

ს ა ს ა მ ა რ თ დ ო ფ ს ი ქ ი ა ტ რ ი ა

საქართველოს სსრ
სამედიცინო გამოცემლობა
თ ბ ი ლ ის ი
1951

რედაქტორი მედიც. მეცნ. კანდ. ვ. ჯიმშელეიშვილი

ტექრედაქტორი შ. ჩარკვიანი

კორექტორი }
გამომშვები } გ. ბოლქვაძე

ნაბეჭდ ფორმათა რაოდენობა 25,75

სააღრიცხვო ფორმათა რაოდენობა 19,58

შტკ. № 454

ტირაჟი 1500

უფ 03819

საქმედგამის სკამბა. თბილისი. მედქალაქი.

ქართული გამოცემის ჩედატორისაგან

ეს წიგნი წარმოადგენს პროფ. ა. ნ. ბუნეევის და ც. მ. ფაინბერგის რედაქციით გამოცემული რუსული სახელმძღვანელოს „სასამართლო ფსიქიატრიის“ 1947 წლის გამოცემის თარგმანს, მაგრამ ვინაიდან აღნიშნულ სახელმძღვანელოს ჰქონდა ბევრი ნაკლი,—მათ შორის მეტად არსებითი ხასიათისაც, წიგნის მთელი რიგი თავები გადამუშავდა, ზოგიერთი თავი კი ხელახლა დაიწერა.

სახელდობრ, სრულიად შეცვლილია „შესავალი“; II თავის— „სასამართლო ფსიქიატრიულ დასკვნათა სახეები“ §5 შეცვლილია ახალი პარაგრაფით „იძულებითი მკურნალობა და სამედიცინო ხასიათის სხვა ღონისძიებანი“.

III თავი—„ფსიქიკური დაავადების ცნება და მისი მიზეზები“ შეცვლილია ახალი თავით — „ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზები“, აგრეთვე ხელახლა დაწერილია IV თავი—„ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაცია“.

V თავი—„ფსიქიკურ მოშლილობათა ცალკეული სიმპტომები“ შევსებულია ახალი პარაგრაფით—„პიროვნების ავადმყოფური ცვლილებანი“.

სრულიად შეცვლილია აგრეთვე XIV, XVI და XVII თავები. ამრიგად, წიგნში შეტანილია არსებითი ხასიათის ცვლილებები როგორც მოცულობის, ისე შინაარსის მხრივ, რაც სრულიად ასხვავებს ამ გამოცემას ხსენებული რუსული გამოცემისაგან.

ვინაიდან სახელმძღვანელო წარმოადგენს კოლექტიურ ნაშრომს, თითოეული თავის თუ ცალკეული პარაგრაფის ავტორთა გვარები მოყვანილია წიგნის ბოლოში დართულ სარჩევში.

სახელმძღვანელოს დანიშნულებაა დახმარება გაუწიოს სამედიცინო და იურიდიული დარგის სტუდენტებს სათანადო საგნის ათვისებაში.

ამ სახელმძღვანელოს თარგმნისა და გამოცემის ინიციატორი იყო დოც. გ. მ. შენგელაია, რომელმაც თავის თანამშრომლებთან ერთად ხელი მოჰკიდა წიგნის რუსულიდან თარგმნისა და რედაქციის საქმეს, მაგრამ მძიმე ავადმყოფობამ და სიკვდილმა (გარდაიცვალა 1950 წლის მარტში) საშუალება არ მისცა ის დაემთავრებინა.

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

საგზოთა სასამართლო ფსიქიატრიის საგანი და ამოცანები

დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის პირველი წლებიდან საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიამ იწყო განვითარება ახალი გზებით, რომლებიც უცნობი იყო როგორც მეფისდროინდელ რუსეთისათვის, ისე საზღვარგარეთის ბურჟუაზიული სახელმწიფოებისათვის. საბჭოთა კანონმდებლობამ განვითარების ძლიერ ფართო შესაძლებლობა მისცა სასამართლო-ფსიქიატრიულ მეცნიერებასა და სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას. კაპიტალისტური ქვეყნების ექსპერტიზისაგან განსხვავებით, სსრ კავშირში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სახელმწიფო საქმეს წარმოადგენს, ექსპერტები სახელმწიფო სამსახურში იმყოფებიან და მხარეებისაგან დამოუკიდებელი არიან, რაც უზრუნველყოფს სამართლის წესიერი განხორციელების საქმეში ექსპერტიზის ობიექტურობას.

სასამართლო ფსიქიატრია ზოგადი ფსიქიატრიის დარგს წარმოადგენს და ფსიქიატრიულ მეცნიერებაში თავისი განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს.

სასამართლო ფსიქიატრია სწავლობს ფსიქიკის სხვადასხვანაირ დამყოფურ მდგომარეობას შერაცხადობაზე მათი გავლენის თვალსაზრისით, ე. ი. სწავლობს, აქვს თუ არა ადამიანს შენარჩუნებული თავისი მოქმედებისათვის ანგარიშის გაწევისა და ამ მოქმედების ხელმძღვანელობის უნარი, და ამისდა მიხედვით, შეუძლია თუ არა მას, თავის მიერ ჩადენილ საზოგადოებრივ-საშიში ქმედებისათვის პასუხი აგოს.

დანაშაულის ჩადენის მომენტში ბრალდებულის შერაცხადობის ან შეურაცხადობის საკითხის გარკვევა სასამართლო ფსიქიატრიის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს.

სასამართლო ფსიქიატრმა უნდა მისცეს სასამართლოს მეცნიერულად დასაბუთებული დასკვნა სისხლის სამართალში მიცემულ პირთა შერაცხადობის შესახებ და შეურაცხადად ცნობილ პირთა მიმართ სამედიცინო ხასიათის საჭირო ღონისძიებათა შესახებ.

ბრალდებულის შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტისას, სასამართლო ფსიქიატრი ხელმძღვანელობს საბჭოთა სისხლის სამართალში შერაცხადობის არსებული კრიტერიუმით. ამით განისაზღვრება კავშირი სასამართლო ფსიქიატრიასა და სისხლის სამართალს შორის.

არაერთხელ იყო გამოთქმული არასწორი აზრი, რომ შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტა, როგორც იურიდიული საკითხისა, არ შედის ფსიქიატრის კომპეტენციაში; რომ ფსიქიატრი არ უნდა გასცილდეს მედიცინის დარგის ფარგლებს, მოსამართლეებს მხოლოდ ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ უნდა მისცეს დასკვნა, და რომ ეს დასკვნა ბრალდებულის შერაცხადობისა თუ შეურაცხადობის შესახებ მასალას უნდა წარმოადგენდეს სასამართლოს მიერ დამოუკიდებელი დასკვნის გამოტანისათვის.

ამ საკითხს საბჭოთა სამართალი სრულიად გარკვევით წყვეტს. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ სსრ კავშირის იუსტიციის სახალხო კომისარიატის, ჯანსაზღვრობის, შინსახკომის და პროკურატურის 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციის თანახმად (პუნქტი 1), ექსპერტს მოეთხოვება „დაკავებულ ან სამართალში მიცემულ იმ პირთა ფსიქიკური მდგომარეობის განსაზღვრა და შერაცხადობის შესახებ დასკვნის მიცემა, რომელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა სასამართლოს და ძიების ორგანოებში ექვს იწვევს.“ მაშასადამე, არ არის საკმარისი, რომ ექსპერტი ფსიქიკური აშლილობის არსებობაზე მითითებით დაკმაყოფილდეს; იგი ვალდებულია აგრეთვე განსაზღვროს, არის თუ არა ამ ფსიქიკური აშლილობის ხარისხი ისეთი, რომ გამოიწვიოს ბრალდებულის განთავისუფლება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაგან.

შერაცხადობის ცნება მკიდროდ არის დაკავშირებული ბრალეულობის ცნებასთან, რასაც სუბიექტის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

მარქსიზმის კლასიკოსები, უკუაგდებდნენ-რა მეტაფიზიკურ მოძღვრებას ნების თავისუფლების შესახებ, არასდროს არ უარყოფდნენ ბრალეულობას, როგორც ჩადენილი ბოროტმოქმედებისათვის პირადი პასუხისმგებლობის წინამძღვარს. როდესაც მარქსიზმ-ლენინიზმი ასაბუთებს ადამიანის პასუხისმგებლობას თავისი მოქმედებისათვის, ის გამომდინარეობს დიალექტიკური მატერიალიზმის მოძღვრებიდან თავისუფლების, როგორც გაცნობიერებული აუცილებლობის, შესახებ. ადამიანის ნებელობის და ცნობიერების აქტიური როლი, ადამიანის უნარი—ხელმძღვანელობა გაუწიოს თავის მოქმედებას ობიექტური სინამდვილის და მის კანონზომიერებათა შეცნობის საფუძველზე, აპირობებს ამ პირის პასუხისმგებლობას ჩადენილი მოქმედებისათვის.

ამაზე არის აგებული საბჭოთა კანონმდებლობის დებულებანი ბრალეულობის და შერაცხადობის შესახებ.

საბჭოთა სოციალისტური სისხლის სამართალი, გამომდინარეობს რა ბრალეულობის მეცნიერულად დასაბუთებული განსაზღვრიდან, მტკიცედ იცავს იმ პრინციპს, რომ სისხლის სამართლის წინაშე პასუხისმგებელი შეიძლება იყვნენ მხოლოდ შერაცხადი პირნი, იგი შეუშრაცხადობის ცნებას მკაფიო განსაზღვრას აძლევს და ექსპერტ-ფსიქიატრის სისხლის სამართლის პროცესში სათანადო ადგილს აკუთვნებს.

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიის წინაშე მისი განვითარების დასაწყისიდანვე წამოიჭრა ამოცანა სხვადასხვაგვარ ფსიქიკურ აშლილობათა ფორმების ერთგვაროვანი კრიტერიუმების მეცნიერულ-თეორიული დამუშავებისა. ამის შესრულება მხოლოდ სასამართლო-ფსიქიატრიული კლინიკის თავისებურებათა გაღრმავებული შესწავლის შედეგად გახდა შესაძლებელი. ის შესრულებული იყო კიდევაც დიდი სამეცნიერო-კვლევითი და პრაქტიკული საექსპერტო მუშაობის გზით, რომლის შედეგად საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიამ გამოიმუშავა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების ძირითადი პრინციპები ყველა მნიშვნელოვანი კლინიკური ფორ-

მისათვის; ასეთებია: შიზოფრენია, ეპილეფსია, თავის ტვინის ორგანული დაზიანებანი, ფსიქოპათიები, რეაქტიული მდგომარეობანი, განსაკუთრებული მდგომარეობანი და სხვ.

ექსპერტიზის საკითხების შესასწავლად სასამართლო ფსიქიატრია იყენებს ფსიქიატრიული მეცნიერების ყველა მიღწევას. სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნა გამოაქვთ დიაგნოსტიკის საფუძველზე, რომელიც ფსიქიატრიულ კლინიკაში მიღებული გამოკვლევის ყველა თანამედროვე მეთოდის შემწეობით დადგინდება.

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიამ გამოიყენა მიღწევები მშობლიური ფსიქიატრიის უდიდესი წარმომადგენლებისა: ბალინსკის, მერჟევსკის, ბეტერევის, კორსაკოვის, სერბსკის, ოსიპოვის, ბაჟენოვის, განუშკინის და სხვ. ამ მეცნიერებმა ბევრი იმუშავეს სასამართლო ფსიქიატრიის დარგში და გვიჩვენეს, რომ სასამართლო ფსიქიატრია მთელ რიგ ისეთ პრობლემებს ამუშავებს, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა აქვთ აგრეთვე კლინიკური ფსიქიატრიისათვის.

მეცნიერული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა მოითხოვს ფსიქიკურ აშლილობათა იმ ფორმებისა და მათი მიმდინარეობის თავისებურებათა ყოველმხრივ ცოდნას, რომლებიც უპირატესად სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გვხვდება. დაავადებათა ეს ფორმები სასამართლო-ფსიქიატრიულ კლინიკას სპეციფიკურ იერს აძლევს. აქ შესაძლებელია მიეუთითოთ იოლად გამოხატულ არამკაფიო ფსიქიკურ აშლილობებზე; აგრეთვე მთელი რიგი კარგად ცნობილი დაავადებების (მაგალითად, შიზოფრენია, ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებანი დი ა. შ.) ჩვეულებრივი სიმპტომატიკის და მიმდინარეობის მნიშვნელოვან სახეცვლილებებზე სიტუაციური ფაქტორების ზეგავლენით, რაც ხშირად დიაგნოზის დადგენაში სიძნელეებს იწვევს.

სასამართლო-ფსიქიატრიული მასალის თავისებურება მდგომარეობს აგრეთვე იმაშიც, რომ ექსპერტს ხშირად აქვს საქმე რეაქტიულ მდგომარეობებთან, ხანმოკლე ფსიქიკურ აშლილობებთან (განსაკუთრებული მდგომარეობანი), სიმულაციასთან. ეს მდგომარე-

ობა ექიმ-კლინიკისტს შედარებით იშვიათად ხედება და მათი გამოცნობისათვის სპეციალურ ცოდნასა და გამოცდილებას მოითხოვს.

ამასთან დაკავშირებით, სასამართლო-ფსიქიატრისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების დამუშავებას არამკაფიოდ გამოხატულ, ატიპობრივ დავადებათა დადგენისა, ფსიქიკური დეფექტის ხარისხის გამორკვევისა და რეაქტიულ მდგომარეობათა გამიჯვნისათვის ქეშმარიტი ფსიქოზებისაგან. ამ რთულმა და მრავალგვარმა საკითხებმა საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიაში მრავალმხრივი დამუშავება ჰპოვეს სასამართლო ფსიქიატრიის სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის შრომებში¹ და მთელ რიგ შრომებში, რომლებიც საბჭოთა ქვეყნის სხვა ფსიქიატრიულმა დაწესებულებებმა მოგვცა (ვედენსკის, ბუნეევის, ხალეცკის, ოზერეცკის. დოვბნიას, მოლოჩეის, აკერმანის, ლეჟინსკის, ფელინსკაიას, იუსევიჩის, შენგელაიას, ზატულოვსკის, კალაშნიკის, ლუნცის, პოგობკოს და სხვათა შრომებში).

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიამ თავის განვითარებაში გამოიყენა ზოგადი ფსიქიატრიის მიღწევები, თავის მხრივ გაამდიდრა იგი, მთელი რიგი ახალი თეორიული დებულებები დაამუშავა და მდიდარი გამოცდილება დააგროვა.

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიის განვითარება ხასიათდება ბურჟუაზიულ ცრუმეცნიერულ კონცეფციებთან ბრძოლით, მეტადრე — დამნაშავეის ბიოლოგიურ არასრულფასოვანობასთან დანაშაულის დაკავშირების მოქმედებასთან (ლომბროზოს მოძღვრება, ნეოლომბროზიანობა) ბრძოლით და მათი ანტიმეცნიერულობისა და რეაქციულობის მხილებით.

დანაშაულისადმი თანდაყოლილი მიდრეკილების შესახებ რეაქციული იდეები ბურჟუაზიულ საზოგადოებაში ძლიერ ცხოველ-

¹ სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის შრომების გრცელი ბიბლიოგრაფია იხ. ც. მ. ფაინბერგის შრომაში — „Судебно-психиатрическая экспертиза и опыт работы Института судебной психиатрии им. Сергеевского за 25 лет“ (Проблемы судебной психиатрии, сборн. 6-й, 1948).

მყოფელი აღმოჩნდა, რადგან ექსპლოატატორთა კლასებისათვის უფრო სასარგებლოა დანაშაულების მიზეზი ეძიოს არა ამ საზოგადოების კლასობრივ სტრუქტურაში, საზოგადოებისა, რომელსაც მოსახლეობის ფართო მასებისათვის გაპირვება, შიმშილი, უმუშევრობა მოაქვს, არამედ პიროვნების მემკვიდრეობით პირობადებულ, ვითარს ბიოლოგიურ თავისებურებებში.

დანაშაულისადმი თანდაყოლილ წინასწარგანწყობის დასამტკიცებლად, ბურჟუაზიულ სასამართლო ფსიქიატრიას გამოყენებული აქვს სამედიცინო მოძღვრება კონსტიტუციის, პიროვნებისა და ხასიათის შესახებ. კრიმინალურ წინასწარგანწყობას ფსიქოპათიებს უკავშირებენ. დანაშაულთა მიზეზების ბიოლოგიზაციის ცდები ხორციელდება დანაშაულობის ფსიქონალიზური თეორიების საშუალებით (ფრეიდიზმი და სხვ.), რომელნიც ინგლისსა და ამერიკაში ფართოდაა გავრცელებული. ამ მიმართულებებს, რომლებიც ლომბროზოს იდეებს უფრო რთულ და შენიღბულ ფორმაში ავითარებს, „ნეოლომბროზიანობის“ სახელი ეწოდება“. იგი განსაკუთარებით განვითარდა დასავლეთში, იმპერიალიზმის პერიოდში, დაკავშირებით ბურჟუაზიის მისწრაფებასთან, ცრუ მეცნიერული თეორიებით გაემართლებინათ მშრომელთა წინააღმდეგ გაძლიერებული რეპრესიები“. შემდეგში ეს იდეები ფაშიზმის ბარბაროსულ რასობრივ თეორიებს შეუერთდა. ამჟამად ნეოლომბროზიანობას მებრძოლი რეაქციის იდეოლოგიურ არსენალში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია, მეტადრე ინგლისსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში; იგი რასიზმის, რასობრივი დისკრიმინაციის, სტერილიზაციის, კასტრაციის და სხვ. სასარგებლოდ პროპაგანდას ეწევა. •

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრია თავისი განვითარების დასაწყისში დასავლეთ ევროპის მეცნიერების იდეალისტურ კონცეფციის გავლენისაგან ჯერ კიდევ არ იყო სრულიად თავისუფალი. ზოგიერთმა საბჭოთა ფსიქიატრმა ვერ გამოიცნო ნეოლომბროზიანობის რეაქციული არსი და დამნაშავის პიროვნების შესწავლის დარგში ნეოლომბროზიანული კონცეფციები დაუშვა. სასამართლო ფსიქიატრიის შემდგომი განვითარება უკვე ნეოლომბროზიანულ თეორიებთან ბრძოლის ნიშნით მიმდინარეობდა (ბუ-

ნეევის, ფაინბერგის, ხალეცკის და სხვ. შრომები), კერძოდ ფსიქოპათიების პრობლემის გადაჭრა იყო საჭირო, რომლის გაფართოებული განმარტება დასავლეთ ევროპის ფსიქიატრიაში ბიოლოგიზატორული კონცეფციების საფუძვლად იყო გამოყენებული; საჭირო იყო ამ თეორიების მხილება, რომელნიც დანაშაულებრივობასა და ფსიქოპათიებს შორის კავშირის სპეციფიკურობას ამტკიცებდნენ და დანაშაულებრივ ქმედებათა ბიოლოგიურად წინასწარ განსაზღვრის შესახებ ლაპარაკობდნენ. საჭირო იყო ამ შეხედულებათა სისტემის კლასობრივი ფესვების მხილება, რომლებიც ამ სისტემას ხდიდა¹ მებრძოლი რეაქციის იარაღად.

საბჭოთა სასამართლო ფსიქიატრიის უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენდა და ახლაც წარმოადგენს ბურჟუაზიული რეაქციული თეორიების უღმრთესი მხილება, რომელთა კლასობრივი დანიშნულებაა — მოხსნას პასუხისმგებლობა კაპიტალისტურ წესწყობილებას, მის მიერვე წარმოშობილ დანაშაულობისათვის, ახსნას დანაშაული, როგორც გარდაუვალი მოვლენა, რომელიც ადამიანის ბუნებაშივეა დამკვიდრებული და რეპრესიის ბარბაროსული ფორმების გამოყენება დაასაბუთოს.

იდეოლოგიურ ფრონტზე ბრძოლის გაძლიერების შესახებ, საკავშირო კპ(ბ) ცენტრალური კომიტეტის ისტორიულ დადგენილებასთან დაკავშირებით, საბჭოთა მეცნიერებმა, რომლებიც სასამართლო ფსიქიატრიის დარგში მუშაობენ, უნდა გააძლიერონ ბრძოლა მეცნიერებაში პარტიულობისათვის, რეაქციულ ბურჟუაზიული თეორიების გავლენის საბოლოო აღმოფხვრისათვის, უცხოური მეცნიერების წინაშე ქედმოხრილობის მოსპობისათვის.

¹ სერბსკის სახელობის სასამართლო-ფსიქიატრიის ინსტიტუტის შრომების კრებულში „Психиатрия и их судебно-психиатрическое значение“, 1934 წ. ფსიქოპათიების კრიმინოგენური მნიშვნელობის მკვეთრი კრიტიკა არის მოცემული. ამ კრებულის ყველა ნაშრომის დედააზრი არის ის, რომ ასეთი სპეციფიკური კავშირი არ არსებობს, და კლინიკურ საექსპერტო მასალაზე მტკიცდება, რომ ასეთი პრობლემის დასაბუთებისათვის არსით ცრუმეცნიერული და არასწორია.

ზოგადი ნაწილი

თ ა ვ ი I

შერაცხადობა და სასამართლო-მსიჯიანური მკვლევების ამოცანები

შერაცხადობა და მისი მოპირდაპირე ცნება—შეურაცხადობა იურიდიული ცნებებია. სამედიცინო ცნება „სულით ავადმყოფობა“ წარმოადგენს მხოლოდ „წინაპირობას, რომელიც შერაცხადობის გამომრიცხავ პირობებზე მიგვითითებს.

შერაცხადობის ცნება ძლიერ დიდ როლს ასრულებს ყველა იმ კანონმდებლობაში, რომელიც აღიარებს, რომ დასჯის საფუძველს წარმოადგენს დანაშაულის არსებობა ბოროტმოქმედების ჩადენის დროს.

დანაშაულის სუბიექტად შეიძლება იყოს მხოლოდ ის, ვისაც დანაშაულებრივი მოქმედების უნარი აქვს. სისხლის სამართლის დანაშაული განზრახვის ან გაუფრთხილებლობის არსებობას ვარაუდობს. აქედან გამომდინარეობს, რომ შერაცხადობის ქვეშ ისეთ მდგომარეობას გულისხმობენ, როდესაც პიროვნებას აქვს: 1) უნარი—შეიგნოს მის მიერ ჩადენილი საქციელი და მისი შედეგები, 2) უნარი—იხელმძღვანელოს ამ შეგნებით; ამ უნარის არარსებობა განსაზღვრავს შეურაცხადობას. ამ უნარის მომსაზრებ მიზეზს სულით ავადმყოფობა წარმოადგენს.

კანონი იძლევა არა შერაცხადობის, არამედ მისი მოპირდაპირე ცნების — შეურაცხადობის განსაზღვრას. კანონმდებლობათა უმრავლესობა შეურაცხადობის ცნების განსაზღვრისათვის ორი—სამედიცინო და იურიდიული—კრიტერიუმით სარგებლობს.

სამედიცინო კრიტერიუმში .იმ ავადმყოფურ მდგომარეობათა ჩამოთვლას შეიცავს, რომელნიც შერაცხადობის გამორიცხვისათვის საჭირო წინაპირობას წარმოადგენენ.

მაგრამ სისხლის სამართლის კოდექსის შესაბამის მუხლში გათვალისწინებულ ერთ-ერთი ავადმყოფური მდგომარეობის კონსტატირება ჯერ კიდევ არ გამორიცხავს შერაცხადობას. საჭირო არის, რომ ამ ავადმყოფური მდგომარეობის შედეგად მოხდეს განსაზღვრული ფსიქიკური ცვლილებები, რომლებიც აგრეთვე კანონით არის გათვალისწინებული.

იურიდიული კრიტერიუმში განსაზღვრავს ფსიქიკური ცვლილებების იმ ხარისხს, რომლის დროსაც გამოირიცხება შერაცხადობა.

ამ ნიმუშის მიხედვით არის მუხლი აგებული შეურაცხადობის შესახებ რსფსრ-ის სსკ-ში და სხვა მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსებში. რსფსრ სსკ კოდექსის მე—11 მუხლში¹ ნათქვამია:

„სასამართლო-გამასწორებელი ხასიათის სოციალური დაცვის ზომები არ შეიძლება მიყენებულ იქნეს იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული აქვთ ჩადენილი ქრონიკული სულით ავადმყოფობის მდგომარეობაში ან დროებითი ფსიქიკური აშლილობის დროს, ან სხვა რაიმე ავადმყოფურ მდგომარეობაში, თუ ეს პირები ანგარიშს ვერ უწყევდნენ თავიანთ მოქმედებას ან მათ ვერ ხელმძღვანელობდნენ, და აგრეთვე იმ პირთა მიმართ, რომლებიც თუმცა სულიერი წონასწორობის მდგომარეობაში მოქმედებდნენ, მაგრამ განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის სულით ავადმყოფნი გახდნენ.

ამ პირთა მიმართ შეიძლება მიყენებული იქნეს მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის სოციალური დაცვის ზომები.

შენიშვნა: ამ მუხლის მოქმედება არ ვრცელდება იმ პირებზე, რომელთაც დანაშაული ჩადენილი აქვთ სიმთვრალეში“.

ამგვარად, მე-11 მუხლი არჩევს: 1) შეურაცხადობის მდგომარეობას ბოროტმოქმედების ჩადენის მომენტში და 2) შეურაცხადობის მდგომარეობას, რომელიც განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის წარმოიშვა.

¹ საქართველოს სსრ. სს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

დანაშაულის ჩადენის დროს შეურაცხადობის კრიტერიუმებად მე-11 მუხლი სთვლის: 1) „ქრონიკული სულით ავადმყოფობის ან სულიერი მოქმედების დროებით აშლილობის“, ან სხვა რაიმე ავადმყოფური მდგომარეობის არსებობას — ეგრეთ წოდებულ სამედიცინო კრიტერიუმს და 2) თავის ქმედებაში ანგარიშის გაწევის ან მათი ხელმძღვანელობის უნარის უქონლობას — იურიდიულ კრიტერიუმს. მაშასადამე, შეურაცხადობის აღიარებისათვის საჭირო არის სულით ავადმყოფობის არსებობა, რომლის დროსაც თავის ქცევებში ანგარიშის გაწევის ან მათზე ხელმძღვანელობის უნარი გამოირიცხება. ნაჩვენები კრიტერიუმებიდან მხოლოდ რომელიმე ერთის არსებობა შეურაცხადობას ჯერ კიდევ არ გამოირიცხავს.

მე-11 მუხლის სწორედ ეს ფორმულირება განსაზღვრავს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ამოცანებს. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ორ მომენტს შეიცავს: 1) გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებას როგორც ექსპერტიზის მომენტში, ისე დანაშაულის ჩადენის პერიოდში და 2) ამ შეფასების საფუძველზე შეურაცხადობის საკითხის გადაჭრას.

ამგვარად, ექსპერტმა პირველ რიგში უნდა გადაწყვიტოს საკითხი: არის თუ არა გამოსაკვლევი პირი ფსიქიკურად დაავადებული და თუ არის, სახელდობრ რა დაავადებით.

ზოგიერთი ფსიქიატრი იმ თვალსაზრისს იზიარებს, რომ შეურაცხადობის საკითხის გადასაჭრელად მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ მდგომარეობის განსაზღვრას, დიაგნოზს-კი მნიშვნელობა არა აქვს. ასეთ აზრს ჩვენ ვერ ვეთანხმებით, რადგან სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასებისათვის მნიშვნელოვანი არის ავადმყოფური მდგომარეობის არა მარტო სტატიკა, არამედ დინამიკაც, ხოლო ამ უკანასკნელის განსაზღვრა დიაგნოსტიკასთან არის დაკავშირებული. მაგალითად, იმ სუბიექტის შეურაცხადობის შეფასებისათვის, რომელსაც ანამნეზში სიფილისით დაავადება აქვს და ექსპერტიზის მომენტისათვის მთელ რიგ ორგანულ სიმპტომებისა და ნევრასთენიის სურათს ამტკიცებს, დიაგნოზის დაზუსტება ძლიერ მნიშვნელოვანია. თუ მოცემულ შემთხვევაში პროგრესული დამბლის დასაწყის სტადიას აქვს აღგილი, მაშინ ექსპერტიზის მომენტში გამოსახული ჰეპასუსტობის უქონლობის მიუხე-

დავად, გამოსაკვლევი პირი, ამ დაავადების დროს პიროვნების ცვლილებების ხასიათის და მათი დინამიკის გათვალისწინებით, შეურაცხადად იქნება ცნობილი. იმ შემთხვევაში-კი, თუ დიაგნოზირებული იქნება ტვინის სიფილისი, მაშინ სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება სულ სხვანაირი შეიძლება იქნეს, რადგან ეს დაავადება ყოველთვის უეჭველად ჭკუასუსტობით არ მთავრდება.

მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ამა თუ იმ დიაგნოზის დადგენას ყოველთვის მოსდევს შერაცხადობის შესახებ საკითხის განსაზღვრული გადაჭრა. აქ საუბარია მხოლოდ იმაზე, რომ სწორი დიაგნოსტიკა საშუალებას გვაძლევს უფრო ღრმად შევათასოთ არსებული ავადმყოფური მდგომარეობა და მისი შესაძლო მიმდინარეობის და დასასრულის შესახებ ვიწინასწარმეტყველოთ. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პირობებში დიაგნოზის დადგენა დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული, რადგან კლინიკური ანალიზის ჩვეულებრივი სიძნელეები აქ მნიშვნელოვნად იზრდება სხვადასხვაგვარ ფსიქოგენურ და სიმულაციურ მიზანდასახულობათა გამო, რომელნიც არა მარტო ჯანმრთელთა და ფსიქოპათებს შორის, არამედ მკვეთრად გამოსახულ სულით ავადმყოფებს შორისაც წარმოიშვებიან. ეს მიზანდასახულობანი ორგვარი შეცდომების წყაროს წარმოადგენენ: ერთ შემთხვევაში გამოსაკვლევი პირის ქცევაში რეაქტიული და მიზანდასახულობითი მომენტების არსებობას შეუძლია ხელი შეუშალოს სინამდვილეში არსებული პროცესულური დაავადების დიაგნოსტიკებას. სხვა შემთხვევებში-კი—რეაქტიული მდგომარეობა ან მიზანდასახულობითი ქცევა შეიძლება შეფასებული იყოს. როგორც სულით დაავადება, ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით, მეტადრე, თუ არის ცნობები გამოსაკვლევი პირის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ყოფნისა წარსულში ან რაიონის ფსიქიატრისათვის მიმართვის შესახებ.

ამიტომ, ყოველ ცოტად თუ ბევრად რთულ შემთხვევაში, სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნა სტაციონარში დაკვირვების საფუძველზე უნდა იყოს მიცემული. მაგრამ სტაციონარში გამოკვლევა ექსპერტს შეცდომის თავიდან აცილების სრულ შესაძლებლობის საშუალებას არ აძლევს. სასამართლო-ფსიქიატრიული

შეფასების სიმწლე აქაც დიდია და მის დასაძლევად არა მარტო „კლინიკური ცოდნა“, არამედ სპეციალური სასამართლო-ფსიქიატრიული გამოცდილებაც არის საჭირო.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოსაკვლევი პირის გამოკითხვის მეთოდს, რომელიც ექსპერტისათვის არსებითად ფსიქიკური მდგომარეობის გამორკვევის მთავარ იარაღს წარმოადგენს. ფსიქიატრიულ კლინიკაში ავადმყოფის გამოკითხვის ცოდნა, საერთოდ, მხოლოდ დიდი გამოცდილების შედეგად მოიპოვება; სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პირობებში კი, ავადმყოფის გამოკითხვა კიდევ უფრო დიდ ცოდნას მოითხოვს, რადგან თვით ავადმყოფის დამოკიდებულება ექიმისადმი აშკარა ან მალული ბრძოლის ხასიათს ღებულობს. ძალიან ხშირად გამოსაკვლევი პირი ცდილობს ექიმს თავისი თავი მოაჩვენოს არა იმად, რასაც იგი სინამდვილეში წარმოადგენს, ხოლო ექიმის ამოცანას მისი ნამდვილი მდგომარეობის გამოაშკარავება წარმოადგენს. ასეთ შემთხვევებში ფრიად მნიშვნელოვანი არის ის, რომ ექიმმა გამოკითხვის დროს შეინარჩუნოს ინიციატივა და არ გაჰყვეს საუბარში გამოსაკვლევ პირს. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ საფრთხილოა გამოსაკვლევი პირისათვის ამა თუ იმ სიმპტომების კარნახი, რომლების გამოყენებასაც შესძლებს იგი შემდეგში თავისი დაავადების დასადასტურებლად.

გამოსაკვლევი პირის გამოკითხვის ყველა შემთხვევისათვის გამოსადეგი წესების გამომუშავება (დადგენა), ყოვლად შეუძლებელია. თითოეული გამოსაკვლევი პირი, მისი კულტურული დონის, დამახასიათებელ თავისებურებათა და სხვათა გამო, ინდივიდუალურ მიდგომას მოითხოვს. გამოსაკვლევი პირის გამოკითხვის უნარი ერთგვარ ხელოვნებას წარმოადგენს და დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული გამოცდილებით მოიპოვება.

გამოსაკვლევი პირის ექსპერტიზის მიმართ ასეთ მიზანდასახულობათა გამო თავის მნიშვნელობას კარგავს ფსიქოლოგიური ექსპერიმენტიც, როგორც დამხმარე დიაგნოზური მეთოდი.

სხვადასხვაგვარი ფსიქოლოგიური ტესტებით მიღებული დაბალი მაჩვენებლები, ზოგჯერ გამოსაკვლევი პირის მიერ შეგნებული კეუასუსტობის სურათის მოცემის (დახატვის) შედეგს წარ-

მოადგენენ. ექსპერტიზის პირობებში დავალების სწორად თუ არა-სწორად გადაწყვეტას კი არა, არამედ მისი შესრულების მეთოდს აქვს მნიშვნელობა.

გამოსაკვლევი პირების ქცევაში სიმულაციური მომენტების განოსამჟღავნებლად საცნაოდ შესწავლილი მეთოდიკა ფსიქოლოგებს ჯერჯერობით არა აქვთ. გამოსაკვლევი პირის მიერ მიწოდებული ცნობები, ყოველთვის საჭიროებს შემოწმებას. ამიტომ ექსპერტის წინაშე რაც შეიძლება სრული ობიექტური მასალის დაგროვების ამოცანა დგას, ეს კი ყოველთვის შესაძლებელი არ არის.

ის ცნობები, რომლებსაც იძლევიან გამოსაკვლევი პირის ნათესავები, რომლებიც მისი მომავალი ბედით არიან დაინტერესებული, არაერთარ შემთხვევაში ობიექტურად არ შეიძლება იქნან ცნობილი და მათ მიმართ ძლიერი სიფრთხილეა საჭირო. სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც გამოსაკვლევი პირები წერილობით ან პაემანების დროს თავის ნათესავებს დავალებებს აძლევდნენ, თუ როგორ უნდა მიაწოდონ მათ ექიმს გამოსაკვლევი პირისათვის სასარგებლო ცნობები. ამის გამო საჭირო არის გამოსაკვლევი პირის დახასიათებისათვის ცნობები შეძლებისდამიხედვით სპეციალური გამოკვლევების საშუალებით იქნეს დაგროვილი, თანამოსამსახურეების, სახლმართველობის, მობინადრების და სხვათა დაკითხვის გზით. რასაკვირველია, ეს ყველა შემთხვევაში არ არის შესაძლებელი. გამოძიებაში ყოფი გამოსაკვლევი პირების მიმართ მასალების ასეთი დაგროვება შეიძლება წარმოებულ იქნეს მხოლოდ განომძიებლის ნებადართვით.

არანაკლები ფრთხილი მიდგომა არის საჭირო აგრეთვე იმ სხვადასხვაგვარი სამედიცინო ცნობების და დიაგნოზების მიმართ, რომლებსაც გამოსაკვლევი პირი ან მისი ნათესავები წარადგენენ. სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ბევრი შემთხვევაა ცნობილი, როდესაც ესა თუ ის პირი, დანაშაულის ჩადენის შემდეგ, სასამართლო საქმის აღძვრის მოსალოდნელი შესაძლებლობის გამო, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში თავსდება, იმ მიზნით რომ ასე ეთქვას, „პროფილაქტიკურად“ ავადმყოფობის შესახებ მთულო ცნობა. მოთავსებისათვის უშუალო საბაზს ჩვეულებრივად სიტუაცი-

ასთან დაკავშირებული რეაქტიული მდგომარეობა ან ალკოჰოლური ეპიზოდი წარმოადგენს. რეაქტიული მდგომარეობის მიზეზებს ექიმებისაგან მალავენ, თვითონ მდგომარეობას კი აზვიადებენ, ხშირად ნათესავების დახმარებით, რომლებიც ყალბ ანამნეზებს იძლევიან (ანამნეზი—წარსულის, ავადმყოფობის გამოვლინებების შესახებ ცნობებია). „ავადმყოფი“ ღებულობს განსაზღვრულ დიაგნოზს. რომელსაც სასამართლო საქმის დაწყებისთანავე სათანადო ორგანოებს წარუდგენს.

მეორე მხრივ, ექიმებიც ზოგჯერ არასაკმაო სერიოზულობით ეკიდებიან დიაგნოზს. უეჭველია, რომ ზოგიერთი დიაგნოზი ამა თუ იმ კლინიკური ფორმით გატაცების ნაყოფს წარმოადგენს. ასეთი დიაგნოზები, მეტადრე თუ ისინი ავტორიტეტულ პირებიდან ან დაწესებულებებიდან გამოდიან, თან სდევნენ ავადმყოფს და ზოგ შემთხვევაში მის მომავალს სწყვეტენ. აი ამიტომ, სასამართლო ფსიქიატრს, უწევს-რა იგი ანგარიშს იმ სამედიცინო ცნობებს, რომლებსაც გამოსაკვლევი პირი ადგენს, არ ზეუპლია მისცეს მათ გადამწყვეტი მნიშვნელობა, არამედ იგი ვალდებულია შეამოწმოს ისინი იმ მასალების გაცნობის გზით, რომელთა საფუძველზე ესა თუ ის დიაგნოზი იყო დასმული. მოკლედ რომ ვთქვათ, ექსპერტი ანამნეზის შეკრების დროს დიაგნოზებით არ უნდა დაკმაყოფილდეს, არამედ შეძლებისდაგვარად უნდა ეცადოს მიიღოს ავადმყოფობის ისტორია იმ სტაციონარებიდან ან ამბულატორიებიდან, სადაც გამოსაკვლევი პირი წინათ ნეკურნალობდა.

გამოკვლევის მონაცემების გარდა, ექსპერტისათვის უმნიშვნელოვანესი ობიექტურ მასალას წარმოადგენს სასამართლო ან საგამომძიებლო საქმე. კარგად და სრულად შედგენილი სასამართლო ან საგამომძიებლო საქმე ექსპერტიზისათვის დიდ დახმარებას წარმოადგენს. ამის შესახებ უნდა ახსოვდეთ გამომძიებლებსაც, რომლებმაც იმ შემთხვევებში, როდესაც ექსპერტიზის შესახებ წარმოიშვება საკითხი, უნდა მოაგროვონ რაც შეიძლება სრული ცნობები, რომლებიც საქმის არა მხოლოდ მხილებითი მხარეს ესება, არამედ გამომძიებაში მყოფი პირის დახასიათებასაც იძლევა. სასამართლო

საქმეს განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ეგრეთწოდებული „განსაკუთრებული მდგომარეობების“, ე. ი. ფსიქიკის დროებითი აშლილობის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს. ამ შემთხვევებში ექსპერტს უხდება საქმის მასალების მიხედვით გამოსაკვლევი პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში ქცევის სურათის რეტროსპექტული აღდგენა. გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებისათვის უძვირფასეს მასალას ხშირად თვით დანაშაული, მისი მოტივები და ხასიათი წარმოადგენენ.

სხვადასხვა დროს მოცემულ ჩვენებათა ყურადღებიანი დაპირისპირება და მათი შედარება იმასთან, რასაც ბრალდებული თავისი საქმის გამო მოუთხრობს ექიმს, ხშირად გამოსაკვლევი პირის მიზანდასახულობრივი ქცევის მხილების ან მის მიერ წარმოდგენილი ამნეზიის უარყოფის საშუალებას იძლევა.

მსჯავრდებულთა მიმართ ასეთივე დიდი მნიშვნელობა აქვს პირად საქმესთან გაცნობას, რომელიც ზოგჯერ გამოსაკვლევი პირის ციხეში ქცევისა, კონფლიქტების, მუშაობისადმი მიმართებისა და სხ. შესახებ ცნობებს შეიცავს. ეს ყველაფერი ექსპერტის ხელში უძვირფასეს მასალას წარმოადგენს.

მაგრამ გამოძიების საქმე საკმარისი სისრულით ყოველთვის როდი დგება. ზოგ შემთხვევებში მასალების ნაკლებობა არ აძლევს საშუალებას ექსპერტს შერაცხადობის შესახებ საკითხი გადაწყვიტოს. ამ შემთხვევებში ექსპერტმა უნდა გამოიტანოს დასკვნა საქმის შემდგომი გამოძიების ან სასამართლოს სხდომაზე გადაწყვეტილების შესახებ, სადაც მას მოწმეების დაკითხვის საშუალებით შეუძლია მიიღოს მისთვის საჭირო მონაცემები.

მხოლოდ მასალის საკმარისი რაოდენობის დაგროვების შემდეგ, ექსპერტს შეუძლია შეუდგეს შემთხვევის სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეფასებას. როგორც ზემოთ იყო ნაჩვენები, ექსპერტმა, ჯერ ერთი, უნდა გამოარკვიოს გამოსაკვლევი პირის ავადმყოფური მდგომარეობის ხასიათი, და მეორე, მისი შერაცხადობის შესახებ საკითხი გადაწყვიტოს. დიაგნოზის შესახებ საკითხი წყდება გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობის დაწვრილებითი შესწავლის გზით, იმ სასამართლო-ფსიქიატრიული თვისებებისათვის ანგარიშის გაწევით,

რომელთა შესახებ ჩვენ ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი. მეორე საკითხის გადაწყვეტა უკვე სცილდება კლინიკური ანალიზის ფარგლებს და შეიცავს შეფასების მომენტს, რომელიც სასამართლო-ფსიქიატრიულ დასკვნის სპეციფიკურობას წარმოადგენს.

რა კრიტერიუმებით უნდა ხელმძღვანელობდეს ექსპერტი ამ ცვლილებების შეფასების დროს? როგორც ჩვენ უკვე დავინახეთ, ამ მიმართულებით ძირითადი მითითება მოცემულია რსფსრ ს.ს. კოდ. მე-11 მუხლში.¹

შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაჭრა გამოსაკვლევი პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში და გამოძიების პერიოდში პიროვნების ცვლილებების შეფასებამდე დაიყვანება. მე-11 მუხლის იურიდიული კრიტერიუმი არამც თუ მხოლოდ ინტელექტის ცვლილებებს, არამედ ნებელობითი სფეროს ცვლილებებსაც შეიცავს. ამგვარად, შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტის დროს, ექსპერტი არა მარტო ფსიქიკური ცხოვრების ცალკეულ მხარეებს, ცვლილებებს, არამედ მთლიანად ფსიქიკის ცვლილების შეფასებასაც უნდა ემყარებოდეს.

მე-11 მუხლი შეურაცხადობის საერთო კრიტერიუმს შეიცავს. სწორედ ამ საერთო განსაზღვრების კონკრეტული კლინიკური შინაარსით შევსება წარმოადგენს სასამართლო ფსიქიატრიის ამოცანას. თუმცა კლინიკური დიაგნოზი, როგორც ჩვენ ეს ზემოთ ვაჩვენეთ, შერაცხადობის შესახებ საკითხს ჯერ კიდევ არ წყვეტს, მაგრამ იგი ამ საკითხის გადაჭრის ზოგიერთ ვარიანტს განსაზღვრავს. სასამართლო ფსიქიატრია შეისწავლის სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეფასებებს ცალკეული კლინიკური ერთეულების ჩარჩოებში.

ექსპერტის ამოცანას წარმოადგენს სასამართლო-ფსიქიატრიული ცოდნის საფუძველზე გადაწყვეტოს, შეესაბამებია თუ არა გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკის ცვლილებები თავისი ბუნებითა და გამოსახულებით იმ მოთხოვნებს, რომლებსაც ადგენს რსფსრ ს.ს. კოდ. მე-11 მუხლი.

¹ საქართველოს სსრ ს.ს. კოდექსი, მე-10 მუხლი.

მთელ რიგ შემთხვევებში ექსპერტიზის ეს ძირითადი ამოცანა რთულდება შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტასთან ერთად სხვა, სასამართლოს ან გამოძიების მიერ დასმული საკითხების გადაწყვეტის საჭიროებით.

ასეთ მდგომარეობას, უწინარეს ყოვლისა, სამხედრო სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დროს ვხვდებით. ამგვარი ექსპერტიზის სპეციფიკურობა მდგომარეობს იმაში, რომ ექსპერტს შერაცხადობის შესახებ საკითხთან ერთად გამოსაკვლევი პირის სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისობის საკითხის გადაჭრა უხდება. ამასთან, საჭიროა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ ამ საკითხების გადაწყვეტა შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს. მაგალითად, სუბიექტი შეიძლება შერაცხადად და იმავე დროს სამხედრო სამსახურისათვის უვარგისად, ან პირიქით, იქნეს ცნობილი. საქმე ისაა, რომ ორივე ეს საკითხი სულ სხვადასხვანაირი კრიტერიუმების საფუძველზე წყდება. თუ, როგორც ჩვენ ეს ზემოთ ვნახეთ, შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტის დროს ექსპერტი რსფსრ ს.ს. კოდ. მე-11 მუხლის ფორმულირებას ეყრდნობა, მაშინ სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისობის განსაზღვრის დროს იგი გამოდის სსრ კავშირის თავდაცვის უწყების მოქმედი ბრძანების მუხლებიდან, რომლების შინაარსი სწორი შერჩევის მიზანს ემსახურება. ამრიგად, ეს საკითხები ცალ-ცალკე უნდა წყდებოდეს.

ანალოგიური შემთხვევა შეიძლება შეგვხვდეს იმ საქმეების ექსპერტიზის დროსაც, რომლებიც შრომის დისციპლინის დარღვევას ეხება. აქ, შერაცხადობის საკითხის გვერდით ექსპერტის წინაშე შეიძლება იყოს დასმული საკითხი შრომისუნარიანობის შესახებ. ეს საკითხებიც ცალ-ცალკე გადაჭრას მოითხოვენ. გამოსაკვლევი პირის შრომისუნარმოკლებულად ცნობა წინასწარ არ განსაზღვრავს მის შეურაცხადობას.

დასასრულ, საჭიროა გავიხსენოთ ის, მართლაც იშვიათი, შემთხვევები, როდესაც სასამართლო ექსპერტის წინაშე დანაშაულის მოტივების შესახებ სვამს საკითხს. ამას ზოგჯერ იმ შემთხვევებში აქვს ადგილი, როცა ექსპერტი ბრალდებულს შერაცხადად ცნობს და დანაშაულის მოტივები-კი სასამართლოსათვის გაუგებარი რჩება.

უნდა გავუსვათ ხაზი იმას, რომ ამ საკითხზე პასუხი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ფარგლებს სცილდება. ექსპერტს შეუძლია გამოსაკვლევი პირის პიროვნების ანალიზის გზით დაეხმაროს სასამართლოს—გაერკვეს დანაშაულის მოტივებში, მაგრამ რადგან ადამიანის ქცევის მოტივები მკაცრ სამედიცინო ანალიზს არ ექვემდებარება, ექსპერტმა უნდა გააფრთხილოს სასამართლო, რომ მის ამ ნაწილში პასუხს მხოლოდ ვარაუდის ხასიათი აქვს და იგი ეყრდნობა არა იმდენად ფსიქიატრიის მონაცემებს, რამდენადაც ინდივიდური ფსიქოლოგიური ანალიზის ცდას.

თ ა ვ ი II.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სსრ კავშირში (კანონმდებლობა და ორგანიზაციული ფორმები)¹

საბჭოთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს სასამართლო-გამომძიებელ ორგანოებისათვის სამართალში მიცემულ პირთა მიმართ, რომელთა ფსიქიკური მდგომარეობა ექვს იწვევს, შერაცხადობის ან შეურაცხადობის შესახებ მეცნიერულად დასაბუთებული დასკვნის მიცემა, და მათ შორის ისეთი პირების გამოვლინება. რომელთა მიმართ, მათი ფსიქიკური ავადმყოფობის გამო, საჭიროა სამედიცინო ხასიათის ზომების მიყენება.

ამ ამოცანით განისაზღვრება ის მოთხოვნებიც, რომლებსაც საბჭოთა ექსპერტ-ფსიქიატრებს იუსტიციის ორგანოები წარუდგენენ. როგორც სასამართლო და გამოძიების ორგანოები, ასევე თავისუფლების აღკვეთის ადგილები, მიმართავენ რა ექსპერტ-ფსიქიატრს, მოითხოვენ მისგან, უწინარეს ყოვლისა, ბრალდებულის ან მსჯავრდადებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ უტყუარ და სამეცნიერო თვალსაზრისით დასაბუთებულ დასკვნას, რადგან იუსტიციის ორგანოები ამ დასკვნის საფუძველზე გამოსაკვლევი პირის მომავალი მდგომარეობის საკითხს სწუხებენ. საბჭოთა იუსტიციის ორგანოები ამასთან ერთად ექსპერტ-ფსიქიატრს არანაკლებ მნიშვნელოვან მოთხოვნას უყენებენ: თავის დასკვნაში

¹ იხილეთ ამ თავის დანართი სახელმძღვანელოს ბოლოში.

მიხცეს მათ კონკრეტული და განსაზღვრული მითითებები ყველაზე უფრო მიზანშეწონილ პრაქტიკულ ღონისძიებათა შესახებ იმ გამო-საკვლევი პირებისათვის, რომლების მიმართ სამედიცინო ხასიათის ზომების მიყენების საპირობება იქნება ცნობილი. ექსპერტ-ფსიქიატრის მიერ ორივე ნაჩვენები ამოცანის გადაწყვეტა სოციალისტური სისტემის სამართლის ძირითად დებულებებთან შესაბამისად უნდა იყოს მოცემული, რადგან მხოლოდ ამ შემთხვევაში შეუძლია ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას ნამდვილად რეალური დახმარება აღმოუჩინოს სასამართლოს, გამოძიების ორგანოებს და თავისუფლების აღკვეთის ადგილებს.

ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას მიმართავენ ხშირად პროკურატურა, სასამართლო და გამოძიების ორგანოები, იგი საყოველღი-ურო საქმე გახდა. ამის მიზეზია არა იმ პირთა რიცხვის გადიდება, რომლებმაც დანაშაული ჩაიდინეს, არამედ სასამართლო-გამოძიე-ბითი ორგანოების მუშაობის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესე-ბა და ბრალდებულის პიროვნებისადმი დიდი ყურადღება საქმის გარჩევის დროს. სტალინური კონსტიტუცია, საბჭოთა სასამართ-ლოს ავტორიტეტის მაღლა აწევასთან ერთად, მისგან უწინარეს ყოვლისა პიროვნებისადმი გულისხმიერ და ყურადღებიან მიდგო-მას მოითხოვს. ამასთან დაკავშირებით, საბჭოთა სასამართლოში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მნიშვნელობა გაიზარდა. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ იურიდი-ულ სასწავლებლებში შემოღებულია სასამართლო ფსიქიატრიის საგანი, და სასამართლოსა და გამოძიების მუშაკები სასამართლო-ფსიქიატრიის საფუძვლების გაცნობით, უკეთესად ერკვევიან ბრალ-დებულის პიროვნებაში და იმ შემთხვევაში, თუ მისი ფსიქიკური მდგომარეობა ექვს იწვევს, მას ექსპერტიზაზე გზავნიან.

საბჭოთა სისტემის სამართლის კანონმდებლობა ექსპერტ-ფსი-ქიატრებს მათი მუშაობის ჩასატარებლად მეტად ხელსაყრელ პირობებს უქმნის. ეს პირობები დადგენილია საბჭოთა სისტემის სამართლის კანონებით და სასამართლო ექსპერტიზის შესახებ განსაკუთრებული ინსტრუქციებითა და დებულებებით არიან რეგ-ლამენტირებული.

§ 1. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის წესი

რსუსის სისხლის სამართლის კოდექსის მე-11 მუხლის¹ ანალიზი

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ საკითხი შეიძლება წარმოიშვას წინასწარი გამოძიების დროს, სასამართლო გამოძიების პერიოდში, და აგრეთვე მსჯავრდადებულის მიერ სასჯელის მოხდის დროს. ამიტომ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას, გამოძიებისა (მილიცია, სამძებრო განყოფილება, გამომძიებლები, პროკურორები) და სასამართლო ორგანოებთან ერთად, თავისუფლების აღკვეთის ადგილებიც მიმართავენ (კოლონიები, ბანაკები, ციხეები). სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ორგანიზაციასთან გაცნობას აქტუალური მნიშვნელობა აქვს იმ ორგანოებისათვის, რომელთაც მისდამი მიმართვა უხდებათ.

პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ყველა ჩატარებული ექსპერტიზის 85% ეხება იმ პირებს, რომელთა დანაშაულის საქმეები ან წინასწარი გამოძიების სტადიაშია, ან სასამართლო გამოძიების სტადიაში. ეს მოწმობს იმას, თუ როგორი გულდასმით ეკიდებიან ჩვენი სასამართლო და გამოძიების ორგანოები გამოძიებასა და სამართალში მყოფ იმ პირებს, რომელნიც მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ექვს იწვევენ. სერბსკის სახელობის სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტის პასალები გვიჩვენებს, რომ სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გამოგზავნილ პირთა შორის 40%-ზე მეტი ნამდვილად ფსიქიკურად დაავადებული, შეუარაცხადი გამოდგა, და სამედიცინო ხასიათის ღონისძიებებს საჭიროებს. ინსტიტუტის მიერ შეარაცხადად ცნობილ იქნა 60%-მდე, მაგრამ მათ შორის მნიშვნელოვან პროცენტს შეადგენენ ისეთი პირები, რომელთაც აქვთ ეგრეთ წოდებული „მოსაზღვრე მდგომარეობანი“ (ფსიქოპათიები, ტრავმამიღებულნი, ალკოჰოლიზმით შეპყრობილნი და ა. შ.), რომლებიც შეარაცხადობას არ გამოორიცხავენ, მაგრამ მეტწილ შემთხვევებში მათი ექსპერტიზაზე გაგზავნისათვის საფუძველს იძლევიან.

¹ საქართველოს სსრ ს.ს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

იმისდა მიუხედავად, რომ ექსპერტიზაზე ავადმყოფების მნიშვნელოვანი რიცხვი იგზავნება, მაინც არის ისეთ ავადმყოფთა რომელიღაც პროცენტი, რომელთა ფსიქიკური ავადმყოფობა წინასწარი და სასამართლო გამოძიების დროს გამოუაშკარავებელი რჩება. გამორიცხული არ არის აგრეთვე ამა თუ იმ ფსიქიკური ავადმყოფობით დაავადების შესაძლებლობა სასჯელის მოხდის დროსაც. აი რატომ აქვს დიდი მნიშვნელობა ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას აგრეთვე თავისუფლების აღკვეთის ადგილებისათვისაც.

განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ექსპერტიზას გამოძიებაში მყოფთა მიმართ, რადგან იგი ფსიქიკურ ავადმყოფებისათვის მსჯავრის დადების შესაძლებლობის თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა.

საქიროაა ვიცოდეთ, ვის ეკუთვნის სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ საკითხის დასმის უფლება. უწინარეს ყოვლისა, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის უფლება სასამართლო-გამოძიების ორგანოებს ეკუთვნის (რსფსრ ს. ს. პ. კოდ. 193-ე მუხლი¹ და სხვა საკავშირო რესპუბლიკების სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსების შესაბამისი მუხლები). რსფსრ ს. ს. პ. კოდ. 63-ე მუხლის² 1 შენიშვნის თანახმად, სასამართლო გამოძიების ორგანოები ვალდებული არიან დანიშნონ ექსპერტიზა ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ეჭვი იბადება. სსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმმა გააუქმა 1939 წლის 15 ივლისის თავისი დადგენილებით რკინიგზის კოლეგიის განჩინება როგორც არასწორი შ-ს საქმეზე და მიუთითა, რომ თავისი მტკიცებით, ექსპერტიზის დასკვნის გარეშე, თითქოს შ. ისეთ სიმთვრალეში იმყოფებოდა, რომელიც შერაცხადობას არ გამორიცხავდა. კოლეგიამ დაარღვია რსფსრ ს.ს.პ. კოდ. 63-ე მუხლის 1 შენიშვნა, რომლის თანახმად სასამართლოში ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ეჭვის წარმოშობის შემთხვევაში ექსპერტის გამოძახება აუცილებელი ხდება.

¹ დროებითი წესები სისხლის სამართლის საქმეთა გამო წინასწარი გამოკვლევის წარმოებისათვის 1931 წ. მუხლ. 24.

² საქართველოს სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 62 მუხლ.

ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ შეუძლიათ იშუამდგომლონ აგრეთვე თვითონ ბრალდებულმა და მისმა დამცველმა (რსფსრ ს.ს.პ. კოდ. 112, 253, 254; 273¹). ამის გარდა, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა შეიძლება იყოს დანიშნული აგრეთვე იმ საპატიმრო ადგილის ექიმის ინციატივით, რომელშიც იმყოფება ბრალდებული. თუ ექიმს ამა თუ იმ ტუსადის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში ეჭვი დაებადა, იგი ამის შესახებ აცნობებს გამოძიებელს და ამ უკანასკნელის ნებართვით გამოძიებაში მყოფს გზავნის ექსპერტიზაზე. ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ შეუამდგომლობის აღძვრის უფლება აქვთ აგრეთვე ბრალდებულის ნათესავებსაც, რომლებიც ასეთ შემთხვევებში თავის შეუამდგომლობას დაახმარებენ სამედიცინო ფსიქიატრიული დაწესებულების ცნობებს, რომლებიც ბრალდებულის მიერ წარსულში ამა თუ იმ ფსიქიკური დაავადების გადატანის ფაქტს ადასტურებენ. მაგრამ აღნიშნული უნდა იქნეს, რომ კანონით ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის უფლება მხოლოდ სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს ეკუთვნის, რომლებსაც შეუძლიათ ცალკეულ შემთხვევებში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ შეუამდგომლობა არ დააკმაყოფილონ, თუ მას არასაკმარის დასაბუთებულად ცნობენ. პრაქტიკაში ასეთი შემთხვევები თითქმის არ გვხვდება, რადგან სასამართლო გამოძიების ორგანოები ღიდ ყურადღებას აქცევენ ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის საკითხს.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის დროს წარმოიშევა მეორე საკითხიც—რა შემთხვევაში (რა ჩვენებებისა და მიხედვით) და რომელი მონაცემების საფუძველზე უნდა იყოს დანიშნული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა. რსფსრ ს. ს. პ. კოდ. 63-ე მუხლის² 1 შენიშვნაში ამის შესახებ არის მითითება იმაზე, რომ საბჭოთა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს ევალებათ გამოუძახონ ექსპერტ-ფსიქიატრის ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც ბრალდებულის

¹ საქართველოს სსრ ს. ს. პ. კ. (12, 240, 241, 273) მუხლები.

² საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 62 მუხლ.

ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ექვს აქვს ადგილი. ბუნებრივია, რომ იმ სასამართლო-საგამომძიებლო მუშაყებისათვის, რომლებიც სასამართლო ფსიქიატრიის საფუძვლებს არიან გაცნობილი, გაცილებით ადვილია იმისი განსაზღვრა, თუ რა შემთხვევებშია საჭირო ბრალდებულის ექსპერტიზაზე გაგზავნა.

ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გაგზავნის საკითხის გადაწყვეტაში ძირითად ორიენტირებას იძლევა რსფსრ ს. ს. კოდ. 11 მუხლ., რომელიც განსაზღვრავს შეურაცხადობის ცნებას:

„სასამართლო-გამასწორებელი ხასიათის სოციალური დაცვის ზომების გამოყენება არ შეიძლება იმ პირთა მიმართ, რომლებმაც დანაშაული ჩაიდინეს ქრონიკული სულით ავადმყოფობის მდგომარეობაში ან დროებითი ფსიქიკური აშლილობის დროს, ან სხვა რაიმე ავადმყოფურ მდგომარეობაში, თუ ამ პირებს თავის მოქმედებებში ანგარიშის გაწევის ან მათზე ხელმძღვანელობის უნარი არ ჰქონდათ. აგრეთვე იმ პირთა მიმართ, რომლებიც, თუმცა სულიერი წონასწორობის მდგომარეობაში მოქმედებდნენ, მაგრამ მათ მიმართ განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის სულით ავადმყოფობით გახდნენ ავად.

ამ პირების მიმართ შეიძლება იყოს მიყენებული მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის სოციალური დაცვის ზომები.

შენიშვნა: ამ მუხლის მოქმედება არ ვრცელდება იმ პირებზე, რომლებმაც დანაშაული სიმთვრალეში ჩაიდინეს.

შეურაცხადობის განსაზღვრა, რომელსაც მე-11 მუხლი¹ იძლევა, ეგრეთ წოდებული სამედიცინო კრიტერიუმისა და ეგრეთ წოდებული იურიდიული კრიტერიუმის შეუღლების გზით არის აგებული.

სამედიცინო კრიტერიუმი შედგება მითითებებიდან: ა) ქრონიკულ სულით ავადმყოფობაზე, ბ) ფსიქიკის დროებით აშლილობაზე და გ) სხვა რაიმე ავადმყოფურ მდგომარეობაზე. მაგრამ ამ პათოლოგიურ მდგომარეობათა შეურაცხადობის მდგომარეობებად აღიარება არ არის საკმარისი, რადგან

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

ყოველი სულით ავადმყოფობა არ აპირობადებს შეურაცხადობას, არამედ საჭიროა, რომ სულით ავადმყოფობის დროს ბრალდებულს თავის მოქმედებაში ანგარიშის გაწევისა და მათი ხელმძღვანელობის უნარი არ ჰქონდეს, ე. ი. სამედიცინო კრიტერიუმის გვერდით, კანონს შეურაცხადობის ფორმულაში იურიდიული კრიტერიუმიც შეაქვს, რომლითაც სასამართლომ უნდა იხელმძღვანელოს.

მე-11 მუხლში გათვალისწინებულ დანაშაულის ჩადენის მომენტში, შეურაცხადობის შესახებ საკითხის გადაჭრის დროს, სასამართლო და გამოძიების ორგანოები პრაქტიკაში საქმეების ორ კატეგორიას ხვდებიან:

1) ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობა დანაშაულის ჩადენის დროს და მის შემდეგაც ერთნაირ ექვს იწვევს;

2) ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობა მხოლოდ დანაშაულის ჩადენის მომენტში იწვევს ექვს.

თუ ორსავე შემთხვევაში დადგენილი იქნება სულით ავადმყოფობა, მაშინ ჩვეულებრივად, პირველ შემთხვევაში ქრონიკული სულით ავადმყოფობა აღინიშნება — ზიზოფრენია, ეპილეფსია პროგრესული დამბლა და ა. შ., ხოლო მეორე შემთხვევაში ჩვეულებრივად ფსიქიკის დროებით მოშლილობასთან, ეგრეთ წოდებულ განსაკუთრებულ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე. ამას ეკუთვნიან: ცნობიერების ეპილეფსიური აშლილობანი, ეგრეთ წოდებული პათოლოგიური აფექტი, პათოლოგიურ თრობასთან დაკავშირებული ფსიქიკის დროებითი აშლილობა, ინფექციით, ალკოჰოლით, ტრავმით გამოწვეული ჰალუცინატორული ბოდვითი მდგომარეობანი და სხვა.

ასეთი ექსპერტიზის ვარიანტების ორ მაგალითს მოვიყვანთ:

1) ქრონიკული სულით ავადმყოფობის შემთხვევასა და
2) ფსიქიკის დროებითი აშლილობის შემთხვევას.

შემთხვევა 1. ს. 64 წლის, სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში იმყოფებოდა ორჯერ. მთელი თავისი ხანგრძლივი სიცოცხლე მან სხვადასხვა საექვო გამოგონების განხორციელებისათვის დაუბოლოებელ ბრძოლაში გაატარა. ორმოცი წლის წინ იგი სამარადისო ძრავის გამოგონებით იყო გატაცებული. სამი წლის შემდეგ,

დარწმუნდა-რა თავისი განზრახვების უნაყოფოებაში, მიძიმედ განიცდიდა წარუმართებლობას, გუნებ-განწყობა დაწეული ჰქონდა. მალე გარდაიცვალა მამა მისი. მამის შემდეგ დარჩენილი ქონება მან გაყიდა, შექმნა საკუთარი სახელოსნო და გამომგონებლობას მიჰყო ხელი. გემებისათვის დრეკადი ხრახნების შექმნის იდეის შემდეგ, იგი დრეკადფრთებიანი თვითმფრინავის შექმნის იდეით იყო გატაცებული. ამ იდეას იგი მთელი რიგი წლების განმავლობაში ემსახურებოდა. მატერიალური სახსრები გამოეღო, ფულის მიცემაზე მას უარს ეუბნებოდნენ. იგი საზღვარგარეთ წავიდა, მაგრამ იქაც მძის იდეები მიუღებელი დარჩა. რუსეთში დაბრუნების შემდეგ, იგი მიმართავდა სხვადასხვა პირს, რომლებზედაც საკითხის გადაწყვეტა იყო დამოკიდებული. მას უსმენდნენ, ჰპირდებოდნენ, ზოგი ინსტანცია მისთვის ფულის მიცემას თანხმდებოდა, სხვები უარს ეუბნებოდნენ. ნაცნობები მას მცირე თანხებს აძლევდნენ სესხად, ცხოვრობდა იგი ამხანაგებთან. ასეთ წვალებაში რამდენიმე წელიწადმა გაიარა. გამომგონებლობის გარდა, არაფრის გაკეთება მას არ შეეძლო. თეორიული ცოდნა მას არ ჰქონდა. ფიზიკის კანონების შესწავლის დროს მან კეპლერის თეორიებს მიაქცია ყურადღება და მის უტყუარობაში შეეპყდა. მას ეგონა, რომ კეპლერის თეორიების უარყოფა ოპტიკაში გადატრიალებას მოახდენდა და ამ ამოცანით გატაცებულმა დრეკად ფრთაზე მუშაობას თავი გაანება. შემდეგში იგი სალაშქრო სპირტის სამოვარის, ჰაერით გასაბერი ლეიბის, და ბოლოს, წიწილების გამოსაჩეკი ინჟუბატორის გამომგონებით იყო გართული.

ს., სხვადასხვა დაწესებულების მისაღებ ოთახებში დადიოდა, წერდა განცხადებებს, დაჟინებით მოითხოვდა კომისიების შექმნას. მის პროექტებს იხილავდნენ, ისინი ხელიდან ხელში გადადიოდა. პროფესორები ურჩევდნენ მას თავისი დიდი გეგმებისათვის დაენებებინა თავი, აძლევდნენ წინადადებას თავისი განათლება აემაღლებინა. იგი გასაოცარ დაჟინებას იჩენდა, და ხანდახან მაინც გამონახავდა თანამგრძნობ პირებს, რომლებისგანაც ცდების გაგრძელებისათვის რაღაც საშუალებებს იღებდა. სხვა საქმეებს შორის, ს., საჩივრებს წერდა იმ სხვადასხვა პირსა და დაწესებულებებზე, რომელნიც მის საჩივრებს უპასუხოდ ტოვებდნენ.

იგი დარწმუნებული იყო, რომ მეცნიერნი მის გეგმებს თავიანთი სარგებლობის მიღების მიზნით უარყოფდნენ. იგი გაზეთებს, სახალხო კომისრებს, პარტიულ, პროფკავშირულ და ადმინისტრაციულ ორგანოებს მიმართავდა.

დასასრულ. თავის თავისადმი ყურადღების მიპყრობის მიზნით, იგი ერთ-ერთ ცენტრალურ დაწესებულებისაკენ გაემართა. რათა „დაენტერია ფანჯრების მინები“. იქ ის დააპატიმრეს და შემოწმების შემდეგ სერბსკის სახელობის სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტში გადაგზავნეს.

ავადმყოფობის ისტორიაში აღნიშნულია დაჟინება, ექვიპონობა, ავადმყოფთან საუბრის შესაძლებლობა. გამოსაკვლევი პირი თავისი თავის აშკარა გადაფასებისადმი, რეზონიურობისადმი მიდრეკილებას ამჟღავნებს. მისი ინტერესების ცენტრშია—გამომგონებლობის იდეებისათვის ბრძოლა, მთელ რიგ პირებზე ბრალის დადება მისთვის განზრახ ზიანის მიყენებაში. თავისი თეორიების დეტალებს იგი არ ამჟღავნებს, რადგან მისი იდეების მოპარვის ეშინია. არაკეთილმოსურნეები თითქოს განზრახ მის მიერ მოწოდებულ ფაქტებს ამახინჯებენ, რადგან ეშინიათ, რომ იგი მათ გაუსწრებს. მეცნიერნი, მისი აზრით, ასწლობით დგანან „მეცნიერების ტაძართან, მოძევლებული ანდერძების უქკუო დარაჯებივით“, „მათ ეშინიათ ამ ტაძარზე შეუშვან თვითნასწავლი, რომელსაც მათი კანონების უარყოფის საშუალება აქვს გამონახული“. იგი შიშობს, რომ მას ავადმყოფად აღიარებენ, და მაშინ იგი მიზანს ვერ მიაღწევს, ე. ი. მის მიერ მოფიქრებული საქციელით (მინების მტერცა) ხელისუფლების ყურადღების მიპყრობას ვერ შესძლებს. გამოსაკვლევი პირი კომისიის მიერ სულით ავადმყოფად, შეურაცხადად იქნა ცნობილი.

ათი წლის შემდეგ, ს. ხელმეორედ იქნა დაკავებული, როგორც მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის არამქონე პირი. გამოირკვა, რომ იგი ხშირად სთხოვდა დაწესებულებებს ფულს მის გამოგონებათა განსახორციელებლად. ერთ დაწესებულებაში მან ნამდვილად ფულის მნიშვნელოვანი თანხა მიიღო ახალი სისტემის ტელესკოპის კონსტრუირებისათვის, რომელიც კეპლერის თეორემის უარყოფაზე იყო აგებული. ტელესკოპი ს-მა ვერ ააგო, ფული კი

სასტუმროში ოთახის ქირის გადახდასა და ხელსაწყოს შეძენაში შემოეხარჯა.

განვლილი ათი წლის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობაში არავითარი არსებითი ცვლილება არ მომხდარა. ის ამტკიცებს, რომ გამოვლინებათა გარდა, მან ახალი ფილოსოფიური სისტემა შექმნა, რომელსაც ყველა არსებული მეცნიერების საფუძვლები უნდა გაენადგურებინა. იგი თავაზიანია, ცდილობს ესაუბროს ექიმს, ხალისით და გატაცებით მოუთხრობს თავის იდეებს, დაჟინებით მოითხოვს შეუქმნან მას მუშაობისათვის საჭირო პირობები, და არ შეარქვან „შეშლილის“ სახელი. ჩაცემა იცის, მოსმენას მოითხოვს, ამასთან ზუსტი, დალაგებული არის. თავისთავს გამოჩენილ ადამიანად თვლის. „ჩემი ბუნების თავისებურება, ამბობს იგი, უმთავრესად იმაში გამოიხატება, რომ მე ჩემი განსაკუთრებული გზით ასეთ განსაკუთრებულ შედეგებს მივალწიე“. თავის ცხოვრებას იგი გალილეის, ლეონარდო - და - ვინჩის, ლომონოსოვის ცხოვრებას ადარებს, თვლის, რომ იგი არამც თუ მხოლოდ გამომგონებელი, არამედ ცხოვრების მრავალ საკითხში ფილოსოფოს - რეფორმატორიც არის. თავისი დებულებების კრიტიკას იგი ან ამპარტაენულ - ირონიულად, ან გაჯავრებით ხედება. სასამართლო საქმეს ყურადღების ღირსად არ თვლის, მის მიმართ არავითარ ინტერესს არ იჩენს. ინტელექტის რაიმე აშკარა დარღვევის გამოვლინების გარეშე იგი ინტერესების ვიწრო წრეს ამჟღავნებს, — მას მის გამომგონებლობასთან დაკავშირებული საქმეების გარდა არაფერი აინტერესებს. იგი თავის წარუმატებლობაში ბევრ დამნაშავეს ხედავს, რომლებიც ბოროტი განზრახვით ძოქმედებენ მის წინააღმდეგ. გამოკვლევით დადგენილია, რომ ს-ს ცოდნის ძალიან მცირე მარაგი აქვს, მისი მსჯელობა მისთვის საინტერესო საგნების დარგში გულუბრყვილო და მიაშიტია.

მოვიყვანოთ ნაწყვეტი მის მიერ ინსტიტუტში ყოფნის დროს შედგენილი ნაწერებიდან:

„უნდა აღინიშნოს, რომ ჩემი ბავშვური ცნობიერების პირველ დღეებიდანვე, განსაკუთრებული მიზეზების გამო, მე უნებლიეთ ვგრძნობდი რაღაც თავისებურებას გარშემო მყოფთა იმ ქცევებისა

და ცნებებისათვის თავის არიდებისადმი მისწრაფებაში, რომლებიც ყველას მიერ მიღებული იყო როგორც ნორმალური და ჩვეულებრივი. ამ მისწრაფების გამო ბუნების კანონების და რეალური ფილოსოფიის კანონების გადაწყვეტაში ხასიათის მუდმივობა და შეუდრეკელობა ჩამომიყალიბდა. მაგრამ მხოლოდ უკანასკნელი ათი წლის მიმდინარეობაში, ჩემი ყოველდღიური დამკვირვებლობის საშუალებით, ახალ და სწორ ფილოსოფიამდე მივედი⁴.

კომისიის მიერ დადგენილი იყო, რომ გამოსაკვლევი პირი ს. ჭრონიკული სულით ავადმყოფობით არის შეპყრობილი და საავადმყოფოში მოთავსებას საჭიროებს.

შემთხვევა 2. კ., 25 წლის. ბრალი ედება ხანძრის გაჩენაში. დანაშაულის ვითარება ასეთია: გამოსაკვლევმა პირმა თავის ფარდულს წაუკიდა ცეცხლი, შემდეგ მის გარშემო ჯვარით ხელში დადიოდა; ხოლო, როდესაც მას შეკითხვით მიმართეს, მან განზე გაიბრინა და პირჯვარის წერა იწყო, მომხდარი ამბისა კი არაფერი გაეგებოდა.

წარსული მისი ცხოვრების შესახებ მონაცემები მოწმობს, რომ 12 წლის ასაკამდე იგი ჯანმრთელი იყო. ამის შემდეგ მას გულყრები დაეწყო. პირველი შეტევა მოუვიდა, როდესაც იგი მაგიდასთან იჯდა. იგი გალურჯდა, დაეცა იატაკზე, კრუნჩხვები არ ჰქონდა. შემდეგ წელს უკვე რამდენიმე გულყრა ჰქონდა; მესამე წელს გულყრები გაუხშირდა. რომლებსაც კრუნჩხვებიც ახლდა. გურნალობამ მდგომარეობა ვერ შეუმსუბუქა. 22 წლის ასაკში იგი იაკოვენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იქნა მოთავსებული, დარჩა იქ ნახევარი წელი. საავადმყოფოში ყოფნის პირველ ხანს ავადმყოფს ნათელი ცნობიერება, დაწეული გუნებ-ვანწყობა, დაბრკოლებული მეტყველება აღენიშნებოდა. რაიმე ფსიქიკურ აშლილობის ნიშნებს (ბოდვა, ჰალუცინაციები და სხვ.) ადგილი არ ჰქონია. ათი დღის შემდეგ მისი მდგომარეობა მკვეთრად შეიცვალა: იგი შეკითხვებზე არ პასუხობდა, კუნთები დაძაბულ მდგომარეობაში ჰქონდა, მოძრაობითი მოუსვენრობა დაეწყო, ჭკემა უაზრო შეექმნა — მაგალითად, იგი შარდს სევამდა, სადღაც მიიწევდა. ეს მდგომარეობა ორი კვირის შემდეგ რამდენიმე კრუნჩხვითი გულყრით დასრულდა. ცნობიერების აშლა შემდეგ თვეში ისევ განუხორციელდა.

ერთი წლის შემდეგ მან თავისი თანასოფლელი გაქურდა; ამ მოქმედებაში მას თანამონაწილენი ჰყავდა; თვითონ იგი საღარაჯოზე იდგა. მოპარული ნივთებიანად სადგურზე იქნა დაკავებული. ქურობაში გამოტყდა. ორი თვის სტაციონარში გამოკვლევის შემდეგ ექსპერტიზამ შემდეგი დაადგინა: ცნობიერება ნათელი, ადგილსა, დროსა და გარემოში ორიენტირებულია, ბრაზიანია, ექიმებთან უხეში, მაგრამ სხვა გამოსაკვლევ პირებთან კარგ ურთიერთობაში იმყოფება, მკვეთრი აფექტური აფეთქებისაგან მიდრეკილება ემჩნევა. მეხსიერება დამაკმაყოფილებელი აქვს; თავისი წარსულის შესახებ დალაგებულად ლაპარაკობს; ჰალუცინაციები, ბოდვა, ცნობიერების აშლა და აგრეთვე გულყრები გამოკვლევის პერიოდში მას არ ჰქონია.

იმასთან დაკავშირებით, რომ გასულ წელს მისი ჯანმრთელობა გაუმჯობესდა და დანაშაული ცნობიერების რაიმე აშლილობის დროს არ ყოფილა ჩადენილი, ექსპერტიზის მიერ იგი შერაცხადად იქნა ცნობილი.

ხანძრის გაჩენის საქმის გამო ინსტიტუტში მოთავსების დროს, კ-ს ფსიქიკურ მდგომარეობაში რაიმე ცვლილებები არ იყო შემჩნეული, იგი ორიენტირებულია, ბრაზიანია, ექიმის მიერ მის გამოკვლევას ეწინააღმდეგება, დროგამოშვებით აფექტურ აფეთქებებს იძლევა. ინტელექტში რაიმე ტლანქ დარღვევებს აღგილი არა აქვს. ინსტიტუტში შემოსვლიდან ორი თვის შემდეგ გამოსაკვლევ პირის მდგომარეობა უეცრად გამოიცვალა: იგი საწოლიდან წამოვარდა, აქეთ-იქით უაზრო, ცთომილი გამომეტყველებით იცქირებოდა, მიიზნინა სანიტართან და სრულიად უმიზეზოდ გაარტყა მას სახეში, შემდეგ ფანჯარაზე აძვრა. ერთი საათის შემდეგ დამშვიდდა, ჩუმად ჩაწვა საწოლში.

საექსპერტო კომისიამ სცნო, რომ გამოსაკვლევ პირი კ. ეპილეფსიით დაავადებული და ეპილეფსიურ ექვივალენტებისადმი მიდრეკილია. დანაშაული მას ჩადენილი აქვს ავადმყოფურ მდგომარეობაში, რომელსაც თან ახლდა ცნობიერების შეცვლა, რის გამო იგი მის მიერ ჩადენილი დანაშაულის მიმართ შეურაცხადად უნდა იქნეს ცნობილი.

ამ ორი კატეგორიის საქმეთა განსხვავების მიუხედავად, იურიდიულად ისინი ტოლფასნი არიან, იმ შემთხვევაში თუ ორსავე შემთხვევაში იქნება დადგენილი შეურაცხადობა დანაშაულის ჩადენის მომენტში. გამოსაკვლელი პირის შემდგომი მდგომარეობის მიუხედავად, სასჯელის მიყენება ამ ორსავე შემთხვევაში არ შეიძლება. ისმება საკითხი მხოლოდ სამედიცინო ზომების დანიშვნის მიმართ, რის შესახებ რსტსრ ს.ს. კოდექსის მე-11 მუხლში¹ და რსტსრ ს.ს.პ. კოდექსის 322-ე მუხლში² პირდაპირი მითითებები არსებობს.

რსტსრ ს.ს. კოდექსის მე-11 მუხლში გათვალისწინებული შემთხვევები, როდესაც ბრალდებული სულელი წონასწორობის მდგომარეობაში მოქმედებდა (უფრო სწორი გამოთქმა იქნებოდა—სულიერი ჯანმრთელობის), მაგრამ განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის სულით ავადმყოფი გახდა. აგრეთვე ორ ჯგუფად იყოფა.

1) თუ ბრალდებული, რომელმაც დანაშაული შერაცხადობის მდგომარეობაში ჩაიდინა, განაჩენის გამოტანამდე ავად გახდა ფსიქიკური სნეულებით, რომელიც დროებით ხასიათს ატარებს, მაშინ სასჯელის მიყენების შესაძლებლობა არ გამოირიცხება; შესაძლებელია მხოლოდ გამოძიების ან საქმის წარმოების დროებითი შეწყვეტის შესახებ ლაპარაკი. იმ ბრალდებულის გამოჯანმრთელების შემდეგ, რომელიც ფსიქიკის ასეთი დროებითი მოშლილობის მდგომარეობაში იმყოფებოდა, გამოძიება და საქმის წარმოება განახლებულ უნდა იქნეს და თუ ბრალდებული დამნაშავე აღმოჩნდება, მის მიმართ მიყენებული უნდა იქნეს სასჯელი, რადგან დანაშაულის ჩამდგენზე სისხლის სამართლის ზემოქმედების ყველა ზომა ძალაში რჩება.

ასევე წყდება საკითხი იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ფსიქიკის დროებითი აშლა უკვე განაჩენის გამოტანის შემდეგ დაიწყო. ასეთი მოშლილობის ნიშნების მქონე პირი იგზავნება მკურნალობისათვის თუ ეს საჭირო არის, შემდეგ კი ჩვეულებრივი წესით იხდის სასჯელს.

¹ საქ. სსრ. ს. ს. კოდექსის მე-10 მუხლ.

² საქ. სსრ. ს. ს. კოდექსის 322 მუხლ.

დანაშაულის ჩადენის შემდეგ ფსიქიკის ასეთ დროებით მოშლილობათა ფსიქიატრიული დახასიათების დროს, ყველაზე ხშირად გარდამავალი რეაქტიული მდგომარეობების დადგენა გვიხდება. კვემოთ მოყვანილი შემთხვევა კარგად ასურათებს იმ სასამართლო-ფსიქიატრიულ სიძნელეებს, რომლებსაც ამ დროს ხშირად აქვს ადგილი.

ს-მ თავის წრეში „მოხერხებულობის შეფის“ („Король д.на-та“) სახელი მოიხვეჭა. თვითონ იგი თავის თავს კიდეც „მოხერხებულობის პროფესორს“ უწოდებდა. საქმის ვითარებით დადგენილია, რომ ს-მა მოწოდებისა და მოთხოვნის გამაერთიანებელი პირის ფუნქციები იკისრა. მან სხვადასხვა დაწესებულებაში ნაცნობები გაიჩინა, ზუსტად იცოდა, სად შეიძლებოდა დეფიციტური საქონლის ზოვნა, გადაცვლის წესით რისი შეთავაზება შეუძლია დაინტერესებულ მხარეს. მას მოწმობების, ბლანკების მთელი კოლექცია ჰქონდა. თავისი კარიერის დასაწყისში მან წითელი დროშის ორდენი მიითვისა. მას ჰქონდა წითელგვარდიელის, წითელი პარტიზანის მოწმობები, საპატიო კომკავშირელის სიგელი, ყველა საუკეთესო დახურული კოპერატივის, თეატრების საშვებში, ყველა სანაოსნო გზითა და რკინიგზებით უფასო მიმოსვლის უფლების მოწმობა, ორთქლმავალზე შესვლის და გზაში კონტროლის, ყველა საქალაქო რკინიგზისა და ავტობუსების ხაზებით უფასოდ მიმოსვლისა და წინა ბაქნიდან შესვლის უფლებები.

ასაღებდა რა თავის თავს შინსახკომის დიდ მუშაკად, იგი სამხედრო ფორმაში გამოწყობილი წოდების უმაღლესი ნიშნებით დადიოდა. ზოგიერთ შემთხვევაში იგი ლენინგრადის ოლქის პროკურორის თანაშემწის მოწმობას იყენებდა. ერთხელ, სამხედრო ფორმაში გამოწყობილი, რომბით და წითელი დროშის ორდენით, იგი გამოცხადდა ყირიმში, ერთ-ერთი კურორტის ხელმძღვანელ მუშაკებს უწყისრიგობისათვის დაპატიმრებით ემუქრებოდა, შემდეგ მასანდრის ლეინის სარდაფებში გამოცხადდა, მისთვის იშვიათი და ძვირფასი ლეინის 500 ბოთლის გაგზავნის შესახებ შეუთანხმდა და წავიდა.

მის წინაშე, როგორც ამბობენ მოწმეები, ღია იყო ყველა კარი. მისი „კლიენტურა“ სულ იზრდებოდა, საქმეები კი სულ მეტად

და მეტად აწეწილი ხდებოდა. ს. დაპატიმრეს და 1932 წლის 7 აგვისტოს კანონის საფუძველზე პასუხისგებაში მისცეს.

ს-ს ექვსი ნასამართლობა ჰქონდა. პირველად იგი რამდენიმე სხვისი სასურსათო ბარათის გამოყენებისათვის იყო გასამართლებული. მანამდე იგი ორჯერ იმყოფებოდა სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტში. ორივეჯერ მას წერილმან თაღლითობაში ედებოდა ბრალი (ყალბი საბუთების კეთება, ორი პენსიის მიღება, შემნახველი სალაროს წიგნაკის გადასწორება). მან ერთხელ თავისი ცოცხალი დედის დასაფლავებისათვის დამზღვევ სალაროდან მიიღო ფული. დიდი ქრილობის შესახებ, რომლის შემდეგ გვერდსა და ზურგზე ნაწიბურები დარჩა, ს. ამბობს, რომ ეს ნაღმის აფეთქების შედეგს წარმოადგენს. მოწმეებმა კი აჩვენეს, რომ ს-ს ერთხელ ილლით მიჰქონდა შუშხუნები, რომელთაც გაუჩნდა ცეცხლი, რის შედეგად ს-მ დამწვრობა მიიღო.

ორივეჯერ ინსტიტუტის დიაგნოზი იყო: „ფსიქოპათიური პიროვნება, პათოლოგიური ცრუს და თაღლითის ტიპისა; მიდრეკილია ავადმყოფური სიმპტომების გაზვიადებისაკენ. შერაცხადია“.

მესამედ იგი ინსტიტუტში მოხვდა აღწერილ საქმესთან დაკავშირებით.

ინსტიტუტში კომისიამდე მისი მდგომარეობა წესიერი იყო. იმ მომენტიდან, რაც მას გამოუცხადეს, რომ იგი შერაცხადად არის ცნობილი და ციხეში იქნება დაბრუნებული, სწრაფად ვითარდება რეაქციული მდგომარეობა. იგი შფოთავს, ტირის, განუწყვეტილად ეძებს ექიმთან ლაპარაკის საშუალებას, უკიდურესად დაძაბულია, დაბნეულია, ლაპარაკობს, რომ მას დახვრეტენ, რომ მის წასაყვანად „მოდინ“. ექიმს არ უსმენს, საუბარში ერთსა და იმავეს იმეორებს, რასაც მას ეუბნებიან—ვერ ითვისებს, ემუდარება ყველას აუხსნან მისი მდგომარეობა.

საუბრის გაგრძელების შესახებ მისი დაჟინებითი თხოვნის მაუხედავად, იძულებული არიან საუბარი შეწყვიტონ, რადგანაც მასთან არაფერში შეთანხმების მიღწევა არ შეიძლება. განყოფილებაში იგი შფოთიანია, ტირის, დაჟინებით მოითხოვს მასთან

ექიმის გამოძახებას. შრომითი-გამასწორებელ დაწესებულებაში იგი იმავე მდგომარეობაში რჩება, შესამჩნევად გახდა, ძველ ნაწიბურებს იგლეჯს, რისგანაც დიდი შეუხორცებელი იარები უჩნდება. თავის თავს იგი ყურადღებას არ აქცევს, უსუფთაოა, ყველას ეწინააღმდეგება; ბოლოს, შეკითხვებზე აღარ პასუხობს. ასეთ მდგომარეობაში მას ინსტიტუტში აბრუნებენ.

მისი ქცევა ინსტიტუტში უცვლელი რჩება. შეკითხვებზე არ პასუხობს, ერთსა და იმავე ადგილზე წინ და უკან განუწყვეტლივ დიდის, რალაცას ჩუმად ჩურჩულებს, ზოგჯერ გარშემო მყოფთ გაჯავრებულად გადახედავს, სულ მუდამ იგლეჯს იარებს, ხელები პერანგის ქვეშ უქირავს, თითები თითქმის ყოველთვის გასისხლიანებული აქვს, ფიზიკურად დასუსტებულია. ყოველდღიური შეხვედრების დროს, როცა ამისთვის განყოფილებიდან ბაღში გავლით შესახვევითააში მიჰყავთ და უკან წამოყვანისას, ან მისი სადმე წაყვანის ყოველივე ცდის დროს, ძლიერ წინააღმდეგობას უწევს პერსონალს და ამით აუძლურებს თავის თავსაც და პერსონალსაც. ამის გამო განყოფილებაში ძნელი ასატანია. ზოგჯერ ჩუმად იგინება, ხშირად, ჩამოვლის დროს ექიმს უკან დასდევს. ხშირად ექიმთან მიდის რალაცის კითხვის, თქმის აშკარა სურვილით, მაგრამ ამ დროს მხოლოდ გაურკვეველად ბუტბუტებს. როდესაც ექიმი მიდის, იგი იწევა მისკენ, ხელში წვდება, ერთ-ორ სიტყვას უფრო ხმამაღლა იტყვის, მერე კი ისევ გაურკვეველ ბუტბუტს იწყებს. ისევ იწევა ექიმისაკენ, გასასვლელ კარებამდე მისდევს მას, მასთან ერთად კარში გასვლას ლამობს, ეჩხუბება პერსონალს, რომელიც მას აკავებს, ჩუმად იგინება, გაჯავრებულად გადახედავს ყველას. ამ გაორებას (აგზნებადობის და შეკავების შეუღლებას) იგი ყოველი ფეხის ნაბიჯზე და ყოველი საბაბის გამო ამჟღავნებს. ასეთ მდგომარეობაში გამოსაკვლევი პირი დიდხანს იმყოფება. განმეორებითი კომისია, ისე როგორც პირველ შემთხვევაში, იძლევა დასკვნას ფსიქოპათიის, რეაქტიული მდგომარეობის შესახებ. ს-ს გაუმჯობესებამდე ინსტიტუტში სტოვებენ. საპატიმროში მოთავსების დღიდან იგი ხუთი თვის შემდეგ ბრუნდება. აქ მისი მდგომარეობა ნელ-ნელა უმჯობესდებოდა, იმასთან დაკავშირებით, რომ მას წარუდგინეს საბრალდებო და სკვნა და მისი ზოგი შიში გაქარ

წყლდა. მისი მუშაობაში ჩაბმა დაიწყო. იგი მალე ზამსახლისად იქნა არჩეული, იჩენდა აქტივობას, თავის თავის მოვლა დაიწყო. საბოლოო გარდატეხა შეიძლება დაკავშირებულ იქნეს იმასთან, რომ, როგორც მან გაიგო, მისი თანამონაწილეები მისჯილნი იყვნენ და სასჯელი არც ისეთი მკაცრი გამოდგა. ს. სასამართლოს წინაშე წარდგა. გამოსაკვლევი პირი სასამართლოს სხდომის დროს გარეგნულად მშვიდად იყო, ყველა საკუთარ ცნობას იძლეოდა, ლაპარაკობდა ჩუმად, მის შინაგან ლელვას მისი სახის კუნთების კანკალი ამჟღავნებდა. რაიმე ფსიქოპათიური მოშლილობის ნიშნებს არ ამჟღავნებდა. არ ჰქონდა ადგილი აგრეთვე ჩამციებლობას. ორმაგობას, რაც მას დიდი ხნის განმავლობაში ემჩნეოდა. პროცესის განმავლობაში გამოსაკვლევ პირს არც ერთხელ არ ჯტირია. ყველაფერზე ხალისით და მოკლედ პასუხობდა, ჩვენებებში გულწრფელი იყო, თავის თავსა და სხვებს ამხელდა; სულ იმას უსვამდა ხაზს, რომ იგი სიმართლეს ლაპარაკობს. განუწყვეტელი ლოთობის, ქეიფის სურათი გამოაშკარავდა. გამოიჩინა, რომ ბევრ რასმე იგი უანგაროდ აკეთებდა, პოზისადმი, თავის ძლიერების დემონსტრაციისადმი სიყვარულის გამო. საერთოდ, პროცესის დროს სავსებით დამაკმაყოფილებელი ორიენტირება და შენახული მეხსიერება გამოამჟღავნა, იმ მასალების სიუხვისდა მიუხედავად, რომლებშიც გარკვევა უხდებოდა.

2) თუ ბრალდებული, რომელსაც დანაშაული შერაცხადობის მდგომარეობაში აქვს ჩადენილი, განაჩენის გამოტანამდე ავად გახდა ქრონიკული სულით ავადმყოფობით, მაშინ სასჯელის მიყენება გამოირიცხება და სამედიცინო ხასიათის ზომების დანიშვნის შესახებ აღიძრება საკითხი (რსფსრ ს.ს. კოდექსის მე-11 მუხლი¹ და რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 322-ე მუხლი²).

მაგრამ, შესაძლებელია შემთხვევები, როდესაც ბრალდებული, რომელმაც დანაშაული შერაცხადობის მდგომარეობაში ჩაიდინა, შეიძლება დასნეულდეს განაჩენის გამოტანის შემდეგ ქრონიკული სულით ავადმყოფობით. აქ ფსიქიატრიული ექსპერტიზა საკუთარ

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

² საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 332-ე მუხლი.

სამედიცინო ზომების შესახებ სწუვეტს საკითხს იმ მსჯავრდადებულთა მიმართ, რომლებიც სულით ავადმყოფობით გახდნენ ავად, რასაც შემდეგი მაგალითი ასურათებს.

ვ., 45 წლის ქალია, ქურდობისათვის მისჯილი აქვს სამი წლით თავისუფლების აღკვეთა. გაშოძიების პერიოდში სულით ავადმყოფობის ნიშნები არ აღენიშნებოდა. უკვე სასჯელის ვადის მოხდის დროს იგი ექიმის მიერ იქნა შემოწმებული და პირად საქმეში აღნიშნულია, რომ იგი ფიზიკური შრომისათვის ვარგისად იქნა ცნობილი. შემოწმებიდან ორი თვის შემდეგ მისი ფსიქიკური მდგომარეობა მკვეთრად იცვლება. ყურადღებას იქცევს უმართებულო და აღმაშფოთებელი ქცევა. ვ. ყვირის, თავისას და საკანში მასთან ერთად მყოფ ქალების ტანსაცმელს გლეჯს, შიშვლდება, საკმელს იატაკზე აქცევს და იქიდან ჭამს, შარდავს და გარეთ გადის საცა შეხვდება“ (პირადი საქმის მასალებიდან). ამასთან დაკავშირებით მას ინსტიტუტში ექსპერტიზისათვის გზავნიან.

ავადმყოფი თავისი წარსული ცხოვრების შესახებ ცნობებს არ იძლევა, არაფერი არ ახსოვს, შთაგონებადია და ყოველ შეკითხვაზე დადებითად პასუხობს. მას ჰგონია, რომ იგი სანატორიუმში იმყოფება, რომ ინსტიტუტში ჩამოვიდა სამკურნალოდ, ექიმმა ექთანს უწოდებს. იგი ხან ავადაა, ხან კარგად არის—მიცემულ კითხვასთან შეფარდებით. უხვ, ძლიერ მერყევ, განდიდების უაზრო ბოდვას გამოთქვამს, რომელიც ყოველ დღე იცვლება: იგი 22 წლისაა, მისი შვილი 21 წლისაა, მამა მისს ფაბრიკა, სახელოსნო ჰქონდა, შეძლებული გლეხი. აზნაური იყო. თვითონ მას რამდენიმე ათასი მანეთი ოქრო აქვს, მისი ვაჟიშვილი მისი სიმდიდრის მემკვიდრე არის. იგი სრულებით არ არის დაპატიმრებული. ქურდობაც არ ჩაუდენია, პირიქით, მას 3.000 მანეთი მოჰპარეს. თავის ნათქვამს კრიტიკულად არ ეპყრობა.

ინტელექტის ფორმალური მხარეები მკვეთრად აქვს დაწეული, საერთო ცოდნის მარაგი ძალიან ღარიბი, მეხსიერება ძლიერ დაქვეითებული: თითქმის იმ წამსვე ივიწყებს იმას, რასაც ეკითხებიან. რის დახსოვებასაც ავალებენ. გაურკვეველად წერს. გამოტოვება იმდენად დიდია, რომ დაწერილის შინაარსის გაგება ძნელია, იგი მთელ სიტყვებს სტოვებს, რამდენიმე სიტყვას ერთ

სიტყვაში აერთებს. „პრასკოვია“ს მაგიერ „პასინოვა“ს წერს, სიტყვა „ქარგი“ს მაგიერ—„კა“-ს და ა. შ. ჰკუასუსტობას ღრმა, განფენილი ხასიათი აქვს. ავადმყოფი ემოციურად მერყევია, ჩვეულებრივად აწეულ, მზიარულ გუნებ-განწყობაში იმყოფება, ამასთან, ადვილად იწყებს ტირილს. პალატაში იგი ძლიერ უსუფთაოა, თავის თავს არ უვლის, ამასთან ემორჩილება ყველაფერს, რისი გაკეთების წინადადებასაც აძლევენ, მაგრამ მაშინვე ივიწყებს. გულკეთილი და გონებაჩლუნგია. ზოგჯერ აღიგზნება, ივლეჯს საცვლებს, პალატაში შიშველი დარბის, ხმამაღლა მღერის, ცინიკურია, ელაპარაკება თავის თავს, აგრესიულობას არ იჩენს. ინსტიტუტში შემოსვლიდან ცოტა ხნის შემდეგ აცხადებს, რომ მას 1.000 ბავშვი ჰყავს. კითხვაზე—როდის მოასწრო შვილების ამოდენა არმიის გაჩენა, იგი პასუხობს, რომ მშობიარობს ხუთჯერ კვირაში, ექვს-ექვს ბავშვს ერთად შობს. ავადმყოფი იცინის, გაუჩერებლივ ყბედობს, ერთი თემიდან მეორეზე გადადის. ამბობს, რომ მას ყოველ წელში შეუძლია ჩაიცვას სხვადასხვა კაბა, რომელიც მას 10.000 ცალი აქვს.

ავადმყოფი ძლიერ პატარა ტანისაა, მკვეთრად არაპროპორციული აღნაგობისაა (პატარა ქალა, ასიმეტრიული სახე, ყურის ბიბილოები მიზრდილი, ქვედა ყბა წინ გამოშვებული და ა. შ.). სახე დანაოჭებული ექვს, კანი—ღუნე, გუგები—უსწორო ფორმის, რეაქცია სინათლეზე—ძლიერ ღუნე, აქვს მარჯვენა სახის ნერვის პარეზი, ენა გამოყოფისას მარჯვნივ იხრება, მყესთა რეფლექსები—ცოცხალი, მეტყველება—დიზართრიული, ენის გასატეხ სიტყვებს ვერ გამოთქვამს.

ვასერმანის რეაქციაზე სისხლის ანალიზი მკვეთრად დადებითია. ზურგის ტვინის სითხის აღება ვერ მოხერხდა ავადმყოფის ძლიერი წინააღმდეგობის გამო.

კომისიის მიერ ცნობილია, რომ გ. დაავადებულია ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებით, პროგრესული დამბლის სახით. როგორც სულთ ავადმყოფის, ციხეში მისი მოთავსება არ შეიძლება; საჭიროებს გადაყვანას ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მკურნალობისათვის.

როგორ შემთხვევებში და რა მიზეზის გამო შეიძლება აღეძრას ეჭვი გამომძიებელს ან სასამართლოს ბრალ-

დებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ? პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ჩვენ აქ უფრო ხშირად ვხვდებით შემდეგ მომენტებს:

გამოძიებაში მყოფი პირის არანორმალურმა ქცევამ შეიძლება მიიქციოს ყურადღება დაკითხვის დროს, საგამომძიებლო მასალების მიხედვით (მოწმეთა ჩვენება და ა. შ.) და იმ მონაცემებით, რომლებიც მიღებულია ციხიდან. ქცევის ამ არანორმალობას შეიძლება სხვადასხვანაირი ხასიათი ჰქონდეს ფსიქიკურ დაავადებათა ფორმებთან დაკავშირებით, რომლებიც სახელმძღვანელოს სპეციალურ ნაწილშია განხილული.

ბრალდებულის ფსიქიკურ მდგომარეობაში დაექვევების მიზეზი შეიძლება გახდეს დანაშაულის ჩადენისათვის საკმარისი სასაბუთო მოტივების უქონლობა ან ზოგ შემთხვევაში დანაშაულის ჩადენის დროს აუხსნელი ულმობელობა. დასასურათებლად მოვიყვანოთ შემდეგი შემთხვევები:

შემთხვევა 1. კ., ინჟინერი, 62 წლის, ედება ბრალი ცოლის და ორი ქალიშვილის მკვლელობაში.¹ წინასწარი გამოძიების დროს, კ-მ მკვლელობის მოტივად დაასახელა მახლობლების მომავლის შესახებ შიში მძიმე მატერიალური პირობების გამო. ამავე დროს სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების განსაზღვრით მისი ქონების ღირებულება იძლეოდა საშუალებას მისი ხელფასის ჩაუთვლელად კ-ს ოჯახს წელიწადნახევრის ან ორი წლის განმავლობაში ეცხოვრა. ეს გარემოება და აგრეთვე მკვლელობის მეტისმეტი ულმობელობა გახდა კ-ს ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გაგზავნის მიზეზი.

ანანეზის მონაცემებით, კ. ახალგაზრდობიდანვე წვრილმანი, აკურატი, რეზონიორი იყო. თავის გულკეთილობაში, სამართლიანობაში, გონებრივ უპირატესობაში დარწმუნებული. შრომისმოყვარეობით შემქმნელი თავისი პირადი კეთილდღეობისა, ეგოისტი. ჯერ კიდევ სტუდენტობის დროს კ-მ ცხოვრების პროგრამა შეადგინა, რომლის შემწეობით მას იმედი ჰქონდა მკვიდრ კეთილდღეობისათვის მიეღწია. პროგრამა 100 წლით იყო გათვალისწინებული. ცხოვრებას

¹ შემთხვევა გამოქვეყნებულია პროფ. კ. გედენსკის მიერ.

ყოველთვის სერიოზულად უყურებდა, მისი ეშინოდა. ამხანაგებთან საუბრის დროს ამბობდა, რომ სიკვდილი სიცოცხლეს სჯობიაო. 1 წლის ასაკში 19 წლის ქალი შეირთო. 42 წლის ასაკში რკინიგზის კატასტროფის დროს თავი დაუზიანდა და რამდენიმე საათის განმავლობაში უგონო მდგომარეობაში იყო. ომის წინ თავის ტკივილი, თავბრუ და ადვილად აგზნებადობა დაეწყო. 58 წლის ასაკში პარტახტიანი ტიფი გადაიტანა და 8 თვის შემდეგ ტვინში სისხლის ჩაქცევა მოუვიდა, რომლის შემდეგ აფაზია და მარცხენა კიდურების დამბლა განუვითარდა, 4 თვის შემდეგ სამსახურში—გზათა სახალხო კომისარიატში დაბრუნდა, საიდანაც 3 წლის მუშაობის შემდეგ, შტატების შემცირების გამო დათხოვნილი იქნა. შემცირების შემდეგ კ-ს თანდათანობით განუვითარდა გალატაკებისა და დზარალების იდეები, კ. განუწყეტლივ თავისიანებს ელაპარაკებოდა იმაზე, რომ უკეთესია ყველამ ერთად მოიკლას თავი, რადგან მომავალი უიმედოაო. ცოლის გაურკვეველ პასუხებს იგი თანხმობად სთვლიდა.

შემცირებიდან 1 თვის შემდეგ კ-ს სულიერი მდგომარეობა განსაკუთრებით დაძაბული გახდა. მკვლელობის დღეს კ. დილიდანვე უჩვეულო ბოლმას გრძნობდა. საღამოთი დასაძინებლად დაწოლის წინ, ცოლმა იატაკზე დაყრილი 2 ნაჯახი და ცული აიღო და გადასცა მას. კ-მ ეს მიიღო როგორც მოქმედების დაწყების ნიშანი. რამდენიმეჯერ იგი დიდის ყოყმანით უახლოვდებოდა საწოლს, სადაც ცოლს უმცროს ქალიშვილთან ერთად ეძინა. შინაგანი ხმა მას აჩერებდა, მეორე ხმა კი, გარეგანი, მოქმედებისაკენ მოუწოდებდა. დასასრულ, მან ნაჯახი დაჰკრა ცოლს, თუ ქალიშვილს, ზუსტად არ ახსოვს. შემდეგი მას თითქმის ბურუსში აქვს წარმოდგენილი. აგონდება, რომ მაგიდასთან მიიბრინა დანისათვის, რადგან ნაჯახით ჩეხვა უხერხული იყო. კ-მ საწოლიდან მოშორება ვერ მოასწრო, როდესაც მისი უფროსი ქალიშვილი შემოვიდა და მას ჰკითხა: „სად არის დედა?“ კ-მ იგი წინ გაუშვა და უკან ცული დაჰკრა. რითი მოქმედებდა იგი შემდეგში, არ ახსოვს. ქალიშვილის გვამს საბანი გადააფარა და უკვე თვითმკვლელობის მიზნით დანას დაუწყო ძებნა, მაგრამ იგი ვერ იპოვა. ძლიერი სისუსტე იგრძნო და გაოგნებული იწვა დილამდე. დილას, საოჯახო ნივთ-

ბით გაქედლილი ორი ტომრით ხელში მილიციაში გამოცხადდა და ჩადენილის შესახებ განაცხადა.

გვამების სასამართლო-სამედიცინო გაკვეთის დროს ყველას აღმოაჩნდა თავის ქალას მნიშვნელოვანი დაზიანება, რომელიც მძიმე, ბასრი იარაღით იყო მიყენებული და კისრის ღრმა კრილობები, რომლებიც ხერხემალს სწვდებოდა.

ინსტიტუტში კ-ს შემდეგი აღმოაჩნდა: გულის საზღვრები მარცხნივ გადიდებულ, ტონები—მოყრუებული, რადიალური არტერიები—სკლეროზული, გულები—შევიწროებული, სინათლეზე დუნე რეაქციას იძლევიან, ენისა და ხელების თითების კანკალი, მარჯვენა ხელისა და ფეხის ღონის შესუსტება, მუხლების რეფლექსები—აწეული, დადებითი რომბერგი. სისხლში ვასერმანის რეაქცია უარყოფითია.

კ-ს ფსიქიკური მდგომარეობა: იგი ნაკლებად მოძრავი, დუნეა, მონოტონურად და დალაგებულად ყვება თავის თავგადასავალს და მკვლელობის სამძიმო წვრილმანებს; მძიმე სულიერ მდგომარეობას უჩივის. ოჯახი ებრალება და თავისი მომავლის ეშინია. ხშირად ამოწმებს თავისი საქციელის სისწორეს და ყოველთვის იმ დასკვნანდე მიდის, რომ სწორად მოიქცა. თვითბრალდების აზრებს არ გამოთქვამს. ინსტიტუტში ყოფნის უკანასკნელ ხანებში მოკლულებს უფრო იშვიათად იგონებს და თავის ბედით უფრო არის დაინტერესებული. მეხსიერება შესუსტებული აქვს. მომხდარი ამბის და სიტუაციაში სწორი გარკვევის უნარი მოკლებული აქვს. ინტელექტი დარღვეულია. ექსპერტიზის მიერ ცნობილია სულით ავადმყოფად, რომელსაც მოხუცებითი ქუასუსტობა აქვს, შეურაცხადია.

შემთხვევა მმ-2. პ., 48 წლის, ბრალი ედება პროფ. ვ.-ს¹ მკვლელობაში. მკვლელობის მოტივების გაუგებრობის გამო ინსტიტუტში გამომძიებლის მიერ გამოსაკვლევად არის გადაგზავნილი.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს გამოირკვა შემდეგი: მემკვიდრეობაში სულით ავადმყოფები—ბებია დედის მხრივ და ბიძა მამის მხრივ. ავადმყოფი ყოფილ ჩერნიგოვის ოლქში, მდიდარი გლეხის ოჯახში დაიბადა. თორმეტ წლამდე სოფელში ცხოვრობდა. 8 წლი-

¹ ეს შემთხვევა აწერილია პროფ. ბუნევის მიერ.

სა წავიდა სკოლაში. პირველ მოწაფედ ითვლებოდა, განსაკუთრებით ადვილად ითვისებდა მათემატიკას. 16 წლის ასაკში რკინიგზაზე ტელეგრაფის მოხელედ დაიწყო მუშაობა. ერთდროულად დამოუკიდებლად სოფლის მასწავლებლის უფლების მისაღებად გამოცდები ჩააბარა. დაახლოებით ერთ წელიწადს მასწავლებლად იმუშავა. ამ პერიოდში მან დაიწყო სმა და იძულებული გახდა სამსახურისათვის თავი გაენებებინა. 4 წლის განმავლობაში ცხოვრობდა მამასთან. მუდმივი სამსახური არ ჰქონდა. ზერელე ცხოვრებას ეწეოდა. 22 წლისამ ღარიბი გლეხის ქალი ითხოვა, რომელიც კულტურის მხრივ მასზე დაბლა იდგა და ისევ ტელეგრაფის მოხელედ მოეწყო რკინიგზაზე. ცოლთან ცუდად ცხოვრობდა. ხშირად ჩხუბობდნენ. მატერიალური პირობები კარგი ჰქონდა. სამსახურის გარდა, სოფლის მეურნეობას ეწეოდა. ხასიათით საზოგადოებრივი, მხიარული იყო. თავისი ჯანმრთელობის მიმართ—ძლიერ ეპეიანი იყო. მომეტებული სექსუალობა ახასიათებდა.

ავადმყოფს სამი კვირის განმავლობაში 37-ჯერ აღენიშნებოდა დეპრესიული მდგომარეობა ადვილი აგზნებადობით, რომელმაც უკვალოდ გაიარა. დანაშაულის ჩადენამდე ერთი წლით ადრე, იგი მახლობლების დაკვირვებით შესაძინევად გამოიცვალა: ჩაფიქრებული გახდა, მოწყენილი იყო, ღუნე. ცოლის კითხვებზე პასუხობდა: „ქალმა დამღუპა და მე ცვედანი გავხდი“. თვით პ. მოგვითხრობდა, რომ მას, როცა იგი 36 წლისა იყო, კავშირი ჰქონდა კმრთან ქალთან, რომლის შესახებ ცუდი ხმები დადიოდა.

რამდენიმე წნის შემდეგ მან შეამჩნია, რომ ორსულობის საწინააღმდეგო საშუალებების ზეგავლენით, რომლებსაც ის ქალი ხმარობდა, მას სქესობრივი სისუსტე განუვითარდა. მთელ რიგ შეგრაძნებებზე, რომლებიც მას აღეძრა (ტკივილები წელის მიდამოში, ფეხებში სისუსტე), იგი რაღაც სამედიცინო საშუალებების მოქმედებას უკავშირებდა, რაც ამ ორსულობის საწინააღმდეგო ზომების („წითელი ბურთულების“, როგორც იგი მათ უწოდებდა) შედეგად მის ორგანიზმში შეაღწევდა. ავადმყოფი ძლიერ დანაღვლანებული იყო. ამ კავშირიდან ერთი წლის შემდეგ იგი მოსკოვს გაემგზავრა სამკურნალოდ. თავის ავადმყოფობას ნერვულ სნეულებად სთვლიდა და მან ჯერ ერთ პროფესორს მიმართა, რომელმაც მას

გამოუცხადა — ჯანმრთელი ხარო. მაშინ ავადმყოფმა პროფ. გ-ს მიმართა, რომელზედაც, როგორც კარგი უროლოგის შესახებ ბევრი რამ ჰქონდა გაგონილი. გ-მ გასინჯა იგი და თითქმის განუცხადა მას: „ყველაფერი მშვენიერად არის დაცული, თქვენ საუკეთესო სქესობრივი უნარით ხართ აღჭურვილი, ნუ ღელავთ, თქვენ ჯანმრთელი იქნებით“. ავადმყოფს მან რაღაცა ფხვნილები, ოყნა და ელექტრიზაცია დაუნიშნა. მკურნალობამ ბრწყინვალე შედეგები მისცა. ორი კვირის შემდეგ პ. მშვენიერ გუნებ-განწყობით დაბრუნდა სახლში. მაგრამ დეკემბერში ისევ დაუბრუნდა სქესობრივი სისუსტის ნიშნები, და ავადმყოფი ხელმეორედ პროფ. გ-სთან გაემგზავრა, რომელმაც მას მოწვითი მკურნალობა დაუწყო. ამჯერად მკურნალობამ მდგომარეობის გაუარესება გამოიწვია და ავადმყოფი ფეხებში, წელის მიდამოებში ტკივილით და საერთო სისუსტით დაბრუნდა სახლში. ასეთ მდგომარეობაში იგი იმყოფებოდა ერთ წელიწადს, რის შემდეგ მესამედ გაემგზავრა მოსკოვში-სამკურნალოდ. მკურნალობის ერთ-ერთი სეანსის შემდეგ, რომელიც ძალიან მტკივნეული იყო, ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. თავის მდგომარეობას იგი შემდეგნაირად აგვიწერს: „სამი დღის განმავლობაში შორისში მწვავდა, მწვავდა ისე, ვითომ განგრენა მქირდა. როდესაც ტკივილები დაცხრა, კრუნჩხვები დამეწყო, არაჩვეულებრივად დავსუსტდი; თავი დაბლა მეშვებოდა, მეჩვენებოდა, რომ მე რაღაც უფსკრულში ვარდები; მეტყველება გაძნელებული მქონდა. გავალე ფანჯარა და საწოლზე დავწექი; მეჩვენებოდა, რომ ვკვდები. დაფთიქრდი, ჩემი სამძიმო მდგომარეობის მიზეზის ძებნა დავიწყე და უცბად აზრმა გამიელვა: ეს ხომ პროფ. გ-მ გამიკეთა. ყველაფერი აშკარა და გასაგები გახდა ჩემთვის. „მაშ მისი გაკეთებული ყოფილა ის წითელი ბურთულები, რომლებითაც იგი ქალების საშუალებით მამაკაცებს ცვედანებად აქცევს, ასახიჩრებს მათ“. და მე გადავწყვიტე უღმობლად მეძია შური. ავდექი, წავედი და მოვკალი იგი“. ავადმყოფმა პროფ. გ., მასთან მიღებაზე მისვლის დროს, დანის რამდენიმე დარტყმით მოკლა. დანას ძლიერი გაბრაზებით სცემდა. მომხდარს პ. ბუნდოვნად იგონებს.

ინსტიტუტში მოღუშული, დეპრესიულია. მძიმე, დაძაბული აფექტურობა აქვს. სავსებით შთანთქმული არის თავის ავადმყოფობასთან

დაკავშირებული ფიქრებით. პროფ. ვ-ს შესახებ ლაპარაკობს სიბრაზით. მას დიდ ადამიანად, მაგრამ საღისტად სთვლის. ავადმყოფის აზრით, ის აკეთებდა „წითელ ბურთულებს“ და მამაკაცებს ასახიჩრებდა, რითაც თავისი კლიენტების რიცხვს ამრავლებდა ან ექსპერიმენტის, ან კიდევ ანგარების მიზნით. ავადმყოფს იგი რალაც წითელი ხსნარით გამოორეცხვას უკეთებდა. მან დაასახიჩრა იგი, წინამდებარე ჯირკვლის დასერვის საშუალებით სისხლის მიმოქცევა შეცვალა და ამით მისი ატროფია გამოიწვია. ეს იყო შურისძიება იმისათვის, რომ ავადმყოფმა პირველმა გახსნა „წითელი ბურთულების“ საიდუმლოება. მოკლულის ყოველივე ფრაზას პ, ამ მიმართულებით განმარტავს. გამუდმებით მოითხოვს უროლოგს. 'ასამართლოში გამოძახებული, დაჩოქილი ევედრება, დაუჯერონ მას. ფიქრობს თვითმკვლელობაზე. ჰალუცინაციები არა აქვს.

ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ: ატლეტური აგებულება, ნაკებობა—დაწეული, გული — გაგანიერებული. ნერვული სისტემის მხრივ — მეხლების რეფლექსთა აწევა აღენიშნება, შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ სპეციალისტის მიერ წინამდებარე ჯირკვლის უმნიშვნელო ატროფია არის აღნიშნული.

ინსტიტუტის დიაგნოზი: შიზოფრენია, შეურაცხადია.

ინსტიტუტის შემდეგ ავადმყოფი კაშჩენკოს სახელობის საავადმყოფოში და სოლოვიოვის სახელობის სამკურნალოში იმყოფებოდა, სადაც იპოქონდრიული ბოდვის შემდგომი განვითარება აღენიშნებოდა.

მოყვანილ შემთხვევებში დანაშაულის ჩადენამდე სულით ავადმყოფობის შესახებ არავითარ ეპეს არ ჰქონია აღგილი. აქ ექსპერტიზაზე გაგზავნის მიზეზს დანაშაულის უკმარი მოტივირება და არაჩვეულებრივი უღმობელობა წარმოადგენდა. კლინიკურმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ორთავე შემთხვევაში დამნაშავეები მკვეთრად გამოსახული სულით ავადმყოფები გამოდგნენ და დანაშაული მათ ბოდვითი იდეების ზეგავლენით ჩაიდინეს (გალარბების ბოდვა კ-სი და ფიზიკური ზემოქმედების ბოდვა პ-სი).

მაგრამ, ჩვენ არ უნდა ვიფიქროთ, რომ დანაშაულის გადამეტებული უღმობელობა უქველად მიგვითითებს სულით ავადმყოფობის არსებობაზე, რომელიც შერაცხადობას გამოარიცხავს.

ინსტიტუტის პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ არის შემთხვევები, როდესაც ინსტიტუტში ზემოხსენებული მოსაზრებების გამო გადაგზავნილი პირები სტაციონარში გამოკვლევის შემდეგ შერაცხადებად იქნენ ცნობილი.

ქ., 28 წლის, ბრალი ედება იმაში, რომ ალიმენტების თავიდან აცილების მიზნით, იგი ცოლს დაუბრუნდა, რომელსაც მანამდე დაშორდა, რათა მოეკლა თავისი ორი წლის ვაჟიშვილი. იგი შეილს სხვადასხვა დროს თავში, გულის არეში და მუცელში გრძელ ნემსებს ურჭობდა.

ჩაურჭობდა რა ნემსს, იგი აუწევდა კანს და შემდეგ დაუწევდა, რის შედეგადაც ნემსის შესვლის ადგილის ყოველგვარი კვალი ქრებოდა. ბავშვი გამუდმებით ლეღავდა, მის ქცევაში არანორმალობა აღინიშნებოდა, იგი გარშემო მყოფთათვის გასაგები მიზეზების გარეშე სუსტდებოდა და მალე მოკვდებოდა კიდევაც, მაგრამ კ-მ დაასწრო ამას, შეასხა ბავშვს მდულარე, თანაც ისეთი მდგომარეობა შექმნა, რომ თითქოს ბავშვმა თვითონ გადაისხა იგი. საავადმყოფოში, სადაც ბავშვი გარდაიცვალა, იგი გაკვეთეს. ნემსების მეტი წილი ბავშვს თავში ჰქონდა ჩარჭობილი, ერთი ნემსი გულის აპკში იქნა აღმოჩენილი.

ექსპერტიზაზე გამოგზავნას გამომძიებელი შემდეგნაირად ასაბუთებდა: „თუმცა ამ საქმის ვითარებაში რაიმე მითითებები იმის შესახებ, რომ კ-ს რაიმე ფსიქიკური არანორმალობა ჰქონდეს, არ მოიპოვება, მაგრამ ამისდა მიუხედავად, განსაკუთრებული ულამაზობა, რომელიც მან თავისი ბავშვის მკვლელობის დროს გამოიჩინა, მისი ფსიქიკის მიმართ ზოგიერთ ეჭვს ბადებს და საკმაროდ ხდის მის ყოველმხრივ გამოკვლევას“.

ინსტიტუტში დადგენილია შემდეგი:

ღედა და მამა—ალკოჰოლიკები, ძმა კრუნჩხვითი გულყრებით იყო შეპყრობილი. გამოსაკვლავი პირი ვითარდებოდა წესიერად, სწავლობდა დამაკმაყოფილებლად. სქესობრივი ცხოვრება—18 წლის ასაკიდან. ცოლის შერთვამდე გადამეტებული ონანიზმი. თავის ხასიათს მძიმე ხასიათად სთვლის. სიმთვრალეში ჩხუბობს. ბრაზიანობის დროს აგრესიულია. წყენა ახსოვს დიდხანს, შურისმგებელია. თავის დანაშაულის შესახებ ლაპარაკობს უხალისოდ, ძუნწად, არა-

ვითარ დეტალს არ აღნიშნავს, ამბობს, რომ არ ახსოვს, სად შეჰყავდა ნემსები: „არ ვიცი, რატომ ვჩრდილ მათ იქ“, „მინდოდა, რომ მომკვდარიყო“.

გამოსაკვლევი პირის ცოლი ამბობს, რომ ბავშვის მიმართ იგი არავითარ სიმკაცრეს არ იჩენდა, აცხადებდა პროტესტს, როცა მისი ცოლი ბავშვთან უხეში იყო. ხშირად ეთამაშებოდა მას, უძღვნიდა ტკიბილელს, ვაშლს, სათამაშოებს. ყიდულობდა მისთვის ტანსაცმელს. მას (ცოლს) არ სჯერა, რომ მან ასეთი მძიმე დანაშაული ჩაიდინა.

ფიზიკური მდგომარეობა: სახე ასიმეტრიული, ცხვირ-ბაგის მარცხენა ნაოჭი უფრო მკვეთრად არის აღნიშნული; კუნთები სახეზე კარგად აქვს გამოსახული; გუგების მხრივ რეფლექსები და მყესთა რეფლექსები—ცოცხალი.

ფსიქიკური მდგომარეობა: ცნობიერება—ნათელი, თავის მდგომარეობაში ორიენტირებულია; გამოსაკვლევი პირი ინსტიტუტში—დუნე, ნაკლებად მოძრავია (ცოლის სიტყვით სახლში იგი ნებიარული და გულდია იყო); პასუხობს ხალისით. გუნებგანწყობა—დაწეული, მოწყენილი. ითხოვს—დასაღვეად მისცენ რაიმე ისეთი, რომ მოიწამლოს. კითხვაზე, ებრალება თუ არა ბავშვი, პასუხობს: „იგი აღარ არის, რა საჭიროა აქ შებრალება“. ხშირად ლაპარაკობს თავისი სევდიანობის შესახებ. იმუქრება, რომ ციხეში ნოიკლავს თავს. ბოლდვითი იდეები, ჰალუცინაციები არა აქვს.

ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიამ სცნო, რომ გამოსაკვლევი პირი სულით ავადმყოფობით დაავადებული არ არის, არამედ ეპილეფსოიდური ხასიათის მქონე ფსიქოპათიურ პიროვნებას წარმოადგენს. რაიმე სულიერი აშლილობის გარეშე მის მიერ ჩადენილი დანაშაულის მიმართ იგი შერაცხადად იქნა ცნობილი.

მაგრამ ყველაზე უფრო ხშირად სასამართლო-საგამომძიებლო მუშაკების წინაშე ექსპერტიზაზე გაგზავნის საჭიროების შესახებ საკითხი ისმება მაშინ, როდესაც ბრალდებული წინათ მკურნალობდა ფსიქიატრიულ ავადმყოფოში, რაიონის ფსიქიატრის მიერ აღრიცხვაზე იყო აყვანილი და ა. შ. ასეთ შემთხვევებში ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შემოწმება მიზანშეწონილია.

ჩვენი კანონმდებლობა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს არა მხოლოდ ერთი ფსიქიატრის, არამედ ორის, სამის და

მეტის გამოძახების უფლებას აძლევს (რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 169-ე მუხლი¹), ანდა მას შეუძლია ბრალდებულის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე დასკვნის გამოსატანად ჩაატაროს ექსპერტიზა სპეციალურ კომისიებში, რომლებიც ექიმ-სპეციალისტებისგან შედგება (რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 172-ე და 173-ე² მუხლები). უშუალოდ გამომძიებლის კამერაში ან სასამართლოში ფსიქიატრის გამოძახების და ბრალდებულების ამბულატორიულ ექსპერტიზაზე გაგზავნის უფლების გარდა, ჩვენი კანონმდებლობა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს უფლებას აძლევს გადაგზავნონ ბრალდებული სტაციონარულ ექსპერტიზაზე სპეციალურ დაწესებულებებში—სასამართლო ფსიქიატრიის კლინიკებსა და ინსტიტუტებში, ხოლო როცა ასეთები არ არსებობს, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში (რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 203-ე მუხლი).

ამგვარად, განარჩევენ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შემდეგ სახეებს: 1) ექსპერტიზა გამომძიებლის კამერაში, 2) ამბულატორიული ექსპერტიზა, 3) სტაციონარული ექსპერტიზა, 4) ექსპერტიზა სასამართლო სხდომებზე, 5) დაუსწრებელი ექსპერტიზა.

ინსტრუქცია „სსრ კავშირში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“, რომელიც სსრ კავშირის ჯანსაღობის, სსრ კავშირის იუსტიციის სახ. კომისარიატის, სსრ კავშირის შინსახკომის და სსრ კავშირის პროკურორის მიერ 1940 წლის 17 თებერვალს არის დამტკიცებული, ამომწურავი სისრულით იძლევა მითითებებს, თუ როგორ უნდა წარმოებდეს სსრ კავშირში ყველა სახის სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა.

§ 2. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სახეები

1. ექსპერტიზა გამომძიებლის კამერაში

გამომძიებლის კამერაში ექსპერტიზა ფსიქიატრიული ექსპერტიზის თითქოს პირველ ეტაპს წარმოადგენს. ძლიერ ხშირად ამ პირველ ეტაპს შემდეგი ეტაპებიც მოჰყვება—სტაციონარული ექს-

¹ დროებითი წესები სისხლის სამართლის საქმეთა გამო წინასწარი გამოკვლევის წარმოებისათვის 1931, წ. 24 მუხლ.

² დროებითი წესები, 25 მუხლ.

პერტიზა და ექსპერტიზა სასამართლოს სხდომის დროს. ექსპერტიზის ეს სახე გათვალისწინებულია 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციით და რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 162-ე მუხლით¹, რომელიც მიუთითებს, რომ „ექსპერტები გამოძიების წარმოების ადგილს დაიკითხებიან, რისთვისაც მათ გამოძიებელთან გამოიძახებენ“.

ცალკეულ შემთხვევებში ექსპერტიზა ამ პირველ ეტაპზე თავდება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ექსპერტისათვის სავესებით ნათელია, რომ ბრალდებული ფსიქიკურად ავადმყოფია. იმ შემთხვევაში კი, თუ ექსპერტს ბრალდებულის ფსიქიკურ მდგომარეობაში ეჭვი დაებადა, მაშინ ჩვეულებრივად ბრალდებული სტაციონარულ ექსპერტიზაზე იგზავნება. ზოგ შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილია ბრალდებულის გადაგზავნა ამბულატორიულ ექსპერტიზაზე, სადაც დასკვნას იძლევა არა ერთი ექიმი, არამედ რამდენიმე ექიმ-ფსიქიატრისაგან შემდგარი კომისია.

2. ამბულატორიული ექსპერტიზა

ამბულატორიული ექსპერტიზა, 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციის თანახმად, კომისიის მიერ უნდა იყოს წარმოებული. ამბულატორიულ ექსპერტიზას სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია, იგი იმით არის ხელსაყრელი, რომ დასკვნა გაიცემა იქვე, და იმით, რომ ექსპერტიზის გაელა შესაძლებელი არის იმ პირებისათვისაც, რომელთა საავადმყოფოში მოთავსებისათვის საფუძველი არ მოიპოვება. ამბულატორიული ექსპერტიზა არსებითად განიხილავს სტაციონარულ ექსპერტიზისაგან. ამბულატორიული ექსპერტიზის დროს ექიმთა კომისიას გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ დასკვნის გაცემა უხდება, გამოსაკვლევი პირის მხოლოდ ერთჯერადი და მოკლე გამოკვლევის შემდეგ წინასწარი დაკვირვების მონაცემების გარეშე, რაც სტაციონარის პირობებში არის შესაძლებელი. ეს გარემოება ამბულატორიული ექსპერტიზის დროს მუშაობას მეტისმეტად ძნელად ხდის. იგი მოითხოვს ექსპერტების მალე კვალიფიკაციას, ობიექტური მასალების დაგროვების მხრივ

¹ დროებითი წესები, 19 მუხლი.

გულდასმითი წინასწარ მომზადებას. ამბულატორიული ექსპერტიზის დროს, როგორც წესი, გამორიცხული არის მთელი რიგი საკირო დამატებითი გამოკვლევების გამოყენების საშუალება (სისხლის, ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევები და სხვა). ამიტომ ამბულატორიული გზით ექიმ-ფსიქიატრებს დასკვნის გაცემა შეუძლიათ იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ საკითხი მათთვის არაფერს სადაოს არ წარმოადგენს. სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის ამბულატორიული საექსპერტო კომისიის მონაცემების თანახმად, ამბულატორიულ ექსპერტიზაზე იგზავნებიან ისეთი ბრალდებულნი, რომელთა შორის ბევრნი წარსულში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მკურნალობდნენ ან რაიონის ფსიქიატრს ჰყავდა აყვანილი აღრიცხვაზე, რაც მათი ჯექსპერტიზაზე გაგზავნისათვის საფუძველს წარმოადგენს¹.

ამბულატორიული ექსპერტიზის დროს შესაძლებელი შეცდომების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა თვით ექსპერტიზის წარმოების დაწყებამდე დაგროვილ იქნეს გამოსაკვლევი პირის შესახებ ობიექტური მონაცემები ნათესავებისაგან, სამსახურის ადგილიდან, იმ სამკურნალო დაწესებულებებიდან, სადაც იგი მკურნალობდა. საჭიროა სისხლის სამართლის საქმის გულდასმით გაცნობა, ზოგ შემთხვევაში საჭირო არის წინასწარი ბიოქიმიური გამოკვლევის ჩატარება.

მაგრამ მაინც ამბულატორიაში ერთგზისი გამოკვლევა, ექსპერტიზის შეუცდომლობის სრულ გარანტიას არ გვაძლევს და ამიტომ ფსიქიატრისათვის ყველა საექსპერტიზულ შემთხვევაში საკირო არის სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გადაგზავნა.

მოგვყავს ამბულატორიული ექსპერტიზის ორი მაგალითი.

გამოსაკვლევი კ-ს ექსპერტიზა გვიჩვენებს შემთხვევას, როდესაც სულით ავადმყოფობის არსებობა ამბულატორიული კომისიისათვის აშკარა არის, ხოლო გამოსაკვლევი მ-ს ექსპერტიზა ეხება შემთხვევას, როდესაც შერაცხადობის შესახებ საკითხის ამ-

¹ სერბსკის სახელობის ამბულატორიულ საექსპერტო კომისიებში გატარებულ პირთა შორის, რაიონის ფსიქიატრთან აღრიცხვაზე იყვნენ აყვანილი 1935 წელს—72%, 1937 წელს—64,8%, 1940 წელს—51%, 1944 წელს—54,9%.

ბულატორიული წესით გადაწყვეტა არ შეიძლება, და გამოსაკვლევი პირი სტაციონარში ლაბორატორიული და კლინიკური გამოკვლევების ჩასატარებლად უნდა იქნეს გაგზავნილი.

შემთხვევა 1. გამოსაკვლევი პირი კ., 38 წლის ქალია, ბრალი ედება ხულიგნობაში. ექსპერტიზაზე გადაგზავნილ იქნა მილიციის განყოფილებაში მის მოქცევასთან დაკავშირებით, რამაც კ-ს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში ეჭვი გამოიწვია (დაკავების დროს მილიციელისთვის ბუდიდან ნაგანის ამოძრობას ლამობდა). გამოსაკვლევი პირი იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად, წარმატებით დაამთავრა გიმნაზია. 24 წლის ასაკში უმაღლეს სასწავლებელში შევიდა, რომლის დამთავრების შემდეგ სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტში თავის სპეციალობაში მუშაობდა (ინჟინერად). მუშაობას წარმატებით ასრულებდა. პირველად გახდა ავად 31 წლის ასაკში. მეტისმეტი დაღლილობა იგრძნო, რასთან დაკავშირებით შინაგან სნეულებათა ექიმს მიმართა, რომელმაც იგი ფსიქიატრთან გაგზავნა. რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი პირველად შევიდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (სანატორიუმში „სოკოლნიკი“). იმ დროს დევნისა და ბოღვითი იდეებს გამოსთქვამდა. დარწმუნებული იყო, რომ საკმელში „მტვერად ქცეული ადამიანების ტვინის ნივთიერებას“ ურევდნენ. ამასთან დაკავშირებით საკმელზე უარს ამბობდა, ხელოვნურად ზონდის საშუალებით კვებადნენ. აღენიშნებოდა სმენითი პალუცინაციები. სანატორიუმში ერთ წლამდე დაჰყო. სანატორიუმიდან გამოწერის შემდეგ სამუშაოს აღარ დაუბრუნდა; პერიოდულად მოთავსებული იყო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში დიაგნოზით — შიზოფრენია. უკანასკნელად ქალაქის პირველ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იმყოფებოდა 1937 წლის ნოემბრიდან დეკემბრამდე. საიდანაც ძმის მიერ შევსებული იყო წაყვანილი და არ დაბრუნებულა.

ფსიქიკური მდგომარეობა: გამოსაკვლევი პირი ხალისით იწყებს საუბარს, თავი მშვიდად და ოდნავ განუთრევლად უკავია, ინტერესს თავისი სასამართლო საქმის მიმართ არ იჩენს, თითქმის ყველა მისი გამოთქმა, ბოღვითი იდეებით სავსე, არათანმიმდევრულია, დროგამოშვებით წყვეტილი სიტყვიერი პროდუქციები აღენიშნება. გამოსაკვლევი პირი დარწმუნებულია, რომ იგი „ფსი-

ქოზის ერთობლივ სისტემაში არის ჩართული“ და ამიტომ მუდმივად ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იმყოფება. ამბობს, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, „მწვანე ნარგავებთან ერთდროულად დაარსებულია დასაგრილებელი წერტები იმ პირთათვის, რომლებსაც ფსიქოზის სისტემისათვის პასუხისმგებლობა აქვთ დაკისრებული და აგრეთვე იმ პირთათვის, რომლებიც მათთან მეგობრობის ერთიან პლატფორმაზე დგანან“. მოულოდნელად, წინა თემასთან კავშირის გარეშე, აცხადებს, რომ ორსულ ქალების მუცლებში მყვირალა ძაღლებსა და კატებს ათავსებენ. შეკითხვებზე, რომლის მიზანს მისი ანგარიშის და მეხსიერების შესაძლებლობის გამოკვლევა შეადგენს, პასუხს არ იძლევა. თავის აზრს იგი ასაბუთებს იმით, რომ მას არ უნდა „შტრეიკბრეხერად ყოფნა, საანგარიშო გამოთვლები აწარმოოს, და ამით თავისი თავი შრომითი მოღვაწეობისათვის მოამზადოს, მაშინ, როდესაც მისი ამხანაგები ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იმყოფებიან“.

