशिक्षण तथा सुविज्ञता प्राप्त होती है और उसमें से एक समायोजन में समस्या का अनुभव करता है और वे दोनों समस्या को कम करने के लिए एक विषेष संबंध कायम किये होते है। मनष्चिकित्सकीय संबध एक पोषक परंतु उदेश्यपूर्ण संबध होता है जिसमें मनोवैज्ञानिक स्वरूप की कई विधियों का उपयोग क्लायंट में बाधित परिवर्तन लाने के लिए किया जाता है। ''

इन परिभाषाओं का विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि मनश्चिकित्सा मे रोगी तथा चिकित्सक के बीच वार्तालाप होता है जिसके माध्यम से रोगी अपनी सांवेगिक समस्याओं एवं मानसिक चिन्ताओं की अभिव्यक्ति करता है तथा चिकित्सक विशेष सहानुभूति, सुझाव एवं सलाह देकर रोगी में आत्म-विश्वास एवं आत्म- सम्मान कायम करता है जिससे रोगी की समस्याऐं धीरे-धीरे समाप्त होते चली जाती है और उमसे ठीक ढंग से समायोजन करने की क्षमता पुनः विकसित हो जाती है। मनश्चिकित्सा या नैदानिक हस्तक्षेप के स्परूप् को अधिक स्पष्ट करनें के लिए यह आवश्यक है कि मनश्चिकित्सा में निहित निम्नांकित तीन मौलिक तत्यों पर प्रकाष डाला जाए-

(a)सहभागी

(b)चिकित्सीय संबध

(c)मनश्चिकित्सा की प्रविधि

तीनों तथ्यों का वर्णन निम्नांकित है-

(a) सहभागी (Participant) - मनश्चिकित्सा में दो सहभागी (Participant) होते है- पहला सहभागी क्लायंट या रोगी होता है तथा दूसरा सहभागी चिकित्सक (therapist)होता है। क्लायंट वह व्यक्ति होता है जिसमें सांवेगिक या मानसिक क्षुब्धता (disturbance) इतनी अधिक उत्पन्न हो जाती है कि उसे किसी प्रशिक्षित चिकित्सक की सहायता अपनी समस्याओं के समाधान के लिए लेना पड जाता है। रोगी मे समस्या की क्षुब्धता की मात्रा अधिक भी हो सकती या फिर कम भी हो सकती है। मनोवैज्ञानिकों द्वारा किये गए शोधों से यह स्पष्ट हुआ है कि मनश्चिकित्सा के लिए सबसे उत्तम क्लायंट या रोगी वह होता है जिसमें कुछ विशेष गुण होते है। जैसे - मनश्चिकित्सा से सबसे अधिक लाभ उन रोगियों को होता है जो बुद्धिमान, अभिप्रेरित, शाब्दिक(verbal) अपने व्यवहार में परिर्वन लाने के लिए साधारण मात्रा में चिन्ता दिखातें हों तथा चिकित्सक को अपनी समस्याओं के बारे में ठीक से जानकारी दे सकतें हों।

गुरमैन तथा रेजीन (Gurman & Razin, 1971) ने अपने अध्ययन से इस तथ्य की सपुष्टि किया है-

मनश्चिकित्सा का दूसरा सहभागी (participant) चिकित्सक (therapist) होता है। चिकित्सक वह व्यक्ति होता है जो अपने विशेष प्रशिक्षण तथा अनुभव के कारण क्लायंट या रोगी को अपनी क्षुब्धताओं(disturbance) से निबटने में मदद करता हो। चिकित्सा के लिए यह आवष्यक है कि उसमें विशेष कौशल (skills) हो और वह विशेष रूप से प्रशिक्षित हो ताकि वह क्लायंट की क्षुब्धताओं को समझ सके और तब उसके साथ इस ढंग से अन्तः क्रिया कर सके कि वह (क्लायंट) फिर अपनी समस्याओं या क्षुब्धताओं से ठीक ढंग से निबट सके। एक उत्तम चिकित्सा में पर्याप्त कौषल तथा प्रशिक्षण के अलावा कुछ व्यक्गित गुण भी होना चाहिए। प्रसिद्धमनश्चिकित्सक कार्ल रोजर्स(Carl Rogers) के अनुसार एक उत्तम चिकित्सक में परानुभूति (empathy) , प्रमाणिकता (genuineness) तथा शर्तहीन धनात्मक सम्मान देने की क्षमता अवश्य होनी चाहिए। इसके अलावा इनमें क्लायंट की समस्याओं को ठीक ढंग से सुनने, बिना निर्णायक (judgmental) दृष्टिकोण दिखलाये बोध (understanding) तथा संवेदनषीलता (sensitivity) का भाव दिखाने आदि की क्षमता होनी चाहिए।

(b)चिकित्सीय संबंध (Therapeutic relationship) - मनश्चिकित्सा का दूसरा महत्वपूर्ण पहलू चिकित्सक तथ क्लायंट के बीच विकसित विशेष संबध (relationship) होता है जिसे चिकित्सीय संबंध कहा जाता है। चिकित्सीय संबध वैसा संबध होता है जिसमें चिकित्सा तथा रोगी दोनों ही यह जानते हैं कि वे लोग वहॉ क्यों एकत्रित हुए है तथा उनकी अन्तः क्रियाओं का नियम तथा लक्ष्य (goals) क्या है।

मनश्चिकित्सा का प्रारंभ चिकित्सीय अनुबन्ध (therapeutic contract) से होता है जिसमें उपचार का लक्ष्य, चिकित्सा की प्रविधि जिसका उपयोग किया जाना है, संभावित जोखिम तथा चिकित्सा एवं रोगी के वैयक्तिक जवाबदेहियों (responsibilities) का उल्लेख होता है। औरलिनस्की एवं होवार्ड (Orlinsky & Howard, 1986) के अनुसार चिकित्सीय अनुबन्ध एक तरह की रूपरेखा (blueprint) के रूप मे कार्य करता है जो चिकित्सीय संबंध को इस तरह का बनने में मदद करता है जिसमें क्लायंट सक्रिय निर्णयकर्त्ता के रूप् में न कि सहायता पान वाले एक निष्क्रिय व्यक्ति के रूप में कार्य करता है।

चिकित्सक की यह कोशिश रहती है कि वह रोगी के साथ एक ऐसा भद्र संबंध बना सके जिससे कि वह अर्थात रोगी अपने व्यवहार में परिवर्तन लाने के लिए काफी उत्सुक रहे। कोरचीन (Korchin,1976) ने यह स्पष्टतः कहा है कि चिकित्सीय संबंध में आसक्ति (attachment,) महत्वपूर्ण है। हैडले (Stupp & Hadley,1979) के अनुसार कुछ रोगी या क्यायंट ऐसे होते है जिनके साथ चिकित्सीय संबध तेजी से विकसित होते है तथा कुछ ऐसे क्लायंट होते है जिनके साथ इस ढंग का संबंध तेजी से विकसित होते हैं

तथा कुछ ऐसे क्लायंट होते है जिनके साथ इस ढंग का संबंध नहीं विकसित हो पाता है और चिकित्सा की प्रगति धीमी पड जाती है। स्ट्रप (Strupp,1989) तथा औरलिनस्कों एवं होवार्ड (Orlinsky & Howard, 1986) द्वारा इस क्षेत्र में किये गए अध्ययनों से यह स्पष्ट हुआ है कि एक उत्तम चिकित्सीय संबंध में अन्य बातों के अलावा निम्नांकित अपेक्षित गुण होता है—

1.क्लायंट एवं चिकित्सक के बीच चिकित्सीय संबंध मे नैतिक बचनबद्धता होती है जिसमें गोपनीयता (confidentiality) प्रमुख है। चिकित्सक रोगी के गोपनीयता की रक्षा करता है तथा चिकित्सा के दौरान बतलाये गए बातों को किसी अन्य व्यक्ति से नहीं बतलाता है।

2. चिकित्सीय संबंध इस ढंग का होना चाहिए कि चिकित्सक रोगी के कल्याण को सर्वाधिक प्राथमिकता दे।

3. उस चिकित्सीय संबंध को उत्तम माना जाता है जिसमें भूमिका-निवेश (role-investment), परानुभूतीय गूंज (empathic resonance) तथा परस्पर प्रतिज्ञापन (mutual affirmation) जैसे तीन तत्व होते है। भूमिका निवेश (role-investment) से तात्पर्य इस बात से होता है कि चिकित्सक तथा रोगी दोनों ही चिकित्सा को सफल बनाने में व्यक्तिगत प्रयास करते है। परानुभूतीय गूंज (empathic resonance) से तात्पर्य इस बात से होता है कि चिकित्सा के दौरान किस हद तक चिकित्सक तथा रोगी दोनों ही समान दृष्टिकोण रखते हैं। परस्पर प्रतिज्ञापन से तात्पर्य इस बात से होता है कि किस सीमा तक चिकित्सक तथा रोगी एक- दूसरे की भलाई के लिए ध्यान देते हैं।

स्टूप (Strupp,1989) ने इस बात पर बल डाला है कि चिकित्सीय परिणाम उत्तम होने के लिए यह आवष्यक है कि चिकित्सीय संबंध को रोगी एक कृत्रिम या बनावटी संबंध के रूप में न लेकर उसे एक वास्तविक संबंध के रूप में प्रत्यक्षण करे।

स्पष्ट हुआ कि चिकित्सीय संबध मनश्चिकित्सा का एक महत्वपूर्ण तत्व है जिसकी अपनी कुछ विषेषताऐं है

मनश्चिकित्सा की प्रविधि (Techniques of psychotherapy)- मनश्चिकित्सा की कई प्रद्धतियॉ है। मनश्चिकित्सा के प्रत्येक प्रद्धति की अपनी-अपनी प्रविधियां है। मनष्चिकित्सा की प्रविधियों में अन्तर होने का मुख्य कारण उनके पीछे छिपे व्यक्तितत्व सिद्ध;ान्त तथा वे सारे परिवर्तन है जो चिकित्सक रोगी में उत्पन्न करना चाहता है। यद्यपि मनष्चिकित्सा के कई प्रकार हैं, फिर भी कई प्रविधियॉ ऐसी है जो

उन सभी प्रकारों मे सामान्य है । इन प्रतिध्यिों का स्वरूप् मूलतः मनोवैज्ञानिक होता है न कि दैहिक या मेडिकल। नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिकित्सा के कुछ ऐसी प्रमुख प्रविधियां इस प्रकार हैं-

(a). सूझ उत्पन्न करना (Fostering insight)-मनश्चिकित्सा की एक प्रविधि रोगी के मनोवैज्ञानिक समस्याओं में सूझ उत्पन्न करना हैं सूझ उत्पन्न करने के लिए रोगी में आत्म मूल्यांकन तथा आत्म-ज्ञान विकसित करने की कोशिश की जाती है। सूझ उत्पन्न करने के लिए चिकित्सक रोगी के व्यवहार की व्याख्या भी करते हैं फ्रायड ने रोगी मे सूझ उत्पन्न करने पर सबसे अध्किाक बल डाला था जिसमें अचेतन के प्रभावें का मूल रूप से से विष्लेषण किया जाता है। क्लायंट को यह समझाया जाता है किवे क्यों इस तरह का व्यवहार करते है। यदि वे ऐसा समझ जाते है तो इससे नये व्यवहार की उत्पत्ति उसमें होती है जिसे सूझ कहा जाता है।

(b) सांवेगिक अशांति को कम करना (Reducing emotional discomfort) - मनश्चिकित्सा के रोगी के सांवेगिक अशांति की मात्रा को इतना कम कर दिया जाता है कि वह चिकित्सा में आगे ठीक ढंग से सहयोग कर सके तथा अपने व्यवहार में स्थायी परिवर्तन लाने के लिए अभिप्रेरित रहे। सांवेगिक अंशाति को कम करने का उत्तम तरीका यह है कि रोगी के सांवेगिक शक्ति(emotional strength) को उत्तम चिकित्सीय संबध द्वारा बढाया जाय। जब रोगी यह समझता है कि चिकित्सक उसका एक व्यक्तिगत दोस्त है जिस पर भरोसा दिया जा सकता है , तो उसमे स्वतः सांवेगिक स्थिरता (emotional stability) उत्पन्न होती है।

(c) विरेचन को प्रोत्साहित करना (Encouraging catharsis)- चिकित्सक की उपस्थिति में रोगी को अपने संवेगों, भावों आदि की खुली अभिव्यक्ति करने के लिए कहा जाता है। इस प्रक्रिया को विरेचन (catharsis) कहा जाता है। इस तहर से विरेचन की प्रक्रिया द्वारा कुछ वैसे दबे हुए संवेग की अभिव्यक्ति होती है जिसे स्वयं रोगी बहुत समय पहले से नही जानता था। चिकित्सक ऐसे संवेगों को अभिव्यक्त करने में रोगी को भरपूर प्रोत्साहन देता है।। उन्हें ऐसी उम्मीद रहती है कि इससे रोगी को दुखदायक भावों एवं संवेगों को समझने में मदद मिलेगी और वह फिर कुछ खास-खास संवेगों से बिलकुल ही नहीं डरेगा या चिंतित होगा।

(d) नयी सूचना देना (Providing new information)- मनश्चिकित्सा का स्वरूप् शैक्षिक होता है। चिकित्सक रोगी को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से कुछ नयी न्यी सूचनाओं को दता है ताकि रोगी के वर्तमान ज्ञान में उत्पन्न खाई या विकृति को संशोधित किया जा सके । इस सिलसिले में रोगी को चिकित्सक कभी- कभी कोई विषेष तरह के विषय या क्षेत्र (जो उनकी समस्या से सम्बधित होता है।)को

पढने का भी सुझाव देते है। इसे संदर्भिका चिकित्सा(bibliotherapy) कहा जाता है। नयी सूचना प्राप्त होने से रोगी मे एक ऐसा संदर्भ उत्पन्न होता है जो उन्हें उन समस्याओं से निबटने में मदद करता है जो उन्हें असाधारण परन्तु समाधेय (solvable) दीखते है।

(d) परिवर्तन के लिए उम्मीद एवं विश्वास विकसित करना (Developing faith and expectancy for change) - मनश्चिकित्सा में रोगी में उत्तम परिवर्तन के लिए विष्वास तथा प्रत्याषा (मगचमबजंदबल) उत्पन्न की जाती है। चिकित्सक हर तरह से परिस्थिति को इस ढंग से मोडते है कि रोगी में यह विष्वास उत्पन्न हो जाए कि उसे मदद की जा रही है तथा निष्चित रूप से उसके व्यवहार मे ध्नात्मक परिवर्तन होंगे तथा उनकी सांवेगिक समस्याऐं कम हो जाएगी इस लक्ष्य की प्राप्ति के लिए चिकित्सक विरेचन, रोगी के भावों की व्याख्या तथा उत्तम चिकित्सीय संबध का निर्माण आदि जैसी प्रविधियों का सहारा लेते है।

स्पष्ट हुआ कि मनश्चिकित्सा एक जटिल प्रक्रिया है जिसमें चिकित्सक रोगी के साथ अन्तः क्रिया करके एक ऐसा उत्तम चिकित्सीय संबंध का निर्माण करते है कि रोगी की सांवेगिक एवं मनोवैज्ञानिक समस्याओं का उत्तम निदान हो पाता है।

4.4मनश्चिकित्सा के उद्देश्य या लक्ष्य (Goals of Psychotherapy)

मनचिकित्सा का सामान्य उदेष्य रोगी के संवेगात्मकएवं मानसिक तनाव को दूर करके उसमें सामर्थ्य (competency), आत्म- बोध (self-actualization) पर्याप्त परिपक्वता (adequate maturation)आदि विकसित करना होता है। इन सामान्य उदेष्यों के अलावा मनष्चिकित्सा(psychotherapy) के कुछ विषिष्ट उदेष्य या लक्ष्य है जो निम्नांकित है-

(a) रोगी के अपअनुपलित व्यवहारों (maladaptive behaviors) में परिवर्तन लाना

(b) रोगी के अन्तवैंयक्तिक संबंध एवं अन्य दूसरे तरह के सामर्थ्य को विकसित करना

(c)रोगी के आन्तरिक संधर्षो को एवं व्यक्तिगत तनाव को कम करना

(d)रोगी मे अपने ईद-गिर्द के वातावरण एवं स्वयं अपने बारे में बने अयथार्थ पूर्वकल्पनाओं में परिवर्तन लाना

(e) रोगी मे अपअनुकूलित व्यवहार को सम्पोषित करने वाले कारकों या अवस्थओं को दूर करना

(f) रोगी को अपने वातावरण की वास्तविकताओं के साथ अच्छी तहर समायोजन करने में सहयोग प्रदान करना

(g) आत्म बोध एवं आत्मसूझ को सुस्पष्ट करना

सुन्डवर्ग एवं टाइलर(Sundberg & Tyler,1962) ने मनश्चिकित्सा (psychotherapy) के विभिन्न पहलुओ एवं इस क्षेत्र में किये गये शोधों (Researches) की समीक्षा की और बतलाया किमनोश्चिकित्सा(psychotherapy)के प्रमुख उदेश्यों (goals) या लक्ष्यों में निम्नांकित सर्वाधिक उत्कृष्ट है-

(a)उपयुक्त कामों को करने के लिए रोगी की प्रेरणा को मजबूत करना

(b) भावों की अभिव्यक्ति द्वारा सांवेगिक दबावों को कम करने में मदद करना

(c) वर्द्धन के लिए सामर्थ्यता की अभिव्यक्ति करना

(d)अपनी आदतों को बदलनें में मदद करना

(e)रोगी के संज्ञानात्मक रचनाओं को परिवर्तित करना

(f) आत्म ज्ञान प्राप्त करना

(g) अन्तर्वैयक्तिक संबंधों एवं संचारों को प्रोत्साहित करना

(h) ज्ञान प्राप्त करने एवं निर्णय करने में प्रोत्साहन करना

(i) शारीरिक अवस्थाओं में परिवर्तन करना

(j) चेतन की वर्तमान अवस्था को परिवर्तित करना

(k) रोगी के सामाजिक वातावरण को परिवर्तित करना

मनश्चिकित्सा के लक्ष्य को अन्यतर रुपसे भी वर्णित किया जा सकता है।

(a)रोगी द्वारा सही कार्य करने की प्रेरणा को मजबूत करना-मनश्चिकित्सा का चाहे जो प्रकार क्यों न हो, मनष्चिकित्सक हमेषा यह कोषिष करते हैं किवे रोगी को सही कार्य करने की प्रेरणा को तीव्र करे। सचमुच में मनष्चिकित्सा का यह एक सामान्य उदेश्य है जो काफी महत्वपूर्ण है। रोगी अधिक वांछनीय

ढंग से व्यवहार कर सके इसके लिए सुझाव, अनुनय (persuasion), सम्मोहन(hypnosis) आदि जैसे तरकीबों का सहारा लिया जाता है।

(b) तीव्र भावों की अभिव्यक्ति करके साँवेगिक दबाव को कम करना - मनश्चिकित्सा का एक उदेष्य रोगी के भीतर छिपे भावों (feelings) की अभिव्यक्ति कराना होता है। इसके पीछे तर्क यह छिपा होता है कि जब रोगी अपने भीतर छिपे क्षुब्धता (disturbance) उत्पन्न करने वाले भावों की अभिव्यक्ति करता है, तो इससे उसका साँवेगिक दवाब कम हो जाता है तथा रोगी की मानसिक बीमारी की गंभीरता बहुत ही कम हो जाती है। फ्रायड ने इस तरह के साँवेगिक मुक्ति(emotionalrelease) को विरेचन (catharsis) कहा है।

(c)रोगी के अन्तःशक्ति को वर्धन एवं विकास के लिए मुक्त करना - इसके पीछे मनश्चिकित्सकों की मान्यता यह होती है कि व्यक्ति की जिन्दगी एक निश्चित विकास रेखा के अनुरूप हमेशा बढ़ती है और जब उसकी इस सामान्य वर्द्धन प्रवृत्ति में किसी प्रकार की अवश्यता आती है तो उससे मनःस्नायुविकृति (psychoneurosis) तथा अन्य मानसिक रोगों की उत्पत्ति होती है। अतः मनष्चिकित्सा का उद्देश्य इन अवरोधों को दूर करना होता है ताकि रोगी के वर्द्धन तथा विकास की अन्तःशक्ति फल-फूल सके। अन्तःशक्तियों के इस तरह के वर्द्धन तथा विकास पर रोजर्स तथा मैसलो (Maslow) द्वारा जिन्होंने मानवतावादी चिकित्सा प्रतिपादन किया है, सर्वाधिक बल डाला गया है। अतः यह कहा जा सकता है कि मनश्चिकित्सा का लक्ष्य रोगी में वर्द्धन की मौलिक अंतःशक्तियों को प्रस्फुटित करना होता है। इस बिन्दु पर सुडवर्ग तथा टाइलर (Sundbreg & Tyler, 1961) ने बहुत ही सटीक टिप्पणी करते हुए इस प्रकार कहा है|‘‘मनश्चिकित्सक को एक मैकेनिक जो औजार या उपकरण में दोष का पता लगाता है उसकी मरम्मत करता है के रुप में नहीं समझा जाना चाहिए बल्कि उसे एक माली के रुप में समझा जाना चाहिए जो एक पौधें को जिसमें वर्धन की आन्तरिक प्रवृद्धि है की छटाई करता है तथा उचित पोषक पदार्थ तथा नमी देकर उसे उत्तेजित करता है। ’’

(d)अवांछित एवं अनुचित आदतों को परिवर्तित करना - मनश्चिकित्सा का एक उद्देश्य एक ऐसी परिस्थिति का उत्पन्न रकना होता है जिसमें रोगी के अवांछित, अनुचित एवं संकट उत्पन्न करने वाली आदतों का प्रतिस्थापन नयी वांछित आदतों से किया जा सके। इसके लिए मनश्चिकित्सक अनुबंधन तथा सीखने के सामान्य नियमों का सहारा लेते हैं तथा वे ऐस वांछित आदतों के बाद पुनबर्लन देकर उसको सीखलाने की कोशिश करते हैं। आजकल इसके अलावा अन्य परिष्कृत विधियों का भी उपयोग रोगी के अवांछित आदतों को परिवर्तित करने में किया जाता है।

(e)रोगी की संज्ञानात्मक संरचना में परिमार्जन करना - मनश्चिकित्सा का एक उद्देश्य यह भी है कि रोगी अपने बारे में दूसरे व्यक्तियों के बारे में तथा वातावरण के अन्य वस्तुओं एवं घटनाओं आदि के बारे में पूर्णतः अवगत हो तथा इस संज्ञानात्मक संरचना में व्यास असंगतता को पहचाने तथा उसे आवश्यकतानुसार परिवर्तित करे क्योंकि इस तरह की असंगतता से व्यक्ति की सामान्य अवधारणा विकृत हो जाती है और वह रोग का शिकार हो जाता है।

(f) रोगी के ज्ञान को तथा प्रभावी निर्णयों को लेने की क्षमता में वृद्धि करना - मनश्चिकित्सा का उद्देश्य रोगी के वर्तमान ज्ञान को इस लायक बना देना होता है कि वहअपनी जिन्दगी में प्रभावी निर्णय ले सके। उसे विभिन्न अवसरों के बारे में पर्याप्त ज्ञान दिया जाता हे तथा प्रत्येक विकल्प के पक्ष-विपक्ष में तथ्य उनके सामने रखा जाता है तथा फिर उन्हें ऐसी परिस्थितियों का सामना कराके ऐसी क्ष्ज्ञमता धीरे-धीरे विकसित की जाती है कि वे अपने जीवन के सभी महत्वपूर्ण निर्णय लो लेने में सक्षम हो सके।

