

# बाल, किशोरों और उनके परिवारों की क्लिनिकल जाँच

थॉमस लेम्प, डलीन दे लैंग, डैनियल रैडलॉफ़ और क्रिश्चन बाकमन



मायरिंगन, स्विट्जरलैंड में शर्लक होम्स की प्रतिमा (विकिपीडिया कॉमन्स)

## थॉमस लेम्प एमडी

बाल और किशोर मनोचिकित्सा विभाग, गेटे-फ्रैंकफर्ट विश्वविद्यालय, जर्मनी

कॉन्फ्लिक्ट ऑफ़ इंटरेस्ट - एक भी नहीं

## डलीन दे लैंग एमडी

ओकोंगुरी साइकोथेरेपेटिक सेंटर, नामीबिया

कॉन्फ्लिक्ट ऑफ़ इंटरेस्ट - एक भी नहीं

## डैनियल रैडलॉफ़ एमडी

बाल और किशोर मनोचिकित्सा विभाग, गेटे-फ्रैंकफर्ट विश्वविद्यालय, जर्मनी

कॉन्फ्लिक्ट ऑफ़ इंटरेस्ट - एक भी नहीं

## क्रिश्चन बाकमन एमडी

बाल और किशोर मनोचिकित्सा विभाग, कराइटी - यूनिवर्सिटीसमेडिज़िन बर्लिन, जर्मनी

इस प्रकाशन का उद्देश्य मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में प्रैक्टिस करना या प्रोफेशनल ट्रेनिंग देना है और यह सामान्य लोगों के लिए नहीं है। व्यक्त की गई राय लेखक की हैं और ज़रूरी नहीं कि वह संपादक या IACAPAP के विचारों का प्रतिनिधित्व करें। यह प्रकाशन लिखने के समय उपलब्ध वैज्ञानिक प्रमाणों पर आधारित प्रैक्टिस और बेहतर इलाज के बारे में अच्छे से बताना चाहता है जिनका मूल्यांकन लेखकों द्वारा किया गया है और नए रिसर्च के परिणाम के रूप में बदल सकता है। पाठकों को उस देश के, जहाँ वह प्रैक्टिस करते हैं, उस देश के कानूनों और दिशानिर्देशों के अनुसार मरीजों में इस ज्ञान को लागू करने की ज़रूरत होती है। हो सकता है कुछ देशों में कुछ दवाएं उपलब्ध ना हों और क्योंकि सभी खुराकों और उनके अनचाहे प्रभावों के बारे में नहीं बताया गया है इसलिए पाठकों को किसी विशेष दवा की जानकारी के बारे में परामर्श करना चाहिए। आगे की जानकारी के स्रोत के रूप में या मुद्दों को सुलझाने के लिए जुड़े हुई ऑर्गनाइज़ेशन, पब्लिकेशंस और वेबसाइट्स का हवाला दिया जाता है। इसका मतलब यह नहीं है कि लेखक, संपादक या IACAPAP अपने कंटेंट या सिफ़ारिशों का समर्थन करते हैं, जिनका पाठकों द्वारा गंभीरता से आंकलन होना चाहिए। वेबसाइट्स में भी बदलाव आ सकते हैं या उनका अस्तित्व समाप्त हो सकता है।

©IACAPAP 2012. यह **क्रिएटिव कॉमन्स एट्रीब्यूशन नॉन-कमर्शियल लाइसेंस** के तहत एक ओपन-एक्सेस प्रकाशन है। अगर असली काम का ठीक से हवाला दिया गया हो और उसका उपयोग नॉन-कमर्शियल हो तो बिना पूर्व अनुमति के किसी भी माध्यम में उपयोग, डिस्ट्रीब्यूशन और रिप्रोडक्शन की अनुमति है। इस किताब या अध्याय के बारे में अपने कमेंट्स [jmrey@bigpond.net.au](mailto:jmrey@bigpond.net.au) पर भेजें।

Suggested citation: Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. The clinical examination of children, adolescents and their families. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

## इस अध्याय को पढ़ने के तरीके

- आप बाल मानसिक स्वास्थ्य के बारे में विस्तार से *शुरुआत* वाले हैं:  
इस रोमांचक सबस्पेशलिटी में आपका स्वागत है! हम आपको आराम से बैठकर इस पूरे अध्याय को पढ़ने के लिए आमंत्रित कर रहे हैं।
- आप पहले से ही *अनुभवी* हैं और अपने परीक्षण करने के कौशल को और *सुधारने की कोशिश* कर रहे हैं:  
हम आपको दाएं कॉलम में क्लिनिकल पर्ल्स को पढ़ने और उन्हें अपनी प्रैक्टिस में आजमाने की सलाह देते हैं। अगर आप चाहें तो इन्हें ज़्यादा से ज़्यादा इकट्ठा कर सकते हैं और इस अध्याय के अगले संस्करण के लिए लेखकों को भेजकर उन्हें दुनिया भर के चिकित्सकों के साथ बाँट सकते हैं।
- आपको एक विशेष मरीज़ के डायग्नोस्टिक एसेसमेंट में *मुश्किल का सामना* करना पड़ रहा है:  
हम आपको इस अध्याय में (पेज 23-24) टूबलशूटिंग बॉक्स को पढ़ने की सलाह देते हैं। अगर इससे मदद ना मिले तो हमारे संदर्भ अनुभाग (पेज 24-25) में रीडिंग रेकमंडेशंस चेक करें।

### मुझे यह अध्याय क्यों पढ़ना चाहिए?

कई केस में बाल मनोचिकित्सा में क्लिनिकल जाँच की प्रक्रिया पर विशेष ध्यान देना उचित होता है (सिवाय इसके कि जब विशेष रूप से बताया गया हो, इस अध्याय में “बच्चा” “बच्चे” और “किशोर” को संदर्भित करता है)

- ज़ाहिर है कि *इलाज पर विचार करने से पहले* संपूर्ण और विस्तृत *डायग्नोस्टिक मूल्यांकन* होना चाहिए। अगर डायग्नोसिस गलत या अधूरा है, या इसमें शामिल सभी पक्षों द्वारा समझा या स्वीकार नहीं किया गया है, तो इलाज के असफल होने की संभावना बहुत ज़्यादा है। बच्चों और किशोरों की मनोचिकित्सा में इलाज की व्यवस्था की योजना बनाना और उसकी शुरुआत करना अक्सर ज़्यादा समय लगाने वाला और महँगा होता है। इसलिए, प्रभावी इलाज की योजना के लिए एक मान्य और ठोस बुनियाद बनाने की डायग्नोस्टिक प्रक्रिया में समझदारी आवश्यक है।
- किशोरों और बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य परीक्षण में डिसटिक्टिव डिवेलपमेंटल आस्पेक्ट होते हैं, जिन पर ख़ास ध्यान देने की ज़रूरत होती है। बच्चे और किशोर छोटे व्यस्क नहीं हैं। जो खुद की मदद बहुत मुश्किल से कर पाते हैं उन्हें सबसे अलग रखकर, उनसे क्लिनिकल जैसी “अलग भाषा” में बात करके, उनका मूल्यांकन नहीं किया जा सकता।
- इस क्षेत्र में खासतौर पर नई शुरुआत करने वालों के लिए, इतनी सारी जानकारी और अलग-अलग रिपोर्ट्स की वजह से उलझन में पड़ जाना आसान है। इसे कम करने के लिए, मूल्यांकन प्रक्रिया के उद्देश्यों के बारे में स्पष्ट होना ज़रूरी है। इन उद्देश्यों तक पहुंचने के लिए विभिन्न तरीकों का उपयोग करते समय अपने रोज़ाना की प्रैक्टिस में मानकीकरण (standardization) और व्यक्तिकरण (individualization) के बीच संतुलन ढूँढना ही तो कला है।

### बच्चों और किशोरों में मानसिक स्वास्थ्य परीक्षण के विशिष्ट पहलू

- बच्चे शायद ही कभी मनोरोग मूल्यांकन की शुरुआत करते हैं और आमतौर पर मरीज़ के अलावा रेफरल का अनुरोध किसी और के द्वारा किया जाता है (जैसे, माता-पिता, शिक्षक, बाल रोग विशेषज्ञ, न्यायालय आदि)। यह केस को समझने में सबसे महत्वपूर्ण

कॉफ्लिक्ट ऑफ़ इंटरेस्ट: एक भी नहीं

आभार: हम इस अध्याय को तैयार करने में मदद करने के लिए फ्रीडराइक फर्नॉफ (फ्रैंकफर्ट विश्वविद्यालय) और जोसफ रे (सिडनी विश्वविद्यालय) का आभार व्यक्त करते हैं।

क्या आप अपने “क्लिनिकल पर्ल्स” बाँटना चाहेंगे?

अगर इस अध्याय के बारे में आप कोई टिप्पणी करना चाहते हैं, खासतौर पर आपके अपने काम के कुछ और क्लिनिकल पर्ल्स, तो हमें [lempp@em.unifrankfurt.de](mailto:lempp@em.unifrankfurt.de) पर अपनी सलाह भेजने के लिए आप हार्दिक रूप से आमंत्रित हैं

शर्लोक होम्स का दृष्टान्त सिडनी पेजेट (1860-1908) से लिया गया है, जिसने स्ट्रैंड मैगज़ीन में कोनन डॉयल की कहानियों को चित्रित रूप में पेश किया है।

“इस समय के दौरान मुझे खुद को शर्लोक होम्स समझना पसंद है। मैं तहकीकात शुरू करने से पहले ज़दा सही सुरागों का इस्तेमाल करने के साथ-साथ, व्यवहार और लक्षणों और उन बायोलॉजिकल, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक कारकों को समझने के लिए “गहराई से छानबीन” करता हूँ, जो “अक्षमता करने वाले लक्षणों को शुरू करने और बनाये रखते हैं।” (स्टब, 2007)

“बच्चे की उम्र या क्लिनिकल समस्या चाहे जो हो, लेकिन यह ज़रूरी है कि साक्षात्कार लेते समय एक जैसे सवाल पूछे जाएं यानि उनकी संरचना और मानकीकरण एक जैसी हो (जो बच्चों के बीच तुलना करने के लिए बेहद ज़रूरी है) और अप्रत्याशित और व्यक्तिगत मुद्दे के प्रति संवेदनशील हो। “ (रटर और टेलर, 2008)

उद्देश्यों के बारे में स्पष्ट और पद्धति में लचीला रहें।

हो सकता है। शायद अभिभावकों की उम्मीदें बच्चे की क्षमताओं से ज़्यादा बड़ी होती हैं या पालन-पोषण का तरीका ऐसे विशेष बच्चे और अभिभावकों के बीच संतुलन नहीं बना पाता और अभिभावक इस संतुलन को बनाने के लिए बच्चे में बदलाव लाने का उपाय ढूंढते हैं। कुछ केस में, माता-पिता या शिक्षकों को खुद कुछ मानसिक स्वास्थ्य समस्याएं होती हैं, जो बच्चे को नाकारात्मक रूप से प्रस्तुत करने की उनकी धारणा को बदल देती हैं। सारांश में - जिस चिंताजनक व्यवहार के लिए जाँच की जानी है उसके प्रति बच्चों और वयस्कों दोनों के योगदान पर विचार किया जाना ज़रूरी है।

- हमें समस्याओं और बच्चा इस बारे में जो बदलना चाहता है इसके लिए उसकी धारणा पर स्पष्ट ध्यान देना चाहिए।
- बच्चों का मूल्यांकन परिवार, स्कूल, समुदाय और संस्कृति के परिवेश में किया जाना चाहिए, जिसका मतलब है कि किसी भी बच्चे का मूल्यांकन उसे सबसे अलग करके नहीं किया जा सकता है। क्योंकि अधिकांश बच्चे अलग-अलग परिवेश में अलग-अलग तरह का व्यवहार करते हैं और इससे यह जानने में मदद मिलती है कि कौन से परिवेश में उनके व्यवहार में सुधार आता है और किससे उनका व्यवहार चिंताजनक बनता है - साथ ही बच्चे को हिम्मत देने वाले क्षेत्र की भी पहचान होती है। इस प्रकार, एक ही समय में परिवार की जांच और परिवार के काम करने के तरीकों की जांच करना बहुत मुश्किल है, जो अलग-अलग तरह की जानकारी पाने के लिए ज़रूरी हैं। उन सभी पक्षों के साथ अच्छे सम्बन्ध बनाना उचित है जिनके पास केस से सम्बन्धित जानकारी हो सकती है या जो बच्चे के इलाज को बढ़ावा देने में सहायक हो सकते हैं। माता-पिता की अनुमति भी प्राप्त की जानी चाहिए। जैसे:
  - बच्चे से अलग रह रहे माता-पिता (माता-पिता दोनों को जल्द से जल्द शामिल करने से काफ़ी हद तक मदद मिलती है)
  - शिक्षक (फ़ोन या ईमेल द्वारा, स्कूल रिकॉर्ड्स की जांच करके और शिक्षक के रेटिंग के आधार पर) एक शिक्षक ने इकलौते बच्चे के माता-पिता के विपरीत, उम्र और कक्षा के लेवल के आधार पर हज़ारों बच्चों में अलग-अलग व्यवहार की तुलना की होगी।
  - सामान्य चिकित्सक और बाल रोग विशेषज्ञ
  - अतीत और वर्तमान का कोई भी मानसिक स्वास्थ्य प्रदाता
  - जब उपयुक्त हो: भाई-बहन, दादा-दादी, बच्चे की देखभाल करने वाले, सौतेले माता या पिता
  - हॉस्पिटल में भर्ती बच्चों के लिए: नर्सिंग स्टाफ, सामाजिक कार्यकर्ता, शिक्षक, फिज़िकल और व्यावसायिक (occupational) चिकित्सक।
- बताई जा रही समस्याओं को विकासात्मक संदर्भ में देखा जाना चाहिए। विकासात्मक कारक अक्सर मनोरोग लक्षणों को समझाने के तरीकों को प्रभावित करते हैं (जैसे, अलग-अलग उम्र में अलग-अलग प्रकार का डिप्रेशन होता है)। जबकि कुछ विकार बच्चों और वयस्कों में बहुत हद तक एक जैसे दिखते हैं (जैसे, ओबसेसिव कम्पलसिव डिसऑर्डर), कुछ विकार किशोरों या वयस्कों की तुलना में छोटे बच्चों में विशेष रूप से भिन्न होते हैं (जैसे: PTSD). बच्चों में व्यवहार संबंधी समस्याएं स्किल डिवेलपमेंट में देरी के कारण (जैसे: एन्यूरिसिस या बेडवेटिंग), निपुणता हासिल की हुई पिछली स्किल को खो देने के कारण (जैसे: एक गंभीर विकार, नुकसान या आघात का परिणाम), या मौजूदा स्किल्स की लिस्ट में से उपयुक्त स्किल को चुनने की असमर्थता (जैसे: कन्डक्ट डिसऑर्डर)। सारांश में, सभी को सामान्य और असामान्य बाल विकास के बारे में पता होना चाहिए, जिसमें कुछ ऐसे प्रकार के व्यवहार जिनका निरीक्षण अलग-अलग उम्र में किया जा सकता है, और हर विकासात्मक अवस्था में होने वाली विभिन्न प्रकार की मुश्किलें और परिस्थितियां शामिल हैं (अध्याय A.2 देखें)।
- बच्चों द्वारा अपनी भावनाओं और अनुभवों को प्रकट करने या उनके बारे में चर्चा करने की क्षमता परिपक्वता के कारकों द्वारा प्रभावित होती है। इसका मतलब है कि बच्चा और चिकित्सक विकास के विभिन्न स्तरों पर हैं और “अलग-अलग भाषाएं” बोलते हैं। इसके अलावा, अवस्था से संबंधित विकासात्मक विशेषताएं भी बातचीत में बाधा डाल सकती हैं। उदाहरण के लिए, जैसे छोटे बच्चे अनजाने लोगों पर शायद भरोसा ना करें और

किसी भी बच्चे का अकेले में मूल्यांकन नहीं किया जा सकता!