კომისიამ სცნო, რომ კ. დაავადებულია შიზოფრენიით, ექუა-სუსტობის ნიშნებით. დანაშაული ჩადენილი აქვს აშკარა ქრონიკული სულით ავადმყოფობის პერიოდში, რის გამოც იგი შეურაცხად უნდა იქნეს ცნობილი. თავისი მდგომარეობის მიხედვით იგი იძულებითი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში უნდა იქნეს გაგზავნილი.

შემთხვევა 2. გამოსაკვლევი პირი მ., 38 წლის, ბრალი ედება მასში, რომ იგი სისტემატურად ჩხუბობდა, სცემდა ცოლს, აგდებდა მას სახლიდან (ს.ს.კ. 74-ე მუხლი) პ - 2) ¹. დაკავების დროს წინააღმდეგობა გასწია.

სასამართლოში მ-მ განაცხადა, რომ ის ფსიქიკური ავადმყოფობით არის დაავადებული და ითხოვა გადაეგზავნათ იგი ექსპერტიზაზე.

გამოსაკვლევი პირის პიროვნების ისტორიიდან ცნობილია, რომ პირველად ავად გახდა იგი 30 წლის ასაკში. დაეწყო ტკივილები კიდურებში, თავის ტკივილი, გახდა აგზნებადი, რის გამო სამსახურში ხშირად ჰქონდა კონფლიქტები. რამდენიმე ხნის შემ-

¹ საქ. სსრ ს.ს. კოდექსის 75 მუხლი.

დღე მარჯვენა ხელის ხანმოკლე დამზღა განუვითარდა. მ-მ მიმართა ექიმს და გამოკვლევის დროს სისხლში ათაშანგზე დადებითი რეაქცია იყო აღმოჩენილი (ვასერმანის რეაქცია ++++).

თვით გამოსაკვლევი პირი ათაშანგით დაავადების ფაქტს კატეგორიულად უარყოფს. ანბულატორიულ კომისიაზე გამოკვლევის დროს მ. უჩივის დაბნეულობას, თავის თავზე ცნობებს არასაკმარისი თანმიმდევრობით იძლევა, თარიღები ერევა. მიცემულ შეკითხვებში ნელა ერკვევა. ემოციური სფეროს მხრივ აღენიშნება სულსუსტობა. ადვილად ტირის.

ნევროლოგიური სფეროს გამოკვლევის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნები იყო აღმოჩენილი. გუგები—არათანაბარი. ნათი რეაქცია სინათლეზე—დუნე.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნების არსებობის გამო, როგორც ფსიქიკის, აგრეთვე ნევროლოგიური სფეროს მხრივ. აგრეთვე წარსულში ათაშანგზე მითითებების გამო, კომისიამ გამოიტანა დასკვნა გამოსაკვლევი პირის სტაციონარული გამოკვლევისათვის გაგზავნის შესახებ. სტაციონარული გამოკვლევით ამ დაავადების ზუსტი სურათი უნდა ყოფილიყო დადგენილი, რისთვისაც სათანადო ლაბორატორიული და კლინიკური ანალიზის ჩატარება იყო საჭირო. ინსტიტუტში სტაციონარული გამოკვლევის დროს მ-ს გამოკვლევისათვის სისხლი და ზურგის ტვინის სითხე აუღეს. როგორც სისხლში, აგრეთვე ზურგის ტვინის სითხეში ათაშანგზე ვასერმანის რეაქცია მკვეთრად დადებითი აღმოჩნდა (++++), ამის გარდა, ზურგის ტვინის სითხეში აღმოჩენილი იყო ცვლილებები. რომლებიც განსაზღვრული სახის ორგანული დაავადებისათვის—შეშლილთა პროგრესული დამბლისათვის (ეგრეთ წოდებული ლანგეს რეაქციის დროს დამბლის მრუდი) არის დამახასიათებელი. ამგვარად. იმ გამოკვლევების ჩატარებამ, რომლებიც მხოლოდ სტაციონარული ექსპერტიზის პირობებში არის შესაძლებელი და აგრეთვე გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე შემდეგმა დაკვირვებებმა, საშუალება მოგვცა სწორი დიაგნოზის — პროგრესული დამბლის გამოტანისა. გამოსაკვლევი პირი შეურაცხადად იქნა ცნობილი და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სამკურნალოდ გაიგზავნა.

3. სტაციონარული ექსპერტიზა

სტაციონარული ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სწორი და დასაბუთებული სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნების შესაძლებლობას უზრუნველყოფს. ჩვეულებრივად, სტაციონარული ექსპერტიზა ინიშნება იმ შემთხვევებში, როდესაც ფსიქიატრ-ექსპერტს უპირის გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ დასკვნის მიცემა ერთჯეროვანი გამოკვლევის შემდეგ.

ასეთ შემთხვევებში დასკვნის დასასაბუთებლად საჭიროა გამოსაკვლევი პირის ქცევის განსაზღვრული და ხანგრძლივი დაკვირვება, რაც სტაციონარული ექსპერტიზის დროს სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებებში ხორციელდება.

სტაციონარული ექსპერტიზის დროს, გამოსაკვლევი პირნი ექიმების, საშუალო და უმცროსი მედპერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებიან. ავადმყოფობის სასამართლო-ფსიქიატრიულ ისტორიაში ყოველდღიურად აღინიშნება გამოსაკვლევი პირის გუნებგანწყობის ცვლილებები, დაავადების მიმდინარეობა, აგრავაციის ელემენტები, მიზნობრივი ქცევები, აღირიცხება სხვა გამოსაკვლევი პირებთან მისი ურთიერთობა, მისი ქცევა ნათესავეებთან შეხვედრისა და სახელოსნოებში მუშაობის დროს, მისი დამოკიდებულება სასამართლო საქმესთან, საქსპერტო კომისიაში გავლანზე მისი რეაქცია და ა. შ. დღიურებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა გულყრების ხასიათს, გარდამავალი მდგომარეობების, აგზნების მდგომარეობის აღწერას და ა. შ. დღიურში გამოსაკვლევი პირის შესახებ ჩაიწერება მასალები და ცნობები, რომლებსაც არა მარტო წამყვანი ექიმის, არამედ საშუალო და უმცროსი მორიგე პერსონალის დაკვირვებათა შედეგად ღებულობენ. სტაციონარული გამოკვლევის დროს ბიოქიმიურ, რენტგენოსკოპიული, ფსიქოლოგიური და სხვა სპეციალური გამოკვლევები ტარდება. ამის გარდა, სტაციონარული ექსპერტიზის დროს ექიმი გამოკითხავს ნათესავეებს (გამომძიებლის ნებართვით) და სხვა ობიექტურ ცნობებს აგროვებს, რომლებიც გამოსაკვლევი პირის მდგომარეობას ახასიათებს.

ასეთი ექსპერტიზის დროს ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ დასკვნას ექიმები მასზე მხოლოდ ცოტად თუ ბევრად ხანგრძლივი დაკვირვების შემდეგ გამოიტანენ.

სტაციონარული ექსპერტიზა გათვალისწინებულია რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 203 მუხლით, სადაც მითითებულია, რომ იმ პირს, რომელიც აწარმოებს დანაშაულის გამოძიებას, უფლება აქვს გამოძიებაში მყოფის ავადმყოფობის გამოსაკვლევად გამოიტანოს დადგენილება მისი მოთავსების შესახებ შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაში, და აგრეთვე 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციით „სსრ კავშირში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“.

ბრალდებულთა ფსიქიკური მდგომარეობის გამორკვევის მიზნით სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებაში სტაციონარულ ექსპერტიზისათვის მათი მოთავსების შესაძლებლობაზე მიგვითითებს რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 457-ე მუხლი¹.

ჯერ კიდევ პირველი საბჭოთა სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის გამოცემამდე (1923 წ.) სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გაგზავნა იყო გათვალისწინებული ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შესახებ დებულებაში, რომელიც რსფსრ ჯანსაჩქომის მიერ 1919 წ. 8 მაისს იყო დამტკიცებული, სადაც §-2 „გ“ პუნქტის 1-ლ შენიშვნაში მითითებული იყო: „ექიმ-სპეციალისტების დასკვნის საფუძველზე, გონებრივი უნარის მოშლილობაში ეჭვმიტანილი, საჭიროების შემთხვევაში, სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებებში გამოკვლევისათვის თავსდებიან“.

სტაციონარული ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შესახებ მითითება შეტანილი არის საბჭოთა სისხლის სამართლის პირველ საპროცესო კოდექსში (1923 წ.), სადაც 199-ე მუხლში არის ნათქვამი: „სასამართლოს მოსამზადებელ სხდომაზე, ცნობს-რა იგი, რომ საქმეში არსებული მონაცემები არ არის საკმარისი ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ მსჯელობისათვის, შეუძლია გამოიტანოს დადგენილება ბრალდებულზე დაკვირვებისათვის შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაში მისი მოთავსების შესახებ, რის შესახებ შუამდგომლობის აღძვრა შეუძლია აგრეთვე გამომძიებელსაც“.

რსფსრ მოქმედ ს.ს.პ. კოდექსით (203-ე მუხლი) სტაციონარულ ექსპერტიზაზე მოთავსების უფლება არა მხოლოდ სასამართლოს, არამედ თვით გამოძიების ორგანოებსაც ენიჭებათ.

¹ საქ. სსრ ს.ს.პ. კოდექსის 453 მუხლი.

ოსფსრ ს.ს.პ. კოდექსი, როგორც 1923 წლის რედაქციით, ისე ამაჲჲდ მოქმედი რედაქციით, მიუთითებს-რა სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გაგზაჲნის შესახებ, „შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაზე“ ლაპარაკობს. იგივე იყო გათვალისწინებული აგრეთვე „პატიმრობის ადგილებში ფსიქიატრიული ზედანსედელოზი“ ორგანიზაციის შესახებ“ ინსტრუქციაში, რომელიც სახკომიუსტის, ჯანსახკომის, შინსახკომის და სრულიად რუსეთის საგანგებო კომისიის (БЧК) მიერ 1921 წლის 27 ივლისს იყო დამტკიცებული; ამ ინსტრუქციის მე-3 §-ში პირდაპირ იყო მითითებული: „გამოსაკვლევი პირებისა და ფსიქიკურად ავადმყოფი პატიმრების შესანახავად, პირველთა დაავადების ხასიათისა და მეორეთა შემდგომი ბედის გამოსარკვევად ციხის საავადმყოფოებთან არსდება ფსიქიატრიული განყოფილებები, ან, ასეთი საავადმყოფოს უქონლობის შემთხვევაში, შესაბამისი განყოფილებები უნდა დაარსდეს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებთან“.

უკვე 1921 წელს ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისათვის იყო გათვალისწინებული სპეციალურ განყოფილებათა ორგანიზება, და 1924 წ. სახკომიუსტმა, ჯანსახკომმა და შინსახკომმა გამოსცეს სულით ავადმყოფების და გამოსაკვლევი პირების მოთავსების წესები სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სპეციალურ ინსტიტუტებში. ამ წესების 1 §-ში მითითებულია ამ ინსტიტუტების ძირითად დანიშნულებაზე—„გამოკვლევა ბრალდებულებისა, რომლებიც სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებზე ირიცხებიან, და აგრეთვე პატიმრების, რომლებიც სასამართლოს მიერ დანიშნულ სასჯელს იხდიან“.

სტაციონარული ექსპერტიზის განხორციელება აქამდე ძლიერ სხვადასხვანაირად ხდება. ქალაქების დიდ უმრავლესობაში ასეთი ექსპერტიზა ჩვეულებრივ ქალაქის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ხორციელდება, ძალიან იშვიათად—ამ საავადმყოფოების სპეციალურ განყოფილებებში და კიდევ უფრო იშვიათად სპეციალურ დაწესებულებებში—ინსტიტუტებში ან სასამართლო - ფსიქიატრიულ კლინიკებში.

სტაციონარული ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებაში ორგანიზაციული ერთიანობის უქონლობას, რასაკვირველია, არ

შეუძლია არ იმოქმედოს უარყოფითად ჩვენს სასამართლო-საგამომ-
ძიებლო მუშაობაზე იმ შემთხვევებში, როდესაც მათ ასეთ ექს-
პერტიზისათვის მიმართვა უხდებათ. ეს აქტუალურად ხდის სა-
კითხს ბრალდებულების ან მსჯავრდებულების სტაციონარული ექს-
პერტიზის ჩატარებისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებთან,
ციხის ცენტრალურ საავადმყოფოებთან, სასამართლო-ფსიქიატრი-
ული განყოფილებების და აგრეთვე სასამართლო-ფსიქიატრიული
კლინიკების ორგანიზაციის შესახებ. ამის შესახებ შესაფერისი
დადგენილება გამოიტანა აგრეთვე სასამართლო ფსიქიატრიის
საკითხებთან დაკავშირებით მოწვეულმა პირველმა საკავშირო
თათბირმა, რომელიც 1935 წლის დეკემბერში შედგა.

ბრალდებულნი, რომლებიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ
ექსპერტიზას საპირობენ. სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებუ-
ლებებში უნდა იქნენ მოთავსებული. შემთხვევითი როდია რსფსრ
ს.ს.პ. კოდექსის 263-ე მუხლის¹ მითითება გამოძიებაში მყოფი
პირების შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებებში
მოთავსების შესახებ. ზემოსენებული 1940 წლის 17 თებერვლის
ინსტრუქცია ითვალისწინებს სასამართლო-ფსიქიატრიულ სტაციო-
ნარულ ექსპერტიზის წარმოებისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფო-
ებთან სპეციალური განყოფილებების ორგანიზებას, ხოლო სსრ
კავშირის ჯანსახკომის 1940 წ. 13 მაისის № 235 ბრძანებაში ზუს-
ტად არის ნაჩვენები, თუ სად უნდა იყოს პირველ რიგში ორგა-
ნიზებული სასამართლო-ფსიქიატრიული განყოფილებები.

სასამართლო ან გამომძიებელი, რომელზედაც ირიცხება ბრალ-
დებული, დაინტერესებულია, რომ სტაციონარულ ექსპერტიზაზე
მოთავსებულ ბრალდებულს სასამართლოსაგან ან გამომძიებლისაგან
დამალვის საშუალება არ ჰქონდეს, რაც პირველ რიგში იმ ბრალ-
დებულებს ეხება, რომელთა მიმართ აღკვეთის ღონისძიებად თავი-
სუფლების აღკვეთა არის მიყენებული. სასამართლო და გა-
მომძიებელ დაინტერესებული არიან აგრეთვე ბრალდებულის იმ
პირთაგან იზოლაციაში, რომელნიც დანაშაულის ჩადენამდე
მასთან იყვნენ, რათა ამ პირებთან მისმა კავშირმა უარყოფითად

¹ საქ. სსრ ს.ს.პ. კოდექსის 263 მუხლი.

არ იმოქმედოს საქმის გამოძიების მსვლელობაზე. ზოგჯერ საჭიროა გამოსაკვლევი პირის სხვა ავადმყოფებისგანაც იზოლაცია, რათა მათი დახმარებით მას გარემოსთან კავშირის დამყარების საშუალება არ ჰქონდეს. მაშასადამე, სასამართლო და საგამომძიებლო ორგანოები დაინტერესებული არიან, რომ სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გაგზავნის დროს უზრუნველყოფილი იქნეს ბრალდებულის საკმარისი იზოლაცია.

სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გამოძიებაში მყოფი პირების გარდა, იგზავნებიან აგრეთვე მსჯავრდადებულნიც იმ შემთხვევებში, როდესაც მათი ფსიქიკური დაავადება წინასწარი გამოძიების დროს არ იყო შემჩნეული, შემდეგ, როდესაც ციხეში ყოფნის დროს სულით ავადმყოფობის ფარული ფორმა გამწვავდა და, დასასრულ, როდესაც პატიმრობასთან დაკავშირებით განვითარდა რეაქციული მდგომარეობა. ამ კატეგორიების მიმართ საჭიროა სტაციონარული დაკვირვება მათი იძულებითი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანის საკითხის გადასაწყვეტად. ასეთ სტაციონარებში დაკვირვებები განსაზღვრული წესის მიხედვით უნდა იყოს დაყენებული, ისე, რომ ექსპერტმა შეძლოს უზრუნველყოს ყოველმხრივი კლინიკური დაკვირვება, მიიღოს ავადმყოფის შესახებ ობიექტური მონაცემები და შერაცხადობის ან შეურაცხადობის დასკვნისათვის საჭირო ცნობები; ეს ყველაფერი საჭიროა მით უფრო, რომ გამოსაკვლევ პირთა შორის აგრავაციის, სიმულაციის და სხვ. შემთხვევები იშვიათ მოვლენას არ წარმოადგენს.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საერთო ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ჩატარება, არც გამოძიების სწორი წარმოების, არც გამოსაკვლევი პირის შესახებ ექსპერტიზისათვის საჭირო მასალის და დაკვირვების მიღების, არც ექიმების სასამართლო ფსიქიატრიის დარგში სპეციალიზების გარანტიას არ იძლევა. მეტად საჭიროა, რომ იმ საერთო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც გამოძიებაში მყოფთა და მსჯავრდადებულთა ექსპერტიზა წარმოებს, დაარსებული იქნეს სპეციალური სასამართლო-საექსპერტო განყოფილებები ერთი ან ორი ექიმით, რომლებიც სასამართლო ფსიქიატრიის დარგში დახელოვნებული უნდა იყვნენ.

გამოსაკვლევ პირთა გამოკვლევა სტაციონარში და მათზე დაკვირვება არამც თუ არ გამოორიცხავს მკურნალობას, არამედ, პირიქით, ერთდროულად გულისხმობს მას იმ პირებისათვის, რომლებიც მას საჭიროებენ. ამ მხრივ სტაციონარში ჩვეულებრივ კლინიკურ ფსიქიატრიულ განყოფილებებისაგან არაფრით არ უნდა განირჩეოდეს.

სტაციონარში გამოსაკვლევ პირის ყოფნის ხანგრძლიობა, 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციის თანახმად, 30 დღეს არ უნდა აღემატებოდეს. გამოკვლევის ვადის გაგრძელების საჭიროების შემთხვევაში საექსპერტო კომისიას ამის გამო მოტივირებული გადაწყვეტილება გამოაქვს. სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის მუშაობა გვიჩვენებს, რომ გამოკვლევის ხანგრძლიობა ჩვეულებრივად ერთ თვეს უდრის, ცალკე შემთხვევებში-კი დაკვირვება შეიძლება ერთ თვეზე ნაკლები ან, პირიქით, უფრო დიდხანს იყოს წარმოებული. გამოსაკვლევ პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ საბოლოო დასკვნა ექიმ-ექსპერტებისაგან შემდგარი კომისიის მიერ უნდა იყოს გამოტანილი, სადაც მომხსენებლად უნდა გამოდიოდეს ის ექიმი, რომელიც სტაციონარში გამოსაკვლევ პირზე დაკვირვებას აწარმოებდა. გამოსაკვლევ პირის ფსიქიკური მდგომარეობის და შერაცხადობის შესახებ ექიმთა კომისიის დასკვნა აუცილებლად, ფორმდება, როგორც ამას მოითხოვს კანონი, ექსპერტიზის აქტის სახით ¹.

აქტი დგება, გამოსაკვლევ პირის ფსიქიატრიული გამოკვლევის მონაცემებისა, სისხლის სამართლის საქმის შესწავლისა, გამოსაკვლევ პირის წარსული ცხოვრებისა და წარსულში გადატანილ დაავადებათა შესახებ ცნობების საფუძველზე.

აქტს შემდეგი ელემენტები უნდა შეადგენდეს: 1) შესავალი, რომელიც შეიცავს ცნობებს ექსპერტიზის ჩატარების ადგილისა და დროის, საექსპერტო კომისიის შემადგენლობისა და გამოსაკვლევ პირის გვარის, სახელის, მამის სახელის და ასაკის შესახებ, სისხლის სამართლის საქმის მოკლე შინაარსის სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლზე მითითებით, ვის მიერ და რის გამო არის ექსპერტიზაზე გაგზავ-

¹ რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 298-ე მუხლი—სხვა მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის, საპროცესო კოდექსების შესაბამისი მუხლები. ამის გამო დაწერილებითი მითითებები იხ. 1940 წლ. 17 თებერვლის ინსტრუქციაში.

ნილი გამოსაკვლევი პირი; 2) სუბიექტური და ობიექტური ანამნეზი; 3) ექსპერტიზის წარმოების დროს გამოსაკვლევი პირის ფიზიკური, ნევროლოგიური და ფსიქიკური მდგომარეობის დაწვრილებითი აღწერა და სპეციალური ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემები და 4) დასკვნითი ნაწილი.

აქტის დასკვნითი ნაწილში, სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების მიერ დასმულ საკითხებზე პასუხებისა და ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის (თუ ამისთანას აქვს ადგილი) გვერდით, საჭირო არის დასკვნის მიცემა გამოსაკვლევი პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში და გამოკვლევის პერიოდში ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების და ამასთან დაკავშირებული შერაცხადობის საკითხის შესახებ და აგრეთვე მითითება იმაზე, თუ რა სამკურნალო ზომები უნდა იქნეს გამოყენებული სულით ავადმყოფებად ცნობილ პირთა მიმართ.

სტაციონარული ექსპერტიზა ბრალდებულის შერაცხადობის შესახებ საკითხის მაქსიმალური უტყუარობით გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა.

სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ბრალდებულის ყოფნის დრო მას წინასწარი პატიმრობის ვადაში ჩათვლება ან, თუ მსჯავრდადებული სტაციონარულ ექსპერტიზაზე იმყოფება, ეს დრო მას სასჯელის მოხდის ვადაში ჩათვლება რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 457-ე მუხლით. ¹

4. ექსპერტიზა სასამართლოზე

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სასამართლო გამოძიების სტადიაში შეიძლება იყოს დანიშნული. სასამართლო გამოძიების დროს სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას თავისი თავისებურებანი აქვს, რომელნიც მას ზემოაღწერილ ექსპერტიზის სახეებისაგან განასხვავებს. ეს ექსპერტიზა ინიშნება, ჯერ ერთი, მაშინ, როდესაც ბრალდებული სასამართლოს სხდომაზე არ ყოფილა შემოწმებული და, ამრიგად, სასამართლოს სხდომაზე პირველი ექსპერტიზა ხდება, და მეორე, როდესაც ბრალდებულს სასა-

¹ საქ. სსრ ს.ს.პ. კოდექსის 453

მართლოს სხდომამდე ამბულატორიული ან თუნდაც სტაციონარული ექსპერტიზა ჰქონდა გავლილი.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ბრალდებული სასამართლომდე ექსპერტიზებულ არ ყოფილა, ექსპერტიზა შემდეგი მოტივების გამო ინიშნება:

ა) არც გამოძიების ორგანოებში, არც სასამართლოში, სასამართლოს სხდომამდე ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ექვი არ აღძრულა და ასეთი ექვი მხოლოდ სასამართლო გარჩევის სტადიაში დაიბადა;

ბ) ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ექვი ებადება დაცვას, რომელსაც მხოლოდ წინასწარი გამოძიების შემდეგ შეუძლია აღძრას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ შუამდგომლობა, რადგან ს.ს.პ. კოდექსის მიხედვით წინასწარი გამოძიების სტადიაში დაცვა არ დაიშვება¹.

ამ შემთხვევებში ექსპერტებს უხდებათ სასამართლოს სხდომაზე პირველად გამოიკვლიონ ბრალდებული და ერთპირავნულად მისცენ დასკვნა. ამასთან დაკავშირებით, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ექსპერტებს უპირთ სასამართლოს სხდომაზე დასკვნის მიცემა და სასამართლო, გადასდებს-რა საქმეს, ბრალდებულს გულდასმით და ყოველმხრივი გამოკვლევისა და დაკვირვებისათვის სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გზავნის.

ფსიქიატრიული ექსპერტიზა იმ ბრალდებულთა მიმართ, რომლებსაც ექსპერტიზა წინასწარი გამოძიების სტადიაში უკვე აქვთ გავლილი, სასამართლოს გამოძიების სტადიაში ინიშნება იმ შემთხვევებში, როდესაც წინასწარი გამოძიების სტადიაში ჩატარებული ექსპერტიზა სასამართლო სხდომების დროს სასამართლოს ან მხარეების (პროკურატურის ან დაცვის) ეჭვს გამღიწევს.

ამ ეჭვების თავიდან ასაცილებლად და სიზუსტისა და სიცხადის შეტანისათვის იმ დასკვნაში, რომელიც ექსპერტიზის მიერ წინასწარი გამოძიების დროს იყო მიცემული, კიდევ ინიშნება სასამართლოში დამატებითი ექსპერტიზა.

¹ მაგრამ თვითონ ბრალდებულს, როგორც ეს უკვე იყო ნაჩვენები, შეუძლია ითხოვოს ექსპერტიზის დანიშვნა აგრეთვე წინასწარი გამოძიების დროსაც (რსფს-ის ს.ს.პ. კოდექსის 169-ე მუხლი) (დროებითი წესების 24 მუხლი).

ამასთან მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 48-ე მუხლის ¹ თანახმად, სასამართლო ფსიქიატრს, რომელიც გამოძიების წინასწარი სტადიის დროს ჩატარებულ ექსპერტიზაში ლეზულობდა მონაწილეობას, შეუძლია ექსპერტის სახით მიიღოს მონაწილეობა აგრეთვე სასამართლოს გამოძიების სტადიაშიც.

შეიძლება იყოს ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ექსპერტები, ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ წინასწარი გამოძიების სტადიაში დასკვნის მიცემის სიძნელის გამო, თავის დასწრებას სასამართლო სხდომაზე უცილობლად სთვლიან, რომლის პროცესში მათ შეუძლიათ ბრალდებულის და მისი ქცევის შესახებ მიიღონ დამატებითი ცნობები მოწმეებისაგან ან სასამართლოს დროს ბრალდებულის ჩვენებებიდან და უკვე ამის შემდეგ მის შეურაცხადობის შესახებ მისცენ დასკვნა (მაგალითად, ფსიქიკი დროებითი აშლილობის შემთხვევებში).

სასამართლო სხდომაზე ჩატარებული ქვემომოყვანილი ექსპერტიზის შემთხვევები გვიჩვენებს, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სასამართლოს დროს ექსპერტიზას იმ საქმეებში, სადაც გვიხდება ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის გამორკვევა, მის მიმართ ინკრიმინირებული დანაშაულის ჩადენის პერიოდში.

გამოსაკვლევი პირი ს., 22 წლის. ბრაღი ედება იმაში, რომ სიმთვრალეში რკინიგზის სადგურის შენობაში (სადაც იგი ამხანაგის გასაცილებლად მივიდა), მილიციონერის მოთხოვნას არ დაემორჩილა და დაკავების მომენტში უკანასკნელს რამდენიმეჯერ დაარტყა თავში (ს. ს. კ. 73-ე მუხლის 1 ნაწილი ². ბრალდების წაყენების შემდეგ ს-მა განაცხადა, რომ იგი სულით ავადმყოფი არის, რომ სადგურზე მომხდარი ამბავი მას არ ახსოვს და თავის ქცევას ავადმყოფური მდგომარეობით ხსნის. ამასთან დაკავშირებით, სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში ექსპერტიზაზე იქნა გადაგზავნილი, სადაც ამბულატორიული საექსპერტო კომისია გაიარა.

¹ საქ. სსრ ს.ს.პ. კოდექსის 47 მუხლი.

² საქ. სსრ კოდ. 82 მუხლის I ნაწილი.

საკუთარი თავის შესახებ გამოსაკვლევა პირმა შემდეგი ცნობები მოგვცა: მამა რალაც კრუნჩხვითი გულყრებით არის დაავადებული, დედას ხშირად თავის ტკივილი აქვს და ბრაზიანი, გულფიცხია, იგი აგრეთვე კრუნჩხვითი გულყრებით არის დაავადებული.

გამოსაკვლევი პირი დაიბადა სოფელში, წყნარი, მშვიდი ბავშვი იყო. აღნიშნავს ლამე შარდის შეუკავებლობას, რაც უკანასკნელ დრომდე ჰქონდა. 15 წლის ასაკში გადაიტანა თავის ტრავმა (იგი ცხენმა დააზიანა), მოკლე ხნით დაკარგა ცნობიერება, ორი კვირა საავადმყოფოში გაატარა. ამის შემდეგ ხასიათის და ჯანმრთელობის მხრივ რაიმე ცვლილებებს არ აღნიშნავს. 16 წლის ასაკში გადავიდა მოსკოვში, წყალსადენის ხელოსნად დაიწყო მუშაობა. 20 წლის ასაკისამ გადაიტანა პარტახტიანი ტიფი, ორი თვის განმავლობაში იწვა საავადმყოფოში. რამდენიმე ხნის შემდეგ დაეწყო კრუნჩხვითი გულყრები, რომლების დროსაც იგი ვარდებოდა. ცნობიერებას კარგავდა, ენას იკვნეტდა, აქცევდა შარდს. ჩვეულებრივად გულყრას ძილი მოსდევდა, გულყრები თვეში 2—3-ჯერ მეორდებოდა. ამასთან დაკავშირებით, 2-ჯერ გულყრის შემდეგ რამდენიმე დღით მოთავსებული იყო კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. საავადმყოფოში მეორედ მოთავსების დღეს მან თავის ნათესავებთან დალია ცოტა ღვინო, რის შემდეგ დაეწყო გულყრები, რომელთა შორის, შუალედებში იგი აგზნებული, აგრესიული იყო, იწევდა, ყვიროდა, კითხვებზე არ პასუხობდა, გალახა და და სიძე. საავადმყოფოში შესვლის დროს იყო გაბრუებული, დაბნეული, კითხვებზე არ პასუხობდა. მეორე დღეს სრულებით მოვიდა გონს, მაგრამ წინა დღეს მომხდარის შესახებ არაფერი ახსოვდა. საავადმყოფოში 5 დღე დაჰყო, იქცეოდა სავსებით წესიერად, გულყრები არ ჰქონდა.

21 წლის ასაკში გამოსაკვლევა პირმა ითხოვა ცოლი და წავიდა სოფელში, სადაც სოფლის საბჭოში მუშაობდა შიკრიკად. ერთი წლის შემდეგ იგი დედასთან მოსკოვს ჩამოვიდა, სადაც სამუშაოზე მოწყობა უნდოდა.

თვითონ გამოსაკვლევი პირი აღნიშნავს, რომ ბოლო დროს მას რამდენიმედ შეეცვალა ხასიათი, უფრო გულფიცხი, ამგზნებადი გახდა.

თავის დანაშაულის შესახებ მოგვითხრობს შემდეგს: დანაშაულის ჩადენის დღეს, საღამოს 7 საათზე იგი ამხანაგის გასაცილებლად გაემგზავრა სადგურზე, სადაც ერთი ჭიქა წითელი ღვინო დალია. ამის შემდეგ მან ამხანაგთან ერთად პერონზე გასვლა მოინდომა. ამხანაგი გაატარეს, გამოსაკვლევნი პირი-კი შეაჩერეს, რადგან მას პერონის ბილეთი არ ჰქონდა. ასსოვს, რომ კონტროლიორმა იგი სადგურის შენობაში შეიყვანა. რა მოხდა შემდეგში, მისი სიტყვით, მას სრულებით არ ახსოვს. გონს მოვიდა მეორე დილას მილიციის განყოფილებაში. სტკიოდა ენა. ენის მოკვნეტა და შარდის უნებლიე დაქცევა აღენიშნებოდა. კომისიაში გამოკვლევის დროს დადგენილია: ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ, გამოსაკვლევნი პირი საშუალოზე მაღალი ტანისაა, ასთენიური აგებულებისა. შინაგანი ორგანოები ნორმის ფარგლებში აქვს. ნევროლოგიური მდგომარეობის მხრივ აღენიშნება მყესთა აწეული რეფლექსები.

ფსიქიკური მდგომარეობა: გამოსაკვლევნი პირს ცნობიერება ნათელი აქვს, ცოტათი დუნეა, შეკითხვებზე პასუხობს ნელა, თავის თავს ფსიქიკურად ავადმყოფად თვლის. უჩინო გაღიზიანებულობას, თავის ტკივილებს, მეხსიერების შესუსტებას. ირწმუნება, რომ სრულებით არ ახსოვს ის, რაც სადგურზე მოხდა; მომადარი ამბით დადარდიანებულია. საუბარში აღენიშნება აზროვნების ერთგვარი მოუქნელობა, ზედმეტი დეტალიზაციისადმი მიდრეკილება. გამოსაკვლევნი პირი დიდი ხნით აჩერდება თავისი წარსულიდან ამბების აღწერაზე, მეტადრე, თუ მათ უსიამოვნო განცდებთან აქვთ კავშირი. მეხსიერება, როგორც მიმდინარე, ისე დიდისნის წინათ მომხდარ ამბებზე, შენახული აქვს. იგი კარგად სწყვეტს საანგარიშო მაგალითებს, ყურადღება საკმაოდ მდგრადი აქვს.

ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიამ იცნო, რომ ს. დაავადებული არის ეპილეფსიით, რომელსაც თან ახლავს კრუნჩხვითი გულყრები და ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი ხასიათის ცვლილებები. მაგრამ ინტელექტის შესამჩნევი დაწევა, და მით უფრო ჰეუსუსტობის რაიმე მკვეთრად გამოხატული ნიშნები ს-ს არ აღენიშნება. ამიტომ კომისიის დასკვნით—ჩვეულებრივ მდგომარეობაში ს. შერაცხადად უნდა იყოს

ცნობილი. კომისიის წინაშე წარმოიშვა ძირითადი საკითხი გამოსაკვლევი პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ. თვით გამოსაკვლევი პირი ამ პერიოდის სრულ დავიწყებას ამტკიცებდა. გამოძიების საქმეში აგრეთვე არ იყო საკმარისი მითითებები მისი სადგურზე და მილიციის განყოფილებაში ქცევის შესახებ. ამის გამო კომისიამ გამოიტანა დასკვნა, რომ ეს საკითხი მხოლოდ სასამართლოში ექსპერტ-ფსიქიატრის დასწრებით შეიძლება იქნეს გადაწყვეტილი.

სასამართლო სხდომის დროს მოწმეთა ჩვენებებიდან გამოირკვა. რომ ს-ს სადგურზე ყოფნის დროს აღენიშნებოდა შეუსაბამო აგზნება უაზრო წინააღმდეგობით და აგრესიით. მილიციის განყოფილებაში მოძრაობითი აგზნება გრძელდებოდა და შემდეგში საკმაოდ ხანგრძლივ ძილში გადავიდა.

მიიღო-რა მხედველობაში ზემოჩამოთვლილი ცნობები, და აგრეთვე კაშჩენკოს სახელობის საავადმყოფოს ავადმყოფობის ისტორიის მონაცემები, სადაც აგზნების ანალოგიური მდგომარეობა არის აღწერილი. რომელსაც გულყრებთან აქვს კავშირი, ექსპერტმა სასამართლოში მისცა დასკვნა გამოსაკვლევი პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადობის შესახებ. ასეთი დასკვნა იყო მიცემული იმიტომ, რომ გამოსაკვლევი პირის ეს მდგომარეობა უნდა იყოს შეფასებული როგორც ფსიქიკის ხანმოკლე აშლილობა (ეგრეთ წოდებული განსაკუთრებული მდგომარეობა), რომელიც ეპილეფსიის ნიადაგზე წარმოიშვა.

მოგვყავს დოც. ლეშჩინსკის მიერ აღწერილი შემთხვევა. ¹ ლ., 32 წლის, ბრალი ედებოდა ცოლის მკვლელობის ცდაში. ცოლს იგი ერთი წლით ადრე დაშორდა, მაგრამ ბავშვის მიმართ ცუდი მოპყრობის გამო ცოლ-ქმარს მუდმივი კონფლიქტები და ჩხუბი ჰქონდათ. სტაციონარული ექსპერტიზის დროს ლ. ფსიქიკური დაავადების არაფეთარ ნიშნებს არ ამჟღავნებდა. ექსპერტიზაზე მისი გაგზავნის მიზეზი იყო მხოლოდ მისი განცხადება დანაშაულის პერიოდის

¹) ა. ლეშჩინსკი.—სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ადგილი და მნიშვნელობა სასამართლოში (ქურხალი „Социалистическая законность“) 1937 წ. № 4.

დავიწყების შესახებ. იმავე დროს, საქმეში იყო მითითებები იმაზე, რომ ლ. პირადად გამოცხადდა მილიციის სარაიონო განყოფილებაში და გამოაცხადა, რომ მან მოკლა თავისი ცოლი (ნამდვილად კი მსუბუქად დაჭრა), და აგრეთვე იმის შესახებ, რომ დანაშაულის ჩადენამდე, ორივე მხრიდან „ანგარიშის გასწორების“ შესახებ მუქარას ჰქონდა ადგილი. ამ მონაცემებისა და მიხედვით, სტაციონარულ ექსპერტიზას, რასაკვირველია, არ შეეძლო არც განსაკუთრებული მდგომარეობის (პათოლოგიური აფექტის) შესახებ აზრი გამოეთქვა, და არც გამოერიცხა ეს უკანასკნელი. ექსპერტის სასამართლოზე გამოძახების შესახებ იყო გამოტანილი წინადადება. სამსჯავრო განხილვის პროცესში პროკურორმა მილიციის მიერ გამოძიების ჩატარების დროს ერთი დეტალის შეუსრულებლობას მიაქცია ყურადღება. განმცხადებლის ოქმის შედგენასა და პირველ დაკითხვას შორის არაჩვეულებრივად დიდმა დრომ განვლო (დაახლოებით ერთმა დღე-ღამემ). პროკურორი ამით დაინტერესდა იურიდიული თვალსაზრისით, ექსპერტისათვის კი ამ მომენტის გამორკვევას მისი დასკვნისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა: ამ საკითხის გამო სპეციალურად გამოძახებულმა მოწმეებმა—მილიციის მორიგემ და სხვა მოქალაქეებმა—ეს დაყოვნება იმით განმარტეს, რომ ლ-მ მილიციაში მოიბრინა და იყვირა „ჩემი ცოლი მოვკალიო“, შემდეგ იქვე დაეშვა სკამზე და ისე მაგრად დაიძინა. რომ ვერავითარი ზომებით (წყლის დასხმა, შეხება და ა. შ.) ვერ შეძლეს მისი გაღვიძება. 12 საათის შემდეგ ლ-მ გამოიღვიძა და განაცხადა, რომ მას მომხდარი ამბის შესახებ არაფერი ახსოვს.

მოწმეების ამ მონაცემების დართვამ, წინა მასალებისათვის, რომლებიც პათოლოგიურ აფექტისათვის დამახასიათებელ ნერვოფსიკიკურ ძლიერ სისუსტეზე მიუთითებენ, ექსპერტიზას საშუალება მისცა განსაკუთრებული მდგომარეობისა და შეურაცხადობის შესახებ გამოეტანა დასკვნა.

5. დაუსწრებელი ექსპერტიზა

ექსპერტიზის განსაკუთრებულ სახეს დაუსწრებელი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა წარმოადგენს. მის ამოცანას მხოლოდ გამოძიების მასალების მიხედვით ამა თუ იმ პირის ნევროფსიკიკური მდგომარეობის გამორკვევა წარმოადგენს.

დაუსწრებელი ექსპერტიზა წარმოადგენს განსაკუთრებულ სიძნელეს, რადგან ექსპერტს გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ, ამ უკანასკნელის იქ არყოფნის დროს უხდება დასკვნის მიცემა.

დაუსწრებელ ექსპერტიზას მიმართავენ:

ა) როდესაც პირადად ექსპერტის მიერ ბრალდებულის გამოკვლევა შეუძლებელია (შორს მანძილზე ყოფნის, ბრალდებულის ექსპერტიზაზე მიყვანის შეუძლებლობის შემთხვევაში და ა. შ.);

ბ) იმ შემთხვევებში, როდესაც საექსპერტო ობიექტის სიკვდილის შემდეგ საჭირო ხდება იმის გამოკვლევა, იყო იგი ფსიქიკურად ავადმყოფი თუ ჯანმრთელი ადამიანი, რაც ზოგჯერ, თვითმკვლელობის შემთხვევებში, ფრიად მნიშვნელოვანია.

ექსპერტის წინაშე დასმული ამოცანის შესრულებასათვის საჭიროა, რომ საგამომძიებლო საქმის მასალებში იყოს:

1) რაც შეიძლება სრული ცნობები მოცემული პირის წარსულის შესახებ (მისი ნათესაებისა და ნაცნობების დაკითხვები, დახასიათებები იმ დაწესებულებებიდან, სადაც იგი მუშაობდა, ცნობები იმ სამედიცინო დაწესებულებებიდან, სადაც იგი მკურნალობდა).

2) დაწერილებითი ცნობები იმ პირობების შესახებ, რომლებშიც მოცემული პირი იმყოფებოდა იმ ამბის უშუალო წინა პერიოდში, რომლის გამო აღიძრა მოცემული საქმე, და აგრეთვე ცნობები მისი ქცევების, გარშემო მყოფებთან მისი ურთიერთობის და კონფლიქტების შესახებ, თუ ასეთებს ჰქონდა ადგილი.

საჭირო არის ყველა იმ მოწმის გულდასმით დაკითხვა, რომლებსაც ამ პერიოდში მოცემულ პირთან ჰქონდათ ურთიერთობა, იმის გამორკვევისათვის, იყო თუ არა მისი ქცევა ჩვეულებრივი, მისთვის დამახასიათებელი, ან მას ქცევებში ემჩნეოდა რაიმე ახალი მოვლენები: ჩივილები, უცნაური ან უაზრო გამოთქმები, ან საქციელი, დადარდინება, შიში. (ექსპერტიზების დროს ძლიერ ხშირად აფექტური მომენტების დიდი როლი აღინიშნება). საქმეს უნდა დაერთოს მოცემული პირის მიმოწერა, რომელსაც იგი უკანასკნელ დროს აწარმოებდა (მის მიერ მიღებული და ნათესაებისა და ნაცნობებისათვის მის მიერ გაგზავნილი წერილები), მისი ფოტო-

გრაფიები, დღიურები, ჩასაწერი წიგნაკები (ბლოკნოტები) და სხვა. თუ თვითმკვლელობასთან გვაქვს საქმე, მაშინ საქმეში უნდა იყოს სასამართლო-სამედიცინო გაკვეთის აქტი.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ პროფ. სერბსკის სახელობის სასამართლო ფსიქიატრიის ცენტრალურ სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტში წარმოებული და უსწრებელი ექსპერტიზის ორი შემთხვევა.

შემთხვევა 1. ინსტიტუტში გადაგზავნილი იყო ს-ის საქმე, რომელმაც თავი მოიკლა. ამასთან, ექსპერტიზის წინაშე გადასაწყვეტად შემდეგი საკითხები იყო დასმული:

ა) იყო თუ არა ს. არსებული საგამომძიებლო მასალებისა და მიხედვით სრულდებულოვანი პიროვნება და

ბ) როგორი იყო მისი ფსიქიკური მდგომარეობა თვითმკვლელობის მომენტში.

გამომძიების მასალებისა და მიხედვით, ინსტიტუტში დადგენილი იყო შემდეგი:

ს.. 36 წლის, როგორც მისი დედის ჩვენებიდან ჩანს, ბავშვობაში ნერვული იყო, მაგრამ ვითარდებოდა ნორმალურად. საშუალო სკოლის დამთავრების შემდეგ რამდენიმე წლის განმავლობაში სამშენებლო მუშად მუშაობდა და შემდგომ საპასუხისმგებლო სამუშაოზე იქნა გადაყვანილი. საქმეში არსებული მასალები მოწმობს იმას, რომ ს. მასზე დაკისრებულ სამუშაოს ასრულებდა კარგად, სამსახურში წარმატება ჰქონდა და კარგი მუშაობისათვის მთავრობის რამდენიმე ჯილდო ჰქონდა მიღებული. იმისაღმიუხედავად, რომ ს. ხანდახან კუქის რაღაცა დაავადებას უჩიოდა, იგი ყოველთვის ფიზიკურად ჯანმრთელი, მაგარი ადამიანი იყო. ერთხელ იგი თვითმფრინავის ავარიის მოჰყვა, რის შემდეგ მას, როგორც ჩანს, რეაქციული მდგომარეობა ჰქონდა, რომლის გამო იგი საავადმყოფოში იწვა; მაგრამ არავითარი მყარი ფსიქიკური ცვლილებები ამ მდგომარეობას არ გამოუწვევია. ნათესავები და თანამოსამსახურეები ს-ს ახასიათებენ, როგორც ენერგიულ, მხნე, ხალისიან, შრომისუნარიან ადამიანს. ასე გრძელდებოდა 1945 წლის აპრილამდე, როდესაც მისი მდგომარეობა შესამჩნევად გამოიცვალა: იგი შფოთიანი, დადარღვიებული გახდა, ცუდად ჰამდა,

ძლიერი უძილობა დაეწყო. ამტკიცებდა, რომ მას უთვალთვალებენ. მისი დაპატიმრება უნდათ, ახალი თანამდებობის მიღების შესახებ ზუამდგომლობდა, მაგრამ, დანიშვნის მიღების შემდეგ სამუშაოს არ შესდგომია. ითხოვდა განთავისუფლებას, თვლიდა, რომ სამუშაოს ვერ მოერეოდა. დევნის და დამნაშავეობის იდეები თანდათან ვითარდებოდა. ს.ს მდგომარეობა გაუარესდა და 1945 წლის მაისში. მოსკოვიდან ლენინგრადს გამგზავრების და იქ ყოფნის დროს იგი უკვე სრულებით არასწორად და უაზროდ იქცეოდა: დედას და ცოლს, რომლებმაც იგი სადგურზე გააცილეს, თითქმის არ ელაპარაკებოდა. ამბობდა, რომ მას ახლა დააპატიმრებენ, რომ მას ვიღაცა მაიორი აღევნებს თვალყურს. ლენინგრადში თავისი ნათესავის ზ-ს ბინაზე ცხოვრობდა; ბნელ კუნძულში მჯდომი ასანთსა და პაპირის ნაშუებს ღეჟავდა, ითხოვდა იგი მოეკლათ და შებლზე იმიზნებდა რევოლვერს, ოთახში განუწყვეტლივ დადიოდა. არ იძინებდა და საკმელს არ ჰკამდა. უფროსთან მიღების დროს ს.მ. განაცხადა, ჩამოვედი იმისათვის, რომ მსურს დამაპატიმრონ და დამხვრიტონ, რადგან მთელი ომის განმავლობაში „თბილ ადგილებს“ ვეძებდიო.

ზემოჩამოთვლილის საფუძველზე კომისია იმ დასკვნამდე მივიდა. რომ 1945 წლის აპრილიდან ს. მწვავე სულით დაავადების მდგომარეობაში იმყოფებოდა, რომელიც ბრალდებულობისა და დევნის ბოლომდე იყო თანხლებული (გამორიცხული არ არის შიზოფრენიის ზეტევის შესაძლებლობა). თვითმკვლელობა მან სულით ავადმყოფობის მდგომარეობაში ჩაიდინა.

ამ შემთხვევაში საგამომძიებლო მასალამ, რომელიც ძალიან სრულად იყო მოგროვილი, დაგვანახა, რომ ს. თვითმკვლელობამდე ოთხი თვის განმავლობაში მწვავე სულით ავადმყოფობის მდგომარეობაში იმყოფებოდა, რომელსაც თან ახლდა ბრალდებულობის და დევნის ბოლო, რამაც ექსპერტიზას საშუალება მისცა დასკვნა გამოეტანა, რომ ს-მ თვითმკვლელობა მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში ჩაიდინა.

შემთხვევა 2. ინსტიტუტში გადაგზავნილი იყო სისხლის სამართლის საქმე რ-ს რსუსრ ს.ს. კოდექსის 136-ე მუხლის ¹ 1 ნაწილი პ. „ა“ ბრალდების მიხედვით მისი შერაცხადობის განსაზღვრისათვის.

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 144 მუხლი.

საქმის პირობები შემდეგია: რ. მიიწვიეს სალამოზე, აქ იგი დათვრა, გავიდა გარეთ, ამოიღო რევოლვერი, რომელიც მას თან ჰქონდა, ოთხჯერ გაისროლა და ერთ-ერთი გასროლით მოკლა მოქალაქე პ.

ამ საქმის გამო სამხედრო ტრიბუნალის დადგენილებით იყო ჩატარებული სტაციონარული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ქალაქ კ-ს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, რომლის მიერ რ-ს დანაშაულის ჩადენის მომენტში ფსიქიკური მდგომარეობისა და შერაცხადობის შესახებ შემდეგი დასკვნა იყო მიტყმული: რ. სწორად არის ორიენტირებული ადგილში, დროსა და გარემო პირობებში, აღქმის გაუქულ?არათებანი და ბოლდვითი იდეები არ აღენიშნება. მეხსიერება შენახული აქვს, ყურადღება—რამდენიმედ დაწეული. ქვესუსტობის მოვლენები არ აღენიშნება, ემოციურად დადარდიანებულია, საავადმყოფოში ყოფნის დროს ორჯერ აღნიშნული ჰქონდა ავტომატიზმი, როდესაც გამოსაკვლევი პირი ღამე ძილის დროს დგებოდა და სადღაც წასასვლელად იწევდა, მაგრამ საწოლში ჩაწვენის შემდეგ მალე იძინებდა და დილას მომხდარის შესახებ არაფერი ახსოვდა.

სასამართლო საქმის მასალებიდან ჩანს, რომ რ. უკვე მთვრალი გავიდა ოთახიდან ტალანში; სადაც შოფერ პ-ს პალტოს დაავლო ხელი. როდესაც იგი ტალანიდან ეზოში გაიქცა, ოთხჯერ გაისროლა, რის შემდეგ რ. წააქციეს, შემდეგ გათოკეს და წაიყვანეს მილიციის სარაიონო განყოფილებაში. რ. აცხადებს, რომ მას მომხდარი ამბების შესახებ არაფერი ახსოვს იმ მომენტიდან, როდესაც იგი სუფრას მოშორდა, და მხოლოდ მილიციის სარაიონო განყოფილებაში მოვიდა გონს.

სასამართლო საქმის მასალების, სტაციონარული დაკვირვების და შემოწმების საფუძველზე, ქალაქ კ-ში ექსპერტიზა იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ რ. „დაავადებულია“ ფსიქიკური ავტომატიზმის მოვლენებით; დანაშაული მან პათოლოგიური სიმთვრალის მდგომარეობაში ჩაიდინა და ამიტომ შეურაცხადია. საჭიროებს ფსიქიატრიულ კოლონიაში სტაციონარულ მკურნალობას.

რ-ის საქმე ქალაქ კ-ის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აქტის თანდართვით გადა-

სინჯვისათვის და ქალაქ კ-ის ფსიქიატრების მიერ რ-ის შეურაცხადობის შესახებ დასკვნის სისწორის დადასტურებისათვის გადაგზავნილი იქნა სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში.

სისხლის სამართლის საქმის, ქალაქ კ-ის საავადმყოფოს რ-ის ავადმყოფობის ისტორიის და ამ საავადმყოფოს ექსპერტიზის აქტის საფუძველზე სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში დადგენილი იყო შემდეგი: რ-მ დაამთავრა 6 კლასი, ხოლო 1938 წლიდან მილიციაში მსახურობდა. 1941 -წელს რ. კონტუზირებული იყო. 1942 წლის დამდეგს ლენინგრადში გადაიტანა დისტროფია ფსიქოზური მოვლენებით. როგორც ჩანს, ამ დროს ეკუთვნის 1942 წლით დათარიღებული, სისხლის სამართლის საქმეს დართული ფურცელი ავადმყოფობის ისტორიიდან, სადაც რ-ის სომატურ დაავადებასთან დაკავშირებული ჩაწერების შემდეგ არის შემდეგი შინაარსის ჩანაწერი: „მწვავე ფსიქოზურ-ნერვული შეტევა. პალუცინაციები, დეენის მანია, მსედველობითი, სმენითი, ცნობიერების დაკარგვა“. ამ ჩანაწერის გვერდით აღნიშნულია დიაგნოზი—„შიზოფრენია“ და დანიშნულია მკურნალობა — ბრომის პრეპარატი. ამ ბარათის სამედიცინო უფიცობა არაავითარ ექვს არ სტოვებს იმაზე, რომ იგი შესრულებულია არა ფსიქიატრის და შესაძლებელია, საერთოდ არა ექიმის მიერ. 1942 წლის დამლევიდან დანაშაულის ჩადენის დღემდე, რ. მილიციის ორგანოებში ერთსა და იმავე ადგილას მსახურობდა. მის ქცევებში რაიმე უცნაურობას მოწმეებიდან არავინ არ აღნიშნავს, ფსიქიატრებთან არ მკურნალობდა, მასზე დაკისრებულ სამუშაოს საერთოდ, ასრულებდა. ხასიათით იყო ფიცხი, აგზნებადი, ხშირად ეჩხუბებოდა ცოლს. ცოლი აღნიშნავს, რომ იგი განსაკუთრებით უხეში და ადვილად აგზნებადი იყო სიმთვრალეში. მოწმე კ. აცხადებს, რომ აგზნებულობის მდგომარეობაში რ-მ კინალამ მოკლა თავისი ცოლი, მაგრამ კ-მ ხელი შეუშალა. მეორე მოწმე აცხადებს, რომ მისთვის ცნობილია, რომ რ-მ სიმთვრალეში ერთხელ ჰაერში დაიწყო სროლა. სიმთვრალეში რ-მ სრულიად უმიზეზოდ დააპატიმრა ტელეგრაფის მოხელე ქალი, რისთვისაც თვითონ სერიოზული სასჯელი მიიღო. რ-ს ცოლი აცხადებს, რომ იგი ხშირად თვრებოდა, რაც ოჯახში უსიამოვნებების მიზეზი იყო, 1944 წლის 20 დეკემბერს შედგა სალამო, რომელსაც დაესწრო რ.

თავისი ცოლით. ოფიციალური ნაწილის შემდეგ გაიმართა ვახშამი სასმელებით, რ-მ დალია ერთ ლიტრზე მეტი არაყი და ამის გარდა სვამდა ლუდს. იგი იხსენებს, თუ, როგორ დალია მან ნახევარ ლიტრიანი ქილა არაყი სუფრასთან მჯდომმა, შემდეგ კიდევ ორი ქიკა, რა მოხდა ამის შემდეგ — მას თითქოს არ ახსოვს. გონს მოვიდა მხოლოდ მეორე დილას წინასწარი დაპატიმრების საკანში. სისხლის სამართლის საქმიდან ცნობილი არის, რომ რ. არაყის დალევის შემდეგ, დადიოდა ბუფეტში და კიდევ სვამდა ლუდს. ამის შემდეგ იგი ტალანში გავიდა, სადაც იგი „ძლიერ მთვრალი“ დაინახა მოწმე გ-მ. მთვრალი რ. რევოლვერით ხელში, შევიდა ოთახში, სადაც იჯდა შოფერი კ., დაავლო უკანასკნელს ხელი პალტოში. კ-ს შეეშინდა, იგი გაიწია, გაუსხლტა რ-ს ხელიდან და გაიქცა. რ-მ მას რამდენიმეჯერ ესროლა და ერთ-ერთი გასროლით მოკლული იქნა მოქალაქე პ., რომელიც შემთხვევით ახლო იდგა. სროლის დროს ცოლმა გამოჰგლიჯა მას რევოლვერი; რ. მეორე ოთახში შეიყვანეს და მალე გათოკეს. მოწმე ფ. აჩვენებს, რომ ამ ოთახში რ-ს ჰკითხეს, თუ სად ისროდა იგი, რაზედაც რ-მა უპასუხა „ჰაერში“ და უშვერად შეიგინა. მოწმე ჩ. აჩვენებს, რომ ან დროს რ. ყველა შეკითხვაზე პასუხებს იძლეოდა. მოცემულ საჭმესთან დაკავშირებით რ-მ ქალაქ კ-ში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გაიარა, სადაც სტაციონარული გამოკვლევის შემდეგ დასმული იყო დიაგნოზი: „ტრავმული ცერებრასტენია ფსიქიკური ავტომატიზმით“. დანაშაულის მიმართ იგი შეურაცხადად იქნა ცნობილი, იმის გამო, რომ დანაშაული მან პათოლოგიურ სიმთვრალეში ჩაიდინა. ფსიქიკურ ავტომატიზმზე მითითება, როგორც ჩანს აქტიდან, დაკავშირებულია იმასთან, რომ ექსპერტიზის განმავლობაში რ-ს ორჯერ აღენიშნებოდა ძილში სიარული; არავითარი ფსიქოზური გამოვლინება საავადმყოფოში მას არ ჰქონია. ჩამოთვლილის საფუძველზე კომისია იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ სისხლის სამართლის ხაქმის მასალების მიხედვით რ-ის რაიმე სულით დაავადებისა და კერძოდ შიზოფრენიით დაავადების შესახებ ლაპარაკისათვის არავითარი საფუძველი არ არსებობს. ქალაქ კ-ის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ჩატარებულმა გამოკვლევამ დაადგინა, რომ სტაციონარული დაკვირვების პერიოდში რ-ს რაიმე სულით

დაავადების ნიშნები არ აღენიშნებოდა. რაც შეეხება რ-ის მდგომარეობას დანაშაულის ჩადენის მომენტში, როგორც ამას სისხლის სამართლის საქმე გვიჩვენებს, იგი ჩვეულებრივი სიმთვრალის მდგომარეობაში იმყოფებოდა და ფსიქიკის დროებითი მოშლილობის რაიმე ნიშნებს არ ამჟღავნებდა. ამის სასარგებლოდ ლაპარაკობს მის მიერ დაღუღილი ალკოჰოლის (არაყის და ლუდის) დიდი რაოდენობა და სიმთვრალის ფიზიკური ნიშანთვისებების არსებობა მთვრალეებისათვის დამახასიათებელ ჩხუბისა და დებოშისადმი მიდრეკილებასთან ერთად. დანაშაულის მომენტში რ-ის ქცევა არ იყო მისთვის არაჩვეულებრივი, რადგან სიმთვრალეში იგი ხშირად აგრესიული იყო, და ასეთ მდგომარეობაში რამდენიმეჯერ ისროლა ჰაერში. ამის გარდა, რ. უშუალოდ დანაშაულის მომენტის ჩადენის შემდეგ პასუხობდა კითხვებზე და უწყაწურად იგინებოდა. როგორც არა სულით ავადმყოფი, რომელსაც დანაშაული ჩადენილი აქვს ფსიქიკის ავადმყოფური აშლილობის გარეშე, რ. შერაცხადად უნდა იყოს ცნობილი.

ამ შემთხვევაში სისხლის სამართლის საქმისა და ქალაქ კ-ს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონარული დაკვირვების მასალებმა სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის კომისიას საშუალება მისცა გამოეტანა დასკვნა, რომ რ-ის სულით დაავადებისა და კერძოდ შიზოფრენიით დაავადების შესახებ ლაპარაკისათვის საფუძველი არ მოიპოვება, ხოლო, რაც შეეხება მის ქცევას, დანაშაულის ჩადენის მომენტში, ამის შესახებ საქმეში და ქალაქ კ-ის საავადმყოფოს ავადმყოფობის ისტორიაში არსებულმა მონაცემებმა სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის იმავე კომისიას საშუალება მისცა გამოეტანა დასკვნა, რომ რ-ის დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადად ცნობისათვის არავითარ საფუძველს არ ჰქონდა ადგილი.

§ 3. სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნების მნიშვნელობა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებისათვის

ექსპერტიზის მიერ ამბულატორიულად, სტაციონარულად, სასამართლოში და ა. შ. მოცემული სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნა, მტკიცების ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს. რსფსრ ს.ს.პ.

კოდექსის 58-ე მუხლში¹ ნათქვამია: „მტკიცებებს წარმოადგენენ მოწმეთა ჩვენებები, ექსპერტების დასკვნები, ნივთიერი საბუთები, დათვალიერების ოქმები და სხვა წერილობითი დოკუმენტები და ბრალდებულის პირადი განმარტებანი“. ხოლო ყველა ზემოთ მოყვანილი მტკიცების შეფასება, და მათ რიცხვში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნისა, მხოლოდ და მხოლოდ სასამართლო ორგანოებს ეკისრებათ. „საქმეში არსებული მტკიცების შეფასება — ნათქვამია რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 319-ე მუხლში,² — მოსამართლეების მიერ ხდება მათი შინაგანი დარწმუნების საფუძველზე, რაც საქმის ყველა გარემოების ერთობლივ განხილვაზე არის დამყარებული“.

ამგვარად, რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 58-ე და 319-ე მუხლით ჩამოყალიბებულია უდავო უფლება სასამართლო ორგანოებისა, მისცენ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზის დასკვნას, როგორც მტკიცების ერთ-ერთ სახეს, ესა თუ ის მნიშვნელობა.

გარდა ზემოხსენებული ზოგადი დებულებისა ექსპერტების დასკვნის მნიშვნელობის შესახებ, სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის მუხლების მთელი რიგი ეხება სხვადასხვა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოსათვის ექსპერტიზის დასკვნის სპეციალურ მნიშვნელობას, მათ რიცხვში, მაშასადამე, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზისასაც.

მაგალითად, ექსპერტის დასკვნა საგამომძიებლო ორგანოების მიერ არასაკმარისად ნათლად ან არასრულად შეიძლება იქნეს ცნობილი. ასეთ შემთხვევებში, რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 174-ე მუხლის³ თანახმად, გამომძიებელს ახალი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის უფლება აქვს, მაგრამ ამასთან, მან, იგივე 174-ე მუხლის თანახმად, სპეციალური მოტივირებული დადგენილება უნდა გამოიტანოს. ექსპერტის დასკვნის არასავსებით ნათლად ან არასრულად ცნობის ასეთივე უფლება, რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 300-ე მუხლის⁴ თანახმად, ენიჭება სასამართლო ორგანოებსაც და სასამართლოს უფლება აქვს ასეთ შემთ-

¹ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 57 მუხლი.

² საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 319 მუხლი

³ დროებითი წესები 26 მუხლი.

⁴ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 300 მუხლი.

ხვევებში ახალი ექსპერტიზა დანიშნოს. სასამართლო ორგანოებს შეუძლიათ სრულებითაც არ დაეთანხმონ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზის დასკვნას, რაზედაც მიუთითებს რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 298-ე მუხლი,¹ სადაც ნათქვამი არის, რომ „ექსპერტების დასკვნები სასამართლოსათვის სავალდებულო არ არის“; მაგრამ იმავე მუხლში არის ნათქვამი, რომ „სასამართლოს უთანხმოება ექსპერტიზის დასკვნასთან დაწვრილებით უნდა იყოს მის მიერ მოტივირებული განაჩენში, ან საგანგებო დადგენილებაში“.

ნაჩვენები მოთხოვნა როგორც საგამომძიებლო-ორგანოებისათვის, აგრეთვე სასამართლოსთვის, შეტანილია სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსში სასამართლო ორგანოების ექსპერტების დასკვნასთან დაუსაბუთებელი დაუთანხმებლობის შემთხვევების თავიდან ასაცილებლად.

ექსპერტების დასკვნასთან სასამართლო ორგანოების უთანხმოების შესაძლებლობის საკითხის შესახებ რუსეთის სფს რესპუბლიკის სახკომიუსტის მიერ გამოცემული იყო სპეციალური ცირკულარი (№ 191—1925 წლის 28 სექტემბერს), სადაც ხაზგასმით იყო აღნიშნული, რომ „წარმოებული ექსპერტიზის დასკვნებთან გამომძიებლის ან სასამართლოს უთანხმოების დროს ან მისი არასაკმარისად ნათლად, ან არასავსედ ცნობის შემთხვევაში, საჭირო არის მოიქცნენ რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 174-ე² და 300-ე³ მუხლებში ნაჩვენები წესების მიხედვით, განმეორებითი ექსპერტიზის წარმოების აუცილებლობის მოტივირებით“.

საჭიროა აგრეთვე მითითება სასამართლო ორგანოების უფლებაზე, რომ მათ შეუძლიათ ნაწილობრივად არ დაეთანხმონ ექსპერტების დასკვნას, რასაც სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნებისათვის აქვს მნიშვნელობა. მაგალითად, სასამართლოს შეუძლია დაეთანხმოს სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას ბრალდებულის ფსიქიკურ ავადმყოფად ცნობის შესახებ, მაგრამ არ დაეთანხმოს ექსპერტ-ფსიქიატრების პრაქტიკულ წინადადებას. ექსპერტს შეუძლია ბრალდებულის იძულებითი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაგზავნა ცნოს საჭიროდ, სასამართ-

¹ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 298 მუხლი.

² დროებითი წესების 26 მუხლი.

³ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 300 მუხლი.

ლოს-კი შეუძლია გაგზავნოს ის საერთო წესით მკურნალობისათვის და — პირიქით.

თუ რამდენად უწევს ანგარიშს საბჭოთა კანონმდებლობა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებისათვის ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნების მნიშვნელობას, ამას რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 321-ე მუხლი¹ გვიჩვენებს. ამ მუხლის თანახმად, იმ შემთხვევებში, როდესაც შერაცხადობის შესახებ საკითხი წინასწარი ან სასამართლო გამოძიების სტაღიაში აღიძრება, სასამართლო ვალდებულია, რომ განაჩენის გამოტანის დროს ბრალდებულის შერაცხადობის შესახებ გადაწყვეტოს საკითხი, თუნდაც ეს საკითხი წინასწარ სხდომაზე ერთხელ უკვე იყოს გადაწყვეტილი.

ეს წესი იძლევა გარანტიას ფსიქიკურად ავადმყოფი პირები არ იქნენ მსჯავრდადებული.

ასეთი არის საბჭოთა კანონმდებლობა სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებისათვის ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მნიშვნელობის საკითხის შესახებ.

სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნების პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს თითქმის სრული თანხმობა აქვთ სასამართლო-ფსიქიატრიულ დასკვნებთან, მეტადრე ექსპერტიზაში მყოფი პირის შერაცხადობის ან შეურაცხადობის საკითხის გამო. უთანხმოება იშვიათად წამოიჭრება პრაქტიკული წინადადების საკითხზე — საავადმყოფოში საერთო წესით ან იძულებითი მკურნალობისათვის გაგზავნის შესახებ.

სასამართლოს უთანხმოება იმ სასამართლო-ფსიქიატრიულ დასკვნებთან, რომლებიც პერიფერიაზე არსებული საავადმყოფოების მიერ არის გაცემული, უფრო ხშირად გვხვდება, რაც უმთავრესად ეგრეთ-წოდებულ „განსაკუთრებულ მდგომარეობებს“ ან ფსიქიკის დროებით მოშლილობის შესახებ დასკვნებს ეხება. მაგრამ აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ სასამართლოსათვის დასკვნები ნაკლებად დამარწმუნებელი და დაუსაბუთებელი ფორმით არის გაცემული; მეტადრე ეს ეხება დასკვნებს ეგრეთ წოდებულ „პათოლოგიურ-

¹ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 321 მუხლი.

რი სიმთვრალის¹ შესახებ, რომელიც სწორედ ფსიქიკის დროებით აშლილობას წარმოადგენს (იხ. თავი „ნარკომანიები“). ზოგ შემთხვევაში სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოები ფაქრობენ, რომ, რაზდენადაც ლაპარაკი სიმთვრალეს ეხება, იმდენად „პათოლოგიური სიმთვრალის“ მიმართაც მიყენებული უნდა იქნეს რსდსრ ს.ს.პ. კოდექსის მე-11 მუხლის¹ შენიშვნა და რომ ამის გამო ასეთ შემთხვევებში შეურაცხადობის შესახებ დასკვნა კანონს ეწინააღმდეგება.

სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებმა უნდა იცოდნენ, რომ „პათოლოგიური სიმთვრალის“ შესახებ დასკვნის არსებობის შემთხვევაში ფსიქიკის დროებით აშლილობაზეა ლაპარაკი.

რადგან სასამართლო-საგამომძიებლო მუშაკებისათვის საკიროა მათ წინაშე წარდგენილი ფსიქიატრიული დასკვნის გარჩევის ცოდნა, ამიტომ სასამართლოს, გამოძიების, პროკურატურის და თავისუფლების აღკვეთის ადგილების მუშაკები უნდა იცნობდნენ სასამართლო-ფსიქიატრიის საკითხებს. ეს სასამართლო-საგამომძიებლო მუშაკებს საშუალებას მისცემს დროულად მიმართონ ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას, კრიტიკულად მოეკიდონ მათ მიერ მიღებულ სასამართლო-ფსიქიატრიულ დასკვნებს და მისცენ დასაბუთებული, მოტივირებული დადგენილება სასამართლო-ფსიქიატრიულ დასკვნასთან უთანხმოების შემთხვევებში.

§ 4. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტების უფლებანი და ვალდებულებანი

სასამართლო - ფსიქიატრიული ექსპერტიზა წარმოადგენს ერთ-ერთ ნიტიკებულებას და მოწოდებულია დაეხმაროს სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს — სწორად გადაწყვიტონ საკითხი ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის (შეურაცხადობის) შესახებ დანაშაულის ჩადენის მომენტში და სასამართლოს მომენტისათვის.

საბჭოთა კანონმდებლობით, ექსპერტიზის ამ ზოგადი დებულების შესაბამისად, ექსპერტებს სწორი დასკვნების მიცემისათვის სრული შესაძლებლობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანი უფლებები ენიჭებათ.

¹ საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის მე-10 მუხლი.

1. ექსპერტების უფლებანი

ყველა ექსპერტის, მათ რიცხვში ექსპერტ-ფსიქიატრების ერთ-ერთ ყველაზე ღირსშესანიშნავ უფლებას სასამართლო-საგამომძიებლო მასალის გაცნობის უფლება წარმოადგენს. რსფსრ ს. ს. პ. კ. 171-ე მუხლში მითითებულია, რომ „ექსპერტს, გამომძიებლის ნებართვით, საქმის იმ პირობების გაცნობის უფლება აქვს, რომელთა გამორკვევაც მას დასკვნის გამოტანისათვის სჭირდება“. სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოები, იღებენ-რა მხედველობაში ექსპერტისათვის საქმის პირობებთან კარგი გაცნობის მთელ მნიშვნელობას, როგორც წესი, გამოსაკვლევი პირის ექსპერტიზაზე გაგზავნასთან ერთდროულად, აგრეთვე სისხლის სამართლის საქმესაც გზავნიან. იმ შემთხვევაში, თუ გამომძიებელი ექსპერტს არ წარუდგენს დასკვნის მიცემისათვის საჭირო მასალებს, მაშინ 171-ე მუხლის შენიშვნის თანახმად, ექსპერტს უფლება აქვს არ მისცეს დასკვნა. მან ამის შესახებ უნდა შეადგინოს აქტი და ასეთ შემთხვევებში „წინასწარი გამოძიების მასალების ფარგლები, რომლებიც ექსპერტს უნდა მიეცეს, პროკურორის ან სასამართლოს მიერ განისაზღვრება“.

გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ბევრ შემთხვევაში დანაშაულის ხასიათისა და იმ პირობების დეტალური გაცნობის გარეშე, რომლებშიც იგი იყო ჩადენილი, ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტა შეუძლებელი ხდება.

ძლიერ მნიშვნელოვანია ექსპერტების, მათ შორის აგრეთვე ექსპერტ-ფსიქიატრების სასამართლო გამოძიების დროს დასწრების უფლება. რსფსრ ს. ს. პ. კ. 245 მუხლში მითითებულია, რომ „სასამართლოს სხდომაზე გამოცხადებული ექსპერტები, სხდომის დარბაზში რჩებიან“. ექსპერტები მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება არ იყვნენ დაშვებული, თუ ამას სასამართლო აუცილებლად მიიჩნევს ან .თავისი ინიციატივით, ან ერთ-ერთი მხარის შუამდგომლობით, რაც პრაქტიკაში ძლიერ იშვიათად გვხვდება. ის, რომ ექსპერტებს საშუალება აქვთ დაუკვირდნენ და შეისწავლონ გამოსაკვლევი პირი სასამართლო გამოძიების მთელი დროის განმავლობაში, აგრეთვე გაეცნონ სასამართლო საქმის ყველა დეტალს—დასკვნის მიცემისათვის ძლიერ მნიშვნელოვანია.

ექსპერტიზისათვის რამდენიმე ექსპერტის ნოწვევის შემთხვევაში, რსფსრ ს.ს.პ. კოდექსის 172-ე მუხლის თანახმად, მათ გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ თათბირის და საერთო დასკვნის გამოტანის უფლება აქვთ. ექსპერტებს შორის უთანხმოების შემთხვევებში, რსფსრ ს.ს.პ. კ. 173-ე მუხლის¹ თანახმად, თითოეული ექსპერტის მიერ „თავისი დასკვნები უნდა იყოს წარმოდგენილი“.

საგამომძიებლო ორგანოების მიერ ექსპერტების უფლებების დარღვევის შემთხვევაში, მათ რსფსრ ს.ს.პ. კ. 212-ე მუხლის თანახმად, სასამართლო ორგანოების მოქმედების გასაჩივრება შეუძლიათ, ამასთან, ეს საჩივარი იმ რაიონის პროკურორის სახელზე უნდა იყოს შედგენილი, რომელშიაც გამომძიებელი მუშაობს. თუ ექსპერტი პროკურორის დადგენილებასაც არ ეთანხმება, მას ამ დადგენილების სასამართლოში გასაჩივრების უფლება აქვს.

საჭიროა აგრეთვე მივუთითოთ, რომ რსფსრ ს.ს.პ. კ. 65-ე მუხლის თანახმად, ექსპერტს უნდა მიეცეს სასამართლოში გამოცხადებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება და აგრეთვე მისი მოვალეობის შესრულებისათვის გასამრჯელო. რსფსრ ს.ს.პ. კ. 88-ე მუხლში² ლაპარაკია სასამართლოს ხარჯებზე, მათ შორის ის თანხებიც იგულისხმება, რომლებიც ექსპერტებზე უნდა იყოს გაცემული მათ მიერ ექსპერტიზის ჩატარებისათვის. ექსპერტთა გასამრჯელოს სიდიდე სსრ კავშირის სახკომიუსტის სპეციალური ინსტრუქციით არის დადგენილი.

2. ექსპერტ - ფსიქიატრების მოვალეობანი

ყოველი ექსპერტი, რსფსრ ს.ს.პ. კ. 64-ე მუხლის თანახმად, ვალდებულია მისი ექსპერტად გამოცხადების შემთხვევაში გამოცხადდეს და გასინჯავში, შემოწმებაში და დასკვნის მიცემაში ნიილოს მონაწილეობა. საპატიო მიზეზების გარეშე გამოუცხადებლობის ან კანონიერი საბუთების გარეშე თავის მოვალეობათა შესრულებაზე უარის თქმის შემთხვევაში, ექსპერტი, რსფსრ ს.ს.პ.

¹ დროებითი წესები, 25 მუხლი.

² საქ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 88 მუხლი.

92-ე მუხლის¹ თანახმად, პასუხისგებაში შეიძლება იქნეს მიცემული.

ექსპერტი, რსფსრ ს. ს. პ. კ. 170-ე მუხლის² თანახმად, ვალდებულია მისცეს დასკვნა საქმის მონაცემების და მისი სპეციალური ცოდნის შესატყვისად. შეგნებულად ცრუ დასკვნის მიცემის შემთხვევაში ექსპერტი რსფსრ ს. ს. კ. 95-ე მუხლის³ თანახმად პასუხისგებაში მიიღება.

ექსპერტის მიერ მიცემული სიტყვიერი დასკვნა რსფსრ ს. ს. პ. კ. 298-ე მუხლის⁴ თანახმად, წერილობითი სახით უნდა იქნეს წარდგენილი. აქტის ფორმა 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციით არის გათვალისწინებული. სასამართლოს ან გამოძიებლის მიერ დასმული საკითხების გარდა, საჭიროა, რომ დასკვნაში იქნეს აღნიშნული გამოსაკვლევი პირის შერაცხადობა ან შეურაცხადობა და აგრეთვე პრაქტიკული ღონისძიებები, რომლებიც მის მიმართ უნდა იქნეს გამოყენებული.

დასასრულ, უნდა იყოს აღნიშნული ექსპერტის მოვალეობა, რომ მან არ გათქვას ძიების მონაცემები, რომელთა გაცნობის საშუალება მას ჰქონდა. ამ მონაცემების გათქმის შემთხვევაში ექსპერტი რსფსრ ს. ს. კ. 96-ე მუხლის⁵ თანახმად აგებს პასუხს.

ამგვარად, საბჭოთა კანონმდებლობა, უყენებს-რა იგი სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას დიდ მოთხოვნებს, მისი ჩატარებისათვის მეტად ხელსაყრელ პირობებს ქმნის. ექსპერტიზის საკითხებში საბჭოთა კანონმდებლობა საეხსებით ასახავს იმ დიდ მნიშვნელობას, რომელსაც საბჭოთა სასამართლო სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას ანიჭებს.

**შეურაცხადად ცნობილ პირთა მიმართ საბჭოთა კავშირში
ხმარებული იძულებითი მკურნალობა და სხვა სამედიცინო
ხასიათის ზომები**

გამოსაკვლევი პირი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შედეგად ფსიქიკურ ავადმყოფად და შეურაცხადად შეიძლება იქნეს ცნობილი, და ასეთ შემთხვევებში ფსიქიკური მდგომარეო-

¹ ს. კ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 93 მუხლი. ~

² დროებითი წესები 21 მუხლი.

³ ს. კ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 94 მუხლი.

⁴ ს. კ. სსრ ს. ს. პ. კოდექსის 298 მუხლი.

⁵ ს. კ. სსრ ს. ს. კოდექსის 97 მუხლი.

ბის დადგენას თან უნდა მოჰყვეს ექსპერტისაგან კონკრეტული და განსაზღვრული მითითებანი ყველაზე უფრო მიზანშეწონილ პრაქტიკულ სამედიცინო ღონისძიებათა შესახებ, რომლებიც ამ ავადმყოფის მიმართ უნდა იყოს მიყენებული.

თანახმად 1948 წლის 25 მარტის ინსტრუქციისა—„იძულებითი მკურნალობის და სხვა სამედიცინო ხასიათის ზომების შესახებ, ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული აქვთ ჩადენილი“¹ სამედიცინო ხასიათის ზომები შეიძლება იქნეს მიყენებული: ა) იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების ან ფსიქიკის დროებითი აშლილობის მდგომარეობაში აქვთ ჩადენილი და რომელნიც შეუარაცხადად არიან ცნობილი; ბ) იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული შერაცხადობის მდგომარეობაში აქვთ ჩადენილი და რომელნიც განაჩენის გამოტანამდე ქრონიკული სულით ავადმყოფობით გაზდნენ ავად; გ) იმ პირთა მიმართ, რომელნიც საპატიმრო ადგილას სასჯელის მოხდის დროს ფსიქიკური ავადმყოფობით გაზდნენ ავად.

ხსენებულ ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიმართ კონკრეტულ სამედიცინო ღონისძიებათა შესახებ საკითხს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. ერთი მხრივ, საკითხი ეხება იმ ზომებს, რომელთაც უნდა მიმართოს სახელმწიფომ, რათა დაიცვას საზოგადოება ამ ავადმყოფების მიერ განმეორებითი დანაშაულის ჩადენისაგან, მეორე მხრივ — დაიცვას იმ მოქალაქეთა პირადი უფლებები, რომელთაც ჩაიდინეს დანაშაული ფსიქიკური ავადმყოფობის მდგომარეობაში ან სასჯელის მოხდის დროს ავად გაზდნენ.

1948 წლის 25 მარტის ინსტრუქციის თანახმად, სულით ავადმყოფების მიმართ, რომელთაც დანაშაული აქვთ ჩადენილი, სამედიცინო ხასიათის ზომად შეიძლება იქნეს მიყენებული:

ა) იძულებითი მკურნალობა საერთო ფსიქიატრიულ სამკურნალო დაწესებულებებში;

¹ ინსტრუქცია დამტკიცებულია სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის, სსრ კავშირის იუსტიციის მინისტრის, სსრ კავშირის შინაგან საქმეთა მინისტრის და სსრ კავშირის გენერალური პროკურორის მიერ.

ბ) იძულებითი მკურნალობა იზოლაციით სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში (ან საერთო ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა სპეციალურ განყოფილებებში);

გ) ნათესავების მეურვეობაში და ერთდროულად საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ გადაცემა.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იძულებითი
მკურნალობისათვის მოთავსება

იძულებითი მკურნალობისათვის გაგზავნილ პირთა კონტინგენტი, სქემატურად ორ ჯგუფად შეიძლება იქნეს დაყოფილი: ა) ფსიქიკურ ავადმყოფთა ჯგუფი, რომელნიც გარშემო მყოფთათვის სერიოზულ და ხანგრძლივ, მათი დაავადების ხასიათიდან გამომდინარე, საშიშროებას წარმოადგენენ, — მყარი ბოღვითი იდეების მქონე ავადმყოფები, ბინდისებრივ მდგომარეობაში მყოფი ეპილეთიკები, იმპულსური შიზოფრენიკები; ბ) ქრონიკული სულით ავადმყოფები, რომელნიც დანაშაულის გზაზე დგებიან თავიანთი უმწიბრობისა და ცხოვრებისადმი შეუგუებლობის გამო (ავადმყოფთა ეს ჯგუფი ზოგჯერ ბოროტმოქმედი ელემენტის მიერ არის გამოყენებული).

სსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმმა 1942 წლის 21 მაისს პრივალოვის საქმის გამო, გამოიტანა სახელმძღვანელო ხასიათის დადგენილება, რომელშიც მიუთითა, რომ თუ სასამართლო გამოსაკვლევ პირს შეურაცხადად და იმავე დროს სოციალურად საშიშად ცნობს, მაშინ ასეთი პირი განთავისუფლებული არ უნდა იქნეს და მის მიმართ მიყენებული უნდა იყოს იძულებითი მკურნალობა, ე. ი. სამკურნალო დაწესებულებაში (ფსიქიატრიული) იზოლაციით მოთავსება. სსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმმა 1944 წლის 13 ივლისს დანილოვის საქმესთან დაკავშირებით მიუთითა, რომ შეურაცხადი პირის სოციალური საშიშროება განისაზღვრება არა მარტო მისი ავადმყოფური მდგომარეობის ხასიათით, არამედ აგრეთვე იმ საშიშქმედებათა ხასიათით და შინაარსით, რომლებსაც იგი თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის შედეგად სჩადის.

„ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული აქვთ ჩადენილი, იძულებითი მკურნალობისა და სხვა სამედიცინო ხასიათის ზომების მიყენების შესახებ“ 1948 წლის 25 მარტის ინ-

სტრუქციის გამოცემამდე არ ყოფილა საერთო საკავშირო კანონმდებლობა იმ შეურაცხადად ცნობილ ფსიქიკურ ავადმყოფთა იძულებითი მკურნალობის შესახებ, რომელთაც დანაშაული აქვთ ჩადენილი.

რსფსრ-ის სისხლის სამართლის კოდექსის 24-ე მუხლი და სხვა მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსების სათანადო მუხლები სამედიცინო ხასიათის ზომებად ითვალისწინებენ: ა) იძულებითი მკურნალობას და ბ) სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსებას იზოლაციით.

ეს ზომები მხოლოდ იმ პირთა მიმართ უნდა იყოს მიყენებული, რომელნიც შეურაცხადად არიან ცნობილი (სსსრ კ-ს და მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კანონმდებლობის „ძირითადი საწყისების“ მე-7 მუხლი). რსფსრ-ის სისხლის სამართლის კოდექსის 26-ე მუხლის საფუძველზე, იძულებითი მკურნალობა მხოლოდ სასამართლოს მიერ შეიძლება იყოს დანიშნული.

მაგრამ არც სისხლის სამართლის, არც სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსები, ლაპარაკობენ-რა იძულებითი მკურნალობისა და სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსების შესახებ, სრულებით არ შეიცავენ მითითებებს იძულებითი მკურნალობის ხანგრძლიობის შესახებ, იმ პირობების შესახებ, რომლებშიაც იგი შეიძლება მოხსნილი იყოს და კერძოდ იმის შესახებ, ეს იძულებითი მკურნალობის მოხსნა უნდა იქნეს თუ არა სასამართლო ორგანოების მიერ სანქციონირებული.

მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლისა და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსებში არ არის მითითება იმაზე, თუ სულით ავადმყოფთა რომელი კატეგორიების მიმართ არის საჭირო და მიზანშეწონილი იძულებითი მკურნალობის დანიშვნა. ამის შედეგად შეიქნა ისეთი მდგომარეობა, რომ 1935 წლამდე იძულებითი მკურნალობის მიყენების სისტემაში ერთიანი მიზანდასახულობა არ ყოფილა. ინსტრუქციამ, რომელიც რუსეთის წეს რესპუბლიკის სახკომიუსტისა და ჯანსახკომის მიერ 1935 წლის 17 თებერვალს იყო დამტკიცებული, იძულებითი მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მნიშვნელოვანი სიცხადე შეიტანა. ინსტრუქცია ზუსტ მითითებებს იძლევა იძულებითი მკურნალობის

დანიშნვის წესის შესახებ, იმის შესახებ, რომ იძულებითი მკურნალობა, როგორც სამედიცინო ხასიათის ზემოქმედების ზომა, მხოლოდ და მხოლოდ სასამართლოს დადგენილებით ინიშნება, ამასთან, სასამართლო იძულებითი მკურნალობას ნიშნავს იმ შემთხვევებში, როდესაც სამედიცინო ხასიათის ზომების მიყენებას იზოლაციის პირობებში ცნობს საჭიროდ ისეთ სულით ავადმყოფთა მიმართ, რომლებიც საზოგადოებრივ საშიშროებას წარმოადგენენ, მათი გაქცევისა და მათ მიერ განმეორებითი დანაშაულის ჩადენის თავიდან ასაცილებლად.

ინსტრუქცია მიუთითებდა იმ პირთა კატეგორიებზე, რომლების მიმართ შეიძლება იყოს მიყენებული იძულებითი მკურნალობა, მოითხოვდა იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის დროს წინასწარი ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აუცილებლობას, და იძულებითი მკურნალობის პირობებისა და განხორციელების წესის შესახებ მითითებებს იძლეოდა.

1935 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციას ძლიერ დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა ჰქონდა იმ ძირითადი საკითხების მოწესრიგებაში, რომელნიც იძულებითი მკურნალობასთან არიან დაკავშირებული, მაგრამ, როგორც საერთო რესპუბლიკური, იგი 1948 წლის 25 მარტის საერთო საკავშირო ინსტრუქციით იქნა შეცვლილი.

საჭირო არის აგრეთვე შევჩერდეთ სსსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმის 1944 წლის 13 ივლისის დადგენილებაზე (დანიშნულების ზემოხსენებული საქმის გამო), რომელსაც დიდი პრინციპული მნიშვნელობა აქვს. პლენუმმა მიუთითა, რომ სამედიცინო ხასიათის ზომები, რომლებიც შეურაცხადად ცნობილთა მიმართ უნდა იქნენ მიყენებული, სასჯელის ზომებს არ წარმოადგენენ, რადგან სასჯელი მხოლოდ ისეთი პირის მიმართ შეიძლება იქნეს მიყენებული, რომელიც მის მიერ ჩადენილი ამა თუ იმ დანაშაულისათვის დამნაშავედ იქნება ცნობილი, ხოლო დამნაშავედ ცნობისათვის ერთ-ერთ აუცილებელ პირობას ბრალდებულის შერაცხალობა წარმოადგენს. თუ სასჯელი დამნაშავეს დასჯას და გამოსწორებას ისახავს მიზნად, სამედიცინო ხასიათის ზომები ავადმყოფის განკურნებას გულისხმობენ და აგ.

რეთვე საზოგადოების დაცვას ავადმყოფის იმ სა-
შიშ ქმედებისაგან, რომლებსაც იგი თავის ავად-
მყოფური მდგომარეობის გამო სჩადის.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს უმაღლესი სასამართლოს
პლენუმის განმარტებას, რომ იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის
შესახებ დადგენილება უნდა იყოს გამოტანილი სასამართლო
სხდომაზე და არა მოსამზადებელ სხდომაზე. ეს იმით არის
გამოწვეული, რომ ექსპერტებისა და მოწმეების დაკითხვა შეიძ-
ლება გახდეს საჭირო; შეიძლება იქნეს აღძრული ჭეშმარიტობა,
რომ შეურაცხადად ცნობილი პირი იძულებითი ზომების მიყენებას
არ საჭიროებს იმიტომ, რომ ბრალდებული შეურაცხადად შესაძ-
ლებელია იყოს ცნობილი, მაგრამ მას შეიძლება არ ჰქონდეს შეს-
რულებული ის საშიში ქმედებანი, რომლებიც მის მიმართ
არიან ინკრინინირებული. იმ შემთხვევაში კი, თუ იქნება დამტკი-
ცებული, რომ მას საშიში ქმედებანი არა აქვს ჩადენილი,
მაშინ შეიძლება სრულებით ჩამოსცილდეს აგრეთვე იძულებითი
მკურნალობის დანიშვნის საჭიროების შესახებ საკითხიც, რადგან
„შეურაცხადი პირის სოციალური საშიშროება განისაზღვრება არა
მარტო მისი ავადმყოფური მდგომარეობის ხასიათით, არამედ აგ-
რეთვე იმ საშიშ მოქმედებების ხასიათითა და შინაარსით, რომ-
ლებსაც იგი თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის შედეგად სჩა-
დის.“¹

პლენუმმა მიუთითა, რომ სამედიცინო ზომების მიყენების
შესახებ სასამართლოს დადგენილება არა განაჩენის, არამედ დად-
გენილების სახით უნდა იქნეს გაფორმებული.

იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის, ჩატარებისა და შეწყ-
ვეტის და იძულებითი მკურნალობის განხორციელებაზე მეთვალ-
ყურობის საკითხში სრული სიცხადე შეიტანა 1948 წლის 25 მარ-
ტის ინსტრუქციამ „იძულებითი მკურნალობისა და სხვა სამედიცინო
ხასიათის ზომების მიყენების წესის შესახებ“.

¹ სსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმის 1944 წლის 13 ივლი-
სის ზემოხსენებული დადგენილება.

ინსტრუქცია სამედიცინო ზომებად ერთი მხრივ, „იძულებითი მკურნალობას“, მეორე მხრივ, „ნათესავეებისათვის მეურვეობის ქვეშ და ერთდროულად საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ გადაცემას“ ითვალისწინებს (მუხლი 1).

ეს სამედიცინო ზომები შეიძლება იქნეს დანიშნული მხოლოდ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის შემდეგ, რომელიც 1940 წლის 17 თებერვლის „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ“ ინსტრუქციის თანახმად უნდა იქნეს ჩატარებული.

იძულებითი მკურნალობის ზომების ჩატარება ჯანმრთელობის ორგანოებს ეკისრებათ, ხოლო იმ პირთა მიმართ, რომელთაც განსაკუთრებულად საშიში ქმედებანი აქვთ ჩადენილი—ჯანმრთელობისა და შინაგან საქმეთა სამინისტროს ორგანოებს ერთად (ინსტრუქციის მე-12 მუხლი).

ინსტრუქციის მე-10 მუხლის თანახმად, ფსიქიატრიული დაწესებულების ამორჩევის საკითხს, რომელშიც სასამართლოს დადგენილების თანახმად უნდა იქნეს გადაგზავნილი ფსიქიკური ავადმყოფი, ჯანმრთელობის ორგანოები წყვეტენ. ფსიქიკური ავადმყოფის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაგზავნის დროს, ერთდროულად სასამართლოს დადგენილების ასლი და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ასლი იგზავნება. ხსენებული დოკუმენტებისა და ჯანმრთელობის ორგანოებისაგან მოწერილობის მიღებისას ეს პირი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში აუცილებლად უნდა იქნენ მიღებული.

ინსტრუქციაში სრულებით არ არის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში საერთო საფუძველზე გაგზავნის შესახებ მითითება. ეს იმას ნიშნავს, რომ იმ პირთა მიმართ, რომელნიც იძულებითი მკურნალობას არ საჭიროებენ, სასამართლო ორგანოები საქმეს სპობენ და ავადმყოფს ნათესავეების მეურვეობისა და საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ გადასცემენ, ხოლო ჯანმრთელობის ორგანოები უკვე თვითონ, თავისი შეხედულებით, ამ ავადმყოფებს, გზავნიან სამოქალაქო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, თუ ისინი მკურნალობას საჭიროებენ.

ის სულით ავადმყოფები, რომლებიც საზოგადოებრივ საშიშროებას წარმოადგენენ და იზოლაციის პირობებში იძულებით მკურნალობას საჭიროებენ (ინსტრუქციის 1 მუხლის „ბ“ პარაგრაფი და 13 მუხლი), სპეციალურ საავადმყოფოებში ან საერთო სამოქალაქო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოების ამ მიზნისათვის სპეციალურად შექმნილ განყოფილებებში უნდა იქნენ მოთავსებული. სპეციალური საავადმყოფოები ფსიქიკურ ავადმყოფთა იმ ჯგუფების იძულებითი მკურნალობისათვის უნდა იქნეს ორგანიზებული, რომელნიც მოითხოვენ ხანგრძლივ იზოლაციას, მათი გარშემო მყოფთათვის ხანგრძლივი და სერიოზული საშიშროების გამო, რაც უშუალოდ მათ დაავადებათა ხასიათიდან და მათი ანტისოციალური ქცევიდან გამომდინარეობს.

იმ ფსიქიკურ ავადმყოფთა უმრავლესობა, რომლებიც იძულებითი მკურნალობას საჭიროებენ. საერთო სამოქალაქო საავადმყოფოების სპეციალურ განყოფილებებში უნდა იგზავნებოდეს; ეს განყოფილებები საავადმყოფოს სხვა განყოფილებებისაგან იზოლირებული უნდა იყოს და მათგან გაძლიერებული მეთვალყურეობით უნდა განსხვავდებოდეს. ამ განყოფილებების ორგანიზაციის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს რეჟიმს: საჭიროა კარგად ორგანიზებული შრომითი თერაპია, ჰიგიენური პირობები, ავადმყოფებისადმი საექიმო და მთელი სამედიცინო პერსონალისაგან გულისხმიერი და ყურადღებიანი მოპყრობა, საავადმყოფოს საერთო კვება, სეირნობა, ფიზკულტურა, კულტურული გასართობები და ა. შ.

არ არის საჭირო, რომ იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებული ავადმყოფი ყოველთვის სპეციალურ განყოფილებაში რჩებოდეს. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმების დასკვნით ავადმყოფის მდგომარეობაში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მოხდა, ხოლო ავადმყოფის სოციალური საშიშროება უშუალოდ მის ფსიქიკურ მდგომარეობიდან გამომდინარეობდა, მაშინ საავადმყოფოს ადმინისტრაციას შეუძლია ამის შესახებ საავადმყოფოს ფსიქიატრიული საექსპერტო კომისიის დასკვნის შემდეგ, რომელიც „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“ 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქციის № 25 თანახმად ყალიბდება, სასამართლოს

წინაშე ასეთი ავადმყოფის სპეციალურ განყოფილებიდან, სადაც იგი იზოლაციის პირობებში იძულებითი მკურნალობისათვის იმყოფება, საავადმყოფოს საერთო განყოფილებებში გადაყვანის შესახებ აღძრას შუამდგომლობა (ინსტრუქციის მე-20 მუხლი). საერთო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებული ავადმყოფების სპეციალურ განყოფილებაში იზოლაციის პირობებში გადაყვანა დროებით, საკიროების შემთხვევაში და სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით თვით მთავარი ექიმისათვის ნებადართული არის (ინსტრუქციის მე-14 მუხლი).

რაც შეეხება საზოგადოებრივად საშიში ფსიქიკური ავადმყოფების განსაზღვრული კატეგორიის იძულებითი მკურნალობის ჩატარებისათვის დაარსებულ სპეციალურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოების ორგანიზაციას, ამ დროს სსრ კავშირის უმაღლესი სასამართლოს პლენუმის ზემოხსენებული 1944 წლის 13 ივლისის დადგენილებით უნდა იხელმძღვანელონ, სადაც მითითებულია, რომ: „დასჯის ზომებისა და სამედიცინო ხასიათის ზომების ამოცანები და მიზნები თავისი ბუნებით ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან. თუ სასჯელი დამნაშავეის დასჯისა და გამოსწორების მიზნებს ისახავს, სამედიცინო ხასიათის ზომები ავადმყოფის განკურნებას და ავადმყოფის მიერ თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის გამო დაშვებული საშიში ქმედებისაგან საზოგადოების დაცვას ისახავს მიზნად“. ამ დებულების და აგრეთვე ინსტრუქციის მე-15 მუხლის მიხედვით, რომელშიაც ნათქვამია, რომ „სასამართლოს დადგენილებით იძულებითი მკურნალობა ხორციელდება ფსიქიატრიული დაწესებულებების მიერ იმ პირობების დაცვით, რომლებიც საჭირო მკურნალობას და ფსიქიკური ავადმყოფების მოვლა-მომსახურებას უზრუნველყოფენ, და აგრეთვე მათი გაქცევისა და სხვა ექსცესების შესაძლებლობას გამორიცხავენ“—იძულებითი მკურნალობისათვის სპეციალური საავადმყოფოები ისე უნდა იქნეს ორგანიზებული, რომ ისინი საერთო სამოქალაქო საავადმყოფოებისაგან მხოლოდ გაძლიერებული მეთვალყურეობით განსხვავდებოდნენ. ამასთან საჭიროა ყოველთვის გვახსოვდეს, რომ ამ საავადმყოფოების ძირითადი მიზანია—„განკურნოს ავადმყოფი და მისი საშიში მოქმედებისაგან დაიცვას საზოგადოება.“

ინსტრუქციაში იძულებითი მკურნალობის დანიშვნისა და გაგზავნის წესის შესახებ მკაფიო მითითება არის მოცემული. ინსტრუქციის მე-5 მუხლი ამბობს: „ფსიქიკური ავადმყოფების, რომელთაც ჩადენილი აქვთ დანაშაული, იძულებითი მკურნალობა სასამართლო ორგანოების მიერ ინიშნება. იძულებითი მკურნალობის შესახებ დადგენილება სასამართლოს გამოაქვს სხდომაზე ექსპერტების დასკვნის განხილვისა და აგრეთვე იმის დადგენის შემდეგ, ჩადენილია თუ არა საზოგადოებისათვის საშიში ქმედება—შეურაცხადად ცნობილი პირის მიერ და მისი საზოგადოებისათვის საშიშროების ხარისხის დაზუსტების შემდეგ“.

ინსტრუქციის მე-6 მუხლი მიგვითითებს, რომ იძულებითი მკურნალობის ხანგრძლიობა სასამართლო ორგანოების მიერ არ განისაზღვრება. იძულებითი მკურნალობის ვადის დანიშვნა, ჩვენი სოციალისტური სისხლის სამართლის ძირითად მიზანდასახულობათა საწინააღმდეგო იქნებოდა, რომლის მიხედვით ფსიქიკურ ავადმყოფის მიმართ მის განკურნებამდე მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის ზომები შეიძლება იქნეს მიყენებული და არ შეიძლება მისი სასჯელის მოხდისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება.

ინსტრუქცია კატეგორიულად კრძალავს „საავადმყოფოდან შევბუღებას და აგრეთვე საავადმყოფოს ფარგლებს გარეშე იძულებით მკურნალობაზე იზოლაციის პირობებში მყოფ ავადმყოფების გასვლას“ (ინსტრუქციის მე-17 მუხლი). ეს წესი იმისათვის არის საკირო, რომ პრაქტიკაში ადგილი ჰქონდა შემთხვევებს, როცა იძულებითი მკურნალობისათვის გამოგზავნილი ავადმყოფები, მიიღებდნენ-რა შევბუღებას, საავადმყოფოში არ ბრუნდებოდნენ და ახალ დანაშაულს სჩადიოდნენ.

რაც შეეხება იმ ავადმყოფებს, რომელნიც იზოლაციის პირობების გარეშე იძულებით მკურნალობაზე იმყოფებიან, მათი შევბუღებაში გაშვებისა და საავადმყოფოს ფარგლებს გარეშე გასვლის შესახებ საკითხი შეიძლება იყოს გადაჭრილი. განსაკუთრებულ შემთხვევებში მეთვალყურეობის უზრუნველყოფით საავადმყოფოს ადმინისტრაციის მიერ (ინსტრუქციის მე-17 მუხლი).

იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებული ავადმყოფის გაქცევის შემთხვევაში, საავადმყოფოს მთავარი ექიმი ან მისი შემცვ-

ლელი პირი, დაუყოვნებლივ აცნობებს საგამომძიებლო ორგანოებს და იმ რაიონის პროკურორს, რომელშიც საავადმყოფოა. გაქცევის ყოველი შემთხვევა მათ მიერ უნდა იქნეს გამოძიებული.

იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებული სულით ავადმყოფის ერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოდან მეორეში ადმინისტრაციის მიერ გადაყვანა ჯანმრთელობის ზემდგომი ორგანოების ნებართვით ხდება, ამასთან ერთდროულად უნდა ეცნობოს იმ რაიონის პროკურორს, სადაც იმყოფება ის საავადმყოფო, საიდანაც გადმოჰყავთ ავადმყოფი. საავადმყოფო, სადაც გადაყვანილი იქნა ავადმყოფი, ამის შესახებ აცნობებს სათანადო პროკურორს.

„იმ შემთხვევებში, როდესაც იძულებითი მკურნალობის განხორციელების პროცესში იქნება დადგენილი, რომ იძულებითი მკურნალობისათვის გამოგზავნილი პირი ფსიქიკური სნეულებით არ არის დაავადებული, ან მოცემული პირის დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადობის შესახებ წარმოიშვება ეჭვი, საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ნიშნავს საექიმო კომისიას და კომისიის დასკვნას უგზავნის პროკურორს“ (ინსტრუქციის მე-19 მუხლი). საავადმყოფოების პრაქტიკაში არის ისეთი შემთხვევები, როცა საავადმყოფოს ექიმების აზრით, იძულებითი მკურნალობისათვის გამოგზავნილი პირი დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადი იყო,—მაშინ საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ნიშნავს კომისიას და ადგენს სათანადო აქტს, რომელიც იგზავნება პროკურორთან, ხოლო პროკურორი განმეორებითი ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ იძლევა განკარგულებას. იმ შემთხვევაში, თუ საავადმყოფოს აზრი დამტკიცდება და მოცემული იქნება დასკვნა, რომ ავადმყოფი დანაშაულის ჩადენის მომენტში შეურაცხადი იყო, პროკურორი საქმეს გასაახლებლად სასამართლოს გადასცემს.

ინსტრუქციის თანახმად, იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებულმა ყველა ავადმყოფმა ყოველი 6 თვის შემდეგ ხელახლა შემოწმებისათვის უნდა გაიაროს კომისია, მათი მდგომარეობისა და იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის ან იძულებითი მკურნალობის ფორმის გამოცვლის (სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებულებიდან საერთოში გადაყვანა) საკითხის გადაწყვეტისათვის ან მათი მშობლებისათვის მეურვეობისა და ერთდროული საექიმო მეთვალყურეობის

ქვეშ გადაცემის შესახებ. იძულებითი მკურნალობაზე მყოფ პირთა ყოველ 6-ეში შემოწმება, შეურაცხადად ცნობილ ავადმყოფის განსაზღვრული უფლებრივი გარანტიების შექმნას ისახავს მიზნად იმისათვის, რომ იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ, თუ მისი საჭიროება აღარ არის, ან მისი ფორმის გამოცვლის შესახებ დროულად იქნეს საკითხი დასმული.

ინსტრუქციის 21-ე მუხლი მიგვითითებს, რომ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ადმინისტრაციის წარდგენით, იმ სასამართლოს მიერ, რომელმაც იძულებითი მკურნალობა დანიშნა, ან ფსიქიატრიული დაწესებულების მდებარეობის ადგილის მიხედვით სხვა ტოლმნიშვნელოვანი სასამართლოს მიერ იძულებითი მკურნალობა შეიძლება იყოს შეწყვეტილი ან მისი ფორმა იქნეს შეცვლილი. სასამართლომ ამის შესახებ საკითხი ფსიქიატრიულ დაწესებულები-საგან წარდგენის მიღებიდან 10 დღის განმავლობაში უნდა განიხილოს (22 მუხლი).

იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტისა ან მისი ფორმის შეცვლის შესახებ საკითხის აღძვრისათვის საფუძველს წარმოადგენს ავადმყოფის განკურნება ან მის ფსიქიკურ მდგომარეობაში ცვლილება, რომელიც მის საზოგადოებისათვის საშიშროებას გააქარწყლებს, ან ამ საშიშროების ხარისხს შეცვლის (ინსტრუქციის 23 მუხლი). იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტისა ან მისი ფორმის შეცვლის შესახებ სასამართლოს წინაშე საკითხის დაყენებისათვის, აუცილებელია საავადმყოფოს საექსპერტო კომისიის დასკვნა, რომელიც 1940 წლის 17 თებერვლის „სსრ. კავშირში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“ ინსტრუქციის თანახმად ყალიბდება (მუხლი 24). იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლებლობის შესახებ საჭიროების შემთხვევაში და მოცემული პირის მიმართ შემდეგში საჭირო ღონისძიებათა მითითება აქტის სახით ფორმდება, რომელსაც კომისიის ყველა წევრი ხელს აწერს (ინსტრუქციის 25 მუხლი).

ამგვარად, გათვალისწინებულია იმ მოქალაქეთა ყველა პირადი უფლების გარანტია, რომელთაც შეურაცხადობის მდგომარეობაში სოციალურად საშიში ქმედება აქვთ ჩადენილი.

იძულებითი მკურნალობის ჩატარების შესახებ, სასამართლო ორგანოების დადგენილებათა შესრულების მეთვალყურეობა პრო-

კურატურის ორგანოების მიერ ხორციელდება, ხოლო იძულებითი მკურნალობის დროული და სწორი ჩატარების მეთვალყურეობა ჯანმრთელობის ორგანოებს ევალებათ (ინსტრუქციის 28 მუხლი).

ამ ინსტრუქციაში განსაკუთრებულად მკაფიოდ არის გათვალისწინებული ყველა საკითხი, რომელიც იძულებითი მკურნალობის დანიშვნას, ჩატარებასა და შეწყვეტას ეხება; მითითებულია, თუ რანაირი უნდა იყოს იძულებითი მკურნალობის საორგანიზაციო ფორმები, გათვალისწინებულია, რომ იძულებითი მკურნალობისათვის საავადმყოფოში მოთავსებულმა ყველა ავადმყოფმა, ყოველ ექვს თვეში უნდა გაიაროს ხელახალი შემოწმება იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტისა ან მისი ფორმის შეცვლის საჭიროების გამოსარკვევად, და შეტანილია მეთვალყურეობა იძულებითი მკურნალობის განხორციელებაზე.

— ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის ორგანოებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ იმ ავადმყოფების შრომითი მოწყობას და პატრონაჟს, რომლებიც იძულებითი მკურნალობის დამთავრების შემდეგ საავადმყოფოებიდან გამოეწერებიან. ეს განსაკუთრებით ეხება სულით ავადმყოფ-ქრონიკების შრომითი მოწყობას, რომლებიც, ზოგჯერ სათანადო მეთვალყურეობის უარსებობის გამო განმეორებით სჩადიან დანაშაულს (ოლიგოფრენები, დეფექტური შიზოფრენიკები და სხვ.). იმ უპატრონო ავადმყოფთა გაწერა საავადმყოფოდან. რომლებიც მეთვალყურეობას საჭიროებენ, მეურვეობის დანიშვნასთან უნდა იყოს დაკავშირებული.

ნათესავები სათვის მეურვეობისა და ერთდროულად საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ გადაცემა

თუ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების დროს იქნება დადგენილი, რომ ბრალდებული ფსიქიკური სნეულებით არის დაავადებული, მაგრამ გარშემო მყოფთათვის და თავისათვის საშიშროებას არ წარმოადგენს, ან კიდევ, რომ ბრალდებულს დანაშაული ფსიქიკის დროებითი აშლილობის მდგომარეობაში აქვს ჩადენილი, და იგი სოციალურ საშიშროებას არ წარმოადგენს, მაშინ ნათესავების მეურვეობასა და საექიმო მეთვალ-

ყურეობაში მისი გადაცემის შესახებ, შეიძლება იქნეს გამოტანილი დასკვნა. 1948 წლის 25 მარტის ინსტრუქციის 32 მუხლში არის ნათქვამი: „ცნობს რა ზედმეტად იძულებითი მკურნალობის გამო. ყენებას იმ სულით ავადმყოფთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს და შეურაცხადებად არიან ცნობილი, სასამართლო სპობს საქმეს და ნათესავეების მეურვეობაში და ერთდროულად საექიმო მეთვალყურეობაში ავადმყოფის გადაცემის შესახებ გამოაქვს დადგენილება“. მეთვალყურეობის ხასიათს, მის ხანგრძლიობას და ა. შ. ჯანმრთელობის ორგანოები განსაზღვრავენ. სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის მონაცემებით, ინსტიტუტის ამბულატორიულ საექსპერტო კომისიაში—გატარებულ და შეურაცხადად ცნობილთა რიცხვიდან, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მოთავსებას არ საჭიროებდნენ, მაგრამ საჭიროებდნენ რაიონის ფსიქიატრის მხრივ მეთვალყურეობას საშუალოდ—42%, სტაციონარულ ექსპერტიზაში გატარებულ და შეურაცხადად ცნობილთა რიცხვიდან რაიონის ფსიქიატრის მხრივ მეთვალყურეობას საჭიროებდნენ—21%. უკვე ეს მონაცემები გვიჩვენებს, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფების ამ ჯგუფისათვის რაიონის ფსიქიატრების მხრივ გულდასმითი მეთვალყურეობას და სათანადო შრომითი მოწყობასა და მეურვეობას.

ამის გარდა, სასამართლოს მიერ საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ შეიძლება შეურაცხადად ცნობილ გამოსაკვლევ პირთა ის ჯგუფიც იქნეს გადაცემული, რომლებიც თავისი ფსიქიკური მდგომარეობისა და ჩადენილი დანაშაულის ხასიათის მიხედვით იძულებით მკურნალობას არ საჭიროებენ, მაგრამ რომლებიც ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონარული მკურნალობისათვის მაინც უნდა იქნენ გადაგზავნილი. უმეტეს წილად ეს ის ავადმყოფები არიან, რომლებიც წარსულში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში საერთო წესით სამკურნალოდ იგზავნებოდნენ. ავადმყოფთა ამ ჯგუფის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაგზავნა მთლიანად რაიონის ფსიქიატრების მოვალეობაში შედის, ხოლო იქ, სადაც ასეთები არ არის—ქალაქისა და ოლქის. ჯანმრთელობის განყოფილებათა საშუალებით უნდა იქნეს განხორციელებული. ამ ავადმყოფებზე საექიმო მეთვალყურეობა შეიძლება იქნეს მოხსნილი ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ.

საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ გადაგზავნილ უნდა იქნეს ის ავადმყოფიც, რომელიც იძულებით მკურნალობაზე იმყოფებოდა, და რომლის მიმართ იძულებითი მკურნალობა სასამართლოს მიერ იყო შეწყვეტილი, და ავადმყოფი ნათესავების მეურვეობასა და საექიმო მეთვალყურეობაში იქნა გადაცემული.

ეს ყველაფერი საავადმყოფოსგარე ფსიქიატრიულ ორგანიზაციას სერიოზულ ამოცანას აკისრებს. ავადმყოფების ამ ჯგუფზე ისეთი მეთვალყურეობაა საჭირო, რომ მათ მხრივ განმეორებითი დანაშაულის ჩადენის შესაძლებლობა თავიდან იქნეს აცილებული. ამ ამოცანის შესრულებას ხელს უნდა უწყობდეს რაიონის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებთან კავშირი, რომლებშიც შეურაცხადად ცნობილი გამოსაკვლევი პირნი არიან მოთავსებული.

სამედიცინო ღონისძიებანი იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს შეურაცხადობის მდგომარეობაში და შემდეგ დროებითი ფსიქიკური აშლილობით გახდნენ ავად

რუსეთის სფს რესპუბლიკის სისხლის სამართლის კოდექსის 11 მუხლი¹ (და სხვა მოკავშირე რესპუბლიკების სისხლის სამართლის კოდექსის შესაბამისი მუხლები) ითვალისწინებს სამედიცინო ხასიათის ზომების მიყენებას როგორც იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული შეურაცხადობის მდგომარეობაში ჩაიდინეს, ისე იმ პირთა მიმართაც, რომელნიც დანაშაულის ჩადენის დროს შეურაცხადი იყვნენ, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე ფსიქიკური სნეულებით გახდნენ ავად.

მაგრამ, ამ ორი კატეგორიის პირთა უფლებრივ მდგომარეობაში არსებითი განსხვავება არსებობს. იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს შეურაცხადობის მდგომარეობაში. თუნდაც ფსიქიკის დროებითი აშლილობის შემთხვევაში, სასჯელის საკითხი იხსნება სრულებით, ხოლო იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფსიქიკური სნეულებით დანაშაულის ჩადენის შემდეგ გახდნენ ავად, სისხლის სამართლის საქმე მათი განკურნების შემდეგ ხელახლა აღიძვრება.

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსი, 10 მუხლი.

1948 წლის 25 მარტის ისტრუქცია ითვალისწინებს, რომ ის პირნი, რომლებიც საქმის წარმოების პროცესში დროებითი ფსიქიკური მოშლილობით დაავადდნენ და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მკურნალობისათვის არიან დროებით გაგზავნილები, მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ ისე, როგორც გამოსაკვლევი პირნი; ისინი შემოწმებული უნდა იქნენ საექსპერტო კომისიის მიერ, რომელმაც მათი ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ დასკვნა უნდა გამოიტანოს. განკურნების შემდეგ ის პირნი, რომლებიც დაავადებამდე დაპატიმრებული იყვნენ, საპატიმროში უნდა იქნენ დაბრუნებული.

ის პირნი, რომელნიც დროებითი ფსიქიკური მოშლილობით გახდნენ ავად, თავისუფლების აღკვეთის შესახებ საბრალდებო განაჩენის გამოტანის შემდეგ, საექიმო დასკვნის შედეგად, საპატიმრო ადგილების ადმინისტრაციის მიერ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სამკურნალოდ იგზავნებიან და იქ იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებულ პირთა პირობებში იმყოფებიან.

იმ შემთხვევებში, როდესაც განაჩენის ვადა იძულებითი მკურნალობის დროს თავდება, ამ პირთა შემდგომი მკურნალობის რეჟიმისა და მდგომარეობის საკითხს სამკურნალო დაწესებულება წყვეტს.

იმ შემთხვევაში, თუ დანაშაულის ჩადენის შემდეგ ფსიქიკური სნეულებით ავად გამხდარ პირთა მიმართ, მათ განკურნებასთან დაკავშირებით, სასამართლო გამოიტანს დადგენილებას იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ, მაშინ სასამართლომ ერთდროულად უნდა დაადგინოს:

სასამართლო-წარმოების განახლების შესახებ — თუ მოცემული პირი სასამართლოში საქმის გადაცემის შემდეგ, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე ან კანონიერ ძალაში მის შესვლამდე გახდა ავად;

პროკურორთან საქმის გადაგზავნის შესახებ — თუ საქმე სასამართლოში გადაცემამდე შეჩერებული იყო;

განაჩენის შესრულების განახლების შესახებ — თუ მოცემული პირი განაჩენის სისრულეში მოყვანის დროს ან კანონიერ ძალაში მისი შესვლის შემდეგ გახდა ავად, ამასთან იძულებითი მკურნალობის დრო მას სასჯელის ვადაში ჩათვლება (ინსტრუქციის 26 მუხლი).

ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზები

ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზები სხვადასხვაგვარ გარეშე გავლენებამდე დაიყვანება; ეს ფაქტორები ან უპირალოდ წინასწარ უსწრებს დაავადებას, ან მას საკმაოდ დაშორებულია.

დასაწყისში განვიხილოთ ფსიქიკური დაავადებანი, რომელთაც სხვადასხვა გარეშე ფაქტორთან თვალსაჩინო კავშირი აქვთ. მაგალითად: თავის ტვინის მძიმე ტრავმა ფსიქიკურ დაავადებასთან უშუალო კავშირშია, თუ ეს დაავადება ტრავმის შემდეგ მოკლე ხნის განმავლობაში იწყება; ასეთ კავშირს ადგილი აქვს არა მხოლოდ თავის ტვინის ფიზიკურ ტრავმებთან (დაზიანება, შერყევა, კრილობა), არამედ ფსიქიკურ დაავადებათა სხვა გავრცელებულ მიზეზებთანაც: ფსიქიკურ ტრავმებთან (მახლობელთა სიკვდილი, სიცოცხლისათვის საშიში სიტუაცია, ჩადენილი დანაშაულისათვის პასუხისგების შიში), ორგანიზმის მოწამვლასთან შხამებით (ალკოჰოლით, მორფიუმით, ნიკოტინით, საწარმოო შხამების მოქმედებით), ინფექციურ (გადამდებ) დაავადებებთან, თუ ისინი ტვინის ფუნქციის მოშლას იწვევენ (სიფილისი, მალარია და ა. შ.).

შემთხვევების სხვა ჯგუფში ფსიქიკური დაავადებანი და გარეშე მათზე ფაქტორები დროის მიხედვით ასეთ უშუალო კავშირში არ არიან. იმავე, აქ ჩამოთვლილ დაავადებათა მიზეზების გამო, რომელთაც ორგანიზმის მიმართ გარეშე ხასიათი აქვთ, ფსიქიკის აშკარა აშლილობა ხანგრძლივი დროის მონაკვეთის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს. ამ პერიოდის განმავლობაში ორგანიზმში დამკვირვებლისა და თვით ავადმყოფისათვის ფარული პროცესი ხდება, რაც დასასრულ ფსიქი-

კური დაავადებით თავდება. ასეთი პროცესის მაგალითს პროგრესული პარალიზი წარმოადგენს, რომელიც ტვინისა და მთელი ორგანიზმის ღრმა დარღვევას იწვევს. პროგრესული პარალიზი ვითარდება იმ პირთა შორის (მათი პროცენტი საკმაოდ მცირეა), რომელთაც სიფილისი აქვთ გადატანილი, დაავადებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ.

მთელ რიგ შემთხვევებში უკვე არსებული, მაგრამ ჯერ კიდევ ფარულ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფური მოვლენები აშკარა ხდებიან და ძლიერდებიან ისეთი ახალი პირობების ზეგავლენით, რომლებიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემას და ორგანიზმს ასუსტებენ. ამგვარად, რამდენიმე ერთმანეთზე დამთხვეული ფაქტორი ერთმანეთს აძლიერებს და დაავადების გამრავლინებას უწყობს ხელს. ხშირად, ასეთი ურთიერთ გამაძლიერებელი გავლენა აღინიშნება ფსიქიკის ტრავმულ-ასაკობრივი ცვლილებებით, ალკოჰოლიზმით, ემოციური დამაბულობით და სხვა ამგვარი ფაქტორებით გართულების დროს.

ადრეულ ბავშვობაში გადატანილ ტვინის დაავადებათა შემდეგ შეიძლება დარჩეს არამყაფიო დეფექტი, ნაკლი, რომელიც თავისთავად ფსიქიკურ დაავადებას არ იწვევს. ამისდა მიუხედავად, იგი ზოგიერთ გარეშე გავლენაზე ავადმყოფურ რეაქციისათვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის. ყოველი ამ ფაქტორთაგანი (ნაადრევი დეფექტი და შემდეგ „მავნე გავლენა“) შესაძლებელია, ცალკე ფსიქიკურ დაავადებას ვერ გამოიწვევდეს, მაგრამ ორივე ერთად, ამისათვის საკმარის ნიადაგს ქმნიან. მაგალითად, ბავშვობაში ტვინის ინფექციური დაავადების გადატანამ შეიძლება გარკვეული ფსიქიკური უკმარობა დასტოვოს, რომელიც შემდეგ თავის ტვინის ტრავმით ან ალკოჰოლიზმით ძლიერდება.

ამრიგად, მთელი ორგანიზმისა და თავის ტვინის დაავადებებს შეუძლიათ გარეშე ფაქტორებზე ავადმყოფური რეაქციისადმი წინასწარ განწყობა შექმნან. მაგალითად, კრუნჩხვითი რეაქციისადმი წინასწარ განწყობა თავის ტვინის ნაადრევი დაავადებებით არის გამოწვეული. ამ პირობის არსებობის შემთხვევაში თავის ტვინის შემდეგმა დაზიანებამ კრუნჩხვითი რეაქციები შედარებით ადვილად შეიძლება გამოიწვიოს.

დამასუსტებელ, წინასწარგანწყობ თაქტორთა შორის განსაკუთრებული ადგილი თანდაყოლილ ანომალიებს — ჩანასახისა და ნაყოფის დაზიანებას უკავიათ. მშობლების სიფილისს, ალკოპოლიზმს და სხვა დაავადებებს შეუძლიათ მნიშვნელოვნად დააზიანონ ჩანასახი და ნაყოფის განვითარებისათვის არახელსაყრელი პირობები შექმნან. ამის შედეგად ბავშვი გონებრივად ჩამორჩენილი ან უკიდურესად უწონასწორო შეიძლება იქნეს. სხვა შემთხვევებში იგი ნორმისაგან მკვეთრ გადახრებს არ ამჟღავნებს, მაგრამ ფსიქიკურ დაავადებებისადმი წინასწარგანწყობილი შეიძლება იყოს.

ადამიანთა ინდივიდურ ცხოვრების განმავლობაში შეძენილი წინასწარგანწყობის გარდა, ფსიქიკურ დაავადებათა წარმოშობაში კანსაზღვრული როლი მემკვიდრეობით წინასწარგანწყობას აქვს. მისი არსი დიდი ხნის განმავლობაში ამოუხსნელი რჩებოდა. 1948 წელს შემდგარ საკავშირო სასოფლო-სამეურნეო მეცნიერებათა აკადემიის სესიის უდიდეს დამსახურებას წარმოადგენს ის, რომ მან დარვინის, ტიმირიაზევის, მიჩურინის, ლიენკოს დაკვირვებებს, განვითარებისა და მემკვიდრეობის ბიოლოგიური კანონები შესახებ ახალი თეორიული განზოგადება ხისცა. ამ სესიამ გამოამჟღავნა რა ვაისმანისა და მორგანის ფსევდო-მეცნიერული თეორიების რეაქციულ-იდეალისტური არსი, ბუნების მეცნობისა და გარდაქმნის ახალი გზებიც ახსნა.

ვაისმანისა და მორგანის მეტაფიზიკური თეორიებიდან გამოპდინარე, ფსიქიკურ დაავადებათა მემკვიდრეობის შესახებ იდეალისტური მოძღვრება იხილავდა ზოგიერთ ფსიქიკურ დაავადებას, როგორც მემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობის პირობაპირ შედეგს. ამ შეხედულების მიმდევართ, თუმცა პიროვნების ჩამოყალიბებაში და ავადმყოფობათა წარმოშობაში გარეშე პირობების ზოგიერთი გავლენა დასაშვებად მიაჩნდათ, მაგრამ მას მეორეხარისხოვან თაქტორად თვლიდნენ, რომელიც არავითარ ცვლილებას თვით წინასწარგანწყობაში არ იწვევდა. ასეთი გაგების თანახმად, ცოცხალი ორგანიზმის მემკვიდრეობით სტრუქტურაში გარეშე პირობებს არავითარი ცვლილებების შეტანა არ შეუძლიათ, მათ შეუძლიათ მხოლოდ დააჩქარონ, ან შეანელონ მემკვიდრეობითი მონაცემების გამოვლინება.

საბჭოთა ფსიქიატრია (აგრეთვე სასამართლო-ფსიქიატრია), ფსიქიკურ დაავადებათა წარმოშობაში გარეშე ფაქტორების გავლენას უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებს. ფორმალური გენეტიკის პოზიციებზე მდგომ ფსიქიატრებს არც უცდიათ მემკვიდრეობის მიზეზების გამოკვლევა. ისინი ხედავდნენ მასში, ვაისმანის მისტიკური თეორიის თანახმად, რალაც გარეშე ფაქტორების ზეგავლენაზე დამოუკიდებელს, უცვლელს, მარადიულს, რომელიც თავის შინაგან კანონზომიერებას ემორჩილება. ასეთ პოზიციებზე მდგომ მკვლევარს მხოლოდ მემკვიდრეობითი დატვირთვის ნავარაუდები გენების შეერთებისა და განშორების კანონების შესწავლა დარჩენოდათ. ვაისმანის ამ მცდარმა პრინციპებმა ხელი შეუშალა ფსიქიკურ დაავადებათა ქეშმარიტი მიზეზების ძიებას. ისინი „სრულფასოვანი“ და „არასრულფასოვანი“ რასების შესახებ ბარბაროსული ფაშისტური იდეების საფუძვლად იქნენ გამოყენებული.

მემკვიდრეობის შესახებ მოწინავე მიჩურინული მოძღვრება ამ დაავადებათა შესწავლის პერსპექტივებს ძირიან-ფესვიანად ცვლის. ამ მოძღვრებამ დაამტკიცა, რომ ორგანიზმის სასიცოცხლო, მნიშვნელოვანი ფუნქციების ცვლილებანი გამოწვეული გარეშე პირობებით, შეიძლება დამკვიდრდნენ და მემკვიდრეობით იქნენ გადაცემული.

მემკვიდრეობის შესახებ მატერიალისტური მოძღვრების თანახმად, სნეულებისადმი წინასწარგანწყობა შეიძლება წარმოიშვეს მხოლოდ ორგანიზმის ცვლილებების შედეგად, რომელნიც ორგანიზმზე არახელსაყრელი ფაქტორების ზეგავლენით წარმოიშვნენ და დამკვიდრდნენ. მისი წარმოშობა და მოსპობა გარემოში ორგანიზმის ცხოვრების პირობებზეა დამოკიდებული.

მედიცინის ისტორია (განსაკუთრებით ეს ნევროპათოლოგიასა და ფსიქიატრიას ეხება) გვიჩვენებს, რომ დროის განმავლობაში მემკვიდრეობით ჯგუფისადმი მიკუთვნებულ დაავადებათა რიცხვი მცირდება. ფსიქიკურ სნეულებათა და ფსიქიკურ ანომალიათა შორის შეიძლება დავასახელოთ ეპილეფსია, ოლიგოფრენია, ზოგიერთი პერიოდული ფსიქოზი, არტერიოსკლეროზი, ფსიქოპათიები, რომელთა წარმოშობაც, როგორც ეს უკანასკნელ დროს ირკვევა, მნიშვნელოვნად გარკვეულ გარეშე ფაქტორებზე არის დამოკიდე-

ბული. ამასთან ერთად უდავოა, რომ ორგანიზმის ბიოლოგიური თვისებანი, ზოგი გარეშე ფაქტორების მავნე ზემოქმედებისადმი სუსტი წინააღმდეგობის სახით, ბევრ შემთხვევაში იქმნება და მკვიდრდება მთელ რიგ თაობათა განმავლობაში.

ამგვარად, ფსიქიკური დაავადებანი ხშირად უშუალოდ წარმოიშვებიან ორგანიზმზე, თავის ტვინზე ამა თუ იმ გარეშე მავნე გავლენის შემდეგ. ეს კავშირი დროს მიხედვით შეიძლება რამდენიმედ გაგრძელებული იყოს. ასეთ შემთხვევაში გარეშე ფაქტორების მავნე ზეგავლენის შემდეგ ავადმყოფობის ფარული პერიოდი აღინიშნება. შემდეგ, ფსიქიკურ დაავადებათა წარმოშობაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჩანასახისა და ნაყოფის დაზიანება, რომელიც თანდაყოლილ ანომალიებს და შემდგომი გარეშე მავნე ფაქტორებისადმი თანდაყოლილ ნაკლებ გამძლეობას იწვევს. ფსიქიკურ დაავადებებისადმი წინასწარგანწყობა შეიძლება აგრეთვე მემკვიდრეობითი იყოს, ე. ი. წინასწარგანწყობა ავადმყოფის წინაპრებს წარმოეშვათ გარეშე ფაქტორების ზეგავლენით, რამაც ორგანიზმისა და ნერვული სისტემის ცხოველქმედების ძირფესვიანად შეცვლა გამოიწვია.

ფსიქიკურ დაავადებებისადმი წინასწარგანწყობა, სხვადასხვაგვარ გარეშე ფაქტორების მიმართ მემკვიდრეობით შეძენილი ან თანდაყოლილი ნაკლები გამძლეობა და აგრეთვე დაავადების უშუალო გამომწვევი მიზეზები, ჩვეულებრივად არსებობენ ერთად, ამასთან, ავადმყოფობათა წარმოშობაში ამა თუ იმ მონაწილე ფაქტორს სხვადასხვა კუთრი წონა აქვს.

ზოგადი ცნობები ნერვული სისტემის აგებულებისა და ფუნქციების შესახებ

ადამიანის ნერვული სისტემის აგებულების და მუშაობის შესახებ ნათელი წარმოდგენა მხოლოდ ორგანიზმის ისტორიული განვითარების შესწავლის საფუძველზე არის შესაძლებელი. „ამ წინაისტორიის გარეშე—სწერს ენგელსი „ბუნების დიალექტიკაში—მოაზროვნე ადამიანის ტვინის არსებობა სასწაულად რჩება“.

ცხოველთა სამყაროს თანდათანობითი გართულება უმარტივესი ერთუჯრედიანი ამებისაგან უმაღლეს ხერხემლიანებამდე, ორგანოების სულ მეტი და მეტი სრულქმნილების და გარეშე გარემოს ძლიერ სხვადასხვაგვარ პირობებთან შეგუების მიმართულებით მიდის.

ცოცხალი ორგანიზმის სხვადასხვაგვარი ქსოვილების ფუნქციების გაყოფის პროცესში ნერვული სისტემა გამომუშავდა როგორც ორგანო, რომელიც ორგანიზმსა და გარეშე გარემოს შორის ურთიერთქმედების დამყარებისა და რეგულირებისათვის არის შეწყობილი.

ნერვული სისტემის ეს ძირითადი ფუნქცია ნერვული ქსოვილის განსაკუთრებული თვისებების—აგზნებადობისა და აგზნების გავრცელების უნარის შემწეობით ხორციელდება.

ნერვულ სისტემაში აგზნების გავრცელების პროცესს იმპულსის ტერმინით აღნიშნავენ.

ნერვული მოქმედების უმარტივეს და იმავე დროს ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს გარეშე გალიზიანების აღქმა და მისი გადატანა შესაბამის ორგანოზე (მაგალითად, კუნთზე, ჯირკვალზე და სხ.), რომელიც მიღებულ გალიზიანებაზე რეაქციას იძლევა.

გარეშე გალიზიანებაზე ასეთი საპასუხო მოტორული რეაქცია

ხორციელდება ავტომატურად და რეფლექსის სახელს ატარებს (მაგალითად, ხელის უნებლიე გაწევა ნეშით უეცარი ჩხელეტის შემთხვევაში, ნერწყვის ავტომატური გამოყოფა პირში საკმლის მოხვედრის დროს და სხვ.).

მთელი ნერვული მოქმედება არსებითად მთელ რიგ ასეთ რეფლექსურ მოძრაობებისაგან—რეფლექსებისაგან შედგება.

რეფლექსური აქტების მეტი წილი თანდაყოლილია და მათ არაპირობით რეფლექსებს უწოდებენ. ამათ ეკუთვნის უფრო რთული არაპირობითი რეფლექსებიც, ანუ ინსტინქტები—თვითდაცვის ინსტინქტი, სქესობრივი ინსტინქტი და ა. შ. ორგანიზმის ცხოველქმედების და გარემოსადმი მისი შეგუების პროცესში განმომუშავებული და დამყარებული რეფლექსური კანჭშირები, პირობითი რეფლექსების სახელს ატარებენ.

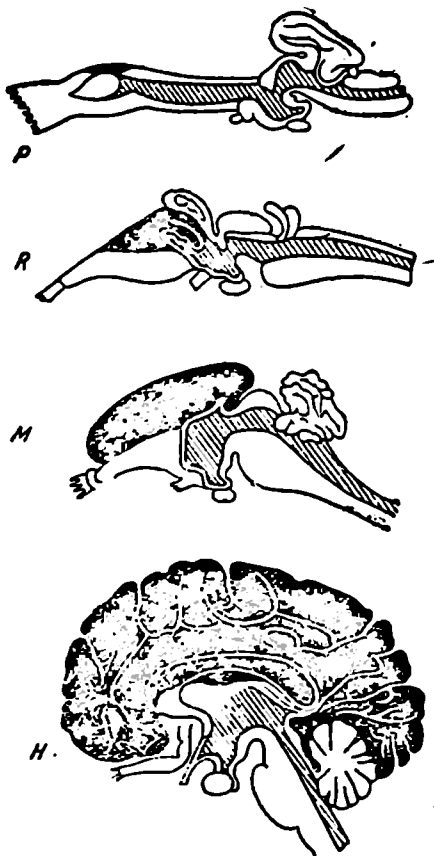
ცხოველთა სამყაროს უმარტივესი წარმომადგენლების (მაგალითად, უმდაბლესი ხერხემლიანი — ლანცეტა) თითქმის მთელი ნერვული მოქმედება ელემენტარული რეფლექსური აქტების რიგამდე დაიყვანება, რის შესაბამისად მათი ნერვული სისტემა ძლიერ პრიმიტიულია და თავისებურ ნერვულ მილს (ე. ი. ნერვული ნივთიერების მასას) წარმოადგენს. ლანცეტას სხეულის წინა ნაწილში ნერვულ მილს თავისი კედლების ერთგვარი შესქელება აქვს (ეგრეთ წოდებული თავის შესქელება), რაც პრიმიტიულ თავის ტვინს წარმოადგენს (თავის ტვინის ეგრეთ წოდებული ლულისებრი ნაწილის ჰომოლოგი, ანუ უმაღლესი ცხოველების ქერქვეშა ნაწილი — იხ. ქვევით).

არავითარ უმაღლეს რეფლექსურ მოქმედებაზე ლაპარაკი აქჯერ არ შეიძლება.

ორგანული ცხოვრების ევოლუციის მიმდინარეობაში უმარტივესი ორგანიზმებიდან ძუძუმწოვარ ცხოველებამდე და დასასრულ ადამიანამდე, ნერვული სისტემის სულ მეტ და მეტ სირთულეს ვხვდებით; ამასთან განსაკუთრებულად დიდი მნიშვნელობა აქვს თავის ტვინის ჩამოყალიბებას (იხ. სურ. 1, გვ. 105.), რომელიც ადამიანის სულიერი მოქმედების საფუძველს წარმოადგენს.

თუ ზემოაღწერილ ლანცეტას სხეულის წინა ნაწილში ნერვული მილის მხოლოდ მცირე შესქელებას ვხედავთ, უმაღლეს

თევზებში თავის ტვინი უკვე საკმაოდ რთული წარმონაქმია, რომელიც ლანცეტას ნერვული მილის თავის შესქელებას მხოლოდ შორეულად მოგვაგონებს. ორგანიზმების შემდეგი გართულების



სურ. 1. თავის ტვინის ევოლუციის სქემა.

P — უმაღლესი თევზები; R — რეპტილიები; M — ძუძუმწოვარი (შინაური კერძ-ლეული); H — ადამიანი. ჩანს ქერქოვანი ფენის თანდათანობითი ზრდა და მისი მზარდი კარბობა ლეროსთან შედარებით (ქერქი აღნიშნულია შავი ფერით).

პროცესში ფრიალ დამახასიათებელი მოვლენა ხდება — ნერვული მილის თავის შესქელებას (ქერქქვეშა ლეროს ნაწილი) ნერვულს

მასის ახალი ნივთიერება, ეგრეთ წოდებული თავის ტვინის ქერქი ეზრდება.

ამიტომ ყველა განვითარებულ ხერხემლიანში ყოველთვის, ზურგის ტვინის და თავის ტვინის ღეროს ნაწილის გარდა, რომლებიც ფილოგენეზურად „ძველ“ ტვინს (palencephalon) წარმოადგენს, კიდევ „ახალ“ ტვინს (neencephalon), ე. ი. თავის ტვინის ნახევარ სფეროებს ვპოულობთ.