(g)रोगी के आत्मज्ञान या सूक्ष में वृद्धि करना - मनश्चिकित्सा का उद्देश्य रोगी में पर्याप्त सूझ विकसित करना होता है ताकि वह यह समझ सकं कि वह किस तरह व्यवहार करता है तथा क्यों वैसा व्यवहार करता है। ऐसा करने के लिए मनश्चिकित्सक अचेतन में छिपे इच्छाओं को चेतन में लाते है। जब रोगी अपने अचेतन की अभिप्रेरणें एवं इच्छाओं को चेतन में लाकर उसे समझने की कोशिश करता हैक् तो उससे उसमें आत्म-ज्ञान या सूझ उत्पन्न होता है और रोगी की कुसमायोजी व्यवहार की गंभीरता में कमी होने लगता है।

(h)अन्तवैयक्तिक संबंधो पर बल दिया जाना - मनश्चिकित्सा का एक उद्देश्य यह भी स्पष्ट करना होता है कि किस तरह से रोगी का व्यवहार उसकक चिन्तन से प्रभावित होता है और उसका व्यवहार किस तरह से चिन्तन के विभिन्न पहलुओं पर निर्भर करता हैं। इसमें रोगी तथा अन्य लोगों के बच हुए संचार पर पर्याप्त बल डाला जाता है जिससे अन्तवैंयक्तिक संबंध को अधिक संतोषजनक बनाया जा सकता है। यदि गौर से देखा जाए तो मनश्चिकत्सा में स्वयं ही एक नया अन्तवैयक्ति संबंध सम्मिलित होता है जो स्पष्टतः उस संबंध से मेल नहीं खाता है जिसे रोगी अपनी जिंदगी में विकसित किये हुए होता है। ऐसी परिस्थिति में मनश्चिकित्सक विशेष रुप से इस बात का ख्याल रखते ह कि अन्तवैयक्तिक संबंध का स्वरुप इस प्रकार का हो जिससे रोगी को अपनी वास्तविक जिन्दगी के अन्य लोगों के साथ सामाजिक अन्तःक्रिया करने में सुविधा हो।

(i) रोगी के सामाजिक वातावरण में परिवर्तन उत्पन्न करना - मनश्चिकित्सा का चाहे जो भी प्रारुप क्यों न हो, इसका एक मुख्य उद्देश्य रोगी के सामाजिक वातावरण में परिवर्तन लाना होता है। किसी भी रोगी का

वास्तविक लाभ तो तब होता है जब वह अपने दिन प्रतिदिन के जीवन जिंदगी में ठीक ढंग से समायोजन कर सके। यद्यपि रोगी का सामाजिक वातावरण जिसमें वह दूसरों से तथा दूसरे संस्थानों से प्रभावित होता है, मनश्चिकित्सा के नियंत्रण से बाहर होता है, फिर भी कोशिश इस बात का प्रयन्त किया जाती है कि रोगी के सामाजिक वातावरण के एजेन्टों केा इस ढंग से प्रभावित किया जाए जिससे उनमें पर्याप्त परिवर्तन आ जाए और रोगी का सामाजिक जीवन सुखमय हो सके।

(j)रोगी की शारीरिक प्रक्रियाओं में परिवर्तन लाना ताकि उसके पीडादायक अनुभूतियों को कम किया जा सके तथा शारीरिक चेतना में वृद्धि की जा सके -मनश्चिकित्सा में यह एक पूर्वकल्पना रहती है कि मन तथा शरीर दोनों ही एकदूसरे से प्रभावित करते है। स्वच्छ मन के लिए स्वच्छ शरीर का होना आवश्यक है। मनश्चिकित्सक का मत है कि रोगी के शारीरिक दुखों या पीडादायक अनुभूतियों को कम करके तथाउनमें शारीरिक चेतना में वृद्धि करकके मनश्चिकित्सा की परिस्थिति के लिए उन्हें अधिक उपयोगी बनाय जा सकता है। यही कारण है कि कुछ मनश्चिकित्सा जैसे व्यवहार चिकित्सा में विश्राम प्रशिक्षण देकर उनके तनाव एवं चिन्ता को दूर किया जाता है और इसे प्रतिअनुबंधन के लिए आवश्यक भी माना जाता है। उसी तरह से रोगी के शारीरिक चेतना में वृद्धि करने के लिए विभिन्न तरह के व्यायामों जो भारतीय योग के नियमों पर आधारित होते हैं का सहारा लिया जा सकता है। इन सबों का परिणाम यह होता है कि रोगी अपने वास्तविक जीवन में ठीक ढग से समायोजन स्थापित करने में सफल हो जाता है।

(k)रोगी के चेतन अवस्थाओं में इस प्रकारका परिवर्तन करना जिसमें उसमें आत्म बोध, नियंत्रण तथा सर्जनात्मकता की क्षमता में वृद्धि हो सके - मनश्चिकित्सा का एक उद्देश्य यह भी होता है कि रोगी के चेतन अवस्था में इस ढंग का परिमार्जन या परिवर्तन किया जाए कि उससे उसमें अपने व्यवहारों पर अधिक नियंत्रण की क्षमता बढ़ जाये। सब क्षमताओं के विकास के लिए तरह तरह की प्रविधि जिसमें मनन, अलगाव तथा चेतन विस्तार आदि प्रमुख हे। का सहारा लिया जाता है। इन सब विधियों से रोगियों में आत्म ज्ञान तथा आत्म निर्भरता, आत्म सामर्थ्यता आदि जैसे गुणों का विकास होता है।

स्पष्ट हुआ कि मनश्चिकत्सा के कई उद्देश्य है। इन लक्ष्यों में से अधिक से अधिक लक्ष्यों की पूर्ति होने से मनश्चिकित्सा की प्रगभावशीलता काफी बढ़ जाती है|

4.5 मनश्चिकित्सा के प्रकार (Types of Psychotherapy)

जैसा कि हम जानते हैं मनश्चिकित्सा रोगों के उपचार की मनोवैज्ञानिक विधि होती है। इसमें सांवेगिक क्षुब्धताओ का उपचार दैहिक विधि से न करके मनोवैज्ञानिक विधियों से की जाती है। चूंकि सांवेगिक क्षुब्धताओं के उपचार करने की मनोवैज्ञानिक विधियां अनेक हैं, अतः मनश्चिकित्सा के भी कई प्रकार

बतलाये गये हैं। मनश्चिकित्सा के पांच प्रमुख सामान्य प्रकार है और फिर प्रत्येक के कई उपप्रकार है। जिनका वर्णन इस प्रकार है—

(1)मनोगतिकी चिकित्सा- मनोगतिकी चिकित्सा से तात्पर्य एक ऐसे मनोवैज्ञानिक उपचारदृष्टिकोण से होता है जिसमें व्यक्ति या रोगी के व्यक्तित्व गतिकी पर मनोविश्लेषणात्मक परिप्रेक्ष्य में बल डाला जता है। इस चिकित्सा के तहत पांच प्रमुख उप्रप्रकार हैं जो इस प्रकार हैं-

(a) फ्रायड की मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा।

(B) एडलर का वैयक्तिक चिकित्सा

(c) युग काविश्लेषणात्मक चिकित्स

(d) अहं विश्लेषण

(e) संक्षिप्तमनश्चिकित्सा

(f) वस्तु संबंधी चिकित्सा

(g) अन्तवैयक्तिक मनोगत्यात्मक चिकित्सा

(2) व्यवहार चिकित्सा (Behavior therapy) - व्यवहार चिकित्सा में कुसमायोजी या अपअनुकूलित व्यवहार के जगह पर समायोजी या अनुकूलित व्यवहार पैवलव, स्कीनर तथा वैण्डुरा द्वारा बतलाये गए सिद्धान्तों पर आधारित प्रविधियों द्वारा सिखाया जाता हे।

इन सब का वर्णन आज अध्याय में किया जाएगा।

(3) संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा (Cognitive behavior therapy)- इस तरह की चिकित्सा में चिकित्सक रोगी के संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं जैसे-चिन्तन, प्रत्यक्षण, मूल्यांकन तथा आत्म कथनों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सा प्रदानकरता है इसके चार प्रकार है।

(a)- रेशनल इमोटिव चिकित्सा (Rational emotive therapy)-

(b)- संज्ञानात्मक चिकित्सा (Cognitive therapy)-

(c) तनाव टीका चिकित्सा (Tension incubation therapy)-

(d) बहुआयामी चिकित्सा (Multi dimensional therapy)-

(4) मानवतावादी अनुभवजन्य चिकित्सा (Humanistic-empirical therapy)- इस चिकित्सा में रोगी की समस्याओं का समाधान उनके भीतर छिपे अन्तशक्तियों एवं अस्तित्वात्मक पहलुओं के आलोक में की जाती है। इसके अन्तर्गत निम्नांकित तरह के चिकित्सा प्रकारों को रखा गया है-

(a) क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा (Client centered therapy)-

(b)- अस्तित्वात्मक चिकित्सा (Existentialtherapy)

(c)- गेस्टाल्ट चिकित्सा (Gestalt therapy)-

(d)- लोगों चिकित्सा (Logo therapy)-

(e)- नियम भूमिका चिकित्सा (Ethical role therapy)-

(5)- सामूहिक चिकित्सा (Grouptherapy)- सामूहिक चिकित्सा में रोगी का उपचार एक समूह मेंन कि वैयक्तिक रुप से की जाती है। इसके अंतर्गत निम्नांकित पांच प्रकार के चिकित्सा पद्धति को रखा गया है-

(a)- मनोनाटक (Psycho drama)

(b)- पारिवारिक चिकित्सा (Family therapy)-

(c)- वैवाहिक या युग्म चिकित्सा (Marital therapy)

(d)- सव्यवहार विश्लेषण (Transactional analysis)

(e)- सामूहिक मुठभेड चिकित्सा (Group encounter therapy)

स्पष्ट हुआ कि मनश्चिकित्सा के मुख्य पांच प्रकार है और इन पांचो प्रकार के कई उपप्रकार है। स्पष्ट हुआ कि मनश्चिकित्सा के कई प्रारुप हैं। जिनमें से कुछ व्यक्ति विशेष पर बल डालते हैं कुछ व्यक्तियों के समुह पर बल डालते हैं तथ कुछ एक ही परिवार के सदस्यों पर बल डालते हैं। नोरक्रास, प्रोचास्का गालाघर के एक सर्वे किया जिसमें उन्होंने मनश्चिकित्सा के विभिन्न प्रारुपों के प्रति करीब 579 नैदानिक मनोवैज्ञानिक की अपनी उन्मुखता का विश्लेषण किया।

स्पष्ट हुआ कि मनश्चिकित्सा के कई प्रकार है। इन प्रकारों का एक सरल वर्गीकरण या सामान्य वर्गीकरण प्रस्तुत करने के ख्याल से कारसन तथा बुचर ने अति चर्चित वर्गीकरण पद्धति का वर्णन किया है जिसका वर्णन यहॉ अपेक्षित है। इस पद्धति का आधार चिकित्सीय ध्यान के लिए प्रमुख क्लायंट उपतंत्र है। इनके अनुसार सामान्यतः किसी भी मनश्चिकित्सा में नियंत्रित चार पहलूओं पर ध्यान दिया जाता है- भाव, व्यवहार, संज्ञान तथा पर्यावरण। इस अंग्रेजी शब्द के प्रथम अक्षरों को मिलाकर ABCE ढांचा या पैमाना कहा जाता है। इसी के अनुसार करसन एवं वुचर ने मनश्चिकित्सा के निम्नांकित चार प्रबल प्रकार बतलायें हैं जो इस प्रकार हैं-

(1) टाईप ‘ए’ चिकित्सा-- इसे टाईप ‘ए’ मनश्चिकित्सा इसलिए कहा जाता है। क्योंकि इस तरह की पद्धति में क्लायट के भाव या संवेग तथा चिंता में परिवर्तन लाकर उसका उपचार करने की कोशिश किया जाता है। इसके अंतर्गत फ्रायडिन मनश्चिकित्सा, फा्रयडिन मनश्चिकित्सा के विभिन्न विकल्प क्लासिकी अनुबंधन पर आधारित व्यवहार चिकित्सा एवं फलडिंग, अतः स्फोटात्मक चिकित्सा आदि प्रमुख है। सभी तरह के जैविक चिकित्साओं को भी इसी कें अंतर्गत रखा जाता है।

(2) टाईप बी चिकित्साः इसके अंतर्गत उन सभी चिकित्सकों को रखा जाता है जिसका स्पष्ट उद्देश्य रोगी के अपअनुकूली व्यवहार में परिवर्तन लाना होता है। क्रियाप्रसूत अनुबंधन पर आधारित सभी तरह के व्यवहार चिकित्सा को इस श्रेणी में रेखा जाता है क्योंकि इनका उद्देश्य पुनर्बलन संभाव्यता में तोड-जोड करके रोगी के अपअनुकूली व्यवहार में स्पष्ट ढंग से परिवर्तन लाना होता है।

(3)- टाईप सी चिकित्सा - इस तरह की चिकित्सा में रोगी के संज्ञान अर्थात उस सूझ-बूझ, प्रत्यक्षण, विश्वास आदि में परिवर्तन लाकर उनका उपचार की कोशिश की जाती है। रेशनल-इमोटिव चिकित्सा, बेक का संज्ञानात्मक चिकित्सा तथा तनाव टीका चिकित्सा को इसी श्रेणी में रखा गया है।

(4)- टाईप ई चिकित्साः इस तरह की चिकित्सा में रोगी के माता-पिता, शिक्षक, दोस्त, ,पडोसियों आदि के पर्यावरणी प्रतिक्रियाओं में परिवर्तन करके उसका उपचार करने की कोशिश की जाती है। अन्तर्वैयक्तिक चिकित्सा तथा सामुदायिक चिकित्सा को इस श्रेणी की चिकित्सा में रखा गया है।

यद्यपि चिकित के उपयुक्त चार प्रकार काफी लोकप्रिय हैं, फिर भी इनका दोष यह है कि इनचार श्रेणियों में चिकित्सा के केवल प्रबल श्रेणियों को ही रखा जा सकता है, सभी तरह के चिकित्साओं को नहीं। इस परिसीमा को स्वयं करसन एवं बुचर ने भी स्वीकार किया है |

4.6 नैदानिक हस्तक्षेप का क्रम (Sequence of clinical Intervention)

नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिकित्सा के विभिन्न प्रकार हैं। यदि हम उन प्रकारों पर ध्यान दें तो यह स्पष्ट होगा कि मनश्चिकित्सक एक खास क्रम में प्राविधियों का अनुसरण करते हुए चिकित्सा की प्रक्रिया जारी रखते हैं। नैदानिक हस्तक्षेप के इस क्रम को होकानसन में निम्नाकित पांच चरणों में क्रमबद्ध किया है-

(1) आरंभिक सम्पर्क (Preliminary contact)-

(2) मूल्यांकन (Evaluation)-

(c) उपचार का लक्ष्य (Goal of therapy)-

(d)- उपचार को क्रियान्वयन करना (Implementation of therapy)-

(e)- समायन, मूल्यांकन तथा अनुवर्तन (Evaluation)

इन पांचों चरणों का वर्णन निम्नांकित है--

(1) आरंभिक सम्पर्क - नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिक्तिसा की यह पहली अवस्था होती है जिसमें क्लयांट उपचार गृह में प्रवेश करता है तथा चिकित्सक से पहला सम्पर्क करता है। इसमें रोगी या क्लायंट के मन में तरह-तरह की आशंकाए, शक चिन्ता आदि होती है। कुछ क्लायंट तो मेडिकल उपचार तथा मनश्चिकित्सा में अंतर को समझ भी नहीं पाते है इस अवस्था में क्लायंट को यह बतलाया जाता है कि उपचार गृह में क्या होता है।

(2) मूल्यांकन - जब यह निश्चित कर लिया जाता है कि क्लायंट से आगे सम्पर्क रखा जा सकता है तो उसकी समस्याओं के मूल्यांकन के लिए उसे फिर कुछ दिनों तक उपचार गृह में बुलाया जाता है। क्लायंट की समस्या के वास्तविक स्वरुप को ध्यान में रखते हुए कई तरह के मूल्यांकन प्रविधियों का उपयोग किया जाता है। विभिन्न तरह के मनोवैज्ञानिक परीक्षणों द्वारा रोगी के बारे में कई तरह की सूचनाएं एकत्रित की जाती है। इतना ही नही, रोगी या क्लायंट का एक केस इतिहास भी तैयार किया जाता है। कुछ क्लायंट की समस्याओं से निबटने के लिए अन्य श्रेणी के पेशेवरों जैसे मेडिकल डाक्टर से भी सम्पर्क करना आवश्यक हो जाता है अन्त में विभिन्न स्रोतों से प्राप्त सूचनाओं को विश्लेषित करने के बाद उनका प्रारंभिक समन्वय किया जाता है जिससे रोगी की समस्याओं का आरंभिक परिकल्पना की जाती है।

(c)- उपचार का लक्ष्य - मूल्यांकन आंकडों के समन्वित करने के बाद चिकित्सक तथा क्लायंट एक साथ समस्या के बारे में क्रमबद्ध रुप से विचार विमर्श करना तथा उसका निदान के लिए क्या किया जा सकता है पर भी विचार करना प्रारम्भ कर देते हैं। इसमें क्लायंट तथा चिकित्सक के बीच एक तरह का अनुबंध तैयार किया जाता है। जिसमें चिकित्सक क्लायंट की समस्याओं को दूर करने का वादा करते हैं और रोगी अपनी इच्छाओं एवं उद्देश्यों का उल्लेख करता है। इस अनुबंध में चिकित्सा का लक्ष्य चिकित्सा की अवधि, चिकित्सा का सामान्य प्रारुप, चिकित्सकीय सत्र की आवृति, खर्च क्लायंट की जबावदेहियों आदि का उल्लेख होता है। चिकित्सा के दौरान क्लायंट के बारे में अतिरिक्त सूचनाएं प्राप्त होती है जिनके संदर्भ में अनुबंध के प्रावधानों में परिवर्तन करना पडता है।

(d)- उपचार का क्रियान्वयन करना- मनश्चिकित्सा के इस चरण में उपचार का विशिष्ट प्रारुप तैयार किया जाता है। जब आरंभिक लक्ष्य निर्धारित कर लिय जाते हैं तो यह निश्चित किया जाता है। कि मनश्चिकित्सा का कौन प्रारुप रोगी या क्लायंट के लिए अधिक उपयुक्त होगा। क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा, व्यवहार चिकित्सा, मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सा आदि में से कोई भी चिकित्सा द्वारा रोगी का उपचार किया जाता है। क्लायंट की समस्याओं के संदर्भ में चिकित्सा के प्रारुप के बारे में रोगी से विचार विमर्श किया जाता है। इतना ही नहीं, रोगी से घर पर क्या करने की उम्मीद की जाती है इसके बारे में भी उसे बतला दिया जाता है।

(e)- समापन, मूल्यांकन तथा अनुवर्तन - जब चिकित्सक को यह विश्वास हो जाता है कि क्लायंट अपनी समस्याओं का स्वयं ही निबटा लेता है, समापन की प्रक्रिया प्रारंभ की जाती है। समापन अचानक नहीं करके क्रमिक ढंग से होता है। चिकित्सा सत्र. की बारंबारता को धीरे-धीरे घटाया जाता है। समापन की अवस्था में चिकित्सक रोगी कके मन मेमं उत्पन्न होने वाले भावनाओं का भी ख्याल करता है।

चिकित्सा के दौरान रोगी में हुई प्रगति का भी मूल्यांकन किया जाता है। संबंधित आंकड़ो को एकत्रित करके इसीलिए रखा जाता है कि रोगी अपने द्वाराद किये गये प्रयासों का तथाद उपचारगृह द्वारा किये गए प्रयासों का वस्तुनिष्ठ मूल्यांकन स्वयं कर सके। इससे उपचार गृह तथा संबंधित चिकित्सिक की प्रतिभा एवं कौशल का उचित जानकारी भी लोगों को होती है। इसके लिए कुछ शोध की भी शुरुआत की जाती है।

स्पष्ट हुआ कि नैदानिक हस्तक्षेप या मनश्चिकित्सा के क्रम में कई चरण होते है। जिनसे होकर इसकी प्रक्रिया संपन्न होती है।

अभ्यास प्रश्न (Practice Questions)-:

1. क्लायंट वह व्यक्ति होता है जिसमें ……. या ……..क्षुब्धता (disturbance) उत्पन्न हो जाती है

2. ………… अर्थात चिकित्सा के दौरान किस हद तक चिकित्सक तथा रोगी दोनों ही समान दृष्टिकोण रखते हैं।

3. मनचिकित्सा का सामान्य उद्देश्य रोगी में .... ,.........तथा ....आदि विकसित करना होता है।

4. ....में व्यक्ति या रोगी के व्यक्तित्व गतिकी पर मनोविश्लेषणात्त्मक परिप्रेक्ष्य में बल डाला जता है।

5. रेशनल-इमोटिव चिकित्सा, बेक का संज्ञानात्मक चिकित्सा तथा तनाव टीका चिकित्सा को .... श्रेणी में रखा गया है।

6.लोगो चिकित्सा को ....तरह के चिकित्सा प्रकारों के अन्तर्गत को रखा गया है|

4.7 सारांश (Summary)

-मानसिक रूप से अवस्थ एवं सांवेगिक रूप से विक्षुब्ध व्यक्तियों की मनोवैज्ञानिक विधियों से उपचार करना मनश्चिकित्सा(psychotherapy)कहा जाता है। इसे नैदानिक हस्तक्षेप (clinical intervention) भी कहा जाता है -मनश्चिकित्सा में निहित तीन मौलिक तथ्य हैं -(a)सहभागी(b)चिकित्सीय संबध(c)मनश्चिकित्सा की प्रविधि -मनचिकित्सा का सामान्य उदेष्य रोगी के संवेगात्मकएवं मानसिक तनाव को दूर करके उसमें सामर्थ्य(competency), आत्म- बोध (self-actualization) पर्याप्त परिपक्वता (adequate maturation) आदि विकसित करना होता है|

मनश्चिकित्सा के चार प्रबल प्रकार (1)मनोगतिकी चिकित्सा- (2) व्यवहार चिकित्सा (3) संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा (4) मानवतावादी अनुभवजन्य चिकित्सा (5)- सामूहिक चिकित्सा

करसन एवं वुचर ने मनश्चिकित्सा के चार प्रबल प्रकार बतलायें हैं(1)टाईप 'ए' (2) टाईप बी

-नैदानिक हस्तक्षेप के इस क्रम को होकानसन में पांच चरणों में क्रमबद्ध किया है-(1) आरंभिक सम्पर्क (2)मूल्यांकन (c)उपचार का लक्ष्य (d)उपचार को क्रियान्वयन करना (e)-समायन, मूल्यांकन तथा अनुवर्तन।

4.8 शब्दावली (Vocabulary)

मनःस्नायुविकृति (psychoneurosis)- कम गंभीर मनोरोगों का एक प्रकार।

4.9अभ्यास प्रश्नों के उत्तर (Answer's of practice questions -:

1. सांवेगिक,मानसिक 2. परानुभूतीय गूंज 3. सामर्थ्य ,आत्म- बोध ,पर्याप्त परिपक्वता 4. मनोगतिकी चिकित्सा 5. संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा 6. मानवतावादी अनुभवजन्य चिकित्सा

4.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची (References) -:

1. उच्चतर नैदानिक मनोविज्ञान- अरूण कुमार सिंह-मोतीलाल बनारसीदास

2. आधुनिक नैदानिक मनोविज्ञान- डा0एच0के0 कपिल-हर प्रसाद भार्गव

3. असामान्य मनोविज्ञान- विषय और व्याख्या- डा0मुहम्मद सुलेमान, डा0 मुहम्मद तौवाव -मोतीलाल बनारसीदास

4.11 निबन्धात्मक प्रश्न (Essay type questions)

1. नैदानिक हस्तक्षेप को परिभाषित कीजिए तथा उसके प्रकारों का वर्णन कीजिए।

   Define clinical intervention and describe its type.