“ऐसी किसी घटनाओं का संयोजन नहीं होना चाहिए जिसके लिए एक व्यक्ति अपने दिमाग में उसका जवाब ना ढूंढ सके” (शर्लोक होम्स, “द वैली ऑफ फियर”)

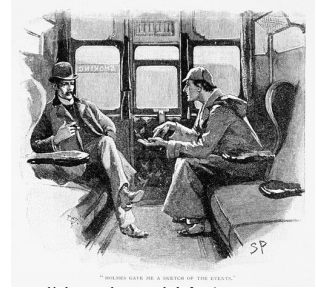
किशोर अक्सर चिकित्सकों को एक अन्य व्यस्क के रूप में देखते हैं जो उन पर अपनी उम्मीदें थोपता है और उन्हें बिना समझे उनके बारे में अपनी राय बनाता है। इसलिए, बच्चों से जानकारी इकट्ठी करने के लिए सवाल-जवाब या विचार-विमर्श के अलावा अक्सर कई प्रकार के संपर्क के तरीकों की ज़रूरत होती है। अलग-अलग उम्र के बच्चों से डेटा इकट्ठा करने और इंटरव्यू लेने के लिए विभिन्न तरीकों की ज़रूरत है (जैसे, एक शिशु का अवलोकन करना, प्रीस्कूल के बच्चों के साथ खेलना, बच्चों या किशोरों से लक्षणों को समझाने के लिए सीधे बात करना, एकांतप्रिय या बेचैन रहने वाले बच्चों के साथ ड्राइंग बनाना आदि)।

- बच्चों के क्लिनिकल मूल्यांकन में आमतौर पर व्यस्क से ज़्यादा समय लगता है (लगभग 2 से 5 घंटे), इसलिए समय का कुशलतापूर्वक उपयोग करना ज़रूरी है। कार्यक्षमता बढ़ाने का एक तरीका रेटिंग स्केल्स और प्रश्नावली हैं (नीचे देखें), लेकिन इन्हें आमने-सामने बैठकर मूल्यांकन करने से नहीं बदला जा सकता है।

## परीक्षण के उद्देश्य

परीक्षण शुरू करने से पहले इसके उद्देश्यों के बारे में अच्छे से जान लेना ज़रूरी है। भले ही, व्यक्तिगत मरीजों और परिवारों में शायद इस लक्ष्य तक पहुँचने के तरीके भिन्न हों, लेकिन उद्देश्य काफ़ी हद तक समान हैं, यानि:

- एक अच्छा *चिकित्सीय* सम्बन्ध बनाएं। कई पक्षों के बीच, खासतौर पर चिकित्सक और बच्चे के बीच, चिकित्सक और माता-पिता के बीच, परिवार के सदस्यों के साथ-साथ बाहरी एजेंसियों के साथ संबंध बनाना भी सहायक होने के साथ ज़रूरी भी होता है। इन संबंधों में मन-मुटाव होने से इलाज की कोशिशों में बाधा आ सकती है।
- *परामर्श का ठीक कारण* समझें (“यह किसकी समस्या है?” “अभी क्यों?”)
- मूल्यांकन के बारे में बच्चे और माता-पिता के मन की और बाहरी *अपेक्षाओं और चिंताओं* को पहचानें।
- बच्चे और परिवार की मुख्य शिकायत को पहचानें।
- सांस्कृतिक या सामुदायिक प्रभावों के प्रति संवेदनशीलता के साथ बच्चा जिस प्रकार से वर्तमान में अपने परिवार, स्कूल, दोस्तों के साथ व्यवहार करता है और यह मौजूदा समस्या / समस्याओं के साथ कितना ज़्यादा खराब है, उस संदर्भ में उसका मूल्यांकन करें।
- जन्म से लेकर अब तक बच्चे के विकासत्मक कार्य और माता-पिता और परिवार के कामकाज अंदाज़ा लगाएं और चिकित्सा और मनोविकार से संबंधित पारिवारिक इतिहास की सटीक जानकारी प्राप्त करें।
- उन व्यक्तिगत, पारिवारिक या पर्यावरणीय कारकों को पहचानें जो मौजूदा कठिनाईयों का कारण बन सकते हैं अथवा उन्हें बढ़ा या सुधार सकते हैं।
- प्राप्त सभी जानकारियों को क्लिनिकल फॉर्मूलेशन के रूप में इकट्ठा करें। यानि, प्रेजेंटेशन में योगदान करने वाले कारकों को समझने के लिए चिकित्सक द्वारा इकट्ठा किये गए डेटा में से मुख्य पॉइंट्स को छांटना। इस समझ से आपको डायग्नोसिस, प्रोगनोसिस और सिफारिश किए जाने वाले इलाजों के बारे में पता चलता है।
- माता-पिता और बच्चों को यह क्लिनिकल फॉर्मूलेशन और सुझाव रचनात्मक तरीके से ऐसे समझाएं कि उन्हें अच्छे से समझ आएँ।
- जिन लक्षणों को प्राथमिक लक्ष्य बनाया है उनके इलाज के फ़ोकस को स्पष्ट करें।



“डेटा से पहले सिद्धांत बना लेना एक बहुत बड़ी गलती है। नासमझी में, तथ्यों के उपयुक्त सिद्धांत बनाने की बजाए कोई सिद्धांतों के उपयुक्त तथ्य बनाने के लिए उन्हें तोड़मरोड़ कर पेश करने लगता है” (शर्लोक होम्स, “अ स्कैंडल इन बोहेमिया”)

संक्षेप में कहा जाए तो मूल्यांकन का उद्देश्य परीक्षण की प्रक्रिया से छांटकर जटिल (और कभी-कभी असामान्य) जानकारी को इकट्ठा करना और उसे एक विशेष कॉन्टेक्ट में डालना जिससे बच्चे के व्यवहार को समझने में आसानी हो और इस व्यक्तिगत केस के लिए इलाज का फोकस और उपयुक्त इंटरवेंशन को स्पष्ट कर सकें।

पहला डायग्नोस्टिक स्टेप अवलोकन और डेटा इकट्ठा करना है। केवल एक ही लक्षण पर भरोसा करके आगे बढ़ना सही नहीं है।

- मरीज और उसके परिवार के साथ प्रस्तावित इलाज से होने वाले फ़ायदे और नुकसान के बारे में और सभी प्रासंगिक वातावरणीय कारकों को पहचान कर उनकी चर्चा करें जो इलाज को प्रभावित कर सकते हैं।
- यह सब समय का प्रभावी तरीके से उपयोग करके हासिल करें।

## बिल्डिंग ब्लॉक्स को एक साथ लाना

मनोरोग संबंधी विकारों को डायग्नोस करने के लिए (अभी तक) कोई विशिष्ट बायोलॉजिकल या रेडियोलॉजिकल मार्कर नहीं हैं। इनके ना होने पर, मल्टीमॉडल डायग्नोस्टिक प्रक्रिया मानसिक स्वास्थ्य की समस्याओं की जाँच का सबसे अच्छा तरीका है। इसका मतलब यह है कि, हम एक मान्य डायग्नोस करने के लिए किसी एक विशिष्ट पद्धति पर भरोसा नहीं कर सकते हैं (जैसे, एक परिवार को इंटरव्यू या कुछ प्रश्नावली भरने के बाद निश्चित डायग्नोसिस के बारे में बताना। इसके बजाए, विभिन्न बिल्डिंग ब्लॉक्स को इकट्ठा करना बहुत ज़रूरी है (जैसे, माता-पिता और बच्चे का अलग-अलग इंटरव्यू, शिक्षक द्वारा प्राप्त रेटिंग स्केल, साइकोमेट्रिक मूल्यांकन आदि)। अगर यह ब्लॉक्स एक साथ फ़िट बैठते हैं (यानि, एक ही दिशा में) हम उनकी डायग्नोस्टिक वॉल बना सकते हैं (यानि डायग्नोसिस)। हम इस कम या ज़्यादा मज़बूत दीवार पर खड़े होकर पूरी समस्या को अच्छे से देख और समझ सकते हैं। केवल तभी चिकित्सक उपयुक्त इलाज की सलाह दे पाते हैं। इन सभी परिस्थितियों को देखने और समझने के बाद ही अंतिम डायग्नोसिस, इलाज, सलाह और प्रोग्नोसिस तैयार किया जाना चाहिए।

आपके डायग्नोस्टिक वॉल को बनाना शुरू करने से पहले (नीचे देखें: स्टेज सेट करना), हम कम से कम चार बेसिक बिल्डिंग ब्लॉक्स इकट्ठा करने की सलाह देते हैं:

1. माता-पिता और बच्चे का इंटरव्यू
2. मानसिक स्वास्थ्य की जाँच
3. मेडिकल हिस्ट्री और शारीरिक जाँच
4. रेटिंग स्केल और साइकोमेट्रिक मूल्यांकन

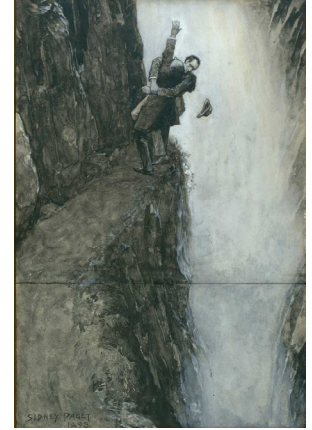
आमतौर पर इन ब्लॉक्स को मिलाने से दो प्रमुख वर्गीकरण प्रणालियों में से एक के अनुसार उपयुक्त निदान खोजने में मदद मिलती है: डायग्नोस्टिक और स्टैटिकल मैनुअल ऑफ़ मेंटल डिसऑर्डर ((DSM-IV; अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2000), और इंटरनेशनल क्लासिफ़िकेशन ऑफ़ डिजीज़ (ICD-10; वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनाइज़ेशन, 1996)।

### कोमर्बिड समस्याएं

माता-पिता और शिक्षक अक्सर अपने बच्चों में दिखने वाले सबसे मुख्य लक्षणों को बताते हैं या वह जो उनकी चिंता का मुख्य कारण हैं, जिसके परिणामस्वरूप कुछ समस्याएं आसानी से नज़रअंदाज़ हो जाती हैं। इंटरनलाइजिंग लक्षण, जैसे बच्चों के लिए बैचेनी, या डिप्रेशन के बारे में समझाना मुश्किल हो सकता है और यह वयस्कों के लिए एक्सर्नलाइजिंग या हानिकारक लक्षण (उदाहरण: जैसा ADHD या कन्डक्ट डिसऑर्डर में देखा गया) की तुलना में कम महत्वपूर्ण होते हैं। बाल मानसिक स्वास्थ्य में कोमर्बिडिटी (एक से अधिक कॉनकरंट डिसऑर्डर की उपस्थिति) बेहद आम है; कई डिसऑर्डर का एक साथ होना इलाज और प्रोग्नोसिस की तरफ़ इशारा करता है।

### डिफरेंशियल डायग्नोसिस

जब कई विकल्प संभव हैं तो डिफरेंशियल डायग्नोसिस वह तरीका है जिसका उपयोग एक डिसऑर्डर की उपस्थिति को व्यवस्थित रूप से पहचानने के लिए किया जाता है। मनोवैज्ञानिक लक्षण अक्सर गलत ढंग से डायग्नोस किए जाते हैं क्योंकि वह कई विभिन्न डिसऑर्डर में पाए जाते हैं (जैसे चिड़चिड़ाहट डिप्रेशन, बाइपोलर डिसऑर्डर, ADHD, बैचेनी आदि), में भी हो सकती है, इसलिए ऐसे डिसऑर्डर जिनके लक्षण एक जैसे होते हैं उन पर विचार किया जाना चाहिए और कुछ को नज़रअंदाज़ कर सकते हैं।



“हम संभावनाओं को संतुलित करते हैं और सबसे बड़ी संभावना को चुनते हैं। यह कल्पना का वैज्ञानिक उपयोग है।” (शर्लॉक होम्स, “द हाउंड ऑफ़ द बास्करविलेस”)

जाँच की शुरुआत से ही जितना संभव हो, मरीज और परिवार से कुछ भी ना छिपाएं।

## स्टेज सेट करना

जाँच के इस भाग का उद्देश्य - शुरुआत से ही - बच्चे के साथ-साथ माता-पिता के साथ एक अच्छा चिकित्सीय संबंध बनाना और सभी उचित प्रशासनिक पहलुओं, रेफरल के कारण और सभी प्रासंगिक पक्षों की उम्मीदों को स्पष्ट करना है।

## उचित स्थान

मरीज के डर को कम करने के लिए, एक पर्याप्त जगह वाले कमरे में, सुखद रौशनी, दीवार पर टंगी रंगीन तस्वीरों और खिलोनों, पेन्सिल और पेपर के साथ उनका मूल्यांकन करने में मदद मिलती है।

## शुरुआत से ही एक अच्छा चिकित्सीय सम्बन्ध बनाना

शुरुआत से ही एक अच्छा चिकित्सीय सम्बन्ध बनाना एक अच्छे उपचारात्मक गठबंधन के निर्माण की कुंजी है। अधिकांश परिवार और बच्चे मानसिक-स्वास्थ्य केंद्र में एक चिकित्सक से मिलने की कल्पना करके ही डर जाते हैं। एक दूसरे के साथ पारदर्शी होने से इस मुश्किल को काफी हद तक कम कर सकते हैं। अक्सर, प्रक्रिया के हर चरण को पहले से समझाना प्रभावी होता है, खासतौर पर शुरुआत में - आप क्या करेंगे और क्यों, और इसमें कितना समय लगेगा।

छोटे बच्चों को यह तसल्ली देना जरूरी है कि वे कहाँ जा रहे हैं और वे किस तरह के डॉक्टर से मिलेंगे (जैसे - एक भावनाओं का चिकित्सक, सहजता से बात करने वाला डॉक्टर, भावनात्मक समस्याओं के लिए एक अस्पताल) और वहाँ सुई या कोई भी दर्दनाक शारीरिक प्रक्रिया नहीं होगी। बच्चों को अक्सर इस बात का कोई अंदाज़ा नहीं होता कि मानसिक स्वास्थ्य जाँच में क्या होता है इसलिए वह अस्पताल में भर्ती होने से, या परिवार से दूर हो जाने से या सज़ा पाने की कल्पना करके डर सकते हैं, खासतौर पर अगर उनकी कठिनाईयाँ परिवार में एक दूसरे पर दोष लगाने का स्रोत रही हैं। माता-पिता और रिश्तेदार अक्सर गलत सूचना देते हैं और इनमें से कुछ मान्यताओं को साझा कर सकते हैं; यह उन्हें समझाने में भी सहायक है कि आप किस प्रकार के पेशेवर हैं।

## प्रशासनिक पहलू

स्पष्ट करें कि मनोरोग जाँच क्या होती है, इसमें कितना समय लगेगा और परिवार आखिर में क्या उम्मीद कर सकता है (उदाहरण के लिए, एक मौखिक सिफारिश, एक लिखित रिपोर्ट)। लागत (अगर फ्रीस है तो) के बारे में शुरू में ही स्पष्ट रूप से बता देना चाहिए। यह पता लगाना भी महत्वपूर्ण है कि क्या वित्तीय या बीमा सीमाएँ हैं, जो क्लिनिकल प्रक्रिया या उपचार विकल्पों को प्रभावित कर सकती हैं। अन्य लोगों से जानकारी प्राप्त करने के लिए निर्धारण, गोपनीयता और संपर्क करने की अनुमति के बारे में भी शुरुआत में सही चर्चा करनी चाहिए। माता-पिता को ज़्यादा से ज़्यादा स्कूल रिपोर्ट्स की कॉपियाँ लाने के लिये कहना चाहिए।

## रेफरल का कारण स्पष्ट करना

शुरू करने से पहले, मूल्यांकन का उद्देश्य सोच लें ताकि आप रेफरल के कारणों के योग्य जाँच की संरचना बना सकें। उदाहरण के लिए, मूल्यांकन अलग होगा अगर कस्टडी डिस्प्यूट के सिलसिले में कोर्ट की रिपोर्ट तैयार करने का उद्देश्य हो, अगर मूल्यांकन का अनुरोध सामाजिक सेवाकर्ताओं द्वारा किया गया हो, या माता-पिता द्वारा परामर्श मांगा गया है कि उनका बच्चा आत्महत्या कर सकता है। इससे आपके मरीज, परिवार या अन्य लोगों के निराश होने की संभावना कम होती है।

बच्चों को अक्सर समझ नहीं आता कि वह एक मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सक से मिलने क्यों जा रहे हैं क्योंकि वह खुद को बीमार महसूस नहीं करते - लेकिन वे शायद इस वादे के बहकावे में जा सकते हैं कि उन्हें डॉक्टर से मिलने के बाद आइसक्रीम या अन्य उपचार मिलेंगे। स्कूल के शिक्षक बच्चे को और ज़्यादा आत्मविश्वास दिखाने को कह सकते हैं और माता-पिता पर बच्चे के साथ अलग तरह से व्यवहार करने और इलाज करवाने के लिए जोर दे सकते हैं। बच्चे की माँ अपनी परवरिश की कोशिशों को सही साबित करने के लिए जाँच करवाना चाह सकती है; और पिता एक ऐसा इलाज चाह सकता है जिससे बच्चे को अतिरिक्त स्कूल संसाधनों तक पहुंच की अनुमति मिल सके और उसकी स्कूल के प्रदर्शन में और सुधार हो सके, जबकि दादी पूरी तरह से अलग ("पुरानी शैली") पेरेंटिंग दृष्टिकोण की इच्छा कर सकती हैं।

अपने प्रोफेशन को समझाने का उदाहरण:

“मैं एक बाल एवं किशोर मनोचिकित्सक हूँ - एक मेडिकल डॉक्टर जो बच्चों और किशोरों में होने वाली व्यवहार और भावनात्मक समस्या को समझने और उसका इलाज करने में विशेषज्ञता प्राप्त हूँ। मेरा पहला काम आपकी समस्याओं को समझने की कोशिश करना है.....”