საგანგებოდ დამახასიათებელია თავის ტვინის წონის სულ მეტი და მეტი ზრდა, ევოლუციური კიბის ყოველ შემდეგ საფეხურზე, ამასთან, განსაკუთრებით შესანიშნავია თავის ტვინის წონის შეფარდება ზურგის ტვინის; წონასთან, რომელიც უმდაბლესი რეფლექსური ფუნქციების ცენტრს წარმოადგენს.

ერთ-ერთი უდიდესი ძუძუმწოვარი ცხოველი—სპილო რომ ავიღოთ, რომელსაც თავის ტვინის უდიდესი წონაც აქვს და რომელიც საშუალოდ 4.500 გრამს უდრის, ჩვენ ვნახავთ, რომ თავის ტვინის წონის შეფარდება ზურგის ტვინის წონასთან სპილოსთვის გამოიხატება რიცხვებით 18:1.

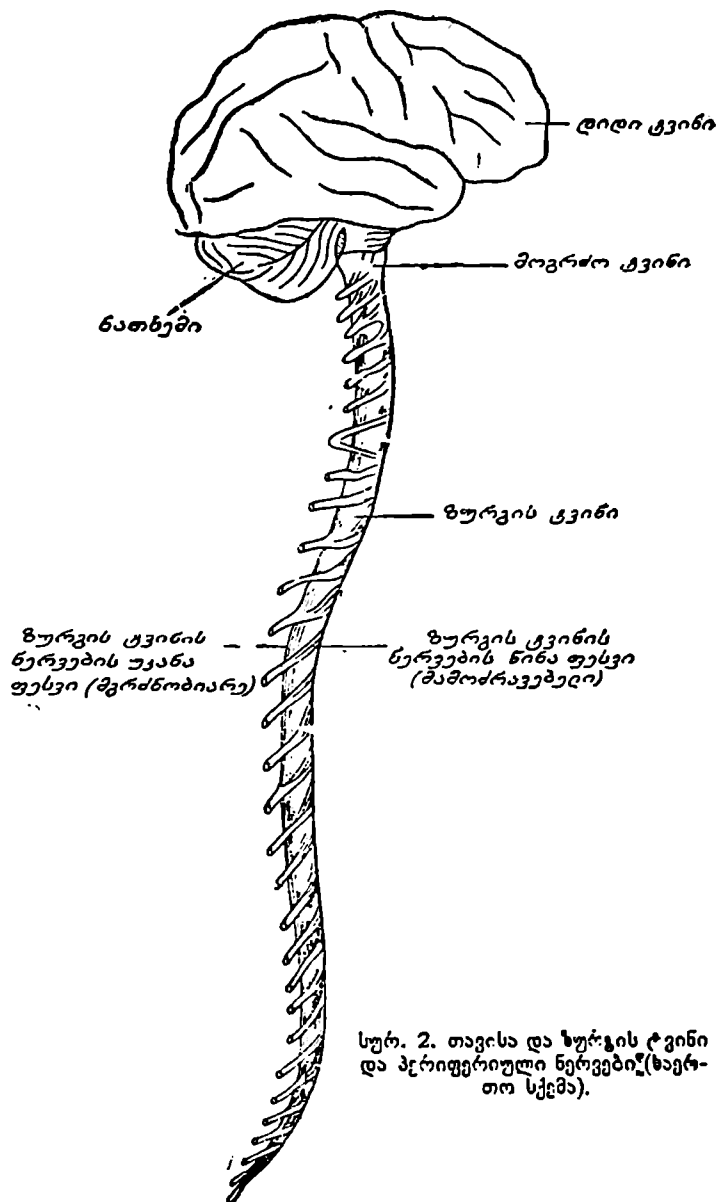
თავის ტვინის საშუალო წონის (1.200 გ.) მქონე ადამიანისთვის კი ეს შეფარდება—49:1 უდრის.

ანატომიურად ადამიანის ნერვული სისტემა პერიფერიულ და ცენტრალურ ნერვულ სისტემად იყოფა (იხ. სურ. 2, გვ. 107.).

პერიფერიულ ნერვულ სისტემას ეკუთვნიან მგრძნობიარე ნერვები, რომლებიც გარეშე გალიზიანებას აღიქვამენ, და მოძრაობითი ნერვები, რომლებიც ამ გალიზიანებაზე რეფლექსური (ავტომატური) ან ნებითი მოტორული რეაქციით პასუხობენ.

პერიფერიულ ნერვულ სისტემას ეკუთვნიან აგრეთვე გრძნობათა ორგანოები, რომლებიც ორგანიზმის გარეშე გარემოსთან კავშირს ახორციელებენ: სხვადასხვა ქსოვილში მგრძნობიარე ნერვების განსაკუთრებული დაბოლოებანი — სმენის, მხედველობის და ყნოსვის ორგანოების ნერვული აპარატები.

შინაგანი ორგანოების, ჯირკვლების ცხოველქმედებას, სისხლის ძარღვების შევიწროებას და გაფართოებას, ქსოვილების კვებას და ორგანიზმის სხვა „მზარდ სასიცოცხლო“ ფუნქციებს ნერვული



სურ. 2. თავისა და ზურგის ტვინი და პერიფერიული ნერვები (ზაერ-თო სქემა).

სისტემის ეგრეთ წოდებული ვეგეტატიური ნაწილი ახორციელებს.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მოქმედება ურთიერთობაშია შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მუშაობასთან, რომლებიც ზრდიან ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს, აწესრიგებენ და განსაზღვრავენ ორგანიზმის ცხოველქმედების ძირითად ტემპს, მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის მოქმედება უპირატესად ნივთიერებათა ცვლის პროცესებთან და მათ ინტენსივობასთან არის დაკავშირებული; პიპოფიზს (ტვინის დანამატი) უმთავრესად ორგანიზმის ზრდის პროცესებისათვის აქვს მნიშვნელობა; სქესობრივი ჯირკვლების მოქმედება პირველ რიგში აპირობადებს სექსუალურ ცხოვრებას; კუჭქვეშა ჯირკვალს ორგანიზმში შაქრის ცვლის პროცესებს აწესრიგებს და ა. შ.

დაავადებანი შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებისა, რომელთა ჰორმონები (ან წვენი) უშუალოდ სისხლში ხვდებიან, ყოველთვის მთელი ორგანიზმის ცხოვრების, განსაკუთრებით ნერვული სისტემის მოქმედების დარღვევას იწვევენ. ფარისებრი ჯირკვალის უკმარობა იწვევს ნერვული სისტემის აგზნებადობის დაქვეითებას, აფერხებს სქესობრივი ორგანოების განვითარებას, აფერხებს ბავშვების გონებრივ განვითარებას (კრეტინიზმი). ფარისებრი ჯირკვლის მოქმედების მომატება იწვევს საერთო აგზნებას, ადვილად აგზნებადობას, ძლიერ გახდომას, გულის ძვრის გახშირებას და ა. შ.

ცენტრალური ნერვული სისტემა შეიცავს ზურგის ტვინს, რომელიც უმდაბლესი რეფლექსური მოქმედების ცენტრს წარმოადგენს, და თავის ტვინს.

თავის ტვინი ორ ნაწილად იყოფა, რომლებიც, როგორც თავისი წარმოშობის, აგრეთვე ფუნქციათა მხრივ, სხვადასხვანაირია.

როგორც უკვე ნათქვამი იყო, „ძველ“ ტვინს (palencephalon) თავის ტვინის ღერო, ანუ ქერქქვეშა მიდამო ეკუთვნის. ცენტრალური ნერვული სისტემის ეს ნაწილი მთელ რიგ უფრო პრიმიტიულ ფუნქციებს (საერთოს ადამიანისათვის და უფრო დაბლა მდგომ ხერხემლიანებისათვის) ასრულებს, რაზედაც უფრო დაწვრილებით ქვევით გვექნება ლაპარაკი.

როგორც უკვე იყო ნათქვამი, „ახალ“ ტვინს (neencephalon) ეკუთვნის თავის ტვინის ქერქის მიდამოები, რომელნიც ადამიანში განსაკუთრებულ განვითარებას აღწევენ. თავის ტვინის ქერქში არჩევენ შუბლის, საფეთქლის, თხემის და კეფის მიდამოებს (იხ. სურ. 3, გვ. 112.). ქერქის ზედაპირი დასერილია ლარებით, რომლებიც ტვინის ეგრეთ წოდებულ ხვეულებს ერთმანეთისაგან ყოფენ.

თავის ტვინის განვითარების ხარისხი, მეტადრე და უპირატესად მისი ევოლუციურად ახალი ნაწილებისა, ე. ი. თავის ტვინის ქერქისა, ორგანიზმის მთელი ცხოველქმედების სულ მეტ და მეტ გართულებას აპირობადებს.

თანამედროვე ადამიანს, რომელსაც ყველაზე მეტად აქვს განვითარებული თავის ტვინის ქერქი, ეს ცხოველქმედება მეტად ურთულდება.

ადამიანმა შეიძინა გარეშე სამყაროს არამც თუ მარტო შეცნობის, არამედ ბუნების, რომლის ნაწილს წარმოადგენს იგი, შეცვლის და გადაკეთების საშუალებაც.

რთული მოქმედება ადამიანისა, როგორც, უწინარეს ყოვლისა, სოციალური არსებისა, რომელიც იმორჩილებს ბუნებას და გადააკეთებს მას თავისი მოთხოვნილების შესაბამისად, იწვევს იმ ორგანოს სულ მეტსა და მეტ დახელოვნებასა და განვითარებას, რომლითაც გაპირობებულია ეს მოქმედება, ე. ი. ტვინისა.

განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია მეტყველების განვითარება. რადგან სულიერი მოქმედების (აზროვნების) და მეტყველების განვითარება ერთიმეორისაგან განუყოფელია.

ყველა ზემოთქმულიდან ნათელი ხდება, რომ, თუმცა ადამიანის თავის ტვინი მისი ფსიქიკური მოქმედების სუბსტრატს (საფუძველს) წარმოადგენს, მაგრამ შესწავლა ამ ფსიქიკური მოქმედებისა, რომელიც, როგორც ჩვენ ეს უკვე აღვნიშნეთ, ძლიერ რთულ მოვლენას წარმოადგენს, სრულებით არ არის ტვინის ანატომიური და ფიზიოლოგიური შესწავლის ტოლმნიშვნელოვანი.

უკვე XIX საუკუნის ნახევარში იყო დადგენილი, რომ ფსიქიკური დაავადება — თავის ტვინის დაავადებაა.

სულით ავადმყოფობის ასეთი განსაზღვრა კიდევ მთელ რიგ შესწორებებს მოითხოვს. ფსიქიკური მოქმედება ცენტრალური ნერვული სისტემის არა მხოლოდ აგებულებასა და ფუნქციებზე, არამედ მთელი ორგანიზმის მდგომარეობაზეც არის დამოკიდებული.

ამის გარდა, ფსიქიკური ცხოვრების ზემონაჩვენები ძლიერი სირთულის გამო, ფსიქიკური მოქმედების ცალკეული მხარეები ძნელად ემორჩილებიან გამიჯვნას და მით უფრო, ლოკალიზაციას თავის ტვინის ამა თუ იმ ნაწილში.

ამისათვის ტვინში ფსიქიკური ფუნქციების ლოკალიზაციის საკითხს დიდი სიფრთხილით უნდა მოვეყიდოთ, რაც ჩვენი ცოდნის თანამედროვე დონეზე ყოველთვის შესაძლებელი არ არის და ხშირად მექანიკურ კონცეფციებამდე მივყავართ.

გულდასმითმა მიკროსკოპულმა შესწავლამ დაგვანახვა, რომ თავის ტვინის ქერქში არის არა ნაკლებ რამდენიმე ათეული უბნისა, რომელთაც უჯრედებისა და ბოქვების აგებულებაში შესამჩნევი განსხვავებანი აქვთ (ეგრეთ წოდებული ციტოარქიტექტონური არეები). ბუნებრივია ვივარაუდოთ, რომ თითოეულ უბანს ფუნქციონალურ მხრივაც თავისი სპეციფიკა აქვს.

მართლაც, ტვინის ცალკეული უბნების დაავადების ან მექანიკური დაზიანების გამო, ამა თუ იმ ფუნქციის გამოვარდნის შესწავლის გზით მთელ რიგ კანონზომიერებათა დადგენა გახდა შესაძლებელი.

ტვინის ღეროვანი ნაწილის (ქერქვეშა არეების) მოქმედება დაკავშირებულია ძირითად ორგანიზმის ეგრეთ წოდებულ მზარდ-სასიცოცხლო (საერთო ცხოველთა სამყაროს ყველა წარმომადგენლისათვის) ფუნქციებთან. ამას ეკუთვნის: სუნთქვა, გულის მოქმედება, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის პროცესები, ძილი, ავტომატური (უნებლიე) მოძრაობები.

როგორც ჩანს, ქერქვეშა მიდამოების მოქმედებასთან დაკავშირებულია აგრეთვე ელემენტარული ემოციების, მიზიდულობების და ინსტინქტების ცხოვრება; ამასვე, შესაძლებელია, ნაწილობრივად აგრეთვე ფსიქიკური მოქმედების ტემპის რეგულირება და თავისებურებანი ეკუთვნიან (ადამიანის ტემპერამენტული თავისებურებანი).

რამდენიმე ხნის წინათ თავის ტვინის ქერქქვეშა მიდამოების მოქმედებაზე საკმარისი ყურადღება არ იყო მიქცეული. ეპიდემიურ ენცეფალიტთან დაკავშირებული ავადმყოფური ცვლილებების შესწავლამ ტვინში (იხ. თავი „ფსიქოზები ტვინის ორგანულ დაავადებათა დროს“) გაადვილა ქერქქვეშა მიდამოების მთელი რიგი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციების გამორკვევა.

„ახალი“ ტვინის, ე. ი. უმთავრესად თავის ტვინის ქერქის, როგორც ევოლუციური მხრივ უფრო გვიანი წარმონაქმნის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებულია საკუთრივ ფსიქიკური მოქმედება — შეგრძნებები და უმაღლესი ემოციები, ნებითი მოძრაობანი — მეტყველება, მეხსიერება და ა. შ. (იხ. ნახ. 3 და 4, გვ. 112.).

მხედველობის ცენტრები თავის ტვინის კეფის არეშია განლაგებული.

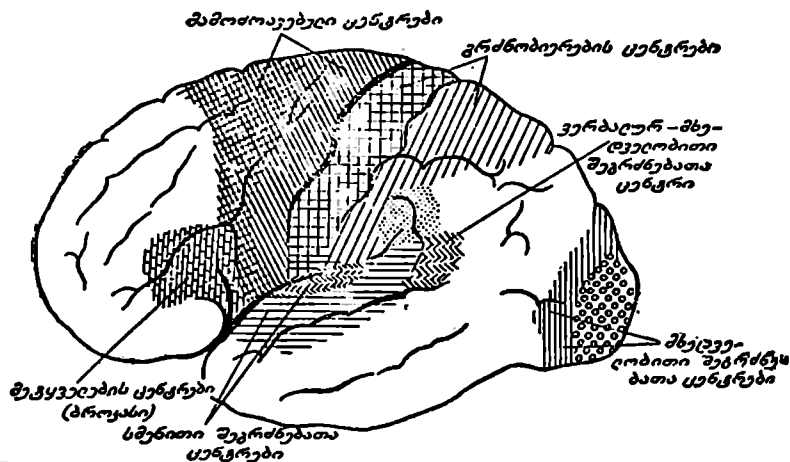
სმენითი აღქმების ლოკალიზება ხდება ტვინის საფეთქლების არეებში.

მეტყველების ცენტრები თხემ-შუბლის და საფეთქლების ხვეულებშია მოთავსებული (ჩვეულებრივად მარცხნივ, „ცაციებს“ — მარჯვნივ).

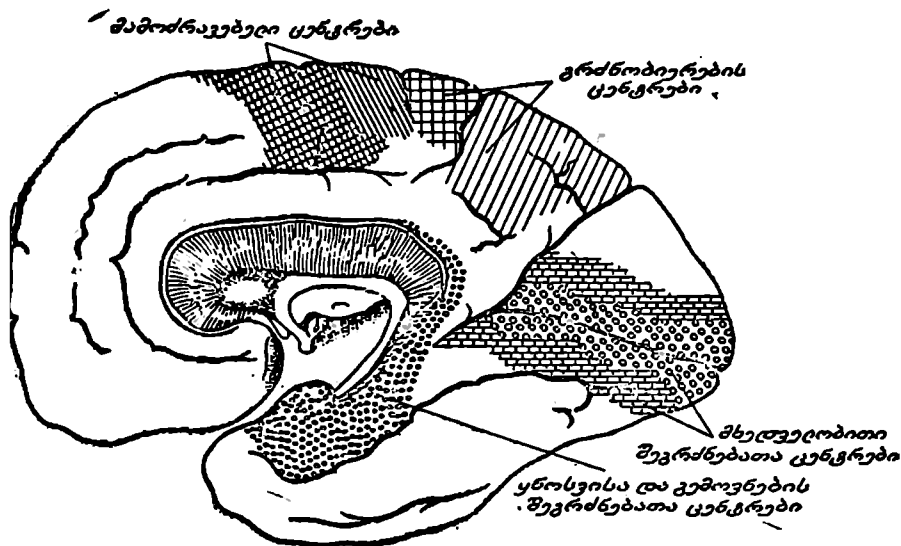
ნებითი მოძრაობების შესრულება და საერთო მგრძნობელობა ქერქის თხემის მიდამოების ცენტრალურ ხვეულებთან არიან დაკავშირებული, და აგრეთვე ნათხემის მოქმედებასთან, რომელიც სპეციალურად სხეულის წონასწორობას, მოძრაობის კოორდინაციას და მგრძნობელობის ზოგ სახეს განაგებს.

თავის ტვინის შუბლის და ნაწილობრივ თხემის (წინა) ნაწილებთან დაკავშირებულია ფსიქიკური მოქმედების უმაღლესი სახეები: მეხსიერება, ფსიქიკური აქტივობა, ყურადღება, ნებელობითი პროცესები.

რასაკვირველია, მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ ყველაზე უფრო რთული, ეგრეთ წოდებული შიდაფსიქიკური ფუნქციების (ინტელექტი, აზროვნება, ნებელობა, ცნობიერება და სხვა), ალბათ, ტვინში ზუსტი ლოკალიზება არ შეიძლება, რადგან ამ უმაღლესი ფუნქციების განხორციელება მთლიანად მთელი ტვინის შეთანხმებულ მოქმედებაზეა დამყარებული.



სურ. 3. თავის ტვინის გარეგანი ზედაპირი. ღარები და ხვეულები.



სურ. 4. თავის ტვინის შინაგანი ზედაპირი.

ზემონათქვამიდან გამომდინარე, მეტად მნიშვნელოვანია დაჯიხსომოთ, რომ თავის ტვინის მოქმედება მთელი ორგანიზმის მუშაობასთან განუწყვეტლად არის დაკავშირებული. სისხლის ქიმიური შემადგენლობის ცვლილება, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციების გამოვარდნა ან შეზღუდვა, შინაგანი ორგანოების დაავადების გამო ორგანიზმის დაცვითი ძალების შესუსტება მაშინვე ახდენს გავლენას თავის ტვინის მუშაობაზე.

ყოველი ფსიქიკური დაავადება ტვინის მოქმედების აშლილობის უშუალო გამოსახულებას წარმოადგენს, მაგრამ ამ აშლილობის მიზეზები აგრეთვე სხვადასხვა შინაგანი ორგანოს ფუნქციების დარღვევაშიც მდგომარეობს, რომელთა გამოკვლევაც ხშირად ხსნის მოცემული ავადმყოფობის არსს.

ფსიქიკური აზრობის ცალკეული სიმპტომები

სხვადასხვაგვარი ფსიქიკური დაავადება გამოვლინდება ნიშნების (სიმპტომების) ამა თუ იმ შეერთებაში. დაავადების დიაგნოზის დადგენისათვის უნდა ვიცოდეთ ავადმყოფობის სურათის დანაწევრება, ე. ი. დაავადების ცალკეული სიმპტომების გამოყოფა, თითოეული მათგანის მნიშვნელობის შეფასება. მაგალითად, ცალკეულად აღებული სიმპტომები—ჰეუსუსტობა, შთაგონებადობა, განდიდების ბოღვა, უმიზეზოდ აწეული, მხიარული გუნება სხვადასხვა დაავადების დროს გვხვდება, მაგრამ ერთობლიობაში ისინი პროგრესული პარალიზისათვის არიან დამახასიათებელი.

§ 1. ფსიქიკურ დაავადებათა ფიზიკური ნიშნები

სანამ იმ ფსიქიკური სიმპტომების გადმოცემას შევუდგებოდეთ, რომლებსაც სულით ავადმყოფებს შორის ვხვდებით, უნდა მივუთითოთ იმაზე, რომ დიაგნოსტიკისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ფიზიკურ გამოკვლევას. მთელ რიგ შემთხვევებში თავის ქალასი და მთელი სხეულის აგებულების უსწორობანი დეგენერაციის ნიშნებზე, ნაადრევ (ხშირ შემთხვევაში, მუცლად ყოფნისას) დაავადებებზე მიუთითებენ. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების სერიალულ ნიშნებს წარმოადგენენ: სინათლეზე გუგების რეაქციის შესუსტება ან მოსპობა (სინათლეზე გუგები ვიწროვდება, სიბნელის დროს ფართოვდება), გუგების უსწორო ფორმა (მრგვალი ფორმის ნაცვლად ოვალური, კუთხოვანი და ა. შ.), გუგების არაერთნაირი სიდიდე. ტვინის ორგანულ დაავადებათა დროს მყესთა რეფლექსების მოსპობა, აწევა ან უთანაბრობა აღინიშნება. ტვინის ნორმალური

ფუნქციონირების მნიშვნელოვან დარღვევას მეტყველების ზოგით მოშლილობა გვანიშნებს (მაგალითად, ძნელი სიტყვების არამკვეთრი, გაურკვეველი, გაძნელებული გამოთქმის დროს). მეტყველების ასეთ მოშლილობას დიზართრიას უწოდებენ. იგი არ უნდა ავურიოთ ენაბორძიკობასა და თანდაყოლილ ენაჩლუნგობასთან.

დიდი დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვთ მიმიკის, მოძრაობების მოშლილობას (ზოგიერთ ავადმყოფს ალენიშნება სახის უძრავი, თითქოს გაყინული გამომეტყველება, მთელი სხეულის შებოკეილობა, რის გამოც ასეთ პირისახეს ნიღბს, ხოლო სხეულის მდგომარეობას კი—უძრავ ქანდაკებას ადარებენ). ზოგიერთ ფსიქიკურ მოშლილობას თან ახლავს ცვლილებები სისხლძარღვების მხრივ, არასწორი მუშაობა ოფლის, ნერწყვის და ცხიმის ჯირკვლების მხრივ. ამის გამო კიდურების ცუდი კვება სისხლით მათი გალურჯება ან პირიქით, ადვილი გაწითლება აღინიშნება, ადგილი აქვს გადაპარბებულ ოფლიანობას, სახეზე ქონის საბურველს, ნერწყვის კარბ გამოყოფას და ა. შ. აღსანიშნავია ხშირად ძილის მოშლა (ძილიანობა, უძილობა).

სულთ ავადმყოფობათა დიაგნოზის დასმაში დიდ დახმარებას გვიწევს ლაბორატორიული ბიოქიმიური გამოკვლევები. ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევას, რომელიც ნემსის საშუალებით, ზურგისტვინის არხის წელის ნაწილში მისი შეყვანით ამოიღება. ამ გამოკვლევების მნიშვნელობა განსაკუთრებით დიდია ტვინის ჰიპოთალამური დაავადებაზე ექვის მიტანის დროს. ამავე მიზანს სისხლის გამოკვლევაც ემსახურება.

ნერვული სისტემის ყველა ნაჩვენები გამოკვლევის შედეგად (ეგრეთ წოდებული ნევროლოგიური გამოკვლევა) და ლაბორატორიული ანალიზების გზით მიღებული მონაცემი, მნიშვნელოვან დამატებას წარმოადგენს იმ მონაცემებისათვის, რომლებიც ფსიქიკურ სიმპტომებზე დაკვირვებებისაგან მიიღება. მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში, ფიზიკური გამოკვლევის მეთოდები მეტად უკმარი აღმოჩნდება და მაშინ დიაგნოზის დასმის ერთ-ერთ საიმედო კრიტერიუმად ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობის ანალიზი რჩება.

სულით დაავადების ძირითად ნიშნებს შორის უნდა გამოყოფილ იქნეს პალუცინაციები, ბოდვითი იდეები, მეხსიერების აზროვნების, ინტელექტის, ემოციური ცხოვრების, ნებელობის და ცნობიერების მოშლილობანი.

§ 2. სულით დაავადებათა ფსიქიკური ნიშნები (სიმპტომები)

1. პ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ე ბ ი

ფსიქიკის აშლილობის ერთ-ერთ ხშირ სიმპტომს პალუცინაციები წარმოადგენს. ილუზიებისაგან მათი გამოიჯნა ზოგჯერ საძნელოა. როგორც ერთნი, ისე მეორენიც აღქმის გაუქუღმართებას წარმოადგენენ, რომელთა შედეგად ავადმყოფს ერღვევა გარეშე სამყაროს (ზოგჯერ თავისი თავის) სწორი აღქმა. უმეტეს შემთხვევებში, ილუზიებსა და პალუცინაციებს შორის განსხვავების დადგენა მაინც შესაძლებელია.

ილუზიების საფუძვლად ყოველთვის აღქმის რეალური, ნამდვილი წყარო არსებობს, მაგრამ საგნების, მოვლენების დამახინჯებული აღქმა ხდება. მაგალითად, კედელზე შპალერის სურათს, კედელში ნაბზარს შეუძლია მიიღოს ავადმყოფისათვის განსაკუთრებული მოხაზულობა, რომელიც მასში შიშს იწვევს.

ილუზიები ხშირად ჯანმრთელ ადამიანებშიც გვხვდება. მათ წარმოშობას შეიძლება ხელი შეუწყოს შიშმა, მოლოდინმა, დაღლილობამ. მაგალითად, შეიძლება ადამიანს მოეჩვენოს, რომ გზაზე ბუჩქს ვიღაც მიეფარა; ნახევრად დაბნელებულ ოთახში საკიდურზე დაკიდებული ტანსაცმელი, მარყუქით ჩამოკიდებულ თვითმკვლელად შეიძლება წარმოუდგეს. მოლოდინს, ყურადღების გამახვილებას, დაღლილობას შეუძლია ისეთი პირობები შექმნას, როცა ყოველი გარეშე ბგერა აღიქმება როგორც სახელის დამახეხა და ა. შ.

ილუზიებისაგან განსხვავებულად პ ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ე ბ ი არ გამოიწვევა გარეშე, ნამდვილად არსებული ობიექტებით. ისინი სრულებით უობიექტო აღქმებს წარმოადგენენ.

პალუცინაციები უფრო მკვეთრად გამოსახულ პათოლოგიურ მოვლენას წარმოადგენს; ისინი ჩვეულებრივად ფსიქიკურ აშლილობას მოწმობენ.

ჰალუცინაციებს გრძნობათა ორგანოების მიხედვით არჩევენ: სმენითი, მხედველობითი, ყნოსვითი, გემოვნებითი და ა. შ. მათი ცალ-ცალკე განხილვის დროს, საჭიროა ვიკონიოთ მხედველობაში, რომ სინამდვილეში ისინი ჩვეულებრივად სხვადასხვა 'შეერთებაში' გვხვდებიან, როგორც ამას ზოგ მოყვანილ შემთხვევიდან დავინახავთ.

სმენითი ჰალუცინაციები ყველაზე უფრო ხშირად სახელის, გვარის დაძახების სახით გვხვდება. ამასთან, ავადმყოფს ზოგჯერ მის მოქმედებისადმი, აზრებისადმი მიმართული რამდენიმე სიტყვა ესმის. ამ სიტყვებს ავადმყოფი შფოთვის მდგომარეობამდე მიჰყავს. მას ესმის: „ვერ წახვალ, ვერ წახვალ“, „დღეს უბედურება მოხდება“ და ა. შ. ხმები ხან ემუქრება, ხან რალაცას უსაყვედურებს, ხან უბრძანებს მას და მის საქციელს ხელმძღვანელობს. ავადმყოფი როგორც კი ჩაიფიქრებს რაიმეს, მას მაშინვე მისი აზრის უარყოფა ესმის. ჰალუცინაციების ხანგრძლივი არსებობის დროს, ავადმყოფი შეიძლება მიეჩვიოს, შეეგუოს მათ. სმენითი ჰალუცინაციები შეიძლება აგრეთვე სხვადასხვა ბგერის, ხმაურობის (ზარის რეკა, ყვირილი, საყვირის ხმა და სხვა) ფორმით გამოვლინდეს. ზოგიერთი ავადმყოფი უჩივის იმას, რომ მის თავში გაისმის ხმები. საჭიროა აღნიშნული იქნეს აგრეთვე ბრძანებითი ჰალუცინაციები, რომელთა გავლენით ავადმყოფმა გარშემო მყოფთათვის გაუგებარი, უცარი საქციელი შეიძლება ჩაიდინოს; ამ ბრძანებით ჰალუცინაციებს იგი ავტომატურად ემორჩილება. სმენითი ჰალუცინაციები უფრო ხშირად შიზოფრენიის და გახანგრძლივებული ალკოჰოლური ჰალუცინოზების დროს აღინიშნება.

მხედველობითი ჰალუცინაციები უფრო იშვიათად გვხვდება; ისინი ჩვეულებრივად ისეთი მყარი არაა, როგორც სმენითი ჰალუცინაციები, რომლებიც შეიძლება წლების განმავლობაში გაგრძელდნენ. ძლიერ მკაფიო მხედველობითი ჰალუცინაციები აქვთ ალკოჰოლიზმით დაავადებულებს ეგრეთ წოდებული თეთრი ცხელების დროს. მათ ეჩვენებათ მხეცები, ურჩხულები; ნივთები გარდაიქმნებიან, ყველაფერი სწრაფად იცვლება, ერთი სურათი მეორეს მისდევს. მხედველობითი ჰალუცინაციები, უმთავრესად,

ცნობიერების აშლილობის სხვადასხვა ფორმის შემთხვევაში, მწვავე ფსიქოზების დროს აღინიშნება.

ავადმყოფი ა. განკურნების შემდეგ მოგვეთხრობდა, რომ პირველად მის წინ რალაც მოძრავი ჩრდილები გაჩნდნენ, შემდეგ ფანჯარასთან მუსიკა მოესმა. ოთახის კუთხეში უცებ რალაცა იატაკზე თხლამანით დაეცა და იქედან მოესმა ხმა: „ლუნ-პოდლუნ, გასწორდი-გამოსწორდი“. იგი დაწვა, საბანი თავზე გადაიხურა, მაგრამ აქ, საბნის ქვეშ უცხო სხეული იგრძნო. მან გადაადგო საბანი და მის ნაოქებში გახლართული თავი დაინახა. იგი სტაცებდა მას ხელს, აფარებდა საბანს, მიაკვლევდა საწოლს, მაგრამ თავი ქრებოდა და ისევ სხვა ადგილზე გამოჩნდებოდა. შემდეგ მან სკამზე ჩამომჯდარი ცოლი დაინახა, დაუძახა მას, მაგრამ პასუხი ვერ მიიღო, იგი უფრო ახლოს მივიდა და ნახა, რომ არავინ არ არის. მაშინ მან საავადმყოფოში გადაწყვიტა წასვლა, შეაღო კარები, მაგრამ წინ წასვლა ვერ შეძლო, — პირდაპირ მასზე იყო მიმართული შუბები. მერე მის წინ ერთიმეორეზე ღრმა ორმოები გაჩნდა: „დავწვები, გავწევ წინ ხელს, გავსინჯავ მიწას და განვაგრძობ სიარულს“.

შეცვლილი ცნობიერების მდგომარეობაში ავადმყოფებს შეიძლება მოეჩვენოთ კაშკაშა, დიდებული სანახაობები, რომლებიც მათში ზოგჯერ ავადმყოფური ექსტაზის, ზეშთაგონების ან შიშის მდგომარეობას იწვევს.

კიდევ უფრო იშვიათად გვხვდება ყნოსვითი და გემოვნებითი ჰალუცინაციები. ისინი, უმთავრესად მომწამლავი აირების, უსიამოვნო სუნის შეგრძნებაში გამოვლინდებიან. საკმლის სხვა რაიმე გემო ავადმყოფს არწმუნებს, რომ საკმელში ჩარეულია შხამი. ამასთან დაკავშირებით აღინიშნება საკმელზე უარის თქმა, გარშემო მყოფთა მიმართ უნდობლობა და ყოველგვარი სიფრთხილე. ყნოსვითი ჰალუცინაციები აგრეთვე იმაშიც ვლინდება, რომ ავადმყოფები აღიქვამენ ცუდ სუნს, რომელიც თითქოს თვით მათგან წარმოიშვება, აქედან დასკვნა, — რომ ისინი ცოცხლადვე იხრწნებიან. ერთი სტუდენტი ჩიოდა, რომ მისგან მთელ პალატაში ცუდი სუნი ვრცელდება. გარშემო მყოფნი თავაზიანობისა და მის მიმართ სიბრალულის გამო თითქოს ვერ ამჩნევენ ამას, მაგრამ

იგი ხედავს, რომ ღამე სანიტარი ქალები ფერმიხდილი ხდებიან, მათ გული ერევთ, ისინი ალებენ ფანჯრებს, მაგრამ ეს ზომები ნაკლებად შევლით მათ.

ჰალუცინაციების სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა მდგომარეობს იმაში, რომ ჰალუცინაციები გარეშე სამყაროსადმი მიმართებას არღვევენ და შეიძლება გამოიწვიონ მოქმედებები, რომლებიც საზოგადოებრივ საშიშროებას წარმოადგენს. ეს მოქმედებები თითქმის ყველა შემთხვევაში სინამდვილის ბოღვითი ახსნასთან არის დაკავშირებული. უფრო დამოუკიდებელი მნიშვნელობა აქვს ბრძანებით (იმპერატიულ) ჰალუცინაციებს. ისინი იწვევენ ქცევებს, რომლებიც რაიმე მოტივებს, ბოღვითსაც კი მოკლებული არიან.

მაგალითად, ინსტიტუტში იყო მიყვანილი საორთქლმავლო დეპოს მუშა, ერთხელ მას მოესმა ხმა, რომელიც მოითხოვდა, რომ იგი დაუყოვნებლივ, რაც შეიძლება მალე წავიდეს ორთქლმავლით სადგურისაკენ, სადაც მისი მახლობლები ცხოვრობდნენ. „ჩქარა, ჩქარა“ — აჩქარებდა მას ხმა. იგი ავტომატურად დამორჩიდა, შეახტა წასასვლელად მომზადებულ ორთქლმავალს და დიდი სიჩქარით წაიყვანა. იგი შედეგებზე ჩაუფიქრებლად მიქროდა წინ.

ამავე ლიანდაგით მოდიოდა შემხვედრი ჩქარი მატარებელი-მხოლოდ ერთ-ერთი მცირე სადგურის მეისრის მოსაზრებულობამ, რომელმაც ორთქლმავალი ჩიხში გადაიყვანა. ხელი შეუშალა მძიმე კატასტროფას. ორთქლმავალი დაზიანდა და ავადმყოფი დაიჭრა.

ზოგიერთმა ავადმყოფმა, რომელიც თითქოს გარემოსადმი სრულიად განუჩეველია, იმპერატიული ჰალუცინაციების გავლენით შეიძლება უეცარი და არამოტივირებული აგრესიული მოქმედება ჩაიდინოს.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ჩვენ ეხვდებით შემზარავ ჰალუცინაციებს, რომლებიც ზოგიერთ პირს დაპატიმრების მძიმე განცდების და მოსალოდნელი განაჩენის გამო წარმოეშვებათ. ავადმყოფს ესმის სროლა, ხმები ეუბნებიან მას: „შენ წასაყვანად მოდიან“, — ესმის გასაღების ჩხარუნი, მას თითქოს უთვალთვალე-

ზენ ქუქრუტანაში, სხვა პატიმრების ხმები ესმის, რომლებიც შეელას ითხოვენ. ეს ჰალუცინაციები ქრება ჩვეულებრივად პირობების შეცვლის შემდეგ, მაგალითად, საავადმყოფოში გადაზავნის შემდეგ.

2. ბოღვითი იდეები

ფსიქიკური აშლილობის სხვა ხშირ სიმპტომს ბოღვითი იდეები წარმოადგენს. ბოღვითი იდეა მცდარი მსჯელობაა, რომელიც ავადმყოფის გარემო სამყაროსადმი და თავის თავისადმი დამოკიდებულებას ძირფესვიანად ცვლის. ბოღვითი იდეები ავადმყოფის ფსიქიკაში მთავარ, გაბატონებულ მნიშვნელობას იძენს, არაერთარ გარეშე ზეგავლენას და დასაბუთებას არ ემორჩილება, და ავადმყოფობის მიმდინარეობისაგან არის დამოკიდებული.

დევნის ბოღვა მდგომარეობს იმაში, რომ ავადმყოფი თავის თავს მტრებით გარემოცულს ხედავს, რომელთაც მისი მოსპობა, მოშორება აქვთ მიზნად დასახული. გრძნობენ რა თავის თავს მუდმივი საშიშროების ქვეშ, ავადმყოფები სიფრთხილის ზომებს მიმართავენ, „კვალის დაფარვას“ ცდილობენ, მაგრამ აუცილებლად ყოველთვის ხდება ისე, რომ მტრები მისი დევნის ახალ გზებსა და საშუალებებს პოულობენ. მაგალითად, ავადმყოფი საავადმყოფოში მოთავსების უკვე მეორე დღეს, თავის გვერდით მწოლიარე ავადმყოფებში მისთვის საეჭვო მეზობლებს, მისთვის „საგანგებოდ მიყენებულ“ სანიტრებს ხედავს, ახლად ორგანიზებული ზვერვის ნიშნებს ამჩნევს.

დამოკიდებულების ბოღვა დევნის ბოღვასთან მჭიდრო კავშირშია და ხშირად მისგან განუყოფელია. დამოკიდებულების ბოღვის დროს ყველაფერს, რაც ავადმყოფის გარშემო ხდება, იგი საკუთარ პიროვნებასთან დამოკიდებულებაში მყოფად სთვლის. მოჩურობულ პირების დანახვისას მას ჰგონია, რომ ისინი მის შესახებ ჩურჩულებენ. გაიგონებს რა სიცილს, ფიქრობს, რომ მას დასცინიან. ყველგან იგი „თვალის ჩაყვრას“ ხედავს, აქცევს ყურადღებას ჩახველებას, მოძრაობებს, გადაკვრით თქმას, რომლებიც „მას შეეხება“.

ფიზიკური ზემოქმედების ბოღვა იმავე დევნის ბოღვის საერთო ჯგუფს ეკუთვნის, მაგრამ თავისებური დამახასია-

თებელი თვისებები და დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. აქ მხედველობაში გვყავს ავადმყოფები, რომლებიც თავიანთ თავს ჰიპნოზის ზეგავლენის ქვეშ გრძნობენ, ელექტროდენის და რადიოტალღების ზემოქმედებას განიცდიან. საკუთარი მოქმედებები მათ გარედან შთაგონებულად მიაჩნიათ; საწოლი თითქოს ელდენით არის დამუხტული, მათ აზრებზე უხილავი სხივები მოქმედებენ.

პროვინციიდან მოსკოვში ჩამოვიდა ახალგაზრდა ქალიშვილი რათა მისთვის დახმარება აღმოეჩინათ. მან ინსტიტუტს მიმართა, რომელსაც იგი „მედიცინაში სასამართლო ორგანოდ“ სთვლიდა. იგი ჩიოდა, რომ მოსკოვის გამოჩენილი ფსიქიატრები, რომელთა გვარებსაც ასახელებდა: ყოველ ღამე მასზე სატანჯველ ცდებს ახდენენ: ისინი მისი ტვინის მოქმედებას ჩართავენ და გამოთიშავენ, ხან მის დამბლას იწვევენ ხან, ააქტივებენ. ავადმყოფს დასაშვებად მიაჩნია, რომ ამ ცდებს, შესაძლებელია, დიდი მეცნიერული მნიშვნელობა ჰქონდეს, იგი თანახმაა კი არის, რომ მომავალშიაც მასზე აწარმოონ ეს ცდები, მაგრამ მხოლოდ ერთ რამეს ითხოვს: პროფესორებმა ამ ცდების ჩასატარებლად განსაზღვრული საათები დანიშნონ, რადგან მას ეს ცდები ფიტავს და სრულიად აუძლურებს. ეს ქალიშვილი დაბეჯითებით ითხოვდა შველას და მისთვის სრულებით დაუშვებელი იყო აზრი, რომ იგი ავად არის.

იპოქონდრიული ბოღვა სინამდვილეში არარსებულ სნეულებათა განცდაში მდგომარეობს, რომლებიც ავადმყოფს მძიმე და განუკურნებლად მიაჩნია. გამოცდილება და დრო ამ მხრივ არაფერს არ სცვლის. ავადმყოფი გამუდმებით ამტკიცებს, რომ მას ჩაუვარდა ცხვირი, რომ კიბო მის შიგნეულობას არღვევს, რომ მას ერთი თვის სიცოცხლე დარჩენია. გადის წელიწადი, მაგრამ იგი თავის აზრების მცდარობაში არ რწმუნდება. იპოქონდრიული იდეები ხშირად დაუბოლოვებელ, ზოგჯერ ცვალებად ჩივილებში მქლავნდება, რომლებიც გულში, ფილტვებში, ზურგში, ფეხებში, თავსა და სხვა ორგანოებში უსიამოვნო შეგრძნებებს იწვევს, ამასთან ობიექტური გამოკვლევა ნორმიდან არავითარ გადახრას არ ამჟღავნებს.

ავადმყოფი მ. არწმუნებს ექიმს, რომ მისთვის აუცილებელი საჭირო არის ოპერაცია, „კუქის და ფილტვების გასასინჯად“, შემდეგ „უდი ნაქერი მოჰკეთონ, როგორც ამას ყასბები

აკეთებენ“. „მომარჩინეთ, შეიძლება რაღაც ცხოველი, რაღაც საძაგლობა მყავს შიგნი, ეს მე არ ვიცი. ექიშებმა თქვან. როცა მოვრჩები ეს შიგნით მყოფი საძაგლობაც მორჩება; ისევე, როგორც ქალის მუცელში ბავშვი... როცა ერთ გვერდზე დავწვები, მეორე მხარე ცივდება... თქვენს კვებას მე ვერ ვენდობი, რადგან იგი ჩემზე ცუდად მოქმედებს“.

ამ ავადმყოფმა, დარწმუნებულმა, რომ მას სწამლავენ, სცადა მოეკლა ოჯახის ორი წევრი, რომლებიც მისი აზრით, მის დალუპვაში იყვნენ დაინტერესებული.

განდიდების ბოღვა მელავნდება ავადმყოფის თვითგადაფასებაში, რომელიც ხშირად უცნაურ ხასიათს იღებს. განდიდების ბოღვა შეიძლება დაკავშირებული იყოს დევნის ბოღვასთან, და ნაწილობრივ მისგან გამომდინარეობდეს. ავადმყოფის დასკვნები დაახლოებით ასეთია: ჩემით ძალიან დაინტერესებულები არიან, ჩემი მოშორება უნდათ, ესე იგი, მე მნიშვნელოვანი პიროვნება ვარ. სხვა შემთხვევებში ბოღვა უდარდელ, მხიარულ, აწეულ გუნებ-განწყობასთან და კჳუასუსტობასთან არის დაკავშირებული, რის გამოც იგი უაზრო ხასიათს იღებს.

ავადმყოფი რ. ამბობს: „აქ მინდა დავაყენო რევოლვერით შეიარაღებული კაცი, იმისათვის, რომ მან მოჰკლას ყოველი, ვინც სიჩუმეს დაარღვევს. რატომ იცინით? მე ფოლადის მკერდი მაქვს, მე შემიძლია წყლის ქვეშ 30 წუთს ვიყო და 500 საყენით ფსკერზე ჩავეშვა. მე მსურს, რომ ტემპერატურა 51° და 60° მქონდეს. ჩვენი ქალაქებიდან ამერიკული ტიპის ციხე-სიმაგრეებს გავაკეთებ, ამისთვის 60 მილიარდს გადავყრი. მე ავაგებ ჩემთვის გრანიტის ძეგლს, რომელიც 100 მილიონად ელირება. მთელი პროფესურა იმისი ხილვით დატკბება. მე მესამე სართულიდან გადმოხტომა შემიძლია. თუ მოვინდომე, ოქროთი აგავსებთ. არავითარი ამდაგვარი მსოფლიოში ჯერ არ ყოფილა. მე შემიძლია შორეულ ჩრდილოეთში ასი გრადუსი ყინვის დროს შიშველი ვიდგე“.

ბოღვითი იდეების სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა ძლიერ დიდია, ეს თავისთავად გასაგებია, რადგან ბოღვითი იდეები ავადმყოფის ფსიქიკაში ადვილად იკავებს მთავარ, ხელმძღვანელ მდგომარეობას და გარეშე სამყაროსადმი აშკარად არასწორ მიმართებას ჰქმნის.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზის ჩატარების დროს, გარდა ზემოაღწერილი ტიპის ავადმყოფებისა, ზოგიერთი სხვა შემთხვევაც გვხვდება, რომელზედაც საჭიროდ მიგვაჩნია შევჩერდეთ. შესაძლებელი იყო მოგვეყვანა მთელი რიგი მაგალითები. ეს მაგალითები იმ პირების მიერ ჩადენილ დანაშაულებს ეხება, რომლებიც პათოლოგიურად დარწმუნებული არიან, რომ მათ გამოგონებებს დიდი მნიშვნელობა აქვს კაცობრიობისათვის. ამ ადამიანებს ჩვეულებრივად ახასიათებს საკმარისი ცოდნის უქონლობა და მტკიცებათა სისტემის გულუბრყვილობა. ექსპერტთა უარყოფითი პასუხები მათ მხოლოდ იმაში არწმუნებს, რომ მეცნიერ-ადამიანებისათვის მათი გამოგონება სასარგებლო არ არის, რომ ამ ადამიანებს დროის მოგება და იდეის მითვისება სურთ. მაგალითად, კაბუჯი შორეული სოფლიდან, ამარადისო ძრავის გამოგონებით მსოფლიოს გაკვირვების მიზნით, გაძარცვავს საყდარს, შემდეგ, მოსკოვს წასასვლელად ფულის შოვნის მიზნით, საფოსტო განყოფილების უფროსის მოკვლას ცდილობს. ავადმყოფები, რომლებიც იგონებენ სამარადისო ძრავებს, თვითმმართავ ველოსიპედებს, საოცარი ძალის ტელესკოპებს და სხვა ამისთანებს, ზოგჯერ გასაოცარ სიმტკიცეს ამჟღავნებენ, რომელიც მთელი მათი სიცოცხლის განმავლობაში არ ცხრება. ისინი სხვადასხვა დაწესებულებაში ცდილობენ მიიღონ ის, რაც მათ ცდების ჩატარებისათვის სჭირდებათ, ზოგჯერ ნამდვილად ლეზულობენ ამა თუ იმ თანხას; შეგძლევათ მათ თაღლითებად აცხადებენ, აძლევენ სამართალში და დასასრულ, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ათავსებენ.

ასეთივე დაუცხრომელი დაჟინებით, თავის სამართლწილობაში ასეთივე დარწმუნებით მოქმედებენ და სასამართლო და საკონტროლო ორგანოების ბევრ მუშაკს ფუჟად აკარგეინებენ დროს მოდავეობის ბოღვით შეპყრობილი ავადმყოფები. ისინი განუწყვეტლივ აღძრავენ ხოლმე სასამართლო საქმეებს, მუდამ მოითხოვენ სასამართლოს შემადგენლობის აშორებას, დაჟინებით მოითხოვენ კასაციას, სწერენ გაზეთებს, ზემდგომ დაწესებულებებს. ისინი დაჟინებით მოითხოვენ თავიანთი შებლაღუღი უფლებების აღდგენას, უფრო მეტ და მეტ პირებს სდებენ ბრალს, ყველა თავიანთ წარუმართებლობაში მტრების ხრიკებს ხედავენ.

სასამართლო - ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ჩვენ გვხვდება ექვიანობის ბოღვის შედეგად ჩადენილი დანაშაული. ამ მხრივ ტიპობრივია ავადმყოფი კ. რომელიც სახლიდან გასვლის დროს ლუქით ბეჭდავდა გასასვლელ კარებს, იმისათვის, რომ მის ცოლთან არავინ შესულიყო. რადგან არ ენდობოდა მას, იგი თავის საცვლებს მის საცვლებზე ღამე ძაფით აკერებდა. სამსახურში მიდიოდა მასთან, იგი მას კარებში სპეციალურად გაკეთებულ ნახვრეტში უთვალთვალებდა. როდესაც მისი ცოლი შინაგანი ავადმყოფობის გამო სამკურნალოდ საავადმყოფოში იწვა, იგი მთელი საღამოები ავადმყოფის პალატა ფანჯრის პირდაპირ კიბებზე იჯდა, რადგან დაებადა ექვი ექიმის და თავისი ცოლის კავშირის შესახებ. პათოლოგიური ბოღვითი ექვიანობისადმი მიდრეკილია ზოგიერთი ალკოჰოლიკიც.

3. მეხსიერების აშლილობანი

მეხსიერება, ჯერ-ერთი, შედგება იმისი ასახვის უნარისაგან, რაც ალქმის საგანს შეადგენს, მეორე. ალქმულის შენარჩუნების, დაკავების, და ბოლოს, ასახულის და შენარჩუნებულის ხელახლა წარმოქმნის უნარისაგან.

მეხსიერების მზარდი შესუსტების ყველაზე უფრო მკაფიო მაგალითებს ტვინის ორგანული დაავადება იძლევა. მეხსიერების ტლანქი აშლილობანი დახსომების უნარის სრულ მოსპობას იწვევენ. ტვინის ორგანული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფებს, ხშირად არ შეუძლიათ იმისი თქმა, მაგალითად, იყო თუ არა უკვე სადილი, რა იყო სადილად, როდის ინახულეს ისინი ნათესავეებმა (თუმცა მათთან შეხვედრა ერთი საათის წინ ჰქონდათ). საქმე ავადმყოფის მთელი ცოდნის მარაგის დაკარგვამდე მიდის. მეხსიერების ასეთი ღრმა აშლილობის შემთხვევებს დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა არა აქვს, რადგან ასეთი პირები დანაშაულს იშვიათად სჩადიან და ექსპერტიზის საგნად იშვიათად ხდებიან.

მოხუცებულობითი დაავადების, არტერიოსკლეროზის დროს, პირველ რიგში აღინიშნება მიმდინარე მოვლენების მიმართ მეხსიე-

რების დასუსტება, ამასთან შორეულ წარსულში მომხდარი ფაქტების შესახებ მოგონებები შედარებით შენახულია.

სულ სხვანაირად არის საქმე მეხსიერების გამოჯარდნის დროს (ამნეზია). ასეთ შემთხვევებში აღინიშნება მეხსიერებიდან სრული ან ნაწილობრივი გამოვარდნა იმ ამბებისა, რომლებიც რაიმე განსაზღვრულ დროს ეკუთვნის. მაგალითად, ღრმა დათრობის, მკვეთრი სულიერი აღელვების შემდეგ ცალკეული ფაქტებისა და თვით განცდების შესახებ მოგონებანი შეიძლება მოისპონ; მეხსიერების გამოვარდნა აღინიშნება აგრეთვე თავის ქალას კრილობის მიღების შემდეგ; ამასთან, ზოგჯერ არამართო უშუალო დაქრასთან დაკავშირებული, არამედ მანამდე მომხდარი ამბების გამოვარდნაც აღინიშნება. ამგვარად, წარსულის დაეიწყებამ ის პერიოდი შეუძლია მოიცვას, როდესაც ადამიანი სრული დამშვიდების და ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში იმყოფებოდა.

მაგალითად, ერთმა ფოსტის მუშაქმა სოფლიდან წამოსვლისას მიიღო ფული, გადათვალა იგი, მიღებაზე მოაწერა ხელი, შეკაზმა ცხენი. წამოსვლიდან ერთი საათის შემდეგ მას დაეცნენ ყაჩაღები, გაძარცვეს და თან რევოლვერის სახელური მაგრად ჩაართყეს თავში. მან ცნობიერება დაკარგა და შემდეგში არამცთუ არ შეეძლო გაძარცვის ფაქტის აღდგენა მეხსიერებაში, არამედ იმისი აღდგენაც კი, რაც იმ დღეს გაძარცვამდე მოხდა: იგი იმასაც უარყოფდა, რომ სოფელში იყო, სადაც მიიღო ფული, იმასაც, რომ ფული წამოიღო, თუმცა მას ხელწერილი წარუდგინეს.

დამახასიათებელია, რომ მან-რამდენიმე ხნის შემდეგ, მეხსიერებაში თანდათანობით აღადგინა მომხდარი ამბები, შეძლო მასზე თავდასხმის აწერა და იცნო კიდევაც მძარცველები, რომლებიც მას წარუდგინეს და რომლებიც დანაშაულში გამოტყდნენ.

ცნობიერების აშლილობასთან დაკავშირებულ სნეულებათა შეტევების შემდეგ, შეიძლება დარჩეს ნაწყვეტი მოგონებანი, რომელნიც დაავადების პერიოდს ეკუთვნიან. ნაწყვეტ-ნაწყვეტი მოგონებანი ხშირად აღინიშნებიან აგრეთვე ეგრეთ წოდებული განსაკუთრებულ მდგომარეობათა შემდეგაც.

ყველაზე დიდი სასამართლო მნიშვნელობა შეიძლება ქონდეს არასწორ მოგონებებს. აქ ლაპარაკია მოწმეების კეთილ-

სინდისიერ მცდარობაზე, რაც ადვილად ემართებათ შთაგონებად სუბიექტებს, მეტადრე გონებრივი ჩამორჩენილობის შემთხვევებში. ასეთი ადამიანების მოგონებანი ობიექტურად ცრუ და მასთან ერთად სუბიექტურად მართალი შეიძლება იქნენ.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ხშირად გვაქვს საქმე ისეთ გამოსაკვლევ პირებთან, რომლებიც მათ მიერ ჩადენილ დანაშაულთან დაკავშირებული ფაქტების სრულ დავიწყებას ამტკიცებენ. ჩვეულებრივად ამას მიმართავენ ბრალდებულები, რომელთაც დანაშაული ალკოპოლური სიმთვრალის ან აფექტური აგზნების მდგომარეობაში აქვთ ჩადენილი, ასეთ განცხადებებს საკმაოდ კრიტიკულად უნდა მივუდგეთ, რადგან ამნეზიაზე დაყრდნობა—თვითდაცვის უადვილესი ხერხია, რომელსაც გამოსაკვლევ პირები ხშირად მიმართავენ.

4. აზროვნების და ინტელექტის აშლილობანი

ადამიანის აზროვნება გამოცდილების განზოგადებას, ობიექტურ კანონზომიერებათა დადგენას ემსახურება. სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადების დროს აღნიშნული აზროვნების აშლილობა ადამიანს გამოცდილების განზოგადების, გარემო სამყაროს მრავალსახოვანი მოვლენების სწორი შეფასების უნარს უსპობს.

აზროვნების მოშლილობათა განხილვა ეგრეთ წოდებულ აზროვნების შეკავებიდან დავიწყით. იგი დაღლილობის დეპრესიული მდგომარეობის და ისეთ ფსიქიკურ აშლილობათა დროს აღინიშნება, რომლებიც ფსიქიკური მოქმედების გაღარიბებას იწვევენ. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფის აზრები ღუნედ, ნელა მიმდინარეობს, ხდება შეჩერებები, პაუზები.

ტემპისდა მიხედვით აზროვნების მოპირდაპირე აშლილობა მის აჩქარებაში გამოიხატება, რომელიც ზოგჯერ „იდეათა მარულას“ აღწევს (მაგალითად მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს). აზრი არაფერზე არ ჩერდება, ერთიდან მეორეზე ხტის. ყოველ ახალ შთაბეჭდილებას იგი ახალი გზით მიჰყავს.

„კმარა მასხარად აგდება.—ლაპარაკობს ავადმყოფი ქალი.—რატომ მოგროვდით აქ? აგერ, სანიტარი ქალი იცინის, მას სახლში ოჯახი ჰყავს, აქ კი მას თავს დაუჟარგავენ. ვალიას შესახებ არაფერი მაქვს სათქმელი, ოღონდ მოვიდეს. ექიმო, მე ლექსებს ვთხზავ, მე-

არავინ მყავს შესაყვარებელი. შემოყვარეთ, მე ლამაზი ვარ. წინათ სილამაზის შეჯიბრს მართავდნენ. ფანჯრებში მანეკენები—მხოლოდ „სიმამხინჯეა“. მე თვითონ ვკერავ, ატელიე არ მქირდება. სახლში ბოსტონის ნაჭერი მიდევს. ხალხი მზიარულებს, კინოში ცეკვავენ ბოსტონს. როდესაც ფილმი წყდება, შეიძლება მეზობლის კოცნა“.

მოყვანილ მაგალითში ადვილად შეგვიძლია შევამჩნიოთ ლოგიკური ჯაჭვის გამოტოვებული რგოლები. შემოკლებული ზერელე კავშირები აზრების და თანამიმდევრობის დარღვევას იწვევენ. მატერიის (ქსოვილის) დასახელებიდან, სიტყვების გარეგანი მსგავსების გამო ავადმყოფი ადვილად გადადის ცეკვის შესახებ აზრზე, ასევე მიჰყვება ერთიმეორეს სიტყვები „ვალისა შესახებ“¹.

სულ სხვანაირად მიმდინარეობს წყვეტილი აზროვნება, რომელიც, მაგალითად, შიზოფრენიის ზოგიერთი შემთხვევისათვის არის დამახასიათებელი. აქ საქმე უკვე ზერელე კავშირებში კი არა, არამედ ლოგიკის დარღვევაში, იდეათა პარადოქსულ შეუღლებებში მდგომარეობს. ამ დროს აზროვნება ხარისხობრივად და არა ტემპით იცვლება, როგორც ეს შემომოყვანილი მაგალითიდან ჩანდა. ზოგ შემთხვევაში თავისებურ გამოთქმებსა და შეუღლებებში, შესაძლებელია, ზოგიერთი აზრიც იქნეს შემჩნეული, ზოგჯერ-კი საქმე გვაქვს სიტყვების შეუსაბამო შეუღლებებთან, როცა სიტყვები ერთიმეორეს უაზროდ მისდევს.

ავადმყოფი ასეთ განცხადებას სწერს:

„უტყუარი და უცილობელი დოკუმენტალური მონაცემების გამო საარსებოს მიღებისა და მძლავრის გადაგზავნის შესახებ, რომლებიც დახასიათებული შეიძლება იყვნენ, როგორც ჰერმეტიკულად დაცული ყურების დროს ცხვირის ქვეშ ორნახევარი მუშტის მიღება, მე სრულიად და ძლიერ ნაკლებად კმაყოფილი ვრჩები და მოვაგროვე რა მამაცობა, ვხედავ, მარჯვენა სასუნთქ გულზე ფეხის დადგმით, დავრჩე პაშკა ტუბერკულისკის გარეშე და სრულიადაც დავკარგო სახელი მისი“.

ავადმყოფური შეცვლილი აზროვნების თავისებურებათა შორის მივეუთითებთ აგრეთვე დაღაგებულობაზე, დეტალი-

¹) რუსულ ორიგინალში „проявят“ „про Ваяю, მთარგმნელის შენიშვნა.

ზაციისადმი მიდრეკილებაზე, რომელიც უპირატესად ეპილეფსიით დაავადებულთა და ტვინის ორგანული დაზიანების ზოგიერთი შემთხვევისათვის არის დამახასიათებელი. ავადმყოფები, რომლებიც აზროვნების ამ თვისებებს ამჟღავნებენ. წვრილმანებში იფლობიან, თხრობის საბოლოო პუნქტს ნელა, ბევრ სხვა არასაკირო და აზრის გადამტვირთავ დეტალებს შორის გაღწევით უახლოვდებიან. ყველაფერი მათ ერთნაირად მნიშვნელოვანი ეჩვენებათ, მთავარს მეორეხარისხოვანისაგან ისინი ძნელად არჩევენ. მაგრამ, ამასთან, აზრი არ იკარგება და თხრობა თანმიმდევრულად საბოლოო მიზანს აღწევს.

მოვიყვანოთ ეპილეფსიით დაავადებულის მოთხრობის ნაწყვეტი იმის შესახებ, თუ მან როგორ შეასწრო თავის ცოლს, როდესაც იგი მათ ნაცნობს გულში ჩაკრული ჰყავდა.

„მივუახლოვდი სახლს, ფეხებს ვიწმენდა, ყველაფერი წესრიგზეა. ვფიქრობ, ჩაის დავლევ, გავთბები. გასაღებს ვეძებ, ერთ ჯიბეში ჩავყავი ხელი—არ არის, მეორეში ჩავყავი—სად-ღა დაიკარგა იგი? ამოვიღე, გასაღები. ვფიქრობ: შინ არავინ არ არის. ცოლი დილას ბაზარში წავიდა, იქ საქმეები მთელ დღეს ეყოფა („უფრო მოკლედ გვიამბეთ,—თხოვს ავადმყოფს ექიმი). ახლავე დავასრულებ. შევყავი გასაღები, ვერაფრით ვერ მოვატრიალე. დალაზეროს ეშმაკმა, შეიძლება სხვა გასაღებია. ამოვიღე, ეუყურებ—ისაა. („მოკლედ მოჰყევით“—კვლავ სთხოვს ექიმი). აქ ხელი ვკარი კარებს, ის კი სულაც ღიაა. შეიძლება ქურდი შევიდა“.

სხვადასხვაგვარი შეძენილი ავადმყოფური მოვლენების გავლენით და განსაზღვრული ფსიქიკური ფუნქციების თანდაყოლილი განუვითარებლობის გამო, ალინისება აგრეთვე ინტელექტის აშლილობის სხვადასხვა ხარისხი. თანდაყოლილი კეუასუსტოზის დროს ინტელექტი ყოველთვის უკმარია. შეძენილი კეუასუსტოზის დროს ნორმალური ინტელექტი ავადმყოფური პროცესის გავლენით (პროგრესული პარალიზი, ეპილეფსია, შიზოფრენია და ა. შ.) ირღვევა.

კეუასუსტოზის სურათში თანდაყოლილი და შეძენილი დეფექტის დროს განსხვავება შემდეგში მდგომარეობს: თანდაყოლილი კეუასუსტის ინტელექტი მცირედ ვითარდება, მისი ცოდნის დონე

საერთოდ დაბალი, პრიმიტიულია. შეძენილი კეჟუსუსტობის დროს სხვა სურათი აღინიშნება — აქ ცალკეული ცნობების მარაგი, მეტყველების სტრუქტურაც-კი გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფი ინტელექტუალურად უფრო მდიდარი იყო; იმ პასუხის გვერდით, რომელიც ღრმა კეჟუსუსტობას, ფსიქიკურ რღვევას მოწმობს, ავადმყოფისაგან შეგვიძლია გავიგონოთ ცალკეული შენიშვნები, რომლებიც წარსული ცოდნის და წარსულში არსებული მსჯელობის უნარიანობის ნამსხვრევებს წარმოადგენს.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში სიძნელეები გვხვდება კეჟუსუსტობის სიმულაციის დროს, ან, რაც აგრეთვე ხშირად გვხვდება, აგრავაციის, ანუ გამოსაკვლევი პირის ინტელექტუალური უმარობის გაზვიადების დროს.

ქვემოთ, თავში „ფსიქოგენური რეაქციების“ შესახებ, განიხილება ეგრეთ წოდებული ფსევდოდემენცია, ე. ი. ცრუ კეჟუსუსტობა, რაც უმარტივესი ცოდნის სრული დაკარგვის სასახეაში გამოიხატება.

5. ემოციური სფეროს აშლილობანი

ემოციები (გრძნობები) გარეშე სამყაროსადმი ჩვენს მიმართებას და ჩვენს შინაგან მდგომარეობას გამოხატავს. ემოციები სასიამოვნო ან უსიამოვნო გრძნობაში შეიძლება იყოს გამოხატული (სიამოვნება, უსიამოვნება, სიხარული, სევდა, შიში და ა. შ.). ჩვენ ცხოვრებაში ემოციების როლი ძალიან დიდია. ემოციური ცხოვრების აშლილობანი ზოგჯერ საერთო ფსიქიკური მდგომარეობის მნიშვნელოვან ცვლილებებს იწვევენ.

აწეული გუნებგანწყობა, რაც პათოლოგიურ ხარისხს აღწევს, გამოიხატება ავადმყოფების არამოტივირებულ მზიარულ მდგომარეობაში, გარეშე არსებულ ფაქტებზე გაძლიერებულ რეაგირებაში. აზრთა მიმდინარეობა ამ დროს აჩქარებულია. ავადმყოფს თავის ძალის და შესაძლებლობის გადაფასების გრძნობა აქვს, ყველაფერში ჩარევისადმი მიდრეკილება აღენიშნება; იგი სხვადასხვა გეგმით არის გატაცებული. ეს მდგომარეობა უმაღლეს ხარისხში მანიაკალურ ხასიათს ატარებს, ე. ი. აწეულ გუნებაში გამოიხატება, რაც ყველა ფსიქიკური ფუნ-

ქციის აგზნებასთან არის დაკავშირებული. სხვაგვარ ავადმყოფებს, მაგალითად, ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების დროს (იხ. „პროგრესული პარალიზი“), არამოტივირებულად მზიარული გუნებ-განწყობა გულკეთილობის ხასიათს ღებულობს და ქუთასუსტობის მოვლენებთან არის შეუღლებული. ასეთ მდგომარეობას ევფორია ეწოდება.

დაწეული, დაქვეითებული მდგომარეობა, აღწევს რა პათოლოგიურ ხარისხს, სინამდვილის უსიხარულო შეფასების გაზვიადებას იწვევს, ფსიქიკური ცხოვრების შენელებით არის თანხლებული და ზოგჯერ, თვითმკვლელობის ცდებს იწვევს. ამგვარი დეპრესიული მდგომარეობანი (მეტად ტიპობრივად ისინი მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს არიან გამოხატული) შეიძლება თვალსაჩინო გარეშე მიზეზების გარეშე წარმოიშვნენ, ენდოგენური ავადმყოფური პროცესის შედეგად, რომელიც დამოუკიდებლად ვითარდება, მაგრამ მათ აგრეთვე შეუძლიათ აღმოცენდნენ, როგორც რეაქცია, რომლის წარმოშობის მიზეზის დადგენა შესაძლებელია.

ემოციური აშლილობა სხვადასხვაგვარი სულით ავადმყოფობის დროს გვხვდება სხვადასხვა სახით: კაეშნის გრძნობის, შფოთიანობის და მოუსვენრობის, შიშის მძიმე მდგომარეობის, სიხარულის უმიზეზო გრძნობის, ბედნიერების.

ძნელი ასატანია ყველა სულიერი ინტერესის მოსპობის მათი ჩაქრობის, ემოციური სიცარიელის გრძნობა (მართალია, ავადმყოფებს ეს მდგომარეობა ყოველთვის არ უმძიმთ, მეტადრე შორს წასულ შემთხვევებში). ავადმყოფებს ესპობათ გარეშე ფაქტებზე, რეაქციის შესაძლებლობა, ახლობლებისადმი მზრუნველობა, ქრება სითბო, მიდრეკილება ყველაფრის მიმართ, რაც მათში წინათ სხვადასხვა გრძნობას აღვიძებდა. ზოგჯერ, ზოგიერთ განსაზღვრულ გარეშე პირობის დროს, ეს ამორალობას, სხვადასხვაგვარი უარყოფითი ჩვევების აღვილ ფიქსაციას იწვევს.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების დროს, შეიძლება კარგად გამოხატული ემოციური მერყეობა იყოს აღნიშნული. იგი აგზნებადობაში, ტირილიდან სიცილზე ჩქარ გადასვლაში, სულმოკლეობაში გამოიხატება.

დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა აქვს. ეგრეთ წოდებულ აწეულ ემოციურ აგზნებადობას. ექსპერტიზის საგანს წარმოადგენს მრავალი ის პირი, რომელთაც დანაშაული ჩადენილი აქვთ ძლიერი სულიერი აღელვების მდგომარეობაში, რისხვის უეცარი აფეთქების გავლენით და ა. შ. ეს პირნი აღვილად იგზნებიან და მძაფრ ემოციურ განტვირთვებისაკენ არიან მიდრეკილნი. ზოგიერთი მათგანი მალე მშვიდდება, ჩადენილ საქციელის გამო გულწრფელ სინანულს გამოთქვამს, სხვა ცუდ გუნებ-განწყობას დიდხანს ინარჩუნებს, შურისძიების გრძნობას ინახავს. ჩვეულებრივად ამგვარი ემოციური აგზნებადობა შემკავებელი, მამუხრუქებელი იმპულსების უკმარი განვითარების გამო წარმოიშვება. ოჯახში წესიერი აღზრდა და გარემოს დადებითი გავლენა დროულად ჰქმნის ამ მუხრუქებს და პიროვნებას მის გარეგან გამოვლინებათა რეგულირებას ასწავლის. აღზრდას, თუნდაც დაგვიანებულს, შეუძლია დისციპლინარული ჩვევების გამომუშავება. ამის გამო ემოციური აგზნებადობა ადამიანის შეურაცხადად ცნობისათვის საკმარის საბუთად არ შეიძლება იქნეს ცნობილი. სულ სხვა მდგომარეობაა, როდესაც მას სულით დაავადება უძევს საფუძვლად; მაშინ სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების სიმძიმის ცენტრი ამ დაავადებაზე გადაიტანება.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება სხვადასხვა ემოციური რეაქცია, რომელიც დაპატიმრებასთან და არახელსაყრელ სიტუაციასთან დაკავშირებით წარმოიშვება. სევდის, შიშის, მრისხანების აფექტი, დეპრესიის მდგომარეობა—ასეთია ამ რეაქტიული მდგომარეობების ყველაზე უფრო ხშირი ემოციური შინაარსი (იხ. თავი „ფსიქოგენური რეაქციები“). ზოგ შემთხვევაში, უმთავრესად უეცარი მკვეთრი განცდის გავლენით, შეიძლება მოხდეს ემოციური ცხოვრების დროებითი პარალიზი, ე. ი. სრული განურჩევლობის მდგომარეობა, სულიერი სიცარიელის გრძნობა, რაიმე ინტერესისა და გულისწადილის გარეშე.

6. ნ ე ბ ე ლ ო ბ ი ს ა შ ლ ი ლ ო ბ ა ნ ი

შეძენილი გამოცდილების და პიროვნებისა და გარემო წრის ზანგარძლივი ურთიერთმოქმედების შედეგად, ადამიანს მისი სურ-

ვილების, მიზიდულებების რეგულირების სისტემა, მიზანდასახული ქცევებისადმი უნარი გამოუმუშავდება. ამაში გამოვლინდება ადამიანის შეგნებული ნებელობა.

ნებელობის აშლა ინსტინქტური, რეფლექსური აქტების ავადმყოფურ სიჭარბეში, გაძლიერებაში, ან ნებელობის იმპულსების შესუსტებაში გამომჟღავნდება.

იმპულსების გაძლიერება გარეგნულად გამოიხატება მოქმედებისა და მოძრაობებისადმი აწეულ მისწრაფებაში. ამგვარი ავადმყოფები მოქმედებისადმი აწეული მისწრაფების შემთხვევებში ერთ წუთსაც ვერ ისვენებენ, ისინი გამუდმებით ლამობენ რაიმე გააკეთონ, ფუსფუსებენ, მოძრავნი არიან, ამასთან, არავითარ დაღლილობას არ გრძნობენ, იმისდა მიუხედავად, რომ ასეთი მდგომარეობა მათთვის მომქანცველია და ზოგჯერ უძილობითა და არასაკმარისი კვებით არის თანხლებული. მოძრაობებისადმი აწეული მისწრაფების შემთხვევაში ავადმყოფი დარბის, ყველას აცივდება, რაღაცას სრესს, ამტვრევს, გლეჯს, გამვლელთ ხელში სტაცებს ხელს, იფურთხება, ერთი ადგილიდან მეორეზე გადაჯდება და ა. შ. მოძრაობებისადმი აწეული მისწრაფება ზოგჯერ უკიდურესად განლეულ ავადმყოფებს შორის აღინიშნება, რომელთაც დამოუკიდებლად მოძრაობა უკვე აღარ შეუძლიათ, მწოლიარე არიან, მაგრამ საწოლშიც გამუდმებით ამოდრავებენ აკანკალებულ ხელებს, საბანს თოკივით გრეხენ, ზეწარს კიდეს ახევენ, ისრესენ გულ-მკერდს, ხელებს, სახეს, საწოლიდან იატაკზე ჩამოცოცდებიან, სხვა ავადმყოფებს ფეხებში ხელს სტაცებენ და ა. შ.

ნებელობითი იმპულსების შესუსტება უნებობაში, ავადმყოფის მიერ მოქმედების სურვილის დაკარგვაში გამოიხატება. ავადმყოფები ხშირად გრძნობენ, რომ საჭირო არის ადგომა, ჰირის დაბანა, ამა თუ იმ მოქმედების შესრულება, მაგრამ ეს ყველაფერი მათთვის არის აუცილებლობის განყენებული შეგნება. ისინი საწოლში რჩებიან, თითქოს მათ საკუთარი ინიციატივით მოქმედების უნარი დაკარგული ჰქონდეთ, მათ არ შეუძლიათ უბრძანოთ თავის თავს. მაგრამ, თუ მათ სხვა ვინმემ უბრძანა, ისინი ამ ბრძანებას ზოგჯერ ასრულებენ, თითქოს გარეშე შეგულიანება შინაგანი სურვილის ადგილს იკავებს: იმპულსი მიღებულია და მოქმედება

შეიძლება იყოს შესრულებული. უმოძრაობის, უმოქმედობის მდგომარეობა, გარეშე სამყაროზე რეაქციის უქონლობა, ეგრეთ წოდებული სტუპოზის დროს აღინიშნება.

პიროვნების აკვიატებული მოქმედებანი, აზრები, ლები მათი ნაძალადობის გრძნობით არიან თანხლებული და აღიქმებიან მის მიერ როგორც უცხო, მოუშორებელი რამ. ამ აკვიატებულ მოქმედებებს, აზრებს, სურვილებს, თვით ავადმყოფისათვის აუხსნელი, უაზრო ხასიათი აქვთ. ზოგიერთი ავადმყოფი სრულიად უმიზეზოდ უეცარ მოთხოვნილებას გრძნობს ხმამაღლა შეიგინოს, სურვილი აქვს სიმაღლიდან გადავარდნის, შემთხვევითი გამვლელისათვის გარტყმის, თავისი საკუთარი ნაბიჯების დათვლის, სხვადასხვა საგნის შეხების და ა. შ.

შთაგონებადობას, სხვების ზეგავლენისადმი გადაქარბებულ დამორჩილებას, დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა აქვს. იგი ყველაზე უფრო ხშირად აღინიშნება როგორც ფსიქიკური მოუმწიფებლობის გამოვლინება.

ბავშვების აწეული შთაგონებადობა ასაკის მომატებასთან ერთად მცირდება. იგი რჩება განსაკუთრებული წყობის პირებში, რომლებიც მოზრდილ ასაკში ერთგვარ სიბავშვეს ამჟღავნებენ. იმ ადამიანებში, რომელთა მოქმედებებსა და გადაწყვეტილებებში ძლიერ დიდ როლს ემოციები ასრულებენ. ყველასათვის ცნობილია ისტერიული სუბიექტების გადაქარბებული შთაგონებადობა. ომის შემდგომ წლებში აღნიშნული იყო, თუ როგორ გადასდებდნენ ერთმანეთს თავის ავადმყოფურ სიმპტომებს ტრავმული ნევროზით შეპყრობილი ავადმყოფები. მაგალითად, საკმარისი იყო,—ერთ განყოფილებაში რომელსამე ავადმყოფს მოეცა გულყრა „ბრძანებით“, რომ სხვა პალატებიდან მას ამითვე უპასუხებდნენ და რამდენსამე ავადმყოფს ერთდროულად ჰქონდა გულყრა, ბრძანების სიტყვების წამოყვირებით თანხლებული. ძლიერ დიდი შთაგონებადობა აქვთ პროგრესული პარალიზით შეპყრობილ ავადმყოფებს, რომლებიც ზოგჯერ მზად არიან ყოველგვარ უაზრო წინადადებას დაეთანხმონ. მეტისმეტ სიფრთხილეს, ჩვენებათა უტყუარობის მხრივ, მოითხოვს გონებრივად არასრულდირებულოვან პიროვნებათა მიერ მოწოდებული ცნობები, რადგან მათ, როგორც

დაკითხვამდე, ისე დაკითხვის პროცესშიც, ადვილად შეიძლება შთააგონონ სიმართლეს მოკლებული ჩვენებები (არასრულწლოვანთა შთაგონებადობის შესახებ იხ. თავი — „არასრულწლოვანების სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა“).

ზოგიერთ სულით ავადმყოფს მორჩილების თავისებური სურათი ახასიათებს. ისინი მათთვის მიცემულ ყოველგვარ პოზაში გაშეშდებიან, როგორი უხერხული და უაზრო არ უნდა იყოს იგი. ამ მდგომარეობას ცვილისებრივი მოქნილობა ეწოდება.

შთაგონებადობის მოწინააღმდეგე ქცევას ნეგატივიზმი ეწოდება. ამ დროს ავადმყოფი ყველაფერს ეწინააღმდეგება. ზოგჯერ იმისათვის, რომ მას რაიმე შევასრულებინოთ, უნდა ვთხოვოთ—საწინააღმდეგო გააკეთოს.

ავადმყოფ პ-ს ექიმი შემდეგნაირად ესაუბრება:

—დაჯექით.

—არა, მე ვიღაცები.

—აბა, იდექით.

—თქვენ კარგი სკამები გაქვთ, მოხერხებულად ჯდომა შეიძლება (ჯდება).

—პაპიროსს ხომ არ მოსწევთ?

—მოეწევ.

ავადმყოფი იღებს პაპიროსს, ნახევრამდე იღებს პირში და ხმაურით გამოაფურთხებს.

—მოეწიე,—ამბობს იგი.

—მეტს აღარ მოგცემთ. სანიტარო, აიღეთ პაპიროსი.

ავადმყოფი წამოხტება და სწრაფად იღებს პაპიროსს. ამჯერად მას სწევს.

დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა აქვს ეგრეთ წოდებულ იმპულსურ ქცევებს. ნორმალურ პირობებში ყოველგვარი სურვილი, სანამ იგი ქცევაში გადადის, ცნობიერების მიერ შეფასებას ღებულობს, ე. ი. მის მიერ ან დაიშვება, ან არ დაიშვება. ამასთან, ხდება მოტივების ბრძოლა. იმ შემთხვევაში, თუ სურვილი ეწინააღმდეგება პიროვნების ინტერესებს და საზოგადოების მოთხოვნებს, ხოლო მოპირდაპირე მო-

ტივების წინააღმდეგობა საკმარისად ძლიერია,—ეს სურვილი მოქმედებაში არ გადადის. ზოგჯერ-კი იგი ისეთი ძლიერი არის, რომ მაინც გამოვლინდება, რადგან დაუძლეველ ხასიათს ღებულობს. მაგრამ, გამოსავალისდა მიუხედავად, ორივე ამ შემთხვევაში მოტივების წინასწარ შებრძოლებას აქვს ადგილი. ხოლო, როდესაც ლაპარაკი იმპულსურ ქცევების შესახებ არის, ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობით, მაშინ მოტივების შებრძოლებას ადგილი არა აქვს, აღმოცენებული სურვილი წინ უსწრებს მის მოპირდაპირე მოტივების გამოვლინებას და მყისვე მოქმედებაში გადადის. (იხ. თავი — „განსაკუთრებული მდგომარეობანი“).

სულით ავადმყოფთა შორის აგრეთვე აღინიშნება იმპულსური ქცევები. ზოგჯერ, გაუგებარი მოტივაციით. ავადმყოფი, რომელიც მთელი რიგი დღეების განმავლობაში უმოძრაოდ იწვა, უეცრად წამოხტება და სცემს თავის მეზობელს, სრულიად მშვიდ და უწყინარ ავადმყოფს, შემდეგ წყნარად თავის ადგილზე ბრუნდება. ფსიქიკურ დაავადებათა შედეგად, მიზიდულებანი ხან ძლიერდებიან, ხან სუსტდებიან, ხან-კი გაუკუღმართების ხასიათს იღებენ.

ჰამისადმი მიზიდულება ზოგ ავადმყოფს ეკარგება, ზოგ ავადმყოფს მკვეთრად უძლიერდება (გაუმადღრობა), ზოგს კი ამ მიზიდულების გაუკუღმართება აღენიშნება — ისინი განავალს, მატლებს, მუხლუხოებს ჰამენ. შარდს სვამენ. თავდაცვისადმი, საშიშროების თავიდან აცილებისადმი მისწრაფება (თვითდაცვის ინსტინქტი) ზოგიერთი რეაქტიული მდგომარეობის დროს კარიკატურული ხდება: ავადმყოფი ძლიერ კრთება მცირე ხმაურის დროს, ეშინია შეხების, იმალება, ყვირის. ამავე რიგისაა აგრეთვე იპოქონდრიული წუხილი, ეპვიანობა. მძიმე დეპრესიების დროს თვითდაცვის ინსტინქტი თითქოს ისპობა. ავადმყოფები ყოველგვარი ხერხით ცდილობენ თავი მოიკლან, ამასთანავე, დიდ სიფრთხილეს იჩენენ იმ შემთხვევაში, თუ მათ თვალყურს ადევნებენ. ისინი თვითმკვლელობის მიზნით თავის დახრჩობას ცდილობენ ხელებით, პირსახოცის საშუალებით, საწოლის ფეხს ყელზე იდგამენ. ერთ-ერთ საავადმყოფოში ერთმა ავადმყოფმა, რომელსაც

თვითმკვლელობის ყველა საშუალება ნაცადი ჰქონდა, მათ შორის ხანგრძლივი შიმშილი; მან საპირფარეშო ფანჯრის მინა გატეხა, მინის ნატეხით გაიფატრა მუცელი, ხალათში გაეხვია და თავის საწოლზე დაბრუნდა. საბნის ქვეშ მან გამოფატრული მუცლიდან ნაწლავის ნაქერი ამოიღო, გასკრა იგი და შემდეგ სანიტარს უთხრა: „ახლა კი ველარ გადამარჩენთო“.

ზემოთ ჩამოთვლილ აშლილობებს ხანგრძლივი ხასიათი აქვს. საქირო არის აღენიშნოთ სხვა ცვლილებები, რომლებიც დროდადრო წარმოიშვება — ისინი არიან იმპულსური მიზიდულობანი.

განმეორებისადმი მიდრეკილ იმპულსურ მიზიდულობებს ეკუთვნის ხანძრის გაჩენისადმი მიზიდულობა (პირომანია), ქურდობისადმი მიზიდულობა (კლექტომანია) და ა. შ. უწევდნენ რა ანგარიშს სლრვილების ზოგჯერ დაუძლეველ ხასიათს, რომელნიც ასეთი ან სხვა ხასიათის მოკმედებებს იწვევდნენ, წარსულში ასეთ შემთხვევებში იმპულსურ შესლილობაზე ლაპარაკობდნენ. ეს ტერმინი ამჟამად უარყოფილია. ნამდვილი პირომანია და კლექტომანია ძლიერ იშვიათად გვხვდება. ამ იმპულსურ მიზიდულობათა მნიშვნელობა და სიხშირე აშკარად გადაფასებული იყო.

სქესობრივი მიზიდულობის ანომალიები აგრეთვე მის გაძლიერებაში, შესუსტებასა და გაუკუღმართებაში გამოვლინდება.

მოვიყვანოთ სექსუალური გაუკუღმართების ზოგიერთი სახე.

ონანიზმი (მასტურბაცია) ბავშვობისა და ყრმობის ასაკში ფართოდ არის გავრცელებული. ონანიზმს ხშირად მიმართავენ აგრეთვე სრულიად ჯანმრთელი მოზარდები და იგი მათ შემდგომ ნორმალურ სქესობრივ განვითარებაზე არავეითარ გავლენას არ ახდენს. ონანიზმი სექსუალური ფსიქოპათიის გამოვლინებას წარმოადგენს, მაშინ, როდესაც იგი სქესობრივი დაკმაყოფილების მყარ ფორმად ხდება, ერთგვარად თვითმიზანი ხდება და გამოხატულ აუტოეროტიზმთან არის დაკავშირებული (სქესობრივი მიზიდულობა, რომელიც თავის თავზე არის მიმართული). ამ შემთხვევებში ონანიზმი შეიძლება უფროს ასაკამდე გრძელდებოდეს.

გამოხატული აუტოეროტიზმი მთელ რიგ სხვა სქესობრივ გაუქულმართებისათვის კომპონენტს ან საფუძველს წარმოადგენს. ასეთია, მაგალითად, ექსჰიბიციონიზმი, რომელიც სხვა სქესობრივ პირების წინაშე თავისი სასქესო ორგანოების გაშიშვლებისადმი მისწრაფებაში გამოიხატება.

ფეტიშიზმი გამოიხატება სქესობრივი მიზიდულობის ავადმყოფურ მიმართულებაში სხეულის განსაზღვრულ ნაწილზე, საგნებზე, რომელთაც ფეტიშიზმით შეპყრობილის წარმოდგენაში მფლობელი მნიშვნელობა აქვთ და, რომელნიც სქესობრივი დაკმაყოფილების აუცილებელ პირობას წარმოადგენენ. რაც უფრო ოწყვეტილია გაფეტიშებული ნიშანი მიზიდულობის ცოცხალ ობიექტს, მით უფრო მკვეთრად არის გამოსახული პათოლოგია. მამაკაცთა შორის ამ პათოლოგიის ნათელ გამოვლინებას წარმოადგენს უსულო საგნებზე მიმართული ფეტიშიზმი, რომლებიც უმთავრესად ქალის ტუალეტის სხვადასხვა ნაწილს წარმოადგენს ფეხსაცმელები, ყელიანი წინდები და ა. შ.). შესაძლებელია ასეთი საგნების ქურდობა, უცნობი ქალისათვის ფეხსაცმელების გახდის ცდები, მკვლელობაც კი ასეთი გზით ტუალეტის სასურველი აწილის შოვნის მიზნით (აქ ფეტიშიზმი საღიზმთან არის შეუღლებული). ცნობილია შემთხვევა, როდესაც მეეტლემ ამ მიზნით რამდენიმე მკვლელობა ჩაიდინა და ასეთი სისხლიანი გზით ფეტიშების მთელი კოლექცია შეადგინა. სქესობრივი დაკმაყოფილება ასეთ შემთხვევებში ჩვეულებრივად, ერთდროული ონანიტებით და აგზნების გამოწვევი საგნების ცქერით მიიღწევა. ზოგჯერ მხოლოდ მხედველობითი აღქმა იწვევს სქესობრივ განტვირთვას (ეიაკულაციას). ზოგ შემთხვევაში ამდროს ყნოსვას აქვს მნიშვნელობა.

სადიზმი და მაზოქიზმი სქესობრივი დაკმაყოფილებაა, რომელიც შეუღლებულია თავის მიზიდულობის ობიექტისათვის ტკივილის მიყენების გრძნობასთან (სადიზმი), ან მისწრაფებაა, რომ თვითონ განიცადოს სხვა პირის მიერ მისთვის მიყენებული ტკივილი (მაზოქიზმი). ეს ერთი და იმავე რიგის პოლარული გამოვლინებანი, ზოგჯერ ერთსა და იმავე დროს გვხვდება. სადიზმის და მაზოქიზმის ფორმები ძლიერ სხვადასხვაგვარია.

ადიზმის ერთ-ერთ იშვიათ გამოვლინებას „მკვლელობით“ წარმოადგენს, რომელიც მოკლულთან სქესობრივი აქტით იძლება იყოს თანხლებული. გვხვდებიან აგრეთვე ეგრეთ წოდებული მჩხვლეტელები, რომლებიც ბასრი საგნებით უცნობებს მსუბუქ კრილობებს აყენებენ და ამით სქესობრივ დაკმაყოფილებას იღებენ.

ჰომოსექსუალიზმი—საკმაოდ .ცნობილი გაუქუღმართება და განსაკუთრებულ განმარტებას არ საჭიროებს. თავისივე ქისსადმი მიზიდულობა ჩვეულ ჰომოსექსუალისტების გამხრწნელი კავლების შედეგად წარმოიშვება. ხელშემწყობ მომენტად .თიერთ ონანიზმიც შეიძლება გახდეს. ჰომოსექსუალური მიზიდულობის ფორმები, პედერასტთა ტიპები, მათი ურთიერთობის .ერხები ძლიერ სხვადასხვაგვარია.

პედოფილია—ბავშვებისადმი, ყრმებისადმი სქესობრივი მიზიდულობა —სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მცირე-წლოვანთა გახრწნის გამო სამართალში მიცემის შემთხვევებში გვხვდება. ბევრ შემთხვევაში იგი სქესობრივი სისუსტის სიმპტომს წარმოადგენს, რაც ამგზნებ მომენტების ძებნას იწვევს. იგი უმთავრესად ხანდაზმულ ასაკში, არტერიოსკლეროზის დროს, ქრონიკული ალკოჰოლიზმით შეპყრობილთა შორის გვხვდება და სქესობრივი პოტენციის შესუსტების პერიოდს ემთხვევა.

შეიძლება კიდევ ვახსენოთ სოდომია — პირუტყვთმავლობა.

სქესობრივ გაუქუღმართებათა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება ძირითადად შემდეგში მდგომარეობს: სექსუალური დანაშაულის ჩადენის დროს, სქესობრივი გაუქუღმართების ნიშნების არსებობა შეურაცხადობის შესახებ დასკვნისათვის საფუძვლად შეიძლება იყოს მიღებული მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეს გაუქუღმართება იმ პირთა შორის გვხვდება, რომელნიც ამათუ იმ ფორმის ფსიქიკურ დაავადების (მაგალითად: შიზოფრენიის, ტვინის ორგანული დაზიანების და ა. შ.) ნიშნებს ამჟღავნებენ.

ფსიქოპათური პიროვნებანი, რომლებიც ზოგჯერ სქესობრივ გაუქუღმართებას ამჟღავნებენ, სასამართლო-ფსიქიატრიული თვალსაზრისით განიხილებიან ისე, როგორც დანარჩენი ფსიქოპათები

(იხ. თავი—“ფსიქოპათური პიროვნებანი“), ე. ი. ჩვეულებრივა შერაცხადებად არიან ცნობილი.

7. ცნობიერების აშლა

ცნობიერების აშლა აუცილებლად გარეშე სამყაროსადმი ავადმყოფის არასწორ დამოკიდებუებაში მეღავნდება. იგი აგრეთვე გამოვლინდება ავადმყოფის არასწორ დამოკიდებულებაშიც თავი თავისადმი. ცნობიერების აშლის სიმპტომები ძლიერ თავისებურ და სხვადასხვაგვარია. ცნობიერების აშლის მაგალითს, რომელიც ნერვული სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის არის და მახასიათებელი, ძილი და სიზმრები წარმოადგენს.

ნარკოზულ ნივთიერებათა (ალკოჰოლი და სხვა) მწვავე მოქმედებით გამოწვეული ფსიქიკური დაავადებების დროს, სხვადასხვ მოწამელის დროს (ტყვია, სანათი გაზი, ატროპინი და სხვა), ინფექციის მიერ (მაგალითად პარტახტიანი ტიფის) გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობის დროს, თავის ტრავმების დროს (პრილობა ტვინის შერყევა), ხშირად ცნობიერების მკვეთრად გამოხატული აშლილობა აღინიშნება. ყველა ჩამოთვლილი დაავადება ეგზოგენურ დაავადებათა ჯგუფს ეკუთვნის. ამგვარად, ეგზოგენური ფსიქოზებისათვის განსაკუთრებულად დამახასიათებელია ცნობიერების აშლა. იგი გამოიხატება ხან გაბრუების მდგომარეობაში რომლის დროსაც გარეშე გამაღიზიანებლები ავადმყოფის ცნობიერებას ცუდად აღწევენ, და ყველა ფსიქიკური პროცესი შენელებულია, ხან ცნობიერების სიზმრისებრ აშლაში (სიზმრის მდგომარეობას მოგვაგონებს), რომელსაც თან ახლავს ჰალუცინაციები, ბოდვა, შიში, გარემოს არასწორი გაგება, ხან ცნობიერების აბნევაში, რომლის დროს ფსიქიკური პროცესები მკვეთრად დარღვეულია: აზრები ნაწყვეტ-ნაწყვეტია, აღქმა მსხვრევადი, გამოთქმები დაუკავშირებელი; ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრება თითქმის ქაოსური ხდება, ამასთან გარემოსი და მისი მდგომარეობი გაგება სრულიად ისპობა.

სიზმრისებრი ცნობიერების მაგალითს წარმოადგენს ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა ცნობიერება თეთრცხელებიანი მდგომარეობისას.

ერთ-ერთი გამოსაკვლევი პირი გ., ასეთ მდგომარეობაში საიზოლაციო ოთახში ყოფნის დროს, სულ თავის საწოლთან ფუსფუსებდა და ჯიბიდან რალაცას იღებდა. მას ეგონა, რომ ჯიბეში ბოთლით არაყი ჰქონდა. იგი ხსნიდა მას, მის გვერდით ქიქებს დგამდა, საუზმეს შლიდა, ამხანაგებს იწვევდა, ქეიფისთვის ემზადებოდა. ეს ყველაფერი მას სრული სიცხადით ჰქონდა წარმოდგენილი.

მეორე ავადმყოფმა თეთრი ცხელების მდგომარეობაში ცაზე მოგზაურობა განიცადა, იქ „ანგელოსთა საზოგადოებაში“ იმყოფებოდა, შემდეგ ზოოლოგიურ ბაღში მოხვდა, საშინელი მხეცების ეშინოდა, დასასრულ, ყვავილებითა და ბალახით მოცულ მწვანე მდელოზე აღმოჩნდა. შემდეგ ყველაფერი ეს გაქრა და იგი საავადმყოფოს დახურულ პალატაში აღმოჩნდა.

ენდოგენურ ფსიქოზთაგან, ყველაზე უფრო ხშირად ცნობიერების აშლას ეპილეფსიის დროს ვხვდებით.

სხვადასხვა დაავადების დროს და მათ შორის ფსიქიკური მიზეზების (შიში, მრისხანება, დარდი) შედეგად გამოწვეულ მდგომარეობათა დროს, ეგრეთ წოდებული ბინდისებრი მდგომარეობა შეიძლება წარმოიშვეს. ამ დროს ცნობიერება ძლიერ შევიწროებულია, მის ცენტრში ჩვეულებრივად რაიმე განცდაა, ამასთან, ვერავითარი სხვა რამ, რომელიც ამ განცდასთან არ არის დაკავშირებული, მის ცნობიერებას ვერ სწვდება. გარეგანი მოქმედება შეიძლება მიზანშეწონილი, გაცნობიერებული მოგვეჩვენოს. ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობის დროს ზოგიერთი ავადმყოფი ფანტასტიური, ბოდვითი განცდების გავლენის ქვეშ იმყოფება, რომელნიც სიხარულს, შიშს, აგრესიულ მოქმედებისადმი მისწრაფებას წარმოშობენ. ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობის დროს, ზოგჯერ ავადმყოფს შეუძლია მძიმე უმოტივო დანაშაული ჩაიდინოს (მკვლელობა, ხანძრის გაჩენა და სხვ.).

ცნობიერების მდგომარეობის შესახებ საკითხის გადაჭრა განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ეგრეთ წოდებული ხანმოკლე ფსიქიკური აშლის შემთხვევების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს (პათოლოგიური სიმთვრალე, პათოლოგიური აფექტი, იმპულსური ქცევები, ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობა,

სხვადასხვაგვარი ავტომატიზმი—იხ. თავები „ეპილეუსია“, „ნარკოზმანია“, „განსაკუთრებული მდგომარეობანი“). ფსიქიკის ხსენებული დროებითი აშლილობანი მხოლოდ მაშინ იძლევიან შეურაცხადობის შესახებ დასკვნის საფუძველს (რსფსრ ს.ს. კოდექსის მე-11 მუხლის¹ თანახმად), როდესაც ამ აშლილობებს თან ახლდა თავისი ქმედობისადმი ანგარიშის გაწევისა და მათზე ხელმძღვანელობის უნარის დაკარგვა. ამ მდგომარეობათა დადგენისათვის ძირითად კრიტერიუმს ცნობიერების შეცვლის არსებობა ან არარსებობა წარმოადგენს.

§ 3 პიროვნების ავადმყოფური ცვლილებანი

1. ფსიქიკური მოქმედების მთლიანობა

ფსიქიკური პროცესი მიმდინარეობს მთლიანად, ერთობლივად. აზროვნების, ემოციების, ნებელობის და ა. შ. იზოლირებული განხილვა უმთავრესად პირობითია. მაგალითად, აზროვნება ერთდროულად ნებელობით ნიშანს შეიცავს (მიზანდასახულობა); ის აზროვნებითი ამოცანასთან აგრეთვე ემოციური მიმართებით, ზოგჯერ გამოკვლევის ობიექტისადმი მკვეთრი ინტერესით არის თანხლებული. მის მასალას მეხსიერებაში დაგროვილი მარაგი წარმოადგენს; მიზანდასახული აზროვნება აქტიურ ყურადღებას და ნათელ ცნობიერებას მოითხოვს. ფსიქიკური მოქმედების (და საერთოდ ნერვული მოქმედების) მნიშვნელოვანი თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ იგი ინტეგრაციის პრინციპის საფუძველზე, ალქმის, შეგრძნობის, აზროვნების და მოქმედების პროცესების მთლიანობაში ხორციელდება. ადამიანს, რომელიც რთულ შრომითი აქტს ასრულებს, აზრების, ალქმისა და მოძრაობების სწორედ ასეთი შეთანხმება ალენიშნება.

2. ტემპერამენტი

პიროვნების არსებით მხარეს წარმოადგენს ტემპერამენტი, რომელიც ემოციების წარმოშობის სისწრაფეში, ინტენსივო-

¹) საქ. სსრ ს.ს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

ბაში, გარეშე მოვლენებზე რეაქციებში და გაბატონებულ გუნებ-
განწყობაში გამოვლინდება. პავლოვის ფიზიოლოგიური გან-
საზღვრის თანახმად, ტემპერამენტი ნერვული პროცესების სიძლიე-
რეს, სიცხოველეს და წონასწორობაში ყოფნის ხარისხს გამოხატავს.
ძლიერი ნერვული სისტემის მქონე პირებს, დაძაბული მუშაობი-
სადმი უნარი აქვთ; ისინი გამძლე, მოხერხებული არიან. მოძრავი
ნერვული სისტემის მქონე პირნი მუშაობის ერთ რეჟიმს მეორეთი
ცვლიან, ერთ რიგ აღქმებისა და აზრებისაგან სხვებზე გადადიან,
მშვიდ მდგომარეობიდან—მოქმედებაზე და პირიქით.

წონასწორი ნერვული სისტემის მქონე პირები არ ამჟღავ-
ნებენ, რომ მათი ნერვული აგზნებადობა დიდად აღემატებოდეს
შეკავებას. ისინი შინაგან წონასწორობას ადვილად აღადგენენ.

ნერვული პროცესების სიძლიერე, სიცხოველე, წონასწორობა,
როგორც ტემპერამენტის თავისებურებანი სხვადასხვა შეხამებაში
გვხვდებიან. ერთ შემთხვევაში ისინი ძლიერს, ამგზნებადს, მაგრამ არა-
წონასწორ ტემპერამენტს ჰქმნიან, სხვა შემთხვევაში ნერვული და-
ძაბულობის (აგზნების) სისუსტეს, გარეშე გამაღიზიანებელ ფაქ-
ტორებისადმი დაქვეითებულ გამძლეობას, აწეულ შემკავებლობას
აქვს ადგილი.

პირველ ტიპს პავლოვი ქოლერიკულს, მეორეს კი მელანქო-
ლიკურს უწოდებს. უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესწავლის სა-
ფუძველზე პავლოვმა ტემპერამენტის ფიზიოლოგიური გაგების
პირველი დამაჯერებელი ცდა შეჰქმნა. უკიდურეს ტიპებს შორის
(ძლიერი—უწონასწორო და სუსტი—შეკავებითი) პავლოვი სანგვინი-
კებს (ცოცხალთ, წონასწორობის მქონეთ) და ფლევმატიკებს (მშვი-
დებს, წონასწორობის მქონეთ) ათავსებს.

აღამიანის ტემპერამენტის ეს თავისე ურებანი არ რჩებიან უცვ-
ლელი. ისინი პიროვნების განვითარების პირობებისაგან არიან და-
მოკიდებული. ერთ პირობებში აღამიანი თავისი რეაქციების შეკა-
ვებას, რეგულირებას ეჩვევა, სხვა პირობებში კი იგი ცუდად განა-
გებს თავის ქცევებს.

ტემპერამენტი პიროვნების განვითარების სისტემაში არის
ჩართული, იგი განუყოფელია ხასიათისაგან, რომელსაც უფრო
რთული სტრუქტურა აქვს.

3. ხასიათი

ინდივიდუალური თვისებები განისაზღვრება რამდენადმე ადამიანის ტემპერამენტით, მაგრამ გაცილებით უფრო მეტად—პიროვნების ხარისხობრივი მხარით—ხასიათით. ხასიათის აღწერისას, ჩვენ ჩვეულებრივად შეფასებით ცნებებს ვხმარობთ (რბილი, კეთილი, ბოროტი და ა. შ.). ხასიათი ადამიანის ძირითად თვისებებს უნდა ეწოდოს, რომლებიც მის ქცევებსა და გარემო სამყაროსადმი დამოკიდებულებას ინდივიდუალურ ელფერს აძლევს. ხასიათი, როგორც რთული ფსიქიკური მოვლენა, პიროვნების ბიოლოგიურ სტრუქტურიდან არ შეიძლება იქნეს გამოყვანილი, იგი სოციალური განვითარების პროდუქტს წარმოადგენს.

4. პიროვნება

პიროვნება ადამიანის ფსიქიკური სახეა, რომელიც მისი ტემპერამენტისა და ხასიათის ინდივიდუალურ თვისებებს, მის შესაძლებლობებს, მის სოციალურ ინტერესებსა და მის წრაფებებს შეიცავს.

ადამიანის სიცოცხლის განმავლობაში, პიროვნების უბრალო თვისებებიც—კი ნერვული მოქმედების ტემპი, გამძლეობა, წინააღმდეგობის უნარი, ალგზნებადობა, გრძნობიერება, კვებითი და სქესობრივი მიზიდულობანი, თვითდაცვის ინსტინქტი—ისეთ გართულებას, ისეთ წმინდა ადამიანურ, სოციალურად პირობადებულ გარდაქმნას განიცდის, რომ ისინი როგორც არადიფერენცირებული ინსტინქტები, მიზიდულობანი, გრძნობები მათ პირველყოფილ სახეობას ჰკარგავენ; ცნობიერებას, აზროვნებას, ნებელობას, რომლებიც შრომითი მოქმედების საზოგადოებრივ-ისტორიული განვითარების ყველაზე უფრო მაღალ პროდუქტს წარმოადგენენ, ტემპერამენტისა და ხასიათის ბიოლოგიურ წინამძღვრებში ძირიანფესვიანი ცვლილებები შეაქვთ.

პიროვნების ყველაზე მნიშვნელოვან თვისებას მისი სოციალური მიზანდასახულობა, მისი სოციალურ-ღირებულებითი დონე წარმოადგენს. ემოციების სირთულისა და გონების სიმახვილისა მიუხედავად, პიროვნება შეიძლება ჩამორჩენილად, უარყოფითი შეფასების ღირსად ჩაითვალოს. კაპიტალისტური საზოგადოება ინდი-

ვიდუალური შეგნების, ერთეულების ფსიქოლოგიის, ინტერესების ეგოცენტრულობის, კარიერიზმის, გამდიდრების წყურვილის, არსებობისათვის ბრძოლის, ავანტიურისტული „გმირობის“, ეთიკის, მორალის საკითხებში—ორპირობის განვითარებას უწყობს ხელს. შემთხვევითი როდია ის, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში დანაშაულთა რიცხვის ზრდა, ნარკომანიათა ფართო გავრცელება, თვითმკვლელობათა, ნევროზების, ფსიქოპათიების და რეაქტიული ფსიქოზების უაღრესად დიდი რიცხვი აღინიშნება.

ამის საწინააღმდეგოდ, ეპოქის მოწინავე მისწრაფებათა მქონე პიროვნება, რომელიც კომუნისტური საზოგადოების მშენებლობაში იღებს მონაწილეობას. შინაგანი ჰარმონიის მატარებელია, ჰარმონიისა. რომელიც პირად და საზოგადოებრივ ინტერესთა ანარეკლს წარმოადგენს, ასეთი პიროვნება მიზანმისწრაფებას, მამაცობას, ოპტიმიზმს, შრომის მოყვარეობასა და კოლექტივიზმს ამჟღავნებს. სოციალური ღირებულებათა ასეთი დონის დროს, აქტიური, შრომითი სასიცოცხლო მიზანდასახულობის დროს, პიროვნების შემოქმედებითი განვითარების, ფსიქიკური მხნეობისა და ჯანმთრელობისათვის საუკეთესო პირობები იქმნება.

5. ბიოლოგიზაცია მოძღვრებაში პიროვნების შესახებ

სოციალურ მოვლენათა ბიოლოგიზაცია, რომელიც ნეოლომბროზიანელებს პიროვნებისა და საზოგადოების შესახებ მოძღვრებაში აქვთ მოცემული, იმისკენ არის მიმართული, რომ ადამიანის ქცევაში დაამტკიცოს სოციალურთან შედარებით ბიოლოგიურის უპირატესობა (პრიმატი). ამ რეაქტიულ შეხედულებათა თანახმად, ადამიანი თავისი გემპვიდრობითი „ფონდის“, თავისი ინსტინქტების გავლენის ქვეშ ექცევა. სოციალურად შექმნილი თვისებები, ამ თვალსაზრისით, „გარსს“ წარმოადგენს, რომელიც მხოლოდ იმ შემთხვევაში არის მგარი, თუ იგი პიროვნების განვითარების ბიოლოგიურ ტენდენციასთან არის შეფარდებული. ამრიგად, ამ გაგების თანახმად, პიროვნების ბიოლოგიური სტრუქტურა თავისთვის ისეთ პირობებს ეძებს, რომელიც არაშეცნობილი იმპულსების რეალიზაციას უწყობს

ხელს. ნეოლომბროზიანელები განსაკუთრებული ხალისით იყენებენ პიროვნების ასეთ გაგებას ბოროტმოქმედთა მიმართ.

ლომბროზიანისტულ და ნეოლომბროზიანისტულ შეხედულებათა საწინააღმდეგოდ, უნდა მიჩნეულ იქნეს, რომ არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება მორალური და ამორალური თვისებების განხილვა, როგორც ბიოლოგიური მოვლენისა. ისინი სოციალური პირობების გავლენით ისეთ პირებში წარმოიშვებიან, რომელთა ქცევაც სოციალური და არა ბიოლოგიური კანონზომიერებით განისაზღვრება.

6. პიროვნების ავადმყოფური ცვლილებანი

ფსიქიკური დაავადებანი ყოველთვის ამა თუ იმ ცვლილებებს იწვევენ. იმ შემთხვევებში, როცა დაავადება ძირითადად ტემპერამენტის მხრივ ძვრებით განისაზღვრება, პიროვნება მრავალ მისთვის ჩვეულ თავისებურებას ინარჩუნებს. მაგალითად, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს, ძირითადად ფსიქიკური აგზნება ან დათრგუნვა აღინიშნება, ამასთან, პიროვნება როგორც ერთ, აგრეთვე მეორე მდგომარეობაში შინაგან ჭთლღანობას ინარჩუნებს.

სხვა დაავადებათა რიგი იწვევს პიროვნების ავადმყოფურ გარდაქმნას, ზის დაქვეითებას ანუ დეგრადაციას; ალკოჰოლიკებს შორის ხშირად პიროვნების ყველაზე მაღალი. სოციალურად წარმოქმნილი ფენა არის დაზიანებული. ისინი ცინიკური და თავგასული ხდებიან და პროფესიულ ინტერესებს ჰკარგავენ. თავის ტვინის ზოგიერთი ორგანული დაავადება ფსიქიკის მძიმე ცვლილებებს იწვევს. ამ შემთხვევებში ავადმყოფები კეუსუსტი, უმწეო, შთაგონებადი ხდებიან. თავისებურ დეგრადაციას იწვევს შიზოფრენია. იგი „მეს“ გრძნობასა და გარემო სამყაროს აღქმას ცვლის, რეალობისაგან მოწყვეტას, ლოგიკურ აზროვნების სრულ ან ნაწილობრივ დაკარგვას იწვევს, ისეთ საქციელამდე მიჰყავს ადამიანი, რომელთაც გაუგებარი მოტივაცია აქვს. შიზოფრენიის დროს პიროვნების ავადმყოფური გარდაქმნა არის ყველაზე მეტად გამოსახული, ორგანული დაავადებების დროს კი პიროვნების უბრალო სულიერი დაქვეითება, გაუხეშება, ვალატაქება აღინიშნება.

თ ა ვ ი VI

ფსიქიკურ დაავადებათა მიმდინარეობა, დიაგნოზი, კლასიფიკაცია

ფსიქიკურ დაავადებათა მიმდინარეობა

შერაცხადობის განსაზღვრის დროს, ფსიქიკურ დაავადებათა მიმდინარეობას დიდი, ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

ავადმყოფობის ქრონიკული მიმდინარეობა მის ხანგრძლიობას, განუწყვეტლობას ნიშნავს. ამასთან, ავადმყოფობა შეიძლება ღროდღრო სხვადასხვა ინტენსივობით ვითარდებოდეს, ზოგ შემთხვევაში ღროებით წყდებოდეს კიდევაც, მაგრამ ძირითადი ტენდენცია ამის გამო არ იცვლება. ქრონიკულ დაავადებათა დროს ნაწილობრივ გაუმჯობესებას რემისია ეწოდება. იგი შეიძლება ხანგრძლივი იყოს, როგორც ეს ხშირად ხდება შიზოფრენიის დროს, მაგრამ ეს ჯერ კიდევ განკუთრებას არ ნიშნავს.

ქრონიკული დაავადებანი ჩვეულებრივად ერთსა და იმავე დონეზე არ რჩებიან, არამედ დროის განმავლობაში ისინი ღრმავდებიან, ვითარდებიან. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფური პროცესი არ წყდება, არამედ მას უწყვეტი ხასიათი აქვს, ზოგჯერ იგი მხოლოდ შენელებად, შეჩერდება.

ამ ნიშნების არსებობის დროს სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება პიროვნების ცვლილებების ხასიათითა და ავადმყოფობის განვითარების ტემპით განისაზღვრება. შიზოფრენია, როგორც ერთერთი არაკეთილთვისებიანად მიმდინარე დაავადება, ავადმყოფების მეტწილ შემთხვევებში შეურაცხადად ცნობას მოითხოვს. მაგრამ ეს არ ვრცელდება ყველა იმ დაავადებაზე, რომელთაც პროგრესული ხასიათი აქვთ, მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფობის

განვითარება ნელა, თითქმის შეუმჩნევლად მიმდინარეობს და პიროვნების ტლანქ ცვლილებებს არ იწვევს.

ზოგიერთი ქრონიკული ფსიქიკური დაავადება ღრთა განმავლობაში ფსიქიკის მყარ ცვლილებებს, ფსიქიკის დეფექტის მოვლენებს იწვევს, რომლებიც ისეთ შემთხვევაშიც აღინიშნება, როდესაც ავადმყოფები რემისიაში იმყოფებიან. ბოლდვითი იდეების, პალუცინაციების, აზროვნების მოშლილობათა და სხვ. მოსაზრება, ფსიქოზის შეწყვეტას ნიშნავს, მაგრამ ავადმყოფი გამოცვლილი, მაგალითად, ღუნე, უმოქმედო, პასიური რჩება. დიდი ხნის შემდეგ ავადმყოფობის პროგრესირების ნიშნები შეიძლება გაქრეს, მაგრამ პიროვნება ღრმად შეცვლილი რჩება, იგი კეთუასუტობას, უინიციატივობას, ემოციურ სიჩლუნგეს ამჟღავნებს. ავადმყოფობის ასეთ დასრულებას გამოსავალი მდგომარეობა ეწოდება.

არაპროცესულს, არაპროგრესულს მიაკუთვნებენ ისეთ დაავადებას, რომელიც განვითარების ანომალიას წარმოადგენს (ოლიგოფრენია, ფსიქოპათია) და ავადმყოფურ მოვლენების ზრდისაკენ არავითარ ტენდენციას არ იჩენს. ამ შემთხვევებში აღნიშნული ფსიქიკური მდგომარეობის ცვლილებანი უმთავრესად გარეშე ფაქტორებისაგან არიან დამოკიდებული. ხელსაყრელ სოციალურ პირობებში ნორმისაგან ეს გადახრები შეიძლება რამდენადმე შესუსტებულ იქნეს, მაშინ როდესაც არახელსაყრელ პირობებს შეუძლიათ ისინი გააძლიერონ.

ავადმყოფობის არაპროგრესული ხასიათი აგრეთვე რეაქტიულ მდგომარეობათა ჯგუფს (ფსიქოგენური რეაქციები და ნევროზები) ახასიათებს, რომელთა განვითარება მნიშვნელოვნად განისაზღვრება გარეშე სიტუაციით, კონფლიქტური განცდებით.

ავადმყოფობის პროგრესირების ნიშნების უქონლობა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს, საშუალებას გვაძლევს გამოვდიოდეთ ამ პირთათვის ძირითადად ფსიქიკის ჩვეულ თავისებურებიდან და აგრეთვე იმ მდგომარეობიდან, რომელშიც ისინი დანაშაულის ჩადენის დროს იმყოფებოდნენ.

ქრონიკულ ავადმყოფობას უპირისპირდება სნეულებათა მიმდინარეობა შეტევების სახით; მეტწილად ასეთ შეტევებს მკვეთრი, ზოგჯერ მძაფრი ხასიათი აქვს. ზოგ შემთხვევებში

ისინი ძლიერ მცირე ხანს, რამდენსამე საათს გრძელდებიან (მაგალითად, პათოლოგიური დათრობა), სხვა შემთხვევებში — რამდენიმე თვე ან კვირა (ფსიქოგენური რეაქციები).

ამ დაავადებებს დროებითი ხასიათი აქვს, ისინი განკურნებით სრულდებიან. მაგრამ მაინც, ზოგ მათგანს პერიოდული მიმდინარეობის გამოსახული ტენდენცია აქვს. შეტევები მეორდება ნათელი შუალედების შემდეგ, რომელთაც ზოგჯერ დიდი ხანგრძლიობა აქვთ. ნათლად გამოსახულ პერიოდულობას მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს აქვს ადგილი. ნათელ პერიოდებში ეს პირი ნორმალურ მდგომარეობაში იმყოფებიან.

ყველა დროებით მიმდინარე ფსიქიკურ დაავადების დროს, სასაზრთლო-ფსიქიატრიული შეფასება ძირითადად იმისაგან დამოკიდებულია, თუ ავადმყოფობის შეტევის ნათელი პერიოდის დროს არის შესრულებული საზოგადოებრივად საშიში ქმედობა.

ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობა

მკურნალობა, რომელიც უკანასკნელ წლებში მეტი წარმატებით ტარდება, ზოგ შემთხვევებში ავადმყოფობის მიმდინარეობას ამსუბუქებს, სხვა შემთხვევებში დროებით გაუმჯობესებას (რემისიას) იძლევა, ბოლოს, მესამე შემთხვევებში განკურნებას აღწევს. ზოგიერთი მეტად მძიმე ავადმყოფობის (პროგრესული პარალიზი, შიზოფრენია) საკმარისი წარმატებით მკურნალობა შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ იგი დროულად ტარდება, ავადმყოფობის ნაადრევ სტადიებში, შემდგომ შეიძლება თავის ტვინის არაშექცევადი რღვევები მოხდეს და მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდება.

დაავადების მიზეზების, თავისებურებების, მისი მიმდინარეობისა და პროგნოზის (ავადმყოფობის შემდეგი განვითარების) ცოდნა ავადმყოფობის ფორმის განსაზღვრის, ე. ი. დიაგნოზის დადგენის საშუალებას გვაძლევს.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი

სასაზრთლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას დიაგნოზის დადგენის დროს დიდი სიძნელეები ხვდება. ეს აიხსნება იმით, რომ, ექსპერტიზაზე გადაგზავნილი პირები, მათ მიერ საზოგადოებრივი-სა-

შიშარი ქმედების ჩადენამდე მეტწილად ფსიქოზის მკვეთრ ნიშნებს არ ამჟღავნებდნენ და ამიტომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებული არ ყოფილან. მრავალი მათგანი ექსპერტიზის დროსაც ასეთსავე მდგომარეობაში იმყოფება. მათი დაავადებანი არამკათიოდ არის გამოსახული, მათი ფორმა არანათელია. მეორე მხრივ, ავადმყოფებს, რომელნიც არ არიან პროცესული სნეულებით შეპყრობილი, ხშირად აღენიშნება, ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავება, რომელიც მათი დაპატიმრებით, სამართალში მიცემით არის გამოწვეული. ეს გამწვავება ძნელად გასარჩევია მძიმე ფსიქიკური დაავადებისაგან. ამის გარდა, ამ სიტუაციაში მყოფი ბევრი ავადმყოფი ექსპერტიზის დროს კონტაქტს გაურბის, შეკითხვებზე არ პასუხობს, უძრავი ხდება, თუმცა დაპატიმრებამდე ავადმყოფობის ამ ნიშნებს არ ამჟღავნებდა; სხვა გამოსაკვლევი პირნი ფსიქიკური დაავადებების სიმულაციას ეწევიან ან მათთვის ჩვეულ ნორმისაგან არამკვეთრ გადახრებს აზვიადებენ.

ყველა აქ ჩამოთვლილი მიზეზის გამო, მხოლოდ სპეციალური სასამართლო-ფსიქიატრიული გამოცდილების მქონე ფსიქიატრებს შეუძლიათ თავი დააღწიონ შეცდომებს, სასამართლო შემთხვევებში დიაგნოზისა და ფსიქიკური აშლილობის სიმძიმის დადგენის დროს.

ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაცია

ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაციას საფუძვლად უძევს უწინარეს ყოვლისა ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზები, მათი კლინიკური თავისებურებანი, მიმდინარეობა და პროგნოზი.

ფსიქიკურ ავადმყოფობათა მიზეზები (ეტიოლოგია) კლასიფიკაციაში წამყვანი არიან ღაშინ, როგორცკი ისინი საკმარისად შესწავლილნი ხდებიან. მაგალითად, იმის შემდეგ, რაც გადაჭრით გამოირკვა, რომ პროგრესული პარალიზის გამომწვევ მიზეზს თავის ტვინის სიფილისური დაზიანება წარმოადგენს, ეს სნეულება დაავადებათა ინკეცტიურ ჯგუფში განიხილება.

ავადმყოფობათა მიზეზების ნიშნის მიხედვით, ადვილი გამოსაყოფი ხდება ინფექციური წარმოშობის ფსიქოზები (სიფილისური ფსიქოზები, ენცეფალიტები), ორგანიზმისა და თავის ტვინის მოწამვლით გამოწვეული ავადმყოფობანი (ნარკოზული საშუალებანი,

საწარმოო შხამები), შინაგანი ორგანოების, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებით გამოწვეული სნეულებანი (ეგრეთ წოდებული სომატოგენური ფსიქოზები), თავის ტვინის ტრავმული დაზიანებანი, ფსიქოგენური რეაქციები.

მაგრამ მაინც, ბევრ დაავადებას ჯერ კიდევ არასაკმარისად გამოკვეთული წარმოშობა აქვს. ამ დაავადებებს ეკუთვნის: შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, ეპილეფსიის ზოგი ფორმა, ხანდაზმული ასაკის დაავადებანი. სხვა ფაქტორების არასაკმარისი შესწავლის დროს ძლიერ გამოურკვეველი შემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობის არსებობა (მაშინ, როცა ეს ფაქტორები შესაძლებელია ამ ავადმყოფობათა წარმოშობაში ძლიერ დიდ როლს ასრულებენ) ამ დაავადებათა მიზეზობრივი (ეტიოლოგიური) ნიშნის მიხედვით კლასიფიკაციისათვის მყარ საფუძვლებს არ იძლევა.

კლასიფიკაციის მეორე მნიშვნელოვან საფუძველს ავადმყოფობათა მიმდინარეობა წარმოადგენს. ავადმყოფობანი, რომელთაც აქვთ განვითარების, ფსიქიკის მზარდი ცვლილებებისაკენ, პიროვნების დეგრადაციისაკენ მიდრეკილების ტენდენცია, პროცესული (პროგრესირებადი) ეწოდებათ, არაპროგრესირებად (არაპროცესულ) ავადმყოფობათაგან განსასხვავებლად. პირველთ შიზოფრენია, ეპილეფსია, თავის ტვინის სითილისური დაავადებანი და სხვანი ეკუთვნის. მეორე ჯგუფს—ოლიგოფრენია, ფსიქოპათია, ნევროზები, ფსიქოგენური რეაქციები, ნაწილობრივ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი.

ავადმყოფობის პროგრესირების ნიშანი არამცთუ სხვადასხვა დაავადების დროს, არამედ ერთი და იმავე დაავადების დროსაც კი შეიძლება იყოს გამოსახული არაერთნაირი ინტენსივობით.

შემთხვევის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასებისათვის მიმდინარეობისა და პროგნოზის (ავადმყოფობის შემდეგი სვლის წინასწარმეტყველების) საკითხს ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფობის პროგრესული მიმდინარეობის დროს, რაც პიროვნების მნიშვნელოვან ცვლილებებს იწვევს, შეურაცხადად ცნობა არის საჭირო, მეტადრე ეს ეხება სწრაფად პროგრესირებულ დაავადებებს პროგრესული დამბლის საწყისი სტადიის დადგე-

ნის დროს, პიროვნების შედარებითი შენახვის შემთხვევებშიაც კი, ავადმყოფები შეურაცხადათ უნდა იქნენ ცნობილი, რადგან ამ ავადმყოფობას კატასტროფული მიმდინარეობა (ცუდი პროგნოზი) აქვს, და უკვე დასაწყისშივე პიროვნების შესამჩნევ ცვლილებებს იწვევს. მეორე მხრივ, თავის ტვინის ათაშანგის ან არტერიოსკლეროზის დადგენის დროს ავადმყოფობის ძლიერ ნელი მიმდინარეობა შეიძლება იყოს, რაც პრაქტიკულად საშუალებას გვაძლევს ეს შემთხვევები იმ შემთხვევებს გავუთანაბროთ, რომელნიც არაპროგრესირებად ავადმყოფობათა ჯგუფს ეკუთვნიან.

ა რ ა პ რ ო გ რ ე ს ი რ ე ბ ა დ ი მდგომარეობანი საკლასიფიკაციო ტაბულაში (ცხრილში) ცალკე არიან მოთავსებული. ამათ ფსიქიკის უკმარი განვითარების შემთხვევები (ოლიგოფრენიები), ფსიქოპათიები და რეაქტიული მდგომარეობანი (ნევროზები, ფსიქოგენური-რეაქციები) ეკუთვნიან.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი თ ა ვ ი ს ე ბ უ რ ე ბ ა ნ ი, ე. ი. ფსიქიკური მოშლილობის სიმპტომების შეხამება, თითოეული დაავადების ინდივიდუალურ ფორმას კმნის და მეტწილ დაავადებათა დიაგნოსტიკის საფუძველს წარმოადგენს. ისინი იმ დაავადებათა გამიჯვნის საშუალებას გვაძლევენ, რომელნიც სხვა ნიშნებით ერთსა და იმავე ჯგუფს ეკუთვნიან (თავის ტვინის ათაშანგი და პროგრესული დამბლა, არტერიოსკლეროზი და უკუგანვითარების ასაკის ფსიქოზები და ა. შ.)

ზემონაჩვენებ ავადმყოფობათა მიზეზების, მათი კლინიკური ფორმების. მიმდინარეობისა და პროგნოზის ნიშნების შეუღლებით ჩვენ არა მხოლოდ ავადმყოფობათა კლასიფიკაციის, არამედ მათი სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების საშუალება გვეძლევა.

სპეციალური ნაწილი

თავი VII

შიზოფრენია

შიზოფრენია ერთ-ერთი ყველაზე უფრო გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებაა.

თავდაპირველად აღწერილი იყო განსაკუთრებული დაავადება „ნაადრევი კეუასუსტობის“ სახელწოდებით. შემდეგში დაავადების ამ ფორმას შიზოფრენია ეწოდა. ამ შემთხვევაში ემყარებოდნენ იმ გარემოებას, რომ დაავადების დროს უმთავრესად მელანდება არა იმდენად კეუასუსტობის, რამდენადაც ფსიქიკური გახლეჩილობის, თავისებური შინაგანი მოუწესრიგებლობის ელემენტები, რომლებიც თავისი გამოვლინებით შეიძლება მხოლოდ წააგავდეს კეუასუსტობას.

ეტიოლოგია: შიზოფრენია წარმოადგენს დაავადებას, რომელსაც სხვადასხვა ფორმის მიმდინარეობა აქვს; მათ საფუძვლად უძველეს ავადმყოფური პროცესი, რომლის არსიც დღემდე საკმაოდ ნათელი არ არის. შიზოფრენიული პროცესი იძლევა მთლიან პიროვნების ცოტად თუ ბევრად გამოხატულ მყარ ცვლილებებს, რომელთა ხარისხი ძლიერ სხვადასხვაგვარია, ფსიქიკის მცირედ შესამჩნევ, მსუბუქ დეფექტებიდან, მის ღრმა დარღვევამდე და გაღარიბებამდე.

ყველაზე უფრო გავრცელებული თვალსაზრისის თანახმად, დაავადება ვითარდება რალაც ტოქსინების (შხამების) ზეგავლენით, რომლებიც ორგანიზმში გროვდება და დროულად არ გამოიყოფა.

შესაძლებელია, ზოგ შემთხვევაში არსებობდეს შიზოფრენიით ავადმყოფობისადმი გემკვიდრეობითი მზადყოფნა, მაგრამ დღემდე არ არის ცნობილი—ასეთ წინასწარგანწყობას რა გავლენა აქვს ორგანიზმზე.

§ 1. ავადმყოფობის სიმპტომები და მიმდინარეობა

შიზოფრენიის როგორც სიმპტომები, ისე მიმდინარეობა ძლიერ სხვადასხვაგვარია. ზოგ შემთხვევაში გარკვეული მომენტიდან შესამჩნევია ცვლილება ავადმყოფის იერსა და ყოფაქცევაში. იგი უცნაური ხდება, გაურბის საზოგადოებას, ცხოვრობს რაღაც თავისებური ცხოვრებით. ხშირად გაჩუმებულია, მთელი დღეებით და ზოგჯერ კვირაობით ზის ან წევს, იღებს ძლიერ უხერხულ პოზებს, ყველაფერს ეწინააღმდეგება, ზოგჯერ უწესრიგოდ იგზნება, იმანჭება, უთავებოლოდ ლაპარაკობს და აგრესიულ მოქმედებას იჩენს. სხვა შემთხვევებში ცვლილება უმთავრესად გამომჟღავნდება ბავშვურ უცნაურ ყოფაქცევაში, უაზრო რეზონირობაში, ცინიურ მოქმედებაში და ა. შ. მესამე ხასიათის შემთხვევებში, გარეგნულად შედარებით მოწესრიგებულ ქცევებთან ერთად, ავადმყოფი ხდება განსაკუთრებით ექვიანი, ხედავს თავის გარშემო მისდამი მტრულად განწყობილ პირებს, ესმის, როგორ დასცინიან ისინი მას, გრძნობს როგორ აწარმოებენ მასზე სხვადასხვა ექსპერიმენტს.

მიუხედავად შიზოფრენიის ცალკეულ ფსიქოზურ გამოვლინებათა მრავალი სხვადასხვაობისა, ყოველ სურათში შესაძლებელია გამომჟღავნებულ იქნეს დაავადების ძირითადი სიმპტომები. უპირველესად ყოვლისა, დამახასიათებელია აზროვნების თავისებური აშლილობა კონკრეტული სინამდვილისაგან გამიჯვნით, ზოგჯერ გარემო სამყაროდან სრული გამოთიშვით (აუტიზმი), პიროვნების მთლიანობის დარღვევით.

შიზოფრენიით დაავადებულებს, განსხვავებით ორგანული ქკუასუსტობით შეპყრობილი ავადმყოფებისაგან, შედარებით ნაკლებად აქვთ დაზიანებული ეგრეთ წოდებული ინტელექტის ფორმალური ფუნქციები (ყურადღება, დაკვირვების შესაძლებლობა, მეხსიერება, მსჯელობა); შიზოფრენიის დროს უმთავრესად ინტელექტის წამყვანი და მარეგულირებელი ძალა სუსტდება, ირღვევა უნარი ავადმყოფის მიერ თავის შესაძლებლობათა მარაგის გამოყენებისა, ხდება რაღაც გახლეჩა „მე“-სა და გარემო სამყაროს ურთიერთობაში. შიზოფრენიით დაავადებული მიდის სინამდვილიდან საკუთარ თავისებურ სამყაროში. აზრები და სწრაფვანი იბადებიან უეცრივ, თითქოს

ავტომატურად. ხშირად სინამდვილესთან ყოველგვარი კავშირის გარეშე. ისინი აგრეთვე თავისებურად და ნაკლებ გასაგებად ფორმდებიან. ზოგჯერ ცალკეული სიტყვები და გამოთქმები მელანდება რაიმე აზრთან დაუკავშირებლად ან სიმბოლური მნიშვნელობით, რომელიც მხოლოდ ავადმყოფებისათვის არის გასაგები. აქედან — წყვეტილი აზროვნება და მეტყველება.

მოგვყავს შიზოფრენიით დაავადებულის სიტყვიერი პროდუქციის მაგალითი. ავადმყოფი ორიენტირებულია გარემოში, ბაასის დროს განუწყვეტლივ წარმოთქვამს მთელ რიგ წინადადებებს, რომლებიც სწორად არის დალაგებული, მაგრამ შინაარსით უაზრო და უცნაურია და მიმდინარეობს სრულიად გაუგებარი ასოციაციებით.

„თუ თბილი ჰაერი დაგროვდა კუქსა და ნაწლავებში, მიიღება გაგანიერება... თუმცა თქვენ თეთრი ხალათი გაქვთ, მაინც ღარიბი ხართ... ბავშვი თუ დაიბადა, უნდა ნახოთ ბავშვთა გაჟღეტა პალესტინაში. თუ გაჟღეტა არის, მაშინ მეტი ბავშვი უნდა გყავდეს. ბავშვი გაიზრდება, იგი უნდა მიაბარო უმაღლეს ხელისუფლებას; 42 წლის ასაკისათვის იგი გახდება სახელგანთქმული ამ ფორმულით: $17+18+5=42\frac{1}{2}$. ტვინის გარსის განსაზღვრა არ აძლევს მას აზროვნების საშუალებას, თქვენი სახლი არასწორად შენდება. ვინ გააკეთა ეს ფორმულა. ვმუშაობ იქ, სადაც საზენიტო ნაწილი არის განლაგებული, ხაწილის ადგილის განსაზღვრა თავს ზემოთ ნწვერვალზეა... გულის მოქმედება მარცხენა ნაწილში... დიაფრაგმა კაპიტალიზმთან ბრძოლა არის. მედიცინა მახრჩობელა გველზეა დამყარებული. მახრჩობელა გველს კი უყვარს რძიანი ყავა!!!“

ნებითი დემოკრატიული სფეროს მხრივ შიზოფრენიით დაავადებულისათვის დამახასიათებელია თავისებური სიჩლუნგე და განურჩევლობა. ყოველგვარი ინტერესის უქონლობა გარემო ამბებისადმი, გრძნობებისა და გუნებ-განწყობის შეუსატყვისობა გარემო შთაბეჭდილებებისადმი (მაგალითად: სურათზე დახატული მრავალი გვამის დანახვისას, ავადმყოფი იცინის). ავადმყოფის ქცევებში მელანდება შეკავების, ნაკლებმისაწვდომობის და ნეგატივიზმის (ავადმყოფის ცხოვრებაში ჩარევის ყოველი ცდილისადმი წინააღმდეგობა) ნიშნები, ანდა უაზრო აგზნება, რომელსაც თან ახლავს მოულოდნელი ხასიათის ქცევები და მოძრაობები, არა-

ბუნებრივი პოზები, და მიხვრა-მოხვრა, გრიმასები, უცნაური მანერები და უმოტივო სიცილი. იმპულსები წარმოიშვება თავისთავად, მოულოდნელად და უმიზნოდ, ასევე მოულოდნელად ჩნდება მუხრუჭებიც, რომლებიც წყვეტენ ყოველგვარ მოძრაობას (სტუპორი), და ყოველგვარ მეტყველებას (მუტიზმი).

სინამდვილისაგან ასეთ მოწყვეტაში და ფსიქიკური ცხოვრების ცალკეული ელემენტების გახლეჩაში მდგომარეობს შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქიკის ძირითადი თავისებურება.

ამასთან ერთად, შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელია ჰალუცინაციები, უფრო ხშირად სმენითი („ხმები“), ყნოსვითი, და უფრო იშვიათად—მხედველობითი ხასიათისა. არაიშვიათად ადგილი აქვს გრძნობათა გაუკუღმართებას სომატურ (სხეულებრივ) შეგრძნებათა სფეროში, რომლებიც ზოგჯერ დაკავშირებულია ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციის უმნიშვნელო მოშლასთან (ქაეილის შეგრძნება, წვა. ტკივილები. გულისა და კუკის მიდამოში ჩხვლეტის შეგრძნება, სხვადასხვა შეგრძნება სქესობრივი ორგანოების მხრივ). გრძნობათა ყველა აღნიშნული გაუკუღმართება შიზოფრენიის დროს, ჩვეულებრივად დაკავშირებულია ბოღვით იღვებთან, სინამდვილის ბოღვით ახსნასთან, თუმცა ბოღვა შეიძლება, განვითარდეს ჰალუცინაციებთან დაუკავშირებლად, პირველადად. შეგრძნებებს, რომლებსაც შიზოფრენიით დაავადებული განიცდის სხეულის სხვადასხვა ნაწილში, იგი მიაწერს რაღაცა გარეშე ძალის გავლენას, ვილაც უცხო პირებს, რომლებიც თითქოს მასზე მოქმედებენ, ხან ჰიპნოზის, ხან ელექტრონის, მაგნეტიზმის, რადიოდენის საშუალებით, ან სისტემატური მოწამვლის, ანდა გაუპატიურების გზით.

შიზოფრენიით დაავადებული თავის დაავადებას, როგორც წესია, კრიტიკულად არ უდგება. აქაც ისე, როგორც მთლიანად ავადმყოფის ქცევებში და გამოთქმებში, ადგილი აქვს გაორებას. იგი ავადმყოფია და იმავე დროს ავადმყოფი არ არის. უფრო ხშირად თავის თავს იგი თვლის სომატურ და არა ფსიქიკურ ავადმყოფად, მისი შესწლილად განდგომა მხოლოდ მის მტრებს სურთ.