2. नैदानिक हस्तक्षेप क्या है? इसके वर्गो का वर्णन करें।

   What is clinical intervention? Describe its sequence.

3. मनश्चिकित्सा के उद्देश्य पर एक निबन्ध लिखिए

   Write an essay on the goals of psychotherapy.

इकाई 5. चिकित्सिक द्वारा मुद्दों का सामना करना, सीखने की सीमाएं : स्थानांतरण एवं प्रति-स्थानांतरण, यथार्थवादी लक्ष्यों की स्थापना करना, भिड़त समूह चिकित्सार: प्रकार एवं प्रभावशीलता(Issues faced by Therapist, Learning the limits of Transference and Counter Transference, Establishing Realistic Goals, Encounter Group therapy: Types and Effectiveness)

इकाई संरचना

5.1 प्रस्तावना

5.2 उद्देश्य

5.3 नैदानिक मनोविज्ञानिक की समस्याएं

5.4 अन्तरण या प्रतिअन्तरण

5.5 मुठभेड़ समूह चिकित्सा विधि

5.6 सारांश

5.7 शब्दावली

5.8 अभ्यास के प्रश्नों के उत्तर

5.9 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

5.10 निबन्धात्मक प्रश्न

5.1 प्रस्तावना (Introduction)-:

जैसा कि हम जानते है कि नैदानिक मनोविज्ञान की एक ऐसी प्रयुक्त शाखा है जिसमें मनोवैज्ञानिकों की कुल संख्या का उच्चतम प्रतिशत कार्यरत है। यद्यपि मनोविज्ञान की यह शाखा का कार्यक्षेत्र काफी विस्तृत है तथा इस क्षेत्र में काफी शोध किए जा रहे हैं फिर भी मनोविज्ञान की इस शाखा की कुछ समस्याएं हैं जिनसे अवगत होना आवश्यक है क्योंकि इनसे उनके स्वरुप पर तो प्रकाश पड़ता ही है साथ

ही साथ कुछ वैसे तथ्यों की भी जानकारी होती है जिसे नैदानिक मनोवैज्ञानिक अपने विभिन्न तरह की भूमिकाओं में अनुभव करते हैं। ऐसी कुछ प्रमुख समस्याओं का वर्णन निम्नांकित है-

5.2 उद्देश्य (Objective)-:

इस इकाई को पढ़ने के पश्चात् आप इस योग्य हो सकेंगे कि आप -

1. नैदानिक मनोविज्ञानिक की समस्याएं, अन्तरण व प्रतिअन्तरणको समझ सकेंगें।
2. मुठभेड़ समूह चिकित्सा विधि व इसकी प्रभावशीलता को जान सकें।

5.3 नैदानिक मनोवैज्ञानिक की समस्याए (Problems of Clinical Psychologist)-:

a) निदान एवं मूल्यांकन से संबद्धसमस्याएं
b) नैदानिक परीक्षणों से संबद्धसमस्याएं
c) उपचार से संबंद्ध समस्याएं
d) शोध एवं शिक्षण से संबंध समस्याएं
e) परामर्श एवं प्रशासनिक कार्यो से संबंध समस्याएं

इन समस्याओं का वर्णन इस प्रकार है-

(1) निदान एवं मूल्यांकन से संबद्धसमस्याएं- नैदानिक मनोवैज्ञानिकों का एक प्रमुख कार्य मानसिक रोगियों का मूल्यांकन कर उनके रोग के स्वरुप को निश्चित करना होता है। इस सिलसिले में उन्हें कुछ समस्याओं का सामना कराना पड़ता है। जैसे - मूल्यांकन करते समय उनके सामने एक महत्वपूर्ण समस्या जो अक्सर उठती है वह यह है कि इसका प्रारुप क्या होना चाहिए? क्या मूल्यांकन प्रेक्षण के रुप में किया जाय या परीक्षण प्रक्रिया के रुप में किया जाये या साक्षात्कार के रुप में किया जाये? इसके अलावा मूल्याँकन करते सयम नैदानिक मनोवैज्ञानिक को कभी-कभी यह भी निश्चय करने की समस्या उठ खड़ी होती है कि क्या अमुक मानसिक रोगी को अस्पताल में भर्ती करके उपचार किया जाना अच्छा रहेगा या उसे एक बाह्य रोगी के समान ही उपचार करना अच्छा होगा ? इन सभी समस्याओं के उचित समाधान नहीं होने पर नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के सामने दूसरी समस्या जो रोग के उचित निदान से होती है, उठ खडी होती है। ऐसी परिस्थिति में नैदानिक मनोवैज्ञानिक रोगी के रोग के स्वरुप को ठीक ढंग से नहीं समझ पाते है और उसका गलत निदान करके अनुचित चिकित्सीय प्रविधि अपना लेते हैं जिससे रोगी की समस्या सुलझने के बजाय और भी अधिक उलझ जाती है।

(2) नैदानिक परीक्षणों से संबंध समस्याएं - नैदानिक मनोवैज्ञानिक मानसिक रोगों के स्वरुप को सही-सही पहचान करने के लिए कुछ विशेष मनौवैज्ञानिक परीक्षण का प्रयोग करते है जिन्हें नैदानिक मनोविज्ञान में नैदानिक परीक्षण कहा जाता है। इन परीक्षणों में व्यक्तित्व परीक्षण तथा बुद्धि परीक्षण काफी अधिक लोकप्रिय है। नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को इन परीक्षणोंसे संबधित समस्याओं का भी सामना करना पडता है। ऐसी समस्याएं मूलतः तीन प्रकार की होती है-

1. किस तरह से एक विश्वसनीय एवं वैध परीक्षण का निर्माण किया जा सकता है?

2. उपलब्ध परीक्षणों की सक्रियता कैसेबढाई जा सकती है?

3. इस बात की पहचान कैसे की जाए कि कौन सा परीक्षण किस तरह की रोगी के लिए सर्वाधिक उपयुक्त होगा?

4. इन परीक्षणों के परिणाम पर रोग के उपचार करने में कहॉं तक भरोसा किया जाए?

उपर्युक्त समस्याएं कुछ ऐसी है जिनका समाधान अभी तक नहीं हो पाया है। फलस्वरुप एक सफल नैदानिक मनोवैज्ञानिक को इन परीक्षणों के आधार पर रोग का निदान करने तथा उनका उचार करने में काफी सतर्कता बरतनी पड़ती है।

(3) उपचार से संबद्ध समस्याएं - सामान्य अर्थ में यह कहा जा सकता है कि नैदानिक मनोविज्ञान मानसिक रोगों के उपचार का विज्ञान है। कहने का तात्पर्य यह है कि उपचार नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के विभिन्न कार्यो में सर्वोपरि एवं सर्वश्रेष्ठ है। उपचार में सफलता को नैदानिक मनोवैज्ञानिक अपनी व्यक्तिगत सफलता मानते है। लेवानडेस्की के अनुसार उपचार कार्य में भी नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को कुछ समस्याओं से जूझना पड़ता है। जैसे- क्या रोगी को वैयक्तिक चिकित्सा दी जाए या सामूहिक चिकित्सा दी जाए? क्या रोगी के लिए शाब्दिक मनोचिकित्सा असंवेदीकरण से अधिक श्रेष्ठ साबित होगा ? चिकित्सकीय सत्र में रोगी के साथ किस तरह का संबंध और ऐसा संबंध किस सीमा तक रखना चाहिए ? चिकित्सीय सत्र का अन्त किस प्रकार किया जाना चाहिए? आदि-आदि। इन समस्याओं का स्वरुप कुछ इतना अधिक तकनीकी है कि आज भी एक सफल नैदानिक मनोवैज्ञानिक को इनका सही उततर ढूंढने में नाकों चने चबाना पड़ता है।

(4)- शोध एवं शिक्षण से संबंध समस्याएं- नैदानिक मनोविज्ञान की कुछ समस्याएं शैक्षणिक हैं तथा उनका संबंध शोध कार्यो से है। किसी भी विज्ञान की प्रगति का आधार उनका शोध कार्य होता है। यह उक्ति नैदानिक मनोविज्ञान के लिए अपवाद नहीं है। नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को तरह-तरह के शोध करने

पड़ते है। इन शोध कार्यों में उन्हें कभी-कभी काफी कठिनाई का सामना करना पड़ जाता है। ऐसा देखा गया है कि कभी-कभी उन्हें मस्तिष्कीय विकृतियों से संबधित क्षेत्रों में शोध कार्य करना पड़ता है जहां उन्हें मनोरोगविज्ञानियों का सहारा लेना अनिवार्य हो जाता है। खासकर जब मस्तिष्कीय विकृति का आधार कुछ आंगिक होता है तो वहां अनिवार्यतः उन्हें मनोरोगविज्ञानियों को अन्य मेडिकल विशेषज्ञों का सहारा लेना पड़ता है। प्रायः यह देखा गया है कि इस तरह की अनिवार्यता निर्भरता में उन्हें इन लोगों का उतना सहयोग नहीं मिल पाता है जितना कि मिलना चाहिए था। परिणामतः उनके शोध कार्य में विघ्न पड़ने लगता है। शिक्षण से संबंधित समस्या नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के लिए चुनौतीपूर्ण साबित हुआ है। नैदानिक मनोविज्ञानकों को मनोविकृति परीक्षण कार्य, साक्षात्कार कार्य, चिकित्साव्यक्तित्त्व सिद्धान्त आदि विषयों का शिक्षण करना पड़ता है। उनके सामने समस्या यह उठती है कि इनमें सभी विषयों का शिक्षण क्या एक विधि से जैसे भाषणविधि से करना उपयुक्त होगा या भाषण विधि के साथ-साथ प्रदर्शन विधि का भी उपयोग किया जाना उत्तम होगा ? इस मूल समस्या के सभी उत्तर के बारे में आज भी नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के बीच मतभेद है।

(5)- परामर्श एवं प्रशासनिक कार्यो से संबंध समस्याएं - नैदानिक मनोविज्ञान की कुछ समस्याएं परामर्श एव प्रशासन से संबधित है क्योंकि नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को ऐसे कार्यों में भी हाथ बंटाना होता है। नैदानिक मनोवैज्ञानिकों के सामने समस्या यह उठती है। कि परामर्श का प्रारुप क्या होना चाहिए? क्या परामर्श प्रत्येक केस के लिए अलग-अलग दिया जाना चाहिए या विभिन्न केसो की समस्याओं को देखते हुए कोई सामान्य परामर्श किया जाना चाहिए? किस तरह का परामर्श किस परिस्थिति में अधिक प्रभावकारी होगा? आदि आदि। इसकें अलावा नैदानिक मनोवैज्ञानिक को कुछ प्रशासनिक समस्याओं का भी सामना करना पड़ता है। जैसे- उन्हें समय-समय पर यह निश्चित करना होता है कि रोगी का रिकार्ड ठीक ढंग से संपोषित किया जा रहा है या नहीं? इस तरह के रिकार्ड को किस प्रारुप में सुसज्जित किया जाए ताकि उससे अधिक से अधिक अर्थ निकल सके? मानसिक अस्पताल के अन्य कर्मचारी रोगी के साथ सहयोग करते है या नहीं? यदि नहीं तो उन्हें सहयोग दिखलाने के लिए किस तरह से प्रेरित किया जा सकता है? आदि आदि।

निष्कर्षतः यह कहा जा सकता है कि नैदानिक मनोविज्ञान की अपनी कुछ विशेष समस्याएं हैं जिनके कारण इस शाखा की प्रगति थोड़ी अवरुद्ध हुई है। आधुनिक नैदानिक मनोवैज्ञानिक इस चुनौती को काफी गंभीरता से लिए है।

5.4 अन्तरण या प्रतिअन्तरण (Transference and Counter Transference)

चिकित्सा के संदर्भ में अंतरण का अर्थ रोगी की एक महत्वपूर्ण व्यक्ति से सम्बन्धित अनुभवों का चिकित्सक की ओर मुड जाना होता है। प्रायः अन्तरण चिकित्सक के प्रति एक लैंगिक आकर्षण के रुप में प्रकट होता है ।परन्तु कभी-कभी वह चिकित्सक के प्रति क्रोध, घृणा, अविश्वास अति आशयता पितृत्व प्रवृत्ति के रुप मे प्रकट होती है। इसके अतिरिक्त वह कभी-कभी चिकित्सक को अपना गुरु या भगवान भी मानने लगता है। जब फ्रायड ने वास्तव में अपनी चिकित्सा पद्धति में अन्तरण का प्रयोग किया तो उसे ऐसा प्रतीत हुआ कि अंतरण की प्रवृत्ति चिकित्सा की सफलता में बाधा बन सकती हैं परन्तु जो उसनेसीखा था वह यह था कि अन्तरण का विश्लेषण ही वास्तव में वह कार्य है जिसे करने की आवश्यकता थी। मनोगत्यात्मक मनोचिकित्सा के केन्द्र बिन्दु में चिकित्सक व रोगी अन्तरण सम्बन्धों को पहचानते है और सम्बन्धों के अर्थ को खोजते है। चूंकि रोगी व चिकित्सक के मध्य का अन्तरण अचेतन अवस्था में होता है इसलिए मनोगत्यात्मक चिकित्सक जो रोगी की अचेतन सामग्री का प्रयोग करते है। अन्तरण का प्रयोग करते है इससे वे रोगी के बाल्यकाल में उत्पन्न एवं अनुचरित द्वन्दों को निकाल लेने में सफल हो जाते हैं।प्रतिअन्तरण को हम अन्तरण के ठीक विपरीत रुप में प्रयुक्त कर सकते है। प्रतिअन्तरण में चिकित्सक का रोगी के साथ एक सांवेगिक जुडाव हो जाता है। इस दशा में चिकित्सक की स्थिति रोगी की भावनाओं से मुडकर उतनी ही आलोचनात्मक हो जाती है जितनी की अन्तरण में चिकित्सक के साथ जुड़कर रोगी की हो जाती है न केवल इससे चिकित्सक चिकित्सकीय सम्बन्धों में अपने संवेगों का संचालन करता है बल्कि यह प्रति अन्तरण रोगी की भावनाओं को बाहर निकालने में चिकित्सक को बहुमूल्य दृष्टि प्रदान करता है। उदाहरण के लिए यदि एक पुरुष चिकित्सक अपनी महिला रोगी के साथ लैंगिक आकर्षण महसूस करता है तो इस प्रति अन्तरण की प्रक्रिया में वह यह अनुभव कर लेगा कि महिला उसकी इन भावनाओं को समझकर कोई प्रतिक्रिया न कर दे।

जब चिन्हित हो जाता है तो चिकित्सक रोगी से यह पूछती है कि उसकी (रोगी की) उसके प्रति (चिकित्सक) क्या भावनाऐं है। इसके उपरान्त वह उन भावनाओं को रोगी के अचेतन अभिप्रेरण, इच्छाओं व भय के साथ जोड़ सकता है।

जिस प्रकार चिकित्सा का उद्देश्य एक सम्बन्ध की स्थापना करना होता है और हस्तक्षेप पद्धति में चिकित्सक सफल चिकित्सा हेतु रोगी के साथ काल्पनिक सम्बन्ध भी स्थापित करता हे। इसी प्रकार अन्तरण व प्रति अन्तरण यद्यपि सम्बन्ध स्थापना के पर्याय है। फिर भी एक स्तर का निर्धारित होना अनिवार्य होता है। यह सत्य है किहमारा उन सभी व्यक्तियों के साथ सम्बन्ध स्थापित हो जाता है। जो हमारे साथ रहते है या जिसके साथ हम रहते है, इनमें रोगी व चिकित्सक को सम्बन्ध बहुत गहरा होता है। फिर भी इस सम्बन्ध की सीमा का निर्धारण करना अत्यन्त अनिवार्य है। ये अनुभूतियां नकारात्मक

एवं सकारात्मक दोनो ही हो सकती हैं। हमें यह सर्वदा अपने मस्तिष्क में रखना चाहिए कि कहां पर अन्तरण या प्रतिअन्तरण उत्पन्न हुआ है।

अन्तरण के उदाहरण -

नैदानिक मनोवैज्ञानिक एक ऐसा व्यक्ति होता है जिसके सम्पर्क में बहुत से व्यक्ति आते है। नैदानिक मनोवैज्ञानिक का कार्य उनको निर्णय सुनाना या उनको उनकी सीमाएं बताना नहीं होता अपितु उन्हें समझाना व उस सीमा तक सामान्यीकृत करना होता है जितना वह कर सकता है। सामान्य करने की यह प्रक्रिया एक महत्वपूर्ण प्रभाव डालती है। लेकिन कुछ विशेष पारिस्थितियां भी होती है।

1. यदि रोगी चिन्तित व सामाजिक रुप से पृथक होता है तो चिकित्सक की भूमिका उसके जीवन का केन्द्र बिन्दु होती है। और वही उसके सामजिक सम्बन्धों का एक आधार होता है ।
2. रोमांटिक रुचि के अवसर कम प्राप्त होते है।
3. वे व्यक्ति जो कि ''बार्डर लाइन व्यक्तित्व विकृत'' होते है या जिनके अर्न्तवैदन्तिक सम्बन्धों की शैली अत्यन्त कठिन होती हे उनको प्रेम और घृणा को मिश्रित परिस्थितियों में रखा जाय और यह वर्णित किया जाय कि वे स्वयं और उनके सभी निकटवर्ती लोग बहुत अच्छे हैं इसे नाटक रुप में खेला जा सकता है ।
4. रोगी अपने स्व को अत्यन्त मूल्यहीन समझता है और यह अनुभव करता है कि चिकित्सा एक अच्छा अभिनय है वह उसे चिन्हित भी कर लेता है।
5. हम रोगियों से उन कठिन चीजों के बारे में बात कर सकते है जो नकारात्मक संवेगों को जगाती है । उन संवेगों के पुनअनुभव में यदि हम उसका व्यक्तित्विकरण कर लेते है तो केन्द्रीय भूमिका का निष्पादन कर लेते हैं।
6. कुछ सक्षम एवं कठिन प्रतिफल।
7. हम रोगी को तिरस्कृत व भयग्रस्त कर सकते हैं।
8. हम उनके असमंजस्कारी सम्बन्धों को बढावा दे सकते हैं।
9. हम उन सूचनाओं को छिपा सकते है। जिन्हे छुपाने से रोगी को हानि हो।
10. सीमारेखा के निर्धारण में कठिनाई।
11. चिकित्सक की अपराध भावना।
12. चिकित्सकीय कौशल के उपयोग में कमी।

13. चिकित्सा मनोवैज्ञानिक एक संदर्भ में अत्यन्त भाग्यशाली होता है वह यह है कि उसमें रोगी उसका सम्मान करते हैं। वे उसे प्रेरणा स्रोत मानते हैं। और उसे बहुत पसन्द करते है। चिकित्सक रोगी के सम्बन्ध का उदाहरण प्रतिअन्तरण में भी देखा जा सकता है।

प्रतिअन्तरण के कुछ उदाहरण-

1. रोगी हमें किसी ऐसे व्यक्ति की याद दिलाता है जिसके लिए मन में सकारात्मक या नकारात्मक भावनाएं होती है।
2. हम उनको उसी संदर्भ के साथ जोड़ लेते है जो हमने भूतकाल में अनुभव किया होता है। जैसे कठिनाइंया, समान व्यक्तित्व, सामाजिक स्तर, आयु व लिंग।
3. रोगी के प्रति माता-पिता की अनुमति रखना।
4. लैंगिक आकर्षण
5. पोप एवं तावाचनिक 1993 ने पाया कि 87 प्रतिशत से अधिक चिकित्सकों का कम से कम एक रोगी के साथ लैंगिक चुनाव था।
6. कुछ सक्षम एवं कठिन प्रतिफल
7. धुंधली सीमाएं
8. प्रकटीकरण के स्तर का जो अन्तरण को कठिनबना देता है।
9. प्रतिअन्तरण ना करना
10. प्रतिअन्तरण को स्वीकार न करना
11. चिकित्सीय क्षमता का ह्रास
12. केस का वर्णन करने में असमर्थता
13. रोगी व अपने सम्बन्धों को बढ़ावा देना।
14. चिकित्सा के समाप्त करने में कठिनाई का अनुभव करना।

उपाय- स्वयं से पूछे(Ask write your-self)

a.क्या में अपने अनुरुप व्यवहार कर रहा हूँ।

b.क्या में इस रोगी को किसी और के साथ जोड़ सकता हूँ।

c.मेरी अपने अन्य रोगियों के साथ कैसी अनुभूतियां है।

d.क्या ऐसी अनुभूति में अपने अन्य रोगियों के साथ या फिर केवल इसी रोगी के साथ अनुभव करता हूँ।

e.मैं ऐसा क्यों सोच रहा हूँ|

f.क्या मेरा ऐसा सोचना रोगी के साथ काम करने में बाधा उत्पन्न कर रहा है।

g.यदि रोगी और मेरे सम्बन्धों की जानकारी मेरी पत्नी या मेरे बच्चा या मेरे परिवार को हो गई तो मेरा क्या होगा?