स्कूल की रिपोर्ट्स नियमित रूप से निम्न के लिए जाँची जानी चाहिए:

- अचानक या धीरे-धीरे शैक्षणिक उत्पादन में गिरावट
- स्कूल के विभिन्न विषयों में प्राप्त अंकों में बड़ा अंतर होना
- सामाजिक और व्यवहार संबंधी समस्याओं के बारे में टिप्पणी करना

परीक्षण के इस भाग में महत्वपूर्ण प्रश्न हैं:

- रेफरल किसने और क्यों शुरू किया? (जैसे, माता-पिता, बाल रोग विशेषज्ञ, स्कूल, कोर्ट, मरीज, आपातकालीन विभाग)
- बच्चे के बारे में और कौन चिंतित है और उस चिंता का कारण क्या है?
- अब क्यों?
- वह मुख्य चिंताएं और प्रश्न कौन से हैं जिसके बारे में लोग जवाब चाहते हैं?

अगर रेफरल के लिए विरोधाभासी कारणों की वजह से आप दुविधा में पड़ जाते हैं तो, संदेह की स्थिति में खुद को याद दिलाएं, कि आप बच्चे के चिकित्सक हैं। अपनी परीक्षण को इस बात पर केंद्रित रखने का प्रयास करें कि आप क्या मानते हैं, अंततः बच्चे के लिए सर्वोत्तम संभव परिणाम प्राप्त होंगे।

## उम्मीदों को संभालना

गलत या बढ़ी हुई उम्मीदें हताश होने का एक सामान्य स्रोत है। साक्षात्कार के शुरुआत में परिवार की उम्मीदों को जाँचने में सहायता मिलती है। यह तालमेल बिठाने और एक दूसरे को समझने में मदद करता है। क्या उम्मीद है इस बारे में माता-पिता और बच्चे की घबराहट को कम करने के लिए परिवार को तैयार करता है। उम्मीदों को संभालने के लिए जाँच प्रक्रिया को स्पष्ट रूप से समझाने, कि उससे क्या हो सकता है और क्या नहीं, की ज़रूरत हो सकती है।

## माता-पिता और बच्चे का इंटरव्यू

### मैं किससे और किस क्रम में बात करूँ?

क्लिनिकल प्रक्रिया की शुरुआत में माता-पिता के साथ बच्चे का होना उचित है तथा उससे बहुत सारी जानकारी मिल सकती है। बाद में, इससे मरीज और माता-पिता का अलग-अलग इंटरव्यू लेने में मदद मिलती है। जबकि ऐसा करने के लिए कोई नपे-तुले नियम नहीं हैं, लेकिन किसी न किसी स्तर पर रोगियों का इंटरव्यू खुद करना अनिवार्य है, खासतौर पर उन विषयों पर जिनके बारे में मरीज माता-पिता की मौजूदगी में बात करने में असहज महसूस करते हैं जैसे आत्महत्या के विचार, मार-पीट या शारीरिक दुर्व्यवहार का विषय।

ज्यादातर मामलों में, माता-पिता को अपने बच्चे की आंतरिक भावनाओं, घर के बाहर होने वाले अनुभवों और स्कूल की परफॉर्मंस के बारे में सीमित ज्ञान होगा। माता-पिता, बच्चे और शिक्षकों के बीच मतभेद होना आम बात है। अध्ययनों से पता चला है कि माता-पिता और बच्चे के बीच समझौता सामान्य से मध्यम है (उदाहरण, अकेनबाक एट अल, 1987; सालबाक-एंड्रे एट अल, 2009)। स्कूल जाने वाली उम्र के बच्चों और किशोरों को खुद बेचैनी या डिप्रेशन की भावना, आत्महत्या के विचार, और ऐसे कई व्यवहारों के बारे में जानकारी होती है जिनके बारे में उनके माता-पिता को बिलकुल भी आभास नहीं होता - जैसे कि यौन गतिविधि, यौन पहचान के मुद्दे, यौन शोषण, नशीली दवाओं के उपयोग, जुनूनी विचार (obsessions) और विभ्रान्ति। दूसरी तरफ, माता-पिता धोखेबाजी, चंचलता, ध्यान की कमी, आवेग, गैर-अनुपालन, और आक्रामकता जैसे व्यवहारों की जानकारी देने के लिए अच्छा स्रोत हैं।

### मुझे कैसे प्रश्न बनाने चाहिए?

लगभग सभी केस में एक से तीन ओपन-एंड प्रश्नों के साथ शुरुआत करना पर्याप्त है। यह तालमेल स्थापित करने में मदद करता है और समय से पहले फोकस कम होने से बचाता है। इसके अलावा, माता-पिता को उनकी समझ के हिसाब से समस्या को विस्तार से बताने का समय देने में मदद मिलती है। इससे उनको यह स्पष्ट करने में मदद मिलती है कि उनकी असली चिंता क्या है, उनको यह महसूस करने देना कि चिकित्सक ने उन्हें अच्छे से सुना और उनकी समस्या को समझ लिया है। बाद में, इससे बात-चीत के दौरान माता-पिता को अपने वास्तविक शब्दों को सुधारने में मदद मिलती है (आपने शाम के समय आपके लाडले द्वारा बिताए जाने वाले विशेष समय के बारे में बताया। ऐसा पहली बार कब हुआ?)

“यह किसका विचार था कि आपके बच्चे को मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है?”

दो महत्वपूर्ण प्रश्नों के बारे में जाँच की शुरुआत में पता लगाना जरूरी है:

- यह किसकी समस्या है?
- अब क्यों?

“आपकी उम्मीद के अनुसार इस जाँच से क्या हासिल होगा?”

जहाँ बच्चे आंतरिक लक्षणों की जानकारी देने के लिए बेस्ट स्रोत होते हैं वहीं माता-पिता बाहरी व्यवहारों के बारे में विश्वसनीय जानकारी दे सकते हैं।

जैसे-जैसे इंटरव्यू आगे बढ़ता है आप विवरणों को और स्पष्ट रूप से जानने के लिए ज़्यादा से ज़्यादा फ़ॉलो-अप प्रश्न पूछ सकते हैं, और उन विषयों को जाँचने के लिए प्रश्न पूछ सकते हैं जिनका अभी तक उल्लेख नहीं किया गया है। अगर इनसे महत्वपूर्ण जानकारी नहीं मिल पाती है तो अन्य विषय के साथ आगे बढ़ें।

## सच्चा कौन है?

जैसा कि पहले बताया गया है, बच्चों के व्यवहार के बारे में समीक्षकों के विवरण के बीच असहमति होना आम बात है और इसके कई संभावित स्रोत हैं:

- असहमति वास्तव में विभिन्न सेटिंग्स में या अलग-अलग समीक्षकों के साथ बच्चे के व्यवहार में अंतर को दर्शाती है
- बच्चे के व्यवहार को परखने के विभिन्न मानक
- समान उम्र के अन्य बच्चे किस तरह का व्यवहार करते हैं इसके बारे में जानकारी ना होना
- समीक्षकों का पक्षपात

भिन्न रिपोर्टों को कम करने के लिए, ज़्यादा से ज़्यादा ऐसे स्रोतों या लोगों को अधिक महत्व देते हुए उनसे जानकारी इकट्ठा करना उपयोगी है जो चिकित्सकों की राय में अधिक विश्वसनीय हैं। ज़्यादातर मामलों में विभिन्न संदर्भों या विभिन्न दृष्टिकोणों से बच्चे जानने और समझने के लिए सच की बजाए असहमति से ज़्यादा उपयुक्त परिणाम मिलते हैं। जितने ज़्यादा दृष्टिकोणों से आप जानकारी प्राप्त करते हैं, उतना ही ज़्यादा आप समझेंगे और मूल्यांकन भी उतना ज़्यादा सटीक होगा।

## पूछने के महत्वपूर्ण विषय

क्लिनिकल परीक्षण के पांच प्रमुख विषय हैं:

- लक्षण
- प्रभाव
- रिस्क फैक्टर
- ताकत
- स्पष्टीकरण

## लक्षण

प्रारंभिक ध्यान उन लक्षणों पर होना चाहिए जिनके कारण रेफरल हुआ और जो मरीज़ और परिवार (मुख्य शिकायतकर्ता) के लिए सबसे ज़्यादा चिंता का विषय हैं। समस्याग्रस्त व्यवहार के बारे में निम्न महत्वपूर्ण विशेषताओं के बारे में स्पष्ट करने की आवश्यकता है:

- आवृत्ति (समय के साथ परिवर्तन?)
- तीव्रता (समय के साथ परिवर्तन?)
- अवधि
- वह संदर्भ जिसमें व्यवहार बदलता है
- समस्या की प्रगति

अगला कदम समस्या / समस्याओं का विस्तृत इतिहास प्राप्त करना है। उसके होने के कारण की सही समझ उचित इलाज देने के लिए बहुत ज़रूरी है। इसके लिए, यह जानना महत्वपूर्ण है कि क्या यह समस्या:

- बचपन से है (जैसे, ऑटिज़्म के लक्षण)
- यह रुक-रुक कर या बार-बार होने वाली है (उदाहरण: डिप्रेशन या उन्माद (मैनिक) लक्षण, टिक्स),

इंटरव्यू के दौरान माता-पिता के वास्तविक शब्दों को उपयोग करने से उनको यकीन दिलाने में मदद मिलती है कि आपने उन्हें अच्छे से सुन लिया है।

कई माता-पिता अपने बच्चे के बिगड़े व्यवहार के बारे में बताते हुए परेशान हो जाते हैं, माता-पिता को अपने शब्दों में बच्चे के व्यवहार का इतिहास बताने का मौका देने से मदद मिलती है, भले ही यह कन्फ्यूज करने वाला हो।



- पहले जो अच्छे से काम करता था उसकी स्थिति में गिरावट दिखती है (जैसे: स्किज़ोफ्रीनिया)

परीक्षण के इस भाग में चिकित्सक पिछले सभी इलाजों के बारे में जानकारी इकट्ठा करता है जिसमें दवा, परामर्श, हॉस्पिटल में भर्ती या पारंपरिक, कॉम्प्लीमेंट्री और वैकल्पिक चिकित्सा का उपयोग शामिल है (अध्याय J.2 देखें)

## प्रभाव

अगला कदम बच्चे और परिवार के सदस्यों के दैनिक जीवन पर इन लक्षणों के पड़ने वाले प्रभाव के बारे में पूछना है: रोगी के जीवन की गुणवत्ता, भाई-बहन, माता-पिता के रिश्ते, विस्तारित परिवार, स्कूल की कक्षा, अकेडमिक परफॉर्मेंस, दोस्तों के साथ सम्बन्ध और विकास पर प्रभाव। इसमें यह पता लगाना शामिल है कि समस्याएं किस संदर्भ में शुरू होती हैं और किस संदर्भ में नहीं, और कहाँ यह बहुत कम मात्रा में शुरू होती हैं (हानि के अभाव में चिह्नित लक्षणों का एक उदाहरण अक्सर विशिष्ट फोबिया में देखा जाता है)।

ध्यान रहे कि समस्या व्यवहार में दिख सकता है:

- बच्चे के अंदर छिपा हुआ विकार
- बच्चे और पर्यावरण के बीच एक बेमेल संबंध
- बच्चे के पर्यावरण के भीतर एक समस्या
- आमतौर पर, उपरोक्त सभी का एक संयोजन।

## रिस्क फैक्टर

अगला कदम अतीत में और विस्तारित परिवार (पारिवारिक इतिहास) में मौजूद रिस्क फैक्टर्स के लिए स्क्रीनिंग पर जोर देना है, महत्वपूर्ण रिस्क फैक्टर्स आनुवंशिक, विकासात्मक, पारिवारिक और सामाजिक हैं। बच्चों में मानसिक स्वास्थ्य संबंधी डिसऑर्डर के अधिकांश कारणों को रिस्क फैक्टर्स के संदर्भ में बेहतर तरीके से समझा गया है। यहाँ तीन अलग-अलग प्रकार के रिस्क फैक्टर हैं जिन्हें “the 3 P’s” में विभाजित करना उचित है:

- पहले से प्रवृत्त होने के घटक/प्रीडिसपोजिंग फैक्टर्स( Predisposing Factors), जो बच्चे को डिसऑर्डर के प्रति संवेदनशील बनाता है (उदाहरण: जींस, जन्म के समय का वजन, लिंग)
- अवक्षेपण कारक /प्रेसिपिटिंग फैक्टर( Precipitating Factor ), जो लक्षणों को बिगाड़ने या आपातकालीन स्थिति से जुड़े हैं (उदाहरण: एनोरेक्सिया नर्वोसा में प्यूबर्टी की शुरुआत)
- स्थायी कारक/पेरेचुएटिंग फैक्टर्स( Perpetuating Factors), जो लक्षणों को बनाए रखते हैं (जैसे: अपर्याप्त पेरेटिंग स्टाइल, प्रोफेशनल इंटरवेंशन की कमी, स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच ना होना)

इससे मिलता-जुलता समान उदाहरण हवा का है, जो एक खिड़की के छेद में से होकर गुजरती है। छेद से पहले, शायद खिड़की का कांच एक जगह से नाजुक था (प्रीडिसपोजिंग)। फिर कांच पर एक पत्थर टकराया (प्रेसिपिटिंग) और वहाँ उसे ठीक करने के लिए कोई कारीगर नहीं था (पेरेचुएटिंग)। इसलिए हवा अभी भी उस छेद से आर-पार हो रही है (डिसऑर्डर के लक्षण)(गुडमैन एंड स्कॉट, 2005).