შიზოფრენიით დაავადებულში, ერთ და იმავე დროს არსებობს სხვადასხვაგვარი გრძნობები და განწყობანი, უმიზნო სიცილი

და სიავე, ერთი და იმავე პირის მიმართ სიყვარული და სიძულვილი. მასში ზოგჯერ აღიმჩნება წადილები, რომლებიც სრულებით გამორიცხავენ ერთმანეთს: მას სურს ჰამოს, და მას არ სურს ჰამა და ა. შ. დაავადების დაწყებით პერიოდში და უფრო მწვავე შემთხვევებში, ავადმყოფი მთლიანად შეპყრობილია თავისი ჰალუცინატორულ-ბოდვითი განცდებით. ასეთ შემთხვევებში, მისი ქცევები შეიძლება განსაზღვრულ იქნეს ჰალუცინაციის ან ბოდვის მიხედვით. დაავადების შემდგომ მსვლელობაში, ე. წ. გ ა მ ო ს ა ვ ა ლ და დ ე ფ ე ქ ტ უ რ მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა თ ა დ რ ო ს, ბოდვა და ჰალუცინაციები კარგავენ თავის სიკაშკაშეს და დინამიკურობას. ავადმყოფი მათ უფრო პასიურად აღიქვამს და არ ჩააქსოვს ყოველთვის თავის რეალურ ურთიერთობებში, რომლებსაც იგი, დაავადებისდა მიუხედავად, ასე თუ ისე მაინც ეგუება.

ავადმყოფი გამოფიტული, უცნაური და დისჰარმონიული პიროვნება ხდება, იგი ის არ არის, რაც იყო წინათ, რასაც ზოგჯერ ყველა ვერ ამჩნევს, უცხო პირმა იგი შეიძლება ჯანმრთელადაც ჩათვალოს.

ავადმყოფობის მეტისმეტად ავთვისებიანი მიმდინარეობის დროს, ხდება პიროვნების ღრმა დაშლა და გაღარიბება: ავადმყოფი სრულებით კარგავს ადამიანის სახეს, მთელ დღეებს ერთსა და იმავე პოზაში ატარებს, კარგავს სიფაქიზეს, უსუფთაო ხდება, შეიძლება ითქვას, ცოცხალ გვამად იქცევა, რომელმაც გარემო სინამდვილესთან ყოველგვარი კავშირი დაჰკარგა. ასეთ მდგომარეობას ეწოდება გამოსავალი კეუასუსტობა. მაგრამ, ეს კეუასუსტობა განსხვავდება იმ კეუასუსტობისაგან, რომელიც განვითარდება თავის ტვინის ორგანულ დაავადებათა შედეგად, მეტადრე პროგრესული დამბლის დროს. დროდადრო ავადმყოფს შეუძლია გამოამჟღავნოს მის ფორმალურ შესაძლებლობათა დაუზიანებლობა, ამჩნევს ან იხსოვებს რა გარემო სინამდვილეში ისეთ მოვლენებს, რომლებზედაც იგი თითქოს არავითარ რეაქციას არ იძლეოდა. ზოგჯერ იგი მოულოდნელად სწორად გადასწყვეტს რთულ მათემატიკურ ამოცანას.

მაშასადამე, ძირითადი შიზოფრენული კეუასუსტობისა არა ისაა, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია თავისი კეუასუსტობის გამო სინამდვილესთან იქონიოს კავშირი, როგორც ეს აღინიშნება კეუა-

სუსტ ორგანულ ავადმყოფთა შორის, არამედ შიზოფრენიით დაავადებულს, თავისი ნეგატივიზმის და შინაგანი გახლეჩილობის გამო, არ სურს ამ სინამდვილეზე რეაგირება, ანდა სრულიად პარადოქსულ, თითქოს განგებ უაზროს და ხელოვნურად გართულებულ რეაქციებს იძლევა.

შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქიკის თავისებურება მათ მიერ ჩადენილ დანაშაულთა ხასიათშიც გამოვლინდება. დანაშაული ხშირად სრულიად მოულოდნელი და უმოტივოა, ანდა რეზონირულ ბოლდითი ხასიათს ატარებს.

§ 2. შიზოფრენიის ფორმები

შიზოფრენიის დროს არსებული მრავალგვარი ფსიქოზური სურათიდან შეიძლება გამოიყოს ოთხი ძირითადი ჯგუფი: კატატონური, ჰებეფრენიული, პარანოიდული და უბრალო შიზოფრენია, ამასთან ერთად, წინასწარ აღნიშნული უნდა იყოს, რომ ერთი ჯგუფის სიმპტომთა გამიჯვნა მეორე ჯგუფის სიმპტომებისაგან ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ძნელია, მით უფრო, რომ ამ სიმპტომებს თავიანთი განვითარების მექანიზმში ურთიერთკავშირი და შეპირობება აქვთ.

1. შიზოფრენიის კატატონური ფორმა

კატატონური ფორმა აერთიანებს შიზოფრენიით დაავადებულებს, რომელთაც ახასიათებენ ტიპობრივი მოშლილობანი, მოშლილობანი ფსიქომოტორულ სფეროში. უმთავრესად მოძრაობის მოშლილობანი ყველაზე მკაფიოდ გამოხატულ კატატონიურ გამოვლინებას წარმოადგენს სტუპოზის მდგომარეობა, სრული უმოძრაობით, დუმილითა და მთელი სხეულის კუნთების დაძაბულობით. ავადმყოფი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში წევს ან დგას და ეწინააღმდეგება ყოველივე ცდას რომ რაიმე გააკეთოს (დაიძრას ადგილიდან, ისადილოს, წავიდეს საპირფარეოში), ხშირად იქცევა სრულიად საწინააღმდეგოდ (ნეგატივიზმი). ზოგჯერ, პირიქით, ამჟღავნებს კატალექსიის ან ცვილისებრი მოქნილობის მოვლენებს. ავადმყოფს შეიძლება მივცეთ ის მდგომარეობა, რომელიც ჩვენ გვსურს (ავაწევინოთ ფეხი, მოვახ-

რევიზიით ხელები და სხ.), და იგი პასიურად ინარჩუნებს ასეთ, ხშირად მისთვის ძლიერ უხერხულ პოზას, სანამ მდგომარეობას არ შეუცვლიან. ამ ტიპის ავადმყოფებს აქვთ მიდრეკილება ე. წ. სტიქერეოტიპისადმი — ერთი და იმავე მოძრაობის (ავადმყოფი ხტის, ჭანაობს, ხელს იქნევს, დადნის იატაკის ერთსა და იმავე ფიცარზე, აკეთებს ერთსა და იმავე გრიმასებს და ა. შ.) და ერთი და იმავე სიტყვების და გამოთქმების გამეორებისადმი. ავადმყოფი ხშირად იმეორებს ყოველგვარ მოძრაობას, რომელსაც იგი ხედავს, იმეორებს ყოველ სიტყვას, რომელსაც იგი გაიგონებს. დროდადრო იგი თავისებური აგზნების მდგომარეობაში ვარდება, უაზრო და არამოტივირებული მოძრაობებით ან სრულიად უსიტყვოდ, ან გაუგებარი, უთავბოლო ლაპარაკით (ე. წ. „სიტყვათა დომხალი“, რომელიც გამოიხატება ყოველგვარი ლოგიკური კავშირის გარეშე სიტყვების შეერთებითა და ახალი სიტყვების გამოგონებით).

ჩვეულებრივად, ზემოაღწერილ მოძრაობათა გაუკუღმართებული კატატონიის დროს, გარეშე დამკვირვებლისათვის თავისთავად გაუგებარი და უცნაურია, მაგრამ ავადმყოფისათვის, როგორც ეს მისი შემთხვევითი გამოთქმებიდან ჩანს, დაუსაბუთებელი არ არის, იგი მათ ხშირად გარეშე ძალის ზეგავლენით ხსნის.

კატატონიური სიმპტომების მქონე ამგვარი ავადმყოფები ხშირად შეიძლება გახდნენ გამოკვლევის ობიექტად მათ მიერ იმპულსურად ჩადენილი დანაშაულის შემდეგ (დაჭრა, მკვლელობა და სხ.).

კატატონიური შეტევის დროს ჩადენილი დანაშაულის დასასურათებლად მოგვყავს შემდეგი შემთხვევა:

ი., 25 წლის, სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში შემოვიდა საოლქო ციხის საავადმყოფოდან; ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდექსის 136 მუხლით (მკვლელობა).¹

ანაწმენიდან ჩანს, რომ ოცი დღით ადრე ი. მიყვანილი იყო რაიონის ფსიქიატრთან მილიციელის თანხლებით, რადგანაც მას აბანოში მოულოდნელად განუვითარდა აგზნება (როგორ მოხვდა აბანოში, ცნობილი არ არის). შინ მხოლოდ ამ დღეს, სრულიად მოულოდნელად გამოამჟღავნა უცნაური და მოუსვენარი ყოფაქცევა. რაიონის ფსიქიატრთან მიღების დროს იყო მოუსვენარი, კუთხი-

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 144-ე მუხლი.

დან კუთხეში დადიოდა, არ ჯდებოდა, მოკლედ, შეჩერებით და უხალისოდ პასუხობდა. რაიონის ფსიქიატრის მიერ, მილიციელის თანხლებით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ავტომანქანით იქნა გადაგზავნილი. გზაში ორჯერ სცადა სწრაფად მიმავალ ავტომანქანიდან გადახტომა. საავადმყოფოს კსენონში, მორიგე ექიმის ლოდინის დროს, ისარგებლა მილიციელის გასვლით ოთახიდან, მხრით გასტეხა ფანჯრის მინა და გარეთ გადახტა. სანიტარმა მას ფეხებში დაავლო ხელი, მაგრამ ვერ შეაჩერა. გაქცევის დროს ის შემთხვევით შეხვდა მიმავალ სანიტარ ქალს, რომელსაც საშინელი ძალით დაარტყა თავში გზაში ნაპოვნი რალაც რკინის საგანი. ოთხი დღის შემდეგ სანიტარი ქალი გარდაიცვალა სისხლჩაქცევისა და ტვინის ქსოვილის დაზიანების გამო, რაც თავის ქალას ძვლების დამსხვრევით იყო გამოწვეული.

სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში შემოსვლის დროს გამოსაკვლევი პირი იჩენდა მიუკარებლობას, თავს ჯანსაღად სთვლიდა, ინსტიტუტში დარჩენა არ უნდოდა. ინსტიტუტში ყოფნის პირველ სამ დღეს მას მოძრაობითი აგზნების მდგომარეობა აღენიშნებოდა— იგი ყვიროდა, ტიროდა, კარებს ღრახუნებდა, გაქცევა უნდოდა, ეშინოდა, იყო აგრესიული, იხდიდა საცვლებს, იხშობდა ცხვირს, რადგანაც სხვადასხვა სუნს გრძნობდა. საკმელზე უარს ამბობდა. აგზნებული მდგომარეობა შემდგომ სტუპორით შეიცვალა; გამოსაკვლევი პირი სრულიად უმოძრაოდ იწვა თვალდახუჭული, ამასთან ერთად ორი-სამი დღის განმავლობაში მას კარგად გამოხატული ცვილისებრი მოქნილობის მოვლენები აღენიშნებოდა. კიდურები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ექიმის მიერ მიცემულ მდგომარეობაში რჩებოდნენ. ეს მოვლენები კუნთების მკვეთრი დაძაბულობით შეიცვალა. ი. ისევ უმოძრაოდ იყო, მაგრამ ეწინააღმდეგებოდა ყოველ ცდას. რომელიც მის მიერ მიღებულ მდებარეობის შეცვლისაკენ იყო მიმართული: გულხელდაკრეფილი და ფეხებგაქიმული იწვა. მას გაკირვებით, ხელით კვებავდნენ თხევადი საკმლით. საწოლში უსუფთაო გახდა. ინსტიტუტში შემდეგი დაკვირვების განმავლობაში იგი ნაკლებად მოძრავი იყო, მიუკარებლობას იჩენდა, ჩლუნგი და კუშტი სახე ჰქონდა, მეტ ხანს გაჩუმებული იყო და მხოლოდ ზოგჯერ იმეორებდა მოთხოვნას სტერეოტიპული ფორმით, რომ იგი გაეთავისუფლებინათ.

აღწერილ შემთხვევაში ჩვენ ვხედავთ კარგად გამოხატულ კატატონიურ სტუპორს, რომელიც თან მოჰყვა მოულოდნელად დაწყებულ კატატონიური ხასიათის აგზნებას, ცნობიერების შეცვლით, ჰალუცინაციებით, შიშის შეტევებითა და იმპულსური ქცევებით. ქსენონიდან გაქცევა და სანიტარი ქალის მკვლელობა, ამ კატატონიური იმპულსურობის ერთ-ერთი უაზრო გამოვლინება იყო. ი. შეურაცხადად იქნა ცნობილი და გაიგზავნა იძულებითი მკურნალობისათვის.

2. შიზოფრენიის ჰებეფრენიული ფორმა

შიზოფრენია, რომლის მიმდინარეობაში მთავარი ადგილი უკირავს ჰებეფრენიულ (ყმაწვილურ) თვისებებს, ვითარდება თანდათანობით ახალგაზრდობის ასაკიდან, თუმცა დაავადების აშკარა სიმპტომები შეიძლება უფრო მომწიფებულ ასაკშიაც გამოემჟღავნდეს. ავადმყოფობა მელანდება ერთი მხრივ ფუჭ ფილოსოფოსობისა და რეზონიორობისადმი მიდრეკილებაში, მეორე მხრივ— ბავშურ ზა ხულიგნურ ქცევებში, მუდმივ ცუდლუტობაში, უმიზეზო სიცილში, არაბუნებრივ ქცევებში, რომლებიც გვანან ან თამაშს ან სიმულაციას, გამოთქმათა განსაკუთრებულ ნატიფობაში. ავადმყოფები ძლიერ ზერელენი არიან, მათი აზრები არსებობის ნაცვლად ნაკლებმნიშვნელოვან და შემთხვევით მოვლენებზეა მიმართული. გარეგნული, თითქმის ცხოველი იმპულსების დროს, ყურადღებას იქცევს ავადმყოფის შინაგანი სიცარიელე, სიღარიბე, სულიერი სიჩლუნგე და ინტერესების ერთფეროვნება. შიზოფრენიის ჰებეფრენიულ ფორმას ეკუთვნის ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევა.

გ. 39 წლის, ცეცხლფარეში. ინსტიტუტში ცოლის მკვლელობასთან დაკავშირებით არის გადმოგზავნილი.

გ. ტყიდან ბრუნდებოდა ხე-ტყის მასალით—ლარტყებით, რომლებიც ფარდულის ასაშენებლად სპირდებოდა. გზაში შეხვედრილ ცოლს სთხოვა—წაეღო ლარტყები, და, როდესაც ეს უკანასკნელი დაეხარა მის ასაღებად, სამჯერ ჩაარტყა თავში, რის შემდეგ ცოლი გარდაიცვალა. ცოლის მკვლელობა გ-მ ჩვენების მიცემის დროს ახსნა ექვიანობით. მეზობლები მოკლულს ახასიათებდნენ, როგორც დარბაისელ ქალს, კარგ დედას, რომელიც ლალატს არ ჩაიდენდა.

გამოსაკვლევი პირი ინსტიტუტში ორიენტირებულია, ზოგჯერ მშვიდად და სიცილით ჰყვება მკვლელობის დეტალების შესახებ. მკვლელობის ფიქრი, სხვადასხვა ნაწყვეტ-ნაწყვეტი შთაბეჭდილების შემდეგ მოუვიდა: ცოლს უკანასკნელი ორსულობა ჰქონდა დიდი ინტერვალის შემდეგ, ალბათ, ბავშვი მისი არ იყო; შემდეგ ცოლმა მეზობელ სოფელში ხანძრით დაზარალებულთ ორი პერანგი და მოსასხამი წაუღო: მეზობელმა დაუსტვინა—ეს ნიშნავდა, რომ ცოლს იგი—ქმარი—უნდა გაეგდო და მოეყვანა სახლში მეზობელი. დილას, მის შემდეგ, რაც ცოლმა მას უარი უთხრა სქესობრივ აქტზე და ტყეში ლარტყების მოსატანად გაგზავნა, ის დარწმუნდა, რომ ცოლი უსათუოდ მეზობელს დაუძახებდა. ამიტომ ტყიდან დაბრუნებისას მან განახორციელა თავისი განზრახვა. სანამ მკვლელობას ჩაიდენდა—ილოცა. ცოლს თავში ღონივრად ჩაართყა, რომ უცბად მოეკლა; გაუპატიურების შესახებ რომ არავის ეფიქრნა, მას კაბა გაუსწორა.

გამოსაკვლევი პირის ლაპარაკი ნაწყვეტ-ნაწყვეტია და ნაკლებად გასაგები. ლაპარაკობს სიცილით, არაბუნებრივად, ზოგჯერ გაუჩვენებლად, ცუდლუტურად პასუხობს, ახალ სიტყვებს, თავისებურ გამოთქმებს ხმარობს. ესმის „ხმები“:—„მოდო აქ—აქ სიკვდილია“, ლოგინი მისთვის თითქოს სიკვდილის სიმბოლოა. უარს ამბობდა საკმელზე, რადგან ესმოდა ზედამხედველის ხმა: „ხუთი დღე არ კამო და გაგიშვებენ“. შაქარი საფურთხებელში ჩააგდო, რადგან შაქარი ნიშნავს დახერეტას. ემოციურ სიბლაგვესთან, ცუდლუტობასა და მიუყარებლობასთან ერთად გრძნობს, რომ ჩაიდინა მძიმე დანაშაული: „ადამიანი მოკვალი, და, გარდა ამისა, ორსული“, მაგრამ ყველაფერ ამას ღიმილით მოგვითხრობს.

3. შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმა

შიზოფრენიის მესამე—პარანოიდული ფორმა ავადმყოფობის სურათში ბოდვითი იდეებისა და პალუცინაციების სიჭარბით ხასიათდება. ამ ფორმის დროს უმთავრესად აშლილია გარემოდან მიღებულ შთაბეჭდილებათა და იმ შეგრძნებათა სწორი შეფასება, რომლებიც ავადმყოფის ში-

ნაგანი ორგანოებიდან გამომდინარეობს (კუჭიდან, გულიდან, სქესობრივი ორგანოებიდან). ასეთი ავადმყოფი უნდობლად ეკიდება იმას, რაც მას ესმის და რასაც იგი ხედავს. მას ჰგონია, რომ მრავალ შემთხვევით ფაქტს იღუმალი ან სიმბოლური მნიშვნელობა აქვს, რომ გარშემო მყოფები მისით განსაკუთრებულად არიან დაინტერესებულნი, ყურადღებას აქცევენ ყველა მის მოძრაობას, ერევიან მის პირად ცხოვრებაში, მუდამ ჩურჩულებენ მის შესახებ, ერთი სიტყვით. რატომღაც უთვალთვალევენ მას, მის მიმართ ხან მტრულ განწყობილებას ამჟღავნებენ, რადგან ავადმყოფს საშიშარ ჰიროვნებად თვლიან, ხან პირიქით, მეგობრულად და კარგად ეპყრობიან, როგორც არაჩვეულებრივს და დიდი მომავლის მქონე ადამიანს.

ამ ჯგუფის ზოგიერთი ავადმყოფის ყურადღება მიქცეულია შინაგანი ორგანოებიდან გამომდინარე საკუთარ შეგრძნებებზე, რომლებსაც აგრეთვე ბოდვით განმარტებას აძლევენ. ასეთი ავადმყოფები რწმუნდებიან, რომ ტკივილები კუჭის მიდამოში, გულში ჩხვლეტა და სასქესო ორგანოებში უცნაური შეგრძნება აიხსნება რაღაც გარეშე ძალის ზემოქმედებით, რომლითაც მასზე მოქმედებენ მისი მტრები სხვადასხვა ხერხით (პიზნოზი, მაგნეტიზმი, ელექტრობა), რათა იმოქმედონ მის სხეულზე, ზიანი მიაყენონ მას ამა თუ იმ მიმართულებით ან, საერთოდ, სრულიად დაუქვემდებარონ ავადმყოფი თავის ნებას. ზოგჯერ ასეთ ჩვეულებრივ სომატურ შეგრძნებათა, რაც ყოველ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს, არასწორ ახსნასთან დაკავშირებით, ავადმყოფი რწმუნდება, რომ იგი დაავადებულია განუკურნებელი სენით, როგორიც არის კიბო, სიფილისი და ტვინის გარბილება და უკავშირებს ყველაფერ ამას ან ონანიზმს, რომელსაც ოდესღაც ეწეოდა, ან მოწამვლას და მავნებლობას, რასაც მას სხვა პირები აყენებენ. ეს მძიმე დაავადება ავადმყოფის რწმენით, არა მარტო მისთვის არის საბედისწერო, არამედ გადადის მის შვილებსა და შთამომავლობაზე.

შიზოფრენიის იპოქონდრიულ-პარანოიდული ფორმით შეპყრობილი ავადმყოფები არაიშვიათად არიან აგრესიული მათ წარმოსახვაში არსებული მტრების მიმართ, რომლებსაც თავისი ავადმყოფობის მიზეზად თვლიან. ისინი ზოგჯერ სიცოცხლეს უსპობენ თავის თავს და ახლობლებს, რომლებიც, მათი აზრით, სის-

ტემატური მოწამვლის, ან საბედისწერო სნეულების მსხვერპლნი არიან. ჩვეულებრივად ასეთი გადაწყვეტილება ავადმყოფებს მახლობლების მიმართ მოჰყავთ სისრულეში, თვითმკვლელობის ცდა-კი უშედეგო რჩება.

მოგვყავს პარანოიდული შიზოფრენიის დამახასიათებელი შემთხვევა მახლობლების მკვლელობის ცდით.

მ., 25 წლის, საწყობის გამგე. ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კ. 19 და 136 მუხლებით (მკვლელობის ცდა¹⁾). ინსტიტუტში მოთავსებამდე სამი კვირით ადრე სახლში დაბრუნდა ღამის 12 საათზე და დაუწყო ცემა ძმასა და ჩძალს თავში რკინის ჯოხით (ქრილობა და დაზიანება მსუბუქი აღმოჩნდა, რადგან ჯოხი ღრუ და წვრილი იყო).

ძიების დროს აღმოჩნდა, რომ მ-მ გადაწყვიტა მოეკლა თავისი ნათესავები შურისძიების მიზნით რადგან ისინი მას სწამლავდნენ. რაიონის ფსიქიატრის (რომლის ზედამხედველობის ქვეშ იმყოფებოდა მ.) ჩვენებით, მას მილიციაში შეჰქონდა აბნეული შინაარსის განცხადებები იმის შესახებ, რომ ძმამ „მოწამლა“ დედა და და, ამის გამო ისინი ისე დადიან, როგორც ცოცხალი გვამები, აცხადებდა მრავალნაირ დანაშაულობათა შესახებ, რომელთაც მისი მეზობლები და თანამშრომლები მის წინააღმდეგ სჩადიან, რადგან მ. დაბრკოლებას უწევს მათ დანაშაულებრივ მოქმედებას. რაიონის ფსიქიატრის მიერ გასინჯვისას იყო ღუნე, აპათიური, აღენიშნებოდა ყნოსვითი ჰალუსინაციები.

სერბსკის სახ. ინსტიტუტში შემოსვლის დროს მ. არასწორად იყო ორიენტირებული მის გარშემო შექმნილ სიტუაციასა და გარემოში. ეგონა, რომ გადმოგზავნილია ინსტიტუტში სამკურნალოდ იმის გამო, რომ იგი ძმამ მოწამლა. ღუნე და აპათიურია, ნაკლები მოძრაობა და ჟესტები ახასიათებს, მოხრილი ზის, აცხადებს, რომ არ შეუძლია გაიმართოს, რადგან გულმკერდის ღრუ დაუპატარავდა, ხერხემალი გაუმრუდდა, „ფილტვები გაუხდა როგორც რეზინის ლანჩა“. თავს ფსიქიკურ ავადმყოფად არ თვლის, მძიმე სომატურ დაავადებებს უჩივის „ისეთი გავხდი, როგორც ჩვარი,

¹⁾ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 19 და 144 მუხლები.

როგორც მოხუცი, გულში რაღაც ბეჭედივით გაირკალა, ფილტვებში წყლულები გაჩნდა, გამიჩნდა ქიები, ფეხები მტკიავა, გავხში სრულებით, როგორც მუშია, მხოლოდ თვალები-ღა დამრჩა“. ზოგჯერ გრძნობს, მატლები როგორ გადაინაცვლებენ ერთი ფილტვიდან მეორეში. ყველა ამ შეგრძნებას თელის ძმის მიერ მისი მოწამელის შედეგად. ძმას მისი ბინიდან გასახლება უნდოდა, ამიტომ ისა და მისი ცოლი საკმელში კაუსტიკს, ღარიშხანს ურევდნენ, რაც შინაგან ორგანოებში ტკივილებს იწვევდა. სწამლავდნენ მას ძილის დროსაც, რადგან გაღვიძებისას ყურებსა და ცხვირში წვას გრძნობდა. ზოგჯერ ატყობდა, რომ პარტახტიანი ტიფის გადამღებ მკებნარს ახვევდნენ, სახეში შარდს ასხამდნენ. მ. დარწმუნებით ადასტურებს, რომ მისი ძმა და რძალი სწამლავდნენ იმ პირებს (მეზობლებს, თანამშრომლებს, ნათესავებს), რომელთაც იცოდნენ მათი დანაშაულობის შესახებ? სწამლავდნენ და ასწავლებდნენ მათ ჯილბეხით, თავის ნერწყვს საკმელსა და ღვინოში ურევდნენ. მ-მ დაასახელა მთელი რიგი პირები, რომლებიც უკანასკნელ წლებში, თითქოს მისი ძმის კმედებასთან დაკავშირებით, გარდაიცვალნენ. ჰგონია, რომ მილიციაში, სასამართლოში, წარმოებაში მისი ძმის მიერ მოსყიდული პირები არიან, რომელნიც ბნელ საკმეებში იღებენ მონაწილეობას. შემდეგში გამოსაცდელი პირი ბრალს დებს თავის ორ უფროს ძმასაც, რომლებსაც ცოლებთან ერთად, მისი მოკვლა უნდოდათ, რადგან იგი მათ ხრიკებს ხელს უშლიდა.

ინსტიტუტში გამოსაკვლევი პირი ითხოვს, რომ თხევადი საკმელი გაუფცქენელი კარტოფილით შეუცვალონ, საკმელს საერთოდ ეკვით ეკიდება, ეშინია საწამლავის, რომელიც როგორმე შეიძლება მიაწოდონ ძმებმა. მას აღენიშნება ყნოსვითი (პირში ცუდი სუნი უდის) და სმენითი ჰალუცინაციები (ესმის დაძახება, სიცილი). ყველა მის ნათქვამში ყურადღებას იპყრობს ემოციური სიბლაგვე: ერთგვარი სინეზიდიტა და მონოტონურად, ყოველგვარი მიმიკური გამოხატვის გარეშე, გვიამბობს ჩადენილი დანაშაულის შესახებ და ითხოვს, რომ გაკვეთილ და გამოკვლეულ იქნეს სიკვდილის შემდეგ მისი მოწამლული ფილტვები.

თავისი დანაშაულის შესახებ გამოსაკვლევი პირი აცხადებს შემდეგს:

სახლში დაბრუნებისას მას მოესმა, რომ რძალმა ძმას უთხრა: „იგი ისევ ცოცხალია, უნდა მოესპოთ“-ო. ძმა, თითქოს, რამდენიმეჯერ წამოდგა ლოგინიდან და უახლოვდებოდა მას. მაგრამ, რადგან მ-ს არ ეძინა და თვალგახელილი იწვა, უკანვე ბრუნდებოდა. გამოსაკვლევად პირი მიხვდა, რომ მისი მეკლელობა არის განზრახული, ანთო სინათლე, აილო რკინის ჯოხი, რძალსა და ძმას რამდენიმეჯერ დაარტყა. ისინი გაიქცნენ, მ. კი მილიციაში გამოცხადდა. იქ „როგორც კუნძი“ იწვა ორ დღეს, შემდეგ საპატიმროში ჩაწვა, რადგან გრძნობდა, რომ საწამლავე მასზე ისევ მოქმედებდა. ამ მდგომარეობასთან დაკავშირებით იგი გადაგზავნილი იყო სერბუკის სახელობის ინსტიტუტში.

“მოყვანილი შემთხვევა არავითარ ექვს არ იწვევს იმაში, რომ აქ აღგილი აქვს პარანოიდულ შიზოფრენიას, რომელიც ორი წლის განმავლობაში თანდათანობით განვითარდა ბოლდვითი იდეებით, რომლებიც მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული ან გარემოკონფლიქტებთან ან სხვადასხვაგვარ სომატურ შეგრძნებებთან (სისუსტე, ტკივილები მუცლის არეში და სხ.). დანაშაული მან იმპულსურად, ძმის მიმართ ბოლდვითი განწყობის ნიადაგზე და უეცრად აღმოცენებულ სმენითი ჰალუსინაციის ზეგავლენის ქვეშ (მოესმა რძლის მუქარა) ჩაიღინა. ბოლდვითი ახსნა მყარი რჩედა და დანაშაულის ჩადენის შემდეგ მთელი დროის განმავლობაში კორექციას არ ექვემდებარება, რაც ასეთი ავადმყოფის საზოგადოებრივ საშიშროებას განსაზღვრავს. გამოსაკვლევად პირი კომისიის მიერ თავის მოქმედებაში შეურაცხადად იყო მიჩნეული და აღნიშნული იყო, რომ იგი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იძულებით მკურნალობას საჭიროებს.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევა, როდესაც შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმით შეპყრობილი ავადმყოფები, თავის ბოლდვას ავრცელებენ ექიმებზე, უფრო ხშირად ფსიქიატრებზე, რომლებთანაც მათ წინათ ჰქონდათ ან ახლა აქვთ საერთო რამ და რომელთაც ისინი მათთვის დამახასიათებელ თავისებურებებით და უაზრო მოტივაციით თავიანთი უსიამოვნო ჰალუსინაციურ შეგრძნებათა მიზეზად თვლიან. შეიძლება ასეთი ავადმყოფების მიერ ფსიქიატრებზე თავდასხმის გრავალი შემთხვევა

იქნეს მოყვანილი. აგრესიის შემთხვევები აგრეთვე სხვა სპეციალობის ექიმთა მიმართაც არის, მაგ., ცნობილი ვენეროლოგის მკვლელობა, რომელთანაც ავადმყოფი მკურნალობდა, სასქესო ორგანოებში უსიამოვნო შეგრძნებათა გამო (ეს შემთხვევა II თავში არის მოყვანილი).

შიზოფრენიით დაავადებულთა სქესობრივ ცხოვრების გაუქმდმართებულ ხასიათსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ბოდვის განვითარებაში, ისე სექსუალურ დანაშაულებათა ჩადენის მხრივაც. ავადმყოფს, რომელიც მანამდე თავისებურად და განმარტობებულად ცხოვრობდა, ქალთან ურთიერთობის დროს მიღებულ რაიმე შემთხვევითი შთაბეჭდილების ზეგავლენით, ებადება გრძნობა, რომ აღნიშნული ქალი მისდამი ემოციურად არის განწყობილი; იგი იწყებს მის დევნას, ჯერ წერილებით, შემდეგ ხშირად ხვდება მას ქუჩაში, სამსახურში, სთხოვს, რომ იგი მას ცოლად გაჰყვეს, ხშირად ფიზიკური ძალადობით ემუქრება და ზოგჯერ მუქარას კიდევაც ასრულებს. უფრო ხშირად საქმე ჩაიციებითა და ჩხუბით ამოიწურება. ზოგჯერ ავადმყოფი გაუგებარი დარწმუნებით უცნობ ქალს თავის ნაცნობად, ან საცოლედ მიიჩნევს და სდევნის მას. აღწერილია ასეთი „ბოდვითი სიყვარულის“ მრავალი სხვა გამოვლინება.

4. შიზოფრენიის მარტივი ფორმა

მეოთხე ჯგუფი, რომელიც ე. წ. უბრალო შიზოფრენიის შემთხვევებს აერთიანებს, ავადმყოფობის საკმარისად ფარულ და ნელ მიმდინარეობას, აშკარა ბოდვითი, ჰალუცინაციურ, კატატონიურ და ჰეფებრენიულ გამოვლინებათა გარეშე იძლევა. სნეულება პიროვნების თანდათანობით დაჩლუნგებასა და სულიერ გაღარიბებაში, მეცადინეობის გაძნელებაში, სრულ პასიურობაში, ინერტობაში და სქესობრივი ცხოვრების აშლაში (ონანიზმი, იმპოტენცია) მქლავნდება. არასპეციალისტზე ასეთი ავადმყოფი ხშირად ახდენს დაქვეითებულ, სიფაქიზედაკარგულ აღამიანის და არა სულით ავადმყოფის შთაბეჭდილებას.

ავადმყოფური სურათის სიმკრთალის მიუხედავად, გამოცდილი ფსიქიატრისათვის შესამჩნევია ის ძირითადი ნიშნები, რომლებიც თითქმის ყველა შიზოფრენიით დაავადებულისათვის არის

დამახასიათებელი (სინამდვილისაგან მოწყვეტა, ნეგატივიზმი, სტერეოტიპია, უმოტივო ქცევები, ჰალუცინაციები და ფსიქიკის საერთო გახლეჩილობა).

ამ ფორმას, იმისდა მიუხედავად, რომ იგი არ იძლევა მწვავე და აშკარად გამოხატულ სურათებს, ჩვეულებრივად მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს, რაც ხშირად ქკუასუსტობით, სოციალური მნიშვნელობის სრული მოსპობით მთავრდება. ავადმყოფი ნახევრად ცხოველურ ცხოვრებას ეწევა, არ სცილდება საწოლს, ზოგჯერ თითქოს ფორმალურად დაკავშირებულია გარემოსთან, მაგრამ ამასთან ერთად პასიური, ავტომატური, უსიცოცხლო რჩება. შიზოფრენიის ამ ფორმას სასამართლო ფსიქიატრიაში საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან შესაძლებელია, რომ პირმა, რომელსაც ფსიქიატრიული გამოცდილება არ გააჩნია, ძიების პერიოდში და ზოგჯერ ციხეშიც ვერ შენიშნოს ასეთი ავადმყოფური მდგომარეობა, რაც თავისთავად სასამართლოს შეცდომას გამოიწვევს.

მ.. 20 წლის მამაკაცი, ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 152 მეზღლით ¹⁾ (მცირეწლოვანთა გახრწნა).

ორი წლის წინ დაიწყო პედაგოგიური მოღვაწეობა იმ სკოლაში, სადაც წინათ თვითონვე სწავლობდა. როგორც საქმიდან ჩანს, გამოსაკვლევი პირი მთელი წლის განმავლობაში მოწათფების გახრწნას ეწეოდა, ხან ერთს, ხან მეორეს მეცადინეობის შემდეგ სტადანსხვა საბაბით სკოლაში სტოვებდა და მათი შემწეობით ხელცდუნებას (ონანიზმს) ეწეოდა. ერთხელ სკოლაში ფერუმარილწასმული, შეღებილი ტუჩებით მოვიდა, მეორედ—გაცვეთილის დროს სიმღერა დაიწყო.

ფსიქიკური სფეროს მხრივ ემოციურად ღუნეა, ნაკლებად თანაზიარი, მოსაუბრეს ზოგჯერ არ აქცევს ყურადღებას, ხშირად კითხვებზე არ პასუხობს. თავის დანაშაულს უკრიტიკოდ უდგება, ამბობს, რომ ამისათვის მას სერიოზული მიზეზი—„სქესობრივი სისუსტე“ ჰქონდა. უადგილოდ ილიმება, უკანასკნელ ხანებში არა აქვს სურვილი პირი დეიბანოს. შეხედეს და ელაპარაკოს ვინმეს: ესმის ძახილი, სცემს ლპობის სუნი; გრძნობს, რომ პირიდან და ცხვირიდან ცუდი სუნი სდის, ამის გამო იძულებულია, მოსა-

უბრეს პირი მოარიდოს. თავისი პირისახის ეშინია, იგი მას საზარელი ჰგონია. ქცევებსა და პასუხებში ავადმყოფი მონოტონურია და პრანქია. მას ჰგონია, რომ ყველანი მასზე ლაპარაკობენ. განყოფილებაში ნაკლებად შესამჩნევია, ხალისიანად ასუფთავებს იატაკს, არაფერი სადმი ინტერესს არ ამქლავნებს, უინიციატივოა, თავისი სურვილით არავის ელაპარაკება.

აქ საქმე გვაქვს შიზოფრენიის სწორედ ისეთ ფორმასთან, რომელიც შეუმჩნევლად, აშკარა კლინიკური სიმპტომების გარეშე, ვითარდება. გამოსაკვლევია პირი, რომელიც საკმაოდ ნიჭიერი იყო, თანდათანობით ქვეითდება, გაურბის საზოგადოებას, გაქირვებით ასრულებს თავის სამუშაოს, მისი ყურადღება მიჰყრობილია სქესობრივ სფეროზე და ადვილად ჩადის სერიოზულ დანაშაულს (გარყვნილი მოქმედებანი), და თავს იმართლებს იმით, რომ ამით განკურნება სურდა.

შიზოფრენიის ოთხი ფორმის გამოყოფა, როგორც ეს ზემო-მოყვანილ შემთხვევათა ანალიზიდან ჩანს, მეტად პირობითია. თითქმის ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ერთი ჯგუფისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს სხვა ჯგუფის დამახასიათებელი სიმპტომებიც შეერევა. ყველა ფორმაში ასე თუ ისე მქლავნდება შიზოფრენიის ზემოაღნიშნული ძირითადი დამახასიათებელი ნიშნები.

§ 3. შიზოფრენიის საერთო სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება

გარემოდან გამოთიშვას, გარშემო მყოფებისადმი სიმპათიისა და სოლიდარობის გრძნობის დაჩლუნგებას, პირადი გრძნობებისადმი და ვიწროდ შემოფარგლული განცდებისადმი გამახვილებულ დამოკიდებულებას, სხეულში უსიამოვნო შეგრძნებებს, რომელთა მიზეზს ავადმყოფი გარემო ფაქტორებში ეძებს, მის ირგვლივ მომხდარი ამბების ბოღვითი შეფასებას, მუქარისა და ბრძანებითი ხასიათის სმენით ჰალუცინაციებს, ყველაფრისადმი ღრმა განურჩევლობის ფონზე იმპულსურ აფეთქებებს—ყველა ამ მომენტს მთელ რიგ შემთხვევებში, შიზოფრენიით დაავადებულები მოულოდნელი ხასიათის აგრესიულ ქმედებამდე მიჰყავს და ზოგიერთ მათგანს გარშემო მყოფთათვის საშიშად ხდის. ამიტომ შიზოფრენიის

კატატონიურ, ჰებერფრენიულ, პარანოიდული აშკარად გამოხატული შეტევების დროს, ჩვენ მთელ რიგ მძიმე დანაშაულს ვხვდებით (მკვლელობა და სხვადასხვაგვარი ძალადობა).

შემდეგში ამ ავადმყოფთა საშიშროება თანდათან იკლებს, ერთი მხრივ იმიტომ, რომ მრავალი მათგანი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოთა და კოლონიების მუდმივი მცხოვრები ხდება, მეორე მხრივ—აშკარად და მწვავედ გამოხატული ავადმყოფური სიმპტომები ქრება და პასივობა, ინერტობა და პიროვნების დაკნინება ვითარდება (საბოლოო მდგომარეობა).

ე. წ. მარტივი შიზოფრენიის დროს, როდესაც კატატონიურ და პარანოიდული ფორმებისათვის დამახასიათებელი მწვავე კონფლიქტური განცდები არაა, როდესაც ავადმყოფი დღითი-ღამე გონებრივად და მორალურად ლარიბდება და ქვეითდება, დანაშაულს მძაფრი ხასიათი არა აქვს. მაგრამ ასეთი ავადმყოფები თავიანთი პასივობის და ემოციური სიჩლუნგის გამო, განსაზღვრულ სოციალურ გარემოცვაში, მათზე უფრო აქტიურ ინიციატივის მქონე ბოროტმოქმედთა ზეგავლენის ქვეშ ადვილად ხვდებიან. ასეთ შიზოფრენიკთა მიმართ ექსპერტმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინოს, რადგან მათი შეურაცხადობის დასადასტურებლად საკიროა გამოძღვანებულ იქნეს მათი ავადმყოფობის ფარული სიმპტომები, რომლებიც არასპეციალისტისათვის ნაკლებად დამარწმუნებელია.

შიზოფრენიის საბოლოო და დეფექტურ მდგომარეობათა დროსაც დანაშაულებანი ატარებენ აგრეთვე ისეთ ხასიათს, რომელიც მათი სოციალური დეგრადაციით, ცხოვრებისადმი შეუგუებლობით, პარაზიტული განწყობილებით, ალკოჰოლის და სხვა მანევრების ზეგავლენით განისაზღვრება.

თუ შიზოფრენიული პროცესისათვის დამახასიათებელ, აშკარად გამოხატულ სიმპტომების დროს, ექსპერტიზა ჩვეულებრივად საკითხს გამოსაკვლევია პირის შეურაცხადობის სასარგებლოდ წყვეტს, ჩათვებული მწვავე პროცესის ან პროცესის კეთილთვისებიანი, არააქტიური მიმდინარეობის დროს, ყოველთვის უნდა გაეწიოს ანგარიში არსებული დეფექტის ხარისხს.

იქ, სადაც ეს დეფექტი მხოლოდ არამკვეთრად გამოხატულ სულიერ უწონასწორობაში და არასრულფასოვანობაში გამოიხა-

ტება, კრიტიკისა და ჩადენილი დანაშაულის სწორი შეფასების შენახვით—ექსპერტიზა ცალკეულ შემთხვევაში შესაძლებლად ხდის, გამოსაკვლევი პირი შერაცხადად იცნონ.

§ 4. პროგნოზი და მკურნალობა

შიზოფრენია, როგორც ეს ამ დაავადების ფორმათა განხილვიდან ჩანს, ზოგჯერ ცალკეულ, მწვავე აფეთქებათა სახით და ზოგჯერ კი ქრონიკულად და ღუნედ მიმდინარეობს.

პირველ შემთხვევაში პროგნოზი უფრო საიმედოა. ცალკეულ შეტევათა შორის ავადმყოფი არაიშვიათად ინარჩუნებს შრომისუნარიანობას და რეალურ სინამდვილესთან კავშირს არ წყვეტს. კატატონური ფორმის დროს გამოკეთება (რემისია) უფრო შესაძლებელია, ვიდრე პარანოიდული და უბრალო ფორმის დროს. ზოგჯერ ჰებეტურენიული ფორმაც, მათთან შედარებით, უფრო კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს.

გვხვდება განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენიული პროცესი შედარებით ნაადრევ ასაკში, ყრმობაში ვითარდება, და ჯერ კიდევ განუვითარებელ ტვინზე მოქმედებს.

სხვა შემთხვევებში, პროცესის უფრო მოგვიანებით განვითარების დროს, ტვინზე ტოქსიკური მოქმედება შეიძლება უფრო იოლი იყოს, არ იწვევდეს უხეშ და გამოუსწორებელ ცვლილებებს, ამიტომ მთელი პროცესის მიმდინარეობაც უფრო კეთილთვისებიანი იქნეს.

საჭიროა სასტიკი ზედამხედველობა და საავადმყოფოში ხანგრძლივი მოთავსება საზოგადოებისათვის საშიში ავადმყოფებისა.

არ არის საჭირო იმ მრავალრიცხოვან სამკურნალო საშუალებათა ჩამოთვლა, რომლებიც დღემდე იხმარებოდა შიზოფრენიის დროს და რაც ნაკლებად მოქმედი აღმოჩნდა. ამისდა მიუხედავად, უკანასკნელ წლებში ხმარებული სამკურნალო საშუალებები შიზოფრენიის მკურნალობას უფრო ეფექტურად ხდის.

თანამედროვე ფსიქიატრები ფართოდ სარგებლობენ შიზოფრენიის აქტიური თერაპიის ყველა უახლესი მეთოდით. ასეთებს

ეკუთვნის მაღალი ტემპერატურით მკურნალობა (პიროთერაპია), რომელსაც ხელოვნურად იწვევენ ორგანიზმში ყველაზე უფრო ხშირად ქიმიურ ნივთიერებათა შეყვანით (გოგირდი, სულფოზინი და სხვ.), ნარკოზულ ნივთიერებათა საშუალებით ხანგრძლივი, განუწყვეტელი ძილით მკურნალობა.

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ამჟამად უფრო პოპულარულად ითვლება მკურნალობა ინსულინით, რომელიც ორგანიზმში შაქრის ცვლის ერთ-ერთ რეგულატორს წარმოადგენს. ინსულინი იხმარება ან მცირე დოზებით, რაც საერთო კვების და ნივთიერებათა ცვლის გამოკეთებაზე თანდათანობით მოქმედებს, ანდა უკეთესი ეფექტით — დიდი დოზებით, რაც მკვეთრად ამცირებს სისხლში შაქრის რაოდენობას და იწვევს შოკურ მდგომარეობას, რასაც თან ახლავს ცნობიერების აშლა.

შიზოფრენიის ზოგიერთი ფორმის (მეტადრე კატატონიურის) დროს, კარგ შედეგებს იძლევა ორგანიზმში ქაფურისა და კარდიო-ზოლის ისეთი დოზების შეყვანა, რაც კრუნჩხვით გულყრებს იწვევს; ასეთივე გავლენა აქვს ელექტროშოკით გამოწვეულ გულყრებასაც.

შიზოფრენიულ პროცესზე აქტიური თერაპიის ამ მეთოდების მოქმედების მექანიზმის არსი ღღემდე უცნობია. ასეთი მკურნალობის ეფექტურობას ავტორების უმრავლესობა ორგანიზმის დაცვითი ძალების მობილიზაციით და ტოქსინურ ნივთიერების გამოძევებით ხსნის.

აქტიური თერაპიის აღნიშნული მეთოდების ხმარება, შესაძლებელ გართულებათა გამო, მხოლოდ სტაციონარში არის დასაშვები. მრავალი ფსიქიატრიული საავადმყოფოს გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ამ მეთოდებით მკურნალობა შიზოფრენიის მწვავე შემთხვევების დროს, გამოკეთების მნიშვნელოვან პროცენტს იძლევა, ზოგიერთ შემთხვევაში-კი სრულ გამოჯანსაღებასაც აქვს ადგილი.

შიზოფრენიული პროცესის გახანგრძლივებული შემთხვევები, აქტიური მეთოდებით მკურნალობის შემდეგ, ნაკლებ ეფექტურობას იძლევა და მაშინ ავადმყოფის დასამშვიდებლად, უძილობისა, საკმელზე უარის თქმისა და აგზნების ასაშორებლად, მკურნალობა ჩვეულებრივ მედიკამენტური და ფიზიო-თერაპიული საშუალებებით

წარმოებს. შიზოფრენიით დაავადებულთათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგად ორგანიზებულ შრომითი თერაპიას.

შრომითი თერაპიის და ზემოაღნიშნული ფიზიკურ-ქიმიური საშუალებებით მკურნალობის გამოცდილებამ, რაც დაავადებულ ორგანიზმზე ამ საშუალებათა მოქმედების შედეგად არის მიღებული, უნდა შთაგვაგონოს ურყევი რწმენა იმისა, რომ უიმედო პესიმიზმს, რომელიც ამდენ ხანს არსებობდა შიზოფრენიის გამოსავლის მიმართ, აღარ უნდა ჰქონდეს ადგილი.

თ ა ვ ი VIII

მ ა ი ლ ე ფ ს ი ა (გნედა)

ეპილეფსია უძველესი დროიდან ცნობილი დაავადებაა. სნეულების კარდინალურ ნიშნად ყოველთვის ითვლებოდა კ რ უ ნ ჩ ხ ე თ ი გ უ ლ ყ რ ა, რომელთანაც დაკავშირებით ეპილეფსიას „ბნედას“, „ავზნეს“ უწოდებდნენ. თანამედროვე მოძღვრება ეპილეფსიის შესახებ გამოჰყოფს გენუინურ ეპილეფსიას, როგორც დამოუკიდებელ დაავადებას და ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ უ რ ეპილეფსიას.

იმ შემთხვევებში, სადაც კრუნჩხვითი გულყრა თავის ტვინის განსაზღვრული ორგანული დაავადების მხოლოდ სიმპტომს წარმოადგენს (ტვინის სიმსივნე, ტვინის ათაშანგი, თავის ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზი, ინფექციები, ინტოქსიკაციები, თავის ტვინის ტრავმა და სხვ.), ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ უ რ ანუ ო რ გ ა ნ უ ლ ეპილეფსიაზე ლაპარაკობენ.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა. გენუინური ეპილეფსიის გამომწვევი მიზეზები ჯერ სავსებით ცნობილი არ არის. მემკვიდრეობით დატვირთვასთან ერთად, ეპილეფსიის წარმოშობაში დიდ მნიშვნელობას მშობლების ალკოჰოლიზმს და სიფილისს აკუთვნებენ. სიმპტომატური ეპილეფსია გამოვლინდება, როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის გაღიზიანების შედეგი, ტვინის სხვადასხვა ორგანული დაზიანების დროს (იხილეთ თავი „ფსიქოზები ტვინის ორგანულ დაავადებათა დროს“).

ეპილეფსიის კლინიკური სურათი. გენუინური ეპილეფსიის კლინიკურ სურათში კრუნჩხვითი გულყრა ამ დაავადების უმნიშვნელოვანეს სიმპტომად ითვლება. ამისდა მიუხედავად, გენუინური ეპილეფსიის დიაგნოზის დასმისათვის, მხოლოდ ამ ნიშნით ხელ-

მძღვანელობა სწორი არ იქნებოდა, რადგან კრუნჩხვითი გულყრა გვხვდება მრავალ სხვადასხვაგვარ დაავადების დროს, რომელთაც გენუინურ ეპილეფსიასთან არაფერი საერთო არა აქვთ.

ტიპობრივი ეპილეფსიური გულყრა (დიდი) იწყება უეცრად, თვით ავადმყოფისათვის მოულოდნელად. ზოგჯერ გულყრას წინასწარ უსწრებს წინამორბედი მოვლენები (აურა) სხვადასხვა შეგრძნების სახით (წვის, ჩხვლეტის შეგრძნება, შიშის გრძნობა და სხვ.) თვით გულყრა ცნობიერების უეცარი დაღრმავებით იწყება. ავადმყოფი მოულოდნელად, ზოგჯერ საშინელი ყვირილით დავარდება, რა გარემოცვაშიც არ უნდა იმყოფებოდეს იგი (შეიძლება ჩავარდეს ცეცხლში, წყალში, დაეცეს მახვილ საგნებზე).

უშუალოდ ამის შემდეგ იწყება ტონური კრუნჩხვები, რასაც კუნთოვანი სისტემის საერთო დაძაბულობა ახასიათებს. მთელი სხეული გაკიმულია, ხელები მუშტების მდგომარეობაშია, ყბები შეკრული, სუნთქვა ისპობა, გუგები გაფართოებულია და სინათლეზე რეაქციას არ იძლევა. ტონური კრუნჩხვების ეს პერიოდი 20 — 30 წამი გრძელდება და თანდათანობით კლონურ კრუნჩხვებში გადადის, რაც დასაწყისში უწყსრიგო, ცალკეულ მოძრაობათა სახით გამოვლინდება, შემდეგში თანდათან ძლიერდება და კიდურების უფრო მკვეთრ და თანაბარ გაშლას და მოხრას იძლევა. სახე დამანკულია, ბაგეზე გამოჩნდება ქაფი, ზოგჯერ სისხლნარევი — ენაზე კბენის შედეგად. სუნთქვა ამ დროს გახშირებულია, წყვეტილი, ხრიალით, სახე გალურჯებულია და ოფლით დაფარული. არაიშვიათად, შარდისა და ზოგჯერ განავლის უნებლიედ გამოყოფა აღინიშნება. კრუნჩხვები თანდათანობით სუსტდება, კუნთები ღუნდება, სახე ჩვეულებრივ ფერს იღებს, სუნთქვა გამოსწორდება. კრუნჩხვების შეჩერებით და კუნთთა დაძაბულობის თანდათანობითი შესუსტებით გულყრა მთავრდება. გულყრის ხანგრძლიობა ჩვეულებრივად 2—3 წუთს არ აღემატება.

კუნთთა კრუნჩხვითი დაძაბულობის შეწყვეტის შემდეგ, ავადმყოფი გონს მოდის, უეცრად ან რამდენიმე ხნის განმავლობაში რჩება არა ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში. გულყრის შემდეგ ავადმყოფს დამტვრეულობის, მძინარობის გრძნობა აქვს და

მომხდარის შესახებ არაფერი ახსოვს. უზშირესად, გულყრის მიერ გამოწვეულ საერთო სისუსტესთან და დამტკრეულობასთან დაკავშირებით, ავადმყოფი გონზე მოსვლის შემდეგ იძინებს, ზოგჯერ კი გულყრა უშუალოდ ძილში გადადის.

გულყრათა სიხშირე სხვადასხვაგვარია; უმთავრესად თვეში 1—2-ჯერ ხდება, უფრო ღამით, ვიდრე დღისით. ზოგ შემთხვევაში გულყრები შეიძლება დიდი ხნით შეწყდეს. ცალკეულ შემთხვევებში გულყრების გახშირებამ შეიძლება საშიში ხასიათი მიიღოს, გულყრა შეიძლება ერთიმეორეს მოსდევდეს (ეპილექსიური მდგომარეობა), ავადმყოფები იმყოფებიან ღრმა უგონობის მდგომარეობაში, მაღალი ტემპერატურის თანხლებით. ასეთი მდგომარეობა არაიშვიათად სიკვდილით მთავრდება.

გარდა დიდი გულყრებისა, არჩევენ მცირე გულყრებს, რომლებსაც ახასიათებს უეცარი, ხანმოკლე (რამდენიმე წამი) ცნობიერების დახშვა კრუნჩხვების გარეშე, ან ცალკეულ კუნთთა ჯგუფის იოლი კრუნჩხვითი მოვლენები. ჩვეულებრივად ავადმყოფი მუშაობის ან ბაასის დროს უეცრად ფითრდება, უმოძრაოდ წინ იცქირება, ცნობიერება ეხშობა რამდენიმე წამით, ავადმყოფი თითქოს გარინდებულია იმ მდგომარეობაში, რომელშიაც მას გულყრამ მოუსწრო; ამ დროს იგი არ ეცემა. გონს მოსვლის შემდეგ მუშაობას ან საუბარს განაგრძობს და მომხდარის შესახებ არაფერი იცის. იმ შემთხვევებში, როდესაც ავფი ერთი წუთის განმავლობაში კარგაეს აზრთა მიმდინარეობას, გარემოსთან კავშირს, თითქოს „არ არსებობს“, გულყრას „არარსებობა“ (აბსანსი) ეწოდება.

ეპილექსიის დროს, გარდა დიდი და მცირე გულყრებისა, გვხვდება ხანმოკლე ფსიქიკური აშლის მდგომარეობა, რაც პერიოდულად მეორდება და ფსიქიკურ ეკვივალენტის სახელწოდებით არის ცნობილი. თავისი სახელწოდება ფსიქიკურმა ეკვივალენტმა მიიღო იმის გამო, რომ ის ცვლის გულყრას, მის მაგივრად წარმოიშვება. ასეთი მდგომარეობანი შეიძლება გულყრებთან ერთადაც შეგვხვდნენ. ყველაზე უფრო ხშირად ფსიქიკური ეკვივალენტის სახით გუნება-

განწყობის პერიოდული მოშლა გეხდებოდა (ე. წ. ეპილეფსიით დაავადებულთა „ცუდი“ და „კარგი“ დღეები).

ეს მოშლილობანი რაიმე თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე იწყება. ჩასეთ მდგომარეობათა ხანგრძლიობა რამდენიმე საათიდან. რამდენიმე დღემდე მერყეობს. ეპილეფსიით დაავადებულის გუნებ-განწყობის აშლა ხასიათდება გაბოროტებული, შფოთიანი გაღიზიანებულობით, ჭოდესაც ავ-ფი¹ ადგილს ვერ პოულობს, არაფრით არ შეუძლია გაერთოს. ხდება ქირვეული, მცირე მიზეზის გამო აქვს კონფლიქტები გარშემო მყოფებთან, ხშირად აგრესიას იჩენს. ჩასეთ „ცუდ“ დღეებში ეპილეფსიით დაავადებული ხშირად დაუსაბუთებელ ჩივილებს გამოსთქვამს, ბრალს სდებს გარშემო მყოფებს, რომ მას ცუდად ექცევიან და ა. შ. ეს თავისებურებები შეიძლება ცალკეულ პალუცინატორულ-ბოლდვითი აფეთქების ეპიზოდის განვითარების მიზეზი გახდეს. ასეთი აფეთქებების დროს, რომლებსაც სხვადასხვა ხანგრძლიობა აქვს, ეპილეფსიით დაავადებული განსაკუთრებით ექვიანი ხდება, თავისი წარუმართებლობის მიზეზს ეძებს, გამოთქვამს დევნის ხასიათის ბოლდვით იღვებს, რაც ზოგჯერ მძიმე აგრესიით არის თანხლებული. მაგალითად. ავ-ფმა პ.მ. რომელიც ასეთ მდგომარეობაში იმყოფებოდა, დაიწყო ექვიანობა თავისი სიდედრის მიმართ, რომელთანაც წარსულშიაც ცუდი განწყობილება ჰქონდა, რომ იგი მას სდევნის (აფუქებს საათს, რომ ავ-ფს სამსახურში დააგვიანდეს, მის კალოშებში კატის განაეალს დებს, მის მოწამელას ცდილობს). ავადმყოფმა სიდედრი რამდენიმე დარტყმით მოჰკლა და ყუთში ჩადო. 7

გუნებ-განწყობის აშლის გარდა არსებობს სხვადასხვა სიღრმისა და ხანგრძლიობის მქონე ცნობიერების აშლა. ასეთი მდგომარეობის დროს, ავადმყოფები გარემოს არასავსებით ნათელ აღქმასთან ერთად, მოძრაობებისა და მოქმედებების შესაძლებლობას ინარჩუნებენ. ამ დროს ისინი არასაკმარისად არიან ორიენტირებული, მათი ფსიქიკური პროცესების დაკავშირება და თანმიმდევრობა ირღვევა, რის გამოც გარემოს სწორი შეფასება შეუძლებელი ხდება და მოქმედებები არასრული მოტივაციით წარმოებს.

ცნობიერების ასეთი შეცვლა წარმოიშვება თვალსაჩინო გარე-

შე მიზნებისაგან დამოუკიდებლად, მათი ხანგრძლიობა ძლიერ სხვადასხვაა — რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე.

ზოგჯერ ასეთი მდგომარეობის დროს მთავარი ადგილი ბოდვით წარმოდგენებს, საზარელი ხასიათის ჰალუცინაციებს უჭირავს. ავადმყოფები სრულებით არ არიან ორიენტირებული გარემოში, ჩვეულ გარემოცვას ვერ ცნობენ; მათ ჰგონიათ, რომ იმყოფებიან საფლავში, ქვესკნელში, სამოთხეში; ისინი ხედავენ თავის თავს, გარშემორტყმულს საზარელი არსებებით, მხეცებით, ხედავენ ალს, ცეცხლს, სინათლეს, ესმით მუსიკა, სიმღერა, სროლის ხმა. მათ თავს ესხმიან, აწვალებენ, მათ ელაპარაკებათ ღვთაება და ა. შ. ასეთ მდგომარეობაში მათი ქცევა ავადმყოფურ ხასიათს იღებს, რაც თავის თავისადმი და გარშემო მყოფთათვის საშიშ ქმედებებში გამოიხატება. შიშით შეპყრობილ ავადმყოფებს შეუძლიათ თავის გარშემო ყველაფერი გაანადგურონ, ცდილობენ გაქცევით თავს უშველონ, ფანჯრიდან ხტებიან, კარებთან და ფანჯრებთან აშენებენ ბარიკადებს. თავს ესხმიან გარშემო მყოფებს, აჩენენ ხანძრებს, მკვლელობას სჩადიან და სხვ.

ავადმყოფი პ. 28 წლის, გლეხი. დაავადებულია იშვიათი ეპილექსიური გულყრებით და გუნებ-განწყობის აშლით (ბოლმიან-გაბოროტებული ხასიათისა). პ.-მ მატარებელში უცნობი მგზავრი მოჰკლა. მკვლელობას წინ უსწრებდა ბოლმიან-გაბოროტებული გუნებ-განწყობა, რაც თანდათანობით ძლიერდებოდა.

ავადმყოფს ეჩვენებოდა, რომ მას „იპერენ“, „სდევნიან“, ხალხს ეკვის თვალთ უყურებდა და შეშინებული ათვალეირებდა. გარემოს ბუნდოვნად აღიქვამდა, არასაკმარისად იყო ორიენტირებული, ღელავდა. მას ეგონა, რომ მის პირდაპირ მსხდომი მგზავრები მის წინააღმდეგ „ფიქრობენ, მოაწყონ რამე“. უცბად მან აშკარად დაინახა, რომ ერთ-ერთი მის პირდაპირ მყოფი მგზავრი, მასზე თავდასხმის მიზნით ადგა. ავადმყოფი (სასამართლო საქმის მონაცემებისა და მიხედვით) წამოვარდა და ჯიბის დანით მიაყენა მგზავრს კისრის მიდამოში, რამდენიმე ჭრილობა და მიმავალ მატარებლის ფანჯრიდან გადახტა. ავადმყოფი დაკავების დროს ძლიერ წინააღმდეგობას იჩენდა, მეტისმეტად იყო აგზნებული. შემდეგი ორი დღის განმავლობაში დაბნეული, იყო დეზო-

რიენტირებული, თავშეკავებული; ჩადენილის შესახებ მოგონებანი მას არ ჰქონდა.)

ცნობიერების აშლა გამოვლინდება აგრეთვე ავტომატიზმის სახით, როდესაც პრანათელი, არამკვეთრი, აბნეული ცნობიერების მდგომარეობა, რამდენიმე მოძრაობით აქტში გამოვლინდება: ლილების შებნევა და გახსნა, პერანგის ჩაცმა და ზნა, რის შემდეგ, როდესაც გონს მოდის, არაფერი ახსოვს. მაგ., ერთი პედაგოგი იძულებული იყო თავი დაენებებია თავისი პროფესიისათვის იმის გამო, რომ ავადმყოფურ მდგომარეობაში მოწაფეების თვალწინ გაკვეთილის დროს შარვალს იხდიდა.

იმ შემთხვევებში, როდესაც მოძრაობები რთულდება და ადგილიდან ადგილზე გადასვლა, სიარული, მოგზაურობა სჭარბობს, მაშინ ამათულატორიულ ავტომატიზმზე ანუ ტრანსზე ლაპარაკობენ. ამ დროს ავადმყოფს უახლოეს გარემოში რიენტირების უნარი შენახული აქვს (მაგ., შეუძლია ბილეთი იყიდოს, მატარებელში ჩაჯდეს და ა. შ.) და, ზერელე დაკვირვების დროს, ზოგიერთ გაფანტულობისა და უცნაურობის გარდა, არაფრით არ იპყრობს გარშემო მყოფთა ყურადღებას. ახლო დაკვირვების დროს მაინც შესაძლებელია ალინისნოს გუნებ-განწყობის შეცვლა, ბოდიეთი იდეები, რომლებიც ტრანსის დროს ავადმყოფის ქცევას განსაზღვრავს. უჩვეულო, უცნობ ადგილს გონს მოსული ავადმყოფი გაკვირვებულია, არ შეუძლია ახსნას, თუ როგორ მოხვდა იგი აქ.

ფსიქიკის ქრონიკული ცვლილებანი ეპილეფსიის დროს. ფსიქიკურ მოშლილობათა უკანასკნელი ჯგუფი. რომელიც ეპილეფსიის დროს ალინისნება, — ეს პიროვნების ფსიქიკის ცვლილებანია, რომლებიც ძლიერ დამახასიათებელია ამ დაავადებისათვის. ავადმყოფური პროცესის ხასიათთან დაკავშირებით, ეს ფსიქიკური ცვლილებები მეტ-ნაკლები სიმკვეთრით არის გამოხატული.

ეპილეფსიური ფსიქიკისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია ყველა ფსიქიკური ფუნქციის თავისებური სიმძიმე და მოუქნელობა. აღქმისა და მოსაზრების პროცესები ეპილეფსიით დაავადებულს შენელებული აქვს. იგი გაეჩხრება არაარსებ-

ბით დეტალებზე, არ შეუძლია მთავარის გარჩევა მეორეხარისხოვნისაგან, არა აქვს საშუალება თავის ვიწრო განცდათა წრეს თავი დააღწიოს/ეს თავისებურებანი, ეპილეფსიით დაავადებულის აზროვნებას თავისებური სიბლანტისა და მოუქნელობის ელფერს აძლევენ. ასეთი ავადმყოფის მეტყველება ზედმეტი სიზუსტით, არაპროდუქციულობით ხასიათდება და მასში ტრაფარეტული, მეტწილად შეფერადებული-მაღალფარდოვანი გამოთქმები ქარბად არის მოცემული. ინტელექტი და მეხსიერება თანდათანობით სუსტდება, ინტერესთა წრე ვიწროვდება. ეპილეფსიით დაავადებულის შეზღუდულობა ზოგჯერ ძლიერ წვრილმანობაში, პედანტურობაში გამოიხატება, რაც მისი ცხოვრების მსვლელობაში გამოვლინდება. ყოველი ნივთი უსათუოდ უნდა იყოს მისთვის განკუთვნილ ადგილზე, ყოველგვარი უმნიშვნელო დანახარჯი, წვრილმანიც კი ჩაწერილია მის მიერ, აღრიცხული; ოჯახში ერთხელ მიღებული სასტიკი წესრიგი არსებობს.

გუნებ-განწყობა ეპილეფსიით დაავადებულთ ხშირად დაწეული აქვთ. ისინი ჩვეულებრივად ადვილად აგზნებადი, ყოველგვარი უმნიშვნელო მიზეზთან დაკავშირებით მრისხანე აფეთქებისადმი მიდრეკილი არიან. ერთსა და იმავე განცდაზე ხანგრძლივად შეჩერება აგრეთვე ეპილეფსიით დაავადებულის დამახასიათებელ თავისებურებას წარმოადგენს. ამასთან ერთად, ზოგიერთ ავადმყოფს ახასიათებს ერთი მხრივ პირმოთნეობისადმი, მლიქვნელობისადმი, ჩამციებლობისადმი და მეორე მხრივ—გაბოროტებისადმი, ძლიერ სისასტიკისადმი და შურისძიებისადმი მიდრეკილება.

აუცილებელია ხაზი გაესვას იმ ფაქტს, რომ ეს ფსიქიკური თავისებურებანი ყველა ეპილეფსიით დაავადებულის დამახასიათებელი არ არის. გვხვდება ავადმყოფები როგორც ხასიათის შეცვლის სხვადასხვა ხარისხით, ისე დეგრადაციის სხვადასხვა სიღრმით. იმ შემთხვევებში, სადაც ფსიქიკური ცვლილებები მკვეთრად არის გამოხატული, ავადმყოფი ღუნე, აპათიური, უმწეო ხდება. ფსიქიკის არამკვეთრად გამოხატულ ცვლილებათა დროს, ავადმყოფთა ქცევა მეტ-ნაკლებად სწორია, მათ შეუძლიათ შრომა,

ამასთან, მათთვის დამახასიათებელი სიზუსტისა და პედანტური წესრიგის გამო, მათთვის დამახასიათებელი მოდუნებულობა და მოსაზრების უკმარისობა ნაწილობრივ კომპენსირებულია.

მიმდინარეობა. ეპილეფსიის მიმდინარეობა ქრონიკულია. ავადმყოფობა უმეტეს შემთხვევებში 10 წლის ასაკამდე იწყება. ავადმყოფობის სურათს ზოგ შემთხვევაში შეიძლება სიმპტომების მრავალფეროვანება ახასიათებდეს, სხვა შემთხვევებში-კი ერთფეროვანი. ცალკეული სიმპტომები (მაგ., მხოლოდ გულყრები). გულყრების სიხშირე ერთსა და იმავე ავადმყოფს ერთგვარი არ აქვს. ავადმყოფობის დასაწყისში გულყრები უფრო იშვიათია და ერთი-მეორეს დაშორებულია რამდენიმე თვის შუალედებით. შემდეგში არაკეთილთვისებიანი მიმდინარეობის დროს, გულყრები ხშირდება, გამოვლინდება ყოველ თვეს, ყოველ კვირას, ყოველ დღეს და ზოგჯერ დღეში 2 — 3-ჯერაქ.

ეპილეფსიის მიმდინარეობა სხვადასხვაგვარია. მძიმე შემთხვევებში იგი მეტ-ნაკლებად გამოხატულ ჰქუასუსტობას იძლევა. სხვა შემთხვევებში, მიუხედავად გულყრების არსებობისა, ინტელექტის მხრივ გამოხატულ ცვლილებებს ადგილი არ აქვს, ავადმყოფს შეუძლია იმუშაოს. თავისთავად ცხადია, რომ ეს მუშაობა არ უნდა იყოს ავადმყოფის სიცოცხლისათვის საშიშროებასთან დაკავშირებული, მაგ., მუშაობა მანქანებთან, მაღალ ადგილზე და სხვ., რადგან უეცრად დაწყებულმა გულყრამ შეიძლება ავადმყოფის მძიმე დასახიჩრება ან სიკვდილი გამოიწვიოს.

ეპილეფსიის მკურნალობა. ეპილეფსიის მკურნალობის დროს უმთავრესად ბრომის პრეპარატები იხმარება (უკანასკნელ ხანებში — ლუმინალი, დილანტინი), რომლებიც გულყრების სიხშირეს ამცირებს. შემთხვევების ნაწილში მკურნალობის ზეგავლენით გულყრები ან ისპობა, ან მნიშვნელოვნად იშვიათდება. გარდა მედიკამენტური საშუალებებისა, ეპილეფსიის დროს განსაკუთრებულ დიეტას ურჩევენ. ზოგ შემთხვევაში ტარდება შიმშილის დიეტა, იკრძალება ყოველგვარი აგზნებადი საკმელი და სასმელი.

ეპილეფსიის სახამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა განისაზღვრება როგორც ამ დაავადების სიხშირით და გავრცელე-

ბით, ისე ფსიქიკურ აშლილობათა მრავალფეროვნებით, რაც ეპი-
ლეფსიური პროცესის მიმდინარეობაში ვითარდება. მთლიანად
პიროვნების ღრმა და მყარ ცვლილებებთან ერთად, განსაკუთ-
რებული მნიშვნელობა აქვს ეპილეფსიასთან დაკავ-
შირებულ სწრაფად გარდამავალ ფსიქიკურ აშლი-
ლობებს (ცნობიერების აშლა, გულყრის წინარე და გულყრის
შემდგომი მდგომარეობანი, გუნებ განწყობის აშლა): ამ დროს
ავადმყოფს შეუძლია თავისთვის და გარშემო მყოფთათვის საშიში
მძიმე აგრესიული მოქმედება ჩაიდინოს. მძიმე ძალადობრივი მოქმე-
დებები ეპილეფსიით დაავადებულს შეუძლია ჩაიდინოს არა შეცე-
ლილი ცნობიერების მდგომარეობის დროს, არამედ მათთვის
დამახასიათებელ აფექტურ-ნებითი აშლილობის დროსაც, ისევე,
როგორც გულყრის წინარე და მომდევნო მდგომარეობაში, რომლე-
ბიც შეღავნდება გაბოროტებული ბოლმეიანობის, აგზნებადობის,
რისხვის და სხვ. შეტევების სახით.

რასაკვირველია. არის შემთხვევები, როდესაც დანაშაული
ჩადენილია ავადმყოფთა მიერ ჩვეულებრივ მდგომარეობაში, ცნო-
ბიერების შეცვლის და გუნებ-განწყობის ავადმყოფური აშლის
გარეშე, გასაგები მოტივებით.

ამგვარად, შერაცხადობის საკითხი ეპილეფსიის დროს არ
შეიძლება გადაწყვეტილ იქნეს საერთო ფორმით, არამედ ყოველ
ცალკეულ შემთხვევაში დეტალურ შესწავლას მოითხოვს. იმ ფაქტი-
დან, რომ ზოგიერთი ეპილეფსიით დაავადებული მთელი თავისი
სიცოცხლის განმავლობაში არ იძლევა ფსიქიკის მნიშვნელოვან
ცვლილებებს, გამომდინარეობს, რომ ეპილეფსია თავისთა-
ვად პასუხისმგებლობისაგან არ ითავისუფლებს,¹
მხოლოდ ავადმყოფობის ავთვისებიანი მიმდინარეობის დროს
ფსიქიკური დეგრადაციის, ინტელექტის დაქვეითების (ეპილეფსიუ-
რი კეჟუსუსტობა) და ფსიქიკური ეკვივალენტების (ფსიქიკურ
აშლილობის ხანმოკლე მდგომარეობა) არსებობის დროს შეიძლება
უდავოთ იყოს მიჩნეული, რომ ავადმყოფს არ ჰქონდა უნარი თავ-
ისი ქმედების ხელმძღვანელობისა. ეპილეფსიით დაავადებულთა-
თვის, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს ავადმყოფურ მდგომარეო-
ბაში, შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის ღონისძიებათ

მიყენება. ამასთან ერთად, ¹ ზშირად საჭიროა იძულებითი მკურნალობის ჩატარება დახურულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს პირობებში.

თუ აშკარად გამოხატული ფსიქიკური დეგრადაციის მქონე ეპილეფსიით დაავადებულის შეურაცხადობა ექვს არ იწვევს და ამ საკითხის გადაწყვეტა სიძნელეს არ წარმოადგენს, სამაგიეროდ, ძლიერ ბევრი სიძნელე დგას ექსპერტ-ფსიქიატრის წინაშე ხანმოკლე ფსიქიკური აშლილობის შეფასების დროს ¹. ამ მდგომარეობათა უშუალო დაკვირვების შეუძლებლობა ექსპერტთა მიერ (გამოსაკვლევ პირზე დაკვირვება მის მიმართ ინკრიმინირებული დანაშაულის ჩადენის პერიოდში) მოითხოვს, რომ სასამართლო-გამოსაძიებელი მასალა (მოწმეთა ჩვენებები) შეკრებილ იქნეს განსაკუთრებული სიზუსტით და სისრულით, რადგან მისი ანალიზი მნიშვნელოვნად აადვილებს ამ მდგომარეობათა შეფასებას და აქედან შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტას.

ავ-ფი ხ., 18 წლის, ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 74 მუხლით ² ხულიგნობაში, ქეის დარტყმით დაუზიანა თავი მოქალაქე ლ-ს. დაკავების დროს მან, როგორც ეს საქმის მასალებიდან ჩანს, „მოგვცა“ გულყრა; ამ დროს მან ქვით მიაყენა ზიანი მილიციელს, რომელიც მისკენ დაიხარა. გულყრებზე ჩივილებთან დაკავშირებით ხ. სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში გამოსაკვლევიად იყო გადაგზავნილი.

მემკვიდრეობის მხრივ აღინიშნება: მამის ალკოჰოლიზმი, პაპა მამის ხაზით სულით ავადმყოფი იყო, დედა — ავზნებადი, „ფიციხი“. 3 წლის ასაკიდან გამოსაკვლევ პირს დაეწყო კრუნჩხვითი გულყრები, რაც მალე შეუწყდა. ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში აღენიშნებოდა ღამით შარდის შეუკავებლობა. 10 წლის ასაკში შევიდა სკოლაში, სწავლობდა ცუდად, სკოლიდან დათხოვნილი იყო განახლებულ გულყრათა და ცუდად მეცადინეობასთან დაკავშირებით, მეხსიერება მკვეთრად შეუსუსტდა. 13 წლი-

¹ სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება ხანმოკლე ფსიქიკურ აშლათა დროს იხილეთ თავში — „განსაკუთრებული მდგომარეობანი“.

² საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 75 მუხლი.

დან გულყრები გაუხშირდა და ერთხელ, 12—15 დღის განმავლობაში, გულყრების რაოდენობა დღეში 14—20 აღწევდა (ეპილეფსიური მდგომარეობა). გულყრას წინ უსწრებდა ძლიერი თავბრუს, რომელიც უეცრად იწყებოდა და რომლის დროსაც ავადმყოფი გრძნობდა რა გულყრის მოახლოებას, ცდილობდა საწოლამდე მიერბინა. ხშირად იგი ამას ვერ ასწრებდა, იქვე წაიქცეოდა, სხეულს იზიანებდა. გულყრის დროს ენას იკვნეტდა და ხშირად შარდი მისდიოდა, გულყრა ყოველთვის ძილით თავდებოდა, რის შემდეგ რამდენიმე ხნის განმავლობაში მთელ სხეულში ძლიერ ტეხვას და თავის ტკივილებს გრძნობდა. „დიდ გულყრებთან“ ერთად „მცირე გულყრებიც“ აღენიშნებოდა, როდესაც ერთი წუთით კარგავდა ცნობიერებას, მაგრამ არ ეცემოდა. გულყრების შესახებ თვითონ არაფერი იცოდა, გაიგებდა დედისაგან, რომელიც ამბობდა, რომ ავ-ფს „დაბნელება ჰქონდა“. უკანასკნელ წლებში აღენიშნება ხასიათის მკვეთრი შეცვლა: გახდა ადვილად აგზნებადი, შეუგუებელი, მიდრეკილება აქვს გუნებ-განწყობის გაბოროტებულ-ბოლმიანი შეცვლისადმი.

ფსიქიკური მდგომარეობა: ავ-ფი საკმაოდ ორიენტირებულია გარემოში. მოძრაობანი—შენელებული, მოუქნელი, მლიქვნელური, სახის გამომეტყველება,—პირფერული, მეტყველება ხმა-დაბალი, ნელი. ხალისიანად იძლევა გამოკვლევის საშუალებას, ყოველთვის მადლობას იხდის „ყურადღებისათვის“, „მკურნალობისათვის“. ხალისიანად ბაასობს, სიტყვაუხვია, ზუსტი, ჩერდება დეტალებზე. არსებითს ჰკარგავს. აზროვნება — დუნე, ბლანტი, კრიტიკა და მოსაზრება მკვეთრად დაქვეითებული აქვს. სიტუაციას არასაკმარისად აფასებს. განთავისუფლებისათვის ექიმს ქრთამს პირდება: ჩამოუტანს „საჩუქრად კარაქს, ქონს, ვაშლებს“. მეხსიერება მკვეთრად შესუსტებული აქვს, სკოლის ცოდნათა მარაგი —ძლიერ ღარიბი; ინტერესთა წრე —ძლიერ ვიწრო, უმთავრესად პირადი კეთილდღეობით შემოფარგლული. უნდა, რომ ჰქონდეს „თავისი საწოლი, წყვილი სკამი, საკმლისათვის სკივრი, ელექტრონათურა, წყალსადენი. საპირფარეშო წყალსადენითურთ, შავი პალტო, ლურჯი კოსტიუმი, ზეფირის პერანგი, აბრეშუმის ყელსახვევი, ნაცრისფერი ქუდი“ და ა. შ. ჩამოთვლის აგრეთვე სხვადასხვა

საქმელს, რომელსაც შეჰამდა. როგორ გაატარებდა დროს და სხვ. ამასთან ერთად. ლაპარაკობს ძლიერ ტკილილი ენით, საგნებს და ნივთებს კინობით სახელს უწოდებს, ექიმთან და პერსონალთან გადამეტებულად თავაზიანი და პირმოთნეა. გუნებ-განწყობა ხშირად დაწეული აქვს; მიუნდობელია, ფხუვიანი, ადვილად აგზნებადი და ზოგჯერ აგრესიული (გალიზიანების, გაჯავრების დროს სხვა ავადმყოფს თითზე უკბინა). ძლიერ ეგოცენტრულია, იჩენს დიდ მზრუნველობას თავისი ჯანმრთელობის და საქმლის მიმართ, თავის ინტერესებს იცავს, თვალყურს ადევნებს. რომ იგი არ დაივიწყონ, საქმელი და წამალი არ დააკლონ. მუდამ შიშობს, რომ „გადმოცემული პროდუქტები არ მოპარონ“. პედანტურად წესიერია, ფაქიზი, იდეალურად მოწესრიგებული აქვს თავისი ლოგინი. ინსტიტუტში ყოფნის დროს აღენიშნებოდა მთელი რიგი კრუნჩხვითი გულყრები, რომლებიც გარეშე მიზეზებთან დაუკავშირებლად წარმოიშვებოდა. ხშირ შემთხვევაში პალატაში მშვიდად მოსეირნე ავადმყოფი უეცრივ გარბოდა საწოლისაკენ და ეცემოდა კრუნჩხვითი გულყრით, რომლის დროსაც იკბენდა ენაზე და არაიშვიათად შარდს აქცევდა. გულყრა ჩვეულებრივად 2—3 წუთს გრძელდებოდა და ძილით თავდებოდა.

ამ შემთხვევაში ეპილეფსიის დიაგნოზი საეჭვო არ არის. აქ ადრე დაწყებულ ეპილეფსიურ „დიდ“ და „მცირე“ გულყრებთან ერთად აშკარავდება პიროვნების მკვეთრი გალატაკების ნიშნები, რაც დამახასიათებელია ეპილეფსიური ჰქუასუსტობისათვის. აქედან ცხადია, საკითხის პრაქტიკული გადაჭრა მისი შეურაცხადად ჩათვლის თვალსაზრისით და მის მიმართ მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის ზომების გამოყენების მიზნით.

ავ-ფი ჟ. 27 წლის. მამა „დამბლისაგან“ გარდაეცვალა, ჰქონდა მძიმე ხასიათის გულყრები, ადვილად აგზნებადი იყო. „უაზროდ ლაპარაკობდა“, იწვა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. ძმა ფიცხი, შეუგუებელი ჰყავდა, აგრესიულ ქცევებისადმი მიდრეკილებას იჩენდა.

თვით ე-ს 14 წლის ასაკიდან აქვს თავბრუ 1—2 წუთის განმავლობაში, რომელსაც თან მოჰყვება თავში ხმაური, დაძახება, წამიერად ცნობიერების აშლა (მცირე გულყრა). გარშემო მყოფთა

გადმოცემით, ავადმყოფი ამ დროს თითოდებოდა, მას „თვალეები არანორმალური უხდებოდა“. ასეთი თავბრუს შეტევები უკანასკნელ დრომდე რეგულარულად მეორდებოდა. ამისდა მიუხედავად, ავ-ფი მუშაობდა რკინიგზაზე და სხვადასხვა დაწესებულებაში. მაგრამ უკანასკნელ წლებში, აღნიშნულ ავადმყოფურ მოვლენებთან დაკავშირებით, არაერთხელ განთავისუფლებულა მუშაობისაგან.

20 წლის ასაკში დაეწყო დიდი კრუნჩხვითი გულყრები, შედარებით იშვიათად (3—4-ჯერ წლის განმავლობაში), როგორც დღისით, ისე ღამით. გულყრა მოულოდნელად ეწყებოდა, ავ-ფს ცნობიერება ეკარგებოდა, ეცემოდა, ჰქონდა კრუნჩხვები, გულყრის დროს ენაზე იკბენდა, ხშირად შარდს აქცევდა. გულყრებთან ერთად აღენიშნებოდა გუნებ-განწყობის ბოლმიან-ბრაზიანი ხასიათის შეცვლისადმი მიდრეკილება, ჰქონდა ეგრეთ წოდებული „კარგი და ცუდი დღეები“.

ერთხელ, გულყრიდან რამდენიმე საათის შემდეგ, ავადმყოფი ღამით უეცრად წამოვარდა საწოლიდან და დერეფანში გავარდა. იქ შემთხვევით მეზობელ ქალს შეხვდა და სრულიად უმიზეზოდ მიაყენა დანით სამი კრილობა ზურგში. ამის შემდეგ თანჯარაში გადახტა და მიიმალა.

გამოძიების მასალიდან ცნობილია, რომ ავ-ფი განთიადზე შევიდა თავის დასთან, აჩვენა გასისხლიანებული დანა და ამბობდა, რომ „სატანა მოჰკლა“. ამ დროს იგი „შეშლილის“ შთაბეჭდილებას სტოვებდა.

დილით ავ-ფი სოფელში, დედასთან აღმოჩნდა, თავის სახლიდან 15 კილომეტრის დაშორებით, უჩიოდა თავის ტკივილს. სადილის შემდეგ ავადმყოფი დედის წინადადებით და თანხლებით წავიდა ექიმბაშთან სამკურნალოდ მეორე სოფელში. უკან დაბრუნებისას, საღამოს 9 საათზე, როგორც ეს ძიებით არის დადასტურებული, ჟ-მ მოჰკლა დედა, გამოჰკრა ყელი ჯიბის დანით და შემდეგ მოაცილა თავი სხეულს. მოკლულს ხელებზე თითები გადაკრილი ჰქონდა და სხეულზე აღმოუჩინეს დანით მიყენებული 5 კრილობა. ჟ. მოვიდა გონს მეორე დილით, იყო უქუდოდ, ხელები და ტანსაცმელი გასისხლიანებული ჰქონდა, ძლიერ სტკიოდა თავი, იყო დაბნეული, მომხდარის შესახებ არაფერი ახსოვდა.

ამავე დროს, სისხლის სამართლის საქმეში არსებობს მითითება. იმაზე, რომ ე. უკანასკნელ ხანებში დედისათვის საზრდოს მიცემაზე უარს ამბობდა, რის გამოც ამ უკანასკნელმა შვილს პროკურორთან უჩივლა. არსებობს მითითებანი იმაზე, რომ ავადმყოფსა და მეზობელ ქალ მ-ს შორის, რომელსაც მან სამი კრილობა მიაყენა ზურგის არეში, აგრეთვე იყო უსიამოვნება და რომ ავადმყოფი მას შურისძიებით ემუქრებოდა.

ამ საქმესთან დაკავშირებით დაკითხულმა ე-მ თავი დამნაშავედ არ იცნო და განაცხადა, რომ 20 წლიდან მას აქვს კრუნჩხვითი გულყრები, რომელიც გარშემო მყოფთა გადმოცემით, აგზნებით არის თანხლებული. ასეთი აგზნების დროს ჩადენილ საქციელს, იგი ვერ უწევს ანგარიშს და შემდეგში მის შესახებ არაფერი ახსოვს.

ვინაიდან გამომძიებელ ორგანოებში აღიძრა ეჭვი ე-ს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, იგი ინსტიტუტში გამოსაკვლევად იქნა გადაგზავნილი.

ინსტიტუტში შემოსვლის დროს ავადმყოფს ნათელი ცნობიერება აქვს, სწორად ორიენტირებულია გარემოში, მშვიდია, ქცევა წესიერი აქვს. ავადმყოფის ყველა მოძრაობასა და პასუხში მოჩანს სიმკვარცხლის უკმარობა, მოუქნელობა, მოღუწეულობა, მონოტონობა. ყველა ფსიქიკური პროცესი შენელებულად მიმდინარეობს, განსაკუთრებით შეჩერებით ზოგიერთ საკითხებზე, რომლებიც დაკავშირებულია აფექტურ განცდებთან. ავადმყოფს დაწეული გუნებ-განწყობა აქვს, ბოლზიანობის და გამღიზიანებლობის შეტევებისადმი მიდრეკილებით. უხეში მოშლილობა ინტელექტის ფუნქციების მხრივ არ აღენიშნება. ინსტიტუტში შემოსვლიდან ორი კვირის შემდეგ საღამოს გამოაჩნდა გუნებ-განწყობა ბოლმიანი, სიბოროტის და მკვეთრი გამღიზიანებლობის ხასიათით. ღამით ცუდათ ეძინა. დილით ავადმყოფის მდგომარეობასა და ქცევებში მკვეთრი ცვლილება მოხდა: იგი საკმარისად ორიენტირებული არ იყო, ცდილობდა წასულიყო, ტიროდა, არწმუნებდა ყველას, რომ კარებთან მისი ცოლი დგას. შევიდა საპირფარეოში, წყლის ონკანები გახსნა, გამოუშვა წყალი, გალობდა ფსალმუნებს, საპირფარეოში ყველა შემსვლელს წყალს ასხამდა, აფურთხებდა, პერსონალს თავს ესხმოდა. ავადმყოფი სრულიად დაბნეული, თვალეხს აცეცებს,

დასველებულია შარდით. მეორე დღეს იგი აგზნებულია, საღლაც გაქცევას ლამობს, აცხადებს, რომ მოჰკლა თავისი დედა, რადგან იგი „სატანად“ მოეჩვენა, თავისთვის ლაპარაკობს, ვილაცას ეძახის, გაიძრო საცვლები, იატაკზე გორაობს, კარებს უკაკუნებს, აგრესიულია, სცემს პერსონალს. დღის ბოლოს უცებ დამშვიდდა, იცნო თავისი ექიმი, ორიენტირებულია სწორად, არ იცის და არ ახსოვს, თუ როგორ მოხვდა საიზოლაციო განყოფილებაში. თავისი მდგომარეობისა და ქცევის შესახებ ზემოაღწერილი დროის განმავლობაში, ავადმყოფს მეხსიერება შენახული არა აქვს. მხოლოდ ცალკეულ მომენტებზე მიგვიტოთებს, როდესაც მას ეჩვენებოდა, რომ მის გარშემო ყველანი ცოცხებით დადიან, შიშს განიცდიდა, მას რაღაც საშინელი სახით ეჩვენებოდა „ღმერთი“. ახსოვს, რომ ცოლის ხმა ესმოდა. ერთი თვის შემდეგ, მშფოთვარე მდგომარეობა, ეფექტური დაძაბულობა მკვეთრი ბოლმიანობისა და სიავის ელფერიტ განუმეორდა, მაგრამ მეორე დღეს მდგომარეობა გაუმჯობესდა, იგი დამშვიდდა და სავსებით წესიერად იქცეოდა.

მოყვანილი შემთხვევა ეპილეფსიით დაავადებულის ცნობიერების აშლის სურათს იძლევა. ეპილეფსიის დიაგნოზი აქ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამას ადასტურებს დაავადების შედარებით ადრე დაწყება (14 წლის ასაკში), ტიპობრივი „მცირე“ გულყრები თავბრუს სახით, ყურებში ხმაურით, დაძახილებით, ცნობიერების აშლით რამდენიმე წამის განმავლობაში; 20 წლის ასაკიდან „დიდი“ გულყრების დაწყება, რასაც თან ახლდა ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვები, ენაზე კბენა, შარდის დაქცევა; ბოლმიან-ბოროტი ხასიათის გუნებ-განწყობისადმი მიდრეკილება, და ზემოაღწერილი ცნობიერების აშლის მდგომარეობანი, რომლებიც აღნიშნული იყო ინსტიტუტში გამოკვლევის პერიოდში. ყველა ზემოთქმული, ეპილეფსიური ხასიათის გამოხატულ ნიშნებთან შეუღლებით (მოუქნელი, დუნე აზროვნება, მონოტონური მეტყველება, აფექტურ განტვირთვებისადმი მიდრეკილება და სხვ.), საკმაო საფუძველს წარმოადგენს ეპილეფსიის დიაგნოზის დასმისათვის. მაგრამ, როგორც ეს უკვე იყო ნაჩვენები, ეპილეფსია თავისთავად არ ათავისუფლებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაგან, თუ არა აქვს ადგილი ფსიქიკური დეგრადაციის

გამოხატულ ნიშნებს, ინტელექტის დაქვეითებას, ფსიქიკის დროებით აშლას, რომლის დროსაც შესაძლებელია მომხდარიყო ინკრიმინირებული ქმედება. და ა. შ. ამიტომ, ამ შემთხვევაში გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენს საკითხი, თუ რა მდგომარეობაში იმყოფებოდა ავადმყოფი მის მიმართ ინკრიმინირებული ქმედების მომენტში, მით უფრო, რომ თავის ჩვეულებრივ მდგომარეობაში, ზემოხსენებული ეპილეფსიური ხასიათის თვისებების გარდა, ინტელექტის უხეში დარღვევა მას არ აღენიშნება.

იმიუხედავად ამისა, მთელი სიტუაციის ანალიზი, ავადმყოფის მდგომარეობა და ქცევა უშუალოდ დანაშაულის ჩადენის წინ და მისი ჩადენის მომენტში, ბოლოს, ცნობიერების აშლის არსებობა, ბოდიითი-შემზარავი განცდების განმეორებით, საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ, რომ დანაშაული მის მიერ ჩადენილი იყო სწორედ ცნობიერების ასეთი აშლის დროს, ე. ი. იმ მდგომარეობაში, რომელიც ჰსდსრ სსკ მე-11^{*}, მუხლით არის გათვალისწინებული და შერაცხადობას გამორიცხავს.

* საქ. ს. ს. რ. სისხლის სამართლის კოდ. 10 მუხლი.

თ ა ვ ი IX

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, როგორც ამას ნაწილობრივ თვით სახელწოდება გვიჩვენებს, გამოიხატება მზიარული გუნებ-განწყობის შეტევებში, ყველა ფსიქიკური პროცესის ტემპის აჩქარებაში (მანიაკალობა) ან, პირიქით, დაწეულ-სევდიან გუნებ-განწყობაში ფსიქიკური პროცესების ტემპის შენელებით (დეპრესია).

ეტიოლოგია. ამ დაავადების დროს მემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობა არის დადგენილი. ამ წინასწარგანწყობის გამომწვევი ფაქტორები ჯერ ცნობილი არ არის. ამავე დროს გარეშე ზეგავლენამ შეიძლება ხელი შეუწყოს მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის გამოვლინებას. ზოგჯერ პერიოდული ფსიქოზი თავის ტვინის განსაზღვრული უბნების დაზიანებით გამოიწვევა. ამასთან ერთად, სხვადასხვა გარეგან ზეგავლენას შეუძლია ხელი შეუწყოს დაავადების შეტევის გამოვლინებას.

მიმდინარეობა. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზისათვის დამახასიათებელია მისი პერიოდულობა, ციკლურობა. იგი, ჩვეულებრივად, მეორდება თითქმის ერთი და იმავე ფორმით, დროის სხვადასხვა ხანგრძლიობის შუალედებით. ეს შუალედები უმეტესად რამდენიმე წელიწადს უდრის. ავადმყოფობის მიმდინარეობა სხვადასხვაგვარია. ზოგიერთ შემთხვევაში ერთი ფაზა (მაგ., მანიაკალური) უშუალოდ გადადის მეორეში (დეპრესიულში), ე. ი. დაავადების ყოველი შეტევა ორი ფაზისაგან შედგება. სხვა შემთხვევებში მკვეთრად გამოხატული არის მხოლოდ ერთი ფაზა, მაგრამ ავადმყოფობის ბოლოში ან დასაწყისში აღინიშნება მოკლე პერიოდი, როდესაც ფსიქოზის

მეორე პოლუსიც მეტ-ნაკლებად არის გამოხატული. შეტევებს შორის დროის შუალედები აგრეთვე ძლიერ სხვადასხვაგვარია. თუ ერთ რიგ შემთხვევებში რემისიას სრულებით არა აქვს აღდგილი და მიმდინარეობა ქრონიკულ ხასიათს იღებს, სხვა შემთხვევებში ავადმყოფი მთელი თავისი სიცოცხლის განმავლობაში ერთ-ორ შეტევას გადაიტანს.

დაავადების განმეორების შემთხვევებში, დროის მიმდინარეობაში აღინიშნება ტენდენცია, ჯერ ერთი—ფსიქოზის შეტევის გახანგრძლივებისადმი, და მეორე—„ნათელი“ შუალედების შემოკლებისადმი.

ავადმყოფობის სიმპტომები. მანიაკალური შეტევა მხიარულ მდგომარეობის განცდაში, ექსალტაციაში გამოვლინდება. წარმოიშვება მოქმედებისადმი, სიყვარულისადმი, ურთიერთობისადმი მისწრაფება: აღდგილი აქვს აზრთა მოზღვაებას, მოუსვენრობას, უძილობას.

მანიაკალური ავადმყოფის ასეთი მდგომარეობა არაა მოტივირებული, მას არა აქვს რაიმე გასაგები კავშირი რეალური ცხოვრების ამბებთან. ავადმყოფი კვირაობით და თვეობით აგზნებულია, ყველაფერი იპყრობს მის ყურადღებას, ყველაფერი პოულობს მასში გამოძახილს, მაგრამ მისი ყველაფრისადმი ინტერესი ზერელეა, ყურადღება მერყევია, იგი სწრაფად გადადის ერთი აზრიდან მეორეზე. ჩვეულებრივად ავადმყოფი ამელავენებს მოძრაობით აგზნებას. საავადმყოფოს გარეშე ყოფნის დროს, სახლში ჯდომა მას არ შეუძლია, იგი ყოველთვის ჩქარობს, გატაცებული არის სხვადასხვანაირი გეგმებით, თუმცა თანამიმდევრულად არაფრის განხორციელება არ შეუძლია, უაზროდ ფუსფუსებს, ყველაფერში ერევა, დადის ყველა ნაცნობთან, გაუჩერებლივ ლაპარაკობს და ა. შ. იმ შემთხვევაში, თუ მანიაკალური მდგომარეობა ასე ძლიერად არ არის გამოსახული (ჰიპომანიაკლობა), მაშინ აღფრთოვანების გრძნობას, გამბედაობას, სიცხოველეს და საზრიანობას ნამდვილად შეუძლია აამაღლოს ავადმყოფის მუშაობის პროდუქტიულობა.

სხვა ნიშნებთან ერთად, მანიაკალურ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია ფსიქიკური ცხოვრების, ასოციაციების ტემპის აჩქარება. აზრთა სვლა შემსუბუქებულია, იგრძნობა

აზრობის მოზღვაება, ავადმყოფი ზოგჯერ ენამახვილია, ყველაფერს სწრაფად ამჩნევს, ყველაფერზე მყისვე იძლევა რეაქციას.

უფრო მეტად გამოხატული მანიაკალური მდგომარეობის დროს აზროვნების ტემპის აჩქარება უკვე აზრთა ერთგვარ უწყს-რიგობას იძლევა, რასაც საუბრის დროს ერთი აზრიდან მეორეზე ადვილად გადასვლა, ყურადღების აცილება და მერყეობა მოჰ-ვება.

ავადმყოფის ასეთ თავისებურ თვითგრძნობას იგი ადვილად მიჰყავს თავისი პიროვნების ღირებულების გადაფასე-ბამდე, რაც ზოგჯერ განდიდების ბოდვითი იდეებს აღწევს. ავადმყოფი თავის თავს სთვლის ძლიერ ნიჭიერ, განთქმულ პიროვ-ნებად, თავის გარეგნობას—არაჩვეულებრივად, თავის ლექსებს—ძლიერ ნიჭიერ ნაწარმოებად და ა. შ.

დეპრესიული მდგომარეობა მოპირდაპირე თვითგრძნობას იძ-ლევა. ავადმყოფი დანალვლიანებულია, გუნებ-განწყობა ცუდი აქვს, ყველაფერი ცუდად ეჩვენება, მას ალარაფერი იზიდავს, სიცოცხლე უმიზნოდ მიაჩნია, ებადება აზრი თვითმკვლელობის შესა-ხებ და სინამდვილეში დეპრესიული ავადმყოფის თვითმკვლელობა იშვიათ მოვლენას არ წარმოადგენს. ზოგჯერ ძლიერ მძიმე შთაბეჭდი-ლებას სტოვებს ისეთი ავადმყოფი, რომელიც ბორგავს აუტანელი ბოლმის ზეგავლენით, და სიკვდილს, როგორც ხსნას, ეძებს. იგი მახ-ლობლებით აღარ არის დაინტერესებული, მათ მიმართ სიყვა-რულსა და მზრუნველობას ჰკარგავს. ავადმყოფს აქვს თავის უეარ-გისობის გრძნობა, ფიქრობს იმაზე, რომ იგი ყველასთვის მძიმე ტვირთია, ზოგჯერ დარწმუნებულია, რომ აგრეთვე მთელი მისი ოჯახი იტანჯება. აქვს წინაგრძნობა თავისი და მათი გარდაუ-ვალი დაღუპვის შესახებ. ავადმყოფის სახის გამომეტყველება სევ-დიანია.

საპირდაპიროა აგრეთვე ფსიქიკური ცხოვრების ტემპიც: ავადმყოფი დამუხრუჭებულია, ნაკლებად მოძრავია, ზოგჯერ მას ყოველგვარი მოძრაობა უმძიმს. ბოდვითი იდეები მძიმე გუნებ-განწყობას შეეთარდება, მათ შორის დანაშაულობის და იპოქონდრიული იდეები ქარბობს. ავადმყოფს ჰგონია,

რომ მისი ცხოვრება მთელი რიგი შეუწყნარებელი შეცდომებისაგან შედგება, რომ იგი სამწუხარო ბედის ღირსია. მას ეჩვენება, რომ იგი ცოცხლად ლპება, რომ მას სასიკვდილო შინაგანი სნეულება სჭირს და სხვ., დეპრესიული მდგომარეობანი ჩვეულებრივად თანხლებულია ამა თუ იმ ფიზიკური ცვლილებებით, მაგალითად, — შეკრულობით, პირღებინებით, გულის მოქმედების მოშლილობით, ნივთიერების ცვლის დარღვევის სიმპტომებით.

პროგნოზი. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი კეთილ-თვისებიან დაავადებებს ეკუთვნის, თუ არ ჩავთვლით ატიპობრივ ფორმებს (მაგალითად, ისეთ ფორმებს, რომლებიც დაავადების სურათით შიზოფრენიას უახლოვდება), რომლებიც ფაზების ხშირი ცვლებადობით მიმდინარეობს, და ბოლოს, ამ ფორმების გარდა, განსაკუთრებულ ცვლილებებს. რომლებსაც ავადმყოფები უფრო ხანდაზმულობის ასაკში განიცდიან, დაავადება კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს, მთავრდება განკურნებით, სამკურნალო საშუალებების გამოუყენებლადაც და ისე, რომ პიროვნების შეცვლის არავითარ ნიშნებს არ სტოვებს. მაგრამ, როგორც ეს უკვე ნათქვამი იყო, დაავადების შეტევები ჩვეულებრივად მეორდება.

მკურნალობა. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის შეტევების მკურნალობისათვის სარგებლობენ სხვადასხვაგვარი საშუალებებით. რომლებიც მანიაკალურ ან დეპრესიულ მდგომარეობას ამსუბუქებს. მთელ რიგ შემთხვევებში კარგი შედეგი მიიღება „ელექტროშოკით“ მკურნალობის შემდეგ (კრუნჩხვითი გულყრები, რომლებიც გამოიწვევა სპეციალური აპარატით: ელექტროდებით, რომლებსაც ამაგრებენ საფეთქლებზე, 0,3 — 0,7 წამის განმავლობაში ატარებენ ელექტროდენის კრუნჩხვით „დოზას“).

სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზისა მცირეა, იმასთან დაკავშირებით, რომ იგი ნაკლები სიხშირით გვხვდება, ვიდრე შიზოფრენია, ეპილეფსია და სხვ., აგრეთვე იმიტომ, რომ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზით დაავადებული პირი იშვიათად თუ ჩაიდენს გუნებ-განწყობის ავადმყოფური შეცვლით ან ბოღვითი იდეებით გამოწვეულ დანაშაულს.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის შეფასება წარმოადგენს სიძნელეს იმ შემთხვევებში, როდესაც გამოკვლევის მომენტში ექსპერტის წინაშე სრულიად ჯანმრთელი, სრულღირებულოვანი ადამიანი იმყოფება, მაგრამ, რომლის შესახებ ცნობილია, რომ დანაშაულის ჩადენის დროს იგი მანიაკალურ ან დეპრესიულ მდგომარეობაში იმყოფებოდა. ასეთ შემთხვევებში, საჭიროა მასალის ყოველმხრივი და გულდასმითი ანალიზი, ობიექტურ წყაროებზე დაყრდნობით, ფსიქიკური ცვლილების ხარისხისა და დანაშაულთან მისი კავშირის გათვალისწინებით.

იშვიათ შემთხვევებში, ბოღვითი იდეები იძლევა მახლობლების მკვლელობისა და იმავე დროს თვითმკვლელობის ცდებს (ეგრეთ წოდებული გაფართოებული თვითმკვლელობა). ამგვარად, შეიძლება წარმოიშვას საქმე ცოლის, შვილების მკვლელობის შესახებ. შეუსრულებელ (ან დაუსრულებელ) თვითმკვლელობის დროს.

საკითხი შერაცხადობის შესახებ შეიძლება დადგეს იმ შემთხვევებშიაც, როდესაც დანაშაული ჩადენილია ნათელი შუალედის დროს, მაგრამ სასამართლო ძიების მომენტი-სათვის ავადმყოფობის შეტევას აქვს ადგილი. ასეთ შემთხვევებში, ცხადია, შეიძლება მიღებული იქნეს გადაწყვეტილება გამოჯანსაღებამდე მკურნალობის ჩატარების შესახებ, ამასთან ჯანმრთელობის პერიოდში ჩადენილი დანაშაულის მიმართ გამოსაკვლევი შერაცხადად უნდა იქნეს ცნობილი.

შეიძლება აუცილებელი გახდეს სიკვდილის შემდგომი ექსპერტიზის ჩატარება, იმ შემთხვევებში, როდესაც თვითმკვლელობის შესახებ არსებული გამოძიებითი მასალები თვითმკვლელობის წინ არსებულ დეპრესიაზე მიუთითებენ.

მანიაკალურ ან დეპრესიულ მდგომარეობათა არსებობა როგორც მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფაზებისა დანაშაულის ჩადენის მომენტში, საკმარის საფუძველს იძლევა იმისათვის, რომ გამოსაკვლევი პირი შეურაცხადად ჩაითვალოს და ჩატარებულ იქნეს იძულებითი მკურნალობა, თუ იგი საზოგადოებისათვის საფრთხეს წარმოადგენს.

3., 54 წლის, მოთავსებულია სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტში აგზნებულ მდგომარეობაში; თავს კარგად გრძნობს, 13. სასამართლო ფსიქიატრია.

შეტყველება პათეთიკური აქეს, ხმამაღლა ლაპარაკობს, ხაზგასმით მედიდურად უჭირავს თავი. ზოგჯერ იგი ამელავნებს თავისი პიროვნების გადაფასების ნიშნებს, აღნიშნავს თავის იდეების გავლენას თანამედროვე პოლიტიკაზე, ამჩნევს, რომ მისი უარყოფილი წინადადებები ავტორის სახელის უხსენებლივ გამოიყენეს. ავადმყოფებთან ხშირად კონფლიქტშია, პერსონალთან ხალისიანად საუბრობს, ხმამაღლა მღერის, სიტყვაუხვია, სხვადასხვა რაციონალიზატორული წინადადება შემოაქვს. პ. დაკავებულია შემდეგი გარემოების გამო: მან თავის სახლზე რამდენიმე სრულიად უაზრო პლაკატი გამოფინა, იქვე ჯაჭვით მიაბა ძაღლი, რომელიც არავის არ იკარებდა, თვითონ ავიდა სახურავზე, სხვენზე შესასვლელი ჩაკეტა, და სახურავზე ცარცით წარწერების გამოყვანა დაიწყო. ამასთან ერთად იგი სიტყვებით მიმართავდა გამვლელებს და სახლთან შეკრებილ პირებს, ხელისუფლების წარმომადგენლებს ემუქრებოდა, რომ გადასწვავს სახლს, თუ ისინი სხვენზე ავლენ, და მართლაც მას იქვე შემონახული ჰქონდა ნავთი და ასანთი. მოწმეები იძლევიან ჩვენებას, რომ ასეთ შემთხვევებს წარსულშიაც არაერთხელ ჰქონდა ადგილი, რომ ყოველ წელს, ან ორ წელში ერთხელ მას „რალაც მოსდის“, და მაშინ იგი ორატორობს, გამუდმებით ყვირის, ხანძრის გაჩენით იმუქრება, ხოლო რამდენიმე ხნის შემდეგ. იგი ისევ მშვიდი და „საყვარელი ადამიანი“ ხდება: ერთხელ მან „დემონი წარმოადგინა“: შეიმოსა საბნით, წელზე პირსახოცი შემოიხვია და ასე დადიოდა, დგებოდა მაღალ ადგილებზე, წარმოსთქვამდა სიტყვებს, მღეროდა სიმღერებს და ა. შ.

ცოლი გვაცნობებს, რომ დაავადება პირველად 30 წლის წინათ იყო შემჩნეული. იგი აწეულ გუნებ-განწყობაში, აგზნებულ მდგომარეობაში გამოიხატებოდა. შემდეგ ერთმანეთს ცვლიდა სევდიანობისა და აგზნების ფაზები, რომლებიც ზომიერად იყო გამოხატული, ასე რომ მას მუშაობის საშუალებაც კი ჰქონდა. ფაზებს (რომლებიც ერთმანეთს ცვლიდა) შორის შუალედები საკმაოდ მცირე იყო, რამდენიმე დღიდან, რამდენიმე თვემდე. ერთხელ, დეპრესიის მდგომარეობაში, ავადმყოფმა თვითმკვლელობის მიზნით ხელზე არტერია გადაიჭრა. 15 წლის წინათ იგი ჰოსპიტალში იმყოფებოდა აგზნებული მდგომარეობის გამო, რაც 4 $\frac{1}{2}$ თვეს

გრძელდებოდა. ასე, მცირე ნათელი პერიოდებით, ავადმყოფობდა იგი, და სამსახურს თავს არ ანებებდა. უკანასკნელ წლებში ნათელი პერიოდები თითქმის სრულებით არა აქვს. მაგალითად, ინსტიტუტში მოთავსებამდე ხუთი თვით აღრე ავადმყოფი ღამით უეცრად დეპრესიული ფაზიდან, რომელიც ერთი წლის განმავლობაში გრძელდებოდა, მანიაკალურ მდგომარეობაში გადავიდა. ავადმყოფობის მთელი წლების განმავლობაში პ. ცოლს ყოველთვის საკვირველი თავაზიანობით და თავდაქერილად ეპყრობოდა, ასე რომ, ახლაც, ავადმყოფობის პერიოდში, ცოლი მასთან ერთად ცხოვრებას სავსებით შესაძლებლად თვლის.

ავადმყოფი კომისიის მიერ ცნობილია, როგორც დაავადებული ფსიქიკური სნეულებით, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფორმით და მის მიერ ჩადენილი ქმედობის მიმართ, რასაც ავადმყოფობის პერიოდში ჰქონდა ადგილი, შეურაცხად იქნა ცნობილი.

თ ა ვ ი X

ო ლ ი გ ო ზ რ ე ნ ი ა

ტერმინი „ოლიგოფრენია“ თანდაყოლილ კკუასუსტობას ნიშნავს. ამ სიტყვის პირდაპირი თარგმანია—გონების სიმცირე.

ეტიოლოგია. თავისი ეტიოლოგიის მხრივ ოლიგოფრენების ჯგუფი ერთგვაროვანი არ არის. ოლიგოფრენიის ყველა შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვაქვს ფსიქიკურ ჩამორჩენილობის ამა თუ იმ ხარისხთან, მაგრამ კლინიკური სურათის მსგავსება არ არის დაკავშარებული მიზეზთა იმ ერთგვარობასთან რომელმაც გამოიწვია დაავადება. ოლიგოფრენია შეიძლება იყოს პირობადებული ჩანასახის დაზიანებით (მაგალითად, მშობლების ალკოჰოლიზმის ან ათაშანგის შედეგად), დედის მუცელში ნაყოფის განვითარების პერიოდის მავნე ფაქტორების და მშობიარობის ტრავმის ზეგავლენით (მაგალითად, თავის დაზიანებით მშობიარობის დროს, თავის ტვინის ტრავმა). ტვინის სხვადასხვანაირ დაავადებებს, რომლებიც განვითარების ადრეულ პერიოდს ეკუთვნის (ცხოვრების პირველი წლები), შეუძლია შეაჩეროს ან დააყოვნოს ბავშვის ფსიქიკური განვითარება. როდესაც ბავშვობის ადრეული პერიოდის შესახებ საკმარისი ცნობები არ მოიპოვება, ჩვენ ხშირად მოკლებულნი ვართ საშუალებას, გადავწყვიტოთ საკითხი იმ მიზეზის შესახებ, რომელმაც გამოიწვია ფსიქიკური განუვითარებლობა,—მემკვიდრეობითია იგი, თანდაყოლილი, თუ შეძენილი ცხოვრების პირველ წლებში.

მიმდინარეობა. ოლიგოფრენიის, მნიშვნელოვან თავისებურებას წარმოადგენს დაავადების პროცესის განვითარების ნიშნების უქონლობა.

ამგვარად, ოლიგოფრენიის ცნებად უნდა მივიჩნიოთ ფსიქიკური განვითარების შეჩერება, რომელსაც ხშირად ფიზიკური არასრულფასოვნობა ახლავს თან.

ოლიგოფრენიის ფორმები ხარისხის დაკუთხულობის სიღრმესთან დაკავშირებით, არჩევენ იდიოტიას, იმბეცილობას და დებილობას.

იდიოტები ღრმად კუთხულობები არიან, ისინი მეტყველების უნარს თითქმის სრულებით მოკლებულნი არიან, სოციალურ ჩვევებს თითქმის სრულებით ვერ იძენენ, მათი ცხოვრება ინსტიქტური გამოვლინებებით არის შეზღუდული. ავადმყოფები უმწეო, ხშირად უსუფთაო გარემოში ორენტაციის უნარს მოკლებულნი არიან, რაიმე გეგმიანი მოქმედების უნარი მათ არა აქვთ.

დებილები მეორე უკიდურესობას წარმოადგენენ; ისინი პრაქტიკულად საკმარისად ორიენტირებულნი არიან, აქვთ საკმაოდ განვითარებული მეტყველება, ხშირად სამსახურებრივ მოვალეობებს ასრულებენ, ოჯახს ქმნიან და ა. შ., მაგრამ მათ აზროვნებას პრიმიტიულობა ეტყობა, მათ არა აქვთ შედარებით რთული მოვლენების შეფასების და იმ ცნებების გამოყენების უნარი, რომლებიც მათი პატარა გამოცდილების ფარგლებს სცილდება; მათ აღენიშნებათ ინტელექტის სიღარიბე, კრიტიკული უნარის უკმარობა, გულუბრყვილობა, ბავშვურობა, საკუთარი მსჯელობის უქონლობა, არასწორი დასკვნებისა და განზოგადოებებისაკენ მიდრეკილება, გონებრივი სივიწროვე. სკოლაში დებილები სწავლობენ ცუდად და ტოლებს ჩამორჩებიან. უკვე ბავშვობაში ისინი დაცინვის საგნად ხდებიან. არსებითია ის, რომ წესიერად დაყენებულ სწავლებას, თუ იგი ბავშვის თავისებურებებისათვის ანგარიშის გაწევით წარმოებს, შეუძლია შედარებით დიდი წარმატება ექნეს.

ოლიგოფრენების სამ ჯგუფად დაჯგუფება, რაც ინტელექტუალური ჩამორჩენილობის ხარისხიდან გამომდინარეობს, არის პირობითი სქემა. ამ ხარისხების დადგენისათვის, რასაკვირველია, არავითარი ზუსტი საზღვრები არ არსებობს. იმბეცილობის ხარისხი განლაგებული არის ოლიგოფრენიის კიდურ პოლუ-

სებს შორის (იდიოტია და დებილობა). იმბეცილებს ზოგიერთი ჩვევის და ელემენტარული ცოდნის შეძენის უნარი აქვთ. მათი ინტელექტი მაინც განვითარების ძალიან დაბალ დონეზე დგას, მეტყველება ჩვეულებრივ დეფექტურია, დამოუკიდებლად აზროვნების უნარი მათ არა აქვთ. ისინი საკიროებენ ხელმძღვანელობას და დახმარებას.

დიაგნოზის დასმას აადვილებს მთელი რიგი ფიზიკური ნაკლოვანებების დადგენა, რომლებიც ჩვეულებრივად დამახასიათებელია ოლიგოფრენისათვის. ხშირად აღინიშნება თავის ქალას აგებულების უსწორობა, რაც ზოგჯერ სიმახინჯის ხარისხს აღწევს (მაგალითად, თავის ქალას მცირე ან გადიდებული ზომები), დაბალი შუბლი და მთელი რიგი სხვა დეგენერაციული ნიშნები. ავადმყოფები იპყრობენ ყურადღებას უკვე თავისი გარეგნული შეხედულებით: ხშირად უსწორო, არაპროპორციული აღნაგობის მრიან, ოლიგოფრენიის მძიმე ფორმების დროს სახის სულელური გამომეტყველება აქვთ, ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება ნახევრად დაღებული პირი, ნაკლებად დიფერენცირებული მეტყველება, სიტყვების ლარიზი მარაგი, სიტყვების თავისებური გამოთქმა ხშირად ააშკარავებს ენაბლუობის ნაირსახეობებს. დამახასიათებელია აგრეთვე მოძრაობათა მოუქნელობა, მოუხერხებლობა.

მკურნალობა. ოლიგოფრენების მიმართ, რასაკვირველია, საკითხი დგას არა მკურნალობის შესახებ, ამ სიტყვის სრული გაგებით, არამედ მედიკურ-პედაგოგიური ზეგავლენის სისტემის შესახებ, რომელსაც სათანადო ორგანიზაციის შემთხვევაში შეეძლება მოაქვს არსებითი შედეგები

სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა ოლიგოფრენების ჯგუფისა საკმაოდ დიდია. მართალია, ეს თითქმის არ ეხება ღრმა კეჟუსუსტებს (იმბეცილებს და, მით უფრო, იდიოტებს). ერთი მხრივ ისინი დანაშაულში შედარებით იშვიათად ღებულობენ მონაწილეობას, მეორე მხრივ საკითხი მათი შერაცხადობის შესახებ სიძნელეს არ წარმოადგენს: ისინი შეურაცხადებათ უნდა ჩაითვალოს. რაც უფრო მეტად არის გამოხატული ინტელექტუალური დეფექტი, მით უფრო ადვილად ხდება ოლიგოფრენი გარეშე ზეგავლენის ობიექტად (შთაგონებადობა).

ერთი ჩვენი ავადმყოფი სისტემატურად გამოყენებული იყო კოლმეურნეობათა შენობებისათვის ხანძრების გამჩენად. ავადმყოფმა გასცა დანაშაულის ინიციატორები, რადგან დაპირებული თანხა ვერ მიიღო. თავის თავს იგი არაფერში დამნაშავედ არა ცნობს, რადგან მას 100 მანეთი შეაძლიეს, ეს კი „დიდი ფულია“, და მას უარის თქმა არ შეეძლო. სხვა დროს, ავადმყოფის სიტყვით, იგი 100 მანეთად ცეცხლს არ წაუქიდებდა, 500 მანეთად კი დათანხმდებოდა.

ჯგუფური დანაშაულის ჩადენის დროს, როგორც წესი, ოლიგოფრენები დამხმარე პირებს წარმოადგენენ, მეორეხარისხოვან როლებზე რჩებიან, თუმცა ამასთან შეუძლიათ დიდი სისასტიკე გამოამჟღავნონ. ოლიგოფრენებს შორის ხშირად თანაზიარი, გულკეთილი, უწყინარი სუბიექტები გვხვდებიან, მაგრამ ხშირია მოწინააღმდეგე თვისებებიც, მაგალითად, მორალური გრძნობის უკმარობა, სისასტიკის, ავზნებადობის, იმპულსივობის გამოვლინება, ხეტიალისადმი მიდრეკილება. ოლიგოფრენების იმპულსური დანაშაული შეიძლება გამოვლინდეს სექსუალური ძალადობის, ხანძრის გაჩენის ფორმით და ა. შ.

1936 წელს ინსტიტუტში მოთავსებულ იქნა დებილი, თავისებური არანორმალურობის მქონე: იგი მრავალი წლის განმავლობაში თავის ცოლის წარდს სვამდა. ამის მოთხოვნილება მას ორ კვირაში ერთხელ ჰქონდა. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი სიმშვიდესა და შრომის უნარიანობას ჰკარგავდა. დაკავებული და ექსპერტიზაზე გამოგზავნილი იყო იმის გამო, რომ მიმართა უცნობ ქალიშვილს თხოვნით—მისთვის მცირეოდენი შარდი მიეყიდნა (ამ დროს მისი ცოლი ავად იყო).

დებილ პიროვნებათა შორის ტიპების მრავალგვარობა მოითხოვს მათი შერაცხადობის შესახებ საკითხის ინდივიდუალურ გადაწყვეტას. სერიოზულ საბუთს ამა თუ იმ მხარის სასარგებლოდ წარმოადგენს ოლიგოფრენების პრაქტიკული შეგუებადობის ხარისხი, რომელიც მათი ინტელექტის შეფასების ერთ-ერთ კრიტერიუმს წარმოადგენს. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული, რომ დებილები ჩვეულებრივად თავისი დეფექტების ხასიათისა და მიხედვით, წინააღმდეგ ნამდვილი სულით ავადმყოფებისა,

არ ამჟღავნებენ სოციალური ცხოვრებისადმი შეგუების შეუძლებლობას, პირიქით, ისინი ხშირად მასთან მკიდროდ შეკავშირებული, კონტაქტური არიან და კარგ პრაქტიკულ ორიენტირების უნარს ამჟღავნებენ. აუცილებელია ყოველ შემთხვევაში ყველა თავისებურებისათვის ანგარიშის გაწევა. ზოგჯერ არამკაფიოდ გამომჟღავნებული დებილობა შეუღლებულია ისეთ ადვილგზნებადობასთან და ხასიათის ისეთ გაუკუღმართებასთან, რომ საჭიროა გამოსაცდელი პირის საავადმყოფოში მოთავსება. ხშირად ოლიგოფრენები ჩვეულებრივ პირობებში კარგად ორიენტირებული არიან, წარმატებით მუშაობენ, წესიერად იქცევიან, მაგრამ მათთვის უცნობ და ძნელ პირობებში, მათ შიში ადვილად იპყრობს და მათთვის უცნობ სიტუაციაში გარკვევის უნარს ჰკარგავენ. მათ ხშირად თავიანთი ქმედების უკანონობა არ ესმით. ყველა ეს მომენტი მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ოლიგოფრენიის შემთხვევების ექსპერტიზის დროს.

აუცილებლად უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ ადვილი შთაგონებადობის გამო, ოლიგოფრენის მიერ მოცემული ცნობები, როგორც მოწმობისა, მხოლოდ შედარებითი ღირებულების მქონეა. მეტადრე იმ შემთხვევებში, როდესაც დაკითხვა არასაკმაოდ დახელოვნებულად იყო წარმოებული.

ფსიქოლოგიური თავის ტვინის ორგანული დაავადების დროს

თავის ტვინის დაავადებებს, რომელთა დროს ნერვული ქსოვილის აშკარა ცვლილებებს აქვს ადგილი, ორგანული დაავადებანი ეწოდება.

თავის ტვინის სნეულებანი, რომელთა წარმოშობა დამოკიდებულია გარეშე მანევ მიზეზების გავლენისაგან (ინფექციები, მოწამვლა, ტრავმები), ეგზოგენურ დაავადებათა სახელს ატარებენ.

თავის ტვინის ყოველი ორგანული დაზიანება, ფიზიკურ სიმპტომებთან ერთად, ფსიქიკის აშლილობის ამა თუ იმ ხარისხს იძლევა.

ერთნაირი ანატომიური საფუძველი ორგანულ დაავადებათა დროს საერთო „ტვინის სიმპტომებს“ იძლევა, თუმცა ფსიქიკის ცვლილებებს ტვინის დაზიანების გამომწვევი მიზეზების მიხედვით (ათაშანგი, არტერიოსკლეროზი, ტრავმები და ა. შ.) შეიძლება თავისი თავისებურებანი და სხვაობანი ჰქონდეს.

რაც უფრო მეტად გავრცელებულია პროცესი, რომელიც მოიცავს თავის ტვინის ქერქს, მით უფრო მეტად ვამოსახულია მის მიერ გამოწვეული ფსიქიკის აშლილობა (მაგალითად, პროგრესული დამბლის, მოხუცებულობითი კეუასუსტობის დროს). რაც უფრო ნაკლებ გავრცელებულია ტვინის რღვევის კერა, მით უფრო ნაკლებად შესაძინებია ფსიქიკის ცვლილებები და ავადმყოფის პიროვნება უფრო შენახული რჩება (მაგალითად, ტვინის ტრავმების ტვინის არტერიოსკლეროზის დროს). ამიტომ ფსიქიკის დაზიანების ხარისხის მიხედვით არჩევენ საერთო და ნაწილობრივ კეუასუსტობას (ანუ ფსიქიკის დეფექტურ მდგომარეობას).

საეთოო კკასუსტობა მეხსიერების შესუსტებაში, აზროვნების უნარის და კრიტიკის დაქვეითებაში, სიცოცხლის განმავლობაში ჩამოყალიბებული ხასიათის თავისებურებათა ცვლილებაში, შეძენილი ჩვევებისა და ცოდნის დაკარგვაში გამოიხატება. ამის გარდა, საერთო კკუასუსტობის დროს იწყება აფექტების მერყეობა, ჩნდება ემოციური სიბლაგვე, ავადმყოფობის შეგნება იკარგება; ავადმყოფის ქცევა უწესო და ხშირად პათოლოგიურ იმპულსებისა და მიზიდულებებისაგან დამოკიდებული ხდება.

საერთო კკუასუსტობასთან დაპირისპირებით, ნაწილობრივი კკუასუსტობის დროს (ანუ დეფექტური მდგომარეობის დროს) აღინიშნება, უმთავრესად, ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციათა, მაგალითად მეტყველების, მეხსიერების გამოვარდნა. სიფიცხე. გუნებ-განწყობის გარდამავალი აშლა, მეტადრე რისხვისა და ღვარძლისაგან მიდრეკილებით, სულმოკლეობა, აწეული შთაგონებადობა პირველ რიგში გვხვდება ტვინის კეროვანი დაზიანების მეტწილ შემთხვევებში. ნაწილობრივი კკუასუსტობის დროს პიროვნების დიდ ცვლილებებს ჩვენ ვერ ვამჩნევთ; ასეთი ავადმყოფები ჩვეულებრივად ავადმყოფობის შეგნებას და თავის მოქმედებებისადმი კრიტიკულ შეფასებას ინარჩუნებენ, რაც მათ მნიშვნელოვნად განასხვავებს საერთო კკუასუსტობით დაავადებულებისაგან.

ორგანული კკუასუსტობის ყოველ შემთხვევაში ინტელექტის გაღარიბებასთან ერთად შეიძლება შემჩნეულ იქნეს ცვლილებები აგრეთვე აფექტურ და ნებელობით ცხოვრებაში. უფრო ხშირად ავადმყოფები დეპრესიულნი არიან, მაგრამ ამასთან ერთად, ისინი სულმოკლეობას იჩენენ, ე. ი. ყოველი მცირე საბაბის გამო აფექტური რეაქციებისადმი მიდრეკილი არიან. მოცემული მომენტის აფექტი სავსებით ეუფლება ავადმყოფებს: ისინი ტირიან, როდესაც სამწუხარო ამბავს ისმენენ და ადვილად გადადიან სიცილზე; თუ შეიცვალა საუბარის შინაარსი. ფსიქიკური მოქმედების ღრმა დარღვევასა და ცუდი დასასრულის შემთხვევაში ავადმყოფებს გრძნობების სიბლაგვე, ინტერესების უქონლობა, თავისი მდგომარეობის სიმძიმისა და ყველაფერ გარშემო არსებულისადმი გულგრილობა აღენიშნებათ. ავადმყოფობის შეგნება მათ სრულებით არა აქვთ.

ტვინის ზოგიერთი ორგანული დაავადების დროს აღინიშნება. გუნებ-განწყობის აწვევა ასეთი განუსჯელი მზიარული გუნებ-განწყობა თავისი ძალებისა და შესაძლებლობების გადაფასებით გამოხატულ ფორმებში ატარებს ეიფორიის სახელწოდებას. ამ დროს ავადმყოფები კმაყოფილების, საკუთარი უპირატესობის გრძნობას განიცდიან, თავიანთ სიხარულს ხმამაღლა მზიარულებით, უაზრო გონებაშეხილობით, ცინიკური ქცევით გამოსატყვენ.

დაავადების პროგრესულად მიმდინარეობის შემთხვევებში, ავადმყოფობის სურათში იზრდება ნებელობითი აშლილობანი. ისინი მოძრაობითი აგზნებულობით, აგრესიული ქცევებით, სქესობრივი თავდაუქერლობით, გაუმაძღრობით ხასიათდებიან; ზოგჯერ ნებელობითი გამოვლინებანი შეიძლება მკვეთრად შესუსტებული იქნენ, ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფები მოდუნებულნი, პასიურები, უმოქმედონი არიან.

ყველა ორგანული ფსიქოზის დროს შეიძლება აღინიშნოს აწეული შთაგონებადობა. მეტადრე დასაწყის სტადიებში ავადმყოფები ადვილად ემორჩილებიან სხვის გაელენას.

ბოდვითი იდეები ორგანული ფსიქოზების დროს ხშირად გაზვიადებული, უაზრო გამოთქმების ფორმას ლებულობს (განდილების, ცოდვიანობის, თავის დამცირების ბოდვითი იდეები).

ჰალუცინაციები უმთავრესად სმენით და მხედველობით ხასიათს ატარებს. ავადმყოფებს ჰალუცინაციები უმთავრესად ღამით აღენიშნებათ, ღლე კი დამშვიდებული არიან.

უნდა მხედველობაში ვიქონიოთ, რომ ტვინის ორგანული დაავადებანი იმ შემთხვევებშიაც-კი, როდესაც კლინიკურ სურათში ფსიქიკის მხრივ შესამჩნევი ცვლილებები ჯერ არაა, ადვილად გამოიცნობიან სისხლის და ზურგის ტვინის სითხის ლაბორატორიული გამოკვლევის დახმარებით. მაგალითად. ტვინის ათაშანგი და პროგრესული დამბლის პროცესის დასაწყისშივე სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში ვასერმანის რეაქცია დადებითი შეიძლება იქნეს. ლაბორატორიულ ანალიზებში ვასერმანის რეაქციის ხარისხის აღნიშვნა მიღებულია ჯვრების საშუალებით (++++-ოთხი ჯვარი ყველაზე მკაფიოდ გამოსახულ რეაქციას ნიშნავს).

ეს გამოკვლევები ტვინის დაავადებათა დადგენისა და მათი ზუსტი დიაგნოსტიკის შესანიშნავი საშუალებაა.

ტვინის ორგანულ დაავადებათა ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ტრავმები, ათაშანგი, არტერიოსკლეროზი, ტვინის მოხუცებულობითი ცვლილებები, ამის გარდა, მრავალი ინფექციური სნეულება ნერვული სისტემის სხვადასხვა ნაწილის მხრივ გართულებას იძლევა.

§ 1. თავის ტვინის ტრავმული დაავადება

სასამართლო ფსიქიატრის ნერვული სისტემის ტრავმულ დაავადებასთან საქმე აქვს მშვიდობიანობის პირობებში და განსაკუთრებით ხშირად ომის დროს.

ტვინის ტრავმულ დაზიანებათა სხვადასხვაგვარ სურათებს შორის არჩევენ: 1) ტვინის შერყევას (კომოცია), 2) ტვინის კონტუზიას და 3) ტვინის კრილობას.

ტვინის შერყევა და კონტუზია ეკუთვნის თავის ტვინის დახურულ ტრავმათა ჯგუფს, რადგან ამ დროს ძვლების დაზიანებას და ტვინის ქსოვილის უხეშ დარღვევას ადგილი არა აქვს.

ტვინის კრილობები-კი ეკუთვნის ღია ტრავმებს, რადგანაც ამ დროს ტვინის ქსოვილის მთლიანობა დარღვეულია თავის ქალას კოლოფის დაზიანებასთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, ტვინის ქსოვილში შეიძლება ხშირად მოხდეს ძვლის, ყუმბარის ნამსხვრევები და სხვა უცხო სხეულები.

თავის ტვინის ტრავმებმა შეიძლება მოგვეცეს სხვადასხვა სიძლიერის ფსიქიკური აშლილობა. თავისი წარმოშობით ისინი შემდეგ მთავარ ფორმებად იყოფიან:

1) ტრავმასთან უშუალოდ დაკავშირებული მწვავე აშლილობანი, და 2) ქრონიკული, პოსტტრავმული ცვლილებანი, ანუ ტრავმის შორეული შედეგები.

თანამედროვე ომის დროს ყუმბარების, ნალმების და ავიამობების აფეთქება დიდი ძალის ჰაეროვან და ბგერითი ტალღებს იწ-

ტრავმების ყველა დანარჩენ სახესაც შეიძლება თან მოჰყვეს ტვინის შერყევა.

თავის ტვინის შერყევის მწვავე პერიოდის უმთავრესი ნიშანი ცნობიერების დაკარგვაა. მსუბუქ შემთხვევებში აღინიშნება ცნობიერების ხანმოკლე გაბრუნება. მძიმე შემთხვევებში აღვილი აქვს ცნობიერების ღრმა დახშვას. ავადმყოფები გარშემო მყოფებზე ყურადღებას ვერ აჩერებენ, ძლიერი გაღიზიანებაც კი მათ ცნობიერებას ვერ აღწევს. ავადმყოფებს ცნობიერება თანდათანობით უბრუნდებათ, მაგრამ ისინი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ფსიქიკურ სისუსტეს გრძნობენ, ადვილად იღლებიან, გულმავიწყები ხდებიან; მერყევი გუნება-განწყობა, თავის ტკივილები, თავბრუს და ძილის აშლილობა აქვთ. როცა ავადმყოფობა კეთილთვისებიანად თავდება, ყველა ეს სიმპტომი თანდათანობით ქრება, და ავადმყოფები ინკურნებიან. მიღებულ ტრავმის და ავადმყოფობის მწვავე პერიოდის შესახებ მათ მცირე მოგონებები რჩებათ, ან ყველაფერი ეს მათ მეხსიერებაში სრულიად არაფითარ ვალს არ ტოვებს (ამნეზია).

თავის ტვინის კონტუზიის და კრილობის დროს, აგრეთვე აღინიშნება ცნობიერების დაბინდვა; ზოგჯერ ამას აგზნებისა და დაბნეულობის მდგომარეობა ახლავს თან.

როდესაც ტრავმის მწვავე პერიოდის სიმპტომები გაივლის, მაშინ გამოვლინდება ტვინის კეროვანი დაზიანების პირველი ნიშნები: კრუნჩხვითი გულყრები, დამბლები, მეტყველების მოშლა, გრძნობიერების აშლა და ა. შ.

ამ მდგომარეობის შედეგები უფრო სერიოზულია, ვიდრე ტვინის შერყევის დროს, თუმცა მწვავე სიმპტომების ნაწილი დროთა განმავლობაში ქრება და ფსიქონკრული ფუნქციების მოშლილობანი სრულიად მოწესრიგდებიან. ცალკეულ შემთხვევებში რჩება მყარი, ქრონიკული ცვლილებები როგორც ფსიქიკის სფეროში, ისე ნერვულ სისტემაშიც.

თავის ტვინის ტრავმული დაზიანების მწვავე შემთხვევები იშვიათად წარმოადგენს ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საგანს, ამი-ვევს, რაც ხშირი მიზეზია თავის ტვინის შერყევის მოვლენებისა.

ტომ მათი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა დიდი არ არის.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში უფრო ხშირად ვხვდებით ტრავმის შორეული შედეგების შემთხვევებს. პირებს. რომელთაც ტვინის შერყევა გადაიტანეს (მეტადრე ჰაეროვანი კონტუზიის შემდეგ), აღენიშნებათ: ფსიქიკის ადვილი მოქანცვა, შრომის უნარიანობის დაქვეითება, სიფიცხე, აფექტურ აფეთქებებისადმი მიდრეკილება. ზოგჯერ ასეთი ავადმყოფების ხასიათის ცვლილებები უფრო შესამჩნევი ხდება. ავადმყოფები უხეშები, იმპულსურები ხდებიან, აღელვების დროს აგრესიულობასა და ანტისოციალურ ყოფა-ქცევას იჩენენ.

დაავადების ქრონიკულ სტადიაში ტრავმის მქონეთ ნევროზული და ისტერიული რეაქციები ჩვევიათ. ისინი ცუდ თვითგრძნობას, სისუსტეს და თავის ტკივილს უჩივიან. ცხოვრების ყოველი ძნელი სიტუაციის დროს მათ კონფლიქტი უხდებათ გარშემომყოფებთან, მათ გადაჰარბებულ მოთხოვნებს უყენებენ, ყოველთვის უკმაყოფილონნი არიან ურთიერთობით თავის მახლობლებთან, მეზობლებთან და აგრეთვე იმ პირებთან, რომელთაც ისინი სხვადასხვა თხოვნით მიმართავენ.