निर्देशन की मात्रा में वृद्धि(Increase is the amount of guidance)

1. स्पष्ट एवं लचीला अभ्यास
2. यह स्वीकार करें कि रोगी के प्रति अनुभव सामान्य है और उसी सामान्य अनुभव के साथ कार्य करें।
3. चिकित्सा में संबंधो की बात करे।
4. सीमाओं का ध्यान रखें।

5.5 मुठभेड़ समूह चिकित्सा विधि(Encounter group theory)-:

मुठभेड़ समूह चिकित्सा विधि एक समूह चिकित्सा है। जिसकी जड़ नेशनल ट्रेनिंग लेब्रोरेटरी (एन0टी0एल0) में किये गये शोध व कार्यशालाओं से उत्पन्न अभिभूतियां हैं- इसमें कर्टले लाइबरमैन तथा रोजर्स ने मुख्य भूमिका निभायी है। एन0टी0एल की स्थापना अमेरिका में वेथेल में 1950 में हुई थीं इसका उद्देश्य सामूहिक प्रक्रियाओं, जिसें समूह के सदस्यों को प्रेक्षक तथा सहभागी दोनों के रुप मे कार्य करना होता है, द्वारा पुनशिक्षित किया जाता है।मुठभेड़ समूह चिकित्सा में एक मुठमेड़ समूह से तात्पर्य व्यक्तियों के ऐसे समूह से होता है जो अपने भाव व्यवहार एवं अन्तक्रिया के बारे में पहले से अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए एक विशेष स्थान पर मिलते है। मुठभेड समूह का उद्देश्य व्यक्तियों को आत्मसिद्धतथा उत्तम अंतर्वेयाक्तिक संबंध विकसित करने के लिए होता है। नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा मुठभेड़ समूह के क्षेत्र में किए शोधो के आधार पर भिडंत समूह चिकित्सा की निम्नांकित विशेषताओं को महत्वपूर्ण बतलाया गया है-

1. मुठभेड़ समूह मे सदस्यों की संख्या सामान्यतः 6 से 20 तक की होती है जो आमने सामने की परिस्थिति में एक दूसरे से शारीरिक सम्पर्क करते हुए अन्तक्रिया करते है।

2. ऐसे समूह में वर्तमान अनुभूतियों पर अधिक व गत एवं बाहरी अनुभूतियों पर कम से कम बल डाला जाता है।
3. मुठभेड समूह चिकित्सा में सदस्यों में अशाब्दिक क्रियाएं तथा शारीरिक सम्पर्क करने पर बल डाला जाता है।
4. मुठभेड़ समूह चिकित्सा में चिकित्सक तथा अन्य सदस्यों का स्तर लगभग एक समान होता है। ऐसे चिकित्सा समूह में चिकित्सक एक प्रेक्षक तथा सहभागी दानों की भूमिका निभाते है।
5. ऐसे चिकित्सा समूह में भाग लेने से सदस्यों में आत्म प्रकटीकरण ईमानदारी अन्तवैयक्तिक पुनर्निवेशन, खुलेपन , दूसरों का सामना करने की क्षमता, भावात्मक अभिव्यक्ति आदि के गुण का विकास मुख्य रुप से होता है।
6. मुठभेड़ समूह चिकित्सा का सत्र की अवधि छोटी एवं कम संरचित होती है।
7. स्पष्ट हुआ मुठभेड़ समूह चिकित्सा में व्यवहत समूह की कुछ अपनी विशेषताएं होती हैं जिसके कारण मुठभेड़ समूह चिकित्सा सामूहिक चिकित्सा के अन्य प्रकारों से भिन्न है।

मुठभेड़ समूह चिकित्सा में इस तरह से चिकित्सक सदस्यों को आपस में अन्त:क्रिया करवाकर तथा स्वयं सत्र के दौरान उनके साथ अन्त:क्रिया करके सदस्यों में धनात्मक गुणों को मजबूत करते है। इस तरह की चिकित्सा में मानसिक रूप से क्षुब्ध व्यक्ति नहीं बल्कि सामान्य व्यक्ति ही भाग लेते हैं और अपनी अंतशक्ति को विकसित करते है। इस तरह के समूह में समूह के नेता अर्थात चिकित्सक सदस्यों को आपस मे ईमानदारी पूर्वक एक दूसरे के साथ अर्न्तक्रिया करवाने के लिए कई प्रविधियों का उपयोग करते हैं जिनमें से कुछ महत्वपूर्ण प्रविधि निम्नांकित है।

1. आत्म विवरण- इस प्रविधि में मुठभेड़ समूह के सभी सदस्य दिए गए कागज के टुकड़ा पर तीन ऐसे विशेषणों को लिखता है जिनसे स्वयं का वर्णन होता है। इसके बाद सभी टुकड़ों को लेकर उन्हें यादृच्छिक रुप से मिला दिया जाता हे और बाद में सदस्यों द्वारा इस विशेषणों द्वारा वर्णित व्यक्तियों के बारे में चर्चा की जाती है।

2. नैत्रगोलक से नैत्रगोलक की विधि- इस प्रविधि में दो सदस्यों को एक दूसरे के आंखों में ध्यानपूर्वक एक दो मिनट तक देखने के लिए कहा जाता हे। और उससे उत्पन्न भाव पर फिर चर्चा की जाती है।

3. अंध भ्रमण- इस प्रविध में समूह के सभी सदस्य एक-एक युग्म का निर्माण करते हैं। इसे एक सदस्या की आंख पर पट्टी बंधी होता है तथा दूसरा आगे-आगे राह दिखाता है। यहां पर पट्टी बांधा हुआ व्यक्ति पूरे कमरे में भ्रमण लगाकर अपनी नयी संवेदनशीलता को ग्रहण करता है।

4. विश्वासप्रद अभ्यास- इसमें समूह के सभी सदस्य मिलकर एक वृत्त का निर्माण करते है। तथा सदस्यों को एक ऐसी वस्तु को पकड़ना होता है जो सदस्यगण वृत्त में एक दूसरे को बढ़ाते जाते है।

5. हॉटसीट का आसन- इस प्रविधि में एक सदस्य एक विशेष कुर्सी पर बैठता है तथा अन्य लोग उसे अपनी इस भावना से ईमानदारी ढंग से यह अवगत कराते हैं कि उनसे वे किस तरह से प्रभावित होते है।

6. धनात्मक एवं ऋणात्मक दृष्टि- इस प्रविधि में समूह के सदस्यों को एक ऐसा पुननिर्वशन दिया जाता है जो सिर्फ धनात्मक दृष्टि या सिर्फ ऋणात्मक दृष्टि पर आधारित होता है।

मुठभेड समूह के प्रकार--

मुठभेड़ समूह के कई प्रकार है-

1.मौलिक मुठभेड़ समूह (Basic Encounter Group)

2. अतिलंबित मुठभेड़ समूह (Marathon Encounter Group)

3. नग्न अतिलंबित मुठभेड़ समूह (Nude Encounter Group)

4. गेस्टाल्ट मुठमेंड समूह (Gestalt Encounter Group)

5. सव्यवहार विश्लेषण मुठभेड़ समूह (Transactional Analysis Encounter Group)

6. साईनेनोन गेम्स (Synanon Games)

इन सभी का वर्णन निम्नांकित है।

1. मौलिक मुठमेड समूह(Basic Encounter Group)- मौलिक मुठमेंड समूह की चिकित्सा प्रविधी के प्रतिपादन काश्रेय रोजर्स को जाता है। इस तरह के समूह का मुख्य उद्देश्य लोगों में व्यक्तिगत वर्द्धन को बढ़ाना है। इसे रोजेरियन मुठभेड समूह भी कहा जाता है। इस समूह मे क्लायंट केन्द्रित चिकित्सा के नियमों का अधिक से अधिक पालन किया जाता है। समूह का नेता एक ऐसा परानुभूतिक वातावरण तैयार करता है जिसमें सदस्यों को वह सम्मानित करता है तथा साथ ही साथ उन्हें अपने किसी भी तरह के निर्णय से मुक्त रखता है। इसकी परिस्थिति काफी असंरचित होती है तथा सदस्यों में स्वायतता अधिक होती है। ऐसा मान लिया जाता है कि इससे सदस्यों में व्यक्तिगत वर्द्धन अधिक होगा। इस तरह की परिस्थिति में अन्तक्रिया होने से सदस्यों में धीरे-धीरे सुरक्षात्मक प्रवृत्ति समाप्त होने लगती है तथा

पारस्परिक विश्वास विकसित होने लगता है पारस्परिक विश्वास उत्पन्न होने से व्यक्ति अपनी वास्तविक भाव की अभिव्यक्ति करता है।

2. अतिलम्बित मुठभेड समूह(Marathon Encounter Group)- जैसा कि नाम से ही स्पष्ट है अति लम्बित मुठभेंड समूह तक ऐसा मुठभेड समूह होता है जिसके सदस्यों में सतत तथा तीव्र अन्तःक्रियाएं 24 घंटा से 36 घंटा तक लगातार होती रहती हैं। इस अवधि में सदस्यागण जिनकी संख्या सामान्यतः 10 से 15 तक की होती है को खाने, सोने आदि क्रियाओं को करना वर्जित होता हे। इसका परिणाम यह होता है कि सदस्यों में एक तरह का दबाव उत्पन्न होता है जिसे सदस्यों को कुछ चिकित्सीय लाभ होता है। स्टालर ने ऐसे समूह की सतत अन्तक्रिया को एक वर्धित अन्तक्रिया कहा है तथा बैंकने तो इसके लिये एक नया पद "अतिलम्बित समूह चिकित्सा"का ही उपयोग करना प्रारंभ कर दिया था। यद्यपि यह सत्य है कि अतिलम्बित मुठभेड समूह की शुरुआत नैदानिक सेवाओं में ही हुई थी परंतु इसका उपयोग इधर के वर्षो में सामान्य समूहों में भी सफलतापूर्वक किया गया है। ऐसा देखा गया है कि प्रारंभिक अवस्था में सदस्यगण एक दूसरे के साथ मात्र औपचारिक ढंग से बातचीत करते है। परंतु धीरे-धीरे औपचारिक बातचीत में कमी आते जाती हैं और लोग अनौपचारिक ढंग से आपस में अन्तक्रिया करना प्रारंभ कर देते हैं। सदस्यों द्वारा तीव्र संवेग की अभिव्यक्ति होती है तनाव में वृद्धि होती है तथा लोग एक दूसरे पर शाब्दिक ढंग से आक्रमण भी करना प्रारंभ कर देते है। चूंकि सदस्य परिस्थिति से अपने आप को किसी भी तरह अलग नहीं कर सकते है। कहने का तात्पर्य यह है कि जैसे ही सत्र समाप्ति के करीब आता है सदस्यों में एक दूसरे के प्रति धनात्मक भाव तथा स्नेह एवं घनिष्ठता की अनुभूति उत्पन्न होती है। यही कारण है कि इस अवस्था को स्नेहोत्सव की अवस्था कहा जाता है।

3. नग्न अतिलम्बित मुठभेड समूह(Nude Encounter Group)- इस तरह के मुठमेड समूह का प्रतिपादन विनडीम द्वारा किया गया । नग्न अतिलम्बित मुठमेड समूह सचमुच में एक तरह का अतिलम्बित मुठमेड समूह ही है तथा इसकी प्रविधि भी लगभग वही है। इसमें भाग लेने वाले सभी सदस्य अपने शरीर का वस्त्र उतारकर अर्थात नंगा होकरएक दूसरे के साथ शारीरिक संपर्क करते है परन्तु स्पष्ट रुप से लैगिक क्रिया करना वार्जित है। इस तरह के भिडंत समूह चिकित्सा की मुख्य मान्यता यह होती है कि दैहिक अनावरण होने से व्यक्तियों में सांवेगिक प्रकटीकरण होता है।

नग्न अतिलम्बित भिडंत समूह को पेशेवरों तथा कुछ मनोवैज्ञानिकों द्वारा एक अनुचित एवं अमानवीय पद्धति बतलायी गयी है। इसके चिकित्सीय परिणाम की अनुकूलता पर भी लोगों को शक हुआ है। रोजर्स ने तो यहां तक कह दिया है कि सम्पूर्ण भिडंत समूह के एक प्रतिशत का दशवा हिस्सा से

भी कम नंग्न अतिलम्बित भिडंत समूह की बारबारता होती है। इससे इस तरह की चिकित्सा पद्धति की सार्थकता का खुलासा अपने आप हो जाता है।

4. गेस्टाल्ट भिडंत समूह(Gestalt Encounter Group)- जब भिडंत समूह में फ्रिट्ज़ पर्ल्स द्वारा प्रतिपादित गेस्टाल्ट चिकित्सा का उपयोग किया जाता है। तो इस तरह की चिकित्सा पद्धति को गेस्टाल्ट भिडंत समूह चिकित्सा पद्धति कहा जाता है। जैसे सदस्यों से यह कहा जा सकता है कि मान लीजिए कि बगल की कुर्सी पर एक दूसरा आदमी बैठा है जिसके साथ आप विशेष अंतक्रिया कर रहे है। ऐसा देखा गया है कि धीरे धीरे इस तरह के गेस्टाल्ट भिडंत समूह चिकित्सा में समूह के सभी सदस्यों का भागीदारी तीव्र हो जाता है और इनके धनात्मक अंतशक्ति का विकास होने लगता है।

5. संव्यवहार विश्लेषण भिडंत समूह(Transactional Analysis Encounter Group)- वर्नी द्वारा प्रतिपादित चिकित्सीय विधि जिसे संव्यवहार विश्लेषण कहा जाता है का उपयोग भिडंत समूह में किया जाता है तो उसे सव्यवहार विश्लेषण भिडंत समूह कहा जाता है। जैसा कि हम जानते है संव्यवहार विश्लेषण में एक ही व्यक्ति के भीतर तीन तरह की भूमिका अर्थात चाइल्ड एडल्ट तथा पेरेन्ट का विश्लेषण होता है न कि एक व्यक्ति का दूसरे व्यक्ति के साथ हुए अन्तक्रिया का इस तरह के समूह का नेता सदस्यों को विभिन्न गेम्स खेलते समय उनके व्यवहारों का अर्थ समझाता है तथा उसकी एक विशेष व्याख्या करता है। यहां गेम्स से तात्पर्य एक ऐसे संगठित कर्मकाण्ड से होता है जिसके पीछे उनके विशेष उद्देश्य छिपे रहते है। इस तरह के भिडंत समूह में नेता एक तरह से शिक्षक की भूमिका में होता है ताकि वह सदस्यों को गेम्स का अर्थ समझाकर उन्हें उससे मुक्ति दिला सके। नेता द्वारा इस तरह की भूमिका को बार-बार करने से सदस्यों में घनिष्ठता विकसित हो जाती है। तथा साथ ही साथ वे लोग एक दूसरे के साथ ऐसा संबंध स्थापित कर सकने में समर्थ होते है जो गेम्स के बंधन से मुक्त होता है।

6. साइनेनोन गेम्स(Synanon Games)- साइनेनोन औषध व्यसनियों का एक आत्म सहायता संगठन है। इसी के नाम पर इस तरह के गेम्स को साइनेनोन गेम्स कहा जाता है। यह गेम्स एक ऐसा भिडंत समूह होता है जिसमें सदस्यों को क्रोध तथा ईर्ष्या का खुला, प्रत्यक्ष एवं बिना किसी तरह के अवरोध की अभिव्यक्ति शाब्दिक रुप से करने के लिए कहा जाता है। हां उन्हें इस बात की का निर्देश अवश्य दे दिया जाता है। कि वे लोग उसकी अभिव्यक्ति सिर्फ शाब्दिक रुप से करेंगें तथा किसी तरह की हिंसा आदि में अपने को लिप्त नहीं करेंगें। इस प्रकार की सामूहिक भिडंत में कोई नेता या चिकित्सक नहीं होता। यह गेम करीब तीन घंटें तक चलता है जिसमें उन व्यक्तियों की पहचान कर ली जाती है जो सबसे अधिक आक्रमकता दिखलता है। गेम के सत्र के बाद यह देखा जाता है कि सदस्यों में एक दूसरे के प्रति भावुक समर्थक एवं प्रोत्साहन का वातावरण कायम हो जाता है। एक गेम के बाद दूसरे गेम के सदस्यों का

सामान्यतः बदलकर भिडंत करवाया जाता है। गेम में जितनी ही तीव्र आक्रमकता होती है सदस्यों के सांवेगिक भागीदारी की मात्रा तथा पारस्परिक भलाई या कल्याण की चिंता उतनी ही अधिक हो जाती है। नैदानिक मनोवैज्ञानिकों में अभी इस बात पर सहमति नहीं हुई है कि किस तरह के लोगों कोइससे लाभ होगा तथा इसमें भाग लेने से सदस्यों में कितना संभावित परिवर्तन होता है।

भिडंत समूह की प्रभावशीलता--

ऐसा समान्यतः कहा जाता है कि भिडंत समूह व्यक्तिगत वर्द्धन तथा परानुभूति को बढ़ाता है जबकि सामूहिक चिकित्सा का उद्देश्य व्यक्ति में हुए मनोवैज्ञानिक क्षति को सुधारना होता है। अब प्रश्न उठता है कि क्या भिंडत समूह अपने उद्देश्य में प्रभावी या सफल हो पाया है? इस प्रश्न का उत्तर के लिये नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा किये गये कुछ अध्ययनों एवं समीक्षाओं के परिणाम पर ध्यान देना होगा। जैसे गिब ने 100 भिडंत समूह अध्यनों की समीक्षा किया औरअंत में इस निष्कर्ष पर पहुंचे कि ऐसे समूह में धनात्मक चिकित्सीय प्रभाव होता है। लाईबरमैन तथा उनके सहयोगियों ने यह बतलाया है कि भिडंत समूह में भाग लेने वाले सदस्यों में से करीब 75 प्रतिशत ने अपने में धनात्मक परिवर्तन महसूस किया तथा इस तरह के परिवर्तन का होना इस बात पर निर्भर करता है कि समूह के नेता या व्यवसायिक चिकित्सकों द्वारा किस तरह की प्रविधि को अपनाया गया है। ओगन तथा उनके सहयोगियों ने भी अपने अध्ययन के आधार पर यह बतलाया है कि समूह के नेता के व्यवहार द्वारा समूह के बातचीत का विषय तो निर्धारित होता ही है साथ ही साथ सदस्यों में यह अनुभूति भी उत्पन्न होती है कि वे कहां तक समूह से प्रभावित हुए है। लाईवरमैन ने करीब छोटे भिडंत समूहों के 50 अध्ययनों से अधिक की समीक्षा किया और बतलाया कि कई ऐसे समूहों में भाग लेने वाले व्यक्तियों ने अपनी भीतर धनात्मक परिवर्तन होने की बात बतायीहै।

उक्त तथ्यों के आलोक में हम इस निष्कर्ष पर पहुचते है कि भिडंत समूह की प्रभावशीलता है और इसमें भाग लेने वाले सदस्यों के भाव एवंचिंतन में पर्याप्त परिवर्तन होते है।

भिडंत समूह चिकित्सा का मूल्यांकन--

भिडंत समूह एक तरह की नयी प्रविधि है जिसके माध्यम से मानव समस्याओं के समाधान का प्रयास किया गया है। इस क्षेत्र में तुलनात्मक रुप से शोध भी कम किये गये है।इस समूह से कुछ लोग तो काफी आशान्वित हैं तो वहीं कुछ लोगों का दावा है कि इससे समस्या का समाधान न होकर उसकी उग्रता कुछ बढ़ ही जाती है। भिडंत समूह में निम्नांकित दोषों की आशंका प्रायः बतायी गयी है-

1. भिडंत समूह के सदस्यों में जो तात्कालिक घनिष्ठता पैदा होती है वह स्थायी नहीं होती है और न ही उसका स्थानान्तरण दिन प्रतिदिन की जिंदगी में हो पाता है। अतः इससे सदस्यों को वास्तविक लाभ नहीं हो पाता है।

2. प्रायः देखा गया है कि भिडंत समूह का नेतृत्व अप्रशिक्षित तथा अव्यवसायिक लोग करते हैं जिसके कारण इस तरह के समूह का चिकित्सीय प्रभाव धीरे-धीरे कम होता जाता है।

3. भिडंत समूह के सदस्यों को उसमें शामिल करने के पहले कोई परख नहीं की जाती है संभव है कि कुछ सदस्य काफी संवेदनशील प्रकृति के हों। अध्ययनों से यह पता चलता है कि ऐसे संवेदनशील व्यक्ति को भिडंत समूह की अन्त: क्रियाओं से काफी हानि पहुंचती है। यालोम तथा लाईबरमैन ने एक अध्ययन किया जिसमें 170 छात्रों ने विभिन्न तरह के भिडंत समूहों में भाग लिया। इसमें 16 छात्र ऐसे थे जिन्होंने भिडंत समूह में भाग लेने के बाद अपने में सार्थक मनोवैज्ञानिक क्षति का अनुभव किया।

4. भिडंत समूह चिकित्सा को कुछ मनोवैज्ञानिकों द्वारा एक बौद्धिक विरोधी तथा सुखवादी कहा है। ऐसे समूह के सदस्यों में विवेक की कमी पायी जाती है तथा क्षणिक शारीरिक सुख की ओर उन्मुक्ता अधिक होती है इससे इसके चिकित्सीय मूल्यों में कमी आती है।

6. भिडंत समूह को नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा कम महत्व वाली चिकित्सा पद्धति कहा गया है। निसंदेह यह विधि अत्यन्त आसान है परंतु उनका शायद ही कभी मूल्यांकन अब तक किया गया है। अतः उनकी वैधता संदेह के घेरे में है।

इन आलोचनाओं के बाद भी यह आशा की जाती है कि एक उत्तरदायी नेता के नेतृत्व में एवं व्यक्तियों में बढ़ती जागरूकता के कारण इस तरह की चिकित्सा पद्धति के गुणकारी प्रभाव की संभावना अधिक है।

अभ्यास प्रश्न (Practice Questions)-:

1. .... के केन्द्र बिन्दु में चिकित्सक व रोगी अन्तरण सम्बन्धों को पहचानते है और सम्बन्धों के अर्थ को खोजते है।

2. .... रोगी की भावनाओं को बाहर निकालने में चिकित्सक को बहुमूल्य दृष्टि प्रदान करता है।

3. जब भिडंत समूह में .... द्वारा प्रतिपादित गेस्टाल्ट चिकित्सा का उपयोग किया जाता है। तो इस तरह की चिकित्सा पद्धति को गेस्टाल्ट भिडंत समूह चिकित्सा कहते हैं|

5.6 सारांश (Summary)-:

नैदानिक मनोविज्ञानिक की समस्याएंहैं -(a)निदान एवं मूल्यांकन से संबद्धसमस्याएं(b) नैदानिक परीक्षणों से संबद्धसमस्याएं(c)उपचार से संबद्धसमस्याएं(d)शोध एवं शिक्षण से संबंध समस्याएं(e)परामर्श एवं प्रशासनिक कार्यो से संबंध समस्याएं

- अन्तरण में कई बार रोगी के एक महत्वपूर्ण व्यक्ति से सम्बन्धित अनुभव चिकित्सक की ओर मुड जाते है।

- प्रतिअन्तरण में चिकित्सक की स्थिति रोगी की भावनाओं से मुडकर उतनी ही आलोचनात्मक हो जाती है जितनी की अन्तरण में चिकित्सक के साथ जुड़कर रोगी की हो जाती है|

- मुठभेड़ समूह चिकित्सा विधि एक समूह चिकित्सा है। जिसकी जड़ नेशनल ट्रेनिंग लेब्रोरेटरी (एन0टी0एल0) में किये गये शोध व कार्यशालाओं से उत्पन्न अभिभूतियां हैं।

- मुठभेड़ समूह के कई प्रकार है-

मौलिक मुठभेड़ समूह,अतिलंबित मुठभेड़ समूह,नग्न अतिलंबित मुठभेड़ समूह,गेस्टाल्ट मुठमेंड समूह,सव्यवहार विश्लेषण मुठभेड़ समूह,साईनेनोन गेम्स।

5.7 शब्दावली (Vocabulary)-:

अन्तरण -रोगी की एक महत्वपूर्ण व्यक्ति से सम्बन्धित अनुभवों का चिकित्सक की ओर मुड जाना|

प्रतिअन्तरण- चिकित्सक का रोगी के साथ एक सांवेगिक जुडाव।

5.8 अभ्यास प्रश्नों के उत्तर (Answer's of Practice Question)-:

1.मनोगत्यात्मक मनोचिकित्सा

2.प्रति अन्तरण

3. फ्रिज पर्ल्स

5.9 सन्दर्भग्रन्थसूची (References)-:

1. उच्चतर नैदानिक मनोविज्ञान- अरूण कुमार सिंह-मोतीलाल बनारसीदास

2. आधुनिक नैदानिक मनोविज्ञान- डा0एच0के0 कपिल-हर प्रसाद भार्गव

3. असामान्य मनोविज्ञान- विषय और व्याख्या- डा0मुहम्मद सुलेमान, मोतीलाल बनारसीदास।

5.10 निबन्धात्मक प्रश्न (Essay Type Questions)-:

1. नैदानिक मनोविज्ञान की परिभाषित कीजिए तथा नैदानिक मनोवैज्ञानिक की समस्याओं की विवचेना कीजिए|
2. अन्तरण व प्रति अन्तरण पर एक निबन्ध लिखिए|
3. मुठभेड़ समूह चिकित्सा पर एक निबन्ध लिखिए|