डिवेलपमेंट हिस्ट्री, यह गर्भावस्था के शुरू होने से लेकर जन्म और प्रारंभिक विकास तक बच्चे के विकास का एक विस्तृत विवरण है। अगर ज़रूरत हो तो, यह महत्वपूर्ण माइलस्टोंस (टेबल A.5.3 देखें) और फ़ॉलो-अप प्रश्नों के बारे में स्क्रीनिंग प्रश्नों के साथ एक व्यवस्थित दृष्टिकोण का उपयोग करने के लिए सहायक और समय प्रभावी है। माता-पिता अक्सर अपनी याददाश्त के अनुसार डिवेलपमेंट माइलस्टोंस का समय अलग-अलग बताते हैं। इनमें समस्याओं की जाँच करें:

परिवार, स्कूल, मरीज और उसके साथियों पर पड़ने वाले लक्षणों के प्रभाव की जाँच करें।

### रिस्क फैक्टर

रिस्क फैक्टर एक ऐसी चीज है जो बीमारी के विकसित होने की संभावना को बढ़ाती है। यह किसी के कुछ उपयोग करने की वजह से हो सकती है (जैसे, गाँजा का उपयोग करने से मनोवैज्ञानिक लक्षणों के बढ़ने का खतरा बढ़ जाता है। बाकी समय में किसी के कुछ भी करने से खतरे पर कोई फर्क नहीं पड़ता, यह बस रहता है। जैसे किशोरावस्था में लडकियाँ लडकों की तुलना में ज्यादा डिप्रेशन का शिकार होती हैं। इसलिए लिंग या जेंडर डिप्रेशन का रिस्क फैक्टर है।

विकासात्मक इतिहास (डिवेलपमेंट हिस्ट्री) के बारे में प्रश्न पूछना शुरू करने से पहले माता-पिता को यह समझाने से कि यह बातें पूछना ज़रूरी क्यों है, इनसे काफी मदद मिलती है। वरना वो प्रश्न सुनकर भ्रमित हो सकते हैं।

- बेसिक कार्य (सोना, खाना, शौचालय की आदतें सीखना)
- कॉगनिटिव डिवेलपमेंट और स्कूल कार्य: बच्चे की भाषा का विकास, पढ़ना, लिखना, और मैथ स्किल। स्कूल में आगे बढ़ने के लिए कुछ सहज कॉगनिटिव क्षमताओं की ज़रूरत होती है, लेकिन यह बच्चे की प्रेरणा, ध्यान केंद्रित करने की क्षमता, अधिकार के प्रति दृष्टिकोण, दोस्तों के साथ संबंधों की क्षमता, निराशा और देर से मिलने वाली खुशी या संतुष्टि के लिए सहनशीलता और यह सब सीखने के लिए माता-पिता कितना सपोर्ट करते हैं इस बात को दर्शाता है।
- इंटरपर्सनल डिवेलपमेंट: बचपन में बिछड़ जाने पर प्रतिक्रिया, अन्य बच्चों के साथ खेलने की क्षमता, रिश्तों की स्थिरता, दोस्तों की संख्या, उसके द्वारा की जाने वाली अलग प्रकार की गतिविधियां, जो बताई गयी हैं
- भावनात्मक विकास और स्वभाव
- ट्रॉमा हिस्ट्री: शारीरिक, यौन, भावनात्मक, निगलेक्ट, अक्व्यूट या क्रोनिक हानिकारक व्यवहार: सिर पीटना या खुद को हानि पहुंचाने वाला व्यवहार, मृत्यु के बारे में विचार या टिप्पणियाँ, आत्म विकृति (self-mutilation) कटिंग, अन्य लोगों या जानवरों के प्रति हानिकारक कार्य करता है।

पारिवारिक इतिहास: इसमें परिवार के सदस्यों में न्यूरो-साइकियाट्रिक डिसऑर्डर (जैसे, शराब पीने की आदत, मादक द्रव्यों के सेवन, आत्महत्या और रिश्तेदारों के असामान्य या विषम व्यवहार) के बारे में और पिछली और मौजूदा पारिवारिक कार्यशैली के बारे में प्रश्न (स्क्रीनिंग) शामिल हैं।

बच्चे के डिसऑर्डर में योगदान करने वाले संभावित जेनेटिक का आंकलन किया जाना चाहिए (जैसे, पिता में मौजूद बाइपोलर डिसऑर्डर बेटे के डिप्रेशन के लक्षणों पर एक नयी रौशनी डालेगा), लेकिन कोई भी साइकियाट्रिक डिसऑर्डर अकेले जेनेटिक ट्रांसमिशन के द्वारा उत्पन्न नहीं होता है, लेकिन इसकी वजह से विभिन्न डिसऑर्डर्स के होने की संभावना बढ़ जाती है (लूथर एंड प्रिंस, 2008)। भले ही कुछ माता-पिता मानसिक रोग के मूल्यांकन के दौरान कुछ ना बताएं, क्योंकि उन्हें लगता है कि अगर उनका एक बच्चा इस डिसऑर्डर का शिकार है तो उसके भाई-बहन भी निश्चित रूप से इससे प्रभावित हो सकते हैं, इसलिए डिसऑर्डर की अभिव्यक्ति के लिए जेनेटिक योगदान के बारे में स्पष्ट रूप से बताने से अक्सर माता-पिता और भाई-बहनों के बीच डर, अपराध बोध और तकलीफ को कम करने में सहायक हो सकता है।

## ताकत

यह केवल मरीज के परिवार और परिवार की कमियों पर ध्यान केंद्रित करने और लगभग हमेशा मौजूदा ताकत को नज़रअंदाज़ करने के लिए एक बड़ी गलती है, जो इलाज के लिए महत्वपूर्ण संकेत दे सकता है। ऐसा दृष्टिकोण बच्चे और माता-पिता दोनों के आत्मसम्मान का समर्थन करता है और उन फैक्टर्स के बारे में जानकारी प्रदान करता है जो कमजोरियों के क्षेत्रों को सुधारने या संवेदनशील क्षेत्रों की क्षतिपूर्ति करने में मदद कर सकते हैं।

## स्पष्टीकरण (Explanations)

यह जानने के लिए कि किस प्रकार की साइकोएजुकेशन इंटरवेंशंस ज़रूरी हो सकती हैं, बच्चे के व्यवहार और उसके कारणों के बारे में माता-पिता के विचार जानने से बहुत जानकारी मिलती है। माता-पिता और बच्चे अपने लक्षणों के मूल्यांकन के बारे में क्या सोचते हैं, यह जानने से परिवार के सांस्कृतिक पृष्ठभूमि के बारे में महत्वपूर्ण संदर्भ मिल सकते हैं (शोलेवर, 2007)।

## इंटरव्यू का निष्कर्ष निकालना

कोलैबोरैटिंग फैशन में इंटरव्यू खत्म करने से इस बात की संभावना है कि बच्चा और परिवार इसके और आगे होने वाले चिकित्सीय इंटरव्यू के बारे में सकारात्मक महसूस करेंगे। इस स्टेज के लिए उपयुक्त प्रश्न हैं:

माता-पिता से पूछे जाने वाले संभावित ट्रॉमा स्क्रीनिंग प्रश्न हैं: “क्या आपके बच्चे ने कभी कोई बुरा या डरावना हादसा देखा है?”

बच्चे से पूछे जाने वाले संभावित ट्रॉमा स्क्रीनिंग प्रश्न हैं: क्या आपको कभी किसी ने चोट पहुंचाने की कोशिश की है?”

डिवेलपमेंटल प्रोग्रेस में रुकावट आने या बदलाव होने पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए।

परिवार के दोनों पक्षों से न्यूरो-साइकियाट्रिक डिसऑर्डर के बारे में नियमित रूप से सवाल पूछे जाने चाहिए।

चिकित्सक को माता-पिता की साइकोपेथोलॉजी इंटरव्यू के दौरान पूरे समय चौकस रहना चाहिए (जैसे, जो माँ परेशान नहीं हैं उसकी तुलना में एक परेशान माँ अक्सर अपने बच्चे के व्यवहार के बारे में ज़दा नेगेटिव जानकारी देगी)

“यह ज़रूरी है कि डायग्नोस्टिक पूछताछ का टेनोर इस प्रश्नसा के रूप में किया जाए कि बच्चा केवल एक लक्षण दिखाने वाला मरीज नहीं है” (किंग 1997)

- “मैंने ऐसा क्या नहीं पूछा जो महत्वपूर्ण है?”
- मैंने आपसे बहुत से प्रश्न पूछे हैं। क्या आप मुझसे कोई प्रश्न पूछना चाहते हैं?”

## माता-पिता के साथ इंटरव्यू

### माता-पिता का इंटरव्यू लेने का उद्देश्य

माता-पिता का इंटरव्यू यह स्पष्ट करना चाहता है:

- उनके बच्चे के व्यवहार के कौन से पहलू उनके लिए सबसे बड़ी चिंता का विषय है
- समस्या से निपटने के लिए उन्होंने क्या कोशिश की है
- बच्चे के बिगड़े व्यवहार का परिवार के बाकी सदस्यों पर क्या प्रभाव पड़ा है
- अगर प्रॉब्लम बिहेवियर स्थिति-विशिष्ट या व्यापक (सिर्फ स्कूल में लापरवाही बरतना या बेचैनी, पर और कहीं नहीं), ऐसे व्यवहार से ADHD के प्रीज़मिटिव डायग्नोसिस का शक नहीं हो सकता)
- अगर परिवार में किसी को न्यूरो-साइकियाट्रिक डिसऑर्डर है।

### स्टैण्डर्डडाइज़ इंटरव्यूज़

स्टैण्डर्डडाइज़ इंटरव्यूज़ (किसी भी दी गई स्थिति में विशिष्ट प्रश्नों के साथ डायग्नोस्टिक टूल्स) अक्सर रिसर्च में उपयोग किये जाते हैं लेकिन यह हर रोज की प्रैक्टिस में भी प्रभावी रूप से सहायक हो सकते हैं। दूसरी तरफ, विशेष रूप से शुरुआती लोगों के लिए, स्टैण्डर्डडाइज़ इंटरव्यूज़ (विशेष रूप से विकासात्मक और पारिवारिक इतिहास के लिए) साइकोपेथोलॉजी के प्रमुख डोमेन को कवर करने में मदद कर सकते हैं। वे सुनिश्चित करते हैं कि चिकित्सकीय लक्षणों की एक विस्तृत श्रृंखला के बारे में व्यवस्थित रूप से पूछताछ करे, खासतौर पर वह जो चिकित्सक की नज़र में महत्वपूर्ण हों लेकिन उनसे कोई समस्या ना हो रही हो। इन साधनों के उपयोग करने से कोमॉर्बिड डिसऑर्डर के नज़रंदाज़ होने की संभावना कम हो जाती है। दूसरी तरफ, यह साधन कभी भी व्यक्तिगत साइकेट्रिक इंटरव्यू की जगह नहीं ले सकते हैं; इन पर डायग्नोसिस या इलाज के लिए बनाई गई योजना के एकमात्र आधार के रूप में भरोसा नहीं किया जा सकता है। इसके अलावा, कई अन्य केवल सिम्टम इन्वेंट्रीज़ हैं और परस्थिति सम्बन्धी संदर्भ, सहन करने के तरीके, भावनाओं आदि जैसे महत्वपूर्ण लक्षण सम्बन्धी जानकारी नहीं पूछते हैं (ले कूटर एंड गार्डनर, 2008)।

## बच्चे का इंटरव्यू

बच्चे के इंटरव्यू के उद्देश्य हैं:

- बच्चे का विश्वास हासिल करें। सामान्य तौर पर, छोटे बच्चों का विश्वास हासिल करने में ज़्यादा समय लगता है
- समस्या के बारे में बच्चे के दृष्टिकोण को समझना
- बच्चे की मौजूदा डिवेलपमेंटल स्टेज को अच्छे से समझना
- भावनात्मक लक्षणों, दर्दनाक घटनाओं, ट्रॉमेटिक घटनाएं, नशे का उपयोग और यौन समस्याओं के बारे में जानकारी प्राप्त करना
- मानसिक स्थिति के परीक्षण के लिए डेटा इकट्ठा करना (नीचे देखें)।

बच्चे अक्सर उचित समय पर माता-पिता को कमरे से बाहर जाने का संकेत दे देते हैं, आमतौर पर यह कुछ ही मिनटों में हो जाता है, (कम्बल या टेडीबियर) जैसे ट्रानज़िशनल ऑब्जेक्ट्स इस ट्रानज़िशन को आसान बनाते हैं, हालाँकि सेपरेशन एंजाइटी के केस में यह असंभव हो सकता है। बच्चा जितना बड़ा होगा, आपको उतना ही जल्दी इस कॉन्जॉइंट सेशन को खत्म करने में सक्षम होना चाहिए। बच्चों को अपने माता-पिता के सामने उनकी समस्या के बारे में चर्चा सुनना शर्मनाक लगता है।

“जब मैं ऐसे बच्चे के माता-पिता से मिलता हूँ जो मेंटल डिसऑर्डर से पीड़ित है, मैं सबसे पहले उन्हें यह बताने के लिए कहता हूँ कि उनके बच्चे में सबसे खास बात क्या है, वह बच्चे में कौन सी क्षमताओं, संसाधन, भावनाओं और प्रतिभाओं को पहचानते हैं।” (जियोवानी बोलिया, इटालियन बाल मनोचिकित्सक)

माता-पिता कभी-कभी इस बात से डरते हैं कि केवल उन्हीं के बच्चे के साथ समस्या है। ऐसे में उन्हें चिकित्सक से यह सुनकर राहत मिलती है कि ऐसी समस्याएं बिलकुल भी असामान्य नहीं हैं और उन्होंने कई परिवारों में इस प्रकार की समस्या को देखा है और उनकी मदद की है।



“कुछ तथ्यों को पहचानने की कला में सक्षम होना, जो आकस्मिक और महत्वपूर्ण हैं। वरना ध्यान देने की बजाए आपकी एनर्जी और वक्त दोनों ही बर्बाद हो जायेगा।” (शर्लॉक होम्स, “द राइगेट पजल”)

## कैसे शुरू करें?

एक बार माता-पिता के कमरे से बाहर जाने के बाद, ऐसे निष्पक्ष विषयों पर बातें करते हुए इंटरव्यू शुरू करना बुद्धिमानी है जिस पर बच्चे को बात करने में रूचि हो, जैसे उससे उसके शौक, पसंदीदा जानवर, छुटियाँ, क्रिसमस या जन्मदिन के उपहारों के बारे में पूछना ठीक रहता है। अगला कदम बच्चे से यह पूछना है कि उसे इंटरव्यू के उद्देश्य के बारे में क्या बताया या समझाया गया है; इससे अक्सर बच्चे और माता-पिता के बीच के संबंधों और खुले तौर पर बातचीत करने के साथ-साथ बच्चे के कॉगनिटिव डिवेलपमेंट के बारे में भी जानकारी मिलती है।

कुछ बच्चों को माता-पिता या शिक्षकों की चिंता का कारण बनने की बजाय, अपनी खुद की चिंताओं को व्यक्त करने के लिए प्रोत्साहन की ज़रूरत होती है। इस बात का ध्यान रखें कि आप प्रश्न पूछते समय किस तरह के शब्दों का उपयोग करते हैं: छोटे बच्चों को विशेष रूप से सलाह से प्रभावित किया जा सकता है।

## विकासात्मक रूप से उपयुक्त इंटरव्यू की तकनीकें

प्रीस्कूल की उम्र के बच्चों से इंटरव्यू के दौरान एक जगह शांति से बैठने की उम्मीद नहीं की जानी चाहिए और इंटरव्यू के लिए यह तय करने की ज़रूरत है कि बच्चे के लिए कौन सी खेल सामग्री उपलब्ध कराई जाएगी। विकासात्मक रूप से उपयुक्त इंटरव्यू की तकनीकों में ड्राइंग बनाना, खेल और सीधे प्रश्न पूछना शामिल है। हर केस के लिए उपयुक्त तकनीक बच्चे की उम्र (क्रॉनोलोजिकल उम्र से ज़्यादा विकासात्मक उम्र) और बताई जा रही समस्याओं (जैसे, सिलेक्टिव म्यूटिज़्म) पर निर्भर करेगी। बच्चे को शुरू में एक ड्राइंग बनाने के लिए बुलाना हमेशा एक अच्छी शुरुआत होती है। सीधे पूछे जाने वाले प्रश्न छोटे, सरल, अच्छे शब्दों के साथ और ठोस मुद्दे से संबंधित होने चाहिए (जॉस 2003)। उदाहरण के लिए, “क्या आपको स्कूल में, अन्य स्टूडेंट्स के साथ दोस्ती करने में और स्पोर्ट्स पसंद करने में परेशानी होती है?” पूछने के बजाए “क्या आपको स्कूल में कोई परेशानी हो रही है?”

बच्चे के साथ खेल में शामिल होने से निम्नलिखित में मदद मिल सकती है:

- उनके साथ सहानुभूति रखने में
- उनकी मन की स्थिति का अंदाज़ा लगाने में
- उनके समन्वय और मोटर स्किल्स का पता लगाने में
- स्पीच और भाषा के विकास का मूल्यांकन करने में
- टेस्ट अटेंशन स्पैन
- कॉम्प्लेक्स थिंकिंग के लिए उनकी क्षमता को समझना
- इंटरएक्टिव प्ले और “एज ड्रफ़” जैसे खेल के लिए उनकी क्षमता का आंकलन करना (यह खासतौर पर तब ज़रूरी है जब परवेसिव डिवेलपमेंटल डिसऑर्डर का शक हो)
- मानसिक स्थिति के परीक्षण के लिए जानकारी इकट्ठा करना (नीचे देखें)।

बच्चों की आंतरिक भावनाओं का पता लगाने वाले प्रश्नों में शामिल हैं:

- “आप किस जानवर को सबसे ज़्यादा / या कम पसंद करेंगे?”
- “आप एक निर्जन द्वीप में अपने साथ किसे ले जाएंगे?”
- “अगर आपको तीन मेजिक विशेष दी जायें तो आप क्या मांगेंगे?”