აღელვების დროს მათ ადვილად მოსდით გულყრები, რომლებსაც თან ახლავს ტირილი, ყვირილი და ბრძანებები („კომა დები“). კანკალი, ენაბორძიკობა, მეტყველების დაკარგვა, დამბლები და სხვა ისტერიული სიმპტომები ასევე ადვილად და ხშირად წარმოეშვება მათ, ყოველ უსიამოვნო სიტუაციაზე საპასუხოდ.

ასეთი სახის ფსიქოგენური რეაქციები ფსიქიატრიის კლინიკაში აღწერილია „ტრავმული ნევროზის“¹ სახელწოდებით. მათ წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ფიზიკურ ფაქტორებს, არამედ ფსიქიკური ტრავმის მოვლენებსაც (შიში, დაშინება, ემოციური შოკი).

გადატანილი ტრავმის დამთხვევა ქრონიკულ ალკოჰოლიზმთან აღნიშნულ ხასიათის ცვლილებებს კიდევ უფრო ამწვავებს და ისტერიულ მდგომარეობას აძლიერებს.

¹ ტრავმული ისტერიის შესახებ იხ. XV თავი.

ყველა აღნიშნული ფსიქიკური ცვლილება ამ დაავადების დროს შემდეგში განვითარებას და რაიმე ინტელექტუალურ დეფექტს არ იძლევა. ამიტომ მათ მიერ ჩადენილ დანაშაულის მიმართ ასეთი ავადმყოფები თითქმის ყველა შემთხვევაში თავიანთ მოქმედებებში პასუხისმგებლებად უნდა ჩაითვალოს.

კ. 34 წლის, სამამულო ომის ინვალიდი. დემობილიზებულია 1943 წელს. ბრალი ედება რსტს რს. კოდ. 74 მუხ. 2 ნაწ. და 73 მუხლით¹. კ. მთვრალ მდგომარეობაში ითხოვდა, რომ მისთვის არაფერი მიეყიდათ. თავეს ესხმოდა გარშემომყოფებს, ილანძლებოდა, მალაზიაში მინა ჩაამტვრია. დაკავების და მილიციაში გაგზავნის დროს წინააღმდეგობას უწევდა მილიციელს.

წარსულში, არმიაში გაწვევამდე, კ. წარმოებაში მუშაობდა. ყოველთვის მერყევი და აგზნებადი ხასიათის იყო. ალკოჰოლს 19 წლის ასაკიდან ეტანებოდა, თრობის დროს უხეშად და თავდაუპერლად იქცეოდა. 1942 წლის დამლევს ფრონტზე მიღებულ ტვინის შერყევის შემდეგ გამოსაკვლევად პირი ჰოსპიტალში ხანგრძლივად მკურნალობდა. აღნიშნავს, რომ კონტუზიის შემდეგ, კიდევ უფრო ფიცხი და ადვილად აგზნებადი გახდა. კონტუზიის შემდეგ მაშინვე დაეკარგა გონება, შემდეგ 3 თვის განმავლობაში ვერ ლაპარაკობდა და ცუდად ესმოდა. თანდათანობით მეტყველება დასმენა აღუდგა. კ. დემობილიზებულ იქნა არმიიდან. მიიღო ჯერ მე-2 და შემდეგ მე-3 ჯგუფის ინვალიდობა. ამის შემდეგ სისტემატურად არ მუშაობდა.

თავისი დანაშაულის შესახებ უხალისოდ ლაპარაკობს. აცხადებს, რომ მეგობრებთან ერთად დალია ერთი კიქა არაფი და 2 კიქა ლუდი, რა მოხდა შემდეგ, მას თითქმის ცუდად ახსოვს, როგორ მოხვდა მილიციის განყოფილებაში—არ იცის.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს ავადმყოფს აღენიშნება აწეული რეფლექსები, თავის ტკივილი, თავბრუ, ადვილად დაღლილობა და, უძილობა. ფსიქიკის მხრივ — აფექტური მერყეობა, ადვილად აგზნებადობა, გულფიცხობა, სულმოკლეობა. სა-

¹ საქ. ს.რ. ს. კოდექსის 75, 72¹ და 72² მუხლები.

ქმის მოგონების დროს გამოსაკვლევი პირი ადვილად იძლევა ისტერიულ რეაქციებს: ტირის, მთელი სხეულით კანკალებს, ეკარგება ხმა, აცხადებს, რომ მომხდარის შესახებ არაფერი ახსოვს. ამჟებ დროს ბრალს სდებს გარშემო-მყოფებს, რომ მას სათანადო ყურადღებით, როგორც ეს სამამულო ომის ინვა-ლიდს შეეფერებოდა, არ მოექცნენ, რომ იგი „მოთმინებიდან გა-მოიყვანეს“. გაქვსაკვლევა პირმა იცის, რომ იგი ალკოჰოლის მცირე დოზებსაც კი ცუდად იტანს. სიზმრებში იგი ხშირად ბრძო-ლის ველის მდგომარეობას განიცდის, სამხედრო ბრძანებების ხმაზე იღვიძებს, შეშინებული აქეთ-იქით იცქირება. კ.-ს ინტე-ლექტის მხრივ მნიშვნელოვანი ცვლილებები არა აქვს.

დაავადების დიაგნოზი: თავის ტვინის შერყევის შემდგომი აშთები, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი. დანაშაულის მიმართ, რომელიც ჩადენილია რაიმე ფსიქიკური აშლილობის გარე-შე, უბრალო თრობის მდგომარეობაში, კ. პასუხისმგებლად უნდა ჩაითვალოს.

მოყვანილი შემთხვევა ტრავმის მქონეთა სასამართლო-ფსიქი-ატრიული ექსპერტიზის ტიპობრივი მაგალითია. თუ საექიმო გა-მოკვლევა გვაჩვენებს, რომ მათი პიროვნება საკმარისად შენახულია, ცოცხალი ემოციური რეაქციები და შრომისადმი, ცხოვრებისადმი შემგუებლობა აქვთ, მაშინ ისინი ჩვეულებრივად თავის მოქმედე-ბებში პასუხისმგებლებად ჩაითვლებიან.

როგორც აღნიშნული იყო, კრუნჩხვითი გულყრები შეიძლება თავის ტრავმის შემდეგ მალე გამომჟღავნდეს. მათი წარმოშობა, ტრავმის მწვავე პერიოდში დაავადების გაუარესებაზე მიუთითებს და სამკურნალო ღონისძიებათა ხმარებას ითხოვს.

კრუნჩხვითი გულყრები, გაცილებით უფრო ხშირად, ტრავმის გვიან სტადიებში გვხვდება. ცალკეულ შემთხვევებში კრუნჩხვებთან ერთად აღინიშნება სხვა, ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი, მოფ-ლენები. ასეთ შემთხვევებს ტრავმულ ეპილეფსიას უწოდე-ბენ. ტრავმის მქონეებზე ზანგრძლივი დაკვირვების შედეგად ცნობი-ლია, რომ კრუნჩხვითი გულყრებს არ მოჰყვება ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი ფსიქიკის მძიმე ცვლილებები. ამიტომ კრუნ-ჩხვითი გულყრებით თავის ტვინის ტრავმული დაზიანების სასამარ-

თლო-ფსიქიატრიული შეფასება მეტწილად სხვა ტრავმულ შემთხვევების შეფასებისაგან არ განსხვავდება.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გაცილებით უფრო იშვიათად გვხვდება თავის ტვინის მძიმე დაზიანების შემთხვევები, რომელთა შედეგად შეიძლება განვითარდეს ტრავმული ქკუასუსტობა. ტრავმული ქკუასუსტობით დაავადებულნი ამჟღავნებენ ინტელექტის დაქვეითებას, ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციის მყარ გამოვარდნას, აფექტურ სიბლაგვეს, გუნებ-განწყობის აშლილობას. თავისი კლინიკური გამოვლინებებით, ტრავმული ქკუასუსტობა უმთავრესად ფსიქიკის რაოდენობრივ დაქვეითებას, ე. ი. ნაწილობრივ ქკუასუსტობას წარმოადგენს.

ზოგ შემთხვევაში ტრავმულ ქკუასუსტობას თან ახლავს ფიქიკური გამწვავებანი: ცნობიერების აბნევის, ბოდიითი იდეების, პალუცინაციების სახით, რომელნიც პერიოდულად წარმოიშვებიან- [ავადმყოფები გამოსახული ტრავმული ქკუასუსტობას შემთხვევებში, მათი სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს, უპირატესად შეურაცხად არიან ცნობილი.

ილუსტრაციისათვის მოგვყავს ტვინის ტრავმული დაავადების და მის შემდეგ განვითარებული ქკუასუსტობის შემთხვევა:

კ., 48 წლის, პროფესიით — გამყიდველი, წერაკითხვის მცოდნე. ბრალი ედება ხულიგნობაში (რსფსრ ს.ს. კოდ. მე-2 მუხლით), იზრდებოდა და ვითარდებოდა წესიერად, სწავლობდა კარგად, წარმატებით მუშაობდა. 1931 წელს გადაიტანა თავის მძიმე ტრავმა ქალას ძვლების მოტეხილობით და ტვინის შერყევით. საათნახევის განმავლობაში გულწასული იყო. შემდეგში ავადმყოფს ჰქონდა რამდენიმე გულყრა გონების დაკარგვით. საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ გულყრები აღარ განმეორებია. ფსიქიკის მხრივ განუვითარდა მყარი დეფექტები: მეხსიერების, ყურადღების, მოსაზრების დაქვეითება. კ-ს შრომისუნარიანობა დაეკარგა.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს მას ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ მნიშვნელოვანი ცვლილებები აღმოუჩნდა. ამის გარდა, აღენიშნებოდა მეხსიერების ღრმა დეფექტები: ავადმყოფს არ ახსოვდა მისი ცხოვრების განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მოვლენები, ვერ იხსოვებდა ელემენტარულ დავალებებს, არც წელი,

არც თვე და არც რიცხვი არ იცოდა. ინსტიტუტში გაგზავნის მიზანი არ ესმოდა, ეგონა, რომ აქ მხოლოდ მკურნალობისათვის იმყოფებოდა. კრიტიკა ღრმად ჰქონდა დაქვეითებული. ამასთან, გამოსაკვლევე პირი მოსაზრების უნარის დაქვეითებას, მოუსვენრობას, უმწეობას ამქლავნებდა.

მძიმე კრილობამ და ტვინის შერყევამ გამოიწვია ტვინის ქსოვილის ისეთი ვრცელი ცვლილებები, რომ დაავადება კლინიკურად მძიმე ჰქუასუსტობის და ფსიქიკური ცხოვრების ყოველმხრივ დაწვევის სახით გამოვლინდა. გამოსაცდელი პირი შეუტრაცხადად იქნა ცნობილი, და „ტრავმულ ჰქუასუსტობის“ დიაგნოზით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაიგზავნა.

§ 2. ნერვული სისტემის ათაშანგის ნიადაგზე განვითარებული უსიძიკური აშლილობანი

ნერვული სისტემის ათაშანგური დაზიანებანი ორ ჯგუფად იყოფიან: ტვინის ათაშანგი და პროგრესული დამბლა.

ამ ორსავე დაავადებას საფუძვლად ერთი და იგივე მიზეზი უძევს: ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ათაშანგის (ლუესის) გამომწვევის (მკრთალი სპიროქეტის) მოხვედრა. მაგრამ ორგანიზმის რეაქციებს მკრთალი სპიროქეტის მოქმედებაზე ტვინის ათაშანგისა და პროგრესული დამბლის დროს იმდენად მნიშვნელოვანი განსხვავება აქვს, რომ ამ ორ სნეულებას განიხილავენ, როგორც დაავადების დამოუკიდებელ ფორმებს.

1. თავის ტვინის ათაშანგი (ლუესი)

თავის ტვინის ათაშანგის საერთო სახელწოდების ქვეშ მიღებულია ნერვული სისტემის დაავადებათა განხილვა იმ პირთა შორის, რომელთაც ათაშანგი აქვთ გადატანილი (დაახლოებით ყველა შემთხვევის 10%). ნერვული სისტემის ათაშანგით დაზიანების პირველ ნიშნებსა და ათაშანგით დაავადების შორის საშუალოდ 2—4 წელი გაივლის. ეს პერიოდი ზოგჯერ უფრო ხანგრძლივია და ზოგიერთ შემთხვევაში ათ წელს აღწევს.

თავის ტვინის ათაშანგის დროს ინფექციის გავრცელების შესაბამისად ზიანდება ან ტვინის გარსები, ან სისხლძარღვები,

რომლებიც ტვინის სხვადასხვა ნაწილს ჰკვებავს. ტვინის ათაშანგის მესამე სახეცვლილებას გუშები ანუ ლუესური სიმსივნეები წარმოადგენს.

თავის ტვინის ათაშანგის გამოვლინებათა ამ მოკლე აღწერილობიდან უკვე ჩანს მის მიერ ტვინის ნივთიერების კერობრივი დაზიანებისადმი მიდრეკილება, რაც ფსიქიკის ისეთ ცვლილებებს იწვევს, რომელთაც უპირატესად ნაწილობრივი ხასიათი აქვთ. ამიტომ თავის ტვინის ათაშანგის დროს კკუასუსტობა ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების დაზიანების უთანაბრობით განიჩევა. ხან ნაკლებად შესამჩნევ, ხან-კი უფრო მძიმე ფორმით ზიანდება მეხსიერება, გულისყური, ინტელექტი. მსჯელობათა ხასიათი უფრო ზერელე და ლარიბი, აზროვნება-კი შენელებული ხდება. ავადმყოფები ამ დროს გულფიცხნი და ღარდიან გუნებ-განწყობისაკენ მიდრეკილნი ხდებიან, კერობრივ დაზიანებებთან პირდაპირი დამოკიდებულებით. დაავადების სურათში სხვადასხვა ნერვული სიმპტომი მელავნდება: თვალის გუგების მხრივ ცვლილებები, მეტყველების მოშლილობა (აფაზიები), წერის მოშლილობანი, დამბლები. რაც უფრო მეტად არის დაზიანებული ტვინი, მით უფრო ხშირად ფსიქიკის საერთო ცვლილებებს უერთდება ბოდვითი იდეები და ჰალუცინაციები. მაგრამ ეს უკანასკნელები თავის ტვინის ათაშანგის აუცილებელი თანამგზავრები არაა.

თავის ტვინის ათაშანგის ზოგიერთ შემთხვევაში, ფსიქიკის შეცვლა იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ავადმყოფობის გამოვლინებაში მთავარი ადგილი უკავია თავის ტკივილს, კრუნხვითი გულყრებს, დამბლებს და სხვ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც თავის ტვინის ათაშანგი ტვინში სისხლის მეორადი ჩაქცევის სახით მელავნდება, მაშინ ტვინში ისეთი სიახლოარდოვანი ცვლილებების შედეგად, რომლებიც ცალკეული ფსიქიკური უნარის (მეხსიერება, მეტყველება) გამოვარდნას იწვევს, კკუასუსტობის უფრო მძიმე ფორმა ჩამოყალიბდება.

ცალკეულ შემთხვევებში თავის ტვინის ათაშანგს თან ახლავს ეპილეფსიფორმული გულყრები.

თავის ტვინის ათაშანგური დაავადებების, მეტადრე ავადობის მწვავე სტადიებში, ანტილუესურ მკურნალობას კარგი

შედეგი მოაქვს. დროულად ჩატარებული მკურნალობა ავად-
მყოფურ პროცესს აჩერებს, მრავალი ფსიქოზური სიმპტომის
გაქრობას უწყობს ხელს და ხშირად ავადმყოფს კეუასუსტობის
მძიმე ფორმების განვითარებას თავიდან აცილებს. ქრონიკულ
შემთხვევებში მკურნალობა უფრო ნაკლებად ეფექტურია.

თავის ტვინის ათაშანგის კლინიკური სურათების ნაირსახეო-
ბასთან დაკავშირებით, სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება არ
შეიძლება მხოლოდ დაავადების დიაგნოზით იქნეს განსაზღვრული.
ავადმყოფობის სიმპტომებს და თავის ტვინის ათაშანგის მიმდინა-
რეობას ძალიან დიდ რყევადობისაქვს აქვთ მიდრეკილება, მეტადრე
მკურნალობის გავლენით, ამიტომ დაავადების სიმძიმისა და ჩამო-
ყალიბებული მყარი ცვლილებების ანგარიშის გაწევა ყოველთვის
მორთხვის დაავადების ყველა ეტაპის გულდასმით გამოკვლევას.
ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც საქმე გვაქვს არახელსაყრელად
მიმდინარე კეუასუსტობასთან, რომელიც წინ მიდის, გამოსაცდელი
პირი შეურაცხადად უნდა იქნეს ცნობილი. ზოგ შემთხვევაში შეუ-
რაცხადად ცნობა შეიძლება ეყრდნობოდეს იმდენად არა თვით
კეუასუსტობის ხარისხს, რამდენადაც საერთოდ ათაშანგურ პრო-
ცესის ავთვისებიანობას და მის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში
გავრცელებისადმი მიდრეკილების ნიშნებს.

გ., 38 წლის, პროფესიით იურისტი, მე-2 ჯგუფის ინვალიდი.
დაპატიმრებულია სადგურზე ძველი, გამოუყენებელი რკინიგზის
ბილეთების გაყიდვისათვის. ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 169
მუხლი 2 ნაწ. ¹ გ., 25 წლის ასაკში გახდა ავად ათაშანგით,
მკურნალობდა ცუდად. 30 წლის ასაკამდე მუშაობდა, წარმატებით
დაამთავრა იურიდიული ფაკულტეტი, მუშაობაში დიდ აქტივობას
იჩენდა. მხიარული ხასიათით განირჩეოდა. 31 წლის ასაკიდან
აღენიშნება ადვილი დაღლილობა, ადვილი აგზნებადობა და
მეხსიერების დასუსტება. მას მალე განუვითარდა სხეულის მთელი
მარჯვენა ნახევრის დამბლა და მეტყველების მოშლა. საავადმო-
ფოში დიდი ხნის მკურნალობის შემდეგ მეტყველება აღდგენილ
იქნა, თუმცა სიტყვების გამოთქმა გაურკვეველი დარჩა. სიარულის

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 1831 მუხლი.

დროს მიათრევს მარჯვენა ფეხს, მარჯვენა ხელი მოღუნულ მდგომარეობაშია, მისი მოძრაობანი შეზღუდულია. დამბლის შემდეგ გამოსაკვლევი პირი ალარ მუშაობს, ლებულობს პენსიას. უკანასკნელ დროს დაიწყო სპეკულაცია, რისთვისაც უკვე იყო ერთხელ დაპატიმრებული და ქ. ოდესის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გამოკვლევისათვის მოთავსებული.

სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს, გამოსაკვლევი პირს წარსულში გადატანილი სხეულის მარჯვენა ნახევრის დამბლის დანაშთი ნიშნები აღენიშნება. მეტყველება — არამკაფიო აქვს, დროგამოშვებით უნებლიე სიცილი მოდის, რომელიც თვითონ მას აწუხებს, სისხლში ათაშანგზე რეაქცია დადებიანა. გამოსაცდელი პირი თანაზიარია, ხალისით აწვდის ცნობებს თავის შესახებ. საქმეზე გამოკითხვის დროს აფექტურ რეაქციას იძლევა, თავს იცავს, თავის დამნაშავეობას უარყოფს, მაგრამ თავის მართლების ხერხებს და საბუთებს მიამიტი, გულუბრყვილო ხასიათი აქვს. გამოსაკვლევი პირი ზერელობას და მსჯელობის სისუსტეს ამჟღავნებს. ემოციური სფეროს მხრივ უდარდელობა, ყველაფრისადმი დაუდევარი, განურჩეველი დამოკიდებულება ახასიათებს. შემდეგი გამოკვლევით ირკვევა, რომ გამოსაკვლევი პირი უმწეო, ღუნე, სულმოკლეა, ადვილად ტირის. მისი ინტერესები სასიცოცხლო ელემენტარული მოთხოვნილებებით არის შემოფარგლული. წინათ შეძენილი ცოდნის აღდგენა გაძნელებით ხდება. პიროვნების ზოგ საერთო შენახულობასთან ერთად, გამოსაკვლევი პირის ინტელექტი მაინც მნიშვნელოვნად დაწეულია; მას არ შეუძლია ყურადღებით შეჩერდეს ცოტად თუ ბევრად ძნელ დავალებებზე, ილღება, იფიწყებს მათ, იძლევა ცრუ ცნობებს.

აღწერილი შემთხვევა ნათლად გვიჩვენებს თავის ტვინის ათაშანგის ნიშნების მქონე ავადმყოფის ფსიქიკის საერთო დაწევას. პიროვნების ერთგვარი შენახვის მიუხედავად, კუუასუსტობა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ გამოსაკვლევი პირი ცნობილია შეურაცხადად და მოთავსებულია იძულებითი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

ძალიან ბევრ შემთხვევაში გადატანილი თავის ტვინის ათაშანგი მნიშვნელოვან ცვლილებებს არც ნერვულ სასტემაში, არც

ფსიქიკაში (განსაკუთრებით დროულად და ბევრითად ჩატარებულ მკურნალობის შენახვევაში) არ ტოვებს. მაშინ სასამართლო-ფსიქიატრიულმა ექსპერტიზამ, როცა ასწონ-დასწონის გამოსაკვლევი პირის განკურნებისა და შრომისუნარიანობის შეფასებას უკანასკნელი წლების განმავლობაში, შეიძლება შერაცხადოდ სცნოს იგი. იმ შენახვევაში, როდესაც დაავადება მხოლოდ უმნიშვნელოდ, უმთავრესად ნერვული სიმპტომებით მელავნდება, მაშინ სპეციფიკური მკურნალობის შემდეგი კურსი შეიძლება ჩატარებულ იქნეს ექსპერტიზის პერიოდში ან საპატიმროს საავადმყოფოში.

2. პროგრესული დამბლა

ფსიქოზის მეორე ფორმა, რომელიც ათაშანგის ნიადაგზე წარმოიშვება, არის პროგრესული დამბლა. თავის ტვინის ათაშანგის სხვა ზემოაღწერილ ფსიქოზებთან შედარებით, პროგრესულ დამბლას აქვს უფრო დიდი დროის შუალედი, დაავადების დასაწყისიდან (ინფექციის შექრა) ავადმყოფობის პირველი ნიშნების გამოჩენამდე—ჩვეულებრივად 5 — 10 წელი. ეს გვაძლევს უფლებას მას ნაგვიანევი ათაშანგური ფსიქოზი ვუწოდოთ. პროგრესული დამბლის გამოვლინების სიხშირე იმ პირთა შორის, რომლებმაც ათაშანგი გადაიტანეს, შეადგენს 2-დან 4⁰/₁₀₀-მდე.

პროგრესული დამბლა ყველაზე ცნობილ და ზუსტად აღწერილ ფსიქოზებს ეკუთვნის. ეს ფორმა სხვა ფსიქოზებიდან გამოყოფილი იყო ჯერ კიდევ XIX საუკუნის 30-იან წლებში, დაავადების მიმდინარეობის და იმ ცვლილებების შესწავლის საფუძველზე, რომლებიც დამბლით დაავადებულთა ტვინში სიკვდილის შემდეგ იყო აღმოჩენილი.

იმის შემდეგ, რაც 1906 წ. აღმოჩენილი იქნა რეაქცია ათაშანგზე სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში და შემდეგ 1913 წ. გამოჩენილ იქნა ავადმყოფობის ტვინში ათაშანგის სპიროქეტის აღმოჩენის საშუალება, ყველა ექვი პროგრესული დამბლის მიზეზების შესახებ გაქარწყლდა, ნათელი გახდა, რომ პროგრესული დამბლა ტვინის განსაკუთრებულ ათაშანგურ დაავადებას წარმოადგენს.

პროგრესული დამბლის დროს ფსიქიკური ცვლილებების სურათი შეუმჩნევლად იზრდება. ავადმყოფობის პირველი ნიშნები

ძალიან ჰგავს ნევრასთენიას: ავადმყოფები შრომის უნარიანობის დაქვეითებას, უძილობას, აწეულ გამლიზიანებლობას, დაბნეულობას ამჟღავნებენ, თავის ტკივილებს, ადვილად მოქანცულობას, სისუსტეს უჩივიან. პროგრესული დამბლის უკვე ამ ნევრასთენიულ სტადიაში აღინიშნება ცვლილებები ავადმყოფის ხასიათში, გუნებ-განწყობის მერყეობა, რომელიც უბრალო სიფიცხის ფარგლებს სცილდება.

მაღე კრიტიკის დაწევის და მსჯელობის სისუსტის პირველი წინამორბედნიც ვითარდებიან. ავადმყოფი ვეღარ ამჩნევს მასში არსებულ ცვლილებებს, და მის საქციელში აღინიშნება უწყსო, მისთვის უჩვეულო ქცევები. თანდათანობით ამას ერთვის მეხსიერების, ყურადღების დარღვევა, ავადმყოფი ზერელე ხდება. იგი ამორალურად იქცევა, სექსუალური ზრახვებით აცივდება ქალებს, ბავშვებს, ყიდულობს ნივთებს, რომლებიც მას სრულებით არ სჭირდება და ა. შ. ავადმყოფების გუნებ-განწყობაში იზრდება სულ მეტი და მეტი ხან აგზნება, ხან დადარღიანება, ამასთან ისინი თავს ავადმყოფად არ ცნობენ.

ინტელექტის სისუსტე სწრაფად ვითარდება, ავადმყოფები ვერ ასრულებენ უბრალო დავალებებსაც კი, ჩვეულ მოქმედებებს — კოსტუმის ჩაცმას, ღილების შებნევის, ყელსახვევის შეკვრას. ისინი უსუფთაო, ბინძური, ნახევრად ჩაცმულები დადიან ემოციურ სფეროში შთაგონებადობას და სულ მოკლეობას იჩენენ — ცუდ ზეგავლენას ადვილად ემორჩილებიან, პირვეული ბავშვივით ადვილად იცინიან და ტირიან. ფსიქიკის დაქვეითების ასეთ ფონზე პროგრესული დამბლის დროს ხშირად წარმოიშვება განდიდების და გამდიდრების უაზრობოდვითი იდეები. ავადმყოფები თავიანთი აურაცხელი სიმდიდრის, დიდი ნიჭიერების, ღონის, სილამაზის და მთელ მსოფლიოზე გავრცელებული მოღვაწეობის შესახებ ლაპარაკობენ. ფსიქიკის გაღარიბების ყველა ამ მომენტისაგან — აზროვნებითი პროცესების სისუსტე. კრიტიკის დაქვეითება, სუსტსულოვნება, შთაგონებადობა — შედგება დამბლის მიერ კეჟასუსტობა.

პროგრესული დამბლის დროს უკვე დასაწყისში შეიძლება აღნიშნულ იქნეს სახის ნილაბისებრი გამომეტყველება, მოძრაობე-

ბის მოუხერხებლობა და მოუქნელობა, ქუთუთოების, ენის და ხელების კანკალი. პროგრესული დამბლის მნიშვნელოვანი ნიშნებია: თვალების გუგების მოდუნებული რეაქცია სინათლეზე და არამკაფიო მეტყველება (დიზართრია), მარცვლებისა და ცალკეული თანხმოვანი ასოების გამოტოვებით. ეს მოვლენები შეიძლება აღნიშნულ იქნეს აგრეთვე ავადმყოფის ხელნაწერშიაც (კანკალი, გამოტოვებანი, განმეორებანი).

პროგრესული დამბლის მიმდინარეობა ხშირად კრუნჩხვითი გულყრებით რთულდება, რის შემდეგ ავადმყოფებს ხანმოკლე დამბლები და პარეზები (არასრული დამბლები) უვითარდებათ.

ავადმყოფობის დასაწყისიდანვე სისხლისა და ზურგის ტვინის სითხეში ათაშანგზე დადებითი რეაქცია მჟღავნდება, რაც ყოველთვის დიდ დახმარებას გვიწევს დაავადების დიაგნოსტიკაში.

იმ შემთხვევაში, თუ პროგრესული დამბლის მკურნალობა არ არის ჩატარებული, იგი მეტწილად შედარებით მალე (2 — 3 წლის განმავლობაში) მძიმე კეუასუსტობით, საერთო ფიზიკური დაუძლეურობით და სიკვდილით თავდება.

პროგრესული დამბლით დაავადებულის ყველა ორგანო და ქსოვილი ცვლილებას განიცდის: კანი ადვილად ზიანდება კრილობისა და ნაწოლებისაგან; ძვლები ადვილად მსხვერევადი ხდება; შარდსა და განავალზე უნებლიე გასვლა ტანზე კრილობების გაქუქვიანებასა და მოწამვლას უწყობს ხელს და მათ შეხორცებას ახანგრძლივებს.

მ., 45 წლის, ცოლიანი, შვილები არ ჰყავს. ათი წლის წინათ გახდა ავად ათაშანგით, არასისტემატურად მკურნალობდა. ფსიქიკური დაავადების პირველი ნიშნები შეამჩნიეს 2 წლის წინ. დაუქვეითდა შრომისუნარიანობა, მალაზიაში, სადაც იგი გამყიდველად მუშაობდა, შეცდომები მოჰდიოდა: სულ სხვა პროდუქტებს აძლევდა მომხმარებლებს, სწონდა არასწორად, ივიწყებდა. სამუშაოდან დათხოვილ იქნა. თანდათანობით ფსიქიკის დეფექტები უფრო შესაშინევი გახდა. ი-მ, სახლიდან ნივთების გაყიდვა იწყო, სვამდა ღვინოს. არავითარ დარიგებას არ უჯერებდა. ერთხელ, სხვა პირთა გავლენით, სცადა მეზობელი ბინიდან ნივთების გამოტა-

ნა. იქვე დაპატიმრებულ იქნა, რადგან ქურდობა ძალიან უხერხულად შეასრულა. იმდენად დიდი საგნები გამოჰქონდა, რომ მათი გამოტანა ვერ შეძლო.

გაუგებარი ქცევისა და დაპატიმრებისადმი განურჩევლობის გამო, იგი გამოკვლევისათვის ინსტიტუტში იქნა გაგზავნილი.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს, გამოსაკვლევ პირს აღმოაჩნდა თვალის გუგების მოდუნებული რეაქცია სინაოლეზე, მეტყველებაში ბორძიკი, წერის დროს ასოებს სტოვებდა, მოძრაობები არამკაფიო და არაზუსტი ჰქონდა. სისხლში და ზურგის ტვინის სითხეში ათაშანგზე რეაქცია მკვეთრად დადებითი აღმოჩნდა.

ფსიქიკის მხრივ მკვეთრი ცვლილებები აღენიშნებოდა: მსჯელობის სისუსტე, კრიტიკის უქონლობა, განდიდების უაზრო ბოდვითი იდეები—ავადმყოფი აცხადებდა, რომ იგი ყველა კოოპერატივის მფლობელია, რომ მან ააშენა მეტრო, რომ იგი ჩრდილოეთ და სამხრეთ პოლუსებზე გადაფრინდა და ა. შ. ამელავნებდა აგრეთვე მოძრაობითი მოუსვენრობას, ყველაფერში ჩარევისადმი მიდრეკილებას, მომეტებულ სიფიცხეს. დაავადებამ მოკლე ხანში სულ უფრო და უფრო მზარდი ხასიათი მიიღო.

გამოსაკვლევ პირი დიაგნოზით — „პროგრესული დამბლა“, როგორც შეურაცხადი ავადმყოფობის მდგომარეობაში ჩადენილ დანაშაულის მიმართ, გაგზავნილ იქნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში საერთო საფუძვლებზე მკურნალობისათვის.

დადგენილია, რომ ათაშანგის მკურნალობის ჩვეულებრივი მეთოდები: ვერცხლის წყალი და სალვარსანი, პროგრესულ დამბლას სრულებით არ შეეღის. ეს დამოკიდებულია პროგრესული დამბლის დროს ორგანიზმის დაცვითი ფუნქციების და თვით ტვინის საპასუხი რეაქციის შესუსტებისაგან. 1917 წ. მოწოდებული იყო პროგრესული დამბლის მალარიათ აცრით მკურნალობა, და ამ დაავადების ისტორიაში, პირველად გახდა ცნობილი ასეთი მკურნალობით მიღწეული განკურნების შემთხვევები.

აღწერილი ფორმების მალარაით თერაპიას, როგორც ეს უკვე იყო აღნიშნული, მით უფრო უკეთესი შედეგები მოაქვს, რაც უფრო ადრე იქნება იგი გამოყენებული. ნევრასთენიულ სტადიაში მკურნალობის ჩატარების შემდეგ შეიძლება ვიქონიოთ განკურნების იმედი.

მკურნალობის ზეგავლენით ავადმყოფებს, უწინარეს ყოვლისა, ფიზიკური გაუმჯობესება ეტყობათ: ისინი მოიკეთებენ, მოიმატებენ წონაში, მათი კუნთოვანი ძალა ძლიერდება, ქრება კანკალი, სისუსტე და თავის ტკივილი. ფსიქიკურად ისინი უფრო დამშვიდებული, უურადლებიანი და სერიოზული ხდებიან. მათ აღუდგებათ მეხსიერება, გულისცემა, წარსულში შეძენილი ცოდნის მარაგი და მისი გამოყენების შესაძლებლობა, ქრება ბოლდვითი იდეები და გუნებგანწყობის მერყეობა, მათ ცხოვრებისადმი ინტერესი და შრომისუნარიანობა უბრუნდებათ.

განკურნების ხარისხის მიხედვით არჩევენ სრულ განკურნებას (ასეთი შემთხვევები შედარებით იშვიათია), გაუმჯობესებას დეფექტით და უპირატესად ფიზიკურ გამოკეთებას.

პროგრესული დამბლის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება, თუ იგი მაღარიით არ იყო ნამკურნალე. ღიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ყოველ ისეთ შემთხვევაში, სადაც დადგენილი იქნა ნერვული სისტემის და ფსიქიკის მხრივ, პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები, გამოსატყვევებელი პირი შეურაცხადათ უნდა იყოს ცნობილი და გაიგნავნოს სამკურნალოდ.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზისათვის ყველაზე მეტ სიძნელეს წარმოადგენს პროგრესული დამბლის ის შემთხვევები, როდესაც ჩატარებული იყო მაღარიით მკურნალობა. უკანასკნელ წლებში ასეთი შემთხვევების რიცხვი გადიდდა. მათ შორის გვხვდებიან ავადმყოფები სრულიად შრომისუნარმოკლებული, აგრეთვე ისეთი პირებიც, რომლებიც დაუბრუნდნენ დამოუკიდებელ მუშაობას და ასრულებენ მას რამდენიმე წლის განმავლობაში. თუ მაღარიით თერაპიის ჩატარების შემდეგ ადგილი აქვს ავადმყოფობის მეორად გამწვავებას და ხასიათის ცვლილებებს. თვალსაჩინოა აგრეთვე კეუასუსტობის ნიშნები, ასეთი ავადმყოფები ცნობილი უნდა იქნენ შეურაცხადად, ისევე, როგორც იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობა არ იყო ჩატარებული.

შერაცხადობის დასკვნა შეიძლება იყოს გამოტანილი ზოგ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს პროგრესული დამბლით დაავადებულებთან, რომელთა მკურნალობა მაღარიით წარმატებით

იყო ჩატარებული. ცხოვრების ასპარეზზე დაბრუნებულნი, წარმატებით მომუშავენი, აღჭურვილნი ყველა მოქალაქეობრივი უფლებით. ისინი ფსიქიატრიული ექსპერტიზისათვის სერიოზულ სიძნელეებს წარმოადგენენ. ზოგიერთი კარგად ნამკურნალები ავადმყოფის შერაცხადობის უარყოფა მათი მდგომარეობის რეცარი გაუარესების შესაძლებლობის მოსაზრებით, არ წარმოადგენს საკითხის სწორ გადაჭრას. განსაკუთრებულ შემთხვევებში, რემისიის სიმყარე, პიროვნების სრული შენახვა, თავისი წარსული პროფესიის დონემდე შრომისუნარიანობის აღდგენა, ავადმყოფობის რაიმე ისეთი ნიშნების უარსებობა, რომლებიც პროცესის მიმდინარეობაზე მიუთითებდეს. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული და ყველა ჩამოთვლილი ფაქტის აწონ-დაწონის შემდეგ, ექსპერტი. შეიძლება შერაცხადობის დასკვნამდე მივიდეს.

§ 3. ეპიდემიური ენცეფალიტი

ტვინის ორგანულ დაავადებათა შორის, რომელთაც ფსიქიკური ცვლილებები მოჰყვება, დიდი ადგილი ეპიდემიური ენცეფალიტს უჭირავს. ამ ავადმყოფობას აგრეთვე ლეთარგიულ ენცეფალიტს ან უბრალოდ — „ძილის ავადმყოფობას“ უწოდებენ: იგი მხოლოდ 1916 წ. ომის დროიდან არის ცნობილი. ეპიდემიური ენცეფალიტი მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში გავრცელდა. ეპიდემიური ენცეფალიტის გამომწვევი ფაქტორი ზუსტად ცნობილად ჯერ არ არის, ხოლო დაავადების ინფექციური ხასიათი დადგენილია.

ეპიდემიურ ენცეფალიტს საფუძვლად თავის ტვინის ზოგიერთი ნაწილის, უმთავრესად ეგრეთ წოდებული ქერქქვეშა კვანძების დაავადება უძევს, ე. ი. იმ ნერვული ცენტრებისა, რომლებიც ინსტინქტურ ცხოვრებას განაგებენ, აწესრიგებენ ჩვენი სხეულის რეფლექსურ და ავტომატურ მოძრაობებს, გავლენას ახდენენ ფსიქიკური ცხოვრების ემოციურ-ნებელობითი გამოვლინებებზე. ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ტვინის ამ ნაწილებში ანთებითი პროცესი მიმდინარეობს.

ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიას სასამართლო ფსიქიატრიისათვის თითქმის არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს.

ისე. როგორც ყველა ინფექციური დაავადება, ეპიდემიური ენცეფალიტი მაღალი ტემპერატურით, ცნობიერების დაბინდებით, თავის ტკივილით მიმდინარეობს. ამას ემატება ძილიანობა, რომელიც შეიძლება რამდენიმე კვირა განუწყვეტლივ გრძელდებოდეს. ზოგჯერ. პირიქით, ავადმყოფობა ხანგრძლივი. მედვი უძილობით გამოვლინდება. უძილობა შეიძლება იყოს თანხლებული მოძრაობითი მოუსვენრობით, რომელიც ზოგჯერ მწვავე აგზნების ხარისხს აღწევს. კრუნჩხვები, გულყრები, მხედველობის გაორება, ნერწყვდენა — ყველაფერი ეს ტვინის დაავადებაზე მიგვითითებს.

იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი სრულებით არ განიკურნა მწვავე სტადიის შემდეგ, ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკულ ხასიათს იღებს.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული ფორმით დაავადებულის გარეგნობა დაბადების აშკარა შემთხვევებში ძალიან დამახასიათებელია. ავადმყოფის სხეული წინ არის დახრილი; თავი, ტანი, კიდურები იძულებით პოზაშია. ავადმყოფს მოძრაობა შებოქილი აქვს. მისი სახე ნილავს მოგვაგონებს, ქუთუთოთა ხამხამი გაიშვიათებულია, ხმა ადვილად უწყდება, გამომეტყველებამოკლებული, მონოტონური. სიარულის დროს ავადმყოფი ხელებით თანხლებულ მოძრაობებს არ აკეთებს. ზოგჯერ ენცეფალიტით დაავადებულის თვალის კაკლები უცებ კრუნჩხვით ზევით გადაუბრუნდებათ. მძიმე შემთხვევებში შებოქვილობა სრულ უძრაობას აღწევს. საინტერესოა, რომ ასეთმა ავადმყოფმა, უეცარი აგზნების შედეგად ხანმოკლედ შეიძლება მოგვეცეს შეკავების მოხსნა და შეასრულოს სწრაფი და ძლიერი მოძრაობები: გაიქცეს, შეახტეს ზიმაველ ტრამვაის და შემდეგ-წინანდელ უძრაობის მდგომარეობას დაუბრუნდეს.

ძილიანობა ან უძილობა ხშირად აღინიშნება ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკულ სტადიაშიც. ავადმყოფი იძინებს ფეხზე მდგომი, სამუშაოზე, მაგიდასთან მჯდომი.

დაავადება თითქმის ყოველთვის არის თანხლებული ფსიქიკის მხრივ ცვლილებებით. ავადმყოფების ფსიქიკური ცხოვრების ტემპი ნელდება: ისინი ნელა ფიქრობენ, ნელა აზროვნებენ, ყურადღების ხანგრძლივად დაძაბვა არ შეუძლიათ. ისინი ინიციატივას

არიან მოკლებულნი. მათი ემოციური ცხოვრება ხდება ტლანქი, პრიმიტიულ გრძნობებზე, ინსტიქტებსა და მიზიდულებებზე ფიქსირდება. სულიერი ინტერესები ვიწროვდება, ავადმყოფები პასიურნი და უმოქმედონი ხდებიან.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ზოგ შემთხვევაში, მეტადრე სიყრმის ასაკში, მოძრაობითი მოშლილობანი შეიძლება არც ისე შესამჩნევი იქნეს. ავადმყოფობის სურათში მთავარი ადგილი უკავია ავადმყოფების ხასიათში მომხდარ ცვლილებებს. ისინი ადვილად ღიზიანდებიან, ღვარძლიანი, ჯიუტი, სასტიკი ხდებიან. თავიანთი მომაბეზრებლობით ისინი გარშემო მყოფთ აწუხებენ, არ აძლევენ მოსვენებას არაეის არც სახლში, არც საავადმყოფოში.

ბევრ მოქმედებას ძალადობის ხასიათი ეძლევა. რაც თვია ავადმყოფისათვისაც შემაწუხებელია. ზოგიერთი მოქმედება წარმოიშეება პერიოდულად, როგორც გულყრები, როდესაც ავადმყოფები აგრესიულად იქცევიან. თავდასხმებს ახდენენ, თავიანთ სქესობრივ მოთხოვნილებას თავშეუკაველად ამჟღავნებენ.

ნ., 38 წლის, კულტურული ჩვევებით, ნასწავლი; წარსულში ეპიდემიური ენცეფალიტი გადაიტანა. ავადმყოფობის ნერვული სიმპტომები მკვეთრად გამოხატული არ აქვს. უკვე რამდენიმე წლის განმავლობაში ავადმყოფს აღეძრა უძლეველი მიდრეკილება ქალების დანახვისას მუხლებზე დაჩოქებისა და ცხარე მონოლოგების თქმის — სიყვარულის ახსნისა. ამ საცქიელს იგი სჩადიოდა ყველგან: ხალხმრავალ ქუჩებში, მოედნებზე; მის გარშემო ღიძძალი ხალხი გროვდებოდა. თუმცა მან კარგად იცოდა თავისი ქცევის შესაძლო შედეგების შესახებ, მაგრამ მაინც იგი სტერეოტიპულად იმეორებდა ერთსა და იმავეს; რამდენიმეჯერ დაპატიმრებული და ექსპერტიზის შემდეგ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იქნა გაგზავნილი.

ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ფსიქიკური ცვლილებების თავისებურება ნებას არ გვაძლევს — მივაკუთვნოთ იგი ორგანულ კჟუასუსტობის ჩვეულებრივ ფორმებს. შებოკვილობის უმძიმეს შემთხვევაშიაც კი ძნელია ლაპარაკი ინტელექტუალური ფუნქციების დაზიანებისა და კჟუასუსტობის შესახებ. ფსიქიკური ცვლილებები უმთავრესად ავადმყოფების ემოციური და ნებელობითი ცხოვრების

დარღვევაში, ინიციატივის და მიდრეკილების დაქვეითებაში გამოიხატება. ავადმყოფების ხასიათში ჩნდება ამორალური, ტლანქი თვისებები, რომლებიც ზოგჯერ შეიძლება ავადმყოფობის ერთადერთი ნიშნები იყოს, მაგალითად, ენცეფალიტით არასრულწლოვან დაავადებულთა შორის.

მაგრამ ეპიდემიური ენცეფალიტის მიმდინარეობის ხანგრძლიობა, მეხსიერების და გულისყურის შესუსტება, ინტერესების შევიწროება თავდება იმით, რომ ქრონიკული ავადმყოფები ხშირად თანდათანობით ქუთასუსტობამდე ჩამოქვეითდებიან.

გ., 25 წლის უცოლო, პროფესია არა აქვს. მშობლები ჯანმრთელი არიან, კიდევ ჰყავთ სამი შვილი. გ. იზრდებოდა და ვითარდებოდა წესიერად კარგად, იყო. სწავლობდა სკოლაში ზომიერად მოძრავი, ცელქი, სხვა ბავშვებისაგან არაფრით არ განირჩეოდა.

12 წლის, ასაკში ავად გახდა ეპიდემიური ენცეფალიტით. ორი თვე იწვა საავადმყოფოში. ავადმყოფობის დროს განუწყვეტლივ ეძინა, ნერწყვის ძლიერი დენა, მხედველობის გაორება ჰქონდა. საავადმყოფოდან გაწერისას საერთო სისუსტეს გრძნობდა, სიარულის დროს ვარდებოდა წინ. სკოლაში სწავლას განაგრძობდა, მაგრამ სამი თვის შემდეგ იგრძნო, რომ სწავლა აღარ შეუძლია, ყველას ჩამორჩა; ამის გარდა, ამჩნევდა, რომ ახლობლებმა დაუწყეს დაცინვა მისი სიარულის (მიხვრა-მოხვრის) გამო. სწავლას დაანება თავი, მამას შინ მუშაობაზე ეხმარებოდა, მაგრამ ვერც ამას ახერხებდა. მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა. შებოკვილობის, მოძრაობათა სიზანტის მოვლენები, თავის ტკივილი დაეწყო. ზოგჯერ შიშს განიცდიდა. ასაკთან ერთად იზრდებოდა შებოკვილობა; ამასთან ერთად (მისი მახლობლებისა და მეზობლების სიტყვით) ავადმყოფს გამოეცვალა ხასიათი. ქცევაში სიტლანქე, ცინიკურობა, უცნაური საქციელი აღენიშნებოდა. სახლში იპარავდა ნივთებს, ქალიშვილებს აცივდებოდა, ჩხუბს იწყებდა, საჯაროდ ეწეოდა ხელცდუნებას, გახდა წვრილმანი, ჯიუტი. 16 წლის ასაკში სახლიდან გაქცევა დაიწყო. ქურდობისათვის, ხანძრის გაჩენისათვის არაერთხელ იყო დაბატიმრებული და საავადმყოფოში სამკურნალოდ მოთავსებული. საავადმყოფოდან რამდენიმეჯერ გაიქცა,

რამდენიმეჯერ იმყოფებოდა გამოკვლევაზე სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში. ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 175 მუხლით, ნაწ. 2¹—ბელლისათვის ხანძრის გაჩენაში

ინსტიტუტში გამოსაკვლევმა პირმა კარგად იცის, თუ რა დაწესებულებაში იმყოფება, ახსოვს ექივები, იცის ინსტიტუტში მოთავსების მიზეზები. დროში არაზუსტად არის ორიენტირებული. აცხადებს, რომ ხანძარი გააჩინა იმიტომ, რომ „ასე მოეპოვინა“.

ავადმყოფს მკვეთრად გამოხატული აქვს ეპიდემიური ენცეფალიტის ნიშნები: ნილბისებრი სახე, უძრავი მიმიკა, ღიმილი ძნელად მოსდის სახეზე და ისევე ძნელად უქრება. გამოხედვა — უმოძრაო, ქუთუთოებს არ ახამხამებს. სიარულის დროს ხელებს არ ამოძრავებს. ერთხელ მიღებულ პოზას დიდხანა ინარჩუნებს. მეტყველება — ყრუ, ნაკლებად გასაგები აქვს, მაგრამ ლაპარაკობს აჩქარებულად და ერთსა და იმავე სიტყვას იმეორებს რამდენიმეჯერ. მეტყველება თანდათანობით ჩურჩულში გადადის.

ფსიქიკის მხრივ აღენიშნება აკვიატებულობა, ჩამციებლობა, დაუსრულებლად აცივდება ყველას სხვადასხვანაირი თხოვნით და ჩივილებით. ავადმყოფი ძალიან ბევრს ქანს, ცინიკურია ჰიპერსექსუალურია, ხელცდუნებას ეწევა პერსონალისა და ავადმყოფების თვალწინ. გარშემო მყოფებთან აქვს კონფლიქტები, ცრუობს, შშიშარაა, პერსონალის მფარველობას ეძებს. ადვილად შთაგონებადია.

თუმცა გამოსაკვლევმა პირმა სკოლაში შეძენილი ზოგიერთი ცოდნა და სოფლად ცხოვრების გამოცდილება შეინარჩუნა, მაგრამ მთელი მისი ფსიქიკის დონე დაწეულია, აზროვნება შენელებულია, ინტერესები მკვეთრადაა შეზღუდული, კრიტიკა შესუსტებულია.

გამოსაკვლევნი პირი კვლავ შეუთრაცხადად არის ცნობილი, როგორც სულით დაავადებული, რომელიც ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული ფორმით არის შეპყრობილი. ოქმში შეტანილია სპეციალური მითითება გამოსაკვლევნი პირისადმი ხანგრძლივი იძულებითი მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ.

ენცეფალიტით დაავადებულნი, სნეულების ქრონიკულად მიმ-

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 194 მუხლი.

დინარეობის დროს, პიროვნების გაუხეშებისა და ხასიათის ინდივიდუალური ნიშნების დაკარგვის გამო, ელემენტარული, პრიზიტიული რეაქციებისადმი არიან მიდრეკილნი. ასეთი ავადმყოფები, ტრავმული სიტუაციის ზეგავლენით, უწინარეს ყოვლისა, მათთვის ჩვეულ მოტორულ და სომატურ მოშლილობებს ამჟღავნებენ. ისინი კანკალებენ ან, პირიქით, უძრავ პოზაში გაშემდებიან, იძინებენ, ლაპარაკის უნარს კარგავენ; თავისი გარეგნული შეხედულებით მძიმე უმწეო ავადმყოფების შთაბეჭდილებას სტოვებენ. მათ შესახებ დაგროვილი ცნობები მეტყველებს, რომ ეს ავადმყოფები არც თუ ისე ცუდად ეგუებოდნენ ცხოვრებას და თავის სწეულების სიმპტომებს ასეთ გამოხატულ ფორმაში არ ამჟღავნებდნენ.

ექსპერტიზის პერიოდში ენცეფალიტით დაავადებულნი ხშირად მიმართავენ ავადმყოფურ გამოვლინებათა აგრაფაციას, ჩივილების მომატებას და აგრეთვე დაცვით ისტერიულ რეაქციებს.

ენცეფალიტის დროს ავადმყოფური ცვლილებების ხარისხის გამორკვევის მსვლელობაში ყველა ამ მომენტისათვის ანგარიშის გაწევა ფრიად მნიშვნელოვანია.

ეპიდემიური ენცეფალიტის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება განირჩევა თავისი სირთულით. ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც დადგენილია მზარდი ფსიქიკური ცვლილებები, ენცეფალიტით დაავადებულნი, რომლებმაც დანაშაული ჩაიდინეს, შეურაცხადებად უნდა იქნენ ცნობილი. მაგრამ, უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ ენცეფალიტით დაავადებულთა მიერ ჩადენილი დანაშაული ყოველთვის ფსიქიკის ხსენებული მოშლილობის უშუალო გამოხატულებას არ წარმოადგენს. ხშირად ფსიქიკის უმნიშვნელო დეფექტის დროს მათი დანაშაული სოციალური დეგრადაციიდან გამომდინარეობს. ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია ლაპარაკი ენცეფალიტით დაავადებულთა შერაცხადობაზე.

ამგვარად, ეპიდემიური ენცეფალიტის მთელ რიგ შემთხვევებში, როდესაც დაავადება იოლად მიმდინარეობს და თავის შემდეგ ცვლილებებს არ სტოვებს, გამოსაკვლევი პირნი შერაცხადად უნდა ჩაითვალოს. ამასთან, ანგარიში უნდა გაეწიოს ექსპერტიზის დროს რეაქტიულ დაშრევებათა თავისებურებას, ავადმყოფთა სოციალური დაქვეითების ხარისხს და მათ შრომისუნარიანობას.

თავის ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზს. ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანულ დაავადებათა შორის, დიდი ადგილი უჭირავს. თავის ტვინის სკლეროზი შესაძლებელია დამოუკიდებელი დაავადება იყოს. მაგრამ უფრო ხშირად იგი შინაგანი ორგანოების სისხლძარღვთა ცვლილებებით. მაგალითად, გულის კუნთის მეკეზავი ან თირკმლების სისხლძარღვთა სკლეროზით არის თანხლებული. გარდა ამისა. არტერიოსკლეროზი წარმოადგენს დაავადებას, რომელიც ხანშესულობის ასაკს სჩვევია და, შესაძლებელია, მოხუცებულობით გამოწვეული იმ ცვლილებების გვერდით მიმდინარეობდეს, რომლებიც თავის ტვინში იწყება. მეტადრე 50 წლის შემდეგ.

თავის ტვინისათვის სისხლის წესიერად მიწოდებისაგან არის დამოკიდებული ტვინის ნორმალური მოქმედება.

სკლეროზი გამოიხატება იმაში. რომ სისხლძარღვთა კედლები (უმთავრესად არტერიების) სქელდება, თავიანთ ელასტიკურობას კარგავს და ზოგიერთ შემთხვევაში სისხლძარღვთა სანათური სრულიად იხშობა. ეს პროცესი წარმოიშევა სისხლძარღვთა მომეტებული მუშაობისაგან, უფრო ხშირად კი მათზე იმ სხვადასხვაგვარ შხამების (ტოქსინების) ზეგავლენით. რომლებიც შეჰყავთ ორგანიზმში (ალკოჰოლი, ნიკოტინი) ან რომლებიც სხვადასხვა ინფექციურ დაავადების დროს გამომუშავდება.

თავის ტვინის სისხლძარღვის კედლის შეცვლა თანდათანობით ხდება. დასაწყისში სისხლძარღვი სქელდება. მისი სანათური ვიწროვდება, ეს კი აფერხებს ტვინის ქსოვილისათვის საკმარისი რაოდენობით სისხლის მიწოდებას, რაც კვების გაუარესებას იწვევს. უკვე ამ პერიოდში არტერიოსკლეროზი გავლენას ახდენს ფსიქიკაზე: მეხსიერება სუსტდება. ნიკიერება ჩლუნგდება. გუნებგანწყობა ქვეითდება. აღინიშნება გულყრა, თავბრუ და თავის ტკივილები.

სისხლძარღვის სანათურის დახშვა ტვინის სხვადასხვა უბნის კვების მოშლას და მათ რღვევას იწვევს. ზოგიერთი სისხლძარღვი, რომელმაც თავისი გამძლეობა დაჰკარგა, სისხლის ნაკადის წნევის ზეგავლენით, შეიძლება გასკდეს. სისხლი ამ დაზიანების დროს

(ინსულტი, დამბლა) ახლომდებარე ნერვულ ქსოვილში იღვრება და განსაზღვრულ უბნის დაზიანებას იძლევა. დაზიანებულ უბნის ოდენობასთან და თავის ტვინის მუშაობაში მის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით, ამ შემთხვევებში, ისე, როგორც თავის ტვინის ათაშანგით კეროვანი დაზიანების დროს, შეიძლება წარმოიშვას: გულყრები, დამბლები, მეტყველების მოშლა, მეხსიერების მოშლა და ფსიქიკის საერთო დაქვეითება კეუასუსტობის მძიმე ფორმებამდე. ზოგჯერ თავის ტვინის სკლეროზის დროს შეიძლება ფსიქოზის უფრო რთული სურათი განვითარდეს. ავადმყოფები მეხსიერების ხარვეზებს (ამნეზიებს) გამონაგონით ავსებენ, შფოთვიან-ექვიანი გუნებ-განწყობა აქვთ, მოუსვენრობენ, ლელავენ, ტირიან, იშვიათად, პალუცინაციების ზეგავლენის ქვეშ იმყოფებიან.

უმეტეს შემთხვევებში ტვინის არტერიოსკლეროზი ნელა მიმდინარეობს და ავადმყოფის პიროვნებას შეუმჩნეველად სცვლის. იკარგება ინიციატივა, მუშაობაში პროდუქტიულობა, ინტერესების წრე ვიწროვდება, ავადმყოფი სულმოკლე ხდება. ავადმყოფის პიროვნება, მისი ჩვევები, მანერები, აღზრდა, მორალი მაინც ხანგრძლივად ინახება.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში უფრო ხშირად ვხვდებით არტერიოსკლეროზის ნიადაგზე წარმოშობილ რეაქტიულ მდგომარეობებს, ვიდრე თვით თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის მძიმე ფორმებს; ყოველი ძლიერი განცდა ყოველდღიურ ცხოვრებაში, სკლეროზით დაავადებულში იწვევს ცრემლებს, გაფანტულობას, წყენის გრძნობას, ექვიანობას; უფრო მძიმე განცდები, მაგალითად, პატიმრობა, მათში ადვილად იწვევს დეპრესიულ მდგომარეობას, რომელიც ხანგრძლივად ფიქსირდება. ეს რეაქტიული დაშრევებანი იძლევიან ავადმყოფობის ისე მძიმე სურათის შთაბეჭდილებას, რომელიც სინამდვილეს არ შეეფერება. თავისი ჩივილებით, დარდიანი შესახედაობით, ცრემლიანობით, გამოსაკვლევია პირნი ხშირად ცდილობენ ზეგავლენა იქონიონ ექიმზე, გამოიწვიონ სიბრაღულის გრძნობა და სასჯელი თავიდან აიცილონ.

ყველა შემთხვევაში, როდესაც არტერიოსკლეროზი არ იძლევა პიროვნების მნიშვნელოვან შეცვლას, უნდა იქნეს გამოტანილი დასკვნა მისი შერაცხადობის შესახებ.

მხოლოდ არტერიოსკლეროზულ ქუთაისელების მძიმე შემთხვევებში, ტვინში განმეორებითი სისხლჩაქცევებით და ავადმყოფობის ავთვისებიანი მიმდინარეობის დროს, უნდა იქნეს მიცემული შეურაცხადობის შესახებ დასკვნა.

§ 6. პრესენილური ფსიქოზები და მოხუცებულობითი ჰიპოზისტოზა

პრესენილურ (სიბერისწინა) ცვლილებებს ორგანიზმში ადგილი აქვს 50—50 წლის ასაკში. პრესენილურ ასაკს უმთავრესად ახასიათებს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ინვოლუცია, რის გამოც საერთო სასიცოცხლო ტონუსი ქვეითდება, სქესობრივი უნარი სუსტდება, ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის ფუნქციურ მოშლას, სისხლის წნევა იმატებს, ინვოლუცია ორგანიზმის ცხოვრებაში, მეტადრე ქალებისათვის, კრიტიკულ ეტაპს წარმოადგენს. სასქესო ჯირკვლების ფუნქციების გამოვარდნა იწვევს თვიურის შეწყვეტას. ამ პერიოდს კლიმაქტერიული ხანა (კლიმაქსი) ეწოდება.

სიბერისწინა კრიზისს თან ახლავს მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული ცვლილებები ფსიქიკის მხრივ. უზირესად ისინი გამოვლინდებიან გუნებ-განწყობის მერყეობაში (უმთავრესად დეპრესიისკენ მიდრეკილებით), ადვილად გაღიზიანებულობასა და იპოქონდრიულ მდგომარეობაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ სიბერისწინა ასაკში, მეტადრე ქალთა რეაქტიული მდგომარეობანი, ისტერიული რეაქციები ადვილად ვითარდებიან. პათიმრობის პირობებში და სხვა ტრავმულ განცდებთან დაკავშირებით, რეაქტიული მდგომარეობა მძაფრ ხასიათს იღებს (მწვავე ისტერიული ფსიქოზები). ორგანიზმში კლიმაქტერიული ცვლილებების ნიადაგზე რეაქტიულ მდგომარეობას შეიძლება გახანგრძლივებული მიმდინარეობა ჰქონდეს.

ყველა ეს ფსიქიკური ცვლილება, სიბერისწინა ასაკში წარმოშობილი, მაინც ეპიზოდურად მიმდინარეობს, ჩვეულებრივად თანდათან ქრება და ფსიქიკაში რაიმე შესამჩნევ დეფექტებს არ იძლევა.

ამიტომ ასეთ გამოსაკვლევ ძირთა უმრავლესობას ექსპერტიზა შერაცხადად თვლის.

სიბერისწინა ასაკში უფრო მძიმე ფსიქოზებიც გვხვდება. მათ ეკუთვნის: ინვოლუციური მელანქოლია და ინვოლუციური ბოდვა. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფები დეპრესიული არიან, აქვთ შიში; ცოდვიანობის, თვითბრალდების, დევნის ბოდვითი იდეებს გამოთქვამენ. მათი ბოდვები კორექციას არ ექვემდებარება. გუნებ-განწყობის აშლის და ბოდვითი იდეების ზეგავლენით, ისინი თვით-მკვლელობისადმი, ახლობლების მოსპობისადმი არიან მიდრეკილი და ზოგჯერ იმ პირთა მიმართ, რომელთაც ისინი მტრებად თვლიან, აგრესიას იჩენენ.

ასეთი შემთხვევების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება, რაბაკვირველია, მათ ექსკულპაციასა და იძულებით მკურნალობას მოითხოვს.

რ., 48 წლის. ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 19—136 მუხლებით¹ (მკვლელობის ცდა). ქმარს მიაყენა ნაჯახით რამდენიმე კრილობა თავის მიდამოში.

გამოსაკვლევი პირი მუშაა, მზრუნველი, წესიერი დიასახლისი. ქმართან ცხოვრობს 20 წელი. შვილები არ ჰყოლია. ხასიათით მორიდებული, თავშეკავებული, თანაზიარია. 46 წლის ასაკიდან ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის აშლის მოვლენები აქვს. თვითური შეუწყდა, დაძაბუნდა, სახეზე თმების გაზრდა დაეწყო, ხასიათი შეეცვალა, გახდა მშფოთვარე, დეპრესიული. ძილი მოეშალა (ღამით დგებოდა, დადიოდა, თამბაქოს ეწეოდა), დიასახლისობას თავი მიაწება. გარშემო მყოფებისადმი უნდობლობას იჩენს, ექვიანობს, ადვილად ღიზიანდება, ავადმყოფის პიროვნების ეს ცვლილებები თანდათან მატულობდა.

მთელი ცხოვრების განმავლობაში ქმართან მეგობრული დამოკიდებულება ჰქონდა. ერთმანეთისადმი დიდ მზრუნველობას იჩენდნენ, ქმარი მისი ერთგული იყო. ცოლის ავადმყოფობის დროს ქმარი ასრულებდა ყველა საოჯახო საქმეს და მის მიმართ ალერსიანი და კეთილი იყო.

ერთხელ გამოსაკვლევმა პირმა განთიადზე მძინარე ქმარს

¹ საქართველოს სსრ ს. ს. კოდექსის მე-19 და 144-ე მუხლები.

მოხუცებულობითი კჳუასუსტობის გამოხატულ შემთხვევებში ავადმყოფებს მეხსიერობის სრული დაკარგვა აღინიშნებათ. ისინი ივიწყებენ ყველაფერს, თავისი საწოლის და ოთახის ადგილმდებარეობასაც კი, არ ახსოვთ თავისი მახლობლების სახელები. ისინი ხან ღეარძლიანად გულფიცხი, ხან უდარდელად მხიარული არიან, „ბავშვობას უბრუნდებიან“. ზოგ შემთხვევებში დეპრესიულ გუნებ-განწყობისა და ცოდვიანობის ბოღვისაკენ არიან მიდრეკილნი, მასთან აცხადებენ, რომ მათ ყველაფერი დაეღუპათ, დაეკარგათ, დაეწვათ, რომ მათ არა აქვთ კუჭი, გული, რომ ისინი არიან დამნაშავენი ყველა უბედურებაში, ავადმყოფობაში, ომებში და სხვ. ჩვეულებრივად მოხუცებულობითი კჳუასუსტობით ავადმყოფს ღამე ცუდად სძინავს და ამ დროს ბოღვითი აზრები და აგზნება მატულობს.

რ., 75 წლის, არტერიოსკლეროზის და მოხუცებულობის კარგად გამოსახული ნიშნებით. დიდის გაჭირვებით მიათრევს მარჯვენა ფეხს. სახე ღრმა ნაოკებით აქვს დასერილი, თმა—ჭალარა. ბრალი ედება გოგონას გახრწნაში. ამის გახსენებაზე ტირის, თავს იმართლებს, აცხადებს, რომ თვით გოგონამ (6 წლის) იგი ფარდულში წაიყვანა და სქესობრივ მოქმედებისაკენ მოუწოდებდა. ასეთი დასაბუთების შეუძლებლობას და გულუბრყვილობას ვერ ამჩნევს. გამოკვლევის დროს ფსიქიკის დონის ღრმა დაქვეითება აღენიშნება. არ ახსოვს საკუთარი ცხოვრების თარიღები და ღირსშესანიშნავი მოვლენები, დაავიწყდა თავისი შვილების სახელები, ღუნე და აპათიურია, ხოლო დანაშაულისათვის დასჯისა ეშინია, ამას უმთავრესად ცრემლით და სახლში გაშვების თხოვნით გამოხატავს. გამოსაკვლევია პირი დიაგნოზით—„მოხუცებულობითი კჳუასუსტობა“—გაგზავნილია იძულებით სამკურნალოდ.

მოხუცებულობითი კჳუასუსტობით შეპყრობილი პირები ფიზიკური სისუსტის, უმწეობისა და პასიურობის გამო, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ობიექტებად იშვიათად ხდებიან. მაგრამ ცალკეული დანაშაულის შემთხვევები მოხუცებულობითი ფსიქოზის დროსაც გვხვდება.

მათთვის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშნებია უაზრო მოქმედებანი (ხანძრის გაჩენა), უაზრო ქურდობა, სექსუალური დანაშაუ-

ლობანი (მცირეწლოვანთა გახრწნა), რაც მათი სქესობრივი უნარიანობის შესუსტებასთან (იმპოტენცია) და ერთდროულად სქესობრივ ლტოლვის გაძლიერებასთან არის დაკავშირებული.

მოხუცებულობითი კუთსუსტობის შემთხვევების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება სამედიცინო ზომების გამოყენებას, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში იძულებითი მკურნალობისათვის მოთავსებას მოითხოვს.

თავი XII

ნ ა რ კ ო ზ ა ნ ი ე ბ ი

ფსიქიატრია უპირატესად იმ მომწამლავ ნივთიერებათა შესწავლას აწარმოებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და რომლების ზილება ან ზედმეტად ხმარება შეიძლება სულით დაავადების მიზეზი გახდეს.

ფსიქიატრიისათვის ნარკოზული საშუალებებით მოწამულა დიდ ინტერესს და მნიშვნელობას წარმოადგენს, რადგან ის მთავარ და უპირატეს გავლენას თავის ტვინზე ახდენს, ხშირად სწრაფად ხდება უძლეველი მიზიდულობისა და მიჩვევის საგანი და არა-იშვიათად მწვავე და ქრონიკული სულით დაავადების მიზეზს წარმოადგენს. ნარკოზულ საშუალებათა შორის უდიდესი მნიშვნელობა, კერძოდ სასამართლო-ფსიქიატრიისათვის, აქვს ალკოჰოლს, მორფიუმსა და კოკაინს. ნარკომანიების სხვა ფორმები იშვიათად გვხვდება, მეტწილად მხოლოდ როგორც ნარკოზულ ნივთიერებებისადმი საერთო მიდრეკილების კერძო გამოვლინება. ამიტომ ქვემოთ ჩვენ განვიხილავთ ნარკომანიების მხოლოდ მთავარ სახეებს, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება—ალკოჰოლიზმს, მორფინიზმსა და კოკაინიზმს.

§ 1. ალკოჰოლიზმი

ალკოჰოლი სულით დაავადებათა წარმოშობაში ძალიან დიდ როლს ასრულებს. ეს აიხსნება იმით, რომ ჯერ ერთი, იგი უპირატესად ნარკოზულ შხამს წარმოადგენს და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს, და მეორე — ადვილად ხელმისაწვდომია.

გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ალკოჰოლის ძალიან მცირე დოზების გავლენითაც კი ძნელდება გარეშე შთაბეჭდილებათა შეთვისება და გადამუშავება, ნელდება ასოციაციების პროცესი, აღინიშნება ანგარიშისა და ზეპირად დასწავლის შენელება, ამ დასწავლის უთანაბრობა, შეცდომების მატება და ა. შ. ალკოჰოლის ძალიან მცირე რაოდენობაც კი შესამჩნევად აქვეითებს უმაღლესი გონებრივი და შემოქმედებითი მუშაობის უნარს, ამასთან ერთად, ალკოჰოლის ამ უარყოფით გავლენას ფსიქიკურ მოქმედებაზე თან ახლავს შემსუბუქებული და აწეული შრომისუნარიანობის მცდარი შეგრძნება.

ალკოჰოლის ხმარებასთან დაკავშირებული ფსიქიკური დაავადებები იყოფა:

1) ალკოჰოლით მწვავე მოწამვლით გამოწვეულ ავადმყოფურ მდგომარეობად (სიმთვრალე), და

2) მაგარი (სპირტიანი) სასმელების ქრონიკული ზედმეტად ხმარების შედეგად წარმოშობილ აშლილობად.

პირველ ჯგუფს ეკუთვნის ეგრეთ წოდებული „პათოლოგიური სიმთვრალის“ სხვადასხვანაირი ფორმები, მეორეს, უფრო მრავალრიცხოვანს—მწვავე და ქრონიკული სულით დაავადებანი, რომლებიც აღინიშნებიან იმ პირობა შორის, რომლებიც ალკოჰოლის ზედმეტად ხმარებას არიან მიჩვეული.

პათოლოგიურ, ანუ „გართულებულ“ სიმთვრალეს სასამართლო-ფსიქიატრიისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. ყოველდღიურ ცხოვრებაში კარგად ცნობილი ალკოჰოლური თრობა, როგორც ცნობილია, სხვადასხვა ადამიანში ერთნაირად არ გამოვლინდება. ზოგ შემთხვევაში სხვადასხვაგვარ პირობებთან დაკავშირებით (თანდაყოლილი, შეძენილი ან შემთხვევითი პირობები), ალკოჰოლით სიმთვრალე იმდენად გადაიხრება ჩვეულებრივი ტიპისაგან, რომ აშკარა არანორმალური, ავადმყოფური მდგომარეობის ხასიათს ღებულობს.

პათოლოგიური სიმთვრალე არ შეიძლება იქნეს განხილული, როგორც სიმთვრალის განსაკუთრებულად მძიმე სახე. იგი წარმოადგენს ავადმყოფურ მდგომარეობას, რომელიც ხარისხობრივად განსხვავდება უბრალო სიმთვრალისაგან და არსებითად წარ-

მოადგენს ხანმოკლე მწვავე ფსიქიკურ აშლილობას, რომელიც ალკოჰოლის მიღების შედეგად წარმოიშვება.

ჩვეულებრივად, ასეთ ავადმყოფურ სიმთვრალეს ადგილი აქვს ერთგვარი წინასწარგანწყობის შემთხვევებში, იგი გვხვდება იმ პირთა შორის, რომლებიც ბუნებით უწონასწორო და არასრულფასოვანები არიან (ფსიქოპათები, ოლიგოფრენები) ან თავს იჩენს შეძენილი ფსიქიკური ანომალიების ნიადაგზე (ნევროზით დაავადებულთა, ტრავმის მქონეთა, ქრონიკული ალკოჰოლიზმით შეპყრობილთა, თავის ტვინის ორგანული დაავადებების და განსაკუთრებით ხშირად და ყველაზე მძიმე ფორმებში—ეპილეფსიით დაავადებულებს შორის), ან, ბოლოს, ვითარდება შემთხვევით დამასუსტებელ მომენტებთან დაკავშირებით, მაგალითად, დაღლილობასთან, შიმშილთან, უძილობასთან, პოსტინფექციურ სისუსტესთან, სულიერ განცდებთან (დანალვლიანება, უსიამოვნება, შეურაცხყოფა, აგზნება, ღვარძლი და ა. შ.). ამგვარად, პათოლოგიური დათრობა თანდაყოლილი ან შეძენილი, მუდმივი თუ დროებითი ალკოჰოლისადმი აუტანლობის მაჩვენებელია.

ყველაზე ხშირი ფორმა არის „ეპილეფსოიდური“ პათოლოგიური სიმთვრალე, რომელიც, როგორც ამას თვით სახელწოდება გულისხმობს, თავისი სურათით ეპილეფსიურ ბინდისებრ მდგომარეობას უახლოვდება. იგი განვითარდება ან ალკოჰოლის ძალიან მცირე რაოდენობის მიღების შემდეგ, ან ნათლად განოხატული სიმთვრალის დროს, ზოგჯერ რაიმე ცხადი მიზეზის გარეშე, მაგრამ ხშირად რომელიმე საბაბის გავლენით (შეურაცხყოფა, ჩხუბი და ა. შ.). იგი ჩვეულებრივად დამთვრალის ცნობიერების და ქცევის უეცარი და მკვეთრი ცვლილებით მელაენდება. ცნობიერება აიშლება, ორიენტაციის უნარი იკარგება, ჩნდება გარემო სიტუაციის და პირობების ბუნდოვანი და მცდარი აღქმა, ზოგჯერ აღინიშნება პალუცინაციები და ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ცრუ იდეები და, როგორც ამ განცდებზე რეაქცია—აგზნება და უსწორო ქცევა.

ერთ შემთხვევაში ქარბობს რისხვის აფექტები, რომელთაც შეუკავებელი სიშმაგე და ბრმა აგრესიისა და ნგრევისაკენ ლტოლვა ახლავს თან. მეორე შემთხვევაში ქარბობს შიშის მდგომარეობა, საშინელი მოჩვენებანი, დალუპვის ან საფრთხის მუქარის წარმოსახე-

ბი, რომლებიც დაცვით რეაქციას იწვევს: გაქცევას, ხიფათის მოსაგვარიებად შეიარაღებას, მოჩვენებით მტრებზე თავდასხმას და ა. შ.

ფსიქიკური მდგომარეობის მკვეთრ ცვლილებასთან ერთად ავადმყოფური სიმთვრალის დაწყებას ჩვეულებრივად ფიზიკური მდგომარეობის ცვლილებაც მოჰყვება. ყველაზე მკაფიოდ ეს დათრობის ფიზიკური ნიშნების გაქრობაში გამოიხატება: ჩვეულებრივი სიმთვრალის მდგომარეობიდან პათოლოგიურ სიმთვრალეში გადასული ადამიანის მოძრაობები წესიერი, მძლავრი და ზუსტი ხდება, სიარული—მტკიცე, მეტყველება მკაფიო და გარკვეული. გარეგნული სახე სიმთვრალის მდგომარეობის ნიშნებს კარგავს. ქცევა გარეგნული მიზანშეწონილობის და მოჩვენებითი შეგნებულობის ხასიათს ღებულობს.

პათოლოგიური სიმთვრალის ხანგრძლიობა ჩვეულებრივად ძალიან მცირეა: რამდენიმე წუთიდან, რამდენიმე საათამდე. ასეთი მდგომარეობანი ღრმა და ხანგრძლივი ძილით მთავრდება მოგონებების შემდეგი დაკარგვით (ამნეზია), ან მხოლოდ ძალიან ბუნდოვანი და ნაწყვეტ-ნაწყვეტი წარმოდგენებით მომხდარის შესახებ.

პათოლოგიური სიმთვრალის სხვა ფორმებს მათი იშვიათობის გამო პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვთ, და ამიტომ ჩვენ მათ აქ არ განვიხილავთ.

ა., 39 წლის, მექანიკოსი, განათლება—დაბალი, ცოლიანი. ბრალი ედება მკვლელობის ცდაში.

საქმის გარემოება: ქ. კალინინში, დაახლოებით, ღამის 2 საათზე, შეეცადა რესტორანში შესვლას, მაგრამ ის, როგორც მთვრალი, შეეცარმა არ შეუშვა. ა. უარის გამო აიგზნო, იგინებოდა, ხმაურობდა, ძალით შესვლას ლამობდა, მერე კი სიტყვებით—„დარაჯები იყავით, დარაჯებადვე დარჩებით“—წავიდა.

ზოგის ცნობით, ორი საათის შემდეგ, სხვა ცნობებით-ცოტათი ადრე, ა. ისევ გამოჩნდა რესტორანთან, უკვე გრძელ საგაზაფხულო პალტოში; იმ დროს შეეცარი რესტორანში ვილაც კაცსა და ქალს არ უშვებდა, მათი არაფხიზელი მდგომარეობის გამო. ა. რამდენსამე ხანს იდგა დამშვიდებული და შეეცარის ხსენებულ პირებთან შელაპარაკებას თვალს ადევნებდა, შემდეგ უცებ იძრო

პალტოს ქვეშ დამალული სანადირო თოფი და ესროლა შვეიცარს რომელიც დაქრა თავში. შემდეგ მან მიუბრუნა თოფი მის გვერდით მყოფ მილიციელს, მაგრამ ამ უკანასკნელმა, რესტორანის დარაჯის დახმარებით, იგი განაიარაღა. მილიციის განყოფილებაში წაყვანას არ ეწინააღმდეგებოდა, დღისით მისცა ვრცელი და დალაგებული ჩეენება, რომლიდანაც გამოირკვა, რომ იგი ოთხი დღის განმავლობაში ძლიერ სვამდა, რის შემდეგ გვიან საღამოს მან რესტორანში მოისურვა შესვლა, იმისათვის, რომ დაეღია კიდეც. მაგრამ შვეიცარმა იგი არ შეუშვა, თან მას ბუნდოვნად მოესმა, რომ ვიღაცამ, შესაძლებელია შვეიცარმა ან სხვა ვინმემ, მის მიმართ წარმოთქვა, რომ მას ე. ი. ა-ს, ერთი კარგი „დაბეგვა“ მოუხდებოდაო. რა მოხდა შემდეგ, მას არ ახსოვს.

დაპატიმრებიდან ორი დღის შემდეგ ა. მილიციიდან ფსიქომიმლებში იქნა გადაყვანილი, სადაც მას არანათელი ცნობიერება, დევნითი ბოდვის ნიშნები, თავისთვის ლაპარაკი, უძილობა და ხელების ძლიერი კანკალი აღენიშნებოდა. იქიდან იგი ლიტენიოვის სახელობის საოლქო ნევრო-ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იქნა გადაყვანილი, სადაც რამდენიმე დღის განმავლობაში მას მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზის მოვლენები აღენიშნებოდა (თეთრი ცხელების მდგომარეობა). საავადმყოფოს ექიმთა კომისიის მიერ ქრონიკულ ალკოჰოლიკად, ჩვეულებრივ მდგომარეობაში კი შერაცხადად იქნა ცნობილი. ინკრიმინირებული დანაშაულის, როგორც ავადმყოფური მდგომარეობის დროს ჩადენილის მიმართ, შეურაცხადად არის ცნობილი.

ვინაიდან სასამართლო არ დაეთანხმა ექსპერტიზის დასკვნას, ა. გადგზავნილი იქნა გამოსაკვლევად სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში.

გამოსაკვლევნი პირი ცოლიანია, ჰყავს 9 წლის ჯანმრთელი შვილი—გოგონა. ცოლთან მეგობრულად ცხოვრობს. ვენერულ დაავადებებს უარყოფს, ალკოჰოლს ხმარობს 25 წლის ასაკიდან, სვამს ყოველდღე („ამხანაგებმა ჩამითრიეს“). უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში, ზოგჯერ ღვინის ძლიერი სმის შემდეგ, ჰქონდა უძილობა, კოშმარები (ეჩვენებოდა, რომ მას ეცემა კედლები, რომ მას თავს დაესხა ნიანგი, რომ იგი ვარდება უფსკრულში და ა. შ.).

17 წლის ასაკიდან, თავის ქალას დაზიანების შემდეგ, რასაც ცნობიერების დაკარგვა მოჰყვა, მას იშვიათი ეპილეფსიური გულყრები აღენიშნება, ზოგჯერ შარდის უნებლიეთი დაქცევით.

ინსტიტუტში, ნერვული სისტემის მხრივ გამოკვლევის დროს, ხელის თითების მნიშვნელოვანი კანკალის გარდა, მას არაფერი პათოლოგიური არ აღმოაჩნდა. ფსიქიკის მხრივ აღენიშნება ნათელი ცნობიერება, სწორი ორიენტირება დროში, ადგილსა და სიტუაციაში. თანაზიარია, მაგრამ ლაპარაკში რამდენადმე გადაქარბებულად ზუსტია. გონებრივი ფუნქციები დაქვეითებული არ აქვს, აზროვნებითი პროცესების მიმდინარეობა ოდნავ შენელებულია. ბოდვითი იდეები და აღქმის გაუქუღმართებანი არ აღმოაჩნდა. სასამართლო საქმესთან დაკავშირებით გუნებ-განწყობა დადარდიანებული აქვს, ქცევა წესიერი. ჩადენილი დანაშაულის შესახებ ლაპარაკობს უხალისოდ. ამტკიცებს, რომ მისი რეხტორანში მისვლის შემდეგ არაფერი არ ახსოვს.

ამ შემთხვევაში ექსპერტიზის ამოცანას წარმოადგენს დანაშაულის ჩადენის მომენტში გამოსაკვლევი პირის სულიერი მდგომარეობის გამორკვევა.

ალკოჰოლიზმის და ტრავმის შედეგად მისი პიროვნების მყარი ცვლილებების არსებობა, შევიცაროან შეტაკების დროს აფექტური აგზნება, ძლიერი სიმთვრალისაგან სწრაფი გადასვლა მთელი რიგ რთულ, გეგმაზომიერ, გარეგნულად მიზანშეწონილ მოქმედებებში, რომლებსაც იგი ხანგრძლივად და მდუმარედ ასრულებდა და რომლებიც დასრულდა ისეთი საქციელით, რაც სრულებით არ შეესაბამებოდა გამომწვევ საბაბს, აგრეთვე შემდგომი ამნეზია მომხდარი ამბის მიმართ, გვიჩვენებენ, რომ ამ შემთხვევაში აღდგენილი ჰქონდა სწრაფგარდამავალ ავადმყოფურ მდგომარეობას. ეს მდგომარეობა აღმოცენდა ფსიქიკურად დაინვალიდებულ პიროვნებაში და გამოიხატა ავტომატური მოქმედების ხასიათის მქონე ქცევებში; ალკოჰოლის გავლენის შედეგად წარმოშობილი, იგი ჩვეულებრივი სიმთვრალისაგან განსხვავდებოდა და უნდა იქნეს კვალიფიციკრებული, როგორც „პათოლოგიური სიმთვრალე“, რომელიც შერაცხადობას გამორიცხავს.

პათოლოგიური სიმთვრალის გამოსაცნობად, უმთავრესად, ჩვეულებრივი სიმთვრალისაგან მისი განსაზღვრის მხრივ, მნიშვნელობა აქვს ცნობებს წარსულში ალკოჰოლის აუტანლობაზე, ალკოჰოლის მცირე რაოდენობის მიღების შემდეგ დათრობაზე, დათრობის ფიზიკური ნიშნების უქონლობაზე, არაჩვეულებრივი, ავტომატიზმის ხასიათის ქცევებზე და მომხდარ აპებების შესახებ. მოგონებების უქონლობაზე (ამნეზია).

ალკოჰოლით ქრონიკული მოწამელის ნიადაგზე განვითარებულ აშლილობებს ეკუთვნის: ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, ექვიანობის ანუ ცოლ-ქმრული დაღატის ბოდვა, თეთრი ცხელება (delirium tremens), ალკოჰოლური ქალუცინოზი, კორსაკოვის ფსიქოზი და გაბმით ლოთობა (დიფსომანია).

ა) ქრონიკული ალკოჰოლიზმი. ხანგრძლივი ალკოჰოლის ხმარება, რომელიც ჩვეულებრივად წლობით გრძელდება, იწვევს ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობის მთელ რიგ მყარ ცვლილებებს, რომლებიც თავის ერთობლიობაში ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ტიპობრივ სურათს იძლევა.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის კლინიკური სურათი ფსიქიკურ და ფიზიკურ სიმპტომებისაგან შედგება. ფსიქიკური სფეროს აშლილობანი ალკოჰოლიკის მთელი პიროვნების ცვლილებაში გამოვლინდება, რაც ფსიქიკური ცხოვრების ყველა სფეროს დაქვეითებასა და დეგრადაციაში გამოიხატება.

ემოციურ სფეროში აღინიშნება მორალური გრძნობების შესუსტება, უხეშობა, გულფიცხობა, რისხვის, აფეთქებისა და აგრესიულობისაკენ მიდრეკილება, ეგოიზმი, ექვიანობა, თავისი მდგომარეობისა და მოვალეობებისადმი განუსჯელი, ზერელე დამოკიდებულება, მკვეხარობა, ცრუობა, თავის გამართლების სურვილი.

ინტელექტუალური აშლილობანი (სიმთვრალის გარეშე) გამოიხატებიან შემდეგში: ახალი ცოდნის შეთვისების სიძნელე, დახსოვების შესუსტება, მეხსიერების მცდარობისაკენ მიდრეკილება, აზროვნების ზერელობა, მეტყველებაში ჩვეული პროდუქციის სიჭარბე, უხეში ზუმრობა, ანდაზები, უხეირო შაირობა და ა. შ., ადვილად დაღლილობა, დაბნეულობა, ფსიქიკური აქტივობის შესუსტება, დროდადრო—უფრო ხშირად ღამე—საშინელი სიზ-

მრები, კოშმარები, ეპიზოდური ილუზიები და ნაწყვეტ-ნაწყვეტი, უფრო ხშირად მხედველობითი, ზოგჯერ სმენითი ჰალუცინაციები.

ნებითი სფეროში ჩვეულებრივად აღინიშნება სიმტკიცისა და გამძლეობის უქონლობა, სუსტი ნებელობა, რომელიც განსაკუთრებით ღვინისაკენ მიდრეკილებისადმი წინააღმდეგობის უუნარობაში გამოიხატება, შრომისადმი უხალისობა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ ჩვეულებრივად ქრონიკულ ალკოჰოლიკებს აღენიშნებათ მთელი რიგი ავადმყოფური მოვლენები: ცვლილებები გულის და სისხლძარღვების მხრივ, საკმლის მოშენილებელი ორგანოების, ღვიძლის, თირკმლების ჟუნქციების მოშლა და ა. შ. ჩვეულებრივად აღენიშნებათ აგრეთვე ხელების კანკალი, რომელიც განსაკუთრებით ძლიერდება დილით, უზმოზე და პირველი დაღუღული ქიქის შემდეგ ქრება, თავბრუ, თავის ტკივილები, ცუდი ძილი, ზოგჯერ ეპილეფტიფორმული გულყრები.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს პროგნოზი საერთოდ ცუდია. მეტწილ შემთხვევებში ღვინის ზედმეტი ხმარება. გრძელდება, მიუხედავად მკურნალობის ცდებისა, რაც უმეტესად დროებით შედეგს იძლევა. თუმცა შემთხვევათა ნაწილში, მკურნალობის, განსაკუთრებით სტაციონარული მკურნალობის შედეგად, აღინიშნება მედევი განკურნება.

ბ) ეპეიანობის, ანუ ცოლ-ქმრული ღალატის ბოძა. ეპეიანობის იდეებს, რომლებიც საერთოდ ადვილად წარმოიშვება ალკოჰოლიზმის დროს ალკოჰოლიკის უნდობლობის, მისი არასრულფასოვანი შეგნების ნიადაგზე; (აქ შედის სექსუალური არასრულფასოვანობაც — სქესობრივი უძლურება ხშირად თან ახლავს ალკოჰოლიზმს), აგრეთვე ოჯახურ უსიამოვნებას და სხვ. ზოგჯერ ავადმყოფობის სურათში ისეთი დიდი ადგილი უკავია, რომ შესაძლებელია მათი ცალკე ფორმად გამოყოფა. ავადმყოფობა ნელა და თანდათანობით მიმდინარეობს, უმეტესად ხანში შესულ ალკოჰოლიკებს უვითარდებათ; ამასთან, ბოღვის განვითარებას ხელს უწყობს აღქმის გაუქუღმართება და ცრუ მოგონებები. ავადმყოფი იწყებს ცოლზე ეპეიანობას, გარშემო მყოფები მისი საყვარ-

ლები ჰგონია, უთვალთვალეს მას, ყველაფერში მისი ღალატის დასაბუთებას ხედავს, მისი მხილების საშუალებებს ეძებს, ღამით „ესმის“ ცოლის საყვარელის ფეხის ხმა, პაემანის პირობითი ნიშნები, ჩურჩული, ალერსის ხმები; მეტოქის ბუნდოვან ლანდს ხედავს და ა. შ. გუნებ-განწყობა ჩვეულებრივად, გაბოროტებული, ფხუქაანი, აგრესიისადმი მიდრეკილი აქვს; როგორც ცოლის, ისე, უფრო იშვიათად, არა-ისებული მეტოქეების მიმართ საშიშ კმედობას იჩენს. ალკოჰოლის ხანგრძლივი დათმობისას, შესაძლებელია ბოდვის თანდათანობითი გაქრობა და განკურნება. ექვიანობის ბოდვის მოსაპოვისათვის საჭიროა ალკოჰოლის მიღების სრული აკრძალვა და ხშირად, გარშემო მყოფთა უშიშროებისათვის, საავადმყოფოში მოთავსება.

გ) თეთრი ცხელება (delirium tremens) ხშირ და ცნობილ ალკოჰოლური ხასიათის დაავადებას წარმოადგენს. იგი უვითარდება იმ პირთ, რომლებიც ხანგრძლივად, წლობით ლოთობენ და ქრონიკული მოწამვლის მკაფიო ნიშნებს ამჟღავნებენ.

ავადმყოფობის დასაწყისს უმრავლეს შემთხვევაში წინ უსწრებს ხან მოკლე, ხან უფრო ერცელები წინამორბედი პერიოდი (უჩილობა, ღამით კოშმარები, შფოთვა, ღამით შიში, ცალკეული სმენითი ან მხედველობითი ჰალუცინაციები, კიდურების ძლიერი კანკალი). თეთრი ცხელება ჩვეულებრივად მწვავედ ვითარდება, უმეტესად ღამით. ავადმყოფობის სურათში განსაკუთრებით დამახასიათებელია: 1) ცნობიერების აშლა და 2) უხვი ჰალუცინაციები.

ავადმყოფი დროსა და გარემოში ორიენტირების უნარს ჰკარგავს; ამასთან, ჩვეულებრივად მას ცრუ ორიენტაცია აქვს, ამავე დროს, სინამდვილის შემეცნებას ინარჩუნებს. მისი ყურადღება შთანთქმულია ჰალუცინაციებით, რომლებიც გამუდმებით იცვლებიან, ისინი უმეტესად მხედველობითი ხასიათისანი არიან და გამოირჩევიან განსაკუთრებული სიკაშკაშით, სიმრავლითა და უმთავრესად მცირე ზომით ავადმყოფი ხედავს მრავალ, განუწყვეტლივ მოძრავ პატარა ცხოველებს: ვირთაგვებს, თაგვებს, კატებს, ძაღლებს, ფანტასტიურ მხეცებს, ფრინველებს, მწერებს, ადამიანის ფიგურებს, ძაფებს, მავთულებს, მო-

ნეტებს, კედელზე კინემატოგრაფიულად ცვალებად სურათებს და ა. შ.

მეორე ადგილი შეხების (ლიტინი, სხეულზე ცოცვის შეგრძნება, ჩხვლეტა, კბენა) და სმენის (ხმაური, რეკვა, თოფის სროლა. ყვირილი, სიტყვები და ცალკეული ფრაზები) ჰალუცინაციებს უჭირავთ. ცნობიერება სავსეა ცვალებადი. სიზმრისებრი, უცნაური, ხან შემაშინებელი, ხან სასაცილო განცდებით. ღამით, როდესაც შიში და ჰალუცინაციები ძლიერდება, ავზნებაც იმატებს, ავადმყოფებს გაქცევის სურვილიებადებათ, თვითმკვლელობის ცდას, საშიშ და აგრესიულ საქციელს აქვს ადგილი.

ფიზიკურ სიმპტომთაგან ყველაზე უწინ თვალში გვეცემა საერთო კანკალი, მეტადრე ხელებში გამოხატული, ძლიერი ოფლიანობა, უძილობა, ხშირი მაჯა, ტემპერატურის აწევა, ჩვეულებრივად არა უმეტეს 38°.ისა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა. ავადმყოფობის ხანგრძლიობა ორიდან ხუთ დღემდე განისაზღვრება. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში გარდატეხა ხდება უეცრად, ძილის შემდეგ; ავადმყოფი ნათელ ცნობიერებაში იღვიძებს, ავადმყოფური მოვლენები უეცრად ან თანდათანობით ისპობა. ავადმყოფობის შესახებ მოგონება ჩვეულებრივად შენახულია, ზოგჯერ მკაფიოდ, ზოგჯერ ხარვეზებით, ზოგიერთ შემთხვევაში სრულ ამნეზიას აქვს ადგილი. ზოგჯერ ავადმყოფობის ჩათავების შემდეგ რამდენიმე ხნის განმავლობაში აღინიშნება განცდილის მიმართ არაკრიტიკული დამოკიდებულება ან ცალკეული ბრდევითი წარმოდგენები— „ნარჩენი ბოდვა“, რომელიც ჩვეულებრივად მალე ქრება.

კ., 29 წლის, ცოლიანი, განათლება საშუალო. ბრალი ედება ქურდობაში.

გამოსაკვლევი პირის მამა ალკოჰოლიკი იყო, გარდაიცვალა თეთრი ცხელებით. ბებია, მამის ხაზით,—სულით ავადმყოფი. 16 წლის ასაკში კ-მ გადაიტანა პარტახტიანი ტიფი. 4 წლის შემდეგ მსუბუქად იყო კონტუზირებული. გულყრები არ აქვს. ვენერულ დაავადებებს უარყოფს.

ხასიათით ყოველთვის ფიცხი, ბრაზიანი იყო. გაჯავრების დროს ზოგჯერ ტანსაცმელს იგლეჯდა, ამტვრევდა ქურქელს. უკანასკნელ

წლებში კიდევ უფრო ფიცხი გახდა, სცემდა ცოლს. ასეთ შემთხვევებში მის მიერ ჩადენილი ცუდათ ახსოვდა.

ალკოჰოლს 16 წლიდან ეტანება, სვამს თითქმის ყოველდღე 1—1½ ბოთლ არაყს. დილით თუ არ დალია, მუშაობა არ შეუძლია — უკანკალებს ხელები. 6 თვის წინ, ძლიერი სმის შემდეგ, ღამე მოესმა ხმები; დილით ჩაის დროს ქიქის კიდეზე ორი წითელქუდიანი ეშმაკი დაინახა, რომლებიც ქიქიანად იატაკზე გადაადგოდნენ. ძილის მომგვრელი წამლის მიღების შემდეგ ყველაფერი გაიარა.

ინსტიტუტში შემოსვლის დროს (დაპატიმრებიდან 3 დღის შემდეგ) აზნეულია, გარემოში ვერ ერკვევა, სადღაც მიისწრაფის, საცვლებს იხევეს. აქვს ჰალუცინაციები: ფანჯრიდან დაინახა, რომ მოჰკლეს მისი ცოლი და მოჰკვეთეს მას თავი; მის ვაჟიშვილს პულეროზატორით შეასხეს ბენზინი და წაუქიდა ცეცხლი; ხედავს ბევრ წითელ კიბოს, რომლებიც წყალში ფუსფუსებენ. ეს წყალი კედელზე გაკეთებული ონკანებიდან გადმოდის; ხედავს, თითქოს პალატაში მისი სამსახურიდან ამხანაგები მოდიან, ესმის მათი ვანცხადება, რომ იგი მისდამი წაყენებულ ბრალდებაში დამნაშავე არ არის და დაუყოვნებლივ განთავისუფლებული უნდა იქნეს. თითქოს, საგანგებოდ გამოცემული გაზეთები იუწყებიან, რომ „ბანდიტ კ-ს დახვერეთის შესახებ ცნობა სწორი არ არის: კ. ბანდიტი არ არის, იგი დახვერეთილი კი არა, არამედ დაპატიმრებულია, იგი დამნაშავე არ არის, და მას მალე განთავისუფლებენ“. კარებისაკენ გარბის, რადგან ჰგონია, რომ კარების უკან ვიღაც დგას. ექიმს ვერ სცნობს. დროსა და გარემოში ვერ ერკვევა.

ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ აღენიშნება აჩქარებული მაჯისცემა, თვალის გუგები ნორმალური, მუხლის მყესთა რეფლექსები აწეული, გაშლილი ხელების თითთა კანკალი.

შემდეგი ოთხი დღის განმავლობაში ავადმყოფის ცნობიერების მდგომარეობა თანდათანობით უმჯობესდება. მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციები, რომლებიც უმეტესად სასამართლო საქმესა და ოჯახურ მდგომარეობას შეეხებოდა, სუსტდება. ქცევა უფრო მოწესრიგებული ხდება. ძილი ჯერ კიდევ ცუდი აქვს.

მეხუთე დღეს ცნობიერება ნათელი აქვს, ჰალუცინაციები არა აქვს. გადაყვანილია საერთო პალატაში. დელირიოზულ მდგომარეობაში განცდილის შესახებ მოგონება ბუნდოვანი აქვს.

კომისიის მიერ ცნობილია ქრონიკულ ალკოჰოლიკად, როგორც თეთრი ცხელება აქვს გადატანილი, შერაცხალია.

მოყვანილ შემთხვევაში ადგილი აქვს თეთრი ცხელების მდგომარეობის ნათელ სურათს: ცნობიერების აშლა, მხედველობითი და სმენითი უხვი და ძლიერ ცხოველი ჰალუცინაციები, მოუსვენრობა, შიში, მოძრაობითი აგზნება, უძილობა და კანკალი. როგორც ჩანს, ქრონიკული ალკოჰოლიზმით დაავადებულს ავადმყოფობა საპატიმროში განუვითარდა, არა იმდენად უალკოჰოლოდ უეცარი დარჩენის გამო, რამდენადაც ბრალდებით და პატიმრობით გამოწვეულ სულიერ აღელვებასთან დაკავშირებით. ისევე, როგორც სხვა შემთხვევებში, დაპატიმრების შემდეგაც განვითარებული თეთრი ცხელების ავადმყოფობა შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს და თავის შინაარსში (ბოდვასა და ჰალუცინაციებში) ასახავს განცდებს, რომლებიც სასამართლო საქმესთან და დაპატიმრებასთან არის დაკავშირებული. რამდენადაც ქრონიკული ალკოჰოლიზმი არ წარმოადგენს სულით დაავადებას, ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობით, და შერაცხადობას არ გამოორიცხავს, ხოლო სულით დაავადებას კი (თეთრი ცხელების ფორმით მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზი) დანაშაულის ჩადენის შემდეგ ჰქონდა ადგილი და იგი დროებით ხასიათს ატარებდა, გამოსაცდელი პირი, დანაშაულის ჩადენის მომენტში, შერაცხადად უნდა იქნეს ცნობილი.

დ) ალკოჰოლური ჰალუცინოზი თეთრ ცხელებასთან მჭიდროდ ნათესაურ კავშირშია.

ავადმყოფობა, ნათელი ცნობიერების დროს, სმენითი ჰალუცინაციებით და დენის ბოდვით იღვებით ხასიათდება. ავადმყოფობის სურათში ცენტრალური ადგილი უჭირავს სმენითი ხასიათის, მეტწილად „ხმების“ ფორმით, უმეტესად არასასიამოვნო შინაარსის უხვ ჰალუცინაციებს: ავადმყოფის მიმართ ლანძღვა, დაცინვა, მუქარა შეურაცხყოფა და ა. შ.

ბსენებულ ალქმის გაუქმდართებათა ნიადაგზე ვითარდება ბოდვითი. ცოტად თუ ბევრად დალაგებული იდეები, ავადმყოფს ეჩვენება. რომ მას თვალყურს ადევნებენ, უნდათ მისი დალუპვა, დაპატომრება, წამება, სიკვდილით დასჯა, რომ მის წინააღმდეგ არსებობს შეთქმულება, რომ მტრების ან ავაზაკების ბრბოს მისი გაჰარცვა, მოკვლა აქვს განზრახული, და ამის მიმართ ღებულობს სათანადო ზომებს და ა. შ.: ქცევა გარეგნულად ავადმყოფს მეტ-წილად წესიერი აქვს.

მიმდინარეობა მწვავეა. ავადმყოფობა ჩვეულებრივად რამდენიმე დღიდან 2—3 კვირამდე გრძელდება; მწვავე შემთხვევებს ეკუთვნის აგრეთვე ის შემთხვევებიც, რომლებიც 2—3 თვეს გრძელდება. უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში განკურნება თანდათანობითია. შემთხვევების 50%-ში სრული განკურნება ხდება, მაგრამ რეციდივებისადმი მიდრეკილება რჩება.

თეთრი ცხელებისაგან ალკოპოლური ჰალუცინოზი განირჩევა ნათელი ცნობიერებით. სმენითი ჰალუცინაციების სიკარბით და დალაგებული, ცოტად თუ ბევრად სისტემატიზირებული ბოდვით.

ჟ) კორსაკოვის ფსიქოზი, პროფ. ს. ს. კორსაკოვის მიერ 1887 წ. აღწერილი, მესხიერების, დახსომების უნარის დაკარგვით ხასიათდება. ავადმყოფი, თითქმის უცებ, ყველა მიმდინარე ამბავს. ყველაფერს, რაც მან ახლახან გადიტანა, ივიწყებს. მესხიერების ხარვეზები მრავალრიცხოვანი ურთიერთშემცვლელი ცრუ მოგონებებით ივსება.

ფიზიკურ სფეროში ხშირია პერიფერიული ნერვების მრავლობითი ალკოპოლური ანთების შემთხვევები.

ე) გაბმითი ლოთობა (დიფსომანია) წარმოადგენს ალკოპოლიზმის ყველაზე მძიმე ფორმას, რაც მაგარი სასმელებისაკენ უძლეველი მიდრეკილების პერიოდულად განმეორებადი შეტევებით ხასიათდება.

ჩვეულებრივ ალკოპოლიზმით დაავადებულთაგან განსხვავებით, დიფსომანები სვამენ მხოლოდ ავადმყოფობის შეტევის დროს და შეტევებს შორის ალკოპოლისადმი არაფითარ ლტოლვილებას არ განიცდიან, ანდა კრდევა ზიზღს გრძნობენ მაგარი სასმელების მიმართ. შეტევა ჩვეულებრივად წინამორბედი ფაზით იწყება

ასეთი არის: უმიზეზო კაეშანი, სიფიცხე, მოუსვენრობა, მუშაობისადმი უხალისობა, ფიზიკური უქეიფობა. ავადმყოფი ზოგჯერ მამართავს ღვინოს, მძიმე გუნებ-განწყობის შესამსუბუქებლად, უფრო ხშირად კი იწყებს სმას წინამორბედი ფაზის შემდეგ აღმოცენებულ ალკოჰოლისადმი დაუძლეველი მიდრეკილების გავლენით, რასაც იგი ამოად ებრძვის. ავადმყოფი რაკი დაიწყებს სმას, სვამს შეუკავებლად, იმპულსურად, თავს ანებებს მუშაობას, ივიწყებს თავის მოვალეობებს, ღვინის დაღვეისაგან თავის შეკავების შესახებ მიცემულ წინანდელ დაპირებებს; ღვინის შოენისათვის მზად არის ჩადინოს ყველაფერი, ბოროტმოქმედებაც-კი. გაბმით ლოთობის პერიოდის ბოლოში ხდება ორგანიზმის გაძღომა ალკოჰოლით, აღინიშნება საერთო სისუსტე, ცუდი ძილი, კანკალი. პირღებინება. პალუცინაციები, ზოგჯერ შეტევა თეთრი ცხელებით მთავრდება. ნათელი შუალედები რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე გრძელდება, ზოგჯერ-კი ერთ წლამდე და უფრო მეტიც.

პ., 50 წლის, ქვრივი, დაბალი განათლებით, დიასახლისი. ბრალი ედება რსფსრ ს.ს. კოდექსის 162 მუხლით*.

პ-მ ერთ-ერთ მეზობელს, სახლში მისი არყოფნის დროს დაუუკეტავი ოთახიდან მოჰპარა დაბამბული საბანი და ქუჩაში თითქმის მუქთად გაყიდა, რომ თავისთვის არაყი ეყიდა.

ავადმყოფობის ისტორიის მონაცემების თანახმად, ავადმყოფი საერთოდ ჯანმრთელი, თანაზიარი და მზიარული იყო. სვამს უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში ქმრის სიკვდილის შემდეგ, როცა მარტოობისაგან გაბეზრებული კაეშანს მიეცა. პირველ ხანს ცოტას და იშვიათად სვამდა, შემდგომ ნელ-ნელა უმატა, ყოველ დღე და ბევრის დაღვეა დაიწყო.

თანდათანობით მისმა ლოთობამ უსწორო პერიოდული ხასიათი მიიღო (დროგამოშვებით ძლიერ სვამდა. . შემდეგ, თავს ცუდად. იგრძნობდა და ღვინით დაკმაყოფილების გრძნობა ჰქონდა, იშვიათად და მცირე დოზებით სვამდა), წლების განმავლობაში კი თანდათანობით პერიოდულ მძიმე გაბმით ლოთობაში გადავიდა. უფრო მეტ ხანს პ. არ სვამს და ღვინისაკენ ლტოლვილებას არ

* საქ. სსრ ს.ს. კოდექსის 177 მუხლი.

გრძნობს, ასეთ დროს მისთვის თავისი ლოთობის შესახებ მოგონება უსიამო და სამარცხვინო არის. ასეთი პერიოდი ჩვეულებრივად ორ-სამ თვეს გრძელდება. შემდეგ რაიმე მიზეზის გარეშე ეწყება სევდიან-შფოთიანი, აგზნებადი გუნებ-განწყობა და გაურკვეველი ხასიათის უქეიფობა. აღეძრება ყნოსვითი ჰალუცინაციები ყველ-გან გავრცელებული ღვინის სუნის სახით. დაებადება დაღე-ვის სურვილი, რაც იმდენად ძლიერი ხდება, რომ პ-ს მას-თან ბრძოლა არ შეუძლია და იგი იწყებს სმას. სვამს ერთბაშად ბევრს, შეუკავებლად, ხარჯავს მთელ თავის ფულს ლოთობაში, ყიდის თავის ან თავისი ბავშვების ნივთებს. გაბმით ლოთობა ჩვე-ულებრივად ერთ კვირამდე გრძელდება და ღვინით გაძლომის და მისდამი ზიზღის, საერთო სისუსტის გრძნობებით, უძილობით და კოშმარებით თავდება. რამდენიმეჯერ, ლოთობასთან დაკავშირე-ბით, გამოსატყუილებლად იგზავნებოდა სპეციალურ პუნქტზე და მოკლე ხნით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იყო მოთავსებული. ქურდობას ადგილი ჰქონდა გაბმითი ლოთობის პერიოდში, რაც დანაშაულის ჩადენამდე რამდენიმე დღით ადრე დაეწყო.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს აღენიშნება გულის მხრივ ყრუ ტონები, გუგები თანაბარი აქვს, სინათლეზე რეაქცია და-მაკმაყოფილებელია. მყესთა რეფლექსები აწეული. ცნობიერება ნათელი. ფორმალური გონებრივი ფუნქციები (მეხსიერება და მო-საზრება) რამდენამდე დაწეულია. ზედმეტ სიფიცხეს და ემო-ციურ აგზნებადობას იჩენს. გამოსაკვლევია პირი მტირალაა, და-დარდიანებულია ბრალდებით, ეშინია პასუხისმგებლობის. ქცევა წესიერი აქვს.

კომისიის დასკვნა: შეურაცხადია, საჭიროა იძულებითი მკურ-ნალობისათვის მოთავსებულ იქნეს ფსიქიატრიულ საავადმყო-ფოში.

ალკოჰოლიზმის პროფილაქტიკა და მკურნალობა. ალკოჰო-ლიზმთან ბრძოლა უნდა წარმოებდეს უმთავრესად შრომისა და ყოფა-ცხოვრების გაჯანსაღების დარგში ანტიალკოჰოლური აღზრ-დისა, სანიტარული განათლებისა, მოსახლეობის კულტურული დონის ამაღლების და სასარგებლო გართობის ორგანიზების გზით.

პირადი პროფილაქტიკის მხრივ საყურადღებოა გარშემო მყოფთა მაგალითი და წესიერი აღზრდა.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობა გულისხმობს ალკოჰოლის აღკვეთისა და ხანგრძლივ, ერთ წლამდე, სპეციალურ სტაციონარულ სამკურნალო-შრომითი რეჟიმით, ფსიქოთერაპიით, ფიზიკური მეთოდებით აღკვეთილ დაწესებულებებში მოთავსებას. ან ამბულატორიულად (ჰიპნოზი და ა. შ.) მკურნალობას.

§ 2. მორფინიზმი

ალკოჰოლის შემდეგ, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე გამანადგურებლად მოქმედ შხამთა შორის, მეორე ადგილი მორფიუმს უჭირავს. მისი ბოროტად გამოყენების საბაზია ის გარემოებაა. რომ მორფიუმი ნეტწილ ადამიანებში იწვევს ისეთ განსაკუთრებულად აწეულ გუნებ-განწყობას, რომლის დროს ქარწყლდება ყოველი უსიამო შეგრძნება (ტკივილი, დაღლილობა და ა.შ.) და აგრეთვე მძიმე ფსიქიკური განცდები (კაეშანი, დანაღვლიანება. დარდი, შიში).

მორფიუმის, როგორც ტკივილის გამაყუჩებელი საშუალების ხმარების საშიშროება მისდამი სწრაფ და უძლეველ შეჩვევაში მდგომარეობს. ჩვეულებრივად, მორფიუმი კანქვეშ შეჰყავთ, შავნი კი ძალიან იშვიათად აძლევენ.

მორფიული ნარკომანიის განვითარებისათვის ხელშემწყობ მიზეზთა შორის მნიშვნელობა აქვს მორფიუმის პროფესიულ. მისაწვდომობას. მორფინიზმით დაავადებულთა დაახლოებით ნახევარი სამედიცინო პროფესიის პირებია. მორფინიზმით დაავადებულთა რიცხვის მნიშვნელოვანი ზრდა ჩვეულებრივად მაგარი სასმელების გაყიდვის აკრძალვის პერიოდში, ომის დროს და მსგავს შემთხვევებში აღინიშნება.

სიმპტომები. მორფინიზმის სიმპტომატოლოგიაში არჩევენ

- 1) მორფიუმის ქრონიკული ბოროტი გამოყენების მოვლენებს და
- 2) მისგან თავშეკავების (აბსტინენციის) მოვლენებს.

მორფიუმის ქრონიკული ბოროტი გამოყენების დროს აღინიშნება მთელი რიგი ცვლილებები, რომლებიც ფსიქიკის სხვადასხვა

მხარეს ეხება: მებსიერების შესუსტება, დაღლილობის მკვეთრი გაძლიერება და გონებრივი შრომისუნარიანობის დაცემა, ფხუკიანობა, დადარდიანებული, იპოქონდრიული გუნებ-განწყობა და განსაკუთრებით ნებელობისა და ხასიათის სფეროში ცვლილებები. ავადმყოფები ეგოისტური, ოჯახისადმი, თავიანთ მოვალეობებისადმი, საზოგადოებადმი უყურადღებონი ხდებიან, უხეში და უსუფთაო არიან, ცრუობენ, ინიციატივის და სიბეჯითის დაქვეითებას ააშკარავენ.

სომატური სფეროს მხრივ ცვლილებები, უწინარეს ყოვლისა, საერთო ნაკვებობის დაქვეითებაში, გახდომაში გამოიხატება; მკრთალი, ღუნე, დაჩირქებისადმი მიდრეკილი კანი აქვთ, საკმლის მომწელებელი ორგანოების, გულის, სისხლძარღვებისა და სქესობრივი ორგანოების მხრივ მთელი რიგი მოშლილობები აღენიშნებათ.

ა ბ ს ტ ი ნ ე ნ ც ი ის მოვლენები ჩვეულებრივად მორფიუმის ინექციების შეწყვეტიდან 5—6 საათის გავლის შემდეგ მკლავდება. აღინიშნება საერთო მოღუნება, მკვეთრი დაღლილობა, მთქნარება, ცხვირისცემინება. ხველება, ცრემლდენა, ოფლის გაძლიერებული დენა, შემაწუხებელი მოუსვენრობა, მკვეთრი გულის ძერა. ტკივილები კუჭში. მადის დაკარგვა, ფაღარათი, თავის ტკივილი და მთელი რიგი ავადმყოფური და უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულში, მყარი უძილობა, რომლის თავიდან აცილება არავითარი ძილის მომგვრელი საშუალებებით არ შეიძლება. ავადმყოფები იგზნებიან, ფიცხდებიან, კენესიან ხან სტირიან და ვედრებით ითხოვენ მორფიუმის ინექციის გაკეთებას, ხან კი უხეშად ლანძღავენ ექიმებს და პერსონალს. მორფიუმის შეყვანის შემდეგ ყველა ეს მოვლენა სწრაფად ქრება.

მიმდინარეობა. მოწამვლის მოვლენები ჩვეულებრივად მორფიუმის ხმარების დაწყებიდან ნახევარი წლის ან ერთი წლის შემდეგ ვითარდება. გახანგრძლივებული მორფინიზმის დროს, ჩვეულებრივად, თანდათანობით საერთო ფიზიკური დაქვეითების (მარაზმის) მდგომარეობა ვითარდება.

პროგნოზი მეტწილ შემთხვევებში ცუდია, რადგან ავადმყოფები თითქმის ყოველთვის იძლევიან რეციდივებს. მყარ განკურნებას შედარებით იშვიათად აქვს ადგილი.

მორფინიზმის მკურნალობა მდგომარეობს მორფიუმისაგან გადაჩვევაში. რადგანაც ავადმყოფებს თვით არ შეუძლიათ ნარკო-

ტიკების ხმარებას თავი დაანებონ, ეს გადაჩვევა უნდა ტარდებოდეს დახურული ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში, შინაურ პირობებში-კი ეს მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებშია შესაძლებელი.

§ 3. კოკაინიზმი

კოკაინი სამედიცინო პრაქტიკაში შემოღებულ იქნა გასული საუკუნის 80-იან წლებში მორფინიზმით დაავადებულთა გადაჩვევის მიზნით მორფინისაგან, კოკაინით მისი შეცვლის გზით. ასეთი შეცვლის ძლიერ ცუდმა შედეგებმა ძალიან მალე აიძულეს ხელი აეღოთ ასეთ პრაქტიკაზე. კოკაინიზმს ხელს უწყობდა აგრეთვე ნარკოტიკის ხმარების შედარებით უფრო ადვილი ხერხი: ფხვნილის სახით ცხვირით შეყნოსვა, მაშინ. როდესაც მორფიუმი კანქვეშ შეიშხაპუნება.

არჩევენ კოკაინით მწვავე მოწამვლას (კოკაინურ სიმთვრალეს) და მის ქრონიკულ ბოროტად ხმარებას.

კოკაინური სიმთვრალე აწეული, მხიარული გუნებ-განწყობით, მოძრაობით, ყბედობით, ყურადღების ატაცებულობით და სისუსტით ხასიათდება. აგზნებულობის პერიოდს, დათრგუნვილობა, ძლიერი ფიზიკური და სულიერი დაღლილობა, მოსაზრების უნარის დაკარგვა, უნებისყოფობა მოჰყვება.

ზოგჯერ ან ორ პერიოდს შორის „კოკაინური ბოდვის“ ფაზა აღინიშნება: შიში, წუხილი საშინელი ჰალუცინაციები, დევნის იდეები, რაც აიძულებენ სუბიექტს გაიქცეს, თავი შეაფაროს ან მოჩვენებით მდევრებს ბრძოლა გაუმართოს.

კოკაინით ქრონიკული მოწამვლის სიმპტომები თანდათანობით ფსიქიკური და ფიზიკური დეგრადაციის განვითარებაში გამოიხატება.

კოკაინიზმით დაავადებულთა დეგრადაცია, რაც შედარებით ჩქარა ვითარდება, მეხსიერების დასუსტებაში, გონებრივი მუშაობის უნარის დაკარგვაში გამოიხატება; ავადმყოფები ემოციურად და ზნეობრივად ჩლუნგდებიან, კოკაინის მოთხოვნების დაკმაყოფილების გულისათვის საძრახისი ან დანაშაულებრივი ქმედობის (ქურდობა, ფულის გაფლანგვა) ჩამდენნი ხდებიან.

მიმდინარეობა. კოკაინისადმი მიჩვევა შედარებით მალე ხდება, და ავადმყოფები იძულებული არიან გაადიდონ დოზა. მორფიუმთან შედარებით, კოკაინისაგან თავის შეკავება გაცილებით უფრო ადვილია.

მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს დახურული ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. ყველა შემთხვევაში კოკაინის აკრძალვა ერთბაშად უნდა ხდებოდეს.

§ 4. ნარკომანიების ჯგუფის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

ნარკომანიების ჯგუფის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა უმთავრესად იმ განსაკუთრებულად დიდი და მნიშვნელოვანი როლით განისაზღვრება, რომელსაც სასამართლო-ფსიქიატრიაში ალკოჰოლი ასრულებს. რაც შეეხება მორფინიზმს და კოკაინიზმს, უნდა ითქვას, რომ ამჟამად მათი მნიშვნელობა მცირეა.

ალკოჰოლის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა დამოკიდებულია როგორც მის ფართო გავრცელებისაგან და მისაწვდომობისაგან, ისე მის მიერ გამოწვეულ ავადმყოფურ მდგომარეობათა ხასიათისაგან.

მთელ რიგ, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულ ავადმყოფურ მდგომარეობებში, სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ეს, უწინარეა ყოვლისა, გამოსახული ორგანული პროცესის მქონე ქრონიკული ალკოჰოლური ფსიქოზებია (მაგალითად, კორსაკოვის ფსიქოზი). რომელთა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა (მათი იშვიათობის გამო) მცირეა. ასეთ შემთხვევებში შერაცხადობა გამოირიცხება და სამედიცინო ზომების შეფარდება არის ნაჩვენები. ცოტად თუ ბევრად ქრონიკული მიმდინარეობის მქონე დაავადებებიდან ექვიანობის ალკოჰოლური ბოდვაც წარმოადგენს აშლილობას, რომელიც აპირობებს შეურაცხადობას და სერიოზული სამედიცინო ხასიათის ზომებს მოითხოვს.

ამ ჯგუფსვე ეკუთვნის ტიპობრივი დიფსომანია (გაბმით ლოთობა), რაც ალკოჰოლისადმი პერიოდული უძლეველი

იმპულსური მიმზიდველობით და ღოთობის შეტევის დროს მთელი ფსიქიკური მდგომარეობის მკვეთრი ცვლილებით პერიოდულ ფსიქოზს უთანაბრდება და ბუნებრივად გამორიცხავს შერაცხადობას იმ ქცევების მიმართ, რომელნიც გაბმით ღოთობის პერიოდში იყო ჩადენილი. დანარჩენ დროს, შეტევის გარეშე, დიფსომანი შერაცხადად უნდა ჩაითვალოს.

მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზები — თეთრი ცხელება და ალკოჰოლური ჰალუცინოზი — ჩვეულებრივად შერაცხადობას გამორიცხავს იმ შემთხვევაში, თუ დანაშაული ავადმყოფობის პერიოდში და მისი გავლენით არის ჩადენილი. წარსულში, დანაშაულამდე, თუნდაც არაერთხელ განმეორებული მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზი არ შეიძლება შეურაცხადობის ცნობის საფუძვლად იქნეს ცნობილი. ასევე უნდა ითქვას მწვავედ მიმდინარე თეთრი ცხელების მდგომარეობათა შესახებ, რაც დანაშაულის ჩადენის შემდეგ საპატიმროში ყოფნის დროს წარმოიშეება.

გაცილებით უფრო დიდ სიძნელეებს წარმოადგენს ის შემთხვევები, რომლებიც ეხება: 1) სიმთვრალის მდგომარეობას, 2) ალკოჰოლური წარმოშობის ფსიქიკის სწრაფად გარდაქმნულ აშლილობას და 3) სხვადასხვანაირი ხარისხის ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს.

სიმთვრალე, რსტსრ სისხლის სამართლის კოდექსის 1926 წლის რედაქციის თანახმად. შერაცხადობას არ გამორიცხავს. მე-11 მუხლს, რომელიც გამორიცხავს სასამართლო-გამასწორებელი ზომების გამოყენებას ფსიქიკური მდგომარეობის მიხედვით, თანდართული აქვს შენიშვნა, სადაც ხაზგასმულია, რომ „მოცემული მუხლის მოქმედება არ ვრცელდება იმ პირებზე, რომლებმაც დანაშაული სიმთვრალის მდგომარეობაში ჩადინეს“.

თავისთავად ცხადია, რომ ამ კანონს უბრალო სიმთვრალე აქვს მხედველობაში, თუნდაც მძიმე ხარისხისა და არ ეხება პათოლოგიური სიმთვრალის შემთხვევებს, რომლებიც უბრალო სიმთვრალისაგან არა რაოდენობრივად, არამედ ხარისხობრივად განირჩევა და წარმოადგენს ფსიქიკის დროებით აშლილობას, რაც თავის მოქმედებებში ანგარიშის გაწევის და მათზე ხელმძღვანელობის უნარიანობას გამორიცხავს.

პათოლოგიური სიმთვრალე მძიმე დანაშაულისათვის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ხშირ და მნიშვნელოვან საბაბს და იმავე დროს დიაგნოსტიკისათვის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ძნელ ავადმყოფურ მდგომარეობას წარმოადგენს. „ეპილეფსიური“ ტიპით მიმდინარე პათოლოგიური სიმთვრალე ცნობიერების ღრმა შეცვლითა და მშფოთარე უაზრო-აგრესიული ქცევით, რაც ზოგჯერ დაპატიმრების შემდეგაც გრძელდება და ბოლოვდება ღრმა ძილით, ჩვეულებრივად განიხილება, როგორც აშკარა ავადმყოფური მდგომარეობა.

პათოლოგიური სიმთვრალის განმასხვავებელი ნიშნების მნიშვნელობა საერთოდ ძალიან შედარებითია. ამ ნიშნებიდან ზოგიერთი (ცნობიერების შეცვლა, მოგონებების უქონლობა, უაზრო ქცევა და სხვა) „ნორმალური“ თრობის სურათშიც შედის. სხვა ნიშნები, მაგალითად, ალკოჰოლის მცირე რაოდენობის მიღების შემდეგ პათოლოგიური დათრობა ან თრობის ფიზიკური ნიშნების უქონლობა, ხშირად არ აღინიშნება; ზოგჯერ შებრუნებული მოვლენებიც გვხვდება, რომლებიც დათრობის პათოლოგიურ ხასიათში ექვის მიტანის უფლებას მაინც არ გვაძლევს. დიაგნოზი სხვადასხვანაირი პირობებისა და მომენტების (პირადი)—კლინიკური, სასამართლო,—მთლიანი შეფასების საფუძველზე ისმება.

პათოლოგიური სიმთვრალე, რაც ფსიქიკის ფუნქციების დროებით მოშლილობას წარმოადგენს, შერაცხადობას გამოირიცხავს იმ შემთხვევებში, როდესაც დანაშაული ამ ავადმყოფურ მდგომარეობაში იყო ჩადენილი.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმი სასამართლო ფსიქიატრიის მხრივ კიდევ უფრო ხშირ და მნიშვნელოვან სიძნელეს წარმოადგენს. იმ შემთხვევებში, როდესაც საქმე მძიმე ქრონიკულ ავადმყოფებს არ ეხება, საკითხი შერაცხადად მიჩნევით წყდება.

მძიმე შემთხვევებში გადამწყვეტი მნიშვნელობა პიროვნების ცვლილების ხარისხსა და ხასიათს უნდა ჰქონდეს. როცა პიროვნების დეგრადაცია იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ სულით ავადმყოფობასთან შეიძლება იყოს გათანაბრებული, შერაცხადობა გამოირიცხული უნდა იქნეს.

მორფინიზმის, კოკაინიზმის და სხვა ნარკომანიების სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა, როგორც ეს აღნიშნული იყო, ალკოჰოლიზმთან შედარებით უფრო მცირეა. ამჟამად ნარკომანები შედარებით იშვიათად ხდებიან სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ობიექტებად, რაც უეჭველად ნარკოტიკების გავრცელებასთან აქტიური ბრძოლის შედეგს წარმოადგენს. ნარკომანების დანაშაული ძალიან ნაირსახოვანია და რაიმე სპეციფიკურს არ წარმოადგენს, თუ არ ჩავთვლით აფთიაკებიდან ამა თუ იმ ნარკოზის მისაღებად ყალბი რეცეპტების გაკეთებას.

ნარკომანია არ წარმოადგენს სულით დაავადებას, ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით და შერაცხადობას არ გამოიციხავს. ზოგი მწვავე მდგომარეობის დროს, მნიშვნელოვანი ნარკომანიული დეგრადაციის შემთხვევებში, შეიძლება წარმოიშვას და დადებითად იქნეს გადაჭრილი ჭაკითხი შეურაცხადობის შესახებ. ამას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი, როდესაც მორფიული ან კოკაინური „შიმშილის“ დროს დანაშაული მხოლოდ აგზნებადი საშუალების დაუძლეველი და მწვავე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად არის ჩადენილი (ყალბი რეცეპტის გაკეთება, ქურდობა, თაღლითობა და სხვ.). აქ მხედველობაში მიიღება ნარკოზისადმი მიჩვევის სიმძიმე და სიღრმე, პიროვნების საერთო დეგრადაციის არსებობა. მძიმე შემთხვევაში შერაცხადობა გამოირიცხება და ნაჩვენებია სამედიცინო ზომების მიღება.

შეურაცხადობა უნდა იქნეს დადგენილი აგრეთვე საერთო ფსიქიკური მოშლილობის—მორფიული თეთრი ცხელების ან კოკაინური ბოდვის მდგომარეობაში ჩადენილი დანაშაულის შემთხვევებში, თუ ისინი საკმარისი სიზუსტით არიან დადგენილი.

რაც შეეხება საერთოდ კოკაინურ სიმთვრალეს, იგი არ შეიძლება საფუძვლად იქნეს მიღებული შეურაცხადად ცნობისათვის.

ფსიქოპათიები

ფსიქოპათიები ტემპერამენტის და ხასიათის ანომალიებს წარმოადგენენ, რომლებიც ბიოლოგიურ უკმარობის ნიადაგზე, გარეშე ფაქტორების მნიშვნელოვანი მონაწილეობით ყალიბდებიან.

ფსიქიკურ დაავადებათა შესახებ მოძღვრებაში, დაავადებათა ფორმების კლასიფიკაციაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ავადმყოფობის პროგრესული მიმდინარეობის არსებობა ან არარსებობა, მაგალითად, შიზოფრენია ან პროგრესული დამბლა პიროვნების მნიშვნელოვან რღვევას იწვევს, ამასთან ერთად, პიროვნებაში შეაქვს რალაც თვისობრივად ახალი, გარკვეულად აქვეითებს მას. ფსიქოპათიებს ავადმყოფობის პროგრესულობის ეს ნიშანი არა აქვთ. მართალია, სხვადასხვა გარეშე პირობის ზეგავლენით, ფსიქოპათები თავიანთი მდგომარეობის მნიშვნელოვან ცვლილებებს ამჟღავნებენ, მაგრამ ეს ავადმყოფური პროცესის, როგორც თვით ავადმყოფობის კანონზომიერი მიმდინარეობის შესახებ ლაპარაკისათვის, საფუძველს არ იძლევა.

ფსიქოპათია თვით პიროვნების თავისებურებებში და არა პიროვნებაზე მოქმედ რაიმე ავადმყოფობაში გამოიხატება. ამიტომ ფსიქოპათებში ფსიქიკურ ავადმყოფობათვის დამახასიათებელი ნიშნები (სიმპტომები), მაგალითად, კეუასუსტობა, კემშარიტი ბოღვითი იდეები, ცნობიერებისა და მეხსიერების მოშლილობანი არ აღინიშნებიან.

ფსიქოპათიების მიზეზები. ჩვეულებრივად, ფსიქოპათიების წარმოშობაში უპირატეს როლს თანდაყოლილ და მემკვიდრეობით ფაქტორებს მიაკუთვნებდნენ. ეს თვალსაზრისი, ფსიქიატრიის სხვადასხვა ბურჟუაზიული სკოლის მიერ ცალმხრივი განხილვით წარმოდგენილი, იწვევდა ფსიქოპათიების არასწორ გაგებას — თითქოს

ისინი მთლიანად კონსტიტუციით პირობადებულ და ამიტომ უცვლელ და აუშორებელ მდგომარეობებს წარმოადგენდნენ. გარეშე ფაქტორებს, რომლებიც ფსიქოპათიური პიროვნების ჩამოყალიბებაში უდიდეს როლს ასრულებენ, სათანადო ანგარიშს არ უწევდნენ. ისინი უმთავრესად, განიხილებოდნენ როგორც ფსიქოპათიური წინასწარგანწყობის რეალიზებისათვის ხელშემწყობი პირობები.

ფსიქოპათიებისათვის ჩვეული ბიოლოგიური უკმარობა შეიძლება გამოიხატებოდეს, მაგალითად, ემოციების, მიზიდულებათა, გულისწადილის სისუსტეში ან იმპულსების, მიზიდულებათა სიქარბეში და ემოციების გადამეტებულ ინტენსივობაში. ფსიქოპათიები შეიძლება განირჩეოდნენ თავიანთი მოთხოვნილებებისა და გრძნობების შეკავების დაწეული უნარით და ფსიქიკური მდგომარეობის გადაქარბებული მერყეობით. ბევრი ფსიქოპათი ფსიქიკურად ნაკლებად გამძლეა და ცხოვრების ცვალებად პირობებს ცუდად ეგუება.

ბიოლოგიური უკმარობის ნიშნები თავისთავად ფსიქოპათიური პიროვნების ჩამოყალიბებას არ იწვევს. ფსიქოპათიის წარმოშობა განსაზღვრული ხასიათის განვითარებას, პიროვნების ჩამოყალიბებას ნიშნავს, რაც ყველა პირობაში არ შეიძლება იქნეს განხილული, როგორც ადამიანის ბიოლოგიური თვისებები. ფსიქოპათიების ჩამოყალიბებაში გადამწყვეტი როლი გარეშე პირობებს (გარემოს) ეკუთვნის.

სწორედ ამიტომ ფსიქოპათია არ არის რაიმე ფიქსირებული, უძრავი. წინდაწინ არ შეიძლება იმის თქმა, თუ როგორ წავა ფსიქოპათიური პიროვნების განვითარება. რადგან ფსიქოპათიური გამოვლინებანი არა შინაგანი, თვითგამომავალი პროცესით იქმნებიან, არამედ არასრულფასოვანი პიროვნების რეაქციით მისთვის მოცემულ სიტუაციაზე. განსაზღვრულ ხელსაყრელ პირობებში ფსიქოპათიური ანომალიები ჩანასახში რჩება და ფსიქოპათიურ ხასიათად არ გადაიქცევა. სიცოცხლის განმავლობაში ფსიქოპათიური ანომალიები გარეშე პირობების ზეგავლენით შეიძლება გაძლიერდეს ან შესუსტდეს.

ადამიანის ხასიათის რთული თვისებები, მისი მორალური სახე, ყოველთვის სოციალური წარმოშობისაა. ადამიანის სოციალურ ინტერესთა და ღირებულებათა დონე, მისი მორალური სახე არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება იყოს განმარტებული ამ დეკონსტიტუციური ბიოლოგიური თვისებებით. ამ დებულებისდა მიუხედავად, რეაქციული იდეალისტური თეორიები ფსიქიატრიაში და ზოგ სხვა მეცნიერებაში ადამიანის პიროვნების და ადამიანთა ურთიერთობის ბიოლოგიურ განმარტებას იცავდნენ.

ფსიქოპათიების შესახებ მოძღვრებაში ისეთ ფორმებს გამოყოფდნენ, როგორიცაა „საზოგადოების მტრები“, „ანტისოციალური“, „მატყუარები და თაღლითები“, „მემკვიდრეობით მაწანწალები და მეძავეები“.

აღწერილი იყვნენ მბრძანებლობის, უკიდურესი ეგოიზმის, გულქვაობის თვისებათა მქონე ფსიქოპათები, ფსიქოპათები-ინდივიდუალისტები. რეალობას მოწყვეტილნი, სხვა ადამიანთა მიმართ თანაგრძნობისა და სიბრალულის გრძნობას მოკლებულნი, საზოგადოების ინტერესების გარეშე მდგომნი; ფსიქოპათები-მოშურნეები, პირმოთენი, ხარბნი, მესაკუთრენი. კონსერვატორები, ფარისევლები. ყველა ეს „ფსიქოპათიური“ ნიშანი, როგორც პიროვნების ბიოლოგიური თვისებები, საზოგადოებრივ-ისტორიულ მოვლენებთან რაიმე კავშირის გარეშე განიხილებოდნენ, თუმცა ზემომოყვანილი იმაზე მიგვითითებს, რომ ყველა ეს თვისება ადვილად იქმნება კაპიტალისტურ საზოგადოებაში, სადაც პიროვნების ინტერესები სოციალურ ინტერესებს ქარბობს.

ზურჯუაზიულ მეცნიერებაში სოციალურ მოვლენათა ბიოლოგიაცია სხვადასხვანაირ ფორმებს ღებულობს. მისი ძირითადი დანიშნულებაა — დაამტკიცოს ბიოლოგიური, სტიქიური, ინსტიქტური ადამიანის უპირატესობა ცხოვრებაში სოციალურ, საზოგადოებრივად მოწესრიგებულ, შეგნებულ ადამიანზე. ამის გამო, იგი ნებას გვაძლევს, განვიხილოთ კაპიტალიზმის გარდუვალი თანამგზავრი — მორალურ ღირებულებათა დაცემა და დანაშაულებრივობა — რო-

გორც თანდაყოლილი ფსიქოპათიური ანომალიების შედეგი. ამ ფსევდორმეცნიერულ შეხედულებათა თანახმად, ბევრი ფსიქოპათი თითქოს სპეციფიკურად წინასწარ იყოს განწყობილი ანტისოციალური ქცევებისადმი, ყოფა-ქცევის დანაშაულებრივი გეჟის თითქმის გადაუვალი ამორჩევისადმი. სინამდვილეში კი დანაშაულებრივი მიდრეკილებანი, რეციდივიზმის მოვლენები, თუ ისინი ფსიქოპათს აღენიშნებოდა, ისევე არ შეიძლება ბიოლოგიური წინასწარგანწყობით იქნან გაპირობებული, როგორც არ შეიძლება წარმოიშვას ნერვული სისტემის ბიოლოგიურ თავისებურებათაგან ისეთი მაღალი მორალური თვისებები, როგორიცაა პატრიოზმი, შრომითი ენთუზიაზმი.

ფსიქოპათების ფორმები

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ყველაზე უფრო ხშირად მერყევი, ინპულსური, ჰიპერთიმიული, დეპრესიული, პარანოიული და ასთენიკური ფსიქოპათები გვხვდებიან*.

მერყევი ფსიქოპათები. ფსიქოპათიის ამ ფორმის დროს კარგად გამოხატული ფსიქიკური მერყეობა. ნებელობითი რეგულაციის, შეკავების ძლიერ სუსტ უნარიანობასთან ერთად აღინიშნება. მერყევი ფსიქოპათებს შორის შეიძლება შეგვხვდეს კვიანი, შთაბედილებანი, მკვირცხლი ადამიანები, რომელნიც ამისდა მიუხედავად, მწუხარებას და სიხარულს ძლიერ ზერელედ, წამიერად განიცდიან და რომელთაც დიდხანს რაიმეზე შეჩერება არ შეუძლიათ. მათ

* ფსიქოპათების ფორმების აღწერისას ხშირად აგზნებადი ფსიქოპათების ცალკე ჯგუფი გამოიყოფა, მაგრამ აფექტური აგზნებადების მხოლოდ ამ ერთი ნიშნის არსებობა აო არის საკმარისი. ფსიქოპათის დამოუკიდებელი ფორმის გამოყოფისათვის. აგზნებადობა (ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით) კოლერეკული ცემპერატურისათვის არის დაზახასიათებელი. აგზნებადობა, როგორც თითოეულ მკირე საბაზე აფექტური აფეთქების მოცემისათვის მზადყოფნა, სხვადასხვაგვარ ფსიქოპათების დროს აღინიშნება, მაგალითად, მერყევი, ინპულსური, ჰიპერთიმიულ და ასონიურ ფსიქოპათთა ნაწილს ახასიათებს. აგზნებადობა ინტენსიანობისა და ნევრასთენიკებისათვის არის დამახასიათებელი (იხ. ნევროზები), ფსიქოპათებისა და ნევროზების თავისებურებათა შესწამისად აგზნებადობა სხვადასხვა ელფერს ლებულბა.