इकाई-6 हस्तक्षेप: मनो-अभिनय, योग एवं ध्यान, कूटभेषज,जैविक प्रतिपुष्टि, स्वीकारात्मक प्रशिक्षण, दृढग्राही चिकित्सा (Intervention: Psychodrama, Yoga & Meditation, Placebo Effect. Biofeedback, Assertion Training, Self-Instructional Training)

6.1 प्रस्तावना

6.2 उद्देश्य

6.3 मनोनाटक

6.4 योग एवं ध्यान

6.5 प्लासिबो प्रभाव

6.6 बायोफीड बैक विधि

6.7 दृढ़ग्राही चिकित्सा या प्रशिक्षण

6.8 विरूचि चिकित्सा

6.9 सारांश

6.10 शब्दावली

6.11 अभ्यास के प्रश्नों के उत्तर

6.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

6.13 निबन्धात्मक प्रश्न

6.1 प्रस्तावना

जैसा कि हम जानते है कि नैदानिक हस्तक्षेप (clinical intervention) में नैदानिक मनोवैज्ञानिक अपने व्यवसायी रूप या पेशेवर क्षमता (professional) का उपयोग करते हुए मानसिक रूप से या सांवेगिक रूप से विक्षुब्ध व्यक्ति के व्यवहार को प्रभावित करने की प्रयत्न करता है। यह मनोवैज्ञानिक की एक सुनियोजित प्रक्रिया होती है जिसका उदेश्य व्यक्ति की जिन्दगी में ऐसा परिवर्तन लाना होता है जो उसके जीवन को भीतर से अधिक खुश तथा अधिक संरचनात्मक या दोनों ही बनाता है। सांवेगिक क्षुब्धताओं के उपचार करने की मनोवैज्ञानिक विधियां व मनश्चिकित्सा के भी कई प्रकार बतलाये गये हैं। प्रस्तुत इकाई में कुछ अन्य प्रमुख विधिओं के बारे में आप जान सकेगें।

6.2 उद्देश्य

प्रस्तुत इकाई को पढ़ने के पश्चात् आप इस योग्य हो सकेंगे कि आप-

1. मनोनाटक, योग एवं ध्यान की विधि एवं प्रभाव को समझ सकें।
2. प्लासिबो प्रभाव, बायोफीड बैक विधि, दृढ़ग्राही चिकित्सा या प्रशिक्षण, विरूचि चिकित्सा विधि व इसकी प्रभावशीलता को जान सकें।

6.3 मनोनाटक (Psychodrama)

मनोनाटक एक सामूहिक चिकित्सा है। जिसे मनोविश्लेषणात्मक समूह चिकित्सा मॉडल के अंतर्गत रखा गया है। मनोनाटक का प्रतिपादन मोरेनो द्वारा किया गया। इस विधि में रोगी एक समूह की नियंत्रित परिस्थिति में अपनी कठिनाइयों एवं मानसिक संघर्षों को अभिव्यक्त करने का अभिनय करता है ताकि उससे संबंधित समायोजन की कठिनाइयों से वह अवगत हो सके। इसके लिए एक नाटकीय परिस्थिति तैयार की जाती है जिसमें रोगी के अलावा अन्य कई लोग होते हैं जिनकी मदद से रोगी किसी भूमिका का अभिनय करता है। जैसे - किसी रोगी को पति के रूप में यदि कुछ समायोजन संबधी कठिनाइयाँ हैं तो उससे पति की भूमिका करवायी जाएगी। परिस्थिति को नाटकीय बनाने के ख्याल से कोई नर्स पत्नी की भूमिका तथा चिकित्सक माता-पिता की भूमिका कर सकते है। मोरेनो ने मनोनाटक में भाग लेने वाले पात्रों का विषेष नामकरण किया है जो इस प्रकार है-

(a) नाटक का प्रधान अभिनेता

(b) निर्देशक

(c) सहायक अहम्

(d)श्रोता या दर्शक

इनका वर्णन इस प्रकार है-

(a) नाटक का प्रधान अभिनेता- मनोनाटक का प्रधान अभिनेता या पात्र स्वयं रोगी ही होता है। इस रोगी को अपने वास्तविक जीवन की समस्याऐं एवं कठिनाइयाँ जो उसमें चिन्ता उत्पन्न कर रही है, को प्रदर्शन करने हेतु भूमिका करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

(b) निर्देशक- मोरेनो ने मुख्य चिकित्सक को निदेशक कहा है। निदेशक की देख-रेख में ही मनोनाटक का संचालन एवं क्रियान्वयन होता है।

(c) सहायक अहम्- सहायक चिकित्सा कर्मचारीगण जैसे - नर्स, सहायक चिकित्सक तथा अन्य रोगी आदि मिलकर सहायक अहम् की भूमिका निर्वाह करते है। सहायक अहम् का मुख्य कार्य प्रधान अभिनेता को अन्य सहायक भूमिकाओं का निर्वाह करके एक आधार प्रदान करना हैं। ताकि मुख्य अभिनेता के कार्य को एक ठोस आधार मिल सके|

मनोनाटक के रंगमंच पर प्रधान या मुख्य अभिनेता अर्थात् रोगी स्वाभाविक ढंग से अपनी साँवेगिक कठिनाइयों की अभिव्यक्ति कर सके, इसके लिए अनुकूल वातावरण तैयार किया जाता है। मंच पर पात्रों को कब और किस तरह का संबाद बोलना होता है, इसके लिए किसी प्रकार का निर्देश निदेशक द्वारा नही किया जनय होता है इस तरह से रंगमंच पर जो अभिनय होता है वह स्वतंत्र एवं पूर्वाभ्यासरहित होता है और फ्रायड के मुक्त साहचर्य के समान ही होता है। इस तरह के अभिनय से रोगी की दमित एवं सांवेगिक कठिनाइयॉ प्रस्फुटित होती हैं।

मनोनाटक का उपयोग वहॉ अधिक लाभकारी होता है जब रोगी चिकित्सा की अन्य विधियों में भाग लेने से इनकार कर देता है या किसी कारणवश चिकित्सा लेने मे असमर्थ रहता हे। ऐसे रोगियों को मनोनाटक के सत्रों मे दर्शक या श्रोता के रूप में पहले-पहले रखा जाता है और बाद मे स्वयं ही वे मुख्य अभिनेता या रोगी की भूमिका करने हेतु तैयार हो जाते है। मनोनाटक का यह एक प्रमुख लाभ माना गया है। इस लाभ के बावजूद इस विधि की कुछ परिसीमाएँ है। जैसे कुछ नैदानिक मनोवैज्ञानिको का मानना है कि चिकित्सा की इस विधि को स्वतंत्र चिकित्सा विधि के रूप में न प्रयोग कर सहायक चिकित्सा विधि के रूप में ही किया जाना चाहिए क्योंकि इस विधि द्वारा केवल सतही चिकित्सा संभव है गहन चिकित्सा नहीं किया जा सकता है। इसकी दूसरी परिसीमा यह है कि इसमें रोगी को उसकी इच्छा एवं अभिरूचि के अनुरूप् भूमिका नहीं होने पर इस तरह की चिकित्सा व्यर्थ सिद्ध होती है|

6.4 योग एवं ध्यान

योग शारीरिक और मानसिक अभ्यास की एक वैज्ञानिक प्रायोजना है जिसका उद्भव लगभग 3000 वर्ष पहले भारतवर्ष में हुआ। योग शब्द संस्कृत के युज नामक शब्द से निर्मित है। जिसका अर्थ नियंत्रण करना या एकरुप करना होता है। इस शब्द का आत्मिक भाव जीवात्मा का परमात्मा से मिलन वर्णित करना है। महर्षि पतंजली योग के पूर्व संस्थापक थे और उन्होंने अष्टांग योग का सूत्रपात किया। अष्टांग योग में योग के आठ विभिन्न अभ्यास है। यम नियम आसन प्राणायम परिहार धर्म ध्यान और समाधि। चेतन की सर्वोच्च अवस्था तक पहुंचने के लिए ये आठो चरण आवश्यक है। योग का उद्देश्य हमारे सर्वोत्तम गुण को प्राप्त करना है और अपने जीवन को प्रसन्नता और स्वास्थ्य से भर देना है। योग हमारे शरीर की सम्पूर्ण व्यवस्था को व्यवस्थित करना है और हमारे जीवन में जीवन का स्वास्थ्य के प्रति मूल्य

विश्वास एवं दार्शनिक उन्मुक्ता का संचार करताहै। योग के कुछ आत्मनिष्ठ लाभ हैं। जैसे-स्व, स्ववास्तवीकरण व स्वबोध।

यह सर्वविदित है कि आज के विश्व में बहुत से लोकप्रिय विचार व्याप्त हैं जिनका मूल हिन्दूवाद या सनातन धर्म से हुआ। योग व ध्यान इसमें सर्वप्रमुख है। ध्यान योग का एक भाग है विश्व में लाखों लोग किसी न किसी प्रकार से योगाभ्यास करते हैं इसलिए यह आवश्यक है कि हमें योग का अच्छा ज्ञान हो और हम योगाभ्यास करें, योग किसे कहते हैं इस प्रश्न के कई उत्तर हैं-

1. योग मानसिक प्रक्रियाओं का नियंत्रण है।
2. योग दुख से सम्बन्धन का असंबंधन है।
3. योग सन्तुलन है।
4. योग है की अद्वैत में परिवर्तित करने में सक्षम है।
5. योग सार्वभौमिक आत्म को व्यक्तिगत आत्म से जोड़ता है।

योग का मुख्य उद्देश्य आन्तरिक विश्वको अनुभव करना है इस आन्तरिक विश्व का निर्माण सत्य से होता है। जिसको हम आत्म संवेदना शरीर और अपने उस आत्मिक विचार से प्राप्तकरते है जो सुषुम्ना मार्ग से होकर गुजरती है योग की प्रक्रिया में मानव जीवन के सभी पहलू अर्थात दैहिक मनोवैज्ञानिक व आत्मिक आ जाते हैं, योग जीवन के चार प्रारम्भिक प्रश्नों का उत्तर देताहै और वे उत्तर अभ्यास से प्राप्तहोते है। योग की प्रक्रिया में सर्वोत्तम लक्ष्य ईश्वर की प्राप्ति होती है और वह योग के चार उपकरणों मस्तिष्क, सांस, वाणी व शरीर के माध्यम से होती है। इस प्रकार से हम देखते है कि योग का मुख्यउद्देश्य मौलिक वव सामान्य दशा का बोध है। 5000 वर्ष पूर्व योग को एक वैकल्पिक चिकित्सा के रुप में अर्थात योग चिकित्सा के रुप में प्रयुक्त किया जाता था। योग चिकित्सा पद्यति को प्रतिदिनके जीवन में विस्तारित करना आवश्यक है। यह जानना महत्वपूर्ण है कि आज का मानव निरन्तर परिवर्तनशील है और विश्व की भागदौड़ में वह स्वयं को खोता जाता है योग के माध्यम से वह अपने आत्मन का प्रत्यक्षीकरण कर सकता है। और वह अपनेजीवन के लक्ष्य को प्राप्त कर सकता है।

योग दर्शन का कार्य गहन अनुभवों को समझने की योग्यता रखना तथा जीवन के अन्त को समझना है। योग चिकित्सा के लिए एक व्यवहारिक संरचना का निर्माण करने में पांच परतों का या पंचकोष का अध्ययन आवश्यक जो वेदान्त से प्राप्त हुआ है। यह कोष रुप शरीर मन व आत्मा के संतुलन का एक ढांचा तैयार करता है जो जीवन के अन्त में समझने के लिए अत्यन्त आवश्यक है। इसे पंचमाया अभिरुप भी कहते हैं। ये निम्न है—

1. अन्नमय कोष 'दैहिक एवं चिकित्सकीय अभिरुप अनुचिन्तन
2. प्राणमय कोष- श्वास एवं ऊर्जा अनुचिन्तन
3. मनोमय कोष- मानसिक एवं संवेगात्मक अनुचिन्तन
4. विज्ञापनमय बोधः आन्तरिक ज्ञान एवं बुद्धि अनुचिंतन
5. आनन्दमय बोध- आत्मिक एवं आनंदमय आशीष अनुचिंतन

हमारे जीवन से मृत्यु तक कोष का यह अभिकल्प विश्व को एक पूर्ण रुप में प्रत्यक्षीकृत करता है। समग्र रुप में जीवन व मृत्यु से सम्बन्धित सारे सम्प्रत्ययों का अभिदर्शन यहां हो जाताहै। योग सम और विषम दोनों को शरीर सांस ऊर्जा संवेग मानसिकता एवं आत्मिकता के माध्यम से संतुलित व एकरुप कर देता है। दैहिक आसन से प्रारम्भ कर हम द्विमार्गीय हैंपेशीय एवं ऊर्जा परक शक्तियों का बोध कर सकते हैं। प्राणमय कोष में विपरीत शक्तियों को विभिन्न प्रभावों ने रुप में अनुभव किया जाता है। सांस को स्वभाविक वृत्ताकार चक्र के रुप में देखा जाता है शरीर की ऊर्जा भूमिष्ठ एवं विस्तृत अनुभवों का बोध करती है।प्रत्येक कोष का जीवन में अत्यन्त महत्व है। और वे हमारे जीवन में सापेक्षिक उपादेयता रखते हैं।

ध्यान-

ध्यान योग का एक धार्मिक आधार है जिसे दैहिक व मनोवैज्ञानिक प्रतिकलनों को कम करने के लिए प्रयुक्त किया जाता है। ध्यान से अनेक लाभ है। इससे चिन्ता अवसाद चिड़चिड़ापन और मूड की मात्रा में कमी होती है। तथा आत्मबोध संवेगात्मक स्थिरता और विस्तारभाव की भावना में वृद्धि होती है। ध्यान के अनेक प्रकार है और वे अति तनाव पेट सम्बन्धी बीमारियां चिन्ता व तनाव को दूर करते हैं।

(a) ध्यान के चिकित्सकीय प्रभाव के संयत्र'- हैलनेक ने 6 संभव सपनों का वर्णन किया है जिसके माध्यम से ध्यान किया सम्पन्न होती है-

1.विश्रान्ति- विश्रान्ति हर प्रकार के ध्यान का प्रारम्भिक तत्व है जो शरीर और मस्तिष्क की प्रसन्न एवं विश्रान्त दशा को बढ़ाता है बैन्सन ने विश्रान्ति प्रतिक्रिया नामक एक चिकित्सकीय तकनीक को विकसित किया जो ध्यान ना ही एक रुप है ध्यान में सम्बन्ध में उनका मूल सम्बन्ध प्रतिवत व अति तनाव का गहन विश्रांति की दशा को बढ़ाकर कम करना था।

2. असंवेदीकरण- जोसफ वोल्पे 1961 ने चिन्ता को कम करने के लिए एक यान्त्रिक चिकित्सा पद्धति का निर्माण किया। इसके तीन चरण है।

रोगी अपने शरीर में पेशीय विश्रांति का अनुभव करता है। इसके उपरान्त चिन्ता उत्पन्न करने वाले उद्दीपकों की क्रमवार सूची बनाई जाती है। अंत में गहन विश्रांति मुद्रा में चिन्ता प्रदायी उद्दीपक धीरे-धीरे बढाए जाते है चूंकि चिन्ता और विश्रांन्ति दोनों एक दूसरे के विरोधी हैं चिंताप्रदायी उद्दीपकों की चिन्ताप्रदायिता कत होने लगती है। रोगी इस प्रक्रिया को तब तक करता है जब तक वह प्रत्येक उद्दीपन के लिए असंवेदित हो जाता है| ध्यान में भी यही चरण है ध्यान में अभ्यासक रोगी में सबसे पहले गहन विश्र्रांन्ति और उसके बाद आत्म केन्द्रण और वाहय अनुभूतियों से असप्रत्यय का संचार कहोता है। फलस्वरुप बहुत सी चिन्ता प्रदायी स्मृतियां विचार व अनुभव मस्तिष्क से लुप्त हो जाते हैं।

3. प्रयुक्त मानसिक सामग्रियों की बहिष्कृति- यह क्रमबद्ध संवेदीकरण से संबंधित है ध्यान के नियमित अभ्यास से बहुत से अभ्यासक प्रस्तुत अचेतन विचार संवेग एवं प्रतिमाओं को बाहर निकाल देते हैं ध्यान के समय अभ्यासकर्ता बहुत देर तक सांवेदिक वंचन एवं निम्नतम उत्तेजन स्थिरता पर स्थित रहता है और इस स्थिति में भी भावनाएं और विचार बाहर आ जाते हैं।

4. प्रतिकलन- प्रस्तुत स्मृतियों के ही समान बहुत से अभ्यासन गहन ध्यान के समय बहुत सी दैहिक प्रतिक्रियाएं भी करते हैं। ये क्रियाएं अनैच्छिक पेशीय होती है। जैसे ऐंठना, दौरे, हांफना, आंखे मटकाना, टिक, खुजलाना, पसीना, दर्द, कांपना, आंतरिक दबाव, सिरदर्द होना, हंसना। यह अनुभव सुख से दुख की लम्बी श्रखला में स्थिर रहता है। इस गोचर की व्याख्या मनोदैहिक सिद्धान्त के आधार पर हो सकती है कि सारे मानसिक एवं संवेगात्मक गोचर दैहिक प्रक्रिया से ही निकलते हैं।

5. प्रत्यक्षीकरण के आदतीय समरुप का वर्णन- मानव प्रायः उन्हीं वस्तुओं के बारे में सोचता, अनुभव करता व प्रतिक्रिया करता है जो स्थिर व मूर्त होती है। बहुत से ऐसे संरुप अस्वास्थकर होते हैं और बहुत सी मानसिक समस्याओं को जन्म देते हैं। बहुत से ऐसे आदत संरुप हमारे उन संवेगों के साथ तादात्मीकरण ने फलस्वरुप उत्पन्न होते हैं जिनके नियंत्रण व संचालन में हमे कठिनाई होती है। असंयुक्त प्रेक्षण संवेग एवं विचार प्रेक्षणकर्ता ने प्रत्यक्षीकरण पर उसके एक आधार व पूर्वानुभव का प्रभाव नहीं पड़ने देते इसलिए उसका प्रत्यक्षीकरण शुद्ध और वास्तविक रहता है।

6. ब्रहमाण्डीय चेतन- ब्रहमाण्डीय चेतन की प्राप्ति एक रहस्यात्मक संबोध है जो वैज्ञानिक शोधो से प्राप्त नहीं हो सकता। ब्रहमाण्डीय चेतन के लिए अनेक पदों का प्रयोग हुआ है जैसे- समाधि, निर्वाण, मोक्ष, यह मानव के द्वारा प्राप्त किया जाने वाले उच्चतम लक्ष्य है। इसमे व्यक्ति यह बोध करता है कि वह एक पूर्ण ब्रहा्रण्ड है और वह दूसरों से अलग नहीं है। परिणामस्वरुप उसके अंदर विश्वप्रेम व विश्व बन्धुत्व की भावना जाग्रत हो जाती है और जिसे एक प्राणी ही प्राप्त कर सकता है।

6.5 प्लासिबो प्रभाव

प्लासिबो प्रभाव एक मनोदैहिक गोचर है जिसमें बीमारी के लक्षण बहुत ही कम या नहीं के बराबर प्रकट होते हैं। और रोगी यह सोचता है कि वह ठीक हो जाएगा। यह विश्वास करते हुए कि उनकी दशा में सुधार आ जाएगा। वे अच्छा महसूस करना आरम्भ कर देते हैं और बिना किसी दवा या रासायनिक प्रभाव के उनके वे लक्षण भी समाप्त हो जाते है जो प्रकट हुए थे। इसीलिए प्लासिबों प्रभाव को रोकना चिकित्सकीय क्षेत्र का एक बहुत ही महत्वपूर्ण भाग है। बहुत से वैल्यिन चिकित्सा पद्धतियों ने इस सम्बन्ध में कार्य किया है क्योंकि प्लासिबो प्रभाव के कारण व्यक्ति की बीमारी पर किसी भी दवा का असर नहीं होगा। प्लासिब के नियंत्रण में चाहे कोई भी चिकित्सा हो रोगी पर उसका प्रभाव नहीं पड़ता।

सांख्यकीय बनाम व्यक्तिगत अनुभव- प्लासिबों प्रभाव एक जटिल गोचर है। यह वस्तुओं के अतिरुप सकारात्मक विचार प्रतिकूलता की कमी, चिकित्सकीय हस्तक्षेपों की गहनता और मुख्यतया रोगी के इस प्रत्याशा से प्रभावित होती है, कि चिकित्सा से उसका क्या होगा ये सारे प्रभाव जिस सीमा तक व्यक्ति को प्रभावित करते है। उसी सीमा के अनुसार प्लासिबो प्रभाव की मात्रा घटती या बढ़ती है। चिकित्सक के पास जाने क बाद यह जानता और भी कठिन हो जाता है कि रोगी चिकित्सा से ठीक हुआ या प्लासिकों प्रभाव से इसलिए प्लासिकों प्रभाव को सांख्यकीय गोचर के रुप में अच्छी तरह से वर्णित किया जा सकता है।

प्लासिबो प्रभाव जितना ही दृढ होगा वह उतना ही अधिक रोगी को प्रभावित करेगा तथा चिकित्सा में उसका प्रभाव पडेगा यदि किसी व्यक्ति को होम्योपैथिक में विश्वास है तो वह एलोपैथिक के बाजय होम्योपैथिक से जल्दी ठीक हो सकता है। इसके विपरीत यदि कोई दूसरा रोगी जो होम्योपैथिक का विरोधी है उसके ऊपर होम्योपैथिक का कोई प्रभाव नहीं पड़ता यदि रोगी को किसी डाक्टर पर विश्वास है तो वह जल्दी ठीक हो सकता है परन्तु यदि किसी रोगी को किसी डाक्टर परविश्वास नहीं है तो वह ठीक नहीं हो सकता।

प्रत्याशा का प्रभाव (Effect of anticipation) औषधि एवं मेडिकल चिकित्सा के प्रति प्रत्याशाएं भी समय से बदलती रहती है। प्रायः जब कोई नई दवा आ जाती है तो पुरानी दवा का प्रभाव स्वतः ही समाप्त हो जाता है योग नई दवा और चिकित्सा पद्धति को अधिक प्रभावशाली मानने लगते है और उनके वास्तविक प्रभाव ने अतिरिक्त प्लासि प्रभाव की मात्रा भी बढ़ जाती है। यह उनकी वास्तविक क्षमता का अति मूल्यांकन कर देती है।

ऐसा देखा गया है कि प्लासिबों औषधियां रोगियों पर वास्तविक पीडादायक औषधियों की अपेक्षा अधिक प्रभाव डालती है। ऐसा भी देखा गया है कि यद्यपि एक व्यकित जानता है कि यह

प्लासिक है फिर भी वह प्लासिबों प्रभाव से अछूता नहीं रह पाता। कुछ आई बी एस के रोगियों पर किए गए अध्ययन से यह पता चला कि उनके शरीर मन और आत्म को प्रशिक्षुओं के माध्यम से आई बी एस के लक्षणों में सुधार हुआ और प्लासिकों पिल्स के नाम पर उन्हें चीनी की गोली दी गई थी संक्षेप में यह कहा जा सकता है कि प्लासिबो प्रभाव तभी कार्य करता है जब आप उसे कार्य करवाना चाहते है।