किशोरावस्था वाले बच्चों का इंटरव्यू लेना बिलकुल अन्य बच्चों जैसा होता है। लेकिन आपको अन्य बच्चों की तुलना में किशोरों के साथ अधिक समय बिताने की ज़रूरत होगी। किशोर को यह विश्वास दिलाना कि माता-पिता और चिकित्सक उसके खिलाफ़ नहीं हैं, बहुत आवश्यक होता है। किशोरों के साथ इंटरव्यू शुरू करने से पहले यह जान लेना आवश्यक होता है कि उन्हें इंटरव्यू के बारे में क्या लगता है, इंटरव्यू किसलिए ज़रूरी है और उन्हें इसके बारे में क्या बताया गया है।

किशोरों को कमज़ोर, अजीब या अलग समझा जाता है। वह इस प्रक्रिया में शामिल करने या

“चिकित्सक को लिंग, आयु और नैतिकता या बैकग्राउंड के संदर्भ में, उसके और बच्चे (या माता-पिता) के बीच इंटरव्यू प्रक्रिया की समानताओं या समझे हुए अंतर के प्रभाव के बारे में पता होना चाहिए” (किंग, 1997)

विश्वास और तालमेल के बिना, वैध जानकारी प्राप्त होने की संभावना कम होती है।

बच्चे द्वारा बताई जाने वाली भावनाएं, मनोदशा, डिस्ट्रेस लेवल और महत्वपूर्ण घटनाओं की जानकारी बच्चे की मानसिक दशा को समझने में बेहतर योगदान देती है।

टीवी शो या फिल्मों पर आधारित खिलौनों से जुड़ी पहले से तैयार स्क्रिप्ट्स की बजाय सामान्य खिलौने बेहतर होते हैं इनका इस्तेमाल करने से बच्चों को अपनी चिंताओं और समस्याओं को अच्छे से उजागर करने में मदद मिलती है (बॉस्टिक एंड किंग, 2007)

उद्देश्य, अवधि, गोपनीयता के मुद्दों, और चिकित्सक की भूमिका को बाल विकास को ध्यान में रखते हुए उचित रूप से चर्चा की जानी चाहिए। सैपल प्रश्न:

- “आपके माता-पिता ने आपको यहाँ आने के बारे में क्या बताया है?”
- “आपको यहाँ आकर कैसा महसूस होता है?”

ना करने, निष्पक्षता और न्याय के बारे में बहुत संवेदनशील होते हैं। इस लाइन में किशोरों से पूछे जाने के लिए उपयोगी प्रश्नों में शामिल हैं:

- “आपको अपने जीवन में क्या उचित और अनुचित लगता है?”
- “आप अपने स्कूल / परिवार / दुनिया में सबसे ज्यादा क्या बदलना चाहेंगे?”
- “अगले 10 वर्षों के लिए आपकी क्या योजनाएं हैं?”

### गोपनीयता: “क्या आप मेरे माता-पिता को बताएंगे?”

चिकित्सा सहायता लेने के संबंध में किशोरों की प्रमुख चिंताओं में से एक गोपनीयता है। किशोरों को हमेशा डॉक्टर-मरीज के संबंधों की गोपनीयता के स्वरूप और शुरुआत से ही इसकी सीमाओं के बारे में बताया जाना चाहिए: यह गोपनीयता तभी तोड़ी जायेगी जब मरीज असुरक्षित हो या दूसरों को किसी बात का खतरा हो। दुरुपयोग की घटनाओं की रिपोर्ट करने के लिए, कई देश मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों पर वैधानिक दायित्वों (statutory obligations) को लागू करते हैं। इस संबंध में कानूनों में फ़र्क हो सकता है और चिकित्सकों को स्थानीय ज़रूरतों के हिसाब से अप टू डेट रहने की ज़रूरत है। इंटरव्यू की शुरुआत में ही गोपनीयता के बारे में बात कर लेना अच्छा रहता है, जब माता-पिता और किशोर दोनों उपस्थित हों, ताकि माता-पिता को पता रहे कि उनके बच्चे द्वारा बताई गई बातों को गोपनीय रखा जाता है।

### किशोरावस्था के मरीजों के साथ इंटरव्यू के लिए उनकी रुचि के विशेष क्षेत्र

- असामाजिक या अपराधी व्यवहार (जैसे, क्या आपने कुछ ऐसा किया है कि उसके बारे में सोचने पर आपको लगता है कि यह बहुत खतरनाक था?)
- लैंगिक पहचान और गतिविधि (जैसे, “क्या आपके दिल में कभी किसी के लिए प्रेमसंबंधी भावनाएं थीं?” एक किशोरावस्था के लड़के / या लड़की से इस तरह से प्रश्न ना पूछें, जैसे, “क्या आप किसी लड़की / या लड़के को पसंद करते हैं?” ऐसे में अगर किशोर समलैंगिक भावनाओं से जूझ रहा है तो उन्हें यह गलतफहमी हो सकती है कि आप उनसे हेट्रोसेक्सुएलिटी के बारे में प्रश्न पूछ रहे हैं
- शराब और मादक पदार्थों का सेवन (पिछले खुलासे से शुरू करें, माता-पिता, दोस्तों, पदार्थों के प्रभाव - का संदर्भ उपयोग करें - भले ही उनको यह विश्वास हो कि इनके सेवन से उनके लक्षणों में कमी आती है, जैसे- खुद अपना इलाज करना)
- आत्महत्या का विचार आना या कोशिश करना, जिसमें खुद को चोट पहुंचाना भी शामिल है (जैसे, “क्या कभी-कभी आपका मन खुद को चोट पहुंचाने का करता है?”, “क्या आपको कभी ऐसा लगा कि आपका जीवन जीने लायक नहीं है?”

## मानसिक स्थिति का परीक्षण

मानसिक स्थिति परीक्षण (MSE) का उद्देश्य परीक्षण के दौरान बच्चे की कार्यप्रणाली, व्यवहार, लक्षण और उसकी उपस्थिति का इंटरप्रेटेशन नहीं, बल्कि एक ऑब्जेक्टिव विवरण लेना है। एक अच्छी तरह से लिखा हुआ MSE उसी चिकित्सक या किसी अन्य चिकित्सक के लिए भी हफ्तों, महीनों या सालों बाद भी मूल्यांकन करते समय मरीज की मानसिक स्थिति को स्पष्ट करता है। MSE किसी भी मानसिक चिकित्सा संबंधी परीक्षण का एक अनिवार्य हिस्सा है (टेबल A.5.1 देखें)। वास्तव में MSE पूरी तरह से डिस्क्रिपटिव है, जिसमें उपस्थिति और व्यवहार सामान्य है या असामान्य, क्लिनिकल रूप से महत्वपूर्ण है या गैर-महत्वपूर्ण है, इसके बारे में अनुमान लगाना शामिल नहीं है।

अधिकांश डिसऑर्डर ऐसे किसी भी असामान्य भावनाओं या व्यवहारों को नहीं दिखाते हैं जो कुछ परिस्थितियों में सामान्य बच्चों या किशोरों में नहीं मिलती हों। लक्षणों की गंभीरता (मात्रा), व्यापकता और प्रकृति (क्वालिटी) उनके क्लिनिकल महत्व को दर्शाता है।

यहाँ पर MSE को एक अलग कॉम्पोनेन्ट की तरह बताया गया है, वास्तव में MSE बच्चे के साथ बातचीत करते और बच्चे के व्यवहार को देखते और निरीक्षण करते हुए हो जाती है। जबकि

लोकप्रिय मान्यताओं के विपरीत, आत्महत्या के बारे में पूछने से यह प्रेरित या ट्रिगर नहीं होगा। एक केरियरिंग चिकित्सक या शायद केवल एक व्यस्क ही इन विचारों के बारे में किशोर के साथ अच्छे से बात कर सकता है।



“विवरणों के बारे में सामान्य धारणाओं पर भरोसा करने की बजाए खुद पर ध्यान केंद्रित करें।” (शर्लॉक होम्स, “अ केस ऑफ आइडेन्टिटी”)

वह दिन आ सकता है जब खास डायग्नोसिस के लिए भी दवाएं हो सकती हैं लेकिन फिलहाल इस समय वह दिन दूर है। ऐसे डायग्नोसिस की बजाए, दोनों साइकलोजिकल और फार्माकलोजिकल ट्रीटमेंट्स को सिम्टमेटोलॉजी के पैटर्न पर विशेष ध्यान केंद्रित करने की ज़रूरत है” (रटर एंड टेलर, 2008)

**टेबल A.5.1 मानसिक स्थिति परीक्षण**

MSE कॉम्पोनेन्ट	निम्न को नोटिस करें:	उदाहरण
शारीरिक उपस्थिति	<ul style="list-style-type: none"> <li>उम्र(वास्तविक और स्पष्ट)</li> <li>उचित उम्र के अनुसार कपड़े,</li> <li>संवरना और स्वच्छता</li> <li>डिस्मॉर्फिक विशेषताएं, चोट, निशान</li> </ul>	“शीला दिखने में अच्छी और अच्छे से सजने संवरने वाली 9 साल की लड़की है जो अपनी उम्र से बड़ी दिखती है (12 साल की लड़की की तरह)”
जांचकर्ता और माता-पिता से किस तरह नाता रखता है, और कितनी आसानी से अलग हो सकता है	<ul style="list-style-type: none"> <li>आँखों से संपर्क</li> <li>सहयोग करने और परीक्षण में संलग्न रहने की क्षमता</li> <li>माता-पिता और भाई-बहनों के प्रति व्यवहार</li> </ul>	“वह आँखों के संपर्क से बचती है लेकिन परीक्षा प्रक्रिया में सहयोग करती है।”
मन की स्थिति और प्रभाव	<ul style="list-style-type: none"> <li>प्रकार, सीमा और उपयुक्तता का प्रभाव (उदाहरण, डिप्रेस्ड, उत्तेजित या चिड़चिड़ापन)</li> </ul>	“शीला डिप्रेस दिखती है (उदाहरण, अक्सर रोती है, दिल बहलाने वाली किसी भी खेल या टाइमपास का मजा नहीं लेती, निराश महसूस करती है), उसके प्रभाव में सीमित भिन्नता दिखाई देती है (नैरो रेंज के अंदर) और वह उदास मनोदशा का वर्णन करती है ”
घबराहट (Anxiety)	<ul style="list-style-type: none"> <li>डर</li> <li>फोबिया</li> <li>जुनून (आब्सेशन)</li> <li>बाध्यकारी व्यवहार (कम्पलशन)</li> <li>अलगाव की कठिनाइयां</li> </ul>	“उसमें किसी प्रकार के अनुचित डर या घबराहट के लक्षण नहीं दिखे हैं”
साइकोमोटर व्यवहार (एक्टिविटी लेवल और असामान्य मोटर पैटर्न)	<ul style="list-style-type: none"> <li>टिक्स, मैनरिज्म</li> <li>एक्टिविटी लेवल</li> <li>समन्वय</li> </ul>	“एक्टिविटी लेवल में कमी दिखती है”
सोच का रूप और कॉन्टेंट	<ul style="list-style-type: none"> <li>भ्रम</li> <li>डिल्यूजंस</li> <li>सोच विकार</li> </ul>	“सोच धीमी है लेकिन सुसंगत है। भ्रम या डिल्यूजंस का कोई सबूत नहीं है।
स्पीच और भाषा	<ul style="list-style-type: none"> <li>फ्लूएंसी</li> <li>वॉल्यूम</li> <li>रेट</li> <li>भाषा कौशल</li> </ul>	“उसकी स्पीच उसकी उम्र के हिसाब से ठीक है। स्पीच में कोई प्रेशर नहीं है।”
कुल मिलाकर कॉग्निटिव फंक्शनिंग	<ul style="list-style-type: none"> <li>विकास की दृष्टि से उपयुक्त</li> <li>शब्दावली</li> <li>फण्ड ऑफ नॉलेज</li> <li>उपयुक्त ड्राइंग</li> </ul>	“उसकी कॉग्निटिव एबिलिटी खराब लगती है और उसकी शब्दावली उसकी उम्र के हिसाब से औसत से कम है।”
ध्यान और एकाग्रता	<ul style="list-style-type: none"> <li>ध्यान</li> <li>एकाग्रता</li> </ul>	“आसानी से थक जाती है और ऐसा लगता है कि बातचीत को समझने में काफी समय लेती है।”
याददाश्त	<ul style="list-style-type: none"> <li>शोर्ट-टर्म</li> <li>लॉन्ग-टर्म</li> </ul>	घटनाओं को याद रखने में कोई समस्या नहीं है।”
ओरिएन्टेशन	<ul style="list-style-type: none"> <li>समय, स्थान, व्यक्ति में ओरिएन्टेशन</li> </ul>	“समय और स्थान में ओरिएंटिड है।”
निर्णय और अंतर्दृष्टि	<ul style="list-style-type: none"> <li>समस्याओं को स्वीकार करना</li> <li>हाइपोथेटिकल स्थितियों को आंकने की क्षमता</li> <li>सहायता प्राप्त करने के प्रति दृष्टिकोण</li> <li>इलाज को स्वीकार करना</li> </ul>	“मरीज को इस तथ्य का पता है कि उसे एक समस्या है, और वह मदद चाहती है और इलाज में सहयोग करना चाहती है”
रिस्क का परीक्षण	<ul style="list-style-type: none"> <li>आत्महत्या का विचार या व्यवहार</li> <li>खुद को नुकसान पहुंचाने वाला व्यवहार</li> <li>दूसरों को नुकसान पहुंचाने के विचार या योजना</li> <li>जोखिम लेने वाला व्यवहार</li> </ul>	“ऐसा कोई सुझाव नहीं है जिससे उससे आत्महत्या करने या दूसरों के लिए खतरा बनने का सबूत मिले।”

Source: King (2007) modified.

परीक्षण के कुछ कॉम्पोनेन्ट को विशिष्ट पूछताछ या जांच की जरूरत हो सकती है (जैसे, ओरिएंटेशन, याददाश्त, भ्रम या जूनून जैसे विशिष्ट लक्षण) लेकिन जैसे-जैसे इंटरव्यू आगे बढ़ेगा अधिकांश को नोट किया जाएगा। चिकित्सकों को मरीज़, और दूसरों के साथ और विशेष रूप से परिवार के साथ उसके व्यवहार की समीक्षा करने के लिए, हर अवसर का उपयोग करना चाहिए। जैसे व्यवहार:

- वेटिंग रूम में (उदाहरण: वे कैसे बैठे हैं? क्या वे लोग एक दूसरे से बात कर रहे हैं? बहस हो रही है?)
- शुरुआती अभिवादन और परिचय के दौरान
- ऑफिस में
- अलग होने पर (जैसे, जब माता-पिता कमरे से बाहर निकलते हैं)
- मनोवैज्ञानिक परीक्षण के दौरान
- शारीरिक परीक्षण के दौरान

**समझाने से पहले बताएं**  
क्योंकि अलग-अलग बच्चों में लक्षण के अलग-अलग मतलब, फंक्शन्स और क्लिनिकल इम्प्लीकेशंस हो सकते हैं इसलिए जरूरी है कि केवल लक्षण देखकर इलाज की जल्दबाजी ना करें।

## मेडिकल हिस्ट्री और शारीरिक परीक्षण

मेडिकल हिस्ट्री और शारीरिक परीक्षण का उद्देश्य चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं के संबंध या

**Table A.5.2 Psychiatric symptoms and examples for corresponding somatic differential diagnoses**

Symptom	Differential diagnosis
Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurological disorders (e.g., tumor, epilepsy, trauma, cerebral atrophy)</li> <li>• Endocrine disorders (e.g., hypo-/ hyperthyreosis, Addison's disease, Cushing's disease)</li> <li>• Kidney diseases (e.g., chronic nephritis)</li> <li>• Metabolic diseases (e.g., hypoglycemia)</li> <li>• Infectious diseases (e.g., AIDS, Lyme borreliosis)</li> <li>• Intoxication (e.g., alcoholism)</li> <li>• Malignant disorders (e.g., chronic leukemia)</li> <li>• Pharmacologic: antihypertensives (e.g., beta blockers), antiepileptic drugs, psychotropic drugs (e.g., neuroleptics, barbiturates), steroids (e.g., glucocorticoids), analgesics</li> <li>• Other: tuberculostatics, antibiotics, cytostatics, antimycotics</li> </ul>
Psychosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurologic disorders (e.g., brain tumor, epilepsy, encephalitis, infections, multiple sclerosis)</li> <li>• Illegal substances (e.g., marijuana, cocaine, LSD)</li> <li>• Intoxication (e.g., alcohol)</li> <li>• Pharmacologic: psychotropic drugs, anticonvulsants, anticholinergics, steroids, antibiotics</li> </ul>
Anxiety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substance-use disorders: drugs, amphetamine, cocaine, hallucinogens, alcohol, nicotine, caffeine, ecstasy, opioids</li> <li>• Neurologic disorders: organic seizures, migraine, multiple sclerosis, increased intracranial pressure, reduced cerebral perfusion</li> <li>• Other medical disorders: hypoglycemia, hypoxia, hyperthyroidism, carcinoid, dysrhythmia, pheochromocytoma</li> </ul>
Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer</li> <li>• Endocrine disorders (e.g., hyperthyroidism, diabetes mellitus)</li> <li>• Gastro-intestinal disorders (e.g. Crohn's disease, ulcerative colitis, gastritis, gastric ulcer)</li> <li>• Malabsorption (e.g. coeliac disease)</li> </ul>
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urological and genital abnormalities (e.g., urethral valve, labial fusion)</li> <li>• Urinary tract infection</li> <li>• Neurologic disorders (e.g., myelomeningocele, spina bifida, tethered cord)</li> <li>• Other medical disorders (e.g., diabetes mellitus)</li> </ul>

Source: Herpertz-Dahlmann & Bachmann (2007), modified.