გუნებ-განწყობა ძლიერ იოლად ეცვლებათ, თავის გადაწყვეტილებებს თითქმის დაუფიქრებლად ცვლიან. მერყევი ფსიქოპათები ყოველთვის მიმდინარე ამბების შთაბეჭდილების ქვეშ იმყოფებიან. გარეშე სიტუაცია მათ გაიტაცებს. ისინი ახალი გეგმებით აინთებიან, უცხო გავლენის ქვეშ ადვილად მოექცევიან, მაგრამ მათგან ისევე ადვილად თავისუფლდებიან. მერყევი ფსიქოპათები მუშაობაში ხშირად კარგ უნარიანობას და ნიქს ამელავენებენ, მაგრამ მუშაობისადმი ინტერესი მალე ეკარგებათ, ისინი დაუდევრები ხდებიან.

ეს ფსიქოპათები მეტწილად თვინიერნი, გულკეთილნიც კი არიან. ისინი მალე აიგზნებიან, მაგრამ უსიამოვნო ეპიზოდს იეიწყებენ, მეგობრულ ურთიერთობას ალადგენენ, გულლია ხასიათის არიან, ნდობას ადვილად იმსახურებენ. ატყუილებენ რა სხვებს, თვითონ ისინიც ტყუვდებიან, რადგან მათ თვითონ სჯერათ თავიანთი დაპირებები და იმ წუთს გულწრფელ განზრახვებს გამოთქვამენ.

ფსიქოპათები თავის გულის წადილს წინააღმდეგობას არ უწყევენ და არახელსაყრელ გარეშე პირობებში სააზარტო თამაშით, გარყვნილებით გატაცება იციან, ნარკოზულ საშუალებებს მიმართავენ და მათ მალე ეჩვევიან.

იმპულსური ფსიქოპათები. ამ ფსიქოპათებისათვის საერთო თვისებას არადიფერენცირებული იმპულსების, გრძნობების, მიზიდულებების სიქარბე წარმოადგენს, მათი შეკავების, რეგულაციის სისუსტის არსებობის დროს. ხასიათით იმპულსური ფსიქოპათები მეტწილად აქტაურები არიან, თუმცა თავის განზრახვების განსორციელებაში მოუთმენლობას იჩენენ. აუექტის ზეგავლენით ისინი აგრესიისადმი, ნგრევითი მოქმედებისადმი არიან მიდრეკილნი, ზოგჯერ დიდხანს ვერ მშვიდდებიან. მათ ცხოვრებაში დიდ როლს პრიმიტიული მიზიდულობანი ასრულებენ, ისინი კვების, სქესობრივი გრძნობის, მოძრაობების შეზღუდვას ცუდად იტანენ. ზოგ იმპულსურ ფსიქოპათს (მეტწილად ახალგაზრდა ასაკში) არამკაფიო, არაგაფორმებული გულისწადილები, გამოურკვეველი დაძაბულობის მდგომარეობა წარმოეშვება, რაც მათ ამ მდგომარეობიდან გამოსვლის საშუალებების ძებნას აიძულებთ, მოუსვენრობას და „გან-

ტვირთვის“ მოთხოვნილებას იწვევს. მაგალითად, ნგრევითი აგრესიული ხასიათის მოქმედებამ, შეიძლება, მათში შემსუბუქების გრძნობა გამოიწვიოს.

ზოგ შემთხვევაში იმპულსური მიზიდულობები და მოქმედებები გუნებ-განწყობის აშლილობებთან არის დაკავშირებული. ამ შემთხვევებში ისინი ყველაზე უფრო ხშირად იმპულსურ მოხეტიალობას იწვევენ. გარემო საძულველი ხდება, თავს იჩენს სხვაგან წასვლისადმი დაუძლეველი მიდრეკილება, ამასთან, მატერიალური პირობები, პროფესიული ინტერესები, პირადი სიმპათიები უგულვებელყოფილია.

იმპულსური ფსიქოპათიების მიზიდულობანი ზოგჯერ გამოსახულ აგრესიულ კომპონენტებს შეიცავენ, რასაც შეიძლება ისეთი სექსუალური მოქმედებები მოჰყვეს, როგორიც არის გაუპატიურება, ჩხვლეტა), სადისტური მკვლელობანი („მკვლელობით დატკობა“).

კ., 28 წლის, მტვირთავი მუშა; გაცდენასა და სამუშაოდან თვითნებურად წასვლაში არაერთხელ ედებოდა ბრალი. ბავშვობაში იგი „ავი“ ბიჭი იყო, ყოველთვის გაჰქონდა თავისი. მშობლები უთმობდნენ მას, არ უნდოდათ მისი დასჯა, მისი სურვილების შეზღუდვა, რადგან ასეთ შემთხვევაში იგი „გაშმაგდებოდა“, ხმის ჩახლეჩამდე ყვიროდა, ფეხებს აბაკუნებდა, სულ მთლად ოფლიანდებოდა. სახლში მისი გაჩერება შეუძლებელი იყო, იგი შეუმჩნეველად გარბოდა, იმ შემთხვევაშიაც კი, თუ შინ დარჩენა მკაცრად ნაბრძანები ჰქონდა. მშობლები აღნიშნავენ, რომ ბავშვი ბეტისმეტად მოძრავი, აქტიური იყო, სულ „აქეთ-იქით დაჰქროდა“ იგი ორჯერ. გადმოვარდა ხიდან, იხრჩობოდა წყალში. 8 წლის ასაკში ჯიბის დანა დაარტყა თავის დას, ბიჭებთან ჩხუბში უშიშრად იქცეოდა. აგრესიულ რეაქციებისადმი მზადყოფნა შემდეგშია შესრჩა. თავის თავს იგი ყოველთვის მართლად თვლიდა. მილიციაში ორჯერ წაყვანის შემდეგ მას ქცევებში უფრო მეტი თავშეკავებულობა დაეცყო.

კ. ენერგიულად მუშაობდა, მაგრამ უსათუოდ რაღაცით უნდა გართულიყო, ბევრს სწევდა თამბაქოს, ბოლო დროს შეეჩვია არაყს. ტრაბახობს, რომ ყველა ამხანაგებს „ჯოზნის სმაში“. სიმთვრა-

ლემი იყო მზიარული, მღეროდა, გარშე მომყოფთ აცივდებოდა, ადვილად იგზნებოდა. სექსუალურ ცხოვრებაში უხეში და თავშეუქცევბელი იყო.

ინსტიტუტის განყოფილებაში იგი ხმაურობდა, ხმამალა იცინოდა, დაჟინებით მოითხოვდა გაძლიერებულ კვებას, მოითხოვდა, რომ ერთ თვეზე მეტი იქ იგი არ გაეჩერებინათ, იმუქრებოდა, რომ გაამტვრევდა კარებს და წავიდოდა.

კ. შერაცხადად იქნა ცნობილი, დიაგნოზი — ფსიქოპათია.

ჰიპერთიმიული ფსიქოპათები* მეტწილად რამდენიმედ აგზნებულ აფექტურ მდგომარეობაში იმყოფებიან. ისინი მოქმედებისადმი აწეულ მიზიდულებას იჩენენ, სხვადასხვა ამბავზე სწრაფ და უშუალო რეაქციას იძლევიან. მათი მოძრაობები, მიმიკა, მეტყველება, გრძნობები ექსპანსიურ ფორმაში გამოვლინდება.

ფსიქოპათების ჰიპერთიმიულობა სანგვინიკურ ტემპერამენტთან არ უნდა აგვერიოს. პავლოვის კლასიფიკაციის თანახმად, სანგვინიკებს აგზნებადობისა და დამუხრუჭების ერთნაირად კარგად გამოხატული პროცესებით „ძლიერი ნერვული სისტემა“ ახასიათებთ. სანგვინიკი — პიროვნების ნორმალური გაწონასწორებული-აქტიური ტიპია. ჰიპერთიმიული ფსიქოპათები კი თავისი ძალების ხარჯვაში ერთგვარ არაპროდუქტიულობას, რეაქციების სიჭარბეს, ზოგჯერ მოუსვენრობას იჩენენ. ისინი გარშემო მყოფთათვის თავისი მოუსვენარი საქმიანობისა და ლაქლაქის გამო მომქანცველები არიან.

ყველა ამასთან ერთად, ჰიპერთიმიული ფსიქოპათები ჩვეულებრივად თანაზიარი, გულმტკიენეული, სანდომიანი არიან. მათ შეუძლიათ გატაცებით იმუშაონ და თავისი აწეული აქტივობა საკმარისად სასარგებლოდ დახარჯონ. მათი ინტერესები რეალურია, ხშირად ისინი გულწრფელი და პირდაპირი არიან, თავიანთ აზრებსა და სურვილებს წრფელად გამოსთქვამენ, მაგრამ თავშეკავების, ზომიერებისა და საკმარისი ტაქტის გრძნობას მოკლებული არიან. ისინი თავიანთ ხშირად აწეულ მიზიდულებებს ადვილად ემორჩილებიან, აფექტურ აგზნებადობას ამტლავნებენ:

* სიტყვა-სიტყვით — გადაპარებულად აფექტურები.

ჰიპერთიმიული თვისებები აწეული თვითგარძნობის, მზიარული, აწეული გუნებ-განწყობის ელემენტს აუცილებლად როდი შეიცავს. ეს აფექტური იერი უდარდულობასთან, ატაცებულობასთან ამორჩეული კცევის მერყეობასთან, თავისი შესაძლებლობებისა და უნარიანობის გადაფასებასთან ერთად, ჰიპომანიაკალურ მდგომარეობას ჰქმნის (იხ. მანიაკალ-დეპრესიული ფსიქოზი). ჰიპერთიმიული ფსიქოპათები ჰიპომანიაკალობის ამ თვისებებს არ ამტკიცებენ, თუმცა ამ ორი მდგომარეობის ურთიერთ გამიჯვნა ყოველთვის არ არის შესაძლებელი.

დეპრესიული ფსიქოპათები ყოველთვის ან პერიოდულად უმიზეზო დათრგუნვის, გარემოთი და თავისი არსებობით უკმაყოფილების მდგომარეობაში იმყოფებიან. ისინი ზოგჯერ თავიანთ თავს ცხოვრებისათვის უვარგისებად, საზოგადოების და ახლობლების ტვირთად თვლიან. ამ მდგომარეობაში ისინი რამდენადმე დუნე არიან, ფიზიკურ-ნებელობით სისუსტეს განიცდიან, თავის ჩვეულებრივ საქმეებს გაქირვებით ასრულებენ. დათრგუნვილი მდგომარეობისდა მიუხედავად, ისინი ხშირად შთაბეჭდილებიანი, გულშემატკივარი რჩებიან და ახლობლების მიმართ თბილ დამოკიდებულებას ინარჩუნებენ.

სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში უფრო ხშირად გვხვდებიან დეპრესიული ფსიქოპათები, რომელთა დათრგუნვილ გუნებ-განწყობას სევდი, დაუკმაყოფილებლობის, გაჯავრების ელფერი აქვს. თავისი ცუდი გუნებ-განწყობის მიზეზს ისინი ჩვეულებრივად გარეშე პირობებს, ახლობლების, თანამოსამსახურეების მოქმედებებს აწერენ. ისინი ყველაფრით უკმაყოფილონი არიან, ყოველი საბაბის გამო გაკიცხვას გამოსთქვამენ, ხშირად ანჩხლი, უნდობელი, არაკეთილის მოსურნე და იპვიანიც კი არიან. რადგან მათ სხვა ადამიანების კეთილი განზრახვებისა არა სჯერათ. ამ ფსიქოპათთაგან უფრო აქტიურები გარშემო მყოფთა საქმეებში დაჟინებით ერევიან, კონფლიქტებში მონაწილეობენ, ყველას კუის ღარიგებას ცდილობენ. ამ ჯგუფის ფსიქოპათები ხშირად ეპვიანად ეკიდებიან თავის ჯანმრთელობას, თავის ფიზიკურ შეგრძნებებს უურადლებას აქცევენ, მძიმე დაავადებებისა ეშინიათ. ამ იპოქონდრიული გამიზნულობის წყაროს შეიძლება ნამდვილი შინაგანი

შეგრძნებანი, შინაგანი ორგანოების მოქმედებისადმი აწეული გრძნობიერება წარმოადგენდეს. ეს შეგრძნებანი თვითგრძნობისა და ცული გუნებ-განწყობის საერთო კომპლექსში შემადგენელ ნაწილებად შედიან.

პარანოიული ფსიქოპათები. პარანოიული ფსიქოპათების ხასიათის მთავარი ნიშნები შემდეგია: ისინი ინერტულობას, ინტელექტის, ემოციების მოუქნელობას, ფსიქიკური გადართვის დაწეულ უნარიანობას ამჟღავნებენ. ესა თუ ის იღვწა დიდხანს, ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, ამ პირობათვის გაბატონებულ მდგომარეობას ინარჩუნებს. ყველა ინტერესი, ემოცია მასთანაა დაკავშირებული. ეს, ეგრეთწოდებული ზე ფ ა ს ო ვ ა ნ ი ი დ ე ბ ი ა. საჭიროა კიდევ დამატება, რომ პარანოიული ფსიქოპათები მიდრეკილი არიან სქემატურ აზროვნებისადმი, რაც მათ რეალურ სინამდვილისაგან სწყვეტს. ისინი თავიანთ შესაძლებლობებს გადააფასებენ, თავიანთ თავს სიმართლისათვის მეტრძოლებად თვლიან. მათთან უთანხმოებას ისინი განიხილავენ როგორც მათ მიმართ არაკეთილურთიერთობას, აღამიანებს უნდობლად, ეჭვიანად ეკიდებიან და თავიანთი უფლებებისათვის ბრძოლაში, თავიანთი „მტრების“ მხილებაში, თავიანთი გეგმებისა და გამოგონებების დაცვაში განსაკუთრებულ სიამოვნებას პოულობენ. სხვათა მტკიცებებს ისინი ყურს არ უგდებენ, რადგან თავის სიმართლეში, ალალმართლობაში აბსოლუტურად არიან დარწმუნებული.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დროს, ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება გამოგონებლობის, სოციალური გარდაქმნის („რეფორმატორობის“) იდეები: პარანოიული ფსიქოპათები თავიანთი სწრაფვების რეალიზაციისას დიდ აქტივობას იჩენენ, მათი ინტერესები და მოქმედება რეალურ სიტუაციასთან მკიდროდაა გადახლართული, ბრძოლის პირველ ეტაპებზე მათ ხშირად ნდობითა და ინტერესით ეკიდებიან. ზოგჯერ მათი გეგმები თანამედროვე მეცნიერულ ამოცანებს, ტექნიკურ ღონისძიებებს, მიმდინარე პოლიტიკურ ამბებს ეხება. ისინი დაუღალავად იბრძვიან თავისი იდეების განხორციელებისათვის, რომელთა შინაარსის უაზრობა ზოგჯერ უცბად არ ჩანს. ჩაიგდებენ-რა ხელში დადებით შეფასებებს, ეს ფსიქოპათები კიდევ უფრო მეტი დაჟინებით განაგრძობენ თავიანთი მიზნების მიღწევისათვის ბრძოლას.

მოდავეები (კვერულანტები) პარანოიული ფსიქოპათიების განსაკუთრებულ ჯგუფს შეადგენენ, თუმცა მოდავეობის ცალკეული ნიშნები და სწრაფვანი გზებებიან (ნაკლებად დამახასიათებელი ფორმებით) სხვა ფსიქოპათიების დროსაც. მოდავეობის მოღვაწეობის დასაწყისი ჩვეულებრივად დაკავშირებულია რეალურ შემთხვევასთან, რომელსაც ისინი განიხილავენ, როგორც მათი უფლებების უხეშ დარღვევას. ეს ფსიქოპათიები, მათი თითქოს შელახულ უფლებების აღდგენისათვის, სასამართლოს დადგენილების შეცვლისა და სასამართლოში სხვა პირების მიცემისათვის ხანგრძლივ ბრძოლას იწყებენ. ამ საქმეში წარუმატებლობის გამო, ისინი რწმუნდებიან, რომ მათ წინააღმდეგ მოქმედებენ არაკეთილის მოსურნენი (შესაძლებელია ნამდვილად არსებულნი, მაგრამ, რომელთაც ისეთი მნიშვნელობა არა აქვთ, რასაც ისინი მათ აწერენ). მათ სულ ახალ და ახალ ინსტანციებში შეაქვთ განცხადებები. ბრძოლის უწყალობა მათზე არავითარ გავლენას არ ახდენს. ისინი ცდილობენ სახელი გაუტეხონ მთელ რიგ პირებსა და დაწესებულებებს, რომელნიც, მათი აზრით, კანონებს არღვევენ. მათი მოდავეობა სულ მეტად და მეტად ღრმავდება, ისინი თავის შინაურ კანცელარიას ჰქმნიან, ქალაქებს ნომრად, ყდებში აკერებენ. გაგზავნილ განცხადებებისა და საჩივრების ასლებს იტოვებენ. სასამართლო მასალების ასლს იღებენ, თავის შუამდგომლობებს ერთდროულად რამდენიმე მისანართით ცენტრალურ გაზეთებში, იუსტიციის ორგანოებში, მთავრობის დაწესებულებათა ხელმძღვანელებს — უგზავნიან.

პარანოიული ფსიქოპათიები (მათ შორის მოდავენიც), თითქმის ყოველთვის გონებრივად შეზღუდული პირების შთაბეჭდილებას სტოვებენ. პარანოიული ფსიქოპათიების აბსტრაქტული გეგმები, გამომგონებლობის პროექტები, რეფორმატორული იდეები ცოცხალ შემოქმედების ნიშნებს მოკლებული არიან, ზოგჯერ ამ პირებს თავიანთ შეხედულებათა სისტემის გადმოცემით გარშემო მყოფნი მოკლე ხნით შეცდომაში შეჰყავთ, მაგრამ ჩქარა ერთისა და იმავე განმეორებით გარშემო მყოფებს ღლიან, მათი რესურსები მალე ამოიწურება და იდეების ერთგვაროვნობა, ინტერესების სივიწროვე და ცოდნის მცირე მარაგი შელანდება.

ფსიქოპათების პარანოიული იდეები უფრო ხშირად წარმოიშვებიან რაიმე გარეშე პირობის ზეგავლენით, რომელიც ამ ფსიქოპათების მცდარობას ხელს უწყობს ან მათში იწვევს შელახული სიმართლის გრძნობას.

კ., 37 წლის, პროფესიით ბუხჰალტერი. ბრალი ედება ხულიგნობაში, ვინაიდან მისი ქცევის ხასიათმა იქვე გამოიწვია მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, იგი გამოგზავნილი იქნა ექსპერტის ჩასატარებლად. იგი მთელ რიგ დაწესებულებებში ჯრიცხვ განცხადებებს გზავნის, გამუდმებით სასამართლო საქმეებს იწყებს, სასამართლოს შემადგენლობას აცილებას აძლევს, სასამართლოს შენობაში ჩხუბობს. ინსტიტუტში კ. ერთ განცხადებას მეორეზე ჰწერს. მან დაასახელა პირები, რომელნიც მისი შესვლადან „წამგლეჯობას, მოტყუებას, ქირდვას და დაცინვას, თვალის ახვევას, ახირებულობას, უყარათობას და პატიოსანი ხალხის გაბიაბრუებას“ ეწევიან. ამას იგი უმატებს, რომ „ამ, მის მიერ მხილებულმა პარანოიულმა ელემენტებმა“ შესძლეს მის წინააღმდეგ საქმის შეტრიალება.

მას, აგრეთვე სახალხო სასამართლოში შეაქვს განცხადება „ტრამვაის დეპოსაგან 30 მანეთის ანაზღაურების შესახებ. რომელიც მან ტრამვაის ვაგონში გასვრილ ტანსაცმლის გაწმენდაში გადაიხადა“. ამასთან იგი აცხადებს, რომ განცხადების პირს საკავშირო პროკურატურაში გზავნის, რადგან მწარე გამოცდილებით იცის, რომ მისი ძიება უშედეგოდ დარჩება.

ამის გარდა, იგი განცხადებას გზავნის, რომ დაწესებულებას გადახდებიან გასასვლელი დახმარება, ჩივის მისი სამსახურიდან დათხოვნის დროს დაწვებულ „კანონის აშკარა დარღვევას, გაქიანურებას,“ დაწვრილებით წერს, საქმის ყველა ინსტანციაში გავლის შესახებ, აღნიშნავს საქმის გარჩევის თარიღებს, თანდართულ მასალებს, გადაწყვეტილებებს, პროტესტებს, საპროცესო ხასიათის დარღვევებს, წინათ მის მიერ მოსამართლეებზე განცხადებულ აცილებებს. ყოველი წვრილმანი საქმე მის თვალში დიდ სახელმწიფო მნიშვნელობას იღებს. იგი უჩივის სკოლას, რომელმაც მისი ვაჟი-შვილი სასწავლო წიგნებით საცხებით არ დააკმაყოფილა (რის გამოც იგი იძულებული გახდა წიგნები საკუთარი ფულით შეეძინა);

ეს ძიება „განათლების სამინისტროს ბრძანების უმაგალითო დარღვევაზე“ მითითებით იწყება.

ერთ-ერთ თავის განცხადებას ინსტიტუტის დირექტორის სახელზე, იგი შემდეგი სიტყვებით ამთავრებს: „ჩემი არაქმედუნარიანად ცნობის შემთხვევაში, მე შევძლებ თქვენი ბუღლის მხილებას, რომელიც ჩემთვის მტრულად განწყობილ მფარველობის ქვეშ იმყოფება“.

ექსპერტიზის დროს კ-ს დაპატიმრების მომენტი სათვის სასამართლო ორგანოებში წარმოების სხვადასხვა სტადიაში იყო 13 საქმე, მის მიერ მოსკოვში აღძრული.

ბიოგრაფიული მონაცემებიდან ჩანს, რომ კ. უკვე 20 წლის ასაკიდან „თაღლითების, სახელმწიფო საკუთრების გამფლანგველების“ მხილებას ეწეოდა, სხვადასხვა თანამდებობის პირებზე განცხადებებს გზავნიდა. შემდეგ წლებში იგი ყველგან „უხეშ უწესრიგობებს ამელავნებდა“, საჩივრებს სწერდა, ყველასთან კონფლიქტში იყო, სამუშაო ადგილებს გამუდმებით იცვლიდა.

კ-ს ყველა ინტერესი ერთ დარგზეა თავმოყრილი. იგი თანის სასამართლო საქმეების შესახებ ხალისიანად საუბრობს, ხშირად ფორმალურ-ბიუროკრატიულ ტერმინებს, კანცელარიულ გამოთქმებს ხმარობს, მრავალ თარიღს, მიწერ-მოწერის ნომრებს, კოდექსების მუხლებს, ცირკულარებს, გაზეთის სტატიებს ასახელებს. იგი ჩაციებით ითხოვს მოუსმინონ მას, მაგრამ ისე დიდხანს ლაპარაკობს, რომ ყურადღებიან მსმენელებს ვერ პოულობს, ამის გამო ღიზიანდება, ჰგონია, რომ მას წინაწრახვით ეპყრობიან და ამიტომ მისი მტკიცებებით არ არიან დაინტერესებული.

მოდავეობითი განვითარების მძიმე ფორმის არსებობის გამო კ. შეურაცხადად იქნა ცნობილი.

ასთენიური ფსიქოპათია. სიტყვა „ასთენიურობაში“ აქტიურობას, ხასიათის სიმტკიცეს გულისხმობენ. „ასთენიურობა“ ხასიათის სისუსტეს, მერყეობას, არაამტანობას ნიშნავს. ასთენიურ ფსიქოპათიაში ეს მერყეობა ძლიერ არის გამოხატული, რის შედეგად ცხოვრებაში ყოველი ნაბიჯი, ყოველი ახალი ღონისძიება იწვევს მოუსვენრობას, თავის მოქმედებებში დაეჭვებას. ეს პირები

ძლიერ შთაბეჭდილებიანი არიან, ყოველი საბაბის გამო ავადმყოფურ რეაქციებს იძლევიან.

ხშირად ისინი მორცხვობას, გაუბედაობას იჩენენ, რაც მათ ძლიერ აწუხებთ. ხშირად ადვილად წითლდებიან. სხვადასხვა საბაბის გამო ისინი მზად არიან დაასკვნან, რომ მათზე რაღაც ცუდს ფიქრობენ.

მათ ჩვეულებრივად ცუდი ფიზიკური თვითგრძნობა აქვთ. გრძნობენ ფიზიკურ მოღუნებას, ნაკლებამტანნი არიან. ამგვარად, ასთენიურ ფსიქოპათებს ფსიქო-ფიზიკური ტონუსის შესუსტება აღენიშნებათ. მათი მიზიდულებანი სუსტად არის გამოხატული, ხოლო შემაკავებელი იმპულსები, თვითკონტროლი, თვითდაკვირვება გაძლიერებული აქვთ. მათი ემოციურობა სისრულეს და სიძლიერეს არის მოკლებული, მაგრამ აწეული გრძნობიერების გამო იგი მწვავეა. მრავალი ასთენიური ფსიქოპათი, მორცხვი და გაუბედავია, მათ საკუთარი ასრუფასოვანობის გრძნობა აქვთ, რომელიც დიდებისა და ძლიერების შესახებ ფანტაზიით და ზოგჯერ ხელოვნური უხეშობითა და სითამამით არის კომპენსირებული. შიშს, რომ მათ ნაკლოვანებებს, (რომლებსაც ასთენიური ფსიქოპათები ძალზე აზვიადებენ) გარშემო მყოფნი შენიშნავენ. შეუძლია მათში ბუნებრივ გამოვლინებათა შეფერხება გამოიწვიოს მიმიკაში, ემოციებში, სექსუალურ ცხოვრებაში. უხერხულობა მოძრაობებსა და სიარულში.

ასთენიკის შფოთვიან-ექვიანმა ხასიათმა შეიძლება თავისი ჯანმრთელობის შესახებ შიში, მოუსვენარი ზრუნვა გამოიწვიოს. ისინი თვალყურს ადევნებენ თავისი გულის მუშაობას, მაჯის ცემას, სხვადასხვა შინაგან შეგრძნებას, რითაც უმნიშვნელო დეტეტებს აძლიერებენ, ამკვიდრებენ, თავისი მუდმივი ყურადღებით შინაგან ორგანოთა მუშაობის ავტომატიზმს არღვევენ.

მუდმივმა მოუსვენრობამ და ექვიანობამ ასთენიკებში შეიძლება გამოხატული ნევროზის ხარისხს მიაღწიოს, როცა შეცდომის ჩადენის შიშით გადაისინჯება თითოეული მოძრაობა. მაგალითად, ავადმყოფი, რომელიც ტრამვით ნაცნობი მიმართულებით მიდის, ექვიანობს, იმ ტრამვაიში ჩაჯდა იგი თუ არა, იმ მიმართულებით მიდის თუ არა, იმ გაჩერებაზე ჩამოვიდა თუ

არა და ა. შ.; სახლიდან გამოსვლისას რამდენიმეჯერ ბრუნდება იმისათვის, რომ გასინჯოს, დაკეტა მან კარები თუ არა; ფულის დათვლის დროს იგი ანგარიშის სისწორეში დარწმუნებული არ არის და იძულებულია სულ ახლად და ახლად გადათვალოს ფული.

ასთენიკებს აკვიატებული იდეების, აკვიატებული მოქმედებების (აკვიატებულობის ნევროზი) წარმოშობა ალენიშნებათ. ავადმყოფი გრძნობს დაუძლეველ მოთხოვნილებას — განსაზღვრული უაზრო მოქმედებები შეასრულოს, გონებაში სიტყვების უაზრო შეუღლებანი განიმეოროს, თავისი ნაბიჯები, სახლებში ფანჯრები დათვალოს, სახლში განსაზღვრული წესით შევიდეს, ჩაცმისა და გახდის დროს მოძრაობათა რაიმე განსაკუთრებული რიტუალი შეასრულოს. ავადმყოფს კარგად ესმის აკვიატებულ წადილების უაზრობა; იგი მათ როგორც რაღაც ნაძალადევს, უცხოს აღიქვამს, მაგრამ მათი დაძლევა მას არ შეუძლია.

ზოგმა ასთენიურმა ფსიქოპათმა თავისი რბილი ხასიათის, გაუბედაობის მიუხედავად, განსაკუთრებით არახელსაყრელ სიტუაციაში, აფექტის ხანგრძლივი დატვირთვის დროს, შეიძლება უეცრად მოგვეცეს მისთვის არაჩვეული მძაფრი განტვირთვა. ასეთ შემთხვევებში ხანგრძლივი პასიურობა შეუკავებელი აგრესიით შეიცვლება.

დ., 23 წლის, სტუდენტი, ბრალი ედება 50 წლის მამინაცვლის მკვლელობის ცდაში. დანაშაული ჩადენილი არის ბინაზე, სადაც იმ დროს მამინაცვალი და გერი ერთად ცხოვრობდნენ.

დ-მ თავი დამნაშავეთ იცნო და თქვა, რომ მას მთელი ღამე არ ეძინა, მამინაცვლის მიმართ სიძულვილს განიცდიდა, და რადგან მის ღესპოტიზმს ვერ შეეგუა, მისი მოკვლა გადაწყვიტა.

ინსტიტუტში დ. საკუთარი თავის შესახებ შემდეგ ცნობებს იძლევა: იგი ყოველთვის სუსტი იყო. მას აკლდა გამბედაობა, იგი თავის ამხანაგებს ჩამორჩებოდა და იტანჯებოდა ამით, თავის თავს ტუქსავდა. სისხლის დანახვას ვერ იტანდა. ხანდახან მას ეჩვენებოდა, რომ იგი ფილტვების, გულის სერიოზული სნეულებით არის დაავადებული. იგი ფიქრობდა, რომ მას არ შეხედება ისეთი

ქალიშვილი, რომელიც მის შეყვარებას შესძლებს. იგი გამუდმებით ანალიზს უწევდა თავის გრძნობებს, ქცევებს, მეტი ცოდნა და ჩვევები უნდოდა შეეძინა, იმისათვის, რომ გარშემო მყოფთა შორის ავტორიტეტი დაემსახურებია.

მამინაცვალთან დაძაბული დამოკიდებულება ჰქონდა. დედას იგი უყვარდა, მაგრამ მას სახლში დაქვემდებარებული ადგილი ეკავა. ხუთმეტი წლის ასაკში დ. უკვე თავისი ხასიათის ყველა თვისებას ამჟღავნებდა. გულჩათხრობილი, გაუბედავი იყო. იგი ხშირად ისეთი საქმეების გამო ყოყმანობდა, რაც სხვებისათვის სრულიად ჩვეულებრივი იყო. „მეზობლები ამბობდნენ, რომ ჩემი ხმა არ ისმის, შინ ვარ თუ არა — არ იცოდნენ. მამინაცვალი ბევრს ქეიფობდა, ხშირად ღამე შინ არ მოდიოდა, მაგრამ როდესაც მოდიოდა რაღაც საშინელი იწყებოდა. დედის საყვედურს იგი ჩხუბით უპასუხებდა, ამტვრევდა ქურქელს, ავეჯსა და ყველაფერს, რაც კი ხელში მოხვდებოდა. ასეთ შემთხვევებში მე სახლიდან გავრბოდი, საღმე კუთხეში მივიმალებოდი, ეტეროდი და ყვიროდი“.

სალამოს სკოლის უკანასკნელ კურსზე დ-მ თავისი მომავალი ცოლი გაიცნო. „იგი პირველი ქალიშვილი იყო, რომელთანაც ერთად მე გასართობად დავდიოდი, მაგალითად, კინოში“. მაგრამ მამინაცვალს ის ქალიშვილი არ მოეწონა და იგი უხეშად ცდილობდა მათი ურთიერთობა შეეწყვიტა. დ-ს ეშინოდა — ეთქვა მამინაცვლისათვის, რომ ისინი უკვე დაქორწინებული იყვნენ, და ცოლისაგან ცალკე ცხოვრებას განაგრძობდა. მკვლევრობის ცდის დროს დ. ცუდად გრძნობდა თავს: სტკიოდა თავი, პატარა ტემპერატურა ჰქონდა (37,2° — 37,6°). გული ერეოდა, აციებდა. სალამოს ოჯახში ისევ უსიამოვნება განმეორდა. დანაშაულის შესახებ იგი შემდეგს მოგვითხრობს: „ეს ნახევრად ბურანის მდგომარეობა იყო... მთელი ღამე ხან დაწვევბოდი, ხან დავდიოდი ოთახში; თამბაქოს ბევრს ვწევდი, ყველაფერზე ვფიქრობდი, ხოლო მოკვლას კი არ ვაპირებდი. გათენებისას საპირფარეშოში წავედი, შემდეგ... ტალანში ნაჯახს მოვკარი თვალი... ავიღე იგი ხელში... არ მჯეროდა... ავიღე ნაჯახი... თავი რომ გამეწვალებინა, წავედი იმ ოთახში... რამდენჯერ დავარტყი და სად, არ მახსოვს...“

გამოსაკვლევე პირი საშუალო ტანისაა, გამხდარი, ბავშვური ანაგობის, კანი აქვს ფერმკრთალი, სახეზე თმიანობა ნაკლებად გამოხატული, ბოქვენზე — ქალური ტიპის. გამოკვლევის დროს კიდურებისა და სახის კუნთების კანკალი, ადვილად ვითარდება მთელი სხეულის კანკალი, ოფლიანობა. პულსი მერყევი აქვს, ადვილად გამოიწვევა მისი აჩქარება.

გამოსაკვლევე პირს ცნობიერება ნათელი აქვს, თავის მდგომარეობაში კარგად ერკვევა, ხალისიანად და დაწვრილებით იძლევა ცნობებს თავის შესახებ. თხრობის დროს ლელავს, მთელი სხეულით კანკალებს, პულსი უხშირდება.

ინსტიტუტში დ. შერაცხადად არის ცნობილი. ამასთან ერთად, აქტში აღნიშნულია გამოსაკვლევე პირის ხასიათის ასთენიური ნიშნები, მისი სულიერი მდგომარეობა, რომელმაც იგი იფექტურ განტვირთამდე მიიყვანა.

ფსიქოპათიების დინამიკა

ფსიქოპათიების მიმდინარეობის შესახებ ლაპარაკი იმ თვალსაზრისით, რომლითაც ეს ცნება იხმარება ფსიქიკური დაავადების დროს, შეუძლებელია. განვითარების ანომალიები, მათ შორის ფსიქოპათიები, არ შეიცავს დაავადებისათვის დამახასიათებელ დასაწყისს, განვითარებასა და დასასრულს. ფსიქოპათიური ნიშნების სიმკვეთრე, ფსიქოპათიური ხასიათის გამოვლინების ფორმა დიდად არის დამოკიდებული გარემო ზეგავლენისაგან ზე, მართებული იქნება, ვილაპარაკოთ ფსიქოპათიების დინამიკაზე, განვითარებაზე და არა მათ მიმდინარეობაზე. თვით ფსიქოპათიის ცნების დინამიკური ხასიათი საბჭოთა ფსიქიატრიის მიერ არის დადგენილი (განუშვინი, კრასნუშვინი და სხვ.), კაპიტალისტურ ქვეყნების ლიტერატურაში მიღებულ ფსიქოპათიის სტატიკურ, ვიწრო-ბიოლოგიურ გაგებისაგან განსასხვავებლად.

ფსიქოპათიური ნიშნების შამაკავებელ ან ნებაზე მიმშვებ პირობების დიდი მნიშვნელობა დასტურდება იმით, რომ მრავალ ფსიქოპათს ქცევის ორი შესაძლებელი ფორმა უყალიბდება: თავიანთ ოჯახში ისინი აგზნებადობას, უხეშობას იჩენენ, სხვა წრეში კი ისინი მშვიდი, თავშეკავებული, მოკრძალებული არიან; ზოგი

მათგანი სამსახურში თავისი ხელქვეითების მიმართ დესპოტიზმს იჩენს, ხოლო თავის ოჯახში ამ როლს სხვას უთმობს; თვითონ კი რბილი, მოკრძალებული და მზრუნველია.

მძიმე სიტუაციაში ფსიქოფათიური ნიშნები გამწვავებას იძლევა. ამიტომ დაპატიმრების პერიოდში და სხვა მძიმე პირობებში, ხშირად პათოლოგიური სიმპტომების სიმყარისა და სიღრმის შესახებ ცრუ შთაბეჭდილება იქმნება.

ბევრ შემთხვევაში ფსიქოპათებს კომპენსაციის ცრუ ფორმები, თვითდამტკიცება თანდათანობით უფითარდებათ. ამას ზოგი ფსიქოპათის ავადმყოფური აგზნებადობის დემონსტრირების სურვილი ეკუთვნის („მე ჩემი თავის პასუხისმგებელი არა ვარ“); ისინი თავიანთ წარუშარებლობის მიზეზს არა თავიანთ თავში, არამედ სხვებში ეძებენ. თავის შინაგან უშინაარსობას ისინი მედიდური და მაღალფარდოვანი ლაპარაკით ავსებენ.

მაგრამ ზოგ შემთხვევაში აღსაწინააღმდეგოა კეშმარიტი კომპენსაციის ფორმები, — ფსიქოპათიური მიზიდულებანი, ტემპერამენტის თავისებურებანი და მისი. მიზანშეწონილად ჩაირთვებიან სასარგებლო მოღვაწეობაში, დადებით მიმართულებას იღებენ.

ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ფსიქოპათის მდგომარეობა და ქცევა ბევრ რამეში არის დამოკიდებული მის ინტერესთა და ღირებულებათა დონისაგან, იმ უცხოვრებითი მიზნებისაგან, რომლებსაც ფსიქოპათი ისახავს, მისი მსოფლმხედველობისაგან.

სასამართლო-ფსიქიატრიული დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ზოგჯერ არახელსაყრელი პირობების გავლენით ფსიქოპათები (განსაკუთრებით იმპულსურნი, დისთიმურნი და ასთენიურნი) თავიანთი მდგომარეობის მკვეთრ გამწვავებას იძლევიან, რაც ზოგჯერ ფსიქოზს ემიჯნება. ისინი თავისი თავის ხელმძღვანელობის უნარს დროებით კარგავენ, არაკრიტიკულად იქცევიან. მათი ფსიქოპათიური თვისებები არამც თუ ძლიერდება, არამედ ახალ მიმართულებას იღებს, გამოვლინდება ქცევების პათოლოგიური მოტივები, ხდება პიროვნების დროებითი დაქვეითება, გაუხეშება, რის დროსაც ბატონდებიან პრიმიტიული აფექტები და მიზიდულებანი; ფსიქოპათიური რეაქციების ეს ფორმები სხვადასხვაა. ამ რეაქციის მარტივი სახე შემდეგ შემთხვევაში ჩანს.

დ., 23 წლის, ექსპერტიზაზე ქურდობასთან დაკავშირებით იმყოფებოდა. იგი საკუთარი თავის შესახებ შემდეგ ცნობებს იძლევა: ბავშვობაში ჯანსაღი იყო, კარგად სწავლობდა, ხასიათით ცოცხალი, მხიარული, თანაზიარი იყო. ორჯერ გათხოვდა, ქმრებთან ცუდი ურთიერთობა ჰქონდა (ამაში იგი ბრალს ქმრებს სდებდა). ობიექტურად ცნობილია, რომ იგი ერთ და იმავე საშუალოზე დიდხანს არ ჩერდებოდა, ხშირად ჰქონდა კონფლიქტები, ხასიათი უხეში, ადვილად აგზნებადი იყო. ინსტიტუტში ყოფნის დროს იგი თამამი, ჭირვეული, ემოციურად მერყევია, საექსპერტო განყოფილების რეჟიმს არღვევს. თავის მდგომარეობას სწორად აფასებს, ეჭიმებთან თავაზიანია, ხალისიანად მოუთხრობს მათ თავის შესახებ. ფანტაზიებისადმი მიდრეკილებას ამჟღავნებს. როგორც ფსიქოპათი, რომელსაც ინკრიმინირებული მოქმედების დროს ფსიქიკური დაავადება არ აღენიშნებოდა, იგი შერაცხადალ იქნა ცნობილი.

ციხეში ყოფნის შემდეგ პერიოდში, ჯერ კიდევ სასამართლომდე, მისი ქცევები მკვეთრად არაადეკვატური გახდა. ხმაურობდა, ყვიროდა, აგრესიული, ცინიკური იყო, ტანსაცმელს იხდიდა, შიშვლდებოდა, ყლაპავდა საპონს, პატარა-პატარა ნივთებს, ცდილობდა თავის ჩამოხრჩობას, გამომძიებელს იგი ერთმანეთის საწინააღმდეგო, ფანტასტიკურ ცნობებს აწვდიდა. მისი ქვევა ცვალებადი, მოუწესრიგებელი იყო. იგი ხან მშვიდდებოდა, ხუმრობდა, პირობას იძლეოდა, რომ წესრიგს დაიკავდა, ხან ტიროდა, ისტერიულად ხარხარებდა, ხან უხეშად ითხოვდა ნარკოტიკებს, საჭმელზე უარს ანებობდა, შეკითხვებზე აღარ პასუხობდა, ყვიროდა, ხმაურობდა, შიშვლდებოდა, ექსპერტიზაზე ხელმეორედ მოყვანისას იგი აგზნებული იყო, ხშირად სიცილს ცრემლებით ცვლიდა. გარშემო მყოფებს ემუქრებოდა. ადგილიდან წამოხტებოდა, ბევრსა და უწესრიგოდ ლაპარაკობდა. მის ყოფაქცევაში თეატრალიზაციის, ხაზგასმული სითამამის ელემენტები აღინიშნებოდა, მაგრამ მას რაიმე მიზანდასახულობა, მოწესრიგება მაინც აკლდა. მისი ქცევები, რეაქციები ქაოსური იყო.

ამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა რეაქტიულ-ფსიქოპათიურ ძვრას, რომელიც ყოველ შემთხვევაში მის ციხეში ყოფნას შეუძლებლად ხდიდა საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ფსიქოპათების შერაცხადობის შესახებ საკითხში საერთო მიზანდასახულობა განსაზღვრულია მით, რომ ფსიქოპათია ტემპერამენტისა და ხასიათის თავისებურებებში გამოვლინდება, და არ წარმოადგენს პროგრესულ დაავადებას, რომელიც პიროვნებას პათოლოგიურად ცვლის, მით, რომ ფსიქოპათია ფსიქიკურ დაავადებას, ამ სიტყვის ვიწრო გაგებით, არ წარმოადგენს. მეტწილ შემთხვევებში ფსიქოპათებს თავიანთ მოქმედებათა სწორი შეფასებისა და მათზე ხელმძღვანელობის უნარი აქვთ.

ფსიქოპათიური ხასიათის ჩამოყალიბება განსაკუთრებულ სოციალურ პირობებში ხდება. კერძოდ, ანტისოციალური ხასიათის თვისებების მატარებელი ყოველი ფსიქოპათის ინდივიდუალური გზა აღზრდის უარყოფით პირობებს ამჟღავნებს, რომლებიც ამყნობდა ქცევის ამ ფორმებს და ხელს უწყობდა მათ დამკვიდრებას, ფსიქოპათების ანტისოციალური გამოვლინებიანი მათი ბიოლოგიური უკმარობიდან არ შეიძლება უშუალოდ იქნენ გამოყვანილი, არ შეიძლება განხილულ იქნენ როგორც „კრიმინალური წინასწარგანწყობის“ შედეგი.

ფსიქოპათიური ხაზების დინამიკურობა იმის მაჩვენებელია, რომ არასწორი რეაქციებისადმი მიდრეკილება, შინაგანი შეკავების უკმარობა, შეიძლება იქნეს დაძლეული, დისციპლინიზებული შრომითა და რეჟიმით, ე. ი. ისეთი პირობებით, რომლებიც მოწინააღმდეგეა ფსიქოპათიური თვისებების ჩამოყალიბებისა და გამომჟღავნების ხელშემწყობ პირობებისა.

ყველა ეს მოსაზრება საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ ფსიქოპათები, უმრავლეს შემთხვევაში, შერაცხადად უნდა იქნენ ცნობილნი.

შეურაცხადი ფსიქოპათების რიცხვს ზოგიერთი პარანოიული პიროვნება ეკუთვნის. მაგრამ მაინც, ამ ჯგუფს არ შეიძლება მივაკუთვნოთ ყველა ზეფასოვანი იდეისა და მოდავეობითი პარანოიული განწყობის მქონე ფსიქოპათები. ამ ფსიქოპათების ნაწილი,

კონკრეტულ მოთხოვნილებათა ფარგლებს არ სცილდება, თავისი ექვემდებარებისა და მოთხოვნილებების გაფართოებისადმი მიდრეკილნი არ არიან. ისინი ზოგჯერ გარშემო მყოფებზე ზეგავლენის დემაგოგიურ ხერხებს, ნაცად მუქარასა და ცილისწამებას მიმართავენ, ამასთან, თავისი დაუსჯელობის შესახებ აზრს ეჩვენებენ. ახალ პირობებში (მაგალითად, ექსპერტიზის ჩატარების პერიოდში) ისინი ისე შთანთქმული არ არიან თავიანთი იდეებით, თავიანთი განცდებისა და ბრძოლის წრეში ახალ პირებს აღარ ითრევენ, სიტუაციის სათანადო შეფასებას იჩენენ. მსგავს შემთხვევაში შესაძლებელია მათი შერაცხადად ცნობა.

შეურაცხადად ცნობის შესახებ გადაწყვეტილება აგრეთვე შეიძლება იქნეს გამოტანილი ისეთი ფსიქოპათების მიმართ, რომელთაც ხასიათის ღრმა ანომალია ინტელექტუალურ უკმარობასთან, უკრიტიკობასთან აქვთ შერწყმული. ზოგიერთი მათგანი მკვეთრად გამოსახული ფსიქოპათიური ნიშნების მქონე მსუბუქ დებილების ჯგუფს შეიძლება იქნეს მიკუთვნებული.

ბოლოს, შეურაცხადობას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი ასაკობრივი ცვლილებების დროს, რომლებიც ზოგჯერ ხასიათის ფსიქოპათიურ თვისებებს მკვეთრად აძლიერებს. ასეთ შემთხვევებში ფსიქოპათიური ჩაიებისა და სხვადასხვა ექსცესისადმი მიდრეკილბასთან ერთად, კრიტიკისა და ქცევის რეგულაციის მოშლა აღინიშნება.

სხვა, საკმაოდ იშვიათ, შემთხვევებში ფსიქოპათების შეურაცხადად ცნობა დაიშვება მათი ფსიქოპათიური მდგომარეობის მკვეთრი გამწვავების დროს, თუ ეს გამწვავება ჩადენილი დანაშაულის მომენტს ემთხვევა. როგორც წესი, ასეთი გამწვავება რაიმე მძიმე სიტუაციით გამოიწვევა და დეპრესიის, შფოთვის, გაფანტულობის, იმპულსივობის მდგომარეობებში გამოვლინდება, რასთანაც დაკავშირებით ფსიქოპათები საკუთარ ინტერესებს უგულებელყოფენ, თავიანთ მოქმედებათა სწორი შეფასების უნარს ჰკარგავენ, მათ შედეგებზე არ ფიქრობენ. ეს ფსიქოპათიური გამწვავებანი რამდენადმე მოგვაგონებენ განსაკუთრებულ მდგომარეობებსა და ფსიქოგენურ რეაქციებს.

ფსიქოპათების იმპულსური მოქმედებანი და მიზიდულებანი არ უნდა იქნენ განხილული, როგორც შერაცხადობის გამოპრიცხავი მდგომარეობანი. სიფრთხილის ზომების დაცვა, პირობების სწორი შეფასება, დანაშაულის ჩადენისათვის ხელსაყრელი მომენტის შერჩევა, გულის წადილის შეცნობისა და ქცევაში ავტომატიზმის უარსებობის მაჩვენებელია. ფსიქოპათების სექსუალური დანაშაულებანი (მაგალითად, მცირეწლოვანთა გახარწნა, სადისტური აქტები), არ შეიძლება იქნეს განხილული, როგორც დაუძლეველი მოქმედებანი, რომელნიც გარდაუვალად ასეთი ბუნების საწინააღმდეგო ფორმაში გამოქვეყნდებიან. სასამართლო-ფსიქიატრიული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ უფრო ხშირად მოზიდულებათა რეალიზების ასეთი დანაშაულებრივი გზა მორალურად მერყევე პირებს აღენიშნებათ, რომლებიც თავის ანტისოციალურ ქცევას ადვილად ამართლებენ.

ჰომოსექსუალისტების მოქმედებანი აგრეთვე არ ექვემდებარებიან რსფსრ ს. ს. კ. მე-11* მუხლის მოქმედებას. ისინი აგრეთვე არ განიხილებიან როგორც აჯანყებური მდგომარეობანი, რომელნიც ჩადენილი ქცევების სწორი გაგებისა და მათზე ხელმძღვანელობის უნარს გამოპრიცხვენ. გამონაკლისს ზოგიერთი ჰომოსექსუალისტი წარმოადგენს, რომელიც ხასიათის მძიმე ანომალიის, ღრმა ფსიქოპათიის ნიშნებს ამჟღავნებს. უფრო ხშირად ეს ნიშნები პასიურ პედერასტთა შორის გვხვდება, რომელთაც ხასიათში, აგებულებაში, ქცევებში მკვეთრად გამოხატული ქალური თვისებები აღენიშნებათ. ასეთი ჰომოსექსუალისტები ზოგჯერ ცინიკურად გულახდილად მოგვითხრობენ თავიანთ თავზე. ისინი მიდრეკილი არიან ცნობილ პირობებში ქალის როლი შეასრულონ, ილაპარაკონ, თავის თავზე, როგორც ქალზე, ქალის ტანსაცმელი ჩაიცვან. მათი მეტყველება (ინტონაციები) და მოძრაობანი უხეშ კეკლუტობის ხასიათს იღებენ. მათ ხშირად გონებრივი უკმარობის მოვლენები აღენიშნებათ. ამგვარ შემთხვევებში სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება განისაზღვრება არა თვით მიზიდულების ფორმით, არამედ ფსიქოპათიის სიღრმით და პიროვნების სიმახინჯით.

ზოგიერთ შემთხვევაში დანაშაულის ჩადენის პერიოდში ფსიქოპათების მდგომარეობა მათ შერაცხადობაზე მიუთითებს, მაგრამ

* საქართველოს სსრ სისხ. სამართლის კოდექსის მე-10 მუხლი.

შემდგომ, უფრო ხშირად დაპატიმრების შემდეგად, მათ ფსიქიკური მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება აღენიშნებათ. ფსიქოპათიური თვისებების ეს რეაქტიული გამწვავება პატიმრობის დროს მათი შეურაცხადლ ცნობისათვის საფუძველს არ იძლევა. ამისდა მიუხედავად, ცალკეულ შემთხვევებში ფსიქოპათიური რეაქციის ხასიათი არა მხოლოდ დროებით ავადმყოფურ მდგომარეობას მოწმობს, არამედ მძიმე ფსიქოპათიურ მერყეობაზე მიუთითებს.

პ., 23 წლის, კინომექანიკოსი. ავტომანქანის ტარების უფლების არმქონე, ზანქანას მართავდა და დაამტვრია იგი. გამოკვლევისათვის გამოგზავნილია იმის გამო, რომ საპატიმროში ყოფნის დროს, მისი სიტყვებით, თვითმკვლელობის მიზნით სხვადასხვა საგანს ყლაპავდა.

ავადმყოფი ბავშვობიდან ეგოცენტრული, აგზნებადი, უწონასწორო იყო. გარშემო მყოფებთან ხშირი კონფლიქტები ჰქონდა, ალკოჰოლს ჰპარბად ეტანებოდა, სიმთვრალეში უფრო თავდაუქერელი, აგრესიული ხდებოდა. თვითონ იგი თავის თავს „უბედოდ“ სთვლიდა.

დაპატიმრების შემდეგ თავის მოკვლა გადასწყვიტა. სცადა გადაეჭრა ვენები. იზიანებდა კანს (რომ სისხლის მოწამვლა გამოეწვია). შემდგომ სხვადასხვა საგნის (ლილების, მინის ნამტვრევების, კოვზის ტარისა და სხვ.) ყლაპვა დაიწყო. რამდენსამე ხანს იგი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იმყოფებოდა, შემდეგ კი ისევ ციხეში დააბრუნეს.

ინსტიტუტში შემოსვლისას ავადმყოფის სხეულზე, თვითღიანების მიზნით მიყენებული მრავალი ნაწიბური აღმოუჩინეს. პ. გამოკვლევის მთელი პერიოდის განმავლობაში დადარდიანებული იყო, ადვილად იგზნებოდა, ტიროდა, ცდილობდა წინანდებურად სხვადასხვა საგნის გადაყლაპვას, წამლების მიღებაზე უარს ამბობდა.

კუქის პერფორაციის (გახვრეტის) ნიშნებთან დაკავშირებით (უცხო სხეულთა დაგროვების გამო) გაიგზავნა ოპერაციაზე. ოპერაციამდე ნაწლავების გაწმენდის დროს გამოუვარდა 3 მთელი თერმომეტრი, მრავალი წვრილი ლურსმანი, რამდენიმე ქანქიკი,

ჩერები, საწოლის ბადის ლითონის რგოლები, ლითონის კოვზების ტარები. ოპერაციის საშუალებით მუცლის ღრუს გაკვეთის შემდეგ, კუჭიდან და ნაწლავებიდან ამოულეს 6 თერმომეტრი, 6 ლითონის სუფრის კოვზის ტარი, ამდენივე ტარი სუფრის ხის კოვზებისა, საწოლი ბადის 40 ლითონის რგოლი, შესაბნევი „ელვა“ და მრავალი ჩვარი. ბრმა ნაწლავიდან ამოულეს ურდული (ფანჯრის დასაკეტი). ოპერაციის შემდეგ პ. ცდილობდა მოეგლიჯა ნახევარი, შარდავდა იარაზე, რომ მისი გაქუქყიანება გამოეწვია*.

პატიმრობაზე რეაქციის ფორმა, დაჟინებითი მიდრეკილება თვითმკვლელობისადმი, რომელიც ასეთი არაჩვეულებრივი საშუალებებით ხორციელდება, თავისთავად მიუთითებენ პ.-ს მძიმე ფსიქოპათიაზე, რომელიც ხასიათის იმპულსურ ნიშნებში და მნიშვნელოვან ემოციურ მერყეობაში გამოიხატებოდა.

ასეთ შემთხვევებში, იმისდა მიხედვით, მყარი თუ ღროებითი ხასიათი აქვს ფსიქოპათიურ გამწვავებას, შესაძლებელია სისხლის სამართლის საქმის მოსპობა ან ღროებით შეჩერება დაავადებასთან დაკავშირებით.

* შემთხვევა დაწერილებით აწერილია ო. ფრეიეროვის მიერ („Проблемы судебной психиатрии“ კრებული — II, 1941).

ნეპროზები და ფსიქოპენური რეაქციები

არსებობს ავადმყოფური ფსიქოზური მდგომარეობანი, რომლებიც, უმთავრესად, ფსიქიკური ზეგავლენით არიან პირობადებული: ისინი, სულიერი შერყევის საპასუხოდ წარმოიშებიან და, ამრიგად, ფსიქიკური ტრავმის შედეგს წარმოადგენენ.

მათთვის დამახასიათებელია ორი მომენტი: 1) ავადმყოფური მდგომარეობა აქ წარმოადგენს რეაქციას, გარეშე ზემოქმედებაზე პასუხს, და 2) რეაქცია ფსიქოგენურია, ე. ი. ფსიქიკური მიზეზებით არის გამოწვეული.

ის ავადმყოფური მდგომარეობანი, რომლებიც გარეშე ტრავმის ზეგავლენით (ეგზოგენურად) წარმოიშებიან, მეტწილ შემთხვევებში, ამა თუ იმ წინასწარ განწყობილების ნიადაგის არსებობას მოითხოვენ.

წინასწარგანწყობის როლის შესრულება შეუძლია, არათუ მხოლოდ ფსიქიკის თანდაყოლილ ცვლილებებს, არამედ შექმნილ ცვლილებებსაც: ფიზიკურ ტრავმებს. ალკოჰოლიზმს, ნარკომანიებს, არტერიოსკლეროზს და ა. შ.

მათ განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე შემთხვევით დამასუსტებელ მომენტებს: ძლიერ დასუსტებას. მეტისმეტ დაღლას, ინფექციებს და ა. შ.

ზოგ შემთხვევაში მათი წარმოშობა შესაძლებელი არის ისეთ ადამიანებშიაც, რომელთაც სათანადო წინასწარგანწყობილება არ აღენიშნებათ, და რომლებიც, როგორც ჩანს, მანამდე ფსიქიკურად სრულიად ჯანმრთელები იყვნენ. ამ შემთხვევებში შემაპირობებელ მომენტს წარმოადგენს იმდენად ძლიერი ტრავმა, რომ მისი დაძლევა ჯანმრთელი ფსიქიკისათვისაც შეუძლებელი არის. ან განსაკუთრე-

ბული ხასიათის ტრავმა, რომელიც ეხება სუბიექტის ყველაზე უფრო მგრძნობიარე მხარეებს, რომლებსაც მისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.

ნათქვამიდან ცხადია, რომ ამ მდგომარეობების აღმოცენება, ხასიათი და მიმდინარეობა მეტწილ შემთხვევებში დამოკიდებულია სხვადასხვაგვარ პირობებისაგან: პიროვნების თვისებებისა და თავისებურებების, ფსიქიკური ტრავმის სიძლიერისა, ხანგრძლიობისა და ხასიათისაგან, შემთხვევით, გამართულებელი მომენტებისაგან და ა. შ.

ავტორთა უმეტესობა იმ ავადმყოფურ მდგომარეობებს, რომლებიც ფსიქიკურ მიზეზებთან დაკავშირებით წარმოიშევა, ორ ჯგუფად ჰყოფს:

- 1) ნევროზებად;
- 2) ფსიქოგენურ რეაქციებად, ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით.

ჩვენც ამავე დაყოფას მივყევით.

§ 1. ნევროზები

ნევროზები წარმოადგენს არა ავადმყოფობის დამოუკიდებელ ფორმებს, არამედ განსაკუთრებული სახის რეაქციებს, რომელიც ფსიქოგენურად წარმოიშევიან.

მათ ორი ძირითადი ნიშანთვისება ახასიათებს:

1) ნევროზული რეაქციები პიროვნების შინაგანი კონფლიქტის განცდისაგან წარმოიშევა.

2) უმთავრესად სომატურ სიმპტომებში გამოიხატება.

ყველაზე უფრო ხშირად კონფლიქტის სიმძიმის ცენტრი არის პიროვნების შეუძლებლობაში—დასძლიოს ის მოთხოვნები, რომელთაც მას¹ გარემო წარუდგენს. განახორციელოს თავისი მისწრაფებანი ან მოაწყოს თავისი ცხოვრება თავის ინტერესებთან შეფარდებით და ა. შ. ამ წინააღმდეგობათა შედეგს შინაგანი უთანხმოება, დაუქმავოფილებლობა, წუხილი და სხვა მოვლენები წარმოადგენს.

ნევროზული რეაქციის წარმოშობასა და გამოვლინებებში ფსიქიკის დიდი მონაწილეობის მიუხედავად, ეს რეაქცია, როგორც იყო ნათქვამი, გამოიხატება უმთავრესად ფიზიკური სიმპტომებით: სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ტკივილებით და უსია-

მოვნო შეგრძნებით, მოძრაობითი, სისხლძარღვოვანი წარმოშობის მოვლენებით და ა. შ. ნევროზულ მდგომარეობებს კონფლიქტის ხანგრძლივი ხასიათის და ნევროზით დაავადებულის მიერ თავისი შეგრძნებების და ავადმყოფურ გამოვლინებებზე ყურადღების გამუდმებული ფიქსაციის გამო, ტენდენცია აქვთ ჩვეული გახდნენ, გაძლიერდნენ, განვითარდნენ, კონფლიქტის გამომწვევ განცდებთან კავშირი თანდათანობით დაჰკარგონ და დამოუკიდებელი, ურყევი ხასიათი მიიღონ. აქედან გამომდინარეობს ნევროზით დაავადებულთა შორის ასეთი ხშირი „ნევროზული მიჩვევის“ და „ნევროზული განვითარების“ მოვლენები.

ნევროზები ფსიქიკურ აშლილობებს არ ეკუთვნის. ნევროზების დროს, ფსიქოზებისაგან განსასხვავებლად, სულით დაავადებულისთვის დამახასიათებელ პიროვნების დარღვევას არა აქვს ადგილი და ჩვეულებრივ, ავადმყოფს თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის სრული შეგნება აქვს, რაც მეტწილად სულით ავადმყოფებისათვის არ არის დამახასიათებელი. ნევროზები წარმოადგენს კეთილთვისებიან, შექცევად დაავადებებს, ე. ი. ამ დროს ორგანულ დაზიანებებს, რომლებიც არღვევენ ნერვულ სისტემას, ადგილი არა აქვს.

ნევროზებს ეკუთვნის მთელი რიგი ავადმყოფური მდგომარეობები; მათ შორის ჩვენ ვარჩევთ ორ მთავარ ფორმას, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება და რომელთაც სასამართლო ფსიქიატრიისათვის აქვთ მნიშვნელობა: ა) ნევრასთენიას და ბ) ისტერიას.

1. ნ ე ვ რ ა ს თ ე ნ ი ა

ნევრასთენია ნიშნავს ნერვულ სისუსტეს. იგი გამოიხატება ნერვული სისტემის სისუსტის მოვლენებში და იმავე დროს მის აწეულ აგზნებადობაში.

პირველი—ნერვული სისტემის სისუსტე—მელავნდება საერთო ფსიქიკური და ფიზიკური სისუსტის შეგრძნებით, მუშაობის, მეტადრე გონებრივი მუშაობის დროს ჩქარი დაქანცვით, მხნეობის უქონლობით, სიზანტით და დაღლილობით, ყურადღების სისუსტით, მოფიქრების, მოსაზრების, დახსოვნების და რაიმე საგანზე ყურადღების ფიქსირების სიძნელით.

შეორე, ე. ი. აწეული აგზნებადობა, როგორც ფიზიკურ გა-
ლიზიანებებისადმი, აგრეთვე წმინდა ფსიქიკურ შთაბეჭდილებე-
ბისადმი გ რ ძ ნ ო ბ ი ე რ ე ბ ის გამწვავებაში გამოიხატება.
ნევრასთენიის სიმპტომებიდან ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება:
სიმძიმის გრძნობა თავის მიდამოში, თავის ტკივილი, კანკალი,
განსაკუთრებით ხელის თითებისა და ქუთუთოების, მყესთა რეფ-
ლექსების აწევა, გულის არეში სხვადასხვაგვარი ტკივილი და
უსიამოვნო შეგრძნებები, მადის დაკარგვა. შეკრულობა.

საერთო ცუდი თვითგრძნობა, სხვადასხვარი შეგრძნებები და
ესა თუ ის ფიზიკური აშლილობა ცუდ, დადარდიანებულ გუნებ-
განწყობას, სულიერად დაცემას, ექვიანობას, ინიციატივის უკმარო-
ბას და გაუბედაობას ქმნიან.

ნევრასთენიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა სხვა
ნევროზებთან შედარებით მცირეა. მწვავედ მიმდინარე ნევრასთენი-
ული მდგომარეობანი, როგორც ამას სერბსკის სახელობის ინსტი-
ტუტის გამომცდილება გვიჩვენებს, ჩვეულებრივ უშუალოდ დანა
შაულის გამომწვევ საბაბს არ წარმოადგენენ. ასეთი შემთხვევების
შეფასების დროს, საჭიროა მაინც ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ
ნევრასთენიული მდგომარეობა სულით დაავადებას, ამ სიტყვის
ვიწრო მნიშვნელობით, არ წარმოადგენს — მოსარჩენია და შერაცხა-
ლობას არ გამორიცხავს.

2. ისტერია

ისტერია ერთ-ერთ ყველაზე უფრო გავრცელებულ და უკეთ
შესწავლილ ნევროზს წარმოადგენს.

არჩევენ ისტერიული გამოვლინებების სამ ფორმას: იქ, სადაც
ისტერიული სიმპტომები წარმოადგენს დროებით, გარდამავალ
მოვლენას, რომელიც ამა თუ იმ ფსიქიკური ტრავმის საპასუხოდ
არის აღმოცენებული, ადგილი აქვს ისტერიულ რეაქციას.
როდესაც რეაქტიულად წარმოშობილ ისტერიულ მოვლენებს,
განვითარების, ურყევად ქცევის და პიროვნების მუდმივი ხასი-
ათის მიღების ტენდენცია აღენიშნებათ, მაშინ ამას ისტე-
რიულ განვითარებას უწოდებენ. ბოლოს, იმ შემთხვევებში,

როდესაც ისტერიული სიმპტომები პიროვნების თავისებური წყობის გამოვლინებას წარმოადგენს, იქ საქმე ისტერიულ ხასიათთან გვაქვს.

ისტერიული რეაქციები მძიმე სულიერი განცდების გავლენით წარმოიშვება და ფსიქიკურ და ფიზიკურ სიმპტომებში მჟღავნდება. ფსიქიკის მხრივ ჩვეულებრივ აღინიშნება მკვეთრად აწეული შთაბეჭდილებიანობა, გუნების ძლიერი მერყეობა, ცრემლიანობა, ადვილად წყენა, თავისი ავადმყოფური გამოვლინებებისათვის ხაზის გასმა და მათი გადიდებისაკენ მიდრეკილება. ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ ადგილი აქვს კიდურების დამბლას ან სისუსტეს, გრძნობელობის მოშლილობებს, კრუნჩხვებს, კანკალს, კუნთების შეკუმშვას, მეტყველების მოშლილობებს (ენაბორძიკობა, სიმუნჯე, უბგერო მეტყველება, უნებლიეთი წამოყვირება), გამუდმებულ სლოკინს, ყლაპვის აშლილობას, ლებინებას, ყელში ბირთვის შეგრძნებასა და სხვ.

ისტერიით დაავადებულთა კრუნჩხვითი გულყრები, რომლებსაც ავადმყოფობის სურათში დიდი ადგილი უჭირავს, ცალკე უნდა იქნეს გამოყოფილი. ისტერიული გულყრა ჩვეულებრივ რაიმე აღელვებასთან ან აშლილობასთან დაკავშირებით წარმოიშვება, ხშირად იწყება ტირილით, ზოგჯერ ყვირილით, თავის თავისათვის ზიანის მიყენების დემონსტრაციული ცდებით: ავადმყოფი იხევს ტანსაცმელს, იკაწრვას გულმკერდს, იბენს ხელებს, იგლეჯს თმას, თავს კედელს ახლის და ა. შ. შემდეგ კრუნჩხვითი მოძრაობა იწყება, რომელიც საერთო კრუნჩხვებში გადადის; ავადმყოფი ვარდება და რამდენიმე ხანს, ზოგჯერ ძალიან დიდხანს, იატაკს აწყდება, ამასთან. გულყრის მდგომარეობის მწვავე სურათის მიუხედავად, თავის თავს მნიშვნელოვან დაზიანებას ჩვეულებრივ არ აყენებს.

ეპილეფსიური გულყრებისაგან განსხვავებულად, ისტერიული გულყრის დროს ცნობიერების ღრმა დახშვას არა აქვს ადგილი: ავადმყოფი ნაწილობრივ გარემოს აღქმის უნარს ინარჩუნებს და ფსიქიკური ზემოქმედებისათვის მისაწვდომია. ენის მოკნეტას და შარდის უნებლიე დაქცევას ადგილი არა აქვს, არ აღენიშნება აგრეთვე თვალის გუგების შუქზე რეაქციის მოსპობა, რასაც ეპილეფსიური გულყრის დროს აქვს ადგილი.

ყველა ისტერიული სიმპტომი ჩვეულებრივ ძლიერდება სულიერი აღელვების ან გარშემო მყოფთა მხრივ ავადმყოფისადმი მომეტებული ყურადღების შემთხვევაში.

აღწერილი ფსიქიკური და ფიზიკური სიმპტომები ისტერიული რეაგირების ყველაზე უფრო ხშირ გამოვლინებებს ეკუთვნის. არსებობს უფრო ძლიერი ისტერიული რეაქციები—ცნობიერების შეცვლით, ეგრეთ წოდებული ბინდისებრი მდგომარეობების სახით.

ასეთ შემთხვევებში ყველაზე უფრო ხშირად ეგრეთ წოდებული „ავადმყოფობაში გასვლა“ აღინიშნება, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის მსგავს კეცვაში და უბრალო საკითხებზე უსწორო ან უაზრო პასუხების გაცემაში გამოიხატება (ფსევდოდემენცია, ანუ ყალბი კეჟასუსტობა, და განზერის ბინდისებრი მდგომარეობა). უფრო იშვიათად, სინამდვილიდან გასვლა თითქოს ბავშვური მდგომარეობის დაბრუნებაში გამოიხატება, როდესაც ავადმყოფი ბავშვივით იქცევა: ბავშვურად ლაპარაკობს, თამაშობს სათამაშოებით, ასობის წერის მაგიერ ჯლაბნის და ა. შ. (ეგრეთ წოდებული პუერილიზმის მდგომარეობა). ზოგჯერ ბინდისებრი ისტერიული მდგომარეობას თან ახლავს საერთო გაშეშება, უძრავობა, რასაც ისტერიული სტუპორი ეწოდება.

ისტერიული განვითარება. ისტერიის სიმპტომები, ფსიქიკური და ფიზიკური, ყველაზე უფრო ხშირად წარმოიშვება როგორც დროებითი მოვლენა, როგორც რეაქცია ამა თუ იმ ფსიქიკურ ტრავმაზე. ამიტომ ისტერიულ რეაქციულ აშლილობათ ჩვეულებრივად, მორჩენისაკენ გადასვლის ტენდენცია აქვთ. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში, გარეშე ან შინაგანი (კონსტიტუციური) მიზეზების გამო, ერთხელ აღმოცენებული მოვლენები არ სუსტდება, არ გამოსწორდება, არამედ ხანგრძლივდება, მყარი ხდება, ძლიერდება და შემდგომ განვითარებას იწყებს; ამას ისტერიული განვითარება ეწოდება.

ისტერიული მოვლენები ხშირად ართულებენ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების სხვადასხვა შემთხვევას, რომლებიც სხვადასხვაგვარ ინდივიდუალური ან მასობრივი ხასიათის უბედურ შემთხვევებთან არის დაკავშირებული: რკინიგზის ან სამრეწვე-

ლო კატასტროფებთან, სტიქიურ უბედურებებთან და მეტად-
რე სამხედრო ტრავემებთან (უმთავრესად კონტუზიებთან). ეს ის-
ტერიული რეაქციები, რომლებიც, არსებითად, ჩვეულებრივი ის-
ტერიისაგან ცოტა რამით განირჩევა, ერთგვარ თავისებურებებს
წარმოადგენს, რაც მათი ტ რ ა ვ მ უ ლ ი ა ნ პ ო ს ტ ტ რ ა ვ მ უ ლ ი
ისტერიის ცალკე ჯგუფად გამოყოფას ამართლებს.

ასეთ შემთხვევებში ისტერიული მოვლენების საფუძველს
უშუალოდ ტვინის დაზიანება კი არა, არამედ ტრავემასთან დაკავ-
შირებული მძიმე ფსიქიკური განცდები წარმოადგენს.

ჩვეულებრივ ავადმყოფობა წარმოიშვება არა ერთბაშად
ტრავემის მიღების შემდეგ, არამედ ტრავემული დაზიანების მწვავე
მოვლენების გავლიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ, და ისტერიული
ხასიათის კრუნჩხვითი გულყრების (სამხედრო დაშავებული შო-
რის ხშირად სამხედრო ბრძანებების წამოძახილებით და საომარი
პირობების განცდების აღდგენით), დამბლების, საერთო კანკა-
ლის, კრუნჩხვების, კუნთების დაძაბვის, გრძნობელობის ისტერი-
ული მოშლილობის, ენაბორძიკობის, ისტერიული სიყრუის, სიმუნ-
ჯის სახით გამოემჟღავნება. ამასთან ერთად, ავადმყოფებს აღე-
ნიშნებათ აწეული აფექტური აგზნებადობა, გულფიცხობა, გუნე-
ბის მერყეობა, ცრემლებისაყენ, ზოგჯერ აგრესიული ქცევებისაყენ,
მიღრეკილება, თავის თავის მომეტებული შეფასება, ყურადღების
ცენტრად ყოფნის სურვილი, თავისი ავადმყოფური მდგომარეო-
ბის გაზვიადება, ეგოიზმი, ინტერესების შევიწროება და შეზღუდ-
ვა, უმთავრესად თავისი განცდებისა და პირადი სურვილების
ირგვლივ.

ისტერიული ხასიათი. ზემოაღნიშნული მოვლენები განსაკუთ-
რებულ განვითარებას აღწევს ისტერიული ფსიქოპათიების დროს.
აქ ისინი ან ფსიქიკური ტრავემის გავლენით განსაკუთრებული სი-
ძლიერით გაიფურჩქნებიან; ან დასაწყისიდანვე გამოემჟღავნებიან
როგორც ხასიათის მუდმივი თვისებები და ასეთ შემთხვევებში
სუბიექტის მთელ ცხოვრებაში შესამჩნევ კვალს სტოვებენ.

ისტერიული ხასიათის მთავარ თვისებებს გადამეტებული
შთაბეჭდილებიანობა, აწეული აგზნებადობა, გუნების მერყეობა,
აღვილად წყენა, ქირვეულობა წარმოადგენს. ისტერიით ავადმო-

ფები ისწრაფიან—გარშემო მყოფთა ყურადღება მიიპყრონ, თავის მიმართ ინტერესი გამოიწვიონ, როგორმე მოახდინე შთაბეჭდილება.

ამით აიხსნება ისტერიით ავადმყოფებისთვის დამახასიათებელი გაზვიადებებისაკენ, თავმოწონებისაკენ, პოზისაკენ ძლიერი მიზიდულება, ტყვილებისა და ფანტაზიებისაკენ მიდრეკილება, ცრუობა; თავის თავზე დიდი წარმოდგენა და ეგოიზმი.

იმისათვის, რომ ყურადღება მიიპყრონ, ისტერიით ავადმყოფები არავითარი სენსაციის, ცრუობის, მოტყუების წინაშე არ ჩერდებიან, სხვათა ინტერესებსა და კეთილდღეობას ანგარიშს არ უწყვენ; ამ მიზნით არ ზოგავენ თავიანთ თავს, თავიანთ რეპუტაციას, ჯანმრთელობის მდგომარეობას და სხვ. ისინი, ზოგჯერ მათ გაუპატიურებასა ან მოტაცებაში, მათ სიცოცხლეზე ან პატიოსნებაზე ხელის შემართვაში სწამებენ ცილს გარშემო მყოფთ; ძალიან ხშირად მათი ცილისწამების საგანს მათივე მკურნალი ექიმები წარმოადგენენ. თავისადმი ყურადღების მიპყრობის, თავის თავით დაინტერესების მიზნით, ისინი საგანგებოდ აზვიადებენ თავიანთ ავადმყოფურ მოვლენებს ან იგონებენ არარსებულ გაუგონარ ავადმყოფობებს, ზოგჯერ ამ მიზნით მალულად თავს იზიანებენ და ა. შ. ისინი იმ ზომამდე იხლართებიან მათ მიერ მოქორილსა და ფანტაზიებში, ისე შეუსისხლხორცდებიან როლს, რომ თვითონვე უნარი ეკარგებათ. გაარჩიონ სიმართლე—სიცრუისაგან, შეთხზული—სინამდვილისაგან.

ისტერიით ავადმყოფების გონებრივი დონე შეიძლება საკმაოდ მაღალი იყოს, უფრო ხშირად კი ის საშუალოზე დაბალია და დებილობას უახლოვდება. მთელი მათი ფსიქიკური ცხოვრება ჩვეულებრივ მოუმწიფებლობის და ერთგვარი ბავშვობის დაღს ატარებს. ზოგჯერ შესაძლებელია რაიმე სასარგებლო მუშაობისათვის მათი შეწყობა, მეტადრე, თუ ეს მუშაობა მათი ეფექტური როლისაკენ, თავის თავის სხვების თვალში გადიდებისაკენ მიდრეკილებას აკმაყოფილებს, მაგრამ ჩვეულებრივ, ისინი ასეთ როლში დიდხანს არ რჩებიან გამძლეობის უკმარისის გამო.

მკურნალობა. მკურნალობის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ავადმყოფის პიროვნებაზე მის ავადმყოფურ გაწყობილებასთან ბრძოლის გზით ზემოქმედება. აქ მიზანშეწონილია ხანგრძლივი, ფრთხილი, ინდივიდუალური ფსიქიკური მკურნალობა, ზოგჯერ

შთაგონების გამოყენებით ზოგიერთი სიმპტომის მიმართ, შრომითი თერაპია და ისეთი პირობების შექმნა, რომლებიც ფსიქიკურ ტრავმატიზაციის შესაძლებლობას შეამცირებს.

სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა. ექსპერტიზას შემთხვევების დიდ უმრავლესობაში საქმე აქვს იმ ისტერიულ მდგომარეობებთან, რომლებიც უკვე დანაშაულის ჩადენის შემდეგ წარმოშობილან, როგორც ფსიქოგენური და ცვითი რეაქციები. გაცილებით უფრო იშვიათად გვხვდება შემთხვევები, როდესაც დანაშაული ან მწვავე ისტერიული მდგომარეობის დროს არის ჩადენილი, ან ასე თუ ისე, ისტერიულ ხასიათთან კავშირში შეიძლება იყოს.

შემთხვევების დიდ უმრავლესობაში, ისტერიული ხასიათი მკვეთრად არაა გამოსახული და შერაცხადობის საკითხი რაიმე სიძნელის გარეშე წყდება. უფრო იშვიათად გვხვდება ტიპობრივად მკაფიოდ გამოსახული ისტერიული ხასიათის მქონე პიროვნებანი, სადაც ისევე, როგორც სხვა ფსიქოპათიების მიმართ, შერაცხადობა გამორიცხული არ არის, რადგან ფსიქოპათიები სულით დაჟვადებებს არ წარმოადგენს და სასამართლო სიტუაციაზე ისტერიული რეაქციები, რომლებიც მათ ხშირად აღენიშნებათ, არ შეიძლება მათ მიმართ რსტის ს.ს. კოდ. მე-11)* მუხლის მიყენებისათვის საფუძვლად იყოს მიღებული.

ამ წესიდან გამონაკლისი შეიძლება იყოს ის ძლიერ იშვიათი შემთხვევები, როდესაც ფსიქიკური ანომალიები ფსიქიკური სიმანხინჯის ხარისხს აღწევს, როდესაც ასეთ პიროვნებათა მთელი ცხოვრება ავადმყოფურ თითქმის უწყვეტ ჯაქვს წარმოადგენს, რომელიც თავისი სიძლიერითა და ხასიათით მათ გამომწვევ მიზეზებს არ შეეფარდება, და როდესაც დანაშაულის ხასიათი პათოლოგიურ მოტივებთან აშკარა კავშირშია. ასეთი ხასიათის შემთხვევები საფუძველს წარმოადგენს შეურაცხადობის დასკვნისათვის.

ძალიან ხშირად სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საგანს ტრავმული ისტერიით ავადმყოფები წარმოადგენენ. რადგან ფსიქიკის ზემოაღნიშნული თავისებურებანი და ავადმყოფობის მტკი-

*) საქართველოს სსრ სსსხ. სამ. კოდექსის მე-10 მუხლ.

ცებისა და დაცვის მიზნით მათი დაქინებებით გამოყენება (გულყრის დემონსტრირება სასამართლოში, ავადმყოფობის შესახებ ცნობების წარდგენა) მათი ექსპერტიზაზე გაგზავნის საბაბს წარმოადგენს.

ტრავმული ისტერია, რადგან იგი ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით სულით დაავადებას არ წარმოადგენს, შერაცხადობას არ გამოიწვევს. ასეთ გამოსაკვლევ პირებში მათი შეურაცხადობის ცნობა, დაშავებულთათვის დამახასიათებელ ავადმყოფობაზე მიზანდასახულობას აძლიერებს და მათი დაუსჯელობის წარმოდგენას ქმნის. სატუსალოში ან საექსპერტო დაწესებულებაში მათი დაცვითი რეაქციები (გულყრები, თვითმკვლელობის დემონსტრაციული ცდები, ჰანზერის მდგომარეობისმაგვარი ბინდისებრი მდგომარეობანი, ფსევდოდემენციები და ა. შ.) აგრეთვე არ წარმოადგენენ საფუძველს შეურაცხადად ცნობისათვის.

უფრო ძნელად წყდება საკითხი იმის შესახებ, ჰქონდა თუ არა ადგილი დანაშაულის ჩადენის მომენტში სწრაფად წარმავალ ავადმყოფურ მდგომარეობას (პათოლოგიური სიმთვრალე, პათოლოგიური აფექტი და სხვ.), მაგრამ იგი უნდა წყდებოდეს საერთოდ ასეთი მდგომარეობების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების პრინციპების შესაბამისად (იხ. თავი „განსაკუთრებული მდგომარეობანი“). კერძო შემთხვევებში, ავადმყოფობის სიმძიმესთან, გამართულებელ მომენტებთან დაკავშირებით (ორგანული ცვლილებები, არტერიოსკლეროზი, ალკოჰოლიზმი, და სხვ.) შეიძლება საჭირო აღმოჩნდეს მათი შეურაცხადად ცნობა და სამედიცინო ზომების შეფარდება.

ზ., 35 წლის, პენსიონერი, მე-2 ჯგ. ინვალიდი, წერა-კითხის მცოდნე.

ხაქმის გარემოება. ზ. სისტემატურად ითრევდა ქალებს თავისთან ინტიმურ კავშირში და მათ ნივთებსა და ფულს ითვისებდა. ასევე მოექცა იგი მოქალაქე მ-ს. როცა მ-მ უკმაყოფილება გამოსთქვა, მან მ-ს მძიმე საგანი ესროლა, მაგრამ დააცილა. ამ დროს დამტყრეული ქალის ნამსხვრევებით მსუბუქად დაიჭრა ზ-ს მცირეწლოვანი შვილი.

ანამნეზი (გამოსაკვლევი პირის გადმოცემით) პათოლოგიურ დატვირთვას მემკვიდრეობაში უარყოფს. ზ. იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად. იყო ჯანმრთელი, თანაზიარი, ხალისიანი.

გამოსაკვლევი პირი ხელში დაიჭრა და კონტუზია მიიღო (მიწაში ჩაეფლო). დაახლოებით ორი კვირის განმავლობაში უგონო მდგომარეობაში იყო, დაეკარგა სმენა, რომელიც ხუთი კვირის შემდეგ ნაწილობრივ დაუბრუნდა. შემდგომ კვლავ დაიჭრა და კონტუზია მიიღო.

ამასთან დაკავშირებით, იგი თავისი ხასიათის ცვლილებას აღნიშნავს: სიფიცხეს, აგზნებადობას, საერთო ნერვულობას. დაეწყო კრუნჩხვითი გულყრები, ჩვეულებრივი აღელვების ნიადაგზე; გულყრის დროს იგი სამხედრო ბრძანებას იძლეოდა.

ალკოჰოლს იშვიათად და ცოტას ხმარობდა. ლუფსს უარყოფს.

თავისი ბოროტქმედების შესახებ მოგვეთხრობს შემდეგს: თავისი ვაჟის მოვლის და თვალყურის დევნების მიზნით, მან თავის ბინაში შემოუშვა მ., იმ პირობით, რომ იგი ბავშვს მოუვლიდა. მაგრამ მ-მ მისთვის ოთახის წართმევა და მისი ციხეში ჩასმა მოინდომა და ამისათვის ხმას ავრცელებდა, თითქოს იგი ზ-ს ცოლი იყო და მას მამა-ში რეგისტრირებას სთხოვდა. რადგან ზ. არ თანხმდებოდა — მ. სცემდა მას. ერთხელ თავის დაცვის მიზნით ზ-მ ქოში ესროლა და, თუმცა ვერ მოარტყა, მ-მ მაინც მის წინააღმდეგ სასამართლოში საქმე აღძრა.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს აღიშნულია: საშუალო ტანი, დისპლასტიკური აგებულება, კვება საკმარისი; შინაგანი ორგანოები ნორმის ფარგლებში. თვალის გუგები — ნორმა. პირისახის უმნიშვნელო ასიმეტრია; ქუთუთოების, ენისა და გაკიმული ხელების თითების ძლიერი კანკალი. მუხლების რეტულექსები მკვეთრად გადიდებული, თანაბარი. წითელი მედეგი დერმოგრაფიზმი.

ფსიქიკური მდგომარეობა. გამოსაკვლევ პირს ცნობიერება ნათელი აქვს; ორიენტირებულია, მისაწვდომია, ხალისით და სიტყვაუხეად ჰყვება თავისი თავის და თავის სნეულებათა შესახებ, თავის მდგომარეობას სამხედრო განცდებს უკავშირებს, ხაზს უსვამს თავის „საომარ წარსულს“, აშკარათ აზვიადებს და

შეთხზული ეპიზოდებით ამკობს მას. იმეორებს, რომ პარტიზანია, 5 ბრძოლაში აქვს მიღებული მონაწილეობა; გამოიჩენს თავის კრილობათა კვალს, სახლში დარჩენილი საბუთების მიხედვით მოითხოვს მათ შემოწმებას. სახელმწიფოს წინაშე თავისი დამსახურების შესახებ დატინებით ლაპარაკობს, აღშფოთებას გამოსთქვამს იმის გამო, რომ მას, დამსახურებულს, ჯანმრთელობადაკარგულ ადამიანს, ახლა დევნიან „ვილაჯ შანტაჟისტის“ ცრუ ბრალდებითა გამო.

ბევრს იპოქონდრიული ხასიათის ჩივილს გამოსთქვამს (მას სტიკვა თავი, გულ-მკერდი, გული, მუცელი და სხვ.). ლაპარაკობს მიყრუებული ხმით, ხშირად კენესის, თვალებზე ცრემლები აქვს, ღელავს, ოთახში დიდი ნაბიჯებით დადის, დამშვიდებისათვის ვალერიანის წვეთებს ითხოვს.

ცდილობს გაიმართლოს თავი მის მიერ ჩადენილ დანაშაულში, ყველაფერში მ-ს სდებს ბრალს. ექიმთან საუბრის დროს, თვალს ადევნებს ექიმის ჩანაწერებს, ცდილობს ჩაიხედოს და მის შესახებ დაწერილი გაიგოს. ინტელექტი დაბალი, ხოლო ფორმალური შესაძლებლობანი (მეხსიერება, მოსაზრება, კრიტიკა) საკმაოდ შენარჩუნებული აქვს. ბოლევით იღეებს არ გამოთქვამს, ჰალუცინაციებს უარყოფს.

გამოკვლევის განმავლობაში გამოსაკვლევე პირის მდგომარეობა და ქცევა თითქმის ერთფეროვანი იყო, მას სამჯერ ჰქონდა გულყრა ცნობიერების დაკარგვით და სამხედრო ბრძანებების წამოყვირებით.

მოყვანილი დაკვირვება ტიპობრივი ტრავმული ისტერიის სურათს გვაძლევს. ემოციური აგზნებადობა, გუნების მერყეობა, გაზვიადებისაკენ მიდრეკილება, ასეთი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი მიზანდასახულობა (თავის დამსახურებებზე მითითება და ამის გამო მის მიმართ განსაკუთრებულ ყურადღებაზე პრეტენზიები) და, ბოლოს, კრუნჩხვითი გულყრები სამხედრო ბრძანებებით, ორგანული სიმპტომების უქონლობის დროს,—ეს ყველაფერი ტრავმული ისტერიის დიაგნოზს სრულიად აშკარად ხდის. რამდენადაც ეს მოვლენები არ წარმოადგენს სულით დაავადებას ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით, გამოსაკვლევე პირი ცნობილ უნდა

იქნეს შერაცხადად, როგორც თავის ჩვეულებრივ მდგომარეობაში, ისე დანაშაულის ჩადენის მომენტშიც. ამის საფუძველზე იგი კომისიის მიერ მის მიმართ ინკრიმინირებულ ქმედებაში შერაცხადად იცნეს.

§ 3. ფსიქოგენური რეაქციები

ფსიქოგენური რეაქციების დროს (ავადმყოფური მდგომარეობის წარმოშობაში) მნიშვნელობა იმდენად პიროვნებას კი არა აქვს, რამდენადაც გარეშე პირობებს, ე. ი. იმ ტრავმულ მოვლენებს, რომლებიც სუბიექტისათვის შექმნილ ამა თუ იმ მიზეზის გამო მისთვის სამძიმო, აუტანელ და თავზარდამცემ სიტუაციასთან არიან დაკავშირებული. ფსიქიკური ტრავმის ასეთი ხასიათის შესაბამისად, ფსიქოგენური რეაქცია წარმოიშვება და მიმდინარეობს მეტწილ შემთხვევებში მწვავედ, უპირატესად ფსიქიკური სიმპტომებით გამოვლინდება და უკუგანვითარებისაკენ არის მიდრეკილი, ისპობა ან რეაქციის ბუნებრივი აღმოფხვრის გზით, ან უფრო ხშირად სიტუაციის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით.

ტრავმული სიტუაციების წყაროები და პირობები სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს, მაგალითად, განცდები, დაკავშირებული დანაშაულთან და მის შედეგებთან: დაპატიმრებასთან, გამოძიებასთან, გასამართლებასთან, სასჯელის მოხდასთან და ა. შ.

რადგან ფსიქოგენური რეაქციის მიზეზი ხშირად გარეშე ტრავმულ შთაბეჭდილებებშია, ფსიქოგენური რეაქციები ეგზოგენურ აშლილობებს უნდა მიეკუთვნოს. მაგრამ ფსიქოგენური რეაქციების განვითარებასა და გაფორმებაში მნიშვნელობა აქვს პიროვნების ხასიათის თავისებურებას და აგრეთვე შეძენილ ცვლილებებსაც: ორგანულ დაზიანებას, ალკოჰოლიზმს, ფიზიკურ ტრავმებს და სხვ.).

ფსიქოგენური რეაქციების სურათი ძლიერ სხვადასხვაგვარი სიმპტომების სახით შეიძლება გამოვლინდეს. ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება ცვლილებები უმთავრესად ემოციურ სფეროში, ზოგ შემთხვევაში პირველი აღგილი ცნობიერების შეცვლას უპირავს,

ზოგშიც სხვადასხვაგვარ ბოლოით წარმონაქმებს აქვს ადგილი და ა. შ. ყველა შემთხვევაში მაინც ადგილი აქვს აფექტურ მდგომარეობას, რომელიც რეაქციის ძირითად ფონს წარმოადგენს.

ფსიქოგენური რეაქციების პირველ და ყველაზე მრავალრიცხოვან ჯგუფს გუნების ფსიქოგენური აშლილობანი წარმოადგენენ.

ფსიქოგენური დებრესია—ფსიქოგენური რეაქციების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ფორმა—ხასიათდება უხალისო, სევდიან-შფოთიანი გუნებით, უსიამოვნო აზრებით, თითქმის ყოველთვის ამა თუ იმ ფიზიკური სიმპტომით: თავის ტკივილის, ცუდი ძილის, დაწყებული მადისა და სხვ. სახით.

ამასთან ხშირია თვითმკვლელობის ცდები, რომლებიც უმთავრესად დემონსტრაციულ ხასიათს ატარებენ, მაგრამ მათ სერიოზული შედეგებიც შეიძლება ჰქონდეთ.

კ., 28 წლის, გათხოვილი, სტამბის კონტროლიორი, დაბალი განათლებით, ბრალი ედება რსფსრ ს.ს. კოდ. მე-19 და 136-ე მუხლების მიხედვით (ქმრის მკვლელობის ცდა).

ანაზნეზი. მემკვიდრეობაში ფსიქიკური და ნერვული დაავადებები არ ჰქონია. ბავშვობაში მთვარეულის მოვლენები აღენიშნებოდა. ხასიათით ფიცხი, შთაბეჭდილებიანი, ადვილად აგზნებადი იყო. 15 წლის ასაკში გათხოვდა, მაგრამ ქმარს მალე დაშორდა, რადგან იგი მას ცუდად ეპყრობოდა. 24 წლისა მეორედ გათხოვდა და უკანასკნელ დრომდე ცხოვრობდა ქმართან. თავს ნერვულ ავადმყოფად სთვლის: ცუდად სძინავს, ღამე წამოვარდება, თავის ტკივილით იტანჯება, გაფანტულია, აღელვების შემდეგ ზოგჯერ ისტერიული გულყრები აქვს. ალკოჰოლს არ ეტანება, გასულ წელს მოულოდნელად გაიგო რა, რომ ქმარი ლალატობს მას და მასთან განქორწინებას აპირებს, მისი მოკვლა სცადა და იგი ძილის დროს კისრის მიდამოში სამართებლით დაჭრა.

ნერვული სისტემის მხრივ ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს დაადგინეს: თვალის გუგები თანაბარია, შუქზე ცოცხალი რეაქციით, მყესთა რეფლექსები აწეული არა აქვს. ფსიქიკის მხრივ: ცნობიერება—ნათელი, დროში, ადგილში და თავის მდგომარეობაში ორიენ-

ტირებულა, კონტაქტურია, ეკიმს ხალისიანად ესაუბრება. გუნება მკვეთრად დაქვეითებული აქვს. სავსეა ქმართან დაკავშირებული განცდებით, მის ლალატს და მასთან დაშორებას ვერ შერიგებია. ამასთან ერთად პატიმრობით და პასუხისმგებლობის პერსპექტივით არის შეწუხებული. თავის თავს არაფერში არ ამტყუნებს, ყველაფერში ბრალს სხვებსა სდებს, პირველ რიგში, თავის ქმარს. ხშირად ტირის, ღამე ცუდათ სძინავს, მეტადრე მაშინ, როცა ცუდი ფიქრები ერევა. განყოფილების ცხოვრებაში თითქმის არავითარ მონაწილეობას არ ღებულობს. მისი საქმის გამო ლაპარაკის დროს ღელავს, ტირის, ამ დროს მისი მაჯა ხშირდება 110-მდე წუთში. ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს აღნიშნული იყო ორი ისტერიული გულყრა.

მოცემული შემთხვევის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება განსაკუთრებულ სიძნელეს არ წარმოადგენს. წონასწორობას მოკლებული პიროვნება, მძიმე ტრავმულ განცდის გავლენით, აფექტურ აფეთქებას იძლევა, რომლის დროს მკვლელობის ცდა არის ჩადენილი. დანაშაულის შემდეგ ვითარდება რეაქტიული მდგომარეობა, ფსიქოგენური დეპრესიის ყველა ტიპობრივი თავისებურებით: სევდიანი გუნებით, რომელიც დიდ სიღრმეს არ აღწევს და მთლიანად ტრავმული განცდებით არის გაპირობებული, ფსიქიკური შეკავების გარეშე; ავადმყოფი სხეულის ბრალის დადებისაკენ არის მიდრეკილი. ვინაიდან დანაშაული ჩადენილი იყო აფექტურ მდგომარეობაში, რომელმაც პათოლოგიური აფექტის ხარისხს ვერ მიაღწია, ხოლო ფსიქოგენური დეპრესია ფსიქოზს, ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით, არ წარმოადგენს, გამოსაკვლევი პირი დანაშაულის ჩადენის მომენტში და მის შემდეგ შერაცხადად იქნა ცნობილი.

ფსიქოგენური რეაქციების მეორე მნიშვნელოვანი ჯგუფი ბინდი სებრ მდგომარეობებს აერთიანებს. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ეს მდგომარეობანი „სინამდვილიდან განსვლის“ ფორმას წარმოადგენენ.

მძიმე სიტუაციის შემთხვევაში, ხშირად მერყევ და ფსიქოპათიურ პიროვნებას, სინამდვილიდან, რომელიც აუტანელი გახდა, ასე თუ ისე, თუნდ რამდენიმე ხნით, გამოსვლის შეგნებული თუ შეუგნებელი მიდრეკილება აღეძრება. სინამდვილიდან გამოსვლა

სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს—ავადმყოფობაში, ბავშვობის განცდებში, გაშეშებაში და სხვ., მაგრამ ყველა შემთხვევაში ასეთი დაცვითი რეაქცია არ შეიძლება იყოს შეფასებული, როგორც შეგნებული სიცრუე, როგორც სიმულაცია.

სინამდვილიდან განსვლა ყველაზე ხშირ ფორმას „ავადმყოფობაში განსვლა“ წარმოადგენს. ავადმყოფს უნდა თავისი სისუსტის და უმწეობის დემონსტრაციის გზით გარშემო მყოფთა მხრივ თანაგრძნობა გამოიწვიოს და ამის შედეგად სიტუაცია როგორმე შესცვალოს.

„ავადმყოფობაში განსვლის“ განსაკუთრებით ხშირ ფორმას წარმოადგენს ფსევდოდემენცია (ცრუ ჰეუსუსტობა), რომელიც ხასიათდება ტენდენციით—თავი ჰეუსუსტად, ყველაფრის გაგებისა და ცოდნის უნარის მოკლებულად მოჩვენებისა. ავადმყოფები უმარტივეს შეკითხვებზე პასუხობენ, რომ „არ იციან“, ან იძლევიან უსწორო პასუხებს—სახელის და გვარის, ასაკის, საქმიანობის, განათლების და თავისი მახლობლების შესახებ, თავისი აწყო არ იციან, წარსული არ ახსოვთ, სკოლაში შეძენილი ცოდნის დაკარგვას იჩენენ, უბრალო არითმეტიკული გამოთვლების წარმოება, ხელის თითებზე დათვლაც კი არ შეუძლიათ და ა. შ. ფსევდოდემენციური მდგომარეობის ნაირსახეობას ჰანზერის ბინდი სებრი მდგომარეობა წარმოადგენს. მას ახასიათებს არანათელი ცნობიერება, გაფანტულობა და უაზრო და უსწორო პასუხები (ავადმყოფს სამი თვალი აქვს, წელიწადში 90 თვეა, ორთქლმავლები ცხენის ფეხებით დადიან და ა. შ.)

გ., 45 წლის, მოსამსახურე, მაღაზიის გამგე, ბრალი ედება თვითმომარაგებაში და მითვისებული სურსათ-სანოჯაგის ბაზარში გაყიდვაში.

ანანეზი. მემკვიდრეობაში აღსანიშნავი არაფერია, გაიზარდა ხელოსნის ოჯახში, დაამთავრა დაწყებითი სკოლა, მუშაობდა დამხმარედ სასაღილოში, შემდეგ კი ოფიციალურად სასტუმროში. ხასიათით ფიცხი, აგზნებადი იყო. გამოსაკვლევი პირი სამხედრო სამსახურში იქნა გაწვეული, მსუბუქად დაიჭრა, კონტუზია მიიღო. ამის შემდეგ იგი ინვალიდია, ინვალიდთა არტელის სასურსათო მაღაზიის გამგედ მუშაობს.

ფიზიკური მდგომარეობა. გამოსაკვლევი პირი შუატანის, სწორი აგებულების, კარგი კვებისაა. გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებული აქვს, მწვერვალზე ისმის შუილი. ნერვული სისტემის მხრივ ტკივილებისადმი საერთო გრძნობელობის დაქვეითება აღენიშნება, საერთო ტრემორი, ხახის რეფლექსი არ გამოიწვევა.

ფსიქიკური მდგომარეობა. გამოსაკვლევ პირს პირქუში და იმავე დროს დაბნეული შეხედულება აქვს. საწოლში წევს. ყველა მისი მოძრაობა შენელებულია. მისგან რას მოითხოვენ—ერთბაშად ვერ ხედება. სდუმს, შეკითხვებზე ან არ პასუხობს, ან პასუხობს შენელებით, გაკირვებით, ძალდატანებით, შუბლს ისრესს ხელით, ოხრავს, მოცემულ კითხვას რამდენიმეჯერ იმეორებს. თავის თავის შესახებ საზრიანი ცნობების მიცემა არ შეუძლია.

შეკითხვებზე შემდეგნაირად პასუხობს: „თქვენი სახელი?“— „ჩემი სახელი... სახელი... ჩემი სახელი... ჩემი სახელი... აკიმიო სახელი“.—მამის სახელი?“—„მამის სახელი... მამის სახელი ვასილი“.—რამდენი წლისა ხართ... „რამდენი წლის... რამდენი წლის... ბევრისა ვიქნები, არ ვიცი“.—„რომელ წელსა ხართ დაბადებული?“—არ ვიცი, სწორედ არ მახსოვს, რომელ წელს, დიდი ხანია რაც დავიბადე... არ ვიცი“.—„სად ცხოვრობთ, თქვენი მისამართი?“—„იქ ვცხოვრობ... დიდი ქუჩა... ქალაქში... ქალაქში...“.—„რამდენი ბავშვი გყავთ?“—ბევრი ბავშვი... ბიჭი... გოგონა... „ბავშვების ასაკის და სახელების შესახებ შეკითხვებზე, დიდხანს ფიქრობს, მერე პასუხობს: „ვიტია, თამარა... ათ-ათი წლისა იქნებიან...“ „ცოლს რა ჰქვია?“—„ცოლს... ცოლს... ტატიანა“. „ცოლის მამის სახელი?“—„მამის სახელი... არ ვიცი“. „რამდენი თითი გაქვთ ხელზე?“—უყურებს ხელს, მეორე ხელის დახმარებით სთვლის: ხუთი. —„ორივე ხელზე?“ დიდხანს თვლის, სდუმს. „ფეხებზე?“ წინდებს იხდის, ფეხებს დიდხანს უყურებს: „ხელები და ფეხები ერთი და იგივეა“.

მეორე დღეს წევს უძრავად, თვალები ერთსა და იმავე წერტილზე აქვს მიპყრობილი. ყველა შეკითხვაზე პასუხობს: „არ ვიცი“. სამოსამართლო საქმეზე შეკითხვების დროს აერეოლებს, თვალები ცრემლებით ევსება, პასუხობს: „დამანებეთ თავი, დაპატიმრებული არა ვარ, არაფერი არ ვიცი“,

თავმინებებულს ბევრი სძინავს, საკმელზე უარს ამბობს, სისუფთავეს იცავს. შვილი ღლის შემდეგ გამოცოცხლება ეტყობა, საკმელს ხარბად ეტანება, უფრო ცუდად სძინავს, თავისი საკმის გამო წუხს, თავის თავის შესახებ დალაგებულ ცნობებს იძლევა.

კომისიის დასკვნა: „სულით დაავადება არა აქვს. დაპატიმრებასთან და ძიების ქვეშ ყოფნასთან დაკავშირებით მოგვცა ფსიქოგენური რეაქცია ფსევდოდემენციის სახით, რომლიდანაც ამჟამად გამოსულია. შერაცხადია. ინსტიტუტში შემდგომ ყოფნას არ საჭიროებს“.

პუერილიზმი. ამ სახელწოდებაში სინამდვილიდან ბავშვობის განცდებში გასვლის ფორმა იგულისხმება. ავადმყოფები ბავშვური ასაკის ყოფა-ქცევასა და გამოსახულებას იღებენ. ისინი პასუხობენ ბავშვურად, გულუბრყვილოდ, ენამოჩლექილად, ტიტინებენ, სათამაშოებით ერთობიან, კრიალა საგნებს ეტანებიან, მათთვის სათამაშოების წართმევის ცდების შემთხვევებში ტირიან, მათ ბავშვის სათამაშოები ახარებთ, საათობით აშენებენ სათამაშო ქალაქისაგან სახლებს, ქალაქის ხომალდებს და ა. შ. პუერილიზმის სიმპტომები ზოგჯერ მოკლე ხანს გრძელდება და მხოლოდ ბინდისებრი მდგომარეობის პერიოდში აღინიშნება, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში ძლიერ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ცნობიერების საგრძნობი ცვლილებების გარეშე არსებობს.

ფსიქოგენური სტუპორი ჩვეულებრივ ვითარდება ტრავმული განცდის შემდეგ და გამოვლინდება უძრაობაში, ღუმილში; გარეგან შთაბეჭდილებებზე ხილვადი რეაქცია ამ დროს არ არის, ცნობიერება შეცვლილია, თუმცა იგი აშლის დიდ სიღრმეს არ აღწევს. ეს მდგომარეობა მელავნდება განსაკუთრებით დამახასიათებელ ფორმაში პატიმრობასა და ციხეში მოთავსებასთან დაკავშირებით. იგი „ციხის სტუპორის“ სახელს ატარებს. მდგომარეობის ინტენსივობის ხარისხის მიხედვით სტუპორი ძლიერ სხვადასხვაგვარია.

დ., 25 წლის, გლეხი, ცოლიანი, წერა-კითხვის მცოდნე. ბრალი ედება შეიარაღებულ გაძარცვაში.

საქმის პირობები. ორი წლით ადრე, ფაბრიკის შეიარაღებული გაძარცვისათვის, ხუთი წელი ჰქონდა მისჯილი, სატუსალოდან

გაიქცა, ცხოვრობდა სხვისი სახელით. იმავე წელს ისევ შეიარაღებულ გაძარცვაში მიიღო მონაწილეობა და მეეტლე დაახრჩო.

ინსტიტუტში მოთავსების დროს მკვეთრად გამოხატული სტუპორული მდგომარეობის სურათი მოგვცა. თვალის გუგები — გაფართოებული, არათანაბარი, სინათლეზე ცოცხალი რეაქციით. სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ძლიერ ჩხვლეტაზე არაავითარ რეაქციას არ იძლევა. ხახისა და კონიუნქტივის რეფლექსები მოსპობილი აქვს. მუხლების მყესთა რეფლექსები აწეული, კანი ცოცხალი, პირისახე გაწითლებული, კიდურები გაღურჯებული და ძლიერ გაცივებული აქვს. ძლიერ ოფლიანდება. მეტად ლაბილური (ცვალებადი რიტმის) მაჯა აქვს. შინაგანი ორგანოები — ნორმის ფარგლებში. გამხდარია, კუდუსუნის არეში სიწითლე აქვს.

თვალები ერთსა და იმავე წერტილზე აქვს მიშტერებული, სახის გამომეტყველება უაზრო. დაბნეული. გარემოზე არაავითარ რეაქციას არ იძლევა, შეკითხვებზე არ პასუხობს, ექიმს ხელს არ ართმევს. აქვს მკვეთრი მოძრაობითი და ფსიქიკური შეკალება. კიდურები მათთვის მიცემულ მდგომარეობაში რჩება. ნერწყვს, რომელიც პირიდან მოედინება, არ ყლაპავს. უსუფთაოა. იკვებება პერსონალის ხელით, რადგან დამოუკიდებლად არ კამს და არ სვამს.

უახლოესი ორი თვის განმავლობაში მისი მდგომარეობა ცოლთან შეხვედრის დროსაც კი არ იცვლებოდა. ივლისის მეორე ნახევრიდან სახემ და თვალებმა უფრო გააზრებული გამომეტყველების მიღება იწყეს, გარემოსადმი ერთგვარი ინტერესი აღეძრა. ღამე უკვე თვითონ ისწორებდა საბანს და რეზინის რგოლს. ხოლო უწინდებურად სდუმდა, მისდამი ექიმის მიმართვისას მაჯა უხშირდებოდა, თვალის გუგები უგანივრდებოდა.

მალე მან ჩუმი ხმით და ძალიან ნელა ლაპარაკი იწყო. გარემოცვაში ორიენტირებული არ არის. სკამს თვითონ, სისუფთავეს იცავს. თანდათანობითი და ნელი გაუმჯობესება ეტყობა. ამბობს, რომ მან ვიღაც გაძარცვა და მოჰკლა სიმთვრალის მდგომარეობაში, სხვების შეგულიანებით „რალაც გაბრუებულივით“ იყო, ყველაფერი ძლიერ ბუნდოვანად ახსოვს.

მოცემულ შემთხვევაში ავადმყოფური მდგომარეობა დატუსაღების შემდეგ, ციხეში პატიმრობასთან და ძლიერ სერიოზული პასუხისმგებლობის პერსპექტივასთან დაკავშირებით წარმოიშვა, ღრმა სტუპორული მდგომარეობის ხასიათს ატარებდა, რომელიც პროცესული (შიზოფრენიული ან ეპილფესიური) სტუპორის შთაბეჭდილებას სტოვებდა. მაგრამ სტუპორის სურათში ზოგიერთი თავისებურების არსებობა (გუგების ოდენობის მერყეობა და ექიმისადმი მიმართვის დროს მაჯის შეცვლა, ტკივილებისადმი გრძნობელობის დაკარგვა და ლორწოვანი გარსების რეფლექსების მოსპობა, ოფლიანობა, ვაზომოტორული მერყეობანი და, დასასრულ. გამოკეთება და ამავე დროს შიში და წუხილი თავისი ბედის გამო) გვიჩვენებს, რომ აქ აღდილი ჰქონდა ფსიქოგენურ რეაქციას „ავადმყოფობაში განსვლის“ სახით.

რადგან გამოსაკვლევ პირს წარსულში ნორმისაგან რაიმე განსაკუთრებული გადახრა არ აღენიშნებოდა და დანაშაული მან უბრალო სიმთვრალის მდგომარეობაში ჩაიდინა, იგი შერაცხადად უნდა იქნეს ცნობილი.

ფსიქოგენურ რეაქციებს, რომლებიც ნათელ ცნობიერების მდგომარეობაში მიმდინარეობს, ეკუთვნის აგრეთვე ფსიქოგენური ბოლდვითი წარმონაქმების სხვადასხვაგვარი ფორმები, რომლებიც, გუნების აშლის ფორმებთან შედარებით, გაცილებით უფრო იშვიათად გვხვდება. ფსიქოგენური ბოლდვითი მდგომარეობის მკვეთრ და მწვავედ მიმდინარე ფორმას წარმოადგენს ეგრეთ წოდებული ბოლდვისებრი ფანტაზიები, რომლებიც ყველაზე ხშირად ციხეში ტუსალობის დროს წარმოიშვება, თუმცა სხვაგვარი ფსიქიკური ტრავმების დროსაც გვხვდება.

ტრავმის შემდეგ წარმოიშვება მდიდარი ბოლვა, ჩვეულებრივად განდიდების იდეები, ზოგჯერ დევნის ხასიათისა. ამ იდეებს ახასიათებს მერყეობა, მცირე სუბიექტური დარწმუნებულობა, მათ უმეტესად უცნაური შეთხზვისა და ზოგჯერ ძლიერი უაზრობის დალი აზის, რაც ამ ბოლდვით იდეებს თითქოს რაღაც თამაშის ხასიათს აძლევს. ბოლდვითი მდგომარეობა გარეგნულად თითქოს ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში მიმდინარეობს და უმეტესად მოკლე ხანს გრძელდება.

ომიანობის დროის პირობებში, როგორც ეს განსაკუთრებით წარსული სამამულო ომის გამოცდილებამ დაგვანახვა, ფსიქოგენური რეაქციების ხასიათი მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის, რასაც მათი სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს საჭიროა ანგარიში გავუწიოთ.

უწინარეს ყოველისა, საომარი პირობების მძიმე შემადრწუნებელ განცდებთან დაკავშირებით, აღინიშნება ეგრეთ წოდებული, შოკური რეაქციები, ე. ი. მდგომარეობანი რომელნიც უეცარი და ძლიერი შიშით არიან გამოწვეული. ისინი უპირატესად აფექტური სტუპორის და აფექტური აგზნების ფორმაში მელაენდებიან.

აფექტური სტუპორი ემოციების თავისებურ დამბლას წარმოადგენს და აპათიაში, მოღუწებაში, ნაკლებ მოძრაობაში, პასიურობაში, გარემოსადმი სრულ განურჩევლობაში, დაბნეულობასა და ცნობიერების შეცვლაში გამოვლინდება. მეორე ფორმა — აფექტური აგზნება, რომელიც ან სცელის აფექტურ სტუპორს, ან მეორადად ვითარდება, ძლიერი შიშით, მოძრაობითი აგზნებით, მოუწესრიგებელი სწრაფი გაქცევით, აგრესიული საქციელით ხასიათდება. ეს მოვლენა ისე, როგორც პირველი ფორმა, აშლილი ცნობიერებით მიმდინარეობს. შოკური რეაქციები ჩვეულებრივ მოკლე ხანს გრძელდება: რამდენიმე საათს ან რამდენიმე დღეს, იშვიათად უფრო დიდხანს, შემდეგში მათზე ბუნდოვანი მოგონებებით ან მოგონებების სრული დაკარგვით (ამნეზია).

ომიანობის დროის მთელ რიგ დამატებით შემასუსტებელ ფაქტორებთან დაკავშირებით (ფიზიკური ტრავმები — ქრილობები და განსაკუთრებით კონტუზიები, — ფიზიკური და ფსიქიკური მეტისმეტი დაძაბულობა და დაღლილობა, უკმარი კვება, ინფექციები და სხვა) ფსიქოგენური რეაქციების ზემოხსენებული ფორმები (ფსიქოგენური დეპრესია, ფსევდოდემენცია, პუერილიზმი, ფსიქოგენური ბოდვები და ა. შ.) ზოგიერთ თავისებურებებს ამჟღავნებენ, რომლებითაც ისინი მშვიდობიანობის დროის ფსიქოგენიებისაგან განირჩევიან ეს თავისებურებანი უმთავრესად ხასიათდებიან ფსიქოგენური რეაქციების სიმარტივით, ერთგვაროვნებით, ერთტიპობრიობით, მეორე მხრივ-კი, — ფსიქიკური

აშლილობის უფრო მძიმე ხასიათით, რაც აახლოებს მათ სულიერ აშლილობებს, ამ სიტყვის ვიწრო გაგებით.

ფსიქოგენური რეაქციების მიმდინარეობა და გამოხავალი. ფსიქოგენური რეაქციები მეტწილად მწვავედ ვითარდება. მათი ხანგრძლიობა ორი მომენტისაგან არის დამოკიდებული: 1) რეაქციის ხასიათისა და 2) სიტუაციის თავისებურებისაგან.

ბინდისებრი მდგომარეობანი „სინამდვილიდან განსვლით“ რამდენსამე დღეს, იშვიათად — რამდენსამე კვირას, გრძელდება. რეაქციებს, რომლებსაც ნათელი ცნობიერება ახლავს (ფსიქოგენური დეპრესიები, ბოდვითი ფორმები), უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს.

სიტუაცია, განსაკუთრებით ისეთი, რომელიც თავისი შედეგების მიხედვით სერიოზულია, ბუნებრივად, რეაქციას ახანგრძლივებს და მის სიმყარეს უწყობს ხელს. ყოველ შემთხვევაში, სიტუაციის ხელსაყრელი თუ არახელსაყრელი ცვლა, როგორც წესი, რეაქციის მიმდინარეობაზე ახდენს გავლენას, პირველ შემთხვევაში — რეაქციის გაუმჯობესებას ან აღმოფხვრას, მეორეში — მის გამწვავებას ან რეციდივს იწვევს.

ზოგჯერ, ჯერ არასაკმაოდ გამორკვეული მიზეზების გამო, ფსიქოგენურ რეაქციებს უფრო გახანგრძლივებული მიმდინარეობა ეძლევა, რაც მრავალ თვესა და წელსაც კი გრძელდება.

ხასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში ფსიქოგენურ რეაქციებს დიდი და მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია.

შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ექსპერტიზას აქვს საქმე ფსიქოგენურ რეაქციებთან, რომლებიც ვითარდება ციხეში, დანაშაულის ჩადენის შემდეგ, დაპატიმრებასთან და გამოძიებაში ყოფნის მდგომარეობასთან დაკავშირებით ან სასჯელის მოხდის პერიოდში. ამიტომ ჩვეულებრივად ექსპერტს უხდება საკითხის გადაჭრა არა შერაცხადობის შესახებ, არამედ რსფსრ ს. ს. კოდ. 11 მუხლის¹ იმ ნაწილის მიყენება, რომელიც ითვალისწინებს განაჩენის გამოტანის მომენტისათვის ფსიქიკური სნეულებით დაავადებას. ძლიერ იშვიათი გამონაკლისის სახით გვხვდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც დანაშაული ჩადენილია

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის მე-10 მუხლი.

რეაქტიული მდგომარეობის დროს, რომელიც ამა თუ იმ მიზეზთან დაკავშირებით, დანაშაულის წინ არის წარმოშობილი.

საერთო პრინციპული მიზანდასახულობა შერაცხადობის შესახებ ფსიქოგენური რეაქციების დროს, ფსიქოგენურ აშლილობათა შესახებ არსებულ თანამედროვე შეხედულებებიდან გამომდინარეობს. რამდენადაც ფსიქოგენური რეაქციები განიხილება არა როგორც ფსიქიკური დაავადებანი, ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით, არამედ როგორც მოსაზღვრე მდგომარეობა, — ფსიქოგენური რეაქცია, როგორც წესი, შერაცხადობას არ გამოირიცხავს.

ამის შესაბამისად, ფსიქოგენური რეაქციების იოლ და საშუალოდ გამოხატული ფორმების დროს გამოსაკვლევი პირნი შერაცხადად და სასამართლოს წინაშე წარდგომის უნარის მქონედ ჩაითვლებიან და საპატიმრო ადგილს უბრუნდებიან. იმ რეაქციებში-კი, რომლებიც თავისი სიმძიმით, სიღრმით, სიმყარით, გახანგრძლივებული მიმდინარეობით და რეციდივებისადმი განსაკუთრებული მიდრეკილებით განირჩევიან ან სხვა დაავადებებით არიან გართულებული (არტერიოსკლეროზი, ტრავმა და ა. შ.), ზოგჯერ გვიხდება შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაწყვეტის გადადება გამოკეთებამდე, რეაქტიულ მდგომარეობის ჩათაყვებამდე. შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადადება საჭიროა აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც არსებობს ეჭვი იმის შესახებ, რომ რეაქტიული მდგომარეობის სურათში რაიმე სხვა ფსიქიკური დაავადება, — ვიწრო — გაგებით (შიზოფრენია, ორგანული ფსიქოზი, ოლიგოფრენია და სხვ.) იფარება.

ფსიქოგენური რეაქციების განსაკუთრებით მძიმე ან ძლიერ გახანგრძლივებული და მყარი შემთხვევების დროს, როდესაც არც დრო, არც სამკურნალო საშუალებანი, არც დროებით საავადმყოფოში გადაყვანა არ იძლევა კარგ შედეგებს, ექსპერტიზას შეუძლია ზოგჯერ ასეთი გამოსაკვლევი პირი შეურაცხადად ჩათვალოს. ასეთივე დასკვნა უნდა იყოს გამოტანილი იმ შემთხვევებშიაც, როდესაც რეაქციის ჩათაყვების, ანდა ჯერ კიდევ რეაქტიული მოვლენების არსებობის დროს, კვშმარტი ფსიქიკური დაავადების ნიშნები გამოჟღავნდება.

განსაკუთრებული მდგომარეობანი

(ფსიქიკური მოქმედების ხანმოკლე აუზილობანი)

განსაკუთრებული მდგომარეობანი ეწოდება ფსიქიკური მოქმედების ისეთ დროებით აუზილობებს, რომლებსაც უეცარი დასაწყისი, უმნიშვნელო ხანგრძლიობა და ამ პერიოდში მომხდარი ამბების სრული ან ნაწილობრივი დავიწყება (ამნეზია) ახასიათებს.

ჩვეულებრივ, ასეთ მდგომარეობებს შემდეგი ავადმყოფური ფორმები ეკუთვნის:

1) ბინდისებრი მდგომარეობანი, 2) პათოლოგიური სიმთვრალე, 3) პათოლოგიური აფექტი, 4) „მოკლე ჩართვის“ რეაქცია, 5) პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობანი.

უფრო ხშირად ეს სწრაფად გარდამავალი მდგომარეობანი ვითარდებიან ისეთ პირთა შორის, რომელთაც ახასიათებთ დროებითი ან შედეგი ნევრო-ფსიქიკური უკმარობა, მაგრამ რომელსაც ფსიქიკური ავადმყოფობის ხასიათი არა აქვს, და რომელშიც ჩვეულებრივ მდგომარეობაში შერაცხადობას არ გამორიცხავს. ამიტომ ის ავადმყოფური მდგომარეობანი, რომელნიც ამ თავში განიხილებიან, პიროვნების ჩვეულებრივ ფსიქიკურ მდგომარეობასთან შედარებით, თითქოს განსაკუთრებულ ეპიზოდს წარმოადგენენ (ვედენსკი).

მათი ხანგრძლიობა ჩვეულებრივად მცირეა — რამდენიმე წუთიდან, რამდენიმე საათამდე.

განსაკუთრებული მდგომარეობანი საჭიროა გავარჩიოთ ფსიქიკური მოქმედების ისეთი დროებითი აშლილობებისაგან, როგორიც არის თეთრი ცხელება, ლოთობის შეტევები ან ინფექციური ბოღვა. თუმცა ყველა ეს დაავადება მეტად თუ ნაკლებად მკვეთრ ფსიქიკურ აშლილობებს წარმოადგენს, მაგრამ მათ უეცარი დასაწყისი არ ახასიათებთ და ისეთი ხანმოკლე არ არიან, როგორც განსაკუთრებული მდგომარეობანი.

მეორე მხრივ, ამ უკანასკნელებს არ შეიძლება მიეკუთვნოს აგრეთვე კრუნჩხვითი გულყრების მდგომარეობანი, რადგან კრუნჩხვითი გულყრების დროს ფსიქოზის სიმპტომებს, ჩვეულებრივ, არა აქვს ადგილი, ხოლო მოძრაობითი ფუნქციების აშლა რაიმე მოქმედების შესაძლებლობას გამორიცხავს.

განსაკუთრებულ მდგომარეობათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა უკვე იმით განისაზღვრება, რომ მათთვის დამახასიათებელი ცნობიერების მოშლილობა თანდაყოლილია ფსიქოზური სიმპტომებით (პალუცინაციები, ბოღვა). და აფექტურობის მოშლით შიშის, რისხვის სახით სხვ. იმავე დროს, შენახულია უნარი ზოგჯერ საკმაოდ რთულ მოქმედებათა შესრულებისა. ამ მიზეზის გამო, განსაკუთრებულ მდგომარეობაში მყოფი პირნი, ხშირად ხიფათს წარმოადგენენ გარშემო მყოფთათვის: მკვლელობას, ცეცხლის წაქიდებას და სხვა ასეთ მოქმედებებს ასრულებენ.

ასეთ შემთხვევებში ექსპერტ-ფსიქიატრების წინაშე დგას რთული ამოცანა—შეაფასონ გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობა დანაშაულის ჩადენის მომენტში, რისთვისაც საჭირო არის სისხლის სამართლის საქმის გულდასმით გაცნობა, რომელიც გამოსაკვლევი პირის ყოფაქცევასა და მდგომარეობას ასახავს იმ პერიოდში, პირველ რიგში მოწმეების ჩვენებებისა.

დანაშაულის მომენტში განსაკუთრებული მდგომარეობის, როგორც სწრაფად გარდამავალი ფსიქიკური აშლილობის, დადგენა შეერაცხადობის შესახებ დასკვნასაც განსაზღვრავს. ეს ხშირად მნიშვნელოვან სიძნელეებს წარმოადგენს, მით უფრო, რომ ამგვარ მდგომარეობისათვის უშუალოდ თვალყურის დევნება ფსიქიატრებს თითქმის არ უხდებათ.

აქ საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ბინდისებრი მდგომარეობებს განსაკუთრებულ მდგომარეობათა შორის განცალკევებული ადგილი უკავიათ იმით, რომ განსხვავდებიან სხვა ფორმებისაგან თავიანთი განმეორებადობით და მიმდინარეობის უფრო მეტი ხანგრძლიობის შესაძლებლობით.

ბინდისებრი მდგომარეობებისაგან განსასხვავებლად დანარჩენი განსაკუთრებული მდგომარეობანი ხასიათდებიან იმით, რომ ისინი უმეტეს შემთხვევებში არ მეორდებიან და ჩვეულებრივ წარმოადგენენ ერთადერთ ამგვარ ავადმყოფურ ეპიზოდს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

ყოველ შემთხვევაში, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში თითქმის არ არის ცნობილი, რომ ერთმა და იმავე პირმა მოგვეცეს განმეორებით ასეთი განსაკუთრებული მდგომარეობა. ეს, როგორც ჩანს, იმით აიხსნება, რომ ამგვარი ფსიქიკური აშლილობის წარმოშობისათვის საჭიროა, რომ მრავალი გარეშე და შინაგანი ფაქტორი ერთიმეორეს დაერთოს.

როგორც ნაჩვენები იყო ამ თავის დასაწყისში, ჩვეულებრივ განსაკუთრებული მდგომარეობანი წარმოიქმნებიან იმ პირთა შორის, რომელთაც ესა თუ ის ნევროფსიქიკური უკმარობა აქვთ. უფრო ხშირად ეს არის რაიმე ორგანული დაზიანება, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის უკმარობა, უფრო იშვიათად — ხასიათის ფსიქოპათური თავისებურებანი. მაგრამ მაინც, როგორც ამის სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის გამოცდილება გვიჩვენებს, ასეთივე, უფრო მეტი თუ არა, მნიშვნელობა განსაკუთრებულ მდგომარეობათა წარმოშობისათვის აქვთ მათ უშუალო წინასწარ არსებულ, დროებით ფაქტორებს, რომლებიც ასუსტებენ ორგანიზმს. ასეთს დროებით მავნედ მოქმედ ფაქტორებს ეკუთვნის: ფიზიკური და ფსიქიკური დაუძლურება, მკვეთრი გადაღლა, ძლიერი სულიერი აღელვება. როგორც ჩანს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ხანგრძლივ უძილობას.

ამ დროებითი ფაქტორების ზეგავლენით ცალკეულ შემთხვევებში განსაკუთრებული მდგომარეობანი შეიძლება წარმოიშვას აგრეთვე მანამდე ჯანმრთელ ადამიანთა შორის, რომელთაც

ნევროსიკიკური სფეროს მხრივ რაიმე მყარი აშლილობა არ აღენიშნებოდათ.

საჭიროა ვიკონიოთ მხედველობაში, რომ განსაკუთრებული მდგომარეობანი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში შედარებით იშვიათად გვხვდება. სერბსკის სახელობის სასამართლო-ფსიქიატრიის ინსტიტუტის მონაცემებით, განსაკუთრებულ მდგომარეობათა რიცხვი, შეურაცხადად ცნობილთა საერთო რიცხვთან შეფარდებით, 2—3 %-ს შეადგენს.

პათოლოგიური სიმთვრალე

სიხშირის მხრივ განსაკუთრებულ მდგომარეობათა შორის პათოლოგიურ სიმთვრალეს პირველი ადგილი უჭირავს.

იგი წარმოადგენს მწვავე ხანმოკლე ფსიქიკურ აშლილობას, რომელიც ალკოჰოლის მიღების ზეგავლენით წარმოიშვება, მაგრამ ხარისხობრივად განსხვავდება უბრალო, ჩვეულებრივი სიმთვრალისაგან, რომელიც, როგორც ცნობილია, შეურაცხადობას არ გამოიწვევს. თავისი ხასიათით და აგრეთვე მისი უბრალო სიმთვრალისაგან გამიჯვნის საჭიროებასთან დაკავშირებით, პათოლოგიური სიმთვრალე განიხილება თავში, რომელიც ალკოჰოლიზმს ეხება.

ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობანი

ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობანი თანაგვარნი არ არიან როგორც თავიანთი ხასიათით, აგრეთვე იმ ავადმყოფური ნიადებით, რომელზედაც ისინი აღმოცენდებიან. ყველაზე უფრო ხშირად ისინი ეპილეფსიის დროს გვხვდებიან, ისინი ამ ავადმყოფობისათვის ჩვეულ, მწვავე ფსიქიკურ აშლილობათა (ე. წ. ფსიქიკური ეკვივალენტების) ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენენ.

ეს ცნობიერების აშლილობის პერიოდული განვითარება, უმთავრესად დაკავშირებულია შინაგან მიზეზებთან, რომლებიც თვით ეპილეფსიურ ავადმყოფურ პროცესისაგან არის უშუალოდ დამოკიდებული. ამიტომაც ისინი ეპილეფსიის შესახებ თავში უნდა იქნენ აღწერილი.

ეპილეფსიის გარდა, ბინდისებრი მდგომარეობანი ეპიზოდურად შეიძლება აგრეთვე ტვინის სხვა ორგანულ დაზიანებათა დროს წარმოიშვან, ყველაზე უფრო ხშირად — ტვინის ტრამეების დროს, უპირატესად ახალი ტრავმების შემთხვევებში. მაგრამ მაინც, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში ბინდისებრი მდგომარეობანი ტვინის ორგანული დაზიანების დროს გვხვდება უფრო იშვიათად, ვიდრე ეპილეფსიის დროს და განმეორებისაკენ უფრო ნაკლები ტენდენციით განირჩევიან. ტვინის ორგანული დაზიანებებით ავადმყოფთა ბინდისებრი მდგომარეობების წარმოშობისათვის, ჩვეულებრივ, საჭიროა დამატებითი გარეგანი მაგნიტი მოქმედი ფაქტორები (მწვავე ინფექციები, ალკოჰოლის გავლენა, ფსიქიკური ტრავმები).

ბინდისებრი მდგომარეობებისათვის დამახასიათებელია ცნობიერების აშლილობა მოქმედების შესაძლებლობის შენარჩუნებით და შემდგომ მეხსიერებიდან ჩადენილი ქმედების გამოვარდნით. ამასთან, გარეშე სამყაროს აღქმა გაძნელებულია და გარემო აღიქმება ნაწყვეტ-ნაწყვეტად, არამკაფიოდ, თითქოს — ბინდისას.

ავადმყოფი გარემოში ვერ ერკვევა, ზოგჯერ მას ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ბოღვითი იდეები, ჰალუცინაციები და მოძრაობითი აზნება აღენიშნება.

სხვა შემთხვევებში ჰალუცინაციებს და ბოღვით იდეებს შეიძლება არ ჰქონდეს ადგილი, მაგრამ, სამაგიეროდ, პირველი ადგილი უპირავს ავადმყოფის დარეტიანებას, მისი მოძრაობების შეკავებას, დაბნეულობას და მოუწესრიგებელ უაზრო მოქმედებებს, რომელნიც შემდგომ აგრეთვე მეხსიერებიდან გამოვარდებიან.

ბინდისებრი მდგომარეობათა ზოგი უფრო იოლი ფორმის დროს ცნობიერების აშლილობა შეიძლება არ იყოს მუდმივი და მას შეიძლება ჰქონდეს მერყევი, თითქოს მოციმციმე ხასიათი ნათელი პერიოდებით და დაბინდებებით, რასთანაც შეიძლება იყოს დაკავშირებული ჩადენილის შესახებ მოგონებების წყვეტილობა. ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია ავადმყოფის მდგომარეობის არაერთგვაროვანი შეფასება და ურთიერთ საწინააღმდეგო აღწერა იმ მოწმეების მიერ, რომლებიც მას ამ პერიოდში თვალყურს ადევნებდნენ (რაც საჭიროა ვიქონიოთ მხედ-

ველობაში ბინდისებრი მდგომარეობათა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების დროს).

ფსიქოგენური ბინდისებრი მდგომარეობანი ძლიერი ფსიქიკური განცდების შედეგად წარმოიშეებიან. ამ შემთხვევაში შეცვლილია აგრეთვე გარემოს აღქმა, ორიენტირება მოშლილია და ცნობიერების მდგომარეობას სიზმრისებრი ხასიათი აქვს. ავადმყოფები ცხადად თითქოს ოცნებობენ, ისინი ოცნებათა და ფანტაზიების სამყაროში იმყოფებიან, ამასთან, განცდების შინაარსი ავადმყოფების იმედებსა და სურვილებთან არის დაკავშირებული: რაც უსიამოვნოა რეალურ სინამდვილეში, ის არ აღიქმება.

ამ მდგომარეობათა დამახასიათებელ თავისებურებას წარმოადგენს მკვეთრი ემოციური მერყეობა და ავადმყოფურ განცდათა მკაფიო აფექტური ელფერი. ზოგ შემთხვევებში შეიძლება წარმოიშვას შიშის გრძნობა, უფუნებობა ან აგზნება აგრესიისადმი მიდრეკილებით. სხვა შემთხვევებში აღინიშნება მხიარულება და ბავშვური საცქიელი. ზოგჯერ ავადმყოფების ქცევაში და გამოთქმებში შესაძლებელია შევამჩნიოთ კავშირი ტრავმის მომყენებელ იმ განცდებთან, რომლებითაც ეს მდგომარეობა არის გამოწვეული.

ამ სახის ფსიქოგენურ აშლილობათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა მცირეა. ისინი ექსპერტიზის საგანს ხშირად არ წარმოადგენენ, რადგან ამ მდგომარეობაში დანაშაული იშვიათად თუ ჭაიღინება. შერაცხადობა გამოირიცხება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ დადგენილ იქნა დანაშაულის ჩადენის მომენტში ნამდვილი ფსიქოგენური ბინდისებრი მდგომარეობა, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების შეცლა, რეალობასთან კონტაქტის დარღვევა, დეზორიენტირება და პათოლოგიური განცდები. ამ მდგომარეობათა შეფასების დროს საჭიროა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ ზოგჯერ ფსიქოგენური ბინდისებრი მდგომარეობა დანაშაულის ჩადენის შემდეგ წარმოიშეება, მაგრამ შეცდომით იგი დანაშაულის ჩადენის მომენტისათვის შეიძლება იყოს მიკუთვნებული, რაც განსაკუთრებულ სიფრთხილეს და სასამართლო-ფსიქიატრიული ანალიზის გულდასმით ჩატარებას გვავალებს.

შემდეგი შემთხვევა წარმოადგენს ბინდისებრ მდგომარეობას დანაშაულის ჩადენის მომენტში:¹

გამოსაკვლევი ბ-ვა, 28 წლის, ბრალი ედება რსფსრ სსკ 136 მუხლით² თავისი ორი შვილის მკვლელობაში.

დაიბადა გლეხის ოჯახში. ხასიათით იყო აგზნებადი, ჯიუტი, ყოველთვის ცდილობდა, რომ ყველაფერი მისი სურვილის თანახმად გაეთქმულიყო. წარსულში, საბავშვო ინფექციების გარდა, ავად არაფრით არ ყოფილა. ბოლო წლებში გაძლიერებულ აგზნებადობას, „ნერვულობას“ და ყოველი მცირე საბაბის გამო გუნების მოშლისადმი მიდრეკილებას აღნიშნავს. დროდადრო აღნიშნავს თავის ტკივილს, რაც გულის რევით და, ზოგჯერ, პირის ლებინებითაც არის თანხლებული. ზოგჯერ, ქმართან წალაპარაკების შემდეგ, იხევდა ტანსაცმელს, აიღებდა თოკს და ჩამოხრჩობის მიზნით გარბოდა ტყეში ან გაიქცეოდა მდინარეზე წყალში გადავარდნის მიზნით. ქმრის სიტყვით, იგი ამას იმისათვის ჩადიოდა, რომ ქმარი მისდამი უფრო ყურადღებიანი ყოფილიყო. გამოსაკვლევი პირი წინააღმდეგობას ვერ ითმენდა. ერთხელ მას არ მოეწონა რაღაც ქმრის სიტყვებში, გაჯავრებულმა მაგიდიდან სუფრა გადმოსწია და დაამტვრია ქურქელი. ქმარი ახასიათებს მას, როგორც „კერპ“ ადამიანს, რომელთანაც ცხოვრება ძნელია.