नैतिक अनुचिन्तन (Ethical consideration)- बहुत से ऐस नैतिक कथ्य है जो प्लासिबों को एक चिकित्सा के रुप में इस्तेमाल करते है। इसे प्लीसिका भी कहा जाता है। निष्क्रिय प्लासिबों चिकित्सा पद्धति से बहुत सी अग्निसमन बीमारियों का निराकरण हो जाता है और यह एक सापेक्षिक मात्रा में समय पैसा औषधि की निर्भरता तथा औषधीय की अति खुराक से रक्षा भी कर लेता है। इसके बावजूद जानबूझ कर दिए गए प्लासिब का कोई लाभ नहीं हाते। आधुनिक चिकित्सा पद्धति में इसे नैतिक नहीं कहा जाता। सबसे पहले प्लासिबों डाक्टरों द्वारा रोगियों को दिया गया धोखा है। और दूसरा डाक्टरों द्वारा रोगी के लक्षणों को बिना समझे, बिना विश्वास किए हुए सही चिकित्सा में देरी करना भी है। यदि कोई रोगी जिसे सिर दर्द है और उसे चीनी की गोली दी जाती है और उस सिरदर्द मामूली न होकर ब्रेन टयूमर है तो उसके लिए प्लासिबों दवाइयां अत्यन्त नकारात्मक सिद्धहोगी इसके विपरीत कुछ दवाइयां जो बहुत दिन तक चलती है वे प्लासिबों की तुलना में प्रभावहीन होती है ये प्लासिबों मनोशारीरिक दशाओं व छोटी-मोटी बीमारियो का इलाज कर लेते हैं।

चूंकि प्लासिबों प्रभाव इतना प्रभावशाली है इसलिए इसके प्रभाव का नियत्रित करने के लिए कुछ प्रयोग भी होन चाहिए। इसको डबल ब्लाइंड परीक्षण ने माध्यम से पाया जा सकता है। जहां पर कुछ रोगी अपने परीक्षण के बाद चिकित्सा प्राप्त करते है। और कुछ प्लासिबों प्राप्त करते है। न तो अधिकारियों को और न ही रोगियों का पता चलता है कि कौन किस समूह में है चिकित्सा पद्धति की उपयोगिता सिद्धकरने के लिए उन परिणामों को प्रस्तुत करना होता है जो सांख्यीकिय रुप से प्लासिबो से अच्छे होते है।

प्लासिबो पद्धति को संचालित करने के अभिकल्प कठिन तो अवश्य है परन्तु असम्भव नहीं बड़े आपरेशन थियेटर में प्लासिबों सर्जरी भी हो जाती है और अक्सर यह बहुत संक्षिप्त में बतानी होती है। कि रोगी भी नियंत्रण में है। ऐसी चिकित्सा पद्धतियों का प्रयोग प्लासिबों के प्रभाव को वर्णित करने में नहीं होता अपितु यह एक वैकल्पिक चिकित्सा पद्धति के रुप में प्रस्तुत किया जाता है। प्लासिबों चिकित्सा में प्रमुख एक्यूपंक्चर कि वैकल्पिक पद्धति है जिसमें केवल त्वचा के ऊपरी भाग पर संवेदा

प्रदान करती है। तीसरी पद्धति में चिकित्सक केवल एक सुई को चुभो देता है। जिसका कोई पभाव नहीं होता।

प्लासिबो प्रभाव की अवर्णनीयता- प्लासिबों प्रभाव की शक्ति बहुत से रोचक एवं अद्भुत प्रभाव प्रस्तुत करती है ये उपाय यह बताते है कि प्लासिबों प्रभाव भौतिक ज्ञान से परे है और यह एक जटिल हस्तक्षेप है जहां पर बिना किसी प्रस्तावित दवा के समाज में यह प्रत्याशित किया जाता है कि चिकित्सा कहा जाती है। और नया नहीं करती है। इसकी कुछ अवर्णनीय विशेषताऐं निम्नलिखित है।

- इस प्रभाव पशुओं व बच्चों में देखा जा सकता है।
- इस अभ्यास में अनुबंधन का बहुत महत्व है।
- वे प्लासिबों जो अधिक महंगे और आकर्षक कवर में होते है वे अधिक प्रभाव डालते है। या प्रभावशाली होते है यह प्रभाव मेडिकल हस्तक्षेप के समान ही खुराक व प्रतिक्रिया में सम्बन्ध को दर्शाता है।
- नाटकीय प्लासिबो जैसे इंजकशन गोली से अधिक लाभप्रद होते है। किसी भी रोगी को समयान्तराल केक बाद एक एक गोली देने से अधिक प्रभाव उस प्लासिबों का पड़ता है जो चिकित्सक एक सेशन में दे देता है।
- प्लासिबो प्रभाव औषधि के वास्तविक प्रभाव को भी पीछे छोड़ देता है। एक प्रयास में प्लासिबो प्रभाव यह कहकर भी प्रदान किया गया कि यह दवा नहीं है बल्कि कुछ लोगों के द्वारा ऐसी दशा से मुक्ति प्राप्त करने के लिए किया गया एक प्रयास है।
- कुछ रंग और आकार वाले प्लासिबों विभिन्न बीमारियों में विभिन्न प्रभाव देते है। और प्लासिबों को लिंग के साथ भी संबद्धकिया जा सकता है।
- प्लासिबो प्रभाव बढ़ते हुए समय के साथ बढ़ता जाता है परन्तु कभी कभी इसके विपरीत भी हो जाता है कुछ समय बाद ऐसा भी अनुभव होने लगता है कि इन दवाओं से कोई लाभ नहीं होता है अतः नई दवा का सेवन अधिक उचित होगा।
- प्लासिबो प्रभाव का स्थानान्तरण भी हो जाता है कोई रोगी जो प्लासिबों प्रभाव से ठीक हो चुका होता है वह अन्य रोगियों को भी उसी दवा का सेवन करने की सलाह देता है।

6.6 बायोफीड बैक विधि (Biofeed back method)

बायोफीडबैक एक ऐसी व्यवहार चिकित्सा है जिसे निटीजल तथा उनके सहयोगियों ने संभाव्यवता प्रबंधन का ही एक अनोखा प्रारुप माना है। व्यक्ति जब अपने आंतरिक एवं स्वायत्त अनुक्रियाओं का नियंत्रण व्यवहारपरक विधियों से करता है तो इसे वायोफिडबैक कहा जाता है। इस प्रविधि में विशेष रूप से निर्मित विद्युत उपकरण के सहारे रोगी को उसकी अपनी शारीरिक क्रियाओं के बारे में सूचना प्रदान की जाती है। ऐसी शारीरिक क्रियाओं में मूलतः अनैच्छिक क्रियाओं जैसे हृदय की गति, रक्त चाप, त्वचा का तापक्रम मस्तिष्कीय तरंग तथा अन्य संबधित कार्य जिनका संचालन मूलतः स्वायत्त तंत्रिका तंत्र से होता है प्रधान होते हैं। इन अनैच्छिक क्रियाओं में परिवर्तन लाने का प्रशिक्षण देकर रोगी को कुसमयोजित व्यवहार को दूर करके उसकी जगह पर समायोजित व्यवहार को सीखलाया जाता है।

बायोफीडबैक विधि द्वारा उपचार करने में निम्नांकित चरण सम्मिलित होते हैं।

1. रोगी को उस शारीरिक अनुक्रिया, जिसमें परिवर्तन लाना है को मानीटर युक्त विशेष विद्युत उपकरण द्वारा करना होता है।

2. उपकरण द्वारा सूचनाओं को श्रवण या दृश्य संकेतों के रुप मे परिवर्तित कर उसे रोगी के सामने रखा जाता है।

3. रोगी उस संकेत में परिवर्तन अपनी शारीरिक क्रियाओं में परिवर्तन करके करता है। जैसे उदाहरणार्थ यदि कोई व्यक्ति सिरदर्द से प्रभावित है तो उसके सिर पर इलेक्ट्रोड लगा दिया जाएगा जो सिर के क्षेत्र से छोटे-छोटे पेशीय क्रियाओं केा ग्रहण कर उसे एक विशेष ध्वनि में परिवर्तित कर देगा। पेशीय क्रियाओं में परिवर्तन होने से ध्वनि में भी परिवर्तैन होगा। रोगी का कार्य उस आवाज में कमी लाना या उसे समाप्त करना होगा जिससे यह पता चलेगा कि पेशीय तनाव समाप्त हो गया या कम हो गया अर्थात सिरदर्द कम हो गया या समाप्त हो गया। ऐसा बार बार करने से अन्ततोगत्वा रोगी अपने सिरदर्द को कम करने में सफल हो पाता है।

बायोफीडबैक प्रविधि का उपयोग कई तरह के रोगों जैसे उच्च रक्तचाप, सिरदर्द, अनियमित हृदय गति तथा रेनाऊड रोग जिसमें निम्न रक्त बहाव बनने के कारण हाथ या पैर में शोथ हो जाता है के उपचार में सफलतापूर्वक किया गया है। कासिसी तथा मैकग्लिन ने बायोफाड का सफलतापूर्वक उपयोग

रात्रिक ब्रक्सीज्म के उपचार में किया है। इस रोग में रोगी नींद में दांत कटकटाता एवं पीसता है जिससे सिरदर्द, चेहरे में पीड़ा तथा दंत समस्याएं आदि उत्पन्न हो जाती है। इसमें एक विशेष वैद्युतीय उपकरण द्वारा रोगी के नींद में होने पर उसके चेहरे के मांशपेशीय तनावों को मॉनीटर किया जाता है। इसे ईएमजी कहा जाता है। जब ईएमजी एक क्रान्तिक स्तर पर पहुंच जाता हे तो इससे घंटी की आवाज होती है तथा रोगी नींद से उठ जाता है और ब्रक्सीज्म को काफी हद तक नियंत्रित कर दिया जाता है।

बायोफीड बैक प्रविध द्वारा चाहे जिस तरह के रोग का उपचार क्यों न किया जा रहा हो, एक मॉनीटर तथा पुनर्निवेशन उपकरण रोगी के शरीर से लगा दिया जाता है जो बाद में कुछ शारीरिक या मानसिक उपाय करके वांछित दिशा में अपनी आंतरिक अनुक्रिया में परिवर्तन करता है। अधिकतर केसेज में इस परिवर्तन के लिये परिणाम ज्ञान पुर्नवर्लक के रुप में उपयोग किया जाता हैं। परंतु कभी-कभी प्रशंसा या मौद्रिक पुरस्कार को भी पुनर्बलक के रुप में उपयोग किया जाता है।

बायोफीडबैक प्रविधि के कुछ लाभ है। इसके प्रमुख लाभ निम्नांकित है-

1. बायोफीडबैक द्वारा ऐसे रोगों के उपचार में अधिक सहायता मिली है जिनका एक स्पष्ट दैहिक आधार होता है। मिलर, ने ऐसे रोगों के उपचार में बयोफीडबैक को नैदानिक रुप से एक काफी संपन्न विधि माना है।

2. बायोफीडबैक प्रविधि द्वारा उपचार में तुलनात्मक रुप से अधिक वस्तुनिष्ठता, विश्वसनीयता तथा वैधता है।

इन लाभों के बावजूद बायोफीडबैक विधि की कुछ सीमाऐं हैं जो निम्नांकित हैं-

1. बायोफीडबैक में मॉनीटर करने के लिए जो विद्युत उपकरण का उपयोग किया जाता है वह काफी कीमती होता है। फलस्वरुप, इसका उपयोग सभी तरह के चिकित्सक नहीं कर पाते हैं।

2. बायोफीडबैक प्रविधि द्वारा उपचार गृह या मानसिक अस्पताल के परिसर में किये गये परिवर्तनों को व्यक्ति अपने वास्तविक जीवन में प्रयुक्त कर में बनाकर सामान्यतः नहीं रख पाता है।

3. रीड कैटकीन तथा गोल्डवैंड न अपने अध्ययन के आधार पर यह बतलाया है कि बायोफीडबैक जैसे जटिल एवं कीमती प्रविधि द्वारा जो व्यक्ति के व्यवहार में परिवर्तन आते हैं, उतना परिवर्तन या उससे अधिक परिवर्तन आसानी से उसने आसान प्रविधि जैसे- विश्रांति प्रशिक्षण द्वारा उत्पन्न किया जा सकता है। ऐसी परिस्थिति में तब वायोफिडबैक जैसी प्रविधि का कोई सार्थक महत्व नहीं रह जाता है।

इन हानियों या परिसीमाओं के बावजूद धीरे-धीरे आजकल अधिकतर मानसिक अस्पतालों में वायोफिडबैक प्रविधि की लोकप्रियता बढ़ते जा रही है|

6.7 दृढ़ग्राही चिकित्सा या प्रशिक्षण (Assertiveness Therapy or Training)

दृढ़ग्राही चिकित्सा या प्रशिक्षण व्यवहार चिकित्सा की एक अन्य प्रमुख प्रविधि है। इसका उपयोग उन व्यक्तियों के उपचार करने के लिए किया जाता है जिन्हें अनुबंधित चिंता अनुक्रियाओं के कारण अन्य लोगों के साथ अन्तवैयक्तिक संबंध (interpersonal relationship) कायम करने में असमर्थता महसूस होती है। कुछ व्यक्ति ऐसे होते है जो अन्य व्यक्तियों के साथ उत्तम अंतर वैयक्तिक संबंध स्थापित नहीं कर पाते हैं जिससे उनमें हीनता, तुच्छता एवं चिंता को भाव उत्पन्न हो जाते हैं। ऐसे लोग अनावश्यक रूप से मानसिक तनाव से घिरे रहते हैं। ऐसे लोग चिन्तित, क्रोधित तथा उत्साहहीन भी लगते है। इनका आत्म-सम्मान कम हो जाता है तथा तरह-तरह के मनोवैज्ञानिक लक्षण विकसित हो जाते है।

दृढ़ग्राही चिकित्सा के उद्देश्य -

दृढ़ग्राही चिकित्सा के मुख्य दो उद्देश्य बतलाये गए हैं-

(a) यदि व्यक्ति में पर्याप्त सामाजिक कौशलनहीं है, तो दृढ़ग्राही चिकित्सा का उद्देश्य ऐसे व्यक्तियों को यह बतलाना होता है कि वे अपने आप को किस तरह से प्रभावी ढंग से अभिव्यक्त करेंगे।

(b) दृढ़ग्राही चिकित्सा का दूसरा उद्देश्य संज्ञानात्मक अवरोधों (cognitive obstacles) को दूर करना होता है ताकि व्यक्ति ठीक ढंग से आत्म-अभिव्यक्ति (self-expression) कर सके।

उक्त दोनों उद्देश्यों की प्राप्ति से व्यक्ति में एक उत्तम व्यक्त् ति होने का भाव विकसित होता है और उनमें स्पष्ट व्यवहार एवं चिंतन का एक ऐसा पैटर्न विकसित होता है कि व्यक्त् तिको उपयुक्त सामाजिक पुरस्कार मिलता है तथा अपनी जीनव से उत्तम संतुष्टि होती है। दृढ़ग्राही चिकित्सा क्लासिकी अनुबंधनऔर साधनात्मक या क्रियाप्रसूत अनुबंधन में से किसी भी अनुबंधन के नियमों पर आधारित हो सकता है।

दृढ़ग्राही प्रशिक्षण की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि पर यदि हम ध्यान दें, तो यह स्पष्ट होगा कि इसके मौलिक प्रारूप का उपयोग अन्य कई चिकित्सीय प्रविधियों में इसको औपचारिक प्रादुर्भाव के पहले ही किया जा चुका था। जैसे, मोरेनो (Moreno,1946) द्वारा प्रतिपादित मनोनाटक (Psychodrama) में रोगियों को विशिष्ट भूमिकाओं को कराकर उन्हे स्वतः क्रिया करने एवं भावनाओं की अभिव्यक्ति करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता था।

(c) आजकल सांकेतिक व्यवस्था पद्धति की लोकप्रियता में इसलिए भी कमी आयी है क्योंकि इसके संचालन के लिए पर्याप्त संख्या में अस्पताल में कर्मचारी प्रायः उपलब्ध कई कारणों से नहीं हो पाते है।

(d) कीली (Keely,1990) के अनुसार सांकेतिक व्यवस्था पद्धति से किसी रोग के बारे में प्राप्त परिणाम का सामान्यीकरण(हमदमतंसप्रंजपवद) कई कारणों से संभव नहीं हो पाता है।

(e)सांकेतिक व्यवस्था पद्धति से उपचार किये जाने पर रोगी में कभी-कभी कुछ बुरी आदत जैसे- दूसरों पर निर्भर होने तथा दूसरों से कुछ पाने की आदत विकसित हो जाती है।

इन अलाभों के बावजूद सांकेतिक व्यवस्था का उपयोग नैदानिक मनोवैज्ञानिकों खासकर वैसे नैदानिक मनोवैज्ञानिकों जो व्यवहार चिकित्सा के नियमों से कम वाकिफ भी होते है, अधिक लोकप्रिय है।

6.8 विरूचि चिकित्सा (Aversion therapy)

विरूचि चिकित्सा व्यवहार चिकित्सा की एक ऐसी विधि है जिसमें चिकित्सक रोगी को अवांछित व्यवहार न करने का प्रशिक्षण कुछ पीड़ादायक या असुखद उद्दीपकों को देकर करता है। इस की प्रविधि में चिन्ता उत्पन्न करने वाली परिस्थिति या उद्दीपक के प्रति रोगी में एक तरह की विरूचि पैदा कर दी जाती है जिसके फलस्वरूप उत्पन्न होने वाला अवांछित या कुसमायोजित व्यवहार अपने आप धीरे-धीरे बंद हो जाता है। रोगी में विरूचि उत्पन्न करने के लिए दंड, बिजली का आघात तथा कुछ विशेष औषधियों आदि का उपयोग किया जाता है। अधिकतर विरूचि चिकित्सा में क्लासिकी अनुबंधन के नियमों का ही पालन किया जाता है। परंतु कुछ विरूचि विधि में दंड का भी उपयोग किया जाता है जिसमें रोगी द्वारा अवांछित व्यवहार किये जाने के तुरंत बाद उसे दंड देकर उसमें ऐसे व्यवहार के प्रति विरूचि उत्पन्न कर दी जाती है। ऐसी परिस्थिति में विरूचि चिकित्सा में तब क्रियाप्रसूत अनुबंधन के नियमों का पालन किया जाता है।

विरूचि चिकित्सा के उपयोग का इतिहास कई शताब्दी पुराना हे। उल्सान एवं क्रेसन ने स्पष्टतः यह प्रमाण देते हुए कहा है कि पुराने समय में इसका उपयोग रोमनों द्वारा प्रायः किया जाता था जिसमें वे मद्यपों के की मदिरा सरपामाइन मिला देते थे ताकि वे उन्हें पीकर पचा नहीं पावें और इस तरह से धीरे-धीरे इस प्रक्रिया द्वारा उनमें मदिरा के प्रति एक तरह की विरूचि उत्पन्न हो जाए। मनश्चिकित्सक कैनटोरोविच, पहले ऐसे वैज्ञानिक हैं जिन्होंने वैज्ञानिक तरीके से इसका उपयोग मद्यपानता से ग्रसित रोगियों की चिकित्सा में किया था। मद्यपानता की चिकित्सा में रोगी के सामने मदिरा की बोतल प्रस्तुत करने पर ज बवह पीने के लिए आगे हाथ बढाता था तो उसे बिजली का आघात दिया जाता था। यहाँ

तक कि मदिरा की गंध अथवा उसके स्वाद की कल्पना करने पर भी उसे बिजली का आघात दिया जाता था। इस प्रक्रिया को बार बार दोहराने के बाद परिणाम में यह देखा गया कि इसमें रोगी में शराब के प्रति आकर्षण के स्थान पर विरूचि का भाव विकसित हो गया और धीरे-धीरे उसने शराब पीना छोड दिया। लोपर्स ने बिजली के आघात द्वारा दंडित कर गंभीर रूप से आत्म-विमोही बच्चे का उपचार करने में सफलता प्राप्त की।

विरुचि चिकित्सा की प्रविधि एवं उपयोग- विरुचि चिकित्सा में जैसा कि नाम से ही स्पष्ट है रोगी में अवांछित व्यवहार के प्रति एक तरह की विरुचि उत्पन्न की जाती है। विरुचि उत्पन्न करने के लिए सामान्यतः दो तरह के हानिकारक या अनिष्टकर उद्दीपकों को दिया जाता है- बिजली का आघात तथा एक ऐसा रासायनिक औषधि जिससे या तो रोगी में मतली उत्पन्न होता है या अस्थायी तौर पर उसके श्वसन को अवरुद्ध करता है। इन दोनों तरह के प्रमुख उद्दीपकों के अतिरिक्त कभी -कभी रोगी में विरुचि उत्पन्न करने के लिए उसे उद्दीपक भी दिये जाते हैं जिनसे उसे दुर्गन्ध या उसे खराब स्वाद का अनुभव होता है।

आधुनिक नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा बिजली का आघात देकर दंडित करते हुए उपचार की इस विधि को लोगों द्वारा नैतिकता के आधार पर आलोचना किया गया है और इसे एक उत्तम विधि नहीं बतलाया गया है। आजकल विरुचि चिकित्सा में लोग बिजली के आघात से कम हानिकारक प्रविधि जैसे अन्य अनुक्रियाओं का विभेदी पुनर्बलन जिसे संक्षेप में डीओआर कहा जाता है। का उपयोग करना प्रारंभ कर दिया है।

अभ्यास प्रश्नः-

1. सहायक चिकित्सा कर्मचारीगण जैसे - नर्स, सहायक चिकित्सक तथा अन्य रोगी आदि मिलकर ……… ……..की भूमिका निर्वाह करते है।।

2. ……….. में योग के आठ विभिन्न अभ्यास है। यम नियम आसन प्राणायम परिहार धर्म ध्यान और समाधि।

3. योग की प्रक्रिया में सर्वोत्तम लक्ष्य ईश्वर की प्राप्ति …….., …….., ……. व शरीर के माध्यम से होती है।

4. .... में रोगी अपनी शारीरिक क्रियाओं में परिवर्तन करता है। ।

5. दृढ़ग्राही चिकित्सा का दूसरा उद्देश्य …………… को दूर करना होता है ताकि व्यक्ति ठीक ढंग से आत्म-अभिव्यक्ति (self-expression) कर सके।।

6. आधुनिक नैदानिक मनोवैज्ञानिकों द्वारा उपचार की ………… विधि की नैतिकता के आधार पर आलोचना की गई है|

6.9 सारांश

-मनोनाटक का प्रतिपादन मोरेनो द्वारा किया गया। इस विधि में रोगी एक समूह की नियंत्रित परिस्थिति में अपनी कठिनाइयों एवं मानसिक संघर्षों को अभिव्यक्त करने का अभिनय करता है ताकि उससे संबंधित समायोजन की कठिनाइयों से वह अवगत हो सके।

-योग शब्द संस्कृत के युज नामक शब्द से निर्मित है। जिसका अर्थ नियंत्रण करना या एकरुप करना होता है।

-ध्यान योग का एक धार्मिक आधार है जिसे दैहिक व मनोवैज्ञानिक प्रतिकलनों को कम करने के लिए प्रयुक्त किया जाता है।

-प्लासिबो प्रभाव एक मनोदैहिक गोचर है जिसमें बीमारी के लक्षण बहुत ही कम या नहीं के बराबर प्रकट होते हैं। और रोगी यह सोचता है कि वह ठीक हो जाएगा। यह विश्वास करते हुए कि उनकी दशा में सुधार आ जाएगा। वे अच्छा महसूस करना आरम्भ कर देते हैं और बिना किसी दवा या रासायनिक प्रभाव के उनके वे लक्षण भी समाप्त हो जाते है जो प्रकट हुए थे।