उन्हें बिगाड़ने वाले कारणों को पहचानना है। इसमें एक उपचार योग्य सोमेटिक कन्डीशन को उजागर करने की क्षमता है। चिकित्सा संबंधी निम्न समस्याएं हो सकती हैं:

- साइकोपैथोलॉजी के लिए बच्चे के रिस्क को बढ़ाता है
- इलाज के लिए अनुरूप
- मौजूदा साइकोपैथोलॉजी को समझा सकता है।

वैसे तो दैनिक प्रैक्टिस में साइकियेट्रिक डिसऑर्डर जैसी हूबहू शारीरिक बीमारी होना अपेक्षाकृत दुर्लभ है, फिर भी इन संभावित “डायग्नोस्टिक ट्रेप्स” का ज्ञान होना महत्वपूर्ण है (टेबल A.5.2.)। अगर मेडिकल हिस्ट्री से यह संकेत मिलता है कि मरीज में चिकित्सा संबंधी समस्याएं या इलाज एक भूमिका निभाते हैं तो आगे जांच की जानी चाहिए।

परीक्षण के इस भाग के लिए हम चरणबद्ध दृष्टिकोण का सुझाव देते हैं (समय और लागत के लिए प्रभावशाली):

- स्टेप 1: संक्षिप्त मेडिकल हिस्ट्री
- स्टेप 2: बेसिक शारीरिक परीक्षण

अगर स्टेप 1 और स्टेप 2 साधारण हैं, तो आगे और परीक्षण और जांच ना करना ही ठीक रहता है। अगर आगे परीक्षण करना ज़रूरी है तो:

- स्टेप 3 (अगर स्टेप 1 और स्टेप 2 इसे करने के लिए इशारा करें): जांच और विशेषज्ञ रेफरल

## पिछली मेडिकल हिस्ट्री

एक सिस्टमेटिक हिस्ट्री-टेकिंग दृष्टिकोण को इस संभावना को मार्गदर्शक के रूप में उपयोग किया जाना चाहिए कि सोमेटिक समस्याएं उपस्थित लक्षणों के सम्बन्ध में प्रासंगिक हो सकती हैं। इसमें परिवार और मरीज में पायी जाने वाली मेडिकल डिसऑर्डर्स की क्लिनिकल हिस्ट्री शामिल है। अध्ययनों से पता चला है कि शारीरिक परीक्षण कभी-कभी, लेकिन मेडिकल हिस्ट्री-टेकिंग अक्सर मैनेजमेंट को प्रभावित करते हैं (डूली एट एल, 2003)।

रेड फ्लैग्स जो एक से ज़्यादा शारीरिक परीक्षण को विस्तृत रूप से करने की ज़रूरत का सुझाव देंगे जिसमें (स्टेप 3 शामिल है):

- लक्षणों का असामान्य प्रेजेंटेशन या असामान्य उम्र में शुरुआत होना (जैसे, 7 साल की लड़की को भ्रम होना)
- सीज़र्स की हिस्ट्री
- हेड ट्रॉमा की हिस्ट्री या सेंट्रल नर्वस सिस्टम इन्फेक्शन
- डिवेलपमेंट में रिग्रेशन
- किसी भी ग्रोथ कर्व में 97 प्रतिशत से ऊपर या 3 प्रतिशत से नीचे
- बाल दुर्व्यवहार या बनावटी बीमारी के सुझाव (मुनछाउसन बाय प्रॉक्सी)
- अचानक नए और अजीब व्यवहार की शुरुआत (जैसे, रेट सिंड्रोम में हाथ फ्लैप करना)
- चेतना का परिवर्तित स्तर, गंभीर थकान, कॉगनिटिव परिवर्तन और गले में खराश, बुखार, सिरदर्द, उलटी और वजन में बदलाव जैसे शारीरिक लक्षण
- ऑब्सेशंस और कम्पलशन और मोटर या वोकल टिक्स की तीव्र शुरुआत, विशेष रूप से फेरनजाइटिस को फ़ॉलो करना (PANDAS, अध्याय F.4 और H.5 देखें)

निम्नलिखित चेकलिस्ट बाल मानसिक स्वास्थ्य में मेडिकल हिस्ट्री के सभी प्रासंगिक भागों को सूचीबद्ध करती है:

आपकी डायग्नोसिस प्रक्रिया के सोमेटिक भाग को ना भूलें, लेकिन मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सक के लिए यह भी जानना ज़रूरी है कि उसे कब स्वीकार करना है कि एक बच्चे की पर्याप्त रूप से जांच और परीक्षण कर लिया

माता-पिता कभी-कभी पहले से अर्जित स्किल्स के खो जाने की रिपोर्ट करेंगे; इसे हमेशा गंभीरता से लेना चाहिए जो न्यूरोडीजेनेरेटिव डिसऑर्डर के संदेह के कारण हो सकता है जिसे विशेषज्ञ रेफरल को बढ़ावा देना चाहिए।



## प्री और पेरिनेटल डिवेलपमेंट

- माता-पिता के खून के रिश्ते?
- सहायक प्रजनन तकनीकों का उपयोग?
- गर्भावस्था (टेरेटोजंस की पूरी रेंज: शराब, तंबाकू, अवैध पदार्थ, दवाएं, गर्भावस्था के दौरान रैशिंग और बुखार की हिस्ट्री - कंजेनितल वायरल इन्फेक्शन के संपर्क में आने का संकेत हो सकता है) पिछली नियोनेटल डेथ या भाई-बहनों में अक्यूट लाइफ-थ्रेटनिंग एपिसोड्स (मेटाबॉलिज्म की जन्मजात कमी का एक संकेत हो सकता है)
- पिछले स्पॉटैनिजस ओबोर्शन (दो या ज़्यादा) - इसमें 20 में से माता-पिता में से कोई एक कोमोसोम ट्रांसलोकेशन या इन्वर्जन कैरी करेगा (गार्डनर और सदरलैंड 1996)
- जन्म और नियोनेटल हिस्ट्री - जन्म के समय जेस्टेशनल उम्र; वजन; APGAR स्कोर, अगर उपलब्ध है (जन्म में कठिनाई होना डिवेलपमेंटल समस्याओं के लिए एक रिस्क फैक्टर है)।



“छोटी चीजें असीम रूप से सबसे ज़दा महत्वपूर्ण हैं।”  
(शलोक होम्स, “अ केस ऑफ आइडेंटिटी”)

## पोस्टनेटल डिवेलपमेंट

अर्ली डिवेलपमेंटल हिस्ट्री (5 साल तक)। अगर उपलब्ध हो तो पहले परीक्षण के लिए टीकाकरण के रिकॉर्ड लाने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए, जो माता-पिता के पास होते हैं। डिवेलपमेंट के माइलस्टोन के सामान्य व्यू को टेबल A.5.3. में दिखाया गया है।

टेबल A.5.3 डिवेलपमेंटल माइलस्टोंस का अवलोकन

उम्र	मोटर स्किल्स	भाषा
3 महीना	सिर सीधा रखता है	आवाजों की नकल करना
6 महीना	पलट सकता है	
9 महीना	बिना सपोर्ट के बैठता है	शब्द-रूपी आवाजों में सिलेबल्स मिलाता है
12 महीना	अकेले खड़ा हो जाता है	20 सिंगल शब्दों का उपयोग करता है
15 महीना	अकेले घूमता है	
18 महीना	घूमते हुए आईटम कैरी करता है	दो शब्दों के वाक्य बना सकता है
2 साल	दौड़ सकता है बॉल को आगे की तरफ किक कर सकता है	बच्चा अपना खुद का नाम इस्तेमाल करता है पूछता है “क्यों?” कम से कम शरीर के छह अंगों के नाम बता सकता है
3 साल	कूदता है, एक पैर पर बैलेंस बना लेता है	एक वाक्य में चार से पांच शब्दों का उपयोग करता है एकवचन और बहुवचन का उपयोग करता है
4 साल	उछलता है	पास्ट टेन्स का उपयोग करता है, अनुभवों को याद करता है
5 साल		
6 साल	क्रॉस-स्टेप बाउंस करता है	भाषा का विकास पूरा हो चुका है

\*केवल संदर्भ के रूप में उपयोग करें.

सेंट्रल नर्वस सिस्टम की क्षमता के साथ दुर्घटनाएं या बीमारियों का प्रभाव विशेष जांच के योग्य है।

- लीड एक्सपोजर
- सीजर्स
- हेड ट्रॉमा
- चेतना की कमी

## पिछली बीमारियों की हिस्ट्री

बचपन के सामान्य डिसऑर्डर्स (जैसे, अस्थमा) के लिए बच्चे द्वारा ली जाने वाली दवाइयों, प्रिस्क्राइब्ड और ओवर-द काउंटर दोनों की पूछताछ की जानी चाहिए। जन्म के बाद जितनी बार हॉस्पिटल में भर्ती हुए उसकी पूरी जानकारी; सर्जिकल प्रक्रियाएं; वैक्सिनेशन; बेहोशी की स्थितियां और सिज़र्स; सुनने और देखने में कठिनाई होना; एलर्जीज़ (विशेष रूप से दवाओं के लिए); पहले ली हुई दवाइयों के साइड-इफेक्ट्स या रिस्पोंसको भी इकट्ठा करना चाहिए। चिकित्सक को उन बीमारियों के उल्लेख के लिए विशेष रूप से सतर्क होना चाहिए जोसेन्ट्रल नर्वस सिस्टम को प्रभावित कर सकती हैं जिसमें HIV/AIDS, ट्यूबरकुलोसिस, ल्यूपस एरिथिमेटोसिस, एपिलेप्सी, माइग्रेन, ट्रौमेटिक ब्रेन इंजरी, थायरॉयड डिसऑर्डर और डायबिटीज़ शामिल हैं।

## बेसिक शारीरिक परीक्षण

### कैसे मेडिकल परीक्षण करना चाहिए?

वह चिकित्सक जो शारीरिक परीक्षण करने के लिए अपने कौशल को बनाए रखते हैं (जिसके लिए उन्होंने आमतौर पर मेडिकल स्कूल में कड़ी मेहनत की) वह बच्चे से जुड़ी चिंताओं (खासतौर पर शरीर से जुड़ी समस्याएं) और उसकी मानसिक स्थिति के बारे में ज्यादा जानने के लिए एक और मौका दे सकते हैं। मनोचिकित्सकों और अन्य मानसिक स्वास्थ्य प्रोफेशनल्स, जिन्होंने मेडिकल की शिक्षा नहीं ली है, उनके लिए यह पता लगाना आवश्यक है कि हाल ही में बच्चे का शारीरिक परीक्षण किया गया था या मरीज़ को चिकित्सक (विशेष रूप से, बाल चिकित्सक) के पास रेफर किया गया था या नहीं।

**Table A.5.4 Skin inspection in child psychiatry**

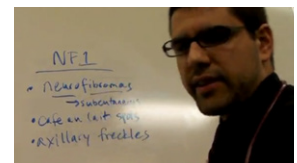
Dermatologic symptoms	Possible hints for:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Needle tracks, abscesses or hyperpigmentation on the arms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Substance use disorder</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bruises, hematomas of different age</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Child neglect</li> <li>Physical abuse</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Signs for non-suicidal self-injury (e.g., scars)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borderline personality disorder<sup>a</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>“Café-au-lait” marks after age of 1 year &gt;1.5cm</li> <li>Freckling in armpits after 3 years</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurofibromatosis type 1<sup>b</sup> (rare)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ash-leaf depigmented macules</li> <li>Adenoma sebaceum</li> <li>Periungual fibromas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuberous sclerosis<sup>c,d</sup> (rare)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Port wine stain usually in the trigeminal region</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturge Weber syndrome<sup>b</sup> (rare)</li> </ul>

<sup>a</sup>The most common location for non-suicidal self-injuries is the inner part of the left under arm.

<sup>b</sup>Neurofibromatosis Type 1, tuberous sclerosis, and Sturge Weber syndrome are neurocutaneous syndromes (phakomatoses). These disorders affect the central nervous system, the skin and the eye. All these tissues have a common ectodermal origin.

<sup>c</sup>0.4%-3% of children with autism are found to also have tuberous sclerosis (Smalley et al, 1991).

<sup>d</sup>The best diagnostic test is a cerebral MRI.



न्यूरोक्यूटेनियस डिसऑर्डर पर 8 मिनट का क्लेश कोर्स एक्सेस करने के लिए पिक्चर पर क्लिक करें।

एक स्क्रीनिंग डिवेलपमेंटल परीक्षण पर्याप्त होता है और इसमें बच्चे को पूरे कपड़े उतारने की जरूरत नहीं होती है।

निम्नलिखित मापदंडों का आंकलन किया जाना चाहिए:

- हाइट और वजन (सेंटाइल चार्ट्स)
- हेड सर्कमफ्रेंज (सेंटाइल चार्ट्स; बड़े और छोटे सिर होने का सामान्य कारण पारिवारिक है, और इसलिए मिड-पेरेंटल हेड सेंटाइल्स की तुलना में सिंगल मेजरमेंट की पहले व्याख्या की जानी चाहिए)
- ब्लड प्रेशर (बच्चे के साइज़ के हिसाब से एक उपयुक्त कफ़ का उपयोग करें - जैसे, जो कोहनी से कंधे तक दो-तिहाई दूरी को कवर करता है; उम्र के अनुसार बिलकुल सही वैल्यू बताता है)

निम्नलिखित प्रक्रियाएं की जानी चाहिए:

- त्वचा की जांच (टेबल A.5.4 देखें)
- बेसिक न्यूरोलॉजिकल परीक्षण:
  - स्टैंस और चाल
  - सेरेब्रल फंक्शन के लिए टेस्ट (जैसे, डिसडायडूचोकोनिज़ीया)
  - टोन, पावर, रिप्लेक्सिस
  - असामान्य मूवमेंट्स (फैसीकुलेशंस, टिक्स, मायोक्लोनस, डिस्टोनिया,
  - एस्थेटोसिस, हेमीबलिस्मिस, ट्रेमोर)

न्यूरोलॉजिकल परीक्षण के सभी पहलुओं में से, बच्चे की चाल का अवलोकन करना सबसे महत्वपूर्ण है। एक सामान्य चाल इंटेक्ट और नाजुक रूप से संतुलित मोटर, सेंसरी और समन्वय प्रणालियों पर निर्भर करती है। एक सामान्य रूप से चलने वाले बच्चे को गंभीर न्यूरोलॉजिकल समस्या होने की संभावना नहीं होती है (वुल्फ एट अल, 2008)।

## जांच, परीक्षण और विशेषज्ञ रेफरल

उपलब्ध जांच, परीक्षण और विशेषज्ञ रेफरल्स की रेंज एक देश से दूसरे देश में काफी अलग-अलग हो सकते हैं। यहाँ जो बताया गया है वह सर्वोत्तम स्थिति है लेकिन इनमें से कई परीक्षणों से अधिकांश मामलों में सकारात्मक निष्कर्ष नहीं निकलेंगे:

- खून की जांच
- यूरिन टेस्ट (टोक्सीकोलोजी स्क्रीन, गर्भावस्था परीक्षण)
- ब्रेन इमेजिंग (पहली पसंद: MRI; दूसरी पसंद: CT)
- जेनेटिक परीक्षण (शारीरिक परीक्षण में मुख्य बिंदु: चेहरे, हाथ और पैरों की ध्यान देने योग्य डिसमोर्फ़ी, किसी भी ग्रोथ कर्व में 97 प्रतिशत से ज़्यादा या 3 प्रतिशत से कम)।
- मेटाबोलिक परीक्षण (हिस्ट्री में प्रमुख बिंदु: कॉनसांगुईनिटी, पनपने में असफल, एपिसोडिक डिसकॉम्पेनसेशन, अक्सर छोटी-मोटी बीमारियों के दौरान; हेपाटिसप्लीनोमेगली, कोर्स फेशियल फ़ीचर्स)। एक सामान्य मेटाबोलिक स्क्रीनिंग एक जेनेटिक परीक्षण, EEG या सेरेब्रल इमेजिंग की तुलना में अधिक उपयोगी है और इसलिए अधिक सार्थक हो सकता है।
- इलेक्ट्रोएन्सेफेलोग्राफी (EEG)
- इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (EKG)
- हियरिंग परीक्षण
- आँखों का परीक्षण



अगर आपको दुर्लभ मेटाबोलिक या जेनेटिक बीमारी होने का शक है और आपके पास किसी विशेषज्ञ के लिए रेफरल का विकल्प नहीं है, तो "orpha.net" एक्सेस करने के लिए पिक्चर पर क्लिक करें और "सर्च बाय साइड" फंक्शन चेक करें। यह पोर्टल (ऑर्फन ड्रग्स और दुर्लभ बिमारियों के लिए) अंग्रेजी, स्पेनिश, जर्मन, इटालियन, फ्रेंच, और पोर्च्यूगीज में उपलब्ध है।

दुर्लभ डिसऑर्डर वाले बच्चों को देखने के लिए किसी भी मौके का उपयोग करें। फेनोटाइप्स की मौजूदगी का ज्ञान उनकी पहचान की एक प्रीकन्डीशन है। फिनोमाइज़र उपयोगी जानकारी वाली एक साइट है जो चिकित्सकों को एक मरीज की क्लिनिकलविशेषताओं में प्रवेश करने और संभावित डिफरेंशियल डायग्नोसिस को प्राप्त करने की अनुमति देती है। फेनोमाइज़र का उपयोग कैसे करें के ट्यूटोरियल को जानने के लिए यहां क्लिक करें।

रेटिंग स्केल्स मूल्यांकन को बढ़ावा देने के टूल्स हैं उसे बदलने के नहीं।

## रेटिंग स्केल और साइकोमेट्रिक मूल्यांकन

इस खंड का उद्देश्य पाठकों को उन टूल्स का संक्षिप्त विवरण देना है जो सही निदान खोजने और इलाज को व्यक्तिगत बनाने में सहायता कर सकते हैं।

### रेटिंग स्केल

रेटिंग स्केल वह उपकरण हैं (पेपर, और पेन्सिल या कंप्यूटर पर आधारित) जिनका उपयोग लक्षणों की गंभीरता (कुआलीटेटिव) और उनकी उपस्थिति (कुआलीटेटिव मेजरमेंट) के बारे में डेटा इकट्ठा करने के लिए किया जाता है। रेटिंग स्केल्स का उपयोग अतिरिक्त क्लिनिकल जानकारी, मोनिटर करने और इलाज की प्रभावशीलता (परिणाम) को मापने, और रिसर्च टूल के स्रोत के रूप में किया जा सकता है। उनका उपयोग स्क्रीनिंग के लिए भी किया जा सकता है, यह पता लगाने के लिए कि क्या मानसिक स्वास्थ्य डिसऑर्डर के लिए किसी बच्चे का और ज़्यादा अच्छे से मूल्यांकन किया जाना चाहिए (वेरहल्ट एंड वैन डर एंडे, 2008)।

### रेटिंग स्केल के फ़ायदे और नुकसान

#### फ़ायदे:

- ऐसी समस्याओं का पता लगाने में मदद करना जो चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण हैं लेकिन मौजूदा समस्या का हिस्सा नहीं हैं
- एक विस्तृत परीक्षण आयोजित करने में मदद करना
- कुछ माता-पिता और किशोर लिख कर यह चिंता प्रकट कर सकते हैं जो वे बोल कर नहीं बता सकते
- इंटरव्यू के अलावा रेटिंग स्केल माता-पिता, शिक्षकों और रोगियों द्वारा पूरा किया जा सकता है और यह इंटरव्यू को अधिक प्रभावी और कुशल बनाने में मदद करता है
- ऐसे स्केल्स जो गंभीरता को रेट कर सकते हैं बाद में इलाज के प्रति प्रतिक्रिया का आंकलन करने की आधारभूत मात्रा निर्धारित करने के लिए उपयोगी हो सकता है (जैसे, पहले की और मेथिलफिनिडेट के साथ इलाज के बाद की ADHD-लक्षणों की चेकलिस्ट)।

#### नुकसान

- समय और साक्षरता की ज़रूरत है
- माता-पिता या बच्चों द्वारा नापसंद किया जा सकता है
- रेट और विश्लेषण करने के लिए समय की ज़रूरत है
- चिकित्सक उन पर ज़्यादा निर्भर हो सकते हैं।

इसमें मरीज़, चिकित्सक, माता-पिता, शिक्षक और जानकारी देने वाले अन्य लोग (जैसे, युवा कर्मचारी) द्वारा पूरा करने के लिए रेटिंग स्केल्स हैं। हर दिन की अभ्यास में इन सभी टूल्स को मिलाकर उपयोग किया जाता है। दुनियाभर में उपयोग की जाने वाले रेटिंग स्केल्स का एक उदाहरण - गैर-वाणिज्यिक उद्देश्यों के, कई भाषाओं में मुफ्त उपलब्ध है - इसकी ताकत और कठिनाइयों की प्रश्रवली (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ), टेबल A.5.6. में बताया गया है। 25 SDQ प्रश्नों को, माता-पिता, शिक्षक, बच्चे या उन सभी द्वारा पूरा किया जा सकता है | SDQ बच्चों के ताकत और कठिनाइयों दोनों को शामिल करने के लिए डिज़ाइन किया गया था। समस्याओं की एक विस्तृत श्रृंखला का मूल्यांकन करने के लिए SDQ एक जेनेरिक स्केल है। कई मामलों में, हालाँकि, विशेष रूप से, अगर एक विशिष्ट डिसऑर्डर का संदेह हो (जैसे, डिप्रेशन, ADHD) तो जेनेरिक स्केल के साथ में ज़्यादा डिटेल्ड, टारगेटेड रेटिंग स्केल का उपयोग करना फ़ायदेमंद होता है (इस ई-बुक में डायग्नोसिस सेक्शन का संबंधित अध्याय देखें)।



“एक स्पष्ट तथ्य की तुलना में अधिक डिसेप्टिव कुछ भी नहीं है।” (शर्लोक होम्स, “द बोसकंब वैली मिस्ट्री”)

## टेबल A.5.6

### शक्तियों व कठिनाइयों के बारे में सवालनामा

कृपया हर कथन के सामने 'सही नहीं है', 'कुछ हद तक सही है,' अथवा 'निश्चय ही सही है' वाले खानों में टिक का निशान लगा दें। अगर आप सभी बातों का जवाब दे दें तो हमें मदद मिलेगी भले आप उसका जवाब पक्के तौर पर न जानते हों या यह सवाल आपको मूर्खतामय लगता हो। कृपया अपने जवाब पिछले छः महीने के दौरान के अनुभवों के आधार पर दें।

आपका नाम..... जन्म-तिथि.....	लड़का/लड़की		
	सही नहीं है	कुछ हद तक सही है	निश्चय ही सही है
मैं अन्य लोगों के प्रति दयालु बने रहने का प्रयास करता/करती हूँ, मैं उनकी भावनाओं का लिहाज रखता/रखती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं चंचल हूँ, मैं लम्बे समय तक स्थिर नहीं रह सकता/सकती।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मुझे प्रायः सिर-दर्द, पेट दर्द रहता है या नितली महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आमतौर पर मैं लोगों से चीज़ें साझा करता/करती हूँ। (जैसे खाना, खेलना, कलम इत्यादि)।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं बहुत अधिक गुस्सा हो जाता/जाती हूँ और प्रायः अपना आपा खो देता/देती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं आमतौर पर अपने भरोसे रहता/रहती हूँ, मैं अकेले खेलता/खेलती हूँ या अपने आप में रहना पसन्द करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मुझे जैसा कहा जाता है अक्सर मैं वैसा ही करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं बहुत अधिक चिन्ता करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अगर किसी को चोट लग जाए, कोई परेशान हो या किसी की तबियत खराब हो जाए तो ऐसे लोगों की मैं सहायता करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एक ही स्थान पर बैठने पर भी मैं लगातार ढिलता-डुलता/ढिलती-डुलती रहता/रहती हूँ या कुलबुलता रहता/रहती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मेरे एक या एक से अधिक अच्छे दोस्त हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं अक्सर मार-पीट या लड़ाई करता/करती हूँ, मैं जो चाहता/चाहती हूँ वह दूसरे लोगों से करवा सकता/सकती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं अक्सर अप्रसन्न, उदास या रूओँसा रहता/रहती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मेरे उम्र के लोग आम-तौर पर मुझे पसन्द करते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
किसी चीज़ से मेरा ध्यान बहुत जल्दी हट जाता है, मुझे एकाग्रचित्त होने में परेशानी होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नयी परिस्थितियों में मैं घबरा जाता/जाती हूँ, मैं बहुत जल्दी आत्म-विश्वास खो बैठता/बैठती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं अपने से छोटे बच्चों के प्रति दयालु हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मुझ पर अक्सर झूठ बोलने या धोखा देने का दोष लगाया जाता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दूसरे बच्चे या नययुवक मेरा मज़ाक उड़ाते हैं/मुझे चिढ़ाते हैं या डराते धमकाते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं अक्सर दूसरों (माता-पिता, अध्यापक, बच्चों) की मदद के लिए खुद ही तैयार हो जाता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं कुछ भी करने के पहले विचार करता/करती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैं घर, स्कूल, या कहीं और से उन चीज़ों को ले लेता/लेती हूँ जो मेरी नहीं हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपने उम्र के लोगों की बजाय वयस्कों के साथ मेरे संबंध अच्छे हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैंने बहुत से नय पाल रखे हैं, मैं बहुत जल्दी डर जाता/जाती हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जिस काम में मैं लगता/लगती हूँ उसे पूरा करता/करती हूँ, मेरे ध्यान देने की क्षमता अच्छी है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आप कुछ और कहना चाहते हैं या अपने सरोकार की बात बताना चाहते हैं?

कुल मिला कर, क्या आप सोचते हैं कि आपको नीचे लिखी बातों में से किसी एक या एक से अधिक में कठिनाइयाँ होती हैं:

भावनाओं या मनोभावों से संबद्ध, ध्यान केन्द्रित करना, व्यवहार से संबन्धित, या अन्य लोगों के साथ मिलने-जुलने में कठिनाइयाँ?

नहीं	हाँ— छोटी मोटी कठिनाई	हाँ— निश्चय ही कठिनाई	हाँ— भारी कठिनाई
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अगर आपने हाँ में जवाब दिया है, तो कृपया इन कठिनाइयों के बारे में नीचे लिखे सवालों के जवाब दीजिए:

क्या इन कठिनाइयों के कारण आप परेशान हो जाते हैं?

बिल्कुल नहीं	थोड़ा-सा	काफी ज़्यादा	बहुत ज़्यादा
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आपके रोज़ाना की ज़िन्दगी में ये कठिनाइयाँ जीवन के नीचे दिये गये पहलुओं में अड़चने पैदा करती हैं?

	बिल्कुल नहीं	थोड़ा-सा	काफी ज़्यादा	बहुत ज़्यादा
घरेलू जीवन में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मित्रता या मेल-जोल में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्लास की चीज़ों को सीखने में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छुट्टी या खाली समय की गतिविधियों में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या ये कठिनाइयाँ आपके इर्द-गिर्द के लोगों (परिवार, मित्र, अध्यापक इत्यादि) के लिए बोझ या दिक्कत बन जाती हैं?

बिल्कुल नहीं	थोड़ा-सा	काफी ज़्यादा	बहुत ज़्यादा
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

आपका हस्ताक्षर.....

दिनांक.....

**आपकी सहायता के लिए बहुत-बहुत धन्यवाद**

## साइकोमेट्रिक मूल्यांकन

एक प्रभावी साइकोमेट्रिक मूल्यांकन की कला साइकोमेट्रिक जांचों का सटीक उपयोग और उन्हें वैध रूप से समझाना है। परीक्षण के परिणामों से चिकित्सकों को निम्नलिखित में मदद मिल सकती है:

- डायग्नोसिस या कोमोर्बिडिटी का पता लगाने में
- व्यक्ति के कॉग्निटिव ताकतों और कमजोरियों के प्रोफाइल को पहचानने में
- इलाज की योजना बनाने में (आगे के साइकोथेरेपी में संपर्क का लेवल)

बच्चों और किशोरों के लिए मनोवैज्ञानिक परीक्षण एक बड़ी संख्या में उपलब्ध हैं और इनका चुनाव हर एक मरीज, संदेहास्पद डायग्नोसिस और परीक्षण करने वाले के ज्ञान और अनुभव पर निर्भर करता है। रोगी की कॉग्निटिव फंक्शनिंग का आंकलन अक्सर डायग्नोसिस और इलाज की योजना बनाने के लिए सहायक होता है (अध्याय C.1 और C.3 देखें)।

## बुद्धि - “सभी उच्च मानसिक प्रक्रियाओं का योग”

वास्तव में बुद्धि है क्या? इस बारे में विशेषज्ञों में मतभेद हैं, लेकिन अनुभवों से प्राप्त कुछ सबूत हैं जो बताते हैं कि बुद्धि परीक्षण विकास, कॉग्निटिव एबिलिटीज़ और अडेप्टिव बिहेवियर के बारे में कुछ अर्थपूर्ण मेजर करता है (चारमैन एट अल, 2008)। इंटेलिजेंट कोशंट (IQ) समय के साथ मोडरेट से लेकर हाई स्टेबिलिटी दिखाता है और वास्तविक जीवन में मिलने वाले परिणामों जैसे कि अकेडमिक उपलब्धियां, नौकरी, और आय से ज़्यादा अच्छे से जोड़ता है।

उपयुक्त IQ - जांच में उम्र के हिसाब से मानक बांटे गए हैं जो बहुत स्टैण्डर्डाइज्ड हैं (अध्याय C.1 देखें)। पहले जांच कब हुई थी प्रासंगिक है क्योंकि शायद आहार और शिक्षा में सुधार के कारण, कुछ देशों में समय बीतने के साथ स्कोर्स में मामूली बढ़त हुई है। स्टैण्डर्डाइज्ड बुद्धि परीक्षण, 100 के औसत और 15 के स्टैण्डर्ड डेविएशन के स्कोर परिणाम देते हैं। सामान्य जनसंख्या से बच्चे का परफोर्मेंस कितने स्टैण्डर्ड डेविएशन ऊपर या नीचे है इसके आधार पर उसकी क्षमता को एवरेज, बिलो एवरेज या सुपीरियर की श्रेणी में परिभाषित करने के लिए स्टैण्डर्ड स्कोर्स का उपयोग किया जाता है। 70 से कम का IQ इस बात का मज़बूत संकेत है कि बच्चे में इंटेलेक्चुअल डिसेबिलिटी (बौद्धिक विकलांगता) है (अध्याय C.1 देखें)। जांच की स्थिति में बच्चे का अवलोकन, मूल्यांकन का एक महत्वपूर्ण भाग है।

निम्नलिखित विशेष बातों को लिखा जाना चाहिए, और जांच का परिणाम बताने के समय उन पर विचार किया जाना चाहिए:

- बच्चा किस हद तक परीक्षक के साथ सहयोग करता है
- सक्रियता और एकाग्रता स्तर
- सामाजिक और बातचीत करने का कौशल
- कठिनाइयों के विशिष्ट क्षेत्र

जांच का परिणाम निम्न से प्रभावित हो सकता है:

- भाषा की समस्याएं
- मोटर समन्वय समस्याएं
- दवाएं
- वर्तमान साइकोपैथोलोजी (जैसे, डिप्रेसन)
- देखने और सुनने में समस्याएं

अगर जांच के परिणामों और माता-पिता या शिक्षक या चिकित्सक के अवलोकन द्वारा वर्णित बच्चे की परफोर्मेंस के बीच बहुत अंतर है, तो इसमें हमेशा आगे और अध्ययन करने की ज़रूरत होगी।

### मन के सिद्धांतों (Theory of Mind) का परीक्षण: सैली / एनी जांच (Sally Anne Test)

सैली / एनी परीक्षण गुड़ियाओं के साथ किया जाने वाला एक मनोवैज्ञानिक परीक्षण है, जो एक व्यक्ति द्वारा दूसरों के ऊपर उसकी गलत धारणाओं को लागू करने की क्षमता को मापने डिवेलपमेंटल मेंटल हेल्थ में उपयोग किया जाता है (यानि, मन का सिद्धांत, ज़दा जानकारी के लिए अध्याय C.2 देखें)। चिकित्सक दो गुड़ियाओं, “सैली” और एनी का उपयोग करता है। सैली के पास एक टोकरी है; एनी के पास एक बॉक्स है। चिकित्सक बच्चों को एक साधारण सा स्केच दिखाते हैं, जिसमें सैली एक मार्बल को टोकरी में रखती है और वहां से चली जाती है। जब सैली दूर होती है जहाँ से वह अपनी टोकरी देख नहीं सकती, एनी सैली की टोकरी से मार्बल निकाल कर अपने बॉक्स में रख लेती है। सैली के वापस आने पर बच्चों से पूछा जाता है कि वह अपने मार्बल को कहाँ पर ढूँढ़ेंगे। अगर बच्चे यह समझ जाते हैं कि सैली को यह पता चलने से पहले कि मार्बल टोकरी में नहीं है, वह सबसे पहले वहीं देखेगी तो उन्हें जाँच में “पास” समझा जाता है। चार साल से कम उम्र के बच्चे, अधिकांश ऑटिस्टिक (बड़ी उम्र के) बच्चों के साथ, “मार्बल एनी के बॉक्स में है” जवाब देंगे, जो जाहिर तौर पर इस बात से अनजान होते हैं कि सैली नहीं जानती कि मार्बल टोकरी में नहीं है। सैली / एनी परीक्षण की व्याख्या करने वाले वीडियो क्लिप को एक्सेस करने के लिए तस्वीर पर



“ऐसे केस से ज़दा प्रेरणादायक आपके लिए और कुछ नहीं है जहाँ सभी कुछ आपके खिलाफ हो।” (शर्लोक होम्स, “द हाउंड ऑफ द बास्करविले”)

## जाँच परिणाम बताना और सुझाव देना

परीक्षण प्रक्रिया के इस अंतिम लेकिन ज़रूरी भाग का उद्देश्य जांच परिणामों को क्लिनिकल फ़ॉर्मूलेशन और एक क्लिनिकल डायग्नोसिस में संक्षिप्त रूप में प्रस्तुत करना, और उसके बारे में सभी संबंधित पक्षों के लिए एक स्पष्ट और उपयोगी तरीके से बताना। इसके लिए एक या एक से ज़्यादा सेशन की ज़रूरत हो सकती है जहाँ इलाज के लिए दिए गए सुझावों और विकल्पों पर चर्चा करके निर्णय लिया जाता है।

ज्यादातर केस में इकठ्ठा की गई सभी जानकारियों, रेटिंग स्केल्स के स्कोर्स और डिफरेंशियल डायग्नोसिस और सुझावों पर विचार करते हुए इन सभी को संसाधित करने में कुछ समय लगाना उपयोगी होता है। माता-पिता यह सुनने के लिए बेचैन हो सकते हैं कि उनके बच्चे (और परिवार) के साथ क्या गड़बड़ है। इसलिए थोड़ी संवेदनशीलता की ज़रूरत है। ख़ासतौर पर, जब डायग्नोसिस बच्चे के भविष्य के बारे में की गई उम्मीदों को नष्ट कर देता है, निराशा, दुख या शोक, अस्वीकार करना और अन्य भावनाएं आम हैं।

ख़ासतौर अगर सेशन बहुत ज़्यादा भावनात्मक है, आपको इस बारे में पता होना चाहिए कि आपके द्वारा दी जाने वाली बहुत कम जानकारी को बरकरार रखा जाएगा। इसलिए, कुछ केसिस में आप माता-पिता को एक रिपोर्ट या संक्षिप्त में लिखा हुआ सारांश प्रदान कर सकते हैं। अगर उपयुक्त और संभव है, तो परिवार को जो जानकारी दी गई है, जिस पर काम करने का मौका मिला था, उसके बाद ही समस्याओं के बारे में चर्चा करने के लिए आगे के सेशंस का प्रस्ताव दें।

बच्चे और परिवार की ताकत और क्षमताओं को ज़्यादा महत्व देने से फीडबैक देने की प्रक्रिया में आसानी होती है और मरीज़ की एक नयी तस्वीर सामने आती है जो बीमारी का इलाज ढूँढ़ रहे मरीज़ से अलग और वास्तविक होती है। बीमारियों की तकनीकी टर्म्स और साइकेट्रिक ज़ारगंस का उपयोग करने से बचें (“आपकी बेटी के दिमाग में थोड़ी कमी है” इसकी बजाए यह कहना बेहतर है: सैली को यह समझने में थोड़ी समस्या है कि दूसरों के विश्वास, इच्छाएं और इरादे उसके खुद से अलग हैं।”) केवल डायग्नोसिस का नाम बताना ही काफी नहीं है। डायग्नोसिस और उसे प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में अच्छे से समझाएं। बच्चे और परिवार को समझने और उनकी मदद करने के लिए एक सरल क्लिनिकल डायग्नोसिस की तुलना में फ़ॉर्मूलेशन से ज़्यादा मदद मिलती है। अगर इलाज या बीमारी में कहीं कुछ अनिश्चित है तो उसे समझाएं, जैसे कि समय बीतने के साथ क्या डायग्नोसिस में बदलाव हो सकता है और उसका और इलाज होने या ना होने के क्या परिणाम हो सकते हैं, अगर डायग्नोसिस प्रोविजनल है तो साफ़-साफ़ बता दें कि आप यकीन से नहीं कह सकते।

### बच्चे के साथ या उसके बिना?

जब तक जांच परिणामों के बारे में माता-पिता, बच्चे और रेफरिंग एजेंसी को बताया नहीं जाता तब तक परीक्षण पूरा नहीं होता है।

फीडबैक के लिए मार्गदर्शन देने वाले सिद्धांत:

- सरल, गैर-तकनीकी भाषा
- गैर आलोचनात्मक
- शक्ति-उन्मुख
- संवेदनशील
- व्यवहारिक



- समस्या किस प्रकार की है और बच्चे की डिवेलपमेंटल स्टेज क्या है इन बातों पर निर्भर करता है कि बच्चे की उपस्थिति उचित है या नहीं। अगर सही है तो कुछ मिनटों का समय लेकर जांच परिणामों को सीधे बच्चे को समझाएं। एक अच्छी रणनीति है कि मरीज की ताकतों के बारे में बताने से शुरुआत करें, फिर कठिनाईयों के बारे में बात करें और उन्हें कम करने के विकल्प बताएं, और आखिर में फिर से ताकतों के बारे में बात करते हुए उनके मन में यह उम्मीद जगाएं कि मौजूदा स्थिति बेहतर हो जायेगी।
- थेरापेटिक इंटरवेंशन के लिए विशेष ध्यान देने के लिए कहें।
- चिकित्सकों को यह सुनिश्चित करना है कि जांच-परिणाम और सुझाव:
- सुने गए हों
- अच्छे से समझे गए हों और
- सहायता करने का अनुभव हो

भविष्य के इलाज की अनुमति के बारे में निर्णय लेने की प्रक्रिया में चिकित्सकों को विशेषज्ञ बनने की बजाए, मरीज और परिवार का साथी बनना चाहिए। ज़्यादातर केस में कई इलाजों के साथ उनके रिस्क और साइड-इफेक्ट्स की रूपरेखा देना संभव होता है, जिससे माता-पिता को यह निर्णय लेने में मदद मिलती ही कि वह कौन सा इलाज करवाना चाहते हैं। अगर माता-पिता ऐसे इलाज करवाने में रुचि लेते हैं जो अस्वस्थ, असुरक्षित या खतरनाक हैं, तो चिकित्सक को ऐसे निर्णय के रिस्क के बारे में बताना चाहिए।

प्रोग्नोसिस के बारे में चर्चा करते हुए, यह ज़रूरी है कि डिसऑर्डर के दीर्घकालीन परिणामों की वास्तविकता बताने के साथ ही उनमें उम्मीद भी जगाएं। कई केस में दीर्घकालीन चिकित्सा का लक्ष्य बिमारी का इलाज ढूँढने की बजाए उसके साथ जीने (वापस होने के रिस्क के साथ) का रास्ता खोजना होगा।

## समस्या निवारण

अगर किसी मूल्यांकन प्रक्रिया में आपको कुछ समझ नहीं आए और आप किसी विशेष बच्चे की बीमारी के बारे में सही निर्णय नहीं ले पा रहे हों तो आपके लिए निम्नलिखित सुझाव हैं। इस अनुक्रम को परिस्थिति के हिसाब से लागू किया जाना चाहिए:

- एक पल के लिए DSM और ICD बनाने को अनदेखा करके समस्या के विवरण पर वापस जाएं।
- इस मरीज में असामान्य समस्या क्या है, इस बारे में जितना अच्छे से समझा सकते हैं उतना समझाएं। उसके बाद एक बार फिर से सोचें कि कौन सा डायग्नोसिस इस लक्षणों के पैटर्न से मेल खाता है।
- इसके बारे में अपने सहकर्मी खासतौर पर जो अनुभवी हो, उससे बात करें
- अगर संभव हो तो, परीक्षण का वीडियो टेप (मरीज और उसके माता-पिता की अनुमति लेकर) अपने सहकर्मी को दिखाएं और उसकी राय पूछें
- हो सकता है कि बच्चे में कोई समस्या ना हो, कारण चाहे जो हो कई बार जब परिवार के किसी सदस्य को मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं होती हैं तो वह मदद के लिए बच्चे को सामने कर देता है
- अक्सर एक ही अपॉइंटमेंट में पूरी डायग्नोस्टिक प्रक्रिया को करना संभव नहीं होता है
- अगर आप डिफ्रेंशियल डायग्नोसिस में फंस जाते हैं तो याद रखें कि सामान्य डिसऑर्डर जल्दी-जल्दी होते हैं और दुर्लभ डिसऑर्डर कभी-कभी
- केस में अनगिनत कोमोर्बिडिटीज़ के साथ लक्षण असामान्य रूप से मौजूद रह सकते हैं (जैसे, एक औटिस्टिक बच्चे में डिप्रेशन)
- अगर आप एक मुख्य संदेहास्पद डायग्नोसिस होते हुए भी अनिश्चित हैं, तो फिर इस किताब में या किसी और अच्छी किताब में डिफ्रेंशियल डायग्नोसिस भाग से सम्बन्धित अध्याय देखें (संदर्भ देखें)

कभी भी किसी परिवार को केवल बीमारी जानकारी के साथ वापस जाने न दें। हमेशा उन्हें उपचार के विकल्प के साथ उम्मीद भी दें।

“कभी-कभी इलाज के लिए, अक्सर राहत देने के लिए, हमेशा सांत्वना देने के लिए।” (एडवर्ड लिविंगस्टन टूडो, 1848-



कोई भी चीज केस को उतना स्पष्ट नहीं करती जितना वह किसी अन्य व्यक्ति को बताने से होता है।” (शर्लोक होम्स, “सिल्वर ब्लेज)

पाठ्यपुस्तकों में दिए गए स्पष्ट डायग्नोस्टिक विवरणों और क्लिनिकल प्रैक्टिस में देखे गए क्लिनिकल प्रेजेंटेशनों में एक इम्पैक्ट मैच है। चिकित्सकों को उन असामान्य पैटर्न के लिए हमेशा सतर्क रहना चाहिए जो मौजूदा डायग्नोस्टिक कन्वेंशंस में फिट नहीं होते हैं। (रटर एंड टेलर, 2008)।

- संभावित सोमेटिक डायग्नोसिस, दवाओं के साइड-इफेक्ट्स या अवैध दवाओं के प्रभाव को अनदेखा न करें
- काल्पनिक या किसी और से प्राप्त होने वाले डिसऑर्डर की संभावना के बारे में सोचें (जैसे, स्किज़ोफ्रीनिया से पीड़ित माँ अपने छोटे बच्चे को विश्वास दिलाती है कि उन दोनों का पीछा सीक्रेट सर्विस द्वारा किया जा रहा है)
- ऐसे केस हमेशा होंगे जिनमें लक्षण विशिष्ट डायग्नोसिस के साथ मेल नहीं खाते क्योंकि वर्गीकरण प्रणाली उत्तम नहीं है और शायद आगे भी कभी नहीं होगी। जैसे लियो कैनर जो एक पायोनर बाल मनोचिकित्सक हैं, उन्होंने डिफ्रेशियल डायग्नोसिस पर अपने पेपर के शीर्षक में इसे ऐसे बताया है: “द चिलरन हेव नॉट रीड दोज बुक्स” (कैनर 1969)।
- ऐसे केस भी होंगे जिनमें कोई उपयुक्त डायग्नोसिस नहीं है, क्योंकि बीमारी को अच्छे से समझाया नहीं गया है या, शायद, मरीज़ को कोई मानसिक या मेडिकल बीमारी नहीं है लेकिन जीवित रहने में समस्या है और उसे कॉम्प्लेक्स थेरपी से ज़्यादा अच्छी सलाह की ज़रूरत है।

“अगर आपको पाने पीछे खुरों की आवाज सुनाई दे, तो जीब्रा देखने की उम्मीद ना करें”  
(थियोडोर ई बुडवार्ड MD)

## संदर्भ

- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213-232.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- \* Baird G, Gringras P (2008). *Physical Examination and Medical Investigation*. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp317-335.
- Bostic JQ, King RA (2007). Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. In Martin A, Volkmar FR (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp323-344.
- Carandang CG, Martin A (2009). Clinical assessment of children and adolescents with depression. In Rey JM, Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp23-37.
- Charman T, Hood J, Howlin R (2008). Psychological examination in the clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp299-316.
- Dooley JM, Gordon KE, Wood EP et al (2003). The utility of the physical examination and investigations in the pediatric neurology consultation. *Pediatric Neurology*, 28:96-99.
- Gardner RJM, Sutherland GR (1996). Pregnancy loss

- and infertility. In *Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling*. Oxford Monographs on Medical Genetics, No. 29. New York: Oxford University Press, pp311-321.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177:534-539.
- \* Goodman R, Scott S (2005). *Child Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell.
- Herpertz-Dahlmann B, Bachmann C (2007). [Körperliche Untersuchung]. In Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (eds), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart Thieme, pp17-20.
- Jones DPH (2003). *Communicating with Vulnerable Children: A Guide for Practitioners*. London: Gaskell.
- Kanner L (1969). The children haven't read those books, reflections on differential diagnosis. *Acta Paedopsychiatrica*, 36:2-11.
- Le Couteur A, Gardner F (2008). Use of structured interviews and observational methods in clinical settings. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp271-288.
- Luthar SS, Prince RP (2007). Developmental psychopathology. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp291-301.
- \* Rutter M, Taylor E (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp42-57.
- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K et al (2009). Agreement between youth- reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:136-143.
- Sholevar GP (2007). Cultural child & adolescent psychiatry. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp57-65.
- Smalley S, Smith M, Tanguay P (1991). Autism and psychiatric disorders in tuberous sclerosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 615:382-3.
- \* Stubbe D (2007). *Practical Guides in Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verhulst FC, Van der Ende J (2008). Using rating scales in a clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp289-298.
- Wolf SM, McGoldrick PE, Cohen L (2008). Pediatric neurological examination for the psychiatrist. In Walker AM, Kaufman DM, Pfeffer CR et