გამოძიების მასალის მიხედვით, საქმის გარემოება შემდეგია: ავადმყოფს, სახლის რემონტისათვის დურგლებთან ანგარიშის გასასწორებლად, დასკირდა ფული 100 მანეთის რაოდენობით. ფული მას არ აღმოაჩნდა, ხოლო ქმარი შინ არ იყო. ამასთან დაკავშირებით, დილას იგი ფულის სესხების მიზნით მეზობელ ქალთან წავიდა. მაგრამ არც ეს მეზობელი, არც მისი ოჯახის წევრები შინ არ დახვდნენ. ისარგებლა რა მით, რომ ბინაში არავინ იყო, მან გააღო კარადა და გამოიღო ორი კოსტიუმი და 120 მანეთი ფული. კოსტიუმები ჩასდო ჩანთაში და მოსკოვს წასვლის მიზნით რკინიგზის სადგურისაკენ გაემართა. მოსკოვში იგი

¹ გაძოქცევებულია ე. მ. რაზუმოვსკის მიერ (სასამართლო-უსიკიპატრია სახელმძღვანელო იურიდიული ინსტიტუტისათვის), მე-2 გამოც. 1938 წ.

² საქ. სსრ ს. ხ. კოდექსის 144 მუხლი.

კოსტიუმების გაყიდვას ფიქრობდა. მატარებლის მოლოდინში ლეღავდა; ამ დროს სადგურზე სოფლის ბიჭებთან ერთად დაზარალებულმაც მოიბრინა. ბ-ვა დააკავეს და გადაგზავნეს ქ. დმიტროვში, სადაც დააკითხეს.

შინ იგი სალამოს 7¹/₂ საათზე დაბრუნდა. ბოდიშის მოხდის მიზნით იგი დაზარალებულთან ბინაზე მივიდა. მაგრამ იქ, ბ-ვას სიტყვებით, პატრონებმა და გარეშე ქალებმა იგი „შეარცხინეს და თავსლაფი დაასხეს“. ძლიერ აიმღვრა, იფიქრა, რომ „ახლა სოფელში მას სიცოცხლეს გაუმწარებენ“. აზრად მოუვიდა თვითმკვლელობა. ბავშვებზე იფიქრა, მათი მიტოვება დაენანა, მათთან ერთად სიკვდილი გადასწყვიტა. დაბრუნდა შინ, ორი პატარა ბავშვი ხელში აიყვანა (2¹/₂ და 1¹/₂ წლისა) და მდინარისაკენ გაეშურა, თავის შვიდი წლის ბიჭს კი უთხრა, რომ „ღეიდა ნიურასთან მიდის“. მისი სიტყვით, იგი „გზაში ვერაფერს ხედავდა“.

ცნობილია, რომ იგი მდინარესთან მივიდა (სოფლიდან დაახლოებით კილომეტრის მანძილზე) და ბავშვებიანად გადაეარდა წყალში, რაც თვითონ მას არ ახსოვს. როცა წყლიდან გამოვიდა, ბავშვები ისევ ხელში ჰყავდა და იგი მათ როგორც მძინარეებს ექცეოდა. სახლს მიაშურა, ბავშვები ლოგინში ჩააწვინა და მათ საბანი დაათარა. შემდეგ ისევ მდინარისკენ წავიდა, სადაც უგონო მდგომარეობაში იპოვნეს ადრე დილით.

გონს თავის სახლში მოვიდა, გარემოს ბუნდოვანად აღიქვა მდამა, ახსოვს, რომ „იყო დიდძალი ხალხი“, „რალაცაზე ხმაურობდნენ“, მალე ისევ გული წაუვიდა. თუ როგორ მიჰყავდათ საავადმყოფოში, როგორ გაატარა იქ პირველი საათები, არაფერი არ ახსოვს. ადგილობრივი სომატური საავადმყოფოს მონაცემებით, ბ-ვა მისი იქ ყოფნის პირველი ხუთი დღის განმავლობაში ცუდ გუნებაზე იყო. ტიროდა, ცოტას ჰკამდა და თითქმის არ ეძინა. სასამართლოს აღეძრა ეჭვი დანაშაულის ჩადენის მომენტში მისი ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ, რის გამოც იგი ინსტიტუტში ექსპერტიზაზე იქნა გაგზავნილი.

ინსტიტუტში გამოკვლევისას შინაგანი ორგანოებისა და ნერვული სისტემის მხრივ ნორმისაგან შესამჩნევი გადახრები არ იყო აღნიშნული.

ფსიქიკის მხრივ. განოსაკველვე პირს ცნობიერება ნათელი აქვს. გარემოში სწორად არის ორიენტირებული. ბაასში ხალისით ლებულობს მონაწილეობას და თავისი თავის შესახებ ყველა საჭირო ცნობას იძლევა. უგუნებოდ არის, ხშირად ტირის. ინსტიტუტში ყოფნისას ყოფაქცევა წესიერი აქვს. გარშემომყოფებთან ხალისიან ურთიერთობაშია, მუშაობს სახელოსნოში. ინსტიტუტში ყოფნა უმძიმს, მოუთმენლად ელის პაემანს ქმართან, რონლის მიმართ იგი დაძაბულია, რადგან შიშობს, რომ იგი მას მიატოვებს. საქმეზე ლაპარაკის დროს ყოველთვის ტირის, ეცოდება ბავშვები. დანაშაულის ჩადენის მომენტამდე საქმის უშუალო წინამორბედი პირობების შესახებ არასრული მოგონებანი აქვს. თვით დანაშაულის ჩადენის მომენტის შესახებ არაფერი ახსოვს.

ინტელექტუალური სფეროს გამოკვლევისას ნორმისაგან გადახრა არ იქნა აღნიშნული. ცოდნათა და ინტერესთა წრე შეზღუდული აქვს. ფორმალური გონებრივი შესაძლებლობანი (გააზრება მოფიქრება, კრიტიკა) დარღვეული არა აქვს.

საექსპერტო კომისიის მიერ ბ-ვა შეურაცხად აღიქმა ცნობილი, რადგან დანაშაული ცნობიერების ფსიქოგენური ხასიათის ბინდისებრი მდგომარეობის დროს ჰქონდა ჩადენილი.

განოსაკველვე პირი ყოველთვის ხასიათის ფსიქოპათური თვისებებით. ემოციური მერყეობით და გუნების აშლილობისადმი მიდრეკილებით გამოირჩეოდა. მისთვის სამძიმო სიტუაციისა და ტრავმის მომყენებელი ემოციური განცდების ზეგავლენით მას ჯერ გუნების მძიმე აშლილობა წარმოეშვა, შემდგომ ფსიქოგენურ ბინდისებრ მდგომარეობათა ტიპის ცნობიერების შეცვლა განუვითარდა. იგი გარემოს არასწორი აღქმით და ავტომატური, ზშკარად უაზრო მოქმედებებით თანხლებულია, რომლებიც შემდეგ ნებსიერებიდან მეტწილად გამოვარდნილი აქვს. გაიარა რა დაახლოებით ერთი კილომეტრი მდინარემდე, იგი ბავშვებიანად ჩავარდა წყალში, წყლიდან ამოსვლის შემდეგ მას მოეჩვენა, რომ ბავშვებს სძინავთ, იგი დაბრუნდა სახლში, მკვდარი ბავშვები, როგორც მძინარეები, ისე დააწვინა ლოგინში, საბანი

გადაათარა მათ, გარემოს ყურადღება არ მიაქცია და ისევ მდინარეზე წავიდა, სადაც ის აღრე დილით ცნობიერების აშლის მდგომარეობაში ნახეს.

პათოლოგიური ავმბიტი

ხანმოკლე ინტენსიურ ემოციას, რომელიც გარეშე ზემოქმედების გავლენით წარმოიშვება და რომელსაც ცნობიერებაში გაბატონებული მდგომარეობა აქვს, აფექტი ეწოდება.

განსაზღვრულ პირობებში აფექტს შეუძლია ადამიანის ქცევაზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს. როგორც ცნობილია, ძლიერი სულიერი აღელვება, რისფერ ს. ს. კოდ. 48 მუხლის¹ თანახმად, სასჯელის ზომის განსაზღვრის დროს, შემარბილებელ პირობად არის აღიარებული.

მაგრამ, მაინც, ძლიერ გამოსახული აფექტის მდგომარეობაშიც კი ნებისყოფა რამდენადმე შენარჩუნებული არის ხოლმე და ცნობიერება ნათელი. ამგვარი აფექტური რეაქცია, იმ შემთხვევაშიაც, თუ იგი თავისი სიძლიერით მის გამომწვევ მიზეზთან არ არის თანზომილი, ავადმყოფურ ფსიქიკურ მოშლილობას არ წარმოადგენს და ფიზიოლოგიური აფექტის სახელწოდებას ატარებს.

ფიზოლოგიურ აფექტისაგან საკიროა გავარჩიოთ პათოლოგიური აფექტი, რომელიც განსაკუთრებულ მდგომარეობათა ერთ-ერთ იშვიათ ფორმას წარმოადგენს.

პათოლოგიურ აფექტად უნდა იქნეს ცნობილი ხანმოკლე ავადმყოფური ფსიქიკური მდგომარეობა, რომელიც უეცრად წარმოიშვება ტრავმის მომყენებელ განცდებთან — მოულოდნელ შეურაცხყოფასთან, მძიმე წყენასთან და სხვ. დაკავშირებით. მისი წარმოქმნა დასაწყისში ხასიათდება განსაკუთრებით ძლიერი, დაძაბული აფექტით, რომელსაც ცნობიერების აშლილობა მოჰყვება, რის შედეგად ირღვევა უნარი თავისი ქცევების წარმართვისა, ნებისმიერი შეფერხებანი გამოირიცხებიან და მოქმედება ავტომატურ ხასიათს ღებულობს. ეს აფექტური აშლი-

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 45 მუხლი.

ლობანი გაბრაზებაში, აღშფოთებაში ან გაშმაგებაში გამოიხატება. წარსულის შესახებ მოგონებები უფრო ხშირად არ არის შენარჩუნებული ან მათ ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ხასიათი აქვთ.

პათოლოგიური აფექტის განვითარება და მიმდინარეობა პირობითად სამ სტადიად ან ფაზად დაიყოფა: 1 — მოსამზადებელი ფაზა; 2 — აფეთქების ფაზა და 3 — საბოლოო ფაზა.

უკვე პირველ მოსამზადებელ ფაზაში ტრავმის მიმყენებელი მძიმე განცდებისა და ინტენსიურად მზარდი აფექტის ზეგავლენით ირღვევა გარემოს აღქმა, თვალყურის დევნება იმისი, რაც ხდება და თავისი საკუთარი მდგომარეობის გააზრების უნარი. ამასთან წარმოდგენათა წრე ვიწროვდება და ავადმყოფისათვის მხოლოდ ტრავმის მომყენებელი განცდებით განისაზღვრება. ყველა დანარჩენი წარმოდგენა მისთვის თითქოს აღარ არსებობს.

ეს დასაწყისი სტადია ანუ ფაზა პრაქტიკულად ხშირად არ შეიძლება იყოს მის მომდევნო ე. წ. აფეთქების ფაზისაგან გამიჯნული.

ეს ფაზა იწყება აფექტური განტვირთვით, რომელიც მძაფრ მოძრაობით აგზნებაში გადადის და რომელსაც ცნობიერების ცოტად თუ ბევრად ღრმა დარღვევა მოჰყვება, ორიენტაციის სრული მოშლილობით, გაურკვეველი მეტყველებით და აზრთა და წარმოდგენათა არე-დარევით. როგორც წესი, ამ დროს მთელი რიგი ფიზიკური ნიშნები აღინიშნება: სახის ნაკვთები იცვლება, გამომეტყველებითი მოძრაობა გადაქარბებული ხდება, სახე მკვეთრად წითლდება ან არაჩვეულებრივად ფითრდება.

პათოლოგიური აფექტის მდგომარეობაში ჩადენილი მოქმედებისათვის დამახასიათებელია წინასწარ მოფიქრებული გეგმის უქონლობა, ავტომატური, უაზრო ხასიათი, ხოლო აგრესიის შემთხვევებში შეტევის იარაღად შემთხვევით ხელში მოხვედრილი საგნების გამოყენება.

აფეთქების ფაზა საბოლოო ფაზით იცვლება, რომელშიც პირველი აღგილი ფსიქიკური და ფიზიკური ძალების მკვეთრ დაუძლურებას უქირავს. რაც ან ღრმა ძილში, ან მოდუნებაში, საერთო დასუსტებაში და გარემოსა და ჩადენილის მიმართ განურჩევლო-

ბაში მელაენდება. შემდგომ ეს აპათიისა და განურჩევლობის მდგომარეობა შეიძლება ჩადენილის გამო მონანიების გრძნობით შეიცვალოს.

მძაფრი აფექტური განტვირთვის შემდეგ მკვეთრი და მყარი დაუძლურების მდგომარეობისა და აშლილი ცნობიერების პერიოდის დადგენას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რადგან იგი მნიშვნელოვან საბუთს წარმოადგენს პათოლოგიური აფექტის სასარგებლოდ.

პათოლოგიური აფექტი, ისე, როგორც სხვა განსაკუთრებული მდგომარეობანი, ნევრო-ფსიქიკური უკმარობის ნიადაგზე წარმოიშვება; ამასთან, უპირატესი მნიშვნელობა მედეგ ან გარდამავალ ნევროფსიქიკურ დაუძლურებას აქვს.

სასამართლო ფსიქიატრიის პრაქტიკაში პათოლოგიური აფექტი იშვიათად გვხვდება, პროფ. სერბსკის სახელობის სასამართლო-ფსიქიატრიის ინსტიტუტის მასალებში, უკანასკნელი წლების განმავლობაში იგი ერთეული შემთხვევებით არის წარმოდგენილი.

მისი დადგენა მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ სიძნელებთან არის დაკავშირებული. პათოლოგიურ აფექტს, ხშირად მეტად თუნაკლებად ძლიერ აფექტურ რეაქციებს შეურევნ ხოლმე, რომლებიც ზოგიერთი ტრავმატიკებისა, ფსიქოპათებისა და ისტერიით ავადმყოფებისათვის არის დამახასიათებელი. მაშინ, როდესაც ამ აფექტურ რეაქციებს, მათი გარეგანი ეფექტურობისა და დემონსტრაციულობისა და მიუხედავად, როგორც წესი, არ მოჰყვება არც ცნობიერების აშლილობა ორიენტირების დაკარგვით, არც უაზრო ავტომატური მოქმედებანი და მათი მიმდინარეობა არ ატარებს ზემოალწერილ ხასიათს, რომელიც ესოდენ ტიპობრივია პათოლოგიური აფექტისათვის. ამიტომ ისინი განხილული უნდა იქნენ როგორც გამოვლინება ფიზიოლოგიური აფექტისა, რომელიც თავისი ქცევებისადმი ხელმძღვანელობის უნარს არ გამორიცხავს. აგრეთვე მონაცემების არსებობა იმის შესახებ, რომ მოქმედება წინასწარ მზადდებოდა და თვით ქმედების გეგმიანობა პათოლოგიური აფექტის წინააღმდეგ მეტყველებენ.

წარსულში ზოგიერთი ავტორის მიერ „პათოლოგიურ ნიადაგზე ფიზიოლოგიური აფექტის“ ცნება იყო წამოყენებული, რომელზედაც მითითება ზოგჯერ შეიძლება შეგვხვდეს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში.

ამ ცნებაში იგულისხმება ფიზიოლოგიური აფექტი, რომელიც, ხშირად განმეორებით რაიმე ნერვულ-ფსიქიკური გადახრის მქონე პირთა შორის წარმოიშევა. თუმცა ამგვარი აფექტი არ არის პათოლოგიური, ხოლო ნიადაგი, რომელზედაც ის წარმოიშევა, გამოხატულ ფსიქიკურ აშლილობას არ წარმოადგენს, მაგრამ მაინც. იმ ავტორების აზრით, რომელნიც ამ შეხედულებას გამოთქვამენ, ასეთი მდგომარეობანი თითქოს პათოლოგიურს უახლოვდებიან და შერაცხადობა უნდა გამორიცხონ.

„პათოლოგიურ ნიადაგზე ფიზიოლოგიური აფექტის“ ცნება არაკანონზომიერია, მას განსაკუთრებულ მდგომარეობათა სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეფასებაში არეგ-დარეგა შეაქვს და აფექტური რეაქციების დროს შერაცხადობის ცნების დაუსაბუთებელ გაფართოებას იწვევს.

ფსიქიკური მოქმედების ხანმოკლე აშლილობა თავისი ქმედებისადმი ხელმძღვანელობისა და მის მიმართ ანგარიშის გაწევის უნარს გამორიცხავს მხოლოდ იმ შემთხვევაში. როდესაც ის ნამდვილ ფსიქოზურ მდგომარეობას წარმოადგენს, რაზედაც პირველ რიგში ცნობიერების აშლილობა, მოქმედების ავტომატური ხასიათი და სხვა ანალოგიური სიმპტომები მიუთითებენ. ამიტომ აფექტის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება თვით მდგომარეობის ანალიზიდან უნდა გამომდინარეობდეს და იმისაგან იყოს დამოკიდებული, აქვს თუ არა ადგილი ცნობიერების მოშლას, მკვეთრ ფიზიკურ და ფსიქიკურ დაუძლურებას, ჩადენილი საქციელის გამოვარდნას მეხსიერებიდან და ა. შ. ასეთი მიდგომის დროს მხოლოდ ორი შესაძლებლობა არსებობს: აფექტი შეიძლება ან პათოლოგიურად, ან ფიზიოლოგიურად იქნეს ცნობილი, და აქედან უკვე გამომდინარეობს შერაცხადობის შესაბამისი საკითხის გადაწყვეტა.

პათოლოგიური აფექტის მდგომარეობაში დანაშაულის ჩადენის მაგალითს შემდეგი დაკვირვება წარმოადგენს:

გამოსაკვლევი პირი ბ.¹, 33 წლის, პროფესიით ინჟინერი, ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 142 მუხლის 1 ნაწილის მიხედვით² ცოლისა და თავის შვილის მძიმედ ცემაში.

მას ბავშვობიდან ზედმეტი შთაბეჭდილებიანობა ახასიათებდა. ფიზიკურად სუსტი იყო. თერთმეტი წლის ასაკში თავის ტრავმა მიიღო ცნობიერების დაკარგვით, რის შემდეგ დაღლილობა, თავის თავში დარწმუნების უქონლობა დაეწყო. მაგრამ, მაინც, სწავლობდა კარგად, როგორც საშუალო ისე უმაღლესი სასწავლებელიც წარმატებით დაამთავრა. 24 წლისამ თავისი კურსის ამხანაგი ქალი ითხოვა, რომელიც დიდი ნიჭიერებით არ განირჩეოდა, მაგრამ თავისი სილამაზით თავი ძალიან მოჰქონდა. ცოლი ხშირად ღალატობდა მას, რასაც დიდხანს მოხერხებულად უმაღავდა; ბ. მას სავსებით ენდობოდა. ცოლი მას იდეალად ჰყავდა მიჩნეული; ოჯახის მიმართ იგი დიდ მზრუნველობას და ყურადღებას იჩენდა, ბავშვი განსაკუთრებით უყვარდა. რბილი ხასიათისა, სუსტი ნებისყოფის, ჩუმი ადამიანი იყო, სხვებს ადვილად ემორჩილებოდა და გარეშე გავლენის ქვეშ ადვილად მოექცეოდა ხოლმე.

32 წლის ასაკში მძიმე და ხანგრძლივი ფიზიკური დაავადება გადაიტანა, რომლის შედეგად მისი ხასიათის ასთენიური თვისებები გამწვავდა — იგი განსაკუთრებით მტირალა, ექვიანი, შფოთიანი გახდა.

დანაშაულის ჩადენამდე რამდენიმე თვის განმავლობაში სხვა ქალაქში ცხოვრობდა და მომხდარი ამბის წინა დღით ოჯახის სანახავად ჩამოვიდა. ცოლთან უცხო მამაკაცს შეხვდა, რითაც ძლიერ განცვიფრებული დარჩა. ამის გამო გამოკითხვის საპასუხოდ მისმა ცოლმა პირველად, მისთვის სრულიად მოულოდნელად, უხეშ და ცინიკურ ფორმაში უპასუხა, რომ წინათაც ღალატობდა მას, განუცხადა, რომ ეს მამაკაცი „ჯენტლემენია“, იგი კი — მისი ქმარი — „ხეპრე“. ბ.-მ, მისი სიტყვებით, დაბნეულობის

¹ შემთხვევა აღწერილია ს. ი. არსენიევის მიერ („Исключительные состояния у лиц, перенесших травму головы, и их судебно-психиатрическая оценка“ — დისერტაცია 1946 წ.).

² საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 151 მუხლი.

და ღრმა აღშფოთების გრძნობა განიცადა. მან უთოს დააელო ხელი, ამასთან, ნათლად ახსოვს უთოს ლაპლაპი. შემდეგი ამბები მას არ ახსოვს, მეხსიერებაში შერჩა მხოლოდ ის, რომ იგი გარემოს ველარ ხედავდა.

სისხლის სამართლის საქმის მასალიდან ჩანს, რომ ზ. უეცრად მოიცვა ძლიერი მოძრაობითი აგზნების მდგომარეობამ, რომელიც ქაოსურ ხასიათს ატარებდა, იგი არამც თუ მხოლოდ ცოლს სცემდა, არამედ სამი წლის ბავშვსაც, რომელიც მას ძლიერ უყვარდა, გარშემო მყოფ საგნებს ამტკრევდა, რასაც ვერ ამჩნევდა, ბორგავდა.

რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი გონს მოვიდა და გამოცხადდა მილიციაში, იგი ფეხზე ძლივს იდგა, ამღვრეული იყო და გარეგნულად მთვრალის შთაბეჭდილებას სტოვებდა, თუმცა, როგორც ეს დადგენილია, სრულიად ფხიზელი იყო. დროის ეს პერიოდი ნაწილობრივად შერჩა თვითონ ზ-ს მეხსიერებაში. მას ახსოვს, რომ ყველაფერს იგი „თითქოს ბურუსში“ ალიქვამდა, დაპატიმრებას ითხოვდა, გრძნობდა, რომ „უნდა დაისაჯოს“.

ფიზიკური მდგომარეობა: გამოსაკვლევი პირი დაბალი ტანისაა, ასთენიკი, თავზე ტრავმის შემდეგ წიბური აქვს. ნევროლოგიური სფეროს მხრივ აღენიშნება თვალების გუგების უთანაბრობა, თვალის კაკლების უკმარი კონვერგენცია, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მკვეთრი მერყეობა, რომელიც გამოიხატება ვაზომოტორული რეაქციების მერყეობაში, ხელების მტევნების გაძლიერებულ ოფლიანობასა და სილურჯეში.

ფსიქიკური მდგომარეობა: ცნობიერება ნათელი აქვს, იგი ხალისით და ამომწურავად აწვდის თავის შესახებ ცნობებს, წესიერად და მოწესრიგებულად იქცევა. გუნების ძირითადი ფონი სევდიანი, ოდნავ შფოთიანი აქვს, ჩადენილ დანაშაულს ძლიერ განიცდის. იგი ექვიანია, იპოქონდრიულია, მეხსიერების დაქვეითებას, სისუსტეს და „ნევრასთენიულობას“ უჩივის.

ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიამ გამოიტანა დასკვნა, რომ ზ. ფსიქიკურად დაავადებული არ არის, ხოლო სომატოფსიქიკური ასთენიის ნიშნები აღენიშნება.

მისდამი ინკრიმინირებული დანაშაული, როგორც ეს საქმის მასალებიდან და თვით ბ-ს გამოკვლევის შედეგებიდან გამომდინარეობს, მას პათოლოგიური აფექტის ფორმით განსაკუთრებულ მდგომარეობაში აქვს ჩადენილი. ამიტომ დანაშაულის მიმართ, რომელიც მან ფსიქიკის ქმედების დროებითი აშლილობის მდგომარეობაში ჩაიდინა, იგი შეურაცხადად უნდა იყოს ცნობილი.

ამ შემთხვევაში პათოლოგიური აფექტის არსებობის შესახებ მეტყველებს ტრაემის მიმყენებელი განცდების მოულოდნელი და ძლიერი ზემოქმედება ისეთ ადამიანზე, რომელმაც თავის ქალას ტრავმა გადაიტანა და რომელიც ფსიქიკისა და ფიზიკური მდგომარეობის მხრივ წინათ გადატანილი დაავადებით არის ასთენიზებული. ეს კი პათოლოგიური აფექტის წარმოშობისათვის ხელშემწყობ პირობებს წარმოადგენს. ბ-ს მიერ მიღებული მძიმე წყენა და შეურაცხყოფა უეცარ მძიმე ქაოსურ აგზნებას იწვევს, რომელსაც თან ახლავს ცნობიერების შეცვლა გარემოს აღქმის დარღვევით, მისთვის უჩვეულო სისასტიკითა და არამოტივირებული უმიზნო აგრესიით მისი სამი წლის გოგონას მიმართ, რომელიც მას ძლიერ უყვარს. გამოსაკვლევია პირის დანაშაულის ჩადენის შემდეგ მდგომარეობა მკვეთრი ფსიქოფიზიკური დაუძლეულობითა და ჩადენილი დანაშაულის ყველა გარემოების მეხსიერებიდან გამოვარდნით ხასიათდება.

„მოკლე ჩართვის“ ჩებაცნია

თავში განსაკუთრებულ მდგომარეობათა შესახებ ჩვეულებრივ აღწერილია აგრეთვე ფსიქიკის ხანმოკლე ცვლილებანი, რომელნიც აფექტური დაძაბულობის განტვირთვისთან არიან დაკავშირებულნი და რომელნიც „მოკლე ჩართვის“ რეაქციის სახელს ატარებენ. პათოლოგიური აფექტისაგან განსასხვავებლად, რომელიც უეცრად წარმოიშვება, „მოკლე ჩართვის“ რეაქციის განვითარებისათვის საჭიროდ ითვლება წანამორბედი მძიმე განცდები, რომელნიც აფექტური დაძაბულობის თანდათანობით ზრდას იწვევენ. ასეთი დაძაბულობა მოულოდნელი განტვირთვით ხშირად აფექტური აფეთქებით სრულდება, რაიმე დამატებითი, ზოგჯერ

შემთხვევითი და უმნიშვნელო საბაზის შედეგად. ეს საბაზი თითქოს უკანასკნელ ბიძგს წარმოადგენს თანდათან დაგროვილ დაძაბულობის განტვირთვისათვის და ეს განტვირთვა ზოგჯერ აგრესიული ძალადობის მოქმედების სახეს იღებს.

ავტორებს, რომელნიც მოკლე ჩართვის რეაქციას აღწერენ, მიაჩნიათ, რომ ამგვარი ქცევები და მოქმედებანი მიმდინარეობენ ნებელობის გარეშე, თითქოს რეფლექსის მსგავსად, უმაღლესი ფსიქიკური მოქმედების სფეროს მიერ მათი ცნობიერი გადამუშავების სტადიის გარეშე.

აქედან გამომდინარეობს თვით რეაქციის სახელიც, რომელიც ელექტროტექნიკიდან არის გადმოტანილი, სადაც, როგორც ცნობილია, მოკლე ჩართვის შესახებ ლაპარაკობენ მაშინ, როდესაც დენი უმოკლესი გზით შემცირებული წინააღმდეგობებით გაივლის.

„მოკლე ჩართვის“ ტიპის მოქმედებებისადმი წინასწარ განწყობის მხრივ არსებითი მნიშვნელობა, როგორც ჩანს, არა მხოლოდ ხანგრძლივ აფექტურ დაძაბულობას, არამედ მნიშვნელოვან ფსიქო-ფიზიკურ დაუძლურებასაც აქვს.

მაგრამ მაინც, საკიროა -- აღვნიშნოთ, რომ „მოკლე ჩართვის“ რეაქციის ცნებამ ჯერ ვერ მიიღო საკმაოდ მკაფიო კლინიკური განსაზღვრა, მკაფიო დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი მას არა აქვს და იგი ხელახალ კრიტიკულ გადასინჯვას მოითხოვს.

ეს უწინარეს ყოვლისა იმასთან არის დაკავშირებული, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში, რომელთა განმარტებაც შეიძლებოდა როგორც „მოკლე ჩართვის“ რეაქციისა, ეს უკანასკნელი არ არის ავადმყოფური და ფსიქოზურ ხასიათს არ ატარებს, არამედ ფსიქოლოგიურად პირობადებულ აფექტურ განტვირთვის ფარგლებს არ სცილდება, რომელიც შერაცხადობას არ გამოორიცხავს.

ამავე დროს სერბსკის სახელობის ინსტიტუტის სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში უკანასკნელი წლების განმავლობაში თითქმის სრულიად არ არის დიაგნოზირებული „მოკლე ჩართვის“ რეაქცია, როგორც ავადმყოფური მდგომარეობა, რომელიც გამოორიცხავს შერაცხადობას.

ეს მოვლენა მოითხოვს დიდ სიფრთხილეს იმ შემთხვევების შეფასების დროს, რომელნიც განიხილებიან, როგორც „მოკლე ჩართვის“ რეაქცია, და როგორც თვით ცნების, აგრეთვე შესაბამისი კლინიკური მასალის კრიტიკულ გადასინჯვის საჭიროებისაკენ მიგვითითებს.

პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობანი

განსაკუთრებულ მდგომარეობას წარმოადგენს აგრეთვე პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობა, რომელსაც მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს, რადგან სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრაქტიკაში ასეთი სწრაფად გარდამავალი ფსიქიკური აშლილობის მხოლოდ ერთეული შემთხვევები გვხვდება.

პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობანი თავისებურ აშლილობას წარმოადგენენ ღრმა ძილის შემდეგ ძლიერ ძნელი, შენელებული გამოღვიძების სახით, რასაც ძველი ავტორები აღნიშნავდნენ როგორც „ძილით დათრობას“. ამასთან, თვით გამოღვიძება არათანაბრად ხდება და განსაზღვრული დროის განმავლობაში ნაწილობრივ ხასიათს ატარებს, — იგი პირველ რიგში უფრო მარტივ, დაბალ ფუნქციებს (როგორც მოძრაობითს და სხვ.) მოიცავს, იმ დროს, როდესაც უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციები, და მათ რიცხვში ცნობიერება, ჯერ „გამოუღვიძებელი“ რჩება.

ასეთი ძილისაგან პათოლოგიურად შენელებულ გადასვლას მღვიძარე მდგომარეობაში თან სდევს ცნობიერების აშლა, გარემოს დამახინჯებული აღქმა, რომელიც სიზმრების ნაშთთან, ილუზორული და ხანმოკლე პალუცინატორულ ბოდვით განცდებთანაც კი არის გადახლართული. ამასთან, აღინიშნებიან გაუაზრებელი ავტომატური მოქმედებანი, რომელნიც ზოგჯერ ძლიერ საშიშარ ხასიათს ატარებენ (შესაძლებელია მკვლელობის და მძიმე ძალმომრეობის ჩადენა). ცნობიერების აშლილობის ხასიათის მხრივ ძილმღვიძარე მდგომარეობა უახლოვდება ბინდისებრ მდგომარეობას.

პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობის შესახებ, რომელიც შეურაცხადობას აპირობებს, მხოლოდ ზემონაჩვენები ფსიქოზური სიმპტომების არსებობის დროს შეგვიძლია ვილაპარაკოთ.

პათოლოგიური ძილმღვიძარე მდგომარეობის მაგალითს შემდეგი დაკვირვება წარმოადგენს:

გამოსაკვლევი პირი გ-ნი, 57 წლის, ბრალი ედება რსფსრ ს. ს. კოდ. 19 — 137 მუხლის ¹ მიხედვით თავისი რძლის მკვლელობის ცდაში.

იზრდებოდა და ვითარდებოდა წესიერად, მრავალი წლის განმავლობაში მუშაობდა მუშად საფეიქრო ფაბრიკაში. წარსულში ფსიქიატრებისათვის არასდროს არ მიუმართავს. დანაშაულის ჩადენამდე ერთი წლით ადრე თავის ქალას ტრავმა მიიღო, რის შემდეგ დაეწყო თავბრუ, აწეული აგზნებადობა. უკანასკნელ დროს იგი თვითონ აღნიშნავდა ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესებას. გ-ნი თავის რძალთან და ოჯახის სხვა წევრებთან ერთად ერთ ოთახში ცხოვრობდა. როგორც ამას მოწმენი და დაზარალებული ერთსულოვნად აღნიშნავენ, ცხოვრობდნენ მეგობრულად, მათ შორის არავითარი კონფლიქტი არასდროს არ ყოფილა.

მომხდარი ამბის შესახებ თვით გ-ნი შემდეგს გვიაშობს:

დანაშაულის ჩადენის დღეს მან დილის 5 საათზე და 30 წ. გაიღვიძა, მისი რძალი ამ დროისათვის უკვე ამღვარიყო, გ-ნმა ბავშვებს გაღვიძება დაუწყო, მაგრამ ბავშვებმა თქვეს, რომ ჯერ კიდევ ძალიან ადრეაო, მაშინ მან ისევ გადაიხურა საბანი და დაიძინა; თუ რა მოხდა შემდეგ — მას არ ახსოვს. გონს მოვიდა, როცა იგი საცვლების ამარა შუა ოთახში იდგა, ხედავდა თავის მეზობელ ქალს რომელიც მის ოთახში იმყოფებოდა და ეკითხებოდა მას, რას აკეთებს იგი. მაშინ მან იატაკზე სისხლი დაინახა და ძლიერ შეშინდა, სწრაფად ჩაიცვა და სახლიდან წავიდა შვილთან, რომელიც ცალკე ცხოვრობდა, მაგრამ ტრამვით მისთვის საჭირო გაჩერებას გასცდა და ქალაქის

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 19 — 145 მუხლები.

გარეუბანში აღმოჩნდა. გადმოვიდა რა ტრამვაიდან, იგი მიწვა ბალახზე და დაიძინა. გაიღვიძა მხოლოდ მეორე დღეს, მაშინვე დაბრუნდა შინ, სადაც დააპატიმრეს.

მოწმეების და დაზარალებულის ჩვენებით, გ-ნი იმის შემდეგ, რაც მან მეორედ დაიძინა, რამდენიმე ხანს იწვა ჩუმად, შემდეგ მოულოდნელად წამოდგა საწოლიდან, მივიდა რძალთან და ჩაქუჩი რამდენიმეჯერ ჩაარტყა თავში. დაზარალებულის ყვირილზე გაიღვიძეს ბავშვებმა, მოირბინეს მეზობლებმა, რომლებმაც რძალი გ-ნს ხელიდან გამოგლიჯეს. მაშინ მან ფანჯარაში გადავარდნა სცადა, მაგრამ იგი შეაკავეს, ხელი დაავლო დანას, რომელიც მას წაართვეს, ამასთან იგი უცნაურ შთაბეჭდილებას სტოვებდა, რამდენიმე ხანს გარშემო მყოფთ ვერა სცნობდა. შემდეგ თითქოს გონს მოვიდა, სწრაფად ჩაიცვა და სახლიდან გავიდა, ისე, რომ დაზარალებულს არც კი შეხედა.

სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს საერთო სკლეროზის ნიშნები და ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ ზოგიერთი ცვლილება იქნა აღნიშნული (ვიწრო, არა სავსებით სწორი თვალის გუგები, შუქზე მათი რეაქციის შესუსტება).

ფსიქიკური მდგომარეობა — ცნობიერება ნათელი, ადგილში, დროში და თავის მდგომარეობაში ორიენტირებულია სრულიად საკმარისად. ხალისიანად და დაწვრილებით აწვდის ცნობებს თავის და მომხდარი ამბის შესახებ, თავის დანაშაულს არ უარყოფს, მაგრამ უკეირს, თუ როგორ შესძლო მან „ასეთი საქმის ჩადენა“, თავისი რძლის ჯანმრთელობის გამო წუხს. მეხსიერება ცოტა შესუსტებული აქვს, აზროვნების ტემპი შენელებული.

ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიის მიერ გამოტანილია დასკვნა, რომ გ-ნი ჩვეულებრივ მდგომარეობაში ფსიქიკური სნეულებით არ არის დაავადებული, ხოლო მას ცენტრალური ნერვული სისტემის ტრავმული დაზიანების ზოგიერთი მოვლენა აღენიშნება, რომელიც საერთო არტერიოსკლეროზის მოვლენებით არის გართულებული. მისადმი ინკრიმინირებული ქმედება ჩადენილი ჰქონდა ფსიქიკის დროებითი აშლილობის მდგომარეობაში —

პათოლოგიურ ძილმღვიძარე მდგომარეობაში, რის გამოც იგი შეურაცხად უნდა იქნეს ცნობილი.

პიროვნება, რომელსაც ნევრო-ფსიქიკური დარღვევანი არამკვეთრად აქვს გამოსახული, შეწყვეტილი ძილისა და განმეორებითი დაძინების შემდეგ, უცბად აშკარად უსწორო, ყოველგვარ მოტივირებას მოკლებულ საქციელს სჩადის, რომელიც ავტომატურ ხასიათს ატარებს და რომელსაც თან სდევს მოძრაობითი აგზნება, აგრესია და მთელი რიგი უცნაური მოქმედება. ეს ქცევა დანაშაულის ჩადენის მომენტში ცნობიერების მკვეთრ დარღვევაზე და ორიენტირების მოშლაზე მიგვითითებს, რაზედაც აგრეთვე მეტყველებს დროის ამ პერიოდის სრული გამოვარდნა მეხსიერებიდან.

შემდგომ ცნობიერებისა და ორიენტირების აღდგენა ხდება, რასაც მოგონებათა შენარჩუნება შეესაბამება. მაგრამ მაინც, ცნობიერება არასრულად აღდგება: გ-ნი სახლიდან მიდის, დაზარალებულს და სხვა გარშემო მყოფთ ყურადღებას არ აქცევს, ტრამეაით მისთვის საჭირო გაჩერებას გასცდება, ტრამეაიდან გადმოსვლის შემდეგ მაშინვე წეება ბალახზე და იძინებს.

ყველა ზემოჩამოთვლილი იმაზე მიგვითითებს, რომ დანაშაულის ჩადენის მომენტში და მის უშუალოდ მომდევნო დროის პერიოდში, გ-ნი პათოლოგიურ ძილმღვიძარე მდგომარეობაში იმყოფებოდა.

* * *

განსაკუთრებულ მდგომარეობათა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება მთელ რიგ სიძნელეებს წარმოადგენს. ეს სიძნელეები პირველ რიგში დაკავშირებულია დანაშაულის ჩადენის მომენტში გამოსაკვლევი პირის ქცევისა და მდგომარეობის რეტროსპექტული აღდგენის საჭიროებასთან სისხლის სამართლის საქმის მასალების მიხედვით. აქედან გასაგები ხდება, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია გამოსაძიებელი მასალების სისრულე, და, კერძოდ, მოწმეების დაწვრილებითი ჩვენება ბრალდებულის ქცევის შესახებ იმ დროს, როდესაც იქნა ჩადენილი დანაშაული.

ცალკეულ შემთხვევებში საჭიროა ფსიქიატრ-ექსპერტის მონაწილეობა სასამართლო სხდომის დროს, რადგან ეს საშუალებას აძლევს ექსპერტს, მოწმეების დაკითხვისა და სასამართლო ძიების მონაცემების დაწვრილებითი გაცნობის გზით, უფრო ზუსტად დაადგინოს ბრალდებულის ფსიქიკური მდგომარეობა დანაშაულის ჩადენის მომენტში.

განსაკუთრებულ მდგომარეობათა სხვადასხვა ფორმის კლინიკური და საექსპერტო შეფასება ძირითადად თვით მდგომარეობის ანალიზიდან, სიმპტომების ხასიათიდან უნდა გამომდინარეობდეს, ამასთან, საჭიროა პირველ რიგში მხედველობაში ვიქონიოთ ცნობიერების შეცვლა.

ფსიქიკურ დაავადებათა სიმულაცია

წინათ სულიერი აშლილობის სიმულაცია ითვლებოდა ძლიერ ხშირ და მასთან ერთად ადვილად შესასრულებელ მოვლენად. ახლაც სჯერათ, რომ სულით დაავადებების სიმულაცია ძალიან ხშირად და წარმატებით ტარდება. მაგრამ ფსიქიატრთა შორის თანდათანობით გავრცელდა აზრი, რომელიც მეორე უკიდურესობას გამოხატავს, — რომ სულით დაავადების სიმულაცია ძალიან იშვიათი საქმეა, რომ მას ადგილი აქვს ფსიქიკურად არასრულფასოვან, ამა თუ იმ ანომალიის მქონე პირებში, და ჯანმრთელ ადამიანთა შორის არ გვხვდება. სულიერი დაძაბულობა, რომელიც სიმულანტს მოეთხოვება, ყოველთვის ყურადღების გამახვილებით ყოფნა, არცოდნა ან ძლიერ ზერელე ცოდნა იმ ავადმყოფობისა, რომლის გამოსახეაც უნდა მას ყურადღებიანი და კომპეტენტური მეთვალყურეების წინაშე, — ყველაფერი ეს სულით დაავადების სიმულაციის ამოცანას მეტად ძნელებს ზოგ შემთხვევაში. სიმულირებამ შეიძლება გამოაღვიძოს კეშმარიტი პათოლოგიური მექანიზმები, ე. ი. თანდათანობით გადავიდეს უკვე უნებურ ნევროფსიკიკურ აშლილობის სურათში.

სასამართლო-ფსიქიატრიული გამოცდილების დაგროვებისა და განსაკუთრებით პირველი მსოფლიო ომის დროს ჩატარებულ დაკვირვებათა შედეგად, ეს ორივე ზემოჩამოთვლილი უკიდურესი აზრი უარყოფილია. გამოირკვა, რომ სულით დაავადების სიმულირება თუმცა არც ისეთი ხშირი, მაგრამ არც ისეთი იშვიათი მოვლენაა, როგორც ამას წინათ ფიქრობდნენ. მართალია, სიმულანტთა შორის ნამდვილად ბევრია პირი ამა თუ იმ ფსიქიკური დეფექტისა და გადახრის მქონე, მაგრამ სიმულაციას შეიძლე-

ბა ადგილი ჰქონდეს ფსიქიკურად ჯანმრთელ პირებს შორისაც და ზოგჯერ ტარდებოდეს ძალიან ხანგრძლივად, ისე, რომ სულიერ ჯანმრთელობაზე არ მოახდინოს ხილვადი მავნე გავლენა და წარმატებითაც ჩატარდეს, ე. ი. შეიძლება უმხილველი დარჩეს. მაგალითად, ომისშემდგომ ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში აღწერილია სამხედრო ტყვეების მიერ ხანგრძლივად და წარმატებით ჩატარებული მთელი რიგი შემთხვევები ფსიქოზთა სიმულაციის, რომლებსაც სპეციალური კომისიები სულით ავადმყოფ ქრონიკებად სცნობდნენ და, როგორც ასეთებს, ტყვეობიდან ათავისუფლებდნენ.

სიმულაციის საგანს შეიძლება წარმოადგენდეს სულით დაავადებათა ყველა ტიპობრივი ფორმა; უფრო ხშირად მაინც სიმულაციის საგანს წარმოადგენენ ხანმოკლე აშლილობანი — გულყრები, აგზნების შეტევები, ცნობიერების გარდამავალი ცვლილებანი და ა. შ. ფსიქიკურ მოშლილობათა განსამტკიცებლად და მათ პარალელურად ხშირად წმინდა სომატურ მოვლენებსაც ასახავენ — უძილობას, მადის დაკარგვას, თავბრუს, თვალების დახუჭვისას უკან წაქცევას, პირღებინებას, საერთო სისუსტეს, სიარულის გაძნელებას, საერთო კანკალს, მეტყველების მოშლას და სხვ.

ხანგრძლივი სულით დაავადების ასახვისათვის ყველაზე უფრო ხშირად ირჩევენ მოდუნებული მონოტონური ქცევის სურათს — განმარტობისაკენ მიდრეკილებით, ღუშლით, ყველაფრისადმი გარეგნული გულცივობით, ყველა შეკითხვაზე არასწორი, უაზრო, თითქოს ჭკუასუსტი პასუხებით. რაც შეიძლება მეტი შთაბეჭდილების მოსახდენად და „შეშლილობის“, — მათი თვალსაზრისით — რაც შეიძლება მეტი დამაჯერებლობის მიღწევის მიზნით, სიმულანტები ზოგჯერ ძალიან შორს მიდიან: თვითმკვლელობის საშიშ დემონსტრაციულ ცდებს ახდენენ, საკმელზე დაჟინებით უარს ამბობენ, ისე, რომ ზოგჯერ მათ ხანგრძლივად ზონდის საშუალებით კვებავენ, საკუთარ განავალს ჭამენ, შარდს სვამენ და ა. შ.

სიმულაციის ხანგრძლიობა შეიძლება ძლიერ სხვადასხვაგვარი იყოს. ზოგ შემთხვევაში სიმულანტები (სიმულაციის სიძნელის, მისი დაუჯერებლობის შეგრძნების, ექიმის სკეპტიკური მოპყრობის,

ამხანაგების დაცნვის გამო და ა. შ.) მალე ანებებენ თავს სიმულირებას და გულწრფელად ითხოვენ გამოკვლევის მალე გათავებას და მათი პატიმრობის ადგილს დაბრუნებას. სხვა შემთხვევებში ისინი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში განაგრძობენ მოგონილ ქცევას, თუმცა აშკარად მიზანს ვერ აღწევენ და მასზე უარს მხოლოდ ციხეში დაბრუნებისას, ან მაშინვე, ან ცოტა ხნის შემდეგ ამბობენ. ბოლოს, იშვიათ შემთხვევებში, სიმულაცია ძლიერ ხანგრძლივდება ციხეშიც, სასამართლოს ან სხვა ინსტანციების მიერ განთავისუფლების ანგარიშით, რაც ზოგჯერ, მართალია იშვიათ შემთხვევებში, ბოლოს და ბოლოს მიზანს აღწევს. ზოგ შემთხვევაში სიმულაცია მთელი რიგი წლების განმავლობაში არაერთხელ წარმოიშვება ყოველი ახალი დაპატიმრების ან ახალი სასამართლო საქმის წამოწყების დროს, მისი სურათი ჩვეულებრივ სტერეოტიპულად მეორდება, განსაკუთრებით თუ სიმულაციის პირველი ცდები წარმატებით ჩათავდა. აღნიშნულია შემთხვევები, როცა სულით დაავადების სიმულაცია მრავალი თვის და წლის განმავლობაშიც-კი გრძელდებოდა.

სიმულაციაში ექვმიტანილ პიროვნებათა გამოკვლევა წარმოებული უნდა იყოს, როგორც წესი, საავადმყოფოს პირობებში — ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ან სპეციალურ სასამართლო-ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, სადაც მოიპოვება ყველა პირობა გულდასმითი და ყოველმხრივი დაკვირვებისათვის. ეს უკანასკნელი არაფრით არ უნდა განირჩეოდეს სულით ავადმყოფების ჩვეულებრივი კლინიკური გამოკვლევისა და დაკვირვებისაგან და უნდა იყოს ზედმიწევნით ობიექტური, წინასწარშედგენილი აზრისა და მიდგომის გარეშე.

ფსიქიკურ დაავადებათა სიმულაციის გამოცნობა მეტწილ შემთხვევებში წარმოადგენს ძალიან ძნელ, პასუხსაგებ საქმეს, რომელიც მოითხოვს სიფრთხილეს, დიდ კლინიკურ გამოცდილებასა და საკმაო თეორიულ მომზადებას. სიმულაციის შეფასების ეს სიძნელე თვით საქმის არსიდან გამომდინარეობს.

ტლანქი და გამოუცდელი სიმულაციის გამოცნობა ძნელი არ არის. მისი ხერხების პრიმიტიულობა და მიაშიტობა, თამაშში ზომიერების დაკარგვა, ქცევებისა და გამოთქმების აშკარა წინა-

სწარ მოგონებულობა, სულით დაავადების ასახვა „შეშლილის“ შესახებ ხალხში არსებული წარმოდგენების შესაბამისად — ყველაფერი ეს, ჩვეულებრივ, მდგომარეობის კემპარიტ ხასიათს სწრაფად გამოამჟღავნებს.

ძნელი გამოსაცნობია უფრო ხელოვნური და ოსტატურ-სიმულაციის შემთხვევები, რომლებიც ზოგჯერ პირობადებულია ფსიქიკურ დაავადებათა ცოდნით ან წარსულში გადატანილი ფსიქიკურ დაავადების გამოცდილებით, ან სულით ავადმყოფებთან ურთიერთობით, ან ფსიქიატრიულ სახელმძღვანელოების წაითხვით. ან არადა, რაც უფრო ხშირია, ისეთ შემთხვევებშიც, როდესაც სიმულაცია ციხის „სპეციალისტების“ ხელმძღვანელობით წარმოებს. სისტემატური და ყურადღებითი დაკვირვება ამჟღავნებს მთელ რიგ ნიშნებს, რომლებიც სიმულაციური ქცევის არსებობის დადგენის საშუალებას იძლევა. ამას ეკუთვნის სიმულირებული დაავადების ცალკეული ნიშნების მის ძირითად და ტიპობრივ ნიშან-თვისებებთან შეუსაბამობა ან წინააღმდეგობა; ავადმყოფური სიმპტომების ზედმეტი დემონსტრაციულობა, სიმულანტის ქცევებში განსხვავება, რომელიც აღინიშნება ექიმებთან და მათ გარეშე ნათესაებებთან პაემანის დროს და პალატაში; ნათესაებებთან მიწერ-მოწერის აღმოჩენა, რომელიც შინაარსის მიხედვით დაწესებულებაში მის ქცევებს ეწინააღმდეგება და რომელიც ზოგჯერ მახლობელთათვის ინსტრუქციებს შეიცავს — მათ და თვით გამოსაკვლევი პირის მიერ ექიმისათვის მიწოდებული ანამნეზური ცნობების შეთანხმებულობის შესახებ; პერსონალის დახმარებით გარეშე სამყაროსთან კავშირის დამყარების ცდები და ა. შ.

მაინც მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ არამც თუ მარტო აგრაფაციას (არსებული ავადმყოფური მოვლენების გადიდებას), არამედ თვით სიმულაციასაც შეიძლება ჰქონდეს ადგილი ნამდვილ ფსიქიკურ ავადმყოფებს შორის.

დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ ძიებაში მყოფი ან მსჯავრდებული სულით ავადმყოფები (შიზოფრენიკები, კეუასუსტები, ორგანული სნეულებით შეპყრობილნი), რომლებსაც გამოსაკვლევად აგზავნიან, ზოგჯერ სიმულაციის აშკარად გამოსახულ თვისებებს ამჟღავნებენ: გამოსთქვამენ ბოდვით იღეებს,

რომლებიც მათ არა აქვთ, ელემენტარულ ანგარიშში ვერ ერკვე-
ვიან ან ფორმალურ შესაძლებლობათა შენახვის დროს მეხსიერე-
ბის ძლიერი დაქვეითების სურათს იძლევიან, მეტყველების შენა-
ხვასთან ერთად მის პარალიზურ აშლას ასახავენ და ა. შ.

ყველა ეს, წინანდელ მკვლევართათვის ნაწილობრივად უც-
ნობი გარემოება, რა თქმა უნდა, ძლიერ ართულებს სიმულაციის
გამოცნობას და ზოგჯერ ამ ამოცანას ძლიერ ძნელ გადასაწყვე-
ტად ხდის. ყველაზე მეტ სიძნელეს წარმოადგენს სიმულაციის
დადგენა მაშინ, როდესაც გამოცნობა თვალთმაქცურ ქცევებსა და
რეაქტიულ მდგომარეობას შორის მერყეობს. აქ განსაკუთრებით
მკაფიოდ მელავენდება სიმულაციის მოვლენების სირთულე, მისი
ახლო ნათესაობა პათოლოგიასთან, რეაქტიულ მდგომარეობებ-
თან საერთო საწყისები და მექანიზმები.

მოტივების, აფექტური საფუძვლის და ფსიქიკური მექანიზმე-
ბის მსგავსება სიმულაციის და ფსიქოგენური რეაქციების დროს
ხსნის მათ კლინიკურ მსგავსებას (რეაქცია ხშირად ატარებს
თითქოს განგებ შექმნილ ხელოვნურობის ნიშნებს, სიმულაციას
ზოგჯერ თან ახლავს აფექტური მდგომარეობები, ნევროზული
მოვლენები, ვეგეტატიური სიმპტომები და ა. შ.). აქედან მდგომა-
რეობათა შერეულ შემთხვევების არსებობა და ის, პირველი
შეხედვით, გაუგებარი მოვლენა, რომ ორივე ეს მდგომარეობა
ხშირად ერთმანეთს სცვლის, ერთიმეორეში გადადის. ზოგჯერ
შეგნებულად დაწყებული თვალთმაქცური ქცევის გამოვლინებანი
ფსიქიკურად მერყევ სუბიექტში, აწეული შთაგონებადობის არსე-
ბობის დროს, როლის თანდათანობითი შესისხლხორცების გამო,
შეიძლება სუბიექტის ნებისა და სურვილებისაგან დამოუკიდებელი
გახდნენ და ავადმყოფობის ნამდვილ სიმპტომად იქცნენ. ეს
პათოლოგიაში უნებლიე გადასვლა, შეიძლება ისე შორს
წავიდეს, რომ სიმულანტისათვის თავისი საკუთარი ძალებით წი-
ნანდელ მდგომარეობისაკენ დაბრუნება შეუძლებელი გახდეს. მეო-
რე მხრივ, აღნიშნულა შემთხვევები, როდესაც რეაქტიული
მდგომარეობა გაივლის, მაგრამ სიტუაცია ჯერ კიდევ მძიმე რჩე-
ბა და შეიძლება სიცოცხლისათვის სახიფათო იყოს; ეს აიძულებს გა-
მოსაკვლევ პირს წმინდა გარეგნულად, ყოფილი რეაქციის უკვე მო-
საჩვენებლად კვლავ წარმოქმნას იგი შემდგომი თავდაცვის მიზნით.

სიმულაციაზე მსჯელობის დროს, უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში, რომ არსებობს ავადმყოფური მდგომარეობა, რომელიც სიმულაციის მონათესავეა იმდენად, რამდენადაც ისიც მოჩვენებითი ქცევის გამოსახვას წარმოადგენს, მაგრამ რომელსაც სულ სხვა არსი და მნიშვნელობა აქვს. ეს არის, ეგრეთ წოდებული სულით დაავადების დისიმულაცია. ეს სახელწოდება გულისხმობს სულიერი აშლილობის გულმოდგინედ დამალვის მისწრაფებას. რომელიც ზოგჯერ სულით დაავადებულთა აღენიშნებათ. დისიმულაცია უმთავრესად იმ ავადმყოფებს შორის გვხვდება, რომლებიც დევნის ბოდვითი იდეებით არიან შეპყრობილი ნათელი ცნობიერების და სწორი გარეგნული ქცევის დროს. ამ მოვლენის პრაქტიკული მნიშვნელობა განისაზღვრება იმ საშიშროებით, რომელსაც ეს ავადმყოფები წარმოადგენენ, როდესაც ისინი თავისი ბოდვის გულმოდგინედ დამალვის გზით საავადმყოფოს ან მეთვალყურეობის თავიდან არიდებით ისწრაფიან საშუალება ექნეთ შეასრულონ ზოგჯერ ძლიერ საშიშარი, ბოდვითი იდეებისაგან გამომდინარე მოქმედებანი. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ასეთ ავადმყოფებს, რომლებიც დისიმულაციას ეწევიან, ჩადენილი აქვთ მკვლელობა და სხვა სერიოზული დანაშაული.

უ., 33 წლის, მებოსტნე, ცოლიანი, წერა-კითხვის მცოდნე.

საქმის ვითარება. დაპატიმრებულია მოქალაქე კ-ს ბინაში, ქურდ რეკიდისტებთან ერთად. უკანასკნელთა ჩვენებით (რომელთა შორის იგი „პანი-ს“ მეტსახელს ატარებდა) სავესებით დასტურდება მისი მონაწილეობა მთელი რიგი კერძო ბინებსა და სახელმწიფო დაწესებულებების გაქურდვაში. დაკითხვების დროს წესიერად იქცეოდა, დანარჩენ დაპატიმრებულთა შესახებ გონიერ ჩვენებებს იძლეოდა, მაგრამ დაპირისპირების დროსაც-კი ქურდობაში თავის მონაწილეობას უარყოფდა. არც დაკითხვებზე და არც თავის შუამდგომლობებში იგი რაიმე არანორმალურს არ ამელავენებდა. ინსტიტუტში გამოსაკვლევეად გადმოგზავნილია იმის გამო, რომ მაისში მან ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები გამოამჟღავნა.

ანაზნეზი. გამოსაკვლევი პირის გადმოცემით: მამა სულით ავადმყოფი ჰყავს, დედას რაღაც გულყრები ჰქონდა. ნათესაობაში

ბევრი ალკოჰოლიზმით დაავადებული ჰყავდა. 23 წლის ასაკში გამოსაკვლევი პირი ფრონტზე დაიჭრა ყუმბარის ნამსხვრევებით ხელში და კეფის მიდამოში. რამდენიმე საათს უგონოდ იყო. ჰოსპიტალში მკურნალობის შემდეგ სამხედრო სამსახურიდან განთავისუფლებულ იქნა.

ქრილობების მიღების შემდეგ აღვილად აგზნებადი და ფიცი გახდა. ჰქონდა თავის ტკივილი, ზოგჯერ ცუდად ეძინა. უკანასკნელი წლების განმავლობაში ყველა ეს მოვლენა გაუძლიერდა და ისეთი შეგრძნება ჰქონდა, თითქოს თავის ქალას ქვეშ რალაც დაეცოდა. არაერთხელ ადგილობრივ საავადმყოფოში მიუშვრათეს თხოვნით, რათა მისთვის გაეკეთებინათ ოპერაცია, თავის ქალა გაეხსნათ და მასში მცოცავი ქია ამოეყვანათ. ოპერაციაზე ექიმმა უარი უთხრა და დაუნიშნა წამალი, რომელმაც მას არავითარი სარგებლობა არ მოუტანა. ერთხელ, საჩაიეში მეზობელთან ერთად ყოფნის დროს, მან თავში დაირტყა ჩაიდან, რომელიც გატყდა, რის შედეგად მას ზურგი და გულ-მკერდი დაემდულრა. ამის შემდეგ იგი დიდხანს მკურნალობდა საავადმყოფოში. უკანასკნელ წლებში ხშირად სვამდა, სიმთვრალის დროს სიბრაზისადმი იყო მიდრეკილი. ვენერულ დაავადებებს უარყოფს.

მდგომარეობა ინსტიტუტში ყოფნის დროს. ფიზიკური ნდგომარეობის მხრივ რაიმე პათოლოგია, გარდა ხახის რეფლექსის მოსპობისა და გულ-მკერდსა და ზურგზე ნაწიბურებისა, არ აღენიშნება.

გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობა: ცნობიერება — ნათელი აქვს, გარეგნულად ღუნეა, მღუშარე, არათანაზიარი, მთელი დროის განმავლობაში საწოლში წევს და მარჯვენა ხელი კეფასთან უჭირავს. ზოგჯერ, განსაკუთრებით ექიმებისა და საშუალო პერსონალის იქ ყოფნის დროს, მარჯვენა ხელით ასრულებს ერთსა და იმავე მოძრაობებს, თითქოს თითებით კეფიდან რალაცას იცილებს, თვალბთან ახლოს მიაქვს და გულდასმით ათვალეირებს. მეზობლებს არ ელაპარაკება, გარშემო მყოფებს უურადლებას არ აქცევს. სახის გამომეტყველება უსიციცხლო ყუყუჩური აქვს, გამოხედვა ნაკლებად გააზრებული, მაგრამ ზოგჯერ, ერთი მომენტით—უურადლებიანი და ფხიზელი.

შეკითხვებზე პასუხობს აუჩქარებლად, პასუხები მეტწილად არასწორია, თუმცა ისეთ საგნებს ეხება, რომლებიც მისთვის ცნობილი უნდა იყოს. მან არ იცის, რომელ სატუსალოდან გადმოიყვანეს და რამდენ ხანს იმყოფებოდა იქ. მას ეს არ აინტერესებს: ჩასვეს ციხეში და იჯდა. მას იქიდან წასვლა უნდოდა შინ, მაგრამ რატომღაც არ გაუშვეს. იქ მას უთხრეს, რომ იგი ოპერაციაზე მიჰყავთ: თავიდან ამოუღებენ, რაღაც რომ დაცოცავს შიგნი, კეფის ძვლის ქვეშ მას კია ჰყავს, რომელიც თავს უღრღნის, იქედან გამოსვლა უნდა (ამასთან გამოსაკვლევი პირი ხელით ზემოაღწერილ მოძრაობებს ასრულებს), დეე მალე გაუჟეთონ ოპერაცია და ის კია მოაშორონ.

ზეპირად ელემენტარულ ანგარიშს ნელა და არასწორად ასრულებს: $7 \times 8 = 28$, $14 + 7 = 19$. წინადადებაზე, რომ სწორად უპასუხოს უკანასკნელ კითხვაზე, — თითებზე სთელის: 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. თევებსა და კვირის დღეებს არასრულად და არათანმიმდევრულად ასახელებს. არ იცის, რისთვის დააკავეს იგი და რაში სდებენ ბრალს. საუბრის დროს არაერთხელ მიმართავს ექიმს თხოვნით, რათა მას გაუჟეთონ ოპერაცია და თავიდან კია ამოუღონ. მის სიტყვებსა და საქმის მონაცემებს შორის წინააღმდეგობებზე მითითების დროს შინაგან ალელეებას და აგზნებას ამჟღავნებს. მოდუნების და გაუაზრებლობის ნიშანს ერთი მომენტით ცვლის ბრაზიანი და დაძაბული გამოხედვით.

კომისიის მიერ აღნიშნულია, რომ მას აქვს ტრავმული ისტერიის იოლი მოვლენები, ფსიქიკურად ჯანმრთელად არის ცნობილი.

იმ ცნობების თანახმად, რომლებიც საავადმყოფოს ექიმისაგან იყო მიღებული, სადაც გამოსაკვლევი პირი, — მისი სიტყვით, მეურნალობდა, გამოირკვა, რომ უ. არც დამწვრობის, გამო, არც ოპერაციის გაკეთების მიზნით, მასთან არასდროს არ მისულა.

მოყვანილი დაკვირვება სულით დაავადების ტლანქი, ადვილად გამოსაცნობი სიმულაციის ტიპობრივ შემთხვევას წარმოადგენს. აქ, როგორც ანამნეზის ფალსიფიკაციას, ისე ფსიქიკური მოშლილობის თვალთმაქცურ ასახვასაც აქვს ადგილი. გამოსაკვლევი

პირი თავისი წარსულის შესახებ მოგონილ ცნობებს იძლევა (ჩაიდანის თავში ჩარტყმა და ამასთან დაკავშირებული დამწვრობა, ოპერაციის გაკეთების სათხოვნელად საავადმყოფოში მისვლა), რის გამოც დანარჩენი ცნობების (დაჭრა, მემკვიდრეობა, ხასიათის გამოცვლა და სხვ.) სინამდვილეც საეჭვო ხდება.

რაც შეეხება გამოსაკვლევი პირის ქცევას, ინსტიტუტში იგი აშკარა გაზვიადებულ და ხელოვნურ ხასიათს ატარებს და მიზნად ისახავს სულით ავადმყოფის შთაბეჭდილება შექმნას. იგი თავის სახეს ყვეყნურ გაუაზრებელ გამომეტყველებას აძლევს, მარტივ საკითხებზე არასწორ პასუხებს იძლევა, მეხსიერებისა და მოსაზრების უნარის დაკარგვას იგონებს, ინსტიტუტში ყოფნის მიზნის და თავისი მდგომარეობის სრულ გაუგებრობას ასახავს; მისი „შეშლილობის“ დასამტკიცებლად, მისი აზრით, ყველაზე დამაჯერებელ საბუთად იგი თავის ქალას გახსნის და იქ მცოცავი ქიის მოშორების თხოვნას იმეორებს.

კ., 3 წლის, ფიზკულტურის მასწავლებელი, ცოლიანი, დაბალი განათლებით. მისჯილი აქვს 5 წლით თავისუფლების აღკვეთა რსფსრ ს. ს. კოდ. 74 მუხლის მე-2 ნაწილის მიხედვით (ხულიგნობა).¹ სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში სატუსალოს ფსიქიატრის მიერ არის გადაგზავნილი. ორი ნასამართლობა და მილიციაში ოთხი მიყვანა აქვს.

ანამნეზური ცნობები, რომლებსაც თვით გამოსაკვლევი პირი გვაწვდის, არ იმსახურებს ნდობას, რადგან შეიცავს მრავალ აშკარა დაუჯერებელ მონაცემს, რომელთა მიზანს წარმოადგენს, თავისი თავის უკეთესი სახით ჩვენება, თავის თავისთვის განსაკუთრებულ დამსახურებათა მიწერა, ნასამართლობათა გამართლება და თავისი ავადმყოფური მდგომარეობისათვის ხაზგასმა.

ცოლის სიტყვით, იგი განირჩეოდა თავშეუკავებლობით, აგზნებადობით, ამასთან დაკავშირებით ჰქონდა კრუნჩხვითი გულყრები სამხედრო ბრძანებათა წამოძახებით. ზოგჯერ თავის ტკივილს უჩიოდა. ხშირად სვამდა, უმთავრესად ოჯახს გარეთ. ხელის დამბლის მოვლენები ან რაიმე ჰალუცინაციები

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 75 მუხლი.

ცოლს არ შეუმჩნევია. უკანასკნელ წლებში იგი უფრო აგზნებადი გახდა, უფრო ხშირად და მეტი სმა დაიწყო, ქალაქის თამაშობდა, გარშემო მყოფებთან ხშირი ჩხუბის გამო, ხშირად იცვლიდა სამსახურს.

გამოსაკვლევი პირი — საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულების, კარგი კვებისაა. შინაგანი ორგანოები — ნორმის ფარგლებში აქვს. ნერვული სისტემის მხრივ აგრეთვე არავითარი პათოლოგია არ აღენიშნება, მარჯვენა ხელის გარდა, რომელიც სხეულის გასწვრივ აქვს ჩამოკიდებული. გამოსაკვლევი პირის მტკიცებით, ამ ხელის მოძრაობა არ შეუძლია და იგი მგრძნობელობას სრულიად მოკლებულია. ნევროპათოლოგიის დასკვნით „მარჯვენა ხელის დამბლა, ნერვული სისტემის დაზიანებასთან არ არის დაკავშირებული; და გამოსაკვლევი პირის მიზანდასახულობითი ქცევით აიხსნება“.

ფსიქიკური მდგომარეობა. გამოსაკვლევ პირს ნათელი ცნობიერება აქვს. ამისდა მიუხედავად, არწმუნებს ყველას, რომ იგი უცოლოა; დაბატონებული და მსჯავრდებული თუ არის, მან არ იცის; უკვირს, აქ რატომ მოიყვანეს. იზის გახსენებაზე, რომ, როგორც ეს მისი პირადი საქმიდან ჩანს, იგი თვითონ მოითხოვდა, რათა სერბსკის სხელობის ინსტიტუტში ექსპერტიზაზე ყოფილიყო გაგზავნილი, იგი იგზნება, ყვირის, რომ ის ჯანმრთელია, რომ ექსპერტიზა მას არ სჭირდება. იმავე დროს ხაზს უსვამს იმას, რომ მას მთელი რიგი კომისიები აქვს გავლილი, რომლებიც მას სულით ავადმყოფად სთვლიდნენ, რომ ამიტომ იგი არასდროს არ ყოფილა გასამართლებული და მას მხოლოდ აჯარიმებდნენ, დაეინებით მიუთითებს სათანადო დაწესებულებიდან ცნობების მოთხოვნის საჭიროებაზე. როცა ექიმს ხელის დამბლაზე მოუთხრობს, მისი გრძნობიერების მოსპობის საჩვენებლად, დემონსტრაციულად კბენს მას. თავისი გულყრების შესახებ ლაპარაკობს უხალისოდ, მათ შესახებ გამოკითხვების დროს ბრაზობს, ცდილობს ლაპარაკი სხვა რაიმე თემაზე გადაიტანოს. სხვადასხვა საშუალებით ცდილობს მიაქციოს ექიმის ყურადღება მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციებზე, რომლებსაც თითქმის იგი განიცდის; ყურებში ბამბას იკეთებს და ამტკიცებს, რომ ასე ნაკლებად ესმის ხმები. დარწმუნებულია, რომ ღამით პალატაში ხედავს ცოლს, რომელიც მასთან

მოდის და ესაუბრება მას. ზედმიწევნითი სიზუსტით აღწერს ცოლის ტანსაცმელს და მისი ლაპარაკის დეტალებს. მაგრამ ცოლთან პაემანის დროს, მას ვერ ცნობს, დემონსტრაციულად ყვირის: „ვინ არის ეს ქალი?“, მოითხოვს მის გაყვანას. ლანძღავს ექიმებს, მოითხოვს, არ შემოუშვან მისი ცოლი, რომელიც შედის მასთან კუჭრუტანიდან.

ინტელქტის ფუნქციების ზუსტი გამოკვლევა არ ხერხდება, რადგან გამოსაკვლევი პირი იძლევა გადაქარბებულად არასწორ პასუხებს; ვერ გამოჰყავს მარტივი ამოცანები, ვერ საზღვრავს მიმდინარე თარიღებს და დღესა და ღამესაც-კი ვერ არჩევს ერომანეთისაგან.

გუნება მერყევი აქვს; ზოგჯერ გამოცოცხლებულია, მხიარული, მღერის, სიმღერას გიტარას აყოლებს, ზოგჯერ ტირის; ექიმებთან ხან ზრდილობიანი და მლიქვნელია, ხან ფიცხობს, ჩივის, რომ ყურადღებას არ აქცევენ, იმუქრება, რომ თავს მოიკლავს, პირსახოცს სტაცებს ხელს და ყელზე მოიქერს.

შემდეგი გამოკვლევით ირკვევა, რომ მარჯვენა ხელის დამბლის დემონსტრაციას ახდენს და ამავე დროს ცოლს მალულად წერილებს სწერს, რომლებიც გაგზავნას ცდილობს არალეგალური გზით, პერსონალის გარეშე. ამ წერილებიდან ჩანს, რომ გამოსაკვლევა პირმა კარგად იცის, თუ სად და რა მიზნისათვის იმყოფება იგი, კარგად ესმის თავისი მდგომარეობა. იგი ცოლს გააზრებულ რჩევებს და მითითებებს აძლევს, რაიც მოწმობს, რომ მას კრიტიკის უნარი შენარჩუნებული აქვს.

კომისიის მიერ კ. შერაცხადად იქნა ცნობილი და აღნიშნული იყო, რომ იგი ფსიქიკური ავადმყოფობის სიმულაციას ეწევა.

თუ ამ ორი შემთხვევიდან პირველ შემთხვევაში თვალთმაქცობას პრიმიტიული, მოუქნელი ხასიათი აქვს, მეორეში იგი უკვე თავისი საშუალებების სირთულით და დიდი ნაირსახეობით ხასიათდება, რაც აძნელებს მის სწორ შეფასებას. აქ გამომჟღავნებულ სურათში ორგვარი ხასიათის მოვლენებია შეთავსებული.

მოვლენები (აწეული აგზნებადობა, კრუნჩხვითი გულყრები სამხედრო ბრძანებებით, ტრავმატიკის ტიპობრივი მიზანდასახულობა და

სხვ.), რომლებიც მთელი რიგი წლების განმავლობაში აღენიშნება გამოსაკვლევ პირს, ტრავმული ნევროზის მოვლენებს ეკუთვნის, რომელიც წინათ გადატანილ კონტუზიასთან არის დაკავშირებული. გუნებ-განწყობის უკიდურესი მერყეობა, ისტერიული ქვითინი, თავისაკენ ყურადღების მიპყრობის სურვილი, თავმოწონება, გრძნობიერებისა და მოძრაობათა ფუნქციური მოშლილობანი, არსებული სიმპტომებისათვის გაძლიერებული ხაზის გასმა ისტერიული რეაქციის გამოვლინება არის; ეს რეაქცია გამოსაკვლევ პირს განაჩენთან დაკავშირებით საპატიმროში განუვითარდა. ხელის „დამბლა“ იმ ხასიათით და ფორმით, როგორც მას გამოსაკვლევ პირი ასახავს, მის მიერ აღწერილი სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები, რომელთაც აშკარა დაუჯერებელი ხასიათი აქვთ და რომლებიც არ შეესაბამებიან ნამდვილად არსებულ ჰალუცინაციებს, დროში, გარემოში და თავის სიტუაციაში ორიენტირების თითქოს უქონლობა, მარტივ შეკითხვებზე არასწორი პასუხები, კ-ს პერსონალის იქ ყოფნის დროს ქცევის შეუსაბამობა მის ქცევებთან, როცა იგი თავის თავს თვალყურის დევნების გარეშე გრძნობს, მისი მალულად გადაგზავნილი წერილების შინაარსი, — ყველაფერი ეს ეკუთვნის მესამე რიგის სიმპტომებს. შეგნებულ თვალთმაქცურ ქცევას, რომლის მიზანს თავისი თავის ფსიქიკურ ავადმყოფად და შეურაცხადლად ასახვა წარმოადგენს.

მოცემული შემთხვევა გვიჩვენებს აგრეთვე ისტერიულ (ნევროზულ) აგრავაციულ და წმინდა სიმულაციურ მოვლენათა შორის მკიდრო კავშირს და მათ შორის ურთიერთდამოკიდებულებას. ნათქვამის შესაბამისად, კ. ცნობილ იქნა თავის ტვინის ტრავმის ნაშთების მქონე არათესიქიკურ ავადმყოფად სიმულაციური ქცევით.

თავი XVII

ფსიქიკურ ავღმყოფების ჩვენებაების შეფასება, დაბრალება და თვითდაბრალება

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტის მუშაობაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ფსიქიკურად არასრულფასოვან პირთა ჩვენებებს, რომლებიც სასამართლო პროცესში ან ძიების პერიოდში მოწმეების ან განმცხადებლების სახით გამოდიან.

საერთოდ, მოწმეების ჩვენებათა უტყუარობის შეფასების საკითხი სასამართლო ფსიქიატრიის კომპეტენციაში არ შედის. მაგრამ იმ შემთხვევებში, როდესაც ექვი იბადება მოწმის ფსიქიკურ სრულფასიანობაში, სასამართლო ან გამომძიებელი, დახმარებისათვის, ცხადია, ფსიქიატრს მიმართავს. ასეთ შემთხვევებში, ექსპერტის ამოცანას წარმოადგენს საკითხი გადაჭრას ისეთ ფსიქიკურ ცვლილებათა არსებობის ან უარსებობის შესახებ, რომლებსაც შეუძლიათ მოწმის ჩვენებათა უტყუარობაზე ზეგავლენა იქონიონ. ამგვარად, ექსპერტი ჩვენებათა უტყუარობას კი არ ეხება, არამედ ჩვენების მიმცემი პირის ფსიქიკურ მდგომარეობას აფასებს. გამოწვევის ისეთი შემთხვევები წარმოადგენს, სადაც შეიძლება დადგენილ იქნეს, რომ ფსიქიკური ავადმყოფის ჩვენებანი პირდაპირ ავადმყოფურ მდგომარეობიდან გამომდინარეობენ და პათოლოგიურ განცდათა უშუალო გამოვლინებას წარმოადგენენ (მაგალითად, ბოდვითი იდეები).

მაგრამ, მაინც, მოწმეთა ჩვენებებსა და ავადმყოფურ მდგომარეობის შორის ასეთი კავშირის დადგენა ძლიერ დიდ სიფრთხილეს და გულდასმითი ფსიქოპათოლოგიურ ანალიზს მოითხოვს.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ სულით ავადმყოფებს, მაგალითად შიზოფრენიკებს, ფსიქიკის გამოხატული ცვლილებების მიუხედავად, შეუძლიათ სწორ ჩვენებათა მოცემა. რასაკვირველია, სულით ავადმყოფთა ჩვენებებს იურიდიული ძალა არა აქვს, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში მათ, ძიების წარმოებისათვის და ამა თუ იმ დანაშაულის გახსნისათვის, ძვირფასი მასალა შეუძლიათ მოგვაწოდონ. მეორე მხრივ, ფსიქიკურ ავადმყოფ მოწმეთა ჩვენებების ანალიზის დროს აუცილებელია, ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამომდინარე დაბრალებისა და თვითდაბრალების შესაძლებლობა ვიქონიოთ მხედველობაში.

პათოლოგიური დაბრალებები და თვითდაბრალებები სქემატურად ორ ჯგუფად შეიძლება იყოს დაყოფილი. პირველ ჯგუფს ისეთი თვითდაბრალებები ეკუთვნის, რომლებიც სხვა პირთა მონაწილეობით შთამაგონებელი შეკითხვების და ლაპარაკის გავლენით წარმოიშეება. ამგვარი თვითდაბრალებები ყველაზე ხშირად გვხდება იქ, სადაც ფსიქიკის უკმარობის სურათში პირველი ადგილი შთაგონებადობას და დაბნეულობის მდგომარეობისადმი მიდრეკილებას უკავია, ე. ი. ოლიგოფრენებს ან ორგანიკებს შორის.

მოსკოვის რკინიგზის კვანძის ერთ-ერთ უბანზე ზედიზედ აღმოჩენილი იყო ორი გვამი—მამაკაცისა და ქალის. ნიშნების მიხედვით, ეს ორივე მკვლელობა გაძარცვის მიზნით იყო შესრულებული.

ამ მკვლელობის ჩადენაზე ექვი მიიტანეს ვინმე დ-ზე, რომელიც მოსკოვის ერთ-ერთ საგარეუბნო საბჭოთა მეურნეობაში მუშაობდა და დააპატიმრეს იგი. დაკითხვაზე დ-მ ორსავე მკვლელობაში თავი დამნაშავედ სცნო და აღიარა, რომ მან მკვლელობა ჩაიდინა ნ-თან ერთად, რომელიც იმავე საბჭოთა მეურნეობაში მუშაობს. დ-მ აღიარა, რომ წარსულში ნ-ს და თვით მას ბანდიტიზმისათვის 10 წლით თავისუფლების აღკვეთა ჰქონდათ მისჯილი და რომ სასჯელს ბანაკებში იხდიდნენ. ბანაკებიდან ისინი გაიქცნენ, მოეწყვნენ საბჭოთა მეურნეობაში სამუშაოდ და იმავე დროს ძარცვასაც განაგრძობდნენ. დაკავებული ნ. თავის დამნაშავეობას სრულიად უარყოფდა. სასამართლოზე ნ-მა მოითხოვა დ-ს სამედიცინო შემოწმება და დაასახელა მთელი რიგი მოწმეები, რომ-

ლებსაც შეეძლოთ დაედასტურებიათ, რომ იგი არასდროს არც გასამართლებული და არც ბანაკებში არ ყოფილა. სასამართლომ დ-ს ექსპერტიზაზე გადაგზავნის და საქმის დამატებითი გამოძიების შესახებ დადგენილება გამოიტანა.

ინსტიტუტში შემოსვლის დროს დ. ღუნე, დაბნეული იყო, თავის შესახებ წესიერ ცნობებს არ იძლეოდა. მოყვა, რომ იზრდებოდა სოფელში, სადაც მას შეშლილს“ და „სულელს“ უწოდებდნენ. ხშირად იცოდა თავის ტკივილი.

საქმის შესახებ ილაპარაკა, რომ დაპატიმრების დროს შეშინდა და თვითონ არ იცის, რა ილაპარაკა თავის თავზე, მკვლელობაში თავის მონაწილეობას უარყოფდა. მისი სიტყვით, ციხეში მთვრალივით დადიოდა, სტკიოდა თავი, დაბნეულობას გრძნობდა, თავის ნათქვამი ავიწყდებოდა.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა, რომ გამოსაკვლევი პირი შუა ტანისაა, სუსტი კვების, უსწორო აგებულების. თავის ქალა უსწორო ფორმის აქვს. ნერვული სისტემის მხრივ ნორმისაგან განსაკუთრებული გადახრა არ აღენიშნება.

ფსიქიკა. გამოსაკვლევი პირი ღუნე, გაფანტულია, თავის შესახებ ძლიერ მცირე ცნობებს იძლევა. პასუხობს ნელა, შეკითხვებს ცუდად იგებს. ცოდნის მარაგი მცირე აქვს, ეშლება თვეების სახელები, უშვებს შეცდომებს უმარტივეს ანგარიშში. მიმიკა—ღუნე აქვს. განყოფილებაში ჩუმი, სრულებით შეუმჩნეველია. ზოგჯერ თავის ტკივილს უჩივის. თავის დამნაშავეობას დაჟინებით უარყოფს. ორ კვირაში საქმის ყველა გარემოების გამორკვევის შემდეგ დ. გაათავისუფლეს, რადგან, მის წინააღმდეგ მამხილებელი ფაქტების უქონლობის გამო, საქმე მოსპობილი იქნა.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს გონებრივად არასრულფასოვან პიროვნებასთან, რომელმაც დაპატიმრების დროს ოლიგოფრენებისათვის ტიპობრივი დაბნეულობის მდგომარეობა შეუსაბამოში ჩვენება მოგვცა.

მეორე ჯგუფში დაბრალებანი და თვითდაბრალებანი უკვე სულით ავადმყოფების ან ფსიქოპათების აქტიური „შემოქმედების“ ნაწარმს წარმოადგენენ. ამ თვითდაბრალებათა მექანიზმები უფრო რთულია, ვიდრე პირველ ჯგუფში, და იმ ნიადაგის ფსიქოპათო-

ლოგიურ თავისებურებებს ასახავენ, რომელზედაც ისინი აღმოცენდებიან. თვითღაბრალება დეპრესიულ ავადმყოფებს შორის ხშირად თვითღაბრალების ბოლდითი იდეების შედეგს წარმოადგენს, ეპილეფსიით დაავადებულთა შორის თვითღაბრალების საბაბს ხშირად ცნობიერების ბინდისებრი მდგომარეობის დროს პათოლოგიური განცდები წარმოადგენენ და ა. შ. შიზოფრენიით დაავადებულთა ჯგუფში თვითღაბრალების გენეზისი განსაკუთრებით რთული და მრავალსახოვანია. აქ თვითღაბრალებანი აღმოცენდებიან ზოგჯერ როგორც პალუცინატორულ-ბოლდითი განცდების შედეგი, ზოგჯერ „იმპულსური ფანტაზიების“ ხასიათს ატარებენ ან ავადმყოფობასთან ბრძოლის თავისებურ შიზოფრენიულ საშუალებას წარმოადგენენ.

გამოსაკვლევ პირს ფ-ს ბრალი ედება რსფსრ ს.ს.კ. 162 მუხლით¹ (ქურდობა). საქმის ვითარება ასეთია. რკინიგზის სადგურის სამძებრო განყოფილების ოთახში ვილაც უცნობმა მოქალაქემ დარეკა და რწმუნებულს სთხოვა „წითელი ოქტომბრის“ კლუბში მისულიყო, სადაც შეიარაღებული დამნაშავე იყო დაპატიმრებული. კლუბში რწმუნებულს გამოსაკვლევ პირი ფ. დახვდა და გადასცა მას კოროგინის სისრემის რევოლველი და 13 საბძროლო ვაზნა. ამასთან, ფ-მ აჩვენა, რომ რევოლვერი-მეზობლებს მოჰპარა. დაპატიმრებულმა ფ-მ 20 მარტს პირველი დაკითხვის დროს აჩვენა, რომ ორი წლის განმავლობაში ქურდობას ეწევა და ამ დროის განმავლობაში 15 სახლი გაძარცვა და 5 ცეცხლგამძლე სალარო გატეხა. ქურდობდა ამხანაგებთან ერთად, ამ გუნდის ყველა მონაწილე რევოლვერებით იყო შეიარაღებული. თანამონაწილეების დასახელებისა და გაქურდვის ადგილების ჩვენებაზე, უკანასკნელი ადგილის გარდა, ფ-მ უარი განაცხადა.

მეორე დაკითხვის დროს ფ-მა უკვე ბევრად უფრო არეულ-დარეული ჩვენება მისცა. იგი ადასტურებს მის მიერ ჩადენილ დანაშაულებს და აცხადებს, რომ უკანასკნელი ქურდობა (რევოლვერის) მან იმ მიზნით ჩაიდინა, რომ დაეპატიმრებინათ, რადგან მას ბოროტმოქმედთა წრისაგან იზოლაცია ესაჭიროება. „ეს წრე მდე-

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 177 მუხლი.

ნიდა და მაიძულებდა ბოროტმოქმედება ჩამედინა; იმ პირთაგან, რომლებიც მე მდევნიდნენ, დამალვა ვცადე და ჩემი ოთახიდან მთელი თვეობით არ გამოვდიოდი. ისინი ჩემი გულადობისა და მორალური თავდაქერილობის გამო მდევნიდნენ.

დაკითხვის დროს ფ. ხან იღიმებოდა, ხან ტიროდა, მისი საუბარი ზოგჯერ სრულიად გაუგებარი იყო.

ერთი თვის შემდეგ ფ-მა გამომძიებლის სახელზე დაწერა განცხადება, რომელშიც თავის უწინდელ ჩვენებაზე უარს ამბობდა. „კოროვინის სისტემის რევოლუციის მოპარვის მეტი არც ერთი ქურდობა არ ჩამიდენია. კოროვინის რევოლუციი ავიღე იმ მიზნით, რომ წავსულიყავი სამძებრო განყოფილებაში და რამდენიმე ქურდობაში მონაწილეობის შესახებ ჩემ თავზე ბრალდების აღების საშუალებით მეთხოვა დახმარება ადამიანისათვის, რომელიც დანაშაულებრივი სამყაროს უფსკრულის, მორალური უფსკრულის პირას დგას. მე წინასწარ ვგრძნობ, რომ თქვენ მეტყვით: „აქ სადავადმყოფო არ არის“,—მაგრამ ზოგი თქვენი მოქმედება მე უფრო მიშველის, ვიდრე ჩემთვის უსარგებლო საავადმყოფო“. განცხადების სხვა ადგილას ფ. წერს: „ძვირფასო ამხანაგო გამომძიებლო, მე ავადმყოფი არა ვარ, მაგრამ თქვენ თუ ჩემ შემდეგს ცხოვრებაში არ დამეხმარეთ,—მე ან ავადმყოფი ვაგხვდები, ან თავს მოვიკლავ. რისთვის მინდა მოგხვდე შრომის კოლონიაში? იმისათვის, რომ მე ყოველდღიურად ვიგრძნო მაორგანიზებული საწყისი“.

ბრალდებულის მამამ აჩვენა, რომ მისი შვილი ბოლო დროს მთელ რიგ უცნაურობას ამჟღავნებს: სახლიდან არსად არ გადის, ამხანაგებს გაუბრის, ზოგჯერ უმიზეზოდ ხმამაღლა სიცილს იწყებს, ზოგჯერ-კი ასევე უმიზეზოდ ტირის. სერბსკის სახელობის ინსტიტუტში დაკვირვებამ გამოამჟღავნა, რომ ფ-ს აშკარა ფსიქიკური აშლილობა აქვს, შიზოფრენიის სახით.

ამ შემთხვევაში ჩვენ შიზოფრენიის დასაწყის სტადიასთან გვაქვს საქმე. ავადმყოფი ფ. მკვეთრად გრძნობს მასში მომხდარ ცვლილებას, აქედან გამომდინარეობს მისი მსჯელობა მოახლოებული დაღუპვის, მოსალოდნელი საშიშროების შესახებ. როგორც ჩანს, იგი მიმხვდარია, რომ ეს ცვლილება დაკავშირებულია ავადმყოფობასთან. ამას მოწმობს მისი განცხადება, სადაც ავადმყოფობას და საავადმყოფოს იხსენიებს.

მაგრამ მას ავადმყოფად ყოფნა არ უნდა და იგი ცდილობს თავის თავს და სხვებს თავისი მდგომარეობა აუხსნას გარეშე მიზეზებით—მისი ღის „ქურდი“ ამხანაგების მიერ ღვენით. ამასთან, მას იმედი აქვს, რომ შრომითი გასწორების კოლონიის დისციპლინა მოსპობს იმ ფსიქიკურ განხეთქილებას, რომელსაც იგი განიცდის. ასე წარმოიშვება ფ-ს თვითდაბრალება, როგორც დაცვითი რეაქცია დაწყებული ფსიქიკური დაავადებისაგან.

სულით ავადმყოფების თვითდაბრალებები და დაბრალებები სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების მუშაობაში ბევრ სიძნელეს ქმის. მაგრამ მათ უმეტეს ნაწილს პათოლოგიის დალი აზის, რაც გამოცნობას აადვილებს.

გაცილებით მეტ სიძნელეებს სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების მუშაკებისათვისაც და ექსპერტ-ფსიქიატრებისათვისაც ქმნიან ფსიქოპათების თვითდაბრალებები და დაბრალებები, რადგან მათში ჩვეულებრივ არ არის ის უაზრობა, რომელიც სულით ავადმყოფთა თვითდაბრალებებისათვის არის დამახასიათებელი.

თანამედროვე სასამართლო-ფსიქიატრიული პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ფსიქოპათების თვითდაბრალებები გაცილებით უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე სულით ავადმყოფთა თვითდაბრალებები. ამ შედარების დროს ჩვენ მხედველობაში არა გვაქვს ის დაბრალებები, რომლებსაც აშკარა მიზნობრივი ხასიათი აქვთ, როგორც, მაგალითად, იმ შემთხვევებში, როდესაც დამნაშავენი თავის თავს რაიმე უმნიშვნელო დანაშაულში სდებენ ბრალს, უფრო დიდი საქმის გამო საგამომძიებლო ორგანოების ღვენისაგან დამალვის მიზნით.

შემთხვევათა შედარებით მცირე ჯგუფში, სადაც თვითდაბრალებები პიროვნების ფსიქოპათურ თავისებურებებიდან წარმოიშვება, ჩვეულებრივ მამოძრავებელ მექანიზმს წარმოადგენს ფსიქოპათებისათვის დამახასიათებელი მიდრეკილება სხვების ყურადღების მიპყრობისა და ამ გზით თავისი პრესტიჟის თავისივე თვალში აწვევისადმი. კომპენსაციის ეს მექანიზმები განსაკუთრებით ადვილად აღმოცენდება იქ, სადაც რაიმე ფიზიკურ ან ფსი-

ჭიკურ დეფექტთან დაკავშირებით საკუთარი უკმარობის გრძნობას აქვს ადგილი, მაგალითად—სხეულის აგებულების თავისებურება, სექსუალური უკმარობა და ა. შ.

გამოსაკვლემა პირმა გ-მ, 23 წლისა, სამძებრო განყოფილებაში განაცხადა, რომ მან მკვლელობა ჩაიდინა. პირველი დაკითხვების დროს თავის განცხადებას ადასტურებდა, შემდეგში კი მასზე უარი თქვა და განაცხადა, რომ მხოლოდ რომანისათვის თემის პოვნის სურვილით ხელმძღვანელობდა.

ინსტიტუტში გამოკვლევის დროს გამოიჩინა, რომ გამოსაკვლევ პირს, რომელსაც ძლიერ არამიმზიდველი გარეგნობა ჰქონდა, ბავშვობიდანვე ფანტაზირებისადმი დიდი მიდრეკილება ემჩნეოდა, ოცნებებში თავისი თავი პოეტად ჰყავდა წარმოდგენილი, თავის თავს ყველა გარშემო მყოფზე მაღლა მდგომად თვლიდა. უყვარდა შთაბეჭდილების მოხდენა, სცენაზე ხალისით თამაშობდა, ბევრს კითხულობდა; უმძიმდა ყოველდღიური ცხოვრება. ეს თავისებურებანი უკანასკნელ დრომდე შეინარჩუნა. ცხოვრების პირობები მისთვის ძლიერ არახელსაყრელი შეიქნა. მშობლები მან აღრე დაჰკარგა, იზრდებოდა დასთან მოსკოვში, აქ მან ცხრაწლელი დაამთავრა. სკოლის დამთავრების შემდეგ დაიწყო სამსახური, მაგრამ ჯამაგირი ძლიერ მცირე ჰქონდა. დას რამდენიმეჯერ ფული მოჰპარა. რადგან დამ ქურდობის დროს მიასწრო, იძულებული გახდა მისგან წასულიყო. უკანასკნელ წლებში ქარხანაში დამხმარე მუშად მსახურობდა. ნათესავებს თავს აბეზრებდა, ისინი გაუბოროდნენ მას. თავისი სიმახინჯე უმძიმდა. ამ საქმელს სიტუაციიდან გამოსავლის ძებნაში მას თვითდაბრალების აზრი მოუვიდა. განყოფილებაში დაკვირვების დროს გ-მ თავისი თავი გამოამჟღავნა, როგორც მოუმიწიფებელი ფსიქიკის თვისებების მქონე ფსიქოპათმა, გადაქარბებული ფანტაზირებისა და გრძნობიერებისადმი მიდრეკილებით. ფსიქიკური დაავადების ნიშნებს არ ამჟღავნებდა.

ამგვარად, მოცემულ შემთხვევაში, თვითდაბრალება საკუთარი უკმარობის შეგნების ძლიერი განცდის კომპენსირების სურვილით იყო გამოწვეული.

შემდეგი შემთხვევა წარმოადგენს, თვითდაბრალების მაგალითს ფსიქიკურად არასრულფასოვანი პიროვნების შიშისა და დაბნეულობის მდგომარეობაში, რომელმაც გამოსახული რეაქტიული მდგომარეობა გამოიწვია.¹

კ., 17 წლის, ქარხანაში წუნმდებლად მომუშავე, გაუთხოვარი დაბალი განათლებით. ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება—ნორმის ფარგლებში აქვს. სწავლობდა კარგად. სკოლის დამთავრების შემდეგ ორი წლის განმავლობაში მომვლელად მსახურობდა, შემდეგ კი კოლმეურნეობაში მუშაობდა. ხასიათით ცოცხალი, გულლია, მხიარული იყო.

1941 წლის შემოდგომაზე, მთელ კოლმეურნეობასთან ერთად ევაკუაციის დროს, საპაერო განგაშის მომენტში ჩამორჩა თავის ოჯახს და სხვა ეშელონით ქალაქ ყაზანს ჩავიდა. აქ კოლმეურნეობაში ნახევარი წლის მუშაობის შემდეგ, სახელოსნო სკოლაში შევიდა, რომლის დამთავრებისას ქარხანაში წუნმდებლად მუშაობა დაიწყო. ოჯახზე განუწყვეტლივ ღარდობდა, ხშირად ტიროდა. ამ განცდების გამო ითხოვა სამსახურიდან განთავისუფლება და, რადგან თხოვნაზე უარი მიიღო, თვითნებურად გაანება თავი სამუშაოს. მოსკოვში დოკუმენტების უქონლობასთან დაკავშირებით იქნა დაპატიმრებული. მილიციის განყოფილებაში ჯერ სწორი ცნობები მისცა, შემდეგ, დაპატიმრებისა და მისდამი უნდობლობის ზეგავლენით, უფრო მეტად დადარდიანდა, ძლიერი შიშის განცდები აღეძრა, დაეკარგა ძილი, განუწყვეტლივ ტიროდა: ადასტურებდა არა მხოლოდ ყველაფერ იმას, რის შესახებაც ეკითხებოდნენ, არამედ მრავალ ფანტასტიკურ წერილმანსაც უმატებდა: განაცხადა, რომ იგი ბერლინიდან ჩამოსული გერმანელია, გვარად „იუგოლშფტრამოვა რიმიდა ციგაროვნა“

უფრო გვიან სრულებით გაჩუმდა, რადგან სულ მეტ შიშს განიცდიდა, არ იცოდა, რა ემართებოდა მას და როგორ დაეჭირა თავი. აღნიშნულ მდგომარეობასთან დაკავშირებით ექსპერტიზაზე იქნა გადაგზავნილი. ინსტიტუტში გადაყვანის პირობები ბუნდოვანად, ნაწილობრივად ახსოვს.

¹ შემთხვევა ი. ნ. ვედენსკის და ტ. ი. ალფიმოვას მიერ არის აწერილი (ქრებულში „Проблемы судебной психиатрии“. вып. IV).

გამოსაქვლევი პირი საშუალო ტანისა და სწორი აგებულები-
ბისაა; შინაგანი ორგანოებისა და ნერვული სისტემის მხრივ
რაიმე შესამჩნევი დარღვევები არ აღენიშნება.

ფსიქიკის მხრივ: დაწეული გუნება აქვს, განუწყვეტლივ ტი-
რის, შევითხეებზე არ პასუხობს. გარშემო მყოფებთან კონტაქტს
გაუბრის. მთელ დღეებს ლოგინში ატარებს. ლაპარაკობს
თვითმკვლელობის შესახებ. ძილი ძლიერ შეფოთიანი აქვს, მაღა
ცული. დიდი გაჭირვებით გაიგეს, რომ როგორც ციხეში, ისე
აქაც მას სმენითი და მხედველობითი პალუცინაციები აქვს. ესმო-
და ხმები, რომელნიც მას თვითდაბრალებისათვის ჰკიცხავდნენ,
ემუქრებოდნენ მას, რომ იგი თავის დედას ველარ ნახავს და ა. შ.
ლამ-ლამე ვილაც კაცი მოდიოდა და იმასვე ეუბნებოდა.

ინსტიტუტში ყოფნის ერთი თვის შემდეგ პალუცინაციები
თანდათანობით მოესპო, უფრო მშვიდი და თანაზიარი გახდა,
თავისი თავის შესახებ დაწვრილებით ცნობებს იძლეოდა. მაგრამ
მაინც, ისევ დარღიანი, ცოტა დაბნეული იყო; დედის გახსე-
ნებაზე ტიროდა. ყოფაქცევა საერთოდ წესიერი ჰქონდა. ხალისიანად
მუშაობდა. კონტაქტური გახდა, გარშემო მყოფთა ყურადღებასა
და აღერსს ეძებდა. ინტელექტის სფეროს მხრივ არაფეთარი პა-
თოლოგია არ აღენიშნებოდა. ცოდნის მარაგი და საერთო განვი-
თარება მის ასაკს და განათლებას შეეფარდება.

საექსპერტო კომისიის მიერ მიცემული იყო დასკვნა, რომ კ.
„დაავადებულია ფსიქიკური სნეულებით—გახანგრძლივებული რეაქ-
ტიული მდგომარეობის სახით, რომლისგანაც ამჟამად სრულიად
არ არის განკურნებული.

მისდამი ინკრიმინირებულ დანაშაულში შეურაცხადად უნდა
ჩაითვალოს. მკურნალობისათვის საჭიროებს ფსიქიატრიულ საა-
ვადმყოფოში გადაგზავნას“.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აქტების შედგე-
ნას იმ შემთხვევების შესახებ, სადაც ჩვენებათა უტყუარობაზე
ისმება საკითხი, თავისი თავისებურებები აქვს. ჯერ ერთი, აქ
საჭიროა გავარჩიოთ შემთხვევების ორი კატეგორია: 1) როდესაც
ფსიქიკურად არასრულფასოვანი პიროვნება მხოლოდ მოწ-
მედ არის და 2) როდესაც დამნაშავე პირის ჩვენებათა უტყუა

რობის შესახებ არის აღძრული საკითხი. როგორც უკვე ნაჩვენები იყო, მოწმეების ექსპერტიზის დროს აქტში აღნიშნული უნდა იყოს ისეთი ფსიქიკური დაავადების ან ფსიქიკური არასრულფასოვანობის სხვა რაიმე ნიშნის (მაგალითად, გონებრივი ჩამორჩენილობის, აწეული შთაგონებადობის, ფანტაზირებისადმი მიდრეკილების) უქონლობა ან არსებობა, რომლებმაც ჩვენებათა უტყუარობაზე შეიძლება მოახდინონ გავლენა და, რომლებსაც ამ ჩვენებათა შეფასების დროს სასამართლომ ან გამომძიებელმა ანგარიში უნდა გაუწიოს.

იმ შემთხვევებში კი, როდესაც ბრალდებულის ჩვენებათა ხასიათი ფსიქიკურ სრულფასოვანობაზე ექვს იწვევს, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აქტებში, ზემოხსენებულ დასკვნებთან ერთად, ინკრიმინირებული დანაშაულის მიმართ შერაცხადობის საკითხის გადაჭრაც უნდა იყოს მოყვანილი. აქ ხშირად ერთგვარი პარადოქსული მდგომარეობა იქმნება, სახელდობრ, ექსპერტს ისეთი დანაშაულის მიმართ უხდება შერაცხადობის საკითხის გადაჭრა, რომელშიც ბრალდება ბრალდებულის ჩვენებებზე არის აგებული; ამასთან, სწორედ ამ ჩვენებათა ხასიათი საბაზს წარმოადგენს ექსპერტიზისათვის. მაგრამ, მაინც, რადგან ჩვენებათა უტყუარობის შეფასება, არსებითად, ექსპერტის კომპეტენციის ფარგლებს სცილდება, ეს უკანასკნელი შერაცხადობის შესახებ საკითხის გადაჭრის დროს უნდა გამოდიოდეს იმ ვარაუდიდან, რომ დანაშაულს ნამდვილად ჰქონდა ადგილი.

ამგვარად, ამ შემთხვევებში ექსპერტმა შერაცხადობის შესახებ საკითხი ჩვენებათა უტყუარობისაგან დამოუკიდებლად უნდა გადაწვიტოს და იმავე დროს ბრალდებულის პიროვნებაში პათოლოგიური თავისებურებები (თუ ასეთებს აქვთ ადგილი) აღნიშნოს, რაც მის ჩვენებათა შეფასების დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული.

ბოლოს, საჭიროა კიდევ ერთის, თუმცა იშვიათი ვარიანტის აღნიშვნა, როდესაც ექსპერტს უხდება წინასწარ ცრუდ ცნობილ ჩვენებათა მიმართ შერაცხადობის საკითხის გადაჭრა (რსფსრ ს.ს.კ. 95

მუხლი¹). თუმცა ამ საკითხის გადაჭრის დროს ძირითადად იმ პრინციპებიდან უნდა გამოვდიოდეთ, რომლებიც ამ სახელმძღვანელოს სათანადო თავებშია მოყვანილი, მაგრამ ამგვარი დანაშაულის სპეციფიკასაც ანგარიში უნდა გაეწიოს. მაგალითად, გონებრივი ჩამორჩენილობის არაღრმა ხარისხის მქონე ზოგი ოლიგოფრენი, ქონებრივი და სხვა დანაშაულის მიმართ უდაოდ შერაცხადნი, შეურაცხადებად უნდა იქნენ ცნობილი, თუ მათი ცრუ ჩვენებანი აიხსნება არა ანგარობის მოტივებით, არამედ აწეული შთაგონებადობით. ეს საკითხი ფსიქოპათების მიმართ დიდი სიფრთხილით უნდა იქნეს გადაწყვეტილი, რადგან მათ შეთხზულსა და სიცრუეში, კომპენსატორული მექანიზმის გვერდით, ხშირად სავსებით რეალური მიზანდასახულობა არსებობს.

ნათქვამიდან ჩანს, რომ სულით ავადმყოფებისა და ფსიქიკურად არასრულფასოვანთა ჩვენების სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეფასებას თავისი სპეციფიკური თავისებურება აქვს. ეს შეფასება თითოეულ შემთხვევაში უალრესად ინდივიდუალურ მიდგომას მოითხოვს და აგებული უნდა იყოს გამოსაკვლევი პიროვნების ყოველმხრივ შესწავლაზე და გულდასმით ფსიქოპათოლოგიურ ანალიზზე, რომელიც საშუალებას მოგცემს გამოსაკვლევი პირის ჩვენებათა და მისი ფსიქიკის ავადმყოფურ ცვლილებათა შორის კავშირის ხასიათი დავადგინოთ.

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსის 94. 95 და 86 მუხლები.

თავი XVIII

ფსიქიატრიული ზედამხედველობა საპატიმრო ადგილებში

საბჭოთა კავშირში დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის პირველ დღეებიდანვე სამედიცინო-სანიტარული მუშაობა საპატიმრო ადგილებში ძირეულად იქნა რეორგანიზებული. საბჭოთა შრომა-გამასწორებელ დაწესებულებათა რეჟიმი პატიმრების ჯანმრთელობაზე მავნე გავლენების მოსპობის პრინციპზეა აგებული: აკრძალულია პატიმრებისათვის სეირნობის აღკვეთა, მათი ბნელ, ნესტიან და ცივ კარცერებში მოთავსება, სამედიცინო დახმარება პატიმრებისათვის ფართოდ არის გაშლილი. ყოველივე ეს მკვეთრად ასხვავებს საბჭოთა საპატიმრო ადგილებს ბურჟუაზიული საპატიმრო ადგილებისაგან. შექმნილი რეჟიმით საბჭოთა შრომა-გასწორების დაწესებულებებში თავიდან აცილებულია ფსიქიკურ დაავადებათა ძირითადი მიზეზი. ფსიქიკურ დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების მოსპობასთან ერთად, საპატიმრო ადგილებში ტარდება ფსიქიატრიული ზედამხედველობა ნევროფსიქიკურ დაავადებათა საწინააღმდეგო წინასწარი ზომების მიღების და მათთან ბრძოლის მიზნით.

ფსიქიატრიული ზედამხედველობა საპატიმრო ადგილებში 1919 წ-ს წარმოიშვა, როდესაც მოსკოვის საპატიმრო ადგილებში პირველად დაინიშნა ფსიქიატრი. ფსიქიატრის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა საპატიმრო ადგილების სისტემატური დათვალიერება, სულთ ავადმყოფთა გამოყოფა და ფსიქიატრიულ განყოფილებებში მათი გადაზავნა, რომლებიც (განყოფილებები) მაშინ ახლად იყო შექმნილი ცენტრალური ციხის საავადმყოფოსთან.

მაგრამ ძალიან მალე ფსიქიატრის მუშაობის ასეთი მოცულობა მცირე აღმოჩნდა. ფსიქოპათების, ტრავმირებულთა, ორგანულ დაავადებათა იოლ შემთხვევებში შერაცხადობაზე სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეხედულებათა შეცვლის გამო, დაიწყო მათი დაბრუნება საპატიმრო ადგილებში. წარმოიშვა თვით საპატიმრო ადგილებში მათზე სამკურნალო ზემოქმედების ზომების გამოყენების აუცილებლობა და მაშინ გაფართოებულ იქნა ფსიქიატრიული ზედამხედველობა დიდ საპატიმრო ადგილებზე ფსიქიატრის მიმავლების გზით.

საპატიმრო ადგილებში ფსიქიატრის პრაქტიკული მუშაობის ძირითადი ნაკლოვანება იყო მათი არასწორი მიდგომა მოსაზღვრე შემთხვევებისადმი, კერძოდ ფსიქოპათიებისადმი. საპატიმრო ადგილებში ფსიქოპათებზე ზემოქმედების საშუალებების და გზების მოძებნის გარეშე, მათი გადაგზავნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში როგორც სულით ავადმყოფებისა, არასწორი იყო, ხოლო, ვინაიდან ისინი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებისათვის ძნელი ასატანი იყვნენ,—დაისვა საკითხი მათთვის განსაკუთრებული განყოფილებების შექმნის შესახებ (რომლებმაც ადნექსების სახელწოდება მიიღეს) თვით საპატიმრო ადგილების პირობებში — ნახევრად საავადმყოფოს რეჟიმის მქონე განყოფილებებისა. ამ განყოფილებებში ფსიქოპათებს უმტკიცდებოდათ აზრი იმის შესახებ, რომ ისინი ავადმყოფნი არიან და მათ ესაქიროებათ განსაკუთრებული რეჟიმი, რომ საჭიროა მათი მკურნალობა და არა სამუშაოზე გაყვანა. ამის შედეგად, განსაკუთრებით ძლიერ გახშირდა ფსიქოპათიურ აგზნებათა სიხშირე, თვითმკვლელობის ცდებით, გულყრებით, ზედამხედველებსა და სამედიცინო პერსონალზე თავდასხმით და სხვ. ეს ადნექსები ლიკვიდირებულ იქნა¹.

ფსიქოპათებისადმი არასწორმა მიდგომამ საპატიმრო ადგილებში გამოიწვია ის, რომ თავისუფლებისაკენ გზამ ფსიქიატრი-

¹ აქ მხედველობაშია სპეციალურად ფსიქოპათებისათვის განკუთვნილი ადნექსები და არა ის ადნექსები, რომლებიც წარმოადგენდნენ საპატიმრო ადგილებთან არსებულ ფსიქიატრიულ განყოფილებებს ფსიქიკურად დაავადებულთა იზოლირების მიზნით.

ული საავადმყოფოების საშუალებით, პატიმართა შორის დიდ პოპულარობა მოიპოვა და ავადმყოფობაზე მიზანდასახულობა გავრცელდა. პირველ წლებში არანაკლებ უწყობდა ხელს ყოველივე ამას სერბსკის სახ. ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიის მუშაობა, როდესაც 70% შემოწმებულებისა შეურაცხადად იყო ცნობილი, ხოლო დანარჩენი — შემცირებულ შერაცხადად. ფსიქიატრები საპატიმრო ადგილებში სვამდნენ ღიაგნოზს „ფსიქოპათია“ და ფსიქოპათებზე სამედიცინო ღონისძიებებით ზეგავლენის მოხდენას ცდილობდნენ. ვინაიდან ფსიქიატრები ფსიქოპათთა მოქმედებაში საკმაოდ ვერ აფასებდნენ მიზნობრივ მომენტებს და გარემოს როლს, ისინი საპატიმრო ადგილებში გადაიქცნენ ცენტრებად, რომელთააქენაც ისწრაფოდნენ როგორც არასრულფასოვანი თავისუფლებააღკვეთილნი, აგრეთვე სიმულანტებიც, ფსიქიატრის საშუალებით სამოქალაქო საავადმყოფოებში მოხვედრის და ამით სასჯელის თავიდან აცილების მიზნით.

ყველა ამ შეცდომათა წყარო იყო ბურჟუაზიული ფსიქიატრიისათვის დამახასიათებელი თეორიული შეხედულების გაუკრიტიკებლად გადმოტანა ჩვენში. ამ შეხედულებით დანაშაული ამა თუ იმ პიროვნების კონსტიტუციური თვისებებით უნდა აიხსნას. გამომდინარე ამ შეხედულებებიდან, სულ არ იყო გათვალისწინებული, რომ საპატიმროებში როგორც ჯანმრთელის, ისე ფსიქოპათის ქცევა (სწორედ ამაშია მათი განსხვავება სულით ავადმყოფებისაგან) კონსტიტუციურ-ბიოლოგიურ წინაპირობით კი არ განისაზღვრება, არამედ მათი მთელი აღრინდელი განვითარების გზით.

მხოლოდ 1930 წლიდან დაიწყო დამკვიდრება მტკიცე შეხედულებებმა ფსიქოპათების სასამართლო-ფსიქიატრულ შეფასებაში (იხ. თავი — „ფსიქოპათიური პიროვნებები“).

ფსიქიატრიული ზედამხედველობა შრომა-გასწორების დაწესებულებაში წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის საერთო ქსელის ნაწილს და მონაწილეობს მთელი ქსელის წინაშე წამოყენებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკური ამოცანების გადაწყვეტაში, რომლებიც ეხება თავისუფლებააღკვეთილთ შორის დაავადების შემცირებას, ნერვულ-ფსიქიკურ დაავადებათა წინაღმდეგ წინასწარი

ზომების მიღებას და მათთან ბრძოლას. წარმოადგენს რა შრომა-გასწორების დაწესებულებების მედიკურ-სანიტარიული ორგანიზაციის ნაწილს, ფსიქიატრიული ზედამხედველობა ორი ძირითადი ნაწილისაგან შედგება:

1. საპატიმრო ადგილებიდან სულით ავადმყოფთა გამოსაყვანად მიმართული ფსიქიატრიული ზედამხედველობის განხორციელება;

2. ფსიქიატრიის სამკურნალო ხასიათის ზემოქმედება არამკვეთრ ნერვულ-ფსიქიკური გაზახრების მქონე თავისუფლება აღკვეთილებზე (ფსიქოპათები, ტრავმირებულნი, ნევროზით დაავადებულნი, გონებრივად ჩამორჩენილნი, ორგანულ დაავადებათა იოლი შემთხვევები და სხვ.) მათი საპატიმრო ადგილებთან შეგუების მიზნით.

საპატიმრო ადგილებიდან სულით ავადმყოფთა გამოსაყვანად მიმართული ფსიქიატრიული ზედამხედველობის განხორციელება

საბჭოთა სისხლის სამართლის კანონით დაუშვებელია საზოგადოებისათვის საშიშ კმედებათა ჩამდენ ფსიქიკურად დაავადებულთა დასჯა. მათ მიმართ სამედიცინო ხასიათის ზომები გამოიყენება.

დანაშაულის გამოძიებისას სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოები, დამნაშავის საექმო ფსიქიკური მდგომარეობის შემთხვევაში, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას მიმართავენ (იხ. თავი „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა სსრკ-ში, კანონმდებლობა მასზე, მისი ორგანიზაციული ფორმები). საბჭოთა კანონმდებლობა, ბრალდებულთა შორის სულით ავადმყოფთა დასჯის შესაძლებლობის თავიდან აცილების გარანტიის მაქსიმუმს იძლევა. მაინც შესაძლებელია ძიების პერიოდში სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებს გამოეპაროთ სულით ავადმყოფობის შემთხვევები, მაგალითად, მაშინ, როცა ბრალდებულმა ძიების დროს არავითარი ეჭვი არ აღძრა თავისი ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ან, როცა ეჭიმებმა, რომლებიც ექსპერტიზას აწარმოებდნენ, შეცდომა დაუშვეს, მაგ. დიაგნოზირების ძნელ შემთხვევებში.

არ არის აგრეთვე გამორიცხული ვადიან პარტიმართა დაავადების შესაძლებლობა სასჯელის მოხდის დროს; ამ დაავადებათა რიცხვი საბჭოთა საპარტიმრო ადგილებში მეტად მცირეა, მაგრამ ამგვარი შემთხვევები მაინც გვხვდება: ეს დაავადებანი უმეტესად რეაქტიულ ხასიათს ატარებენ.

ფსიქიკურად დაავადებულთა გამოვლინების და საპარტიმრო ადგილებიდან მათი გამოყვანის მიზნით, აუცილებელია საპარტიმრო ადგილებში ექიმ-ფსიქიატრის რეგულარული მუშაობა. ეს მუშაობა წარმოადგენს იმ სამკურნალო მუშაობის ნაწილს რომელიც საპარტიმრო ადგილებში უნდა ტარდებოდეს. საბჭოთა კანონმდებლობა მუდამ დიდ ყურადღებას აქცევდა და აქცევს საპარტიმრო ადგილებიდან ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დროულად გამოყვანას.

ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შესახებ ჯანსაჩქომის მიერ 1919 წ. 8 მაისს გამოცემულ დებულებაში, განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა საპარტიმრო ადგილებიდან ფსიქიკურად დაავადებულთა დროულად გამოყვანის საკითხს. ამ დებულებაში აღნიშნული იყო, რომ პარტიმრის ფსიქიკურ მდგომარეობაში ექვის შეტანის შემთხვევაში, იგი შემოწმებული უნდა იქნეს ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მიერ. ამ დებულების 8 წ-ში პირდაპირ იყო მითითებული ყველა პარტიმარის საექიმო შემოწმების აუცილებლობაზე, მათ შორის ფსიქიკურად დაავადებულთა გამოვლინების მიზნით.

1921 წელს იუსტიციის სახ. კომისარიატის, შინსახკომის, საგანგებო კომისიისა და ჯანსახკომის მიერ გამოცემული იყო სპეციალური ინსტრუქცია „რუსეთის რესპუბლიკის საპარტიმრო ადგილებში ფსიქიატრიული ზედამხედველობის ორგანიზების შესახებ.“

ეს ინსტრუქცია ითვალისწინებდა ფსიქიატრიული ზედამხედველობის გაძლიერებას, ამასთან, ამ ზედამხედველობის დაკისრებას ჯანსახკომის მიერ დანიშნულ ექიმ-ფსიქიატრებზე ფსიქიკურ დაავადებაში ექვმიტანილ პარტიმრების შემოწმებისა და ექსპერტიზის საქმეში. ეს ინსტრუქცია ციხის საავადმყოფოებთან სპეციალურ ფსიქიატრიულ განყოფილებათა ორგანიზებას ითვალისწინებდა. ინსტრუქციაში ხაზგასმული იყო აგრეთვე ექიმ-ფსიქი-

ატრის მიერ საპატიმრო ადგილებში პატიმრების სისტემატური შემოწმების აუცილებლობა, მათ შორის აღმოჩენილ ფსიქიკურად დაავადებულთა გამოყვანის მიზნით საპატიმროდან.

საპატიმრო ადგილებიდან ფსიქიკურად დაავადებულთა გამოყვანის აუცილებლობის საკითხს მოქმედ კანონმდებლობაში დათმობილი აქვს რსფსრ სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 457 მუხ., რომელშიაც მითითებულია, რომ ფსიქიკურად დაავადებული პატიმრები საპატიმრო ადგილებიდან უნდა გამოიყვანებოდნენ და იგზავნებოდნენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში.

საპატიმრო ადგილებიდან სულით ავადმყოფთა დროულად გამოყვანა ფრიად საყურადღებოა, ჯერ ერთი, რომ საბჭოთა სისხლის სამართლის კანონით დაუშვებელია სულით ავადმყოფთა მიმართ სასჯელის გამოყენება, მეორეც, იმიტომ, რომ ისინი ხელს უშლიან საპატიმრო ადგილების ყოველდღიურ მუშაობას, და, მე-სამეც—ავადმყოფი პატიმრები მკურნალობას საჭიროებენ.

საპატიმრო ადგილებში ფსიქოპათიური მუშაობის ამ დარგს გამოსაძიებელ პირთათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც ფსიქიკურად დაავადებულთა მოხვედრის შესაძლებლობა გამოსაძიებელ პირთა საპატიმრო ადგილებში უფრო დიდია, ვიდრე ვაღიან საპატიმრო ადგილებში, ვინაიდან იქ მოხვედრამდე, დაავადების მხრივ საექმო პირებმა, როგორც წესია, ჯერ კიდევ ძიების დროს ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გაიარეს. ექიმ-ფსიქიატრის ძირითადი ამოცანა გამოსაძიებელ პირთა საპატიმრო ადგილებში ისაა, რომ დროულად გამოავლინოს ფსიქიკურად დაავადებულნი და გაგზავნოს ისინი სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე, რათა ამით აცილებულ იქნეს სულით ავადმყოფთა დასჯის შესაძლებლობა.

გამოსაძიებელ პირთა საპატიმრო ადგილებში ექიმ-ფსიქიატრის კარგად მოწესრიგებული მუშაობა გამოირიცხავს საპატიმრო ადგილებში სულით ავადმყოფთა მოხვედრის შესაძლებლობას. ამისათვის აუცილებელია ექიმ-ფსიქიატრის სისტემატური მოწვევა გამოძიებაში მყოფ პირთა გასინჯვისათვის იმ საპატიმრო ადგილებში, სადაც შეუძლებელია იყოლიონ ფსიქიატრი ყოველდღიურ სამუშაოზე.

§ 2. ფსიქიატრიული სამკურნალო ხასიათის ზემოქმედება აკადემიური ნერვულ-ფსიქიკური გადახრების მქონე თავისუფლება-პატივითი პირობებში

არამკვეთრი ნერვული ფსიქიკური გადახრების მქონე პაციენტებზე სამკურნალო ხასიათის ზემოქმედებისათვის ფსიქიატრმა უწინარეს ყოვლისა უნდა გამოავლინოს აღნიშნული ჯგუფი, მათზე შემდგომი მეთვალყურეობისა და მკურნალობის ჩატარების მიზნით. ის თავისუფლებააღკვეთილი, ვინც შემდგომ მეთვალყურეობას საჭიროებს (ორგანულ დაავადებათა იოლი შემთხვევები, ტრავმირებული, ფსიქოპათები და ექსპერტიზაგავლილი სხვა პირები), აიყვანებიან აღრიცხვაზე და იქ, სადაც საჭიროა, შესაფერი მკურნალობა ტარდება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრის მუშაობას საპატიმრო ადგილებში, რეაქტიულ აგზნებათა წინაღმდეგ წინასწარი ზომების მიღებისათვის. საპატიმრო ადგილებში ფსიქოგენური რეაქციების ანალიზი უფლებას გვაძლევს დავადგინოთ, რომ რეაქციათა უმრავლესობა აქ მიზნობრივ (სიმულოიდურ) ხასიათს ატარებს.

ფსიქიატრი მსუბუქ რეაქტიულ მდგომარეობათა ლიკვიდაციას თვით საპატიმრო ადგილის პირობებში უნდა ცდილობდეს. მის მხრივ საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე, სწორი მიდგომა და სამკურნალო ზემოქმედების სწორი ზომების მიღება სიმულოიდურ, ისტერიულ, აგრესიულ-დემონსტრაციული რეაქციების და ქცევების მიმართ. ფსიქოგენურ რეაქციებზე და ფსიქოზურ გამოვლინებებზე ზემოქმედება მათი წარმოშობის დასაწყისშივე, ამასთან ერთად, მათ წინააღმდეგ წინასწარი ზომების მიღება—ასეთია ამოცანა, რომლის განხორციელებასაც, საპატიმრო ადგილებში პატიმართა მოყვანის პირველ დღიდანვე უნდა შეეუდგეთ. მეტად მნიშვნელოვანია სწორედ კარანტინიდან დაეიწყოს ფსიქიატრიული ზედამხედველობა, რადგანაც კარანტინი წარმოადგენს იმ პირველ ადგილს, საიდანაც ყველაზე მიზანშეწონილია შემდგომისათვის საჭირო წინასწარი ზომების განხორციელების დაწყება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრიულ ზედამხედველობას ფსიქოპათების ჯგუფზე, რათა აცილებულ იქნეს მათი მხრივ ფსიქოპათიურ აგზნებათა გამოვლინების შესაძლებლობა.

ექიმ-ფსიქიატრი აქტიურად უნდა უწყობდეს ხელს იმ ფსიქოპათების და ტრავმირებულთა ჩაბმას შრომის პროცესში, რომელნიც ხშირად მუშაობაზე მტკიცე უარს აცხადებენ. ზოგიერთი ფსიქოპათი თავისი ფსიქიკური დეფექტურობის გამო ვერ სძლევს იმ შრომით პროცესებს, რომლებიც მათზეა დაკისრებული, და აქაც ექიმ-ფსიქიატრს თავისი რჩევით შეუძლია დახმარება გაუწიოს საპატიმრო ადგილის ადმინისტრაციას შრომის სწორ ორგანიზაციაში.

ფსიქოპათების მკურნალობა—ეს ძირითადად მათი ხელახალი აღზრდაა. მათი შრომის წესიერი ორგანიზება საპატიმრო ადგილებში აადვილებს მათი ხელახლა აღზრდის ამოცანის გადაჭრას, რადგანაც ფსიქოპათიურ პიროვნების პათოლოგიური მხარეების განვითარება უმეტეს შემთხვევაში განსაზღვრული ყოფაცხოვრებითი პირობების შედეგს წარმოადგენს.

მოგვეყავს მაგალითი იმის საჩვენებლად, თუ როგორი შეიძლება იყოს იმ ფსიქოპათის ქცევა, რომელშიც დიდხანს ინერგებოდა მიზანდასახულობა ავადმყოფობაზე, როგორც საპატიმრო ადგილებში, ისე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც ის არაერთხელ იყო მოთავსებული.

ინსტიტუტში მოყვანილი იყო მ. ფსიქიკურად ჯანმრთელი 22 წლის ახალგაზრდა.

საქმის ვითარების მიხედვით მ. ინსტიტუტში მოთავსებამდე ერთი თვით ადრე მიყვანილ იქნა ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დისპანსერიდან, სადაც მამის დახმარებით სცემა სანიტარს და ცდილობდა მის გადაგდებას მეორე სართულიდან.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მ უკვე გაითქვა სახელი, როგორც მეტად საშიშმა ავადმყოფმა. იგი თვითონ ირჩევდა საკვებს და ადგილს, კარნახობდა თავის მოთხოვნებს, განყოფილებაში აუტანელ პირობებს ქმნიდა, პერსონალს მისი ეშინოდა და ისიც კარგად სარგებლობდა ყოველივე ამით. მისი მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, მას განყოფილებიდან გასვლის ნება ღართეს.

საავადმყოფოს ტერიტორიაზე ერთ-ერთი ასეთი სეირნობის დროს მას ვილაყამ აცნობა, რომ მის წასაყვანად მოვიდნენ მოსკოვის სისხლის სამართლის სამძებრო განყოფილებიდან. შ. წინააღმდეგობის გაწევა გადასწყვიტა. აკრიბა ქეები, დადგა კედელთან და როდესაც სცადეს მასთან მიახლოება, მან ფანჯრიდან ფანჯარაზე მეთოდური გადასვლა და მინების ლეწვა დაიწყო. ექიმს, რომელმაც სცადა მასთან მიახლოება, მან რკინის ჯოხი დაარტყა, რისგანაც უკანასკნელს გონება დაეკარგა. მძიმე ზიანი მიაყენა მან დარტყმით მეორე ექიმსაც. მასთან მისვლას ველარ ბედავდნენ, ის კი განაგრძობდა შუშების ლეწვას. მხოლოდ რამდენიმე ხნის შემდეგ, მთელ რიგ ღონისძიებათა საშუალებით შ. დაპატიმრებულ იქნა.

ანაშენიერი მონაცემები. შ. გაიზარდა ოჯახში, სადაც ხშირი იყო დავა, ჩხუბი და ლოთობა; მამა მუდამ აურზაურს ტეხდა, სცემდა ცოლსა და შვილებს. უკვე სკოლის ასაკიდან შ. კარგავდა ხოლმე მოთმინებას, იგზნებოდა, იჩენდა იმპულსიობას. ღონის მომატებასთან ერთად მოუხშირა ჩხუბს, ამტვრევდა ქურჭელს, ისროდა მძიმე ნივთებს, ერთხელ დანით დასკრა თავისი და. სამუშაოზე დიდხანს არსად ჩერდებოდა, მოსდიოდა კონფლიქტები, ჩხუბობდა.

პირველი მისი პასუხისგებაში მიცემა ეკუთვნის პერიოდს, როცა შ. 19 წლის იყო. მისჯილი ჰქონდა 6 თვის იძულებითი მუშაობა მილიციელის ცემისათვის. მეორედ გაასამართლეს 1 წლის შემდეგ ისევ ხულიგნობისათვის. მისჯილი ჰქონდა 6 თვით თავისუფლების აღკვეთა, შრომა-გასწორების ბანაკში მოთავსებით. სასჯელი არ მოუხდია, რადგან ავადმყოფად ჩასთვალეს. მეორედ პასუხისგებაში ყოფნის 1 წლის შემდეგ მოთავსებული იქნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, სადაც იგი აგრესიულად და უდისციპლინოდ იქცეოდა. ორი თვის შემდეგ იგი კვლავ იქნა მოთავსებული საავადმყოფოში, სადაც განუწყვეტლივ იხევდა საცელებს და ყველას სცემდა.

ფიზიკური მდგომარეობა. შესამოწმებელი მაღალი ტანისაა, მასიური აგებულების, მკაფიოდ აქვს გამოხატული ვაზომოტორული სინდრომი.

ფსიქიკური მდგომარეობა. ინტელექტის მხრივ დარღვევა არ აღენიშნება. აღსანიშნავია გუნების მოშლილობა, რამდენიმეჯერ აიგზნო, აგრესიულობას იჩენდა, ამასთან, მეტად აინტერესებდა, თუ საით გაგზავნიდნენ ინსტიტუტიდან.

ინსტიტუტში დადგენილი იყო, რომ შესამოწმებელ პირს სულით ავადმყოფის ნიშნები არა აქვს, რომ მთელ რიგ მიზეზების გამო იგი ამჟღავნებს მედგე ანტისოციალურ ჩვევებს, რომ მასში ძლიერია პარაზიტული ტენდენციები, ხოლო წარსულში მიღებულმა გამოცდილებამ მასში გაამაგრა ავადმყოფობაზე მიზანდასახულობა.

კომისიამ განსაზღვრა, რომ **მ. წარმოადგენს ფსიქოპათიურ პიროვნებას**, სცნო იგი შერაცხადად ინკრიმინირებულ ქმედებაში და აღნიშნა აქტში, რომ იგი არ უნდა იმყოფებოდეს ღია ტიპის შრომა-გასწორების კოლონიაში, არამედ საკიროებს გამასწორებელი ზემოქმედების უფრო მკაცრი სისტემის ზომებს.

სამი წლის შემდეგ მიღებული ცნობებით **მ. განუწყვეტლივ ცდილობდა ბანაკიდან განთავისუფლებას თავისი ფსიქიკური ავადმყოფობის მომიზეზებით.**

სამი წლის განმავლობაში იგი არაერთხელ იყო ფსიქიატრულ საავადმყოფოებში, მაგრამ მუდამ შერაცხადად იყო ცნობილი.

შეგროვებული დამატებითი ცნობებით, **მ-მ ბანაკიდან განთავისუფლების რვა თვის შემდეგ კვლავ მიმართა მთელი რიგი ჩივილებით მოსკოვის ერთ-ერთ ფსიქიატრს და გაგზავნილ იქნა განუშვინის სახ. ინსტიტუტში**, სადაც ექიმ-ფსიქიატრების კომისიამ სცნო, **მ. რთულ ფსიქოპათიურ პიროვნებად და მისი მკურნალობა საერთო სამოქალაქო საავადმყოფოებში დაუშვებლად.**

სასამართლო-ფსიქიატრიულმა პრაქტიკამ (კერძოდ კატამნეზებმა), დაამტკიცა აღნიშნულ შეხედულებათა სისწორე ფსიქოპათების მიერ ჩადენილ დანაშაულობათა პასუხისმგებლობისა და ფსიქოპიგიენურ მუშაობის ფორმებისა და მეთოდების მიმართ.

კატამნეზურმა ცნობებმა ნათელჰყო, რომ ამ ფსიქოპათების შრომითი პროცესებში ჩაბმისა და მათი შრომითი ყოფაცხოვრებითი პირობების სწორ ორგანიზების გზით ხერხდება მათი ხელახლა აღზრდა და, პირიქით, არასწორად წარმართული მუშაობით ფსიქიატრი ფსიქოპათიურ პიროვნებისათვის შეიძლება მიმზიდველობის ცენტრად იქცეს და უნებლიედ მასში რეაქტიული მიზანდასახულობები დანერგოს.

მაგალითისათვის მოგვყავს მოკლე ცნობები სერბსკის სახ. ინსტიტუტის ყოფილ სამ გამოსაკვლევ პირზე, რომლებიც ისევ საპატიმრო ადგილებში იყვნენ გაგზავნილი, სადაც ინსტიტუტიდან დაბრუნების შემდეგ წყნარად იქცეოდნენ, არ დადიოდნენ ექიმ ფსიქიატრებთან და კარგადაც მუშაობდნენ.

შემთხვევა I. შ., 34 წლის, გამოგზავნილია ინსტიტუტში ასეთი დიაგნოზით: „დეპრესიული მდგომარეობა“. იგი იყო მსჯავრდადებული 1932 წლის 7 აგვისტოს კანონით იმისთვის, რომ დაუქავშირდა რა სახელმწიფო ქონების მტაცებლებს, დამალა და მერე გაჰყიდა მათ მიერ ნაძარცვი შაქარი. ინსტიტუტში შ. ყოველი საუბრის დროს ტიროდა, კბილებს აკრაქუნებდა, მთელი ტანით კანკალებდა, პირველ დღეებში უჩიოდა შიშს, მასთან მიახლოების დროს ფრთხილობდა, ეშინოდა, კუთხეში იმალებოდა, თითქმის არ პასუხობდა. შემდგომ ნათლად გამოჩნდა ქცევის თეატრალობა, კონტუზიის შედეგად მძიმე ნერვულობასა და გულყრებზე დაყრდნობის ცდები. კომისიის დროს, თავისი აგზნებულობისა და უიმედობის დემონსტრაციების მიზნით, შესამოწმებელმა მაგიდიდან აიღო კალამი და უნდოდა თავი დაეზიანებინა. იგი გაგზავნილ იქნა საპატიმროში ასეთი დიაგნოზით: „სიმულაციური ქცევა.“

შემთხვევა II. შ., 32 წლის, ბრალი ედება თაღლითობასა და გაფლანგვაში. ინსტიტუტში დაჰყო 9 კვირა. ყურადღებას იქცევდა ხან გაუმართლებელი კარგი გუნებით, ქცევების ერთგვარი ინფანტილობით, სიტყვაუხეობით, ხან უგუნებობით, პირქუში მდგომარეობით, სევდიანობაზე ჩივილით, თვითმკვლელობაზე ფიქრით. დროს უსაქმოდ ატარებდა და ექიმებთან საუბრისას იჩენდა აბეზრობას, უჩიოდა განუწყვეტლივ თავის ტკივილს.

აწეული გუნების მომენტებში ემჩნეოდა საკუთარი პიროვნების ზედმეტად შეფასება, მკვეხარობა; ყოველივე ამან ორგანულ სიმპტომებთან ერთად (გუგების სუსტი რეაქცია, მეტად გაურკვეველი მეტყველება, აწეული მყესთა რეფლექსები) გამოიწვია ექვი ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების შესახებ. ამასთან ერთად, მიზნობრივი ქცევის სურათმა, მეხსიერების არაჩვეულებრივმა დასუსტებამ (უმთავრესად დანაშაულების ვითარებათა მიმართ), გულყრების არაშესატყვისმა აღწერამ, ექიმების ყურადღების მიქცევისადმი მუდმივმა მისწრაფებამ, ავადმყოფური სიმპტომების შეგნებულმა ხაზგასმამ, კომისიის დროს ექიმის მისდამი დამოკიდებულებაზე ფხიზელმა რეაქციამ, ცენტრალური ნერვული სისტემის სპეციალური ხასიათის ორგანული დაავადებისათვის დამახასიათებელი სეროლოგიური მონაცემების უარსებობამ შესაძლებლად გახადა კომისიას იგი შერაცხადალ ეცნო და ციხეში გაეგზავნა დიაგნოზით—„ფსიქოპათია“.

შემთხვევა III. ბ., 29 წლის, მიცემულია პასუხისგებაში გაფლანგვისათვის, 1919 წელს გადატანილი აქვს კონტუზია, მის შემდეგ არა ერთხელ იყო მოთავსებული ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ინსტიტუტში მის ქცევას ახასიათებდა მერყევი გუნება, ცრემლიანობა, რომელსაც დროდადრო ხმამალა წამოყვირება და კენესა ახლდა თან. ხშირად იჩენდა აგრესიულობას; მაგ., სცემა ავადმყოფს იმიტომ, რომ იგი უხეშად ელაპარაკებოდა მომვლელ ქალს; ამ საქციელს ის იმით ხსნიდა, რომ იგი ყველგან და ყოველთვის იბრძვის სამართლიანობისათვის. გამოსაკვლევი პირი უჩიოდა თავის ბედს, თავის მძიმე ავადმყოფობას, თავის თავს სამოქალაქო ომის მსხვერპლად სთვლიდა, მთლიანად შთანთქმული იყო შექმნილი სიტუაციით, ითხოვდა, რომ მოეწამლათ ან მოეკლათ იგი, რადგან არც თავისთვისა და არც სხვისთვის იგი აღარ იყო საჭირო. ადვილად ღელავდა; თეატრალურად ჰქმნიდა სასოწარკვეთილების სურათს. გამოსაკვლევი პირი, დიაგნოზით—„ტრავმული ნევროზი“, დაბრუნებულ იქნა საპატიმროში.

საპატიმრო ადგილებში დაბრუნების შემდეგ სამივემ ქცევა მკვეთრად შეცვალა. პირველი და მესამე მუშაობდა წარმოებაში, მეორე—დალაქად. სამივე კარგად მუშაობდა, ფსიქიატრისთვის

არ მიუმართავთ, არავითარი კონფლიქტი ან რეჟიმის დარღვევა მათზე არ ირიცხებოდა. მეორე, რომელიც მეტ სიძნელეს წარმოადგენდა დიაგნოზის დასმის მხრივ, სადალაქოში კეთილსინდისიერად მუშაობდა, იყო თანაზიარი.