-व्यक्ति जब अपने आंतरिक एवं स्वायत्त अनुक्रियाओं का नियंत्रण व्यवहारपरक विधियों से करता है तो इसे वायोफिडबैक कहा जाता है।

-दृढ़ग्राही चिकित्सा या प्रशिक्षण व्यवहार चिकित्सा की एक अन्य प्रमुख प्रविधि है। इसका उपयोग उन व्यक्तियों के उपचार करने के लिए किया जाता है जिन्हें अनुबंधित चिंता अनुक्रियाओं के कारण अन्य लोगों के साथ अन्तवैयक्तिक संबंध (interpersonal relationship) कायम करने में असमर्थता महसूस होती है।

-विरुचि चिकित्सा में - रोगी में अवांछित व्यवहार के प्रति एक तरह की विरुचि उत्पन्न की जाती है।

6.10 शब्दावली

1. अन्नमय कोष- दैहिक एवं चिकित्सकीय शरीर
2. प्राणमय कोष- श्वास एवं ऊर्जा शरीर

3. मनोमय कोष- मानसिक एवं संवेगात्मक शरीर
4. विज्ञानमय कोष- आन्तरिक ज्ञान एवं बुद्धि शरीर
5. आनन्दमय कोष - आत्मिक एवं आनंदमय आशीष शरीर।

6.11 उत्तर:

1.सहायक अहम् 2. अष्टांग योग 3. मस्तिष्क, सांस, वाणी 4. बायो फीड बैक 5. संज्ञानात्मक अवरोधों 6.विरुचि

6.12 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

1. उच्चतर नैदानिक मनोविज्ञान- अरूण कुमार सिंह-मोतीलाल बनारसीदास

2. आधुनिक नैदानिक मनोविज्ञान- डा0एच0के0 कपिल-हर प्रसाद भार्गव

3. असामान्य मनोविज्ञान- विषय और व्याख्या- डा0मुहम्मद सुलेमान, डा0 मुहम्मद तौवाव -मोतीलाल बनारसीदास

6.13 निबन्धात्मक प्रश्न

1. मनोनाटक को परिभाषित कीजिए तथा उसके चरणों की व्याख्या कीजिऐ|
2. दृढग्राही चिकित्सा पद्धति पर एक निबंध लिखिए |
3. विरुचिकर चिकित्सा पद्धति पर एक निबन्ध लिखिए|

इकाई-7 विभिन्न मनोवैज्ञानिक परीक्षणों का नैदानिक महत्व (Diagnostic value of different psychological tests)

7.1 प्रस्तावना

7.2 उद्देश्य

7.3 बुद्धि का नैदानिक मापन

7.4 स्टेनफोर्ड बिने परीक्षण

7.5 वैश्लर बुद्धि मापनी

7.6 एम एम पी आई

7.7 सारांश

7.8 शब्दावली

7.9 अभ्यास के प्रश्नों के उत्तर

7.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची

7.11 निबन्धात्मक प्रश्न

7.1 प्रस्तावना (Introduction)

नैदानिक मनोविज्ञान में कई विधियों का उपयोग करके रोगी के व्यवहार का अध्ययन किया जाता है और रोगी के बारे में महत्वपूर्ण आंकड़ों को इकट्ठा किया जाता है|परीक्षण व्यक्ति के व्यवहारों को प्रेक्षण करने तथा उसे एक संख्यात्मक मापनी या श्रेणी पद्धति द्वारा वर्णन करने की एक क्रमबद्ध कार्य-विधि है| असामान्य व्यवहार के अध्ययन के लिए विभिन्न मनोवैज्ञानिक परीक्षणों का उपयोग किया जाता है। मनोवैज्ञानिक परीक्षण शाब्दिक या अशाब्दिक हो सकते है। प्रशासन की दृष्टि से व्यक्तिगत या सामूहिक हो सकते है। व्यक्तित्व के विभिन्न शीलगुणों का मापन इन परीक्षणों द्वारा किया जाता है।

इस इकाई के अन्तर्गत हम कुछ परीक्षणों का विस्तार से अध्ययन कर सकेंगें।

7.2 उद्देश्य (Objective)

इस इकाई का मुख्य उद्देश्य निम्न प्रकार है -

बुद्धि के नैदानिक मापनके अन्तर्गत आने वाले परीक्षणों तथा एम एम पी आई का अध्ययन करना।

7.3 बुद्धि का नैदानिक मापन(Clinical Assessment of Intelligence)

नैदानिक मनोवैज्ञानिक कुछ निश्चित उद्देश्य से रोगियों की बुद्धि की माप करते हैं। इन उद्देश्यों के साथ बुद्धि के किये गये मापन को नैदानिक मापन कहा जाता है। बुद्धि के नैदानिक मापन क्यों किये जाते हैं? इसका उत्तर यह है कि ऐसे मापन के कुछ निश्चित उद्देश्य होते हैं जिनकी प्राप्ति के लिए नैदानिक मापन किये जाते हैं। वे उद्देश्य निम्नांकित तीन हैं-

1. व्यक्तियों में मानसिक दुर्बलता के स्तर को पता लगाने के लिए नैदाकिन मनोवैज्ञानिक बुद्धि का मापन करते हैं।
2. रोगी के बौद्धिक स्तर पर व्यक्तित्व विघटन के पड़ने वाले संभावित प्रभावों का अध्ययन करने के लिए नैदानिक मनोवैज्ञानिक द्वारा बुद्धि की माप की जाती है।
3. बुद्धि स्तर के माध्यम से यानी उसे माप करके रोगी के व्यक्तित्व के शीलगुणों का पता लगाने के लिए भी नैदानिक मनोवैज्ञानिक बुद्धि की माप करते हैं।
4. बुद्धि मापन नैदानिक मनोवैज्ञानिको को रोगी के व्यवहारों का प्रेक्षण एक मनोनीकृत अवस्था को ज्ञात करने में करने में मदद मिलती है। इससे नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को कई ऐसे संकेत मिल जाते हैं जिनके आधार पर नैदानिक मूल्यांकन करने में उसे काफी आसानी होती है।

नैदानिक मनोवैज्ञानिक रोगियों की बुद्धि की माप करने के लिए प्रायः वैयक्तिक बुद्धि परीक्षण न कि सामूहिक बुद्धि परीक्षण को अधिक अहमियत देते हैं। प्रमुख बुद्धि परीक्षण जिसका उपयोग नैदानिक मापन में किया जाता है, वे निम्नांकित हैं-

1. बिने परीक्षण

2. वैश्लर मापनी

3. रैवेन प्रोग्रेसिव मैट्रीसेज

4. गुडएनफ ड्र-ए-मैन परीक्षण

5. बच्चों के लिए निर्मित कॉफमैन मूल्यांकन परीक्षाफल

6. बुडकौक- जानसन साइको-इडुकेशनल परीक्षणमाला

7. पीवॉडी चित्र शब्दावली परीक्षण

इन परीक्षणो का वर्णन हम अलग-अलग अनुच्छेद में करेगें|

7.4 स्टेनफोर्ड बिने परीक्षण (Binet test Stanford)

बुद्धि परीक्षण के इतिहास में बिने परीक्षण की अहमियत नैदानिक दृष्टिकोण से काफी अधिक बतलायी गयी है। इसके दो कारण हैं- पहला तो यह कि बिने परीक्षण ऐसा माननीकृत बुद्धि परीक्षण है जिसकी ओर मनोवैज्ञानिकों का ध्यान गया तथा इस परीक्षण को समय-समय पर संशोधन कर उसे और भी अधिक उत्तम बनाने का प्रयास जारी रखा गया।

इस परीक्षण का निर्माण फ्रेंच मनोवैज्ञानिक अलफ्रेड बिने द्वारा थियोडोर साइमन जो एक मेडिकल डाक्टर थे, की सहायता से किया गयी। फ्रेंच सरकार ने मानसिक रुप से दुर्बल। बच्चों की पहचान करने के लिए एक बुद्धि परीक्षण का निर्माण का कार्यभार बिने पर सौंपा था। बिने ने साइमन की मददसे एक बुद्धि परीक्षण का निर्माण 1905 में किया जिसे तब बिने-साइमन-मापनी के नाम से पुकारा गया। इस परीक्षण में कुल 30 एकांश थे जिनके द्वारा मूलतः बच्चों में भाषा का प्रयोग तथा चिन्तन एवं बोध आदि का मापन होता है। ये सभी एकांश बढ़ते हुए क्रम में सुसज्जित थे। यह एक वैयक्तिक रुप से क्रियान्वित परीक्षण था जिसका प्रथम संशोधन 1908 में किया गया। इस संशोधन की मुख्य विशेषता यह थी कि इसमें कुछ नये एकांशों को जोड़े गए तथा कुछ संतोषजनक पुराने एकांशो को हटा दिया गया। 1908 के संशोधन के बाद इस परीक्षण में एकांशों की संख्या बढ़कर 58 हो गयी।

इस परीक्षण का अंग्रेजी रुपान्तर गोडार्ड द्वारा 1911 में अमेरिका में किया गया और विभिन्न मानसिक अस्पतालों एवं उपाचार गृहों मे इसका प्रयोग मानसिक रुप में कमजोर बच्चों की पहचान में धड़ल्ले से किया जाने लगा। अमेरिका में इसके कई संशोधन फिर बाद में हुए। जैसे, कुंहमान ने इसका संशोधन 1912, 1922 तथा 1939 में किया। वर्क ने इसका संशोधन 1915 एवं 1923 में किया तथा हेरिंग ने इसका संशोधन 1922 में किया।

नैदानिक दृष्टिकोण से इस परीक्षण का सबसे महत्वपूर्ण संशोधन एल0एम0 टरमैन द्वारा 1916 में स्टैनफोर्ड विश्वविद्यालय में किया। इस संशोधन ने परीक्षण में चार चांद लगा दिया। इसकी लोकप्रियता

दिन-दुनी तथा रात चौगुनी ढंग से बढ़ी। इस संशोधन को स्टैनफोर्ड बिने के नाम से पुकारा गया। इस संशोधन की प्रमुख विशेषता यह थी कि इसमें बुद्धि लब्धि के सप्रत्यय का सबसे पहली बार समावेश किया गया। इस परीक्षण के दो तुल्य फार्म थे- एल फार्म तथा एम फार्म। 1937 में इस परीक्षण का पुनः संशोधन किया गया और यह संशोधन टरमैन तथा मेरिल द्वारा किया गया और इसे नया संशोधित स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण या संक्षेप में दी 1937 बिने कहा गया। इस संशोधन की खास विशेषता यह थी कि 1916 की तुलना में इसके माननीकरण को अधिक उन्नत बना दिया गया तथा इसकी वैधता को अधिक उत्तम किया गया। इसके अलावा परीक्षण के ऊपरी तथा निचली उम्र सीमाओं का विस्तार किया गया।

स्टैनफोर्ड बिनेमापनी का तीसरा संशोधन 1960 में टरमैन तथा मेरिल द्वारा ही किया गया और इसके द्वारा 2 साल के बच्चों से लेकर 22 वर्ष तक के वयस्कों की बुद्धि मापने का दावा किया गया। इस संशोधन में परीक्षण के तुल्य फार्म के स्वरुप को बनाये रखा गया। इस संशोधन में 1937 संशोधन के उत्तम एकांशों को रखा गया तथा पुराने एवं अनुपयुक्त एकांशों को हटा दिया गया। अधिकतर चिकित्सकों को मत है कि 4 साल से 12 साल के बच्चों के लिए यह परीक्षण काफी प्रेरणात्मक है। इस परीक्षण का चौथा संशोधन 1986 में किया गया। इस संशोधन में स्टैनफोड बिने मापनी को और भी अधिक सर्वोत्कृष्ट बना दिया।

स्टैनफोर्ड-बिने-मापनी का संशोधन वर्ष

प्रथम संशोधन- 1916

द्वितीय संशोधन- 1937

तृतीय संशोधन- 1960

चतुर्थ संशोधन- 1986

स्टैनफोर्ड-बिने-मापनी की प्रमुख विशेषताएं है जो निम्नांकित हैं -

1. इस परीक्षण में 15 अनुच्छेद हैं जिनमें से 11 अनुच्छेद में शाब्दिक परीक्षणों को रखा गया है। जिसके माध्यम से परिमाणात्मक चिन्तन, लघुकालीन स्मृति आदि का मापन होता है ।शाब्दिक एंकांशो पर उतना अधिक बल पहले के संशोधनों में नहीं दिया गया था।

2. पहली बार इस संशोधन में परीक्षण के विभिन्न अनुच्छेदों को बुद्धि के महत्वपूर्ण सिद्धान्तों पर आधारित किया गया। इस संशोधित परीक्षण के सैद्धान्तिक मॉडल के तीन स्तर बनाये गए हैं। स्तर 1 पर स्पीयरमैन के जी-कारक को रखा गया है जिसे स्तर 2 पर लाकर बहुत कुछ कैटेल के सिद्धान्तों के अनुसार तीन भागों में बांटा गया है। ठोस क्षमता, तरल या विश्लेषणात्मक क्षमता तथा लघुकालीन स्मृति। तथा परिमाणात्क चिन्तन।

3. इस संशोधित परीक्षण में मानसिक आयु के सप्रत्यय को हटा दिया गया है और बुद्धि लब्धि के सप्रत्यय को एक नयी सप्रत्यय यानी मानक आयु प्राप्तांक द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है। एसएएस का निर्धारण प्रत्येक उप-परीक्षण पर व्यक्ति के निष्पादन की तुलना उसी आयु समूह के व्यक्तियों के निष्पादन से करके की जाती है। जैसे यदि एक आठ साल का बालक अन्य आठ साल के बालकों की तुलना में उपपरीक्षणों पर उत्तम निष्पादन प्राप्त करता है तो उसका एसएएस ऊंचा होगा परंतु यदि अन्य आठ साल के बालकों की तुलना में उसका निष्पादन खराब होता है तो उसका एसएएस कम हो जाएगा। इससे स्पष्ट है कि एसएएस का अर्थ करीब-करीब वही है जो आईक्यू का था।

4. इस संशोधित परीक्षण का प्रत्येक उप-परीक्षण में खुले प्रश्न या कार्य होते हैं जो सिलसिलेवार ढंग से कठिन होते जाते हैं। इस परीक्षण के तीन उप-परीक्षण अर्थात् शब्दावली परीक्षण, बोध परीक्षण तथा नकल परीक्षण से दिये गये उदाहरणों से परीक्षण की इस विशेषता का स्पष्टीकरण होता है।

शब्दावली परीक्षण

निम्नलिखित को परिभाषित करें-

अ. गेंद ब. सिक्का स. वाद-विवाद द. टाल मटोल

बोध परीक्षण

निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें:

अ. घरों में दरवाजे क्यों होते हैं ?

ब. पुलिस क्यों होती हैं ?

स. लोग कर क्यों देते हैं ?

द. राजनैतिक पार्टी से लोग क्यों संबंध रखते हैं ?

नकल परीक्षण

निम्नांकित चित्रों को देखकर बनायें

चित्र में दिये गये तीनों परीक्षणों में हम देखते हैं कि जैसे जैसे हम 'अ' से 'द' की ओर बढ़ते हैं व्यक्ति के लिए कार्य सिलसिलेवार ढंग से आसान से कठिन होता जाता है।

स्टैनफोर्ड बिने मापनी द्वारा 2 साल के बच्चों से लेकर 33 साल के वयस्कों तक की बुद्धि का मापन होता है। कम उम्र के बच्चों के (2 साल से 6 साल तक) लिए चार-चार महीने का अंतराल देकर मानक तैयार किए गए हैं। 6 साल से 12 साल के बच्चों के लिए 6-6 महीना के अंतराल देकर मानक तैयार किये गए है। 12 से 18 साल के व्यक्तियो के लिए एक एक साल के अंतराल देकर मानक तैयार किये गए हैं। 18 साल से 23 के वयस्कों के लिए 5-5 साल का अंतराल देकर तथा 23 से 33 साल के वयस्कों के लिए 10 साल का अंतराल देकर मानक तैयार किया गया है। छोटे बच्चों के लिए कम ही समय का अंतराल देकर मानक इसलिए तैयार किये गये है क्योंकि इस अवस्था में संज्ञानात्मक विकास तेजी से होता है। स्पष्टतः तब स्टैनफोर्ड बिने मापनी एक आयु मापनी हैं क्योंकि इससे आयु स्तर के अनुकूल एकांशों का समूहन किया गया है।

स्टैनफोर्ड बिने का नैदानिक मूल्यांकन

स्टैनफोर्ड-बिने परीक्षण के कुछ गुण तथा परिसीमाएं हैं जिनपर नैदानिक मनोवैज्ञानिकों ने बल डाला है। इसके प्रमुख गुण निम्नांकित हैं-

1. स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण की सबसे आमूल गुण जो अन्य बुद्धि परीक्षणों में प्रायः देखने को नहीं मिलता है। वह यह है कि परीक्षण का वर्तमान प्रारुप द्वारा मौलिक परीक्षण में प्रस्तावित बुद्धि के मूल अर्थ को परिवर्तित नहीं किया गया है। मौलिक परीक्षण के दोनों गुणों अर्थात बुद्धि को चिन्तन बोध तथा निर्णय के रुप में परिभाषित करना तथा बुद्धि के आयु- संदर्भीय मापन को स्टैनफोर्ड- बिने परीक्षण द्वारा कायम रखा गया। अन्य बुद्धि परीक्षणों के संशोधन में देखा गया है कि परीक्षण के मूल अर्थ एवं संरचना को पूर्णतः परिवर्तित कर दिये जाते हैं। ऐसी बात स्टैनफोर्ड बिने मापनी के साथ नहीं है।

2. अनेकों अध्ययनों से यह स्थापित हो चुका है कि स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण एक विश्वसनीय तथा वैध परीक्षण है। थॉर्नडाइक, हेगन एवं स्टाटलर, के अनुसार स्टैनफोर्ड-बिने के 15 उपपरीक्षणों की औसत विश्वसनीयता .88 तथा सभी आयु स्तरों पर संयुक्त एसएएस की विश्वसनीयता .95 से अधिक है। इस परीक्षण की वैधता .40 से .75 की है।

3. इस परीक्षण द्वारा बच्चों एवं वयस्कों दोनों की बुद्धि की माप होती है।

उपयुक्त गुणों के कारण नैदानिक मनोवैज्ञानिक द्वारा इस परीक्षण का उपयोग काफी अधिक किया जा रहा है।

स्टैनफोर्ड बिने की कुछ परिसीमाएं भी हैं जिनमें निम्नलिखित प्रमुख हैं-

1. 21/2 वर्ष से 5. 1/2 वर्ष के बच्चों की बुद्धि मापन के लिए इस परीक्षण को कुछ लोगों ने अधिक विश्वसनीय नहीं पाया है।

2. उसी तरह से कुछ मनोवैज्ञानिकों का मत है कि ऐसे बच्चें जिनकी बुद्धिलब्धि 140 या इससे भी अधिक है उसके लिए भी यह परीक्षण अधिक विश्वसनीय नहीं है।

इन हल्के-फुल्के परिसीमाओं के बावजूद स्टैनफोर्ड बिने मापनी की लोकप्रियता काफी अधिक है तथा नैदानिक मनोवैज्ञानिक के बीच इस परीक्षण की लोकप्रसिद्धि अधिक है। बिने साइमन मापनी का भारतीय अनुकूल भी एस0के0 कुलश्रेष्ठ द्वारा किया गया।

7.5 वैश्लर बुद्धि मापनी (Wechsler Intelligence Scale)

डेविड वैश्लर जो अमेरिका के न्यूयार्क सिटी के वेलेभ्यू अस्पताल में एक मनोरोगविज्ञानी थे, स्टैनफोर्ड विने मापनी से बहुत संतुष्ट नहीं थे। यह बात 1935-38 की है जब स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण अपने दूसरे संशोधित रुप में प्रकाशित हो गया था। उस समय के इस स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण का एक प्रमुख दोष यह था कि उसके द्वारा वयस्कों की बुद्धि की माप नही होती थी। फलस्वरुप, वैश्लर ने वयस्कों की बुद्धि की माप करने के लिए 1939में एक अलग से वैयक्तिक परीक्षण का निर्माण किया जिसका नाम वैश्लर बेलेभ्यू बुद्धि मापनी रखा गया। इस मापनी द्वारा वयस्क की बुद्धि का मापन आसानी से की जाती थी। इस मापनी के दो भाग थे- शाब्दिक मापनी तथा क्रियात्मक मापनी । 1955 में इस परीक्षण का संशोध संस्कारण। प्रकाशित किया गया जिसका नाम वैश्लर वयस्क बुद्धि मापनी रखा गया। इस परीक्षण को 1981 मे पुनः संशोधित किया गया है WAIS-R के भी दो भाग थे- शाब्दिक मापनी तथा क्रियात्मक मापनी। शाब्दिक मापनी में 6 उपपरीक्षण थे तथा क्रियात्मक मापनी में 5 उप परीक्षण थे। इस तरह से कुल मिलाकर इसमें 12 उप परीक्षण थे।

शाब्दिक मापनी के 6 उपपरीक्षणों एवं उनका वर्णन निम्नांकित है-

1. सूचना परीक्षण- इसमें 29 एकांश हैं जिनके द्वारा कुछ ऐसी सामान्य सूचनाओं के बारे में ज्ञान का मापन होता है जिसे एक सामान्य वयस्क से उम्मीद की जाती है।

2. बोध परीक्षण- इस परीक्षण में 16 एकांश या प्रश्न है जिनके द्वारा व्यक्ति से यह पूछा जाता है कि क्यों किसी चीज को किया जाना चाहिए या उसे अमुक परस्थिति में क्या करना चाहिए? इससे व्यक्ति में समझ या सूझ के स्तर का मापन होता है।

3. अंक विस्तार परीक्षण- इसमें तीन अंकों से लेकर नौ अंकों तक के क्रम को परीक्षक पढ़ता है जिसे सुनकर उसी क्रम में या विलोम क्रम में उन अंकों को बोलना रहता है। इस परीक्षण द्वारा लघुकालीन स्मृति का मापन होता है।

4. शब्दावली परीक्षण- इसमें 35 शब्द होते है जिसे पढ़कर तथा लिखकर परीक्षक व्यक्ति को देता है। व्यक्ति को उन शब्दों को परिभाषित करना होता है या उसका अर्थ बतलाना होता है।

5. अंकगणितीय परीक्षण- इसमें 14 साधारण गणितीय समस्याएं होती है जिसे बिना कागज एवं पेंसिल की मददसे व्यक्ति को समाधान करना होता है। इससे व्यक्ति का परिमाणात्मक चिन्तन का मापन होता है।

6. समानता परीक्षण- इसमें 14प्रश्न है और रोगी को प्रत्येक प्रश्न में दिये गये वस्तुओं के बीच समानता बतलाना होता है।

WAIS-R के क्रियात्मक परीक्षण के उपपरीक्षण निम्नांकित हैं-

1. चित्र पूर्ति परीक्षण- इसमें 20 चित्र होते हैं और प्रत्येक चित्र से कुछ महत्वपूर्ण अंश गायब होता है । व्यक्ति को यह बतलाना होता है कि कौन सा अंश गायब है। इसके द्वारा एकाग्रता और असंगतता के समझ की माप होती है।