აღნიშნული სამი გამოსაკვლევი პირი სხვებთან ერთად, რომლებსაც აქ არ ვასახელებთ, გამოიძახეს ინსტიტუტის მეცნიერ მუშაკთან, რომელიც მისული იყო საპატიმროში. მის გამოჩენისთანავე მკვეთრად შეიცვალა ამ პატიმრების მდგომარეობა, ყველამ კვლავ გამოამჟღავნა სიმპტომო-კომპლექსი, რომელიც ინსტიტუტში იყო აღნიშნული. ძალიან ადვილად კვლავ ჩართული აღმოჩნდა ყველა ნევროზული მექანიზმი. აზრმა, რომ შესაძლოა დადგენილება მათ შესახებ გადაისინჯა, გააცოცხლა სიმულაციურ-რეაქტიული მოქმედების სურათი, რომელიც ხანგრძლივი ვარჯიშით იყო ფიქსირებული.

ყველა მათგანს აუხსნეს, რომ მათი „რეაქტიული რეციდივის“ აზრი გასაგებია, რომ ყოველივე ამას ისინი მცდარი გზით მიჰყავს, და მართლაც შემდეგი შეხვედრისას მათი ქცევა სრულიად შეცვლილი იყო, თუმცა მოვლენების ნაშთი კვლავ ემჩნეოდათ.

ამგვარი შემთხვევები ნათლად გვიჩვენებს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს საპატიმრო ადგილებში სწორად ორგანიზებულ ფსიქიატრიულ ზედამხედველობას პატიმართა იმ ჯგუფზე, რომელსაც არამკვეთრი ნერვულ-ფსიქიკური გადახრა აქვს, ალკეითს რა რეაქტიულ და სიმულაციურ მიზანდასახულობებს, და, პირიქით, რამდენად არასასურველი შედეგები მოსდევს არასწორად ჩატარებულ მუშაობას, რამდენად ადვილად შეიძლება თვით ფსიქიატრის მიერ იქნეს ფიქსირებული ფსიქოპათიური რეაქციები ცალკეულ პატიმრებში. საპატიმრო ადგილების ფსიქიატრი იმის მაგიერ, რომ ნათელ ფორმებში და საკმაო ავტორიტეტით განუმარტოს პატიმარს მისი ქცევის უკუგდების აუცილებლობა, ხშირად თავიდან იცილებს მას და ჰპირდება, რომ სტაციონარულ შემოწმებაზე გაგზავნის

ამასთანავე, ექიმი-ფსიქიატრი არ უნდა წარმოადგენდეს საპატიმრო ადგილებში მიმზიდველ წერტილს ამ ფსიქოპათებისა, ტრავმირებულთა და სხვებისათვის, ვინც საპატიმრო ადგილ-

ბიდან გათავისუფლებას „თავიანთი ავადმყოფობის საშუალებით“ ცდილობენ. მტკიცე დისციპლინა უნდა იყოს მთელი რიგი ფსიქოპათების, ტრავმირებულთა, ნევროზებით დაავადებულთა და სხვათა გარდაქმნის, ხელახლა აღზრდის ერთ-ერთი წინაპირობათაგანი. ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია უდისციპლინო ფსიქოპათის გადაყვანა უფრო მკაცრი რეჟიმის საპატიმროში, რაც, ზოგჯერ, მათზე ზემოქმედების საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს. ვინაიდან ფსიქოპათები ერთმანეთზე ცუდ ზეგავლენას ახდენენ, ზოგჯერ მიზანშეწონილია მათი დროული იზოლაცია (ცალკეულ კამერებში, ცალკეულ კორპუსებში, და სხვ.), რის შესახებაც საპატიმრო ადგილის ფსიქიატრი აცნობებს ადმინისტრაციას.

ფსიქიატრის განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს პატიმართა ის ჯგუფი, რომელიც წინათ იგზავნებოდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, ხოლო ახლა, ზოგიერთი კლინიკური ფორმის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების გადასინჯვის შედეგად, იცნობა შერაცხადად და უკანვე საპატიმრო ადგილებში იგზავნება.

ამ ჯგუფს ეკუთვნის თავის ტვინის ორგანული დაავადების იოლი ფორმები და ეპილეფსიის ზოგიერთი შემთხვევა, არტერიო-სკლეროზით დაავადებულნი, ნამკურნალები პროგრესული დამბლის შემთხვევები, მედეგი და ხანგრძლივი რემისიებით და სხვ. მთავარ ამოცანას ამდაგვარ პატიმრების მიმართ წარმოადგენს საპატიმრო ადგილებში მათი ინდივიდუალური შრომის მოწესრიგება. უნდა გვახსოვდეს, რომ წარმოებაში არასწორად განაწილებული ზემოაღნიშნული ჯგუფი ხშირად წარმოების დეზორგანიზაციას იწვევს.

ფსიქიატრს, გაითვალისწინებს რა იგი თითოეული მათგანის შესაძლებლობებს, შეუძლია დახმარება გაუწიოს ამ პირებს კვალიფიკაციის მიღების ან კვალიფიკაციის გამოცვლის რჩევით. ზოგჯერ სასარგებლოა ამ პირთა ერთი საპატიმრო ადგილიდან სხვა სახის წარმოების მქონე საპატიმრო ადგილას გადაყვანა. მათი შრომის სწორი მოწესრიგება ხშირად თავიდან გვაცილებს მათ მხრივ ყოველგვარ ფსიქოგენურ რეაქციებს მუშაობაზე უარის თქმის სახით და ა.შ.

ილუსტრაციისათვის მოგვყავს პოსტშიზოფრენიული დეფექტის შემთხვევა: ინსტიტუტის საექსპერტო კომისიის მიერ ეს გამოსაკვლევი პირი ცნობილი იყო შერაცხადად და გაიგზავნილი საპატიმროში. აქ დეფექტურ ნიადაგზე წარმოიშვა სიმულაციური ქცევა, რომელიც განირჩეოდა თავისი მედეგობითა და სირთულით.

მ. ვნ წლის, პირველად მიღებულ იქნა ინსტიტუტში არტელის ფულის გაფლანგვის ბრალდებით, ინსტიტუტში იჩენდა მიდრეკილებას რეზონიორობისადმი, სასამართლო საქმეს უკრიტიკოდ უდგებოდა, მოითხოვდა დაუყოვნებლივ ციხეში გაგზავნას, იჩენდა მეხსიერების მოშლას, გაფანტულ ყურადღებას, მუდამ უბრუნდებოდა საუბრის ერთსა და იმავე თემას, იჩენდა ძლიერ აგზნებადობას.

„ზიზოფრენიის“ დიაგნოზით მ. გაიგზავნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იძულებითი მკურნალობისათვის. რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი გამოსწერეს კაშენკოს სახ. საავადმყოფოდან დიაგნოზით: „ზიზოფრენია“.

სამი წლის შემდეგ იგი კვლავ იქნა მიღებული ინსტიტუტში, ბრალი ედებოდა, რომ იგი სასადილოს ღირებულებად ყოფნის დროს თანხებს ითვისებდა, ფიქციურ ანგარიშებს ადგენდა, რის შედეგადაც სასადილოს მიაყენა 24.500 მან. ზარალი. პასუხისგებაში იქნა მიცემული 1932 წლის 7 აგვისტოს კანონით. ინსტიტუტში განმეორებით ყოფნისას გამოსაკვლევი პირის მდგომარეობა განირჩეოდა იმ მდგომარეობიდან, რომელშიაც იგი პირველად იმყოფებოდა. ცნობიერების აშლა არ ჰქონდა, აღენიშნებოდა ერთგვარი მოდუნება, უპროდუქტიულობა, გარშემო მყოფებთან არ იყო ურთიერთობაში, ექიმებთან საუბრის დროს ცდილობდა გაემართლებინა თავისი თავი და სხვა გაემტყუნებინა, ამასთანავე, რაღაც ერთგვაროვნად (სტერეოტიპურად) იგზნებოდა, წარმოსთქვამდა თავდაცვითი ხასიათის სიტყვებს ექსტიკულაციით, ხმამალა ყვიროდა, უჩიოდა სმენით ჰალუცინაციებს, ჰქონდა ჩივილები, რომლებიც თავისი შინაარსით დევნითი და ურთიერთობითი ხასიათის ბოღვითი იდეებს წარმოადგენდნენ, მაგრამ ამ ჩივილებში ნათლად ჩანდა გამოსაკვლევი პირის ავადმყოფური ნიშნების ხაზგასმის ტენდენცია.

გამოსაკვლევი პირის საექიმო კონფერენციაზე ორგანიზებული გატარების შემდეგ, დადგენილ იქნა, რომ მ. პიროვნების ერთგვარ დეფექტურობას ამჟღავნებს შიზოფრენიით დაავადების გადატანის შემდეგ, მაგრამ ეს დეფექტები არც ისე მნიშვნელოვანია, რომ იგი შეურაცხადად იქნეს ცნობილი.

მ. დაბრუნებულ იქნა საპატიმროში. ციხის ფსიქიატრმა, რამდენიმე ხნის შემდეგ იგი კვლავ ინსტიტუტში გამოგზავნა ხელახალი შემოწმებისათვის, მაგრამ მ. ინსტიტუტში არ იქნა მიღებული. მ-ს ინსტიტუტიდან გაწერის ექვსი თვის შემდეგ დაცვამ პროკურორის წინაშე აღძრა შუამდგომლობა მ-ს ხელახლა შემოწმების შესახებ, რადგანაც „მ. სულთ ავადმყოფის უტყუარ ნიშნებს ატარებს და საპატიმრო ადგილის ფსიქიატრის მოწმობის თანახმად, მისი საპატიმრო ადგილას გაჩერება დიდ სიძნელებებს წარმოადგენს“. პროკურორმა დააკმაყოფილა შუამდგომლობა.

ინსტიტუტში ხელმეორედ შემოწმებისას მ-ს ქცევა ისეთივე იყო, როგორც წინათ. აღნიშნული იყო: ინტელექტის მხრივ ერთგვარი მოუქნელობა, ფსიქიკური აქტიურობის ცალმხრივობა, ჩივილები, რომლებიც ვითომდა დაკავშირებული იყო გარემოს ბოღვითი ხასიათის შეფასებასთან, აშკარად შეთხზულ, მიზანდასახულობით ხასიათს ატარებდა. გამოსაკვლევი პირის მიმიკა, ექსტიკულაცია აგრეთვე ავადმყოფობის შთაბეჭდილების მოსახდენად იყო მიმართული. (დაპყეტილი თვალებით და სხვ). საუბარის დროს თვითონ გამოსაკვლევი პირი ჩქარობდა გადმოეცა მთელი თავისი განცდები, აეწერა „ჰალუსინაციები“ და სხვ.

კომისიის გადაწყვეტილებით მ. კვლავ შერაცხადად იქნა ცნობილი. მას მიუსაჯეს თავისუფლების აღკვეთა 10 წლის ვადით. ამის შემდეგ მისი ქცევა მკვეთრად შეიცვალა. იგი გახდა თანაზიარი, თავაზიანი, იღებდა მხურვალე მონაწილეობას კორპუსის საქმეებში, დანიშნული იყო შინაგან სამუშაოებზე, დაჰქონდა გადაცემები, მალე კორპუსის მამასახლისი გახდა, ფსიქიატრთან იგი აღარ გამოჩენილა, უცებ გამომქლავნდა მ-ს შემგუთვლობის და ცხოვრების კეთილმოწყობის უნარი. მისი საკანი ზალე გარეგნულად ერთ-ერთი უკეთესთაგანი გახდა. მატერიალურადაც მ-მ თავისი თავი სხვებზე უკეთ მოაწყო, მაგრამ ყოველივე ამასთან, პიროვნების ერთგვარი

დეფექტურობა ემჩნეოდა, ინტერესთა შეზღუდვა, თავისებური აზროვნება და სხვ.

ეს მაგალითი ბევრის მაჩვენებელია. ეს ყველა იმ სიძნელისა და სიმტკიცის დემონსტრაციას წარმოადგენს, რომელიც ზოგჯერ აუცილებელია იმისათვის, რათა პატიმრების ქცევაში ალიკვეთოს მიზანდასახულობითი თვისებები.

ამგვარად, ფსიქიატრის საპატიმრო ადგილებში მუშაობის მთავარი ამოცანაა: საპატიმრო ადგილებიდან სულით აეადმყოფთა გამოყვანა, იმ პატიმრების გამომკლავნება, რომელნიც სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას საჭიროებენ, სამკურნალო ღონისძიებების (მედიკამენტური, ფიზიოთერაპიული, ფსიქოთერაპიული) მიღება იმ პატიმართა მიმართ, რომლებიც ნორმიდან ამა თუ იმ ნერვულ-ფსიქიკურ გადახრას წარმოადგენენ და წინასწარი ზომების მიღება ნერვულ-ფსიქიკურ დაავადებათა წინააღმდეგ.

თავი XIX

არასრულწლოვანთა სასამართლო-ფსიქიატრიული მძსპმრბიზა

არასრულწლოვანთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, სრულსაკოვანთა ექსპერტიზასთან შედარებით, საკმაოდ თავისებურია დიაგნოსტიკისა და სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების მხრივ.

დიაგნოზური სიძნელებები აქ მთელ რიგ მიზეზებთან არის დაკავშირებული.

კლინიკური ხურათი. არამცთუ მოსაზღვრე მდგომარეობათა, არამედ მწვავე სულით ავადმყოფობის შემთხვევაშიაც არასრულწლოვნებს სრულსაკოვნებთან შედარებით, ჩვეულებრივ ბევრად უფრო ნაკლებად აქვთ გამოხატული, ხშირად მათ სულ არ ახასიათებთ ფსიქოზის ყველაზე უფრო მკვეთრი სიმპტომები (ბოდვა, ჰალუცინაციები), პიროვნების ცვლილებანი მეტად ძნელი შესამჩნევია მცირე დიფერენცირებისა და ფსიქიკის უმწიფობის გამო.

გარდაშავალო ასაკი, რომელშიაც იმყოფებიან გამოსაკვლევი პირნი, იძლევა ფსიქიკის თავისებურ ცვლილებებს (ემოციურ მერყეობას, აწეულ აგზნებადობას, უწონასწორობას, გუნების ცვალებადობას), რომლებიც შესამჩნევად სცელიან და ართულებენ ფსიქიკური მდგომარეობის სურათს.

უსუსური და მერყევი პიროვნება მოზარდისა მეტად მგრძნობიარეა გარეშე გავლენებისადმი. მაგ., არასასურველი ოჯახური და ყოფაცხოვრებითი პირობები ზოგჯერ მთელ რიგ თავისებურებებს ჰქმნის, (აგზნებადობა, მერყეობა, მიდრეკილება

აფექტური აგზნებებისადმი, შრომისა და სწავლის უნარიანობის შეცვლა), რასაც შეუძლია დიაგნოსტიკის მცდარი გზით წაგვიყვანოს, თუ არ იქნება ახსნილი მათი კეშმარიტი ბუნება. განსაკუთრებით საყურადღებოა ამ თავისებურებათა გათვალისწინება მოსაზღვრე მდგომარეობათა დიაგნოზირების დროს (ფსიქოპათია, ოლიგოფრენია), რადგანაც ამგვარ შემთხვევებში შემჩნეული სიმპტომების არასწორმა განმარტებამ და მათმა შეფასებამ, როგორც თანდაყოლილი და შეძენილი ნაქლოვანებებისა, შეიძლება მიგვიყვანოს ფსიქოპათიისა და ოლიგოფრენიის დიაგნოსტიკის სრულიად უსაფუძლო გაფართოებად.

გარდა ჩამოთვლილი მომენტებისა, არასრულწლოვანთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა მეტად რთული და მრავალფეროვანია აგრეთვე იმიტომ, რომ მისი მიზანი და შინაარსი მკიდროდაა დაკავშირებული იმასთან, თუ რა როლში გამოდის სასამართლო-საგამომძიებლო პროცესზე მისი ობიექტი (არასრულწლოვანი), არის ის დამნაშავე, მოწმე, თუ დაზარალებული.

თუ პირველ შემთხვევაში ფსიქიატრ-ექსპერტმა უნდა მისცეს დასკვნა გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ, უნდა უპასუხოს სასამართლოს, შერაცხადია ბრალდებული თუ არა, არასრულწლოვანი მოწმისა და დაზარალებულის მიმართ ექსპერტის წინაშე ხშირად დგება კითხვა არასრულწლოვანის ჩვენების სისწორის შესახებ.

იმის გამო, რომ ექსპერტიზის მიზანი და შინაარსი რადიკალურად იცვლება იმასთან დაკავშირებით, თუ რა როლში გამოდის არასრულწლოვანი სასამართლო-საგამომძიებლო პროცესზე, შემდეგში საუბარი გვექნება არა საერთოდ არასრულწლოვანთა, არამედ ორი სხვადასხვა ჯგუფის ექსპერტიზაზე: არასრულწლოვან ბრალდებულთა და არასრულწლოვანი მოწმეების და დაზარალებულების ექსპერტიზაზე.

არა მარტო ექსპერტიზის და შინაარსის სხვაობა იძლევა ასეთ დაყოფის საფუძველს. ეს ჯგუფები ერთმანეთისაგან კიდევ მთელი რიგი ნიშნებით განსხვავდებიან. უპირველეს ყოვლისა, მათი შემადგენლობა განირჩევა ასაკის მიხედვით.

მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, არასრულწლოვანთა პასუხისმგებლობა სისხლის სამართლის დანაშაულზე ერთი სახის დანაშაულისათვის (ქურდობისათვის, სხეულის დაზიანებისათვის, დასახიჩრებისათვის, მკვლელობისათვის ან მკვლელობის ცდისათვის) 12 წლიდან იწყება, სხვა დანაშაულებისათვის-კი—14 წლიდან. ამ-რიგად, არასრულწლოვანთა ექსპერტიზის დროს საქმე გვაქვს 12—15 წლის მოზარდებთან (ძირითად მასას 14—15 წლის ასაკის მოზარდები წარმოადგენენ), მაშინ, როდესაც მოწმეებისა და დაზარალებულების ჯგუფი ასაკის მიხედვით ბევრად უფრო მრავალფეროვანია. თუმცა 5—8 წლის და კიდევ უფრო ახალგაზრდა ასაკის მცირეწლოვანები არ წარმოადგენენ ოფიციალურ სრულ-წლოვან მოწმეებს, მაინც ხშირად მონაწილეობენ საქმეში თავისი ჩვენებებით.

განსხვავდებიან აგრეთვე ამ ორი ჯგუფის ტიპობრივი სახე-ებიც: ბრალდებულთა შორის საერთოდ უმეტეაღყუროდ დარჩე-ნილი მოზარდები სჭარბობენ, ხშირად მტკიცე კრიმინალური (დანაშაულებრივი) ჩვევების მქონენი, მაშინ, როდესაც მეო-რე ჯგუფის არასრულწლოვანთა უმრავლესობას ეს თვისებები არ აქვს.

სხვადასხვანაირია აგრეთვე თვით არასრულწლოვანთა დამო-კიდებულება სასამართლო-საგამომძიებლო პროცესისადმი. ბრალ-დებულნი ხშირად თავდაცვის გზას დაადგებიან და ცდილობენ თავიანთი უდანაშაულობის დამტკიცებას. მათი ჩვენების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მცირეწლოვანი ბრალდებულები ხშირად გააზოე-ბულად არასწორ ჩვენებებს იძლევიან და ბევრი რამის დამალვას და სხვაზე გადაბრალებას ცდილობენ. არასრულწლოვანი მოწმე-ბი და დაზარალებულნი ჩვეულებრივ ბევრად უფრო გულწრფელ-ნი და ადვილად მისადგომნი არიან, მათი ჩვენების უსწორობა უფრო შეცდომებს წარმოადგენს, ვიდრე სინამდვილის გააზრე-ბულ დამახინჯებას.

§ 1. არასრულწლოვან ბრალდებულთა მახასიათებელი

არასრულწლოვანის სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტი-ზა მნიშვნელოვნად რთულდება დიაგნოზის დასმის ზემოაღნიშუ-ლი სიძნელეების გამო. ამიტომ არასრულწლოვანის ფსიქიკური

მდგომარეობის გამორკვევისათვის ხშირად საჭიროა მეტად თუ ნაკლებად ხანგრძლივი დაკვირვება, რაც მხოლოდ სტაციონარის პირობებშია შესაძლებელი. რაც არ უნდა კარგად იყოს ორგანიზებული ამბულატორიული ექსპერტიზის წინასწარი მომზადება, მოზარდის ფსიქიკური მდგომარეობის გამოსარკვევად და შერაცხადობის საკითხის გადასაწყვეტად, მთელ რიგ შემთხვევებში მაინც საკმაო არ არის ერთჯერადი შესწავლა, და სტაციონარული დაკვირვება აუცილებლობას წარმოადგენს.

სტაციონარული ექსპერტიზა უნდა წარმოებდეს სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტთან ან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებთან არსებულ ისეთიან რაოდენობაზე სპეციალურ დიაგნოსტიკურ განყოფილებებში, სადაც მათი მუშაობის ყველა მომენტი (რევიზიის, სასწავლო, შრომითი) დიაგნოსტიკურ მიზნებს ემსახურება და არასრულწლოვანის პიროვნების რაც შეიძლება მთლიან გამოვლინებას დაეხმარება.

ექსპერტიზაზე არასრულწლოვანის გაგზავნა ხშირად მთელ რიგ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული: სრულსაკოვანი ბრალდებული საკმაოდ ხშირად თვითონ მიმართავს გამოძიებელს განცხადებით თავისი ავადმყოფობის შესახებ და თვით ავადმყოფური მდგომარეობაც სრულსაკოვანში ხშირად უფრო შესამჩნევია, მას უფრო მკვეთრად აქვს გამოსახული ავადმყოფური სიმპტომები. არასრულწლოვანი ბევრად უფრო იშვიათად უჩივის თავის ავადმყოფობას, ხოლო მისი ავადმყოფური ნიშნები ხშირად შეუმჩნეველი რჩება, რადგანაც უბრალო ჯიუტობის, თავგასულობის, თავხედობის და სხვა ასეთი მოვლენების შთაბეჭდილებას სტოვებს.

ამიტომ სასამართლო-საგამომძიებლო მუშაკებისათვის, რომელთაც საქმე აქვთ არასრულწლოვანებთან, საჭიროა როგორც ბავშვთა და მოზარდა ასაკის ფსიქოპათოლოგიის ერთგვარი ცოდნა, აგრეთვე პრაქტიკული გამოცდილებაც.

უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია მოზარდის წარსულზე ცნობების შეგროვება მშობლების (ან მათი შემცვლელი პირების) გამოკითხვის საშუალებით, რამაც უნდა გამოარკვიოს:

1) როგორ მიმდინარეობდა გამოსაკვლევი მოზარდის აღზრდა

დელი განვითარება, — დაიწყო თუ არა მან დროზე სიარული და ლაპარაკი;

2) როდის დაიწყო სწავლა, როგორი იყო მისი წარმატება და ყოფაქცევა სკოლაში;

3) რა დაავადებანი გადაიტანა ბავშვობაში, თან ხომ არ ახლდა მათ მოვლენები თავის ტვინის მხრივ, ცნობიერების დაკარგვა, ბოდვა, კრუნჩხვები. ხომ არ ჰქონია თავის ტრავმები (დაშავებულობა, სიმალლიდან ჩამოვარდნა). ტრავმის არსებობის შემთხვევაში ჰქონდა თუ არა ცნობიერების დაკარგვა, გულისრევა ან სხვა ავადმყოფური მოვლენები. იყო თუ არა ტრავმასთან დაკავშირებით საავადმყოფოში მოთავსებული.

4) ჰქონდა თუ არა ყოველგვარი მიზეზისა და სხვა ავადმყოფური მოვლენების გარეშე, უეცრად დაწყებული კრუნჩხვითი გულყრები;

5) ხომ არ იყო შემჩნეული ცვლილებანი მოზარდის ხასიათში ან ყოფაქცევაში, როდის დაიწყო იგი და რაში გამოიხატებოდა.

ხომ არ ჰქონდა უცნაური, უაზრო ქცევები, შიში, მოულოდნელი აგზნება.

6) როგორ იქცევა მოზარდი ოჯახში, როგორია მისი დამოკიდებულება ოჯახის წევრებსა და მეზობლებთან.

მშობლებისაგან მიღებული ცნობების გარდა, საჭიროა დახასიათება სკოლიდან—თუ მოზარდი სწავლობს, ან საწარმოდან—თუ იგი მუშაობს.

ამგვარად მიღებულ ცნობებს შეუძლია უეცრად გამოამჟღავნოს ექსპერტიზის საჭიროება. მაგალითად, მოზარდის მიერ წარსულში გადატანილი თავის ტრავმები და დაავადებანი, რომელთაც თან ახლდა თავის ტვინის მხრივ მოვლენები, შეიძლება ტვინის ორგანული დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკის შეცვლის მიზეზი იყოს. განმეორებული კრუნჩხვითი გულყრები, რომლებიც იწყება შეუმჩნეველი გარეშე მიზეზების გამო, ეპილექსიის შესაძლებლობაზე მიგვითითებს. ხასიათის შეცვლა, უცნაური, უაზრო ქცევა ზოგჯერ სულით ავადმყოფობის მაჩვენებელია (შიზოფრენია). ნაადრევი განვითარების შეფერხება (მეტყველებისა და სიარულის

გვიანი განვითარება), ჩამორჩენა სკოლაში — თანდაყოლილი ჰკუასუსტობის დამახასიათებელია (ოლიგოფრენია). აწეული აგზნებადობა, სიფიცხე (გალიზიანებადობა), ჩხუბი, პირვეულობა, ხშირი კონფლიქტები ოჯახსა და სკოლაში—ტიპობრივია ფსიქოპათებისათვის.

მოზარდებთან უშუალო დაახლოებას შეუძლია აგრეთვე გამოავლინოს მთელი რიგი თვისებები, რომლებიც თვით მიგვითითებენ ექსპერტიზის აუცილებლობაზე.

ზოგ შემთხვევაში არასრულწლოვანი პირველ შეხვედრისთანავე იპყრობს ყურადღებას. ზოგჯერ ეს ფიზიკური განვითარების მკვეთრი ჩამორჩენაა (ინფანტილიზმი), როდესაც 15—16 წლის მოზარდს 9—10 წლის შეხედულება აქვს. ხშირად ინფანტილიზმს თან ახლავს დისპარმონიული (დისპლასტიკური) აგებულება: ასიმეტრული სახე, არაპროპორციულად დიდი ტანი, მოკლე კიდურები, დიდრონი მაჯები და ტერფები. ასეთი აგებულების შეხამება მკვანარ, მიწისფერ, მკრთალ კანთან, ფართო, გაბრტყელებულ საცხვირესთან, უნაგირისებრ ცხვირთან, დაბალ შუბლთან, პატარა, ღრმად ჩამჯდარ, ერთმანეთიდან შორს განლაგებულ თვალებთან, ნახევარმთვარესავით ამოღრმავებულ საკრელებთან და უსწორმასწოროდ განლაგებულ კბილებთან, პირველი შეხედვისთანავე იწვევს ექვს თანდაყოლილ სიფილისზე; ამგვარ შემთხვევებში, ფიზიკურ ცვლილებებთან ერთად შეიძლება ხშირად ფსიქიკური გადახრებიც აღინიშნებოდეს—გონებრივი დაღლილობა, ხასიათის ფსიქოპათიური თვისებები და სხვ.

თითქმის უძრავი, ნიღბისმაგვარი სახე, თვალების იშვიათი ხამხამი, ნერწყვდენა, მკრთალი, გაქონილი სახის კანი, მოუქნელი შებოქვილი მოძრაობა, ყრუ, მოდულაციებით ღარიბი ხმა საშუალებას იძლევა უცებ იცნო მოზარდი, რომელსაც ეპიდემიური ენცეფალიტი გადაუტანია.

შემდეგ, საუბრის დროს ჩვეულებრივ შესაძლებელი ხდება პირველადი ორიენტაციისათვის საკმაოდ მდიდარი მასალა მივიღოთ: უაზრო პასუხები, თავის წარსულის მცირეოდენ მაინც დალაგებულად მოყოლის შეუძლებლობა, მიუხედავად 2—3 წლის განმავლობაში სკოლაში სწავლისა, წერა-კითხვის და სულ უბრა-

ლო ანგარიშის არასაკმარისი ცოდნა, ყოველივე ეს დამახასიათებელია გონებრივად ჩამორჩენილთათვის (ოლიგოფრენებისათვის).

ფსიქოპათებზე ახასიათებს მეტისმეტად მერყევი, წონასწორობას მოკლებული ყოფაქცევა, მიდრეკილება მშფოთარ აფექტურ რეაქციებისადმი, რომლებიც ხშირად სრულიად უმნიშვნელო მიზეზების გამო იწყება. ფსიქოპათებთან ძალიან ძნელია შეთანხმება ჯიუტობის, თვითნებობის გამო, ისინი არავის და არაფერს არ უწევენ ანგარიშს, გარდა საკუთარი სურვილებისა. მათი სიცრუე ხშირად თავდაუქერელ ფანტაზიაში გადადის, მათი პროტესტები ზოგჯერ თვითდაზიანების, თვითმკვლელობის ცდების ფორმას იღებს, რომლებიც ხშირად მაყუჩებლებზე გათვალისწინებულ დემონსტრაციის ხასიათს ატარებს.

აშკარად უაზრო ქცევა, უცნაური, ხელოვნური პოზები, აკვიატებული მოძრაობები, ერთგვაროვანი ღმეკა, სიტყვაუხვი, უაზრო საუბარი ერთი თემიდან მეორეზე გადასვლით—ზოგჯერ სრულიად უთავბოლო, საშუალებას იძლევა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული გამოვიცნოთ.

ილუსტრაციისათვის მოვიყვანთ რამდენიმე შემთხვევას:

ჩ. 12 წლის, გამოგზავნილია ექსპერტიზაზე განმეორებით თვითდასახიჩრებასთან დაკავშირებით: ცდილობდა რა ვენების გადაკვეთას, ღრმად გაიჭრა მარცხენა ხელი. ორჯერ ჩაიღო თვალის ქუთუთოში ანილინის ფანქრის ნაჭრები, რითაც თვალის კაკლის ძლიერი დამწვრობა გამოიწვია; ყოველივე ამას თავისი დაპატიმრების გამო პროტესტის ნიშნად აკეთებდა.

ფიზიკური განვითარებით გამოსაკვლევია პირი მნიშვნელოვნად ჩამორჩენილია თავის ასაკს (9 წლისას შეესაბამება), დისპლასტიკურია (ასიმეტრიული სახე, საცხვირე—ფართო, გაბრტყელებული უნაგირისებრი ცხვირი, ნახევარმთვარისებრი ქრილები ზედა საკრელ კბილებზე, კბილების არასწორი განლაგება); კითხვებზე ნაწყვეტ-ნაწყვეტად პასუხობს, მეტყველების პრიმიტიული წყობა და მეტად ღარიბი სასაუბრო ლექსიკონი აქვს, ყველაზე უბრალო ლოგიკური დასკვნები მისთვის მიუწვდომელია. გამოსაკვლევია პირი ადვილად ღიზიანდება, აგზნებადია, სულ მცირე უსიამოვნებისთანავე,

იფურთხება, ჩხუბობს, იკბინება, მოზარდთა კოლექტივს ვერ ეგუება, ცინიკურია, სექსუალურია.

საექიმო კომისიის დასკვნა: გონებრივი ჩამორჩენილობა, თანდაყოლილი სიფილისის ნიადაგზე ფსიქოპათიური გამოვლინებებით. გაგზავნილია იძულებითი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ კოლონიაში.

ამ შემთხვევაში არასრულწლოვანის ექსპერტიზაზე გაგზავნას საფუძვლად დაედო: განუვითარებელი მეტყველება, ლოგიკური დასაბუთების მიუწვდომლობა, მერყეობა და მიდრეკილება ეფექტურ აგზნებადობისადმი, ისევე, როგორც თვით რეაქციის უაზრობა (თვითდასახიჩრება), რომელიც დაპატიმრებით იყო გამოწვეული.

რ. 16. წლის, მოყვანილი იყო მოსკოვის სამძებრო განყოფილებაში ხულიგნობისათვის. ამბულატორიაში მიყვანისას უარი განაცხადა მოსაცდელ ოთახში კალოშების გახდაზე და პირდაპირ მისაღებ ოთახისაკენ გაემართა. სანიტარი ქალის შენიშვნას უხეში გინებით უპასუხა. ეჩხუბებოდა, აგინებდა და ცემით ემუქრებოდა მორიგე ექთანს და მორიგე ექიმს. სამძებრო განყოფილებაში მიყვანისას ჩაიკეტა საპირფარეოში და არ გამოდიოდა. იჯდა იატაკზე კალთაში თავჩაყოფილი. გამომძიებლის კაბინეტში მოგვცა მძაფრი, აფექტური აგზნება, არ უნდოდა კითხვებზე პასუხის გაცემა ყვიროდა, ყველას ლანძღავდა. ვილაცას უსამართლობაში, მისი აბუჩად აგდებაში სდებდა ბრალს. მის სიტყვაუხვ, ზოგჯერ უაზრო ლაპარაკიდან შეუძლებელი იყო რაიმეს გაგება. გაგზავნილი იქნა ექსპერტიზაზე. კომისიის მიერ დადგენილია, რომ რ-ს აქვს შიზოფრენიის ფორმის სულით ავადმყოფობა. გაგზავნილია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

ამ შემთხვევაში, ექსპერტიზაზე არასრულწლოვანის გაგზავნას საფუძვლად დაედო მისი მოქმედების უაზრობა, სრული მიუდგომლობა, შეთანხმების შეუძლებლობა, არეული, ზოგჯერ ნაწყვეტი-ნაწყვეტი საუბარი.

გავეცანით რა მოკლედ იმ სიმპტომებს, რომლებიც საფუძვლად ედება ხოლმე არასრულწლოვანის სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გაგზავნას, აუცილებელია შევიჩრდეთ აგრეთვე

იმაზედაც, თუ ფსიქიკურ ანომალიათა რა სახეები გვხვდება ყველაზე ხშირად სასამართლო-ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში.

მოზარდები, რომლებიც არ ამჟღავნებენ გადახრებს ნერვულ-ფსიქიკურ სფეროში, შეადგენენ დაახლოებით 10—15% ყველა იმ არასრულწლოვან გამოსაკვლევ პირთა, რომელთაც სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გაიარეს. დანარჩენი 85—90% ნერვულ-ფსიქიკურ სფეროში სხვადასხვა გადახრას ამჟღავნებს.

აუცილებელია ხაზი გავსვას იმ გარემოებას, რომ ასეთი შეფარდება დადგენილია და დამახასიათებელია მხოლოდ იმ საექსპერტო მასალისათვის, რომელიც სპეციალურად არის შერჩეული არასრულწლოვანთა შორის რომელთაც სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების ყურადღება მიიქცეის. ამ მხრივ ასეთი შეფარდების გადატანა ყველა არასრულწლოვან დამნაშავეზე, რაც ფაშისტი ავტორების ნაშრომებში გვხვდება, სრულიად უსაფუძვლო და უკანონოა.

ფსიქიკურ ანომალიათა ჯგუფში, სულით და ნერვულად დაავადებულნი (შიზოფრენია, ეპილეფსია) 8%-ზე მეტს არ შეადგენენ. დანარჩენი იყოფა რიცხობრივად დაახლოებით სამ ტოლ ჯგუფად: ტვინის ორგანული დაზიანება, ოლიგოფრენია, ფსიქოპათია.

სწორედ ამით განისაზღვრება ჩვენი კონტინგენტის ერთ-ერთი ძირითადი თავისებურება: უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვაქვს არა დინამიკურ დაავადებებთან, არამედ მყარ ფსიქიკურ ცვლილებებთან. ეს მოვლენები ტვინის განვითარების ან ხასიათის სფეროში თანდაყოლილია ან შექმნილია ნაადრევ ბავშვობაში გადატანილ დაავადებათა შედეგად.

§ 2. არასრულწლოვანთა ცალკეული ავადმყოფური ფორმების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება

რისთვის სისხლის სამართლის კოდექსის ¹¹ მუხლში აღნიშნული შეურაცხადობის კრიტერიუმები არასრულწლოვანებსაც ეხება. განსაკუთრებული კრიტერიუმები მათთვის არ არსებობს,

¹ საქ. სსრ ს. ს. კოდექსი მე-10 მუხლი

მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში, საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ თავის ქმედებათა არასაკმაო შეგნება და მათი საჭირო ხელმძღვანელობის შეუძლებლობა ფსიქიკური უმწიფობის პირდაპირ შედეგს წარმოადგენს, განსაკუთრებით 12—14 წლის მოზარდებისათვის. მეორე მხრივ, ავადმყოფობის ხასიათი და მიმდინარეობა ამ ასაკში ისეთია, რომ სულით ავადმყოფობის ცნება (სამედიცინო კრიტიკიუმში) შეიძლება ზოგჯერ შეფარდებულ იქნეს მოზარდის მიმართ, მაშინ, როდესაც იმავე პირობებში სრულასაკოვანის მიმართ იგი გაუმართლებელი იქნება. ეს შეხედულება მიღებულია საბჭოთა სისხლის სამართლის მიერ („სისხლის სამართალი“ ზოგადი ნაწილი გვ. 130, გამოცემა მესამე, 1943 წ.).

ზემომოყვანილი მითითება არასრულწლოვანთა მიმართ, მოზარდილებთან შედარებით, მათი ყოფაქცევის ნორმებზე სხვა მოთხოვნილებათა წაყენების აუცილებლობის შესახებ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იღებს იმასთან დაკავშირებით, რომ სწორედ გარდამავალ ასაკში (12—16 წ.) მოზარდის ფსიქოფიზიკური განვითარების ტემპი ინდივიდუალურად მეტად მრავალფეროვანია, ერთნი ვითარდებიან ძალიან ჩქარა, მეორენი ბევრად უფრო ნელა, ზოგიერთ შემთხვევაში 12—13 წლის მოზარდი, თავისი ფიზიკური განვითარებით, ბევრად უფრო ნაკლები ასაკისა ჩანს, ვიდრე საბუთებშია აღნიშნული.

ფსიქოფიზიკური განვითარების ასეთი შეფერხებანი, ეგრეთ წოდებული ინტანტილიზმი, წარმოშობილი სხვადასხვა მიზეზის გამო (შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მოქმედების მოშლილობა, ტვინის ორგანული დაავადებანი და სხვ.) მოითხოვენ არა მარტო სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების განსაკუთრებულ მიდგომას, არამედ სპეციალურ სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეთასებასაც. მაგრამ ასაკი, რომელშიც არასრულწლოვანი გამოსაკვლევები იმყოფებიან, გავლენას ახდენს არა მარტო მათი ყოფაქცევის თავისებურებასა და განვითარების ტემპზე, არამედ მნიშვნელოვანი სახეცვლილება შეაქვს კლინიკურ სურათში და ნერვულ და ფსიქიკურ დაავადებათა მიმდინარეობაში.

კლინიკური მასალის შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ერთი და იგივე დაავადება, როდესაც იგი აზიანებს მომწიფებულ ტვინს,

მიმდინარეობს სხვაგვარად, ვიდრე მაშინ, როდესაც იგი მოზარდ, განვითარების ეტაპზე მყოფ ტვინში წარმოიშვება. დაავადების შედეგები ბავშვს შეიძლება უფრო მძიმე ჰქონდეს, ვიდრე სრულ-ასაკოვანს, რადგანაც ბავშვში ავადმყოფობის გამო მიყენებულ ზიანს ხშირად განვითარების შეფერხებით და მოშლით გამოწვეული ფსიქიკური ნაკლოვანება ემატება, შესაძლებელია პირიქითაც: ბავშვის ტვინის ზრდისა და განვითარების ინტენსიურ პროცესებს, ზოგ შემთხვევაში შეუძლია შესამჩნევად ანაზღაუროს ავადმყოფობით გამოწვეული ცვლილებანი და შედარებით უფრო მთლიანი აღდგენა მოგვეცეს, ვიდრე ეს სრულასაკოვანთათვის არის შესაძლებელი.

ამრიგად, განსხვავება არასრულწლოვანთა სხვადასხვა ავადმყოფური ფორმის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასებისა, ძირითადად კლინიკური გამოვლინების და მოზარდ ასაკში ფსიქიკურ ანომალიათა მიმდინარეობის თავისებურებით განისაზღვრება.

ერთი და იმავე დიაგნოზით გაერთიანებული შემთხვევების სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება შესაძლებელია სულ სხვადასხვაგვარი იყოს.

მაგალითად, ფსიქოპათთა ჯგუფი ფსიქიკურ ანომალიათა გამოხატულების მიხედვით რომ განაწილდეს, მაშინ ამ ჯგუფის ერთ ბოლოში ნორმიდან შედარებით მცირე გადახრებს შევხვდებით როგორიც არიან—მერყევები, ადვილად აგზნებადნი, შთაგონებადნი და სხვ. მაშინ, როდესაც მოწინააღმდეგე პოლუსს მკვეთრად პათოლოგიური პიროვნებები წარმოადგენენ. ამიტომ, თუმცა უმრავლეს შემთხვევებში ფსიქოპათთა საფუძველს არ იძლევა შეურაცხადობის დასკვნებისათვის, მაინც გვხვდებიან მძიმე ფსიქოპათები, რომლებიც თავიანთი გამოვლინებით იმდენად უახლოვდებიან სულით ავადმყოფებს, რომ მათი შერაცხადად ცნობა არ შეიძლება.

ქვემოთყვანილი შემთხვევა იძლევა მაგალითს ისეთი ფსიქოპათებისა, რომლებიც შეურაცხადად უნდა იყვნენ ცნობილი და რომლებიც ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მკურნალობას საჭიროებენ.

ს., 13 წლის, გამოგზავნილია სერბსკის სახ. ინსტიტუტის არასრულწლოვანთა განყოფილებაში საქარხნო-საფაბრიკო სასწავლებლიდან. საბუთებში აღნიშნულია უკიდურესი უდისციპლინობა, აგრესიულობა, სწავლასა და მუშაობაზე უარის განცხადება. ანამნეზით მამას სიფილისი აქვს.

გამოსაკვლევე პირის წარსულის შესახებ მისი დედის სიტყვებიდან ცნობილია, რომ იგი ადრე ბავშვობიდანვე (3—4 წლიდან) ძნელად აღსაზრდელი იყო: მოუსვენარი, მიზეზიანი, შეუგუებელი, საბავშვო ბაღში იგი რეეიმს ვერ დაემორჩილა, მუდმივად წესრიგს არღვევდა, ბავშვებსა და პერსონალს სცემდა, საბავშვო ბაღიდან გარბოდა და სხვ. გამოსაკვლევმა პირმა სკოლაშიც მცირე ხანს დაჰყო, სწავლა არ უნდოდა, დისციპლინას არღვევდა, სცემდა მოსწავლეებს, რისთვისაც დათხოვნილი იყო სკოლიდან. ბავშვს არაერთხელ ათავსებდნენ საბავშვო სახლებში, მაგრამ ის იქიდანაც გარბოდა. 9 წლიდან ქურდობა დაიწყო, ხშირად მთელი კვირაობით სადღაც დახეტიალებდა. სახლში მთვრალი ბრუნდებოდა. იყო მრავალჯერ მიყვანილი მილიციაში; უკანასკნელი დანაშაულის გამო მოთავსებული იყო საქარხნო-საფაბრიკო სასწავლებელში გამოსწორებამდე.

მოზარდის ფიზიკური განვითარება მის ასაკს შეესაბამება, აქვს დისპლასტიკური აგებულება, ფართო გაბრტყელებული საცხვირე, უნაგირისებრი ცხვირი, ინტელექტის არამკვეთრი დაწვევა, სასკოლო ცოდნის მეტად დაბალი დონე (ძალიან სუსტად კითხულობს, წერა არ იცის). გუნება მეტად მერყევი აქვს; სულ მცირე მიზეზის გამო გამოსაკვლევე პირი მკვეთრ აფექტურ აგზნებებს იძლევა: წითლდება, ოფლიანდება, იფურთხება, ჩხუბობს, იკბინება, ცინიკურად იგინება. იგი მეტად უხეშია, მომთხოვნელი, ხარბი, ყველაფრით უკმაყოფილო. რეეიმს სრულიად არ ემორჩილება, არაფრის გაკეთება არ უნდა. მასთან მორიგება შეუძლებელია. მოზარდთა კოლექტივს ვერ ეგუება მისი უხეშობით და მოჩხუბრობით გამოწვეული მუდმივი კონფლიქტების გამო. მღელვარე განყოფილებაშიც კი ძნელი ასატანია, — ავადმყოფებს და პერსონალს სცემს. ინსტიტუტში ყოფნის ორი თვის განმავლობაში მის ყოფაქცევაში არავითარი ცვლილება არ იყო შემჩნეული.

კომისიის მიერ იგი მძიმე ფსიქოპათად იქნა ცნობილი, რომლისათვის საჭიროა იძულებითი მკურნალობა ფსიქიატრიულ კოლონიაში.

აუცილებელია მხედველობაში ვიქონიოთ, რომ სქესობრივი მომწიფების პერიოდს, რომელიც ფსიქოპათებში ხშირად მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარეობს, შეუძლია მკვეთრად გაამახვილოს ფსიქოპათიური თვისებები, აგზნებადობა და მერყეობა უფრო გააძლიეროს, გუნება უფრო ცვალებადი გახადოს. ამრიგად, ფსიქოპათიურ პიროვნების განვითარებაში თითქოს რაღაც ფაზა, განსაკუთრებული პერიოდი იქმნება, რომელშიც მისი ნაკლოვანება უფრო ინტენსიურად მელაღნდება, რაც გვადიშლებს დიდის სიფრთხილით მივუდგეთ ასეთ პერიოდში შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტას. რა თქმა უნდა, ამგვარ შემთხვევებში გამოტანილი დასკვნა შეურაცხადობის შესახებ არ შეიძლება საბოლოოდ და შეუცვლელად ჩაითვალოს, არამედ უნდა გადათვალისწინებული იქნეს, თუ ახლად წარმოშობილი საქმის გამო განმეორებითი ექსპერტიზა მოთხოვნილი.

არ არის აგრეთვე ერთნაირი ოლიგოფრენიის ჯგუფის სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასება. მსუბუქი და საშუალო ფორმის გონებრივი ჩამორჩენილობა საფუძველს არ იძლევა გამოსაკვლევი პირის შეურაცხადად ცნობისათვის. მხოლოდ მნიშვნელოვანი კუთხისტობა (იმბეცილობა, იდიოტობა), რომელიც სუბიექტს, როგორც თავისი ქცევის და მოქმედების, ისე მათგან გამომდინარე შედეგების შეგნების უნარს ართმევს, მოითხოვს იგი შეურაცხადად ვიცნოთ. მაგრამ გონებრივად ჩამორჩენილის შესახებ სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნებისათვის საკმარისი არ არის მხოლოდ მისი ინტელექტუალური დეფექტურობის ფორმის დადგენა, აქ საჭიროა სხვა მომენტების გათვალისწინებაც: მისი შთაგონებადობა, რომელიც ხსნის მის განსაკუთრებულ მგრძნობელობას ყველა გარეგან მოვლენისადმი, თავისი ყოფაქცევის აზრიანად ხელმძღვანელობის დაქვეითებული შესაძლებლობა, მისი ძნელად შეგუება ცხოვრების მოთხოვნებისადმი და ა. შ. ამიტომ არ არსებობს და არც შეიძლება არსებობდეს ერთსახოვანი გადაწყვეტილება. იოლი ან საშუალო ჩამორჩენილობის დროს ოლიგოფრენები

შერაცხადნი არიან, ღრმა ჩამორჩენილობის დროს შეურაცხადნი. ყოველ ცალკეულ მომენტში საჭიროა სიტუაციის, სხვადასხვა გარეშე გავლენის, თვით გამოსაკვლევე პირის მდგომარეობის (დანაშაულის მომენტში) კონკრეტული ანალიზი და მხოლოდ ერთად აღებული ყველა ამ მომენტის გათვალისწინების შემდეგ შეიძლება შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტა.

კ. 17 წლის, ბრალი ედება ობლიგაციის და ტანსაცმლის ქურდობაში. საპატიმროში ყოფნის დროს ჰქონდა თვითმკვლელობის ცდა, რის გამოც გამოგზავნილი იქნა ექსპერტიზაზე. გამოსაკვლევე პირის მშობლები მოსკოვში არ იმყოფებიან, ამიტომ მის წარსულზე მეტად მცირე ცნობებია მიღებული გამოსაკვლევე პირისაგან. ნაადრევ ბავშვობის და გადატანილ სნეულებათა შესახებ არაფერი არ ახსოვს. იცის მხოლოდ ის, რომ სწავლა ძალიან უჭირდა, თითოეულ კლასში რამდენიმე წელი რჩებოდა და მერე სრულიად დაანება თავი სკოლას. სამუშაოზე მოწყობა ბევრჯერ სცადა, მაგრამ ვერსად ვერ ჩერდებოდა; ცუდად აზროვნებდა და ნელა მუშაობდა. ამხანაგების გავლენით ქურდობა და ლოთობა დაიწყო. გამოსაკვლევე პირის ფიზიკური განვითარება შეესაბამება მის წლოვანებას. მეტად დისპლასტიკურია, განუვითარებელი მეტყველება აქვს, ენა ეჩლიქება, ლაპარაკობს გაურკვეველად, ინტელექტი მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აქვს, გუნება—მერყევი, აგზნებადი, მტირალა, ადვილად სწყინს ყველაფერი, მუშაობს უხასიათოდ, ითვისებს მხოლოდ მექანიკურ პროცესებს (იატაკის წმენდა, დაწებვა და სხვ); შრომითი პროცესები, რომლებიც მოსაზრებას მოითხოვს, არ ეხერხება, მეტად ჯიუტია, გამუდმებით არღვევს რეჟიმს, შეუგუებელია, მოზარდებს ეჩხუბება. ინსტიტუტში მოთავსების გამო პროტესტის ნიშნად რამდენიმეჯერ სცადა პირსახოცით თავის ჩამოხრჩობა. ქუთუთოს ქვეშ იდებდა ანილინის ფანქრის ნატეხებს. ფსიქიატრიული კოლონიიდან, სადაც მოთავსებულ იყო, გაიქცა, კვლავ იქნა დაპატიმრებული ქურდობისათვის და ხელმეორედ გამგზავნილი ინსტიტუტში. საექიმო კომისიის მიერ ცნობილია ღრმა გონებრივად ჩამორჩენილ პიროვნებად (იმბეცილი), რომელიც საჭიროებს იძულებით ყოფნას ფსიქიატრიულ კოლონიაში.

განსაკუთრებულ მრავალფეროვნებას და სირთულეს წარმოადგენს სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების მხრივ ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანულ დაავადებათა ჯგუფი.

აქ მეტად მძიმე დაავადებათა დროსაც-კი (მაგ., ტვინის ათაშანგი) შედარებით ნაკლებად გამოხატულ ფსიქიკურ ცვლილებებთან ერთად ვხვდებით ღრმა ცვლილებებსაც, მთლიან ჰქუასუსტობამდე და პიროვნების დარღვევამდე. ბუნებრივია, რომ შემთხვევათა სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასებაც სხვადასხვაგვარია. შერაცხადობის საკითხის (და მისგან გამომდინარე სამედიცინო ღონისძიებათა) გადაწყვეტისას, მნიშვნელოვანია არა მარტო ფსიქიკურ ცვლილებათა სიღრმე, არამედ დაავადებათა ხასიათიც, ფსიქიკური დაქვეითების ტემპი, რომელიც აუცილებელია ამდაგვარ დაავადების დროს. წინა ჯგუფისაგან (ოლიგოფრენები) განსხვავებით, აქ სრულებითაც არ გვაქვს საქმე მხოლოდ ჰქუასუსტ სუბიექტებთან. ხშირად დაავადება უმთავრესად მოზარდის ხასიათსა სცელის, რის გამოც იგი შეუგუებელი, ავზნებადი, მომაბეზრებელი, სექსუალური და ხარბი ხდება. ეს თავისებურებანი უფრო ნათლადაა გამოხატული იმ მოზარდებში, რომლებმაც ეპიდემიური ენცეფალიტი გადაიტანეს. შესამოწმებელთა ეს ჯგუფი უდიდეს სიძნელეს წარმოადგენს სასამართლო-ფსიქიატრიული შეფასების მხრივ. შედარებით შენახული ინტელექტი ზოგიერთ შემთხვევაში გარემოში სწორი ორიენტაციის საშუალებას აძლევს მათ და ისინი ხშირად ამას დანაშაულის ორგანიზებისა და განხორციელებისათვის იყენებენ, რაც ამასთან დაკავშირებით გააზრებული მოქმედების ხასიათს ატარებს და ჰქმნის საფუძველს მათი შერაცხადად ცნობისათვის.

შემდეგი შემთხვევა ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე ორგანული დაზიანების მაგალითს წარმოადგენს.

გ., 16 წლის შემოვიდა სერბსკის სახ. ინსტიტუტში არასრულწლოვანთა განყოფილებაში საქარხნო-საფაბრიკო სასწავლებლიდან სწავლასა და სამუშაოზე უარის განცხადებასთან, ავზნებადობასთან და ხშირ ჩხუბთან დაკავშირებით. ვინაიდან მისი მშობლები მოსკოვში არ იმყოფებიან, მისი წარსულის შესახებ პირადად მისგან მიღებული ცნობები მეტად ღარიბია. ის გვიამბობს, რომ 8—9

წლის ასაკიდან სახლიდან წავიდა, მის შემდეგ ხეტილობს, ქურდობს და სვამს. მას ხშირად ათავსებდნენ საბავშვო სახლებში, მაგრამ ის იქედან გარბოდა, რადგანაც სწავლა და მუშაობა არ უნდოდა. სწავლა მუდამ უქირდა. ფიზიკური განვითარებით გამოსაკვლევი პირი თავის ასაკზე მაღლა დგას. დისპლასტიკურია, ემჩნევა მნიშვნელოვანი სიმსუქნე. აქვს მთელი რიგი სიმპტომები, რომლებიც ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანულ დაზიანებას მოწმობს (გუგების არასწორი ფორმა და უთანაბრობა, მათი სუსტი რეაქცია სინათლეზე, მუხლების რეფლექსთა უთანაბრობა და სხვ.); ვასერმანის რეაქცია სისხლსა და ზურგის ტვინის სითხეში დადებითია. ინტელექტი მკვეთრად დაქვეითებულია, გამოსაკვლევ პირს არა აქვს არავითარი უნარი სწავლისა. გუნება—მოდუნებული, აპათიური; გულგრილად განწყობილია გარემოსადმი, მთელი დღე ლოგინში წევს. პერიოდულად უმიზეზოდ იგზნება, ხდება მომადბეზრებელი, ბრაზიანი, ცინიკურად იგინება, ჩხუბობს, იკბინება.

საექსპერტო კომისიის მიერ დადგენილია ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანება (ტვინის ათაშანგი), გამოსაკვლევი პირი გაგზავნილია ფსიქიატრიულ კოლონიაში.

უფრო ერთფეროვანია პროცესული სულით ავადმყოფობით (შიზოფრენია) დაავადებული მოზარდების სასამართლო ფსიქიატრიული შეფასება. ეს დაავადება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში ჩვეულებრივ მეტად მძიმედ მიმდინარეობს და იძლევა მნიშვნელოვან დეფექტებს, რის გამოც ასეთი ავადმყოფები, როგორც წესი, შეუარაცხადად არიან ცნობილი.

§ 8. არასრულწლოვანი მოწმეებისა და დაზარალებულების ექსპერტიზა

არასრულწლოვანთა ამ ჯგუფის მიმართ ექსპერტიზამ აგრეთვე ორ კითხვაზე უნდა უპასუხოს; 1) წარმოადგენს თუ არა გამოსაკვლევი პირი ფსიქიკურად სრულფასოვან პიროვნებას და 2) შეიძლება თუ არა მის ჩვენებებს ვენდოთ.

პირველი კითხვის პასუხს არასრულწლოვანთა ფსიქონევროლოგიური გამოკვლევა იძლევა; ამიტომ ჩვენ მეორე კითხვაზე შევჩერდით—კითხვაზე არასრულწლოვანთა ჩვენებების უტყუარობის შესახებ.

ფსიქიოლოგიური თვალსაზრისით ყოველი ჩვენება წარმოადგენს მოგონებას, ე. ი. წინათ განცდილ შთაბეჭდილებათა აღდგენას, რომლის სისწორე და სიზუსტე დამოკიდებულია განცდილ აღქმათა მთლიანობასა და სიძლიერისაგან, მათი ფიქსაციის (კერძოდ მეხსიერების) უნარისაგან და მოგონების შესაძლებლობისაგან, ე. ი. ცნობიერებაში განცდილის ნებისთა აღდგენასა და თავის მოგონების სიტყვიერი გადმოცემის უნარი-აგან.

მაგრამ აღქმულსა და განცდილს მეხსიერება პასიურად და მეუცვლელად არ ინახავს, ფოტოფიზიკაზე აღბეჭდილის მსგავსად. მისი შინაარსი და სიზუსტე შემდგომ ფსიქიურ გადაშუავებისაგან არის დამოკიდებული. ჩვენ მიერ გაცნობიერებული ყველა მოვლენა, ყველა ფაქტი, იწვევს ჩვენში მისდამი გარკვეულ დამოკიდებულებას (დადებითს, უარყოფითს ან განურჩევლს), ხდება ჩვენ მიერ მისი შეთვისება და განსაზღვრული შეფასება. ამრიგად, ყველა ჩვენებას აქვს თავისი „ისტორია“, რომლის ჩამოყალიბებაზეც ერთი მხრივ თვით ჩვენების მიმცემის პიროვნების თავისებურებანი მოქმედებენ და მეორე მხრივ ვითარება, რომელშიც ხდება ამბავი, გარშემო მყოფთა კავშირი ამ ამბავთან, მითქმა-მოთქმა და ხმები, რომლებიც დაიწყო მომხდარ ამბავთან დაკავშირებით. ეს გარეშე გავლენები ჩვენების „ისტორიის“ მეორე ფაქტორს ქმნის და მით უფრო დიდია მათი კუთრი წონა, რაც უფრო შთაგონებადია პიროვნება და რაც უფრო დიდი შთაბეჭდილება მოახდინა ამბავმა, რაც უფრო მეტი მითქმა-მოთქმა და ხმები გამოიწვია მან. ბოლოს ჩვენების „ისტორიის“ მესამე ფაქტორს წარმოადგენს მოვლენები, რომლებიც თვით დაკითხვის პროცესში წარმოიშვება: დაკითხვის პირობები, მიცემული კითხვების ფორმა, მიღებულ მასალის ფიქსაციის მეთოდი. ამრიგად, ჩვენების უტყუარობის შეფასების დროს საჭიროა გათვალისწინებულ იყოს სამი მომენტი: 1) ჩვენების მიმცემი პიროვნების თავისებურებანი, 2) პირობები, რომელშიც აღიქმოდა და მუშავ-

დებოდა შთაბეჭდილებანი, რომლებიც მისი ჩვენების შინაარსს შეადგენენ, ე. წ. „საქმის ატმოსფერო“, 3) ამ მასალის შეგროვების ხერხი, ე. ი. დაკითხვის ფორმა, მისი განმეორება, მიღებულ ჩვენებათა ჩაწერის სიზუსტე.

1. ჩვენების მიმცემი პიროვნების თავისებურებანი

მიღებული ჩვენების კეშმარიტების განმსაზღვრელ ერთ-ერთ ძირითად პირობათაგანს მოცემული პიროვნების ფსიქიკური სრულ ფასოვანობის ხარისხი წარმოადგენს. მნიშვნელოვან კუთსუსტობას, სულით ავადმყოფობებს, რომელთაც თან ბოდვა, ჰალუცინაციები და ცნობიერების შეცვლა სდევდათ, მოწამვლის მდგომარეობას (ალკოჰოლით და სხვ.), ყოველივე მას იმდენად შეუძლია შესცვალოს გარემოს აღქმა და შეფასება, რომ ასეთ პირთაგან მიღებული ცნობები არ შეიძლება მხედველობაში იქნეს მიღებული. მაგრამ საჭიროა სიფრთხილე, რათა ხელაღებით არ უარვყოთ ფსიქიკურად ანომალურ პირთა ჩვენების ყოველგვარი ღირებულება. რა თქმა უნდა, თავისთავად ეს ჩვენებები, როგორც ერთადერთი მასალა, დასკვნისათვის საკმაო არ არის, მაგრამ საჭიროა მათთვის ანგარიშის გაწევა და მათი შემოწმება საქმის გამოძიებისას, რადგან მთელ რიგ შემთხვევებში ფსიქიკურად დაავადებულებსაც შეუძლიათ სწორი ჩვენების მოცემა.

ფსიქიკურ ანომალიათა გარდა, ჩვენების უცილობლობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ასაკის თავისებურებანი. აქ ჩვენ აღვნიშნავთ მხოლოდ იმ მომენტებს, რომლებიც განსაკუთრებით მკვეთრად მოქმედებენ ჩვენებათა უტყუარობაზე.

უპირველეს ყოვლისა, ჩვენებათა უტყუარობაზე მოქმედებს აღქმისა და მოგონების ნაკლულობა და არაზუსტობა, რაც დამახასიათებელია ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისათვის, შეთხზვისა და ფანტაზირებისადმი მიდრეკილებასთან ერთად.

ფსიქოლოგიური ექსპერიმენტის გამარტივებულ პირობებში აც-კი ბავშვები და მოზარდები მთლიანად ვერ წარმოსახვენ მიცემულ მასალას. ბავშვის ან მოზარდის დაკითხვის დროს მომხდარი ამბის შესახებ ჩვენ წინადადებას ვაძლევთ მას, გაიხსენოს რაღაც მეტად რთული და ხშირად საკმაოდ დიდი ხნის წი-

ნათ მომხდარი, რის შემდეგაც ადგილი ჰქონდა სხვა ამბებსა და განცდებს. მეტად დიდია მოგონებათა ნაკლულობის შესაძლებლობა და რაც უფრო მთავარია, დიდია აგრეთვე შესაძლებლობა, რომ არ იყოს აღქმული ან დავიწყებას მიეცეს ბევრი არსებითი, საქმისათვის მნიშვნელოვანი მომენტი, და გახსენებული გარეშე. უმნიშვნელო ფაქტები, რომელთა შეფასება პირველთა უცოდინარობის გამო შეიძლება სრულიად არასწორი იყოს.

არასრულწლოვანთა ჩვენების არაზუსტობა მნიშვნელოვნად იზრდება მათი შეთხზვისას და ფანტაზირებისას. მიდრეკილებით. აღწერენ რა თავიანთ ჩვენებებში ამბებსა და დეტალებს, რომლებიც სინამდვილეში არ ყოფილა, ისინი მუდამ ნამდვილად არ ცრუობენ, ე. ი. გააზრებულად არ ამახინჯებენ სინამდვილეს. ძალიან ხშირად ეს არასწორი ცნობები მათ მიერ გულახდილად და კეთილსინდისიერად არის მოცემული, მათ ჰგონიათ რომ მათ მიერ ნაამბობი ნამდვილად ხდებოდა. მეტად ხშირია ასეთი ჩვენებანი იმ შემთხვევებში, როდესაც მიცემული კითხვები მათი მეხსიერების ხარვეზებს ამჟღავნებენ, და ისინი „ვითომდაც იხსენებენ“ ამა თუ იმ მომენტს, სინამდვილეში კი ხელახლა ქმნიან, ხელმძღვანელობენ რა ბუნებრივი ლოგიკური დასკვნებით: „როგორ შეიძლება ყოფილიყო“ აღწერილ სიტუაციაში.

უნდა ითქვას, რომ ჩვენების ამ ელემენტებისათვის უფრო სწორი იქნებოდა მიხვედრა გვეწოდებინა, ვიდრე შეთხზვა, რადგან ისინი მეორედაც წარმოიშვებიან და ქეშმარიტ მოგონებებს ავსებენ. ჩვენების ამ ხელოვნურად პროდუქტირებული ელემენტების შეფარდება კონტექსტთან, რომელსაც ისინი ავსებენ, იმდენად დიდია, რომ ისინი მეტად უტყუარი ცნობის შთაბეჭდილებას სტოვებენ და შეუძლიათ მასალის ახსნას სრულიად მცდარი მიმართულება მისცენ.

განსაკუთრებით დიდია მოგონებათა არაზუსტობა იმ შემთხვევებში, როდესაც მათი შინაარსი ემოციურად არის შეფერადებული. შთაბეჭდილებათა დამახსოვრების და გადამუშავების პროცესში ემოცია ძალიან დიდ როლს ასრულებს.

დიდ გავლენას ახდენს არასრულწლოვანების ჩვენებათა უტყუარობაზე აგრეთვე მათი აწეული შთაგონებადობა,

რომელიც, როგორც ასაკთან (რაც უფრო ახალგაზრდაა ბავშვი, მით უფრო შთაგონებადია იგი), ისე ინდივიდუალურ თავისებურებებთან მჭიდრო კავშირშია. სწორედ ამიტომ არის, რომ ბავშვი და მოზარდი მეტად მგძნობიარეა მითქმა-მოთქმისა, ქორებისა და იმ მოვლენებისადმი, რომლებიც მომხდარ ამბავთან დაკავშირებით წარმოიშვა; ამ ფაქტის როლი მეტად მნიშვნელოვანია მათ ჩვენებათა განვითარების ისტორიაში.

2. „ს ა ქ მ ი ს ა ტ მ ო ს ფ ე რ ო“

ბუნებრივია, რომ შემთხვევის გარშემო, რომლის საფუძველზეც აღძრული იყო საქმე, ბინის, სახლის და ეზოს მოსახლეობაში (სადაც ეს მოხდა) დიდი მითქმა-მოთქმა და აზრის ცხოველი გაცვლა-გამოცვლა გაიმართებოდა იმის შესახებ, თუ ვინ შეიძლება იყოს დამნაშავე, რა არის შემთხვევის გამომწვევი მიზეზები და რა პირობებში მოხდა ყველა ეს; იწყება მოგონებები იმის შესახებ, თუ ვინ რა ნახა ან რა გაიგონა მომხდარი შემთხვევის დროის მონაკვეთში, იქმნება ყოველგვარი წარმოდგენები „თუ როგორ შეიძლება ეს მომხდარიყო“ და ამრიგად წარმოიშვება „საზოგადოებრივი აზრი“, როგორც განსაზღვრული ფსიქოლოგიური გარემო, რომელშიც ცალკეული პირების შთაბეჭდილებანი და მოგონებები ყალიბდება. ცხადია, რომ ყველაზე მგძნობიარენი ამ აზრისადმი არასრულწლოვანნი არიან, რომელთაც მოზრდილთა მსჯელობა, ბუნებრივია, მეტად დამაჯერებლად და ავტორიტეტულად ეჩვენებათ.

განსაკუთრებით ბევრი მითქმა-მოთქმა და ლაპარაკი, ჩვეულებრივ, ისეთ შემთხვევებს მოსდევს, როდესაც ბოროტმოქმედება სექსუალური ხასიათისაა და დაზარალებულად არასრულწლოვანი აღმოჩნდება ხოლმე. თანაც მშობლების აღშფოთება, მეზობლებისა და ნაცნობების თანაგრძნობა და უბრალო ცნობისმოყვარეობა ისეთ ემოციურ დაძაბულობას ქმნის, რომელშიაც სრულიად წარმოუდგენელი ფაქტები სიმართლესა ჰგავს, რეალური და არსებითი-კი შეიძლება არა მარტო ბავშვების, არამედ მოზრდილების მხედველობიდანაც გამოვარდეს.

მოსკოვის ერთ-ერთ ხალხმრავალ ეზოში ყოველ დილას 15—20 წუთის განმავლობაში ავტომობილი იდგა, რომელიც ერთ-ერთი მდგმურის წასაყვანად მოდიოდა ხოლმე. ამ მანქანის შოფერი მეტად ალერსიანად ექცეოდა ეზოში მოთამაშე ბავშვებს, მუხლებზე ისევამდა, მანქანაში ჩაჯდომის ნებას აძლევდა და ზოგჯერ სახლის გარშემო ასეირნებდა. ერთ საღამოს ამ ეზოში მცხოვრებმა ექვსი წლის გოგონამ თავის დედას უთხრა, რომ „ძია შოფერი“ მას „ფეხებზე უსვამდა ხელს.“ რასთან დაკავშირებით ან რისთვის სთქვა მან ეს;—საგამომძიებლო მასალიდან არა ჩანს. ყურადღებიანმა დედამ ბავშვს დაწვრილებით გამოკითხვა დაუწყო და გამოიჩქრა, რომ „ძია“ მარტო ფეხებზე კი არ ეალერსებოდა, არამედ მუხლებზე-დაც და უფრო ზევითაც ჰკიდებდა ხელს, კაბას უწევდა, ამ დროს იქ სხვა გოგონებიც იყვნენ, რომელთაც ის ასევე ექცეოდა. ალელვებული დედა გაიქცა ერთ-ერთი დასახელებული ბავშვის ბინაზე, უამბო თავისი ექვების შესახებ მის დედას და ორივემ ერთად დაუწყეს გამოკითხვა ბავშვს (8 წლისა), რომელიც უკვე იწვა ლოკინში, რადგან ღამის 10 საათი იყო. ბავშვმა დაადასტურა პირველის ნაამბობი და დაასახელა კიდევ რამდენიმე ბავშვი, რომელთაც „ის იმავეს უკეთებდა“. შეშინებული დედები წავიდნენ ნაჩვენები მისამართებით და მთელი ამ ღამის განმავლობაში მშობლები, 12 საათამდე, თავის არასრულწლოვან გოგონებს „ძია შოფერის“ ქმედების შესახებ ჰკითხავდნენ. დედამ, რომელმაც პირველად შეიტყო შვილისაგან შოფერის საქციელის, შესახებ, გადაწყვიტა ეთვალთვალებინა მისთვის.

მეორე დღეს, როდესაც ავტომობილი ეზოსთან იდგა და რამდენიმე გოგონა ჩვეულებისამებრ მანქანაში შევიდა, ის ჩუმად მივიდა მანქანასთან, შეიხედა უკან ფანჯრიდან და დაინახა, რომ შოფერს ხელი მართლაც გვერდზე მჯდომი გოგონას კაბის ქვეშ ჰქონდა. ყოველივე ამან იგი ისე შეაშფოთა, რომ ყვირილით მივარდა წინა კარებს, გააღო და უთხრა ბავშვს—სწრაფად გადმო-სულიყო მანქანიდან. შოფერი „საშინლად დაიბნა და ორივე ხელი ზევით ასწია“, გოგონებსაც შეეშინდათ და არ გადმოდიოდნენ. მაშინ დედამ ძალით დაიწყო მათი მანქანიდან გადმოთრევა, ხოლო გოგონები ტიროდნენ და ეწინააღმდეგებოდნენ. საბოლო-

ოდ დარწმუნდა რა შოფერის დანაშაულში, ქალმა დაწერა და წაიღო მილიციაში განცხადება, რომლის საფუძველზე აღიძრა საქმე. სამი დღის შემდეგ გოგონები დაკითხეს. საქმის მასალა, რა თქმა უნდა, არ გამოხატავს იმ მითქმა-მოთქმას და განცდებს, რომლებითაც ეს სამი დღე უეჭველად მდიდარი იქნებოდა.

ვუკეთებთ რა ანალიზს ამ ბავშვების ჩვენებებს (რომლებიც, უნდა აღვნიშნოთ, მეტად არა წესიერად არის შეგროვილი: გოგონები დედების თანდასწრებით დაკითხეს, ორი მათგანი—ერთმანეთის თანდასწრებითაც-კი), უპირველეს ყოვლისა შეგვიძლია დავადგინოთ, რომ არც ერთი მათგანი არ ლაპარაკობდა იმის შესახებ, რომ „ძია“ პირდაპირ მას ეხებოდა, არამედ სრულიად დარწმუნებით ასახელებდა ორ-სამ თავის ამხანაგს, რომელთაც შოფერი ეალერსებოდა, და ამტკიცებდა, რომ ყოველივე ეს პირადად ნახა. დასახელებული ამხანაგები-კი აგრეთვე არ ლაპარაკობდნენ თავიანთ თავზე და სხვებს ასახელებდნენ.

შემდეგ განაგრძობდნენ რა ჩვენებას შოფერის ქმედებაზე, რომელიც ხელის მოხვევით, მუხლებზე დასმით და მუხლებზე ხელის დადებით განისაზღვრებოდა (ყველა გოგონა 6, 7 და 8 წლის ასაკისაა), ბავშვები ამბობდნენ: „კაბის აწევა უნდოდა“, ე. ი. ფაქტს კი არ იძლეოდნენ, არამედ—მის ინტერპრეტაციას.

დედა-ბრალმდებელის „დაკვირვების“ შემოწმებამ დაადგინა, რომ ავტომობილის უკანა ფანჯრიდან შეუძლებელია მისი დანახვა, თუ სად იმყოფება წინა საჯდომზე მყოფი ადამიანის ხელი. შოფერის შესახებ შეგროვილმა ცნობებმა-კი დაახასიათეს იგი, როგორც პატიოსანი ადამიანი, კარგი მომუშავე, კარგი მეოჯახე და სამი წლის ბავშვის მოსიყვარულე მამა, როგორც ბავშვების მეტად მოყვარული და მათდამი მუდამ ალერსიანი ადამიანი.

ბრალდების დაუმტკიცებლობის გამო საქმე მოსპობილ იქნა.

მოყვანილ მაგალითში, პირველი შეხედვით მეტად დამაჯერებელი ბავშვების ჩვენებები (ყველაფერი „თვითონ დავინახეთ“), ექვგარეშეა, შექმნილი იყო ღელვის, მშობლების აგზნების, მითქმა-მოთქმისა და განსაკუთრებით ეზოში მომხდარი ჩხუბიდან მიღებული შთაბეჭდილების ატმოსფეროთი (როდესაც აღშფოთებულ დედას მანქანიდან გადმოჰყავდა ხმამაღლა მტირალი ბავშვები).

არასრულწლოვანების ჩვენებათა არაზუსტობა, ნაკლულობა და მათი არაჩვეულებრივი გრძნობიერება გარეშე გავლენებისადმი ღაკითხვის მწარმოებელ და ჩვენებათა ჩამწერ პირისაგან განსაკუთრებულ გულმოდგინეობას, სიფრთხილეს და მოფიქრებას მოითხოვს. თუ იმ გავლენათა გათვალისწინება და აცილება, რომელთაც გარემო და გარემომცველების განწყობილება ახდენს არასრულწლოვანთა ჩვენებების ჩამოყალიბებაზე, აღემატება სამართლო საგამომძიებლო ორგანოების შესაძლებლობას, სამაგიეროდ მათ პირდაპირ მოვალეობას წარმოადგენს წინასწარი ზომების მიღება იმ დამახინჯებათა წინააღმდეგ, რომლებსაც არასწორად ჩატარებული ღაკითხვა, მიღებული ჩვენების არასწორი ფიქსაცია და მასალის არამთლიანობა იწვევს.

გამოსაძიებელ მასალას ექსპერტი ორ ძირითად მოთხოვნას უდგენს: იგი უნდა იყოს მთლიანი და ზუსტი, რის გარეშეც ჩვენების ჭეშმარიტებაზე მსჯელობა შეუძლებელია. მასალის მთლიანობის უზრუნველყოფა ხდება როგორც მომხდარი შემთხვევის გარშემო, აგრეთვე ჩვენების მიმცემ პირთა დამახასიათებელი ცნობების შეგროვებით. სრულასაკოვანი მოწმეების მიმართ აუცილებელია მათი ვინაობის შესახებ ცნობების ფიქსირება დასაკითხი ბლანკის ანკეტაში (პროფესია, პარტიულობა, ოჯახური მდგომარეობა, ნასამართლობა). ამ კითხვების უმრავლესობა უვარგისია არასრულწლოვანთა მიმართ და პრაქტიკულ მუშაობაში მათ ან გამოტოვებენ ხოლმე, ანდა, თუ მექანიკურად შეავსებენ, შევსება უაზრო-ფორმალურ ხასიათს ატარებს; უცნაურია, მაგალითად, როდესაც ღაკითხვის ოქმში კითხულობ, რომ 12 წლის მოწმე უცოლოა, არ არის პროფკავშირის წევრი, სამხედრო აღრიცხვაზე არ იმყოფება. მაგრამ ამ კითხვების უვარგისობა, რა თქმა უნდა, არ ნიშნავს იმას, რომ არასრულწლოვანი მოწმის ვინაობაზე არ არის საჭირო არავითარი ცნობის შეგროვება. აუცილებელია მისი სასკოლო ცოდნის დონის, წარმატებულობის, მისი პიონერულ მუშაობაში მონაწილეობის, ყოფა-ცხოვრების და ოჯახური პირობების გამოკვლევა. ის, რასაც სრულასაკოვანის შესახებ სამუშაო ადგი-

ლიდან დახასიათება იძლევა, მოსწავლის შესახებ სკოლის დახასიათებამ უნდა მოგვცეს. არასრულწლოვანი მოწმის პიროვნების დაწვრილებით შესწავლასთან ერთად აუცილებელია აგრეთვე საქმის ვითარების გულმოდგინედ შესწავლა, რის გარეშეც ექსპერტს არ შეუძლია თვით ჩვენებათა სისწორეზე მსჯელობა და მათი დამახინჯების მოტივების ანალიზი.

12 წლის გოგონამ ბრალი დასდო თავის მამინაცვალს მის მიმართ გარყვნილი მოქმედების ჩადენაში. თავის ჩვენებაში ბავშვი ისე დეტალურად და ისეთი გამოთქმით აღწერდა მამინაცვლის სექსუალურ ქცევას, რომ არ შეიძლებოდა არავითარი ექვის შეტანა ამდგვარი მოქმედების არსებობაში: ბავშვს, რომელსაც ასეთი ცნობები მოეპოვებოდა სექსუალური ურთიერთობის საკითხში, შეეძლო ისინი მიეღო მხოლოდ მოზრდილი და ამავე დროს საკმაოდ გარყვნილი პარტნიორისაგან. მხოლოდ ძიების მასალით რომ დავეყვანოთ ბავშვით, არავითარი ექვი არ აღიძრებოდა, მით უფრო, რომ ბავშვი არა ერთ დაკითხვაზე მტკიცედ იმეორებდა ერთსა და იმავეს. მხოლოდ მაშინ, როდესაც დედამ დააშინა იგი, რომ მოსკოვის ინსტიტუტში ექიმები „თვალეზე“ ატყობენ სიმართლესო, გოგონამ შესცვალა თავისი ჩვენება და სთქვა, რომ ყოველივე ამას მამინაცვალი კი არ ჩადიოდა მასთან, არამედ ვიღაც „ძია ვანო“.

გამომძიებელმა იგი ექსპერტიზაზე გაგზავნა და პირად დაკითხვაზე გამოიკვია შემდეგი: გოგონა ცხოვრობს ოჯახში, რომელიც შედგება მამინაცვლის, დედისა და ორი წლის ძმისაგან (დედისა და მამინაცვლის შვილისაგან). გოგონას საკმაოდ უყურადღებოდ ეკიდებიან. მამას, დედას და ძმას აქვთ საწოლები, გოგონა იატაკზე წევს; პატარა ძმას ანებივრებენ, მისთვის სათამაშოებს და ტკბილეულს ყიდულობენ, იმას კი არ აძლევენ; სკოლიდან მთელი თავისუფალი დროის განმავლობაში უნდა ძმას მოუაროს, ამასთანავე, მისგან მეტად მკაცრად მოითხოვენ ამის ასრულებას, მცირე უყურადღებობისათვის ლანძღავენ და სცემენ კიდევაც, თუ პატარამ რაიმე იტყინა. მამინაცვალი—მკაცრი ადამიანია, მომთხოვნელი, გოგონას გულცივად ექცევა, დედაც მისდამი ნაკლებად აღერსიანია. მოკლედ, გოგონა მამინაცვლის ოჯახში

ზედმეტია და ამას აგრძნობინებენ კიდეც. მაშინაცვლის ოჯახში გადასვლამდის გოგო ცხოვრობდა თავის ბებიასთან, სადაც ბებიას მეზობელი „ძია ვანო“ მას ძალიან ალერსიანად ექცეოდა, ტბილულობასა და სათამაშოებს აძლევდა და მისი სიტყვებით არაერთხელ „ეხებოდა“ მას. ამ „ძია ვანოზე“ კი ცნობილია, რომ მას უნდოდა ამ გოგონას დედის შერთვა, სანამ იგი მეორედ გათხოვდებოდა.

გამოსაძიებელი მასალის ნაკლულობამ—„ძია ვანოსი“, ბებიის და მისი მოზინადრეების ჩვენებათა უქონლობამ, აგრეთვე ობიექტური ცნობების უქონლობამ გოგონას ოჯახური მდგომარეობის და მისი მშობლებთან ურთიერთობის შესახებ, შეუძლებელი გახადა, დამტკიცებითი მასალის მიღებამდე, საბოლოო დასკვნის მიცემა მისი ჩვენების უტყუარობაზე. მაგრამ არსებული მასალითაც უფრო მართებული იქნებოდა ამ ჩვენებათა ინტერპრეტაცია, როგორც ცილისწამების სურვილისა, რომელიც სექსუალურად წარმართულ ბავშვში უსათუოდ წარმოიშვა მაშინაცვლისადმი მტრული დამოკიდებულების გამო.

შესაძლებელია ისიც, რომ ეს ცილისწამება შთაგონებული იყო „ძია ვანოს“ მიერ, რომელიც აგრეთვე უარყოფითად იყო განწყობილი თავის გამარჯვებული მეტოქის მიმართ და გარდა ამისა, შესაძლებელია, ამითივე სურდა თავიდან აეცილებინა გოგონას „სექსუალური განათლების“ ეჭვი. საგამომძიებლო მასალაში არსებული ცნობებით, მაშინაცვალი მეტად პრინციპული, მკაცრი, სქესობრივ საკითხში თავშეკავებული აღამიანია.

დაკითხვაზე მიღებული ცნობების ღირებულება დამოკიდებულია იმისაგან, თუ როგორ იყო ჩატარებული დაკითხვა. იმისათვის რომ დაკითხვა ჩვენების არავითარ დაამბინჯებას არ იწვევდეს: 1) იგი უნდა მიმდინარეობდეს ხელსაყრელ პირობებში; 2) მიცემული კითხვები კარგად უნდა იყოს მოფიქრებული, მათგან მთლიანად უნდა გამოირიცხოს ყოველივე ის, რასაც მცირეწლოვანის შთაგონებასთან დაკავშირებით შეუძლია შეცვალოს მისი ჩვენება (მაგალითად, მისახვედრი კითხვები); 3) როგორც არასრულწლოვანის პასუხები, ისევე მისადმი დასმული კითხვები ზუსტად, სიტყვა-

სიტყვით საქმეში უნდა იყოს ფიქსირებული, რომ შემდგომ ექსპერტს შეეძლოს მათი ანალიზი.

როგორც დაკითხვის მშრალი, ოფიციალური ტონი, ისე მისი საწინააღმდეგო არაგულწირფელი მოფერება არასრულწლოვანთა საუბრის დროს, სულაც არ ნერგავს მათში ნდობას და არ იწვევს გულწირფელ და სრული ჩვენებათა მიცემის განწყობილებას. ამიტომ შეუძლებელია სულ მცირედ ვარგისი მასალის მიღება, თუ დამკითხავს არა აქვს საკმაო კონტაქტი და საჭირო მიდგომა ბავშვისადმი ან მოზარდისადმი, რომელიც ჩვენებას იძლევა.

თუ დაკითხვა სწორედ მიმდინარეობს და კონტაქტი არასრულწლოვანთან მოგვარებულია, უფრო უშუალო და გულწირფელი ჩვენების მიღება მიღწეული იქნება პირისპირ მართო დაკითხვისას. ამისათვის საჭიროა დიდი სიფრთხილით მივუდგეთ დაკითხვის დროს მესამე პირის დასწრებას, ეს სპეციალურად მოწვეული პირი (ექიმი, პედაგოგი) იქნება, თუ ბავშვის რომელიმე მშობელთაგანი. პირველ შემთხვევაში, თუ მესამე პირი ესწრება პასიური მსმენელის როლში, დაკითხვაში არ ერევა, საჭიროა მისი მოცილება არასრულწლოვანის მხედველობიდან (დაისვას იგი სხვა ადგილას, ვითომდაც დაინტერესებული თავისი საქმით და თითქოს მის ოთახში ყოფნა დაკითხვასთან არ არის დაკავშირებული). თუ იგი მონაწილეობას იღებს დაკითხვაში, მისი კითხვები წინასწარ უნდა იყოს შეთანხმებული და არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს გამოძიების დაკითხვის ფორმას. ცხადია, უკეთესი იქნებოდა, რომ გამოკითხვას აწარმოებდეს ერთი პირი, გამომძიებელი იქნება ის თუ ექსპერტი-სპეციალისტი, რადგანაც გამოკითხვა, რომელსაც რამდენიმე პირი აწარმოებს, ქმნის „დაკითხვის“ და არა თავისუფალი საუბრის შთაბეჭდილებას და არ იწვევს გულახდილობის განწყობილებას.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს მშობლების დასწრების საკითხი არასრულწლოვანის გამოკითხვისას. საჭიროა შესაძლებლობისდაგვირგად ვერიდოთ მშობლების დასწრებას, რადგანაც სახის გამომეტყველებას, შემთხვევითი თანხმობის ნიშანს ან დედის ღიმილს შეუძლია გარკვეული გავლენა იქონიოს ბავშვის ჩვენებაზე, თუ არ ვილაპარაკებთ იმაზე, რომ ძალიან იშვიათია ასეთი

თავშეკავება მშობლების მოქმედებაში, რომელიც გარანტიას მისცემს დაკითხვის მწარმოებელს, რომ ისინი უშუალოდ არ ჩაერევიან საუბარში ყველაზე უფრო შეუფერებელ მომენტში. ამიტომ თუ მშობლების დასწრება - ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია (ყველაზე უფრო ხშირად მაშინ, როცა ცნობებს მცირეწლოვანი 5—6 წლის ბავშვები იძლევიან, რომელთაც „უდედოდ ეშინიათ“), საჭიროა მათი მოთავსება ბავშვების მხედველობის გარეშე, რომ მათ ვერც მიმიკით და ვერც მოქმედებით ვერ მოახდინონ გავლენა დაკითხვის მსვლელობაზე.

საჭიროა აგრეთვე ზოგიერთ შემთხვევაში არასრულწლოვანთა გულწრფელობაზე მშობლების დასწრებით გამოწვეული გავლენის გათვალისწინება.

მაგალითად, 14 $\frac{1}{2}$ წლის ვაჟი, რომელიც ჩვენებას იძლეოდა პედაგოგის გარყვნილი ქმედების შესახებ, დაკითხული იყო დედის თანდასწრებით. სწორედ ამით იყო შექმნილი მეტად არახელსაყრელი პირობები გულწრფელობისათვის, რადგანაც ყველაზე ნაკლებად მოზარდი ვაჟები არიან განწყობილი ილაპარაკონ დედის თანდასწრებით სექსუალურ თემაზე—ეს საკმაოდ ცნობილი ფაქტი, სამუშაოხაროდ, გამომძიებლის მიერ მხედველობაში არ იყო მიღებული.

გამომძიებლის მიერ წარმოებული არასრულწლოვანის დაკითხვა, როგორც წესი, არ არის პირველი დაკითხვა და საჭიროა ამ გარემოების გათვალისწინება და სწორად შეფასება. ჩვეულებრივ, სანამ საქმე სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოებამდე მიაღწევდეს, არასრულწლოვანს ბევრი ეკითხება (მშობლები, პედაგოგები, მეზობლები და სხვანი) და გამომძიებელი დაკითხვასას არსებითად მეტად „შელახულ“ მასალას ღებულობს, რადგანაც სინანდლილეში ის მხოლოდ პირველად იწერს ჩვენებას, რომელიც შეიძლება 4 ან 5-ჯერ არის უკვე განმეორებული.

მეტად ძვირფას მასალას წარმოადგენს მოწმის თავისუფალი თხრობა მომხდარი ამბის შესახებ, რომელსაც იგი ჩვეულებრივ იძლევა კითხვაზე: „რა იცი შენ ამ საქმის შესახებ?“. თავისუფალი თხრობის ჩაწერა რაც შეიძლება სიტყვა-სიტყვით უნდა წარმოებდეს (კარგია ჩვენების სტენოგრაფირება). ყოველ შემთხვევაში.

ამ ჩანაწერმა არასრულწლოვანის საუბარის ხასიათი და სტილი უნდა შეინარჩუნოს.

კითხვები თავისი პასუხებით, რომლებიც მიეცემა არასრულწლოვანს თავისუფალი თხრობის შემდეგ, ტექსტობრივად უნდა იქნეს ჩაწერილი. არავითარ შემთხვევაში არ უნდა იყოს ეს კითხვები გადმოცემული დალაგებული, ხშირად ლიტერატურულად გაფორმებული „ნაამბობის“ სახით, როდესაც შეუძლებელია გაიგო — ეს ცნობები დამოუკიდებლად არის მიცემული, თუ კითხვებზე გაცემულ პასუხებს წარმოადგენს. ასეთი „ლიტერატურული გაფორმება“ გვართმევს შემდგომ არამცთუ სხვადასხვა პირების ჩვენებათა შემოწმების საშუალებას, არამედ სხვადასხვა დროს ერთი და იმავე მოწმის მიერ მიცემული ჩვენების შედარების საშუალებასაც. დიდ გავლენას ახდენს ჩვენებაზე არა მარტო კითხვების შინაარსი, არამედ ფორმაიც.

ფართო სასამართლო-ფსიქიატრიული ლიტერატურა მოწმეების ჩვენებათა ფორმირებაზე შთაგონებადობის გავლენის შესახებ აღნიშნავს, რომ მოწმისადმი მიცემული კითხვა უნდა იყოს შედგენილი ნეიტრალურ ფორმაში, რომელიც გამოარიცხავს რომელიმე განსაზღვრულ პასუხს, კარნახს, შთაგონებას, მიხედვრას.

თუ რა დიდ გავლენას ახდენს პასუხზე ფორმა და ტონი, რომლითაც მიცემულია კითხვა, შემდეგი მაგალითი გვიჩვენებს.

პედაგოგ პ-ს საქმეში, რომელსაც ბრალი ედებოდა მოსწავლეების გარყვნაში, მოწმედ გამოდიოდა 15 წლის ბიჭი გ., ნორმალური ინტელექტის მქონე, კარგი მოსწავლე, გულლია, მზიარული, სპორტის მოყვარული, ცოტა მერყევი. გამოკვლევისას ექიმი-ფსიქიატრი აძლევს წინადადებას მას, — მიტრიალდეს საწერი-მაგიდისაკენ ზურგიით და ჩამოთვალოს საგნები, რომლებიც მასზე აწყვია. შემდეგ დამაჯერებელი ტონით ეკითხება: „სადა დგას ხის ქვესადგამი ფანქრებისა და კალმისტარებისათვის, კედელთან თუ მაგიდის ნაპირთან? მცირე ფიქრის შემდეგ ბიჭი პასუხობს: „კედელთან“. — „როგორია იგი?“ — „კუსტარული“. — „ჩუქურთმიანი თუ სადა?“ — „წითელი ფერის, მოჩუქურთმებული“. — „რა ფერი ფანქრები და კალმისტარებია მასში — წითელი, ლურჯი, მწვანე?“ — „წითელი ფანქარი და შავი კალმისტარი“. სინამდვილეში კი

არაფერი ამდაგვარი მაგიდაზე არ იდო, ყველა პასუხი ნაკარნახევი იყო კითხვების ფორმით, რომლებიც განგებ იყო ასე ფორმულირებული მოზარდის შთაგონებადობის გასარკვევად, რისთვისაც ჩატარებული იყო ექსპერიმენტი.

ეს რომ ექსპერიმენტი არ ყოფილიყო და იმ საფანქრეს არსებობას მაგიდაზე, რომელიც ასე დაწერილებით იყო აღწერილი „დამსწრის“ მიერ, რაიმე მნიშვნელობა ჰქონოდა საქმისათვის, ამგვარად შეიძლებოდა სრულიად არასწორი, თუმცა გულწრფელი ჩვენების მიღება. ამიტომ საჭიროა კითხვების წინასწარი მოფიქრება შთაგონებადობის და კარნახის ყველა ელემენტის გამოსარიცხად.

ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება შემდეგი დასკვნების გამოტანა:

1. არასრულწლოვანთა ჩვენებანი არამთლიანი, არაზუსტი და მეტად ცვალებადი არიან, ამიტომ ისინი გულდასმით უნდა იქნეს შემოწმებული სხვა ობიექტური მონაცემებით.

2. ამ ჩვენებათა შეგროვება მოითხოვს, როგორც საბავშვო ასაკის ფსიქოლოგიის და ფსიქოპათოლოგიის დარგის ცოდნას, ისე დიდ გამოცდილებასა და ტაქტს. ამიტომ ძიების წარმოება, რომელიც მცირეწლოვანებსაც ეხება, უნდა ევალუოდეს საკმაოდ გამოცდილ და მომზადებულ მუშაკებს.

ყველა შემთხვევაში, როდესაც აუცილებლობას წარმოადგენს ექსპერტ-ფსიქიატრის დახმარება, იგი უნდა იღებდეს მონაწილეობას საქმის დასაწყისიდანვე და არა ნაკლოვანი მასალის მიღების შედეგად ხდებოდეს მის მიერ ხელახალი გამოკითხვა. ექსპერტის გამოწვევის აუცილებლობა მასალის შესწავლის, არასრულწლოვანზე შეგროვილი ცნობებისა და მოზარდული მოწმეების დაკითხვის საფუძველზე, არასრულწლოვანთა დაკითხვამდე უნდა იყოს დადგენილი.

დანართი I

სსრ კავშირში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ

სსრკ იუსტიციის სახალხო კომისარიატის, სსრკ ჯანსაღი მომსახურების, შინაგან საქმეთა და სსრკ პროკურატურის 1940 წლის 17 თებერვლის ინსტრუქცია „სსრ კავშირ-ში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“

თ ა ვ ი I

სამართო დებულებანი

1. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენს:

ა) იმ პირთა ფსიქიკური მდგომარეობის და შერაცხადობის გამორკვევა, რომლებიც დაკავებული არიან ან მიცემული არიან სისხლის სამართლის პასუხისგებაში და რომელთა ფსიქიკური მდგომარეობაც საეჭვოდ სცნეს საგამომძიებლო ორგანოებმა და სასამართლომ, აგრეთვე დასკვნის გაცემა ამ პირთა მიმართ აუცილებელი სამედიცინო ზომების შესახებ;

ბ) იმ პირთა ფსიქიკური მდგომარეობის გამორკვევა, რომლებმაც ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები გამოაქვლინეს სასჯელის მოხდის დროს და დადგენა იმ საჭირო სამედიცინო ზომებისა, რომლებიც გამოყენებული უნდა იქნეს მათ მიმართ;

გ) დაზარალებულთა და მოწმეების ფსიქიკური მდგომარეობის გამორკვევა საჭირო შემთხვევებში;

2. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ჯანდაცვის ორგანოების გამგებლობაშია.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ოპერატიული ხელმძღვანელობა ხორციელდება მოკავშირე და ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატების, სამხარეო, საოლქო და საქალაქო ჯანმრთელობის დაცვის განყოფილებების მიერ რესპუბლიკური, სამხარეო, საოლქო და საქალაქო ფსიქიატრიების მეშვეობით.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მეთოდურ და სამეცნიერო ხელმძღვანელობას აწარმოებს სსრკ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო პროფ. სერბსკის სახელობის სამეცნიერო-კვლევითი სასამართლო ფსიქიატრიის ინსტიტუტის მეშვეობით.

3. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისას, ფსიქიატრიული დაწესებულებები (საავადმყოფოები, დისპანსერები, პოლიკლინიკები) და ცალკეული ექიმები ხელმძღვანელობენ სისხლის სამართლის კოდექსის და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის შესაბამისი მუხლებით და აგრეთვე საუწყებათაშორისო და სსრკ ჯანსახკომის მიერ გამოცემული ინსტრუქციებით და ბრძანებებით.

4. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა წარმოებს საგამომძიებო ორგანოების მითითებით, სასამართლოს დადგენილებით და საპატიმრო აღგილების აღმინისტრაციის მოთხოვნებით.

შენიშვნა: იმ პირთა სასამართლო-ფსიქიატრიული შემოწმებისას, რომლებიც შემოწმებაზე ან ექსპერტიზაზე არიან გამოგზავნილი (შინსახკომის და მილიციის ორგანოების მიერ), ნებადართულია შინსახკომის სანგანყოფილების ექიმის და აგრეთვე ძიების მწარმოებელი ორგანოს წარმომადგენლის მონაწილეობა.

5. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა შეიძლება ტარდებოდეს სტაციონარულად, ამბულატორიულად, სასამართლოში და გამომძიებლის კამერაში, ხოლო განსაკუთრებულ შემთხვევებში შესამოწმებლის დაუსწრებლადაც — საქმის მასალების მიხედვით.

6. სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის და შერაცხადობის შესახებ გაიცემა შესამოწმებლის წარსული ცხოვრების შესწავლისა და მის მიერ გადატანილ ავადმყოფობათა საბუთებისა და ცნობების საფუძველზე.

7. ყველა სამედიცინო დაწესებულება (საავადმყოფო, კლინიკა, დისპანსერი, რაიონული ფსიქიატრი და სხვ.) ვალდებული არიან წარუდგინონ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას ყველა მისთვის საჭირო ცნობა და საბუთი შესამოწმებლის შესახებ (ავადმყოფობის ისტორიები, ცნობები და სხვ.).

8. სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნა უნდა გაფორმდეს ოქმის სახით. სასამართლო-ფსიქიატრიული ოქმი შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან:

1) შესავალი, რომელშიაც აღნიშნულია ექსპერტიზის წარმოების დრო და ადგილი, საექსპერტო კომისიის შემადგენლობა, გვარი, სახელი, მამის სახელი და წლოვანება გამოსაკვლევი პირისა; სისხლის სამართლის საქმის მოკლე შინაარსი სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლის აღნიშვნით, ვის მიერ და რა მიზეზით არის გამოგზავნილი გამოსაკვლევი პირი ექსპერტიზაზე; 2) ცნობები წარსულ ცხოვრებაზე იმის აღნიშვნით, თუ ვისგან არიან ისინი მიღებული, ცნობები გადატანილ ავადმყოფობებზე საბუთების დასახელებით და მოცემული დაავადების ისტორიები; 3) დაწვრილებითი აღწერა გამოსაკვლევი პირის ფიზიკური, ნევროლოგიური და ფსიქიკური მდგომარეობისა ექსპერტიზის პერიოდში და სპეციალურ ლაბორატორიულ გამოკვლევათა მონაცემები; 4) ოქმის დასკვნითი ნაწილი, რომელიც შეიცავს სასამართლო-საგამომძიებლო ორგანოების მიერ დასმული ყველა კითხვის პასუხებს. ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზს, თუ კი ასეთი არსებობს, დანაშაულის ჩადენის მომენტისა და შემოწმების პერიოდში გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებას და ამასთან დაკავშირებით შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტას და აგრეთვე აუცილებელი სამედიცინო ზომების მითითებას იმ პირთა მიმართ, რომელნიც სულით ავადმყოფებად არიან ცნობილი.

9. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აქტს ხელს აწერს კომისიის ყველა წევრი, რომლებიც ერთნაირად არიან პასუხისმგებელი მისი შინაარსისათვის. იმ შემთხვევაში, თუ ერთი ექსპერტთაგანი არ ეთანხმება კომისიის აზრს, მას აქვს უფლება წარმოადგინოს განსაკუთრებული აზრი, რომელიც დაერთვის ექსპერტიზის ოქმს.

10. იმ შემთხვევებში, თუ ექსპერტიზა ცნობილია არასაკმაოდ ნათლად ან არასრულად, აგრეთვე ექსპერტთა შორის აზრთა სხვადასხვაობის შემთხვევებში, საგამომძიებლო ორგანოები და სასამართლოები მიმართავენ ჯანსაზღვრის ორგანოებს განმეორებითი ექსპერტიზის ორგანიზების წინადადებით. უკანსკენი აღგენენ ახალ საექსპერტო კომისიას რესპუბლიკური, სამხარეო, საოლქო ან საქალაქო ფსიქიატრის მეშვეობით, იწვევენ რა კვალიფიციურ ფსიქიატრებს, ან აგზავნიან გამოსაკვლევ პირს სპეციალურ სასამართლო-ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოების სასამართლო-ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, ხოლო განსაკუთრებით რთულ შემთხვევებში—სსრკ ჯანსაზღვრის სერბსკის სახ. სასამართლო-ფსიქიატრიის ინსტიტუტში.

11. ყველა საქმე, ავადმყოფობის ისტორია, ანგარიში და მიწერ-მოწერა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საკითხებზე, ცალკე გამოიყოფა.

თ ა ვ ი II

სასამართლო-ფსიქიატრიული მძსპმტმზის უფლებები და მოვალეობანი

12. სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტად შეიძლება იყოს მხოლოდ ის პირი, რომელსაც აქვს ექიმის წოდება და ფსიქიატრიული მომზადება.

13. იმ ექიმ-ფსიქიატრებზე, რომლებიც სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას ატარებენ, ვრცელდება სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსით გათვალისწინებული დებულებები ექსპერტის უფლებათა და მოვალეობათა შესახებ.

14. სასამართლო-ფსიქიატრიის ექსპერტს, საგამომძიებლო ორგანოების ნებართვით, აქვს საქმის ვითარებათა გაცნობის უფლება, რომლებშიც გარკვევა აუცილებელია მისთვის ექსპერტიზის საწარმოებლად. სასამართლო ძიების პროცესში ექსპერტს აქვს უფლება მისცეს კითხვები დაზარალებულთ, ბრალდებულებს და მოწმეებს.

იმ შემთხვევებში, როდესაც წარდგენილი მასალები საკმარისი არ არის დასკვნისათვის, ექსპერტი აცხადებს, რომ დასკვნის მიცემა შეუძლებელია და იძლევა მითითებას, სახელდობრ თუ რა მასალები და საბუთები, რა დამატებითი გამოკვლევა და ძიებაა საჭირო ან რომელ პირთა (ბრალდებულების, დაზარალებულების, მოწმეების) დაკითხვა აუცილებელი ექსპერტიზის ჩასატარებლად.

იმ შემთხვევებში, თუ ექსპერტს არ წარუდგინეს მის მიერ მოთხოვნილი მონაცემები, ის ადგენს ოქმს, სადაც დაწვრილებით აღწერს დასკვნის მიცემაზე უარის განცხადების მოტივებს.

15. იმ შემთხვევებში, როდესაც სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტს არ შეუძლია უპასუხოს ექსპერტიზის დროს დასმულ კითხვებზე, იგი მოვალეა ამის შესახებ დასაბუთებული ახსნა-განმარტება გასცეს.

16. სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტს არა აქვს უფლება გაახმაუროს მისთვის ცნობილი საქმის გამოძიების მასალები და მონაცემები, რომელთაც იგი იღებს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დროს, და აცნობებს მათ მხოლოდ საგამომძიებლო და სასამართლო ორგანოებს მათი მოთხოვნის საფუძველზე. გამოძიების მასალის და ექსპერტიზის მონაცემების გახმაურებისათვის ექსპერტი პასუხს აგებს სისხლის სამართლის კოდექსის შესაბამისი მუხლების მიხედვით.

17. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტები დადგენილი ფორმის მიხედვით აწარმოებენ მათ მიერ ჩატარებულ ექსპერტიზის აღრიცხვას, ადგენენ ანგარიშს დადგენილი ფორმის მიხედვით და აგზავნიან მას ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო ორგანოებში (რესპუბლიკურ, სამხარეო, საოლქო ან საქალაქო ფსიქიატრთან).

თ ა ვ ი III

ამბულატორიული მძეპმარტოზა

18. ამბულატორიული ექსპერტიზა ტარდება მუდმივი სასამართლო-ფსიქიატრიული ამბულატორიული კომისიების მიერ, რომლებსაც აყალიბებენ ადგილობრივი ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები.

19. ამბულატორიული კომისია ორგანიზდება ადგილობრივ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოსთან ან ერთ-ერთ ადგილობრივ სამედიცინო დაწესებულებასთან (დისპანსერთან, პოლიკლინიკასთან და სხვ).

20. ამბულატორიული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ტარდება კომისიის მიერ, რომლის შემადგენლობაშიც შედის სამი ექიმი-ფსიქიატრი: თავმჯდომარე და კომისიის ორი წევრი, რომელთაგანაც ერთი მომხსენებელია. კომისიის პერსონალური შემადგენლობა ინიშნება ადგილობრივი ჯანგანის მიერ რესპუბლიკური, სამხარეო, საოლქო ან საქალაქო ფსიქიატრის წარდგენით.

შენიშვნა: იმ ადგილებში, სადაც სამი ფსიქიატრისაგან შემდგარი კომისიის შექმნა შეუძლებელია, დასაშვებია ორი ექიმი-ფსიქიატრისაგან შემდგარი კომისია, ხოლო განსაკუთრებულ შემთხვევებში ამბულატორიული ექსპერტიზა შეიძლება ჩატარდეს ერთი ექიმ-ფსიქიატრის მიერ.

21. გამოსაკვლევ პირებზე, რომლებიც გაივლიან საექსპერტო ამბულატორიულ კომისიას, უნდა შედგეს ავადმყოფობის ამბულატორიული ისტორიები ყველა იმ მონაცემის შეტანით, რაიც ასაბუთებს კომისიის დასკვნას, და უნდა დაიწეროს ექსპერტიზის ოქმი.

22. იმ შემთხვევაში, თუ კომისიის წევრებს აღეძრათ სიძნელებები შესამოწმებელის სულიერი ჯანმრთელობის და შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტაში, ამბულატორიული კომისია აძლევს დასკვნას სტაციონარული შემოწმების ჩატარების აუცილებლობის შესახებ.

თ ა ვ ი V

სტაციონარული მძხვობრიზა

23. სტაციონარული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოება ფსიქიატრიულ ინსტიტუტსა, კლინიკებსა და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ხდება.

24. გამოსაკვლევ პირთ ექსპერტიზისათვის ათავსებენ ფსიქიატრიული საავადმყოფოების სპეციალურ სასამართლო-ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, ხოლო მათი უქონლობის შემთხვევებში

— საავადმყოფოების საერთო განყოფილებებში სპეციალურად გამოყოფილ და შეძლებისდაგვარად იზოლირებულ ოთახებში.

25. დაწესებულებებში, რომლებშიაც სტაციონარული შემოწმება ტარდება (პ. 23), ორგანიზდება სტაციონარული საექსპერტო კომისიები.

ფსიქიატრიულ კლინიკებსა და საავადმყოფოებში საექსპერტო კომისიებში შედიან არა უმცირეს სამი პირისა: 1) თავმჯდომარე — მთავარი ექიმი ან საავადმყოფოს სამედიცინო ნაწილის გამგე, 2) კომისიის მუდმივი წევრი — სასამართლო-ფსიქიატრიული განყოფილების გამგე ან საავადმყოფოს იმ ექიმთაგანი, რომელსაც აქვს სპეციალური სასამართლო-ფსიქიატრიული მომზადება, 3) ექიმ-მომხსენებელი, რომელიც გამოსაკვლევ პირზე მუდმივ მეთვალყურეობას აწარმოებს.

ფსიქიატრიულ ინსტიტუტებში საექსპერტო კომისია შედგება ამ ინსტიტუტების დებულების საფუძველზე, კომისიის ოქმი მტკიცდება დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ.

26. სტაციონარული შემოწმების ვადა ოცდაათ დღეს არ უნდა აღემატებოდეს.

იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნულ ვადაში შეუძლებელია სულიერი ჯანმრთელობის და შერაცხადობის საკითხის საბოლოო გადაწყვეტა, სტაციონარულ საექსპერტო კომისიას გამოაქვს დასაბუთებული გადაწყვეტილება შემოწმების ვადის გაგრძელების შესახებ.

თ ა ზ ი V

მესპერტიზა სასამართლოში, გამომძიებლის კამერაში და საპატიმრო ადგილებში

27. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გამომძიებლის კამერაში, სასამართლოში და საპატიმრო ადგილებში შეიძლება ტარდებოდეს ექიმ-ფსიქიატრის მიერ ერთპიროვნულად ან იმ რამდენიმე ექიმ-ფსიქიატრისაგან შემდგარი კომისიის მიერ, რომლებსაც გამოუძახებს სასამართლო, გამომძიებელი ან საპატიმრო ადგილების ადმინისტრაცია

28. გამომძიებლის კამერაში, სასამართლოში ან საპატიმრო ადგილებში შესამოწმებელის სულიერი ჯანმრთელობის და შერაცხადობის საკითხის გადაწყვეტისას სიძნელების წარმოშობის შემთხვევაში, ექიმ-ექსპერტს შეუძლია მისცეს დასკვნა ექსპერტიზის კომისიაზე ჩატარების ან გამოსაკვლევე პირის სტაციონარულ ექსპერტიზაზე გაგზავნის აუცილებლობის შესახებ.

ექიმები, რომლებიც ატარებენ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას გამომძიებლის კამერაში, სასამართლოში და საპატიმრო ადგილებში, მოვალე არიან თავიანთი მუშაობის შესახებ ანგარიში ჩააბარონ ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო ორგანოებს.

დ ა ნ ა რ თ ი II

სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს,
სსრკ იუსტიციის სამინისტროს, შინაგან საქმეთა
სამინისტროს და სსრკ პროკურორატურის 1948 წლის
25 მარტის

ი ნ ს ტ რ უ ქ ც ი ა

იძულებითი მკურნალობისა და სხვა სამედიცინო ხასიათის
ზომების მიყენების შესახებ იმ ფსიქიკურად დაავადებულთა მი-
მართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს.

I. საერთო დებულება

1. ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ, რომლებმაც დანა-
შაული ჩაიდინეს, სამედიცინო ხასიათის ზომებად შეიძლება
გამოყენებულ იქნეს:

ა) იძულებითი მკურნალობა საერთო ფსიქიატრიულ დაწესე-
ბულებში;

ბ) იძულებითი მკურნალობა სპეციალურ ფსიქიატრიულ
დაწესებულებებში (ან საერთო ფსიქიატრიული დაწესებულებების
სპეციალურ განყოფილებებში) იზოლაციით;

გ) გადაცემა ნათესავების მეურვეობაზე და ექიმის მეთვალ-
ყურეობის ქვეშ.

2. 1 მუხლში აღნიშნული სამედიცინო ხასიათის ზომები,
ინიშნება მხოლოდ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის შემ-
დეგ, რომელიც ტარდება 1940 წლის 17 თებერვლის „სსრკ-ში
სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების ინსტრუქ-
ციის“ თანახმად.

3. 1 მუხლში აღნიშნული სამედიცინო ხასიათის ზომები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ პირთა მიმართ:

ა) რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების ან დროებითი ფსიქიკური მოშლილობის მდგომარეობაში და ცნობილი იყვნენ შეურაცხადებად;

ბ) რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს შეურაცხადობის მდგომარეობაში, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე ავად გახდნენ ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებით;

გ) რომლებიც ფსიქიკურად დაავადდნენ სასჯელის მოხდის დროს საპატიმრო ადგილებში.

II. იძულებითი მკურნალობა

ა. იძულებითი მკურნალობის დანიშვნა და სამკურნალოდ გაგზავნის წესი

4. იძულებით მკურნალობას საჭიროებენ ამ ინსტრუქციის 3 მუხლში აღნიშნული პირნი, რომლებიც თავისი ფსიქიკური მდგომარეობით ან ჩადენილი დანაშაულის ხასიათით საზოგადოებისათვის საშიშროებას წარმოადგენენ.

5. იძულებითი მკურნალობა ფსიქიკურად დაავადებულთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს, ინიშნება სასამართლო ორგანოების მიერ. განჩინება იძულებით მკურნალობის შესახებ გამოიტანება სასამართლო სხდომაზე საექსპერტო დასკვნის განხილვის საფუძველზე და აგრეთვე იმ საკითხის გამორკვევისათვის— ნამდვილად არის ჩადენილი შეურაცხადის მიერ ესა თუ ის საზოგადო საშიში ქმედება და რამდენად საშიშია იგი საზოგადოებისათვის.

6. იძულებითი მკურნალობის ვადა სასამართლო ორგანოების მიერ არ ინიშნება.

7. იმ პირთა მასალების განხილვისას, რომელთაც დანაშაული შეურაცხადობის მდგომარეობაში ჩაიდინეს, სასამართლო ორგანოები გადასწყვეტენ ამ ინსტრუქციის 1 მუხლის ერთ-ერთი პუნქტის მიყენების საკითხს იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად საშიშია არიან ეს პირნი საზოგადოებისათვის.

8. იმ პირთა მასალების განხილვისას, რომლებიც ფსიქიკურად დაავადდნენ საპატიმრო ადგილებში, სასამართლო ორგანოები სწყვეტენ საკითხს:

ა) იმ პირთა მიმართ, რომლებიც მსჯავრდადებული არიან კონტრრევოლუციური და სხვა განსაკუთრებით საშიშ ბოროტ-მოქმედებებისათვის, სპეციალურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იძულებით მკურნალობაზე გაგზავნის შესახებ, ინსტრუქციის 12 მუხლის შესაბამისად;

ბ) იმ პირთა მიმართ, რომლებიც მსჯავრდადებული არიან ყველა სხვა დანაშაულისათვის და თავიანთი ფსიქიკური დაავადების ხასიათით საზოგადოებისათვის საშიშროებას წარმოადგენენ, საერთო ტიპის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იძულებით მკურნალობაზე გაგზავნის შესახებ, ინსტრუქციის 13 მუხლის შესაბამისად.

9. სასამართლოს გადაწყვეტილება იძულებით მკურნალობაზე გაგზავნის შესახებ იმ პირთა მიმართ, რომლებიც საპატიმრო ადგილებში იმყოფებიან, სისრულეში მოიყვანება ამ დაწესებულებების ძალებით და საშუალებებით, ხოლო ყველა სხვათა მიმართ — ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ, აუცილებელ შემთხვევებში მილიციის ორგანოების დახმარებით.

10. იმ ფსიქიატრიულ-სამკურნალო დაწესებულების ამორჩევის საკითხს, რომელშიაც უნდა გაიგზავნოს ფსიქიკურად დაავადებული სასამართლოს გადაწყვეტილების თანახმად, სწვევტენ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები; სულით ავადმყოფის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაგზავნასთან ერთად იგზავნება სასამართლოს გადაწყვეტილების და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ოქმთა ასლები. აღნიშნული საბუთებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიწერილობის თანახმად, ავადმყოფს დაუყოვნებლივ იღებენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

ბ. იძულებითი მკურნალობის ჩატარება

11 მე-3 მუხლში აღნიშნულ პირთა იძულებითი მკურნალობის ჩატარება, სასამართლო ორგანოების დადგენილების თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებს ევალება.

12. იმ პირთა იძულებითი მკურნალობა, რომლებიც პასუხისგებაში იყვნენ მიცემული კონტრრევოლუციური და სხვა განსაკუთრებით საშიში დანაშაულისათვის, ევალება ჯანმრთელობის დაცვის

ორგანოებს, შინაგან საქმეთა სამინისტროს ორგანოებთან ერთად, რისთვისაც შინაგან საქმეთა სამინისტროს გამგებლობაში სპეციალური საავადმყოფოები ორგანიზდება.

13. სასამართლოს მიერ იზოლაციასთან შეერთებით დანიშნული იძულებითი მკურნალობის ჩასატარებლად ფსიქიკურად დაავადებულნი შეიძლება მოთავსებულ იყვნენ საერთო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, მაგრამ იმ პირობით, თუ იქ მათთვის ამ მიზნით გამოყოფილია სპეციალური განყოფილებები.

14. ფსიქიკურად დაავადებულნი, რომლებიც, სასამართლოს დადგენილების თანახმად, იძულებით მკურნალობაზე საერთო ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში იყვნენ გაგზავნილი, აუცილებელ შემთხვევებში, სამედიცინო მაჩვენებლებთან დაკავშირებით, საავადმყოფოს მთავარი ექიმის მიერ შეიძლება ღროებით გადაყვანილ იქნენ სპეციალურ განყოფილებებში, რომლებიც იზოლაციით იძულებითი მკურნალობისათვის არის განკუთვნილი.

15. სასამართლოს გადაწყვეტილებით დანიშნული იძულებითი მკურნალობა ხორციელდება ფსიქიატრიული დაწესებულებების მიერ იმ პირობათა დაცვით, რომელნიც უზრუნველყოფენ ფსიქიკურად დაავადებულთა აუცილებელ მკურნალობასა და მომსახურებას, აგრეთვე აღკვეთენ მათ მხრივ გაქცევისა და სხვა ექსცესების შესაძლებლობას.

16. იძულებით მკურნალობაზე მყოფი სულით ავადმყოფის გადაყვანას ერთი ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან მეორეში აწარმოებს საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ჯანმრთელობის დაცვის ზედმდგომი ორგანოების ნებართვით, რის შესახებაც საავადმყოფო, საიდანაც გადაიყვანება ავადმყოფი, აცნობებს იმავე რაიონის პროკურორს. საავადმყოფო, რომელშიაც გადაყვანილი იქნება ავადმყოფი, მისი მიღების შესახებ აცნობებს ადგილობრივ პროკურორს.

17. შევბუღებების მიცემა და აგრეთვე საავადმყოფოს ფარგლებიდან გასვლა იმ ავადმყოფებისა, რომლებიც იმყოფებიან იძულებით მკურნალობაზე იზოლაციით, აკრძალულია. სხვა ავადმყოფთა მიმართ, რომლებიც იმყოფებიან იძულებით მკურნალობაზე, ეს საკითხი შეიძლება გადაწყვეტილ იქნეს საავადმყოფოს ადმი-

ნისტრაციის მიერ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, მეთვალყურეობის უზრუნველყოფით.

18. იძულებით მკურნალობაზე მყოფი ავადმყოფის გაქცევის ყოველი ცალკეული შემთხვევის შესახებ საავადმყოფოს მთავარი ექიმი ან მისი შემცვლელი პირი დაუყოვნებლივ აცნობებს სამძებრო ორგანოებს და იმ რაიონის პროკურორს, სადაც საავადმყოფო იმყოფება. გაქცევის ყველა ცალკეული შემთხვევა მათ მიერ უნდა იქნეს გამოძიებული.

19. იმ შემთხვევებში, როდესაც იძულებითი მკურნალობის განხორციელების პროცესში გამოირკვევა, რომ იძულებით მკურნალობაზე გამოგზავნილი პიროვნება ფსიქიკურად დაავადებული არ არის ან დაიბადება ექვი დანაშაულის ჩადენის მომენტში მისი შერაცხადობის შესახებ, საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ნიშნავს საექიმო კომისიას და კომისიის დასკვნას უგზავნის პროკურორს.

გ. იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტა

20. ყველა ავადმყოფი, რომელიც იმყოფება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იძულებით მკურნალობაზე, ყოველ რთვეში ხელახლად უნდა მოწმდებოდეს კომისიის მიერ მისი მდგომარეობის გასაგებად და იმის გამოსარკვევად, თუ რამდენად შესაძლებელია იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტა, მისი ფორმის შეცვლა (სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებულებიდან საერთოში გადაყვანა) ან მშობლების მეურვეობის ქვეშ გადაცემა საექიმო მეთვალყურეობის უზრუნველყოფით.

21. იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტას ან მისი ფორმის შეცვლას ახდენს ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციის წარდგენის შემდეგ ის სასამართლო, რომლის მიერაც იყო დანიშნული იძულებითი მკურნალობა ან იმავე ხარისხის სასამართლო, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ადგილმდებარეობის მიხედვით.

22. სასამართლოს მიერ იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის ან მისი ფორმის შეცვლის საკითხი უნდა იყოს განხილული 10 დღის განმავლობაში ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან საჭირო წარდგენის მიღების მომენტიდან.

23. იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის ან მისი ფორმის შეცვლის საკითხის აღძვრის საფუძველს წარმოადგენს ავადმყოფის გამოჯანსაღება ან მისი ფსიქიკური მდგომარეობის შეცვლა, რაც სპობს მის საშიშროებას საზოგადოებისათვის ან ამცირებს ამ საშიშროებას.

24. სასამართლოს წინაშე, იძულებითი მკურნალობის ან მისი ფორმის შეცვლის საკითხის დასასმელად აუცილებელია დასკვნა საავადმყოფოს საექსპერტო-ფსიქიატრიული კომისიისა, რომელიც ორგანიზებულია 1940 წლის 17 თებერვლის „სსრკ-ში სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების ინსტრუქციის“ 25 პ. თანახმად.

25. დასკვნა იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლებლობის შესახებ, აუცილებელ შემთხვევებში, გამოსაკვლევი პირის მიმართ შემდგომისათვის შერჩეული ზომების აღნიშვნით, ფორმდება ოქმის სახით, რასაც ხელს აწერს კომისიის ყველა წევრი.

26. გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებით, იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის დადგენილებასთან ერთად, იმ პირთა მიმართ, რომელნიც ავად გახდნენ დანაშაულის ჩადენის შემდეგ, სასამართლოს გამოაქვს დადგენილება:

ა) სასამართლო წარმოების განახლების შესახებ, თუ პიროვნება ავად გახდა სასამართლოში საქმის გადაცემის შემდეგ, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე ან მის კანონიერ ძალაში შესვლამდე;

ბ) სასჯელის მოხდის განახლების შესახებ, თუ ავადმყოფობა დაიწყო განაჩენის შესრულების ან მისი კანონიერ ძალაში შესვლის შემდეგ, ამავე დროს, იძულებითი მკურნალობის პერიოდი ითვლება სასჯელის ვადაში (რსფსრ სისხლის სამართლისა საპროცესო კოდექსის 452 მუხ. და მოკავშირე რესპუბლიკების კოდექსთა შესაბამისი მუხლები¹).

გ) პროკურატურაში საქმის გადაცემის შესახებ, თუ იგი იყო შეჩერებული საქმის სასამართლოში გადაცემამდე.

27. იმ პირთა მიმართ იძულებითი მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ დადგენილების გამოტანისას, რომელთაც დანაშაული

¹ საქ. სსრ ს. ს. საპროცესო კოდექსის 453 მუხლი.

ზაიდინეს შერაცხადობის მდგომარეობაში და დაავადდნენ ქრონიკული სულით ავადმყოფობით, მაგრამ არ საჭიროებენ შემდგომ ყოფნას სამკურნალო დაწესებულებებში, სასამართლოს ერთდროულად გამოაქვს გადაწყვეტილება სისხლის სამართლის საქმის წარმოებით მოსპობის ან განაჩენით დანიშნული სასჯელიდან გათავისუფლების შესახებ,

დ. ზედაშედელობა იძულებითი მკურნალობის განხორციელებაზე

28. მეთვალყურეობას სასამართლო ორგანოების მიერ იძულებითი მკურნალობის შესახებ გამოტანილ დადგენილებათა კანონიერებასა და აღსრულებაზე ახორციელებენ პროკურატურის ორგანოები.

კონტროლს იძულებითი მკურნალობის დროულ და სწორ ჩატარებაზე ატარებენ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები.

ე. ხაზედინო ღონისძიებანი იმ პირთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული ჩაიდინეს შერაცხადობის მდგომარეობაში და შემდეგ დაავადდნენ დროებითი სულიერი მოშლილობით

29. ის პირნი, რომლებიც დაავადდნენ დროებითი ფსიქიკური მოშლილობით საქმის წარმოების პროცესში და დროებით არიან გაგზავნილი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მკურნალობისათვის, იქ იმყოფებიან გამოსაკვლევ პირთა პირობებში.

30. ის პირნი, რომლენიც დაავადდნენ დროებითი ფსიქიკური მოშლილობით თავისუფლების აღკვეთის შესახებ საბრალდებულო განაჩენის გამოტანის შემდეგ, საექიმო დასკვნის შემდეგ იგზავნებიან მკურნალობისათვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში საპატიმრო აღვილების აღმინისტრაციის მიერ და იქ იძულებით მკურნალობაზე მყოფ პირთა მდგომარეობაში იმყოფებიან.

იმ შემთხვევებში, როდესაც იძულებითი მკურნალობის დროს განაჩენის ვადა თავდება, ამ პირთა შემდგომი მკურნალობის რეჟიმისა და მკურნალობის საკითხს სწყვეტს სამკურნალო დაწესებულება.

31. 29 და 30 მუხლებში აღნიშნული პირნი, რომლებიც დაავადდებამდე პატიმრობაში იმყოფებოდნენ, გამოჯანმრთელების შემდეგ დაუყოვნებლივ დაბრუნებულ უნდა იყვნენ საპატიმრო აღვილებში, შინაგან საქმეთა სამინისტროს ძალებითა და საშუალებებით:

III. გადაცემა ნათესავების მემკვიდრეობაზე და იმავე დროს ხანძარი მემკვიდრეობის ძველ

32. სცნობს რა ზედმეტად იძულებითი მკურნალობის გამო-
ყენებას იმ სულით ავადმყოფთა მიმართ, რომელთაც დანაშაული
ჩაიდინეს და ცნობილი არიან შეურაცხადებად, სასამართლო სპობს
საქმეს და გამოაქვს დადგენილება შესახებ ავადმყოფის გადაცემისა
ნათესავების მემკვიდრეობაზე და იმავე დროს საექიმო მეთვალყურეო-
ბის ქვეშ.

შესვლ ბერძინების მოკლე სიტყვარი

აბსტინენცია	—	თავის შეკავება.
ავტომატიზმი	—	სუბიექტის ცნობიერი ნებისაგან დამოუკიდებელი მოქმედება.
აგრაფაცია	—	ავადმყოფური სიმპტომების თვითნებური გაძლიერება და მომატება.
ამნეზია	—	დავიწყება, მოგონების მოსპობა.
არტერიოკლეროზი	—	არტერიის კედლების შეცვლა, რაც ხლის მათ არაელასტიკურად, მერტებად.
ასთენიური	—	სუსტი, ადვილად განღევადი, პასიური.
აურა	—	ბნეღის წინამორბედი ავადმყოფური შეგრძნებანი და აღქმები, რომელთაც ცნობიერების დაკარგვა მოჰყვება.
აუტიზმი	—	გარემო სამყაროსაგან ავადმყოფური მოწყვეტა, სულით ავადმყოფთათის დამახასიათებელი, დაკავშირებული საკუთარ შინაგან განცდათა სამყაროში შთანთქმასთან.
აუტოეროტიზმი	—	სქესობრივი მიზიდულება, რომელიც თავის თავისადმი არის მიმართული.
აფაზია	—	მეტყველების მოშლა, რომელიც გამოიხატება სიტყვების გამოთქმის უნარის ან მათი მნიშვნელობის გაგების უნარის მოსპობაში.
გენუინური	—	მემკვიდრეობითი
დებილობა	—	ინტელექტუალური უმარობა; ოლიგოფრენიის ყველაზე იოლი სახე.
დელირიუმი	—	ჰალუცინაციებიანი ბოდვა, უმთავრესად მხედველობითი ხასიათისა, რომელიც წარმოიშება უმეტესად გარეშე მიზეზების გამო (ინფექცია, ინტოქსიკაცია და ა. შ.) შეცვლილ ცნობიერების ფონზე.
დემენცია	—	კჳუასუსტობა.
დეპრესიული	—	დათრგუნეილი, დარდიანი.
დეპრესია	—	დათრგუნეილობა, დარდიანობა.

დეფექტი	—	ნაკლი, ხარვეზი, ფუნქციის გამოვარდნა.
დონორთა	—	გაძნელებული, შეცვლილი, არამკაფიო მეტყველება.
დეფოშენია	—	პერიოდული ლოთობა.
დისპლასტიკური	—	სხეულის არაპროპორციული, არაჰარმონიული აგებულება.
დისიმულაცია	—	თავისი ავადმყოფობის დაფარვისადმი მისწრაფება.
ევფორია	—	უმინებოდ კარგ გუნებაზე ყოფნა, რაც ავადმყოფობის სიმძიმეს არ შეესაბამება.
ეკვალიზმით	—	ეპილეფსიით დაავადებულთა დროებითი ფსიქიკური აშლილობა, რაც შეიძლება სცელიდეს კიდევაც გულყრებს.
ეგზოგენია	}	დაავადება, გარეშე (ტვინის მიმართ) მიხეზებით გამოწვეული; გარეშე მიხეზებით გამოწვეული.
ეგზოგენური		
ექსტროციონიზმი	—	სხვა პირთა წინაშე თავისი სასქესო ორგანოების გაშიშვლებისადმი პათოლოგიური მიზიდულება.
ემოცია	—	გრძნობა, განცდა.
ენდოგენია	}	ავადმყოფობა, შინაგანი, თვით ორგანიზმში არსებული მიხეზებით გამოწვეული; შინაგანი მიხეზებით გამოწვეული.
ენდოგენური		
ენცეფალითი	—	ტვინის ანთება (ინფექციური)
იდიოტია	—	ოლიგოფრენიის (იხ.) თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის ყველაზე უფრო ღრმა ხარისხი.
ილუზია	—	რეალური გამაღიზიანებლის გაუკუღმართებული, დამახინჯებული, მცდარი აღთქმა.
იმბეცილობა	—	ოლიგოფრენიის (იხ.), თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის მეორეხარისხოვანი ფორმა სიღრმის მიხედვით.
იმპოტენცია	—	სქესობრივი სისუსტე.
იმპულსი	—	ბიძგი, გულისწადილი.
იმპულსური კმედება	—	უეცრად აღმოცენებული ავადმყოფური გულისწადილის ზეგავლენით ჩადენილი მოქმედება.
ინსულტი	—	ტვინის სისხლის მიმოქცევის უეცრად განვითარებული შედეგი მოშლა („დამბლა“), როგორც ნერვული ფუნქციების გამოვარდნა მოჰყვება.
ინტელექტი	—	გონება.

ინფანტილობა	—	განვითარების ჩამორჩენა, „ბავშვურობა“.
აპოკონდრია	—	ჩივილი სხვადასხვა ავადმყოფურ შეგრძნებაზე, რომლებიც ხშირად არც კი არის სინამდვილეში;
აპოკონდრიული ისტერია	—	ასეთი ჩივილებით შეპყრობილი პირი.
	—	ნევრული დაავადება, რომელიც ფსიქიკურ განცდათა ზეგავლენით ვითარდება და რომელიც მთელ რიგ პრიმიტიულ რეაქციებში გამოვლინდება (გულყრები, „ავადმყოფობაში გაქცევა“, „მომძაობითი ქარიშხალი“ ფუნქციური დამბლები და ა. შ.)
კატამენი	—	ცნობები ავადმყოფობის შემდეგი მიმდინარეობისა და დასასრულის ან ავადმყოფის შემდეგი ცხოვრების შესახებ.
კერუულანტი	—	მოდვეობისადმი მიდრეკილი პიროვნება.
კლეპტომანია	—	იმპულსური მიზიდულება ისეთი საგნების ქურდობისადმი, რომელთაც ჩვეულებრივ არავეითარი ფასი არა აქვთ.
კლონური	—	ითქმის კუნთთა კრუნჩხვებზე, რომლებიც ერთმანეთს სწრაფად მოჰყვება და რომელთაც რიტმული ხასიათი აქვთ.
მაზოქიზმი	—	სქესობრივი სიმზახნეზე, რომელიც გამოიხატება მოპირდაპირე სქესის წარმომადგენლისაგან ფიზიკური ტკივილის ან დამცირების მიღების დროს სქესობრივი გრძნობის დაკმაყოფილებაში.
მანიაკალური მარაზმი	—	აგზნებული, აწეულ გუნებაზე მყოფი.
	—	ფიზიკური დაუძლურებისა და ფსიქიკური დაუძლურების უკიდურესი ხარისხი.
მახტურბაცია	—	იგივე, რაც ონანიზმი (იხ.)
მუტიზმი	—	ლაპარაკის შეუძლებლობა (ან ლაპარაკის სურვილის უქონლობა) მეტყველების ორგანოთა დაზიანების გარეშე.
ნარკომანია	—	ნარკოზულ ნივთიერებათა ხმარებისადმი მიზიდულება.
ნევრასთენია	—	ნერვული სისუსტე ნერვული სისტემის დაუძლურების შედეგად.
ნევროზი	—	ნერვული სისტემის ფსოქიგენური წარმოშობის ფუნქციური, შექცევადი დაავადება.
ნევატივიზმი	—	მისწრაფება, რომ წინააღმდეგობა გაეწიოს ყოველგვარ გარეშე ზეგავლენას.

ოლიგოფერენია	—	თანდაყოლილი (ან ნაადრევ ასაკში თავის ტვინის ორგანული დაავადების შედეგად შეძენილი) გკუასუსტობა.
ონანოზმი	—	სასქესო ორგანოების მექანიკური გაღიზიანება სქესობრივი დაკმაყოფილების მიზნით.
პარანოიდული პედერასტია	—	ბოდვითი.
პედოფილია	—	მიზიდულება სქესობრივი აქტის შესრულებისადმი თავისივე სქესის პირთან (იხ. ჰომოსექსუალიზმი).
მორფანია	—	სქესობრივი მიზიდულება. ბავშვებისადმი
პარიოფანია	—	ცეცხლის წაქიდებისადმი პათოლოგიური მიზიდულება.
პროცესული	—	ხეტიალისადმი პათოლოგიური მიდრეკილება.
პუერილიზმი	—	წინ მიმავალი (იმ დაავადებათა შესახებ რომელთაც აქვთ პროცესის ხასიათი, მაგ.: შიზოფრენია, ეპილეფსია).
რეზონანოზმა	—	სიბავშვე, ყოფა-ქცევის ბავშვური ხასიათი.
რეფლექსი	—	უნაყოფო ბრძანებისადმი და უშინაარსო მსჯელობისადმი მიდრეკილება.
ხადოზმი	—	ნერვული სისტემის ავტომატური პასუხი გარეგან ან შინაგან გამაღიზიანებელზე.
ხიშულაცია	—	სქესობრივი სიმახინჯე, რომელიც გამოიხატება სქესობრივ გარძობის დაკმაყოფილებაში მეორე პირისათვის ფიზიკური ტკივილების მიყენებით.
ხოდოზია	—	თითქოს არსებული ავადმყოფობის სიმპტომების ხელოვნური წარმოქმნა.
ხთენიური	—	პირუტყვთმავლობა.
ხტუპარია	—	აქტიური, ძლიერი, ენერგიული.
ტრავმა	—	სრულ უმოძრაობაში ხანგრძლივი გაშვება (შიზოფრენიის დროს ან სულიერ განცდათა ზეგავლენით).
ტრანსი	—	მექანიკური დაზიანება ან ფსიქიკური შერყევა.
ტოქსიანური	—	აშლილი ცნობიერების მდგომარეობა, ჩვეულებრივად ფსიქოგენური წარმოშობისა (უხშირესად ისტერიით დაავადებულთა შორის ან ჰიპნოზური შთაგონების ზეგავლენით).
	—	შხამიანი, ორგანიზმის მოშხამესთან დაკავშირებული.

ტონური	—	კუნთთა ხანგრძლივი კრუნჩხვითი დაძაბულობა.
ფეტიშიზმი	—	სქესობრივი სიმახინჯე, რომელიც გამოვლინდება იმაში, რომ სქესობრივი მიზიდულება მოწინააღმდეგე სქესის სხეულის ცალკეული ნაწილებისადმი ან ტანსაცმელისადმი არის მიმართული.
ფსევდოდემენცია	—	მოჩვენებითი, ცრუ, ყალბი ჰიუსტოზობა
ფსიქოგენური	—	ფსიქიკური განცდებით გამოწვეული.
ცოკლური	—	ტალღისებრი მიმდინარეობის მქონე.
ციტოარქიტექტონიკა	—	უჯრედოვანი აგებულება (მაგ., თავის ტვინის).
ჰალუცინაცია	—	მცდარი აღქმა, რომელსაც არავითარი გარეშე გამაღიზიანებელი არ შეეფარდება.
ჰომოხექსუალიზმი	—	სქესობრივი მიზიდულება თავისივე სქესის პირებისადმი.