2. चित्र व्यवस्था परीक्षण- इस परीक्षण में 10 समस्याएं होती हैं। प्रत्येक समस्या में 3 से 6 कार्ड होते हैं जिन्हें खास क्रम में सज्जित करने से एक कहानी बन जाती है। प्रत्येक समस्या के कार्डो को उल्टे पुल्टे क्रम में दिया जाता है तथा व्यक्ति को उसे समय सीमा के भीतर अर्थपूर्ण ढंग से सज्जित करना होता है। इससे निर्णय करने की क्षमता, पूर्वाभास करने की क्षमता तथा योजना बनाने की क्षमता का मापन होता है।

3. ब्लाक डिजाइन परीक्षण- इस परीक्षण में 9 कार्ड और 9 आकार चित्र बने होते हैं। दिए गए ब्लाक जिसके भाग लाल, उजला तथा उजला और लाल दोनों ही रंग से रंगे होते हैं की मदद से व्यक्ति को

विशिष्ट आकार चित्र के समान चित्र बनाना होता है। इस परीक्षण द्वारा अशाब्दिक बुद्धि जैसे दृष्टि गति समन्वय तथा विश्लेषण संश्लेषण क्षमता आदि का मापन होता है।

4. वस्तु सज्जीकरण परीक्षण- इसमें चार ऐसी समस्याएं होती है जिनके अंश सभी कटे होते हैं। व्यक्ति को प्रत्येक समस्या के सभी कटे हुए अंशों को जोड़ते हए सुव्यवस्थित वस्तु को बनाना होता है। यह अत्यन्त ही सरल कार्य होता है और इसके द्वारा व्यक्ति के बोध क्षमता का मापन होने के साथ ही साथ दृष्टि पेशीय समन्वय का भी मापन होता है।

5. अंक प्रतीक परीक्षण- इस परीक्षण में व्यक्ति को संकेत प्रतिस्थापन कार्य करना पड़ता है जिसमें संख्याओं की एक लम्बी कतार होती है जिसके नीचे के खाली स्थानों को व्यक्ति को भरना पड़ता है। इस कार्य के लिए संकेत दिये रहते हैं जिसमें 1 से 9 तक अंक होते हैं और प्रत्येक अंक के साथ एक चिन्ह होता है। अंको के नीचे की खाली जगह में उपयुक्त चिन्ह को लिखना होता है। व्यक्ति 90 सेकेण्ड के भीतर जितने संकेतों को भर सकता था भरता है।

इस तरह से हम देखते है कि WAIS-R में 6 शाब्दिक परीक्षण तथा 5 क्रियात्मक परीक्षण होते है। 6 शाब्दिक परीक्षणों पर व्यक्ति द्वारा प्राप्त मानक अंको को तथा 5 क्रियात्मक परीक्षण पर के मानक अंकों को जोड़कर इन दोनों मापनियों पर अलग-अलग प्राप्तांक प्राप्त किया जाता है। शाब्दिक मापनी तथा क्रियात्मक मापनी पर आये प्राप्तांकों को छोड़कर सम्पूर्ण मापनी प्राप्तांक प्राप्त किया जाता है। इन प्राप्तांकों को विचलन बुद्धि लुब्धि में बदल दिया जाता है जहां माध्य 100 तथा मानक विकास 15 होता है। कई अध्ययनों से स्पष्ट हुआ है कि WAIS-R की विश्वसनीयता तथा वैधता का स्तर काफी संतोषजनक है। कॉफमैन के अनुसार WAIS-R से केवल बुद्धिलब्धि प्राप्तांक ही नहीं मिलते है बल्कि उसके उपपरीक्षण के प्राप्तांकों के पैटर्न से विशेष तरह के अनुमान निकालने में नैदानिक मनोवैज्ञानिकों को मदद मिलती है। कुछ नैदानिक मनोवैज्ञानिकों ने उपपरीक्षण के प्राप्तांकों के इस पैटर्न के आधार पर रोगी के मस्तिष्कीय क्षति के बारे में सफलतापूर्वक अंदाज लगाया हैतो कुछ मनोवैज्ञानिकों ने ऐसे प्राप्तांकों के पैटर्न के आधार पर व्यक्तित्व गतिकी जैसे आवेगशीलता तथा सांवेगिक अस्थिरता के बारे में सफलतापूर्वक पता किया है।

वैश्लर ने बच्चों की बुद्धि मापने के लिए भी दो अलग-अलग मापनी का निर्माण किया है जो निम्नांकित है-

अ. Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)

ब. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)

WISC का निर्माण 1949 में 5 साल से 15 साल के बच्चों कीबुद्धि मापने के लिए किया गया। 1974 में WISC को संशोधित कर और अधिक उन्नत बनाया गया तथा इसे WISC-Rकहा गया है। इसकी खास विशेषता यह है कि इसमें WISC-Rके मौलिक ढांचा को बरकरार रखा गया है। परंतु उसके पुराने एकांशों, काफी कठिन तथा आसान एवं सस्कृति भारित एकांशों को हटाकर उसके जगह पर अधिक वैध एकांशों को रखा गया है। WISC-III में भी दो तरह के मापनी थे- शाब्दिक मापनी तथा क्रियात्मक मापनी। शाब्दिक मापनी के छह उपपरीक्षण थे जो निम्नांकित हैं-

1. सूचना परीक्षण

2. समानता परीक्षण

3. अंकगणितीय परीक्षण

4. शब्दावली परीक्षण

5. बोध परीक्षण

6. अंक विस्तार परीक्षणः यह एक वैकल्पिक परीक्षण है। जिसका प्रयोग किसी भी एक शाब्दिक परीक्षण के बदले में किया जा सकता है।

क्रियात्मक परीक्षण के भी छह उपपरीक्षण हैं जो निम्नांकित हैं-

1. चित्रपूर्ति परीक्षण

2. चित्र व्यवस्था परीक्षण

3. ब्लॉक सुसज्जीकरण परीक्षण

4. वस्तु सुसज्जीकरण परीक्षण

5. संकेतीकरण परीक्षण

6.संकेत खोज परीक्षणः एक वैकल्पिक परीक्षण है जिसका प्रयोग संकेतीकरण परीक्षण के बदले किया जा सकता है।

स्पष्ट हुआ कि WISC-IIIकेउपपरीक्षण बहुत हद तक WISC-Rके उपपरीक्षण के समान और इसमें वैसे प्रश्न तथा कार्य होते हैं जो बच्चों के लिए उपयुक्त होता है। इस परीक्षण में भी मानक अंको के आधार पर शाब्दिक परीक्षण पर प्राप्तांक क्रियात्मक परीक्षण पर प्राप्तांक तथा दोनों को जोड़कर सम्पूर्ण मापनी प्राप्तांक ज्ञात किया जाता है तथा उन्हें फिर विचलन बुद्धि लब्धि मे बदल लिया जाता है। WISC-IIIकी विश्वसनीयता तथा वैधता कई अध्ययनों में भी काफी संतोषजनक पाया गया है। शाब्दिक बुद्धिलब्धि प्राप्तांक, क्रियात्मक बुद्धिलब्धि प्राप्तांक तथा सम्पूर्ण मापनी बुद्धिलब्धि प्राप्तांक के अतिरिक्त WISC-IIIको चार अन्य कारकों के रुप में भी व्याख्या करने का प्रावधान रखा गया है-' शाब्दिक बोध प्रत्यक्षज्ञानात्मक संगठन ध्यानभंगता से स्वतंत्रता तथा गति संसाधन इसमें प्रथम दो बहुत हद तक क्रमशः शाब्दिक एवं क्रियात्मक बुद्धिलब्धि के ही समान है।

WISCI का निर्माण 1968 में वैश्लर द्वारा 4 साल से लेकर 6 1/2 साल के बच्चों की बुद्धि को मापने के लिए किया गया। इसका संशोधित प्रारुप 1989 मे प्रकाशित किया गया जिसे WPPSI-Rकहा गया जिसकी खास विशेषता यह है कि इसमें अब 3 साल के आयु के बच्चों की बुद्धि को मापना भी संभव हो पाया है। इस परीक्षण के करीब-करीब आधे एकांश WISC-Rसे लिए गए हैं तथा इस परीक्षण में भी शाब्दिक परीक्षण तथा क्रियात्मक मापनी है। इस परीक्षण के शाब्दिक परीक्षण में छह उपपरीक्षण हैं तथा क्रियात्मक मापनी मेंपाँच उपपरीक्षण है। इस तरह से कुल मिलाकर ग्यारह उपपरीक्षण है। शाब्दिक मापनी के छह उपपरीक्षण इस प्रकार है-

1. सूचना परीक्षण

2. शब्दावली परीक्षण

3. अंकगणितीय परीक्षण

4. समानता परीक्षण

5. बोध परीक्षण

6. वाक्य परीक्षण- यह एक वैकल्पिक परीक्षण है जिसका प्रयोग भी शाब्दिक मापनी के बदले में किया जा सकता है।

क्रियात्मक मापनी के पांच उपपरीक्षण निम्नांकित हैं-

1. पशु घर परीक्षण

2. चित्र पूर्ति परीक्षण

3. भूल भूलैया परीक्षण

4. ज्यामितीय डिजाइन परीक्षण

5. ब्लॉक डिजाइन परीक्षण

WPPSI में तीन परीक्षणों को छोड़कर बाकी सभी परीक्षण वहीं है जो WISC-III के थे। वे तीन नये परीक्षण है-पशु घर परीक्षण वाक्य परीक्षण तथा ज्यामितीय डिजाइन परीक्षण। वाक्य परीक्षण में बच्चों को परीक्षक द्वारा बोले गए वाक्य को बोलकर ही दोहराना होता है। पशु घर परीक्षण में बच्चा को रंगीन सिलिंडर को पशुओं के चित्र से संबंधित करना पड़ता है। पशुघर परीक्षण एक तरह का वैकल्पिक परीक्षण है जिसका उपयोग क्रियात्मक परीक्षण के बदले किया जा सकता है। ज्यामितीय डिजाइन परीक्षण में बच्चे को कई तरह के ज्यामितीय डिजाइन एवं आकारों को दिए गए कागज पर पेंसिल के सहारे बनाना होता है।

प्रत्येक उपपरीक्षण पर आये प्राप्तांक को एक मानक प्राप्तांक में जिसका माध्य - 10 तथा मानक विचलन - 3 होता है में बदल दिया जाता है। फिर उसके आधार पर शाब्दिक क्रियात्मक एवं सम्पूर्ण मापनी प्राप्तांक ज्ञात किया जा सकता है और उसे विचलन बुद्धि लब्धिमें जिसका माध्य- 100 एवं मानक विचलन- 15 होता है, बदल दिया जाता है। WAIS-III तथा WISC-Rकेसमान WPPSI भी एक काफी विश्वसनीय एवं वैध बुद्धि मापनी है। शाब्दिक एवं क्रियात्मक परीक्षण की औसत विश्वसनीयता .90 पाया गया है तथा वैधता गुणांक .75 से .80 तक पाया गया है। वैश्लर द्वारा प्रतिपादित तीनों मापनियों एक तरह की बिन्दु मापनी हैं जिसमें प्रत्येक विषय क्षेत्र के लिए एक अलग प्राप्तांक दिये जाते हैं।

वैश्लर मापनी का नैदानिक मूल्यांकन

वैश्लर द्वारा निर्मित WAIS-R, WISC-IIIतथा WPPSI का संयुक्त मूल्यांकन एनासटेसी द्वारा काफी संतोषजनक ढंग से किया गया। इस मूल्यांकन में इन परीक्षणों के कुछ ऐसे गुण एवं दोषों पर प्रकाश डाला गया है जो नैदानिक दृष्टिकोण से काफी महत्वपूर्ण है। इन परीक्षणों के गुणों को इस प्रकार बतलाया गया है-

1.WAIS-R, WISC-IIIतथा WPPSI की तुलना अन्य वैयक्तिक रुप से क्रियान्वित बुद्धि परीक्षणों से करने पर यह स्पष्ट होता है कि इन परीक्षणों में माननीकरण प्रतिदर्श का आकार बड़ा था तथा उसमें जीवसंख्या के प्रतिनिधित्व का गुण था। एनासटेसी का मत है कि इस तरह का प्रतिदर्श के आधार पर जो मानक तैयार किए गए हैं उनके आधार पर प्राप्तांकों की होने वाली व्याख्या अधिक वैज्ञानिक एवं निर्भरयोग्य होती है।

2. वैश्लर के इन तीनों परीक्षणों की नैदानिक उपयोगिता बच्चों एवं वयस्कों की बौद्धिक स्तर का पता लगाने मे इतनी अधिक बतलायी गयी है कि अधिकतर चिकित्सकों द्वारा इसे नैदानिक मूल्याकंन का एक अपरिहार्य साधन माना गया है।

वैश्लर मापनी के कुछ अवगुण भी बतलाये गए है जो निम्नांकित हैं-

1. यदि हम वैश्लर के इन तीनों मापनियों की तुलना स्टैनफोर्ड बिने परीक्षण से करें तो पायेंगें कि इन तीनों मापनियों के क्रियान्वयन करने में तुलनात्मक रुप से समय एवं श्रम दोनों ही अधिक लगते हैं। कुछ नैदानिक मनोवैज्ञानिकों का मत है कि नैदानिक मूल्यांकन करने में कभी-कभी वैश्लर मापनी के इस परिसीमा के कारण उन्हें कोई दूसरा बुद्धि परीक्षण के क्रियान्वयन के लिए मजबूर होना पड़ता है।

2. एनासटेसी का कहना है कि इन तीनों मापनियों का सबसे अधिक कमजोर बिंदु यह है कि इसकी वैधता से संबंधित आनुभाविक आंकड़ों की कमी है। ऐसी परिस्थिति में इन मापनियों पर आधारित नैदानिक मूल्यांकन की वैधता एवं निर्भरता पर स्वभावतः शंका होने लगती है।

3. इन परीक्षणों में आत्मनिष्ठता अधिक है क्योंकि कुछ एकांश के उत्तर की उपयुक्तता के बारे में अलग-अलग परीक्षक अलग-अलग निर्णय लेने के लिए बाध्य हो जाते है।

इन परिसीमाओं के बावजूद वेश्लर मापनी जैसा दूसरा कोई मापनी अभी नैदानिक मूल्यांकन के लिए उपलब्ध नहीं है।

इसकी लोकप्रियता का सबूत इससे भी मिल जाता है कि अमेरिका के बाहर भी इस परीक्षण का उपयोग काफी हो रहा है। भारत में वेक्सलर मापनी का खासकर WAIS का भारतीय अनुकूलन पी0रामा लिंगास्वामी द्वारा करके इसे भारतीय परिस्थिति में भी काफी उपयोगी बनाया है। इसका अनुकूलन स्पैनिश भाषा में भी किया जा चुका है तथा वेक्सलर के अनुसार गत 30 वर्षो से इसका सफलतापूर्वक उपयोग किया जा रहा है। लोपेज एवं टाऊसिंग के अनुसार इसका उपयोग हिस्पैनिक संस्कृति के लोगों की बुद्धि मापने के लिए भी सफलतापूर्वक किया जा रहा है।

7.6 अनुभवजन्य उपागमः एम एम पी आई (Empirical approach: MMPI)

माइनेसोटा मल्टीफेजिक व्यक्तित्व आविष्कारिका वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व परीक्षणों में सबसे अधिक प्रयोग में आने वाले नैदानिक परीक्षण है। इस परीक्षण का निर्माण 1940 में हाथावे एवं मैककीनली द्वारा किया गया तथा इसका प्रकाशन 1943 में किया गया। मूलतः इस परीक्षण में 8 नैदानिक मापनियां थी परन्तु बाद में दो और नैदानिक मापनियों को जोड़ दिया गया। इसतरह से इस परीक्षण मे कुल 10 नैदानिक मापनियां है जिसके द्वारा 10 रोगात्मक शीलगुणों का मापन होता है। इस तरह से MMPI का मूल उद्देश्य रोगी के व्यक्तित्व के रोगात्मक शीलगुणों का मापन करना होता है न कि सामाजिक शीलगुणों का। बुचर के अनुसार इस मापनी की लोकप्रियता इसी बात से साबित हो जाती है कि करीब 46 से अधिक देशों में 115 भाषाओं से अधिक में इसका अनुवाद किया जा चुका है।

इस परीक्षण में मौलिक रुप से 550 एकांश थे जिनका चयन अनुभवजन्य नियमों या कसौटी रुप-रेखा पर आधारित है। प्रत्येक एकांश का उत्तर दिये गए तीन उत्तरों में से चुनकर करना होता है। वे तीन उत्तर है।-

सही, गलत, नहीं कह सकते।

MMPIके कई संशोधित प्रारुप तैयार किए गए हैं जिनमें सबसे नवीनतम संशोधन को MMPI-2के नाम से जाना जाता है। यह संशोधन वुचर, डाहस्ट्रोम, ग्राहम, टेलेगन तथा केमर द्वारा किया गया। MMPI-2 में 10 नैदानिक मापनी हैं तथा तीन मुख्य वैधता मापनी है। इन तीन वैधता मापनी के अतिरिक्त एक और वैधता मापनी है। जिसे संकेतिक मापन किया जाता है तथा इसमें उन एकांशों रखा जाता है जिसका उत्तर व्यक्ति नहीं दे पाता है। इन सभी चार वैधता मापनियों का संबंध आविष्कारिकता के वैधता से कुछ भी नहीं है बल्कि इनके द्वारा विभिन्न तरह के वैसे मनोवृत्तियों का पता चलता है जिनसे परीक्षण पर की अनुक्रियाएं विकृत हो जाती है। इन सभी मापनियों में कुल मिलाकर 641 एकांश है परंतु 74 एकांश एक मापनी से दूसरी मापनी में सामान्य होने से MMPI-2में कुल 567 एकांश बच जाते है। MMPI-2के दो फार्म जिसका उपयोग केवल वयस्कों के व्यक्तित्व मापन के लिए होता है तथा इसे MMPI –A कहा गया है। MMPI-2का क्रियान्वयन एक समूह में या फिर अकेले ही एक व्यक्ति पर किया जा सकता है। इसके सभी 10 नैदानिक मापनी एवं वैधता मापनी का वर्णन इस प्रकार है-

नैदानिक मापनी (Clinical Scale)-

1 रोगभ्रम- इस मापनी के कुल 32 एकांश है और इसके द्वारा उस प्रवृत्ति की माप होती है जिसमें व्यक्ति अपने शारीरिक स्वास्थ्य एवं शारीरिक कार्य के बारे में जरुरत से ज्यादा चिंता दिखलाता है।

2. विषाद- इस मापनी में कुल 57 एकांश है और इसके द्वारा भावात्मक विकृति से सम्बंधित प्रवृत्तियां जैसे उदासी क्षमता के ह्रास, अभिरुचि एवं ऊर्जा में कमी आदि का मापन होता है।

3. रुपांतर हिस्ट्रीया- इस मापनी के 60 एकांश है और इसके द्वारा एक ऐसा स्नायुविकृत प्रवृत्ति का मापन होता है जिसमे रोगी मानकि संघर्ष एवं चिंताओं से छुटकारा पाने के लिए कोई न कोई शारीरिक लक्षण विकसित कर लेता है।

4. मनोविकृत विचलन- इस मापनी में 50 एकांश है तथा इसके द्वारा व्यक्ति में सामाजिक एवं नैतिक मानकों की अवहेलना करने वाली प्रवृत्तियां तथा दंडात्मक अनुभूतियों से भी कुछ न सीखने की प्रवृत्ति का मापन होता है।

5. पुरुषत्व- नारीत्व- इस मापनी में 56 एकांश है तथा इसके द्वारा व्यक्ति की सीमांतीय यौन भूमिका करने की प्रवृत्ति की माप होती है।

6. स्थिर ब्यामोह- इस मापनी में 40 एकांश है जिनके द्वारा व्यक्ति में असामान्य शक करने की प्रवृत्ति तथा दंडात्मक एवं उत्कृष्ठता से संबंधित गलत विश्वास या भ्रान्ति का मापन होता है।

7. मनोदोर्बल्यता- इस मापनी में कुल 48 एकांश है जिनके द्वारा व्यक्ति में मनोग्रस्ति बाध्यता असामान्य डर आदि का मापन होता है।

8. मनोविदालिता- इस मापनी में 78 एकांश है और इसके द्वारा व्यक्ति में असामान्य चिंतन या व्यवहार करने की प्रवृत्ति का मापन होता है।

9. अल्पोन्माद- इस मापनी में 46 एकांश है और इसके द्वारा व्यक्ति के सांवेगिक उत्तेजन, अतिक्रिया तथा विचारों के बिखरावका मापन होता है|

10.सामाजिक अंतर्मुखता-इस मापनी में 69 एकांश है और इसके द्वारा व्यक्ति का लोगों के प्रति संकेन्द्रण का मापन होता है|

7.7 सारांश (Summary)

कुछ निश्चित उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए नैदानिक मापन किये जाते हैं।जैसे -व्यक्तियों में मानसिक दुर्बलता के स्तर को पता लगाने ,रोगी के बौद्धिक स्तर पर व्यक्तित्व विघटन के पड़ने वाले संभावित प्रभावों का अध्ययन करने , बुद्धि स्तर के माध्यम से यानी उसे माप करके रोगी के व्यक्तित्व के शीलगुणों का पता लगाने हेतु|

- बिने ने साइमन की मददसे एक बुद्धि परीक्षण का निर्माण 1905 में किया|

- स्टैनफोर्ड-बिने-मापनी परीक्षण में 15 अनुच्छेद हैं जिनमें से 11 अनुच्छेद में शाब्दिक परीक्षणों को रखा गया है।

- वैश्लर ने वयस्कों की बुद्धि की माप करने के लिए 1939 में एक अलग से वैयक्तिक परीक्षण का निर्माण किया जिसका नाम वेक्सलर बेलेभ्यू बुद्धि मापनी रखा गया।

- माइनेसोटा मल्टीफेजिक व्यक्तित्व आविष्कारिका वस्तुनिष्ठ व्यक्तित्व परीक्षणों में सबसे अधिक प्रयोग में आने वाले नैदानिक परीक्षण है। इस परीक्षण का निर्माण 1940 में हाथावे एवं मैककीनली द्वारा किया गया|

7.8 शब्दावली (Vocabulary)

रुपांतर हिस्ट्रीया-इसमे रोगी मानकि संघर्ष एवं चिंताओं से छुटकारा पाने के लिए कोई न कोई शारीरिक लक्षण विकसित कर लेता है |

7.9 अभ्यास के प्रश्नों के उत्तर (Answer's of Practice Questions)

1. बौद्धिक स्तर 2. स्टैनफोर्ड बिने 3. 6, 5 4.WAIS 5. रोगभ्रम

7.10 सन्दर्भ ग्रन्थ सूची (References)

1.उच्चतर नैदानिक मनोविज्ञान-अरूण कुमार सिंह- मोतीलाल बनारसी दास, पटना

2. आधुनिक असामान्य मनोविज्ञान अरूण कुमार सिंह- मोतीलाल बनारसी दास, दिल्ली

3.मनोविकृति विज्ञान-विनती आनन्द एवं श्रीवास्तव- मोतीलाल बनारसी दास, दिल्ली

4.मनोविकृति विज्ञान-अजय कुमार श्रीवास्तव-विनोद पुस्तक मंदिर, आगरा, दिल्ली

7.11निबन्धात्मकप्रश्न (Essay Type Questions)

1. स्टैनफोर्ड-बिने-मापनी परीक्षण का विस्तार से वर्णन कीजिये |

2. माइनेसोटा मल्टीफेजिक व्यक्तित्व आविष्कारिकाकी नैदानिक मापनियों का महत्व स्पष्ट कीजिये।